

نوفمبر 2024

كسر الحواجز توظيف المرأة في القطاع الصحي بإقليم شرق المتوسط

عبد الله سعيد المهندي
فتحية غولين غديك

ميشيل ماك إسحاق
سناء الحراشة
عروج جلال

المحتويات

الموجز التنفيذي	1
المقدمة	2
القسم الأول: نظرة عامة على مشاركة المرأة وتوظيفها في سوق العمل في قطاع الصحة	4
القسم الثاني: العوامل المؤثرة على مشاركة المرأة في سوق العمل في قطاع الصحة	9
القسم الثالث: الخاتمة والدروس المستفادة والآثار المترتبة على السياسات	14
الشكر والتقدير	16
المختصرات	17
المراجع	18

الموجز التنفيذي

تمثل النساء واجهة القوى العاملة في قطاع الصحة على الصعيد العالمي، حيث يشكلن ما معدله 67% من العاملين في قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية على مستوى العالم.¹ ومع ذلك، غالبًا ما تخفي هذه النسبة العالمية تباينات إقليمية وقُطرية مهمة، وخاصة من حيث المشاركة في القوى العاملة والتوظيف والمساواة بين الجنسين.

يعتبر إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية منطقة يشكل فيها الرجال في المتوسط أغلبية من لهم وظائف مدفوعة الأجر في قطاع الصحة والرعاية.² وتشير هذه الاختلافات الإقليمية والقُطرية في مشاركة المرأة في أسواق العمل، وخاصة في قطاع الصحة، إلى الحاجة إلى سياسات محددة السياق ذات صلة واضحة بتمكين المرأة اقتصاديًا. وتهدف ورقة السياسات هذه إلى دراسة عمل المرأة بالقطاع الصحي في إقليم شرق المتوسط لتوسيع نطاق قاعدة الأدلة وفهم العوامل التي تؤثر على تمثيل المرأة في القوى العاملة في قطاع الصحة. ويقدم القسم الثاني نظرة عامة على مشاركة المرأة في القوى العاملة في قطاع الصحة.

توجد أدلة محدودة حول دوافع عمل المرأة في قطاع الصحة في إقليم شرق المتوسط. ويبحث القسم الثاني في الدوافع والعوامل التي تحرك مشاركة المرأة والعوامل التي تحد منها. ويحلل التقرير البيانات من منظور جنساني قصد استكشاف العلاقة بين المشاركة الإجمالية للقوى العاملة من النسائية والتوظيف في مجال الصحة. كما يبحث في الفوارق في ظروف العمل، مثل أجور النساء والرجال في قطاعي الصحة والرعاية.

وتتناول دراسات مفصلة لثلاث حالات تأثير المعايير السياسية والثقافية والاجتماعية على مشاركة المرأة في سوق العمل في قطاع الصحة. وتحدد الأدلة المجمع ذات الصلة فرص السياسات لتعزيز مشاركة النساء وتمكينهن اقتصاديًا في كافة مناحي القطاع.

كما يسلط التقرير الضوء على التباينات الإقليمية المهمة بشأن مشاركة النساء في القوى العاملة في قطاع الصحة. ويختتم القسم الثالث بالدروس المستخلصة والآثار المترتبة على السياسات. وعلى الرغم من التحديات، يخلص التقرير إلى أن التوظيف في مجال الصحة في إقليم شرق المتوسط لا يزال جاذبًا للنساء، حتى في البلدان ذات المشاركة الإجمالية المتدنية للقوى العاملة من النسائية. ويمكن للإجراءات ذات الأهداف المحددة أن تيسر تمكين المرأة في هذه السياقات.

إجراءات السياسات الرئيسية لإقليم شرق المتوسط

1. جمع البيانات المصنفة حسب نوع الجنس وإجراء تحليلات جنسانية متعددة الجوانب لسوق العمل في قطاع الصحة.
2. تنفيذ السياسات المراعية للاعتبارات الجنسانية والمتعلقة تحديدًا بالسياق الوطني بشأن القوى العاملة في قطاع الصحة.
3. تحسين ظروف العمل لجميع المهن في قطاع الصحة، وخاصة المهن التي تشغلها نسبة كبيرة من النساء.
4. الانخراط في الحلول التعاونية ومتعددة القطاعات لزيادة مشاركة المرأة وتمثيلها في القوى العاملة في قطاع الصحة.

المقدمة

يعتبر قطاع الصحة والرعاية الاجتماعية¹ مجالًا اقتصاديًا واسعًا وسريع النمو. وتمثل فيه النساء حوالي 67% من ذوي الوظائف مدفوعة الأجر.^{2,3} ومع ذلك، ثمة تباينات بين البلدان والمناطق بسبب الأعراف الاجتماعية والثقافية التي تشكل الأدوار المقبولة والفرص المتاحة والخيارات والسلوكيات في نهاية المطاف.

بينما يتضح من البيانات أن القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية تتألف في غالبيتها من النساء على الصعيد العالمي، ثمة مناطق ودول يمثل فيها الرجال حصة أكبر من القوى العاملة. ويشمل ذلك منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط والتي تضم 22 دولة وإقليم، تتنوع من حيث سياقها الديموغرافي والاجتماعي والسياسي ومستوى الدخل ونضج النظام الصحي والأعراف والثقافات. ويشكل الرجال في المتوسط غالبية ذوي الوظائف مدفوعة الأجر في قطاع الصحة والرعاية في إقليم شرق المتوسط. ففي عام 2020، شكل الرجال 57% من جميع العاملين في قطاع الصحة والرعاية في بلدان شرق المتوسط، منهم 55% من ذوي الدخل المنخفض والمتوسط و58% من أصحاب الوظائف ذات الدخل المرتفع في المنطقة.⁵

في عام 2020، كان الرجال يمثلون 57% من جميع العاملين في قطاع الصحة والرعاية في دول شرق المتوسط.



وتبرز مشكلة نقص البيانات الشاملة حول القوى العاملة في قطاع الصحة، وخاصة البيانات المصنفة حسب الجنس، كتحدي كبير تواجهه العديد من البلدان في إقليم شرق المتوسط حيث يستعصي الحصول على فهم دقيق وكامل لمشاركة المرأة في القوى العاملة في قطاع الصحة. ومع ذلك، تقدم بعض الأدبيات المتاحة رؤى قيمة حول الوضع القائم. وقد أظهرت دراسة من المملكة العربية السعودية انخفاض تمثيل المرأة في مختلف المهن الصحية، حيث لا تزيد نسبة النساء عن 37% من الصيادلة، و36% من أطباء الأسنان و36% من أطباء التشخيص و24% من العاملين في المهن الصحية المساندة و62% من طواقم التمريض.⁶ وفي اليمن، تشكل النساء حوالي 22% من القوى العاملة في قطاع الصحة، يعمل معظمهن في مناصب التمريض والقبالة. ومع ذلك، نادرًا ما يتم تمثيلهن في المناصب الطبية والإدارية العليا، حيث تقل نسبة النساء اللاتي يتولين أدوارًا قيادية عن 10%.^{7,8} وفي أفغانستان، تظل مشاركة المرأة في القوى العاملة متدنية للغاية بنحو 5% في عام 2023، حيث شكلت النساء 29% من طواقم التمريض، و48% من العاملين الصحيين المجتمعيين، و24% من الأطباء في ذلك العام.⁹ وبشكل عام، ثمة ندرة في المعلومات المتعلقة بمشاركة المرأة في المناصب الصحية المدفوعة الأجر في المنطقة. ويسلط هذا الوضع الضوء على الحاجة إلى البحث في العوامل التي تؤثر على مشاركتها، وذلك ما يتم استكشافه في هذا التقرير.

إن البلدان التي تتمتع بمشاركة واسعة من الإناث في القوى العاملة عمومًا وفي القوى العاملة في قطاع الصحة تحديدًا تمكّن النساء من الفرص الاقتصادية من خلال السياسات التي تعالج فجوات الأجور وظروف العمل. وفي المقابل، في إقليم شرق المتوسط، حيث تشهد مشاركة المرأة في القوى العاملة انخفاضًا نسبيًا، تضطلع القوى العاملة في قطاع الصحة بدور حيوي في جذب النساء إلى الوظائف المدفوعة الأجر وزيادة معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة. إن إدراك هذا السياق أمر ضروري لتطوير سياسات تراعي الاعتبارات الجنسانية. وتتناول ورقة السياسات هذه تشغيل النساء في القطاع الصحي في إقليم شرق المتوسط وتحدد العوامل التي تؤثر على مشاركتهم في الوظائف مدفوعة الأجر في قطاع الصحة. ويعتمد التقرير على مصادر بيانات

1 في حين يركز التقرير على العمالة في مجال الصحة، فإن البيانات مستمدة من تقارير ومصادر عالمية مختلفة، وكثير منها لا يفرق بين العمالة في قطاع الصحة وقطاع الرعاية الاجتماعية. وبالتالي يشير التقرير إلى «قطاع الصحة والرعاية» إلى جانب «قطاع الصحة». حسب البيانات ذات الصلة.

