



منظمة التعاون الإسلامي  
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية  
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية



# مؤسسة الزواج والأسرة

في البلدان الأعضاء  
في منظمة التعاون الإسلامي



مؤسسة الزواج والأسرة  
في البلدان الأعضاء  
في منظمة التعاون الإسلامي



منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية



© مايو 2023 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara – Türkiye

العنوان البريدي

+90-312-468 6172

رقم الهاتف

[www.sesric.org](http://www.sesric.org)

الموقع الإلكتروني

[pubs@sesric.org](mailto:pubs@sesric.org)

البريد الإلكتروني

تخضع المادة المقدمة في هذا المنشور لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض أو نسخ أو تحميل أو طباعة المواد المعروضة على أن لا يتم إعادة استخدامها لأغراض تجارية، في أي ظرف كان. وللحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات الضرورية لدائرة النشر بسيسرك.

وتوجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

ردمك: 978-625-7162-27-2

تصميم الغلاف: دائرة النشر، سيسرك.

للمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث بسيسرك عن طريق البريد الإلكتروني:

[research@sesric.org](mailto:research@sesric.org)

# المحتويات

i.....	المحتويات
iii .....	المختصرات
Error! Bookmark not defined .....	توطئة
1.....	ملخص
5.....	الفصل الأول: أهمية ودور مؤسسة الزواج والأسرة
9.....	الفصل الثاني: الخصائص الديموغرافية للأسرة
10.....	1.2. حجم الأسرة
13.....	2.2. بنية الأسرة
15.....	3.2. التركيبة الأسرية
17.....	4.2. تكوين الأسرة
21.....	5.2. تفكك الأسرة
22.....	6.2. الإنجاب
25.....	الفصل الثالث: أهمية ودور مؤسسة الزواج والأسرة
26.....	1.3. التعليم
29.....	2.3. الفقر وعدم المساواة
30.....	3.3. العمالة
32.....	4.3. التمييز على أساس النوع الاجتماعي في العمالة
35.....	5.3. عمالة الأطفال
36.....	6.3. التوازن بين العمل والحياة
37.....	7.3. الحماية الاجتماعية
42.....	الفصل الرابع: المخرجات الصحية للأسرة
43.....	1.4. متوسط العمر المتوقع
44.....	2.4. الصحة الإنجابية وصحة الأم
48.....	3.4. صحة وتغذية الأطفال
51.....	4.4. التعاطي المفرط للمخدرات والإدمان عليها
54.....	5.4. الرعاية الأسرية للمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة
56.....	6.4. مسؤولية الأسر المعيشية عن مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية
59.....	الفصل الخامس: الرفاه الثقافي للأسرة
60.....	1.5. السياسات الوطنية
62.....	2.5. العنف

62.....	العنف الجنساني وعنف الشريك الحميم.....
64.....	العنف ضد الأطفال.....
65.....	سوء معاملة المسنين.....
66.....	3.5. زواج الأطفال.....
67.....	4.5. القضايا المعاصرة.....
69.....	الفصل السادس: توصيات متعلقة بالسياسات.....
74.....	الملحقات.....
78.....	المراجع.....

## المختصرات

السن عند الزواج الأول	AFM
معدل الخصوبة لدى المراهقات	AFR
مرض فيروس كورونا المستجد في 2019	COVID-19
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية	ESALA
تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية	FGM
الأشخاص النازحون داخليا	IDPs
منظمة العمل الدولية	ILO
الهيئة الدائمة المستقلة لحقوق الإنسان	IPHRC
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	LEB
معدل المشاركة في القوى العاملة	LFPR
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
معدل الوفيات النفاسية	MMR
خارج نطاق التعليم والعمالة والتدريب	NEET
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية	SESRI
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	SSA
الأمم المتحدة	UN
إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة	UN DESA
مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان	UNHRC
منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسيف	UNICEF
الدولار الأمريكي	USD
منظمة الصحة العالمية	WHO





## توطئة

تحظى مؤسسة الزواج والأسرة بمكانة خاصة في الثقافة الإسلامية التي تعتبرها عنصرا حيويا في تعزيز مشاعر الرحمة وتشكيل اللبنة الأساسية للمجتمع. فالأسرة تؤدي مهامها الاجتماعية غاية في الأهمية تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، تغذية الأطفال، وتلقيهم القيم الثقافية، وبناء أفراد منتجين في المجتمع من خلال تعزيز نموهم الاجتماعي والنفسي. كما توفر مؤسسة الأسرة الدعم اللازم لأفرادها من خلال المساهمة في تعزيز إحساسهم بالهوية والانتماء، وتقديم الرعاية للضعفاء منهم بمن فيهم الأطفال والمسنون ذوو الإعاقة. ولكل هذه الوظائف أثر مباشر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع.

ومن هذا المنطلق، يسعدني تقديم إصدار 2023 من تقرير سيسرك حول "مؤسسة الزواج والأسرة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي"، الذي يتناول الأبعاد متعددة الأوجه للتوجهات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تلعب دورا في تشكيل معالم الأسرة في بلدان المنظمة، ويلقي الضوء على العوامل التي تؤثر على مستوى رفاهها العام. وبالاعتماد على مجموعة من البيانات النوعية والكمية، يقدم هذا التقرير نظرة تحليلية للوضع القائم لمؤسسة الزواج والأسرة في بلدان المنظمة والتحديات التي تواجهها والفرص السانحة أمامها.

وتشير أبرز الاستنتاجات التي خلُص إليها التقرير إلى أن مكون الأسرة في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي عادة ما يضم أكثر من خمسة أفراد، وغالبا من أجيال مختلفة. ولكن تركيبة وبنية الأسرة آخذة في التغير في ظل تغير السن عند الزواج الأول، الذي زاد بمقدار 2.21 سنة بالنسبة للرجال و 2.88 سنة للنساء بين عامي 1971 و 2020. وفي المقابل، أخذ عامل تفكك الأسرة بسبب الطلاق يسير في منحى تصاعدي في جميع أنحاء العالم بما في ذلك بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وتعتبر التوصيات الرئيسية التي يعرضها هذا التقرير غاية في الأهمية لكونها نتاج للبحث والتحليل الدقيق. فهي دعوة لمجموعة البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لإعطاء الأولوية لقضية تمكين مؤسسة الزواج والأسرة في برامجها الإنمائية. وتشدد الاستنتاجات على الحاجة إلى وضع وتعزيز السياسات وخطط العمل والقوانين الوطنية التي تعتمد نهج "منظور تأثير الأسرة"، مما يتيح إجراء تقييمات شاملة للأثار المحتملة على مؤسسة الأسرة والزواج. وبذلك، يمكن للبلدان الأعضاء في المنظمة، حسب السياق الخاص لكل منها، بلورة إطار قوي يعالج مختلف الاحتياجات والتحديات التي تواجهها مؤسسة الأسرة والزواج.

وزيادة على ذلك، يجسد هذا التقرير مصدرا قيما لواقعي السياسات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، إذ تهدف التوصيات المتعلقة بالسياسات الواردة فيه إلى تمكين مؤسسة الزواج والأسرة، والنهوض بالتعاون المتعدد القطاعات، وتعزيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة، ودعم الجهود الرامية إلى تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة. ويحدوني الأمل في أن يستفيد صناع

السياسات في البلدان الأعضاء في المنظمة من هذه التوصيات والاسترشاد بها لإحداث تغيير إيجابي وتعزيز رفاه الأسرة في جميع البلدان.

وفي الختام، يعد هذا التقرير بمثابة دعوة للعمل من أجل صون مؤسسة الزواج والأسرة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. فمن خلال دمج السياسات التي تركز على الأسرة وتعزيز التعاون متعدد الأبعاد، من شأننا إرساء أسس أقوى للتنمية المستدامة والتماسك الاجتماعي والازدهار في مجتمعاتنا. وأتمنى أن يسهم هذا التقرير في الجهود الجماعية الرامية إلى تعزيز مؤسسة الزواج والأسرة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

زهراء زمرد سلجوق

المديرة العامة

سيسرك

## ملخص

يتناول هذا التقرير الاتجاهات والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤثر على رفاه الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي باستخدام بيانات وأدبيات نوعية وكمية مستمدة من مصادر دولية مختلفة. ويناقش أيضا المواضيع المتعلقة بعمل مؤسسة الزواج والأسرة إلى جانب السياسات القائمة المعنية بالأسرة في بلدان المنظمة. ويختتم التقرير بمجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات التي من شأنها تمكين مؤسسة الزواج والأسرة، وتسهيل التعاون متعدد القطاعات، وتحسين مستوى التعاون فيما بين بلدان المنظمة في هذا المجال المهم، فضلا عن توجيه عملية تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة (2020-2025).

### الخصائص الديموغرافية للأسرة

يُظهر تحليل الخصائص الديموغرافية الرئيسية للأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن متوسط حجم الأسرة هو أكثر من 5 أفراد، أي أعلى من متوسط حجم الأسرة العالمي البالغ 4-5 أفراد. ومن الممارسات السائدة أيضا عيش الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في أسر معيشية متعددة الأجيال، ولكن الأسر النووية اكتسبت رغم ذلك شعبية كبيرة في العقود الأخيرة.

وارتفع السن عند الزواج الأول بمقدار 2.21 سنة عند الرجال و 2.88 سنة عند النساء بين فترتي 1971-1980 و 2011-2020. كما انخفضت نسبة النساء المتزوجات بنسبة 5% بين عامي 1970 و 2020. ونتيجة لذلك، انخفض متوسط معدلات الزواج الأولي بمقدار 1.37 لكل 1000 شخص، وارتفع متوسط معدلات الطلاق الأولي بمقدار 0.2 لكل 1000 شخص بين عامي 2016 و 2019.

وإحدى نتائج هذه التغيرات الديموغرافية تتمثل في زيادة حصة الأسر التي تعيلها إناث والأسر وحيدة العائل، وتراجع معدلات الخصوبة (من 4.9 طفل لكل امرأة المسجلة عام 1990 إلى 3.2 طفل في عام 2021) في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويعود سبب تراجع ممارسات تكوين الأسرة، وارتفاع ممارسات تفككها، وانخفاض معدلات الخصوبة إلى تزايد تفضيل الرجال والنساء للحصول على التعليم العالي، والتغيرات في الأعراف الاجتماعية، وارتفاع مستوى الاستقلالية الاقتصادية والسعي وراء أنماط الحياة الفردية، وتزايد الحقوق القانونية الممنوحة لمختلف أفراد الأسرة. والجدير بالذكر أنه من المرجح أن تستمر الاتجاهات الديموغرافية السائدة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي على نفس المسار في المستقبل القريب.

### الآفاق الاجتماعية والاقتصادية للأسرة

يتعين على سياسات الأسرة الرامية إلى تحسين الآفاق الاجتماعية والاقتصادية للأسر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي النظر في بعض المؤشرات الرئيسية. في البداية، تعتبر معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين (77.3%) والشباب (86.2%) في بلدان المنظمة المسجلة عام 2021، في المتوسط، أقل نسبيا بالمقارنة

مع المتوسطين العالميين (86.7% للبالغين؛ و 91.8% للشباب). وإن مستويات التعليم غير الكافية تجعل توظيف الشباب وترقيهم في السلم الاقتصادي ومشاركهم الاجتماعية أمرا صعبا بشكل خاص - مما يؤثر على آفاق زواجهم واتخاذهم قرار تكوين أسرة.

من الناحية الاقتصادية، كانت معدلات البطالة للبالغين والشباب في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى بنسبة 1% حتى 2% بالمقارنة مع العالم في عام 2021. وبدون فرص كافية للتوظيف، من المرجح أن يعمل الأفراد في وظائف منخفضة الأجر أو غير آمنة، مما يؤثر على اتخاذهم لقرار الزواج أو تكوين أسرة، وبالتالي يتسبب في ضغوط نفسية على الأسرة، ويضعف تماسكها.

وعلاوة على ذلك، كثيرا ما تؤدي المعايير الاجتماعية الصارمة والقوالب النمطية السلبية والمواقف التمييزية إلى انخفاض مشاركة المرأة والشباب في القوى العاملة. وفي الحالات التي تعمل فيها النساء، تكون مسألة إتاحة الخدمات العامة التي تدعم التوازن بين العمل والحياة أمرا حاسما لرفاههن ورفاه أسرهن. ولكن 22 بلدا فقط من بلدان المنظمة تتوفر على برامج للمساعدة على تحقيق التوازن بين العمل والحياة الأسرية؛ و 22 بلدا فقط تتوفر على سياسات لدعم الأمهات العاملات؛ ويوفر 31 بلدا فقط 14 أسبوعا من إجازة الأمومة المدفوعة الأجر.

تعتبر برامج الحماية الاجتماعية ضرورية لدعم الأسر - ولا سيما تلك التي تنتمي أفرادها إلى الفئات الضعيفة من المجتمع. ومع ذلك، تشير بيانات عام 2020 إلى أن نسبة الأطفال/ الأسر المعيشية الذين يتلقون تحويلات نقدية مستهدفة في 32 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي كانت أقل من المتوسط العالمي (26.4%)، وكانت نسبة النساء اللاتي يتلقين استحقاقات الأمومة النقدية في 24 بلدا عضوا في المنظمة أقل من المتوسط العالمي (44.9%). وفي 44 بلدا عضوا في المنظمة كانت نسبة الأشخاص الذين يتلقون معاشا قانونيا أقل من المتوسط العالمي (77.5%). وكثيرا ما تعزى محدودية تغطية الحماية الاجتماعية إلى نقص الموارد المالية اللازمة للحماية الاجتماعية أو إلى نقص الاستثمار في مجال الحماية الاجتماعية.

### المخرجات الصحية للأسرة

في السنوات الأخيرة، قامت بلدان منظمة التعاون الإسلامي باستثمارات كبيرة في مجال الصحة مما أدى إلى تحسن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في جميع أنحاء منطقتها. ففي بلدان المنظمة، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 65.6 المسجل عام 2010 إلى 66.7 عام 2021. وواصلت بلدان المنظمة، في المتوسط، تحقيق أعلى معدلات خصوبة لدى المراهقات (64.6 ولادة لكل 1000 فتاة تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاما) في عام 2021 وأعلى معدلات وفيات نفاسية (344 لكل 100.000 مولود حي) في العالم في عام 2020. وتعتبر المراهقات أكثر عرضة للولادة قبل الأوان، ومن المرجح أن يعاني أطفالهن الجدد من انخفاض الوزن أو يموتون خلال السنة الأولى من ولادتهم. وبالمثل، من شأن نقص الرعاية الصحية الملائمة أثناء الحمل، أو نقص عدد مهنني الصحة المعنيين بمساعدة النساء أثناء الولادة، أو نقص المعرفة بالخدمات المتعلقة بصحة الأمهات والصحة أثناء الولادة والصحة الإنجابية، أن يكون عاملا مسؤولا عن ارتفاع معدل الوفيات

النفاسية. على سبيل المثال، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تعذرت تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة بنسبة 20.8% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما في 2021.

عندما يتعلق الأمر بصحة الأطفال، انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنسبة 68% بين عامي 1990 و 2017. وعلى الرغم من هذا التقدم، كانت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الأعلى في العالم. وبالمثل، زادت التغطية بلقاح الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي من 76% المسجلة عام 2010 إلى 78% في عام 2021 في بلدان المنظمة.

وعلاوة على ذلك، تشير التقديرات إلى أن حوالي 28% من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من التقزم، وأن 6.2% منهم يعانون من زيادة الوزن، وأن 7.3% منهم يعانون من الهزال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وبالنسبة للأسر، من شأن التغذية السليمة أن تساعد في منع العديد من المخاطر الصحية التي تحيط بالطفل، وبالتالي تقليل عوامل التوتر مثل التوترات المالية والنفسية المرتبطة بالرعاية الصحية.

وفيما يتعلق بالخلية الأسرية، يؤثر تعاطي المخدرات والإدمان تأثيرا سلبيا على العلاقات بين الأسر، والتماسك الأسري، والصحة النفسية والبدنية لأفراد الأسرة. ويكون أفراد الأسرة من فئتي المراهقين والشباب أكثر عرضة لتعاطي المخدرات. ففي عام 2020، كان 13.3% من المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 عاما) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يتعاطون منتجات التبغ. وعموما، يفترض أن يكون مزيج من التعاليم الدينية والأعراف الثقافية قد ساهم في تقليل نسب تعاطي المخدرات (الكحول والمخدرات والتبغ) بشكل نسبي في كثير من بلدان المنظمة.

### الرفاه الثقافي للأسرة

تتأثر الخلية الأسرية بشكل مباشر بالقيم الثقافية والمعايير المجتمعية بطرق ملموسة وغير ملموسة. على سبيل المثال، يُعتقد أن الشيخوخة والتغيرات في اتجاهات الخصوبة والزواج المتأخر وما إلى ذلك هي عوامل تؤثر على رفاه الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، إلى حد ما، لأن الناس في بلدان المنظمة يعتبرون الأسرة "مهمة جدا" والقيم الثقافية والمعتقدات والتقاليد تلعب دورا مهما في الحفاظ على القيم الأسرية. ومع ذلك، فإن هذا لا يعني أن بإمكان بلدان المنظمة التقليل من أهمية السياسات على المستوى الوطني بشأن المواضيع ذات الصلة بالأسرة. ووفقا لمجموعة بيانات تغطي فترة 2011-2021، تتوفر أقل من نصف بلدان منظمة التعاون الإسلامي على سياسة وطنية، أو استراتيجية أو خطة عمل، أو قوانين أو لوائح لتوفير الرعاية الصحية النفسية، وأقل من ثلث بلدان المنظمة تتوفر على سياسة وطنية، أو قانون للتصدي لتعاطي المخدرات، وأقل من ثلثها تتوفر على سياسة أو استراتيجية وطنية تعنى بالإعاقة، و 17 بلدا فقط من بلدان المنظمة تتوفر على استراتيجية أو خطة عمل تعنى بالمسنين، و 21 بلدا فقط من بلدان المنظمة تتوفر على قوانين أو أنظمة لحماية حقوق الطفل، و 41 بلدا من بلدان المنظمة تتوفر على استراتيجيات للحد من الفقر. وعلاوة على ذلك، أظهرت بيانات عن 46 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي أن 63% من البلدان

الأعضاء تتوفر على خطة عمل وطنية تعنى بسوء معاملة الأطفال. وإلى جانب ذلك، كشفت مجموعة بيانات تغطي 41 بلدا عضوا في المنظمة أن 39% من البلدان الأعضاء لا تتوفر على قوانين تناهض سوء معاملة المسنين.

وفي غياب سياسات وأحكام قانونية ملموسة، من شأن التصورات الثقافية الخاطئة، وسوء تفسير التعاليم الدينية، والمعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية الرجعية أن تشعل فتيل العنف داخل الخلية الأسرية. ففي عام 2019، على سبيل المثال، كان معدل انتشار العنف القائم على النوع الاجتماعي الأعلى في بلدان منظمة التعاون الإسلامي حيث تعرضت 36% من النساء اللاتي سبق لهن الزواج للعنف و/أو الاعتداء الجنسي من طرف الشريك الحميم في العام الماضي.

### توصيات متعلقة بالسياسات

تشير النتائج التي توصل إليها هذا التقرير إلى ضرورة إيلاء مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي أولوية للقضايا المتعلقة بتمكين مؤسسة الزواج والأسرة على مستوى أجندة تنميتها. ومن أجل تمكين مؤسسة الزواج والأسرة، يوصي هذا التقرير بلدان المنظمة بتطوير وتعزيز السياسات وخطط العمل والقوانين الوطنية القائمة التي تعتمد "منظور تأثير الأسرة".

ويوصى بأن تقوم بلدان منظمة التعاون الإسلامي بإضفاء الطابع المركزي على صياغة السياسات المتعلقة بالأسرة وتنفيذها ورصدها وتقييمها في إطار هيئة حكومية مسؤولة بهدف الرفع من مستوى الوعي بشأن الكيفية التي يمكن بها للأسر أن تسهم في التنمية المستدامة (ولا سيما في الأجل الطويل) بين صناعات السياسات وعامة الناس. وينبغي وضع سياسات شاملة تعنى بالأسرة في بلدان المنظمة، لا سيما كجزء من الأجندة الإنمائية، من خلال التعاون المتعدد القطاعات بين الحكومة والمؤسسات العامة والمؤسسات الخاصة وجماعات المجتمع المدني.

ومن أجل الدعم الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يوصى بأن تعمل بلدان المنظمة على تحسين فرص الوصول إلى تدابير الحماية الاجتماعية المحددة الأهداف، وتحسين فرص حصول الأسر على التعليم والتدريب على المهارات والتعلم المهني - لا سيما تلك التي تنتمي إلى شرائح المجتمع الضعيفة، وزيادة فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية الملائمة والميسورة التكلفة وخدمات الصحة النفسية والاستشارة، وتوفير دعم مادي لمقدمي الرعاية غير الرسميين من أفراد الأسرة، والتركيز على تحسين السياسات التي تعزز التوازن بين العمل والحياة، وتيسير تحقيق المساواة بين الجنسين، ومكافحة القوالب النمطية السلبية، والمعتقدات والممارسات الرجعية، وسوء تفسير التعاليم الدينية للحد من العنف والتمييز، وتشجيع العلاقات بين الأجيال داخل الأسرة المعيشية وفي المجتمع المحلي. وأخيرا، يوصى بأن تنفذ بلدان المنظمة "استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة" باعتبارها محور صياغة السياسات والبرامج الأسرية وإنشاء آليات للتعاون داخل المنظمة في هذا المجال.

# 1

أهمية ودور مؤسسة  
الزواج والأسرة

تعتبر مؤسسة الزواج والأسرة عاملا ضروريا لتحقيق التنمية المستدامة نظرا لتعدد المهام الحيوية التي تؤديها الأسر في المجتمع. فهي توفر للأفراد إحساسا بالهوية الاجتماعية وتجعل لديهم هدفا وإحساسا بالانتماء. كما تدعم أفرادها اقتصاديا، وتزودهم بالاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والمأوى. وهي نسق مسؤول عن تربية الأطفال، إذ تكفل رفاهم وتمثل إحدى المصادر الرئيسية للتنشئة الاجتماعية في حياة الطفل. وأخيرا، توفر الأسر الرعاية لأفراد المجتمع الضعفاء، بمن فيهم المسنون والأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة. لذلك، فإن الأسر ليست فقط اللبنات الأساسية في أي مجتمع، بل لا يمكن تصور تحقيق التنمية الاجتماعية والبشرية دون تمكين مؤسسة الأسرة.

تتبنى سياسة إنمائية تمكن الأسرة وتساعد على تحقيق التنمية المستدامة "منظور تأثير الأسرة"، الذي يعالج عددا من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المشتركة والمتراطة التي تؤثر على سلامة مؤسسة الزواج والأسرة ووحدهما ورفاههما. ويمكن أن تكون هذه العوامل على المستوى الجزئي (من قبيل عدم استقرار دخل الأسرة، وضعف مستوى التعليم لدى الفرد، وما إلى ذلك) أو على المستوى الكلي (من قبيل المواقف والسلوكيات المجتمعية الرجعية، وزيادة التوسع الحضري، وما إلى ذلك). وبسبب هذه العوامل على وجه التحديد، شهدت مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحولات معقدة في العقود الأخيرة. وتشمل هذه التحولات، على سبيل المثال لا الحصر، التغييرات في كيفية تنظيم الأسرة، والتغييرات في تكوين الأسرة وممارسات فسخ الزواج، والتغييرات على مستوى التصور التقليدي لمؤسسة الزواج والأسرة، وغيرها.

ولئن كان من الصعب السيطرة على تحول مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أو الحد منه، فإن سياسات الأسرة المستنيرة من شأنها أن تدير بفعالية المخاطر التي تهدد رفاه الأسرة وتحمي وتعزز سلامة ورفاه مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان المنظمة. ولكن غالبية البلدان في جميع أنحاء العالم لا تعطي الأولوية لمسألة الأسرة في أجندتها وجهودها الإنمائية. وبدلا من ذلك، كثيرا ما تعامل السياسات المتعلقة برفاه الأسرة أفراد هذه الأخيرة باعتبارهم كيانات منفصلة، ولا يستهدف الأسرة سوى عدد قليل جدا من البلدان بوصفها خلية متماسكة في سياساتها الوطنية.

ومن أجل تلافي هذه الهفوة، ينبغي أن تكون سياسة الأسرة - التي تكون سياسة متعددة الأبعاد ومتماسكة ومركزية وتكلف بالتعاون المتعدد القطاعات - حجر أساس للسياسات الاجتماعية والإنمائية الوطنية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وهذا يتماشى مع خطة التنمية العالمية، التي تعترف بالإسهامات المحتملة التي يمكن أن تقدمها الأسرة من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية مثل خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وتبين الأدلة المستمدة من عدة دراسات دولية كيف يمكن لتمكين الأسرة أن يؤدي إلى تحقيق الهدف الإنمائي 1 المتعلق بالقضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان، والهدف الإنمائي 3 المتعلق بضمان تمتع الجميع



بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، والهدف الإنمائي 4 المتعلق بضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلّم مدى الحياة للجميع، الهدف الإنمائي 8 المتعلق بتحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق للجميع، والهدف الإنمائي 16 المتعلق بتعزيز مجتمعات سلمية وشاملة من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وتوفير إمكانية وصول الجميع إلى العدالة وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة على جميع المستويات (UNICEF, 2020).

وعلى نفس المنوال، تولى محافل منظمة التعاون الإسلامي أهمية كبيرة لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان المنظمة مع الاعتراف بالدور البناء الذي تؤديه في تحقيق التنمية المستدامة. وتحدد الوثيقة الاستراتيجية الرئيسية بشأن هذا الموضوع، وهي استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة (2020-2025)، سبعة أهداف استراتيجية تعطي الأولوية لرفاه الأسرة في بلدان المنظمة وتضاعف مساهمات الأسرة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة (الإطار 1.1).

وعلى مدى السنوات الخمس الممتدة بين عامي 2020 و 2025، تهدف الاستراتيجية إلى تطوير الأنشطة الرامية إلى تعزيز رفاه الأسرة، وتشجيع بلدان منظمة التعاون الإسلامي على تنفيذ السياسات والقوانين والخطط والبرامج ذات الصلة بتمكين الأسرة، وتمكين أفراد الأسرة من المشاركة والانخراط في أجندة التنمية المستدامة بما يتماشى مع القيم والمعايير الإسلامية، وتعزيز التواصل والتعاون والتآزر فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي في المسائل ذات الاهتمام المشترك للأسرة، والعمل مع الشركاء المحليين والإقليميين والدوليين من القطاعات العامة والخاصة والمدنية والمنظمات غير الحكومية لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة في العالم الإسلامي. كما تؤكد وثيقة الاستراتيجية ضرورة وجود عشر آليات جامعة لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتتضمن هذه الآليات: التوازن بين العمل والحياة، والقيم الدينية، ومنع المخاطر وحماية الأسرة، وتنظيم الأسرة، والتعليم والعمالة، وتعزيز العلوم والتكنولوجيا من أجل تمكين الأسرة، والتنمية الاقتصادية، ورعاية الأطفال، والآليات القانونية، وتنشيط وسائط الإعلام.

وعلى هذا الأساس، يهدف إصدار 2023 من التقرير المتعلق بمؤسسة الزواج والأسرة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إلى الإبلاغ عن الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية والعوامل ذات آثار على وضع سياسات متماسكة تعنى بالأسرة في بلدان المنظمة. ويقدم التقرير أيضا تحليلا مقارنا للوضع الراهن لمؤسسة الزواج والأسرة في بلدان المنظمة باستخدام طائفة واسعة من البيانات النوعية والكمية المستمدة من مصادر دولية مختلفة. ويتمحور التقرير أساسا حول ما يلي: يقدم الفصل الثاني تحليلا متعمقا للاتجاهات الديموغرافية التي تترتب عنها آثار على مؤسسة الزواج والأسرة، ويعرض الفصل الثالث الأفاق الاجتماعية والاقتصادية للأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، بينما ينظر الفصل الرابع في النتائج الصحية المحورية ذات الأهمية لتحقيق رفاه الأسرة، ويستكشف الفصل الخامس الرفاه الثقافي للأسرة في منطقة

منظمة التعاون الإسلامي. ويختتم التقرير بتوصيات في مجال السياسة العامة - على الصعيدين الوطني وفيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي - لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان المنظمة (الفصل السادس).

#### الإطار 1.1: استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة

اعتمدت استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة في المؤتمر الوزاري الأول لمنظمة التعاون الإسلامي المعني بالتنمية الاجتماعية في البلدان الأعضاء المنعقد في 07-09 ديسمبر 2019 بإسطنبول، تركيا. وتعتبر الاستراتيجية وثيقة توجيهية طُورت باستخدام منظور إسلامي لتعزيز التعاون وتبادل الخبرات وأفضل الممارسات لتمكين وصون مؤسسة الزواج والأسرة في العالم الإسلامي. وتركز الاستراتيجية على سبعة مجالات استراتيجية أساسية تتمثل في:

- المجال الاستراتيجي 1: بناء أسر مستقرة ومنتجة بهدف تنشئة مواطنين متوازنين يؤدون أدواراً فعالة في الحفاظ على الأسرة والمجتمع ومشاركتها وازدهارها وتنميتها المستدامة،
- المجال الاستراتيجي 2: تحسين مستوى رفاه مؤسسة الزواج والأسرة وجودة الحياة،
- المجال الاستراتيجي 3: تعزيز حفظ مؤسسة الزواج والأسرة وحمايتها،
- المجال الاستراتيجي 4: توسيع نطاق مشاركة الأسرة في جميع جوانب التنمية المجتمعية،
- المجال الاستراتيجي 5: تعزيز إنتاجية وازدهار مؤسسة الزواج والأسرة،
- المجال الاستراتيجي 6: تعزيز الشراكة والتعاون بشأن تنفيذ استراتيجية الزواج والأسرة في جميع بلدان منظمة التعاون الإسلامي،
- المجال الاستراتيجي 7: تعزيز الحوكمة وإدارة شؤون مؤسسة الزواج والأسرة في منظمة التعاون الإسلامي من خلال تشريعات وسياسات وقوانين وآليات إدارة مناسبة.

المصدر: سيسرك، الجامعة الإسلامية الدولية-ماليزيا، الإيسيسكو ومنظمة التعاون الإسلامي (2019)

# 2

الخصائص

الديموغرافية للأسرة

مؤسسة الأسرة "تستجيب وتتكيف مع بيئتها، بما في ذلك العمليات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً، والسياسات العامة، والاتجاهات الديموغرافية، والمعايير الاجتماعية والثقافية" (UN Women, 2019). ويمكن لأفراد الأسرة، على مدار حياتهم، الانتماء إلى أسر معيشية مختلفة، والقيام بأدوار متنوعة وديناميكية داخل خلية أسرية، وتنفيذ مسؤوليات متعددة. كما يمكن لبنية الأسرة وتركيبها أن تتغير بمرور الوقت بسبب الأعراف الاجتماعية والفرص الاقتصادية وما إلى ذلك.

وإن السياسات التي تتعامل مع الخلية الأسرية باعتبارها كيان متجانس وثابت تنطوي على خطر تفاقم أوجه الضعف لدى الأسر المحرومة ونشر معالم التحيزات في المجتمع. فعلى سبيل المثال، من شأن السياسات غير المدركة للاتجاهات الاجتماعية السائدة التي تؤثر على تكوين الأسرة وتفككها أن تكون قصيرة النظر وغير مجهزة لمعالجة مجموعة من القضايا الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن التغيرات في مؤسسة الزواج والأسرة.

وإزاء ذلك، يقدم هذا الفصل تحليلاً موجزاً للاتجاهات الديموغرافية الرئيسية التي تؤثر على الأسر في منطقة منظمة التعاون الإسلامي. وبهذا، يروم الفصل إطلاع صنّاع السياسات على مسيرة تطور الأسرة في بلدان المنظمة في العقود الأخيرة من خلال النظر في التغيرات التي لحقت بممارسات تكوين الأسرة وتفككها، والتغيرات في بنية الأسرة وتركيبها، وغير ذلك. ويهدف التحليل الوارد في هذا الفصل إلى توجيه عملية صياغة السياسات الأسرية الخاصة بالسياق في بلدان المنظمة التي تراعي مسألة عدم تجانس الأسر.

