أولويات قضايا ودراسات
الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن

استناداً إلى نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023

2025

تعود ملكية هذه الدراسة للمجلس الأعلى للسكان، ويسر المجلس إتاحتها لجميع المهتمين ويسمح لهم الإقتباس منها شريطة الإشارة إلى المجلس الأعلى للسكان، باستخدام الصيغة التالية عند الإستشهاد بها:

المجلس الاعلى للسكان **(2025)**، *"أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن استناداً إلى النتائج النهائية لمسح السكان والصحة الأسرية **2023**"*

أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن

استناداً إلى النتائج النهائية لمسح السكان والصحة الأسرية 2023

2025

تقديـــــم

ضمن جهود المجلس الأعلى للسكان في مجال توفير بيئة ممكنة للبحث في مكونات الصحة الأسرية عامة والصحة الإنجابية خاصة، ولتحفيز الباحثين والمختصين نحو استثمار بيانات المسوح الأسرية التي تنفذها دائرة الإحصاءات العامة بصورة دورية، ومنها البيانات الخام لمسح السكان والصحة الأسرية 2023؛ أعد المجلس الأعلى للسكان هذه الدراسة بتمويل من صندوق الأمم المتحدة للسكان بهدف الخروج بأجندة وطنية لأولويات قضايا ودراسات وبحوث الصحة الأسرية والإنجابية للسنوات الخمس القادمة. فمثل هذه الأجندة توجّه المجلس والمؤسسات الوطنية الشريكة نحو إنتاج معرفة تسهم في تنوير السياسات والبرامج والقرارات وفي تخصيص الموارد للبحوث والقضايا ذات الأولوية، مما يساعد صناع القرار وواضعي السياسات على القيام بمهامهم بالاستناد إلى الأدلة بما يضمن تحسين مخرجات برامج وخدمات الصحة الإنجابية في الأردن.

فمن خلال مراجعة معمقة للجداول الإحصائية والنتائج الرئيسة للمسح الأسري لعام 2023 واستمارته؛ أعدت مسودة للقضايا التي أظهرها مسح السكان والصحة الأسرية 2023، وأعدت أيضاً مسودة قوائم البحوث والدراسات التي تتناول هذه القضايا مصنفة إلى دراسات تفضي إلى سياسات، ودراسات تفضي إلى برامج، ودراسات تفضي إلى خدمات، وتم الطلب من شركائنا من المؤسسات الوطنية مراجعة مسودة القضايا وقوائم الدراسات، ووضع ملاحظاتهم عليها بالإضافة أو التعديل تمهيداً لمشاركتهم في ورشتي عمل عقدت خصيصا لهذه الغاية.

عُقدت الورشة الأولى لمحافظات إقليمي الوسط والشمال، وشارك فيها ممثلون عن وزارة الصحة ومدراء الصحة؛ ممثلون عن وزارة التخطيط والتعاون الدولي؛ الخدمات الطبية الملكية؛ دائرة الإحصاءات العامة؛ المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ كليات الطب والتمريض في الجامعة الأردنية؛ وجامعة العلوم والتكنولوجيا؛ والجامعة الهاشمية وجامعة آل البيت؛ جمعية العون الصحي الأردنية؛ مشروع جودة الخدمات الصحية. وعقدت الورشة الثانية لمحافظات إقليم الجنوب، وشارك فيها مدراء الصحة في محافظات الجنوب؛ وممثلون عن كليات الطب والتمريض في الجامعة الأردنية/العقبة؛ جامعة مؤتة؛ جامعة الحسين بن طلال؛ جامعة العقبة للعلوم الطبية؛ مستشفى الطفيلة الحكومي؛ مركز صحي الشامية، مستشفى الشيخ محمد بن زايد/العقبة. وقام المشاركون في الورشتين من خلال ثلاث مجموعات عمل بمناقشة هذه القضايا والدراسات فيما بينهم ومراجعتها ووضع التعديلات عليها، كما تم الطلب من المشاركين في الورشتين وضع أوزان رقمية لكل دراسة، وعلى أساس هذه الأوزان تم تحديد القضايا والدراسات ذات الأولوية.

سوف يقوم المجلس الأعلى للسكان قريباً بنشر هذا التقرير، ليكون ميسور التناول وموجهاً للأبحاث والدراسات في مجال الصحة الإنجابية للأكاديميين وللمؤسسات الوطنية ذات العلاقة وللباحثين وطلبة الدراسات العليا. وبهذا يكون المجلس الأعلى للسكان قد أضاف مُدخلاً جديداً إلى قائمة طويلة من منتجاته تنفيذاً لمهامه في توفير المعرفة والمعلومات التي تخدم دعم السياسات والقرارات الساعية إلى تحسين الجوانب الرئيسية المختلفة للصحة الأسرية.

وفقنا الله جميعاً لخدمة أردننا الغالي ومجتمعنا الأردني بقيادة صاحب الجلالة الهاشمية الملك عبدالله الثاني ابن الحسين المعظم حفظه الله ورعاه وسدد على طريق الخير والفلاح خطاه.

الأمين العام
أ.د. عيسى مصاروة

شـكـــر وتقـــدير

يتقدم المجلس الأعلى للسكان بالشكر والتقدير إلى الدكتور موسى طه العجلوني، الخبير الذي أعد تقرير الدراسة، والشكر أيضاً للخبراء وممثلي القطاعات الصحية والبحثية في مؤسساتنا الحكومية ومنظمات المجتمع المحلي والمؤسسات الدولية الذين شاركوا في الحلقات النقاشية وراجعوا مسودات قائمة القضايا والبحوث وعدّلوها وأضافوا إليها ووضعوا لها درجات الأولوية الأمر الذي أثرى هذه الدراسة وأعطى أجندة أولويات بحوث الصحة الإنجابية البعد الوطني الملائم لحاجاتنا ولسياقنا الثقافي.

كما نتقدم بالشكر والتقدير إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان على دعمهم المادي لتنفيذ هذه الدراسة، ودعمهم المستمر لتنفيذ أنشطة المجلس في مجال الصحة الإنجابية لكافة شرائح المجتمع الأردني.

كما نتقدم بالشكر إلى العاملين في الأمانة العامة للمجلس الأعلى للسكان الذين عملوا على الدعم الفني والمراجعة والتنقيح والإخراج لهذه الدراسة بصورتها النهائية.

والله ولي التوفيق

قائمة المشاركين في إعداد الدراسة

الباحث الرئيسي :

- الخبير الدكتور موسى العجلوني

فريق المجلس الاعلى للسكان

- الأستاذ الدكتور عيسى مصاروة: الأمين العام للمجلس الأعلى للسكان.
- السيدة رانيا العبادي: مساعد الأمين العام للتخطيط والمتابعة.
- السيد علي المطلق: مدير وحدة الدراسات والسياسات.
- السيد غـــالب الـعـــزة: باحث رئيسي/ وحدة الدراسات والسياسات.
- الآنسة ورود البطوش: باحثة / وحدة الدراسات والسياسات.
- الآنسة رزان العزة: باحثة/ وحدة الدراسات والسياسات.

المشاركون في ورش مناقشة القضايا وتحديد أولويات الأبحاث والدراسات

المشاركون في ورشة إقليمي الشمال والوسط

الاســـم	الجهـــــة	الاســـم	الجهـــــة
1. د. هديل السائح	وزارة الصحة/مديرة صحة المرأة والطفل	14. السيدة إباء حامد	المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
2. السيد كمال أحمد	وزارة الصحة	15. المهندسة رشا العدوان	المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
3. د. طه التميمي	مدير صحة العاصمة	16. د. سوسن المجالي	مستشارة/ USAID
4. د. خالد أحمد	مدير صحة الزرقاء	17. السيدة هبة أبو شندي	USAID
5. د. أماني الفرح	مدير صحة مادبا	18. د. رجاء خاطر	USAID
6. د. فيصل مكاحلة	مدير صحة المفرق	19. د. سارة العيطان	معهد العناية بصحة الأسرة
7. د. محمد الطحان	مدير صحة جرش	20. د. منتهى غرايبة	جامعة العلوم والتكنولوجيا
8. د. عاكف السليحات	مدير صحة عجلون	21. د. أسماء الباشا	الجامعة الأردنية
9. د. ظاهر بلص	مدير صحة الرمثا	22. د. جميلة أبو دحيل	الجامعة الهاشمية
10. صخر علي البدارين	وزارة التخطيط والتعاون الدولي	23. د. صفاء الأشرم	الجامعة الهاشمية
11. السيدة أماني جودة	دائرة الإحصاءات العامة	24. د. منار العزام	جامعة آل البيت
12. السيدة إيمان بني مفرج	دائرة الإحصاءات العامة	25. د ختام عوامرة	جامعة آل البيت
13. المقدم ريما كيوان	الخدمات الطبية الملكية		

المشاركون في ورشة إقليم الجنوب

الاســـم	الجهـــــة	الاســـم	الجهـــــة
1. د. ايمن الطراونة	مدير صحة الكرك	11. د. أمل عقيل البطوش	جامعة مؤتة - كلية الطب
2. د. منى العمايرة	مدير صحة الطفيلة	12. د. نضال النوايسة	جامعة مؤتة -كلية الطب
3. السيدة غدير العمايرة	مديرية صحة الطفيلة	13. د. احمد النوافلة	جامعة مؤتة- كلية التمريض
4. د. عصام السعودي	مديرية صحة الطفيلة	14. د. إقبال الفرجات	جامعة الحسين بن طلال
5. د محمد الصالح	مستشفى الطفيلة الحكومي	15. د. ابتهال النعيمات	جامعة الحسين بن طلال
6. د. احمد الصعوب	مديرية صحة معان	16. د. دعاء دويرج	جامعة الحسين بن طلال
7. د. محمود الختاتنة	مديرية صحة معان	17. د. محمود الكلالدة	الجامعة الأردنية/ العقبة
8. السيدة ميسون الطراونة	مديرية صحة العقبة	18. د .أمجد الشطرات	جامعة العقبة للعلوم الطبية
9. السيدة شادية الباز	مركز صحي الشامية/العقبة	19. د. مرام قدورة	جامعة العقبة للعلوم الطبية
10. د. هلا المواجدة	مستشفى الشيخ محمد/العقبة		

قائمة المحتويات

الموضـــوع	الصفحـة
تقديم	3
شكر وتقدير	5
قائمة المشاركين في اعداد الدراسة	7
قائمة المشاركين في الورشات النقاشية	8
الملخص التنفيذي	11
الفصل الأول: المقدمة والأهداف والمنهجية	13
١. مقدمة	13
٢. الأهداف	16
٣. المنهجية	16
الفصل الثاني: الدراسات والجهود السابقة للمجلس لتحديد أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية والتعريف بمسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٢٣.	19
١. الدراسات والجهود السابقة للمجلس لتحديد أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية	19
٢. التعريف بمسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٢٣	21
الفصل الثالث: قضايا الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٢٣	23
الفصل الرابع: أولويات بحوث ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية استنادا إلى نتائج مسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٢٣	47
الفصل الخامس: التعريف بالدراسات والأبحاث والتوصيات	51
١. التعريف بالدراسات والأبحاث التي تستند على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٢٣	51
٢. التوصيات	66
قائمة المراجع	67

الملخص التنفيذي

تعبّر الصحة الجنسية والإنجابية عن القدرة على التمتع بحياة جنسية مُرضية، ومأمونة، والقدرة على الإنجاب، أو الحرية في اتخاذ قرار الإنجاب، وموعده وتواتره والتأكيد على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب ووسائل تنظيم الأسرة المناسبة لهم والتي تمكّن المرأة من اجتياز فترة الحمل والولادة والنفاس بأمان وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب مولود يتمتع بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية.

جرت سنة حميدة لدى المجلس الأعلى للسكان في دعم وتشجيع البحث العلمي في مجال السكان والتنمية والصحة الجنسية والإنجابية، والاستفادة من نتائج البحوث والدراسات في رسم السياسات وتطوير البرامج والخدمات مما يؤدي إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية وينعكس إيجابا على المؤشرات السكانية، وفي هذا الصدد قام المجلس وبالتعاون مع الشركاء من كافة القطاعات المحلية والدولية بإعداد أجندات وطنية لأولويات بحوث الصحة الجنسية والإنجابية للأعوام 2009 و2011 و2014 و2019 بالاستناد على نتائج مسوح السكان والصحة الأسرية. واستمرارا لهذا النهج جاءت هذه الدراسة لتُكمل مسيرة المجلس لوضع أجندة وطنية مُحدَّثة لأولويات بحوث الصحة الجنسية والإنجابية مبنية بشكل رئيسي على قضايا الصحة الجنسية والإنجابية التي وردت في استمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023.

اعتمدت هذه الدراسة على الأسلوب التحليلي المبني على استمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 لتحديد قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، بالإضافة إلى استخدام الأسلوب النوعي للحصول على توافق من الشركاء في أقاليم المملكة الثلاث الوسط والشمال والجنوب حول أولويات القضايا والدراسات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية باستخدام أسلوب الحلقات النقاشية، كما تم استخدام المنهج الكمي لتقييم أولويات القضايا والدراسات من قبل الشركاء باستخدام ميزان ليكرت (من 1-5 درجات)، وبناء على معايير محددة تم الاتفاق عليها مع المشاركين؛ تم تجميع مواضيع البحوث المصادق عليها من الشركاء من الأقاليم الثلاثة وإدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج اكسل. تم حساب المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين لكل موضوع بحثي وترتيب المواضيع البحثية تحت العناوين الرئيسية الثلاثة (السياسات والبرامج والخدمات) ترتيبا تنازلياً من المعدل الأعلى إلى المعدل الأدنى.

تم التوصل إلى أجندة وطنية لأولويات بحوث ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية استناداً إلى استمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 مكونة من 47 عنوانا تغطي محاور السياسات (17 عنوانا) والبرامج (20 عنوانا) والخدمات (10 عناوين) مرتبة حسب درجة الأولوية، وتم تخصيص فصلا كاملاً للتعريف بالدراسات التي حصلت على متوسط أولويـة من قبل الشركـاء 3.5 علامـة أو أكـثر وبلـغ عددها 28 دراسة تغطي محاور السياسات (10 عناوين) والبرامج (10 عناوين) والخدمات (8 عناوين)، ويبين التعريف عنوان الدراسة وأهدافها وأهميتها.

