

تطبيق الحقوق الإيجابية للمراهقين من خلال اتفاقية حقوق الطفل

يوجد مراهق واحد من بين كل خمسة أفراد من سكان العالم. والمراهقون مثل كثير من الفئات الأخرى لهم اهتماماتهم ومشاكلهم الخاصة في جميع أنحاء العالم. وتتعلق اتفاقية حقوق الطفل¹ بحقوق الإنسان لجميع من هم دون الثامنة عشرة من العمر. وطالما أن عمر أغلب الناس الذين يعتبرون مراهقين (انظر المربع) هو دون الثامنة عشرة، فإن اتفاقية حقوق الطفل تشتمل على حقوق الإنسان الخاصة بهم. إن برنامج العمل المتفق عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام 1994 وبرنامج العمل المتفق عليه عام 1995 في المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة ينصان على أن "تشمل الحقوق الإيجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء".² وتعتبر اتفاقية حقوق الطفل واحدة من وثائق حقوق الإنسان الدولية المهمة التي تتضمن العديد من الأحكام التي تشتمل على الحقوق الإيجابية للمراهقين.³

ومع ذلك لا تزال هناك فجوة مهمة بين الأحكام الواردة في اتفاقية حقوق الطفل وبين حقيقة حياة المراهقين وصحتهم الإيجابية. وقد تناولت لجنة حقوق الطفل مواضيع الصحة الإيجابية للمراهقين في العديد من ملاحظاتها الختامية للحكومات، مؤكدة في كثير من الأحيان ضرورة أن تتخذ الحكومات الخطوات اللازمة من أجل ضمان هذه الحقوق. وفي الكثير جداً من الحالات تميل الحكومات والجمعيات إلى تجاهل قضايا الصحة الإيجابية للمراهقين أو تعتبرها غير متميزة عن المسائل الصحية للأطفال. ويتمثل الاستثناء من هذه الحالة في سياقات زواج المراهقات وبدنهن في إنجاب الأطفال. ومثل هؤلاء المراهقات كان يتم اعتبارهن نساء بالرغم من عدم وصولهن لدرجة النضج الجسدي والعاطفي.

ستقوم هذه الورقة الإعلامية بدراسة مسائل الحقوق والصحة الإيجابية الرئيسية التي تؤثر في حياة المراهقين في ضوء التزامات الحكومات المتضمنة في اتفاقية حقوق الطفل. وستركز بشكل خاص على قضايا محددة عامة لجميع المراهقات – كالتربية ومنع الحمل والعنف الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والإجهاض والحصول على الرعاية الصحية الإيجابية – وعلى قضايا ذات أهمية إقليمية خاصة. وتشمل القضايا التي تتضمنها الفئة الثانية الزواج المبكر وختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للإناث. وستناقش الورقة في كل من المجالات ذات الصلة تغطيتها بصفتها من حقوق الإنسان التي تكفلها اتفاقية حقوق الطفل. وتوصي الورقة بإجراءات سياسية وقانونية على جميع الحكومات السعي لتحقيقها. كما أنها تورد عدة الأمثلة على الكيفية التي عالجت بها لجنة حقوق الطفل هذا الموضوع في ملاحظاتها الختامية للدول الأطراف. وأخيراً تلخص الورقة إحدى المبادرات السياسية أو التشريعية الحديثة التي تمثل "ممارسة مثلى" في مسعى الحكومات من أجل معالجة الموضوع. غير أنها لا تقيّم مدى كفاية تطبيق هذه الممارسة المثلى.

من هو المراهق؟

يشير مصطلح "المراهقون" إلى الناس الذين تتراوح أعمارهم ما بين 10 و19 سنة. وفي بيان مشترك صادر عام 1998 اتفق كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان، على التصنيف التالي لليافعين من الرجال والنساء.

المراهق: من 10 إلى 19 عاماً

الشباب: من 15 إلى 24 عاماً

الشبيبة: من 10 إلى 24 عاماً

ووفقاً للتعريف السابق، يشكل المراهقون نسبة 20% من عدد السكان في العالم.⁴ وفي حين يتغير مفهوم الشباب وفقاً للثقافات فإن هناك اتفاقاً عالمياً متزايداً على كون المراهقة مرحلة هامة ومتميزة في حياة المرء. وعلى الرغم من أن الانتقال من الطفولة إلى البلوغ كان عادة انتقالاً سريعاً في معظم المجتمعات، فإن متطلبات التربية الحديثة قد حولت المراهقة في معظم مناطق العالم إلى فترة متميزة تمتد لعدة سنوات.⁵ وفي أغلب الثقافات يُحتفل ببداية المراهقة بحدث خاص ذي بعد رمزي و/أو تقييفي.⁶

1. الإطار: الحقوق الإنجابية للمراهقين

إن موضوع الحقوق الإنجابية للمراهقين هو موضوع إشكالي. ومسألة الحياة الجنسية للمراهق هي مسألة حساسة، إذا لم نقل خلافية، بالنسبة للعديد من المجتمعات. ومع ذلك جلبت المؤتمرات الدولية الحديثة من قبيل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة اهتماماً متزايداً بموضوع قضايا واحتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين. وتقر الوثائق التي حظيت بتوافق الآراء في المؤتمرات المذكورين صراحة بأن "لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والعقلية"⁷، مما يتضمن الحق في الصحة الإنجابية الذي تم تعريفه في الوثيقتين كما يلي:

... الحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترات التباعد فيما بينهم،... وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف، على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان.⁸

وتبني هذه المؤتمرات القائمة على توافق الآراء الذي تحقق في المؤتمرات الدولية السابقة التي تناولت قضايا السكان وحقوق الإنسان، والتي أفرت بحق جميع الأشخاص في التمتع بهذه الحقوق بدون شروط تتعلق بالعمر أو الزواج أو أي تصنيف آخر.⁹

ويعكس المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة العديد من الأحكام الرئيسية لاتفاقية حقوق الطفل، المتعلقة بالحقوق والصحة الإنجابية للمراهقين. وتقر المادة 24 بشكل خاص، بحق الطفل "في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي."¹⁰ كما أنها تطلب من الدول الأطراف اتخاذ الإجراءات المناسبة لتطوير "التعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة."¹¹

علاوة على ذلك، بينما تطلب اتفاقية حقوق الطفل من الدول الأطراف "أن تحترم مسؤوليات وحقوق وواجبات الوالدين... في أن يوفر [و] التوجيه والإرشاد الملائمين عند ممارسة الطفل الحقوق المعترف بها [في هذه الاتفاقية]"،¹² فإنها تعترف وبشكل واضح بأن مصالح الطفل الفضلى تحتل الأولوية في كل الحالات وبأنه يجب أن تتمكن الطفلة من ممارسة حقوقها.¹³ كما كانت اتفاقية حقوق الطفل، المعاهدة الدولية الأولى عن حقوق الإنسان التي تعترف صراحة بالإساءة والعنف الجنسيين، كعامل مهم يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية.¹⁴

2. حصول المراهق على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية

خلفية

- 83% من النساء جنوب الصحراء الأفريقية كانت تجربة الجماع الأولى لهن في سن العشرين.¹⁵ 38% منهن عشن هذه التجربة قبل الزواج. كما أن نسبة 55% من النساء حصلن على الطفل الأول في العشرين من عمرهن.¹⁶
- في آسيا والشرق الأوسط وشمال أفريقيا كان الجماع الأول لـ 48% من النساء مع الزواج في سن العشرين.¹⁷ ونسبة 32% منهن حصلن على الطفل الأول لهن في سن العشرين.¹⁸
- في أمريكا اللاتينية والكاريبية كان الجماع الأول لـ 56% من النساء في سن العشرين. ولنصف هذه النسبة كان ذلك قبل الزواج.¹⁹ وقد حصل 34% من النساء على طفلهن الأول في سن العشرين.²⁰
- في الولايات المتحدة يمارس 63% من النساء حياتهن الجنسية عند السن 18 عاماً.²¹
- في بريطانيا وإيرلندا الشمالية بينت المسوح أن نسبة 18.7% ممن استجوبن أفدن بأنهن مارسن الجنس قبل سن السادسة عشرة.²²

تنص الفقرة السادسة من اتفاقية حقوق الطفل على أن لكل طفل حقا أصيلا في الحياة ، وعلى أن تكفل الدول الأطراف إلى أقصى حد ممكن بقاء الطفل ونموه. وفي الفقرة 24، "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي " وتنفق على "تطوير التعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة ".²³ ويفرض النهج الشامل المأخوذ به في اتفاقية حقوق الطفل إزاء الحق في الصحة التزام على الحكومات بضمان حصول الفتيات المراهقات على خدمات الصحة الإنجابية الشاملة. كما تتناول اتفاقية حقوق الطفل التزام الحكومات بأن تحترم خصوصية الأطفال،²⁴ وأن " تكفل للطفل القادر على تكوين آرائه الخاصة حق التعبير عن تلك الآراء بحرية في جميع المسائل التي تمس الطفل".²⁵ وللتنفيذ الكامل لهذه الأحكام أهمية بالغة بالنسبة لقدرة الأطفال على تقرير حياتهم المستقبلية، بما في ذلك إنجاب الأطفال وتوقيته.²⁶

ودون توافر سبل الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها، يمكن أن تتعرض الفتيات المراهقات لحالات حمل قد تؤدي للمرض أو الوفاة بسبب عدم نضجهن الجسدي. علاوة على ذلك، يمكن، في حالة عدم توافر إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل بكامل أنواعها والاختيار بينها بحرية، أن تتعرض الفتيات لحالات حمل غير مرغوب فيها إضافة للأمراض المنقولة جنسياً (STIs). وقد عبرت اللجنة عن قلقها بشأن حصول الفتيات المراهقات على

خدمات الصحة الإنجابية، ورأت أن على الحكومات أن تقدم الرعاية الكافية للأمهات وأن تتصدى لقضايا الحمل والإيدز بين المراهقات.²⁷

وبسبب الخلافات المتعلقة بالحياة الجنسية للمراهقين وبسبب النقص العام في المعرفة المتعلقة بالجانب الجنسي والإنجابي للمراهقين، فإن عدد بلدان العالم، التي تؤمن خدمات كافية لرعاية الصحة الإنجابية للمراهقين قليل جداً.²⁸ وتختلف متطلبات رعاية الصحة الإنجابية للمراهقين باختلاف الثقافة والعمر والوضع بالنسبة للزواج. غير أن جميع المراهقين يحتاجون لمعلومات دقيقة وكافية عن الصحة الجنسية والإنجابية. ويحتاجون أيضاً إلى خدمات إنجابية متيسرة وقليلة التكاليف. وبدون إمكانية الوصول السهل للمعلومات الصحيحة، يكون المراهقون معرضين لخطر الحصول على معلومات خاطئة عن القضايا الجنسية والإنجابية، وهو ما يمكن أن يؤدي بهم لاتخاذ قرارات قد تكون لها نتائج سلبية على حياتهم. وعلاوة على ذلك، فإن المراهقين يحتاجون لمعلومات عن الممارسات الجنسية الآمنة، بما في ذلك مهارات التفاوض مع الآخرين بما يمكن أن يؤدي لحمايتهم من العلاقات التي يمكن أن تحمل الخطر والأذى لهم. وبما أن المراهقات الحوامل يواجهن مخاطر وتعقيدات صحية أكبر من النساء البالغات، فإن حصولهن على الرعاية الجيدة قبل الولادة أمر بالغ الأهمية.²⁹

ويهتم المراهقون أيضاً بخصوصية وسرية الرعاية الصحية الإنجابية. وهذا الأمر مهم بشكل خاص بالنسبة للمراهقات غير المتزوجات اللاتي يواجهن بمواقف سلبية بسبب ممارستهن للأنشطة الجنسية. ولا تكون نتيجة هذه المواقف إلا عزوف المراهقات عن التماس الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية. وتحتاج هؤلاء المراهقات أنفسهن أيضاً إلى الحصول على وسائل منع الحمل لوقاية أنفسهن من الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"تعرب اللجنة عن قلقها ... إزاء نقص الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية المتاحة للمراهقين (في باراغوي)... وتقرح أن تدعم الحكومة صحة المراهقين وذلك بتعزيز الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، من أجل منع ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً، والحمل في فترة المراهقة".³⁰

" وتعرب اللجنة عن قلقها ... إزاء عدم كفاية الإجراءات المتخذة من أجل معالجة قضايا صحة المراهقين، كالصحة الإنجابية والحمل المبكر (في هنغاريا) ... وتوصي ... بتعزيز برامج التثقيف المتعلقة بالصحة الإنجابية وإطلاق حملات توعية عن تنظيم الأسرة والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز".³¹

"لا يحدد القانون النمساوي واللوائح النمساوية السن القانوني الأدنى للحصول على المشورة والمعالجة الطبية بدون موافقة الأهل. ويساور اللجنة القلق من أن تثني متطلبات اللجوء إلى المحاكم الأطفال عن التماس الرعاية الطبية، وتضر بمصلحة الطفل".³²

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- على الحكومات أن تزيل جميع العوائق القانونية والتنظيمية التي تعوق توفير الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية للمراهقين، وأن تضع برامج صحية شاملة لفئتهم العمرية كجزء من السياسة الصحية العامة في البلد.
- يجب أن توجه هذه الخدمات إلى المراهقين المتزوجين وغير المتزوجين، ويجب أن تتضمن معلومات وخدمات تتعلق بالصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً والدور الذي يضطلع به كل من الجنسين والحياة الجنسية والاستخدام المسؤول لوسائل منع الحمل.

الممارسة المثلى

في عام 1996 وضعت حكومة غانا السياسة المتعلقة بالصحة الإنجابية للمراهقين بغرض تلبية احتياجات المراهقين فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، وتوفير التوجيه للهيئات الحكومية³³ والأهم في ذلك هو اعتراف تلك السياسة بحق المراهقين في الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.

وتركز هذه السياسة بصفة رئيسية على المراهقين، بما في ذلك المنتظمون في المؤسسات التعليمية. ومن المشمولين أيضاً الفئات المهمشة – كأطفال الشوارع ومراهقي الشوارع والمراهقين المعوقين جسدياً وعقلياً. وترتكز السياسة بصفة ثانوية على المجموعات والأشخاص الذين لديهم تأثير على رأي وسلوك المراهقين. وهذه المجموعات تضم الوالدين والمعلمين القادة الدينيين وقادة المجتمع المحلي ومقدمي الخدمات وموظفي تنفيذ القانون.