متعددة، بما في ذلك البيانات الأولية، إلى جانب التقارير الطُرية، وإحصاءات القوى العاملة المصنفة حسب الجنس من قطاع الصحة والرعاية، وحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وتقارير وزارة الصحة، ودراسات حالات من أفغانستان وباكستان وقطر.

القسم الأول: نظرة عامة على مشاركة المرأة وتوظيفها في سوق العمل في قطاع الصحة

تقدم ورقة السياسات هذه البيانات وتحللها اعتمادًا على المنظور الجنساني متعدد الجوانب، مسترشدة بالنهج الذي توصي به منظمة الصحة العالمية للتحليل الجنساني لسوق العمل في قطاع الصحة.¹⁰ ويركز هذا القسم على أسئلة من قبيل «من يملك ماذا؟» (الاستفادة من التعليم والتدريب) وكذلك «من يفعل ماذا؟» (المشاركة في سوق العمل في قطاع الصحة).

الاستفادة من التعليم والتدريب

يختلف تعليم المرأة وتدريبها في قطاع الصحة من بلد إلى آخر في إقليم شرق المتوسط، مما يعكس التقدم المحرز والتحديات القائمة. فقد شهدت العديد من البلدان زيادة في مشاركة المرأة في التعليم للاتحاق بالمهن الصحية، على الرغم من العوائق الاجتماعية والسياسية.

شهدت العديد من البلدان في منطقة أوروبا والشرق الأوسط وأفريقيا زيادة في مشاركة المرأة في التعليم الخاص بالمهن الصحية.

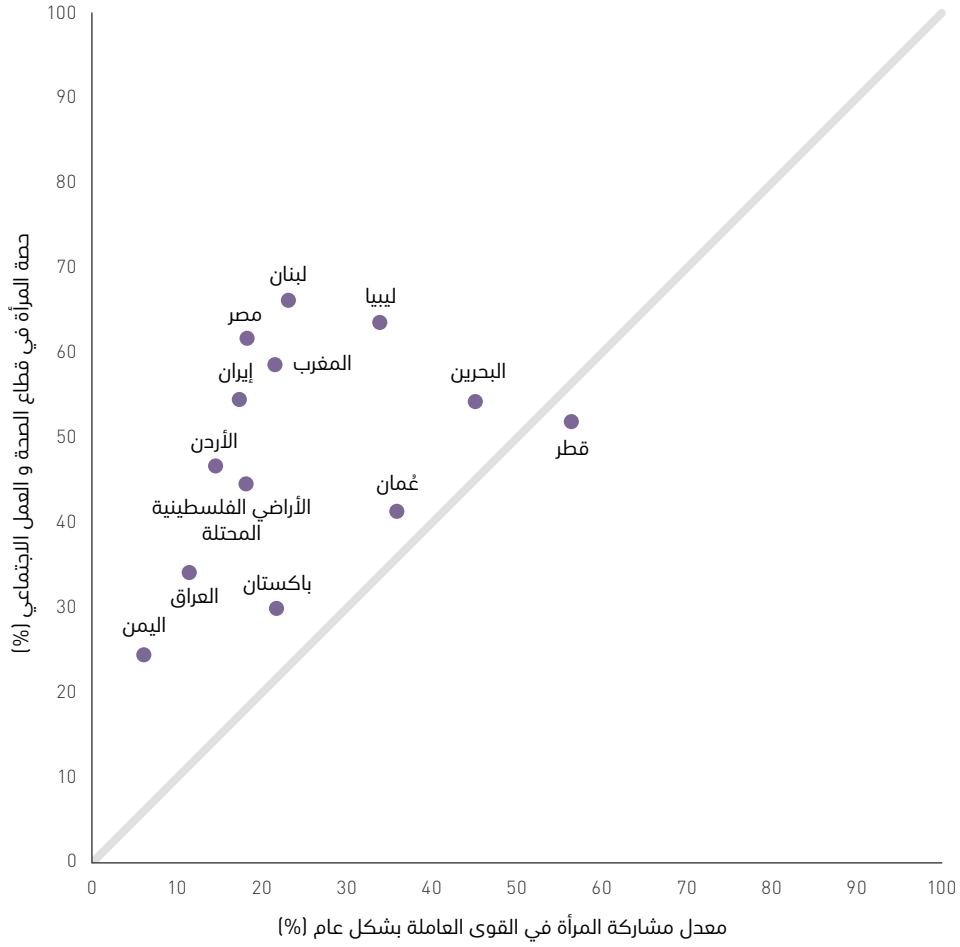


فعلى سبيل المثال، شكلت النساء في الأردن 70% من جميع خريجي الرعاية الصحية في عام 2022، مع حضور قوي في مجال التمريض (71%)¹¹، والقبالة (98%)، والصيدلة (77%). كما شهدت باكستان ارتفاعًا في عدد النساء الملتحقات بكليات الطب بين عامي 2010 و2020، حيث كانت أعدادهن تفوق عدد الطلاب الرجال.¹² بالإضافة إلى ذلك، تحسنت المساواة بين الجنسين بين أعضاء هيئة التدريس في كليات الطب في باكستان على مدى العقد الماضي. وعلى النقيض من ذلك، أثرت القيود الاجتماعية والسياسية بشدة على التحاق النساء بالتعليم والتدريب الخاص بالمهن الصحية في أفغانستان (انظر دراستي الحاليتين 2 و3).

المشاركة في سوق العمل في قطاع الصحة

فيما يتعلق بالحصول على فرص العمل، تعكس النسبة المنخفضة نسبيًا للنساء العاملات في قطاع الصحة والرعاية في إقليم شرق المتوسط انخفاض مشاركة النساء في القوى العاملة بشكل عام. ويوضح الشكل التالي أن مشاركة النساء في قطاع الصحة والرعاية أعلى عمومًا من معدل مشاركتهن الإجمالي في أسواق العمل. ويشير ذلك إلى أن مجال الصحة والرعاية يعد قطاعًا مهمًا لتوظيف النساء في جميع أنحاء المنطقة.

مشاركة المرأة في قطاع الصحة والرعاية في إقليم شرق المتوسط مقارنة بمعدل مشاركتها الإجمالي في سوق العمل، 2020



المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية (2022)¹³

تمثل النساء نسب كبيرة في بعض المهن، مثل القبالة والتمريض، في حين أن تمثيلها في مهن أخرى، مثل الطب والصيدلة، تشهد تفاوتات مهمة بين بلدان إقليم شرق المتوسط.

في عام 2023، بلغت نسبة الطبيبات 27% فقط وسجلت الممرضات 29% في أفغانستان، مما يشير إلى معدلات أقل بكثير من متوسط المعدل المسجل لكل منهن في إقليم شرق المتوسط عند 38% و85% على التوالي.