توصي هذه الدراسة بتعميم قائمة أولويات بحوث ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية على جميع أصحاب المصالح والجهات ذات العلاقة بما فيها المؤسسات البحثية والأكاديمية، بالإضافة إلى عرضها على منصة المعرفة لأبحاث الصحة الجنسية والإنجابية (شيرنت الأردن)، ومن المتوقع لهذه القائمة أن تسهم في توجيه أنشطة البحث العلمي وتخصيص الموارد البحثية على مدى السنوات الخمس القادمة للقضايا ذات الأولوية التي تؤدي معالجتها إلى تحسين صحة ورفاه الأسرة، وتنعكس إيجابا على المؤشرات السكانية والتنمية المستدامة في الأردن.

الفصل الأول: المقدمة والمنهجية والدراسات السابقة

1. مقدمة

الصحة الجنسية والإنجابية (Sexual and Reproductive Health)، كما تعرفها منظمة الصحة العالمية وبرنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية (ICPD) لعام 1994، "هي حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الكامل في جميع الجوانب المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وأنها ليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة". وبهذا المعنى تعبر الصحة الجنسية والإنجابية عن القدرة على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، والقدرة على الإنجاب، أو الحرية في قرار الإنجاب، وموعده، وتواتره، والتأكيد على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب ووسائل تنظيم الأسرة المناسبة لهم والتي تمكّن المرأة اجتياز فترة الحمل والولادة والنفاس بأمان، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب مولود يتمتع بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية [1].

تؤثر الصحة الجنسية والإنجابية بشكل كبير على الصحة العامة للأفراد والمجتمع، وكانت موضع اهتمام متزايد من وجهة النظر الصحية والاقتصادية والتنموية الشاملة للمجتمع. تتضمن أهداف التنمية المستدامة Sustainable Development Goals، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول 2015، هدفاً خاصاً بالصحة: ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية للجميع في جميع الأعمار (الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة). ودعمًا لهذا الهدف، هناك هدف محدد لضمان الوصول الشامل إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بحلول عام 2030 (الهدف 3.7)[2]. إلى جانب الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة الذي نصت الغاية الثالثة منه على القضاء على جميع الممارسات الضارة، من قبيل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث) ونصت الغاية السادسة على ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقا لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بكين والوثائق الختامية لهما.

تحدد إستراتيجية الصحة العالمية للصحة الجنسية والإنجابية لمنظمة الصحة العالمية عدة جوانب أساسية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وكلها تحتاج إلى إحراز تقدم سريع، وهذه الجوانب هي[3]:

- تحسين الرعاية قبل الولادة، وأثناء الولادة، وبعد الولادة، ولحديثي الولادة.
- توفير خدمات تنظيم الأسرة عالية الجودة وبكافة الطرق المقبولة علمياً واجتماعياً وقانونياً، بما في ذلك خدمات العقم.
- القضاء على الإجهاضات غير الآمنة والسيطرة على مضاعفاتها.

---

1 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70833/WHO_FRH_RHT_HRP_97.1_eng.pdf

2 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf

3 World Health Organization (WHO). Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: WHO; 2004.

- مكافحة الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسبة) والتهابات الجهاز التناسلي وسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي وأمراض النساء الأخرى التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة.

- تعزيز الصحة الجنسية.

- الصحة الجنسية والإنجابية للرجال.

- صحة المراهقين والشباب.

- الوقاية والعلاج من العقم والضعف الجنسي.

- العنف الأسري.

أبرزت الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030 التي أعدها المجلس الأعلى للسكان أهم التحديات التي تواجه الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن والتي يمكن تلخيصها بما يلي[4]:

- عدم إعطاء الصحة الجنسية والإنجابية أولوية على المستوى الوطني وربطها بأهداف التنمية المستدامة والالتزامات العالمية لقمة نيروبي.
- التباين في فرص الوصول والحصول العادل لخدمات ذات جودة فيما بين المناطق الجغرافية وبين مختلف شرائح المجتمع في المنطقة الواحدة.
- غياب مؤشرات شاملة وموحدة متعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.
- نقص الكوادر البشرية المؤهلة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والعنف المبني على النوع الاجتماعي وسوء توزيعها.
- عدم توفر الميزانية الكافية والمستدامة وذات الأولوية الموجهة لقضايا الصحة الإنجابية والجنسية واعتماد برامج الصحة الإنجابية والجنسية على التمويل من قبل المانحين وعدم مأسسة هذه البرامج واستدامتها.
- ضعف التنسيق والتعاون والتشاركية بين القطاعات المختلفة التي تأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية للصحة الإنجابية والجنسية وتناثر الجهود من المؤسسات الدولية والمحلية فيما يتعلق بخدمات وبرامج الصحة الإنجابية والجنسية.
- عدم وجود حزمة موحدة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعنف المبني على النوع الاجتماعي وعدم وجود أدلة تدريبية وإجرائية موحدة لكافة مكونات الصحة الجنسية والإنجابية.
- وجود مفاهيم مجتمعية مغلوطة حول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية والعنف المبني على النوع الاجتماعي.
- عدم إشراك المجتمعات المحلية في تطوير وتنفيذ مداخلات الصحة الجنسية والإنجابية وعدم مشاركة الرجال والفتيان والشباب.
- عدم تضمين مفاهيم الصحة الجنسية والإنجابية والعنف المبني على النوع الاجتماعي في مناهج التعليم المدرسي والجامعي.

4 المجلس الأعلى للسكان، الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020 - 2030.

- عدم وجود برامج وطنية للتثقيف الإنجابي والجنسي للشباب واليافعين ولذوي الإعاقة واقتصارها على برامج ومبادرات مؤسسية.
- ضعف التوثيق للبرامج والمبادرات والخدمات المقدمة على المستوى الوطني، بالإضافة إلى ضعف الأبحاث والدراسات المتعلقة بالصحة الإنجابية خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية للشباب واليافعين ولذوي الإعاقة ولكبار السن.
- تهميش قطاع الصحة الجنسية والإنجابية في الاستجابة للأزمات وعدم اعتبارها كخدمة أولية أساسية.
- عدم وجود منصات الكترونية مختصة بخدمات ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخاصة أثناء الأزمات.
- عدم وجود محطات / فرق متنقلة لتسهيل الوصول لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

يولي المجلس الأعلى للسكان أهمية بالغة لموضوع الصحة الجنسية والإنجابية بوصفها عنصراً هاما في ديناميكيات السكان، ويدعم الجهود الرامية إلى تحقيق التوازن بين النمو السكاني والموارد الاقتصادية من أجل النهوض بالتنمية، وتهيئة البيئة الملائمة لتحقيق واستثمار التحول الديموغرافي، ويسعى جادا إلى تعزيز البرامج الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية للسماح للأردن بتحقيق نمو سكاني واقتصادي مستدامين.

وضمن هذا الإطار حرص المجلس الأعلى للسكان على توفير بيئة ممكنة للبحث من شأنها تمكين صانعي السياسات ومعدي البرامج ومقدمي الخدمات من استخدام معلومات سليمة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية اللازمة لاتخاذ قرارات قائمة على الأدلة لتحسين برامج وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن. لقد جرت سنة حميدة لدى المجلس وبالتعاون مع شركائه بتحديد أولويات الدراسات والبحوث التي تعالج قضايا الصحة الجنسية والإنجابية لعدة دورات في الأعوام 2009، و2011 و 2014 و2019 بالاستناد على بيانات مسوح السكان والصحة الأسرية التي تعدها دائرة الإحصاءات العامة، كما عُممت هذه الأولويات على المراكز البحثية، ونشرها على موقع منصة المعرفة للصحة الإنجابية لغايات تشجيع تنفيذها.

واستمرارا لهذا النهج أعد المجلس وبالشراكة مع المؤسسات الوطنية الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية والمؤسسات الدولية ذات العلاقة هذه الدراسة لأولويات قضايا ودراسات وبحوث الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن، بالاستناد بشكل رئيسي إلى بيانات استمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 الذي تعده دائرة الإحصاءات العامة بشكل دوري كل خمس سنوات، ويهدف المجلس من هذه الدراسة إلى الخروج بأجندة وطنية لأولويات قضايا ودراسات وبحوث الصحة الجنسية والإنجابية للخمس سنوات القادمة، كموجه للمجلس والجهات البحثية الوطنية والدولية في إعداد دراسات الصحة الجنسية والإنجابية، وبما يساهم في توجيه تخصيص الموارد البحثية للمشاكل ذات الأولوية ويساعد صناع السياسات ومتخذي القرارات على إدراك المشاكل والقضايا الرئيسية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في الأردن ورسم السياسات والبرامج وتقديم الخدمات الموجهة لمعالجة القضايا والمشاكل. ويأتي ذلك انطلاقا من مهام الأمانة العامة للمجلس الأعلى للسكان في متابعة تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية في الأردن للسنوات 2020-2030 ومتابعة مؤشرات أداء برنامج تنظيم الحمل والإنجاب في الأردن بالاستناد إلى الإحصاءات التي تنتجها المسوح الأسرية إلى جانب الإحصاءات الإدارية للمؤسسات.

2. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- تحديد أولويات قضايا الصحة الجنسية والإنجابية التي أفرزتها استمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023.
- تحديد أولويات البحوث والدراسات حسب محاور (السياسات والبرامج والخدمات) لمعالجة هذه القضايا.
- توجيه الجهود البحثية نحو قضايا الصحة الجنسية والإنجابية ذات الأولوية بما يخدم وضع السياسات والبرامج والخدمات لمعالجتها.
- دعم وتطوير وتحديث الإستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية 2020-2030 وخططها التنفيذية بأولويات قضايا الصحة الجنسية والإنجابية.
- توفير أجندة وطنية بأولويات الأبحاث في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمؤسسات الوطنية والجهات الممولة ذات العلاقة والباحثين وطلبة الجامعات.

3. المنهجية

أسلوب الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على الأسلوب التحليلي المكتبي Analytical Investigation المبني على معلومات ثانوية Second-ary information بالإضافة إلى استخدام الأسلوب النوعي Qualitative Approach للحصول على توافق من الشركاء Stakeholders حول أولويات القضايا والدراسات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية باستخدام أسلوب الحلقات النقاشية Discussion Group Approach بالإضافة إلى استخدام المنهج الكمي Quantitative Approach لتقييم أولويات القضايا والدراسات التي تم الإجماع عليها من قبل الشركاء باستخدام ميزان ليكرت (من 1-5 درجات).

مراحل الدراسة

1) مراجعة قوائم أولويات الدراسات وأبحاث الصحة الجنسية والإنجابية التي أعدها المجلس في الأعوام 2009، 2011، 2014 و2019 والتقارير والدراسات والإستراتيجيات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في الأردن للتعرف على هذه القضايا والإلمام بالسياسات والبرامج والخدمات المرتبطة بهذا الموضوع.

2) إجراء مراجعة مستفيضة لاستمارة ونتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023، تم من خلالها حصر قضايا الصحة الجنسية والإنجابية كما أظهرتها نتائج هذا المسح وتبويبها حسب المواضيع الرئيسية للصحة الجنسية والإنجابية الواردة في تقرير هذا المسح.

3) على ضوء قضايا الصحة الجنسية والإنجابية التي أفرزتها استمارة ونتائج مسح 2023؛ تم إعداد مسودة لأولويات الدراسات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية مبوبة حسب محاور السياسات والبرامج والخدمات.

4) مراجعة المعايير التي وضعتها اللجنة التوجيهية للأبحاث السكانية والخاصة بتحديد أولويات الأبحاث لعام 2012 واعتماد قائمة محدثة لهذه المعايير على النحو التالي:

- تجنب التكرار: هل البحث يضيف معرفة جديدة؟

- التأثير الإيجابي على الصحة الجنسية والإنجابية للسكان

- أهمية/ خطورة / جدية / حجم المشكلة أو القضية

- العدالة في الحصول على الخدمات: هل مثلا يتعامل البحث مع عدم المساواة والتباينات بين المناطق والشرائح وخاصة المهمشة؟

- هل توجد مخاطر على حياة عدد كبير من الناس إذا لم يُجرَ البحث؟

- هل سيكون للبحث تأثيرات اقتصادية إيجابية على الخزينة والأسرة؟

- القابلية للتنفيذ: ماليا / زمنيا / فنيا / ثقافيا / سياسيا / توفر المعلومات

- البعد الأخلاقي

5) تم عقد ورشتي عمل الأولى لإقليمي الوسط والشمال والثانية لإقليم الجنوب ضمت عددا من الخبراء والمختصين والشركاء من كافة القطاعات الحكومية والخاصة والأهلية والدولية والبحثية لمناقشة مسودة أولويات الدراسات والبحوث الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية المبينة في الفقرة الثالثة أعلاه، واقتراح مواضيع بحثية أخرى ذات أولوية من وجهة نظرهم، وتقييم وترتيب أولوية كل موضوع بحثي باستخدام ميزان ليكرت من 1-5 درجات (1: ضعيف جدا، 2: ضعيف، 3: متوسط، 4: عالي، 5: عالي جدا) وذلك حسب المعايير المشار إليها في الفقرة 4 أعلاه، والتي تم عرضها على المشاركين وتم إقرارها منهم قبل عملية التقييم ووضع علامات لأولوية الدراسات والبحوث.

6) في نهاية الورشتين تم تجميع قوائم أولويات البحوث المصادق عليها من المشاركين بعد وضعهم درجات الأولوية وتم إدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج إكسل لتجميع إجابات المشاركين وحساب المتوسط الحسابي لكل موضوع بحثي حسب المحاور المختلفة وحسب درجة الأهمية التي تعكسها علامة المتوسط الحسابي موزعة حسب المحاور (السياسات، البرامج، الخدمات).

7) إعداد تقرير الدراسة باللغتين العربية والإنجليزية.

