

UNFPA
حالة سُكَّان العالم 2025

التحديات الحقيقية في مجال الخصوبة

السعي نحو تحقيق الصحة
الجنسية والإنجابية في
عالم متغير

حالة سكان العالم لعام 2025

أعدَّ هذا التقرير تحت رعاية شعبة الاتصالات والشراكات الاستراتيجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

رئيس التحرير:

إيان ماكفارلين

فريق التحرير

كبير المحررين: ربيكا زرزان

محرر إنتاج/إخراج إبداعي: كاترين بلاك

محرر المقالات: ريتشارد كولودج

كتاب الحكايات المختارة ليلي أيلياناك، وريتشارد كولودج، وديزي ليونسيو

الإرشاد التحريري: جاكلين دالدين، وليزا راتكليف

مديرة النسخة الرقمية: كاترين بلاك

مستشارو النسخة الرقمية: إينيس شامبو ونهيمه باتواري

كبيرة المستشارين الخارجيين:

شاليني رانديريا

الباحثون والكتاب

أماندا تشاتاتا، ونيفاني ماديس، ومونيكا مينارسكا، وأنيتا راج، وأنيزي فيتالي،

وربيكا زيرزان

مؤلفو قسم "تحت المجهر"

فلاديميرا كانتوروف، وسوني كيم، وبيغ-يي لين، وميشال أوبراين،

والدكتور فردي أوكونوفوا، وإليزابيث روت، وسيكي وو، وماريتا زيرمان

كبيرة المستشارين الفنيين في صندوق الأمم المتحدة للسكان

إميليا فيلمر-ويلسون وإليزابيث ويلكينز

الخرائط والتسميات

لا تعبر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد ضمن الخرائط عن أي

رأي كان من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يخص الوضع القانوني

لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو ما يتعلق بتعيين

حدودها أو تخومها.

شكر وتقدير

يتوجه صندوق الأمم المتحدة للسكان بجزيل الشكر والعرفان إلى الأشخاص التالية

أسماءهم لموافقتهم على مشاركة لمحات من حياتهم وأعمالهم التي أدرجت في

هذا التقرير: أنلي، أنستازيا أسلان، ومرجيم كاهاني، والدكتور لاينر كالديرون،

والأخت إينا كانابارو، وأنيتا ديفي، وسارسواتي ديفي، وحواء، وبوجا كوماري،

ومايا باباتوليفسكا، وكارين بيرسون، إيفلين سانثيز، وماريو سيرانو، وثابو، وتالاتو

يعقوب، ولوك بوكوينتو. ونشكر أيضاً أن غاربت على ما أجرته من بحوث لتقرير

حالة سكان العالم لعام 2023 الذي تم الرجوع إليه في هذا التقرير.

ويشكر الصندوق كذلك الخبراء المستقلين، بمن فيهم روبرت غرينهبل، وكاثلين

موغيلغارد، وجنيفر سكيوبا، وأن ستارز، الذين أسهمت نصائحهم القيمة في بلورة

الرؤية العامة لهذا التقرير.

وقدمت رئيسة فرع وسائط الإعلام والاتصال في صندوق الأمم المتحدة للسكان،

سيليندي دولكايت، دعماً قيماً، وكذلك أعضاء شعبة البرامج في الصندوق، بمن فيهم

جوليا بانتيغ، وبريسلا إيدبل، ولينديسي كاتز، ومنغجيا ليانغ، وخوسيه روبرتو

لونا، ونورا بياي-فرنانديز، وألكسندرا روبنسون. كما يتوجه صندوق الأمم المتحدة

للسكان بالشكر إلى الزملاء الذين استعرضوا التقرير، ومنهم: تيريزا بيركل، وسام

شورتز، ونيجينا مونتبان، وألانا نغو، وأن فينتنبرغ.

وساهم زملاء من صندوق الأمم المتحدة للسكان وغيرهم حول العالم في إعداد

هذا التقرير، ومنهم: زينة علام، وأشبي أنغلين، وتشيلانغا أسماتي، وزينب

أثيلغان، وسمير الداربيغ، وأدولفو بالينا، وأنا بيركوفيتش، وزيلكو بلاجوفيتش،

واليزيو كانجيانو، وتوم تشالمرز، وسارة كريغن، وأنا ماريا كوريا، وجالان

ديريسا، وكي تي إيل، وجاك إيمينا، وينس-هاجن إيشينباخر، وبرني فيغريو،

وروز ماري جاد، ومايكل هيرمان، وإيرين كوركماز، واسانا إم-إيم، وريدي

جونجونوالا، وإدوارد يونغسترا، وسابرينا جوران، وديزي ليونسيو، وإيرينا

لييكانو، وفابيو لوزا، وفيليب لوست-بياتيكي، ونوران مخلوف، وبامي مودونغوا،

ولويس مورا، وجوليا نوفيتشونوك، وويليس أوديك، وفريدريك أوكوايو، وبثينة

قمر، ونورها ريسنريو، وبرناديت سيبادوكو، وسياكا تراوري، وشياجوزي

أوديه، وإيدي رايت، وإيليا جوكوف. ويتمنّ صندوق الأمم المتحدة للسكان الدور

المهم الذي اضطلع به فريق العمل المشترك للشباب المعني بالصحة والحقوق

الجنسية والإنجابية في إعداد هذا التقرير.

الاستشهاد الموصى به: UNFPA (United Nations Population Fund)،

2025. "التحديات الحقيقية في مجال الخصوبة: السعي نحو تحقيق الصحة الجنسية

والإنجابية في عالم متغير." حالة سكان العالم لعام 2025. نيويورك: صندوق الأمم

المتحدة للسكان. الرقم الدولي المعياري للكتاب (ISBN): 9789211542837

تصميم النسخة المطبوعة والتفاعلية: Prographics, Inc.

ملاحظة حول العمل الفني

حالة سكان العالم هذا العام يتضمن أعمالاً لفناني الرسم بالألوان المائية: غراهام

دين، وماريانا غيفن، وسيان هاربياي، وستينا بيرسون. وتعرض الصور الطباقية

والسائلة التي أبدعها مشاعر التردد واللايقين التي تعترى الكثيرين عند

مواجهتهم للخيارات المتعلقة بالخصوبة في عالم سريع التغير. وأما الغلاف

الأمامي للتقرير، فهو من إبداع الفنان غراهام دين، ويحمل عنوان About to

Touch (ظلّ اقترب).



ضمان تمتع الجميع بالحقوق والخيارات

UNFPA
حالة سُكَّان العالم 2025

التحديات الحقيقية في مجال الخصوبة

السعي نحو تحقيق الصحة
الجنسية والإنجابية في
عالم متغير

المحتويات

4	تمهيد
6	المصطلحات
8	شهادات الشباب



الفصل الثاني

فتح نافذة الفرص في مجال السياسات

الصفحة 39

60	الحكاية المختارة: العمل في مجال الرعاية
	تحت المجهر: ما مقدار الانخفاض في الخصوبة الذي يمكن أن يُعزى إلى انخفاض في حمل المراهقات؟

الفصل الأول

رفع الستار عن التحديات الحقيقية

الصفحة 11

	الحكاية المختارة: عائلة واحدة، ثلاث أجيال، وتغيرات في وجهات النظر حول الإنجاب في الهند
20	الحكاية المختارة: الشباب يُعيدون تعريف دورهم في تنظيم الأسرة
28	تحت المجهر: من يقرر؟ تصميم الخيارات وتقويض السيطرة

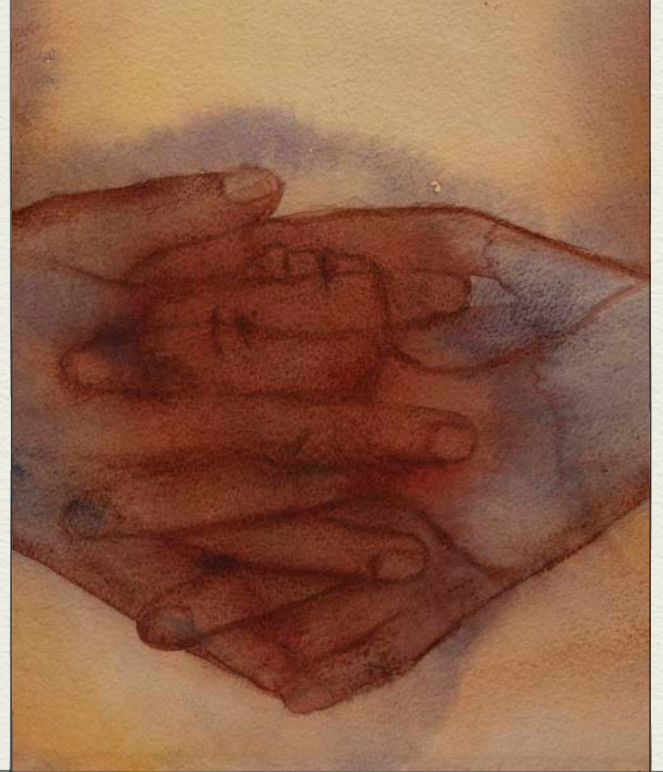


الفصل الرابع

دروس من التاريخ وبصيص من الأمل

الصفحة 99

الحكاية المختارة: كسر حلقة حمل المراهقات	110
الحكاية المختارة: تلبية احتياجات كبار السن	118
المؤشرات	123
الملاحظات التقنية	142
المراجع	144



الفصل الثالث

تحقيق المساواة بين الجنسين وجني المكاسب لصالح الجميع

الصفحة 73

الحكاية المختارة: تدخل الأجداد لدعم الأسرة	84
الحكاية المختارة: مقدّمو خدمات تنظيم الأسرة في نيجيريا يساعدون الأزواج على تحقيق طموحاتهم الإنجابية	90
تحت المجهر: وصم العقم وعلاجه في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	95
تحت المجهر: صدق النساء: قياس العناصر المهمة في تنظيم الأسرة	96

تمهيد

في هذا التقرير، نوجّه الأنظار إلى معاناة صامتة يعيشها ملايين الأفراد، حُرِّموا من حق تكوين الأسر التي يتطلعون إليها.

استطلعنا آراء الناس في 14 بلداً تمثل أكثر من ثلث سكان العالم، وسألناهم عما يرجونه لحياتهم الإنجابية ومستقبلهم، وعن مدى ثقنتهم في قدرتهم على تحقيق تلك الرغبات. فجاءت الإجابات كاشفة عن واقع لا يُطمئن: قلة قليلة من الناس يمتلكون القدرة الحقيقية على اتخاذ قرارات حرة بشأن الإنجاب، وهو أحد أكثر الخيارات حميمة وتأثيراً في مجرى الحياة.

في زمن تتزايد فيه المخاوف حول مستقبل السكان، تحتلّ عناوين مثل الخصوبة المنخفضة، وشيخوخة المجتمعات، ونقص القوى العاملة صدارة النقاش، بينما يستمر جدل قديم حول ما إذا كان الخطر الأعظم يكمن في التضخم السكاني.

ولكن، وفي خضمّ كل هذا، يغيب صوت الفرد: ما الذي يريده الناس أنفسهم؟ ما الذي يتمنونه بشأن تكوين الأسرة، وقرار الإنجاب، وما هي صورة المستقبل التي يتطلعون إليها؟

كثيراً ما يُقال إن الناس يختارون بحرية، إلا أن الوقائع تشير إلى عكس ذلك.

فالتقارير الحديثة من حالة سكان العالم كشفت أن نحو نصف عدد حالات الحمل غير مخطط لها، كما أن الخطاب العام حول عدد السكان ومعدلات الخصوبة أصبح أداةً للتحريض، استُخدمت ولا تزال تُستخدم في تغذية العرقية القومية وتقييد الحقوق الإنجابية. ورغم المكاسب المحققة في

مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، فإن الفئات الأكثر تهميشاً لم تحصد سوى القليل منها. ووفق بيانات صندوق الأمم المتحدة للسكان خلال الأعوام الخمسة الماضية، فإن واحدة من كل عشر نساء لا تستطيع اتخاذ قرار بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وربع عدد النساء لا يمكن القرار في ما يتعلّق بالرعاية الصحية الخاصة بهن، ومثل هذه النسبة لا تستطعن رفض ممارسة العلاقة الحميمة.

إن الحقوق والخيارات المتعلقة بالإنجاب لا تزال حلاً مؤجلاً لملايين الأشخاص حول العالم. والعجز عن تحقيق أهداف الخصوبة المرغوبة، سواء بالإقدام أو بالإحجام، هو في جوهره تحدٍ حقيقي في مجال الخصوبة الحقيقي، لا في التضخم أو النقص السكاني.

وقد بيّن البحث المعدّ لهذا التقرير أن العوائق التي تحول دون منع الحمل غير المقصود، هي ذاتها التي تحول دون تكوين الأسرة: انعدام الاستقرار الاقتصادي، والتمييز على أساس النوع الاجتماعي، وغياب الدعم من الشريك أو المجتمع، وضعف جودة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وعدم توفر خدمات أساسية مثل رعاية الأطفال والتعليم الميسور، إضافة إلى الخوف من المستقبل.

لكن حين نطرح الأسئلة الصحيحة، تتجلى أمامنا المشكلة، ويبرز الحلّ. يكمن الحلّ في الصحة الجنسية والإنجابية، أو بعبارة أخرى أن يمتلك كل فرد الوكالة الكاملة في أن يختار بحرية وبوعي متى، ومع من، وإن كان يرغب في الإنجاب. إن الصحة الجنسية والإنجابية لا تقتصر على التحرر

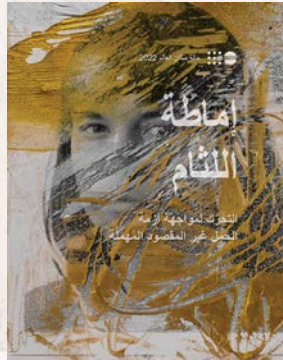
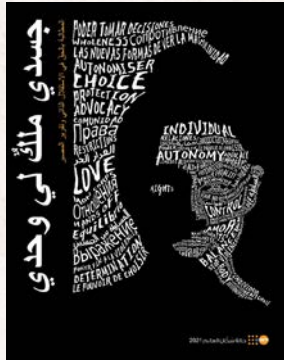


في معرض التقارير الأخيرة الصادرة عن صندوق الأمم المتحدة للسكان، تتم دراسة حالة الاستقلالية الجسدية وخيار الإنجاب في عالمنا المتغير.

من الإكراه أو تحسين الوصول إلى الخدمات، بل تتعلّق بمجمل الشروط التي تتيح الاختيار الحقيقي وهي المساواة بين الجنسين، والاستقرار الاقتصادي، والصحة الجيدة، والثقة بأن الغد سيكون أفضل.



تلك الشروط، مع الأسف، لا تزال غائبة عن حياة كثيرين. ومن هنا، يجب علينا جميعاً، بما في ذلك صنّاع السياسات، أن نبدأ بالسؤال عمّا يريده الناس ويحتاجونه، لا أن نرجى هذا السؤال إلى الهامش، بل أن نجعله نقطة الانطلاق، والأساس الأهم، عند التطرّق إلى قضايا السكان. ويجب أن تتبثق السياسات مباشرة من تلك الاحتياجات، ويشمل ذلك ضمان إعمال النطاق الكامل من الصحة والإنجابية وحقوق الإنجاب للجميع، وتوفير دعم ثابت وطويل الأمد للوالدين والأسر، وإنهاء العنف المبني على النوع الاجتماعي والأعراف الاجتماعية التمييزية التي تقوّض طموحات الأفراد في الخصوبة وتكوين الأسرة.



فلنصنع معاً بيئة تُمكن كل من يتوق بصدق إلى اختبار فرحة الأبوة أو الأمومة من تحقيق أهدافه في الخصوبة، حيث الأمل في غدٍ أفضل لا يخبو، غدٍ يحتضن اختياراتهم ويصون حقوقهم الإنجابية، ويمنح أبناءهم وأبناء أبنائهم الفرصة للنمو والازدهار. نأمل أن يُطلق هذا التقرير نقاشاً طال انتظاره، ويحفّز تحركاً فعلياً لتعزيز تلك الحقوق وترسيخ حرية الاختيار.

د. ناتاليا كاتيم

المديرة التنفيذية

صندوق الأمم المتحدة للسكان

غالباً ما تكون اللغة المستخدمة عند الحديث عن الاتجاهات المرتبطة بمجال الخصوبة مشحونة بالمعاني. وينبغي لصناع السياسات ووسائل الإعلام تجنب الخطاب المبالغ فيه أو المثير للقلق في اختيارهم للكلمات، لا سيما في عصرنا الحالي الذي تكثر فيه المعلومات المضللة. وعلى الرغم من أن العديد من المصطلحات الواردة في هذا التقرير شائعة الاستخدام، من المهم أن نتذكر أنها لا تشير إلى مفاهيم مجردة، بل إلى حياة البشر. ويستخدم هذا التقرير المصطلحات التالية بالمعاني الموضحة أدناه؛ وهي ليست دائماً مصطلحات تقنية، وقد لا تكون لها تعريفات موحدة. ولا تهدف هذه التوصيفات إلى أن تكون معيارية، بل إلى مساعدة القارئ على فهم الأفكار الواردة في التقرير.

خصوبة منخفضة: على نحو مماثل، يُستخدم مصطلح "الخصوبة المنخفضة" بمعناه النسبي، لا للإشارة إلى معدل خصوبة محدد. ولا يُستخدم هذا المصطلح في التقرير للدلالة على معدل خصوبة ثابت، بل يُفهم في سياق مقارن. وعموماً، يُستخدم المصطلح لوصف معدلات الخصوبة الإجمالية التي تبلغ 2.1 طفل لكل امرأة أو أقل، وهي معدلات لا تؤدي إلى نمو سكاني طويل الأمد. ويُعرّف التقرير بأن مفهوم "الخصوبة المنخفضة" يظل مسألة خاضعة للتصورات الشخصية.

تجاوز معدلات الخصوبة المرغوبة: حالة يُنجب فيها الفرد عدداً من الأطفال يفوق ما يرغب فيه.

التضخم السكاني: على الرغم من عدم وجود تعريف تقني متفق عليه، يُستخدم هذا المصطلح عادةً للإشارة إلى أعداد سكانية تفوق القدرة الاستيعابية للموارد المتاحة. وقد يُستخدم للتعبير عن القلق من ارتفاع معدلات الولادات أو من اتجاهات الهجرة، وغالباً ما يفترض وجود معدل خصوبة مثالي أو حجم سكاني مثالي، وهي مفاهيم لا يوصى بها هذا التقرير.

الضبط السكاني: ممارسة تهدف عمداً إلى ضبط نمو السكان أو حجمهم أو توزيعهم. وغالباً ما يرتبط هذا المصطلح بتدابير تنتهك حقوق الإنسان.

السياسات السكانية: سياسات تُعنى بمجموعة من المسائل السكانية، بما في ذلك حجم السكان ونموهم، والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، والتوزيع العمري للسكان، والخصوبة والزواج، والتوزيع الجغرافي والتحصن، والصحة والوفيات، والهجرة الداخلية والدولية.

الصمود الديمغرافي: قدرة البلد على توقع التغيرات الديمغرافية والتكيف معها والاستفادة منها، وذلك في إطار قائم على حقوق الإنسان.

تطلعات الخصوبة: الأهداف أو الآمال الإنجابية للفرد أو الزوجين أو الأسرة.

غايات الخصوبة: مقاييس للخصوبة مثل التغيرات في عدد الولادات أو معدلات الولادات أو معدلات الخصوبة، وتُشكل أهدافاً لسياسات سكانية محددة. ويُستخدم مصطلح "غايات الخصوبة" في هذا التقرير للإشارة إلى السياسات التي تنتهجها البلدان، ولا يوصى باعتماد مثل هذه الأهداف.

التحول في معدلات الخصوبة: العملية التي تنخفض فيها معدلات الخصوبة من مستويات مرتفعة إلى مستويات أدنى. وقد بدأت هذه العملية في أوروبا خلال القرن التاسع عشر، ثم في آسيا وأمريكا اللاتينية خلال القرن العشرين، حيث لا تزال التحولات الديمغرافية جارية. ويستمر النمو السكاني في أفريقيا إلى حد كبير نتيجة الانخفاض السريع في معدلات الوفيات.

خصوبة مرتفعة: لا يُستخدم مصطلح "الخصوبة المرتفعة" في هذا التقرير للإشارة إلى معدل خصوبة ثابت، بل يُستخدم بمعناه النسبي. وقد اختلفت تعريفات الأمم المتحدة للخصوبة المرتفعة حسب السياق؛ ففي بعض الأحيان كانت تعني أكثر من 3.2 طفل لكل امرأة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2014)، أو أكثر من 3.5 طفل لكل امرأة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2017)، أو أكثر من معدل الخصوبة الذي يُعول عليه كبديل في بلد معين.

معدل الولادات لدى المراهقات: يقيس معدل الولادات بين المراهقات عدد الولادات السنوية للفتيات أو النساء بعمر يتراوح بين 15 و19 عاماً، لكل 1,000 امرأة ضمن هذه الفئة العمرية؛ وهو يُعدّ مقياساً لمخاطر الإنجاب بين النساء في سن 15 إلى 19 عاماً. (وعندما تتوفر البيانات، يمكن، بل وينبغي، حساب معدل الولادات أيضاً للفتيات بعمر يتراوح بين 10 و14 عاماً).

سياسة مناهضة الإنجاب: إن السياسات أو الممارسات التي تشجع على خفض معدلات الولادات، تنتهي فعلياً عن الإنجاب أو تروج لفكرة إنجاب عدد أقل من الأطفال (مكتب المراجع السكانية، 2025). ويمكن أيضاً استخدام مصطلح "سياسة مناهضة الإنجاب" للدلالة على الاعتقاد بأن إنجاب الأطفال مسألة إشكالية من الناحية الأخلاقية (موريوكا، 2021). ويُتجنب استخدام هذا المصطلح قدر الإمكان في هذا التقرير، نظراً لتعدد استخداماته واختلاف معانيه، مما يجعله غير دقيق في إيصال المعنى المقصود بوضوح.

القلق الديمغرافي: الخوف أو القلق، سواء كان مبرراً أو غير مبرر، المرتبط بالاتجاهات السكانية، بما في ذلك حجم السكان أو التغيير في عدد السكان أو الهجرة أو معدلات الخصوبة.

التغير الديمغرافي: تحولات تطرأ على حجم السكان وبنيتهم نتيجة التغيرات في معدلات الخصوبة والوفيات وأنماط الهجرة.

التنوع الديمغرافي: مصطلح يُستخدم للإشارة إلى تنوع الخصائص والاتجاهات الديمغرافية بين البلدان؛ فعلى سبيل المثال، يشهد بعض البلدان اليوم معدلات خصوبة مرتفعة ونمواً سكانياً، في حين تشهد بلدان أخرى معدلات خصوبة منخفضة وتراجعاً في عدد السكان.

الغابات السكانية: أعداد أو نطاقات عديدة من السكان تُعتمد كأهداف ضمن سياسة سكانية معينة.

سياسة التشجيع على الإنجاب: سياسات أو ممارسات تهدف إلى تشجيع معدلات ولادات أعلى (مكتب المراجع السكانية، 2025). ويمكن أيضاً استخدام مصطلح "المُشجّع على الإنجاب" للإشارة إلى الداعمين لسياسات أو ممارسات تعزّز معدلات الولادات. ويستخدم بعض الباحثين هذا المصطلح تحديداً للإشارة إلى "القوى الثقافية والمؤسسية التي تدفع نحو الإنجاب" (باجاج وأخرون، 2023). ويُجنّب استخدام هذا المصطلح قدر الإمكان في هذا التقرير، نظراً لتعدد استخداماته واختلاف معانيه، مما يجعله غير دقيق في إيصال المعنى المقصود بوضوح.

الخصوبة عند مستوى الإحلال: المعيار الذي يستخدمه الأخصائيون الديمغرافيون لتمثيل متوسط عدد الأطفال الذين يجب أن تتجههم المرأة للحفاظ على حجم سكان مستقر، ويُقدّر عادةً بنحو 2.1 طفل لكل امرأة (مكتب المراجع السكانية، 2025). ويختلف معدل الخصوبة اللازم لاستبدال الجيل من بلد إلى آخر، إذ يتأثر أيضاً بعوامل أخرى مثل معدلات الوفيات، والهجرة، ونسبة الذكور إلى الإناث عند الولادة.

الصحة الجنسية والإنجابية: القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة وحرّة بشأن الإنجاب. ولا تقتصر هذه القدرة على مجرد قول "نعم" أو "لا"، بل تتطلب وجود بيئة مؤاتية تتيح للأفراد والأزواج اتخاذ قرارات بدون قيود قانونية أو سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية. وتُعدّ الصحة الجنسية والإنجابية عنصراً أساسياً في الاستقلالية الجسدية، وتقرير المصير، وحقوق الإنسان؛ إذ تُقرّ الأطر الدولية لحقوق الإنسان بأنّ الصحة الجنسية والإنجابية أمر جوهري لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات.

الاستقلالية الإنجابية: القدرة على اتخاذ قرارات حرة بشأن الجسد، والنشاط الجنسي، والخصوبة، بدون خوف من العنف أو الإكراه.

الإكراه الإنجابي: أي إجراء أو سلوك يتدخل في اتخاذ الشخص قراراته بشكل مستقل بشأن صحته الإنجابية.

الحقوق الإنجابية: الحق الأساسي المعترف به دولياً لجميع الأفراد والأزواج في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم، والفترات الفاصلة بينهم، وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، إضافة إلى الحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2014).

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: تشمل مجموعة شاملة ومتكاملة من الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، اللازمة لبلوغ أعلى المعايير في مجالى الصحة وحقوق الإنسان لجميع الأفراد. وتتضمن هذه التدخلات ليس فقط الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه، والحماية من العنف المبني على النوع الاجتماعي، والوصول إلى معلومات دقيقة، بل تشمل أيضاً علاج العُقم والسرطانات التناسلية، والمشورة والرعاية المتعلقة بالوظيفة الجنسية والرضا الجنسي، والرعاية المقدّمة للأشخاص بغضّ النظر عن ميولهم الجنسية أو هويتهم الجنسية، وكذلك الرعاية في جميع السياقات، بما في ذلك الأزمت الإنسانية (تيدروس وكانيم، 2018).

الخصوبة دون مستوى الإحلال: المعدل الكلي للخصوبة الذي يقلّ عن 2.1 طفل لكل امرأة، وهو المعدل اللازم للحفاظ على حجم السكان من جيل إلى آخر، بافتراض انخفاض معدل الوفيات، وعدم وجود هجرة كبيرة أو اختلال في نسبة الجنس عند الولادة.

تأثير التوقيت: مصطلح ديمغرافي يشير إلى التغيرات في توقيت الإنجاب بين مجموعات سكانية مختلفة، وتأثير تلك التغيرات على معدل الخصوبة الإجمالي (معهد ماكس بلانك للبحوث الديمغرافية، 2025). فعلى سبيل المثال، قد يؤدي ارتفاع متوسط سن الإنجاب لدى النساء إلى انخفاض عدد المواليد في سنة معينة، مما يؤدي بدوره إلى تراجع المعدل الكلي للخصوبة خلال تلك الفترة، حتى وإن لم يتغيّر العدد الإجمالي للأطفال الذين تتجههم النساء على مدار حياتهن.

المعدل الكلي للخصوبة المعدل وفقاً للتوقيت والترتيب الولادي: متغيّر من معدل الخصوبة الإجمالي يأخذ في الاعتبار توقيت الإنجاب (التوقيت) وترتيب الولادات (أي عدد حالات الحمل التي بلغت على الأقل 20 أسبوعاً من الحمل). ويُستخدم هذا المقياس لتقديم صورة أكثر دقة عن اتجاهات الخصوبة بمرور الوقت، لا سيما مع تغيّر المعايير المجتمعية المتعلقة بسن الإنجاب، مثل تأخيرها إلى مراحل لاحقة من الحياة.

المعدل الكلي للخصوبة: ما لم يُذكر خلاف ذلك، يُقصد بالمعدل الكلي للخصوبة المعدل الزمني أي متوسط عدد الأطفال الذين يُتوقع أن تتجههم المرأة إذا عاشت حتى نهاية سن الإنجاب وأنجبت أطفالاً وفقاً لمعدلات الخصوبة حسب السن السائدة في فترة زمنية معينة (مكتب المراجع السكانية، 2025).

عدم تحقيق معدلات الخصوبة المرغوبة: حالة يكون فيها لدى الفرد عدد أطفال أقل من الذي يرغب فيه.

شهادات من الشباب*

أرغب بإنجاب الأطفال، لكن الأمر يزداد صعوبة مع مرور الوقت. أسعار السكن والإيجارات باهظة إلى حد غير منطقي. لا أريد أن ألد طفلاً في عالم يسوده التدهور البيئي والحروب؛ فهذا يعني أنه سيعاني.

- بدون اسم، أنثى، 29 عاماً، المكسيك

لدي طفل واحد، لكنني لا أعتزم إنجاب المزيد. وضعي المهني والمالي غير مستقر، وتكاليف السكن، ورعاية الأطفال، والتعليم مرتفعة جداً.

- بدون اسم، أنثى، 29 عاماً، زامبيا

إنجاب طفل خطوة أولى فقط، أما التحدي الحقيقي فهو تربيته في بيئة سليمة، ضمن هياكل دعم قوية ومجتمع مستقر.

- بدون اسم، ذكر، 30 عاماً، باراغواي

* انظر الملاحظات التقنية في الصفحة 143

عمل فني من إبداع ماريانا غيفين

من المهم بالنسبة لي أن أجد الشريك المناسب لأنني أوّمن بأنّ تربية الطفل يجب أن تكون مسؤولية مشتركة يقدّم فيها كلا الوالدين الدعم العاطفي والمالي.

- بدون اسم، أثنى، 18 عاماً، الهند

رغم جهود الحكومة، يبدو المستقبل مظلماً. لا تزال الرعاية الصحية للمرأة غير مدعومة بالشكل الكافي. أشعر أن هذه الظروف تدفعنا لاختيار العزوبية وعدم الإنجاب.

- بدون اسم، أثنى، 31 عاماً، الفلبين

العالم يملك ما يكفي من الموارد لإعالة الجميع، لكن التوزيع غير العادل يجعل الإنجاب رفاهية. وإذا عالجنا ذلك، سأشعر أن بإمكانني إنجاب طفل بدون الشعور بالندم.

- إيلان سيلز سيغارا، 24 عاماً، بلجيكا

قبل أن أنجب، عليّ أن أناضل من أجل حقي في الإنجاب وفق شروطتي. الحق في زواج المثليين، والحمل لفائدة الغير، وحقوق التبني، والاعتراف القانوني بالأبوة. هذه ليست معركة وحدي، بل هي معركة ملايين الشباب المحاصرين في أنظمة تحرمهم من الحقوق والكرامة التي يستحقونها.

- رومان، نكر، 26 عاماً، أذربيجان





الفصل الأول

رفع الستار عن التّحديات الحقيقيّة

يشهد العالم تحولات هائلة بوتيرة متسارعة، أبرزها الانخفاض الملحوظ في معدلات الخصوبة العالمية. وتشير التوقعات إلى أن عدد سكان العالم سيبلغ ذروته خلال هذا القرن، ليبدأ بعدها في التراجع (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024). وفي الوقت الراهن، يعيش واحد من كل أربعة أشخاص في بلد يُقدَّر أن عدد سكانه قد بلغ أقصى مستوياته بالفعل. وستُفضي هذه التحولات إلى تكوين مجتمعات غير مسبوقه من حيث تركيبها السكانية، أي مجتمعات تتسم بارتفاع نسبة كبار السن، وانخفاض أعداد الشباب، وربما تقلص حجم القوى العاملة أيضاً.

سُتسهم هذه التحولات السكانية العميقة في رسم الملامح الخاصة بمستقبل البشرية ولا سيما فيما يتعلّق بالأجيال القادمة، غير أن هذه التحولات تأتي استكمالاً لتحول ديمغرافي هائل سبق أن شهدناه في الماضي القريب، ألا وهو الارتفاع الحاد في معدلات النمو السكاني الذي بدأ في القرن العشرين. فقد ارتفع عدد المواليد الأحياء ليصل إلى أكثر من 120 مليون مولود حي خلال سبعينيات القرن الماضي (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2021)، في ظاهرة وُصفت بـ"طفرة الخصوبة" التي شملت معظم أنحاء العالم (ريهر وريكينيا، 2015). ومن الحكمة دراسة التغيرات الديمغرافية الراهنة من منظور هذا السياق التاريخي الحديث، الذي سبق أن أثار قلقاً واسعاً، وقاد إلى سياسات نتج عنها عواقب ضارة وانتهاكات جسيمة للحقوق (هارتمان، 2016؛ إيرليش وإيرليش، 1968)، وهي أخطاء يجب عدم تكرارها اليوم.

في الواقع، يشهد عالمنا اليوم تنوعاً ديمغرافياً لافتاً؛ فبينما تواصل بعض البلدان تسجيل معدلات خصوبة مرتفعة، تشهد أخرى انخفاضاً ملحوظاً فيها. كما تواجه بعض البلدان موجات هجرة خارجية كبيرة، في حين تستقبل بلدان أخرى تدفقات مهاجرين عالية. وتتوّج كذلك الخصائص الديمغرافية داخل البلدان نفسها.

ولا غرابة في ذلك، إذ إن ما نشهده اليوم هو النتيجة المتوقعة لاتجاهات ديمغرافية طويلة الأمد. وكما أشار خبراء السكان: "منذ عقود، كانت تتوفر لدى البلدان البيانات التي تُظهر أن سكانها سيتقدمون في العمر... لذا فإنّ شيخوخة السكان لا تُعدّ عنصراً مفاجئاً اليوم" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). أما الحقيقة المثيرة للدهشة فليست سرعة التغيرات التي يشهدها العالم، بل اصرارنا الجماعي على عدم الاستعداد لها.

وبدلاً من التعاطي مع مستقبل يمكن التنبؤ به ومعالجته، نعيش أصداء الرعب الذي طال القرن الماضي. وفي مختلف أنحاء العالم، تنتصّر تحذيرات من انهيار أنظمة التقاعد (كونستانس، 2024)، وتقلص أعداد الناخبين (شانكار، 2024)، وتصاعد التوترات العرقية (راجش، 2024)، و"نقص سكاني" يُوصف بأنه غير قابل للعكس (إبيرستادت، 2024) العناوين، حتى في ظلّ استمرار المخاوف التقليدية من "التضخم السكاني" (ماينارد وسيغر، 2022).

ومع ذلك، صدر عن صندوق الأمم المتحدة للسكان بحثٌ جديد يُسلط الضوء على التحديات الحقيقية التي تتفاقم بصمت وتستدعي اتخاذ إجراءات عاجلة قد تكون مختلفة عن تلك المطبّقة حالياً. إنها تحديات تتعلق بالقدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، أي قدرة الأفراد على اتخاذ قراراتهم المستنيرة بحرية واستقلالية في كل ما يخصّ علاقاتهم الحميمة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتكوين أسر جديدة.

ولا تقتصر القدرة على اتخاذ القرارات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية على الحق في الموافقة أو الرفض، أو التحرر من الإكراه فحسب، بل تتطلب توفير بيئة شاملة تُمكن الأفراد من ممارسة خياراتهم بحرية ووعي. ومن خلال تهيئة بيئة سياسية، وقانونية، واجتماعية داعمة، تُشق القدرة على اتخاذ القرارات في الصحة الجنسية والإنجابية المسار نحو أعمال الحقوق الإنجابية بشكل فعلي وشامل.

التحديات الحقيقية في مجال الخصوبة

تكشف نتائج البحث الميداني الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov الدولية لاستطلاعات الرأي عن مفارقة ديمغرافية مؤثرة مفادها أن نسبة كبيرة من الرجال والنساء في جميع الدول والمناطق التي شملها الاستطلاع يعجزون عن تحقيق تطلعاتهم الإنجابية. ما زالت معدلات الحمل غير المقصود مرتفعة في مختلف المناطق، إلى جانب الصعوبات في عدد الأطفال الذين يتمنون إنجابهم. وتبرز في هذا السياق ظاهرتان شائعتان: الأولى هي خصوبة تتجاوز الحدود المرغوبة، إذ ينجب الأفراد أطفالاً أكثر مما يعتبرونه مثالياً، والثانية هي خصوبة دون الحدود المرغوبة، حيث ينجب الأفراد أطفالاً أقل مما يرغبون فيه فعلياً.

بمعنى آخر، يجب أن تبتعد النقاشات والسياسات والحلول عن التركيز المفرط على مفاهيم مثل "الانفجار السكاني" أو "الانهيار السكاني"، وأن نركز بدلاً من ذلك على معالجة المخاوف الحقيقية التي تراود الأفراد عند اتخاذ قراراتهم المصيرية، خاصة تلك المتعلقة بأجسادهم وعائلاتهم ومستقبلهم. ولا تكمن التحديات في خيارات الإنجاب الفردية التي قد لا تنسجم مع ما تراه الدول أو الأنظمة الاقتصادية مناسباً، بل هي متجذرة في بيئات معيّنة وخيارات سياسية لا تتيح للناس تحقيق غاياتهم الإنجابية. لقد فشلت تلك السياسات في تأمين الحماية الاقتصادية وتمكين الأفراد، وهما عاملان جوهريان لتمكين الناس من تحقيق أهدافهم في تكوين الأسرة، سواء تمثلت في إنجاب عدد كبير من الأطفال أو الاكتفاء بعدد محدود أو حتى الامتناع عن الإنجاب تماماً.

تتطلب هذه التحديات تصميم سياسات محايدة، لا تدفع إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة (هارتمان، 2016) أو تثنيهم عنها (تينبارج، 2023)، ولا تشجع الإنجاب (بافلوف و جاي، 2022) أو تروج للأسر

الصغيرة (هاير، 2024). في واقع الأمر، قد لا تؤدي السياسات الرامية إلى خفض معدلات الخصوبة إلى تحقيق نتائج كبيرة، وقد تضرر بالأشخاص في الحالات القصوى (لي وميلر، 2000)، في حين يبدو أن معظم الجهود الرامية إلى تعزيز معدلات الخصوبة ليس لها تأثير يُذكر على المدى الطويل، بل وقد تأتي بنتائج عكسية (بوتيف، 2015). يكمن الحل إذاً في اتباع نهج مغاير كلياً: توسيع نطاق الاستثمارات العالمية في تعزيز الاستقلالية الإنجابية بصرف النظر عن معدل الخصوبة في أي بلد. وهذا يعني تمكين جميع الأفراد، رجالاً ونساءً، من اتخاذ تلك القرارات بحرية، وفي ظل البيئات الداعمة والمهياة التي يتطلعون إليها.

إن إعمال حقوق الأفراد الإنجابية وتحقيق رغباتهم المتعلقة بالخصوبة سيكون له آثار بعيدة المدى، لا سيما على صحة ورفاهية الأفراد وأسرهم. تُسهم هذه السياسات في تحقيق مكاسب جمّة للمجتمعات والدول، فهي من جهة تقلل التكاليف الاقتصادية الناجمة عن الحمل غير المقصود خاصة بين المراهقات (راجع المربع صفحة 44)، وتخفض النفقات الصحية الباهظة لعمليات الإجهاض غير المأمون (سولي وآخرون، 2020). ومن ناحية أخرى، تعزز مشاركة القوى العاملة مستقبلاً من خلال تنشئة الأطفال في بيئات مستقرة وأمنة وداعمة اقتصادياً واجتماعياً.

التحديات متجذرة في
بيئات معيّنة وخيارات
سياساتية لا تتيح للناس
تحقيق غاياتهم الإنجابية.

ما مدى شيوع أو ندرة غايات الخصوبة غير المُحققة؟

استعداداً لكتابة هذا التقرير، أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov استطلاعاً للرأي عبر الإنترنت شمل أكثر من 14,000 فرد بالغ من الرجال والنساء في 14 بلداً تضم مجتمعةً أكثر من 37 في المائة من سكان العالم. سعى استطلاع الرأي إلى التعرف على غايات الخصوبة لدى الأفراد وما حققوه في هذا المجال بالإضافة إلى فهم التحديات التي واجهوها، إن وُجدت. كانت النتائج مذهلة، ليس فيما يتعلق بتواتر عدم تحقيق الأفراد لغاياتهم المتعلقة بالخصوبة فحسب، بل أيضاً في تكرار مواجهتهم لعقبات تحول دون تنظيم الحمل أو تجنبه.

في جميع البلدان، أعربت معظم الأسر عن رغبتها بإنجاب طفلين فقط. ولكن في كل بلد شمله الاستطلاع، أفادت نسب كبيرة من الأشخاص بأن ظروف الحياة دفعتهم إلى تغيير خططهم الإنجابية سواء بالزيادة أو النقصان، فبعضهم غير خطته لإنجاب عدد أقل من الأطفال فيما غير البعض الآخر خطته لإنجاب عدد أكبر. يعتقد ما يقرب من خمس عدد الأفراد البالغين في سن الإنجاب (18 في المائة) أنهم لن يتمكنوا من إنجاب عدد الأطفال الذي يرغبون فيه، حيث يعتقد 11 في المائة أنهم سينجبون عدداً أقل من الأطفال بينما يعتقد 7 في المائة أنهم سينجبون عدداً أكبر. (أفاد حوالي 37 في المائة بأنهم يتوقعون إنجاب عدد الأطفال الذي يرغبون فيه، فيما أقرّ 45 في المائة بأنهم لا يعرفون ما سيحدث في المستقبل أو لم يرغبوا في الإفصاح عن توقعاتهم).

جُمعت أيضاً ردود من أشخاص بعمر 50 عاماً فأكثر، ويُفترض أن الحياة الإنجابية لهؤلاء الأشخاص قد اكتملت. من خلال هؤلاء الأفراد، نرى صورةً للخصوبة المُحققة فعلياً لدى الناس ونلاحظ أنها لا تتوافق مع خططهم الإنجابية في كثير من الحالات. في هذه المجموعة، أفاد 31 في المائة من المجيبين بإنجاب



عمل فني من إبداع ستيفينا بيرسون

عدد أقل من الأطفال مقارنةً بما كانوا يفضلونه، بينما أفاد 12 في المائة بإنجاب عدد أكبر. (في هذه الفئة العمرية، أفاد 38 في المائة من المجيبين بأنهم أنجبوا العدد المثالي من الأطفال بالنسبة إليهم، في حين أعرب 19 في المائة عن أنهم لا يعرفون أو يفضلون عدم الإفصاح عن ذلك).

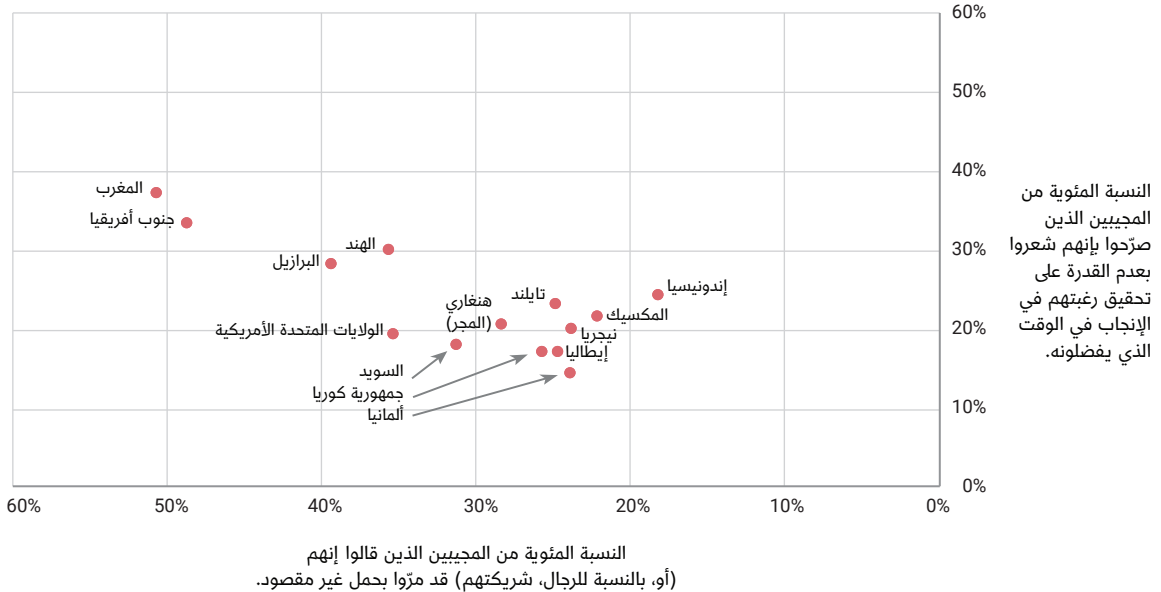
اضطروا في نهاية المطاف إلى التخلي عن رغبتهم في الإنجاب. ومن المثير للقلق أن ما يقرب من 13 في المائة من المجيبين قد مرّوا بكل من تجربة حمل غير مقصود وواجهوا عوائق في إنجاب طفل مرغوب فيه (وفي بعض البلدان تجاوزت هذه النسبة 20 في المائة)، ما يشير إلى أنّ الأنظمة والبيئات لا تدعم الأفراد في اتخاذ قرارات الإنجاب (راجع الشكل 1).

عند سؤال المجيبين من جميع الأعمار عن تجاربهم، أفاد نحو ثلثهم (32 في المائة) بأنهم أو شركائهم قد تعرّضوا لحمل غير مقصود. كما أفاد نحو واحد من كل أربعة مجيبين (23 في المائة) بأنهم مرّوا بفترة كانوا يرغبون خلالها في إنجاب طفل ولكنهم شعروا أنّ ذلك بعدم قدرتهم على تحقيق رغبتهم في الوقت المناسب. ومن بين هؤلاء، أشار أكثر من 40 في المائة إلى أنهم

بعبارة أخرى، أينما نظرنا، نجد أنّ الناس يكافحون من أجل تحقيق تطلعاتهم الإنجابية بحريّة. كان الأشخاص الذين أنجبوا عدداً من الأطفال أكبر أو أقل من المخطط له موجودين في بلدان ذات معدلات خصوبة مرتفعة ومنخفضة، ما يشير إلى أنّ العوائق التي تحول دون تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه منتشرة في كل مكان.

الشكل (1)

الحمل غير المقصود والتحديات المتعلقة بإنجاب الأطفال



في جميع البلدان التي شملها استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، تبين أن المستطلعة آراؤهم يواجهون صعوبة في منع حالات الحمل غير المقصود وفي الحمل بالوقت الذي يرغبون فيه.

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov

العوائق أمام إنجاب الأطفال

الأجوبة التي وردت في استطلاع الرأي على السؤال التالي: "وفقاً لظروفك الشخصية، ما هي العوامل التي أدت أو يُحتمل أن تؤدي إلى إنجابك عدداً من الأطفال أقل مما كنت ترغب فيه في البداية؟"

الوضع الاقتصادي				الصحة			البلدان مُدرجة حسب المعدل الإجمالي للخصوبة، من الأدنى إلى الأعلى
البطالة/انعدام الأمن الوظيفي	عدم وجود خيارات كافية أو جيدة لرعاية الأطفال	قيود متعلقة بالإسكان (مساحة المنزل غير كافية، ارتفاع تكاليف شراء المنازل أو استئجارها)	قيود مالية	مشاكل في الصحة العامة أو الإصابة بأمراض مزمنة	عوائق متعلقة بالرعاية الطبية تمنع الإنجاب أو الحمل	عقم أو صعوبة في الحمل	
26%	28%	31%	58%	11%	6%	12%	جمهورية كوريا
33%	17%	21%	51%	17%	10%	19%	تايلند
30%	12%	14%	29%	13%	6%	15%	إيطاليا
16%	11%	20%	34%	8%	4%	10%	هنغاريا (المجر)
10%	12%	18%	25%	10%	3%	11%	ألمانيا
5%	3%	6%	19%	9%	3%	10%	السويد
26%	8%	18%	39%	13%	7%	8%	البرازيل
21%	14%	23%	35%	8%	7%	8%	المكسيك
17%	12%	15%	38%	12%	8%	16%	الولايات المتحدة
21%	18%	22%	38%	15%	14%	13%	الهند
20%	6%	22%	39%	10%	9%	6%	إندونيسيا
15%	11%	20%	47%	19%	4%	10%	المغرب
33%	9%	17%	53%	13%	8%	15%	جنوب أفريقيا
16%	17%	14%	32%	13%	11%	14%	نيجيريا
21%	12%	19%	39%	12%	7%	12%	متوسط جميع البلدان

عوامل أخرى		مخاوف متعلقة بالمستقبل			تغير/تأثر الرغبات		
ممارسة الضغط أو الإكراه من قبل الأطباء أو العاملين في مجال الصحة بما يؤدي إلى إنجاب عدد أقل أطفال	عدم انخراط الشريك بشكل ملائم في الأعمال المنزلية/ رعاية الأطفال	عدم وجود شريك (مناسب)	مخاوف متعلقة بتغير المناخ أو التدهور البيئي	مخاوف متعلقة بالوضع السياسي أو الاجتماعي (مثل الحروب أو الجوائح)	رغبة الشريك بإنجاب عدد أطفال أقل	تغير في الرغبات (اتخاذ القرار بإنجاب عدد أطفال أقل)	
3%	19%	10%	8%	8%	13%	14%	جمهورية كوريا
6%	11%	25%	18%	23%	9%	12%	تايلند
1%	8%	17%	11%	19%	11%	7%	إيطاليا
4%	5%	17%	4%	10%	8%	9%	هنغاريا (المجر)
2%	8%	15%	9%	13%	11%	11%	ألمانيا
4%	5%	17%	4%	6%	9%	4%	السويد
5%	8%	15%	11%	21%	12%	18%	البرازيل
5%	8%	16%	14%	21%	8%	12%	المكسيك
6%	11%	18%	7%	11%	19%	12%	الولايات المتحدة
14%	15%	12%	16%	14%	19%	17%	الهند
7%	16%	4%	9%	14%	17%	19%	إندونيسيا
4%	13%	9%	4%	8%	17%	8%	المغرب
5%	9%	18%	9%	15%	18%	17%	جنوب أفريقيا
8%	10%	9%	10%	12%	19%	17%	نيجيريا
5%	11%	14%	9%	14%	13%	13%	متوسط جميع البلدان

طُلب من المجيبين الاختيار من بين 14 عائقاً محتملاً مع إمكانية ذكر عوائق خاصة بهم. أضاف عدد قليل من الأشخاص عوامل إضافية، شملت الإجهاض أو وفاة طفل، وعدم القدرة على الإنجاب بعد حمل صعب، والتوجه الجنسي، والمشيئة الإلهية (في إندونيسيا).

ملاحظة: لم يُطرح هذا السؤال على أفراد العينة الذين أشاروا إلى أن العدد المثالي للأطفال بالنسبة لهم هو صفر. نظراً إلى أن المجيبين تمكنوا من اختيار عدة عوامل، فإن النسب المئوية لن يكون مجموعها 100 في المائة. لقد تم احتساب النسب المئوية المستخدمة في مواضع أخرى من هذا التقرير لوصف الفئات العامة من العوائق ("الصحة"، "الاقتصاد"، "القلق بشأن المستقبل"، وما إلى ذلك) بطريقة تتجنب احتساب المجيبين أكثر من مرة في حال اختيارهم لعدة عوائق ضمن الفئة نفسها.

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov

لماذا لا يتمكن المجيئون على الاستطلاع من تحقيق حجم الأسرة الذي يرغبون فيه؟ تتعدد الأسباب، ولكن العائق الأكبر كان اقتصادياً. وقد صرّح 39 في المائة من عيّنة المجيئين على الاستطلاع (10.000 شخص) بأن القيود المالية كانت تشكّل العامل الرئيسي الذي

أثر أو سيؤثر في قدرتهم على تحقيق رغباتهم حيال حجم الأسرة الذي يرغبون فيه (راجع الشكل 2). وأفاد 21 في المائة بأن حالة البطالة وانعدام الأمن الوظيفي كانت تشكّل العامل الثاني الأكثر شيوعاً،

من "التضخم السكاني" إلى "الانهيار السكاني"

شهد القرن الماضي تطورات بارزة في مجالي الرعاية الصحية والتنمية، أسفرت عن أكبر توسع سكاني في تاريخ البشرية، وهو توسع وُصف على نطاق واسع بأنه "قنبلة سكانية" في بلدان الجنوب. وقد سادت مخاوف متعددة، من بينها أن التضخم السكاني قد يُعيق التنمية ويُفاقم الفقر، إلى جانب افتراض أن المجاعة والوفاة الجماعية مصيران لا مفرّ منهما. وتوقّع عدد من القادة والمستشارين، ولا سيّما في البلدان المتقدمة، حدوث "سباق نحو الزوال" ما لم تُتخذ تدابير للحدّ من خصوبة المرأة (إرليش وإرليش، 1968)، وغالباً ما نُفّدت تلك التدابير من خلال ممارسات قسرية، مثل فرض استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو التعقيم القسري أو الإجهاض (هارتمان، 2016).

يُتيح النظر إلى الماضي مقارنةً أكثر حياديةً لهذه المرحلة وما خلفته من آثار، فقد تضاعف عدد الأشخاص الذين يعيشون على كوكب الأرض بأكثر من ثلاث مرات منذ عام 1950، بينما انخفض متوسط معدل الخصوبة لكل امرأة في الفترة نفسها من خمسة في عام 1950 إلى 2.25 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2024). ومن المتوقع أن ينخفض هذا المعدل ليلبغ 2.1، وهو ما يُعرف بـ "مستوى الإحلال" (راجع الصفحتين 6-7 للاطلاع على المصطلحات) بحلول عام 2050. وعلى خلاف الانخفاضات السكانية المفاجئة الناجمة عن الحروب أو الجوائح، حصلت هذه التحوّلات بشكل تدريجي وبطريقة مدروسة من نواحٍ كثيرة، نتيجةً للتقدم المحرز في مجالات مثل ارتفاع متوسط العمر المتوقع ووسائل تنظيم الأسرة، إلى جانب تطورات أخرى.

في الواقع، لم تُعرب جميع البلدان عن القلق نفسه إزاء معدلات الخصوبة. ففي أمريكا اللاتينية على سبيل المثال، لا تتنوع المخاوف الديمغرافية من ارتفاع أو انخفاض معدل الولادات، بل تميل إلى التركيز على اتجاهات ديمغرافية متباينة داخل البلدان، حيث قد تؤثر أوجه عدم المساواة والعوائق الهيكلية في القرارات التي يتّخذها الأفراد بشأن إنجاب الأطفال أو الامتناع عن ذلك، واختيار توقيت الإنجاب وطريقته.

ومع ذلك، لم تتوقف البلدان يوماً عن المطالبة بالحصول على دعم "في التعامل مع مشاكلها السكانية" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994)، على الرغم من التفاوت في تعريف هذه المشاكل بين البلدان. ولم تنجح الآراء القومية العرقية التي ما زالت تثير قلقاً كبيراً حول الهجرة والصحة الجنسية والإنجابية. وبدلاً من دعم الجهود الرامية إلى هندسة حجم السكان أو تركيبهم، يدعو صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى اعتماد الصمود الديمغرافي، وهو نهج يدمج السياسات السكانية، بما في ذلك تلك المتصلة بالهجرة والصحة الجنسية والإنجابية، فضلاً عن مسائل أخرى مثل تنمية رأس المال البشري، وذلك في إطار قائم على حقوق الإنسان. وفي حين أن الهجرة القائمة على الحقوق تشكل اعتباراً رئيسياً، يركز هذا التقرير على جوانب الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق السكان، والتي تشكل جوهر ولاية صندوق الأمم المتحدة للسكان.

وأقرّ 19 في المائة بأنّ المخاوف المتعلقة بالإسكان مثل ضيق مساحة المساكن أو ارتفاع تكاليفها كانت تشكّل العامل الثالث في هذا المجال.

وعندما صُنّفت العوامل ضمن أربع فئات رئيسية هي: المسائل الصحية والمخاوف الاقتصادية والمخاوف بشأن المستقبل وعدم وجود شريك داعم أو عدم وجود شريك، أشار أكثر من نصف المجيبين إلى أنّ العوائق الاقتصادية تؤثر في قدرتهم على إنجاب عدد الأطفال الذي يرغبون فيه. وأشار نحو واحد من كل أربعة (24 في المائة) إلى وجود مشاكل صحية (مثل صعوبة في الحمل، وعوائق في الحصول على الرعاية الخاصة الخاصة بالإنجاب والحمل، وسوء الحالة الصحية بوجه عام). وقال ما يقرب من واحد من بين كل خمسة مجيبين (19 في المائة) إنّ المخاوف بشأن المستقبل، مثل تغيّر المناخ والتدهور البيئي والحروب والجوائح وما شابه، هي التي أدت أو ستؤدي إلى إنجابهم عدداً من الأطفال أقل مما يرغبون فيه.

يؤثر الشريك بشكل واضح على هذه القرارات، إذ أفاد 14 في المائة من المجيبين بأنّ عدم وجود الشريك عموماً أو غياب الشريك المناسب خصوصاً أدى أو سيؤدي إلى إنجاب عدد من الأطفال أقل مما يرغبون فيه. وقال أكثر من 10 في المائة إنّ المشاركة غير الكافية من جانب شريك في الأعمال المنزلية أو رعاية

الأطفال أدى أو سيؤدي إلى هذه النتيجة. وتبيّن أنّ المجيبين دون سنّ 40 عاماً كانوا أكثر عُرضة من أولئك الذين تزيد أعمارهم على 40 عاماً للإشارة إلى التوزيع غير المتكافئ للأعمال المنزلية باعتباره عاملاً يؤثر في تحقيق أهدافهم المتعلقة بالخصوبة (12 في المائة مقارنة بـ 9 في المائة)، ما قد يشير إلى تغيّر في التوقعات بين الأجيال. وكانت النساء أكثر عُرضة لاختيار هذا العائق أمام تحقيق العدد المرغوب فيه من الأطفال، بنسبة تصل إلى الضعف مقارنة بالرجال (13 في المائة مقابل 8 في المائة). (راجع الفصل الثالث لمزيد من المعلومات عن كيفية تأثير معايير النوع الاجتماعي والأعراف الاجتماعية على غايات الخصوبة المنشودة وحجم الأسرة الذي تحقق بالفعل).

عندما طُرح على المجيبين سؤال عن العوامل التي أدت أو يُحتمل أن تؤدي إلى إنجاب عدد من الأطفال أكبر مما كانوا يرغبون فيه، كانت الإجابة الأكثر شيوعاً بنسبة 21 في المائة هي تحسّن الظروف الاقتصادية، وتلتنها رغبة الشريك في الإنجاب (أو في إنجاب مزيد من الأطفال) وتغيّر الرأي الشخصي، بنسبة 14 في المائة لكل منهما. لماذا قد يؤدي تحسّن الظروف الاقتصادية إلى إنجاب عدد من الأطفال يفوق العدد المثالي المرغوب فيه؟ يبقى تفسير هذه المسألة مفتوحاً لعدة قراءات؛ إذ أشار بعض من شارك في الاستطلاع بأن تغيّر الظروف الاقتصادية قد يدفعهم إلى زيادة عدد الأطفال الذي يرغبون في إنجابه واحتمال إعادة النظر أيضاً في تصوراتهم المثالية لحجم الأسرة. والجدير بالذكر أنّ تحسّن الظروف الاقتصادية قد يجعل الأفراد أكثر انفتاحاً على فكرة إنجاب طفل أو المزيد من الأطفال. ومن الممكن أيضاً أن يتعرض الناس لضغوط من المجتمع أو الشريك لإنجاب أطفال أكثر مما يرغبون فيه (أو الاستمرار في حالات الحمل غير المقصود التي قد ينهونها بخلاف ذلك)، إذا لم تعد الظروف الاقتصادية سبباً في الحد من حجم أسرهم.



عائلة واحدة، ثلاثة أجيال، وتغيرات في وجهات النظر حول الإنجاب في الهند

طفلين كمعدل وسطي (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024). وعلى الرغم من أنّ النساء في الهند، كما في سائر أنحاء العالم، يتمتّعن اليوم بحقوق وخيارات أوسع مما كانت تتمتع به أمهاتهنّ أو جداتهنّ في السابق، فلا يزال الطريق طويلاً أمام تمكّن جميع النساء من إنجاب العدد الذي يرغبن فيه من الأطفال وفي التوقيت الذي يخترنه.

تُجسّد تجربة ثلاثة أجيال من النساء في عائلة ديفي، في ولاية بيهار، حجم التحولات التي شهدتها الهند خلال الأعوام الخمسة والسنتين (65) الماضية، وتأثير تلك التحولات على غايات الخصوبة.

وسطي. وفي ذلك الوقت، كانت قدرة النساء على التحكم بأجسادهن وحياتهن محدودة مقارنةً بالوضع اليوم. كانت 1 فقط من بين كل 4 نساء تستخدم إحدى وسائل تنظيم الأسرة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024)، كما كانت 1 من بين كل امرأتين ملتحقة بالمدرسة الابتدائية (بيانات البنك الدولي، 2020).

شهدت العقود التالية تحسناً ملحوظاً في مستويات التحصيل العلمي، وتوسيع نطاق الحصول على خدمات رعاية الصحة الإنجابية، واتساعاً في قدرة النساء على اتخاذ قرارات تمسّ حياتهنّ. وفي الهند الآن، تنجب المرأة نحو

تُعتبر الهند حالياً البلد الأكثر اكتظاظاً بالسكان في العالم، حيث يبلغ عدد سكانها ما يقارب 1.5 مليار نسمة. ومن المتوقع أن يرتفع هذا الرقم إلى حوالي 1.7 مليار قبل أن يبدأ بالتراجع بعد حوالي 40 عاماً (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024). وخلف هذه الأرقام تكمن قصص ملايين الأزواج الذين قرروا بناء أو توسيع أسرة، إلى جانب معاناة قصص النساء اللواتي واجهن خيارات محدودة حول رغبتهن في الحمل، أو توقيته أو تكراره.

في عام 1960، عندما بلغ عدد سكان الهند يبلغ حوالي 436 مليون نسمة، كانت المرأة تنجب ما يقارب ستة أطفال كمعدل



ساراسواتي ديفي، 64 عاماً

في عام 1976، تزوجت ساراسواتي ديفي في سن 16 عاماً. وعندما كانت تبلغ من العمر 30 سنة، كانت قد أنجبت خمسة أولاد. تقول ساراسواتي إن معظم النساء في قريتها كنّ ينجبن عدداً مماثلاً من الأطفال، وتذكر أنّ المرأة التي تنجب عدداً أقل كانت تُوصم بالمرض.

في ذلك الوقت، كانت الأسر الكبيرة تُعتبر نعمة وضرورة في آنٍ واحد. وتقول ساراسواتي: "كان يُنظر إلى إنجاب الأطفال على أنه هبة من الله". وتُضيف قائلة: "كانت حماتي تردد دائماً أنه كلما زاد عدد الأطفال، زادت الأيدي العاملة في الحقول".

وتوضح أنّ الحديث عن المباحة بين حالات الحمل أو الحدّ من حجم الأسرة لم يكن شائعاً. وتضيف: "لم تكن نعرف شيئاً عن وسائل تنظيم الأسرة آنذاك، ولم تكن نعرف كيف نؤخر الحمل أو نمنعه، وكنا نخشى طرح الأسئلة حول ذلك". كما أن الضغوط الاجتماعية من الأصدقاء والجيران، ولا سيّما من حماتها، لعبت دوراً كبيراً في قرارها بشأن عدد الأطفال. تقول ساراسواتي: "عندما رغبتُ في التوقف عن الإنجاب، أصرت حماتي على الاستمرار، ولم أتمكن من معارضتها".

وتختم بالقول إنه لو أُتيح لها الخيار، لاختارت إنجاب عدد أقل من الأطفال.

أنيتا ديفي، 42 عاماً

في أواخر التسعينيات، كانت أنيتا ديفي تبلغ من العمر 18 سنة وتزوجت من ابن ساراسواتي. وعلى خلاف حماتها، كانت أنيتا على دراية بوسائل تنظيم الأسرة، وكانت تحصل عليها من خلال العاملين في مجال الصحة الذين كانوا يزورون قريتها. ومع ذلك، أنجبت ستة أطفال: أربع بنات وولدين. وتقول: "كان زوجي وحماتي يرغبان في مزيد من الأطفال، ولا سيّما الذكور. وشعرتُ بالإرهاق، لكن لم يكن لي رأي في الأمر".

وتضيف: "في البداية، كنت أرغب في إنجاب طفل أو طفلين فقط، بنت وولد. نحن فقراء، وتربية أسرة كبيرة أمرٌ صعب... ولكن الحديث عن تنظيم الأسرة لم يكن ممكناً في عائلتي، وكان زوجي يعارض استخدام وسائل تنظيم الأسرة".

وتتابع: "على الرغم من الصعوبات التي واجهناها، فإنني سعيدة مع عائلتي، وجميع أطفالنا حصلوا على قدر من التعليم، وأقسّم وقتي بين الأعمال المنزلية ومساعدة زوجي في المزرعة".

بوجا كوماري، 26 عاماً

تخرجت بوجا كوماري، ابنة أنيتا، من الجامعة قبل أن تتزوج في عمر 22 عاماً. وأنجبت طفلها الأول عندما كانت في سن 23 عاماً. وفي السنوات الثلاث التالية، استخدمت وسائل تنظيم الأسرة التي وفرتها لها المشرفة الصحية الاجتماعية المعتمدة، وهي مجموعة من العاملين في مجال الصحة في الخطوط الأمامية داخل مجتمعها. قررت مؤخراً إنجاب طفل ثانٍ.

تقول بوجا: "قررتُ أنا وزوجي إنجاب طفلين فقط. نريد أن نربيهما تربيةً صالحة، وأن نوفر لهما تعليماً جيداً، وأن نضمن مستقبلًا أمنًا لعائلتنا. وفي ظلّ مواردنا المالية المحدودة، نعتقد أنّ الأسرة الصغيرة هي الخيار الأمثل".

تقول بوجا إنها تخطط للعمل بعد الولادة والمساهمة مالياً في منزلها. "زوجي يدعم طموحاتي، ونخطط معاً لمستقبل مستقر".

تقول بوجا إنّها تعلمت الكثير عن الصحة الإنجابية وحقوق الإنجاب من خلال مجالس راثري تشاوبالز، وهي عبارة عن مجالس مجتمعية ليلية يجتمع فيها أبناء القرية للتعرف على معلومات حول الصحة والحقوق من خلال الأفلام والمناقشات. عززت هذه اللقاءات ثققتها بنفسها للتحدث مع زوجها حول عدد مرات حملها وتوقيتها. وهناك الكثير من النساء مثل بوجا اللواتي يتمنّعن بخدمات تنظيم الأسرة ويحظين بدعم من المجتمع، ويشكلن جزءاً من جيل جديد غني بالمعارف والقدرات لتحقيق أهدافه المتعلقة بالخصوبة.

إلقاء اللوم أصبح من الماضي

يُظهر استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov بوضوح أنّ النساء والرجال يواجهون عوائق كبيرة تحول دون تحقيق غاياتهم في الخصوبة. ومع ذلك، لا يزال الخطاب السائد، بل وحتى الخطاب السياسي (لوكر، 2024)، يُحمّل النساء وحدهنّ مسؤولية تراجع معدلات الزواج والخصوبة. وتستمر وسائل الإعلام والأوساط الأكاديمية وصنّاع السياسات في الافتراض بأنّ انخفاض الخصوبة يُعزى إلى اختيارات فردية للنساء □ بأنّ المرأة عموماً غير جديرة بالثقة للتعبير عن رغباتها في هذا المجال. وتتضمّن عناوين الصحف من مختلف أنحاء العالم تحذيراً من هذا التوجه، من قبيل: "الإيطاليات يُعرضنّ عن الأمومة" (ميليئاتشيو وبلومبرغ، 2024)، و"اليابانيات يخترنّ عدم الزواج" (ريتش، 2019)، و"انخفاض معدل الولادات في هولندا مع تزايد عدد الشابّات الراضات للأمومة" (أخبار هولندا، 2023)، و"النساء في إضراب عن الإنجاب" (تشامي، 2015)، و"لا علاقة حميمية، لا أطفال: الناشطات النسويات في كوريا الجنوبية يرفضنّ الزواج" (رويتزر، 2020)، و"ملايين النساء في الهند

يرفضنّ الزواج" (سوندر، 2020)، و"نساء أمريكا اللاتينية يخترنّ عدم الإنجاب في إطار التخلّي عن الأدوار التقليدية المنوطة بالإناث" (لاجونا ومورلاند، 2025)، و"أي امرأة تدّعي السعادة لأنها لم تتجب الأطفال إما كاذبة أو ساذجة" (سبايسر، 2013).

تُعد هذه الافتراضات خاطئة بشكل كبير. ويرجح ذلك جزئياً إلى أنّ الرجال أيضاً يؤدون دوراً أساسياً في جميع الجوانب المتعلقة بالإنجاب. في الواقع، تظهر الأبحاث أنّ طموحات الأبوة والأمومة لدى كل من النساء والرجال تتغيّر بمرور الوقت (راجع الفصل الثالث، الصفحة 76). وعلاوة على ذلك، تُشير إلى أنه في التجارب اليومية التي تعيشها، نادراً ما تتمكن من ممارسة الاختيار الإنجابي الحقيقي دون عوائق. ورغم أنّ الأفراد يتمتعون اليوم بخيارات إنجابية أكثر من أي وقت مضى بفضل تنوع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ووجود معايير دولية بشأن التربية الجنسية الشاملة، فإنّ تلك الخيارات لا تزال مقيدة بشكل عميق، ولا سيّما بالنسبة للنساء والفتيات.

تواجه الفتيات الوصم والمضايقات منذ بداية سن البلوغ، وغالباً اعتباراً من سن العاشرة أو حتى قبل ذلك (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021)، بالإضافة إلى تقييد حرياتهنّ (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022؛ هولمان وآخرون، 2015) من دون مبرر سوى دخولهنّ مرحلة الإنجاب كنتيجة طبيعية للنمو البيولوجي. وتُظهر البحوث التي تناولت تجارب الفتيان والفتيات في 15 بلداً موزّعة على 5 قارات أنّ "الفتيان يُنظر إليهم في مرحلة البلوغ كمعتدين محتملين، في حين يُنظر إلى الفتيات كأهداف محتملة وضحايا. وتُسهم الرسائل الاجتماعية من قبيل 'لا تجلسي هكذا، و'لا ترتدي ذلك، و'لا تتحدثي إليه، و'الفتيان سيُدْمرون مستقبلك، في ترسيخ أنماط أوجه عدم المساواة على أساس النوع الاجتماعي" (بلوم وآخرون، 2017). ويشير التقرير إلى أنّ "العواقب التي تواجهها الفتيات في أجزاء كثيرة من العالم تشمل زواج الأطفال، والانقطاع المبكّر عن الدراسة، والحمل، والتعرض لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسياً، والتعرض للعنف، والاكْتئاب".



تُشير إلى أنه في التجارب اليومية التي تعيشها، نادراً ما تتمكن من ممارسة الاختيار الإيجابي الحقيقي دون عوائق.

المرأة، متجاهلةً دور الرجل في الإنجاب، ومتعاضيةً عن الظروف اللازمة لكيلا الجنسين لتحقيق رغباتهما في تكوين الأسرة. وفي الواقع، تؤدي هذه السرديات إلى تبني خيارات سياسية غير متوازنة وغالباً ما تُسفر عن عواقب غير مقصودة.

السياسات القسرية تؤدي إلى عواقب غير مقصودة

تُدان السياسات القسرية على نطاق واسع، إلا أنّ ثمة خلافاً بشأن ما يشكل "إكراهاً" فعلياً. يُفهم الإكراه الإيجابي عموماً على أنه أي إجراء أو سلوك يتدخل في قدرة الفرد على اتخاذ قرارات مستقلة بشأن صحته الإنجابية. وقد يُفرض هذا الإكراه من الدولة. ففي الحالات القصوى، مارست بعض الدول سياسات التعقيم القسري أو فرضت وسائل تنظيم الأسرة بالإكراه؛ في حين حظرت دول أخرى استخدام وسائل تنظيم الأسرة واللجوء إلى الإجهاض (هارتمان، 2016). وعلى مرّ التاريخ، استُخدمت أيضاً تدابير أخرى للضغط على الأفراد بشأن خياراتهم في الإنجاب. فرض صناعات السياسات في الاتحاد السوفياتي ضرائب على عدم الإنجاب (سيليزنيفا، 2016)، وفرضت فييت نام غرامات على من أنجبوا أكثر من العدد المسموح به من الأطفال (جودكايند، 1995).

تؤكد البيانات الحديثة صحة هذه الوقائع. على الصعيد العالمي، يتم تزويج نحو واحدة من كل خمس نساء في سنّ الطفولة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ). وتُعد أعمال العنف المبني على النوع الاجتماعي من انتهاكات حقوق الإنسان الأوسع انتشاراً في العالم، حيث تتعرض نحو واحدة من كل ثلاث نساء خلال حياتها إلى عنف جنسي أو عنف الشريك الحميم أو أشكال أخرى من الإساءة، وهي نسبة قد تكون أقل من الواقع الفعلي نظراً إلى ارتفاع معدلات عدم الإبلاغ (منظمة الصحة العالمية، 2024). ووفقاً لأحدث البيانات الخاصة بالمؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة، تبيّن أنّ 11 في المائة من النساء في 69 بلداً غير قادرات على اتخاذ قرارات تتعلق بوسائل تنظيم الأسرة (سواء بشكل فردي أو مشترك مع شريك حياة)، في حين تفقر 25 في المائة من النساء إلى القدرة على اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية الخاصة بهنّ، ولا تستطيع 24 في المائة من النساء رفض إقامة علاقة حميمة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025). ومن بين 32 بلداً تتوارف عنها سلاسل زمنية، شهدت 13 بلداً تراجعاً في تمتع النساء بالاستقلالية الجسدية بين عامي 2006 و2022 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024).

لا يزال إعمال الصحة الجنسية والإنجابية بشكل كامل أمراً بعيد المنال حتى بين الأفراد الذين تتوفر لهم ما يكفي من الموارد والتمكين لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والحصول على الخدمات الصحية، ورفض العلاقات الحميمة غير المرغوب فيها. فعلى سبيل المثال، يبدو أنّ الحلول العلاجية المتوفرة والميسورة التكلفة لمشكلة العقم لم تواكب التقدّم المحرز في الوسائل التكنولوجية لتنظيم الأسرة (حداد وآخرون، 2021). وإلى جانب ذلك، تؤكد مجموعة كبيرة من الأدلة، بما في ذلك البيانات المستجدة التي يعرضها هذا التقرير، أنّ قرارات تكوين الأسرة تتأثر بعدد كبير من العوامل البيولوجية والاقتصادية والمجتمعية والفردية المعقدة والمتداخلة.

ويُعدّ تحميل النساء المسؤولية الأساسية عن التغييرات في معدلات الخصوبة ممارسة ضارة تُلقِي اللوم على

وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أنّ الإكراه لا يشترط أن يكون مفروضاً بقانون حتى يُمارَس من قبل الجهات الحكومية أو غيرها. إذ إن الظروف القسرية قد تنشأ حين تكون الحماية النُظمية غير كافية. فعلى سبيل المثال، وجدت المحكمة العليا في ناميبيا أنّ مستشفى حكومي قد عمد بشكل غير قانوني إلى تعقيم نساء مصابات بفيروس العوز المناعي البشري أثناء الولادة بدون موافقتهنّ (معهد المعلومات القانونية لجنوب أفريقيا، 2012). وأظهر تقييم أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام 2021 في منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي أنه على الرغم من التقدم المُحرز في توفير وسائل تنظيم الأسرة، لا تزال إمكانية اتخاذ قرارات مستنيرة وطوعية بالكامل مقوّضة بسبب بعض التحديات مثل الخيارات المحدودة وغير الكافية في وسائل تنظيم الأسرة وتحيز مقمّي الخدمات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021أ).

وعلى اختلاف مصدره، غالباً ما يؤدي الإكراه الإنجابي أيضاً إلى عواقب غير مقصودة حيث يسعى النساء والرجال على حد سواء إلى تأكيد استقلاليتهم الإنجابية (مزيد من المعلومات في صفحة 36). في البلدان التي يُحظر فيها الإجهاض أو يصعب الوصول إليه، تلجأ النساء إلى إجراء عمليات إجهاض غير مأمونة، ما يزيد من خطر حالات العجز النفاسية ووفيات الأمهات. وتشير التقديرات إلى أنّ 45 في المائة من جميع حالات الإجهاض على مستوى العالم تُجرى في ظروف غير مأمونة، ما يجعلها أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، 2024أ).

ويُعتبر حظر الإجهاض من بين العواقب الأخرى غير المقصودة ذلك أنه قد يؤدي إلى عزوف الأفراد بشكل طوعي أو غير طوعي، عن الإنجاب. في الولايات المتحدة، عقب دخول حظر الإجهاض حيّز التنفيذ في عامي 2022 و2023، ارتفع عدد الشباب والشابات الذين اختاروا إجراء تعقيم دائم سواء عبر ربط الأنابيب جراحياً لمنع الإخصاب عند الإناث أو قطع القناة المنوية عند الذكور (ستراسر وآخرون، 2025). وفي البلدان منخفضة الدخل التي تفتقر إلى

خدمات الإجهاض المأمون، يُعد اللجوء إلى الإجهاض غير المأمون أحد الأسباب الرئيسية للعقم الثانوي، أي صعوبة الحمل بعد حدوث حمل أو ولادة في السابق (سايز وآخرون، 2023).