وتتمثل أهداف هذه السياسة في تعزيز الحالة الصحية والعقلية والاجتماعية للمراهقين في غانا، والتشجيع على إعداد وتنفيذ أنشطة وخدمات من أجل توسيع الخيارات المتاحة للمراهقين في مجال الصحة الإنجابية. وتتضمن الأهداف البعيدة للسياسة ما يلي: تعزيز البرامج التربوية حول الصحة الإنجابية للمراهقين؛ وتطبيق برامج الغاية منها هي الحد من حالات الحمل المبكر وأمراض الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، وحالات الإجهاض غير المأمونة، وختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، والزواج المبكر، والعمل على إنشاء وتعزيز البرامج الخاصة بالفئات المهمشة من المراهقين؛ واعتماد سياسات تهدف لإنهاء العنف ضد المراهقين والتحيز ضد الفتيات. كما تقرر سياسة غانا حيال المراهقين بالحاجة إلى بحوث موجهة وإلى رصد وتقييم برامج وقضايا الصحة الإنجابية للمراهقين.

وثمة استراتيجيات عديدة لتحقيق هذه الأهداف، منها توعية صناع السياسات والقرارات بضرورة تهيئة بيئة من السياسات تتسم بمزيد من الإيجابية؛ وتطوير المناهج المدرسية والبرامج التي تقدم خارج إطار المدرسة؛ وزيادة توافر الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية للمراهقين وإمكانيات الحصول عليها.

3. التعليم والمراهقون

خلفية

إن التعليم هو شرط رئيسي للوفاء بالحقوق الإنجابية للمراهقين. فالتعليم يمكن المراهقين من الحصول على المعلومات التي يمكن لهم استخدامها لإعمال وممارسة طائفة من المصالح والحقوق، بما في ذلك حقوقهم الإنجابية. وتقدم المادتان 28 و29 من اتفاقية حقوق الطفل،

تأكيدات قوية على حق جميع الأطفال في التعليم. إذ تلتزم الدول الأطراف "بجعل التعليم الابتدائي إلزامياً ومتاحاً مجاناً للجميع".³⁸ وبالإضافة إلى ذلك، اتفقت الدول على "تشجيع تطوير شتى أشكال التعليم الثانوي،... وتوفيرها وإتاحتها لجميع الأطفال".³⁹ وفي الفقرة 29 تتفق الدول الأطراف على أن يكون تعليم الطفل موجهاً نحو "إعداد الطفل لحياة تستشعر المسؤولية في مجتمع حر، بروح من التفاهم والسلم والتسامح والسلام والمساواة بين الجنسين...".⁴⁰

- في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الكبرى، يبلغ متوسط ما تتلقاه 50% من الفتيات من التعليم سبع سنوات على الأقل.³⁴ وهذه النسبة تتدنى إلى 10% في بوروندي ومالي والنيجر وجمهورية أفريقيا الوسطى.³⁵
- في شمال أفريقيا وآسيا والشرق الأوسط يتلقى 25-50% من الفتيات تعليماً أساسياً.³⁶
- في بعض دول أمريكا اللاتينية والكاريبية يتلقى ما يزيد على 60% من الفتيات تعليماً أساسياً لمدة سبع سنوات على الأقل.³⁷

وعلى الرغم من أن اتفاقية الطفل تشترط

تطبيق أحكامها "بدون تمييز.. وبغض النظر عن جنس الطفل" فإن العديد من الدول ما تزال تتباطأ في تطوير تعليم الفتيات. ويعتبر هذا التراخي في تعليم الفتيات انتهاكاً لحق التعليم المنصوص عليه في اتفاقية الطفل وفي غيرها من صكوك حقوق الإنسان، بما في ذلك الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (UDHR) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اللذان يؤكدان حق كل إنسان في التعليم.⁴¹

وتبين الدراسات أن للنساء المتعلقات من مناطق وثقافات مختلفة في العالم تتحكم بصورة أكبر في حياتهن الإنجابية من النساء غير المتعلقات أو ذوات التعليم البسيط.⁴² وتشير هذه الدراسات أيضاً إلى أن ضرورة حصول المرأة على خمس سنوات من التعليم كحد الأدنى كي يكون بإمكانها التحكم بحياتها الإنجابية.⁴³ كما أن المراهقة المتعلمة تبدي استعداداً أكبر للالتماس المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية من المراهقة غير المتعلمة. وبالإضافة لذلك فإن التعليم يزيد من ثقة النساء بأنفسهن ومن تقديرهن لأنفسهن ومن فرص توظيفهن واعتمادهن على أنفسهن.

ويعود انخفاض نسبة الفتيات المنتحقات بالمدرسة بصفة أساسية إلى كونهن فتيات وإلى نقص الموارد الاقتصادية. ففيما يخص نوع الجنس، كثيراً ما يتم سحب المراهقات من المدارس من أجل تزويجهن، في المجتمعات التي يكون الزواج المبكر شائعاً فيها. وفي العديد من البلدان تترد من المدارس الفتيات اللائي يصبحن حوامل.⁴⁴ وفي العديد من المناطق الريفية لا تستطيع العائلات تحمل عبء تعليم جميع الأطفال، وغالباً ما تتم التضحية بتعليم البنات.⁴⁵

إن تثقيف المراهقين والفتيات بالقضايا التي تتعلق بالجنس والإنجاب وما إلى ذلك، له الأهمية نفسها التي يتميز بها التعليم النظامي. غير أن العديد من البلدان يقاوم توفير تعليم كهذا بشكل رسمي وذلك بتأثير من افتراض خاطيء يرى أن تعليم المراهقين بشأن الحياة الجنسية سيكون

من شأنه تشجيعهم على الممارسة الجنسية بصورة مبكرة. غير أن الدراسات بينت أن للثقافة الجنسية في الواقع أثراً معاكساً يتمثل في تأخير النشاط الجنسي.⁴⁶

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"توصي اللجنة بتعزيز الثقافة الجنسية من أجل منع حالات الحمل المبكرة (في بلغاريا) وبإطلاق حملات توعية عن تنظيم الأسرة".⁴⁷

"وتعبر اللجنة عن قلقها من تدني مستويات التسجيل في المدارس ومن النسبة العالية للتسرب (في إثيوبيا)، وخصوصاً بين الفتيات، ومن النقص في مرافق التعلم والتعليم وفي وجود المعلمين المدربين، وخصوصاً في المناطق الريفية... وتعتبر اللجنة بالإضافة إلى ذلك عن قلقها... من عدم اعتبار التعليم الابتدائي إلزامياً حتى الآن".⁴⁸

"وتعبر اللجنة عن قلقها أيضاً من عدد الأطفال الذين يتركون المدرسة باكراً (العراق) من أجل العمل، وخصوصاً الفتيات. وتوصي باتخاذ جميع الإجراءات المناسبة لتأمين فرص متساوية من أجل الحصول على التعليم وتشجيع الطلاب وخصوصاً الفتيات على الاستمرار في الدراسة، وإثرائهم عن الانضمام مبكراً لصفوف القوى العاملة".⁴⁹

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- على الحكومات سن قوانين تجعل التعليم الابتدائي إلزامياً بالنسبة لكلا الجنسين، واعتماد سياسات تشجع تعليم الفتيات في المستويات الثانوية والعالية.
- على الحكومات اعتماد برامج عن الثقافة الجنسية ومهارات الحياة لجميع مستويات التعليم الابتدائية والثانوية والعالية.
- يجب أن تتجلى في سياسات الحكومة الحاجات الخاصة لفئات المراهقين المهمشة، كأولاد الشوارع والشباب غير الملتحقين بالمدارس.

الممارسة المثلى

قامت الحكومة في **بنغلادش**، حيث يوجد عدد كبير من الفتيات المراهقات غير ملتحقات بالمدارس، بمبادرة شاملة في مجال السياسات ترمي إلى تحسين فرص الفتيات المراهقات في الحصول على التعليم الثانوي.⁵⁰ وقد أبلغت بهذه المبادرة في عام 1997 اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التي تشرف على تطبيق اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة. وتتمثل أهداف المبادرة المعلنة في الإبقاء على الطالبات في المرحلة الثانوية وبالتالي تعزيز فرص التعليم العالي؛ وزيادة معدلات التسجيل والتقليل من معدلات التسرب؛ ومن ثم السيطرة على معدل النمو السكاني من خلال حث الفتيات على عدم الزواج قبل سن الثامنة عشرة.

وتتضمن المبادرة ما يلي: دفع بدلات الكتب والرسوم المدرسية للفتيات من الصف السادس إلى العاشر في جميع أرجاء البلاد خارج العاصمة؛ وتوفير التعليم المجاني للفتيات الوحيدات اللاتي يعشن خارج مناطق العاصمة؛ وتوزيع الطعام المجاني شهرياً على الفتيات، مقابل الالتزام بالانتظام في الدراسة واستنجاز المزيد من المعلمين؛ وتقديم التدريب على المهارات المهنية للفتيات اللاتي يتركن المدرسة في الصف الثامن أو قبله؛ والقيام بحملات توعية وطنية تشجعاً لتعليم البنات.

4. الزواج المبكر

- لقد ارتفع سن الزواج الأول بشكل كبير في بعض البلدان الآسيوية كالفلبين وسريلانكا حيث يتزوج فقط 14% من النساء دون سن الثامنة عشرة. بيد أن ما نسبته 75% من النساء في بنغلادش يتزوجن قبل سن الثامنة عشرة.⁵¹
- في أمريكا اللاتينية والكاريبية تتراوح نسبة من يتزوجن دون الثامنة عشرة بين 20 و 40%.⁵² أما في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فتقل النسبة عن 30% ما عدا اليمن التي ترتفع فيها النسبة إلى 50%.⁵³
- وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والكبرى تتراوح نسبة المراهقات اللاتي يتزوجن دون الثامنة عشرة بين 75% في مالي والنيجر وحوالي 15% في ناميبيا ورواندا وبوتسوانا.⁵⁴
- وفي شرق ووسط أوروبا يبلغ متوسط العمر عند الزواج الأول 21-22 عاماً، وفي جنوب أوروبا 24-25 عاماً.⁵⁵
- كثيراً ما تكون هناك فروق كبيرة في العمر بين الأزواج لأن الرجال يميلون للزواج في سن أكبر من النساء.⁵⁶ وتبلغ هذه الفروق حدها الأقصى في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الكبرى وشمال أفريقيا والشرق الأوسط، إذ يتراوح متوسطها ما بين خمس وعشر سنوات.⁵⁷ في حين يتراوح هذا الفرق في آسيا وأمريكا اللاتينية والكاريبية بين ثلاث وست سنوات.⁵⁸

خلفية

تضمن الفقرة الثانية لجميع الأطفال الحقوق المنصوص عليها في اتفاقية حقوق الطفل، بدون أي تمييز على أساس الجنس. ومع ذلك فإن الحد الأدنى من العمر الذي يسمح عنده بزواج المراهقات في العديد من البلدان هو أقل من مثيله لدى الذكور. فعمر الزواج للفتيات منخفض للغاية وهو ما يعني المخاطرة بحقهن في التعليم؛⁵⁹ وبالمنهج الكامل لشخصيتهن ومواهبهن وقدراتهن الجسدية والعقلية؛⁶⁰ وعندما يحدث الحمل تكون صحتهن⁶¹ وأحياناً حياتهن في خطر.⁶² وفي بعض البلدان يتم إكراه الفتيات على الزواج ضد إرادتهن وقبل أن يمتلكن الأهلية للموافقة وهو ما يشكل انتهاكاً للفقرة 12⁶³ التي تطلب من الدول الأطراف "أن تكفل للطفل القادر على تكوين آرائه الخاصة حق التعبير عن تلك الآراء بحرية في جميع المسائل التي تمس الطفل".

وعلى الرغم من أن اتفاقية حقوق الطفل لم تتناول بشكل صريح زواج الأطفال، غير أنها طلبت من الدول الأطراف أن "تتخذ جميع التدابير الفعالة والملائمة بغية إزالة الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال".⁶⁴ وقد حددت لجنة حقوق الطفل الزواج المبكر كأحدى الممارسات التقليدية الضارة.⁶⁵ حيث يمكن للطفلة أو المراهقة التي تجبر على الزواج في سن صغيرة أن تتأذى جسدياً ونفسياً إلى حد كبير.⁶⁶ وعندما ترفض المراهقة العلاقات الجنسية أو تكون أصغر من أن توافق عليها بصورة واعية، فإن هذا الزواج يمكن أن يؤدي إلى العنف الجنسي.⁶⁷

وتتعرض غالبية المراهقات اللاتي يتزوجن باكراً للضغط من أجل الإنجاب قبل نضوجهن النفسي، مما يترتب عليه آثار مأساوية من حيث معدل مرض ووفيات الأمهات.⁶⁸ وتخضع المراهقات في العديد من المجتمعات لإكراه وضغوط ثقافية من أجل الزواج المبكر ومن أجل القبول بالرجل الذي يتم اختياره لهن. وتتقبل بعض العادات والمعتقدات الدينية أو تقتضي الزواج بالإكراه وزواج الأطفال والترتيبات التي تحدد سعر أو مهر العروس وزواج الأقارب وتعدد

الزوجات.⁶⁹ وفي العديد من الحضارات التي ما زال سن الزواج للفتيات فيها صغيراً، يكون هناك فروقاً مهمة في العمر بين الزوجين. وتعزز الفروق العمرية الكبيرة الأفكار الشائعة عن العلاقة بين الجنسين بما في ذلك تبعية وعجز المرأة.⁷⁰

وتحاول بلدان عديدة منع الزواج المبكر، وذلك بسن قوانين تتعلق بالعمر عند الزواج الأول، وبالتسجيل المدني للزواج ومنع الخطوبة للفتيات دون سن الثامنة عشرة.⁷¹ ولكن لسوء الحظ فإن معظم هذه القوانين لا ينفذ بالشكل المطلوب. ففي معظم البلدان لا يطبق القانون المتعلق بالحد الأدنى المطلوب للزواج إلا عندما لا تكون هناك موافقة من الأهل على الزواج. وغالباً ما يكون الحد الأدنى المطلوب للذكور أعلى منه للإناث.⁷² وحتى في البلدان التي توجد فيها قوانين وافية بالعرض، فإن التنفيذ لا يكون كافياً، أو يكون هناك قوانين تقليدية تجيز الزواج المبكر وتتواجد إلى جانب القوانين الوطنية، ويسمح لها أن تكون نافذة في الشؤون العائلية.⁷³ وعليه فإن الحماية القانونية لحق المراهقين في الاختيار في الزواج تكون محدودة إلى حد بعيد. وغالباً ما تخضع الفتيات المراهقات لرغبات الأهل تحت تأثير الضغوط الثقافية، وإذا ما رفضن تنفيذ هذه الرغبات فإن القانون يجيز صراحةً أو ضمناً تنفيذها.

الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل

"تلاحظ اللجنة بقلق عميق أن القانون المطبق (في الجزائر) في حالة اغتصاب قاصر، يعفي مقترف الجريمة من الملاحقة الجنائية إذا ما أبدى استعداداً للزواج بالضحية. وعلاوة على ذلك، ولكي يصبح الزواج شرعياً، فإن المادة 7 من قانون الأسرة الجزائري، يجيز للقاضي أن يخفض سن الزواج إذا كانت الضحية قاصراً، وإلا فإن الزواج سيكون مخالفاً للقانون".⁷⁴

"وتعبر اللجنة عن قلقها من أن التشريع (في بنما) يحدد سناً أدنى للزواج مختلف بين الذكور والإناث، ويجيز زواج الفتيات في سن 14 عاماً".⁷⁵

وتعبر اللجنة عن قلقها من عادة الزواج المبكر في الكويت. وتوصي بأن تقوم الحكومة بكل الإجراءات الضرورية، بما في ذلك الإجراءات القانونية، وحملات التوعية بقصد تغيير المواقف السائدة وتوفير المشورة والتثقيف في مجال الصحة الإنجابية وذلك لمنع ومكافحة هذه الممارسة التقليدية الضارة بصحة وسلامة الفتيات وبنمو الأسرة".⁷⁶

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- على الحكومات أن تقوم بإنفاذ القوانين الموجودة بما يخص العمر الأدنى المطلوب للزواج، والعمل على وضع قانون زواج شرعي موحد يسري على كل الزوجات.
- على الحكومات أن تعتمد سن الثامنة عشرة كحد أدنى للزواج لكل من الرجال والنساء.
- علاوة على ذلك، يجب على الحكومات أن تسن القوانين التي تضمن أن يكون الزواج بموافقة الزوجين.

الممارسة المثلى

في عام 1996 قامت بوركينا فاسو بتعديل قانون العقوبات لديها ليتضمن فقرة تجرم فعل الإكراه أو الإجبار على الزواج⁷⁷. وتنص مقدمة القانون الجديد على أن إضافة هذه الفقرة وغيرها من الفقرات الجرمية الجديدة قد تمت لتأمين حماية أفضل لحقوق الإنسان، بما في ذلك منع الانتهاكات الجنسية للنساء وضمان حقهن في حرية الزواج⁷⁸. وعقوبة من يجبر أحداً على الزواج هي السجن لمدة تتراوح بين ستة أشهر وستين⁷⁹. وتكون العقوبة السجن لمدة تتراوح بين سنة وثلاث سنوات إذا كانت الضحية قاصراً⁸⁰. وإذا ما كانت الضحية قاصراً دون الثالثة عشرة من العمر فإنه يجب تطبيق الحد الأقصى من العقوبة⁸¹. والعمر القانوني للزواج في بوركينا فاسو هو 17 عاماً للمرأة و20 عاماً للرجل، غير أنه يمكن للقاضي أن يعطي استثناءات إذا ما كانت هناك أسباب جدية⁸² ولكن حتى في هذه الظروف الخاصة لا يمكن للقاضي أن يخفض سن الزواج لما دون 15 عاماً للنساء و18 عاماً للرجال⁸³.

5. الإنجاب المبكر ومنع الحمل

* ينسب حوالي 10% من الولادات في العالم إلى المراهقات⁸⁴.

* في كل عام يتحول حوالي 14 مليون امرأة شابة إلى أم⁸⁵.

* نصف عدد النساء بين 20 و24 عاماً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الكبرى قد أنجبن طفلاً قبل سن العشرين، مقابل الثلث في أمريكا اللاتينية والكاريبي⁸⁶.

* في الولايات المتحدة ينسب حوالي 13% من جميع الولادات إلى المراهقات. ففي كل عام تصبح حوالي مليون فتاة مراهقة حاملاً، ويكون 78% من حالات الحمل غير مخطط لها⁸⁷. إن معدلات حمل المراهقات في الولايات المتحدة أكبر منها في العديد من الدول الصناعية – فهي أكبر بمرتين من كندا وبتسع مرات من اليابان وهولندا⁸⁸.

* تبين إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن خطر الوفاة بسبب الحمل هو أعلى مرتين بالنسبة للمراهقات بين 15 إلى 19 عاماً، وخمس مرات بالنسبة للمراهقات بين 10 أعوام إلى 14 عاماً، مما هو لدى النساء في بداية العشرينات من عمرهن⁸⁹.

تتفاوت معدلات الحمل غير المرغوب فيه بين المراهقات. فهي تتراوح من 25% من جميع حالات حمل المراهقات في غواتيمالا إلى 50% في بيرو، إلى 15 – 20% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومن 10 – 16% في الهند واندونيسيا والباكستان، ومن 20 – 45% في باقي البلدان الآسيوية، وتتراوح من 11 – 13% في النيجر ونيجيريا إلى 50% أو أكثر في بوتسوانا وغانا وكينيا وناميبيا وزيمبابوي⁹⁰.

خلفية

إن الحق الإنساني المعترف به دولياً في أن يقرر المرء بحرية ومسؤولية عدد الأولاد الذين يرغب في إنجابهم والفاصل الزمني بينهم ومتى يكون ذلك، هو من صلب الحقوق الإنجابية، وينطبق هذا الأمر على كل من هم في سن الإنجاب، بما في ذلك الأطفال.⁹¹ وفي حين أن اتفاقية حقوق الطفل لم تتناول تحديداً موضوع الإنجاب المبكر، إلا أن الاتفاقية تعترف صراحة بحق الفرد في الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة⁹² ويمكن تفسير ذلك على أنه يحمي استقلالية القرار المتعلق بالإنجاب.⁹³ وبسبب المخاطر التي يحملها الإنجاب المبكر⁹⁴ على الحياة والصحة، فإنه يتوجب على الحكومات تأمين الخدمات والمعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة، وتطبيق القوانين المتعلقة بالحد الأدنى من العمر للسماح بالزواج، وتشجيع الفتيات على البقاء في المدرسة. وفي الكثير من الحالات يحصل الحمل غير المرغوب فيه نتيجة اعتداء جنسي أو نتيجة للزواج المبكر أو القسري. كما تلزم اتفاقية حقوق الطفل الدول الأطراف بالتصدي للممارسات التقليدية الضارة⁹⁵ والاعتداءات الجنسية.⁹⁶

ونظراً لأن المراهقين كثيراً ما ينقصهم النضج الفسيولوجي اللازم للإنجاب، فإن الإنجاب المبكر يكون مصحوباً بمعدلات عالية من الأمراض والوفيات بين الأمهات.⁹⁷ ومن مخاطر الإنجاب المبكر النزيف وفقر الدم وسوء التغذية وتأخر أو عسر المخاض وانخفاض وزن المولود وموت الطفل أو الأم.⁹⁸ وبالإضافة لتحسين نتيجة الحمل فإن هناك فوائد اقتصادية واجتماعية لتأخير الولادات المبكرة. حيث يكون للمراقبة التي تؤجل حملها فرصة أكبر للتعلم واكتساب المعرفة والمهارات يؤهلها للعناية بنفسها وبأسرتها في المستقبل بطريقة أفضل.

وبسبب ارتفاع مستوى النشاط الجنسي والحمل غير المنظم بين المراهقات، يعتبر تعزيز استخدام وسائل منع الحمل من أفضل الطرق لمنع حدوث الحمل. وبالنظر إلى أهمية إنجاب عدد كبير من الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، فلا يستخدم وسائل منع الحمل إلا قلة قليلة من المراهقين هناك.⁹⁹ كما أن انتشار وسائل منع الحمل في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا منخفض في أوساط المراهقين المتزوجين كما هو الحال أيضاً في الهند وباكستان.¹⁰⁰ ويوجد بعض من أعلى النسب في البلدان الجنوبية لشيوع وسائل منع الحمل في اندونيسيا وتايلند وأمريكا اللاتينية والكاريبية.¹⁰¹ كما أن انتشار وسائل منع الحمل بين المراهقات غير المتزوجات والنشيطات جنسياً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أعلى منه لدى المراهقات المتزوجات، في حين تتساوى النسبة تقريباً للفئتين في أمريكا اللاتينية والكاريبية.¹⁰²

ولسوء الحظ فإن الكثير من المراهقات لا يعرفن إلا القليل أو لا يعرفن شيئاً عن وسائل منع الحمل والاستخدام المناسب لها.¹⁰³ وكما ذكرنا سابقاً، تواجه الفتيات العديد من العقبات في الحصول على وسائل منع الحمل أو المعلومات المتعلقة بها. وتعود هذه العقبات أساساً إلى وجود معتقدات وأعراف تقليدية ضد النشاط الجنسي قبل الزواج وهو ما أدى إلى ظهور قوانين وسياسات تحد أو تقيد حصول المراهقة على وسائل منع الحمل من خلال اشتراط موافقة الأهل. وحتى عندما لا يكون هناك عوائق قانونية، يمكن أن يبدي القائمون على تقديم هذه الخدمات مواقف سلبية أو يرفضون إعطاء وسائل منع الحمل للمراهقات. وتعيق هذه العقبات القانونية والعملية استعمال وسائل منع الحمل بين المراهقات غير المتزوجات اللاتي لا يردن لأهلهن أن يطلعوا على نشاطهن الجنسي، وكذا الحال بين المتزوجات غير القادرات على مناقشة هذا الموضوع مع أزواجهن.

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"تعتبر اللجنة عن قلقها من المعدل العالي للحمل المبكر (في الأوروغواي)، لما له من آثار سلبية على صحة الأطفال والأمهات، وعلى تمتع الأمهات بحقهن في التعلم، إذ يعوق الفتيات المعنيات من متابعة الدراسة ويتسبب في ارتفاع أعداد المتسربين من المدارس... وتوصي باتخاذ الإجراءات اللازمة لتقديم الخدمات والتربية الأسرية المناسبة للشباب في المدارس، وبتنفيذ البرامج الصحية في البلاد".¹⁰⁴

"وتلاحظ اللجنة بقلق أيضاً استمرار العقبات التي تحول دون التطبيق الفعال لبرامج تنظيم الأسرة والتربية الأسرية في البلاد، وخصوصاً في ضوء نقص المواد والخدمات الجيدة النوعية في كوبا".¹⁰⁵

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- يجب أن تنهي الحكومات القيود المفروضة على وسائل منع الحمل، بما في ذلك الضبط المفرط وحظر نشر المعلومات.
- يجب أن تؤمن الحكومات وصول جميع المراهقات المتزوجات وغير المتزوجات للخدمات والمعلومات المتعلقة بمنع الحمل.
- يجب أن تؤمن الحكومات للمراهقات الحوامل، بغض النظر عن وضعهن الأسري، سبل الحصول على الرعاية الطبية قبل الولادة وبعدها.

الممارسة المثلى

سيدرس هذا الفصل مبادرة اضطلع بها أحد بلدان الشمال وهو الولايات المتحدة لضمان حصول المراهقات على وسائل منع الحمل بطرق شرعية، وذلك خلال الـ 29 عاماً الماضية. فقد صدرت أحكام الفصل العاشر من قانون خدمات الصحة العامة للولايات المتحدة¹⁰⁶ في العام 1970. والهدف من ذلك هو "المساعدة على إتاحة خدمات تنظيم الأسرة الشاملة والطوعية بسهولة لجميع الراغبين فيها".¹⁰⁷ ويقدم برنامج الفصل العاشر خدمات تنظيم الأسرة، مثل منع الحمل (بما في ذلك التنظيم الطبيعي للأسرة والامتناع)، والتعامل مع حالات العقم (بما في ذلك التبني)، وتوفير المشورة قبل الحمل، والتتقيف والرعاية العامة للصحة الإنجابية، بما في ذلك التشخيص ومعالجة الأمراض التي تنتقل بواسطة الجنس.¹⁰⁸ ويقدم البرنامج الذي تديره إدارة الخدمات الصحية والإنسانية، الموارد المالية للهيئات العامة والخاصة، كعيادات تنظيم الأسرة وإدارات الصحة الحكومية. ويضمن الفصل العاشر أيضاً السرية لجميع المشتركين، بما في ذلك المراهقون.¹⁰⁹

وفي عام 1978 أقرّ الكونغرس الأمريكي بأن "حمل المراهقات كثيراً ما يكون غير مرغوب فيه، وبأن من المحتمل أن يكون له آثار صحية واقتصادية واجتماعية سيئة على الأفراد المعنيين".¹¹⁰ وعليه فقد قام بتعديل النص الأصلي للفصل العاشر بحيث ينص صراحة على توفير الخدمات للمراهقين.¹¹¹ ومع ذلك فقد حاول خصوم تنظيم الأسرة منذ العام 1996 إعاقة حصول المراهقين على الخدمات التي ينص عليها الفصل العاشر، وذلك باقتراح تعديلات على تشريع الموازنة السنوي بحيث تتطلب موافقة أهل أو إشعارهم أو تحرير المراهقة من رعاية الأبوين أو إذن قضائي للمراهقات اللائي يلتمسن الحصول على هذه الخدمات.¹¹² بيد أن غالبية الكونغرس رفضت وبقوة هذه التعديلات خشية أن يعيق ذلك حصول المراهقات على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية.¹¹³

6. الإجهاض غير المأمون

- تبين الدراسات التي أجريت على العديد من بلدان الجنوب أن المراهقات الحوامل غير المتزوجات يرغبن في إنهاء حملهن على نحو متكرر أكثر من غيرهن¹¹⁴. ويجري ما يتراوح بين مليون و4 ملايين مراهقة سنوياً في بلدان الجنوب عمليات إجهاض سرية وغير مأمونة عادةً¹¹⁵.
- تميل المراهقات إلى إرجاء الإجهاض لما بعد الأشهر الثلاثة الأولى، وغالباً ما يطلبن المساعدة من طرف ليس طبيياً، مما يزيد من معدل الإصابة بالمضاعفات. كما أن الإجهاض المستحث ذاتياً شائع بين المراهقات في العديد من البلدان¹¹⁶.
- إن ثلث الوفيات بين الأمهات المراهقات في الأرجنتين وشيلي هو نتيجة مباشرة لعمليات الإجهاض غير المأمونة¹¹⁷. كما أن ثلث النساء اللاتي يدخلن المستشفى في بيرو نتيجة مضاعفات الإجهاض هن من المراهقات بين 15 إلى 24 عاماً¹¹⁸.
- قدرت منظمة الصحة العالمية أن 70% من النساء اللاتي يدخلن المستشفيات نتيجة لمضاعفات الإجهاض في العديد من الدول الأفريقية، هن دون العشرين من العمر¹¹⁹. ووفقاً لدراسة أوغندية فإن حوالي 60% من الوفيات الناتجة عن الإجهاض هي لنساء مراهقات¹²⁰.
- لدى الولايات المتحدة أعلى معدل لإجهاض المراهقات في الدول الصناعية. وتتفاوت معدلات الإجهاض لكل 1000 مراهقة تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاماً، من ثلاث حالات في ألمانيا إلى ست حالات في اليابان إلى 19 حالة في بريطانيا وويلز و 36 حالة في الولايات المتحدة¹²¹.