ففي عام 2023، تكشف البيانات أن أفغانستان لديها أدنى تمثيل للنساء في القوى العاملة في قطاع الصحة بإقليم شرق المتوسط، حيث لا تزيد نسبة الطبيبات عن 27% وسجلت الممرضات 29%، وهذه النسبة أقل بكثير من متوسط إقليم شرق المتوسط البالغة 38% و85% على التوالي.¹⁴ كما أن نسبة النساء في القوى العاملة في قطاع الصحة متدنية في اليمن، حيث تمثل النساء 19% من الصيادلة و30% من طواقم التمريض (انظر الشكل التالي).¹⁵

تمثيل المرأة في القوى العاملة في قطاع الصحة في جميع أنحاء إقليم شرق المتوسط

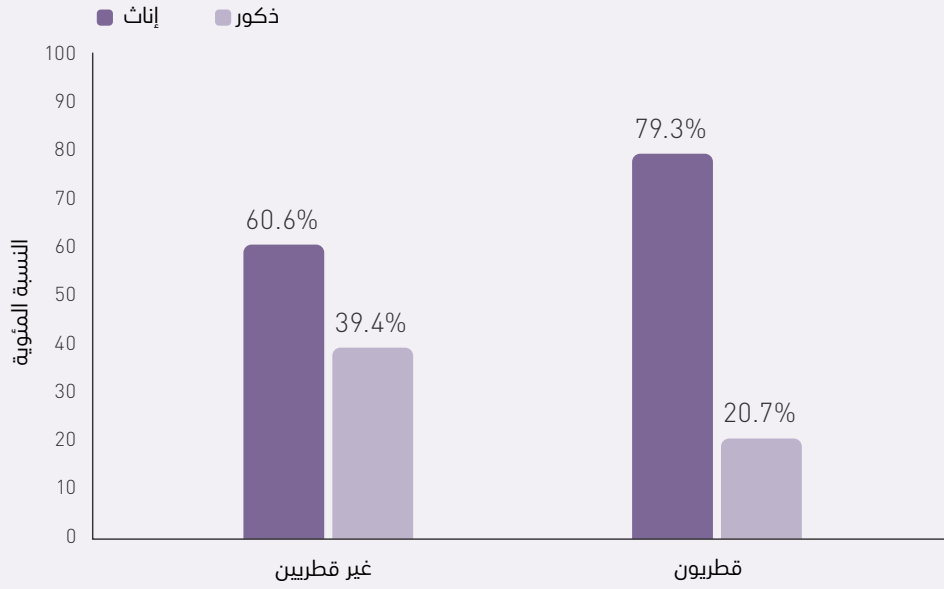


المصادر: منظمة الصحة العالمية (2022)¹⁶؛ ومنظمة الصحة العالمية (2024)¹⁷؛ وزارة الخدمات الصحية الوطنية والتنظيم والتنسيق (2024)¹⁸؛ وزارة الصحة العراقية (2020)¹⁹؛ وزارة الصحة الأردنية (2023)²⁰؛ وزارة الصحة السعودية (2022)²¹؛ وزارة الصحة في سلطنة عمان (2022)²²؛ الإمارات العربية المتحدة (2022)²³؛ وزارة الصحة والسكان اليمنية (2021)²⁴؛ جهاز التخطيط والإحصاء (2022)²⁵.

دراسة الحالة الأولى: مشاركة العمال المهاجرين والنساء في سوق العمل في قطاع الصحة في قطر

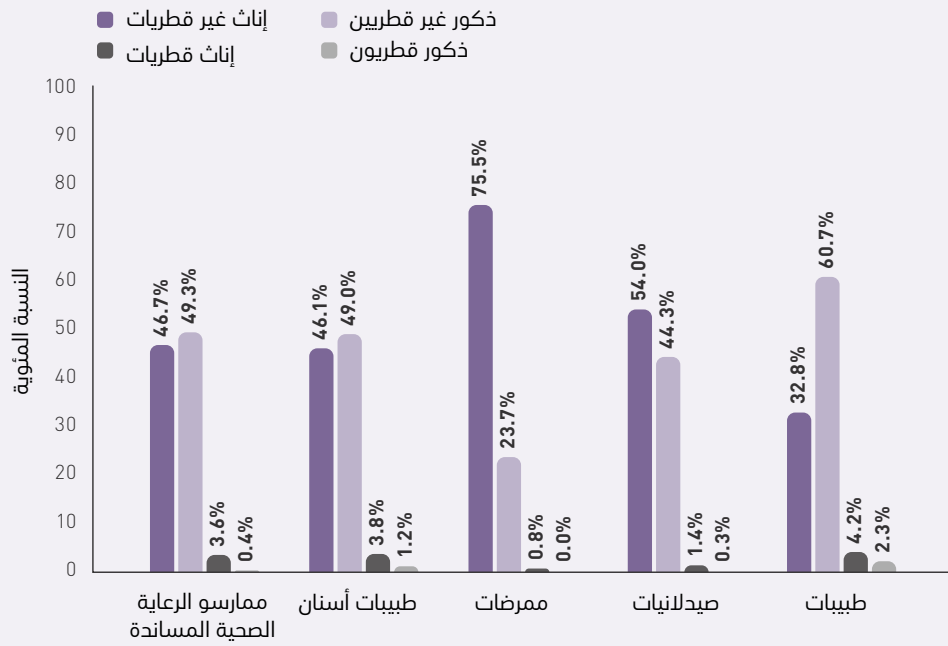
يعد قطاع الصحة والرعاية أكبر جهة توظيف للنساء في قطر.²⁶ وتشير البيانات إلى أن العدد الإجمالي للعاملين في قطاع الصحة المسجلين في قطر يبلغ 52,979 شخصًا، وتشكل نسبة النساء منهم 61%.²⁷ كما تمثل النساء نسبة كبيرة في مناصب التمريض (76%) غير أن نسبة الأطباء منهن أقل (37%). ويعمل عدد أكبر من النساء في مجال الصيدلة ومهن الرعاية الصحية المساندة مقارنة بالرجال. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن العمال المهاجرين يشكلون مصدرًا رئيسيًا للقوى العاملة في قطر، وتشير الدراسات إلى أن العمال المهاجرين يشكلون 95% من إجمالي القوى العاملة في قطر. وتشكل النساء غالبية عمال المنازل البالغ عددهم 300 ألف عامل مهاجر.²⁸ ويشير الشكل 3 إلى أنه في حين تشكل النساء أغلبية القوى العاملة في قطاع الصحة من المواطنين وغير المواطنين، فإنهن يمثلن نسبة أعلى في عدد العاملين في قطاع الصحة من المواطنين القطريين.²⁹

العاملون في قطاع الصحة المسجلون في قطر حسب الجنس والجنسية



يبين الشكل التالي أن معظم طواقم التمريض في قطر من غير القطريين، وأن غالبيتها العظمى تتشكل من النساء غير القطريات. وعلى النقيض من ذلك، يبرز أطباء الأسنان ومهن الرعاية الصحية المساندة توزيعًا أكثر توازنًا بين الجنسين، مع حضور ملحوظ للرجال غير القطريين. وفي جميع المهن المعروضة في الشكل 4، تتمتع النساء القطريات بتمثيل أكبر في القوى العاملة مقارنة بالرجال القطريين. ومع ذلك، لا يزال المواطنون القطريون يمثلون نسبة أقل مقارنة بغير القطريين في القوى العاملة في قطاع الصحة، مما يشير إلى الاعتماد الكبير على العاملين الوافدين في قطاع الصحة والرعاية. ويتأثر هذا التمييز على أساس الجنس والجنسية بعوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية أوسع نطاقًا، حيث من المرجح أن تعمل النساء القطريات في مناصب إدارية أو إشرافية بسبب مؤهلاتهن (التعليم العالي) ووضعهن الاجتماعي والاقتصادي.³⁰

العاملون في قطاع الصحة المسجلون في قطر حسب الجنس والجنسية والمهنة



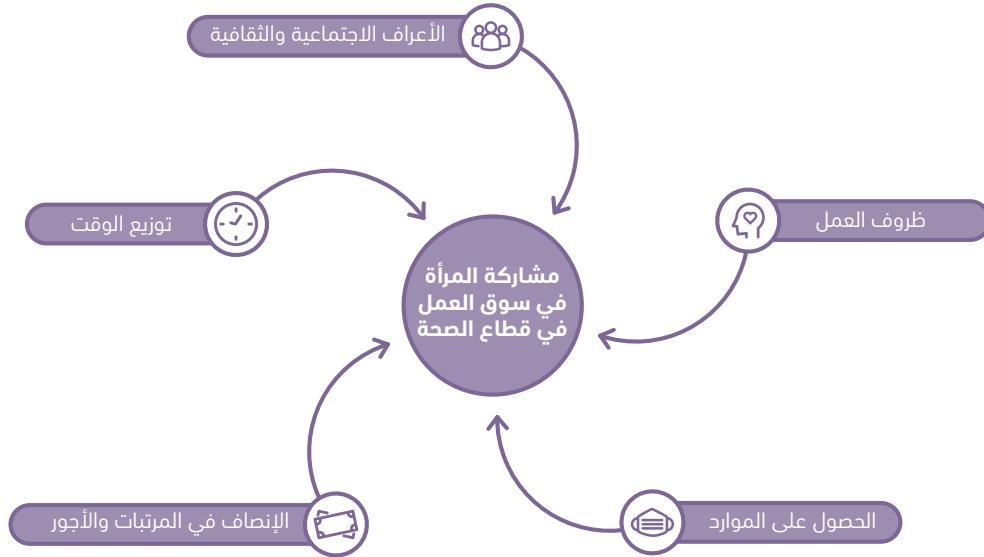
تسلط دراسة الحالة هذه الضوء على أهمية النهج متعدد الجوانب، وتوضح كيف تتقاطع عوامل الجنس والجنسية والمهنة لتشكيل تجارب مميزة للعاملين في قطاع الصحة في قطر.

