

# الصحة الجنسية والإنجابية - الحقوق والخدمات

أنسيل أدريان- باول، جيليان لوبو، جويلرما سواريز سبستيان، و مبراك طاركي.

**الصحة الجنسية والإنجابية - الحقوق والخدمات (SRH R&S)** مهمة للجميع. يعاني الرجال والأولاد في غالبا من نقص في الحقوق الجنسية والإنجابية من خلال عدم حصولهم بشكل مناسب على المعلومات، والخدمات والرعاية، لكن النساء والفتيات اللواتي في سن الإنجاب هم في العموم أكثر عرضة للاعتداءات الجنسية وسوء الصحة الإنجابية. يتفاقم هذا الحال ويزداد تدهورا في الأوضاع التي تشهد نزاعات، حيث تكون النساء عرضة لمستويات متزايدة من العنف، وفقدان الأمن والحصول بشكل ضعيف على الخدمات الصحية والطبية التي تتميز بالأمان.

في مطلع التسعينات، كان هناك عدد من العوامل التي ركزت الانتباه العالمي على ضرورة توفير الحقوق الإنجابية والصحية والخدمات للاجئين والسكان النازحين. وقد رفعت الأوضاع في كل من **يوغوسلافيا وراوندا** من مستوى الوعي بالنسبة لاحتياجات الصحة الإنجابية على وجه التحديد للنساء اللاجئات. وكرد فعل لذلك، نشرت مفوضية المرأة للنساء والأطفال اللاجئين تقريرا يركز على المخاطر الصحية المتزايدة التي تواجهها النساء في أوضاع اللجوء<sup>1</sup>.

وقد أشار التقرير إلى الإهمال الخطير للكثير من جوانب ونواحي الصحة الإنجابية في هذه الأوضاع، وطالب بزيادة الاهتمام الدولي الخاص بتوفير الخدمات الصحية الإنجابية الكاملة.

في عام 1994، وخلال **المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD)** الذي عقد في القاهرة، اتفقت 179 دولة على خطة لتحويل وتمويل برامج الصحة الإنجابية. وتدعو الوثيقة النهائية وبرنامج العمل (PoA) إلى الوصول لخدمات الصحة الإنجابية على المستوى العالمي وإلى إجراءات محددة لتشجيع التنمية البشرية والقضايا الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمرأة<sup>2</sup>. وبالرغم من الحجج القوية التي تستند على مواضيع الصحة العامة وحقوق الإنسان والعدل الاجتماعي، لا زالت الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة غير مفهومة أو مطبقة بشكل كافي في الكثير من البلدان. إلا أن الوضع أكثر سوءا في الدول التي تشهد نزاعات أو التي خرجت من النزاعات<sup>3</sup>. يبحث هذا الفصل قضايا الصحة الإنجابية، والحقوق والخدمات التي تؤثر على السكان خصوصا وبشكل رئيسي في الأوضاع التي تشهد نزاعات أو التي خرجت من النزاعات.

## 1 - ما هي الحقوق والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية؟

جرى تعريف **الصحة الإنجابية** في خطة العمل الخاصة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) على اعتبار أنها "الحالة الجسدية والعقلية والاجتماعية في كافة الأمور المتعلقة بجهاز الصحة الإنجابية ووظائفه وعملياته. ويتضمن هذا قدرة الناس على الإنجاب والحرية في اتخاذ القرارات المتعلقة بمتى، وكيف، وعدد مرات القيام بذلك." <sup>4</sup> "الصحة الإنجابية لا تتعلق فقط بعدم وجود المرض أو الاعتلال. تشمل الحقوق الإنجابية والجنسية طبقا للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ICPD، حقوق الإنسان التي تمرر من خلالها إقرارها في القوانين الوطنية وفي المواثيق الدولية لحقوق الإنسان مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وهي تشمل حق الشخص في:

- الحصول على المعلومات، التعليم، المهارات، الدعم والخدمات التي يحتاجها حتى يستطيع اتخاذ قرارات مسؤولة تتعلق بالأمور الجنسية المنسجمة والمتطابقة مع قيمهم الخاصة بهم؛
- السلامة الجسدية والعلاقات الجنسية الطوعية
- نطاق كامل من الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الطوعية التي من السهل الحصول عليها
- التعبير عن التوجهات الجنسية للفرد دون استخدام العنف أو التمييز.
- اتخاذ القرار بشكل حر ومسئول بخصوص عدد الأطفال الذين يريدون إنجابهم ومتى والفترات الزمنية بين كل طفل وآخر، والحصول على المعلومات والوسائل التي تمكنهم من القيام بذلك.

- الحصول على أرفع وأعلى مستويات الصحة الجنسية والإنجابية؛ و
- اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون أي تمييز أو إكراه أو عنف.

تشمل حقوق وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH R&S) نطاق واسع من الخدمات والحقوق المحددة في خطة العمل والتي تساهم في تحقيق الصحة الإنجابية والرفاهية من خلال تجنب وحل مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية، وتشمل تنظيم الأسرة، والإرشاد، والمعلومات، والتعليم، والاتصالات، والخدمات، والتعليم والخدمات المتعلقة بفترة ما قبل الولادة، والعناية بصحة الرضيع والمرأة، والوقاية والعلاج المناسب للعقم، تجنب الإجهاض (مع أن منع وتجنب الحمل غير المرغوب يحظى بالأولوية الكبرى)، توفير خدمات الإجهاض الآمنة (عندما تكون قانونية) والتعامل مع نتائج الإجهاض، معالجة إصابة الأعضاء التناسلية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس (Sties) بما في ذلك مرض نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" HIV/AIDS، وسرطان الثدي، وسرطان الجهاز التناسلي، وعدم تشجيع الممارسات التقليدية الضارة والمؤذية مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (FGM).<sup>5</sup>

### الصحة الإنجابية للنساء والفتيات

يخضع السلوك الإنجابي إلى العلاقات البيولوجية والثقافية والنفسية المعقدة؛ لذا يجب فهم الصحة الإنجابية ضمن سياق العلاقات بين الرجل والمرأة والمجتمعات المحلية والمجتمعات الكبيرة. تتحمل النساء العبء الأكبر لمشاكل الصحة الإنجابية ويزداد مدى تعرضهم للأمراض الإنجابية بسبب العوامل البيولوجية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية.<sup>6</sup>

يبدأ التحدي غالباً في مرحلة الطفولة. على سبيل المثال، الطفلة التي تعاني من سوء التغذية منذ ولادتها أو التي تخضع للممارسات التقليدية الضارة والمؤذية مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (FGM)<sup>7</sup>، من الممكن أن تدخل فترة المراهقة وهي تعاني من فقر الدم أو من المشاكل الجسدية الأخرى بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالممارسات التقليدية. ومن الممكن أن تسبب هذه الأمور مشاكل أثناء فترة الحمل والولادة. إذا من الممكن أن تعاني النساء اللواتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية، والحمل والولادة.

غالباً مما تتعرض الفتيات المرهقات لمخاطر الحمل غير المرغوب وللأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس STIs بما في ذلك مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، بسبب عدم توفر المعلومات الدقيقة لديهم حول الإنجاب والحصول على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل<sup>8</sup>. في المجتمعات التي تتأثر بالانزاعات، تتعرض المراهقات بشكل خاص للانتهاكات الجنسية والاغتصاب. ويتضمن الحمل والولادة خلال هذه المرحلة مخاطر جسيمة. إذ تتضاعف احتمالات وفاة الفتيات من عمر 15 – 19 سنة خلال الولادة مقارنة بالنساء اللواتي هن في العشرينات من أعمارهن. وتقدر حالات الإجهاض التي تتم سنوياً بحوالي 45 مليون حالة في كافة أنحاء العالم، وتعتبر 20 مليون حالة منها تقريباً حالات إجهاض غير مأمونة<sup>9</sup>، وأن ما بين 25 إلى 30 بالمائة من هذه الحالات تجري للفتيات المراهقات<sup>10</sup>.

### تنظيم الأسرة، وسائل منع الحمل والحمل

هناك تأثير مباشر لقدرة المرأة على مباحة فترات الحمل أو الحد من عدد المرات التي تحمل فيها، وكذلك نتائج حملها على صحتها ورفاهيتها، ومن أجل تمكين المرأة من ممارسة حقوقها الإنجابية، فإن من الممكن أن تطور برامج تنظيم الأسرة الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمرأة وأسرتها. تقدر منظمة الصحة العالمية (WHO) أن هناك حوالي 123 امرأة حول العالم، معظمهن في الدول النامية، لا يستخدمن وسائل منع الحمل بالرغم من تعبيرهم عن رغبتهم في المباحة أو الحد من مرات الحمل والولادة لديهم<sup>11</sup>. غالباً لا يتم تلبية احتياجات التنظيم الأسري بسبب ضعف الوصول للخدمات التي تتميز بالجودة، والحدود المتعلقة باختبار طرق وسائل منع الحمل، وقلة المعلومات، والمخاوف ذات الصلة بالأمان والآثار الجانبية وعدم موافقة الشريك.

يوجد في الحمل والولادة مشاكل خاصة يههما، وهناك تقديرات تشير بأن حوالي 1600 امرأة في الدول النامية يمتن يومياً نتيجة المضاعفات التي تحدث خلال الحمل. وبالإضافة إلى الموت، فإن نصف الأطفال المولدين الثمانية الذين يولدون يومياً يموتوا خلال الشهر الأول من حياتهم، والسبب الرئيسي لذلك هو ضعف رعاية الأمومة خلال الحمل.

من الممكن تجنب معظم حالات وفاة الأمهات والأطفال إذا كانت المرأة تتمتع بصحة جيدة خلال الحمل وحصلت على الرعاية الطبية الأساسية قبل وخلال وبعد الولادة<sup>12</sup>.