خلفية

إن الافتقار لخدمات الإجهاض المأمونة والقانونية بالنسبة للمراهقات يعرض صحتهم وحياتهن للخطر ويقوض حقهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب. وكما جاء في المناقشة أعلاه، فإن اتفاقية حقوق الطفل تضمن الحق في الحياة والصحة لجميع الأطفال بدون قيود¹²². وعليه ووفقاً للنهج الشامل المأخوذ به في الفقرة 24 فيما يتعلق بالحق في الصحة، فإن للمراهقات اللاتي يعانين من مضاعفات نتيجة عمليات إجهاض غير مأمونة، الحق في الرعاية الطبية الوافية والقائمة على الاحترام والسرية. وعندما يحظر بلد ما أو يفرض قيوداً شديدة على أحد الإجراءات الطبية التي تقتصر الحاجة إليها على النساء والفتيات، فإنه ينتهك بهذا حظر التمييز القائم على أساس نوع الجنس وفقاً للصكوك الدولية لحقوق الإنسان، بما في ذلك اتفاقية حقوق الطفل¹²³.

وعلاوة على ذلك، إذا كانت المراهقة التي تواجه حملاً غير مرغوب فيه قادرة على فهم الطبيعة الخطيرة لقرارها، فإنها تخول باتخاذ القرارات المتعلقة بحملها، بما في ذلك الإبقاء على الجنين حتى يكتمل من عدمه. وعلى الرغم من أن اتفاقية حقوق الطفل لم تعالج بشكل صريح مسألة الإجهاض، إلا أنها طلبت من الدول الأطراف أن "تكفل للطفل القادر على تكوين آرائه الخاصة حق التعبير عن تلك الآراء بحرية في جميع المسائل التي تمس الطفل، وتولي آراء الطفل الاعتبار الواجب وفقاً لسن الطفل ونضجه"¹²⁴. كما تنص اتفاقية حقوق الطفل تحديداً على أنه "لا يجوز أن يجرى أي تعرض تعسفي أو غير قانوني للطفل في حياته الخاصة..."¹²⁵.

وللإجهاض غير المأمون¹²⁶ تبعات صحية خطيرة على المراهقات والشابات، خصوصاً عندما يكون الإجهاض غير قانوني أو خاضعاً لقيود كبيرة أو لا تتوفر سبل إجرائه للمراهقات.

فالموقف القانوني من الإجهاض يؤثر على معدلات أمراض ووفيات¹²⁷ الأمهات الناتجة عن الإجهاض. وهذه النسب مرتفعة بشكل خاص بين المراهقات¹²⁸ وبالإضافة لذلك، تقع المراهقات، في جميع أنحاء العالم، ضحايا للإجهاض غير المأمون بنسب أعلى كثيراً من غيرهن، لأنهن الأقل قدرة على الحصول على المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية الجيدة والمتسمة بالسرية، بما في ذلك وسائل منع الحمل. كما أن المراهقات أقل حيلة من النساء البالغات فيما يخص علاقاتهن الاجتماعية وقدرتهن على تأمين وسائل النقل والسبل المالية اللازمة للحصول على الإجهاض المأمون.¹²⁹

وعلى الرغم من اتجاه قوانين الإجهاض إلى المزيد من التحرر منذ عام 1994، إلا أنه لا يزال هناك معوقات قانونية وسياسية لدى العديد من بلدان الجنوب وبشكل خاص أمريكا اللاتينية وأفريقيا والشرق الأوسط.¹³⁰ ومن بين البلدان التي يزيد عدد سكانها على المليون، والتي يكون الإجهاض فيها قانونياً في بعض الظروف على الأقل، يلزم الحصول على تفويض من الأهل في 28 دولة.¹³¹ ويمكن لهذه القيود أن تساهم في تأخير القيام بالإجهاض خلال الأشهر الثلاثة الأولى التي يكون الإجهاض فيها آمناً بدرجة أكبر، وهو ما يساهم أيضاً في لجوء المراهقات إلى الإجراءات السرية وغير المأمونة لتفادي معرفة الأهل.

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"تعتبر اللجنة عن قلقها من معدل الوفيات العالي نسبياً بين الأمهات، وبشكل خاص بين الشابات في نيكاراغوا. كما ترى أن عمليات الإجهاض السرية وحمل المراهقات قد أصبحت مشكلة خطيرة في هذا البلد".¹³²

"وتعتبر اللجنة عن قلقها فيما يتعلق بمحدودية توافر الخدمات والبرامج (في بيليز) وإزاء عدم وجود بيانات كافية في المنطقة عن صحة المراهقات بما في ذلك العنف والإجهاض".¹³³

"وفي الوقت الذي تقر فيه اللجنة بالجهود المبذولة [في غيانا] في ميدان صحة المراهقات، فهي تعتبر عن قلقها بشكل خاص إزاء المعدل العالي والمتزايد للحمل المبكر، والمعدل العالي للوفيات بين الأمهات، وعدم توافر السبل أمام المراهقات للحصول على مواد التثقيف والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية".¹³⁴

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- يتوجب على الحكومات، من أجل التصدي للإجهاض غير المأمون، وخصوصاً ارتفاع معدلاته بين صفوف المراهقات، أن تتجه لإصدار قوانين تجيز الإجهاض بدون قيود تتعلق بأسبابه أو توسيع نطاق أسباب السماح به.
- يجب أن يمتنع المسؤولون عن إنفاذ القوانين عن مقاضاة النساء اللاتي يخضعن لعمليات الإجهاض ومقدمي الرعاية الذين يجرون عمليات الإجهاض بناءً على موافقة مرضاهم.
- في البلدان التي يكون الإجهاض فيها قانونياً، يجب أن تضمن الحكومات حصول جميع النساء، بما في ذلك المراهقات، على خدمات الإجهاض رفيعة النوعية بجميع أنواعها التي يجيزها القانون، بغض النظر عن دخل النساء أو وضعهن الأسري أو مستواهن التعليمي.

الممارسة المثلى

في عام 1995 أصبحت غيانا أحد بلدان أمريكا الجنوبية القليلة التي تسن قانوناً يشرع الإجهاض. ففي عام 1991 كان الإجهاض الممتن والإجهاض الناقص السببين الثالث والثامن، على التوالي، من بين أعلى الأسباب المؤدية إلى الاحتجاز بالمستشفيات في غويانا.¹³⁵ وبعد أن تم سن قانون الإنهاء الطبي للحمل¹³⁶ في عام 1995 انخفض كثيراً معدل الاحتجاز بالمستشفيات الناتج عن الإجهاض غير المأمون.¹³⁷ ويعترف هذا القانون ويعزز الاستقلالية الإنجابية للنساء وذلك من خلال تزويدهن بخيار إنهاء الحمل¹³⁸ قانونياً وفقاً لتقديرهن.

وينص هذا القانون على إنهاء الحمل قانوناً بدون قيود تتعلق بالسبب، في الأسابيع الثمانية الأولى¹³⁹ من الحمل.¹⁴⁰ وبين ثمانية شهور واثنتي عشر شهراً هناك عدد من الظروف التي يسمح فيها بالإجهاض. وتتضمن هذه الظروف ما يلي: منع الإضرار بالصحة النفسية أو الجسدية للمرأة؛ إذا كان هناك خطر كبير بتعرض الجنين للتشوه؛ إذا ما اعتُقد أن المرأة الحامل غير قادرة عقلياً على رعاية الطفل؛ إذا كانت المرأة الحامل حاملة لفيروس نقص المناعة؛ إذا كان الحمل ناتجاً عن فشل وسائل منع الحمل.¹⁴¹ ويسمح بالإجهاض بين الأسبوع الثاني عشر والأسبوع السادس عشر من الحمل إذا ما ارتأى طبيبان ممارسان مختصان أن الشروط المذكورة سابقاً تنطبق على المرأة الحامل.¹⁴² أما بعد الأسبوع السادس عشر فيسمح بالإجهاض إذا ما ارتأى ثلاثة أطباء ممارسون أن الحمل يعرض حياة المرأة للخطر، أو يحمل خطر إلحاق أذى جسدي أو عقلي دائم بالمرأة أو بالجنين.¹⁴³

وينص القانون على أن يتم الاجهاض الذي يُجرى بناءً على رغبة المرأة من قبل أو بإشراف طبيب ممارس خلال الأسابيع الثمانية الأولى للحمل.¹⁴⁴ ولا يجوز إجراء جميع حالات إنهاء الحمل الأخرى إلا من قبل اختصاصي طبي مخول فقط وفي مؤسسة معتمدة.¹⁴⁵

ويمكن للطبيب الممارس الذي يرفض لأسباب ضميرية إجراء الإجهاض أن يرفض إنهاء الحمل ما لم يكن الإجراء ضرورياً بشكل مباشر لإنقاذ حياة المرأة أو منع أذى خطير ودائم لصحتها الجسدية أو العقلية.¹⁴⁶ ويتطلب القانون أيضاً من وزير الصحة أن ينشر القواعد المتعلقة بالاستشارة قبل وبعد الإجهاض والمتعلقة بفترة انتظار مدتها 48 ساعة بعد تقديم طلب الإجهاض، رغم أنه يمكن التغاضي عن هذه المدة في الحالات الطارئة.¹⁴⁷

- حوالي نصف الإصابات الجديدة سنوياً بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والبالغ عددها 333 مليوناً تحدث للأشخاص دون سن 25 عاماً.¹⁴⁸ كما أن واحداً من كل عشرين مراهقاً على وجه التقريب يصاب بأحد هذه الأمراض سنوياً.¹⁴⁹
- كان حوالي ربع الإصابات بأمراض منقولة بالاتصال الجنسي والبالغ عدده في الولايات المتحدة 15.3 مليوناً في العام 1996 بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عاماً.¹⁵⁰ ومن بين المراهقات النشيطات جنسياً كانت نسبة المصابات بمرض الكلاميديا تتراوح بين 30 و40% ممن أصبن.¹⁵¹
- من بين الثلاثين مليوناً الحاملين لفيروس نقص المناعة في العام 1998 كان الثلث تقريباً تتراوح أعمارهم بين 10 سنوات و24 عاماً.¹⁵² كما أن هناك 2.6 مليون إصابة جديدة سنوياً ضمن هذه الفئة العمرية. أي بمعدل سبعة آلاف إصابة جديدة يومياً¹⁵³، أو خمس إصابات جديدة كل دقيقة.¹⁵⁴
- تشير الدراسات الحديثة إلى ازدياد معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين الشباب في الدول ذات الدخل المنخفض.¹⁵⁵ ففي

أو غندا مثلاً يبلغ معدل الإصابة بالمرض بين المراهقات بين سن 13 و 19 عاماً ثلاثة أضعاف مثيله لدى المراهقين الذكور.¹⁵⁶

- تشير إحدى الدراسات الطبية في زيمبابوي إلى أن 30% من المراهقات الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاماً يحملن فيروس نقص المناعة، وإلى أنهن لم يعرفن بحالتهم إلا عندما التمسن الرعاية الطبية قبل الولادة.¹⁵⁷

7. فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي

خلفية

حين تفشل الحكومات في التصدي على نحو شامل لفيروس نقص المناعة/الإيدز وبقيّة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي تتعرض حقوق المراهقات في الحياة والصحة العامة والصحة الإنجابية. وكما ناقشنا سابقاً، فإن اتفاقية حقوق الطفل تحمي حقوق المراهقين في الصحة والحياة لخطر كبير.¹⁵⁸ وعلاوة على ذلك، ووفقاً لاتفاقية حقوق الطفل وغيرها من صكوك حقوق الإنسان الواجبة التطبيق فإن الحقوق المتمثلة في عدم التمييز والمعاملة المتساوية بين الرجال والنساء والاستفادة من التقدم العلمي وتطبيقاته والبحث عن المعلومات الصحية وتلقيها وتوزيعها، تشكل إطاراً معترفاً به دولياً ويستلزم من الحكومات اتخاذ الإجراءات الضرورية لتمكين المراهقات من حماية أنفسهن من الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما فيها الإيدز، والحصول على العلاج المناسب في حالة الإصابة بالإيدز.¹⁵⁹

وكثيراً ما تكون المراهقات أكثر عرضة من نظرائهن الذكور للإصابة بالفيروس/الإيدز وباقي الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وتُعزى هذه الزيادة في إمكانية تعرضهن لهذه الأمراض إلى عوامل خارجية عن إرادتهن، كالاستغلال والعنف الجنسي والنشاط الجنسي المبكر وعدم المقدرة على مناقشة موضوع الجنس المأمون مع شركائهن لأنهم في الغالب أكبر سناً منهن، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية ونقص التعليم المنهجية بما في ذلك التنقيف الجنسي وعدم القدرة على الحصول على الخدمات الصحية الإنجابية أو المتعلقة بمنع الحمل.