## 1.2. حجم الأسرة

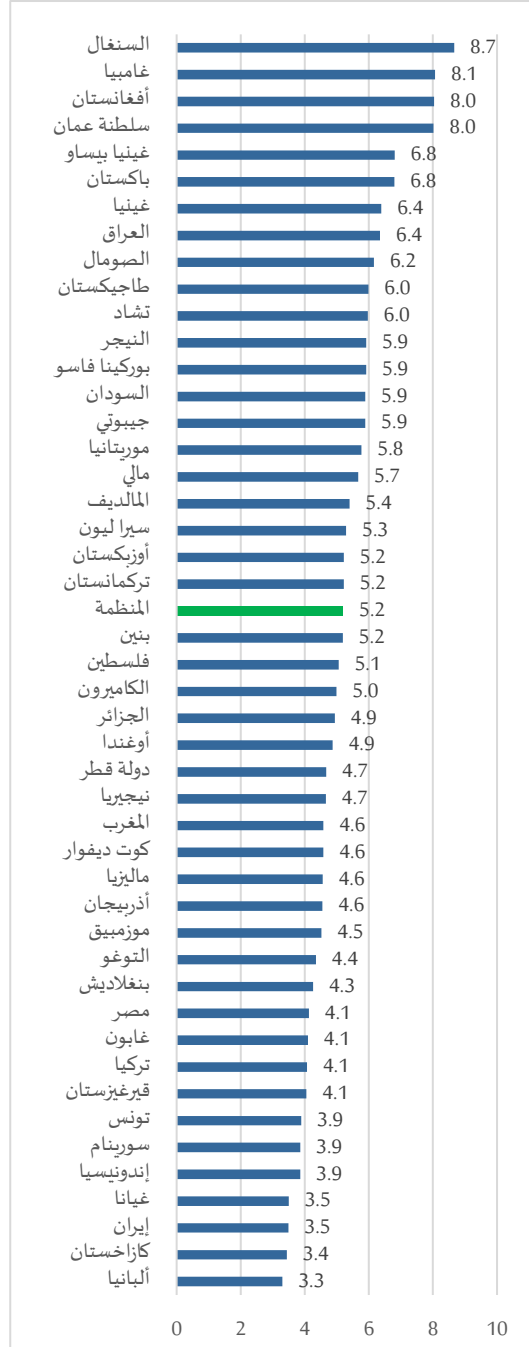
تضم الأسر في منطقة منظمة التعاون الإسلامي عموماً أكثر من 5 أفراد، غالباً ما ينحدرون من أجيال متعددة. ووفقاً لمجموعة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة (2022) عن حجم الأسرة المعيشية وتركيبها، يتراوح متوسط حجم الأسرة العالمي بين 4 و 5 أفراد ومثيله في بلدان المنظمة أكبر بشكل طفيف بمعدل 5.2 فرد. ولكن حجم الأسرة ليس موحداً في جميع المناطق الفرعية للمنظمة (الشكل 1.2). ففي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، من السائد أن تكون الأسرة متكونة من 5.7 فرد في المتوسط. في السنغال وغامبيا، يبلغ متوسط الأسرة المعيشية أكثر من ثمانية أفراد. أما حجم الأسرة في أوروبا وآسيا الوسطى، فمن السائد أن يكون أصغر. ففي ألبانيا وكازاخستان، على سبيل المثال، يبلغ متوسط حجم الأسرة المعيشية أقل من أربعة أفراد.

وبالنظر إلى أن الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تميل إلى أن تكون أكبر حجماً، فإن السياسات التي تركز على الأسرة في البلدان الأعضاء تحتاج إلى الأخذ في الاعتبار الحثيات المتعلقة بتسبب حجم الأسرة في تحديات فريدة خاصة بسياقات محددة تعترض الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وعكس ذلك. فعلى سبيل المثال، يكون الزواج المبكر والخصوبة لدى المراهقين أكثر شيوعاً بين الأسر الكبيرة. كما قد تكون الأمهات في هذه الأسر أكثر عرضة للإصابة باعتلالات بدنية ونفسية، حيث تكون تنشئة الأطفال قائمة على تعامل أكثر صرامة وأقل احتراماً لخصوصية كل طفل على حدة. وقد يسبب هذا النوع من التنشئة لدى الطفل ضعفاً في تنمية المنطق الاستقرائي، ونقصاً على مستوى احترام الذات والثقة بالنفس ومشاكل تتعلق

بنماء الشخصية. وتكون الأسر الكبيرة التي تعاني من عدم استقرار الدخل عرضة للمخاطر المالية وجزءا من الفئات المحرومة اجتماعيا واقتصاديا. ومن المرجح أيضا أن يزداد الاعتماد على الحماية الاجتماعية مع زيادة عدد الأطفال في الأسرة، واستبدال الأطفال، لا سيما الإناث منهم، التعليم المدرسي بتقديم الرعاية غير الرسمية أو المنزلية في الأسر الكبيرة التي تعيش في فقر.

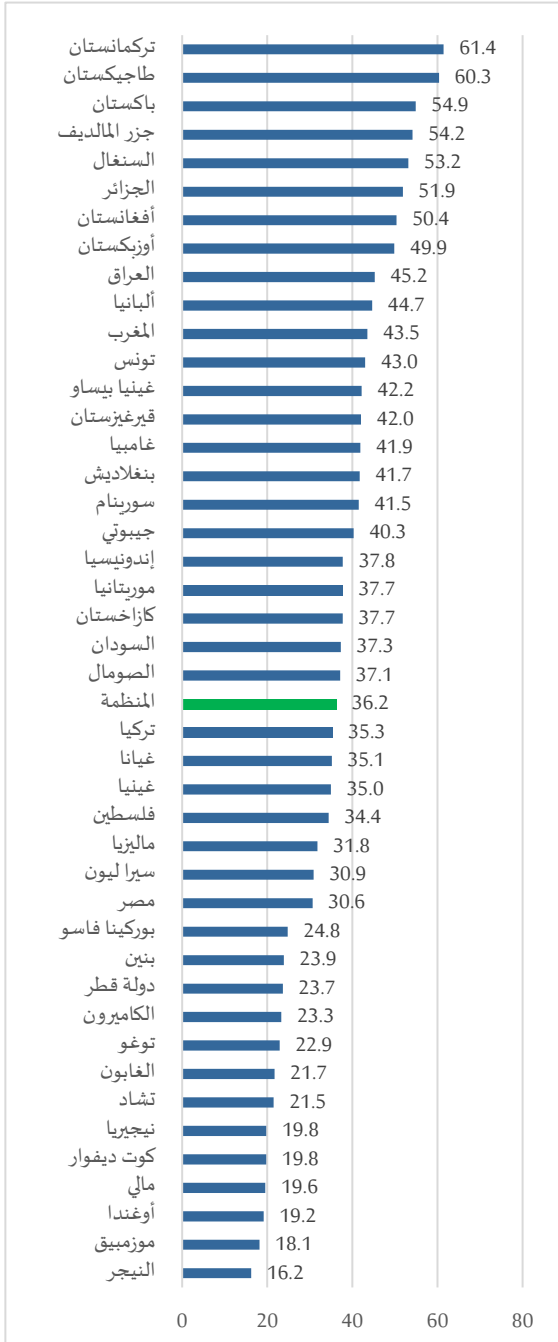
في المقابل، غالبا ما تكون الأسر الصغيرة قادرة على تخصيص المزيد من الوقت والجهد والموارد لأفرادها. فالأسر ذات عدد قليل من الأطفال تكون قادرة على زيادة الاستثمار في تعليمهم، الأمر الذي يساهم في تشغيلهم في مرحلة لاحقة. ويتمكن الآباء في هذه الأسر من إيلاء اهتمام أكبر لأطفالهم، وكثيرا ما يحققون نتائج إيجابية على مستوى نموهم العقلي والنفسي والاجتماعي. أما الأمهات، فهن تتعرضن لعبء أقل وتسنح لهن فرصة العمل أو مواصلة التعليم. كما تميل ممارسات نقل الأعراف والقيم والأخلاق الثقافية في هذه الأسر إلى أن تكون أسهل بالمستوى العالي للتفاعل بين الأفراد.

الشكل 1.2: متوسط حجم الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (عدد الأفراد)، 2021\*

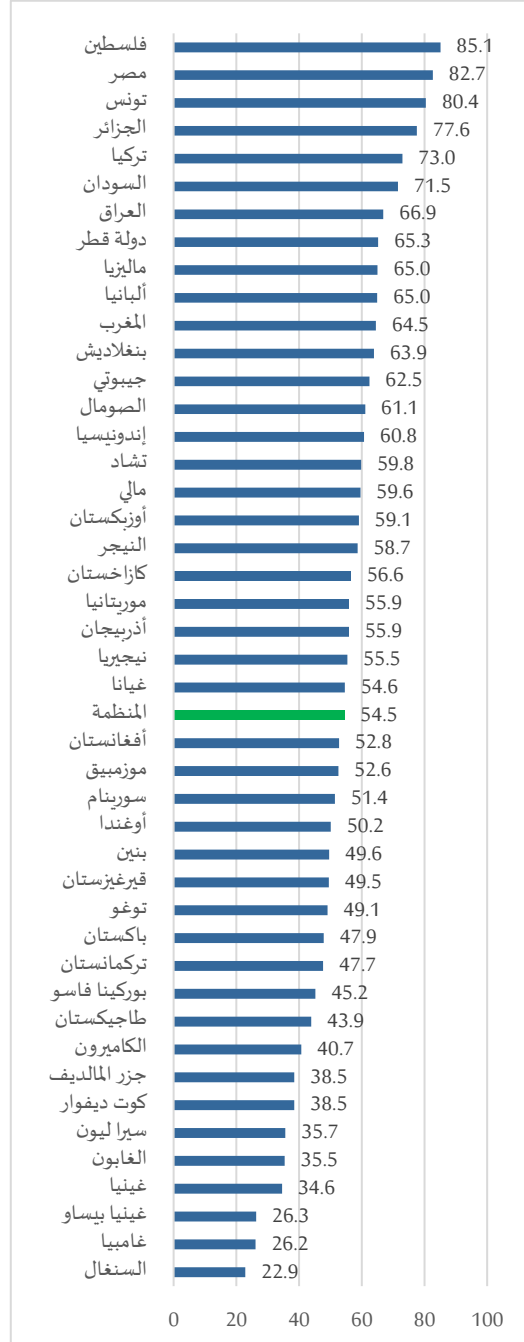


المصدر: مجموعة بيانات حجم الأسرة وتكوينها الصادرة عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2022  
\*بيانات آخر سنة متاحة

الشكل 3.2: حصة الأسر متعددة الأجيال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (% من الأسر)، 2021\*



الشكل 2.2: حصة الأسر النووية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (% من الأسر)، 2021\*



المصدر: مجموعة بيانات حجم الأسرة وتكوينها الصادرة عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2022. \*بيانات آخر سنة متاحة

المصدر: مجموعة بيانات حجم الأسرة وتكوينها الصادرة عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2022. \*بيانات آخر سنة متاحة

## 2.2. بنية الأسرة

في السنوات الأخيرة، اكتسبت الأسر النووية شعبية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ووفقاً لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة (2022)، تعتبر أكثر من 50% من الأسر نووية في 28 بلداً عضواً في المنظمة، الأمر الذي يعني أنها تتكون من زوجين فقط، أو زوجين لهما أطفال، أو والد وحيد مع أطفال. ففي فلسطين ومصر والأردن، تجاوزت حصة الأسر المعيشية النووية 80%، بينما كانت هذه الحصة في السنغال وغامبيا أقل من 30% (الشكل 2.2).

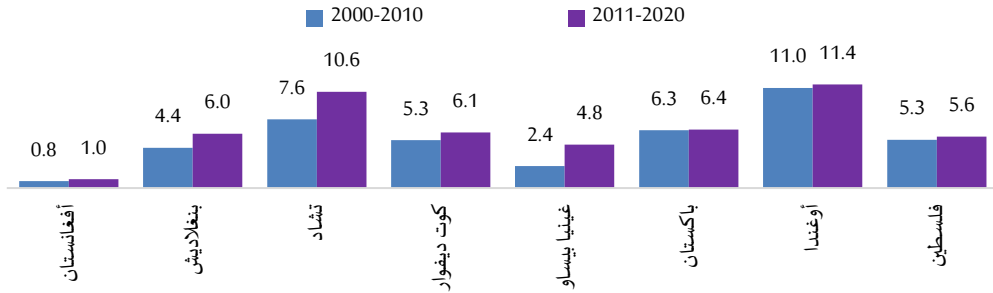
ومع ذلك، بناءً على التقاليد الثقافية المتوارثة تاريخياً، تعتبر الأسر المعيشية متعددة الأجيال سائدة كذلك بصورة كبيرة جداً. وتشمل هذه الأسر المعيشية في بلدان المنظمة جيلين أو أكثر تبلغ أعمارهم 20 عاماً أو أكثر. ففي تركمانستان وطاجيكستان وباكستان والمالديف والسنغال والجزائر وأفغانستان، أكثر من 50% من الأسر المعيشية هي متعددة الأجيال (الشكل 3.2). بينما شكلت هذه الأسر أقل من 20% من جميع الأسر المعيشية في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، بشكل خاص في نيجيريا وكوت ديفوار ومالي وأوغندا وموزامبيق والنيجر.

وفي الآونة الأخيرة، أدى توسع انتشار تركيبة الأسرة النووية إلى فرض سياسات أسرية في عدة بلدان. على سبيل المثال، غالباً ما تكون المرأة في الأسرة النووية نشطة اقتصادياً. لذلك، يعتبر تزويد الأسرة النووية بدعم يشمل رعاية الأطفال عاملاً مهماً للغاية من شأنه أن يمكّن الخلية الأسرية. ولكن الأمر نفسه لا ينطبق بالنسبة للأسر متعددة الأجيال. فإن هناك نقص في السياسات التي تركز على الأسرة وتستهدف (أو مصممة خصيصاً) احتياجات الأسر المعيشية متعددة الأجيال. على سبيل المثال، يوجد في بلدان منظمة التعاون الإسلامي نقص ملحوظ في السياسات التي تدعم اجتماعياً واقتصادياً الأسر التي تقدم الرعاية غير الرسمية لأفرادها المسنين من خلال توفير الأجهزة المساعدة، أو تغطية الحماية الاجتماعية، أو حتى تقديم التدريب والمعرفة بشأن كيفية رعاية المسنين بشكل أفضل.

وهناك احتمال قوي بأن تظل الأسر متعددة الأجيال موضع أهمية في البلدان النامية، أو أن تكتسب أهمية في البلدان المتقدمة، في المستقبل القريب بسبب التغيرات الديموغرافية مثل شيخوخة السكان والاعتماد المتزايد على أفراد الأسرة المسنين وغيرهم في أداء المهام الأسرية مثل رعاية الأحفاد. ومن المرجح أيضاً أن تؤدي حالات الطلاق المتزايدة، وارتفاع متوسط العمر المتوقع، والتركيبة الأسرية المتغيرة إلى زيادة مختلف احتياجات الأسر متعددة الأجيال في السنوات القادمة مما يستلزم الحاجة إلى إعادة معايرة السياسات الأسرية.

ومع ذلك، أدت الزيادة في انحلال الأسرة والتغيرات في الممارسات المتعلقة بالزواج إلى زيادة حصة الأسر النووية وحيدة العائل في منطقة منظمة التعاون الإسلامي، إذ أبلغت عدة بلدان في المنظمة، ما بين 2000-2010 و 2010-2020، عن زيادة في حصة الأسر وحيدة العائل (مع أطفال) (الشكل 4.2). ففي تشاد، على سبيل المثال، زادت نسبة الأسر وحيدة العائل (مع أطفال) بنسبة 3 نقاط مئوية في هذه الفترة. وبالمثل، زادت بنسبة 2.4 نقطة مئوية في غينيا-بيساو، و 1.6 نقطة مئوية في بنغلاديش، و 0.4 نقطة مئوية في أوغندا وكوت ديفوار، و 0.3 نقطة مئوية في فلسطين، و 0.2 نقطة مئوية في أفغانستان.

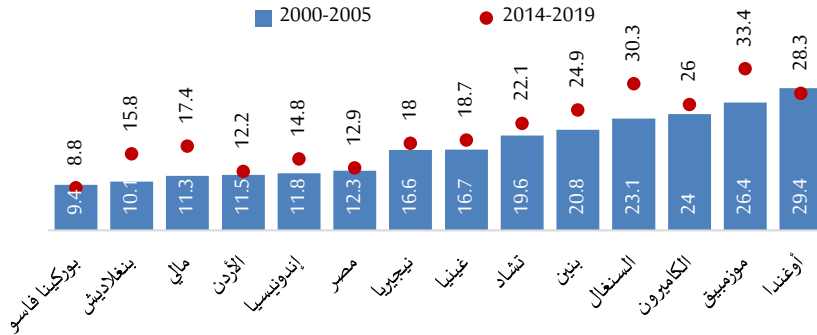
الشكل 4.2: حصة الأسر وحيدة العائل مع أطفال في بلدان مختارة من منظمة التعاون الإسلامي (%) من جميع الأسر، 2010-2000 مقابل 2011-2020



المصدر: تحليل موظفي سيسرك بناء على مجموعة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2022 عن حجم الأسرة المعيشية وتركيبها. وقد استخدمت بيانات المسح لآخر سنة متاحة في كلتا الفترتين.

تتولى النساء الأرامل أو المطلقات أو المنفصلات إعالة حصة كبيرة من الأسر وحيدة العائل. وكما هو الحال بالنسبة للأسرة وحيدة العائل، فإن نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها إناث (FHHS) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي قد زادت في السنوات الأخيرة. ووفقاً للبيانات المحدودة المتاحة حول هذا الموضوع، ارتفع متوسط نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها إناث في بلدان المنظمة من 12.5% من جميع الأسر المسجلة عام 1995 إلى 18.4% عام 2005 و 18.7% عام 2019. وبين عامي 2005 و 2019، سُجلت أكبر زيادة في هذه النسبة في السنغال (7.2%) وموزمبيق (7%) ومالي (6.1%) وبنغلاديش (5.7%) (الشكل 5.2).

الشكل 5.2: التغيرات في نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها إناث في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2005-2000 مقابل 2014-2019

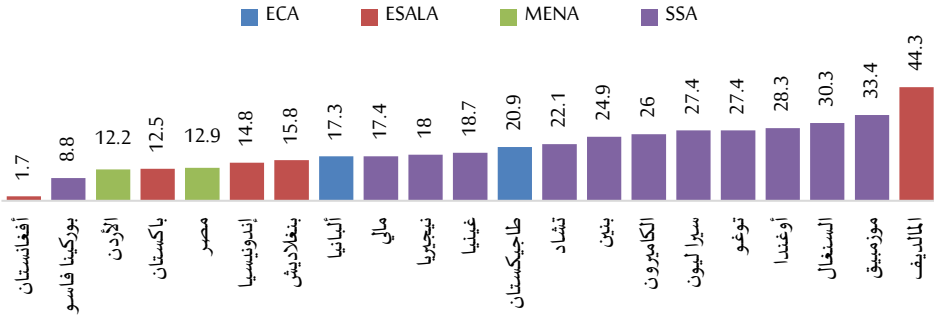


المصدر: تحليل موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي.

علاوة على ذلك، كان ثلث الأسر المعيشية على الأقل ترأسها امرأة في كل من المالديف وموزمبيق والسنغال عام 2019 (الشكل 6.2). وتواجه الأسر وحيدة العائل (لا سيما تلك التي ترأسها امرأة) العديد من أوجه الضعف، خصوصاً عندما يتعلق الأمر برفاهاها الاقتصادي. وكثيراً ما تؤدي أوجه الضعف هذه إلى أن تعاني هذه الأسر المعيشية من صعوبات مالية وفقير واستبعاد اجتماعي واقتصادي في المجتمعات التي تعيش فيها.



الشكل 6.2: حصة الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (% من جميع الأسر المعيشية)، 2019



المصدر: تحليل موظفي سيسرك بناء على مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي. البيانات تخص آخر سنة متاحة بين عامي 2014 و 2019. نفذت بلدان منظمة التعاون الإسلامي عدة سياسات وبرامج مستهدفة نجحت في معالجة المشاكل التي تواجهها الأسرة، ونجحت في تخفيض معدلات الطلاق، وتعزيز مؤسسة الأسرة. ففي الإمارات العربية المتحدة، على سبيل المثال، أطلقت وزارة تنمية المجتمع مبادرة 'تألف'، التي تقدم الاستشارات الأسرية المجانية للمقيمين عن طريق أربع قنوات تفاعلية. وتروم هذه المبادرة تقديم الدعم للأسر للتخفيف من الآثار النفسية السلبية لجائحة كوفيد-19 (Arab News, 2020). وبالمثل، تلقت تركيا، منذ عام 2019، أكثر من 13.000 طلب عبر الإنترنت لخدمات الاستشارات الأسرية من خلال بوابة الحكومة الإلكترونية (Ministry of Family and Social Services, 2020). وفي ماليزيا، تُقدم دورة إلزامية قبل الزواج لمدة يومين يتم خلالها إخبار الأزواج بواجباتهم ومسؤولياتهم وتوجيههم حول كيفية التغلب على المواقف التي تسبب الضغط النفسي (Saidon et al., 2016).

### 3.2. التركيبة الأسرية

على الصعيد العالمي، يتزايد عدد السكان البالغة أعمارهم أكثر من 60 عاما بوتيرة أسرع من جميع الفئات العمرية الأخرى. وفي عام 2018، 'الأول مرة في التاريخ، فاق عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر عدد الأطفال دون سن الخامسة' (UN, n.d). وهذا التطور له آثار هامة على تركيبة الأسرة في المجتمعات التي تكون فيها الأسر المعيشية الشاملة لأجيال متعددة سائدة وتكون فيها القاعدة هي اعتناء أفراد الأسرة بكبار السن في المنزل. ومع ذلك، لم تكن الشيخوخة في الماضي القريب شاغلا سياسيا ذا أولوية في كثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على سبيل المثال، وفقا لمسح أجرته الأمم المتحدة، اعتبر صناع السياسات في 12 بلدا فقط من أصل 52 بلدا في المنظمة الشيخوخة 'شاغلا رئيسي على مستوى السياسة العامة' في عام 2015 (SESIC, 2018).

وقد زادت نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة أو أكثر بنسبة 0.9 نقطة مئوية بين عامي 2010 و2021 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (من 3.9% إلى 4.8%) (الجدول 1.2). وفي عام 2021، تجاوزت نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر 9.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و20% في البلدان المتقدمة. وتمشياً مع التغيرات في حصة السكان، ارتفع أيضاً متوسط معدل إعالة المسنين<sup>1</sup> في بلدان المنظمة من 6.8 المسجل عام 2010 إلى 7.8 في عام 2021 (SESRI, 2023a).

الجدول 1.2: النسبة المئوية للسكان المسنين البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر، 2000-2100

	2000	2010	2021	2050 <sup>f</sup>	2100 <sup>f</sup>
منظمة التعاون الإسلامي	3.9	4.2	4.8	9.5	18.3
البلدان النامية غير الأعضاء	6.0	6.9	9.3	17.8	26.4
البلدان المتقدمة	14.3	16.2	20.0	28.7	33.0
العالم	6.9	7.7	9.6	16.5	24.0

المصدر: حسابات موظفي سيسرك على أساس البيانات المستمدة من التوقعات السكانية في العالم (2022) لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة. (f) تدل على قيم متوقعة

تشير هذه المخرجات بوضوح إلى أن وتيرة الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أبطأ بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة، ولكن من المتوقع أن تتسارع في السنوات القادمة. كما تتوقع إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة أن ترتفع نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر في بلدان المنظمة إلى 9.5% في عام 2050 ومن المرجح أن تتجاوز 18% بحلول عام 2100. وعلى مستوى مجموعة المنظمة، ستستضيف بلدان منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) وأوروبا وآسيا الوسطى (ECA)، على وجه الخصوص، حصة أعلى نسبياً من السكان المسنين في إجمالي سكانها في العقود القادمة، وذلك وفقاً لسييسرك (2021).

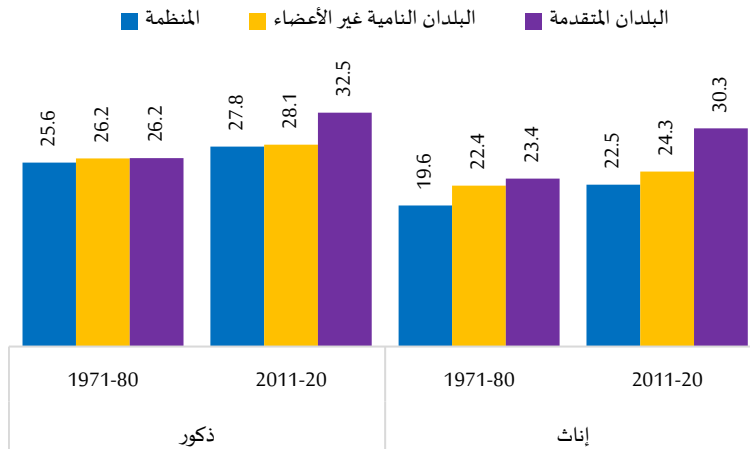
وينبغي لسياسات الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تأخذ في الاعتبار أن شيخوخة السكان تنطوي على عدد من الآثار التي تلحق البنات الأسرية والديناميات بين الأجيال. إذ قد يؤثر ارتفاع متوسط العمر في المجتمعات على اتخاذ الشباب لقرار متابعة التعليم لفترة أطول وتأجيل الزواج أو تأخير إنجاب الأطفال. كما أن شيخوخة السكان قد تسبب في انخفاض القوى العاملة، وفقدان الإنتاجية، وانخفاض النمو الاقتصادي، وزيادة نسبة الإعالة العمرية، وضغوط على الخدمات العامة والاجتماعية. لذلك، فإن معالجة الشيخوخة بشكل استباقي من خلال سياسات وبرامج مستنيرة من شأنه أن يخفف من وقع عدد من القضايا الاجتماعية والاقتصادية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في السنوات القادمة.

<sup>1</sup> معدل إعالة المسنين هو عدد الأشخاص في الشرائح العمرية التي تعتبر غير نشطة نسبة إلى عدد الأشخاص في الشرائح العمرية النشطة.

## 4.2. تكوين الأسرة

على مدى السنوات الـ 50 الماضية، تأثرت الاتجاهات العالمية بشأن تكوين الأسرة جراء اختيار الأشخاص تأخير الزواج لأسباب مختلفة. فمنذ الفترة الممتدة ما بين 1971-1980، سُجّلت زيادة قدرها 6.31 سنة في السن عند الزواج الأول لدى الرجال وزيادة قدرها 6.99 سنة في السن عند الزواج الأول لدى النساء في البلدان المتقدمة (الشكل 7.2). وبالمثل، في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ارتفع سن الرجل عند الزواج الأول بمقدار 2.21 سنة وسن المرأة بمقدار 2.88 سنة. وسُجّلت أدنى الزيادات في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (1.92 سنة للرجال و 1.95 سنة للنساء). وفي الوقت الحاضر، سُجّلت أعلى قيمة للسن عند الزواج الأول لكل من الرجال والنساء في البلدان المتقدمة، تلتها البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ثم البلدان الأعضاء في المنظمة.

الشكل 7.2: السن عند الزواج الأول (عدد السنوات)، 1980-1971، مقابل 2011-2020

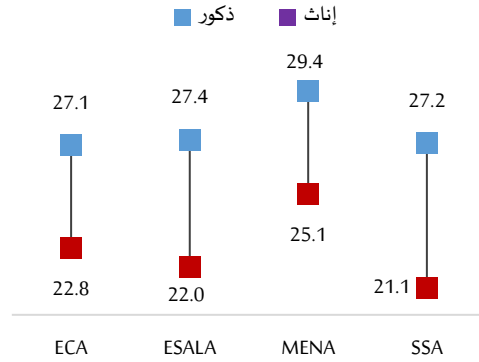


المصدر: حسابات موظفي سيرك بناء على قاعدة بيانات الإحصاءات الجنسانية، البنك الدولي. ملاحظة: البيانات مستمدة من آخر سنة متاحة بين فترتي 1980-1971 و 2020-2011.

وتبين مقارنة المناطق الفرعية الأربع لمنظمة التعاون الإسلامي أن الرجال والنساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يميلون إلى الزواج في سن متأخرة بالمقارنة مع نظرائهم في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. بحيث أن سن الرجل عند الزواج الأول هو 29.4 سنة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و 27.2 سنة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، وسن المرأة عند الزواج الأول هو 25.1 سنة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و 21.1 سنة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، الذي يعتبر أدنى مستوى في جميع المناطق الفرعية الأربع للمنظمة (الشكل 8.2). وهناك أيضا فرق بين سن الرجل وسن المرأة عند الزواج الأول في جميع المناطق الفرعية للمنظمة، بحيث تبلغ أكبر فجوة 6.10 سنوات في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، و 5.37 سنوات في منطقة شرق آسيا، و 4.34 سنوات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و 4.33 سنوات في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى.

ومن زاوية السياسات العامة، تترتب عن الزيادة المتطردة في السن عند الزواج الأول بعض الآثار على تكوين الأسرة. على سبيل المثال، توصل هالوي وليمبو (2013) إلى أن معدلات الخصوبة لدى النساء تميل إلى الانخفاض كلما زاد السن عند الزواج الأول في صفوفهن. ومثل بقية العالم، يختار الأفراد في جميع أنحاء المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي الزواج في سن متأخرة بسبب تزايد تفضيلهم للحصول على التعليم العالي والتغيرات في الأعراف الاجتماعية (SESRI 2017). ولذلك، فإنه ينبغي للسياسات الهادفة إلى تشجيع ممارسات تكوين الأسرة في بلدان المنظمة معالجة العوامل التي تسهم في ارتفاع السن عند الزواج الأول.

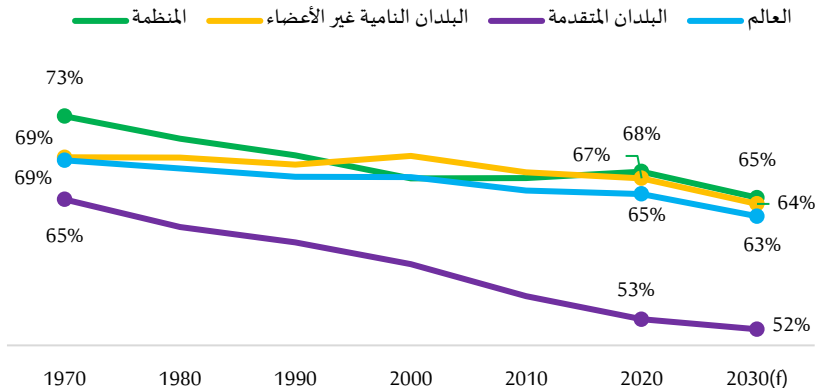
الشكل 8.2: سن الزواج الأول في المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي (عدد السنوات)، 2011-



المصدر: حسابات موظفي سيسرك على أساس قاعدة بيانات إحصاءات النوع الاجتماعي للبنك الدولي. ملاحظة: البيانات مأخوذة من آخر سنة متاحة بين عامي 2011 و 2020.

بالإضافة إلى ارتفاع السن عند الزواج الأول، سُجِّل أيضا تفضيل أقل للزواج في صفوف النساء في سن الإنجاب (أعمار 15-49 عاما). وعلى الصعيد العالمي، انخفضت نسبة النساء المتزوجات من 69% المسجلة عام 1970 إلى 65% عام 2020 ويتوقع الخبراء أن تنخفض هذه الحصة أكثر بنسبة 2% بحلول عام 2030 (الشكل 9.2). وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، انخفضت أيضا نسبة النساء المتزوجات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من 73% المسجلة عام 1970 إلى 68% عام 2020. ومن المتوقع أن تنخفض هذه الحصة إلى 65% بحلول عام 2030.

الشكل 9.2: نسبة النساء (أعمار 15-49 سنة) المتزوجات (%، 1970-2030)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مجموعة بيانات شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة بخصوص التقديرات والتوقعات المتعلقة بالنساء المتزوجات في سن الإنجاب. يشار إلى القيم المتوقعة بحرف (f).