ولا تقتصر أضرار البرامج القسرية على انتهاك حقوق الإنسان، بل تُثير الشكوك حول مدى تأثيرها على نتائج الخصوبة في الأجل الطويل. وحتى أشد السياسات القسرية لزيادة معدلات الخصوبة لم تثمر عن نتائج إلا عندما يتم تطبيق هذه التدابير بشكل صارم وبتكلفة باهظة. أدى الحظر المفروض عام 1966 على الإجهاض ووسائل تنظيم الأسرة (جمهورية رومانيا الاشتراكية، 1966) إلى ارتفاع فوري في المعدل الكلي للخصوبة من 1.87 ولادة لكل امرأة في عام 1966 إلى 3.59 في 1967، ولكنه سرعان ما انخفض مرة أخرى إلى أقل من 3 بحلول عام 1970 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024). ولم تصل البلاد إلى غايتها البالغة 30 مليون نسمة. أما العواقب فكانت وخيمة، فبحلول نهاية تطبيق هذه السياسة في عام 1989، كانت رومانيا تسجل أعلى معدل لوفيات الأمهات في أوروبا، وكانت 87 في المائة من هذه الوفيات ناجمة عن الإجهاض غير المأمون، فضلاً عن أعداد كبيرة من الأطفال المهجورين (هورد وآخرون، 1991). وكانت العواقب الاقتصادية كبيرة، حيث أظهر الأطفال المولودون خلال هذه الفترة نواتج أقل جودة في مجال التعليم وسوق العمل (بوب-إليكس، 2006). ومع رفع الحظر على وسائل تنظيم الأسرة والإجهاض، واستعادة الأفراد حقهم في اتخاذ قرارات طوعية في مجال الإنجاب، انخفض معدل الخصوبة فوراً إلى 1.84 في عام 1990، وبلغ أدنى مستوى له عند 1.27 في عام 2001 (تراجعت معدلات وفيات الأمهات بشكل حاد خلال هذه الفترة) (هورد وآخرون، 1991).

أسفرت السياسات الهادفة إلى خفض معدلات الخصوبة عن عواقب غير مقصودة. بذل بعض الأشخاص جهوداً كبيرة لإنجاب الأطفال، منتهكين بذلك حدود

الخصوبة التي تفرضها الدولة. في ظل سياسة الخصوبة السابقة التي انتهجتها الصين، كانت تُفرض على الأسر غرامات مالية إذا تجاوز عدد أطفالها الحد المسموح به. ونتيجة لذلك، "كثيراً ما امتنع الوالدين الذين خالفوا سياسة تنظيم الأسرة عن تسجيل أطفالهم للحصول على تصاريح تسجيل الأسرة (هوكو) تفادياً للغرامات"، مما أثر على قدرة هؤلاء الأطفال في الحصول على "منافع اجتماعية متنوعة، مثل التأمين الصحي والتعليم الأساسي" (شينخوا، 2016)، وأدى إلى تشويه السجلات المدنية (سكالا، 2004). وعندما ألغيت هذه السياسة في عام 2016، أُتيح للمواطنين غير المسجلين التقدم بطلبات للحصول على تصاريح تسجيل الأسرة (شينخوا، 2016). علاوةً على ذلك، شهدت العديد من البلدان التي سعت إلى خفض معدلات الخصوبة، سواء على نطاق واسع أو داخل مجتمعات محددة، عواقب سلبية على صحة المرأة ورفاهها وحقوقها (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2014) والمجتمعات المستهدفة، مثل السكان الأصليين (لورانس، 2000).

وقد طُرحت تساؤلات بشأن فعالية هذه التدابير على المدى الطويل. فبينما انخفضت معدلات الولادات بشكل ملحوظ في ظل النظم القسرية، تراجعت أيضاً معدلات الخصوبة العالمية نتيجةً للتنمية الاقتصادية السريعة وزيادة فرص الاستفادة الطوعية من خدمات تنظيم الأسرة. وقد دفع ذلك بعض الباحثين إلى التساؤل عما إذا كانت النتائج الديمغرافية ذاتها كانت ستتحقق حتى في ظل غياب السياسات القسرية التي تنتهجها الدول (لي وميلر، 2000).

بناء الثقة من خلال سياسات وظروف قائمة على الحقوق

سواء أكانت السياسات قسرية أم لا، فإن التعاطي مع معدلات الخصوبة بوصفها صماماً يُفتح أو يُغلق ينطوي على مخاطر فعلية. والعديد من البلدان المزمعة اليوم على زيادة الخصوبة، كانت تسعى خلال السنوات الأربعين الماضية إلى خفض معدلات الولادات.

في عام 1986، أفادت كلٌّ من الصين واليابان وجمهورية كوريا وتايلند وتركيا بأنها تعتزم خفض معدلات الخصوبة الوطنية من خلال تدخلات في السياسات العامة، نظراً إلى أنّ معدلات الخصوبة فيها كانت تُعدّ "مرتفعة للغاية" في ذلك الحين، غير أنه، وبحلول عام 2015، تحوّلت البلدان الخمسة جميعها إلى انتهاج سياسات تهدف إلى التشجيع على الإنجاب (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، بدون تاريخ). وأما اليوم، فيُسجّل المعدل الكلي للخصوبة في هذه البلدان الخمسة عند أقل من طفلين لكل امرأة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024).

في الواقع، شهد ملايين الأشخاص تراجعاً تاماً في الأهداف السكانية التي وضعتها حكوماتهم فيما يخص الخصوبة. وفي بعض الحالات، حدث ذلك مؤخراً. في العام الماضي، ألغت ولاية أندرا براديش الهندية قانوناً كان يحظر على المرشحين الذين لديهم أكثر من طفلين الترشح للمناصب الانتخابية، وتدرس سلطات الولاية حالياً فرض حظر من نوع آخر، يستهدف هذه المرة المرشحين الذين لديهم أقل من طفلين (صحيفة The Hindu، 2025). وقد يعكس استمرار انخفاض معدلات الخصوبة في هذه البلدان ببساطة تغييراً في الأعراف الاجتماعية واتجاهاً عالمياً أوسع نحو انخفاض الخصوبة، كما قد يعكس أيضاً المخاوف حيال ضعف الاستقلالية الإنجابية للأفراد (جيانغ، 2024)، ومدى موثوقية البرامج التي تزعم دعم غاياتهم فيما يتعلّق بالخصوبة.

تبقى التدابير المتخذة لتحفيز الإنجاب غير فعالة في كثير من الأحيان حتى في الحالات التي لم تتخلّ فيها الدول عن أهدافها السكانية المتعلقة بالخصوبة، إذ تواصل معدلات الخصوبة انخفاضها بالرغم مما تشير إليه البيانات الواردة في هذا التقرير، والتي تفيد بأن أعداداً كبيرة من الأشخاص يرغبون بإنجاب المزيد من الأطفال مقارنةً بما يعتبرونه ممكناً في ظل ظروفهم الحالية. ويُظهر هذا الواقع أنّ تقديم الحوافز المالية أو

غيرها من التدابير الرامية إلى تعزيز الخصوبة، لا يواكبه بالضرورة توفير الظروف المؤاتية التي يعتبرها الناس أساسية لتكوين الأسرة.

وتشير بعض الأدلة كذلك إلى أنّ السياسات الحالية الهادفة إلى زيادة معدلات الخصوبة قد تقوّض الثقة في المؤسسات والنظم التي يعتمد عليها الأفراد في اتخاذ قراراتهم بشأن الإنجاب وتخطيط مستقبلهم. وقد أفادت بعض النساء، على سبيل المثال، بأنهنّ أعدنّ النظر في خطط إنجاب المزيد من الأطفال عقب فرض حظر على الإجهاض، الأمر الذي أسفر عن زيادة في وفيات الأمهات (برسير وآخرون، 2025؛ سوزو وآخرون، 2025): وقالت إحدى النساء في مطلع عام 2025: "لا أريد أن أموت أثناء محاولة إنجاب طفل آخر، ولا أريد أن أترك طفلي من دون أم" (داربي، 2024). وقالت شابة من الفلبين لصندوق الأمم المتحدة للسكان: "الكثير من السياسات العالمية تتعارض مع الرعاية الصحية للمرأة. وأشعر أنّ هذا يدفعنا إلى البقاء بدون زواج وبدون إنجاب أطفال". (راجع الشهادات التي أدلى بها الشباب في الصفحة 8-9).

حتى المساعي الحميدة مثل حملات التوعية حول انخفاض معدلات الخصوبة، قد تقضي إلى نتائج عكسية. ففي إيطاليا مثلاً، أثارت حملة "يوم الخصوبة" جدلاً واسعاً، إذ تضمنت شعارات من قبيل "الجمال لا يعرف العمر، ولكن الخصوبة تعرف" و"سارِ عنّ وحققْ حلم الأمومة" (لافانجا، 2016). وقد تم توجيه انتقادات لاذعة لهذه الحملة، مفادها أنّ الحكومة تغفل عن التحديات الفعلية التي تعيق تكوين الأسرة، وفي مقدمتها الحاجة إلى العمل اللائق. وفي مثال آخر، أطلقت السلطات في جمهورية كوريا موقعاً إلكترونيّاً بعنوان "خريطة المواليّد"، يُظهر التوزيع الجغرافي للنساء في سن الإنجاب، وذلك بهدف تعزيز الوعي العام بمعدل الولادات في البلد، غير أنّ المبادرة قوبلت بانتقادات شديدة، إذ اعتُبر أنها تؤدي إلى وصم النساء غير القادرات أو غير الراغبات في الإنجاب. وعلى الرغم من إغلاق الموقع لاحقاً (أسوشيتد برس، 2016)، فقد اعتُبر أنه أسهم في بروز حركة 4B Movement وهي حركة يؤكد أعضاؤها أنهم يرفضون المواعدة، والعلاقات الحميمة، والزواج، والإنجاب (شاميم، 2024).

ويتفاقم انعدام الثقة في السياسات السكانية عندما يطرح بعض المشرّعين والشخصيات العامة أفكاراً علنية تدعو إلى التراجع عن المكاسب التي تحققت بشقّ الأنفس في مجال المساواة بين الجنسين، بذريعة مواجهة انخفاض معدلات الخصوبة. شملت الاستجابات الأخيرة لانخفاض معدلات الخصوبة قانون "السكان الشباب وحماية الأسرة" في إيران، الذي ينص على أن "أي توزيع مجاني أو مدعوم للمواد المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة... محظور"، و"سيتم تحديث الكتب الدراسية العلمية لشرح الأضرار الجسدية والنفسية للإجهاض والمضاعفات الناتجة عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة"، كما "ستُراد تسهيلات قروض الزواج للأزواج دون سن 25 وللنساء دون 23"، وذلك "بهدف خفض سن الزواج" (حكومة جمهورية إيران الإسلامية، 2021). وفي الولايات المتحدة، دعا بعض

يعمد بعض المشرّعين والشخصيات العامة إلى طرح دعوات علنية للتراجع عن المكاسب التي تحققت بشقّ الأنفس في مجال المساواة بين الجنسين، متذّرّعين بالحاجة إلى مواجهة انخفاض معدلات الخصوبة.

الشكل (3)

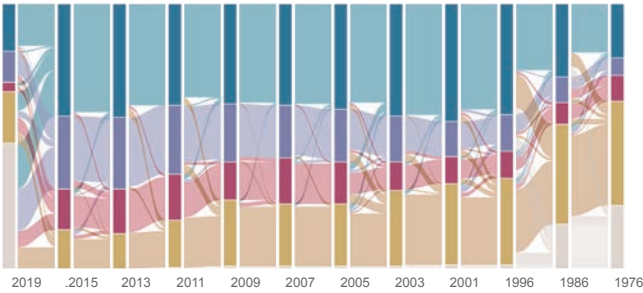
التغيرات التي طرأت على السياسات الحكومية للخصوبة بمرور الوقت

رسم بياني مبسط لسياسات الخصوبة المبلّغ عنها، للفترة 2019-1976

نسبة البلدان التي أبلغت عن سياسات خصوبة وفق نوع السياسة وسنة الاستقصاء

السياسة

● تخفيض المعدل ● رفع المعدل ● الحفاظ على المعدل ● لا تتبع سياسة ● لا إجابة على الاستطلاع

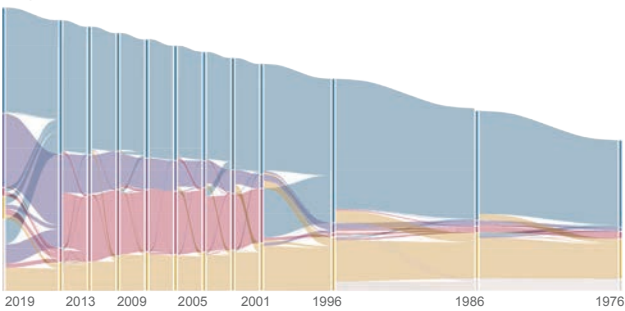


رسم بياني مرجح سكانياً لسياسات الخصوبة في البلدان، للفترة 2019-1976

نسبة الأشخاص الذين يعيشون في بلدان تتبّع حكوماتها سياسات خصوبة، وفق نوع السياسة وسنة الاستقصاء

السياسة

● تخفيض المعدل ● رفع المعدل ● الحفاظ على المعدل ● لا تتبع سياسة ● لا إجابة على الاستطلاع



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023

ملاحظة: التغيرات في أهداف سياسات الخصوبة المبلّغ عنها ذاتياً من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة خلال السنوات الخمسين الماضية، على النحو الوارد في "استقصاء الأمم المتحدة لدى الحكومات بشأن السكان والتنمية". تشمل البيانات الواردة من عامي 1976 و1986 أهداف السياسات في نحو 150 دولة من الدول الأعضاء، وتشمل بيانات عام 2019 أهداف السياسات في نحو 100 دولة من الدول الأعضاء، في حين تعكس البيانات في جميع السنوات الأخرى أهداف السياسات في ما يقارب 200 دولة من الدول الأعضاء.

الأكاديميين إلى تقليص الإعانات المقدمة في قطاع التعليم بحجة الحدّ ممّا وصفوه بـ"الإفراط الضار في التعليم" بين الشباب (غرين وبورك، 2024). أما في جمهورية كوريا، فقد أوصت هيئة بحثية حكومية باتخاذ تدابير تهدف إلى تعزيز "الجاذبية الجنسية والتواصل الاجتماعي" لدى الشباب (تشوي، 2024).

تُستخدم المخاوف حيال الاتجاهات السكانية بشكل صريح كأداة لتقويض الاستقلالية الإنجابية؛ حيث توجّه نشطاء مناهضون للمساواة بين الجنسين في أوروبا لدعوة الساسة إلى "استخدام الانخفاض الديمغرافي كذريعة" لفرض "حظر قانوني شامل على الإجهاض في جميع الولايات القضائية" (منظمة Agenda Europe، 2024). وفي هذا السياق، قام عدد من المدعين العامين في الولايات المتحدة برفع دعوى قضائية للمطالبة بحظر الإجهاض الدوائي في البلاد بحجة أنّ انخفاض معدلات الولادات بسبب الإجهاض يشكل "ضرراً سيادياً للدولة في حد ذاته". وأشارت الدعوى إلى أنّ الإجهاض الدوائي "يخفض معدلات الولادات المتوقعة لدى الأمهات المراهقات"، محدّرةً من أنّ ما قد ينجم عن ذلك من "انخفاض محتمل في عدد السكان" سيؤدّي إلى "ترجع التمثيل السياسي" و"خسارة التمويل الفدرالي" (المحكمة المحلية للمقاطعة الشمالية من تكساس بالولايات المتحدة، شعبة أماريلو، 2024).

في نهاية المطاف، ثمة مظالم تاريخية متجذّرة في الخوف وانعدام الثقة المحيطان بتدخل الدولة في معدلات الخصوبة، والمخاوف المتعلقة بالاستقلالية الجسدية، واحتمالات التمييز، والتشكيك في فعالية السياسات، فضلاً عن الاعتقاد الراسخ بأنّ قرارات الإنجاب يجب أن تظلّ مسألة شخصية وخاصة. وتؤدي هذه العوامل مجتمعةً إلى نفور عميق من السياسات التي يُنظر إليها على أنها قسرية أو منتهكة لحقوق الأفراد وخياراتهم.

الشباب يُعيدون تعريف دورهم في تنظيم الأسرة

يقول ثابو: "أرشدوني إلى كيفية استخدام الواقي الذكري بشكل صحيح، وتحدثوا معي عن حماية نفسي، وعن التخطيط للمستقبل. لقد غيّر ذلك اليوم كل شيء".

لم يكن ثابو مستعداً ليصبح أباً، ولكنه اكتشف أنه مستعد ليصبح قائداً. واليوم، في سن الرابعة والعشرين، يتطوّر ثابو للعمل كمرشد للشباب، يساعد أقرانه

في صباح اليوم التالي، توجه ثابو إلى عيادة ويمبزي التي كان يزورها في الصغر لتلقي التطعيمات والفحوصات الطبية، وطلب المساعدة. وقد خضع أيضاً لفحص الكشف عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، وتلقى علاجاً طارئاً للحد من خطر الإصابة، وقُدّمت له معلومات أثرت على مستقبله أكثر مما كان يتوقع: معلومات واضحة وعالية الجودة وخالية من الأحكام.

عندما يتحدث ثابو مع شباب آخرين في مجتمعه في كوازولو ناتال بجنوب أفريقيا، لا يتحدث نظرياً، بل بروي قصته.

تبدأ القصة بتمزّق الواقي الذكري، تلاه شعور بالذعر. يتذكر ثابو قائلاً: "كان الوقت متأخراً، وكانت العيادة مغلقة. ولكنني تذكرت ما سمعته في محاضرة عن صحة الشباب: لديك 72 ساعة".



على إدارة قضايا الصحة الجنسية والعلاقات ضمن حركة متنامية يدعمها برنامج 2gether 4 SRHR [الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية]، الذي يجمع بين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والعنف المبني على النوع الاجتماعي تحت سقف واحد.

لطالما ركز النقاش حول تنظيم الأسرة في جنوب أفريقيا على النساء، ولكن الرجال أيضاً يواجهون عوائق تحول دون اتخاذ قرارات حرة ومستنيرة. في جنوب أفريقيا، يتوقع 17 في المائة من السكان إنجاب عدد أطفال أكبر مما يرغبون فيه، بينما يتوقع 17 في المائة آخرون إنجاب عدد أقل. هذه ليست مجرد إحصاءات، بل روايات عن أحلام مؤجلة واحتياجات لم تتم تلبيةها.

وأحياناً لا تقتصر المشكلة على نقص الخدمات، بل تتعلق باختلاف المعايير. ينشأ العديد من الشباب على فكرة أنّ الحمل مسؤولية المرأة، وأنّ مناقشة قضايا الصحة الجنسية أمرٌ مشين،

وأنّ التعبير عن المشاعر دليل ضعف. والنتيجة؟ فرص ضائعة، وانقطاع في التواصل، وأسر تتشكل أو تنهار في ظل الصمت.

تُظهر البحوث من جنوب أفريقيا وجود ارتباط وثيق بين ارتفاع معدلات الحمل غير المخطط له، وقلة مشاركة الآباء، والضغوط الاقتصادية. وعندما يُستبعد الشباب والشابات من الحوار، ولا سيّما الذكور، تدفع العائلات الثمن.

ولكن ثابو بات جزءاً من التغيير. ففي عبادة وبمبزي، يُيسّر ثابو مجموعات شبابية للرجال، حيث يمكنهم التحدث بصراحة عن خيارات الإنجاب الخاصة بهم، وصحتهم الجنسية، وأبويتهم، وجميع المشاعر التي تثيرها هذه الموضوعات في نفوسهم. يقول ثابو: "بعضهم لم يكن يعلم أنه يستطيع الرفض. وبعضهم لم يكن يدرك أنّ له الحق في الانتظار. أما الآن، فيدركون حقوقهم".

و بدعم من برنامج 2gether 4 SRHR، تقدم العبادة خدمات كثيرة لا

تقتصر على توفير الواقيات الذكرية أو جلسات إساءة المشورة بشأن العلاقات، بل تُحدث تحوُّلاً نوعياً في طريقة التفكير. ويتجلى هذا في صور عدة مثل الترحيب بالشباب في النقاش، وتشجيعهم على طرح الأسئلة، والاستماع إليهم بدون إصدار أحكام.

يقول ثابو: "لن تصدق عدد الرجال الذين يقولون: 'لم أكن أعلم أنّ بإمكانني طرح هذه الأسئلة'". وبضيف: "نتحدث عن المسؤولية، ولكن أيضاً عن الأحلام. يمكنك التخطيط لعائلة. وتستطيع الانتظار. يمكنك أن تقول: ليس بعد".

ويختم قائلاً: "لم أعد خائفاً. أعرف ما أريد، وأريد أن يشعر الرجال الآخرون بذلك أيضاً".



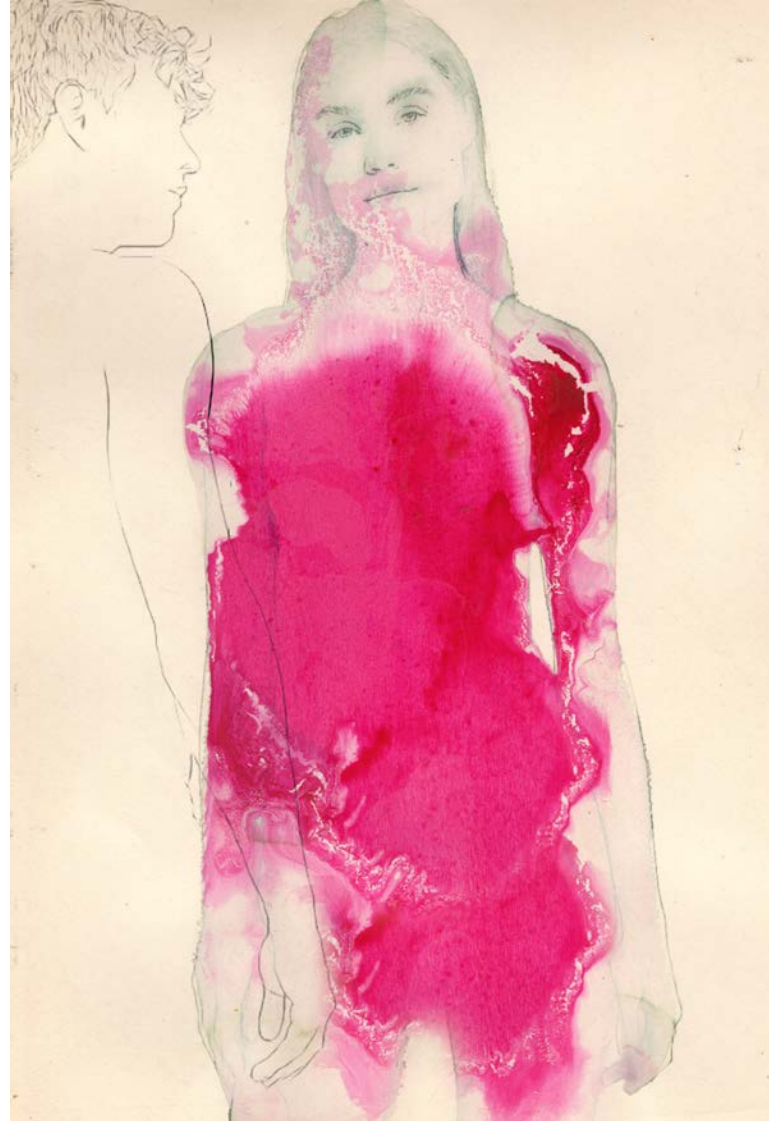
© صندوق الأمم المتحدة للسكان في جنوب أفريقيا

التصوّرات مهمة

إنّ المبالغة في تبسيط وصف السياسات عموماً بأنها إما "مشجعة على الإنجاب" أو "مناهضة للإنجاب" قد يؤدي إلى نتائج عكسية. أولاً، غالباً ما تكون هذه المصطلحات غير دقيقة فحسب؛ إذ إنّ السياسات التي تُحسّن الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة لا تُعتبر "مناهضة للإنجاب"، تماماً كما أنّ السياسات التي تُقيد الوصول إلى خدمات الإجهاض أو وسائل تنظيم الأسرة لا تُعتبر بالضرورة "مشجعة للإنجاب". ثانياً، تُستخدم هذه المصطلحات بشكل متناقض؛ إذ يُطبّق مصطلح "مناهضة للإنجاب" على برامج تنظيم الأسرة، كما يُطبّق على التعقيم القسري. بالمقابل، يُستخدم مصطلح "مشجعة على الإنجاب" لوصف سياسات مثل تقديم منح لرعاية الأطفال، وكذلك حظر وسائل تنظيم الأسرة.

الحقيقة هي أنّ كلا النهجين قد يُستخدمان إما لتمكين الأفراد من اتخاذ خياراتهم الإنجابية المستنيرة أو لحرمانهم من هذا الحق. ينبغي أن تدعم برامج تنظيم الأسرة الخيارات الفردية، غير أنها استُخدمت أحياناً كوسيلة للحدّ من الإنجاب داخل المجموعات السكانية التي يُنظر إليها على أنها "أقل استحقاقاً" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). أمّا "مكافآت المواليد" فتقدّم دعماً بالغ الأهمية للوالدين الذين يواجهون تحديات مالية مرتبطة بتربية الأطفال، ولكنها قد تُستخدم أيضاً كحوافز نقدية لتعزيز الإنجاب، ما قد يؤدي إلى وصم المستفيدين منها (غاريت وآخرون، 2017). أمّا فيما يتعلق بالتدابير التي تبدو غير ضارة، مثل تقديم "حوافز" مالية إلى الأسر الأكبر أو الأصغر حجماً، فقد تؤدي بشكل غير مباشر إلى فرض قيود على خيار الإنجاب من خلال تعريض الرجال والنساء بشكل متزايد للإكراه من جانب الشركاء أو الأسر أو الأقارب.

إن وصف السياسات بأنها "مشجعة على الإنجاب" أو "مناهضة للإنجاب" قد يؤثر على فهمها وفعاليتها على حد سواء. فالرأي القائل إنّ السياسات المراعية للأسرة موبدة للإنجاب أو إنّ خدمات تنظيم الأسرة مناهضة للإنجاب، قد يُسهّم في ترسيخ فكرة مفادها أنّ هذه السياسات والخدمات غير موثوقة من حيث طبيعتها، وأنها غير مرتكزة على الحقوق بل متغيرة حسب السياق، وأنّ توافرها قد يكون مؤقتاً رهناً بتغيّر أهداف الدولة. في الواقع، يكمن الاعتراض الأساسي على هذه المصطلحات في تركيزها على النوايا المفترضة أو المعلنة للدولة بدلاً من التركيز على أثرها الذي يطال الصحة الجنسية والإنجابية للأفراد. وتشير البحوث إلى أنّ السياسات المشجعة على الإنجاب والتي يُنظر إليها باعتبارها محاولات لفرض سلوك إنجابي معين، قد تؤدي إلى آثار سلبية دائمة على معدلات الخصوبة، في حين أنّ السياسات التي يُنظر إليها على أنها داعمة للاختيار الفردي قد تيسّر الإنجاب (بوتيف، 2015).



ما هو البديل عن السياسات الرامية إلى التأثير على معدلات الخصوبة؟ إنَّ البديل عن السياسات الرامية إلى التأثير على معدلات الخصوبة هو تبني سياسات تؤكد صراحةً، نصاً وروحاً، على حقوق النساء والرجال في اتخاذ قراراتهم بأنفسهم. يقول (بوتيف، 2015): "ينبغي أن تركز السياسات على منح الوالدين استقلالية كافية لاتخاذ القرار بالإنجاب واختيار توقيت الحمل وعدد الأطفال، وعلى تسهيل دور الوالدين بدلاً من التركيز على غايات الخصوبة" (بوتيف، 2015).

للأسف، إنَّ الاتجاهات العالمية في مجال وضع السياسات لا تتحرك بهذا الاتجاه. فقد أشار تقرير حالة سكان العالم لعام 2023 إلى زيادة في عدد الحكومات التي تتبنى سياسات للتأثير على معدلات الخصوبة في بلدانها بين عامي 1976 و2015 (صندوق الأمم

المتحدة للسكان، 2023). (راجع الشكل 3.3) وبينما يمكن تنفيذ الجهود الرامية إلى التأثير على معدلات الخصوبة بأشكال متعددة، علماً أنَّ بعضها قد يكون بالفعل داعماً لحقوق الإنسان وخيارات الإنجاب (مثل تحسين فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة وخدمات صحة الأمهات)، فقد أشار التقرير أيضاً إلى تراجع في الدعم المقدم للأسر والمساواة بين الجنسين في عدد من البلدان. أظهرت التحليلات أنَّ "هناك 38 بلداً خفضت إعانات رعاية الأطفال، والمبلغ الإجمالي المقطوع للأطفال، وبدلات الأطفال أو الأسرة (التي لا تدعم الأطفال فحسب، بل تساعد النساء أيضاً على البقاء في وظيفة مدفوعة الأجر أو العودة إليها) بين عامي 2015 و2019. وهذا يثير سؤالاً مهماً: إذا كانت حقوق الإنسان ورفاهيته هي الحوافز الرئيسية لتنفيذ السياسات الداعمة للأسرة، فهل ستكون هذه التدابير أقل عرضة للإلغاء؟"

انعدام المساواة بين الجنسين والخصوبة المنخفضة

لقد كان التحول من معدلات الوفيات المرتفعة والخصوبة العالية إلى معدلات الوفيات المنخفضة والخصوبة المنخفضة أمراً مشتركاً في جميع البلدان، وإن كان ذلك في أوقات مختلفة ولفترات زمنية مختلفة. ومع ذلك، فإن استمرار التراجع في معدلات الخصوبة لدى البلدان التي تسجل معدل خصوبة دون مستوى الإحلال (راجع الصفحتين 6-7 للاطلاع على المصطلحات) يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستمرار عدم المساواة بين الجنسين. ويشير الباحثون تحديداً إلى أنَّ الزيادة البطيئة في مشاركة الرجال بتربية الأطفال يشكل عاملاً رئيسياً في بقاء أحجام الأسر صغيرة (غولدشايدر وآخرون، 2015؛ مكدونالد، 2013). ويتناول الفصل الثالث من هذا التقرير بالتفصيل تأثير غايات الخصوبة بمسألة تقديم الرعاية بطريقة مبنية على النوع الاجتماعي.

كما أنَّ حصول المرأة على عمل لائق يمثل عاملاً بالغ الأهمية، إذ أنَّ الأمن الاقتصادي يُعد ركيزة أساسية لتحقيق غايات الخصوبة لدى الأفراد. ومع ذلك، تبقى مشاركة المرأة في القوى العاملة متدنية كثيراً مقارنةً بمشاركة الرجل (البنك الدولي، 2022)، الأمر الذي يؤثر سلباً على رفاهها الاقتصادي ومكانتها داخل الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo، 2022). ورغم هذه الوقائع، تواصل الحكومات وصنّاع السياسات النظر إلى معدلات الخصوبة باعتبارها أدوات لتعزيز النمو الاقتصادي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023)، بدلاً من اعتبار أنَّ تهيئة بيئات اقتصادية واجتماعية إيجابية هو شرط أساسي لضمان تمكين الأفراد من ممارسة حقوقهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية بحريّة ومن دون قيود، بما يشمل تمكين الكثير من الأفراد الراغبين بالإنجاب من تحقيق غاياتهم بإنجاب عدد من الأطفال أكبر مما يروونه ممكناً في ظلّ الأوضاع الراهنة حول العالم.

قياس العناصر المهمة

الزمن، حيث إن هذا النهج غالباً ما يعطي انطباعاً خاطئاً بأن السياسة قصيرة الأجل قد أدت إلى زيادة عدد الولادات، في حين أنّ التدابير الأكثر دقة، مثل المعدل الكلي للخصوبة المعدّل وفقاً للتوقيت والترتيب الولادي أو مقاييس المجموعة السكانية، غالباً ما تظهر أن نفس السياسة لم يكن لها مثل هذا التأثير. (للمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على صفحة 102).

علاوةً على ذلك، ثمة أسباب تدعو إلى التساؤل عمّا إذا كان الهدف النهائي من هذه السياسات يتمثل فعلاً بزيادة عدد الولادات. فالبُلدان التي تعلن عن نيتها رفع معدلات الخصوبة فلما توسّع نطاق خدمات الخصوبة لتشمل الأزواج من نفس الجنس أو الأفراد العزّاب، بل إنّ العديد منها يرفض صراحة تقديم هذه الخدمات لهم (هوكينز، 2024). كما أنّ بعض البلدان التي تسعى إلى زيادة معدلات الخصوبة تمنع السكان المهاجرين من الاستفادة من رعاية الأمومة (باريزكوف وآخرون، 2023). ومع أنّ توسيع نطاق الوصول إلى هذه الخدمات من شأنه أن يؤدي ببساطة وفعالية إلى زيادة العدد الإجمالي للأشخاص القادرين على تحقيق غاياتهم لناحية عدد الأطفال الذي يحملون به، فإنّ مثل هذه الممارسات المتناقضة تثير شكوكاً بشأن الأهداف الحقيقية وراء هذه السياسات. فهل تهدف هذه السياسات حقاً إلى رفع معدلات الخصوبة، أم أنّ الغاية منها تقتصر على تشجيع الإنجاب ضمن فئات سكانية معينة دون غيرها؟ والجدير بالذكر أنّ اعتماد قياسات تحصي عدد الأشخاص الذين يسعون جاهدين لتحقيق حلم الإنجاب ويواجهون عوائق تحول دون ذلك من شأنه أن يسهم في كشف هذه التحيزات والاختلالات.

معدل الخصوبة الإجمالي ليس وحده المؤشر غير المناسب لتقييم نجاح السياسات والبرامج؛ فقد تم استخدام معدل انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة استخداماً مفرطاً على مرّ التاريخ عند تقييم نجاح هذه البرامج، ما قد يشجع على تحديد الحصص بدلاً من إشراك النساء والاستماع إلى آرائهن. أما التدابير الأحدث، فهي تتضمن طرح أسئلة على النساء للاستفسار عمّا إذا كنّ يرغبن في استخدام وسائل تنظيم

كان الافتراض بأنّ النشاط الجنسي والخصوبة يخضعان لإرادة القادة والدول افتراضاً شائعاً في الماضي؛ غير أنّ هذا الافتراض لم يعد صالحاً اليوم، حيث تزايدت المطالبة بالحقوق في الاستقلالية الجسدية وتم الإقرار به وإدراجه بين حقوق الإنسان. في كانون الثاني/يناير 2025، رأت لجنة الأمم المتحدة المعنية بحقوق الإنسان أنّ إجبار الناجيات من الاغتصاب على إكمال الحمل حتى نهايته يشكل "انتهاكاً للحياة الكريمة، وفعالاً يرقى إلى مستوى التعذيب، وإخفاقاً في حماية بعض الفئات الأشد ضعفاً" (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2025). وفي الشهر ذاته، خلصت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان إلى أنّ تحميل المرأة مسؤولية الطلاق بسبب امتناعها عن ممارسة العلاقة الحميمة مع زوجها "يتجاهل كلياً مبدأ الموافقة على العلاقات الجنسية" (المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، 2025).

ومع ذلك، لا تزال الخطابات العامة تتناول المخاوف السكانية كما في السابق، بوصفها عواقب وخيمة ناجمة عن خيارات النساء، ولا سيّما الشباب. ويفترض أن تتجسد "المشاكل" و"الحلول" الديمغرافية في جسد المرأة كما في السابق. ويُعزى استمرار هذه التصوّرات جزئياً إلى الأعراف الأبوية الراسخة، ولكن ثمة عامل آخر لا يقل أهمية، يتمثل في المقاييس المعتمدة حالياً لتوجيه التفكير الديمغرافي والتي تُعتبر غير ملائمة للغرض على النحو المطلوب.

فعلى سبيل المثال، يُقاس نجاح السياسات الأسرية أو السكانية في كثير من الأحيان بمدى الزيادة التي تحقّقها في المعدل الكلي للخصوبة أو في العدد المُطلق للولادات داخل مجتمع أو بلد معيّن (لوتز وآخرون، 2024). غير أنّ نجاح هذه السياسات ينبغي أن يُقاس بتأثيرها على أوضاع الأفراد ورفاههم، لا على أساس المعدل الكلي للخصوبة. وحتى في حال اعتُبر رفع معدل الخصوبة هدفاً سياسياً مشروعاً، فإنّ المعدل الكلي للخصوبة يُعدّ مقياساً غير دقيق لتقييم تغييرات الخصوبة بمرور

الأسرة، وما إذا كنّ قدرات على تحقيق تلك الرغبات (لين وآخرون، 2024). (راجع الصفحة 96).

وعلى المستوى الفردي، كانت مقاييس تحقيق غايات الأفراد لناحية عدد الأطفال الذي يحملون به موضع خلاف أيضاً. فقد اشتملت استطلاعات الرأي منذ أكثر من ثمانين عاماً على طرح أسئلة تتناول الرغبة في الحمل والولادة (بوشان وهيل، 1995)، غير أنّ الإجابات على هذه الأسئلة كانت عرضة لتفسيرات متعددة وفق الصياغة الدقيقة لكل سؤال. وقد تتأثر هذه الإجابات أيضاً بعامل التبرير بأثر رجعي، أي ميل الأفراد إلى مراجعة تفضيلاتهم السابقة بما يتلاءم مع عدد الأطفال الذين أنجبوهم. كما أنّ المخاوف المرتبطة بسريّة المعلومات قد تؤثر بدورها في كيفية إجابتهم عن هذه الأسئلة (فالنتي وآخرون، 2024). ومن الطبيعي أن تتغير الرغبة في الإنجاب مع تطوّر ظروف الحياة. ومع ذلك، أحرز تقدم في هذا المجال أيضاً؛ فعلى سبيل المثال، إنّ تقييم غايات الخصوبة التي تحققت ضمن أطر زمنية محددة قد يُسهّم في تحسين القدرة على التنبؤ بالنيات المُعلنة لدى الأفراد (برناردي وآخرون، 2015). ويعمل الباحثون كذلك على تطوير أساليب جديدة لقياس الأثر الناجم عن الصدمات والأزمات (مارتيلتو وآخرون، 2023)، والتوازن بين العمل والحياة الشخصية (كوروسكا وآخرون، 2023)، وعوامل أخرى تؤثر في نية الإنجاب.

وتُعد الجهود المبذولة لقياس مدى تمكّن الأفراد من تحقيق رغباتهم ونواياهم في الإنجاب بطريقة أكثر منهجية عبر البلدان جهوداً مشجعة أيضاً. ويهدف استطلاع الرأي المعني بالأجيال ومسائل النوع الاجتماعي إلى قياس نية الإنجاب. وتتناول هذا الاستطلاع البلدان الأوروبية بشكل أساسي مع إدراج عدد محدود من بلدان شرق آسيا وأمريكا اللاتينية (منظمة Generations and Gender Programme، بدون تاريخ). ويُعد استطلاع الرأي المعني بالديمغرافيا والصحة أحد أقوى الأدوات المستخدمة في قياس نية الإنجاب، غير أنه أُجري فقط في البلدان النامية وهو معلق حالياً قيد مراجعة

التمويل (ماندافيلي، 2025). وثمة جهود إضافية مرتقبة أيضاً؛ فعلى سبيل المثال، يعزّم صندوق الأمم المتحدة للسكان في وقت لاحق من هذا العام إجراء استطلاع رأي بشأن تحقيق الشباب والشابات لغايات الخصوبة الخاصة بهم، فضلاً عن العوائق والعوامل الميسرة لتحقيق هذه الغايات. ويغطي استطلاع الرأي هذا جميع أنحاء العالم، ويستند جزئياً إلى استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov (راجع الصفحة 34 لمزيد من التفاصيل).

يُعتبر فهم حالة عدم اليقين المتعلقة بالأهداف الإنجابية من المجالات التي لا تزال تحتاج إلى مزيد من العمل. فقد أظهر استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov لغرض إعداد هذا التقرير، أنّ 22 في المائة من المبحّثين في سن الإنجاب أشاروا إلى أنهم "لا يعرفون" أو "يفضلون عدم الإجابة" عند السؤال المطروح حول عدد الأطفال المثالي بالنسبة لهم، وأنّ 35 في المائة لم يتمكنوا من تحديد عدد الأطفال الذين يتوقعون إنجابهم، ما يشير إلى أنّ الشعور بعدم اليقين شائع للغاية ولكن البحوث لم تتناوله بالشكل الكافي.

ويمكن أن يعرّب الأفراد عن شعورهم بعدم اليقين ليس فقط إزاء إمكانية أن يصبحوا آباء أو أمهات، بل حتى أثناء فترة حمل شريكة الحياة. ورغم ذلك، عادةً ما يُصنّف الحمل ضمن فئتين اثنتين، فيكون إما مقصوداً أو غير مقصود، أو مخططاً له أو غير مخطط له، في حين أنّ الرغبة في الحمل قد تقع في منطقة وسطية بين هذين التصنيفين وقد تتغير بمرور الوقت. ويجري حالياً تطوير تدابير جديدة لرصد هذه الفوارق الدقيقة (المجموعة البحثية التعاونية ANSIRH، بدون تاريخ). ومن المتوقع أن تكون هذه البحوث ذات قيمة كبيرة لأنّ الحمل غير المقصود وغير المخطط له مرتبط بحصائل صحية أسوأ بكثير لدى الأمهات والأطفال (نيلسون وآخرون، 2020)، في حين أنّ النواتج المترتبة عن الشعور بعدم اليقين بشأن الحمل لا تزال غير مفهومة بشكل واضح (وكذلك نواتج الندم على الإنجاب، وهي موضوع آخر نادر ما تتناوله البحوث [جونسون وبيوتورسدوتير، 2023؛ بيوتورسوكي، 2021]).

وعلاوةً على ذلك، لا يوجد حتى الآن مقياس موحد أو شامل للصحة الجنسية والإنجابية، رغم أنّ الجهود جارية لتطوير مثل هذا المقياس. ويُعد المقياس الأقرب على الصعيد الدولي هو المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة، الذي يقيس الاستقلالية الجسدية، ويُقيّم قدرة المرأة على اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية الخاصة بها، وتنظيم الأسرة، وحققها في رفض ممارسة العلاقة الحميمة. ورغم أنّ هذا المقياس يمثل علامة فارقة في الجهود الرامية إلى فهم الاستقلالية الجنسية، إلا أنّ العديد من الجوانب في حرية خيار الإنجاب لا تزال مغلقة (راجع الصفحة 115).

بين المجيبين الأصغر سناً (روبرتس، 2019). ومن بين 1.5 مليون مجيب على استطلاع الرأي "ما يريده الشباب"، الذي أُجري في عام 2023 وتناول الشباب بعمر يتراوح بين 10 و24 سنة، رفض أكثر من 3 في المائة منهم تحديد هويتهم كرجال أو نساء (استطلاع الرأي "ما يريده الشباب"، بدون تاريخ). وتُثير هذه الاتجاهات تساؤلات بشأن الحكمة وراء تقييد توفير خدمات الإنجاب على الأزواج من جنسين مختلفين.

إعادة التفكير في الخيارات الإنجابية

في نهاية المطاف، يظل أعمق خيار إنجابي يمكن للفرد اتخاذه هو تقرير ما إذا كان سينجب طفلاً، ومتى، ومَن هو الشريك المناسب. وقد دأب صندوق الأمم المتحدة للسكان على التأكيد أنّ هذا الخيار لا يُتاح للعديد من النساء؛ إذ تشير التوقعات الأكثر شمولاً، التي تغطي أكثر من 150 بلداً، إلى أنّ نحو نصف جميع حالات الحمل على الصعيد العالمي هي حالات حمل غير مقصودة (بيراك وآخرون، 2020). ومع ذلك، فإنّ القدرة على تقادي الحمل غير المقصود ليست العامل الوحيد الذي يؤثر في قدرة الفرد على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الإنجاب. فمن أجل تحقيق تأثير حقيقي للصحة الجنسية والإنجابية على خصوبة الفرد، ينبغي علينا أيضاً أن نعترف بمعاناة أولئك الذين يريدون بشدة، وأحياناً يتوقون، إلى إنجاب طفل واحد أو عدة أطفال، ولكن يبقى هذا الحلم بعيد المنال بالنسبة لهم.

إنّ منع حالات الحمل غير المقصود، وتمكين حالات الحمل المقصود، يحلمان آثاراً بالغة الأهمية على حقوق الإنسان ورفاه الأفراد. وكلاهما يتطلب تهيئة بيئات داعمة، ووضع سياسات ملائمة، وتعزيز المعايير. وفي الحالتين، يتجه الباحثون وصنّاع السياسات بشكل متزايد إلى توسيع نطاق هذه القياسات لتشمل الرجال، وليس النساء فقط. ويجب ألا نحصر الرؤية في الأزواج من جنسين مختلفين، بل نضم أيضاً الأفراد ذوي هويات متنوعة من حيث النوع الاجتماعي، وكذلك الأفراد غير المتزوجين.

وبدلاً من السعي إلى التأثير على القرارات المتعلقة بالإنجاب لدى الأفراد، ينبغي لصنّاع السياسات أن يصمّموا سياسات تستفسر عن التفضيلات المعلنة للأفراد وتستجيب لها. وينبغي أن تسعى السياسات إلى التكيف مع الرغبات والتوقعات التي يعبر عنها الأشخاص أنفسهم، والتي تتغير مع تطوّر المعايير والظروف. فعلى سبيل المثال، تُظهر عمليات المسح العالمي للقيم بين عامي 1981 و2012 تزايد قبول العلاقات بين الأزواج من نفس الجنس على الصعيد العالمي، ولا سيّما

استطلاعات رأي إضافية سيتم تنفيذها

يعتزم صندوق الأمم المتحدة للسكان إجراء استطلاع رأي حول الخيارات الإنجابية للشباب في عام 2025، مسترشداً بنتائج استطلاع الرأي الذي أجراه بالتعاون مع شركة YouGov، كما ورد وصفه في هذا التقرير. ويهدف استطلاع رأي حول الخيارات الإنجابية للشباب إلى تعميق فهم الرغبات والنوايا الإنجابية لدى الشباب، بالإضافة إلى تحديد العوائق والعوامل الميسرة التي تؤثر في قدرتهم على تحقيق هذه الرغبات، وذلك في نحو 50 بلداً من مختلف أنحاء العالم. وسُتستخدم البيانات المستخلصة من هذا الاستطلاع في إرشاد عملية وضع السياسات والبرامج المصمّمة للاستجابة لاحتياجات عالماً متنوعاً ديمغرافياً.

أسر: من الهشاشة الاقتصادية، والتمييز بين الجنسين، إلى غياب الدعم من الشريك والمجتمع، ورداءة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والتشاؤم حيال المستقبل، وغيرها من التحديات. وتمثل هذه العوامل مجالات رئيسية يمكن بل ويجب على صنّاع السياسات معالجتها، بما يضمن تمكين جميع الأفراد من تكوين الأسر التي يرغبون بها في إطار بيئات تضمن لهم الأمان والتمكين الضروريين لتحقيق هذه الأهداف.

يجب أن نتجاوز التركيز على المعدل الكلي للخصوبة عند وضع السياسات، ولا بدّ أن نعتزف بأننا أينما نظرنا سنجد نسباً كبيرة من البالغين الذين يتجاوزون أهدافهم الإنجابية، ونسباً أخرى تعجز عن تحقيق هذه الأهداف، وأنّ كثيرين يمرّون بكلتا الحالتين خلال مراحل مختلفة من حياتهم. وفي هذا السياق، يكشف التقرير أنّ العوائق التي تعترض الأفراد في سعيهم لتجنب الحمل غالباً ما تتشابه مع تلك التي يواجهونها في سعيهم إلى تكوين



عمل فني من إبداع ساليان هاربيهي

مَن يقرر؟ خيار الهندسة وتقويض السيطرة

الخضوع لتعقيم طوعي شروطاً مشددة، مثل اشتراط موافقة الزوج، أو إنجاب أطفال مسبقاً، أو إثبات وجود مخاطر صحية مرتبطة بالحمل، ما يجعل من الصعب عملياً على النساء العازبات اللواتي لم ينجبن أطفالاً الوصول إلى هذه الخدمات (ريتش ونوتويا، 2024).

في المقابل، لا يُطبق التشجيع على زيادة الإنجاب بشكل متساوٍ على جميع الفئات السكانية؛ إذ تُعطي الأفضلية غالباً للنساء المتزوجات من الطبقات الوسطى والعليا والمغائرات جنسياً، باعتبارهن المرشحات المثاليات للأمومة. وتُستبعد النساء العازبات، وأفراد مجتمع الميم والأشخاص ذوو الدخل المحدود، من الاستفادة من هذه المزايا (ريتش ونوتويا، 2024). وتُسهم هذه السياسات في تعزيز الأعراف المبنية على عدم المساواة بين الجنسين، ما يكرس فكرة أن الدور الأساسي للمرأة يتمثل في الإنجاب، ويؤدي إلى تهميش الهياكل الأسرية المتنوعة والطموحات الفردية. ونتيجة لذلك، يقع عبء معالجة معدلات الخصوبة المنخفضة بشكل غير متناسب على عاتق فئات محددة من النساء، ما يعمق أوجه عدم المساواة ويحدّ من الصحة الجنسية والإنجابية.

غير أن السياسات المؤثرة على الخصوبة، والأعراف الاجتماعية التي تُقوض الخيارات الإنجابية، غالباً ما تتم مجابهتها بالرفض. لقد عمد الأفراد والمجتمعات التي تتعرض لهذه التحديات إلى تطوير استراتيجيات لتأكيد استقلاليتهم في حياتهم الإنجابية. فعلى سبيل المثال، ظهرت في جمهورية كوريا حركة 4B (أي حركة رفض المواعدة والعلاقات الحميمة والزواج والإنجاب) حيث نشأت كردّ فعل جماعي ضد الأعراف الراسخة المبنية على النوع الاجتماعي والتوقعات الاجتماعية المتعلقة بالإنجاب. وتنعكس أيضاً مقاومة للعنف المبني على النوع الاجتماعي الذي تسهله التكنولوجيا، بما في ذلك الجرائم الجنسية الرقمية وكراهية

على مرّ التاريخ، سعت الحكومات والمجتمعات إلى التأثير على خصوبة المرأة باستخدام أساليب متباينة، تراوحت بين السياسات القسرية والحوافز المالية والوصمة الثقافية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). وغالباً ما يتم اتخاذ هذه التدابير بناءً على افتراضات أبوية وقومية تُعطي الأولوية للاحتياجات الوطنية أو المجتمعية على حساب الصحة الجنسية والإنجابية للأفراد.

ورغم أن هذه الديناميات ليست بالأمر الجديد، إلا أن التصاعد الأخير في الخطاب والسياسات الشعبوية قد زاد من حدة محاولات التأثير على استقلالية المرأة الإنجابية، ما حرّك الصراعات والمفاوضات وأثار الرفض حول هذه القضية. وعلى وجه الخصوص، في ظلّ تزايد النظر إلى انخفاض معدلات الخصوبة بوصفه أزمة وطنية، تتجه الحكومات نحو اعتماد سياسات تهدف إلى تعزيز معدلات الإنجاب، ما يؤدي في كثير من الأحيان، إلى ترسيخ معايير عدم المساواة بين الجنسين، وإلى تصاعد المخاوف المتعلقة بالاستقلالية الجسدية والإنجابية للنساء.

تُعد السياسات المتعلقة بالخدمات الطبية الإنجابية من أبرز الوسائل المباشرة التي تتحكم من خلالها الحكومات في تنظيم الخصوبة. في جمهورية كوريا مثلاً، لا تدرج خدمات الإجهاض في نظام التأمين الصحي الوطني، في حين تقدم بعض الحكومات المحلية حوافز مالية لإجراءات مثل إيقاف مفعول قطع القناة المنوية عند الذكور أو إلغاء ربط الأنابيب جراحياً لمنع الإخصاب عند الإناث (أبلز ويون، 2024). وفي العديد من البلدان، يتم تجريم الإجهاض أو فرض لوائح صارمة تعرقل الوصول إلى رعاية إنجابية آمنة وفي الوقت المناسب (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، بدون تاريخ). وتضع بلدان أخرى عراقيل أمام الحصول على التعقيم الطوعي. في اليابان مثلاً، تواجه النساء الراغبات في

بدلاً من العمل بما يتعارض
مع رغبة الأفراد في تمتعهم
بالصحة الجنسية والإنجابية،
ينبغي للسياسات والأنظمة
والبيئات أن تحترم تطلّعاتهم
الإنجابية وأن تدعمها.

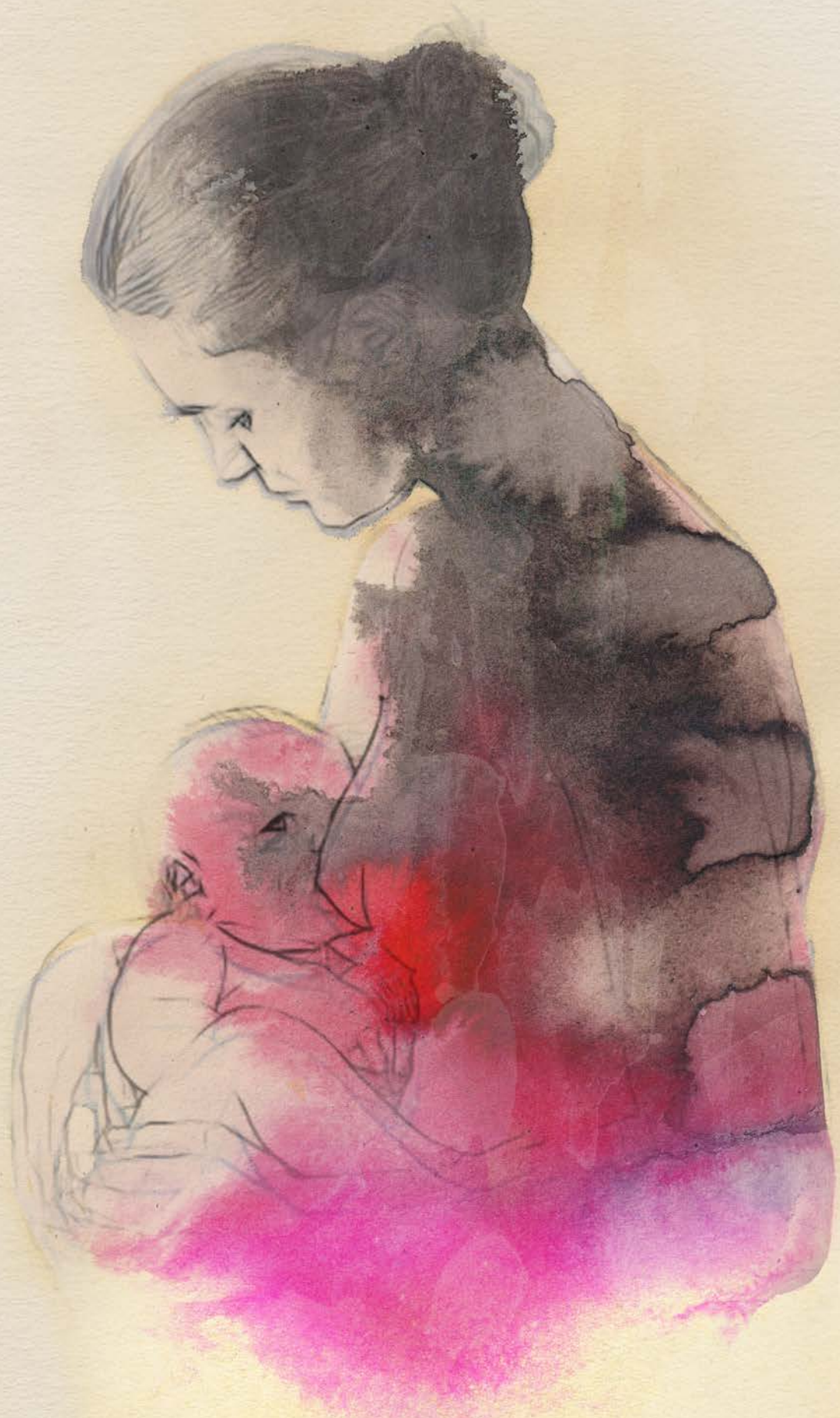
والجدير بالذكر أنّ استراتيجيات المقاومة هذه تسلّط
الضوء على مدى شيوع سعي الأشخاص والجماعات إلى
استعادة القدرة الفردية على التحكم في أجسادهم. بدلاً من
العمل بما يتعارض مع رغبة الأفراد في تمتعهم بالصحة
الجنسية والإنجابية، ينبغي للسياسات والأنظمة والبيئات
أن تحترم تطلّعاتهم الإنجابية وأن تدعمها. ويتطلّب
تحقيق ذلك توفير رعاية صحية متاحة للجميع، ووضع
سياسات مراعية للأسرة، وضمان توفير تثقيف إنجابي
شامل يولي الأولوية للاستقلالية الفردية واتخاذ الخيارات
الإنجابية المستنيرة.

نص كئنتبه الدكتور كيم سون هاي، الأستاذة المساعدة في
دراسات المرأة بجامعة إيوها النسائية، والمؤسسة المشاركة
لمركز SHARE (مركز الحقوق الجنسية والعدالة الإنجابية)
في جمهورية كوريا.

النساء عبر الإنترنت، وهي ظواهر تهدد استقلالية الصحة
الجنسية والإنجابية للأفراد. وعلى نحو مماثل، في الولايات
المتحدة تعمل حركة الصفاء الصبياني (boysober) حيث
يختار الذكور العزوبة، كشكل من أشكال المقاومة ضد
التوقعات الأبوية والمعيارية فيما يتعلق بالعلاقات والجنس.
واللافت أنّ هذه الحركة نشأت جزئياً كنتيجة لظاهرة incel
(أي العزوبية غير الطوعية) التي تم الترويج لها عبر
الإنترنت والتي تنشر خطابات قائمة على الكراهية ضد
النساء، إذ ترسخ الفكرة القائلة إنّ الرجل يشعر أنّه يستحق
العلاقة الحميمة.

تُسهّل وسائل التواصل الاجتماعي انتشار كل من حركة
4B وحركة boysober، ما يبرز سرعة انتشار الأفكار
عبر الحدود الوطنية بما يمكن الأفراد من مقاومة القيود
والضغوط المجتمعية المفروضة عليهم. وبالمثل، ظهرت
شبكات سرية في الواقع وعلى الإنترنت في أماكن يتم
فيها تقييد الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة والإجهاض،
وبالتالي ساهمت تلك الشبكات بتقديم دعم سري للأشخاص
الساعين إلى الحصول على هذه الخدمات. فعلى سبيل
المثال، في العديد من بلدان أمريكا اللاتينية التي تطبق
قوانين صارمة بشأن الإجهاض، يتزايد الاعتماد على
الإجهاض الدوائي المُدار ذاتياً، وهي مبادرات تيسرها
شبكات التضامن العالمية التي تتشارك الموارد والإرشادات
(برغر وكليمنتوف، 2024).

ويُعد السفر عبر الحدود للحصول على خدمات الصحة
الإنجابية استراتيجية أخرى لمقاومة القيود المفروضة
على الإنجاب، لا سيّما في سبيل الحصول على خدمات
الإجهاض والاستفادة من تكنولوجيا المساعدة على
الإنجاب. في الأماكن التي يُحصر فيها الوصول إلى
تكنولوجيا المساعدة على الإنجاب بالأزواج المغايرين
جنسياً، تسافر النساء العازبات وأفراد مجتمع الميم بشكل
متزايد إلى الخارج للاستفادة من أنظمة صحية تتبنى
سياسات أكثر شمولاً (بلمونت وآخرون، 2021). ومع
ذلك، تبقى هذه الخيارات متاحة فقط لأولئك الذين يمتلكون
القدرة على التنقل ولديهم الموارد المالية اللازمة، وبالتالي
تُحرم شرائح كبيرة من الوصول العادل إلى هذه الخدمات.



الفصل الثاني

فتح نافذة الفرص في مجال السياسات

وفي هذا الصدد، لطالما عُولمت توجيهات السياسة العامة باعتبارها متميزة على نحو قاطع؛ فالسياقات ذات الخصوبة المرتفعة تُعد بحاجة إلى جهود للحد من الحمل غير المقصود وتشجيع تعليم الفتيات وتمكينهن، بينما يُنظر إلى السياقات ذات الخصوبة المتدنية على أنها تتطلب إعانات لتنشئة الأطفال ودعمًا لإجازة الوالدين، غير أن هذا التصنيف المتباين لا يعكس تعقيد الواقع الذي يقيد القدرة على الإنجاب وتكوين الأسرة في مختلف السياقات، كما لا يوفر مجموعة السياسات المتكاملة اللازمة في كل مكان.

الحواجز التي تعيق التطلعات الإنجابية

تتعدد أشكال الحواجز التي تحول دون تمكّن الأفراد من تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه، ما يستدعي طرح أسئلة لفهم هذه العوائق بعمق. وتجدر الإشارة إلى أن مجرد معرفة عدد الأطفال الذين يرغب الناس في إنجابهم، والتحديات التي يواجهونها، قد يفضي إلى تدخلات سياساتية غير كافية أو غير ملائمة.

فعلى سبيل المثال، أظهر استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، أن 1 في المائة فقط من المجيبين دون سن الخمسين عاماً في إيطاليا، توقعوا إنجاب عدد أطفال يفوق حجم الأسرة المرغوب فيه، مقابل 14 في المائة توقعوا إنجاب عدد أقل من المرغوب فيه (راجع الشكل 4). وإذا ما نُظر إلى هذه البيانات بمعزل عن السياق، فقد يبدو أن الموارد المخصصة لدعم وسائل تنظيم الأسرة ينبغي توجيهها نحو برامج صحية واجتماعية تُعزّز تكوين الأسرة. غير أن نحو 25 في المائة من الإيطاليين الذين شملهم الاستطلاع أشاروا إلى أنهم تعرّضوا لتجربة حمل غير مقصود في علاقتهم مع الشريك، ما يؤكد أيضاً الحاجة إلى استمرار تقديم خدمات تمنع حالات الحمل غير المقصود (راجع الشكل 1 في الصفحة 15).

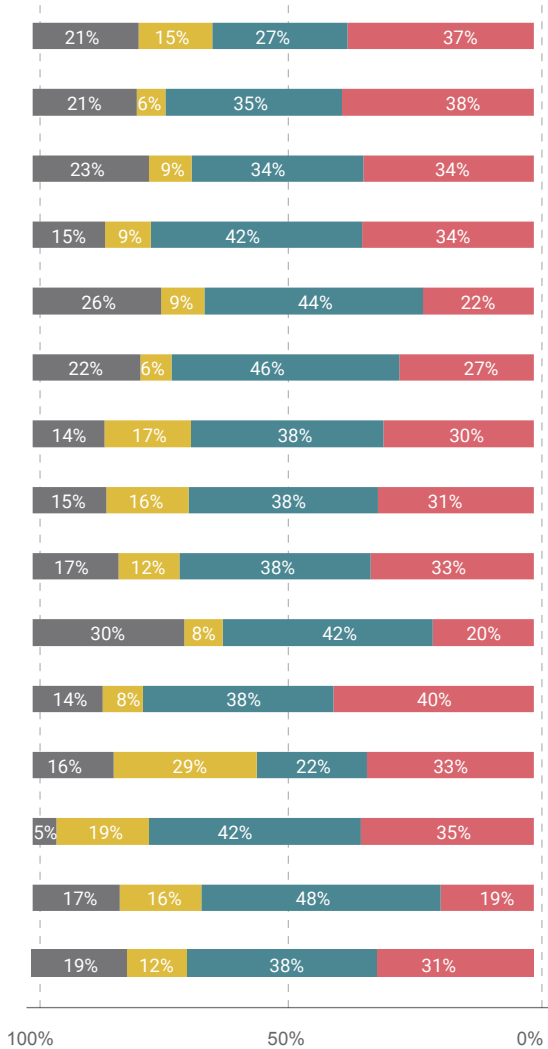
إن الفجوة بين الخصوبة المرغوبة والمحققة موجودة في كل مكان ننظر إليه، وفي بعض الأماكن تكون هذه الفجوة بمثابة هوة. وقد ركّز صنّاع السياسات طويلاً على جانب واحد من هذه الفجوة، يتمثل في حالات الحمل غير المقصود. والجدير بالذكر أن الحمل غير المقصود، في سياق الأسر، يمكن أن يشير إلى الفارق بين التخطيط الدقيق لإنجاب عدد الأطفال المرغوب فيه، واستنزاف موارد الأسرة إلى أقصى حد لتلبية احتياجات عدد أكبر من الأطفال. أمّا بالنسبة للمرأة، فقد يعني هذا الحمل الارتباط بشريك مسيء مدى الحياة (غولي وآخرون، 2020). وبالنسبة لكلا الوالدين، فإنّ الحمل غير المقصود قد يجبرهما على الانقطاع عن التعليم أو المسار المهني (اللجنة المعنية بالحمل غير المقصود في معهد الطب [الولايات المتحدة]، 1995). وأمّا الطفل المولود نتيجة هذا الحمل، فيواجه خطر الولادة المبكرة، وانخفاض الوزن عند الولادة، وتبعات صحية سلبية على المدى الطويل (بومر وآخرون، 2024؛ نيلسون وآخرون، 2020).

اليوم، ومع انتقال بلدان العالم نحو مستقبل تتدنّى فيه معدلات الخصوبة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025)، تسعى العديد من هذه البلدان إلى معالجة قلق من نوع آخر، يتمثل في إنجاب عدد من الأطفال أقل من المرغوب فيه. بالنسبة لهؤلاء الأفراد، تشكّل الفجوة في مجال الخصوبة فراغاً في الأسرة يُؤمل أن يملأه الأطفال. وفي المقابل، قد يتفاقم شعور بالفقد لدى من تخلّوا تماماً عن فكرة الإنجاب، نتيجة لوصمهم بـ "الأنانية" أو عدم النضوج. وفي الوقت نفسه، يزداد عدد من يختارون طوعاً مواصلة حياتهم بدون إنجاب (غولوفينا وآخون، 2024؛ هينتز وتوكر، 2023)، إذ يتيح هذا الخيار مسارات بديلة للسعادة والازدهار (ستانكي وآخرون، 2022)، لكنه قد يؤدي أيضاً إلى مصاعب عندما يفرض المجتمع أو القانون عقوبات على مثل هذا القرار (تاناكا وجونسون، 2014).

الفرق بين عدد الأطفال المثالي وعدد الأطفال المتوقع/المحقق لدى المستطلعة آراؤهم

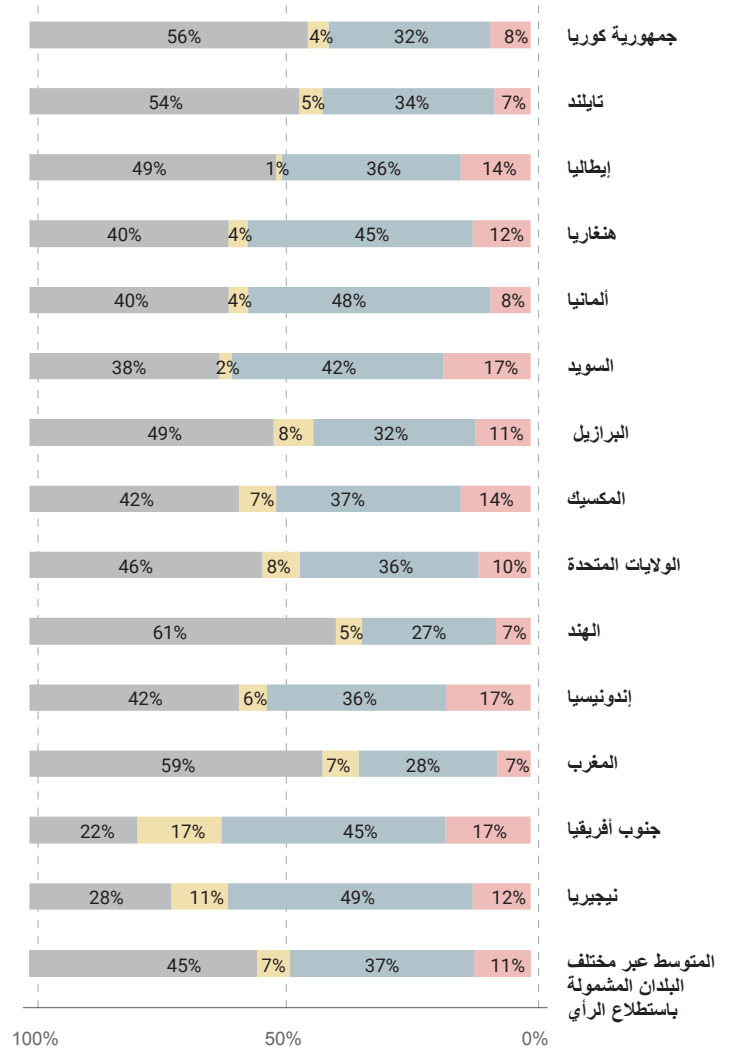
عدد الأطفال المثالي مقابل عدد الأطفال المحقق،
للأشخاص فوق سن 50 عاماً**

● أنجبوا أقل من العدد المثالي
● أنجبوا أكثر من العدد المثالي
● لا يعرفون/يفضلون عدم الإفصاح



عدد الأطفال المثالي مقابل عدد الأطفال المتوقع،
للأشخاص دون سن 50 عاماً*

● يتوقعون عدداً أقل
● يتوقعون عدداً أكبر
● لا يعرفون/يفضلون عدم الإفصاح



سُئل المشاركون عن العدد المثالي للأطفال بالنسبة لهم (راجع الشكل (8)). سُئل المشاركون دون سن 50 عاماً عن عدد الأطفال الذي يتوقعون إنجابهم، وسُئل المشاركون فوق سن 50 عاماً عن عدد الأطفال الذي أنجبوه فعلياً. في جميع البلدان، هناك عدد كبير من الأشخاص الذين ينجبون أكثر أو أقل من تطلعاتهم الإنجابية، بغض النظر عن المعدل الكلي للخصوبة.

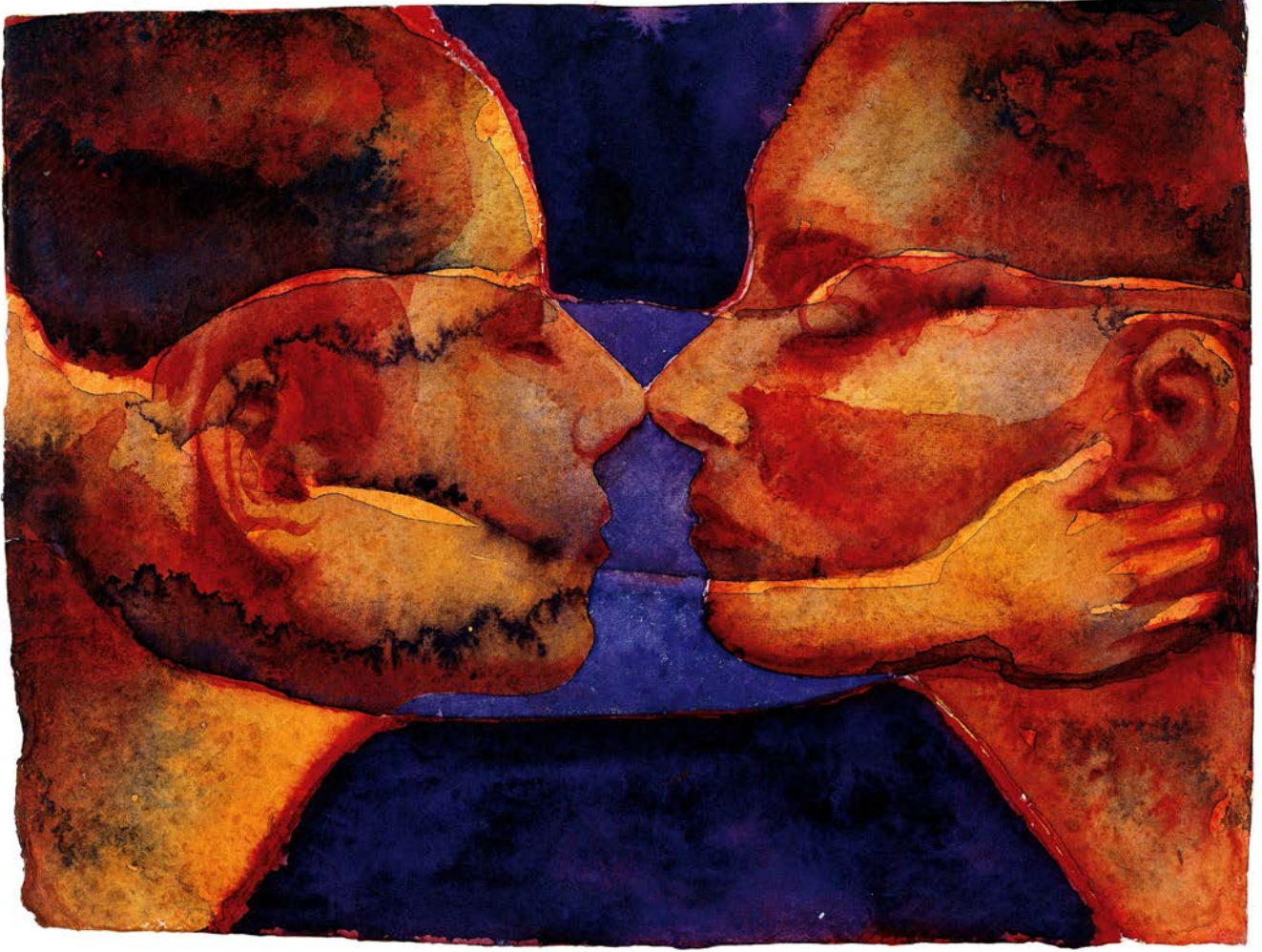
* يُحتمل أنهم لا يزالون في فترة الإنجاب من حياتهم.

** يُرجح أن تكون فترة الإنجاب قد انتهت في حياتهم.

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov.

ومن اللافت أنّ نحو 13 في المائة من المجيبين في البلدان الـ 14 المشمولة في الاستطلاع قالوا إنهم مرّوا بالتجربتين معاً: حمل غير مقصود، وفترة أرادوا فيها الإنجاب لكن تعذّر عليهم ذلك (راجع الشكل 5). وقد تبدو هذه النتيجة محيرة: كيف يمكن أن يمرّ الشخص بتجربتين متناقضتين؟ إلا أن التفسير الأرجح يكمن في أهمية توقيت الحمل وظروفه؛ وبالنسبة لهؤلاء المجيبين، يبدو أنّ الحمل كان مرغوباً في ظلّ ظروف معيّنة، ربّما في عمر محدد أو من شريك معيّن أو عند كسب

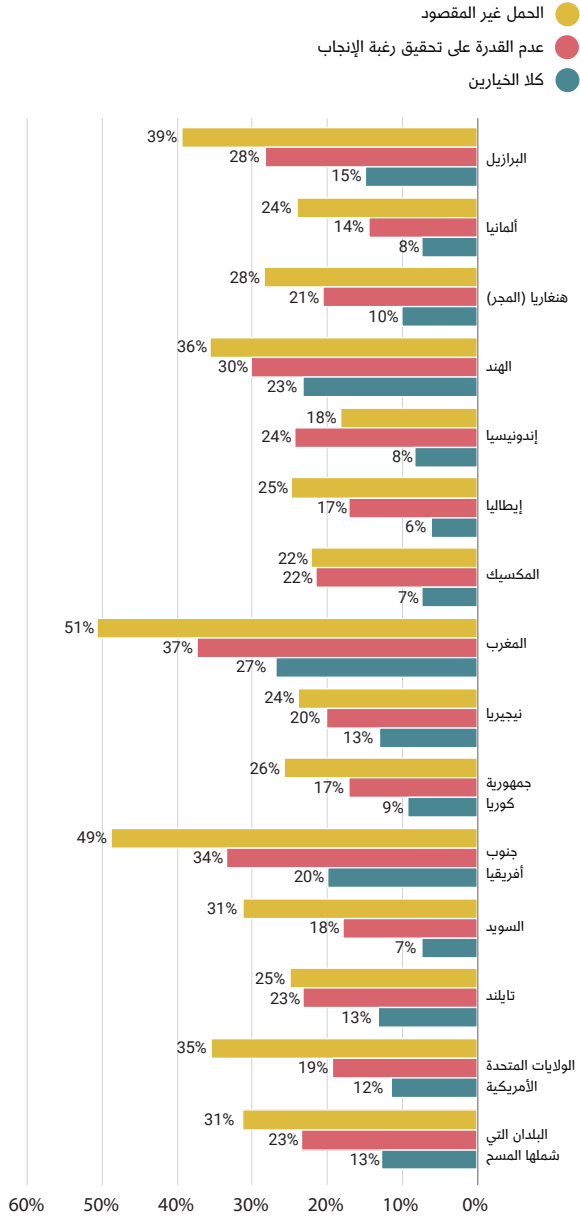
بالمثل، كانت جنوب أفريقيا البلد الذي سجّل أعلى معدّل لتجاوز الخصوبة المتوقعة، إذ توقّع 17 في المائة من المجيبين، رجالاً ونساءً، إنجاب عدد من الأطفال يفوق حجم الأسرة المثالي. وقد يُفترض أنّ البرامج الداعمة لتكوين الأسرة أقلّ أهمية في مثل هذا السياق، غير أن 34 في المائة من المجيبين في جنوب أفريقيا أفادوا بأنهم، في وقت ما، أرادوا إنجاب طفل لكنهم شعروا بعدم القدرة على ذلك حينها، ما يدلّ على أن كثيرين قد يحتاجون أيضاً إلى دعم لتحقيق تطلعاتهم الإنجابية.