الفصل الثاني: الدراسات والجهود السابقة للمجلس لتحديد أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية والتعريف بمسح السكان والصحة الأسرية 2023

1. الدراسات والجهود السابقة للمجلس لتحديد أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية الإنجابية

يتبنى المجلس الأعلى للسكان سياسة واضحة تعكسها الخطط الإستراتيجية والخطط التنفيذية المتعاقبة للمجلس والتي تركز على دعم وتشجيع البحث العلمي والاستفادة من نتائج الأبحاث في رسم السياسات وتطوير البرامج والخدمات التي تساهم في تحسين الصحة الجنسية والإنجابية وتنعكس إيجابا على تحقيق أجندة التنمية المستدامة 2030 وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وفي مجال تحديد أولويات الدراسات في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة المبنية على الدلائل العلمية للبحوث والمسوحات وبمشاركة فاعلة من جميع الجهات المعنية، قام المجلس بجهود موصولة منذ أكثر من خمسة عشر عاماً لوضع دراسات تم بناء عليها تبني أجندات وطنية لبحوث الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة نذكر فيما يلي أهمها:

دراسة عام 2009 لتحديد الأولويات البحثية[5]:

لتحديد الأولويات البحثية في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، تم عقد ثلاث اجتماعات علمية نقاشية لممثلين من وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، والجامعات، والقطاع الخاص، والجمعيات المهنية، والجهات المانحة والوكالات الدولية، والمؤسسات العامة ومنظمات المجتمع المدني وذلك لمناقشة وتقييم وترتيب أولويات بحوث تنظيم الأسرة كما أوردها تقرير دراسة مراجعة أبحاث تنظيم الأسرة (2001 إلى 2008). كذلك تم الطلب من المشاركين في الحلقات النقاشية اقتراح مواضيع بحثية أخرى ذات أولوية من وجهة نظرهم، في نهاية الاجتماعات الثلاثة، تم تجميع المواضيع البحثية المقترحة في نموذج موحد أرسل للمشاركين عبر البريد الإلكتروني للمصادقة عليه وإعطاء نقاط أولوية لكل موضوع باستخدام ميزان ليكرت، وبعدها تم تجميع مواضيع البحث المصادق عليها (المجموعة الواردة في دراسة مراجعة أبحاث تنظيم الأسرة والمجموعة التي اقترحها المشاركون) في قائمة واحدة وإدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج اكسل، وتم حساب المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين لكل موضوع بحثي وترتيب المواضيع البحثية تحت العناوين الرئيسية الثلاثة (السياسات والبرامج والخدمات) ترتيبا تنازليا من المعدل الأعلى إلي الأدنى، وقد تم التوصل إلي أجندة وطنية لأولويات بحوث تنظيم الأسرة تغطي محاور السياسات (10 مواضيع) والبرامج (14 موضوعا) والخدمات (17 موضوعا) مرتبة حسب درجة الأولوية.

دراسة عام 2011 لتحديد الأولويات البحثية[6]:

راجع المجلس الأعلى للسكان أبحاث تنظيم الأسرة التي أجريت في الأردن خلال الفترة من 2008 ولغاية 2011 وذلك للتعرف على الفجوات وتحديد أولويات بحوث تنظيم الأسرة للاعتماد عليها لوضع أجندة وطنية لهذه الأولويات وتعميمها على المؤسسات ذات العلاقة، وقد تم عقد حلقة نقاشية بؤرية لممثلين من وزارة الصحة، والمجلس الصحي العالي والخدمات الطبية الملكية، والجامعات،

5 Higher Population Council (2009). Identification of Priority Research Topics Related to Family Planning.

6 Higher Population Council (2011). Identification of Priority Research Topics Related to Family Planning.

والقطاع الخاص، والجمعيات المهنية، والجهات المانحة والوكالات الدولية، والمؤسسات العامة ومنظمات المجتمع المدني، ودائرة الإحصاءات العامة، وذلك لمناقشة وتقييم وترتيب أولويات بحوث تنظيم الأسرة كما أوردها تقرير دراسة مراجعة أبحاث تنظيم الأسرة (2008 إلى 2011) باستخدام ميزان ليكرت (من 1-5 درجات)، كذلك تم الطلب من المشاركين في الحلقة النقاشية اقتراح مواضيع بحثية أخرى ذات أولوية من وجهة نظرهم. وفي نهاية الحلقة النقاشية، تم تجميع المواضيع البحثية المقترحة في نموذج موحد أرسل للمشاركين عبر البريد الإلكتروني للمصادقة عليه وإعطاء نقاط أولوية لكل موضوع باستخدام ميزان ليكرت، وبعدها تم تجميع مواضيع البحث المصادق عليها (المجموعة الواردة في دراسة مراجعة أبحاث تنظيم الأسرة والمجموعة التي اقترحها المشاركون) في قائمة واحدة وإدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج اكسل، وتجميع علامات إجابات المشاركين لكل موضوع بحثي وترتيب المواضيع البحثية تحت العناوين الرئيسية الثلاثة (السياسات والبرامج والخدمات) ترتيبا تنازليا من المجموع الأعلى إلى الأدنى، حيث تم التوصل إلى أجندة وطنية لأولويات بحوث تنظيم الأسرة تغطي محاور السياسات (6 مواضيع) والبرامج (6 مواضيع) والخدمات (10 مواضيع) مرتبة حسب درجة الأولوية.

أولويات الأبحاث في مجال الصحة الإنجابية استنادا لنتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2012[7]:

بهدف تحديد أولويات الأبحاث في مجال الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة المستندة إلي مسح السكان والصحة الأسرية 2012، قام المجلس الأعلى للسكان بالتعاون مع مركز الدراسات الاستراتيجية في الجامعة الأردنية ومؤسسة ICF الدولية بعقد لقاء خلال شهر شباط من عام 2014، ضم خبراء وباحثين في مجالي البحث العلمي المتعمق للسكان والصحة الأسرية للخروج بمواضيع ذات أولوية استناداً إلى نتائج المسح المنفذ من قبل دائرة الإحصاءات العامة، بعدها ناقشت اللجنة التوجيهية للأبحاث السكانية تحديد أولويات الأبحاث المقترحة من قبل الخبراء والمستندة إلى نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2012. حيث وضعت اللجنة مجموعة من المعايير التي تم على أساسها تصنيف الدراسات المقترحة حسب الأولوية، وقد تم تصنيف البحوث حسب محاور تنظيم الأسرة الثلاثة: السياسات وبرامج العمل والخدمات، وبعدها رتب أعضاء اللجنة التوجيهية للأبحاث الأولويات باستخدام ميزان ليكرت (1-5 درجات) وفق المحاور الثلاث، كما تم تحديد أولويات المواضيع المقترحة من خارج نطاق مسح السكان والصحة الأسرية لكونها تحتاج إلى بيانات من مصادر أخرى، وقد تم التوصل إلى أجندة وطنية لأولويات بحوث تنظيم الأسرة تغطي محاور السياسات (6 مواضيع) والبرامج (6 مواضيع) والخدمات (10 مواضيع) مرتبة حسب درجة الأولوية.

أولويات قضايا ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية استنادا إلى نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017[8]:

اعتمدت هذه الدراسة على الأسلوب التحليلي المبني على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017 وتوصيات الدراسات في مجال الصحة الإنجابية لتحديد قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، بالإضافة إلى استخدام الأسلوب النوعي للحصول على توافق من الشركاء حول أولويات القضايا والدراسات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية باستخدام أسلوب الحلقات النقاشية، كما تم استخدام المنهج الكمي لتقييم أولويات القضايا والدراسات من قبل الشركاء باستخدام ميزان ليكرت (من 1-5 درجات)،

7 المجلس الأعلى للسكان (2014). أولويات الأبحاث في مجال الصحة الإنجابية استنادا لنتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2012

8 http://www.share-net-jordan.org.jo/?q=ar/node/12114

وبناء على معايير محددة تم الاتفاق عليها مع المشاركين؛ تم تجميع مواضيع البحوث المصادق عليها من الشركاء (المجموعة المبنية على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017 والمجوعة المبنية على نتائج الدراسات والتقارير من خارج المسح) وإدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج اكسل. تم حساب المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين لكل موضوع بحثي وترتيب المواضيع البحثية تحت العناوين الرئيسية الثلاثة (السياسات والبرامج والخدمات) ترتيبا تنازليا من المعدل الأعلى إلى المعدل الأدنى.

تم التوصل إلى أجندة وطنية لأولويات بحوث الصحة الجنسية والإنجابية مكونة من 36 عنوانا مقسمة إلى جزئين: الأول يتضمن أولويات البحوث بناء على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017 (25 عنوانا) يغطي محاور السياسات (10عناوين) والبرامج (7عناوين) والخدمات (8عناوين) مرتبة حسب درجة الأولوية والجزء الثاني يتضمن أولويات البحوث حسب نتائج الدراسات والتقارير من خارج المسح (11 عنوانا) يغطي محاور السياسات(4 عناوين) والبرامج (4 عناوين) والخدمات (3 عناوين) مرتبة حسب درجة الأولوية، وتم تخصيص فصلا كاملا للتعريف بالبحوث التي حصلت على متوسط أولوية من قبل الشركاء 3 علامات أو أكثر وبلغ عددها 22 بحثا مبيناً عنوان الدراسة وأهدافها وأهميتها.

2. التعريف بمسح السكان والصحة الأسرية 2023[9]:

يعتبر مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 المسح الثامن من سلسلة المسوح الديموغرافية والصحية التي تم تنفيذها في الأردن، وذلك بعد المسوح التي تم إجراؤها في الأعوام: 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، 2012، 2018/2017 وقد قامت دائرة الإحصاءات العامة بتنفيذ هذا المسح استجابة لاحتياجات وزارة الصحة الأردنية والمجلس الأعلى للسكان والمؤسسات الوطنية ذات العلاقة؛ حيث تم جمع البيانات خلال الفترة (كانون الثاني لغاية حزيران من عام 2023). وتم مراجعة بروتوكول المسح، بما في ذلك جمع العلامات الحيوية والموافقة عليها من قبل لجنة المراجعة المؤسسية التابع لمؤسسة ICF الدولية.

تم إجراء مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 من قبل دائرة الإحصاءات العامة وبتمويل من الحكومة الأردنية، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومنظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأغذية العالمي بالتعاون مع مؤسسة ICF الدولية التي قدمت المساعدة الفنية من خلال البرنامج العالمي للمسوح الديموغرافية والصحية في العالم.

يهدف هذا المسح إلى توفير تقديرات موثوقة لمستويات الإنجاب، الزواج والنشاط الجنسي، تفضيلات الإنجاب، وسائل تنظيم الأسرة، صحة الأم والطفل، ممارسات الرضاعة الطبيعية، التغذية، وفيات الأطفال، المعرفة والمواقف المتعلقة

9 Department of Statistics, 2024, Population and Family Health Survey 2023.

بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض المنقولة جنسيا (STIs) وتجربة المرأة مع العنف، والإعاقة بين أفراد الأسرة؛ وذلك على المستوى الوطني، والحضر والريف، والأقاليم، والمحافظات بالإضافة إلى تمثيل المجتمع حسب الجنسية (أردني، سوري وجنسيات أخرى) لغايات تقييم البرامج والسياسات السكانية والصحية الموجودة حالياً ووضع الإستراتيجيات والخطط والبرامج للقضايا السكانية وصحة الأسرة.

تم تصميم عينة مسح السكان والصحة الأسرية JPFHS 2023 بالاستناد إلى الإطار الذي تم استخدامه في التعداد العام للسكان والمساكن في الأردن 2015، حيث تم تصميم المسح لتوفير نتائج ممثلة على المستوى الوطني، وللمناطق الحضرية والريفية بشكل منفصل، لكل محافظة من محافظات الأردن ، ولتغطية أربع مجموعات حسب الجنسية: الأردنيين، والسوريين الذين يعيشون في المخيمات، والسوريين الذين يعيشون خارج المخيمات، والجنسيات الأخرى.

بلغت نسبة الاستجابة للأسر التي تمت مقابلتها 98% على المستوى الوطني، في حين بلغت نسبة الاستجابة للسيدات المؤهلات في الفئة العمرية 15-49 سنة 97%، كما بلغت نسبة الاستجابة للرجال ممن أعمارهم 15-59 سنة 90%، وقد تمت مقابلة 19475 أسرة و12595 سيدة سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة و5873 رجل في الأعمار 15-49 سنة.

الفصل الثالث: قضايا الصحة الجنسية والإنجابية حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023

بعد مراجعة استمارات المسح والتحليل المعمق للنتائج المبينة في تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2023 وبناء على مفهوم منظمة الصحة العالمية لأبعاد ومكونات الصحة الجنسية والإنجابية، فقد تم حصر القضايا المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية في الأردن وتبويبها حسب المواضيع الرئيسية لتقرير المسح وعلى النحو التالي:

1) الزواج والتعرض لخطر الحمل Marriage and Exposure to the Risk of Pregnancy

يوجد ارتباط بين الزواج ومدى تعرض المرأة لخطر الحمل. والزواج أيضا عامل مهم في تحديد مستويات الإنجاب. ومع ذلك، فإن توقيت وظروف الزواج لها أيضاً تأثير هام على حياة النساء والرجال على حد سواء.

1.1 الحالة الزواجية Marital Status

- أظهرت نتائج المسح الحالي انخفاض نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج بمعدل 2% مقارنة بنتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2017-2018 حيث كانت هذه النسبة 60% مقارنة مع 58% في المسح الحالي.
- ارتفاع نسبة النساء السوريات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 عاماً ولم يتزوجن أبدًا (75%). وهذه النتيجة (تحتاج إلى تفسير من قبل دائرة الإحصاءات العامة).

في كافة المجتمعات يتبقى عادة نسبة من النساء لم يسبق لهن الزواج لأسباب غير اجتماعية مثل وجود درجة ونوع ما من الإعاقة أو المرض أو غياب حد أدنى من اللياقة البدنية والجمال. وتجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من إضافة نموذج لذوي الإعاقة في المسح لأول مرة، إلا أنه لم يتم إدخال القضايا الجنسية والإنجابية لذوي الإعاقة في تقرير النتائج النهائية للمسح باستثناء جدول لذوي الإعاقة وفقا للحالة الزواجية، وهذا يفتح المجال للباحثين لمزيد من التحليل لهذه القضايا باستخدام البيانات الخام.

1.2 تعدد الزوجات Polygyny

رغم أن تعدد الزوجات غير شائع في الأردن (4% من السيدات المتزوجات حالياً أفادوا بان أزواجهن لديهم أكثر من زوجة واحدة)، إلا أن التعدد أكثر شيوعا بين الفئات المتقدمة في العمر والأقل تعليماً ورفاهاً، مع وجود تباين في تعدد الزوجات بين المحافظات حيث بلغت على سبيل المثال 6% في محافظات المفرق وجرش والطفيلة بينما كانت 3% في محافظات الزرقاء واربد والبلقاء والكرك.