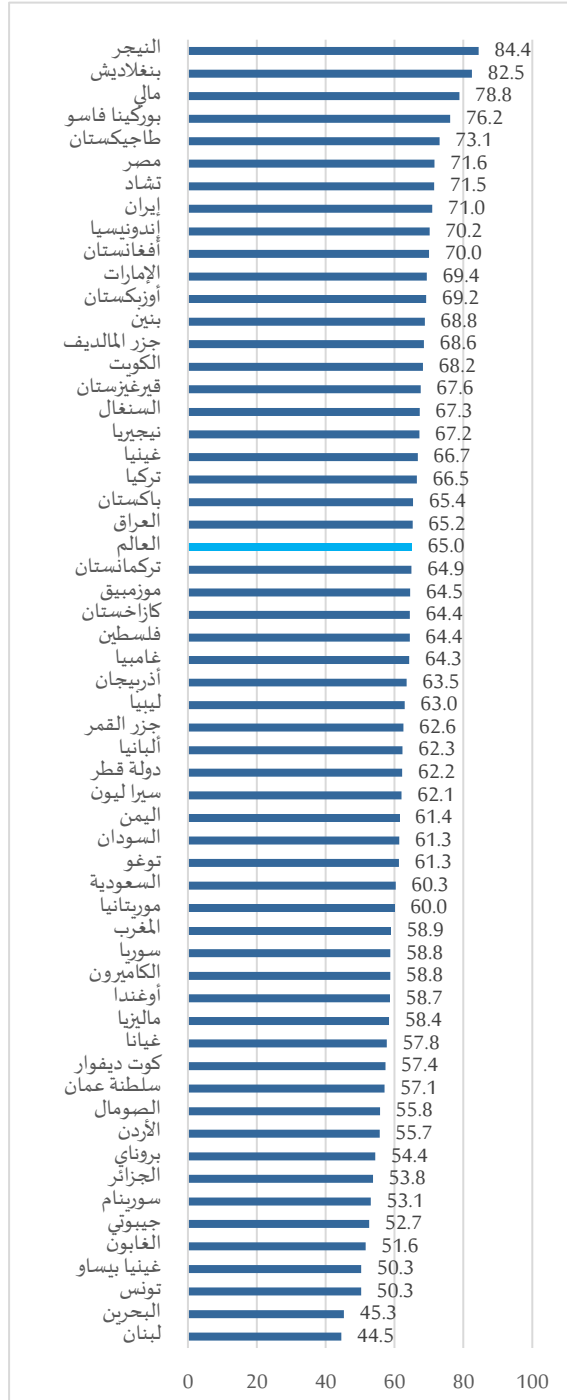
وتبين الاتجاهات المسجلة ما بين عامي 1970 و 1990 أن عددا أكبر من النساء يفضلن الزواج في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. ولكن، في

ال30 سنة ما بين 1990 و 2020، انخفضت حصة النساء المتزوجات من 69% إلى 68% ومن المتوقع أن تستمر في الانخفاض بنسبة 3% بحلول 2030 في مجموعة المنظمة تمشيا مع الاتجاه التنافسي العالمي.

على المستوى القطري، تقل حصة النساء المتزوجات عن المتوسط العالمي (65%) في 35 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 10.2). ومن بين بلدان المنظمة، سُجلت أدنى مستويات هذه الحصة في لبنان والبحرين، حيث أقل من نصف النساء متزوجات. ومع ذلك، تشير الإحصاءات العالمية إلى أن تفضيل الزواج في صفوف النساء في سن الإنجاب أعلى نسبيا في بلدان المنظمة. ففي عام 2020، على سبيل المثال، كانت أربعة من البلدان الخمسة الأولى ذات أعلى نسبة من النساء المتزوجات في العالم من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (النيجر وبنغلاديش ومالي وبوركينا فاسو). فيما كانت نيبال الدولة الوحيدة غير العضو في المنظمة في قائمة البلدان الخمسة الأولى في العالم (77.7%). وعلى المدى الطويل، تتمثل النتيجة الديمغرافية لارتفاع نسبة النساء غير المتزوجات في انخفاض عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة في سن الإنجاب (أي انخفاض معدل الخصوبة).

وتتأثر ممارسات تكوين الأسرة أيضا بانخفاض معدلات الزواج الأولي، أي عدد الزيجات لكل 1000 شخص، في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتشير

الشكل 10.2: حصة النساء (أعمار 15-49) المتزوجات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%، 2020)



المصدر: مجموعة بيانات شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة بخصوص التقديرات والتوقعات المتعلقة بالنساء المتزوجات في سن الإنجاب.

بيانات تغطي 27 بلدا عضوا في المنظمة، أُبلغ عنها في الكتاب الديموغرافي لعام 2020 الصادر عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، إلى أن متوسط معدل الزواج الأولي لكل 1000 شخص انخفض من 7.86 إلى 6.49 بين عامي 2016 و 2019 (الجدول 2.2). وفي بلدان المنظمة الـ 27 هذه، أُبرم 6.0 مليون عقد زواج في عام 2016 بالمقارنة مع 5.7 مليون عقد زواج المسجلة عام 2019. ويتماشى هذا مع الاتجاه السائد في البلدان المتقدمة حيث انخفض متوسط معدل الزواج الأولي بمقدار 0.15 لكل 1000 شخص بين عامي 2016 و 2019. وبالنسبة للبلدان غير الأعضاء في المنظمة، فالاتجاه سلك عكس ذلك حيث ارتفع متوسط معدل الزواج الأولي لكل 1000 شخص بشكل طفيف من 5.25 المسجلة عام 2016 إلى 5.27 في عام 2019. ومع ذلك، يبقى متوسط معدلات الزواج الأولي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى بكثير من المعدلات في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة.

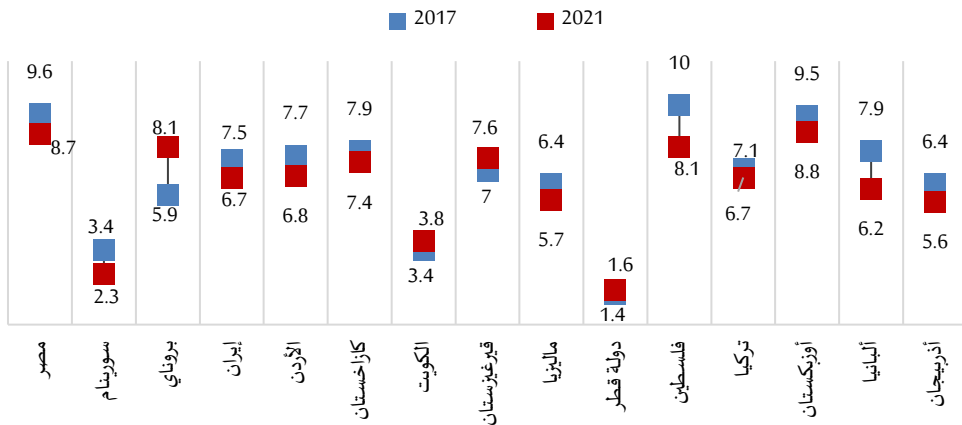
ولكن على المستوى القطري، هناك بعض الأدلة المتباينة التي تفيد أنه في 11 من أصل 15 بلدا تتوفر بيانات بشأنها، انخفض معدل الزواج الأولي خلال فترة 2017-2021. على سبيل المثال، في ألبانيا، انخفض هذا المعدل من 7.9 المسجل عام 2017 إلى 6.2 (لكل 1000 شخص) في عام 2021. وفي المقابل، ارتفع معدل الزواج الأولي خلال الفترة نفسها في أربعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، هي بروناي دار السلام وقرغيزستان وقطر والكويت. (الشكل 11.2).

الجدول 2.2: متوسط معدلات الزواج الأولي (لكل 1000 شخص)، 2016-2019

2019	2016	
6.49	7.86	بلدان منظمة التعاون الإسلامي
5.27	5.25	البلدان النامية غير الأعضاء
4.74	4.89	البلدان المتقدمة

المصدر: حسابات موظفي سيرك بناء على الكتاب الديموغرافي السنوي لعام 2020 لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

الشكل 11.2: معدلات الزواج الأولي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (لكل 1000 شخص)، 2017-2021



المصدر: الكتاب الديموغرافي السنوي لعام 2020 لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة\* آخر البيانات المتاحة من عامي 2020 و 2021.

وللتوصل لحللول لمسألة انخفاض حالات الزواج في منطقة منظمة التعاون الإسلامي، يتعين على واضعي السياسات معالجة أبرز العوامل التي أدت إلى انخفاض عدد الزيجات بما في ذلك التوسع الحضري والتصنيع وارتفاع مستوى مشاركة المرأة في أسواق العمل. وتجدر الإشارة أيضا إلى أن هذه العوامل الأساسية لم تؤثر كلها سلبا على الزواج. فارتفاع مستوى مشاركة المرأة في القوى العاملة، على سبيل المثال، لا يشكل رادعا متأصلا للزواج أو نية الزواج. ومع ذلك، قد تمتنع المرأة عن الزواج أو تؤخره إذا كان هناك نقص في الدعم للمرأة المتزوجة لتحقيق التوازن بين عملها وحياتها الأسرية، أو نقص في الخدمات المقدمة للأمهات الجدد، أو انتشار التمييز ضد المرأة المتزوجة في مكان العمل.

## 5.2. تفكك الأسرة

في السنوات الأخيرة، شهدت مسألة تفكك الأسرة بسبب الطلاق اتجاها تصاعديا في جميع أنحاء العالم (SESRIC, 2017). وتشير البيانات الواردة في الكتاب الديموغرافي السنوي 2020 لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة إلى أن متوسط معدل الطلاق الأولي لكل 1000 شخص ارتفع من 1.55 إلى 1.74 بين عامي 2016 و 2019 في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الجدول 3.2). وفي 25 بلدا من بلدان المنظمة التي تتوفر بشأنها بيانات، سُجلت 0.8 مليون حالة طلاق عام 2016 وزاد هذا العدد إلى 1.1 مليون في عام 2019.

الجدول 3.2: متوسط معدلات الطلاق الأولي (لكل 1000 شخص)، 2016-2019

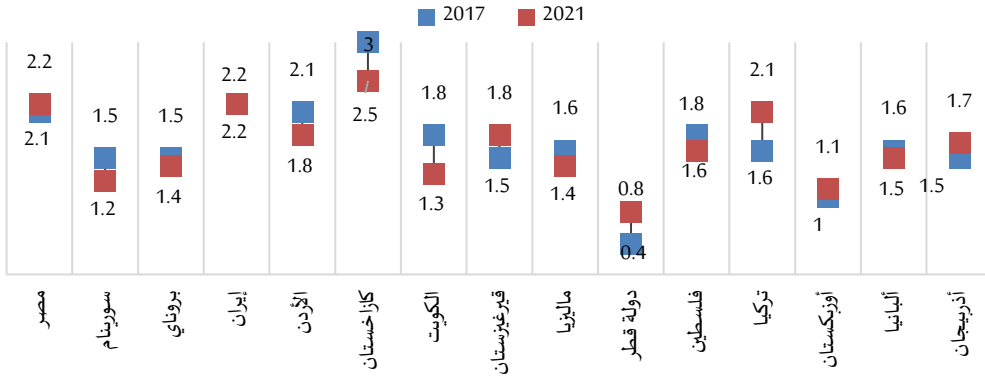
2019	2016	
1.95	1.97	البلدان المتقدمة
1.72	1.67	البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة
1.74	1.55	بلدان منظمة التعاون الإسلامي

ويتماشى هذا مع الاتجاه السائد في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، حيث ارتفع متوسط معدلات الطلاق الأولي من 1.67 المسجل عام 2016 إلى 1.72 في عام 2019. ولكنه مع ذلك مخالف للاتجاه السائد في البلدان المتقدمة حيث انخفض متوسط معدلات الطلاق الأولي بمقدار 0.02 لكل 1000 شخص بين عامي 2016 و 2019. ويبقى متوسط معدلات الطلاق الأولي لكل 1000 شخص أعلى بشكل بارز في البلدان المتقدمة - بما يتماشى مع أحدث الاتجاهات التاريخية.

المصدر: حسابات موظفي سيرسك بناء على الكتاب الديموغرافي السنوي لعام 2020 لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

ومع ذلك، من المهم الإشارة إلى أن التغيير المسجل في معدل الطلاق الأولي في منطقة منظمة التعاون الإسلامي ليس متجانسا على المستوى القطري. واستنادا إلى مجموعة بيانات تغطي 15 بلدا عضوا في المنظمة خلال فترة 2017-2021، انخفضت معدلات الطلاق الأولي لكل 1000 شخص في ثمانية بلدان (سورينام وبروناي دار السلام والأردن وكازاخستان والكويت وماليزيا وفلسطين وألبانيا)، وارتفعت في ستة بلدان (مصر وقيرغيزستان وقطر وتركيا وأوزبكستان وأذربيجان)، ولم تتغير في بلد واحد (إيران) (الشكل 12.2).

الشكل 12.2: معدلات الطلاق الأولي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (لكل 1000 شخص)، 2017-2021



المصدر: الكتاب الديموغرافي السنوي لعام 2020 لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة\* آخر البيانات المتاحة من عامي 2020 و 2021.

ومن المؤسف أنه بسبب قلة إحصاءات الطلاق، يصعب إجراء مقارنات أو تحديد الاتجاهات فيما بين مناطق منظمة التعاون الإسلامي. ومع ذلك، من الواضح أن بلدان المنظمة تحتاج إلى التركيز على تنمية القدرات لجمع ونشر البيانات في هذا المجال الهام، إذ أن توافر إحصاءات موثوقة ومُحينة أمر أساسي لوضع سياسات فعالة تتناول مسألتي تفكك الأسرة وتمكين الزواج في منطقة منظمة التعاون الإسلامي.

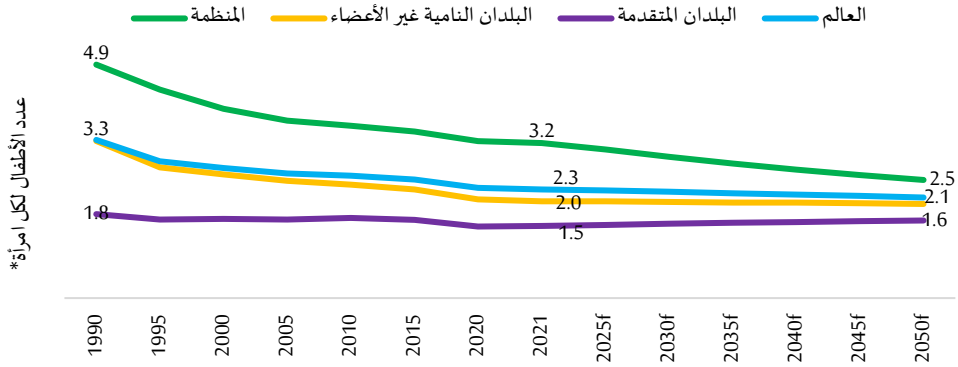
## 6.2. الإنجاب

على الصعيد العالمي، معدلات الخصوبة أخذت في التراجع على نحو مطرد منذ تسعينيات القرن الماضي ومن المتوقع أن تواصل تراجعها في المستقبل القريب. ففي عام 1990، على سبيل المثال، بلغ معدل الخصوبة العالمي 3.3 طفل لكل امرأة (الشكل 13.2). وفي عام 2021، بلغ معدل الخصوبة 2.3 طفل لكل امرأة ومن المتوقع أن ينخفض مجددا ليصل إلى 2.12 طفل بحلول عام 2050.

وعلى نحو الاتجاهات العالمية، شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضا انخفاضا في معدل الخصوبة منذ عام 1990، بحيث بلغ 4.9 طفل لكل امرأة في عام 1990، و 3.2 طفل في عام 2021، ومن المتوقع أن ينخفض مجددا ليصل إلى 2.5 طفل بحلول عام 2050 (الشكل 13.2). لكن مع ذلك يبقى متوسط معدلات الخصوبة في بلدان المنظمة أعلى من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (2.2 طفل لكل امرأة) ومتوسط البلدان المتقدمة (1.5 طفل لكل امرأة). وسيستمر هذا الاتجاه حتى عام 2050.



الشكل 13.2: معدلات الخصوبة (عدد الأطفال لكل امرأة)، 1990-2050



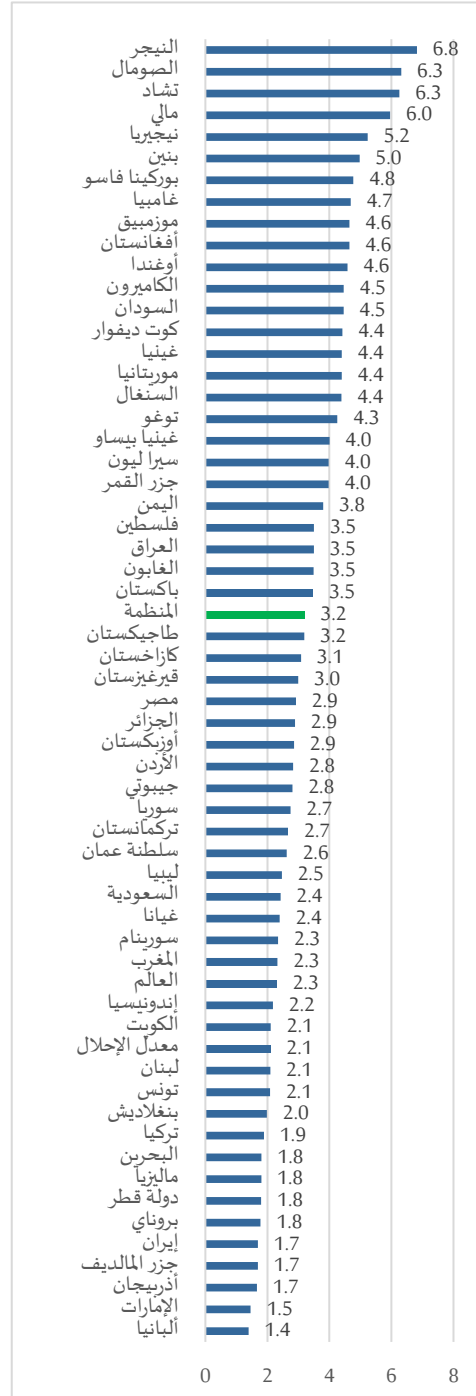
المصدر: حسابات موظفي سيرك على أساس البيانات المستمدة من التوقعات السكانية في العالم (2022) لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة. القيم المقدمة عن فترة 2025-2100 قُدرت استناداً إلى توقعات السيناريو المتوسط.

وعلى الرغم من وجود اتجاه تنازلي في معدلات الخصوبة، فإن غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي ستظل مستأثرة بمستويات خصوبة تسمح لها بالبقاء فوق معدل الإحلال البالغ 2.1 طفل لكل امرأة. ولدى غالبية بلدان المنظمة الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى معدلات خصوبة أعلى بالمقارنة مع المتوسط العالمي (2.3 طفل) ومتوسط المنظمة (3.2 طفل) (الشكل 13.2). فالنيجر، على سبيل المثال، تستأثر بأعلى معدل للخصوبة يبلغ 6.8 طفل لكل امرأة، تلتها الصومال (6.3 طفل) وتشاد (6.2 طفل). ومع ذلك، فإن معدلات الخصوبة القائمة في 13 بلداً عضواً في المنظمة من مناطق أوروبا وآسيا الوسطى ومنطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مثل ألبانيا (1.39) والإمارات العربية المتحدة (1.46) أقل من معدل الإحلال البالغ 2.1 طفل لكل امرأة في عام 2021.

وينطوي انخفاض معدل الخصوبة على اختيار النساء لإنجاب عدد أقل من الأطفال وعلى تقلص حجم الأسرة (SESRI، 2017). ويمكن القول إن انخفاض معدلات الخصوبة هو إحدى النتائج العديدة للعولمة السريعة، حيث تعتمد الاقتصادات اعتماداً أكبر على التحسينات في الإنتاجية (التكنولوجيا) لتحقيق النمو بدلاً من تحقيق الزيادة على مستوى القوى العاملة والسكان. ومع ذلك، من المهم الإشارة إلى أن عدداً من بلدان منظمة التعاون الإسلامي لا تزال لديها فرصة الحفاظ على متوسط معدل الخصوبة عند مستويات أعلى من معدل الإحلال البالغ 2.1. وهذا من شأنه أن يساعد في زيادة النمو السكاني، وكذلك تحفيز الاقتصاد على النمو والإزدهار. وإلى جانب ذلك، هذا من شأنه أن يدعم الأداء السليم لنظم الضمان الاجتماعي.

وتتطلب اتجاهات الخصوبة المتباينة بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي تدخلات محددة الهدف على مستوى السياسات العامة. على سبيل المثال، من ناحية، تحتاج بلدان المنظمة الواقعة في منطقة جنوب

الشكل 14.2: معدلات الخصوبة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي



حسابات موظفي سيسرك على أساس البيانات المستمدة من التوقعات السكانية في العالم (2022) لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.

الصحراء الكبرى إلى سياسات تضمن ألا يؤدي الاكتظاظ السكاني إلى نقص الموارد والضغط الاقتصادية واختلال التوازن الاجتماعي. ويمكن أن تشمل التدخلات على مستوى السياسات الرامية إلى معالجة معدلات الخصوبة المرتفعة تشجيع وتوفير وسائل منع الحمل المجانية أو الميسورة التكلفة، وتوفير خدمات تنظيم الأسرة والاستشارات الأسرية للأزواج، والرفع من مستوى الوعي بشأن استخدام وسائل منع الحمل، وتحسين مستوى الرعاية الصحية للأمهات، وتحسين فرص تعليم المرأة وتشغيلها.

ومن ناحية أخرى، يتعين على بلدان المنظمة التي يقل معدل الخصوبة فيها عن معدل الإحلال أن تبذل جهوداً لضمان قدرة سكانها على تجديد أنفسهم لتفادي التحديات المرتبطة بهجرة السكان، والاختلالات في حصة المسنين مقابل الشباب، ونقص اليد العاملة، وفقدان الإنتاجية. ويمكن أن تشمل التدخلات على مستوى السياسات لزيادة الخصوبة تقديم استحقاقات عائلية، وتوفير إجازات الأمومة والأبوة والأبوين معاً مع ضمان الأمن الوظيفي والحوافز الضريبية والإعانات لإنجاب الأطفال، وتحسين التوازن بين العمل والحياة من خلال جداول عمل مرنة.

# 3

الآفاق الاجتماعية  
والاقتصادية للأسرة

تكتسي سياسات التنمية البشرية التي تتناول مجالات التعليم والعمالة والاستفادة من الحماية الاجتماعية أهمية كبرى لضمان رفاه الأسرة وأفرادها. فبدون تدخلات وبرامج مناسبة على مستوى السياسات، من المرجح أن تعاني الأسر ذات الموارد الاجتماعية والاقتصادية غير الكافية من انخفاض فرص الحصول على الغذاء، والتغذية والخدمات الصحية الأساسية، وزيادة عبء الديون، والتشرد، وتفكك العلاقات الأسرية، والعزلة والإقصاء الاجتماعي، وزيادة في ميل أفراد الأسرة لارتكاب الجرائم، وتدهور الصحة النفسية لأفراد الأسرة بسبب الظروف المعيشية غير المستقرة والمرهقة.

فأطفال الآباء العاطلين عن العمل، على سبيل المثال، هم أكثر عرضة للمعاناة من الفقر بين الأجيال والفقير المتعدد الأبعاد، وأكثر عرضة للبطالة، وأكثر عرضة للمعاناة من المشاكل السلوكية التي تظهر في المراحل المتأخرة من العمر. وبالمثل، يعتبر المسنون الذين يفتقدون إمكانية الوصول إلى تدابير الحماية الاجتماعية المناسبة أكثر تمثيلاً في الأسر الفقيرة. وهم لا يستطيعون تلبية احتياجاتهم الأساسية إما بسبب اعتمادهم المالي على أفراد الأسرة أو بسبب عدم حصولهم على المعاشات التقاعدية، ويضطرون في أغلب الأحيان إلى القيام بأنشطة غير مدفوعة الأجر لتقديم الرعاية داخل الأسرة. ومن السائد أيضاً أن تواجه الأسر التي تتضمن أفراداً غير متعلمين أو ذوي مهارات منخفضة أو يعملون بشكل غير رسمي عبئاً كبيراً جراء الفقر. فعلى سبيل المثال، من المرجح أن تعاني الأسر المعيشية التي ترأسها إناث من الفقر لأن تمثيل المرأة في القطاع غير الرسمي مفرط، مما يدل على ظروف عمل غير آمنة، وأجور منخفضة أو غير قابلة للتنبؤ، وحماية اجتماعية غير كافية، وما إلى ذلك.

وعلى هذا الأساس، يتناول هذا الفصل بالتحليل وضع التعليم والعمالة والفقر والتوازن بين العمل والحياة والحماية الاجتماعية للأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ومن المعلوم أن معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية - التي يجري مناقشتها في هذا الفصل - باعتبارها جزءاً من سياسة الأسرة من شأنه أن يساعد في حماية وتعزيز رفاه الأسرة، وفي الوقت نفسه ترسيخ فعالية السياسة ذاتها. ولذلك، يهدف هذا الفصل إلى تحديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على مختلف أفراد الأسرة في بلدان المنظمة لتوجيه وتسهيل عملية صياغة تدخلات توجيهية على مستوى السياسات.

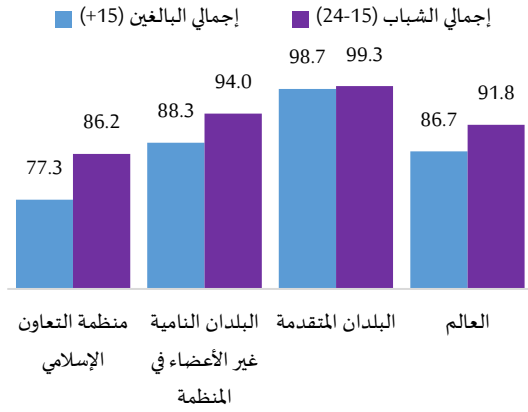
### 1.3. التعليم

يعتبر التعليم محددًا رئيسيًا لرفاه الأسرة لأنه يؤثر على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسر بعدة أوجه. على سبيل المثال، يؤثر مستوى تعليم الفرد على قدرته على إيجاد وظيفة، واتخاذ قرار إنجاب الأطفال، وممارسات تربيتهم، والعلاقات بين الأسر، والتماسك الأسري (SESRI، 2017). ولكن على الرغم من ارتفاع معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين والشباب في جميع أنحاء العالم، يبقى التقدم المحرز نحو تحسين هذا المعدل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أبطأً نسبياً. فعلى سبيل المثال، بلغ معدل الإلمام بالبالغين بالقراءة والكتابة في بلدان المنظمة 77.3% عام 2021، وهو معدل أقل بكثير من معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (88.3%) وفي العالم (86.7%) (الشكل 1.3). وفي ثمانين دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، كانت معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين أقل من 50% - مع

تسجيل أدنى المعدلات في تشاد (26.8%) في عام 2021. وفي الوقت نفسه، سجلت بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى بعضاً من أعلى معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين في العالم. على سبيل المثال، كانت معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين أعلى من 99% في كل من أذربيجان وكازاخستان وطاقجيكستان وتركمانستان وأوزبكستان.

وبالمقارنة مع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين، كانت هذه المعدلات للشباب أعلى نسبياً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في عام 2021 (الشكل 1.3)، إذ تجاوزت 90% في 31 بلداً من بلدان المنظمة. وفي 17 بلداً عضواً، تمكن جميع الشباب تقريباً (أكثر من 99%) من اكتساب القدرة على القراءة والكتابة. ومع ذلك، أبلغت خمس بلدان أعضاء في المنظمة، عن معدلات إلمام بالقراءة والكتابة للشباب أقل من 60% - أداها سُجلت في تشاد (35.2%) ومالي (46.2%) والنيجر (47.2%) وأفغانستان (55.9%). وبالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (94%) والعالم (91.8%)، في المتوسط، فقط 86.2% من الشباب كانوا ضمن الملمين بالقراءة والكتابة في بلدان المنظمة.

الشكل 1.3: معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين والشباب (%، 2021)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك على أساس إحصاءات التعليم بالبنك الدولي ومركز بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. ملاحظة: البيانات مأخوذة من آخر سنة متاحة بين 2012 و 2021.

وعلى العموم، كانت الفجوة بين معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين والشباب في بلدان منظمة التعاون الإسلامي هي الأعلى في العالم استناداً إلى معطيات الشكل 1.3. وفي نفس الفترة، بلغت الفجوة العالمية بين معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين والشباب 5.1%، بينما كانت هذه الفجوة في بلدان المنظمة 8.9%. وهذا يدل على أن نتائج التعليم بين أفراد الأسرة متباينة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وعلى الرغم من أن كثرة الشباب تمثل قوة ديمغرافية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي، فإن الشباب بأعدادهم المتزايدة في بلدان المنظمة يواجهون تحديات اجتماعية واقتصادية عديدة مرتبطة بنقص التعليم والمهارات. وإن مستويات التعليم غير الكافية تجعل توظيف الشباب وترقيهم في السلم الاقتصادي ومشاركتهم الاجتماعية أمراً صعباً بشكل خاص - مما يؤثر على آفاق زواجهم واتخاذهم قرار تكوين أسرة.

وتشير بيانات 2019 إلى أن نسبة كبيرة من الشباب في بلدان منظمة التعاون الإسلامي غير مسجلين في المدارس ولا منخرطين في العمالة. ولم يكن 27.7% من شباب منظمة التعاون الإسلامي ضمن دائرة العمالة أو في التعليم أو التدريب (NEET) عام 2020، وهي نسبة أعلى من المتوسط العالمي البالغ 23.3%. وعلى وجه الخصوص، تمت الإشارة إلى أن أكثر من ثلث الشباب من فئة الإناث (38.3%) كن خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب في عام 2020 (SESRIC, 2022). وإن الشباب خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب يميل إلى الخمول أو العمل في الاقتصاد غير الرسمي للعيش بقدر محترم من الكرامة، الأمر الذي يعكس عدم

توفرهم على دخل منتظم أو مدخرات كافية لتكوين أسرة. ومن السائد أيضا أن يعتمد الشباب خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب على دعم والديهم أو مؤسسات الضمان الاجتماعي.

ومن الأسباب الرئيسية التي تجعل الأفراد في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يواجهون صعوبات في الحصول على التعليم الملائم نقص الاستثمار في التعليم الجيد المتاح والميسور. فقد بلغ متوسط الإنفاق الحكومي على التعليم في بلدان المنظمة 3.5% فقط عام 2020، بينما كان في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة 4.0% من الناتج المحلي الإجمالي و 5.3% في البلدان المتقدمة (SESRIC, 2023b). ومن المعروف أن لدى التحديات التي تحول دون حصول الأفراد على التعليم عواقب سلبية على الرفاه الاجتماعي والاقتصادي لأسرهم. لذلك، يجب أن تأخذ السياسات التي تهدف إلى التخفيف من هذه التحديات في الاعتبار العلاقة بين المستوى التعليمي للفرد، والوضع الاجتماعي والاقتصادي لأسرته، وممارساته في تكوين الأسرة، وعلاقاته الأسرية.

### الإطار 1.3: جائحة كوفيد-19 وتأثيرها على قطاع التعليم

عمدت البلدان في جميع أنحاء العالم إلى إغلاق المدارس والمؤسسات التعليمية الأخرى كأولى خطوات الاستجابة لجائحة كوفيد-19. وبلغ إغلاق المدارس في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذروته في أبريل 2020، حيث أغلق 53 بلدا عضوا في المنظمة المدارس بشكل تام واعتمد بلدان آخران استراحة أكاديمية. وكنتيجة لإغلاق المدارس، عانى 432.6 مليون طفل وشاب من اضطراب في تعليمهم - مع تسجيل أكبر نسبة من الأطفال غير المتحقين بالمدارس في منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية. وفي المتوسط، ظلت المدارس مغلقة بالكامل لمدة 27 شهرا وفتحت أبوابها جزئيا لمدة 20 شهرا في بلدان المنظمة.