حسب التقديرات، فإن 28 بالمائة من جميع حالات الحمل التي تحدث في جميع أنحاء العالم كل سنة لا تكون مقصودة ومخطط لها<sup>13</sup>. وبناء على ما ورد من منظمة الصحة العالمية، فإن الملايين من النساء في جميع أنحاء العالم يعرضن حياتهن وصحتهن للخطر من أجل وضع نهاية للحمل غير المرغوب فيه. ويتم في كل يوم إجراء 55000 عملية إجهاض غير مأمونة، يتم 95% منها في الدول النامية. ومن الممكن أن يؤدي هذا إلى وفاة أكثر من 200 امرأة يوميا. على مستوى العالم، تتم حالة إجهاض واحدة غير مأمونة في كل سبع حالات ولادة<sup>14</sup>. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن هناك حالة وفاة واحدة من بين كل ثمانية حالات وفاة للأمهات نتيجة المضاعفات التي تنجم عن عمليات الإجهاض. وفي بعض الحالات، تصل وفيات الأمهات إلى الربع أو أكثر لأسباب لها علاقة بالإجهاض<sup>15</sup>.

تخشى الكثير من النساء طلب العلاج من مضاعفات الإجهاض، مما يؤدي إلى حالات وفاة لا تحصى خارج المستشفيات، ما بين 10 إلى 50 من النساء اللواتي يجربن عمليات إجهاض غير مأمونة بحاجة إلى الرعاية الطبية فورية ومباشرة للمضاعفات ذات الصلة مثل النزيف. تتراوح المشاكل الصحية الطويلة المدى ما بين آلام الحوض المزمنة حتى العمق. ومن الممكن أن تحد هذه المشاكل من إنتاجية المرأة داخل وخارج المنزل، وتعيق قدرتها على رعاية أطفالها، مما يؤثر سلبا على حياتها الجنسية والإنجابية<sup>16</sup>.

مع ذلك يعتبر الإجهاض غير السليم من أسهل إصابات وفيات الأمهات التي يمكن معالجتها والوقاية منها. أدركت الحكومات خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD)، أن الإجهاض غير السليم من أهم قضايا الصحة العامة التي تحتاج إلى خدمات طبية وإنسانية سريعة ذات مستوى رفيع، من أجل معالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير السليم. كما دعوا في نفس الوقت إلى توفير إرشاد متعاطف عقب الإجهاض، بالإضافة إلى خدمات التنظيم الأسري من أجل تعزيز الصحة الإنجابية وتقليل الحاجة إلى الإجهاض ومنع المزيد من الإجهاض غير السليم. كما دعت الحكومات أيضا إلى توفير خدمات الإجهاض السليم التي لا تكون مناقضة للقانون<sup>17</sup>.

### الصحة الإنجابية

تبين الأبحاث أن سوء الصحة الإنجابية مسئولة عن حوالي 36 بالمائة من إجمالي الأمراض التي تنتشر بين النساء اللواتي في سن الإنجاب (15 – 44) في الدول النامية، مقارنة بـ 12.5 بالمائة للرجال. هناك ثلاثة عوامل وثيقة الصلة بشكل خاص في النساء: الوفيات والإعاقات ذات الصلة بالحمل، الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس STIs ومرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز<sup>18</sup>. هناك عدد من العوامل تزيد من تعرض النساء لاعتلال الصحة الإنجابية، وتشمل:

- القيود المفروضة على المعلومات المتعلقة بالجنس، واستخدام الواقي والوسائل الأخرى لمنع الحمل، والمرض، والوقاية، والرعاية الصحية.
- الممارسات التقليدية الضارة مثل طقوس الزواج من رجل قريب بعد وفاة الزوج، تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى FGM، طقوس القرابين والتضحية، الوشم، وفصد الدم.
- الزواج المبكر؛
- عدم القدرة على الاستفسار حول الجنس الآمن
- التمييز ضد المرأة في التعليم، والتوظيف، والوضع الاجتماعي.
- القوانين التي تعزز اعتماد المرأة الاقتصادي على الرجل، والاعتماد على البغاء من أجل العيش والبقاء الاقتصادي (للرجال والأطفال)؛ و
- الحروب، المجاعات، الكوارث الطبيعية، الاضطهاد السياسي، الفقر، والنزوح

## 2 – كيف تؤثر النزاعات على توفير الصحة والخدمات الإنجابية؟

خلال النزاعات، من الممكن أن تتعرض المرافق والخدمات الصحية للتدمير، وقد يصبح الأفراد العاملين في المجال الصحي مستهدفين. إذ تعرض أكثر من نصف العاملين في المجال الصحي للقتل خلال التطهير العرقي في رواندا. في البوسنة والهرسك، غادر 40 بالمائة من الأطباء البلاد ولم يعودوا إليها. من الممكن أن تؤثر العقوبات المفروضة على الصحة الإنجابية للمرأة وعلى حصولهن على الخدمات والرعاية الصحية. في العراق، بعد الخليج، انخفضت

إمكانية حصول المرأة على الخدمات المتعلقة بطب النساء والولادة، وفي صربيا، وخلال فترة العقوبات مات عدد أكبر من النساء اللواتي أعمارهن ما بين 25 – 44 عاما مقارنة بالسنوات التي سبقتها<sup>19</sup>.

كما تؤثر النزاعات بشكل سلبي وبعده طرق على توفير حقوق وخدمات الصحة الإنجابية (SRH R&S) بشكل فعال وأمن، التي من ضمنها: تعطل الخدمات الصحية، النقل الإجباري للاجئين ونزوح الأشخاص داخل البلاد (IDPs) وسوء التغذية وانتشار الأوبئة التي تؤدي إلى تلاتشي قوة ومناعة النساء المريضات والمرضعات. وتتفاقم إمكانات تعرض النساء للخطر في الأوضاع التي تشهد نزاعات وصراعا، بسبب ازدياد مستوى العنف، وانعدام الأمن، وضعف الحصول والوصول إلى الخدمات الصحية والطبية بشكل آمن. على سبيل المثال، تعرضت الكثير من المرافق الطبية للتدمير في تيمور الشرقية خلال الصراع العنيف والقتال التي سادت هناك، مما أثر بالتالي على الصحة الإنجابية لعدد لا يحصى من النساء<sup>20</sup>. في بوجانفيل، أدى الحصار المفروض من قبل قوات الدفاع التابعة لـ بابوا نيو جونا، وتدمير المستشفيات والعيادات الصحية إلى التأثير بشكل شديد على صحة الأمومة والطفولة<sup>21</sup>. في أفغانستان، عبر المئات من آلاف الأفغانيين عام 2001 حدون إيران والباكستان، وكان من بينهم الآلاف من النساء الحوامل اللواتي هربن من النزاعات والصراعات العنيفة<sup>22</sup>. وقد أدى ضعف الخدمات الصحية الأفغانية وارتفاع سوء التغذية إلى زيادة المخاطر التي تتعرض لها النساء خلال فترة الحمل والولادة. بالإضافة إلى ذلك، أشارت التقارير الصادرة عن صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة (UNIFEM) أن الدول الأفريقية ذات المعدلات المرتفعة من وفيات الأمهات – بما في ذلك جمهورية الكونغو الديمقراطية (DRC) وسيراليون، وإريتريا – هي دولة قد مرت بسنوات من الصراعات والنزاعات وعدم الاستقرار<sup>23</sup>.

### تعرض المرأة لخطر: العنف بسبب الجنس والنوع الاجتماعي "الجندر" (GBV)

يشمل مصطلح العنف بسبب الجنس والنوع الاجتماعي (GBV) العديد من الانتهاكات والمخاطر والإكراه الجنسي، والاستغلال الجنسي، والإذلال، وممارسة الجنس مع المحارم، والتهريب، والإكراه على الزواج، والإكراه على البغاء<sup>24</sup> (انظر الفصل الخاص بمرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وعمليات دعم السلام). يركز هذا القسم بشكل رئيسي على الاغتصاب والعنف الأسري.

أشارت المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة (UNHCR) أنه "خلال الحرب والنزاع المسلح، تزداد انتهاكات حقوق الإنسان والعنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" بشكل دراماتيكي، حيث يتم غالبا تبني العنف والاضطهاد على أساس النوع الاجتماعي كأحد تكتيكات الحرب والإرهاب. في الواقع، يشير التاريخ الحديث انه جرى استخدام العنف الجنسي والاغتصاب عن قصد وبشكل استراتيجي في أغلب الأحيان كسلاح من أسلحة الحرب. ومن المحزن أن هذا النوع من الانتهاكات سيلحق المرأة اللاجئة طيلة عمرها على اعتبار أنها "لاجئة"<sup>25</sup>. بالإضافة إلى ذلك، أشار المقرر الخاص للأمم المتحدة حول العنف ضد النساء إلى نطاق ومجال العنف من القطاع العام والقطاع الخاص، وجرى تعزيز ذلك وتأكيد من قبل الكثير من المتحدثين في المؤتمر الرفيع المستوى الذي عقده مؤخرا صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة (UNIFEM) كونسورتيوم المساعدة القانونية الدولية (ILAC) تحت عنوان "العدل الجندي" النوع الاجتماعي "في الأوضاع الخارجة من النزاعات: السلام بحاجة للمرأة، والمرأة بحاجة للعدل"<sup>26</sup>.

الاغتصاب والعنف الجنسي كسلاح من أسلحة الحرب: يمكن استخدام الاغتصاب على اعتبار انه رمز للهيمنة والإخضاع، وكوسيلة لترسيخ الإرهاب، وأداة للتعذيب، امتهان الكرامة الإنسانية لجزء من المجتمع، واستخدامه كوسيلة للتطهير العرقي، ونشر الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس STIs، وتدمير العلاقات الأسرية والمجتمعية. وهناك تقديرات بأن أكثر من 50 بالمائة من النساء في سيراليون قد تعرضن للعنف الجنسي خلال الحرب. كما تعرضت أكثر من 20000 امرأة للاغتصاب في البوسنة خلال انهيار نظام الحكم السابق في يوغسلافيا في التسعينات<sup>27</sup>.

