حالة سكان العالم ٢٠١٥

الاحتماء من العاصفة

البرنامج التطويري للنساء والفتيات في عالم معرض للأزمات

حالة سكان العالم ٢٠١٥

كبير الباحثين
تيريز ماكجين
قسم هايلبرون لصحة السكان والأسرة، كلية ميلمان للصحة العامة، جامعة كولومبيا

الباحثون والمؤلفون
جاكلين بهابها
هارفارد تي إتش كلية تشان للصحة العامة، فرانسوا إكزافييه بانو مركز الصحة وحقوق الإنسان، جامعة هارفارد.، كلية الحقوق جامعة هارفارد

ريتشارد غارفيلد
فرع الاستجابة للطوارئ والتعافي، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، جامعتا كولومبيا وإيموري

كيرستن جونسون، طبيبة
قسم طب الأسرة، جامعة ماكغيل، مونتريال كندا. هيومانيتاريان يو

غريتشن لاشسينغر

ليزا أودي
هيومانيتاريان يو

مونيكا ادهيامبو أونيانغو
جامعة بوسطن، كلية الصحة العامة، وزارة الصحة الشاملة

سارة شتير ولويز سيرل
المجموعة الاستشارية الإنسانية

الدعم البحثي
أميا باتيا
هارفارد تي إتش كلية تشان للصحة العامة

شانتيلي وياسينا
جامعة بوسطن، كلية الصحة العامة، وزارة الصحة الشاملة

ميلاني كوتو
مبادرة الدراسات الإنسانية، جامعة ماكغيل

الفريق الاستشاري لصندوق السكان

برودنس شيبان	هوارد فريدمان
هنيا دكاك	آن ليونكافالو
أوغوتشي دانيالز	جاكلين ماهون
أبو بكر دونغوس	ريتشل سنو
دانييل إنغل	

فريق التحرير
المحرر: ريتشارد كولودج

زميل التحرير ومدير الطبعة الرقمية: كاثرين رويز

المطور الرقمي: هانو رانك

النشر وتصميم مواقع الإنترنت التفاعلية والإنتاج: مؤسسة بروغرافيكز

شكر وتقدير
قام كل من مانغيا ليانغ واديلبرتو لويزا وريتشل سنو من قسم السكان والتنمية بصندوق الأمم المتحدة للسكان بتحليل وتجميع البيانات في قسم المؤشرات بالتقرير، وقدموا تقديرات لأعداد النساء الحوامل في البلدان المتضررة من النزاعات أو الكوارث الطبيعية.

البيانات المصدرية في قسم المؤشرات بالتقرير مقدمة من شعبة السكان التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة، ومنظمة الصحة العالمية.

واستعرض رامز الأكبروف وبيورن أندرسون وآرثر إركن من صندوق السكان المسودات وساعدوا في صياغة التقرير.

كذلك قدم الزملاء من مكاتب صندوق السكان في عمان وبانكوك وبوغوتا والقاهرة وداكار واسطنبول وجوهانسبرغ وكاتماندو ومونروفيا وبنما سيتي وسكوبي الدعم أو التوجيه في إعداد القصص والصور التي يتضمنها التقرير: جعفر العالم وتمارا الرفاعي ودانيال بيكر وميل بوزنياكوفسكي وسانتوش شيتري وينس-هاجن إشنباشير وأدييايو فايوين وجيما غرانادوس وحبيباتو م. غولوغو وكاليكست هسو ورُبى حكمت وجورج بارا وإلينا ريفيرا وشبل السحباني وألفارو سيرانو وسونيا تانفكسا وجوليا فاليس وروي واديا.

كتبت آنا مالتابي القصة عن أزمة إيبولا في ليبيريا.

المصورون ومصورو الفيديو المكلفون:
نيك باتيف (جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة)
دانيال بالدوتو (كولومبيا)
عباس دوليه، أي بي إيميدجز (ليبيريا)
صلاح ملكاوي (الأردن)

الخرائط والتسميات
التسميات المستخدمة وطريقة عرض المادة في صورة خرائط حسبما وردت في هذا التقرير لا تعني التعبير عن أي رأي مهما كان من جانب صندوق السكان فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو سلطاتها، أو بشأن تعيين الحدود أو التخوم. يمثل الخط المنقط تقريباً خط السيطرة في جامو وكشمير على النحو الذي اتفقت عليه الهند وباكستان. الوضع النهائي لجامو وكشمير لم يتم الاتفاق عليها من قبل الطرفين.

صورة الغلاف: © صندوق السكان / نيك باتيف

UNFPA

العمل من أجل عالم يكون فيه
كل حمل مرغوب فيه
وكل ولاده آمنه
ويحقق فيه كل شاب وشابة
ما لديهم من إمكانيات

© صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٥

حالة سكان العالم ٢٠١٥

الاحتماء من العاصفة

البرنامج التطويري للنساء والفتيات في عالم معرض للأزمات

استهلال صفحة ٢

نظرة عامة صفحة ٤

١ عالم هش صفحة ١٢

٢ العبء غير المتوازن الواقع على كاهل النساء والفتيات المراهقات صفحة ٣٦

٣ تطور الاستجابة: من مبسطة إلى شاملة صفحة ٥٦

٤ القدرة على التعافي وسد الفجوة بين التنمية والمساعدات الإنسانية صفحة ٧٤

٥ اتجاهات جديدة في تمويل الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية صفحة ٩٠

٦ رؤية تطويرية سللحد من المخاطر والاستجابة والقدرة على التعافي صفحة ١٠٢

المؤشرات صفحة ١١٥

المراجع صفحة ١٣١

Photo © Panos Pictures/Brian Sokol

استهلال

أكثر من ١٠٠ مليون شخص في حاجة إلى المساعدات الإنسانية -- وهو رقم غير مسبوق منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. ومن بين النازحين بسبب النزاع أو المشردين من جراء الكوارث عشرات الملايين من النساء والفتيات المراهقات. ويأتي هذا التقرير في إطار دعوة إلى العمل لتلبية احتياجاتهن وحقوقهن.

في حين تم إحراز تقدم ملحوظ خلال العقد الماضي في مجال حماية صحة وحقوق النساء والمراهقات في الأوضاع الإنسانية، فإن تزايد معدل الحاجة فاق النمو في التمويل والخدمات. ومع ذلك، فإن هذه الخدمات بالغة الأهمية، خاصةً بالنسبة للمراهقات الصغيرات جداً، لكونهن الأكثر ضعفاً والأقل قدرة على التعامل مع التحديات العديدة التي يواجهنها، حتى في أوقات الاستقرار.

وفي ظل الظروف العادية في بعض البلدان النامية، ربما تُجبر فتاة تبلغ من العمر ١٠ سنوات مثلاً على الزواج ضد إرادتها أو قد يتم الاتجار بها وفصلها عن عائلتها وعن كل صور الدعم الاجتماعي وتتضاءل فرصها في الحصول على التعليم أو الصحة أو في التمتع بحياة أفضل. وعندما تحدث أزمة، تتضاعف هذه المخاطر، وتتفاقم جوانب الضعف لدى الفتاة. وتتحول فرصها من سيّيء إلى أسوأ. وقد تصبح هدفاً للعنف الجنسي، أو تُصاب بفيروس نقص المناعة البشرية، أو تصبح حاملاً بمجرد وصولها إلى سن البلوغ. فيخرج مستقبلها عن المسار الصحيح.

كل فتاة تبلغ من العمر ١٠ سنوات، أينما كانت، لها الحق في الصحة والكرامة والسلامة، ولقد تعهّدت ١٧٩ حكومة في عام ١٩٩٤ في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بإعلاء هذا الحق في كل الأحوال. ولكن على مدى سنوات طويلة، أغفلت المساعدات الإنسانية الفتاة البالغة من العمر ١٠ سنوات تاركةً إياها معرضةً للولادة غير الآمنة والعنف الذي يخلّف عواقب وخيمة. بيد أن الصحة الجنسية والإنجابية والوصول إلى المعلومات مسألة ضرورية للانتقال الآمن لأي فتاة من سن المراهقة إلى مرحلة النضج. تخيلوا تلك الفتاة البالغة من العمر ١٠ سنوات بعد ١٥ عاماً وقد ظلت متمتعة بكامل حقوقها وصحتها، تخيلوها الآن في عالم حيث الصراع المسلح والدمار والتفكك يحرمها من كل حق من حقوق الإنسان ومن كل فرصة ومن كل صور الكرامة.

إن التخلي عنها أو عن مجتمعها أو بلدها ليس خياراً. فنحن، في النهاية، عالم واحد، والحكومات تتحمل مسؤولية حماية حقوق الإنسان والالتزام بالقانون الدولي. كمواطنين عالميين، علينا واجب تقديم الدعم والتضامن.

وحالياً يقع نحو ثلاثة أخماس إجمالي وفيات الأمومة في الأوضاع الإنسانية والهشة. كما تلقى نحو ٥٠٧ امرأة وفتاة مراهقة حتفها يومياً جراء مضاعفات الحمل والولادة في حالات الطوارئ وفي الدول الهشة. ويظل العنف القائم على نوع الجنس يخلّف تبعات وحشية، فهو يحصد الأرواح ويدمر آفاق السلام والتعافي.

معاً يجب علينا تغيير ملامح العمل الإنساني من خلال وضع صحة وحقوق المرأة والشباب في قلب أولوياتنا. وفي الوقت نفسه، يجب علينا أن نستثمر بقوة في المؤسسات والإجراءات التي تبني رأس المال البشري والقدرات لصالح الفتيات والنساء إلى جانب قدرة المجتمعات والدول على التعافي على المدى الطويل بحيث يمكن الحد من حالة الاختلال والاضطراب والإسراع بالتعافي، عند وقوع أزمة جديدة.

ومن جانبه، لا يزال صندوق السكان ملتزماً بتحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية كاملةً للنساء والفتيات، أينما وجدن، تحت كل الظروف وفي كل الأزمات أو خلاف ذلك في جميع الأوقات. إن كثرة الصراعات والكوارث في كل مكان حولنا اليوم تعني أن الصندوق يقدم حصة كبرى من خدماته في حالات الأزمات.

عندما تتمكن النساء والفتيات من الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، جنباً إلى جنب مع مجموعة متنوعة من البرامج الإنسانية التي تعالج مشكلة عدم المساواة عن قصد، فإن فوائد التدخلات تنمو باطراد وتتيح الانتقال من المرحلة الحادة من الأزمة إلى المستقبل بينما تشرع الدول والمجتمعات في إعادة البناء ويستعيد البشر حياتهم.

معاً يجب أن نسعى إلى عالم لا تظل النساء والفتيات فيه محرومات بطرق متعددة، بل يتمتعن بالتساوي في التمكين لتحقيق كامل الاستفادة من إمكاناتهن، ويسهمن في تنمية واستقرار المجتمعات والدول، قبل الأزمات أو أثناءها أو بعدها.

د. باباتوندي أوشيتيمن
وكيل الأمين العام للأمم المتحدة والمدير التنفيذي
لصندوق الأمم المتحدة للسكان.

Photo © UNFPA/Nezih Tavlas

نظرة عامة

شهد أكثر من مليار شخص على قيد الحياة اليوم حياتهم تنقلب رأساً على عقب بفعل الأزمات. فالحروب وعدم الاستقرار والأوبئة والكوارث خلّفت سلسلة طويلة من الاضطراب والدمار.

يفوق عدد النازحين من جراء الأزمات حالياً عددهم على مرّ السنين منذ كارثة الحرب العالمية الثانية: أي ما يُقدر بنحو ٥٩,٥ مليون. وتؤثر الكوارث الطبيعية حالياً على ٢٠٠ مليون شخص سنوياً.

بالنسبة للبعض، تكون النكسات مؤقتة. وبالنسبة لآخرين، قد تستغرق عمراً كاملاً. يقضي اللاجئون حالياً الآن نحو ٢٠ عاماً في المتوسط بعيدا عن أوطانهم.

ويشكل الحمل والولادة نقاط ضعف إضافية للنساء والفتيات في النزاعات والأزمات. فنحو ستين في المائة من الوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها تقع بين أوساط نساء يكافحن من أجل البقاء وسط الصراعات والكوارث الطبيعية والنزوح.

وفي سلسلة من الاتفاقيات الدولية، أكدت بلدان العالم على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات. ويشمل هذا الوعد إعلاء هذه الحقوق وتحقيقها في جميع الحالات، وفي جميع الأوقات؛ والأزمات الإنسانية لا تعفي من هذه المسؤولية. ويعني الوفاء بهذا الوعد ضمان وصول النساء والفتيات إلى الخدمات الشاملة قبل وأثناء وبعد الأزمة. فالمطلوب في العديد من البلدان المتضررة من الأزمات هو توسيع نطاق الالتزام والعمل.

في عالم هش، تتحمل النساء والفتيات النصيب الأكبر من التبعات

زاد عدد الدول التي تعتبر هشّة عما كان عليه قبل خمس أو ست سنوات وفق مقاييس عديدة، مما جعلها أكثر عرضة للصراع أو لآثار الكوارث. وهناك عوامل كثيرة تجعل الناس والبلدان

Photo © UNFPA/Sawiche Wamunza

عرضة للخطر. أحدها هو الفقر، فأكثر من مليار شخص لا يزالون يعيشون في فقر مدقع. لذا يظل الأفراد بل وتظل بلدان برمتها عالقة أسفل سلم التنمية ويصبح الصعود إلى الأعلى حلماً بعيد المنال. ويعني ذلك أن العمل اللائق غير متوفر، وأن جودة الخدمات لا يمكن التنبؤ بها.

والجغرافيا هي عامل آخر. تقع بعض الدول بشكل مباشر في مسار الكوارث الطبيعية، التي تتزايد بشكل كبير بسبب تغير المناخ. وأسفرت المستويات التاريخية للتوسع العمراني عن زيادة المخاطر التي يواجهها سكان المدن، وخاصة الفقراء، الذين يعيش الكثير منهم في مستوطنات غير رسمية في مناطق هشّة، مثل سفوح الجبال المعرضة للانهيارات الطينية.

وبالنسبة للنساء والفتيات، تتضاعف هذه العوامل وغيرها بسبب التمييز وعدم المساواة بين الجنسين. ففي البداية، تحصل النساء والفتيات على نصيب أقل من كل شيء تقريباً: الدخل والأرض وغيرها من الأصول والخدمات الصحية والتعليم والشبكات الاجتماعية والصوت السياسي والحماية المتساوية في ظل القانون وإعمال حقوق الإنسان الأساسية.

لذا عند وقوع أزمة، فإنهن يعانين النصيب الأكبر من الحرمان ويكن أقل استعداداً أو أقل قدرة على البقاء على قيد الحياة أو التعافي. وقد يزداد معدل العنف القائم على نوع الجنس، بما في ذلك استخدامه كسلاح من أسلحة الحرب، أثناء وبعد أي نوع من الأزمات.

ويمكن للضوائق المالية الشديدة الناجمة عن الكوارث أو الصراعات أن تدفع بالنساء إلى ممارسة الجنس نظير مقابل أو تجعلهن عرضة للاتجار. كما أن عدم وجود خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حتى الأساسية منها يجعل الولادة في حالات الأزمات تجربة قد تكون قاتلة، وخصوصاً بالنسبة للمراهقات.

عند وقوع أزمة، تعاني النساء النصيب الأكبر من الحرمان ويكن أقل استعداداً أو أقل قدرة على البقاء على قيد الحياة أو التعافي.

النساء والفتيات يعانين العبء الأكبر من الحرمان

أكثر من ١٠٠ مليون شخص في حاجة إلى مساعدات إنسانية في عام ٢٠١٥ ربعهم نساء وفتيات ما بين ١٥ إلى ٤٩ سنة.

معرضات لمخاطر عالية منها

- الإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً، ومنها فيروس نقص المناعة البشرية
- الحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه
- وفيات واعتلال الأمهات
- العنف الجنسي والقائم على نوع الجنس

والعامل المشترك بين كل هذه المخاطر هو: عدم احترام حقوق الإنسان التي هي حق لكل إنسان، بغض النظر عن الجنس أو العمر أو أي صفة مميزة أخرى. وتشمل هذه الحقوق الحقوق الإنجابية التي وافقت عليها ١٧٩ حكومة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، والتي تُرجمت إلى برنامج عمل رائد يوجّه جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان.

تواجه النساء والفتيات معوقات تعرقل حصولهن على الصحة الجنسية والإنجابية قبل وأثناء وبعد الأزمات

من بين أكثر من ١٠٠ مليون شخص في حاجة إلى مساعدات إنسانية في عام ٢٠١٥، كان ما يُقدر بنحو ربع هذا العدد من النساء والمراهقات في سن الإنجاب. والمساعدات التي تعجز عن تلبية جميع احتياجاتهم، بما في ذلك تلك الاحتياجات التي تخص الجنس والعمر، يصعب اعتبارها مساعدات فعالة.

وحتى الآن، فإن تقديم المساعدات التي تهدف إلى تلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات لم يواكب الطلب عليها. وقد تم إحراز تقدم ملحوظ في استهداف الخدمات الإنسانية للنساء والفتيات في العقد الماضي. ومع ذلك، لا تزال هناك ثغرات كبيرة في العمل والتمويل.

إن عدم المساواة بين الجنسين والتمييز حسب الجنس أو السن أو غيرها من العوامل هي من بين التفسيرات التي تظهر حتى في الاستجابات الإنسانية القائمة على النوايا الحسنة. كما أن التدخلات التي لا تراعي الطرق المختلفة التي يمكن أن تؤثر بها الكوارث والصراعات على مختلف الجماعات يمكن أن تتسبب في نهاية المطاف في إدامة حالة عدم المساواة، مثلاً عندما يتم توفير الرعاية الصحية العامة في الأزمات مع إغفال تقديم الخدمات المتعلقة بالحمل أو الولادة أو وسائل منع الحمل، فستجد النساء المحرومات بالفعل أنفسهن في وضع أكثر خطورة.

وفي المرحلة المضطربة في بداية أي أزمة، فإن الغذاء والمأوى والرعاية اللازمة لعلاج الصدمات الجسدية الحادة غالباً ما تبدو هي الاحتياجات الأكثر إلحاحاً، بينما الجوانب المتعلقة بنوع الجنس أو أنواع التمييز الأخرى فهي أشياء يمكن تأجيلها للفترات الأكثر أمناً. إلا أن التفكير بهذه الطريقة يمكن أن يجعل الاستجابة عاجزة عن رؤية الواقع، بما في ذلك تلك التي تغفل النساء والفتيات وتحرمهن من المساعدات أو تتركهن عرضة للعنف.

الاستجابة

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode

كذلك فإن غياب الاهتمام المنسق يُعزى في جزء منه إلى محدودية البيانات المصنفة حسب نوع الجنس أو غيرها من المعالم، وبسبب انعدام الخبرة المتعلقة بنوع الجنس بين القائمين بالإسعافات الأولية.

وبالنظر إلى حجم الأزمات في عالم اليوم، ونظراً لنوع جنس معظم الضحايا، فقد حان الوقت لتغيير النهج التقليدي واعتماد آخر يراعي التنوع في السكان المتضررين من الأزمات، ويعتمد على هذا التنوع في خفض المخاطر والإسراع بالتعافي وزيادة المرونة.

وضع الصحة الجنسية والإنجابية في محور العمل الإنساني

حتى قبل ٢٠ عاماً فقط، كانت الصحة الجنسية والإنجابية تحتل المرتبة الثانية على سلم الأولويات بعد المياه والغذاء والمأوى على صعيد الاستجابة الإنسانية. ولكن خضماً من الأبحاث والأدلة منذ أوائل التسعينيات قد أثمر عن جعل صحة النساء والفتيات حالياً أكثر وضوحاً. وتلبي العديد من التدخلات الإنسانية حالياً الاحتياجات المرتبطة بالحمل والولادة، وتسعى إلى منع ومعالجة أوجه الضعف إزاء العنف الجنسي أو القائم على نوع الجنس والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

تم إحراز تقدم ملحوظ في استهداف الخدمات الإنسانية للنساء والفتيات في العقد الماضي.

ولم يعد الأمر يقتصر على كون تلبية هذه الاحتياجات باتت تحظى بقبول واسع باعتبارها ضرورة إنسانية ومسألة دعم واحترام لحقوق الإنسان، لكن صار من الواضح أيضاً أن ضمان الوصول إلى الصحة الجنسية والإنجابية هو الطريق إلى

الإجراءات والخدمات الأساسية من بداية الأزمة

الخدمات ذات الأولوية

- الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ ورعاية الأطفال حديثي الولادة
- نظام الإحالة لحالات الطوارئ التوليدية
- لوازم الولادة النظيفة والآمنة
- وسائل منع الحمل
- الأوقية الذكرية
- الأدوية المضادة للفيروسات
- الرعاية السريرية للناجيات من الاغتصاب

الأهداف

منع وفيات الأمهات والرضع

الحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية

منع وإدارة عواقب العنف الجنسي

التعافي والحد من المخاطر والمرونة. وتمتد الفوائد إلى النساء والفتيات، وما ورائهن. فحين يحصلن على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، جنباً إلى جنب مع مجموعة متنوعة من البرامج الإنسانية التي تعالج عدم المساواة عن قصد، تنتشر الآثار الإيجابية في جميع جوانب العمل الإنساني.

دعوات التمويل غير المستدام لتغيير ملامح العمل الإنساني

يجري تنسيق نصيب الأسد من العمل الإنساني وإدارته من قبل الجهات الدولية الرئيسية، ومن بينها الأمم المتحدة، وعادةً ما يأتي التمويل من قبل الدول المانحة الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ولكن التبرعات الخاصة والبلدان الأخرى بدأت تلعب دوراً هاماً هي الأخرى. كذلك فإن الطلب على المساعدات الإنسانية دأب على النمو سنوياً منذ عام ٢٠١١، ولكن التمويل عجز عن مواكبته بالوتيرة نفسها، فنشأت ثغرات فير مسبوقة، تُرجمت إلى استجابات غير مناسبة أو غير كافية لملايين البشر الذين هم في أمس الحاجة إليها.

لابد من التحول الجوهري: علينا التخلي عن أسلوب ردود الفعل تجاه الكوارث والصراعات حينما تقع وتمتد أحياناً لعقود، والتحرك نحو جهود الوقاية والتأهب وتمكين الأفراد والمجتمعات المحلية من الصمود في وجهها والتعافي منها.

وتشير الفجوات المتسعة إلى أن ترتيبات التمويل الحالية قد تكون غير مستدامة. وكذا الحال أيضاً بالنسبة لاتباع نهج العمل المعتاد في مجال العمل الإنساني.

القدرة على التعافي

Photo © UNFPA/Ben Manser

ستظل الازمات تقع، وستكون هناك دائماً حاجة لتلبية الاحتياجات الحادة. ولكن لابدّ من التحوّل الجوهري: علينا التخلي عن أسلوب ردود الفعل تجاه الكوارث والصراعات حينما تقع وتمتد أحياناً لعقود، والتحرّك نحو جهود الوقاية والتأهب وتمكين الأفراد والمجتمعات المحلية من الصمود في وجهها والتعافي منها.

ترجيح كفة الميزان من رد الفعل والاستجابة إلى التأهب والوقاية والتعافي

يجب علينا أن نهدف إلى عالم أكثر قدرة على التعافي وأقل عرضة للضعف. ومن شأن هذا العالم أن تكون التنمية فيه، سواء داخل البلدان أو فيما بينها، شاملة ومنصفة تماماً، وتُعلي كل الحقوق لجميع الناس. عالم لا تظل النساء والفتيات فيه محرومات بطرق متعددة، بل يتمتعن بالتساوي في التمكين لتحقيق كامل الاستفادة من إمكاناتهن، ويسهمن في تنمية واستقرار المجتمعات والدول.

وسيكون عالماً يمكن لكل بلد فيه إدارة اقتصاده ونظام الحكم به بطريقة تضمن وصول الجميع إلى العمل اللائق والخدمات الأساسية عالية الجودة، بما في ذلك الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. ومن بين هؤلاء الذين يضعون مسار السياسات العامة، سيكون هناك فهم سليم وهو أن الاستثمار في التنمية الشاملة العادلة هو بلا شك أفضل الاستثمارات وبالتأكيد أكثرها إنصافاً وإنسانيةً من بين الاستثمارات التي يمكن الإقدام عليها. وفوائده البعيدة المدى تشمل الحد من مخاطر وآثار الأزمات.

والتحوّل إلى عالم أكثر قدرة على التعافي وأقل عرضة للضعف يعتمد أيضاً على إدارة أفضل للمخاطر والمؤسسات مع وجود القدرات الكافية قبل وقوع الأزمة بوقت طويل. يجب فهم المخاطر أولاً بشكل شامل؛ عندها فقط يمكن إجراء الاستثمارات الفعالة في اتخاذ تدابير للحد منها.

وبالنسبة للمخاطر التي لا يمكن تفاديها تماماً، فإن الاستعداد الاستباقي أمر حاسم للحدّ من أسوأ العواقب. وإحدى الاستراتيجيات المحورية في تقليل المخاطر في جميع البلدان هو التأكد من قدرة الناس على التعافي منها. فأولئك الذين يحظون بصحة وتعليم جيدين ودخل كافٍ ويتمتعون بجميع حقوق الإنسان سيكون لهم مستقبل أفضل بكثير عندما تصبح المخاطر حقيقة واقعة.

الوقاية والتأهب والتمكين

- إدارة المخاطر بشكل أفضل
- تصحيح عدم المساواة بين الجنسين
- تعزيز قدرة الأفراد على التعافي من خلال التعليم والصحة
- بناء قدرات المؤسسات قبل وقوع الكارثة
- تمكين تحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية
- السعي إلى التنمية العادلة والشاملة وطويلة المدى

كسر الحلقة المفرغة من التمييز وعدم المساواة

يكمن أحد أضعف مجالات القدرة على التعافي حالياً في النساء والفتيات، والمؤسّسات التي تخدمهن. طالما أن عدم المساواة وعدم الإنصاف يحرم النساء والفتيات من الحصول على حقوقهن، فسوف يبقين من بين الفئات التي هي في أمس الحاجة للمساعدات الإنسانية والأقل استعداداً للمساهمة في القدرة على التعافي.

طالما أن عدم المساواة وعدم الإنصاف يحرم النساء والفتيات من الحصول على حقوقهن، سيظللن من بين الفئات التي في أمس الحاجة للمساعدات الإنسانية والأقل استعداداً للمساهمة في القدرة على التعافي.

يمكن أن يبدأ التغيير، في جزء منه، في أعقاب الأزمات، ولكن ذلك يعتمد إلى حد كبير على الاستجابة. فإذا كانت فقط تكرر الأنماط التمييزية القائمة، مثلاً من خلال الإخفاق في توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية جيدة النوعية من اللحظات الأولى، فذلك لا يُعد تغييراً. وسوف تفشل أيضاً على جميع مقاييس الفعالية وحقوق الإنسان. وتشمل جميع القضايا الإنسانية نوعاً ما من المنظور الجنساني، لأن الرجال والنساء والفتيات والفتيان يتعاملون مع العالم بطرق مختلفة بشكل ملحوظ. لذا يجب على جميع أنواع العمل الإنساني إدراك هذه الاختلافات والتجاوب معها وتصحيح أي فوارق.

وكلما كان ذلك ممكناً، يمكن للمساعدات الإنسانية أن تتحدى نماذج التمييز القائمة، وذلك مثلاً من خلال توفير خدمات شاملة للناجين من العنف القائم على نوع الجنس. ويمكنها تكليف الرجال والفتيان ببناء قبول المعايير الاجتماعية الجديدة، مثلاً فيما يخص الحقوق المتأصلة للمرأة والحل السلمي للخلافات.

المضي قدماً

Photo © Panos Pictures/Sven Torfinn

هدم الفجوة الاصطناعية بين العمل الإنساني والتنمية

إن كثرة الأزمات والاضطرابات في جميع أنحاء العالم اليوم تحتم علينا تحسين أدائنا. فنحن بحاجة إلى تنمية أفضل وعمل إنساني أفضل وإدارة أفضل للمخاطر واهتمام أفضل بالوقاية والتأهب والقدرة على التعافي وربط أفضل بين كل هذه العناصر. وثمة قاسم مشترك بين كل ما سبق: المساواة بين الجنسين وجميع الأشكال الأخرى للمساواة، التي تتحقق جزئياً من خلال الإعمال الكامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وتثمر عن الحدّ من جوانب الضعف وزيادة القدرة على المرونة للأفراد والمجتمعات ككل.

إن التفرقة بين الاستجابة الإنسانية والتنمية في عالم اليوم هي تفرقة زائفة. فالعمل الإنساني يمكن أن يضع الأساس اللازم للتنمية على المدى الطويل. والتنمية التي يستفيد منها الجميع، والتي تمكّن الجميع من التمتع بحقوقهم، بما في ذلك الحقوق الإنجابية، يمكن أن تساعد الأفراد والمؤسسات والمجتمعات على الصمود في وجه الأزمات. كما يمكنها أن تساعد في تسريع عملية التعافي.

إن التنمية المنصفة الشاملة القائمة على الحقوق، والقدرة على التعافي التي تنشأ عنها، يمكن في كثير من الحالات أن تُغني عن الحاجة إلى التدخلات الإنسانية. ومع البدء في جدول أعمال عام ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة والذي تم الاتفاق عليه عالمياً، ومع اقتراب القمة العالمية للعمل الإنساني في عام ٢٠١٦، فقد حان الوقت للعمل بناء على هذا الفهم ووضع تصوّر جديد للعمل الإنساني، يضع صحة وحقوق النساء والفتيات في محوره.

رؤية للعمل الإنساني

في صميم العناصر المتداخلة للعمل الإنساني، من الاستجابة إلى القدرة على التعافي والتنمية، توجد الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

عالم هش

الكوارث الطبيعية، لا سيما الفيضانات والعواصف، تضاعف معدل وقوعها عما كانت عليه قبل ٢٥ سنة. كما أن الصراعات، لا سيما تلك التي تقع داخل الحدود الوطنية، تسببت في تشريد الملايين بعيداً عن أوطانهم.

الصراع والعنف وعدم الاستقرار والفقر المدقع والتعرض للكوارث كلها ظروف وثيقة الصلة ببعضها البعض، وهي تحول حالياً ضد استمتاع أكثر من ١ مليار شخص من التمتع بالمكاسب الاجتماعية والاقتصادية الهائلة منذ نهاية الحرب العالمية الثانية.

عجلة الزمن لا تتوقف: تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للنساء الحوامل أثناء الترحال

عاشور وعائلتها، غيفغيليا.
Photo © UNFPA/Nake Batev

"كنت حُبلى في شهري الثالث وقلقة مما قد تسببه هذه الرحلة لطفلي، ولكن لم يكن لدي خيار. كان علينا الرحيل". جاءت هذه الكلمات على لسان ليلى عاشور، واحدة من بضع مئات من السوريات اللاتي سُمح لهن بعبور الحدود إلى جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة من اليونان في أحد أيام شهر أغسطس/آب.

تقول ليلى عاشور، البالغة من العمر ٣٥ عاماً، إنها وزوجها وأبناءها الأربعة فرّوا من القتال في بلدتهم دير الزور بسوريا في عام ٢٠١٢، وعاشوا مدة عام تقريباً في العراق. ولكن الخوف من العنف من تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام الذي نصّب نفسه من طرف واحد حملهم على عبور الحدود مرة أخرى إلى تركيا حيث أقاموا طيلة ثلاث سنوات إلى أن أصبح الوضع هناك لا يُحتمل. وتتابع قائلةًإن الأمر لم يقتصر على الخشية من تصاعد حدة العنف على امتداد الحدود، لكنهم تعرضوا أيضاً للاستغلال وشعروا بأنهم غير مرحب بهم في مجتمعهم المضيف.

وتروي قائلةً: "عندما وجدوا أننا سوريون، كان علينا أن ندفع ثلاثة أضعاف الإيجار الذي يدفعه الجميع. وكانوا يردّدون: 'ارحلوا، ارحلوا'."

وهكذا رحلت الأسرة المكونة من ستة أفراد حاملة القليل من الأمتعة في حقائب بسيطة على الظهر. واستغرقت الرحلة عبر تركيا ١٠ أيام، لم يتسن لهم فيها سوى قليل من الراحة والقليل من الطعام. تقول ليلى: "لم يساعدناأحد."

عندما وصلت ليلى مع عائلتها إلى مدينة بودروم الساحلية التركية، قامت عائلتها وحوالي ٢٠ آخرين بدفع مبلغ قدره ١٠,٠٠٠ يورو لأحد المهربين نظير قيامه بنقلهم في قارب مطاطي عبر بحر إيجه إلى جزيرة إيوس اليونانية. ومن هناك، شقوا طريقهم إلى جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة.

ليلى عاشور وعائلتها.
Photo © UNFPA/Nake Batev

ومن مدينة غيفغيليا الجنوبية، بدأت ليلى وعائلتها بالتحرك نحو المرحلة التالية من رحلتهم صوب الشمال، بهدف عبور صربيا والمجر، ومنها إلى بلجيكا، حيث تعيش شقيقة زوجها.

وتقول: "إما أن نصل الى مبتغانا أو نموت في الطريق."

وبينما كان المئات يتكدسون في القطارات والحافلات المكتظة، أو يقطعون مسافة ١٧٨ كم سيراً على الأقدام إلى مدينة كومانوفو على الحدود الشمالية، استطاعت عائلة ليلى العثور على سيارة أجرة تقلهم إلى هناك نظير ١٠٠ يورو. ولوّح ابناها الصغيران مودعين من النافذة الخلفية.

السوريون من أمثال ليلى وعائلتها يشكلون نحو ٨٠ في المائة ممن يعبرون البلاد. ويمثل الأفغان والعراقيون حوالي ٥ في المائة. أما البقية فمن باكستان والصومال وفلسطين وخمسة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

في الفترة ما بين شهري يونيو/حزيران وأغسطس/آب ٢٠١٥، اتّبع عدد من اللاجئين والمهاجرين الطريق نفسه إلى شمال أوروبا عبر جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة بمعدّل ٧٠٠ لاجيء كل يوم. وبين هذا العدد، كان واحد من كل أربعة أشخاص امرأة، وبمعدّل ٦ في المائة منهن حوامل.

وكان العديد من النساء الحوامل لديهن مخاوف صحية ناجمة عن السير لمسافات طويلة في الحر مع سوء التغذية والجفاف وغياب الصرف الصحي، الأمر الذي يمكن أن يؤدّي إلى مضاعفات في الحمل أو ربما الإجهاض. وتعاني الكثيرات منهن من الصدمة، حسب قول سوزانا بونوفسكا من الصليب الأحمر في العاصمة سكوبيه. "ستلمح ذلك على الفور في وجوههن."

وقد أعلنت الحكومة في يونيو/حزيران ان اللاجئين والمهاجرين يمكنهم الوصول إلى الرعاية الصحيةمجاناً، بما في ذلك خدمات التوليد وأمراض النساء، في المراكز الصحية والمستشفيات العامة، بما في ذلك تلك الموجودة في غيفغيليا.

ولكن لهفة اللاجئين والمهاجرين لعبور الحدود مع صربيا خلال ٧٢ ساعة، وهي المهلة التي تسمح بها الحكومة لعبور البلاد، تجعل معظمهميفضلالإستغناء عن الخدمات المجانية لئلا يفوتهم العدد القليل من القطارات أو الحافلات التي تنطلق نحو الشمال.

تعصف

بعالمنا حالة من العنف وعدم الاستقرار والاضطراب لم يشهدها منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. فعلى مدى العقدين الماضيين، تضررت مليارات من البشر من الكوارث، بما في ذلك تلك الناجمة عن الظواهر المناخية المتطرفة. واليوم، باتت الأزمات، مثل التشريد الجماعي للشعوب من جراء الفقر المدقع وعدم استقرار المجتمعات، ظاهرة متزايدة. ويبدو أن الاضطراب يجتاح مناطق بأكملها في العالم، وفي عالمنا الذي صار أكثر ترابطاً، حتى أولئك الذين يعيشون في مناطق مستقرة باتوا يشعرون بمزيد من انعدام الأمن عن ذي قبل.

ويظل العديد من الأزمات مستمراً لعقود، مع عدم وجود حلول حقيقية في الأفق. فاللاجئونيعيشون بعيداً عن أوطانهم لمدة ٢٠ عاماً في المتوسط، إذ لا يستطيعون الوصول إلى حلول دائمة وسبل معيشة مستدامة. وفي بعض الحالات، استمرت الأزمات على مرّ أجيال عدّة (Milner and Loescher, 2011).

فكل أزمة، سواء أكانت حرباً أم وباءً قاتلاً أو زلزالاً أو فيضاناً، تجلب معها تحديات فريدة من نوعها في مجال الصحة والسلامة وسبل العيش وحقوق الأفراد والأسر والمجتمعات.

ولقد أدت النزاعات في عالمنا اليوم والدمار الناجم عن الكوارث وعدم الاستقرار والأخطار البيئية والاقتصادية إلى نشوء طلب غير مسبوق على المساعدات الإنسانية من قبل الحكومات والمجتمع المدني والمنظمات الدولية.

الفيضانات والعواصف: الكوارث الطبيعية الأكثر شيوعاً

زاد عدد الكوارث الطبيعية ثلاثة أضعاف ما بين عامي ١٩٨٠ و٢٠٠٠، وتلاه انخفاض طفيف، ولكن لا يزال عددها اليوم ضعف ما كانت عليه قبل ٢٥ عاماً، وفقاً للبيانات الصادرة عن مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث.

في أغلب السنوات، يقع ما بين كارثة واحدة وثلاث كوارث واسعة النطاق،مما يتسبّب في مستوى من الوفيات يفوق بكثير غيرها من الأحداث. وفي معظم العقود، تقع أيضاً كارثة أو اثنتين في غاية الشدة وصادمة للوعي العام فتُوصف بأنها كوارث ضخمة.

وحدهن النساء الحوامل يقدِمن على استخدم الخدمات السريعة والقريبة من محاور العبور قرب المنافذ الحدودية، حسبما يقول بويان يوفانوفسكي الذي يرأس جمعية التربية الصحية والبحوث في العاصمة سكوبيه.

ليديا يوفسيفسكا

Photo © UNFPA/Nake Batev

تبعث هذه الجمعية عيادتها الصحية الوحيدة المتنقلة قرب الحدود مع اليونان، على بُعد بضع مئات من الأمتار من مدينة غيفغيليا، يوماً واحداً في الأسبوع، لتوفير الخدمات النسائية الأساسية السريعة والمجانية للاجئين والمهاجرين. ويساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان في تغطية نفقات تشغيل العيادة.

ليديا يوفسيفسكا هي طبيبة أمراض نساء وتوليد في كومانوفو. وهي متطوّعةللعمل يوماً واحداً في الأسبوع في العيادة المتنقلة. وغالباً ما ترغب السيداتالخمس أو الست اللواتي تتمكن الطبيبة من رؤيتهن في اليوم الواحد من الاطمئنان على صحّة أجنتهن. وهي تستخدم جهاز الموجات فوق الصوتية لطمأنة الأمهات الحوامل،وتطلعهن أيضاً على احتمالات وقوع مضاعفات. كما تطلب بعض النساء اللواتي سافرن لعدة أيام وأحياناً لعدة أشهر الحصول على فيتامينات لزيادة احتمال ولادتهن لأطفال أصحاء. كذلك، فإن التهابات المسالك البولية والمهبلية شائعة. وتصف لهن الطبيبة مضادات حيوية وغيرها من الأدوية. في بعض الأحيان، تكون هناك مشكلة خطيرة تتطلب التحويل إلى مستشفى. فتحيل الطبيبة هذه الحالات إلى مستشفى قريبيمكنه التعامل مع حالات الطوارئ والولادات.

تقول الدكتورة يوفسيفسكا إن مخاطر السفر في هذه الظروف القاسية مع الحمل مرتفعة. وتتابع قائلةً: "بوصفي أم لطفلين، لا أفهم كيف يمكنهن مجرد التفكير في القيامبمثل هذه الرحلة." إلا أنها تدرك مدى اليأس الذي تشعر به هؤلاء النساء. "قالت لي امرأة رأيتها اليوم: 'لا بأس إن مت في الطريق'."

تقدم العيادة المتنقلة كذلك وسائل لمنع الحمل، على الرغم من أن القليلات يرغبن في الاستفادة منها، حسبما تقول فيسنا متفيسكا، منسقة الجمعية. فاللاجئات والمهاجرات ينزعن إلى الخصوصية الشديدة فهن يتردّدن في طلب أو قبول الواقيات الذكرية أو حبوب منع الحمل، على الرغم من أنها مجانية ومتاحة من قبل جهات توفّر الخدمات دون إصدار أحكام على سلوكالناس. وتقول إن هذا الشعور بالخصوصية، بالإضافة إلى حاجز اللغة، يجعل من

ومقابل كل شخص يقضي نحبه في الكارثة، هناك المئات من المتضررين بها والذين يحتاجون لضرورات الحياة الأساسية الفورية كالغذاء أو الماء أو المأوى أو الصرف الصحي أو الرعاية الصحية. كذلك غالباً ما يفقد المتضررون من الكوارث منازلهم وسبل معيشتهم أو ينفصلون عن أسرهم أو يعانون طيلة عمرهم من المرض أو العجز أو الفرص المحدودة وينزحون عن مجتمعاتهم.

ونظراًللنمو السكاني، فإن احتمال التشرد من جراء الكوارث اليوم يبلغ معدلاً أعلى ٦٠ في المائة مما كان عليه قبل أربعة عقود. وعلى مدى السنوات العشرين الماضية، بلغ متوسط الكوارث ٣٤٠ كارثة سنوياً، وقد تضرّر منها ٢٠٠ مليون شخص سنوياً، وراح ضحيتها ٦٧,٥٠٠ شخص سنوياً.

وقد تسبّبت الفيضانات في ٤٣ في المائة من الكوارث التي أُبلغ عنها في قاعدة بيانات EM-DAT التابعة لمركز أبحاث علم أوبئة الكوارث ما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠١٤، حيث تضرّر منها ما يقرب من ٢,٥ مليار شخص. وكانت العواصف ثاني أكثر الكوارث شيوعاً، إذ أسفرت عن مقتل ما يفوق مجموعه عن ٢٤٤ ألف شخص، وبلغت كلفة الأضرار المسجلة ٩٣٦ مليار دولار خلال فترة التسع سنوات هذه. وبذلك تصبح العواصف أعلى أنوع الكوارث تكلفةً خلال العقدين الماضيين وتأتي في المرتبة الثانية من بين عوامل القتل الأكثر شيوعاً.

كذلك تسببت الزلازل (بما في ذلك موجات التسونامي) في قتل أعداد من البشر تفوق جميع أنواع الكوارث الأخرى مجتمعةً، حيث حصدت أرواح ٧٥٠,٠٠٠ شخص ما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠١٣. وتُعد أمواج التسونامي أكثر الأنواع المتفرّعة عن الزلازل فتكاً، حيث تتسبب في وفاة ٧٩ من كل ١٠٠٠ شخص متضرّر، مقابل أربع حالات وفاة لكل ١٠٠٠ شخص بالنسبة لسائر الحركات الأرضية. وبذلك تصبح أمواج التسونامي أكثر فتكاً من الزلازل الأرضية بنحو ٢٠ مرةً.

ومقابل كل شخص يقضي نحبه في الكارثة، هناك المئات من المتضررين بها والذين يحتاجون لضرورات الحياة الأساسية الفورية كالغذاء أو الماء أو المأوى أو الصرف الصحي أو الرعاية الصحية.

الصعب على كثير من النساء الحديث عن العنف القائم على نوع الجنس أو الإبلاغ عن وقوعه.

بالإضافة إلى الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية ووزارة الصحة في هذا البلد، هناك خدمات تُقدم بشكل غير رسمي من قبل أفراد مثل لنسي زدرافكين (٤٨ عاما) وهي ناشطة حسبما تصف نفسها، وتقول إنها ساعدت مئات من النساء الحوامل أثناء سيرهن شمالاً عبر البلاد للوصول إلى الحدود الصربية.

وحتى يونيو/حزيران ٢٠١٥، كان القانون لا يسمح للاجئين والمهاجرين باستخدام القطارات والحافلات أو سيارات الأجرة، لذلك كان معظمهم يضطرّ إلى قطع المسافة سيراً على الأقدام على طول الخطالرئيسيللسكة الحديدية التي تمرّ على بُعد ١٠ أمتار من منزل زدرافكين.

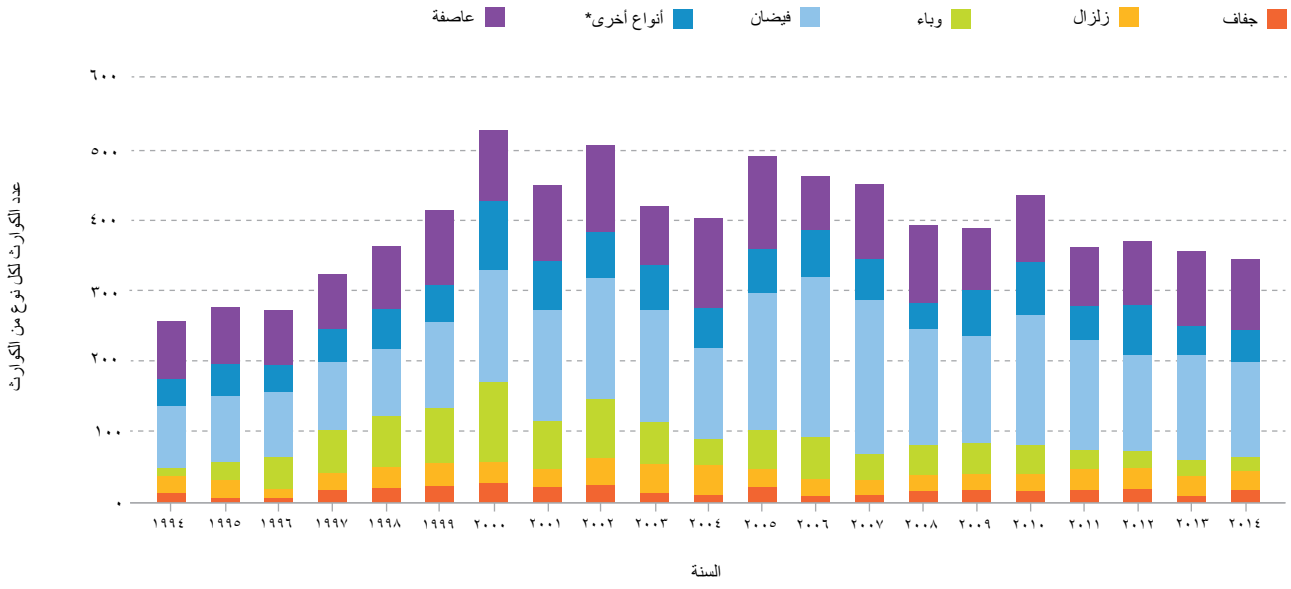
بدأت زدرافكين تقدّم للاجئين والمهاجرين الغذاء والماء وفتحت بيتها لمن يحتاج إلى قسط من الراحة.
كما اصطحبت النساء الحوامل إلى العيادة المحلية لإجراء فحوص أو للعلاج من الإصابات التي لا مفر منها عند السيرطيلة أيام في حرّ الصيف.

تقول زدرافكين: "كان كل شيء يحدث أمامي. لم أكن أستطيع الإكتفاء بإغماض عينيّ."

لينس زدرافكين
Photo © UNFPA/Nake Batev

الكوارث الطبيعية المسجلة في أنحاء العالم، حسب النوع

١٩٩٤ إلى ٢٠١٤

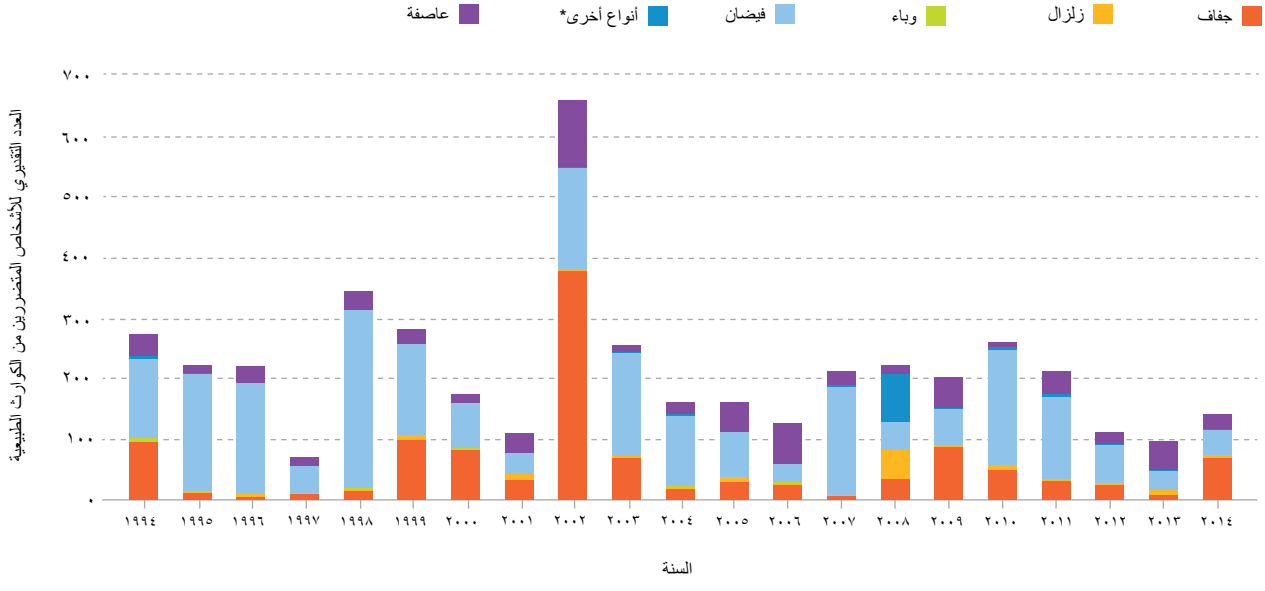


*تشمل الأرقام كوارث مثل غزو الحشرات والحرّ الشديد والانهيارات الأرضية والأنشطة البركانية وحرائق الغابات.

(مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث، ٢٠١٥)

تقدير عدد الأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية، حسب النوع

١٩٩٤ إلى ٢٠١٤



*تشمل الأرقام كوارث مثل غزو الحشرات والحرّ الشديد والانهيارات الأرضية والأنشطة البركانية وحرائق الغابات.

(مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث، ٢٠١٥)

أثّر الجفاف على أكثر من مليار شخص ما بين عامي ١٩٩٤ و ٢٠١٤، أي حوالي واحد من كل أربعة أشخاص تضرروا من جميع الكوارث الطبيعية. ومع ذلك شكّل الجفاف ٥ في المائة فقط من الكوارث. وانحصرت ٤١ في المائة من كوارث الجفاف في تلك الفترة في أفريقيا.

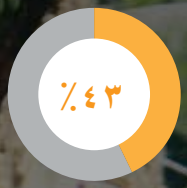
وبالأرقام المطلقة، سجلت كل من الولايات المتحدة والصين أكبر عدد من الكوارث الطبيعية ما بين عامي ١٩٤ و ٢٠١٤، ويرجع ذلك أساساً إلى كبر حجمهما وتنوع سطح اليابسة والكثافة السكانية العالية بهما. وعلى مستوى القارات، حملت آسيا على كاهلها العبء الأكبر للكوارث، حيث تضرّر ٣,٣ مليار شخص في الصين والهند وحدهما. وإذا تم توحيد البيانات لتعكس أعداد الأشخاص المتضررين لكل ١٠٠ ألف شخص، لكانت إريتريا ومنغوليا هما أشد دول العالم تضرّراً من بين الدول غير الجزرية.

وعانت هايتي من أكبر عدد من الاشخاص الذين قتلوا سواء بالأرقام المطلقة أونسبةً لحجم السكان بسبب عدد قتلى زلزال عام ٢٠١٠.

وفي حين تم تسجيل الكوارث على نحو أكثر تواتراً خلال السنوات العشرين الماضية، فقد انخفض متوسط عدد الأشخاص المتضررين في الواقع من واحد لكل ٢٣ شخص ما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠٠٣، إلى نحو واحد لكل ٣٩ شخص ما بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٤.

الوفيات الناجمة عن الكوارث أعلى في البلدان الأكثر فقراً

تظهر أيضا بيانات مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث كيف أن مستويات الدخل تؤثر في عدد القتلى من الكوارث. ففي المتوسط، يبلغ عدد من لقوا حتفهم جراء الكوارث في البلدان ذات الدخل المنخفض (٣٣٢ حالة وفاة) أي ثلاثة أضعاف العدد في الدول ذات الدخل المرتفع (١٠٥ حالة وفاة). ويظهر نمط مماثل عند الجمع بين البلدان المنخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل من الشريحة الدنيا، والمقارنة بينها وبين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان متوسطة الدخل من الشريحة العليا. إجمالاً، فقد شهدت البلدان ذات الدخل المرتفع ٥٦ في المائة من الكوارث وتكبّدت ٣٢ في المائة من الوفيات، في حين شهدت البلدان ذات الدخل المنخفض ٤٤ في المائة من الكوارث لكنها تكبدت ٦٨ في المائة من الوفيات. وذلك يدل على أن مستويات التنمية الاقتصادية، وليس التعرّض للمخاطر في حد ذاته، هي المحدّدات الرئيسية لمعدلات الوفيات.



تسببت الفيضانات في ٤٣ في المائة من الكوارث التي أُبلغ عنها ما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠١٤، حيث تضرّر منها ما يقرب من ٢,٥ مليار شخص.

أثّر الجفاف على أكثر من مليار شخص ما بين عامي ١٩٩٤ و ٢٠١٤، أي حوالي واحد من كل أربعة أشخاص تضرّروا من جميع الكوارث الطبيعية.

أمواج التسونامي		الزلازل
٧٩	مقابل	٤
حالات وفاة		حالات وفاة

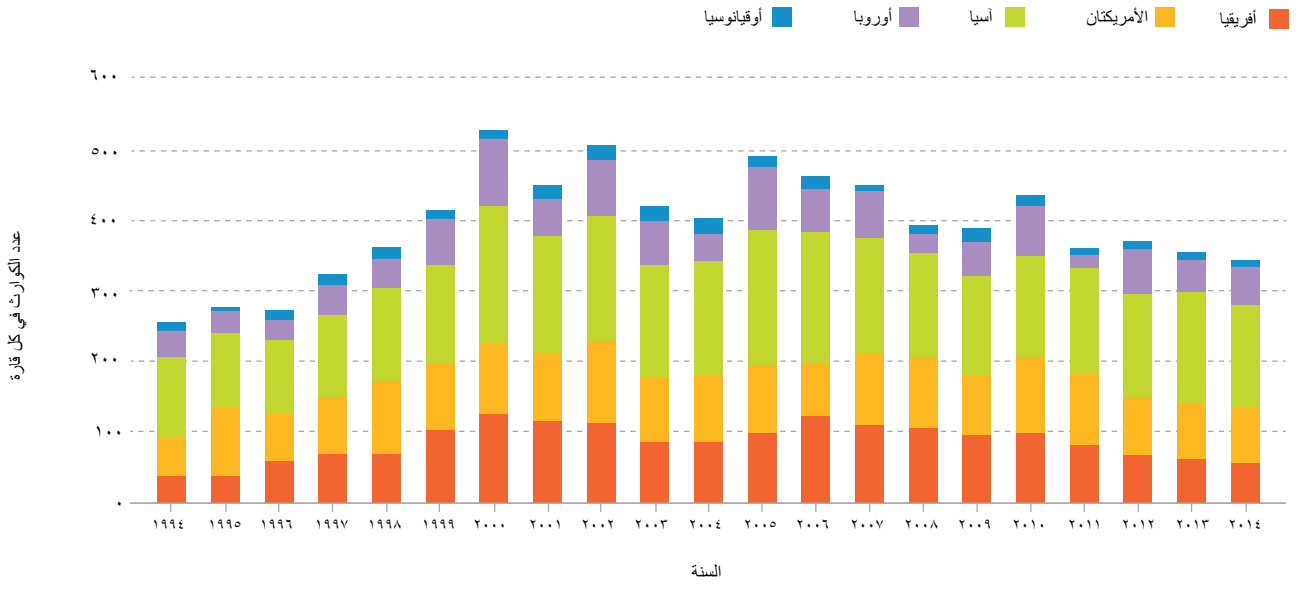
١٠٠٠ شخص تضرّروا

وبذلك تصبح أمواج التسونامي أكثر فتكاً من الزلازل الأرضية بنحو ٢٠ مرةً خلال العقدين الماضيين

Photo © UNFPA/Ben Manser

الكوارث الطبيعية المسجلة، حسب المنطقة

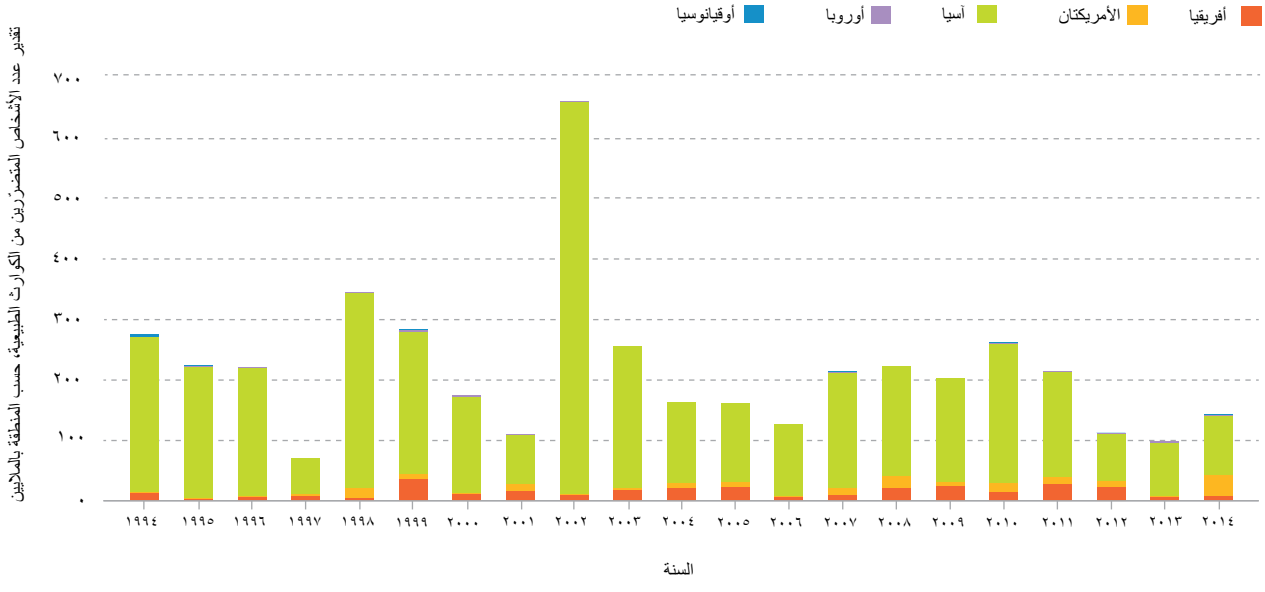
١٩٩٤ إلى ٢٠١٤



(مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث، ٢٠١٥)

تقدير عدد الأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية، حسب المنطقة

١٩٩٤ إلى ٢٠١٤



(مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث، ٢٠١٥)

زيادة الصراعات داخل الدول يزيد عدد القتلى المدنيين

لا تزال الحرب العالمية الثانية، وهي أكبر صراع في العالم الحديث، مرجعاً للبشرية من حيث الضرر الشامل. فقد لقي حوالي ٣ في المائة من سكان العالم مصرعهم كنتيجة مباشرة لذلك الصراع أو مقدماته ومحصلته. وفي الوقت نفسه، تضرر أكثر من ثلث سكان العالم منها. أي مقابل كل حالة وفاة تعرضت حياة ١٠ أشخاص آخرين لاضطراب جذري.

وبعد نهاية الحرب العالمية الثانية، انخفض عدد الصراعات الدولية بشكل كبير، في حين زادت الصراعات داخل الدول وحروب التحرر من الاستعمار في الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين.

تساعد زيادة الصراعات داخل الدول وانخفاض الحروب الدولية في تفسير زيادة عدد القتلى المدنيين وانخفاض الوفيات بين المقاتلين. وبغض النظر عما إذا كان النزاع يدور داخل الحدود الوطنية أم خارجها، فهو دائماً ما يخلّف تأثيراً خطيراً على حياة الكثيرين، من خلال انعدام الأمن وعدم اليقين المزمنين، وذلك بدوره يؤثر على نوعية الحياة والتماسك الاجتماعي وسبل العيش والحقوق وإمكانات التنمية للجميع.

في نهاية الحرب العالمية الثانية، كان ٩٤٠ مليون شخص - أو ٤٠ في المائة من سكان العالم في ذلك الوقت - يعيشون في مناطق صراع. وبحلول عام ١٩٥٦، انخفض العدد بشدة إلى ٢١٠ مليون، أو ٨ في المائة من سكان العالم. إلا أن العدد عاود الارتفاع بعد ذلك، حيث بلغ حوالي ١ مليار نسمة اليوم (Garfield et al., 2012).

حالياً، واحد من كل ثلاثة لاجئين يقيم في مخيم. ويعيش اثنان من كل ثلاثة اليوم في مناطق حضرية.

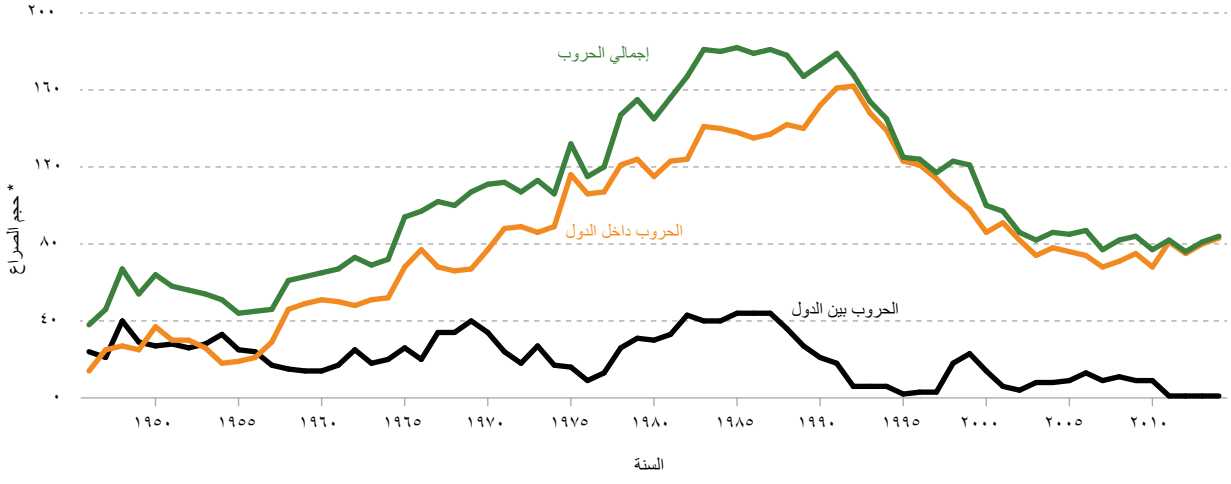
يعيش ١ مليار شخص أو نحو ١٤ في المائة من سكان العالم اليوم في مناطق النزاع

وقعت أربعة وسبعون في المائة من وفيات الصراع المباشر ما بين عامي ١٩٨٩ و٢٠٠٨ في وسط أفريقيا وشرق أفريقيا والشرق الأوسط وشمال أفريقيا وجنوب آسيا.

Photo © Panos Pictures/Mikkel Ostergaard

الاتجاهات العالمية في النزاعات المسلحة

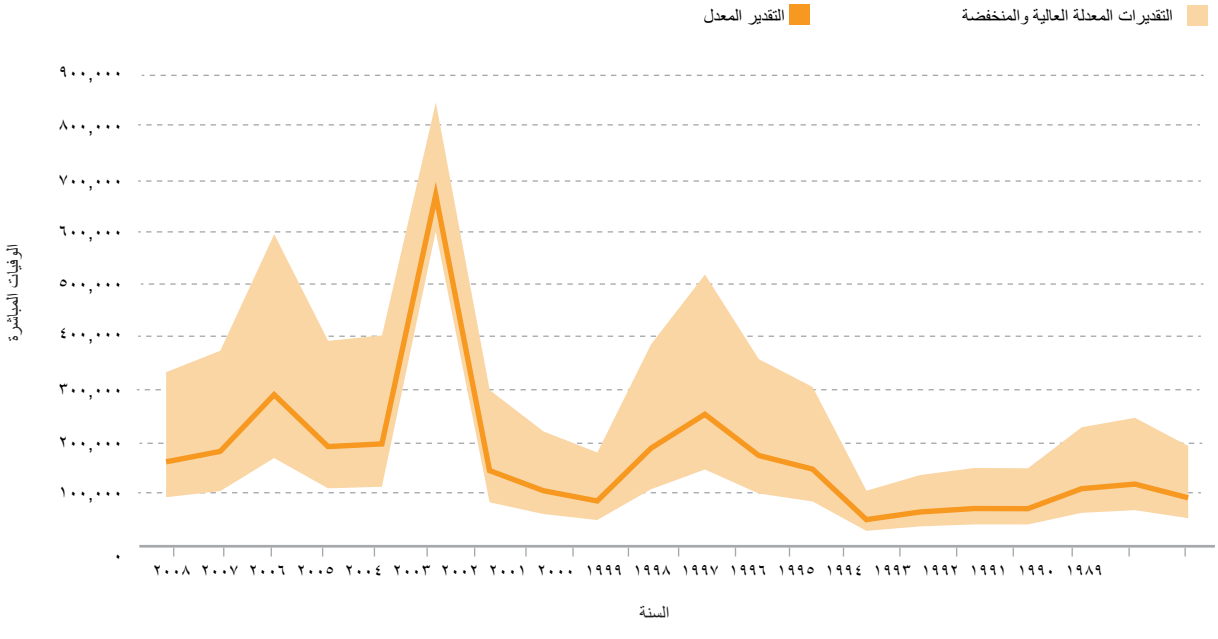
١٩٤٦-٢٠١٤



(مركز السلام المنهجي، ٢٠١٥)

* يُقاس حجم الصراع بالآثار الشاملة الواقعة على البلد أو البلدان التي تأثرت مباشرة بالحرب، بما في ذلك أعداد المقاتلين والضحايا، والمنطقة المتضرّرة، والسكان النازحين، ومدى تضرّر البنية التحتية.

