

نحو عالم جديد

الحياة الجنسية والإنجابية للفتيات

باتجاهها المتزايد إلى التقدم والتصنيع، قدمت لهم مغريات الرقي والفرص المتاحة. لكن الشباب لن يتمكنوا - من دون التعليم والتدريب الكافيين - من تلبية احتياجات أماكن العمل العصرية. وفي غياب التوجيه السليم من الآباء والمجتمع والقيادات المسؤولة، قد لا يكون المراهقون مؤهلين تأهيلا جيدا لتقييم ما تتطلب عليه قراراتهم من مضاعفات.

مع هذا نجد أن بعض الأسر في الدول النامية، التي يتأصل فيها الفقر على نطاق واسع، قد تتخلى عن تعليم أطفالها، إذا كان كدهم في سوق العمل مطلوباً لسد حاجة الأسرة. وفي معظم دول العالم تلتحق نسبة من الأطفال

المراهقون في عالم اليوم، وهم أكبر جيل في التاريخ، وتتراوح أعمارهم بين العاشرة والتاسعة عشرة، يبلغون سن الرشد في عالم يختلف اختلافا تاما عن العالم الذي شب فيه آباؤهم. ومع أن خطى التغيير تتفاوت سرعتها في مناطق العالم المختلفة، وفيما بينها بعضها بعضا، فإن المجتمع ذاته وجد نفسه في حالة من التغيير السريع الشامل، مما أظهر أمام أعين الشباب مجموعة مذهلة من الإمكانيات والتحديات الجديدة.

فوسائل النقل والاتصال المحسنة، عرفت الشباب، وحتى القاطنين منهم في مناطق نائية، على أشخاص لهم قيم وتقاليد مختلفة. كما أن دنيا الحضر،

المهجر الشبابي

النقاط الأساسية

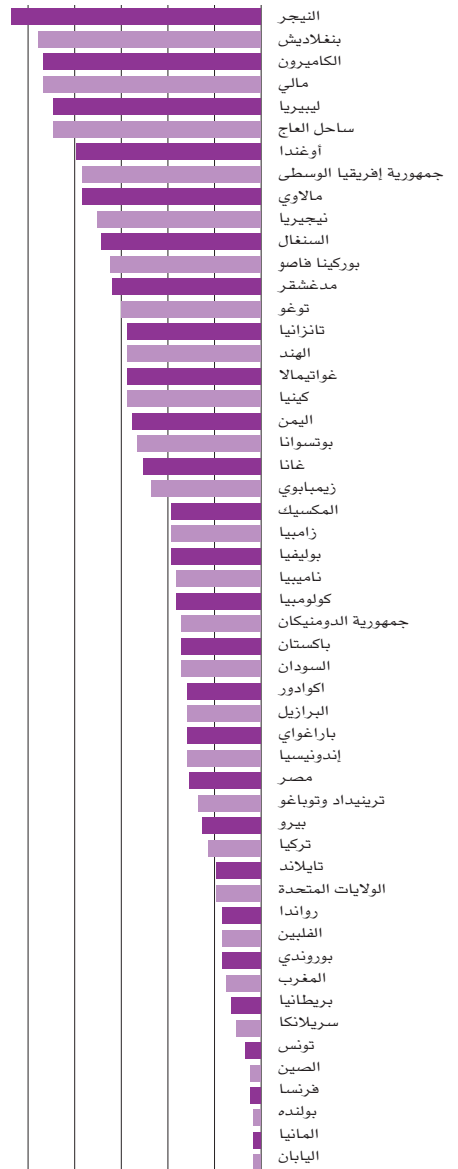
■ في معظم دول العالم يرتفع معدل النشاط الجنسي لدى أغلبية الفتيات، وهن في العشرينيات. وتتراوح النسبة على وجه التقريب بين النصف والثلاثين في أميركا اللاتينية، ودول البحر الكاريبي، وتصل إلى ثلاثة أرباع أو أكثر في الكثير من الدول المتقدمة، ثم تتجاوز تسع نساء من أصل عشر في عدد من الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى.

■ وفي بعض المجتمعات تبدأ الفتيات في ممارسة الجنس أثناء فترة المراهقة، لأنه يتوقع منهن الزواج أو الشروع في الإنجاب، وهن في سن مبكرة. أما في مجتمعات أخرى فقد جرت العادة على الزواج في مرحلة متأخرة، وإن شاعت ممارسة الجنس قبل الزواج. وما من شك في أن بعض المجتمعات يمر الآن بمرحلة انتقال من معيار اجتماعي إلى آخر.

■ وبغض النظر عن المعيار الاجتماعي الذي يؤثر على الفتيات، فإن بدء النشاط الجنسي للفتيات في العشرينيات، ينطوي على بعض المخاطر. فنجد مثلا أن الفتاة التي تتزوج وهي في سن صغيرة، لا يكون لها غالبا رأي في القرارات ذات الصلة بالخصوبة، ولا تتوافر لها إلا فرصة محدودة لتلقي العلم أو اكتساب المهارات التي تعين على التوظيف. أما الفتاة غير المتزوجة، التي تحمّل، فقد تضطر إلى اتخاذ قرار إما بإجهاض جنينها، وإما بإعالة طفلها خارج رباط الزوجية. وتعرض المتزوجات وغير المتزوجات للأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، كما أن الفتاة التي تنجب في فترة مبكرة جدا من حياتها، أو التي تتواتر ولاداتها، فتخاطر بتعريض صحتها للخطر.



الرسم ١: نسبة النساء اللاتي ينجبن الطفل الأول وهن في الثامنة عشرة، تتراوح بين ١% في اليابان، و٥٢% في النيجر.



صفر ١٠ ٢٠ ٣٠ ٤٠ ٥٠ ٦٠
النسبة المئوية للنساء، بين العشرين والرابعة والعشرين اللاتي ينجبن بحلول الثامنة عشرة من أعمارهن.

تتراوح بين ٧٠ و ١٠٠٪ في المدارس الابتدائية. لكن عدد سنوات التعليم التي يقضيها الصغار في الدراسة تتفاوت كثيرا. ففي حين تتلقى نسبة ٨٠٪ من الفتيات في بعض الدول النامية، تعليما أساسيا، على مدى سبع سنوات على الأقل من الدراسة في المدارس، نجد أن النسبة في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، تصل إلى ٢٥٪ أو أقل. وتسعى الحكومات إلى جعل التعليم الأساسي المتوافر على نطاق واسع، هدفا لها. وعلى هذا يرجح أن تحصل

الفتيات في مجمل الدول على درجة من التعليم الأساسي، تفوق ما حصلت عليه أمهاتهن. وفي محيط الدول النامية قد يكون الفارق بين الجيلين هائلا. ففي السودان مثلا، تقضي نسبة ٤٦٪ من الفتيات بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة سبع سنوات أو أكثر في المدارس، مقارنة مع ٥٪ قضتها النساء بين سن الأربعين والرابعة والأربعين. مع هذا تستمر الفروق بين الفتيات طبقا للوسط الاجتماعي والاقتصادي والسكني. ففي كثير من الدول النامية يزيد عدد الفتيات من ساكنات المدن، اللاتي يتلقين تعليما أساسيا، بمقدار مرتين أو ثلاث مرات على عدد الفتيات الريفيات.