بين عامي 2003 و 2004، دفع المستوى غير المسبوق من العنف وامتهان الكرامة الإنسانية الذي تعرضت له النساء في جمهورية الكونغو الديمقراطية DRC، الكثير لتسمية هذا النوع من الأعمال بـ "حرب داخل حرب، وحرب ضد النساء"<sup>28</sup>. في عام 2004، انتشر الاغتصاب والاعتداء الجنسي في دار فور – السودان بشكل واسع ومنهجي<sup>29</sup>. في هاييتي، أشار البحث الذي جرى نشره من قبل مركز الأبحاث

Center Haitien de Recherches et d'Actions pour la Promotion Feminine إلى انه في عام 1996 ، أن 60% من النساء أبلغوا عن تعرضهن للعنف، وأن 37 بالمائة منهن قد عانين من العنف الجنسي، الذي يشمل الاغتصاب، والتحرش الجنسي، والاعتداء الجنسي<sup>30</sup>.

- تواجه المرأة العنف الجنسي خلال كافة مراحل الصراع والنزوح. على سبيل المثال، خلال سنوات الصراع في **بوجانفيل**، تعرضت النساء والفتيات لمخاطر الاغتصاب<sup>31</sup>. وغالبا ما يكون بين الناس الذين يمارسون العنف:
- الشرطة، الجيش، قوات حرب العصابات، قوات حفظ السلام أو ضباط السجون في مراكز الاعتقال، معسكرات الاعتقال ومعسكرات الاغتصاب. يستخدم رؤساء المعسكرات من الذكور النساء لمقايضتهن بالسلاح والذخيرة أو من أجل الحصول على فوائد أخرى.
  - العصابات، القراصنة، المهربين، وحرس الحدود. يستطيع أفراد القوات المسلحة أن يطلبوا أيضا الجنس مقابل المرور الآمن للنساء إلى البلاد التي يسعين للجوء إليها، أو عند محاولتهن العودة إلى بلادهن.
  - المقيمين في المعسكرات، السكان المحليين، والموظفين الدوليين والمحليين في المعسكرات. كما أن ضيق الموارد وعدم توفر الحماية التي يوفرها الذكور من العائلة قد تجعل النساء عرضة للاستغلال الجنسي، و المجتمعات والحكومات ومسؤولي الأمن العدوانيين في البلاد الخارجة من النزاعات<sup>32</sup>. بالإضافة إلى ذلك، احتمال ظهور وانبعاث مسألة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى FGM على اعتبار انه طريقة لترسيخ وتعزيز الهوية الثقافية.

قد تحمل النساء اللواتي تعرضن للاغتصاب في المناطق التي تشهد النزاعات أو التي خرجت من النزاعات، لكنهن لا يرغبن في أغلب الأحيان ولادة أطفال حملن بهن في مثل هذه الظروف. فقد اختارت بعض النساء من **البوسنة** و **كوسوفو** اللواتي حملن نتيجة للانتهاكات الجنسية الإجهاض أو التخلي عن أطفالهن عند الولادة<sup>33</sup>. وهناك وجهة نظر سائدة بين العاملين في مجال الخدمات الصحية وهو أن الحصول على وسائل منع الحمل في الحالات الطارئة أو تناول حبة لمنع الحمل في الصباح، قد تكونا من الوسائل غير الباهضة الثمن والفعالة للتأكد من تجنب الإجهاض غير السليم.

**العنف الأسري:** في النزاعات والمواقف بعد الخروج من النزاعات، تكون الأدوار التي تلعبها النساء والرجال معكوسة بسبب تعطل الهياكل الاجتماعية. الرجال الذين يعانون من البطالة قد يعانون من الإحباط والضغط، ويقضوا معظم أوقاتهم في التوسل أو في الشرب. ترتفع في مثل هذه المواقف حالات العنف الأسري<sup>34</sup>. أشارت الدراسات التي أجريت على اللاجئين السودانيين في شمال أوغندا ارتفاع معدلات العنف الأسري بسبب فرص العمل غير المناسبة للرجال. في **انغولا**، وخلال الأعوام 1997 0 1999 كان هناك 3550 حالة عنف من مختلف الأنواع ضد المرأة، سجل منها 60 بالمائة كحالات عنف أسري<sup>35</sup>. يعود هذا في بعض الحالات إلى الضغوط والإهانات التي يتعرض لها الرجال في القطاع العام، وغالبا على يد مسؤولي الدولة أو المسؤولين الحكوميين.

في حالات أخرى، وعندما يعود الرجال إلى أوطانهم من الحرب، حيث يكونوا متعودين على سلوك العنف وغير مجهزين لحل القضايا بطريقة غير عنيفة. نتيجة لذلك، تجبر النساء على العيش مع خطر العنف بشكل يومي. في الكثير من الأماكن، لا يعتبر العنف الأسري بشكل خاص كمخالفة خطيرة. لذا يجب أن تركز استراتيجيات الوقاية الفعالة على الرجال وتغيير مواقفهم نحو العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" (GBV) وبناء دعمهم ضد مثل هذا العنف. في **كمبوديا** و **جنوب أفريقيا**، على سبيل المثال، ظهرت شبكات الرجال ضد العنف الأسري، وبدأت الحملات الخاصة بوضع نهاية للعنف ضد النساء<sup>36</sup>.

**تعرض الرجال والأولاد:** كما هو الحال بالنسبة للنساء، يتأثر الرجال والأولاد بمواقف النزاع، والنزوح أو التوقيف، حيث يزداد العنف الجنسي ضد الذكور الكبار والمراهقين والأولاد. في مواقف النزاع، قد يتعرض الرجال مثل النساء للإهانة والتشويش حول جنسهم. في بعض المجتمعات قد يجد الرجال الذين لا تشجع أن يكونوا منفتحين على مشاعرهم، أن من الصعب عليهم أن يدركوا ما الذي حدث لهم. وقد يجبروا في أغلب الأحيان بسبب قلة الخدمة أو انعدامها على الصمت والتجاهل. في المواقف التي تشهد النزاعات، قد يكون الرجال

والأولاد الكبار ضحايا للعنف الجنسي والانتهاكات الناجمة عن النوع الاجتماعي "الجنس"، مثل المذابح بسبب الجنس والتجنيد الإجباري<sup>37</sup>.

**تأثير أعمال الرجال والأولاد على الصحة الإيجابية للمرأة.** صنفت منظمة الصحة العالمية تأثير الرجال على الصحة الإيجابية للمرأة على النحو التالي<sup>38</sup>:

**الرجال كمستعملين للخدمة.** يتعرض الرجال والأولاد إلى خطر الإصابة بالأمراض التي تنقل بواسطة الجنس STI وإلى مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" خلال النزاع والنزوح بسبب انغماسهم في علاقات جنسية تزيد من تعرضهم لهذه الأمراض. من المهم جدا أن يكون من السهل حصول الجميع على التعليم والتثقيف والخدمات والإرشاد المتعلق بممارسة الجنس بشكل آمن، والأمراض التي تنتقل بواسطة ممارسة الجنس. يجب على برامج تنظيم الأسرة أن تستهدف وبشكل رئيسي الرجال، ليس فقط من أجل إطلاعهم على المخاطر المرتبطة بالسلوك الجنسي الخطر، لكن أيضا على التنظيم الأسري الفعال وكيف يعتنوا بشركائهم وأطفالهم. كما يجب أن تستهدف برنامج توزيع الأجهزة الواقية الرجال بشكل مباشر.

**الرجال كمتلقين لبرامج التثقيف والسلوك الاجتماعي:** هناك فهم متنامي ومنتزاد للحاجة لتركيز المصادر على البرامج التي تسعى إلى تثقيف الرجال والأولاد على تغيير مواقفهم وسلوكهم نحو SRH. من الممكن أن تؤدي المعلومات المتطورة للرجال من حماية النساء وتعزز الصحة والحقوق الإيجابية للمرأة.

**الرجال كصناع للقرار:** قد يكون للرجال دور مؤثر على عملية صنع واتخاذ القرارات المتعلقة بتوفير الرعاية الجنسية والصحة الإيجابية والخدمات للمجتمعات المحلية ولأسرهم وعائلاتهم. في الكثير من الثقافات، يقوم الرجال في أغلب الأحيان باتخاذ القرارات النهائية حول تنظيم الأسرة، والنفقات الاقتصادية على الخدمات الطبية لـ SRH أو حتى على نوع الرعاية قبل الولادة، والحمل والرضاعة التي يتلقاها شركائهم. على مستوى المجتمع المحلي، يستطيع الرجال على اعتبار أنهم قادة سياسيون ودينيون أو كقادة آخرين التأثير على نوع وجودة وكمية الخدمات والحقوق التي يسمح المجتمع المحلي بتلقيها بشكل عام.

**اللاجئين، والأشخاص النازحون محليا، ورعاية الصحة الإيجابية:** بينما يظل هناك حاجة للرعاية الصحية الإيجابية الشاملة، فإنه غالبا ما يكون لدى اللاجئين والأشخاص النازحين محليا إمكانيات محدودة للحصول على مثل هذه الرعاية. وحيثما توجد، فإنها تكون في أغلب الأحيان لأغراض أساسية وطارئة. في مثل هذه المواقف يزداد احتمال تعرض النساء للخطر. في **كولومبيا**، يعتبر العنف والنزوح من الأسباب الرئيسية للإجهاد غير الآمن<sup>39</sup>، بينما تكون الفترات ما بين كل ولادة وأخرى غير منتظمة، مما يؤدي إلى نتائج أسوأ مما هو الحال قبل النزوح<sup>40</sup>.