وفي المجتمعات التي لا يوجد في مرافقها الصحية خدمات منع الحمل، أو التي تقيد حصول المراهقين على الواقي الجنسي للذكور والإناث، فإنه يكاد يكون من المستحيل أن تتمكن المراهقات من حماية أنفسهن من الفيروس/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، ومن الحمل غير المرغوب فيه.¹⁶⁰ فهناك حاجة لإجراءات قانونية وسياسية مكثفة لضمان سبل حصول المراهقات على الخدمات والمعلومات الشاملة عن الصحة الإنجابية، ولضمان حصول المراهقات المصابات بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي على الخدمات والمشورة المناسبة، ولضمان حماية المصابين بالفيروس/الإيدز من التمييز في التوظيف والتعليم والخدمات الصحية. إن معدلات الإصابة العالية بالفيروس/الإيدز وخصوصاً في أفريقيا وبين الفتيات المراهقات تحديداً، يؤكد الحاجة الملحة لإجراءات برنامجية سياسية وقانونية لمعالجة هذه القضية.

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"تقترح اللجنة أن تعزز [غانا] برامج الوقاية والإعلام لمكافحة الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً ولمواجهة الاتجاهات التمييزية إزاء الأطفال المصابين بالإيدز أو الحاملين لفيروس الإيدز".¹⁶¹

"تعتبر اللجنة عن قلقها لعدم وجود حملات عامة كبيرة لاتقاء حالات الحمل غير المرغوبة والفيروس/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي [في باراغوي]، وخصوصاً بين الأطفال والمراهقين".¹⁶²

"تعتبر اللجنة عن قلقها العميق إزاء سرعة انتشار الإصابة بالفيروس/الإيدز في [غينيا] وآثارها المباشرة وغير المباشرة على الأطفال. وتوصي اللجنة بتعزيز البرامج ذات الصلة بالحد من معدلات الإصابة ومعالجة الأطفال المصابين أو الحاملين للفيروس. وتشجيع التعاون الدولي من جانب اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز".¹⁶³

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- على الحكومات أن تتبنى فيما يتعلق بالفيروس/الإيدز سياسات داعمة ومتعاطفة وغير قائمة على التمييز من أجل رعاية وحماية الأشخاص المصابين.
- يجب أن تتوجه حملات التوعية الحكومية من أجل الوقاية من الإيدز إلى المراهقين بشكل خاص ولاسيما المراهقات، ويجب أن تشجع الرجال والمراهقين الذكور على ممارسة سلوك جنسي أكثر أماناً.

الممارسة المثلى

لقد دفع الانتشار السريع للفيروس/الإيدز في تنزانيا¹⁶⁴ ووزارة الصحة فيها على أن تعلن في أيلول 1995 سياستها الوطنية المتعلقة بالإيدز¹⁶⁵ والأمراض الأخرى المنقولة بالاتصال الجنسي (السياسة الوطنية المتعلقة بالإيدز). والهدف العام من هذه السياسة هو تعبئة وتوعية المجتمع ليساهم بفعالية في منع المزيد من انتقال الإيدز، ومكافحة الآثار الاقتصادية والاجتماعية لهذا المرض. وتتضمن بعض الأهداف المميزة للسياسة الوطنية المتعلقة بالإيدز خلق إطار مؤسساتي وطني لتنسيق تعبئة الموارد المالية والمادية والإنسانية من أجل الوقاية من الإيدز والسيطرة عليه، ورفع مستوى الوعي والتشجيع على الممارسات الجنسية الآمنة والفحص والاستشارة، وإيلاء المزيد من الدعم للمصابين وضمان حقهم في المعاملة الخالية من التمييز. وتتضمن حقوق المصابين كما هو منصوص عليها في السياسة المعلنة، الحق في التوظيف والسكن وحماية الخصوصية – بما في ذلك ما يتعلق بالاستشارة والمعالجة من الإيدز – والتعليم والتأمين واستعمال وسائل النقل العامة.¹⁶⁶

وتلقي هذه السياسة الضوء على أهمية تثقيف النساء فيما يخص حقوقهن الصحية والجنسية الأساسية، وتضمن وصول الخدمات إلى النساء من خلال عيادات الأمومة والطفولة وعيادات تنظيم الأسرة. كما تم تعزيز وتوفير وسائل الوقاية من انتقال فيروس الإيدز للنساء.¹⁶⁷ إضافة إلى ذلك فإن السياسة تؤكد على أهمية السرية في الفحص إضافة إلى الحاجة للاستشارة قبل وبعد الفحص، وللرعاية المؤسسية والتعامل مع الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (بما في ذلك العلاج المجاني)، إضافة للخدمات القائمة على دعم المجتمع وحماية العاملين في مجال الرعاية الصحية، ومعالجة مشكلة الأيتام والأرامل المصابين بالإيدز.¹⁶⁸ أخيراً تشجع

السياسة على تجريم النشر المتعمد للفيروس/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي الأخرى.¹⁶⁹

وعلى الرغم من أن مسائل الموارد والبنية التحتية للقطاع الصحي من المحتمل أن تعيق التطبيق الكامل للسياسة الوطنية المتعلقة بالإيدز في تنزانيا، فإن إعلانها يعتبر الخطوة الأولى الحاسمة باتجاه تأمين إطار للجهود الحكومية من أجل مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي الأخرى. وعلى الرغم من أن السياسة الوطنية المتعلقة بالإيدز لا تتناول صراحة القضايا المتعلقة بالمراهقين، فإن الخطوط العامة للسياسة التي وضعت عام 1994 كجزء من برنامج تنزانيا لتنظيم الأسرة، تنص على توفير المعلومات والتثقيف والمشورة والخدمات لجميع من هم في سن الإنجاب بمن في ذلك المراهقون.¹⁷⁰

- من 40 إلى 47% من الاعتداءات الجنسية عالمياً تتم ضد مراهقات وفتيات في سن 15 عاماً وما دون.¹⁷¹
- أعلنت 40% من النساء في الولايات المتحدة اللاتي كان لهن علاقات جنسية قبل سن الخامسة عشرة أن الأمر كان إكراهاً.¹⁷² كما قُدرت دراسة في عام 1992 أن 61% من ضحايا الاعتداءات الجنسية كن دون الثامنة عشرة من العمر.¹⁷³
- بينت دراسة في بيرو أن 90% من الأمهات المراهقات ممن تتراوح أعمارهن بين 12 و16 عاماً كن ضحايا عمليات اغتصاب، وغالباً من قبل أحد أفراد الأسرة.¹⁷⁴ والأمر نفسه في كوستاريكا، حيث وجد أن أغلب المراهقات الأمهات كن ضحايا غشيان محارم.¹⁷⁵
- بينت دراسة في أوغندا أن 49% من فتيات المدارس اللاتي أفدن بأنهن نشطات جنسياً قلن إنهن قد أجبرن على ممارسة الجنس.¹⁷⁶ وفي زيمبابوي أفادت دراسة بأن حوالي نصف حالات الاغتصاب المبلغ عنها كانت لمراهقين وفتيات دون الخامسة عشرة من العمر.¹⁷⁷
- في كل عام يدخل حوالي مليوني فتاة بين الخامسة والخامسة عشرة من العمر إلى سوق تجارة الجنس على مستوى العالم.¹⁷⁸

8. العنف الجنسي والمراهقون

خلفية

يعتبر العنف الجنسي بكل أشكاله، واحداً من أكثر الانتهاكات حدةً لحقوق المراهقين الجنسية والإنجابية. وقد أدرك المجتمع الدولي أن على الحكومات التزاماً باتخاذ إجراءات جادة لحماية جميع النساء والفتيات من جميع أشكال العنف، بما في ذلك العنف الجنسي، والمعاقبة على هذا العنف.¹⁷⁹ وتسلم اتفاقية حقوق الطفل بشكل لا لبس فيه أن العنف الجنسي ضد المراهقين واحد من أشد الانتهاكات لحقوق الإنسان، بما يوجب على الحكومات اتخاذ الإجراءات المناسبة لمجابهته.¹⁸⁰

وعلى الرغم من قلة الدراسات المتعلقة بالاعتداء الجنسي على المراهقات، فإن ما هو موجود منها يشير إلى أن المراهقين في جميع أنحاء العالم معرضون لأشكال مختلفة من الإيذاء الجنسي، بما في ذلك الاغتصاب والاعتداء الجنسي وغشيان المحارم والاستغلال الجنسي التجاري

والعبودية الجنسية.¹⁸¹ وقد أفاد الكثير من المراهقين عبر العالم بأن التجربة الجنسية الأولى قد تمت بالإكراه من قبل رفيق أكبر سناً.¹⁸² كما أن النسبة الغالبة من ضحايا الاعتداء الجنسي هي من المراهقات.¹⁸³

إن الافتقار إلى الإعلام وتدني مكانة النساء في العديد من المجتمعات يساهم في جعل المراهقات من بين الفئات الأكثر عرضة للاعتداء الجنسي. وبما أن أغلب الاعتداءات الجنسية تتم من قبل المعارف أو أعضاء في العائلة أو شخصيات لها نفوذ فمن غير المرجح أن يقوم المراهقون أو الفتيات بالإبلاغ عن هذه الحوادث. وما يزيد هذا الخوف من الإبلاغ تعقيداً عجز العاملين في الرعاية الصحية والمؤسسات المعنية بتنفيذ القانون، عن معالجة مثل هذه الاعتداءات. ونتيجة ذلك هي استمرار الاعتداءات وغياب المحاسبة على هذه الانتهاكات لحقوق المراهقين الجنسي. وبدون إرادة وتصميم الجهات الفاعلة الحكومية لن يكون لدى مقترفي هذه الاعتداءات ما يخافونه من انتهاكهم لحقوق المراهقين الجنسية.

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"توصي اللجنة أن تقوم [ميانمار] باتخاذ جميع الإجراءات المناسبة لمنع ومجابهة الاعتداء على الأطفال بما في ذلك الاعتداء الجنسي وتجارة الأطفال ودعارتهم أو استغلالهم للأفلام الإباحية".¹⁸⁴

"تشجع اللجنة بنغلادش على اتخاذ جميع الإجراءات المناسبة لمنع ومجابهة الاعتداء والاستغلال الجنسيين للأطفال، ومن أجل ضمان سلامتهم الجسدية والنفسية وإعادة انخراطهم في المجتمع".¹⁸⁵

"ما زال يساورها قلق خطير إزاء إتاحة الفرص للطفل [الكوبي] للإبلاغ عن الاعتداء الذي يتعرض له أو عن أي شكل من أشكال الانتهاك لحقوقه، في نطاق العائلة أو المدرسة أو المؤسسات الأخرى، وإزاء إمكانية أن تؤخذ شكواه بالجدية المطلوبة وتتم الاستجابة لها بفعالية".¹⁸⁶

"توصي اللجنة بأن تفكر [النمسا] في القيام بدراسة معمقة لعمر الموافقة الجنسية والعلاقات الجنسية، أخذاً بعين الاعتبار القانون الراهن وتبعاته وأثره على الأطفال... بهدف كفالة أن يؤدي القانون لإعمال حقوق الفتيات والفتيان سواء بسواء ومن أجل إيلاء الاهتمام اللازم بما يمكن أن يخدم مصلحة الطفل على أحسن وجه".¹⁸⁷

توصيات مركز الحقوق الإنجابية.

- يجب على الحكومات أن تسن القوانين والسياسات لفرض أقصى العقوبات على مرتكبي العنف الجنسي، إضافة للتنفيذ الفعال للقوانين الموجودة لمكافحة الأذى والعنف الجنسيين.
- على الحكومات إيجاد البرامج لتوعية المجتمع بما في ذلك العاملين في تقديم الرعاية الصحية والمسؤولين عن تنفيذ القانون لحماية الطفلة والمراهقة من جميع أشكال العنف الجنسي بما في ذلك الاغتصاب والاتجار وغشيان المحارم.

الممارسة المثلى

في عام 1995 أقرت إكوادور قانوناً جديداً شاملاً (قانون مكافحة العنف العائلي¹⁸⁸) لمنع وردع العنف¹⁸⁹ داخل الأسرة، والعنف بين المتعاشرين الحاليين والسابقين، أو العنف ضد أولئك الذين لمقترفي العنف أو كانت لهم معهم علاقات رضائية¹⁹⁰. ويمكن استخدام هذا القانون لمعالجة قضية العنف الجنسي ضد المراهقات من قبل أفراد من عائلاتهم أو من قبل أزواج حاليين أو

سابقين أو من قبل أصدقاء. ومن المهم ملاحظة أن قانون مكافحة العنف العائلي لا يستبدل ولا يلغي واجبات أفراد تنفيذ القوانين ولا عن حق السلطة القضائية في التحقيق والمقاضاة والمعاقبة على انتهاكات القانون الإكوادوري المتعلقة بالاغتصاب وغشيان المحارم والاعتداء وغيرها من الأحكام الجنائية الواجبة التطبيق.