الوفيات ذات الصلة المباشرة بالصراع



(Garfield and Blore, 2009)

تأثير النزاع على النساء والرجال

البيانات العالمية ذات الصلة بالصراع والمصنفة بحسب الجنس شحيحة، وعندما تكون متاحة، فإنها غالباً ما تكون غير موثوق بها. ومع ذلك، فإن الدراسات الاستقصائية التي تركز على منطقة صغيرة محددة تسفر عن بعض الرؤى التي تبيّن أن الرجال هم أكثر عرضة للموت *مباشرة أثناء النزاعات*، في حين أن النساء يلقين حتفهن أو يتضررن بأشكال أخرى، لأسباب *غير مباشرة عقب الصراع* في كثير من الأحيان (Ormhaug, 2009).يشير كل تقدير من التقديرات الخاصةبوفيات الصراع المباشر إلى أن أكثر من ٩٠ في المائة من مجموع الخسائر في الأرواح تقع بين الشباب من الذكور البالغين (Cummings et al., n.d.).

	الآثار المباشرة	التأثيرات غير المباشرة
الرجال	• ارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات على أرض المعركة • ارتفاع احتمالات الاعتقال أو الاختفاء • العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس: المجازر لجنس معين، التجنيد القسري، التعذيب والاغتصاب والتشويه؛ الإجبار على ارتكاب العنف الجنسي ضد الآخرين • ارتفاع معدلات الإعاقة من الاصابة	• مخاطر انخراط المقاتلين السابقين في الأنشطة الإجرامية أو غير القانونية وصعوبات العثور على سبل العيش • زيادة انتشار الأشكال الأخرى للعنف ـ خاصة العنف المنزلي
الجنسان معاً	• الاكتئاب والصدمات النفسية والاضطراب العاطفي	• خسارة الأصول والدخل • الاتجاه نحو زيادة الهجرة • الأنماط المتقطعة للزواج والخصوبة • فقدان الشبكات الأسرية والاجتماعية، بما في ذلك آليات التأمين • تعطل التعليم • تلاشي الرفاه، وخاصة سوء الحالة الصحية والإعاقة من الفقر وسوء التغذية
النساء	• ارتفاع احتمالات الانضمام إلى صفوف النازحين داخلياً واللجوء • العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس: التعرّض للاغتصاب والاتجار بالبشر والبغاء؛ الحمل والزواج القسريين	• مشاكل الصحة الإنجابية • أدوار المرأة الإنجابية والمقدّمة للرعاية تحت وطأة الضغط • تغيّر المشاركة في سوق العمل بسبب وفاة أفراد الأسرة و"تأثير إضافة عامل" • ارتفاع عدد حالات العنف المنزلي • إمكانية زيادة المشاركة السياسية • زيادة المشاركة الاقتصادية للمرأة بسبب تغير أدوار الجنسين أثناء النزاعات

(Anderlini, 2010)

متوسط وفيات الصراع المباشر ١٦٨,١٠٠ سنوياً

يُعد عدد الوفيات مؤشراً على شدة أو حجم الصراع. وقد حاول جيل من الباحثين وضع تقديرات موثوقة لعدد الاشخاص الذين لقوا حتفهم في الصراع. غير أن الوصول إلى مثل هذه التقديرات أمر معقد بشكل خاص لأن الصراعات صارت تشنها جهات فاعلة من غير الدول في مناطق نائية وفي كثير من الأحيان في بلدان لا تملك مؤسسات مهيأة لتتبع وقوع الإصابات بدقة.

في الفترة ما بين عامي ١٩٨٩ و٢٠٠٨، بلغ إجمالي الوفيات الناجمة عن الصراع مباشرة ٣,٣٦٢,٠٠٠ تقريباً، أي بمتوسط ١٦٨,١٠٠ حالة وفاة سنوياً (Garfield and Blore, 2009). ووقعت أربعة وسبعون في المائة من وفيات الصراع المباشر ما بين عامي ١٩٨٩ و٢٠٠٨ في وسط أفريقيا وشرق أفريقيا والشرق الأوسط وشمال أفريقيا وجنوب آسيا.

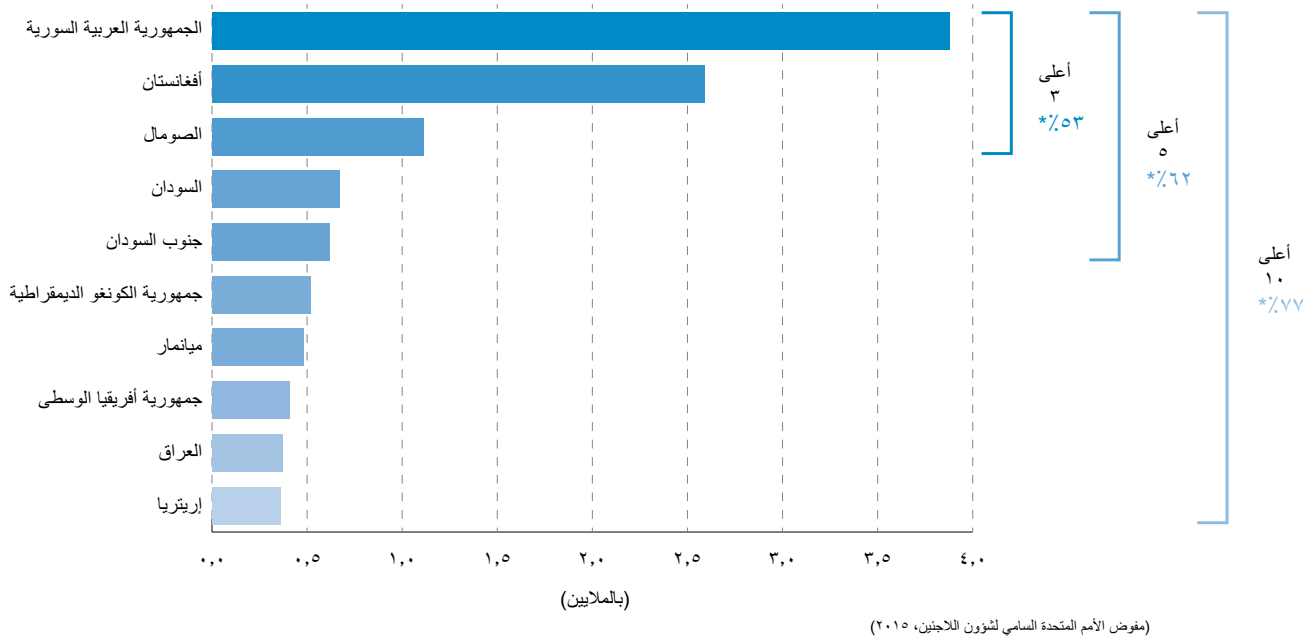
منذ عام ٢٠٠٨، تسبب تصاعد حدة الصراع في الشرق الأوسط في ارتفاع المستوى الإجمالي للوفيات الناجمة عن الصراع المباشر إلى أكثر من ٢٠٠,٠٠٠ سنوياً (Price et al., 2014). وفي عام ٢٠١٢، قُتل في سوريا اثنان من كل خمسة أشخاص لقوا مصرعهم في القتال على مستوى العالم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن عدد الوفيات التي تنجم بشكل غير مباشرعن الصراعفي بعض البلدانيفوق عدد الوفيات الناجمة مباشرة عن القتال بنسبة ثلاثة إلى واحد. فمعظم هذه الوفيات غير المباشرة تحدث في البلدان المنخفضة الدخل، حيث يُحرمالمدنيون المعرضون للخطر من شرايين الحياة الحيوية التي تتيح لهم الحصول على التحصين المناعي وغذاء الأطفال والمياه النظيفة.

العنف المسلح الآخر

العنف المسلح غير المرتبط بالصراع يسفر هو الآخر عن خسائر فادحة في الأرواح. كاد العبء العالمي للعنف المسلح في عام ٢٠١١ يمثل إجمالي الوفيات الناجمة عن الأسلحة النارية المسجلة من خلال النظم المدنية في البلدان في أنحاء العالم، إذ وصلت إلى ما يُقدر بنحو ٤٠٠,٠٠٠ حالة وفاة مرتبطة بالأسلحة النارية خارج حالات الصراع. ولقد كان انعدام الأمن والخوف من العنف المسلح هما المحرك الرئيسي للنزوح والهجرة في بعض البلدان في السنوات الأخيرة، مما أثار حالة تشبه الأزمة الإنسانية.

البلدان التي تُعدّ مصدراً رئيسياً للاجئين



(مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، ٢٠١٥)
*يعكس نسبة من العدد الإجمالي للاجئين في نهاية ٢٠١٤

النزوح بسبب الصراع

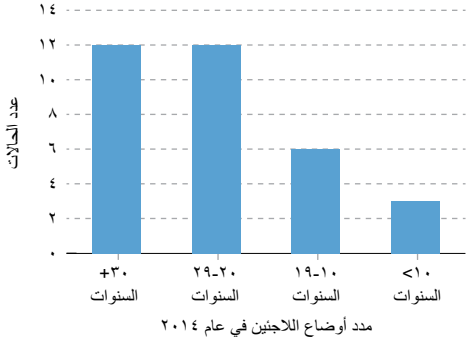
في عام ٢٠١٤، بلغ عدد اللاجئين والمشردين داخلياً في جميع أنحاء العالم ٥٩,٥ مليون نسمة، وهو أعلى رقم منذ الحرب العالمية الثانية (مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، ٢٠١٥). وتضاعف عدد المشردين داخلياً في الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٥.

أكثر من نصف اللاجئين الجدد في عام ٢٠١٤ جاءوا من سوريا وأفغانستان والصومال والسودان. وأكثر من نصف إجمالي المشردين داخلياً يقيمون في سوريا وكولومبيا والعراق والسودان (مركز رصد النزوح الداخلي، ٢٠١٥). حالياً، حوالي واحد من كل أربعة أشخاص في لبنان وواحد من كل ١٠ أشخاص في الأردن، لاجئ.

وحالياً أيضاً، واحد فقط من كل ثلاثة لاجئين يقيم في مخيم. ويعيش اثنان من كل ثلاثة اليوم في مناطق حضرية.

ويعيش حوالي ثلثي اللاجئين في العالم في "حالات من النفي التي لا يبدو أن لها نهاية" (Milner and Loescher, 2011). والدول الخمس والعشرين الأكثر تضرراً من وجود اللاجئين بها لفترات طويلة، كلها في العالم النامي. حالياً، هناك ٣٠ حالة كبرى طال أمدها للاجئين يقترب متوسط بقائهم على هذه الحالة من ٢٠ عاماً. إلا أن هذا المتوسط لا يشمل العديد من السكان المشردين

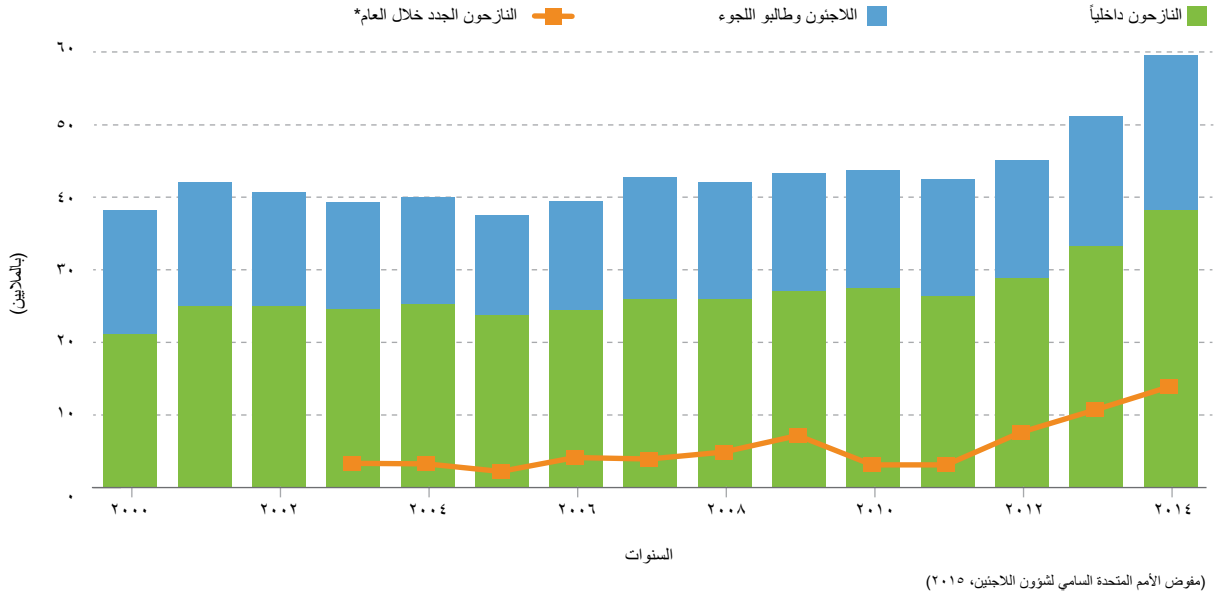
أوضاع اللاجئين الممتدة حسب المدة



(مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، ٢٠١٥)

النزوح في القرن الـ٢١

٢٠٠٠ - ٢٠١٤



(مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، ٢٠١٥)

*النازحون داخلياً وعبر الحدود الدولية. البيانات عن النازحين الجدد متاحة فقط منذ عام ٢٠٠٣.

بشكل متكرر أو على المدى الطويل، كأولئك الموجودين في المناطق الحضرية أو المشردين في المناطق الريفية. ولا يشمل أيضاً الملايين من اللاجئين الفلسطينيين في إطار ولاية إدارة الأمم المتحدة للإغاثة والتشغيل.

الكوارث تتسبب في تشريد ٢٦,٤ مليون شخص سنوياً

وفقاً للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، فإن نحو ٢٦,٤ مليون شخص في المتوسط على مستوى العالم قد تشردوا بسبب الكوارث سنوياً منذ عام ٢٠٠٨. وقد حدثت أغلب حالات التشريد في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

في حين أن تواتر الكوارث الجيوفيزيائية - الزلازل والتسونامي وثوران البراكين - ظل ثابتاً بشكل كبير في السنوات الأخيرة، إلا أن الأحداث المتصلة بالمناخ، كالفيضانات والعواصف، آخذة في الازدياد. منذ عام ٢٠٠٠ وحتى الوقت الحاضر، وقع ما معدله ٣٤١ كارثة مرتبطة بالمناخ سنوياً، أي بزيادة ٤٤ في المائة عن المتوسط المسجل ما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠٠٠.

تشير تقديرات مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث إلى أن ١٩,٣ مليون شخص أصبحوا لاجئين أو مشردين بسبب الكوارث في عام ٢٠١٤. وعلى مدى السنوات السبع الماضية، ٨٥ في المائة من هذه التحركات من جراء الكوارث سببتها أحداث متصلة بالمناخ، وخاصة الفيضانات والعواصف. وحوالي ١٥ في المائة بسبب الزلازل.

عدد النازحين حسب المنطقة
٢٠٠٥-٢٠١٤

(مبادرات التنمية، ٢٠١٥)

*يشمل النازحون اللاجئين والأشخاص في أوضاع شبيهة باللاجئين والنازحين داخلياً وطالبي اللجوء. يشمل النازحون داخلياً فقط أولئك الأشخاص المتمتعين بالحماية/المساعدة من جانب مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين. يتم تنظيم البيانات وفقاً لتعريفات بلد/إقليم اللجوء. يتم تنظيم البلدان وفقاً لتصنيف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية للمناطق.

Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

قوى الهشاشة

لماذا يوجد هذا العدد الكبير من الأزمات في عالمنا اليوم؟ لماذا يبدو العالم فجأة بهذه الهشاشة؟

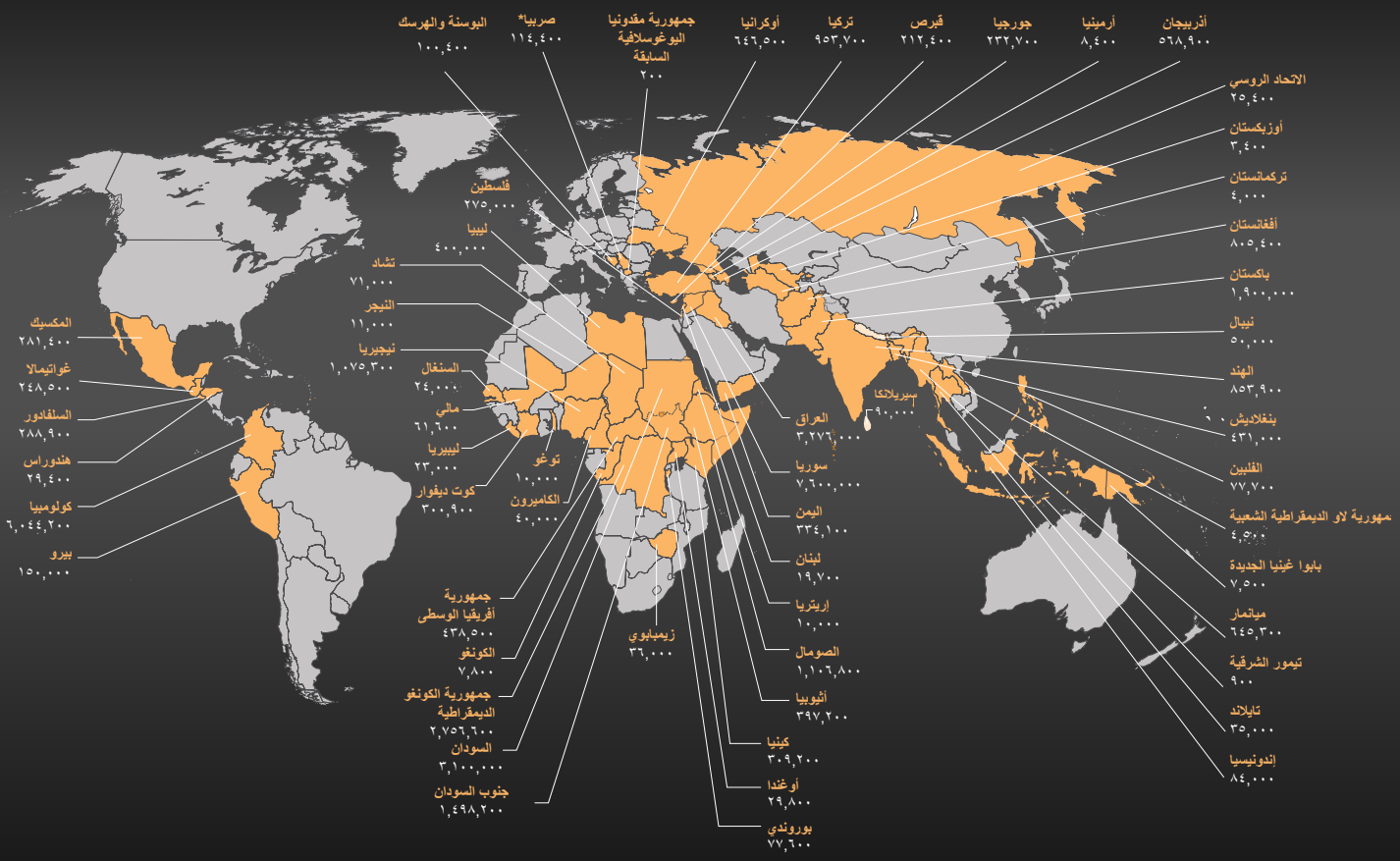
هناك العديد من التفسيرات لهذه الهشاشة وأسبابها. ولكن بغض النظر عن التعريف، ترتبط الهشاشة ارتباطاً وثيقاً بقوى مثل الفقر وعدم المساواة والإقصاء، التي تؤثر على النساء والفتيات بشكل غير متناسب.

الدول الهشة تأوي واحداً من كل ثلاثة أشخاص فقراء

يمكن أن تتجلى الهشاشة بأشكال مختلفة عديدة وفي البلدان بأي مستوى للدخل. ووفقاً لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، فإن "المنطقة أو الدولة الهشة هي تلك التي تعاني من ضعف القدرة على النهوض بمهام الحكم الأساسية، وتفتقر إلى أهلية بناء علاقات بنّاءة متبادلة مع المجتمع". كما أن الدول الضعيفة أكثر عرضة للصدمات الداخلية أو الخارجية، كالأزمات الاقتصادية أو الكوارث الطبيعية (OECD, 2013). ويمكن للعلاقة بين الدولة والمجتمع أن تنهار نتيجة لعوامل الضغط الداخلية والخارجية بما في ذلك التحولات الديمغرافية والابتكارات التكنولوجية وتغيرات المناخ.

قبل عقد من الزمان، كانت معظم الدول الهشة هي نفس الدول ذات الدخل المنخفض. ووفقاً للتقديرات الأخيرة، ما يقرب من نصف الدول الهشة والمتأثرة بالصراعات حالياً هي من البلدان المتوسطة الدخل. وعلى الرغم من هذا التغيير في مستوى الدخل، لا يزال الفقر متركزاً في الدول الهشة (OECD, 2013).

النازحون داخلياً بسبب النزاعات والعنف



(المجلس النرويجي للاجئين ومركز رصد النزوح الداخلي، 2015a)
*يشمل الرقم كوسوفو

تتقاسم البلدان الهشة المتوسطة الدخل خصائص مشتركة كارتفاع مستويات العنف الحضري والجنائي، ونمو المدن الكبرى التي يسودها العنف، وارتفاع تعداد الشباب العاطلين عن العمل (Castillejo 2015).

يعيش في البلدان الهشة نحو ثلث فقراء العالم. فأكثر من ١ مليار شخص، أو نحو ١٥ في المائة من سكان العالم، يعيشون في فقر مدقع، وفقاً لتقديرات البنك الدولي (البنك الدولي، 2015a). والفقر المدقع، الذي كان يتركز سابقاً في شرق آسيا، قد تحول إلى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، التي يقطنها حالياً ٨٠ في المائة من فقراء العالم، والغالبية العظمى في العالم منهم من النساء والأطفال (البنك الدولي 2015b).

الفقراء معرّضون بشكل خاص لآثار الصراع، وتشير مختلف قياسات الهشاشة إلى أن ارتفاع مستويات الفقر وعدم المساواة في الدخل يمكن أن يسهما في عدم الاستقرار. كذلك يعاني الفقراء من شح الموارد الاقتصادية والاجتماعية والموارد الأخرى لمساعدتهم في الصمود أو التعافي من الصراعات، التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى تفاقم الفقر.

اثنتان من كل ثلاث ولادات غير مراقبة طبّياً تقع في الدول الهشة

على الرغم من التقدم الاقتصادي والاجتماعي العالمي في العقود الأخيرة، هناك نسبة كبيرة ومتزايدة من البشر الذين يعانون مزيداً من انعدام الأمن وعدم الاستقرار. ففي هذه الدول تنشأ التحديات الرئيسية التي تواجه الاستقرار والتنمية وتحقيق التقدم الاجتماعي. يلخّص غيتس ومعاونوه(٢٠١٠) هذا التأثير إذ تظهر البيانات أن ما يقرب من نصف سكان البلدان ذات الدخل المنخفض في عام ٢٠١٠، كانوا إما في دول هشة أو حالة صراع أو يتعافون من الصراع. وشكلت هذه المناطق نفسها ٦٠ في المائة من سكان العالم الذين يعانون من سوء التغذية، و٧٧ في المائة من الأطفال الذين لا يرتادون المدارس الابتدائية، و٧٠ في المائة من وفيات الرضع و٦٤ في المائة من الولادات غير المراقبة طبّياً.

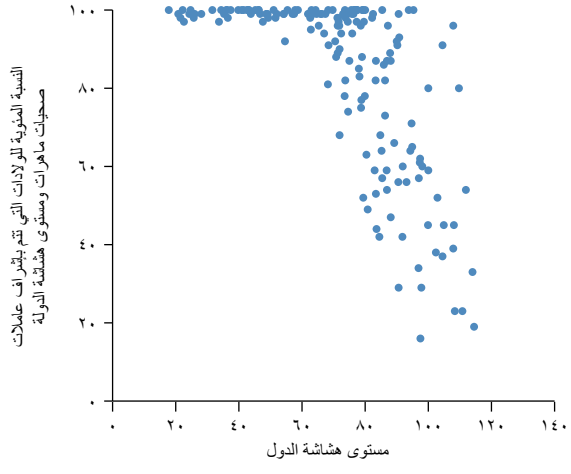
عند المطابقة بين هشاشة الدول ومؤشرات الصحة الإنجابية الرئيسية، تظهر الارتباطات التي توضح احتمال أن تقل الولادات التي تتم بمساعدة قابلات ماهرات في البلدان شديدة الهشاشة وأن ترتفع فيها معدلات حمل المراهقات وتزداد الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة.

قياس الهشاشة

قام عدد من المجموعات بوضع وسيلة لقياس ما إذا كانت دولة ما هشّة، وبالتالي عرضة للصراع أو لآثار الكوارث. (OECD, 2015).

تصدر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) سنوياً مؤشر الدول الهشة، الذي يظهر مدى تعرض البلدان والأقاليم إلى النزاعات والكوارث من خلال النظر إلى خمسة أبعاد رئيسية، هي:مستوى العنف، مدى القدرة على الوصول إلى العدالة وسيادة القانون، ما إذا كانت المؤسسات الوطنية فعّالة ومسؤولة وشاملة، ومستوى الاستقرار الاقتصادي، ومستوى القدرة على الصمود والتكيف مع الصدمات والكوارث. تسعة من بين ٥٠ مكاناً من الأمكنة الأكثر هشاشة ينخفض ترتيبها في الأبعاد الخمسة كافة (OECD, 2015).

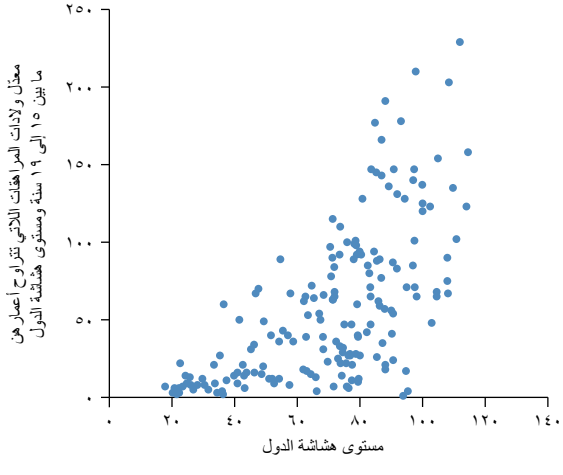
النسبة المئوية للولادات التي تتم بإشراف عاملات صحيات مهرة ومستوى هشاشة الدولة



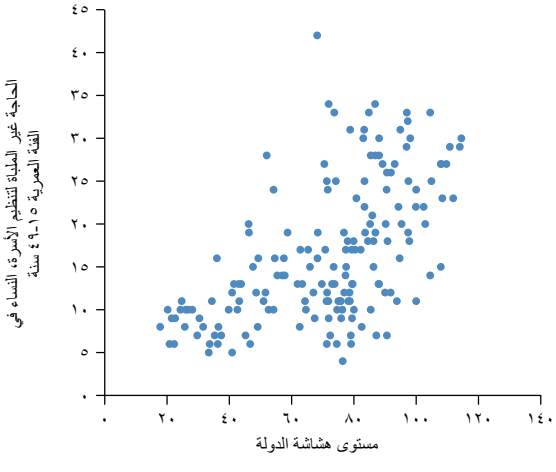
سابانا سوال، ٢٥ سنة، مع أطفالها في ملجأ للناجين من الزلزال، بهاكتابور، نيبال.

Photo © Panos Pictures/Brian Sokol

معدلات ولادات المراهقات تميل إلى أن تكون أعلى في البلدان الهشة



الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة غالباً ما تكون أكبر فيما بين البلدان الهشة



مؤشر منظمة التعاون الاقتصادي لهشاشة الدول بالنسبة لعام ٢٠١٥

يُظهر هذا المؤشر مدى تعرض البلدان والأقاليم إلى النزاعات والكوارث من خلال النظر إلى خمسة أبعاد رئيسية وهي: مستوى العنف، مدى القدرة على الوصول إلى العدالة وسيادة القانون، مدى فعالية المؤسسات الوطنية ومسؤوليتها وشموليتها، ومستوى الاستقرار الاقتصادي، ومستوى القدرة على الصمود والتكيف مع الصدمات والكوارث.

جوانب الضعف بحسب الأبعاد:

- العنف
- العدالة
- المؤسسات
- القدرة على التعافي
- الأسس الاقتصادية

٩ دول

جمهورية أفريقيا الوسطى
تشاد
جمهورية الكونغو الديمقراطية
كوت ديفوار
غينيا
هايتي
السودان
سوازيلاند
اليمن

٥ أبعاد

١٣ دولة

غينيا الاستوائية
إريتريا
غينيا بيساو
موريتانيا
توغو
زيمبابوي

أفغانستان
بوروندي
نيبال
جنوب السودان

أثيوبيا
نيجيريا
الصومال

٤ أبعاد

٢٦ دولة

الجزائر
الجمهورية العربية السورية

الكاميرون
جمهورية لاو
الديمقراطية الشعبية

أنغولا
ليبيريا

كينيا
أوغندا

جزر القمر
مدغشقر
الكونغو
سيرا ليون

بنغلاديش
ليبيا
ميانمار
باكستان
فنزويلا

غامبيا
ملاوي
موزمبيق
النيجر
تيمور الشرقية

هندوراس
ليسوتو
مالي
فلسطين

٣ أبعاد

٢٢ دولة

الهند
بناما
كوسوفو

إيران
العراق

جيبوتي

بابوا غينيا الجديدة
جزر سليمان
زامبيا

بنين
بوركينا فاسو
كيريباس
ساو تومي وبرينسيبي
سورينام

كمبوديا
فيجي
طاجيكستان
تركمانستان

كولومبيا
غواتيمالا
باراغواي
رواندا

بعدان

مقياس آخر، وهو مؤشر السلام العالمي، يقيس مستوى السلام في ١٦٢ دولة. يتناول هذا المؤشر الصادر عن معهد الاقتصاد والسلام، مستوى الأمن والسلامة في المجتمع، ونطاق الصراع الداخلي والدولي ودرجة العسكرة. وفي الفترة ما بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٤، صارت ٧٨ دولة أقل سلميةً وفقاً لهذا المؤشر (IEP, 2014).

ويتناول مؤشر الدول الهشة التابع لصندوق السلام ١٢ بُعداً للهشاشة، بما في ذلك ما إذا كانت التنمية الاقتصادية غير متساوية أو منصفة، وما إذا كان هناك احترام لحقوق الإنسان والحريات، ومدى الفقر والتدهور الاقتصادي، وتواتر الكوارث، وما إذا كانت الخدمات الأساسية، لا سيما التعليم والصحة، متاحة للجميع. وفقاً لهذا المؤشر، تشغل أربع دول "حالة تأهب عالية جدا"، حيث يأتي جنوب السودان في أعلى القائمة وتليه الصومال وجمهورية أفريقيا الوسطى والسودان. أما بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٤، فقد ساءت قياسات الهشاشة وفقاً لهذا المؤشر إلى حد ما في ٦٧ بلداً (FFP, 2015).

وبغض النظر عن المؤشر، تزداد أعداد الدول الهشة، وبالتالي من المرجح أن تكون أكثر عرضة للصراعات أو لآثار الكوارث.

تقييم المخاطر

ليس من الممكن دائماً الحيلولة دون وقوع الأزمات الإنسانية والكوارث لكن يمكن تقليص تأثيرها إلى حد كبير. ولا شك أن فهم الأزمات ومخاطر الكوارث يُعد خطوة حاسمة في الحد منها وإدارتها. ويهدف تقييم المخاطر إلى تحديد الأشخاص والأماكن الأكثر عرضة لخطر الكوارث وترتيب أولوياتها وايجاد سبل لتقليل وإدارة المخاطر التي يواجهونها (INFORM, 2015).

مؤشر إدارة المخاطر (INFORM) هو مشروع مشترك بين الأمم المتحدة والمنظمات والمؤسسات البحثية الدولية والثنائية الأطراف ويستخدم ٥٠ مؤشراً مختلفاً لقياس المخاطر وتعرض الناس لها والضعف وكمية ونوع الموارد المتاحة لمساعدتهم في التعامل معها (INFORM, 2015).

تُظهر بيانات INFORM أن خطر الأزمات الإنسانية قد ارتفع في ثلاثة بلدان منخفضة الدخل، وستة بلدان متوسطة الدخل من الشريحة الدنيا، وأربعة بلدان متوسطة الدخل من الشريحة العليا، واثنين من البلدان مرتفعة الدخل التي ليست أعضاء في منظمة التعاون والتنمية (INFORM, 2015).

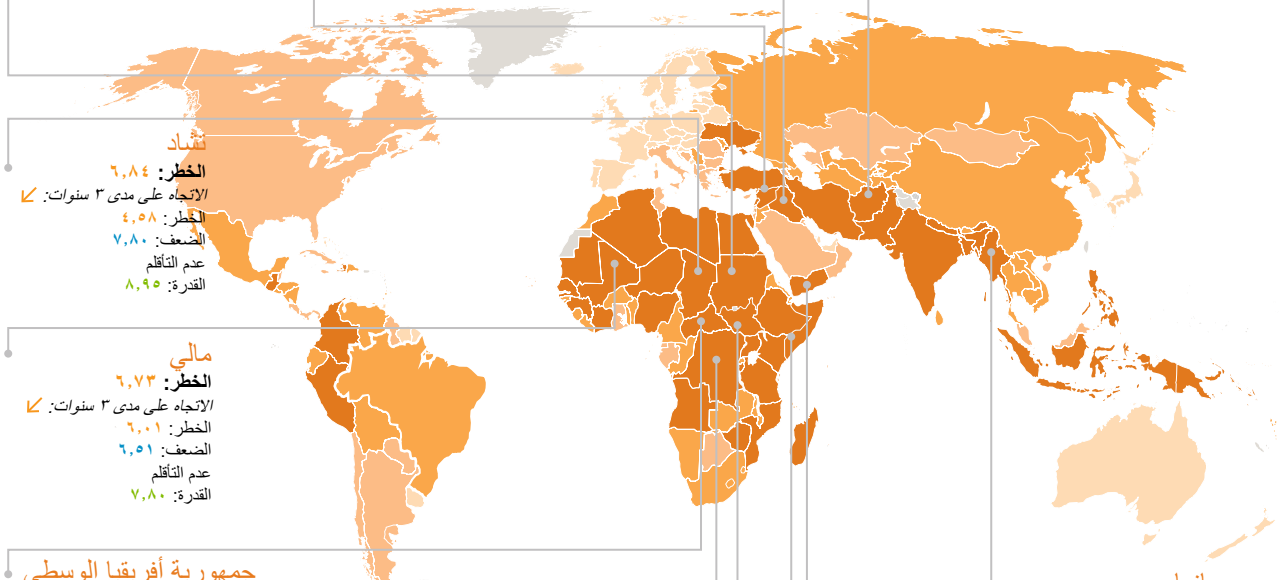
سكان اتحاد بالاساليتو، كولومبيا.
Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

وتشير INFORM أيضاً إلى أن الخطر قد انخفض بشكل ملحوظ في ٢٢ بلداً منخفض الدخل، و٢٨ بلداً متوسط الدخل من الشريحة الدنيا، و٤٣ بلداً متوسط الدخل من الشريحة العليا، و١٦ بلداً مرتفع الدخل من البلدانغير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية و٢٩ بلداً مرتفع الدخل من البلدانالأعضاء في منظمة التعاون والتنمية (INFORM, 2015).

وهناك ١١ بلداً هي الأكثر عرضة لخطر الفقر الناجم عن الكوارث وهي بنغلاديش وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا وكينيا ومدغشقر ونيبال ونيجيريا وباكستان وجنوب السودان والسودان وأوغندا وفقاً لمعهد التنمية الخارجية (ODI et al., 2013).

وباستبعاد التعرض للزلازل والأعاصير، يكشف تقييم مخاطر التعرّضللجفاف ودرجات الحرارة القصوى والفيضانات وحدهاأن ما يصل إلى ٣١٩ مليون شخص سيعيشون في فقر مدقع في الـ٤٥ دولة الأكثر تعرضاً لهذه المخاطر بحلول عام ٢٠٣٠. وهذا مما يشكل مصدر قلق كبير لأن مخاطر الجفاف والفيضانات هي من بين الصدمات الأقوى عندما يتعلق الأمر بمسببات الفقر على المدى الطويل (ODI, 2013).

يحدد مؤشر الخطر الشامل البلدان المعرضة للخطر من الأزمات والكوارث الإنسانية التي قد تفوق قدرة الاستجابة الوطنية. وهو يتألف من ثلاثة أبعاد: المخاطر والتعرض لها، وجوانب الضعف، وعدم القدرة على التأقلم. توضح هذه الخريطة تفاصيل عن ١٢ دولة تعاني من أعلى المخاطر الشاملة.



أفغانستان
الخطر: ٧,٨٨
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↙
الخطر: ٨,٧١
الضعف : ٦,٨٧
عدم التأقلم
القدرة: ٨,١٩

العراق
الخطر: ٧,٠١
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ←
الخطر: ٨,٢١
الضعف : ٥,٩٨
عدم التأقلم
القدرة: ٧,٠٢

الجمهورية العربية السورية
الخطر: ٦,٦٧
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↖
الخطر: ٨,٣٩
الضعف : ٥,٩٩
عدم التأقلم
القدرة: ٥,٩٢

السودان
الخطر: ٧,٢٤
الاتجاه على مدى ٣ سنوات ↙
الخطر: ٧,٢٩
الضعف : ٧,١٨
عدم التأقلم
القدرة: ٧,٢٦

تشاد
الخطر: ٦,٨٤
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↙
الخطر: ٤,٥٨
الضعف: ٧,٨٠
عدم التأقلم
القدرة: ٨,٩٥

مالي
الخطر: ٦,٧٣
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↙
الخطر: ٦,٠١
الضعف: ٦,٥١
عدم التأقلم
القدرة: ٧,٨٠

جمهورية أفريقيا الوسطى
الخطر: ٨,١٦
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↖
الخطر: ٧,٧٨
الضعف: ٨,١٥
عدم التأقلم
القدرة: ٨,٥٦

ميانمار
الخطر: ٦,٧٧
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ←
الخطر: ٨,٢٢
الضعف : ٥,٤١
عدم التأقلم
القدرة: ٧,٠٠

جمهورية الكونغو الديمقراطية
الخطر: ٧,٠٠
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↙
الخطر: ٥,٤٢
الضعف: ٧,٦٠
عدم التأقلم
القدرة: ٨,٣٣

جنوب السودان
الخطر: ٧,٨٣
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ↖
الخطر: ٦,٩٦
الضعف: ٧,٧٢
عدم التأقلم
القدرة: ٨,٩٢

الصومال
الخطر: ٨,٨٣
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ←
الخطر: ٨,٦٣
الضعف: ٨,٣٦
عدم التأقلم
القدرة: ٩,٥٥

اليمن
الخطر: ٧,١٧
الاتجاه على مدى ٣ سنوات: ←
الخطر: ٧,٩٥
الضعف : ٥,٦٥
عدم التأقلم
القدرة: ٨,١٩

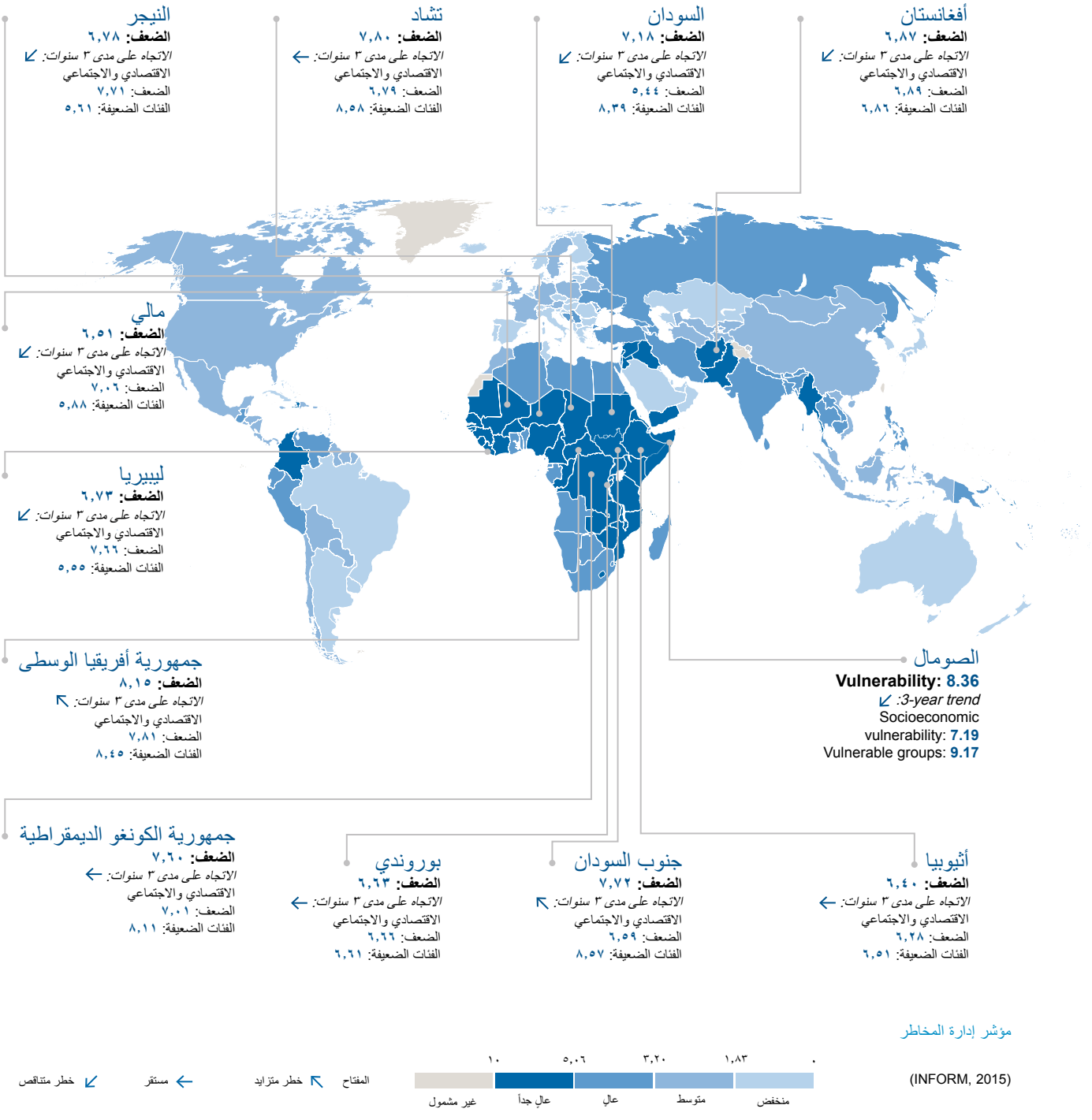
مؤشر إدارة المخاطر

(INFORM, 2015)

٠ – ٢,٣٠	٢,٣٠ – ٣,٢٩	٣,٢٩ – ٤,٦٤	٤,٦٤ – ١٠	غير مشمول
منخفض	متوسط	عالٍ	عالٍ جداً	

المفتاح ↖ خطر متزايد ← مستقر ↙ خطر متناقص

يقيس هذا البعد قابلية تعرض الناس للمخاطر المحتملة. وهو مكون من فئتين: الضعف الاجتماعي الاقتصادي والفئات الضعيفة. توضح هذه الخريطة تفاصيل عن ١٢ دولة تعاني من أعلى القيم في معدلات الضعف.



اتجاهات الخطر على مدى ٥ سنوات بحسب تصنيف البنك الدولي للدخل ٢٠١١-٢٠١٥

	اتجاهات الخطر على مدى ٥ سنوات بحسب مؤشرة إدارة المخاطر (Inform) بحسب تصنيف البنك الدولي للدخل ٢٠١١٢٠١٥				
	بلد منخفض الدخل (٣٥)	بلد متوسط الدخل من الشريحة الدنيا (٤٧)	بلد متوسط الدخل من الشريحة العليا (٥٥)	بلد مرتفع الدخل: من غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٢٢)	بلد مرتفع الدخل: من الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٣١)
زيادة كبيرة (>٠,٥)	٣	٦	٤	٢	٠
مستقر (<٠,٥ / >-٠,٥)	١٠	١٣	٨	٤	٢
انخفاض كبير (<-٠,٥)	٢٢	٢٨	٤٣	١٦	٢٩

(INFORM, 2015)

وعلى مستوى العالم، تزداد الكوارث الطبيعية في شدتها وتصبح أكثر كلفة. وتحدثالكوارث الطبيعية المصنفة بأنها ذات صلة بالمناخ أوذات طبيعة جيوفيزيائية، حين تؤثر المخاطر الطبيعيةمخلّفة تبعات على الأرواح وسبل العيش.وتُعزى الكوارث الطبيعية حالياً بشكل رئيسي إلى تزايد الكوارث المرتبطة بالمناخ، بما في ذلك العواصف والفيضانات (CRED, 2015).

أصدر البنك الدولي تقريراً بعنوان *Turn Down the Heat* يسلط الضوء على الآثار المأساوية لأحوال المناخ والطقس العالمية المتطرفة مع ارتفاع درجات الحرارة في العالم (البنك الدولي، ٢٠١٣).ويتركز تأثير ارتفاع درجات الحرارة في العالم بشكل غير متناسب في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل والدول الجزرية الصغيرة النامية. ويُرجح أن يكون السكان الفقراء والأكثر ضعفاً هم الأكثر تضرراً والأقل قدرة أو إمكانية للوصول إلى الموارد اللازمة لتمكينهم من التكيّف والتعافي.

وقد زادت وتيرة حالات الجفاف تدريجياً في شرق أفريقيا على مدى السنوات الخمسين الماضية، إن كانت قد انخفضت في غرب أفريقيا. وصُنّفت الصومال وبوروندي والنيجر وإثيوبيا ومالي وتشاد كبلدان ذات التعرض الأعلى نسبياً للجفاف على أساس مؤشر التعرّض للجفاف (Shiferaw et al., 2014).

في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يتم إنتاج ٩٠ في المائة من المواد الغذائية والأعلاف من خلال الزراعة المطرية، والتي تمثل أيضاً أكثر من ٧٠ في المائة من سبل الرزق الرئيسية للسكان (Shiferaw et al., 2014). إن حياة وموارد رزق السكان الفقراء، لا سيما النساء، المسؤولين عما يصل إلى ٧٠ في المائة من الإنتاج الغذائي في المنطقة، هي الأكثر عرضة لتهديد الجفاف لأنهم لا يمتلكون سوى قدرات محدودة جداً على التكيف مع الجفاف نتيجة لارتفاع مستويات الفقر المزمن. (Gawaya, 2008).

نوع الجنس والتوسع الحضري والأزمات الإنسانية

يعيد التوسع الحضري تشكيل عالمنا وطبيعة الأزمات الإنسانية واستجابتنا لها. فللمرة الأولى في التاريخ يعيش أكثر من نصف سكان العالم في المدن. ومع استقرار المزيد من الناس في الأحياء الفقيرة للمدن الكبرى في البلدان النامية، صاروا يحتلون الخطوط الأمامية للكوارث بشكل متزايد. وبسبب النمو السريع لسكان الحضر والتدفق غير المسبوق للمشردين وتزايد احتمالات وقوع الظواهر الجوية الشديدة، ازداد خطر الكوارث الإنسانية في المناطق الحضرية.

وقد أصبح النمو السكاني في المناطق الحضرية يتركز بشكل متزايد في الدول النامية، حيث يهاجر ١,٢ مليون شخص إلى المدن كل أسبوع (موئل الأمم المتحدة، ٢٠١٣). وتشهد أفريقيا جنوب الصحراء وآسيا مستويات غير مسبوقة من التوسع الحضري، لكنها أيضاً المناطق الأقل نمواً والأقل استعداداً وتهيئةً لإدارة هذا التدفق.

إن التوسع الحضري السريع، وعدم كفاية التخطيط وشحّ الأراضي أجبرت السكان الفقراء والضعفاء على العيش في الأحياء الفقيرة أو المستوطنات غير الرسمية في المناطق الأكثر عرضةً للكوارث.

ويعيش ما يقدر بنحو ١ مليار نسمة في مستوطنات غير رسمية، تقع ٩٠ في المائة منها في البلدان النامية (المجلس النرويجي للاجئين، 2015a، مركز رصد النزوح الداخلي، 2015a).

يمثل المهاجرون واللاجئون والمشردون داخلياً نسبة كبيرة ومتزايدة من سكان المستوطنات الحضرية غير الرسمية لكونهم غير قادرين على تحمل تكاليف سكن أفضل. وتقع العديد من المستوطنات في المناطق ضعيفة الخدمات التي تفتقر إلى البنية التحتية الأساسية مثل الخدمات الصحية وسبل الحصول على المياه العذبة والصرف الصحي.

ويُعد سكان المستوطنات غير الرسمية أكثر عرضة لتبعات الكوارث الطبيعية كالزلازل مقارنةً بعموم السكان لأنهم في كثير من الأحيان يضطرون إلى العيش في مساكن متدنية المستوى لا تتحمل الصدمات. وتقع هذه المساكن المؤقتة في معظمها في المناطق الخطرة الأكثر عرضة للتأثر بالكوارث الطبيعية كمقالب النفايات الصناعية والسهول الفيضية والمنحدرات غير المستقرة.

وهناك اتجاه آخذ في الظهور حيث تهاجر أعداد متزايدة من النساء من المناطق الريفية إلى المراكز الحضرية من تلقاء أنفسهن. وترتبط القوى المحركة الضمنية وراء هجرة النساء إلى المدن وعواقب ذلك بمشكلات عدم المساواة الاجتماعية والمساواة بين الجنسين. يهاجر كل من الرجال والنساء إلى المدن بحثاً عن حياة أفضل، من حيث الفرص الاقتصادية والحصول على الخدمات. وثمة عدة عوامل ترتبط بنوع الجنس قد تدفع النساء إلى الهجرة إلى المدن، بدءاً من الإخلاء القسري، إلى زيادة العنف المنزلي والممارسات الضارة كزواج الأطفال، أو المشاكل الصحية المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز (COHRE, 2008).

تتضرر النساء والفتيات على نحو غير متوازن بالظروف المعيشية السيئة في الأحياء الفقيرة بالمناطق الحضرية والسكن غير اللائق لأنهن يقضين وقتاً أطول في البيت والمجتمع لرعاية أسرهن. وتشكل صحة المرأة وأمنها مشكلة رئيسية في المستوطنات غير الرسمية بالمناطق الحضرية حيث تتعرض لرداءة المرافق الصحية والمخاطر الأمنية والعنف الجنسي المتزايد وتأثير الكوارث كالفيضانات واندلاع الحرائق (COHRE, 2008). كذلك فإن ضعف إنارة الشوارع وعدم كفاية وسائل النقل العام وغياب الدوريات الأمنية وعدم وجود أبواب ذات أقفال لتأمين السكان يسهم في العنف القائم على نوع الجنس ويجعل النساء أكثر عرضة للاغتصاب (برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية، ٢٠١٣).

وتظل نسبة سكان الحضر الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة آخذة في النمو في البلدان المتضررة أو الخارجة من الصراعات. فقد خلصت دراسة حديثة إلى أن في ٤١ بلداً من أصل ٧٥ حيث تتوافر البيانات المصنفة بحسب نوع الجنس، نجد أن النساء هن على الأغلب أكثر عرضة للعيش في حالة الفقر.

مركز ماغبنتيه لعلاج فيروس إيبولا، سيراليون.
Photo © UN Photo/Martine Perset

القطاعات الصحية الضعيفة والهشاشة

تمتلك البلدان الهشة أفقر المؤشرات الصحية، ويمكن للنتائج الصحية المتدنية أن تساهم في الهشاشة. لكن يمكن لهشاشة الدولة بدورها أن تتسبب في ارتفاع معدلات المرض والوفيات نتيجة لتقديم خدمات غير فعّالة (Haar and Rubenstein, 2012).

أصاب أكبر وباء إيبولا في التاريخ غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤. والبلدان الأكثر تضرراً، غينيا وليبيريا وسيراليون،هي دول هشّة (UNDP, 2015a).

وأسفر الصراع المدمر الذي دام ١٤ عاماً، عن تدمير الكثير من البنية التحتية في ليبيريا، لذلك حين بدأ وباء إيبولا، كان قطاع الصحة يعاني من سوء التجهيز ونقص في عدد العاملين بحيث عجزعن إدارة الأزمة (UNDP, 2015a).

كذلك تتّسم مؤشرات الصحة الإنجابية بالتدني في السياقات الهشة نتيجة لضعف البنية التحتية للخدمات الصحية وقلة عدد العاملين في المرافق، مما يمكن لكل ذلك أن يؤدّي إلى صعوبة الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ولوازمها والمعلومات الضرورية فيها. ولم يتجاوز حجم الإنفاق على الصحة الإنجابية سوى ١,٣٠ دولار للفرد الواحد سنوياً في ١٨ بلداً متضرراً من النزاع ما بين ٢٠٠٣ و٢٠٠٦ (Patel, et al. 2009).

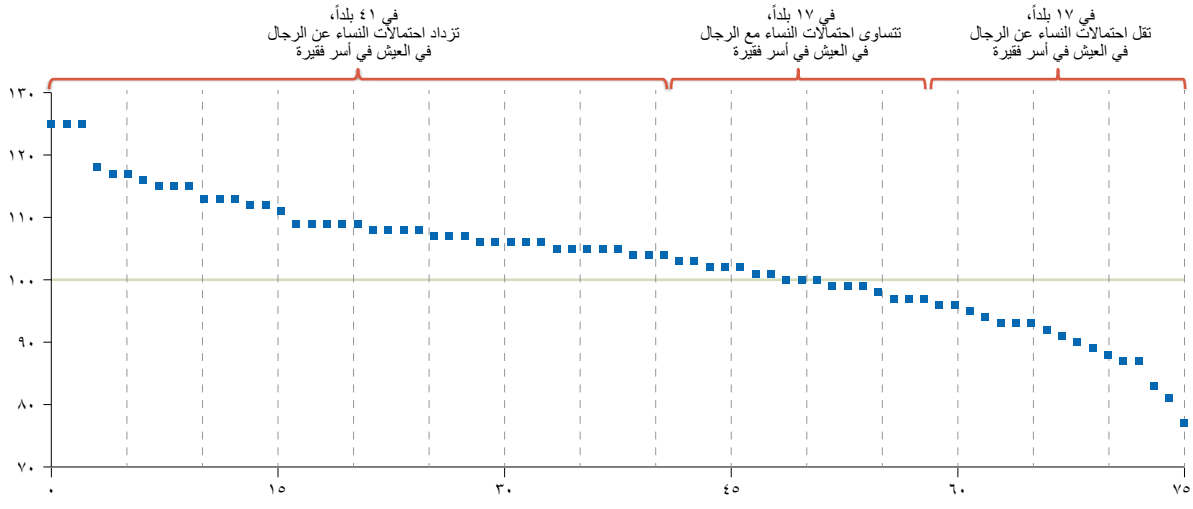
الأزمات تعرقل مسيرة التنمية وتؤدّي إلى تفاقم الضعف

الصراع والعنف وعدم الاستقرار والفقر المدقع والتعرض للكوارث كلها ظروف وثيقة الصلة ببعضها البعض، وهي تحول حالياً ضد تمتّع أكثر من ١ مليار شخص بالمكاسب الاجتماعية والاقتصادية الهائلة منذ نهاية الحرب العالمية الثانية.

ويسهم مزيج معقد من المخاطر المتداخلة في التشريد ويحدد أنماط الحركة واحتياجاتها في البلدان الهشة والمتأثرة بالصراعات. ويبدو أن هناك جوانب أخرى إضافية للضعف — كنوع الجنس والعرق والدخل والإقامة — تساهم في زيادةاحتمالات إحداث ضرر طويل الأجل وتجعل عملية التعافي أصعب. كما أن تراكب كافة جوانب الإقصاء الاجتماعي والفقر والتحصيل العلمي المنخفض يتسببفي تفاقم الضعف.

تواجه النساء خطراً كبيراً للعيش في الفقر

نسبة النساء إلى الرجال في سن العمل (٢٠-٥٩) في الخُمس الأدنى من ثروات كل الأسر، بلدان نامية محددة، ٢٠٠٠-٢٠١٣



ملاحظات: هذا المؤشر مُرجّح بحساب نسبة الإناث إلى الذكور ما بين عمر ٢٠-٥٩ سنة في كل الأسر لتعكس حقيقة ارتفاع معدل تمثيل المرأة في إجمالي السكان. وهو يستخدم مؤشر ثروة الأصول في الاستقصاءات الديمغرافية والصحية وعمليات المسح العنقودي متعدد المؤشرات كمقياس بديل للفقر. القيم فوق ١٠٣ تشير إلى ارتفاع معدل تمثيل النساء في أدنى خُمس للثروة بينما القيم تحت ٩٧ تشير إلى ارتفاع معدل تمثيل الرجال في أدنى خُمس للثروة. القيم بين ٩٧ و١٠٣ تشير إلى التعادل.

(الأمم المتحدة, 2015a) أعيد الطبع بإذن من الأمم المتحدة

قارب في مضيق صقلية على بعد ٤٠ ميلا من الساحل الليبي.

Photo © Franco Pagetti/VII

فالبلدان الهشة المتأثرة بالكوارث أو الصراعات هي التي أخفقتأساساً في سعيها لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. كذلك تقع غالبية وفيات الأمهات في العالمفي البلدان الهشة حيث تنعدم الرعاية الناشئة المنقذة للحياة أو سبل الوصول إليها.

فأزمات اللاجئين والمهاجرين في عام ٢٠١٥ ووباء إيبولا ليست سوى تذكرة توضح كيف تتسبب الأزمات وحالات الطوارئ في إنهاء حياة البشر أو تعطيلها أو تقويضها، وكيف تعرّض آفاق التنمية في البلدان للخطر وكيف يمكن أن يكون لها تأثير على المجتمع الدولي بأسره. إن التخلي عن الدول والمجتمعات التي مزقتها الصراعات والكوارث ليس خياراً.

وفي حين لم يرتفع عدد الكوارث والنزاعات في السنوات الأخيرة، إلا أن نطاقها وتعقيدها وتأثيرها قد ازداد، لا سيما في البلدان الأكثر فقراً، حيث تتضرر النساء والفتيات بصورة غير متوازنة لأنهن محرومات بنسب متفاوتة من الحصول على الخدمات، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة، ومن الوصول إلى الموارد الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسات التي يحتجنها لبناء رأس المال الاجتماعي والتي تعدهن بشكل أفضل لتحمل الأزمات والتعافي منها.

تتفاقم الهشاشة والتعرض للنزاعات أو آثار الكوارث بسبب العديد من العوامل، بما في ذلك الفقر والتنمية غير المتكافئة والحرمان من حقوق الإنسان وضعف المؤسسات. والهشاشة تحدٍ متعدّد الأبعاد، يتطلب استجابة متعدّدة الأبعاد.

نحن في النهاية، بشكل أو بآخر، عالم واحد، وتقدّمنا في المضي قدماً سيظل دائماً يصطدم بالعقبات والعراقيل حتى ننجح في التخفيف من حدّة عدم الاستقرار والصراعات والكوارث بشكل أفضل وأو نحول دون وقوعها ونديرها.

العبء غير المتوازن الواقع على كاهل النساء والفتيات المراهقات

يمكن للصراع أن يزيد من مخاطر النساء واحتمالات تعرضهن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والحمل غير المرغوب فيه وغير المقصود ووفيات الأمهات والعنف القائم على نوع الجنس وزواج الأطفال والاغتصاب والاتجار.

حلقة مفرغة من الصراع والفقر والعزلة تقوض صحة وحقوق النساء والفتيات في كولومبيا

نايدا وايتوتو هي واحدة من أربع قابلات في دوكوردو، وهو مجتمع صغير واقع على ضفة نهر يقطنه حوالي ١٢٠٠ نسمة، معظمهم ينحدرون من أصول أفريقية، في منطقة نائية تغطيها الغابات في كولومبيا على بُعد ساعتين بالقارب من أقرب مدينة. تروي نايدا قائلةً: "بدأت العمل كقابلة قبل ٣٧ عاماً.

في عام ١٩٧٨، جاءت الراهبات وعلمتنا كيفية التوليد وزودتنا بالإمدادات. ومنذ ذلك الحين، ظلت القابلات في دوكوردو يحصلن على بعض التدريب الإضافي دون أي معدات جديدة. ومع ذلك، فقد تمكن من توليد المئات من الأطفال بأمان على مر السنين." وتتابع وايتوتو، التي ساعدت قبل أسبوع في توليد توأم، قائلةً: " ولم تمُت أية أم خلال الولادة".

تلعب القابلات دوراً حاسماً في الحفاظ على حياة النساء والأطفال في دوكوردو وعشرات المجتمعات الكولومبية النائية الأخرى المقُطوعة فعلياً عن الخدمات الصحية الحكومية ليس فقط لأسباب جغرافية ولكن أيضاً بسبب النزاعات المسلحة وأعمال العنف التي ابتليت بها مساحات كبيرة من البلاد لأكثر من ٥٠ عاماً. ولقد تسبّب الصراع حتى الآن في تشريد حوالي ٧ مليون نسمة. وينتمي تسعة من كل ١٠ مشرّدين منهم إلى جماعات السكان الأصليين.

وعلى مدى عشرات السنين، ظلت الجهات الفاعلة غير الحكومية، بما في ذلك القوات المسلحة الثورية الكولومبية (فارك) وجيش التحرير الوطني والقوات شبه العسكرية والجماعات الضالعة في الجريمة المنظمة والجيش الكولومبي، متورّطة في اشتباكات، الأمر الذي نجم عنه بقاء عدة مجتمعات عالقة وسط تبادل إطلاق النار وغيرها العديد معرّض للإكراه والاستغلال والترهيب والاعتداء.

نيميا تيريسا فارغاس

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

نايدا وايتوتو، يساراً، وماريا استيلا إيبارغويت، دوكوردو، كولومبيا.
Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

وفرض القتال والعنف ثمناً اقتصادياً باهظاً على المجتمعات المحلية في عدد من المحافظات أو "الإدارات"، بما في ذلك شوكو، حيث تقع دوكوردو، مما تسبّب في الفقر والتخلف في المنطقة بل وتفاقمها أيضاً. فأربعة من كل خمسة أشخاص في شوكو يعيشون في فقر مدقع.

وفيات الأمهات أعلى في المناطق المتضررة من النزاع

كذلك، فقد خلّف كل من الصراع والعنف - والعزلة التى تنشأ عنهما - تبعات خطيرة على صحة المرأة. فوفيات الأمهات أعلى في المجتمعات التي تتواجد فيها الجماعات المسلحة بما يقرب من ثماني مرات. وتوضّح المؤشرات الصحية الأخرى أيضاً الأثر السلبي للمشاكل الأمنية على الصحة الجنسية والإنجابية للّذين يعيشون هناك: فالوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أعلى من المعدل الوطني بثلاث مرات، وحالات الحمل بين المراهقات تحت سن ١٥ سنة ضعف المعدل السائد في الأنحاء الأخرى من البلاد.

تقول وايتوتو أن بعض الولادات في دوكوردو معقّدة للغاية بحيث يصعب عليها التعامل معها بمفردها، وهنا تظهر الحاجة إلى تدخّل طبيب لإنقاذ الأرواح. ولكن بسبب الوضع الأمني في المنطقة والعزلة الشديدة، يفتقر المجتمع دائماً إلى سبل الوصول إلى الطبيب. فتقول: "عندما يأتي الأطباء، فإنهم لا يمكثون أبداً فترة طويلة." في الآونة الأخيرة، استمر المجتمع قرابة الأربعة الأشهر دون طبيب أو أي مختصّ بالعناية الطبية.

يعني ذلك أنه يتعين على بعض النساء السفر لساعات بالقارب إلى المستشفى في بوينافينتورا، بتكلفة باهظة لا تستطيع معظمهن تحملها. وإذا وقعت المضاعفات ليلاً، لا سبيل أصلاً إلى الانتقال إلى أحد المستشفيات بسبب تهديد التعرض للعنف بعد حلول الظلام. والأدوية التي يمكن أن تساعد في إنقاذ حياة الأم والطفل غير متوفّرة في معظمها، حتى قبل إغلاق المركز الصحي المحلي بسبب نقص الموارد.

ماريا استيلا إيبارغوين هي الأخرى قابلة في دوكوردو. وقد قامت، هي ووايتوتو، كل منهما بتوليد أطفال الأخرى. وهي تخشى أن تتقدم قابلات المجتمع في العمر، دون وجود شابات يمكنهن الحلول محلّهن. "كيف سيكون شكل المستقبل بعد رحيل الجيل القديم؟"

الأزمات

الإنسانية تبعات أكبر على كاهل النساء والمراهقات. وسواء كانت الأزمات مفاجئة أم طويلة الأمد، فهي تعرّض النساء والفتيات، وحقوقهن الصحية والجنسية والإنجابية، إلى مستويات أكبر من المخاطر.