ومع أن بعض الصعوبات المرتبطة بفترة المراهقة متماثلة لدى الشباب جميعا، فإن سنوات المراهقة لها تأثيرها الكبير على الفتيات. فرغم أن بعض الفتيات بين العاشرة والتاسعة عشرة لا يطرأ عليهن إلا الشعور بالتغيرات التي ترافق مرحلة البلوغ، نجد أن الكثيرات منهن يمارسن علاقات جنسية أو يتزوجن. وفي كل سنة تلد نحو ١٤ مليون فتاة، تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة. ويشيع كثيرا إنجاب المراهقات في الدول النامية، حيث تتراوح نسبة النساء اللاتي يضعن طفلهن الأول بحلول الثامنة عشرة من العمر، بين الربع والنصف (انظر الرسم ١، صفحة ٢). وعلى نقيض ذلك لا تلد الطفل الأول في سن مبكرة إلا أقل من واحدة من أصل عشر، في الدول المتقدمة، وفي عدد قليل من الدول النامية.

وقد يكون للزواج، وخصوصا الإنجاب، في سن مبكرة، أثر عميق ودائم على الصحة العامة للمرأة، وتعليمها، وقدرتها على المساهمة في شؤون مجتمعا. لكن هناك عوامل مادية وأسرية وثقافية معقدة، تستعصي علي الفهم في أغلب الأحيان، هي التي تحدد من من الفتيات سوف تتزوج، ومن ستبدأ نشاطها الجنسي قبل الزواج، ومن ستبدأ الإنجاب في مرحلة المراهقة، ومن ستلد خارج رباط الزوجية. وتبين المعطيات المتوافرة أنه رغم تباين احتياجات المراهقات وتجاربهن في مختلف أنحاء العالم، فهناك أوجه للتشابه تمتد عبر الحدود الإقليمية والقومية.

تفاوت توقيت ممارسة الجنس والزواج

يشكل الزواج تحولا مهما في حياة الفرد، وقد يكون لتوقيته أثر كبير على مستقبل المرأة الشابة. وفي حين نجد أن أولى التجارب الجنسية للمرأة، في كثير من المجتمعات، تكون مع زوجها، فقد لا تكون بداية النشاط الجنسي في مجتمعات أخرى، مرتبطة بالزواج عل هذا النحو الوثيق. وقد يكون لاختلاف التوقعات بشأن العلاقات بين الزوجين، والسلوك

جمع البيانات

إذا أراد المسؤولون عن وضع السياسة العامة، والمكلفون بتخطيط البرامج، اتخاذ قرارات مبنية على حسن الاطلاع، بشأن الاحتياجات التعليمية والاقتصادية والصحية لشعوبهم، فلا بد أن يقدروا عدد الأفراد الذين سيتقاسمون موارد البلاد في السنوات المقبلة، وما إذا كان من المرجح لمجموعات سكانية أو إقليمية خاصة، أن تنتشر أو تتكثف. وكما يفعلوا ذلك لا بد لهم من قياس أنماط السلوك. وعلى هذا الأساس تلجأ معظم الدول إلى إجراء التعداد السكاني، أو المسح الممثل لقطاعات كبيرة من المجتمع، من أجل جمع المعلومات عن الصحة الإنجابية أو السلوك الإخصابي لدى النساء، وكذلك لدى الرجال بدرجة أقل، ضمن شعوبهم. وجمع البيانات هذا هو الأساس الذي اعتمد عليه تقرير معهد آلان غوتماخر المعنون: نحو عالم جديد: الحياة الجنسية والإنجابية للفتيات»، الذي أعد منه هذا الموجز التنفيذي. ويجمع التقرير معطيات مستقاة من ٥٣ بلدا، منها ٤٧ بلدا ناميا و ٦ بلدان متقدمة. وهذه كلها تشكل نحو ٧٥٪ من سكان العالم. وكان المصدر الأساسي للبيانات، بالنسبة إلى ٤٦ بلدا، هو «الدراسة الاستقصائية السكانية والصحية»، وهو برنامج ترعاه الوكالة الأميركية للتنمية الدولية، التي تعين الدول النامية على تجميع البيانات التي ترغب فيها. أما فيما تبقى من الدول، وهي الصين وست دول صناعية، فقد توافرت الدراسات الاستقصائية الحكومية، وفيها بيانات مماثلة.

الجدول رقم ١: إقامة علاقات جنسية والإنجاب في سنوات المراهقة أمر شائع بين الفتيات في الدول النامية.

