

18 ديسمبر 2009

اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (لجنة السيداو)

بخصوص: معلومات تكميلية حول التقرير المقدم من الحكومة المصرية والمقرر الإطلاع عليه في أثناء الجلسة الخامسة والأربعين للجنة السيداو

أعضاء اللجنة الأعضاء:

يقدم هذا العرض إضافات على المعلومات التي عرضها التقرير الجامع للتقريين الدوريين السادس والسابع والمقدم من الحكومة المصرية للجنة، والذي كانت السيداو قد قررت أن تطلع عليه في جلستها الخامسة والأربعين. ويقدم هذا التقرير الإضافي كل من المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، ومقرها القاهرة، ومركز الحقوق الإنجابية ومقره نيويورك وهما منظمات مستقلتان من المنظمات غير الحكومية، ومعنيتان بتأكيد وتعزيز عمل اللجنة. وإيماناً من المبادرة المصرية للحقوق الشخصية ومركز الحقوق الإنجابية بأهمية الحقوق التي ترعاها لجنة السيداو، تتقدم المنظمتان بهذا التقرير كي تضع أمام اللجنة معلومات تفصيلية حول الحقوق التي تحميها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، كما يهدف هذا التقرير المشترك لإلقاء الضوء على القضايا المتعلقة بالصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للسيدات والفتيات في مصر.

ولأن الحقوق الإنجابية والجنسية تعتبر ركناً رئيسياً وجوهرياً لصحة المرأة وتحقيق المساواة الاجتماعية، تشكل هذه الحقوق جزءاً صريحاً وواضحاً من مجموعة الحقوق التي ترعاها اللجنة بمقتضى اتفاقية السيداو. وهي الحقوق التي تستوجب التزام الدول الأطراف باحترامها وحمايتها والوفاء بها بشكل جدي.

لذلك ترغب المبادرة المصرية ومركز الحقوق الإنجابية في إحاطة علم اللجنة بعدد من القضايا المتعلقة بالمرأة وصحتها، بما في ذلك معدل وفيات الأمهات، واعتلال صحتهن، وقضايا الإجهاض غير الآمن، وعدم كفاية خدمات تنظيم الأسرة، وأوجه العجز في خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للمراهقين، والعنف الجنسي ضد المرأة في مصر.

## I. الحق في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والمعلومات المتعلقة بها:

(المواد 10، و12، و14 (2) (ب)، و16(1)(هـ))

### أ. صحة الأم

على الدول الأطراف في السيداو أن تضطلع بمسئوليتها المتمثلة في ضمان صحة الأم عن طريق تقديم "الخدمات المتعلقة بالحمل" وتعزيز "الفهم السليم للأمومة كوظيفة اجتماعية".<sup>1</sup> وأوضحت لجنة السيداو أن المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات واعتلال صحتهم تشير إلى احتمال وجود انتهاكات لهذه المسؤولية.<sup>2</sup> وبالمثل، فإن المقرر الخاص للأمم المتحدة بشأن الحق في الصحة كان قد أشار إلى أن "وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها تنتهك حقوق المرأة في الحياة، والصحة، والمساواة، وعدم التمييز".<sup>3</sup>

### وفيات الأمهات

تحديات فيما يتصل بالتوثيق وجمع البيانات

في عام 1992، أجرت وزارة الصحة المصرية أول مسح قومي على وفيات الأمهات، وفي عام 1996 أدخلت الحكومة خدمات رعاية الأمهات والأطفال ضمن حزمة الخدمات الصحية الأساسية المقدمة في كافة عيادات الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2000 أجرت وزارة الصحة المسح القومي الثاني حول وفيات الأمهات، وفي عام 2002 أصدر وزير الصحة والسكان القرار رقم 197 لسنة 2002 بإنشاء لجنة قومية للأمومة الآمنة، برئاسة وزير الصحة، ولجان محلية للأمومة الآمنة على مستوى المحافظات. وفي العام نفسه، تم تأسيس نظام تقصي وفيات الأمهات لتوثيق كل حالة وفاة للأمهات في المحافظات السبع والعشرين. وكجزء من هذا النظام فقد تم تعديل شهادة الوفاة لتضم قسماً خاصاً عن وفيات النساء في السن الإنجابية من 15 إلى 49 سنة. ويضم هذا القسم أسئلة حول ما إذا كانت الوفاة قد وقعت في أثناء الحمل، أو الولادة، أو ما بعد الولادة، أو بعد ستة أسابيع من الإجهاض، وكذلك بعض التفاصيل حول مكان الولادة، والقائم على التوليد.

وبالإضافة إلى شهادة الوفاة المعدلة، فقد تم إصدار استبيان لرصد وفيات الأمهات وجمع بيانات ديموغرافية وشخصية حول المتوفاة، بما في ذلك معلومات حول تاريخ الولادة، والرعاية التي حصلت عليها الأم في فترة ما قبل الولادة، فضلاً عن تاريخ آخر حمل. كما يتضمن الاستبيان أسئلة حول مكان الولادة، وتاريخها، وتوقيتها، والقائم على التوليد؛ والمضاعفات، والإحالة إلى المؤسسات الطبية والنقل إليها؛ والسبب المباشر في الوفاة، والعوامل المساهمة؛ وكذلك معلومات حول المولود.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المواد رقم 12 و 5، والمعتمدة بتاريخ 18 ديسمبر 1979 [المشار إليها فيما يلي بالسيداو].

<sup>2</sup> لجنة السيداو، توصية عامة رقم 24، المرأة والصحة (المادة 12) الفقرة 17، وثيقة الأمم المتحدة (A/54/38(Part I) (1999)، والمشار إليها فيما يلي بلجنة السيداو، التوصية العامة [24].

<sup>3</sup> المقرر الخاص بشأن الحق في الصحة، تقرير المقرر الخاص حول حق الجميع في الاستمتاع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية، والمقدم إلى الجمعية العامة (19 أكتوبر 2006).

<sup>4</sup> وزارة الصحة والسكان. (2007) نظام تقصي وفيات الأمهات، مصر: وزارة الصحة والسكان، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، متاحة على موقع [http://www.esdproj.org/site/DocServer/CC8\\_Nahla\\_Roushdy.pdf?docID=1118](http://www.esdproj.org/site/DocServer/CC8_Nahla_Roushdy.pdf?docID=1118) [ويشار إليها بعد ذلك: 2007 نظام تقصي وفيات الأمهات].

وعلى الرغم من الجهود المبذولة من أجل تحسين نظام التوثيق وجمع البيانات، إلا إنه لا تزال هناك تحديات بالغة الصعوبة، وأبرزها ما يلي:

- انعدام الشفافية: لا تنشر وزارة الصحة النتائج المفصلة لنظام تقصي وفيات الأمهات، حيث يقتصر النشر على الرقم النهائي لمعدل وفيات الأمهات.
- وجود أوجه قصور في التحليل الثانوي للنتائج: على الرغم من توافر البيانات الشخصية والديموغرافية حول وفيات الأمهات، لا يجري أي تحليل لاستجلاء العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة والوفاة أو بين الوضع الاقتصادي للمرأة والوفاة، أو غيرها من التحليلات المشابهة التي يجريها المسح الصحي الديموغرافي.
- عدم وجود معلومات كاملة: المعلومات المتاحة حول وفيات الأمهات لا تعطينا صورة واضحة حول عوامل الوفاة التي يمكن تجنبها كما أنها لا تسمح بإجراء مقارنة جغرافية لمعدلات الوفاة<sup>5</sup>.
- الممارسات العقابية إزاء مقدمي الرعاية الصحية تؤثر على دقة البيانات: تمثل الإجراءات العقابية المفروضة على مقدمي الخدمة عائقاً أمام التوثيق الدقيق لسبب الوفاة. ونتيجة لذلك، فمن المحتمل أن يعزى مقدمو الرعاية الصحية الوفاة إلى أسباب غير مباشرة، مثل أمراض القلب، وذلك لتجنب المسؤولية القانونية.
- المعلومات المتاحة في المناطق الريفية أقل دقة: لا تتسم نظم الإحصاء وجمع المعلومات الحيوية في المناطق الريفية بقدر كافٍ من الدقة، رغم أن معدلات الوفيات أعلى.

وفي دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة اليونيسيف والبنك الدولي عام 2005 عن معدلات وفيات الأمهات العالمية والوطنية، كان معدل وفيات الأمهات في مصر يصل إلى 130 لكل 100000 ولادة حية، مقارنة بمعدل 84 لكل 100000 بحسب ما أعلنته وزارة الصحة سنة 2005.<sup>6</sup> ويتضح من هذا الفرق مدى أهمية إجراء تقييم خارجي لنظام تقصي وفيات الأمهات.

### وضع صحة الأمهات في مصر

على الرغم من التحديات المبينة أعلاه التي تعوق عملية جمع البيانات، يتضح من البيانات أن الحكومة المصرية قد قطعت أشواطاً كبيرة باتجاه تحقيق الهدف الإنمائي الخامس للألفية فيما يتصل بتحسين مستوى الرعاية الصحية للأمهات. وحسب وزارة الصحة، فإن معدلات وفيات الأمهات وصلت إلى 55 حالة من بين كل 100000 ولادة حية في 2008، بما يشير إلى انخفاض متسق وثابت من 75 حالة وفاة في 100000 مولود حي في 2002.<sup>7</sup>

وتشير النتائج التي توصل إليها الجهاز القومي لتقصي وفيات الأمهات عام 2007 إلى أن 46.9% من حالات وفيات الأمهات حدثت في أثناء الولادة وأن 72.6% من جميع وفيات الأمهات تمت في مرافق صحية. وكانت الأسباب المباشرة مسؤولة عن 69.5% من حالات الوفاة في حين تسببت الأسباب غير المباشرة في 30.5% من الحالات. ولا يزال النزيف هو السبب المباشر الأول في الوفاة، حيث إنه يؤدي إلى 38.5% من إجمالي الوفيات، يليه مرض ارتفاع ضغط الدم (16.7%) وتسمم الدم (5.9%). وتعد أمراض القلب والشرابيين السبب غير المباشر الأول، حيث تؤدي إلى وفاة 13.2% من وفيات الأمهات.<sup>8</sup> وفيما يخص معدلات اعتلال صحة الأمهات،

<sup>5</sup> وزارة التنمية الاقتصادية (2008)، تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية: تقويم النقطة الوسطى، مصر، يمكن الإطلاع عليه على الرابط التالي:

<http://www.undp.org/Portals/0/MDG%20Links/Egypt%20MDG%20Mid%20Term%20Assessment%20Report%202008.pdf>.

<sup>6</sup> منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي (2005)، وفيات الأمهات في 2005، التقديرات طورته منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، جنيف: منظمة الصحة العالمية، يمكن الإطلاع على رابط:

[http://www.who.int/whosis/mme\\_2005.pdf](http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf).

<sup>7</sup> الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، (2009) التقرير السنوي، مصر: منشورات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

<sup>8</sup> نظام تقصي وفيات الأمهات 2007، حاشية رقم 4.

وجد قصورا واضحا في الإحصاءات الموثوق بها، فقد كشفت إحدى الدراسات عن أن 56% من النساء المصريات الريفيات تعانين من تدلي الأعضاء التناسلية المرتبط بالحمل.<sup>9</sup>

وعلى الرغم من إصرار الحكومة المصرية وتأكيداها على أنه "في الوقت الراهن لا توجد أية تحديات فيما يتصل بحماية الأمهات"،<sup>10</sup> فقد اتضح من مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر والذي أجري سنة 2004 أن الغالبية العظمى من وفيات الأمهات في مصر (81%) تنطوي على عنصر واحد أو أكثر من العناصر التي يمكن تفاديها.<sup>11</sup> ومن بين تلك العوامل تدني مستوى الرعاية الطبية التي تعتبر مسئولة عن نحو 54% من وفيات الأمهات.<sup>12</sup> وأوضحت إحدى الدراسات التي أجريت سنة 2002 عن ممارسات الأطباء الفعلية داخل إحدى مستشفيات الإحالة الكبرى في مصر، انتشار استخدام الأوكسيتوسين لحث الطلق - حيث يستخدم في 91% من جميع الحالات؛ إلا أن هناك إساءة في استخدام هذا العقار بشكل قد يؤدي إلى فتق في الرحم. علاوة على ذلك فإن 19% من النساء أكدن أن الطواقم الطبية في المستشفيات لم تقم بقياس ضغط الدم لهن، مما يجعل من الصعب تحديد حالات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (تسمم الحمل)، وهو أحد الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأمهات.<sup>13</sup> بالإضافة إلى ذلك، فالتدابير الوقائية لمنع النزيف في أثناء الولادة - والتي تجرى للنساء في الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل - لا تطبق في معظم الحالات.<sup>14</sup> فالمستوى السيئ للتشخيص والتدابير العلاجية المقدمة من قبل مقدمي الخدمة تتفاقم أثارها الخطيرة بسبب الافتقار إلى الرعاية المقدمة للاتساق والتوحيد فضلا عن غياب التواصل بين مقدمي الرعاية الأولية ونظرائهم من مقدمي الرعاية في المرحلة التالية، بالإضافة إلى عدم الاحتفاظ بسجلات.<sup>15</sup>

علاوة على ذلك، فإن نسبة لا تتعدى 33% من مرافق الولادة تحتوي على كافة المستلزمات والمعدات الأساسية اللازمة لإجراء الولادة الطبيعية،<sup>16</sup> ولا تتعدى نسبة المرافق التي تمتلك كافة المواد الضرورية للتعامل مع المضاعفات المعتادة 18%.<sup>17</sup> ويظهر حجم المشكلة في دراسة أجريت مؤخرا حيث أفاد 30.5% من مقدمي الرعاية الصحية بأنهم لن يشعروا بالأمان إذا ما تمت معالجتهم في المرفق الصحي الذي يعملون فيه.<sup>18</sup> كما أن التواصل وتبادل المعلومات بين المريض ومقدم الرعاية لا يتم إلا على نطاق ضيق جدا بوجه عام.<sup>19</sup>

9 M. Stewart, *Gynecologic Morbidity is High for Egyptian Women in a Pair of Rural Villages*, 20 INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES 40, 41 (1994).

10 حكومة مصر، دراسة التقارير المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 18 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة: التقريرين الدوريين السادس والسابع مجمعين المقدمين من الدول الأطراف: مصر، الفقرة 4.2.3، الأمم المتحدة، الوثيقة، CEDAW/C/EGY/7 (5 سبتمبر 2008) [والذي يشار إليه فيما يلي بتقرير الحكومة المصرية].

11 تضم العوامل التي يمكن تفاديها "عوامل معنية بالمرأة والأسرة"، أو "العوامل المعنية بالمرافق الصحية"، أو "العوامل المعنية بالفريق الطبي" أنظر Karima Khalil & Farzaneh Roudi-Fahimi, *Making Motherhood Safer in Egypt*, POPULATION REFERENCE BUREAU 5 (2004) available at [http://www.prb.org/pdf04/MakMotherSaferEgypt\\_Eng.pdf](http://www.prb.org/pdf04/MakMotherSaferEgypt_Eng.pdf) [يشار إليها فيما يلي *Making Motherhood Safer in Egypt* 2004].

12 وزارة الصحة والسكان، مصر، 2004، مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر، إبريل 2005 [يشار إليه فيما يلي بمسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر].

13 Y. Nabil, K. Khalil, H. Sholkamy, M. Cherine, N. Hassanein, A. Elnoury, L. Mohsen, M. Breebaart and Z. Farahat (2002), *Hospital Practices for Normal Labour: An Observational Study, The Relationship of Observed Practices to Evidence Based Medicine*, Egypt: Population Council. [يشار إليه فيما يلي *Hospital Practices for Normal Labour* 2002].

14 المرجع السابق.  
15 A. Nabhana & M.S. Ahmed-Tawfik, *Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics*, 98 INT'L J. OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS 212, 215 (2007).

16 المهمات الأساسية لإجراء الولادة الطبيعية تضم أداة لقطع الحبل السري، ماسك سررة، وجهاز شفط أو مص، ومرهم عين مضاد حيوي للوليد، ومطهر ومعقم لتنظيف منطقة الشرج. أنظر 2004 مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر، الحاشية 12.

17 والمواد الضرورية للتعامل مع المضاعفات المعتادة تتضمن الإبر، والسرناجات، والمحاليل الوريدية، وأدوات الحقن، وعقاقير الأوكسيتوسين القابل للحقن، وخيوط جراحية. أنظر 2004 مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر، الحاشية 12.

18 2004 مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر، الحاشية 12.