قد يعود تدني نسبة وجود تعدد للزوجات في الأردن إلى أن الزواج بامرأة ثانية يسبقه في الغالب طلاق الزوجة الأولى، ولذا تصبح حالة التعدد نادرة.

1.3 زواج الفتيات دون سن ثمانية عشرة عاماً

- رغم انخفاضه بشكل كبير مقارنة بعام 1990، لا يزال معدل الزواج المبكر (أي الزواج قبل سن 18 عاماً) مرتفعاً نسبياً بين النساء في الأردن: 16% من النساء في الفئة العمرية 20-49 عامًا تزوجن قبل سن 18 عامًا.
- يوجد تباين في معدل الزواج المبكر حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي للمرأة وكذلك يوجد تباين أيضا بين السيدات السوريات داخل المخيمات وخارجها.
- ارتفاع النسبة ناتج عن طول الفئة العمرية للنساء 20-49، فقد بلغت نسبة المتزوجات دون سن 18 في الفئة العمرية 45-49 ما نسبته 23.1% مقابل 9% في الفئة العمرية 20-24، وذلك على المستوى الوطني. أما على مستوى الجنسيات فقد بلغت النسبة لدى الأردنيات 7% مقابل 20.2% لدى السوريات و9.4% لدى الجنسيات الأخرى، وعليه فان المشكلة على الأغلب بين السوريات ويمكن من هنا أن ندعو إلى تكثيف البرامج للحد من الزواج المبكر بين السوريات.

تجدر الإشارة بأن قانون الأحوال الشخصية الأردني يسمح بالزواج لمن بلغت سن 16 سنة (أي أتمت 15 سنة) ومن بلغت سن 17 (أي أتمت 16 سنة) ومن بلغت 18 سنة (أي أتمت 17 سنة). وتوفر سجلات دائرة قاضي القضاة بيانات تمكن من حساب نسبة الفتيات اللاتي يتزوجن عند بلوغ (وليس إتمام) سن 17,16,15 من بين من يتزوجن لأول مرة بحسب الجنسية.

2) الإنجاب Fertility

يلعب تأجيل الولادات الأولى وإطالة الفترة الفاصلة بين الولادات دوراً هاما في خفض مستويات الإنجاب في العديد من البلدان. ولهذه العوامل أيضًا عواقب صحية إيجابية. وعلى النقيض من ذلك، يمكن أن تؤدي فترات الولادة القصيرة (أقل من 24 شهرًا) إلى نتائج ضارة لكل من المواليد الجدد وأمهاتهم، مثل الولادة المبكرة، وانخفاض الوزن عند الولادة، والوفاة. ويرتبط الإنجاب في سن مبكرة جدًا بزيادة خطر حدوث مضاعفات أثناء الحمل والولادة وارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة.

2.1 معدل الإنجاب الكلي Total Fertility Rate

- استقرار معدل الإنجاب الكلي منذ مسح 2017-2018 حيث بلغ في المسح الحالي 2.6 طفل بانخفاض بسيط عن نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2017-2018 حيث كان 2.7 طفل. ومن الجدير بالإشارة اليه أن هذا المعدل أصبح متدني،

وليس من الحكمة العمل على خفضه أكثر. كذلك فإن هذا المعدل هو مصطلح فني يصعب على الكثيرين فهم ماذا يعني، كما أنه غير فعلي بل متوقع، أي هو عدد المواليد الذي يتوقع أن تنجبه السيدة المتزوجة وغير المتزوجة مع وصولها إلى نهاية حياتها الإنجابية إن هي سارت في سلوكها الإنجابي وفق معدلات الإنجاب حسب العمر السائدة في مجتمعها عند إجراء المسح/المقابلة مع كافة السيدات في سن الإنجاب. لذا نقترح عوضاً عن هذا المعدل، أن يجري حساب معدل الإنجاب الكلي الزواجي Marital Total Fertility Rate وأن يجري تحليل لتباينه حسب متغيرات أخرى.

- التفاوت في معدلات الإنجاب بين المناطق الريفية والحضرية (2.6 طفل في المناطق الحضرية و2.8 طفل في المناطق الريفية).
- توجد تباينات حادة في معدل الإنجاب الكلي حسب المحافظات (3.1 في المفرق وعجلون 3.0 في جرش والزرقاء و 1.9 في العقبة) والجنسية 4.1 لدى السوريات (مع جود تفاوتات بين النساء السوريات المقيمات داخل المخيمات والمقيمات خارج المخيمات) والمستوى التعليمي (3.4 للنساء اللاتي مستوى تعليمهن اقل من الثانوي مقارنة ب 2.1 لمن هن في مستوى تعليمي أعلى من الثانوي) ومستوى الرفاه (3.9 للنساء في أدنى سلم الرفاه مقارنة ب 1.4 لمن هن في أعلى سلم الرفاه).
- من الملاحظ انخفاض المعدل الكلي للإنجاب دون مستوى الإحلال (2.1) في محافظة المفرق (1.9) وفي محافظة البلقاء (2%) وللنساء في مستوى الرفاه الأعلى (1.4). وهذا يستدعي معرفة العوامل المؤثرة في ذلك.

الارتفاع في معدلات الإنجاب بين السوريات يقودنا إلى التفكير بتعزيز برامج تنظيم الإنجاب لدى السوريين والتأثير على العوامل المؤثرة على ارتفاع المعدلات بينهم.

- وقوع نسبة كبيرة نسبيا من الولادات (14%) خلال اقل من 18 شهرا بعد الولادة السابقة ووقوع حوالي ثلث الولادات (27%) خلال 24 شهر التي تلي الولادة السابقة وذلك رغم زيادة وسط فترة المباعدة بين المواليد بشكل مطرد مع مرور الوقت، ولهذا الموضوع تأثيره على الإنجاب، بالإضافة إلى تأثيره على صحة الأمهات وأطفالهن.

2.2 الأطفال الذين ولدوا وما زالوا أحياء Children Ever Born and Living

- ارتفاع متوسط عدد الأطفال المولودين لنساء متزوجات في سن 45-49 عامًا -اللاتي من المرجح أنهن لم يعدن قادرات على الإنجاب - حيث بلغ 4.1 طفل. وهذا يسمى الإنجاب المكتمل أي الفعلي.
- 5% من النساء المتزوجات حاليًا في سن 45-49 عامًا لم ينجبن أي ولادة (الزوجة بلا أطفال)، وهو ما يمثل العقم الأولي والثانوي، ولا نعرف السبب وراء هذين النوعين، هل هو من الزوج أم الزوجة أم الإثنين معاً.
- 3% من المواليد الأحياء في السنوات الخمس السابقة للمسح كانوا مواليد متعددين (توائم). ونظرا لأهمية دراسة الخصائص الاجتماعية للسيدات اللاتي لديهن توائم فإن المجلس يعكف على إعداد ورقة حقائق حول هذا الموضوع.

تظهر الحاجة في تقارير النتائج النهائية للمسوحات القادمة إلى بيان نسبة المتزوجات اللاتي لديهن بنات فقط واللاتي لديهن أولاد فقط.

2.3 فترة المباعدة بين الولادات Birth Intervals

- الفاصل الزمني بين الولادة هو طول الفترة الزمنية بين ولادتين متتاليتين. وترتبط الفترات القصيرة بين الولادة (أقل من 24 شهرًا) بزيادة خطر الوفاة لكل من الأم وطفلها.
- وقوع نسبة كبيرة (41%) من الولادات خلال فاصل زمني قصير نسبيا خلال 24 شهر أو اقل من 18 شهر بعد الولادة الأولى، حيث حدثت 27% من الولادات خلال أقل من 24 شهرًا من الولادة السابقة، و14% حدثت خلال أقل من 18 شهرًا بعد الولادة السابقة. ولهذا الموضوع تأثيره على الإنجاب، بالإضافة إلى تأثيرها على صحة الأمهات وأطفالهن.

المباعدة بين الولادات بعد المولود الأول تكون عادة قصيرة لعدة أسباب قد يكون منها: الحصول على مولود ذكر بعد البنات، قصر مدة الانقطاع عن المعاشرة الزوجية بعد الولادة، قصر مدة الرضاعة المطلقة، ضعف المشورة قبل الخروج من قسم الولادة في المستشفيات وفي فترة النفاس أيضاً، والاستعمال المرتفع للموانع التقليدية للحمل ذات نسب الفشل المرتفعة. والأهم هو قياس ودراسة المدة بين فقدان الحمل والمولود اللاحق، لأنه تعود الزوجة فتحمل مبكراً لأسباب بيولوجية (غياب الرضاعة بسبب فقد الجنين و/أو فقد مولود) ونفسية (تعويض ما فقد).

- يوجد اختلافات في متوسط الفاصل الزمني بين الولادات حسب وجود وفيات أطفال من الولادات السابقة وحسب جنس المولود السابق وحسب مستوى تعليم الأم وحسب الجنسية وحسب مستوى الرفاه الاقتصادي للأم.
- هناك فروق حسب ترتيب الولادة، إذ تزداد نسبة الولادات التي تكون الفاصل بينها أقل من 24 شهراً بين المولودين في المرتبة الثانية والثالثة.
- أيضا يوجد تباينات حسب المحافظات فقد كان حدوث الولادات في فترة اقل من 24 شهر في كل من محافظات مادبا 30.6% والمفرق 32.6%، وجرش 32.5% ومعان 32.4%.

2.4 العمر عند بدء أول دورة شهرية Age At First Menstruation

- إن العمر الذي تمر فيه المرأة الشابة بفترة الحيض الأولى هو علامة فارقة مهمة في حياتها. فهو يشير إلى بداية سنوات الخصوبة لديها.
- يبلغ متوسط العمر عند أول دورة شهرية بين النساء في سن 15-49 عاماً 13.3 عاماً.

العمر عند أول دورة شهرية أقل بين النساء في الفئة العمرية 15-19 (12.9 سنة) مقارنة بالنساء في الفئات العمرية الأكبر (13.2-13.3 سنة).

ضرورة التركيز على التوعية الصحية والنفسية حول موضوع الدورة الشهرية بين طالبات المدارس وخاصة في الصفوف الأساسية وكيفية التعامل الصحي معه لتجنب المرض والعقم فيما بعد، وضرورة إيجاد المرافق الصحية المناسبة في المدارس. علماً بأنه تم حديثا إعداد دراسة من قبل المجلس الأعلى للسكان حول الكلفة الشهرية للفوط الصحية للأم غير الحامل وبناتها عكست العبء المالي غير البسيط على الأسرة.

2.5 وصول النساء إلى سن اليأس Arrival of Menopause

- وصول النساء إلى سن اليأس مبكراً خلال فترة الإنجاب، فقد بلغت النسبة 6% من النساء في سن 30-49، 0.6% في الفئة العمرية 30-34، 1.5% في الفئة العمرية 35-39، و8.1% في الفئة العمرية 40-45.

وصول النساء إلى هذه المرحلة في وقت مبكر يستحق الوقوف عنده لأنه يحدد خيارات الأسرة في الإنجاب فهل هناك علاقة ما بين تقدم أول حيض للفتاه بوصولها إلى سن اليأس لاحقاً، وماهي التدابير اللازمة لهذا التحول.

يمكن أن يؤدي الحمل في سن المراهقة إلى تقليل فرص التعليم والتوظيف لدى النساء ويرتبط بمستويات أعلى من الخصوبة وبمعدلات عالية من وفيات الأطفال حديثي الولادة. ولذلك نجد أن هدف التنمية المستدامة 2030 رقم 3-7 الخاص بضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بحلول عام 2030 قد تضمن هدفا فرعياً (3-7-2) خاص بمعدل الولادات لدى المراهقات من 10-14 سنة ومن 15-19 سنة.

2.6 الحمل في سن المراهقة Teenage Pregnancy

- 3% من النساء في سن المراهقة 15-19 سنة سبق لهن الحمل و7% من النساء في الفئة العمرية 25-49 سنة أنجبن قبل سن 18 سنة. وعلى الرغم من تدني النسب إلا أنها تحمل خطورة تتعلق بفرص التعليم والعمل لدى السيدات، ويرتبط أيضاً بارتفاع مستويات الخصوبة، واحتمالية التعرض للإسقاط أو الإجهاض وممكن تأثيرات صحية على الأم والمولود.
- يوجد اختلافات في نسب الحمل في سن المراهقة 15-19 سنة حسب الجنسية ومستوى تعليم الأم وحسب المحافظات (5% في الزرقاء و4% في جرش والمفرق) ومستوى رفاه الأم.
- الارتفاع الكبير في نسبة الحمل في سن المراهقة 15-19 سنة بين النساء السوريات (12% للنساء في المخيمات و8% للنساء خارج المخيمات) وهذا ناتج عن تأثير الزواج من هن دون سن الثامنة عشرة بين السوريات.

يمكن أن يؤدي الحمل في سن المراهقة إلى تقليل فرص التعليم والتوظيف لدى النساء ويرتبط بمستويات أعلى من الخصوبة وبمعدلات عالية من وفيات الأطفال حديثي الولادة. ولذلك نجد أن هدف التنمية المستدامة 2030 رقم 3-7 الخاص بضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بحلول عام 2030 قد تضمن هدفا فرعياً (3-7-2) خاص بمعدل الولادات لدى المراهقات من 10-14 سنة ومن 15-19 سنة.

2.7 مخرجات الحمل Pregnancy Outcomes

- الرعاية المناسبة والكافية قبل الولادة خاصة في الأحمال عالية الخطورة ترتبط بشكل كبير بالنتائج الإيجابية للأمهات، وعادة ينتهي الحمل بمولود حي أو بوفاة الجنين (إسقاط الحمل) أو بمولود ميت أي من أكمل فترة 28 أسبوع من الحمل أو بانتهاء الحمل بإجهاض متعمد.
- بلغت نسبة الأحمال التي انتهت بمولود حي (86.4%)، وتنخفض هذه النسبة مع التقدم في ترتيب الحمل ليصل إلى 81.4% في ترتيب الحمل الرابع فأكثر، كما انخفضت عن هذه النسبة في محافظات عجلون (81.3%) وجرش (83.6%)، والعاصمة (84.1%)، والبلقاء (84.4%). وانخفضت عن هذه النسبة لدى الأردنيين (85.9%) مقابل السوريين (89.3%) وحملة الجنسيات الأخرى (89.2%).
- 12% من بين حالات الحمل لدى النساء في سن 15-49 عامًا في السنوات الثلاث التي سبقت المسح أدت إلى الإجهاض، و1% أدت إلى الإجهاض المتعمد. ويوجد اختلافات في نسب الإجهاض غير المتعمد حسب جنسية الأم وحسب المحافظات وبين المناطق الحضرية والريفية.
- 0.3% من حالات الحمل كانت ولادة الجنين ميتاً (الحمل الذي يستمر 28 أسبوعاً أو أكثر).