ويمكن للنزاعات والكوارث أن تزيد الوضع سوءاً. فظهور أزمة قد يؤدي إلى خطر أكبر بالنسبة للنساء والفتيات المراهقات يتمثل في الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه، واعتلال الأمهات ووفاتهن، فضلاً عن مخاطر أخرى على صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة. كما تتعرّض النساء والمراهقات أيضاً لخطر العنف القائم على نوع الجنس، بما في ذلك عنف الشريك الحميم والاغتصاب والزواج المبكر والاتجار بالبشر.

انهيار الخدمات وعدم المساواة بين الجنسين والضعف المركّب

تختلف القصص التي ترويها النساء والشابات. فتجارب كل واحدة منهن تتأثر على نحو معقد بمجموعة عوامل متشابكة، مثل العمر أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو الوضع الاقتصادي أو مكان الإقامة. وتتمثل جوانب الضعف الأخرى بما إذا كن عضوات في أقلية عرقية أو مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية أو بعجز أو كن لاجئات أو مشردات داخلياً أو فقيرات أو يتمتّعن بدعم من الأسرة أو كن معيلات لأُسَرِهن.

ولا شك أن تشابك هذه العوامل، بصورة معقدة ومتعددة في كثير من الأحيان، يؤثر على المخاطر وجوانب الضعف التي يواجهها الأفراد.

وتسهم الأبحاث والتجارب في الوصول إلى فهم أعمق لهذه الاختلافات ولوجهة نظر أكثر دقة حول مدى تضرّر النساء والشابات، لا سيما الفتيات المراهقات، من الأزمات. ومع ذلك، فإن ندرة البيانات القوية، التي عادةً ما يكون جمعها صعباً للغاية في الأماكن المتضررة من الأزمات، يزيد من تعقيد عملية سرد هذه الاختلافات في التجارب.

ورغم أن هناك اختلافات مهمة بين النساء والشباب في أي أزمة معينة، هناك عاملان رئيسيان مشتركان يسهمان في زيادة المخاطر: الأول هو عدم المساواة بين الجنسين، الذي لا يستمر فقط أثناء الأزمات الإنسانية بل غالباً ما يزداد.

الأحوال الصحية للمرأة تدعو إلى مزيد من القلق على الضفة الأخرى من النهر في يونيون بالساليتو، وهو مجتمع لسكان ووناان الأصليين، يعيش فيه حوالي ٣٦٠ نسمة. هناك تستخدم القابلات أساليب التوليد التقليدية لكنهن يفتقرن إلى المستلزمات الأساسية، مثل القفازات المطاطية.

بالنسبة للنساء في يونيون بالساليتو، يتسم الحصول على الخدمات، حتى في بوينافينتورا، بصعوبة كبيرة: فمعظمهن لا يتكلم الإسبانية ويمتلكن موارد أقل من جيرانهن على الضفة المقابلة للنهر. وبعض اللاتي تمكنّ من السفر إلى المدن بحثاً عن الخدمات، واجهن تمييزاً من جانب مقدّمي الخدمات.

تنشر الحكومة فرقاً صحية متنقلة تجوب أنحاء البلاد لتوفير الخدمات الأساسية للفقراء والمهمشين في أماكن مثل دوكوردو. ولكن الوضع الأمني في أنحاء عديدة من البلاد يجعل من المستحيل الوصول إلى العديد من المجتمعات الأكثر احتياجاً.

والحصول على الإمدادات والأدوية والخدمات، بما في ذلك الرعاية التوليدية الطارئة وتنظيم الأسرة، متعذّردوماً بسبب الصراع والعنف، فضلاً عن الكوارث الطبيعية وخاصةً الفيضانات والانهيارات الأرضية في هذه المنطقة التي تهطل فيها كميات من الأمطار تبلغ في المتوسط ٤٠٠ بوصة سنوياً.

في الأشهر الستة الأولى من عام ٢٠١٥ وحده، عانى ما يُقدّر بنحو ٢ مليون شخص "من القيود المفروضة على سبل الوصول أو التنقل" وذلك بسبب حصول "١٢٢ حدث متصل بالأعمال المسلحة أو الكوارث الطبيعية أو الاحتجاجات الواسعة"، وفقاً للأمم المتحدة.

إشهار سلاح العنف الجنسي

بينما أعاق الصراع الحصول على الخدمات الصحية، فقد فرض أيضاً ثمناً مباشراً على صحة الآلاف من النساء والفتيات وحياتهن وبقائهن.

وقد أشارت دراسة أجرتها منظمة "أوكسفام" ومنظمة "هاوس أوف ويمين" أن ما يُقدر بنحو ٥٠٠,٠٠٠ امرأة وفتاة قد تعرضت للاغتصاب أو عانت أشكالاً أخرى من العنف الجنسي في سياق الصراع المستمر منذ عقود في البلاد. وفي بعض الأحيان كان الاغتصاب يُستخدم كسلاح في الحرب. وفي أحيان أخرى، تم استخدامه لتخويف مجتمعات بأكملها، إذ كان الجناة يهددون بمهاجمة سكان المجتمع الذي يرفض مبايعة مجموعة مسلحة بعينها على أخرى. وتشير البيانات المتاحة إلى أن واحداً من كل ١٠ ناجين من العنف الجنسي في المناطق المتضررة من النزاع كان ذكراً.

تتميز العديد من المجتمعات بعدم المساواة المترسخ بين الجنسين وبالتمييز القائم على نوع الجنس، حيث تتمتع النساء والفتيات بقدر أقل من القوة والمكانة داخل أسرهن ومجتمعاتهن المحلية مقارنةً بالرجال والفتيان. ويتجلى عدم المساواة في تضاؤل فرص وصولهن إلى التعليم والموارد الاقتصادية والسياسية والشبكات الاجتماعية. ويمكن لهذه المشكلة أيضاً أن تكون قاتلة، فعندما يواجه الآباء نقصاً في الغذاء يقدمون معظم أو كل الطعام المتاح للفتيان.

وعلى النقيض من الفتيان المراهقين، عادةً ما تُتاح للفتيات المراهقات قدرات أقل من سبل الوصول إلى المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية، وشبكات الأقران والفرص والموارد التي من شأنها مساعدتهن على تطوير المهارات والقدرات والإمكانات (مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٤). ويتسبب عدم المساواة بين الجنسين في وضع النساء والفتيات في حالات من الخطر المتزايد والضعف ويحد من قدرتهن على اجتياز البيئة المتضررة من الأزمة بأمان (Women's Refugee Commission, 2014; Plan International, 2013).

> إن الكوارث الطبيعية والصراع المسلح... هي عمليات تنطوي على تمييز شديد يؤثر على النساء والرجال والفتيات والفتيان بطرق مختلفة إلى حد كبير.
>
> Mazurana et al., 2011

أما العامل الرئيسي الثاني الذي يؤدّي إلى تصاعد حدّة المخاطر فهو انهيار أو اضطراب البنية التحتية والخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية وهو ما يحدث في حالة الأزمات، وصعوبة الحصول على هذه الخدمات، فيما إذا كانت لا تزال موجودة، نتيجة للفوضى أو انعدام الأمن.

تدير نيميا تيريزا فارغاس شبكة إدارية للنساء في شوكو، ومقرّها في كيبدو. والشبكة، التي تتلقى المساعدات والإمدادات التقنية والمالية، مثل مستلزمات الولادة النظيفة، من صندوق الأمم المتحدة للسكان وأقسام أخرى من الأمم المتحدة، بدأت أنشطتها في عام ١٩٩١ كمجموعة تهدف إلى تمكين المرأة لكنها تطورت منذ ذلك الحين لتصبح منظمة للدفاع عن حقوق الإنسان وهي توفر أيضاً خدمات للناجيات من العنف الجنسي.

تروي فارغاس: "حين صارت النساء على دراية بحقوقهن في مجموعات المناقشة لدينا، بدأ الكثير منهن الحديث عن العنف الجنسي الذي نجَوْن منه. وبدأت بعض الحالات بالظهور إلى العلن عن العناصر المسلحة التي حاولت السيطرة على المجتمعات، وذلك باستخدام العنف الجنسي باعتباره استراتيجية لاستعراض القوة."

وتتابع قائلةً: "غالباً ما يغتصب الجاني امرأة أمام زوجها أو فتاة أمام والدها لفرض السيطرة واستعراض ما يمكن أن يحدث للآخرين إذا رفض المجتمع الإذعان لمطالب الجماعة المسلحة التي تهدده."

واستجابةً لذلك، بدأت منظمة فارغاس بتنظيم مجموعات دعم للناجيات، إلا أنها بدأت أيضاً في إبلاغ السلطات الحكومية بشكل منتظم عن الحوادث التي تقع، مع الحرص على حصول النساء في شوكو على الرعاية الصحية والدعم النفسي عالي الجودة، وعلى العدالة أيضاً.

ولم تتورّع الجماعات المسلحة المسؤولة عن العنف الجنسي عن التهديد بقتل فارغاس مراراً وتكراراً، بل إنهم قتلوا بالفعل امرأة شاركت في أحد البرامج التدريبية التابعة لشبكتها والتي أصبحت لاحقاً ناشطة علناً.

دعم جديد للناجين

في عام ٢٠١١، سنّت كولومبيا قانون الضحايا واسترداد الأراضي رقم ١٤٤٨ الذي هدف إلى دعم ضحايا الصراع المسلح في البلاد والذين يُقدر عددهم بنحو ٧,٣ مليون ضحية.

وايتوتو، يساراً، مع الأم التي ساعدتها في الولادة.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

> إنها حقيقة واضحة وبسيطة وهي أن الكوارث تعزّز عدم المساواة بين الجنسين، بل وتعمل على استدامته وزيادته، الأمر الذي يزيد من سوء الأوضاع السيئة بالفعل بالنسبة للنساء.
>
> **مارجريتا والستروم**
> الممثل الخاص للأمين العام للحد من مخاطر الكوارث

محدودية فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية عند اشتداد الحاجة إليها

تعني الأزمات الإنسانية في كثير من الأحيان فقدان إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية عالية الجودة. قد يرجع ذلك إلى مجموعة متنوعة من العوامل. فالبنية التحتية الصحية ربما تكون معطلة أو مدمرة. والعاملون الصحيون ربما قتلوا أو أُصيبوا أو يعانون من انزعاج شديد على النحو الذي يمنعهم من العمل أو مشردين أو فارين. وربما تكون المرافق الصحية في البيئات المتأثرة بالأزمات والمتضرّرة من العنف، عرضة للغارات الجوية ونيران الأسلحة الصغيرة وربما تعرّض مقدمو الخدمات الصحية للاعتداء الجسدي والتهديد والعنف الجنسي (اللجنة الدولية للصليب الأحمر، ٢٠١٥).

وقد تتأخر الخدمات أو تتعطل في حال وجودها، لنفاد مخزون الأدوية والإمدادات الأخرى، أو قد يكون من المستحيل الوصول إليها نظراً لانعدام الأمن والقيود المفروضة على الحركة. وقد تكون لهذه الظروف عواقب شديدة، أو حتى قاتلة، على الناجيات من العنف الجنسي والقائم على نوع الجنس وأولئك اللواتي يُجبرن على تبني استراتيجيات البقاء المحفوفة بالمخاطر كممارسة الجنس نظير مقابل، وحاملات فيروس نقص المناعة البشرية، والفتيات المتزوجات والنساء والفتيات الحوامل، والأمهات الجدد ومواليدهن.

تتباين سبل الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية تبايناً كبيراً داخل المناطق المتضررة من الأزمات وفيما بينها (Casey et al., 2015). وقد تواجه النساء والشابات تفاوتاً كبيراً في سبل الوصول ونوعية رعاية التوليد في الحالات الطارئة ورعاية الأطفال حديثي الولادة والرعاية السريرية بعد الاغتصاب وخدمات تنظيم الأسرة بما في ذلك وسائل منع الحمل، وذلك يتوقف على إذا ما كن في وضع مستقر

كذلك أدّى هذا القانون إلى إنشاء وحدة الاهتمام والتعويضات المتكاملة للضحايا التابعة للحكومة، والتي استهدفت دعم ضحايا النزاع المسلح، بمن فيهم الناجين من العنف الجنسي.

ويحق للناجين الذين يتقدمون بحالاتهم إلى هذه الوحدة الحصول على تعويضات نقدية، إلى جانب الخدمات الصحية والنفسية وخدمات إعادة التأهيل المتكاملة وخدمات الدعم الأخرى أيضاً، وكلها مقدّمة بطرق تحترم الخصوصية. كما أن من يحضرون إلى الوحدة يسمعون أيضاً، عادةً للمرة الأولى في حياتهم، عن حقوقهم.

بحسب ما تقول ليسّيت سيينفويغوس، في مجموعة المرأة والمساواة بين الجنسين بالوحدة، إن الناجيات اللواتي يحصلن على خدمات الوحدة "يدركن أنهن لسن بمفردهن، وإنما هن مواطنات لهن حقوق وأنهن عناصر التغيير". وتضيف قائلةً: "لقد قامت الكثيرات منهن بإنشاء مجموعاتهن الخاصة للدعوة أو الدعم. ونحن نحاول مساعدة النساء على رؤية أنفسهن كأدوات للتغيير وباعتبارهن قادرات على صياغة مستقبل مجتمعاتهن."

اعتباراً من شهر سبتمبر/أيلول ٢٠١٥، قام ٩٨٩٢ امرأة و٨٦٣ رجلاً و٥٣ شخصاً، من الذين قدّموا أنفسهم كمثليين أو مخنّثين أو متحوّلين جنسياً، بالإفادة بتعرّضهم لأعمال عنف جنسي. وقعت بعض هذه الأعمال خلال العامين الماضيين لكن الكثير منها وقع قبل سنوات.

ولقد تعاون صندوق السكان مع وحدة الاهتمام والتعويضات المتكاملة للضحايا لتوفير التدريب للمستجيبين الأوائل بهدف تقديم الدعم النفسي المراعي للثقافات. وأضافت سيينفويغوس: "إننا نعلّمهم كيفية التحدث إلى الضحايا بطريقة لا تجعلهم يعيشون التجربة المؤلمة مرة أخرى".

لقد كان للنزاع أيضاً تأثيراً غير مباشر وإن كان أكثر خطورةً على الصحة وحقوق النساء والفتيات في تشوكو.

امرأة من مجتمع وونان، اتحاد بالاساليتو، كولومبيا.
Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

للّاجئين، أو في مناطق حضرية أو ريفية، أو كن يقطنّ بلداً مضيفاً أو مخيماً للمشرّدين داخلياً. قد يحظى سكان مخيمات اللاجئين المستقرة بفرص أفضل للحصول على الرعاية مقارنةً بالمجتمعات المضيفة المجاورة أو البلدان الأصلية للاجئين قبل الأزمة (Chynoweth, 2015). وما يزيد من تعقيد الصورة هو أن مخيمات اللاجئين لا توفر جميعها نفس المستوى من سبل الوصول والجودة، وينطبق الشيء نفسه على مخيمات المشرّدين داخلياً.

وفي بيئة النزوح والتشريد، تختلف سبل الوصول أيضاً تبعا لعوامل كالسن والإعاقة. فالسكان الذين يعانون من إعاقات جسدية أو نفسية أو تنموية يجدون قدراً أكبر من الصعوبة في الوصول إلى الخدمات. وبالنسبة للّاجئات من النساء والفتيات ذوات الإعاقة، فقد أشرن إلى أن المواقف السلبية وعدم الاحترام الذي يبديه مقدمو الخدمات الصحية هو "العائق الأكبر الذي يحول دون" وصولهن إلى الخدمات الصحية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (Consortium, 2015).

كما تتعرّض النساء والفتيات بشكل خاص لسوء التغذية والمرض، وهي مشكلة تتفاقم بسبب غياب دعم الصحة الجنسية والإنجابية. على سبيل المثال، تشير تقديرات مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية إلى أن هناك ما يقرب من مليون امرأة حامل ومرضع في جمهورية الكونغو الديمقراطية يعانين من سوء التغذية الحاد (منظمة إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

والنساء أكثر عرضة من الناحية الفسيولوجية لنقص الفيتامينات والحديد، بما في ذلك فقر الدم. ويتفاقم هذا النقص في حالة الأزمات حيث تكون هناك ندرة في المواد الغذائية، لأن النساء والفتيات غالباً يكن أول من يعاني الجوع. وبالنسبة للنساء والفتيات الحوامل والمرضعات، اللاتي يشتد احتياجهن للمواد الغذائية أصلاً، فإن سوء أو نقص التغذية يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات في الولادة ومشكلات في الرضاعة الطبيعية، وهو ما قد يشكل مخاطر صحية لحديثي الولادة. وبالنسبة للنساء والفتيات الحوامل، فإن فقر الدم يزيد من خطر وفيات الأمهات والولادة المبكرة وانخفاض وزن المواليد (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

تأثير الفقر الناجم عن الصراع على الصحة

لقد تسبّب العنف أو التهديد به في خنق الاقتصادات المحلية في المنطقة، مما لم يدع أمام الكثير من الأفراد والأسر سوى فرص محدودة للعمل أو من سبل للعيش، إن وُجدت أصلاً. ويتسبب الفقر في تفاقم الضعف، خاصةً بالنسبة للنساء والفتيات المراهقات.

وفي بعض الحالات، تُقدم النساء والفتيات على ممارسة الجنس مع الجماعات المسلحة للحصول على المواد الغذائية أو ضرورات الحياة الأخرى. وفي حالات أخرى، تُجبَر النساء والفتيات على ممارسة الدعارة.

وكانت هناك أيضاً حالات حيث قامت مجموعة مسلحة بالانخراط في ما يبدو وكأنه بوادر حسن نية تجاه المجتمع من خلال توفير المواد الغذائية أو غيرها من السلع. ولكن بعد فترة من الوقت، يتوقّعون منك رد الصنيع، وأحياناً بتقديم الأسر لبناتها اللواتي قد ينتهي بهن الحال كرقيق لممارسة الجنس أو مقاتلات مسلحات.

والفقر الناجم عن الصراع يدفع أيضاً بالرجال إلى القدوم من المجتمعات النائية إلى المدن للبحث عن عمل. ولدى عودتهم إلى مسقط رأسهم، يعود بعضهم حاملاً الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي فينقلونها بدورهم إلى زوجاتهم. كذلك فإن ندرة الرعاية الصحية في معظم هذه المجتمعات تعني أن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي قد تستمر دون تشخيص أو علاج.

يقول خورخي بارا، ممثل صندوق السكان: "لا شك أن الصراع قد أثّر على الجميع بطريقة أو بأخرى. لكنه أثّر بشكل غير متكافئ على النساء والفتيات إذ حرمهن من حقوقهن الأساسية في الصحة والأمن، كما حرمهن من أن تكون لديهن القوة والوسيلة لتقرير ما إذا كن يرغبن في الإنجاب ومتى يُنجبن وكم مرّة. إن المهمة التي أمامنا ضخمة، ولكننا، بالاستعانة بالموارد المناسبة والإرادة السياسية، سنتمكن من الوصول إلى النساء والفتيات الأكثر ضعفاً في أنحاء البلاد."

سكان دوكوردو، كولومبيا.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

الأم والأطفال، مخيم دوميز، العراق.
Photo © UNFPA/Aral Kakl

الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة

تنظيم الأسرة هو تدخل لإنقاذ الحياة: فهو يمنع الحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه، وذلك بدوره يقلل من المخاطر الصحية للولادة ويحدّ من اللجوء إلى الإجهاض غير المأمون. كما أن بعض أساليب تنظيم الأسرة أيضاً تقلل من خطر العدوى بالأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي. (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤)

يمثل هذا النوع من التدخل ضرورة في الأزمات الإنسانية التي غالباً ما تتسم بالعنف الجنسي وعنف الشريك الحميم والزواج المبكر والسلوك عالي المخاطر كالجنس للبقاء على قيد الحياة وممارسة الجنس نظير مقابل والدعارة. ومع ذلك، داخل بيئات الأزمات وفيما بينها، فإن خدمات تنظيم الأسرة، التي تشمل وسائل منع الحمل، غالباً ما تكون محدودة أو غير كافية أو حتى معدومة (Casey et al., 2015).

وحتى في حالة وجود خدمات تنظيم الأسرة، فإن تبعية النساء والفتيات داخل الأسرة في كثير من المجتمعات تحرمهن من الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، لأنهن غير قادرات على التفاوض على استخدام وسائل منع الحمل مع شركائهن (Klasing، 2011؛ Plan International, 2013). وقد تواجه النساء غير المتزوجات والمراهقات صعوبات خاصة في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، بما في ذلك وسائل منع الحمل نظراً لمعايير سلوك الجنسين التي تعتبر النشاط الجنسي والاهتمام بالجنس سلوكاً غير لائق بالأنثى (Casey et al., 2015). ويمكن لهذه المعايير أيضاً أن تؤثر على سلوك مقدّمي الرعاية الصحية وتقوّض الرعاية التي يقدمونها (Casey et al., 2015).

وتُعتبر المدارس، حتى في بيئات التشريد والنزوح، وسيلة هامة للتثقيف الجنسي الشامل والتوعية بوسائل منع الحمل. غير أن التعليم قد يتعطّل بشدة في الأزمات، مما يتسبّب في فجوات ضخمة وقيود على التعليم الجنسي الشامل.

التعرّض للحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه

تواجه النساء والفتيات مخاطر الحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه على نحو متزايد في البيئات المتضررة من الأزمات. فالنساء والفتيات قد يُفرض عليهن حمل لا يردنه نتيجة الاغتصاب أو اللجوء إلى الجنس من أجل البقاء أو لعدم الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، بما في ذلك وسائل منع الحمل، وعدم القدرة على التفاوض حول استخدام وسائل منع الحمل، بما في ذلك استخدام الواقي الذكري، مع شركائهن. والفتيات اللواتي لا يصحبهن ذويهن يكن عرضة للأذى بشكل خاص، لا سيما في بيئات النزوح (Plan International 2013). فقد وجدت دراسة أُجريت في هايتي بعد الزلزال أن معدل الحمل صار أعلى بمقدار ثلاث مرات في المخيمات مقارنة بالمعدل المتوسط في المناطق الحضرية قبل الأزمة، إذ أن ما يقرب من ٦٦ في المائة من حالات الحمل كانت إما غير مرغوب فيها أو غير مخطط لها (Klasing, 2011). وفي العديد من البلدان، فإن الحمل غير المقصود وغير المرغوب فيه يعرض النساء والمراهقات بشكل خاص لمخاطر الإجهاض غير المأمون.

الحمل والولادة دون رعاية مناسبة قبل وأثناء الولادة

إن الحمل أثناء أزمة إنسانية غالباً ما يمثل حالة تهدّد الحياة. وقد تجد النساء الحوامل أنفسهن غير قادرات على الوصول إلى مرافق آمنة ونظيفة، وخدمات ما قبل الولادة والتوليد، والمعدّات والإمدادات الحيوية، كعمليات نقل الدم، والعاملين الصحّيين المهرة لمساعدتهن (Casey et al. 2015). ودون الحصول على رعاية ما قبل الولادة وخدمات التوليد، تتعرض النساء والفتيات للعدوى، والإجهاض، والولادة المبكرة، وموت الجنين داخل الرحم، والإجهاض غير المأمون، والاعتلال الشديد على المدى الطويل والوفيات، مثل ناسور الولادة، والموت. ودون رعاية التوليد في الحالات الطارئة، فإن المضاعفات، التي كان من الممكن منعها ومعالجتها في حال توفّرها، قد تهدد حياة كل من الأم والطفل. كذلك يمكن لوطأة الأزمات أيضاً أن تؤثر جسدياً على النساء والفتيات الحوامل وقد تدفع بالنساء إلى الولادة المبكرة. ففي الفلبين، على سبيل المثال، وُجد أن معدلات حالات تسمّم الحمل مرتفعة بشكل غير عادي نتيجة ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، بسبب التوتر الناتج عن إعصار حيان (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

والفتيات، خاصةً تحت سن ١٦ سنة، تكون منطقة الحوض

لديهن غير ناضجة، الأمر الذي يجعل الولادة أكثر صعوبة وخطورة. لذا فإن عدم النضج الجسدي لديهن يمكن أن يؤدي إلى تعسّر الولادة، وفي غياب الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ أو وصولها متأخرة، قد يؤدّي إلى حدوث ناسور الولادة، أو تمزق الرحم، أو النزيف، أو وفاة الأم والطفل (منظمة إنقاذ الطفولة وصندوق السكان، ٢٠٠٩). وبالنسبة للأمهات المراهقات، فهن أيضاً معرّضات لزيادة خطر الإجهاض العفوي، والولادة المبكرة، وموت الجنين داخل الرحم (إنقاذ الطفولة وصندوق السكان، ٢٠٠٩).

خلال الأزمات الإنسانية، قد تتعرض البنية التحتية والخدمات المتعلقة برعاية ما قبل الولادة والرعاية التوليدية التي تحتاجها النساء والفتيات الحوامل إلى التدمير أو الضرر أو التعطيل. ففي الفلبين، دّمر إعصار حيان مرافق الصحة الإنجابية في المناطق المتضررة. وفقدت مقاطعة ليتي معظم مراكز الولادة فيها. وكشف تقييم أُجري على ٥٢ مرفقاً من مرافق الصحة الإنجابية أن أكثر من نصفها تعرّض لأضرار هيكلية بالغة (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤). وفي غزة عام ٢٠١٤، تعرّضت ستة مستشفيات لأضرار، وأُغلقت ستة مرافق للأمومة (صندوق السكان، ٢٠١٤).

وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، تسبب ما يقرب من عقدين من الصراع في القضاء على نظام الرعاية الصحية. ووفقاً لمنظمة إنقاذ الطفولة، فإن كثيراً من المرافق الصحية في المناطق المتضررة من النزاع، إن لم يكن معظمها، تفتقر إلى القدرة على إجراء العمليات القيصرية (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

تحتاج النساء والفتيات الحوامل إلى العاملين الصحّيين المهرة لضمان سلامتهن وسلامة أطفالهن أثناء الحمل والولادة. إلا أن العاملين في مجال الصحة يتضرّرون هم أيضاً بشكل شخصي من الأزمات. ربما يُصابون أو يلقون حتفهم. في غرب أفريقيا، تعرّض العاملون الصحيون لمخاطر الإصابة بعدوى فيروس إيبولا عند المساعدة في الولادات، وبالمثل، كانت مساعدة النساء في الولادات هي أحد السبل التي أُصيب المرضى خلالها بالفيروس (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠١٥).

الأزمات يمكن أن تؤدي إلى زيادة في معدل الولادات بدون مساعدة

نظراً للأضرار وحالات الاختلال والضيق والضياع والخوف التي تتسبب فيها الأزمات الإنسانية، أصبح العديد من النساء والفتيات الحوامل يلدن دون مساعدة أحد من العاملين الصحيين المهرة. يشكّل هذا النقص في المساعدات العامل الرئيسي في وفيات الأمهات. ففي سوريا قبل اندلاع النزاع، ساعدت القابلات الماهرات في ٩٦ في المائة من الولادات. والآن، أصبح الحصول على رعاية ما قبل الولادة وخدمات الولادة الآمنة والتوليد في حالات الطوارئ محدوداً للغاية، وبعض المناطق، بما في ذلك أجزاء من حمص، تفتقر تماماً إلى خدمات الصحة الإنجابية (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

نظراً للأضرار وحالات الاختلال والضيق والضياع والخوف التي تتسبب فيها الأزمات الإنسانية، أصبح العديد من النساء والفتيات الحوامل يلدن دون مساعدة أحد من العاملين الصحيين المهرة.

في غرب أفريقيا، حيث كانت نسب وفيات الأمهات بالفعل من بين أعلى المعدلات في العالم، أدى وباء إيبولا إلى تفاقم في معدل وفيات الأمهات (Diggins and Mills, 2015): ووصف تقرير حديث للأمم المتحدة الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية باعتبارها "متقلصة بشكل كبير" (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). وانخفضت الولادات التي تتم بمساعدة القابلات في ليبيريا، بشكل كبير من ٥٢ في المائة في عام ٢٠١٣ إلى حوالي ٣٨ في المائة في الفترة من مايو/أيار إلى أغسطس/آب عام ٢٠١٤، وخلال فترة مماثلة في غينيا، من ٢٠ في المائة إلى ٧ في المائة (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠١٥) .

رعاية ما بعد الولادة ورعاية الأطفال حديثي الولادة غالباً ما تكون محدودة

تعتبر رعاية ما بعد الولادة ورعاية الأطفال حديثي الولادة، التي تشمل دعم الرضاعة الطبيعية، محدودة في العديد من بيئات الأزمات. وتحتاج الأمهات الجدد أيضاً إلى رعاية ما بعد الولادة لأنفسهن خاصةً عند حصول مضاعفات أثناء الولادة.

حين تكون المرأة أماً جديدة يكون التعافي من الولادة مهمة شاقة بما فيه الكفاية، عدا عن المخاطر وجوانب الضعف المرتبطة بالأزمات الإنسانية. ويتسم الوضع بصعوبة خاصة بالنسبة للأمهات صغيرات السن. فقد تفرض الأزمات "عقبات ومثبطات" تعيق الرضاعة الطبيعية (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤). هذه العقبات والمثبطات تفسر انخفاض معدلات الرضاعة الطبيعية في بعض المناطق المنكوبة. فالرضاعة الطبيعية الفعالة تتطلب توفير التعليمات والتوجيهات والدعم الذي يلبي الاحتياجات الخاصة الفردية، وهو غالباً ما لا يتوافر في البيئات المتضررة من الأزمات أو يتوافر بقدر محدود.

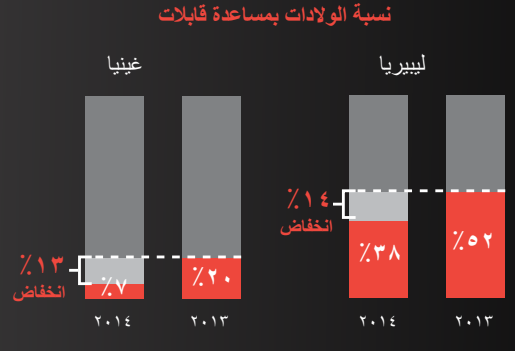
وقد تزداد مشاكل الرضاعة أيضاً في حالات الطوارئ الإنسانية. فسوء التغذية الحاد يمكن أن يقلل من إنتاج الحليب. ويمكن للتوتر أيضاً أن يعيق إدرار الحليب (World Vision, n.d.). وقد تعرقل الأزمات أيضاً توافر بدائل حليب الأم. مثل هذه العقبات، جنباً إلى جنب مع مشاكل الرضاعة الطبيعية وإدرار الحليب، يمكن أن يؤدي إلى سوء التغذية عند الأطفال فيزيد من تعرضهم لخطر الإصابة بالأمراض والموت.

الأزمات تزيد خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً

تشكل الأزمات الإنسانية أرضاً خصبة لانتقال الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والنساء وخاصة الفتيات الصغيرات أكثر عرضة لها على نحو غير متناسب. فالعنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس، بما في ذلك الاغتصاب والاسترقاق الجنسي، هي أحد عوامل الخطر الأكثر أهمية لنقل فيروس نقص المناعة البشرية: وبالنسبة للنساء وخاصةً الفتيات، فإن ممارسة الجنس العنيف أو القسري يسهل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (صندوق السكان، بدون تاريخ).

العاملات الصحيات في مركز ماغبيتيه لعلاج فيروس إيبولا، سيراليون.
Photo © UN Photo/Martine Perret

أدى وباء إيبولا إلى انخفاض كبير في الولادات التي تتمّ بمساعدة قابلات في غرب أفريقيا



(اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠١٥)

وتشمل العوامل الأخرى التي تؤدي إلى وتشمل العوامل الأخرى التي تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء والفتيات الاتجار بالبشر، وعنف الشريك الحميم، واستراتيجيات البقاء عالية المخاطر، مثل الجنس نظير مقابل مادي والعمل في تجارة الجنس.

وحتى قبل وقوع أزمة ما، فإن النساء والفتيات هن عرضة بشكل غير متكافئ للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً بسبب الحساسية البيولوجية وعدم المساواة السائدة بين الجنسين في كثير من المجتمعات (صندوق السكان، بدون تاريخ). كما أن تبعيتهن تسلبهن أي حق في إطار العلاقات والتفاعلات الأخرى للتأثير على نشاطهن الجنسي أو نشاط شركائهن وكذلك استخدامهم للواقي الذكري، لا سيما حين تكون العلاقة بين فتاة ورجل أكبر سناً (Plan International, 2013؛ صندوق السكان، بدون تاريخ). ويمكن لمعايير الجنسين التي تحدد السلوك اللائق للإناث أن تحرم غير المتزوجات والمراهقات من الوصول إلى المعلومات حول الصحة الجنسية وسبل الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً (Plan International, 2013؛ صندوق السكان، بدون تاريخ). ولقد كشف تقييم أُجري في بيئات التشريد والنزوح في بوركينا فاسو وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب السودان أن الشابات غير المتزوجات هن "الأقل دراية" بفيروس نقص المناعة البشرية، وغير ذلك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وطرق الحد من العدوى بها، بما في ذلك استخدام الواقي الذكري (Casey et al., 2015). ويمكن للمعايير الجنسانية أيضاً أن تجعل الرجال والصبية الصغار أكثر عرضة للإصابة من خلال تشجيع السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر الذي يتسم بالهيمنة والعدوانية (صندوق السكان، بدون تاريخ).

ويمكن للأزمات أن تعرقل سبل الحصول على علاجات الوقاية والمعلومات، مما يزيد من قابلية الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. وحتى في البيئات التي كانت مستقرة في السابق، قد تصبح سبل الوصول إلى الوقاية في كثير من الأحيان محدودة أو غير كافية وحتى غير موجودة، نتيجة لوقوع أزمة إنسانية (UNAIDS, 2015).

وقد أظهرت البيانات التي تم جمعها من قبل مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين وجود ٥٦ مخيماً للاجئين في الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠١٣ تعاني من عدم الانتظام في الإمداد بالواقيات الذكرية (Chynoweth, 2015). إلا أن وجود الخدمات لا يضمن الوقاية؛ فقد تفضل النساء والفتيات اللاتي تعرضن للاغتصاب عدم السعي للحصول على العلاج الوقائي اللاحق للتعرض للعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية بسبب خوفهن من الوصم لتعرضهن للاعتداء (Chynoweth, 2015).

بالنسبة للسكان المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في حالات الطوارئ الإنسانية، قد يتمثل تأثير الأزمة في حرمانهم من الحصول على العلاج اللازم لإنقاذ حياتهم. فالمواظبة على نظام العلاج قد يكون صعباً في ظل وجود أزمة يتوافر فيها العلاج المضاد للفيروسات بشكل متقطع، وغالباً ما يكون ذلك في المستشفيات الكبيرة التي تُحال إليها الحالات وليس على مستوى الرعاية الصحية الأولية (Chynoweth, 2015).

تشكل الأزمات الإنسانية أرضاً خصبة لانتقال الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية،

وقد تتعرض مخزونات الأدوية وإمدادات الدم المأمون للتدمير أو قد لا تتوافر، وخصوصاً خلال الهروب والتشريد لاحقاً (Plan International, 2013؛ صندوق السكان، بدون تاريخ). ويتسبب التشريد أيضاً في الإخلال بأنظمة العلاج. كذلك فإن الأمراض الأخرى التي تنتقل بالاتصال الجنسي، مثل الكلاميديا والسيلان والزهري، إن تركت بدون علاج، يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات في الحمل والعقم والسرطانات الإنجابية، فضلاً عن تعزيز انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (Chynoweth, 2015).

تحتاج النساء الحوامل والأمهات الجديدات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية إلى رعاية ما قبل الولادة وإلى الدواء لمنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، ولكن من الممكن أن تتسبب الأزمات في تعطيل هذه الخدمات الهامة وعرقلة توافر الأدوية. ويدل تقييم أُجري في جمهورية الكونغو الديمقراطية، على أن أياً من المراكز الصحية التي شملها الاستطلاع لم توفر الخدمات الكافية للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، نتيجة لنقص الإمدادات والعمالة المدربة (Casey et al., 2015) .

النساء والمراهقات ذوات الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية

تواجه النساء والمراهقات ذوات الإعاقة أوجه ضعف خاصة فيما يتعلق بانتقال فيروس نقص المناعة البشرية في البيئات المتضررة من الأزمات، إلا أنهن يصطدمن بمحدودية فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمعلومات التي يحتجنها لحماية أنفسهن، بما في ذلك الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية. وخلال الأبحاث التي أُجريت على النساء ذوات الإعاقة في شمال أوغندا، تحدثت هيومن رايتس ووتش إلى معاقتين تعرضتا للاغتصاب "أفادتا بأنهما لم تخضعا لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية لاحقاً لأنهما لم تتمكنا من الوصول إلى عيادة للصحة" (هيومن رايتس ووتش، ٢٠١٠).

يمكن لتصورات المجتمع عن النساء والفتيات ذوات الإعاقة بأنهن "لا يصلحن لممارسة الجنس" أن تحدّ من سبل وصولهن إلى الثقافة الجنسية، بما في ذلك المعلومات حول كيفية التعرف على السلوك غير اللائق (مجلس حقوق الإنسان في الأمم المتحدة، ٢٠١٢). وتواجه النساء والفتيات ذوات الإعاقة الذهنية تحدّيات خاصة في تنمية الوعي بالأمراض المنقولة جنسياً ووسائل منع الحمل (مفوضية اللاجئين النسائية، 2014a)

تزايد مخاطر العنف الجنسي والقائم على نوع الجنس

غالباً ما يزداد العنف القائم على نوع الجنس ضد النساء والفتيات في الأزمات الإنسانية. وفي بيئات متنوعة مثل ميانمار والصومال وسوريا، وُصف العنف الجنسي بأنه "واسع النطاق" و"سائد" و"سمة غالبة" و"تهديدا كبير وأزمة" (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). غير أن العنف القائم على نوع الجنس ليس ظاهرةً جديدةً تبرز في الأزمات، بل هو جزء من سلسلة متواصلة من العنف تتعرض لها النساء والفتيات في حياتهن اليومية، وهو من الممكن أن يصبح أكثر انتشاراً في الأزمات.

تتعرض النساء والفتيات اللاجئات والمشرّدات داخلياً للخطر بشكل خاص، بما في ذلك في مخيمات اللاجئين أو الملاجئ المؤقتة أو مراكز الإجلاء. وفي حالات النزاع المسلح، قد تتعرض النساء والفتيات للعنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس أثناء عمليات تفتيش المنازل وتمشيط الأحياء السكنية وعند نقاط التفتيش والاعتقال وخلال الهجمات المسلحة على القرى، وإجبار الناس على النزوح، وكجزء من حملات منتظمة للهيمنة والتخويف والإرهاب من قبل الجماعات المسلحة. وقد يكون الجناة من الشركاء أو الأقارب أو من القوات المسلحة التابعة أو غير التابعة للدولة أو من مسؤولي المخيمات أو المعلمين وفي بعض الحالات من قوات حفظ السلام وعمال الإغاثة. وربما يكونون من الذكور أو الإناث.

تتزايد مخاطر وقوع العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس مع انهيار سيادة القانون والبنية التحتية أو ضعفهما. وفي النزاعات التي طال أمدها، غالباً ما تنشأ ثقافة العنف والإفلات من العقاب، والتي يعززها سهولة الحصول على الأسلحة الصغيرة والخفيفة. وكثيراً ما تضعف نظم وشبكات الدعم الأسري والمجتمعي أو تُدمر كلياً وتتشتت الأسر. ومتى كانت الأسر مصدراً من مصادر الحماية في السابق، فإن الانفصال أو وفاة الوالدين قد يخلّف فراغاً.

> "خلال الفترة من يناير/كانون الثاني الى سبتمبر/أيلول ٢٠١٤، سجل صندوق السكان ١١,٧٦٩ حالة من حالات العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس في مقاطعات شمال كيفو وجنوب كيفو وأورينتالي وكاتانغا ومانييما، ٣٩ في المائة من هذه الحالات كانت تُعتبر ذات صلة مباشرة بديناميات الصراع التي يرتكبها أفراد مسلّحون."
>
> (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥)

كذلك فإن الفقر وانعدام الأمن الغذائي والمصاعب المالية والضيق والصدمات النفسية والشعور بالضياع والملل وغياب الخصوصية والاكتظاظ تصبح كلها جزءاً من الواقع اليومي فتؤثر على السلوك داخل الأسرة والمجتمع الأوسع، بما في ذلك اعتماد آليات سلبية أو متطرفة للتعامل مع الواقع.

وربما تقوم الجماعات المسلحة بإقامة قواعد عسكرية بالقرب من التجمعات السكانية، وتفرض العنف الجنسي باعتباره ممارسة مؤسسية ومتعمدة كجزء من جهودها الاستراتيجية والتكتيكية الأوسع (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). وبالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من أعمال العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس تستند إلى عدم احترام راسخ لحقوق النساء والفتيات.

التمييز المزدوج والثلاثي

إن الأشكال المتعددة والمتشابكة من التمييز على أساس الجنس أو السن أو الوضع الاقتصادي أو الانتماء إلى أقليات عرقية فضلاً عن عوامل أخرى يمكن أن تزيد من قابلية تعرض النساء والفتيات للعنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس في البيئات المتضررة من الأزمات (مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، ٢٠١١) .

وبالنسبة للمراهقات، فإن كونهن صغيرات السن وإناث، وهو ما تصفه (Plan International 2013) بأنه "تمييز مزدوج"، يعرضهن لخطر متزايد يتمثل في العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس في بيئات الأزمات، بما في ذلك الاغتصاب، والزواج المبكر، والاستغلال الجنسي والاختطاف والاتجار (مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٤).

كذلك فإن الأطفال دون عمر ١٨ عاماً غالباً ما يشكلون غالبية ضحايا العنف الجنسي في البلدان المتضررة من الصراعات (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

> "خط البداية ليس واحداً بالنسبة للجميع. فكل شخص تقريباً لديه السبق مقارنةً بالفتيات المراهقات."
>
> (مفوضية اللاجئين النسائية، 2014a)

وقد وصف الأمين العام للأمم المتحدة العنف الجنسي ضد المراهقات في حالات الصراع في عام ٢٠١٤ بأنه "اتجاه مُقلق" (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). كذلك فإن كون الفتاة لاجئة أو مشردة يضيف إلى المعادلة مجموعة أخرى من المخاطر. فالفتيات اللواتي لا يصحبهن ذويهن واللواتي فقدن أو انفصلن عن والديهن يواجهن مخاطر إضافية، لأنهن يفتقرن إلى الحماية التي يوفرها أفراد الأسرة عادةً. وقد لوحظ هذا النوع من المخاطر أثناء وباء الإيبولا حيث تُرك بعض الأطفال دون حماية في منازلهم بعد أن لقي الأهل حتفهم أو أُصيبوا بالعجز (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠١٥). وقد تحدث حالة مماثلة في سياق انعدام الأمن الغذائي إذا اضطّر الآباء إلى ترك الأطفال في المنزل، وخصوصاً تحت رعاية الفتيات الأكبر سناً، والخروج للبحث عن الغذاء أو الدخل (Plan International, 2013).

أيان، ١٦ سنة، مخيم منكمان، جنوب السودان: "أشعر بعدم الأمان عندما أذهب إلى الغابة، لأن غالباً ما يكون هناك رجال يغتصبون النساء."

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode

انعدام الخصوصية يزيد المخاطر

قد يترتب على غياب الخصوصية في العديد من بيئات النزوح آثار خطيرة على الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات. ففي ظل غياب الخصوصية، قد يمتنع الكثير من النساء والفتيات عن الذهاب إلى المراحيض أو مرافق الاستحمام حتى حلول الظلام، وذلك هو الحال خصوصاً بالنسبة للمراهقات أثناء الحيض (Plan International, 2013)، مما يعرضهن لتزايد خطر العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس (UNIFEM 2010، Plan International, 2013). والإضاءة غير الكافية والشعور بعدم الأمان قد يمنع النساء والفتيات من استخدام المراحيض تماماً ليلاً (الفريق الفرعي العامل المعني بحماية الطفل والعنف القائم على نوع الجنس: الأردن، ٢٠١٣). قد تكبت النساء والفتيات حاجتهن لاستخدام المراحيض، سواء كان ذلك بسبب غياب الخصوصية أو انعدام الأمن أو النظافة، مما قد ينجم عنه في بعض الأحيان عدوى المسالك البولية أو أمراض أخرى (Pincha, 2008؛ Plan International, 2013).

وقد لا تتمكن النساء والفتيات أثناء فترة حيضهن من مراعاة نظافتهن الشخصية، وتغيير وتنظيف الفوط الصحية، وهو ما قد يسبب الطفح الجلدي العجاني والتهابات المسالك البولية، وقد يؤثر أيضاً على ثقتهن بأنفسهن (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢؛ Plan International، 2013). كما يمكن لانعدام الخصوصية أيضاً أن يسبب عدم الراحة والتوتر للأمهات المرضعات، وهو ما قد يوقف تدفق الحليب، ويقوّض ثقة الأم، الأمر الذي قد يؤثر على تغذية الطفل وصحته وبقائه على قيد الحياة (World Vision, n.d.). تشير التقارير الصادرة بعد زلزال عام ٢٠٠٥ وفيضانات عام ٢٠١٠ في باكستان، إلى أن العديد من النساء قد توقفن عن الإرضاع الطبيعي نتيجة لانعدام الخصوصية وعدم الراحة بسبب الإرضاع الطبيعي أمام الأقارب الذكور أو الرجال الآخرين في الملاجئ المشتركة (Bradshaw and Fordham, 2013؛ UNIFEM، 2010).

إن النساء والفتيات ذوات الإعاقة الجسدية أو التنموية معرضات للخطر بشكل خاص في الأزمات عندما يتلاشى الدعم الأسري والمجتمعي وتنهار سيادة القانون (مفوضية اللاجئين النسائية، 2013؛ Ortoleva and Lewis, 2012). ووفقاً للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، فإن ٤٩ في المائة من ضحايا الاغتصاب البالغين في مخيمات اللاجئين البوتانيين بنيبال ما بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١١ كانوا من ذوي الإعاقات الجسدية أو التنموية أو الاعتلال (مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٣). وتُصنف النساء والفتيات ذوات الإعاقة كمجموعة معرضة لخطر العنف الجنسي بشكل خاص بسبب قدرتهن المحدودة على التحرك والتواصل، إلى جانب مشكلات الإقصاء الاجتماعي وزيادة احتمالات الفقر (مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، Consortium، 2011b، ٢٠١٥؛ مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٣؛ هيومن رايتس ووتش، ٢٠١٠). وضمن هذه المجموعة، هناك مجموعات فرعية يمكن أن تواجه المخاطر بشكل خاص، وذلك بسبب ما يمكن تسميته بالتمييز الثلاثي: النساء المتقدمات في العمر من ذوات الإعاقة، والمنتميات للأقليات العرقية أو اللغوية أو الدينية من ذوات الإعاقة، والمثليات أو المخنثات أو المتحولات جنسياً من ذوات الإعاقة (مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، 2011a؛ مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، ٢٠١٢).

> "كنت أشعر بالخجل، فبعد وقوع الكارثة لم أكن أستطيع الاغتسال وكان بوسع الجميع أن يرى أثر الحليب يتسرب من ثديي."
>
> (ميراسول، ١٦ عاماً، الفلبين)

"ليست لدينا أبواب نوصدها"

عندما تسبب الزلازل والأعاصير والفيضانات والعنف والحرب في تشريد البشر وطردهم من منازلهم ومجتمعاتهم المحلية، يبحث الكثيرون عن الأمن والسلامة في مخيمات اللاجئين والمشردين، والملاجئ المؤقتة، والمنازل المؤقتة، والمستوطنات العشوائية، والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، ومراكز الإخلاء، والمواقع المؤقتة. وغالباً ما تنشأ عوامل خطر العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس في كثير من هذه البيئات. وحتى في مخيمات اللاجئين المقامة، يقع العنف الجنسي. ففي مخيم داداب للّاجئين في كينيا،

على سبيل المثال، فاقت الزيادة السكانية معدلات تركيب الإضاءة والأسوار في الأنحاء الجديدة من المخيم، مما أدى إلى زيادة في العنف الجنسي (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). لذا فالظروف المعيشية والمواصفات المادية للمكان في مثل هذه البيئات التي يقطنها المشردون هي مصدر حقيقي جداً للخطر بالنسبة للنساء والفتيات.

في البيئات التي تلبي احتياجات المشردين من جراء الكوارث والصراعات، عادةً ما يكون هناك عدد من الخصائص التي يتم تحديدها عموماً كعوامل خطر تنذر بوقوع العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس: كالاكتظاظ، وغياب الخصوصية، والأبواب التي ليست لها أقفال، والمراحيض وأماكن النوم المشتركة، ومرافق الاستحمام وقضاء الحاجة غير الملائمة، وعدم كفاية الإضاءة أو انقطاع التيار الكهربائي (مفوضية اللاجئين النسائية، 2014؛ CARE, 2015b; CARE, 2014؛ Plan International, 2013; مركز رصد التشرد الداخلي ولجنة الإنقاذ الدولية، ٢٠١٥؛ ومجموعة التنسيق داخل الوحدات، ٢٠١٤؛ صندوق السكان، ٢٠١٤؛ الفريق الفرعي العامل المعني بحماية الطفل والعنف القائم على نوع الجنس: الأردن، ٢٠١٣). تقول إحدى قاطنات مخيم الزعتري للاجئين في الأردن: "ليست لدينا أبواب نوصدها" (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤).

بعد إعصار بام في فانواتو في مارس/آذار ٢٠١٥، كانت مراكز الإجلاء في جزيرة إيمي "مكتظة، تفتقر إلى الخصوصية والإضاءة، وخاصةً حول منطقة المراحيض..." (CARE, 2015b). في المناطق المتضررة من إعصار حيان بالفلبين في عام ٢٠١٣، تم إيواء النساء والأطفال في مواقع "مكتظة" تتّسم "بقدر محدود من الأمن، ومرافق غير ملائمة للاستحمام وقضاء الحاجة، فضلاً عن انعدام الخصوصية" (مجموعة التنسيق داخل الوحدات، ٢٠١٤).

أفادت Plan International أن ملاجئ الإعصار في بنغلاديش "لا توفر عادةً غرف نوم منفصلة للرجال والنساء، ولا سبيل للوصول إلى مرافق منفصلة آمنة للصرف الصحي" (٢٠١١).

"لم يكن بوسعنا حمايتها، لذلك كان علينا أن نزوّجها"

قد يتمثّل أثر النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية في زيادة معدل زواج الأطفال في مواقع الأزمات وكذلك في المخيمات عقب النزوح. يمثّل الخوف، وفقاً لمنظمة الرؤية العالمية، "السبب الرئيسي في الزواج المبكر" في السياقات الهشة، بما في ذلك الخوف من العنف الجنسي والجوع (World Vision UK, 2013). ونظراً لسنهن ونوع جنسهن، فالفتيات دون غيرهن هن أكثر عرضة لهذه الممارسة. ففي سوريا، يُعد الزواج المبكر ممارسة تقليدية تلقى قبولاً واسعاً من جانب النساء والرجال على حد سواء (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٣). وفي حين أن هذه الممارسة سابقة للأزمات، هناك من المؤشرات ما يدل على أن الأزمات قد تؤدي إلى تفاقم الممارسة، خصوصاً في بيئات النزوح طويلة الأمد، والتي تشمل انتشار الممارسة حتى بين الأسر التي لم تكن حتى لتفكر في الأمر من قبل، وهو ما يهدد الفتيات الأصغر سناً (CARE, 2015).

وحيثما يندر الطعام، بسبب الفقر المدقع أو الجفاف، فقد تُقدم الأسر على تزويج بناتها لتقليل عدد الأفواه التي يتعيّن عليها إطعامها، وكشكل من أشكال توليد الدخل حيث يشكل مهر العروس تعويضاً تقبضه عائلة العروس (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤؛ CARE, 2015). ويمكن أيضاً أن يُنظر إليه باعتباره وسيلة لحماية "شرف" الابنة، الذي ربما يكون في خطر إذا أرغمها انعدام الأمن الغذائي على اللجوء إلى ممارسة الجنس كوسيلة للبقاء على قيد الحياة أو ممارسته نظير مقابل مادي (Plan International, 2013).

> "تبلغ ابنتي ١٦ عاماً... كنا قلقين عليها بشدة. فهم يهاجمون النساء. لم نتمكن من حمايتها، لذلك كان علينا تزويجها... وهي لم تكن تريد أن تتزوج، بل أرادت أن تدرس."
>
> (أم سورية في لبنان)

فقد أدت الأزمة في سوريا إلى زيادة عدد الزيجات المبكرة بين الفتيات اللاجئات السوريات في الأردن، وكذلك في لبنان ومصر (CARE. 2015). وفي أوساط اللاجئين السوريين، فقد أشير إلى ارتكاب العنف الجنسي، وبخاصة ضد الفتيات، والخوف منه كأسباب استدعت الفرار من سوريا في المقام الأول (CARE, 2015؛ لجنة الإنقاذ الدولية، ٢٠١٣).

بالنسبة للفتيات، يجلب الزواج المبكر مخاطر كبيرة ومساوئ تنال من حقوقهن الإنجابية وصحتهن وصحة أطفالهن ورفاههن بالذات. ونظراً لسنهن ونوع جنسهن، لا تملك الفتيات المتزوجات أي قدرة أو تأثير يُذكر لتحديد ما يحدث لأجسامهن. وهن غالباً ما يعجزن على اتخاذ قرارات بشأن استخدام وسائل منع الحمل ومعدل ممارستهن للجنس والمباعدة بين الولادات وعدد الأطفال الذين ينجبنهن (CARE, 2015). لا شك أن تداعيات مثل هذا التكبيل كبيرة بل وقاتلة في بعض الأحيان، إذ يتعرضن لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والاعتلال والوفاة.

عنف الشريك الحميم

كثيراً ما تؤدي الأزمات إلى تغييرات في شكل العلاقات بين الجنسين داخل الأسرة، وهو ما يمكن أن يزيد من خطر التعرض لعنف الشريك الحميم. وتبرز هذه التغييرات بشكل خاص في بيئات النزوح (صندوق السكان، ٢٠١٠). فحين يواجه الرجال شبح البطالة، وفي ظل فقدانهم لسبل الرزق والتعطّل والإحباط، يكون على المرأة أن تتحمل مسؤوليات لقمة العيش. وبوصفهن المتلقيات المفضلات للمساعدات الغذائية، فقد يواجهن فرصاً جديدةً لم تكن متاحة سابقاً من خلال البرامج التي تقدمها المنظمات الإنسانية (لجنة الإنقاذ الدولية، ٢٠١٥). وقد يؤدي هذا التحول إلى "أزمة هوية" لدى بعض الرجال (Anderlini, 2010). في شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية، حيث لوحظ هذا التحوّل في أدوار الجنسين وذُكرت في التقارير، وصف الرجال الكونغوليون مشاعر الذل والفشل و"فقدان القيمة الشخصية" (Lwambo, 2011). لذا كانت ممارسة العنف ضد زوجاتهم وكذلك أطفالهم أمراً اعتبره بعض الرجال وسيلة لتأكيد القوة والهيمنة والذكورة.

في مخيم باجيد كندال، زاخو، العراق.
Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

كذلك قد تؤدي مشاعر التوتر والضياع والملل والإحباط لدى الرجال في بيئات النزوح أيضاً إلى تعاطي الكحول والمخدرات وغير ذلك من آليات المواجهة السلبية. وهذه الآليات بدورها تشعل عنف الشريك الحميم. وبالنسبة للفتيات المتزوجات، فإن وضعهن المتمثل في التبعية "الشديدة" وفقدانهن للقوة هو وضع يزداد سوءاً بسبب عمرهن ونوع جنسهن ويعرضهن لتزايد خطر عنف الشريك الحميم (لجنة الإنقاذ الدولية، ٢٠١٥؛ CARE, 2015).

وهناك مجموعة متزايدة من الأدلة التي تشير إلى أن عنف الشريك الحميم هو النوع الأكثر شيوعاً من العنف الذي تعانيه النساء في البيئات الإنسانية (لجنة الإنقاذ الدولية، ٢٠١٥). ففي بعض البيئات المتأثرة بالصراعات، يتكرّر عنف الشريك الحميم، بما في ذلك الاغتصاب الزوجي، والعنف الجنسي المنزلي من قبل أفراد الأسرة، بمعدل أعلى من العنف الجنسي من قبل المقاتلين (Wood, 2015؛ Human Security Report Project, 2012). ففي تقييم أُجريَ في مخيم الزعتري في الأردن عام ٢٠١٣، على سبيل المثال، أفاد أفراد المجتمع ومقدمو الخدمات بأن العنف المنزلي هو "نوع العنف الأكثر انتشاراً" وهو "يظهر باعتباره مشكلة بارزة" بين اللاجئين السوريين، حيث تكون الفتيات ما بين عمر ١٢ و١٨ سنة هن الأكثر تضرراً (الفريق الفرعي العامل المعني بحماية الطفل والعنف القائم على نوع الجنس، الأردن، ٢٠١٣).

كثيراً ما تُلاحظ زيادة في عنف الشريك الحميم في أعقاب الكوارث الطبيعية، بما في ذلك الكوارث الأخيرة:

- **زلزال نيبال:** رغم عدم وجود أرقام رسمية، لاحظ المستشارون وغيرهم ممن يضطلعون بالاستجابة الإنسانية في نيبال "زيادة كبيرة" في العنف الجنسي والعنف المنزلي ضد النساء منذ وقوع الزلزال (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٥).
- **إعصارا فانيا وأتو:** في فانواتو، التي تعاني بالفعل من ارتفاع معدلات العنف القائم على نوع الجنس بما في ذلك عنف الشريك الحميم، سجّل مركز الإرشاد زيادة بنسبة ٣٠٠ في المائة في الإحالات عقب وقوع إعصاري فانيا وأتو في عام ٢٠١١ (CARE, 2015b).
- وتم الإبلاغ عن زيادة في عنف الشريك الحميم أيضاً في أعقاب حرائق غابات السبت الأسود في **أستراليا** (٢٠٠٩)، وزلزال كرايستشيرش في **نيوزيلندا** (٢٠١١)، وإعصار كاترينا في **الولايات المتحدة** (٢٠٠٥)، وتسونامي **المحيط الهندي** (٢٠٠٤)، وفي **اليابان** بعد الزلزال (٢٠١١).

في مخيم في دهوك، العراق.
Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

"ما الذي يمكنك القيام به؟"

يزداد خطر الجنس نظير مقابل مادي في البيئات المتأثرة بالأزمات وبخاصة بيئات النزوح حيث فرص كسب الرزق محدودة للغاية. ففي البيئات المتضررة من الأزمات، يصبح الجنس استراتيجية للبقاء على قيد الحياة وآلية مواجهة قاسية وسلبية لبعض النساء والفتيات. ففي مواجهة الصعوبات المالية الشديدة وانعدام الأمن الغذائي، وتعذّر وسائل الحصول على الدخل، ليس بمستغرب أن تلجأ النساء والفتيات المراهقات وكذلك الصبيان إلى بيع أجسادهم كوسيلة للبقاء على قيد الحياة هم ومن يعيلون، سواء أبنائهم أو أبناء أقاربهم المتوفين (مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، 2011a). فيُمارس الجنس مقابل الحصول على السلع الأساسية كالغذاء أو الدواء أو المستلزمات الصحية أو الهدايا أو الحصول على المواد التي يتمّ توزيعها (Klasing, 2011؛ مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، 2011a).

وقد لوحظت ممارسة الجنس نظير مقابل مادّي كممارسة مرتبطة بالأزمات، على سبيل المثال، في جمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب السودان والفلبين وهايتي والصومال (مجلس تنسيق برنامج UNAIDS, 2015، CARE, 2014؛ The Inquirer, 2015؛ مجموعة التنسيق داخل الوحدات، ٢٠١٤؛ Klasing, 2011).

كذلك قد تُقدم النساء والفتيات أيضاً على تجارة الجنس كمصدر للدخل. كما أن وجود قوات حفظ السلام أو العاملين الدوليين في مجال الأنشطة الإنسانية يزيد من خطر الاستغلال الجنسي نظراً للتفاوت في الثروة (هيومن رايتس ووتش 2015b). كذلك فإن الفتيات والنساء اللواتي لا يصحبهن ذويهن والفتيات ذوات الإعاقة معرضات للخطر بصفة خاصة (مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٣). وقد وجد بحث أجراه Plan International أنه خلال فترات الجفاف في إثيوبيا، كانت الفتيات تلجأ إلى الدعارة لكسب لقمة العيش (Plan International, 2011). وفي هايتي وفي أعقاب الزلزال، أقامت الفتيات، ولا سيما الفتيات اللاتي لا يصحبهن ذويهن، علاقات مع الرجال بغرض الأمن الاقتصادي على وجه التحديد (Klasing, 2011).

زيادة خطر الاتجار بالبشر

تخلق الصراعات والكوارث الطبيعية فرصاً أمام الضالعين بالاتجار بالبشر لاستغلال نقاط الضعف لدى السكان المتضررين من الأزمات. تصف المنظمة الدولية للهجرة (٢٠١٥) مخيمات اللاجئين والمشردين باعتبارها "أرضاً خصبةً لعثور المهربين على ضحايا جدد"، كما تصف المستوطنات غير الرسمية والمجتمعات المضيفة بأنها "مواقع معرضة للخطر بشكل خاص" (٢٠١٥). ويستهدف المهربون النساء والفتيات بشكل خاص وقد يجبرونهن على العمل في مجال الجنس في بيوت للدعارة والاستعباد الجنسي والعمل القسري (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥). وقد يتم اجتذابهن بوعد الحصول على وظيفة أو ربما يتعرّضن للخطف. فمن يلجأن إلى استراتيجيات البقاء المحفوفة بالمخاطر كممارسة الجنس للبقاء على قيد الحياة وممارسة الجنس نظير مقابل مادي، والفتيات اللاتي لا يصحبهن ذويهن ويفتقرن إلى حماية الأسرة، والأطفال بشكل عام الذين تنقصهم بنية المدارس والحماية التي توفّرها، كلهم معرضون لخطر الاتجار المتزايد (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥). يمكن أن يكون التمييز أيضاً عامل خطر مهم، ينعكس في استهداف الأقليات العرقية والدينية، كالجماعة اليزيدية في العراق (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥).

> "سيحاول الناس البقاء على قيد الحياة بأي طريقة يستطيعون. تقيم النساء علاقات مع الرجال ليتمكنّ من إطعام أطفالهن. وكثيراً ما يحدث ذلك... فممارسة الدعارة غير مقبولة، ولكن ما عساهن يفعلنه؟ لابد من الحصول على الطعام."
>
> (أحد سكان مخيم في كروا دي بوكيه، هايتي)

كوكانا، على مشارف العاصمة كاتمندو بعد الزلزال.
Photo © Panos Pictures/Vlad Sokhin

كما أفادت الأمم المتحدة حدوث طفرة في تهريب الفتيات المراهقات في مناطق ميانمار المتضررة من النزاع (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥). كذلك تم الإبلاغ عن الاتجار بالبشر في أعقاب الكوارث الأخيرة في نيبال (Burke, 2015) والفلبين (مجموعة التنسيق داخل الوحدات، ٢٠١٤). ولكن في الفلبين، لم تجد اليونيسيف أي زيادة تُذكر في الحالات الواقعة نتيجةً للإعصار (Erakit, 2014). ويظل فهم العلاقة بين الاتجار بالبشر والأزمات محدود: فالانتشار لم يتم توثيقه بشكل جيد، والبيانات محدودة (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥).

الناجيات من العنف الجنسي بحاجة إلى رعاية ما بعد الاغتصاب ولكن قد لا يحصلن عليها خلال الأزمات

تحتاج الناجيات من العنف الجنسي الى الوصول الى الرعاية السريرية عالية الجودة لما بعد الاغتصاب، والتي تشمل العلاج الوقائي اللاحق للتعرض للعدوى (خلال ٧٢ ساعة) لتقليل فرصة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، ومنع الحمل في حالات الطوارئ، والمضادات الحيوية لمنع العدوى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، والرعاية الطبية واسعة النطاق، فضلاً عن دعم الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي والدعم القانوني (Casey et al., 2015).

ومع ذلك، قد تحول الأزمات دون وصول الناجيات إلى التدبير السريري عالي الجودة في حالات الاغتصاب. وقد تكون الرعاية غير متوفرة بسبب تدمير مرافق الرعاية الصحية الأولية أو تقييد وصول المساعدات الإنسانية أو نقص التدريب المطلوب للعاملين الطبيين الموجودين. وقد يؤثر عدم وجود إمدادات كافية، بما في ذلك الأدوية، سلباً على الرعاية المقدمة. وقد تعجز الناجيات عن الوصول إلى الخدمات بسبب القيود المفروضة على الحركة. وحتى في حالة توافر الخدمات، قد لا تكون الناجيات على علم بتوافرها أو قد يفضلن عدم السعي للحصول على الخدمات الصحية في ظل مناخ الخوف والصمت الذي يظل يكتنف العنف الجنسي في العديد من المجتمعات (مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، ٢٠١٥؛ Casey et al., 2015).