19 Hospital Practices for Normal Labour 2002، الحاشية 13.

وعلى الرغم من أن معظم حالات وفيات الأمهات تقع أثناء الولادة أو في الأربع والعشرين ساعة الأولى من الولادة،<sup>20</sup> فإن نسبة النساء اللاتي يلدن في مرفق صحي ويبقين في المرفق لمدة 24 ساعة أو أكثر بعد الولادة لا تتعدى 55 %، بينما تفيد 40 % من النساء أنهن لم يمضين أكثر من ست ساعات في المرفق بعد الولادة.<sup>21</sup>

### رعاية ما قبل الولادة

على الرغم من أن زيارات رعاية ما قبل الولادة أصبحت أكثر انتشاراً في مصر،<sup>22</sup> إلا أن الافتقار إلى هذه الرعاية لا يزال عاملاً يتسبب في 19 % من وفيات الأمهات.<sup>23</sup> ويرتبط احتمال حصول المرأة على رعاية ما قبل الولادة بعدد مرات الحمل، حيث إن الأم التي خاضت تجربة الحمل لأول مرة تتابع حملها بما يقارب ضعف المتابعة التي تحرص عليها أمهات مررن بسادس تجربة حمل فما أكثر.<sup>24</sup>

والمشكلات التي تواجهها النساء فيما يتصل بإمكانية الوصول إلى رعاية ما قبل الولادة قد تلحق ضرراً أكبر بالنساء الفقيرات، والريفيات، والأقل تعليماً. وبالرغم من أن تلك الشريحة من النساء يحظين بمعدلات خصوبة أعلى، إلا أنهن يحظين بفرص وصول أقل إلى خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات المتعلقة بهذه الخدمات. ويتضح من المسح الصحي الديموجرافي لعام 2008 أن 66 % من النساء قد قمن بأربع زيارات لرعاية ما قبل الولادة في حين أن 26.4 % لم يتلقين رعاية على الإطلاق. بينما تلقت 39.5 % من النساء جرعة واحدة من لقاح التيتانوس توكسويد، وحصلت 41.3 % منهن على جرعتين أو أكثر؛ بينما 18.8 % لم يحصلن على أية جرعات. إلا أنه تحليل الوضع الاجتماعي للنساء كشف عن وجود اختلافات في التغطية الجغرافية. فبينما تلقت نسبة 80.5 % من نساء الحضر رعاية صحية منتظمة في فترة ما قبل الولادة، فإن نسبة لا تتعدى 57.4 % من نساء الريف قد تلقين مثل هذه الرعاية. وبالمثل فالمقارنة بين النساء حسب وضعهن الاقتصادي مقابل الرعاية الصحية في فترة ما قبل الولادة يكشف عن تمييز آخر، فإن 92.4 % من النساء الأكثر ثراء يتلقين رعاية ما قبل الولادة بانتظام، مقارنةً بنسبة لا تتعدى 53.55 % من النساء الأكثر فقراً.<sup>25</sup>

علاوةً على ذلك، فإنه بحسب مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية الذي أجري سنة 2004 فإن 5 % فقط من المرافق الطبية تحتوي على جميع الموارد اللازمة لتقديم استشارات ما قبل الولادة.<sup>26</sup> ولا يتم التقييم الصحي الشامل للمرأة، بما في ذلك استجلاء معلومات حول عوامل الخطر المسبقة، والسن، وتاريخ آخر دورة شهرية، وحالات الحمل السابقة والعقاقير والأدوية التي تم تعاطيها إلا في 26 % من الزيارات التي تتم لأول مرة.<sup>27</sup>

ورغم الحملة الإعلامية التي دشنتها مصر من أجل التشجيع على الحمل الآمن،<sup>28</sup> فإن 21 % فقط من النساء اللاتي تزوجن أو المتزوجات بالفعل قد سمعن عن علامات الخطر التي يجب ملاحظتها أثناء الحمل.<sup>29</sup> ويعد الافتقار إلى المعرفة من الإشكاليات الكبرى، حيث أن عدم التعرف على علامات الخطر قد يؤدي إلى التأخر في طلب الرعاية،

<sup>20</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر، الحاشية 12.

<sup>21</sup> وزارة الصحة والسكان [مصر] و الزناتي وشركاه، 2008 المسح الصحي الديموجرافي في مصر 125 (مارس 2009) 131 [المسح الصحي الديموجرافي في مصر 2008].

<sup>22</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر 2004، الحاشية 12.

<sup>23</sup> Making Motherhood Safer in Egypt، 2004، الحاشية 11.

<sup>24</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>25</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>26</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية 2004، الحاشية 12.

<sup>27</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>28</sup> تقرير الحكومة المصرية، الفقرة 12.1.2، الحاشية 10.

<sup>29</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 143، الحاشية 21.

الأمر الذي يسهم بنسبة 30 % من جميع وفيات الأمهات.<sup>30</sup> وبينما يؤدي التأخر في طلب الرعاية إلى وجود حالات طارئة، فإن العبء يقع على النساء بشكل عام لترتيب الانتقال من أجل الحصول على مساعدة، حيث إن 10 % فقط من المرافق لديها نظام نقل لحالات الولادة الطارئة.<sup>31</sup> ويمثل هذا الافتقار إلى دعم حالات الطوارئ خلافاً في قيام الحكومة المصرية بمسئولياتها لـ "ضمان حق المرأة في أمومة آمنة وخدمات الولادة الطارئة".<sup>32</sup>

**توصيات:** يجب أن تنشر مصر جميع نتائج نظام تقصي وفيات الامهات القومي وأن تسمح لأطراف خارجية مستقلة بتقييم نظام التوثيق الحالي. كما يجب على الحكومة أن تبذل جهداً أكبر لتدريب الطواقم الطبية على أفضل ممارسات التوليد واستشارات تنظيم الأسرة التالية للولادة. ويجب على الحكومة أن تجري بحثاً أكثر توسعاً حول اعتلال صحة الأمهات.

## ب. الإجهاض غير الآمن

ترى لجنة السيداو أن رفض الدولة تقديم خدمات الصحة الإنجابية المشروعة يعتبر بمثابة تمييز ضد المرأة. كما ترى اللجنة أن تجريم الإجراءات الطبية التي تسعى إليها النساء بمثابة عائق يمنعهن من تلقي خدمات طبية ملائمة. ومن ثم توصي السيداو بمراجعة القوانين التي تجرم الإجهاض وحذف التدابير العقابية ضد النساء اللاتي يسعين إلى الإجهاض.<sup>33</sup> وقد أعربت اللجنة عن قلقها بشأن القوانين التي تقيد الإجهاض ولا تسمح باستثناءات لإجراء الإجهاض،<sup>34</sup> وغالباً ما كانت اللجنة ترى القوانين المقيدة للإجهاض كانتهاك للحق في الحياة والصحة.<sup>35</sup> كما أنها توصي بأن تسمح التشريعات بالإجهاض الآمن لضحايا الاغتصاب وزنى المحارم.<sup>36</sup>

### 1. الوضع القانوني للإجهاض في مصر

يجرم القانون المصري الإجهاض في قانون العقوبات، بحسب نص المواد 260، و261، و262، و263،<sup>37</sup> ودون أية استثناءات قانونية واضحة تسمح بهذا الإجراء، بما يردع مقدمي الرعاية الصحية عن أداء هذا الإجراء خوفاً من

<sup>30</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر 2004، الحاشية 12.

<sup>31</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر 2004، الحاشية 12.

<sup>32</sup> لجنة السيداو، التوصية العامة 24، الفقرة 27، الحاشية 2.

<sup>33</sup> لجنة السيداو، التوصية العامة 24، الحاشية 2.

<sup>34</sup> ملاحظات ختامية: **Andorra**, ¶ 48, U.N. Doc. A/56/38 (2001); **Antigua and Barbuda**, ¶ 258, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Part II (1997); **Belize**, ¶ 56, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Bolivia**, ¶ 82, U.N. Doc. A/50/38 (1995); **Chile**, ¶ 139, U.N. Doc. A/50/38 (1995); **Chile**, ¶ 228, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Chile**, ¶ 19, U.N. Doc. CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006); **Colombia**, ¶ 393, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Cyprus**, ¶ 55, U.N. Doc. A/51/38 (1996); **Dominican Republic**, ¶ 337, U.N. Doc. A/53/38(1998); **Ireland**, ¶ 185, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Jordan**, ¶ 180, U.N. Doc. A/55/38 (2000); **Liechtenstein**, ¶ 169, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Luxembourg**, ¶ 210, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Part II (1997); **Mauritius**, ¶ 196, U.N. Doc. A/50/38 (1995); **Mauritius**, ¶ 30, U.N. Doc. CEDAW/C/MAR/CO/5 (2006); **Namibia**, ¶ 111, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Part II (1997); **Nepal**, ¶¶ 139, 147, U.N. Doc. A/54/38 (1999); **Panama**, ¶ 201, U.N. Doc. A/55/38/Rev.1 (1998); **Paraguay**, ¶ 131, U.N. Doc. A/51/38 (1996); **Peru**, ¶ 339, U.N. Doc. A/53/38/Rev.1 (1998); **Portugal**, ¶ 345, A/57/38 (2002); **Saint Vincent and the Grenadines**, ¶ 140, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997); **Suriname**, ¶ 29, U.N. Doc. CEDAW/C/SUR/CO/3 (2007); **United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland**, ¶ 309, U.N. Doc. A/55/38 (1999); **Venezuela**, ¶ 236, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997); **Zimbabwe**, ¶ 159, U.N. Doc. A/53/38 (1998).

<sup>35</sup> الملاحظات الختامية للجنة السيداو: **Belize**, 01/07/99, ¶ 56, U.N. Doc. A/54/38; **Chile**, 09/07/99, ¶ 228, U.N. Doc. A/54/38;

**Colombia**, 04/02/99, ¶ 393, U.N. Doc. A/54/38; **Dominican Republic**, 14/05/98, ¶ 337, U.N. Doc. A/53/38; **Paraguay**, 09/05/96, ¶ 131, U.N. Doc. A/51/38.

<sup>36</sup> ملاحظات ختامية: **Dominican Republic**, ¶ 309, U.N. Doc. A/59/38 (SUPP) (2004); **Jordan**, ¶ 9, U.N. Doc. CEDAW/C/JOR/CO/ (2007); **Jordan**, ¶ 180, U.N. Doc. A/55/38 (2000); **Myanmar**, ¶¶ 129–130, U.N. Doc. A/55/38 (2000); **Panama**, ¶ 201, U.N. Doc. A/55/38/Rev.1 (1998); **Venezuela**, ¶ 236, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997).

<sup>37</sup> 260 - كل من أسقط عمداً امرأة حبلى بضرب أو نحوه من أنواع الإيذاءات يعاقب بالسجن المشدد. 261 - كل من أسقط عمداً امرأة حبلى بإعطائها أدوية أو باستعمال وسائل مؤذية لذلك أو بدلالتها عليها سواء كان برضاها أم لا يعاقب بالحبس. 262 - المرأة التي رضيت بتعاطي الأدوية مع علمها بها أو

العقوبات القانونية. ويعد قيام الأطباء بعمليات الإجهاض عملاً تنظمه لائحة آداب المهنة في المادة 29 والتي تجيز للطبيب إجراء عملية الإجهاض في حالة الحفاظ على صحة المرأة ولكن بعد الحصول على موافقة كتابية من طبيين متخصصين، عندما لا تكون الحالة طارئة. وفي الحالات الطارئة التي تتطلب إنقاذ حياة المرأة يجوز للطبيب إجراء العملية ويجب عليه بعدها كتابة تقرير مفصل عن الدواعي الطبية للإجهاض.<sup>38</sup> والنص بضرورة توقيع طبيين متخصصين على الإجراء من شأنه إعاقة المرأة عن الحصول على الرعاية الطبية الضرورية في الوقت المناسب.

كما أن القانون المصري ينص على أن المرأة مذنبية إذا اختارت بكامل إرادتها وعن عمد أن تجهض نفسها، حيث تصل العقوبة للسجن فترة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وذلك حسب نص المادة 262 من قانون العقوبات.<sup>39</sup> كما أن القانون يجرم المرأة إذا سعت إلى العمل على حث الإجهاض حتى في الحالات التي قد تخسر فيها المرأة حياتها نتيجة للإجهاض غير الآمن.<sup>40</sup> وهناك العديد من القضايا المنظورة أمام محكمة النقض بخصوص الإجهاض القسدي ترفعها أسر النساء اللاتي توفين جراء الإجهاض غير الآمن على أيدي أطباء غير متخصصين،<sup>41</sup> أو أطباء غير ذوي خبرة،<sup>42</sup> أو على يد قابلة تقليدية تقوم بعملية الإجهاض باستخدام أدوات غير معقمة<sup>43</sup> تسببت في مضاعفات حادة أدت إلى الوفاة.

## 2. انتشار الإجهاض غير الآمن

إن الإجهاض غير الآمن يعد من الشواغل الكبرى لأولئك العاملين في مجالات الصحة والحقوق الإنجابية في مصر. وبالنظر إلى حقيقة وجود نسبة فشل لكافة أشكال تنظيم النسل، وحيث إن الأفراد لا يستخدمون وسائل منع الحمل بالطريقة المثلى في كل مرة، سيظل الإجهاض من أهم الأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية.<sup>44</sup> وعلى الرغم من القيود القانونية، والاجتماعية، والدينية فيما يتصل بالإجهاض، فإن النساء في مصر يلجأن إلى هذا الإجراء للتخلص من الحمل غير المرغوب فيه.<sup>45</sup> حيث تلجأ النساء في مصر إلى الإجهاض لأسباب اجتماعية، واقتصادية، وصحية، يمكن تفصيلها من خلال ما جاء في بحث بعنوان "محددات الإجهاض القسدي في القاهرة الكبرى". فمن بين الأسباب التي تؤدي إلى التخلص من الحمل: الوصمة التي تحيق بالحمل الذي يحدث خارج منظومة الزواج، والطلاق أو المشاكل الزوجية، والافتقار إلى الموارد المالية. وثمة ظروف طبية، مثل الأنيميا، والأمراض المزمنة، التي من شأنها أن تسهم في قرار المرأة بالتخلص من الحمل، كما أن مرض طفل آخر يحتاج إلى رعاية دائمة قد يكون من الأسباب الرئيسية.<sup>46</sup>

رضيت باستعمالها الوسائل السالف ذكرها أو مكنت غيرها من استعمال تلك الوسائل لها وتسبب الإسقاط عن ذلك حقيقة تعاقب بالعقوبة السابق ذكرها. 263 - إذا كان المسقط طبيياً أو جراحاً أو صيدلياً أو قابلاً يحكم عليه بالسجن المشدد.

<sup>38</sup> لائحة آداب المهنة، الصادرة بموجب قرار وزير الصحة رقم 238 لسنة 2003، بتاريخ 5 سبتمبر 2003؛ المادة 29.

<sup>39</sup> القضية رقم 167 لسنة 66، محكمة النقض، 4 نوفمبر 1998.

<sup>40</sup> المرجع السابق.

<sup>41</sup> القضية رقم 302 لسنة 40، محكمة النقض، 27 ديسمبر 1970.

<sup>42</sup> القضية رقم 195 لسنة 29، محكمة النقض، 23 نوفمبر 1959.

<sup>43</sup> القضية رقم 118 لسنة 57، محكمة النقض، 12 مايو 1987.

<sup>44</sup> M. Berer, (2009) 'The Cairo Compromise on Abortion and its Consequences for Making Abortion Safe and Legal', in L.

Reichenbach, and N. Roeseman, (ed) *Reproductive Health and Human Rights, the Way Forward*, p154. Reproductive Health and Human Rights, the way forward, 2009, P154.

<sup>45</sup> SD. Lane, MT. Mouelhy, and J. Jok, (1998) *Buying Safety, the Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt*, USA: University of Syracuse. [يشار إليه فيما يلي *Buying Safety, the Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt*, USA: University of Syracuse. 1998].

<sup>46</sup> هالة الدمهوري (2009)، محددات الإجهاض القسدي في القاهرة، مصر: مؤسسة المرأة الجديدة (غير منشور) [يشار إليه فيما يلي محددات الإجهاض القسدي في القاهرة 2009].