ووفقا للأمم المتحدة، يرجح أن يؤدي إغلاق المدارس حول العالم إلى "كارثة تودي بجيل كامل" بسبب خسائر على مستوى التحصيل الدراسي والتعلم ومكاسب الطلاب التعليمية. ولإغلاق المدارس تأثير مباشر على:

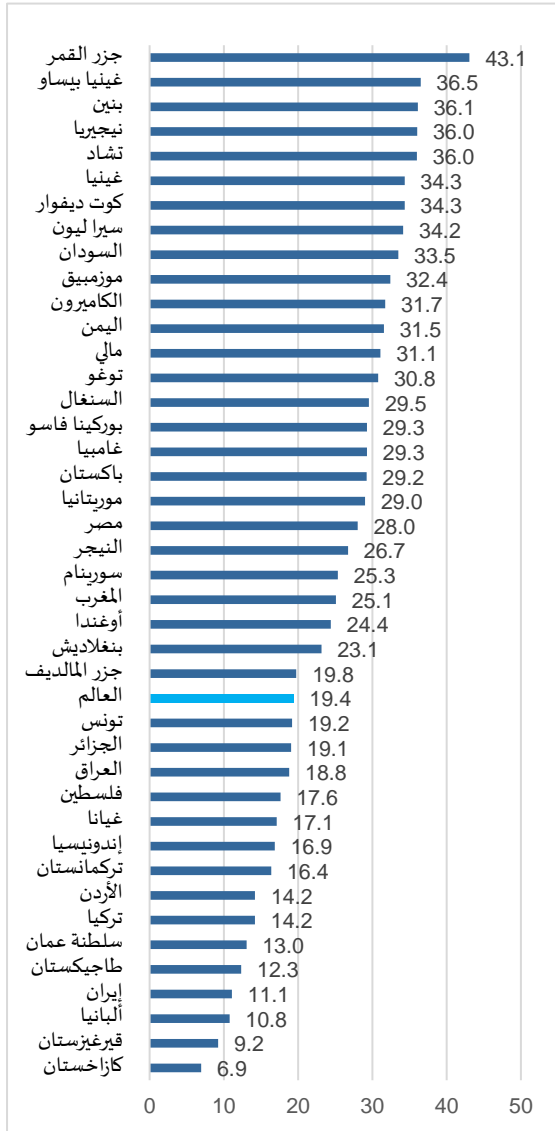
- 24 مليون طالب من مرحلة التعليم ما قبل الابتدائي إلى مرحلة التعليم العالي بانقطاعهم عن الدراسة أو عدم عودتهم إليها. ويرتفع هذا الخطر بشكل خاص بالنسبة للأطفال والشباب الذين ينتمون إلى أسر فقيرة وأسر تنتمي إلى فئات مهمشة.
- تعاني نحو 207 ملايين فتاة حاليا من اضطرابات في التعليم في 55 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. والفتيات معرضات بشكل خاص للانقطاع عن الدراسة أو عدم العودة إليها بسبب زيادة معدلات الفقر، ومسؤوليات الأسرة المعيشية، والزواج المبكر، والأعراف الثقافية.
- خسارة على مستوى التعلم تعادل انخفاضا في سنوات التعليم الأساسي الفعلية من 6.4 سنوات إلى 5.3-6.1 سنوات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.
- من المرجح أن يؤدي إغلاق المدارس إلى تقليل إمكانات تحقيق الأفراد لدخل سنوي بمقدار 366 دولارا - 1776 دولارا، وهو ما يمثل ما يقرب من 10 تريليون دولار من الأرباح على مدى الحياة أو 16% من الاستثمار الذي قامت به البلدان في قطاع التعليم الأساسي.
- سيكون للجائحة أثر كبير على الأطفال والشباب من الفئات الاجتماعية المحرومة أو الضعيفة. على سبيل المثال، ما يقرب من 460 مليون طالب يفقدون إمكانية الوصول إلى الإنترنت أو أجهزة الكمبيوتر أو الأجهزة المحمولة.

المصدر: الأمم المتحدة (2020a)

### 2.3. الفقر وعدم المساواة

بذلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي، على مدى العقود الأخيرة، جهوداً جبارة للقضاء على الفقر وزيادة رفاه مواطنيها. وبفضل هذه الجهود انخفض

الشكل 2.3: معامل عدم المساواة بين البشر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2021



عدد السكان الذين يعيشون في فقر<sup>2</sup> من 30,1% المسجلة في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين إلى 16,2% في 2017 (SESRIC, 2019). ومع ذلك، لا تزال مسألة فقر الأسر المعيشية تشكل تحدياً كبيراً أمام الأسر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي المنخفضة الدخل، ولا سيما الأسر الواقعة في منطقة جنوب الصحراء الكبرى. على سبيل المثال، تُشير البيانات المستمدة من قاعدة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة التابعة للأمم المتحدة إلى أن 43,7% من الأسر في مالي و 68,7% من الأسر في غينيا كانت تعاني من فقر متعدد الأبعاد في الفترة ما بين عامي 2014 و 2016.

ومن أجل انتشار الأسر الضعيفة من براثن الفقر، يتعين على صناعات السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي معالجة الأسباب الهيكلية للفقر. ومن الأسباب الرئيسية للفقر عدم المساواة بين البشر، أي عدم المساواة بين الحصول على الخدمات الصحية ومتوسط العمر المتوقع، والحصول على التعليم ومعدلات الأمية، والحصول على الفرص الاقتصادية وعدم استقرار الدخل. والوضع مثير للقلق

المصدر: تقرير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2021/22. يُحسب المعامل على أنه متوسط عدم المساواة في متوسط العمر المتوقع وعدم المساواة في التعليم وعدم المساواة في الدخل. تشير القيم الأعلى إلى عدم مساواة أعلى.

<sup>2</sup> يشير مؤشر السكان الذين يعيشون في فقر إلى الألف، الفقر الدولي.

بوجه خاص في البلدان ذات مستويات الدخل الفردي المنخفضة حيث تكون نظم الحماية الاجتماعية التقليدية ضعيفة أو يتعذر على كثير من الأسر الفقيرة الوصول إليها. فعلى سبيل المثال، يعاني 20 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تفاوت كبير بين البشر استنادا إلى بيانات معامل عدم المساواة بين البشر لعام 2021 - كما ورد في تقرير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2022) (الشكل 2.3). وتقع 18 من هذه البلدان الأعضاء في المنظمة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وعلى الجانب الآخر، تبين أن معاملات 15 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي أقل من المتوسط العالمي البالغ 19.4 في عام 2021، مما يشير إلى وجود تفاوتات محدودة نسبيا. وبوجه عام، من شأن التفاوتات العالية بين البشر السائدة أن تؤثر على قدرة الأسرة على تلبية احتياجاتها الأساسية والاستفادة من الفرص الاجتماعية والاقتصادية. وتحقيقا لهذه الغاية، تعتبر السياسات الفعالة ضرورية للقضاء على أوجه عدم المساواة هذه، وكذلك لدعم مؤسسة الأسرة.

ويؤدي الفقر إلى تعطيل عمل خلية لأسرة واستقرارها، مما يؤثر في كثير من الأحيان على الصحة النفسية والبدنية لأفراد الأسرة، والفرص الاجتماعية والاقتصادية، والسلوكيات الشخصية والاجتماعية. ومع ذلك، على الرغم من وجود دراسات كثيرة عن الأثر السلبي للفقر على الأسر، فإن السياسات التي تستهدف الفقر من المرجح أن تركز على الأفراد وليس على الأسرة كخلية.

ومن شأن سياسات التخفيف من حدة الفقر التي تركز على الأسرة أن تؤثر إيجابيا على وصول الأسرة إلى الغذاء والتغذية والخدمات الصحية والفرص التعليمية والعمالة المربحة. وتشمل بعض الأمثلة الناجحة لسياسات التخفيف من حدة الفقر المتمحورة حول الأسرة "فصل آليات الحماية الاجتماعية عن سوق العمل لدعم الحماية غير القائمة على الاشتراكات للأسر؛ وتقديم معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات للمسنين؛ وإتاحة منح الولادة واستحقاقات الأمومة ورعاية الأطفال للنساء حتى يتسنى توظيفهن؛ وتبسيط الضوء على دور 'جمعيات الادخار' غير الرسمية القائمة على المجتمع المحلي في أطر الحد من الفقر؛ وتقديم مساعدة محددة الهدف للأسر الكبيرة أو وحيدة العائل؛ وتفعيل إمكانات أفراد الأسرة لتقليل اعتمادهم على المساعدة الاجتماعية من خلال المساعدة في البحث عن عمل والتدريب المهني والعمل الحر" (UN DESA, 2016).

### 3.3. العمالة

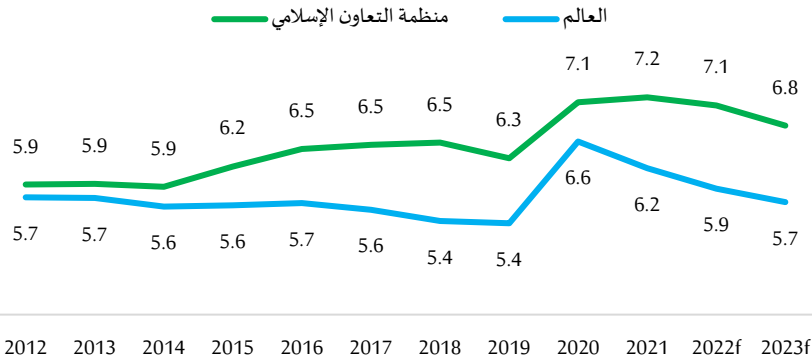
بصفة عامة، يرتبط الفقر الأسري ارتباطا وثيقا بدخل الأسرة وإمكانات تحقيق الدخل. وفي المقابل، فإن الوضع الوظيفي للفرد واتخاذ قرار المشاركة في القوى العاملة يؤثران تأثيرا كبيرا على أسرته. على سبيل المثال، تكون الأسر التي يعمل أفرادها في وظائف رسمية أكثر مرونة في مواجهة الصدمات الاجتماعية والاقتصادية، وتتمتع بصحة نفسية وجسدية أفضل، وتكون قادرة على تحقيق نتائج تعليمية إيجابية مشتركة بين الأجيال. ومع ذلك، يكون الأفراد العاطلين عن العمل أو الذين يعانون من عدم استقرار الدخل



أكثر عرضة للإجهاد النفسي وإدامة العنف ضد أفراد الأسرة. كما أن العمالة تعتبر عاملاً هاماً يأخذها الأفراد في الاعتبار عند تحديد من يتزوجون، ومتى يتزوجون، وما إذا كان ينبغي أن ينجبوا أطفالاً.

وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تعتبر معدلات البطالة أعلى بكثير من نظيرها في العالم. ففي عام 2021، على سبيل المثال، بلغ معدل البطالة 7.2% في بلدان المنظمة و 6.2% في العالم (الشكل 3.3). وبين عامي 2019 و 2020، أدت جائحة كوفيد-19 إلى تفاقم وضع البطالة على مستوى العالم - مما أدى إلى زيادة بنسبة % في معدلها في بلدان المنظمة و % في العالم. وتشير التوقعات إلى أن متوسط معدل البطالة في بلدان المنظمة قد يتجاوز المتوسط العالمي في كل من 2022 و 2023، وهو ما يمثل تهديداً مستمراً للرفاه الاقتصادي للأسرة.

الشكل 3.3: معدلات البطالة (%، 2012-2023)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على منظمة العمل الدولية (التقديرات المنمذجة). ٢٠٢٣ تدل على قيم متوقعة

تتميز فئتي الشباب والنساء، بالمقارنة مع الرجال، بمعدلات بطالة مرتفعة. على سبيل المثال، كان معدل بطالة الشباب في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى بمقدار 0.8 نقطة مئوية من المتوسط العالمي في عام 2022. وفي عام 2022، كان معدل بطالة الشباب الإناث (17%) أعلى من معدل بطالة الشباب الذكور (15%) في بلدان المنظمة (SESRIC, 2022). كما تواجه النساء والشباب تحديات خاصة في العثور على عمل بسبب المعايير الثقافية السائدة وعدم توافق المهارات (SESRIC, 2020b; SESRIC, 2021a).

وكما نوقش أعلاه، تشكل البطالة في صفوف البالغين والشباب تهديداً لوحدة مؤسسة الأسرة لأن المصاعب المالية من شأنها أن تؤثر على اتخاذ الفرد لقرارات عدم الزواج أو فسخ الزواج أو تأخير إنجاب الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤدي الزيادة في الوقت الذي يستغرقه الفرد في التعليم إلى تأخير مشاركته في سوق العمل، مما قد يؤدي أيضاً إلى زيادة السن عند الزواج الأول. كما تزيد البطالة من اعتماد الشباب على الدعم المقدم من الأسرة والخدمات الاجتماعية العامة (القروض الطلابية، والإعانات، وما إلى ذلك)، مما من شأنه أن يزيد الضغط المالي على الموارد الأسرية والخدمات العامة. وبدون العمالة الكافية، من المرجح أيضاً أن يعمل الأزواج الشباب في وظائف منخفضة الأجر وغير آمنة وغير موثوقة في القطاع غير الرسمي.

ويمكن أن تؤدي البطالة أيضاً إلى عواقب جنسانية على النساء والفتيات. على سبيل المثال، من شأن الافتقار إلى فرص العمل أن يؤدي إلى اختيار الفتيات الصغيرات الزواج في سن مبكرة (أحياناً عندما تكون أعمارهن

أصغر من 18 عاما). وفي بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي، قد تحد الأدوار المفروضة على المرأة بحكم جنسها (كمقدمة للرعاية، وربة منزل، وما إلى ذلك) من نيتها وقدرتها على المشاركة في القوى العاملة. ومع ذلك، بقاء المرأة خارج القوى العاملة لا يعني دائما أنها ليست نشطة اقتصاديا. ففي البلدان النامية، تكون حصة كبيرة من النساء مسؤولة عن أعمال غير مدفوع الأجر في المنزل، وهن إما يعملن في القطاع غير الرسمي، أو يعملن في قطاع العمل المنزلي. وبهذا، تساهم النساء فعليا في أسرهن من الناحية الاقتصادية.

### 4.3. التمييز على أساس النوع الاجتماعي في العمالة

تؤثر الأعراف الاجتماعية الصارمة والتحيزات الرجعية القائمة على النوع الاجتماعي والأدوار المفروضة على أساس نوع الجنس على التصورات الثقافية المحيطة بعمالة المرأة بالإضافة إلى حدها من مشاركتها الاقتصادية (SESRIc, 2018a). على سبيل المثال، في العديد من المجتمعات التقليدية، يُنظر إلى عمالة المرأة بازدراء أو تعتبر غير تقليدية. بيد أن عددا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي أحرز تقدما في تحسين معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة والرفع من مستوى الوعي بأهمية المشاركة الاقتصادية للمرأة. على سبيل المثال، وفقا لمسح تنفيذ خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي للنهوض بالمرأة، المذكور في تقرير منظمة التعاون الإسلامي بشأن المرأة والتنمية (a2021)، نفذت 23 بلدا عضوا في المنظمة مجموعة من التدابير التي تزيد من دخل المرأة من خلال المساواة في الأجور وزيادة حصتها في القوى العاملة. واستحدثت بعض بلدان المنظمة سياسات توظيف للمرأة تراعي الفوارق بين الجنسين ووضعت مبادرات لتعزيز حصول المرأة على فرص العمل في القطاع العام على قدم المساواة مع الرجل.

وبفضل هذه التدابير المعيارية، ازداد معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال العقد الماضي. إلا أنه، في المتوسط، يبقى أقل بكثير من نظيره في بقية العالم. فعلى سبيل المثال، في عام 2021، كانت الفجوة بين المتوسط العالمي ومتوسط المنظمة حوالي 9.7 نقطة مئوية من حيث معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة (الجدول 1.3). وبالمقارنة مع النساء، كان معدل مشاركة للرجال في القوى العاملة أعلى في كل من بلدان المنظمة والعالم. علاوة على ذلك، لم يختلف متوسط معدل المشاركة في القوى العاملة للذكور في بلدان منظمة التعاون الإسلامي اختلافا كبيرا عن المتوسط العالمي في عامي 2016 و 2021.

الجدول 1.3: معدل المشاركة في القوى العاملة للأشخاص البالغة أعمارهم ما بين 15 و 64 سنة (%، 2016-2021)

الذكور	2016	2021
بلدان منظمة التعاون الإسلامي	73.8	72.6
العالم	74.0	71.7
الإناث	2016	2021
بلدان منظمة التعاون الإسلامي	37.4	36.7
العالم	47.9	46.4

المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية

وخلال العقد الأخير، انخفض معدل المشاركة في القوى العاملة للشباب على الصعيد العالمي من 46.1% المسجلة عام 2010 إلى 39.7% في عام 2021. وبالمثل، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، انخفض هذا المعدل من 39.3% المسجل عام 2010 إلى 37.1% في عام 2021 (SESRIc, 2022). ويعزى هذا الانخفاض إلى مجموعة من العوامل المؤسسية مثل العادات والأفضليات (كتنقل الشباب، وقيمة عمل

الإناث من فئة الشباب، والتمييز على أساس السن/الخبرة)؛ والعوامل الاقتصادية (مثل مقارنة صافي الأرباح بفوائد العمل غير المدفوع الأجر)؛ والعوامل الاجتماعية والمؤسسية (مثل العمر ونوع الجنس والمهارات المخولة للحصول على فرص عمل لائقة) (SESERIC, 2020).

ومن شأن إلقاء نظرة فاحصة على التمييز القائم على نوع الجنس في مكان العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن يقدم نظرة عامة عن سبب محدودية مشاركة الشباب في القوى العاملة نسبيا. وقد خلص مسح منظمة التعاون الإسلامي المعني بالشباب، المذكور في تقرير سيسرك حول وضع الشباب في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، إلى أن الثقافة والتحيزات والأحكام المسبقة ونقص الآليات القانونية والتنظيمية لمنع التمييز هي من بين أبرز الأسباب وراء ممارسات التشغيل التمييزية للشباب في بلدان المنظمة. وبالإضافة إلى ذلك، يميل أرباب العمل إلى التمييز ضد الشباب الإناث أكثر من الذكور بسبب تصوراتهم فيما يتعلق بالحمل وإجازة الأمومة والأداء الوظيفي (SESERIC, 2020).

### الإطار 2.3: التأثير الكبير لجائحة كوفيد-19 على المرأة في قطاع العمالة غير الرسمية

وفقا للأمم المتحدة، يعمل ما يقرب من 70% من النساء في جميع أنحاء العالم و 34.2% من النساء في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في القطاع غير الرسمي الذي يعجز بمستويات دخل لا يمكن التنبؤ بها، وتقليل فرص الأرباح، وانعدام الأمن الوظيفي، ومحدودية الوصول إلى الحماية الاجتماعية، والتعرض للتمييز والتحرش وسوء المعاملة. فخلال جائحة كوفيد-19، تحملت هؤلاء النساء العبء الأكبر التي فرضته القيود المتعلقة بالجائحة (إغلاق الحدود، إغلاق الأنشطة، التباعد الاجتماعي، إلخ) وشهدن انخفاضا في دخلهن، وانخفاضا في ساعات العمل، وخطرا كبيرا للإصابة بالجائحة.

ووفقا لقاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية، بين ديسمبر 2019 ويونيو 2020، فقدت ما يقرب من 29.4 مليون امرأة فوق سن 25 عاما وظائفهن وبحلول يونيو 2020، كان عدد النساء خارج القوى العاملة أكثر من الرجال بقيمة 1.7 أضعاف (Azcona et al., 2020). ويرجع ذلك إلى أن ما يقرب من 40% من جميع النساء العاملات رسميا و 42% من النساء العاملات بشكل غير رسمي يعملن في قطاع الخدمات، الذي تأثر بشكل كبير جراء الجائحة.

وهذا الوضع محبط بشكل خاص للأسر التي ترأسها نساء أو الأسر وحيدة العائل التي لا تتمتع بإمكانية الوصول إلى الحماية الاجتماعية، والمعرضة لانعدام الأمن الغذائي والتشرد، وغير القادرة على تحمل تكاليف التقنيات الرقمية التي تسمح لها بالعمل عن بُعد. وتتوقع اليونيسيف أن كوفيد-19 سيدفع 100 مليون طفل إضافي إلى فقر متعدد الأبعاد، مما يحرمهم من الوصول إلى خدمات التعليم والرعاية الصحية والإسكان والتغذية والمياه والصرف الصحي

المصدر: UN (2020), Azcona et al. (2020), ILO (2020a) and UNICEF (2021a)

للأسف، لا يقتصر التمييز القائم على نوع الجنس على ممارسات التشغيل. فالتمييز القائم على نوع الجنس في مكان العمل هو أحد أبرز الأسباب لعدم المساواة في الأجور في جميع أنحاء العالم. وتشمل العوامل التي صارت أساسا لعدم المساواة في الدخل بين الرجل والمرأة العمل بدوام جزئي، والعمل غير مدفوع الأجر، ومسؤوليات الرعاية، والتمييز المهني، والمعايير الاجتماعية، والتحيزات الضمنية والصریحة، وضعف لوائح

ومؤسسات سوق العمل، والتميز القائم على النوع الاجتماعي في مكان العمل (ILO, 2017). وأثار الفجوة في الأجور بين الجنسين ضارة بشكل خاص بالأسر التي تعتمد على دخل إنائها والأسر المعيشية التي ترأسها إناث. وإن إنشاء آليات لمواجهة التمييز بين الجنسين - لا سيما فيما يتعلق بالأجور والمرتبات - وضمان المساواة في الأجر عن العمل المتساوي من شأنه أن يحسن وضع المرأة وأسرتها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

### الإطار 3.3: عمل المرأة بدون أجر - نتيجة غير متوقعة لجائحة كوفيد-19

وفقا لمنظمة العمل الدولية، تؤدي النساء في جميع أنحاء العالم ثلاثة أضعاف خدمات الرعاية والعمل المنزلي غير مدفوعة الأجر بالمقارنة مع الرجال، ولكن هذه الجائحة زادت من وطأة العبء على النساء بشكل خاص. وتشير بيانات مستمدة من هيئة الأمم المتحدة للمرأة عن 22 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، إلى أن 60% من النساء و 5% من الرجال أبلغوا عن زيادة في الوقت الذي يقضونه في نشاط منزلي واحد على الأقل غير مدفوع الأجر أثناء الجائحة. وتشمل الأنشطة المنزلية الطهي والتنظيف والتسوق والديكور والإصلاح والصيانة ورعاية الحيوانات الأليفة. وكانت نسبة النساء اللواتي أبلغن عن هذه الزيادة في كل من تركيا وكازاخستان وقيرغيزستان وأفغانستان وألبانيا والمالديف وإندونيسيا وتايواند أعلى من 60%.

كما تشير بيانات مستمدة من هيئة الأمم المتحدة للمرأة إلى أن 56% من النساء و 51% من الرجال أبلغوا عن زيادة في الوقت الذي يقضونه في نشاط رعاية واحد على الأقل غير مدفوع الأجر أثناء الجائحة. وتشمل أنشطة الرعاية كل من رعاية الأطفال، ورعاية البالغين، ورعاية المسنين، والوقت المستغرق في تعليم الأطفال، واللعب معهم، وتقديم الدعم العاطفي للبالغين. وفي أفغانستان وألبانيا وقيرغيزستان وكازاخستان وجزر المالديف والسنغال وبنغلاديش وغينيا وباكستان، أفادت أكثر من نصف النساء اللاتي شملهن الاستطلاع بأنهن يقضين وقتا أطول في نشاط رعاية واحد على الأقل غير مدفوع الأجر.

وفي الأخير، أبلغ 64% من الآباء أنهم يعتمدون أكثر على بناتهم للمساعدة في الأعمال المنزلية و/أو تقديم الرعاية أثناء الجائحة بالمقارنة مع 57% من الآباء الذين يعتمدون على أبنائهم الذكور (UN, 2020e). ومن شأن هذا أن يفسر جزئيا سبب مغادرة أعداد أكثر من الفتيات للمدرسة (أو من المتوقع أن يبقين خارج المدرسة) لتولي مسؤوليات المنزل/ تقديم الرعاية في المنزل بسبب الجائحة.

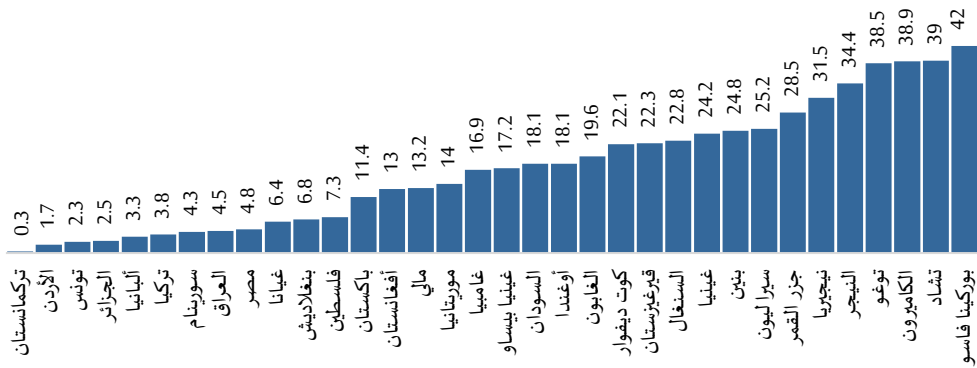
وإن زيادة عمل المرأة غير مدفوع الأجر هو نتيجة مباشرة لإغلاق المدارس - حيث يتعين على النساء رعاية الأطفال بدوام كامل ومساعدتهم في تعليمهم، وزيادة احتياجات الرعاية للمسنين وذوي الإعاقة غير القادرين على التماس المساعدة المؤسسية أو الرسمية، وتعطل خدمات الدعم مثل رعاية الأطفال الرسمية/ غير الرسمية، والمساعدة المنزلية، وغيرها. فخدمات الدعم الرسمية وغير الرسمية التي تعطلت بسبب الجائحة تلعب دورا حيويا في مساعدة النساء على الموازنة بين مسؤولياتهن في مكان العمل والمنزل، ولكن القيود المرتبطة بالجائحة مثل العزل الاجتماعي والقيود المفروضة على التنقل جعلت من الصعب على النساء الاستفادة من هذه الخدمات، مما أثر على قدرتهن على المشاركة في القوى العاملة.

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للمرأة (2021).

### 5.3. عمالة الأطفال

تعتبر النسبة المئوية للأطفال (البالغة أعمارهم بين 5 و 17 سنة) الذين يمارسون أنشطة اقتصادية وينخرطون في أعمال منزلية إحدى القضايا المتعلقة برفاه الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فالأطفال الذين يمارسون أنشطة اقتصادية وينخرطون في أعمال منزلية يميلون إلى التخلي عن تعليمهم من أجل إعالة أسرهم وتخفيف الضغوط على والديهم. وفي بلدان المنظمة الواقعة في منطقة جنوب الصحراء الكبرى، ترتفع نسبة هؤلاء الأطفال بشكل ملحوظ. على سبيل المثال، يشارك أكثر من ثلث الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 17 سنة في عمالة الأطفال والأعمال المنزلية في بوركينا فاسو (42%)، وتشاد (39%)، والكاميرون (38.9%)، وتوغو (38.5%)، والنيجر (%). ونيجيريا (31.5%) (الشكل 4.3). وكثيرا ما تكون نسبة هؤلاء الأطفال أعلى في البلدان التي تكون فيها نظم الحماية الاجتماعية غير كافية أو البلدان التي لا تتوفر على برامج حماية اجتماعية موجهة للأسرة.

الشكل 4.3: نسبة الأطفال (البالغة أعمارهم بين 5 و 17 عاما) الذين يمارسون نشاطا اقتصاديا وينخرطون في أعمال منزلية (%، 2020)



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة.. ملاحظة: البيانات مأخوذة من آخر سنة متاحة بين عامي 2010 و 2020.

من شأن التدخلات على مستوى السياسات التي تهدف إلى الحد من مسألة البقاء خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب، وتعزيز العمل في الاقتصاد الرسمي، ومكافحة التمييز القائم على نوع الجنس في مكان العمل، أن يشجع النشاط الاقتصادي بين النساء والشباب. كما يمكن لتحسين مستوى المشاركة الاقتصادية لمختلف أفراد الأسرة أن يساعد في القضاء على الفقر الأسري، والتخفيف من أوجه الضعف المالي، والحد من الاستبعاد الاجتماعي والاقتصادي للأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

### 6.3. التوازن بين العمل والحياة

في مجتمع سريع التطور، قد يكون من الصعب على الفرد إدارة التزاماته في المنزل، ومسؤولياته في العمل، وتخصيص الوقت المناسب للأسرة والرعاية الذاتية. لذلك، فإن التوازن بين العمل والحياة عامل مهم يؤثر على رفاه الأفراد والأسر. وقد يكون تحقيق التوازن بين مسؤوليات العمل والمنزل/الرعاية أمراً صعباً بوجه خاص بالنسبة للمرأة في المجتمعات التقليدية التي تضطلع بأدوار تفرض عليها بحكم نوع الجنس.

من حيث السياسة، يتأثر التوازن بين العمل والحياة بأربعة عوامل رئيسية: توافر إجازات الأمومة والأبوة (مدفوعة الأجر أو غير مدفوعة الأجر)، ومرافق رعاية الأطفال، وساعات عمل وممارسات مرنة. وفي الوقت الحاضر، 22 بلداً من بلدان منظمة التعاون الإسلامي فقط تتوفر على سياسات وبرامج تهدف إلى التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الأسرية. وتشمل هذه البرامج توفير خدمات الرعاية الميسورة التكلفة والجيدة للأطفال والمسنين وغيرهم من الأفراد المعالين (SESRIC, 2021a). ولدى 22 بلداً آخر عضواً في المنظمة سياسات ولوائح إدارية تُعنى بالأمهات العاملات من شأنها مساعدتهن على التوفيق بين واجباتهن الأسرية ونشاطهن الاقتصادي (SESRIC, 2021a). علاوة على ذلك، بين عامي 2010 و 2019، ارتفع عدد بلدان المنظمة التي تقدم 14 أسبوعاً من إجازة الأمومة مدفوعة الأجر للأمهات الجدد (وفقاً لمعايير منظمة العمل الدولية) من 26 إلى 31 (SESRIC, 2021a).

ومع ذلك، تشير نتائج مسح تنفيذ خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي للنهوض بالمرأة، الوارد في تقرير منظمة التعاون الإسلامي بشأن المرأة والتنمية، إلى أن عدداً قليلاً فقط من بلدان المنظمة قد أحرزت تقدماً في تقديم الدعم للأمهات العاملات منذ عام 2016 (SESRIC, 2021a). على سبيل المثال، لم يبذل سوى 13 بلداً من بلدان المنظمة جهوداً لزيادة عدد دور الحضانه في أماكن العمل، ولم يبذل سوى 15 بلداً منها جهوداً لتحسين خدمات الدعم المقدمة للأمهات، ولم يُبلغ سوى 18 بلداً عضواً عن زيادة في عدد مراكز رعاية الأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة (SESRIC, 2021a). وبوجه عام، لا تزال ممارسات توافر مرافق رعاية الأطفال في مكان العمل والثقافة المحيطة بساعات العمل المرنة والعمل عن بعد متخلفة في عدد من بلدان المنظمة. وفي كثير من الأحيان، تتلقى الأمهات العاملات الدعم لتقديم الرعاية من خلال أفراد الأسرة (بصورة غير رسمية) و/أو العاملات في المنازل في حين أن هذه الترتيبات غير متوفرة.

من أجل ضمان توازن سليم بين العمل والحياة ورعاية الأسرة، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي اتخاذ ترتيبات قانونية وتنظيمية مثل توسيع نطاق حقوق الأمهات العاملات (مثل السياسات المعنية بالرضاعة الطبيعية أو إجازة الأمومة) وتنفيذ سياسات ملائمة للأسرة. وقد تبين أن مثل هذه السياسات الملائمة للأسرة تدعم رفاه الأسرة، خاصة في السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل (Yekaterina et al., 2019). على سبيل المثال، يؤدي تقديم الدعم للرضاعة الطبيعية إلى تحسين صحة الأم والطفل على حد سواء. وتسمح ممارسة إجازة الأمومة للأمهات الجدد بالتعافي من مرحلتي الحمل والولادة والتواصل مع أطفالهن. ومن شأن حظر

الفصل أو إنهاء الخدمة أثناء الحمل وإجازة الأمومة مدفوعة الأجر أن يخفف من مخاوف المرأة بشأن العمل وتأمين الدخل، وكذلك دعم دورها في الخلية الأسرية وسوق العمل.