النسبة المئوية للنساء بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة ممن لا يرغبن إلى وقاية من الحمل ^٢	النسبة المئوية للمتزوجات بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة ممن لا يرغبن في الإنجاب سريعاً	النسبة المئوية للنساء اللاتي أنجبن بحلول سن العشرين ^٣		النسبة المئوية للنساء بين العشرين والرابعة والعشرين اللاتي تزوجن أو ارتبطن قبل سن الثامنة عشرة		اسم البلد وسنة الدراسة الاستقصائية
		٢٠-٢٤	٤٠-٤٤	أقل من سبع سنوات من التعليم المدرسي	سبع سنوات فما فوق من التعليم المدرسي	
الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى						
٢٩	٦٢	٥٠	٥٥	٨	١٥	بوتسوانا، ١٩٨٨
١٦	٦٦	٥٨	٦٢	٢٥	٦٥	بوركينافاسو، ١٩٩٢-١٩٩٣
٣	٧٥	٣٩	٢٧	٩	١٨	بوروندي، ١٩٨٧
٣٢	٦٤	٦٤	٦٧	٢٦	٧٩	الكاميرون، ١٩٩١
٢٣	٥٩	٥٩	٦١	٤٢	٦٠	جمهورية إفريقيا الوسطى، ١٩٩٤-١٩٩٥
٣٥	٦٢	٥٧	٦٣	٢١	٤٨	ساحل العاج، ١٩٩٤
٣٢	٨٣	٥٠	٤٩	٢٦	٥١	غانا، ١٩٩٣
٢٢	٦٦	٥٩	٥٢	١٨	٥٢	كينيا، ١٩٩٣
٣٦	٦٣	٥٩	٦٤	٣٠	٥٧	لبيريا، ١٩٨٦
٢٧	٥٩	٦٠	٥٣	١٤	٤٥	مدغشقر، ١٩٩٢
ل	٧٣	٥٦	٦٣	٢٥	٦٣	ملاوي، ١٩٩٢
٢٨	٦٨	٦٢	٦٧	٦١	٨٠	مالي، ١٩٨٧
١٩	٢٨	٣٨	٤٢	٥	٢١	ناميبيا، ١٩٩٢
٢١	٥٧	٦٣	٧٥	١٢	٨٧	النيجر، ١٩٩٢
٢٢	٦٢	٤٩	٥٤	١٤	٦٩	نيجيريا، ١٩٩٠
٦	٧٤	٣٦	٢٥	٤	٢١	رواندا، ١٩٩٢
١٣	٦٤	٥٤	٥٢	٦	٥٤	السفغال، ١٩٩٢-١٩٩٣
٢٤	٦٤	٦٥	٥٧	٢٨	٥٨	تانزانيا، ١٩٩١-١٩٩٢
٢٣	٧٤	٥٩	٥٦	١٦	٥٠	توغو، ١٩٨٨
٢٢	٦٧	٦٥	٦٦	٣١	٦٢	أوغندا، ١٩٩٥
٣٠	٦٨	٦٨	٦١	٣١	٦٠	زامبيا، ١٩٩٢
٨	٧٠	٥٤	٤٧	٢٤	٦٩	زيمبابوي، ١٩٩٤
شمال إفريقيا والشرق الأوسط						
٤	٦٤	٤٠	٢٩	٦	٤٩	مصر، ١٩٩٢
٢	٥٦	٣٩	١٩	٤	٢٣	المغرب، ١٩٩٢
٤	٥٩	٦١	٢٦	٩	٤١	السودان، ١٩٨٨-١٩٩٠
٢	٧٠	٣٦	١٣	٤	١٢	تونس، ١٩٨٨
٢	١٤	٣٥	٤١	١٧	٥٤	اليمن، ١٩٩١-١٩٩٢
آسيا						
١٨	٧١	٨٥	٦٦	٤٠	٨٢	بنغلاديش، ١٩٩٢-١٩٩٤
ل	٧٣	٢٢	١٤	٢	٨	الصين، ١٩٩٢
١٥	٦٥	٥٨	٤٩	٢١	٦٦	الهند، ١٩٩٢-١٩٩٣
٣	٧٠	٥١	٣٣	١٠	٤٩	إندونيسيا، ١٩٩٤
٨	٥٧	٣٨	٣١	٧	٣٨	باكستان، ١٩٩٠-١٩٩١
٤	٨١	٢٦	٢١	١٠	٣٠	الفلبين، ١٩٩٣
٣	٧٦	٣١	١٦	ل	ل	سريلانكا، ١٩٨٧
٤	٧٦	٢٨	٢٤	٨	٢٥	تايلاند، ١٩٨٧
٤	٧١	٤٢	٢٥	٦	٣٠	تركيا، ١٩٩٣
أميركا اللاتينية وحوض الكاريبي						
١٢	٩١	٣٨	٣٨	١٨	٣٤	بوليفيا، ١٩٩٢-١٩٩٤
١٢	٨٨	٢٩	٢٢	١٤	٣٤	البرازيل، ١٩٩٦
١١	٨٣	٣٤	٣٦	١٥	٤٢	كولومبيا، ١٩٩٥
١٢	٦٦	٥٢	٢٣	١٨	٦٤	جمهورية الدومينيكان، ١٩٩١
٨	٨٠	٣٩	٣٥	١٥	٤٢	أكوادور، ١٩٨٧
١٠	٨٢	ل	ل	١٦	٤٨	السلفادور، ١٩٨٥
١٢	٧٩	٤٨	٥٠	١٠	٤٨	غواتيمالا، ١٩٨٧
٥	٦٣	٤١	٣٥	١٣	٤٦	المكسيك، ١٩٨٧
١١	٧٤	٣٤	٣٧	١٣	٣٣	باراغواي، ١٩٩٠
١٠	٩٠	٣٦	٢٧	٩	٤٣	بيرو، ١٩٩١-١٩٩٢
١١	٨٧	٤٠	٣٠	٣٣	٤٢	ترينيداد وتوباغو، ١٩٨٧
الدول المتقدمة النمو						
ل	٤١٨	١٣	٦	٧	٢٩	فرنسا، ١٩٩٤
ل	٤٨٧	٥١٣	٦	٣	٣	ألمانيا، ١٩٩٢
ل	٦٧٧	٢	٣	٠	٦	اليابان، ١٩٩٢
ل	ل	١١	١٤	٣	١٢	بولندا، ١٩٩١
ل	ل	١٦	١٥	٦	٢٧	بريطانيا، ١٩٩١
١٢	٧٠	٢٤	٢٢	٦	٤١	الولايات المتحدة، ١٩٩٥

(١) تستند هذه الأرقام إلى إتمام عشر سنوات أو أكثر في التعليم المدرسي بالنسبة للدول المتقدمة، باستثناء بريطانيا (١١ سنة أو أكثر) والولايات المتحدة (١٢ سنة أو أكثر). (٢) في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط وآسيا تستند الأرقام إلى افتراض أن النساء اللاتي لم يتزوجن أبداً، لم ينجبن. (٣) كلمة "يحتجن" تشير إلى النساء النشطات جنسياً ممن لا يرغبن في الإنجاب سريعاً، ولا يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل، مثل أقراص منع الحمل أو الحواجز الرحمية أو الواقي الذكري (للرجال) (المعاشرية) أو اللولب أو المبيدات المنوية أو التعقيم أو الحقن الهرمونية أو الهرمونات المزروعة تحت الجلد. ولا تتوافر المعلومات عن الرغبة في الإخصاب إلا بالنسبة للمتزوجات، أما غير المتزوجات فيفترض أنهن لا يرغبن في الإنجاب سريعاً. كما أن الحوامل في فترة الدراسة الاستقصائية، اللاتي لم يكن يرغبن في الحمل، يعتبرن في حاجة إلى وقاية من الحمل. (٤) الإشارة هنا إلى النساء بين العشرين والرابعة والعشرين من العمر. (٥) الإشارة هنا إلى النساء بين الخامسة والتلاتين والتاسعة والتلاتين من العمر. (٦) الإشارة هنا إلى النساء بين الثامنة عشرة والتاسعة عشرة من العمر، والقيمة مبنية على ٢٢ امرأة. ل = لا تتوافر أرقام.

الجنسي بينهما، وأسلوب المجتمع في التكيف مع التغيرات التي تطرأ على هذه التوقعات، أثر بالغ على الشباب وأسرهم، وعلى المجتمع بوجه الإجمال. ففي الكثير من الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى ترتبط نصف الفتيات على الأقل بأول رباط لهن بحلول الثامنة عشرة من أعمارهن، إما في شكل زواج رسمي يجاز دينياً أو قانونياً، وإما من خلال التعايش الذي قد لا يؤدي بالضرورة إلى الزواج الرسمي. أما في عدد من الدول القليلة في هذه المنطقة، فلا ترتبط بمثل هذا الرباط الأول إلا فتاة واحدة من كل سبع. وفي دول أميركا اللاتينية ودول حوض الكاريبي، فترتبط بأول رباط نسبة تتراوح بين ٢٠ و ٤٠٪ من المراهقات، في حين تبلغ النسبة في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط ٣٠٪ أو أقل. أما في آسيا فتتفاوت احتمالات الزواج المبكر. ففي بنغلاديش تتزوج ٧٣٪ من الفتيات وهن في الثامنة عشرة، قياساً إلى ١٤٪ في الفلبين وسريلانكا، ومجرد ٥٪ في الصين. وأما في الدول المتقدمة فلا يرجح أن تتزوج الفتاة قبل بلوغها الثامنة عشرة. وينطبق هذا بنسبة تتراوح بين ١٠ و ١١٪ في فرنسا وبريطانيا والولايات المتحدة، لكن النسبة تنخفض إلى ما يتراوح بين ٣ و ٤٪ في ألمانيا وبولندا. وليس الزواج المبكر شائعاً مثلما كان في الجيل الماضي، وإن كان هناك تفاوت كبير بين منطقة وأخرى، وداخل المنطقة ذاتها. فنجد مثلاً أن نسبة الفتيات اللاتي تزوجن بحلول الثامنة عشرة، في الدول الإفريقية جنوب الصحراء، لم تتغير كثيراً في غانا (٣٩٪) بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين الأربعين والرابعة والأربعين، مقابل ٣٨٪ لمن هن بين العشرين والرابعة والعشرين)، وكذلك في ساحل العاج (٤٩٪ مقابل ٤٤٪). لكن النسبة تناقصت بشكل ملحوظ في كينيا (٤٧٪ مقابل ٢٨٪). وعلى نقيض ذلك سجل انخفاض كبير في مختلف دول القارة الآسيوية، بينما بقيت مستويات الزواج المبكر مستقرة في دول أميركا اللاتينية وحوض البحر الكاريبي. ويقترن توقيت الرباط المبكر في