خلال النزوح، تعاني النساء أيضا من العديد من المشاكل الصحية العقلية المتسببة عن العنف الذي يتعرضن له، ومن الممكن أن يؤثر هذا على صحتهم الإيجابية. وقد وجدت الدراسات التي أجريت على النساء **الأفغانيات** خلال حكم طالبان أن 97 بالمائة من النساء قد عانين من الاكتئاب، وأن 86 بالمائة قد أبدين توترا كبيرا، وأن 42 بالمائة قد من الاضطرابات التي تعقب الإصابة (PTSD)، وأن 25 بالمائة كن يفكرن بالإقدام على الانتحار ولا يردن أن يصبحن حوامل<sup>41</sup>. بالإضافة إلى ذلك، تتعرض النساء بسبب دورهن في إنجاب الأطفال إلى مجموعة من المشاكل المحتملة والتي تشمل ما يلي:

- الضغوط وسوء التغذية التي تعرض صحة المرأة الحامل والمرضعة وأطفالهن.
- فقدان الشبكة الواسعة من الدعم الذي توفره الأسرة عندما تكون المرأة حامل ومرضعة.
- نقص الدعم العملي أو العاطفي للنساء المصابات والمتضررات.
- من الممكن أن تواجه النساء الشابات والعازبات والأرامل والعاجزات بشكل خاص العنف الجنسي.
- من الممكن أن يؤدي تعطل الشبكات الأسرية والاجتماعية إلى أن تصبح الإناث هن ربات الأسرة. وقد تجبر هؤلاء النسوة على تقديم الجنس مقابل الحصول على الطعام، والمأوى، أو الحماية، أو
- من الممكن أن تؤدي التغييرات الاجتماعية المرتبطة بالنزاع إلى اجتثاث سلطة المرأة في السيطرة على حياتهم الإيجابية. على سبيل المثال، من الممكن أن تتعرض المرأة للضغوط من أجل أن يصبحن حوامل حتى ينجبن أطفالا بدلا من الأطفال الذين توفوا.

## تأثير النزاعات على حقوق وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين:

خلال النزاعات، يؤثر تدمير الهياكل الاجتماعية بشكل عكسي على النمو العاطفي والنفي، وكذلك على التطور الجنسي للمراهقين. وقد ينتج عن غياب وعدم توفر الأشكال التقليدية للإرشاد خلال الانتقال والتحول إلى مرحلة البلوغ سلوك مكبر ومتزايد من المخاطر، بما في ذلك استخدام أو سوء استخدام التبغ، والمخدرات، والكحول. ومن الممكن أن تصيب التغذية السيئة والعنف المراهقين أو أن تنتج بسببهم.

قد تختفي لديهم الرغبة في التخطيط للمستقبل، مما يؤثر على حافزية المراهقين وقدرتهم على اتخاذ الخطوات الضرورية لتجنب الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس STI ومرض أعراض نقص المناعة المكتسبة وحوادث الحمل غير المرغوب. قد تجد الفتيات المراهقات اللواتي يصبحن حوامل سواء كن متزوجات أو غير متزوجات دون دعم أو مساندة تمكنهن من التكيف مع الحمل والولادة وتربية الطفل.

من الممكن أن يزيد خطر الإجهاض غير الآمن أيضا، عند تتعرض كل من شبكة الدعم الاجتماعي والخدمات الصحية للأضرار. يقدر مندوب منظمة الصحة العالمية في ليبيريا أن حوالي 80% من الفتيات النازحات قد تعرضن للإجهاض عند الخامسة عشرة من العمر<sup>42</sup>. يكون القاصرين سواء من البنات أو الأولاد معرضين بشكل خاص للعنف وأشكال أخرى من الاستغلال الجنسي، وقد يتحلوا إلى البغاء من أجل البقاء على قيد الحياة. كما أنهم أكثر عرضة لتدهور وسوء الصحة بشكل عام. في السلفادور، بينت الدراسات أن هناك نسبة عالية من الانتحار بين المراهقين اللاجئين<sup>43</sup>. بالإضافة إلى ذلك، فإن الأفكار الذكورية العدوانية التي تعلمها الطفل والجنود المراهقين سوف تترك أثرا سلبيا وعلى المدى الطويل الأجل على صحتهم الإنجابية وعلى المجتمعات التي سوف يكون على صلة بها.

## تناول حقوق وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية:

جرى منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) الذي عقد في القاهرة وخطة العمل تركيز الانتباه بشكل كبير على حقوق وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة. وقد تعززت حقوق المرأة في المواقف والأوضاع التي تشهد نزاعات من خلال القرار رقم 1325 الذي صدر من مجلس الأمن الدولي التابع للأمم المتحدة والتطورات الأخرى التي حدثت على المستوى الدولي التي تندد وتشجب العنف ضد المرأة وتدعو للرعاية والعناية الفعالة. يتركز الجدل المستمر على جدارة وكفاءة الرعاية الصحية الشاملة التي تشمل صحة إنجابية متساوية تركز على الحقوق يمكن تحمل تكلفتها، وتستطيع أن تأخذ بعين الاعتبار احتياجات النساء والفتيات في أوضاع اللجوء. إلا أن تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بشكل فعال، خصوصا خلال النزاعات، يعتمد على الالتزام السياسي بهذا الموضوع وأيضا على التمويل المناسب والمستديم.

يصبح التمويل غير الكافي أكثر سوءا بسبب سياسات بعض الحكومات. إذ أن حكومة الولايات المتحدة الأمريكية التي تعتبر أكبر جهة داعمة لخدمات الصحة الإنجابية للاجئين والنازحين داخل البلاد قد سحبت أو قيدت استخدام التمويل لبعض هيئات ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات الأخرى. تقيد سياسة مدينة مكسيكو (التي تعرف أيضا بقاعدة القيود العالمية) الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) في تمويل المنظمات التي تشترك في الإجهاض والقضايا المتعلقة بالإجهاض الذي لم يحصل على موافقة مسبقة<sup>44</sup>. وقد حاولت جهات مانحة أخرى مثل الاتحاد الأوروبي سد الفجوة، لكن نظرا لتغير أولويات الدول المانحة، فإن القدرة على المحافظة على المستويات الحالية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية مهددة. علاوة على ذلك، يتعرض ما يقدر بـ 37 مليون شخص نازح للخطر، حيث جرى تخفيض الكثير من البرامج بما في ذلك برنامج الوقاية من مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز، كما جرى قطع برامج تنظيم الأسرة، وتوفير وسائل منع الحمل والخدمات الأخرى، مما يزيد من المخاطر الصحية ويعرض للخطر حياة الكثير من النساء والرجال والأطفال الذين يعيشون في الأوضاع والمواقف التي تؤثر فيها النزاعات<sup>45</sup>.

مع التركيز المتزايد على مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز، هناك أيضا خطر بأن يتم تركيز الانتباه بشكل رئيسي على هذا المرض، بدلا من التعامل بشكل شامل احتياجات الرعاية الصحية التي تشمل أيضا الانتباه والتركيز على الإصابات والأمراض الأخرى التي تنتقل بواسطة ممارسة الجنس مثل السفلس والزهرى أو السيلان<sup>46</sup>.

### 3 – ما هي السياسات والصلاحيات الدولية القائمة لتوفير وتقديم خدمات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية؟

تطلب المادة الثانية عشرة من الاتفاقية الدولية للقضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة "سيداو" من الدول القضاء على التمييز ضد المرأة في حصولها على الخدمات الصحية خلال كافة مراحل حياتهن، خصوصا في مجالات تنظيم الأسرة، الحمل، والولادة. تؤكد الاتفاقية أن الحصول على الرعاية الصحية بما في ذلك، الصحة الإنجابية هو حق أساسي<sup>47</sup>. كما يدعو الحكومات إلى توفير الخدمات المناسبة المتعلقة بالحمل والولادة والرضاعة<sup>48</sup>.

تعزز الاتفاقية المتعلقة بكافة أشكال التمييز العنصري حق الحصول على أرفع مستويات الصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية في الفقرة 5 هـ (IV)<sup>49</sup>.

نتج عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في (القاهرة – مصر، 1994) خطة عمل تحدد سياق تعزيز وحماية الصحة في كافة المواقع والأوضاع، بما في ذلك الصحة الإنجابية. تدعو الفقرات رقم 7ر2 – 8ر35 الحكومات إلى القيام بعدد من الإجراءات والأعمال من أجل تعزيز حق الفرد في الحصول على أرقى وأرفع مستويات ومعايير الصحة بما في ذلك الصحة والحقوق الإنجابية. تتعامل دراسة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ICPD مع القضية في الفقرات 72 – 52<sup>50</sup>.

**خطة عمل بكين (BPFA, 1995) وبكين + 5 (2000):** تضمنت خطة عمل بكين الكثير من المفردات التي ودرت في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ICPD حول الحقوق الإنجابية. ينص برنامج العمل أن "الصحة الجيدة ضرورية لعيش حياة منتجة، وحق كافة النساء في السيطرة على كافة جوانب صحتهن، خصوصا خصوبتهن، والذي يعتبر أمرا أساسيا في تمكينهن". كما تنص أيضا على أن "حقوق الإنسان للمرأة تشمل حقهن في السيطرة وأن يقررن بحرية ومسئولية بخصوص الأمور المتعلقة بحياتهن الجنسية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، دن أي أكره، أو تمييز أو عنف"<sup>51</sup>.

**الميثاق "العهد" الدولي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR):** تفر المادة 12 من ICESCR بحق كل شخص في الحصول على أرقى وأرفع مستويات ومعايير الصحة الجسدية والجنسية، وأن المطلوب من الحكومات هو اتخاذ كافة الخطوات الضرورية لتقليل الوفيات عند الولادة والوفيات بعد الولادة<sup>52</sup>.

**تقر اتفاقية حقوق الطفل (CRC)** بمسئولية الحكومات في تعزيز حقوق الطفل (أنظر الفصل المتعلق بأمن الأطفال). كما تشجع أيضا الحق في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة. تشترط المادة 24 على الحكومات ضمان توفير الرعاية الصحية للأمهات قبل وبعد الولادة. أما المادة 34 فإنها تطلب من الحكومات حماية الطفل من كافة أنواع الاستغلال الجنسي والانتهاكات الجنسية، وتطلب من الحكومات اتخاذ كافة الإجراءات الفعالة والمناسبة من أجل إلغاء كافة الممارسات التقليدية التي تضر وتؤدي صحة الأطفال. وقد قامت جميع الحكومات تقريبا بتوقيع هذه الاتفاقية. لذا، تعتبر هذه الاتفاقية أداة قوية في محاسبة ومساءلة الحكومات<sup>53</sup>.