والغالبية العظمى من هؤلاء النساء يلجأن إلى الإجهاض غير القانوني بسبب القيود القانونية المفروضة على الإجهاض. ومن شأن هذه القيود إلحاق الضرر بالنساء الأفقر والأصغر سناً بشكل أكبر وغير منصف. حيث أن النساء الميسورات يلجأن إلى العلاج في العيادات الصحية والمستشفيات التي تقدم خدمات صحية عالية الجودة في حالات الإجهاض والتي تحتوي على المعدات الضرورية في حالات الطوارئ والحالات العاجلة. أما النساء الفقيرات والمراهقات اللواتي تنقصهن الموارد المادية فينتهي بهن الحال إلى عيادات غير مطابقة للحد الأدنى من المواصفات الطبية المطلوبة إذ يفتقرن التعقيم وأدوية الأكسجين وأكياس الدم، وغالباً ما يقوم نفس الطبيب بتخدير الحامل وإجراء الإجهاض وقد يكون هذا الطبيب غير متخصص بأمراض النساء والتوليد. وفي حالات كثيرة تتعرض النساء لمعاملة قاسية وإهانات متكررة من الأطباء أو الممرضات تنتقص من كرامتهن.<sup>47</sup> كما قالت إحدى الفتيات اللاتي خضن تجربة الإجهاض غير الآمن:

مكانش فيه أى تجهيزات أو سونار أو أى معدات، مفيش ممرضة و لا سألني عن أي أمراض أو حالتي الصحية .. مافيش لا تحليل و لا دم و لا شيء، حط الكانيولا و كنت بترعش، فبص لى و قالى: كويس إنك عندك دم، حسيت بالإهانة الشديدة و لولا إني كنت مضطرة ما كنتش كملت، انا كملت من الرعب و كنت عايزة أخلص.<sup>48</sup>

أما إذا لم تستطع النساء تحمل حتى التكاليف المادية لعيادات بير السلم، لا يتبقى أمامهن سوى اللجوء إلى الطرق الشعبية والتي تعد الأكثر خطورة على الصحة والحياة، ولكنها غير مكلفة مادياً على الإطلاق فالنساء في مصر يلجأن إلى شرب سوائل القرفة والبصل ومغلي الكوكاكولا، كما يتناولن جرعات عالية من أدوية الملاريا أو الحصبة أو يدخلن أدوات حادة في فتحة المهبل أو عنق الرحم أو يدخلن عود ملوخيّة أو يحقن أنفسهن في المهبل بمواد تنظيف.<sup>49</sup> ومن بين العواقب الوخيمة والمضرة للإجهاض غير الآمن، والتي قد تؤدي إلى الوفاة، النزيف، والتسمم الدموي، وحدث ثقب في الرحم أو الأمعاء، والصدمة. كما أنه من الممكن أن يكون لحالات الإجهاض غير الآمن عواقب صحية طويلة الأجل، بما في ذلك الأنيميا، والآلام المزمنة، وإصابة الأجهزة التناسلية، والعقم. وكل هذه العوامل تؤثر في الحالة الصحية للمرأة وجودة حياتها.<sup>50</sup> ويجوز للمرأة قانوناً أن تلجأ للحصول على الرعاية الصحية من مضاعفات ما بعد الإجهاض في أية مستشفى عام.<sup>51</sup> إلا أنه مقابل كل حالة تودع في المستشفى فإن الكثير من النساء لا يطلبن الرعاية الطبية من المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن، إما لعدم وجود مضاعفات بما يكفي لإثارة القلق أو بسبب الخوف من سوء المعاملة، والاستغلال، أو الوقوع تحت طائلة القانون.<sup>52</sup>

ولقد ساعد عقار الميزوبروستول، المسعر تسعيراً معقولاً والمتوافر في الصيدليات، في الحد من مخاطر الإجهاض غير الآمن لدى كل من النساء الشابات والكبيرات في السن حيث يستخدم هذا العقار كبديل للوسائل الشعبية المضرة. وتعد الوسيلة المثلى للإجهاض الطبي هي استخدام الميزوبروستول بالتوازي مع الميفيبريستون، ولكنه غير متوافر في مصر. وفي الوقت نفسه، فإن الكثير من النساء لا يعرفن الجرعة الصحيحة لاستخدام الميزوبروستول أو

<sup>47</sup> 1998 Buying Safety, the Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt ، الحاشية 45.

<sup>48</sup> محددات الإجهاض القسدي في القاهرة 2009، الحاشية 46.

<sup>49</sup> 1998 Buying Safety, the Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt ، الحاشية 45.

<sup>50</sup> S. SINGH, D. WULF, S. HUSSAIN , A. BANKOLE AND G. SEDGH, (2008) *ABORTION WORLDWIDE, A DECADE OF UNEVEN PROGRESS*, USA: GUTTAMACHER [2008 Abortion Worldwide].

<sup>51</sup> Buying Safety, the Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt ، الحاشية 45.

<sup>52</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNSAFE ABORTION: GLOBAL AND REGIONAL ESTIMATES OF THE INCIDENCE OF UNSAFE

ABORTION AND ASSOCIATED MORTALITY (5<sup>TH</sup> ED., 2003), AVAILABLE AT

[HTTP://WWW.WHO.INT/REPRODUCTIVEHEALTH/PUBLICATIONS/UNSAFE\\_ABORTION/9789241596121/EN/INDEX.HTML.](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241596121/en/index.html)



الأعراض الخطيرة للإجهاد الجزئي عند تعاطي هذا العقار، إلا أن إتاحة هذا العقار تعد بمثابة بديل آمن للوسائل التقليدية.<sup>53</sup>

### عدم إتاحة الإجهاد لضحايا الاغتصاب وزنى المحارم

لا يجيز القانون المصري الإجهاد في حالات الاغتصاب وزنى المحارم. وقد قدم أحد نواب مجلس الشعب مشروع قانون يجيز إجهاد المرأة في حالات الاغتصاب إلى المجلس منذ أكثر من عامين، واعتمد هذا المشروع من قبل اللجنة البرلمانية للمقترحات والشكاوى ووزارة الأوقاف والمجلس الأعلى للشئون الإسلامية. وعلى الرغم من دعم المجتمع المدني للتعديل المقترح، لم تناقش لجنة الشئون الدستورية والتشريعية في مجلس الشعب هذا المقترح قط – وهي الخطوة التالية بعد تقديم المقترح إلى لجنة المقترحات والشكاوى. في الوقت نفسه، لم تضغط وزارة العدل من أجل إقرار التعديل المقترح.<sup>54</sup>

تتفاقم مشكلة عدم وجود استثناء يجيز الإجهاد في حالات الاغتصاب واغتصاب المحارم بسبب عدم تمكن ضحايا العنف الجنسي من الحصول على وسائل منع الحمل الطارئة التي من شأنها أن تمنع الحمل في المقام الأول. فوسائل منع الحمل الطارئة غير متوافرة إلا في الصيدليات الخاصة، ولا توفرها الوحدات الصحية في المحافظات حيث إن وزارة الصحة لا تشتريها في الوقت الحالي. علاوةً على ذلك، يحتوي بروتوكول وزارة الصحة الذي يعرف معايير الممارسة والرعاية في مجالات تنظيم الأسرة، والصحة الإنجابية، والرعاية الصحية للأم والطفل، على فقرة معنية بوسائل منع الحمل الطارئة تشدد على استخدام هذه الوسائل من قبل المتزوجين، حيث تؤكد أن "مدى الفعالية يعتمد على تعاطي الوسيلة بأسرع وقت ممكن بعد العلاقة الزوجية."<sup>55</sup> بالإضافة إلى ذلك، لم يرد أي ذكر في المبادئ التوجيهية نص معني بوسائل منع الحمل الطارئة لضحايا العنف الجنسي، على الرغم من تصريح منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية المعنية بالرعاية الطبية القانونية لضحايا العنف الجنسي أنه "إذا سعت المرأة للحصول على رعاية صحية خلال بضع ساعات حتى خمسة أيام بعد الاعتداء الجنسي، يجب تقديم وسائل منع الحمل الطارئة لها."<sup>56</sup> ويأتي العرض الوحيد لهذه الوسيلة في وسائل الإعلام في شكل إعلان تجاري أطلقتته إحدى شركات الأدوية التي تنتج وسائل منع الحمل العاجلة وتروج لاستخدامه في سياق امرأة فوجئت بعودة زوجها من السفر ولم تكن تستخدم أي وسيلة لمنع الحمل.

**التوصية:** على الحكومة تضمين المادة 29 من لائحة آداب المهنة - والتي تجيز للطبيب إجراء الإجهاد للحفاظ على حياة وصحة المرأة - في متن القانون مع حذف الشرط الخاص بموافقة طبيبين متخصصين في حالة الحفاظ على صحة المرأة. كما يجب على الحكومة المصرية إلغاء المادة 262 من قانون العقوبات والتي تفرض عقوبات على المرأة في حالة لجوئها للإجهاد غير القانوني، ويجب أن تقوم الحكومة في أسرع وقت بإقرار مشروع القانون الخاص بإجهاض المغتصبة. كما يجب على وزارة الصحة أن تشجع استخدام وسائل منع الحمل الطارئة وأن ترفع الوعي بها بين النساء من جميع الأعمار، مع إلقاء الضوء على مزاياها في الحماية من الحمل غير المرغوب فيه في حالات الاغتصاب.

M. Fernandez , F. Coeytaux , D. Harrison and R. Leon, 'Assessing the Global Availability of Misopristol , 1 Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol 105, (2009), p180-186.

Ipas, (2002) *Human Rights, Unwanted Pregnancy & Abortion Related Care, Reference Information & Illustrative Cases*, USA: Ipas.

Ministry of Health & Population (MOHP), (2005) *Standard Practices for Maternal & Child Health & Reproductive*

*Health Services*, Egypt: MOPH Publications, available at: <http://www.drguide.mohp.gov.eg/NewSite/E-Learning/ICD10/front%20&back%20covers.pdf> [2005 Standard Practices for Maternal & Child Health & Reproductive Health Services].

World Health Organization (WHO), (2003) *Guidelines for Medico-Legal Care for Sexual Violence*, Geneva: WHO, at <sup>56</sup> p64, available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>.

### 3. رعاية ما بعد الإجهاض

تعد رعاية ما بعد الإجهاض الأمل الوحيد بالنسبة للنساء – لاسيما الفقيرات منهن – وذلك في ضوء القوانين المقيدة للإجهاض. وتسعى المرأة التي تحتاج إلى رعاية ما بعد الإجهاض إلى الحصول على هذه الرعاية من المستشفيات العامة. ولقد حددت منظمة الصحة العالمية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية المكونات الضرورية لرعاية ما بعد الإجهاض، بما في ذلك معالجة الآثار الجانبية الطبية للإجهاض القسدي الجزئي أو الإجهاض التلقائي، وتوفير المشورة بشأن وسائل منع الحمل والخدمات المتعلقة.<sup>57</sup>

#### معالجة الآثار الجانبية الطبية للإجهاض القسدي الجزئي أو الإجهاض التلقائي

أجرى مجلس السكان، بالتعاون مع الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة، وبتنسيق من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، مجموعة من الدراسات في التسعينيات من القرن الماضي لتحسين رعاية ما بعد الإجهاض وخدمات ما بعد الإجهاض، لتأسيس نموذج للمعايير المعتمدة عالمياً للرعاية في مصر. وباستعراض الدراسات المشار إليها وجد أن معظم الإجراءات الجراحية التي تتخذ لإخلاء الرحم بالكامل تتم باستخدام كحت الرحم وتنظيفه (توسيع وكحت) مع استخدام التخدير الكلي. وتعد معرفة الأطباء بالآثار الجانبية قصيرة وطويلة الأجل، وكذلك الأعراض الخطيرة المصاحبة للإجهاض، محدودة. كما تشير الدراسات إلى أن الأطباء لم يكونوا متأكدين من موعد بدء التبويض بعد الإجهاض وبيادرون بحماس إلى وصف المضادات الحيوية ولكنهم يغفلون المسكنات قبل وبعد العملية. وعادةً ما تستبقى مريضات ما بعد الإجهاض في الانتظار لمدة طويلة إلى أن يفرغ الطبيب من فحص مرضى آخرين.<sup>58</sup>

وتوصي منظمة الصحة العالمية باستخدام وسيلة الشفط اليدوي الأقل إيلاًماً بدلاً من التوسيع والكحت كتقنية مثلى لإزالة وإفراغ الرحم من محتوياته. ولا تحتاج وسيلة الشفط تخديراً كلياً ويستخدم فيها جرعات أقل من المسكنات.<sup>59</sup> ولا تحتاج المعدات سهلة الاستخدام إلى ممارس متخصص ويمكن أن يستخدمها مقدم الرعاية الصحية في المستوى المتوسط.<sup>60</sup> وفي أثناء ذات الفترة التي كان مجلس السكان يجري فيها الدراسات، تلقت مصر أجهزة شفط يدوية من خلال صندوق الأمم المتحدة للسكان. ووجد الأطباء ومقدمو الرعاية الصحية أن تقنية الشفط اليدوي كانت أسهل من حيث الاستخدام وأقل من حيث الآثار الجانبية مقارنة بطريقة التوسيع وكحت الرحم، كما أنها أكثر نجاعة من حيث إفراغ الرحم تماماً.<sup>61</sup> ولقد اتضح من دراسات مجلس السكان انخفاض معدل استخدام وسيلة الكحت والتنظيف بشكل ملحوظ بعد أن تدرب الأطباء على استخدام وسيلة الشفط اليدوي. وأوصت هذه الدراسات بتوسيع نطاق توزيع معدات الشفط اليدوي واستخدامها، إلا أن وزارة الصحة رفضت طلبات لاستيراد معدات الشفط اليدوي. وحال رفض وزارة الصحة الاستيراد دون وضع معايير موحدة لبرنامج رعاية ما بعد الإجهاض، كما أن الأطباء توقفوا عن

United States Agency for International Development , (2007) *Report of the Post-Abortion Care Technical Advisory Panel*, USA USAID available at: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADJ329.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ329.pdf). [فيما يلي] *2007 Technical Advisory Panel*.

D. Huntington , L. Nawar , M. Naguib , EO. Hasan , and N. Attallah, (1995), *Improving the Medical Care and Counselling of Post-abortion Patients in Egypt*, Egypt: Population Council; D. Huntington , L. Nawar , H. Yossef , N. Abdel-Tawab, and E. Osman, (1998) *The Postabortion Caseload in Egyptian Public Hospitals: a Descriptive Study*, Egypt: Population Council and Egyptian Fertility Care Society; D. Huntington , L. Nawar , H. Yossef , N. Abdel-Tawab, and E. Osman, (1997) *Scaling- up Improved Postabortion Care in Egypt, Introduction to University and Ministry of Health and Population Hospitals*, Egypt: Population Council and Egyptian Fertility Care Society.

World Health Organization, (2003) *Safe Abortion Technical & Policy Guidance for Health System*, Geneva: WHO.<sup>59</sup>

*2007 Report of the Post-Abortion Care Technical Advisory Panel* الحاشية رقم 57.

Huntington , L. Nawar , H. Yossef , N. Abdel-Tawab, and E. Osman, (1997) *Scaling- up Improved Postabortion Care in Egypt, Introduction to University and Ministry of Health and Population Hospitals*, Egypt: Population Council and Egyptian Fertility Care Society.<sup>61</sup>

استخدام هذه التقنية الحديثة.<sup>62</sup> واليوم أصبحت معدات الشفط اليدوي متاحة فقط في المستشفيات التعليمية والقطاع الخاص، ولكنها ليست متوافرة في المستشفيات العامة التي تحظى بأعلى كثافة من حيث زيارات النساء اللاتي يسعين إلى الحصول على رعاية ما بعد الإجهاض.

وترى منظمة الصحة العالمية أن عملية الشفط اليدوي من الممكن أن يقوم بها مقدمو الرعاية الصحية متوسطي المستوى، مثل القابلات الموجودات في كل مكان في ريف مصر، الأمر الذي سوف يؤثر بالإيجاب على صحة النساء في هذه المناطق. وعليه، فإن استيراد جهاز الشفط اليدوي وتدريب مقدمي الرعاية الصحية من المستوى المتوسط على استخدامه سيرتقي حتمًا بمستوى الرعاية الصحية المقدمة لمريضات ما بعد الإجهاض، ولاسيما في المناطق الريفية التي تنقر إلى الأطباء والمرضات المدربين.

إن رفض وزارة الصحة استيراد معدات الشفط اليدوي دون إبداء الأسباب يلحق الضرر بصحة المرأة وينتهك حقها في التمتع بمزايا التقدم العلمي، الذي تحميه المادة 15 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية. كما يمثل هذا القرار غير المبرر تخلي الدولة عن مسؤوليتها في تدريب مقدمي الرعاية الصحية وتزويدهم بالمعدات والأدوات الضرورية بما يجعل الإجهاض القانوني آمنًا ومتاحًا، وهو التزام تعهدت به مصر في الاستعراض الخمسي للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتقييم تنفيذ المؤتمر، الفقرة 63.3.

ولا يزال غياب بروتوكول شامل لرعاية ما بعد الإجهاض يمثل مشكلة، حيث إن مصطلح "رعاية ما بعد الإجهاض" لا يذكر إلا في المبادئ التوجيهية المعنية بإدارة النزيف في أثناء الحمل.<sup>63</sup> ولا يركز البروتوكول المتاح حاليًا إلا على تقديم المشورة المعنية بتنظيم الأسرة إلى كافة مريضات ما بعد الإجهاض،<sup>64</sup> إلا أنه لا يوجد أي ذكر لإجراءات أو أجهزة يوصى بها، على سبيل المثال استخدام جهاز الشفط اليدوي، بالإضافة إلى غياب مبادئ توجيهية لإدارة الألم.

#### تقديم المشورة بخصوص وسائل منع الحمل في مرحلة ما بعد الإجهاض وتقديم الخدمات الخاصة بها

يعد المكون الثاني من مكونات رعاية ما بعد الإجهاض والمتمثل في تقديم المشورة إلى المرضى حول وسائل منع الحمل، والخصوبة، والأعراض الخطيرة التي تتبع الإجهاض، مكونًا حيويًا وبالغ الأهمية لأنه يحمي النساء من تكرار الحمل غير المرغوب فيه، وتعرض أنفسهن لخطر الإجهاض غير الآمن وعواقبه، التي من الممكن أن تؤدي إلى الوفاة. ولقد أدركت لجنة السيداو أنه في غياب "الخدمة الملائمة فيما يتصل بتنظيم الخصوبة قد تضطر النساء إلى اللجوء إلى إجراءات طبية غير آمنة مثل الإجهاض غير القانوني."<sup>65</sup>

ومع فصل خدمات تنظيم الأسرة ماديًا وإداريًا عن خدمات رعاية ما بعد الإجهاض، "لا يتلقى مرضى ما بعد الإجهاض المشورة بشأن تنظيم الأسرة كما أنهم لا يحصلون على أية خدمات معنية بتنظيم الأسرة قبل خروجهم من المستشفى والكثيرات منهن يعدن إلى المستشفى بحمل آخر غير مخطط له أو غير مرغوب فيه."<sup>66</sup> ويزيد الوضع سوءًا أن بعض أطباء التوليد وأمراض النساء يعتقدون أن خدمات تنظيم الأسرة لا علاقة لها برعاية ما بعد

62 D. Huntington, and L. Nawar , (2003), *Moving from Research to Program the Egyptian Postabortion Care Initiative*, International Family Planning Perspectives, Vol 29, No. 3.