جميع أنحاء العالم بمدى التحصيل العلمي للفتيات. ففي كثير من دول إفريقيا جنوب الصحراء، وفي دول أميركا اللاتينية وحوض البحر الكاريبي، تزيد معدلات الزواج المبكر للفتيات اللاتي لم يبلغن مرحلة التعليم الأساسي، بمقدار ثلاث مرات تقريبا على معدلاتها بين الفتيات اللاتي قضين سبع سنوات على الأقل في التعليم النظامي بالمدارس. (الجدول رقم ١). كما تلاحظ الفروق الكبيرة في معدلات الزواج، وفقا لمستوى التحصيل العلمي، في الدول المتقدمة، وإن كانت حالات الزواج المبكر منخفضة نسبيا في هذه الدول.

وللتقافات في مختلف دول العالم مواقف متباينة حيال النشاط الجنسي بين غير المتزوجين. ففي دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط، ومعظم الدول الآسيوية، يتوقع أن تمتع الفتيات عن أي معايشة جنسية إلى أن يتزوجن. وتوحي الأدلة المتوافرة بأن معظمهن يلتزم بهذه القاعدة. أما في الكثير من الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، فالأمر الشائع أن تقيم الفتيات غير المتزوجات علاقات جنسية، غالبا ما تقضي إلى رباط رسمي. وفي الولايات المتحدة وبعض الدول الأوروبية تقيم الفتيات علاقات جنسية بصورة شائعة أيضا، لكن الكثير من هذه العلاقات قد لا ينتهي بالزواج. والكثير من المجتمعات ذاتها التي تقيد السلوك الجنسي أو تتدد به في حالة غير المتزوجات، إنما تتساهل معه أو تشجعه أحيانا بالنسبة لغير المتزوجين. ولهذا يرجح أن يبدأ الفتيان في ممارسة النشاط الجنسي خارج نطاق الزوجية، أكثر مما تفعل الفتيات، وهم يفعلون ذلك في سن صغيرة.

ولتأخير الزواج إلى ما بعد مرحلة المراهقة مزاياه بالنسبة للمرأة، لكنه يعرضها أيضا لبعض المجازفات. فالمرأة التي ترجى الزواج، قد تتمكن من متابعة تعليمها، وقد يكون لها دور أكبر في اتخاذ قرار بشأن موعد زواجها واختيار شريك حياتها، وربما كان لها تأثير أكبر على ما قد يحدث في حياتها الزوجية ويمس أسرتها. على أنه يرجح لمثل هذه المرأة أن تكون طرفا في علاقة جنسية سابقة على الزواج، وهو ما ينطوي على المجازفة

بالحمل غير المرغوب فيه، والعدوى بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وينبغي على المرأة غير المتزوجة، إذا ووجهت بالحمل غير المرغوب فيه، أن تقرر إما أن تتجنب طفلها خارج نطاق الزوجية أو تطلب الإجهاض. وفي الدول التي يعتبر فيها الإجهاض المستحث مخالفا للقانون، أو عسير التحقيق، يلجأ عدد كبير من النساء إلى أساليب سرية بعيدا عن الأعين. وقد تصاب النساء المتزوجات، وكذلك غير المتزوجات ممن تمارسن الجنس بكثرة، بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. لكن المجازفة أكبر في حالة غير المتزوجات، لأن من المرجح أن يعاشرن أكثر من رجل واحد.

الإنجاب كثيرا ما يبدأ في سن مبكرة

في بعض المجتمعات تشجع النساء على البدء في تشكيل أسرة، وهن في مرحلة المراهقة. وهناك نسبة كبيرة من النساء ينجبن الطفل الأول بحلول السنة الثامنة عشرة من أعمارهن، في معظم الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى (نحو الخمس مثلا في ناميبيا، والنصف في النيجر). ولا تفعل ذلك إلا أقل من الخمس في معظم الدول الآسيوية (باستثناء الهند وبنغلاديش، حيث تبلغ النسبة نحو ٣٠٪ و ٥٠٪ على التوالي). وفي دول أميركا اللاتينية، وحوض البحر الكاريبي، تتراوح نسبة الفتيات اللاتي يضعن مولودهن الأول وهن بين الخامسة عشرة والسابعة عشرة بين ١٢ و ٢٨٪، وفي شمال إفريقيا والشرق الأوسط تتراوح نسبة الفتيات المنجبات أول مرة في هذه السن المبكرة، بين ٣ و ٢٧٪. ويبلغ عدد النساء الحاصلات على التعليم الأساسي، اللاتي يبدأن تكوين أسرة قبل أن يبلغن الثامنة عشرة، نحو نصف نظيراتهن ممن تلقين تعليما أقل. وفي دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط تقل نسبة المراهقات المنجبات، لكن الفرق يزداد اتساعا وفقا لمستوى التحصيل العلمي. ويرتبط التعليم بالفروقات في حالات إنجاب المراهقات في الدول المتقدمة أيضا. ففي الولايات المتحدة مثلا نجد أن الفتيات اللاتي

حصلن على تعليم نظامي في المدارس لمدة تقل عن ١٢ سنة، وأنجن وهن دون الثامنة عشرة، يزيد بمقدار ست مرات تقريبا على اللاتي قضين في الدراسة سنوات أطول.

ومع أن أغلبية المراهقات المنجبات متزوجات، فهناك نسبة كبيرة منهن لم يتزوجن. ففي الكثير من دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نجد أن ثلث المواليد للأمهات بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة، يسجل لمراهقات غير متزوجات. لكن النسبة تقل كثيرا في بوركينافاسو ومالي والنيجر ونيجيريا (٤-٦٪)، وإن زاد المعدل على ثلاثة أرباع في بوتسوانا وناميبيا. وفي دول أميركا اللاتينية وحوض البحر الكاريبي تتراوح نسبة إنجاب المراهقات غير المتزوجات بين ١٢ و ٢٥٪. ففي فرنسا والمانيا وبريطانيا والولايات المتحدة، نجد أن أكثر من نصف المراهقات المنجبات غير متزوجات.