قد تشكل ترتيبات العمل المرنة عاملاً مهماً في تعزيز توظيف النساء. فعلى عكس العديد من البلدان التي تعتمد العمل بدوام جزئي بقدر أكبر، وخاصة بالنسبة للنساء، تُظهر البيانات أنه لا يوجد تقريباً أي عمال بدوام جزئي في مصر والأردن في قطاع الصحة والرعاية. وقد يحول غياب العمل بدوام جزئي دون قدرة النساء على المشاركة في القوى العاملة، حيث غالباً ما يتحملن مسؤوليات الرعاية غير مدفوعة الأجر أكثر من الرجال على الصعيد العالمي.^{34,33,32} كما أن هناك تباين ملحوظ في توزيع العمالة في القطاعين العام والخاص بين النساء والرجال في مصر والأردن، حيث تميل النساء للعمل في القطاع الخاص.³⁵ وغالباً ما تختلف ظروف العمل بين القطاعين العام والخاص، وبالتالي فإن الرجال والنساء العاملين بمعدلات مختلفة في القطاعين العام والخاص قد يواجهون ظروف عمل متباينة.

القسم الثاني: العوامل المؤثرة على مشاركة المرأة في سوق العمل في قطاع الصحة

ثمة أدلة محدودة حول العوامل التي تحرك مشاركة المرأة في القوى العاملة في قطاع الصحة بإقليم شرق المتوسط أو تحد منها. ويسترشد هذا القسم «بنهج التحليل الجنساني الذي يوصي به دليل منظمة الصحة العالمية لتحليل سوق العمل في قطاع الصحة»³⁶ ويتبنى هذا القسم النهج ذاته لتحليل علاقات القوة بين الجنسين ضمن فئات «من يملك ماذا؟» (الاستفادة من التعليم والتدريب؛ والرواتب والمساواة في الأجر؛ و«من يفعل ماذا؟» (توزيع المهام والأدوار وظروف العمل؛ والوقت (المخصص لمختلف الأنشطة، مثل مهام الرعاية غير مدفوعة الأجر، وإيجاد التوازن بين المسؤوليات المهنية والمسؤوليات الأسرية)؛ وكيفية تعريف القيم (الأعراف الاجتماعية والثقافية) (انظر الشكل التالي) من أجل دراسة العوامل التي تؤثر في مشاركة المرأة في سوق العمل في قطاع الصحة. كما يتم تقديم دراستين لحالتين من أفغانستان وباكستان لاستكشاف هذه الديناميات على نحو أوسع.

مشاركة المرأة في سوق العمل في قطاع الصحة



الاستفادة من التعليم والتدريب

تواجه النساء في بعض بلدان إقليم شرق المتوسط، مثل أفغانستان واليمن، عوائق تحول دون استفادتهن من التعليم والتدريب في المهن الصحية.³⁷ كما أن الزواج المبكر، والتوقعات المجتمعية، والقيود الاقتصادية قد تحد من فرص النساء في التعليم، مما يقلل من مؤهلاتهن للعمل في مجال الصحة.

قد يُمكن التعليم والتدريب المرتبط بالمهن الصحية النساء من الناحية الاقتصادية. وتعتبر المبادرات مثل المنح الدراسية، وبرامج الإرشاد، والتدريب المهني ضرورية للرفع من مستوى مشاركة النساء في القوى العاملة مدفوعة الأجر في قطاع الصحة.³⁸ وتُظهر الدراسات في لبنان أن الترتيبي الوظيفي للنساء يتأثر بمزيج معقد من العوامل المجتمعية والتنظيمية. وعلى الرغم من أن المرأة تواجه عدة عقبات، تشير الدراسات إلى أنها استفادت من المثابرة والتعليم والصفات الشخصية لإحراز التقدم في المناصب الإدارية.³⁹

وقد يشجع التوجيه والإرشاد من النماذج البارزة للنساء ويحفزهن في مجال الصحة.⁴⁰ ويعكس التفاوت بين الجنسين، وخاصة في المناصب القيادية، التحديات في الترقى الوظيفي وانعدام فرص القيادة للنساء، كما أشارت إحدى الدراسات من باكستان.⁴¹ كما أن تهيئة بيئات عمل أكثر شمولاً للجميع، جنباً إلى جنب مع تنفيذ برامج تنمية القدرات القيادية المصممة خصيصاً للنساء، وتسهيل فرص التواصل مع المرشدين والأقران، كل ذلك يمكن أن يكون له دور بارز في الرضا على العمل والتحفيز عليه. وفي المملكة العربية السعودية، سلطت دراسة حول الرضا على العمل في أوساط العاملات في مجال الصحة الضوء على العمل الجماعي والحماس في العمل وتكافؤ الفرص في التنمية المهنية باعتبارها عوامل رئيسية في الرضا الوظيفي. وكان العمل الجماعي التعاوني، حيث تعمل النساء على قدم المساواة مع الرجال، حافزاً رئيسياً لتمكين المرأة.⁴²

ظروف العمل

تؤثر الممارسات التمييزية، مثل التحيز الجنسي في التوظيف والترقيات وقرارات الرواتب،⁴³ تأثيراً كبيراً على تدرج المرأة الوظيفي ورضاها الوظيفي. وتظهر الدراسات أن محدودية إمكانية تولي المناصب القيادية وفرص التطوير المهني والتفاوت في الأجور، تساهم في التمييز في العمل.^{44,45,46} في المملكة العربية السعودية، تعرضت 52% من الطبيبات المتدربات للتمييز على أساس نوع الجنس، مما أدى إلى نتائج وخيمة مثل الاكتئاب والتفكير في الانتحار.⁴⁷ حوالي 16% فقط من الطبيبات السعوديات راضيات عن التوازن بين العمل والحياة الخاصة.⁴⁸ وغالباً ما تتعرض النساء في مجال الرعاية الصحية للتحرش والمخاوف المتعلقة بالسلامة. وتمثل الإساءة اللفظية والأخلاقية النوع الأكثر انتشاراً من التحرش المبلغ عنه في الدراسات التي أجريت في المغرب وباكستان وإيران والمملكة العربية السعودية،^{49,50,51,52,53} إلى جانب التحرش الجنسي، وخاصة تجاه العاملات في قطاع الصحة من الشابات غير المتزوجات، مما تسبب لهن في مستويات عالية من الاكتئاب والقلق والتوتر.^{54,55}

وتشكل محدودية إجازة الأمومة والدعم المقدم في مجال رعاية الأطفال، جنباً إلى جنب مع ظروف العمل الصعبة، عقبات كبيرة في قطاع الصحة. ويعد تحقيق التوازن بين مسؤوليات العمل والمسؤوليات الأسرية أمراً صعباً، مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات التناقص.⁵⁶ كما يعني غياب السياسات المراعية للحياة الأسرية أن النساء غالباً ما يجترن على الاختيار بين حياتهن المهنية وأسرهن. وفي مصر، سلطت الدراسات الضوء على الصعوبات في تحقيق التوازن بين المسؤوليات المهنية والمسؤوليات الأسرية مثل تربية الأطفال وتدبير المنزل.⁵⁷

وتُعد السياسات الداعمة والتدابير المراعية للاعتبارات الجنسانية، مثل المساواة في الأجر، وقوانين مكافحة التمييز، وإجازة الأمومة، ضرورة مُلحة لتهيئة بيئة عمل أكثر شمولاً للجميع.⁵⁸ وقد تشجع المبادرات الحكومية التي تعزز المساواة بين الجنسين المزيد من النساء على الالتحاق بالقوى العاملة في قطاع الصحة والبقاء فيها. كما أن توفر ترتيبات العمل المرنة مثل العمل بدوام جزئي، والعمل عن بعد، وتقاسم الوظائف، قد يساعد النساء على تحقيق التوازن بين العمل والمسؤوليات الأسرية، والحد من معدلات التناقص، واستبقاء المزيد من النساء ضمن القوى العاملة في قطاع الصحة.⁵⁹ وعلاوةً على ذلك، فإن السماح للأمهات العاملات ومقدمات الرعاية بالعمل وفق جداول زمنية مرنة قد يعزز الاحتفاظ بالموظفات ورضاهن عن العمل. ومن المهم ضمان مكان عمل آمن للنساء العاملات في قطاع الصحة من أجل الاحتفاظ بالموظفات. ومن الممكن أن تعالج سياسات مكافحة التحرش، ونظم الدعم، وتدابير السلامة، التحديات التي تواجهها النساء في مكان العمل.⁶⁰ ويتعين على منظمات الصحة أن تضع آليات للإبلاغ عن التحرش ومعالجته، فضلاً عن الموارد ذات الصلة مثل الاستشارة والدعم القانوني.