ويجيز قانون مكافحة العنف العائلي لأي شخص أو مؤسسة الإبلاغ عن أي انتهاك يقع ويطلب من الشرطة والوزارة العامة ومسؤولي الصحة تقديم شكاوى خلال 48 ساعة من معرفتهم بالحقائق التي تشكل هذا الانتهاك.¹⁹¹ ويتوجب على السلطات القانونية التي تحال إليها القضايا أن تأمر فوراً باتخاذ إجراء أو أكثر من ضمن مجموعة إجراءات، كإصدار الأمر للمرتكب بمغادرة المنزل وحظر اتصاله بالضحية أو تقييده، ومنعه سواء من تلقاء ذاته أو بواسطة طرف آخر من اضطهاد أو ترويع الضحية أو أي من أفراد أسرته، وتخويل أمر العناية بالضحية القاصر أو العاجز لشخص مناسب وفق الشروط القانونية السارية، والأمر باتخاذ إجراءات تضمن مساعدة الضحية.¹⁹²

وهناك بنود أخرى من القانون تتناول واجب المديرية الوطنية لشؤون المرأة في إعداد السياسات والإجراءات والبرامج. فعلى المديرية أن تزيل وتمنع جميع أشكال العنف داخل الأسرة، وأن توفر ملاجئ مؤقتة للضحايا ومراكز إعادة تأهيل للمعتدين، وإعداد وتنفيذ نشاطات تثقيفية للأهل وأفراد الأسر، ودعم وتنسيق برامج تدريب للموظفين الرسميين وللقضاة المعنيين بهذا الشأن.¹⁹³

* يقدر مدى انتشار ختان النساء/تشويه الأعضاء التناسلية للإناث عالمياً بحوالي 130 مليون امرأة يضاف إليهن مليوناً فتاة وامرأة يخضعن لهذه العملية سنوياً.¹⁹⁴

* ينتشر ختان النساء في حوالي 28 بلداً أفريقياً وبين بعض الأقليات الصغيرة في آسيا.¹⁹⁵ كما أن هناك العديد من النساء المهاجرات إلى أوروبا وكندا والولايات المتحدة اللواتي أجريت لهن هذه العملية.¹⁹⁶

* يتفاوت معدل انتشار الختان تفاوتاً كبيراً في البلدان الأفريقية من 5% في زائير وأوغندا إلى 98% في الصومال.¹⁹⁷

* تقدر نسبة النساء المختونات اللواتي خضعن لأكثر أشكال الختان أذى (البتر الكلي) بـ 15%. ومع ذلك فإن من 80 إلى 90% من حالات الختان في جيبوتي والصومال والسودان هي من هذا النوع.¹⁹⁸

9. ختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للإناث

خلفية

يتضمن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والذي يشار له أيضاً بختان الإناث إزالة أعضاء جنسية سليمة دون أن يكون هناك ضرورة طبية لذلك، ويجرى عادة للفتيات بين الرابعة والثانية عشرة¹⁹⁹، وكثيراً ما تترتب على ذلك عواقب ضارة نفسياً وجسدياً. وتشكل هذه الممارسة انتهاكاً لعدد من أحكام اتفاقية حقوق الطفل. وفي الحقيقة كانت اتفاقية حقوق الطفل المعاهدة الدولية

الأولى لحقوق الإنسان التي تشتمل صراحة على نص يطلب من الحكومات اتخاذ إجراءات لإنهاء الممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث. وتنص المادة 24 التي تتضمن حق الأطفال في التمتع بأفضل مستوى ممكن من الصحة، بشكل صريح على ضرورة أن "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الفعالة والملائمة بغية إلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال".²⁰⁰

وبرغم الضغوط المجتمعية التي تواجهها الفتيات وأهاليهن من أجل إجراء الختان، فإن الحكومات ملزمة بدعم ما هو من "مصالح الطفل"²⁰¹ وفقاً للمادة 3 التي تنتهكها بشكل واضح الممارسة التقليدية الضارة المتمثلة بختان الإناث. وتطلب المادة 19 من الدول الأطراف "أن تتخذ جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية". وعلى الرغم من أن الختان لا يتم بقصد إلحاق الأذى بالنساء أو الفتيات، فإن الآثار الضارة جسدياً ونفسياً وجنسياً التي يسببها، تجعل منه عملاً من أعمال العنف.²⁰²

لقد مضى على ممارسة الختان قرون عديدة، وأصبحت جزءاً لا يتجزأ من ثقافات ومجتمعات المناطق التي ينتشر فيها. والاسم المستخدم هو اسم عام يُطلق على أربعة أنماط من الممارسات التقليدية التي تتضمن إزالة جزئية أو كلية لأعضاء الأنثى التناسلية. وعلى الرغم من التبريرات العديدة التي تعطى للاستمرار في هذه الممارسة، إلا أنها على ما يبدو ترتبط بالحرص على طهارة وشرف النساء والفتيات. وفي العديد من الثقافات يعتبر الختان طقساً دالاً على الانتقال إلى مرحلة البلوغ، كما يعتبر ضرورياً لتهيئة الفتيات اجتماعياً وضبط حياتهن الجنسية وإعدادهن للزواج.²⁰³ ولا يوجد رابط مقبول بين ختان الإناث والتعاليم الدينية رغم أن البعض يحاول أن يبرر هذه الممارسة على أسس دينية.²⁰⁴

ويجرى الختان عادة في الأوساط التقليدية من قبل امرأة كبيرة السن في الجماعة وفي الغالب يتم ذلك في ظروف تفتقر إلى التعقيم.²⁰⁵ ومن المضاعفات المباشرة للعملية في الأجل القصير الألم الشديد وخطر النزيف الذي يمكن أن يؤدي إلى الصدمة والموت. كما أن هناك خطورة عالية في حدوث تلوث موضعي أو عام، إضافة إلى ما هو معروف من القروح والخراجات وتأخر الالتئام واحمضاض الدم والكزاز والغرغرينا.²⁰⁶ أما المضاعفات الأكثر شيوعاً على المدى البعيد في حالة الاستئصال فتشمل احتباس البول الذي يؤدي إلى التهابات الجهاز البولي المتكررة، وانقطاع الطمث بما يؤدي إلى التهابات متكررة للمجرى التناسلي وإلى العقم، وأخيراً عسر المخاض وإطالة أمده.²⁰⁷ ويمكن أن يحصل انتقال لفيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض الأخرى المنقولة بالاتصال الجنسي إذا ما استخدمت نفس الأداة مع عدة فتيات، أو خلال الاتصال الجنسي لاحقاً إذا ما حصل تمزق في النسيج الندبي.²⁰⁸ وبالإضافة إلى المضاعفات الجسدية هناك أيضاً الآثار النفسية والجنسية.²⁰⁹

ملاحظات ختامية من لجنة حقوق الطفل

"لا يزال القلق يساور اللجنة من استمرار المواقف التقليدية والممارسات الضارة [في غانا]، كتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والزواج المبكر وحمل المراهقات والتروكوسي (استعباد شعائري للفتيات)... [و]توصي بأن تتم مراجعة جميع التشريعات لضمان انسجامها مع حقوق الطفل".²¹⁰

"ما زال القلق يساور اللجنة من انتشار الاتجاهات والممارسات الضارة [في إثيوبيا] كعمليات تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والزواج المبكر وحمل المراهقات، ومن استمرار الاتجاهات الاجتماعية التمييزية ضد الفئات الضعيفة من الأطفال كالفتيات الصغيرات".²¹¹

"في الوقت الذي تعبر فيه اللجنة عن ترحيبها بإجراءات [غينيا] التجديدية في المجالين التعليمي والقانوني للقضاء على عادة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وغيرها من الممارسات التقليدية الضارة التي تؤثر على صحة الفتيات، فإنها تعبر عن قلقها إزاء محدودية أثر هذه الإجراءات. وتوصي اللجنة أن تقوم الدولة الطرف بتعزيز إجراءاتها لمكافحة واجتثاث عادة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وغيرها من الممارسات التقليدية المؤذية لصحة الطفلة".²¹²

توصيات مركز الحقوق الإنجابية

- يجب على الحكومات أن تطبق طرقاً متكاملة للتخلص من ختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وإشراك القادة السياسيين الوطنيين والمحليين والجماعات النسائية والأطباء والقانونيين والمسؤولين عن تنفيذ القانون والجامعات في جمع وتوزيع المعلومات المتعلقة بالآثار الضارة لختان الإناث.
- على المشرعين أن ينظروا في فرض عقوبات جنائية على العاملين الطبيين وغير الطبيين الذين يقومون بإجراء هذه العملية.

الممارسة المثلى

حوالي 80% من النساء والفتيات في مصر مختونات.²¹³ وفي عام 1994 أصدر وزير الصحة السابق الدكتور علي عبد الفتاح مرسوماً يحظر فيه ختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى خارج المستشفيات العامة، ويشترط على الأطباء أن يحاولوا إقناع الأهل بالعدول عن إجراء هذه العملية لبناتهم. وفي حالة إصرار الأهل على إجرائها يجب أن تتم العملية من قبل أطباء في هذه المستشفيات.²¹⁴

وفي عام 1995 أصدر الدكتور عبد الفتاح مرسوماً لتعديل السياسة التي وُضعت في عام 1994 بشأن ختان الإناث/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. استناداً إلى حجة تقول بأنه تم بنجاح إقناع الأهالي المصريين بالتخلي عن هذه العملية، حظر مرسوم عام 1995 على الأطباء إجراء هذه العملية في المستشفيات العامة.²¹⁵ ومع ذلك لم يمنع هذا المرسوم الأطباء من إجراء العملية في عياداتهم الخاصة. وفي عام 1996 أنهى وزير الصحة الجديد الدكتور اسماعيل سلام هذا الوضع بمرسوم يحظر إجراء العملية في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة ومن قبل غير الأطباء أيضاً.²¹⁶

وبعد وقت قصير من صدور مرسوم عام 1996، جرى الطعن فيه أمام المحكمة من قبل أنصار الختان والعاملين في المهن الطبية الذين يخشون أن يؤدي الحظر لزيادة في عمليات الختان

السرية.²¹⁷ وقد أعلنت المحكمة أن قرار وزير الصحة ليس دستورياً، لأنه يتعدى على مهام البرلمان، إضافة لكونه تدخلاً في حق الأطباء في إجراء العمليات الجراحية.²¹⁸ ومع ذلك قامت المحكمة العليا في عام 1997 بإلغاء حكم المحكمة الأدنى، وفي ردها على مؤيدي الختان الذين يزعمون أن الإسلام يوجب هذه العملية، قالت المحكمة أن الإسلام لا يقر بعملية الختان. وقد أعلنت المحكمة أيضاً أن هذه الممارسة يعاقب عليها بموجب قانون العقوبات.²¹⁹

ومن الجهود الأخرى التي قامت بها الحكومة المصرية للتخلص من عادة الختان/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى قيامها بحملات تثقيف للمشرفين التقليديين على الولادة وللطباء والمرضات عن مخاطر عملية الختان، وإعداد رسائل توجّه من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية تدعو للتخلي عن هذه العملية.²²⁰

خاتمة

كما توضح هذه الورقة، ما زالت بعض تحديات كبيرة ماثلة في مجال تعزيز وحماية وضمان الحقوق الإيجابية للمراهقات. إن ارتفاع معدلات الحمل بين المراهقات والعنف الجنسي والإجهاض غير المأمون واعتلال ووفيات الأمهات وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، واستمرار ممارسة الزواج المبكر والختان/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وتدني معدلات التحاق الإناث بالمدارس، كل هذه تؤكد الفجوة الواسعة بين سبل الحماية المنصوص عليها في اتفاقية حقوق الطفل وواقع حياة المراهقات. وكما يتبين من الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل، فقد أثارت اللجنة مراراً مع الدول الأطراف قضايا تتعلق بالصحة الإيجابية للمراهقات. وقد ركز برنامج عمل 1994 وإعلان ومنهاج عمل 1995 أيضاً قدراً كبيراً من الاهتمام اللازم على قضايا الحقوق الإيجابية للمراهقات. غير أن غياب الإرادة السياسية لدى العديد من الحكومات لا يزال حائلاً دون تنفيذ تعهداتها المتعلقة بالحقوق الإيجابية للمراهقات وفقاً لاتفاقية حقوق الطفل. وباستهلال لجنة حقوق الطفل عقدها الثاني من العمل، عليها أن تستمر في تعزيز التزامات الحكومات، كما يجب عليها البحث عن استراتيجيات ابتكارية للتنفيذ، في شراكة مع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية العاملة على ضمان الحقوق الإيجابية للمراهقات.

¹ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 1، فتح باب التوقيع في 20 تشرين الثاني، 1989، U.N. G.A.O.R., G.A.Res.44/25، الدورة رقم 44، Supp. 49، 44/49، U.N. Doc. A/44/49، عيّنت طباعتها في 28.I.L.M.1448 (أصبحت نافذة المفعول في 2 أيلول، 1990) [اتفاقية حقوق الطفل أدناه]. نص الحكم على أنه "لأغراض هذه الاتفاقية، يعنى الطفل كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه."

² برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، مصر، 5-13 أيلول 1994، في تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة 7، 3، U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1، 18، XIII.95، 1995) [برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أدناه]؛ انظر أيضاً إعلان ومنهاج عمل بيجين، المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين، الصين، 4-15 أيلول 1995، الفقرة 95، U.N. Doc. DPI/1766/Wom (1996) [إعلان ومنهاج عمل بيجين أدناه].

³ صندوق الأمم المتحدة للسكان، مسودة تقرير الشعبة السياسية والتقنية، الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين 2 (نيسان 1998) [الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين أدناه].

⁴ المصدر السابق. في 4، تقلاً عن الأمم المتحدة، التوزيع الجنسي والعمر لسكان العالم (1996).

⁵ المصدر السابق.

⁶ المصدر السابق.

⁷ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المبدأ 8؛ انظر أيضاً إعلان ومنهاج عمل بيجين، الفقرة 89.

⁸ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة 7، 3.

⁹ إعلان طهران، المعتمد من قبل المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان، طهران، إيران 22 نيسان - 13 أيار 1968، Res. IX، U.N. Doc. A/CONF.32/41 (1968) [إعلان طهران أدناه].

¹⁰ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24.

¹¹ المصدر السابق، المادة 24(f).

¹² المصدر السابق، المادة 5.