وتشير بيانات الدراسات الاستقصائية إلى أن نسبة الأمهات المراهقات، اللاتي لم يعتم من الإنجاب، تتفاوت كثيرا بين منطقة وأخرى وداخل كل منطقة أيضا. ففي دول أميركا اللاتينية والبحر الكاريبي، يقول ما يتراوح بين ربع ونصف الأمهات الشابات، أن إنجابهن لم يكن مرغوبا فيه، في حين تتفاوت النسبة في شمال إفريقيا والشرق الأوسط، بين نحو ١٥٪ و ٣٠٪. وهناك ما يتراوح بين ١٠ و ١٦٪ من إنجاب المراهقات في الهند وإندونيسيا وباكستان، لم يكن مرغوبا فيه، قياسا إلى نسبة تتفاوت بين ٢٠ و ٤٥٪ في بقية دول آسيا. ويتسع التفاوت في دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، من ١١ إلى ١٣٪ في النيجر ونيجيريا إلى ٥٠٪ أو أكثر في بوتسوانا وغانا وكينيا وناميبيا وزيمبابوي. كما أن قسما كبيرا من إنجاب المراهقات في الدول النامية لم يكن مرغوبا فيه أيضا، وهو ما يحدث في الولايات المتحدة مثلا بنسبة ٦٦٪. ومع ازدياد فرص التعليم، وانتشار المعرفة بفوائد تأجيل الإنجاب، تضاعف إنجاب المراهقات في بعض الدول التي كان هذا الأمر شائعا فيها (الجدول رقم ١). فالنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين العشرين والرابعة والعشرين، في بعض

الجدول رقم ٢: استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة أخذ في التزايد في وسط المراهقات المتزوجات.

اسم الدولة	النسبة المئوية للمتزوجات بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة، ممن يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة.	
	السبعينيات	التسعينيات
بنغلاديش	٢	٢٠
بوليفيا	*٢	١٠
البرازيل	*٤٦	٤٦
كولومبيا	٢١	٣٤
مصر	*٦	١٣
غانا	*٢	٧
إندونيسيا	١١	٣٢
كينيا	١	٥
المكسيك	١١	٢٤
الفلبين	٥	١٠
تايلاند	١٥	٤٠
الولايات المتحدة [†]	٥٩	٦٥
زيمبابوي	*٢٨	٣٠

* منتصف الثمانينيات أو أواخرها. ١٩٨٧. † النسبة المئوية لجميع الفتيات النشيطات جنسيا بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة؛ والفترة الأولى هي عام ١٩٨٢.

امرأة واحدة من أصل عشر نساء في أميركا اللاتينية ودول الكاريبي، تتعرض لخطر الحمل غير المرغوب فيه، لأنها لا تستخدم إحدى وسائل تنظيم الأسرة، أو لأنها تعتمد على موانع تقليدية. والمراهقات اللاتي يرغبن في استخدام موانع الحمل، يواجهن عقبات كثيرة عند سعيهن للحصول على إحداها. فمستوى العلم بالوسائل الحديثة مثلا، يتفاوت بين المراهقات في الدول النامية، وهو ضحل بوجه خاص في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى. ويبلغ المعدل أقل من النصف في بوركينا فاسو وبوروندي ومدغشقر ومالي والنيجر ونيجيريا وتانزانيا. كما أن الدراية بأمر الواقي الذكري تبلغ أدنى مستوياتها، فلا يعرف هذه الوسيلة أكثر من ثلث الفتيات في كثير من الدول. والمراهقات اللاتي يعلمن بأمر وسائل منع الحمل قد لا يعرفن كيفية الحصول عليها. وهذه عقبة كبرى في الأرياف قياسا إلى المدن. بالإضافة إلى ذلك تفرض قيود قانونية على إمكان حصول المراهقات على خدمات تنظيم الأسرة، في بعض الدول التي ينظر فيها إلى النشاط الجنسي في أوساط المراهقات غير المتزوجات على أنه خطأ.

الحمل، تؤثر على ما إذا كانت سوف تستخدم وسائل لتنظيم الإنجاب. فهناك الحالة الزوجية، وتوقعات الأسرة، ومواضع المجتمع، فضلا عن مدى سهولة حصولها على وسائل تنظيم الإنجاب وخدمات الرعاية الصحية. ونتيجة لهذا فلا تستخدم أكثر من ٢٠٪ من المراهقات المتزوجات واسطة لمنع الحمل، في معظم الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، مع أن ٦٠٪ منهن أو أكثر يعربن عن رغبتهن في الإنجاب سريعا. كما أن معدلات استخدام وسائل منع الحمل منخفضة أيضا في شمال إفريقيا والشرق الأوسط، وإن تفاوت استخدامها كثيرا في آسيا. ففي الهند وباكستان تقل نسبة المراهقات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل عن ٥٪، بالمقارنة مع نحو ٤٠٪ في إندونيسيا وتايلاند. أما دول أميركا اللاتينية وحوض البحر الكاريبي فتبلغ معدلات الاستخدام فيها (مع بعض الاستثناءات) ما يتراوح بين ٣٠ و٥٣٪.

وتتجه المراهقات غير المتزوجات، النشيطات جنسيا في الدول الإفريقية جنوب الصحراء، إلى استخدام وسائل منع الحمل، أكثر مما تفعل نظيرتهن المتزوجات. وفي أميركا اللاتينية والولايات المتحدة يتساوى الاستخدام تقريبا. أما بالنسبة إلى الفتيات التي تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة، واللاتي يبلغ عددهن في العالم كله نحو ٢٦٠ مليون فتاة، من المتزوجات وغير المتزوجات معا، فنجد أن حوالي ١١٪ منهن (أي ٢٩ مليونا) نشيطات جنسيا، ولا يرغبن في الحمل. لكنهن مع ذلك لا يستخدمن وسيلة حديثة للتحكم في الإنجاب (من قبيل أقراص منع الحمل أو الحقن الهرمونية أو اللولاب أو الهرمونات المزروعة تحت الجلد أو التعقيم أو الحواجز الرحمية أو المبيدات المنوية). وترتفع نسبه المحتاجات إلى الوقاية من الحمل، أو إلى تحسين وسائل الوقاية، في دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (من قبيل، نحو ثلث المراهقات في ساحل العاج وغانا). كما ترتفع النسبة أيضا في بنغلاديش والهند (أقل قليلا من واحدة لكل خمس). وهناك

مناطق آسيا، تزيد احتمالات إنجابهن الطفل الأول في مرحلة المراهقة، بنسبة ٨٠٪ على من تتراوح أعمارهن بين الأربعين والرابعة والأربعين. أما في مواقع أخرى في المنطقة ذاتها، فيتفاوت المعدل بين النصف والثلاثين. كما أن حالات الإنجاب في مرحلة المراهقة قد انخفضت بما يتراوح بين الربع والنصف في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط. وعلى نقيض ذلك نجد أن الأرقام لم تنخفض إلا قليلا في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، وأن اتجاه المراهقات إلى الإنجاب، يزيد على ما كان عليه الوضع في الجيل الماضي. وفي دول أميركا اللاتينية وحوض البحر الكاريبي تتفاوت التغييرات في مستوى إنجاب المراهقات. فنجد مثلا أن الانخفاض كان بنسبة ٣٧٪ في جمهورية الدومنيكان، فيما لم يحدث تغيير في بوليفيا، أما البرازيل فسجلت أرقامها زيادة طفيفة.