عمل فني من إبداع غراهام دين

الشكل (5)

التعرّض لتجربة حمل غير مقصود ولتجربة رغبة غير محققة بإنجاب طفل



تعرّضت نسبة كبيرة من الأشخاص للتجربتين معاً، أي الحمل غير المقصود والمرور بوقت لم يتمكّنوا فيه من تحقيق رغبتهم بإنجاب طفل.

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov.

دخل محدد؛ في حين أنّ الحمل لم يكن مرغوباً في ظلّ ظروف أخرى. (راجع مربع النص في الصفحة 44).

ما يترتّب على ذلك هو صورة مقلقة للعوائق التي تعترض الصحة الجنسية والإنجابية في كل بلد خضع للتحليل. إلا أنّ الأهم هو أنّ هذه الصورة تسلّط الضوء على عدد الأشخاص الذين يمكن أن يستفيدوا من الخدمات والبرامج المصمّمة لمساعدتهم على تحقيق أهدافهم الإنجابية، إذ تفتح هذه المعطيات فعلياً "نافذة فرص سياساتية" (غوتبيه، 2007). فعندما تُصمّم التدخلات السياساتية من منظور متمحور حول الإنسان، يقوم على الشمول، وحقوق الإنسان، والكرامة، والإنصاف بين الجنسين (جيتل-باستن وآخرون، 2022)، فإنها قادرة، على الأقل، على تذليل بعض هذه الحواجز، بما يمكن الأفراد والأزواج من تحقيق تطلّعاتهم في مجال الخصوبة، أيّاً كانت تلك التطلّعات (غوتبيه وجيتل-باستن، 2024). ويتناول هذا الفصل السياسات التي تُشكّل في الوقت الراهن عوائق أمام تحقيق غايات الخصوبة، كما يستعرض السياسات التي تسهم في دعم هذه الأهداف، من خلال تحليلها في سياقات قطاعية تشمل الصحة، والاقتصاد، والإسكان، إلى جانب السياسات المعنية بتعزيز التنمية البشرية والمساواة بين الجنسين.

الحمل غير المقصود: ليس حلاً

قد يتساءل صناع السياسات عما إذا كان الحمل غير المقصود يشكل حلاً لعدم تحقيق معدلات الخصوبة المرغوبة على المستوى الفردي، أو لمعدلات الخصوبة المتدنية على المستوى الكلي. والإجابة هي: لا.

فالنساء غالباً ما يتحملن تبعات الحمل غير المقصود مدى الحياة، حتى عندما يُقبل هذا الحمل ويُحتفى به لاحقاً. فالفتيات اللواتي يحملن في سن المدرسة قد يضطرنّ للتوقف عن الدراسة أو يُطردنّ من المدرسة. وفي ظل عدم اكتمال التعليم، غالباً ما تواجه الأمهات الشباب صعوبات في الحصول على عمل لائق؛ فقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أن الولادات غير المخطط لها تقلل من مشاركة القوى العاملة بنسبة تصل إلى 25 في المائة (نويفو- شيكيرو، 2010). ويمثل الحمل غير المقصود تحدياً للأنظمة الصحية، إذ يرتبط بمضاعفات مثل النزيف بعد الولادة، والولادة المبكرة، ومقدمات الارتعاج، والتأخر في تلقي الرعاية ما قبل الولادة. كما أن النساء اللواتي يمررن بتجربة حمل غير مقصود يكنّ أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، مقارنة بالنساء اللواتي يحملن بإرادتهن. وأما الأطفال المولودون نتيجة هذا النوع من الحمل، فغالباً ما يعانون من نواتج صحية أضعف.

وتتعدّى آثار الحمل غير المقصود الجانب الصحي، لتصل إلى انتهاكات محتملة لحقوق الإنسان. وفي بعض الأماكن، قد تتعرض النساء والفتيات لخطر ما يسمى "جرائم الشرف" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022)، على سبيل المثال، إذا حدث الحمل خارج إطار الزواج. كما أنّ كثيراً من حالات الحمل غير المقصود تنجم عن عنف جنسي؛ إذ أظهرت دراسة شملت هايتي، ونيجيريا، وملاوي، وأوغندا، وزامبيا أن أكثر من ثلث الناجيات أبلغن في بعض الحالات عن حدوث حمل نتيجة أول أو آخر مرة تعرّضن فيها للجماع القسري أو تحت الضغط (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022). وقد اعتبر مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة أن إجبار الناجيات من الاغتصاب على الاستمرار في الحمل رغماً عن إرادتهنّ هو انتهاك لحقوق الإنسان قد يرقى إلى مستوى التعذيب (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2013).

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ العديد من حالات الحمل غير المقصود ليست بالضرورة حالات حمل غير مرغوب فيه، ولكنها حدثت بتوقيت غير مناسب، وأسفرت عن تداعيات متزايدة في ظلّ التباين بين توقيت الحمل الفعلي والتوقيت المرغوب فيه لدى الأم. وإنّ الحمل الذي يحدث بتوقيت غير مناسب أبداً من المرجح أن تؤدي إلى ولادة مبكرة مع نتائج أسوأ في التعليم والتوظيف (نجوين، 2018؛ بولي وآخرون، 2002).

وأولئك الذين يميلون إلى رؤية الحمل غير المقصود كحل لمعدلات الخصوبة المنخفضة قد يعتبرون أن تبني الأطفال هو البديل المفضل لمنع الحمل غير المقصود أو إنهائه (كوبر ديفيس، 2022). ولكن رغم أنّ التبني قد يشكل تجربة سعيدة لجميع الأطراف المعنيين، إلا أنّه لا يُعتبر احتمالاً ممكناً للجميع وقد ينطوي على آثار سلبية (برودزينسكي وآخرون، 2021)، وبالتالي لا يُعدّ بديلاً عن حاجة الإنسان إلى التمتع بالوكالة على جسمه وحياته الإنجابية.

وأخيراً، تظهر البيانات التي جمعها صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع مؤسسة YouGov الدولية أن نسبة كبيرة من الناس، في كل بلد شمله الاستطلاع، يرغبون بالفعل في إنجاب الأطفال ولكنهم يفتقرون إلى الظروف المواتية والخدمات المطلوبة. ولذلك ينبغي للتدخلات أن تسعى إلى دعم القدرة الإنجابية لجميع الناس، بما في ذلك أولئك الذين يرغبون بشكل إيجابي في أن يصبحوا آباء.

السياسات المعنية بالصحة

لتنظيم الأسرة 8 في المائة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025)، إلى جانب استمرار تقييد الاستقلالية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ما يحدّ من قدرة الأفراد على اتخاذ قرارات مستنيرة وحرّة (بيتمان وسينوت، 2024؛ سندبروفيتش، 2020). ولكن ثمة قيود أخرى تُفرض على الاستقلالية الجسدية أيضاً. حتى عام 2025، لم تكن 44 في المائة من النساء والفتيات في العالم يتمتعن بالاستقلالية الجسدية أو سلطة اتخاذ القرار فيما يخص العلاقات الجنسية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والحصول على رعاية الصحة الإنجابية (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025).

والواضح أنّ هناك حاجة إلى أمرين: أولاً وضع سياسات أفضل لناحية تمكين الأشخاص من تجنّب حالات الحمل غير المقصود وثانياً إنجاب الأطفال عندما يشعر الأشخاص بأنهم مستعدون لهذه الخطوة. ويتطلب ذلك ضمان توفر المجموعة الكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ودمجها بفعالية في أنظمة الرعاية الصحية الأولية. ولسوء الحظ، تبدو الأنظمة الصحية غير قادرة على تقديم المجموعة الكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، سواء بسبب سوء إدماج هذه الخدمات داخل أنظمة الرعاية الصحية، أو تحيّر مقدّمي الخدمات، أو عدم توافر السلع الإنجابية بشكل كافٍ (وهذا لا يقتصر على وسائل تنظيم الأسرة وإنما يشمل أيضاً الأدوية المتعلقة بصحة الأمهات وعلاجات الأمراض المعدية المنقولة جنسياً) أو قيود أخرى.

الوصول إلى مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الإنجابية وجودتها

تؤثر جودة الرعاية بشكل مباشر على الرغبة في الإنجاب. فعلى سبيل المثال، تؤثر جودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد على التطلّعات المستقبلية لدى المرأة فيما يتعلق بالخصوبة. والجدير بالذكر أنّ تجربة الولادة العصبية بسبب العنف الممارس

تُعد السياسات المعنية بالصحة من أكثر الوسائل فعالية في دعم وتوسيع خيارات الإنجاب، وقد تجلّى ذلك بوضوح في التقدم العالمي الذي تحقّق خلال العقود الثلاثة الماضية في الاستقلالية الإنجابية للنساء. ففي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة عام 1994، وقّعت 179 حكومة على برنامج عمل تضمن التزاماً بتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). ومنذ ذلك الحين، ازدادت إمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة وارتفع الوصول القانوني إلى الإجهاض، إذ قامت 60 بلداً بتعديل قوانينها لتخفيف القيود المفروضة على الإجهاض (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، بدون تاريخ)، كما تم تشريعه مؤخراً في الأرجنتين، كولومبيا، أيرلندا، المكسيك، البرتغال، وأوروغواي (بيكيت وآخرون، 2024). كما أنّ فرنسا منحت النساء "الحرية المكفولة" في الحصول على الإجهاض باعتباره حقاً دستورياً في عام 2024 (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، 2024).

ورغم ذلك، لم يكن التقدم في السياسات خطياً؛ فقد شهدت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تراجعاً في بعض المناطق، مع فرض قيود جديدة على الاستقلالية الجسدية (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2024). ففي عام 2021، شدّدت بولندا قيودها على الإجهاض، مانعة إياه حتى في حالات التشوّه الشديد للجنين، وفي عام 2022، ألغت الولايات المتحدة ضمانات طويلة الأمد لحقوق الإجهاض، ما أدى إلى تجريمه في عدة ولايات. كما ارتفعت معدلات الإجهاض في المملكة المتحدة، حيث أدى انتشار المعلومات الخاطئة عبر وسائل التواصل الاجتماعي (ماك إيفيني، 2023) إلى التراجع عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة الهرمونية الموثوقة (ماك ني وآخرون، 2025).

وعلى مستوى العالم، تبلغ نسبة النساء بعمر يتراوح بين 15 و 49 عاماً ممّن يواجهنّ حاجة غير ملبّاة

الرعاية الخاصة بالعقم

على مدى العقود الماضية، جرى بذل جهود كبيرة لتحسين التوافر والجودة في برامج تنظيم الأسرة، ورعاية صحة الأمهات، وخدمات الولادة الآمنة. ونتج عن ذلك عدد كبير من دراسات الحالة الموثقة التي تُظهر كيفية تحقيق ذلك، من المجتمعات الريفية منخفضة الدخل إلى المراكز الحضرية الغنية. إلا أنّ ما تفتقر إليه معظم البلدان هو الخبرة في مجال تطوير وتنفيذ خدمات متاحة وميسورة التكلفة وعالية الجودة لمعالجة العقم والوقاية منه.

ويُقدَّر على مستوى العالم أنّ هناك شخص واحد يعاني من العقم في مرحلة ما من حياته من بين كل 6 أشخاص (منظمة الصحة العالمية، 2023). تم تقدير هذا الرقم بناءً على التعريف الطبي للعقم: عدم القدرة على الحمل رغم ممارسة الجماع على نحو متكرر بدون استخدام واقٍ لمدة سنة. ومع ذلك، عندما نأخذ مقصد الإنجاب في الحسبان (باسيت- ويتيغ وبوجارد، 2021) ونعتبر أنّ الأفراد مصابون بالعقم ما لم يتمكنوا من الحمل بعد محاولات متكررة لمدة عام واحد، وجد صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركة YouGov الدولية لاستطلاعات الرأي أنّ انتشار العقم أوسع بقليل في البلدان المشمولة بالدراسة الاستقصائية: حالة بين كل 5 أشخاص (21 في المائة) من بين الأشخاص المصابين بالعقم الذين شاركوا في استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركة YouGov، تبيّن أنّ أكثر من 60 في المائة منهم تمكنوا من إنجاب طفل (أو من إنجاب طفل آخر إذا كانوا مصابين بعقم ثانوي). ومع ذلك، قال 40 في المائة منهم إنهم لم يتمكنوا من إنجاب طفل في نهاية المطاف.

يُصاب الإنسان بالعقم نتيجة أسباب متنوّعة مثل عدم معالجة الأمراض المعدية المنقولة جنسياً أو عدم انتظام الجهاز التناسلي الأنثوي أو الذكري أو عوامل الخطر المرتبطة بالعمر والبيئة ونمط العيش. وأحياناً يُصاب الإنسان بالعقم بدون أسباب (منظمة الصحة العالمية،

في طب التوليد وأمراض النساء وبسبب العمليات الطبية التي تُجرى بدون موافقة مسبقة، والضغط الممارس أثناء الرضاعة، جميعها مرتبطة بتراجع الرغبة في تكرار الحمل (مينيلو وآخرون، 2024). يُضاف إلى ذلك أنّ عدم توفر خدمات صحية ملائمة للمراهقين قد يعرّض المراهقات لخطر الحمل (غزاييل وآخرون، 2024).

ولا شكّ في أنّ هذه الأمور مهمة ولا تقتصر على تمكين الأشخاص من تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه. تجدر الإشارة أيضاً إلى أنّ جودة الرعاية وشموليتها أمر أساسي لضمان صحة المجتمعات ورفاهها. ومع ذلك، غالباً ما تكون الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات غير متوفرة ببساطة. وفي حين أنّ هذه الخدمات غالباً ما لا تتوافر في السياقات عالية الخصوبة، إلا أنّها لا تتوافر كذلك في الأوضاع منخفضة الخصوبة. ويزداد القلق في الولايات المتحدة (هاوارد، 2024) بسبب نقص الأطباء السريريين المختصين بمجال التوليد، ما يؤدي إلى "شحّ في رعاية الأمهات" وارتفاع خطر الوفاة (والاس وآخرون، 2021). أما البلدان الأخرى التي تسجّل معدلات ولادة منخفضة فتُغلق فيها أقسام الولادة وتُفقد فيها الخبرات في مجال التعامل مع مضاعفات التوليد، وهذا يترافق مع آثار سلبية على النساء وأطفالهنّ (هوفمان وآخرون، 2023؛ كيليدي وآخرون، 2015).

وقد ظهرت هذه المشكلة في استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، حيث تبيّن أنّ قرابة 1 من كل 5 مجيبين (أي 18 في المائة) تعرّض لوضع لم يستطع فيه الحصول على خدمات طبية أو صحية متعلقة بتنظيم الأسرة أو الإنجاب. وتراوحت هذه النسبة بين 10 في المائة بألمانيا و33 في المائة بالمغرب، ما يعني أنّ الأنظمة الصحية في جميع البلدان تحتاج إلى تحسينات لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية لدى السكان.

2024ب). والجدير بالذكر أنّ معدلات انتشار العُقم متشابهة إلى حدّ كبير بين البلدان مرتفعة ومنخفضة الدخل رغم أنّها تختلف حسب الدراسات وأساليب القياس. فحسب بعض القياسات مثل انتشار العُقم في فترة زمنية محددة، تُعتبر أفريقيا المنطقة التي تُسجّل أعلى معدلات العُقم (منظمة الصحة العالمية، 2023) حتى لو كانت هذه القارة تُسجّل بعضاً من أعلى معدلات الخصوبة. (راجع مربع النص في الصفحة 95 عن العُقم في أفريقيا). لسوء الحظ، غالباً ما يتم إهمال هذه المشكلة في البلدان منخفضة الدخل ذات معدلات خصوبة فوق مستوى الإحلال، وبالتالي تكون معاناة الزوجين غير القادرين على الإنجاب غير مرئية إلى حد كبير.

وإنّ عدم قدرة الإنسان على تحقيق رغبته في إنجاب الأطفال قد تنتج عواقب بعيدة المدى تطال الرفاه الذاتي للأفراد (جوسيس وآخرون، 2023؛ ماك كويلان وآخرون، 2022؛ ميروفسكي وروس، 2002). وغالباً ما تكون العواقب النفسية للعُقم عميقة بالنسبة للرجال والنساء على حد سواء. ويُعدّ الحزن والاكتئاب والقلق بشكل معتاد ومعقّد من التجارب الشائعة لدى الأشخاص الذين يخضعون لعلاج العُقم (ميسكيتا دي كاسترو وآخرون، 2021)؛ وقد تكون عواقب العُقم شديدة خاصةً في المجتمعات التي تولي قيمة كبيرة للخصوبة والعائلات الكبيرة. وإنّ الاختلاف بين حجم الأسرة المرغوب فيه وحجم الأسرة الفعلي يشكّل اختلافاً في مسار الحياة المتوقع (هايجستاد وكول، 2007)، وينطوي على فقدان الهوية وحسّ السيطرة (ماك كويلان وآخرون، 2003).

وتظهر مشكلة العُقم لدى البعض بعد محاولة الحمل بالطفل الأوّل، وقد تؤدي في هذه الحالات إلى عدم الإنجاب بشكل غير طوعي. أمّا بالنسبة للبعض الآخر، فتظهر مشكلة العُقم في الحمل الثاني وما بعد، وقد يحدث العُقم في المجتمعات الأقل ثراءً نتيجة عمليات الإجهاض غير المأمون والنقص في

رعاية صحة الأمهات (سيز وآخرون، 2023). وقد يعاني كل من الرجال والنساء من العُقم، إلا أن النساء يواجهن وصماً غير متكافئ. كما أن العُقم الذكري لم يُتناول بالقدر الكافي في الأبحاث (منظمة الصحة العالمية، 2023). وأظهرت دراسة في كندا فجوات كبيرة في معرفة الرجال بشأن خصوبتهم (دوملير وآخرون، 2016). وفي تسع دول منخفضة ومتوسطة الدخل، أظهر تحليل وصفي أن المرأة غالباً ما تُلام من الشريك والأسرة والمجتمع، ما يزيد من تعرضها لعنف الشريك الحميم (بوري وموراي، 2022).

وبفوق الطلب على تسهيل الإنجاب من خلال الوسائل الطبية القدرة المتاحة على الوصول إليها واستخدامها (آدمسون وآخرون، 2023). ويُعدّ الإخصاب الأنبوبي أشهر أشكال تكنولوجيا المساعدة على الإنجاب، لكنه باهظ التكلفة، وغالباً ما يكون بعيد المنال، لا سيما في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي تفتقر إلى برامج فعالة، ميسورة التكلفة، ويمكن الوصول إليها (شيوارتي وآخرون، 2021). وثمة تكنولوجيات أخرى مثل التلقيح داخل الرحم وتحفيز المبيض التي تعالج الأشخاص الذين يعانون من العُقم وعادةً ما تكون تكاليفها منخفضة (كوهلين وآخرون، 2018).

حتى في البيئات منخفضة الموارد حيث لا تميل الأنظمة الصحية إلى اعتماد الوسائل التكنولوجية للمساعدة على الإنجاب، يمكن بل ويجب توسيع نطاق بعض التدخلات مثل تلك الرامية إلى إنكاء الوعي حول الخصوبة والوقاية من العُقم.

توجّه نحو تأخير الإنجاب

لقد كان الإنجاب المتأخر، على مر التاريخ البشري، سمة مميزة للولادات عند الطفل الثالث وما فوق (ليفي باتشي، 2017)، ولكن اليوم أصبح الإنجاب المتأخر شائعاً بشكل متزايد بين الآباء والأمهات لأول مرة (بوجوان، 2020). لقد تغيرت المعايير المتعلقة بالأعمار المناسبة لإنجاب طفل بشكل كبير بمرور الوقت، حيث أصبحت الأبوة والأمومة في سن أكبر مقبولة اجتماعياً بشكل متزايد (Lazzari وآخرون، 2025؛ Billari وآخرون، 2021؛ Billari وآخرون، 2011)، وإلى حد ما، مرغوبة (Lebano و Jamison، 2020). إن إنجاب الطفل الأول في سن متأخرة قد يجلب فوائد: يميل الآباء الأكبر سناً إلى الحصول على وظائف أكثر استقراراً ودخل أعلى من الآباء الأصغر سناً، مما يعني المزيد من الموارد لأطفالهم (باول وآخرون، 2006). يميل أطفال الآباء الأكبر سناً إلى تحقيق نتائج معرفية وسلوكية أفضل (Sutcliffe، 2018؛ Trillingsgaard and Sommer، 2015؛ Goisis، 2015) ونتائج صحية أفضل (Sutcliffe وآخرون، 2012).

ومع ذلك، فإن تأجيل الإنجاب قد يتعارض مع بداية العقم، مما يقلل بشكل كبير من فرص الحمل (ليريدون، 2008). من الناحية البيولوجية، يغطي عمر الإنجاب فترة تبلغ حوالي 35 عاماً بالنسبة للمرأة (تقريباً بين سن 15 و 49 عاماً) وأكثر قليلاً بالنسبة للرجل، ومع ذلك فإن الخصوبة البشرية يمكن أن تنخفض حتى في أواخر العشرينات من عمر الشخص. ويُعتبر أنّ "السنّ المتقدّمة للإنجاب" تبدأ بعمر 35 سنة للنساء و 40 سنة للرجال، وبعد ذلك تتراجع فرص الحمل طبيعياً بشكل كبير (دي لا روشيروشار و ثونو، 2003).

وغالباً ما يكون الأفراد غير مدركين أنّ للخصوبة عمر بيولوجي، وبالتالي يخطئون التقدير حول احتمالية الإنجاب في سنّ متقدمة والعمر الذي تبدأ فيه خصوبة الذكور والإناث بالتراجع (ماك دوغال وآخرون، 2013)، كما أنّ لديهم معرفة غير كافية حول الخصوبة بالمجمل (محمّدي وآخرون، 2023؛ هامابيرغ وآخرون، 2013). وهذا الأمر قد يدفع البعض إلى الحصول على الرعاية الطبية الخاصة بالعقم في العمر الذي تضعف فيه فرص الحمل ويكون أكثر تكلفة. والجدير بالذكر أنّ تحسين نواتج العلاج ممكنة من خلال التدخل المبكر. كما أنّ تعزيز ثقافة أوسع للتوعية حول الإنجاب بين الشباب البالغين، النساء والرجال على حد سواء (فرلين وآخرون، 2022) من أجل تعزيز الفهم حول الصحة الإنجابية، والحفاظ على القدرة على الإنجاب، ومعرفة الخصوبة وعوامل الخطر المرتبطة بها، من شأنه أن يمكّن الأفراد من اتخاذ قرارات مستنيرة بشكل أفضل حول الإنجاب (مبورو وآخرون، 2023).

تؤدي التكلفة والموقع إلى تأثيرات غير متساوية على توافر رعاية العقم للمجتمعات المختلفة (لازاري وآخرون، 2022)، كما تفعل القوانين واللوائح التي تحدد من يمكنه الوصول إلى الإنجاب بمساعدة طبية، وفي أي عمر ومع أي شريك، وما هي التكاليف التي يتحملونها وعدد الدورات التي يمكن دعمها.

حتى في الأوضاع منخفضة الموارد حيث لا تملك الأنظمة الصحية إلى اعتماد الوسائل التكنولوجية للمساعدة على الإنجاب، يمكن بل ويجب توسيع نطاق بعض التدخلات مثل تلك الرامية إلى إنكفاء الوعي حول الخصوبة والوقاية من العقم (نورمان وفاوزر، 2024) (راجع الصفحة 62).

ويختلف عدد العيادات الخاصة بمعالجة العقم لكل نسمة اختلافاً كبيراً بين البلدان وحتى داخلها (فاوزر وآخرون، 2024؛ سايز وآخرون، 2023). وبسبب عدم وجود عدد كافٍ من الموظفين الطبيين، يوضع المرضى على قوائم انتظار طويلة تحديداً في البلدان منخفضة الدخل (واينرب وآخرون، 2024)، ما يحدّ من فرص الحصول على علاج العقم ونجاحه.

وحتى عندما تكون الرعاية الطبية الخاصة بالعقم متاحة على نطاق واسع على المستوى الوطني، فنادرًا ما تُتاح لجميع الأشخاص ووفق نفس الشروط. والجدير بالذكر أنّ الأزواج منخفضة الدخل في البلدان مرتفعة الدخل يُستبعدون فعلياً من علاجات العقم المُكلفة عندما لا تكون مدعومة من الحكومة، ما يؤدي إلى أوجه عدم مساواة كبيرة بين الطبقات الاجتماعية.

كما أنّ الأنظمة الصحية تختلف فيما يتعلق بالحقوق، ولا سيّما لناحية التعويض المحتمل على الأطراف الخارجية، مثل المتبرّعين بالأمشاج والأمهات البديلات، حيثما تكون هذه التكنولوجيات والخدمات مسموحة (باسيت-ويتينغ وبوجارد، 2021). وعموماً، تكون أهلية الحصول على العلاج محصورة بالشركاء المتزوجين من الجنسين، ممّن هم في سنّ الإنجاب ولم يتمكّنوا من الحمل بعد مرور سنة واحدة على ممارسة الجماع بشكل متكرر بدون واق. وغالباً ما يتم استبعاد الشركاء والأفراد من مجتمع الميم الموسّع، وحتى عندما يُعتبرون مؤهلين للحصول على هذه العلاجات، يتعاملون في معظم الأحيان مع مقدّمي رعاية صحية ليست لديهم خبرات سريرية كافية، ولا يتم إدماجهم بشكل مناسب في الرعاية الصحية (هي وآخرون، 2024). وغالباً أيضاً ما يتم استبعاد الأفراد غير المرتبطين بشريك، كما أنّ الأقليات الإثنية تسجّل تفاوتات في الحصول على الرعاية الطبية الخاصة بالعقم ونواتجها (هيئة الإخصاب البشري والأجنة، 2023). (راجع المزيد عن هذا الموضوع في الصفحة 65). ينطوي هذا التحدي على فرصة حقيقية لتحقيق المساواة في الحصول على الرعاية الطبية الخاصة

بالعقم لصالح أولئك الذين تُركوا خلف الركب، سواء كانوا من الأقليات الإثنية أو من المحرومين اقتصادياً أو من أفراد مجتمع الميم الموسّع أو أفراد غير مرتبطين يبحثون عن مسار غير تقليدي للإنجاب.

بدأت بعض الحكومات في دعم الوصول إلى رعاية الخصوبة (الوكالة الحكومية لدعم الأسرة Made for Families في سنغافورة، بدون تاريخ)؛ وكالة Medical Korea، بدون تاريخ). يمكن لهذه الجهود أن تقلّص أوجه عدم المساواة بين مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية (سيز وآخرون، 2023)، حتى أنها قد تكون فعالة من حيث التكلفة في بعض الأوضاع والظروف (كيلر وآخرون، 2023؛ فيليز وآخرون، 2014). وفي هذا الصدد، يُعدّ دعم الحكومة للرعاية الطبية الخاصة بالعقم عاملاً موازناً للفرص بالنسبة للراغبين بالإنجاب. وبالتالي ينبغي تقديم هذا النوع من الدعم ولكن يجب مقارنته بحذر لضمان عدم استغلال هذه الفرص على حساب حقوق الإنسان وصحة البشر. ويجب أن تبقى تكنولوجيا المساعدة على الإنجاب مركّزة على معالجة العقم بدلاً من رفع المعدلات الكلية للخصوبة أو عكس مسار نقص السكان.

ولكن لا يمكن اعتبار أنّ تسهيل الإنجاب بالوسائل الطبية هو الحل الوحيد طويل الأجل لتمكين الأشخاص من إنجاب الأطفال في أعمار متقدّمة. فالجدير بالذكر أنّ العلاج الواحد للعقم لا يزال مرتبطاً بتكلفة عالية في حين أنّ معدل نجاح حالات الحمل المسهّلة بالوسائل الطبية تتراجع مع تقدّم الأم (فيتغليانو وآخرون، 2023) والأب (موروجيسو وآخرون، 2022) في السنّ. وفي هذا السياق، يُقدّر أنّ مساهمة تكنولوجيا المساعدة على الإنجاب في تحسين المعدلات الكلية للخصوبة في عدد محدود من البلدان مثل أستراليا والجمهورية التشيكية ومملكة هولندا والولايات المتحدة، كانت تتراوح بين 0.05 و0.10 أطفال لكل امرأة (كوكوركوبا وآخرون، 2023؛ لازاري وآخرون، 2023؛ تيرني، 2022؛ هاباما وآخرون، 2009).

وبينما تتزايد التكنولوجيا المستخدمة في هذا القطاع بشكل سريع، ولا سيما كل التفاصيل من عملية تجميد البويضات إلى تكنولوجيا التحرير الجيني عبر المتكررات المتكثلة بانتظام القصيرة التواتر (كرسبر)، تتكاثر كذلك المخاوف المرتبطة بهذا المجال. ولا تزال بعض الأسئلة الجديدة في المجال البيولوجي والأخلاقي مطروحة بدون حلول فيما

يتعلق بتسليح الإنجاب، وحقوق الأمهات البديلات، والمتبرعين بالأمشاج، والأطفال الذين وُلدوا نتيجة التبرع بالأمشاج، و"الأجنة المعدلة وراثياً"، والأرباح التي تُقدّر بمليارات الدولارات، وقطاع الإنجاب الذي غالباً ما يكون غير منظم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024ب؛ والدبي، 2019). ولا بدّ من معالجة هذه المسائل بعناية.

من الأمن الديمغرافي إلى الصمود الديمغرافي

مع تحوّل الخصائص الديمغرافية في أجزاء كثيرة من العالم، تتزايد التساؤلات حول الأثر المحتمل الذي تنتجه المجموعات السكانية المتغيرة على الأمن الوطني والدولي. وهذا القلق ليس بجديد، إذ لطالما وُجدت المخاوف من زوال مجموعة سكانية معيّنة أو تضاولها لتهيمن عليها مجموعة أخرى، عبر مختلف السياقات التاريخية والجغرافية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). والآن مع تراجع بعض معدلات الخصوبة في آسيا وأوروبا، بدأت الجهات الفاعلة السياسية تحذّر من أنّ التحوّلات السكانية قد تؤدي إلى انعدام في الأمن أو الاستقرار. ويبدو أنّ هناك مخاوف كثيرة مرتبطة بعدد السكان والتركيب السكاني، كما أنّها مرتبطة أحياناً بالحسّ القومي والإثني، وهي أيديولوجيا تفترض أنّ الحسّ الوطني متأصل في الهوية الإثنية. وفي هذه السياقات، قد يكون الأفراد مُشجّعين أو مجبورين على إنجاب الأطفال ليس لأسبابهم الخاصة وإنما لواجب وطني أو لغريزة البقاء. وغالباً ما تكون المخاوف حيال الاتجاهات السكانية من الأسباب الجذرية للحركات المتطرّفة والعنيفة داخل البلدان التي تشهد تحوّلات ديمغرافية، حتى أنّها قد توجع النزاعات الطائفية والدولية (أرميتاج، 2021).

ولمواجهة هذه المشكلة، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع البلدان للابتعاد عن إطار الأمن الديمغرافي والانتقال نحو الصمود الديمغرافي، عبر تمكين الأمم من إدارة التحوّلات الديمغرافية بشكل استباقي. في عام 2021، أطلق صندوق الأمم المتحدة للسكان برنامجاً لمساعدة البلدان على اعتبار التحوّلات الديمغرافية كفرص بدلاً من النظر إليها كأزمات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ أ). ويمكن للبلدان أن تخفف من هذه المخاطر عبر استخدام بيانات سكانية موثوقة، وتعزيز السياسات القائمة على الحقوق والأدلة، وتسخير الشراكات والتكنولوجيا، مع السعي في الوقت نفسه إلى تعزيز التنمية على الصعيدين الوطني والعالمي. ففي جمهورية مولدوفا مثلاً، تم استبدال الوثيقة القديمة للبرنامج الوطني بشأن الأمن الديمغرافي للفترة 2011-2025 بالتركيز على الرفاه الديمغرافي. وبالتالي، تم إعداد رؤية مفهوم السكان والتنمية التي تهدف إلى إشراك شامل لجميع الوزارات في معالجة مسائل الشيخوخة وحجم الأسرة المرغوب فيه والعمر المتوقع وهجرة المولدوفيين في سنّ العمل إلى الخارج. ويتم تنفيذ نُهج مماثلة في مختلف البلدان منخفضة الدخل لمعالجة التغيّر الديمغرافي بشكل شامل وقائم على الأدلة ومستند إلى حقوق الإنسان.

العوائق الاقتصادية

قد تكون الرعاية الصحية نقطة البداية الأوضح لدعم خيارات الإنجاب، ولكنها لا تقل أهمية عن التدابير الاقتصادية.

فعلى سبيل المثال، غالباً ما يقلق القادة بشأن إنجاب الكثير من المُعالين في السياقات مرتفعة الخصوبة؛ أمّا في السياقات منخفضة الخصوبة، فغالباً ما يتمثل قلقهم في ولادة القليل من العمّال. وتنطوي هاتان النظرتان عموماً على فكرة أنّ النساء يتولّين وظيفة الإنجاب البشري وتنشئة الأطفال بينما الرجال يتولّون العمل خارج المنزل، على الرغم من وجود أدلة تثبت أنّ النساء لطالما كنّ ناشطات اقتصادياً (لونغ، 1958) وأنّ الرجال لطالما شاركوا في تنشئة الأطفال (سير، 2021).

وقد تؤدي هذه الافتراضات إلى اعتماد نهج غير مدروسة وغير فعالة لمعالجة معدلات الولادات المحلية باعتبارها أدوات لتنشيط الاقتصادات المتعثرة (بالتز، 2006). في الواقع، إنّ توسيع نطاق إنجاب الأطفال لا يؤدي مباشرة إلى نمو اقتصادي لأنه يزيد بشكل كبير من نسبة الإعالة، أي نسبة المُعالين اقتصادياً إلى العمّال، في المجتمعات الذي تسجّل طلباً متزايداً على رعاية المسنّين. أمّا التدابير الاقتصادية التي تحدث أثراً فورياً وفعالاً لتعزيز النمو الاقتصادي فتتضمّن زيادة إنتاجية العمّالة من الشباب والنساء والمسنّين والمهاجرين. ويشير التحليل إلى أنّ تعزيز مشاركة النساء في القوى العاملة قد يكون الوسيلة الأكثر فعالية من بين هذه التدابير (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2023).

في غضون ذلك، إنّ النظر إلى الخصوبة البشرية كمحرك للأمن الاقتصادي على المستوى الكلي هو تغاضٍ عن حقيقة أنّ هذا الأمن الاقتصادي يُعدّ أيضاً من الشروط المسبقة الرئيسية لتحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه. وفي الواقع، باتت الهشاشة الاقتصادية

اليوم تُعتبر على نطاق واسع كعامل محدد رئيسي يُضعف قدرة الأشخاص على تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه (ويلكينز، 2019). هذا حتى وإن كانت الهشاشة الاقتصادية لا تزال مرتبطة أيضاً بزيادة حالات الحمل غير المقصود، التي تشكّل جزءاً من دائرة الفقر غالباً بالنسبة للوالدين من المراهقين، وخاصةً الأمهات المراهقات. يؤدي الدخل الإجمالي المُتاح المتدني أو عدم القدرة على الحصول على موارد الأسرة إلى منع حصول الأشخاص على وسائل تنظيم الأسرة، ما يعرّض المراهقين للحمل المبكر (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022)، مع حصائل نهائية سلبية على مستوى الأسرة والمجتمع والبلد.

حتى أنّ عدم الاستقرار الاقتصادي قد يؤدي إلى فرص محدودة في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة وينتج حالات الحمل المبكر في الوقت نفسه، حيث تسجّل منطقة غرب ووسط أفريقيا حالياً أعلى معدلات لحمل المراهقين في العالم، تليها منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي. ومع ذلك، تشير المؤلفات إلى أنّه في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وتحديداً في المناطق الحضرية، تؤدي التحديات الاجتماعية والاقتصادية والتكاليف المرتفعة للمعيشة □□□□ إلى حالات متكررة لعدم تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه لدى الأزواج (تشورتش وآخرون، 2023؛ بيبواه وآخرون، 2021). وفي دراسة تناولت البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، وُصف هذا الواقع على النحو التالي: "في بلدان كثيرة، تبيّن أنّ احتمالية عدم تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه كانت أقل لدى النساء من الشريحة الخمسية الأغنى مقارنةً بالنساء من الشريحة الخمسية الأفقر... كما أنّ النساء من الشريحة الخمسية الأغنى كنّ قادرات بشكل أفضل على تقليل مقاصد الإنجاب لديهنّ" (عساف ومونزوي دافيس، 2021).

ما هي العوائق الاقتصادية أمام خيارات الإنجاب؟ تشمل العوائق الاقتصادية على انعدام الأمن في سوق العمل، والبطالة، وتدني الأجور، وعدم وجود

أجر الكفاف، وانعدام الاستقرار الاقتصادي بالمجمل (الديروتى وآخرون، 2021؛ فيغنولى وآخرون، 2020). وتشمل العوائق أيضاً التكاليف المرتفعة لرعاية الصحة الإنجابية خاصةً فيما يتعلق بعلاج العقم، والتكاليف الإجمالية المرتفعة لتربية الأطفال. كما أنّ تكاليف الإسكان تثقل الأعباء المالية المُلقاة على كاهل الناس أيضاً (توتشيونى وآخرون، 2021).

هذا أحد الأسباب لانتشار الفجوة بين حجم الأسرة المرغوب فيه وحجم الأسرة الفعلي في السياقات ذات رعاية اجتماعية محدودة. يبلغ متوسط عمر الإنجاب على مستوى العالم 28 سنة، وكان هذا الرقم أخذاً في الارتفاع بشكل مستمر (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025) مع تأخير انتقال الأشخاص إلى الأبوة والأمومة بهدف تحقيق المزيد من الاستقرار الاقتصادي والمزيد من الموارد (راجع المربع عن التوجه نحو تأخير الإنجاب في الصفحة 48). على سبيل المثال، تنتشر ظاهرة عدم الإنجاب في عدد من البلدان مرتفعة الدخل ولا سيما

بين الرجال والنساء الأقل تعليماً، ما يتعارض مع الاتجاهات السابقة حيث كانت النساء الأكثر تعليماً أكثر ميلاً لعدم الإنجاب من النساء الأقل تعليماً (جالوفارا وآخرون، 2018).

في ما يلي بعض التدابير السياساتية التي تخفف من الأعباء الاقتصادية الملقاة على عاتق الراغبين بالإنجاب، ما يزيد من إمكانية تحقيق غايات الخصوبة لديهم.

رعاية الأطفال

تكون أعمال الرعاية عادةً مدفوعة أو غير مدفوعة الأجر، وفي الواقع تُقدَّر قيمة الأعمال غير مدفوعة الأجر بأنها تساوي بين 5 و9 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي العالمي (فان دير غاغ وآخرون، 2023؛ إيرفين وآخرون، 2022). كما أنّ اضطلاع النساء بأدوار الرعاية والذي يكون عملاً غير مرئي وغير مدفوع الأجر أو لقاء أجر زهيد، يساهم بشكل كبير في غياب النساء عن القوى العاملة، وكما ورد في هذا التقرير، يساهم في قرارهنّ بالتخلي عن فكرة

عمل فني من إبداع ماريانا غيفين



يضطلع عدد كبير من النساء بأدوار الرعاية، وهي أعمال غالباً ما تكون غير مرئية، وغير مدفوعة الأجر أو منخفضة الأجر، ما يؤدي إلى تراجع مشاركتهن في سوق العمل، ويساهم في تقليص عدد الأطفال الذي ينجبته مقارنة بما كنّ يرغبن فيه في ظروف أكثر عدالة.

الإنجاب أو بإنجاب عدد من الأطفال أقل ممّا يرغبون فيه في ظلّ أوضاع مثالية. وفي المقابل، من المهم جداً أن يتم توفير خدمات رعاية الأطفال المُعالين بشكل مُتاح وبتكلفة معقولة وبجودة عالية، من سنّ الرضاعة إلى بداية سنّ المراهقة، مع ساعات عمل ملائمة لأوقات عمل الوالدين، بهدف زيادة مشاركة أمها في القوى العاملة وتعزيز التوازن بين العمل والحياة الشخصية (موريسي، 2017). وتتوفر بعض الأدلة التي تثبت أيضاً أنّه، في بعض البلدان على الأقل، يمكن أن تترافق الخدمات المنظمة لرعاية الأطفال مع أثر إيجابي على الإنجاب (ديماي، 2023؛ بيرغسفيك وآخرون، 2021؛ وود ونيلز، 2019؛ ريندوس وآخرون، 2010؛ بايزان، 2009).

أيضاً في زيادة رغبة المرأة في الإنجاب (تانسكانين وروتكيرش، 2014). ويُعتبر دور الأجداد مهماً جداً لدرجة أنّ الرعاية التي يقدّمونها للأبناء تُعرّف على أنّها "استراتيجية ناشئة للتشجيع على الإنجاب" (توميزي وليفبروير، 2013).

ومع ذلك، من المهم ألا يتم توزيع مهام رعاية الأطفال بنقل الأعباء ببساطة من كاهل الوالدين إلى سائر مقدمي الرعاية. إذ غالباً ما يقوم الأجداد برعاية الأطفال من دون أجر، ما يزيد من الهشاشة الاقتصادية للأجداد الذين يقدّمون الرعاية ولا سيّما الجدّات (بيرشال وهولت، 2022). لقد أظهرت الأبحاث في أوروبا مثلاً أنّ وجود الأحفاد يحد بشكل كبير من مشاركة النساء المسنّات في القوى العاملة، وتحديداً في البلدان التي توجد فيها خدمات قليلة منظمة لرعاية الأطفال (باكهاوس وبارسلاند، 2021). تقدّم بعض الحكومات الدعم المالي للرعاية الأسرية، فالسويد وألمانيا مثلاً تقدّمان إجازة مدفوعة الأجر للأجداد كي يتمكّنوا من رعاية أحفادهم (أولسين، 2024؛ كونولي، 2008).

تتوفر رعاية الأطفال بأشكال كثيرة وتختلف حسب السياق والمعايير الثقافية، إلا أنّ أحد أهم أشكالها يتمثل في دعم أفراد الأسرة. وهذا ينطبق تحديداً على البلدان التي تفتقر خدمات الدعم الاجتماعي المقدّمة من الدولة. والجدير بالذكر أنّ رعاية الأجداد للأحفاد تُعتبر ركيزة دعم بالنسبة للكثير من الوالدين العاملين، بما أنّها تعوّض عن عدم توافر الخدمات العامة أو الخاصة لرعاية الأطفال أو عن عدم القدرة على تحمّل تكاليفها. وقد أظهرت المؤلفات أنّ رعاية الأجداد لأحفاد من شأنها أن ترفع مستوى مشاركة الأمهات في القوى العاملة داخل بعض البلدان (أسفي وآخرون، 2012). وتبدو الأدلة مختلطة فيما يتعلق بالربط بين رعاية الأجداد للأحفاد ومعدلات الإنجاب، إلا أنّ العديد من البلدان أظهرت رابطاً بين زيادة الإنجاب وتواجد الأجداد وعموماً تواجد الأقارب (روتغليانو ولوزانو، 2022؛ سير، 2018؛ أسفي وآخرون، 2012). فعندما يتواجد الأجداد في مكان قريب ويُعتبرون داعمين للأسرة، يصبح أبنائهم البالغون أكثر ميلاً للتفكير في إنجاب الطفل الأوّل والثاني وما بعد ذلك، ويصبحون أكثر ميلاً للتعبير عن نيتهم في الإنجاب في الأجل القريب (بيسين وآخرون، 2022؛ أسفي وآخرون، 2012). كما أنّ الدعم العاطفي من الأجداد يساهم

الانتقال إلى سنّ الرشد

مع ارتفاع متوسط عمر الإنجاب، يصبح الشباب أكثر ميلاً إلى التفكير أولاً في تحقيق الاستقلالية الاقتصادية عن أسرهم الأصلية وثانياً في بناء علاقة مع شريك كشرطتين رئيسيين قبل الإنجاب. ومع ذلك، فإنّ الأعمار الفعلية التي يتمكّن فيها الشباب من تحقيق الاستقلالية الاقتصادية وإنجاب الأطفال (وفي البلدان حيث ليس من الشائع أن يقيم الشريكان في المنزل الخاص بأهل أحدهما، يغادران منزل الوالدين) غالباً ما تكون بعد العمر المرتبط بذروة الخصوبة وبعد العمر الذي يراه الشباب مثالياً (لازاري وآخرون، 2025؛ شوايتز وآخرون، 2024؛ بيلاري وآخرون، 2021).

وتُعدّ بعض العوامل مثل عدم القدرة على تحمّل تكاليف المعيشة والإسكان بشكل مستقل وصعوبة العثور على عمل لائق من بين الأسباب الأكثر تداولاً التي تمنع الشباب من الاستقلال عن أسرهم الأصلية (بيرينغتون وبيربلي-هاريس، 2024). واللافت أنّ المخاوف المتعلقة بالإسكان ليست مرتبطة فقط بالشباب، بل قد تشكّل عائقاً أمام الأشخاص من جميع الأعمار. فعلى سبيل المثال، تبيّن في بيلاروس أنّ ظروف الإسكان المؤاتية على نحو أفضل كانت متسقة الارتباط بارتفاع معدلات الولادات في الأوضاع الريفية والحضرية على حد سواء، طيلة الفترة الإنجابية في حياة المرأة، وترافقت مع أثر أعظم على الولادتين الثانية والثالثة (الدراسة الاستقصائية بشأن الأجيال والمسائل المرتبطة بالنوع الاجتماعي في بيلاروس، 2017). ومع ذلك، تشكّل تكاليف الإسكان مخاوف حادة تحديداً لدى الشباب. على سبيل المثال، تبيّن في إحدى الدراسات التي أجريت في البرازيل أنّ الشباب الفائزين بجوائز قروض الإسكان كانوا أكثر ميلاً لإنجاب الأطفال بنسبة 32 في المائة (فان دورنيك وآخرون، 2025)، وأظهرت البيانات من الصين وإيران والولايات المتحدة أنّ تكاليف الإسكان لا تؤثر فقط على قرارات الإنجاب لدى الشباب بل أيضاً على احتمالية زواجهم (غاو وآخرون، 2022؛ غوليبيور وفارزانيغان، 2015؛ بوميكر وإيمرسون، 2015).

يُنظر غالباً إلى خدمات رعاية الأطفال المقدّمة في مراكز مثل دور الحضانة ومرافق رعاية الأطفال على أنّها غير ملائمة من الناحية الثقافية في العديد من الأوضاع منخفضة ومتوسطة الدخل، ولكن الدراسات تظهر فعلياً أنّ استيعاب إطار الرعاية المقدّمة في المراكز يزداد في هذه البلدان (إيفانز وآخرون، 2024). ويشير الباحثون أيضاً إلى أنّ الأسر المعيشية الميسورة اقتصادياً في جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية تميل إلى اختيار برامج رعاية الأطفال في مدارس التعليم قبل الابتدائي (شاتوفيردي، 2019)، ما يدلّ على أنّ العوائق التي تمنع رعاية الأطفال في المراكز قد تكون مرتبطة بالقدرة على تحمّل التكاليف وإمكانية الوصول أكثر ممّا هي مرتبطة بالمحظورات الثقافية. وفي إحدى الدراسات التي تناولت مستوطنة عشوائية في المناطق الحضرية داخل كينيا، تبيّن أنّ "الأمهات يتميّن إرسال أطفالهنّ إلى مراكز رعاية الطفولة المبكرة"، كما أنّ الحصول على الرعاية المدعومة كان مرتبطاً بارتفاع نسبة التوظيف بين الأمهات (كلارك وآخرون، 2017).

ورغم أنّ التكاليف المرتبطة بهذه الخدمات المنظمة لرعاية الأطفال قد تكون مرتفعة بالنسبة للوالدين، إلّا أنّ أعمال رعاية الأطفال غالباً ما تكون زهيدة الأجر بسبب الميل إلى الاستخفاف بقيمة أعمال الرعاية والمهن التي تشغلها النساء (غامبارو، 2012). يمكن تقديم بعض الحلول لتبديد هذه المخاوف، مثل الإعانات التي تهدف إلى دعم الرعاية في المراكز أو التي تُمنح لمقدمي الرعاية في المنازل. فبعض البلدان مثل كولومبيا وشيلي قد مولت خدمات الرعاية المقدّمة في المراكز من خلال الميزانيات الوطنية، أمّا البرامج المنفذة على المستوى المحلي في الهند فقد ركّزت على استخدام نماذج تعاونية وغير ربحية لتقديم الرعاية. وإنّ برامج تقديم الرعاية في المراكز لا تؤدي حصراً إلى تعزيز مشاركة الأمهات في القوى العاملة، بل إنّ البرامج المنفذة في كل من الأرجنتين وبوليفيا وأوروغواي قد شهدت أيضاً أثراً إيجابية على الحاصلات المتعلقة بالأطفال (شاتورفيدي، 2019).



عمل فني من إبداع سايان هاربيهاي

وتُعتبر البطالة، والوظائف غير الآمنة وغير المستقرّة، والوظائف غير الطوعية بدوام جزئي، والشكوك الاقتصادية المتصوّرة، جميعها بمثابة عوائق تمنع تحقيق المنجزات الرئيسية أثناء الانتقال إلى سنّ الرشد (ماتيسياك وفيغنولي، 2024). وتبدو المشكلة عالمية، فعلى سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات التي أجرتها منظمة العمل الدولية أنّ هناك أكثر من شخص واحد من بين كل 4 شباب في أفريقيا، أي حوالي 72 مليون شاب وشابة ليس لديهم عمل أو تعليم أو تدريب، علماً أنّ النساء الشابات يواجهنّ عوائق أصعب تمنعهنّ من المشاركة في القوى العاملة مقارنةً بالشباب (منظمة العمل الدولية، 2023).

والجدير بالذكر أنّ الشباب والشابات الآتين من خلفية أسرية ذات مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض، والمتحدّرين من أصول مهاجرة، والمتمتمين إلى الأقليات الجنسية، هم أكثر حرماناً بعد في تحقيق غاياتهم أثناء الانتقال إلى سنّ الرشد (وكالة Eurofound، 2024؛ بيلاي وآخرون، 2019). كما يبدو أنّ الأفراد المحرومين اقتصادياً والأقلّ تعليماً هم أقلّ ميلاً إلى الارتباط بشريك(ة) (بيلاي وآخرون، 2017) وبالتالي هم أقلّ ليصبحوا والدين (لي وزيمان، 2024؛ هوانغ، 2023؛ كايذر وآخرون، 2008) وهم أكثر أرجحية لعدم الإنجاب (وانغ ومو، 2025؛ غازنافي وآخرون، 2022؛ جالوفارا وآخرون، 2018).

تؤثر أعمال العنف والنزاعات أيضاً على الانتقال إلى سنّ الرشد. فقد خلصت إحدى الدراسات في هايتي وهندوراس إلى أنّ العنف في المجتمع يؤخر استقلال الشباب، ويجبر الكثيرين على البقاء في منازل أهاليهم من أجل الشعور بالأمان، ما يضعف إمكانية حصولهم على التعليم وإيجاد عمل لائق، ويغذي حلقة الاستبعاد (تشافيز وأغيلار، 2021).

تجدر الإشارة إلى أنّ عدم قدرة الإنسان على تحقيق غاياته عند بلوغ سنّ الرشد في شبابه قد يدفعه للهجرة إلى بلدان أخرى تمنحه فرصاً أفضل، خاصةً أثناء فترات الركود الاقتصادي عندما تصبح البطالة منتشرة بين الشباب والشابات أكثر من كبار السنّ (أسفي وآخرون، 2013)، وجميع هذه العوامل يُرَجَّح أن تقلل قرارات الإنجاب (أنيلي وبالبو، 2021). كما أنّ الانتقال للعيش في الخارج بدوره قد يؤثر على غايات الخصوبة من خلال توسيع شبكات الدعم الأسري التي غالباً ما تُعتبر المصدر الأوّلي لرعاية الأطفال.

يجب أن يتم تصميم العمل اللائق والأجور الكافية بما يتوافق مع تكاليف المعيشة والإسكان، وهي مسألة شديدة الأهمية بالنسبة لسياسات توظيف الشباب. ينبغي توجيه الجهود المبذولة في مجال السياسات لتمكين

الحصول على دعم أفضل لتحقيق غاياتهم لناحية عدد الأطفال الذي يحملون به. وبالنسبة للكثيرين، هذا الأمر يساعد في منع حدوث أي تأخير غير مرغوب فيه قد يجعلهم أمام خيار وحيد قابل للتطبيق، هو تسهيل الإنجاب بالوسائل الطبية من أجل تحقيق تطلعاتهم في هذا المجال.

سياسات عمل مراعية للأسرة

لا يزال من الصعب جداً بالنسبة للكثيرين ولا سيما النساء الموازنة بين مسؤوليات رعاية الأطفال والوظيفة بدوام كامل (ثيفينون، 2009). فأماكن العمل المراعية للأسرة تقدّم حلولاً محتملة وتصبح أكثر انتشاراً بمرور الوقت. وعلى سبيل المثال، تكون أماكن العمل المراعية للأسرة في الاتحاد الأوروبي مدعومة مباشرة من توجيهاً التوازن بين العمل والحياة الشخصية في الاتحاد الأوروبي، والتي دخلت حيز التنفيذ في عام 2019. أظهرت هذه البرامج أنّها كفيلة بتحسين التوازن بين العمل والحياة الشخصية لدى الموظفين وكذلك رفاههم الكلي، كما أنّها عزّزت فرص استمرار الأمهات في وظائفهنّ بعد ولادة الأطفال (تشانغ، 2017).

تشمل السياسات المراعية للأسرة في أماكن العمل ما يلي: ترتيبات العمل المرنة التي تسمح للوالدين بالعمل في أوقات مناسبة أو خارج مكان العمل، وإتاحة إمكانية رعاية الأطفال في مكان العمل أو تقديم المساعدة لرعاية الأطفال، ومنح إجازة الوالدين بعد الولادة (إجازة للأم وللأب على حد سواء) مع ما يعادل مرتب كامل، وتقديم مزايا الرعاية الصحية للمعالين، وتوفير استراحات للإرضاع، وإتاحة إمكانية مغادرة مكان العمل لرعاية الأطفال المرضى. ومع ذلك، لا تتوفر هذه السياسات إلا للقليل من الموظفين على مستوى العالم (اليونيسف، بدون تاريخ).

لقد تم إحراز بعض التقدم في الحصول على إجازة الأمومة. تأتي معظم البيانات المتعلقة بإجازة الوالدين من بلدان مرتفعة الدخل، إلا أنّ هناك دراسة واحدة أجريت حول 111 بلداً من البلدان النامية ووجدت أنّ إجازة الأمهات كانت مرتبطة إيجابياً بالعمالة المعروضة على

الشباب من تحقيق المنجزات الرئيسية التي يرغبون في تحقيقها أثناء انتقالهم إلى سنّ الرشد، في العمر الذي يريدونه وفي الظروف التي يتوقون إليها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ أ). ولذلك، يجب على صناعات السياسات أن يتفاعلوا مع الاحتياجات والرغبات الموجودة لدى الشباب الذين يُرجّح أن تختلف رحلتهم إلى سنّ الرشد مع اختلاف البلدان والثقافات. وتظهر الأبحاث أنّ غايات الخصوبة في الصين مثلاً تتأثر بأمن المساكن، علماً أنّ هذا الأمر يلعب دوراً في وضع ميزانيات الشباب وكذلك في تصوّرهم لرفاههم الذاتي، وتوقعهم لحراك الأجيال، وتوقعهم لتقديم الرعاية إلى المسنين (زهانغ، 2024).

ويمكن تمكين الشباب، من خلال تبيد شكوكهم المتعلقة بالمسائل الاقتصادية وسوق العمل والإسكان، من الانتقال بثقة إلى سنّ الرشد في الوقت الذي يختارونه، ومن

لسوء الحظ، تبقى إجازة الآباء نادرة نسبياً مقارنة بإجازة الأمهات، وبالتالي فإنّ الفجوة بين إجازة الأمهات وإجازة الآباء قد اتّسعت بمرور الوقت.

الإناث، خاصةً عندما تتحمّل الحكومة تكاليف الإجازة (أمين وإسلام، 2022). كما أنّ مدّة إجازة الأمومة قد ازدادت خلال العقود الخمسة الأخيرة علماً أنّ أكبر الزيادات سجّلت في آسيا الوسطى وأوروبا.

لسوء الحظ، تبقى إجازة الآباء نادرة نسبياً مقارنة بإجازة الأمهات، وبالتالي فإنّ الفجوة بين إجازة الأمهات وإجازة الآباء قد اتّسعت بمرور الوقت (هايلان وشين، 2022). وفي حين تُطبّق إجازة الأمهات في 186 بلداً على مستوى العالم، إلا أنّ إجازة الآباء تُقدّم في 122 بلداً ولفترة لا تتجاوز 9 أيام كمعدل وسطي (فان دير غاغ وآخرون، 2023). وكان التقدم المحرز بطيئاً في منح إجازة الآباء في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حيث بلغت مدتها يومين اثنين كمعدل وسطي في عام 2021، وأيضاً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث بلغت مدتها 2.7 أيام كمعدل وسطي (هايلاند وشين، 2022). رغم ذلك، تنطوي إجازة الآباء على مجموعة واسعة من الفوائد، من بينها تحسين النتائج الصحية للأطفال، وتعزيز العلاقة بين الآباء وأطفالهم، وكذلك تقوية الروابط بين الآباء وشريكاتهم (بيزارو وغارتزيا، 2024). وتبيّن أيضاً أنّ تقليص الفجوة بين إجازة الأمهات وإجازة الآباء تزيد من مشاركة الإناث في القوى العاملة (هايلاند وشين، 2022).

ومع ذلك، إذا لم تُطبّق السياسات المراعية للأسرة بعناية، فقد تؤدي إلى نتائج عكسية من خلال تعزيز الصور النمطية السلبية. أبلغت النساء في كل من الولايات المتحدة والهند عن أنّ استفادتهنّ من السياسات المراعية للأسرة، ولا سيّما من إجازة الأمومة الضرورية من الناحية الطبية، تؤثر على سمعتهنّ بشكلٍ سلبي في مكان العمل (بهاتاشاريا، 2004؛ بوز وشاترجي، 2024؛ هامبسون، 2019). وتشير إحدى الدراسات التي أجريت في كوريا إلى أنّ العمّال غالباً ما "يتردّدون في الاستفادة من هذه السياسات في ظلّ ممارسات تنظيمية متمحورة حول الذكور" والتي تنظر إلى الوالدين وخاصة الأمهات على أنّهنّ لا يرتقين للمستوى المثالي في العمل (كيم، 2008).

تؤثر معايير النوع الاجتماعي على إرادة الرجال والنساء للاستفادة من السياسات المراعية للأسرة (كاوفمان، 2018؛ فون هيبيل وآخرون، 2016). وقد أظهرت بعض الأبحاث أن إجازة الوالدين مرتبطة بتداعيات سلبية على مهنة الرجل والمرأة على حد سواء، رغم أنها تختلف حسب كل بلد وقطاع (كرستيك وهايديغ، 2019). وأظهر بحثٌ آخر أن سياسات الإجازة الأسرية قد تؤدي إلى أثر إيجابي بشكل غير متناسب على الرجال، بما يحدّ من التضارب بين عملهم وحياتهم الشخصية. ومع ذلك، فإن التضارب بين العمل والحياة الشخصية لدى النساء لا يُعالج ما لم تحدث تغييرات في المواقف المتعلقة بالنوع الاجتماعي (هسيو، 2023).

وبالتالي، من الضروري أن تسعى سياسات الحكومة ومكان العمل إلى ضمان قدرة جميع الموظفين، ولا سيّما الذكور، على الاستفادة من المزايا التي يستحقونها. ولكن هذا يوضح أيضاً أهمية تحسين التوازن بين العمل والحياة الشخصية لجميع الموظفين، وليس فقط للوالدين، بُغية التخفيف من الوصم والاستفادة من ترتيبات إجازة الوالدين. في الواقع، يؤثر العمل في بيئات تستغرق وقتاً طويلاً على الموظف وكذلك على أفراد أسرته. على سبيل المثال، في شرق آسيا وفي مناطق أخرى من العالم، غالباً ما يكون دوام العمل الطويل وغير المرن في الموقع إلزامياً للاستفادة من المزايا والترقية، في حين تُهمل التزامات الموظف تجاه الأسرة. وقد خلصت دراسات أجريت في جمهورية كوريا (كيم، 2023) وفي بعض البلدان الأوروبية (كوروسكا وآخرون، 2023) إلى أن لهذه السياسات أثراً واضحاً في رفاه الأسرة وقرار الإنجاب.

ما هي البدائل الأخرى القابلة للتطبيق؟ يتّصل أحد الاحتمالات في جعل إجازة الآباء إلزامية: في نيسان/أبريل 2025، أطلقت سنغافورة إجازة إلزامية مدتها أسبوعين للآباء الجدد من أجل معالجة قلة الاستفادة من هذه الإجازات والتشجيع على تقسيم مسؤوليات رعاية الأطفال بشكل أكثر توازناً (تان، 2024). وقد

استفاد الرجال من هذه الإجازات بمستويات أعلى بكثير في البلدان التي كانت فيها إجازة الأب غير قابلة للنقل إلى الأم وحيث يمكن الاستفادة من سياسات الإجازات كاستحقاقات فردية لكل من الوالدين (شانده، 2018).

أمّا الخيار الآخر فيتمثل في توسيع سياسات التوازن بين العمل والحياة الشخصية بما يسمح بتطبيقها بصرف النظر عن حالة الأسرة. ومن خلال توفير ترتيبات أفضل للتوازن بين العمل والحياة الشخصية يستفيد منها جميع الموظفين، تزول موانع توظيف النساء والاحتفاظ بهنّ ويقلّ عزوف الرجال عن أخذ إجازة الوالدين. وبالتالي، فإنّ الموظفين الشباب الذين يشكّون بأنّ السياسات المطبقة في مكان العمل لن تمكّنهم من رعاية أطفالهم في المستقبل، سرعان ما يلاحظون مزايا الإجازة المرنة، ما يجعلهم أكثر ثقة بأنّ ترتيبات مكان العمل تساهم في تلبية احتياجات جميع الموظفين.

هذه الترتيبات التي تساعد في بناء التوازن بين العمل والحياة الشخصية يجب أن تشمل إمكانية الحصول على الإجازة الطبية بجميع أنواعها. والجدير بالذكر أنّ الإجازة الطبية تساعد في القضاء على التمييز ضدّ الموظفين الذين يبحثون عن ترتيبات لرعاية الحمل ومعالجة العقم، التي يُشار إليها بـ "العمل الإنجابي" (ويلكينسون وآخرون، 2023). وهو أمر يستغرق وقتاً طويلاً ويتطلب تناول علاجات هرمونية، والالتزام بمواعيد متكررة لدى الأطباء، وزيارات متكررة إلى العيادات، وحتى السفر إلى الخارج للحصول على رعاية الصحة الإنجابية عبر الحدود (وو وآخرون، 2013). وقد يحتاج بعض الأفراد ولا سيّما النساء إلى التوقف عن العمل لبعض الوقت أو إلى دوامات عمل مرنة، إلا أنّ المطالبة بالترتيبات اللازمة قد تعرّضهم للخطر في سوق العمل الذي ينتشر فيه التمييز بسبب الحمل والتمييز ضدّ الأمهات العاملات (كاتشي وآخرون، 2022). وإنّ توسيع نطاق الحصول على إجازة طبية لجميع الموظفين، بصرف النظر عن نوع الأسرة، من شأنه أن يمكّن

فيها وظائف مستقرّة (أديروتّي وآخرون، 2024). قد يبدو هذا الأمر بديهياً ولكن الكثير من السياسات الرامية إلى دعم تكوين الأسرة هي إما قصيرة الأجل أو رهن الإلغاء مع تغيّر الأهواء السياسية. يتعرّض الكثير من واضعي السياسات للضغط من أجل إجراء تحسينات مادية فورية في حياة الناخبين أو تغييرات فورية في المعدلات الكلية للخصوبة. لذلك، تكثرت السياسات قصيرة الأجل أو التي تُنفذ لمرة واحدة أو المحدودة زمنياً.

وكان النهج الشائع في السياسات يتمثل في تقديم مبالغ إجمالية مقطوعة أو منح أو تحويلات مالية في فترة ولادة الطفل، ما يُعرف بمكافأة المواليد. والجدير بالذكر أنّ المكافآت السخية من هذا القبيل قد تؤثر إيجابياً على الإنجاب ولكن بشكل مؤقت فحسب. فالبرامج المماثلة المطبّقة في كل من أستراليا وكيبك وإسبانيا مثلاً قد أدت فعلاً إلى زيادة الولادات في الأجل القصير، ولكن من استفاد منها على الأرجح هم الوالدين الذين كانوا يؤخرون فكرة الإنجاب فقرّبوا الحمل لوقت مبكر كي يستفيدوا من هذه البرامج (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

إن تأمين دخل مستقر للأسر،
إلى جانب الاستقرار الوظيفي،
يشكّلان عاملين أساسيين
في تعزيز الخصوبة.

الموظفين من تولّي أدوار الرعاية التي يُفترض أن تقع على عاتق النساء، ولا سيّما مرافقة الأطفال أو الأهالي المسنّين أو الأجداد إلى المواعيد الطبية.

كما أنّ ترتيبات العمل من المنزل والعمل المدمج التي أصبحت أكثر انتشاراً في السنوات الأخيرة من شأنها أن تسمح نظرياً بتحقيق توازن أفضل بين العمل والحياة الشخصية بالنسبة للوالدين. ومع ذلك، يتم تنفيذ السياسات من هذا القبيل بشكل غير متكافئ بين مختلف القطاعات (لامبرت وآخرون، 2023) كما أنّ زيادة انتشار العمل عن بُعد قد يزيد من التنافس بين الموظفين ويقلّل مستوى الأجور، وفق دراسة أجريت في أمريكا اللاتينية (كابات، 2025). وقد أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت في أوروبا أنّ فرص العمل عن بُعد تساعد النساء على تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه في بعض الحالات، علماً أنّ هذا ليس ممكناً عندما يتعيّن عليهنّ قطع مسافة طويلة للوصول إلى مكان العمل، إلا أنّ العمل عن بُعد لا يدفع النساء عموماً إلى إنجاب الأطفال (كوروفسكا وآخرون، 2023). في الواقع، نظراً إلى أنّ العمل من المنزل يترافق غالباً مع آثار سلبية على التطوير المهني وقد يزيد من الأعباء الملقاة على كاهل المرأة في مكان العمل وفي المنزل على حد سواء كما أنّه لا يعالج الأسباب الجذرية وراء عدم تكافؤ أعباء الرعاية بين الجنسين (لمزيد من المعلومات، راجع الصفحة 79 في الفصل الثالث)، تبيّن أنّ النساء العاملات من المنزل في المملكة المتحدة كنّ أقل ميلاً فعلياً إلى إنجاب طفل مقارنةً بالنساء العاملات في موقع العمل والنساء العاملات عن العمل (أوسيوالسكا وآخرون، 2024). ولذلك، فإنّ السياسات المطبّقة في مكان العمل يجب أن تعالج الآثار غير المتكافئة بين الجنسين الناجمة عن سياسات الإجازة الأسرية والعمل المرن، بما أنّها تساهم بشكل أساسي في القرارات التي يتخذها الموظفون فيما يتعلق بإنجاب الأطفال.

تغيّرات قصيرة الأجل مقابل استقرار طويل الأجل
أخيراً، يصبح الأشخاص أكثر ميلاً إلى الإنجاب عندما يتواجدون بيئة تقدّم الدعم المستمر لدخول الأسر ويؤمنون

العمل في مجال الرعاية

عندما أدركت أنستازيا أسلان في جمهورية مولدوفا أنها تنتظر طفلها الرابع، لم تتردد أبداً. فعلى عكس الكثير من الأمهات العاملات اللواتي يكافحن من أجل بناء التوازن بين المهنة والأسرة، أدركت الأنسة أسلان أنّ لديها شبكة أمان، حيث كانت شركة مخابز بانيلينو التي تعمل لديها تتيح للموظفين اختيار دوام مرن وقد أنشأت مركزاً لرعاية الأطفال ووضعت سياسات لدعم الوالدين.

"فكرنا في عوامل عدّة عندما خططنا لإنجاب الطفل، مثلاً قِيمنا قدرتنا على دعم أنفسنا أثناء إجازة الأمومة وفكرنا

كيف يمكنني أن أقوم بواجباتي المنزلية وعملي معاً. والعامل الذي ساعدنا على اتخاذ القرار بإنجاب طفل آخر هو أنّ شركة بانيلينو تتيح مركزاً لرعاية الأطفال."

تُعتبر السياسات المراعية للأسرة عنصراً أساسياً في نموذج عمل شركة بانيلينو. بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان ووكالة التنمية النمساوية، أنشأت شركة بانيلينو مركزاً لرعاية الأطفال داخل الشركة لتشجيع الأهل على مواصلة العمل بينما يحظى أطفالهم بالرعاية اللازمة.

دراسة جدوى السياسات المراعية للأسرة تشهد منطقة جنوب شرق أوروبا انخفاضاً في عدد السكان ونقصاً في الموظفين، ما يجبر الشركات على التفكير في طريقة لدعم الأسر. وترى الشركات أنّ اعتماد سياسات من هذا القبيل هو أمر إيجابي، بعيداً عن كونه عبئاً مالياً. ويقول مرجيم كاهاني، المؤسس والمدير التنفيذي لشركة Gjirafa التي تُعدّ من شركات التكنولوجيا الأسرع نمواً في أوروبا الوسطى: "هذه الممارسات تدعم وجود بيئة إيجابية ومرنة وتعزز رفاه الموظفين، وإذا ما نظرنا للموضوع من زاوية الموارد البشرية، نلاحظ أنّ إتاحة هذه الممارسات يساعد في جذب المواهب الممتازة التي تقدّر هذه القيم. بالإضافة إلى ذلك، تساهم هذه الممارسات في تحسين رضا الموظفين وتقليل دورانهم لتؤدي في نهاية المطاف إلى زيادة ربحية الشركة عبر تعزيز إنتاجيتها، والحد من تكاليف التوظيف، وزيادة التزام القوى العاملة فيها."

تتيح شركة Gjirafa لموظفيها فرصة العمل بدوام مرن والعمل المدمج، كما يمكن للآباء أخذ إجازة لتقديم الرعاية والاستفادة من إجازة الوالدين. وقد تم تصميم هذه الأمور لمساعدة الموظفين على بناء التوازن بين مسؤولياتهم في العمل والمنزل، خاصةً إذا كان لديهم أطفال صغار.

ويضيف السيد كاهاني: "لقد بدأنا بتطبيق هذه الممارسات تدريجياً لنواكب الاحتياجات التي تظهر ونلبيها، وبدلاً من تطبيق جميع هذه الممارسات في آن معاً، فضّلنا أن تكيف معها بمرور الوقت، اعترافاً منا بأهمية المرونة وتوفير الدعم بهدف إنشاء مكان عمل شامل للجميع."

ما بعد مكافآت المواليد: دور الحكومة
عمدت بلدان أوروبا الشرقية طيلة عقود من الزمن إلى تقديم حوافز مالية لتشجيع الولادات مثل المكافآت النقدية للمواليد الجدد والتخفيضات الضريبية للأسر الكبرى وحتى الميداليات للأمهات الأطفال المتعددين. إلا أنّ الحكومات باتت تدرك أكثر فأكثر أنّ الحوافز المالية والجوائز لا تلبي احتياجات الوالدين بالكامل.

تقول ماجا باباتوليفسكا، وهي نائبة رئيس دائرة العمالة في وزارة الاقتصاد والعمل في مقدونيا الشمالية، إنّ بلدها كان يسعى إلى تحسين حقوق العمال وتعزيز التوازن بين العمل والحياة الشخصية، حيث تم وضع الخطط التي تعطي مقدّمي الرعاية الحق في أخذ إجازة مدفوعة الأجر، مع تمديد إجازة الأمهات والآباء، وسنّ حقوق

جديدة لإجازة الوالدين. وهذا الأمر يساعد في إعادة توزيع مسؤوليات تقديم الرعاية بمزيد من الإنصاف.

وأضافت قائلةً: "لقد أتحنا لكل موظف لديه طفل بعمر 8 سنوات أو أقل إمكانية طلب العمل بدوام مرّن لكي يتمكّن من رعاية طفله، حيث يمكن اختيار العمل على شكل دوام جزئي أو دوام معدّل أو العمل عن بعد بما يتلاءم مع احتياجات الموظف فيما يتعلق برعاية الطفل واحتياجات رب العمل فيما يتعلق بالشركة."

ويمتدّ هذا التحوّل الهادف ليتجاوز الإصلاحات القانونية التي تتناول المواقف الثقافية. وتوضح السيدة ماجا قائلةً: "يُعتبر الحمل وبداية الأمومة من أصعب الفترات في حياة المرأة. ولكن إذا كانت المرأة مدعومة من الدولة خلال هذه المراحل، بما يضمن أن تكون تجربتها خالية من الألم قدر المستطاع لناحية الأثر المحتمل على حياتها المهنية، تزداد كثيراً احتمالات عدم تخليها عن الأمومة أو عن مهنتها بل مواصلة كليها بالتوازي.

يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان هذه السياسات من خلال مبادرة "توسيع نطاق الخيارات"، وهي مبادرة تُنفذ بالتعاون مع الحكومات والشركات لوضع نهج مستدامة ومراعية للمنظور المبني على النوع الاجتماعي إزاء العمل وحياة الأسرة في غرب البلقان وجمهورية مولدوفا.

تحويل المعايير الاجتماعية

لا تزال العوائق الثقافية أمام الإنجاب موجودة في أجزاء كثيرة من المنطقة حيث تضطرّ النساء إلى تقديم الرعاية غير مدفوعة الأجر ويكون الرجال أقل ميلاً إلى أخذ إجازة الوالدين. تقول الأنسة أسلان: "إذا فكرنا في الواجبات المنزلية اليومية مثل التنظيف والطهي ورعاية الأطفال ومتابعة شؤون المدرسة والحضانة، يبدو لنا أنّ هذا الروتين يثقل كاهل المرأة، ولذلك أشجّع الأمهات على العودة إلى العمل في أقرب وقت ممكن."

فيالنسبة إلى الأنسة أسلان، إنّ المزايا التي تقدّمها شركة بانيلينو من خلال سياساتها تتجاوز مسألة الراحة. وتضيف قائلةً: "تبدو لي فرصة العمل عن بُعد التي منحني إياها مديري فرصة قيمة للغاية، فأنا أدرك أنّ الشركة تقدّرني كموظفة وأنّ زملائي ينتظرون عودتي إلى العمل. كما أنّ مركز رعاية الأطفال يمنحني راحة البال التي أحتاج إليها إذ أدرك أنّ طفلي بأمان وأنني أستطيع ملاقاته عند الضرورة. أتمنى من باقي الشركات أن تبادر إلى اعتماد سياسات من هذا القبيل لدعم الأمهات في التخطيط بثقة لمستقبلهنّ وأسرهنّ."

إمكانيات كسب الدخل أو تعزيز الأمن الوظيفي أو تحسين لظروف الاقتصادية بالمجمل. وفي حين أنّ التحويلات المالية قصيرة الأجل أو المحدودة أو التي تُقدّم لمرة واحدة قد تساعد في النفقات المتعلقة بالطفل، إلا أنّ أثرها يقتصر على تشجيع الوالدين لتقريب توقيت الحمل الذي كان يخططون له خوفاً من أن يتم إلغاء هذه المساعدة في المستقبل. ومع ذلك، قد يتخلى هؤلاء الوالدين في نهاية المطاف عن رغبتهم بإنجاب المزيد من الأطفال (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ أ).

التثقيف والإعلام

تساهم سياسات التثقيف بشكل كبير في تحسين الصحة والحقوق والخيارات الإنجابية. إلا أنّ برامج التثقيف قد تؤدي إلى تداعيات خطيرة على حقوق الأفراد وحياتهم الإنجابية ورفاههم في الأجل الطويل إذا لم تم تنفيذها بشكل سيء أو دعمها بشكل غير كافٍ.

تُظهر مجموعة قوية من الأدلة أنّ التربية الجنسية الشاملة، على سبيل المثال، تؤدي إلى تحسين الحصائل الصحية للشباب، بما في ذلك انخفاض معدلات حمل المراهقات والأمراض المعدية المنقولة جنسياً، كما أنّها تؤدي إلى آثار إيجابية على التواصل مع الشريك والمعرفة بالصحة الجنسية والوعي بالخدمات (اليونسكو، 2016؛ قسطنطين وآخرون، 2015؛ رورباخ وآخرون، 2015). وعادةً ما تتضمن التربية الجنسية الشاملة معلومات دقيقة طبيياً عن التشريح البشري ووسائل تنظيم الأسرة والأمراض المعدية المنقولة جنسياً والموافقة والتواصل الصحي في العلاقات. وعندما تُطبّق برامج التربية الجنسية الشاملة وفق المعايير الدولية، تكون مناسبة للعمر، وتتضمن معلومات عن حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين، ويتم تكييفها مع مختلف السياقات الثقافية بمشاركة المعلمين والطلاب وأولياء الأمور وأفراد المجتمع (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018).