### 7.3. الحماية الاجتماعية

تعتبر الحماية الاجتماعية أحد أهم الموارد الاجتماعية والاقتصادية التي من شأنها أن تحسن مستوى رفاه الأسر من خلال ضمان تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الرعاية الصحية والتعليم، والسماح للأسر بالتغلب على الأزمات الاجتماعية والاقتصادية التي قد تؤدي إلى فقدان الدخل. كما يمكن لنظم الحماية الاجتماعية الفعالة تعزيز رأس المال البشري والإنتاجية، والحد من عدم المساواة، وبناء القدرة على التكيف، والقضاء على معضلة الفقر بين الأجيال (ILO, 2020). ومع ذلك، لا يتوفر ما يقرب من 4.1 مليار شخص حول العالم على أي تغطية للحماية الاجتماعية و 46.9% فقط من إجمالي سكان العالم مشمولون فعلياً باستحقاقات برنامج واحد على الأقل للحماية الاجتماعية (باستثناء التغطية الصحية والمربية) (ILO, 2021).

وبالمثل، حصل 26.4% فقط من الأطفال/الأسر المعيشية حول العالم على استحقاقات نقدية مستهدفة في عام 2020. ومن بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي، سُجّلت نسبة الأطفال/الأسر المعيشية الذين يتلقون إعانات نقدية الأعلى من المتوسط العالمي في تسعة بلدان فقط؛ فيما أن النسب الأقل من المتوسط العالمي سُجّلت في 32 بلداً.

علاوة على ذلك، في عام 2020، تلقى أقل من نصف جميع الأمهات اللواتي لديهن مواليد جدد إعانات نقدية للأمومة في جميع أنحاء العالم. وثمة ثلاثة بلدان فقط في منظمة التعاون الإسلامي تستأثر بنسبة أعلى من الأمهات اللواتي لديهن مواليد جدد ويحصلن على إعانات نقدية للأمومة بالمقارنة مع المتوسط العالمي (44.9%)، في حين أن هذه النسبة أقل من المتوسط العالمي في 24 بلداً عضواً في المنظمة.

ونسبة المسنين في الأسر الفقيرة مرتفعة بشكل كبير في جميع أنحاء العالم وهم يعتمدون اعتماداً كبيراً على الحماية الاجتماعية لتلبية احتياجاتهم الأساسية. فعلى الصعيد العالمي، حصل 77.5% من السكان فوق سن التقاعد القانوني على معاش تقاعدي في عام 2020. ومقارنةً بالمتوسط العالمي، كانت نسبة السكان البالغة أعمارهم فوق سن التقاعد القانوني والذين يتلقون معاشاً تقاعدياً أعلى في 10 بلدان فقط من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وهي أقل من المتوسط العالمي في 44 بلداً عضواً في المنظمة.

ووفقاً لتقرير منظمة العمل الدولية العالمي حول الحماية الاجتماعية 2017-2019، تتضمن التشريعات الوطنية في 49 بلداً عضواً في منظمة التعاون الإسلامي برامج للحماية الاجتماعية (2017a). ورغم ذلك، 27 بلداً فقط من بلدان المنظمة تتوفر على برامج حماية اجتماعية مستهدفة للأسر التي لديها أطفال متضمنة في التشريعات، و 18 بلداً عضواً في المنظمة لا تتوفر على برامج موجهة لمثل هذه الأسر، وليس هناك بيانات عن ستة من بلدان المنظمة. وعلاوة على ذلك، لم يصادق سوى 11 بلداً عضواً في منظمة التعاون الإسلامي على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن الضمان الاجتماعي التي تنص على معايير دنيا للضمان

الاجتماعي، ولم تصادق سوى 10 بلدان أعضاء على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 118 التي تعزز المساواة في المعاملة في إطار الضمان الاجتماعي. وفيما يتعلق باتفاقيات محددة، لم يصادق على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 183 بشأن حماية الأمومة سوى 10 بلدان أعضاء، ولم يصادق على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 128 بشأن إعانات العجز والشيخوخة والورثة سوى بلد واحد عضو في منظمة التعاون الإسلامي (الجدول 2.3).

الجدول 2.3: بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي صادقت على اتفاقيات الضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية ذات الصلة بالأسرة، 2021

اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102	اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 118	اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 183	اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 128
ألبانيا	بنغلاديش	ألبانيا	ليبيا
بنين	مصر	أذربيجان	
تشاد	غينيا	بنين	
الأردن	الأردن	بوركينافاسو	
ليبيا	ليبيا	كازاخستان	
موريتانيا	موريتانيا	مالي	
المغرب	باكستان	المغرب	
النيجر	سوريا*	النيجر	
السنغال	تونس	السنغال	
تركيا	تركيا	تركيا	
توغو			

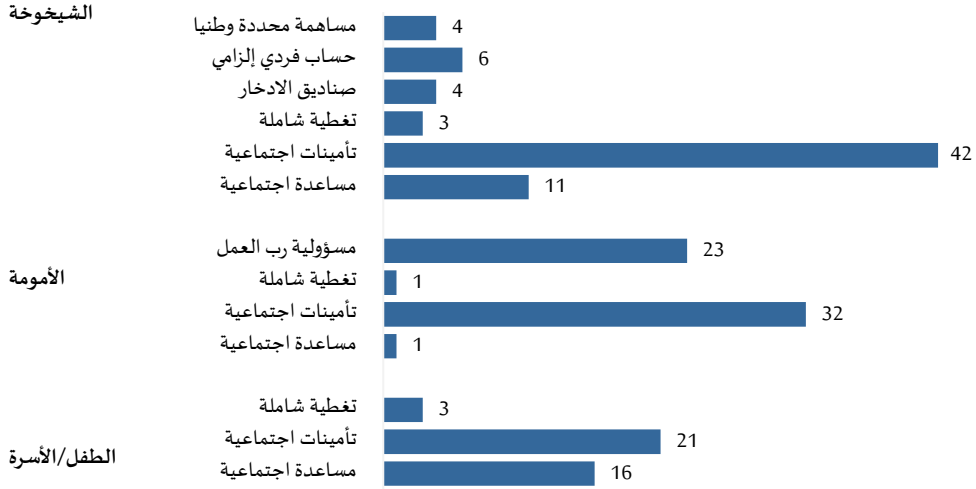
المصدر: لوحة معلومات الحماية الاجتماعية العالمية لمنظمة العمل الدولية.

كما أن برامج الحماية الاجتماعية التي تستهدف الأطفال/الأسر والأمومة والشيخوخة متباينة للغاية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على سبيل المثال، سورينام وقيرغيزستان وليبيا هي البلدان الوحيدة الأعضاء في المنظمة التي توفر تغطية شاملة للأطفال/الأسر، وكازاخستان وحدها هي التي توفر تغطية شاملة للأمومة، ولا توفر سوى غيانا وكازاخستان وسورينام تغطية شاملة للشيخوخة. وفي معظم الحالات، تقدم بلدان منظمة التعاون الإسلامي برامج للتأمين الاجتماعي على أساس الاشتراكات الفردية.

واستناداً إلى بيانات مستمدة من لوحة المعلومات العالمية للحماية الاجتماعية التابعة لمنظمة العمل الدولية، بناء على البيانات المتاحة عن بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يقدم 42 بلداً عضواً تأميناً اجتماعياً لاستحقاقات الشيخوخة، ويقدم 32 بلداً تأميناً اجتماعياً لتغطية الأمومة، ويقدم 21 بلداً تأميناً اجتماعياً للأطفال/الأسرة (الشكل 5.3). وتغطي المساعدة الاجتماعية، التي تقدم بدون مقابل، استحقاقات الشيخوخة في 11 بلداً عضواً فقط، والأمومة في بلد واحد فقط، والأطفال/الأسر في 16 بلداً فقط من بلدان المنظمة. وعندما يتعلق الأمر بتغطية الأمومة، يُحمل 23 بلداً عضواً في المنظمة أرباب العمل المسؤولية عن التغطية.



الشكل 5.3: توزيع برامج الحماية الاجتماعية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (عدد البلدان)، 2021



المصدر: لوحة معلومات الحماية الاجتماعية العالمية لمنظمة العمل الدولية.

ومن السائد أيضا أن توفر بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي مزيجا من الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات وغير القائمة على الاشتراكات لصالح المسنين، والأمهات اللاتي لديهن مواليد جدد، والأطفال/الأسر. على سبيل المثال، ووفقا للوحة معلومات الحماية الاجتماعية العالمية التابعة لمنظمة العمل الدولية:

- تقدم أذربيجان وأوزبكستان والجزائر والغابون والمغرب المساعدة الاجتماعية بالإضافة إلى برامج التأمين الاجتماعي للأطفال/الأسر.
- وفي قبرغيزستان، تقدم المساعدة الاجتماعية للأطفال والأسر بالإضافة إلى التغطية الشاملة.
- وتقدم ألبانيا وأوزبكستان وقبرغيزستان ومصر وموزامبيق المساعدة الاجتماعية وبرامج التأمين الاجتماعي للمسنين.
- وتوفر غيانا وسورينام تغطية شاملة وبرامج تأمين اجتماعي للمسنين.
- وتقدم كازاخستان التغطية الشاملة والمساعدة الاجتماعية وبرامج التأمين الاجتماعي للمسنين.
- وفي قبرغيزستان، تُوفّر تغطية الأمومة من خلال برامج المساعدة الاجتماعية والتأمينات الاجتماعية.
- أما الأمومة في كازاخستان فهي مشمولة عالميا وبموجب برامج التأمين الاجتماعي.
- وفي تشاد وتوغو وجيبوتي والغابون وغينيا وليبيا والمغرب، يجري تغطية الأمومة بموجب برامج التأمين الاجتماعي ومسؤولية رب العمل.
- وفي غامبيا وإندونيسيا وماليزيا وأوغندا، يُسمح للأفراد العاملين بالمساهمة في صناديق الادخار كمصدر للمعاشات التقاعدية للمسنين.
- وفي بروناي دار السلام وكازاخستان وقبرغيزستان ونيجيريا وطاجيكستان وأوزبكستان، يتعين على الأفراد تقديم مساهمات إلزامية للشيخوخة.
- وقد حددت أذربيجان وتركمانستان وطاجيكستان وقبرغيزستان مساهمات وطنية لتغطية الشيخوخة.

وكثيرا ما تعزى محدودية تغطية الحماية الاجتماعية إلى نقص الموارد المالية اللازمة للحماية الاجتماعية أو إلى نقص الاستثمار في مجال الحماية الاجتماعية. وفي البلدان النامية، بما في ذلك عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يتطلب نقص الموارد المالية أو عدم كفاية البنية التحتية المالية، والمعاشات التقاعدية والتأمين الصحي وأنواع أخرى من برامج الحماية الاجتماعية إنفاقا مباشرا من الحكومة (Bloom, Jimenez, & Rosenberg, 2011). ووفقا للوحة معلومات الحماية الاجتماعية لمنظمة العمل الدولية، تنفق البلدان في جميع أنحاء العالم أقل من 13% من ناتجها المحلي الإجمالي على الحماية الاجتماعية و 6% فقط على الحماية الصحية. وفي بلدان المنظمة، يبلغ متوسط الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية (الإجمالي)، بما في ذلك الصحة) 4.2%. وتبلغ هذه النسبة 6.5% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و 21.4% في البلدان المتقدمة.

ويبين توزيع متوسط الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية حسب الفئات أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، متخلفة عن البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة عندما يتعلق الأمر بالإنفاق على الحماية الاجتماعية للأطفال. فعلى سبيل المثال، كما هو مبين في الجدول 3.3، تنفق بلدان المنظمة 0.1% على الحماية الاجتماعية العامة للأطفال، في حين تنفق البلدان المتقدمة 1.9% والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة 0.2%. وبالمثل، يبلغ الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية للأشخاص في سن العمل المتأثرين بالمرض أو الأمومة أو إصابات العمل أو الإعاقة 0.3% في بلدان المنظمة، و 0.5% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و 2.1% في البلدان المتقدمة.

وفيما يتعلق بالإنفاق المستهدف للمسنين، تنفق بلدان منظمة التعاون الإسلامي 1.6% على الحماية الاجتماعية للمسنين، بينما تنفق البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة 1.7% وتنفق البلدان المتقدمة 7.8%. وهذا أمر يبعث على القلق بوجه خاص بالنظر إلى أنه من المتوقع أن تؤدي شيخوخة السكان إلى زيادة الضغط على نظم الضمان الاجتماعي في بعض بلدان المنظمة في المستقبل القريب. وفي هذا الصدد، سيحتاج عدد من بلدان المنظمة إلى إيرادات حكومية إضافية لتوفير حماية اجتماعية كافية لمختلف أفراد الأسرة.

الجدول 3.3: متوسط الإنفاق على الحماية الاجتماعية العامة حسب الفئة (% من الناتج المحلي الإجمالي)، 2016

البلدان المتقدمة	البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة	بلدان منظمة التعاون الإسلامي	متوسط الإنفاق على الحماية الاجتماعية العامة (% من الناتج المحلي الإجمالي) حسب الفئة
7.8%	1.7%	1.6%	للمسنين
1.9%	0.2%	0.1%	للأطفال
2.1%	0.5%	0.3%	الأشخاص في سن العمل والمتأثرين بالمرض أو الأمومة أو إصابات العمل أو الإعاقة

المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مجموعة بيانات منظمة العمل الدولية بشأن الحماية الاجتماعية العالمي. ملاحظة: البيانات مستمدة من آخر سنة متاحة بين عامي 2001 و 2016. قيم المتوسط لا تشمل الإنفاق على الصحة.

الإطار 4.3: تدابير الحماية الاجتماعية في ظل الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي

أدى تفشي جائحة كوفيد-19 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى ترسيخ أهمية نظم الحماية الاجتماعية القوية، لا سيما عندما يتعلق الأمر بضممان رفاه الأسرة وأفرادها. ووفقا لمركز الحماية الاجتماعية لمنظمة العمل الدولية (2021) بشأن كوفيد-19، نفذت البلدان في جميع أنحاء العالم ما يقرب من 1865 تدبيرا جديدا أو مُعدلا للحماية الاجتماعية خاصة في ظل الاستجابة لجائحة كوفيد-19 - نفذ 18.4% منها (أو 343 تدبيرا) في بلدان المنظمة. ومن بين المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، نفذت بلدان منطقة جنوب أفريقيا أعلى حصة من التدابير (30% من 343 تدبيرا)، و نفذت بلدان أوروبا وآسيا الوسطى أقل حصة من التدابير (16% من 343 تدبيرا).

وتعكس أفضل الممارسات في عدد من بلدان المنظمة بشكل إيجابي على استخدام تدابير الحماية الاجتماعية باعتبارها استجابة طارئة للالتزامات تراعي احتياجات الأسرة. ففي أذربيجان، على سبيل المثال، أطلقت الحكومة برنامجا لتغطية الرسوم الدراسية للطلاب لضمان استفادتهم من خدمات التعليم أثناء الجائحة. وفي كل من تركيا وسورينام وغيانا والكاميرون، تم توسيع نطاق تغطية برامج الحماية الاجتماعية القائمة لزيادة الاستحقاقات العائلية وتقديم مساعدات مالية للأسر. كما مددت أذربيجان وأوزبكستان تواريخ انتهاء برامج استحقاقات العائلية. ووسعت غيانا نطاق تغطية برامجها للحماية الاجتماعية لتوفير الرعاية المجانية للأطفال العاملين في الخطوط الأمامية، وتقدم أوزبكستان إجازة مدفوعة الأجر للآباء العاملين أثناء الجائحة. وأطلقت تركيا برنامجا يمنح تحويلا نقديا بقيمة 1000 ليرة تركية لمرة واحدة للأسر المعيشية المحتاجة، كما أطلق كل من إندونيسيا والصومال والسودان برامج مساعدة نقدية للأسر ذات الدخل المنخفض.

وبالمثل، حظرت أوزبكستان إنهاء عقود العمال الذين لديهم أطفال دون سن الـ 14 مصابين بكوفيد-19. و نفذ كل من بنغلاديش وعمان وتركيا ومبدرات مماثلة تحظر فصل العمال. ووسع كل من أذربيجان وبروناي دار السلام وإندونيسيا والمملكة العربية السعودية وأوزبكستان نطاق تغطية البرامج القائمة لحماية الدخل والوظائف لخلق فرص عمل عامة، وتعزيز إعانات الأجور لتشمل العمال، وتوسيع نطاق التغطية لتشمل عمال إضافيين مثل موظفي التوصيل، وتوسيع نطاق برامج الأشغال العامة. ورفعت سورينام مستوى استحقاقات برامجها القائمة على الاشتراكات وغير القائمة على الاشتراكات لزيادة البدلات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة والمتقاعدين.

المصدر: منظمة العمل الدولية (غير محددة التاريخ)

# 4

## المخرجات الصحية للأسرة

تؤدي الخلية الأسرية، بغض النظر عن حجمها وهيكلها وتكوينها، دوراً أساسياً في رعاية الأطفال وتنشئتهم الاجتماعية، والنمو البدني والنفسي والاجتماعي للمراهقين ورفاههم، ورعاية المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة، ودعم النتائج الصحية لأفراد الأسرة، والتأثير على سلوكياتهم المتعلقة بالصحة (WHO, 2013). تقوم الحاجة إلى سياسات صحية مراعية للأسرة على فهم مدى تأثير السلوكيات الأسرية على النتائج الصحية لمختلف أفراد الأسرة. فعلى سبيل المثال، تميل العائلات البيولوجية التي تتسم بتواجد الوالدين معا إلى أن تكون أكثر حماية لصحة أطفالها. وفي العائلات الممتدة، يمكن أن يكون لوجود الأجداد أثر إيجابي على تغذية الطفل المبكرة وممارسات تغذية الرضع وغيرها. ويمكن للتنشئة الداعمة للأطفال أن تعزز قدرة المراهقين والشباب على الصمود في وجه المخدرات والإدمان. وقد يكون الأشخاص المتزوجون أقل عرضة للمشاركة في السلوكيات المحفوفة بالمخاطر حيث يميلون إلى اتباع أسلوب حياة صحي أكثر ويعتمدون إلى التشخيص والعلاج المبكر (الوقائي). وفي الوقت ذاته، تكون الأسر التي تسودها النزاعات والتوتر غير قادرة على التخفيف من تداعيات المشاكل الصحية التي تظهر في المراحل المتأخرة من عمر أفرادها

وعلى هذا الأساس، يحدد هذا الفصل الموضوعات التي لها تأثير على المخرجات الصحية لمختلف أفراد الأسرة بهدف توجيه عملية صنع السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بما يتماشى مع برنامج عمل المنظمة لعام 2025 وبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة لفترة 2014-2023، واستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة. ومن شأن المعالجة الصحيحة للمواضيع الصحية التي نوقشت في هذا الفصل أن تساعد على صياغة سياسات أسرية فعالة في بلدان المنظمة فضلا عن تحسين صحة ورفاه الأسر وأفرادها في جميع أنحاء منطقتها.

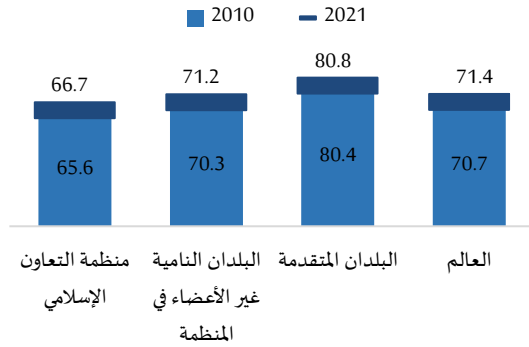
#### 1.4. متوسط العمر المتوقع

يترتب على ارتفاع العمر المتوقع عند الولادة آثار عديدة على مستوى مؤسسة الزواج والأسرة. فعلى سبيل المثال، ارتفاع متوسط العمر المتوقع يعني أن الأفراد قد يختارون الزواج في سن متأخر (SESRIC, 2017). ومع مرور الوقت، قد يؤدي ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة أيضاً إلى تغيير تكوين الأسرة وهيكلها بسبب الزيادة في عدد أفرادها الأكبر سناً. وبالإضافة إلى ذلك، عندما يعيش أفراد الأسرة لفترة أطول، من المرجح أن تكثر احتياجاتهم (على سبيل المثال الرعاية المالية والصحية) بمرور الوقت.

عرف متوسط العمر المتوقع عند الولادة ارتفاعاً متزايداً في القرن الماضي بسبب تطور العلوم والطب الذي أحدث تحسينات في التغذية والصرف الصحي والرعاية الصحية، بل وحتى في التعليم وفرص النهوض اقتصادياً. وعلى الصعيد العالمي، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 70.7 إلى 71.4 بين عامي 2010 و 2021 (الشكل 1.4). وفي البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند

الولادة من 65.6 في 2010 إلى 66.7 في 2021. وكان متوسط العمر المتوقع عند الولادة في بلدان منطقة إفريقيا جنوب الصحراء أقل نسبياً بالمقارنة مع مختلف مناطق المنظمة. وعادة ما تعرف بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا متوسط عمر متوقع عند الولادة مرتفعاً بسبب توافر خدمات رعاية صحية عالية الجودة وزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية. ومن أجل معالجة الآثار المترتبة عن ديناميات الأسرة وتكوينها والترتيبات المعيشة الخاصة بها.

الشكل 1.4: العمر المتوقع عند الولادة (السنوات)، 2010

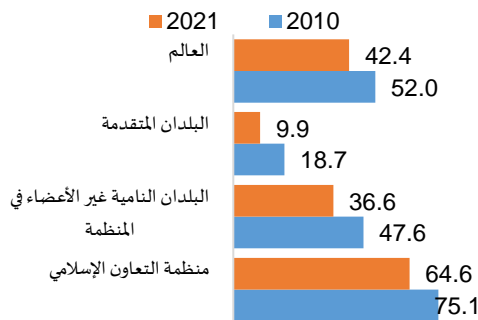


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة لعام 2022.

## 2.4. الصحة الإيجابية وصحة الأم

تتولى النساء مسؤولية الرعاية الصحية داخل الأسرة في كثير من الأسر التقليدية. ومع ذلك، فإن مستوى الرعاية التي يمكنهن تقديمها يعتمد بشكل كبير على مستواهن التعليمي، ووضعهن الوظيفي، والقيم الثقافية، ووصولهن إلى معلومات الرعاية الصحية، واستقلاليتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة. وتعتمد قدرتهن على رعاية الأسرة والعناية بها على نتائجهن الصحية.

الشكل 2.4: معدل الخصوبة لدى المراهقات (الولادات لكل 1000 امرأة المتراوحة أعمارهن بين 15 و19 سنة)، 2010 مقابل 2021



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة لعام 2022.

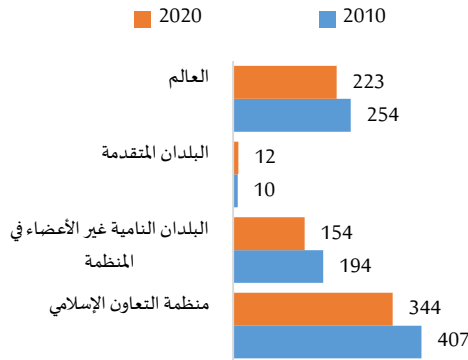
فعلى سبيل المثال، تعتبر الأمهات الشابات (البالغات من العمر 20 عاماً أو أقل) أكثر عرضة للولادة المبكرة، ومن المرجح أن يعاني أطفالهن الخدج من انخفاض في الوزن أو أن يكونوا عرضة للموت خلال السنة الأولى من ولادتهم (SESRI, 2020). ويؤثر معدل الخصوبة لدى المراهقات (AFR) على صحة ورفاهية الشابات كما أن له عواقب يمكن أن تستمر طوال حياتهن. ولحسن الحظ، عرف معدل وفيات الأطفال بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة انخفاضاً في بلدان منظمة التعاون

الإسلامي من 75.1 لكل 1000 امرأة في عام 2010 إلى 64.6 لكل 1000 امرأة في عام 2021، وذلك بفضل مجموعة من المبادرات العالمية والإقليمية والوطنية المتخذة بهذا الشأن (الشكل 2.4). ومع ذلك، ظل متوسط مجموعة منظمة التعاون الإسلامي أعلى من المتوسط العالمي البالغ 42.4 (لكل 1000 امرأة) في عام 2021.

وعلى نفس النحو، قد يؤدي افتقار النساء إلى الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل، أو نقص الموظفين الصحيين لمساعدتهن أثناء الولادة، أو نقص المعرفة بخدمات صحة الأم والولادة والصحة الإنجابية بحياتهن. فوفقًا لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية، يتسبب الافتقار إلى الرعاية الصحية المناسبة أثناء المخاض والولادة في مليوني حالة وفاة سنوية للأمهات والمواليد الجدد على مستوى العالم.

ومن شأن توفر طواقم طبية ذات مهارة عالية - طبيب أو ممرضة أو قابلة - أثناء الولادة أن يحول دون حدوث وفيات في صفوف الأمهات والمواليد الجدد. ومع ذلك، فإن 69% فقط من الولادات في دول منظمة التعاون الإسلامي تمت برعاية طواقم طبية ذات مهارة عالية في عام 2017 (SESRIC, 2019a). وبين عامي 2009 و 2018، استفادت 64.5% فقط من إجمالي النساء الحوامل في دول المنظمة من الفحوصات الأربعة السابقة للولادة الموصى بها، وهو أقل من المتوسط العالمي البالغ 78.1%. ولا يزال توفير الرعاية الجيدة قبل الولادة من أبرز الشواغل في العديد من بلدان المنظمة نظرا إلى النقص الذي تعرفه هذه الأخيرة في الطواقم الطبية ذات المهارة العالية (SESRIC, 2019a).

الشكل 3.4: معدل الوفيات النفاسية (لكل 100,000 مولود حي)، 2010 مقابل 2020

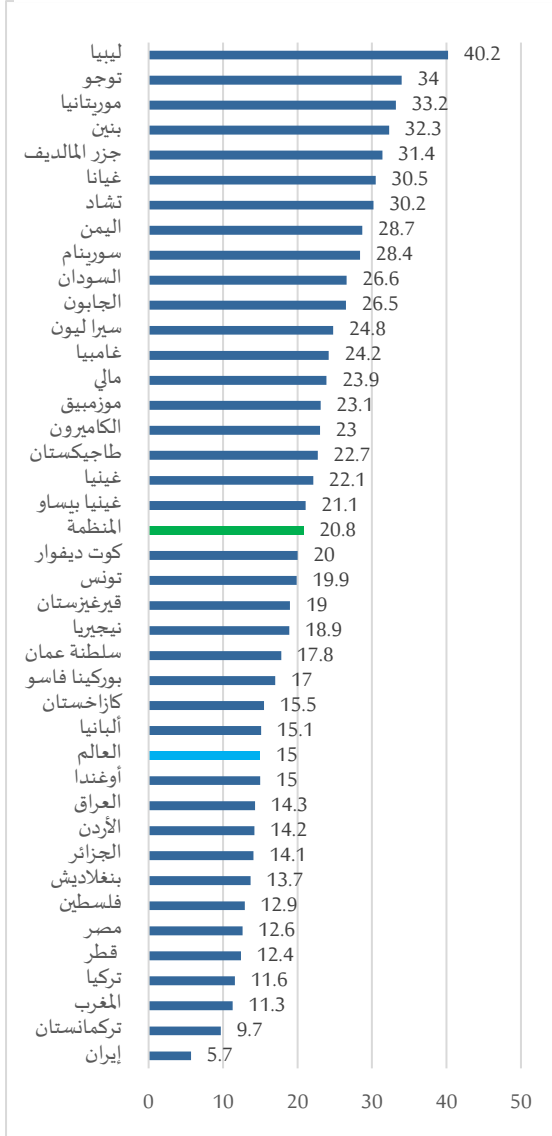


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة لعام 2022.

وانخفضت نسبة وفيات الأمهات في بلدان المنظمة، في المتوسط، بنسبة 15% بين عامي 2010 و 2020 (من 407 إلى 344) (الشكل 3.4). ومع ذلك، لا يزال معدل وفيات الأمهات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أعلى بكثير مقارنة بالمتوسط العالمي (223 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي) في عام 2020. وفي عام 2020، سجلت خمسة بلدان من المنظمة (البحرين وبروناي والكويت وقطر وملديف) أدنى نسبة للوفيات النفاسية (أقل من 5 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي) بالمقارنة مع جميع بلدان المنظمة. وبين عامي 2010 و 2020، نجحت دول المنظمة في منطقة إفريقيا جنوب الصحراء في خفض معدل

وفيات الأمهات بنحو 120 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي، ومع ذلك، لا يزال معدل وفيات الأمهات في منطقة إفريقيا جنوب الصحراء مرتفعًا بشكل مخيف. ومن أجل الحد من معدل وفيات الأمهات، يمكن

الشكل 4.4: الاحتياجات غير الملباة المتعلقة بتنظيم الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (%النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة)، 2021\*



المصدر: مجموعة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة بشأن استخدام وسائل منع الحمل في العالم لعام 2022.\* تم اعتماد بيانات مستمدة من آخر سنة متاحة

منطقتي إفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا وعلى المستوى القطري، تعيش ثلث النساء (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) واللاتي لم تلب احتياجاتهن في ما يتعلق بتنظيم الأسرة في ليبيا وتوغو وموريتانيا وبنين والمالديف وغيانا وتشاد في عام 2021.

لبدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة جنوب الصحراء الكبرى الاستفادة من تجارب بعض بلدان المنظمة في آسيا مثل بنغلاديش ومليديف. حيث حظي كلتا الدولتين بتقدير كبير من مختلف المؤسسات الدولية عقب التقدم الذي أحرزته نحو الحد من معدل وفيات الأمهات في العقد الماضي.

بالإضافة إلى تحسين توافر طواقم طبية ذات مهارة عالية والحد من معدل وفيات الأمهات، يجب على دول المنظمة النظر أيضًا في إمكانات تنظيم الأسرة لمساعدة الأسر على التحكم في حجمها ومنح المرأة فرصة اختيار عدد أطفالها والفترة بين إنجاب طفل وآخر. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية (2020b)، من بين 1.9 مليار امرأة في سن الإنجاب (15-49 عامًا) في جميع أنحاء العالم في عام 2019، أبدت 1.1 مليار امرأة حاجتها إلى الوصول لوسائل تنظيم الأسرة؛ حيث تستخدم 842 مليوناً من وسائل منع الحمل، لكن لا تزال 270 مليون امرأة في حاجة لوسائل منع الحمل. وتعذرت تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة بالنسبة إلى 14.9% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا بين عامي 2009 و2019.

وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، لم تتم تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة بالنسبة إلى 20.8% من النساء في عام 2021 (الشكل 4.4). وفي المناطق الفرعية للمنظمة، تعذرت تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة في بلدان المنظمة بشكل كبير في



وبصفة عامة، يعد نقص الوعي أو المعرفة المحدودة بشأن تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي السبب الكامن وراء عدم تلبية الاحتياجات المذكورة أعلاه. ففي عام 2020، استخدمت 76.7% من النساء (التي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا) أساليب تنظيم الأسرة الحديثة على مستوى العالم. إلا أنه في دول منظمة التعاون الإسلامي، بلغت هذه الحصص 49.2% فقط وفقًا لأحدث البيانات المتاحة بين عامي 2010 و 2020.

#### الإطار 4.1: المخاطر الصحية لجائحة كوفيد-19 التي تهدد المرأة

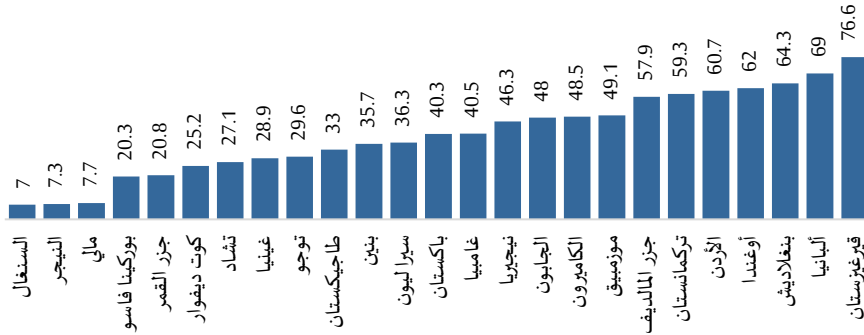
تشكل جائحة كوفيد-19 مخاطر فريدة على صحة المرأة. أولاً، تجدر الإشارة إلى أن النساء تتمثل تمثيلاً زائداً ضمن القوى العاملة الصحية العالمية إذ تشكل النساء غالبية (69.9%) العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية والعاملين الصحيين الرسميين وغير الرسميين الذين يتعاملون مع مرضى كوفيد-19 في مجتمعاتهم، مما يعني أنهن أكثر عرضة للإصابة بالفيروس. وفي 13 بلداً من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تمثل النساء أكثر من نصف جميع العاملين في أنشطة الصحة البشرية، كما تمثل النساء 20 إلى 30% من جميع العاملين في قطاع الأنشطة الصحية البشرية في أربعة بلدان من المنظمة.