63 Population Council, (2004,) *Lessons from Introducing Postabortion Care in Egypt*, Population Briefs, Vol 10, No3, available at: [http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb10%283%29\\_5.html](http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb10%283%29_5.html).

64 2005 *Standard Practices for Maternal & Child Health & Reproductive Health Services* الحاشية 55.

65 لجنة السيداو، توصية عامة رقم 19، العنف ضد المرأة الفقرة 24(م)، وثيقة الأمم المتحدة، A/47/38 (1992).

66 N. Abdel-Tawab, H. Yossef , and J. Bratt , (2007), *Linking Family Planning with Postabortion Services in Egypt : Testing the Feasibility, Acceptability and Effectiveness of Two Models of Integration*, Egypt: Population Council and Family Health International., available at [http://www.popcouncil.org/frontiers/projects/ane/Egypt\\_FP\\_PACLlinks.htm](http://www.popcouncil.org/frontiers/projects/ane/Egypt_FP_PACLlinks.htm) [فيما يلي سيشار إليها [2007 *Linking Family Planning with Postabortion Services in Egypt*

الإجهاض، كما يقولون إن ساعات العمل الطويلة تعيقهم عن تقديم المشورة للمرضى في الوقت نفسه. وحيث إن أطباء النساء والتوليد لا يحصلون أية إيرادات من بيع وسائل تنظيم الأسرة – وذلك لأن الأطباء المعنيين بتنظيم الأسرة فقط هم الذين يحصلون على دخل من هذه الخدمة – وبالتالي يبدو بعض الأطباء غير مهتمين بالتشجيع على تنظيم الأسرة. بالإضافة إلى ذلك، فإن أطباء النساء والتوليد ليسوا مدربين تدريباً جيداً على تقديم خدمات تنظيم الأسرة. وتشير كل هذه العوامل إلى أن مريضات ما بعد الإجهاض لا يتلقين أية استشارات بعد الإجراء الطبي تقريباً، على الرغم من أن هذه المشورة أثبتت أنها تزيد من ثقة النساء بأنفسهن ومعرفتهن بالحالة الصحية، الأمر الذي يجعلهن أقل خوفاً وأكثر قدرة على العناية بأنفسهن.<sup>67</sup> وثمة دراسة أبرزت أن 23 % فقط من جميع مريضات ما بعد الإجهاض – وما لا يتعدى 48 % من أولئك اللاتي أعربن عن رغبتهن في استخدام وسائل منع الحمل – قد تم تزويدهن بوسيلة قبل خروجهن من المستشفى.<sup>68</sup>

**التوصيات: يجب على الحكومة أن تتبنى على الفور بروتوكولاً بشأن علاج مريضات ما بعد الإجهاض مع تحديد الجرعات المثالية من المسكنات والمضادات الحيوية، وكذا تقديم المشورة إلى مريضات ما بعد الإجهاض - ولاسيما فيما يتصل بوسائل تنظيم الأسرة - والتوصية باستخدام جهاز الشفط اليدوي. كما يجب على وزارة الصحة أن تتيح جهاز الشفط اليدوي في المستشفيات العامة والخاصة. وعلى الوزارة أن تدرب الأطباء والقابلات على استخدام هذا الجهاز وأن تدخل هذه الوسيلة ضمن مناهج كليات الطب.**

#### **4. إتاحة معلومات حول الإجهاض**

مما لا شك فيه أن عمليات الإجهاض غير الآمن تتسبب في حالات وفاة بالنسبة للنساء الحوامل. وتنتشر الوفيات الناجمة عن الإجهاض في البلدان النامية، ولاسيما في أفريقيا حيث توفيت 650 امرأة من بين كل 100000 حالة إجهاض غير آمنة عام 2003.<sup>69</sup> كما إنه يتعذر حصر حالات الإجهاض غير الآمن في مصر، أو الوفيات الناجمة عنها بسبب عدم وجود قاعدة بيانات وطنية معنية بحالات الإجهاض غير الآمن.<sup>70</sup> إلا أنه يمكن أن تحتسب التقديرات بناءً على الدراسات التي تجريها الجهات الدولية والمنظمات غير الحكومية. وقد خلصت دراسة استمرت 30 يوماً وأجرها المجلس الدولي السكان في عام 1998 بالتعاون مع الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة إلى أن معدل الإجهاض في مصر 14.8 % لكل 100 مولود (التي تتضمن الإجهاض القسدي، أو المحتمل أن يكون إجهاضاً قسدياً، أو غالباً ما يكون قسدياً).<sup>71</sup> وفي دراسة أجريت حول الإجهاض في المناطق الريفية في مصر، وجد الدكتور أحمد رجب أن 14 % من المريضات أجهضن أنفسهن مرة واحدة على الأقل.<sup>72</sup> إلا أن هذه الأرقام لا يمكن الجزم بصحتها لأنها لا تشمل حالات الإجهاض التي تتم خارج المستشفيات العامة، وكذا حالات الإجهاض القسدي التي لا تسفر عن أية أعراض جانبية، أو الإجهاض الذي لا تسعى فيه المرأة إلى الحصول على رعاية طبية بسبب خوفها من الوصمة أو من تخلي الأسرة عنها.<sup>73</sup>

كما أن قاعدة بيانات وزارة الصحة يغيب عنها الحصر الدقيق لحالات رعاية ما بعد الإجهاض وكذلك لا تصنف البيانات بحسب نوع الإجهاض (تلقائي أم قسدي). وبحسب معدلات وفيات الأمهات المتوافرة لدى وزارة الصحة،

<sup>67</sup> المصدر السابق.

<sup>68</sup> D. Huntington , L. Nawar , H. Yossef , N. Abdel-Tawab, and E. Osman, (1998) *The Postabortion Caseload in Egyptian Public Hospitals: a Descriptive Study*, Egypt: Population Council and Egyptian Fertility Care Society, at 28 [فيما يلي سيشار إليها *The Postabortion Caseload in Egyptian Public Hospitals*].<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Abortion Worldwide 2008، الحاشية 50.

<sup>70</sup> R. Dabsh and F. Fehmy , (2009), *Abortion in the Middle East and North Africa*, USA: Population Reference Bureau.

<sup>71</sup> The Postabortion Caseload in Egyptian Public Hospitals 1998، الحاشية 68.

<sup>72</sup> A. Ahmed , R. Sorour, N. Ford. and A. Ankoumah , A. (1996), صنع القرار المعني بالإجهاض في سياق غير مشروع: دراسة حالة من ريف مصر، فعاليات المؤتمر، المؤتمر المعني بشئون الإجهاض، هولندا.

<sup>73</sup> Abortion Worldwide 2008، الحاشية 50.

فإن عدد الوفيات الناجمة عن الإجهاض عن السنوات 2000، 2002، 2006 كانت 4.6 % و 4 % و 1.9 % على التوالي. إلا أن هذه الأرقام لا تشير إلى ما إذا كانت هذه حالات إجهاض تلقائية أم قسدية.

ويمثل الافتقار إلى قاعدة بيانات حول عدد عمليات الإجهاض القسدي أو الأسباب المؤدية إليه عائقًا كبيرًا أمام إصلاح برامج الرعاية الصحية لما بعد الإجهاض، وكذا تحديد خدمات الرعاية الصحية ورفع الوعي الاجتماعي، بما يجنب النساء تعدد مرات الإجهاض.<sup>74</sup> كما أنها تعارض التوصية العامة رقم 9 الصادرة عن لجنة السيدا في أن المعلومات المجمعة من خلال المسوح الوطنية تساعد الباحثين والجهات المعنية في تجميع المعلومات اللازمة حول النساء، ولاسيما فيما يتصل بالإجهاض.<sup>75</sup>

**التوصية:** يجب على الحكومة أن تجري مسوح وطنية حول معدل الإجهاض القسدي وأسبابه، وكذلك الوسائل المستخدمة، بين النساء المتزوجات وغير المتزوجات.

### ج. إمكانية الوصول إلى خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة الشاملة

يعد الوصول إلى وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة أمرًا مركزيًا وضروريًا لحماية حقوق المرأة في الحياة والصحة. ولقد شددت لجنة السيدا على أن عدم إتاحة وسائل منع الحمل من شأنه أن يعوق حق المرأة في "اتخاذ قرارات بحرية ومسئولية حول عدد الأطفال وفترة المباشرة بينهم."<sup>76</sup> ومن أجل حماية هذه الحقوق، "يجب على المرأة أن تحصل على معلومات حول تدابير وسائل منع الحمل واستخدامها، وكذا أن تتاح لها الثقافة الجنسية وخدمات تنظيم الأسرة."<sup>77</sup>

وتشجع الحكومة المصرية تنظيم الأسرة وكذلك تؤكد إحصائيات الصحة العالمية لسنة 2009 على أن حوالي 60 % من المصريين يستخدمون شكلاً من أشكال وسائل تنظيم الأسرة.<sup>78</sup> وتعزي الحكومة هذا المعدل العالي نسبيًا من استخدام وسائل منع الحمل إلى "جهودها المكثفة لتوعية النساء بالخدمات الصحية المتاحة"، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة.<sup>79</sup> إلا أن المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008 أوضح أن ثلث النساء لم يتعرضن لأي رسائل معنية بتنظيم الأسرة خلال الأشهر الست السابقة على المسح، بما يمثل "انخفاضًا واضحًا في التعرض لرسائل تنظيم الأسرة" منذ المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2005،<sup>80</sup> ومما يدل على وجود فجوة كبيرة في المعلومات المتاحة للنساء المصريات.

وحسب المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008، فإن 30 % فقط من النساء تلقين مشورة حول وسائل تنظيم النسل بعد الولادة، وهو عدد منخفض جدًا، خاصة أن عدم استخدام وسائل تنظيم النسل يعرض المرأة لخطر الحمل غير

<sup>74</sup> *The Postabortion Caseload in Egyptian Public Hospitals*، 1998، الحاشية 68.

<sup>75</sup> التوصية العامة رقم 9، السيدا، بيانات إحصائية حول وضع المرأة، وثيقة الأمم المتحدة 44/38 (1989).

<sup>76</sup> سيدا، 193، الحاشية 1.

<sup>77</sup> لجنة السيدا، التوصية العامة 21، المساواة في الزواج والعلاقات الأسرية، الفقرة 22، وثيقة الأمم المتحدة A/47/38 (1994).

<sup>78</sup> منظمة الصحة العالمية، الإحصائيات الصحية العالمية 2009، 18، يمكن الإطلاع عليها على الرابط

<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html> (تشير إلى انتشار وسائل منع الحمل بنسبة 59.2%)؛ أنظر تقرير الحكومة المصرية،

الحاشية 10 (انتشار وسائل منع الحمل بنسبة 59%)؛ 2008 المسح الصحي الديموجرافي، الحاشية 21 (انتشار وسائل منع الحمل بنسبة 60% بين النساء

المتزوجات حاليًا)؛ EGYPT STATE INFORMATION SERVICE، YEAR BOOK 2007، available at

[2007 Egypt State Information Service] <http://www.sis.gov.eg/En/Pub/yearbook/book2007/> (يشير إلى انتشار وسائل منع الحمل

بنسبة 63.3%).

<sup>79</sup> تقرير الحكومة المصرية، الفقرة 12.1.2، الحاشية 10.

<sup>80</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 62، الحاشية 21.

المرغوب بعد الولادة السابقة مباشرة، وهو الأمر الذي من شأنه أن يتسبب في مخاطر صحية ومضاعفات قد تصل إلى الوفاة أثناء الحمل.<sup>81</sup> وفي مصر نحو 10% من احتياجات تنظيم الأسرة لا تلبىها الخدمات المتاحة، ونحو ثلث هذه الحاجات التي لا تلبىها الخدمة تتمثل في حصول المرأة على المعلومات الصحيحة حول الفترة المناسبة بين الحمل والآخر.<sup>82</sup> وبينما ارتفعت نسبة استعانة الريف بالقطاع العام في تقديم خدمات تنظيم الأسرة بنسبة 33% في الفترة ما بين 2005 و 2008،<sup>83</sup> فإن حاجات تنظيم الأسرة التي لا تلبىها الخدمة لا تزال في أعلى معدلاتها بين النساء الريفيات، خاصة في صعيد مصر والمحافظات الحدودية.<sup>84</sup> وبشكل عام فإن 14% من المواليد في السنوات الخمس السابقة على المسح الصحي الديموجرافي لعام 2008 لم يكن مرغوباً فيهم وقت الحمل؛ من بينها 5% من حالات الحمل أصبح مرغوباً فيها في وقت لاحق و 9% لم يكن مرغوباً فيها على الإطلاق.<sup>85</sup>

وتظل المعوقات التي تعرقل الوصول إلى الخدمات قائمة. وبالرغم من زيادة عدد مراكز تنظيم الأسرة،<sup>86</sup> إلا أن 63% من النساء وصفن الافتقار إلى مقدمي الرعاية الصحية بأنها "مشكلة كبرى محتملة" في طريق الوصول إلى الرعاية الصحية.<sup>87</sup> ونظراً إلى أن التأمين الصحي لا يشمل خدمات تنظيم الأسرة في مرافق القطاع العام،<sup>88</sup> وأن 92% من المرافق تتقاضى رسوم ما،<sup>89</sup> 44% من النساء الخاضعات للاستبيان أو اللاتي أجريت مقابلات معهن أشرن إلى أن الافتقار إلى الموارد المالية اللازمة للعلاج كمشكلة قائمة تعيق إتاحتهم للخدمات.<sup>90</sup> وبالإضافة إلى ذلك، فقد عبرت 40% من النساء عن تخوفهن من عدم توفر مقدمي الرعاية الصحية من الإناث.<sup>91</sup> هذا وبرغم تأكيد الحكومة المصرية على أنها سوف تشجع وزارة الصحة على "تعيين طبيبات للعمل في الوحدات الصحية ومراكز تنظيم الأسرة في المناطق الريفية لتشجيع النساء الريفيات على التردد على هذه الوحدات"، فإن هذا الجهد لن يسهم في حل المشكلة الأكبر وهي النقص الشديد في الطبيبات، اللواتي يشكلن 25% فقط من إجمالي الأطباء.<sup>92</sup>

وحتى عندما تتغلب النساء على العوائق التي تعرقل إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، فإن عيادات تنظيم الأسرة ذاتها تعاني الكثير من أوجه القصور. فعلى الرغم من تأكيد الحكومة على أن "كافة المكونات اللازمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية متوافرة" في مراكز صحة المرأة،<sup>93</sup> فإن مسح دراسة تقديم الخدمة الصحية الذي أجري عام 2004 يشير إلى أن "نسبة مكاتب الصحة التي تقدم الوسائل الأربعة الأكثر استخداماً لمنع الحمل انخفضت بشكل جوهري من 89% في عام 2002 إلى 70% في عام 2004."<sup>94</sup> وحسب المسح نفسه، فإن المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات المعنية بتنظيم الأسرة لم تكن متاحة إلا في 37% من مراكز تقديم خدمات تنظيم الأسرة، كما أن كافة

<sup>81</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>82</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 108، الحاشية 21.

<sup>83</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>84</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 114، الحاشية 21.

<sup>85</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 113، الحاشية 21.

<sup>86</sup> عدد مراكز تنظيم الأسرة زادت من 4400 في عام 1992 إلى 6550 في 2007. Egypt State Information Service 007، الحاشية 78؛ المسح

الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 147، الحاشية 21.

<sup>87</sup> عدد مراكز التخطيط الأسرة زادت من 4400 في عام 1992 إلى 6550 في 2007. خدمة استعلامات الدولة المصرية 2007، الحاشية 78.

<sup>88</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية 2004، الحاشية رقم 12.

<sup>89</sup> المرجع السابق.

<sup>90</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

<sup>91</sup> المرجع السابق.

<sup>92</sup> Fayssal M. Farahat, *Challenges Facing Female Physicians in Egypt*, 64 ARCHIVES OF ENVTL. & OCCUPATIONAL HEALTH

121, 121-23 (2009).

<sup>93</sup> تقرير الحكومة المصرية، الحاشية 10.

<sup>94</sup> المرجع السابق.