"غنائم الحرب"

في شمال العراق وشرق سوريا، قامت الدولة الإسلامية التي نصبت نفسها في العراق والشام بإضفاء الطابع المؤسّسي على العنف الجنسي، ولا سيما الاغتصاب والاسترقاق الجنسي والزواج القسري، ضد الكفار في المناطق الخاضعة لسيطرتها (Reinl, 2015). وقد اختُصّت بذلك النساء والفتيات المنتميات للأقلية الدينية اليزيدية (منظمة العفو الدولية ٢٠١٤)، على الرغم من أن المجتمعات غير العربية وغير السنية الأخرى كالأقليات التي تشمل المسيحيين والتركمان الشيعة والشبك الشيعة تبدو أنها هي الأخرى عرضة لهذه الانتهاكات لحقوق الإنسان (بعثة الأمم المتحدة في العراق، ٢٠١٤).

يتم اختطاف النساء والفتيات بوصفهن "غنائم حرب"، فيتعرّضن للاغتصاب من قبل مقاتلي الدولة الإسلامية، ويُجبرن على "الزواج"، ويُبعن في المزادات لمقاتلي الدولة الإسلامية المحليين والأجانب، أحياناً عدة مرات، ويُقدمن على سبيل "الهدايا" (هيومن رايتس ووتش، 2015a؛ مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان، ٢٠١٥). ولا يُنظر إلى هذه الممارسة فقط باعتبارها "مفيدة روحياً" لكنها صارت أيضاً من الممارسات الثابتة لتجنيد المقاتلين في الدولة الإسلامية (Callimachi and Limaaug, 2015).

الصدمة

يزداد الاهتمام بالآثار التي تخلفها الصدمات على الأفراد والسكان وفيما بين الأجيال وعلى السلم والأمن. كذلك فإن الأفكار المتعلقة بالصدمات التي لم تعالج والصدمات الجماعية وما تخلفه من آثار على الأجيال ودورات العنف الجديدة والصراع باتت رائجة. وأصبحت الصحة العقلية ورفاه البشر أكثر عرضة للخطر في أعقاب النزاعات والأزمات وهناك الكثير الذي يتعين فهمه بشأن الآثار على الصحة العقلية، والعنف فيما بين الأجيال، وكيف أن التعرّض للعنف قد يؤدّي أو لا يؤدّي إلى ارتكابه مستقبلاً، وترابط العلاقة بين الاحتياجات النفسية الاجتماعية وبناء السلام على مستوى المجتمع المحلي (Searle, n.d.).

الحاجة إلى التغيير

على الرغم من كل ما نعرفه عن عدم المساواة بين الجنسين، والعنف الجنسي والقائم على نوع الجنس والتمييز، لا تزال النساء والفتيات يتضررن من الكوارث والنزاعات والتشرد على نحو غير متكافئ.

وسواء كان ذلك في المنزل أو في بيئات النزوح أو في مجتمعاتهن الأوسع، تتعرض النساء والفتيات لخطر أكبر بكثير على صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية مقارنةً بالرجال والفتيان.

ومع ذلك فالأذى والتجارب التي يتعرّضن لها تختلف، إذ تعاني النساء والمراهقات من مستويات إضافية من المخاطر، وذلك بحسب الانتماء العرقي والعمر والحالة الصحية والإعاقة والوضع الاقتصادي وعوامل مثل التشرد والهجرة.

والجهات الفاعلة الإنسانية التي تضطلع بصنع السياسات وتنفيذ البرامج يتعين عليها الوفاء بالتزاماتها لرفع تلك المخاطر الهائلة عن كاهل النساء والمراهقات، تلك المخاطر التي تتسبب في تعاظم الألم الناتج عن اقتلاعهن من بيئاتهن وفقدانهن لدعم الأسرة والمجتمع والحكومة بعد وقوع الأزمة.

هناك حاجة لإجراء تغييرات في بعض جوانب الاستجابة الإنسانية لضمان تلبية الاحتياجات الملحة للنساء والمراهقات في مجالي الصحة الجنسية والإنجابية، على سبيل المثال، الاستعادة الفورية لسبل الوصول إلى الخدمات واللوازم، مثل وسائل منع الحمل.

وفي حين أن ظروف الأزمة قد تحد من فرص الحصول على وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة، فهي قد تخلق أيضاً فرصاً لتحسين الوصول من خلال البرامج الإنسانية الموجّهة (Plan International, 2013).

ولكن الحد من المخاطر يتطلب أيضاً استثمارات طويلة الأجل وإرادة سياسية لتصحيح عدم المساواة بين الجنسين، وهو ما يمكن أن يضاعف من المخاطر.

وفي حين أن بعض العوامل في حالات الأزمات تؤدي إلى تزايد المخاطر، إلا أنها قد تتيح أيضاً فرصاً للتغيير. فبالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية، على سبيل المثال، قد تتيح الأزمات فرصاً لتحسين الرعاية أو للوصول إلى أولئك الذين لم يكن في استطاعتهم سابقاً الوصول إليها (UNAIDS, 2015). وفي المخيمات التي تنعم بحسن الإدارة وتوافر الموارد، قد يحظى المشرّدون فعلاً بقدر أفضل من الحماية والتثقيف الصحي والخدمات مقارنةً بما قبل وقوع الأزمة.

للفتيات المراهقات جوانب ضعف خاصة بهن، لذا يتعين على الجهات الفاعلة الإنسانية أن تدرك من البداية عوامل الخطر التي ربما يترتب عليها تفاقم جوانب الضعف هذه وإيلاء الأولوية للإجراءات التي تلبي احتياجاتهن وتضمن لهن الأمن وتحفظ لهن ماء وجههن.

الفصل الثالث

تطور الاستجابة: من مبسطة إلى شاملة

عندما تتمكن النساء والفتيات من الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، جنباً إلى جنب مع مجموعة متنوعة من البرامج الإنسانية التي تعالج مشكلة عدم المساواة عن قصد، فإن فوائد التدخلات تنمو باطراد وتتيح الانتقال من المرحلة الحادة من الأزمة إلى المستقبل بينما تشرع الدول والمجتمعات في إعادة البناء ويستعيد البشر حياتهم.

إنقاذ حياة النساء والمراهقات السوريات في الأردن

ريما دياب مع عميلة.

Photo © UNFPA/Salah Malkawi

في صباح أحد أيام شهر أغسطس/آب في مخيم الزعتري بالأردن، بدأ الآلاف من اللاجئين السوريين روتينهم اليومي قبل ذروة الحر في منتصف النهار..

قبل الساعة الحادية عشر صباحاً، كانت درجة الحرارة بالخارج قد بلغت بالفعل ٣٠ درجة مئوية، ولكن داخل إحدى عيادات الصحة الإنجابية الأربع التابعة لصندوق السكان في المخيم، كانت أجهزة تكييف الهواء تقي خمس أمهات حوامل حرارة الجو بينما تشتد انقباضات الوضع لديهن.

في اليوم المتوسط، يُولد نحو ١٠ أطفال في مركز المخاض والولادة بمخيم الزعتري وفقاً لطبيبة التوليد وأمراض النساء ريما دياب. صُمّمت المراكز وتدار وتراقب من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان، بالتعاون مع منظمة غير حكومية محلية، وجمعية العون الصحي الأردنية، وتمويل من المانحين من المفوضية الأوروبية والولايات المتحدة.

د. دياب هي واحدة من خمسة أطباء يقومون، بمساعدة ١٧ قابلة، بتوليد المئات من الأطفال كل شهر على الرغم من الظروف الصعبة التي تسود مخيمات اللاجئين. وحتى الآن، لم تفقد أي أم حياتها خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة في مخيم الزعتري.

لكن كان هناك العديد ممّن أشرفن على الموت.

وتروي د. دياب أن واحدة من النساء الخمس اللاتي كن في حالة وضع صباح ذاك اليوم كانت تعاني من تسمم الحمل، وهي حالة قد تهدد حياتها، وكان لا بد من نقلها إلى مستشفى مجهز بغرفة عمليات وتخدير وغيره من المستلزمات

عيادة لصحة الأسرة، دير علا، الأردن.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

الأساسية للولادات المعقدة والعمليات القيصرية. وفي بعض الأحيان كان يتم تحويل الحالات إلى مستشفى أردني قريب. ولكن في معظم الحالات، كان يتم نقل النساء داخل المخيم الى مستشفى يديره الجيش المغربي. يجري المستشفى المغربي نحو ثلاث عمليات قيصرية يومياً في المتوسط، كما أن الجراحين أيضاً مدرّبون على علاج حالات تمزق عنق الرحم والنواسير الولادية.

سجى، ٢٥ عاماً، هي واحدة من كثيرات استفدن من الرعاية المتخصصة المتاحة في المستشفى المغربي. وقد أُحيلت مؤخراً إلى هناك لداعي ولادة عالية المخاطر، فقد سبق أن تعرّضت لخمس حالات إجهاض. وأثمرت العملية القيصرية عن ولادة آمنة وصحية..

الرعاية الشاملة المتكاملة

مراكز المخاض والولادة ليست سوى جانباً واحداً من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة المتاحة لسكان مخيم الزعتري، حيث واحد من كل أربعة من السكان إما امرأة أو فتاة مراهقة في سن الإنجاب.

كما استطاعت النساء في المخيم أيضاً الحصول على رعاية ما قبل الولادة وخدمات المتابعة بعد الولادة. ويمكن للنساء والرجال والشباب الحصول على معلومات حول تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل الحديثة مجاناً. وقد تم تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية بالمراكز لتحديد وتوفير التدابير العلاجية السريرية لحالات العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس وإحالة الحالات إلى مراكز المشورة وإدارة الحالات.

ورغم ذلك فالحياة في المخيم شاقة. وحتى مع توافر الخدمات بسهولة، تواجه النساء والفتيات اللاجئات مجموعة من العقبات التي تحول دون تمتعهن بالصحة البدنية

والنفسية الجيدة، من الصدمة التي خلّفها نزوحهن إلى تأثير آليات التصدي السلبية إلى زواج الأطفال القسري.

خسارة تلو الأخرى

في صباح ذلك اليوم وفي مركز المخاض والولادة، وضعت فتاتان تبلغان من العمر ١٦ عاماً طفليهما. حمل المراهقات مسألة شائعة على نحو مأساوي في مخيم الزعتري. يقول عمر الغزاوي، جراح التوليد الأول في المستشفى المغربي، إن واحدة من كل ثلاث ولادات يجريها هي لفتاة دون سن الـ ١٥ عاماً. ويتابع قائلاً "كانت أصغرهن تبلغ من العمر ١٢ سنة". وتصحب الحمل المبكر مخاطر متزايدة بوقوع مضاعفات، وفي كثير من الأحيان، تستلزم الولادات عمليات قيصرية.

تحديات خاصة تواجه المراهقات والفتيات صغار السن

تعلّق أسماء نمراوي، وهي طبيبة نفسانية تتولى حالات صغار السن في المخيم، قائلةً إن حالات الحمل المبكر

تخيلوا امرأة حامل في شهرها التاسع، وحيدة، بعيداً عن العائلة والأصدقاء، على بعد آلاف الكيلومترات من أقرب طبيب أو شخص يمكنه المساعدة، وتبدأ الانقباضات. ستواجه حتماً احتمال الولادة بمفردها. مثل هذا السيناريو المخيف الذي لا يمكن تصوره وقع لآلاف لا تُحصى من النساء اللاتي شهدن صراعاً أو كارثة قبل ٢٠ عاماً فقط.

حتى وقت قريب، كانت الاستجابة الإنسانية تنحصر أساساً في تلبية الاحتياجات الأساسية بما في ذلك المياه والغذاء والمأوى. أما الاحتياجات الأخرى، بما في ذلك تلك المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والولادة، فقد كانت تُعتبر في نظر الكثيرين احتياجات ثانوية.

لكن بالنسبة للمرأة التي تضع طفلها بمفردها، فإن الحاجة إلى قابلة أو إلى بيئة وأدوات نظيفة لمساعدتها على تجنب العدوى، هي حاجة أولية.

وغياب خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات هو القاعدة وليس الاستثناء. على سبيل المثال، أظهر استعراض أُجري في عام ١٩٩٤ أنه لا توجد أي خدمات للصحة الجنسية والإنجابية تقريباً في عدة مواقع للاجئين والمشردين داخلياً في ثمانية بلدان (Wulf, 1994).

ومع ذلك، منذ ذلك الحين أدركت الجهات الفاعلة الإنسانية أهمية كفالة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في الأزمات، ليس فقط باعتبارها جزءاً أساسياً من الاستجابة الإنسانية، ولكن أيضاً كوسيلة لوضع برامج إنسانية أكثر فعالية في مختلف القطاعات وكأساس للتعافي وإعادة التأهيل والمرونة على المدى الطويل.

ساعد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤، الذي أقرته ١٧٩ حكومة، في لفت الانتباه إلى احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية غير الملباة للنساء والفتيات في الأوضاع الإنسانية: "ينبغي أن يحصل اللاجئون على السكن الملائم والتعليم والخدمات الصحية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والخدمات الاجتماعية الضرورية الأخرى." (الأمم المتحدة، ١٩٩٤).

هذه عادةً ما ترتبط بزواج الأطفال في المخيم. فالآباء في كثير من الأحيان يقدمون على مثل هذه الزيجات لبناتهم الصغيرات للتخلص من العبء المالي المترتب على رعايتهن، أو بسبب مفهوم خاطئ وهو أن الأزواج سيوفرون لهن حماية أفضل من العنف الجنسي. وكثيراً ما ترى نمراوي فتيات صغيرات متزوجات أو على وشك الزواج. بعضهن لا يتجاوز عمرهن ١٤ سنة. وتستطرد قائلة: "بعضهن تريد ان تتعلم كيفية إنجاب الأطفال. وهناك أخريات حوامل بالفعل وبحاجة إلى الدعم النفسي."

وتضيف نمراوي أن بعض الفتيات أخبرنها أنهن يرغبن في إنجاب الأطفال لتعويضهن عما فقدنه في حياتهن. والبعض قُلن أيضاً أنهن يخشين أن يلجأ أزواجهن إلى العنف أو الطلاق إذا لم ينجبن. وفي مثل هذه الحالات الصعبة، تحاول أن تلتقي بالفتاة وزوجها سويّةً وفي الوقت نفسه، للتحدث عن الفوائد الصحية والنفسية والاقتصادية لتأخير الحمل حتى وقت لاحق، لافتة الانتباه إلى التحديات التي سيواجهانها عند تربية طفل في مخيم للّاجئين.

كذلك تتحدث نمراوي أيضاً إلى شباب المخيم حول تنظيم الأسرة. فتقول: "في البداية، لم يكن لديهم الرغبة في السماع عن تنظيم الأسرة." ولكن جهودها في شرح المسألة والفوائد التي تعود على صحة الأم بدأت تؤتي ثمارها. حوالي ٦٠ في المائة من الشباب الذين حضروا جلساتها انصرفوا مقتنعين بضرورة استخدامها.

الوصول إلى من لا يقطنون المخيمات

يأوي مخيم الزعتري حوالي ٨٠ ألف لاجئ سوري، بينما تحتضن أربعة مخيمات أخرى ٣٠ ألف آخرين. ولكن سكان هذه المخيمات مجتمعةً لا يمثلون سوى حوالي ١٨ في المائة من مجموع اللاجئين السوريين في الأردن. أما الـ ٨٢ في المائة الباقون فيعيشون في المدن والبلدات والمناطق الريفية في أنحاء البلاد، حيث يعاني الكثير منهم للحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.

لا شك أن تقديم الخدمات إلى اللاجئين خارج المخيمات مسألة معقدة. فالسكان منتشرون في أماكن عديدة، والكثير منهم بعيدون عن نطاق عمل المؤسسات التي تخدم المواطنين الأردنيين.

بالإضافة إلى ذلك، فالخدمات في المستشفيات العامة في الأردن والعيادات التي تديرها الحكومة مجانية فقط للمواطنين الذين يتمتّعون بالتأمين الصحّي. أما السوريون واللاجئون من البلدان الأخرى فيُضطرون إلى دفع رسوم قد لا تكون مرتفعة مقارنةً بتكلفة الخدمات الخاصة،

في أعقاب الإعصار الرهيب، استمرّت النساء في الفلبين بالولادة بأمان

عندما صدرت التحذيرات من إعصار حيان، كانت رئيسة مستشفى فيليبي أبريغو التذكاري حريصةً على ألا تدع الوقت يضيع سدىً. فجمعت د. ليليا داغوينود الأدوية الأساسية من المستشفى وأقامت صيدلية صغيرة في الغرفة الأمامية من منزلها الصغير.

كانت د. داغوينود تدرك، بوصفها طبيبة توليد، أن النساء ستظل تلد وسيكن في خطر بغض النظر عن الظروف. فقالت: "كان علي أن أستعد."

في الأيام الأولى بعد أن تسببت رياح الإعصار الشرسة في تمزيق المدينة وتدمير المستشفى، قامت د. داغوينود بتوليد ثلاثة أطفال في تلك الغرفة. "الحمد لله، لم تكن هناك مضاعفات."

بعد أن تم إنشاء مرفق مؤقت للتوليد بالقرب من مركز صحي لا سقف له، واصلت استضافة الأمهات بعد الولادة وأطفالهن في منزلها.

خلّف إعصار حيان، المعروف محلياً باسم يولاندا، والذي ضرب البلاد في نوفمبر/تشرين الثاني عام ٢٠١٤، أربعة ملايين شخص دون مأوى.

كانت المئات من النساء النازحات يلدن كل يوم، وواجهت العشرات منهن مضاعفات تهدّد حياتهن. واستطاعت المراكز الصحية الأكثر تضرراً استعادة بعض الخدمات في وقت قريب بعد الأزمة، ولكن العاملين في العديد من الأماكن وجدوا صعوبة في خدمة المرضى بدون معدات أو كهرباء وفي ظل قلة سيارات الإسعاف وشحّ الإمدادات.

وأعطى صندوق السكان، استجابةً لهذه الأزمة، الأولوية للخدمات لضمان سلامة النساء الحوامل ومن وضعن حديثاً. ووفر صندوق السكان المعدات واللوازم الطبية الضرورية، بما في ذلك الأدوية ومستلزمات الولادة النظيفة وحزم النظافة الشخصية، للشركاء الحكوميين وغير الحكوميين لدعم الرعاية الصحية في المناطق الأكثر تضرراً.

ولكنها لا تزال باهظة في كثير من الأحيان بالنسبة لمعظمهم. أحد البدائل هو الوصول الى الخدمات من الجهات التي لا تستهدف الربح، مثل معهد صحة الأسرة الذى يمتلك شبكة عيادات في أنحاء البلاد تقدّم خدمات الصحة الجنسية والانجابية الى السوريات والأردنيات على حد سواء. ويقوم معهد صحة الأسرة بتنفيذ برامج يدعمها صندوق الأمم المتحدة للسكان.

ترأس حنين زعبي البرنامج المشترك لمعهد صحة الأسرة وصندوق الأمم المتحدة للسكان. وهي تقول: "نحن نتبع نهجاً متكاملاً فنقدم الرعاية المجانية قبل وبعد الولادة، والخدمات والاستشارات المتعلقة بتنظيم الأسرة، والعلاج من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، والدعم النفسي لضحايا العنف القائم على أساس نوع الجنس، وكل ذلك تحت سقف واحد."

ولكن قد لا يتمكن الجميع من الحضور إلى العيادة، لذا يوفر معهد صحة الأسرة التوعية المجتمعية. فتقول زعبي: "نحن ننتقل إلى الناس أينما كانوا". فهم يذهبون، على سبيل المثال، إلى المدارس لتوفير المعلومات للمراهقين او المنظمات المجتمعية حول تقديم التدريب على مهارات الحياة للشباب.

وهي تقول إن الناس يرحبون بالمعلومات، مشيرةً الى افتقار الفئات الضعيفة من السكان في البلاد الى إمكانية الوصول الى شبكة الإنترنت، وبالتالي لا يستطيعون أن يعرفوا وحدهم، ودون مساعدة، كيفية منع الحمل أو تفادي الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.

لكن الوضع يختلف اختلافاً جذرياً بالنسبة للسكان اللاجئين الذين يعيشون خارج المخيمات. حسبما تروي زعبي، فإن طلبهم على خدمات تنظيم الأسرة أكبر وعدد حالات الحمل بين المراهقات هناك أقل.

أطفال حديثو الولادة، مخيم الزعتري.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

تقول هيا بدري، منسّقة عيادات معهد صحة الأسرة، إن ما يصل الى ٦٥ مريضة سورية وأردنية يأتين الى المرفق في عمان كل يوم للحصول على الخدمات. ويحضر معظمهن من أجل إجراء الفحوصات، التي

وقد لاقى هذا النهج تأييداً أيضاً في منهاج عمل بيجين التابع للمؤتمر العالمي المعني بالمرأة ١٩٩٥ (الأمم المتحدة، ١٩٩٥).

في عام ١٩٩٥، قاد صندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، عملية تشكيل الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، وذلك عقب الاعتراف المتزايد باحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية بين اللاجئين والمشردين داخلياً والنقص العام في الاستجابة المقدمة. ومنذ ذلك الحين، اتسع نطاق ذلك الفريق العامل المشترك بين الوكالات ليصبح تحالفاً عالمياً يضم الأمم المتحدة والجهات المانحة والمؤسسات الأكاديمية والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية ووزارات الصحة بهدف توسيع وتعزيز سبل الحصول على خدمات جيدة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمتضررين من الصراعات والكوارث الطبيعية (الفريق العامل المشترك بين الوكالات، ٢٠١٤).

واليوم، يحظى *المزيد* من اللاجئين والمشرّدين داخلياً بمزيد من سبل الحصول على المزيد من الخدمات عما كان عليه الحال في الماضي. وفي عام ٢٠١٤، قدم صندوق السكان ٨٤٣٧ مجموعة لمستلزمات الصحة الإنجابية تضم الإمدادات الأساسية ووسائل منع الحمل والمعدات، وتستهدف أكثر من ٣٥ مليون من النساء والرجال والمراهقين في الأوضاع الإنسانية. لكن استمرار تزايد أعداد السكان المحتاجين وزيادة الالتزام بتزويدهم بالخدمات الشاملة يعني أنه لا تزال هناك ثغرات بل وأنها قد تصبح أكبر إن لم يُبذل جهد منسق لمواجهة هذا التحدي.

لقد قطع المجتمع الإنساني شوطاً طويلاً على مدى السنوات العشرين الماضية. ففي العديد من الأوضاع الإنسانية حالياً، تتوافر مجموعة كاملة من الخدمات والدعم. ولكن في أوضاع أخرى، لا يزال بعض الجوانب أو كثير منها غير متاح. فخدمات الصحة الجنسية والإنجابية ليست شاملة أو متوافرة للجميع في كل الأزمات حتى الان.

كما وافقت مائة وتسعة وسبعون حكومة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ على أن الحقوق الإنجابية هي من حقوق الإنسان. وعلى المجتمع الدولي واجب تعزيز هذه الحقوق، حتى في الأزمات.

تشمل الفحص بالموجات فوق الصوتية، كما يتلقى بعضهن علاجاً من فقر الدم أو يطلبن وسائل لمنع الحمل. ويأتي أيضاً العديد منهن للإبلاغ عن وقوع العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس أو لتلقى العلاج منه والمشورة المتعلقة به. كذلك تتوافر جلسات المشورة الفردية ومجموعات الدعم للبالغين والأطفال الذين يعانون من الصدمات وحتى الناجين من التعذيب.

السرّية والاحترام

أياً كانت الخدمة المقدمة، فالخصوصية أمر بالغ الأهمية. وقد تم تدريب جميع الموظفين ووقّعوا على مدونة لقواعد السلوك، متعهدين بتوفير الخدمات السرية للجميع دون توجيه انتقاد لهم. كما أن ضمان السرية يساعد العملاء على التغلب على الخوف ويحفظ لهم كرامتهم عند طلب المساعدة.

وفي مركز آخر في دير علا بوادى الأردن، تأتي نادية أم حسن (٣٥ عاماً) من أجل تنظيم الأسرة ومقابلة المستشارين والمشاركة في مجموعات الدعم الاجتماعي. قبل ثلاث سنوات، عندما كانت لا تزال في سوريا، قالت إنها وضعت طفلها الخامس بعملية قيصرية، وبينما كانت لا تزال تحت تأثير التخدير، انفجرت قنبلة بالمستشفى، مما استدعى الإخلاء الطارئ. وفي الأيام التالية، أُصيب جرحها بالتلوث. وعلى الرغم من حالتها، اضطرّت إلى الفرار مع زوجها والمولود والأطفال الأربعة الآخرين جميعاً قاصدين الأردن.

بعد ذلك، ألحّ زوج أم حسن عليها كي تنجب طفلاً آخر. فتقول: "كان يريد المزيد من الصبيان للمساعدة في دعم الأسرة. وقد حدث الحمل فعلاً بعد ثلاثة أشهر، [لكنها] تعرّضت للإجهاض." أطلعها العاملون في معهد صحة الأسرة في دير علا على تنظيم الأسرة وشرحوا لها أهميته لصحتها. "والآن صرت أشرح لزوجي أيضاً أنه يعود بالنفع على صحة الأسرة بأكملها."

وتستطرد أم حسن: "حين أحضر إلى العيادة وتُتاح لي الفرصة للحديث عن مشكلاتي، أشعر بالسعادة والارتياح."

كذلك يوفر مركز دير علا الدعم للمراهقين. أتت ملَك، ١٥ عاماً، إلى الأردن قادمةً من دمشق قبل أربع سنوات مع والديها وجدّيها وثلاثة أشقاء. وهي بالمرحلة الثانوية، والعلوم هي مادتها المفضلة، لكنها تقول إنها تريد أن تصبح ضابط شرطة يوماً ما. في وقت سابق من هذا العام، حدّثت خالتها والديها بشأن زواجها من ابنها البالغ من العمر ٢٠ عاماً. تقول ملك: "لم أكن سعيدة، لكني لم أتمكن من الرفض. لكني لم أكن أريد التخلّي عن دراستي."

إنشاء معيار للأساسيات

في عام ١٩٩٨، قدم الفريق العامل المشترك ما يُعتبر الآن المجموعة الأساسية من الخدمات ولوازم الصحة الإنجابية التي ينبغي أن تكون متاحة في بداية كل أزمة. هذه الحزمة الأولية الدنيا من الخدمات تمثل المعيار الدولي لحماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات في المرحلة الحادة من الصراعات والكوارث.

والهدف من ذلك هو منع عواقب العنف الجنسي وإدارتها، والحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، ومنع وفيات واعتلال الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ودمج الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في الرعاية الصحية الأولية.

وعلى الرغم من أن هذه الخدمات الأساسية أصبحت الآن مقبولة على نطاق واسع باعتبارها خط الأساس في الخدمات والإجراءات الضرورية في الأزمات، فقد كان هناك تقصير في بعض الاستجابات مما يعرض صحة النساء والفتيات المراهقات إلى الخطر ويحرمهن من حقوقهن الإنجابية.

الخدمات الشاملة بعد المرحلة الأولى

حدّد الفريق العامل المشترك خدمات هامة إضافية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والتي ينبغي توفيرها في أقرب وقت ممكن مع استقرار حالة الأزمة.

المجموعة الكاملة من خيارات تنظيم الأسرة

على الرغم من أنه من غير الممكن منع الكوارث، فمن الممكن منع الحمل غير المرغوب فيه في أعقاب أي أزمة.

منذ وقوع زلزال أبريل/نيسان ٢٠١٥ في نيبال، على سبيل المثال، نجح صندوق السكان وشركاؤه في إعادة سبل وصول المرأة إلى خدمات تنظيم الأسرة في المناطق التي تضررت أو دُمرت فيها المرافق الصحية. وقام عمال الصحة الذين أشرف الصندوق على تدريبهم والمتطوعين من المجتمع المحلي بنشر الخبر حول كيفية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة واستخدامها بفعالية. تُجرى التوعية بالتعاون مع المراكز الصحية في لجان تنمية القرى، وهي أصغر الوحدات الإدارية، لتحليل استخدام وسائل تنظيم الأسرة على المستوى المحلي عن كثب ووضع

ذات يوم، اصطحبت ملك والدتها إلى المركز وسألتا عن دورات المعلومات حول زواج الأطفال وحضرتاها. وتقبلت والدتها، ثم والدها، فكرة أن من الأفضل بقاء ملك في المدرسة وإنهاء تعليمها. وانتهت الخطوبة بعد شهر.

وفقاً لدانيال بيكر، الذي ينسق جهود صندوق السكان لدعم اللاجئين السوريين في الأردن ومصر والعراق ولبنان وتركيا وكذلك السوريين الذين لم يفروا من البلاد بعد، فإن "حالة اللاجئين السوريين أليمة على الرغم من كرم البلدان المضيفة المجاورة. ولقد صار وضعهم أكثر بؤساً مع استمرار الحرب في سوريا ودون وجود نهاية تلوح في الأفق واستنزاف كل مواردهم. إن توفير الخدمات الأساسية، مثل الرعاية الصحية للأمهات، هو مسؤولية المجتمع الإنساني الدولي كي تستمر الحياة، وليكون هناك بعض الأمل في مستقبل أفضل عندما تنتهي الحرب."

ملك، دير علا، الأردن.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

أكثر من ثلثي حالات الطوارئ الإنسانية التي تستجيب لها الأمم المتحدة حالياً هي من قبيل الكوارث الطبيعية. وفي عام ٢٠١٤ وحده، استجابت الأمم المتحدة لستين كارثة، مقارنةً بسبع حالات طوارئ أو صراعات معقدة.

منذ عام ٢٠١٣، صنفت الأمم المتحدة حجم حالات الطوارئ ونوعها باستخدام مقياس ثلاثي النقاط، حيث يستلزم المستوى ٣ الأشد حدة تعبئة على نطاق المنظومة برمتها بسبب حجم الحالات الطارئة وتعقيدها وإلحاحها. وقد تتطلّب حالات الطوارئ من المستوى ٢ استجابة إقليمية في الغالب. أما حالات الطوارئ من المستوى ١ فهي تلك التي يمكن معالجتها من قبل بلد معين أو إدارتها ودعمها من جانب وكالات ذلك البلد.

واعتباراً من سبتمبر/أيلول ٢٠١٥، تواصل الأمم المتحدة الاستجابة لأربع حالات طوارئ من المستوى ٣: في العراق، حيث أدى تصاعد العنف بين الجماعات المسلحة والقوات الحكومية إلى تشريد ما يُقدر بنحو ١,٩ مليون نازح داخلياً؛ وفي سوريا، حيث الملايين من البشر في حاجة إلى المساعدة ومحاصرين في مناطق يصعب الوصول إليها؛ وفي جمهورية أفريقيا الوسطى، حيث شهدت البلاد على مدى السنة الماضية أزمة سياسية كبيرة خلفت ٢,٥ مليون شخص، أي أكثر من نصف السكان، في أمسّ الحاجة إلى المساعدة؛ وفي جنوب السودان، حيث اضطر ١,٧ مليون شخص إلى النزوح وحيث يواجه ما يقدر بنحو ٤ ملايين شخص مشكلة انعدام الأمن الغذائي (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، ٢٠١٥).

على مدى الأشهر الاثني عشر الماضية، جرى توجيه ٣٠ نداءً للحصول على تمويل إنساني من الأمم المتحدة، وجاء ما يقرب من نصفها من بلدان واقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

ووفقاً لمشروع تقييم القدرات، هناك أزمات إنسانية "قاسية" في أفغانستان، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإريتريا، والعراق، والنيجر، ونيجيريا، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، وسوريا، واليمن. ومشروع تقييم القدرات هو مبادرة غير ربحية تابعة لكل من منظمة العمل لمكافحة الجوع، والمجلس النرويجي للاجئين، ومنظمة إنقاذ الطفولة الدولية، التي تعمل معاً لدعم المجتمع الإنساني من خلال تقييم الاحتياجات.

ووفقاً لمشروع تقييم القدرات، هناك أيضاً أزمات إنسانية في الكاميرون، وتشاد، وكولومبيا، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وجمهورية كوريا، وجيبوتي، وإثيوبيا، وغامبيا، وهايتي، وكينيا، ولبنان، وليبيريا، وليبيا، وملاوي، ومالي، وموريتانيا، ونيبال، وباكستان، وفلسطين، والسنغال، وسيراليون، وأوكرانيا.

استجابة الأمم المتحدة الإنسانية، ٢٠٠٧-٢٠١٤

الكوارث ● الصراعات ●

أوضاع الصراع والنزوح والكوارث الطبيعية مسؤولة عن:

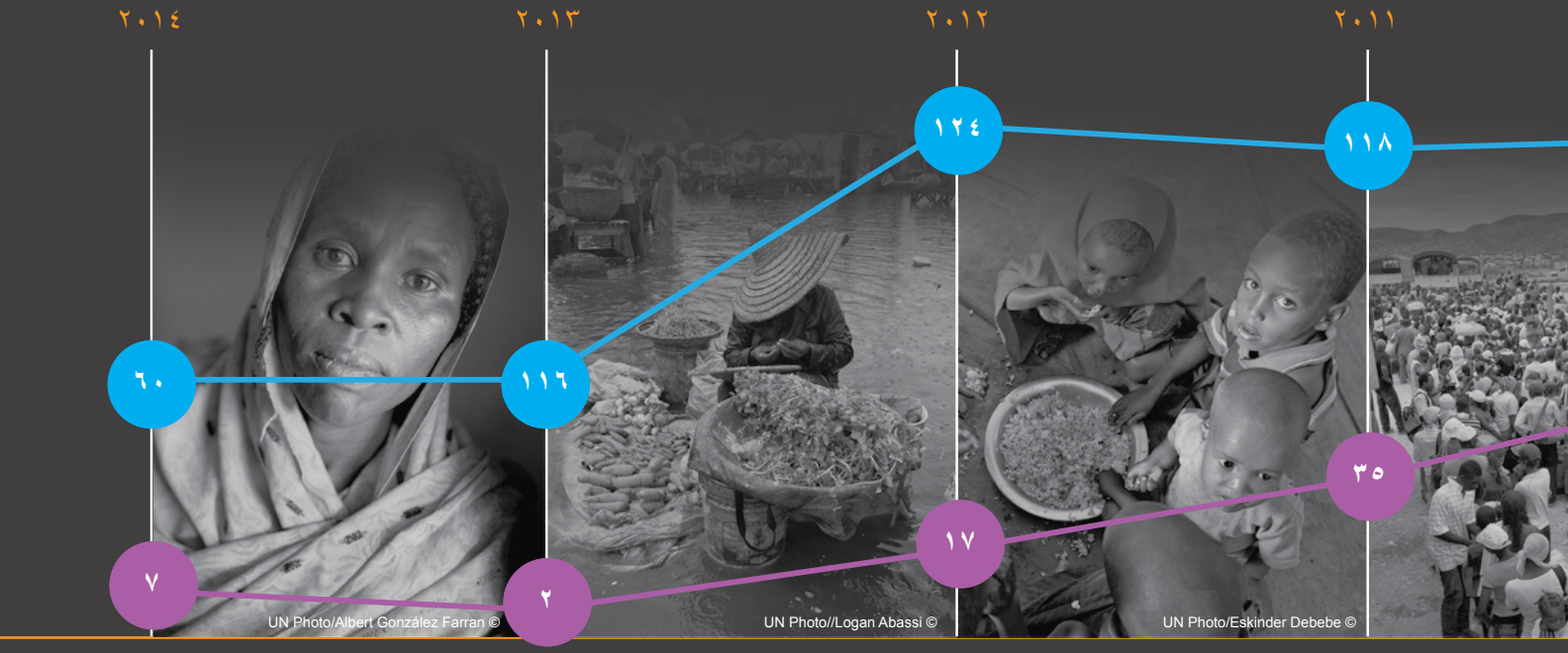
٥٣ في المائة
من وفيات الأطفال دون سن الخامسة

ثلاثة من كل خمس
وفيات للأمهات كان يمكن تجنبها

٤٥ في المائة
من وفيات الأطفال حديثي الولادة

أكثر من
١٠٠ مليون شخص
في حاجة إلى مساعدات إنسانية في عام ٢٠١٥
٢٦ مليون شخص منهم من النساء والفتيات، من عمر ١٥ إلى ٤٩ سنة

وأكثر من ٨٠ في المائة من البلدان التي لم تحقق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة ببقاء الأمهات والأطفال على قيد الحياة، قد عانى من نزاع حديث أو من كوارث طبيعية متكررة أو من الاثنين معاً. وفي الواقع، لم تتحقق معظم الأهداف الإنمائية للألفية في الدول الهشة، كما أن جميع البلدان العشرة الدنيا على مؤشر إنقاذ الأطفال والأمهات تُعرّف بأنها بلدان متضررة من نزاع أو بلدان هشّة.



الأماكن التي قدّم صندوق السكان الدعم الإنساني فيها في عام ٢٠١٥

يتمثل دور صندوق السكان في أي حالة إنسانية في ضمان إمكانية وصول النساء إلى خدمات الولادة الآمنة، مهما كانت الظروف، من أجل حماية حياة وصحة الأمهات والاطفال.

	العدد التقديري للنساء الحوامل في أي وقت من الأوقات *
أثيوبيا	٢,٧١١,٦٠٦
الأردن	١٥٧,٨٤٦
إريتريا	١٣٤,٢٣٦
أوغندا	١,٣٠٤,٧٩٨
أوكرانيا	٣٠٦,٩٠٢
بوركينا فاسو	٥٩٨,٦١٠
بوروندي	٣٧٣,٨٧١
بيرو	٤٧٣,٦٩١
تركيا	٩٤٥,٤٣٤
تشاد	٤٧٢,٨٩٨
تشيلي	١٩٣,٠٤٢
تنزانيا	١,٦٠٥,٩٤١
جمهورية أفريقيا الوسطى	١٥٠,٧٢٧
الجمهورية العربية السورية	٣٥٥,٧٠٦
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٢,٧٥٣,٨٩٨
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	٢٧٦,١٧٥
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	١٧,٦١١
جنوب السودان	٢٤٤,٣١٧
جيبوتي	٢١,٨٣٦
رواندا	٣١٠,٩٠١
السنغال	٤٣٢,٨٧٩
السودان	٨٦٠,٤٠٤
الصومال	٣٧٣,٧٥٦
العراق	٩٣٤,٩٧٣
غواتيمالا	٣٦٥,٩٦٥
فانواتو **	٦,٨٣٩
فلسطين	١٢٨,١٧٩
الكاميرون	٦٩٥,٦٩٨
لبنان	٧٤,٥٧٢
مالي	٥٧٣,٩٦١
مصر	١,٩٩١,٥١٢
ملاوي	٥٥٥,٤٨٣
موريتانيا	١٠٣,٣٧٢
ميانمار	٦٠٩,٣٤٤
نيبال	٥١٧,٨٥٠
النيجر	٧٦٣,٢٠١
نيجيريا	٥,٣٦٦,٧٩٧
اليمن	٦٨٧,٠٥٨
الإجمالي	**٢٨,٤٥١,٨٨٩**

*تقديرات عدد النساء اللاتي من المحتمل أن يكنّ حوامل في بلد أو إقليم ما ككل، وليس فقط في المناطق المحددة المتضررة من النزاع أو الكارثة - مأخوذة من البيانات التي تم إشلاؤها على الصعيد الوطني. العدد الإجمالي للنساء الحوامل في أي وقت من الأوقات في كل مكان يمكن أن يكون أقل إذا اقتصرت التقديرات فقط على الأجزاء المتضررة من الأزمة في كل بلد أو إقليم.

**نظراً لتوافر البيانات، يعتمد تقدير فانواتو على معدل الخصوبة الإجمالي بدلاً من معدل الخصوبة العام.

مصادر البيانات

الاستقصاءات الديمغرافية والصحية: بوركينا فاسو، بوروندي، الكاميرون، تشاد، جمهورية الكونغو الديمقراطية، مصر، إريتريا، إثيوبيا، الأردن، ملاوي، مالي، موريتانيا، نيبال، النيجر، نيجيريا، بيرو، رواندا، السنغال، تنزانيا، أوغندا، اليمن؛ التعدادات: جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية الشعبية، جمهورية كوريا، جنوب السودان، السودان، فانواتو؛ التسجيل: تشيلي، غواتيمالا، جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة، تركيا؛ أوكرانيا؛ المشروع العربي لصحة الأسرة: جيبوتي، لبنان، فلسطين؛ عمليات المسح العنقودي متعدد المؤشرات: العراق، والصومال؛ الإحصاءات الوطنية: ميانمار، والجمهورية العربية السورية.

Photo © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

استراتيجيات لتلبية الاحتياجات غير الملباة. وأوضح استعراض حكومي شمل ٣٠ مرفقاً تضمنتها المبادرة أن نسبة انتشار وسائل منع الحمل قد ازدادت من ٣٤ في المائة إلى ٤٥ في المائة.

وفي الأزمات الإنسانية حيث يكون تمويل التدخلات المنقذة للحياة محدوداً، يُعد تنظيم الأسرة استثماراً سليماً. وبشكل عام، كل دولار واحد يُنفق على خدمات منع الحمل يوفر ما بين ١,٧٠ دولار و٤ دولارات في تكاليف الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

في العام الماضي، وفّر صندوق السكان وسائل منع الحمل ولوازم أخرى لتنظيم الأسرة في مجموعات الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ، التي استهدفت تقديم الخدمات لنحو ٢٠,٧٨٠,٠٠٠ من النساء والرجال والمراهقات في سن الإنجاب في الأوضاع الإنسانية في أنحاء العالم.

إن الحصول على خدمات تنظيم الأسرة هو حق من حقوق الإنسان، وإهمال توفيره قد تكون له عواقب صحية وخيمة، وخاصةً في الأوضاع الإنسانية. في مايو/أيار ٢٠١٣، أنشأ صندوق السكان والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة شراكةً تهدف إلى توفير سبل الوصول إلى خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة إلى ٢٢ مليون امرأة في البلدان والمناطق المتضررة من الصراعات والكوارث الطبيعية.

وتركز المبادرة على سد الفجوة في البنية التحتية للرعاية الصحية، وتعزيز نوعية القوى العاملة الصحية، وتطوير شبكات ذات كفاءة في توزيع وسائل تنظيم الأسرة، وضمان توفير لوازم تنظيم الأسرة بأسعار معقولة. أما البلدان المستهدفة، التي تعاني من انخفاض معدلات انتشار وسائل منع الحمل فيها ووجود قدر كبير من الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، فهي بوليفيا، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا، وهايتي، والهند، وكينيا، وليبيريا، وميانمار، ونيجيريا، وجزر المحيط الهادئ، وباكستان، وجنوب السودان.

ويمثل تنظيم الأسرة عنصراً لا غنى عنه في الاستجابة، وكذلك في إعادة البناء والتعافي، وهو يفيد النساء والفتيات بشكل مباشر من خلال زيادة مدخرات الأسرة وإنتاجيتها، فضلاً عن توفير فرص أفضل للتعليم والتوظيف. كما أنه يحسّن النتائج الصحية إذ أن انخفاض حالات الحمل غير المرغوب فيه سيحدّ من المضاعفات أثناء الولادة ومن وفيات الأمهات أيضاً.

وتظهر البيانات تبايناً في رغبات الإنجاب لدى الأشخاص المتضررين من الأزمات، فقد لوحظ ارتفاع وانخفاض في معدلات الخصوبة على حد سواء في أعقاب الحروب والكوارث الطبيعية والتدهور الاقتصادي والاضطرابات السياسية والانفصال القسري للزوجين (McGinn, 2000). ومع ذلك، فإن مبدأ حقوق الإنسان والحق في الصحة ينصان على ضرورة أن تكون الخدمات الصحية متاحة ويمكن الوصول إليها ومقبولة وبأعلى جودة ممكنة لأولئك الذين يختارون استخدامها (Foreman, 2015).

وفّر صندوق السكان وسائل منع الحمل ولوازم أخرى لتنظيم الأسرة في مجموعات الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ، التي استهدفت تقديم الخدمات لنحو ٢٠,٧٨٠,٠٠٠ من الأشخاص في سن الإنجاب.

وهناك مبدأ أساسي في برامج تنظيم الأسرة وهو أن العملاء يتخذون القرارات على أساس الاختيار الكامل والحر والمستنير (Foreman, 2015؛ الفريق العامل المشترك بين الوكالات، ٢٠١٠).

وتتطلّب البرامج الناجحة أن تكون جميع وسائل منع الحمل الفعالة متاحة للنساء والرجال. ولقد أثبتت الخبرة في البرامج التي تقدم المجموعة الكاملة من وسائل منع الحمل ذات المفعول الطويل الأمد والقصير الأمد أن النساء يخترن الأجهزة والغرسات ذات المفعول الطويل الأمد داخل الرحم عندما تتوفّر وعند إتاحة خدمات ذات نوعية جيدة.

كذلك تتيح برامج تنظيم الأسرة التي تخدم النساء والمراهقات المتضررات من الأزمات في المقام الأول وسائل منع الحمل ذات المفعول القصير الأمد وذلك في حال توفيرها لوسائل منع الحمل أصلاً (Casey, 2015).

لكن تجربة البرنامج تشير إلى أن النساء يقبلن على الوسائل ذات المفعول الطويل الأمد عندما تكون متاحة. ففي مقاطعة كيفو الشمالية بجمهورية الكونغو الديمقراطية، وهي منطقة

تعاني من الصراع المزمن وانعدام الأمن، تُقدم كل الوسائل التي يمكن عكس مفعولها في بعض مرافق وزارة الصحة التي تدعمها المنظمات غير الحكومية الدولية. ولم يقتصر الأمر على كون معدل انتشار وسائل منع الحمل أعلى من المعدل الوطني، ولكن كان معدل استخدام الوسائل ذات المفعول الطويل الأمد التي يمكن عكس مفعولها، في شمال كيفو أكثر من ضعف معدل كينشاسا. (Ministère du Plan et al، 2014).

تدابير إضافية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان العشرة ذات المعدلات الأعلى في وفيات الأمهات في العالم هي إما بلدان متضرّرة من صراع.

ويتمثل دور صندوق السكان في الحالات الإنسانية في ضمان إمكانية وصول النساء إلى خدمات الولادة الآمنة، مهما كانت الظروف، من أجل حماية حياة وصحة الأمهات والاطفال. ولا يُشترط أن يوفر صندوق السكان هذه الخدمات بالضرورة من خلال عملياته الخاصة: فعادةً ما تكون بعض المرافق الصحية العامة والخاصة مستمرة في العمل، وهناك العديد من المنظمات غير الحكومية التي تتخصص أيضاً في خدمات الأمومة. ولكن عندما تكون هناك فجوات، يعمل صندوق السكان على سدّها.

في بعض الأحيان استُخدمت الوسائل المبتكرة لضمان توفير سبل الوصول إلى خدمات صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة للنساء البعيدات أو المشتتات.

فالعاملون في مجال الصحة بالمجتمع المحلي القائمون على الاستجابة لفيروس إيبولا في غينيا، على سبيل المثال، استخدموا الهواتف الذكية لتسجيل الأشخاص المعرضين للإصابة بالفيروس ونقل المعلومات الحساسة لمسؤولي الصحة.

وفي الصومال، استخدمت الممرضات أنظمة تحديد المواقع العالمية لتسهيل تقديم الخدمات الصحية للمشردين داخلياً في المناطق النائية (Shaikh, 2008).

وفي الصومال أيضاً، يدعم صندوق السكان ٣٤ داراً من دور استقبال الحوامل قبيل الولادة للنساء الحوامل ذوات المضاعفات لتوفير الرعاية والحماية حتى يحين وقت الولادة بالمرفق الصحي.

وفي الفلبين، بعد إعصار حيّان، ساعد صندوق السكان في إنشاء وحدة طوارئ للأمومة، في مركز صحي حيث قدّم أخصائيو الرعاية الصحية المساعدة في ١٤ حالة ولادة طبيعية وأجروا ٨٣ عملية ولادة قيصرية. ووفر صندوق السكان أيضاً مستلزمات الولادة النظيفة، والتي استُخدمت في الولادات الطارئة لنحو ٢٦,٠٠٠ امرأة في مرافق مؤقتة داخل أماكن مثل المباني البلدية.

وقام اللاجئون أنفسهم بقيادة العديد من المبادرات. ففي غينيا، على سبيل المثال، قادت اللاجئات حملات التوعية حول صحة الأمهات في المجتمعات المحلية ويسّرن تقديم الخدمات الأخرى والاستفادة منها (Howard et al., 2011). وفي سوريا، حيث تم تهجير ما يقرب من ٧,٦ مليون شخص داخلياً، أُدخل العمل بنظام قسائم الصحة الإنجابية لتمكين النساء الضعيفات من الحصول على الخدمات الأساسية، بما في ذلك الرعاية التوليدية قبل وأثناء وبعد الولادة وفي الحالات الطارئة مجاناً في مراكز صحية ومستشفيات معينة. ومن بين النساء المستفيدات من خدمات الصحة الإنجابية التي يدعمها صندوق السكان في سوريا منذ بدء الأزمة، أنجبت أكثر من ٨١٠,٠٠٠ امرأة من خلال ولادات آمنة واستفادت ٩٣,٠٠٠ امرأة من المشرّدات داخلياً من نظام القسائم.

وفي غزة، كانت أربعة مراكز للأمومة وخمسة مرافق للرعاية الصحية الأولية يستفيد منها نحو ٥٠,٠٠٠ شخص في العام تعاني من نقص مزمن في الأدوية الأساسية منذ عام ٢٠٠٦، ولكن المخزونات تضاءلت إلى مستويات حرجة بعد صراع عام ٢٠١٤. فقام صندوق السكان بإعادة تجديد المخزونات من الأدوية والمستلزمات الأخرى، والتي مكّنت حوالي ٣٥,٠٠٠ امرأة حامل حتى الآن من التمتّع بحمل صحي والولادة بأمان.

وفي غزة أيضاً، تضرّر مستشفى الحرازين بشدّة، وهو المرفق الوحيد الذي يخدم مجتمع الشجاعية، من جَراء القتال في عام ٢٠١٤. فقام صندوق السكان بتمويل الإصلاحات. يوفر المستشفى رعاية ما قبل وأثناء وبعد الولادة لما يصل إلى ٣٠٠ امرأة شهرياً.

صندوق السكان يدعم سبل الوصول إلى الخدمات من جانب النساء والفتيات

في بلدان حوض بحيرة تشاد المتضرّرة من أزمة بوكو حرام الخدمات واللوازم المقدمة من يناير/كانون الثاني إلى سبتمبر/أيلول ٢٠١٥

تشاد

٢٨,٠٠٠ **واقٍ ذكري تم توزيعها**

٢,٥٠٠ امرأة ورجل وشاب حضروا دورات تعميق الوعي حول **العنف القائم على نوع الجنس**

١,٥٠٠ امرأة تلقت **رعاية ما قبل الولادة**

١,٥٠٠ امرأة تلقت خدمات **العنف القائم على نوع الجنس**

٥١٠ امرأة ساعدت في إجراء **ولادات آمنة**

٥٠٠ امرأة حصلت على **وسائل منع الحمل**

النيجر

٥٣,٣١٢ **واقٍ ذكري تم توزيعها**

١٠,٩١٣ امرأة ومراهقة حصلت على خدمات **تنظيم الأسرة**

١,٤٥٨ امرأة ساعدت في إجراء **ولادات آمنة**

١,٤٠٧ مجموعة للوازم الصحية النسائية تم توزيعها **على اللاجئات**

٩٠٦ امرأة تلقت رعاية ما **قبل الولادة**

١١٨ من المراهقين والشباب تلقوا تدريباً **كمعلمين في مجال الصحة الإنجابية للاجئين**

٤٠ من مقدمي الخدمات **الصحية تم تدريبهم**

٢٢ **امرأة من الناجيات من العنف القائم على** نوع الجنس تلقت الدعم النفسي

الكاميرون

٤,٠٧٥ **مجموعة للولادة الآمنة تم توزيعها** على المرافق الصحية في المخيمات والمراكز

٥,٤٠٠ **مجموعة للوازم الصحية** النسائية تم تسليمها للنساء والفتيات الحوامل والضعيفات

١٠,٠٠٠ **واقٍ ذكري تم توزيعها**

١١٠ **امرأة حصلت** على وسائل منع الحمل

١١ حالة اغتصاب **تم التعامل معها سريرياً**

٣٠ **عامل في مجال الصحة بالمقاطعة** و ٤٠ وكيلاً للصحة بالمجتمع المحلي تم تدريبهم ونشرهم

٢٢ **قابلة مدربة** حديثاً تم نشرها

٥ **مراكز للشباب** تم تجهيزها لتنمية المهارات وتقديم المشورة للمراهقين

٤ مرافق عامة للصحة تخدم اللاجئين تم تجهيزها **لتقديم خدمات الصحة الإنجابية الجيدة النوعية**

٤ **أماكن صديقة للشباب والنساء** تم إنشاؤها في مخيم ميناوا

نيجريا

٢,١٠٨,٤٤١ شخص ازداد وعيه حول منع العنف القائم على **نوع الجنس والاستجابة له**

٢٧,٢٩٣ امرأة ساعدت في إجراء **ولادات آمنة**

٢٢,٠٠٠ امرأة ومراهقة تلقت مجموعات **اللوازم الصحية النسائية**

٢١٤ **مجموعة للصحة الإنجابية** (١,٧٥٩ صندوق) تم توزيعها، تحتوي على مجموعة من المعدات الطبية والعقاقير وغيرها من اللوازم المنقذة للحياة

٢١٣ **عامل صحي ومدير برامج تم تدريبهم على** توفير خدمات الصحة الإنجابية في الأوضاع الإنسانية

٥٦ **قابلة وممرضة تم تدريبها** على تقديم وسائل منع الحمل ذات المفعول الطويل الأمد والتي يمكن عكس مفعولها

فتيات فُررن من بوكو حرام، شيبوك، نيجيريا.

Photo © Panos Pictures/Sven Torfinn

وبالإضافة إلى ذلك، قام الصندوق بتمويل عيادات متنقلة لخدمة النساء الحوامل المشرّدات داخلياً في غزة، في مخيمات للمشردين داخلياً وملاجئ مؤقتة وبيوت متنقلة في المناطق الحدودية النائية حيث يوجد ما يُقدر بنحو ١٠٠,٠٠٠ شخص بلا مأوى. وفي شهر يوليو/تموز ٢٠١٥ وحده، قدّمت العيادات المتنقلة خدمات إلى ٣٨٩ امرأة، من بينهن ١٥٦ امرأة حامل.

وقد أحرزت بعض البرامج الإنسانية تقدماً ملحوظاً في توسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية للجميع في كل وضع من الأوضاع. كما أُتيحت مراكز صحة الأم والطفل لجميع المقيمين في مخيم الزعتري للّاجئين في الأردن، على سبيل المثال، بينما تعمل مراكز إضافية للوصول إلى اللاجئين السوريين غير المقيمين في مخيمات (Krause et al., 2015).

رعاية ما بعد الإجهاض لإنقاذ الأرواح

قد تكون النساء والفتيات في الأوضاع الإنسانية معرّضات لخطر متزايد من وقوع حمل غير مرغوب فيه وإجهاض غير مأمون بسبب ارتفاع معدلات الاغتصاب والاستخدام المتقطع لوسائل منع الحمل بسبب التهجير (الفريق العامل المشترك بين الوكالات، ٢٠١٠). وعلى الرغم من أن قوانين الإجهاض الوطنية وسبل الحصول على رعاية الإجهاض الآمن تختلف من بلد إلى آخر، يعيش ٩٩ في المائة من سكان العالم في بلدان يُسمح فيها بالإجهاض في ظل ظروف معينة، بينما تحظر ست دول الإجهاض في جميع الظروف (RAISE, 2015؛ مركز الحقوق الإنجابية، ٢٠١٤).

تشكل رعاية ما بعد الإجهاض واحدة من الخدمات المنقذة للحياة التي تحول دون وقوع الوفاة والمرض من مضاعفات سقوط الجنين أو الإجهاض. وتسترشد سياسة صندوق السكان بشأن الإجهاض ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤: فحيثما كان الإجهاض قانونياً، يجب أن يكون آمناً. وحيثما كان غير قانوني، يجب أن تكون رعاية ما بعد الإجهاض متاحة لإنقاذ الأرواح.

خلص تقييم أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات إلى أنه في ثلاثة بلدان متضررة من الأزمات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى اعتبرت المستشفيات قادرة على توفير رعاية ما بعد الإجهاض لكن التوافر الفعلي للرعاية كان محدوداً (Casey et al., 2015).

الوقاية والعلاج من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية

تلقى فيروس نقص المناعة البشرية اهتماماً متزايداً تدريجياً في الأوضاع الإنسانية خلال العقدين الماضيين، ويتلقى المزيد من التمويل والمساعدات الموجهة مقارنةً بغيره من موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية (Tanabe et al., 2015). فقد وجد تقييم أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات في عام ٢٠١٤ أن العديد من البلدان أحرزت تقدماً ملحوظاً في زيادة فرص الحصول على العلاج المضاد للفيروسات والوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل ولكن وتيرة التقدم تباطأت في تقديم الخدمات لمنع أو علاج الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً (Chynoweth، 2015).

وفي عام ٢٠١٤، أنشأ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين برنامجاً تضمّن الوقاية الشاملة من فيروس نقص المناعة والحدّ من الضرر وكذلك اختباراً للفيروس وتقديماً للمشورة والعلاج من الفيروس للاجئين الأفغان في إيران وباكستان وللعائدين إلى أفغانستان. وقام البرنامج بتوزيع الواقيات الذكرية والمحاقن ودعم خدمات فيروس نقص المناعة البشرية عبر الحدود، فعزز بذلك استمرار الخدمات بعد عودة اللاجئين. وفي أفغانستان، وصل البرنامج إلى ما يقرب من ٣٠٠٠ شخص ممّن يتعاطون المخدرات بالحقن، بما في ذلك نحو ٥٠٠ امرأة (برنامج الأمم المتحدة المشترك، ٢٠١٥).

حماية حق المراهقات في الصحة

تصحب الأوضاع الإنسانية مخاطر كامنة تزيد من تعرّض المراهقات للعنف والفقر والانفصال عن الأسر والاعتداء الجنسي والاستغلال. وعلاوة على ذلك، تزداد مخاطر الإنجاب بالنسبة للمراهقات، وذلك بسبب زيادة التعرض للجنس القسري، وزيادة الإقدام على المخاطر ومحدودية توافر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات وحساسيتهن إزاءها (Women's Refugee Commission et al., 2012).

هناك أدلة محدودة تشير إلى أن الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات تلقى الاهتمام الكافي في السياقات الإنسانية.

ومع ذلك، هناك العديد من البرامج التي تتبع نُهُجاً واعدةً، حيث توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات ضمن البرامج المدرسية، وتعمل مع السكان المشردين في المناطق الحضرية وتدمج الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات في برامج الحد من مخاطر الكوارث (Women's Refugee Commission et al. 2012).

أحد الموضوعات المقلقة لجميع النساء في سن الإنجاب في سياقات الأزمات، وإن كان ذا صدى خاص بين المراهقات، هو اللوازم الصحية للحيض. فقد دعا الفريق العامل المشترك بين الوكالات إلى إنشاء مرافق نظيفة وآمنة لكل من الجنسين في المدارس وتوفير القماش أو غيره من المواد الصحية المناسبة ثقافياً للاستخدام أثناء الحيض. وكان صندوق السكان واحداً من أولى الوكالات في توفير الفوط الصحية في الأوضاع الإنسانية، كذلك فقد ظل يوزع "مجموعات اللوازم الصحية النسائية"، والتي تشمل الفوط الصحية، منذ بداية الألفينيات.

يمكن للشباب أن يكونوا عوامل للتغيير الإيجابي، قادرين على دفع عجلة إعادة الإعمار والتنمية في مجتمعاتهم. ولكن كي يشاركوا في هذه العملية، فهم يحتاجون إلى الوصول إلى مجموعة واسعة من البرامج بما في ذلك التعليم النظامي وغير النظامي، والمهارات الحياتية، ومحو الأمية، وتعلّم الحساب، والتدريب المهني، واستراتيجيات مبتكرة لمعالجة انعدام الأمن ونقص الموظفين (الفريق العامل المشترك بين الوكالات، ٢٠١٠). ولكن عادةً ما يتم إغفال نقاط التقاطع بين التعليم وسبل العيش وحماية المراهقين. (UNFPA, 2015b).

منع العنف القائم على نوع الجنس والتصدّي له

يستلزم التصدي للعنف القائم على نوع الجنس في الأوضاع الإنسانية، تأمين الخدمات والدعم لحماية السكان المتضررين، والحد من الآثار الضارة ومنع وقوع المزيد من الإصابات والصدمات النفسية والأذى والمعاناة. وتؤكد مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية بشأن معالجة المشكلة على أن جميع "العاملين في المجال الإنساني يتعين عليهم افتراض أن العنف القائم على نوع الجنس يقع ويهدّد السكان المتضررين، وأن يتعاملوا معه على أنه مشكلة خطيرة ومهددة للحياة، واتخاذ الإجراءات اللازمة... بغض النظر عن وجود أو عدم وجود أدلة ملموسة."(IASC, 2005).

يشمل العنف القائم على نوع الجنس العنف الجنسي، بما في ذلك الاغتصاب والاعتداء الجنسي والاستغلال الجنسي والبغاء القسري والعنف المنزلي والزواج القسري والمبكر والممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث وجرائم الشرف وإرث الأرامل والاتّجار بالبشر (الفريق العامل المشترك بين الوكالات، ٢٠١٠). لذلك في الأوضاع الإنسانية، يتطلب التصدي للعنف القائم على نوع الجنس تبنّي نهج متعدد القطاعات.

في أغسطس/آب ٢٠١٥، قامت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)، التي تساعد في تنسيق المساعدات الإنسانية

خصائص البرامج الناجحة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات

- إشراك أصحاب المصلحة
- مشاركة المراهقين وإشراكهم بهدف تعزيز الإقبال على الخدمات وزيادة الطلب عليها
- الاستجابة لمختلف احتياجات الفئات السكانية الفرعية من المراهقين
- الاستعانة بموظفين مؤهلين ومتفرغين لخدمة المراهقين
- توفير خدمات شاملة للمراهقين في موقع واحد
- نُهُج شاملة ومتعددة القطاعات لوضع البرامج
- إشراف منظم، واعتراف بالبرنامج، وإرشاد مستمر للمعلمين من الأقران
- استراتيجيات توعية مرنة، فضلاً عن إدراج ميزانيات للمواصلات
- النظر في الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين عند التأهب لحالات الطوارئ

(Women's Refugee Commission et al., 2012)

المقدمة من قبل مختلف هيئات الأمم المتحدة والمنظمات الإنسانية الشريكة، بإصدار مبادئ توجيهية محدثة بشأن إدماج تدخلات العنف القائم على نوع الجنس في العمل الإنساني، داعيةً الجهات الفاعلة الوطنية والدولية لحماية السكان المتضررين من الأزمات: "يمثل عدم اتخاذ إجراءات ضد العنف القائم على نوع الجنس فشلاً من جانب الجهات الفاعلة الإنسانية في الوفاء بمسؤولياتها الأساسية لتعزيز وحماية حقوق السكان المتضررين" (IASC, 2015).

وعادةً ما تكون النساء المحليات هن أول من يستجيب وأول من يجد حلولاً، وأحياناً تكون حلولاً بسيطة قادرة على إحداث الفرق بين الحياة والموت. عندما ضرب هايتي زلزال في عام ٢٠١٠، زادت جرائم الاغتصاب بشكل ملحوظ، ومع انهيار المؤسسات التي قد تحمي النساء عادةً، قامت النساء بتعبئة أنفسهن داخل مخيمات النازحين لحماية بعضهن البعض ودعم الناجيات. ووزعت المنظمتان غير الحكوميتان MADRE وKOFAVIV صفارات على النساء في مخيمات النازحين، مما ساعد على الحد من حالات الاغتصاب بنسبة ٨٠ في المائة في أحد المخيمات. كذلك ساهم تركيب المصابيح التي تعمل بالبطاريات الشمسية أيضاً في الحد من العنف القائم على نوع الجنس في المخيمات.

كذلك أمسكت النساء أيضاً بزمام المبادرة في الفلبين بعد إعصار حيان من خلال تشكيل مجموعات للمراقبة و"أماكن صديقة للمرأة" لحماية أنفسهن من العنف القائم على نوع الجنس. وفي يوليو/تموز عام ٢٠١٤، عندما كان من المتوقع أن يضرب البلاد إعصار آخر، أرسلت النساء مجموعات مراقبة إلى مراكز الإيواء بالتنسيق مع ضابطات الشرطة النسائية والسلطات المحلية.

وبعد فترة وجيزة من وقوع إعصار حيان، نظمت وزارة الرعاية الاجتماعية والتنمية في الفلبين بالتعاون مع صندوق السكان لقاءات للبلديات في مراكز الإيواء في تاكلوبان لإتاحة منتدى للنساء والفتيات يُبلّغن فيه عن المخاطر التي تهدد صحتهن وسلامتهن. وأشار العديد منهن إلى انعدام الخصوصية وازدحام أماكن المعيشة وعدم كفاية الإضاءة، كمصادر تهديد رئيسية. وقالت الفتيات المراهقات إنهن يخشين استخدام المراحيض ليلاً. وفي استجابةٍ لطلب زيادة الحماية، نشرت الشرطة الوطنية الفلبينية المزيد من الضابطات ودرّبتهن على التصدي للعنف القائم على نوع الجنس. وساعد وجود الضابطات ليس فقط في الحد من مخاطر العنف القائم على نوع الجنس ولكن أيضاً في زيادة الإبلاغ عن وقوعه.

ولجأ العديد من برامج التصدي للعنف القائم على نوع الجنس في الأوضاع الإنسانية إلى استخدام تدابير مبتكرة لضمان الاستجابة الفعالة. فقد أنشأت تشاد، على سبيل المثال، ملاجئ للنساء العازبات (Women's Refugee Commission ,2004)، وأماكن آمنة للناجيات اللاتي قد يحصلن على الدعم النفسي والاجتماعي والتدريب على المهارات (UNFPA, 2015c). وفي الأردن، وبلدان أخرى كثيرة، يتيح إنشاء أماكن آمنة للنساء والفتيات الكشف عن تعرّضهن لحوادث العنف الجنسي والوصول إلى خدمات الاستجابة الآمنة التي لا تترتب عليها وصمة عار (UNFPA, 2015a).