ثانياً، كان لإعادة تخصيص الموارد الطبية أثناء الجائحة تأثير سلبي على توافر خدمات الصحة المتعلقة بالأمن والصحة الجنسية والإنجابية للمرأة. وفي أبريل 2020، توقعت دراسة لصندوق الأمم المتحدة للسكان أن ما يقرب من 47 مليون امرأة في 114 دولة منخفضة ومتوسطة الدخل لن تكون قادرة على استخدام وسائل منع الحمل الحديثة إذا امتدت مدة الإغلاق في بلد ما لمدة 6 أشهر (مع اضطراب خطير في الخدمة) وأن 6 أشهر من الإغلاق قد تؤدي إلى حدوث أكثر من 7 ملايين حالة حمل غير مقصود.

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان (2020)

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2013)، "النساء منسقات بين أفراد الأسرة وأنظمة الرعاية الصحية، ومقدمات للرعاية الأسرية أثناء المرض، ومروجات للسلوكيات الصحية وأنماط الحياة بما في ذلك اعتماد نظام غذائي متوازن، والسهر على النظافة الشخصية، وما إلى ذلك". ومع ذلك، فلا تتمتع المرأة في العديد من البلدان النامية بفرصة اتخاذ القرار بشأن صحتها وصحة أسرتهما حتى عندما تقع المسؤولية الرئيسية لصحة الأسرة على عاتقها. وعلى سبيل المثال، وفقاً لبيانات المسح الديمغرافي والصحي لصندوق الأمم المتحدة للسكان المتاحة في 25 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي، تمكنت 50% من النساء (التي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا) من اتخاذ قرارات (بمفردهن أو بشكل مشترك) بشأن رعايتهن الصحية في مجال الصحة الإنجابية فقط في ملديف وتركمانستان والأردن وأوغندا وبنغلاديش وألبانيا وقيرغيزستان (الشكل 5.4).

الشكل 5.4: النساء اللاتي اتخذن قرارات بشأن رعايتهن في ما يخص الصحة الإنجابية (% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا)، 2020



المصدر: المسوح الديمغرافية والصحية لصندوق الأمم المتحدة للسكان آخر البيانات المتاحة بين عامي 2010 و 2020. تشمل قرارات الرعاية الصحية القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والرعاية الصحية الإنجابية.

### 3.4. صحة وتغذية الأطفال

يتأثر نمو الأطفال المبكر - بما في ذلك التنشئة الاجتماعية وأنظمة القيم والسلوكيات الصحية - بالوضع الاجتماعي والاقتصادي لأسرهم والموارد المتاحة لهم. فغالبًا ما يصبح الأطفال الذين يتمتعون بطفولة صحية بالغين أصحاء قادرين على المساهمة بشكل إيجابي في أسرهم ومجتمعاتهم. ومع ذلك، تتأثر النتائج الصحية للأطفال سلبيًا بارتفاع معدلات الوفيات، وانخفاض تغطية التحصين، وتفاوت الحالة التغذوية (التقزم والهزال وزيادة الوزن) في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وعلى الصعيد العالمي، عرفت وفيات الأطفال (للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات وما دون) انخفاضًا كبيرًا على مدى العقود الماضية. فعلى سبيل المثال، في سنة 1990، بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي 124 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي. وفي عام 2017، انخفض هذا المعدل بنسبة 68% إلى 56 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي (SESRIC, 2019a). وعلى المستوى القطري، بين عامي 1990 و 2017، تمكنت 20 دولة من منظمة التعاون الإسلامي من خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 66% على الأقل وخفضت 10 دول من المنظمة هذا المعدل إلى النصف. كما سجلت تسعة بلدان أعضاء في المنظمة معدلًا أقل من 10 حالات وفاة لكل 1000 مولود حي.

وعلى الرغم من أن بلدان المنظمة أحرزت، في المتوسط، تقدمًا كبيرًا فيما يتعلق بخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990، إلا أن هذا المعدل لا يزال مرتفعًا نسبيًا في العديد من هذه البلدان. وفي عام 2017، توفي واحد من أصل 17 طفلًا في بلدان المنظمة قبل بلوغه سن الخامسة بالمقارنة مع واحد من أصل 30 طفلًا في البلدان النامية الأخرى وطفل واحد فقط من أصل 25 طفلًا على مستوى العالم. وفي ست

دول في منظمة التعاون الإسلامي من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أعلى من 90 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2017. وتم تصنيف هذه البلدان الستة - بنين وتشاد ومالي ونيجيريا وسيراليون والصومال - كصاحبة أعلى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم (SESRIC, 2019a).

ويعكس معدل وفيات الأطفال تغطية وفعالية خدمات الرعاية الصحية للأطفال. ويمكن التحليل بسهولة دون حدوث غالبية هذه الوفيات عن طريق ضمان الحصول على إمكانية الولادة الآمنة والفعالة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة. وعلى سبيل المثال، تسببت ثلاثة أمراض معدية فيما يقرب 37.8% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وهي التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة (19.2%) والإسهال (10.5%) والمالريا (8%) (SESRIC, 2019a). ويمكن الوقاية من هذه الأمراض المعدية من خلال التطعيم الموجه والعلاج في الوقت المناسب. وبالمثل، يمكن أيضاً تفادي الوفيات المرتبطة بالحمل والمضاعفات المرتبطة بالولادة (مثل الولادة قبل الأوان والاختناق والتشوهات الخلقية) عن طريق منح النساء إمكانية الوصول للرعاية الصحية قبل الولادة والقبالة الماهرة

وفي العقود الأخيرة، ساعدت زيادة التغطية بالتحصين أيضاً على الحد من وفيات الملايين من الأطفال في جميع أنحاء العالم وتقليل انتشار بعض الإعاقات في صفوفهم. وركزت الجهود العالمية المبذولة لتحسين برامج التحصين الوطنية وتغطية التحصين على تحسين فرص الحصول على اللقاحات وتدريب العاملين الصحيين.

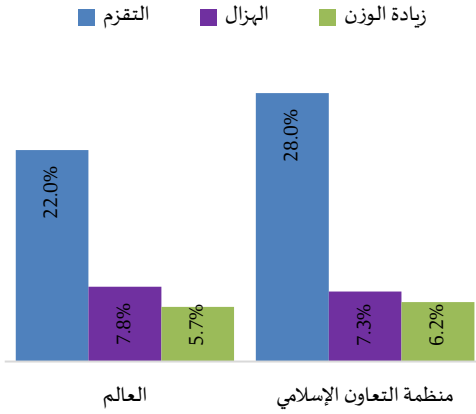
ونتيجة لذلك، زادت تغطية التحصين الثلاثي (DTP3)<sup>3</sup> العالمية (التحصين ضد الخناق والكزاز والسعال الديكي) خلال السنة الأولى من حياة الطفل. وتماشياً مع الاتجاهات العالمية، تحسنت تغطية تحصين الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي للأطفال في عمر السنة في دول منظمة التعاون الإسلامي من 76% في عام 2010 إلى 78% في عام 2021. ومع ذلك، ظل متوسط دول منظمة التعاون الإسلامي أقل من نسبة التغطية العالمية التي بلغت 81% في عام 2021 (WHO, 2023).

وعلى غرار التحصين، تعد التغذية المناسبة للأطفال أداة فعالة لتنشئة أطفال أصحاء. وتساعد التغذية السليمة الأطفال على تحسين فرص بقائهم على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من الحياة كما تساهم أيضاً في نموهم البدني والمعرفي. وبالنسبة للأسر، من شأن التغذية السليمة أن تساعد في منع العديد من المخاطر الصحية التي تحيط بالطفل، وبالتالي تقليل عوامل التوتر مثل التوترات المالية والنفسية المرتبطة بالرعاية الصحية. ويرجع ذلك إلى أن سوء التغذية يزيد من خطر الوفاة من الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والمالريا كما أنها تعيق نمو الطفل.

<sup>3</sup> وتستخدم اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية تغطية تحصين الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي كمتغير لبرامج التحصين في بلد ما.

التقزم، على وجه الخصوص، هو مرض غير قابل للشفاء، حيث يمكن أن يضعف قدرة الطفل الجسدية والمعرفية (غالبًا ما تؤثر على قدرته على الحصول على التعليم) وأدائه الاجتماعي والاقتصادي طوال حياته. وفي عام 2020، سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي حوالي 62 مليون حالة تقزم لدى الأطفال دون سن الخامسة. وعالمياً، تشير التقديرات إلى أن العدد الإجمالي للأطفال الذين يعانون من التقزم كان حوالي 149 مليوناً في نفس العام. وفي منطقة منظمة التعاون الإسلامي، تشير التقديرات إلى أن نحو 28% من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من التقزم، حيث أن هذه النسبة تفوق المتوسط العالمي 22% (الشكل 6.4). ومن بين المناطق الفرعية الأربعة للمنظمة، تركزت حالات التقزم بشكل كبير في منطقتي إفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. ففي عام 2020 كان التقزم أكثر انتشاراً في النيجر (46.7%) وليبيا (43.5%) وموزمبيق (37.8%) واليمن (37.2%).

الشكل 6.4: الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة (% من مجموع الأطفال دون سن الخامسة)، 2020



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً على تقديرات سوء التغذية لدى الأطفال المشتركة بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

بالإضافة إلى التقزم، يمكن لزيادة الوزن أن تؤدي لمخاطر صحية خطيرة مدى الحياة بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة. إذ يعاني ما يقرب من 38.9 مليون طفل دون سن الخامسة حالياً من زيادة الوزن في العالم. وفي عام 2020، سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي انتشاراً أوسع لزيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة (6.2%) بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (5.7%) (الشكل 6.4). وظلت زيادة الوزن في منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط وشمال أفريقيا منتشرة بشكل كبير (SESRIC, 2020c). وعلى المستوى القطري، سُجِلت أعلى نسبة من مجموع أطفال منظمة التعاون الإسلامي الذين يعانون من السمنة بشكل معتدل أو شديد في ليبيا (25.4%)، تلتها لبنان (19.7%) في عام 2020.

وفي المقابل، عانى أكثر من 47,5 مليون طفل دون سن الخامسة من الهزال في عام 2020. ويقدر هذا الرقم بحوالي 16.3 مليون طفل في منطقة منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 6.4، كان انتشار الهزال في البلدان الأعضاء في المنظمة أقل نسبياً، إذ سجل بنسبة 7.3% مقارنة بـ 7.8% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وفي سياق المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، في عام 2020، كان عبء الهزال مرتفعاً نسبياً في منطقتي إفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وعلى المستوى القطري، سُجِل أعلى معدل لانتشار الهزال بين الأطفال دون سن الخامسة في البلدان الأعضاء التالية: اليمن (16.4%) والسودان (16.3%) والسينغال (16.3%) وغينيا بيساو (12.9%) والصومال (12%).

#### الإطار 2.4: تداعيات جائحة كوفيد-19 على صحة الطفل

من المتوقع أن تؤثر العواقب الاقتصادية لجائحة كوفيد-19 بشدة على صحة وتغذية الأطفال في جميع أنحاء العالم. فوفقًا لليونسيف (2020) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (2020)، من المحتمل أن تؤدي الجائحة إلى ما يلي:

- سوء التغذية عند 368.5 مليون طفل في 143 دولة والهزال عند 50 مليون طفل، مما سيكون له آثار دائمة على نموهم البدني والنفسي والعاطفي.
- ما يقرب من 2 مليون حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وأكثر من 10 مليون حالة زواج أطفال خلال العقد المقبل. والفقر، على وجه الخصوص، هو المحرك المباشر لزواج الأطفال ومن المتوقع أن تؤدي الآثار الاقتصادية للجائحة إلى زيادة معدلات الفقر في المجتمعات الضعيفة.
- تعليق التحصين ضد الحصبة والذي قد يؤدي لأن يفوت أكثر من 23 مليون طفل لقاحاتهم الأساسية وتعليق جميع حملات التطعيم ضد شلل الأطفال في جميع أنحاء العالم. فبدون حملات التحصين المناسبة، لن يتمكن الأطفال من تلقي اللقاحات والعلاجات المنقذة للحياة الضرورية لعيش حياة صحية.
- ومن المتوقع ارتفاع وفيات الأطفال إلى 2 مليون بالإضافة إلى 200,000 حالة ولادة ووليد ميت إذا استمر تعطيل الخدمات الطبية بسبب جائحة كوفيد-19 لأكثر من 6 أشهر. ومن المتوقع أن تعكس الجائحة مكتسبات 2 حتى 3 سنوات من التقدم في الحد من وفيات الرضع على مستوى العالم.
- وقد يؤثر تعطيل خدمات منع العنف والتحصين له في 104 دولة على ما يقرب من 1.8 بليون طفل. ومن المتوقع أن يزيد خطر عمالة الأطفال لدى 9 ملايين طفل وأن يرتفع عدد الأطفال العاملين إلى 160 مليون طفل.

المصدر: اليونسيف (2020) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (2020)

#### 4.4. التعاطي المفرط للمخدرات والإدمان عليها

فيما يخص الخلية الأسرية، يؤثر تعاطي المخدرات والإدمان تأثيراً سلبياً على العلاقات بين الأسر، والتماسك الأسري، والصحة العقلية والبدنية لأفراد الأسرة. وفي حين أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها يمكن أن يحدث في أي أسرة، بغض النظر عن وضعها الاجتماعي والاقتصادي، إلا أنه من الأرجح أن يحدث ذلك بسبب الضغوط العقلية والبدنية، والفقر، والعزلة الاجتماعية، والاستبعاد، والصراع بين الأسر، وإهمال الوالدين للابن وسوء معاملتهما له، والافتقار إلى الدعم الاجتماعي. ويكون أفراد الأسرة من فئة المراهقين والشباب أكثر عرضة لتعاطي المخدرات بسبب قابليتهم للتأثر بالأفعال والأشخاص وضعفهم أمام العوامل التي تزيد من تفاقم الأمور. على سبيل المثال، من شأن عوامل مثل تأثير الأقران السلبي، وضعف مستوى الوعي بالعواقب طويلة المدى للإدمان، وعدم تدخل الوالدين، أن تجبر الشباب في كثير من الأحيان على اللجوء إلى تعاطي المخدرات. وفي غالبية الحالات، تزيد احتمالية تعرض المدمنين للبطالة، والميل الإجرامي، والأمراض

البدنية، والعلاقات الاجتماعية المختلة، والميول الانتحارية، والأمراض النفسية، وانخفاض متوسط العمر المتوقع.

وهناك ثلاثة أنواع من الإدمان منتشرة حالياً في جميع أنحاء العالم، وهي: استهلاك الكحول وتعاطي المخدرات والتبغ - ومؤخراً - الإدمان على الإنترنت. وعلى الصعيد العالمي، يؤدي استهلاك الكحول إلى وفاة ثلاثة ملايين شخص سنوياً، وهو ما يمثل 5.3% من جميع الوفيات (WHO, 2022). وفي ظل غياب البيانات عن استهلاك الكحول في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أو ندرتها، يُفترض أن استهلاك البالغين للكحول منخفض في هذه الأخيرة بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى لأن استهلاك الكحول يعتبر حيداً عن التعاليم الإسلامية، فضلاً عن كونه عملاً منبوذاً من الناحية الاجتماعية في عدد من الدول الأعضاء إذ يشكل وصمة عار تلاحق المستهلك للخمر (SESRIC, 2020a).

وعندما يتعلق الأمر بتعاطي المخدرات وإدمانها، فإن أفراد الأسرة الأصغر سناً هم أكثر عرضة للوقوع في فخها بالمقارنة مع الأفراد الأكبر سناً. وتشير مجموعة من الأبحاث إلى أن فترة المراهقة المبكرة (من 12 إلى 14 عاماً) إلى سن المراهقة المتأخرة (من 15 إلى 17 عاماً) فترة خطيرة لبدء تعاطي المخدرات، وقد يبلغ الإدمان ذروته عند الشباب المتراوحة أعمارهم بين 18 و 25 عاماً (UN, 2018). وعلى غرار استهلاك الكحول، فإن تعاطي المخدرات غير المشروعة أمر مستهجن ومنبوذ في الإسلام. ونظراً لعدم وجود بيانات كافية عن هذا الموضوع، يُفترض أن الشباب في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي يتعاطون المخدرات بوتيرة أقل بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى بسبب القيود الدينية المقترنة بالوصم الاجتماعي فيما يتعلق بتعاطي المخدرات.

وينبغي التنبيه لحقيقة أن الشباب الذين يعيشون في بيئات مجهدّة هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات بغية تجاوز ظروفهم الصعبة (UN, 2018). تشمل العوامل التقليدية لتعاطي المخدرات في صفوف الشباب الفقر والبطالة والأمية والإجهاد العقلي، ويجدر الإشارة إلى أن هذه المحفزات منتشرة حالياً على نطاق واسع في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ولذلك يجب على بلدان المنظمة، والتي تتمتع بشريحة مهمة من فئة الشباب، الالتزام باليقظة والحذر إزاء تفشي المخدرات في صفوف الشباب.

وفي ما يخص الاستخدام الحالي لمنتجات التبغ من قبل مراهقين، تظهر بيانات عام 2020 أن معدل انتشار منتجات التبغ ليس متجانساً بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إذ سجلت لبنان (31.5%) وفلسطين (31.3%) وغينيا (26.1%) وسوريا (24.5%) والأردن (24%) أعلى معدل استخدام نسبياً، وفي المقابل، سُجل أقل معدل استخدام نسبياً في تركمانستان (0.3%) وطاجيكستان (3%) وموزمبيق (5.2%) وبنين (5.3%) وقيرغيزستان (6%) (الشكل 7.4).

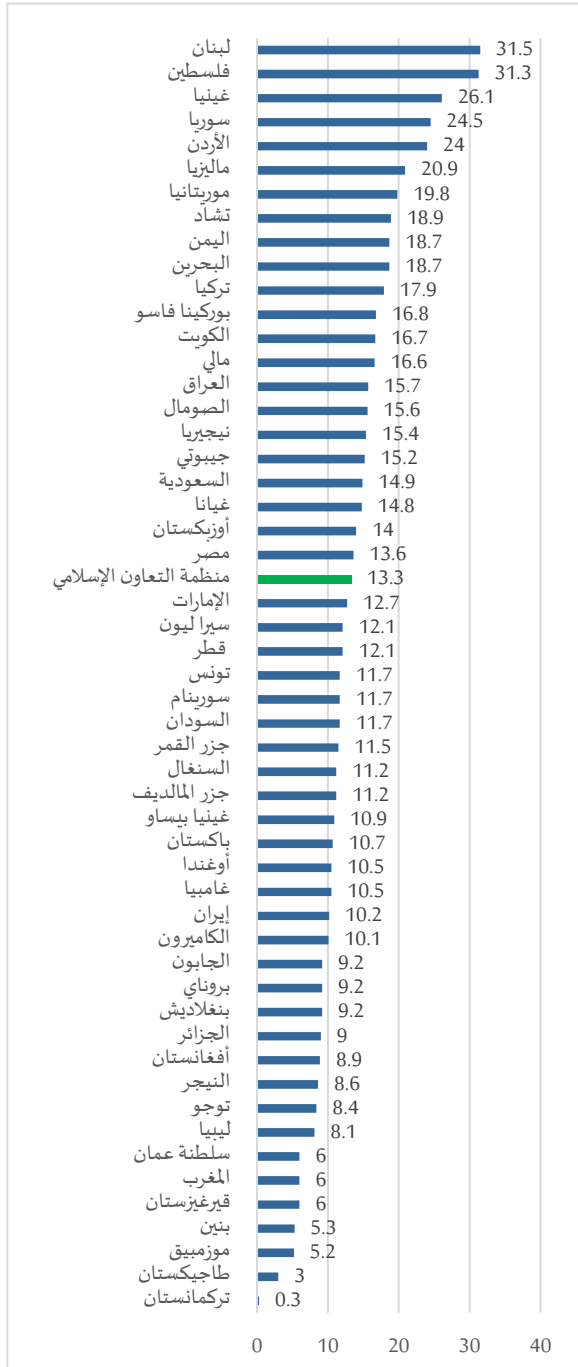
وفي السنوات الأخيرة، برز الإدمان على التكنولوجيا أو الإنترنت باعتباره تحدياً صحياً كبيراً في عدد من البلدان حول العالم. وإن كان من الصحيح أن التكنولوجيا الحديثة من شأنها أن تحسن فرص الأشخاص للتعليم وإقامة العلاقات والتواصل والترفيه وتعزيز المهارات، فقد تؤدي أيضاً إلى التزام اعتيادي على الانخراط في

استخدام التكنولوجيا كشكل من أشكال الهروب من الواقع (Young & de Abreu, 2010). وقد يضاهاى الاستخدام المفرط للأدوات التكنولوجية (مثل الإنترنت والهواتف المحمولة وما إلى ذلك) السلوكيات المرتبطة بالإدمان على الكحول والمخدرات (Byun et al., 2008).

وينطوي الإدمان على التكنولوجيا أو الإنترنت على العديد من العواقب لا سيما على صحة ورفاهية وتماسك وونام ووحدة مؤسسة الزواج والأسرة. كما يمكن للإدمان على الإنترنت في صفوف الشباب أن يتسبب في اختلال في تواصلهم بالديهم وأن يغير من الأخلاق والقيم التقليدية بسبب الاطلاع على ثقافات أخرى (التي غالبا ما تكون متضاربة) (SESRIC, 2017).

ولذلك، استثمرت بلدان منظمة التعاون الإسلامي في السنوات الأخيرة في إجراء عدد من الدراسات حول إدمان الشباب للتكنولوجيا. وعلى سبيل المثال، يرى عثمان ولي (Othman and Lee, 2017) أنه من المرجح أن يزيد إدمان الشباب الماليزي للتكنولوجيا والإنترنت من معدلات الاكتئاب بينهم. وأظهرت مجموعة بيانات على مستوى المدينة في تركيا، والتي قام بتحليلها أكتيبي وآخرون (Aktepe et al., 2013) أن حوالي 14% من المراهقين ربما كانوا مدمنين على الإنترنت ولكن إدمان الإنترنت مرتبط بانخفاض مستويات الشعور بالوحدة عند المراهقين.

الشكل 4.7: معدل انتشار استخدام التبغ الحالي في صفوف المراهقين (أعمار 13-17 عاما) (%، 2020)



المصدر: منظمة الصحة العالمية

ووفقاً لهاشم وسميث (Hashem and Smith, 2010) فإن 40% من الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة مدمنون على استخدام التكنولوجيا، بحيث يقضون ما يقرب من 10 ساعات يومياً على وسائل التواصل الاجتماعي وغيرها. ويرى ملولي وآخرون (Mellouli et al, 2018) أن ضعف التحكم في استخدام الإنترنت سائد بشكل كبير بين طلاب الجامعات في تونس.

#### الإطار 3.4: تداعيات جائحة كوفيد-19 على الصحة العقلية للأسر

كان لجائحة كوفيد-19 والتدابير المعتمدة لاحتوائها تأثير فريد على الأسر في جميع أنحاء العالم. وقد تفاقمت الضغوط الاجتماعية والاقتصادية (بما في ذلك انخفاض أو انقطاع الدخل، والافتقار إلى نظم دعم الرعاية الرسمية وغير الرسمية، والإقامة المشتركة الإلزامية، وما إلى ذلك) بسبب الجائحة التي أدت إلى زيادة النزاعات الأسرية والعنف ضد النساء والأطفال، وغيرها. وكشف الآباء الذين لم يحصلوا على الدعم المناسب خلال فترة الجائحة عن ضغوط نفسية إضافية ناجمة عن زيادة المسؤوليات المنزلية، ومسؤوليات إضافية متعلقة برعاية الأطفال، وانحسار سبل الوصول إلى الموارد، وصعوبات في الموازنة بين العمل والحياة الأسرية. كما اضطر أفراد الأسرة الأصغر سناً إلى تغيير خططهم المستقبلية بسبب عدم القدرة على التنبؤ بجاء الجائحة، مما أدى إلى زيادة في مستويات القلق في أوساط الشباب (Lebow, 2020). ويرى العديد من الخبراء أن الجائحة قد أدت إلى زيادة في الضغط النفسي والإحساس بالوحدة لدى الأفراد (Sibley et al., 2020, Killgore et al., 2020). وتشير الدراسات إلى أن الأسر الفقيرة والأفراد الذين يعانون من سوابق مرضية هم أكثر عرضة للإصابة بالكتئاب بسبب الجائحة (Kim & Laurence, 2020). وهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن أفراد الأسر التي لا تتمتع باستقرار مالي هم أكثر عرضة لضغوط نفسية قد ترمي بهم إلى العزلة الاجتماعية وإلى انفصالهم عن أسرهم ومجتمعاتهم (Borkowska & Laurence, 2020).

المصدر: Lebow (2020), Sibley et al. (2020), Killgore et al. (2020), Kim and Laurence (2020), and Borkowska and Laurence (2020)

#### 5.4. الرعاية الأسرية للمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة

تضم بلدان منظمة التعاون الإسلامي حالياً ما يقرب من 280.9 مليون شخص من ذوي الإعاقة، ويتألف حوالي 7.4% من مجموع السكان في بلدان المنظمة من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق. ومن الناحية الدينية، يولي الإسلام أهمية كبيرة لرعاية المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة ضمن الخلية الأسرية مع التركيز على تعزيز علاقات الوثام بين الأجيال، وروابط القرابة، والحفاظ على كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي العديد من بلدان المنظمة، يعد قيام أفراد الأسرة بصورة غير رسمية بالترتيبات اللازمة لتقديم الرعاية للمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة قيمة متجذرة في المعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية. على سبيل المثال، في بعض المجتمعات، يتم النظر بازدراء إلى الأفراد الذين يرسلون والديهم المسنين إلى مؤسسة أو دار رعاية باعتبار أن هذا السلوك يعد تملصاً من واجباتهم ومسؤولياتهم العائلية (SESRIC, 2021).

ومن شأن نظم الرعاية الأسرية أن تخفف بشكل فعال من المخاطر التي يتعرض لها كبار السن وأن تحقق الرفاه الصحي والنفسي للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن تمنحهم الدعم الاجتماعي والمالي كذلك. ويمكن



للعائلات أن تقلل من الشعور بالوحدة والضيق النفسي (القلق والاكتئاب) وأن تخفف من وطأة الفقر التي يعاني منه كبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة. وفي المقابل، يكون لدى المسنين فرصة المساهمة في الأسرة من خلال المساعدة في رعاية الأطفال الأصغر سناً، وتسهيل ترتيبات الزواج، والتوسط في النزاعات الأسرية، وحتى في إعادة ترسيخ الهويات التقليدية (SESRIC, 2021).

ومع ذلك، على الرغم من أهميتها وقيمتها الثقافية، فإن أنظمة الرعاية الأسرية تتراجع عبر المجتمعات النامية بسبب عدد من العوامل مثل تراجع العيش المشترك، وانخفاض حجم الأسرة، والتوسع الحضري، وتغير المفاهيم حول الهياكل الأسرية التقليدية. وسيؤثر انخفاض أنظمة الرعاية الأسرية بشكل كبير على رفاه كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة المنتمين إلى الفئات الاجتماعية الضعيفة. فالنساء المسنات، على سبيل المثال، يعشن لفترة أطول من الرجال الأكبر سناً، ويقل احتمال زواجهن من جديد في مرحلة الشيخوخة، ويعتمدن أكثر على أفراد الأسرة لتلبية احتياجاتهن الأساسية في هذه المرحلة. وهذا يعني أنه في غياب الرعاية الأسرية، تزداد احتمالات تعرض النساء المسنات للضغوط المالية والعزلة والوحدة، ويزداد احتمال تعرضهن للإهمال أو الإساءة في بيئة مؤسسية.

وعلى نفس النحو، قد يؤدي غياب أنظمة الرعاية الأسرية إلى عدم حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الكافية. وتقوم النساء في العائلة بدور محوري فيما يخص توفير الرعاية الطويلة الأجل (الرعاية غير الرسمية) للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تقوم المرأة برعاية الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة غير رسمية بسبب الأدوار التقليدية للجنسين التي تلقي مسؤولية أنشطة الرعاية الأسرية على عاتق النساء والفتيات، ونتيجة غياب خدمات الرعاية الرسمية، فمن المحتمل أن تُبدي المرأة استعداداً أكثر لتقديم الرعاية عندما تكون الأسرة غير قادرة على تحمل تكاليف الرعاية الرسمية والوصول إلى التكنولوجيات المساعدة.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للأحكام المتحيزة والوصمة المجتمعية والمفاهيم الثقافية المغلوطة بشأن أسباب الإعاقة وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أن تؤثر بشكل كبير على كيفية معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة في المنزل وخارجه. فعلى سبيل المثال، توصلت بعض الدراسات إلى أن ضعف المعرفة والفهم بشأن أسباب الإعاقة قد يؤدي إلى لجوء بعض الأسر لقتل حديثي الولادة من ذوي الإعاقة، وهجر الرجل للزوجة والطفل، واستخدام علاجات بديلة للإعاقة ومنها ما هو قسري أو عنيف، وفرض قيود قسرية أو غير طوعية على تنقل ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ونبذهم (Rohweter, 2018). وتتسبب بعض المواقف الرجعية في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي في عدم إرسال بعض الأسر لأطفالها من ذوي الإعاقة إلى المدرسة (Hasnain et al., 2008).

ومن أجل تعزيز دور الأسرة في رعاية المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تولي الأهمية لإنشاء منظومة متكاملة للرعاية الصحية تغني بلدان المنظمة عن الاعتماد المفرط على نظم الرعاية الأسرية غير الرسمية وتمكنها من الاستفادة من دور الأسرة في رعاية الأقارب الأكبر سناً واتخاذ مقدمي الرعاية غير الرسميين كمورد للرعاية (SESRIC, 2021). ومن شأن منظومة الرعاية الصحية الشاملة هذه أن تعزز توافر الرعاية الرسمية داخل المنزل وأن تشجع على إزالة الوصم عن مؤسسات الرعاية الداخلية. كما أنه من شأن تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة في المجتمع والاقتصاد أن يساعد في التخفيف من المواقف التمييزية والتصورات الخاطئة حول الإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

#### الإطار 4.4: مكامن الضعف الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة خلال جائحة كوفيد-19

تأثرت فئة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بشكل كبير جراء الجائحة نظرا للعوامل التالية:

- الأشخاص ذوو الإعاقة هم أكثر عرضة لأعراض أكثر خطورة جراء الإصابة بكوفيد 19، مما قد يفضي إلى تفاقم وضعهم القائم؛
  - كما يواجهون تحديات كبيرة في الوصول إلى الخدمات الحيوية (مثل الحصول على مساعد شخصي والاستفادة من لغة الإشارة والتفسير اللمسي والدعم النفسي والاجتماعي) بسبب التدابير الوقائية مثل الإغلاق الشامل والقيود المفروضة على التنقل؛
  - ويواجهون حواجز تحول دون وصولهم إلى معلومات بشأن الصحة العامة بسبب عدم توفر أو عدم إمكانية الوصول إلى هذه المعلومات بأساليب مراعية للإعاقة؛
  - وقد يواجهون كذلك صعوبات في الالتزام بتدابير النظافة والتباعد الاجتماعي، خاصة إذا تم إيداعهم في مؤسسات رعاية خاصة أو إذا كانوا يتلقون الرعاية من قبل أفراد الأسرة بشكل غير رسمي/ في المنزل؛
  - كما أن الأشخاص ذوو الإعاقة يجدون أنفسهم في موقف ضعف عندما يتعلق الأمر بالوصول إلى التكنولوجيا الرقمية واستخدامها للاستفادة من الخدمات الحيوية.
- ولاشك أن الوضع المتجسد في الركود الاقتصادي والاضطراب في تقديم الخدمات العامة وحالات حظر التجول وعمليات الإغلاق على امتداد فترة تفشي الجائحة قد ساهم على نحو كبير في تفاقم الصعوبات الاقتصادية التي تعاني منها هذه الفئة. كما زادت حالات العنف في حقهم خلال هذه الفترة. ولتجاوز هذه الظروف القاسية التي يمر بها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة، على صانعي السياسات صياغة تدابير الاستجابة والتعافي التي لا تهمل موضوع الإعاقة والعجز وتراعي حدة التداعيات التي تخلفها الجائحة على هذه الفئة من المجتمع.