أمّا التحويلات النقدية المنتظمة فتظهر نوعاً ما بعض الأثر. على سبيل المثال، أظهرت الدراسات التي أجريت في الأرجنتين وإسرائيل وهنغاريا وإسبانيا أنّ هذه التحويلات قد أدت إلى أثر ضئيل ولكن ملحوظ على الخصوبة الإجمالية في فترة زمنية محددة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). وهناك مثال آخر من بولندا التي بدأت منذ عام 2016 بتقديم تحويلات نقدية كبيرة ومباشرة إلى الأسر التي لديها طفلين أو أكثر، تصل قيمتها إلى 2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي للبلد. ومع ذلك، كانت النتائج محدودة حتى في بولندا حيث تم تسجيل زيادة بمقدار 1.5 نقطة مئوية في الاحتمال الكلي لدى المرأة لإنجاب طفل، غالباً بين النساء بعمر يتراوح بين 31 و40 سنة. واللافت أنّ الخصوبة لدى النساء بعمر يتراوح بين 20 و30 سنة قد تراجع فعلياً في هذه الفترة لأنّهن يعطين الأولوية للتعليم والمهنة سعياً إلى تحقيق المزيد من الاستقرار المالي، أو لأنّهن "يقاومن" ما يعتبرونه ضغطاً تمارسه الحكومة عليهنّ لإنجاب الأطفال" (بوكون، 2025).

وقد اشتملت سائر الجهود المبذولة لتحسين الرفاهية الاقتصادية لدى الأسر على سياسة رأس مال الأمومة في روسيا، والتي نُفذت في عام 2007 وتمثلت في نقل رأس المال غير النقدي إلى الأمهات، على شكل إعانات للإسكان، وتسديد للرهون العقارية، ومنح للتعليم، وصناديق للمعاشات التقاعدية. وكانت هذه التحويلات متاحة للأمهات اللواتي لديهنّ طفلين أو أكثر، وقُدّمت حتى عام 2016 وقد تم تمديد هذه السياسة بعد ذلك. وارتفعت المعدلات الكلية للخصوبة في الفترة الزمنية المحددة، حيث يُعزى ذلك جزئياً إلى قرار الوالدين بتقريب توقيت الإنجاب وأيضاً بسبب زيادة ولادات الطفل الثاني والثالث لدى الأسر، على الرغم من عدم وجود توافق واضح حول فعالية الآثار الناجمة عن هذه السياسة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

المؤشر الجامع في هذه الدراسات هو أنّ الأمن المالي طويل الأجل مهم لتمكين الأشخاص من تحقيق أهدافهم فيما يتعلق بإنجاب الأطفال، سواء من خلال تحسين

ومع ذلك، غالباً ما تركز المناهج الدراسية على المخاوف الفورية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين بدلاً من تهيئتهم لمواجهة المشاكل التي ستظهر على مدار الحياة بأكملها (ليتلتون، 2012). وفي هذا السياق، يشير الباحثون إلى ضرورة إدراج التوعية حول الخصوبة في البرامج التعليمية الموجهة إلى الشباب (فوسر وآخرون، 2024)، وتستكشف بعض البلدان مثل المملكة المتحدة نماذج لهذا النوع من التعلّم (شيشير وآخرون، 2024). تشمل التوعية حول الخصوبة على التذكير بحقيقة أنّ الخصوبة تنخفض مع تقدّم العمر لدى الرجال والنساء، وأيضاً أنّها تتأثر سلبياً ببعض العوامل مثل التدخين وتعاطي المخدرات، وأنّ جميع وسائل تنظيم الأسرة (بما في ذلك وسائل التوعية بالخصوبة) تنطوي على معدلات فشل (بي إم جي، 2019)، وأنّ الحمل غير المقصود قد يحدث حتى خلال فترة ما قبل انقطاع الطمث (باكور وآخرون، 2017).

تكون التربية الجنسية الشاملة فعالة بشكل خاص عندما ترتبط بخدمات الصحة الإنجابية التي يسهل الوصول إليها والتي لا تنطوي على الوصم (مببزو وآخرون، 2023)، وعندما يتم دمجها في برامج تدريب المعلمين (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018). ومع ذلك، تُظهر آخر الأدلة أنّ من بين 153 بلداً لديها بيانات، 28 في المائة منها ليس لديها أي قوانين أو لوائح أو سياسات تمكينية بشأن التربية الجنسية الشاملة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022ب). علاوةً على ذلك، بعد عقود من الاتفاق شبه الشامل على أنّ هذه البرامج مفيدة للمجتمع، كانت برامج التربية الجنسية الشاملة عرضة للإلغاء والمعارضة في الآونة الأخيرة (الأمم المتحدة، 2023). وحتى عندما يُسمح بتناول موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية داخل الصفوف الدراسية، فإنّ المناهج الدراسية قد تشوبها معلومات خاطئة وهذا الأمر يُلاحظ بدءاً من مستوى المدارس الابتدائية ووصولاً إلى كليات الطب (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024).

عندما تحتوي برامج التربية الجنسية الشاملة على معلومات خاطئة أو غير كاملة أو عندما تُنقل المعلومات إلى الطلاب بطريقة توحى بالوصم، فهذا الأمر قد يعزز الصور النمطية الضارة ويضعف قدرة الشباب على التخطيط لمستقبلهم وأسرهم. على سبيل المثال، في حين يؤكّد البالغون الذين يعانون من العقم أنّهم يتمنّون لو تلقّوا توعية حول الخصوبة (مينا وماكليدون، 2023)، إلا أنّ المعلومات المتعلقة بانخفاض الخصوبة المرتبط بالعمر (ما يسمى "الساعة البيولوجية") قد تُقدّم بطرق تُعزّز التحيز ضد النساء وتدين خياراتهنّ (ألدريغي وآخرون، 2016). كما أنّ المعلومات غير المتحيّزة التي لا تنطوي على الوصم تُعتبر مهمة للمراهقين والرجال بما أنّهم يفتقرون على وجه الخصوص إلى المعرفة حول الوقاية من العقم (دومليير وآخرون، 2016).

ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ المعلومات غير المتحيّزة والدقيقة من الناحية الطبية يجب أن تكون متاحة على نطاق أوسع في سياقات خارج إطار المدرسة، بما في ذلك للبالغين الذين تجاوزوا سن المدرسة بكثير، وذلك بهدف تصحيح المعلومات الخاطئة المنتشرة حول الصحة الجنسية والإنجابية. وتنتشر الأكاذيب حول الصحة الإنجابية والتشريح البشري والرعاية الصحية على نطاق واسع (باغوتو وآخرون، 2023)، ولا سيّما على وسائل التواصل الاجتماعي، ما يجعل الأشخاص غير واثقين بكل شيء: بدءاً من وسائل تنظيم الأسرة (جلينستر وآخرون، 2023) وفحوصات سرطان عنق الرحم (جونسون وآخرون، 2021)، ووصولاً إلى لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري (ماسي وآخرون، 2020) والإجهاض (باغوتو وآخرون، 2023) وفيروس العوز المناعي البشري (كرينجز، 2024). والجدير بالذكر أنّ الجهات الفاعلة المناهضة للمساواة بين الجنسين تطلق تطبيقات تروّج للمعلومات الخاطئة (غلينزا، 2019)، وهي برامج "اكتسبت شرعية ويجري الآن دمجها في المناهج التعليمية" (المنتدى البرلماني الأوروبي، 2025). وبالتالي، تعتبر الأدوات الرقمية للتربية الجنسية الشاملة والموارد المتاحة على الإنترنت التي تتضمن معلومات موثوقة ودقيقة عن الصحة الإنجابية مهمة أكثر من أي وقت مضى.

لوالدين الذين يتابعون دراستهم (نافارو-كروز وآخرون، 2023).

وأخيراً، تجدر الإشارة إلى أنّ غايات الخصوبة قد تتأثر أيضاً بالتكاليف المرتفعة والضغط التي تنطوي عليها بعض الأنظمة التعليمية. وفي جمهورية كوريا، تبيّن أنّ النظام المدرسي التنافسي للغاية مرتبط بتأخر الانضمام إلى الحياة العملية، وسوء الصحة النفسية، وعدم رضا المراهقين عن حياتهم، وعدم تكافؤ الفرص، وانخفاض الخصوبة (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2025). كما لوحظ وجود رابط بين أنظمة التعليم المضغوطة وتراجع الخصوبة في بلدان أخرى. على سبيل المثال، يشير الأفراد في الصين واليابان إلى أنّ ارتفاع تكاليف التعليم تشكّل عاملاً مهماً في القرارات المتعلقة بحجم الأسرة (أوغاوا وآخرون، 2009).

كما أنّ سائر السياسات التنقيفية قد تؤثر أيضاً على قدرة الأفراد على تحقيق أهدافهم الإيجابية. أبلغ والدين الطلاب وخاصة الأمهات الطالبات عن وجود عوائق خطيرة تحول دون إكمال تعليمهم أثناء رعاية أطفالهم، ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى توقفهم عن التعليم. تمتد صعوبة التوازن بين التعليم ورعاية الأطفال لتطال جميع المستويات، بدءاً من والدين المراهقين الذين لا يزالون في المدرسة إلى طلاب الجامعات والدراسات العليا (مُغامد وآخرون، 2017) وتنتشر في جميع السياقات الثقافية ومستويات الدخل (أوسي بواكي وآخرون، 2021). لذلك ينبغي توسيع نطاق التدابير الرامية إلى دعم التوازن بين العمل والحياة الشخصية للوالدين لتشمل التعليم، بما في ذلك إتاحة جداول زمنية مرنة للصفوف الدراسية وتوفير خدمات رعاية الأطفال

التعليم وحمل المراهقات: صورة أكثر اكتمالاً

في حين يُعدّ الحصول على خدمات الصحة الإنجابية أمراً بالغ الأهمية للحد من حمل المراهقات، إلا أنّ التعليم لا يقل أهمية عن تلك الخدمات. وغالباً ما يُسجّل انخفاض في معدلات حمل المراهقات كلما ارتفع مستوى تعليم السكان. ولكن تبيّن في بحث جديد أجري في أمريكا اللاتينية أنّ توقيت التعليم مهم أيضاً. ففي حين كان الباحثون يركّزون غالباً على قيمة التعليم العالي، إلا أنّ التعليم الثانوي قد يكون الأكثر تأثيراً في الواقع لأنّ الوصول إلى التعليم الثانوي أكثر انتشاراً من الوصول إلى الجامعة (غاربيت وآخرون، 2025). كما أنّ البقاء في المدرسة يتأثر بعوامل أخرى مثل التعويضات القليلة عن اليد العاملة الماهرة للمرأة. وتُعدّ نظرة الفتاة لما تعتبره مكناً في مستقبلها مهمة أيضاً، حيث وجدت الأبحاث أنّ الفتيات اللواتي يختبرن الأمومة في سنّ المراهقة لا يخطّطن عموماً لمستقبل حياتهنّ، مثل التخطيط للتعليم العالي. وتشير هذه الخلاصات إلى التأثير المستمر لمعايير النوع الاجتماعي على النساء والفتيات.

قد تتفاقم هذه المسائل بسبب الجوانب المتقاطعة لعدم المساواة، مثل التمييز على أساس الانتماء الإثني والدخل والعمر والموقع يُظهر بحثٌ جديد أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان أنّ المراهقات المتحدرات من أصول أفريقية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي كُنّ أكثر عرضة بنسبة 50 في المائة لأن يصبحنّ أمهات مقارنةً بقريباتهنّ غير المتحدرات من أصول أفريقية. وتبدو التكاليف باهظة في هذا المجال، حيث تبلغ أكثر من 15 مليار دولار في 15 بلداً تناولها البحث، وتتحمل الأمهات المراهقات أنفسهنّ الغالبية العظمى منها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025). ولمعالجة هذه المشكلة، يجب الاستمرار في تشجيع الفتيات على البقاء في المدرسة. ومع ذلك، يجب أن ينظر واضعو السياسات أيضاً إلى ما وراء الصفوف الدراسية لمعالجة العوامل الكامنة وراء التهميش. فعندما تتمكن الفتيات من تخيّل مستقبلهنّ خارج نطاق الأمومة المبكرة، يُرجح عندئذ أن يدركنّ هذه الحقيقة.

العوائق القانونية أمام الإنجاب بالاختيار

أخيراً، ثمة العديد من العوائق القانونية المباشرة وغير المباشرة التي تحول دون الإنجاب. أمّا العوائق المباشرة فغالباً ما ترتبط بالمعايير المتعلقة بمكوّنات "الأسرة". يمكن لهذا التعريف أن يحدد معايير الأهلية للتمكّن من تسهيل الإنجاب بالوسائل الطبية، والحصول على مزايا نقدية للأطفال، والاستفادة من إجازة الوالدين والخصم الضريبي وغير ذلك. ومع ذلك، حتى الأشخاص الذين لا ينظرون إلى العائلة في إطار الصورة التقليدية للأسرة النواة التي يرأسها والدين هما شاب وشابة، تزداد لديهم الرغبة بإنجاب الأطفال وتكوين أسرة. لقد بات الإنجاب اليوم مطلوباً وممكناً بالنسبة للأشخاص غير المرتبطين بشريك (فولغستن وشميت، 2021)، والأزواج من مجتمع الميم الموسّع (غاتو وآخرون، 2021؛ كوك وأندرسون، 2020؛ تيت وآخرون، 2019)، والنساء اللواتي كان يُنظر إليهنّ في السابق على أنّ قطار الأمومة قد فاتهنّ (أميرتونغا وآخرون، 2009).

أمّا الأنظمة القانونية فغالباً ما تنتج خدمات بناء الأسرة، مثل التبني وتسهيل الإنجاب بالوسائل الطبية، حصرياً للأزواج من جنسين مختلفين المقترنين بعقد زواج. يُسمح بالتبني المشترك بين شريكين من نفس الجنس في 36 بلداً فقط حول العالم، بينما هناك 37 بلداً آخرًا تسمح بالتبني من قِبَل الوالدة (الثانية) (تبني أحد الشريكين لطفل الشريك الآخر) (قاعدة البيانات العالمية للرابطة الدولية للمثليات والمثليين ومزدوجي التوجه الجنسي والمتحولين جنسياً، بدون تاريخ). يُسمح بالحصول على مساعدة للإنجاب وتأجير الأرحام للشركاء من نفس الجنس في عدد أقل من البلدان. ومن أصل 49 بلداً في أوروبا، يسمح 17 بلداً فقط باستخدام التلقيح بمساعدة طبية لجميع الأزواج أياً كانت توجهاتهم الجنسية و/أو هويات النوع الاجتماعي، ويسمح به 26 بلداً للأشخاص غير المرتبطين بشريك (الرابطة الدولية للمثليات والمثليين ومزدوجي التوجه الجنسي والمتحولين جنسياً، بدون تاريخ).

كما يمكن أن تحول القيود القانونية دون الاعتراف الرسمي بالأبوة والأمومة التي تتحقق من خلال الإنجاب بمساعدة طبية عبر الحدود. وتشمل الأمثلة على ذلك شطب الوالدين غير البيولوجيين من شهادات ميلاد الأطفال المولودين لأزواج من نفس الجنس، وتجريم الحمل لفائدة الغير، حتى وإن كان يمارس في البلدان التي يسمح بها القانون بذلك (حكومة إيطاليا، 2024؛ كيلبرايد، 2023). ثمة تدابير قانونية أخرى أيضاً تحرم الأفراد من حقهم في أن يصبحوا آباءً وأمّهات، مثل التعقيم القسري للأشخاص الذين يخضعون لرعاية تأكيد الهوية الجنسانية، وهي ممارسة أدانها المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2013)، وحظرها قرار محكمة العدل الأوروبية لعام 2017 (المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، 2017). في عام 2023 أنهت كل من فنلندا واليابان هذه المتطلبات (رويتز، 2023؛ ياماغوتشي، 2023).

وليس بالأمر الغريب أنّ نسبة الأفراد الذين يتوقعون تحقيق آمالهم في الإنجاب نسبة أقل بكثير بين أولئك المنتمين إلى الأقليات المرتبطة بالنوع الاجتماعي مما هي عليه بين مغايري الجنس (ريسكيند وتورنيلو، 2017؛ بايوكو ولاغي، 2013). كما أنّ الفرق بين حجم الأسرة المرغوب فيه وحجم الأسرة الفعلي هو أعلى بين النساء في الأزواج من نفس الجنس مقارنةً بالأزواج من جنسين مختلفين (بويرتيان وآخرون، 2024).

كما أنّ القيود القانونية التي تبدو غير مرتبطة بالخيار الإنجابي قد تؤثر على عملية اتخاذ القرار لدى الأفراد. تُظهر بعض الأبحاث أنّ قوانين الميراث في بلد ما تؤثر على مستويات الخصوبة، حيث تشير إحدى الدراسات في ناميبيا إلى أنّ النساء قد يخترنّ إنجاب المزيد من الأطفال في سنّ مبكرة لمواجهة خطر الحرمان من الميراث في حالة الترميل (سيج، 2025). يُضاف إلى ذلك أنّ

الوضع القانوني للشخص داخل البلد قد يؤثر أيضاً على الخصوبة. وفي كولومبيا، تبين أنّ المهاجرين الفنزويليين غير النظاميين الذين حصلوا على عفو كانوا أقل ميلاً لإنجاب طفل بسبب تحسّن فرص حصولهم على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، وتحسّن فرص العمل للنساء (أمويدو-دورانتيس وآخرون، 2023). أما في البلدان التي لا تسمح للأم بنقل جنسيتها إلى أطفالها مثل لبنان والصومال وقطر (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، بدون تاريخ)،

فقد يصبح الأطفال عديمي الجنسية إذا كان الأب مجهولاً أو مفقوداً أو متوفىً أو عديم الجنسية نفسه، أو إذا كان الطفل يترعرع بين أمين. وبالتالي، يُضطر الأفراد في هذه الحالات إلى الاختيار بين التخلي عن الطفل أو تعريضه لانعدام الجنسية. ويعتبر الخبراء في مجال حقوق الإنسان أنّ هذه الظروف "تحرم الأفراد من الحق في إنجاب طفل، وتنتهك حق الإنسان في الأبوة والأمومة بكرامة من خلال تكوين الأسرة بالشكل الذي يختاره المرء" (ليفين وبيدن، 2021).

توجد أيضاً قيود قانونية واسعة النطاق تمنع الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة، بما في ذلك منع الحصول على هذه الوسائل لأشخاص من فئات (فلودساك-سيمزوك وشارليش، 2024) وحظر التعقيم الاختياري للأشخاص غير الراغبين في الإنجاب (فيديلي وآخرون، 2023). وبالمثل، تبدو القيود المفروضة على إنهاء الحمل غير المرغوب فيه شائعة أيضاً؛ إذ تعيش حوالي 40 في المائة من النساء في سن الإنجاب، أي 753 مليون امرأة، في أماكن تطبّق فيها قوانين تقيد الإجهاض (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، بدون تاريخ)، وفي 95 بلداً، يمكن تجريم المرأة لقيامها بالإجهاض غير القانوني (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025ب).



عمل فني من إبداع سايان هاربيهاي

في إطار السعي نحو بناء عالم أفضل

نرى أنّ النساء والرجال في جميع أنحاء العالم يؤجّلون فكرة الإنجاب المرغوب فيه أو يتخلّون عنها تماماً لأنهم يواجهون عوائق كبيرة أمام هذه المسؤولية.

وفي جميع البلدان التي شملها استطلاع الرأي الذي أجره صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، يعتقد شخص واحد من بين كل 5 مجيبين (18 في المائة) أنّهم لن يتمكنوا من إنجاب عدد الأطفال الذي يريدونه. وقال 19 في المائة من المجيبين إنّ المخاوف بشأن المستقبل، مثل تغير المناخ والحروب والدمار البيئي، ستؤدي إلى عدم تحقيق أهدافهم المتعلقة بالخصوبة. ورأى 54 في المائة أنّ العوامل الاقتصادية، بدءاً من القيود المفروضة على الإسكان ومروراً بتوافر رعاية الأطفال ووصولاً إلى الأمن الوظيفي، ستؤدي إلى عدم تحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه.

وفي الوقت نفسه، لا يزال الملايين يتعرّضون لحالات الحمل غير المقصود. ويعاني الكثيرون من كِلا الأمرين. كل هذا يشير إلى وجود بيئة سياسية معادية لأحلام وتطلعات الشباب، فيؤدي إلى حالات حمل لم يريدوها الكثيرون منهم ويخلق عالماً يصبح فيه الشباب غير راغبين على الإطلاق بإنجاب الأطفال إلى هذه الحياة. ولكن مشهد السياسات هذا يمكن بل ويجب أن يتغيّر. فمن خلال الاستماع إلى الشباب، يمكننا أن نصنع مستقبلاً أفضل لهم ولأطفالهم.

وثمة قوانين أخرى تحدّ من سلطة النساء أو المراهقين على وجه التحديد في اتّخاذ القرار بالإنجاب. ووفق أحدث البيانات المستمدة من قاعدة بيانات أهداف التنمية المستدامة، تبيّن أنّ 7 في المائة من البلدان التي أفادت بأنّ لديها قوانين تضمن الحصول على رعاية الأمومة تقدّم هذه الرعاية بالفعل بشرط أن تكون المستفيدة امرأة متزوجة. وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أنّ اثني عشر في المائة من البلدان التي أفادت بأنها تحمي الحق في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة لديها في الواقع أنظمة قانونية متعددة تقوّض إمكانية الحصول على تلك الخدمات. ثلث البلدان المبلّغة لديها شرط بلوغ الحد الأدنى لسنّ الحصول على خدمات تنظيم الأسرة. يطلب خمس البلدان من النساء والمراهقات الحصول على تصريح من طرف خارجي للاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2022).

أخيراً، ثمة قوانين توفر حماية كافية للناس من العنف الجنسي والإكراه الإنجابي، بل وتجرم الناجين من الاغتصاب (فافا وإيستايين، 2023)، رغم أنّ حوالي امرأة واحدة من بين كل 4 نساء أبلغن عن عدم قدرتهنّ على رفض ممارسة الجنس، ورغم أنّ العنف الجنسي يساهم بشكل كبير في حدوث حالات الحمل غير المقصود على مستوى العالم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022).

ما مقدار الانخفاض في الخصوبة الذي يمكن أن يُعزى إلى انخفاض في حمل المراهقات؟

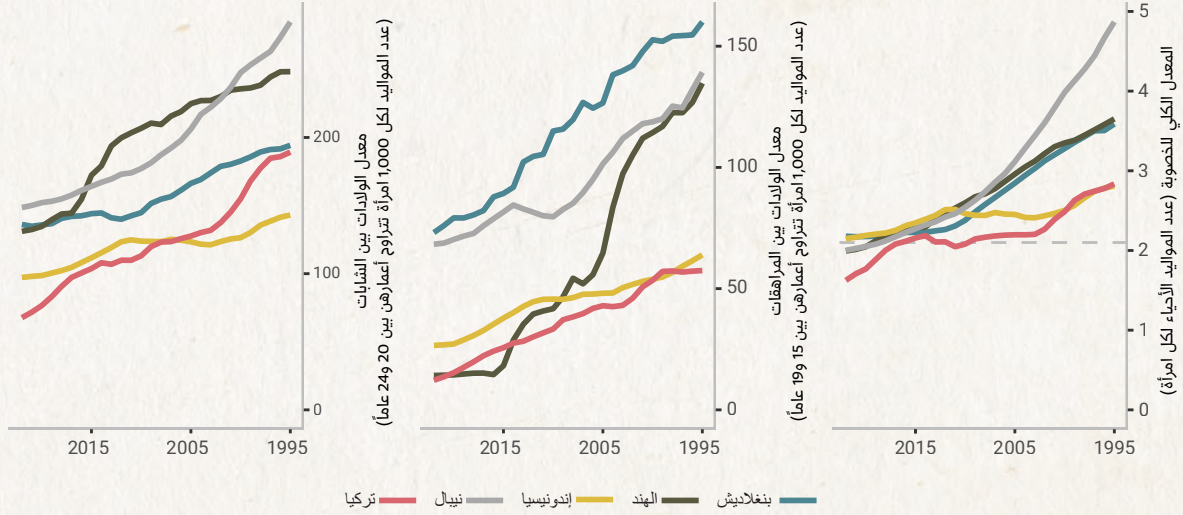
يعرض الشكلان (6-أ) و(6-ب) المعدلات الكلية للخصوبة ومعدلات الولادات لدى النساء بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة وبين 20 و24 سنة في بلدان مختارة من آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وقد شهدت هذه البلدان انخفاضاً مطرداً في المعدل الكلي للخصوبة على مدى العقدين الماضيين، حيث أنّ العديد منها وصل أو أوشك على الوصول إلى الخصوبة عند مستوى الإحلال (2.1 مولود لكل امرأة)، وشهد بعضها تسارعاً في انخفاض الخصوبة إلى مستويات منخفضة جداً في السنوات الأخيرة. وفي الوقت نفسه، لوحظ انخفاض حاد في معدلات الولادة لدى المراهقات والشابات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة.

وشهدت الأرجنتين انخفاضاً كبيراً بنسبة 60 في المائة في معدل الولادات لدى المراهقات، حيث انخفض من 64 مولوداً لكل 1,000 فتاة وشابة بعمر يتراوح بين 15 و19 عاماً في عام 2015 إلى 25 مولوداً في عام 2022. ولوحظ اتجاه مماثل في أوروغواي حيث انخفض معدل الولادات لدى المراهقات بنسبة 53 في المائة في الفترة نفسها. وعلى الرغم من الحاجة إلى مزيد من الدراسات والبيانات، تُظهر الأدلة أنّ الانخفاض في المعدل الكلي للخصوبة في السنوات الأخيرة يرتبط في المقام الأول بتأجيل الولادات الأولى لدى المراهقات والشابات، بدعم من البرامج الحكومية التي تعزز الوصول إلى خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة بين المراهقات والشابات (باردو وآخرون، 2025؛ كابيلا وآخرون، 2024).

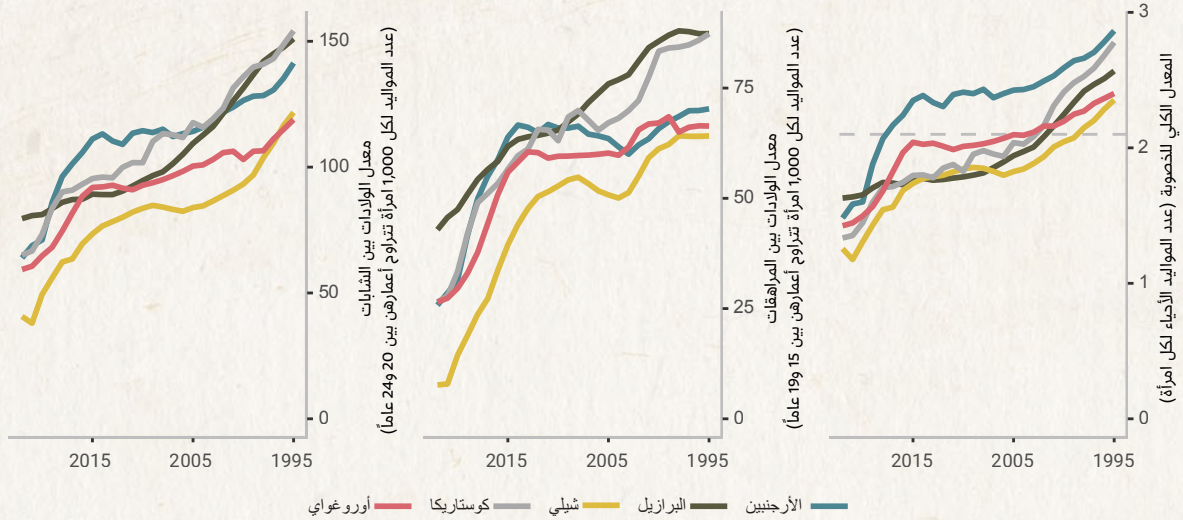
في حين أنّ العديد من واضعي السياسات يشعرون بقلق عميق إزاء انخفاض معدلات الولادات، قد تعتبر هذه التغييرات بمثابة مؤشر على نجاح مبادرات حقوق الإنسان والتنمية التي تسعى إلى الحد من حمل المراهقات. ويجد استعراضاً للأدلة أنّ الانخفاضات الأخيرة التي طرأت على المعدلات الكلية للخصوبة التي وصلت إلى مستويات منخفضة ومنخفضة جداً في بعض البلدان والمناطق، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالانخفاض السريع في معدلات الولادات لدى المراهقات والشابات (بعمر يتراوح بين 15 و24 سنة). وهذا يحدث لأنّ الكثير من النساء والشابات يؤجلن فكرة الإنجاب.

ويُعتبر الانخفاض الكبير في معدلات الولادات لدى المراهقات كأحد قصص النجاح الرئيسية في مجال الصحة العامة على مدى العقود الثلاثة الماضية.

الشكل (أ-6) المعدل الكلي للخصوبة (اليسار)، ومعدل الولادات لدى المراهقات، 15-19 سنة (الوسط)، ومعدل الولادات لدى النساء الشابات، 20-24 سنة (اليمين) في بلدان مختارة من منطقة آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (1995-2022)



الشكل (ب-6) المعدل الكلي للخصوبة (اليسار)، ومعدل الولادات لدى المراهقات، 15-19 سنة (الوسط)، ومعدل الولادات لدى النساء الشابات، 20-24 سنة (اليمين) في بلدان مختارة من منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (1995-2022)

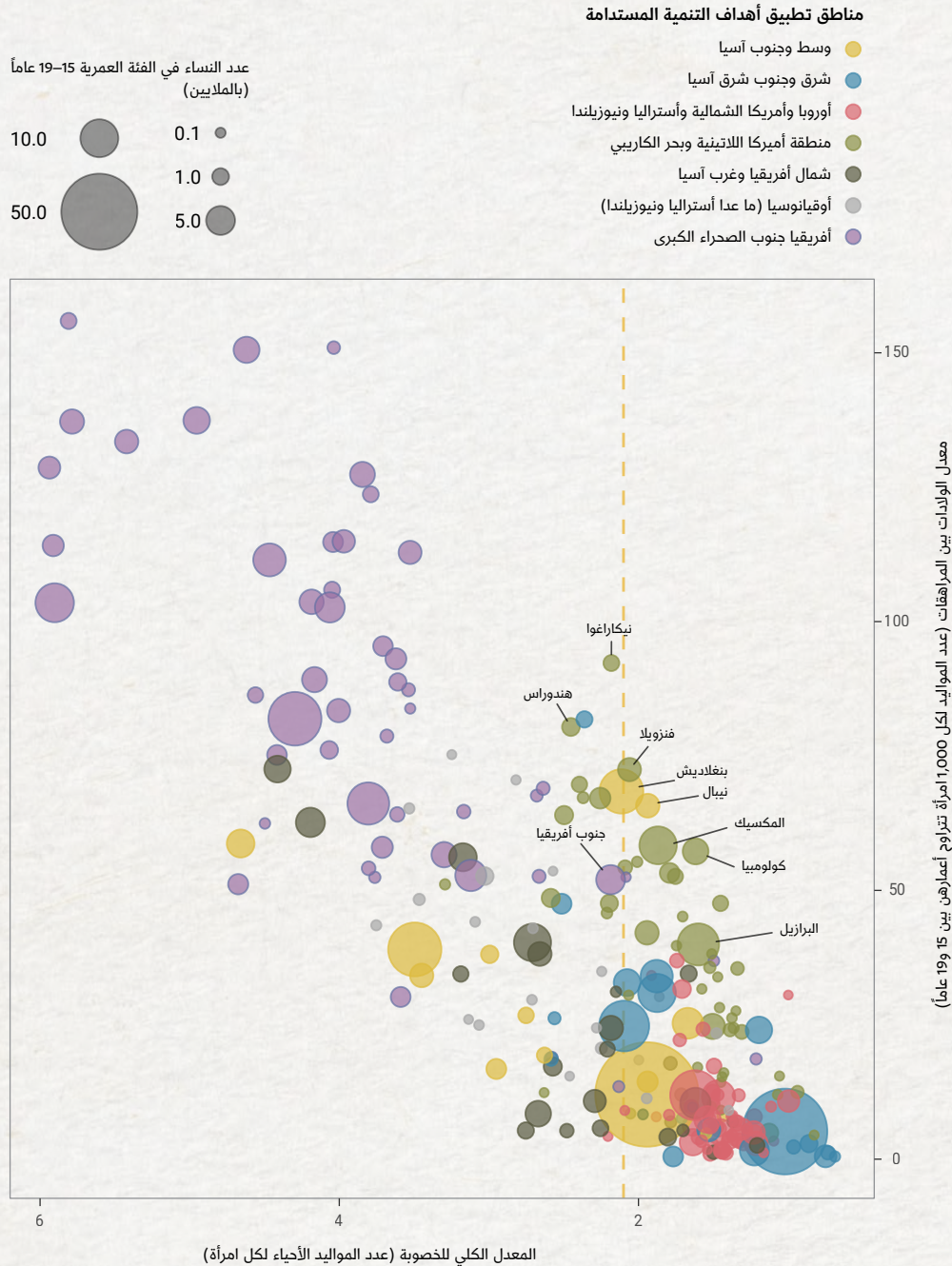


كما لوحظت اتجاهات متناقضة مماثلة في حمل المراهقات في بلدان آسيا. ويُعتبر الانخفاض الكبير في معدلات الولادات لدى المراهقات كأحد قصص النجاح الرئيسية في مجال الصحة العامة على مدى العقود الثلاثة الماضية. فالجدير بالذكر أنه سمح للمزيد من الشابات والفتيات بإكمال تعليمهنّ المدرسي وتجنّب المضاعفات الصحية الناجمة عن الحمل المبكر.

بالإضافة إلى ذلك، يشير الانخفاض الكبير في معدلات الولادات لدى الشابات بعمر يتراوح بين 20 و24 سنة إلى اتجاه نحو تأخر الإنجاب، حيث أنّ الأوج الأخيرة من النساء اللواتي بدأن سنّ الإنجاب ينجنّ عدداً أقل من الأطفال في وقت مبكر من حياتهنّ. تشير هذه الاتجاهات إلى أنّ انخفاض الإنجاب لدى المراهقات والشابات قد لعب دوراً رئيسياً في الانخفاض العام لمعدلات الخصوبة في كلتا المنطقتين. واستناداً إلى الخبرة التاريخية في بلدان أخرى ذات معدلات خصوبة منخفضة، يتبيّن أنّ هناك إمكانية لاستئناف الإنجاب في سن متأخرة، حيث أنّ النساء اللواتي لا يبدأنّ الإنجاب في سن المراهقة أو في أوائل العشرينات من العمر ينجنّ الأطفال في سن أكبر في نهاية المطاف. على سبيل المثال، كانت الانخفاضات المسجّلة في المعدلات الكلية للخصوبة داخل بلدان أوروبا الشرقية في تسعينيات القرن العشرين مرتبطة بتأجيل الإنجاب (سوبوتكا، 2005) ولكن سرعان ما ارتفع المعدل الكلي للخصوبة إلى مستويات أعلى بقليل بعد ذلك. ومع ذلك، فإنّ مقدار ما سيحقق من الإنجاب المؤجل لدى النساء الأكبر سنّاً يتوقف أيضاً على وجود ظروف اجتماعية واقتصادية وسياسات أسرية مؤاتية للإنجاب (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025أ).

وعلاوةً على ذلك، لا تزال بعض البلدان ذات معدلات كلية منخفضة للخصوبة تسجل معدلات ولادات مرتفعة نسبياً لدى المراهقات، حيث تتجاوز 50 ولادة لكل 1,000 فتاة وشابة بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة (الشكل 7). ويُؤمل أن تشهد هذه البلدان انخفاضاً سريعاً في حمل المراهقات بالمستقبل القريب، ولا سيّما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي مثل كولومبيا والمكسيك وجمهورية فنزويلا البوليفارية، بالإضافة إلى عدد قليل من البلدان في وسط وجنوب آسيا مثل بنغلاديش ونيبال. وهذا بدوره يساهم في مزيد من الانخفاض في المعدلات الكلية للخصوبة (راجع إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2025أ)، للاطلاع على سيناريوهات تنقل الأثر الناجم عن انخفاض الأنجاب لدى المراهقات). ومع ذلك، كما هو موضح في سياقات سابقة، قد يكون هذا الانخفاض الأولي متبوعاً بزيادة طفيفة في معدلات الخصوبة بين النساء بعمر 25 سنة وأكثر. وهذا الأمر يسلّط الضوء على أهمية النظر إلى ما هو أبعد من مقياس المعدل الكلي للخصوبة ودراسة أنماط الإنجاب حسب العمر بهدف الكشف عن العوامل الأساسية التي تشكّل اتجاهات الخصوبة.

الشكل (7) معدلات الولادات لدى المراهقات (15-19 سنة) حسب المعدل الكلي للخصوبة، وحسب المنطقة، 2025



ملاحظات: البلدان والمناطق التي لا يقل عدد سكانها عن 90,000 نسمة في عام 2025 ممثلة في الشكل. يشير حجم الدوائر إلى عدد النساء يعمر يتراوح بين 15 و19 سنة في عام 2025. تم اختصار اسم "جمهورية فنزويلا البوليفارية" باسم "فنزويلا". يشير الخط العمودي البرتقالي المشرط إلى الخصوبة عند مستوى الإحلال.

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024

هذا النص هو مساهمة من فلابديميرا كانتوروفا وسيكي وو من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة



الفصل الثالث

تحقيق المساواة بين الجنسين وجني المكاسب لصالح الجميع

بصادف عام 2025 الذكرى الثلاثين لاعتماد إعلان ومنهاج عمل بيجين، وهو اتفاق دولي بارز أكد أن "حقوق المرأة هي حقوق إنسان". واستناداً إلى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994، أكد هذا الاتفاق أيضاً أن الاعتراف الصريح بحق جميع النساء في التحكم في جميع الأمور المتعلقة بصحتهن وخاصة تلك المتصلة بخصوبيتهن وتأكيد هذا الحق مجدداً أمر أساسي لتمكين المرأة" (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2014).

شهدت السنوات الفاصلة تقدماً كبيراً لصالح النساء والفتيات، ليس فقط في ميدان السياسات العامة، بل أيضاً على صعيد المواقف والأعراف الاجتماعية التي تُشكل الأساس لتلك السياسات. فعلى سبيل المثال، تُظهر استطلاعات الرأي التي تتناول مدى قبول ضرب الزوج لزوجته أن نسبة التأييد لهذا الفعل أخذت في الانخفاض عبر البلدان بمرور الوقت، في مؤشر على الرفض المتزايد لعنف الشريك الحميم وغيره من أشكال العنف المبني على النوع الاجتماعي (فارتانوف وآخرون، 2023؛ بيردسال وأوروكسوم، 2018). وقد رافق هذا الاتجاه سنّ ما مجموعه 1,583 قانوناً لمناهضة العنف المبني على النوع الاجتماعي في 193 بلداً، مقارنةً بـ 12 بلداً فقط في عام 1995 (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2025).

أصبح العالم أكثر تقبلاً لمشاركة النساء في اتخاذ القرارات على أعلى المستويات. فقد ارتفعت نسبة النساء اللواتي يشغلن مقاعد في البرلمانات الوطنية من نحو 12 في المائة في عام 1997 إلى نحو 27 في المائة في عام 2025 (قاعدة بيانات برلاين التابعة للاتحاد البرلماني الدولي، بدون تاريخ). وتشير البحوث المتعلقة بالقيم إلى أنه بالنظر إلى مجموعة متنوعة من المؤشرات، تبين أن "في كل فئة من البلدان، وفي أي سنة من سنوات الاستطلاع، كلما كانت الفئة العمرية أصغر، كانت المواقف أكثر ميلاً إلى تأييد المساواة بين الجنسين" (بيولكاتي ولاديني، 2022).

ومع ذلك، لا تزال هذه المكاسب هشة وقد يسهل التراجع عنها، ذلك أن مؤشر الأعراف الاجتماعية القائمة على النوع الاجتماعي، وهو مؤشر يرصد التحيزات القائمة على

النوع الاجتماعي من خلال مجموعة من المقاييس، أظهر أن التقدم في المواقف تجاه النساء والفتيات قد توقف خلال العقد الماضي: ففي 38 بلداً، "تراجعت بشكل طفيف نسبة الأشخاص الذين يحملون تحيزاً واحداً على الأقل، من 86.9 في المائة إلى 84.6 في المائة" (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2023). وفي حين أن بيانات الاتجاهات بشأن الاستقلالية الجسدية، المتوفرة لـ 32 بلداً خلال الفترة بين عامي 2006 و2022، تظهر حدوث تحسن في 19 بلداً، فإن 13 بلداً شهدت تراجعاً في تمتع النساء بهذه الاستقلالية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024).

وقد يُعزى بعض هذا التراجع إلى نمو الحركة المناهضة للمساواة بين الجنسين (وتُعرف أيضاً بـ "أيديولوجيا مناهضة النوع الاجتماعي")، والتي بدأت بالتعبئة أولاً في أوروبا، ثم في أمريكا اللاتينية، و"شكّلت تحالفات وطنية وعبر وطنية مختلفة تتشارك الاستراتيجيات والأهداف"، وفقاً لوثيقة إرشادية حديثة صادرة عن مجلس حقوق الإنسان. و"قد تعرّضت المدافعات عن حقوق الإنسان، لا سيما أولئك اللواتي يدافعن عن الحقوق الجنسية والإنجابية، لأعمال عنادية متزايدة من قبل هذه الحركات" (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2024).

في بعض الأحيان، تُلقى الخطابات العامة باللوم صراحةً على المساواة بين الجنسين في انخفاض معدلات الخصوبة. فمنذ عقود من الزمن، لوحظ وجود ارتباط بين تمكين النساء وتراجع معدلات الخصوبة (شميلز، 1976)، ورغم أن طبيعة هذا الارتباط باتت موضع تساؤل في الوقت الراهن (راجع الإطار المتعلق بانعدام المساواة بين الجنسين كعامل محفّز لانخفاض الخصوبة، في الصفحة 31)، فقد أفضى هذا الارتباط مع ذلك إلى الترويج للفكر النسوي كأداة لخفض معدلات الولادات: ورد في إحدى نشرات عام 2019 الصادرة عن منظمة Negative Population Growth (أي النمو السكاني السلبي) التي لم تُعد قائمة اليوم، ما يلي: "قد يكون الترويج للمساواة بين الجنسين والفكر النسوي أفضل وسيلة لزيادة الطلب على وسائل تنظيم الأسرة في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة" (روبنشتاين، 2019).

لقد ساهم هذا التصوّر للمساواة بين الجنسين بوصفها آلية لتحقيق غايات ديمغرافية بدلاً من كونها هدفاً من أهداف حقوق الإنسان، في تعزيز الفكرة القائلة إنّ التراجع عن تمكين النساء يمكن أن يؤدي إلى رفع معدلات الخصوبة.

فيه، إذ يحاول الوالدان اللذان لديهما بنات إنجاب أبناء (تشودهوري، 2012؛ سيدل، 1995). وفي الواقع، كشف استطلاع الرأي الذي أجرته إدارة صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov أنّ تفضيل الذكور كان أقوى لدى الرجال مقارنةً بالنساء (49 في المائة مقابل 40 في المائة)، وذلك في معظم البلدان التي شملها الاستطلاع.

وتؤدي هذه العوامل إلى اختلافات بين الرجال والنساء في عدد الأطفال المرغوب فيه. وفق بيانات الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي أجريت بين عامي 2000 و2023 وتم تحليلها في أداة STATcompiler، بلغ متوسط عدد الأطفال المثالي للنساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نحو 4.8 طفل، مقارنة بـ 5.7 لدى الرجال. وبالمثل، في جنوب شرق آسيا وجنوب آسيا، بلغ متوسط عدد الأطفال المثالي للنساء 3 أطفال، مقارنة بـ 3.3 لدى الرجال.

وقد ساهم هذا التصوّر للمساواة بين الجنسين بوصفها آلية لتحقيق غايات ديمغرافية بدلاً من كونها هدفاً من أهداف حقوق الإنسان، في تعزيز الفكرة القائلة إنّ التراجع عن تمكين النساء (من خلال الحدّ من التحصيل التعليمي مثلاً) يمكن أن يؤدي إلى رفع معدلات الخصوبة (جرين وبرك، 2024). ولكن، حتى وإن لم تكن مثل هذه التدابير تتعارض بشكل صارخ مع مبادئ حقوق الإنسان، فإنّ الأدلة على فعاليتها تظلّ ضئيلة.

ومع ذلك، تتفاعل الرغبات المتعلقة بالإنجاب، وغالباً بطرق معقّدة، مع معايير النوع الاجتماعي والمواقف التي تشهد تحوّلاً مستمراً. فبالنسبة للرجال، ترمز الخصوبة إلى الإرث والمكانة الاجتماعية، أما بالنسبة للنساء، فغالباً ما تكون الخصوبة مرتبطة بمسؤوليات رعاية الأطفال والضغوط الاجتماعية المتعلقة بالإنجاب. ولعلّ هذا الأمر يُفسّر الفجوة الموجودة بين الجنسين منذ زمن طويل لناحية عدد الأطفال المرغوب فيه، حيث غالباً ما يُعبّر الرجال عن رغبتهم في إنجاب عدد أكبر من الأطفال مقارنةً بالنساء (بونابيرت وآخرون، 2025؛ ميونج وآخرون، 2021؛ ويستهورف، 2010). وقد أكّد هذا الاتجاه استطلاع الرأي الذي أجره صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov. ففي جميع البلدان الأربعة عشر التي شملها الاستطلاع، تبيّن في المتوسط أنّ 56 في المائة من الرجال و45 في المائة من النساء أشاروا إلى أنّ "الحفاظ على الاسم والممتلكات" يُعدّ سبباً مهماً لإنجاب طفل، وكان الرجال في جميع البلدان، باستثناء بلد واحد، يرون أنّ هذا هو السبب الأهم مقارنةً بالنساء اللواتي وجدنّه سبباً أقل أهمية.

يُعدّ تفضيل الذكور مظهراً آخر من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين، وهو عامل مهم أيضاً ولا سيّما في جنوب آسيا وشرق آسيا وجنوب القوقاز. وقد يؤدي تفضيل الذكور إلى اختيار جنس الجنين بشكل متحيّز للنوع الاجتماعي، ما يحدث اختلالاً في نسبة الجنسين على مستوى السكان بأكملهم (منظمة الصحة العالمية، 2011؛ جيلموتو، 2009). وحيثما لا يتم اختيار جنس الجنين بشكل متحيّز للنوع الاجتماعي، يؤدي تفضيل الذكور إلى دفع الأزواج لإنجاب عدد من الأطفال يتجاوز حجم الأسرة المرغوب

الاقتصادي، وتغيّر العلاقة بين الشريكين. فعلى سبيل المثال، قد يعيد الأزواج النظر في خططهم الإنجابية عندما تتحسن ظروفهم الاقتصادية وقد يفكرون في زيادة عدد الأطفال المرغوب فيه. أما عندما يواجهون تحديات صحية أو تغيرات في الوضع العائلي، فقد يفكرون في تقليص حجم الأسرة المرغوب فيه. وقد ظهر ذلك أيضاً في استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، حيث ذكر 21 في المائة من المحييين أنّ تحسّن أوضاعهم الاقتصادية قد يجعلهم أكثر ميلاً على الأرجح لإنجاب عدد أكبر من الأطفال مما كانوا يرغبون فيه في البداية أو مما يعتبرونه مثالياً (مع الإشارة إلى أنه من غير الواضح ما إذا كان هذا يشير إلى الانفتاح على إنجاب المزيد من الأطفال، أو إلى الاستجابة لضغوط خارجية تدفع إلى ذلك).

وأما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، فالفارق بين الجنسين أصغر بكثير، حيث ترغب النساء في إنجاب 2.9 طفل في المتوسط، مقابل 3 لدى الرجال.

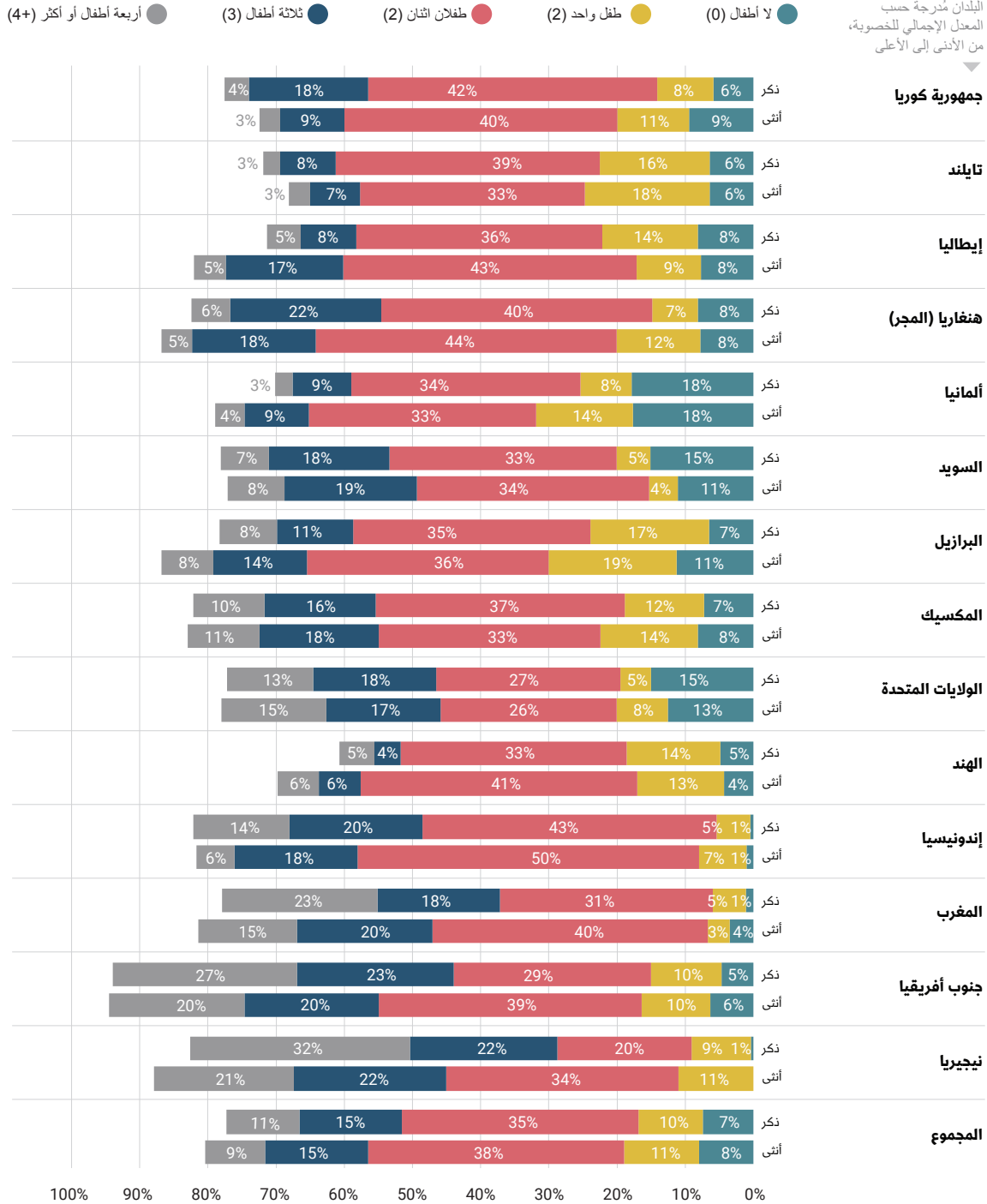
ومع ذلك، تظلّ هذه التعميمات واسعة. ففي بعض السياقات، قد ترى النساء أيضاً أنّ إنجاب عدد كبير من الأطفال يُكسبهن مكانة اجتماعية مرموقة (تشيرش وآخرون، 2023؛ توما وآخرون، 2021)، كما أفادت النساء في عدد محدود من البلدان بأنهنّ يرغبنّ في إنجاب أطفال أكثر من الرجال (بوس وآخرون، 2000) (راجع الشكل 8).

وتتغيّر الرغبات في الإنجاب أيضاً بمرور الوقت استجابةً للظروف الحياتية، مثل العمر، والوضع الصحي، والاستقرار



عمل فني من إبداع ماريانا غيفين

العدد المثالي للأطفال للمستطلعة آراؤهم، حسب كل بلد



سُئل المشاركون الذين لم ينجبوا أي أطفال: "لو كان بإمكانكم اختيار عدد محدد من الأطفال لتنجبوه في حياتكم، فما هو العدد المثالي بالنسبة لكم؟" سُئل المشاركون الذين أنجبوا الأطفال: "لو كان بإمكانكم الرجوع في الزمن إلى الوقت الذي كنتم فيه بدون أطفال واختيار العدد المحدد للأطفال الذين تريدون إنجابهم في حياتكم، فما هو العدد المثالي بالنسبة لكم؟" الإجابة الفارغة تعني أن المستطلعة آراؤهم قالوا "لا أعرف/أفضل عدم الإفصاح".

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov.

النوع الاجتماعي في الأسرة وفي مكان العمل

تتأثر غايات الخصوبة وكذلك مستويات الخصوبة المحققة فعلياً بعوامل عدّة، منها الأدوار المنوطة بالجنسين وتوزيع الأعمال بين الرجل والمرأة، ولا سيّما أعمال الرعاية. وغالباً ما تتشكل هذه الأدوار بفعل السياقات الثقافية والاقتصادية والسياسات، وهي تحدد كيف تُقسّم المسؤوليات بين الشريكين، الأمر الذي يؤثر بدرجة كبيرة في قرارات الإنجاب.

وبالرغم من التقدّم الكبير المحرز نحو تحقيق التكافؤ بين النساء والرجال في المجال العام للحياة على مستويات عدة مثل التعليم والعمل والمشاركة السياسية، فإنّ التغيير في المجال الخاص كان محدوداً، حيث لا تزال النساء يتحملن بشكل أساسي مسؤولية الأعمال المنزلية ورعاية أفراد الأسرة المُعالين (سواء كانوا أطفالاً أم كباراً في السن) (إسبينج-أندرسن وبيلاي، 2015؛ جولدشايدر وآخرون، 2015). وتشير التقديرات إلى أنّ النساء يقمن بما يتراوح بين ثلاثة أضعاف وعشرة أضعاف أعمال الرعاية والأعمال المنزلية غير مدفوعة الأجر مقارنةً بما يقوم به الرجال، وهو تفاوت يُعتبر "أحد أهم العوامل التي تعوق فرص التعليم والعمل ووقت الفراغ المتاح للنساء" (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo 2022). ورغم أنّ الرجال يخصّصون حالياً وقتاً أطول بكثير للأعمال المنزلية ورعاية الأطفال مقارنةً بالماضي، تشير البيانات التي جُمعت على مدى خمسين عاماً في 19 بلداً غريباً (ألتينتاس وسوليفان، 2016) إلى أنّ المعايير الثقافية لا تزال تُملي على حد كبير على الرجال أن يُظهروا أبوة "صالحه" من خلال أداء دور المُعيل لأسرهم (تاوونسن، 2002). أما النساء، فعلى النقيض، غالباً ما يُتوقع منهنّ إعطاء الأولوية لرعاية أطفالهنّ على حساب المجالات الأخرى في الحياة، بصرف النظر عن مشاركتهنّ في القوى العاملة (منظمة العمل الدولية، 2024).

إنّ تقسيم العمل لا يُعزى حصراً إلى الضغوط الثقافية. على سبيل المثال، قد يتم توزيع العمل المدفوع وغير المدفوع بين الشريكين اعتماداً على من منهما يتقاضى أجراً أعلى (لوندبيرج وبولاك، 1996) أو من لديه عمل أكثر مرونة (بريسر، 1994). ومع ذلك، فإن الراتب وترتيبات العمل المرنة والعوامل الأخرى تتأثر في حد ذاتها بمعايير النوع الاجتماعي وتُساهم في استمرارها (تشونغ، 2023). ويُرجّح أن تشغل النساء وظائف منخفضة الأجر (فان دير غاغ وآخرون، 2023)، كما أنّ القطاعات التي تهيمن عليها النساء أقل ميلاً لتوفير خيارات العمل المرنة (جاكوبي وآخرون، 2025)، وهي عوامل قد تُفضي إلى خروج النساء من سوق العمل لتولّي أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر. وفي الوقت نفسه، تشير البيانات إلى أنّ الوظيفة المدفوعة الأجر تُعزّز بدرجة كبيرة من دور النساء في اتخاذ القرارات داخل الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo، 2022)، ما يعني أنّ العوامل التي تدفع النساء نحو أعمال الرعاية غير المدفوعة قد تسهم أيضاً في استمرار حلقة من انعدام التمكين.

بصرف النظر عن الدوافع الكامنة وراء تقسيم العمل على أساس النوع الاجتماعي، من المعروف أنّ هذا التقسيم يؤثر في تطلّعات الإنجاب، إذ تختار العديد من النساء إنجاب عدد أقل من الأطفال بغية تحقيق التوازن بين المسؤوليات المهنية والمنزلية (رايبولد وسير، 2020؛ تشانون وهاربر، 2019). وحتى عندما ترغب النساء في إنجاب عدد أكبر من الأطفال، فإنّ مسؤوليات رعاية الأطفال كثيراً ما تُصعب عليهنّ تحقيق التقدّم المهني، أو الحفاظ على وظائف بدوام كامل، أو الانخراط في فرص التطوير المهني (توريس وآخرون، 2024؛ باركر، 2015). وغالباً ما يشعر الرجال بضغط أقل لتعديل مساراتهم المهنية لتلبية احتياجات الأسرة (بربر وآخرون، 2024). وتُظهر البحوث أنّ الشركاء الذين يتقاسمون الأعمال المنزلية بالتساوي يميلون إلى تحقيق معدلات خصوبة أعلى مقارنةً بالأسر التي تسودها أدوار "غير متكافئة"، حيث يظلم أحد الشريكين بمعظم الأعمال المنزلية، فيما

مشاركة أكبر من الآباء

إنّ المعايير المتعلقة بمشاركة الآباء في رعاية الأطفال تشهد تحولاً تدريجياً يعيد تشكيل ديناميات الأسرة؛ إذ إنّ زيادة انخراط الآباء في رعاية الأطفال والاضطلاع بمسؤولياتهم المنزلية من شأنها تخفيف العبء عن النساء، ما يؤثر بشكل إيجابي على خيارات الإنجاب لديهنّ ويفتح المجال أمام علاقات شراكة أكثر إنصافاً (ليوكاديو وآخرون، 2024؛ فانيلى وبروفيتا، 2021). وتسهم المواقف الأكثر مساواة بين الجنسين في تعزيز هذه التحوّلات. فعلى سبيل المثال، تُظهر البحوث أنّ الوالدين الذين يتبنون مواقف قائمة على المساواة بين الجنسين وينظرون إلى تربية الأطفال بوصفها مسؤولية مشتركة، يميلون إلى تحقيق مشاركة أعلى جودة للوالدين، مما يؤثر بشكل إيجابي على السلوك الاجتماعي للأطفال (وانج وتشيونج، 2023). وبالمثل، في العائلات التي تتضمّن أمّاً تعمل خارج المنزل وأباً يشارك بنشاط في تقديم الرعاية، فإنّ المواقف المنصفة بين الجنسين تنتقل بشكل كبير إلى الأطفال (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo، 2022).

لا تزال هذه التغيرات تدريجية. في التحليل الذي أجري عام 2022 استناداً إلى استطلاع الرأي الدولي المعني بالرجال والمساواة بين الجنسين، طُرِح على كلٍّ من الرجال والنساء سؤالٌ بشأن مقدار مشاركتهم في أعمال الرعاية، حيث تُعدّ هذه المشاركة مؤشراً على احتمال مشاركة أبنائهم الذكور لاحقاً في أعمال الرعاية. وقد أظهرت الردود حدوث زيادات طفيفة فحسب في المساهمات المنزلية للآباء بمرور الوقت. وعند سؤالهم عن مساهماتهم في أداء الأعمال المنزلية، أشارت النساء في 21 بلداً إلى أنّ مشاركتهم كانت شبه شاملة، في حين أفاد أقل من نصف الرجال في 32 بلداً بأنهم يضطّعون ببعض هذه المسؤوليات، بينما قال 28 في المائة منهم إنهم لم يضطّلعوا بأي من هذه المهام مطلقاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo، 2022).

يقتصر دور الشريك الآخر على كونه المُعيل (رايبولد وسيار، 2020؛ ريدرر وآخرون، 2019؛ مينكاريني وتانثوري، 2004).

وتُشير النظريات المتعلقة بالنوع الاجتماعي والخصوبة إلى أن أدنى معدلات الخصوبة في المجتمعات ذات الدخل المرتفع غالباً ما تُسجّل لدى النساء اللواتي يعانين من "عبء مزدوج" يتمثّل في التوفيق بين الوظيفة المدفوعة الأجر والمسؤوليات المنزلية غير المدفوعة. إلا أنّ هذه النظريات تتوقّع أيضاً إمكانية ارتفاع معدلات الخصوبة عندما يشارك الرجل بنشاط في تولّي مسؤوليات الرعاية المنزلية. ويُشير ذلك إلى وجود علاقة على شكل منحنى U، حيث تُظهر الأسر التقليدية (الزوج المُعيل والزوجة ربة المنزل) وكذلك الأسر ثنائية الدخل المتساوية في الأدوار، معدلات خصوبة أعلى نسبياً (رايبولد وسيار، 2020). وفي الوقت الحاضر، يتوقّع العديد من الخبراء أن تظلّ معدلات الخصوبة منخفضة إلى أن تتحقق المساواة بين الجنسين في مجالات الحياة الخاصة والعامة (إسبينج أندرسن وبيلاي، 2015).

تجدر الإشارة إلى أنّ الأدوار المنوطة بالجنسين في مكان العمل وداخل الأسرة تمرّ بتحوّلات، لا سيّما في ظلّ تزايد أنماط العمل المختلط والافتراضي، التي أعادت تشكيل العلاقة بين الوظيفة والإنجاب بالنسبة للعديد من النساء (مينهاس، 2024). ورغم أنّ العمل عن بُعد أو العمل المختلط قد يتيح للنساء إمكانية التوفيق بين العمل المدفوع والإنجاب، فإنه قد يسهم أيضاً في ترسيخ المعايير غير المتساوية بين الجنسين إذا ما بقيت مسؤوليات عن أعباء الرعاية بشكل غير متوازن. فعلى سبيل المثال، تُظهر البحوث أنّ العمل من المنزل قد يُحدث نوعاً من الخلط بين المجالين المهني والعائلي، وقد يزيد من عدم التوازن بين العمل والأسرة، وقد يؤثر سلباً على المسار المهني للنساء، ويؤدي بالتالي إلى انخفاض معدلات الخصوبة لديهنّ (أوسيوالسكا وآخرون، 2024) (راجع الصفحة 59 بشأن السياسات المراعية للأسرة في أماكن العمل).

وتنسحب هذه الاتجاهات أيضاً على رعاية الأطفال. في 18 بلداً شملها الاستطلاع، أفاد أغلب المجيبون بأن النساء يتولين "دائماً وغالباً" الأعمال الروتينية لرعاية الأطفال، فضلاً عن وجود تفاوتات واضحة في نوعية المهام المتعلقة برعاية الأطفال التي يقول الآباء إنهم يؤدونها. فالآباء الذين أفادوا بأنهم يلعبون مع أطفالهم كانوا أكثر من الآباء الذين قالوا إنهم يحمون أطفالهم. تُظهر البيانات كذلك وجود فجوة كبيرة بين الرجال والنساء في اعتبار أنّ المهام الروتينية لرعاية الأطفال هي مهام يتم تقاسمها بالتساوي بين الشريكين، حيث أبلغ الرجال بنسب أكبر بكثير من النساء في كل البلدان، عن أنّ هذه المهام تُقسّم بينهم وبين شركائهم/ شريكاتهم بشكل متساوٍ (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة 2022، Equimundo).

ومع ذلك، هناك مؤشرات على أنّ الرجال يُبدون التزاماً كبيراً تجاه أعمال الرعاية. وفقاً لتقرير "حالة الآباء حول العالم" لعام 2023، أفاد ما يقرب من 90 في المائة من الرجال في 15 بلداً بأنهم "يشعرون أنهم مسؤولون عن أعمال الرعاية" على قدم المساواة مع شريكاتهم. وأفاد كل من الرجال والنساء بأنّ الاعتناء بالأطفال يمنحهم شعوراً بالرضا والرفاه. وكان الآباء والأمهات الذين عبّروا عن رضاهم عن مستوى مشاركتهم كوالدين أكثر ميلاً بمقدار 1.5 مرة للموافقة على العبارة: "أنا الشخص الذي لطالما أردت أن أكونه"، كما عبّر غالبية الرجال والنساء، أكثر من 80 في المائة في معظم البلدان، عن إيمانهم بضرورة تشجيع الأولاد على تعلّم مهارات الرعاية (فان دير جاج وآخرون، 2023).

عمل فني من إبداع ستينا بيرسون



لماذا ننجب الأطفال؟

طُرح على أكثر من 14,000 شخص لتقييم أهمية الأسباب المختلفة المؤيدة لإنجاب الأطفال والمعارضة له. وقد ظهر تباين كبير بين البلدان فيما يتعلق بمعظم الأسباب. ففي بعض البلدان مثل إندونيسيا ونيجيريا، قال معظم المجيبين إنّ الدافع وراء الإنجاب هو الحفاظ على اسم العائلة وممتلكاتها للأجيال القادمة، ودعم الوالدين في سن الشيخوخة. وأشار المشاركون في إندونيسيا والمغرب ونيجيريا إلى أنّ الواجبات الدينية والاجتماعية تُعدّ من الأسباب المهمة لإنجاب الأطفال؛ بينما رأى المشاركون في ألمانيا والسويد أنّ الواجبات الدينية والاجتماعية أقل أهمية.

ومع ذلك، أفاد المجيبون في كل بلد بأنّ أهم سبب لإنجاب طفل هو الفرحة الدائمة التي تأتي مع الطفل والرضا الناتج عن تربيته. وبالمثل، كان هناك اتفاق واسع النطاق على أنّ تكاليف تربية الأطفال (مثل "تربية طفل أمر مكلف للغاية" و"تربية طفل تتطلب وقتاً طويلاً وطاقة كبيرة") تُعدّ من أهم الأسباب التي تدفع إلى الامتناع عن الإنجاب.

فإن كان الأطفال يُقدّرون على نطاق واسع لما يجلبونه من فرح للوالدين، وإن كانت هذه القيمة تُعدّ أهم من أي عوامل أخرى، فلا بدّ إذاً من التساؤل حول التفسيرات النفعية التي يعتمدها صنّاع السياسات في معظم الأحيان للتشجيع على الإنجاب. وبالتالي، يتبيّن أنّ الناس ليسوا مدفوعين بالحوافز المالية أو رعاية المسنين أو المكانة الاجتماعية، بل يبدو أنهم يُعبرون اهتماماً أكبر لعوامل أخرى مثل وجود عالم يشكّل بيئة صالحة لنمو الأطفال، ووجود ظروف تسمح لهم بالاستمتاع بتجربة تربية الأطفال.

تماماً كما تتحوّل المعايير المتعلقة بالأدوار المنوطة بالنساء والرجال داخل الأسر، تتغيّر أيضاً المعايير المرتبطة بالأطفال والأسباب التي يقول الناس إنها دفعتهم للإنجاب. وقد لاحظ الباحثون منذ وقت طويل وجود توازن بين عدد الأطفال وجودة الاستثمار في كل طفل. ففي المجتمعات ذات معدلات وفيات مرتفعة جداً، قد تعتبر الخصوبة المرتفعة أمراً مفيداً إذ تضمن نجاة بعض الأطفال على الأقل (على الرغم من أنّ معدلات الخصوبة المرتفعة ترتبط أيضاً بارتفاع معدلات وفيات الأمهات والرضع). أما في ظلّ عدم ارتفاع معدلات الوفيات، فتصبح الخصوبة المنخفضة أكثر فائدة إذ تتيح استثماراً أكبر في كل طفل (بيج وآخرون، 2016).

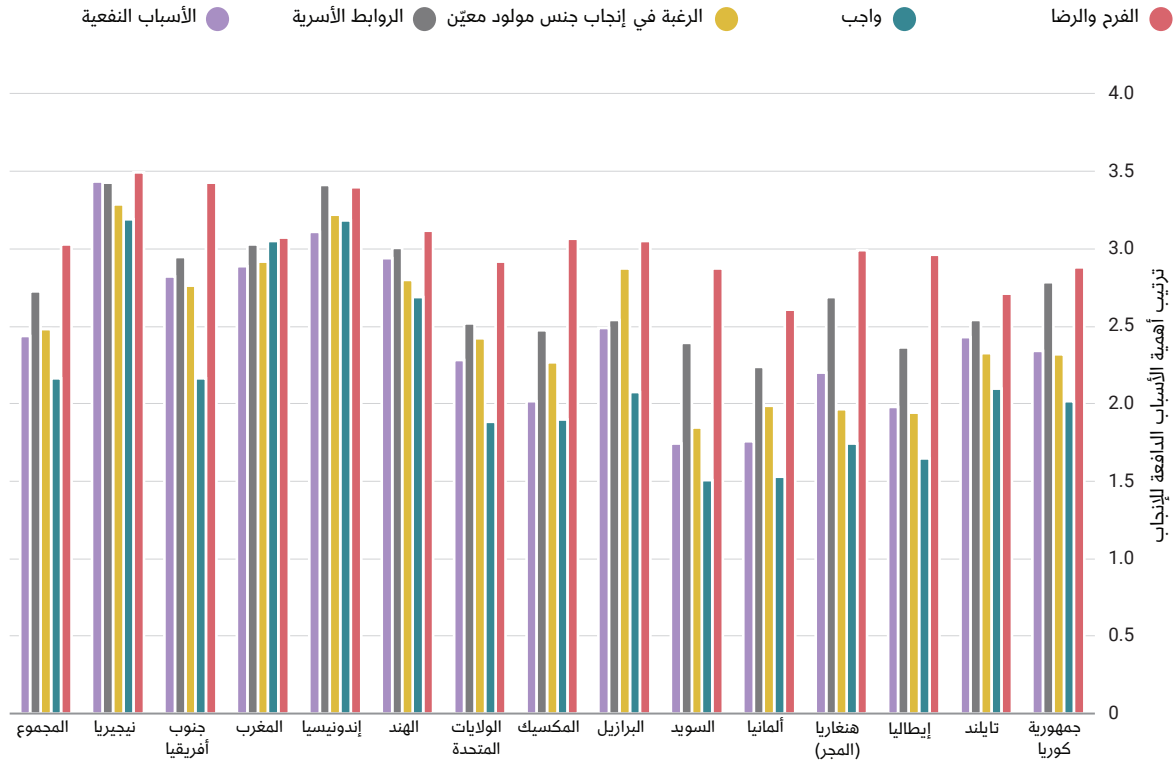
ويمكن أيضاً ربط عدد الأطفال المرغوب فيه بمستوى الدعم الذي يتوقعه الوالدان عند التقدّم في السن. وقد يفضل الشريك إنجاب عدد أكبر من الأطفال في الحالات التي يكون فيها عمل الأطفال ضرورياً أو حيث لا تتوفر نظم ملائمة للتقاعد أو الضمان الاجتماعي (منظمة العمل الدولية واليونسيف، 2022)، كما قد يأخذ الأزواج في الحسبان الاستثمار الكبير اللازم لتأمين مستوى معيشي جيد، فيقرّرون بالتالي إنجاب عدد أقل من الأطفال (تشيرش وآخرون، 2023).

ومع ذلك، يفترض هذا المنظور وجود سبب نفعي بالدرجة الأولى وراء إنجاب الأطفال، على الرغم من توفر أسباب أخرى كثيرة حتماً لإنجاب طفل أو للامتناع عن ذلك. وفي هذا الصدد، تضمّن استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov سؤالاً

الأسباب وراء عدم الإنجاب

قيم المشاركون أهمية الأسباب المختلفة لإنجاب طفل، وذلك باستخدام مقياس من 1 إلى 5. وقد صنّفت هذه الأسباب في الفئات التالية:

- 1 "أن أمنح نفسي فرحاً مدى الحياة" و"أن أشعر بالرضا من توجيه نمو الطفل وتعليمه" تم تصنيفهما على أنهما "فرح ورضا".
- 2 صنّفت السببان "لتحقيق القيم الدينية المتعلقة بالأسرة" و"إنجاب طفل هو واجب اجتماعي" ضمن فئة "الواجبات".
- 3 صنّفت السببان "الرغبة في إنجاب ولد" و"الرغبة في إنجاب بنت" ضمن فئة "الرغبة في إنجاب جنس مولود معيّن".
- 4 صنّفت السببان "لتعزيز العلاقة مع شريك الحياة" و"لأمنح طفلي/أطفالي الحاليين أماً أو أخت" ضمن فئة "الروابط الأسرية".
- 5 صنّفت السببان "لحافظ على اسم عائلتي وأملأها للأجيال القادمة" و"لإنجاب طفل يرعاني (عملياً أو اقتصادياً) في شيخوختي" ضمن فئة "الأسباب النفعية".



ملاحظة: البلدان مُدرّجة حسب المعدل الإجمالي للخصوبة، من الأدنى إلى الأعلى
المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov

تزايد أعباء تنشئة الأطفال

تتزايد أيضاً الأعباء المرتبطة بتنشئة الأطفال، وهي لا تُلقى على عاتق الأفراد من نوع اجتماعي معيّن فحسب بل تتزايد بشكل إجمالي يشمل كلاً من الأمهات والآباء. ويُنظر إلى هذه الأعباء المتزايدة باعتبارها تطوراً إيجابياً نوعاً ما إذ تشكل استجابةً لأدلة جديدة تُظهر أنّ استثمار الوالدين في النمو العاطفي والمعرفي للأطفال أمرٌ حاسم لرفاه الطفل ونجاحه في المستقبل. إلا أنّ هذه المتطلبات باتت متزايدة، ونادراً ما تُقَابَل بالتخفيف من الأعباء الأخرى. فعلى سبيل المثال، تُظهر دراسات أُجريت في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية أنّ الوقت الذي تقضيه النساء في التفاعل مع أطفالهنّ قد ازداد، حتى مع ارتفاع مشاركتهنّ في القوى العاملة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). ويتحمّل مقدّمو الرعاية أعباءً أخرى تطال صحتهم النفسية من جرّاء المتطلبات المتزايدة لتنشئة الأطفال (مكتب الجراح العام للولايات المتحدة الأمريكية، 2024؛ فيركلوث، 2023)، ليس فقط في بلدان الشمال أو البلدان الغربية، بل في جميع أنحاء العالم (فيركلوث وآخرون، 2013).

ورغم أنّ 9 من كل 10 والدين أفادوا بأنّ رعاية الأطفال هي "من أكثر الأمور الممتعة في حياتهم"، فإنّ الفوائد لا تفوق دوماً الضغوط، وفقاً لما خلص إليه تقرير "حالة الآباء حول العالم" الصادر عن مؤسسة Equimundo (فان دير جاج وآخرون، 2023). وقد كشف التقرير أنّ 17 في المائة من الوالدين لا يتلقون أي دعم في رعاية أطفالهم، وكانت الأسر ذات الدخل المنخفض أكثر ميلاً للإبلاغ عن عدم تلقي أي دعم.

والجدير بالذكر أنّ الوالدين الذين أفادوا بأنّهم يفتقرون إلى الدعم كانوا أكثر ميلاً إلى الإقرار بأنّ "تقديم الرعاية لأطفالي كان منهكاً أكثر من كونه ممتعاً". ومن بين جميع المشاركين في استطلاع الرأي الذي أجرته مؤسسة Equimundo، أفاد 29 في المائة من الآباء و32 في المائة من الأمهات بذلك (فان دير جاج وآخرون، 2023)، ما يشير إلى أنّ الأمهات يتأثرنّ نوعاً ما بدرجة أكبر، غير أنّ الآباء أيضاً يواجهون مشقات وأعباءً مرتبطة برعاية الأطفال.

من المعروف على نطاق واسع أنّ جائحة كوفيد-19- قد أدت إلى زيادة مستوى الرعاية التي يقّمها الوالدان للأطفال (فان دير جاج وآخرون، 2023)، غير أنّ الاتجاه نحو تكثيف تنشئة الأطفال وما يصاحبه من ضغوط متزايدة كان قد بدأ بالفعل قبل ذلك بفترة طويلة. وتشير مذكرة إعلامية صادرة عن الجراح العام للولايات المتحدة إلى أنّ نسبة الوالدين الذين أفادوا بأنهم يتعاملون "بشكل جيد جداً" مع ضغوط رعاية الأطفال قد انخفضت بين عامي 2016 و2019، أي قبل بدء عمليات الإغلاق المرتبطة بالجائحة. وبحلول عام 2023، صرّح 48 في المائة من الوالدين الأمريكيين بأنّ ضغوطهم اليومية كانت طاغية تماماً في معظم الأيام، مقارنةً بنسبة 26 في المائة من البالغين الآخرين (مكتب الجراح العام للولايات المتحدة، 2024).