وقد تزايد الاعتراف بإنشاء أماكن آمنة للنساء والفتيات المتضررات من الأزمات باعتباره ممارسة جيدة في الاستجابة لحالات الطوارئ والتعافي، واستراتيجية أساسية لحماية النساء والفتيات وريادتهن وتمكينهن. وتختلف الأماكن الآمنة عن الملاجئ بأنها أماكن رسمية أو غير رسمية تشعر فيها النساء والفتيات بالأمان جسدياً ومعنوياً ويمكنهن من الاختلاط والتعارف فيها، ويتلقّين فيها الدعم الاجتماعي أيضاً، ويكتسبن المهارات، ويحصلن على خدمات الاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس، ويتلقّين المعلومات حول القضايا المتعلقة بالمرأة من حقوق وصحة وخدمات.

وقد ثبت أن إنشاء فرق عمل ودوريات مجتمعية هو خطوة أساسية في توفير خدمات الحماية في الأوضاع الإنسانية. في ملاوي، على سبيل المثال، وفي أعقاب الفيضانات المدمرة التي وقعت في وقت سابق من هذا العام، ذكرت النساء أنهن يخفن من تعرضهن للاعتداء أثناء ذهابهن وحدهن إلى المراحيض. وساعدت وزارة قضايا الجنسانية والأطفال والإعاقة والرعاية الاجتماعية، بالتعاون مع صندوق السكان، في شراء نحو ٥٠ خيمة لتكون أماكن آمنة للنساء والفتيات، ودعمت المسؤولين في إنشاء فرق عمل للتصدي للعنف القائم على نوع الجنس.

فتيات يرقصن في مخيم الزعتري، الأردن.
Photo © Panos Pictures/Mads Nissen

وفي العديد من البلدان، استُخدمت "الإسعافات الأولية النفسية" لتخفيف آثار العنف القائم على نوع الجنس. قدمت منظمة CARE، على سبيل المثال، هذه الخدمة إلى ما يقرب من ٨٠٠,٠٠٠ شخص تضرروا من الصراع والكوارث في عام ٢٠١٤. وقد تم تجريب الإسعافات الأولية النفسية في هايتي، والتي أثمرت بدورها عن تحسينات إيجابية بين المشاركين الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية (Schafer et al., 2010). وفي تونغا، تم تدريب مقدمي الخدمة في الخطوط الأمامية، العاملين مع وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية، على خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي.
وفي فيجي، قاد صندوق السكان عملية تطوير الاستجابات في تقديم الإسعافات الأولية النفسية والاجتماعية من قبل المؤسسات الحكومية وغير الحكومية.

وتُعد برامج إشراك الرجال والفتيان في منع العنف القائم على نوع الجنس حاسمة، وهي تشمل، على سبيل المثال، "مجموعات العمل المكوّنة من الرجال" التابعة للجنة الإنقاذ الدولية في ليبيريا والحملة المدرسية التابعة لمنظمة CARE والتي يقودها الشباب بعنوان "كن رجلا" في البلقان (Holmes and Bhuvanendra, 2014; Shteir, 2014).

وقد تركز معظم الاهتمام بالعنف القائم على نوع الجنس على الاغتصاب، ولكن اتسعت دائرة الضوء أيضاً لتشمل الزواج المبكر والقسري، والعنف المنزلي، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والاتجار بالبشر.

كما توصل التحليل المنهجي للجهود المبذولة للحد من زواج الأطفال إلى خمسة نُهُج أساسية:

- تمكين الفتيات من خلال بناء مهاراتهن وتعزيز قدراتهن الاجتماعية
- تعبئة المجتمعات المحلية لتغيير الأعراف الاجتماعية الضارة
- تحسين فرص حصول الفتيات على التعليم الرسمي الجيد
- تعزيز الوضع الاقتصادي للفتيات وأسرهن
- إقامة بيئة قانونية وسياسية مواتية (UNFPA, 2012b).

شاركت الوكالات في التثقيف المجتمعي الشامل لتعزيز الوعي بالآثار الصحية الضارة لزواج الأطفال، ويشمل ذلك البرامج الإعلامية التطوعية التابعة لمنظمة CARE في تركيا وجهود أوكسفام المتكاملة بشأن الفقر وبرنامج الزواج المبكر في اليمن (Care, 2015; Oxfam, 2008; UNFPA, 2012a).

من خلال جهود التوعية المجتمعية؛ ويستهدف عدد قليل من البرامج القوانين والسياسات المحيطة بالزواج المبكر، وقلة منها هي التي تخدم الفتيات المتزوجات بالفعل (UNFPA, 2012a; Feldman-Jacobs and Ryniak, 2006a).

قد تجعل الفوضى والتمزق الأسري اللذين يحدثان أثناء الأزمات النساء والفتيات أكثر عرضةً للاتجار بالبشر. فقد قامت منظمة ECPAT الدولية (منظمة إنهاء بغاء الأطفال واستغلال الأطفال في المواد الإباحية والاتجار بالأطفال لأغراض جنسية) بإعداد دليل خاص لحالات الطوارئ يحثّ الأسر على تحديد أماكن للّقاء واتخاذ تدابير للتعرّف على الأطفال حال الانفصال عنهم (Delaney, 2007).

التكيف مع تغيير التركيبة السكانية للاجئين

حالياً يعيش ما يُقدر بنحو ستة من كل ١٠ لاجئين على مستوى العالم في مدن، وليس في مخيمات للاجئين. وتختلف النسب المئوية وفقاً للسياق، إلا أن أكثر من ثمانية من كل ١٠ لاجئين من سوريا يعيشون في مناطق حضرية. ولا شك أن فهم الاتجاه المتزايد لنزوح اللاجئين نحو المدن أمر مهم لإعادة تحديد محور استراتيجيات الحماية والبرامج الساعية لتلبية احتياجات اللاجئين في مختلف المواقع. ورداً على ذلك، وضع كل من صندوق السكان ومكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين مجموعة أدوات للصحة الجنسية والإنجابية لمساعدة عمال الإغاثة والشركاء في التخطيط ووضع البرامج للاجئين في المناطق الحضرية. وتضم مجموعة الأدوات نصائح لصنع القرار، والتحليل، ورسم خرائط للمرافق الصحية والخدمات، والتخطيط، والرصد والتقييم، والدعوة، والتنسيق، وتعبئة المجتمع، وخيارات لتوفير الرعاية الصحية.

التأهب ينقذ الأرواح

بات المزيد من مبادرات التأهب للطوارئ والحد من مخاطر الكوارث يدمج حالياً الصحة الجنسية والإنجابية كخدمة أساسية قبل وأثناء وبعد الأزمات. وفي عام ٢٠١٤، عزز صندوق السكان قدرات الاستجابة السريعة في ٤٨ دولة لتوفير مجموعة الحد الأدنى من الخدمات الأولية في مجال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والإمدادات في حالة حدوث أزمة. والتخزين المسبق للوازم الصحة الجنسية والإنجابية في نيبال قبل وقوع زلزال أبريل/نيسان ٢٠١٥، على سبيل المثال، مكّن العاملين في المجال الإنساني من توزيعها بعد وقوع الكارثة فوراً.

وفي باكستان، تسببت الرياح الموسمية في السنوات القليلة الماضية في غمر حي جانج عدة مرات، فدمرت المرافق الصحية المحلية واقتلعت الآلاف من الناس في حوالي ٢٥٠ قرية. وبعد كل كارثة، كان صندوق السكان ومنظمة المعونة الإسلامية يتحالفان لاستعادة خدمات الصحة الإنجابية الحرجة. لكنهما ساعدا أيضاً المجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات الصحية في عام ٢٠١٥ للتأهب للكوارث في المستقبل من خلال تعبئة النساء لقيادة اللجان المحلية للحد من مخاطر الكوارث. وتشمل اللجان العاملين في مجال التوعية الصحية والقابلات وأفراد المجتمع المحلي الذين يعملون على رفع مستوى الوعي حول خطر الكوارث الطبيعية وشرح ما يمكن للأفراد القيام به للتخفيف من آثارها.

في مخيم في دهوك، العراق.
Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

كما تم إنشاء لجان يقودها الشباب للحد من مخاطر الكوارث. هذه المجموعات هي المسؤولة عن تمشيط المجتمعات المحلية لتحديد أنواع دم الأفراد، تحسباً لاحتياج متبرعين بالدم، وكذلك التنسيق مع الإدارات الصحية الحكومية من أجل التوصل إلى خطط للوصول إلى النساء الحوامل في حالة وقوع كارثة أخرى.

كما نجحت اللجان التي يقودها الشباب والنساء معاً في تحديد المواقع الأقل عرضة لمخاطر الفيضانات لتخزين مستلزمات الولادة النظيفة ولوازم رعاية الأطفال حديثي الولادة وحتى قوارب لنقل النساء اللاتي يحتجن إلى المساعدة الطبية.

الوصول إلى خدمات شاملة يزداد ولكن تبقى فجوات

تمّ إدخال تحسينات واسعة على الاستجابة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية، من الغياب الافتراضي في عام ١٩٩٤ لهذه الخدمات إلى وجود خدمات أكثر شمولاً وتغطيةً اليوم. وتمثل الاستجابة الحالية في مخيم الزعتري بالأردن مثالاً على ذلك: تشمل الخدمات المتاحة للاجئات السوريات تنظيم الأسرة ورعاية ما قبل وأثناء الولادة ورعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في الحالات الطارئة، والاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس، والوقاية والعلاج من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والاهتمام بالمراهقين.

ويأتي النجاح في الاستجابة للصحة الجنسية والإنجابية حتى الآن كثمرة للتعاون بين المنظمات الإنسانية والإنمائية ووزارات الصحة والمجتمعات المحلية. وصار أمام المزيد من النساء والفتيات اللاجئات أو المشردات مزيداً من فرص الحصول على الخدمات أكثر من أي وقت مضى.

ولكن من الواضح أيضاً أن قلة من هؤلاء السكان تستطيع الوصول إلى المجموعة الكاملة من الخدمات التي لها الحق فيها. كما أن تزايد أعداد السكان المحتاجين يبرز الحاجة إلى زيادة عمق الخدمات ونطاقها لضمان أن يتمكن هؤلاء السكان من ممارسة حقهم في الصحة الإنجابية، حتى في الأزمات. إن العمل الاستراتيجي الرامي لتحديد أولويات الدعم في مجال الصحة الإنجابية أمر أساسي لكرامة الإنسان. كما يجب أن يكون هذا العمل أكثر مراعاة للسياق ومتكيفاً مع الظروف المتغيرة وعلى امتداد مسار الحياة. كذلك فإن التدخلات الصحية والاستجابة الشاملة للأزمات في الأوضاع الإنسانية والهشة لابد من توقعها والتخطيط لها وتزويدها بالموارد بشكل أفضل.

وبينما يشرع العالم في تنفيذ جدول أعمال جديد للتنمية المستدامة للسنوات الـ ١٥ المقبلة، فإنه يفعل ذلك في فترة من الأزمات الطارئة والمطولة حيث غالبية المتضررين من النساء والأطفال والمراهقين الذين يفتقرون إلى الخدمات المنقذة للحياة ويواجهون أخطر صور من الاستبعاد والاستغلال ويهلكون بأعداد كبيرة.

إن استمرار عدم الحصول على الرعاية الصحية والدعم النفسي والاجتماعي والعدالة، بالإضافة إلى استمرار العنف الجنسي والقائم على نوع الجنس في البلدان الخارجة من الصراع، يعرقل جهود التعافي والتنمية. كذلك فإن عمليات التخطيط الإنمائي طويلة المدى في البلاد غالباً ما تغفل التأهب والاستجابة والتعافي. وسيستلزم تحقيق العديد من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة اهتماماً مصمماً خصيصاً للتنمية الشاملة المستدامة للنساء والمراهقات في الأزمات الإنسانية.

وللمساعدة في التعامل مع التحديات المقبلة، اجتمع خبراء من وكالات الأمم المتحدة والحكومات والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والمؤسسات في أبو ظبي في فبراير/شباط ٢٠١٥، ودعوا لوضع استراتيجية عالمية جديدة لحماية صحة كل امرأة وكل طفل في كل وضع، بما في ذلك الكوارث والصراعات. وذكر "إعلان أبو ظبي" الصادر عن المجموعة أن بناء القدرة على التكيف وتسريع تعافي المجتمعات المحلية المتضررة من الأزمات يعتمد على تلبية الاحتياجات في مجالات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين وحقوق الإنسان في السياقات الإنسانية، والحدّ من الوفيات التي يمكن تجنبها لدى الأمهات والأطفال وكذلك منع العنف القائم على نوع الجنس والتصدي له، أثناء تلبية الاحتياجات الأساسية من غذاء ومياه وصرف صحي ونظافة (UNFPA, 2015).

الفصل ٤

القدرة على التعافي وسد الفجوة بين التنمية والمساعدات الإنسانية

إن التأثير البشري العميق الذي تخلفه الكوارث والنزاعات على الناس والمجتمعات والمؤسسات والدول يسلط الضوء على الأهمية الحاسمة لبناء القدرة على التعافي حتى يتسنى للجميع تحمّل آثار الأزمات بشكل أفضل والتعافي منها بسرعة أكبر. كذلك يمكن لبناء القدرة على التعافي أن يساعد أيضاً في التخفيف من الآثار السلبية المحتملة على الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات المراهقات.

الأضرار غير المباشرة لأزمة إيبولا في ليبيريا: النساء والفتيات في سن الإنجاب

د. جالا في مستشفى في بينيسفيل، ليبيريا.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

كمفورت فيا هي واحدة من المحظوظات.

مع اقتراب الموعد المقرر لوضع طفليها التوأم في آخر سبتمبر/أيلول ٢٠١٤، كانت أزمة إيبولا في بلدها ليبيريا قد بلغت أوجها. منذ ظهور أول مريض بفيروس إيبولا في مونروفيا في يونيو/حزيران ٢٠١٤، كان عدد الحالات الجديدة يزداد كل يوم: وبحلول شهر أغسطس/آب، كان العدد يزيد عن ٤٠٠ حالة أسبوعياً. واضطرّت وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية إلى تعليق كافة الأنشطة غير المتعلقة بإيبولا تقريباً للتركيز على إدارة الأزمة. وكانت النتيجة غير المقصودة هي أن النساء في سن الإنجاب في ليبيريا شهدن بعضاً من أسوأ تداعيات فيروس إيبولا، بغض النظر عن إصابتهن الشخصية.

ويعلق ووزيه غوبيه، مسؤول البرنامج الوطني للصحة الإنجابية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان بقوله: "سلسلة توريد اللوازم الصحّية الوطنية توقفت فجأة عن عملياتها الروتينية، مما أعاق المرافق الصحية عن الوصول إلى الإمدادات الطبية الأساسية والسلع. وحتى في البلدان التي تُعتبر أقل تأثراً بتفشي الوباء، عانت المرافق الصحّية من نفاذ هائل لمخزون الأدوية والمستلزمات الطبية."

والمشكلة لم تكن تقتصر على التوريد: فالعاملون في المجال الطبي في ليبيريا وعددهم قليل بالفعل (لم يكن هناك في بداية الأزمة سوى ٤٥ طبيباً ممارساً في القطاع العام في كافة أنحاء البلاد وفقاً لتقديرات وزارة الصحة) كانت أيديهم مكبلة بسبب فيروس إيبولا. وبحلول شهر مايو/أيار ٢٠١٥، لقي ٨,٠٧ في المائة من الأطباء والممرضات والقابلات في ليبيريا حتفهم من جراء فيروس إيبولا وهي نسبة مذهلة، مقابل ٠,١١ في المائة من عموم السكان. كما أن الخوف من الإصابة بالعدوى، لاسيما لأنه من الصعب تحديد ما إذا كان المريض يعاني من فيروس إيبولا دون إجراء تحاليل مخبرية - دفع العديد من العاملين في مجال الصحّة إلى صرف من لجأوا إليهم.

كمفورت فيا وطفلاها.
Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

تقول د. ويلهيلمينا جالا، الطبيبة الممارسة في بينيسفيل، ليبيريا، والتي تشغل أيضاً منصب الرئيس التنفيذي والمدير الطبي لمنظمة الأمل الدولية للمرأة، وهي منظمة طبية غير حكومية: "لقد بدأ الخوف يتسرب إلى العاملين في مجال الرعاية الصحّية وصاروا يرفضون المرضى. لم يكن هناك عامل في مجال الرعاية الصحّية يرغب بأن يمس امرأة حامل حتى باستخدام معدات الوقاية الشخصية."

وبالنسبة للنساء الحوامل مثل كمفورت، التي تبلغ حالياً ٢٩ عاماً، كان ذلك يعني أن الرعاية قبل الولادة صارت شحيحة، ورغم أن مؤشراً شائعاً للنتائج الإيجابية التي تحققت في مجال رعاية الأمهات تمثل في زيادة معدل إتمام أربع زيارات للرعاية السابقة للولادة في ليبيريا، فقد انخفض هذا المعدل من ٦٥ في المائة في عام ٢٠١٣ إلى ٤٠ في المائة في أغسطس/آب عام ٢٠١٤. وأصبحت الولادة في منشأة طبية مجهزة بشكل مناسب مسألة مستحيلة. وعندما حان موعد ولادة كمفورت، ذهبت هنا وهناك لكنها لم تتمكن من العثور على مستشفى أو عيادة تقبلها. تقول كمفورت: "رفضوني وقالوا لي إنهم لا يمكنهم مساعدتي. أنا لا ألوم العاملين الصحّيين الذين رفضوا مساعدتي، لأن الجميع كان يخاف من المرض."

وبينما كانت الأمهات الحوامل غير المصابات بإيبولا (مثل كمفورت) يواجهن صعوبة في العثور على الرعاية، فإن أولئك اللاتي كن مصابات بالفعل لم تكن لهن أي فرصة في الشفاء. وحسب ما تقول جالا فإن: "علاج النساء الحوامل من إيبولا مسألة أكثر خطورة لأن تأثير فيروس إيبولا أثناء الحمل ليس واضحاً ولا توجد أي مبادئ توجيهية يمكن اتباعها. كما أن التعامل مع النساء الحوامل ينطوي على ملامسة الدم وسوائل الجسم وهو ما قد يعرض العاملين في مجال الصحّة للإصابة بالفيروس".

وفي ظل عدم وجود خيار آخر، احتمت كمفورت من المطر المنهمر تحت سقف من الصفيح المتموّج وتمددت على التراب حين جاءها المخاض. "لقد عانيت كثيراً وخشيت أن أموت. وكان كل ما تمنيته هو أن تحدث معجزة." وكان ذلك ما حدث بالفعل: وضعت كمفورت طفلتين سليمتين معافتين بمساعدة ممرّضة تصادف مرورها في الوقت المناسب.

غير أن النساء الأخريات لم يحالفهن الحظ. وفي أنحاء المنطقة، أفاد الأطباء بوجود زيادة في عدد النساء الحوامل اللاتي يلقين حتفهن لأسباب يمكن الوقاية منها، بما في ذلك النزف وانفجار الرحم وارتفاع ضغط الدم. وستتفاقم المشكلة حتماً لأن العاملين في مجال الرعاية الصحّية لا يمكن استبدالهم بسرعة (فتعليم وتدريب جرّاح يستلزم سنوات عديدة): فوفقاً لتقرير حديث للبنك الدولي، فإن فقدان العاملين الصحّيين في غينيا وليبيريا وسيراليون قد يؤدي إلى ٤٠٢٢ حالة وفاة إضافية بين النساء سنوياً من مضاعفات الحمل والولادة. كذلك يمكن أن يزيد معدّل وفيات الأمهات بنسبة ٣٨ في المائة في غينيا و٧٤ في المائة في سيراليون و١١١ في المائة في ليبيريا.

يمكن للنزاعات أو الكوارث أن تمحو في لحظة واحدة ما تحقّق من مكاسب اقتصادية واجتماعية على مدى جيل كامل.

كما يمكنها أن تقوض إلى الأبد تطلّعات الفرد إلى التمتّع بحياة أفضل وتحطّم فرصه وتحدّ من خياراته.

ويمكنها كذلك أن تؤدّي إلى تفاقم حالة عدم المساواة القائمة في المجتمع، مما يترتب عنه مشقة أكبر للفقراء والمهمشين، ويفرض بذلك ثمناً باهظاً على نحو غير متناسب على النساء والشباب وخاصة الذين تقل أعمارهم عن ٢٠ عاماً، وهم يشكّلون حوالي نصف السكان في العديد من سياقات النزاع وما بعد النزاع (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٥).

إن التأثير البشري العميق الذي تخلفه الكوارث والنزاعات على الناس والمجتمعات والمؤسسات والدول يسلط الضوء على الأهمية الحاسمة لبناء القدرة على التعافي حتى يتسنى للجميع تحمّل آثار الأزمات بشكل أفضل والتعافي منها بسرعة أكبر. كذلك يمكن لبناء القدرة على التعافي أن يساعد أيضاً في التخفيف من الآثار السلبية المحتملة على الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات المراهقات.

فمن يُقدّر له أن يعيش أو يموت أو يتعافى أثناء أو بعد النزاعات أو الكوارث يعتمد في جزء منه على السياسات والبرامج والسياقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السابقة للأزمة.

فالتنمية الشاملة والمنصفة والتي تحترم وتحمي حقوق الإنسان للجميع، بما في ذلك الحقوق الإنجابية والحق في الصحّة، ويشمل ذلك الصحّة الجنسية والإنجابية، هي أمر أساسي لبناء القدرة على التعافي. كذلك فإن مبادئ الشمولية والإنصاف والحقوق هي أيضاً الأساس لجيل جديد من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة التي سوف يسترشد بها المجتمع الدولي في التصدي للتحديات الاقتصادية والاجتماعية على مدى الـ١٥ عاماً المقبلة. وسيسهم ضمان الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات المراهقات في قطع شوط طويل نحو تحقيق هدف التنمية الشاملة المنصفة، وقد يثمر عن بناء مجتمعات أكثر قدرة على التعافي وعلى تحمل الأزمات وإعادة البناء بطرق قد تؤدّي إلى قدر أكبر من التعافي.

وزيه غوبيه.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

أضف إلى ذلك، الأثر المترتب على قدرة المرأة على تحديد ما إذا كانت تودّ الإنجاب أو متى أو معدّل تكرار ذلك. ووفقاً لتقديرات صندوق السكان، فإن ما يقرب من نصف المرافق الصحية في ليبيريا قد نفذ تماماً مخزونها من وسائل منع الحمل عن طريق الحقن خلال ذروة أزمة إيبولا. وأكثر قليلاً من ثلث المرافق الصحية هي التي كانت تقدّم خدمات تنظيم الأسرة، وفقاً لوزارة الصحة. وانهارت كل المكاسب الملحوظة التي تحقّقت قبل الأزمة في مجال استخدام وسائل منع الحمل.

ويقول غوبيه: "إن عدد النساء والفتيات اللاتي ما زلن يلقين حتفهن من جراء أمراض يمكن الوقاية الصحية منها، مرتفع بشكل غير مقبول. كما أن حرمان المرأة أو الفتاة من الحصول على خدمات الصحة الإنجابية الجيدة النوعية يندرج تحت بند حقوق الإنسان."

إلا أن الجهود الرامية إلى تحسين الوضع بدأت تؤتي أكلها. فعلى سبيل المثال، يعمل صندوق السكان وغيره من الجهات على زيادة عدد العاملين في مجال الرعاية الصحّية عن طريق تشجيع القابلات المتقاعدات للعودة إلى سوق العمل. ويضيف غوبيه: "في ظل هذا الجهد، زادت الولادات في المرافق الصحية من متوسط قدره ست إلى ١٠ ولادات شهرياً إلى ما بين ٣٠ و٤٠ ولادة شهرياً خلال شهرين فقط." كما أطلق صندوق السكان حملة وطنية للترويج لاستخدام الواقي الذكري وتوزيعه للمساعدة في تثقيف الشباب حول أهمية الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس إيبولا. ويمكن للنساء في سن الإنجاب، مع تضاؤل عدد حالات فيروس إيبولا الجديدة في المنطقة (حيث دُفنت آخر حالة مؤكدة مخبرياً في ليبيريا في المنطقة)، أن يتنفسن الصعداء.

ولكن الرؤية الجديدة للتنمية المستدامة خلال الـ ١٥ عاماً القادمة لا يمكن أن تتحقق ما لم تشارك جميع شعوب العالم وما لم تكن لها مصلحة في بلوغ الهدف. ويعني ذلك أن النساء والفتيات المراهقات يجب أن يلعبن دوراً محورياً في قيادة الجهود الرامية إلى تحسين الصحة والتنمية المستدامة والمساهمة فيها على جميع المستويات - داخل الأسرة والمجتمع المحلي والمؤسسات والحكومة، دون إهمالهن أو تكليفهن بدور ثانوي.

الطريق نحو التعافي، من هيوغو الى سينداي

يُقصد بلفظة التعافي امتلاك المرونة والقدرة على الصمود، وقد استخدمت في سياقات متنوعة، بدءاً من مجال البيئة لشرح كيفية استجابة النظام البيئي للتغيرات، إلى مجال علم النفس لوصف كيفية استجابة الأفراد للصدمات (McAslan, 2010; Manyena, 2014; Matyas and Peling, 2015). السمة المشتركة بين هذه المعاني، بغض النظر عن المجال، هي التركيز على التعامل مع الصدمات والاستجابة لها.

تحتل القدرة على ال حالياً مركز الصدارة في وضع تصوّر للاستجابة للكوارث الطبيعية والنزاعات وحالات الطوارئ وغيرها من المخاطر (Twigg, 2009, Matyas and Peling, 2015; DFID, 2011) وهي توجّه عملية تصميم وتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ونتائجها الصحية بالنسبة للنساء والفتيات.

وثمة خطتان عالميتان لتأمين العالم ضد الكوارث الطبيعية، وهما إطار عمل هيوغو للفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥، وإطار سينداي للفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٣٠، وهما تستشهدان بالأولويات اللازمة لبناء القدرة على التعافي.

أحد الأهداف الاستراتيجية الرئيسية في إطار عمل هيوغو كان يتمثل في تطوير وتعزيز المؤسسات والآليات والقدرات على جميع المستويات، ولا سيما على مستوى المجتمع المحلي، وهو الذي يمكن أن يسهم بشكل منهجي في بناء القدرة على التعافي لمواجهة المخاطر (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحدّ من الكوارث، ٢٠٠٥). وينص هذا الإطار على ضرورة إدماج منظور نوع الجنس في كل سياسات إدارة مخاطر الكوارث والخطط وعمليات صنع القرار، بما في ذلك تلك المتعلقة بتقييم المخاطر والإنذار المبكر وإدارة المعلومات والتعليم والتدريب.

يعلق غوبيه بقوله: "الفضل يعود لليبيريا والمجتمع الدولي في الانتصار على فيروس إيبولا في فترة زمنية قصيرة نسبياً. ولكن الآن فإن "أهم المسؤوليات والمناشدات التي تُوجه لحكومة ليبيريا ومجتمع المانحين وجميع الشركاء تتمثل في أن الحاجة إلى إعادة بناء نظام الرعاية الصحّية لحالات الولادة صارت الآن أكبر من أي وقت مضى."

كمفورت فيا وعائلتها في منزلهم.
Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

القابلة كريستين ياكوندو تفحص عميلة في مركز الصحة، جمهورية أفريقيا الوسطى.
Photo © Panos Pictures/Jenny Matthews

واعتماداً على إطار عمل هيوغو، عمل إعلان سينداي على توسيع نطاق تعريف التعافي ليشمل صراحةً أهمية مقاومة المخاطر واستيعابها والتعافي منها، والتشديد على أهمية المرونة في مستويات متعددة: المجتمع المحلي والجماعة والفرد. وتُعرف التعافي على النحو التالي:

"قدرة النظام أو المجتمع أو الجماعة المعرّضة للمخاطر على مقاومة خطر ما واستيعابه واحتوائه والتعافي من آثاره في الوقت المناسب وبطريقة فعّالة، بما في ذلك من خلال حفظ وترميم هياكله ووظائفه الأساسية الضرورية" (UNISDR, 2015a).

لقد نجح إعلان سينداي في توسيع منظور نوع الجنس الوارد في إطار عمل هيوغو عن طريق إشراك النساء في تخطيط وتصميم نُهُج التأهب للكوارث. كما شدّد على ضرورة تعزيز عمليتي تصميم وتنفيذ السياسات الشاملة وآليات شبكة الأمان الاجتماعية مثل الصحة الجنسية والإنجابية.

كذلك تشير التعافي إلى كل من العملية والوضع النهائي على حد سواء، وهي تمكّن المجتمعات المحلية والأسر الضعيفة من تجنب التعرض للضغوط والصدمات والاستعداد والاستجابة لها دون المساس بفرصهم وإمكاناتهم على المدى الطويل.

استباق الفقر وعدم المساواة

إن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والهيكلية التي تحدّد قدرة المجتمعات المحلية على التعافي هي شروط مسبقة بالغة الأهمية بالنسبة لتأثير الكوارث أو النزاعات وهي تتطلّب اهتماماً ثابتاً من قبل الحكومات. وفي حين يمكن النظر إلى التعافي كوضع نهائي، فهي أيضاً عملية جارية، تتطلّب جهوداً مستمرة لتناول العوامل الاجتماعية والاقتصادية والهيكلية - كالفقر والمعايير الضارة بين الجنسين وحتى انعدام الأمن الغذائي، والتي يمكن أن تؤثّر على قدرة المجتمعات على التحمّل أو التعافي من الأزمات أو الصدمات. ويجب إيلاء الأولوية لبناء القدرة على التعافي كعملية على كل المستويات، كما ينبغي لهذه العملية أن تسترشد باستراتيجيات التكيف والثقافة والتراث والمعرفة المحلية. وذلك كله يتطلب إشراك الجهات الفاعلة في العملية المستمرة، من المساعدات الإنسانية إلى التنمية، ولكن هذه العملية يجب أن تكون ملكاً للمجتمع المحلي (Twigg, 2009).

ويمكن لحالات الطوارئ الإنسانية، مثل الكوارث الطبيعية والصراعات، أن تؤدّي إلى توسيع نطاق الفقر وعدم المساواة وتعميقهما (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحدّ من الكوارث، 2015b). ويمكن للقدرة على التعافي أن تخفّف من تلك الآثار.

كذلك فإن بناء القدرة على التعافي ينطوي على معالجة

الأسباب الكامنة وراء الضعف، مثل الفقر وعدم المساواة، والشروع في اتخاذ تدابير وقائية لبناء التكيّف الإيجابي قبل وقوع الأزمة (Hillier and Castillo, G. E, 2013; IFRC, 2012). كما أن الاستثمارات في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين والحقوق الإنجابية ستثمر عن حماية الفئات الأكثر تضرراً من الكوارث.

الاستثمار في الشباب لتعزيز قدرات المجتمعات والدول على امتصاص الصدمات

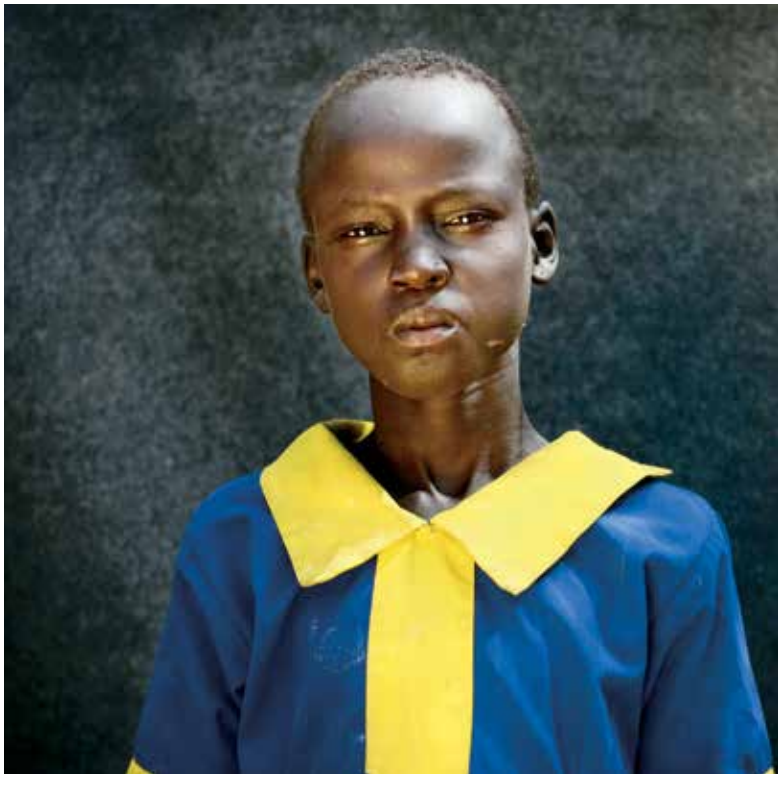
تشكّل الصحّة والحقوق الجنسية والإنجابية حجر الزاوية في انتقال صغار السن إلى مرحلة البلوغ. وعندما تتّخذ الحكومات خطوات لضمان الانتقال الآمن والصحّي، فهي بذلك تتّخذ أيضاً خطوات لتعزيز قدرات المجتمعات والدول على "امتصاص الصدمات"، وبالتالي فهي تخلق بيئات حيث يمكن للأفراد أيضاً التعافي.

القدرة على التعافي والصحة الجنسية والإنجابية: من الأهداف الإنمائية للألفية إلى الأهداف الإنمائية المستدامة

الأهداف التي تشير إلى القدرة على التعافي	*الأهداف التي تعالج الصحة الجنسية والإنجابية*
الأهداف الإنمائية للألفية (٢٠٠٠-٢٠١٥)	
لا يوجد	**الهدف ٥:** تحسين صحة الأمهات **الهدف ٥أ:** خفض وفيات الأمهات **الهدف ٥ب:** تحقيق إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع
أهداف التنمية المستدامة (٢٠١٥-٢٠٣٠)	
١-٥ بحلول عام ٢٠٣٠، بناء قدرة الفقراء ومن يعيشون في أوضاع هشة على التعافي والحد من تعرضهم للظواهر المتطرفة المرتبطة بالمناخ والصدمات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الأخرى والكوارث. **ب١١** بحلول عام ٢٠٢٠، تحقيق زيادة كبيرة في عدد المدن والمستوطنات البشرية التي تعتمد وتنفذ سياسات وخطط متكاملة نحو الشمولية وكفاءة الموارد والتخفيف والتكيف مع تغير المناخ والقدرة على التعافي من الكوارث والتي تطور وتنفذ إدارة شاملة لمخاطر الكوارث على جميع المستويات، وذلك تمشياً مع إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث ٢٠١٦-٢٠٣٠. **١-١٣** تعزيز القدرة على التعافي والتكيف مع المخاطر المرتبطة بالمناخ والكوارث الطبيعية في جميع البلدان. **٢-١٤** بحلول عام ٢٠٢٠، انتهاج إدارة وحماية مستدامة للنظم الإيكولوجية البحرية والساحلية لتجنب التأثيرات السلبية الكبرى، بما في ذلك عن طريق تعزيز قدرتها على الصمود، واتخاذ الإجراءات اللازمة لترميمها من أجل الحفاظ على صحة وإنتاجية المحيطات.	**٣-٧** بحلول عام ٢٠٣٠، ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمعلومات والتثقيف وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية. **٥-٢** القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك تتبع الاستغلال الجنسي وغيره من صور الاستغلال. **٥-٦** ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات الاستعراض.

ويمكن للقدرة على التعافي أن تساعد أيضاً في تصحيح وتجاوز عدم المساواة الطويل الأمد (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحدّ من الكوارث. 2015a). على سبيل المثال، فإن بناء قدرة النظم الصحّية في البلدان على التعافي يمكن أن يساعد في توسيع فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة النوعية للمحرومين منها قبل حلول الكارثة.

ولكي ينجح، يجب أن يسعى بناء القدرة على التعافي إلى أن يأخذ موقفاً تغييرياً بشأن التمييز بين الجنسين، وأن يقاوم هياكل القوة غير المتكافئة (Winderl, 2014). ويجب أن يُدرج النساء والفتيات ليس فقط بوصفهن مستفيدات من خدمات الصحة والحماية الاجتماعية فحسب بل كدعاة وعاملات في مجال الصحة وعضوات عاملات وممثلات وقائدات للمجتمعات المحلية أيضاً.



نيانتيت، ١٠ سنوات، جنوب السودان: "أردت أن أبدو مهندمة في الصورة، لذلك عدت إلى المنزل لتغيير قميصي. هذا هو القميص المهندم الوحيد لدي، لأنه كان علي ترك كل شيء عندما اضطررنا إلى الفرار."

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode

التعافي المرتبط بالتنمية القوية التي تراعي نقاط الضعف عند الأفراد

تعتمد آثار الكوارث الطبيعية والصراعات على الأفراد والمجتمعات، إلى حد كبير على مدى الفقر والحرمان الاجتماعي وطبيعتهما قبل حدوث الأزمة (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، ٢٠١٥). ولذلك فإن بناء القدرة على التعافي وحماية المجتمعات من الآثار السلبية للكوارث يجب أن يكون مرتبطاً بجدول أعمال للتنمية القوية التي تراعي مواطن الضعف الفردية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

إن أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة للفترة من ٢٠١٦ إلى ٢٠٣٠، وغيرها من الجهود الرامية إلى الحد من الحرمان الاجتماعي والفقر، في إطار دولي قوي لحقوق الإنسان، توفر مساراً للدول وشركائها في التنمية من أجل المشاركة في بناء القدرة على التعافي (الأمم المتحدة، 2015d). وأُبرز هذا المسار أيضاً في قرار الجمعية العامة بشأن إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث للفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٣٠:

"كررت الدول أيضاً التزامها بمعالجة الحّد من مخاطر الكوارث وبناء القدرة على التعافي في مواجهة الكوارث بشعور متجدد من الإلحاح في سياق التنمية المستدامة والقضاء على الفقر، ودمج كل من الحد من مخاطر الكوارث وبناء التعافي، حسب الاقتضاء، في السياسات والخطط والبرامج والميزانيات على جميع المستويات، والنظر فيهما داخل الأطر ذات الصلة".

كذلك فإن ربط الجهود الرامية إلى بناء القدرة على التعافي بالتنمية المستدامة يضمن عدم تعريف القدرة على التعافي من خلال مجموعة منفصلة من المعايير وإنما دمجها في عملية إنجاز البلدان لمجمل الأهداف الإنمائية. فتحقيق الأهداف الصحية، على سبيل المثال، يعتمد على تحسين نوعية ونطاق الصحة الجنسية والإنجابية وضمان حصول الجميع عليها، بما في ذلك في حالات الطوارئ والأزمات وأوضاع اللاجئين.

وبالنظر إلى أن المعدلات العالية لوفيات الأمهات والأطفال تتركز في الدول التي تعاني من الصراعات والكوارث الطبيعية، فإن إقامة صلات قوية بين برامج تعزيز القدرة على التعافي وأهداف التنمية ستكون ضرورية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة وللتخفيف من آثار الكوارث على حد سواء.

الاستثمار في الحد من مخاطر الكوارث لتحسين صحة الأمهات والأطفال والمراهقين

يشكل الحد من مخاطر الكوارث عنصراً حاسماً في القدرة على التعافي. وفي حين أن الاستجابة الإنسانية هي تدخل على المدى القصير، فإن الحدّ من مخاطر الكوارث هو عملية طويلة الأجل تعالج الأسباب الجذرية للضعف خلال أزمة ما (الخطة الدولية، ٢٠١٣). وعلى الرغم من أن بعض الأزمات، مثل الزلازل والتسونامي، لا يمكن منعها، لكن يمكن التخفيف من أثرها عن طريق الاستثمار قبل الأزمات في بناء أنظمة للصحة الجنسية والإنجابية تتسم بالمرونة وتركز على احتياجات الفئات الأكثر ضعفاً في المجتمع.

ولتحسين التأهب والحد من مخاطر الكوارث، فإن إطار سينداي للحدّ من مخاطر الكوارث يتطلب الوقاية من الكوارث الجديدة والحد من مخاطر الكوارث الحالية من خلال تنفيذ التدابير الاقتصادية والهيكلية والقانونية والاجتماعية والصحية والثقافية والتعليمية والبيئية والتكنولوجية والسياسية والمؤسّسية المتكاملة والشاملة. ويمكن لهذا النهج التكاملي أن يمنع ويحدّ من التعرض للكوارث وقابلية التضرّر منها، وأن يزيد التأهب للاستجابة والانتعاش، مما يثمر عن تعزيز القدرة على التعافي (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015a).

يبدأ الحد من المخاطر وبناء القدرة على التعافي بمعرفة المخاطر المتغيرة ومواطن الضعف المادية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية في مواجهة الكوارث التي تواجهها معظم المجتمعات، وتليها الإجراءات المتخذة على أساس تلك المعرفة، وفقاً لإطار عمل هيوغو.

ولقد اتسع نطاق الكوارث بسبب زيادة معدلات التوسع العمراني، وإزالة الغابات، وتدهور البيئة، وتكثيف المتغيرات المناخية كارتفاع درجات الحرارة وهطول الأمطار الشديد وهبوب الرياح والعواصف المائية الأكثر عنفاً (Leaning and Guha-Sapir, 2013). وبالتالي، فإن الجهود المبذولة لتعزيز القدرة على مواجهة الكوارث تتطلب فهماً مفصلاً للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تجعل الناس عرضة للخطر، وفهماً سليماً لكيفية اختلاف الوفيات والاعتلال بين المجموعات السكانية وبمرور الوقت (Leaning and Guha-Sapir, 2013) . ويمكن لهذا الفهم أن يغذي الأنظمة التي تعالج وتحدّ من الدوافع الكامنة وراء المخاطر والضعف، مع مراعاة الفوارق بسبب نوع الجنس والطبقة والطائفة والعرق والسن والإعاقة والدخل وهي العوامل التي ترسم خريطة عدم المساواة في التعرّض للمخاطر وللاستبعاد الاجتماعي والسياسي (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015b).

كذلك ينبغي لجهود الحدّ من مخاطر الكوارث الإقرار بالمخاطر المتعلقة بنوع الجنس وإدراجها والتصدّي لها ووضع المساواة بين الجنسين كهدف رئيسي لها (Bradshaw, 2015).

قدرات التصدّي تختلف داخل البلدان وفيما بينها

يجب أن يأخذ تحليل المخاطر في الاعتبار الاختلافات داخل البلدان وفيما بينها. ويظهر مؤشّر إدارة المخاطر (INFORM) التابع للّجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات قدرة البلدان على التكّيف على أساس قياس لجهود الحدّ من مخاطر الكوارث، والحكم، والاتصالات، والبنية التحتية المادية والوصول إلى النظام الصحي.

في غرب ووسط أفريقيا، يبلغ معدل وفيات الأمهات ١ من كل ٣٢ امرأة. وهو ما يقرب من خمسة أضعاف معدل الخطر الذي يكتنف النساء في جنوب آسيا وحوالي ١٥٠ ضعف معدل الخطر الذي تواجهه النساء في البلدان الصناعية (إنقاذ الطفولة، ٢٠١٤). علاوة على ذلك، إذا كانت البيانات داخل

البلدان مصنفة على نحو مُجْدٍ، حينئذٍ يظهر مزيد من الأدلة التي توضح كيف تبدأ المجتمعات من نقاط مختلفة داخل طيف الحد من المخاطر؛ فتأثير كارثة ما على امرأة في الخُمْس الأعلى من نطاق الدخل المعيشي والتي تعيش في بيئة حضرية، يختلف عن تأثيرها على امرأة في الخُمْس الأدنى من نطاق الدخل المعيشي والتي تعيش على بُعد دقائق. لذا فالجهود الرامية إلى بناء القدرة على التعافي تُعد ضرورية بشكل مُلحّ في هذه السياقات غير المتكافئة ويجب أن تعمل البيانات المصنفة على التأثير على السياسات الوطنية وتخصيص الموارد من خلال المساعدة على تحديد المخاطر وبناء القدرة على التعافي والاستعداد بشكل أفضل لمواجهة الأزمات.

يؤثر عدم المساواة في الحصول على الخدمات وشبكات الأمان على القدرة على التعافي بين مختلف الجماعات والأفراد المتضرّرين من الكوارث، وبخاصة النساء والفتيات. كذلك فإن عدم المساواة في الوصول إلى الأراضي والدخل والأصول يؤثّر على الطريقة التي تدير بها الأسر والمجتمعات المحلية مخاطر الكوارث الخاصة بها. كما أن عدم المساواة في الحماية من خلال الحقوق والقوانين واللوائح الراسخة، وعدم المساواة في الصوت والمساءلة سيؤثّر على أي برنامج للحد من مخاطر الكوارث، وقدرة البلدان على معالجة الدوافع الكامنة وراء مخاطر الكوارث (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحدّ من الكوارث، 2015b).

كذلك تتضمن الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة "كل امرأة كل طفل" التزاماً إزاء أولئك الأقل احتمالاً لتلقي الرعاية أو الوصول إلى الخدمات. وتسمح البيانات المصنفة لعملية بناء القدرة على التعافي بالابتعاد عن الاعتماد فقط على التدابير الإجمالية للصحة والرفاه التي لا تفرّق بين تأثير الصراعات والكوارث على الشباب والنساء والمهاجرين والسكان ذوي الدخل المنخفض أو المهمّشين (EWEC, 2015). كما أن تعميم جمع البيانات المصنفة في النظم الروتينية لجمع البيانات، وتعزيز نظم التسجيل المدني والحيوي من شأنها أن تمكّن من الوصول إلى فهم أكثر دقة للخطر.

ويُعد تطوير نظم الإنذار المبكر القوية التي تراعي نوع الجنس والعمر والإعاقة وسيلة حاسمة لضمان المساواة في الحصول على المعلومات قبل حدوث الأزمة (مبادرات التنمية، ٢٠١٥).

بناء القدرة على التعافي في حالات الطوارئ المتصلة بالصراعات

في حين يركّز الكثير من ابتكارات التحذير المبكّر على الأحداث المتصلة بالطقس، لا يزال الإنذار المبكر واتخاذ الإجراءات في حالات الصراع أكثر صعوبة لأسباب فنية وسياسية. فبناء القدرة على التعافي في حالات الطوارئ الإنسانية الناجمة عن النزاعات يتطلب مجموعة مختلفة ومتعددة الجوانب من استراتيجيات الوقاية، بما في ذلك تنفيذ تدابير قوية لمكافحة التمييز والحد من العنف، بالإضافة إلى الانتباه إلى الاختلالات الهيكلية التي تؤثر على الصحة الجنسية والإنجابية (Harris et. al, 2013). ويتزايد ارتباط حالات الطوارئ الإنسانية بالكوارث وبالنزاعات على حدّ سواء، حيث تتفاعل مجموعة من العوامل المؤثّرة في الحالة الأولى مع الحالة الأخرى.

في غرب ووسط أفريقيا، يبلغ معدل وفيات الأمهات ١ من كل ٣٢ امرأة. وهو ما يقرب من خمسة أضعاف معدل الخطر الذي يكتنف النساء في جنوب آسيا وحوالي ١٥٠ ضعف معدل الخطر الذي تواجهه النساء في البلدان الصناعية.

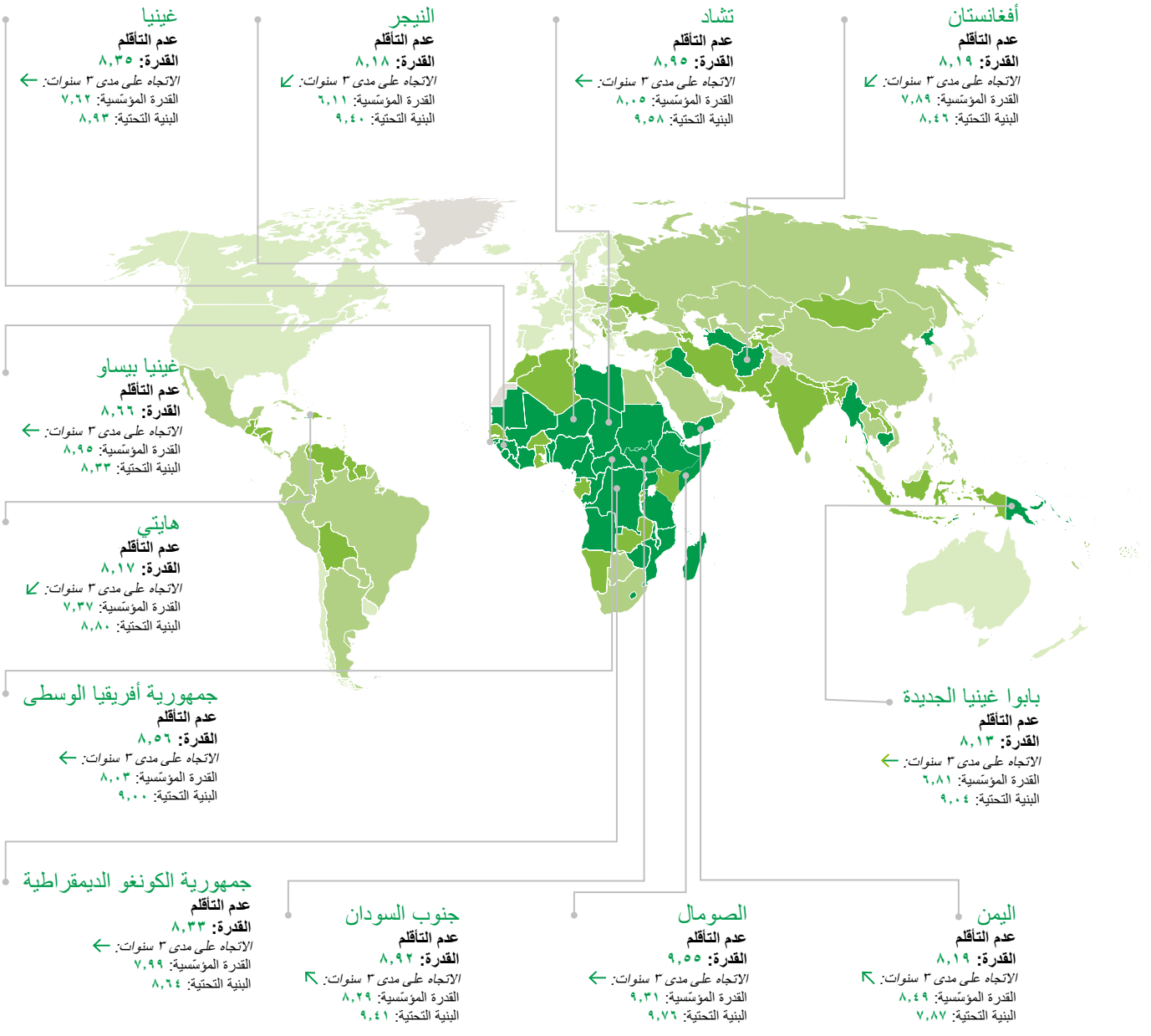
إيبولا

تضرّر من أزمة إيبولا ما يربو على ١٨,٧ مليون شخص، من بينهم ٩,٨ مليون ما بين مراهق وطفل (UNICEF, 2015). ولقد كشف هذا الوباء كيف أن النظم الصحية ذات الرعاية الصحية الأولية الضعيفة غير قادرة على مقاومة الصدمات. وفي هذه السياقات، فإن القدرة على التعافي كانت تستلزم بناء القدرات، وتعزيز النظم الصحية دون الوطنية، وتحسين الوصول إلى المعلومات وتبادلها، وتطوير نظم لإشراك الجهات الفاعلة على جميع مستويات الحكومة، بالإضافة إلى القطاع الصحي وبناء الثقة (Kieny, Paule and Dovlo, 2015).

ويمكن للنظام الصحي المرِن أن يستجيب للوضع الوبائي المتغيّر للسكان، وأن يتكيف مع الظروف المعاكسة. ولكن بدلاً من العمل في عزلة، يمتلك أي نظام صحي مرِن صلات مع الشركاء الإقليميين والعالميين تسمح للحكومات بالشروع في النشر السريع لمجموعة واسعة من الموارد (Kruk, 2015). كما أن العمل في مختلف القطاعات لوضع الخطط الإنسانية والأولويات والعمليات في الأماكن المطلوبة ضمن أطر التنمية المستدامة هو عنصر أساسي من عناصر النظم الصحية المرنة (Kieny and Dovlo, 2015).

٢٠١٥ غياب القدرة على التأقلم

يقيس هذا البُعد قلة الموارد المتاحة التي يمكن أن تساعد الناس على التكيف مع الأحداث الخطرة. وهو يتألف من فئتين - القدرة المؤسسية والبنية التحتية. توضح هذه الخريطة تفاصيل عن ١٢ دولة تعاني من أعلى القيم في معدّلات غياب القدرة على التأقلم.



مؤشر INFORM للقدرة على التأقلم

٠ – ٣,٣٢	٣,٣٢ – ٤,٩٢	٤,٩٢ – ٦,٧٣	٦,٧٣ – ١٠	غير مشمول
منخفض	متوسط	عالٍ	عالٍ جداً	

المفتاح: خطر متزايد ↖ | مستقر ← | خطر متناقص ↙

(مؤشر إدارة المخاطر، ٢٠١٥)

إدماج الصحة الجنسية والإنجابية في الرعاية الصحية الأولية الهامة لضمان القدرة على التعافي

تُعد خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في السياسات الصحية الوطنية شرطاً أساسياً ضرورياً لبناء القدرة على التعافي لمواجهة حالات الطوارئ وضمان سبل الوصول الآمنة والموثوق بها للعلاج المنقذ للحياة، وخدمات الصحة الإنجابية ومستلزماتها الضرورية لحماية النساء والفتيات المراهقات من الوفيات التي يمكن تجنبها، بما في ذلك خلال حالات الولادة العسرة أو الحمل غير المرغوب فيه. كما أن جودة خدمات صحة الأم ونسب وفيات الأمهات هي مؤشرات للجودة العامة للنظام الصحي وأدائه وشموليته.

وينبغي إدماج الصحة الجنسية والإنجابية في تقييم المخاطر الصحية ونظم الإنذار المبكر للمجتمعات والفئات الضعيفة. وتكرّر منظمة الصحة العالمية من جديد أهمية ضمان وجود مرافق قوية للرعاية الصحية الأولية حتى تتمكن من تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الرعاية التوليدية ورعاية الأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ. وعلاوة على ذلك، ينبغي تعزيز خدمات الصحة الجنسية والإنجابية القائمة للتخفيف من أثر حالات الطوارئ والتكيف معها والتعافي منها. وتوصي منظمة الصحة العالمية أيضاً بأن التخطيط للتأهب لمواجهة الكوارث لابد وأن يأخذ بعين الاعتبار احتياجات السكان المعرّضين للخطر كالنساء والمراهقين والأطفال حديثي الولادة والمعوقين والمشرّدين (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢).

إن تعزيز الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة ودمجها في الرعاية الصحية الأولية قبل وقوع الأزمة يمكن أن يسهل أو يساعد في ضمان توفير الحد الأدنى من مجموعة الخدمات الأولية عند حدوث أزمة. كما أن وجود مجموعة من الهياكل السياسية والقانونية التي تسمح للنساء والشباب بالاستفادة من الحق في الصحة الإنجابية تجعل من الصعب انتهاك هذه الحقوق خلال الأزمات.

وكما أكدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠١٥، فإن "تلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية أمر حاسم لضمان قدرة المجتمعات المتضررة عموماً على التعافي بسرعة أكبر" (الأمم المتحدة، 2015c).

الحماية الاجتماعية والحدّ من مخاطر الكوارث

يدعو إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث إلى تبنّي سياسات وبرامج للحماية الاجتماعية التي تلبي احتياجات الفئات الأكثر ضعفاً. ويمكن لهذه التدخلات، على سبيل المثال، أن تهدف إلى منع أو التصدي لسوء التغذية المزمن، أو توفير فرص الحصول على وثائق الهوية، أو ضمان وصول المرأة إلى حقها في الميراث، أو منع زواج الأطفال. وهناك حاجة إلى نظام شامل ذي قاعدة عريضة للحماية الاجتماعية لضمان الحماية لأفقر الأسر والأطفال من الحرمان الشديد، ولتوفير فرص تعزيز سبل العيش والأنشطة الإنتاجية لكل من النساء والرجال.

ونظراً إلى أن معظم البلدان التي تعاني من ارتفاع معدلات زواج الأطفال تُعد دولاً هشّة أو معرضة لمخاطر عالية من الكوارث الطبيعية، فإن الجهود المبذولة حالياً لحماية الفتيات من الزواج المبكر والعنف القائم على نوع الجنس، كتمكين الفتيات من الاستمرار في الدراسة، وتوفير الدعم المالي الموجّه للأسر، وتوفير التعليم الجنسي الشامل وغيره من التدابير، يجب تعزيزها لضمان استمرار هذه الجهود خلال الأزمات أو الصدمات (Plan International, 2013).

كما أن تعزيز تدابير مكافحة الاتجار هو أيضاً وسيلة هامة لبناء القدرة على التعافي في المجتمعات المحلية والبلدان التي تواجه السلوك الاستغلالي والجشع الذي غالباً ما يستهدف الأطفال والمراهقات بصفة خاصة في أعقاب وقوع كارثة.

ودعت المنظمة الدولية للهجرة إلى اعتماد وتنفيذ القوانين الوطنية لمكافحة الاتجار. وينبغي إدماج تدابير مكافحة الاتجار في خطط الحكومات للتأهب لحالات الطوارئ والتخطيط لمواجهتها (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥)، وسوف يساهم ذلك أيضاً في الوفاء بالالتزام الذي قطعته الأهداف الإنمائية المستدامة إزاء إلغاء الاتجار بالبشر.

الحاجة إلى تدابير التصدي للعنف القائم على نوع الجنس قبل وأثناء وبعد الأزمات

المراهقون، وخاصة الفتيات، في فترة ما بعد الصراع يكونون معرضين لخطر متزايد يتمثل في إساءة المعاملة والاستغلال والتعرض لسلوك محفوف بالمخاطر والمواقف التي تزيد من تعريضهم للبدء المبكر للنشاط الجنسي والحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

والمراهقون الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٠ و١٤ سنة، والمراهقات الحوامل والمراهقين المهمشين هم أكثر عرضة للمخاطر ويحتاجون إلى تدخلات موجّهة (UNFPA and Save the Children, 2009). والفتيات الناجيات من العنف الجنسي والقائم على نوع الجنس غالباً ما يواجهن مشاكل نفسية وجسدية مدى الحياة، إضافة إلى الوصمة الاجتماعية (وزارة التنمية الدولية، ٢٠١٣).

وتشدد المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات على ضرورة إدماج تدخلات العنف القائم على نوع الجنس في المساعدات الإنسانية باعتباره إجراء أساسياً لبناء القدرة على التعافي (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠١٥).

إن جهود بناء القدرة على التعافي يجب أن تعمل على منع العنف القائم على نوع الجنس والتصدي له وأن تسعى على المستوى المجتمعي والمؤسسي والوطني لتنفيذ القوانين والسياسات والبرامج الرامية الى منع العنف القائم على نوع الجنس والتخفيف من حدته، والسماح للناجيات من العنف القائم على نوع الجنس وأولئك المعرضين له من الوصول إلى الرعاية والدعم.

كذلك، فإن الفشل في معالجة العنف القائم على نوع الجنس سواء قبل وقوع الأزمة وفي بدايتها يُعد أساساً واهياً لقدرة المرأة على الصمود ولصحتها على المدى المتوسط والمدى الطويل ويشكل عائقاً أمام إعادة بناء حياة الأفراد والأسر والمجتمعات وسبل معيشتهم (International Rescue Committee, 2012).

تعليم الفتيات يقلل من تعرضهن للمخاطر

أظهر العديد من الدراسات أن تعليم الفتيات هو أحد أكثر الاستثمارات الفعالة التي يمكن لبلد ما أن يُقدم عليها لانتشال الأسر من براثن الفقر وبناء مستقبل أفضل. وعندما تنمو الفتيات المتعلمات ويصبحن أمهات، فإنهن في الغالب ينجبن أطفالاً أكثر صحة وأفضل تعليماً. وتشير الأدلة الحديثة إلى وجود سبب قوي آخر لتعليم الفتيات، فتمكين المرأة من خلال تحسين التعليم يقلل من فرص تعرضها للموت أو الإصابة من جراء الكوارث المرتبطة بالأحوال الجوّية (Save the Children, 2014). ويمكن للمدارس أن تعطي شعوراً مهماً بالحياة الطبيعية، كما أنها توفّر المعلومات والخدمات المنقذة للحياة. كذلك فإن زيادة فرص الالتحاق بالمدارس للجميع يقلل من مشاعر الظلم التي تؤجج الصراعات. والأهم من ذلك، يُعتبر ضمان التعليم الجيد للأجيال القادمة أمراً حيوياً للتغلب على الصراع والمساعدة في التعافي وضمان التنمية والأمن في المستقبل (الائتلاف العالمي لحماية التعليم من الاعتداء، ٢٠١٥).

ويُعد التعليم المتعلق بالتطور الجنسي والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للمراهقين والمراهقات عنصراً حاسماً في الحصول على التعليم الشامل. كذلك فإن التعليم الخاص بالكوارث تحديداً أمر ضروري لتعزيز القدرة على التعافي: فالأطفال الذين يجهلون المخاطر المتعلقة بالكوارث والتحذيرات والإخلاء والسلوكيات الوقائية الأخرى يكونون أكثر عرضة لخطر الموت والإصابة عند وقوع كارثة (Wisner 2006). وستسهم التدابير القانونية والسياسية الأوسع، على سبيل المثال، الرامية لمنع استخدام المدارس من قبل الجماعات المسلحة خلال الصراع، في بناء القدرة على التعافي (الائتلاف العالمي لحماية التعليم من الاعتداء، ٢٠١٥).

إشراك المرأة والشباب والأقليات العرقية يبني قاعدة صلبة للقدرة على التعافي

إن إشراك مختلف المجتمعات والجهات الفاعلة في بناء القدرة على التعافي يخلق أساساً أكثر صلابة من أجل تحقيق نتائج إيجابية. وينبغي أن تشمل هذه المشاركة الأقليات العرقية والنساء والمراهقين والشباب والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. وفي حين أن معظم قوانين الحد من مخاطر الكوارث تنص على مشاركة المرأة والفئات المستضعفة، غالباً ما يكون ذلك في صورة بيانات عامة طموحة دون آليات محددة للتنفيذ (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015b).

وفي كثير من الحالات، يتم تجاهل الشباب في الحد من مخاطر الكوارث وبناء القدرة على التعافي. ومع ذلك، فإن هؤلاء الشباب المستبعدين من عمليات ما قبل الأزمات هم أنفسهم من يلعبون الأدوار الحيوية في مرحلة ما بعد الأزمات، من خلال المساعدة في عمليات الإخلاء وتضميد الجراح بعد وقوع الكارثة (Peek, 2008) وإزالة الأنقاض وتبادل الأخبار والمعلومات وتوزيع المواد الغذائية وتعليم الأطفال الأصغر سناً أو رعايتهم. كذلك فإن المشاركة الفعالة من جانب الشباب هي أمر حيوي لتوطين العمل الإنساني من أجل ضمان تحسين الفعالية والمرونة. فالشباب يمكن أن يكونوا حلفاء مهمين في تصميم وتنفيذ برامج التأهب والاستجابة للطوارئ (UNFPA and Women's Refugee Commission, 2015; Osotimehin, 2015).

عند تمكين ودعم الشباب، بمن فيهم المراهقين، فإنهم يستطيعون المساهمة في الحد من الفقر بين الأجيال وبناء عوائد ديموغرافية للنمو الاقتصادي الشامل والدائم.

وبعبارة أخرى، فإن العديد من البلدان، بما في ذلك عدد من تلك التي تمر حالياً بأزمة، قد تستفيد من انتقال أعداد كبيرة من الشباب إلى سن العمل. إن استغلال العائد الديمغرافي وتعظيمه قد يطلق مسار التنمية السريع وهو بالضبط ما تحتاجه البلدان في مرحلة ما بعد الأزمة للتعافي والمضي قدماً.

القدرة على التعافي في سلسلة التنمية والمساعدات الإنسانية

يتطلب بناء القدرة على التعافي شراكة مستمرة بين الجهات الفاعلة الإنسانية والإنمائية. وبالنظر إلى أن ٤٣ في المائة من فقراء العالم يعيشون حالياً في الدول الهشة (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٥) وأن البلدان المعرّضة لخطر الكوارث والصدمات تتلقى مستويات أدنى من المساعدة الإنمائية الرسمية للفرد (منظمة التعاون الاقتصادي، ٢٠١٥)، بات مد جسر يربط بين هذه الجهات أمراً أكثر أهمية من أي وقت مضى. كما يكتسب هذا الجسر أيضاً ضرورة لضمان أن الاستثمارات نحو تحقيق أهداف الأمم المتحدة الجديدة للتنمية المستدامة لا تهمل الحد من مخاطر الكوارث والاستجابة للطوارئ والانتقال من الانتعاش إلى التنمية المستدامة.

أجرى عدد من البلدان إصلاحات مؤسسية لدعم إدماج تمويل برامج مخاطر الكوارث في نُهُج استراتيجية أوسع لإدارة مخاطر الكوارث (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015b.) وتمسك وزارات المالية بشكل متزايد بزمام المبادرة في تطوير خطط التأمين والائتمان الوطنية والإقليمية، كما تقوم الحكومات باتخاذ ترتيبات مؤسّسية جديدة مثل إقامة مجالس وطنية للمخاطر تشمل مشرفي التأمين ووكالات إدارة الكوارث والوزارات التنفيذية المعنية (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015b).