المصدر: (SESRI (2022b)

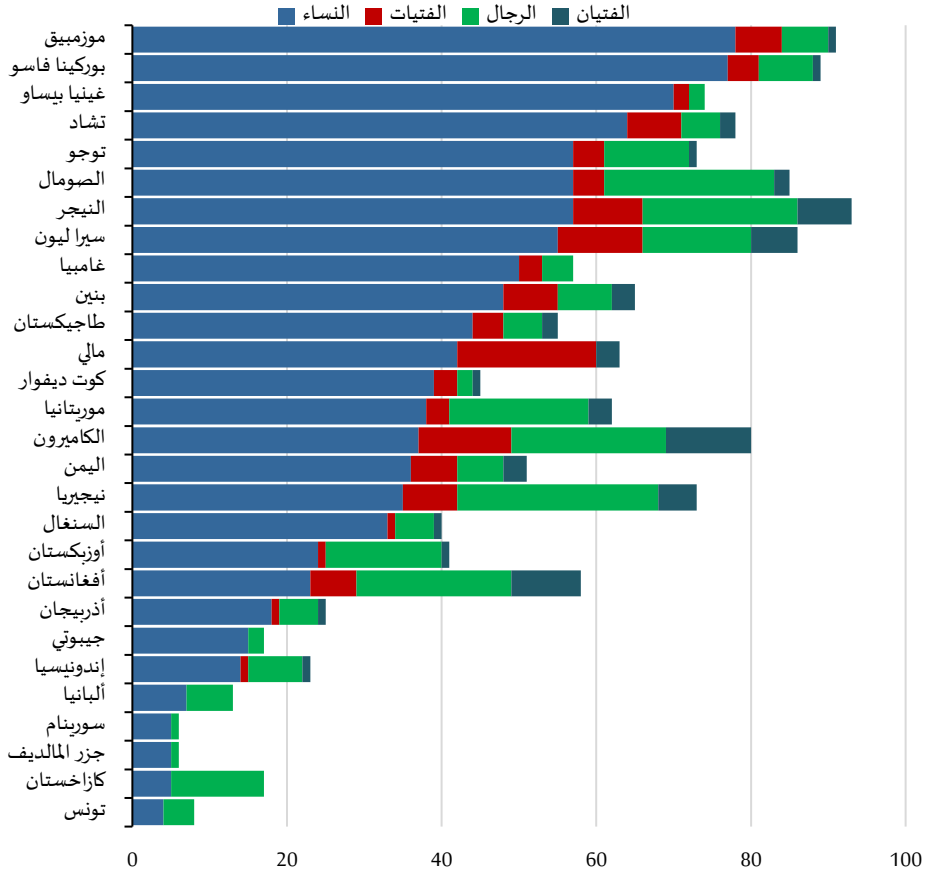
#### 6.4. مسؤولية الأسر عن مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية

تقع مسؤولية إدارة مياه ومرافق الصرف الصحي والنظافة العامة للأسرة على عاتق الفتيات والنساء في العديد من المجتمعات في مختلف مناطق العالم. وفي نطاق الأسرة، تشمل مسؤوليات المرأة المتعلقة بإدارة الموارد المائية رعاية الأسرة والمسنين والمرضى والتنظيف والغسيل والتخلص من النفايات وتحضير وتخزين الطعام والماء والنظافة الشخصية.

وتشير بيانات من 28 بلد في منظمة التعاون الإسلامي إلى أن المسؤولية الرئيسية المتعلقة بجمع المياه تقع على عاتق الفتيات (أقل من 15 عاما) والنساء (فوق 15 عاما) (الشكل 8.4). وبغض النظر عن نسبة الأسر المعيشية التي لا تتوفر على مياه في مكان عيشها، تعتمد الأسر المعيشية في 26 من أصل هذه الدول الـ 28 بشكل أساسي على النساء لجلب المياه. فعلى سبيل المثال، تعد المرأة في موزمبيق وبوركينا فاسو، حيث يعتمد حوالي 90% من الأسر على مصادر المياه الموجودة بعيدا عن أماكن عيشها، مسؤولة عن جلب المياه في أكثر من ثلاثة أرباع الأسر المعيشية. وتعتمد أيضا على المرأة أكثر من نصف الأسر المعيشية في كل من موزمبيق (78%) وبوركينا فاسو (77%) وغينيا بيساو (70%) وتشاد (64%) وتوغو (57%) والصومال (57%) والنيجر (57%) وسيراليون (55%). وحتى في البلدان التي يعتبر فيها مستوى الاعتماد على المياه المتواجدة في مكان

بعيد عن مكان العيش متدنيا إلى حد كبير، تبقى المرأة المسؤول الأول عن جمع المياه، كما هو الحال في سورينام وجزر المالديف.

الشكل 8.4: المسؤولية الرئيسية لجمع المياه حسب نوع الجنس (%، 2017)



المصدر: يونيسيف، الموقع الإلكتروني الخاص بالنوع الاجتماعي والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ملاحظة: الرجال والنساء أعمارهم تزيد عن 15 سنة بينما البنات والأولاد تقل أعمارهم عن 15 سنة.

بينما تعد المرأة مسؤولة في المقام الأول عن جلب المياه وتخزينها وإدارتها لأغراض التزود بالمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، فإن نقص المياه الصالحة للشرب ومرافق الإصحاح يؤثر عليها بمستويات متفاوتة. فقد توصل كوهر (COHRE, 2008) إلى أن النساء يلجأن أكثر من الرجال إلى قضاء الحاجة في العراء أو في المناطق غير المحروسة أو النائية خارج البلدة أو القرية محل السكن بعد حلول الظلام، وهذا بدوره يجعلهن عرضة للاغتصاب والاعتداء والاعتصاف. وغالبا ما تعوض النساء عن النقص الذي يعانين منه من حيث الوصول إلى مرافق الصرف الصحي الملائمة من خلال تغيير نظامهن الغذائي ومستوى شرب الماء، لكن لهذه الممارسة تداعيات خطيرة على صحتهم. كما أن مرافق الصرف الصحي غير المأمونة وغير الصحية من بين أبرز العوامل المساهمة في انتقال الأمراض في صفوف النساء في الأسر الفقيرة (SESRIC, 2021b).

تستأثر مهمة إدارة خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التي تضطلع بها المرأة بحصة كبيرة من وقتها، وذلك ما يجعل الحيز الزمني الذي يمكنها الاستفادة منه لأغراض التعليم و/ أو در دخل مادي ضيقا للغاية. وهذا من بين الأسباب التي تجعل نقص خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة المأمونة والملائمة من العوامل المساهمة في استمرار مظاهر الفقر وعدم المساواة في أوساط الأسر ذات الدخل المنخفض. علاوة على ذلك، فإن قضاء الوقت في محاولة الوصول إلى المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية يقلل من الوقت الذي تقضيه النساء مع أفراد أسرهن ويحول دون قيامهن بدورهن كأمهات ومقدمات للرعاية.

5

الرفاه الثقافي للأسرة

تمثل القيم والمعتقدات والتقاليد أساس الممارسات الاجتماعية حيث أن لديها القدرة على التأثير بشكل سلبي أو إيجابي على رفاهية الأفراد. وتلعب الأسرة دوراً هاماً في تشكيل القيم الثقافية ونقلها إلى الأجيال القادمة. على سبيل المثال، يستقي الأطفال جزءاً كبيراً من القيم والمعتقدات الأخلاقية من أسرهم، ومن شأن هذه القيم والمعتقدات ذاتها أن تحدد مشاركتهم في مجالات الحياة العامة فيما بعد. يعد تأثير الأسر على الثقافة أكبر بالمقارنة مع عوامل التنشئة الاجتماعية الأخرى كالأقران والأحزاب السياسية ومجموعات المصالح الخاصة والأسواق (SESRIC, 2017).

إلا أنه هناك عدد من المتغيرات التي تنعكس على الممارسات الثقافية داخل الخلية الأسرية وخارجها. وتشمل هذه المتغيرات، على سبيل المثال لا الحصر، النزعة الاستهلاكية، والفرديانية، والرقمنة، والتوسع الحضري، وما إلى ذلك. كما يتم تحديد الممارسات والمعتقدات الثقافية الأسرية حسب حجم الأسرة وبنيتها، ومستوى تعليم أفرادها، والإقامة في المدينة أو الأرياف، وغيرها من العوامل الاجتماعية والديموغرافية. ومع ذلك، لا تؤثر هذه المتغيرات على الأسر بشكل متساوي أو متنسق في المجتمع.

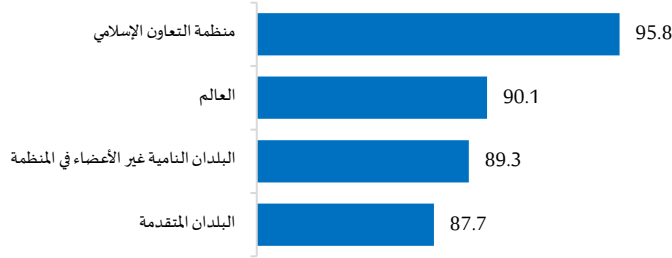
ويعتمد الربط بين المعتقدات والممارسات الثقافية والسياسة الأسرية من شقين. وإذا كان للسياسات الأسرية أن تراعي المعتقدات الثقافية للأسرة والمجتمع، من جهة، فإنها تحتاج إلى أن تكون مدركة للدور الذي تؤديه القيم الثقافية في تأجيج سلوكيات وممارسات محددة داخل الأسرة. ومن جهة أخرى، ليس من المرجح أن تحظى السياسات الأسرية بدعم واسع النطاق في المجتمع أو أن تنجح في تحقيق أهدافها إذا لم يتم إدماج العوامل الثقافية أثناء عملية وضع السياسات الأسرية وتنفيذها وتقييمها.

وفي هذا السياق، يسلط هذا الفصل الضوء على الممارسات الاجتماعية التي لها تأثير على رفاه الأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامية والتي تتسم عادة برسوخها في المعتقدات الثقافية والأعراف الاجتماعية. ومن شأن فهم مدى انتشار هذه الممارسات أن يساعد في صياغة سياسات أسرية تزيد من الآثار الإيجابية للعوامل الاجتماعية والثقافية وتخفف من آثارها السلبية على رفاه الأسرة.

### 1.5. السياسات الوطنية

وكما تقدم، قد يؤدي التحضر السريع والتغيرات في معدلات الخصوبة والشيخوخة إلى تقلص متوسط حجم الأسر المعيشية وانخفاض عدد الأسر المعيشية الكبيرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في المستقبل القريب. ومع ذلك، تشير الأدلة إلى أن وتيرة التغيير قد تكون محدودة نسبياً بسبب وجود قيم أسرية وثقافية قوية في منطقة المنظمة (SESRIC, 2017; SESRIC et al., 2019). ووفقاً لما ذكره المجيبون على مسح القيم العالمية، فإن مؤسسة الأسرة "مهمة جداً" في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة في البلدان النامية غير الأعضاء والبلدان المتقدمة والعالم ككل (الشكل 1.5).

الشكل 1.5: أهمية الأسرة بالنسبة للأفراد (% من جميع المجيبين)، 2017-2020



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناءً على مسح القيم العالمية، جولة 2017-2020. ملاحظة: يعكس الرسم البياني الذي يغطي 17 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي و 81 دولة في المجموع ردود الأشخاص الذين أجابوا بأن الأسرة "مهمة للغاية" في حياتهم. وأجاب 136,400 شخصاً على أسئلة المسح.

ويمكن السيطرة على التغيرات الجذرية في الهياكل الأسرية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي باستخدام سياسات تركز على الأسرة. على سبيل المثال، إذا قدمت الحكومات حوافز (مثل الإعفاءات الضريبية أو الإعانات أو وضع ترتيبات عمل مرنة) للأسر من أجل رعاية الوالدين والأجداد، فقد يختار العديد من الأشخاص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي العيش مع أسرهم الممتدة لتعزيز الانسجام بين الأجيال، والروابط الأسرية القوية، والالتزام بالمعايير والقيم الثقافية. ويمكن أن توفر هذه الترتيبات أيضاً دعماً ملموساً لمختلف أفراد الأسرة. على سبيل المثال، يمكن للأجداد المساعدة في تربية الأطفال عندما يعمل كلا الوالدين، ويمكن للأطفال البالغين دعم والديهم الأكبر سنًا اجتماعيًا واقتصاديًا، وذلك لأن البيئة الأسرية تشجع على استمرار التقاليد وأنظمة القيم.

يبدو أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي تفتقر إلى حد ما للسياسات التي تركز على الأسرة وتعالج الجوانب الملموسة وغير الملموسة لرفاهها. ووفقاً لقاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية (MiNDbank)، تتوفر أقل من نصف بلدان المنظمة على سياسة أو استراتيجية أو خطة عمل وطنية، أو قوانين أو لوائح حول الصحة العقلية (الجدول 1.5). وبالمثل، فإن أقل من ثلث بلدان المنظمة تتوفر على سياسة أو استراتيجية أو قانون وطني للتصدي لتعاطي المخدرات. وفي حين أن أقل من ثلث بلدان منظمة التعاون الإسلامي يوجد لديها سياسة أو استراتيجية وطنية تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة، يلجأ 37 بلداً من بلدان المنظمة لاستخدام القوانين أو اللوائح لمعالجة هذه القضية. وجدير بالذكر أن 17 بلداً فقط من بلدان منظمة التعاون الإسلامي لديها استراتيجية أو خطة عمل تعنى بالمسنين. ويتوفر 21 بلداً فقط من بلدان المنظمة على قوانين أو أنظمة لحماية حقوق الطفل، بينما يتوفر 41 بلداً من بلدان المنظمة على استراتيجيات للحد من الفقر. وفي المجموع، اعتمدت دول منظمة التعاون الإسلامي و/أو نفذت ما مجموعه 238 سياسة أو استراتيجية أو تشريع بخصوص هذه القضايا على مدى عشر سنوات بين عامي 2011 و 2021. وكما نوقش في الفصول السابقة، فإن عوامل مثل الصحة العقلية وتعاطي المخدرات ورعاية المسنين وحقوق الأطفال والإعاقات والفقر لها تأثير عميق ومباشر على رفاهية الأسر في جميع أنحاء منطقة منظمة التعاون الإسلامي.

الجدول 1.5: عدد بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي لديها سياسات أو استراتيجيات أو تشريعات في مجالات مختارة، 2011-2021

المجال	السياسات الوطنية	الاستراتيجيات أو خطط العمل	قوانين ولوائح
الصحة النفسية	18	27	23
تعاطي المخدرات	4	11	15
الإعاقة	11	13	37
المسنون	-	17	
حقوق الطفل	-	-	21
التقليص من حدة الفقر	-	41	-

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية (MiNDbank).

وبالإضافة إلى التغيرات المتوقعة في حجم الأسر، فإن عددا من الاتجاهات الديمغرافية مثل شيخوخة السكان، وانخفاض معدلات الخصوبة، وزيادة متوسط العمر المتوقع لها آثار على الرفاه الثقافي لمؤسسة الزواج والأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. بدأت قضايا مثل التمييز على أساس العمر وإساءة معاملة المسنين والعنف في الانتشار في عدد متزايد من دول منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2021). ومن المتوقع أن تؤثر الأنماط الثقافية الناشئة حديثاً على العلاقات بين أفراد الأسرة إلى حد أكبر في المستقبل القريب. رغم ذلك، يمكن لصانعي السياسات الاستفادة من الدور الإيجابي للأعراف والمعتقدات والقيم الثقافية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في مواجهة الاتجاهات السلبية وحماية الأسر. ويتطلب ذلك وضع نهج شامل للسياسات يأخذ بعين الاعتبار آراء الأفراد ومختلف أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص.

## 2.5. العنف

هناك عدد من الطرق المعقدة التي يكمن للتصورات الثقافية الخاطئة، وسوء تفسير التعاليم الدينية، والمعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية الرجعية من خلالها أن تشعل فتيل العنف داخل الأسرة. يتخذ العنف أشكالاً عديدة وتحمل النساء والأطفال أعباء أكثر من غيرهم. ويعتبر العنف الجنساني، وعنف الشريك الحميم، والعنف ضد الأطفال، وإساءة معاملة كبار السن ممارسات ضارة ولها عواقب وخيمة على الصحة العقلية للأسرة، وصحة المرأة، والنمو البدني والنفسي للأطفال، والتماسك الأسري.

### العنف الجنساني وعنف الشريك الحميم

غالبًا ما تستخدم المعتقدات والممارسات التقليدية لتبرير سوء معاملة النساء والفتيات (API GBV, n.d). وذلك لأن القيم والممارسات الثقافية، في بعض الفئات الاجتماعية، ترسي وتحافظ على الأدوار الجنسانية الأبوية، وتفرض الأعراف من خلال العنف والإكراه والضغط والتخويف من النبذ. ويتفاقم هذا الوضع بسبب النظم الثقافية في بعض البلدان التي تقف عائقاً أمام حصول ضحايا العنف على خدمات الدعم



ووصولهم إلى العدالة. وتؤثر المواقف الثقافية أيضاً على الطريقة التي يُنظر بها إلى العنف الجنساني في المجتمع، و"يقلل -العنف الجنساني- من قيمة النساء والفتيات، ويجعل من الإساءة أمراً عادياً، ويدعي أن هذا العنف عرضي، ويتجاهل التحيز الجنسي، ويعزز الذكورة العدوانية أو السامة، ويستخدم إنجازات الرجال لتبرئة و/أو تبرير و/أو إنكار التأثير الذي يخلفه سلوكهم" (API GBV, n.d).

استناداً إلى مجموعة بيانات مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي أعلى معدل انتشار للعنف ضد المرأة في العالم - حيث أبلغت 36% من النساء المتزوجات في دول منظمة التعاون الإسلامي عن تعرضهن للعنف و/أو للاعتداء الجنسي من قبل العشير في عام 2019. وبالمقارنة مع مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، بلغ معدل انتشار العنف ضد المرأة 29.8% في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، و 20.4% في البلدان المتقدمة، و 29% في العالم. ومن بين المناطق الفرعية الأربعة للمنظمة، فإن انتشار العنف ضد المرأة مرتفع بشكل مقلق في منطقة جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (47.4%)، تليها منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (39.6%)، ثم منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (35.4%)، ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى (23.1%) (الشكل 2.5).

الشكل 2.5: انتشار العنف ضد المرأة في العالم (يسار) والمناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي (يمين) (%، 2019)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مجموعة بيانات مؤشر المؤسسات الاجتماعية والنوع الاجتماعي (SIGI 2019) التابع لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ملاحظة: يشير العنف إلى النسبة المئوية للنساء المعاشرات اللواتي عانين أو يعانين من العنف الجسدي و/أو الجنسي من الشريك الحميم.

وعلاوة على ذلك، لا يقتصر العنف الجنساني على المجال الخاص، أي داخل الأسرة المعيشية. وتؤثر مجموعة من العوامل الثقافية على رفاه المرأة في مكان العمل، حتى أنها قد تؤثر على رغبتها في الانضمام إلى سوق العمل. يعتبر التمييز الجنساني في مكان العمل وخلال التوظيف، والتحرش الجنسي، وعدم الاحترام في العمل بسبب التنميط والقولبة الجنسية، وعدم وجود قوانين لحماية المرأة من العنف والاعتداء في مكان العمل أشكالاً من العنف الجنساني في المجال العام.

بناء على ذلك، اتخذت بلدان منظمة التعاون الإسلامي مجموعة من الخطوات التوجيهية في السنوات الأخيرة لمكافحة التمييز الجنساني في مكان العمل. وفقاً لمسح تنفيذ الأوبوا لعام 2019، أبلغت العديد من دول المنظمة عن تقدم أحرزته في الحد من التمييز ضد المرأة في مكان العمل وتحسين المرافق المتاحة للنساء والأمهات العاملات. وفي 81% من البلدان المجيبة، عرف مستوى الشفافية أثناء الإعلان عن الوظائف الشاغرة واختيار المتقدمين ارتفاعاً، كما أبلغ 70% من البلدان المجيبة عن انخفاض في معدل عدم المساواة في الأجور وإزالة الأحكام التمييزية في الرواتب والعلاوات. ومع ذلك، أبلغ 37% فقط من البلدان المجيبة عن تحسن في الآليات التي تسمح للنساء بتسجيل شكاوى متعلقة بالتحرش الجنسي والمضايقات في مكان العمل (SESRIC, 2021a).

### العنف ضد الأطفال

وعلى غرار العنف الجنساني، يشكل العنف ضد الأطفال قضية قائمة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكثيراً ما يكون مرتكبي العنف ضد الأطفال من مقدمي الرعاية في المنزل وخارجه. ففي عام 2020، تعرض ما يقرب من 75% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و 4 سنوات من العنف الجسدي و/أو النفسي بانتظام على يد الآباء ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء العالم (WHO, 2020). حيث أبلغ ما يقرب من 20% من النساء حول العالم عن تعرضهن للاعتداء الجنسي القسري عندما كن أطفالاً (0-17 عاماً) (WHO, 2020).

وبالنسبة للأطفال الذين ينتمون إلى أسر معيشية منخفضة الدخل أو أولئك الذين ليس لديهم مقدمو رعاية، قد يؤدي العنف وسوء المعاملة إلى ارتفاع معدلات التسرب من المدرسة، وزيادة عمالة الأطفال، وانتشار زواج الأطفال. كما يميل الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء إلى تعنيف/الإساءة للآخرين حين يصبحون بالغين - مما يديم ويمرر دائرة العنف من جيل إلى آخر. ولمنع إساءة معاملة الأطفال والعنف، يجب توعية الوالدين جيداً ودعمهم، وتعليم مهارات الأبوة والأمومة الإيجابية، وتحسين القوانين التي تحظر العنف أو العقاب البدني، وإعادة تأهيل الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء.

ووفقاً لدراسة متخصصة حول تقرير الحالة العالمي عن الوقاية من العنف ضد الأطفال التي أجرتها منظمة الصحة العالمية (2020c) والتي تضم بيانات من 46 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، فإن 63% من دول المنظمة الإسلامي لديها خطة عمل وطنية حول سوء معاملة الأطفال، في حين أن 37% من دول المنظمة لا تتوفر على أي خطة عمل وطنية في هذا المجال. وفيما يتعلق ببرامج الوقاية من سوء معاملة الأطفال، كان لدى 59% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي برامج من أجل القيام بزيارات منزلية، وكان لدى 93% من بلدان المنظمة آليات لتقديم خدمات الصحة العقلية للأطفال الضحايا. وبالإضافة لذلك، تقوم 89% من بلدان المنظمة بتقديم برامج تدريبية بشأن خدمات حماية الطفل للتعرف على حالات الاعتداء الجنسي وتجنبها.

## سوء معاملة المسنين

تعد سوء معاملة كبار السن قضية من قضايا الصحة العامة التي من المرجح أن تحظى باهتمام أكبر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويشمل الاعتداء على المسنين الإيذاء البدني والنفسي والجنسي والعاطفي والاقتصادي؛ والهجر والإهمال؛ وفقدان الكرامة (WHO, 2021). وقد يحدث الاعتداء على المسنين داخل الأسرة المعيشية أو في مؤسسة. قد يكون كبار السن عرضة لخطر الإساءة اعتمادًا على درجة اعتمادهم الوظيفي/طبيعية الإعاقة، وضعف الصحة البدنية، والضعف الإدراكي، وضعف الصحة العقلية، وحالة الدخل، والتمييز القائم على العمر أو الجنس. في الوقت الحاضر، يعاني 1 من كل 6 أشخاص تتراوح أعمارهم بين 60 وما فوق حول العالم من شكل من أشكال الإساءة (WHO, 2021). وكانت معدلات إساءة معاملة المسنين مرتفعة بشكل خاص في الأوساط المؤسسية، حيث أقر 66.6% من الموظفين في دور رعاية المسنين ومرافق الرعاية طويلة الأجل أنهم ارتكبوا انتهاكات ضد كبار السن في العام الماضي (WHO, 2021).

ولا يمكن تحقيق التوعية بإساءة معاملة المسنين، وصياغة سياسات وبرامج مستنيرة، ورصد البرامج الناجحة وتقييمها، ومكافحة الوصم الثقافي الذي يكتنف إساءة معاملة المسنين والتمييز ضد الشيخوخة إلا إذا توفرت البلدان على قوانين ولوائح شاملة للتصدي لإساءة معاملة المسنين في المنزل وفي الأوساط المؤسسية. وكشفت مجموعة بيانات تشمل 41 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي أن 39% من دول المنظمة لا تتوفر على قوانين تمنع سوء معاملة المسنين وأن أكثر من نصف دول المنظمة (53.6%) ليس لديها قوانين لمناهضة سوء معاملة المسنين داخل المؤسسات (WHO, 2014).

وتشمل برامج الوقاية من سوء معاملة المسنين التي تتسم بنوع من الفعالية تقديم الدعم لمقدمي الرعاية الذي من شأنه أن يخفف من عبئهم، وبرامج الدعم المالي للمسنين للحد من إساءة المعاملة المالية، وإنشاء خطوط هاتفية وملاجئ لمساعدة الضحايا، وتصميم سياسات متعددة القطاعات (كالقوانين الجنائية ولوائح الرعاية الصحية وخدمات الصحة العقلية وخدمات الحماية والرعاية طويلة الأجل) (WHO, 2021). وعندما يتعلق الأمر ببرامج منع سوء معاملة المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فإن 63.4% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تطلق حملات توعية مهنية لمنع إساءة معاملة المسنين، و 58.5% من البلدان تقوم بحملات إعلامية تتعلق بإساءة معاملة المسنين، و 58.5% من البلدان تتوفر على برامج لدعم مقدمي الرعاية، و 53.6% من البلدان لديها سياسات للرعاية السكنية (WHO, 2014).

وقد يكون للعنف والإيذاء، بشتى أشكاله، تأثير دائم على النساء والأطفال والمسنين. ولا تعد خدمات الدعم ضرورية لتوفير المأوى لضحايا العنف وسوء المعاملة فحسب بل إنها أساسية لتيسير إعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع. ولا تقل خدمات الصحة العقلية لضحايا أهمية في هذا السياق. وقدمت حوالي 78% من 41 دولة في منظمة التعاون الإسلامي خدمات الصحة العقلية لضحايا العنف وسوء المعاملة (WHO, 2014). ويرجع ذلك لأسباب منها أن معالجة قضايا مثل العنف وسوء المعاملة لا تزال تعتبر من المحظورات في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، خصوصًا من الناحية الثقافية. فغالبًا ما يكون الوصم المرتبط

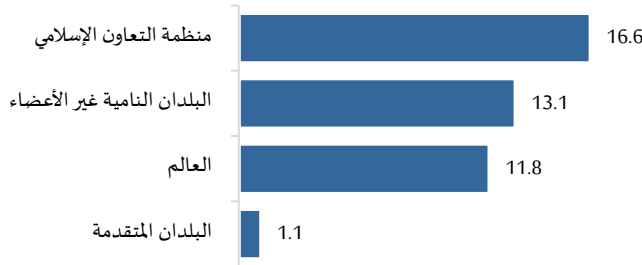
بالوقوع ضحية للعنف السبب في عدم الإبلاغ ومن ثم عدم وضع سياسات وبرامج وخدمات الدعم في هذا الصدد في كثير من بلدان المنظمة.

ولتحسين سياسات وبرامج مكافحة العنف الجنساني والعنف ضد الأطفال، وإساءة معاملة المسنين القائمة، ينبغي أن تتوفر بلدان المنظمة على بيانات قوية حول انتشار العنف/سوء المعاملة. وللأسف، وفقاً للبيانات الواردة من منظمة الصحة العالمية، لم يتم إجراء دراسات استقصائية على المستوى الوطني انتشار العنف غير المفضي إلى الموت في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي منذ عام 2014.

### 3.5. زواج الأطفال

زواج الأطفال هو زواج رسمي قبل بلوغ سن 18 عاماً من العمر. ويعد ممارسة ضارة وسائدة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي وفي أجزاء أخرى من العالم. ويعرض زواج الأطفال صحة الفتيات ورفاههن لخطر جسيم كما يمكن أن يؤثر سلباً على حياتهن الزوجية والتماسك الأسري. وفي عام 2019، اندرجت 11% من جميع حالات الزواج في العالم ضمن زواج الأطفال (الشكل 3.5). وفي نفس العام، سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، أعلى معدل انتشار لزواج الأطفال حيث اندرجت 16.6% من جميع حالات الزواج ضمن زواج الأطفال، إذ سُجِّل أعلى معدل انتشار لزواج الأطفال في منطقة جنوب الصحراء الكبرى (27.6%) وفي المقابل، سجل أدنى معدل في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (8.6%). وعلى النقيض من ذلك، فإن زواج الأطفال لا يمثل سوى 1.1% من حالات الزواج في البلدان المتقدمة.

الشكل 3.5: انتشار ممارسة زواج الأطفال (%). 2019



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مجموعة بيانات مؤشر المؤسسات الاجتماعية والنوع الاجتماعي (SIGI 2019) التابع لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

ومن الأسباب الرئيسية لانتشار زواج الأطفال، على سبيل المثال لا الحصر،

- الأعراف الاجتماعية والثقافية: قد تشجع بعض الفئات الاجتماعية أو العرقية على الزواج في سن مبكرة بسبب الخوف من أن تنخرط الفتيات أو الفتيان في علاقات قبل الزواج
- تعتقد بعض الأسر أن الفتيات الأصغر سناً (المتزوجات من رجال أكبر سناً) قد يكن أكثر قابلية للاستمرار في الزواج وأكثر قدرة على والتكيف (وأقل اعتراضاً) على دورهن في أسرة جديدة، وإدارة

المسؤوليات المنزلية وتقديم الرعاية الإضافية وغير مدفوعة الأجر، واحترام الهياكل الأبوية كما أن الفتيات الأصغر سنًا يتمتعن بصحة أفضل - في اعتقادهم- وبالتالي فمن المرجح أن ينجبن أطفالاً أصحاء.

- الفقر: كثيراً ما تلجأ الأسر الفقيرة إلى زواج الأطفال كوسيلة للتخفيف من "العبء المالي". ويتفاقم الوضع بشكل خاص عندما لا تتاح للفتيات والفتيان إمكانية الحصول على بدائل مجدية للزواج مثل فرص الدراسة أو العمل.
- الأزومات الإنسانية أو النزاعات: وجدت الدراسات أن 10 بلدان ذات أعلى معدل لانتشار زواج الأطفال هي إما بلدان هشة أو هشة للغاية وأن 12 من أصل 20 دولة ذات أعلى معدل انتشار لزواج الأطفال تواجه أزمة إنسانية حادة (Girls not brides, 2020). وتؤدي الأزمة الإنسانية والصراعات إلى تفاقم أوجه عدم المساواة الاجتماعية - الاقتصادية والجنسانية. ونتيجة لذلك، قد ترى بعض الأسر أن زواج الأطفال وسيلة للقضاء على الفقر أو وسيلة لحماية الفتيات والفتيان من العنف وسوء المعاملة (بما في ذلك حمايتهم من الاتجار بالبشر). وفي الوقت نفسه، تتعرض الفتيات الصغيرات بشكل خاص في مناطق الصراع للزواج القسري والبيع القسري بل حتى الرق - كل ذلك تحت ستار زواج الأطفال.

وفي الوقت الحاضر، وفقاً لمجموعة بيانات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي حول مؤشر التنمية الجنسانية يقل السن القانوني لزواج الفتيات دون موافقة الوالدين عن 18 عامًا في 19 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي ويقل عن 18 عامًا بموافقة الوالدين في 21 دولة من دول المنظمة. أما بالنسبة للفتيان، فإن السن القانونية للزواج هي أقل من 18 سنة دون موافقة الوالدين في خمسة بلدان فقط من بلدان المنظمة، وهو أقل من 18 سنة بموافقة الوالدين في 14 بلداً من بلدان المنظمة. ويعد غياب الأنظمة والسياسات المانعة من الأسباب الرئيسية التي تجعل زواج الأطفال أكثر بروزاً في عدة بلدان، رغم التقدم المحرز في هذا المجال. وتحقيقاً لهذه الغاية، يتعين على بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تبذل مزيداً من الجهود لمكافحة هذه الممارسة الضارة من أجل حماية الفتيات والفتيان الصغار وتمكين مؤسسة الأسرة.