الرواتب والمساواة في الأجر

هناك عامل مهم آخر لزيادة مشاركة المرأة في القوى العاملة يتمثل في المكاسب المحتملة. قد تعيق فجوات الأجر بين الجنسين التحاق النساء بالقوى العاملة وتؤثر على قوتهن التفاوضية داخل الأسرة. وقد تكون فجوات الأجر أيضًا بمثابة مؤشر رئيسي للمساواة بين الجنسين على نطاق أوسع في مكان العمل. وقد تناول تقرير صادر عن منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية عام 2022 فجوات الأجر بين الجنسين في قطاع الصحة والرعاية، وكشف عن تباينات كبيرة بين البلدان. وسجلت البلدان التي نفذت تدابير استباقية لمعالجة المشكلة فجوات أقل في الأجر بين الجنسين عمومًا.

لا تحظى المرأة بتمثيل منصف في الوظائف الأعلى أجرًا في القوى العاملة بقطاع الصحة.



ويحظر قانون العمل الأردني التمييز في الأجر على أساس الجنس في مكان العمل. وعلى الرغم من بعض التحديات المتعلقة بالإشراف على تنفيذ القانون، سجل قطاع الصحة والرعاية في الأردن فجوات أقل في الأجر مقارنة بالمتوسط العالمي، مع وجود تباينات في الأجر بالساعة بين الرجال والنساء تبلغ أقل من 10%^{62,61} وفي قطر، تُظهر البيانات فجوة في الأجر بين الجنسين بنسبة 10,2% في عام 2021.⁶³ كما تم توثيق فجوات في الأجر بين الجنسين في المملكة العربية السعودية.⁶⁴ وعلى الرغم من أن النساء يشكلن نسبة كبيرة من القوى العاملة في قطاع الصحة، إلا أنهن لا يحظين بتمثيل منصف في الوظائف الأعلى أجرًا.⁶⁵ ولذلك تُعد الجهود المبذولة لمعالجة هذه التفاوتات، بما في ذلك معالجة العوائق الثقافية، ضرورة لتعزيز تكافؤ قوى العاملة وزيادة مشاركة المرأة في إقليم شرق المتوسط.^{67,66}

توزيع الوقت: الموازنة بين المسؤوليات المهنية والمسؤوليات الأسرية

تختلف التحديات التي تواجهها العاملات في مجال الصحة عن تلك التي يواجهها الرجال. وغالبًا ما توازن النساء بين أدوار الرعاية غير مدفوعة الأجر وعملهن مدفوع الأجر. وقد يؤدي ذلك إلى تعديلات مهنية، مثل فترات الراحة أو العمل بدوام جزئي^{69,68} أو إجازة العناية بالأطفال، مما يؤثر على فرص الترقى المتاحة لهن. وتميل النساء إلى عدم العودة إلى العمل بدوام كامل بعد تولي مناصب بدوام جزئي،⁷⁰ ما يعرضهن لتحيزات تؤثر على مساراتهن المهنية، من قبيل الترقيات المحدودة وفرص التدريب.^{72,71} وذلك يحد من التطور المهني خارج المنزل.⁷³ وبسبب هذه الأعراف، قد لا تشجع الأسر المرأة على متابعة تطلعاتهن التعليمية والمهنية، مما يحد من فرص التحاقهن بسوق العمل في قطاع الصحة.

تأثير الأعراف الاجتماعية والثقافية

تُعرقل الحواجز الثقافية والتنموية تعرقل إلى حد بعيد التقدم المهني للمرأة في قطاع الصحة. وتكسر الأعراف المجتمعية والتحديات المؤسسية عدم المساواة بين الجنسين، وبالتالي تتطلب حلولاً تلائم ذلك بشكل محدد.⁷⁴ وقد أظهرت دراسة من لبنان كيف تعيق القيم الثقافية والأدوار الجنسانية التقدم المهني للمرأة في إقليم شرق المتوسط. وتضع هذه المعايير عوائق جمة داخل السياقات المجتمعية والتنظيمية، مما يؤثر على التطور المهني للمرأة.⁷⁵ وتؤكد البحوث التي أجريت على المنظمات اللبنانية العقبات الهيكلية والسلوكية التي تواجهها النساء في المناصب الإدارية.⁷⁶ وتواجه العاملات في قطاع الصحة، بما في ذلك الطبيبات والممرضات، التمييز على أساس الجنس في مكان العمل؛ ويكافحن في ظل الخيارات المحدودة في السياسات التي لا تتعارض مع حياة الأسرة وقلة الدعم التنظيمي، بما في ذلك فرص التدريب غير الكافية، وممارسات التوظيف والترقية المتحيزة لصالح المرشحين من الرجال، والتقدم الوظيفي الأسرع للرجال مقارنة بالنساء.^{81,80,79,78,77}



دراسة الحالة الثانية: دراسة تأثير الأعراف المجتمعية على قرار الالتحاق بسوق العمل في قطاع الصحة في باكستان

على الرغم من ارتفاع معدل التحاق النساء بكليات الطب، والبالغ 70 %، وفقاً لمجلس الطب وطب الأسنان الباكستاني، إلا أن نصف هؤلاء الخريجات إما لا يمارسن المهنة، أو يغادرن سوق العمل مبكراً.⁸² ويُنظر إلى مجال الطب باعتباره مهنة محترمة، يمكنها أن تحسن فرص النساء في الزواج وتحميهن من الشدائد المحتملة. ومع ذلك، فإن ارتفاع معدل التحاق النساء بالتعليم الطبي لم يؤدي إلى زيادة مماثلة في عدد النساء اللاتي يمارسن الطب.

وتدعم الحكومة التعليم الطبي في القطاع العام في باكستان بشكل كبير، حيث يكلف حوالي 3600 دولار مقارنةً بـ 18000 دولار في الجامعات الخاصة. ومن ناحية أخرى فإن 35 % من الطبيبات في باكستان لا يعملن لاسيما اللواتي تلقين التدريب في المؤسسات العامة. وقد أثار هذا المعدل المرتفع مخاوف بشأن فعالية الاستثمار العام، وسد النقص في القوى العاملة في قطاع الصحة، وتلبية الاحتياجات الصحية⁸³.

ويُظهر مسح القوى العاملة 2020-2021 أن واحدة من كل خمس خريجات الطب اختارت عدم الالتحاق بالقوى العاملة، 76% منهن متزوجات. وتختلف فرص العمل المتاحة للطبيبات حسب الموقع الجغرافي، حيث توفر المناطق الريفية عددًا أقل من الوظائف وتسجل معدل بطالة أعلى (31% في المناطق الريفية مقابل 9% في المناطق الحضرية). وعلى العكس من ذلك، تختار المزيد من النساء في المناطق الحضرية عدم الالتحاق بالقوى العاملة (21% في المناطق الحضرية مقابل 17% في المناطق الريفية). ويمكن أن تضر العوامل الاجتماعية والثقافية مثل الأدوار الجنسانية التقليدية ووصمة العار ضد العمل بالطبيبات مهنيًا وشخصيًا. كما أن التأخير في التوظيف والتمييز والمقابلات المتحيزة والتوظيف المقيد، يعيق تقدم المرأة في حياتها المهنية بوصفها طبيبة. وتواجه النساء أيضًا مشاكل في مكان العمل تتعلق بظروف العمل مثل الرواتب وعبء العمل والتمييز والتحرش.^{84,85}

وتتطلب معالجة هذه القضايا سياسات تدعم التوازن بين العمل والحياة الخاصة، مثل ساعات العمل المرنة ورعاية الأطفال، لمساعدة النساء المتزوجات في الحفاظ على حياتهن المهنية الطبية. ومن خلال التغلب على العوائق المجتمعية، يمكن لباكستان استخدام خريجاتها في مجال الطب بشكل أفضل، وتحسين القوى العاملة في قطاع الصحة والخدمات الصحية بشكل عام. واللافت أن العوائق المتأصلة التي تحول دون مساواة النساء بالرجال في سوق العمل واسعة النطاق، وتتجاوز المعايير الثقافية لتتجلى في شكل تفاوتات كبيرة في الفرص داخل سوق العمل. وتؤثر هذه التفاوتات سلبًا على الدخل والمكانة الاجتماعية بالنسبة للمهمشين أو الخاضعين في سوق العمل، كما أنها تضر بسلامة النظام الاجتماعي والسياسي.