- ¹³ المصدر السابق، المواد 3(1) و 2(2)، 14(2)، 18(1).
- ¹⁴ المصدر السابق، المواد 19 و 34.
- ¹⁵ معهد آلن جيمتشر، نحو عالم جديد 40 (1998) [نحو عالم جديد أدناه].
- ¹⁶ المصدر السابق.
- ¹⁷ المصدر السابق.
- ¹⁸ المصدر السابق.
- ¹⁹ المصدر السابق.
- ²⁰ المصدر السابق.
- ²¹ المصدر السابق، في 19.
- ²² صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة السكان في العالم 1997 37 (1997) [حالة السكان في العالم 1997 أدناه].
- ²³ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24(1)(f).
- ²⁴ المصدر السابق، المادة 16.
- ²⁵ المصدر السابق، المادة 12(1).
- ²⁶ تم التأكيد على حق الإنسان في تحديد عدد أولاده وتوقيت إنجابهم والفوارق العمرية بينهم للمرة الأولى في مؤتمر الأمم المتحدة الدولي لحقوق الإنسان المنعقد في طهران عام 1968. انظر أيضاً برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة 7، 3 وإعلان ومنهاج عمل بيجين، الفقرة 89.
- ²⁷ اليونيسيف، دليل تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل 611، وما بعدها (1998) [دليل التنفيذ أدناه].
- ²⁸ نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها في 40.
- ²⁹ يوم الصحة العالمي، 7 نيسان 1998، الحمل المتأخر (تم الاطلاع عليه في 30 نيسان، 1998) <http://who.ch/whday/1998/whd98-04.html>.
- ³⁰ الملاحظات الختامية للدورة 15 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: الباراغواي، الفقرة 23، 45. 18 حزيران، 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.75 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999).
- ³¹ الملاحظات الختامية للدورة 18 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: هنغاريا، الفقرتان 21، 36. 5 حزيران، 1998. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.87 (موقع الويب تمت زيارته في 16 آب، 1999).
- ³² الملاحظات الختامية للدورة 20 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: النمسا، الفقرة 15. 7 أيار، 1999. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.98 (موقع الويب تمت زيارته في 16 آب، 1999).
- ³³ المجلس الوطني للسكان في غانا، السياسة الصحية الإنجابية للمراهقين (1996)، نقلاً عن مركز الحقوق الإنجابية واتحاد المحاميات الدولي (فصل غانا)، نساء العالم: الحقوق والسياسات المؤثرة على حيواتهن الإنجابية – الجزء الأفريقي الناطق بالانكليزية 46 (1997).
- ³⁴ نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 12.
- ³⁵ المصدر السابق.
- ³⁶ المصدر السابق.
- ³⁷ المصدر السابق.
- ³⁸ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 28(1)(a).
- ³⁹ المصدر السابق، المادة 28(1)(b).
- ⁴⁰ المصدر السابق، المادة 29(d).
- ⁴¹ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المادة 26، U.N. Doc. A/810, G.A. Res. 217 A (III) (1948) [الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أدناه]؛ العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 13، تم/عتماده في 16 كانون الأول، 1966، 993 U.N.T.S. 3.
- ⁴² (أصبح نافذ المفعول في 3 كانون الثاني، 1976) [العهد الدولي للحقوق الاقتصادية أدناه].
- ⁴³ حالة السكان في العالم 1997، الملاحظة 22 سبق ذكرها في 51.
- ⁴⁴ المصدر السابق.
- ⁴⁴ معهد آلن جيمتشر، ملخص القضايا: مخاطر وحقائق الحمل الباكر حول العالم (نشرت في 10 حزيران، 1998) <http://www.agi-usa.org/pubs/ib10.html>؛ مارسيليا فيلاريال، منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، الخصوبة عند المراهقين: قضايا اجتماعية ثقافية وأثارها المنهجية في 17 (1998).
- ⁴⁵ نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها في 14.
- ⁴⁶ المصدر السابق في 42.
- ⁴⁷ الملاحظات الختامية للدورة 14 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: بلغاريا، الفقرة 29. 24 كانون الثاني، 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.66 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999).
- ⁴⁸ الملاحظات الختامية للدورة 14 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: إثيوبيا، الفقرة 17. 24 كانون الثاني، 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.67 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999).
- ⁴⁹ الملاحظات الختامية للدورة 19 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: العراق، الفقرة 25. 26 تشرين الأول، 1998. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.94 (موقع الويب تمت زيارته في 16 آب، 1999).
- ⁵⁰ النظر في التقارير المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 18 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التقريرين الدوريين الثالث والرابع للدول الأطراف – بنغلاديش-4-CEDAW/C/BGD/3-1 نيسان 1997.
- ⁵¹ نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 15.
- ⁵² المصدر السابق.
- ⁵³ المصدر السابق.
- ⁵⁴ المصدر السابق.

- 55 حالة السكان في العالم 1997، الملاحظة 22 سبق نكرها، في 39.
- 56 المصدر السابق، في 17.
- 57 المصدر السابق.
- 58 المصدر السابق.
- 59 اتفاقية حقوق الطفل، المادة 28 و 29.
- 60 المصدر السابق، المادة 29(1).
- 61 المصدر السابق، المادة 24.
- 62 المصدر السابق، المادة 6.
- 63 المادة 16(2) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تنص على أنه " لا يعقد الزواج إلا برضا الطرفين المزمع زواجهما رضاه كاملا لا إكراه فيه ".
- 64 اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24(3).
- 65 دليل التنفيذ، الملاحظة 27 سبق نكرها، في 334-336.
- 66 اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24(1).
- 67 المصدر السابق، المادتان 9(1) و 34.
- 68 حالة السكان في العالم 1997، الملاحظة 22 سبق نكرها، في 40.
- 69 المصدر السابق، في 38.
- 70 المصدر السابق، في 39.
- 71 على سبيل المثال، فقد أصدرت حكومة الهند قانون تقييد زواج الأطفال مانعة بذلك عقود الزواج للفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن 18 سنة. قانون تقييد زواج الأطفال، القانون رقم 19 لعام 1929.
- 72 انظر نساء العالم: الحقوق والسياسات المؤثرة على حيواتهن الإنجابية – الجزء الأفريقي الناطق بالانكليزية، الملاحظة 33 سبق نكرها، في 172؛ مركز الحقوق الإنجابية و DEMUS.
- ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER، نساء العالم: الحقوق والسياسات المؤثرة على حيواتهن الإنجابية – أميركا اللاتينية ومنطقة الكاريبي 06-205 (1997)؛ حالة السكان في العالم 1997، الملاحظة 22 سبق نكرها، في 40.
- 73 نساء العالم: الحقوق والسياسات المؤثرة على حيواتهن الإنجابية – الجزء الأفريقي الناطق بالانكليزية، الملاحظة 33 سبق نكرها، في 172.
- 74 الملاحظات الختامية للدورة 15 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: الجزائر، الفقرة 20. 18 حزيران، 1997
- U.N. Doc. CRC/C/15/Add.76 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999) <http://www.unhchr.ch>
- 75 الملاحظات الختامية للدورة 14 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: بناما، الفقرة 10. 24 كانون الثاني، 1997.
- U.N. Doc. CRC/C/15/Add.68 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999) <http://www.unhchr.ch>
- 76 الملاحظات الختامية للدورة 19 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: الكويت، الفقرة 28. 26 تشرين الأول، 1998.
- U.N. Doc. CRC/C/15/Add.96 (موقع الويب تمت زيارته في 16 آب، 1999) <http://www.unhchr.ch>
- 77 بوركينافاسو، القانون رقم 43/96/ADP، المادة 376.
- 78 بوركينافاسو، القانون الجزائري، المقدمة (1997).
- 79 القانون رقم 43/96/ADP، الملاحظة 77 سبق نكرها، المادة 376.
- 80 المصدر السابق. تم تعريف القاصر بأنه الشخص الذي عمره أقل من 20 سنة. هناك ثلاث حالات يتم فيها تحرير القاصر قانوناً: لدى الزواج، أو في عمر 16 سنة إذا كانت مستقلة مادياً ويطلب من أحد الوالدين أو من وصي معين من قبل المحكمة، أو عند بلوغها سن الثامنة عشرة مع طلب مجلس عائلي معين من قبل المحكمة. ولكن في الحالتين الأخيرتين لا يشمل تحرير القاصر حالة الزواج. بوركينافاسو، قانون الأحوال الشخصية والعائلية (Code des Personnes et de la Famille)، المواد 554، 622-24، 626.
- 81 القانون رقم 43/96/ADP، الملاحظة 77 سبق نكرها، المادة 376.
- 82 Code des Personnes et de la Famille، الملاحظة 80 سبق نكرها، المادة 238.
- 83 المصدر السابق.
- 84 صندوق الأمم المتحدة للسكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان والمراهقون (تم الاطلاع عليه في 30 نيسان، 1998) <http://www.unfpa.org/PUBLICAT/TECH/ADOLESC.HTM>
- 85 نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق نكرها، في 5.
- 86 يوم الصحة العالمي، 7 نيسان، 1998، الحمل المتأخر، (تم الاطلاع عليه في 30 نيسان، 1998) <http://who.ch/whday/1998/whd98-04.html>
- 87 معهد آلن جيمتشر، ملخص الحقائق: الجنس والحمل عند المراهقين (تم الاطلاع عليه في 23 كانون الأول، 1998) www.agi-usa.org/pubs/fb_teen_sex.html
- 88 المصدر السابق.
- 89 صندوق الأمم المتحدة للسكان، الصحة الإنجابية للمراهقين في جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى، (تم الاطلاع عليه في 23 كانون الثاني، 1998) <http://www.cedpa.org/addfact.html> [الصحة الإنجابية للمراهقين في جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى أودنا]
- 90 نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق نكرها، في 24.
- 91 على الرغم من أن حق الإنسان في تحديد عدد أولاده وتوقيت إنجابهم والفوارق العمرية بينهم مرتبط بحقوق إنسان أخرى سبق التسليم بها إلا أن تفصيله بشكل جلي تم للمرة الأولى في مؤتمر الأمم المتحدة الدولي لحقوق الإنسان الذي عقد في طهران. ولقد طالبت اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة الحكومات بضمان حق " تقرر، بحرية وبادراك للنتائج، عدد أطفالها والفاصل بين الطفل والذي يليه، وفي الحصول على معلومات والتثقيف والوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق، " اتفاقية القضاء على

- جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة 16،1، فتح باب التوقيع عليها في 1 آذار، 1980، 1249 U.N.T.S. 13 (أصبحت نافذة المفعول في 3 أيلول، 1981) [اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة أدناه]
- ⁹² اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24(2)(f).
- ⁹³ المصدر السابق، المادتان 12 و16.
- ⁹⁴ نظر المادة 24(1) من اتفاقية حقوق الطفل، والتي تحمي حقوق الطفل الصحية.
- ⁹⁵ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24(3).
- ⁹⁶ المصدر السابق، المادة 19(1) و34.
- ⁹⁷ يوم الصحة العالمي، 7 نيسان 1998، الحمل المتأخر، (تم الاطلاع عليه في 30 نيسان، 1998) <http://who.ch/whday/1998/whd98-04.html>.
- ⁹⁸ الصحة الإنجابية للمراهقين في جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى، الملاحظة 89 سبق ذكرها.
- ⁹⁹ نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 26.
- ¹⁰⁰ المصدر السابق.
- ¹⁰¹ المصدر السابق، في 28.
- ¹⁰² المصدر السابق.
- ¹⁰³ المصدر السابق، في 31.
- ¹⁰⁴ الملاحظات الختامية للدورة 13 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: أوروغواي، الفقرتان 12 و22. 11 تشرين الأول، 1996 U.N. Doc. CRC/C15/Add.62 (موقع الويب تمت زيارته في 20 آب، 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- ¹⁰⁵ الملاحظات الختامية للدورة 15 للجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة: كوبا، الفقرة 21. 18 حزيران، 1997.
- ¹⁰⁶ U.N. Doc. CRC/C/15/Add.72 (موقع الويب تمت زيارته في 13 آب، 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- ¹⁰⁶ الولايات المتحدة، قانون الخدمة الصحية العامة، 42 U.S.C. المواد 300 وما يليها، Pub. L. رقم 91-572، المادة 2، 84 Stat. 1506 (1970).
- ¹⁰⁷ المصدر السابق، في المادة 2(1).
- ¹⁰⁸ خدمات تنظيم الأسرة تحت العنوان X لا تشمل الرعاية المتعلقة بالحمل مثل الرعاية التوليدية وما قبل الولادة أو خدمات الإجهاض.
- ¹⁰⁹ الولايات المتحدة، 42 C.F.R. المادة 59.2 (1982).
- ¹¹⁰ الولايات المتحدة، H.R. Rep. رقم 1191، الخامس والتسعون، 31 Cong., 2d. Sess. (1978).
- ¹¹¹ الولايات المتحدة، 42 U.S.C. المادة 300 (a).
- ¹¹² Cong. Rec., H.R. 7348 (الطبعة اليومية، 11 تموز 1996) (بتقدير Istook Rep.)، Cong. Rec., H.R. 7052 (الطبعة اليومية 9 أيلول 1997) (بتقدير Istook Rep.)، Cong. Rec., H.R. 10142، (الطبعة اليومية 8 تشرين أول 1998) (بتقدير Istook Rep.).
- ¹¹³ Cong. Rec., H.R. 7366 (الطبعة اليومية 11 تموز 1996) (Roll No. 310)، Cong. Rec., H.R. 7080 (الطبعة اليومية 9 أيلول 1997) (Roll No. 379).
- ¹¹⁴ الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين، ملاحظة 3 سبق ذكرها، في 5.
- ¹¹⁵ جوديث سينديرويتز، أوراق مناقشة البنك الدولي، صحة المراهقين: إعادة تقييم العبور إلى سن الرشد 16 (1995) [من هنا ولاحقاً العبور إلى سن الرشد].
- ¹¹⁶ مركز الخيارات السكانية، المركز العالمي المعني بخصوبة المراهقين، المراهقون والإجهاض غير المأمون في البلدان النامية: مأساة يمكن تلافيها 3 (1992).
- ¹¹⁷ أ. راداكريشنا، ر. غرينغل، ف. غرينسلاد، المراهقات يواجهن خطراً ثلاثياً، الإيدز والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير المأمون، 97/2 صحة النساء، ج. 58 (الشبكة النسائية الصحية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 1997).
- ¹¹⁸ المصدر السابق.
- ¹¹⁹ حقائق الأمومة الآمنة: مناقشة الإجهاض غير المأمون، في 2 (1998)، نقلاً عن منظمة الصحة العالمية، صحة الشباب: تحدي ووعد (1993).
- ¹²⁰ المصدر السابق.
- 121 نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 35، tbl.
- 6b.
- ¹²² اتفاقية حقوق الطفل، المادتان 6 و24.
- ¹²³ المصدر السابق، المادة 2(1).
- ¹²⁴ المصدر السابق، المادة 12.
- ¹²⁵ المصدر السابق، المادة 16.
- ¹²⁶ عرفت منظمة الصحة العالمية الإجهاض غير المأمون بأنه إنهاء الحمل غير المرغوب فيه إما من قبل أفراد لا يمتلكون المهارات اللازمة أو في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المتطلبات الطبية أو كليهما.
- انظر منظمة الصحة العالمية، منع وتدبير الإجهاض غير المأمون، تقرير من مجموعة عمل فنية، (1992) WHO/MSM/92.5.
- ¹²⁷ أنيقة رحمان ولورا كاتزيف وستانلي ك. هينشسو، مراجعة عالمية لقوانين الإجهاض المحرض، 1985-1997، (1998) 24 INTL. FAM. PLAN. PERSP. 56,64 [من هنا ولاحقاً مراجعة عالمية لقوانين الإجهاض المحرض، 1985-1997].
- ¹²⁸ انظر أ. راداكريشنا، وأر. غرينغل وإف. غرينسلاد، المراهقات يواجهن خطراً ثلاثياً: الحمل غير المرغوب فيه، والإيدز والإجهاض غير المأمون، 97/2 صحة النساء، ج. 58 (الشبكة النسائية الصحية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 1997). وقائع الأمومة الآمنة: دراسة الإجهاض غير المأمون، في 2 (1998)، نقلاً عن منظمة الصحة العالمية، صحة الشباب: تحد ووعد (1993).