يرتبط فقدان الحمل بآثار سلبية على الأم مثل الإصابة بالقلق والاكتئاب، وقد قام المجلس بتحليل أولي لفقدان الحمل وتوقيته Pregnancy Loss.

3. تفضيلات الإنجاب Fertility Preferences

إن المعلومات المتعلقة بتفضيلات الإنجاب يمكن أن تساعد مخططي برامج تنظيم الأسرة في تقييم الرغبة في إنجاب الأطفال، ومدى حالات الحمل غير المرغوب فيها أو غير المناسبة، والطلب على وسائل منع الحمل لتباعد الولادات أو الحد منها. وتشير هذه المعلومات إلى الاتجاه الذي قد تتخذه أنماط الإنجاب في المستقبل.

من الضروري إجراء التحليلات التالية بالاعتماد على البيانات الخام للمسح: (1) تحليل للرغبة في إنجاب مزيد من الأطفال عند الزوجة وعند الزوج ليس حسب عدد ما لدى كل منهما من أطفال، بل حسب ما لدى كل منهما من أطفال ذكور أولاً ومن أطفال إناث ثانياً. وكذلك (2) مقارنة عدد الرجال والنساء الذين لديهم ولدان أو ثلاثة أولاد فقط، بعدد من لديهم بنتان أو ثلاث بنات فقط، من أجل اختبار تأثير التركيب النوعي للأطفال في الأسرة على الرغبة في التوقف عن الإنجاب.

3.1 الرغبة في إنجاب طفل آخر Desire for Another Child

- وجود فجوة بين اتجاهات الرجل والمرأة في القضايا المتعلقة بالإنجاب:

- 12% من النساء المتزوجات حالياً يرغبن في إنجاب طفل آخر خلال العامين المقبلين، مقارنة بـ 21% من الرجال المتزوجين حاليًا.

- أكثر من نصف النساء (57%) وأقل بقليل من نصف الرجال (49%) لا يريدون المزيد من الأطفال أو أجرت السيدة عملية تعقيم.

- 30% من الرجال المتزوجين حالياً الذين ليس لديهم أطفال أحياء لا يريدون أي أطفال، مقارنة بـ 4% من النساء اللاتي ليس لديهن أطفال أحياء. وهذه النسبة تستوجب الوقوف عندها لارتفاعها الملحوظ عن الأعوام السابقة.

- 22% من النساء اللواتي لا يوجد لهن أطفال صرحن بأنهن غير قادرات على الإنجاب، وتتباين هذه النسبة لمن لديهن أطفال لتصل من مجمل النساء 15-49 إلى ما نسبته 7.2%. من جانب آخر بلغت نسبة الرجال الذين صرحوا بأنهم غير قادرين على الإنجاب وليس لديهم أطفال (7.9%) وتتباين هذه النسبة لمن لديهم أطفال لتصل من مجمل الرجال في العمر 15-49 إلى 1.2% وترتفع إلى 3.6% للرجال إذا وسعنا الفئة العمرية إلى (15-59) سنة.
- يوجد اختلافات في نسب السيدات المتزوجات اللاتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال حسب جنسية الأم لتصل إلى (57.1%) بين الأردنيات و52.4% بين السوريات، كما تتباين بشكل واضح بين السوريين داخل المخيمات إذ بلغت (38.9%) وخارج المخيمات (54.6%)، كما تتباين نسبة السيدات المتزوجات اللاتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال حسب المحافظات لتصل في أعلاها في محافظات الطفيلة والعاصمة (64.5%، و62%) على التوالي، ووصلت أدناها في محافظات المفرق واربد (44.6%، 48.3%) على التوالي، كما تتباين حسب مستوى الرفاه.

3.2 عدد أفراد الأسرة المثالي Ideal Family Size

- وجود فجوة بين اتجاهات الرجل والمرأة فيما يتعلق بالعدد المثالي للأطفال. بلغ متوسط العدد المثالي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج من الأطفال 3.7 طفل مقابل 4.1 طفل للرجال الذين سبق لم الزواج، كما بلغ للنساء المتزوجات حاليا 3.7 طفل مقابل 4.2 طفل للرجال المتزوجين حالياً وأعمارهم 15-49 سنة.
- يوجد اختلافات في العدد المثالي للأطفال حسب جنسية الأم؛ فقد بلغ للأردنيات 3.7 طفل، مقابل 4.1 طفل للسوريات، وحسب المحافظات فقد بلغ العدد المثالي للأطفال في أقصاه 4 أطفال في محافظات جرش وعجلون وفي أدناه 3.2 طفل في محافظة معان و3.3 طفل في محافظة العقبة، وحسب مستوى تعليم الأم، ارتفع عدد الأطفال المثالي من 3.6 طفل للأمهات ذوات التعليم العالي إلى 4.1 للأمهات بدون تعليم، كما ارتفع العدد المثالي من 3.2 طفل للأمهات في الأعمار 15-19 إلى 4 أطفال لدى الأمهات في الفئة العمرية 45-49.

3.3 التخطيط للإنجاب Fertility Planning Status

- إن ارتفاع الفجوة بين الإنجاب المرغوب فيه والإنجاب الفعلي يزيد من تعرض السيدات إلى الإسقاط والإجهاض مما يشكل خطراً على صحة المرأة.
- وجود نسبة 19% من الولادات غير المرغوب فيها وهي نسبة ليست بالقليلة وتحتاج إلى دراسة (10% في غير وقتها -أي مرغوبة في تاريخ لاحق-، ولم تكن 9% من الولادات مرغوبة على الإطلاق).

  ارتفاع نسبة الولادات غير المرغوب فيها على الإطلاق من 6% في عام 2017-2018 إلى 9% في عام 2023.

3.4 معدلات الإنجاب المرغوبة Wanted Fertility Rates

- توجد فجوة بين معدل الإنجاب المرغوب الإجمالي في الأردن 1.9 طفل ومعدل الإنجاب الكلي الحالي البالغ 2.6 طفل (أقل بنحو 0.7 طفل).
- زاد الفرق بين المعدلات المرغوبة للإنجاب والمعدلات الفعلية للإنجاب من (0.5 طفل) حسب مسح 2017-2018 إلى (0.7 طفل) حسب مسح 2023.
- يوجد اختلافات في الفجوة بين معدل الإنجاب الإجمالي المرغوب ومعدل الإنجاب الكلي الفعلي حسب جنسية الأم ففي الوقت الذي كان الفرق بين الأردنيات 0.7 طفل كان الفرق بين السوريات 1.2 طفل، وكذلك يوجد تباين حسب المحافظات وحسب مستوى تعليم الأم وحسب مستوى الرفاه.

يستخدم معدل الإنجاب المرغوب في تقدير عدد السوريين (وهو 2.9 طفل لديهم) ومقارنة عددهم عند بقاء معدل الإنجاب الكلي بينهم (4.1 مولود للمرأة) على حاله.

4. تنظيم الأسرة Family Planning

يمكن للأزواج استخدام وسائل تنظيم الأسرة للحد من عدد الأطفال الذين ينجبونهم أو المباعدة بينهم أو للتريث قبل إنجاب المولود الأول لعدة أسباب. لا تقتصر فوائد تنظيم الأسرة على تعزيز صحة الأم أو الطفل. يمكن لتنظيم الأسرة أن يعزز بشكل كبير فرص تحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية أعلى، والتعليم، والتوظيف، وتمكين المرأة.

4.1 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة Contraceptive Knowledge

- على الرغم من أن معرفة النساء والرجال المتزوجين حالياً بأي من وسائل تنظيم الأسرة مرتفعة، حيث سمع أكثر من 99% من النساء والرجال المتزوجين حالياً عن وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة؛ إلا أن الأساليب الأقل شهرة بين النساء المتزوجات من قبل وجميع الرجال هي التعقيم الذكري (26% و18% على التوالي)، والواقيات الأنثوية (34% و17% على التوالي)، ووسائل منع الحمل الطارئة (34% و18% على التوالي).
- يوجد تباينات طفيفة من حيث المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة حسب المحافظات وحسب جنسية المرأة.
- 48% من السيدات يعتقدن بشكل خاطئ أنهن أكثر احتمالاً للحمل بعد انتهاء الدورة الشهرية مباشرة وتقول 9% منهن وتقول 9% أنه لا يوجد فترة إخصاب محددة أو لا يعرفن متى تكون فترة الإخصاب. وعندما تجتمع هذه المعرفة المتدنية بفترة الإخصاب مع استعمال الوسائل التقليدية لتجنب الحمل تكون النتيجة أحمال وولادات غير مرغوبة و/أو متقاربة.

4.2 استخدام وسائل تنظيم الأسرة Contraceptive Use

- رغم أن نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى النساء المتزوجات قد ارتفعت في هذا المسح إلى (60%) مقارنة ب (52%) حسب مسح 2017-2018، إلا أن الارتفاع كان في استخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية (22%)،

حيث شهد معدل استخدام الوسائل الحديثة من قبل الأزواج الأردنيين حسب نتائج المسحين الأسريين الأخيرين 2018/2017 و2023 استقراراً نسبياً فقد بلغ 38.1% و39% على التوالي، بينما ارتفع معدل استخدام الوسائل التقليدية إلى مستوً قياسي من 13.3% إلى 22.3% وهو الأعلى بين كافة المجتمعات العربية، وهي وسائل تتميز بنسبة فشل عالية.

- هناك تباين في استعمال وسائل تنظيم الأسرة سواء كانت تقليدية أو حديثة حسب عدد الأطفال الأحياء وحسب المحافظات إذ بلغت في أدناها في محافظة المفرق 38.3% وفي أعلاها في محافظات مادبا وعجلون (63.7%)، كما تتباين حسب الجنسية إذ بلغت في أعلاها بين الأردنيات (61.3%) وفي أدناها بين السوريات (50%)، كما تباينت بين السوريات داخل المخيمات وخارجها إذ انخفضت داخل المخيمات إلى ما نسبته 41.1% مقابل 51.4% خارج المخيمات، كما تباينت حسب المستوى التعليمي ومستوى الرفاه.
- خلافا لما هو متوقع، هناك ازدياد في استعمال الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة باطراد مع ارتفاع المستوى التعليمي يقابله انخفاض في نسبة استعمال الوسائل الحديثة بين السيدات مع ارتفاع المستوى التعليمي.
- فاقت نسبة استعمال الوسائل التقليدية في محافظة معان نسبة استعمال الوسائل الحديثة (28.3% لاستخدام الوسائل التقليدية مقابل 24.3% لاستخدام الوسائل الحديثة).
- بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 عاماً واللواتي لم يستخدمن حالياً وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة، كانت الأسباب الأكثر شيوعًا لعدم القيام بذلك هي الأسباب المتعلقة بالوسيلة (على سبيل المثال، الخوف من الآثار الجانبية (82%).

سيعمل المجلس بدعم من صندوق الأمم المتحد للسكان إلى تنفيذ دراسة حول اتجاهات استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة وأسبابه.

4.3 الاختيار المستنير Informed Choice

يشير الاختيار المستنير إلى أن النساء تم إعلامهن بالآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة المستخدمة من قبلهن، وما يجب فعله إذا تعرضن لتأثيرات جانبية، والوسائل الأخرى التي يمكن أن يستخدمنها.

- 56% فقط من النساء اللاتي بدأن في استخدام وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة في السنوات الخمسة التي سبقت المسح اللاتي تم إعلامهن بـ الآثار الجانبية أو المشاكل المتعلقة بالطريقة المستخدمة، وما يجب فعله إذا واجهن آثارًا جانبية، وطرق أخرى يمكن استخدامها، وتصدرت المراكز الصحية الحكومية القيام بهذه المهمة بين الجهات المقدمة في القطاع العام (65%)، كما تصدرت الجمعية الأردنية لتنظيم الأسرة الجهات المقدمة لهذه الخدمة في القطاع الخاص (74.9%).

إن تقديم خدمة المشورة ضعيف في الأردن رغم وجود فرص كثيرة لذلك، ولكنها فرص ضائعة وغير مستغلة وخاصة عند وجود السيدة في مرفق صحي مهما كان نوعه ولأي سبب كان، فهذه الخدمة رغم آثارها الإيجابية الهامة وتدني تكلفتها لا تنال الاهتمام الكافي من قبل مقدمي الرعاية الصحية.

4.4 التوقف عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة Discontinuation of Contraceptives

- أكثر من ربع النساء توقفن عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة، حيث أن (29%) من النساء اللاتي بدأن في استخدام وسيلة منع الحمل في السنوات الخمس التي سبقت المسح، توقفن عن استخدام الوسيلة في غضون 12 شهرًا. ويعزى ذلك إلى أسباب تتعلق بالرغبة في الحمل (54%) أو لوجود أعراض جانبية للوسيلة (14%) أو فشل الوسيلة في منع الحمل (12%)، أو الرغبة في وسيلة أكثر فاعلية (6%).

4.5 الطلب على الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة Demand for Family Planning

- أكثر من ربع النساء المتزوجات حاليًا (29%) في الفئة العمرية 15-49 عامًا أبدين عدم حاجتهن لتنظيم الأسرة.

يحتل الأردن اليوم المرتبة الأولى في الإقليم في معدل استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الحمل، وهي الوسائل التي يشارك الزوج في استعمالها.