وتُظهر بعض البحوث أنّ التعرّض لمشقات تنشئة الأطفال يرتبط بانخفاض معدلات الخصوبة. فعلى سبيل المثال، عبّرت بعض النساء اللواتي ترعرعن في أسر كبيرة عن رغبة أقلّ بإنجاب الأطفال بسبب إدراكهنّ للمشقات التي تفرضها مسؤوليات تقديم الرعاية (بيهما وتشادويك، 2016). وبالمثل، أفاد أشخاص يعيشون في بيئات تتسم بأنظمة تعليمية شديدة التنافسية بأنّهم يكرّسون قدراً كبيراً من الوقت والموارد بُغية تمكين أطفالهم من تحقيق النجاح الأكاديمي، إلى درجة قد تثنيهم حتى عن إنجاب المزيد من الأطفال (ماكنزي، 2024) (راجع الصفحة 64 للاطلاع على مزيد من المعلومات).

وتبرز الحاجة إلى دعم خدمات رعاية الأطفال بوصفها مسألة ذات انعكاسات سياسية واضحة (كما ورد في الفصل الثاني)، غير أننا نرى هنا أيضاً الأبعاد الاجتماعية لهذه الحاجة، إذ يمكن حتى للأسر التي يتشارك فيها الوالدين في تقديم الرعاية أن تعاني من الإنهاك نتيجة متطلبات تنشئة الأطفال في العصر الحديث، ولا سيّما عندما تتفاقم هذه المتطلبات بفعل الضغوط المرتبطة بعدم الاستقرار الاقتصادي. وعليه، ينبغي أن تركز الحلول على التخفيف من بعض هذه الأعباء، بما يسمح لمقدمي الرعاية أن يستمتعوا بالمكافآت المترافقة مع تجربة تنشئة الأطفال.

تدخل الأجداد لدعم الأسرة

عندما علمت كارينا بيرسون لأول مرة بأنها تستطيع الاستفادة من إجازة الوالدين الخاصة بابنتها للمساعدة في تنشئة حفيدها، اعتبرت ذلك بمثابة هدية غير متوقعة. وتقول في هذا الصدد: "تمنحني هذه الإجازة فرصة لقضاء وقت ثمين مع حفيدي، نحن الاثنين فقط، وفي الوقت ذاته أشعر بالارتياح لأنني أستطيع تخفيف العبء عن كاهل ابنتي وزوجها، اللذين يعملان كلاهما بدوام كامل".

وتتنمي السيدة بيرسون، وهي كبيرة المستشارين في القطاع العام، إلى عدد متزايد من الأجداد في السويد الذين يستفيدون من قانون مبتكر صدر في عام 2024، يسمح للأباء بتحويل ما يصل إلى 90 يوماً من إجازة الوالدين المدفوعة الأجر إلى أقاربهم المقربين، بمن فيهم الأجداد أو حتى أصدقاء العائلة. ويستطيع كل والد في الأسرة أن يحول ما يصل إلى 45 يوماً، في حين يمكن للأب العزباء أو الأب العازب تحويل كامل الأيام البالغ عددها 90 يوماً، ما يوفر مرونة أكبر بكثير للوالدين العاملين. وفي حالة السيدة بيرسون، فقد تمكنت من أخذ إجازة من عملها، بينما تكفلت الوكالة السويدية للتأمين الاجتماعي بتغطية 80 في المائة من راتبها.

نظام يستند إلى المرونة والمساواة بين الجنسين ليست السياسات الأسرية التقدمية بالأمر الجديد في السويد، التي دأبت منذ زمن طويل على تعزيز المساواة بين الجنسين ودعم الهياكل الأسرية المتنوعة. تُعد السويد من بين البلدان التي توفر السياسات الأكثر سخاءً في العالم لإجازة الوالدين، حيث تتيح لهما الحصول على ما يصل إلى 480 يوماً من الإجازة المدفوعة الأجر لكل طفل.

وتقول تروود وارنر، التي أعدت تقريراً مرحلياً عن القانون الجديد، إن احتياجات رعاية الأطفال أخذت في التغيير. وتضيف: "يهدف هذا الإصلاح، في جانب منه إلى تيسير الاستفادة مختلف الهياكل الأسرية من مزايا إجازة الوالدين، ويبدو أنه قد حقق بعض الأثر في هذا الصدد، ولا سيّما بالنسبة للأباء والأمهات العزّاب، الذين يمثلون نسبة كبيرة ممن استفادوا من هذه الفرصة".

ويُظهر التقرير أنّ معظم أيام الإجازة التي تم تحويلها ذهبت إلى الأجداد، وبخاصة الجدّات من جهة الأم، لكن القرار النهائي يظل في يد الأباء والأمهات أنفسهم. وتوضح السيدة وارنر، وهي محللة في الوكالة السويدية للتأمين الاجتماعي (Försäkringskassan)،

قائلة: "القانون لا يُعطي على الأسر كيفية استخدام هذه السياسة، بل يوفّر لهم الخيارات وحسب".

وكان هذا القانون موضع ترحيب لدى العديد من الأسر السويدية، وخاصة الأمهات العازبات، كما أنّ مجتمع الأعمال الذي اعتاد بالفعل على ترتيبات العمل المرنة والسياسات الداعمة للأسرة قد تكيف بسهولة مع هذا التغيير. وتقول السيدة بيرسون: "لقد حظيتُ بدعم كبير من رب العمل، وحتى الآن، لم نواجه أي تحديات".

نهج دعم الأسرة المعتمد في بلدان الشمال الأوروبي

تندرج أحدث الإصلاحات التي طرأت على إجازة الوالدين في السويد ضمن اتجاه أوسع يبرز في بلدان الشمال الأوروبي ويهدف إلى دعم الطموحات الإنجابية. في النرويج، يحصل الآباء على 12 شهراً من الإجازة، مع تخصيص حصص محدّدة لكل والد من أجل ضمان تقاسم المسؤوليات (نوردن، بدون تاريخ). وفي آيسلندا، صدر قانونٌ جديد في عام 2000 منح كلا الوالدين حصةً متساوية مدتها ثلاثة أشهر، بالإضافة إلى ثلاثة أشهر إضافية يمكن للوالدين تقاسمها بينهما، ما أدى إلى زيادة ملحوظة في مشاركة الآباء في تنشئة الأطفال. وأما في الدنمارك، فقد تم توسيع نطاق العلاج المجاني لحالات

العُمَم في عام 2024 ليُشمل الأسر التي تسعى إلى إنجاب طفل ثانٍ (وزارة الداخلية والصحة الدنماركية، 2024)، ما يؤكد النهج الراسخ في بلدان الشمال الأوروبي والذي يتيح للمواطنين اتخاذ قرارات الإنجاب الخاصة بهم بحريّة.

وتشتهر بلدان الشمال الأوروبي بتوفير خدمات منخفضة التكلفة لرعاية الأطفال (ريثشاردسون، 2012)، ما يمكّن كلا الوالدين من العمل بدون تحمل أعباء مالية مفرطة مقابل رعاية أطفالهم، ويساعد المزيد من النساء على دخول سوق العمل والاستمرار فيه، حيث تنصدر آيسلندا هذا المجال.

توسّعت كذلك إمكانية الحصول على علاج العُمَم في بلدان الشمال الأوروبي، ما أتاح لمجموعة كبيرة ومتنوعة من الأسر فرصة الإنجاب وتحقيق تطلعاتها الإنجابية. فمنذ عام 1986، توفر الدنمارك علاج الإخصاب الأنثوي بتمويل من الحكومة لإنجاب الطفل الأول، وتم توسيع نطاق الحصول عليه في عام 2024 ليُشمل الطفل الثاني مجاناً (أندرسون، 2021). وفي عام 2005، بدأ نظام الرعاية الصحية العامة في السويد بتقديم علاج الإخصاب الأنثوي والتلقيح المجهري بواسطة مَنبَرَّعين للأزواج الإناث من نفس الجنس، ما منحهنّ نفس الحقوق التي يمتنع بها الأزواج من جنسين مختلفين. وتم لاحقاً توسيع هذه الفوائد لتشمل النساء العازبات. وفي عام 2019، وسّعت السويد نطاق الوصول إلى هذه الخدمات من خلال السماح بالتبرع بالأجنة واستخدام كل من الحيوانات المنوية والبويضات المتبرّع بها للأشخاص الذين يواجهون صعوبات تمنعهم من الإنجاب.



© ماتيلدا بيرسون

نظرة إلى المستقبل

تشهد السويد اليوم، شأنها شأن معظم بلدان أوروبا، انخفاضاً في معدلات الولادات. ويأمل صنّاع السياسات أن تسهم هذه المبادرات وغيرها في تيسير حياة الأسر. وفي الواقع، يُظهر آخر إصدار من تقرير الخصوبة في العالم أنّ البلدان التي سجّلت معدلات خصوبة منخفضة على مرّ التاريخ والتي تميّز بـ "مستويات أعلى من الإنفاق العام على الأسر وبتقدم جيد في تحقيق المساواة بين الجنسين، مثل فرنسا والنرويج والسويد، تميل إلى تحقيق مستويات خصوبة أعلى مقارنة بتلك التي لا تقوم بذلك" (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025).

وفي الوقت الحالي، تعتبر هذه التغييرات موضع ترحيب لدى الأسر والأجداد مثل كارينا بيرسون. وتقول السيدة بيرسون: "إنه امتياز عظيم أن أتمكّن من الحصول على إجازة الأجداد لقضائها مع حفيدي".

ويُعتبر هذا الإصلاح الأخير أهم من السياسات الأسرية التقدمية التي سبق اعتمادها؛ إذ يشكّل إقراراً بأنّ الأسر الحديثة لا تعتمد على الوالدين وحدهما لتتنشئة الأطفال بل تحتاج إلى مزيد من الدعم. ومن خلال السماح بتقاسم الإجازة مع الأقارب الموثوق بهم، يعكس هذا النظام واقع المجتمع المعاصر، ويساعد على تحويل التطلعات الإنجابية إلى واقع.

اختيار عدم الإنجاب

يُضاف إلى ذلك أنّ التحوّلات التي طرأت على الأعراف والدوافع وراء تكوين أسرة تظهر أيضاً في تزايد عدد الأشخاص الذين يختارون طوعاً عدم إنجاب الأطفال. ففي بعض الأماكن، يصرّح غالبية الأشخاص الذين لا يتوقعون أن يصبحوا آباء وأمّهات بأنّ السبب ببساطة هو عدم رغبتهم في إنجاب الأطفال (براون، 2021). ويبدو أنّ نمط العيش هذا أخذ في التوسّع، إلى جانب التقبّل المتزايد لعدم الإنجاب بوصفه خياراً مشروعاً (إيبسومي وموديجي، 2014؛ نوردهايزن وآخرون، 2010). ومع ذلك، وعلى الرغم من هذا القبول المتزايد للخيارات الحياتية المتنوعة، لا يزال كل من النساء والرجال الذين يختارون عدم الإنجاب يواجهون وصمة اجتماعية كبيرة، تتمثل في الصور النمطية التي تصفهم بالأنانيين أو غير الناضجين أو غير الطبيعيين (ماندوجانو-سالازار، 2019)، فضلاً عن الضغوط المرتبطة بالتوقعات الثقافية والأسرية.

ويبدو أنّ الأسباب وراء اختيار عدم الإنجاب هي أسباب معقدة، ولا تعكس بالضرورة نفوراً من الأطفال. وتشير البحوث إلى أنّ العديد من النساء يعتبرن أنّ الأعراف المتعلقة بتنشئة الأطفال ومعايير النوع الاجتماعي غير المتكافئة بين الجنسين هي عوامل تُسهم في اتّخاذهنّ القرار بالعزوف عن الإنجاب (سالغادو وماجالهايس، 2024). فيما تشير نساء أخريات إلى أنّ القلق بشأن المستقبل كان عاملاً حاسماً في اتّخاذهنّ هذا القرار (هيلم وآخرون، 2021). وتثير هذه الحقائق تساؤلات حول ما إذا كان القرار بعدم الإنجاب هو قرار حرّ. فلو كانت الظروف تتيح لهؤلاء الأشخاص إنجاب الأطفال بالعدد الذي يرغبون فيه، بدون خوف من التضحية بصحة الكوكب أو بأهدافهم المهنية أو بسعادتهم الشخصية، فهل كانوا جميعاً سيقون على اختيار عدم الإنجاب؟ وفي الوقت ذاته، من الصحيح أيضاً أنّ عدداً كبيراً من الأفراد يعرفون منذ سنّ مبكرة أنّهم لا يرغبون في إنجاب الأطفال (نيل وواتلينج نيل، 2022). كما أنّ النساء اللواتي اخترن عدم الإنجاب طوعاً، أفدنّ

عندما وصلنّ إلى مراحل عمرية متقدمة بأنّهنّ يتمنّعن بمستويات مرتفعة من الرفاه ومستويات متدنية من الندم على اتّخاذ هذا القرار (رغم أنّ هذه الدراسات لا تزال محدودة وغالباً ما تستند إلى بيانات من أوروبا والولايات المتحدة) (جيفريز وكونرت، 2002).

في بعض السياقات، يتزايد عدد الشابات والشبان الذين يصرّحون بأنهم لا يرغبون أبداً في إنجاب الأطفال (جولوفينا وآخرون، 2024). ويبدو أنّ بعض الثقافات لديها معايير ثقافية معيّنة تشجع على إنجاب عدد أقل من الأطفال أو العزوف عن الإنجاب تماماً. فعلى سبيل المثال، يُعتقد أنّ معدلات الخصوبة المنخفضة باستمرار تؤدي في نهاية المطاف إلى تغيير الأعراف نحو تفضيل الأسر الأصغر حجماً. "فعندما يتزعرع الشباب في بيئة يقلّ فيها عدد الأطفال داخل الأسر، يعتبرون أنّ الأسرة صغيرة الحجم هي جزء من الحياة التي يرغبون فيها" (لوتز وآخرون، 2006). ولعلّ هذا ما يحدث بالفعل في الأماكن التي تسجّل معدلات خصوبة منخفضة جداً. فعلى سبيل المثال، تنتشر "المناطق الخالية من الأطفال" في المطاعم وغيرها من الأماكن العامة في جمهورية كوريا، التي تُعدّ البلد الذي يسجل أدنى معدل خصوبة في العالم (لاو وآخرون، 2023). ووفق الشروط الخاصة بالمساحات الخالية من الأطفال، يُمنع مقدمو الرعاية من الدخول إلى هذه الأماكن أقله لبعض الأوقات، علماً أنّ مقدّمي الرعاية هم بمعظمهم من النساء، وبالتالي هذا قد يدفعهنّ إلى اتّخاذ القرار بالعزوف عن الإنجاب.

ومع ذلك، يبدو من الواضح أنّ اختيار عدم خوض تجربة الإنجاب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمبدأ الاستقلالية الإنجابية، وأنّ الإنجاب تحت الضغط أو الإكراه يلحق ضرراً مباشراً بالأفراد والأسر. وللأسف، يسعى بعض صنّاع السياسات إلى نزع الشرعية عن خيار العزوف عن الإنجاب، من خلال تجريم ما يسمى "الدعاية للعزوف عن الإنجاب" (يورو نيوز مع وكالة أسوشيتد برس، 2024). وكما أُشير إليه في مواضع أخرى من هذا التقرير، غالباً ما تكون الجهود الرامية إلى تقييد اتّخاذ قرارات الإنجاب إمّا غير فعالة أو حتى تأتي بنتائج عكسية.

الهيكل الأسري وغايات الخصوبة

مجال الرعاية والتعليم، إلى جانب إتاحة إجازات طويلة للوالدين (اليونيسف، 2019؛ روستغارد، 2014)، في تمكين الوالدين من تركيز مواردهم على عدد أقل من الأطفال (ميلهويش، 2016).

وعلى النقيض من ذلك، غالباً ما تفتقر البلدان منخفضة الدخل إلى نظم شاملة لرعاية الأطفال، ما يؤدي إلى الاعتماد بشكل أكبر على شبكات الأسرة الممتدة لتولي أدوار الرعاية. وفي الواقع، يُعد نمط الأسرة الممتدة الشكل الأسري الأكثر شيوعاً على مستوى العالم، إذ يشكّل 38 في المائة من سكان العالم (كرامر وآخرون، 2019). ويبدو أنّ الأسر الممتدة والأسر متعددة الأجيال تشجّع الأزواج على إنجاب عدد أكبر من الأطفال، لأنها تتيح توزيع الأدوار المتعلقة بتقديم الرعاية ويُعتبر الأطفال فيها كمساهمين في نُظم دعم الأسرة.

كما أنّ تعدّد الزوجات يؤثر على القرارات المتعلقة بالإنجاب. فالنساء في هذه الأنواع من الزيجات غالباً ما تكون لديهنّ رغبة أعلى في الإنجاب مقارنة بالنساء في الزيجات الأحادية، لا سيّما في غرب أفريقيا، حيث تحظى الأسر الكبيرة بالتقدير (ميلوغو وآخرون، 2022؛ بهاري وآخرون، 2021). وفي السياقات التي يسود فيها تعدد الزوجات، يمكن أن يحقق الرجال رغباتهم في إنجاب عدد كبير من الأطفال من خلال الزواج بأكثر من امرأة. وقد تؤثر هذه الممارسة أيضاً في خيارات الإنجاب لدى الأزواج في الزيجات الأحادية؛ إذ تشير بعض الدراسات إلى أنّ النساء في هذه المجتمعات قد يسعين إلى إنجاب عدد أكبر من الأطفال لتجنّب أن يبحت أزواجهنّ عن زوجة أخرى (تشرش وآخرون، 2023).

كما أنّ غايات الخصوبة تتأثر بطرق معقدة من خلال الأسر المختلطة التي تتكوّن عبر الزواج الثاني. إذ إنّ صعوبة دمج الأطفال من أسر مختلفة قد تثني تلك الأسر عن إنجاب المزيد من الأطفال. ومع ذلك، تشير بعض الدراسات إلى أنّ النساء اللواتي يتزوجنّ

يؤثر الهيكل الأسري بشكل كبير على غايات الخصوبة، حيث تختلف القرارات المتعلقة بالإنجاب باختلاف أنماط الأسر النواة والممتدة والمركبة. ومع ذلك، كثيراً ما يتردّد صناع السياسات في مراعاة الديناميات المعقدة للهيكل الأسري على النحو الموجود فعلياً في العالم، إذ إنّ الخوض في هذه المسألة قد يفتح الباب لنزاعات أيديولوجية حادة حول مفهوم "الأسرة" (ساندرز، 2018).

ومع ذلك، من المهم الاعتراف بأنّ الهياكل الأسرية متنوعة، وأنها كانت دائماً كذلك، حيث جاء في المبدأ التاسع من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الذي اعتمد بالإجماع عام 1994: "في نُظم ثقافية وسياسية واجتماعية مختلفة، توجد أشكال متنوعة من الأسرة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2014). ومن الأسباب الجوهرية للاعتراف بالتنوع في تكوين الأسر أنّ بعض الهياكل الأسرية، بما في ذلك "الأسر المعيشية التي يعيّلها والد(ة) وحيد(ة)" والأسر التي يعيّلها أطفال، والأسر التي تضم أفراداً من ذوي الإعاقة، والأسر المتعددة الأجيال، قد تكون عرضة بوجه خاص للفقر والإقصاء الاجتماعي"، وفقاً لقرار صادر عن مجلس حقوق الإنسان (مجلس حقوق الإنسان، 2017).

كما أنّ رغبات الأفراد في الإنجاب وقدرتهم على اتخاذ قراراتهم في هذا الشأن تتأثر بشكل كبير بهيكل الأسرة، وبمستوى الدعم المتاح لمختلف أشكال الأسرة. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تتركز مسؤوليات تنشئة الأطفال والأعمال المنزلية في الأسر النواة المكوّنة من والدين فقط على هذين الوالدين وحدهما. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى توجيه التخطيط الإنجابي نحو نموذج "الجودة على حساب العدد"، أي إنجاب عدد أقل من الأطفال مع الاستثمار بشكل أكبر في كل طفل. وفي البلدان مرتفعة الدخل، مثل الدانمرك وألمانيا وفنلندا والنرويج والسويد، يسهم الوصول إلى خدمات عالية الجودة في

مجدداً يملن إلى إبداء رغبة أكبر في الإنجاب، إذ يرغبون في إنجاب أطفال من الزوج الجديد (أساف ومونزوي ديفيس، 2022؛ ميونغ وآخرون، 2021؛ فوهر، 2014).

وعليه، فإن السياسات السليمة هي تلك التي تعترف بأن الهياكل الأسرية لطالما وُجدت بأشكال كثيرة ومتنوعة لتيسير تقديم الرعاية ودعم الوالدين. فقد توفّر بعض الهياكل الأسرية، مثل الأسر متعددة الأجيال، دعماً إضافياً للوالدين المرتقبين، لكنها قد تتطلب أيضاً تلبية احتياجات إضافية أو أكثر تعقيداً، كالرعاية الموجهة إلى كبار السن. وينبغي أيضاً الاعتراف بأن هناك أسراً أكثر عرضة للهشاشة وتستحق دعماً إضافياً، مثل الأسر التي تعيلها نساء، والتي تميل إلى مواجهة مستويات أعلى من الفقر (مجلس حقوق الإنسان، 2017).

المعايير المرتبطة بتكوين العلاقات و"جائحة الوحدة"

أثيرت نقاشات كثيرة حول تراجع معدلات تكوين العلاقات، وانخفاض معدلات الزواج، وتنامي ما يُسمّى بـ "جائحة الوحدة" (كينغ، 2018)، وهي ظروف ثقافية واجتماعية ترتبط بتراجع غايات الخصوبة (كارسيت، 2023). ويُعزى بعضها إلى الخلط بين عوامل مستقلة متعددة. فعلى سبيل المثال، ازدادت معدلات المساكنة باعتبارها بديلاً للزواج (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2016)، وهي ظاهرة تتركز إلى حد كبير في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حيث تحدث 42 في المائة من الولادات الآن خارج نطاق الزواج (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2022). وعندما يتراجع الوصم المرتبط بإنجاب الأطفال خارج إطار الزواج، تكون الرغبة بالإنجاب متساوية لدى النساء في علاقة المساكنة كما لدى النساء المتزوجات (غوزو وهايفورد، 2012).

علاوة على ذلك، لا يتم تسجيل العديد من حالات الزواج بشكل رسمي، ولا سيّما في البلدان منخفضة الدخل، وبالتالي تصبح عملية تتبّع الاتجاهات العالمية للزواج عملية معقدة.

ومع ذلك، تُظهر البيانات أنّ ما تشهده بلدانٌ كثيرة من تغيير في أنماط تكوين الشراكات يؤثر على نية الإنجاب لدى الأفراد وكذلك في قدرتهم على تحقيق رغباتهم في الإنجاب. ففي شرق آسيا مثلاً حيث يوجد ارتباط وثيق بين الزواج والإنجاب (كرامر وآخرون، 2019)، لوحظ انخفاض في معدلات الزواج، وهو ما يرتبط بدوره بانخفاض في معدلات الخصوبة. في اليابان، تظلّ الخصوبة بين الأزواج المتزوجين في حدود طفلين، فيما يبدو الإنجاب خارج إطار الزواج أمراً نادراً (رايمو وآخرون، 2021). وفي مناطق أخرى، تتزايد معدلات العزوبية في الاتحاد الأوروبي، ارتفع عدد الأسر التي تتكوّن من فرد واحد بدون أطفال بنسبة 21 في المائة بين عامي 2013 و2023 (يوروستات، 2024). وقد لاحظ الباحثون أيضاً في بعض المناطق انخفاضاً في النشاط الجنسي بين جميع الفئات العمرية (جينغ وآخرون، 2023؛ ويلينغهام، 2022).

وقد سارع كثيرون إلى إلقاء اللوم على النساء، متهمين إياهنّ بـ "العزوف" عن الزواج أو تكوين علاقات (ريتش، 2019)، بينما وجّه آخرون اللوم إلى الشباب بحجة "إخفاقهم في إقامة علاقات" (فراي، 2023)، غير أنّ الواقع أكثر تعقيداً وأقل استحقاقاً للوم. فرغم أنّ الأدوار المتغيرة المنوطة بالجنسين تؤثر على أنماط الزواج في جميع أنحاء العالم، ورغم أنّ عدم الالتزام بالهياكل الأسرية التقليدية يسهم في ارتفاع معدلات العزوبية وتأخر تكوين الأسر (مينين وآخرون، 2015؛ رايمو وآخرون، 2015)، فإنّ غالبية الرجال والنساء يُفصحون عن أنّهم لا يختارون العزوبية طوعاً. وتشير البحوث في اليابان مثلاً إلى أنّ معظم البالغين يشعرون بعدم استقرار وأنهم لا يجدون أي دافع قوي

للزواج أو للبقاء في العزوبية. ويقول آخرون إنهم يرغبون في الزواج، غير أن ذلك لم يتحقق ببساطة. وتُظهر البيانات أن قلة فقط من الأشخاص يرفضون الزواج بشكل قاطع (رايمو وآخرون، 2021).

لماذا لا يجد الناس شركاء على المدى الطويل؟ تلعب العوامل الاقتصادية والتعليمية دوراً واضحاً في هذا الشأن؛ ففي العديد من البلدان، يكون البالغون غير المرتبطين بشريك(ة)، ولا سيما الرجال، أكثر عرضة لانخفاض الدخل ولتحصيل علمي أقل (فراي، 2025؛ رايمو وبارك، 2020). وغالباً ما يُفترض أن ارتفاع مستويات التعليم والاستقلالية الاقتصادية للنساء يسهم في ارتفاع معدلات العزوبية بين الرجال الأقل تعليماً والنساء الأكثر تعليماً، وتشير بعض الأدلة إلى أن هذا الافتراض قد يكون صحيحاً في بعض الحالات (رايمو وبارك، 2020؛ رايمو وإيوساوا، 2005).

ومع ذلك، من المهم ألا يُنظر إلى التحصيل العلمي للنساء وتمكينهنّ على أنه عامل يخفض معدلات الخصوبة، إذ إن استمرار أوجه انعدام المساواة بين الجنسين هو على الأرجح عامل مؤثر في الاتجاهات السلبية المرتبطة بتكوين العلاقات، وخصوصاً بين الرجال الأقل تعليماً ودخلاً.

وتُظهر الأدلة المستمدة من بلدان أوروبية مختلفة أن تكوين العلاقات يتأثر بشكل سلبي عندما تتراجع مكاسب المساواة بين الجنسين (بيلاي وآخرون، 2017). وتتناقض هذه النتائج مع الآراء التقليدية المرتبطة بما يُعرف بـ "سوق الزواج"، والتي تفترض أن الرجال ذوي الدخل المنخفض يصبحون أقل جاذبية للنساء مع ازدياد تعليم النساء ودخلهنّ. وتُبيّن النتائج كذلك أن المساواة بين الجنسين ترتبط في الواقع بارتفاع مستويات تكوين العلاقات حتى بين الرجال

التعليم والخصوبة

في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تبرز المؤلفات وجود ارتباط بين ارتفاع مستويات التحصيل العلمي لدى النساء وتأخر الإنجاب أو انخفاض معدلات الخصوبة (معهد ماكس بلانك للبحوث الديمغرافية، 2024)، ولا سيما في المجتمعات التي تنتقل إلى نظم متينة للدعم تساعد على التوفيق بين العمل والحياة الأسرية (تشانون وهابر، 2019). ورغم أن العلاقة بين تعليم النساء والخصوبة تختلف باختلاف السياق، تُظهر الأدلة أن النساء اللواتي يحصلنّ على التعليم العالي ويطمحنّ إلى تحقيق أهداف مهنية، يواجهنّ تحديات في موازنة هذه الطموحات مع رغباتهنّ في الإنجاب. واللافت أن الأدلة المستقاة من سياقات منخفضة الخصوبة تُظهر وجود مفارقة: فالنساء اللواتي تلقين تعليماً عال غالباً ما يعيّن عن رغبة أكبر في الإنجاب مقارنةً بنظيرتهنّ الأقل تعليماً، ومع ذلك يواجهن صعوبة في تحقيق أهدافهنّ الإنجابية، ببساطة لأنهنّ يبدأن الإنجاب في سنّ متأخرة. يُضاف إلى ذلك أن سعي المرأة إلى إحراز تقدّم مهني غالباً ما يؤدي إلى تقليل عدد الأطفال الذين تنجبهم، حتى وإن كانت رغبتها الأصلية تميل إلى إنجاب أطفال أكثر (بوجوان وبرغهامر، 2019؛ تيسا وستيفاني، 2017).

ويؤكد تقرير حالة سكان العالم لعام 2023 هذه النتيجة، مشيراً إلى أن الفارق بين الخصوبة المنشودة والخصوبة الفعلية قد تُعزى جزئياً إلى وجود سياسات غير ملائمة تُخفف في دعم الأدوار المزدوجة التي تضطلع بها النساء بوصفهنّ عاملات مهنيات وأمّهات في آن معاً. وتزداد أهمية هذه المسألة في ضوء الادعاءات القائلة إن التعليم العالي هو السبب وراء الخصوبة المنخفضة (جرين وبورك، 2024). ويظل التعليم عاملاً حاسماً في تمكين جميع الأفراد من تحقيق الأمن الاقتصادي، والإشباع المهني، وتحسين المكانة الاجتماعية. وعلى مؤسسات التعليم العالي وبيئات العمل أن تستجيب لهذا الواقع من خلال التكيّف مع تزايد أعداد النساء ذوات المهارات العالية ومع احتياجات جميع الوالدين داخل سوق العمل.

مقدمو خدمات تنظيم الأسرة في نيجيريا يساعدون الأزواج على تحقيق طموحاتهم الإنجابية

وتشدد السيدة ياكوبو على ضرورة أن يكون الرجال جزءاً من الحل. وتضيف: "ينبغي لهم أن يبدؤوا في مرافقة زوجاتهم إلى جلسات المشورة. وإذا نقلوا ما تعلموه إلى رجال آخرين، فسيصبح مزيد من الناس على دراية بكيفية عمل تنظيم الأسرة. فالمعرفة قوة، وما تعرفه يمكنك أن تتصرّف على أساسه فوراً". ويُقدّر عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة الواحدة في نيجيريا بخمسة أطفال كمتدل وسطي. غير أنّ أكبر نسبة من المجهيين على استطلاع الرأي الذي أجرته شركة YouGov قد أشاروا إلى أنّهم يطمحون لتكوين أسرة مثالية ينجبون فيها طفلين اثنين. وتختتم السيدة ياكوبو بالقول إنّ على مقدّمي خدمات تنظيم الأسرة تعزيز جهود الدعوة داخل المجتمعات وفي دور العبادة، مضيفة: "بعض المؤسسات الدينية تقول إنّ تنظيم الأسرة أمر غير مقبول دينياً، وبالتالي إنّ توفير المزيد من التوعية لهذه الجهات سيضمن تقبّل المجتمع لهذه الوسائل".

وتؤكد تالاتو ياكوبو، وهي مقدّمة رعاية صحية في مستشفى كوجي العام، أنّ خدمات تنظيم الأسرة باتت أكثر توفراً، ليس في أبوجا فحسب بل في أرجاء البلاد كافة. وتقول: "كل مجتمع لديه مركز صحي أو عيادة يعمل فيها أشخاص مدربون على تقديم خدمات تنظيم الأسرة. فلم يترك أي أحد خلف الركب".

ومع ذلك، تُشير السيدة ياكوبو إلى أنّ عدد النساء اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة أخذ في ازدياد، غير أنّ هناك كثيرات أخريات لا يزلن يرغبن في منع الحمل أو تأخيرها ولكنهن لا يستخدمن وسيلة حديثة، إما لأنهن لا يفهمن طريقة استخدامها بشكل آمن، أو لأنّ أزواجهن أو شركاهن يمنعهنّ من ذلك. وتبيّن في نيجيريا أنّ هناك نسبة لا تتجاوز 16 في المائة من النساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً ممن يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة، مقارنةً بالمتدل العالمي البالغ 44 في المائة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025).

وتقول السيدة ياكوبو: "هناك كثير من المفاهيم الخاطئة". فعلى سبيل المثال، تعتقد بعض النساء أنّ الحقنة التي تُعطى كل ثلاثة أشهر ستؤدي إلى عقْم دائم، بينما تعتقد أخريات أنّ عليهنّ إنجاب ثلاثة أو أربعة أطفال قبل أن يبدأن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أفاد أكثر من واحد بين كل عشرة رجال ونساء في نيجيريا بأنهم أنجبوا عدداً من الأطفال يفوق ما كانوا يرغبون فيه، وفقاً لاستطلاع الرأي الذي أجره صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov. وبالنسبة لمعظم هؤلاء المشاركين، يرجع السبب في "تجاوز" أهدافهم الإنجابية إلى الضغوط الاجتماعية التي تعرّضوا لها أو إلى إمكانياتهم المحدودة في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، ولا سيّما خدمات تنظيم الأسرة. في نيجيريا وفي مناطق عديدة من العالم، كثيراً ما تكون خدمات تنظيم الأسرة غير متاحة أو يتعدّد الوصول إليها بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون في الفقر، غير أنّ مقدّمي الخدمات في عدد من أفقر المجتمعات داخل العاصمة أبوجا يبادرون إلى التحرك لمساعدة النساء في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة التي يفضلنّها ويقدمون لهنّ الدعم لممارسة حقهنّ في اختيار عدد الأطفال الذي يرغبن في إنجابها وتحديد توقيت ذلك.

تقول حواء: "لديّ ثلاثة أطفال". وبعد أن وضعت طفلها الثاني، استخدمت أقراص منع الحمل ولكنها فوّتت بعض الجرعات، فحملت بطفل ثالث. وتضيف: "كان زوجي في البداية يريد طفلين فقط. لقد بلغنا الحد الذي نستطيع تحمّله". وتشير إلى أنّها تستخدم الآن وسائل منع الحمل التي تُعطى حقناً وتحصل عليها من عيادة تنظيم الأسرة في مستشفى كوجي العام المجاور لها.

© أيوبولي اجاوي

تكوين العلاقات يتأثر بشكل سلبي عندما تتراجع مكاسب المساواة بين الجنسين.

من ذوي الدخل المنخفض، ويُرجَّح السبب في ذلك بأن "المجتمعات قد تبدأ في الاهتمام بصفات أخرى في الشريك المحتمل غير قدرته على إعالة الأسرة" (بيلاي وآخرون، 2017)؛ أي أنه عندما يُقدَّر الرجال لما يتعدى مساهماتهم الاقتصادية، وتُقدَّر النساء لما يتعدى قدرتهنَّ على الإنجاب وأداء العمل المنزلي، يمكن أن تُبنى العلاقات ويتم الحفاظ عليها على أساس من الصفات والاهتمامات الأخرى. ويقول الباحثون: "قد تصبح النساء أكثر ميلاً إلى تقدير الرجال استناداً إلى مدى التزامهم بمبادئ المساواة بين الجنسين".

عبر الشباب عن مواقف أكثر إنصافاً مقارنةً بالرجال الأكبر سنّاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة Equimundo، 2022).

وفي الواقع، كانت مواقف الرجال من الفئات العمرية الأصغر متقاربة مع مواقف الرجال الأكبر سنّاً، فيما بدا أنّ الرجال في أوائل الثلاثينيات كانوا أكثر ميلاً قليلاً إلى تأييد المساواة بين الجنسين. وقد خلص معدو الدراسة إلى أنّ الشباب يتعرّضون لرسائل مناهضة للأفكار النسوية ومؤيدة لتفوق الذكور، ولا سيّما عبر الإنترنت، وأنّ كثيراً من هؤلاء لم يدخلوا في علاقات بعد، ولذلك فإنّ تصوّراتهم عن العلاقات لا تزال افتراضية وغير مبنية على تجارب واقعية.

نظراً لاستمرار وصم الأم العزباء/الأب العازب في معظم أنحاء العالم، فإنّ أي تراجع في تكوين العلاقات من المرجَّح أن يترك أثراً بالغاً في نية الإنجاب وفي قدرة الأفراد على تحقيق حجم الأسرة المثالي الذي يصبون إليه. ووفقاً لاستطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، فإنّ نحو 14 في المائة من الأشخاص الذين أعربوا عن رغبتهم في الإنجاب أفادوا بأنهم أنجبوا عدداً من الأطفال أقل مما كانوا يتمنّونه، أو يُرجّحون أن ينجبوا عدداً أقل من المنشود، بسبب عدم وجود شريك أو لعدم توافر شريك مناسب.

بمعنى آخر، عندما يكون العمل جارياً لتمكين المرأة ولكن من دون التوصل إلى تحقيق المساواة الكاملة بين الجنسين، يُرجَّح أن تختار المرأة البقاء في العزوبية مدى الحياة. ذلك أنّ تمكين النساء يعني أنّهنَّ أصبحنَّ قادرات على الاستغناء عن الزواج والإنجاب إذ لم يعودا يُشكلان وسيلةً لا غنى عنها من أجل ضمان البقاء الاقتصادي للنساء والفتيات (وإنّ ظلَّ هذا الواقع قائماً في العديد من السياقات الهشة والمتأثرة بالنزاعات) (مادسن وفينلاي، بدون تاريخ).

وأشارت بعض البحوث إلى أنّ تكوين العلاقات قد تراجع في بعض السياقات ربما لأنّ توقعات الشباب تتغيّر بوتيرة أسرع مما هو لدى الشبان. فقد تناول "استطلاع الرأي الدولي المعني بالرجال والمساواة بين الجنسين" مواقف الشباب من الجنسين إزاء السلطة، والأدوار المنوطة بالجنسين، ومدى التسامح مع العنف القائم على النوع الاجتماعي، من خلال أسئلة مثل: "هل ينبغي أن تكون الكلمة الأخيرة في القرارات داخل المنزل للرجل؟"، و"هل أهم دور تؤدّيه المرأة هو العناية بالمنزل وإعداد الطعام لأسرتها؟"، و"هل ينبغي للمرأة أن تتحمّل العنف حفاظاً على تماسك الأسرة؟" وقد أظهرت نتائج الاستطلاع أنّ الشباب عبّروا بانتظام عن آراء أكثر إنصافاً من النساء الأكبر سنّاً، فرفضنَّ الديناميات السلطوية المنوطة بالذكور والأدوار النمطية داخل الأسرة والتسامح مع العنف. في المقابل، نادراً ما

العنف والإكراه وغايات الخصوبة

الميسر بوسائل التكنولوجيا، مثل التحرش عبر الإنترنت، والمطاردة السيبرانية، ومشاركة الصور الحميمة بدون موافقة الشخص المعني، إلى تراجع مشاركة النساء في الفضاء الرقمي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025ب)، حيث تُبنى شبكات الدعم الاجتماعي وتنشأ نسبة متزايدة من العلاقات (هوغان وآخرون، 2011). وقد أفادت نسبة كبيرة من النساء بتعرضهنّ للمضايقة والتهديد بالعنف على منصّات المواعدة الرقمية (أندرسون وآخرون، 2020).

وكما ورد في أجزاء أخرى من هذا التقرير، فإنّ الدول قد تمارس هي الأخرى عنفاً يؤثر بشكل مباشر في نوايا الإنجاب لدى النساء، بما في ذلك حالات التعقيم القسري، والإجهاض القسري، وفرض العقوبات الجنائية على الرعاية المتعلقة بالإجهاض. غير أنّ الأعراف الاجتماعية القسرية تسهم كذلك في تشكيل غايات الخصوبة وتقييد الصحة الجنسية والإنجابية. فالأعراف المرتبطة بالأوممة، والأدوار المنوطة بالجنسين، وقيمة الأطفال في المجتمع قد تُعزّز بأساليب قسرية، كأن يتدخل الآباء أو كبار السن في المجتمع لفرض أنماط سلوكية على الشباب والأزواج. وفي كثير من مجتمعات أفريقيا جنوب الصحراء، تتعرض النساء لضغوط من الأسرة والمجتمع لإنجاب عدد كبير من الأطفال كدليل على قيمتهن الاجتماعية. ويمكن أن تؤدي المعايير الجماعية المرتبطة بالنوع الاجتماعي والخصوبة إلى تقليص استخدام وسائل تنظيم الأسرة (ريز وآخرون، 2023). وفي الهند وبلدان أخرى، تبيّن أنّ الأزواج يتعرّضون للضغط من أجل الاستمرار في الإنجاب لحين ولادة طفل ذكر، وذلك بسبب تفضيل المجتمع لإنجاب الذكور (واتس، 2024).

وفي استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، أفاد 11 في المائة من المجيبين بأنّ الضغوط

يشكّل العنف المبني على النوع الاجتماعي، سواء داخل الأسرة أو خارجها، عاملاً حاسماً في تشكيل خيارات الإنجاب لدى النساء. وسواء كان العنف يمارسه الشريك الحميم، أو أحد أفراد الأسرة أو المجتمع، أو العاملون في القطاع الصحي، أو حتى الدول نفسها، فإنّ العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الإنجابي على وجه التحديد يقوّضان قدرة النساء على اتخاذ قرارات حرة بشأن الإنجاب.

وتُظهر الدراسات أنّ عنف الشريك الحميم يرتبط بارتفاع معدلات الحمل غير المرغوب فيه وتراجع استخدام وسائل تنظيم الأسرة (هان وآخرون، 2024؛ كاسترو لوبيز وآخرون، 2022). فالنساء اللواتي يتعرضنّ للإساءة الجسدية أو النفسية أو الجنسية أو العاطفية يصبحنّ أقلّ استقلالية وأقلّ قدرة على اتخاذ قرارات متعلقة بالإنجاب (أبواجاي وآخرون، 2024). فعلى سبيل المثال، قد تشعر النساء بأنّهنّ مجبرات على الخضوع للتفضيلات الإنجابية لشركائهنّ بدافع الخوف من العنف، سواء بإنجاب عدد أكبر أو أقل من الأطفال. وغالباً ما يُستخدم الإكراه الإنجابي كأداة للسيطرة من قبل شريك مسيء أو أفراد مسيئين في الأسرة. وفي هذا السياق، تُطبّق أساليب عنيفة لتقويض الاستقلالية الإنجابية للمرأة والتحكّم بقراراتها المتعلقة بالخصوبة، ولا سيّما عبر إجبارها على الحمل أو منعها من استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو الإجهاض. وتؤدي العلاقات المسيئة أيضاً إلى تكوين بيئة يسودها عدم الاستقرار، ما يعقّد قرارات الإنجاب ويحدّ من استقلالية النساء في هذا المجال.

ويمكن للعنف المبني على النوع الاجتماعي أيضاً أن يثني النساء عن تكوين علاقات، ما يُسهم في عدم تحقيق الرغبة بالإنجاب. على سبيل المثال، قد تؤدي أشكال العنف المبني على النوع الاجتماعي

تحديات الذكورة ومكاسب المساواة بين الجنسين

وفي الوقت الذي تتراجع فيه مكاسب المساواة بين الجنسين في بلدان كثيرة، تصبح الرجولة ميسرة وتُستخدم كسلاح بشكل متزايد، ويُعزى ذلك جزئياً إلى إخفاقات نُظمية في إدماج الرجال والفتيان ضمن الجهود المبذولة لتحقيق هذه المساواة. والحقيقة أن المساواة بين الجنسين تعود بالنفع على الرجال والنساء على حدٍ سواء، وأن استمرار الأعراف غير المتكافئة بين الجنسين يُلحق الأذى بكليهما. وكما تُظهر البحوث المتعلقة بمرحلة المراهقة في 15 بلداً عبر خمس قارات، فإن "الفتيان ليسوا بمنأى" عن الخرافات السائدة بشأن النوع الاجتماعي (بلوم وآخرون، 2017).

فعلى مدى عقود، لاحظت بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وجود فجوة في التحصيل العلمي بين الفتيان والفتيات، على جميع المستويات المدرسية تقريباً (كابون، 2011). والجدير بالذكر أن عدد النساء المسجلات في الجامعات يفوق عدد الرجال في 75 في المائة من البلدان متوسطة الدخل و95 في المائة من

إن استمرار الأعراف غير المتكافئة بين الجنسين لا يضرّ بالنساء فحسب، بل يُلحق الأذى بكلا الجنسين.

الاجتماعية، بما في ذلك توقعات الدين والمجتمع، وإلى حدٍ أقل العاملين في مجال الصحة، كانت من بين الأسباب التي دفعتهم إلى إنجاب عدد من الأطفال يفوق ما كانوا يرغبون فيه. وفي بعض البلدان، كانت هذه الضغوط أكثر وضوحاً؛ إذ أشار 20 في المائة من المجيبين في المغرب، و22 في المائة في الهند، و35 في المائة في نيجيريا، إلى أن هذه الضغوط من المرجح أن تؤدي، أو أدت بالفعل، إلى تجاوز أهدافهم المتعلقة بالخصوبة. كما تبين أن الضغط الذي يمارسه العاملون في مجال الصحة يسهم أيضاً في عدم تحقيق أهداف الإنجاب، إذ أفاد 5 في المائة من المجيبين بأن هذا الضغط أدى بالفعل أو قد يؤدي إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال مقارنة بما كانوا يرغبون فيه. وقد ظهرت هذه النتيجة بشكل بارز في الهند، حيث أفاد 14 في المائة من المجيبين بأن ضغوط الأطباء أو العاملين في مجال الصحة أدت بالفعل أو قد تؤدي إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال مقارنة بما كانوا يتمنون.

ويواجه الأفراد المنتمون إلى فئات محرومة ومهمشة، بما في ذلك الأقليات الإثنية، والفئات المحرومة اقتصادياً، والأشخاص الذين يتعرّضون للتمييز بسبب توجهاتهم الجنسية أو هوياتهم المرتبطة بالنوع الاجتماعي، والأشخاص ذوي الإعاقة، خطراً أعلى بالتعرّض للعنف الجنسي والإكراه الإنجابي. ويبدو أن أفراد مجتمع الميم والأشخاص ذوي الإعاقة هم أكثر عرضة للعنف الجنسي، ويواجهون عوائق في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى وصمهم والحكم عليهم من قبل نُظُم الصحة، ما يساهم في حدوث حمل غير مقصود مثلاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022). وفي الوقت ذاته، غالباً ما يُستبعد هؤلاء الأفراد أيضاً من الوصول إلى تقنيات المساعدة على الإنجاب وأنظمة التئيم (هي وآخرون، 2024؛ قاعدة بيانات IGLA World، بدون تاريخ)، ما يحّد من قدرتهم على تحقيق رغباتهم في الإنجاب.

البلدان مرتفعة الدخل، كما أن النساء يتفوقن على الرجال بفارق ملحوظ في معدلات التخرّج (ويلموند وغريغوري، 2021). ولكن هذه الفجوة لا تطال جميع الفتيان؛ إذ غالباً ما يتأثر بها أولئك الذين يعانون من شكل واحد أو أكثر من أشكال الحرمان، مثل الفقر أو التمييز على أساس الانتماء الإثني أو غير ذلك من أشكال التهميش. لماذا؟ يُشير باحثون في البنك الدولي إلى أن الأعراف الاجتماعية تقلّل من قيمة التعليم بالنسبة للرجال والفتيان من ذوي الدخل المنخفض، وأن فرص العمل التي لا تتطلب تعليماً تبقى أكثر توافراً للرجال والفتيان منها للنساء والفتيات (ويلموند وغريغوري، 2021).

كما أن المعايير التقليدية للنوع الاجتماعي تثني الرجال عن التماس الرعاية الصحية، كما هو ملحوظ في مجالات متعددة من الصحة، من الصحة الجنسية والإنجابية إلى الصحة النفسية، وهي نتائج مدعومة بأدلة عبر مناطق وثقافات مختلفة (تشيستاندو، 2024؛ ناراسيمهان وآخرون، 2021؛ غوف ونوفيكوفا، 2020؛ لايشلايتر وآخرون، 2011). فعلى الصعيد العالمي، يُرّجح أن يموت الرجال والفتيان من جرّاء الانتحار بمعدل 2.3 مرة أكثر من النساء والفتيات (منظمة الصحة العالمية، 2021). كما أنهم أكثر عرضة للوفاة بسبب القتل بأربع مرات (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2019)، وهم أكثر عرضة بتسع مرات من النساء والفتيات لأن يكونوا مرتكبي جرائم القتل (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2019). أمّا عندما يتم تحقيق المساواة بين الجنسين لصالح الجميع، فيمكن عندئذ إنهاء الأعراف التي تصنّف العنف وإهمال الصحة من صفات الذكور. كما يمكنها أن تُصلح عدم المساواة بين الجنسين في أسواق العمل والتعليم وتقسيم العمل وأشكال التعبير عن الذات، فتنهض بالجميع عوضاً عن ترك الكثيرين خلف الركب.

وعلى سبيل المثال، تبين منظمة الصحة العالمية أن صحة الرجل تتحسن عندما يعيش في بلد يتمتع بمزيد من المساواة بين الجنسين، حيث تقل احتمالية إصابته بالاكتئاب إلى النصف، وتتنخفض إمكانية إقدامه على الانتحار، ويتقلص خطر موته بطريقة عنيفة بنسبة 40 في المائة (منظمة الصحة العالمية، 2018). وغالباً ما يُشار إلى هذه المكاسب بمصطلح "مكاسب المساواة بين الجنسين"، حيث يجني الرجال منافع كثيرة مثل شراكات وأماكن عمل منصفة بين الجنسين تتيح لهم فرصة الاستمتاع بتجارب الرعاية الأسرية. ويُشير الباحثون إلى أن هذا العائد قد يؤدي أيضاً إلى رفع معدلات الخصوبة في البلدان مرتفعة الدخل التي تسجّل معدلات خصوبة متدنية (أندرسون وكولر، 2015).

ومع الأسف، فإن العديد من المجتمعات تسير في الاتجاه المعاكس؛ إذ تنتشر الخطابات الغاضبة والمعادية للنساء سواء في العالم الافتراضي أو في الواقع، فتغذي الشعور لدى بعض الشباب المحرومين بأن المساواة بين الجنسين تصبّ في مصلحة النساء على حساب الرجال (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2025). وكثيراً ما تتأثر السياسات، عن قصد أو عن غير قصد، بالأعراف الاجتماعية، وحتى تلك التي تُصاغ بنية حسنة مثل الإجازات الطويلة للأمهات، وقد تكون لها آثار غير متكافئة إذا لم تُراعِ السياقات الثقافية القائمة داخل المجتمعات.

ولا تكفي القوانين والأنظمة وحدها لتمكين الأفراد من تحقيق غايات الخصوبة، من دون جهود متزامنة لاحتضان القيم والمعايير التي تشكل أهدافاً عالمية متفقاً عليها: المساواة بين الجنسين، والقضاء على جميع أشكال التمييز، وتحقيق الكرامة والحقوق للجميع. ولا يمكن تحقيق هذه التطلعات بالعودة إلى ماضٍ مثالي زائف، قوامه رجلٌ كاسبٌ للعيش وامرأةٌ قائمة على تربية الأطفال؛ بل إن الطريق المنطقي الوحيد هو المضي قدماً.

وصم العُقم وعلاجه في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى:

ونظراً إلى أن نُظم الرعاية الصحية في مناطق كثيرة من أفريقيا لا توفر خدمات كافية لمعالجة العُقم، فإن عدد قليل جداً من الأزواج المصابين بالعُقم (أقل من 2 في المائة) يتمكّنون من الحصول على علاج فعال لمشكلتهم. وقد وُصفت هذه الفجوة بأنها قضية حقوق إنسان وعدالة اجتماعية، إذ إن معظم المتضررين من العُقم هم من الأسر الفقيرة التي لا تملك القدرة على تحمّل تكاليف العلاج (أكونوفوا، 1996).

وبالتالي، يُضطرّ معظم الأزواج المصابين بالعُقم في أفريقيا إلى تأجيل خضوعهم للعلاج (ديريك وآخرون، 2019)، ما يؤدي إلى عدم تمكّن نسبة كبيرة منهم على الإنجاب لوقت طويل، لحين الوصول إلى نهاية أعمارهم الإنجابية. ويترافق العُقم كذلك مع عواقب اجتماعية تمثل بدورها تحدياً كبيراً في أفريقيا جنوب الصحراء، لكنه لم يحظَ بالاهتمام الكافي في التقارير والدراسات. وتشير الأدلة المتاحة إلى أن النساء المصابات بالعُقم، وكذلك الرجال المصابين بالعُقم وإن كان بدرجة أقل، يتعرضون لوصم شديد ويعاقبهم المجتمع بسبب عدم قدرتهم على الإنجاب. ورغم أن العُقم يصيب الرجال والنساء بشكلٍ متساوٍ تقريباً، إلا أن النساء يتحمّلن العبء الأكبر من الوصم، بما يشمل الطلاق والعنف المبني على النوع الاجتماعي والانفصال والنزوح الاجتماعي (ديمكا ودين، 2013؛ أكونوفوا وآخرون، 1997).

وفي ضوء ما سبق، تبين أن السياسات المعتمدة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والتي تركز بشكلٍ متساوٍ على الوقاية من حالة العُقم وتدبيرها علاجياً وعلى تنظيم الأسرة وإدارة حالات الإنجاب، ستكون أكثر فعالية في تلبية الاحتياجات السكانية لتلك المنطقة مقارنةً بالسياسات الحالية التي تركز بشكلٍ رئيسي على منع حالات الحمل غير المرغوب فيه وتوفير العلاج الثانوي للعُقم.

هذا النص هو مساهمة من الدكتور فرايدي أكونوفوا، أستاذ فكري في طب التوليد وأمراض النساء والصحة الإنجابية، جامعة بنن، بنن سيتي، نيجيريا.

تُقدّر منظمة الصحة العالمية أن بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تسجّل أعلى معدّل لانتشار العُقم خلال فترات زمنية معيّنة مقارنةً بسائر مناطق العالم (منظمة الصحة العالمية، 2023). وتكمن المفارقة في أن هذه المنطقة نفسها كانت تسجّل أعلى معدّلات الخصوبة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024). إلا أن التزامن بين ارتفاع معدّلات الخصوبة وانتشار العُقم ليس أمراً مستغرباً، بل إن السبب المشترك بين الظاهرتين قد يكمن في القدرة المحدودة على الوصول إلى خدمات ومستلزمات الصحة الجنسية والإنجابية وسوء استخدامها. فمعدّل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في أفريقيا يبلغ 25.4 في المائة، وهو أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 65 في المائة، ويُعزى ذلك جزئياً إلى تصورات غير صائبة تقول إن استخدام وسائل تنظيم الأسرة يؤدي إلى العُقم (سيدلاندر وآخرون، 2021؛ 2018). وفي الوقت نفسه، تشير البيانات المتوفرة منذ عقود إلى أن غالبية حالات العُقم في القارة تُعزى إلى التهابات في الجهاز التناسلي لدى الرجال والنساء (منظمة الصحة العالمية، 1987).

وقد شدّد الأطباء في مجال الصحة الإنجابية بأفريقيا مراراً على أن السياسات والبرامج السكانية لا تكون مناسبة عندما تركز حصراً على ضبط معدّل الخصوبة من دون معالجة مشكلة العُقم، وهما مجالان متساويان من حيث الأهمية. ويُضيف الخبراء أن اتباع استراتيجيات وقائية تُركز على مكافحة العدوى (مثل العدوى المنقولة جنسياً، والالتهابات في فترة النفاس، والعدوى بعد الإجهاض وغيرها) سيكون أكثر فاعلية في تقليص انتشار العُقم. وفي الواقع، تبين في عدد كبير من البلدان الأفريقية أن العُقم هو السبب الأكثر شيوعاً الذي يستدعي زيارة النساء إلى عيادات أمراض النساء. ورغم ذلك، لا تزال السياسات والبرامج التي تتناول هذه القضية تفتقر إلى نهج وقائي شامل يعالج الأسباب الجذرية للعُقم في مرحلة مبكرة. وغالباً ما تقتصر برامج علاج العُقم في أفريقيا على التدخلات الثانوية باستخدام تقنيات إنجابية تقليدية أو باهظة التكلفة، مثل علاج الإخصاب الأنثوي ونقل الأجنة (أكونوفوا، 2003).

صدق النساء: قياس الأمور المهمة فعلاً في تنظيم الأسرة

فكرة بسيطة وفعالة: اسأل النساء عن نواياهن تشير مجموعة متزايدة من البحوث إلى إمكانية اتباع طريقة أفضل (هولت، 2023؛ سارناك وآخرون، 2023؛ روثشايلد وآخرون، 2023؛ سندروفيتش، 2020)، وتبدأ بطرح سؤال بسيط على النساء: هل تتوين استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة في المستقبل القريب؟

بدلاً من حصر الجهود في قياس معدل انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة أو قياس الحاجة الملّابة، يمكننا خدمة احتياجات النساء بشكل أفضل من خلال موازنة الإجراءات مع نواياهن المعلنة في مجال الإنجاب، ودعمهن في تحقيقها. تحقق برامج تنظيم الأسرة أفضل أثر ممكن مع احترام استقلالية المرأة عندما تعطي الأولوية للنساء اللواتي يعبرن بوضوح عن رغبتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. فتوجيه الموارد لتستفيد منها النساء المستعدات والراغبات باستخدام وسائل تنظيم الأسرة يضمن تنفيذ استجابة برنامجية أكثر فعالية وتلبية للطلب، ويحول دون تضيق الجهود على النساء اللواتي لا يوين استخدام الوسائل في الوقت الراهن.

وقد أظهرت تحليلات حديثة أجراها معهد نمذجة الأمراض التابع لمؤسسة غيتس (لين وآخرون، 2024) بالاستناد إلى بيانات عن أكثر من 38,000 امرأة في 10 بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، أنّ النية المعلنة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال 12 شهراً، والمعروفة باسم "نية الاستخدام"، توفر رؤية أعمق حول من يرغب فعلاً في استخدام وسائل تنظيم الأسرة وكيف يمكن للبرامج دعمهن على نحو أفضل. كما أنّها تتيح إمكانية تتبّع ما إذا كانت النساء قادرات على تحقيق نواياهن الإنجابية بمرور الوقت. فمؤشر "نية الاستخدام" يُعبّر عن صوت المرأة بكلماتها الخاصة، وفي الوقت المناسب لها. وقد كشفت البحوث التي أجراها معهد نمذجة الأمراض عن عدّة نتائج تتعارض مع التفكير التقليدي:

كان هناك مقاييس محدّدة تهيمن على تقييم التقدّم المحرز في مجال في تنظيم الأسرة على الصعيد العالمي لسنوات طويلة، ومن بينها: قياس معدل انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، الذي يُفترض أن يبيّن عدد النساء اللواتي يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة؛ وقياس الحاجة غير الملّابة لوسائل تنظيم الأسرة، الذي يُفترض أن يحدّد النساء اللواتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة رغم حاجتهنّ إليها؛ وقياس الحاجة الملّابة، الذي يجمع بين المقياسين السابقين ليُظهر النسبة المئوية من النساء ذوات الحاجة غير الملّابة اللواتي يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة. وتُستخدم هذه المؤشرات على نطاق واسع من قبل الحكومات والجهات المانحة والمنظمات العالمية المعنية بالصحة من أجل تحديد الغايات وقياس التقدّم، إلا أنّها في الواقع لا تعكس ما تريده النساء وما يحتجنّ إليه.

فعلى وجه الخصوص، يُركّز مؤشر معدل انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة على الاستخدام، وليس الاستقلالية. فهو لا يخبرنا ما إذا كانت المرأة ترغب فعلاً في استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة، أو ما إذا أُتيحت أمامها خيارات متعددة من الوسائل، أو إذا كانت تستطيع الحصول على الوسيلة المفضّلة بالنسبة لها. وأما مؤشر الحاجة غير الملّابة، فلا يسأل النساء إن كنّ يردن استخدام وسيلة بل يستنتج مدى حاجتهنّ إلى تلك الوسائل من خلال خوارزمية معقّدة تستند إلى عوامل مثل الحالة الزوجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وحالة الخصوبة/العقم. وبالنسبة لمؤشر الحاجة الملّابة، فيفترض مسبقاً من ينبغي عليه استخدام وسائل تنظيم الأسرة، من دون أن يسأل النساء مباشرةً عمّا إذا كنّ راضيات عن الخيارات التي اتّخذنها.

تتوافق هذه المقاييس مع افتراضات كثيرة بشأن سلوكيات إنجابية تعتبر شخصية ومتغيّرة بعمق، ما قد يؤدي إلى تمثيل احتياجات النساء بشكل غير دقيق، والمبالغة في تقدير الطلب، بل وتكريس نهج قسري في إطار "تحقيق الغايات".

• **النية تنبئ بالفعل:** النساء اللواتي أبدین نية استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة خلال عام كن أكثر احتمالاً لبدء استخدام تلك الوسائل مقارنةً بالنساء ذوات "حاجة غير ملبأة".

• **"الحاجة غير الملبأة" تضلل التوصيف:** حوالي 25 في المائة من النساء في الدراسة حُملن توصيفات لا تعكس نواياهن الإنجابية الحقيقية؛ إذ صنّفت بعضهن ضمن فئة "الحاجة غير الملبأة" رغم أنّهن لا يبنون استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فيما أغفلت أخريات رغم رغبتهن في استخدامها قريباً. وبما أن "الحاجة غير الملبأة" تُستخدم في احتساب مؤشر "الحاجة الملبأة"، فهذا يؤدي إلى المبالغة في تقدير عدد النساء الراغبات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

• **احتياجات النساء لوسائل تنظيم الأسرة هي احتياجات متغيرة:** قرابة 60 في المائة من النساء غيرن سلوكياتهن أو نواياهن خلال فترة المتابعة. وقد حدثت تلك التحوّلات نتيجة التغيّر الحاصل في الرغبات والمعايير الثقافية والاجتماعية، ونتيجة التغيّر في العراقيل التي تحول دون الحصول على وسائل تنظيم الأسرة وكذلك الاحتياجات المتصورة.

• **الخصائص الديمغرافية لا تحدد العوائق التي تحول دون استخدام وسائل تنظيم الأسرة:** إن النساء اللواتي أعربن عن نيتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال عام ولم يفعلن ذلك ("المستخدمات الطموحات") لا يختلفن اختلافاً جوهرياً عن اللواتي استخدمن تلك الوسائل بالفعل ("المستخدمات الفعليات"). وبالتالي، يتبين أنّ بعض المقاييس محدودة بطبيعتها، مثل مقياس الحاجة غير الملبأة الذي يعتمد على الخصائص الديمغرافية لتصنيف النساء.

من القياس إلى المقصد

إذا أردنا إعداد برامج لتنظيم الأسرة تُعزّز الحقوق والاستقلالية وإمكانية الاستفادة من الخدمات، فعلينا أن نبدأ بسؤال النساء عما يردن وأن نُصدّق إجابتهن. فالمؤشرات القائمة على النية، مثل مؤشر نية الاستخدام، تتيح رؤية أكثر دقة وذات مغزى. وينبغي

أن تُقرن هذه المؤشرات بأسئلة تُوجّه إلى النساء اللواتي يعترن عن رغبتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بُغية فهم أسباب عدم استخدامهن لها، والتحديات التي يواجهنها في الحصول على الوسيلة المفضّلة لهنّ، بما يضمن أن تستجيب البرامج للعوائق الحقيقية والتجارب الحياتية.

إن إدماج مؤشر نية الاستخدام في أنظمة الرصد الوطنية والعالمية من شأنه أن يتيح لنا إعادة تعريف نجاح البرامج. وفي هذا السياق، يُقاس نجاح البرنامج من خلال معرفة مدى تمكن النساء من تحقيق أهدافهن المعلنة في مجال الإنجاب وتنظيم الأسرة، لا بمجرد توسيع استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل عشوائي. وتسمح هذه الطريقة بتقدير نجاح البرامج بشكل عقلائي من دون مبالغة أو استهانة، استناداً فقط إلى الإحصاءات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة. ومن خلال الاعتراف بالعوائق الحقيقية التي تحددها النساء، وبأن الاحتياجات الإنجابية تتغيّر بمرور الوقت، يمكن تصميم برامج تُساند النساء في اتخاذ الخيارات التي يرغبن بها، في الوقت الذي يحددهن بأنفسهن.

فيما نُعيد رسم ملامح الأهداف المستقبلية للتنمية العالمية، تُتاح لنا فرصة ثمينة لتحديث منهجية قياس التقدّم في مجال تنظيم الأسرة. وتظلّ المؤشرات التقليدية محدودة على الرغم من فائدتها، مثل معدل انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ومؤشر الحاجة غير الملبأة. ويمكن العمل بمزيد من الفعالية والإنصاف عندما يتم اعتماد نهج أدق وأكثر تحوراً حول المرأة، يستند إلى تعزيز صحتها الجنسية والإنجابية وإعمال نواياها أيّاً كانت وتمكينها من الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة وعلاجات العقم. ويتطلّب هذا التحوّل أن نوجّه السؤال مباشرةً إلى النساء بشأن نواياهن الإنجابية، وأن نُصدّق ما يعترن عنه من تفضيلات، وأن نُقدّر أولئك اللواتي يقلن "نعم" لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة وأولئك اللواتي يقلن "ليس الآن" على حدّ سواء.

هذا النص هو مساهمة من ميشيل أوبراين، وبنغ-بي لين، وماريتا زيرمان، واليزابيث روت، من معهد نمذجة الأمراض التابع لمؤسسة غيتس



الفصل الرابع:

دروس من التاريخ وبصيص من الأمل

تشير الأدلة بوضوح إلى أننا نشهد تحولاً من حقبة اتّسمت بتسارع النمو السكاني في منتصف القرن العشرين، إلى مرحلة تتراجع فيها معدلات الخصوبة. ويَتَّسم عالمنا اليوم بتنوّع ديمغرافي غني. غير أنّ الخطابات والسرديات السائدة، على غرار ما كان عليه الحال في الماضي، تتّسم بنبرة تنذر بالخطر، حيث يُنظر إلى انخفاض معدلات الولادة على أنه تهديد بانهييار اقتصادي و"انتحار ديمغرافي" (بريتشيت وفيارينغو، 2013). ويستمر القلق في العديد من البلدان إزاء "النمو السكاني غير المسجّل"، ولا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي لا تزال معدلات الخصوبة فيها مرتفعة نسبياً (موديبادزي، 2021). وغالباً ما تُصاغ هذه المخاوف في إطار يُلقى باللوم على الفئات السكانية الأشد فقراً وتهميشاً، لتصبح بمثابة كبش فداء (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023).

يصعب تجاهل الاستنتاج بأن هذه المخاوف، التي غالباً ما تستدعي استجابات سياسية محددة، تنبع من مفاهيم تجاوزها الزمن بشأن من ينبغي له الإنجاب ولماذا، ومن فكرة مفادها أن تحقيق معدل الولادات المفضّل على المستوى الوطني يضمن الأمن الاقتصادي والسياسي للبلد. ومع ذلك، فإن تصنيف العالم إلى مناطق مرتفعة الخصوبة وأخرى منخفضة الخصوبة يؤدي إلى بلورة نُهج مجرّأة تتعاضى عن واقع مشترك يتمثل في أنّ جميع البلدان والمناطق، بغض النظر عن معدلات الخصوبة فيها، تسجّل معدلات مرتفعة لكل من الحمل غير المقصود ومن الرغبة غير المحققة في الإنجاب. وكما بيّن هذا التقرير، فإن التحدي الحقيقي يتمثل اليوم في غياب الظروف والبيئات والسياسات التي تتيح للأفراد والأزواج في كل مكان تحقيق أهدافهم المتعلقة بتكوين الأسرة، أيّاً كانت تلك الأهداف.

وفي غياب سياسات جامعة وشاملة تعالج الاحتياجات المتنوعة للأفراد، قد يتولد لدى صنّاع السياسات، سواء عن حق أو عن خطأ، الانطباع بأن أهداف الخصوبة التي تضعها الدولة تسمو على أهداف الخصوبة التي يحددها الأفراد لأنفسهم.

يعرض هذا الفصل عدداً من النتائج والتوصيات الواردة في الفصل الأول، بشأن نتائج استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، وكذلك في الفصل الثاني بشأن العوائق والسياسات المتصلة بخيارات الإنجاب، وفي الفصل الثالث حول الأعراف الاجتماعية ومعايير النوع الاجتماعي الداعمة لحياة أسرية أكثر صحة وسعادة. كما يتناول هذا الفصل بالتفصيل المسألة المعقدة ولكن الحيوية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، والدور الذي يمكن أن يؤديه صنّاع السياسات والمجتمع المدني والأفراد في تقييمها وضمانها وتعزيزها.

جميع البلدان والمناطق، بغض النظر عن معدلات الخصوبة فيها، تسجّل معدلات مرتفعة لكل من الحمل غير المقصود ومن الرغبة غير المحققة في الإنجاب.

التنافر الديمغرافي: عدم الانسجام في التفكير بموضوع السكان

وبغض النظر عن توجه التغيير في معدل الخصوبة، فإن الاتجاهات الديمغرافية تميل إلى وصف الاتجاهات الديمغرافية بعبارات مروّعة، وغالباً ما تدق ناقوس الخطر بشأن انخفاض معدلات الولادات بين المجموعة القومية أو الإثنية التي ينتمي إليها المرء بينما تثير الذعر في النفوس من ارتفاع معدلات الخصوبة لدى مجموعات أخرى. منذ أكثر من خمسة عقود مضت، حذر مؤلفون مؤثرون من "قنبلة سكانية" وشبكة الانفجار في العالم النامي (إرليش وإرليش، 1968). وقد أدى ذلك إلى بذل الجهود الرامية إلى خفض المعدلات الكلية للخصوبة، وهي تدابير انتهكت حقوق الإنسان في بعض الأحيان، بما في ذلك من خلال خطط التعقيم القسري وبرامج تنظيم الأسرة المستهدفة بين الفئات السكانية الضعيفة والمهمشة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). ولم يتحقق التنبؤ بـ "القنبلة السكانية"، بل تبين على مدى العقود الماضية أن الدول ذات معدلات كلية أعلى للخصوبة وذات موارد أقل قد شهدت تحسناً في الصحة والتغذية والبقاء على قيد الحياة (لام، 2023؛ لام، 2011). ولسوء الحظ، لا تزال المخاوف من التضخم السكاني الوشيك قائمة، إلى جانب التحذيرات الناشئة التي لا تقلّ تشاوماً من أنّ انخفاض معدلات الخصوبة سيُتسبب في "انقراض جماعي لأُمم بأكملها" (ماسك، 2024).

عندما وصل عدد سكان العالم إلى 8 مليارات نسمة، أعلنت العناوين الرئيسية أن العالم يتجه نحو الاكتظاظ السكاني، وأن البلدان تنهار بسبب انخفاض عدد السكان.. درس تقرير حالة سكان العالم لعام 2023 ما تسببت به هذه اللحظة من إرباك لصناع السياسات والباحثين الأكاديميين وعامة الناس على حد سواء. في دراسات استقصائية أجريت في ثمانية بلدان، كان الرأي الأكثر شيوعاً بين المواطنين العاديين يشير إلى أنّ عدد سكان العالم كبير جداً، وفي ستة من تلك البلدان، كان الرأي الأكثر شيوعاً يقول إنّ معدل الخصوبة العالمي مرتفع للغاية. ومع ذلك، رأى المخبرون في نصف البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية أنّ عدد السكان المحليين ومعدل الخصوبة في بلدانهم إما منخفض للغاية أو مناسب تماماً. ومن المثير للاهتمام أنّ الرجال كانوا أكثر ميلاً من النساء لاعتبار معدلات الخصوبة كمشكلة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). وتكشف وجهات نظر البلدان نفسها، كما ورد في استقصاء الأمم المتحدة لدى الحكومات بشأن السكان والتنمية، وهو استقصاء أجرته الأمم المتحدة حول السياسات الحكومية، عن قلق مماثل فيما يتعلق بمعدلات الخصوبة. وفي مقارنة للردود على أسئلة الاستقصاءات التي أجريت من عام 1976 إلى عام 2015، تبين وجود زيادة ملحوظة في عدد البلدان التي تتبنى سياسات خصوبة ذات هدف صريح ينصّ على رفع معدلات الخصوبة أو خفضها أو الحفاظ عليها. ومع ذلك فقد تبين أنّ البلدان التي لا تنوي التأثير على معدلات الخصوبة تتمتع عموماً بمستويات أعلى من الديمقراطية والحرية الفردية والتنمية البشرية.

كما وجد تقرير عام 2023، استناداً إلى التقارير الذاتية التي قدّمتها البلدان في استقصاء عام 2021، أنّ المراهقين يواجهون قيوداً متزايدة تمنعهم من الحصول على وسائل تنظيم الأسرة بمرور الوقت، وأنّ البلدان التي تفرض قيوداً تمنع الحصول على وسائل تنظيم الأسرة تميل أيضاً إلى فرض المزيد من القيود على الحصول على رعاية الأمومة وتوفيرها. يشير التحليل في مجمله إلى أنّ المخاوف حيال الاتجاهات السكانية تغذي الميل إلى التعامل مع معدلات الخصوبة كأدوات "لإصلاح" الاتجاهات السكانية، حتى وإن كانت هذه الجهود لا تنجح في تحقيق أهدافها بمعظم الأحيان، كما أنها ترتبط عموماً بترجع الحقوق والحريات والصحة لكل من النساء والرجال.

نحو مقاييس أفضل للخصوبة

كما أُشير في الفصل الأول، تعتمد العديد من الحكومات على معدلات الخصوبة لقياس مدى نجاح سياساتها أو إخفاقها، سواء كانت الخصوبة في ارتفاع أو انخفاض أو تشهد استقراراً. وقد أعرب القادة، في مناسبات عدة، عن نواياهم الصريحة في التأثير على معدلات الخصوبة في بلدانهم من خلال شعارات مثل "طفل واحد ممتع" (كومار، 2001) و"إعادة التسلح الديمغرافي" (فرانس 24، 2024). ويغض النظر عن الهدف الذي يسعون لتحقيقه على مستوى الخصوبة الوطنية، غالباً ما يستند صناع السياسات إلى "المعدل الكلي للخصوبة عند مستوى الإحلال"، البالغ 2.1 طفل لكل امرأة، كمؤشر رئيسي، غير أنّ هذا المؤشر يثير تساؤلات جوهرية.

فالاعتماد على معدل 2.1 طفل لكل امرأة باعتباره معياراً لتحقيق الاستقرار السكاني (وهو في حد ذاته هدف مشكوك فيه) يفترض فعلياً عدم وجود أي نوع من أنواع الهجرة (سواء الهجرة الوافدة أو الواردة)، وانخفاض معدلات وفيات الرضع، ووجود توازن دقيق بين الجنسين في الولادات. وهي افتراضات قلما تتحقق مجتمعة في أي بلد. فعلى سبيل المثال، ورغم أن معدلات الخصوبة في كل من أستراليا وكندا وفرنسا ولوكسمبورغ ونيوزيلندا والسويد والمملكة المتحدة والولايات المتحدة ظلت أدنى من 2.1 طفل لكل امرأة لفترة طويلة، إلا أن سكان هذه الدول يُتوقع أن يواصلوا النمو بعد عام 2054، نتيجةً لتدفقات الهجرة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، 2025أ).

وحتى حين لا يكون الهدف المحدد هو بلوغ معدل خصوبة عند 2.1، فإنّ استخدام المعدل الكلي للخصوبة كمؤشر وحيد يُعدّ مقارنة قاصرة. (لذلك، ينبغي النظر إلى العدد الإجمالي للمواليد الأحياء الذين أنجبتهن المرأة عند اكتمال حياتها الإنجابية). يفضل صانعي السياسات كثيراً النتائج السريعة



عمل فني من إبداع ستينا بيرسون

فهم التغيرات الديمغرافية
أمر محوري في كل شيء،
من تمويل المستشفيات
إلى تطوير البنية التحتية،
ومن تخطيط التقاعد إلى
توظيف المعلمين.

التي يمكن إظهارها قبل الانتخابات، على حساب
الانتظار للحصول على بيانات أكثر موثوقية.
وبالتالي، تُظهر البحوث أنّ النساء يعمدنّ في
معظم الأحيان إلى تعديل التوقيت الخاص بالحمل
وولادة الأطفال وليس إلى تغيير العدد النهائي
للأطفال الذين سينجبونهم على مدار الحياة (لوتز
وآخرون، 2024).

ومع ذلك، فإن تتبع الاتجاهات السكانية يظل ضرورة
لا غنى عنها في عملية صنع السياسات. ففهم
التغيرات الديمغرافية أمر محوري في كل شيء، من
تمويل المستشفيات إلى تطوير البنية التحتية، ومن
تخطيط التقاعد إلى توظيف المعلمين. ويشير الخبراء
إلى أنّ جميع القطاعات بدون استثناء تتأثر بالتغير في
عدد السكان وأنه "عملياً لا يمكن إنتاج أي توقعات
في مجال العلوم الاجتماعية بدرجة كبيرة من الثقة
ولعقود كثيرة مقدماً مثل توقعات التغير الديمغرافي"
(صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024).

أن يكون هناك فهم أكثر وضوحاً لمفهوم الصحة
الجنسية والإنجابية (راجع الصفحة 112).

وفي نهاية المطاف، من الضروري التنبيه إلى أنّ
الغايات السكانية المتعلقة بالخصوبة غالباً ما تُحدّد على
نحو غير مدروس، ما قد يؤدي إلى عواقب وخيمة
وغير مقصودة. وقد شدّد برنامج عمل المؤتمر الدولي
للسكان والتنمية لعام 1994، بناءً على توافق دولي
واسع، على أنه "ينبغي أن تُحدّد الأهداف الحكومية
لتنظيم الأسرة استناداً إلى الاحتياجات غير الملبّاة
للمعلومات والخدمات"، بدلاً من "فرضها على مقدمي
خدمات تنظيم الأسرة في شكل غايات أو حصص"
(صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2014). وقد ظل هذا
التوافق قائماً على مدى ثلاثة عقود، نتيجةً لما ينطوي
عليه السعي إلى أهداف خصوبة منخفضة من مخاطر،
وهي لا تقتصر على مخططات الضبط السكاني
والتعقيم القسري والإجهاض القسري فحسب، بل تشمل
الوصم والضغط الاجتماعي الذي يطال النساء والرجال
على حد سواء.