#### 4.5. القضايا المعاصرة

في السنوات الأخيرة، حظي "زواج المثليين" باهتمام كبير في العالم الغربي حيث يُنظر إلى زواج المثليين على أنه قضية تتعلق بحقوق الإنسان والحقوق المدنية. وكانت هولندا أول دولة تعترف بزواج المثليين قانونياً في عام 2000. منذ ذلك الحين، حذت المزيد من البلدان حذوها، وبحلول ديسمبر 2019 أصبح زواج المثليين معترفاً به قانونياً في 30 دولة حول العالم (Ortiz-Ospina & Roser, 2020). ولزواج المثليين آثار اجتماعية ودينية وسياسية خطيرة على المجتمعات.

ففي الإسلام، "الزواج"، الذي يعقد رسمياً من خلال "عقدة الزواج" (النكاح) هو عقد ديني مقدس (أمام الله) يرم بين الرجل والمرأة وتتطوي عنه حقوق وواجبات وضعت لأغراض الإنجاب والرعاية والنمو المتناغم

للأطفال والمجتمع ككل (IPHRIC, 2017). ومع ذلك، أدى النشر المتزايد للقيم الثقافية الغربية والعلمانية عبر العولمة إلى تحول المشهد الاجتماعي والثقافي في العالم الإسلامي. أصبح الشباب المسلمون أكثر عرضة للتأثر بالقيم والممارسات غير الإسلامية، بما في ذلك زواج المثليين، بسبب تعرضهم لوسائل التواصل الاجتماعي، وقد تواجه دول منظمة التعاون الإسلامي ضغوطاً متزايدة للاعتراف بزواج المثليين أو تقنينه في المستقبل.

لمواجهة هذه الضغوط، ينبغي للبلدان المنظمة أن تبذل جهوداً لحماية القيم الأسرية التقليدية، وتعزيز التعاليم والممارسات الإسلامية (لا سيما بين الشباب)، وزيادة الوعي بقوائد اتباع أعرف وممارسات ثقافية محددة. ومن شأن السياسات والبرامج التي تمكن الأسر وتحافظ على القيم والأعراف المتمحورة حول الأسرة أن تساعد أيضاً في التصدي لانتشار القيم والمعتقدات غير الإسلامية، ذلك أن الأسر هي اللبنة التي يقوم عليها المجتمعات. ويمكن إشراك شخصيات محلية، مثل القادة الدينيين وقادة المجتمعات المحلية، التي لها تأثير على الشباب في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي في عملية تمكين الأسرة. كما يمكن للقادة المحليين أن يلعبوا دوراً محورياً في نقل التعاليم الإسلامية حول الزواج باستخدام وسائل الإعلام التقليدية فضلاً عن وسائل التواصل الاجتماعي.

ويمكن للبلدان الأعضاء أيضاً أن تحذو حذو منظمة التعاون الإسلامي، حيث أدرجت القضايا المعاصرة (مثل زواج المثليين والمثلية الجنسية وما إلى ذلك) في جدول أعمالها في السنوات الأخيرة. وفي ديسمبر 2019، نظمت منظمة التعاون الإسلامي ندوة في جدة بغية تحديد استراتيجيات على مستوى المنظمة للاستجابة لمثل هذه القضايا، كما قدمت مجموعة من التوصيات للدول الأعضاء. وفي نفس السياق، تبنى المؤتمر الوزاري الأول لمنظمة التعاون الإسلامي المعني بالتنمية الاجتماعية في البلدان الأعضاء المنعقد في 2019، قرارات "تدعو الدول الأعضاء إلى تعزيز موقفها لمعارضة قرارات مجلس حقوق الإنسان بشأن التوجه الجنسي والهوية الجنسية". كما أكدت منظمة التعاون الإسلامي من جديد رفضها لقرار مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة بشأن الميل الجنسي وإنشاء ولاية الخبير المستقل المعني بهذا الموضوع. وأخيراً، دعت منظمة التعاون الإسلامي مجموعة المنظمة في جنيف ونيويورك إلى اتخاذ موقف ضد الولاية ودعت الدول الأعضاء ومؤسسات المنظمة ذات الصلة إلى تقديم الدعم المطلوب للبلدان الأعضاء التي تواجه ضغوطاً في هذا الصدد.

ومن المهم أن نذكر هنا أن السياسات التي تتصدى لهذه الضغوط والاتجاهات المعيارية إزاء هذه القضايا ينبغي ألا تتعارض مع رفاه الأسر في منطقة منظمة التعاون الإسلامي. وبغية تحقيق هذا الهدف، يتعين على صانعي السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي الاستعانة بإرشادات وقرارات منظمة التعاون الإسلامي، والدراسات البحثية ذات الصلة التي اضطلعت بها المنظمة مثل تقارير الهيئة الدائمة المستقلة لحقوق الإنسان لسنة 2017)، و "استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة" (SESRIC et al., 2019) في تطوير سياساتهم على المستوى الوطني بشأن مثل هذه القضايا.

# 6

توصيات متعلقة

بالسياسات

تسلط نتائج هذا التقرير الضوء على عدد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤثر على رفاهية مؤسسة الزواج والأسرة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ومع أن تحليل وضع مؤسسة الزواج والأسرة في منطقة المنظمة الإسلامي مهم للغاية، قد لا يكون هذا الأخير مجدياً إذا لم يساهم في إثراء عملية وضع السياسات المتمحورة حول الأسرة واتخاذ القرارات الخاصة بها. ومن شأن السياسات الأسرية القوية أن تمكن الأسر في بلدان المنظمة وأن تخفف أيضاً من المخاطر الداخلية والخارجية التي تهدد نزاهة ووحدة مؤسسة الزواج والأسرة. وعلى هذا الأساس، يقدم الفصل التالي قائمة بالتوصيات المتعلقة بالسياسات التي من شأنها الإسهام في وضع وتنفيذ سياسات أسرية فعالة في منظمة التعاون الإسلامي.

وتتمثل التوصية الرئيسية في قيام بلدان المنظمة بتحسين وتعزيز السياسات وخطط العمل والقوانين الوطنية القائمة التي تمكن مؤسسة الزواج والأسرة. ولكي يتحقق ذلك، يتعين على واضعي السياسات استخدام "منظور تأثير الأسرة" التي يمكنهم من خلاله التركيز على احتياجات الأسرة والعلاقات بين أفرادها، بدلاً من تبني نهج فردي يتعامل مع أفراد الأسرة باعتبارهم كيانات منفصلة وغير مترابطة في كثير من الأحيان. وينبغي أن يتبنى واضعو السياسات "منظوراً أسرياً" أثناء عملية وضع السياسات في شتى القطاعات بدءاً من الحماية الاجتماعية لمكافحة الممارسات الثقافية الرجعية.

ويتوجب على بلدان منظمة التعاون الإسلامي إضفاء الطابع المركزي على صياغة السياسات الأسرية وتنفيذها ورصدها وتقييمها في إطار هيئة حكومية مخصصة لذلك. ويتعين الرفع من مستوى وعي كل من واضعي السياسات وعمامة الناس بسبل إشراك الأسر في التنمية المستدامة (ولا سيما على المدى الطويل)، مع التركيز بوجه خاص على نهج تهيئة الأسر لمواطنين مسؤولين.

وينبغي كذلك على واضعي السياسات تشجيع البرامج التي تركز على دراسة كيفية تأثر الأسر بالاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها عليها، والتصدي للتحديات والمخاطر التي تهدد رفاه الأسرة، والاستثمار في البرامج التي تولي أهمية بالغة للدعم الاجتماعي والاقتصادي للأسر. ويجب وضع سياسات شاملة تعنى بالأسرة في بلدان المنظمة، لا سيما كجزء من الأجندة الإنمائية، من خلال إرساء تعاون متعدد القطاعات بين الحكومة والمؤسسات العامة والمؤسسات الخاصة وجماعات المجتمع المدني.

وينبغي للسياسات والبرامج التي تهدف إلى دعم الأسر اقتصادياً في بلدان المنظمة أن تضمن استفادة الأسر من تدابير الحماية الاجتماعية التي تمكنها من كسب دخل كاف لضمان تلبية احتياجاتها. وتشمل تدابير الحماية الاجتماعية، على سبيل المثال لا الحصر، حماية الدخل، والمعاشات التقاعدية والتحويلات النقدية الشاملة، وخطط المساعدة الاجتماعية، وفرص الإقراض الصغير لزيادة إمكانات كسب الأسر أو تشجيع المشاريع العائلية، ودعم الدخل، وتنمية المهارات من خلال التدريب المهني وبرامج التعلم مدى الحياة. وينبغي أن تكون هذه السياسات شاملة قدر الإمكان وأن تشمل الأسر من مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية وجملة المناطق الريفية/ الحضرية.



كما ينبغي للسياسات والبرامج الأسرية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تحسن من فرص حصول الأسر، ولا سيما تلك التي تنتمي إلى الفئات الاجتماعية المحرومة، على التعليم والتدريب على المهارات والتعلم المهني. ومن المعلوم أن تحسين التعليم يحسن مخرجات الأسر مثل النتائج الصحية لأفراد الأسرة (وخاصة الأمهات والأطفال)، وزيادة إمكانات الكسب لأحد الوالدين أو كليهما، وتمكين الأسر من الخروج من الفقر، وإنهاء دورة العنف بين الأجيال، والحد من التمييز القائم على الجنس، وما إلى ذلك.

وثمة كذلك حاجة إلى زيادة الوصول إلى الرعاية الصحية الكافية وبأسعار معقولة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وخاصة خدمات الرعاية الصحية للرضع والأطفال والأمهات والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. ويشمل ذلك زيادة عدد الخدمات وتحسين نوعيتها. ويعد الوصول إلى الرعاية الصحية الوقائية والاختبارات الوقائية والبرامج التي تنمي أنماط الحياة والسلوكيات الصحية أمرًا ضروريًا لإحداث تغييرات إيجابية طويلة الأمد على صحة الأسرة. ومن شأن تمويل الرعاية الصحية من خلال خطط الحماية الاجتماعية أن يجعلها في متناول أكثر شرائح المجتمع ضعفًا.

ومن القضايا الوثيقة الصلة بصحة الأسرة قدرتها على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العقلية والاستفادة من الاستشارات النفسية. لسوء الحظ، لاتزال بعض المجتمعات تعاني من الوصمة الاجتماعية المتعلقة بمناقشة قضايا الصحة العقلية أو البحث عن العلاج (النفسي أو السيكولوجي أو العلاجي). وتعد خدمات الصحة العقلية ضرورية للشباب عندما يمرون بتغيرات حياتية أو يتعرضون لحوادث مؤلمة، أو حين ينتابهم القلق بشأن مستقبلهم الشخصي والمهني. ويمكن للاستشارات الزوجية أن تحدد نوعية العلاقة الزوجية ومدتها، وبالتالي فهي مهمة بالنسبة للمقبلين على الزواج والمتزوجين والأزواج الذين يعتزمون الطلاق. وتعتبر خدمات الصحة العقلية ضرورية أيضًا لضمان التماسك الأسري، والذي له تأثير مباشر على اختيار الأفراد لأساليب تربية أطفالهم ونوع البيئة المنزلية التي ينشؤون فيها، وبذلك فإنها تحدد النمو الجسدي والنفسي للطفل ومساره.

وتتسم نظم الرعاية الأسرية غير الرسمية للمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة شائعة جدًا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ومع ذلك، ثمة نقص في الدعم المقدم لمقدمي الرعاية غير الرسميين. ولذلك يجب أن توفر السياسات المعنية بالأسرة في بلدان المنظمة دعماً ملموساً لمقدمي الرعاية الأسرية غير الرسميين حيث يمكن أن يشمل دعم الدخل والإعانات والإعفاءات الضريبية؛ والحصول على خدمات رعاية الأطفال؛ والحصول على الأجهزة المساعدة والعلاجات والأدوية بأسعار معقولة؛ والتدريب والتوجيه المناسبين بشأن كيفية رعاية المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة.

وبالنسبة للمرأة على وجه الخصوص، ينبغي أن تركز السياسات الأسرية على تحسين التوازن بين العمل والحياة. ويمكن تحقيق التوازن بين العمل والحياة الأسرية باستخدام تدابير تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الإجازات المدفوعة الأجر (المقدمة لكلا الوالدين)؛ ترتيبات عمل مرنة، مثل ساعات العمل المعدلة، أو أسبوع العمل المخفض، أو العمل من المنزل؛ وحماية الحوامل، بما في ذلك الأمن الوظيفي، ودعم الأمهات

المرضعات، كتوفير فترات راحة مدفوعة الأجر ومرافق ملائمة للرضاعة الطبيعية في العمل؛ والحصول على خدمات رعاية الأطفال بأسعار معقولة وبنوعية جيدة؛ واستحقاقات الأطفال بما في ذلك التحويلات النقدية المنتظمة كجزء من تدابير الحماية الاجتماعية. وتصير هذه التدابير ممكنة من خلال إرساء شراكات بين القطاعين العام والخاص أي بين الحكومة ورابطات الصناعة والمجتمعات المحلية من أجل تعبئة الموارد المطلوبة.

وينبغي أيضا وضع إطار سياسات يهدف لتحقيق المساواة بين الجنسين داخل الأسرة المعيشية، لا سيما عندما يتعلق الأمر بالمساواة في الأجور، وتكافؤ فرص التعليم، وتقاسم المسؤوليات المنزلية وواجبات الرعاية، وإشراك الأم والأب على حد سواء، في تربية الأطفال، والوصول إلى موارد الأسرة المعيشية والتحكم فيها، والمساواة في عملية صنع القرار ضمن الأسرة المعيشية.

ومن الناحية الثقافية، ينبغي للسياسات الأسرية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تركز على مكافحة القوالب النمطية السلبية، والأفكار والممارسات المغلوطة، والتفسير الديني الخاطئ الذي يشجع و/أو يبرر التمييز الجنساني، والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، والتمييز على أساس السن، والعنف ضد النساء والأطفال، وإساءة معاملة المسنين، وانتهاك كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة. وتحقيقا لهذه الغاية، يتعين على صانعي السياسات النظر في مجموعة من السياسات والتدابير مثل تنظيم حملات التوعية، والحظر الفعلي و/أو تجريم هذه الممارسات بالوسائل القانونية، و تثقيف الناس بشأن الآثار السلبية لها. ويمكن لبرامج التوعية إشراك الجماعات الدينية وقادة المجتمعات المحلية في التصدي للمعلومات المضللة والمواقف السلبية، مع تشجيع تبني سياسات على المستوى الشعبي.

ونظرا لأنه من المقرر أن تندرج الشيخوخة ضمن القضايا الهامة المتعلقة بالسياسات في المستقبل القريب في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وأن الأسر المعيشية المتعددة الأجيال شائعة جدا في هذه البلدان، ينبغي لسياسات الأسرة أن تعزز التضامن داخل الخلية الأسرية من خلال برامج تشجع التفاعلات والأنشطة بين الأجيال داخل الأسرة المعيشية وفي المجتمع المحلي، وأن تسلط الضوء على منافع توطيد العلاقات بين الأجيال، وأن تشجع على اعتماد نهج يأخذ بعين الاعتبار مجرى الحياة كله، وأن تشمل برامج تقدم دعما ملموسا للأسر المعيشية المشتركة بين الأجيال في شكل حوافز نقدية وغير نقدية.

وأخيرا، من المهم أن تسعى بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنشاط إلى تحقيق الأهداف المحددة في استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لتمكين مؤسسة الزواج والأسرة. وتعد هذه الاستراتيجية وثيقة توجيهية تهدف لحماية وتعزيز رفاه الأسر في منطقة منظمة التعاون الإسلامي. وينبغي للتعاون فيما بين بلدان المنظمة الذي يعنى بتمكين الأسرة أن يعتمد على وثيقة الاستراتيجية هذه بوصفها محور صياغة السياسات والبرامج الأسرية.

وصحيح أن هناك اختلافا ثقافيا متأصلا بين البلدان الإسلامية وغير الإسلامية يجعل من الصعب على بلدان منظمة التعاون الإسلامي استنساخ مجموعة من السياسات الأسرية الفعالة التي صيغت في البلدان غير

الإسلامية، إلا أن هناك أدلة كثيرة على نجاح السياسات الأسرية داخل منطقة المنظمة. ومع ذلك، ثمة حاجة إلى آلية للتعاون فيما بين بلدان المنظمة لكي يتسنى لها مناقشة فعالية بعض السياسات الأسرية، وتبادل المعارف والخبرات والموارد من أجل استنساخ السياسات الأسرية الفعالة، وتعزيز الجهود فيما يخص البحث وجمع البيانات للاسترشاد بها في وضع السياسات، ورصد وتقييم نجاح سياسات أسرية محددة قصيرة وطويلة المدى. وستمكن هذه الآلية أيضا بلدان المنظمة من تنسيق الإجراءات التي تتخذها على مستوى السياسات (وطنيا و إقليميا ودوليا) بشأن القضايا المعاصرة التي تهدد مؤسسة الزواج والأسرة.

## الملحقات

## الملحق الأول: تصنيف مجموعات البلدان

البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (57):		
أفغانستان (AFG)	ألبانيا (ALB)	الجزائر (DZA)
أذربيجان (AZE)	البحرين (BHR)	بنغلاديش (BGD)
بروناي دارالسلام (BRN)	بنين (BEN)	الكاميرون (CMR)
تشاد (TCD)	بوركينافاسو (BFA)	كوت ديفوار (CIV)
جيبوتي (DJI)	جزر القمر (COM)	الجابون (GAB)
غامبيا (GMB)	مصر (EGY)	غينيا بيساو (GNB)
غيانا (GUY)	غينيا (GIN)	إيران (IRN)
العراق (IRQ)	إندونيسيا (IDN)	كازاخستان (KAZ)
الكويت (KWT)	الأردن (JOR)	لبنان (LBN)
ليبيا (LBY)	قرغيزستان (KGZ)	جزر المالديف (MDV)
مالي (MLI)	ماليزيا (MYS)	المغرب (MAR)
موزمبيق (MOZ)	موريتانيا (MRT)	نيجيريا (NGA)
عمان (OMN)	النيجر (NER)	فلسطين (PSE)
قطر (QAT)	باكستان (PAK)	السنغال (SEN)
سيراليون (SLE)	السعودية (SAU)	السودان (SDN)
سورينام (SUR)	الصومال (SOM)	طاجيكستان (TJK)
توغو (TGO)	سوريا* (SYR)	تركيا (TUR)
تركمانيستان (TKM)	تونس (TUN)	الإمارات العربية المتحدة (UAE)
أوزبكستان (UZB)	أوغندا (UGA)	اليمن (YEM)

\* عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي معلقة حالياً.

البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (98):		
أنغولا (AGO)	أنتيغوا وبربودا (ATG)	بربادوس (BRB)
أرمينيا (ARM)	جزر الهاما (BHS)	بوتان (BTN)
بيلاروسيا (BLR)	بليز (BLZ)	بوتسوانا (BWA)
بوليفيا (BOL)	البوسنة والهرسك (BIH)	بوروندي (BDI)
البرازيل (BRA)	بلغاريا (BGR)	جمهورية إفريقيا الوسطى (CAF)
كابوفيردي (CPV)	كمبوديا (KHM)	كولومبيا (COL)
تشيلي (CHL)	الصين (CHN)	كوستاريكا (CRI)
ج. الكونغو الديمقراطية (COD)	جمهورية الكونغو (COG)	جمهورية الدومينيكان (DOM)
كرواتيا (HRV)	دومينيكا (DMA)	غينيا الاستوائية (GNQ)
الإكوادور (ECU)	السلفادور (SLV)	فيجي (FJI)
إريتريا (ERI)	إثيوبيا (ETH)	غرينادا (GRD)
جورجيا (GEO)	غانا (GHA)	هندوراس (HND)
غو أتيمالا (GTM)	هايتي (HTI)	جامايكا (JAM)
المجر (HUN)	الهند (IND)	كوسوفو (Unassigned)
كينيا (KEN)	كيريباتي (KIR)	ليبيريا (LBR)
ج لاو الديمقراطية الشعبية (LAO)	ليسوتو (LSO)	ملاي (MWI)
مقدونيا الشمالية (MKD)	مدغشقر (MDG)	المكسيك (MEX)
جزر مارشال (MHL)	موريشيوس (MUS)	منغوليا (MNG)
ميكرونيزيا (FSM)	مولدوفا (MDA)	ناميبيا (NAM)
الجيل الأسود (MNE)	ميانمار (MMR)	نيكاراغوا (NIC)
ناورو (NRU)	نيبال (NPL)	بابوا غينيا الجديدة (PNG)
بالاو (PLW)	بنما (PAN)	الفلبين (PHL)
باراغواي (PRY)	بيرو (PER)	روسيا (RUS)
بولندا (POL)	رومانيا (ROU)	ساو تومي وبرينسيبي (STP)
رواندا (RWA)	ساموا (WSM)	جزر سليمان (SLB)
صربيا (SRB)	سيشيل (SYC)	سريلانكا (LKA)
جنوب إفريقيا (ZAF)	جنوب السودان (SSD)	سانت فنسنت وجزر غرينادين (VCT)
سانت كيتس ونيفيس (KNA)	سانت لوسيا (LCA)	تايلاند (THA)
سوازيلاند (SWZ)	تنزانيا (TZA)	ترينيداد وتوباغو (TTO)
تيمور الشرقية (TLS)	تونغا (TON)	أوروغواي (URY)
توفالو (TUV)	أوكرانيا (UKR)	فيتنام (VNM)
فانواتو (VUT)	فنزويلا (VEN)	
زامبيا (ZMB)	زيمبابوي (ZWE)	

البلدان المتقدمة (39):		
أستراليا (AUS)	النمسا (AUT)	بلجيكا (BEL)
كندا (CAN)	قبرص (CYP)	جمهورية التشيك (CZE)
الدنمارك (DNK)	إستونيا (EST)	فنلندا (FIN)
فرنسا (FRA)	ألمانيا (DEU)	اليونان (GRC)
هونغ كونج (HKG)	أيسلندا (ISL)	إيرلندا (IRL)
إسرائيل (ISR)	إيطاليا (ITA)	اليابان (JPN)
جمهورية كوريا الجنوبية (KOR)	لاتفيا (LVA)	ليتوانيا (LTU)
لوكسمبورغ (LUX)	منطقة ماكاو الإدارية الخاصة (MAC)	مالطا (MLT)
هولندا (NLD)	نيوزيلندا (NZL)	النرويج (NOR)
البرتغال (PRT)	بورتوريكو (PRI)	سان مارينو (SMR)
سنغافورة (SGP)	جمهورية سلوفاكيا (SVK)	سلوفينيا (SVN)
إسبانيا (ESP)	السويد (SWE)	سويسرا (CHE)
تايوان (TWN)	المملكة المتحدة (GBR)	الولايات المتحدة الأمريكية (USA)

### الملحق الثاني: التصنيف الجغرافي لدول منظمة التعاون الإسلامي

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (21): OIC-SSA		
بنين	غامبيا	نيجيريا
بوركينافاسو	غينيا	السنغال
الكاميرون	غينيا بيساو	سيراليون
تشاد	مالي	الصومال
جزر القمر	موريتانيا	السودان
كوت ديفوار	موزمبيق	توغو
الغابون	النيجر	أوغندا

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (19): OIC-MENA		
الجزائر	الكويت	المملكة العربية السعودية
البحرين	لبنان	سوريا*
جيبوتي	ليبيا	تونس
مصر	المغرب	الإمارات العربية المتحدة
العراق	عمان	اليمن
إيران	فلسطين	
الأردن	قطر	
*عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي معلقة حاليا.		

شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (9): OIC-ESALA		
أفغانستان	غيانا	جزر المالديف
بنغلاديش	إندونيسيا	باكستان
بروناي دارالسلام	ماليزيا	سورينام

أوروبا وآسيا الوسطى (8): OIC-ECA		
ألبانيا	قرغيزستان	تركمانستان
أذربيجان	طاجيكستان	أوزبكستان
كازاخستان	تركيا	

- Aktepe, E., Dundar, N., Soyöz, O., & Sonmez, Y. (2013). Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: A cross-sectional study. *The Turkish Journal of Paediatrics*, 55, 417-25.
- Azcona, G., Bhatt, A., Cattaneo, U., Fortuny, G., Gomis, R., & Kapsos, S. (2020, November 25). Fallout of COVID-19: Working moms are being squeezed out of the labor force. *United Nations Research Highlights*. Retrieved from <https://data.unwomen.org/features/allout-covid-19-working-moms-are-being-squeezed-out-labour-force>
- API GBV. (n.d.). Culture and gender-based violence. Retrieved from <https://www.api-gbv.org/about-gbv/our-analysis/culture-and-gbv/>
- Arab News. (2020). UAE offers free family counselling to support community during Coronavirus crisis. Retrieved from <https://arab.news/vuuaw>
- Bloom, E., Jimenez, E., & Rosenberg, L. (2011). Social protection of older people. PGDA Working Paper No. 83.
- Borkowska, M. & Laurence, J. (2020). Coming together or coming apart? Changes in social cohesion during the COVID-19 pandemic in England. *European Societies*, S618-S636.
- Byun, S. et al. (2008). Internet addiction: Metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyber-Psychology & Behavior*, 12.
- COHRE. (2008). Manual on the right to water and sanitation. Geneva: COHRE.
- Diken, I. (2006). Turkish Mothers' interpretation of the disability of their children with mental retardation. *International Journal of Special Education*, 21, 8-17.
- European Commission. (2007). Tackling the pay gap between women and men. Luxembourg: EU.
- Girls not brides. (2020). Child marriage in humanitarian contexts [Fact sheet and brief]. Retrieved from <https://www.girlsnotbrides.org/learning-resources/resource-centre/child-marriage-in-humanitarian-contexts/>
- Haloi, A. & Limbu, D. K. (2013). Socio-Economic factors influence the age at first marriage of Muslim women of a remote population from North-East India. *Antrocom Online Journal of Anthropology*, 9(1), 75-79.
- Hashem, M. & Smith, S. (2010). Emirati youth's level of addiction to new information technology: Opportunities, challenges/dangers,



- and solutions. *Global Media Journal, Arabian Edition*, 1(2), 28-48.
- Hasnain, R., Laura, S., & Hasnan S. (2008). Disability and the Muslim perspective: An introduction for rehabilitation and health care providers. GLADNET Collection.
- ILO. (2017). World employment social outlook trends for women 2017. Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2017a). World social protection report 2017-2019. Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2020, April 10). Social protection and labor overview. The World Bank. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview>
- ILO. (2020a). ILO monitor: COVID-19 and the world of work [5<sup>th</sup> edition]. Geneva: ILO.
- ILO. (2021). Social Protection. Retrieved from <https://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--en/index.htm>
- ILO. (n.d.) ILO Social protection monitor on COVID-19 [Database]. Retrieved from <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>
- IPHRC. (2017). OIC-IPHRC study on sexual orientation and gender identity in the light of Islamic interpretations and international human rights frameworks. Jeddah: IPHRC.
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290.
- Kim, H. H. S. & Laurence, J. (2020). COVID-19 restrictions and mental distress among American adults: Evidence from Corona Impact Survey (W1 and W2). *Journal of Public Health*, 42(4), 704-711.
- Lebow, J. L. (2020). Family in the age of COVID-19. *Family Process*, 59(2), 1-4.
- Mellouli, M., Zammit, N., Limam, M., Elghardallou, M., Mtiraoui, A., Ajmi, T., & Zedini, C. (2018). Prevalence and predictors of internet addiction among college students in Sousse, Tunisia. *Journal of Research in Health Sciences*, 18(1).
- Ministry of Family and Social Services of the Republic of Turkey. (2020). News on family counselling services. Retrieved from <https://www.aile.gov.tr/kirklareli/haberler/aile-danismanligi-hizmetine-devlet-uzerinden-basvurular-13-bine-ulasti/>
- OECD. (2008). Gender and Sustainable Development: Maximising the economic, social and environmental role of women. Paris: OECD.
- Ortiz-Ospina, E. & Roser, M. (2020). Marriages and divorces. Our World in Data. Retrieved from <https://ourworldindata.org/marriages-and-divorces>

- Othman, Z., & Lee, C. W. (2017). Internet addiction and depression among college students in Malaysia. *International Medical Journal*, 24(6), 447-450.
- Rohweder, B. (2018). *Disability stigma in developing countries*. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- Saidon, R., Ishak A. H., Alias B., Ismail F. A., & Aris, S. M. (2016). Towards good governance of premarital course for Muslims in Malaysia. *International Review of Management and Marketing*, 6(S8) 8-12.
- SESRIC, International Islamic University Malaysia, ICESCO, & OIC. (2019). *OIC Strategy for the Empowerment of the Marriage and Family Institution*. Jeddah: OIC.
- SESRIC. (2017). *Safeguarding family values and the institution of marriage in OIC countries*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2018). *State of elderly in OIC member countries 2018*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2018a). *OIC women and development report 2018*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2019). *Towards the achievement of prioritised Sustainable Development Goals in OIC countries*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2019a). *OIC health report 2019*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2020). *State of youth in OIC member states 2020*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2020a). *Education and scientific development in OIC member countries 2020*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2020b). *Socio-Economic impacts of COVID-19 Pandemic in OIC member countries*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2020c). *Agriculture and food security in OIC Countries 2020*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2021). *State of elderly in OIC member countries 2021*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2021a). *OIC women and development report 2021*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2021b). *OIC water report 2021*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2022). *State of youth in OIC member states 2022*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2022b). *Socio-Economic Impacts of the COVID-19 Pandemic in OIC Countries: Pathways for Sustainable and Resilient Recovery*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2023a). *State of elderly in OIC member countries 2023*. Ankara: SESRIC.
- SESRIC. (2023b). *Education and scientific development in the OIC Member Countries 2023*. Ankara: SESRIC.

- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R., & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *American Psychologist*, 75(5), 618–630.
- UN DESA. (2016). 2016 Family expert group meeting: Summary of the proceedings. New York: UN DESA.
- UN DESA. (2019). Household size and composition [Database]. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/pd/data/household-size-and-composition>
- UN DESA. (2020). Demographic Yearbook 2020 [Dataset]. Retrieved from <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/#statistics>
- UNFPA. (2020, April 27). *Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation, and child marriage*. New York: UNFPA.
- UN Women. (2019). Families in a changing world. New York: UN Women.
- UN Women. (2021). UN Women Rapid Gender Assessment Surveys on the impacts of COVID-19. Retrieved from <https://data.unwomen.org/publications/whose-time-care-unpaid-care-and-domestic-work-during-covid-19>
- UN. (2018). World drug report 2018. New York: UN.
- UN. (n.d.). Ageing. United Nations. Retrieved from <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- UN. (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on women. Retrieved from <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women>
- UN. (2020a). Classroom crisis: Avert a 'generational catastrophe', urges UN chief. Retrieved from <https://news.un.org/en/story/2020/10/1075982>
- UNDP. (2022). Human development report 2021/2022. Uncertain times, unsettled lives: shaping our future in a transforming world. New York.
- UNICEF. (2020). Families, family policy and the Sustainable Development Goals. Florence: UNICEF.
- UNICEF. (2020a). Family friendly policies. Handbook for Business. Retrieved from <https://www.unicef.org/eap/media/5901/file/Family-Friendly%20Policies:%20Handbook%20for%20Business.pdf>

UNICEF. (2021). COVID-19: A threat to progress against child marriage. Retrieved from <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2021/03/UNICEF-report--COVID-19--A-threat-to-progress-against-child-marriage-1.pdf>

UNICEF. (2021a). COVID-19 'biggest global crisis for children in our 75-year history' – UNICEF. Retrieved from <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-biggest-global-crisis-children-our-75-year-history-unicef-enar>

WHO. (2013). Family as centre of health development. Report of a Regional Meeting, Bangkok, Thailand, 18-20 March 2013. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205062/B4972.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. (2014). Global status report on violence prevention 2014. Geneva

WHO. (2020). Child maltreatment. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

WHO. (2020b). Family planning/contraception methods. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

WHO. (2020c). Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva.

WHO. (2021). Elder abuse. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>