الصحة الجنسية والإنجابية باعتبارها طريقاً نحو الحد من الفقر والتخفيف من المخاطر

يجري حالياً توفير حصة متزايدة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بدعم من المجتمع الدولي في الأوضاع الإنسانية. فتحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يعني على نحو متزايد تقديم الخدمات والمعلومات وحماية الحقوق في خضم الصراعات والحركات الواسعة النطاق للسكان والأوبئة أو في أعقاب كارثة طبيعية أو كارثة ذات صلة بتغيّر المناخ.

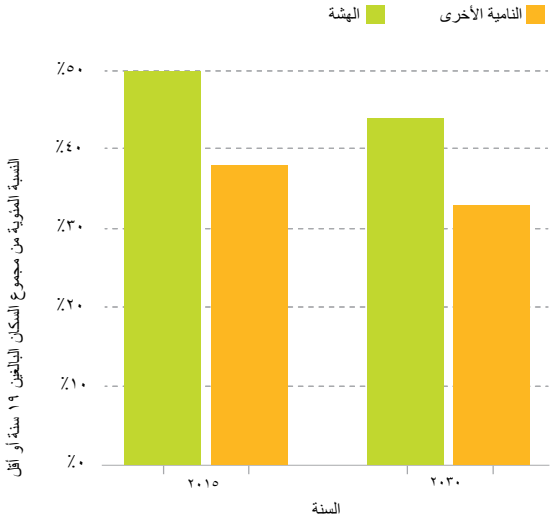
إن حماية الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للنساء والمراهقات في حالات الأزمات أمر ضروري وهي مسألة تتعلق بحقوق الإنسان، ولكنها تصبح معقدة ومكلفة وغير مستدامة في غياب الاستعداد وبناء القدرة على التعافي.

لذلك، يجب اتخاذ خطوات لمعالجة الأسباب الكامنة وراء الأزمات وخاصة التخلف والظلم، وتعزيز قدرة الدول والبيئات والمجتمعات والأفراد على التعافي وذلك بهدف المساعدة في التخفيف من أثر الأزمات. وتعتمد القدرة على التعافي في جزء منها على التنمية وكيفية تحقيق المكاسب الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع بشكل منصف عادل. ومتى تتدنى القدرة على التعافي، تزداد احتمالات التعرض للصراعات والكوارث. ويبرز الاستعداد كمتغير آخر بالغ الأهمية في معادلة القدرة على التعافي.

ولا شك في أن الصحة الجنسية والإنجابية هي حق من حقوق الإنسان، وهي أيضاً أساسية لتحقيق التنمية المستدامة. وكلما كان بلد ما أقدر على الحد من الفقر والحرمان الاجتماعي، كلما كان أكثر قدرة على التعافي وازدادت فرصه في الصمود أو الخروج من الأزمات بخسائر اجتماعية واقتصادية وبشرية أقل. فالاستجابة لحالات الطوارئ هي دائماً أكثر تكلفة من التأهب وتخفيف المخاطر.

لقد لاقى إطار الحدّ من مخاطر الكوارث تأييداً من قبل المجتمع الدولي في سينداي، اليابان، في وقت سابق من هذا العام. ويشير الإطار إلى أربع أولويات: فهم مخاطر الكوارث؛ وتعزيز إدارة مخاطر الكوارث للتعامل مع مخاطر الكوارث؛ والاستثمار في الحدّ من مخاطر الكوارث بهدف بناء القدرة على التعافي؛ وتعزيز التأهب للكوارث للاستجابة الفعالة و"إعادة البناء بشكل أفضل" في إطار جهود التعافي وإعادة التأهيل وإعادة الإعمار. ويتصل الإطار اتصالاً مباشراً بولاية صندوق السكان. فالفقرة ٣٠ (ي) من إطار سينداي تنصّ على الحاجة إلى تعزيز تصميم وتنفيذ سياسات شاملة وآليات شبكات الأمان الاجتماعية، على الصعيدين الوطني والمحلي، بما في ذلك من خلال مشاركة المجتمع المحلي، التي تكملها برامج تحسين سبل العيش، وسبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك صحة الأم والوليد والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، والأمن الغذائي والتغذية، والسكن والتعليم، من أجل القضاء على الفقر، وإيجاد حلول دائمة في مرحلة ما بعد الكوارث، وتمكين ومساعدة الناس الذين يتضرّرون من الكوارث أكثر من غيرها (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015a).

متوسط عدد السكان تحت سن ٢٠ سنة كنسبة مئوية من إجمالي عدد السكان في الدول الهشة مقارنة مع غيرها من البلدان النامية، ٢٠١٥



(منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٥)

إن الاستثمار في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات، قبل أو أثناء أو بعد الأزمات، يسهم في التنمية وسيكون محورياً في تحقيق الأهداف الجديدة للتنمية المستدامة. وسوف يساعد أيضاً على تقليل احتمالات التعرّض لبعض الأزمات.

ويمكن للمرأة أن تلعب دوراً محورياً في الخروج من الأزمات وإعادة التأهيل، ولكن مشاركتهن تعتمد في جزء منها على ما إذا كن يتمتعن بصحة جيدة ويستطعن تأخير الحمل.

ويمكن إنقاذ المزيد من الأرواح إذا انضمت المجتمعات الإنسانية والتنموية والمعنية بالصحة الجنسية والإنجابية إلى الصف لدعم بعضها البعض والعمل بطرق أكثر تكاملياً. ويجب أن تكون أنشطة إدارة المخاطر وبناء القدرة على التعافي متزامنة، بدلاً من اتباع نهج خطي ينتقل من الإغاثة إلى التنمية. ويمكن للتعاون بين الجهات الفاعلة مع مختلف مجالات الخبرة أن يساعد في سد الفجوة بين الأهداف الإنسانية والإنمائية.

سوسيلا بورا، ١٩ سنة، قرية سورباني-٤، التي دمرها زلزال بلغت قوته ٧,٨ درجة ضرب نيبال في أبريل/نيسان ٢٠١٥.
Photo © Panos Pictures/Vlad Sokhin

إن بناء القدرة على التعافي هو عملية تراكمية تتم عبر مختلف المستويات، العالمية والإقليمية والوطنية والمجتمعية والفردية، بمرور الوقت. وهو أيضاً نتيجة تتصدى على نحو استباقي للتوزيع غير العادل للمخاطر في حالات الطوارئ من خلال تطوير القدرات المؤسّسية والوظائف النظامية بما يتجاوز خطوط الأساس الأصلية.

كذلك فإن القدرة على التعافي جوهرية في ما يصفه صندوق السكان بأنه "المسؤولية الإنسانية لحماية الحقوق وتلبية الاحتياجات المحددة للشباب، بمن فيهم المراهقين، وإشراكهم والاستفادة من قدراتهم الفريدة من نوعها في برامج التأهب والاستجابة والتعافي الإنسانية" (UNFPA and Women's Refugee Commission, 2015).

وضع الأسس لتحقيق مكاسب على المدى الطويل في مجال المساواة بين الجنسين

تظهر دراسة أجرتها هيئة الأمم المتحدة للمرأة في ٢٠١٥ أن برامج المساواة بين الجنسين في الأوضاع الإنسانية يمكن أن تضاعف تأثير التدخلات ولديها "القدرة على تضمين أسس مكاسب المساواة بين الجنسين على المدى الطويل" (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2015a).

كما أن برامج المساواة بين الجنسين تدرك أن احتياجات ونقاط ضعف النساء والرجال والفتيات والفتيان في أية مجموعة من السكان المتضررين من أزمة معينة سوف تكون محدّدة ومختلفة.

ووفقاً للدراسة، فإن برامج المساواة بين الجنسين في المناطق المتضررة من الأزمات في كينيا ونيبال والفلبين، على سبيل المثال، كان لها أثر إيجابي على تحسين سبل الوصول إلى الخدمات والاستفادة منها وزيادة فعالية النتائج الإنسانية والحدّ من عدم المساواة بين الجنسين.

وكان لهذا النوع من البرامج أيضاً "تأثير قوي" على النتائج الصحية، خاصة بالنسبة للنساء والفتيات، رغم أنه امتدّ أيضاً إلى بقية أفراد الأسرة. وفي نيبال، على سبيل المثال، أثمر توفير المساواة بين الجنسين في البنية التحتية ذات الصلة بالصحة والقيام بحملات التوعية حول الصحة والنظافة والتشجيع على الوصول إلى المرافق الصحية، عن "تحسن كبير" في صحة الأم والطفل وانخفاض معدل الوفاة أثناء الحمل أو الولادة. وبالإضافة إلى ذلك، فقد وُجد أن هذا النوع من البرامج يحدّ من بعض أشكال العنف القائم على نوع الجنس.

ويمكن للكوارث الطبيعية أيضاً أن توفر فرصاً للنساء لتحدّي وضعهن القائم على نوع الجنس في المجتمع وتغييره، وغالباً ما يتم ذلك عن طريق الاضطلاع بالمهام "المتعارف عليها بأنها ذكورية" كبناء المنازل وحفر الآبار.

تحقيق التآزر

إن الاستثمار في مجال الحد من مخاطر الكوارث لبناء القدرة على التعافي يعني استثمارات عامة وخاصة متعددة القطاعات لمعالجة الأسباب الجذرية التي تحدّد من ينجو ويتعافى في كارثة ما، وإنقاذ الأرواح وسبل العيش، ومنع وتقليل الخسائر، وضمان التعافي وإعادة التأهيل الفعالين (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، 2015a).

إن إقامة سلسلة متواصلة تربط ما بين المساعدات الإنسانية والتنمية أمر ضروري في الالتزام المستمر بتعزيز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. فالأزمات الإنسانية تعطل مكاسب التنمية، وفي بعض الحالات تمحوها كلياً. أما الاستثمارات الإنمائية فتخفف من تأثير الأزمات والكوارث الطبيعية، ويمكن أن توفّر أساساً متيناً لإعادة بناء المجتمع (UNFPA, 2010). ولابد للعمل الإنساني والإنمائي أن يكون متماسكاً متقارباً يعضد بعضه بعضاً ويرتكز على فهم مشترك للنتائج التي يتمّ تقاسمها على المدى الطويل والتي تضمن الإدارة الفعالة للمخاطر (الأمم المتحدة، 2015b). ولابد أن تبقى النساء والشباب في مركز التأهب والاستجابة في مجتمعاتهم وفي جوهر الانتقال من الأزمة إلى التنمية. فإذا لم تكن حقوق واحتياجات الفئات الأكثر ضعفاً هي محور تخطيط التنمية وبرامجها وتمويلها، فسيكون من المستحيل أن نحقق أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة بحلول عام ٢٠٣٠.

من آفاق الطموح الى أرض الواقع

يتمثّل التحدي الذي يواجه واضعي السياسات في عام ٢٠١٥ وما بعده هو تحويل الطموح إلى بناء القدرة على التعافي إلى واقع ملموس. وهناك الحاجة إلى نماذج جديدة للتنمية المتكاملة والتي تتضمن الالتزام بالحدّ من مخاطر الكوارث. ويمكن لمثل هذه النماذج أن تشمل بناء نظم قوية للرعاية الصحية الأولية التي تتضمن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، مع اتباع نهج متعدد القطاعات إزاء صحة المراهقين، والاستعانة بالمدارس لنشر المعلومات عن التأهب للكوارث، أو تعميم التكيف مع تغير المناخ. إن ضمان الالتزام بالإدماج والتشاور والمساواة يشكل جوهر التنمية المتكاملة.

وهناك حاجة متزايدة إلى النُهُج المتكاملة التي يمكنها أن تدير الصراع ومخاطر الكوارث الطبيعية. وإذا كان يمكن للكوارث الطبيعية أن تؤدي إلى تفاقم الصراعات أو إشعالها، ينبغي حينئذٍ النظر إليها ضمن أطر الصراع وبناء الدول. وعلى العكس من ذلك، إذا تسبب الصراع وزيادة الهشاشة في زيادة الضعف والتعرض للكوارث الطبيعية أو الأوبئة أو المجاعات، فذلك يعني أنه ينبغي أخذها في الاعتبار ضمن تقييمات مخاطر الكوارث وأطر الكوارث الطبيعية.

الفصل ٥

اتجاهات جديدة في تمويل الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية

يزداد عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة الإنسانية، كما أن المبالغ المقدمة من الجهات المانحة المؤسسية والحكومية والشركات والأفراد شهدت زيادة أيضاً. إلا أن ذلك لم يمنع فجوات التمويل من الاتساع، مما يشير إلى أن ترتيبات التمويل الحالية ربما لا تكون مستدامة.

الأم والوليد، مخيم تيركيدي، إثيوبيا.
Photo © UNFPA/A. Haileselassie

حماية صحة الأمهات والمراهقين في جنوب السودان

في المتوسط تلد ٤٥ امرأة كل أسبوع في المركز الصحي في مخيم تيركيدي للاجئين في إثيوبيا.

لم يكن العدد دائماً عالياً هكذا وفقاً لمدير المركز الصحي يوناس زودو. حتى وقت قريب، كانت معظم النساء يلدن في أماكن معيشتهن دون مساعدة القابلات الماهرات.

ويقول زودو إن المركز نشر موظفي التوعية لزيارة النساء حيث يعِشن لتشجيعهن على الحضور لرعاية ما قبل الولادة، وتمّ اتخاذ الترتيبات لهن للولادة في المركز حيث تتولى اثنتان من القابلات جميع الولادات.

الأمهات والأطفال في مركز تيركيدي الصحي.
Photo © UNFPA/A. Haileselassie

وتقول إحدى القابلات، ليليسا بيكيلي أن أيما امرأة حامل حضرت من قبل للحصول على الرعاية السابقة للولادة ثم تخلفت عن زيارة المتابعة، سيخرج موظفو التوعية للتأكد من أنها بخير.

وبالنسبة للنساء الحوامل اللاتي يعشن بعيداً عن المراكز الصحية، يوزع صندوق الأمم المتحدة للسكان مستلزمات الولادة النظيفة، والتي تتألف من منشفة وشفرة وقفازات وأغطية بلاستيكية ورابطات حبل وصابون.

كما يزود صندوق السكان المركز بمخزون مع مجموعات الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ، والتي تشمل كل شيء بدءاً من معدات وأدوية الولادات الآمنة، والإصلاح الجراحي لحالات تمزّق عنق الرحم والمهبل، إلى جانب علاجات الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، ومجموعة متنوعة من وسائل منع الحمل.

وفقاً لبيتر لام غوني، الذي يشرف على التوعية المجتمعية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، فقد زاد عدد النساء اللاتي يسمعن عن تنظيم الأسرة ويقبلن على استخدامه، وغالباً ما يكون ذلك ضد رغبات أزواجهن.

يقول غوني: "يعتقد الأزواج أن زوجاتهم ستلتقي برجال آخرين إذا بدأن في استخدام تنظيم الأسرة."

وأيضاً يزداد عدد المراهقين الذين يفضلون استخدام وسائل منع الحمل في المخيم. كما يفهم أولئك الذين يستفيدون من الخدمات السرية أيضاً أنه باستثناء الواقي الذكري، فإن وسائل منع الحمل تمنع الحمل فقط، وليس العدوى التي تنتقل بالاتصال الجنسي، مثل فيروس نقص المناعة البشرية.

ويتيح المركز أيضاً الأوقية الذكرية مجاناً من خلال ماكينات التوزيع في أنحاء المخيم.

يأوي مخيم تيركيدي نحو ٥٢,٠٠٠ لاجئ من جنوب السودان.

كان أكثر من ١٠٠ مليون شخص في حاجة إلى المساعدات الإنسانية في عام ٢٠١٥، مقارنةً بنحو ٨٨ مليون في عام ٢٠١٤ و٧٨ مليون في عام ٢٠١٣. وكانت النساء والمراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و٤٩ سنة يمثلن حوالي واحد من كل أربع أشخاص في المجموع.

وبينما تزداد أزمات العالم وتصبح أكثر تعقيداً، ينطبق ذلك أيضاً على احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات. وبسبب كثرة واتساع نطاق الأزمات في أنحاء العالم، تتم تلبية حصة متزايدة من إجمالي احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية من قبل المجتمع الدولي في الأوضاع الإنسانية. لذا فتحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية يعني على نحو متزايد تقديم الخدمات والمعلومات في خضم الصراعات وتحركات السكان على نطاق واسع، وخلال حصول الأوبئة أو في أعقاب كارثة طبيعية أو كارثة ذات صلة بتغير المناخ.

إن حماية الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للنساء والفتيات في حالات الأزمات أمر ضروري، وهي مسألة تتعلق بحقوق الإنسان، ولكنها أيضاً مسألة معقدة ومكلفة وغير مستدامة إن لم يحدث تغيير في الطريقة التي يتم بها تقديم المساعدات الإنسانية وتمويلها.

ومن هنا بدأت تظهر حتمية التحول طويل الأجل في طريقة تناول المجتمع الدولي والحكومات المتضررة ذاتها للعمل الإنساني وتمويله. وبالإضافة إلى تعبئة الموارد لتلبية الاحتياجات الإنسانية الحادة، يجب على جميع أصحاب المصلحة أيضاً إيلاء مزيد من الانتباه إلى الاستثمارات طويلة الأجل التي يمكن أن تساعد في معالجة الأسباب الكامنة وراء الأزمات، وخاصة التخلف، وبناء قدرة الأفراد والمجتمعات والدول على التعافي للمساعدة في التخفيف من حدة الأثر. وتعتمد القدرة على التعافي في جزء منها على التنمية وكيفية تحقيق المكاسب الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع بشكل منصف وعادل. ومتى تتدنى القدرة على التعافي، تزداد احتمالات التعرض للصراعات والكوارث. ويبرز الاستعداد كمتغير آخر بالغ الأهمية في معادلة القدرة على التعافي.

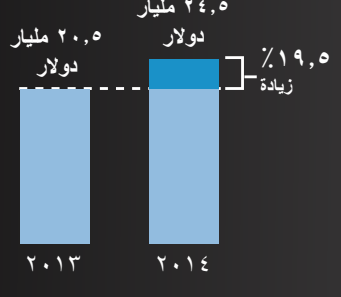
ولا شك أن الصحة الجنسية والإنجابية ليست فقط حقاً من حقوق الإنسان، بل هي أيضاً أساسية لتحقيق التنمية المستدامة.

طلاب في المأوى الذي أُقيم بعد تهدم المدرسة في دامسيجهانغ، نيبال، بفعل الزلزال.

Photo © Panos Pictures/Brian Sokol

المساهمات

في عام ٢٠١٤، وهو عام اتّسم باندلاع عدة حالات طوارئ على نطاق واسع، ارتفعت المساهمات لتصل إلى آفاق جديدة، حيث بلغ مجموعها ٢٤,٥ مليار دولار، بزيادة قدرها ١٩,٥ في المائة عن الرقم القياسي السابق وهو ٢٠,٥ مليار دولار في عام ٢٠١٣. وهذه هي السنة الثالثة على التوالي التي تشهد المساعدات الإنسانية الدولية فيها نمواً ملحوظاً.



وكلما زاد مقدار تقدم بلد ما، كلما كان أكثر قدرة على التعافي، وكلما زادت فرصه في الانسحاب أو الخروج من أي أزمة بأقل الخسائر. فالاستجابة لحالات الطوارئ دائماً أكثر تكلفة من التأهب وتخفيف المخاطر.

لاقى إطار الحد من مخاطر الكوارث تأييداً من قبل المجتمع الدولي في سينداي، اليابان، في وقت سابق من هذا العام. وتتعلق فقرات في هذا الإطار بشكل مباشر بولاية صندوق السكان لأنها تشير إلى الحاجة إلى تعزيز تصميم وتنفيذ سياسات شاملة وآليات شبكات الأمان الاجتماعية على الصعيدين الوطني والمحلي، بما في ذلك من خلال مشاركة المجتمع المحلي التي تكملها برامج تحسين سبل العيش، وسبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك صحة الأم والوليد والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، والأمن الغذائي والتغذية، والسكن والتعليم من أجل القضاء على الفقر، وإيجاد حلول دائمة في مرحلة ما بعد الكوارث، ولتمكين ومساعدة الناس الذين يتضررون من الكوارث أكثر من غيرها.

أيضاً هذا العام، دعا إعلان أصدرته مجموعة من الخبراء الذين التقوا في أبو ظبي، إلى مزيد من التركيز الاستراتيجي على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد وصحة الأطفال والمراهقين ورفاههم في إطار "سلسلة متواصلة" للتنمية والمساعدات الإنسانية، وإلى تعزيز النظم الصحية الوطنية ودون الوطنية وزيادة قدرتها على التعافي كي تزداد فرص توفير الخدمات عالية الجودة في حالات الأزمات وفي سياق الكوارث والنزاعات.

معدل قياسي للحاجة إلى التمويل الإنساني

لقد أسفرت الصراعات والكوارث الطبيعية، بما في ذلك الأحداث المناخية المتطرفة، جنباً إلى جنب مع الأزمات الأخرى التي طال أمدها والفقر المدقع، كلها عن خروج أكبر عدد من النازحين قسراً من مجتمعاتهم المحلية أو بلدانهم منذ الحرب العالمية الثانية، الأمر الذي أدى إلى بلوغ احتياجات تمويل المساعدات الإنسانية الدولية إلى مستويات قياسية (Kim et al., 2015; Bond for International Development, 2015).

كما أن متطلبات صندوق السكان لتمويل العمل الإنساني في مجالات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية قد وصلت هي الأخرى إلى حد غير مسبوق، حيث ارتفعت من حوالي ٧٨ مليون دولار في عام ٢٠٠٦ إلى حوالي ١٧٥ مليون دولار في عام ٢٠١٤.

ويتمثل التحدّي حالياً في تلبية الاحتياجات الواسعة والمتعدّدة الأبعاد لدى المزيد من الأشخاص المتضررين من الأزمات الإنسانية. والفرصة السانحة اليوم هي الاستفادة من الجهات المانحة الجديدة والشراكات مع القطاع الخاص والاستراتيجيات المبتكرة الأخرى لإيجاد حلول مستدامة.

المساعدات الإنسانية الدولية بلغت ٢٤,٥ مليار دولار في عام ٢٠١٤

بلغ متوسط المساعدات الإنسانية الدولية في أنحاء العالم ١٩,٨ مليار دولار سنوياً ما بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٤ (مبادرات التنمية، ٢٠١٥). ولكن في عام ٢٠١٤، وهو عام اتسم باندلاع عدة حالات طوارئ على نطاق واسع، ارتفعت المساهمات لتصل إلى آفاق جديدة، حيث بلغ مجموعها ٢٤,٥ مليار دولار، بزيادة قدرها ١٩,٥ في المائة عن الرقم القياسي السابق وهو ٢٠,٥ مليار دولار في عام ٢٠١٣. وهذه هي السنة الثالثة على التوالي التي تشهد المساعدات الإنسانية الدولية فيها نمواً ملحوظاً.

وتزعمت الحكومات والمؤسسات المانحة الرئيسية تمويل الاستجابات للأزمات الإنسانية الواسعة النطاق، حيث وفرت ١٨,٧ مليار دولار في عام ٢٠١٤. حوالي ٩٠ في المائة - ١٦,٨ مليار دولار - قدمتها الـ٢٩ دولة العضو في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD-DAC, 2014b; UNFTS, 2015). وشكلت هذه الدول نفسها ٩٤ في المائة من المساعدات الإنسانية الدولية من جانب الحكومات والتي قُدمت بها تقارير على مدى العقد الماضي. وقدمت الولايات المتحدة نحو ٣٢ في المائة من جميع المساعدات الإنسانية الدولية في عام ٢٠١٤.

وفي عام ٢٠١٤، انضمت كل من المملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة إلى قائمة أكبر ٢٠ جهة مانحة للمساعدات الإنسانية. وارتفعت المساهمات المقدمة من الدول

العربية بمعدل ١٢٠ في المائة ما بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٤، من ٧٦٤ مليون دولار إلى ١,٧ مليار دولار، ومعظمها في إطار الاستجابة للأزمات في العراق وسوريا. وجاء معظم التمويل من الكويت وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة.

وازدادت مساهمات تركيا أيضاً زيادة كبيرة، مما يجعلها إحدى أكبر الجهات المانحة للأزمة السورية، حيث خصّصت ١,٦ مليار دولار للاجئين السوريين (Start Network, 2014).

وزادت الجهات المانحة في شرق آسيا من التمويل الإنساني بمعدل ١١ في المائة ما بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٤، حيث قدمت اليابان ٨٨٢ مليون دولار، وتليها جمهورية كوريا والصين، اللتين بلغت إسهاماتهما ٨١,٧ و٥٣,٧ مليون دولار، على التوالي.

وتتزايد أيضاً المساهمات المقدمة من الاقتصادات الوطنية الناشئة. فقد ارتفعت مساهمات البرازيل، على سبيل المثال، من ٢,٦ مليون دولار في ٢٠٠٥ لتصل إلى ١٤,٩ مليون دولار في عام ٢٠١٤. وحشدت سيراليون ١٧,٢ مليون دولار من مواردها الخاصة للاستجابة لأزمة الإيبولا.

مصادر أخرى لتمويل المساعدات الإنسانية

يشكل القطاع الخاص وعامة الجمهور مصادر هامة أخرى للمساعدات الإنسانية التي تُوجّه أساساً من خلال المنظمات الدولية غير الحكومية. ولقد نجحت المجموعة المتنوعة من الجهات المانحة التي تضم الأفراد والصناديق الاستئمانية والمؤسسات والشركات في تمويل نحو ٢٧ في المائة من المساعدات الإنسانية الدولية ما بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٣ (Stoianova, 2013; Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiative, 2015).

وشكلت الجهات المانحة الخاصة كمجموعة، أكبر مساهم في المساعدات الإنسانية الدولية في الاستجابة لإعصار حيان في عام ٢٠١٣ وثالث أكبر جهة في الاستجابة لوباء الإيبولا في عام 2014 (Stoianova, 2013; Development Initiative, 2015).

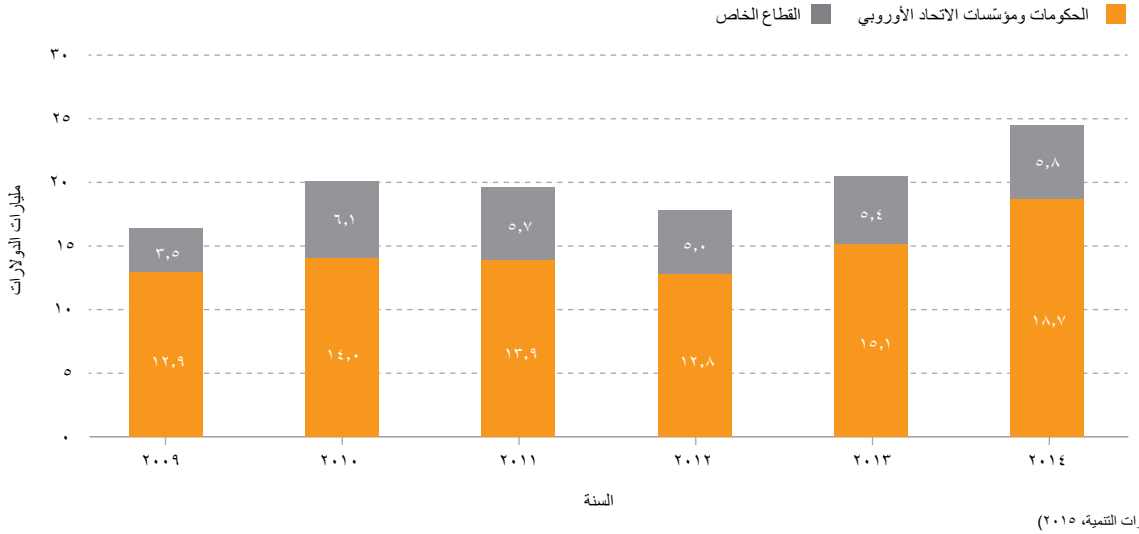
وتوفر جاليات العاملين بالخارج المساعدة من خلال التحويلات. والمنظمات الدينية، التي تعمل بعضها بشكل مستقل عن نظام المساعدات الإنسانية، توفر أيضاً قدراً من المساعدة. وتلعب المنظمات ذات المرجعية الإيمانية دوراً رئيسياً في تمويل المساعدات الإنسانية، بمقدار ١٦ في المائة من جميع المساعدات الموجهة من خلال المنظمات غير الحكومية.

نداءات الأمم المتحدة الموحّدة

تعتمد النداءات الموحّدة التي تقودها الأمم المتحدة، على الاحتياجات التي تم تقييمها والاستجابات المخطط لها من جانب وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الدولية غير الحكومية العاملة في بلدان محددة أو التي تستجيب لحالات طوارئ بعينها.

الاستجابة الإنسانية الدولية

٢٠٠٩–٢٠١٤



(مبادرات التنمية، ٢٠١٥)

وفي عام ٢٠١٤، طلبت الأمم المتحدة مبلغاً غير مسبوق بلغ ١٩,٥ مليار دولار من خلال ٣١ نداءً. ساهم المانحون بنحو ١٢ مليار دولار منه، تاركين فجوة غير مسبوقة بلغت ٧,٥ مليار دولار، أو ٣٨ في المائة من إجمالي المساعدات اللازمة.

وبالنسبة للأموال "المجمعة" التي تديرها الأمم المتحدة، مثل الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ، فهو يتألف من موارد غير مخصّصة لتلبية الزيادات الحادة في الاحتياجات الإنسانية. وفي عام ٢٠١٤، خصّص الصندوق ٢٩٠ مليون دولار لمشاريع الاستجابة السريعة و١٧٠ مليون دولار للمشاريع التي تعاني من شحّ التمويل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأموال القطرية المجمعة، والتي تعتمد على التبرعات من الحكومات والمانحين من القطاع الخاص، فقد خصصت ٣٨٦ مليون دولار إلى ١٩ بلداً في عام ٢٠١٤. وأتت مساهمات الجهات المانحة المجمّعة في عام ٢٠١٤ أساساً من الدنمارك وألمانيا وهولندا والنرويج وقطر والسويد والمملكة المتحدة.

اتساع الفجوات التمويلية

لم تتمكن المساعدات الإنسانية الدولية وحدها من مواكبة تزايد الاحتياجات والتعقيد البالغ للأزمات الإنسانية اليوم، ناهيك عن الدوافع الكامنة مثل عدم الاستقرار والفقر والضعف (Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiative, 2015).

على مدى السنوات الـ ١٠ الماضية ارتفعت المساهمات المترتبة على النداءات الإنسانية الدولية بمعدل ٣٠٠ في المائة (Bond for International Development, 2015). وفي الوقت نفسه، فإن الفجوات التمويلية آخذة في النمو على نطاق أوسع (مبادرة التنمية، ٢٠١٥).

يتفاقم هذه النقص من جراء نقص الموارد والقدرات في الأماكن الأكثر عرضة للأزمة، وخاصةً في المجتمعات المتضررة من النزاعات حيث تكون الاستجابة المحلية محدودة أو معدومة. وعلاوة على ذلك، فإن الضغوط على النظام حتماً ستزيد في السنوات القادمة نتيجة لآثار تغير المناخ، ومواطن الضعف المرتبطة بالتوسّع العمراني والحاجة الناشئة عن الدول الهشة أو المتأثرة بالصراعات. كذلك فإن معظم البلدان العشرين التي تلقت معظم التمويل الدولي الإنساني في العقد الماضي، قد مزقتها الصراعات، ومعظمها قد تعرّض بدرجة كبيرة لآثار تغير المناخ ولا يمتلك سوى قدرات محدودة على التكيف أو الاستعداد أو التعامل مع الآثار، وكلها تُعتبر دولاً هشة (Inomata, 2012).

وتشير الفجوات المتسعة إلى أن ترتيبات التمويل الحالية على صعيد العمل الإنساني قد تكون غير مستدامة.

لا يتم توزيع الأموال بالتساوي

واجهت بعض البلدان وحالات الطوارئ فجوات في التمويل أكبر من غيرها في عام ٢٠١٤. فالنداءات الإنسانية الأصغر تنجح في تلبية نسبة محدودة فقط من احتياجاتها. وباستثناء الأزمات ذائعة

العواقب الاقتصادية

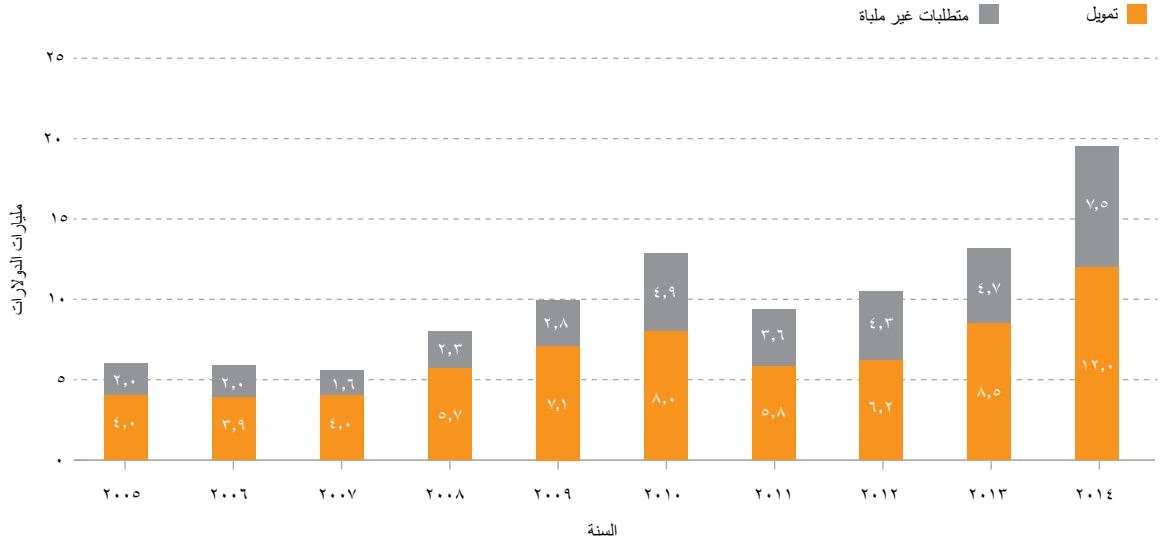
في عام ٢٠١٣، بلغت قيمة التبعات المباشرة (الخسائر التي لحقت بالبنية التحتية والإسكان والمحاصيل) والتبعات غير المباشرة (خسارة العائدات، وخسارة الإنتاج، وزعزعة استقرار السوق، وفقدان فرص العمل) المترتبة على الكوارث الطبيعية ما يقدر بنحو ١١٨,٦ مليار دولار (UNOCHA, 2014).

وفي عام ٢٠١٤، تسببت الأضرار الاقتصادية الناجمة عن هطول الأمطار الغزيرة والعواصف والفيضانات وظروف الشتاء القاسية وحدها في خسائر اقتصادية بقيمة ١١٠ مليارات دولار (UNISDR, 2014). وتشير التقديرات إلى أن الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الكوارث التي وقعت منذ عام ٢٠٠٠ تبلغ ٢,٥ تريليون دولار (UNISDR, 2014).

وأصبحت الكوارث الطبيعية التي تبلغ كلفتها مليارات الدولارات أكثر فأكثر شيوعاً.

إلا أن الإحصاءات العالمية حول الخسائر الاقتصادية الناجمة عن النزاعات وحالات الطوارئ الأخرى التي طال أمدها أكثر صعوبة في التأكد من صحتها. فحالات الطوارئ الإنسانية المعقدة والمزمنة عادةً ما تقع في بيئات غير آمنة وفقيرة للغاية وتتعلق بدول أو مؤسسات قائمة على دول فشلت أو تفشل وفي سياق بنى تحتية مدمّرة.

التمويل والمتطلبات غير الملباة في نداءات الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٤



(مبادرات التنمية، ٢٠١٥)

الصيت في أوكرانيا، لم تزد نسبة التمويل فيها كلها عن ٥٠ في المائة. وفي المقابل، حصلت الاستجابة لأزمات جنوب السودان والعراق وإيبولا التي طلبت كل منها، أكثر من ١ مليار دولار، على نسبة تمويل بلغت ٩٠ في المائة، و٧٥ في المائة و٨١ في المائة، على التوالي (Gingerich and Cohen, 2015).

ولا يُوجّه سوى قدر محدود نسبياً من المساعدات الإنسانية مباشرةً إلى الجهات الفاعلة الوطنية والمحلية في البلدان المتأثرة بالأزمات. وبين عامي ٢٠٠٧ و٢٠١٣، تلقت هذه الجهات أقل من ٢ في المائة من إجمالي المساعدات الإنسانية السنوية (Gingerich and Cohen, 2015).

تخصيص حصة أصغر للتأهب والتعافي المبكر

يتم توجيه التمويل الإنساني أساساً نحو الاستجابة للأزمات، فيما تُوجّه نسبة محدودة نسبياً للوقاية والتأهب. وما يقرب من ٦٠ في المائة من المساعدات الإنسانية تُخصص للإغاثة في حالات الطوارئ، و٣٥ في المائة لإعادة الإعمار وإعادة التأهيل، و٥ في المائة فقط تُوجّه للتأهب لمواجهة الكوارث والتخفيف من آثارها. وعلى مدى السنوات الخمس الماضية، خصّصت أكبر الجهات المانحة ما بين ٣ و٦ في المائة من إجمالي إنفاقها على المساعدات الإنسانية للحد من المخاطر والآثار (Gingerich and Cohen, 2015).

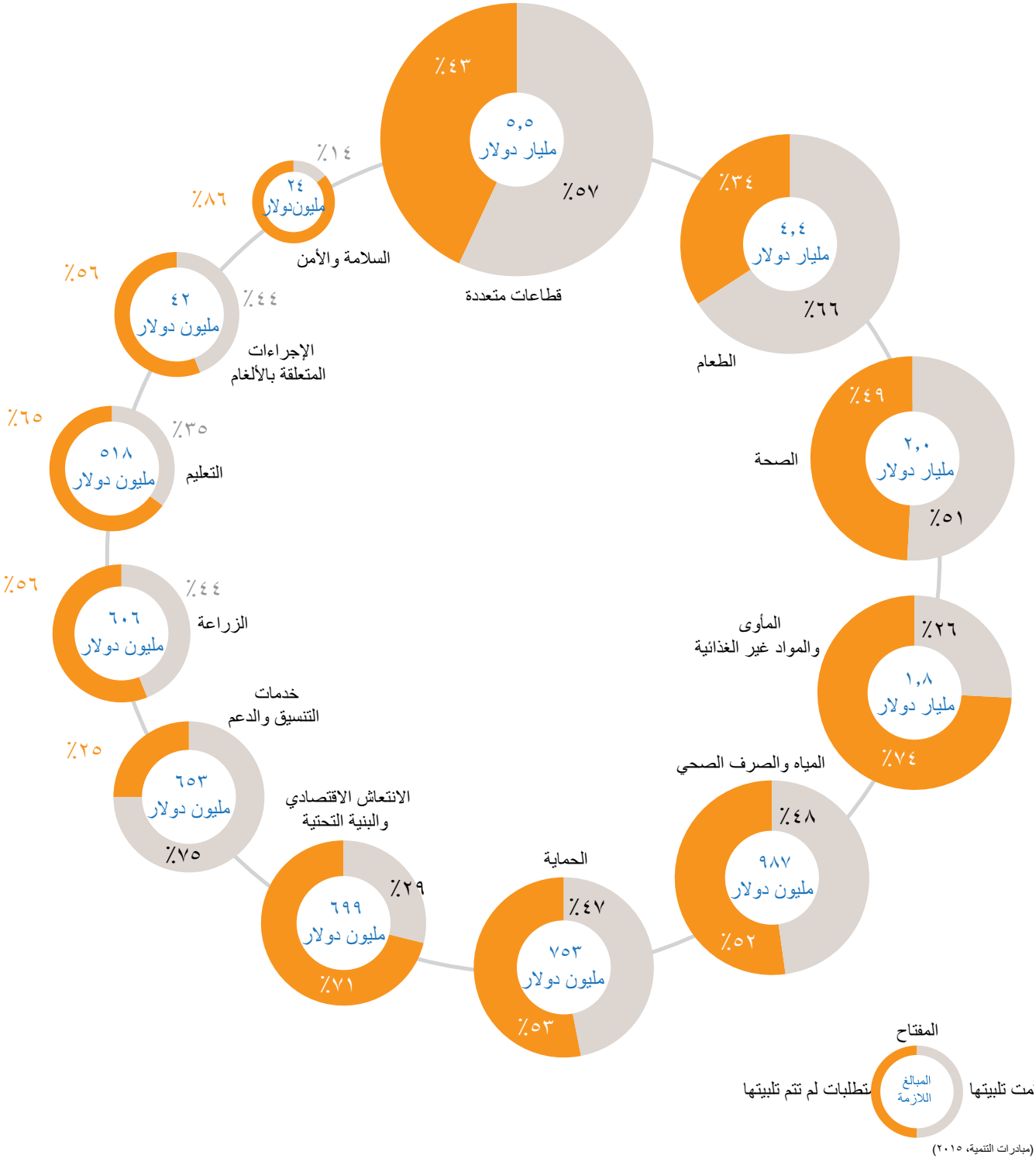
ويظهر إطار سينداي ٢٠١٥-٢٠٣٠ للحد من مخاطر الكوارث اعترافاً متزايداً بأهمية الاستثمارات لمنع وقوع الكوارث الناجمة عن الأخطار الطبيعية والاستعداد بشكل أفضل لمواجهتها.

وعلى مدى العقد الماضي، كان هناك تطور في التمويل الإنساني. ولكن الجزء الأكبر من التمويل لا يزال يُخصّص للاستجابة لحالات الطوارئ التي طال أمدها، بدلاً من الوقاية والتأهب (Inomata, 2012).

التمويل الموجّه إلى الصحة الجنسية والإنجابية يشكل حصة صغيرة من المجموع

التمويل المخصّص للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ الإنسانية منخفض نسبياً، سواء من حيث الكمية والحصة في كل الموارد الإنسانية.

متطلبات التمويل مقابل التمويل الفعلي الوارد، مقسّم حسب الغرض منه، ٢٠١٤



(مبادرات التنمية، ٢٠١٥)

عيادة لصحة الأسرة، صويلح، الأردن.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

وعلى الرغم من أن طلبات التمويل والتمويل المطلق الواردة للصحة الإنجابية في النداءات الإنسانية قد زادت منذ عام ٢٠٠٢، لم تتم تلبية سوى ٤٣ في المائة فقط من الحاجات ما بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٣، مقابل ٦٨ في المائة لإجمالي تمويل القطاع الإنساني (Tanabe et al., 2015).

ومن بين مقترحات التمويل وعددها ١١,٣٤٧ مقترحاً قُدّم لمجتمع المانحين الدوليين لدعم الصحة والحماية في ٣٤٥ حالة من حالات الطوارئ ما بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٣، ٣,٩١٢ - أي ٣٤,٥ في المائة - كانت ذات صلة بالصحة الإنجابية (Tanabe et al., 2015). وتبين أن عدد المقترحات التي تحتوي على أنشطة محددة في مجال الصحة الإنجابية زاد بمعدل ٢٢ في المائة سنوياً، في حين أن نسبة نداءات قطاع الصحة والحماية التي تتضمن أنشطة للصحة الإنجابية زادت بنسبة ١٠ في المائة فقط سنوياً في المتوسط (Tanabe et al., 2015).

وفي السنوات الأخيرة، كثفت الجهات المانحة دعمها للخدمات التي تتصدي للعنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس، وخاصةً في حالات النزاع، حيث زادت المساهمات بما يزيد عن الضعف من ٥٠ مليون دولار في عام ٢٠١٢ إلى ١٠٧ مليون دولار في عام ٢٠١٤. ومع ذلك، وعلى الرغم من الزيادة في التمويل لمعالجة هذه المشكلة في حالات الطوارئ الإنسانية، فإن حصة إجمالي المساعدات الإنسانية لا تزال منخفضة، بنسبة ٠,٥ في المائة فقط في عام ٢٠١٤ (مبادرة التنمية، ٢٠١٥).

Tanabe et al. (٢٠١٥) يوضح أن ٥٧ في المائة من جميع نداءات التمويل للمساعدات الإنسانية "التي تستهدف الجنسين" ما بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٣ شملت مقترحات محددة لصحة الأم والطفل. وتضمنت نحو ٤٦ في المائة منها طلبات تمويل للتصدي للعنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس، و٣٨ في المائة سعت للحصول على التمويل لفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، أما ٢٧ في المائة فطلبت تمويلاً للصحة الإنجابية العامة، وحوالي ١٥ في المائة في مجال تنظيم الأسرة. وفي الفترة نفسها، فإن المقترحات التي شملت جميع مكونات مجموعة الحد الأدنى للخدمات الأولية للصحة الإنجابية في حالات الأزمات زادت بمعدل حوالي ٤٠ في المائة (Chynoweth، 2015).

هناك نقص ملحوظ في الاهتمام بالصحة الإنجابية للمراهقين من حيث التمويل والحصول على الخدمات والبرامج وتقييم البرامج (مفوضية اللاجئين النسائية، ٢٠١٤). ومنذ عام ٢٠٠٩، شكلت مقترحات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين من خلال نداءات الأمم المتحدة الموحدة والعاجلة أقل من ٣,٥ في المائة من جميع مقترحات الصحة سنوياً، و٦٨ في المائة ظلت بلا تمويل (لجنة اللاجئين للمرأة، ٢٠١٤).

أكثر من نصف اللاجئين والنازحين داخلياً وطالبي اللجوء هم من النساء والفتيات الصغيرات، اللاتي يحتجن إلى الحصول على الرعاية الأساسية في مجال الصحية الإنجابية. ويزيد النزوح من حاجتهن إلى خدمات الصحة الإنجابية. كذلك فإن نقص الخدمات والتدخلات المنقذة للحياة، مثل الرعاية التوليدية، يؤدي إلى زيادة الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض غير المأمون وزيادة في معدلات الاعتلال والوفيات الناجمة عن العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس ومضاعفات الحمل (IRC, 2012).

النظر إلى تمويل المساعدات الإنسانية من منظور جديد

إن الحاجة إلى العمل الإنساني تتزايد يوماً بعد يوم، إذ تتسبب النزاعات التي طال أمدها في تشريد أعداد قياسية من الناس لسنوات وأحيانا لعقود، وتخلّف ندرة المياه وانعدام الأمن الغذائي وسوء الأحوال الجوية تأثيراً أكبر على حياة الناس، لا سيما الفقراء في المناطق الحضرية ذات الكثافة السكانية العالية.

وتصاحب هذه الحاجة المتزايدة ضرورة أكبر لدعم النساء والفتيات وتلبية احتياجاتهن من حيث الصحية الجنسية والإنجابية، التي كان ينظر المجتمع الدولي إليها في الماضي باعتبارها ثانوية مقارنةً بالاحتياجات الأساسية للمياه والغذاء والمأوى.

وفي السنوات الأخيرة، نشأ فهم جديد حول الأهمية الحاسمة لضمان الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية وإدراك أن تحقيق الأهداف الإنسانية في القطاعات الأخرى، مثل التعليم والأمن الغذائي وإنقاذ حياة الأطفال، يعتمد في جزء منه على ما إذا كانت النساء والفتيات لديهن القدرة والوسائل اللازمة لتحديد ما إذا كن يرغبن في الحمل وتوقيته ومعدل تكرار ذلك، وما إذا كن يرغبن في الزواج وتوقيت ذلك، وكيفية حماية أنفسهن من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

كما ظهر استيعاب فكرة أن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية أساسية للتأهب للكوارث والحد من المخاطر والانتعاش وإعادة التأهيل والقدرة على التعافي.

إن النساء والفتيات في كل مكان، وخصوصاً في البلدان الأكثر فقراً، محرومات أكثر من غيرهن، حتى في الظروف المستقرة. فهن يمتلكن سبلاً محدودة للحصول على الخدمات والفرص، وهن أقل قوة من الناحية الاقتصادية، وأقل احتمالاً لممارسة حقوقهن، كما أنهن يواجهن مخاطر صحية إضافية تتعلق بالحمل والولادة. وعند وقوع كارثة أو نشوب صراع، يتفاقم عدم المساواة.

تحوّل جوهري في نموذج الأعمال الإنسانية

على غرار التمويل الإنساني بشكل عام، فإن التمويل الموجّه للصحة الجنسية والإنجابية لم يتمكن بعد من مواكبة الحاجة المتزايدة.

فالفجوات في التمويل الإنساني، على صعيد العمل الإنساني بشكل عام والصحة الجنسية والإنجابية، لا تزال موجودة، مما يشير إلى أن الترتيبات الحالية قد لا تكون قادرة على تلبية الاحتياجات في السنوات المقبلة. هناك حاجة إلى نُهُج مبتكرة للتمويل، بيد أن الابتكارات مطلوبة في النهج الشاملة للعمل الإنساني بشكل عام.

تقدم مجموعة تمويل المساعدات الإنسانية المستقبلية المستقلة النصح والمشورة للجنة الأمم المتحدة الدائمة المشتركة بين الوكالات، وهي هيئة تنسيقية تتألف من تسعة أعضاء كاملي العضوية، من بينهم صندوق السكان. وتوصي المجموعة في تقريرها لعام ٢٠١٥ بعنوان Looking Beyond the Crisis باتخاذ عدد من التغييرات الكبيرة في الطريقة التي يتم بها تمويل العمل الإنساني وتنفيذه، بدءاً من "التحول الجذري في نموذج الأعمال الإنسانية"، بالابتعاد عن "ثقافة ومجموعة من ممارسات تميل إلى التقوقع والاقتصار على رد الفعل والم

نافسة والانحياز إلى الاعتماد على التوقّع والشفافية والبحث والتجريب والتعاون الاستراتيجي."

جدول أعمال عالمي جذري لتلبية الاحتياجات التمويلية الإنسانية

وفقاً للمجموعة، على الجهات الفاعلة الإنسانية أن تركز ليس فقط على تلبية الاحتياجات الإنسانية الحالية ولكن أيضاً العمل نحو مستقبل تكون الاستجابة الإنسانية الدولية فيه غير ضرورية أو استثنائية، أينما أمكن، وغالبية الاحتياجات تلبيها الجهات الفاعلة المحلية. ويتطلب هذا التحول "رؤية طويلة الأجل وتحالفات استراتيجية تضم مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة التي يمكنها تحقيق تغييرات تحويلية لجوانب الضعف وإدارة المخاطر."

وتتطلب كذلك "جدول أعمال عالمي وجذري" لمواجهة تحديات التمويل الإنساني في المستقبل من خلال إشراك وتمكين مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة في تغطية التكاليف المرتبطة بإدارة المخاطر ومن خلال التعامل مع أوضاع ما بعد الأزمة كقضية "مسؤولية مشتركة وصالح عام."

لم يعد جمع التبرعات امتيازاً "غربياً". ففي يناير/كانون الثاني، على سبيل المثال، نجحت حملة تلفزيونية للهلال الأحمر في دبي في جمع ٤٠ مليون دولار في ست ساعات لصالح اللاجئين السوريين الفارين من عاصفة ثلجية مميتة. وفي المستقبل من المحتمل أن تلعب المنظمات والجهات المانحة الإقليمية دوراً رائداً في الاستجابة للكوارث حيث أنها تشترك في مستويات عالية من التقارب الثقافي والجغرافي.

ربط التمويل الإنساني بالتنمية

دعا الأمين العام للأمم المتحدة، في تقرير إلى الجمعية العامة في عام ٢٠١٥، إلى تمويل يمكن التنبؤ به بشكل أكبر فيما يخص العمل الإنساني وإلى تحسين الفعالية في الاستجابة عن طريق إيلاء الأولوية لبعض الموارد لتلبية الاحتياجات الأكثر إلحاحاً، وأشار إلى ضرورة تقوية الروابط بين التمويل والتنمية بهدف تعزيز قدرة السكان والمؤسسات الضعيفة على التعافي قبل وأثناء وبعد الأزمات (الأمم المتحدة، 2015c).

وأصدر مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والاجتماعي في وقت سابق من هذا العام قراراً يتضمن توصيات مماثلة: على الدول الأعضاء ومنظومة الأمم المتحدة والقطاع الخاص والجهات الأخرى المعنية توفير التمويل والاستثمار الكافيين في مجال بناء التأهب والقدرة على التعافي، بما في ذلك من ميزانيات المساعدات الإنسانية والتنمية، فضلاً عن التمويل الأساسي غير المخصّص والتمويل المرن للنداءات متعددة السنوات، من أجل سد الفجوة بين التمويل الإنساني والتنموي (الأمم المتحدة، 2015c).

ويتمثل تحدٍ آخر مهم أمامنا في الطبيعة قصيرة الأجل لدورات التمويل الإنساني في الأمم المتحدة. وذكر الأمين العام أن الترتيب القائم يجعله من الصعب الإقدام على التخطيط الفعّال متعدد السنوات والمدرك للمخاطر في مجال المساعدات الإنسانية: "إن جمع الأموال بشكل سنوي للأزمات التي طال أمدها ليس طريقة فعالة من حيث التكلفة، ولا تسمح للوكالات الإنسانية بالاستفادة من الكفاءة التي يمكن تحقيقها من التخطيط لعدة سنوات" (الأمم المتحدة، 2015c).

قصور البيانات يعوق توجيه الأموال إلى الصحة الجنسية والإنجابية

أحد التحديات التي تعوق تعبئة الموارد خصيصاً للصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية، وللعمل الإنساني بشكل عام، هو ندرة البيانات المصنفة حسب نوع الجنس والعمر عن الأفراد المتضررين من الأزمات. لكن البيانات الموثوقة أو الكاملة حول ماهية الأموال التي توجّه لإجراءات الصحة الجنسية والإنجابية ومقدارها ومصدرها نادرة أيضاً. وفي حين أن هناك بعض البيانات عن مساهمات القطاع الخاص والمؤسسات وغيرها، فإن الأرقام غالباً ما تكون ناقصة. وبدون صورة كاملة عن التمويل من جميع المصادر في أي سياق إنساني، يصبح إنشاء استجابات منسقة أمراً أكثر صعوبة، وغالباً ما تضيع الفرص المتاحة لتحقيق التآزر.

نحو تمويل يمكن التنبؤ به، مع زيادة الاهتمام بالتأهب والحد من المخاطر

على مدى العقد الماضي، ازداد عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة الإنسانية وفي حين أن التمويل الفعلي المقدم شهد زيادة هو الآخر، إلا أن ذلك لم يمنع فجوات التمويل من الاتساع. وينطبق هذا الاتجاه نفسه على العمل الإنساني في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

وفي الوقت نفسه، زادت تكاليف تقديم خدمات ولوازم الصحة الجنسية والإنجابية الحرجة، وذلك إلى حد كبير لأن حصة متزايدة من هذه الخدمات واللوازم يتم توفيرها في الأزمات وحالات الطوارئ.

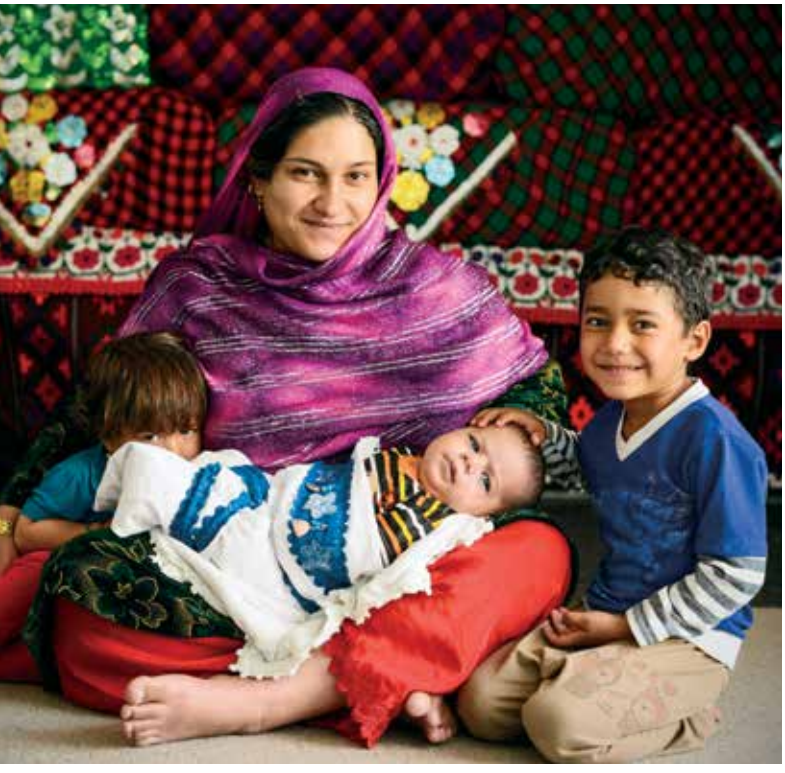
وبالتالي يمكن أن تكون ترتيبات التمويل الحالية في مجال العمل الإنساني غير مستدامة، الأمر الذي يتطلب نُهُج جديدة ليس فقط بالنسبة للتمويل، ولكن أيضاً فيما يخص المساعدات الإنسانية بشكل عام. كذلك فإن طرائق التمويل التي تسمح بالتخطيط على المدى الطويل، إلى جانب التدابير الرامية إلى تحسين القدرة على التنبؤ بالتمويل والمرونة في تخصيص الموارد، يمكن أن تؤدي إلى برامج أكثر فعالية وتوجيه أفضل إلى السياقات التي تشتد فيها الحاجة إلى الموارد. وأيضاً يجب تعزيز نظم الرصد والإبلاغ وتحسين الشفافية حتى يتسنى للبلدان المانحة أن تظهر لمواطنيها أن المساهمات تحدث فرقاً في حياة الأفراد المتضررين من الكوارث والنزاعات.

ومع الاستمرار في تلبية الاحتياجات الإنسانية الحادة، ينبغي على المجتمع الدولي والحكومات نفسها أن تستثمر أكثر في بناء القدرات لزيادة إمكانية التعافي وفي التأهب للكوارث والحد من المخاطر أيضاً، وذلك بهدف الحد من التعرض للصراعات والكوارث وتسريع التعافي منها إذا وقعت أو متى وقعت.

قد يجد النظام الإنساني الدولي نماذج مناسبة للتمويل المستدام في قطاع التنمية. كما ينبغي تقديم المساعدات الطارئة بطرق من شأنها أن تكون داعمة للتنمية على المدى الطويل، وذلك لضمان الانتقال السلس من مرحلة الإغاثة إلى مرحلة إعادة التأهيل والتنمية. وفي الوقت نفسه، ينبغي على منظمات المساعدات الإنمائية دمج تدابير التأهب للكوارث والحد من المخاطر وبناء القدرة على التعافي في برامجها (لجنة الخبراء الحكومية الدولية التابعة للأمم المتحدة والمعنية بتمويل التنمية المستدامة، ٢٠١٤).

في وقت سابق من هذا العام، عيّن الأمين العام فريقاً رفيع المستوى بشأن تمويل المساعدات الإنسانية لاستعراض التحديات الراهنة والمستقبلية وتحديد سبل لسد ثغرات التمويل.

ويتيح مؤتمر القمة العالمية للعمل الإنساني القادم فرصة غير مسبوقة للدول المانحة والمنظمات الدولية والحكومات لإعادة النظر في كيفية تنفيذ العمل الإنساني وتمويله، ولإعادة مواءمة التدخلات المستقبلية بحيث تعزز أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة للفترة ٢٠١٥-٢٠٣٠ وتتماشى معها (الأمم المتحدة، 2015c).



اللاجئون الأفغان في شيراز، إيران.
Photo © UNHCR/Sebastian Rich

الفصل ٦

رؤية تطويرية للحد من المخاطر والاستجابة والقدرة على التعافي

العمل الإنساني يمكن أن يضع الأساس اللازم للتنمية على المدى الطويل. والتنمية التي يستفيد منها الجميع، والتي تمكّن الجميع من التمتع بحقوقهم، بما في ذلك الحقوق الإنجابية، يمكن أن تساعد الأفراد والمؤسسات والمجتمعات على الصمود في وجه الأزمات. كما يمكنها أن تساعد في تسريع عملية التعافي.

إشواري دانغول.
Photo © UNFPA/Santosh Chhetri

من اليأس إلى الأمل في نيبال

عندما وقع أسوأ زلزال في تاريخ نيبال، منذ قرن تقريباً في ٢٥ أبريل/نيسان، تغيرت حياة إشواري دانغول إلى الأبد.

بحثت الأم الحامل في شهرها السابع في ذلك الوقت، والتي تبلغ من العمر ٣٠ عاماً، بجنون عن ابنها ذي السبع سنوات والذي كان يلعب في منزل الجيران في قرية بتراواتي في منطقة نواكوت، لكنها سرعان ما أدركت أنه كان من بين ما يقرب من ٩٠٠٠ شخص فقدوا حياتهم في تلك الكارثة في ذاك اليوم.

اعتصر الحزن قلب إشواري وانتابها القلق أيضاً بشأن صحة جنينها وعما إذا كان من الممكن أن تضطر إلى الولادة بمفردها،

دانغول (في الوسط).
Photo © UNFPA/Santosh Chhetri

لأن الزلزال الذي بلغت قوته ٧,٨ درجة أتلف أو دمر ٧٠ في المائة من مراكز الولادة في مقاطعات نيبال الـ١٤ الأكثر تضرّراً، ومن بينها نواكوت.

لم يترك الزلزال لآلاف من النساء الحوامل مثل إشواري سوى فرص محدودة أو معدومة للحصول على الخدمات الصحية الأساسية لضمان ولادة آمنة.

أخبرت سوشيلا، وهي واحدة من المتطوعات في مجال الصحة بالمجتمع المحلي، إشواري عن مخيم للصحة الإنجابية يدعمه صندوق الأمم المتحدة للسكان، ويديره مستشفى ماناموهان التذكاري المجتمعي والوكالة المسيحية للتنمية والإغاثة وذلك بالتنسيق مع وزارة الصحة والسكان.

قدم المخيم لإشواري، ولأكثر من ٤٠٠ إمرأة أخرى ، المعلومات والخدمات المنقذة للحياة في الأيام الثلاثة الأولى من العمليات. ودعم الصندوق ١٠٩ مخيماً مماثلاً ووفر لها التمويل وقام بتوزيع لوازم الصحة الإنجابية على ١٢٤ مرفقاً صحياً، فنجح بذلك في الوصول إلى حوالي ١,٨ مليون امرأة في الأشهر الخمسة الأولى بعد وقوع الزلزال.

شملت خدمات المخيم رعاية ما قبل وما بعد الولادة والولادة الآمنة وتنظيم الأسرة والفحص لاكتشاف الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والعلاج منها والدعم النفسي والرعاية الصحية للناجيات من العنف القائم على نوع الجنس.

يقول الدكتور سومان بانتا، طبيب المخيم الذي فحص إشواري إن جنينها كان في وضع غير طبيعي داخل بطنها. أُحيلت إشواري إلى مستشفى تريشولى القريب، الذي واصل تقديم الخدمات على الرغم من الأضرار التي لحقت به. وبعد عشرة أسابيع من فقدان طفلها الأول في الزلزال، وضعت إشواري مولوداً ذكراً بصحة جيدة عن طريق عملية قيصرية.

نحن نعيش في عالم تسفر فيه الأزمات الإنسانية عن تكاليف باهظة تتكبدها الاقتصادات والمجتمعات والأفراد. فالحروب والكوارث الطبيعية تحتل عناوين الصحف، في البداية على الأقل. لكن ثمة أزمات أخرى أقل وضوحاً وإن كانت أيضاً مكلفة، مثل الهشاشة والضعف وعدم المساواة المتفاقم، وهي أزمات تخلّف ملايين البشر متعلقين بآمال واهية لتحقيق السلام والتنمية.

كل الأزمات، سواء تلك التي تنشأ في ساعات العواصف العنيفة، أو التي تحول دون تحقيق السلام لعقود، تدمر آفاق التنمية وفي أحيان كثيرة تمحقها بشدة. ويفقد الناس حياتهم ومعيشتهم ومنازلهم ومجتمعاتهم ويتكبدون إصابات بالغة وقد يصبحون من ذوي الإعاقة. وتختفي خدمات التعليم والصحة، فيُحرم الناس من حقوقهم في ذلك، وتبدأ سلسلة من العواقب الطويلة الأجل التي تجعل من التعافي في نهاية المطاف، أصعب وأصعب.

وتأتي على رأس الخسائر الصحة الجنسية والإنجابية. وفي حين يزداد توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الاستجابات الإنسانية، لا تزال هناك ثغرات صادمة. فبالنسبة للمرأة التي توشك على الولادة أو الفتاة التي تعرّضت للاغتصاب في خضم الفرار من القنابل التي تسقط على مدينتها، فإن العواقب، التي تشمل الوفاة والعجز في أسوأ الحالات، تضاعف الأضرار عدة مرات.

ولقد أكد العالم مراراً وتكراراً على الحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات. والآن، لابد من التمسّك بها في كل الحالات، بما في ذلك الأزمات الإنسانية. نحن نعرف كيفية القيام بذلك. وقد حان الوقت لتوسيع نطاق الالتزام والعمل.

إن الصراعات والكوارث لا تعفي أي حكومة أو جهة فاعلة إنسانية من الالتزامات التي تتجسد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، وهي احترام حق الفرد في الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك حق المرأة في أن تقرر بحرية وبمسؤولية ما إذا كانت ترغب في الحمل وتوقيته ومعدل تكراره.