**المبعوث الخاص للأمم المتحدة حول العنف ضد النساء:** مند تعيين مبعوث خاص للعنف ضد المرأة عام 1994، حصلت الأمم المتحدة على تقارير منتظمة حول انتشار مختلف أنواع العنف، والردود القانونية الموجودة والتوصيات المتعلقة بالعمل. تتوفر هذه التقارير باللغة الإنجليزية والفرنسية والأسبانية وتتناول العنف داخل الأسرة، بما في ذلك الاغتصاب في الحياة الزوجية، نكاح المحارم، الدعارة القسرية، العنف ضد الخادمت، الانتهاكات ضد الأطفال، والعنف في المجتمع، بما في ذلك الاغتصاب، العنف الجنسي، والتحرش الجنسي، والاتجار في النساء والإجبار على ممارسة الدعارة، العنف ضد العمال المهاجرين واللاجئين، العنف ضد المرأة في أوقات الحرب وفي النظام الجنائي، والتطرف الديني. كما تناول المبعوث الخاص للعنف ضد المرأة السياسات والممارسات التي تؤثر على الحقوق الإنجابية للمرأة<sup>54</sup>.

**قرار مجلس الأمن الدولي التابع للأمم المتحدة رقم 1325 (تشرين أول "أكتوبر" 2000):** بالرغم أن هذا القرار لا يعطي صلاحيات أو تفويض على وجه التحديد لحماية خدمات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة، إلى أنه

يدعو كافة أطراف النزاع المسلح إلى اتخاذ إجراءات محددة من أجل حماية النساء والفتيات من العنف الذي يستند إلى النوع الاجتماعي "الجنس"<sup>55</sup>.

#### 4 - من هم المشتركين في توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

تشترك الكثير من المنظمات والهيئات في توفير خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وتشمل هذه المنظمات هيئات ووكالات الأمم المتحدة، هيئات ووكالات المساعدات الثنائية، الحكومات، والمؤسسات غير الحكومية الدولية والمحلية والمشار إلى بعضها أدناه.

##### وكالات وهيئات الأمم المتحدة

**المفوض السامي للأمم المتحدة للاجئين (UNHCR).** تفقد هذه الهيئة وتنسق العمل الدولي لحماية اللاجئين، وحل مشاكلهم في كافة أنحاء العالم (انظر الفصل المتعلق باللاجئين والسكان النازحين داخل بلادهم). الغرض الرئيسي من هذه الهيئة هو حماية حقوق اللاجئين. بالإضافة إلى ذلك، وضع المفوض السامي للأمم المتحدة لشنون اللاجئين دليل عملي لعدة أمور مثل **العنف الجنسي ضد اللاجئين: الإرشادات والوقاية، وجواب (UNHCR)** ودليل ميداني يستخدم داخل الوكالة حول الصحة الإنجابية في أوضاع اللجوء (UNHCR 1999)<sup>56</sup>.

**صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA):** يعتبر من أكبر مصادر التمويل الدولية للسكان ولبرامج الصحة الإنجابية. يعمل UNFPA مع الحكومات (بما في ذلك البلاد المتأثرة بالنزاعات) ومع المنظمات والمؤسسات غير الحكومية في أكثر من 140 بلد بناء على طلبهم وبدعم من المجتمع الدولي. تدعم UNFPA البرامج التي تساعد النساء والرجال والشباب من أجل التخطيط لأسرهم وتجنب الحمل غير المرغوب به، والمرور بالحمل والولادة بشكل آمن وسليم، وتجنب الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، بما في ذلك مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة، ومكافحة العنف ضد المرأة. وقد أعد UNFPA مواد حول الصحة الإنجابية في أوضاع الطوارئ من أجل تسهيل تنفيذ الحد الأدنى من رزمة الخدمات الأولية (MISP). تحتوي هذه المواد على المعلومات الأساسية للصحة الإنجابية لاستخدامها في مراكز الرعاية. وتشمل هذه المواد الأجهزة الواقية، ووسائل منع الحمل عن طريق الفم والحقن، والأدوية لمعالجة الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، والمواد التي تحتوي على وسائل منع الحمل للنساء في حالات الطوارئ.

**منظمة الصحة العالمية (WHO):** تشجع منظمة الصحة العالمية حصول كافة الناس على أرفع وأرقى مستويات الصحة والرعاية الصحية. صممت منظمة الصحة العالمية دليل للإدارة بعنوان "الصحة الإنجابية خلال النزاعات والنزوح: دليل لمدراء البرامج (2000)". يوفر الدليل الأدوات الخاصة بتقييم وتخطيط وتنفيذ وتقييم الصحة الإنجابية ضمن السياق الواسع للتخطيط والإعداد للنزاع والطوارئ. يشمل ذلك مبادئ إرشادية. كما يضم دليل منظمة الصحة العالمية رزمة أساسية من إجراءات رعاية الصحة الإنجابية، وتوفير تفاصيل التنفيذ والتوريد الفعلي لرمز الخدمات. يعتبر هذا الدليل بمثابة وثيقة للتعريف ولزيادة مستوى الوعي وأداة تدريبية للجهات التي تعمل على توفير الرعاية الصحية<sup>57</sup>.

**الوكالة الدولية لمجموعة العمل حول الصحة الإنجابية في أوضاع اللجوء (IAWG)،** جرى تأسيسها في عام 1995 لتعزيز برامج الصحة الإنجابية في أوضاع اللجوء، وتتكون من 30 منظمة بما في ذلك منظمات غير حكومية، هيئات ووكالات تابعة للأمم المتحدة، والمؤسسات الأكاديمية<sup>58</sup>. وقد أعدت الوكالة الدولية لمجموعة العمل حول الصحة الإنجابية في أوضاع اللجوء (IAWG): **دليل ميداني** لتسهيل تقديم الخدمات الصحية الإنجابية في كافة أوضاع اللجوء.<sup>6059</sup>

على المستوى الإقليمي، هناك بروتوكول الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب وحقوق الإنسان في أفريقيا. تشترط المادة 14 من الحقوق الصحية والإنجابية أن تحترم الحكومات وتعزز حقوق المرأة في الصحة. يشمل هذا السيطرة على خصوبتهن، حق اتخاذ القرارات المتعلقة فيما إذا كن يردن أطفال ومتى، والحماية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس – بما في ذلك مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز – بالإضافة إلى حق الحصول على معلومات حول صحتهم وصحة شركائهم<sup>61</sup>.

ضمن الاتحاد الأوروبي، هناك بيان المفوضية إلى المجلس والبرلمان الأوروبي: **الصحة والحد من الفقر في الدول النامية**<sup>62</sup>. تبنت المفوضية الأوروبية بيانها حول الصحة والفقر في شهر آذار "مارس" 2002. إذ يلزم هذا الاتحاد الأوروبي بحماية أكثر الناس عرضة لخطر الفقر من خلال دعم الحصول على الخدمات الصحية بشكل عادل ومتساو. تركز سياسة التنمية لدى الاتحاد الأوروبي حول الصحة الجنسية والإنجابية على خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان الذي عقد في القاهرة. كما تعكس سياسة الاتحاد الأوروبي أيضا الأهداف المحددة لأهداف التنمية الألفية (MDGs) التي تدعو إلى تمكين المرأة وخفض وفيات الأمهات والأطفال.

الوكالات الثنائية مثل **الوكالة الكندية للتنمية الدولية "سيدا" (CIDA)** تدعم تمكين الفتيات والنساء من خلال الحصول بشكل أفضل على التعليم، وعلى المزيد من المشاركة الاقتصادية والاجتماعية في مجتمعاتهم المحلية والخدمات الصحية الموجهة نحو الصحة الإنجابية والحمل الأقل والسلام. كما أصبح حماية المرأة من العنف قضية صحية وتنموية تنال المزيد من الأهمية. وقد أعدت **الوكالة السويدية للتعاون والتنمية الدولية "سيدا" (SIDA)** ورقة حول **الصحة وحقوق الإنسان** التي تؤسس دائرة سيديا للديمقراطية والتنمية الاجتماعية، وسياسة الشبحة الصحية حول صحة الفرد<sup>63</sup>.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID التي تعتبر من أكثر الجهات الممولة تأثير ونفوذًا لحقوق وخدمات الصحة الإنجابية، لديها برنامج صحة عالمي يركز ويمول بقاء الأطفال على قيد الحياة، وصحة الأمومة، ومرض أعراض نقص المناعة المكتسبة/ الأيدز، والأمراض المعدية، وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية<sup>64</sup>.

#### المنظمات غير الحكومية والوكالات والهيئات الأخرى

**الشراكة العالمية الدولية ماري ستوبس (MSI)** من المبادرات العالمية التي تحتل الصدارة لمأسسة الرعاية الصحية الإنجابية في أوضاع اللجوء، وهي نشطة في 37 دولة في جميع أنحاء العالم. تتعاون المبادرة مع الحكومات الوطنية والجهات والمؤسسات غير الحكومية، وتوفر التدريب حول نطاق من المواضيع وخدمات الرعاية الصحية للسكان المستهدفين.

تأسست **مفوضية المرأة** في عام 1989 وهي فرع مستقل من مفوضية الإنقاذ الدولية (IRC)، وهي تعمل من أجل تحسين الحياة والدفاع عن حقوق اللاجئين والنساء والأطراف والمراهقين النازحين. تعزز مشاريع الصحة الإنجابية لدى مفوضية المرأة الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة ذات المستوى الراقي للنساء والرجال والمراهقين من اللاجئين في مجالات الأمومة السليمة، وتنظيم الأسرة، والإيدز/ مرض أعراض نقص المناعة المكتسبة، والأمراض التي تنتقل بواسطة الجنس STI والعنف بسبب الجنس والنوع الاجتماعي "الجندر". كما تقوم مفوضية المرأة بأعمال ومهام المناصرة والتأييد للتأكد أن الصحة الإنجابية موجودة على أجندة "جدول أعمال" مؤسسات ومنظمات تقديم المساعدات الإنسانية، وصناع ورسمي السياسات العامة والجهات والدول المانحة<sup>65</sup>.