المواد المساعدة المستخدمة لدعم تقديم المشورة ذات الجودة لم تكن متاحة إلا في 29 % فقط من جميع المرافق.<sup>95</sup> كما تفتقر 16 % من المراكز للقدر الكافي من الخصوصية.<sup>96</sup>

كما تشكل التوجهات السلبية المستمرة تجاه بعض الجوانب المتعلقة باستخدام الأساليب المختلفة لتنظيم الأسرة، عائقًا آخر أمام إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات. حيث أن 2 % فقط من النساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن ما بين 15 و 49 سنة يعتبرن استخدام وسائل تنظيم الأسرة قبل أول حمل أمرًا ملائمًا.<sup>97</sup> ولقد شكل الاعتراض على استخدام وسائل منع الحمل، سواء من جانب المرأة أو من جانب زوجها نحو 6 % من إجمالي عدد العازقات عن استخدام هذه الوسائل، و 11 % من بين الشباب اللواتي لا يستخدمون هذه الوسائل.<sup>98</sup> وثمة مقاومة ملحوظة بشكل خاص لاستخدام الواقي الذكري، حيث إن 16 % توقف عن استخدام هذه الوسيلة نتيجة لعدم رغبة الزوج.<sup>99</sup>

ومن الجدير بالذكر أن مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية يشير إلى أن كافة المواد اللازمة لمنع العدوى (مثل مهمات غسل اليدين، والقفازات المطاطية المعقمة أو النظيفة، والمحاليل المعقمة، وصناديق الأدوات الحادة) لم تكن متوافرة في أقسام تنظيم الأسرة إلا في 18 % فقط من المرافق الصحية، كما أن المبادئ التوجيهية المعنية بمكافحة العدوى الصادرة عن وزارة الصحة لم تكن متوافرة إلا في 4 % فقط من المرافق.<sup>100</sup> وغالبًا ما تكون المواد غير المتوافرة هي القفازات المطاطية (حيث أنها غير متوافرة في 70 % من المرافق)، ويليها الصابون وصناديق الأدوات الحادة (فكلاهما غير متوافرين في ما يقرب من ثلث المرافق).<sup>101</sup> ولقد كشف مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية 2004 أن واحد - على الأكثر - من كل عشرة مقدمي خدمة كانوا يغسلون أيديهم قبل إجراء فحص الحوض أو تركيب اللولب، وأن اثنين من كل عشرة يغسلون أيديهم بعدها.<sup>102</sup>

ولا تزال هناك فجوات كبيرة في المعلومات الإنجابية، حيث تبين من المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008 أن أكثر من أربعة من كل عشرة خاضعين للاستبيان إما كانوا غير قادرين على تحديد متى تكون المرأة أكثر عرضة لخطر الحمل أو يعتقدون أن نسبة خطر تعرض المرأة للحمل لا تتغير طوال دورتها الشهرية.<sup>103</sup> وبينما تعد المعرفة بحبوب منع الحمل، واللولب الرحمي، والحقن شبه معقمة ومتعارف عليها بين النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة، فإن نصف النساء فقط يعرفن الواقي الذكري في حين أن 6 % فقط على وعي بوسائل منع الحمل الطارئة.<sup>104</sup> ومن بين النساء اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل، أبلغت ثلثي العينة فقط أن مقدم الرعاية الصحية ناقش معهن الوسائل البديلة، في حين أن 56 % تم إعلامهن بالأعراض الجانبية المحتملة، و 46 % فقط أبلغن بما يفعلن إذا ما شعرن بأية أعراض جانبية.<sup>105</sup> ويمثل ما سبق إشكالية على وجه الخصوص في ظل "الأعراض الجانبية والشواغل الصحية التي تشكل ما يقرب من ثلاثة في كل عشرة من حالات التوقف عن استخدام [وسائل منع الحمل]."<sup>106</sup>

<sup>95</sup> المرجع السابق.

<sup>96</sup> المرجع السابق.

<sup>97</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 68، الحاشية 21.

<sup>98</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 92،93، الحاشية 21.

<sup>99</sup> مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية 2004، 92، الحاشية 12.

<sup>100</sup> المصدر السابق.

<sup>101</sup> المصدر السابق.

<sup>102</sup> المصدر السابق.

<sup>103</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 63، الحاشية 21.

<sup>104</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، من 50-60، الحاشية 21.

<sup>105</sup> المسح الصحي الديموجرافي، 87، الحاشية 21.

<sup>106</sup> المسح الصحي الديموجرافي، 89-90، الحاشية 21.

التوصيات: يجب على الحكومة أن تبذل مزيداً من الجهد من أجل ضمان إزالة المعوقات التي تعرقل وصول المرأة في المناطق الريفية إلى المعلومات المعنية بتنظيم الأسرة، خاصة توفير مقدمات خدمة من النساء في وحدات الرعاية الصحية. كما ينبغي على الحكومة المصرية أن تضمن تناول الحملات المعنية برفع الوعي حول وسائل تنظيم الأسرة التوجيهات السلبية نحو بعض أساليب تنظيم الأسرة، وأن تشجع على استخدام وسائل منع الحمل التي تتناسب حسب احتياجات كل امرأة وكذا تصحح المعلومات المغلوطة المرتبطة ببعض أنواع وسائل منع الحمل.

## د. إمكانية وصول المراهقين إلى الخدمات والمعلومات الإنجابية

يقتضي واجب الدول الأطراف في حماية حقوق المرأة في الحياة والصحة "تناول قضية صحة المرأة طوال حياتها... وعليه، فإن (كلمة) النساء تتضمن الفتيات المراهقات والراشدين".<sup>107</sup> ولقد شددت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أن "تحقيق الحق في الحياة بالنسبة للمراهقات يعتمد على تطوير رعاية صحية صديقة للشباب، تحترم السرية والخصوصية وتتضمن خدمات صحة جنسية وإيجابية ملائمة".<sup>108</sup> وحسب لجنة حقوق الطفل، فإن هذه الخدمات يجب أن "تتيح المعلومات الجنسية والإنجابية بما في ذلك معلومات حول تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل وكذا مخاطر الحمل المبكر، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومعالجتها"، وكذلك "معلومات حول الضرر الذي يمكن أن يتسبب فيه الزواج المبكر".<sup>109</sup> كما لاحظت لجنة السيدا أن "الفتيات المراهقات غالباً ما يكن أكثر عرضة للاستغلال الجنسي من قبل رجال أكبر سناً"،<sup>110</sup> كما عبرت عن "تخوفها من ارتفاع عدد زيجات الفتيات المبكر [في مصر]، خاصة في المناطق الريفية".<sup>111</sup>

ويتبين من الاتجاهات السائدة في مصر خلال العقد الماضي أن متوسط عمر الزواج يرتفع بوجه عام بالنسبة لكل من الجنسين.<sup>112</sup> وبينما يمثل هذا خطوة إيجابية نحو المساواة بين الجنسين، فإن "الفجوة [الأخذة في التناهي] بين البلوغ والزواج تعد من عوامل الخطر بالنسبة للنشاط الجنسي السابق للزواج دون إتاحة الخدمات الصحية".<sup>113</sup> إن المزيج بين الانتشار المتزايد في النشاط الجنسي قبل الزواج وتنامي نسبة السكان من المراهقين - حيث يشكل الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 24 سنة 31.3% من سكان مصر<sup>114</sup> - يزيد من أهمية حصول المراهقين على المعرفة اللازمة وتمكينهم من الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية. وللأسف، فقد خرج الباحثون بعكس ذلك من خلال أبحاثهم:

بشكل عام، فإن الشباب في مصر يفتقرون إلى معلومات دقيقة وفي المتناول حول قضايا مثل تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسياً. ونتيجة لضعف المعرفة بالقضايا [المتعلقة بالصحة الإنجابية] وانخفاض معدلات

<sup>107</sup> لجنة السيدا، التوصية العامة 24، الفقرة 8، الحاشية 2.

<sup>108</sup> لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام 14: الحق في أعلى مستوى ممكن من الصحة، الفقرة 23، وثيقة الأمم المتحدة E/C.12/2000/4(2000).

<sup>109</sup> لجنة حقوق الطفل، تعليق عام 4، الفقرة 27، وثيقة الأمم المتحدة (2003) CRC/GC/2003/4.

<sup>110</sup> لجنة السيدا، توصية عامة 24، الفقرة 12(ب)، الحاشية 2

<sup>111</sup> تقرير لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة، الجلسان الرابعة والعشرين والخامسة والعشرين، الفقرة 352، وثيقة الأمم المتحدة (2001) A/56/38 [الملاحظات الختامية للجنة السيدا عن مصر 2001].

<sup>112</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 99-100، الحاشية 21.

<sup>113</sup> DeJong, et al., *The Sexual and Reproductive Health of Young People in the Arab Countries and Iran*, 25 REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS 53 (2005) [2005 *The Sexual and Reproductive Health of Young People*].

<sup>114</sup> USAID, Egypt: *Youth Champions Working for Policy Implementation*, YOUTH REPRODUCTIVE HEALTH POLICY COUNTRY BRIEF SERIES NO. 4, 2 (2005), available at [www.policyproject.com/pubs/.../Egypt%20country%20brief.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/.../Egypt%20country%20brief.pdf) (citing 2005 USAID study) [2005 USAID Youth Reproductive Health Policy Paper].



استخدام وسائل منع الحمل، فإن الشباب يعانون من نسبة غير مقبولة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وكذا ارتفاع معدلات وفيات الأمهات، والاحتياجات الصحية التي لا تتوفر لها استجابة مناسبة.<sup>115</sup>

وفي حين بدأت الحكومة المصرية في الترويج للعيادات الصديقة للشباب، فإن هذه العيادات لا تقدم خدمات تنظيم الأسرة بشكل عام.<sup>116</sup> وفي العدد الضئيل من المراكز التي تقدم هذه الخدمات، فإن عددا ضئيلا جداً من الشباب ينتفعون بتلك الخدمات نتيجة لأنشطة الترويج غير الناجحة، والشعور بالخجل، وعدم التيقن مما إذا كانت هناك طبيبة أنثى متاحة أم لا في تلك العيادات.<sup>117</sup> وفي دراسة أجريت سنة 2008 حول ثمانية مراكز صديقة للشباب، كشفت أن أربعة منها مكونة من غرفة واحدة فقط، "تنتهك سرية المستفيد وخصوصيته"،<sup>118</sup> كما كانت أربعة من هذه المراكز تفتقر إلى حوض بمياه جارية، ولا يوجد في أي منها صورة من المبادئ التوجيهية الوطنية المعنية بمكافحة العدوى.<sup>119</sup> ولم تتح أية مواد حول استخدام الواقي الذكري، أو الأمراض المنقولة جنسياً، وتنظيم الأسرة، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو التغذية.<sup>120</sup>

وعلى الرغم من "الاحتياجات الكبرى التي لا تلبها الخدمات الصحية لهذه الفئة العمرية"،<sup>121</sup> تواصل الحكومة "سياسة الصمت" التي تنتهجها حيال تنظيم الأسرة بالنسبة للمراهقين والراشدين،<sup>122</sup> ولا تتناول القضية صراحة "إلا من خلال نصوص الرعاية الصحية للفتيات قبل الزواج وفحوص ومشورة ما قبل الزواج".<sup>123</sup> إن عدم تناول القضية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين يعد من أعراض التوجهات السلبية القائمة تجاه ممارسة الجنس قبل الزواج، بما في ذلك "التوجهات التعسفية وغير المتعاطفة من جانب العاملين الصحيين".<sup>124</sup> وفي دراسة أجريت سنة 2007 حول الفتيات في ريف صعيد مصر، وجد الباحثون أن "مصادر المعلومات الصحية نادرة وشحيحة، ومخبأة عن الفتيات بحجة أنها "مثيرة للخجل" إلى أن يتزوجن".<sup>125</sup>

كما أن المراهقين المتزوجين يعانون من عدم تلبية احتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية. ففي حين لا يستطيع الشباب "غير المتزوج الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ووصمهم اجتماعياً في حال حاولوا الحصول عليها، فإن أولئك الذين يتزوجون مبكراً غالباً ما يفتقرون إلى المعرفة وإمكانية الوصول إلى خدمات مثل وسائل منع الحمل".<sup>126</sup> ومن بين الفتيات المراهقات المتزوجات واللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة فإن نسبة 23% فقط يستخدمن وسائل منع الحمل، أي أقل بكثير من عدد النساء المتزوجات الأكبر سناً اللاتي يستخدمن وسائل منع

Doaa Oraby, et al., *Assessment of Youth Friendly Clinics in Teaching Hospitals in Egypt 1* (ed. Mariam Shouman, 2008) <sup>115</sup>  
Family Health International with UNFPA, available at <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/esvin7blgv2r3bq6dqhpiwbyzthu3wvu7oa7gzqauunscftfnohdiadwcy4bjqep66xubgutujbhyk/m/Assessmentreportmay28final2.pdf> [2008 Assessment of Youth Friendly Clinics].

<sup>116</sup> المرجع السابق.

<sup>117</sup> المرجع السابق.

<sup>118</sup> المرجع السابق.

<sup>119</sup> المرجع السابق.

<sup>120</sup> المرجع السابق.

<sup>121</sup> *The Sexual and Reproductive Health of Young People*, 2005، الحاشية 113.

<sup>122</sup> المرجع السابق.

<sup>123</sup> USAID Youth Reproductive Health Policy Paper، 2005، الحاشية 114.

<sup>124</sup> A.A. Olukoya et al., *Special Communication from the World Health Organization: Unsafe abortion in adolescents*, 75

INT'L J. OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS 140 (2001).

<sup>125</sup> Martha Brady, et al., *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt* 9 (2007) Population Council, available at [www.popcouncil.org/pdfs/IshraqFullReport.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/IshraqFullReport.pdf).

<sup>126</sup> *The Sexual and Reproductive Health of Young People*, 2005، الحاشية 113.

الحمل.<sup>127</sup> والنتيجة هي أن حوالي 9 % من الفتيات المصريات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة وحوالي 20 % من الفتيات اللاتي يبلغن 19 سنة قد بدأت بالفعل في الحمل وإنجاب الأطفال.<sup>128</sup> وبحسب إحصائيات صندوق الأمم المتحدة للسكان فإن خطر وفاة الأمهات بين النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 يرتفع بمعدل أربعة أضعاف عن السيدات الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 25 و 29 سنة كما أن أبنائهن يعانون من مستويات أعلى من الإصابة بالأمراض والوفاة.<sup>129</sup>

## التثقيف الجنسي الشامل

تتناول المواد 10 و 14 و 16 من السيداو حق المرأة في المساواة في التثقيف والتوعية والحصول على معلومات حول شئون الزواج والعلاقات الأسرية. كما تناولت اتفاقية مؤتمر القاهرة المبرمة في 1994 و منهاج عمل المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في بكين عام 1995 أهمية التثقيف الجنسي الشامل لتحقيق الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية.

ولا تزال إتاحة البرامج الإعلامية والتثقيفية المعنية بحقوق الأفراد وصحتهم الإنجابية والجنسية في مصر محدودة، حيث أدمج عدد ضئيل من المنظمات الوطنية والدولية غير الحكومية والحكومية العاملة في مصر برامج لرفع الوعي بالحقوق والصحة الإنجابية والجنسية في مشروعاتهم إلا أن مصادر المعلومات حول قضايا الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية لا تزال غير متاحة أو يصعب الوصول إليها بالنسبة للغالبية العظمى من الشباب والراشدين المصريين.<sup>130</sup>

وعلى الرغم من تأكيد مصر على أن وزارة التربية والتعليم قد أدخلت مواضيع الصحة الإنجابية ضمن المناهج التعليمية،<sup>131</sup> فإن البحث يشير إلى أن "المناهج التعليمية التي تتطوي على موضوعات معنية بالصحة الجنسية والإنجابية نادرة وإن وجدت فإن هذه الأجزاء عادة ما يتخطاها المدرسون غير المؤهلين أو الذين يخرجون من تدريس هذه المادة."<sup>132</sup> علاوة على ذلك، فإن إسهامات وزارتي التعليم والإعلام في تناول مواضيع الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية اقتصرت بالندرة والقلة وغالبًا ما تكون متأثرة بالتأوهات الاجتماعية التي تحيط بمناقشة مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية مع الرجال والنساء غير المتزوجين.<sup>133</sup> كما أن المعلومات والبرامج التثقيفية المتاحة تحت رعاية المنظمات غير الحكومية، والمجلس القومي للطفولة والأمومة، ووزارة الصحة تقتصر على طالبي الخدمة الصحية والمشاركة الطوعية.

وتشير إفادات العاملين الميدانيين ونتائج الأبحاث التي أجريت في الخمسة عشرة سنة الأخيرة إلى أن ثمة أوجه عجز ملحوظة في المعرفة المتوفرة حول الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية في مصر.<sup>134</sup> وتكشف هذه الإفادات عن

<sup>127</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، 106، الحاشية 21.

<sup>128</sup> WORLD BANK, GENDER ASSESSMENT SURVEY OF EGYPT, para. 50 (June 2003).

<sup>129</sup> S. Douki, et al., *Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues*, 102 J. OF AFFECTIVE DISORDERS 177, 183 (2007).

<sup>130</sup> Roudi-Fahimi, Farzaneh and and Loris Ashford, *Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa*, (Cairo: Population Reference Bureau, 2008), 43-7.

<sup>131</sup> تقرير الحكومة المصرية، الفقرة 59، الحاشية 10.