القضاء على الصوامع التي تعيق العمل المتكامل

إن الأوقات التي تكثر فيها الأزمات تستلزم توسيع رقعة الاستجابة الإنسانية. ففي حين أنه لابدّ من الاستمرار في مقاومة "الحرائق" الإنسانية ، لا سيما وأن الكوارث الطبيعية تزداد في أوقات تغير المناخ، هناك الكثير الذي يمكن فعله لخفض الأسباب الجذرية للأزمات وتقليل نقاط الضعف الكامنة.

إن مصادر المخاطر كثيرة. فالتهميش السياسي والظلم الاقتصادي يمكن أن ينفجرا في صورة صراع. والأحياء الفقيرة التي يبنيها الفقراء على السهول الفيضية الرخيصة ستتكبد أسوأ الأضرار عند هبوب عاصفة عنيفة. كما أن التمييز بين الجنسين قد يترك النساء دون ما يكفي من الدخل أو التعليم لحماية أنفسهن من الكوارث.

وينشأ العديد من المخاطر عن سوء جودة التنمية، لأنها تستبعد فئات من البشر من العمل اللائق والخدمات الأساسية، على سبيل المثال، أو تدمر الموارد الطبيعية المشتركة. وعلى مستوى العالم، فإن البشر والبلدان ذات المستويات الأعلى من التنمية عادة ما تكون لديها قدرة أفضل على الصمود في وجه أسوأ تداعيات الأزمات. وفي الكوارث الطبيعية، يلقى مزيد من البشر حتفهم في البلدان ذات الدخل المنخفض بنحو ثلاثة أضعاف المعدل في البلدان ذات الدخل المرتفع.

وبالنسبة للنساء والفتيات، يتسبب التمييز بين الجنسين في تدني آفاق التنمية بشكل أكبر. فهن غالباً ما يكن أكثر عرضة للمخاطر من الرجال والفتيان في الكوارث الطبيعية، وأحياناً لأسباب بسيطة كعدم القدرة على السباحة. كذلك يد فإن قدراتهن على البحث عن ملجأ والتعافي في نهاية المطاف تزيد من تقييدهامحدودية فرص حصولهن على الدخل والأصول والشبكات الاجتماعية والنقل، من بين مشكلات أخرى، مما يؤدي إلى "كارثة مزدوجة".

وعلى الرغم من الروابط القوية بين التنمية والأزمات، فإن الكثير من جهود العالم الإنسانية لا تزال تنحصر في صورة "الاستجابة" التي لا تعمل إلا بعد وقوع الأزمة. وتظل عمليات الطوارئ منفصلة

تماماً عن المساعدات الإنمائية في المنظمات العالمية التي تقدم الاثنتين، حتى حين يثبت أن التدخلات في حالات الطوارئ أكثر تكلفة بكثير من الاستثمارات الإنمائية، التي يمكن أن تقلل من المخاطر.

هذا النهج مشكوك في كفايته وفي نزاهته أيضاً، وذلك من وجهة نظر الشمول. لقد حان الوقت لبناء روابط أوثق والعمل عبر السلسلة المتواصلة التي تمتد من التنمية إلى الاستجابة الإنسانية، وهي فكرة تعكس جدول أعمال الأمم المتحدة ٢٠٣٠ الذي يركز على العمل المترابط المتكامل. كما أن القيام بذلك يمكن أن يقلل المخاطر ومواطن الضعف، ويعزز القدرة على التعافي. وهو يعني دمج جميع العناصر الرئيسية لحقوق البشر وتنميتها في جميع الاستجابات الإنسانية، بما في ذلك الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. إن جدول أعمال ٢٠٣٠ هو خطة عمل دولية لصالح البشر وكوكب الأرض والرخاء على مدى الـ١٥ عاما القادمة وهو يعترف بالقضاء على الفقر بكل أشكاله وأبعاده، بما في ذلك الفقر المدقع، هو أكبر تحدٍ عالمي، وهو شرط لا غنى عنه لتحقيق التنمية المستدامة.

عادةً ما يُنظر إلى الغذاء والمأوى باعتبارهما الاحتياجات الإنسانية "الرئيسية". لكن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية تنقذ الأرواح، وتحمي الأسر وتسرّع التعافي، علاوة على التمسّك بالتزامات حقوق الإنسان التي قطعتها ١٧٩ حكومة في المؤتمر الدولي التاريخي للسكان والتنمية. جميع الأشخاص المتضرّرين من الأزمات، لا سيما النساء والفتيات، بحاجة إلى خدمات جيدة النوعية تتعلق بالحمل ووسائل منع الحمل والوقاية والعلاج من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والحماية من العنف القائم على نوع الجنس إلى جانب خدمات الدعم للناجيات.

الاستباق بدلاً من الاستجابة

يمكن لفهم المخاطر أن يساعد في الإقدام على خيارات أفضل للتنمية، للأفراد والمجتمعات والأمم. ويمكن له أن يوجّه الإعداد المسبق وبناء القدرة على التعافي، بحيث إذا وقعت الأزمة بالفعل، تكون العواقب أقل، والحاجة للتدخل الإنساني أقل، والتعافي أسرع.

مركز صحة الأسرة، صويلح، الأردن.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

إنشاء إدارة شاملة لمخاطر الكوارث

يحدّد إطار سينداي للحدّ من مخاطر الكوارث للفترة ٢٠١٥ إلى ٢٠٣٠ الأولويات الأساسية في فهم وإدارة مخاطر الكوارث وإعادة النظر في ترتيبات التمويل وتعزيز التأهب للكوارث. ويتوقف نجاحه على توافر الموارد والمؤسسات المناسبة وكذلك الممارسات الشاملة مثل المشاركة من جانب جميع المجموعات التي يُحتمل أن تتأثر. وعلى الصعيد العالمي، يجب على الجهات الفاعلة الإنسانية الاستعداد بشكل أفضل للاستجابة للأزمات من خلال إجراء تحليل أكثر تطوراً وتنسيقاً للقدرات والديناميكيات، لأنها من الممكن أن تؤثر بشكل كبير على نجاح التدخلات (ALNAP, 2015).

استهداف الاستمرارية في الخدمات الأساسية

يجب بذل الجهود الرامية لمعالجة مخاطر الأزمات في إطار الإجراءات الساعية للحدّ من الحرمان الاجتماعي والفقر، بما في ذلك بموجب جدول أعمال ٢٠٣٠، وأهداف الأمم المتحدة الجديدة للتنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. ويجب أن تهدف الخدمات إلى الحفاظ على الاستمرارية، بما في ذلك من خلال

أشخاص شردهم إعصار حيان، تاكلوبان، الفلبين.
Photo © Panos Pictures/Andrew McConnell

تطبيق النماذج المتكاملة التي يمكن أن تساعد في تمديد التوافر. وتشمل الأمثلة أنظمة الرعاية الصحية الأولية القوية التي تدمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والرعاية الصحية للمراهقين المترابطة مع التعليم والصحة الجنسية وخدمات سبل العيش.

وينبغي أن تكون هناك خطط لإدارة الثغرات المحتملة في أطقم العاملين والإمدادات. كما أن تدابير توفير السلع لحالات الطوارئ افتراضياً يجب أن تشمل المستلزمات الضرورية للصحة الجنسية والإنجابية، مثل وسائل منع الحمل.

الاستثمار في الحماية الاجتماعية الآن

توفر برامج الحماية الاجتماعية سياجاً للتحوط ضد المخاطر المختلفة، وخاصة بالنسبة للفئات الأكثر ضعفاً ومنهم الأطفال والشباب والنساء والفقراء. ويمكنها أن تقدم مساهمات حيوية للتعافي والبقاء على قيد الحياة في الأزمات. ففي أعقاب الكوارث، قد تقدم هذه البرامج دعماً حاسماً خلال الانتقال من الاعتماد على المساعدات الإنسانية الخارجية، لتضمن استمرار القدرة على تلبية احتياجات الغذاء والرعاية الصحية من بين غيرها من الضروريات.

التصدي للمخاطر المتقاطعة

في كثير من الأحيان، يُفترض أن المخاطر التي تعترض سبيل مختلف البشر واحدة. فكل من يقع في طريق انهيار أرضي معرض لخطر فقدان منزله ، على سبيل المثال. ولكن ثمة العديد من العوامل التي تؤثر في مستوى الخطر والقدرة على التأهب وإمكانية التعافي. فالجنس أو السن أو العرق أو الإعاقة ومسائل أخرى كثيرة تتفاعل معاً بطرق معقدة. هذه العوامل لابد وأن تنعكس بصورة أفضل في البيانات المستخدمة لتقييم المخاطر، وكذلك في التخطيط للتأهب.

تعمل المشاركة المباشرة من جانب النساء والشباب، لا سيما الفتيات المراهقات، في صياغة خطط التأهب لحالات الطوارئ على ضمان عدم إغفال حقوقهن واحتياجاتهن أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ. كما أن إشراك الرجال والفتيان في مبادرات للحد من مخاطر العنف القائم على نوع الجنس يمكن أن يعزز قدراً أكبر من الاحترام لحقوق المرأة، مما يزيد القدرة على التكيّف.

حشد الإرادة والموارد اللازمة لتحسين التخطيط العمراني

أسفرت التنمية العمرانية السريعة في ارتفاع الكثافة السكانية وإرهاق الموارد البيئية، مما جعل المدن بؤراً للخطر. تتزايد الاحتمالات أن تتسم الأزمات بطابع عمراني، وهي مسألة لابد وأن يعكسها التخطيط للتأهب للكوارث بشكل أفضل. وكجزء

من إدارة المخاطر، يحتاج القائمون على التخطيط سواء على مستوى المدن أو المستوى الوطني إلى القدرات والموارد والإرادة السياسية لتنظيم النمو بشكل جيد. كذلك فإن الأحياء الفقيرة في المناطق النائية التي تفتقر إلى النظافة قد تشكل مخاطر صحية وتحرم الناس من سبل الحصول على الخدمات العامة الأساسية.

دمج التمويل للتصدي لمخاطر الكوارث

في كثير من الأحيان يظل التمويل للتصدي لمخاطر الكوارث غير كافٍ، لذلك يجب المشاركة في الجهود التي تبذلها بعض الدول لجعله محور نهج استراتيجي لإدارة مخاطر الكوارث وتشجيعها (UNISDR, 2015). كما أن مجالس المخاطر الوطنية التي تجمع ما بين مشرفي التأمين ووكالات إدارة الكوارث والوزارات المعنية، بما في ذلك تلك التي تعمل في مجال الصحة والمساواة بين الجنسين، هي أيضاً خطوة إلى الأمام.

تلبية الاحتياجات الحادة

هناك عدد من الأولويات التي تبرز في الأيام الأولى للتدخل الإنساني. وفي حين أن بعضها ظهر في الكثير من الاستجابات للأزمات، فهي كلها أساسية في جميع الحالات.

إنقاذ الأرواح من اليوم الأول من خلال الخدمات الأساسية المتفق عليها دولياً

في المرحلة الحادة من الأزمة، ينبغي تطبيق الحزمة الأولية الدنيا من الخدمات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية في حالات الأزمات فوراً لوقف العنف الجنسي والتصدي له، والحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، ومنع وفيات واعتلال الأمهات وحديثي الولادة. كذلك تساعد الحزمة أيضاً في التخطيط لتوفير الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة في أقرب وقت تسمح به الظروف. ورغم كون الحزمة باتت معياراً دولياً مقبولاً وقابلاً للتطبيق في أي سياق، لا يزال بعض مقدمي المساعدات الإنسانية يحجمون عن استخدامها. وتعتمد زيادة تأثيرها وفعاليتها على تحسين التنسيق والالتزام المشترك بتطبيقها.

سد العجز في الرعاية الصحية في حالات الطوارئ

عند تقديم الخدمات الصحية في الأزمات الإنسانية، غالباً ما تحظى الرعاية بعد الصدمات الجسدية بالأولوية. إلا أن ذلك قد تنجم عنه ثغرات خطيرة، بما في ذلك في خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، والتي تُعد حاسمة لإنقاذ الأرواح. وهناك أيضاً مجال لزيادة الاستثمار في التدخل المبكر من خلال الخدمات النفسية والاجتماعية، لا سيما في الحالات الأكثر حدة، إذ أن الصدمة النفسية يمكن أن تكون الدافع وراء المعدلات المرتفعة للعنف القائم على نوع الجنس وغيره من أشكال العنف، وقد تؤدي إلى أشكال متعددة من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر واعتلال الصحة والعجز.

حماية النساء من الحمل غير المرغوب فيه

حيثما يتم تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية كجزء من الاستجابة للأزمات، يميل الاهتمام بتنظيم الأسرة إلى أن يكون محدوداً (Casey et al., 2015). ويظل الحال هكذا على الرغم من الصلات الواضحة بين هذه المسألة والحد من انتقال العدوى، والحمل غير المقصود، والمخاطر الصحية الناجمة عن الولادة والإجهاض غير المأمون. يحتاج الأشخاص المتضررون من الأزمات إلى الوصول إلى المجموعة الكاملة من لوازم وخدمات تنظيم الأسرة، وهو الأمر الذي يتطلب مزيداً من الاهتمام بسلاسل التوريد الموثوقة وتجنب العجز، من بين عدة مشكلات أخرى.

منع العنف القائم على نوع الجنس

ينتشر العنف القائم على نوع الجنس السائد في المجتمعات التي لا تشهد أزمات، وغالباً ما تزداد وتيرته بمجرد تشريد الناس أو تعرضهم للضغط الشديد. ولا شك أن الفشل في معالجة العنف القائم على نوع الجنس في بداية الاستجابة يضعف من صحة النساء والفتيات وقدرتهن على التعافي لاحقاً، ويشكل عائقاً أمام تجاوز الوضع. وقد تكون هناك حاجة إلى جهود محددة لمواجهة وصمة العار التي عادةً ما تمنع أعداداً كبيرة من النساء والفتيات من الإبلاغ عن الانتهاكات التي يتعرضن لها. وتقر جهود التوعية والخدمات التي تستهدف الرجال والفتيان بأن العنف الجنسي يُرتكب ضدهم أيضاً.

إشراك الشباب والوصول إليهم

ينبغي لجميع الاستجابات للأزمات الإنسانية أن تشمل تدخلات لصالح الشباب، استجابةً لحقهم في الشمول، ولواقع يفيد بأن نصف النازحين قسراً هم تحت سن ١٨ سنة. كما تنشأ مخاطر أخرى عندما ينخرط المراهقون في أنشطة جنسية في غياب خدمات الحماية. فلابد من إشراك الشباب بوصفهم مشاركين وقادة في جميع جوانب العمل الإنساني، على مستوى السياسات والبرامج والميزانيات. فيثمر ذلك عن إقبالهم على الخدمات وزيادة احتمالات استخدامهم لها، فضلاً عن زيادة الاستجابة لاحتياجاتهم الفعلية.

التحوّل من الاستجابة إلى القدرة على التعافي وتجاوز الأزمة

في حين يتم إقامة بعض الروابط بين المساعدة الإنمائية والعمل الإنساني قبل الأزمة كجزء من الجهود الرامية إلى منع المخاطر أو التخفيف منها، يمكن البدء في صنع البعض الآخر مع انفراج المرحلة الحادة من حالة الطوارئ وتحوّلها إلى التعافي. ويمكن للتعافي المبكر أن يفتح فرصاً جديدة للتخفيف من المخاطر المستقبلية وتعزيز القدرة على التعافي، مثلاً من خلال ضمان حماية أفضل لحقوق الناس، وتحسين نوعية الخدمات، وتشجيع اتخاذ خطوات نحو تنمية شاملة أكثر إنصافاً بشكل عام.

التحرك في وقت مبكر وبسرعة نحو الخدمات الشاملة

مع بدء مرحلة التعافي، يجب أن تتنحى حزمة الخدمات الأساسية المتفق عليها دولياً لتفسح المجال لتوفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، استناداً إلى تقييم مفصل للاحتياجات وتخطيط طويل المدى للبرامج. ومن بين أهم الأولويات تنظيم الأسرة الشامل، والرعاية التوليدية ورعاية الأطفال حديثي الولادة في الطوارئ، وتدريب مقدمي الخدمة، والتوعية المجتمعية، ومنع جميع أشكال العنف القائم على نوع الجنس والتصدي له، ورعاية ما قبل الولادة وما بعدها، والخدمات الشاملة لمنع وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، ومعالجة الصحة الجنسية للمراهقين.

هدم الحواجز التي تعوق الخدمات المطلوبة بإلحاح

يمكن لعقبات متعددة أن تحول دون الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فقد تنبع الكثير من هذه العقبات من التمييز بسبب السن أو الجنس أو الإعاقة أو غيرها من الجوانب. وتشمل العقبات التي قد تحتاج إلى المعالجة الحاجة إلى قطع مسافات طويلة إلى مراكز الخدمة، ونقص وسائل النقل الكافية، ومخاوف تتعلق بالسلامة، وتصوّر البعض بأن بعض الجماعات مثل النساء غير المتزوجات والشباب تُعامل بفتور وجفاء، والعوائق اللغوية، وعدم العلم بوجود الخدمات.

قاوم الأدوار التمييزية الموكلة للجنسين

الاضطراب الاجتماعي الذي تفرضه الأزمة قد يسفر عن بعض النتائج الإيجابية، بما في ذلك الخروج عن الأدوار والممارسات الموكلة إلى كل من الجنسين لعهود طويلة. ومن خلال الاضطلاع بأدوار جديدة ومرموقة، تنجح النساء والفتيات في إثبات خطأ الافتراضات السابقة بأنهن أقل قدرة على التصرف على الساحة العامة.

حيثما تتولى النساء والفتيات أدواراً جديدة بأنفسهن، ينبغي تشجيعهن، وإلا فيمكن لمقدمي المساعدات الإنسانية خلق فرص، وذلك من خلال تكافؤ الفرص في التدريب على العمل، على سبيل المثال.

يجب أن يكون تحقيق المساواة بين الجنسين في القيادة أثناء إدارة الكوارث هدفاً في كل الجهود الوطنية والدولية. ويقرّ قرار مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة رقم ١٣٢٥ بالفعل بالمشاركة المحورية للمرأة في جميع جوانب السلام والأمن.

عدم إغفال أي جانب من جوانب العنف القائم على نوع الجنس

تتعدد أشكال العنف القائم على نوع الجنس، ولا يمكن اعتبار مجتمع ما في سلام تام أو في مأمن من الأزمات حتى يتم منع كافة الأشكال. وهناك ضرورة لتوفير مجموعة متنوعة من الخدمات الصحية والقانونية والنفسية الاجتماعية الأساسية بهدف حماية النساء والفتيات من العنف القائم على نوع الجنس، وتوفير الرعاية للناجيات.

ومن الأفضل أن تُقدم غالباً كحزمة متكاملة، لتقليل الأعباء على الناجيات اللاتي يحتجن إلى الوصول إليها. ويتعين استعادة الخدمات القضائية في أقرب وقت ممكن. وقد تتضمّن بعض النظم القانونية قوانين وممارسات قانونية تمييزية، كالعقوبات غير الرادعة للجناة؛ فينبغي أن تكون هذه من بين أولى الأولويات للإصلاح القضائي.

قد تتيح عملية التعافي المجال لتأمّل جدوى الأعراف الاجتماعية التي تسمح بمختلف أشكال العنف، كتقبل مسألة أن يستخدم الرجال قبضاتهم عند الشجار في المنزل. وقد تتضمن هذه الجهود المحادثات المجتمعية التي تهدف إلى بناء الوعي ووضع معايير جديدة، وإشراك الرجال والفتيان في تشجيع التفكير والسلوكيات الجديدة.

ويمكن أن تنشأ فرص أخرى لوقف العنف القائم على نوع الجنس من خلال حوارات السلام ومفاوضاته، كما تم إنجازه حالياً في حالات متعددة حول العالم. ويمكن لهذه العملية أن ترفع مستوى الوعي، وتمنح الناجين صوتاً، وتوفر التعويضات، وتؤدي إلى التزامات رسمية في اتفاقات السلام لوضع قوانين وإقامة مؤسسات فعالة في وقف جميع أشكال العنف.

وتتمثل إحدى الأولويات في بعض السياقات في وقف الزواج المبكر. فهو من الممكن أن يكون تجربة أليمة للفتيات الصغيرات في الأزمات، وقد يتم لدوافع تتراوح ما بين حماية الشرف وتقليل عدد الأفواه اللازم إطعامها. لذا لابد من فهم زواج الأطفال باعتباره آلية تكيف سلبية والتخطيط لمنعه كخطوة مبكرة في الاستجابة للأزمات. وقد تتطلب جهود المنع عملاً دقيقاً يتعلق بتغيير المعايير الاجتماعية، على أن تدعمها ضمانات أكبر للسلامة، وذلك من خلال تخصيص مساحات محمية للفتيات في المدارس ومنازل أو أماكن آمنة.

السوريون يغادرون غيفغيليا، جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة.
Photo © UNFPA/Nake Batev

كذلك فإن بعض الدوافع الاقتصادية ربما تصبح أخف وطأة من خلال توسيع أنشطة كسب الرزق المتاحة على نحو متساوٍ للنساء والرجال؛ وهذه قد تتيح أيضاً فرصاً للتواصل مثلاً حول مخاطر الزواج المبكر وقيمة بقاء الفتيات في المدارس.

الإقرار بواقع الصدمة والاستجابة له

في حين تركز الاستجابة الإنسانية في جزء كبير منها على احتياجات الناس المادية الفورية، فإن الاستشارات النفسية ينبغي أن ينظر إليها باعتبارها تدخلاً رئيسياً ويحتمل أن يكون منقذاً للحياة. فالصدمة التي يسببها التوتر الذهني الشديد الناجم عن التشرد والصراع والفقدان لها آثار وتبعات عديدة. فهي من الممكن أن تؤدي إلى الانتحار والمخدرات وتعاطي الكحول وارتفاع في معدلات العنف القائم على نوع الجنس، ويمكن أن تنتقل عبر الأجيال، مما يضعف الأمل في تحقيق التعافي الكامل، ربما لعقود. وحين يبدأ التعافي، فإن الصدمة تعني أنه سيكون من الصعب أن يعود الناس إلى كونهم عمالاً ورجال أعمال منتجين يشاركون في إعادة بناء اقتصادهم. أو يمكن أن تشعل المظالم المعلقة التي تتفاقم في نهاية المطاف لتتحول إلى صراع.

ينبغي أن يكون من السهل الوصول إلى خدمات الاستشارة ودمجها في الخدمات الصحية الأخرى لتيسير الإحالة والحد من الوصمة التي تنجم عن زيارة منشأة منفصلة. ولكي تكون أكثر فعالية، يجب أن ترتكز على فهم وثيق للسياقات والأعراف المحلية، وأن تكون متاحة لجميع الأفراد ومرحبة بهم.

فتح آفاق للطموحات طويلة الأجل أمام النساء والفتيات: رفض العمل كالمعتاد

إن ضرورة جعل الاستجابة الإنسانية للأزمات أكثر فعالية واستدامة تؤكد على اتباع طرق جديدة في العمل. فالنظام بوضعه الحالي بما يعاني منه من تشتت التمويل وضعف الروابط بالتنمية، لن يكفي لتلبية الاحتياجات المتزايدة.

إنهاء الاستجابة والعمل ذي الطابع الأبوي

تنهض الدول بالدور الرئيسي في التأهب والاستجابة الإنسانية (Gingerich and Cohen, 2015). وحيثما أصبح إشراك الجهات الفاعلة الدولية ضرورياً، يمكنها أن تفعل الكثير للتعامل مع النظم والجماعات المحلية.

كذلك فإن العمل مع الشركاء المحليين، بما في ذلك تلك الحالات التي تكون العلاقات فيها راسخة منذ أمد طويل من خلال المساعدات الإنمائية السابقة، ربما يكون أحد الخيارات للمضي قدماً. يعمل الشركاء المحليون على توفير المعرفة المحلية التي تعتبر الجهات الخارجية أن تكرارها أمراً مستحيلاً أو سيستغرق وقتاً طويلاً. ويمكن للإحالات التوليدية في الطوارئ ورعاية الأطفال حديثي الولادة، على سبيل المثال، البناء على الشبكات القائمة. كما أن التعليم في مجال الصحة الإنجابية الذي يتم تحت قيادة النازحين قد يكون أكثر فعالية في استخدام المصطلحات وأساليب الاتصال الأنسب لسياق معين.

ومن خلال استخدام التكنولوجيا، اضطلعت بعض الجماعات المحلية باستجابات متطوّرة على نحو متزايد، كما هو الحال في نيبال، حيث استُخدمت خاصية تحديد المواقع عبر بيانات الهاتف النقال لرسم خرائط للمناطق المتضرّرة من الزلزال وتوجيه جهود الإغاثة (Barnett and Walker, 2015)

ولا شك أن التعامل مع مجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة المحلية والوطنية هو أيضاً جزء من دعم مجتمعات أكثر شمولاً ترتكز عليها الدول ذات القدرة على التعافي. وبعض الجماعات، كالنساء والشباب، تستحق التركيز عليها بشكل خاص كجزء من الحد من التمييز وجوانب الضعف ذات الصلة.

وتشمل المزالق المحتملة لتوسيع نطاق المشاركة التشرذم في جهود الإغاثة، والأعراف التي قد تتعارض مع المعايير الدولية، والقادة الذين في بعض السياقات سيكون معظمهم من الذكور. ولكن عملية العمل معاً يمكن أن تبدأ في معالجة هذه الجوانب.

كما أنها قد تؤدّي إلى تعزيز فهم مختلف المزايا النسبية، بما في ذلك تلك التي تخص المنظمات الدولية. وبالنظر إلى أن بعض البلدان النامية تنفق حالياً على الاستجابات الإنسانية

الأم وابنتاها خارج المنزل الجديد الذي بُني بعد التسونامي الذي غمر بلدتها في لوكناغا، إندونيسيا، في عام ٢٠٠٤.

Photo © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

أكثر بكثير من وكالات المعونة التقليدية (Gingerich and Cohen, 2015)، قد يتزايد النظر إلى مؤسسات منظومة الأمم المتحدة على وجه الخصوص باعتبارها مصادر الخبرة وصاحبة المعايير المتفق عليها، بدلاً من كونها مجرد جهة تنفيذ للإجراءات على أرض الواقع.

في بعض النواحي، يتعين على الجهات الفاعلة الإنسانية العمل من أجل مستقبل حيث تكون استجابتها ليست سوى الاستثناء أو من باب الضرورة، لأن الجهات الفاعلة المحلية تلبي معظم الاحتياجات. والتنمية العادلة والمستدامة ستكون أساساً للتقدم في هذا الاتجاه.

إنهاء التمييز الزائف بين التنمية والعمل الإنساني

في حين أن حل أزمة ما نادراً ما يتبع مساراً خطياً، ربما تكون الروابط بين التنمية والقضايا الإنسانية ذات أهمية على امتداد الطريق، فتساعد على توجيه عملية التعافي بشكل عام. ويمكن لبعض التدخلات الإنسانية الاستفادة من مبادرات تنمية ما قبل الأزمة، كما هو الحال مع ٥٥ في المائة من برامج العنف القائم على نوع الجنس حالياً. وعلى نفس المنوال، يمكن للأنشطة التي بدأت أثناء أزمة ما أن تستمر بعد انتهاء الأزمة، كما حدث مع ٨١ في المائة من برامج العنف القائم على نوع الجنس التي بدأت من خلال المساعدات الإنسانية.

يتم بناء إحساس بالاستمرارية، بشكل خاص، حيثما كان ذلك ممكناً، من خلال إقامة علاقات متناسقة مع الشركاء الوطنيين. وقد يثمر ذلك عن توسيع نطاق تعزيز زيادة القدرات التي من شأنها أن تواصل التقدم على المدى الطويل. وتشمل المزايا الأخرى تعزيز التصورات عن الحياة الطبيعية والاستقرار.

عندما ضربت أزمة إيبولا غرب أفريقيا، لم تكن دول مثل غينيا وليبيريا وسيراليون تملك سوى ١٠ إلى ٢٠ في المائة من القوى العاملة الصحية الموصى بها دولياً (WHO). ثم اتضح أن ما اندلع فجأة كأزمة إنسانية كان في واقع الأمر أزمة تنمية مستمرة منذ فترة طويلة في البلدان التي يفترسها الفقر والتي تعجز عن دفع ثمن الخدمات الأساسية. أما جذور هذا العجز فتمتد في اتجاهات عديدة، بما في ذلك عدم المساواة الذي يشكل جزءاً من نسيج الاقتصاد العالمي.

وتؤكد التجربة على الفجوة الزائفة بين العمل الإنساني والتنمية. لذا لابد لهذا الإدراك أن يتغلغل إلى الطرق التي تعمل بها المؤسّسات الدولية والوطنية، مثلاً من خلال الهياكل المؤسّسية والسياسات الأكثر تكاملاً، والصلات في مختلف القطاعات، والتخطيط على المدى الطويل والتمويل الموجّه نحو الحد من المخاطر وبناء القدرة على التكيف. ويمكن للشراكات المنهجية أن تساعد على هدم الصوامع. وداخل منظومة الأمم المتحدة، يمكن مواءمة خطط الاستجابة الإنسانية مع أطر

المساعدات الإنمائية، وإدماجها معاً في التخطيط الوطني.

ربما كان يمكن لهذا النهج أن يبطئ من تقدّم لإيبولا في مرحلة مبكرة في غرب أفريقيا حينما نشأت الحاجة إلى تدخل إنساني ضخم. ولربما حقق مستوى أعلى من العدالة والشمولية، وهما أحد الوعود الرئيسية لجدول أعمال عام ٢٠٣٠. وفي حالات أخرى، قد يثبت أنه أكثر حساسية للأزمات التي تقع ببطء مثل الجفاف الذي يميل حالياً لتلقي استجابات أبطأ (Gingerich and Cohen, 2015).

سد فجوة عجز البيانات

إن استخدام الأهداف والمؤشرات والبيانات يشكل جزءاً رئيسياً من جدول أعمال عام ٢٠٣٠، ونقصاً كبيراً في العمل الإنساني.

Photo © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

وفي ظل قصر أوقات الاستجابة ودورات التمويل، كثيراً ما يتم إغفال جمع البيانات، فلا توجد أدلة تُذكر على أنجح التدخلات ولا على أفضل الجهات الفاعلة المهيأة للتعاون في شأنها.

إن غياب البيانات وخاصة البيانات المصنفة حسب نوع الجنس والعمر، تحجب الروابط بين مختلف القطاعات الإنسانية التي قد يثبت أنها تعزّز بعضها بعضاً. والبيانات عن مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية، على سبيل المثال، قد تكون ذات قيمة عند اتخاذ التدابير التعليمية، كتلك الهادفة إلى تحسين المهارات الحياتية ورفع الوعي بشأن مخاطر كالحمل المبكر الذي قد يؤدي إلى انقطاع الفتيات عن التعليم.

ترتيبات التمويل المرتكزة على الإصلاح

إن الأنماط الحالية في تمويل المساعدات الإنسانية تفسّر بعض التحدّيات وجوانب النقص الموجودة. فالتمويل، الذي تقدمه الجهات المانحة على صعيد دولي، غالباً ما يأتي كرد فعل ويتسم بعدم الكفاءة وسوء التنسيق، على الرغم من التركيز المتزايد على تحسين الأداء. والتخصيص يتجه نحو مشكلات قد لا تتوافق بالضرورة مع أولويات البلدان المتضررة من الأزمة، وتتدفق الأموال عموماً في اتجاه حالات الطوارئ الأكثر بروزاً، أو تلك التي يُنظر إليها على أنها مهمة من الناحية الاستراتيجية. وما يسمى بـ "مساءلة الجهات المانحة" هو مبدأ لا يتقبل تحمل المخاطر لأنه يرتبط في المقام الأول بالولايات وشروط التمويل وليس دائماً بما يحتاجه الناس في الواقع (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠١٤)

إن تركيز الأموال في عدد قليل من المنح الكبيرة يعمّق ميل العمل الإنساني ليكون ساحة تكتسحها الجهات الكبرى. والمبالغ التي تُنفق غالباً ما تكون غير واضحة. فلا يوجد مؤشّر يتتبع حالياً الإنفاق على تدخّلات الصحة الجنسية والإنجابية، وهي فجوة ينبغي تصحيحها.

يجب على الجهات المانحة إعادة تقييم هذه المسائل. وبالتوازي، فإن إجراء عملية حكومية دولية شاملة للقيام بمراجعة منتظمة لمصادر التمويل الإنساني يمكن أن يسلط الضوء على وجهات نظر مختلفة.

وهناك أيضاً حاجة واضحة لمزيد من الاستثمارات في بعض مجالات المساعدات الإنسانية. ويجب على كل من التمويل الوطني والدولي إيلاء الأولوية للحد من مخاطر الكوارث والتأهب، وهو ما لا يحصل حالياً إلا على أقل المبالغ. وينبغي تخصيص المزيد من المال للصحة الجنسية والإنجابية. وهناك عدد متزايد من البلدان المهيأة لتوفير الموارد المحلية، ولكن بالنسبة للبلدان الأقل نمواً، ينبغي توفير التمويل الدولي في إطار المسؤولية المشتركة ولكن المتباينة. ويبرز ذلك التزام البلدان التي تحظى بوفرة من الموارد والقدرات بمساعدة البلدان الأخرى التي لا تجد ما يكفيها. ويمكن تطبيق المبدأ نفسه على الفئات المستضعفة، كالنساء والشباب الفقراء، داخل البلدان.

ويمكن استكشاف خيار التمويل الخاص، ولكن بحذر. فالجهات الخاصة تلعب دوراً فاعلاً في التنمية والمساعدات الإنسانية، ولكن هناك أيضاً تاريخ للمصالح الخاصة التي تؤدّي إلى اختلال التوازن، كما في هيمنة المساعدات الغذائية العينية وبعض المشكلات الصحية (Gingerich and Cohen, 2015). يجب على جميع أشكال مشاركة القطاع الخاص أن تتوافق مع المعايير الدولية. ويمكن تتبعها وقياس فعاليتها بشكل أفضل مقابل المعايير المتفق عليها عالمياً.

قوانين وسياسات الإصلاح التي تكرس العنف والتمييز

هناك عدد من الإصلاحات القانونية الهامة لبناء القدرة على التعافي في البلدان المعرّضة للأزمات، كتلك التي تمنع التمييز بين الجنسين وتجرّم العنف القائم على نوع الجنس. ولكن في ظل نزوح أعداد قياسية من الناس حالياً، سواء داخل حدود البلد الواحد أو عبر الحدود، وفي ظل الطبيعة العالمية لجدول أعمال عام ٢٠٣٠، قد تكون هناك حاجة إلى إجراءات قانونية أخرى حتى في البلدان التي لا تعاني من أزمة.

فقوانين مكافحة الاتجار، كقانون الرقّ الحديث في الآونة الأخيرة في المملكة المتحدة، يعكس كيف أن ما بدأ كمشكلة تشرّد في بلد ما آل به الحال لأن يصير انتهاكاً لحقوق الإنسان في بلد آخر. والنساء، في هذه الحالة، هن الضحية الأولى. وتدور المشكلات الأخرى حول إدارة اللاجئين، بما في ذلك عزل الناس لسنوات في المخيمات، حيث يعجزون عن العثور على العمل والخدمات بشكل قانوني في المجتمعات المحلية المحيطة بهم.

منصّة جديدة للعمل الإنساني

في عام ٢٠١٦، ستنعقد القمة العالمية للعمل الإنساني، التي ستوفّر فرصة للبلدان في جميع أنحاء العالم لتبادل الأفكار وتحديد اتجاهات جديدة. ويجب أن تلتزم العملية بزيادة الاستثمار في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية كعنصر أساسي في جميع الاستجابات الإنسانية، وذلك تمشياً مع الاتفاقات القائمة الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وينبغي عليها التمسّك بالطموحات والتطلعات العالية الواردة في جدول أعمال عام ٢٠٣٠. إن السعي للوصول إلى عالم متغيّر، حيث تكون التنمية شاملة ومستدامة وكافية لمنع الأزمات أو مقاومة أسوأ نتائجها، من شأنه أن يجعل العديد من أشكال المساعدات الإنسانية تدريجياً أمراً مهجوراً عفا عليه الزمن.

Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

المؤشرات

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة صفحة ١١٦

المؤشرات الديموغرافية صفحة ١٢٢

الملاحظات الفنية صفحة ١٢٨

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم					
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥†	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة ٢٠١٥†	الحاجات غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة، للنساء في عمر ١٥-٤٩ ٢٠١٥†	نسبة الطلب الملبى، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥†	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤ ذكور	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤ إناث	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤ ذكور	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤ إناث	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
أفغانستان	٣٩	٩٠	٢٩	٢٤	٢٧	٥٢	–	–	–	٦٠	٣٣	٠,٥٥
ألبانيا	٩٩	١٨	٦٦	١٩	١٣	٨٤	٩٣	٩٠	٠,٩٦	٦٦	٦٤	٠,٩٦
الجزائر	٩٧	١٢	٥٩	٥١	١٣	٨٢	٩٨	٩٦	٠,٩٨	–	–	–
أنغولا	٤٧	١٩١	١٩	١٣	٢٨	٤٠	٩٧	٧٤	٠,٧٧	١٥	١٢	٠,٨١
أنتيغوا وبربودا	١٠٠	٦٧	٦٣	٦٠	١٤	٨٢	٨٧	٨٥	٠,٩٨	٨٨	٩٤	١,٠٧
الأرجنتين	٩٧	٧٠	٦٢	٥٨	١٥	٨٠	١٠٠	٩٩	٠,٩٩	٨٦	٩٢	١,٠٧
أرمينيا	١٠٠	٢٣	٥٩	٣٠	١٣	٨٢	٨٩	٩٨	١,١٠	٨٣	٩٦	١,١٦
أروبا	–	٣٤	–	–	–	–	٩٤	٩٨	١,٠٤	٧٣	٨١	١,١٠
أستراليا	٩٩	١٤	٦٨	٦٥	١٠	٨٧	٩٧	٩٨	١,٠٠	٨٥	٨٦	١,٠١
النمسا	٩٩	٨	٦٨	٦٥	١٠	٨٧	–	–	–	–	–	–
أذربيجان	٩٧	٤٧	٥٧	٢٢	١٤	٨٠	٩٠	٨٨	٠,٩٨	٨٨	٨٦	٠,٩٨
جزر البهاما	٩٨	٤٠	٦٧	٦٥	١٢	٨٥	٩٤	٩٩	١,٠٦	٨٠	٨٦	١,٠٧
البحرين	١٠٠	١٥	٦٦	٤٣	١١	٨٥	١٠٠	٩٨	٠,٩٩	٩٥	٩٢	٠,٩٧
بنغلاديش	٤٢	٨٣	٦٤	٥٧	١٢	٨٤	٩٤	٩٨	١,٠٥	٤٤	٥١	١,١٦
بربادوس	٩٨	٤٩	٦٠	٥٧	١٦	٧٩	٩٧	٩٧	٠,٩٩	٨٤	٩٦	١,١٥
بيلاروس	١٠٠	٢٢	٦٥	٥٤	١١	٨٦	٩٢	٩٤	١,٠٢	٩٦	٩٧	١,٠١
بلجيكا	–	٨	٦٩	٦٧	٩	٨٨	٩٩	٩٩	١,٠٠	٩٦	٩٧	١,٠١
بليز	٩٦	٦٤	٥٨	٥٤	١٧	٧٨	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٧٢	٧٧	١,٠٨
بنن	٧٧	٩٨	١٧	١٠	٣١	٣٦	١٠٠	٨٨	٠,٨٨	٥٠	٣٤	٠,٦٨
بوتان	٧٥	٢٨	٦٨	٦٦	١١	٨٦	٨٩	٩٢	١,٠٣	٥٦	٦٤	١,١٥
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	٨٥	٨٩	٦٣	٤٠	١٨	٧٨	٨٢	٨١	٠,٩٩	٧١	٧٢	١,٠٢
البوسنة والهرسك	١٠٠	١١	٤٨	١٧	١٧	٧٤	–	–	–	–	–	–
بوتسوانا	٩٥	٣٩	٥٦	٥٥	١٧	٧٧	٩٠	٩٢	١,٠٢	٥٦	٦٥	١,١٦
البرازيل	٩٨	٦٥	٧٩	٧٥	٨	٩١	–	–	–	–	–	–
بروني دار السلام	١٠٠	١٧	–	–	–	–	٩٥	٩٥	١,٠٠	٩١	٩٣	١,٠٢
بلغاريا	١٠٠	٤٣	٦٧	٤٨	١٤	٨٣	٩٦	٩٧	١,٠٠	٨٩	٨٦	٠,٩٧
بوركينا فاسو	٦٦	١٣٦	١٩	١٨	٢٧	٤١	٦٩	٦٧	٠,٩٦	٢٣	٢٠	٠,٨٧
بوروندي	٦٠	٦٥	٢٨	٢٣	٣٠	٤٨	١٠٠	٩٠	٠,٩٠	٢٢	٢١	٠,٩٣
الرأس الأخضر	٧٨	٩٢	٦٢	٥٨	١٥	٨١	٩٩	٩٧	٠,٩٨	٦٥	٧٥	١,١٤
كمبوديا	٨٩	٥٧	٥٨	٤٠	١٣	٨٢	١٠٠	٩٧	٠,٩٧	٤٠	٣٦	٠,٩٢
جمهورية الكاميرون	٦٤	١٢٨	٢٩	١٧	٢٢	٥٦	١٠٠	٨٩	٠,٨٩	٤٣	٣٧	٠,٨٧
كندا	٩٨	١٣	٧٣	٧١	٨	٩٠	٩٩	١٠٠	١,٠١	–	–	–
جمهورية أفريقيا الوسطى	٥٤	٢٢٩	٢٤	١٣	٢٣	٥٠	٨١	٦٤	٠,٧٩	١٨	١٠	٠,٥٢
تشاد	٢٣	٢٠٣	٦	٣	٢٣	٢١	٩٦	٧٥	٠,٧٨	١٦	٥	٠,٣٣
شيلي	١٠٠	٥٠	٦٥	٦٢	١٣	٨٣	٩٢	٩٢	١,٠٠	٨٦	٨٩	١,٠٣
الصين	١٠٠	٦	٨٣	٨٣	٤	٩٦	–	–	–	–	–	–
منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة	–	٤	٨٠	٧٥	٥	٩٤	١٠٠	٩٩	٠,٩٩	٨٧	٨٧	١,٠٠
منطقة ماكاو الصينية الإدارية الخاصة	–	٣	–	–	–	–	–	–	–	٧٧	٨٠	١,٠٤
كولومبيا	٩٩	٨٥	٧٨	٧٢	٨	٩١	٩١	٩١	١,٠٠	٧١	٧٧	١,٠٨
جزر القمر	٨٢	٧١	٢٤	١٧	٣١	٤٣	٨٦	٨١	٠,٩٥	٤٦	٤٩	١,٠٧

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم					
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥†	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة ٢٠١٥†	الحاجات غير الملبة لوسائل تنظيم الأسرة، للنساء في عمر ١٥-٤٩ ٢٠١٥†	نسبة الطلب الملبي، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥†	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
							ذكور	إناث		ذكور	إناث	
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٨٠	١٣٥	٢٣	٩	٢٧	٤٥	٣٧	٣٥	٠,٩٥	–	–	–
جمهورية الكونغو	٩٣	١٤٧	٤٧	٢٣	١٨	٧٣	٨٨	٩٦	١,٠٩	–	–	–
كوستاريكا	٩٩	٦٧	٧٩	٧٦	٦	٩٣	٩٠	٩١	١,٠١	٧١	٧٦	١,٠٧
كوت ديفوار	٥٩	١٢٥	٢٠	١٥	٢٤	٤٦	٨١	٧٥	٠,٩٣	–	–	–
كرواتيا	١٠٠	١٢	٦٦	٤٢	١١	٨٥	٩٨	١٠٠	١,٠٢	٩٢	٩٥	١,٠٣
كوبا	٩٩	٥٠	٧٤	٧٢	٩	٩٠	٩٦	٩٧	١,٠٠	٨٨	٨٩	١,٠١
كوراساو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
قبرص	٩٩	٤	–	–	–	–	٩٨	٩٨	١,٠٠	٩١	٩٣	١,٠٢
الجمهورية التشيكية	١٠٠	١١	٧٨	٦٩	٧	٩٢	–	–	–	–	–	–
الدانمرك	٩٨	٢	٧١	٦٦	٩	٨٨	٩٨	٩٩	١,٠١	٩٠	٩٣	١,٠٣
جيبوتي	٨٧	٢١	٢٤	٢٣	٣٠	٤٤	٦٩	٦٠	٠,٨٦	٢٩	٢١	٠,٧٢
دومينيكا	١٠٠	٤٧	٦٣	٦٠	١٤	٨٢	٩٦	٩٩	١,٠٣	٧٦	٨٢	١,٠٧
الجمهورية الدومينيكية	٩٨	٩٠	٧٢	٦٩	١١	٨٧	٩٠	٨٨	٠,٩٨	٥٨	٦٦	١,١٥
إكوادور	٩٤	١٠٠	٧٣	٦١	٩	٨٩	٩٦	٩٨	١,٠٢	٨٢	٨٥	١,٠٤
مصر	٩٢	٥٦	٦٠	٥٨	١٢	٨٣	١٠٠	٩٧	٠,٩٧	٨٦	٨٥	١,٠٠
السلفادور	٩٨	٦٣	٧١	٦٤	١٢	٨٦	٩٢	٩٢	١,٠١	٦١	٦٤	١,٠٣
غينيا الاستوائية	٦٨	١٧٧	١٦	١١	٣٣	٣٣	٦٢	٦٢	٠,٩٩	٢٥	١٩	٠,٧٧
إريتريا	٣٤	٨٥	٢٠	١٦	٢٩	٤١	–	–	–	–	–	–
إستونيا	٩٩	١٦	٦٥	٥٩	١٣	٨٤	٩٧	٩٧	١,٠١	٨٨	٩٠	١,٠٢
إثيوبيا	١٦	٧١	٣٦	٣٦	٢٥	٥٩	٦٩	٦٣	٠,٩٢	١٨	١١	٠,٦١
فيجي	١٠٠	٢٨	٥٠	٤٣	١٩	٧٢	٩٨	١٠٠	١,٠٢	٧٩	٨٨	١,١١
فنلندا	١٠٠	٧	٧٥	٧٢	٨	٩١	٩٩	٩٩	١,٠١	٩٤	٩٤	١,٠١
فرنسا	٩٧	٩	٧٤	٧٢	٦	٩٢	٩٩	٩٩	١,٠١	٩٧	٩٨	١,٠٢
غيانا الفرنسية	–	٨٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بولينيزيا الفرنسية	–	٤٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غابون	٨٩	١١٥	٣٤	٢١	٢٥	٥٧	–	–	–	–	–	–
غامبيا	٥٧	٨٨	١١	١٠	٢٨	٢٨	٦٧	٧٢	١,٠٧	–	–	–
جورجيا	١٠٠	٤٠	٥٢	٣٧	١٧	٧٥	٩٦	٩٧	١,٠١	٩٢	٩٢	١,٠٠
ألمانيا	٩٩	٨	٦٧	٦٢	١٠	٨٧	٩٩	٩٩	١,٠٠	–	–	–
ألمانيا	٦٨	٦٥	٢٢	٢٠	٣٤	٤٠	٨٩	٨٩	١,٠٠	٥٥	٥٤	٠,٩٧
اليونان	–	٩	٦٩	٤٦	١٠	٨٧	٩٩	١٠٠	١,٠١	٩٩	٩٩	١,٠٠
غرينادا	٩٩	٥٣	٦٤	٦٠	١٣	٨٣	٩٨	٩٨	١,٠٠	٨٠	٨١	١,٠٢
غواديلوب	–	٢١	٥٨	٥١	١٦	٧٨	–	–	–	–	–	–
غوام	–	٦٠	٥٤	٤٥	١٧	٧٦	–	–	–	–	–	–
غواتيمالا	٦٣	٩٢	٥٧	٤٨	١٧	٧٧	٨٨	٨٨	٠,٩٩	٤٩	٤٥	٠,٩٢
غينيا	٤٥	١٥٤	٨	٥	٢٥	٢٣	٨٢	٧١	٠,٨٦	٣٧	٢٣	٠,٦٣
غينيا بيساو	٤٥	١٣٧	١٧	١٣	٢٢	٤٤	٧٣	٦٩	٠,٩٥	١١	٦	٠,٥٦
غيانا	٩٢	٩٧	٤٥	٤٤	٢٧	٦٣	٧٠	٨٠	١,١٤	٨٦	١٠٠	١,١٦
غيانا	٣٧	٦٥	٣٨	٣٤	٣٣	٥٣	–	–	–	–	–	–
هندوراس	٨٣	٩٩	٧٣	٦٤	١١	٨٧	٨٩	٩١	١,٠٢	٤٥	٥٣	١,١٩
هنغاريا	٩٩	٢٠	٧٥	٦٨	٨	٩٠	٩٦	٩٦	١,٠٠	٩٢	٩٢	١,٠٠
آيسلندا	–	٧	–	–	–	–	٩٨	٩٨	١,٠١	٨٩	٨٩	١,٠٠
الهند	٥٢	٣٩	٦٠	٥٢	١٣	٨٢	٩٢	٨٩	٠,٩٧	–	–	–
إندونيسيا	٨٧	٤٧	٦٣	٥٩	١١	٨٥	٩٥	٩٦	١,٠١	٧٧	٧٦	٠,٩٨

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم				
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥†	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة ٢٠١٥†	الحاجات غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة، للنساء في عمر ١٥-٤٩ ٢٠١٥†	نسبة الطلب الملبى، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥†	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
							ذكور	إناث		ذكور	إناث	
إيران (جمهورية الإسلامية)	٩٦	٣٥	٧٧	٥٩	٧	٩٢	٩٨	٩٦	٠,٩٨	٨٤	٧٩	٠,٩٥
العراق	٩١	٦٨	٥٥	٣٨	١٤	٧٩	٩٧	٨٦	٠,٨٩	٤٩	٤٠	٠,٨١
آيرلندا	١٠٠	٩	٦٧	٦٢	١١	٨٦	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٩٩	١٠٠	١,٠١
إسرائيل	–	١٠	٧١	٥٣	٩	٨٩	٩٧	٩٨	١,٠١	٩٧	١٠٠	١,٠٣
إيطاليا	١٠٠	٦	٦٥	٤٩	١١	٨٥	٩٩	٩٨	٠,٩٩	٩١	٩٢	١,٠١
جامايكا	٩٩	٧٢	٧٢	٦٨	١٠	٨٨	٩٢	٩١	١,٠٠	٧٢	٧٦	١,٠٥
اليابان	١٠٠	٤	٥٧	٥٠	١٦	٧٨	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٩٩	١٠٠	١,٠١
الأردن	١٠٠	٢٧	٦٢	٤٣	١٢	٨٤	٩٨	٩٦	٠,٩٨	٨٦	٨٩	١,٠٣
كازاخستان	١٠٠	٣١	٥٦	٥٢	١٦	٧٨	٩٨	١٠٠	١,٠٢	٩١	٩٢	١,٠١
كينيا	٦٢	١٠١	٥٧	٥٦	١٩	٧٦	٨٣	٨٧	١,٠٤	٥٧	٥٥	٠,٩٧
كيريباس	٨٠	٤٩	٢٨	٢٢	٢٧	٥١	–	–	–	٦٦	٧٣	١,١١
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	١٠٠	١	٧٠	٦٣	١١	٨٧	–	–	–	–	–	–
جمهورية كوريا	١٠٠	٢	٧٩	٦٩	٦	٩٣	٩٨	٩٧	٠,٩٩	٩٨	٩٧	٠,٩٩
الكويت	٩٩	٨	٥٦	٤٤	١٦	٧٨	٩٩	٩٨	٠,٩٩	٨٦	٨٨	١,٠٣
قيرغيزستان	٩٨	٤٢	٤٢	٣٩	١٧	٧١	٩٩	٩٨	٠,٩٩	٨٢	٨٣	١,٠٠
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٤٢	٩٤	٥٤	٤٦	١٨	٧٥	٩٨	٩٦	٠,٩٨	٤٦	٤٣	٠,٩٥
لاتفيا	٩٩	١٥	٦٨	٦٠	١٢	٨٥	٩٧	٩٨	١,٠١	٨٦	٨٨	١,٠١
لبنان	–	١٨	٦٣	٤٠	١٣	٨٣	٩٩	٩٣	٠,٩٤	٦٧	٦٨	١,٠٠
ليسوتو	٧٨	٩٤	٦٠	٥٩	١٨	٧٧	٧٨	٨٢	١,٠٥	٢٧	٤٢	١,٥٦
ليبريا	٦١	١٤٧	٢٠	٢٠	٣٢	٣٩	٣٩	٣٧	٠,٩٥	١٨	١٥	٠,٨٣
ليبيا	١٠٠	٤	٤٩	٢٨	٢٠	٧١	–	–	–	–	–	–
ليتوانيا	١٠٠	١٤	٦٣	٥٣	١٣	٨٣	٩٧	٩٧	١,٠٠	٩٧	٩٦	٠,٩٩
لكسمبرغ	١٠٠	٦	–	–	–	–	٩٥	٩٦	١,٠١	٨٤	٨٧	١,٠٤
مدغشقر	٤٤	١٤٧	٤٦	٣٧	١٩	٧١	٧٧	٧٨	١,٠٠	٣٠	٣١	١,٠٢
ملاوي	٨٧	١٤٣	٥٨	٥٦	١٩	٧٥	٩٠	٩٧	١,٠٧	٣٢	٣٠	٠,٩٦
ماليزيا	٩٩	١٣	٥٧	٤٢	١٥	٧٩	٩٨	٩٥	٠,٩٦	٧١	٦٧	٠,٩٥
ملديف	٩٩	١٤	٤٢	٣٤	٢٥	٦٣	٩٣	٩٤	١,٠١	٤٦	٥٣	١,١٤
مالي	٥٦	١٧٨	١٢	١١	٢٧	٣١	٧٨	٦٨	٠,٨٨	٣٩	٣٢	٠,٨٠
مالطة	١٠٠	١٦	٨١	٥٩	٥	٩٤	٩٥	٩٥	١,٠٠	٨٠	٨٤	١,٠٥
جزر المارتينيك	–	٢٠	٦٠	٥٤	١٥	٨٠	–	–	–	–	–	–
موريتانيا	٦٥	٧١	١٤	١٣	٣١	٣١	٧٢	٧٥	١,٠٥	٢٣	٢٠	٠,٨٧
موريشيوس	١٠٠	٣١	٧٦	٥٣	٧	٩٢	٩٨	٩٨	١,٠٠	٨٠	٨١	١,٠١
المكسيك	٩٦	٨٤	٧٣	٦٧	١١	٨٧	٩٧	٩٩	١,٠٢	٦٦	٦٩	١,٠٤
ميكرونيزيا (ولايات الموحدة)	١٠٠	٣٣	–	–	–	–	٨٢	٨٤	١,٠٢	–	–	–
جمهورية مولدوفا	٩٩	٢٥	٦٣	٤٥	١٣	٨٣	٩١	٩١	١,٠٠	٧٧	٧٨	١,٠١
منغوليا	٩٩	٤٠	٥٨	٥٢	١٤	٨٠	٩٦	٩٤	٠,٩٨	٧٨	٨٦	١,١١
الجبل الأسود	٩٩	١٢	٣٤	١٠	٢٤	٥٩	٩٨	٩٩	١,٠١	–	–	–
المغرب	٧٤	٣٢	٦٨	٥٨	١٠	٨٨	٩٩	٩٨	٠,٩٩	٥٩	٥٣	٠,٩٠
موزامبيق	٥٤	١٦٦	١٨	١٦	٢٨	٣٩	٩٠	٨٥	٠,٩٥	١٩	١٨	٠,٩٨
ميانمار	٧١	١٧	٥٢	٤٩	١٦	٧٦	–	–	–	٤٦	٤٨	١,٠٥
ناميبيا	٨٨	٧٨	٥٧	٥٧	١٧	٧٧	٨٧	٩٠	١,٠٤	٤٥	٥٧	١,٢٧
نيبال	٥٦	٨٧	٥٢	٤٨	٢٤	٦٩	٩٨	٩٧	٠,٩٩	٥٨	٦٢	١,٠٦
هولندا	–	٥	٦٨	٦٥	١٠	٨٧	٩٧	٩٧	١,٠٠	٩٢	٩٣	١,٠١

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم					
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥†	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة ٢٠١٥†	الحاجات غير الملبة لوسائل تنظيم الأسرة، للنساء في عمر ١٥-٤٩ ٢٠١٥†	نسبة الطلب الملبي، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥†	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
							ذكور	إناث		ذكور	إناث	
كاليدونيا الجديدة	–	٢٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيوزيلندا	٩٧	٢٢	٧١	٦٧	٩	٨٩	٩٨	٩٨	١,٠٠	٩٧	٩٨	١,٠١
نيكاراغوا	٨٨	٩٢	٨٠	٧٥	٧	٩٢	٩٣	٩٤	١,٠١	٤٢	٤٩	١,١٤
النيجر	٢٩	٢١٠	١٥	١٠	١٨	٤٧	٦٩	٥٨	٠,٨٤	١٥	١٠	٠,٦٦
نيجيريا	٣٨	١٢٣	١٦	١١	٢٢	٤٢	٧١	٦٠	٠,٨٤	–	–	–
النرويج	٩٩	٦	٧٩	٧٢	٦	٩٣	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٩٥	٩٥	١,٠٠
عمان	٩٩	١٢	٣٧	٢٥	٢٨	٥٧	٩٧	٩٨	١,٠٢	٧٧	٩١	١,١٩
باكستان	٥٢	٤٨	٣٩	٢٨	٢٠	٦٥	٧٧	٦٧	٠,٨٧	٤٣	٣٢	٠,٧٤
فلسطين `	١٠٠	٦٧	٥٧	٤٣	١٥	٧٩	٩٣	٩٤	١,٠١	٧٧	٨٤	١,١٠
بنما	٩٢	٨٩	٦١	٥٨	١٦	٨٠	٩٢	٩١	٠,٩٩	٧٤	٧٩	١,٠٨
بابوا غينيا الجديدة	٥٣	٦٥	٣٧	٢٩	٢٥	٦٠	٩٠	٨٣	٠,٩٢	–	–	–
باراغواي	٩٦	٦٣	٧٧	٦٨	٦	٩٢	٨١	٨١	٠,٩٩	٦٣	٦٨	١,٠٧
بيرو	٩٠	٦٨	٧٤	٥٢	٩	٨٩	٩٥	٩٤	١,٠٠	٧٦	٧٧	١,٠١
الفلبين	٧٣	٥٩	٥٥	٣٨	١٨	٧٥	٩١	٩١	١,٠٠	٦٠	٧٠	١,١٦
بولندا	١٠٠	١٤	٦٩	٤٨	١٠	٨٧	٩٧	٩٧	١,٠٠	٩٢	٩٣	١,٠١
البرتغال	–	١٢	٧٧	٧٠	٧	٩٢	٩٥	٩٧	١,٠١	٩٣	٩٧	١,٠٤
بورتوريكو	–	٤٥	٧٨	٦٩	٦	٩٣	٨٣	٨٧	١,٠٥	٧٢	٧٧	١,٠٧
قطر	١٠٠	١٦	٤٤	٣٧	١٩	٦٩	٩٩	٩٥	٠,٩٦	٩١	١٠٠	١,١٠
ريونيون	–	٤٣	٧٢	٧٠	٩	٨٩	–	–	–	–	–	–
رومانيا	٩٩	٣٦	٦٩	٥٤	١٠	٨٨	٩٠	٩٠	١,٠٠	–	–	–
الاتحاد الروسي	١٠٠	٢٧	٦٩	٥٦	١٠	٨٨	٩٧	٩٨	١,٠١	–	–	–
رواندا	٩١	٤١	٥٤	٤٧	٢٠	٧٣	٩٢	٩٥	١,٠٣	–	–	–
سانت كيتس ونيفيس	١٠٠	٧٥	٥٩	٥٥	١٦	٧٩	٨١	٨٤	١,٠٤	٨٢	٨٨	١,٠٧
سانت لوسيا	٩٩	٥٠	٥٧	٥٤	١٧	٧٧	٩٥	٩٣	٠,٩٧	٨٠	٨١	١,٠١
سانت فنسنت وجزر غرينادين	٩٩	٧٠	٦٥	٦٢	١٣	٨٤	٩٧	٩٥	٠,٩٨	٨٤	٨٧	١,٠٣
ساموا	٨١	٣٩	٣٢	٣١	٤٢	٤٣	٩٥	٩٧	١,٠٣	٧٥	٨٤	١,١٢
سان مارينو	–	١	–	–	–	–	٩٣	٩٣	١,٠٠	–	–	–
سان تومي وبرينسيبي	٨٢	١١٠	٤١	٣٦	٣٣	٥٥	٩٣	٩٢	٠,٩٩	٤٦	٥٣	١,١٧
المملكة العربية السعودية	٩٧	٧	٣٧	٣١	٢٤	٦٠	٩٦	٩٩	١,٠٣	١٠١	١٠١	١,٠١
السنغال	٥٩	٨٠	١٨	١٧	٣٠	٣٨	٧٦	٨٣	١,٠٨	٢٤	١٨	٠,٧٦
صربيا	٩٨	٢٢	٥٨	٢٢	١٣	٨١	٩٦	٩٧	١,٠١	٩٢	٩٤	١,٠٣
سيشيل	٩٩	٦٢	–	–	–	–	٩٦	٩٥	٠,٩٩	٦١	٦٦	١,٠٧
سيراليون	٦٠	١٣١	١٧	١٥	٢٦	٣٩	–	–	–	٤٠	٣٦	٠,٩٢
سنغافورة	١٠٠	٣	٦٦	٥٨	١١	٨٦	–	–	–	–	–	–
سلوفاكيا	١٠٠	٢١	٧١	٥٩	١٠	٨٨	–	–	–	–	–	–
سلوفينيا	١٠٠	٥	٧٥	٦٤	٨	٩٠	٩٧	٩٨	١,٠١	٩٤	٩٥	١,٠١
جزر سليمان	٨٦	٦٢	٣٩	٣٢	٢١	٦٤	٨٢	٧٩	٠,٩٧	٣٣	٢٩	٠,٨٨
الصومال	٣٣	١٢٣	٢٤	٦	٢٩	٤٤	–	–	–	–	–	–
جنوب أفريقيا	٩٤	٥٤	٦٥	٦٤	١٢	٨٤	٩٥	٩٥	١,٠٠	٦٢	٦٩	١,١٠
جنوب السودان	١٩	١٥٨	٧	٣	٣٠	١٩	٤٨	٣٤	٠,٧١	–	–	–
إسبانيا	–	٩	٦٧	٦٣	١٢	٨٥	٩٨	٩٩	١,٠٠	٩٥	٩٧	١,٠٢
سري لانكا	٩٩	٢٤	٧٢	٥٦	٧	٩١	٩٤	٩٤	١,٠٠	٨٣	٨٧	١,٠٥
السودان	٢٣	١٠٢	١٦	١٣	٢٩	٣٦	٥٣	٥٦	١,٠٥	–	–	–

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم					
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥[أ]	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة ٢٠١٥[أ]	الحاجات غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة، للنساء في عمر ١٥-٤٩ ٢٠١٥[أ]	نسبة الطلب الملبى، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥[أ]	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
							ذكور	إناث		ذكور	إناث	
سورينام	٩١	٦٦	٥٢	٥١	١٩	٧٣	٨٠	٨١	١,٠١	٤٨	٥٧	١,٢٠
سوازيلند	٨٢	٨٩	٦٤	٦٢	١٥	٨١	٨٤	٨٦	١,٠٢	٣٢	٣٩	١,٢٠
السويد	–	٣	٧٠	٦٢	١٠	٨٨	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٩٥	٩٤	٠,٩٩
سويسرا	–	٣	٧٧	٧٢	٦	٩٢	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٨٢	٨٠	٠,٩٧
الجمهورية العربية السورية	٩٦	٧٥	٥٨	٤١	١٥	٧٩	٦٦	٦٥	٠,٩٨	٤٤	٤٤	٠,٩٩
طاجيكستان	٨٧	٤٧	٣٣	٣٠	٢٢	٦٠	١٠٠	٩٧	٠,٩٧	٨٨	٧٩	٠,٩٠
جمهورية تنزانيا المتحدة	٤٩	١٢٨	٤١	٣٤	٢٣	٦٤	٨٣	٨٦	١,٠٣	–	–	–
تايلند	١٠٠	٦٠	٧٩	٧٧	٦	٩٣	٩٦	٩٥	٠,٩٩	٧٧	٨٢	١,٠٦
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٩٨	١٩	٤٩	١٧	١٨	٧٣	٩٢	٩٢	١,٠٠	٧٩	٧٧	٠,٩٧
جمهورية تيمور ليشتي الديمقراطية	٢٩	٥٤	٢٩	٢٦	٢٦	٥٣	٩٢	٩١	٠,٩٨	٣٦	٤٠	١,١١
توغو	٥٩	٧٧	٢١	١٩	٣٤	٣٩	٩٨	٨٧	٠,٨٩	٣٢	١٥	٠,٤٨
تونغا	٩٨	٣٠	٣٥	٣٠	٢٨	٥٦	٨٣	٨٦	١,٠٣	٦٧	٧١	١,٠٥
ترينيداد وتوباغو	١٠٠	٣٦	٥٠	٤٤	١٩	٧٢	٩٩	٩٨	٠,٩٩	٧٠	٧٥	١,٠٧
تونس	٩٩	٧	٦٤	٥٣	١١	٨٦	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	–	–	–
تركيا	٩٧	٢٩	٧٤	٤٨	٦	٩٢	٩٦	٩٥	٠,٩٩	٩٠	٨٧	٠,٩٧
تركمانستان	١٠٠	٢١	٥٧	٥١	١٥	٧٩	–	–	–	–	–	–
جزر تركس وكايكوس	–	٢٩	–	–	–	–	٧٧	٨٤	١,٠٨	–	–	–
توفالو	٩٨	٤٢	٣٤	٢٧	٢٨	٥٥	٨٥	٨٧	١,٠٢	٧٠	٨٩	١,٢٨
أوغندا	٥٧	١٤٠	٣٠	٢٨	٣٣	٤٧	٩٠	٩٣	١,٠٣	٢٣	٢٢	٠,٩٥
أوكرانيا	٩٩	٢٧	٦٧	٥١	١٠	٨٧	٩٧	٩٩	١,٠٢	٨٧	٨٧	١,٠٠
الإمارات العربية المتحدة	١٠٠	٣٤	٤٨	٣٩	٢٠	٧١	٩٩	٩٧	٠,٩٨	٧٣	٧٩	١,٠٩
المملكة المتحدة	–	٢١	٨١	٨٠	٥	٩٤	١٠٠	١٠٠	١,٠٠	٩٨	٩٨	١,٠١
الولايات المتحدة الأمريكية	٩٩	٢٧	٧٥	٦٩	٧	٩٢	٩٢	٩٢	١,٠٠	٨٦	٨٨	١,٠٢
جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة	–	٥٩	٦٩	٦٢	١١	٨٧	–	–	–	–	–	–
أوروغواي	٩٨	٦٠	٧٧	٧٤	٨	٩١	١٠٠	٩٩	٠,٩٩	٦٨	٧٦	١,١٢
أوزبكستان	١٠٠	٢٦	٦٧	٦١	١٠	٨٨	٩٣	٩٠	٠,٩٧	–	–	–
فانواتو	٨٩	٧٨	٤٧	٣٧	٢٤	٦٦	٩٨	٩٧	٠,٩٩	٥١	٥٣	١,٠٤
فنزويلا (جمهورية البوليفارية)	٩٦	١٠١	٧٠	٦٤	١٢	٨٥	٩٥	٩٣	٠,٩٨	٧٢	٧٨	١,٠٩
فييت نام	٩٤	٣٦	٧٧	٦٥	٧	٩٢	–	–	–	–	–	–
الصحراء الغربية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
اليمن	٤٥	٦٧	٣٨	٢٨	٢٧	٥٨	٩٥	٨١	٠,٨٥	٥١	٣٤	٠,٦٦
زامبيا	٦٤	١٤٥	٥١	٤٥	٢٠	٧٢	٩٣	٩٣	١,٠١	–	–	–
زمبابوي	٨٠	١٢٠	٦٦	٦٥	١١	٨٥	٩٣	٩٥	١,٠٢	٤٤	٤٤	١,٠١

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البيانات العالمية والإقليمية	صحة الأم والأطفال حديثي الولادة		الصحة الجنسية والإنجابية				التعليم					
	الولادات التي تمت تحت إشراف قابلات ماهرات ٢٠٠٦-٢٠١٤	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩-٢٠١٤	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ – ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٥†	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة، ٢٠١٥†	الحاجات غير الملباة للنساء في عمر ١٥-٤٩، ٢٠١٥†	نسبة الطلب الملبي، النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ٢٠١٥†	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩-٢٠١٤	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ١٩٩٩-٢٠١٤		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٤
							ذكور	إناث		ذكور	إناث	
الدول العربية	٧٥	٥٦	٥١	٤٣	١٧	٧٦	٨٦	٨٢	٠,٩٥	٦٤	٥٨	٠,٩٢
آسيا والمحيط الهادئ	٧١	٣٣ ب	٦٩	٦٣	١٠	٨٧	٩٥	٩٥	١,٠٠	٦٩	٦٥	٠,٩٤
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	٩٨	٣٠	٦٥	٤٧	١١	٨٦	٩٥	٩٤	١,٠٠	٨٩	٨٩	٠,٩٩
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٩٣	٧٦ ج	٧٣	٦٧	١١	٨٧	٩٣	٩٤	١,٠٠	٧٣	٧٨	١,٠٦
شرق وجنوب أفريقيا	٥٦	١١٢	٣٩	٣٤	٢٤	٦٢	٨٦	٨٤	٠,٩٧	٣٥	٣٣	٠,٩٣
غرب ووسط أفريقيا	٤٨	١٢٨	١٨	١٣	٢٤	٤٢	٧٨	٦٩	٠,٨٩	٣٨	٣١	٠,٨٣
المناطق الأكثر نموا	–	١٨	٧٠	٦١	١٠	٨٨	٩٦	٩٦	١,٠٠	٩٠	٩١	١,٠١
المناطق الأقل نموا	٧٠	٥٦	٦٣	٥٧	١٢	٨٤	٩١	٩٠	٠,٩٨	٦٤	٦١	٠,٩٥
أقل البلدان نموا	–	١١٣	٤٠	٣٤	٢٢	٦٤	–	–	–	–	–	–
العالم	٧١	٥١	٦٤	٥٧	١٢	٨٤	٩٢	٩٠	٠,٩٩	٦٧	٦٥	٠,٩٦

الحواشي

– لا تتوافر بيانات.