دراسة الحالة الثالثة: الحق القانوني للمرأة في العمل في قطاع الصحة في أفغانستان

تظل مشاركة المرأة في القوى العاملة متدنية للغاية في أفغانستان، حيث لا تزيد عن 5% في عام 2023.⁸⁶ والصحة هي واحدة من المجالات القليلة التي يُسمح فيها للمرأة بالعمل وفق القانون في ظل القيود المفروضة مؤخرًا. وفي عام 2023، بلغت نسبة النساء 29% من طواقم التمريض، و48% من العاملين في مجال صحة المجتمع، و24% من الأطباء. وغالبًا ما تعمل النساء في مناصب تركز على النساء والأطفال في أفغانستان، حيث تمثل النساء 89% من مستشاري التغذية و69% من أخصائيي أمراض النساء والقبالة.⁸⁷ وتتطلب الأعراف الثقافية أن تتم رعاية المرضى من النساء من قبل طاقم طبي من النساء. ويعني نقص تمثيل النساء في المهن الصحية أن النساء قد يواجهن تحديات في الاستفادة من جميع أشكال الرعاية الصحية.

وقد أدت القيود المفروضة مؤخرًا على تعليم النساء والفتيات إلى عدم التحاق أي من الإناث ببرامج رئيسية مثل الطب العلاجي في عام 2023.⁸⁸ وكانت القبالة هي البرنامج الوحيد الذي سمح بتسجيل النساء في عام 2023. ويقتصر تعليم التمريض للنساء في أفغانستان حاليًا على معهد العلوم الصحية التابع لوزارة الصحة العامة. كما أن القيود الجارية على تعليم الفتيات بعد الصف السادس تثير مخاوف حقيقية بشأن مستقبل التعليم في المهن الصحية وإعداد القوى العاملة في قطاع الصحة بشكل عام. وثمة حاجة إلى تدابير متعلقة بالسياسات لتحسين فرص حصول النساء على التعليم والتدريب والوظائف في قطاع الصحة، لا سيما في المناطق الريفية.

وتدعو استراتيجيات منظمة الصحة العالمية إلى زيادة الاعتراف بدور أعمال الرعاية في الاقتصاد، وتعزيز السياسات المؤيدة للمساواة من أجل تحسين الوضع المالي للمرأة، وتعزيز بيئة صحية عالمية أكثر شمولاً للجميع.⁸⁹ وتهدف التدخلات المركزة في إقليم شرق المتوسط إلى تعزيز مشاركة المرأة في العمل مدفوع الأجر ومعالجة التفاوتات الإقليمية، مع التأكيد على إمكانات المرأة في دفع عجلة التغيير والمساواة في القوى العاملة في قطاع الصحة. ويتعين على صناع السياسات معالجة هذه التفاوتات لتحقيق خدمة صحية أكثر توازنًا.

والفرصة متاحة أمام بلدان إقليم شرق المتوسط لضمان توفر قوى عاملة أكثر فعالية وشمولاً في قطاع الصحة من خلال معالجة العوائق والاستفادة من عوامل التمكين بحيث تتحول القوى العاملة في قطاع الصحة إلى محفز للمساواة بين الجنسين.

القسم الثالث: الخاتمة والدروس المستفادة والآثار المترتبة على السياسات

توضح ورقة السياسات هذه أنه على الرغم من أن مشاركة المرأة في القوى العاملة في القطاع الصحي في إقليم شرق المتوسط متراجعة عن المتوسط العالمي، فإن هذا يعكس بالأحرى انخفاض معدلات مشاركة المرأة في القوى العاملة في مختلف أنحاء المنطقة أكثر من كونه قضية خاصة بقطاع معين. ويبين التقرير أن قطاع الصحة والرعاية يظل قطاعًا تفضله النساء نسبيًا في إقليم شرق المتوسط. كما أن السياسات الرامية إلى توسيع نطاق تقديم الخدمات الصحية في البلدان التي تعاني من احتياجات صحية شديدة غير مستوفاة قد تتيح الفرصة لبلدان المنطقة لجذب المزيد من النساء إلى سوق العمل.

ويمكن اتخاذ عدة إجراءات فعّالة في مجال السياسات العامة، تتولى مسؤوليتها وكالات حكومية مختلفة، من شأنها أن تعزز برنامج تمكين المرأة ومشاركتها في سوق العمل.⁹⁰ وكما هو موضح أعلاه، على الرغم من أن الرجال يمثلون 57% من جميع العاملين في قطاع الصحة والرعاية في بلدان شرق المتوسط، فإنه يظل قطاع توظيف تفضله النساء نسبيًا، ولا سيما في البلدان التي تشهد تدني مشاركة المرأة في القوى العاملة بوجه عام. ويمكن لهذا القطاع، من خلال إجراءات محددة الأهداف، أن يساهم في تشجيع تمكين النساء والفتيات.

الإجراءات الرئيسية في مجال السياسات في إقليم شرق المتوسط

- 1. تعزيز جمع البيانات وتحليلها:** في بلدان إقليم شرق المتوسط، ينبغي جمع البيانات المصنفة حسب الجنس عن القوى العاملة في قطاع الصحة، وإجراء تحليلات جنسانية متعددة الجوانب. وينطوي تعزيز جمع البيانات المصنفة حسب الجنس عن القوى العاملة في قطاع الصحة، وتوفيرها، وإمكانية الاطلاع عليها واستخدامها على أهمية بالغة لآليات المساءلة العامة، والرصد والتقييم المراعيين للاعتبارات الجنسانية، وتحديد الثغرات التي تشوب الأدلة.
- 2. تنفيذ سياسات بشأن القوى العاملة في قطاع الصحة تراعي الاعتبارات الجنسانية وتلائم السياق القطري تحديدًا:** يتطلب تطوير السياسات الجنسانية المصممة خصيصًا للسياسات الوطنية المحددة لبلدان إقليم شرق المتوسط حشد الأدلة والاستفادة منها. ويبيّن هذا التقرير أن العوائق والعوامل التمكينية التي قد تؤثر على مشاركة المرأة في العمل في قطاع الصحة تتباين تباينًا كبيرًا من بلد إلى آخر. وبالتالي، يجب أن تكون السياسات الرامية إلى تعزيز المساواة بين الجنسين في أوساط القوى العاملة في قطاع الصحة مصممة خصيصًا للسياق ذي الصلة. ويمكن جعل مكان العمل أكثر شمولاً للجميع من خلال ضمان المساواة بين الجنسين، مما يجذب المزيد من النساء إلى الالتحاق بالقوى العاملة، ويشجع أيضًا على استبقائهن وتطوير قدراتهن في هذا القطاع. فمن الضروري اعتماد هذا النهج لبناء نظام صحي قوي يعمل على الرفع من إمكانات القوى العاملة فيه إلى أقصى حد ممكن.
- 3. تحسين ظروف العمل لجميع الوظائف في قطاع الصحة، وخاصة المهن الصحية التي تشغلها النساء بنسبة كبيرة:** ثمة حاجة ملحة إلى مراجعة وتحسين ظروف العمل في جميع المهن في قطاع الصحة في بلدان إقليم شرق المتوسط، وخاصة المهن النسائية. ومن الضروري اعتماد سياسات من قبيل الإجازة الأسرية، وترتيبات العمل المرنة، وتعزيز حقوق العمال، وقوانين مكافحة التمييز النافذة. ويتعين على قطاع الصحة أن يعزز الدور القيادي للمرأة للمراعاة ومشاركتها في صنع القرار، وضمان فرص عمل لائقة للجميع، ومنع

العنف والتحرش، وتوفير الدعم النفسي للعاملين في قطاع الصحة. ومن خلال تنفيذ هذه التدابير، يمكن إنشاء بيئة عمل أكثر إنصافاً ودعمًا في المنطقة لتحسين جودة الخدمات الصحية واستدامتها.