<sup>132</sup> *The Sexual and Reproductive Health of Young People* 2005، الحاشية 113.

<sup>133</sup> يسري عفيفي، عرض بعنوان: تضمين الصحة الإنجابية في المناهج الدراسية، الجلسة الثالثة، ندوة دعم الشراكة من أجل رفع مستوى وعي الشباب

بموضوعات الصحة الإنجابية القاهرة، نوفمبر 2009.

<sup>134</sup> غادة برسوم (2009) "عرض بعض النتائج الأولية لبحث النشأ والشباب في مصر (ورقة مقدمة في ندوة التعاون من أجل رفع الوعي حول قضايا الصحة الإنجابية، القاهرة، مصر، نوفمبر 2009).

قصور المعلومات القائمة على أساس البيانات بين الشباب فيما يخص التطورات الفسيولوجية والعاطفية في أثناء مرحلة البلوغ، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا،<sup>135</sup> وختان الإناث،<sup>136</sup> وكذا الحماية من أوجه الاستغلال الجنسي. ولا تزال هذه الموضوعات خارج نطاق المناهج الدراسية والرسائل الإعلامية ومن ثم يتعذر الوصول إليها من قبل الرجال والنساء غير المتزوجين.

**التوصيات:** يجب على الحكومة المصرية أن تقر وتؤكد على حق الأفراد في الحصول على تثقيف حول الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية قائم على أساس البيانات وملائم للمرحلة العمرية. وكذلك على الحكومة أن تتعاون مع مؤسسات المجتمع المدني في تحديد وتطوير مناهج شاملة للتثقيف الجنسي على المستوى الوطني. كما ينبغي على الحكومة أن تطور عيادات صديقة للشباب تقدم خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين مع ضمان خصوصية المستفيدين وسريتهم.

## II. الحق في التحرر من التمييز بما في ذلك العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي (المواد 1 و2 و12 و14 و16)

أوضحت لجنة السيداو أن تعريف الاتفاقية للتمييز "يتضمن العنف الجنسي، وهو العنف الموجه ضد المرأة لكونها امرأة أو الذي يقع أثره الأكبر على المرأة وتتضمن أعمالاً تؤدي إلى الضرر أو المعاناة البدنية، أو النفسية، أو الجنسية، والتهديد بمثل هذه الأفعال، والإكراه وغيرها من أفعال الحرمان من الحرية."<sup>137</sup> كما شددت اللجنة على أن "التمييز بموجب الاتفاقية غير مقتصر على الأفعال المرتكبة من قبل أو نيابة عن الحكومة"، وأن "الدول قد تكون مسؤولة عن الأفعال الخاصة إذا لم تتصرف بالعناية المطلوبة من أجل منع انتهاكات الحقوق أو التحقيق في أو المعاقبة على أعمال العنف، وكذلك دفع التعويضات."<sup>138</sup>

### أ - العنف والتحرش الجنسي

لا تزال الأبحاث التي تناولت العنف الجنسي في مصر<sup>139</sup> قليلة بشكل لافت، كما أن الأبحاث المتوافرة تعد قاصرة من حيث القضايا التي تتناولها، والشرائح المستهدفة والمنهجيات المستخدمة. ويفتقر تقرير مصر المقدم إلى لجنة السيداو إلى البيانات اللازمة بشأن مدى انتشار العنف الجنسي وكذا التدابير اللازمة للتعامل معه. ولا تنشر الدولة إحصائيات وزارة الداخلية عن أعداد جرائم العنف الجنسي المبلغ بها أو المقيدة من قبل الشرطة، أو أعداد جرائم العنف الجنسي التي تنظر فيها المحاكم. وعلى الرغم من وجود هذه الأعداد سنويًا في تقرير الأمن العام، فإن الوزارة ترفض إتاحة التقرير منذ 1997 للصحافيين، والباحثين، والأكاديميين، أو الجمهور.

<sup>135</sup> المسح الصحي الديموجرافي، 145، 146، الحاشية 21.

<sup>136</sup> El-Mouelhy, Mawaheb, Amel Fahmy & Ahmed Ragab, *Investigating Women's Sexuality in Relation to Female Genital Mutilation in Egypt*, study briefing disseminated at the Cairo Family Planning and Development Association Study Briefing Session, Cairo, 11 Nov. 2009 [2009 *Investigating Women's Sexuality*].

<sup>137</sup> التوصية العامة للسيداو رقم 19، السجلات الرسمية للجمعية العامة للأمم المتحدة 1992، الوثيقة رقم A/47/38، الفقرة 6.

<sup>138</sup> المرجع السابق، الفقرة 9.

<sup>139</sup> يعرف العنف الجنسي بأنه "أي عمل جنسي أو محاولة الحصول على العمل الجنسي، والتعليقات أو التحرشات الجنسية غير المرغوبة أو أعمال الاتجار الجنسي أو أي شيء آخر موجه نحو الحالة الجنسية لشخص بالإكراه من قبل أي شخص بغض النظر عن علاقته أو قرابته بالضحية في أي موقع أو مكان بما في ذلك -وليس حصراً- أو تحديداً - البيت ومكان العمل". (منظمة الصحة العالمية)

وتشير الأدلة المتوفرة إلى أن العنف الجنسي ضد المرأة في مصر منتشر انتشاراً واسعاً، حيث يقع في جميع المناطق الجغرافية، وكافة الفئات الاجتماعية، ضد النساء من جميع الأعمار. إلا أن الغالبية العظمى من النساء اللاتي يواجهن مثل هذا العنف غير قادرات أو لا يرغبن في طلب المساعدة أو الحماية من سلطات الدولة.

## 1. العنف الجنسي ضد النساء الراشدات

### الاغتصاب وهتك العرض

نظراً لأن نسبة الضحايا الذين يبلغون عن أحداث الاغتصاب وهتك العرض في أقسام الشرطة أو الذين يطلبون المساعدة من مؤسسات الدولة محدودة للغاية، نجد أنه من الصعب حصر هذه الحالات وأثرها على المرأة. ومن واقع المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2005، فإن 6.6% من النساء اللاتي تزوجن أبلغن عن أنهن أرغمن على ممارسة الجنس مع أزواجهن مرة واحدة على الأقل في حياتهن و 2% تعرضن لهذا النوع من العنف خلال الأثني عشر شهراً السابقة على التقرير، في حين أن النساء الريفيات يعتبرن الأكثر عرضة للاستغلال والاعتداء الجنسي مقارنة بنساء الحضر.<sup>140</sup> وأظهرت دراسة أجراها النشار وزملاؤه<sup>141</sup> عن استغلال النساء جنسياً، عن أن 11.5% من العينة التي استهدفتها الدراسة تعرضن لاستغلال أو انتهاك جنسي من قبل أزواجهن. أما عن الاغتصاب والاعتداء الجنسي خارج المنزل، أظهرت دراسة أجريت مؤخراً أن نسبة تتراوح ما بين 9 إلى 13% من النساء يعرفن أنثى تعرضت للاغتصاب أو هتك العرض.<sup>142</sup> وتعد هذه الأرقام مرتفعة بشكل يثير الفزع مع ملاحظة أن وسائل إجراء المقابلات المستخدمة في المسوح قد تكون تسببت في ميل النساء إلى عدم الإبلاغ عن كل ما يتعرضن له.<sup>143</sup>

وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الاغتصاب والانتهاك الجنسي، فإن الغالبية العظمى من الضحايا لا يطلبن المساعدة من أية جهة.<sup>144</sup> أما الضحايا اللواتي يطلبن المساعدة، فإن الغالبية العظمى منهن تطلب مساعدة الأسرة، بالمقابل يحجمن عن طلب التعويضات أو إجراءات الإنصاف القانوني أو حتى التواصل مع الخدمات الاجتماعية أو الطبية.<sup>145</sup> ويعزى انخفاض معدلات اللجوء إلى المساعدة بشكل كبير إلى غياب خدمات المساعدة المتاحة والناجحة، كما سيأتي تفصيلاً أدناه. كما يمكن أن يفسر هذا بالقبول المجتمعي للعنف ضد المرأة بشكل عام والعنف الأسري على وجه الخصوص. وفي حين تبين نتائج المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008 أن قبول العنف الأسري بما في ذلك الاغتصاب الزوجي أخذ في التراجع، فإن ما يقرب من 40% من النساء المتزوجات لا يزلن يعتقدن أن الرجل ربما يكون محقاً أحياناً في ضرب زوجته.<sup>146</sup> ومما يثير الفزع أن الخاضعات للدراسة الأصغر سناً (15-19) هن الأكثر ميلاً إلى التصديق بأن الزوج محق في ضرب زوجته. ونجد أن قبول العنف الجنسي الزوجي أكثر تأصلاً حيث إن

<sup>140</sup> فاطمة الزناتي وأن واي (2006) المسح الصحي الديموجرافي 2005 (وزارة الصحة والسكان المصرية؛ مجلس السكان القومي المصري) [المسح الصحي الديموجرافي 2005].

<sup>141</sup> Elnashar A.M., EL-Dien Ibrahim M., Eldesoky M.M., Aly O.M., El-Sayd Mohamed Hassan M. 'Sexual abuse experienced by married Egyptian women', *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 99, 216–220.

<sup>142</sup> National Council for Women (2009) Egypt, *Violence against Women Study, Summary of findings*, USAID and the National Council for Women, Cairo: Egypt [2009 *Violence against Women Study*].

<sup>143</sup> تقنيات إجراء المقابلات المستخدمة في المسوح لا توفر السرية الكافية للخاضعين للمسح ومن ثم يحتمل أن الكثير من النساء يحجمن عن الكشف عن الشؤون الحميمة أو الخاصة أمام الغير.

<sup>144</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2005، الحاشية 140.

<sup>145</sup> Boy A. and Kulczycki A. (2008) 'What We Know About Intimate Partner Violence in the Middle East and North Africa', *Violence against Women* 2008; 14; 53 [2008 'What We Know About Intimate Partner Violence...']

<sup>146</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الحاشية 21.

الغالبية العظمى من النساء يعتقدن بأنه ليس من حقهن رفض المعاشرة الجنسية مع أزواجهن.<sup>147</sup> ويلقي هذا الضوء على الحاجة الملحة لحملة رفع الوعي بين جيل الشباب.

### التحرش الجنسي

تعد الأشكال الأخف من العنف الجنسي أكثر انتشاراً، حيث كشفت أحد المسوح التي أجريت عام 2008<sup>148</sup> أن 83% من النساء المصريات و98% من النساء الأجانب في مصر تعرضن لوقائع التحرش الجنسي في الشارع، حيث تقع أكثر من نصف هذه الحوادث بصفة يومية. كما أن هذا النوع من التحرش يحدث في جميع الأوقات من النهار والليل، ضد النساء من كافة الأعمار، وكافة الخلفيات الاقتصادية، وضد النساء المحافظات في مظهرهن وكذا اللاتي يرتدين الملابس على الطريقة الغربية. فأكثر من 90% من الإناث وافقن على أن التحرش الجنسي بات ظاهرة أخذت في التنامي مؤخراً.

ومؤخراً تشهد مصر ظاهرة متنامية حيث تقوم مجموعات من الشباب بالتحرش بالنساء بشكل جماعي وفي الأماكن العامة خاصة في أيام الأعياد. وقد تضمنت أحداث هذه الظاهرة إحاطة مئات الرجال بمجموعة من النساء في دائرة مغلقة، وينزعون عنهن الملابس ويلمسون أجسادهن، بينما تظل السلطات القائمة على تنفيذ القانون صامتة وغير مكرثة.<sup>149</sup> وأصبحت تلك الوقائع منتشرة خلال السنوات الثلاثة الأخيرة وتقتضي عناية خاصة وجدية من قبل السلطات القائمة على تنفيذ القانون.

ويعتبر التحرش الجنسي في مكان العمل واسع الانتشار حيث وجدت إحدى الدراسات التي ركزت على التحرش الجنسي بالعمالات في المصانع أن أغلبية أولئك النساء تعرضن للتحرش الجنسي من الزملاء ورؤساء العمل.<sup>150</sup>

وعلى الرغم من الطبيعة الغالبة للمشكلة، فقد كشفت دراسات عن أن الغالبية العظمى من النساء لم يفعلن شيئاً عند مواجهتهن للتحرش الجنسي. حيث إن 2% فقط من النساء المصريات أبلغن عن التحرش الجنسي في أقسام الشرطة. ولا تزال التوجهات والآراء العامة تمثل إشكالية كبيرة. فنجد أن كل من الرجال والنساء يميلون إلى الإلقاء اللوم على الإناث.<sup>151</sup> وتؤثر هذه الآراء في الإبلاغ عن وقائع التحرش الجنسي، حيث إن معظم النساء يشعرن بأنهن إذا ما أبلغن عن التحرش فسوف يلقي المجتمع باللائمة عليهن. وعند إجراء مقابلات مع نساء شرحن أن المرأة لا تستطيع إبلاغ الأسرة أو الأصدقاء أو الشرطة بواقعة التحرش خوفاً على سمعتها.<sup>152</sup> وقالت الكثيرات من النساء أن ضباط الشرطة غالباً ما يتحرشوا بهن، مما يزيد من القيود على تقديم الشكاوى. بالإضافة إلى ذلك، فلا توجد آليات تأديبية أو آليات تحقيق داخل أماكن العمل تسمح للنساء بالشكاوى من التحرش الجنسي وطلب الحماية.<sup>153</sup>

وفيما عدا دراسة واحدة مذكورة أعلاه، فقد ركزت معظم الجهات الحكومية وغير الحكومية على التحرش الجنسي في الشارع، على حساب تناول الأشكال الأخرى من التحرش مثل التحرش الجنسي في أماكن العمل، والمدارس، ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، والمرافق الصحية. فنحن في حاجة إلى المزيد من البحث لتحديد طبيعة التحرش في محيطات أو فضاءات أخرى، وذلك من أجل التوسع في سياسات شاملة تناهض التحرش الجنسي في كافة الأماكن.

<sup>147</sup> 'What We Know About Intimate Partner Violence...'، 2008، الحاشية 145.

<sup>148</sup> المركز المصري لحقوق المرأة (2008) غيوم في سماء مصر.

<sup>149</sup> مؤسسة المرأة الجديدة (بدون تاريخ) ملف التحرش الجنسي، يمكن الإطلاع عليه على الرابط التالي: [www.nwrcegypt.org](http://www.nwrcegypt.org)

<sup>150</sup> منى عزت 2009، استغلال أجساد النساء بين الهيمنة الذكورية وسلطات العمل، مؤسسة المرأة الجديدة، القاهرة [استغلال أجساد النساء 2009].

<sup>151</sup> أمل عبد الحميد، وزياد العليمي (2009) جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع، مؤسسة المرأة الجديدة، القاهرة [جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع 2009].

<sup>152</sup> المرجع السابق.

<sup>153</sup> استغلال أجساد النساء 2009، الحاشية 150.

## 2. العنف الجنسي ضد الأطفال

لا تتوافر الكثير من الأدلة حول العنف الجنسي الممارس ضد الأطفال في مصر إلا أن بعض الدراسات تبرز أن التعرض للعنف الجنسي يتم بشكل منتظم في بعض الفئات. وبالنسبة للفتيات الصغيرات فإن طلب الحماية أو المساعدة من الدولة يعد شبه مستحيل.

### فتيات الشوارع في نزاع مع القانون

تقدر منظمات المجتمع المدني أن ما يقرب من نصف تعداد أطفال الشوارع في مصر البالغ نحو مليوني نسمة من الفتيات.<sup>154</sup> وتعد بنات الشوارع، من واقع ظروفهن، أكثر عرضة للعنف الجنسي. وترى مؤسسة ECPAT، وهي إحدى المؤسسات العاملة في مجال مكافحة الاستغلال الجنسي للأطفال، أن الأطفال يتم استغلالهم في المطبوعات الخليعة والإباحية، والدعارة، والسياحة الجنسية في مصر، وأن هذه الممارسات أخذت في الانتشار.<sup>155</sup> وبالإضافة إلى المخاطر المصاحبة لقضائهن الليل في الشوارع دون حماية، فإن بنات الشوارع يتعرضن بشكل منتظم للعنف الجنسي من قبل أقرانهن ومن القائمين على تنفيذ القانون. ولقد أبرزت دراسة أجرتها هيومن رايتس ووتش<sup>156</sup> أن ضباط الشرطة غالباً ما يستخدمون التهديد بالعنف أو إلقاء القبض على البنات للحصول منهن على خدمات جنسية. كما أبلغت الفتيات عن موافقتهن على إقامة علاقات جنسية مع ضباط الشرطة ذوي الرتب الدنيا في مقابل حمايتهن من العنف الجنسي الممارس عليهن من رجال آخرين.