† نساء متزوجات/مقترنات حالياً.

أ الأرقام تشمل الدراسات الاستقصائية التي أجريت ما بين ٢٠٠٦ و ٢٠١٤ فقط. استخدمت معدلات المواليد الأحياء للفترة ٢٠١٠-٢٠١٥ لأن ذلك هو العام الوسيط للدراسات المستخدمة.

ب الأرقام لا تشمل جزر كوك، وجزر مارشال، وناورو، ونيوي، وبالاو، وتوكيلاو، وتوفالو لقلة توافر البيانات.

ج الأرقام لا تشمل أنغيلا، وبرمودا، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، ودومينيكا، ومونتسيرات، وجزر الأنتيل الهولندية، وسانت كيتس ونيفيس، وجزر تركس وكايكوس، لقلة توافر البيانات.

١ في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢ ، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ٦٧ / ١٩، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة...".

المؤشرات الديمغرافية

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان							العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠–٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
أفغانستان	٣٢,٥	٣,٠	٣٥	٤٤	٥٤	٣	٨٧,٠	٥٩	٦١	٥,١
ألبانيا	٢,٩	٠,٠	٢٥	١٩	٦٩	١٢	٤٤,٨	٧٥	٨٠	١,٨
الجزائر	٣٩,٧	١,٩	٢٤	٢٩	٦٦	٦	٥٢,٦	٧٢	٧٧	٢,٩
أنغولا	٢٥,٠	٣,٣	٣٣	٤٨	٥٠	٢	٩٩,٩	٥٠	٥٣	٦,٢
أنتيغوا وبربودا	٠,١	١,٠	٢٥	٢٤	٦٩	٧	٤٥,٧	٧٣	٧٨	٢,١
الأرجنتين	٤٣,٤	١,٠	٢٤	٢٥	٦٤	١١	٥٦,٥	٧٢	٨٠	٢,٣
أرمينيا	٣,٠	٠,٤	٢٠	١٨	٧١	١١	٤١,٣	٧١	٧٨	١,٦
أروبا	٠,١	٠,٤	٢١	١٨	٧٠	١٢	٤٤,٠	٧٣	٧٨	١,٧
أستراليا[١]	٢٤,٠	١,٦	١٩	١٩	٦٦	١٥	٥٠,٩	٨٠	٨٤	١,٩
النمسا	٨,٥	٠,٤	١٧	١٤	٦٧	١٩	٤٩,٢	٧٨	٨٤	١,٥
أذربيجان[١]	٩,٨	١,٤	٢٣	٢٢	٧٣	٦	٣٨,٠	٦٨	٧٤	٢,٣
جزر البهاما	٠,٤	١,٥	٢٣	٢١	٧١	٨	٤١,٢	٧٢	٧٨	١,٩
البحرين	١,٤	١,٨	٢٢	٢٢	٧٦	٢	٣١,٤	٧٦	٧٧	٢,١
بنغلاديش	١٦١,٠	١,٢	٣٠	٢٩	٦٦	٥	٥٢,٥	٧٠	٧٢	٢,٢
بربادوس	٠,٣	٠,٣	٢٠	١٩	٦٧	١٤	٥٠,٤	٧٣	٧٨	١,٨
بيلاروس	٩,٥	٠,٠	١٦	١٦	٧٠	١٤	٤٣,٠	٦٥	٧٧	١,٦
بلجيكا	١١,٣	٠,٧	١٧	١٧	٦٥	١٨	٥٤,٢	٧٨	٨٣	١,٨
بليز	٠,٤	٢,٢	٣٢	٣٣	٦٤	٤	٥٦,٨	٦٧	٧٣	٢,٦
بنن	١٠,٩	٢,٧	٣٢	٤٢	٥٥	٣	٨٢,٠	٥٨	٦١	٤,٩
بوتان	٠,٨	١,٥	٢٩	٢٧	٦٨	٥	٤٦,٩	٦٩	٦٩	٢,١
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	١٠,٧	١,٦	٣٠	٣٢	٦١	٧	٦٣,٧	٦٥	٧٠	٣,٠
البوسنة والهرسك	٣,٨	–٠,١	١٦	١٤	٧١	١٥	٤٠,٧	٧٤	٧٩	١,٣
بوتسوانا	٢,٣	٢,٠	٢٩	٣٢	٦٤	٤	٥٥,٣	٦٢	٦٧	٢,٩
البرازيل	٢٠٧,٨	٠,٩	٢٥	٢٣	٦٩	٨	٤٤,٧	٧٠	٧٨	١,٨
بروني دار السلام	٠,٤	١,٥	٢٥	٢٣	٧٣	٤	٣٨,٠	٧٧	٨٠	١,٩
بلغاريا	٧,١	–٠,٧	١٤	١٤	٦٦	٢٠	٥١,٩	٧١	٧٨	١,٥
بوركينا فاسو	١٨,١	٢,٩	٣٣	٤٦	٥٢	٢	٩٢,٢	٥٧	٥٩	٥,٦
بوروندي	١١,٢	٣,٣	٣١	٤٥	٥٣	٣	٨٩,٧	٥٤	٥٨	٦,١
الرأس الأخضر	٠,٥	١,٢	٣١	٣٠	٦٦	٥	٥٢,٠	٧١	٧٥	٢,٤
كمبوديا	١٥,٦	١,٦	٣٠	٣٢	٦٤	٤	٥٥,٦	٦٦	٧٠	٢,٧
جمهورية الكاميرون	٢٣,٣	٢,٥	٣٣	٤٣	٥٤	٣	٨٤,٣	٥٤	٥٦	٤,٨
كندا	٣٥,٩	١,٠	١٨	١٦	٦٨	١٦	٤٧,٣	٨٠	٨٤	١,٦
جمهورية أفريقيا الوسطى	٤,٩	٢,٠	٣٣	٣٩	٥٧	٤	٧٥,٢	٤٨	٥١	٤,٤
تشاد	١٤,٠	٣,٣	٣٤	٤٨	٥٠	٣	١٠٠,٧	٥٠	٥٢	٦,٣
شيلي	١٧,٩	١,١	٢٢	٢٠	٦٩	١١	٤٥,٢	٧٨	٨٤	١,٨
الصين	١٣٧٦,٠	٠,٥	١٩	١٧	٧٣	١٠	٣٦,٦	٧٤	٧٧	١,٦
منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة[٤]	٧,٣	٠,٨	١٥	١٢	٧٣	١٥	٣٧,٠	٨١	٨٧	١,٢
منطقة ماكاو الصينية الإدارية الخاصة[٥]	٠,٦	١,٩	١٦	١٣	٧٨	٩	٢٨,٢	٧٨	٨٣	١,٢
كولومبيا	٤٨,٢	١,٠	٢٦	٢٤	٦٩	٧	٤٥,٦	٧٠	٧٧	١,٩
جزر القمر	٠,٨	٢,٤	٣٢	٤٠	٥٧	٣	٧٥,٦	٦١	٦٥	٤,٦
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٧٧,٣	٣,٢	٣٢	٤٦	٥١	٣	٩٥,٩	٥٧	٦٠	٦,٢
جمهورية الكونغو	٤,٦	٢,٦	٣١	٤٣	٥٤	٤	٨٦,٢	٦٠	٦٣	٥,٠
كوستاريكا	٤,٨	١,١	٢٤	٢٢	٦٩	٩	٤٥,٤	٧٧	٨٢	١,٩
كوت ديفوار	٢٢,٧	٢,٤	٣٣	٤٣	٥٥	٣	٨٣,٥	٥٠	٥٢	٥,١

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان							العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠-٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥ ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
كرواتيا	٤,٢	-٠,٤	١٦	١٥	٦٦	١٩	٥١,١	٧٤	٨٠	١,٥
كوبا	١١,٤	٠,١	١٨	١٦	٧٠	١٤	٤٣,٤	٧٧	٨١	١,٦
كوراساو	٠,٢	١,٣	١٩	١٩	٦٦	١٥	٥١,١	٧٥	٨١	٢,١
قبرص [٦]	١,٢	١,١	٢٠	١٧	٧١	١٣	٤١,٦	٧٨	٨٢	١,٥
الجمهورية التشيكية	١٠,٥	٠,١	١٥	١٥	٦٧	١٨	٤٩,٥	٧٥	٨١	١,٥
الدانمرك	٥,٧	٠,٤	١٩	١٧	٦٤	١٩	٥٥,٩	٧٨	٨٢	١,٧
جيبوتي	٠,٩	١,٣	٣١	٣٣	٦٣	٤	٥٨,٥	٦٠	٦٣	٣,٣
دومينيكا	٠,١	٠,٤	–	–	–	–	–	–	–	–
الجمهورية الدومينيكية	١٠,٥	١,٢	٢٨	٣٠	٦٣	٧	٥٧,٨	٧٠	٧٦	٢,٥
إكوادور	١٦,١	١,٦	٢٨	٢٩	٦٤	٧	٥٥,٦	٧٣	٧٨	٢,٦
مصر	٩١,٥	٢,٢	٢٧	٣٣	٦٢	٥	٦٢,٣	٦٩	٧٣	٣,٤
السلفادور	٦,١	٠,٣	٣٠	٢٧	٦٥	٨	٥٤,٣	٦٨	٧٧	٢,٠
غينيا الاستوائية	٠,٨	٣,٠	٣٠	٣٩	٥٨	٣	٧٢,٩	٥٦	٥٩	٥,٠
إريتريا	٥,٢	٢,٢	٣٢	٤٣	٥٥	٣	٨٣,٢	٦١	٦٥	٤,٤
إستونيا	١,٣	-٠,٣	١٥	١٦	٦٥	١٩	٥٣,٥	٧٢	٨١	١,٦
إثيوبيا	٩٩,٤	٢,٥	٣٥	٤١	٥٥	٤	٨١,٦	٦١	٦٥	٤,٦
فيجي	٠,٩	٠,٧	٢٦	٢٩	٦٥	٦	٥٢,٨	٦٧	٧٣	٢,٦
فنلندا [٧]	٥,٥	٠,٥	١٧	١٦	٦٣	٢١	٥٨,٣	٧٨	٨٣	١,٧
فرنسا	٦٤,٤	٠,٥	١٨	١٩	٦٢	١٩	٦٠,٣	٧٩	٨٥	٢,٠
غيانا الفرنسية	٠,٣	٢,٨	٢٧	٣٤	٦١	٥	٦٣,٢	٧٦	٨٣	٣,٥
بولينيزيا الفرنسية	٠,٣	١,١	٢٥	٢٢	٧٠	٨	٤٢,٢	٧٤	٧٩	٢,١
غابون	١,٧	٢,٢	٣١	٣٧	٥٨	٥	٧٣,١	٦٣	٦٤	٤,٠
غامبيا	٢,٠	٣,٢	٣٢	٤٦	٥٢	٢	٩٤,٢	٥٩	٦١	٥,٨
جورجيا [٨]	٤,٠	-١,٢	١٨	١٧	٦٩	١٤	٤٥,٧	٧١	٧٨	١,٨
ألمانيا	٨٠,٧	٠,١	١٥	١٣	٦٦	٢١	٥١,٨	٧٨	٨٣	١,٤
ألمانيا	٢٧,٤	٢,٤	٣١	٣٩	٥٨	٣	٧٣,٠	٦٠	٦٢	٤,٢
اليونان	١١,٠	-٠,٤	١٥	١٥	٦٤	٢١	٥٦,٢	٧٨	٨٤	١,٣
غرينادا	٠,١	٠,٤	٢٧	٢٧	٦٦	٧	٥٠,٧	٧١	٧٦	٢,٢
غواديلوب [٩]	٠,٥	٠,٥	٢٠	٢٢	٦٣	١٥	٥٧,٦	٧٧	٨٤	٢,٢
غوام	٠,٢	١,٣	٢٦	٢٦	٦٦	٩	٥٢,٠	٧٦	٨١	٢,٤
غواتيمالا	١٦,٣	٢,١	٣٣	٣٧	٥٩	٥	٧٠,٩	٦٨	٧٥	٣,٣
غينيا	١٢,٦	٢,٧	٣٢	٤٣	٥٤	٣	٨٣,٨	٥٨	٥٨	٥,١
غينيا بيساو	١,٨	٢,٤	٣٢	٤١	٥٦	٣	٧٨,٤	٥٣	٥٧	٥,٠
غيانا	٠,٨	٠,٤	٣٤	٢٩	٦٦	٥	٥١,١	٦٤	٦٩	٢,٦
غيانا	١٠,٧	١,٤	٣١	٣٤	٦٢	٥	٦٢,٣	٦٠	٦٤	٣,١
هندوراس	٨,١	١,٥	٣٣	٣٢	٦٣	٥	٥٧,٨	٧٠	٧٥	٢,٥
هنغاريا	٩,٩	-٠,٣	١٦	١٥	٦٨	١٨	٤٧,٩	٧١	٧٩	١,٣
آيسلندا	٠,٣	٠,٧	٢١	٢٠	٦٦	١٤	٥١,٦	٨١	٨٤	٢,٠
الهند	١٣١١,١	١,٣	٢٨	٢٩	٦٦	٦	٥٢,٤	٦٦	٦٩	٢,٥
إندونيسيا	٢٥٧,٦	١,٣	٢٦	٢٨	٦٧	٥	٤٩,٠	٦٧	٧١	٢,٥
إيران (جمهورية الإسلامية)	٧٩,١	١,٣	٢٣	٢٤	٧١	٥	٤٠,٢	٧٤	٧٦	١,٧
العراق	٣٦,٤	٣,٣	٣١	٤١	٥٦	٣	٧٨,٧	٦٧	٧١	٤,٦
آيرلندا	٤,٧	٠,٣	١٨	٢٢	٦٥	١٣	٥٣,٧	٧٨	٨٣	٢,٠
إسرائيل	٨,١	١,٧	٢٣	٢٨	٦١	١١	٦٤,١	٨٠	٨٤	٣,١
إيطاليا	٥٩,٨	٠,١	١٤	١٤	٦٤	٢٢	٥٦,٥	٨٠	٨٥	١,٤

المؤشرات الديمغرافية

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان						العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠–٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
جامايكا	٢,٨	٠,٤	٢٨	٢٤	٦٧	٩	٤٨,٦	٧٣	٧٨	٢,١
اليابان	١٢٦,٦	–٠,١	١٤	١٣	٦١	٢٦	٦٤,٥	٨٠	٨٦	١,٤
الأردن	٧,٦	٣,١	٣٠	٣٦	٦١	٤	٦٤,٨	٧٢	٧٦	٣,٥
كازاخستان	١٧,٦	١,٦	٢٢	٢٧	٦٧	٧	٥٠,٣	٦٤	٧٤	٢,٦
كينيا	٤٦,١	٢,٧	٣٢	٤٢	٥٥	٣	٨٠,٩	٥٩	٦٢	٤,٤
كيريباس	٠,١	١,٨	٢٩	٣٥	٦١	٤	٦٣,٠	٦٣	٦٩	٣,٨
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	٢٥,٢	٠,٥	٢٣	٢١	٦٩	١٠	٤٤,٣	٦٦	٧٣	٢,٠
جمهورية كوريا	٥٠,٣	٠,٥	١٨	١٤	٧٣	١٣	٣٧,٢	٧٨	٨٥	١,٣
الكويت	٣,٩	٤,٨	١٩	٢٢	٧٦	٢	٣٢,١	٧٣	٧٦	٢,٢
قيرغيزستان	٥,٩	١,٧	٢٧	٣١	٦٤	٤	٥٥,٣	٦٦	٧٤	٣,١
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٦,٨	١,٧	٣٣	٣٥	٦١	٤	٦٢,٨	٦٤	٦٧	٣,١
لاتفيا	٢,٠	–١,٢	١٥	١٥	٦٦	١٩	٥٢,٢	٦٩	٧٩	١,٥
لبنان	٥,٩	٦,٠	٢٨	٢٤	٦٨	٨	٤٧,٣	٧٧	٨١	١,٧
ليسوتو	٢,١	١,٢	٣٤	٣٦	٦٠	٤	٦٧,٣	٤٩	٥٠	٣,٣
ليبيريا	٤,٥	٢,٦	٣٢	٤٢	٥٥	٣	٨٢,٩	٥٩	٦١	٤,٨
ليبيا	٦,٣	٠,٠	٢٥	٣٠	٦٦	٥	٥٢,٤	٦٩	٧٤	٢,٥
ليتوانيا	٢,٩	–١,٦	١٧	١٥	٦٧	١٩	٥٠,١	٦٧	٧٩	١,٦
لكسمبرغ	٠,٦	٢,٢	١٨	١٦	٧٠	١٤	٤٣,٧	٧٩	٨٤	١,٦
مدغشقر	٢٤,٢	٢,٨	٣٣	٤٢	٥٦	٣	٨٠,٣	٦٣	٦٦	٤,٥
ملاوي	١٧,٢	٣,١	٣٣	٤٥	٥١	٣	٩٤,٥	٦٠	٦٢	٥,٣
ماليزيا [١٠]	٣٠,٣	١,٥	٢٧	٢٥	٧٠	٦	٤٣,٦	٧٢	٧٧	٢,٠
ملديف	٠,٤	١,٨	٢٨	٢٨	٦٨	٥	٤٧,٤	٧٥	٧٧	٢,٢
مالي	١٧,٦	٣,٠	٣٢	٤٨	٥٠	٣	١٠٠,٢	٥٧	٥٧	٦,٤
مالطة	٠,٤	٠,٣	١٨	١٤	٦٦	١٩	٥٠,٨	٧٩	٨٢	١,٤
جزر المارتينيك	٠,٤	٠,١	١٩	١٧	٦٤	١٩	٥٧,٠	٧٨	٨٤	٢,٠
موريتانيا	٤,١	٢,٥	٣١	٤٠	٥٧	٣	٧٦,١	٦١	٦٤	٤,٧
موريشيوس [١١]	١,٣	٠,٤	٢٣	١٩	٧١	١٠	٤٠,٦	٧١	٧٨	١,٥
المكسيك	١٢٧,٠	١,٤	٢٨	٢٨	٦٦	٧	٥١,٧	٧٤	٧٩	٢,٣
ميكرونيزيا (ولايات الموحدة)	٠,١	٠,٢	٣٦	٣٤	٦٢	٤	٦٢,٤	٦٨	٧٠	٣,٣
جمهورية مولدوفا [١٢]	٤,١	–٠,١	١٩	١٦	٧٤	١٠	٣٤,٦	٦٧	٧٥	١,٣
منغوليا	٣,٠	١,٧	٢٤	٢٨	٦٨	٤	٤٧,٦	٦٥	٧٣	٢,٧
الجبل الأسود	٠,٦	٠,١	٢٠	١٩	٦٨	١٤	٤٧,٧	٧٤	٧٨	١,٧
المغرب	٣٤,٤	١,٤	٢٦	٢٧	٦٧	٦	٥٠,١	٧٣	٧٥	٢,٦
موزامبيق	٢٨,٠	٢,٨	٣٣	٤٥	٥١	٣	٩٤,٨	٥٣	٥٦	٥,٥
ميانمار	٥٣,٩	٠,٨	٢٨	٢٨	٦٧	٥	٤٩,١	٦٤	٦٨	٢,٣
ناميبيا	٢,٥	٢,٣	٣٢	٣٧	٦٠	٤	٦٧,٣	٦٢	٦٧	٣,٦
نيبال	٢٨,٥	١,٢	٣٣	٣٣	٦٢	٦	٦١,٨	٦٨	٧٠	٢,٣
هولندا	١٦,٩	٠,٣	١٨	١٧	٦٥	١٨	٥٣,٣	٧٩	٨٣	١,٨
كاليدونيا الجديدة	٠,٣	١,٣	٢٣	٢٢	٦٨	١٠	٤٧,٩	٧٤	٧٩	٢,١
نيوزيلندا	٤,٥	٠,٧	٢١	٢٠	٦٥	١٥	٥٤,٠	٨٠	٨٣	٢,١
نيكاراغوا	٦,١	١,٢	٣٠	٣٠	٦٥	٥	٥٤,١	٧١	٧٧	٢,٣
النيجر	١٩,٩	٤,٠	٣١	٥١	٤٧	٣	١١٣,٠	٦٠	٦٢	٧,٦
نيجيريا	١٨٢,٢	٢,٧	٣١	٤٤	٥٣	٣	٨٧,٧	٥٢	٥٣	٥,٧
النرويج [١٣]	٥,٢	١,٣	١٩	١٨	٦٦	١٦	٥٢,٢	٧٩	٨٣	١,٨

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان							العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠–٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
عمان	٤,٥	٨,٤	٢١	٢١	٧٧	٣	٣٠,٠	٧٥	٧٩	٢,٩
باكستان	١٨٨,٩	٢,١	٣٠	٣٥	٦١	٥	٦٥,٣	٦٥	٦٧	٣,٧
فلسطين [١٤]	٤,٧	٢,٧	٣٤	٤٠	٥٧	٣	٧٦,٠	٧١	٧٥	٤,٣
بنما	٣,٩	١,٦	٢٦	٢٧	٦٥	٨	٥٣,٤	٧٤	٨٠	٢,٥
بابوا غينيا الجديدة	٧,٦	٢,١	٣١	٣٧	٦٠	٣	٦٧,١	٦٠	٦٤	٣,٨
باراغواي	٦,٦	١,٣	٣٠	٣٠	٦٤	٦	٥٦,٦	٧١	٧٥	٢,٦
بيرو	٣١,٤	١,٣	٢٧	٢٨	٦٥	٧	٥٣,٢	٧٢	٧٧	٢,٥
الفلبين	١٠٠,٧	١,٦	٣٠	٣٢	٦٤	٥	٥٧,٦	٦٥	٧٢	٣,٠
بولندا	٣٨,٦	٠,٠	١٦	١٥	٧٠	١٦	٤٣,٨	٧٣	٨١	١,٤
البرتغال	١٠,٣	–٠,٤	١٦	١٤	٦٥	٢١	٥٣,٥	٧٧	٨٤	١,٣
بورتوريكو	٣,٧	–٠,١	٢٢	١٩	٦٧	١٥	٥٠,٠	٧٥	٨٣	١,٦
قطر	٢,٢	٤,٧	١٩	١٦	٨٣	١	٢٠,١	٧٧	٨٠	٢,١
ريونيون	٠,٩	٠,٧	٢٣	٢٤	٦٦	١٠	٥١,٢	٧٦	٨٣	٢,٢
رومانيا	١٩,٥	–٠,٨	١٦	١٦	٦٧	١٧	٤٨,٩	٧١	٧٨	١,٥
الاتحاد الروسي	١٤٣,٥	٠,٠	١٦	١٧	٧٠	١٣	٤٣,١	٦٤	٧٦	١,٧
رواندا	١١,٦	٢,٤	٣٢	٤١	٥٦	٣	٧٨,١	٦٠	٦٦	٤,١
سانت كيتس ونيفيس	٠,١	١,٢	–	–	–	–	–	–	–	–
سانت لوسيا	٠,٢	٠,٨	٢٦	٢٣	٦٨	٩	٤٧,٣	٧٢	٧٨	١,٩
سانت فنسنت وجزر غرينادين	٠,١	٠,٠	٢٦	٢٥	٦٨	٧	٤٦,٨	٧١	٧٥	٢,٠
ساموا	٠,٢	٠,٨	٣١	٣٧	٥٨	٥	٧٤,٠	٧٠	٧٦	٤,٢
سان مارينو	٠,٠	٠,٧	–	–	–	–	–	–	–	–
سان تومي وبرينسيبي	٠,٢	٢,٢	٣٢	٤٣	٥٤	٣	٨٤,٢	٦٤	٦٨	٤,٧
المملكة العربية السعودية	٣١,٥	٢,٣	٢٤	٢٩	٦٩	٣	٤٥,٩	٧٣	٧٥	٢,٩
السنغال	١٥,١	٣,١	٣٢	٤٤	٥٣	٣	٨٧,٦	٦٤	٦٨	٥,٢
صربيا [١٥]	٨,٩	–٠,٥	١٩	١٦	٦٧	١٧	٥٠,١	٧٢	٧٨	١,٦
سيشيل	٠,١	٠,٧	٢١	٢٣	٧٠	٧	٤٣,٥	٦٩	٧٨	٢,٣
سيراليون	٦,٥	٢,٢	٣٣	٤٢	٥٥	٣	٨١,٩	٥٠	٥١	٤,٨
سنغافورة	٥,٦	٢,٠	١٩	١٦	٧٣	١٢	٣٧,٤	٨٠	٨٦	١,٢
سلوفاكيا	٥,٤	٠,١	١٧	١٥	٧١	١٤	٤٠,٨	٧٢	٨٠	١,٤
سلوفينيا	٢,١	٠,١	١٤	١٥	٦٧	١٨	٤٨,٧	٧٧	٨٣	١,٦
جزر سليمان	٠,٦	٢,١	٣٢	٤٠	٥٧	٣	٧٥,١	٦٦	٦٩	٤,١
الصومال	١٠,٨	٢,٤	٣٣	٤٧	٥١	٣	٩٨,١	٥٣	٥٧	٦,٦
جنوب أفريقيا	٥٤,٥	١,١	٢٩	٢٩	٦٦	٥	٥٢,١	٥٥	٥٩	٢,٤
جنوب السودان	١٢,٣	٤,١	٣٣	٤٢	٥٤	٤	٨٣,٧	٥٤	٥٦	٥,٢
إسبانيا [١٦]	٤٦,١	–٠,٢	١٤	١٥	٦٦	١٩	٥٠,٨	٧٩	٨٥	١,٣
سري لانكا	٢٠,٧	٠,٥	٢٣	٢٥	٦٦	٩	٥١,٢	٧١	٧٨	٢,١
السودان	٤٠,٢	٢,٢	٣٢	٤١	٥٦	٣	٧٨,٠	٦٢	٦٥	٤,٥
سورينام	٠,٥	٠,٩	٢٦	٢٧	٦٦	٧	٥٠,٨	٦٨	٧٤	٢,٤
سوازيلند	١,٣	١,٥	٣٥	٣٧	٥٩	٤	٦٩,٣	٥٠	٤٩	٣,٤
السويد	٩,٨	٠,٨	١٨	١٧	٦٣	٢٠	٥٩,٣	٨٠	٨٤	١,٩
سويسرا	٨,٣	١,٢	١٦	١٥	٦٧	١٨	٤٨,٨	٨٠	٨٥	١,٥
الجمهورية العربية السورية	١٨,٥	–٢,٣	٣٣	٣٧	٥٩	٤	٧٠,٠	٦٤	٧٦	٣,٠
طاجيكستان	٨,٥	٢,٢	٣٠	٣٥	٦٢	٣	٦٠,٩	٦٦	٧٣	٣,٦
جمهورية تنزانيا المتحدة [١٧]	٥٣,٥	٣,٢	٣٢	٤٥	٥٢	٣	٩٣,٨	٦٣	٦٦	٥,٢
تايلند	٦٨,٠	٠,٤	١٩	١٨	٧٢	١١	٣٩,٢	٧١	٧٨	١,٥

المؤشرات الديمغرافية

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان							العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠–٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٢,١	٠,٢	٢٠	١٧	٧١	١٢	٤١,٤	٧٣	٧٧	١,٥
جمهورية تيمور ليشتي الديمقراطية	١,٢	٢,٣	٣٢	٤٢	٥٢	٦	٩٢,٣	٦٦	٧٠	٥,٩
توغو	٧,٣	٢,٧	٣٢	٤٢	٥٥	٣	٨١,٨	٥٨	٦٠	٤,٧
تونغا	٠,١	٠,٤	٣٢	٣٧	٥٧	٦	٧٤,٣	٧٠	٧٦	٣,٨
ترينيداد وتوباغو	١,٤	٠,٥	٢٠	٢١	٧٠	٩	٤٣,٢	٦٧	٧٤	١,٨
تونس	١١,٣	١,١	٢٣	٢٣	٦٩	٨	٤٤,٨	٧٢	٧٧	٢,٢
تركيا	٧٨,٧	١,٧	٢٥	٢٦	٦٧	٨	٤٩,٧	٧٢	٧٨	٢,١
تركمانستان	٥,٤	١,٣	٢٨	٢٨	٦٨	٤	٤٧,٩	٦١	٧٠	٢,٣
جزر تركس وكايكوس	٠,٠	٢,١	–	–	–	–	–	–	–	–
توفالو	٠,٠	٠,٢	–	–	–	–	–	–	–	–
أوغندا	٣٩,٠	٣,٣	٣٤	٤٨	٤٩	٣	١٠٢,٣	٥٦	٥٩	٥,٩
أوكرانيا	٤٤,٨	–٠,٤	١٥	١٥	٧٠	١٥	٤٣,٣	٦٦	٧٦	١,٥
الإمارات العربية المتحدة	٩,٢	١,٩	١٧	١٤	٨٥	١	١٧,٨	٧٦	٧٨	١,٨
المملكة المتحدة	٦٤,٧	٠,٦	١٨	١٨	٦٥	١٨	٥٥,١	٧٨	٨٢	١,٩
الولايات المتحدة الأمريكية	٣٢١,٨	٠,٨	٢٠	١٩	٦٦	١٥	٥٠,٩	٧٦	٨١	١,٩
جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة	٠,١	٠,٠	٢٠	٢٠	٦٢	١٨	٦١,٢	٧٧	٨٣	٢,٣
أوروغواي	٣,٤	٠,٣	٢٢	٢١	٦٤	١٤	٥٥,٩	٧٣	٨٠	٢,٠
أوزبكستان	٢٩,٩	١,٥	٢٧	٢٩	٦٧	٥	٤٩,٧	٦٥	٧٢	٢,٥
فانواتو	٠,٣	٢,٣	٢٩	٣٧	٥٩	٤	٦٨,٧	٧٠	٧٤	٣,٤
فنزويلا (جمهورية البوليفارية)	٣١,١	١,٤	٢٧	٢٨	٦٦	٦	٥٢,٤	٧٠	٧٨	٢,٤
فييت نام	٩٣,٤	١,١	٢٤	٢٣	٧٠	٧	٤٢,٥	٧١	٨٠	٢,٠
الصحراء الغربية	٠,٦	٢,٢	٢٥	٢٦	٧١	٣	٤٠,٢	٦٦	٧٠	٢,٢
اليمن	٢٦,٨	٢,٦	٣٤	٤٠	٥٧	٣	٧٥,٦	٦٢	٦٥	٤,٤
زامبيا	١٦,٢	٣,١	٣٣	٤٦	٥١	٣	٩٥,٤	٥٧	٦٠	٥,٥
زمبابوي	١٥,٦	٢,٢	٣٣	٤٢	٥٥	٣	٨٠,٤	٥٤	٥٦	٤,٠

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	السكان							العمر المتوقع		الخصوبة
	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٥	متوسط المعدل السنوي للتغير السكاني، كنسبة مئوية ٢٠١٠–٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٠-٢٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ٠-١٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية ١٥-٦٤، كنسبة مئوية ٢٠١٥	السكان في الشريحة العمرية أكبر من ٦٥، كنسبة مئوية ٢٠١٥	نسبة الإعالة ٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥ ذكور	إناث	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥
الدول العربية	٣٣٩	٢,٠	٢٩	٣٤	٦١	٥	٦٣,٩	٦٧	٧١	٣,٥
آسيا والمحيط الهادئ	٣٨٦٥	١,٠	٢٥ ب	٢٥ ب	٦٨ ب	٧ ب	٤٦,٣	٦٨	٧٢	٢,٢
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	٢٦٥	٠,٨	٢٢	٢٢	٦٨	١٠	٤٧,٧	٦٨	٧٦	٢,٠
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٦٢٩ a	١,١	٢٦ ج	٢٦ ج	٦٧ ج	٨ ج	٥٠,١	٧١	٧٨	٢,٢
شرق وجنوب أفريقيا	٥٤٧	٢,٧	٣٢	٤٢	٥٤	٣	٨٤,٢	٥٨	٦١	٤,٨
غرب ووسط أفريقيا	٤٠٣	٢,٧	٣٢	٤٤	٥٣	٣	٨٧,٣	٥٤	٥٦	٥,٥
المناطق الأكثر نموا	١٢٥١	٠,٣	١٧	١٦	٦٦	١٨	٥١,٥	٧٦	٨٢	١,٧
المناطق الأقل نموا	٦٠٩٨	١,٤	٢٦	٢٨	٦٦	٦	٥٢,٥	٦٨	٧٢	٢,٦
أقل البلدان نموا	٩٥٤	٢,٤	٣٢	٤٠	٥٧	٤	٧٧,١	٦٣	٦٦	٤,٣
العالم	٧٣٤٩	١,٢	٢٥	٢٦	٦٦	٨	٥٢,٣	٦٩	٧٤	٢,٥

الحواشي

– لا تتوافر بيانات.

أ الأرقام لا تشمل جزر الأنتيل الهولندية حسب توافر البيانات..

ب الأرقام لا تشمل جزر كوك، وجزر مارشال، وناورو، ونيوي، وبالاو، وتوكيلاو، وتوفالو حسب توافر البيانات.

ج الأرقام لا تشمل أنغيلا، وبرمودا، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، ودومينيكا، ومونتسيرات، وجزر الأنتيل الهولندية، وسانت كيتس ونيفيس، وجزر تركس وكايكوس، حسب توافر البيانات.

١ تشمل الأرقام جزيرة كريسماس، وجزر كوكس (كيلنغ)، وجزيرة نورفولك.

٢ الأرقام تشمل ناغورنو كاراباخ.

٣ للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، ولا مقاطعة تايوان الصينية.

٤ اعتباراً من ١ تموز/يوليه ١٩٩٧ ، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية صينية خاصة.

٥ اعتباراً من ٢٠ ديسمبر/كانون الأول ١٩٩٩ ، أصبحت ماكاو منطقة إدارية صينية خاصة.

٦ الأرقام تشمل شمالي قبرص.

٧ الأرقام تشمل جزر آلاند.

٨ الأرقام تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.

٩ الأرقام تشمل سانت بارتيليمي وسانت مارتن (الجزء الفرنسي).

١٠ الأرقام تشمل صباح وساراواك.

١١ الأرقام تشمل أغاليغا، ورودريغيس، وبراندون.

١٢ الأرقام تشمل ترانسنيتسيريا.

١٣ الأرقام تشمل جزر سفالبارد وجان مايين.

١٤ الأرقام تشمل القدس الشرقية. في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢ ، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ٦٧ / ١٩ ، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة...".

١٥ الأرقام تشمل كوسوفو.

١٦ الأرقام تشمل جزر الكناري ومدينتي سيته ومليلة.

١٧ الأرقام تشمل زنزبار.

تشمل الجداول الإحصائية الواردة في *تقرير حالة سكان العالم* ٢٠١٥ مؤشرات لتتبع التقدم المحرز صوب تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية في مجالات الصحة النفاسية، وفرص الحصول على التعليم، والصحة الإنجابية والجنسية. وبالإضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية تركيز صندوق الأمم المتحدة للسكان على التقدم المحرز والنتائج المحققة صوب بلوغ عالم حيث يكون كل حمل مرغوباً فيه وكل ولادة مأمونة، ويحقق فيه جميع الشباب كامل إمكاناتهم.

وربما تستخدم مختلف الهيئات الوطنية والمنظمات الدولية منهجيات متباينة في جمع البيانات واستقرائها وتحليلها. ولتيسير مقارنة البيانات دولياً، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات المعيارية التي تستخدمها المصادر الأصلية للبيانات. ولذلك، في بعض الحالات قد تختلف البيانات المدرجة في هذه الجداول عن البيانات التي استخرجتها الهيئات الوطنية. والبيانات الواردة في الجداول لا يمكن مقارنتها بالبيانات الواردة في نسخ سابقة من *تقرير حالة سكان العالم* نظراً لتحديث التصنيفات الإقليمية، والتحديثات المنهجية، وعمليات التنقيح التي أدخلت على بيانات المجموعات الزمنية.

وتعتمد الجداول الإحصائية على دراسات استقصائية للأسر المعيشية تمثل كل بلد من قبيل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية لمجموعات المؤشرات المتعددة، وتقديرات منظمات الأمم المتحدة. والتقديرات المشتركة بين الوكالات. وهي تشمل أيضا أحدث التقديرات والتوقعات السكانية المستمدة من 'منشور التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢، والتقديرات القائمة على نماذج رياضية والتوقعات المتعلقة بمؤشرات تنظيم الأسرة لعام ٢٠١٤ (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان). والبيانات مصحوبة بتعاريف ومصادر وحواشي. والجداول الإحصائية الواردة في *تقرير حالة سكان العالم* ٢٠١٥ تعكس عموماً المعلومات المتاحة حتى آب/أغسطس ٢٠١٥.

مؤشرات مختارة لرصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

صحة الأم والوليد

نسبة الوفيات النفاسية، لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي، ٢٠١٣.
المصدر: تتعلق التقديرات بعام ٢٠١٣ وقد نشرها في عام ٢٠١٤ الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، المؤلف من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة، ويضم خبراء تقنيين مستقلين. ويختلف العديد من التقديرات عن الأرقام الحكومية الرسمية. ويعرض هذا المؤشر عدد وفيات النساء لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي لأسباب تتعلق بالحمل. ويختلف العديد من التقديرات عن الأرقام الحكومية الرسمية. وتستند التقديرات إلى الأرقام الواردة في التقارير قدر الإمكان، مع استعمال النُّهج التي تحسِّن إمكانية المقارنة بين المعلومات الواردة من مصادر مختلفة. ويتم استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، والوكالات الأخرى، والمؤسسات الأكاديمية، ويجري تنقيحها حسب الاقتضاء كجزء من العملية الجارية لتحسين بيانات الوفيات النفاسية. ولا ينبغي مقارنة التقديرات بالتقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات. وتستند تقديرات الوفيات النفاسية المذكورة في هذا التقرير إلى قاعدة البيانات العالمية للوفيات النفاسية التي يتم تحديثها كل خمس سنوات.

حالات الولادة التي تجرى بحضور أخصائيين صحيين متخصصين، نسبة مئوية، ٢٠٠٦ / ٢٠١٤.
المصدر: منظمة الصحة العالمية، وفريق خبراء الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية. وقد قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بحساب المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من فريق خبراء الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية. النسبة المئوية للولادات التي تجرى تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات) هي النسبة المئوية لحالات الولادة التي يشرف عليها أشخاص مدربون على توفير الرعاية التوليدية المنقذة للأرواح، بما في ذلك توفير ما يلزم من إشراف ورعاية ومشورة للنساء أثناء الحمل والوضع وبعد الولادة؛ وإجراء عمليات الولادة بمفردهم؛ وتوفير الرعاية للأطفال حديثي الولادة. ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى وإن حصلن على دورة دراسية تدريبية قصيرة.

معدل المواليد بين المراهقات، لكل ١,٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ١٩٩٩/٢٠١٤.
المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة وفريق خبراء الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية للصندوق استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. يمثل معدل ولادة المراهقات مخاطر الحمل بين النساء المراهقات من سن ١٥ إلى ١٩ عامًا. ولأغراض السجل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقييدات التي تستند إلى استيفاء بيانات المواليد، ومعاملة الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو خلال فترة ٢٤ ساعة من مولدهم، ونوعية المعلومات المقدمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. وربما تتأثر التقديرات السكانية نتيجة للقيود المرتبطة بعدم صحة البيانات المقدمة عن السن ومدى شمول هذه البيانات. وفي البيانات المستخدمة للمسح السكاني وتعداد السكان، يكون البسط والمقام من نفس فئة السكان. وتتعلق أوجه القصور الأساسية بعدم صحة بيانات السن، وإغفال المواليد، وعدم صحة الإبلاغ عن تاريخ ميلاد الطفل، وتغير العينات المستخدمة في حالات المسح.

الصحة الجنسية والإنجابية

تطلق شعبة السكان بالأمم المتحدة مجموعة منهجية وشاملة من التقديرات والتوقعات القائمة على النماذج الرياضية فيما يتعلق بطائفة من مؤشرات تنظيم الأسرة على مدى فترة ٦٠ عاماً. وتشمل المؤشرات معدل انتشار وسائل منع الحمل، والاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة، وإجمالي الطلب على تنظيم الأسرة، والنسبة المئوية للطلب على تنظيم الأسرة التي تتم تلبيتها للنساء المتزوجات أو المقترنات خلال الفترة من ١٩٧٠ حتى ٢٠٣٠. واستُخدم نموذج هرمي بايزي إلى جانب اتجاهات زمنية خاصة بكل بلد على حدة من أجل وضع التقديرات والتوقعات وتقييم عدم اليقين. ويعزز هذا النموذج الأعمال السابقة ويأخذ في الاعتبار التباينات حسب مصدر المعلومات، والعينات السكانية، ووسائل منع الحمل التي تشملها طرق قياس الانتشار. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن التقديرات والمنهجيات والتحديثات القائمة على النماذج الرياضية عبر الموقع http://www.un.org/en/development/desa/population وتستند التقديرات إلى البيانات القطرية الواردة في المنشور "وسائل منع الحمل في العالم لعام ٢٠١٥".

معدل انتشار وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات/المقترنات حالياً، ما بين سن ١٥ و٤٩ سنة، بأي وسيلة منع حمل، وأي وسيلة حديثة، ٢٠١٥.
المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من تقارير عينات الدراسات الاستقصائية. وتضع بيانات الدراسات الاستقصائية تقديرات لنسبة النساء المتزوجات (بمن فيهن النساء المقترنات بعلاقات التراضي)، في سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة حديثة أو أي وسيلة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة أو المتوفرة عبر العيادات والإمدادات تعقيم الذكور والإناث، واللوالب الرحمية، وأقراص منع الحمل، والمحقونات، والغرسات الهرمونية، والعوازل الواقية، والوسائل الحاجزة التي تستعملها الإناث.

الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-٤٩ عامًا، ٢٠١٥.
المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. الحاجة غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة. النساء اللاتي لديهن احتياجات غير ملباة فيما يتعلق بالمباعدة بين الولادات هن النساء الولودات والناشطات جنسياً لكنهن لا تستعملن أي وسائل لمنع الحمل، ويعلنّ أنهن يردن تأخير إنجاب الطفل التالي. وتمثل هذه فئة فرعية من الفئة الإجمالية للاحتياجات غير الملباة في نطاق تنظيم الأسرة، وهي تشمل أيضاً فئة اللاتي تردن تحديد عدد الولادات. ويشير مفهوم الحاجة غير الملباة إلى الفجوة بين رغبات المرأة في الإنجاب وسلوكها فيما يتعلق باستعمال وسائل منع الحمل. ولأغراض رصد الأهداف الإنمائية للألفية، يعبَّر عن الحاجة غير الملباة كنسبة مئوية تقوم على عدد النساء المتزوجات أو المقترنات على أساس التراضي.

نسبة الطلب الملبى، النساء المتزوجات/المقترنات حالياً في سن ١٥ - ٤٩ سنة، ٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. النسبة المئوية من مجموع الطلب الُملبى على وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات أو المقترنات في سن ١٥ إلى ٤٩ عامًا.

نسبة الطلب الملبى = معدل انتشار وسائل منع الحمل مقسوماً على مجموع الطلب على وسائل تنظيم الأسرة.

حيث إن مجموع الطلب = معدل انتشار وسائل منع الحمل مجموعًا عليه الحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل. وبالتالي فإن:
إجمالي الطلب على وسائل تنظيم الأسرة = معدل انتشار وسائل منع الحمل+ الحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل
ونسبة الطلب الملبى = معدل انتشار وسائل منع الحمل/(معدل انتشار وسائل منع الحمل + الحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل).

التعليم

المعدلات المعدلة لالتحاق الذكور والإناث بالتعليم الابتدائي ، وصافي النسبة المئوية للأطفال في سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي، ١٩٩٩ / ٢٠١٤. المصدر: اليونسكو، معهد الإحصاء. يشير صافي معدل الالتحاق المعدل بالتعليم الابتدائي إلى النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية الرسمية للتعليم الابتدائي الملتحقين بالتعليم الابتدائي أو الثانوي.

معدلات التحاق الذكور والإناث بالتعليم الثانوي، وصافي النسبة المئوية للأطفال في سن الالتحاق بالتعليم الثانوي، ١٩٩٩ / ٢٠١٤. المصدر: اليونسكو، معهد الإحصاء. يشير صافي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي إلى النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية الرسمية للتعليم الثانوي الملتحقين بالتعليم الثانوي.

مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الابتدائي، ١٩٩٩ / ٢٠١٤. المصدر: اليونسكو، معهد الإحصاء. ويشير مؤشر تكافؤ الجنسين إلى نسبة عدد الإناث إلى الذكور فيما يتعلق بصافي معدلات الالتحاق المعدّلة بالتعليم الابتدائي.

مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي، ١٩٩٩ / ٢٠١٤. المصدر: اليونسكو، معهد الإحصاء. ويشير مؤشر تكافؤ الجنسين إلى نسبة عدد الإناث إلى الذكور فيما يتعلق بصافي معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي.

المؤشرات الديمغرافية

مجموع السكان، بالملايين، ٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وتمثل هذه المؤشرات الحجم التقديري لسكان البلدان في منتصف العام.

متوسط معدل تغير السكان السنوي، نسبة مئوية، ٢٠١٠ / ٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وتشير هذه الأرقام إلى متوسط معدل النمو الأسّي للسكان خلال فترة معينة استناداً إلى توقع متغير وسيط.

السكان من سن ١٠ إلى ٢٤ سنة، نسبة مئوية، ٢٠١٥. المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات نسبة السكان بين سن ١٠ و٢٤ عامًا.

السكان من سن ٠ إلى ٢٤ سنة، نسبة مئوية، ٢٠١٥. المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان تستند إلى بيانات من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات نسبة السكان بين سن ٠ و٢٤ عامًا.

السكان من سن ١٥ إلى ٦٤ سنة، نسبة مئوية، ٢٠١٥. المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات نسبة السكان بين سن ١٥ و٦٤ عامًا.

السكان من سن ٦٥ فأكثر، نسبة مئوية، ٢٠١٥. المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات نسبة السكان من سن ٦٥ عامًا فأكثر.

نسبة الإعالة، ٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات نسبة عدد المُعالين (الأشخاص الأصغر من ١٥ عامًا أو الأكبر من ٦٤ عامًا) إلى السكان في سن العمل (ما بين ١٥ -٦٤). البيانات مبينة في صورة نسبة المُعالين لكل ١٠٠ من السكان في سن العمل.

معدل العمر المتوقع عند الولادة للذكور والإناث (بالسنة)، ٢٠١٠/٢٠١٥. شعبة السكان بالأمم المتحدة. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وتعرض هذه المؤشرات عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الأطفال حديثي الولادة إذا تعرضوا لمخاطر الوفيات السائدة عبر الشريحة السكانية وقت ولادتهم.

معدل الخصوبة الإجمالي، ٢٠١٠ /٢٠١٥. شعبة السكان بالأمم المتحدة. وقد أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المجاميع الإقليمية استناداً إلى البيانات المستمدة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثل هذه المؤشرات عدد الأطفال الذي يمكن أن يولدوا لكل امرأة إذا عاشت إلى نهاية سنوات الخصوبة وحملت أطفالاً في كل عمر طبقًا لمعدلات الخصوبة السائدة المحددة طبقًا للسن.

تصنيف المناطق

متوسطات صندوق الأمم المتحدة للسكان المبينة في نهاية الجداول الإحصائية محتسبة باستخدام بيانات من البلدان والمناطق طبقًا للتصنيف أدناه. لا تشمل التصنيفات الإقليمية إلا البلدان التي يعمل فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان.

منطقة الدول العربية

الأردن، وتونس، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمان، وفلسطين، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، واليمن.

منطقة آسيا والمحيط الهادئ

أفغانستان، وإندونيسيا، وإيران (جمهورية إسلامية)، وبابوا غينيا الجديدة، وباكستان، وبالاو، وبنغلاديش، وبوتان، وتايلند، وتوفالو، وتوكيلاو، وتونغا، وتيمور الشرقية، وجزر سليمان، وجزر كوك، وجزر مارشال، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وساموا، وسريلانكا، والصين، وفانواتو، والفلبين، وفيجي، وفيتنام، وكمبوديا، وكيريباس، وماليزيا، وملديف، ومنغوليا، وميانمار، وميكرونيزيا (الولايات الموحدة)، وناورو، ونيبال، ونيوي، والهند.

منطقة شرق ووسط أوروبا

أذربيجان، وأرمينيا، وألبانيا، وأوكرانيا، وبلغاريا، والبوسنة والهرسك، وبيلاروس، وتركمانستان، وتركيا، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، وجمهورية مولدوفا، وجورجيا، ورومانيا، وصربيا، وطاجيكستان، وقيرغيزستان، وكازاخستان.

منطقة شرق أفريقيا وجنوبها

إثيوبيا، وإريتريا، وأنغولا، وأوغندا، وبوتسوانا، وبوروندي، وجزر القمر، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجنوب أفريقيا، وجنوب السودان، ورواندا، وزامبيا، وزمبابوي، وسوازيلند، وسيشيل، وكينيا، وليسوتو، ومدغشقر، وملاوي، وموريشيوس، وموزامبيق، وناميبيا.

منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

الأرجنتين، وأروبا، وإكوادور، وأنتيغوا وبربودا، وأنغويلا، وأوروغواي، وباراغواي، والبرازيل، وبربادوس، وبرمودا، وبليز، وبنما، وبوليفيا (الدولة المتعددة القوميات)، وبيرو، وترينيداد وتوباغو، وجامايكا، وجزر الأنتيل الهولندية، وجزر البهاما، وجزر تركس وكايكس، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، والجمهورية الدومنيكية، ودومينيكا، وسانت فنسنت وجزر غرينادين، وسانت كيتس ونيفيس، وسانت لوسيا، والسلفادور، وسورينام، وشيلي، وغرينادا، وغواتيمالا، وغيانا، وفنزويلا (الجمهورية البوليفارية)، وكوبا، وكوستاريكا، وكولومبيا، والمكسيك، ومونتسيرات، ونيكاراغوا، وهايتي، وهندوراس.

منطقة غرب ووسط أفريقيا

بنين، وبوركينا فاسو، وتشاد، وتوغو، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وسان تومي وبرينسيبي، والسنغال، وسيراليون، والغابون، وغامبيا، وغانا، وغينيا، وغينيا الاستوائية، وغينيا بيساو، والرأس الأخضر، وجمهورية الكاميرون، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو، وليبيريا، ومالي، وموريتانيا، والنيجر، ونيجيريا.

وتشمل المناطق الأكثر تقدماً أوروبا، وأمريكا الشمالية، وأستراليا/نيوزيلندا، واليابان.

وتشمل المناطق الأقل نمواً جميع مناطق أفريقيا وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، بالإضافة إلى ميلانيزيا، وميكرونيزيا، وبولينيزيا.

أقل البلدان نمواً حسب تعريف الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرارات أرقام (٢٠٩/٥٩، ٢١٠/٥٩، ٣٣/٦٠، ٩٧/٦٢، L.55/64، L.43/67) وتشمل ٤٩ بلدًا في يونيو/حزيران ٢٠١٣ ٣٤ في أفريقيا و٩ في آسيا و٥ في أوقيانوسيا وواحدة في أمريكا اللاتينية والكاريبي. وتشمل المجموعة ٤٩ بلداً هي — إثيوبيا، وإريتريا، وأفغانستان، وأنغولا، وأوغندا، وبنغلاديش، وبنين، وبوتان، وبوركينا فاسو، وبوروندي، وتشاد، وتوغو، وتوفالو، وتيمور الشرقية، وجزر سليمان، وجزر القمر، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وجنوب السودان، وجيبوتي، ورواندا، وزامبيا، وساماو وسان تومي وبرينسيبي، والسنغال، والسودان، وسيراليون، والصومال، وغامبيا، وغينيا، وغينيا الاستوائية، وغينيا بيساو، وفانواتو، وكمبوديا، وكيريباس، وليبيريا، وليسوتو، ومالي، ومدغشقر، وملاوي، وموريتانيا، وموزمبيق، وميانمار، ونيبال، والنيجر، وهايتي، واليمن. وهذه البلدان مدرجة أيضاً في المناطق الأقل نمواً.

ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.

Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.

Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011* (draft).

Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." Foreign Affairs, July/August.

Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.

Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54–s75. doi:10.1111/disa.12111.

Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.

Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.

Callimachi, R., and M. Limaaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region&region=top-news&WT.nav=top-news&_r=0. Accessed 14 August 2015.

CARE. 2015. *"To Protect Her Honor" Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.

CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.

CARE. 2014. *"The Girl Has No Rights": Gender-based Violence in South Sudan*.

Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.

Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies. *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.

Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).

Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.

Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflicttrends.html. Accessed 8 September 2015.

Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.

Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): I1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-I1.

COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.

Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.

CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.

CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. http://www.emdat.be/. Accessed 3 November 2015.

Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.

Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations.* Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).

Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.

DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.

DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.

Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." IDS Practice Paper in Brief #23. Institute of Development Studies Brighton.

Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet*. 7. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Pager-2015_English.pdf. Accessed 5 September 2015.

IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.

IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.

IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20 2015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.

Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.

Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report — Typhoon Haiyan (Yolanda)*.

Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.

Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.

Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.

Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.

Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.

Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.

Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape. Accessed 3 August 2015.

Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.

Human Rights Watch. 2010. '*As if We Weren't Human': Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.

Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery.* Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.

Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices.* Washington, DC: Population Reference Bureau.

FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.

Foreman, M. 2015. Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.

Garfield, R., and J. Blore.2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.

Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241–246. doi:10.1001/dmp.2012.37.

Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.

Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147–159. doi:10.1080/13552070701876367.

Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.

Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.

Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States*. *United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.

Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.

Ministère du Plan et al. 2014.*Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.

Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.

Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses.* Geneva: IDMC and NRC.

ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%20 2014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.

Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.

Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910–1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.

Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836–1842. doi:10.1056/NEJMra1109877.

Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.

Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1–9. doi:10.1016/j.ijdrr.2013.12.010.

Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1–s18. doi:10.1111/disa.12107.

Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.

McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.

McDonell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.

McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174–180. doi:10.2307/2648255.

International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012-December 2014.* Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.

International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.

International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings.* Practice Brief.

International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.

International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.

Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91–92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.

Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970–2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.

Klasing, A. M. 2011. *"Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti*. Human Rights Watch.

START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf.
Accessed 5 September 2015.

Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.

Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.

Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.

UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June–2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.

UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone.* UNDP Africa Policy Note. 2(1).

UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.

UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.

UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-united-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.

Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.

RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.

Reinl, J. 2015. *Q&A: Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.

Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises.* Westport, CT: Save the Children.

Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York:
Save the Children and UNFPA.

Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.

Searle, L. n.d.."Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.

Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35–s38.

Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67–79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.

Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence.* Australian Civil-Military Centre.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "*Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups*."
A/HRC/28/18. March 13.

Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.

Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "*Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences*." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.

Osotimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response. The Huffington Post*. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.

Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.

Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.

Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1–29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.

Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.

Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters.* Surrey: Plan International.

Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.

United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.

United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.

United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women,* Beijing, 4–15 September. New York: United Nations.

United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action.* New York: United Nations.

United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.* Twentieth session. A/HRC/20/5.

United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo.* Seventeenth session. A/HRC/17/26.

United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf. Accessed 5 September 2015.

United Nations Iraq. 2014. *SRSG Bangura and SRSG Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsg-bangura-and-srsg-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=6-05&lang=en. Accessed 28 August 2015.

UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.

UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.

UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).

UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.

UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*, Geneva: United Nations, March 2015.

UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.

United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development,* Conference report, Addis Ababa, July.

United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.

United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.

UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis.* New York: UNFPA.

UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. https://www.worldhumanitariansummit.org/file/504128/download/549328. Accessed 11 September 2015.

UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.

UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.

UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.

UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.

UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.

UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.

UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.

UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme) 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement.* Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.

World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.

World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.

World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.

World Vision UK. 2013. Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*." World Vision UK Research Report*. London: World Vision UK.

Wulf, D. 1994*. Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities.* New York: Women's Commission for Refugees.

Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.

Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.

Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.

Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya."* New York: Women's Refugee Commission.

Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011—2012*.

Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.

Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services.* New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.

Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research.* International Review of the Red Cross.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. "*Humanitarian Assistance*." www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.

UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.bRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.

UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.

UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.

United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.

WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.

أزمة إنسانية

حدث أو سلسلة من الأحداث تمثل تهديداً خطيراً على الصحة أو السلامة أو الأمن أو رفاه المجتمع أو مجموعة كبيرة من الناس، عادةً على مساحة واسعة. وقد تنطوي النزاعات المسلحة والأوبئة والمجاعات والكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ الكبرى الأخرى جميعها على أزمة إنسانية أو قد تؤدي إليها.

الاستجابة الإنسانية

المساعدة المادية واللوجستية للناس بسبب احتياجات ناشئة عن نزاعات أو كوارث، وتُقدم على أساس نداء من قبل الحكومة أو المنظمات الدولية.

الأشخاص المتضررون من النزاعات أو الكوارث

الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة فورية خلال فترة طوارئ، أي من لديهم احتياجات البقاء الأساسية كالغذاء والماء والمأوى والصرف الصحي والمساعدة الطبية الفورية نتيجة لحالة طوارئ.

تأثير مباشر وغير مباشر

التأثير المباشر هو الوفاة أو أي محصلة أخرى وقعت مباشرةً وبشكل رئيسي بسبب حدوث كارثة. التأثير غير المباشر هو الوفاة أو أي محصلة أخرى وقعت كنتيجة نهائية، ولكن ليست فورية، لفعل مدمر واحد. في كثير من الأحيان يمكن تحديد هذه المحصلات فقط على أساس تعداد السكان، حيث يمكن تحديد الآثار المباشرة للفرد. على سبيل المثال، إذا ارتفع معدل الوفيات بعد حدث ما دون أن يتم تحديد سبب آخر، تُعتبر هذه الوفيات الإضافية تأثيراً غير المباشر للحدث.

حالة طارئة معقدة

أزمة إنسانية متعددة الجوانب في بلد أو منطقة أو مجتمع حيث يوجد انهيار كامل أو واسع النطاق في السلطة نتيجةً للصراع الداخلي أو الخارجي وهي تتطلب استجابة دولية متعددة القطاعات تتجاوز ولاية أو قدرة أي وكالة واحدة و/أو أي برنامج قطري جارٍ في الأمم المتحدة. مثل هذه الحالات الطارئة، على وجه الخصوص، لها تأثير مدمر على الأطفال والنساء، وهي تستلزم مجموعة معقدة من الاستجابات.

حقوق الإنسان

جميع حقوق الإنسان تنبع من الكرامة والقيمة المتأصلة في الإنسان. يقر مفهوم حقوق الإنسان بأن لكل إنسان الحق في التمتع بحقوقه الإنسانية دون تمييز بسبب العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي أو الثروة أو المولد أو أي سبب آخر من الأسباب.

العمل الإنساني

يقدم العمل الإنساني الخدمات المنقذة للحياة ويسهل العودة إلى الحياة الطبيعية للناس والمجتمعات المحلية المتضررة من الكوارث الطبيعية والكوارث من صنع الإنسان. كما يسعى إلى تقليل الأثر المدمر للكوارث وحالات الطوارئ المعقدة.

كارثة طبيعية

حدث واسع النطاق تُدمر على إثره الحياة و/أو الممتلكات. كي يتم تسجيل حدث ما باعتبارها كارثة في قاعدة بيانات مركز أبحاث علم أوبئة الكوارث المعترف به دولياً، يجب أن تتوافر واحد على الأقل من المعايير التالية:

- الإبلاغ عن مقتل عشرة أشخاص أو أكثر.
- الإبلاغ عن تضرر مائة شخص أو أكثر.
- إعلان حالة الطوارئ.
- إطلاق نداء من أجل المساعدة الدولية.

تشمل الكوارث الطبيعية الجفاف والزلازل والأوبئة والحرارة الشديدة أو البرد الشديد والفيضانات والعواصف وأمواج تسونامي وثورات البراكين وحرائق الغابات.

لاجئ

الشخص الذي يقيم خارج البلد الذي يحمل جنسيته نظراً لمخاوفه المبررة من التعرض للاضطهاد بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه إلى فئة اجتماعية معينة أو آرائه السياسية، ولا يستطيع أو لا يرغب في الاستفادة من حماية ذلك البلد بسبب تلك المخاوف.

النازحون داخلياً

الأفراد الذين اضطروا أو أجبروا على الفرار أو على ترك منازلهم أو أماكن إقامتهم المعتادة، لا سيما نتيجةً أو لتجنب آثار النزاع المسلح وحالات العنف العام أو انتهاكات حقوق الإنسان أو الكوارث الطبيعية أو تلك التي من صنع الإنسان، والذين لم يعبروا حدود دولة معترف بها دولياً.

العمل من أجل عالم يكون فيه
كل حمل مرغوب فيه
وكل ولاده آمنه
ويحقق فيه كل شاب وشابة
ما لديهم من إمكانيات

صندوق الأمم المتحدة للسكان.
605 Third Avenue
New York, NY 10158
هاتف ٥٠٠٠ ٢٩٧ ٢١٢ ١+
www.unfpa.org

♻ طُبع على ورق معاد تدويره.