إن إرجاء الإنجاب مفيد للنساء في عمر الشباب، لأنه يتيح لهن وقتا أطول للتحصيل العلمي وتنمية المهارات التي تزيد من قدرتهن على العناية بأسرهن، والتنافس في أسواق العمل. كما أنه قد يكون له أثر بالغ على معدل النمو السكاني سواء في الدول المعنية ذاتها، أو على النطاق الدولي. وفي كثير من الدول النامية نجد أن المرأة التي تتجب طفلها الأول وهي في الثامنة عشرة من عمرها، سوف يكون لها في المتوسط سبعة أطفال. أما إرجاء إنجاب الطفل الأول حتى مطلع العشرينيات من عمرها، فيخفض متوسط عدد الولادات إلى خمس تقريبا.

معدلات استخدام المراهقات وسائل

منع الحمل منخفضة بوجه عام

بينما تتوق بعض المراهقات إلى بدء الإنجاب، فلا يرغب معظمهن في الإنجاب سريعا. وحتى في وسط المتزوجات نجد أن الثلثين على الأقل، في معظم دول العالم يرغبن في تأجيل الإنجاب، أو إرجاء موعد ولادة الطفل الثاني (الجدول ١). لكن هناك عوامل كثيرة، إلى جانب رغبة المرأة الشابة في

الجدول رقم ٣: تحتاج كل الفتيات إلى خدمات الرعاية الإنجابية، بغض النظر عن نشاطهن الجنسي أو وضعهن الإنجابي.

الخدمات المطلوبة أثناء مرحلة المراهقة						النشاط الجنسي والوضع الإنجابي
التثقيف الجنسي	خدمات منع الحمل	الكشف عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعلاجها	رعاية الأبوين	خدمات إيصال المساعدات والإمدادات	برامج تأهيل الطالبات، سواء كن حوامل أو أمهات	
X						غير النشيطات جنسيا
X	X	X				أول علاقة جنسية قبل الزواج
X	X	X				أول علاقة جنسية في إطار الزوجية
X	X	X	X	X	X	الحامل أو الأم

رعاية من الأبوين. وتزيد النسبة على النصف في بنغلاديش وبوليفيا ومصر. وحتى في المجتمعات الميسورة، لا تحصل الكثير من المراهقات على أي رعاية، ولا يطلبن الخدمات إلا في مرحلة متأخرة من الحمل.

ومن التهديدات الأخرى لمقتضيات الصحة الإنجابية للفتيات، قرار إنهاء الحمل غير المرغوب فيه، في ظروف يحرم فيها الإجهاض بحكم القانون، أو يصعب توفيره. وفي مثل هذه الأحوال قد تلجأ المراهقات إلى أشخاص يقومون بعملية الإجهاض سرا. وغالبا ما يكون هؤلاء غير مؤهلين، ويمارسون عملهم في ظل أوضاع غير صحية.

وفي كثير من الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، تشكل المراهقات ما يتراوح بين الربع والنصف من مجموع النساء اللاتي يعانين مضاعفات لها صلة بالإجهاض. وفي كينيا ونيجيريا يزيد عددهم على نصف عدد النساء المصابات بأخطر مضاعفات الإجهاض. وحتى في الحالات التي يسمح فيها القانون بالإجهاض، قد تواجه الفتيات خطرا متزايدا من جراء هذه المضاعفات، إذا تأخرن في طلب الإجهاض، وهو ما يحدث مع البعض منهن، لأنهن قد لا يدركن الأعراض المبكرة للحمل، أو لا يملكن الموارد الكافية لتسديد تكاليف الإجهاض.

كما أن العدوى التي تصيب قناة التناسل لها أثر كبير أيضا على صحة المرأة وخصوبتها. ويحدث الكثير من حالات العدوى هذه عندما تلد المرأة أو تجهض، في ظروف ينعدم فيها التعقيم. وفي حالات أخرى تحدث العدوى أثناء المعاشرة الجنسية مع رجل مصاب. ففي كل عام تصاب نسبة كبيرة من النساء والرجال بين الخامسة عشرة والتاسعة والأربعين بأمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. وتقل هذه النسبة عن ١٠٪ في الدول المتقدمة وبعض الدول النامية، لكنها تتراوح بين ١١٪ و ٢٥٪ في معظم الدول النامية. وتزداد احتمالات إصابة الفتيات بعدوى الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، لأن الأجسام المضادة لديهن، التي تقيهن من العدوى قليلة،

التي تعد فعالة أيضا في منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، وسائر الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. لكن بدأت حملات التوعية بشأن دور الواقي الذكري في الوقاية من الأمراض، تجتذب الانتباه في بعض المناطق. وفي الكثير من دول أميركا اللاتينية والولايات المتحدة يرجح أن يزيد عدد المراهقات غير المتزوجات، النشيطات جنسيا، واللاتي يعرفن أمر استخدام الواقي الذكري، بمقدار مرتين على عدد المراهقات المتزوجات.

النشاط الجنسي ينطوي على

مجازفات صحية كثيرة

ينطوي الإنجاب، ولاسيما إنجاب الطفل المبكر، على مخاطر صحية قد تواجه كل النساء بلا استثناء. أما في حالة المرأة الشابة التي يقل عمرها عن السابعة عشرة، والتي لا تكون قد بلغت مرحلة النضج الجسماني، فالأخطار أعظم. فصغار المراهقات، وخصوصا من هن دون الخامسة عشرة، تزداد احتمالات تعرضهن للمخاض المبكر والإجهاض ووفاة الطفل عند الوضع، قياسا إلى النساء الأكبر سنا، كما تتجاوز احتمالات وفاتهن لأسباب متعلقة بالحمل بمقدار أربع مرات على احتمال وفاة النساء فوق العشرين. والأكثر من ذلك أن مواليد الأمهات المراهقات تكثر بينهم حالات انخفاض الوزن عند الميلاد، والوفاة قبل انقضاء السنة الأولى من أعمارهم، قياسا إلى مواليد الأمهات البالغات. وفي جميع أنحاء العالم، نجد أن بعض المراهقات الحوامل لا يحصلن على أي

وحتى حين تكون الفتيات على بينة بالوسائل الحديثة لمنع الحمل، وتستطيع الحصول عليها، فقد لا يعرفن كيفية استخدامها بالصورة الصحيحة. ويرجع هذا جزئيا إلى أن المراهقات غالبا ما يجهلن كيفية استخدام هذه الوسائل، ويفتقرن إلى المهارة في استخدامها، ومن ثم يرجح (قياسا إلى النساء الأكبر سنا) أن يحملن في غضون السنة الأولى من استخدام إحدى هذه الوسائل.

وعلى الرغم من انخفاض معدلات استخدام المراهقات في عالم اليوم لوسائل منع الحمل، فالأرجح أن يكون استخدامهن لوسيلة حديثة، أكثر شيوعا مما كان يحدث لنظيراتها في السبعينيات. وتلاحظ زيادة استخدام وسائل منع الحمل وسط المراهقات المتزوجات في العديد من الدول الآسيوية. فقد تضاعف انتشارها مرتين أو ثلاثا في إندونيسيا والفلبين وتايلاند، كما زاد بمقدار عشر مرات في بنغلاديش (الجدول رقم ٢).