#### كونسورتيوم الاستجابة للصحة الإنجابية في مناطق النزاعات (RHRC Consortium).

الكونسورتيوم من مفوضية اللاجئين الأمريكية (ARC)، كبير أميركا CARE ومفوضية الإنقاذ الدولية (IRC)، ومعهد جون سنو للأبحاث والتدريب الدولي (JSI) ماري ستوبس الدولية (MSI) ومفوضية المرأة. يكرس هذا الكونسورتيوم عمله على تعزيز الصحة الإنجابية بين كل الأشخاص المتأثرين بالنزاعات المسلحة. يعزز كونسورتيوم RHRC الحصول على برامج الصحة الإنجابية الشاملة وذات المستوى الرفيع على المدى الطويل الأجل في الحالات الطارئة، ويناصر ويؤيد السياسات التي تدعم الصحة الإنجابية للأشخاص المتأثرين بالنزاعات المسلحة. أما مبادئها الثلاثة الرئيسية فهي: استخدام أساليب الشراكة في إشراك المجتمع المحلي في كافة مراحل البرمجة والتخطيط لتشجيع برامج الصحة الإنجابية خلال كافة المراحل الطارئة واستخدام الأسلوب الذي يستند إلى الحقوق كما هو محدد في خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة<sup>66</sup>.

#### المبادرات الرئيسية والمهمة لتوفير حقوق وخدمات الصحة الإنجابية

بينما تظل التحديات، فإن المناصرة والتأييد من جانب المنظمات الدولية غير الحكومية، والهيئات والوكالات التي تركز عملها لحماية المرأة، والقرارات الدولية اللاحقة، والحوار والنقاش والسياسات قد أدت جميعها إلى زيادة اهتمام السياسة ووسائل الإعلام للعنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" في مناطق النزاعات. وقد ساعد هذا الاهتمام

المرتفع على تشجيع إعداد وتطوير وتنفيذ برامج التوعية والمبادرات الناجحة حول النوع الاجتماعي "الجندر". توفر المبادرات المدرجة أدناه نماذج وأمثلة عن نطاق النشاطات والفعاليات التي تجري من أجل التعامل مع الحقوق الإنجابية وتستطيع حفز بناء السلام من النساء على تبني أو تكرار الأفكار التي تناسب إلى حد كبير النزاع الموجود لديهن على وجه التحديد أو على الأوضاع التي تعقب النزاعات.

- ضم القوات المسلحة في حماية الصحة والحقوق الإنجابية: الدروس والعبر المستفادة من تسع دول (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2003) – جرى الاستفادة من الإمكانيات والموارد البشرية والتنظيمية الموجودة لدى المؤسسات العسكرية في حماية الصحة والحقوق الإنجابية في وقت السلم وفي الأوضاع التي تشهد نزاعات. عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع القطاع العسكري من أجل الوصول بالمعلومات والتثقيف والتعليم والخدمات للرجال حول الحياة الأسرية، تنظيم الأسرة، ومواضيع الصحة الجنسية الأخرى، بما في ذلك صحة الأمومة والطفولة، الوقاية من مرض الإيدز/أعراض نقص المناعة المكتسبة، والحد من العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر"<sup>67</sup>.
- رعاية الصحة الإنجابية للاجئين الأفغان في باكستان (مفوضية المرأة، تشرين أول 2003): أعدت مفوضة المرأة تقييماً حول الصحة الإنجابية ركز على تطبيق نشاطات وفعاليات الصحة الإنجابية التي تحظى بالأولوية بين اللاجئين الأفغان في الحدود الشمالية الغربية، وفي إقليم بالوشستان والبنجاب في **الباكستان**، من شهر آب "أغسطس" 2002 حتى شهر حزيران "يونيو" 2003. وقد كشف تقييم النشاطات التي تحظى بالأولوية والذي يطلق عليه **الحد الأدنى من رزمة الخدمات الأولية (MISP)** انه بالرغم من وجود بعض الجهود المنفصلة والمعزولة لتحسين وتطوير الرعاية الصحية الإنجابية من حيث الكم والنوع للاجئين الأفغان في باكستان، إلا أن الكثير من البرامج تقتصر على تقديم الخدمات التقليدية في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وأن جودة الرعاية الصحية الإنجابية هو أمر مقلق بشكل كبير<sup>68</sup>.
- زيادة العمل نحو منع العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" GBV. في مخيمات النزوح للاجئين **البورميين على الحدود التايلندية**، وفر مكتب المفوض السامي لشؤون اللاجئين التدريب للمنظمات والمؤسسات غير الحكومية، وللتنظمات والمؤسسات النسوية من أجل منع ومعالجة العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر". وقد ركز التدريب بشكل رئيسي على بناء القدرات وتمخض عنه برتوكول للرد على العنف بسبب النوع الاجتماعي يعرف باسم **آلية الرد الأوتوماتيكي (ARM)** وهو عبارة عن دليل مكون من خطوة بخطوة لمساعدة الناجين والباقيين على قيد الحياة<sup>69</sup>.
- توفير خدمات الصحة الإنجابية للنازحين داخل البلاد: قامت مؤسسة خدمات السكان لانكا (PSL) بمساعدة الشراكة العالمية الدولية ماري ستوب MSI والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID بتنفيذ مشروع لتوفير الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة للمجتمعات المتأثرة بالنزاعات المسلحة في الأجزاء الشمالية والشرقية من **سيريلانكا**. يوفر البرنامج الذي بدأ العمل به في عام 1995 الخدمات السريرية "العيادة" والتواصل للسكان النازحين<sup>70</sup>.
- إنقاذ حياة النساء – الأمل بعد الاغتصاب – هو برنامج في **أوغندا** يوفر الإرشاد والمساعدة للنساء والأطفال الذين تعرضوا للانتهاكات، بما في ذلك الأطفال اللاجئين الذين جرى استرقاقهم جنسياً. تأسست هذه المؤسسة غير الحكومية بواسطة طبيبة نفسية من أجل إرشاد ضحايا الاغتصاب الذين يعانون بشكل تقليدي من العار في أوغندا، ويتم إحالتهم إلى البرنامج من خلال الشرطة ومرافق الرعاية الصحية. وقد قام البرنامج بإعداد دليل للمتطوعين من المجتمع من أجل استخدامه في العائلات التي تعرضت للانتهاكات، بما في ذلك الحالات التي تنتهك فيه المرأة حقوق الرجل. تركز منظمة الأمل بعد الاغتصاب على الأبحاث، والتدريب، والمناصرة والتأييد، والتشبيك، وتوفير الدعم النفسي<sup>71</sup>.
- تطوير مهارات العاملين في المجال الصحي: مشروع مشترك لاحتياجات الصحة الإنجابية لضحايا العنف من النساء في **راوندا**، حيث جرى إطلاقه من قبل وزارة الأسرة والنوع الاجتماعي "الجندر" والشؤون الاجتماعية، ومنظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة. بناء عليه، جرى عقد دورة تدريب وإعداد المدربين في شهر كانون ثاني "يناير" 1998. تلقى المشاركون خلال الدورة التدريبية التي امتدت لفترة عشرة أيام المزيد من المعلومات حول النتائج الطبية والنفسية للعنف وكيفية التعامل مع التوتر والإضطرابات التي تحدث بعد التعرض للضرر (PTSD)<sup>72</sup>.

- مؤسسة ماري ستوبس مكسيكو توفر خدمات صحة إنجابية تعتبر تكلفتها في متناول اليد للاجئين الغواتيماليين والنازحين المكسيكيين. يوفر البرنامج المعلومات، والتعليم والتنقيف، والاتصالات، وكذلك تنظيم الأسرة والخدمات الصحية للأمومة والطفولة<sup>73</sup>.

## 5 – اتخاذ الإجراءات الاستراتيجية

### ما الذي تستطيع أن تفعله بناء السلام من النساء؟

تسعى معظم الدول تقريبا وتناضل من أجل التوسع في توفير الخدمات الصحية. ونظرا لقلّة وعدم كفاية الإمكانيات والموارد المتاحة والمتوفرة، تقوم الكثير من الدول بتوفير رزمة أساسية أولية من الخدمات الأساسية التي يمكن توسيعها وزيادة عند توفير المزيد من الموارد والإمكانيات. يجب دمج خدمات الصحة الإنجابية والجنسية مع خدمات الرعاية الصحية الأولى، وكذلك مع الخدمات التي تتضمن احتياجات صحية متخصصة، من أجل تحقيق مصلحة الناس الذين يستخدمون ويستفيدون من الخدمات الصحية وكذلك مصلحة الإدارة الحكومية. وحتى نضمن أن الحكومات والأطراف الأخرى تتقيد وتلتزم بالسياسات والصلاحيات الدولية، فإن بإمكان المجموعات النسوية والمنظمات غير الحكومية النسوية:

1. المناصرة والتأييد والضغط "اللوبي" من أجل الحصول على تمويل مناسب لدعم خدمات تنظيم الأسرة والمباعدة بين كل ولادة.
2. تطوير التحالفات مع كافة القطاعات من أجل تعزيز التعليم والتنقيف والمعلومات والاتصال حول خدمات الصحة الإنجابية للرجال والنساء والمراهقين والمراهقات.
  - تطوير التحالفات مع الشباب من أجل حشد التأييد والمناصرة والضغط بهدف توفير الخدمات بشكل فعال للمراهقين والشباب.
  - إطلاق شبكات مكونة من الرجال لدعم جهود المناصرة والتأييد، ورفع مستوى الوعي والثقافة بين الجماهير حول قضايا العناية بالصحة الإنجابية بين الرجال. على سبيل المثال، في جنوب إفريقيا، جرى تأسيس منتدى "ملتقى" الرجال الجنوب إفريقيين (SAMF) لمعالجة وتناول موضوع عنف الرجال ضد النساء<sup>74</sup>.
3. التواصل مع القادة التقليديين والمؤسسات الدينية والزعماء الدينيين، من أجل كسب دعمهم وتأييدهم لإطلاق حملات جماهيرية ضد العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر"، أو من أجل تشجيع الجنس السليم، وتنظيم الأسرة، الخ.
4. تثقيف النساء حول حقوق الصحة الإنجابية الخاصة بهن، والسياسات التي تتناول الخدمات حتى يستطيعوا المطالبة بحقوقهن.
5. تثقيف النساء والفتيات والرجال والشباب حول استخدام الوسائل السليمة لمنع الحمل وخدمات تنظمي الأسرة لديهن.
6. إطلاق حملة مع المؤسسات والمنظمات الأخرى حول تأثير العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" GBV على المرأة. وأن تضم الحملة الفتيات، والرجال، والأولاد.
7. توثيق تجربة المرأة المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف بسبب النوع الاجتماعي "الجندر". وإنشاء معرض للصور تستطيع عرضه أمام المجتمع المحلي حول مخاطر أمراض الجهاز التناسلي والأمراض التي تنتقل بواسطة الجنس STI بما في ذلك مرض الإيدز/أعراض نقص المناعة المكتسبة.
8. دعم مبادرات الرضاعة من الصدر وشرح مزاياها وفوائدها للمرأة. التأكيد على أهمية التغذية الجيدة قبل وخلال وبعد ولادة الطفل.
9. تنظيم وعقد مناقشات الطاولة المستديرة مع المسؤولين من ذوي الصلة في حكومتك، أو مجتمعك المحلي، أو راسمي وصانعي السياسة على المستوى الإقليمي حول توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. أعمل على رفع مستوى الوعي حول بعض القضايا الثقافية مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (FGM) التي يمكن أن تؤثر بشكل سلبي على الصحة الإنجابية للمرأة.
10. العمل مع الدابات التقليدية والقابلات والنساء في المجتمع المحلي اللواتي يقمن بإجراء تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (FGM) من أجل رفع مستوى الوعي حول المخاطر وتشجيع تجنب القيام بمثل هذه الأعمال.

أين يمكن العثور على المزيد من المعلومات؟  
بوليدر، سي، ديانا سانتانا، ديانا سانتيلات، كارين هاردي، مارجرير ئي. جرين، و سيدني تشيلر: 'تقرير ماذا بعد: نظرة فيما إذا كان دمج النوع الاجتماعي' 'الجندر' في البرامج يحقق فرقا بالنسبة للنتائج. تقرير مجموعة عمل الجندر داخل الوكالة، آذار "مارس" 2004

الاتحاد الدولي لتخطيط الأبوة: <http://plannedparenthood.org>

كين، أس. العمل مع ضحايا العنف المنظم في ثقافات مختلفة: دليل الصليب الأحمر والهلال الأحمر.  
جنيف: IFRCRC 1995

ماري ستوبس انترناشنال ومفوضية المرأة حول اللاجئين من النساء والأطفال، نازحين ويائسين: تقييم الصحة الإنجابية للنازحين داخل كولومبيا، شباط "فبراير" 2003

الصحة الإنجابية خلال النزاع والنزوح، الفصل 2 <http://www.who.int/reproductive-health>

إنقاذ حياة النساء: التجارب مع الأوضاع والمواقف الطارئة، ورقة الحقائق الصادرة عن صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA، 2001، <http://www.unfpa.org>

مجلس الصحة العالمي: <http://globalhealth.org>

الاستجابة للصحة الإنجابية في كونسورتيوم النزاع: <http://www.rhrc.org>

صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA : <http://www.unfpa.org> أنظر الفيلم على شبكة الانترنت حول الحرب وصحة المرأة، المتوفر في ستة لغات.

صندوق الأمم المتحدة للمرأة: مدخل حول المرأة والسلام والأمن:

<http://www.womenwarpeace.org/issues/health.html>

## الكلمات المركبة من أوائل حروف كلمات أخرى

- AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome: الإيدز/أعراض نقص المناعة المكتسبة
- ARC: American Refugee Committee: لجنة اللاجئين الأمريكيين
- BPFA: The Beijing Platform for Action: إعلان بكين للعمل
- CEDAW: The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة
- CIDA: Canadian International Development Agency: الوكالة الكندية للتنمية الدولية
- CRC: The Convention on the Rights of the Child: اتفاقية حقوق الطفل
- DRC: Democratic Republic of the Congo: جمهورية الكونغو الديمقراطية
- EU: European Union: الاتحاد الأوروبي
- JSI: John Snow International Research and Training Institute: معهد جون سنو للأبحاث والتدريب الدولي
- FGM: Female Genital Mutilation: تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى
- GBV: Gender-Based Violence: العنف بسبب النوع الاجتماعي "الجنس"
- HIV: Human Immunodeficiency Virus: فيروس نقص المناعة لدى الإنسان
- IAWG: The Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations  
الوكالة الدولية لمجموعة العمل حول الصحة الإنجابية في أوضاع اللجوء
- ICESCR: International Covenant on Economic Social and Cultural Rights: الميثاق "العهد" الدولي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
- ICPD: International Conference on Population and Development المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
- IDPs: الأشخاص النازحين داخل بلادهم
- IEC: Information, Education, and Communication المعلومات والتعليم والاتصال
- ILAC: International Legal Assistance Consortium: كونسورتيوم المساعدة القانونية الدولية
- MDGS: Millennium Development Goals: أهداف التنمية للألفية
- MISP: Minimum Initial Service Package الحد الأدنى من رزمة الخدمات الأولية
- MSI: The Marie Stopes International Global Partnership: الشراكة العالمية الدولية ماري ستوبس
- PNGDF: Papua New Guinean Defense Force: قوات الدفاع بابوا جينيا الجديدة
- PSL: Population Services Lanka: خدمات السكان في سيريلانكا
- PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder: الاضطرابات التي تعقب الإصابة
- PoA: Program of Action: برنامج العمل
- RHRC Consortium: Refugee Health Response in Conflict Consortium كونسورتيوم الاستجابة للصحة الإنجابية في مناطق النزاعات
- SIDA: Swedish International Development Cooperation Agency: الوكالة السويدية للتعاون والتنمية الدولية
- STIs: Sexually Transmitted Infections: العدوى التي تنتقل عن طريق الجنس
- SRH R & S: Sexual Reproductive Health, Rights and Services الصحة الجنسية والإنجابية – الحقوق والخدمات
- UN: United Nations: الأمم المتحدة
- UNFPA: United Nations Population Fund: صندوق الأمم المتحدة للسكان
- UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees: المفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
- UNIFEM: United Nations Development Fund for Women صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة
- USAID: United States Agency for International Development

## الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

WHO: World Health Organization منظمة الصحة العالمية

<sup>1</sup> مفوضية المرأة للنساء والأطفال اللاجئين. النساء اللاجئات والرعاية الصحية الإنجابية: إعادة تقدير الأولويات. نيويورك، مفوضية المرأة  
1994

<sup>2</sup> للإطلاع على المزيد من المعلومات انظر الموقع الإلكتروني <http://www.iisd.ca/Cairo/programs/p00000.html> و الموقع الإلكتروني <http://www.populationaction.org/resources/publications/worldofifferences/> 13 أيلول "سبتمبر" 2004

<sup>3</sup> فان لوك - مدير منظمة الصحة العالمية "بحث الصحة الإنجابية" <http://www.who.int/reproductive-health/>

<sup>4</sup> انظر ملخص خطة العمل الخاصة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ICPD، الفصل VII، "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية"، 13 أيلول "سبتمبر" 2004 <http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm#> الفصل 7

<sup>5</sup> "الصحة الإنجابية في أوضاع اللاجئين: دليل ميداني للاستخدام داخل الوكالة" المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة (UNHCR) 1999.

<sup>6</sup> خطة العمل الخاصة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة عام 1994 (ICPD) الفقرة 2 - 7

<sup>7</sup> تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى FGM هو المصطلح المستخدم للإشارة إلى إزالة جزء أو جميع الأعضاء التناسلية للأنثى، والتي يعتبر الختان أشدها قسوة، ويشار إليه عادة بالختان الفرعوني. يمثل ختان الأنثى 15 بالمائة من حالات تشويه الأعضاء التناسلية في أفريقيا، وهو استئصال للبظر (حيث يتم استئصال جزء أو كل البظر) وكذلك استئصال كل أو جزء من الشفيرات الداخلية وقطع الشفيرات الكبيرة من أجل عمل سطح يمكن تهيئته أو ضمه إلى بعضه البعض بهدف تشكيل غطاء فوق المهبل عندما يشفى، ومن ثم ترك فتحة صغيرة من أجل خروج البول ودم الدورة الشهرية <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>

<sup>8</sup> مثلما سبق، الصفحة 7

<sup>9</sup> للحصول على المزيد من المعلومات، انظر

<http://www.plannedparenthood.org/master/texis/master/search/mysite/html?q=unsafe+abortions&order=r&cmd=context&id=2020787b2c200a#hit1>

<sup>10</sup> تقديرات حالات الإجهاض غير المأمونة التي جرت على المراهقات مأخوذة من دراسة في تنزانيا

<http://www.plannedparenthood.org/library/abortions/unsafeab.html>

<sup>11</sup> روس. جيه. إيه. و دبليو. إل وينفري، الاحتياجات التي لم تلتفي لمنع الحمل في الدول النامية ودول الاتحاد السوفيتي السابق: تقديرات حديثة من منظور التنظيم الأسري الدولي 2002. <http://www.who.int/reproductive-health/publications>

<http://www.who.int/reproductive-health/>

<http://www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf>

<http://www.who.int/reproductive-health/>

<http://www.who.int/reproductive-health/>

<http://www.who.int/reproductive-health/>

<sup>17</sup> انظر ملخص خطة العمل الخاصة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ICPD، الفصل VII، "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية"، 13 أيلول "سبتمبر" 2004 <http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm#> الفصل 7

<sup>18</sup> الصحة الإنجابية خلال النزاعات والنزوح، الفصل 2، <http://www.who.int/reproductive-health/>

<sup>19</sup> رين، ني، و إيلين جونسون، سيرليف، المرأة، الحرب، السلام: تقييم الخبر المستقل، الفصل 3، الصفحة 36 - 37 يونيفيم UNFEM

<sup>20</sup> الرد السريع لمنظمة UNFPA في الحالات الطارئة: "الصحة الإنجابية للمجتمعات التي تتعرض

للأزمات" [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file)

<sup>21</sup> يونيفيم UNIFEM: المرأة، الحرب، السلام، صفحة بوجانفيل <http://www.womenwarpeace.org/bougainville.htm>

<sup>22</sup> الرد السريع لمنظمة UNFPA في الحالات الطارئة: "الصحة الإنجابية للمجتمعات التي تتعرض

للأزمات" [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file)

<sup>23</sup> يونيفيم UNIFEM "مقدمة حول المرأة والسلام، والأمن" <http://www.womenwarpeace.org/issues/health>

<sup>24</sup> UNCHR "الصحة الإنجابية في أوضاع اللاجئين: دليل ميداني للاستخدام داخل الوكالة" المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة

1999.