4. تعزيز الحلول التعاونية متعددة القطاعات: من خلال التعاون مع الحكومات والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص، يمكن تطوير نظام دعم شامل لتشغيل النساء، مع تعبئة الموارد في بلدان إقليم شرق المتوسط. ولتعزيز تخصيص الموارد وتنفيذ السياسات، يتعين على وزارات التعليم والمالية والشؤون الجنسانية والعمل (أو ما يعادلها) أن تشارك في نهج متعدد القطاعات.

الشكر والتقدير

أشرف على إعداد هذا التقرير وتحريره:

- **الدكتورة ميشيل ماك إسحاق**، خبيرة اقتصادية، إدارة القوى العاملة في قطاع الصحة، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية
 - **الدكتورة سناء الحراحشة**، مديرة البحوث، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)، مؤسسة قطر
 - **الدكتورة عروج جلال**، مسؤولة الشؤون الفنية، القوى العاملة في قطاع الصحة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط
 - **السيد عبد الله سعيد المهندي**، مدير المنتديات، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)، مؤسسة قطر
 - **الدكتورة فتحية غولين غديك** - منسقة القوى العاملة في قطاع الصحة، إدارة التغطية الصحية الشاملة/النظم الصحية، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط
- نتوجه بخالص الشكر إلى أعضاء المجلس الاستشاري للتقرير الموجز لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية 2024 بشأن توظيف المرأة في القطاع الصحي في إقليم شرق المتوسط، و الذين ساهموا برؤاهم الفريدة في هذا التقرير:
- **السيدة مريم نوح المطوع**، رئيسة إدارة التمريض، مؤسسة حمد الطبية، قطر
 - **السيدة ريم أصلان**، أخصائية النوع الاجتماعي، منظمة العمل الدولية، المكتب الإقليمي للدول العربية، الأردن
 - **الدكتورة جان دي كونها**، مستشار عالمي أول سابق في مجال الهجرة الدولية؛ العمل اللائق بهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومقرها المكتب الإقليمي للدول العربية.
 - **الدكتورة شبانة حيدر**، المديرية القطرية، مؤسسة ثينك ويل (THINK WEL)، باكستان
- كما نتقدم بالشكر إلى المساهمين والمساهمات في هذا التقرير:
- **يسرا الشيخ النذير**، مساعدة بحوث، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)، مؤسسة قطر
 - **الدكتور عبد الفني إبراهيمي**، تعزيز النظم الصحية، مكتب منظمة الصحة العالمية في أفغانستان
 - **الدكتورة ندى ماجد موريس إبراهيم**، زميلة باحثة، القوى العاملة في قطاع الصحة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

وأخيراً، نود أن نشكر **الدكتور سليم سلامة**، **والسيدة ديدي طومسون**، **والسيدة مها العاكوم** من فريق مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) على ملاحظاتهم على التقرير.

المؤلفون وحدهم مسؤولون عن الآراء الواردة في هذا التقرير، والتي لا تمثل بالضرورة آراء المؤسسات التي ينتمون إليها أو قراراتها أو سياساتها. ويتحمل المؤلفون وحدهم مسؤولية أي أخطاء أو سهو وارد في التقرير.

المختصرات

Eastern Mediterranean Region **EMR**

World Health Organization **WHO**

International Labor Organization **ILO**

1. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
2. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
3. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
4. International Labour Organization. Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services. [Internet]. International Labour Organization www.ilo.org/meetings-and-events/tripartite-meeting-improving-employment-and-working-conditions-health. [Accessed 30 June 2024].
5. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
6. Statista. Gender distribution of health workers in Saudi Arabia in 2018, by occupation. www.statista.com/statistics/1194861/saudi-arabia-gender-share-of-health-workers-by-job. [Accessed 30 June 2024].
7. World Bank. *Republic of Yemen: Unlocking the Potential for Economic Growth*. Washington DC: World Bank; 2018. documents.worldbank.org/curated/en/673781467997642839/Yemen-Republic-of-Unlocking-the-potential-for-economic-growth. [Accessed 2 September 2024].
8. Yemen Ministry of Public Health and Population. *Annual Health Statistical Report*. 2020. www.moh.gov.ye/reports. [Accessed 2 September 2024].
9. World Bank. World Bank Gender Data Portal. datatopics.worldbank.org/gender/country/afghanistan. [Accessed 2 September 2024].
10. World Health Organization. *Health Labour Market Analysis Guidebook*. Geneva: World Health Organization; 2021. www.who.int/publications/i/item/9789240035546. [Accessed 2 September 2024].

11. Jordan Ministry of Health. *Jordan Health Labor Market Analysis 2023*. 2023. [Unpublished confidential data].
12. World Health Organization. *Health Workforce Snapshots*. 2024. www.emro.who.int/health-workforce/resources/health-workforce-snapshots.html. [Accessed 2 September 2024].
13. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
14. World Bank. World Bank Gender Data Portal. datatopics.worldbank.org/gender/country/afghanistan. [Accessed 2 September 2024].
15. Yemen Ministry of Public Health and Population. *Annual Statistical Report*. 2021. World Health Organization. *National Health Workforce Account*. 2022.
16. KIT Royal Tropical Institute and the World Health Organization. *Human Resources for Health Situational Assessment in Afghanistan*. 2024. [Unpublished].
17. Ministry of National Health Services, Regulation and Coordination. *Pakistan Health workforce Snapshot*. 2024. [Unpublished].
18. Iraq Ministry of Health. *Statistics Report*. 2020. [Unpublished data].
- 19.
20. Saudi Arabia Ministry of Health. *Saudi Arabia Statistical Yearbook*. 2022. www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Pages/default.aspx. [Accessed 2 September 2024].
21. Sultanate of Oman Ministry of Health. *Oman Annual Health Report 2022*. 2022.
22. United Arab Emirates. *National Health Workforce Account Report 2021–22*. 2022
23. Yemen Ministry of Public Health and Population. *Annual Statistical Report*. 2021.
24. Planning and Statistics Authority. *Woman and Man in the State of Qatar: A statistical portrait 2022*. Qatar: Planning and Statistics Authority; 2022. www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/GenrealSocialStatistics/MenWomenProfile/2022/Woman_Man_2022_EN.pdf. [Accessed 2 September 2024].
25. Planning and Statistics Authority. *Woman and Man in the State of Qatar: A statistical portrait 2022*. Qatar: Planning and Statistics Authority; 2022. www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/GenrealSocialStatistics/MenWomenProfile/2022/Woman_Man_2022_EN.pdf. [Accessed 2 September 2024].
26. Qatar Ministry of Public Health. *Data on Health Workforce in Qatar*. 2024. [Unpublished data. Provided on 19 May 2024].

27. Planning and Statistics Authority. *Woman and Man in the State of Qatar: A statistical portrait* 2022. Qatar: Planning and Statistics Authority; 2022. www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/GenrealSocialStatistics/MenWomenProfile/2022/Woman_Man_2022_EN.pdf. [Accessed 2 September 2024].
28. Qatar Ministry of Public Health. *Data on Health Workforce in Qatar*. 2024. [Unpublished data. Provided on 19 May 2024].
29. Qatar Ministry of Public Health. *Data on Health Workforce in Qatar*. 2024. [Unpublished data. Provided on 19 May 2024].
30. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
31. Maawadh RM et al. Factors Affecting the Satisfaction of Women Employees in Health Sector: A perception study in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Leadership*. Mar 13;16:131–9. 2024.
32. World Economic Forum. *Global Gender Gap Report 2022*. Geneva: World Economic Forum; 2022. www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2022. [Accessed 2 September 2024].
33. Abdul Rahim HF et al. *Our Duty of Care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers*. Qatar: World Innovation Summit for Health; 2022. www.who.int/publications/m/item/wish_report. [Accessed 2 September 2024].
34. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
35. World Health Organization. *Health Labour Market Analysis Guidebook*. Geneva: World Health Organization; 2021. www.who.int/publications/i/item/9789240035546. [Accessed 2 September 2024].
36. UNESCO. *Education for all 2000–2015: Achievements and challenges. Global Education Monitoring Report*. Paris: UNESCO; 2022. www.unesco.org/gem-report/en/efa-achievements-challenges. [Accessed 2 September 2024].
37. Al-Rashdi NAS and Abdelwahed NAA. The Empowerment of Saudi Arabian Women through a Multidimensional Approach: The mediating roles of self-efficacy and family support. *Sustainability*. Jan;14(24):16349. 2022.
38. Tlaiss HA. Women in Healthcare: Barriers and enablers from a developing country perspective. *International Journal of Health Policy and Management*. Apr 10;1(1):23–33. 2013.

39. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
40. Iftikhar S et al. Barriers and Facilitators for Female Healthcare Professionals to be Leaders in Pakistan: A qualitative exploratory study. *Journal of Healthcare Leadership*. Dec 31:71–82. 2023.
41. Al-Rashdi NAS and Abdelwahed NAA. The Empowerment of Saudi Arabian Women through a Multidimensional Approach: The mediating roles of self-efficacy and family support. *Sustainability*. Jan;14(24):16349. 2022.
42. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
43. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
44. Whittock M et al. 'The tender trap': Gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement. *Sociology of Health & Illness*. 24(3):305–26. 2002.
45. Bleijenbergh I et al. Timing Ambition: How organisational actors engage with the institutionalised norms that affect the career development of part-time workers. *Scandinavian Journal of Management*. Dec 1;32(4):179–88. 2016.
46. Yaghmour A et al. Challenges and Obstacles Faced by Trainee Female Physicians: An integrative research on gender discrimination, stress, depression and harassment. *Healthcare*. Feb;9(2):160. 2021.
47. Alahmadi BS et al. Obstacles and Satisfaction to Balance Between Family Life and Medical Career Among Saudi Women Doctors. *Cureus*. May;15(5). 2023.
48. Yaghmour A et al. Challenges and Obstacles Faced by Trainee Female Physicians: An integrative research on gender discrimination, stress, depression and harassment. *Healthcare*. Feb;9(2):160. 2021.
49. International Labour Organization. Violence and Harassment in the World of Work. 2024 www.ilo.org/topics/violence-and-harassment-world-work. [Accessed 2 September 2024].
50. Mouachi S et al. Harassment Among Women Health Workers in University Hospital: An epidemiological study. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 22(3):404–8. 2024.
51. Zeighami M et al. Iranian Nurses' Experiences With Sexual Harassment in the Workplace: A qualitative study. *Sexuality Research and Social Policy*. Jun;20(2):575–88. 2023.
52. Muhammad QU et al. Prevalence, Predictors, and Consequences of Workplace Violence Among Female Healthcare Workers in Tertiary Care Hospitals: A cross-

sectional study in Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2024 May 1;74(5):1016–21. 2024.

53. Zeighami M et al. Iranian Nurses' Experiences With Sexual Harassment in the Workplace: A qualitative study. *Sexuality Research and Social Policy*. Jun;20(2):575–88. 2023
54. Mughal FAR et al. Depression, Anxiety and Stress in Young Female Doctors is Associated with High Sexual Harassment Scores. *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*. 11(1):72–77. 2022.
55. UNICEF. *Family-friendly policies: A global survey of business policy 2020*. UNICEF; 2020. www.unicef.org/documents/family-friendly-policies-global-survey-business-policy-2020. [Accessed 2 September 2024].
56. Farahat FM. Challenges Facing Female Physicians in Egypt. *Archives of Environmental & Occupational Health*. 64(2):121–8. 2009.
57. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
58. UNICEF. *Family-friendly policies: A global survey of business policy 2020*. UNICEF; 2020. www.unicef.org/documents/family-friendly-policies-global-survey-business-policy-2020. [Accessed 2 September 2024].
59. International Labour Organization. *Violence and Harassment in the World of Work*. 2024 www.ilo.org/topics/violence-and-harassment-world-work. [Accessed 2 September 2024].
60. World Health Organization and International Labour Organization. *The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240052895. [Accessed 2 September 2024].
61. Masterson V. *Health and Social Care's Gender Pay Problem*. World Economic Forum. 2022. www.weforum.org/agenda/2022/08/gender-pay-gap-health-care. [Accessed 2 September 2024]. Planning and Statistics Authority. *Woman and Man in the State of Qatar: A statistical portrait 2022*. Qatar: Planning and Statistics Authority; 2022. www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/GenrealSocialStatistics/MenWomenProfile/2022/Woman_Man_2022_EN.pdf. [Accessed 2 September 2024].
62. Maawadh RM et al. Factors Affecting the Satisfaction of Women Employees in Health Sector: A perception study in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Leadership*. Mar 13;16:131–9. 2024.
63. Alahmadi BS et al. Obstacles and Satisfaction to Balance Between Family Life and Medical Career Among Saudi Women Doctors. *Cureus*. May;15(5). 2023.
64. Mouachi S et al. Harassment Among Women Health Workers in University Hospital: An epidemiological study. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 22(3):404–8. 2024.

65. Zeighami M et al. Iranian Nurses' Experiences With Sexual Harassment in the Workplace: A qualitative study. *Sexuality Research and Social Policy*. Jun;20(2):575–88. 2023.
66. Maawadh RM et al. Factors Affecting the Satisfaction of Women Employees in Health Sector: A perception study in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Leadership*. Mar 13;16:131–9. 2024.
67. World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2022. Geneva: World Economic Forum; 2022. www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2022. [Accessed 2 September 2024].
68. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
69. Whittock M et al. 'The tender trap': Gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement. *Sociology of Health & Illness*. 24(3):305–26. 2002.
70. Bleijenbergh I et al. Timing Ambition: How organisational actors engage with the institutionalised norms that affect the career development of part-time workers. *Scandinavian Journal of Management*. Dec 1;32(4):179–88. 2016.
71. Beegle KG et al. *World Development Report 2013: Jobs*. Washington DC: World Bank; 2013. documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/263351468330025810/World-development-report-2013-jobs. [Accessed 2 September 2024].
72. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
73. Tlaiss HA. Women in Healthcare: Barriers and enablers from a developing country perspective. *International Journal of Health Policy and Management*. Apr 10;1(1):23–33. 2013.
74. Jamali D et al. Constraints Facing Working Women in Lebanon: An insider view. *Women in Management Review*. 20:581–94. 2005.
75. Jamali D et al. Constraints Facing Working Women in Lebanon: An insider view. *Women in Management Review*. 20:581–94. 2005.
76. Tlaiss H and Kauser S. Perceived Organizational Barriers To Women's Career Advancement in Lebanon. *Gender in Management: An International Journal*. 25:462–96. 2010.
77. Jamali D et al. The Gender Pay Gap Revisited: Insights from a developing country context. *Gender in Management: An International Journal*. 23:230–46. 2008.
78. Zgheib N et al. Comparison of Job and Career Satisfaction Between Women Physicians and Women Academics at the American University of Lebanon. *Journal of Health and Human Services Administration*. 29:26–50. 2006.

79. El-Jardali F et al. Nurses' Work Environment and Intent to Leave in Lebanese Hospitals: Implications for policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*. 48:204–14. 2011.
80. Raza A et al. Unveiling the Obstacles Encountered by Women Doctors in the Pakistani healthcare system: A qualitative investigation. *PLOS One*. 18(10); 2023. Gallup Pakistan & PRIDE. *Big Data Analysis Reports: Labour Force Survey 2020-21: Employment status of female medical graduates in Pakistan*. 12 September 2023. <https://gallup.com.pk/post/35214>. [Accessed 2 September 2024].
81. Raza A et al. Unveiling the Obstacles Encountered by Women Doctors in the Pakistani healthcare system: A qualitative investigation. *PLOS One*. 18(10); 2023.
82. Moazam F and Shekhani S. Why Women go to Medical College but Fail to Practise Medicine: Perspectives from the Islamic Republic of Pakistan. *Medical Education*. 52(7):705–15. 2018.
83. World Bank. World Bank Gender Data Portal. datatopics.worldbank.org/gender/country/afghanistan. [Accessed 2 September 2024].
84. KIT Royal Tropical Institute and the World Health Organization. *Human Resources for Health Situational Assessment in Afghanistan*. 2024. [Unpublished].
85. KIT Royal Tropical Institute and the World Health Organization. *Human Resources for Health Situational Assessment in Afghanistan*. 2024. [Unpublished].
86. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization; 2019.
87. World Health Organization. *Fair Share for Health and Care: Gender and the undervaluation of health and care work*. Geneva: World Health Organization; 2024. www.who.int/publications/i/item/9789240082854. [Accessed 2 September 2024].

شركاء البحوث

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر • State of Qatar



تتقدم مبادرة « ويش » بخالص الشكر والتقدير لوزارة الصحة العامة على الدعم الكبير



Cicely Saunders
International
Better care at the end of life