ووسائل منع الحمل هي خيار معظم المراهقات المتزوجات اللاتي يلجأن إلى تنظيم الأسرة في دول شمال إفريقيا والشرق الأوسط وآسيا. أما الوسائل التقليدية، وهي في الغالب تعتمد على الامتناع الدوري، فتنتشر في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، وتستخدمها أقليات كبيرة من المراهقات المتزوجات في دول أميركا اللاتينية والكاريبي.

في الدول النامية لا تعلم أكثر من ٨٪ من المراهقات المتزوجات طريقة استخدام الواقي الذكري عند المعاشرة، وهو الوسيلة الوحيدة المانعة للحمل،

الجدول رقم ٤: تختلط أنماط الزواج والسلوك الجنسي بين الفتيات باختلاف مناطق العالم.

النسبة المئوية للفتيات حتى سن العشرين	الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى	آسيا وأميركا الشمالية والشرق الأوسط	أميركا اللاتينية والكاريبية	خمس دول متقدمة*
١٧	٥٢	٤٤	٢٣	٢٣
٨٣	†	٥٦	٧٧	٧٧
٣٨	†	٢٨	٦٧	٦٧
٤٥	٤٨	٢٨	١٠	١٠
٥٥	٣٢	٣٤	١٧	١٧

* فرنسا وألمانيا وبريطانيا وبولندا والولايات المتحدة. ألا تتوافر معلومات يمكن مقارنتها بغيرها، حول النشاط الجنسي بين غير المتزوجات، بالنسبة لجميع بلدان هذه المناطق.

بالمقارنة مع النساء الأكبر سنا. كما أن عدم نضج عنق الرحم عند الفتاة، يزيد من احتمالات انتقال المرض إليها إذا تعرضت للعدوى.

وفي المجتمعات التي لا تتوافر للمرأة فيها قدرة كافية على اتخاذ قرار بشأن مسائل تخص حياتها، نجد أن الفتاة المراهقة التي تخشى انتقال العدوى إليها من معاشرها، قد لا تجرؤ على رفض طلبه بممارسة الجنس معها، أو على الإصرار على استخدامه واقيا ذكريا. وفي حين يزداد خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا في حالة غير المتزوجات، فإن المتزوجات أنفسهن قد يتعرضن لهذا الخطر إذا كان الزوج قد أكثر من ممارسة الجنس قبل الزواج، أو إذا واصل معاشرته الجنسية لكثيرات بعده.

وغالبا ما لا تظهر على المرأة أعراض المرض الذي ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي في البداية، ولهذا قد لا تدرك أنها مصابه به، ومن ثم قد لا تطلب العلاج. وإذا لم يعالج المرض المنقول طريق الاتصال الجنسي، فقد يكون له آثار صحية مدمرة، ومنها ضعف الخصوبة وآلام الحوض المزمنة وسرطان عنق الرحم، فضلا عن الأذى الذي قد يلحق بمواليد امرأة أصيبت بالعدوى أثناء الحمل.

بالإضافة إلى ذلك نجد أن نصف حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، تحدث في أوساط الشباب دون الخامسة والعشرين. وكثير من المراهقات الحوامل في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، تثبت الاختبارات إنهن مصابات بالفيروس. وتتراوح النسبة مثلا بين ٢٠٪ و ٢٧٪ في بعض مناطق بوتسوانا ونيجييريا ورواندا. وترتبط بعض الممارسات التقليدية بمخاطر الصحة الإنجابية لدى المراهقات. ففي بعض المجتمعات، تمارس عادة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، التي تزال فيها بعض الأعضاء الجنسية أو كلها. وقد تترتب على الإزالة نفسها مضاعفات خطيرة، وأثار قد تبقى طول العمر، ومنها الألم الشديد أثناء المعاشرة الجنسية، وتكرار العدوى في منطقة الحوض، والمخاض العسير.

كما تقضي العادة في كثير من دول آسيا وأميركا اللاتينية والكاريبية بأن يخوض الشاب أولى تجاربه الجنسية مع بغي. وأخيرا، يتعرض بعض الشباب في مختلف أنحاء العالم لأنواع من الاعتداء الجنسي، وسفاح القربى والاعتداء. وفي مناطق عدة يصبح الشباب ضحايا الاستغلال الجنسي لأغراض الكسب التجاري، ولا سيما الفقراء منهم أو المشردون، وممن يفتقرون إلى المهارات الملائمة التي تؤهلهم للتنافس على وظائف ليس فيها استغلال شخصي.

الفتيات في حاجة إلى مساعدة

مراهقو اليوم هم عماد الجيل القادم من آباء وأمهات وعاملون وقادة. وقيامهم بهذه المهام على الوجه الأفضل يجعلهم في حاجة إلى إرشاد أسرهم ومجتمعاتهم ودعمها لهم، وإلى اهتمام حكومات ملتزمة بتبنيهم. ونظرا إلى أن التحديث الاقتصادي وانتشار الحياة الحضرية ووسائل الذبوع والإعلام البالغة الاتساع، تغير من توقعات المراهقين وسلوكهم، فإن تكييف أنفسهم مع الأساليب الجديدة لن يكون مريحا لهم، وقد يسبب لهم الألم في بعض الأحيان.

وتدرك معظم الدول ما لتعليم الفتيات من ضرورة وقيمة. فالفتاة التي تتلقى ولو تعليما أوليا، ترجىء الزواج والإنجاب بما قد يصل إلى سنة ونصف، قياسا إلى التي لا تتلقى أي تعليم مدرسي. كما أن الفتاة التي تتلقى تعليما ثانويا، تؤجل زواجها وإنجابها فترة أطول. كما أن التعليم يسهم أيضا في صحة الأطفال والأسرة، ويسهل على الأم الحصول على المعلومات والخدمات. ومن هنا نجد أن الحكومات

وسائر المؤسسات الاجتماعية ملتزمة بإيجاد سبل جديدة تمكن الأسر من إلحاق بناتها بالمدارس، وتشجيع الفتيات على مواصلة الدراسة، وإكمال تعليمهن الأساسي.

ولم تعن بعض الدول المتقدمة أو النامية عناية كافية باحتياجات الصحة الإنجابية المحددة للمراهقات فيها. ويعزى السبب في بعض الحالات إلى نقص الموارد، وفي غيرها إلى الخوف من إثارة الجدل في هذا الموضوع. وطبيعة الاحتياج إلى رعاية الصحة الإنجابية، ومدى هذا الاحتياج، مسألة فردية،

وتتوقف على عمر المرأة وظروفها (انظر الجدول رقم ٣). ونظرا لأن أنماط الزواج والسلوك الجنسي تتفاوت بين مناطق العالم المختلفة (انظر الجدول رقم ٤)، أو بين المجموعات البشرية ذات الحضارات المتباينة، فإن الاحتياجات المحددة للفتيات تتنوع أيضا. مع هذا تعتبر الحاجة إلى المعلومات الدقيقة، وإلى التعليم، مسألة عالمية شاملة، سواء للبنات والفتيات، أو للصبيان والشباب الذين سيشاركونهم حياتهم الجنسية، أو سيرتبطون معهم برباط الزواج.