- وجود نسبة ليست قليلة للحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة (11%) رغم انخفاضها مقارنة بنتائج مسح عام 2017/18 حيث كانت (14%) ولكن إذا أضفنا لهذه النسبة نسبة المستخدمات للوسائل التقليدية تصل نسبة المتزوجات الأردنيات ممن لديهن حاجة غير ملباة إلى وسيلة فعالة لتنظيم الإنجاب إلى 32.3% وهذه نسبة عالية جداً، وإذا لم تُلبَ ستكون مسؤولة عن معظم الولادات غير المقصودة.
- تباين نسبة الحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة حسب عمر المرأة إذ ترتفع من 7% في فئة العمر 40-45 تدريجياً لتصل إلى 18% في فئة العمر 15-19، كما تتباين حسب المحافظات إذ بلغت في أعلاها في محافظات المفرق والكرك (23.6%، 18.6%) على التوالي وفي أدناها في محافظات عمان والعقبة (9%) لكل منهما، كما تباينت حسب الجنسية فقد بلغت بين الأردنيات (10%) وبين السوريات (17.8%) كما تباينت بين السوريين داخل المخيمات (21.4%) مقابل (17.2%) خارج المخيمات، وتتباين أيضاً حسب المستوى التعليمي.
- تتباين نسبة الطلب الذي تم تلبيته لتنظيم الأسرة بالطرق الحديثة للنساء حسب الأعمار، إذ انخفضت من (58.3%) في الفئة العمرية 45-49 لتصل إلى (42.1%) في الفئة العمرية 15-19، كما تباينت حسب الجنسية إذ بلغت بين الأردنيات 54.7% في حين بلغت بين السوريات 49%، كما تباينت حسب المحافظات اذ بلغت في أعلاها في محافظة مادبا (62.4%) وفي أدناها في محافظة معان (37.2%).

قام المجلس بتحليل لتقدير تأثير الحاجة غير الملباة إلى (استخدام وسيلة حديثة وعدم تلبيتها) على كل من الآتية: حجم الإنجاب غير المقصود، وعدد الأحمال، وعدد المواليد، وعدد زيارات فترة الحمل، وعدد القابلات، وتجدر الإشارة إلى أن هدف التنمية المستدامة 2030 رقم 3-7 الخاص بضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بحلول عام 2030 قد تضمن هدفاً فرعياً (3-7-1) خاص بنسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي لُبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة.

4.6 الضغط من أجل الحمل والاستخدام المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة Pressure to Become Pregnant and Future Use of Contraception

- أفادت 7% من النساء بأنهن تعرضن لضغوط من أزواجهن أو أحد أفراد الأسرة للحمل. وكانت نسبة النساء اللاتي أفدن بأنهن تعرضن لضغوط للحمل أعلى بين أولئك في معان (17%) والبلقاء (15%) وأدنى نسبة بين أولئك في العقبة وإربد (4% لكل منهما)، لا بد أن يدرس هذا الضغط والتدخل من قبل الأهل على حديثي الزواج، وعلى الزوجين بلا أطفال، وعلى الزوجين الذين لديهم بنات فقط.
- نسبة كبيرة (69%) ممن لا يستعملن وسائل تنظيم الأسرة حالياً لا نية لهن في المستقبل لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة. كانت نسبة النساء اللاتي ذكرن أنهن لا ينوين استخدام وسيلة منع الحمل في المستقبل أعلى بين أولئك اللاتي لديهن أربعة أطفال أحياء أو أكثر (73%).

وحتى يكون التحليل أكثر دقة لابد من ربط نسبة النساء اللاتي لا ينوين استخدام وسيلة منع الحمل في المستقبل أيضا بعمر السيدة فقد تكون في عمر لا يمكنها من الإنجاب لاحقا مما يعني أنها غير محتاجة لاستخدام الوسائل وكذلك أيضا الربط حسب الجنسية.

4.7 التعرض لوسائل تنظيم الأسرة Exposure To Family Planning Messages

- ضعف التثقيف الصحي حول وسائل تنظيم الأسرة الذي تتلقاه السيدات من مقدمي الخدمات الصحية لوجود نسبة كبيرة (75%) ممن لا يستعملن وسائل تنظيم الأسرة حالياً ولم يناقشن مسألة تنظيم الأسرة مع مقدمي الخدمة الصحية. وذلك يعكس قلة اهتمام مقدمي الخدمة بتقديم خدمات التوعية بأهمية استخدام هذه الوسائل وقلة الوعي لدى السيدات باستشارة مقدمي الخدمات حول مسائل تنظيم الأسرة. وهذه النتيجة لا تتوافق مع الحملة الأخيرة عن تنظيم الأسرة والتي كان شعارها "العيلة رأس المال"!
- يوجد تباينات في نسب التثقيف الصحي حول وسائل تنظيم الأسرة الذي تتلقاه السيدات من مقدمي الخدمات الصحية حسب المستوى التعليمي للمرأة والأقاليم والمحافظات.
- نسبة كبيرة من الرجال (42%) لم تتعرض لرسائل تنظيم الأسرة من وسائل الإعلام رغم أن الغالبية العظمة من قرارات استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو الامتناع عنها تتخذ بمشاركة الأزواج.
- كان المصدر الأكثر شيوعاً لرسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في سن 15-49 عامًا هو اجتماع أو حدث مجتمعي (75%)، في حين كان المصدر الأقل شيوعًا هو الراديو (22%) والجريدة (32.2%). ومن بين جميع الرجال في سن 15-49 عامًا، كان المصدر الأكثر شيوعاً هو وسائل التواصل الاجتماعي (43%) وكان المصدر الأقل شيوعاً هو الراديو (10%).

5. وفيات الرضع والأطفال Infant and Child Mortality

- انخفاض معدلات وفيات الأطفال ووفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة في مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 مقارنة مع مسح 2017-2018.

خلافاً لما هو متوقع، ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية، إذ تبلغ معدلات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة 16 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بين الأطفال في المناطق الحضرية، مقارنة بـ 13 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بين الأطفال في المناطق الريفية.

- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدى الأمهات اللاتي حصلن على تعليم ثانوي وأعلى من ثانوي (18حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية و13 حالة لكل 1000 ولادة حية على التوالي) مقارنة مع الأمهات اللاتي لم يحصلن على أي تعليم (2 حالة لكل 1000 ولادة حية)، وهذا التباين الحاد قد يكون سببه صغر حجم عينة الأمهات غير المتعلمات. ولذا نقترح أن يتم إجراء معالجة إحصائية خاصة في المسوحات القادمة للتقليل من تأثير حجم العينة على احتساب المعدلات.
- ارتفاع معدلات الوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة الذين ولدوا لأمهات من جنسيات أخرى (21 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي) مقارنة مع الأطفال المولودين لأمهات أردنيات (16 حالة لكل 1000 ولادة حية) أو مع الأطفال المولودين لأمهات سوريات (12 لكل 1000 ولادة حية). ويبدو هذا الاختلاف في المعدلات أكثر وضوحاً فيما يتصل بوفيات الأطفال حديثي الولادة، والتي بلغت 18 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية بين الأطفال من جنسيات أخرى، و7 حالات وفاة لكل ألف ولادة حية بين الأطفال السوريين، و9 حالات وفاة لكل ألف ولادة حية بين الأطفال الأردنيين.
- تباين معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة حسب مستوى الرفاه الاقتصادي حيث كان هذا المعدل أقل في الخميس الرابع والأعلى للرفاه (10 وفيات لكل 1000 ولادة حية) مقارنة بالخميس الثالث والثاني والأول من الرفاه (18-19 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية).
- تباين بين معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين المحافظات فقد بلغت أقصاها في محافظة البلقاء (24 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية) وأدناها في محافظة المفرق (5 حالات وفاة لكل ألف ولادة حية).

6. الوفيات ما حول الولادة Perinatal Mortality

- ارتفاع معدلات الوفيات ما حول الولادة في المناطق الحضرية (12 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل) مقارنة مع المناطق الريفية (5 حالات وفاة لكل 1000 حالة حمل).
- تباين في معدلات الوفيات ما حول الولادة بين المحافظات حيث كان أعلاها في عمان (13 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل) وأدناها في معان (صفر حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل) ثم المفرق (3 حالات وفاة لكل 1000 حالة حمل).
- تباين في معدل الوفيات ما حول الولادة حسب الجنسية حيث بلغ هذا المعدل بين النساء السوريات المقيمات خارج المخيمات 14 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل وبين النساء الأردنيات 11 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل، مقارنة بـ 3 حالات وفاة لكل 1000 حالة حمل بين النساء من جنسيات أخرى و4 حالات وفاة لكل 1000 حالة حمل للسيدات السوريات داخل المخيمات.
- توجد أيضا تفاوتات بحسب شرائح الرفاه، حيث يبلغ أعلى معدل للوفيات ما حول الولادة في الخميس الثاني (19 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل) وأدنى المعدلات في الخميس الرابع (6 وفيات لكل 1000 حالة حمل).

- وخلافاً لما هو متوقع أيضا، كان معدل الوفيات ما حول الولادة هو الأدنى بين الأمهات غير المتعلمات (3 وفيات لكل 1000 حالة حمل) والأعلى بين الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي (12 حالة وفاة لكل 1000 حالة حمل). ومرة أخرى، يمكن أن يعزى ذلك إلى صغر حجم العينة من الأمهات اللاتي ليس لديهن أي تعليم.

7.سلوكيات الإنجاب عالية الخطورة High-Risk Fertility Behavior

- وجود نسبة مرتفعة (81%) من النساء المتزوجات حالياً في الأردن اللاتي كنّ ينتمين إلى فئة أحمال عالية الخطورة يمكن تجنبها لو أنهن حملن في وقت إجراء المسح (54% كنّ ينتمين إلى فئة عالية الخطورة متعددة، و27% كنّ ينتمين إلى فئة واحدة عالية الخطورة) وبزيادة 5% عن نتائج مسح 2017-2018، 14% فقط لم ينتمين إلى أي فئة عالية الخطورة.

عادة ما يكون احتمال الوفاة في مرحلة الطفولة أكبر بكثير بين الأطفال المولودين لأمهات صغيرات السن (أقل من 18 عامًا) أو كبيرات السن (أكثر من 34 عامًا)، والأطفال المولودين بعد فترة فاصلة قصيرة بين الولادة (أقل من 24 شهراً بعد الولادة السابقة)، والأطفال المولودين لأمهات ذوات معدل ولادة مرتفع (أكثر من ثلاثة أطفال).

8. رعاية صحة الأم والطفل Maternal and Child Health Care

إن خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة مهمة لبقاء الأم والطفل ورفاهتهما. ويمكن للرعاية قبل الولادة أن تقلل من المخاطر الصحية للأمهات والرضع من خلال مراقبة الحمل والفحص بحثًا عن المضاعفات. كما أن الولادة في منشأة صحية، مع وجود رعاية طبية ماهرة وظروف صحية، تقلل من خطر المضاعفات والعدوى أثناء المخاض والولادة. وتوفر الرعاية بعد الولادة في الوقت المناسب فرصة لعلاج المضاعفات الناجمة عن الولادة وتعليم الأم كيفية رعاية نفسها ومولودها الجديد.

8.1 الرعاية الصحية ما قبل الولادة Antenatal Care Coverage

- انخفاض نسبة النساء اللواتي حصلن على الرعاية الصحية في الثلث الأول من الحمل من 85% في مسح السكان والصحة الأسرية عام 2017-2018 إلى 73% في مسح عام 2023.
- 17% ممن سبق لهن الحمل لم يقمن بزيارة رعاية ما قبل الولادة للمرة الأولى إلا في الشهر السابع أو بعد ذلك.
- وجود تباينات في نسبة عدد الزيارات لرعاية ما قبل الولادة حسب المحافظات والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه. كانت النساء المقيمات في الكرك ومعان الأقل احتمالاً لإجراء ثماني زيارات على الأقل للرعاية قبل الولادة (43% و44% على التوالي)، بينما كانت النساء في المفرق ومعان الأقل احتمالاً لإجراء زيارتهن الأولى في الأشهر الثلاثة الأولى (64% و67% على التوالي). تزداد نسبة النساء اللاتي قمن بزيارات رعاية ما قبل الولادة على الأقل ثماني مرات مع زيادة التعليم، من 38% بين من ليس لديهن تعليم إلى 72% بين من لديهن تعليم أعلى. وترتفع نسبة النساء اللاتي قمن بثماني زيارات على الأقل إلى الرعاية قبل الولادة من 49% بين أولئك في الخميس الأدنى من الثروة إلى 81% بين أولئك في الخمس الأعلى من الثروة.
- انخفاض نسبة الأمهات اللواتي تم وقاية مولودهن الأخير من كزاز حديثي الولادة (18% فقط أخذن مطعوم الكزاز أثناء الحمل).

8.2 مكونات رعاية ما قبل الولادة Components of Antenatal Care

- حوالي ربع النساء اللاتي سبق لهن الحمل لم يتلقين استشارات حول نظامهن الغذائي (24%) والرضاعة الطبيعية (23%)، وأكثر من الثلث (37%) لم يتم سؤالهن عن النزيف المهبلي.
- لم يتم تقديم المشورة لخمس وأربعين بالمائة من النساء اللاتي ولدن أحياء بشأن علامات الخطر، و38% لم يتم أخبارهن بالمكان الذي يجب أن يتوجهن إليه إذا واجهن مشاكل صحية خطيرة أثناء الحمل.
- هذه النتائج حول ضعف تقديم المشورة الصحية للحوامل ثناء زياراتهن لمقدمي الرعاية الصحية وخاصة في الثلث الأخير من الحمل تتوافق مع ضعف نسب المشورة حول خدمات تنظيم الأسرة المقدمة لهن والتي تم الإشارة لها سابقا.
- تدني نسبة السيدات اللاتي تم إعطائهن حقن ضد الكزاز أثناء الحمل للوقاية من الكزاز الوليدي الذي يعتبر أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بين الرضع (18% من أحدث الولادات الحية للنساء في العامين السابقين لمسح الصحة الإنجابية لعام 2023 تم حمايتهم ضد الكزاز الوليدي)، علما أن هذه النسبة كانت 28% في مسح السكان والصحة السرية عام 2017-2018. ويوجد اختلافات في تقديم هذه الحماية حسب الحضر والريف والمحافظات والمستوى التعليمي للأمهات.