<sup>25</sup> "المرأة اللاجئة"، النداء العالمي. المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة.

<sup>26</sup> نيويورك، 15 - 17 أيلول "سبتمبر" 2004

<sup>27</sup> هانسن، لين، النوع الاجتماعي، الشعب، الاعتصاب: اليوسنة وبناء الأمن. موقع يونيفيم UNIFEM

<http://www.womenwarpeace.org/bosnia.html>

<sup>28</sup> ببسموا فينانتني من RFDA أطلعت المفوضية الثامنة والأربعين "48" لأوضاع المرأة - آذار "مارس" 2004

<sup>29</sup> يونيفيم UNIFEM "الأزمة في دار فور". تقرير البعثة، حزيران "يونيو" 2004

<sup>30</sup> يونيفيم UNIFEM، اخر التطورات والأخبار في هاييتي.

<sup>31</sup> يونيفيم UNIFEM: "المرأة، الحرب، السلام". صفحة بوجانفيل على الانترنت

<http://www.womenwarpeace.org/bougainville.htm>

<sup>32</sup> منظمة الصحة العالمية "الصحة الإنجابية: خلال النزاعات والنزوح"، الفصل 17.5

<http://www.who.int/reproductive-health>

- 33 يونيفيم UNIFEM. المرأة، الحرب، السلام: "تقييم الخبراء المستقلين"، الفصل 3، الصفحة 40 "تقدم نساء العالم"، المجلد 1، 2002.  
<http://www.womenwarpeace.org/bougainville.htm>
- 34 أونديكو آر. و سوزان بوردين "فهم أسباب العنف الناتج عن النوع الاجتماعي (الجنس)" - دراسة التهجير القسري- 19  
 35 فان بي. انغولا، "البداية في منطقة الحروب" الفصل 12، "العنف بسبب النوع الاجتماعي (الجنس): القضايا المنبثقة في البرامج التي  
 تخدم السكان النازحين، الصفحة 87، معهد التدريب والأبحاث JSI لصالح الصحة الإنجابية لكونسورتيوم اللاجئين، أيلول "سبتمبر" 2002.  
 36 ماكجرو، لاورا، كيت، فرايسون، و سمانثا تشان: "الحكم الرشيد من القاعدة إلى القمة"، "دور المرأة في كمبوديا بعد مرحلة النزاعات"  
 هيئة سياسة المرأة تشن السلام"، واشنطن، دي سي، 2004.  
 37 تشارلي كاربنتر آر. "الاعتراف بالعنف بسبب النوع الاجتماعي ضد الرجال والأولاد المدنيين في المواقف التي تشهد النزاعات". ورقة  
 مقدمة في الاجتماع السنوي لجمعية الدراسات الدولية، مونتريال - كوبيك. 17 - 20 آذار "مارس" 2004  
<http://www.drake.edu/artsci/faculty/carpenter/civilians/GBV.pdf>  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR00\\_13-RH\\_conflict\\_and\\_displacement/RH\\_conflict2.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR00_13-RH_conflict_and_displacement/RH_conflict2.en.html)
- 38  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_00\\_13\\_RH\\_conflict\\_and\\_displacement/RH\\_conflict\\_chapter2.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_13_RH_conflict_and_displacement/RH_conflict_chapter2.en.html)
- 39 Reliefweb.int/w/rwb.nsf/0/c8695afc13600d8256b92005d41e3?OpenDocument-17k
- 40 منظمة الصحة العالمية. الصحة الإنجابية خلال النزاعات والنزوح، 2000  
[http://www.who.int/reproductive-health/publication/RHR\\_00\\_13\\_RH\\_Conflict\\_and\\_displacement/PDF\\_RHR\\_00\\_13/RH\\_Conflict\\_table\\_of\\_contents\\_pdf.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publication/RHR_00_13_RH_Conflict_and_displacement/PDF_RHR_00_13/RH_Conflict_table_of_contents_pdf.en.html)
- 41 يونيفيم (صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة) مدخل عن المرأة. <http://www.womenwarpeace.org>  
 42 يونيفيم (صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة) المرأة، الحرب، السلام، تقييم الخبراء المستقلين، الفصل 3، الصفحة 40 "تقدم نساء العالم، المجلد 1 "2002"،  
<http://www.womenwarpeace.org/bougainville.htm>
- 43 كاندراي آر "النساء المعرضات للخطر: النازحات أو اللاجئات"، 1994. الصحة الإنجابية خلال الصراع والنزوح، الفصل 2  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_00\\_13\\_RH\\_conflict\\_and\\_disp](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_13_RH_conflict_and_disp)
- 44 للحصول على المزيد من المعلومات حول قاعدة التقييد العالمية، انظر <http://64.224.182.238/globalgagrule>، 14 أيلول "سبتمبر" 2004.  
 45 دراسة التهجير القسري، 19. الصحة الإنجابية للأشخاص النازحين: الاستثمار في المستقبل. مركز دراسات اللاجئين (جامعة أكسفورد)  
 بالتعاون مع مجلس اللاجئين النرويجي، كانون ثاني "يناير" 2004  
 46 برلمان المملكة المتحدة، مذكرة مشتركة مقدمة من قبل ماري ستوبس للتفاعل الدولي والعالمي  
<http://www.publications.parliament.uk/pa> حزيران "يونيو" 2004 .
- 47 الحقوق الإنجابية - حقوق المرأة هي حقوق الإنسان"، <http://www.OHCHR.org>، البيانات الأخرى ذات العلاقة هي الملاحظة رقم  
 28 لمفوضية حقوق الإنسان حول المساواة، المادة 7 من اتفاقية سيداو، والمادة 24 من الحماية الخاصة للأطفال.  
 48  
<http://www.womenwarpeace.org/bougainville.htm>  
 49  
<http://www.un.ohchr.org>  
 50  
<http://www.un.ohchr.org>  
 51  
<http://www.un.womenwatch.org>  
 52  
<http://www.un.ohchr.org>  
 53  
<http://www.un.ohchr.org>  
 54  
<http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/mwom.htm>  
 55  
<http://www.peacewomen.org>  
 56  
<http://www.unhcr.org>  
 57  
<http://www.unfpa.org>  
 58  
<http://www.who.int/>  
 59  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_00\\_13\\_RH\\_conflict\\_and\\_displacement/RH\\_conflict\\_introduction.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_13_RH_conflict_and_displacement/RH_conflict_introduction.en.html)  
 60  
<http://www.iawg.org>  
 61  
<http://www.africanunion.org>  
 62  
[http://www.europa.eu.int/eru-lex/en/com/cnc/2002/com2002\\_0129en01.pdf](http://www.europa.eu.int/eru-lex/en/com/cnc/2002/com2002_0129en01.pdf)
- 63 انظر الوثيقة 2002 - 2 أيه. <http://www.sida.se/Sida/articles/12600-12699/12627/HDD2002.2%5B1%5D.pdf>

- 64 الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID تبرير الموازنة أمام الكونجرس، السنة المالية 2005
- 65 <http://www.womencommission.org/projects/rh/index/html>
- 66 <http://www.rhrc.org/pdf/RHRC%20Evaluation%2010.03.pdf>
- 67 <http://www.unfpa.org>
- 68 <http://www.wcrwc.org>
- 69 فان بي. ماري ويذر بيتي، و ليزا ابهرليش " دعم مجتمعات النزوح في معالجة العنف بسبب النوع الاجتماعي " الجندر ". *التهجير القسري، الدراسة رقم 19، الصفحة 29*
- 70 [http://www.kit.nl/ils/exchange\\_content-html/2003-2](http://www.kit.nl/ils/exchange_content-html/2003-2)
- 71 "انقاذ حياة النساء رواية قصصهن"
- 72 <http://www.savingwomen'slives.org/deborah.htm> *الصحة الإنجابية خلال النزاعات والنزوح، الفصل 20*
- 73 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_oo\\_13\\_RH\\_conflict\\_and\\_disp](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_oo_13_RH_conflict_and_disp) *الونسو، سي، لاورا ميراندا، سالي هيوز، و لوسي فافينو "تخفيض معدل وفيات الأمهات بين السكان المرحلين على طول الحدود بين جواتيمالا والمكسيك. دراسة الهجرة القسرية رقم 19، الصفحة رقم 13.*
- 74 *بوثا مابيو سيلو، جنوب إفريقيا: "استخدام الرجال في معالجة التمييز بسبب النوع الاجتماعي "الجندر" (في النشرة الإخبارية لبرنامج الجندر "النوع الاجتماعي" وبناء السلام "إضفاء النوع الاجتماعي على بناء السلام"، المجلد رقم 1، العدد رقم 4، ربيع عام 2004، الإنذار الدولي.*