- 129 وقائع الأمومة الآمنة: دراسة الإجهاض غير المأمون، في 1-2 (1998)، نقلًا عن العناية بمضاعفات ما بعد الإجهاض: إنقاذ حياة النساء، 24 (2) تقارير شعبية (أيلول 1997).
- 130 جميع بلدان أمريكا اللاتينية التي يتجاوز عدد سكانها المليون تفرض قيوداً على الإجهاض، أي لا تسمح به إلا إنقاذاً لحياة الأم أو إذا كان الحمل ناجماً عن عملية اغتصاب. وفي البلدان الأفريقية جنوب الصحراء التي يتجاوز عدد سكانها المليون، هناك 23 بلداً لديها قيود على الإجهاض و4 بلدان فقط ألغت هذه القيود منذ 1985. وفي بلدان الشرق الأوسط التي يتجاوز عدد سكانها المليون هناك 8 بلدان لديها قوانين تقيد الإجهاض وبلد واحد رفع القيود عن الإجهاض. مراجعة عالمية لقوانين الإجهاض المحرض، 1985-1997، ملاحظة 127 سبق ذكرها، في 60-61.
- 131 المصدر السابق، في 58، 1، tbl.
- 132 ملاحظات ختامية من الدورة التاسعة للجنة الأمم المتحدة عن حقوق الطفل: نيكاراغوا، الفقرة 19. 20 حزيران، 1995، CRC/C/15/Add.36 (زيارة الموقع تمت في 20 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 133 ملاحظات ختامية من الدورة العشرين للجنة الأمم المتحدة عن حقوق الطفل: بيليز، الفقرة 25، 10 أيار، 1999. CRC/C/15/Add.99 (تمت زيارة الموقع في 17 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 134 ملاحظات ختامية من الدورة العشرين للجنة الأمم المتحدة عن حقوق الطفل: غينيا، الفقرة 27. 10 أيار 1999، CRC/C/15/Add.100. (تمت زيارة الموقع في 17 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 135 ييفت إم. ديلف، دراسة: مساهمة المنظمات غير الحكومية في تطبيق اتفاقات القاهرة عن الإجهاض والشراكات التي صاغتها، في 3 (ورقة توجيهية أعدت من أجل مؤتمر منظمة الصحة والتمكين والحقوق والمساءلة في تشرين الثاني 1998، في المكسيك).
- 136 غويانا، القانون رقم 7 لعام 1995، 14 حزيران، 1995، تمت ترجمته في 479 INT'L. DIG. OF POP. LAW 46 1995 [من هنا ولاحقاً القانون رقم 7 في غيانا].
- 137 في غضون 6 أشهر من صدور القانون الجديد تدنت نسبة القبول في المستشفيات العامة الكبيرة لحالات الإجهاض المنتن أو الناقص بنسبة 41%، وفي 1996 انخفضت النسبة 35% قياساً بالسنة السابقة فيما يتعلق بحجم الدم اللازم لمعالجة مضاعفات الإجهاض. ييفت إم. ديلف، ملاحظة 135 سبق ذكرها، في 3.
- 138 تم تعريف إنهاء الحمل في الفصل الأول من MTPA على أنه "إنهاء الحمل البشري دون أن يكون الهدف الحصول على مولود حي". القانون رقم 7 في غيانا.
- 139 تحدد فترة الحمل لأغراض MTPA "بدءاً من اليوم الأول لآخر دورة طمثية طبيعية للحامل وانتهاءً بأخر يوم من الأسبوع الذي تحسب فيه". المصدر السابق.
- 140 القانون رقم 7 في غيانا، المادة 5 (1).
- 141 المصدر السابق، في المادة (1) (c)، (1) و(2).
- 142 المصدر السابق، في المادة (1) (6).
- 143 المصدر السابق، في المادة 7.
- 144 المصدر السابق، في المادة (1) (5).
- 145 المصدر السابق، في المادة (1) (6) و(1) (6) (a).
- 146 المصدر السابق، في المادة 11.
- 147 المصدر السابق.
- 148 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ورقة إحاطة إعلامية عن حملة الإيدز العالمية 1998، في 3 (1998).
- 149 صندوق الأمم المتحدة والسكان والمراهقون، الملاحظة 84 ذكرت سابقاً.
- 150 معهد ألان غوثمانشر، هنري ج. كايزر مؤسسة العائلة ومؤسسة الصحافة الوطنية، قضايا مستجدة في نشرة وقائع الصحة الإنجابية: الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في الولايات المتحدة (1998).
- 151 المصدر السابق.
- 152 المصدر السابق.
- 153 المصدر السابق.
- 154 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية، آخر ما يتعلق بوباء الإيدز: كانون الأول 1998.
- 155 ضمان العبور إلى سن الرشد، الملاحظة 115 سبق ذكرها، في 15.
- 156 ورقة إحاطة لحملة الإيدز العالمية 1998، الملاحظة 148 ذكرت سابقاً، في 3.
- 157 المصدر السابق، في 4.
- 158 اتفاقية حقوق الطفل، المادتان 9 و24.
- 159 اتفاقية حقوق الطفل، المواد 2-13-24-28-29؛ العهد الدولي للحقوق الاقتصادية، الاجتماعية، المدنية والسياسية، المواد 2 و3، تم تبنيها في 16 كانون الأول 1966، 171 U.N.T.S. 999 (دخلت حيز التنفيذ في 3 كانون الثاني 1976) [من هنا ولاحقاً العهد الدولي للحقوق السياسية]؛ اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة، الملاحظة 91، المادة 2. 160 دي. أ. فيركويل، ممارسة التوليد وطب النساء في المناطق التي يكثر فيها الإيدز، 346 LANCET, 293-6 (1995).
- 161 ملاحظات ختامية عن الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: غانا، الفقرة 41. 18 حزيران 1997. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.73 (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 162 ملاحظات ختامية عن الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: باراغواي، الفقرة 23. 18 حزيران 1997. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.75 (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 163 ملاحظات ختامية من الدورة العشرين للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: غينيا، الفقرة 25. 10 أيار 1999. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.100 (تمت زيارة الموقع في 17 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 164 قدرت الحالات الإجمالية للإصابة في الإيدز في تنزانيا في كانون الأول 1994 بحوالي 250 ألفاً وقدر عدد حملة فيروس الإيدز لعام 1995 بحوالي مليون إلى مليون ونصف. انظر وزارة الصحة في الجمهورية المتحدة التنزانية، برنامج تنزانيا الوطني

- للسيطرة على الإيدز: السياسة الوطنية بشأن الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، في 1 (1995) [من هنا ولاحقاً سياسة الإيدز] نقلاً عن نساء العالم: القوانين والسياسات التي تؤثر على الحياة الإنجابية - أفريقيا الناطقة باللغة الإنكليزية، الملاحظة 33 سبق ذكرها، في 121.
- 165 المصدر السابق، في 3-21.
- 166 المصدر السابق، في 9.
- 167 المصدر السابق، في 21.
- 168 المصدر السابق، في 7 و 10-13.
- 169 المصدر السابق، في 8.
- 170 معايير وتوجيهات السياسة الوطنية في التدريب على خدمات تنظيم الأسرة وتوزيعها (وزارة الصحة [في تنزانيا] 1994) في 2.
- 171 الدفاع عن الشباب، العنف والإساءة الجنسية في إفريقيا جنوب الصحراء (1998).
- 172 نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 38.
- 173 حالة سكان العالم 1997، الملاحظة 22 سبق ذكرها، في 45.
- 174 المصدر السابق.
- 175 المصدر السابق.
- 176 الدفاع عن الشباب، العنف والإساءة الجنسية في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (1997).
- 177 المصدر السابق.
- 178 حالة سكان العالم 1997، الملاحظة 22، سبق ذكرها، في 46.
- 179 انظر مثلاً إعلان الأمم المتحدة عن إلغاء العنف ضد النساء، تبنته الجمعية العمومية في اجتماعها الكامل في 20 كانون الأول 1993 U.N. Doc. A/RES/48/104؛ إعلان وبرنامج عمل فيينا، المؤتمر العالمي عن حقوق الإنسان، فيينا، النمسا، 14-25 آب 1993، Ch. II، الفقرة 38، U.N. Doc. A/CONF.157/23، 1993، إعلان ومنهاج عمل بيجين، Ch. 4(D).
- 180 اتفاقية حقوق الطفل، المواد 1-19 و 34.
- 181 نحو عالم جديد، الملاحظة 15 سبق ذكرها، في 38.
- 182 حالة سكان العالم 1997، الملاحظة 22 سبق ذكرها، في 37.
- 183 المصدر السابق، في 45.
- 184 ملاحظات ختامية من الدورة الرابعة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: ميانمار، الفقرة 44. 24 كانون الثاني 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.69 (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999)
- 185 ملاحظات ختامية من الدورة الرابعة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: بنغلاديش، الفقرة 47. 18 كانون الثاني 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.74 (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999).
- 186 ملاحظات ختامية من الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: كوبا، الفقرة 19. 18 كانون الثاني 1997. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.72 (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999).
- 187 ملاحظات ختامية من الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: النمسا، الفقرة 16. 7 أيار 1999. <http://www.unhchr.ch> U.N. Doc. CRC/C/15/Add.98 (تمت زيارة الموقع في 16 آب 1999).
- 188 إكوادور، قانون 25 تشرين الثاني 1995 لمكافحة العنف ضد الزوجة والأسرة، Registro oficial, organo del gobierno del Ecuador, 1995/dec/11, Vol 4, No 839، في الاستعراض السنوي لقانون السكان.
- 189 يعرف العنف على أنه أي فعل أو امتناع يشكل سوء معاملة جسدية أو نفسية أو جنسية. المصدر السابق. في المادة 2.
- 190 المصدر السابق. المادة 2-4.
- 191 المصدر السابق. المادة 9 و 10.
- 192 المصدر السابق. المادة 13.
- 193 المصدر السابق. المادة 24.
- 194 ناهد طوبيا، تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: دعوة من أجل تحرك عالمي 5 (الطبعة الثانية 1995) [من هنا ولاحقاً دعوة من أجل تحرك عالمي].
- 195 المصدر السابق.
- 196 المصدر السابق، في 26.
- 197 المصدر السابق، في 25.
- 198 منظمة الصحة العالمية، تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: تقرير من مجموعة عمل فنية تابعة لمنظمة الصحة العالمية (1996).
- 199 دعوة من أجل تحرك عالمي، الملاحظة 94 سبق ذكرها، في 9. يمكن أن يتم ختان الأنثى في سن الرضاع ويمكن أن يتأخر حتى سن الثلاثين. انظر فرانسيس أ. ألتوس، ختان الإناث: طقس العبور أم انتهاك الحقوق، INTL. FAM. PLANNING PERSP. 130 (1997) 23.
- 200 اتفاقية حقوق الطفل، المادة 24 (3).
- 201 المادة 3 من اتفاقية حقوق الطفل تقول إنه "في جميع الإجراءات التي تتعلق بالأطفال، ... يولي الاعتبار الأول لمصالح الطفل الفضلى".
- 202 عرفت الجمعية العمومية للأمم المتحدة العنف ضد المرأة في الإعلان بشأن القضاء على العنف ضد المرأة بأنه: "أي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس ويترتب عليه، أو يرجح أن يترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجسدية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية". قرار تبني الجمعية العمومية للأمم المتحدة إعلان القضاء على العنف ضد المرأة، U.N. Doc. A/RES/48/104 (20 كانون الأول 1993).
- 203 نحو عالم جديد، الملاحظة 15، سبق ذكرها، في 36.
- 204 إيفوا دوركينو، قطف الورد، تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: الممارسة ومنعها 36-39 (1995).
- 205 ختان الإناث: طقس عبور أم انتهاك حقوق، الملاحظة 199 سبق ذكرها، في 130.

- 206 ناهد طوبيا، ختان الإناث بوصفه قضية صحة عامة، 33(11) 713 NEW ENG. J. MED. (1994) [من هنا ولاحقاً ختان الإناث بصفته قضية صحة عامة].
- 207 دعوة من أجل تحرك عالمي، الملاحظة 194 سبق ذكرها، في 14؛ ختان الإناث بوصفه قضية صحة عامة، الملاحظة 206 سبق ذكرها، في 713.
- 208 UNFPA والمراهقون، الملاحظة 84 سبق ذكرها.
- 209 انظر مثلاً دعوة من أجل تحرك عالمي، الملاحظة 194 سبق ذكرها، ختان الإناث بصفته قضية صحة عامة، الملاحظة 206 سبق ذكرها.
- 210 ملاحظات ختامية من الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: غانا، الفقرة 21-42. 18 كانون الثاني 1997. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.73. (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 211 ملاحظات ختامية من الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: إثيوبيا، الفقرة 14. 24 كانون الثاني 1997. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.67. (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 212 ملاحظات ختامية من الدورة الخامسة عشرة للجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل: غينيا، الفقرة 26. 10 أيار 1999. U.N. Doc. CRC/C/15/Add.100. (تمت زيارة الموقع في 13 آب 1999) <http://www.unhchr.ch>.
- 213 دعوة من أجل تحرك عالمي، الملاحظة 194 سبق ذكرها، في 25.
- 214 اتصال شخصي من أمل عبد الهادي، منسقة برنامج النساء، معهد القاهرة لدراسات حقوق الإنسان، 15 تموز 1998 (بالتنسيق مع مركز الحقوق الإنجابية وRAINBO).
- 215 المصدر السابق.
- 216 مصر، القرار رقم 261 في 18 تموز 1996 لوزير الصحة والسكان، ترجم في مكتب شؤون اللاجئين ومكتب الديمقراطية وحقوق الإنسان والعمل، وزارة الخارجية: تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في مصر 3 (1997).
- 217 بربارة كروسيت، المحكمة تدعم الحظر المصري على ختان الإناث، نيويورك تايمز، 29 كانون الأول 1997، في A3.
- 218 استيقظي يا مصر (المساواة الآن، نيويورك، N.Y.)، أيلول 1997، في 5.
- 219 مصر: المحكمة العليا تؤيد حظر الوزير على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، العمل النسائي 8,4 (المساواة الآن، نيويورك، N.Y.)، شباط 1998.
- 220 مكتب شؤون اللاجئين، مكتب الديمقراطية وحقوق الإنسان والعمل في وزارة الخارجية بالولايات المتحدة، تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في مصر (1997).