8.3 خدمات الولادة Delivery Services

- وجود تباينات في مكان الولادة حسب جنسية النساء (90% من الولادات الحية للنساء السوريات حدثت في منشأة صحية، مقارنة بأكثر من 99% من الولادات الحية للنساء الأردنيات و97% من الولادات الحية للنساء من جنسيات أخرى). وقد حدثت 43% من الولادات الحية في مخيمات اللاجئين السوريين في مرافق "أخرى"، لم يتم تصنيفها كمرافق صحية، وأماكن متفرقة مثل السيارات وسيارات الإسعاف.
- ارتفاع معدل الولادات القيصرية بنسبة كبيرة (43% من كافة الولادات). وهذه النسبة في ارتفاع مستمر حيث كانت 6% في مسح 1990 و30% في مسح 2012 وانخفضت قليلا إلى 26% في مسح 2017-2018 ثم عاودت إلى الارتفاع الكبير في مسح 2023.
- هناك تباينات في معدلات الولادة القيصرية حسب العمر والمحافظة ومستوى التعليم والجنسية ومستوى الرفاه الاقتصادي.
- تعتبر عمليات الولادة القيصرية أكثر شيوعاً بين المواليد الأحياء في المرافق الخاصة (51%) مقارنة بالمواليد الأحياء في المرافق العامة (40%).

وقد ثبت علمياً أن استخدام عمليات الولادة القيصرية دون ضرورة طبية قد يعرض النساء لخطر الإصابة بمشكلات صحية قصيرة الأمد وطويلة الأمد. وتجدر الإشارة هنا إلى أن المجلس قد اعد ملخص سياسات للحد من العمليات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية.

- انخفاض نسبة المواليد الجدد الذين يتلقون ملامسة مباشرة مع أمهاتهم (الجلد للجلد) من 67% في مسح عام 2017-2018 إلى 28% في مسح 2023. ويختلف معدل التلامس الجلدي بشكل كبير حسب المحافظة، حيث يتراوح من 14% في المفرق إلى 46% في العقبة، ولم تختلف النسبة كثيرا بين الولادة في مستشفى للقطاع العام 28.7% أو القطاع الخاص 28.3%.

- 48% من الأطفال حديثي الولادة يتلقون حمامهم لأول مرة بعد أقل من 6 ساعات من الولادة خلافا لتوصية منظمة الصحة العالمية التي توصي بأن يكون الحمام الأول للطفل بعد 24 ساعة من الولادة لتقليل خطر انخفاض حرارة الجسم.
- قصر إقامة النساء اللاتي خضعن لعملية ولادة قيصرية في المستشفى حيث أن 70% من هؤلاء النساء بقين في المستشفى لمدة 1-2 يوم بعد الولادة خلافا للممارسات العالمية التي توصي بأن تكون هذه المدة من 3 إلى 4 أيام لأن مراقبة الأم والطفل بعد الولادة أمر ضروري لضمان التشخيص والعلاج في الوقت المناسب لأي مضاعفات قد تنشأ.

8.4 الرعاية الصحية بعد الولادة Postnatal Care

رعاية ما بعد الولادة هي عنصر أساسي في رعاية الأم والوليد وتؤثر على صحة ورفاهية المواليد الجدد والأمهات، وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن تتلقى كل من الأمهات والمواليد الجدد رعاية ما بعد الولادة في غضون 24 ساعة من الولادة.

- 30% من الأمهات لم يتلقين فحص طبي خلال 24 ساعة بعد الولادة و17% لم يتلقين فحص طبي خلال يومين بعد الولادة و14% لم يتلقين اي فحص طبي بعد الولادة.
- وجود تباينات في نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية صحية خلال يومين بعد الولادة حسب جنسية الأم ومستوى الرفاه الاقتصادي.
- تدني نسبة النساء اللاتي ولدن أطفالاً أحياءً حصلن على جميع الفحوصات والاستشارات الستة المتعارف عليها (قياس ضغط الدم، معلومات عن النزيف المهبلي، تنظيم الأسرة، مشاكل التبول، المعاناة من أي ألم، الشعور بالحزن أو الاكتئاب) في أول يومين بعد الولادة (24% فقط).
- حوالي ثلث المواليد الجدد (34%) لم يتلقوا فحص طبي خلال 4 ساعات الأولى بعد الولادة و25% لم يتلقوا فحص طبي خلال 24 ساعة بعد الولادة.
- وجود تباينات في نسبة المواليد الجدد الذين تلقوا رعاية صحية خلال يومين بعد الولادة حسب المحافظات وجنسية الأم ومستوى الرفاه الاقتصادي.
- 42% فقط من الأطفال حديثي الولادة تلقوا رعاية ما بعد الولادة التي شملت جميع الفحوصات والعناصر الخمس الرئيسية للمواليد الجدد (فحص الحبل السري، قياس درجة الحرارة، مراقبة و/أو تقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية، إخبار الأم بعلامات الخطر وكيفية التعرف على ما إذا كان الطفل يحتاج إلى اهتمام فوري، ووزن المولود الجديد)، مع وجود تفاوتات كبيرة حسب مستوى الرفاه، وتعليم الأم، ومكان الإقامة.

8.5 فحوصات سرطان الثدي وعنق الرحم Examinations Breast and Cervical Cancer

يمكن علاج سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي إذا تم تشخيصهما في مرحلة مبكرة. لذا فإن فحص النساء بحثاً عن هذين النوعين من السرطان أمر مهم للتشخيص المبكر والعلاج في الوقت المناسب.

- 15% فقط من النساء في الفئة العمرية 15-49 عامًا خضعن للفحص من قبل طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر للتحقق من سرطان الثدي رغم الحملات الوطنية المتواصلة للكشف عنه. وعلى نحو مماثل، 16% فقط منهن خضعن للفحص من أجل سرطان عنق الرحم.

- إن نسبة النساء اللاتي حصلن على فحوصات سرطان الثدي وعنق الرحم أعلى في المناطق الحضرية منها في المناطق الريفية وتزداد مع زيادة التعليم وثروة الأسرة. وتوجد تباينات في هذه النسبة حسب المحافظات والجنسية.

8.6 مشاكل في الحصول على الرعاية الصحية Problems In Accessing Health Care

- 31% من النساء في الفئة العمرية 15-49 عامًا غير مشمولات بالتأمين الصحي. هذا قد يشكل تحدي للسيدات والأطفال غير المؤمنين صحياً ويؤثر سلباً على الصحة الإنجابية وصحة الأطفال لهذه الشريحة ويرفع من نسبة الحاجات الصحية غير الملباة ويقلل نسبة الإقبال على الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة للسيدات غير المشمولات بالتأمين الصحي وخاصة أن هناك تقارير تبين بأن خدمات تنظيم الأسرة غير مشمولة بالتأمينات الصحية الخاصة.
- تختلف التغطية التأمينية بشكل كبير حسب المحافظة. فعلى سبيل المثال، تتمتع 94% من النساء في عجلون بشكل من أشكال التغطية التأمينية الصحية، مقارنة بـ 56% فقط من النساء في عمان. وترتفع نسبة التغطية التأمينية بين النساء مع ارتفاع المستوى التعليمي، من 57% بين من ليس لديهن تعليم إلى 74% بين من لديهن أكثر من تعليم ثانوي.
- أكثر من نصف النساء (59%) من النساء في الفئة العمرية 15-49 عامًا واجهن مشكلة واحدة على الأقل في الحصول على الرعاية الصحيـة لأنفسهن، وكانت المشاكل الأكثر ذكرًا في الحصول على الرعاية الصحية هي كوفيد 19 (41%) والحصول على المال للعلاج (23%).
- تتباين نسبة النساء اللاتي واجهن مشكلة واحدة على الأقل للحصول على الرعاية الصحية حسب الحضر والريف والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه والجنسية.

9. صحة الطفل Child Health

9.1 وزن الطفل عند الولادة Child's Size And Birth Weight

وجود نسبة لا بأس بها (15%) من المواليد كان وزنهم عند الولادة منخفضاً (اقل من 2.5 كيلوغرام). وتوجد تباينات في هذه النسبة حسب عمر الأم عند الولادة وحسب عدد المواليد للأم وكون الأم مدخنة أم لا وحسب الحضر والريف وحسب المحافظات وجنسية الأم والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

9.2 تطعيم الأطفال Vaccination Of Children

- ارتفـاع نسبـة الأطفـال الذين أعمارهـم 12-23 شهرا ممن تلقـوا جميع المطـاعيم الأساسية إلى93% مقارنة مع مسح 2017-2018. يقابل ذلك انخفاض نسبة الأطفال الذين لم يتلقوا أية تطعيمات من 7% إلى 1% بين المسحين.
- وجود تباينات كبيرة في تغطية المطاعيم الأساسية بين الأطفال الذين أعمارهم 12-23 شهرا حسب الجنسية (81% أطفال غير الأردنيات) ومستوى الرفاه (85% خميس الرفاه الأدنى) والأقاليم (83% إقليم الجنوب) وحسب المحافظات (70% في الطفيلة).
- 78% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهراً تم تطعيمهم بالكامل وفقاً للجدول الوطني للمطاعيم وهذا يعني وجود 22% من الأطفال لم يتم تطعيمهم وفق هذا الجدول.

- تباين كبير في نسبة تغطية التطعيم حسب الجدول الوطني بين الأطفال اللذين تتراوح أعمارهم بين 24 و35 شهرًا حسب المحافظة، حيث تتراوح من 25% في معان إلى 76% في الزرقاء.
- الملفت للانتباه أن أطفال السوريات القاطنات في المخيمات من عمر 12-23 شهرا حصلوا على أعلى نسبة من التطعيم حسب الجدول الوطني (88%) مقارنة مع أطفال الأردنيات (78%) وأطفال السوريات خارج المخيمات (79%) وأطفال النساء من جنسيات أخرى (67%).

9.3 أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة والحمى والإسهال Symptoms of Acute Respiratory Infection, Fever and Diarrhea

- ارتفعت نسبة الأطفال الذين أعمارهم اقل من خمس سنوات الذين ظهرت عليهم أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة في الأسبوعين الأخيرين قبل المسح من 6% في مسح 2017-2018 إلى 8% في هذا المسح. وتوجد تباينات في هذه النسبة حسب الحضر والريف والمحافظات وجنسية الأم ومستواها التعليمي ومستوى رفاه الأسرة.
- أصيب بالحمى 14% من الأطفال دون سن الخامسة في الأسبوعين السابقين للمسح وأصيب 11% منهم بالإسهال. هناك تفاوت بين المحافظات فيما يتعلق بالأطفال الذين أصيبوا بالإسهال حيث تتراوح من 7% في إربد إلى 17% في الكرك.
- 18% فقط من الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال في الأسبوعين السابقين للمسح أعطوا سوائل أكثر من المعتاد، و44% فقط تم إطعامهم وفقًا للممارسة الموصي بها بإعطاء نفس كمية الطعام المعتادة أو أكثر.
- كان الذكور أكثر عرضة من الإناث للذهاب إلى مقدمي الرعاية الصحية للحصول على المشورة أو العلاج لحالات الإسهال (67% و58% على التوالي). كما كان الذكور أكثر عرضة لتلقي العلاج عن طريق الفم والاستمرار في التغذية من الإناث (44% و38% على التوالي).

10. تغذية الأطفال والنساء Nutrition of Children and Women

10.1 الحالة التغذوية للأطفال Nutritional Status of Children

- 8% من الأطفال دون سن 5 سنوات يعانون من التقزم (قصار القامة بالنسبة لأعمارهم)، و2% يعانون من الهزال (نحيفون بالنسبة لأطوالهم)، و3% يعانون من نقص الوزن (نحيفون بالنسبة لأعمارهم)، و9% يعانون من زيادة الوزن (ثقل شديد بالنسبة لأطوالهم).
- تباين في معدلات التقزم وزيادة الوزن للأطفال حسب المستوى التعليمي للأم.
- يوجد تباين في نسبة التقزم بين المحافظات (نسبة التقزم في محافظة المفرق مثلا 15% وفي معان والطفيلة 13% مقارنة بعجلون 5% وإربد 7%).
- نسبة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أعلى لدى الأمهات اللاتي لديهن زيادة في الوزن (سمينات) مقارنة بالأمهات اللاتي لديهن وزن طبيعي.

- تزداد نسبة الأطفال المصنفين على أنهم يعانون من زيادة الوزن مع زيادة ثروة الأسرة، من 7% في الخمس الأدنى من الثروة إلى 13% في الخمس الأعلى.
- أكثر من نصف الأطفال دون سن 5 سنوات (56%) لا يتم قياس وزنهم وطولهم خلافاً لما توصي به منظمة الصحة العالمية بضرورة قياس الطول والوزن بشكل منتظم لجميع الأطفال وخاصة في هذه المرحلة العمرية.

10.2 ممارسات تغذية الرضع والأطفال الصغار Infant and Young Child Feeding Practices

- تعتبر ممارسات التغذية المثلى للرضع والأطفال الصغار أمرًا بالغ الأهمية لصحة الأطفال الصغار وبقائهم على قيد الحياة. وتشمل ممارسات التغذية المثلى للرضع والأطفال الصغار الموصي بها البدء المبكر في الرضاعة الطبيعية (في غضون الساعة الأولى بعد الولادة)، والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة يومين بعد الولادة، والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر الأولى من العمر، والاستمرار في الرضاعة الطبيعية لمدة عامين أو أكثر، وإدخال الأطعمة التكميلية الآمنة والمناسبة والكافية في سن 6 أشهر.
- تدني نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم طبيعياً في غضون ساعة بعد الولادة (34% فقط)، علما أن هذه النسبة كانت 67% في مسح 2017-2018. وكذلك تدني نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال اليومين الأولين بعد الولادة (38% فقط). وتوجد تباينات في هذه النسب حسب مستوى الرفاه والمحافظات ومدى تلقي المشورة حول الرضاعة الطبيعية ونوع الولادة طبيعية أو قيصرية. والسبب وحسب نتائج المسح، أن نسبة عالية من المواليد يجري فصلهم عن أمهاتهم حالاً بعد الوضع، خاصة في المستشفيات الخاصة (70%)، خلافاً للمدونة الدولية لتعزيز الرضاعة الطبيعية المطلقة.

لذا لا بد من التفتيش على هذه المستشفيات للتأكد من عدم قيام القابلات بدور مندوبي المبيعات باحتفاظهن بعينات مجانية من حليب الرضع وزجاجات الرضاعة لإعطائها للأم عند خروجها. عدا عن ضعف المشورة حول الرضاعة الطبيعية خلال الشهر الأخير من الحمل وفترة النفاس.