وغالبا ما يعلم الأولاد والبنات، والمراهقون من الجنسين، أمور الجنس من زملائهم أو إخوانهم أو آبائهم وأمهاتهم، أو من وسائل الإعلام. لكن المعلومات التي يحصلون عليها من هذه القنوات عادة ما تكون محدودة، وقد تكون خاطئة. ولهذا نجد أن التثقيف المبني على أساس، والمصمم ليناسب عمر الشباب وخلفياتهم، يعد مصدرا مهما للمعلومات الدقيقة عن النوازع الجنسية والحمل والإنجاب ومنع الحمل والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق

الاتصال الجنسي. والمناهج الدراسية الموضوعية في إطار رسمي، أمر شائع في الدول المتقدمة، حيث تطول فترات التعليم المدرسي. لكن هذه المناهج أقل شيوعاً في الدول النامية، ولا تطبق على المستوى العام. والأكثر من هذا أن قصر فترات التعليم المدرسي في دول عدة، وارتفاع معدلات ترك الدراسة وسط المراهقين المحرومين من فرص الرعاية الاجتماعية، إنما يجعل برامج التربية المجتمعية مكملًا ضروريًا للأنشطة المدرسية.

ولا تقتصر برامج التوعية الشاملة بأمور الجنس على مجرد شرح الحقائق البيولوجية، وإنما توفر للشباب أيضاً معلومات ومهارات عملية، بشأن لقاءات الجنسين، والعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل. ومع أن هذه البرامج غالباً ما تواجه معارضة دينية أو سياسية، فإن معظم الدراسات تبين أنها لا تشجع على النشاط الجنسي. بل إنها ترتبط بتأجيل الانخراط في أول علاقة جنسية، وباستخدام موانع الحمل، من قبل الشباب النشطين جنسياً.

وللحكومات، جنباً إلى جنب مع المؤسسات الملائمة الأخرى، بل ووسائل الإعلام أيضاً، دور في تحسين مقدرة المرأة على حماية نفسها من الحمل غير المرغوب فيه، واثقاً خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً. ويحتاج الأمر إلى جهود خاصة لتثقيف الرجال وحفزهم على التعاون مع من يعاشرون جنسياً، في صدد استخدام موانع الحمل، بقصد تفادي الحمل غير المرغوب فيه، والواقعي الذكري لمنع انتشار الأمراض. ومن الأمور البالغة الأهمية أيضاً توفير الخدمات اللازمة لتشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها، فضلاً عن تقديم المعلومات بشأن خطر العدوى. وتحتاج المراهقات إلى الحصول على طائفة من خدمات منع الحمل، تستجيب لظروفهن الخاصة، ومنها الوضع الزوجي وعدد الشركاء في المعاشرة ونية الإنجاب. وتلجأ بعض الفتيات اللاتي يحملن حملاً غير مرغوب فيه، إلى طلب الإجهاض، سواء كان ذلك قانونياً أم لم

يكن. وفي الدول التي يكون فيها الإجهاد مشروعاً، ينبغي أن تتوافر الخدمات مالياً وجغرافياً لجميع الفتيات. أما إذا لم تتوافر هذه العمليات في إطار من القانون، فسوف تلجأ الكثيرات إلى الإجهاض بعيداً عن الأعين. ولا بد أن تحصل هؤلاء الفتيات على الرعاية الكافية، إذا أصبن بأي مضاعفات. كما أن الرعاية في الفترة اللاحقة على الإجهاض لا بد أن تتضمن المشورة حول استخدام موانع الحمل، لمساعدة النساء على تفادي أي حمل آخر غير مرغوب فيه.

وفي كثير من الدول النامية لا تكفي الخدمات المقدمة إلى الحوامل والأمهات مهما كانت أعمارهن، بالفرض المقصود. وينبغي أن تُعرف المراهقات بصفة خاصة بأهمية رعاية الأمومة، كما يجب أن تتوافر لديهن الخدمات المطلوبة. كما يحتجن أيضاً إلى المعاونة الاجتماعية أثناء فترة الحمل، وإلى الرعاية الصحية بعد الوضع، لأنفسهن ولأطفالهن.

كذلك تحتاج الأمهات المراهقات إلى مساعدة في موضوع الرضاعة الطبيعية، وإلى المشورة فيما يتعلق بأمور التغذية، أو إلى معلومات عن التطعيم. والكثيرات منهن يحتجن إلى مشورة بخصوص موانع الحمل، وخدمات أخرى لمساعدتهن على تأخير الحمل التالي. والسرية والخصوصية من العوامل المهمة في صدد تقديم الخدمات للمراهقات، اللاتي قد لا يشعرن بالارتياح عند مناقشة أمور الجنس، أو قد يتخوفن من إدانة أسرهن أو مجتمعاتهن، إذا ما كشفن الستار عن نشاطهن الجنسي. والرعاية المقدمة بشكل خاص إلى المراهقات، لا بد أن تكون مدركة للمصاعب التي تواجهها الفتاة عند الرغبة في الانتقال، ولمواردها المالية الشحيحة في أغلب الأحيان. ومن شأن درجة الترحيب الذي تلقاه الفتاة في موقع تقديم الخدمات إليها، أن تحدد مدى إقبال الفتاة المراهقة على طلب الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية. إن المستقبل يركز بقوة على مقدار الرعاية الموجهة إلى الفتاة المراهقة،

وعلى مدى قيامها بدورها كأم، وأسهامها في الاقتصاد، وتعليمها الأجيال المقبلة، وعلى اعتبارها مصدر قوة لمجتمعها وبلادها. وتواجه الفتيات المشقة والتحديات، وهن يعملن في اتجاه احتلال مواقعهن المشروعة في العالم. لكن المجتمعات والدول إنما تواجه تحدياً أكبر، وهي تمد لفتياتها يد المساعدة، التي تحتاج إليها الفتاة المراهقة وتستحقها.

الحقوق محفوظة لمعهد آلان غوتماخر ©

يطلب التقرير الكامل «نحو عالم جديد.. الحياة الجنسية والإنجابية للفتيات» من معهد آلان غوتماخر، وثمنه ٣٠ دولاراً في الدول المتقدمة النمو و١٠ دولاراً في الدول النامية (بالإضافة إلى ٣ دولارات مقابل تكاليف البريد والمناولة). ولا بد من دفع ثمن كل الطلبات مقدماً، وهناك تخفيضات للطلبات الكبيرة. ويمكن الدفع ببطاقة ماستر كارد أو فيزا، بالاتصال بالهاتف رقم ١١١١ ٢٤٨ ٢١٢ على شبكة الويبسايت: www.agi-usa.org.

أعد الموجز التنفيذي بمعاونة مؤسسة وليم هـ. غيتس.



**THE ALAN
GUTTMACHER
INSTITUTE**

NEW YORK &
WASHINGTON

لا تهدف المؤسسة إلى تحقيق الربح في مجال بحوث الصحة الإنجابية، وتحليل السياسة والتوعية العامة

120 Wall Street
New York, NY 10005
Phone: 212-248-1111
Fax: 212-248-1951
info@agi-usa.org

1120 Connecticut Avenue, N.W.
Suite 460
Washington, DC 20036
Phone: 202-296-4012
Fax: 202-223-5756
policyinfo@agi-usa.org

Web site: www.agi-usa.org