ولهذا، فإن تحسين مقاييس الخصوبة على المستوى
الكلّي يُعتبر ضرورة ملحة. على سبيل المثال، يُمكن
استخدام مؤشرات بديلة مثل: المعدل الكلي للخصوبة
المعدّل بحسب التكافؤ بين الجنسين وتوقيت الإنجاب،
والخصوبة المكتملة للمجموعات المنغلقة؛ بالإضافة
إلى ذلك، يمكن استخدام مقاييس مقترحة مثل المعدل
الكلي للخصوبة المعدّل وفقاً لمستويات الهجرة الحالية.
وقد أظهرت دراسة طبّقت هذا المقياس على 22 بلداً
ذات خصوبة منخفضة (أقل من 2.1 طفل لكل امرأة)،
أنّ أكثر من نصف هذه البلدان من المتوقع أن تشهد
نموّاً سكانياً (بار، 2020).

والأهم من ذلك، ينبغي أن تُستكمل هذه المؤشرات
الكلية بأدلة دقيقة على المستوى الفردي تعكس رغبات
الأفراد ونواياهم وتمكينهم. ويتطلب ذلك جمعاً منهجياً
للبيانات المتعلقة برغبات الإنجاب، فضلاً عن إجراء
دراسات متابعة لقياس مدى تحقق هذه الرغبات
والعقبات التي تعترضها والعوامل التي تعززها. ويجب

سياسات أفضل

أشار تقرير صدر مؤخراً عن هيئة الأمم المتحدة للمرأة إلى أن العالم يدخل اليوم في "حقبة من الخطاب المعادي للنساء"، حيث أفادت قرابة ربع البلدان بأن الانتقادات الشرسة الموجهة لهدف المساواة بين الجنسين تُعيق تنفيذ منهاج عمل بيجين (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2025أ). ويُرافق هذه الاتجاهات المتصاعدة قلق متزايد بشأن انخفاض عدد السكان، حيث تُلقى باللائمة، في بعض البلدان، على الحركة النسوية والمساواة بين الجنسين في تراجع معدلات المواليد (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025ج).

مع ذلك، تكشف النتائج المعروضة في هذا التقرير بناءً على استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، وما يدعّمه من أبحاث، أن الغالبية العظمى من الناس لا تزال ترغب بإنجاب الأطفال (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2025أ؛ منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2016) ويُعبّر معظمهم عن هذا التوجه بوضوح، انطلاقاً من اعتبارهم الأطفال مصدراً للفرح والرضا. وفي المقابل، هناك من لا يرغب في الإنجاب، وهو خيار مشروع وشخصي بالكامل، ويبدو أنه أخذ في التوسع (جونى وآخرون، 2022). وتُظهر الأبحاث المذكورة في الفصلين الثاني والثالث أن عدداً كبيراً من الأفراد يواجه عوائق تعيق قدرتهم على تحقيق تطلعاتهم فيما يخص تكوين الأسرة، أيًا كانت تلك التطلعات.

تُعدّ الأعباء الاقتصادية من أبرز العوائق التي تعترض طريق الأبوة والأمومة. وبينما يُتوقع أن تتعزز مشاركة الوالدين من الجنسين، تبقى مساهمة الأمهات أكثر مركزية. ورغم إبداء العديد من الآباء رغبة متزايدة في الانخراط، فإن الأطر الاجتماعية والمهنية لا تزال قاصرة عن دعم التوزيع العادل للمهام المنزلية أو تخصيص وقت كافٍ للأبوة. في كل من البلدان المرتفعة الدخل والسياقات الحضرية في البلدان منخفضة الدخل،

وينطبق الأمر ذاته على السياسات التي تهدف إلى زيادة معدلات الإنجاب؛ إذ لا ينبغي أن تُترجم إلى أهداف أو حصص، بل يُفترض أن تُبنى على رغبات الأفراد والأزواج. فالسؤال الجوهرى هو: هل يرغب هؤلاء في الإنجاب؟ وهل الولادة آمنة؟ وهل يتمتع الوالدان بالقدرة والموارد اللازمة لتربية أطفالهم في بيئة آمنة وكريمة؟ ولضمان عدم انتهاك الحقوق في المستقبل، ينبغي أن تكون هذه الأهداف شاملة وتراعى إمكانيات الجميع في الوصول إلى وسائل منع الحمل، وتكوين أسر، بغضّ النظر عن الأصل الإثنى أو وضعهم من حيث الهجرة أو نوعهم الاجتماعى أو توجّههم الجنسى.



تُمنح الأولوية لتلبية احتياجات النساء في مجال رعاية الأمومة والصحة الإنجابية، ولا سيما في المناطق منخفضة الدخل والمناطق النائية، حيث يكون الوصول إلى مقدمي الرعاية الصحية محدوداً. ويُعد الاستثمار في الخدمات التي تستهدف الفئات الأكثر عرضة لمخاطر متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، مثل مضاعفات الحمل ووفيات الأمهات، أمراً بالغ الأهمية.

وهذا يعني التخلي عن السياسات التي تحد من قدرة مقدمي الخدمات على الوصول إلى السكان المحتاجين، أو تعيق توفير حزمة متكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بصرف النظر عن المعدلات الوطنية للخصوبة. وتشمل هذه الحزمة: استشارات تنظيم الأسرة، ورعاية ما قبل الولادة، والولادة، والأمنة، والرعاية بعد الولادة، ودعم المواليد الجدد،

لكن هذه الحقائق ليست مدعاة لليأس، بل تتيح فرصة حقيقية لوضع سياسات أفضل، تعالج هذه القضايا بطريقة شاملة، ومبنية على الحقوق.

أصبحت الأسر النواة أكثر انتشاراً، بينما تراجع الدعم الذي كانت توفره الأسر الممتدة (رييس، 2018). وفي هذا السياق، غالباً ما تكون خدمات رعاية الأطفال مكلفة أو غير متاحة، فيما يشكل التوفيق بين العمل والأسرة تحدياً بالغاً، لا سيما للنساء اللواتي لا يزلن يتحملن العبء الأكبر من العمل المنزلي.

وفي موازاة ذلك، لا يزال هناك الكثير مما ينبغي القيام به لضمان الحق في تقرير المصير الإنجابي، وإنهاء حالات الحمل غير المقصود، وتمكين الأفراد من اتخاذ قرارات حرة بشأن عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم، وتوقيت الإنجاب، والشريك الذي يختارونه لذلك. وتُظهر نتائج استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov أن 31 في المائة من النساء المشاركات أبلغن عن تعرضهن لحمل غير مقصود. وتدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه أبحاث سابقة تُبين أن الحمل غير المقصود شائع عالمياً، وغالباً ما ينتهي بالإجهاض، بغض النظر عن مدى قانونيته. وتشير التقديرات العالمية إلى أن نحو نصف حالات الحمل غير مقصودة، وينتهي 61 في المائة منها بالإجهاض (بيراك وآخرون، 2020).

غير أن هذه الحقائق لا تمثل سبباً لليأس، بل تتيح فرصة حقيقية لوضع سياسات أفضل، تعالج هذه القضايا بطريقة شاملة، ومبنية على الحقوق. ورغم أن الفصل الثاني يستعرض بالتفصيل جملة من العوائق والإصلاحات الممكنة، فإننا نركز فيما يلي على مجالات سياسة محددة تستوجب اهتماماً خاصاً لدعم خيارات الإنجاب لدى جميع الأفراد، رجالاً ونساءً، في كل مكان.

ضمان توافر الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع

ينبغي توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، وعالية الجودة، بشكل ميسور، ومتاح، ومقبول التكلفة، ضمن إطار أنظمة الرعاية الصحية المجتمعية، مع تفضيل دمجها في البنى الصحية القائمة. ويجب أن

التربية الجنسية الشاملة

تشكل التربية الجنسية الشاملة عنصراً أساسياً في أي نظام تعليمي. يسلط الفصل الثاني من هذا التقرير الضوء على الفوائد المتأتية من إدماج منظور شامل لدورة الحياة بأكملها في مناهج التربية الجنسية الشاملة، بما في ذلك توفير معلومات حول التوعية بشأن الخصوبة بشكل لا يؤدي إلى الوصم. والجدير بالذكر أنّ توفير المعلومات الدقيقة في إطار التوعية بشأن الخصوبة من شأنه أن يساعد المراهقين على حماية أنفسهم من مسببات العقم التي يمكن الوقاية منها وفهم كل من الفوائد والسلبيات المتعلقة بتأجيل الإنجاب، علماً أنّ تأجيل الإنجاب يتخذ اتجاهاً متصاعداً على مستوى العالم (بوجوان، 2020).

لسوء الحظ، يتم تقييد المعلومات الدقيقة المتعلقة بالصحة الجنسية سواء على مستوى الحكمة (الأمم المتحدة، 2023) أو في ظلّ الانتشار المتزايد للمعلومات الخاطئة (باغوتو وآخرون، 2023). ويبدو هذا الاتجاه مثيراً للقلق حيث يمكن لصناع السياسات بل ويجب عليهم السعي لمعالجته.

تعزيز الأمن الاجتماعي والاقتصادي للجميع

مع ذلك، لا بدّ فعلاً من وضع السياسات المناسبة لمجموعة متنوعة من المجالات بُنية دعم تطلعات الرجال والنساء فيما يتعلق بعدد الأطفال الذي يرغبون به، أيّاً كانت تلك التطلعات. يتضمّن الفصل الثاني عرضاً مفصلاً للعديد من هذه السياسات ولكن يجدر تكرارها بإيجاز في هذا الفصل أيضاً.

يُعتبر الدعم الهادف إلى تأمين رعاية الأطفال بجودة عالية وبشكل ميسرّ وأسعار معقولة دعماً ضرورياً. يمكن اتباع طرق كثيرة لتنفيذ هذا الدعم في ظلّ وجود أمثلة من بلدان من جميع مستويات الدخل، بدءاً من مرافق الرعاية المدعومة من الحكومة، ومروراً بالدعم المُتاح لمقدمي الرعاية الأسرية، ووصولاً إلى النماذج المجتمعية التعاونية وغير الربحية (شاتورفيدي، 2019).

وتقديم خدمات الإجهاض الآمن في الحدود التي يسمح بها القانون، بالإضافة إلى الوقاية من العقم وتشخيصه وعلاجه. كما ينبغي إزالة الحواجز القانونية والإدارية، بما فيها القيود العمرية، ومتطلبات الحصول على موافقة الزوج أو أحد الوالدين، أو منع التعقيم الاختياري للبالغين الواعين والموافقين.

ولا بد من اعتماد نهج شامل يأخذ في الحسبان السياقات التاريخية والحالية التي تعرّض فيها الأفراد، نساءً ورجالاً، للإجبار على الإنجاب أو المنع منه. فهذا لا يُعد فقط نوعاً من أنواع القضاء على التمييز في تقديم الرعاية الصحية، بل التزاماً أخلاقياً وحقاً من حقوق الإنسان والسبب الآخر هو أن عدم الثقة في الدوافع وراء سياسات الدولة وموثوقيتها على المدى الطويل، كما ناقشنا في الفصل الأول، يمكن أن يقوض خيارات الأشخاص عندما يقررون متى وما إذا كانوا يريدون إنجاب الأطفال.

ومع ذلك، لا يمكن افتراض نهج واحد مناسب للجميع في البرامج والسياسات نفسها، حتى وإن كان من الضروري أن يتم توفير هذه الخدمات الحيوية للجميع. تُظهر البيانات أن العوائق التي تحول دون تكوين الأسرة أو الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة، تختلف باختلاف الخصائص الثقافية والاجتماعية والاقتصادية لكل مجتمع. وفي بعض الحالات، قد يُمارس الإكراه الإنجابي من قِبل الشريك الحميم، أو الأسرة، أو الجهات الصحية، أو الأطر القانونية (سيلفرمان وراج، 2014)، ولكل من هذه المصادر مظاهرها الخاصة.

هناك تطورات واعدة في هذا المجال ولا سيّما فيما يتعلق بالجهود المبذولة لتأمين الوصول المنصف إلى الوقاية من العقم وتشخيصه وعلاجه. على سبيل المثال، شهدت أوروبا مؤخراً إطلاق التحالف من أجل الإنجاب، وهو ائتلاف يضم جهات من المجتمع المدني، وجمعيات طبية، ومنظمات تُعنى بالحقوق الإنجابية. ويهدف هذا التحالف إلى وضع توصيات لسياسات شاملة، عادلة، ومبنية على الحقوق (التحالف من أجل الإنجاب، بدون تاريخ).

من المفيد أن يتم اعتماد سياسات أكثر إنصافاً في مجال الإجازة الأسرية بحيث يتم تشجيع الآباء أو الزمائم بالاستفادة من إجازة الأبوة لمدة مماثلة لإجازة الأمومة، بما يفرضي إلى تحسين مشاركة النساء في القوى العاملة ومشاركة الرجال في تقديم الرعاية إلى جانب تحقيق فوائد كبيرة لصالح الشركين (فان دير غاغ وآخرون، 2023؛ سوبوتكا وآخرون، 2019). كما أنّ تعزيز ما يُقدّم من مرونة ودعم ليشمل العاملين من غير الوالدين يفيد أيضاً في مساعدة الشباب على تحقيق تطلعاتهم الأسرية، علماً أنّ غياباتهم في الإنجاب تتعرقل بسبب ثقافات العمل المتطلبة (كيم، 2023).

الاقتصادية ونقص القوى العاملة، يجب أن تشمل الإصلاحات أيضاً على زيادة فرص حصول النساء والشباب على عمل لائق، ويجب أن تشجّع على زيادة الهجرة رغم أنّ ذلك قد لا يكون مرغوباً من القاعدة الشعبية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). تختلف كيفية تنفيذ هذه التعديلات بين بلد وآخر، ولكن هناك عدد متزايد من الأدوات المتاحة لصناع السياسات بدءاً من حسابات التحويل الوطنية لكبار السن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ ب) وصولاً إلى إصلاحات لسوق الإسكان (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

ثمة حاجة ماسة إلى بذل الجهود لإنهاء العنف المبني على النوع الاجتماعي، ولا سيّما العنف العائلي وعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي، وكذلك الاعتراف بقدرة العنف على تقويض خيار الإنجاب والخصوبة بطرق كثيرة. ويؤدي العنف الجنسي والإكراه الجنسي إلى أعداد هائلة وغير مقبولة من حالات الحمل غير المقصود، ما يضاعف مدى الصدمة والانتهاك نتيجة فعل الاغتصاب (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022أ). ويتراجع استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى النساء بسبب عنف الشريك الحميم، إذ غالباً ما يمتنع عن استخدام تلك الوسائل نتيجة الإكراه من قبل الشريك المسيء (أوني وآخرون، 2021).

يجب أن تكون عملية وضع السياسات هذه عملية شاملة يتم وضعها بمشاركة الأشخاص الذين سيتأثرون بها. وهذا يعني إشراك النساء العاملات في تصميم سياسات التوظيف، وإشراك الآباء القائمين بالرعاية في التخطيط لإجازة الأبوة، وإشراك الشباب في المناقشات حول إصلاح الإسكان. تختلف تركيبة صناع القرار مع اختلاف السياقات ولكن المهم هو إشراك ممثلين من مختلف المجتمعات، بدءاً من الأمهات العازبات ومروراً بالأقليات الإثنية ووصولاً إلى أفراد مجتمع الميم من أجل ضمان استفادة الجميع من المزايا.

كما أنّ العنف قد يؤدي إلى تقويض أهداف الخصوبة لدى الناس بطرق أخرى. على سبيل المثال، أظهر بحثٌ أُجري في هندوراس أنّ النساء اللواتي يتعرضنّ لعنف بدني من الشريك الحميم قد تكون رغبتهنّ أقلّ بإنجاب المزيد من الأطفال (كولمان وآخرون، 2019).

وأخيراً، يجب بل وينبغي ألا تقتصر السياسات على المستوى الوطني. في الواقع، تُحدث السياسات المطبّقة على المستوى الإقليمي ودون الوطني وعلى مستوى أرباب العمل تأثيراً كبيراً على الظروف التي يتخذ فيها الناس خياراتهم لتكوين أسرة. وتختلف العوائق التي تحول دون أعمال الصحة الجنسية والإنجابية ودون الحصول على الدعم لرعاية الأطفال اختلافاً كبيراً بين المناطق الريفية والحضرية، ما يؤثر على جملة من الأمور بدءاً من عدد الأطفال المولودين إلى معدلات التعقيم الطوعي (كلارك وليفي، 2025). يتم تصميم وتنفيذ السياسات المراعية للأسرة على المستوى الإقليمي في إيطاليا (هورويتز وبيانياني، 2024) وجمهورية كوريا (يون، 2023).

تعتبر البرامج التي تخفف من حدة الفقر والهشاشة الاقتصادية برامج ذات أهمية حاسمة. وهي تنطوي على إجراء إصلاحات في سوق العمل وتعديلات (معتدلة في بعض الحالات، وجذرية في حالات أخرى) في أنظمة المعاشات التقاعدية والضمان الاجتماعي. وبهدف معالجة ضعف الإنتاجية

لا بدّ من توفير الحماية ضدّ السياسات القسرية على المستوى دون الوطني: ففي جنوب الهند، لفت السياسيون الانتباه إلى الأثر الناجم عن انخفاض معدلات الخصوبة على التمثيل البرلماني (تشوهان، 2024)، ما دفع بعض الولايات إلى اقتراح حد أدنى لإنجاب الأطفال لكل من يسعى للحصول على وظيفة محلية (صحيفة 2025، The Hindu). وبالإضافة إلى ذلك، يتم تجريم الإجهاض بشكل متفاوت كثيراً بين الولايات في المكسيك والولايات المتحدة (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، بدون تاريخ).

الفصل الثاني، يقرّر الأشخاص في كثير من الأحيان تأخير الإنجاب أو التخلّي حتى عن فكرة الإنجاب بسبب متطلبات العمل لساعات طويلة والتمييز بين الجنسين في سياسات التوظيف والإجازات. ولكن يمكن أن يسعى أرباب العمل أيضاً للتأثير في اتجاه آخر: عمدت إحدى الشركات مؤخراً إلى التهديد بفصل الموظفين إذا لم "يتزوجوا ويؤسسوا عائلة في غضون تسعة أشهر" (وانغ، 2025).

وفي الوقت نفسه، تباشر الشركات في جميع أنحاء العالم بتنفيذ سياسات إيجابية لأرباب العمل. على سبيل المثال، يتولّى الائتلاف من أجل العدالة الإنجابية في قطاع الأعمال، وهو ائتلاف بقيادة صندوق الأمم المتحدة للسكان، تشجيع الشركات على الاستثمار في برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أماكن العمل وسلاسل التوريد الخاصة بها، وذلك باستخدام مقاييس سجل الأداء بهدف تتبع التقدم الذي تحرزه الشركات على مستوى القضايا الرئيسية في مكان العمل، بما في ذلك إجازات الأمومة وعلاجات العقم وبروتوكولات التحرش الجنسي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024ج).

إحداث تحوّل في المعايير الاجتماعية

كما تم التوضيح في الفصل الثالث، يُعتبر تعديل السياسات أمراً ضرورياً ولكنه غير كافٍ وربما غير ممكن إلا إذا ترافق مع تغيير في الأعراف الاجتماعية. يُعزى الانخفاض في الزواج والإنجاب إلى المرأة أكثر فأكثر، وغالباً ما تُلام النساء على ذلك بدون النظر إلى الأعباء المتزايدة التي تحملها المرأة في كلاً الأمرين. ووفق استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov، تقول امرأة واحدة من كل 8 نساء (13 في المائة) إنّها ستحب عدد أطفال أقل مما تريد لأنّ شريكها لا يساهم بشكل كافٍ في العمل المنزلي الإضافي الذي يترافق مع إنجاب الأطفال في الأسرة.

هناك في الواقع ما يبرّر بذل الجهود لرصد جميع أنواع السياسات من حيث أثرها على الصحة الجنسية والإنجابية. يسلّط هذا التقرير الضوء على فكرة أنّ خيار الإنجاب قد يكون مقيداً بسياسات لم توضع أصلاً لتكون قسرية وحتى بسياسات لا ترتبط بالإنجاب بشكل واضح، مثل قوانين الميراث المبنية على النوع الاجتماعي (سيج، 2025) وقوانين الجنسية (ليفين وبيدن، 2021). كما أنّ عدم وجود سياسات سليمة يجعل الأشخاص عرضة للإكراه الإنجابي بشكل كبير. ولذلك ينبغي عدم الاكتفاء بتحديد السياسات واللوائح التي تعرّض الناس للإكراه الإنجابي أو تستنزف قدرتهم على اتخاذ القرار بشأن حياتهم الجنسية والإنجابية، بل ينبغي رصدها أيضاً بهدف ضمان إصلاحها. وفي حين يتولّى المجتمع المدني رصد السياسات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية بشكل متزايد (المركز المعني بالحقوق الإنجابية، بدون تاريخ؛ المنتدى البرلماني الأوروبي، بدون تاريخ؛ المنظمة Fertility Europe، بدون تاريخ) والجهات الفاعلة الدولية (شبكة حلول التنمية المستدامة، 2024)، فإنّ اليقظة مطلوبة لتحديد القوانين الضارة التي تم استحداثها في مجالات أخرى.

وأخيراً، تتشكّل ممارسات أرباب العمل مكملاً حاسماً للسياسات الحكومية، ذلك أنّها قد تيسّر أو تعطلّ قرارات الأشخاص بتكوين أسرة، وتكون أحياناً أكثر تأثيراً عليهم من القوانين نفسها. وكما تم التوضيح في

ومع ذلك، تبيّن أنّ الرجال والفتيان ولا سيّما الأكثر حرماناً منهم يعانون بدورهم من عدم المساواة بين الجنسين في الأعراف الاجتماعية. يعلن المزيد من الرجال بشكل واضح عن رغبتهم في تعزيز مشاركتهم في أعمال الرعاية، سواء رعاية أنفسهم أو رعاية أبنائهم (فان دير غاغ وآخرون، 2023) ولكن المعايير والضغوط المجتمعية لا تزال تقف عائقاً أمامهم. والأسوأ من ذلك وجود انتقاد عنيف للتقدم المحرز في هذا المجال بالنسبة للرجال والنساء على حد سواء، مع وجود دُعاها يناصرون بشكل علني ومنسق الأعراف الرجعية التي تدّعي دعم الزواج والأسرة ولكنها في الواقع تقيّد حقوق وخيارات وصحة ورفاهية الأسر والأفراد (المنتدى البرلماني الأوروبي، 2021).

لتحفيز التغيير في الأعراف، ينبغي تعليم الفتيان قيمة الرعاية منذ الصغر، أي أنّه يجب الترويج لقنوات يُحتذى بها تدافع عن المساواة بين الجنسين، وإتاحة الفرص للفتيان كي يمارسوا التعاطف مع سائر الأفراد. ومع تقدم الشباب في العمر، يجب مواصلة تعليمهم قيمة العلاقات غير العنيفة التي يتم فيها تقاسم المسؤوليات. بينما ندرّك أنّ الرجال يشاركون في أعمال الرعاية بمعدلات أعلى مما كان عليه الحال في الماضي، إلا أنّ هناك حاجة إلى مزيد من الانخراط من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين (فان دير غاغ وآخرون، 2023).

قد يكون تعزيز الأعراف الاجتماعية السليمة أمراً صعباً إلا أنّ نماذج التغيير المعياري الإيجابي موجودة. ففي إثيوبيا وأوغندا على سبيل المثال، ساعدت فرق العمل من الذكور في تغيير معايير النوع الاجتماعي، وتعزيز مشاركة الذكور في تنظيم الأسرة، وتحسين التواصل بين الزوجين، والحد من العنف المبني على النوع الاجتماعي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021أ).

رغم أنّ ملاحظة التعقيد والتغيير في مسألة تكوين الأسرة ليست بالأمر الجديد أو الخاطئ، إلا أنّ الأعراف التقيدية ذات الصلة بمتطلبات الأسرة وشكلها

لا تزال تنفر وتؤدي الأشخاص غير المهتمين أو غير الراغبين أو غير القادرين على الالتزام بهذه المعايير، بدءاً من أفراد مجتمع الميم ومروراً بالأسر المعيشية التي تعيلها أنثى ووصولاً إلى الوالدين العزّاب الذين يربّون أطفالهم بمفردهم.

لا بد أيضاً من إجراء تحولات ثقافية بعيداً عن المعايير القائمة في مكان العمل والتي تضر بشكل واضح بالحياة الأسرية للموظفين. وهذا من شأنه أن يفيد الأمهات العاملات وكذلك جميع الأشخاص، بما في ذلك أولئك الذين ليسوا من الوالدين ولكنهم قد يرغبون في أن يكونوا كذلك. وبالمثل، فإنّ التكاليف والأعباء المرتبطة بدور الوالدين قد تكون مرهقة بالنسبة للكثيرين، وهذا الأمر قد يشكّل رادعاً يمنع الراغبين بإنجاب طفل أو أكثر من أخذ هذه الخطوة.

وأخيراً، لا بدّ من الإشارة في هذا التقرير إلى أنّ التركيز على معدلات الخصوبة خاصة بالنسبة لفئات سكانية فرعية محددة، غالباً ما يكون ناتجاً عن قومية إثنية متجذرة حيث لا تستهدف الدولة إحداث زيادة في بعض معدلات الولادات وإنما تسعى إلى تطبيقها على فئات معينة من السكان. ولا بدّ من الإشارة أيضاً إلى ضرورة إدماج المهاجرين وغيرهم من المجموعات السكانية المهمشة ضمن السياسات والجهود على حد سواء بُغية تعزيز معايير أكثر إيجابية وشمولية وتأكيداً على الحقوق لصالح الجميع.

كسر حلقة حمل المراهقات

تُعتبر الأمومة المبكرة أمراً متوقّعاً وليس مستبعداً بالنسبة للعديد من الفتيات في بلدة إستيبانيا الريفية في الجمهورية الدومينيكية. كانت والدة أنلي تبلغ من العمر 16 سنة عندما أنجبتها، إلا أنّ أنلي التي تبلغ من العمر 18 سنة الآن لا تريد للتاريخ أن يعيد نفسه.

وهي تقول: "أريد متابعة الدراسة، أريد أن أعمل وأن يكون لدي مهنة، أريد أن أكون مستقرةً مالياً. لا أريد أن أنظر إلى الوراء وأتساءل ماذا كان ليكون مصيري". يمكن أن تحقق أنلي حلمها لأنها تمتلك ما حُرمت منه والدتها: الخيارات.

لقد تمكّنت من التحكم بصحتها الإنجابية من دون الحاجة إلى موافقة من البالغين، وبحثت عن المعلومات والإرشادات بالتعاون مع صديقتها.

مركز Casa Clave: مساحة آمنة
بادرت إيفلين سانثيز، وهي ممرضة محلية وواحدة من قادة المجتمع، إلى تحويل منزلها لمركز أطلقت عليه اسم Casa Clave. تندرج هذه الخطوة في إطار مبادرة تُنفذ على نطاق أوسع بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان لتزويد المراهقات في الجمهورية الدومينيكية بأدوات لمنع حالات الحمل غير المخطط لها وحالات الاقتران المبكر. يُعتبر مركز Casa Clave داراً من ديار الحي أكثر

من كونه مركزاً صحياً. يشكل ملاذاً آمناً للجميع ويرحب بأنلي وصديقاتها للتحدث من دون أن يتم الحكم عليهنّ. ويتم تناول مواضيع كثيرة فيه، بدءاً من تنظيم الأسرة ومروراً بالعلاقات ووصولاً إلى مشاريع الحياة. تقول أنلي: "يمكننا التحدث مع إيفلين بسرية تامة هنا وندرك أنّ أسرارنا لن تخرج خلف جدران هذا المكان".

تشجع الأنسة سانثيز الفتيات المترددات على كسر حاجز الخوف والدخول إلى المركز للتعرف على خدماته، مدركة أنّهنّ قد لا يطلبنّ وسائل تنظيم الأسرة منذ الزيارة الأولى ولكن الفضول سيعيدهنّ لدق باب المركز من جديد.

تقول الأنسة سانشير: "منزلي هو بيت ثانٍ بالنسبة لهنّ. تدعى الفتيات أنّهنّ يأتين لرؤية كلابي ولكن ما يدفعهنّ فعلاً للمجيء هو حاجتهنّ إلى شخص يتحدثنّ إليه. يطرحنّ عليّ جميع الأسئلة، وأشرح لهنّ عن الوسائل المتاحة [لتنظيم الأسرة] ولكنني لا أتخذ أي قرار بالنيابة عنهنّ".

يقول الدكتور لاينر كالديرون الذي يدير مركز (Unidad de Atención Primaria UNAP) وهو عبارة عن عيادة محلية لتقديم الرعاية الصحية محلية في بلدة إستيبانيا بالشراكة مع مركز Casa Clave: "تخاف العديد من هؤلاء الفتيات من أن يُكشف أمرهنّ، يخشين

أن يراهنّ والديهنّ أو أحد أفراد المجتمع ويحكموا عليهنّ. هذا الخوف يمنع البعض من طلب المساعدة حتى فوات الأوان".

شهد الدكتور كالديرون على تكرار نفس الحلقة في حياة الكثير من الشابات. ويقول: "كنا نشهد 24 حالة حمل بين المراهقات سنوياً في العيادة المحلية للرعاية الصحية هنا في إستيبانيا. أمّا الآن فلدينا حالتان أو ثلاث حالات في السنة، ولكن حتى وجود حالة حمل واحدة بين المراهقات يعتبر أمراً مقلّماً".

وثمة تحديات تنشأ حتى داخل العيادة. يتذكر الدكتور كالديرون أباً جاء لمواجهته بعد أن اكتشف أنّ ابنته البالغة من العمر 15 سنة قد حصلت على وسيلة لمنع الحمل تُغرس تحت الجلد. لقد كان غاضباً جداً، وسألته 'هل تفضل أن تكتشف أنها حامل في الشهر الثالث بدلاً من ذلك؟' غير رأيه بعد تلك المحادثة، وغادر العيادة وهو يشكرني.

المعركة ضدّ المعايير الثقافية
تبدل الجمهورية الدومينيكية جهوداً حثيثة وتجري استثمارات إضافية في الحد من حالات الحمل لدى المراهقات. انخفض معدل الخصوبة لدى المراهقات من 90 ولادة لكل 1,000 فتاة إلى 77 مولوداً في الفترة الممتدة من عام 2013 إلى عام 2019. بالنسبة لعام 2024، توقعت الأمم المتحدة أن يكون معدل الخصوبة أقل من ذلك.

تم إنشاء مركز Casa Clave

والمشاريع المماثلة لمساعدة الفتيات

اللواتي قررن بالفعل أنهن غير

جاهزات بعد لإنجاب الأطفال. يقول

الدكتور كالدبيرون: "لا نخبز الفتيات

بما يجب أن يفعله في حياتهن، بل

نزوّدهن بالمعلومات اللازمة كي يتمكن

بأنفسهن من اتخاذ القرارات التي

تخص حياتهن. في العيادة وفي مركز

Casa Clave على حد سواء، نزوّد

المراهقات بالخيارات والمعلومات بدءاً

من الأقرص الفموية ومروراً بالحقن

ووصولاً إلى الغرسات.

اقترح صندوق الأمم المتحدة للسكان

نموذج Casa Clave في عمله مع

وزارة الصحة ودائرة الصحة الوطنية

في الجمهورية الدومينيكية بهدف توسيع

نطاق الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة

والتثقيف حول الصحة الإنجابية. واليوم،

يوجد أكثر من 50 مكان من هذه

المساحات الآمنة في جميع أنحاء البلد

نزوّدها الوزارة بوسائل تنظيم الأسرة.

كما قامت المؤسسة أيضاً بتدريب العاملين

في مجال الرعاية الصحية، مثل الدكتور

كالدبيرون والسيدة سانشير، لتقديم خدمات

رعاية صحية عالية الجودة بسرية تامة.

يقول ماريو سيرانو، ممثل صندوق الأمم

المتحدة للسكان في الجمهورية الدومينيكية:

"للمراقبين الحق في الحصول على

المعلومات والتثقيف في مجال الصحة

الجنسية والإنجابية لكي يتمكنوا من تحقيق

كامل إمكاناتهم ورسم مسار حياتهم".

"الأمر لا يقتصر على منع حدوث الحمل،

بل يتعلق بحماية وتعزيز مستقبل الفتيات".

مستقبل في طور التغيير

بدأت معدلات الحمل في الانخفاض في

إستيانيا كما أنّ بعض الفتيات الأوائل

اللواتي لجأن إلى مركز Casa Clave

قد انتقلن إلى الجامعة، في تحدّ واضح

لتوقعات المجتمع. "تمكّن عدد من فتياتي

الأوائل من امتلاك مهنة حتى أنّ بعضهن

درسن الطب. وهناك أخريات أصبحن

أمهات الآن بملء إرادتهن وليس لأنّ

ظروف الحياة أجبرتهن على ذلك".

ومع ذلك لا تزال بعض العوائق موجودة.

فعلى الرغم من تحسّن إمكانية الحصول

على وسائل تنظيم الأسرة، إلا أنّ التربية

الجنسية في المدارس لا تزال محدودة.

والعديد من الفتيات ببساطة لا يعرفن إلى

أين يذهبن لطلب المشورة، فيما تخشى

الأخريات من ردة فعل الأسرة والمجتمع.

المعركة لا تتعلق بتنظيم الأسرة فحسب،

بل بتغيير العقليات.

تتذكر السيدة سانشير الأيام الأولى عندما كان

الناس يتهايمسون عن عملها. "كان الناس في

البداية يقولون: 'لماذا تتحدثين إليهن عن هذا

الأمر؟' ولكنهم لمسوا التغيير."

لقد نجح مركز Casa Clave بتغيير

حياة أنلي. وهي الآن في عامها الأول في

الجامعة، وتطمح إلى إنجاب الأطفال يوماً

ما عندما تكون مستعدة لذلك.

تختلف حياتها بالفعل عن حياة والدتها:

"لطالما قالت لي أمي: 'لا أريدك أن تمرّتي

بما مررت به'. وأنا أدرك أنني إذا أنجبتُ

الأطفال قبل إتمام تعليمي، فلن أتمكن من

منحهم الحياة الكريمة التي يستحقونها."



هدف جديد لصالح الجميع: الصحة الجنسية والإنجابية

إن التركيز على ضرورة المراقبة وضمان الصحة الجنسية والإنجابية هو السمة المميزة لهذا التقرير. وإلى جانب ضرورة تبني مقاييس جديدة لتوضيح المعدل الكلي للخصوبة والتحقق من نجاح السياسات السكانية، كذلك ينبغي اعتماد مقاييس جديدة لفهم الصحة الجنسية والإنجابية للجميع، ولا سيما للنساء والفتيات اللواتي لا تزال أجسادهنّ ومستقبلهنّ الأكثر تأثراً بالإنجاب.

وتجدر الإشارة إلى أنّ الرجال والنساء على حد سواء يتعرضون لإلغاء خطير لحقوقهم الإنجابية. في حين أنّ البيانات المتعلقة بالرجال ضئيلة مقارنة بالبيانات المتعلقة بالنساء، إلا أنّ استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov وجد أنهم أيضاً يتعرّضون عادةً للضغط والإكراه الذي يقوض ممارستهم لحقوقهم الإنجابية. تعرّض ثمانية عشر في المائة من المشاركين في استطلاع الرأي، في مرحلة ما من حياتهم، لضغوط للحمل أو الإنجاب عندما لم يرغبوا في ذلك، وكانت النتائج متشابهة عموماً بالنسبة للرجال والنساء، على الرغم من وجود تباين كبير بين البلدان. وفي حوالي نصف البلدان التي شملها الاستطلاع، أفاد الرجال أكثر من النساء بأنهم يشعرون بهذا الضغط، وهي نتائج تستدعي المزيد من التحقيق.

يسهم الضغط أيضاً في إحداث اتجاه مختلف: لقد أفاد 15 في المائة من المقيمين في جميع البلدان أنّهم تعرّضوا لضغوط لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة أو منع الحمل بطريقة أخرى عندما أردنّ بالفعل إنجاب طفل. ومرة أخرى كان الرجال والنساء متساوين تقريباً في احتمالية القول إنّهم تعرّضوا لهذا النوع من الضغط.

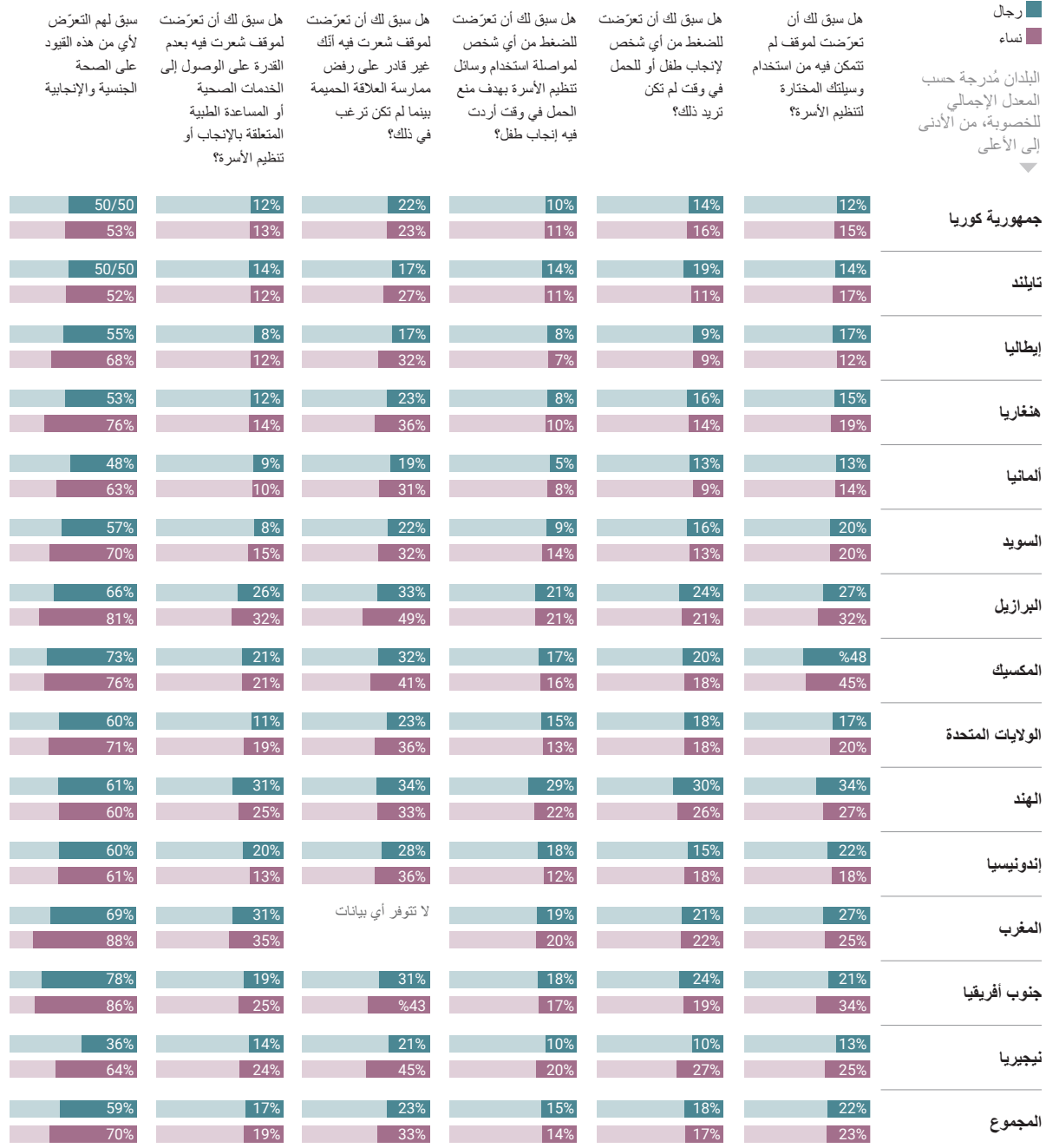
عندما سُئل الرجال والنساء عمّا إذا كانوا قد تعرّضوا في أي وقت مضى لموقف شعروا فيه بأنهم غير

قادرين على رفض ممارسة العلاقة الحميمة، أجاب النساء أكثر من الرجال بنعم: 33 في المائة من النساء مقارنة بـ 23 في المائة من الرجال. ما من بلد سجّل أقل من 17 في المائة (17 في المائة هو معدل الانتشار بين الرجال في تايلاند)، ووصل إلى 49 في المائة بين النساء في البرازيل. يجب أن تُعتبر هذه النتيجة التي تحققت بين النساء والرجال على حد سواء بمثابة دعوة لجميع صنّاع السياسات والمدافعين عن حقوق الإنسان، إذ تشكل إشارة واضحة إلى أنّ الإكراه الجنسي شائع بصورة غير مقبولة بالنسبة للرجال والنساء على حد سواء.

وبالمثل، كان الرجال والنساء متساوين في احتمالية الإجابة على السؤال "هل سبق لك أن تعرّضت لموقف شعرت فيه بعدم القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية أو المساعدة الطبية المتعلقة بالإنجاب أو تنظيم الأسرة؟" (17 في المائة للرجال و19 في المائة للنساء)، ورداً على السؤال "هل سبق لك أن تعرّضت لموقف لم تتمكن فيه من استخدام وسيلتك المختارة لتنظيم الأسرة؟" (22 في المائة للرجال و23 في المائة للنساء).

في الواقع، يواجه الرجال بعض المساوئ الفريدة من نوعها فيما يتعلق بخيارات الإنجاب، أي أنّ خياراتهم في تنظيم الأسرة قليلة ومتباعدة. الواقي الذكري وقطع القناة الدافقة هما الخياران الأكثر شيوعاً أمام الذكور، ولكنهما يترافقان مع بعض العيوب ومعدلات الفشل على غرار جميع وسائل تنظيم الأسرة. وكما أشار تقرير حالة سكان العالم لعام 2022، فإنّ "حبوب تنظيم الأسرة للذكور، وأنواع الهلام الطويلة المفعول القابلة لعكس مفعولها (التي تحجب الحيوانات المنوية) ووسائل الحقن هي قيد التجارب السريرية منذُ أمد طويل ولم تُطرح في الأسواق التجارية"، ما يوضح عملية صنع القرار لدى المستثمرين وصنّاع السياسات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022). وبالفعل، وُضعت السياسات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة بناءً على معايير النوع الاجتماعي، ما أدى إلى التركيز بشكل غير متناسب على جسد المرأة باعتبارها المشكلة والحل في آن معاً للحمل

القيود في الصحة الجنسية والإنجابية



لقد عانت نسبة كبيرة من الرجال والنساء من قيود في قدراتهم الإنجابية.

ملاحظة: السؤال المتعلق بالقدرة على رفض ممارسة العلاقة الحميمة لم يكن طرحه ممكناً في جميع البلدان.

المصدر: استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov.

غير المقصود. واليوم، يشهد العالم حركة متنامية تطالب بتوفير خيارات أكثر تنوعاً وأفضل جودة لناحية الوسائل المتاحة للرجال في مجال تنظيم الأسرة، ما يؤدي إلى تحسين الخيارات التي يتخذها الرجال ويدعم المسؤولية المشتركة عن تنظيم الأسرة.

ومع ذلك، يؤدي الحمل والولادة إلى أثر مباشر أكثر على جسد المرأة وحياتها (حيث إنّ المرأة يمكن أن تلقى حنفها من جراء الحمل والولادة، وهذا يحدث بالفعل في أحيان كثيرة)، وعادةً ما تكون رعاية الأطفال والمهام المنزلية ذات الصلة جزءاً من عمل المرأة. ولهذا السبب تم تطوير واختبار وتنقيح المقاييس الحالية للعنف والإكراه واتخاذ القرار بالنسبة للمرأة. ونظراً إلى أنّ النساء والفتيات يتحملن العواقب الصحية غير المتكافئة ويتعرضن بشكل أكبر للعنف الجنسي، يجب أن يكون وضع ونشر مقاييس مركزة على المرأة للصحة الجنسية والإنجابية بمثابة أولوية عالمية في مجال الصحة العامة. وهذا الأمر لا يتعارض بأي حال من الأحوال مع أهمية وضرورة دراسة الصحة الجنسية والإنجابية لدى الرجال.

تاريخ مقاييس الصحة الجنسية والإنجابية

تُستخدم منذ عقود مقاييس السلوكيات الإنجابية، مثل استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من أهمية هذه الأدوات في تحديد الفجوات ضمن الاحتياجات غير الملبّاة للمرأة، إلا أنّها لم تؤدّ بالضرورة إلى إنتاج بيانات جيدة عن الاختيار والصحة الجنسية والإنجابية (بهان وراج، 2021). منذ العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، سعت الجهود العالمية إلى دعم تمكين المرأة من خلال برامج وسياسات قائمة على الحقوق في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ولكن الممارسات والغايات والمؤشرات ظلّت راسخة في الحجج التقليدية المتعلقة بالصحة العامة والاقتصاد. وغالباً ما تُصمّم هذه القياسات بطريقة تعطي الأولوية لاحتياجات ومتطلبات الدولة على احتياجات ورغبات الأفراد. وبعبارة أخرى، لم تركز بما فيه الكفاية على الصحة الجنسية والإنجابية التي تتمحور حول الإنسان.

يتضمّن أحدث إطار عمل عالمي للتنمية، وهو أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، هدفين مع مؤشرات محددة تركز على الصحة الجنسية والإنجابية. وبموجب الهدف 3 الذي ينصّ على تحقيق الصحة الجيدة والرفاه، ترمي الغاية 3-7 إلى "ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات والتوعية في هذا المجال، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية." وفي الوقت نفسه، ينصّ الهدف 5 على تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات، وتدعو الغاية 5-6 إلى "ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإعمال الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين."

يمثل الجمع بين هاتين الغايتين خطوة متواضعة إلى الأمام. ويؤكدان معاً على أهمية توفير خدمات شاملة لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية لجميع النساء، ويدعوان إلى اتباع نهج قائم على المساواة بين الجنسين ومركز على حقوق الإنسان في تقديم هذه الخدمات. وتتعترف هاتان الغايتان بالسلامة الجسدية (أي حق الشخص بتقرير مصيره الجسدي) باعتبارها أساسية لإعمال الصحة الجنسية والإنجابية. وكانت هذه المؤشرات هي الدافع لجمع البيانات الحيوية في عدد من مجالات الصحة والحقوق الإنجابية.

ومع ذلك، يتّضح وجود فجوات كبيرة في تغطية تلك الغايات والمؤشرات عندما يجري بحثها واستخدامها. على سبيل المثال، إنّ مؤشرات الغاية 3-7 لا تقيس إلا السلوكيات والخدمات التي يمكن أن تمنع الحمل أو تؤخره فقط. وقد لوحظ عموماً عدم وجود تركيز وطني على السلوك الجنسي والإنجاب، ولا على قياس الرغبة في الإنجاب وما تحقق من أهداف الإنجاب في حالات العقم. علاوةً على ذلك، ينطوي المؤشر 3-7-1 بشأن "نسبة النساء في سن الإنجاب (بعمر يتراوح بين 15 و 49 سنة) اللواتي تمت تلبية حاجتهنّ إلى

تنظيم الأسرة بواسطة وسائل حديثة" إلى وصم أو حرمان النساء اللواتي يحتجن إلى خيارات أخرى أو يفضلن احتمالات أخرى (راجع الصفحات 96-97 للاطلاع على مزيد من المعلومات). المؤشر 3-7-2 بشأن "معدل الولادات لدى المراهقات (بعمر يتراوح بين 10 و 14 سنة وبين 15 و 19 سنة) لكل 1,000 امرأة في تلك الفئة العمرية" لا يتضمن بيانات عن اختيار المراهقات وظروفهن. وهذا أمر مهم لأن حالات حمل المراهقات لا تحدث بمجملها رغماً عن إرادتهن، ولا سيما في الظروف التي تواجه فيها الفتيات أوجه عدم مساواة كبيرة بين الجنسين وفرصاً محدودة (أسيفيدو وآخرون، 2012).

وتنطوي الغاية 5-6 على فجوات مماثلة تتطلب المعالجة رغم أن مؤشرات مجتمعة تقدم رؤية أشمل بكثير عن الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة مقارنة بما كان متاحاً في السابق. يقيس المؤشر 5-6-1 "نسبة النساء بعمر يتراوح بين 15 سنة و 49 عاماً اللواتي يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن العلاقات الجنسية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية". يتم تعريف هذه القرارات بحسب قدرة المرأة على التعبير عن رفضها لممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج أو الشريك؛ وبحسب قدرتها، بشكل فردي أو مشترك، على اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة؛ وبالنظر إلى من يتخذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بها، أكانت هي أم شريكها أم كليهما. يبحث المؤشر 5-6-2 في "عدد البلدان التي لديها قوانين وأنظمة تكفل حصول النساء والرجال بعمر 15 سنة فأكثر على خدمات الرعاية والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية على نحو كامل وعلى قدم المساواة".

منذ أن أصبحت البيانات متاحة عن الغاية 5-6، تم تكوين صورة هي الأولى من نوعها حول مدى قدرة المرأة على تحقيق استقلاليتها الجسدية، ما يكشف عن قيود واسعة النطاق في قدرة المرأة على اتخاذ بعض القرارات الأكثر حميمية والأكثر أهمية. ومع ذلك،

فإن هذا الغاية لا تُعتبر شاملة بأي حال من الأحوال. على سبيل المثال، لا يبين المؤشر 5-6-1 ما إذا كانت النساء قادرات على الإنجاب في الوقت الذي يروونه مناسباً ومع الشريك الذي يخترنه. ولا يبحث المؤشر 5-6-2 في القيود غير المتعلقة بالنظام الصحي والتي تواجهها النساء أثناء اتخاذ القرارات الإنجابية.

يتجه العالم الآن بشكل متزايد إلى الاعتراف بأن هذه التدابير الحالية محدودة، وبضرورة وضع أدوات جديدة يمكن من خلالها بلورة فهم أوضح حول الصحة الجنسية والإنجابية بجميع فروقها الدقيقة. ولا يمكننا ضمان أن تكون السياسات داعمة للحق في إعمال خيارات حقيقية وهادفة إلا من خلال بيانات أكثر شمولاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ ج).

قياس حالة الخيارات الإنجابية في المستقبل

ثمة عدد من استطلاعات الرأي التي أجريت في عدة بلدان واستخدمت أو استكشفت مقاييس يمكن أن تساعدنا في صياغة مؤشرات جديدة تتسم بجودة أفضل وخصوصية أكبر.

كما هو مذكور أعلاه، تركز المؤشرات الحالية للصحة الجنسية والإنجابية على قدرة الشخص على رفض ممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج أو الشريك، حيث يُطرح هذا السؤال فقط على النساء المتزوجات أو المرتبطات في وقت إجراء الاستطلاع. ومع ذلك، قد يفيد أيضاً قياس بعض المؤشرات الإضافية بهدف المساعدة في تقييم السلامة الجنسية للنساء والفتيات خارج إطار العلاقات الحميمة. على سبيل المثال، تتضمن الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية (راجع المربع في الصفحة 117) أيضاً أسئلة عن العنف الجنسي من غير الشريك وعن العمر الذي "أجبرت فيه المرأة أو الفتاة على ممارسة العلاقة الحميمة أو القيام بأي أفعال جنسية لم تكن ترغب فيها"، وهذا السؤال يسمح بتقييم الاعتداء الجنسي على الأطفال. يمكن أن تكون هذه أيضاً مؤشرات للسلامة الجنسية على المستوى الوطني.

على سبيل المثال، عندما تم جمع هذه البيانات في الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية لعام 2022 في غانا، تبين أن 6 في المائة من النساء تعرّضن للعنف الجنسي من غير الشريك، وأن 3 في المائة (يُعتقد أنه تقدير متحفظ) تعرّضن لممارسة الجنس القسري قبل سن 15 عاماً (شعبة الإحصاءات في غانا وبرنامج الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، 2024). وبالفعل، تكشف البيانات المتاحة من عدة بلدان أن السلامة الجنسية في الأماكن العامة تشكل مصدر قلق، وهذا ما يظهره ارتفاع معدل انتشار التحرش الجنسي في الأماكن العامة في مختلف البيئات الوطنية (رانجاناثان وآخرون، 2021؛ كيرل، 2010).

وبالمثل، يشكل التحرش الجنسي في مكان العمل مصدر قلق كبير للنساء، ما يقلل من احتمالية انضمامهن إلى القوى العاملة، ويؤثر على أدائهن الوظيفي وإنتاجيتهن، ويضرّ بصحتهن النفسية (ليون بيريز وآخرون، 2021؛ رانجاناثان وآخرون، 2021). والأهم من ذلك، يمكن استخدام مؤشرات العنف الجنسي من غير الشريك والاعتداء الجنسي على الأطفال لتبرير القيود المفروضة على حرية حركة النساء والفتيات، كوسيلة لضمان سلامتهن الجنسية ولكن على حساب صحتهن الجنسية والإنجابية والفرص المتاحة لهن (هولمان وآخرون، 2015). يجب على الباحثين وصناع السياسات والمدافعين عن حقوق الإنسان أن ينتبهوا جيداً لضمان عدم حدوث ذلك.

قد يرى البعض أن هذه المسائل مشمولة أصلاً بالبحوث التي تتناول العنف المبني على النوع الاجتماعي، وهو بالفعل مجال أساسي يستدعي البحث، إلا أن هذه المسائل تعتبر قائمة بذاتها لأنها تتعلق بالسلامة الجنسية والسلامة الجسدية والرفاه الجنسي، ويجب أن يتم تسجيلها ومعالجتها على هذا النحو. تبدو المقاييس الحالية للصحة الجنسية والإنجابية، والتي تُستخدم في استطلاعات الرأي الجارية في عدة بلدان، أكثر ميلاً للدلالة على وجود أو عدم وجود سيطرة جنسية

وعنف جنسي بدلاً من تقييم المشاركة الجنسية الإيجابية للمرأة. في حين تُعدّ قدرة المرأة على رفض ممارسة العلاقة الحميمة عندما لا ترغب في ذلك أمراً مهماً، فإن قدرتها على المبادرة بممارسة العلاقة الحميمة بالتراضي عندما ترغب في ذلك لا تقل أهمية أيضاً.

والجدير بالذكر أن عدم تمتع النساء بهذه القدرة يؤدي إلى بقاء الأعراف البالية التي تعتبر المرأة كحارسة تكبح شهواتها بطرق تتغاضى عن رغبتها الجنسية وتضفي صفة طبيعية على الفعل الجنسي العدواني من الرجل. يمكن دعم العلاقات الجنسية الأكثر إيجابية من خلال تقييم قدرة المرأة على المبادرة بممارسة العلاقة الحميمة بالتراضي مع الشريك وقياس مدى إشباع رغبتها. وهي مسألة تستدعي الاهتمام بالنظر إلى ما نراه في بعض الأماكن من ارتفاع في اتجاهات العزوبية غير الطوعية وانخفاض في تكوين الشراكات بين الرجل والمرأة (راجع الصفحة 88). وفي حين لا يزال هناك تردد كبير على المستوى الثقافي والاجتماعي في تبني هذا النوع من التقييمات حتى بالنسبة للنساء المتزوجات، فقد تم التعبير عن هذه المخاوف في السابق بشأن العنف الشريك، والذي أصبح الآن حجر الزاوية في المؤشرات العالمية بشأن المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

بالإضافة إلى ذلك، في حين أن البيانات المتعلقة بالصحة الجنسية تركز عادةً على أمراض العدوى المنقولة جنسياً، فإن فيروس العوز المناعي البشري هو الوحيد الذي يتم تناوله مباشرة في الإطار الحالي لأهداف التنمية المستدامة تحت الغاية 3-3. تندرج سائر أمراض العدوى المنقولة جنسياً تحت المصطلح الجامع "الأمراض السارية". يمكن بل وينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام لرصد مجموعة من أمراض العدوى المنقولة جنسياً، والتي تمثل في حد ذاتها شواغل صحية تضرّ أيضاً بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات (فان غيروين وآخرون، 2022؛ أوتو وآخرون، 2021)، ويمكن أن تقوّض قدرة الناس على تحقيق أهدافهم النهائية في تكوين الأسرة.

تحتوي الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية على مؤشرات مهمة يمكن استخدامها لهذا الغرض، بما في ذلك سؤال النساء عما إذا تمّ تشخيصهنّ مؤخراً أو ظهرت لديهنّ أعراض الإصابة بعدوى منقولة جنسياً، وما إذا كان بإمكانهنّ أن يطلبنّ من أزواجهنّ استخدام الواقي الذكري. بالإضافة إلى ذلك، يتم طرح سؤالين يجمعان معاً المعايير المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للمرأة أو قدرتها على حماية نفسها من أمراض العدوى المنقولة جنسياً إذا كانت تعتقد أنّ زوجها يعرضها للخطر. السؤالان هما: "إذا كانت الزوجة تعلم أنّ زوجها مصاب بمرض يمكن أن ينتقل إليها أثناء الجماع الجنسي، فهل يحق لها أن تطلب منه استخدام الواقي الذكري عند ممارسة العلاقة الحميمة؟" و"هل يحق للزوجة

رفض ممارسة العلاقة الحميمة مع زوجها عندما تكون على علم بأنه يعاشر نساء أخريات؟"

وأخيراً، يجب أن ينظر المجتمع الدولي في مسألة ذات أولوية تتمثل في تنفيذ عملية منهجية لجمع الأدلة العالمية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، وغايات الخصوبة، والتحديات التي تواجه كليهما. ويُفضّل ألا تكون الجهود التي سُبِّدَل في المستقبل لجمع البيانات متجذرة فقط فيما يتعلق بالشباب من احتياجات ورغبات وصحة جنسية وإنجابية وعناصر تمكين، بل ينبغي أيضاً أن تكون عملية طويلة بحيث تتابع الأشخاص حتى نهاية حياتهم الإنجابية من أجل تقييم ما إذا كانت الأنظمة والظروف قد مكّنتهم بالفعل من تحقيق أهدافهم.

تمويل عملية جمع البيانات دعماً للصحة والحقوق الإنجابية

على مرّ التاريخ، اعتمد المجتمع الدولي بشكل كبير على الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية لتقييم السلوكيات الجنسية والإنجابية في 90 دولة من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل. وقد كانت الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي تجري منذ تسعينيات القرن الماضي بمثابة أداة حيوية للصحة العامة والسياسات العامة، علماً أنّها مدعومة من عدد من الحكومات والوكالات الدولية ووكالات الأمم المتحدة والشركاء من المجتمع المدني. ولسوء الحظ، توقفت الالتزامات العالمية بالتمويل من الولايات المتحدة اعتباراً من شباط/فبراير 2025، وهي الممول الرئيسي لهذه الدراسات الاستقصائية؛ وقد توقف البرنامج الآن رهنأ بإجراء استعراض لعملية التمويل. وبالتالي، فإذا لم يتم استئناف التمويل لإجراء الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، قد تضيق بيانات الرصد القيمة بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والعنف المبني على النوع الاجتماعي، ومجالات أخرى كثيرة تستدعي البحث. ومع ذلك، تسعى الجهات المانحة والباحثون على الصعيد الدولي إلى استكشاف سبل أخرى للتمويل في حالة عدم استكمال الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية. ويجمع كل من استطلاع الرأي المعني بالأجيال ومسائل النوع الاجتماعي، الذي يُنفذ حالياً في 24 بلداً، واستطلاع الرأي لرصد الأداء من أجل العمل، بيانات بشأن تنظيم الأسرة، ويمكن توسيع نطاقه ليشمل مجموعة أوسع من الدول.

كما كان استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov من أجل هذا التقرير بمثابة تمرين تجريبي لتطوير مسح كبير شامل لعدة بلدان سيطلقه صندوق الأمم المتحدة للسكان في وقت لاحق من عام 2025. يستكشف هذا المسح العالمي خيارات الإنجاب لدى الشباب وتطلعاتهم فيما يتعلق بالارتباط بشريك، وكذلك العوائق والعوامل المساعدة على تحقيقها.

تلبية احتياجات كبار السنّ

الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر في جميع أنحاء العالم من 809 ملايين نسمة في عام 2023 إلى 1.6 مليار نسمة في عام 2050، وأن يصل إلى 2.4 مليار نسمة بحلول نهاية القرن (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024).

ومع ذلك، ترى بعض الحكومات أنّ شيخوخة السكان تمثل مشكلة يجب حلّها في المقام الأول، حيث إنّ تزايد عدد كبار السنّ يزيد الضغط على أنظمة الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية، كما أنّ انخفاض معدلات الولادات ينذر بتقلص قاعدة العمال ودفعي الضرائب في المستقبل. ووفق كتاب *Longevity Hubs: Regional Innovation for Global Aging* الصادر عن مركز AgeLab التابع لمعهد ماساتشوستس للتكنولوجيا، فإنّ هذا الرأي قد يؤدي إلى إهدار الإمكانيات الاقتصادية الهائلة لكبار السن والشركات التي تقدّم لهم الخدمات.

أنحاء العالم يبلغ حوالي 59 عاماً. أما اليوم، فهو يُقدّر بحوالي 73 عاماً (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2024).

والجدير بالذكر أنّ توفير رعاية صحية وظروف معيشية أفضل قد ساهم عموماً في هذه زيادة العمر المتوقع بشكل كبير، والتي أدت بدورها إلى زيادة عدد كبار السنّ بشكل مستمر. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد

الراهبة البرازيلية ومشجعة كرة القدم الأخت إينا كانابارو هي أكبر معمرة في العالم، توفيت في أيار/مايو 2025 بعد مرور بضعة أسابيع على الاحتفال بعيدها الـ 117. يحالف الحظّ قلة قليلة منا لتجاوز سنّ المئة العام والانضمام إلى صفوف المعمرين، ولكن معظمنا اليوم يتوقع أن يعيش عمراً أطول من عمر الآباء والأجداد بنسبة 25 في المائة في المتوسط. منذ حوالي نصف قرن، كان متوسط العمر المتوقع في جميع

يقول لوك بوكيننتو، أحد محرري كتاب *Longevity Hubs*: "من حيث الإنتاجية والإنفاق، يُعتبر كبار السن فاعلين في المجال الاقتصادي حيث يساهمون فيه بشكل كامل ومعقد، ومن المتوقع أن يتسع أثرهم الكبير بالفعل بشكل ملحوظ في السنوات القادمة". ويضيف أن التعامل معهم على أساس أنهم "مستفيدين يستحذون على بقية الموارد في المجتمع" هو أمر غير صائب.

في عام 2020 على سبيل المثال، ساهمت الأموال التي أنفقها الأشخاص بعمر 50 عاماً أو أكثر على السلع والخدمات في دعم حوالي مليار وظيفة حول العالم، ما أدى بدوره إلى توليد 23 تريليون دولار من دخل العمل. في العام نفسه، ساهم السكان بعمر يزيد عن 50 عاماً بمبلغ 45 تريليون دولار في الناتج المحلي الإجمالي العالمي (الرابطة الأمريكية للأشخاص المتقاعدين، 2022).

في عدد من المدن حول العالم، يجتمع القطاع الخاص والمؤسسات البحثية ومقدمو الخدمات المعنيون بكبار السن بُغية تطوير المنتجات وتقديم الخدمات اللازمة في مجتمع يتجه معظم سكانه نحو الشيخوخة. وذلك نتيجة إدراكهم للحاجة إلى العمل مع كبار السن ومن أجلهم، وأيضاً للفوائد الاقتصادية المترتبة على هذا النوع من التعاون.

يقول السيد بوكيننتو إن منطقة بوسطن الحضرية تتمتع بوضع جيد يؤهلها لأن

تصبح "مركزاً لطول العمر". تضم المدينة قوى عاملة تمتاز بمستوى عالٍ من التعليم، ومؤسسات بحثية متطورة، ورعاية صحية رفيعة المستوى. يمكن أن تصبح بوسطن، كما وصفتها مجلة *Inc*. "وادي السيليكون لمن هم في العقد الثامن من العمر".

ويوضح السيد بوكيننتو أن هناك ما لا يقل عن ثمانية مراكز لإطالة العمر في جميع أنحاء العالم. وعلى سبيل المثال، تسعى الشركات التجارية في ميلانو إلى تلبية الطلب المتزايد على خدمات الإسكان والرعاية الدائمة لكبار السن. بدأت شركات الخدمات المالية في ميلانو بتقديم استشارات استثمارية مخصصة لكبار السن، أو تستثمر في القطاعات التي تلبى احتياجات كبار السن في إيطاليا. اليوم، هناك شخص واحد يبلغ 65 عاماً أو أكثر بين كل 4 إيطاليين.

في ساو باولو، قام أكثر من 250 ممثلاً من القطاع الخاص والأوساط الأكاديمية ومرافق الرعاية الصحية والحكومة بتشكيل شبكة للاستجابة لمشكلة الشيخوخة السريعة لدى السكان في البرازيل. لقد أصبحت شبكة *Envelhecimento 2.0* القناة الرئيسية لتبادل الأفكار والمعلومات حول "المنظومة الإيكولوجية لطول العمر"، وهي المكان الذي تنطلق منه العديد من أبرز المبادرات المتعلقة بالعمُر في البلاد، وفقاً لكتاب *Longevity Hubs*.

وفي المدن الواقعة جنوب شرق بانكوك، في الممر الاقتصادي الشرقي لتايلند، تزدهر خدمات الرعاية الصحية الخاصة ورعاية كبار السن في ظل تزايد عدد المتقاعدين من البلدان الأخرى الذين يختارون الانتقال إلى هذا البلد نظراً إلى مناخه الدافئ، وتكاليفه المقبولة وطبيعته الخلابة وجودة الحياة فيه.

كل مركز من هذه المراكز يقم شيئاً فريداً ويسعى جاهداً إلى تلبية الاحتياجات المعلنة لكبار السن. ويوضح السيد بوكيننتو أن الشركات في الماضي ربما كانت تقدم بعض السلع أو الخدمات الرمزية بناءً على الاحتياجات التي يتصورها الشباب لكبار السن. ولكن كل هذه الأمور تتغير مع زيادة التعاون بين الباحثين والقطاع وكبار السن لإيجاد حلول تحسّن حياة السكان وتحقق نتائج إيجابية.

يقول السيد بوكيننتو: "يؤدي الابتكار من أجل كبار السن في العالم إلى ميزة تنافسية عميقة على الصعيدين المحلي والعالمي، وإذا لم نبادر إلى الابتكار، سيبقى الآخرون على ذلك".

التعلم من دروس التاريخ

يحدث ذلك على حساب الشباب. نتيجة لذلك، "يميل القادة السياسيون المرتبطون بالأفق الزمني للدورة الانتخابية إلى خدمة الناخبين الأكبر سناً بدلاً من التركيز على الإصلاحات الضرورية للأجيال الشابة والقادمة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2025د).

سيكون من الحكمة أن يستمع القادة المعنيون بالاتجاهات السكانية إلى هذه الآراء وأن يتبعوا سياسات تتمحور حول مفهوم العدالة بين الأجيال. ويتطلب ذلك تعزيز التضامن بين الأجيال وتبني نهج شامل لدورة الحياة، وهذا الأمر من شأنه أن يضمن تمكين الشباب من المشاركة الفعالة في مجتمعاتهم، إلى جانب تلبية الاحتياجات المتزايدة لكبار السن. وتُعد مبادرة Y-ACT في كينيا من الأمثلة الواعدة على ذلك، حيث مكنت الشباب من صياغة السياسات الداعمة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية واتخاذ قرارات الميزانية على مستوى المقاطعات، ما أدى إلى تعزيز الاستثمار في الخدمات الصحية الملائمة للمراهقين والمشاركة الفعالة للشباب في الحوكمة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023أ).

من المرجح أن يسعى الشباب الذين يشعرون بالأمل في المستقبل إلى تحقيق الحياة التي يريدونها لأنفسهم ولأسرهم. وكما قال أحد الناشطين الشباب في رده على استبيان أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان: "لا يقتصر تفكير الشباب على الأطفال الذين سينجبونهم في المستقبل، بل يفكرون في العالم الذي سيرثه هؤلاء الأطفال" (راجع الصفحتين 8-9 لمزيد من المعلومات).

خلاصة القول، يجب أن نتوخي أقصى درجات الحذر وأقصى درجات التفاؤل في ظل استمرار التنوع الديمغرافي المتزايد في العالم ومع توقع انخفاض سريع لمعدلات الخصوبة في مزيد من البلدان، إلى جانب الدوافع القومية الإثنية ومخاوف من "التضخم السكاني" في الأماكن التي تشهد معدلات خصوبة مرتفعة باستمرار.

من الحكمة أن يضع القادة في اعتبارهم السنوات الستين الماضية من التاريخ عندما يصوغون سياسات قد لا تكون فعالة أو قد تسفر عن عواقب غير مقصودة إذا ما صُممت بشكل سيئ، إذ إنها قد تتوافق مع آثار مؤقتة فحسب وتكون تكاليفها باهظة في مجال حقوق الإنسان. ويجب أن يعترف القادة أيضاً بالمخاوف المشروعة لدى الشباب، الذين لا يحتاجون فقط إلى ظروف تمكنهم من اتخاذ خيارات الإنجاب بطريقة حرة ومستنيرة، بل تسمح لهم أيضاً بالأمل في مستقبل يتم فيه دعم هذه الخيارات (غيسن، 2014).

تعكس شهادات الشباب قلقاً عميقاً حيال المستقبل، وتوقعات متشائمة بشأن جودة الحياة، مقارنةً بجيل آبائهم. وترتبط هذه المخاوف مباشرة بقراراتهم بشأن الإنجاب وتكوين الأسرة، في ظل التغيرات المناخية، والاضطرابات الاقتصادية، والنزاعات المتفاقمة. يشعر الشباب بأنهم مخدوعون، وهذا الشعور ليس نادراً لديهم إذ يظنون أنّ مستقبلهم قد سلب منهم من قبل صناعات السياسات الذين لا يدركون واقعهم المعاش. في العديد من البلدان، يتغير النفوذ الانتخابي لصالح كبار السن نظراً إلى تزايد نسبة المسنين بين السكان، وغالباً ما



عمل فني من إبداع ماريانا غيفين

يقدم التاريخ أيضاً فرصةً جلية تتمثل في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. عند قراءة هذه الوثيقة المهمة بنأى، نرى أنها تسلط الضوء على حلول للعديد من التحديات التي تواجه العالم اليوم: لقد دعا برنامج العمل هذا إلى "سياسات مراعية للأسرة في مجال الإسكان والعمل والصحة والضمان الاجتماعي والتعليم من أجل خلق بيئة داعمة للعائلات". وأصرّ على "مشاركة المرأة والرجل على قدم المساواة في جميع مجالات المسؤوليات الأسرية والمنزلية، بما في ذلك تنظيم الأسرة وتربية الأطفال والأعمال المنزلية". ودعا إلى "حق الرجال والنساء في الحصول على إجازة أسرية حتى يتسنى لهم المزيد من الخيارات فيما يتعلق بالتوازن بين مسؤولياتهم المنزلية والعامة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2014).

حتى أنّ تلك الاتفاقية التي مضى عليها 30 عاماً تنبأت بالعديد من القضايا التي تعتبر اليوم مستحدثة: شيخوخة المجتمع والحاجة إلى مساعدة "الأسر على رعاية كبار السن"، وأهمية القوانين والسياسات التي تعكس "إمكانية تعدد أشكال" الأسرة، والحاجة إلى "الحصول على مساعدة أكبر من أطراف ثالثة" بهدف مساعدة الوالدين على التوفيق بين عمليهما وحياتهما الأسرية.

والأهم من ذلك أنّ هذه الوثيقة أسست لإجماع عالمي على ضرورة أن تُتاح للأزواج والأفراد جميع المعلومات والوسائل التي تمكّنهم من اتخاذ القرار بحرية ومسؤولية بشأن عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات وتوقيت الإنجاب. يجب أن نركّز على تحقيق هذا الهدف لجميع الأشخاص في كل مكان، بصرف النظر عن معدل الخصوبة في أي دولة.