وقالت جميع البنات اللاتي تم إلقاء القبض عليهن أن التحرش والاستغلال الجنسيين، بما في ذلك الاغتصاب، كان أمراً معتاداً في أماكن الحجز في أقسام الشرطة. وتعتبر البنات أو الفتيات المقبوض عليهن في جرائم أو مخالفات لها علاقة بالدعارة الأكثر عرضة للاستغلال الجنسي، حيث يعتبر ضباط الشرطة أنهن قد تنازلن عن حقهن في رفض الاتصال الجنسي. عندما تودع الفتيات بمؤسسات الرعاية الاجتماعية، فإنهن يصبحن أكثر عرضة للعنف الجنسي من قبل العاملين وأطفال آخرين.<sup>157</sup> وبسبب وضعهن كفتيات شوارع، لذلك فإن احتمال تقدمهن بشكاوى ضد العنف الذي يتعرضن له يكون منخفضاً جداً وكذلك عدم إمكانية وصولهن إلى الخدمات الصحية والاجتماعية حيث أنها مقصورة على بضع منظمات غير حكومية تقدم بعض الخدمات لأطفال الشوارع.

### الزواج المبكر والزواج "السياحي"

يعد الزواج المبكر شكلاً من أشكال العنف الجنسي الممارس ضد الفتيات. ففي الكثير من الحالات، يتم التعاقد على هذه الزيجات في مقابل تعويض مالي كبير للأسرة كما أنه يعد شكلاً من الاستغلال الجنسي. وهناك نسبة ملحوظة – على الرغم من تدنيها – من النساء في مصر يتزوجن قبل سن الثامنة عشرة. وتكشف البيانات الواردة في المسح الصحي الديموجرافي لسنة 2008 أن 27.8% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 و 49 عاماً تزوجن في سن الثامنة عشرة. وينتشر الزواج المبكر بدرجة أكبر في المناطق الفقيرة. وأبرزت دراسة أجريت عام 2007 أن احتمال الزواج المبكر أكبر لدى الفتيات في ريف صعيد مصر مقارنة بأقرانهن من الحضر، "و غالباً ما تتبع هذه

<sup>154</sup> N. Ammar, (2008) 'The Relationship Between Street Children and the Justice System in Egypt', in the *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.

<sup>155</sup> ECPAT International (2008) *Global Monitoring Report on the status of action against the commercial sexual exploitation of children, Egypt, Bangkok*.

<sup>156</sup> هيومن رايتس ووتش، 2003 متهمين بأنهم أطفال: إساءة معاملة الشرطة المصرية للأطفال. نيويورك: هيومن رايتس ووتش.

<sup>157</sup> مركز البحوث الاجتماعية (مقدم إلى تحالف المنظمات غير الحكومية المعنية بحقوق الطفل) (2007) احتواء المستبعدين، مقارنة حقوقية معنية بسياسات حماية الطفل في مصر، دار نشر الجامعة الأمريكية.

الزيجات مرات حمل متتالية، ومن ثم تعد بمثابة تأييد لدورة الأمية، والفقر في الجيل التالي.<sup>158</sup> بالإضافة إلى ذلك، فقد بدأت الأدلة تبرز على السطح جراء الزيجات "الصيفية"، "حيث يتم تزويج الفتيات المصريات الصغيرات من الأسر منخفضة الدخل لسائحين عرب أثرياء في مقابل مهر، وغالبًا ما يطلقن في نهاية الزيارة."<sup>159</sup> وبينما من الصعب تقدير حجم الظاهرة ونطاقها نتيجة للتزوير المتكرر في وثائق شهادات التسنين، فإن وزارة الصحة والسكان قدرت أن هذه الظاهرة تصل إلى أكثر من 70% من الفتيات في بعض الأحياء والمناطق.<sup>160</sup> ومنذ إدخال التعديل القانوني سنة 2008 المعني برفع السن القانوني لزواج الفتيات إلى 18 سنة (وهي ذات السن القانوني للذكور)، تلقى خط المشورة الأسرية التابع للمجلس القومي للمرأة عددًا كبيرًا من الشكاوى حول الزواج المبكر، الأمر الذي أسفر عن إدانة ما لا يقل عن اثنين من المأذونين الشرعيين بتهمة إبرام عقود زواج لفتيات دون السن القانوني.

**التوصيات:** على وزارة الداخلية أن تقوم باتاحة الاحصائيات حول معدلات الإبلاغ والإدانة بالنسبة لكل نوع من أنواع المخالفات المعنية بالعنف الجنسي. كما يجب على الدولة أن تبدأ وتمول البحث في العنف الجنسي ضد المرأة، مستخدمة فهمًا واسع النطاق للعنف الجنسي، يغطي كافة المناطق الجغرافية، وكافة الفئات السكانية (بما في ذلك النساء غير المتزوجات) واستخدام منهجيات شديدة الدقة.

## ب- رد فعل الدولة على العنف الجنسي

بموجب اتفاقية السيداو، فإنه على الدولة واجب إجراء تحري دقيق لمنع انتهاك الحقوق، وكذلك للتحقيق في والمعاقبة على أعمال العنف، وتقديم التعويض للضحايا.<sup>161</sup> وكجزء من هذا الالتزام، يجب على الدولة أن تضع تدابير قانونية وحمائية ناجعة لدعم وإعادة تأهيل ضحايا العنف الجنسي. إلا أنه وحسب لجنة السيداو، فإن مصر حتى الآن لم تتخذ مقاربة كلية وشاملة لتناول العنف الجنسي.<sup>162</sup> والجدير بالملاحظة أنه في التعديلات المدخلة على قانون الطفل سنة 2008 تم وضع نظام لحماية الطفل بناءً على تنسيق الخدمات بالنسبة للأطفال "المعرضين للخطر" من خلال اللجان متعددة الجهات. إلا أنه في غياب اللائحة التنفيذية للقانون، لا يزال نظام الحماية الجديد غير منفذ حتى الآن.

## 1. القانون والخدمات القانونية والقضائية

النص المعني بالاغتصاب وتفسيره حسب القضاء

يعرف قانون العقوبات الاغتصاب بأنه موقعة أنثى بغير رضاها، وهو فعل يعاقب عليه بالسجن المؤبد أو المشدد (أو بعقوبة الإعدام في حالة الاغتصاب المقترن بالاغتصاب). وبينما ينص القانون على تعريف مقبول لحماية المرأة من الاغتصاب، يتسم التفسير القضائي للقانون بالإشكالية في عدد من النقاط. أولاً، على الرغم من أن القانون لم يستبعد صراحة الزوجات من تعريف الاغتصاب، فقد قررت محكمة النقض أنه "ليس للزوجة المسلمة حرية الاختيار في تسليم أو عدم التسليم نفسها لزوجها، بل هي مجبرة بحكم عقد الزواج وحكم الشرع الى موافقة زوجها عند الطلب، وليس لها أن تمتنع بغير عذر شرعي والا كان له حق تأديبها"<sup>163</sup>، مما يعني أنه من الناحية العملية فإن الاغتصاب الزوجي غير مجرم ولا يعاقب عليه.

<sup>158</sup> Martha Brady, et al., *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt* 1 (2007) Population Council, available at [www.popcouncil.org/pdfs/IshraqFullReport.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/IshraqFullReport.pdf).

<sup>159</sup> *The Sexual and Reproductive Health of Young People* 2005، الحاشية 113.

<sup>160</sup> أخبار مصر، وزارة الأسرة والسكان بمصر تتصدى ل "الزواج الصيفي"، 2009/8/9 متاح على الرابط

<http://www.egynews.net/wps/portal/news?params=73902>

<sup>161</sup> لجنة السيداو، التوصية العامة رقم 19، الحاشية 138.

<sup>162</sup> ملاحظات لجنة السيداو الختامية المعنية بمصر سنة 2001، الفقرة 344، الحاشية 112.

<sup>163</sup> القضية رقم 45 لسنة 1193، محكمة النقض، 22 نوفمبر 1928.

ثانيًا، بينما لا يفتضي القانون صراحة استخدام التهديد أو القسر في تعريف الاغتصاب، فإن المحاكم تطلب أن تثبت المدعية عدم رضائها عن طريق تقديم دليل على أنه تم إجبارها وقسرها جسديًا لإتمام المعاشرة الجنسية.<sup>164</sup> وبالتعارض مع المعايير الدولية الإجرائية،<sup>165</sup> فالقضاة يطلبون إثبات – مصحوب بدليل من الطب الشرعي – على أن الضحية قاومت جسديًا في أثناء الاغتصاب. ولا يعد التعبير اللفظي عن رفضها الدخول في المعاشرة الجنسية كافيًا.<sup>166</sup> وهذا المطلب في تقديم الدليل يجعل من الصعب على الكثيرات من النساء إثبات الاغتصاب، حيث إن علامات مقاومتها قد لا تكون ظاهرة على جسدها، ولا سيما إذا لم يتم جمع أدلة الطب الشرعي في وقت مبكر بعد الاغتصاب. ثالثًا، القانون المصري لا يقيد تقديم أدلة لها علاقة بسمعة الضحية أو سلوكها الجنسي السابق.<sup>167</sup> وباستعراض الدعاوى القضائية المصرية يكتشف أن الحالة الزوجية للضحية، وسمعتها، وأخلاقها تعد من العوامل الرئيسية التي يأخذها القضاة بعين الاعتبار عند استخدامهم لسلطتهم التقديرية في إصدار الأحكام.<sup>168</sup>

### الاعتداء الجنسي وأحكام التحرش الجنسي

يعاقب القانون على هتك العرض، الذي يعرف بأنه "هتك عرض إنسان بالقوة أو بالتهديد"، والشروع في هتك العرض. وإذا كانت الضحية تحت 18 سنة، فإن أي اعتداء جنسي، حتى وإن لم ينطو على استخدام القوة أو التهديد، يعاقب عليه القانون. بالإضافة إلى ذلك، فإن قانون العقوبات يجرم التعرض لأنثى على وجه يחדش حياءها بالقول أو بالفعل في طريق عام أو مكان مطروق، بما في ذلك خدش الحياء الذي يقع عن طريق التليفون. كما أن هتك العرض يعاقب عليه بالحبس من ثلاث إلى سبع سنوات ويعاقب التعرض لأنثى بالحبس سنة واحدة وبالغرامة أو بأي منهما. وثمة ثغرة في القانون، حيث لا يوجد نص يجرم التصرفات والأفعال التي لا تصل إلى هتك العرض ولكنها أكثر شدة من التعرض لأنثى (على سبيل المثال الأفعال التي تنطوي على للمس غير المرغوب فيه ولكنها لا تشكل هتك عرض). وينشأ عن هذه الثغرة عدم كفاية حماية المرأة التي تتعرض لهذا النوع من العنف، ونتج عنها نداءات من منظمات حقوق المرأة لتفعيل قانون جديد شامل بشأن التحرش الجنسي.

### المادة 17 من قانون العقوبات وتخفيف العقوبة

تنص المادة 17 من قانون العقوبات على منح القضاة السلطة التقديرية في الرأفة وتخفيف العقوبة المفروضة على المتهم لعقوبة مخففة أقل من المنصوص عليها لذات الجريمة، إذا كانت ثمة ظروف تخفيفية. ولم يعرف القانون الظروف التخفيفية، ولا يفتضي من القاضي أن يبرر تخفيف العقوبة. ويكشف تحليل الدعاوى القضائية عن أن القضاة يستخدمون هذه السلطة التقديرية في معظم حالات الاغتصاب وهتك العرض، بما في ذلك الحالات التي لا يتطرق فيها الحكم إلى أية ظروف يمكن أن تفسر التخفيف.<sup>169</sup> ويمكن أن تؤدي هذه الممارسة القضائية إلى رأفة في غير محلها بالنسبة للمتهمين كما يشكل انتهاكًا لحق الضحية في العدالة.

### التزام الدولة بالدقة بشكل كاف لمنع، والتحقيق في، والمعاقبة على أفعال العنف الجنسي وتعويض الضحايا

حسب لجنة السيداو،<sup>170</sup> فإنه على الدول مسئولية منع والتحقيق في قضايا العنف الجنسي. إلا أن الإجراءات التي يجب على المدعين القيام بها لدى أقسام الشرطة تفتقر إلى مراعاة اعتبارات النوع الاجتماعي كما تبرز الأدلة من

<sup>164</sup> جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع 2009، الحاشية 151.

<sup>165</sup> أنظر على سبيل المثال قواعد إثبات وإجراءات المحكمة الجنائية الدولية، القاعدة رقم 70(ج): "لا يجوز الاستدلال على الرضاء بسكوت ضحية العنف الجنسي المدعى به أو عدم مقاومتها".

<sup>166</sup> جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع 2009، الحاشية 151.

<sup>167</sup> قواعد الإثبات والإجراءات لدى المحكمة الجنائية الدولية، القاعدة 71.

<sup>168</sup> جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع 2009، الحاشية 151.

<sup>169</sup> المصدر السابق.

<sup>170</sup> لجنة السيداو، التوصية العامة رقم 19، الحاشية 138.



واقع التجربة أن ضحايا العنف الجنسي لا يشجعون من قبل ضباط الشرطة على تقديم شكاوى.<sup>171</sup> فالنساء اللاتي يبلغن عن العنف الجنسي عليهن أن يجبن على أسئلة حميمة أمام الموجودين في قسم الشرطة، وعادةً ما يواجه هذه الأسئلة ضباط من الذكور دون مراعاة لخصوصية الشكوى أو البلاغ، كما أن الضحايا يفدن بأنه يتم استجوابهن بشكل منتظم حول سلوكياتهن الشخصية وأخلاقهن، ومن ثم تتحول الشكوى أو البلاغ إلى اشتباه.<sup>172</sup> وتنتهك هذه الممارسات بوضوح قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التدابير التي تتخذ من أجل القضاء على العنف ضد المرأة، والذي ينص على أن تقنيات التحقيق يجب "ألا تهين المرأة المتعرضة للعنف و[يجب] أن تقلص من التدخل."<sup>173</sup>

وعلى الدولة واجب المعاقبة على أفعال العنف الجنسي وتعويض الضحية. وتنص القوانين المصرية على نطاق من العقوبات لمرتكبي العنف الجنسي، إلا أن بعض مرتكبي هذه الجريمة يسمح لهم بالإفلات من العقاب بسبب علاقتهم بالضحية. فالرجل الذي يغتصب زوجته أو يعتدي عليها جنسيًا لا يعاقب. بالإضافة إلى ذلك فعلى الرغم من التعديل الذي ينفي إمكانية إفلات المغتصب من العقاب بزواجه من ضحيته، فإن الجهل بالقانون والضغط الاجتماعي غالبًا ما تسفر عن عقد زواج يتم إبرامه في قسم الشرطة لتجنب رفع دعوى اغتصاب.<sup>174</sup> وفيما يخص التعويضات، ينص قانون الإجراءات الجنائية على أنه يجوز لضحايا العنف الجنسي أن يرفعن دعاوى مدنية بالتعويض بالتوازي مع الدعوى الجنائية. إلا أن ثمة قدر كبير من الأدلة الوثائقية التي تطلب من الضحية، مثل محضر الشرطة، والتقارير الطبي، والتي يصعب الحصول على بعضها.<sup>175</sup> وهذا يمنع الكثيرات من الضحايا من ممارسة حقهن في التعويض.

وأخيرًا، فإن مسؤولية الدولة تقتضي حماية الشاكيات والمدعيات من التعرض للمزيد من العنف. إلا أن القانون المصري لا ينص على جواز فرض حماية أو أمر مقيد على المشتبه فيه لضمان حماية المدعية من أية اعتداءات أخرى.<sup>176</sup> وتتضح عدم كفاية هذه الإجراءات لحماية النساء من الأذى والضرر، كما أن هذا يمثل تعديًا على حقهن في الحماية وبقيد إمكانية وصولهن إلى العدالة.

**التوصيات:** يجب على الحكومة المصرية تعديل القانون بحيث ينص صراحةً على تجريم الاغتصاب الزوجي ويضع ضمانات واضحة على الملاحقة الفاعلة لمرتكبي العنف الاسري والاعتصاب الزوجي. كما يجب أن يتم تعديل المادة 17 من قانون العقوبات بحيث يطالب القضاة بأن يبرروا أي إجراء تخفيفي للعقوبة كتابيًا في حكمهم، كما يجب أن تكون كل من محكمة الاستئناف ومحكمة النقض مسنولة عن إعادة النظر في قانونية تخفيف العقوبة والسماح بالنظر في الظروف التخفيفية المبررة لذلك. ويجب على الحكومة أن تسن قانونًا شاملاً على التحرش الجنسي ينص على نطاق العقوبات المطبقة على مختلف درجات التحرش الجنسي وتحتوي على تدابير لحماية المرأة المتعرضة للتحرش. ويجب أن يتم تبسيط إجراءات الحصول على التعويض لضمان حق الضحايا في التعويض.

كما يجب أن يعاد النظر في قواعد الإثبات والإجراءات بحسب المعايير الدولية لتقليل عبء الإثبات من على ضحايا الاغتصاب والاعتداء الجنسي. كما يجب ألا يسمح بالأدلة المعنية بسمعة الضحية، وسلوكها السابق، أو أخلاقها.

<sup>171</sup> جرائم الاغتصاب بين الواقع والتشريع 2009، الحاشية 151.

<sup>172</sup> المصدر السابق.

<sup>173</sup> قرار الجمعية العامة رقم 86/52، A/52/635، الفقرة 8 (ب).

<sup>174</sup> *Violence against Women Study* 2009، الحاشية 142.

<sup>175</sup> المرجع السابق.

<sup>176</sup> من واقع مقابلات أجريت مع محامين يعملون في قضايا العنف الجنسي، ديسمبر 2009.