المؤشرات

124 الصفحة	تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والصحة الجنسية والإنجابية
130 الصفحة	تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري
136 الصفحة	المؤشرات الديمغرافية
142 الصفحة	الملاحظات التقنية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية لصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: في المائة	نسبة الطلب الملبى بواسطة وسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49 عاماً	الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية		معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية		عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لجميع الأعمار، لكل 1,000 من الفئات السكانية غير المصلبة	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، النسبة المئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100,000 مولود حي)			
			نسبة الملبى		نسبة غير الملبى									
			أي وسيلة حديثة	وسيلة حديثة	جميع	متزوجات أو مرتبطات						جميع	متزوجات أو مرتبطات	
2021	2022	2025	2025	2025	2025	2023	2024-2004	2023	2023	2023				
68	76	77	11	8	58	44	64	49	0.17	87	234	174	197	العالم
84	87	81	8	7	63	52	71	58	0.14	99	-	-	-	أكثر المناطق نمواً
64	72	80	9	7	61	46	68	50	0.17	82	-	-	-	أقل المناطق نمواً
44	71	60	19	15	37	28	43	32	0.30	69	368	277	313	أقل البلدان نمواً
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان														
61	65	65	15	10	45	28	53	33	0.05	84	184	98	133	الدول العربية
68	74	81	9	6	63	47	70	52	0.07	87	120	89	102	آسيا والمحيط الهادئ
74	84	67	12	8	49	34	63	43	0.10	99	22	15	18	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
76	75	83	10	8	71	55	75	58	0.20	92	88	68	77	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
46	72	64	20	15	40	32	44	35	0.73	74	352	233	276	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
40	70	49	21	16	21	19	25	22	0.34	62	920	538	669	غرب ووسط أفريقيا
الدول والإقليم والمناطق الأخرى														
41	56	51	23	15	26	18	30	21	0.04	68	942	339	521	أفغانستان
64	79	36	13	10	26	20	64	47	0.03	100	13	3	7	البانيا
74	-	72	11	7	52	28	60	33	0.05	99	87	46	62	الجزائر
37	62	38	34	26	17	16	19	18	0.44	50	286	117	183	أنغولا
76	-	76	13	10	59	39	62	41	-	99	55	19	35	انتيجوا وبربودا
79	92	83	11	10	68	56	71	58	0.09	99	41	26	33	الأرجنتين
68	87	47	12	7	33	21	60	37	0.19	100	30	15	19	أرمينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أروبا
87	-	86	10	7	64	56	67	58	-	99	3	2	2	أستراليا
85	-	89	7	5	70	63	73	66	-	98	11	4	6	النمسا
66	-	36	13	8	25	15	58	35	0.05	100	29	12	18	أنزيبجان
77	-	78	12	10	64	43	65	45	0.16	99	130	50	76	جزر البهاما
76	73	60	12	7	45	27	63	37	-	98	25	12	17	البحرين
52	-	75	10	8	56	46	65	54	0.01	70	167	82	115	بنغلاديش
77	44	75	14	12	60	47	63	50	0.14	98	56	18	35	بربادوس
79	83	73	11	11	53	45	62	52	0.10	100	2	1	1	بيلاروس
86	-	91	8	6	66	60	67	61	-	-	5	3	4	بلجيكا
68	43	72	17	13	54	41	58	44	0.39	95	111	39	67	بليز
38	91	39	29	21	19	16	23	20	0.10	81	740	393	518	بنن
60	83	81	12	8	60	39	62	40	0.10	99	69	30	47	بوتان
65	94	62	15	10	51	34	68	45	0.16	72	243	98	146	دولة بوليفيا المتعددة القوميات
66	70	43	13	9	23	20	51	39	0.02	100	10	3	6	البوسنة والهرسك
55	64	87	10	8	69	57	70	58	1.90	100	268	96	155	بوتسوانا
80	-	90	7	6	78	65	80	67	0.24	98	88	52	67	البرازيل
78	41	-	-	-	-	-	-	-	-	100	52	25	36	بروني دار السلام
73	62	73	7	5	60	52	80	66	0.03	94	9	3	6	بلغاريا
40	81	67	16	13	35	31	37	33	0.08	96	367	155	242	بوركينافاسو
41	65	52	26	16	31	19	35	21	0.12	75	611	251	392	بوروندي
71	84	78	15	12	58	44	59	45	0.52	97	65	22	40	كابو فيردي
58	98	63	11	8	47	32	64	43	0.07	99	239	96	137	كمبوديا
44	-	52	21	15	19	21	25	25	-	69	359	196	258	الكاميرون

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية لصحة المرأة الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: في المائة	نسبة الطلب المُلقى بواسطة وسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49 عاماً	الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، والنسبة المئوية		معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، والنسبة المئوية		عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لجميع الأعمار، لكل الفئات السكانية غير المصلبة	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، والنسبة المئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100,000 مولود حي)	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى		
			وسيلة حديثة	أي وسيلة	جميع	متزوجات أو مرتبطات							جميع	متزوجات أو مرتبطات
			2021	2022	2025	2025							2025	2025
91	-	93	4	3	80	70	82	73	-	98	18	8	12	كندا
32	77	40	26	21	19	17	24	22	-	40	1299	333	692	جمهورية أفريقيا الوسطى
29	59	27	25	19	8	7	9	8	0.25	47	1248	493	748	تشاد
82	-	86	8	6	72	61	78	66	0.18	100	13	7	10	شيلي
81	-	92	3	3	83	65	85	67	-	100	21	11	16	الصين
-	-	84	10	7	68	47	70	50	-	-	-	-	-	منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة التابعة للصين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	منطقة ماكاو الإدارية الخاصة التابعة للصين
80	96	87	6	5	77	60	82	64	0.25	98	76	45	59	كولومبيا
48	-	28	32	22	13	10	17	13	0.01	97	308	103	179	جزر القمر
41	55	54	18	14	30	31	46	43	1.70	94	453	144	241	الكونغو
81	84	84	10	9	72	53	74	55	0.17	99	28	19	24	كوستاريكا
43	64	54	21	17	25	25	29	29	0.35	84	568	237	359	كويت ديفوار
80	98	66	8	4	47	33	71	46	0.01	100	4	2	3	كرواتيا
83	-	84	13	10	61	62	62	63	0.18	100	42	29	35	كوريا
-	-	67	21	15	43	36	46	39	-	-	-	-	-	كوراساو
81	72	-	-	-	-	-	-	-	-	100	25	8	14	قبرص
84	79	84	4	4	76	57	84	63	0.02	100	4	2	3	تشيكيا
68	83	86	8	7	72	59	75	62	-	100	114	38	67	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
42	-	37	25	20	18	17	31	27	0.17	85	775	283	427	جمهورية الكونغو الديمقراطية
82	87	88	6	5	73	59	77	63	0.01	96	5	3	4	النامرك
44	-	54	25	13	31	16	32	16	0.29	87	337	80	162	جيبوتي
49	-	78	13	11	61	46	63	48	-	100	61	22	36	دومينيكا
77	-	84	10	8	70	54	73	57	0.36	99	185	86	124	الجمهورية الدومينيكية
77	92	81	6	7	73	49	80	54	0.12	96	66	48	55	إكوادور
70	-	81	11	8	60	40	62	42	0.07	97	23	11	17	مصر
78	92	82	10	8	69	49	74	52	0.13	98	63	25	39	السلفادور
46	-	40	31	22	16	16	19	19	-	68	309	103	174	غينيا الاستوائية
45	-	35	28	16	14	9	15	9	0.06	34	483	176	291	إريتريا
79	98	77	7	5	63	52	75	63	0.08	99	9	3	5	إستونيا
56	98	79	16	12	61	46	62	47	4.20	93	209	72	118	إسواتيني
35	73	64	21	15	38	28	39	28	0.07	50	332	128	195	إثيوبيا
58	-	55	23	15	33	22	38	25	0.40	100	47	20	30	فيجي
86	98	91	4	3	78	74	82	79	-	100	14	5	8	فنلندا
85	-	91	4	4	75	64	78	67	0.09	98	10	6	7	فرنسا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غيانا الفرنسية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولينزيا الفرنسية
49	58	43	28	21	19	20	28	26	0.79	95	424	134	233	غابون
46	-	46	24	15	20	14	22	15	0.53	84	504	245	354	غامبيا
68	94	53	18	12	35	23	49	32	0.14	100	27	13	20	جورجيا
88	87	88	9	6	67	54	68	55	-	96	5	3	4	ألمانيا
48	66	53	22	14	30	24	37	31	0.56	88	344	155	234	غانا
77	72	68	7	4	52	37	74	50	0.05	100	8	3	5	اليونان
70	-	76	12	10	60	42	65	45	-	100	95	29	48	غرينادا

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: في المانة	نسبة الطلب الملتى بواسطة وسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49 عاماً	الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية				معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية	عدد الإصابات الجينية بغيروس العوز المناعي البشري، جميع الأعمار، لكل 1,000 من الفئات السكانية غير المصابة	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، النسبة المئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيت الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيت الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل مولود حي)	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	
			وسيلة حديثة	أي وسيلة	متزوجات أو مرتبطات	جميع مرتبطات								2021
-	-	72	15	11	51	36	58	40	-	-	-	-	غوادلوب	
-	-	75	10	7	56	33	66	37	-	-	-	-	غوام	
59	-	72	12	8	55	37	65	43	0.09	70	106	82	94	غواتيمالا
40	79	44	23	18	14	14	15	15	0.33	55	764	337	494	غينيا
37	80	64	19	16	24	31	25	33	0.53	54	851	313	505	غينيا - بيساو
76	87	58	28	19	38	28	39	30	0.73	98	103	59	75	غيانا
54	65	52	32	23	37	27	40	30	0.48	42	569	218	328	هايتي
64	80	80	10	8	67	47	73	50	0.05	94	62	37	47	هندوراس
79	93	80	9	7	63	45	70	50	-	100	18	8	12	هنغاريا (المجر)
89	-	-	-	-	-	-	-	-	0.03	97	6	1	3	أيسلندا
63	74	78	9	7	59	45	68	51	0.05	89	87	73	80	الهند
55	77	78	14	10	53	38	54	38	0.10	97	235	93	140	إندونيسيا
74	63	76	4	3	66	46	82	57	0.03	99	22	10	16	جمهورية إيران الإسلامية
59	59	60	12	8	41	28	57	39	-	96	116	41	66	العراق
83	-	89	9	5	67	63	70	65	0.04	100	5	3	4	أيرلندا
85	-	69	8	5	56	31	73	40	0.03	100	4	1	2	إسرائيل
84	-	77	9	5	52	49	67	59	0.03	99	9	5	6	إيطاليا
74	76	73	10	9	60	34	66	37	0.42	100	175	96	130	جامايكا
83	85	76	15	9	52	46	59	51	-	100	4	2	3	اليابان
65	56	58	11	6	41	23	60	33	0.00	100	41	24	31	الأردن
80	65	77	14	10	51	41	54	43	0.12	100	14	7	10	كازاخستان
53	48	82	9	6	61	43	64	46	0.31	89	547	267	379	كينيا
48	-	50	22	16	27	20	33	24	-	92	152	34	80	كيريباس
78	-	68	13	8	50	30	60	36	0.04	99	12	5	8	الكويت
69	73	68	17	10	41	25	43	26	0.11	100	55	33	42	قيرغيزستان
52	96	73	13	9	55	35	62	40	0.18	80	182	75	112	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
75	70	81	9	6	62	52	72	58	0.15	98	28	13	19	لاتفيا
73	-	64	12	7	47	25	62	32	0.05	98	21	11	15	لبنان
53	-	83	13	9	67	49	67	50	3.00	89	725	298	478	ليسوتو
45	-	52	30	24	28	28	29	29	0.15	84	913	436	628	ليبيريا
62	-	42	25	10	27	11	41	16	-	100	154	23	59	ليبيا
75	87	73	8	6	58	39	71	47	0.06	100	12	5	8	ليتوانيا
83	-	-	-	-	-	-	-	-	0.08	100	19	7	12	لكسمبرغ
35	-	68	14	12	46	36	52	42	-	46	652	326	445	مدغشقر
48	79	79	14	12	66	49	67	50	0.61	96	352	153	225	ملاي
76	83	54	19	12	37	23	50	30	0.09	100	34	24	26	ماليزيا
61	93	37	29	20	20	14	25	17	-	100	50	22	32	ملايف
41	-	48	23	20	22	19	22	20	0.24	66	498	268	367	مالي
85	-	76	5	3	63	43	80	54	0.09	100	14	4	8	مالطة
-	-	73	15	10	54	37	60	40	-	-	-	-	-	مارتينيك
40	65	34	30	21	15	11	17	12	0.06	70	561	263	381	موريتانيا
66	75	59	9	7	46	26	67	36	0.86	100	105	44	66	موريشوس
75	86	82	11	9	69	51	73	53	0.15	88	50	32	42	المكسيك
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	302	56	129	ولايات ميكرونيزيا الموحدة

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف في المائة	نسبة الطلب المُلقى بواسطة وسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49 عاماً	الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، والنسبة المئوية				معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، والنسبة المئوية	عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، جميع الأعمار - لكل 1,000 من الفئات السكانية غير المصابة	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، النسبة المئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل مولود حي)	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	
			وسيلة حديثة		أي وسيلة									
			متزوجات أو مرتبطات	جميع	متزوجات أو مرتبطات	جميع								
2021	2022	2025	2025	2025	2025	2023	2024-2004	2023	2023	2023				
65	-	71	15	12	53	38	58	41	0.01	100	58	27	41	منغوليا
72	52	44	22	14	17	17	27	23	0.04	99	10	3	6	الجزيرة الأسود
69	-	75	10	7	62	35	71	41	0.03	87	94	51	70	المغرب
44	-	55	25	21	28	27	29	28	2.60	68	113	60	82	موزامبيق
52	91	80	13	8	58	34	60	35	0.19	60	311	124	185	ميانمار
63	88	83	14	10	61	53	62	53	2.20	88	223	91	139	ناميبيا
54	48	61	20	15	47	36	56	43	0.02	80	234	99	142	نيبال
85	100	88	7	5	70	60	73	63	-	-	6	3	4	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كاليدونيا الجديدة
85	95	88	5	4	75	60	81	64	0.01	96	9	4	7	نيوزيلندا
70	75	88	6	5	79	57	82	59	0.10	94	77	45	60	نيكاراغوا
35	-	41	20	16	14	12	15	12	0.05	44	563	227	350	النيجر
38	-	46	19	15	19	16	24	20	0.34	51	1540	718	993	نيجيريا
74	-	41	13	9	22	22	54	44	0.02	100	5	1	3	مقدونيا الشمالية
87	100	89	4	3	80	63	85	68	-	99	2	1	1	النرويج
70	70	44	24	13	27	15	39	22	0.02	100	19	9	13	عُمان
45	69	55	16	11	32	21	41	27	-	68	241	107	155	باكستان
78	72	74	17	13	57	45	60	47	0.35	93	43	30	37	بنما
30	-	52	24	17	33	24	40	29	0.65	56	307	119	189	بابوا غينيا الجديدة
72	76	83	8	8	68	55	73	58	0.20	91	81	42	58	باراغواي
71	85	72	7	5	60	42	78	54	0.19	95	62	40	51	بيرو
58	80	61	12	8	44	26	59	35	0.24	90	119	64	84	الفلبين
82	89	73	8	6	59	44	74	54	-	100	3	1	2	بولندا
88	95	80	7	4	63	50	74	58	0.05	97	24	9	15	البرتغال
-	-	80	4	7	74	47	82	52	-	-	19	7	11	بورتوريكو
76	71	66	14	9	42	28	50	33	0.04	100	6	2	4	قطر
89	-	82	6	4	70	45	83	51	-	100	5	3	4	جمهورية كوريا
71	-	65	15	12	47	39	59	48	0.30	100	27	13	19	جمهورية مولدوفا
-	-	84	9	8	70	50	72	51	-	-	-	-	-	ريونيون
78	98	76	8	6	59	45	71	53	0.02	98	18	7	12	رومانيا
79	70	76	9	7	58	43	68	49	-	100	15	6	9	الاتحاد الروسي
49	82	76	12	9	62	37	67	40	0.24	94	373	158	229	رواندا
79	-	75	14	12	56	45	60	48	0.32	100	118	36	74	سانت كيتس ونيفس
77	33	75	14	12	57	46	61	49	0.14	100	77	26	44	سانت لوسيا
69	81	78	12	10	63	46	66	48	-	99	87	32	56	سانت فنسنت وجزر غرينادين
55	22	32	42	27	20	13	22	14	-	89	233	46	101	ساموا
77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	3	8	سان مارينو
59	46	62	24	19	48	36	52	38	-	97	138	42	75	سان تومي وبرينسيبي
74	-	55	21	11	34	19	41	23	0.04	100	11	5	7	المملكة العربية السعودية
50	75	58	19	13	28	20	29	21	0.16	94	365	173	237	السنغال
72	99	56	11	6	30	30	59	47	0.03	100	16	8	11	صربيا
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	64	26	42	سيشيل
41	65	60	23	19	28	29	28	29	0.39	87	537	249	354	سيراليون
89	46	78	10	5	60	30	68	34	0.03	100	11	4	6	سنغافورة

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: في المانة	نسبة الطلب الملتى بواسطة وسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49 عاماً	الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية				معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين النساء بعمر يتراوح بين 15-49 سنة، النسبة المئوية	عدد الإصابات الجينية بفيروس العوز المناعي البشري، جميع الأعمار، لكل 1,000 من الفئات السكانية غير المعصية	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، النسبة المئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيت الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيت الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نسبة وفيات الأمهات لكل مولود حي)		
			وسيلة حديثة	أي وسيلة	جميع متزوجات أو مرتبطات	جميع متزوجات أو مرتبطات								
2021	2022	2025	2025	2025	2025	2025	2023	2024-2004	2023	2023	2023	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنت مارتن (الجزء الهولندي)		
82	86	79	6	5	67	48	79	55	0.02	97	7	3	4	سلوفاكيا
84	-	80	5	3	67	41	79	49	-	100	6	2	3	سلوفينيا
47	-	53	18	14	27	20	33	24	-	86	231	65	123	جزر سليمان
27	-	10	26	17	3	2	11	8	-	32	1089	244	563	الصومال
71	95	83	14	10	59	51	59	51	2.70	97	137	92	118	جنوب أفريقيا
34	16	23	29	22	8	7	9	7	0.56	40	1254	400	692	جنوب السودان
85	-	89	11	5	66	62	68	64	0.05	100	4	2	3	إسبانيا
67	86	74	7	5	56	37	68	46	0.01	100	25	15	18	سري لانكا
-	68	65	10	7	47	30	62	39	-	100	26	9	16	دولة فلسطين ²
44	57	37	27	17	16	11	18	12	0.11	78	415	159	256	السودان
63	-	70	21	14	48	35	49	35	0.83	100	121	54	84	سورينام
85	100	87	8	6	68	56	70	59	-	-	6	3	4	السويد
86	94	89	7	4	68	68	73	73	0.02	-	8	4	5	سويسرا
64	81	63	12	7	47	26	62	35	0.00	96	38	11	20	الجمهورية العربية السورية
67	-	57	21	15	32	22	34	24	0.03	98	25	8	14	طاجيكستان
82	-	89	7	4	74	40	76	41	0.13	100	49	26	34	تایلند
52	-	56	22	13	32	19	36	21	0.08	69	288	125	192	تيمور - ليشتي
44	-	50	29	22	27	23	29	26	0.26	69	526	219	349	توغو
57	-	50	25	13	29	16	34	18	-	98	156	30	67	توونغا
75	27	54	22	17	37	26	42	32	-	99	69	40	54	ترينيداد وتوباغو
67	-	69	14	8	50	27	57	31	0.07	98	53	23	36	تونس
76	78	63	9	6	50	30	72	43	-	97	22	11	15	تركيا
75	94	77	12	8	51	34	54	36	-	100	8	2	5	تركمانستان
-	-	64	22	18	39	36	40	37	-	100	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
52	-	46	27	19	24	18	27	20	-	100	409	75	170	توفالو
49	-	65	20	15	47	36	52	41	0.86	88	298	116	170	أوغندا
76	95	76	9	6	56	45	69	53	-	100	25	9	15	أوكرانيا
82	-	62	16	11	42	30	53	37	-	100	4	2	3	الإمارات العربية المتحدة
88	96	86	7	5	69	65	76	71	-	-	12	6	8	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
43	-	57	20	16	34	28	40	33	0.85	85	429	192	276	جمهورية تنزانيا المتحدة
86	-	80	6	5	67	53	76	60	-	99	21	13	17	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	80	8	8	70	49	75	53	-	-	-	-	-	جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة
82	97	87	7	6	77	55	79	57	0.24	100	20	11	15	أوروغواي
75	92	81	11	8	59	45	62	47	0.10	99	40	18	26	أوزبكستان
47	-	61	19	15	42	33	49	38	-	91	265	38	100	فانواتو
75	-	82	9	7	72	51	76	54	0.27	99	371	148	227	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية) ³
68	54	78	6	4	66	48	79	58	0.06	98	69	31	48	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
42	65	52	21	14	35	23	48	31	0.05	61	212	71	118	اليمن
56	91	70	17	14	53	37	55	38	1.20	94	126	61	85	زامبيا
55	73	86	9	8	69	50	69	51	0.98	86	484	236	358	زيمبابوي

الصحة الجنسية والإنجابية

ملاحظات

– لا تتوافر بيانات.

¹ تم تقريب نسبة وفيات الأمهات طبقاً للمخطط التالي: < 100 لأقرب 1؛ 100 - 999، مقربة لأقرب 1؛ و> 1000، مقربة لأقرب 10.

¹ تُبلغ حكومة نيكاراغوا عن تعزيز خدماتها في مجال رعاية الأمهات وحديثي الولادة كما أنها تسجل انخفاضاً تدريجياً في معدل وفيات الأمهات، علماً أنه بلغ 31.4 حالات لكل 100,000 مولود حي في عام 2021.

² في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2012، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 67/19، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

³ يعكس الرقم المعروض لفنزويلا التقدير العالمي الذي أعده الفريق المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأمهات، استناداً إلى بيانات أظهرت نزوة في معدل وفيات الأمهات، وذلك قبل تنفيذ الحكومة الخطة المعجلة لخفض وفيات الأمهات، التي وُضعت بدعم تقني من الأمم المتحدة. تقيد حكومة جمهورية فنزويلا البوليفارية بحدوث انخفاض تدريجي، حيث أبلغت رسمياً عن تقدير وطني يبلغ 65.56 وفاة لكل 100,000 مولود حي لعام 2024.

تعريفات المؤشرات

نسبة وفيات الأمهات: عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100,000 مولود حي أثناء الفترة الزمنية نفسها (المؤشر 3-1-1 لأهداف التنمية المستدامة).

الولادات تحت إشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي: النسبة المئوية للولادات التي جرت تحت إشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي (طبيبة أو ممرضة أو قابلة) (المؤشر 3-2-1 لأهداف التنمية المستدامة).

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (المؤشر 3-3-1 لأهداف التنمية المستدامة).

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً اللواتي يستخدمن حالياً إحدى وسائل تنظيم الأسرة.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً اللواتي يستخدمن حالياً إحدى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة.

الحاجة غير المُلباة إلى تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 ممن يرين في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستخدمن أي وسائل لتنظيم الأسرة.

نسبة الطلب المُلبى بواسطة وسائل حديثة: النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً، الذي جرت تلبية من خلال استعمال وسائل حديثة لتنظيم الأسرة (المؤشر 3-7-1 لأهداف التنمية المستدامة).

القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: مدى تمتع البلدان بقوانين وأنظمة وطنية تضمن إتاحة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية إتاحة تامة ومتساوية للنساء والرجال بعمر 15 سنة فأكثر وما يتصل بذلك من معلومات وتثقيف (المؤشر 5-6-2 لأهداف التنمية المستدامة).

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: يُشير إلى متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التتبع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمولود الجدد والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير السارية، والقدرة على تقديم الخدمات والحصول عليها، بين عامة السكان وأكثر الفئات حرماناً (المؤشر 3-8-1 لأهداف التنمية المستدامة).

المصادر الرئيسية للبيانات

نسبة وفيات الأمهات: تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة)، 2025.

الولادات تحت إشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدربة، 2025، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية. تم احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان بالاستناد إلى بيانات من قاعدة البيانات العالمية المشتركة.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: التقديرات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لعام 2024.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2025.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2025.

الحاجة غير المُلباة إلى تنظيم الأسرة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2025.

نسبة الطلب المُلبى بواسطة وسائل حديثة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2025.

القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022.

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: منظمة الصحة العالمية، 2023.

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل فتاة بعمر 15-19 سنة	زواج الأطفال حتى عمر 18 سنة، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بين النساء بعمر 15-49 سنة، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن منع الحمل، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة الجنس، نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية الثانوي	معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية الإعدادي	الدول والإقليم والمناطق الأخرى
2024-2001	2024-2006	2023-2004	2018	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2017	
38	19	-	13	56	75	88	75	84.35	0.99	67.14	0.99	العالم
8	-	-	-	87	98	96	92	-	-	-	-	أكثر المناطق نمواً
41	-	-	-	56	74	88	75	-	-	-	-	أقل المناطق نمواً
88	36	-	22	46	68	86	68	-	-	-	-	أقل البلدان نمواً
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان												
42	17	54	15	58	92	91	67	-	-	-	-	الدول العربية
24	18	-	13	63	79	91	81	-	-	-	-	آسيا والمحيط الهادئ
18	10	-	9	70	89	91	81	-	-	-	-	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
51	21	-	8	72	86	91	90	-	-	-	-	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
92	30	-	24	48	76	88	67	-	-	-	-	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
101	33	18	15	26	44	80	55	-	-	-	-	غرب ووسط أفريقيا
الدول والإقليم والمناطق الأخرى	2024-2001	2024-2006	2018	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2017	
أفغانستان	62	29	35	-	-	-	-	-	45	0.55	-	
ألبانيا	10	12	6	62	92	83	77	95	0.93	89	0.99	
الجزائر	11	4	-	-	-	-	-	-	80	1.10	1.00	
أنغولا	163	30	25	39	75	74	63	-	-	-	-	
أنتيغوا وبربودا	33	-	-	-	-	-	-	99	91	0.99	-	
الأرجنتين	26	16	5	92	98	95	99	99	95	1.09	-	
أرمينيا	11	5	5	62	96	83	76	94	89	1.04	0.97	
أروبا	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
أستراليا	7	-	3	-	-	-	-	98	94	1.05	1.00	
النمسا	4	-	4	96	99	99	98	99	92	1.02	1.00	
أذربيجان	37	15	5	-	-	-	-	91	84	1.05	0.99	
جزر البهاما	28	-	-	-	-	-	-	90	81	1.15	-	
البحرين	7	-	-	87	93	92	79	100	98	-	-	
بنغلاديش	71	51	23	64	77	94	86	76	75	1.02	1.32	
بربادوس	48	29	-	-	-	-	-	99	92	1.03	0.99	
بيلاروس	12	5	6	-	-	-	-	96	95	1.04	1.00	
بلجيكا	4	0	5	-	-	-	-	99	98	1.00	1.00	
بليز	52	34	8	-	-	-	-	94	72	1.08	0.99	
بنن	77	28	15	32	52	66	59	53	32	0.79	0.91	
بوتان	6	26	9	-	-	-	-	90	79	1.25	1.19	
دولة بوليفيا المتعددة القوميات	71	20	18	-	-	-	-	93	81	1.01	1.00	
البوسنة والهرسك	9	4	3	-	-	-	-	98	77	1.09	-	
بوتسوانا	48	-	17	-	-	-	-	91	69	1.08	1.01	
البرازيل	40	26	7	-	-	-	-	96	92	1.02	1.03	
بروني دار السلام	9	-	-	-	-	-	-	99	74	1.10	-	
بلغاريا	37	-	6	-	-	-	-	94	89	0.97	1.00	
بوركينافاسو	93	51	56	12	33	56	41	44	24	1.23	1.17	
بوروندي	58	19	-	22	40	88	60	65	37	1.16	1.10	
كابو فيردي	50	8	11	-	-	-	-	92	83	1.15	1.04	
كمبوديا	48	18	9	80	92	93	91	86	50	1.29	0.86	
الكاميرون	98	30	1	22	35	74	67	53	0.87	35	0.93	

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل فتاة بعمر 15-19 سنة	زواج الأطفال حتى عمر 18 سنة، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بين النساء بعمر 15-49 سنة، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تلقتها النساء، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن منع الحمل، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة الجماع، نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
2024-2001	2024-2006	2023-2004	2018	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2017	2024-2017	2024-2017	
5	-	-	3	-	-	-	-	99	85	1.00	كندا
184	61	22	21	-	-	-	-	45	17	0.60	جمهورية أفريقيا الوسطى
138	61	34	16	47	81	63	27	41	26	0.65	تشاد
6	-	-	6	-	-	-	-	99	99	0.99	شيلي
6	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	الصين
1	-	-	3	96	88	98	84	-	76	0.99	منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة التابعة للصين
0	-	-	-	-	-	-	-	90	86	1.05	منطقة ماکاو الإدارية الخاصة التابعة للصين
39	23	-	12	-	-	-	-	96	87	1.03	كولومبيا
74	21	-	8	47	71	47	21	66	40	1.06	جزر القمر
111	27	-	-	41	87	71	27	-	-	-	الكونغو
25	17	-	7	-	-	-	-	94	89	1.02	كوستاريكا
96	26	37	16	43	53	47	19	68	52	1.00	كوت ديفوار
7	-	-	4	100	97	98	95	-	94	1.06	كرواتيا
49	29	-	5	-	-	-	-	94	78	1.04	كوبا
20	-	-	-	-	-	-	-	100	95	1.00	كوراساو
8	-	-	3	-	-	-	-	100	99	0.99	قبرص
7	-	-	4	99	98	98	95	100	96	1.00	تشيكيا
1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
109	29	-	36	47	85	74	31	99	-	-	جمهورية الكونغو الديمقراطية
1	1	-	3	99	97	99	95	99	91	1.01	الدانمرك
21	7	90	-	-	-	-	-	-	-	-	جيبوتي
49	-	-	-	-	-	-	-	93	89	0.97	دومينيكا
77	32	-	10	88	92	93	77	90	65	1.11	الجمهورية الدومينيكية
50	22	-	8	100	92	95	87	86	88	1.04	إكوادور
37	16	87	15	-	-	-	-	92	70	0.94	مصر
50	20	-	6	-	-	-	-	78	56	1.09	السلفادور
176	30	-	29	-	-	-	-	-	-	-	غينيا الاستوائية
76	41	83	-	-	-	-	-	63	56	0.82	إريتريا
5	-	-	4	-	-	-	-	98	91	1.01	إستونيا
87	2	-	18	95	94	79	73	-	-	-	إسواتيني
72	40	65	27	82	91	46	38	-	30	1.01	إثيوبيا
31	4	-	23	86	77	77	62	97	78	1.12	فيجي
3	0	-	8	-	-	-	-	99	95	1.01	فلندا
3	-	-	5	-	-	-	-	100	96	1.02	فرنسا
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غيانا الفرنسية
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولينزيا الفرنسية
100	13	-	22	60	90	86	48	64	53	1.05	غابون
65	23	73	10	49	87	45	20	86	58	1.33	غامبيا
22	9	-	3	95	79	84	65	98	98	0.99	جورجيا
6	-	-	-	-	-	-	-	98	88	0.99	ألمانيا
63	16	2	10	76	84	72	52	92	66	0.94	غانا
7	-	-	5	-	-	-	-	99	97	1.00	اليونان

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة الجماع، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن منع الحمل، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بين النساء بعمر 15-49 سنة، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى 18 سنة، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل فتاة بعمر 15-19 سنة	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2018	2023-2004	2024-2006	2024-2001	
0.96	90	-	96	-	-	-	-	8	-	-	31	غرينادا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	غوادلوب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	غوام
1.06	37	0.96	63	89	91	77	65	7	-	30	58	غواتيمالا
0.67	27	0.78	46	40	76	41	15	21	95	47	128	غينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	26	84	غينيا - بيساو
1.09	63	0.96	73	83	90	92	71	11	-	32	65	غيانا
-	-	-	-	79	93	77	57	12	-	15	55	هايتي
1.22	39	1.08	57	94	88	84	70	7	-	34	97	هندوراس
1.01	90	1.00	97	-	-	-	-	6	-	-	17	هنغاريا (المجر)
1.02	83	1.00	99	-	-	-	-	3	-	-	3	أيسلندا
1.03	57	1.01	85	83	92	82	66	18	-	23	11	الهند
0.99	76	1.06	95	-	-	-	-	9	51	16	36	إندونيسيا
1.00	79	0.99	93	-	-	-	-	18	-	17	23	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	28	70	العراق
1.02	99	-	100	-	-	-	-	3	-	-	3	أيرلندا
1.02	96	1.00	97	-	-	-	-	6	-	1	6	إسرائيل
1.00	94	1.00	98	-	-	-	-	4	-	-	3	إيطاليا
0.99	81	1.02	79	-	-	-	-	7	-	27	35	جامايكا
1.02	98	-	100	-	-	-	-	4	-	-	2	اليابان
1.13	83	0.98	95	83	96	94	76	14	-	10	17	الأردن
1.00	99	0.99	96	-	-	-	-	6	-	7	17	كازاخستان
-	-	-	-	77	92	87	65	23	15	13	46	كينيا
1.18	90	1.00	92	-	-	-	-	25	-	18	51	كيريبس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	الكويت
0.89	63	1.01	92	85	95	94	77	13	-	9	29	قيرغيزستان
0.92	36	1.01	64	-	-	-	-	8	-	31	89	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
1.03	92	1.00	98	-	-	-	-	6	-	-	9	لاتفيا
1.34	45	1.06	67	-	-	-	-	-	-	6	17	لبنان
1.20	41	1.13	68	76	94	94	69	17	-	13	53	ليسوتو
1.00	54	1.04	56	82	84	79	59	27	32	25	131	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	ليبيا
1.02	99	-	99	-	-	-	-	5	-	0	6	ليتوانيا
1.04	86	1.01	98	-	-	-	-	4	-	-	3	لكسمبرغ
1.00	31	1.05	61	88	93	87	72	-	-	39	143	مدغشقر
0.63	30	0.99	77	69	91	68	45	17	-	38	136	ملاوي
1.14	64	1.06	83	-	-	-	-	-	-	-	6	ماليزيا
1.18	68	-	96	70	84	89	54	6	13	2	8	ملايكا
-	-	-	-	26	66	20	5	18	89	54	145	مالي
1.04	90	1.00	98	-	-	-	-	4	-	-	10	مالطة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	مارتينيك
1.04	38	1.03	67	44	79	63	25	-	64	37	90	موريتانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	موريشيوس
1.13	69	1.03	92	-	-	-	-	10	-	18	40	المكسيك

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي، مرحلة التعليم الإجمالي، الثاني، نسبة	معدل القيد الصافي بين الجنسين، الإجمالي، الثاني، نسبة	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي، الإجمالي، الثاني، نسبة	معدل القيد الصافي الإجمالي، الإجمالي، الثاني، نسبة	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة الجماع، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن منع الحمل، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تلقتها النساء، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بين النساء بعمر 15-49 سنة، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى عمر 18 سنة، نسبة مئوية	معدل الولادات لكل فتاة بعمر 15-19 سنة	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2018	2023-2004	2024-2006	2024-2001	
1.06	65	1.02	78	-	-	-	-	21	-	-	33	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
-	95	1.03	94	80	84	85	63	12	-	8	17	منغوليا
1.05	87	-	100	-	-	-	-	4	-	6	9	الجزيل الأسود
1.01	77	0.99	95	-	-	-	-	11	-	14	22	المغرب
0.88	43	0.93	59	47	67	70	31	16	-	48	158	موزامبيق
1.21	64	1.07	89	81	98	85	68	11	-	16	36	ميانمار
1.01	80	-	98	94	83	91	71	16	-	7	22	ناميبيا
1.01	80	1.00	95	91	91	72	63	11	-	35	71	نيبال
0.99	95	1.00	100	99	99	99	98	5	-	-	2	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	كاليدونيا الجديدة
1.01	93	1.00	98	-	-	-	-	4	-	-	11	نيوزيلندا
0.99	63	0.90	83	-	-	-	-	6	-	35	71	نيكاراغوا
0.83	12	0.96	26	35	77	21	7	13	2	76	150	النيجر
-	-	-	-	56	81	46	29	13	15	30	75	نيجيريا
-	-	-	-	90	99	98	88	4	-	8	14	مقدونيا الشمالية
1.01	93	1.00	99	-	-	-	-	4	-	0	1	النرويج
0.99	76	1.01	86	-	-	-	-	-	-	4	5	عُمان
0.86	50	0.84	68	55	85	52	32	16	-	18	41	باكستان
-	-	-	-	95	89	94	79	8	-	26	52	بنما
0.84	43	0.94	69	76	84	86	57	31	-	27	68	بابوا غينيا الجديدة
1.04	74	1.01	84	-	-	-	-	6	-	22	72	باراغواي
1.01	91	-	-	-	-	-	-	11	-	19	29	بيرو
1.04	80	1.00	89	92	91	95	82	6	-	9	27	الفلين
1.01	99	1.00	100	-	-	-	-	3	-	-	6	بولندا
-	99	-	100	-	-	-	-	4	-	-	6	البرتغال
1.03	75	1.03	85	-	-	-	-	-	-	-	12	بورتوريكو
1.06	87	1.02	95	-	-	-	-	-	-	2	4	قطر
0.99	96	1.00	100	-	-	-	-	8	-	-	0	جمهورية كوريا
1.05	-	-	100	77	97	97	72	9	-	12	23	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	ريونيون
1.02	73	1.00	84	-	-	-	-	7	-	7	31	رومانيا
0.94	55	-	100	-	-	-	-	-	-	6	13	الاتحاد الروسي
1.06	62	1.03	95	76	95	83	61	24	-	6	24	رواندا
1.56	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	سانت كيتس ونيفيس
0.98	80	1.11	85	-	-	-	-	-	-	24	24	سانت لوسيا
1.02	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	سانت فنسنت وجزر غرينادين
1.20	78	-	99	-	-	-	-	18	-	7	55	ساموا
0.89	40	0.99	91	-	-	-	-	-	-	-	1	سان مارينو
1.03	73	0.99	94	79	78	69	46	18	-	28	86	سان تومي وبرينسيبي
1.00	99	1.00	99	-	-	-	-	-	-	3	8	المملكة العربية السعودية
1.31	17	1.31	35	22	62	35	8	12	20	30	67	السنغال
1.04	88	-	100	98	86	100	84	4	-	6	14	صربيا
1.09	82	0.98	98	-	-	-	-	-	-	-	49	سيشيل
1.07	73	1.16	91	68	78	44	28	20	83	30	102	سيراليون

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	معدل القيد الإجمالي، الصافي	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2017	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2024-2007	2018	2023-2004	2024-2006	2024-2001	
0.99	98	-	100	-	-	-	-	-	2	-	0	2	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنت مارتن (الجزء الهولندي)
1.00	92	1.00	98	-	-	-	-	-	6	-	-	25	سلوفاكيا
1.01	97	1.00	99	-	-	-	-	-	3	-	-	3	سلوفينيا
1.08	64	1.04	77	-	-	-	-	-	28	-	21	49	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	45	116	الصومال
-	-	0.98	97	72	85	94	61	13	13	-	4	40	جنوب أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	52	158	جنوب السودان
1.01	94	1.00	98	-	-	-	-	-	3	-	-	5	إسبانيا
1.05	78	1.02	93	-	-	-	-	-	4	-	10	16	سري لانكا
1.18	76	1.01	94	-	-	-	-	-	19	-	13	43	دولة فلسطين ¹
1.09	33	0.94	65	-	-	-	-	-	17	87	34	87	السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	36	40	سورينام
1.00	97	1.00	100	-	-	-	-	-	6	-	-	2	السويد
0.99	92	-	100	-	-	-	-	-	2	-	-	1	سويسرا
1.24	27	1.12	49	-	-	-	-	-	-	-	13	54	الجمهورية العربية السورية
-	-	-	-	54	79	48	27	14	14	-	9	39	طاجيكستان
1.15	83	-	100	-	-	-	-	-	9	-	17	18	تاييلند
1.08	73	1.06	87	40	92	93	36	28	28	-	15	42	تيمور - ليشتي
0.82	45	0.95	73	75	84	47	30	13	13	3	25	79	توغو
1.33	67	-	99	-	-	-	-	-	17	-	10	30	تونغا
-	96	1.04	72	-	-	-	-	-	8	-	4	36	ترينيداد وتوباغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	2	4	تونس
0.99	94	-	100	-	-	-	-	-	12	-	15	12	تركيا
-	-	-	-	65	68	86	43	-	-	-	6	22	تركمنستان
0.78	94	-	90	-	-	-	-	-	-	-	23	13	جزر تركس وكايكوس
1.41	58	-	-	-	-	-	-	-	20	-	2	36	توفالو
0.83	25	0.98	51	86	88	74	59	26	26	0	34	111	أوغندا
1.07	78	1.01	89	86	95	98	81	9	9	-	9	13	أوكرانيا
1.00	100	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	3	الإمارات العربية المتحدة
1.02	95	1.00	99	-	-	-	-	-	4	-	0	9	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
0.85	15	1.10	50	68	85	74	50	24	24	8	29	112	جمهورية تنزانيا المتحدة
1.03	95	1.01	99	-	-	-	-	-	6	-	-	14	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة
1.06	91	1.00	100	97	96	99	92	4	4	-	25	23	أوروغواي
1.00	94	1.00	97	85	90	89	70	-	-	-	3	37	أوزبكستان
0.97	91	0.97	83	77	82	83	63	29	29	-	21	81	فانواتو
1.09	78	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	76	جمهورية فنزويلا البوليفارية
1.13	67	0.96	97	-	-	-	-	-	10	-	15	29	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	30	77	اليمن
-	-	-	-	64	87	81	47	28	28	-	29	135	زامبيا
0.99	51	1.03	86	72	93	87	60	18	18	-	34	87	زيمبابوي

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

ملاحظات

– لا تتوافر بيانات.

¹ في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2012، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 67/19، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

تعريفات المؤشرات

معدل الولادات لدى المراهقات: عدد الولادات لكل 1,000 فتاة مراهقة بعمر يتراوح بين 15 و19 عاماً (المؤشر 3-7-2 لأهداف التنمية المستدامة).

زواج الأطفال حتى عمر 18 عاماً: نسبة النساء بعمر يتراوح بين 20 و24 عاماً اللواتي تزوجن أو اقترنن بشريك قبل بلوغ سن 18 عاماً. (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5-3-1).

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49: نسبة النساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) (المؤشر 5-3-2 لأهداف التنمية المستدامة)

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة: النسبة المئوية للنساء والفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن سبق لهنّ الاقتران بشريك وتعرّضن لعنف بدني و/أو جنسي على يد الشريك الحميم في آخر 12 شهراً (المؤشر 5-2-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15–49 سنة ممن تزوجن (أو اقترنن بشريك) ويتخذن قراراتهنّ بأنفسهنّ في المجالات الثلاثة: الرعاية الصحية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والجماع الجنسي مع الشريك (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15–49 عاماً ممن تزوجن (أو اقترنن بشريك) ويتخذن القرارات بأنفسهنّ بشأن الرعاية الصحية التي يتلقينها (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً اللواتي تزوجن (أو اقترنن) ويتخذن قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن استخدام وسائل منع الحمل (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 عاماً اللواتي تزوجن (أو اقترنن) ويتخذن قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن ممارسة الجماع مع شريكهنّ (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الإعدادي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية لمرحلة التعليم الإعدادي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، نسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الإعدادي: نسبة أعداد الإناث إلى الذكور من معدل القيد الصافي الإجمالي في مرحلة التعليم الإعدادي.

معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الثانوي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية لمرحلة التعليم الثانوي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، نسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الثانوي: نسبة أعداد الإناث إلى الذكور من معدل القيد الصافي الإجمالي في مرحلة التعليم الثانوي.

المصادر الرئيسية للبيانات

معدل الولادات لدى المراهقات: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2025. المجاميع الإقليمية مستمدة من تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

زواج الأطفال حتى عمر 18 عاماً: اليونيسف، 2025.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بين الفتيات بعمر 15 - 49 سنة: اليونيسف، 2025.

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، واليونيسف، وشعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، 2021.

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان 2025

اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء: صندوق الأمم المتحدة للسكان 2025

اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة: صندوق الأمم المتحدة للسكان 2025

اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة: صندوق الأمم المتحدة للسكان 2025

معدل القيد الصافي الإجمالي، التعليم الابتدائي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، التعليم الابتدائي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الإعدادي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الإعدادي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، مرحلة التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2025.

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2025	السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية		السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 سنة، نسبة مئوية	زمن التصانيف السنوي لعدد السكان، السنوات	إجمالي عدد السكان، بالملايين		
إناث	ذكور	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	
76	71	2.2	10	65	24	16	24	82	8,232	العالم
83	77	1.5	21	64	17	11	15	-	1,287	أكثر المناطق نمواً
75	70	2.4	8	65	25	17	26	71	6,944	أقل المناطق نمواً
69	64	3.8	4	58	31	22	38	30	1,216	أقل البلدان نمواً
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان										
74	70	3.2	5	62	29	20	33	36	439	الدول العربية
77	72	1.8	10	68	23	16	22	128	4,239	آسيا والمحيط الهادئ
79	72	2.1	12	66	21	15	23	63	254	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
79	73	1.8	10	68	24	16	22	106	664	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
68	63	4.0	3	57	32	23	40	28	716	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
60	58	4.3	3	56	33	24	41	31	534	غرب ووسط أفريقيا
68	65	4.7	2	55	34	24	43	26	43.8	أفغانستان
82	78	1.3	18	66	19	12	17	-	2.8	ألبانيا
78	75	2.7	7	63	24	18	30	54	47.4	الجزائر
68	62	5.0	3	53	32	24	44	23	39.0	أنغولا
81	75	1.6	12	70	20	13	17	-	0.1	أنتيغوا وبربودا
80	75	1.5	13	66	24	16	21	-	45.9	الأرجنتين
80	72	1.7	14	67	19	13	19	-	3.0	أرمينيا
79	74	1.6	18	66	19	13	17	-	0.1	أروبا ¹
86	82	1.6	18	64	18	12	18	72	27.0	أستراليا
85	80	1.3	21	65	15	10	14	-	9.1	النمسا
77	72	1.7	9	70	22	16	21	123	10.4	أذربيجان ³
78	71	1.4	12	70	21	14	18	-	0.4	جزر البهاما
82	81	1.8	4	78	18	12	18	33	1.6	البحرين
77	74	2.1	7	66	28	19	28	57	175.7	بنغلاديش
79	74	1.7	17	66	19	12	17	-	0.3	بربادوس
79	70	1.2	18	66	17	12	16	-	9.0	بيلاروس
85	80	1.4	21	63	17	12	16	-	11.8	بلجيكا
77	71	2.0	5	69	27	18	26	51	0.4	بليز
63	60	4.4	3	56	32	23	41	29	14.8	بنن
76	72	1.4	7	73	25	16	20	101	0.8	بوتان
72	66	2.5	6	65	28	19	29	52	12.6	دولة بوليفيا المتعددة القوميات
81	75	1.5	23	64	15	10	13	-	3.1	البوسنة والهرسك
72	67	2.7	4	64	29	19	32	44	2.6	بوتسوانا
79	73	1.6	11	69	21	14	19	-	212.8	البرازيل
78	74	1.7	7	72	21	14	21	92	0.5	بروني دار السلام
80	73	1.7	22	63	15	10	14	-	6.7	بلغاريا
64	59	4.0	3	56	34	25	41	32	24.1	بوركينافاسو
66	62	4.7	3	53	35	26	44	29	14.4	بوروندي
80	73	1.5	7	68	27	19	25	-	0.5	كابو فيردي
74	68	2.5	6	64	27	19	30	60	17.9	كمبوديا
67	62	4.2	3	56	32	23	41	27	29.9	الكاميرون

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة المعدل الكلي للخصوبة، لكل امراة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات	السكان إجمالي عدد السكان، بالملايين	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2025	السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية		السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 سنة، نسبة مئوية	2025			
إناث	ذكور	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025		
85	81	1.3	20	65	17	11	15	77	40.1	كندا
60	56	5.8	2	49	37	27	49	21	5.5	جمهورية أفريقيا الوسطى
57	54	5.9	2	52	33	24	46	26	21.0	تشاد
83	80	1.1	15	69	19	12	17	-	19.9	شيلي
81	76	1.0	15	70	18	12	15	-	1,416.1	الصين ⁴
88	83	0.7	24	66	11	8	10	-	7.4	منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة التابعة للصين ⁵
85	81	0.7	15	71	14	9	14	-	0.7	منطقة ماكاو الإدارية الخاصة التابعة للصين ⁶
81	75	1.6	10	70	22	14	20	71	53.4	كولومبيا
69	65	3.8	4	59	31	22	37	38	0.9	جزر القمر
68	65	4.1	3	57	32	24	40	30	6.5	الكونغو
84	79	1.3	13	69	21	14	18	-	5.2	كوستاريكا
64	60	4.2	3	57	32	23	40	29	32.7	كوت ديفوار
82	76	1.5	24	63	15	10	14	-	3.9	كرواتيا
81	76	1.5	17	68	17	11	15	-	10.9	كوبا
81	73	1.1	17	68	18	12	15	-	0.2	كوراساو ¹
84	80	1.4	15	69	16	10	16	79	1.4	قبرص ⁷
83	77	1.5	21	64	16	11	15	-	10.6	تشيكيا
76	72	1.8	13	68	19	12	19	-	26.6	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
64	60	5.9	3	51	32	23	46	22	112.8	جمهورية الكونغو الديمقراطية
84	80	1.5	21	63	17	11	16	-	6.0	الدانمرك ⁸
69	64	2.6	5	66	29	19	29	55	1.2	جيبوتي
75	68	1.5	13	69	20	13	18	-	0.1	دومينيكا
77	71	2.2	8	66	26	17	26	88	11.5	الجمهورية الدومينيكية
80	75	1.8	9	68	26	17	24	82	18.3	إكوادور
74	70	2.7	5	63	29	20	32	47	118.4	مصر
77	68	1.8	8	67	27	17	24	-	6.4	السلفادور
66	62	4.0	4	59	29	21	37	29	1.9	غينيا الاستوائية
71	67	3.6	4	58	35	24	38	33	3.6	إريتريا
83	75	1.4	22	63	16	11	15	-	1.3	إستونيا
67	61	2.7	4	63	31	21	33	64	1.3	إسواتيني
71	65	3.8	3	58	32	22	39	28	135.5	إثيوبيا
70	66	2.3	7	67	26	18	27	-	0.9	فيجي
85	80	1.3	24	61	17	11	14	-	5.6	فنلندا ⁹
86	81	1.6	23	61	18	12	16	-	66.7	فرنسا ¹⁰
80	75	3.3	7	62	27	19	31	42	0.3	غيانا الفرنسية ¹¹
87	82	1.5	12	70	22	15	18	-	0.3	بولينزيا الفرنسية ¹¹
71	66	3.5	4	60	29	21	36	33	2.6	غامبون
68	65	3.8	3	57	33	24	40	32	2.8	غامبيا
79	70	1.8	16	64	19	14	20	-	3.8	جورجيا ¹²
84	79	1.5	24	62	14	9	14	-	84.1	ألمانيا
68	63	3.3	4	61	31	22	35	38	35.1	غانا
85	80	1.3	24	63	15	10	13	-	9.9	اليونان
79	73	1.5	13	68	22	15	19	-	0.1	غرينادا

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2025	المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة		السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 سنة، نسبة مئوية			
إناث	ذكور	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	
86	79	2.1	25	59	18	12	16	-	0.4	غوادلوب ¹¹
82	74	2.7	13	61	23	16	26	98	0.2	غوام ¹³
75	71	2.3	5	64	31	21	31	46	18.7	غواتيمالا
62	60	4.0	3	56	32	23	41	30	15.1	غينيا
67	62	3.7	3	58	33	23	38	32	2.3	غينيا - بيساو
74	67	2.4	7	64	27	18	29	118	0.8	غيانا
69	62	2.6	5	64	29	20	31	62	11.9	هايتي
76	71	2.5	5	65	29	19	30	42	11.0	هندوراس
80	74	1.5	21	64	15	10	14	-	9.6	هنغاريا (المجر)
85	82	1.5	16	67	19	12	18	62	0.4	أيسلندا
74	71	1.9	7	68	26	17	24	79	1,463.9	الهند
74	69	2.1	8	68	24	17	24	90	285.7	إندونيسيا
80	76	1.7	9	69	21	15	22	81	92.4	جمهورية إيران الإسلامية
74	71	3.2	3	61	32	23	36	33	47.0	العراق
85	81	1.6	16	66	20	14	18	72	5.3	أيرلندا
85	81	2.8	13	60	24	17	27	51	9.5	إسرائيل
86	82	1.2	25	63	15	9	12	-	59.2	إيطاليا
74	69	1.3	9	73	22	14	18	-	2.8	جامايكا
88	82	1.2	30	59	14	9	11	-	123.1	اليابان
80	76	2.6	5	65	29	21	30	-	11.5	الأردن
79	70	3.0	9	62	23	17	29	59	20.8	كازاخستان
66	62	3.1	3	61	33	23	36	36	57.5	كينيا
68	65	3.1	4	61	28	21	34	48	0.1	كيريباس
82	80	1.5	3	79	17	12	18	42	5.0	الكويت
76	68	2.8	6	62	27	19	32	47	7.3	قيرغيزستان
72	67	2.4	5	65	28	19	30	53	7.9	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
81	72	1.4	22	63	16	11	15	-	1.9	لاتفيا
80	76	2.2	10	64	27	19	26	87	5.9	لبنان
61	55	2.6	4	62	31	22	34	63	2.4	ليسوتو
64	61	3.8	3	58	33	24	39	34	5.7	ليبيريا
75	71	2.3	5	68	27	19	27	66	7.5	ليبيا
81	72	1.2	21	65	15	10	15	-	2.8	ليتوانيا
84	81	1.4	16	68	16	11	16	66	0.7	لكسمبرغ
66	62	3.9	3	58	32	22	39	29	32.7	مدغشقر
71	64	3.5	3	57	34	25	40	27	22.2	ملايو
80	75	1.5	8	71	24	16	21	60	36.0	ماليزيا ¹⁴
83	80	1.6	5	76	20	14	19	-	0.5	ملديف
62	59	5.4	2	52	34	25	46	24	25.2	مالي
86	82	1.1	21	67	13	9	13	73	0.6	مالطة
86	80	2.0	26	59	16	11	15	-	0.3	مارتينيك ¹¹
71	67	4.6	3	54	33	24	42	25	5.3	موريتانيا
79	72	1.2	14	71	19	12	15	-	1.3	موريتيوس ¹⁵
78	73	1.9	9	67	25	17	24	86	132.0	المكسيك
71	64	2.7	6	62	30	21	31	-	0.1	ولايات ميكرونيزيا الموحدة

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان زمن التضاغف السنوي لعدد السكان، السنوات	السكان إجمالي عدد السكان، بالملايين	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2025	السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة سنوية		السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 سنة، نسبة مئوية	2025			
إناث	ذكور	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025		
77	68	2.6	5	63	26	20	32	60	3.5	منغوليا
81	74	1.8	18	64	19	13	18	-	0.6	الجبيل الأسود
78	74	2.2	8	66	25	17	25	79	38.4	المغرب
67	61	4.6	3	53	33	24	44	25	35.6	موزامبيق
71	64	2.1	8	68	24	16	24	111	54.9	ميانمار
72	64	3.2	4	60	29	20	37	35	3.1	ناميبيا
72	69	1.9	7	65	29	19	28	-	29.6	نيبال
84	81	1.4	21	64	17	11	15	116	18.4	هولندا ¹⁶
82	77	2.0	12	67	22	14	21	77	0.3	كاليدونيا الجديدة
84	81	1.7	18	65	19	13	18	99	5.3	نيوزيلندا ¹⁷
78	73	2.2	6	66	28	19	28	54	7.0	نيكاراغوا
63	61	5.8	3	51	34	25	46	22	27.9	النيجر
55	54	4.3	3	56	34	24	41	34	237.5	نيجيريا
80	75	1.5	19	65	17	12	17	-	1.8	مقدونيا الشمالية
85	82	1.4	19	65	18	12	16	100	5.6	النرويج ¹⁸
82	79	2.5	3	73	21	13	24	20	5.5	عُمان
70	66	3.5	4	59	32	22	36	44	255.2	باكستان
83	77	2.1	10	66	24	17	25	58	4.6	بنما
69	64	3.0	4	63	30	20	33	40	10.8	بابوا غينيا الجديدة
77	71	2.4	7	65	26	18	28	58	7.0	باراغواي
80	76	1.9	9	67	25	16	24	68	34.6	بيرو
73	67	1.9	6	67	29	20	27	86	116.8	الفلبين
83	75	1.3	21	65	15	11	14	-	38.1	بولندا
85	80	1.5	25	62	15	9	13	-	10.4	البرتغال
86	79	0.9	25	63	17	10	11	-	3.2	بورتوريكو ¹³
84	82	1.7	2	83	14	9	15	34	3.1	قطر
87	81	0.8	20	69	14	9	10	-	51.7	جمهورية كوريا
76	67	1.7	17	64	19	14	20	-	3.0	جمهورية مولدوفا ¹⁹
87	81	2.1	16	63	21	15	20	-	0.9	ريونيون ¹¹
80	73	1.7	20	64	16	11	16	-	18.9	رومانيا
79	68	1.5	18	65	17	12	17	-	144.0	الاتحاد الروسي
70	66	3.6	4	59	32	22	37	31	14.6	رواندا
76	69	1.5	12	70	19	12	18	-	0.1	سانت كيتس ونيفس
77	70	1.4	10	73	20	13	17	-	0.2	سانت لوسيا
75	69	1.8	12	67	22	15	21	-	0.1	سانت فنسنت وجزر غرينادين
74	70	3.8	6	56	31	23	38	125	0.2	ساموا
87	84	1.2	23	65	15	10	12	-	0.03	سان مارينو
74	67	3.5	4	59	33	24	37	35	0.2	سان تومي وبرينسيبي
82	78	2.3	3	73	23	15	24	40	34.6	المملكة العربية السعودية
71	67	3.7	4	59	33	23	38	30	18.9	السنتغال
80	74	1.5	23	63	15	10	14	-	6.7	صربيا ²⁰
77	70	2.1	9	71	19	13	20	40	0.1	سيشيل
64	60	3.6	3	59	32	23	38	34	8.8	سيراليون
86	82	1.0	14	74	18	9	12	110	5.9	سنغافورة

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان	إجمالي عدد السكان، بالملايين	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2025	المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة		السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 سنة، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 سنة، نسبة مئوية				
إناث	ذكور	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025		
80	74	1.4	14	71	18	12	15	55	0.0	سنت مارتن (الجزء الهولندي) ¹	
82	75	1.6	19	65	15	11	16	-	5.5	سلوفاكيا	
85	79	1.6	22	63	15	11	14	-	2.1	سلوفينيا	
72	69	3.5	4	60	31	22	37	30	0.8	جزر سليمان	
62	57	5.9	3	51	32	23	47	21	19.7	الصومال	
70	63	2.2	7	67	24	17	26	62	64.8	جنوب أفريقيا	
61	55	3.7	3	59	37	26	38	35	12.2	جنوب السودان	
87	81	1.2	22	66	16	10	13	-	47.9	إسبانيا ²¹	
81	75	1.9	12	66	23	15	22	133	23.2	سري لانكا	
77	70	3.2	4	59	31	22	38	39	5.6	دولة فلسطين ²²	
70	64	4.2	3	56	32	23	40	22	51.7	السودان	
77	71	2.2	8	66	26	17	25	81	0.6	سورينام	
85	82	1.4	21	62	18	12	17	-	10.7	السويد	
86	82	1.4	20	65	15	10	15	-	9.0	سويسرا	
75	71	2.7	5	67	33	22	28	20	25.6	الجمهورية العربية السورية	
74	70	3.0	4	60	28	21	36	39	10.8	طاجيكستان	
81	73	1.2	16	70	18	11	14	-	71.6	تايلند	
70	66	2.6	5	62	32	22	33	55	1.4	تيمور - ليشتي	
63	63	4.1	3	58	32	23	39	33	9.7	توغو	
77	70	3.1	7	58	33	24	35	-	0.1	تونغا	
77	71	1.5	13	70	19	13	17	-	1.5	ترينيداد وتوباغو	
80	74	1.8	10	67	22	16	24	124	12.4	تونس	
81	75	1.6	11	68	22	15	21	-	87.7	تركيا	
73	67	2.6	5	64	24	18	31	44	7.6	تركمانستان	
81	76	1.4	12	72	16	11	16	104	0.1	جزر تركس وكايكوس ²³	
71	64	3.1	7	60	27	20	33	-	0.0	توفالو	
72	66	4.1	2	55	34	24	43	26	51.4	أوغندا	
80	70	1.0	19	67	16	11	14	19	39.0	أوكرانيا ²⁴	
84	82	1.2	2	82	18	10	16	30	11.4	الإمارات العربية المتحدة	
83	80	1.5	20	63	18	12	17	122	69.6	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية ²⁵	
70	65	4.5	3	55	32	23	42	24	70.6	جمهورية تنزانيا المتحدة ²⁶	
82	77	1.6	18	65	19	13	17	133	347.3	الولايات المتحدة الأمريكية ²⁷	
82	71	2.1	23	60	17	11	16	-	0.1	جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة ¹³	
82	75	1.4	16	66	21	14	18	-	3.4	أوروغواي	
76	70	3.5	6	63	23	17	31	38	37.1	أوزبكستان	
74	70	3.5	4	58	30	22	38	31	0.3	فانواتو	
77	69	2.1	10	65	27	19	25	-	28.5	جمهورية فنزويلا البوليفارية	
79	70	1.9	9	68	22	16	23	118	101.6	فييت نام	
74	70	2.2	7	70	22	15	23	41	0.6	المصحراء الغربية	
72	67	4.4	3	56	31	22	41	24	41.8	اليمن	
69	64	4.0	2	57	33	24	41	25	21.9	زامبيا	
66	61	3.6	4	56	35	25	40	37	17.0	زيمبابوي	

ملاحظات

– لا تتوافر بيانات.

1 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا هذه المنطقة.

2 تشمل جزيرة كرستماس، وجزر كوكس (كيلينغ)، وجزيرة نورفولك.

3 تشمل ناغورنو كاراباخ.

4 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، أو مقاطعة تايوان الصينية.

5 اعتباراً من 1 تموز/يوليو 1997، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية خاصة تابعة للصين. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.

6 اعتباراً من 20 كانون الأول/ديسمبر 1999، أصبحت ماكاو منطقة إدارية خاصة تابعة للصين. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.

7 تشير إلى البلد بأكمله.

8 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالدانمرك جزر فايرو وغرينلاند.

9 تشمل جزر ألاند.

10 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا غيانا الفرنسية، وبولينزيا الفرنسية، وغوادلوب، ومارتينيك، ومايوت، وكاليدونيا الجديدة، وريونيون، وسان بيير وميكلون، وسان بارتليمي، وسنت مارتن (الجزء الفرنسي) وجزر اليس وفوتونا.

11 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا هذه المنطقة.

12 تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.

13 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية هذه المنطقة.

14 تشمل صباح وسراواك.

15 تشمل أغاليجا، ورودريغيس، وسانت براندون.

16 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا أوروبا، أو بونير، أو بونير وسانت يوستاتشيويس وسابا، أو كوراساو، أو سنت مارتن (الجزء الهولندي).

17 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بنيوزيلندا جزر كوك ونيوي وتوكيلاو.

18 تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.

19 تشمل ترانسنيستريا.

20 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بصربيا كوسوفو (المنطقة الخاضعة لإدارة الأمم المتحدة بموجب القرار 1244 الصادر عن مجلس الأمن).

21 تشمل جزر الكناري، ومديني سبتة ومليلية.

22 تشمل القدس الشرقية.

23 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالمملكة المتحدة هذه المنطقة.

24 تشمل شبه جزيرة القرم.

25 المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالمملكة المتحدة أنغويلا، وبرمودا، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، وجزر فوكلاند (مالفيناس)، وجبل طارق، وجزيرة غيرنسي، وجزيرة مان، وجزيرة جيرزي ومونتسيرات، وسانت هيلانة، وجزر تركس وكايكوس.

26 زنجبار.

27 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية ساموا الأمريكية، وغوام، وجزر ماريانا الشمالية، وبورتوريكو، وجزر فرجن التابعة للولايات المتحدة.

28 تشمل المناطق الأكثر نمواً أوروبا، وأمريكا الشمالية، وأستراليا/نيوزيلندا، واليابان.

29 تشمل المناطق الأقل نمواً جميع مناطق أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

تعريفات المؤشرات

إجمالي عدد السكان: الحجم التقديري للتعدادات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات: عدد السنوات اللازمة لكي يتضاعف إجمالي عدد السكان إذا بقي المعدل السنوي للتغير في عدد السكان مستقرًا. ويتم حسابه على النحو التالي $\ln(2)/r$ حيث يكون r هو المعدل السنوي للنمو السكاني. ويتم حساب زمن التضاعف فقط بالنسبة إلى المجموعات السكانية السريعة النمو التي تتجاوز معدلات نموها 0.5 بالمائة.

السكان من الفئة العمرية 0–14 سنة، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 0–14 سنة.

السكان من الفئة العمرية 10–19 سنة، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10–19 سنة.

السكان من الفئة العمرية 10–24 سنة، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10–24 سنة.

السكان من الفئة العمرية 15–64 سنة، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 عاماً.

السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر.

المعدل الكلي للخصوبة: عدد الأطفال الذين يُفترض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كل مرحلة من العمر بما يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المواليد الجدد فيما لو تعرضوا لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة لشريحة السكان في وقت ولادتهم.

المصادر الرئيسية للبيانات

إجمالي عدد السكان: التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات: التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

السكان من الفئة العمرية 0–14 سنة، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على البيانات الواردة في تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

السكان من الفئة العمرية 10–19 سنة، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على البيانات الواردة في تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

السكان من الفئة العمرية 10–24 سنة، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على البيانات الواردة في تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

السكان من الفئة العمرية 15–64 سنة، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على البيانات الواردة في تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

السكان من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على البيانات الواردة في تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

المعدل الكلي للخصوبة: التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

العمر المتوقع عند الولادة: التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2024. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

الملاحظات التقنية

تتضمن الجداول الإحصائية في تقرير حالة السكان في العالم لعام 2025 مؤشرات لتتبع التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف المرجوة من إطار الإجراءات الخاصة بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وأهداف التنمية المستدامة في مجالات صحة الأم والحصول على التعليم وتعزيز الصحة الإنجابية والجنسية. بالإضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية تركيز صندوق الأمم المتحدة للسكان على التقدم المحرز والنتائج المحققة نحو بلوغ عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه وكل ولادة آمنة، ويحقق فيه جميع الشباب كامل إمكاناتهم.

قد تستخدم السلطات الوطنية والمنظمات الدولية المختلفة منهجيات متنوعة في جمع البيانات أو استقرارها أو تحليلها. ولتسهيل إمكانية مقارنة البيانات على الصعيد الدولي، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات القياسية التي تستخدمها المصادر الرئيسية للبيانات. ولهذا السبب، قد تختلف البيانات في هذه الجداول أحياناً عن البيانات الصادرة عن السلطات الوطنية. لا يمكن مقارنة البيانات المعروضة في الجداول بالبيانات الواردة في إصدارات سابقة من تقرير حالة سكان العالم نظراً إلى تحديث التصنيفات الإقليمية، والتحديثات المنهجية، وعمليات التنقيح التي أجريت على بيانات المجموعات الزمنية.

تعتمد الجداول الإحصائية على دراسات استقصائية تمثيلية للأسر المعيشية على المستوى الوطني، مثل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والتقديرات الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات. وتشمل أيضاً أحدث التقديرات والتوقعات السكانية المستمدة من مشور التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2024، والتقديرات والتوقعات القائمة على النماذج لمؤشرات تنظيم الأسرة لعام 2024 (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية التابعة للأمم المتحدة، شعبة السكان). البيانات مُرفقة بتعريفات، ومصادر، وملاحظات. إن الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم لعام 2025 تعكس عموماً المعلومات المتاحة حتى نيسان/أبريل 2025.

التصنيفات الإقليمية:

تُحسب المجاميع الإقليمية لصندوق الأمم المتحدة للسكان المعروضة في بداية الجداول الإحصائية باستخدام بيانات من البلدان والمناطق المصنفة أذناه.

منطقة الدول العربية: الجزائر؛ جيبوتي؛ مصر؛ العراق؛ الأردن؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عمان؛ فلسطين؛ الصومال؛ السودان؛ الجمهورية العربية السورية؛ تونس؛ اليمن

منطقة آسيا والمحيط الهادئ: أفغانستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ كمبوديا؛ الصين؛ جزر كوك؛ فيجي؛ الهند؛ إندونيسيا؛ إيران (جمهورية إلى الإسلامية)، كيريباس؛ كوريا، الجمهورية الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ ملديف؛ جزر مارشال؛ ميكرونيزيا (ولايات إلى الموحدة)، منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيوي؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سري لانكا؛ تايلند؛ تيمور إلى ليشتي، توكيلاو؛ تونغافا؛ توفالو؛ فانواتو؛ فييت نام.

منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي: أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ إريتريا؛ إيسواتيني؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ مالاوي؛ موريشيوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ أوغندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى: ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قيرغيزستان؛ مقدونيا الشمالية؛ جمهورية مولدوفا، صربيا؛ طاجيكستان؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا؛ أوزبكستان.

منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي: أنغولا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ جزر البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ برمودا؛ دولة بوليفيا المتعددة القوميات؛ البرازيل؛ جزر فيرجين البريطانية؛ جزر كايمان؛ شيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ السلفادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ مونتسيرات؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ باراغواي؛ بيرو؛ سانت كيتس ونيفس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سنت مارتن؛ سورينام؛ ترينيداد وتوباغو؛ جزر تركس وكايكوس؛ أوروغواي؛ جمهورية فنزويلا البوليفارية

منطقة غرب ووسط أفريقيا: بنن؛ بوركينا فاسو؛ الكاميرون؛ الرأس الأخضر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ الكونغو؛ كوت ديفوار؛ غينيا الاستوائية؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا - بيساو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ توغو

يُستخدم مصطلح **أكثر المناطق نمواً** لأغراض إحصائية فحسب ولا يُعبّر بأي حال من الأحوال عن المرحلة التي بلغها بلدٌ معيّن أو منطقة معيّنّة في عملية التنمية، ويشمل المناطق التي حدّتها شعبة الأمم المتحدة للسكان، أي أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا/نيوزيلندا واليابان.

يُستخدم مصطلح **أقل المناطق نمواً** لأغراض إحصائية فحسب ولا يُعبّر بأي حال من الأحوال عن المرحلة التي بلغها بلدٌ معيّن أو منطقة معيّنّة في عملية التنمية، ويشمل جميع مناطق شعبة الأمم المتحدة للسكان، أي أفريقيا وآسيا (باستثناء اليابان) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

يتضمّن مصطلح **أقل البلدان نمواً**، على النحو الذي حدّته الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها ذات الأرقام (59/210، 59/209، 60/33، 62/97، 64/64، 67/L.55، 44 (68/18)، 64/295) (حتى كانون الأول/ديسمبر 2024): أفغانستان، أنغولا،

بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا، غينيا - بيساو، هايتي، كيريباس، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان، السودان، تيمور - ليشتي، توغو، توفالو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، اليمن، زامبيا. كما أنّ هذه البلدان موجودة ضمن أقل المناطق نمواً. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني التالي: un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/ldc_list.pdf

ملاحظات حول المؤشرات

نسبة وفيات الأمهات: يعرض هذا المؤشر عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100,000 مولود حي أثناء الفترة الزمنية نفسها. يتولى الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمهات إصدار التقديرات باستخدام بيانات من نظم التسجيل المدني، والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، وعمليات تعداد السكان. ويجري استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمهات وغيره من الوكالات والمؤسسات الأكاديمية، ويتم تنفيذها عند الضرورة في إطار الإجراءات المتواصلة لتحسين البيانات المتعلقة بوفيات الأمهات. لا ينبغي مقارنة هذه التقديرات مع التقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات.

الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي: النسبة المئوية للولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي (أطباء أو ممرضين أو قابلات) هي النسبة المئوية لعمليات الولادة التي أشرف عليها عاملون في القطاع الصحي مدربون على تقديم رعاية الولادة المنقذة للحياة، ويشمل ذلك توفير الإشراف والرعاية والمشورة اللازمة للنساء خلال فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات الولادة بمفردهم، ورعاية المواليد الجدد. ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى وإن حصلن على دورة تدريبية قصيرة.

معدل الولادات لدى المراهقات: يمثل معدل الولادات لدى المراهقات خطر الإنجاب بين المراهقات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة. ولأغراض التسجيل المدني، تخضع المعدلات لبعض القيود اعتماداً على استيفاء تسجيل الولادات، وعلاج الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو في غضون الساعات الـ24 الأولى من حياتهم، ونوعية المعلومات المُقَدَّمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. وقد تتأثر التقديرات السكانية نتيجة للقيود المرتبطة بعدم صحة البيانات المُقَدَّمة عن السن ونطاق التغطية. بالنسبة إلى البيانات المستمدة من الاستقصاءات والتعدادات، فإن كلاً من رقمي البسط والمقام يعودان إلى المجموعة السكانية نفسها. وتعلق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخاطئ عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخاطئ عن تاريخ ولادة الطفل، وتغيُّرات العينات في حالة الاستقصاءات.

انتشار وسائل تنظيم الأسرة، أي وسيلة أو أي وسيلة حديثة: تكون التقديرات القائمة على النماذج مستندة إلى بيانات مستمدة من تقارير الدراسات الاستقصائية للعينات السكانية. واستناداً إلى بيانات الدراسة الاستقصائية، يتم تقدير نسبة جميع النساء في سن الإنجاب والنساء المتزوجات (بما يشمل النساء المُقترنات بقران رضائي) اللواتي يستخدمن حالياً أي وسيلة تقليدية أو حديثة من وسائل تنظيم الأسرة. وتشمل الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة تعقيم الإناث والذكور، والعواقب الرحمية (الولب)، والغرسات (وسيلة تغرس تحت الجلد)، والحقن، والحبوب الفموية، والواقى الذكري والأنثوي، والوسائل العازلة المهبلية (بما في ذلك حاجز منع الحمل، وغطاء عنق الرحم، والرغوة القاتلة للحيوانات المنوية، والهلام، والدهان، والإسفنجة)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، والوسائل العازلة لتنظيم الأسرة، وغيرها من الوسائل الحديثة التي لم يجر ذكرها على نحو منفصل (مثل اللصقة الجلدية أو الحلقة المهبلية).

الحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة (أي وسيلة): تكون التقديرات القائمة على النماذج مستندة إلى بيانات مستندة من تقارير الدراسات الاستقصائية للعينات السكانية. فالنساء اللواتي يستخدمن وسيلة تقليدية لتنظيم الأسرة لا يُعتبر أن لديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة. ويُفترض أن تكون جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات والمقترنات بشريك، نسيطات جنسياً ومعرضات لخطر الحمل. بيد أن افتراض التعرض الشامل للحمل المحتمل بين جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات أو المقترنات، قد يؤدي إلى انخفاض التقديرات مقارنةً بالمخاطر الفعلية بين النساء المعرضات للخطر. ويمكن أيضاً أن تزداد الحاجة غير الملبأة إلى وسائل تنظيم الأسرة، ولا سيما في المناطق التي كانت تسجل مستويات متدنية لانتشار هذا النوع من الوسائل، حيث يُلاحظ أن هذه الحاجة ترتفع مع اتساع انتشار هذه الوسائل في المنطقة. ولذلك، ينبغي تفسير المؤشرين معاً.

نسبة الطلب الملبى باستخدام أي من الوسائل الحديثة: وسائل منع الحمل الحديثة، مقسمة على الطلب الإجمالي على خدمات تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على وسائل تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة.

ملاحظة حول الشهادات التي أدلى بها الشباب في الصفحتين 8-9

يتم تعريف "الشباب" بشكل متباين في الوثائق الدولية، ولكن بالنسبة للأمم المتحدة، الشباب عادةً هم الأشخاص بعمر يتراوح بين 15 و24 عاماً. تم جمع هذه الشهادات من استبيان أرسل إلى قادة شبابيين مختارين حول العالم. تم استخدام التعريف الأكثر شمولاً لمصطلح "الشباب" والوارد في ميثاق الشباب الأفريقي، والذي يشير بشكل عام إلى الأشخاص بعمر يتراوح بين 15 و35 عاماً.

استطلاع الرأي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع شركة YouGov

أجريت استطلاعات الرأي من قِبل شركة YouGov وهي شركة دولية معنية بتكنولوجيا البحوث والتحليلات على الإنترنت وتمتلك إحدى أكبر الشبكات البحثية في العالم. أُجري هذا الاستطلاع جزئياً على الإنترنت كعملية تجريبية لإثراء المزيد من البحوث المتعمقة التي سيتم توسيعها بناءً على النتائج المذكورة في هذا التقرير. وكما هو الحال مع جميع استطلاعات الرأي، كانت عملية مقيدة بسبب عوامل عدة على النحو المذكور أعلاه، والتي ينبغي أخذها في الاعتبار عند تفسير النتائج. يمكن الاطلاع على ملخص لنتائج استطلاعات الرأي التي أجرتها شركة YouGov على الموقع الإلكتروني الخاص بها: ygo-assets-websites-editorial-emea.yougov.net/documents/UNFPA_Fertility_Tabs_Dec25_W.pdf

وقد تم اختيار البلدان بناءً على تواجد فريق خبراء تابع لشركة YouGov أو لشركائها داخل كل بلد، واستناداً إلى الحاجة لتمثيل البلدان عبر مجموعة متنوعة من السياقات الإنجابية والقُطرية والإقليمية. للاطلاع على معلومات حول الطريقة التي تتبناها شركة YouGov لاختيار العينات والأحجام وطريقة التمثيل، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: yougov.co.uk/about/panel-methodology. أُجري العمل الميداني في الفترة الممتدة من 15 تشرين الثاني/نوفمبر إلى 5 كانون الأول/ديسمبر 2024. تم تعريف السكان المستهدفين في الدراسة بأنهم الرجال والنساء الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً أو أكثر. تم استخدام أحجام العينات التالية في استطلاع الرأي: 1,053 شخصاً بالغا في البرازيل؛ و1,066 شخصاً بالغا في ألمانيا؛ و1,039 شخصاً بالغا في هنغاريا؛ و1,048 شخصاً بالغا في الهند؛ و1,050 شخصاً بالغا في إندونيسيا؛ و1,010 شخصاً بالغا في إيطاليا؛ و1,123 شخصاً بالغا في المكسيك؛ و1,117 شخصاً بالغا متزوجاً في المغرب؛ و528 شخص بالغ في نيجيريا؛ و1,057 شخصاً بالغا في جمهورية كوريا؛ و1,033 شخصاً بالغا في جنوب أفريقيا؛ و1,009 أشخاص بالغين في السويد؛ و1,076 شخصاً بالغا في تايلاند؛ و1,054 شخصاً بالغا في الولايات المتحدة.

محدودية البيانات:

تكون استطلاعات الرأي تمثيلية على المستوى الوطني في معظم الحالات، ولكنها كانت "تمثيلية على الإنترنت" فحسب في كل من إندونيسيا والمغرب ونيجيريا وتايلاند، أي أنها كانت تمثيلية بالنسبة للسكان الذين يستخدمون الإنترنت. أُجري استطلاع الرأي على عينة أصغر حجماً تتألف من 504 أشخاص بالغين في نيجيريا. في المغرب، لم يشمل الاستطلاع سوى الميجبات البالغات المتزوجات فحسب، حيث لم يكن ممكناً طرح الأسئلة المتعلقة بالإنجاب والإجهاض والاستقلالية الجنسية على العازبات. ويبدو أن العينات متحيزة للمناطق الحضرية في نيجيريا وجنوب أفريقيا، وبدرجة أقل في البرازيل والهند والمكسيك. وبعد فحص البيانات، بلغ إجمالي حجم العينة 14,256 مستجيباً بعمر يتراوح بين 18 و88 عاماً.

نظراً إلى نسق الاستبيان، فقدت نسبة كبيرة من البيانات بسبب السؤال عن عدد الأطفال الموجودين لدى المستجيب(ة)، الأمر الذي يتطلب إجراء المزيد من التحقيق. وبالتالي، لم يتم إجراء أي تحليلات بشكل منفصل تتناول الميجبين من آباء وأمهات وأفراد لم ينجبوا الأطفال، لأن ذلك قد يؤدي إلى التحيز. أُجريت معظم التحليلات بشكل منفصل للنساء والرجال، ولكن هذا التمييز لم يكن ممكناً في بعض الحالات ولا سيما في التحليلات التي تركز تحديداً على الميجبين في الفئات العمرية الإنجابية مقابل الفئات العمرية ما بعد سن الإنجاب.

- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2021. Comparing Ideal and Completed Family Size: A Focus on Women in Low- and Middle-Income Countries with Unrealized Fertility. DHS Analytical Studies No. 77. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Associated Press, 2016. "South Korea Pulls Website Mapping Women of Prime Age to have Children". *The Guardian*. 30 December 2016.
- Azevedo, Joao Pedro and others, 2012. "Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement." Washington DC: World Bank Group.
- Backhaus, Andreas and Mikkel Barlsund, 2021. "The Effect of Grandchildren on Grandparental Labor Supply: Evidence from Europe." *European Economic Review* 137: 103817.
- Bahari, Shaiful I. and others, 2021. "Psychological Impact of Polygamous Marriage on Women and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Pregnancy and Childbirth* 21: 823.
- Baiocco, Roberto and Fiorenzo Laghi, 2013. "Sexual Orientation and the Desires and Intentions to Become Parents." *Journal of Family Studies* 19(1): 90–98.
- Baizán, Pau, 2009. "Regional Child Care Availability and Fertility Decisions in Spain." *Demographic Research* 21: 803–842.
- Bajaj, Nandita and Kirsten Stade, 2023. Challenging Pronatalism Is Key to Advancing Reproductive Rights and a Sustainable Population. *The Journal of Population and Sustainability* 7 (1):39-70. doi: 10.3197/JPS.63799953906861.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289–297.
- Balter, Michael, 2006. "The Baby Deficit." *Science* 312(5782): 1894–1897.
- Barbar, Julia and others, 2024. "Work-Life Balance Challenges and Family-Friendly Policies: Evidence from Qatar." In: *Women's Empowerment and Public Policy in the Arab Gulf States*, Naguib, R. (ed). Gulf Studies 11. Singapore: Springer.
- Ameratunga, Devini and others, 2009. "In Vitro Fertilisation (IVF) with Donor Eggs in Post-Menopausal Women: Are There Differences in Pregnancy Outcomes in Women with Premature Ovarian Failure (POF) Compared with Women with Physiological Age-Related Menopause?" *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 26: 511–514.
- Amin, Mohammad and Asif M. Islam, 2019. The Impact of Paid Maternity Leave on Women's Employment: Evidence Using Firm-Level Survey Data From Developing Countries. Policy Research Working Paper WPS10188. Washington, DC: World Bank Group.
- Amuedo-Dorantes, Catalina and others, 2023. More Benefits, Fewer Children: How Regularization Affects Immigrant Fertility. Discussion Paper Series, IZA DP No. 16170. IZA Institute of Labor Economics.
- Anderson, Anders Nyboe, 2021. "In Vitro Fertility Treatment Through 40 Years," Ugeskrift for Læger. 29 November 2021.
- Anderson, Monica and others, 2020. The Virtues and Downsides of Online Dating. Pew Research Center. 6 February 2020.
- Anderson, Thomas and Hans-Peter Kohler, 2015. "Low Fertility, Socioeconomic Development, and Gender Equity." *Population and Development Review* 41(3): 381–07.
- Anelli, Massimo and Nicoletta Balbo, 2021. "Fertility Drain or Fertility Gain? Emigration and Fertility During the Great Recession in Italy." *Demography* 58(2): 631–654.
- ANSIRH (Advancing New Standards in Reproductive Health), n.d. "Pregnancy Desires." University of California San Francisco. Website: www.ansirh.org/pregnancy/pregnancy-desires, accessed 13 March 2025.
- Armitage, Alanna, 2021. From Demographic Security to Demographic Resilience: Towards an Anthropology of Multilateral Policymaking in Eastern Europe. PhD Thesis, Geneva: Graduate Institute of International and Development Studies.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2022. "Unrealized Fertility Among Women in Low and Middle-Income Countries." *PLoS ONE* 17(11): e0276595.
- AARP (American Association of Retired Persons). 2022. Global Longevity Economy Outlook. AARP, doi: 10.26419/int.00052.001.
- Aassve, Arnstein and others, 2013. "Youth Prospects in a Time of Economic Recession." *Demographic Research* 29: 949–962.
- Aassve, Arnstein and others, 2012. "Grandparenting and Mothers' Labour Force Participation: A Comparative Analysis Using the Generations and Gender Survey." *Demographic Research* 27: 53–84.
- Aassve, Arnstein and others, 2012a. "Grandparenting and Childbearing in the Extended Family." *European Journal of Population* 28(4): 499–518.
- Ables, Kelsey and Julie Yoon, 2024. "Seoul to Offer Cash to Reverse Vasectomies, Uterine Tubes as Birthrate Falls." *Washington Post*, 30 May 2024.
- Aboagye, Richard G. and others, 2024. "Association Between Sexual Violence and Multiple High-Risk Fertility Behaviours Among Women of Reproductive Age in Sub-Saharan Africa." *BMC Public Health* 24: 432.
- Adamson, G. David and others, 2023. "Global Fertility Care with Assisted Reproductive Technology." *Fertility and Sterility* 120(3): 473–482.
- Agenda Europe, 2024. Restoring the Natural Order. An Agenda for Europe. Website: agendaeurope.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/01/rtno-en-2024.pdf, accessed 18 March 2025.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2024. "Unstable Employment Careers and (Quasi-) Completed Fertility: Evidence from the Labour Market Deregulation in Italy." *European Sociological Review* doi: 10.1093/esr/jcae027.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2021. "Employment Instability and Fertility in Europe: A Meta-Analysis." *Demography* 58(3): 871–900.
- Aldrighi, Juliane D. and others, 2016. "The Experiences of Pregnant Women at an Advanced Maternal Age: An Integrative Review." *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 50(3): 512–521.
- Altintas, Evrim and Oriel Sullivan, 2016. "Fifty Years of Change Updated: Cross-National Gender Convergence in Housework." *Demographic Research* 35: 455–470.

- Bose, Saheli and Somdeep Chatterjee, 2024. "Motherhood Penalty Revisited: Impacts of Maternity Leave Mandates on Nature of Employment Contracts." *Journal of Development Studies* 60(9): 1394–1411.
- Botev, Nikolai, 2015. "Could Pronatalist Policies Discourage Childbearing?" *Population and Development Review* 41(20): 301–314.
- Bourey, Christine and Sarah Murray, 2022. "Intimate Partner Violence Among Women With Infertility." *Lancet Global Health* 10(6): E778–E779.
- Bowmaker, Simon W. and Patrick M. Emerson, 2015. "Bricks, Mortar, and Wedding Bells: Does the Cost of Housing Affect the Marriage Rate in the US?" *Eastern Economic Journal* 41: 411–429.
- Brodzinsky, David and others, 2021. "Adoption and Trauma: Risks, Recovery, and the Lived Experience of Adoption." *Child Abuse & Neglect* 130(Pt 2): 105309.
- Brown, Anna, 2021. "Growing Share of Childless Adults in U.S. Don't Expect to Ever Have Children." Pew Research Center, 19 November 2021.
- Buss, David M. and others, 2000. "Number of Children Desired and Preferred Spousal Age Difference: Context-Specific Mate Preference Patterns Across 37 Cultures." *Evolution and Human Behaviour* 21(5): 323–331.
- Cabella, Wanda and others, 2024. "The Big Decline: Lowest-Low Fertility in Uruguay (2016–2021)." *Demographic Research* 50(16): 443–456.
- Cappon, Paul, 2011. "Exploring the 'Boy Crisis' in Education." Canadian Council on Learning. Website: files.eric.ed.gov/fulltext/ED518173.pdf, accessed 20 March 2025.
- Castro Lopes, Sofia and others, 2022. "There are things we can do and there are things we cannot do.' A Qualitative Study about Women's Perceptions on Empowerment in Relation to Fertility Intentions and Family Planning Practices In Mozambique." *Frontiers in Global Women's Health* 3: 824650.
- Chamie, Joseph, 2015. "Opinion: Women on Reproductive Strike." *IPS News Agency*, 29 October 2015.
- Channon Melanie D. and Sarah Harper, 2019. "Educational Differentials in the Realisation of Fertility Intentions: Is Sub-Saharan Africa Different?" *PLoS ONE* 14(7): e0219736.
- Bhattacharya, Saumya, 2024. "Many Working Women Face 'Maternity Penalty', Finds Survey." *The Economic Times*, 10 August 2024.
- Bhushan, Indu and Kenneth Hill, 1995. "The Measurements and Interpretation of Desired Fertility." Hopkins Population Center Working Paper Archive.
- Billari, Francesco C. and others, 2021. "The Timing of Life: Topline Results from Round 9 of the European Social Survey." European Social Survey; ESS Topline Results Series, 11.
- Billari, Francesco C. and others, 2019. "The Social Stratification of Choice in the Transition to Adulthood." *European Sociological Review* 35(5): 599–615.
- Billari, Francesco C. and others, 2011. "Social Age Deadlines for the Childbearing of Women and Men." *Human Reproduction* 26(3): 616–622.
- Bimha, Primrose Z. J. and Rachele Chadwick, 2016. "Making the Childfree Choice: Perspectives of Women Living in South Africa." *Journal of Psychology in Africa* 26(5): 449–456.
- Biolcati, Ferruccio and Riccardo Ladini, 2022. "On Values as They Evolve: A Presentation of the World Values Survey and the European Values Survey." *Intercultura* 105: 11–18.
- Birchall, Jenny and Amanda Holt, 2022. "Who Cares? The Grandmother Kinship Carers Shouldering the Burden Within a Gendered Care Economy." *Journal of Women & Aging* 35(5): 465–475.
- Birdsall, Nancy and Roxanne Oroxom, 2018. "Globalism and 'Wife Beating'." Center for Global Development, 23 March 2018.
- Blum, Robert and others, 2017. "It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World." *Journal of Adolescent Health* 61(4): S3–S4.
- BMJ (British Medical Journal), 2019. "Fertility Awareness Based Methods for Pregnancy Prevention." *BMJ* 366: 14245.
- Boertien, Diederik and others, 2024. "Pathways and Obstacles to Parenthood Among Women in Same-Sex Couples in Spain." *Demographic Research* 50: 1039–1070.
- Bokun, Anna, 2025. "Lessons from Poland's Pro-Natalist 'Family 500+' Program." *nIUSSP*, 10 February 2025.
- Boonaert, Eva and others, 2025. "Gendered Fertility Intentions and Child Schooling: Insights on the Quantity–Quality Trade-Off from Ethiopia." *Journal of Demographic Economics* 91(1): 1–48.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): E1152–E1161.
- Beaujouan, Eva, 2020. "Latest-Late Fertility? Decline and Resurgence of Late Parenthood Across the Low-Fertility Countries." *Population and Development Review* 46(2): 219–247.
- Beaujouan, Eva and Caroline Berghammer, 2019. "The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach." *Population Research and Policy Review* 38: 507–535.
- Becquet, Valentine and others, 2024. "Sexual and Reproductive Rights 30 Years After the Cairo Conference on Population and Development." *Population and Societies* 625: 1–4.
- Bellani, Daniela and others, 2017. "Never Partnered: A Multilevel Analysis of Lifelong Singlehood." *Demographic Research* 37: 53–100.
- Belmonte, Eva and others, 2021. "The Meccas of Reproductive Tourism in Europe", *Voxeurop*, 22 November 2021.
- Berger, Miriam and Mikhail Klimentov, 2024. "Abortion Pill at Heart of Supreme Court Ruling is Approved in Over 90 Countries." *Washington Post*, 26 March 2024.
- Bergsvik, Janna and others, 2021. "Can Policies Stall the Fertility Fall? A Systematic Review of the (Quasi-) Experimental Literature." *Population and Development Review* 47(4): 913–964.
- Bernardi, Laura and others, 2015. "Uncertain, Changing and Situated Fertility Intentions." In: *Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective*, Philipov, D. and others (eds.). Dordrecht: Springer.
- Berrington, Ann and Brienna Perelli-Harris, 2024. Understanding Intergenerational Co-Residence in the UK: New Insights from the UK Generations And Gender Survey. Centre for Population Change Working Paper 108. Southampton: Centre for Population Change.
- Beumer, Wieke Y. and others, 2024. "Long-Term Effects of Unintended Pregnancy on Children: Findings from the Dutch Prospective Birth-Cohort Amsterdam Born Children and their Development Study." *Social Science & Medicine* 357: 117200.
- Bhan, Nandita and Anita Raj, 2021. "From Choice to Agency in Family Planning Services." *Lancet* 398(10295): 99–101.

- De la Rochebrochard, Elise and Patrick Thonneau, 2003. "Paternal Age \geq 40 years: An Important Risk Factor for Infertility." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(4): 901–905.
- Dierickx, Susan and others, 2019. "We are Always Desperate and Will Try Anything to Conceive": The Convoluted and Dynamic Process of Health Seeking Among Women with Infertility in the West Coast Region of The Gambia. *PLoS ONE* 14(1): e0211634.
- Dimai, Matteo, 2023. "Shall We Have Another? Effects of Daycare Benefits on Fertility, A Case Study in a Region In Northeastern Italy." *Genus* 79(1): 13.
- Dimka, Ritgak A. and Simon L. Dein, 2013. "The Work of a Woman is to Give Birth to Children: Cultural Constructions of Infertility in Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 17(2): 102–117.
- Dutch News, 2023. "Dutch Birthrate Falls as More Young Women Say No to Motherhood." *Dutch News*, 6 December 2023.
- Eberstadt, Nicholas, 2024. "The Age of Depopulation. Surviving in a World Gone Gray." *Foreign Affairs*, 10 October 2024.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2025. "Judgment Concerning France." Press release ECHR 024 (2025), 23 January 2025.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2017. "Judgment A.P., Garçon and Nicot v. France – Change of Entries Concerning Sex on Birth Certificates." Press release ECHR 121 (2017), 4 June 2017.
- Ehrlich, Paul R. and Anne H. Ehrlich, 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2025. Beyond the Chaos, A New World is Emerging. Making Sense of the Trump Administration's Impact on Reproductive Rights and Gender Equality.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2021. Tip of the Iceberg: Religious Extremist Funders against Human Rights for Sexuality & Reproductive Health in Europe.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), n.d. "Global Contraception Policy Atlas." Website: www.epfweb.org/node/1020, accessed 21 March 2025.
- Ervin, Jennifer and others, 2022. "Longitudinal Association Between Informal Unpaid Caregiving and Mental Health Amongst Working Age Adults in High-Income OECD Countries: A Systematic Review." *eClinicalMedicine* 53: 101711.
- Clark, Shelley and others, 2017. "Can Subsidized Early Child Care Promote Women's Employment? Evidence From a Slum Settlement In Africa." GROW Research Working Paper Series. #5. Montreal, Canada: Institute for the Study of International Development, McGill University.
- Coalition for Fertility, n.d. "About the Coalition." Website: www.coalitionforfertility.eu/about, accessed 20 March 2025.
- Cohlen, Ben and others, 2018. "IUI: Review and Systematic Assessment of the Evidence that Supports Global Recommendations." *Human Reproduction Update* 24(3): 300–319.
- Connolly, Kate, 2008. "Berlin Offers Paid Leave to Look After Grandchildren." *The Guardian*, 15 November 2008.
- Constance, Paul, 2024. "Latin America's Fertility Decline is Accelerating. No One's Certain Why." *Americas Quarterly*, 4 January 2024.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cooper Davis, Peggy, 2022. "A Response to Justice Amy Coney Barrett." *Harvard Law Review*, 14 June 2022.
- Cordier, Solène, 2024. "Demographic Rearmament: Macron Plans to Reform Parental Leave and Fight Infertility." *Le Monde*, 17 January 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), 2024. "France Becomes First Country to Guarantee a Constitutional Right to Abortion." Center for Reproductive Rights, 3 June 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), n.d. "Abortion." Website: reproductiverights.org/our-issues/abortion/, accessed 13 March 2025.
- Danish Ministry of the Interior and Health, 2024. "New Agreement Ensures Involuntarily Childless People Receive Free Help for Second Child." Website: www.ism.dk/nyheder/2024/juni/ny-aftale-sikrer-ufrivilligt-barnloese-gratis-hjaelp-til-barn-nummer-to, accessed 31 March 2025.
- Darby, Samantha, 2025. "Women Are Scared And Scrapping Their Baby Plans Under This Administration & For Good Reason." *Romper*, 20 February 2025.
- Daumler, Davis and others, 2016. "Men's Knowledge of their Own Fertility: A Population-Based Survey Examining the Awareness of Factors that are Associated with Male Infertility." *Human Reproduction* 31(12): 2781–2790.
- Chaturvedi, Surabhi, 2019. Public Provision of Centre-Based Childcare in High-, Middle- And Low-Income Countries: What are the Systemic Features that Aided the Effective Scale-Up of these Programmes?" IWWAGE Working Paper Series. New Delhi: Initiative for What Works to Advance Women and Girls in the Economy (IWWAGE).
- Chaudhuri, Sanjukta, 2012. "The Desire for Sons and Excess Fertility: A Household-Level Analysis of Parity Progression in India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(4): 178.
- Chauhan, Bala, 2023. "Falling Fertility Spells Disaster for South India." *The New Indian Express*. 24 October 2024.
- Chávez, Cirenía and Marcela Aguilar, 2023. "The Impact of Community Violence on Educational Outcomes: A review of the literature." Innocenti Working Papers, UNICEF, 19 May 2021.
- Cheshire, James and others, 2024. "The Fertility Education Initiative: Responding to the Need for Enhanced Fertility and Reproductive Health Awareness Amongst Young People in the United Kingdom." *Human Fertility* 27(1): 2417940.
- Chitanda, Mutsawashe, 2024. "Adolescent Boys, Young Men, and Mental Health in Southern Africa." In: *The Palgrave Handbook of Violence in Africa*, Mlambo, O. B., Chitanda, E. (eds). Cham: Palgrave Macmillan.
- Chiwere, Tendai M. and others, 2021. "IVF and Other ART in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Landscape Analysis." *Human Reproduction Update* 27(2): 213–228.
- Choi, Jeong-yoon, 2024. "Girls Starting School Early Could Boost Fertility Rate: State-Backed Agency Report." *The Korea Herald*, 3 June 2024.
- Chung, Heejung, 2023. "The Flexibility Paradox: Why Flexible Working Leads to More Work and What We Should Do About It." *Oxford Internet Institute*, 15 November 2023.
- Chung, Heejung, 2017. "National-Level Family Policies and Workers Access to Schedule Control in a European Comparative Perspective: Crowding Out or In, and for Whom?" *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 21(1): 25–46.
- Church, Anna C. and others, 2023. "Traditional Supports and Contemporary Disruptors of High Fertility Desires in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review." *Reproductive Health* 20(1): 86.
- Clark, Shelley and Zoe Levy, 2025. "Sterilization, Infecundity, and Reproductive Autonomy in Rural, Suburban, and Urban America: Results From a National Survey." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 57(1): 72–84.

- Ghaznavi, Cyrus and others, 2022. "Salaries, Degrees, and Babies: Trends in Fertility by Income and Education Among Japanese Men and Women Born 1943–1975—Analysis of National Surveys." *PLoS ONE* 17(4): e0266835.
- Gholipour, Hassan F. and Mohammad R. Farzanegan, 2015. "Marriage Crisis and Housing Costs: Empirical Evidence from Provinces of Iran." *Journal of Policy Modeling* 37(1): 107–123.
- Gietel-Basten, Stuart and others, 2022. "Changing the Perspective on Low Birth Rates: Why Simplistic Solutions Won't Work." *BMJ* 379: e072670.
- Glennerster, Rachel and others, 2023. "Media, Social Pressure, and Combating Misinformation: Experimental Evidence on Mass Media and Contraception Use in Burkina Faso." Research paper. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- Glenza, Jessica, 2019. "Revealed: Women's Fertility App is Funded by Anti-Abortion Campaigners." *The Guardian*, 30 May 2019.
- Goisis, Alice, 2015. "How are Children of Older Mothers Doing? Evidence from the United Kingdom." *Biodemography and Social Biology* 61(3): 231–251.
- Goisis, Alice, and others, 2023. "Medically Assisted Reproduction and Mental Health: A 24-Year Longitudinal Analysis Using Finnish Register Data." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 228(3): 311.e1-311.e24.
- Goldscheider, Frances and others, 2015. "The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior." *Population and Development Review* 41(2): 207–239.
- Goli, Srinivas and others, 2020. "Is Unintended Birth Associated with Physical Intimate Partner Violence? Evidence from India." *Journal of Biosocial Science* 52(6): 907–922.
- Golovina, Kateryna and others, 2024. "Birth Cohort Changes in Fertility Ideals: Evidence from Repeated Cross-Sectional Surveys in Finland." *European Sociological Review* 40(2): 326–341.
- Goodkind, Daniel M. 1995. "Vietnam's One-Or-Two-Child Policy in Action." *Population and Development Review* 21(1): 85–111.
- Gough, Brendan and Irina Novikova, 2020. Mental Health, Men and Culture: How do Sociocultural Constructions of Masculinities Relate to Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour in the WHO European Region? WHO Health Evidence Network synthesis report 70. Copenhagen: World Health Organization.
- Fry, Hannah, 2023. "A 'Failure to Launch': Why Young People are Having Less Sex." *Los Angeles Times*, 3 August 2023.
- Fry, Richard, 2025. "Share of U.S. Adults Living Without a Romantic Partner has Ticked Down in Recent Years." Pew Research Center, 8 January 2025.
- Gambaro, Ludovica, 2012. Why Are Childcare Workers Low Paid? An Analysis of Pay in the UK Childcare Sector, 1994–2008. PhD thesis, London School of Economics and Political Science.
- Gao, Zhitong and others, 2022. "The Economics of Marriage: Evidence from China." *Humanities & Social Sciences Communications* 9: 399.
- Garbett, Ann and others, 2025. "Reframing the Relationship Between Fertility and Education in Adolescence: 60 Years of Evidence From Latin America." *Population and Development Review* Epub ahead of print. doi: 10.1111/padr.12720.
- Garrett, Cameryn C. and others, 2017. "Young Mothers' Experiences of Receiving the Baby Bonus: A Qualitative Study." *Australian Social Work* 70(1): 54–65.
- Gato, Jorge and others, 2021. "Building a Rainbow Family: Parenthood Aspirations of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender/ Gender Diverse Individuals." In: *Parenting and Couple Relationships Among LGBTQ+ People in Diverse Contexts*, Morais, N. A. D. and others, eds. Cham: Springer. pp 193–213.
- Gauthier, Anne H., 2007. "The Impact of Family Policies on Fertility in Industrialized Countries: A Review of the Literature." *Population Research and Policy Review* 26: 323–346.
- Gauthier, Anne H. and Stuart Gietel-Basten, 2024. "Family Policies in Low Fertility Countries: Evidence and Reflections." *Population and Development Review* 51(1): 125–161.
- Gemmill, Alison and others, 2025. "US Abortion Bans and Infant Mortality." *Journal of the American Medical Association* 333(15): 1315–1323.
- Gessen, Masha, 2014. "The Dying Russians." *The New York Review of Books*. 2 September 2014.
- GGP (Generations & Gender Programme), n.d. "Generations & Gender Survey." Website: www.ggp-i.org/generations-gender-survey, accessed 13 March 2025.
- GGs (Generations and Gender Survey) Belarus, 2017. "Belarus Generations and Gender Survey 2017 Round GGP2020, Wave 1." IHME. Global Health Data Exchange.
- Esping-Andersen, Gøsta and Francesco C. Billari, 2015. "Re-Theorizing Family Demographics." *Population and Development Review* 41(1): 1–31.
- Eurofound, 2024. *Becoming Adults: Young People In A Post-Pandemic World*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Euronews with AP, 2024. "Bill Criminalising 'Child-Free Propaganda' Passes First Reading in Russia's State Duma." *Euronews with AP*, EBU, 18 October 2024.
- Eurostat, 2024. "Household Composition Statistics." Website: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Household_composition_statistics, accessed 20 March 2025.
- Evans, David K. and others, 2024. "The Impacts of Childcare Interventions on Children's Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." Working Papers 676, Center for Global Development.
- Faircloth, Charlotte, 2023. "Intensive Parenting and the Expansion of Parenting." In: *Parenting Culture Studies*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Faircloth, Charlotte and others (eds), 2013. *Parenting in Global Perspective. Negotiating Ideologies of Kinship, Self and Politics*. Abingdon: Routledge.
- Fanelli, Ester and Paola Profeta, 2021. "Fathers' Involvement in the Family, Fertility, and Maternal Employment: Evidence from Central and Eastern Europe." *Demography* 58(5): 1931–1954.
- Fausser, Bart C. and others, 2024. "Declining Global Fertility Rates and the Implications for Family Planning and Family Building: An IFFS Consensus Document Based on a Narrative Review of the Literature." *Human Reproduction Update* 30(2): 153–173.
- Fedeli, Piergiorgio and others, 2023. "Legal Medicine Aspects of Female Sterilization: Our Experience." *Frontiers in Medicine* 10:1198668.
- Ferlin, Alberto and others, 2022. "Management of Male Factor Infertility: Position Statement from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS)." *Journal of Endocrinological Investigation* 45: 1085–1113.
- Fertility Europe, n.d. "Atlas of Fertility Treatment Policies in Europe in 2021." Website: fertilityeurope.eu/atlas/, accessed 21 March 2025.
- France24, 2024. "Natalist Injunctions: Macron Sparks Uproar with Call to Revive France's Birth Rate." *France24*, 17 January 2024.

- Howard, Jacqueline, 2024. "First on CNN: US Faces Maternity Care Crisis, with 1 In 3 Counties Lacking Obstetric Doctors to Provide Care, Report Warns." *CNN*, 10 September 2024.
- Hsiao, Hsinyi, 2023. "A Cross-National Study of Family-Friendly Policies, Gender Egalitarianism, and Work-Family Conflict Among Working Parents." *PLoS ONE* 18(9): e0291127.
- Human Rights Council, 2017. "Protection of the Family: Role of the Family in Supporting the Protection and Promotion of Human Rights of Older Persons." A/HRC/35/L.21
- Hwang, Jisoo, 2023. "Later, Fewer, None? Recent Trends in Cohort Fertility in South Korea." *Demography* 60(2): 563–582.
- Hyland, Marie and Liang Shen, 2022. *The Evolution of Maternity and Paternity Leave Policies over Five Decades*. Policy Research Working Paper 10215. Washington, DC: World Bank Group.
- Ibisomi, Latifat and Netsayi N. Mudege, 2014. "Childlessness in Nigeria: Perceptions and Acceptability." *Culture, Health & Sexuality* 16(1): 61–75.
- IGLA, n.d. Rainbow Map. ILGA-Europe. Website: rainbowmap.ilga-europe.org, accessed 18 March 2025.
- ILGA World Database, n.d. "Legal Frameworks: Adoption by Same-Sex Couples." ILGA-Europe. Website: database.ilga.org/adoption-same-sex-couples, accessed 17 March 2025.
- ILO (International Labour Organization), 2024. "Women with Young Children Have Much Lower Labour Force Participation Rates." Blog post, ILOSTAT, 14 May 2024.
- ILO (International Labour Organization), 2023. "African Youth Face Pressing Challenges in the Transition from School to Work." Blog post, ILOSTAT, 10 August 2023.
- ILO (International Labour Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. *The Role of Social Protection in the Elimination of Child Labour: Evidence Review and Policy Implications*. Geneva and Florence: International Labour Organization and UNICEF Office of Research – Innocenti.
- Institute of Medicine (US) Committee on Unintended Pregnancy, 1995. "Consequences of Unintended Pregnancy." In: *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Brown SS, Eisenberg L, eds. Washington, DC: National Academies Press.
- Hampson, Sarah Cote, 2019. "Mothers do not make Good Workers: The Role of Work/Life Balance Policies in Reinforcing Gendered Stereotypes." In: *Gender, Sexuality, and the Law*, DeLaet, D. L. and Cramer, R. A., eds. London: Routledge.
- Han, Sinn Won and others, 2024. "When Mothers Do It All: Gender-Role Norms, Women's Employment, and Fertility Intentions in Post-Industrial Societies." *European Sociological Review* 40(2): 309–325.
- Hartmann, Betsy, 2016. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Chicago: Haymarket Books.
- Hawkins, Amy, 2024. "Society Doesn't Want My Kids: China's Single Women Forced Abroad to Freeze Their Eggs." *The Guardian*, 17 July 2024.
- Hayre, Jatinder, 2024. "Two Child Limit in the UK: Where Policy Meets Poverty." *BMJ Paediatrics Open* 8(1): e002747.
- He, Chloe, and others, 2024. "Reproductive Health in Trans and Gender Diverse Patients: Mind the Gap: A Nationwide Audit of LGBTQ+ Inclusion in Fertility Care Providers in the United Kingdom." *Reproduction* 168(6): e240173.
- Helm, Sabrina and others, 2021. "No Future, No Kids—No Kids, No Future?" *Population and Environment* 43: 108–129.
- HFEA (Human Fertilisation & Embryology Authority), 2023. "Ethnic Diversity in Fertility Treatment 2021." London: HFEA.
- Hintz, Elizabeth and Rachel Tucker, 2023. "Perceptions of the Childfree." Oxford Research Encyclopedia of Communication.
- Hoffmann, Jan and others, 2023. "Factors Associated with the Closure of Obstetric Units in German Hospitals and its Effects on Accessibility." *BMC Health Services Research* 23(1): 342.
- Hogan, Bernie and others, 2011. "A Global Shift in the Social Relationships of Networked Individuals: Meeting and Dating Online Comes of Age." Oxford Internet Institute, University of Oxford.
- Holt, Kelsey and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management as a Person-Centered Alternative to Contraceptive Use-Focused Measures." *Studies in Family Planning* 54(1): 301–308.
- Hord, Charlotte and others, 1991. "Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy." *Studies in Family Planning* 22(4): 231–240.
- Horowitz, Jason and Gaia Pianigiani, 2024. "What Happened When This Italian Province Invested in Babies." *New York Times*, 1 April 2024.
- Gouni, Olga and others, 2022. "Childlessness: Concept Analysis." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(3): 1464.
- Government of Italy, 2024. "Law 4 November 2024, n. 169, Amendment to Article 12 of Law No. 40 of 19 February 2004, Regarding the Prosecution of the Crime of Surrogacy Committed Abroad by an Italian citizen".
- Government of the Islamic Republic of Iran, 2021. *Youthful Population and Protection of the Family Law*.
- Graybill, Lauren and others, 2024. "The Effect of Youth-Friendly Health Services on Risk of Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in Lilongwe, Malawi: A Secondary Analysis of the Girl Power–Malawi Study." *American Journal of Epidemiology* doi: 10.1093/aje/kwae193.
- Greene, Jay P. and Lindsey M. Burke, 2024. "Here's How to Actually Reverse the Baby Bust." *The Federalist*, 1 December 2024.
- GSS (Ghana Statistical Service) and The DHS Program, 2024. *Ghana Demographic and Health Survey 2022*. Rockville, Maryland: ICF.
- Guilmoto, Christophe Z., 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia." *Population and Development Review* 35(3): 519–549.
- Guzzo, Karen Benjamin and Sarah R. Hayford, 2012. "Fertility and the Stability of Cohabiting Unions: Variation by Intendedness." *Journal of Family Issues* 35(4): 547–576.
- Habbema, J. Dik F. and others, 2009. "The Effect of In Vitro Fertilization on Birth Rates in Western Countries." *Human Reproduction* 24(6): 1414–1419.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Contraceptive Technologies: Looking Ahead to New Approaches to Increase Options for Family Planning." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 64(3): 435–488.
- Hagestad, Gunhild O. and Vaughn R. A. Call, 2007. "Pathways to Childlessness: A Life Course Perspective." *Journal of Family Issues* 28(10): 1338–1361.
- Hallman, Kelly and others, 2015. "The Shrinking World of Girls at Puberty: Violence and Gender-Divergent Access to the Public Sphere Among Adolescents in South Africa." Population Council.
- Hammarberg, Karin and others, 2013. "Knowledge about Factors that Influence Fertility Among Australians of Reproductive Age: A Population-Based Survey." *Fertility and Sterility* 99(2): 502–507.

- Kupemba, Danai Nesta. "The Kenyans Saying No to Motherhood and Yes to Sterilisation." *BBC News*, 23 February 2025.
- Kurowska, Anna and others, 2023. "Working from Home During Covid-19 Pandemic and Changes to Fertility Intentions Among Parents." *European Journal of Population* 39(1): 32.
- Laguna, Maria Paula and Sara Morland, 2025. "Latin American Women Opt Against Motherhood in Shift from Traditional Gender Roles." *Reuters*, 28 March 2025.
- Lam, David, 2023. "Has the World Survived the Population Bomb? A 10-Year Update." *Population and Environment* 45(2): 10.
- Lam, David, 2011. "How the World Survived the Population Bomb: Lessons from 50 Years of Extraordinary Demographic History." *Demography* 48: 1231–1262.
- Lambert, Peter J. and others, 2023. "Research: The Growing Inequality of Who Gets to Work from Home." *Harvard Business Review*, 19 December 2023.
- Lau, Chris and others, 2023. "In Country with World's Lowest Fertility Rate, Doubts Creep in About Wisdom of 'No-Kids Zones'." *CNN*, 24 June 2023.
- Lavanga, Claudio, 2016. "Italy's Fertility Day Falls Flat Amid Claims of Sexism, Racism." *NBC News*, 22 September 2016.
- Lawrence, Jane, 2000. "The Indian Health Service and the Sterilization of Native American Women." *American Indian Quarterly* 24(3): 400–419.
- Lazzari, Ester and others, 2025. "Change in the Perceived Reproductive Age Window and Delayed Fertility in Europe." *Population Studies* (Cambridge) 79(1): 81–101.
- Lazzari, Ester and others, 2023. "Projecting the Contribution of Assisted Reproductive Technology to Completed Cohort Fertility." *Population Research and Policy Review* 42(1): 6.
- Lazzari, Ester and others, 2022. "Residential Proximity to a Fertility Clinic is Independently Associated with Likelihood of Women having ART and IUI Treatment." *Human Reproduction* 37(11): 2662–2671.
- Lebano, Adele and Lynn Jamieson, 2020. "Childbearing in Italy and Spain: Postponement Narratives." *Population and Development Review* 46(1): 121–144.
- Lee, Misun and Kryštof Zeman, 2024. "Childlessness in Korea: Role of Education, Marriage Postponement, and Marital Childlessness." *Demographic Research* 51: 669–686.
- Keller, Elena and others, 2023. "Does In Vitro Fertilization (IVF) Treatment Provide Good Value for Money? A Cost-Benefit Analysis." *Frontiers in Global Women's Health* 4:971553.
- Kilbride, Erin, 2023. "Italy's Mounting Attack on Lesbian Parents." *Human Rights Watch*, 24 July 2023.
- Kildea, Sue and others, 2015. "Babies Born Before Arrival to Hospital and Maternity Unit Closures in Queensland and Australia." *Women and Birth* 28(3): 236–245.
- Kim, Sangmook, 2008. "Women and Family-Friendly Policies in the Korean Government." *International Review of Administrative Sciences* 74(3): 463–476.
- Kim, Taewook, 2023. "The Impact of Working Hours on Pregnancy Intention in Childbearing-Age Women in Korea, the Country with the World's Lowest Fertility Rate." *PLoS ONE* 18(7): e0288697.
- King, Marissa, 2018. "Working to Address the Loneliness Epidemic: Perspective-Taking, Presence, and Self-Disclosure." *American Journal of Health Promotion* 32(5): 1315–1317.
- Kocourková, Jiřina and others, 2023. "The Influence of the Increasing Use of Assisted Reproduction Technologies on the Recent Growth In Fertility In Czechia." *Scientific Reports* 13(1): 10854.
- Kolk, Martin and Gunnar Andersson, 2020. "Two Decades of Same-Sex Marriage in Sweden: A Demographic Account of Developments in Marriage, Childbearing, and Divorce." *Demography* 57(1): 147–169.
- Kramer, Stephanie and others, 2019. "Religion and Living Arrangements Around the World." *Pew Research Center*, 12 December 2019.
- Krings, Mike, 2024. "Study Finds Most At-Risk Populations for HIV Discussing Subject in Negative, Risky Ways got Most Social Media Attention." *KU News*, 25 September 2024.
- Krstic, Anja and Ivona Hideg, 2019. "The Effect of Taking Paternity Leave on Men's Career Outcomes: The Role of Communitary Perceptions." *Academy of Management Proceedings* 2019(1). doi: 10.5465/AMBPP.2019.278.
- Kuhlmann, Anne S. and others, 2019. "Intimate Partner Violence, Pregnancy Intention and Contraceptive Use in Honduras." *Contraception* 100(2): 137–141.
- Kumar, Rachel, 2001. "Human Rights Dialogue (1994–2005): Series 2, No. 6 (Spring/Summer 2001): Rights and the Struggle for Health: Online Exclusive: Balancing Population Concerns with Women's Rights." *Carnegie Council for Ethics in International Affairs*, 6 May 2001.
- IPU Parline, n.d. "Monthly Ranking of Women in National Parliaments." Website: data.ipu.org/women-ranking/, accessed 18 March 2025.
- Jacobi, Aljoscha and others, 2025. "Tailored to Women, Provided to Men? Gendered Occupational Inequality in Access to Flexible Working-Time Arrangements." *Social Indicators Research* 176: 1179–1205.
- Jalovaara, Marika and others, 2018. "Education, Gender, and Cohort Fertility in the Nordic Countries." *European Journal of Population* 35(3): 563–586.
- Jeffries, Sherryl and Candace Konner, 2002. "Regret and Psychological Well-Being Among Voluntarily and Involuntarily Childless Women and Mothers." *International Journal of Aging and Human Development* 54(2): 89–106.
- Jiang, Joyce, 2024. "China's One-Child Policy Hangover: Scarred Women Dismiss Beijing's Pro-Birth Agenda." *CNN*, 18 August 2024.
- Jing, Zhengyue and others, 2023. "Prevalence and Trends of Sexual Behaviors Among Young Adolescents Aged 12 Years to 15 Years in Low and Middle-Income Countries: Population-Based Study." *JMIR Public Health and Surveillance* 9: e45236.
- Johnson, Margaret A. and Gyða M. Pétursdóttir, 2023. "We All Have Regrets; It Doesn't Mean We are Failures: Rejecting or Regretting Motherhood." *Journal of Family Issues* 45(7): 1660–1682.
- Johnson, Skyler B. and others, 2021. "Cancer Misinformation and Harmful Information on Facebook and Other Social Media: A Brief Report." *Journal of the National Cancer Institute* 114(7): 1036–1039.
- Kabat, Marina, 2025. "International Teleworking in Latin America." *Latin American Perspectives* 52(10): 126–146.
- Kachi, Yuko and others, 2022. "The Effects of Pregnancy Discrimination on Postpartum Depressive Symptoms: A Follow-Up Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 22: 825.
- Karsit, Idil, 2023. "Why are People not Getting Married Anymore?" *CNBC*, 19 July 2023.
- Kaufman, Gayle, 2018. "Barriers to Equality: Why British Fathers do not use Parental Leave." *Community, Work & Family* 21(3): 310–325.
- Kearl, Holly, 2010. *Stop Street Harassment: Making Public Places Safe and Welcoming for Women*. New York: Bloomsbury Publishing.
- Keizer, Renske and others, 2008. "Pathways into Childlessness: Evidence of Gendered Life Course Dynamics." *Journal of Biosocial Science* 40(6): 863–878.

- McDonald, Peter, 2013. "Societal Foundations For Explaining Low Fertility: Gender Equity." *Demographic Research* 28: 981–994.
- McEvinney, Katie, 2023. "Doctors Warn about the Social Media Link to Abortion Rise." *BBC News*, 6 September 2023.
- McNee, Rosie and others, 2025. "Self-Reported Contraceptive Method Use at Conception Among Patients Presenting for Abortion in England: A Cross-Sectional Analysis Comparing 2018 and 2023." *BMJ Sexual & Reproductive Health*. Epub ahead of print. doi: 10.1136/bmjshr-2024-202573.
- McQuillan, Julia and others, 2022. "Is Perceived Inability to Procreate Associated with Life Satisfaction? Evidence from a German Panel Study." *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14: 87–100.
- McQuillan, Julia and others, 2003. "Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women." *Journal of Marriage and Family* 65(4): 1007–1018.
- Medical Korea, n.d. "Infertility–ART" Website: www.medicalkorea.or.kr/en/infertilityart, accessed 15 March 2025.
- Melhuish, Edward, 2016. Provision of Quality Early Childcare Services: Synthesis Report. European Commission.
- Mena, Gabriela P. and Lucas A. McLindon, 2023. "Fertility Awareness Education Improves Fertility Cycle Knowledge and May Reduce Time-to-Pregnancy in Subfertile Women." *Human Fertility* 26(2): 405–412.
- Mencarini, Letizia and Maria Letizia Tanturri, 2004. "Time Use, Family Role-Set and Childbearing Among Italian Working Women." *Genus* 60(1): 111–137.
- Mesquita de Castro, Michelle H. and others, 2021. "Psychosocial Aspects of Gestational Grief in Women Undergoing Infertility Treatment: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Evidence." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(24): 13143.
- Miettinen, Anneli and others, 2015. "Increasing Childlessness in Europe: Time Trends and Country Differences." FamiliesAndSocieties Working Paper Series 33.
- Migliaccio, Alessandra and Bloomberg, 2024. "Italian Women are Eschewing Motherhood as Italy's Birth Rate Plunges to One of Europe's Lowest." *Fortune*, 11 March, 2024.
- Millogo, Roch and others, 2022. "Polygamy in West Africa: Impacts on Fertility, Fertility Intentions, and Family Planning." PRB, 19 April 2022.
- Lutz, Wolfgang and others, 2006. "The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe." *Vienna Yearbook of Population Research* 4: 167–192.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Age Shock: Misperceptions of the Impact of Age on Fertility Before and After IVF in Women Who Conceived After Age 40." *Human Reproduction* 28(2): 350–356.
- Mackenzie, Jean, 2024. "Why South Korean Women Aren't Having Babies." *BBC News*, 28 February 2024.
- Made for Families, n.d. "Co-funding for Assisted Conception Procedures."
- Madsen, Elizabeth L. and Jocelyn E. Finlay, n.d. "The Long-Lasting Toll of Conflict on Fertility and Early Childbearing." Population Reference Bureau.
- Mandavilli, Apoorva, 2025. "Trump Administration Ends Global Health Research Program." *New York Times*, 26 February 2025.
- Mandujano-Salazar, Yunuen Y., 2019. "Exploring the Construction of Adulthood and Gender Identity Among Single Childfree People in Mexico and Japan." *SAGE Open* 9(2). doi: 10.1177/2158244019855844.
- Marteletto, Leticia J. and others, 2023. "Measuring Fertility Intentions During Times of Crisis: An Example Using Survey Data Amid the Covid-19 Pandemic." *Studies in Family Planning* 54(1): 161–180.
- Massey, Philip M. and others, 2020. "Dimensions of Misinformation about the HPV vaccine on Instagram: Content and Network Analysis of Social Media Characteristics." *Journal of Medical Internet Research* 22(12): e21451.
- Matysiak, Anna and Daniele Vignoli, 2024. "Family Life Courses, Uncertain Futures, and the Changing World of Work: State-of-the-Art and Prospects." *European Journal of Population* 40(1): 19.
- Maynard, Robin and John Seager, 2022. "The Future of Life on Earth Depends on Curbing Overpopulation." *The Guardian*, 19 October 2022.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23(1): 348.
- Mburu, Gitau and others, 2023. "Fulfilment of Fertility Desires for the Attainment of Global Sustainable Development Goals." *BMJ Global Health* 8(4): e012322.
- Leichliter, Jami S. and others, 2011. "Clinics Aren't Meant for Men: Sexual Health Care Access and Seeking Behaviours Among Men in Gauteng Province, South Africa." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 8(2): 82–88.
- Leocádio, Victor and others, 2024. "Exploring the Association Between Gender Equality in the Family and Fertility Intentions: An Explanation of the Findings in Low-Fertility Countries." *Genus* 80: 26.
- León-Pérez, Jose M. and others, 2021. "The Presence of Workplace Bullying and Harassment Worldwide." In: *Concepts, Approaches and Methods. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*, vol 1, D'Cruz, P. and others (eds). Singapore: Springer.
- Leridon, Henri, 2008. "A New Estimate of Permanent Sterility by Age: Sterility Defined as the Inability to Conceive." *Population Studies* 62(1): 15–24.
- Levine, Lieban Simone and Kelsey J. Peden, 2021. "The Hidden Child: Analyzing the Cyclical Nature of Statelessness and Violations of Reproductive Autonomy." *The Journal of International Relations, Peace Studies, and Development* 6(2): 3.
- Li, Hongbin and Grant Miller, 2000. "The Conflicted Legacy of China's Population Policies." Stanford King Center on Global Development, Issue Brief.
- Lin, Yingyi and others, 2024. "Program Implications of Intent to Use: An Analysis of Women's Contraceptive Intentions in Ten Low- and Middle-Income Geographies" [version 1]. VeriXiv 1: 24.
- Littleton, Fiona K., 2012. "Fertility, the Reproduction Lifespan and the Formal Curriculum in England: A Case for Reassessment." *Sex Education* 12(5): 483–497.
- Livi-Bacci, Massimo, 2017. *A Concise History Of World Population*, 6th edn. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Long, Clarence D., 1958. "Females in the Labor Force Over Time." In: *The Labor Force Under Changing Income and Employment*, Long, C. D., ed. Princeton: Princeton University Press.
- Looker, Rachel, 2024. "JD Vance Defends 'Childless Cat Ladies' Comment After Backlash." *BBC News*, 26 July 2024.
- Lundberg, Shelly and Robert A. Pollack, 1996. "Bargaining and Distribution in Marriage." *Journal of Economic Perspectives* 10(4): 139–158.
- Lutz, Wolfgang and others, 2024. "Evaluating Pronatalist Policies with TFR Brings Misleading Conclusions: Examples from Hungary." *nIUSSP*, 4 March 2024.

- Ogawa, Naohiro and others, 2009. "Declining Fertility and the Rising Cost of Children. What can NTA Say About Low Fertility in Japan And Other Asian Countries?" *Asian Population Studies* 5(3): 289–307.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2025. "Ecuador and Nicaragua: Forced Pregnancy and Motherhood Violated Rights of Girl Victims of Rape, UN Human Rights Committee Finds." United Nations Human Rights, 20 January 2025.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2024. "A/HRC/WG.11/41/2: Gender Equality and Gender Backlash - - Guidance Document of the Working Group on Discrimination Against Women and Girls." United Nations Human Rights, 31 October 2024.
- Okonofua Friday, 2003. "New Reproductive Technologies and Infertility Treatment in Africa/ Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Stérilité en Afrique." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive* 7(1): 7–11.
- Okonofua, Friday E., 1996. "The Case Against the Development of Reproductive Technology in Developing Countries." *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 103: 957–962.
- Okonofua, Friday E. and others, 1997. "The Social Meaning of Infertility in Southwest Nigeria." *Health Transition Review* 7(2): 205–220.
- Olsen, Jan M., 2024. "Swedes Take a New Step in Parental Leave. Grandparents Can Now Get Paid to Take Care of Grandkids." *AP*, 1 July 2024.
- Oni, Tosin O. and others, 2021. "Examining the Influence of Intimate Partner Violence on Fertility Planning Status of Couples: Evidence from the 2018 Nigeria Demographic and Health Survey." *Journal of Population and Social Studies* 29: 644–659.
- Osei Boakye, Augustine and others, 2021. "Juggling Between Work, Studies and Motherhood: The Role of Social Support Systems for the Attainment of Work-Life Balance." *SA Journal of Human Resource Management* 19: a1546.
- Osiewalska, Beata and others, 2024. "Home-Based Work and Childbearing." *Population Studies* (Cambridge) 78(3): 525–545.
- Otu, Akaninyene and others, 2021. "Refocusing on Sexually Transmitted Infections (STIs) to Improve Reproductive Health: A Call to Further Action." *Reproductive Health* 18: 242.
- Page, Abigail E. and others, 2016. "Reproductive Trade-offs in Extant Hunter-Gatherers Suggest Adaptive Mechanism for the Neolithic Expansion." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(17): 4694–4699.
- Narasimhan, Manjulaa and others, 2021. "The Role of Self-Care Interventions on Men's Health-Seeking Behaviours to Advance Their Sexual and Reproductive Health and Rights." *Health Research and Policy Systems* 19: 23.
- Navarro-Cruz, Giselle E. and others, 2023. "Accommodating Life's Demands: Childcare Choices for Student Parents in Higher Education." *Early Childhood Research Quarterly* 62: 217–228.
- Neal, Zachary P. and Jennifer Watling Neal, 2022. "Prevalence, Age of Decision, and Interpersonal Warmth Judgements of Childfree Adults." *Scientific Reports* 12: 11907.
- Nelson, Heidi D. and others, 2020. "Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes. A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Medical Association* 328(17): 1714–1729.
- Nguyen, Cuong V., 2018. "The Long-Term Effects of Mistimed Pregnancy on Children's Education and Employment." *Journal of Population Economics* 31: 937–968.
- Noordhuizen, Suzanne and others, 2010. "The Public Acceptance of Voluntary Childlessness in the Netherlands: From 20 to 90 per cent in 30 years." *Social Indicators Research* 99: 163–181.
- Norden, n.d. "Parental Benefit and Parental Leave in Norway." Website: www.norden.org/en/info-norden/parental-benefit-and-parental-leave-norway, accessed 31 March 2025.
- Norman, Robert J. and Bart C. Fauser, 2024. "Seeds of Hope: Fertility Support in Resource-Limited Settings." *Fertility and Sterility* 122(4): 595–597.
- Nuevo-Chiquero, Anna, 2010. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2025. *Korea's Unborn Future: Understanding Low-Fertility Trends*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2022. "Share of Births Outside of Marriage." OECD Family Database.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2016. "Ideal and Actual Number of Children." OECD Family Database.
- Office of the U.S. Surgeon General, 2024. *Parents Under Pressure. The U.S. Surgeon General's Advisory on the Mental Health & Well-Being of Parents*. US Department of Health and Human Services.
- Minello, Alessandra and others, 2024. "The Body Well-Being and Fertility Trade-Off. How Childbirth Experience Affects Fertility Trajectories." Presented at the Delayed Reproduction: Challenges and Prospects Conference, 21–22 November 2024, Vienna, Austria.
- Minhas, Fatima, 2024. "Remote Work is a Win for Mothers – and Society at Large." *Analyst News*, 14 March 2024.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross, 2002. "Depression, Parenthood, and Age at First Birth." *Social Science & Medicine* 54(8): 1281–1298.
- Modebadze, Valery, 2021. "The Issue of Unchecked Population Growth and its Effect on Environmental Degradation." *KutBilim* 1(1): 36–44.
- Moghadam, Zahra B. and others, 2017. "Motherhood Challenges and Well-Being along with the Studentship Role Among Iranian Women: A Qualitative Study." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 12(1): 1335168.
- Mohammadi, Hossein and others, 2023. "Fertility Knowledge and its Related Factors Among Married Men and Women in Zanjan, Iran." *Human Fertility* 26(2): 249–256.
- Morioka, Masahiro, 2021. "What Is Antinatalism?: Definition, History, and Categories: The Review of Life Studies 12:1-39 (2021).
- Morrissey, Taryn W., 2017. "Child Care and Parent Labor Force Participation: A Review of the Research Literature." *Review of Economics of the Household* 15(1): 1–24.
- MPIDR (Max Planck Institute of Demographic Research), 2025. Glossary of Demographic Terms. www.demogr.mpg.de/en/about_us_6113/what_is_demography_6674/glossary_of_demographic_terms_6982/, accessed 15 April 2025.
- MPIDR (Max Planck Institute for Demographic Research), 2024. "Women's Education Influences Fertility Rates in Sub-Saharan Africa." MPIDR, 5 November 2024.
- Murugesu, Sughashini and others, 2022. "Does Advanced Paternal Age Affect Outcomes Following Assisted Reproductive Technology? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Reproductive BioMedicine Online* 45(2): 283–331.
- Musk, Elon, 2024. Website: x.com/elonmusk/status/1841635259382710619, accessed 20 March 2025.
- Myong, Sunha and others, 2021. "Social Norms and Fertility." *Journal of the European Economic Association* 19(5): 2429–2466.

- Rich, Motoko, 2019. "Craving Freedom, Japan's Women Opt Out of Marriage." *New York Times*, 3 August 2019.
- Rich, Motoko and Kiuko Notoya, 2024. "In Japan, These Women Want to Opt Out of Motherhood More Easily." *New York Times*, 21 June 2024.
- Richardson, Linda, 2012. "Costs of Childcare Across OECD Countries." OECD, 8 May 2012.
- Riederer, Bernhard and others, 2019. "Fertility Intentions and Their Realization in Couples: How the Division of Household Chores Matters." *Journal of Family Issues* 40(13): 1860–1882.
- Riese, Sara and others, 2023. "Collective Norms and Modern Contraceptive Use in Men and Women: A Multilevel Analysis of DHS Program Data in Nigeria and Zambia" [version 1]. *Gates Open Research* 7: 52.
- Rindfuss, Ronald R. and others, 2010. "Child-Care Availability and Fertility in Norway." *Population and Development Review* 36(4): 725–748.
- Riskind, Rachel G. and Samantha L. Tornello, 2017. "Sexual Orientation and Future Parenthood in a 2011–2013 Nationally Representative United States Sample." *Journal of Family Psychology* 31(6): 792.
- Roberts, Louisa L., 2019. "Changing Worldwide Attitudes Toward Homosexuality: The Influence of Global And Region-Specific Cultures, 1981–2012." *Social Science Research* 80: 114–131.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes from a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rostgaard, Tine, 2014. "Family Policies in Scandinavia." Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Rothschild, Claire W. and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management: Assessing the Feasibility of a New Measure of Contraceptive Autonomy Among Married Adolescent Girls in Kaduna and Nasarawa, Nigeria." *Contraception* 2023; 127: 110253.
- Rubenstein, Edwin S., 2019. "Controlling Population in a Strong Economy: Is Feminism the Answer?" NPG Forum Paper. Alexandria, VA, USA: NPG (Negative Population Growth, Inc).
- Rutigliano, Roberta and Mariona Lozano, 2022. "Do I want more if you help me? The impact of grandparental involvement on men's and women's fertility intentions." *Genus* 78, 13 (2022).
- SAFLII (Southern Africa Legal Information Institute), 2012. Case no: I 1603/2008, Case no: I 3518/2008, Case no: I 3007/2008, High Court of Namibia. Southern Africa Legal Information Institute.
- Presser, Lizzie and others, 2025. "Texas Banned Abortion. Then Sepsis Rates Soared." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Pritchett, Lant H. and Martina Viarengo, 2013. "Why Demographic Suicide? The Puzzles of European Fertility." *Population and Development Review* 38: 55–71.
- Pulley, LeaVonne and others, 2002. "The Extent of Pregnancy Mistiming and its Association with Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(4): 206–211.
- Rajesh, S., 2024. "Declining Hindu Population in Buddhist Majority Sri Lanka Should be of Concern for India." *Swarajya*, 15 May 2024.
- Ranganathan, Meghna and others, 2021. "Measurement and Prevalence of Sexual Harassment in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 11(6): e047473.
- Raybould, Alyce and Rebecca Sear, 2020. "Children of the (Gender) Revolution: A Theoretical and Empirical Synthesis of how Gendered Division of Labour Influences Fertility." *Population Studies* 75(2): 169–190.
- Raymo, James M. and Miho Iwasawa, 2005. "Marriage Market Mismatches in Japan: An Alternative View of the Relationship between Women's Education and Marriage." *American Sociological Review* 70(5): 801–822.
- Raymo, James M. and Hyunjoon Park, 2020. "Marriage Decline in Korea: Changing Composition of the Domestic Marriage Market and Growth in International Marriage." *Demography* 2020 57(1): 171–194.
- Raymo, James M. and others, 2021. "Marriage Intentions, Desires, and Pathways to Later and Less Marriage in Japan." *Demographic Research* 44: 67–98.
- Raymo, James M. and others, 2015. "Marriage and Family in East Asia: Continuity and Change." *Annual Review of Sociology* 41: 471–492.
- Reher, David and Miguel Requena, 2015. "The Mid-Twentieth Century Fertility Boom from a Global Perspective." *The History of the Family* 20(3): 420–445.
- Reuters, 2023. "Finland to Allow Gender Reassignment Without Sterilisation." *Reuters*, 3 March 2023.
- Reuters, 2020. "No Sex, No Babies: S. Korea's Emerging Feminists Reject Marriage." *Reuters*, 20 January 2020.
- Reyes, Adriana M., 2018. "The Economic Organization of Extended Family Households by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status." *Journal of Marriage and the Family* 80(1): 119–133.
- Pagoto, Sherry L. and others, 2023. "The Next Infodemic: Abortion Misinformation." *Journal of Medical Internet Research* 25: e42582.
- Pardo, I., Sacco, N., Acosta, E. et al. 2025. "Fertility Decline to Low and Lowest-Low Levels in Latin America." *Popul Res Policy Rev* 44, 9.
- Pařízková, Alena and others, 2023. "Inclusiveness of Access Policies to Maternity Care for Migrant Women Across Europe: A Policy Review." *Maternal and Child Health Journal* 28(3): 470–480.
- Parker, Kim, 2015. "Women More Than Men Adjust Their Careers for Family Life." Pew Research Center, 1 October 2025.
- Parr, Nick, 2020. "A New Measure of Fertility Replacement Level in the Presence of Positive Net Immigration." *European Journal of Population* 37(1): 243–262.
- Passet-Wittig, Jasmin and Martin Bujard, 2021. "Medically Assisted Reproduction in Developed Countries: Overview and Societal Challenges." In: *Research Handbook on the Sociology of the Family*, Schneider, N. F. and Kreyenfel, M. (eds). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. pp 417–438.
- Pavlova, Uliana and Jack Guy, 2022. "Putin Revives Stalin-Era 'Mother Heroine' Award for Women with 10 Children." *CNN*, 18 August 2022.
- Pessin, Léa and others, 2022. "Time, Money, and Entry into Parenthood: The Role of (Grand)parental Support." *Journal of Marriage and Family* 84(1): 101–120.
- Piotrowski, Konrad, 2021. "How Many Parents Regret Having Children and How is it Linked to Their Personality and Health: Two Studies with National Samples in Poland." *PLoS ONE* 16(7): e0254163.
- Pizarro, Jon and Leire Gartzia, 2024. "Paternity Leave: A Systematic Review and Directions for Research." *Human Resource Management Review* 34(1): 101001.
- Pop-Eleches, Cristian, 2006. "The Impact of an Abortion Ban on Socioeconomic Outcomes of Children: Evidence from Romania." *Journal of Political Economy* 114(4): 744–773.
- Population Reference Bureau, 2025. Glossary of Demographic Terms. Website: www.prb.org/resources/glossary, accessed 15 April 2025.
- Powell, Brian and others, 2006. "Advancing Age, Advantaged Youth: Parental Age and the Transmission of Resources to Children." *Social Forces* 84(3): 1359–1390.
- Presser, Harriet, 1994. "Employment Schedules Among Dual-Earner Spouses and the Division of Household Labor by Gender." *American Sociological Review* 59(3): 348–364.

- Suozzo, Andrea and others, 2025. "Texas Won't Study How Its Abortion Ban Impacts Women, So We Did." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Sustainable Development Solutions Network, 2024. Sustainable Development Report 2024. Website: dashboards.sdgindex.org/, accessed 21 March 2025.
- Sutcliffe, Alastair G. and others, 2012. "The Health and Development of Children Born to Older Mothers in the United Kingdom: Observational Study Using Longitudinal Cohort Data." *BMJ* 345: e5116.
- Tan, Josephine, 2024. "Singapore's Parental Leave Policies Foster a Family-Friendly Workforce." *HRM Asia*, 21 August 2024.
- Tanaka, Kimiko and Nan E. Johnson, 2014. "Childlessness and Mental Well-Being in a Global Context." *Journal of Family Issues* 37(8): 1027–1045.
- Tanskanen, Antti and Anna Rotkirch, 2014. "The Impact of Grandparental Investment on Mothers' Fertility Intentions in Four European Countries." *Demographic Research* 31(1): 1–26.
- Tate, Doyle P. and others, 2019. "Predictors of Parenting Intentions Among Childless Lesbian, Gay, and Heterosexual Adults." *Journal of Family Psychology* 33: 194–202.
- Tedros, Adhanom Ghebreyesus and Natalia Kanem, 2018. "Defining Sexual and Reproductive Health and Rights for All." *Lancet* 391(10140): 2583–2585.
- Tenbarge, Kat, 2023. "Conservative Influencers are Pushing an Anti-Birth Control Message." *NBC News*, 1 July 2023.
- Testa, Maria Rita and Fabian Stephany, 2017. "The Education Gradient in Fertility Intentions: A European Perspective." Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 4/2017.
- The Hindu, 2025. "Chandrababu Naidu for Barring Candidates with Fewer than Two Children from Contesting Local Body Polls." *The Hindu*. 17 January 2025.
- Thévenon, Olivier, 2009. "Assessing the Costs of Children: A Challenge for Policy." In: *The Costs of Raising Children and the Effectiveness of Policies to Support Parenthood in European Countries: A Literature Review*, Letablier, M.-T. and others (eds.), 1–20.
- Thoma, Marie and others, 2021. "Biological and Social Aspects of Human Infertility: A Global Perspective." Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
- Thomese, Fleur and Aart Liefbroer, 2013. "Child Care and Child Births: The Role of Grandparents in the Netherlands." *Journal of Marriage and Family* 75(2): 403–421.
- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161–176.
- Shamim, Sarah, 2024. "What is the 4B Feminist Movement from S Korea that's Taking Off in the US?" *Al Jazeera*, 9 November 2024.
- Shand, Tim, 2018. "The Need for Fully Paid, Non-Transferable Parental Leave: Leaving Inequality Behind and Giving our Children the Care They Need." Background paper for the European Parliament. Promundo-US.
- Shankar, Sitaraman, 2024. "Resolving India's Population Woes Requires Political Maturity." *Al Jazeera*, 25 November 2024.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Skalla, Nicole M., 2004. "China's One-Child Policy: Illegal Children and the Family Planning Law." *Brooklyn Journal of International Law* 30(1): 8.
- Sobotka, Tomáš, 2005. "Is Lowest-Low Fertility in Europe Explained by the Postponement of Childbearing?" *Population and Development Review* 30(2): 195–220.
- Sobotka, Tomáš and others, 2019. Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1. UNFPA Technical Division. Working Paper Series. Population & Development Branch.
- Socialist Republic of Romania, 1966. Decree No. 770 of October 1, 1966 for the Regulation of the Interruption of the Course of Pregnancy.
- Spicer, Kate, 2013. "Any Woman Who Says She's Happy to be Childless is a Liar or a Fool: Take it From a Woman Who's Given Up Her Dreams of Motherhood at 44, says Kate Spicer." *Mail Online*, 7 August 2013.
- Stahnke, Brittany and others, 2022. "A Systematic Review of Life Satisfaction Experiences Among Childfree Adults." *The Family Journal* 31(1): 60–68.
- Strasser, Julia and others, 2025. "Tubal Sterilization and Vasectomy Increased Among US Young Adults After the Dobbs Supreme Court Decision in 2022." *Health Affairs (Millwood)* 44(1): 99–107.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health* 2019. New York: Guttmacher Institute.
- Sunder, Kalpana, 2020. "Single by Choice: India's Women Reject Marriage in Their Millions, but Society Hasn't Caught Up." *South China Morning Post*, 14 November 2020.
- Sage, Mathilde, 2025. Children are a Poor Women's Wealth: How Inheritance Rights Affect Fertility. LIDAM Discussion Paper IRES 2025/04.
- Salgado, Filipa and Sara I. Magalhães, 2024. "I Am My Own Future: Representations and Experiences of Childfree Women." *Women's Studies International Forum* 102: 102849.
- Sanders, Rebecca, 2018. "Norm Spoiling: Undermining the International Women's Rights Agenda." *International Affairs* 94: 271–291.
- Sarnak, Dana and others, 2023. "Unmet Need and Intention to Use as Predictors of Adoption of Contraception in 10 Performance Monitoring for Action Geographies." *SSM Population Health* 22: 101365.
- Schmelz, Jerome, 1976. "Rising Aspirations of American Women and the Declining Birth Rate." *International Journal of Sociology of the Family* 6(2): 179–196.
- Schwanitz, Katrin and others, 2024. "Ideations and Intentions in the Transition to Adulthood: A Cross-European Comparison, version 1." INVEST Working Paper 105. SocArXiv Papers.
- Sear, Rebecca, 2021. "The Male Breadwinner Nuclear Family is not the 'Traditional' Human Family, and Promotion of this Myth may have Adverse Health Consequences." *Philosophical Transactions of The Royal Society B* 376(1827): 20200020.
- Sear, Rebecca, 2018. "Family and Fertility: Does Kin Help Influence Women's Fertility, and How Does This Vary Worldwide?" *Population Horizons* 14(1): 18–34.
- Sedlander, Erica and others, 2021. "Does the Belief that Contraceptive Use Causes Infertility Actually Affect Use? Findings from a Social Network Study in Kenya." *Studies in Family Planning* 52(3): 343–359.
- Sedlander, Erica and others, 2018. "They Destroy the Reproductive System: Exploring the Belief that Modern Contraceptive Use Causes Infertility." *Studies in Family Planning* 49(4): 345–365.
- Seidl, C. 1995. "The Desire for a Son is the Father of Many Daughters: A Sex Ratio Paradox." *Journal of Population Economics* 8(2): 185–203.
- Seiz, Marta and others, 2023. "Socioeconomic Differences in Access to and Use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a Context of Increasing Childlessness." Joint Research Centre. Seville: European Commission, March 2023.
- Seleznova, Ekaterina, 2016. "Struggling for New Lives: Family and Fertility Policies in The Soviet Union and Modern Russia." IOS Working Papers No. 255, April 2016. Regensburg: Institute for East and Southeast European Studies.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: The Future of Sexual Health and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. *Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Private Sector*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "8 Billion Lives, Infinite Possibilities." *State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. *Safeguard Young People Programme: Annual Report 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. "Does Menstruation Limit What People Can Do?" In: *Menstruation and Human Rights – Frequently Asked Questions*. Website: www.unfpa.org/menstruationfaq, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. "Seeing the Unseen: The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy." *State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022b. *SDG Indicators Database*. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "First Menstruation is Often Accompanied by Fear, Shame, Lack of Information, Women and Girls in Arab States Reveal." Website: www.unfpa.org/news/first-menstruation-often-accompanied-fear-shame-lack-information-women-and-girls-arab-states, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Regional Programme Evaluation for East and Southern Africa Regional Office (2018–2021)*. www.unfpa.org/unfpa-regional-programme-evaluation-east-and-southern-africa-regional-office-2018%E2%80%932021, accessed 16 April 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education. A Evidence-Informed Approach*. New York: UNFPA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2014. *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes (ST/ESA/SER.A/331)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, n.d. "World Population Policies." Website: www.un.org/development/desa/pd/content/older-revisions, accessed 12 March 2025.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *Breaking Down Gender Biases. Shifting Social Norms Towards Gender Equality. 2023 Gender Social Norms Index*. New York: UNDP.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. *Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All. 2016 Global Education Monitoring Report*. Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025. *SDG Indicators Database*. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025a. "Adolescent Pregnancy Costs Latin America and the Caribbean USD 15.3 Billion a Year and Deepens Inequality, According to New UNFPA Report." Website: lac.unfpa.org/es/news/adolescent-pregnancy-cost-latin-america-caribbean, accessed 19 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025b (forthcoming). "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025c. *An Infographic Guide to Technology-facilitated Gender-Based Violence*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025d. *UNFPA Paper on the Strategy for Intergenerational Fairness of the European Commission*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: Demographic Change and Sustainability*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. "Interwoven Lives, Threads of Hope." *State of World Population 2024*. New York: UNFPA.
- Tierney, Katherine, 2022. "The Future of Assisted Reproductive Technology Live Births in the United States." *Population Research and Policy Review* 41(5): 2289–2309.
- Tocchioni, Valentina and others, 2021. "The Changing Association Between Homeownership and the Transition to Parenthood." *Demography* 58(5): 1843–1865.
- Torres, Ana J. C. and others, 2024. "The Impact of Motherhood on Women's Career Progression: A Scoping Review of Evidence-Based Interventions." *Behavioural Sciences (Basel)* 14(4): 275.
- Townsend, Nicholas, 2002. *The Package Deal: Marriage, Work, and Fatherhood in Men's Lives*. Philadelphia: Temple University Press.
- Trillingsgaard, Tea and Dion Sommer, 2018. "Associations Between Older Maternal Age, Use of Sanctions, and Children's Socio-Emotional Development Through 7, 11, and 15 Years." *European Journal of Developmental Psychology* 15(2): 141–155.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025. *SDG Indicators Database*. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025a. *World Fertility Report 2024 [advance unedited version] (UN DESA/POP/2024/TR/NO.10)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2024. *World Population Prospects 2024: Summary of Results (UN DESA/POP/2024/TR/NO.9)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2023. *Leaving No One Behind in an Ageing World. World Social Report 2023*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. *Global Population Growth and Sustainable Development (UN DESA/POP/2021/TR/NO.2)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2017. *World Fertility Report 2015 - Highlights (ST/ESA/SER.A/415)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2016. *Changing Patterns of Marriage and Unions Across the World*. New York: UN DESA.

- Vitagliano, Amerigo and others, 2023. "Does Maternal Age Affect Assisted Reproduction Technology Success Rates After Euploid Embryo Transfer? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Fertility and Sterility* 120(2): 251–265.
- Vohra, Divya, 2014. *Understanding the Gap Between Fertility Intentions and Outcomes*. PhD dissertation, University of California, Berkeley.
- Volgsten, Helena and Lone Schmidt, 2021. "Motherhood Through Medically Assisted Reproduction – Characteristics and Motivations of Swedish Single Mothers by Choice." *Human Fertility* (Cambridge) 24(3): 219–225.
- Von Hippel, Courtney and others, 2016. "Stereotype Threat and Perceptions of Family-Friendly Policies Among Female Employees." *Frontiers in Psychology* 7:2043.
- Waldbly, Catherine, 2019. "The Business of IVF: How Human Eggs went from Simple Cells to a Valuable Commodity." *The Conversation*, 3 October 2019.
- Wallace, Maeve and others, 2021. "Maternity Care Deserts and Pregnancy-Associated Mortality in Louisiana." *Women's Health Issues* 31(2): 122–129.
- Wang, Iris Y. and Rebecca Y. M. Cheung, 2023. "Parents' Gender Role Attitudes and Child Adjustment: The Mediating Role of Parental Involvement." *Sex Roles* 89: 425–441.
- Wang, Vivian, 2025. "Chinese Company to Single Workers: Get Married or Get Out." *New York Times*, 4 March 2025.
- Wang, Yanwen and Zheng Mu, 2025. "Partnership Trajectories Toward Childlessness in China." *Family Relations* 74(2): 901–915.
- Watts, Susan May, 2024. "Son Preference in India." Ballard Brief, Fall 2024.
- Weinreb, Alexander and others, 2024. "The Complicated ART of Finding Consensus on Family-Building Health Policy: A Comment on the IFFS Consensus Document." *Human Reproduction Update* 30(2): 131–132.
- Welmond, Michel J. and Laura Gregory, 2021. *Educational Underachievement Among Boys and Men*. Washington, DC: World Bank Group.
- Westoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- What Young People Want, n.d. "Results Dashboard." Website: wypw.1point8b.org/en, accessed 13 March 2025.
- United States District Court for the Northern District of Texas, Amarillo Division, 2024. "State of Missouri; State of Kansas; State of Idaho v. U. S. Food and Drug Administration." Case No. 2:22-cv-00223-Z.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), 2019. *Global Study on Homicide*. Vienna: UNODC.
- UN Women, 2025. "Explainer: the Beijing Declaration and Platform for Action at 30, and Why That Matters for Gender Equality." UN Women Australia.
- UN Women, 2025a. *Women's Rights in Review 30 Years After Beijing*. New York: UN Women.
- UN Women, 2024. *Action Coalition on Bodily Autonomy and SRHR Report*. New York: UN Women.
- UN Women, 2014. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Beijing+5 Political Declaration and Outcome. New York: UN Women.
- Vafa, Yasmin and Rebecca Epstein, 2023. *Criminalized Survivors: Today's Abuse to Prison Pipeline for Girls*. Rights4Girls and Center on Gender Justice & Opportunity, Georgetown Law, 2023.
- Valente, Christine and others, 2024. "Are Self-Reported Fertility Preferences Biased? Evidence from Indirect Elicitation Methods." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 121(34): e2407629121.
- Van der Gaag, Nikki and others, 2023. *State of the World's Fathers: Centering Care in a World Crisis*. Washington, DC: Equimundo.
- Van Doornik and others, 2025. "Housing and Fertility." Vox EU, Center for Economic and Policy Research. Website: cepr.org/voxeu/columns/housing-and-fertility, accessed 28 March 2025.
- Van Gerwen, Olivia T. and others, 2022. "Sexually Transmitted Infections and Female Reproductive Health." *Nature Microbiology* 7(8): 1116–1126.
- Vartanova, Irina and others, 2023. "Survey Data Show a Global Decline in Intimate Partner Violence Against Women Associated with Rising Living Standards." 19 December 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square: doi: 10.21203/rs.3.rs-3733106/v1.
- Vélez, María P. and others, 2014. "Universal Coverage of IVF Pays Off." *Human Reproduction* 29(6): 1313–1319.
- Vignoli, Daniele and others, 2020. "A Reflection on Economic Uncertainty and Fertility in Europe: The Narrative Framework." *Genus* 76: 28.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. *Programme of Action of the International Conference on Population Development, 20th Anniversary Edition*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Background Document on the Population Programme of the UN*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. "Child Marriage." Website: www.unfpa.org/child-marriage, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *Demographic Resilience Programme for Europe and Central Asia*. Website: eeca.unfpa.org/en/demographic-resilience-programme, accessed 28 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.b. *National Transfer Accounts*. Website: asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_nta_booklet_quo_february_15.pdf, accessed 21 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.c. *Shrinking Populations in Eastern Europe*. Website: eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Shrinking%20population_low%20fertility%20QA.pdf, accessed 17 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and Equimundo, 2022. *International Men & Gender Equality Survey (IMAGES)*. New York: UNFPA.
- UNHCR (United Nations Refugee Agency), n.d. "Countries with Gender-Discriminatory Nationality Laws Regarding the Conferral of Nationality on Children." Website: www.unhcr.org/ibelong/gender-discrimination-and-stateless-children, accessed 18 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. "Sweden, Norway, Iceland, Estonia and Portugal Rank Highest for Family-Friendly Policies in OECD and EU Countries." Website: www.unicef.org/press-releases/sweden-norway-iceland-and-estonia-rank-highest-family-friendly-policies-oecd-and-eu, accessed 13 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), n.d. "Redesigning the Workplace to be Family-Friendly: What Governments and Businesses Can Do." Website: www.unicef.org/early-childhood-development/family-friendly-policies, accessed 17 March 2025.
- United Nations, 2023. "Disagreeing Over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." 14 April 2023.
- United Nations General Assembly, 2013. *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53.

- Yamaguchi, Mari, 2023. "Japan's Top Court Strikes Down Required Sterilization Surgery to Officially Change Gender." *AP*, 25 October 2023.
- Yeatman, Sara and Christie Sennott, 2024. "Fertility Desires and Contraceptive Transition." *Population and Development Review* 50(S2): 511–538.
- Yeboah, Isaac and others, 2021. "Predictors of Underachieved and Overachieved Fertility Among Women with Completed Fertility in Ghana." *PLoS ONE* 16(6): e0250881.
- Yoon, Min-sik, 2023. "Regional Governments Roll Out Measures to Boost Birth Rate", *Korean Herald*, 24 December 2023.
- Zhang, Lei, 2024. "House Ownership and Fertility Intention in China: An Empirical Study Based on the Perspective of Life Course Theory", 8th KOSTAT-UNFPA Symposium on Low Fertility and Ageing, Seoul, Republic of Korea, 26–27 November 2024.
- Wilkins, Elizabeth, 2019. "Low Fertility: A Review of the Determinants." Working Paper No. 2. New York: UNFPA.
- Wilkinson, Krystal and others, 2023. "Assisted Reproductive Technologies and Work, Employment and Society: Extending the Debate on Organisational Involvement In/Responsibilities Around Fertility and Reproduction." *Work, Employment and Society* 37(5): 1419–1433.
- Willingham, Emily, 2022. "People Have Been Having Less Sex—Whether They're Teenagers or 40-Somethings." *Scientific American*, 3 January 2022.
- Wlodarczak-Semczuk, Anna and Alan Charlish, 2024. "Polish President Halts Law Easing Access to 'Morning After' Pill." *Reuters*, 29 March 2024.
- Wood, Jonas and Karel Neels, 2019. "Local Childcare Availability and Dual-Earner Fertility: Variation in Childcare Coverage and Birth Hazards Over Place And Time." *European Journal of Population* 35(5): 913–937.
- World Bank, 2022. "Female Labor Force Participation." Website: [genderdata.worldbank.org/en/data-stories/flfp-data-story](https://data.worldbank.org/en/data-stories/flfp-data-story), accessed 29 March 2025.
- World Bank, 2020. "Adjusted Net Enrollment Rate, Primary, Female (% of Primary School Age Children) – India."
- Wu, Alex K. and others, 2013. "Time Costs of Fertility Care: The Hidden Hardship of Building a Family." *Fertility and Sterility* 99(7): 2025–2030.
- Xinhua, 2016. "China Grants 746,000 Residence Permits to Unregistered Citizens." *Xinhua News Agency*, 9 June 2016.
- WHO (World Health Organization), 2024. "Violence Against Women." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024a. "Abortion." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024b. "Infertility." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility, accessed 15 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2023. *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2021. "Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates."
- WHO Europe (World Health Organization), 2018. "Men's Health and Well-Being in the WHO European Region." Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (World Health Organization), 2011. Preventing Gender-Biased Sex Selection. An Interagency Statement, OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1987. "Infections, Pregnancies, and Infertility: Perspectives on Prevention." *Fertility and Sterility* 47(6): 964–968.
- WHO (World Health Organization) and others, 2014. Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement. Geneva: WHO.
- Wilkins, Elizabeth and others, 2025. "Future-Proofing the ICPD PoA: Reproductive Rights in a Low Fertility World." *Studies in Family Planning*. doi: 10.1111/sifp.70009.



ضمان تمتع الجميع بالحقوق والخيارات

صندوق الأمم المتحدة للسكان
605 Third Avenue
New York, NY 10158
هاتف: +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA

PDF ISBN: 9789211542868
Online ISSN: 2520-2154

♻️ مطبوع على ورق مُعاد تدويره