ويجب على أقسام الشرطة أن توفر الأمان والسلامة، والسرية، والبيئة الملائمة للمبلغات عن العنف الجنسي، بما في ذلك تخصيص غرف منفصلة للاستجواب، والاستعانة بضابطات شرطة من الإناث، وكذا تأهيل الضباط بتدريبات خاصة على التحقيق في الشكاوى المعنية بالاستغلال والعنف الجنسي.

## 2. خدمات الرعاية الطبية والنفسية

يعاني ضحايا العنف الجنسي من العديد من الآثار الصحية مثل الإصابات، والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض، والإحباط، والقلق، واضطرابات في تناول الطعام، والأمراض المنقولة جنسياً، والوفاة السابقة لأوانها.<sup>177</sup> وعلى الرغم من أن الناجيات من العنف الجنسي يحتجن إلى رعاية صحية ونفسية عالية الجودة، فإن القائمين على الرعاية الطبية غير مدربين بما يكفي لتحديد ضحايا العنف الجنسي والاستجابة لطلباتهم. ويتبين من الدراسات التي أجريت في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا انعدام أي مناقشة بوجه عام بين الأطباء والمرضى بشأن العنف الأسري والجنسي، لأن الأطباء يفتقرون إلى الوعي الكافي بالقضية ويشعرون بعجزهم عن مساعدة الضحايا.<sup>178</sup> وبينما تعامل العاملون الطبيون في مصر مع العديد من النساء اللاتي تعرضن للعنف، فإنهم يقولون إنه لا توجد خدمات معينة لتناول احتياجاتهم.<sup>179</sup> كما لا توجد آلية معمول بها لتحديد حالات العنف الجنسي، كما لا توجد بروتوكولات للتعامل مع حالات الاستغلال الجنسي، بالإضافة إلى غياب آليات لتقديم الخدمات النفسية أو الاجتماعية الملائمة.<sup>180</sup> وعادةً فإن الضحايا الذين يسعون للحصول على رعاية طبية لا يحصلون إلا على العلاج الطبي الأساسي، ولا يتم تقديم أية مشورة داخل الوحدات الطبية.<sup>181</sup>

وتستطيع الرائدات الريفيات التواصل مع النساء اللاتي تعرضن للعنف الجنسي، والرائدات الريفيات هن مجموعة من النساء التابعات للوحدات الصحية أو المستشفيات الريفية ومسئولياتهن هي نشر معلومات عن صحة المرأة ونظافتها الشخصية.<sup>182</sup> وبينما غالباً ما تفيد الرائدات الريفيات بأنهن أول من تلجأ إليه النساء في حالات العنف، فقد أبرزت دراسة أجريت مؤخراً أنهن لسن مدربات بما فيه الكفاية فيما يتصل بالتعامل مع ضحايا العنف كما أنهن لا يعرفن إلى أين يتجهن للحصول على الخدمات الملائمة.<sup>183</sup> علاوةً على ذلك، فإن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالخدمات الصحية النفسية من شأنها أن تثني النساء المتعرضات للعنف من طلب مثل هذه المساعدة.

**التوصيات: يجب تدريب الممارسين الطبيين والممارسين المساعدين المحليين على تحديد والتعامل مع حالات العنف الجنسي. كما يجب أن يتم وضع بروتوكولات للتعامل مع حالات العنف الجنسي في كل مستشفى ومركز رعاية صحية؛ بحيث تأتي صحة المرأة ورفاهتها كاعتبار ذي أولوية.**

## 3. خدمات الدعم الاجتماعي

قد يحتاج ضحايا العنف الجنسي إلى دعم يتمثل في خدمات اجتماعية مثل المشورة، والمأوى المؤقت في مكان آمن والدعم المالي لها وللمن تعولهن. إلا أنه في مصر فإن هذه الخدمات تتسم بالقصور وسوء التنسيق.

World Health Organization (2009) *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*, available at <sup>177</sup>

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf)

<sup>178</sup> 'What We Know About Intimate Partner Violence...' 2008، الحاشية 145.

<sup>179</sup> *Violence against Women Study* 2009، الحاشية 142.

<sup>180</sup> المرجع السابق.

<sup>181</sup> المرجع السابق.

<sup>182</sup> المرجع السابق.

<sup>183</sup> المرجع السابق.

لا يوجد سوى ثمانية مأوى لرعاية النساء ضحايا العنف الأسري في مصر، منها سبعة تديرها وزارة التضامن الاجتماعي.<sup>184</sup> ويمثل هذا العدد 214 سريراً متاحاً في جميع أنحاء البلاد، أي أقل من الحد الأدنى وقيمتته 10000 سريراً بحسب توصية مجلس أوروبا لمجموعة المتخصصين في مكافحة العنف ضد المرأة.<sup>185</sup> بالإضافة إلى ما تقدم ففي بعض المحافظات، لا تتمكن النساء من الوصول إلى المأوى على الإطلاق. فالغالبية العظمى من النساء لا يعلمن بوجود تلك المأوى ويخشين من ترك زوج يسيء لهن ليصبحن بعد ذلك مشردات.<sup>186</sup> ومما يزيد من تعقيد المشكلة أن المهنيين الذين يتعاملون مع النساء اللواتي تعرضن للعنف – العاملون الاجتماعيون وضباط الشرطة – غالباً ما يجهلون وجود مثل هذه المأوى، وعليه لا يكونون قادرين على إحالة الضحايا.<sup>187</sup> وحتى عندما تتم الإحالة، يبلغ مديرو المأوى عن رفض استقبال النساء المحالات من الشرطة، حيث إن ينظر إليهن كـ "مثيرات للمتاعب".<sup>188</sup>

وتعد معايير الاستحقاق لمكان في المأوى غاية في الصرامة، على الرغم من توافر أماكن شاغرة في المأوى معظم الوقت. ولا يسمح إلا للنساء المطلقات أو الأرامل ممن يعانين صعوبات أسرية بالإقامة في المأوى، في حين أن ضحايا العنف البدني أو الجنسي من غير المتزوجات لا يحصلن على ذلك.<sup>189</sup> كما أن نوعية الرعاية التي يتم تلقيها داخل المأوى وطبيعتها تكتنفها بعض الإشكاليات. فالأخصائيون النفسيون ليسوا موجودين في جميع المأوى كما أن العاملين في المكان يرون أن دورهم يهدف في المقام الأول إلى مصالحة الأسر والتوفيق بينها بغية إعادة المرأة إلى زوجها، بدلاً من تقديم الحماية من العنف والمساعدة والدعم لمعالجة أسباب العنف.<sup>190</sup> علاوةً على ذلك، فإن من الممارسات المتعارف والسائدة، أن يعلم الزوج المعتدي بمكان زوجته مما يعد انتهاكاً لحق المرأة في السرية والحماية من العنف.<sup>191</sup>

### خدمات أخرى

يقدم عدد من المنظمات غير الحكومية خدمات لضحايا العنف البدني والجنسي. وتتراوح هذه الخدمات من المساعدة القانونية إلى الدعم النفسي والمشورة. على سبيل المثال، فإن مركز النديم لديه الخط الساخن الوحيد الذي يعمل 24 ساعة لضحايا العنف، وكذا خدمات إعادة التأهيل، والدعم النفسي لضحايا العنف الجنسي. في حين تقدم منظمات أخرى خدمات الاستماع والمشورة وتحيل المستفيدين إلى أخصائيين نفسيين وقانونيين.<sup>192</sup> إلا أنه على الرغم من هذه الأمثلة للخدمات عالية الجودة التي تقدمها المنظمات غير الحكومية، فإن عدد قليل من المنظمات هي التي تقدم هذه الخدمات ولا تقدم تغطية جغرافية شاملة. بالإضافة إلى ذلك فالحكومة لا تكرر النماذج الناجحة التي يطورها المجتمع المدني ولا توجد مراكز متاحة محلياً وممولة من الدولة لتقديم المشورة والرعاية النفسية للنساء ضحايا العنف. ولقد أنشأت الدولة مؤخراً خطين ساخنين وطنيين لمساعدة النساء والأطفال المتعرضات للعنف أو اللاتي يمررن بصعوبات أسرية. ويبقى أن نرى مدى فعالية هذه الخطوط الساخنة في إحالة الضحايا إلى الخدمات الملائمة.

<sup>184</sup> المرجع السابق.

<sup>185</sup> يقدر مجلس أوروبا أنه يجب أن يكون هناك سريراً واحداً لكل 10000 نسمة، الأمر الذي يقتضي أن يكون لدى مصر أكثر من 10000 سرير للإيواء.

<sup>186</sup> هيومن رايتس ووتش (2004) حرمان من العدالة: تمييز ضد النساء في حق الطلاق في مصر. نيويورك: هيومن رايتس ووتش، حرمان من العدالة

[2004].

<sup>187</sup> المرجع السابق.

<sup>188</sup> المرجع السابق.

<sup>189</sup> المرجع السابق.

<sup>190</sup> 2009 *Violence against Women Study*، الحاشية 142.

<sup>191</sup> حرمان من العدالة 2004، الحاشية 186.

<sup>192</sup> 2009 *Violence against Women Study*، الحاشية 142.

التوصيات: ثمة حاجة لزيادة عدد المأوي وضمان التوزيع الجغرافي الكافي لها. ويجب على الدولة أن تكرر الممارسات الجيدة القائمة التي يقدمها القطاع غير الحكومي وأن تؤسس مراكز محلية متاحة للنساء بغض النظر عن مواقعهن الجغرافية. ويجب أن تقدم هذه المراكز المساعدة القانونية الضرورية لضحايا العنف، وكذلك المشورة، والرعاية النفسية، والدعم الاجتماعي، وأن تلتزم بضمان صحة المرأة ورفاهتها، وكذلك حمايتها من أي ضرر آخر.

### ج- تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث)

بعد صدور القرار الوزاري سنة 1996 بحظر ختان الإناث في المرافق الصحية العامة والخاصة، تم إدخال تعديل قانوني عام 2008 يجرم إجراء الختان على أي فتاة. والجريمة يعاقب عليها بالحبس (من ثلاثة أشهر إلى سنتين) أو بالغرامة.<sup>193</sup> وكان حظر ختان الإناث مصحوباً بالجهود الحكومية وغير الحكومية لرفع الوعي بالآثار السلبية لهذه الممارسة على صحة الفتاة والمرأة، وذلك عن طريق إذاعة البرامج التليفزيونية والإذاعية التي تنتقد هذه الممارسة وتدشين مشروعات مجتمعية لرفع وعي النساء وقادة المجتمع. بالإضافة إلى ذلك فإن كل من شيخ الأزهر والبابا شنودة الثالث قد صرحا مراراً وتكراراً بأن ختان الإناث ليس مما يفرضه الإسلام أو المسيحية.<sup>194</sup> كما يشجع المجلس القومي للطفولة والأمومة المواطنين على استخدام خط نجدة الطفل للإبلاغ عن الفتيات اللاتي يواجهن خطر ختان الإناث أو الأطباء الذين يجرون هذه الممارسة.

وعلى الرغم من هذه الجهود، يتضح من الدراسات أن عادة ختان الإناث لا تزال تمارس على نطاق واسع في جميع أنحاء مصر. ويتضح من المسح الصحي الديموجرافي لعام 2008 أن 91% من جميع النساء بين 15 و 49 سنة قد تعرضن لختان الإناث.<sup>195</sup> وعلى الرغم من أن معدلات ختان الإناث تعد أقل قليلاً لدى النساء ممن هن تحت 25 سنة، فلا تزال نسبتهن تتجاوز 80%.<sup>196</sup> وتعد معتقدات النساء والرجال هي القوة الدافعة وراء استدامة ختان الإناث. فعلى الرغم من أن نسبة النساء – من بين فئات النساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة - اللاتي يعتقدن أن ختان الإناث يجب أن يستمر قد انخفضت خلال العقد السابق، فإن 63% منهن لا يزلن يفضلن هذه الممارسة.<sup>197</sup> وتحظى هذه الممارسة بدعم أوسع بين النساء في المناطق الريفية عنهن في المناطق الحضرية.<sup>198</sup> بالإضافة إلى ذلك فإن 57% من الرجال (بين 15 و 49 سنة) يعتقدون أن الممارسة يجب أن تستمر.<sup>199</sup> وكشفت دراسة كمية أجريت مؤخراً عن أن الرجال بدءوا في تبني دور متنامي في صنع القرارات المعنية بختان الإناث، وبعض الرجال يطلبوا من زوجاتهم المستقبلات بإجراء عملية ختان الإناث قبل الزواج.<sup>200</sup> ويقوم دعم هذه الممارسة على أساس القناعة بأن ختان الإناث يقلل من الرغبة الجنسية لدى المرأة وعليه يساعد في صيانة عفتها و"تأهلها للزواج".<sup>201</sup> علاوةً على ذلك، فإن الأسر لا تتلقى معلومات صحيحة حول المخاطر الطبية المصاحبة لختان الإناث وتعتقد غالبية النساء بأن الممارسة لا تشكل أي خطر يذكر على صحة المرأة.<sup>202</sup> وتعد آراء واتجاهات الأطباء والعاملين في مجال

<sup>193</sup> المادة 242 مكرر من قانون العقوبات، التعديل الذي أدخله قانون الطفل رقم 126 لسنة 2008.

<sup>194</sup> المقرر الخاص للعنف ضد المرأة، أسبابه وعواقبه، تقرير المقرر الخاص حول العنف ضد المرأة، أسبابه، وعواقبه، المقدم إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي، (A/CN.4/2003/75/Add.1 (Feb. 27, 2003)، الفقرة 725.

<sup>195</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 197، الحاشية 21.

<sup>196</sup> المرجع السابق.

<sup>197</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الصفحة 203، الحاشية 21.

<sup>198</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الصفحة 204، الحاشية 21.

<sup>199</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، الصفحة 203، الحاشية 21.

<sup>200</sup> *Investigating Women's Sexuality* 2009، الحاشية 136.

<sup>201</sup> المرجع السابق.

<sup>202</sup> المسح الصحي الديموجرافي 2008، صفحة 207، الحاشية 21.

الطب إشكالية في حد ذاتها، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن الأطباء يجرون أكثر من نصف إجمالي عمليات ختان الإناث.<sup>203</sup> وعلى الرغم من نجاح الحكومة في إغلاق عدد صغير من العيادات التي كانت عمليات ختان الإناث تجرى فيها،<sup>204</sup> فإنه لا يبدو أن مخاطر التجريم تضاهي المكاسب المالية التي يجنيها الأطباء من عمليات ختان الإناث. بالإضافة إلى ذلك، فقد كشفت دراسة أجريت عام 2006 لاستطلاع المعرفة، والمعتقدات، والآراء، والاتجاهات السائدة لدى طلبة السنة الخامسة بكلية الطب حيال ختان الإناث عن أن نسبة 52% من الطلبة يدعمون استمرار هذه الممارسة،<sup>205</sup> وأكثر من نصف الطلبة (55.4%) لا يعتقدون أن ختان الإناث ينتهك حقوق الإنسان بالنسبة للفتيات والنساء، و51.3% يعتقدون أن الأشكال المخففة من ختان الإناث (قطع في البظر فقط) لا يؤدي إلى أية مضاعفات وعليه فإنه أمر مقبول.<sup>206</sup> وما يقرب من (49.3%) يعتقدون أن ختان الإناث يمنع انحراف الفتيات أو دخولهن في علاقات جنسية غير شرعية.<sup>207</sup>

**التوصية: يجب على الدولة أن تسعى من أجل رفع وعي النساء والرجال، وكذا مقدمي الرعاية الصحية، والتركيز على العواقب الصحية لختان الإناث وتصحيح المفاهيم الخاطئة بشأن العلاقة بين ختان الإناث وعفة المرأة.**

لا تزال ثمة فجوة واسعة بين نصوص اتفاقية السيداو وواقع الصحة الإنجابية للمرأة وحياتها في مصر. ونحن نقدر الاهتمام النشط من جانب اللجنة فيما يتصل بالصحة الإنجابية وحقوق المرأة والملاحظات الختامية القوية والتوصيات العامة التي خرجت بها اللجنة للحكومات في الماضي، بالتشديد على الحاجة إلى أن تتخذ الحكومات خطوات من أجل ضمان تحقيقها. ونأمل أن تكون هذه المعلومات مفيدة، وأن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء نظر اللجنة في مدى امتثال مصر لنصوص اتفاقية السيداو.

---

S.R.A. Mostafa, et al., (2006) *What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation?*, 12 E. <sup>203</sup> Mediterranean Health J. 78, 89 at 89 [2006 *What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation?*].  
The Female Genital Cutting Education and Networking Project, *Egypt: Doctors Face Trial Over Female Circumcision* (Sept. 5, 2007), available at [http://www.fgmnetwork.org/gonews.php?subaction=showfull&id=1189017291&archive=&start\\_from=&ucat=1&](http://www.fgmnetwork.org/gonews.php?subaction=showfull&id=1189017291&archive=&start_from=&ucat=1&).  
<sup>205</sup> *What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation?* 78, الحاشية 203.  
<sup>206</sup> *What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation?* 85, الحاشية 203.  
<sup>207</sup> المرجع السابق.