- في عمر 0-1 شهر، 31% من الأطفال يرضعون رضاعة طبيعية حصرية. 33% يتلقون مزيجاً من حليب الأم وحليب الأطفال و/أو حليب الحيوانات، و30% لا يرضعون رضاعة طبيعية.
- 24% فقط من الأطفال دون سن 6 أشهر يرضعون رضاعة طبيعية حصرية، بينما 30% لا يرضعون رضاعة طبيعية على الإطلاق. وتوجد تباينات كبيرة في هذه النسب حسب المستوى التعليمي للأم.
- 24% فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهرًا يرضعون رضاعة طبيعية حالياً. وتوجد تباينات في هذه النسب حسب عمر الطفل والمحافظات والمناطق الحضرية والريفية ومستوى الرفاه.

تدني نسبة الرضاعة الطبيعية بشكل عام انعكس على انخفاض نسبة السيدات المستخدمات لوسيلة قطع الطمث بالإرضاع LAM بالرغم من وجود عدة مشاريع داعمة للرضاعة الطبيعة منفذة من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية.

- تدني نسبة الأطفال الذين أعمارهم 6-23 شهرا الذين يحصلون على الحد الأدنى من المعايير الغذائية المقبولة إلى (27%) وتتدنى هذه النسبة إلى (21%) لمن يتلقون رضاعة طبيعية.
- تناول 65% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهراً طعامًا غير صحي، وتلقى 56% مشروبات محلاة، ولم يتناول 33% أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق.
- تباين نسبة تناول الأطفال للأطعمة غير الصحية والمشروبات المحلاة حسب المحافظات.
- وخلافا لما هو متوقع، تزداد نسبة الأطفال ممن تناولوا الأطعمة غير الصحية والمشروبات المحلاة ولم يتناولون الخضار والفواكه إطلاقا خلال اليوم السابق للمسح مع زيادة مستوى رفاه الأسرة.
- تدني نسبة الأمهات اللاتي لديهن أطفال تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا وتلقين استشارات عن كيفية أو ماذا يطعمون أطفالهم، حيث كانت هذه النسبة 14% فقط.

10.3 انتشار فقر الدم بين الأطفال Anemia Prevalence in Children

- حوالي ثلث الأطفال (32%) الذين أعمارهم 6-59 شهرا لديهم فقر دم وتتباين هذه المعدلات حسب المحافظات (أعلى نسبة في المفرق 45%) ومستوى تعليم الأم ومستوى الرفاه.
- تم إعطاء 16% فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا أقراص أو شراب الحديد في الأشهر الاثني عشر الماضية للمسح، وتم إعطاء 64% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-35 شهرًا مكملات فيتامين أ في أي وقت.

10.4 الحالة التغذوية للمرأة Women's Nutritional Status

إن سوء التغذية المزمن ينجم عن تناول كميات قليلة جداً من الطعام أو اتباع نظام غذائي غير متوازن يفتقر إلى العناصر الغذائية الكافية. والنساء في سن الإنجاب (15-49 عامًا) معرضات بشكل عام لسوء التغذية بسبب انخفاض تناول الطعام، والتوزيع غير العادل للغذاء داخل الأسرة، والتخزين والتحضير غير السليم للطعام، والأمراض المعدية، وممارسات الرعاية غير السليمة. كذلك فإن الوزن الزائد والسمنة بين النساء يمكن أن تؤثر على الصحة الإنجابية وتزيد من المضاعفات أثناء الحمل.

- شيوع استهلاك النساء في سن الإنجاب (15-49 عامًا) للأغذية غير الصحية، حيث تناول (93%) من النساء مشروبات محلاة و(78%) تناولوا أطعمة غير صحية. وجود تباينات في هذه النسب حسب مستوى تعليم المرأة ومستوى الفاه والجنسية.
- حوالي ربع النساء (24%) في سن الإنجاب (15-49 عامًا) ليس لديهن الحد الأدنى من التنوع الغذائي مع وجود تباينات في هذه النسبة حسب مستوى تعليم المرأة ومستوى رفاه الأسرة.

10.5 فقر الدم عند النساء Anemia in Women

يمكن أن يؤدي فقر الدم لدى النساء إلى التعب والخمول وانخفاض الإنتاجية البدنية وضعف أداء العمل. يعد فقر الدم مصدر قلق كبير بين النساء الحوامل لأنه يمكن أن يؤدي إلى زيادة معدل وفيات الأمهات وسوء نتائج الولادة.

- حوالي ثلث النساء (32%) في سن الإنجاب 15-49 عاماً لديهن فقر دم (17% بسيط ،14% متوسط، و1% حاد). وتعتبر هذه النسبة مرتفعة رغم أنها انخفضت مقارنة بنتائج مسح عام 2017-2018 حيث كانت 43%.

- يزداد انتشار فقر الدم مع زيادة عدد الأطفال الذين يولدون، من 28% بين النساء اللاتي ليس لديهن أطفال إلى 44% بين النساء اللاتي لديهن ستة أطفال أو أكثر.
- تتباين معدلات فقر الدم لدى النساء حسب الحضر والريف والجنسية ومستوى تعليم المرأة ومستوى رفاه الأسرة.

11. المعرفة والمواقف المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً

- انخفضت نسبة النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 عامًا واللواتي يعرفن أن خطر انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل يمكن تقليله من خلال تناول الأم لأدوية خاصة من 26% في عام 2017 إلى 17% في عام 2023. كذلك انخفضت هذه النسبة بين الرجال من 26% إلى 9% خلال هذه الفترة.
- انخفضت نسبة النساء المتزوجات والرجال في الفئة العمرية 15-49 والذين سمعوا عن مضادات الفيروسات القهرية التي تعالج فيروس نقص المناعة البشرية (13%) للنساء مقابل (9%) للرجال.
- انخفضت نسبة النساء المتزوجات والرجال في الفئة العمرية 15-49 والذين يعرفون بالوقاية قبل التعرض للفيروس (PrEP) إلى 7% من النساء و5% من الرجال.
- أغلبية النساء المتزوجات وجميع الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً والذين سمعوا عن فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز يعتقدون أن الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يجب أن لا يذهبوا إلى المدرسة مع الأطفال غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (87% و86% على التوالي).
- تدني نسبة الشباب والشابات الذين لديهم معرفة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (9% فقط من الشابات و22% من الشباب)، وتتباين هذه النسب حسب الأقاليم والمحافظات والجنسية.
- 2% من النساء المتزوجات و3% من جميع الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا خضعوا لفحص فيروس نقص المناعة البشرية.
- الغالبية العظمى من النساء والرجال على حد سواء (91%) لديهم مواقف تمييزية تجاه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.
- 7% من النساء المتزوجات و4% من الرجال المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا أصيبوا بأمراض منقولة جنسيًا في الأشهر الاثني عشر التي سبقت المسح، و25% من النساء عانين من إفرازات تناسلية كريهة الرائحة أو غير طبيعية.
- تتباين نسبة الإصابة بأمراض منقولة جنسياً بين النساء والرجال حسب مستوى الرفاه حيث تزيد نسبة الإصابة في المستوى الخامس للرفاه (8% للرجال و6% للنساء) عن نسبة الإصابة في المستوى الأول (6% للرجال و4% للنساء).

بناء على هذه النتائج يتبين أن المعرفة الشاملة بفيروس المناعة البشرية والمعرفة بالإمراض المنقولة جنسياً متدنية جداً في الأردن. ومن الجدير بالإشارة إلى أن المجلس الأعلى للسكان اعد ورقتي حقائق الأولى تناولت العدوى والأمراض المنقولة جنسياً، والثانية تناولت العوز المناعي البشري ومتلازمة العوز المناعي المكتسب -الإيدز في الأردن بالاستناد إلى مسح السكان والصحة الأسرية 2023.

12. العنف الأسري Domestic Violence

- تعرض نسبة كبيرة (75%) من الأطفال الذين أعمارهم 1-14 سنة لنوع واحد على الأقل من أساليب الانضباط العنيفة (72% تعرضوا للعقاب النفسي و53% تعرضوا للعقاب الجسدي و10% تعرضوا للعقاب الجسدي الحاد).
- يعتقد 14% من المستجيبين أن العقاب الجسدي ضروري لتربية الطفل بشكل صحيح.
- تتباين نسبة الأطفال الذين يتعرضون لانضباط عنيف حسب المحافظات (أعلى نسبة في الزرقاء 90% واقل نسبة في العقبة 57%) وحسب الجنسية والمستوى التعليمي للأم ومستوى الرفاه.
- 13% من النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 عامًا تعرضن للعنف الجسدي منذ سن الخامسة عشرة. انخفضت هذه النسبة بشكل ملحوظ حيث كانت 34% في مسح 2012 و21% في مسح 2017-2018.
- 18% من النساء تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي من جانب الزوج، وهذه النسبة انخفضت أيضا بشكل ملحوظ مقارنة بنتائج مسح 2017-2018 حيث كانت 26%. كما بلغت نسبة من تعرضن إلى أي عنف جسدي خلال أل 12 شهرا الماضية 15%.
- تباين نسب السيدات اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي من جانب الزوج حسب المحافظات (اعلى نسبة كانت في الزرقاء 37% وأقل نسبة في اربد 11.3). وتتباين هذه النسبة أيضا حسب جنسية الأم ومستواها التعليمي ومستوى رفاه الأسرة.
- 3% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج تعرضن للعنف الجنسي من قبل الزوج.
- 24% من النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي من قبل أزواجهن خلال ال 12 شهر السابقة للمسح كان لديهن إصابات.
- تدني نسبة البحث عن المساعدة (34% فقط) بين السيدات اللاتي أعمارهن 15-49 عاما ممن تعرضن لاي شكل من أشكال العنف الجسدي أو الجنسي رغم ارتفاعها مقارنة بنتائج مسح 2017-2018 حيث كانت 19% فقط.
- ومن بين النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي وطلبن المساعدة، كان المصدر الأكثر شيوعاً للمساعدة هو أسرتهن (72%). وكانت المصادر الشائعة الأخرى هي أسرة الزوج (23%)، ومنظمات العمل الاجتماعي (7%)، والجيران (5%)، والشرطة (5%).

اللجوء إلى جهات رسمية للحصول على حماية ومساعدة من العنف الأسري متدني، مما يدل على وجود ثقافة صمت قوية في المجتمع الأردني وهو المعيق الأول لمناهضة العنف الأسري. وخلافاً لقانون الحماية من العنف الأسري رقم 15 لعام 2017، لا يقوم مقدمو الخدمات الصحية والتعليمية بالمهام التي كلفهم بها القانون وهي الكشف والتبليغ عن العنف الأسري بكافة أشكاله الواقع على الأطفال واليافعات واليافعين الملتحقين بالمدارس، والنساء المترددات على المراكز الصحية، لأنهم يريدون تجنب المتاعب، ولذا ما جدوى سن القانون إذا كان المكلفون بفرضه لا يبالون فيه؟

- وجود اتجاهات عالية لتبرير ضرب الزوجة: موافقة نسبة كبيرة من السيدات المتزوجات والرجال في الفئة العمرية بين 15-49 سنة (34% للسيدات و62% للرجال) على تبرير ضرب الزوجة في حالات معينة (على الأقل في واحدة من الحالات التالية: حرق الطعام، التجادل مع الزوج، الخروج دون إخباره، إهمال الأطفال، عدم طاعة الزوج، شتم الزوج، خيانته مع شخص آخر). علماً أن هذه النسب انخفضت مقارنة بمسح 2017-2018 حيث كانت 46% للسيدات و69% للرجال.
- تتباين نسب الذين يبررون ضرب النساء حسب أعمار الرجال والنساء وكذلك حسب المحافظة وجنسية النساء ومستواهن التعليمي ومستوى رفاه الأسرة.
- 71% من النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 عامًا تعرضن لسلوكيات تحكمية من أزواجهن.

13. تمكين المرأة Women's Empowerment

- نسبة صغيرة من السيدات المتزوجات اللاتي أعمارهن 15-49 عاما يعملن (13%).
- 13% من الزوجات العاملات يقررن وحدهن كيفية استخدام مردودهن المالي و80% من السيدات يقررن بشكل مشترك مع أزواجهن كيفية استخدام مردودهن المالي. تتباين هذه النسب حسب الأقاليم والمحافظات وجنسية السيدات ومستواهن التعليمي.
- انخفاض نسبة السيدات المالكات للعقارات، 7% فقط من السيدات المتزوجات اللاتي أعمارهن 15-49 عاما يملكن منزلا و 5% يملكن أرضا. تتباين ملكية السيدات للمنازل حسب المحافظات من 5% في الزرقاء والمفرق والكرك 20% في جرش. وتتراوح نسبة ملكية السيدات للأرض من 2% في المفرق إلى 15% في جرش. وتتباين ملكية السيدات للمنازل والأرض بشكل حاد حسب مستوى رفاه الأسرة ومستوى تعليم المرأة.
- انخفاض نسبة السيدات اللاتي لديهن حسابات بنكية (19% فقط من السيدات لديهن حسابا بنكياً ويستخدمنه). وجود اختلافات كبيرة حسب المحافظات والجنسية بين السيدات اللاتي لديهن حسابا بنكياً. ففي المفرق والزرقاء مثلا تبلغ هذه النسبة 7% و8% على التوالي وفي البلقاء والكرك 23%، و18% من السيدات الأردنيات مقابل 1% من السيدات السوريات.

تجدر الإشارة إلى أن الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة 2030 تناول موضوع تمكين المرأة اقتصاديا. وتضمن عدة أهداف فرعية حول هذا الموضوع:

5-أ إجراء إصلاحات لمنح المرأة حقوقاً مساوية في الموارد الاقتصادية، وكذلك إمكانية حصولها على حق الملكية والسيطرة على الأرض وغيرها من الممتلكات، وعلى الخدمات المالية، والميراث والموارد الطبيعية، وفقاً للقوانين الوطنية.

5-أ-1 (أ) نسبة مجموع المزارعين الذين يمتلكون أراضٍ زراعية أو لديهم حقوق مضمونة في الأراضي الزراعية، بحسب الجنس، و (ب) حصة المرأة بين الملاك أو أصحاب الحقوق في الأراضي الزراعية، بحسب نوع الحيازة.

5-1 القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء والفتيات في كل مكان.

5-1-1 ما إذا كان ثمة أطر قانونية قائمة، أم لا، من أجل تعزيز وإنفاذ ورصد المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس.

يوفر آخر تعداد زراعي بيانات عن هذا المؤشر وهناك وحدة خاصة بالنوع الاجتماعي في دائرة الأراضي والمساحة ووزارة الزراعة معنية بهذا المؤشر ولديها سجل إداري عن الملكية بحسب الجنس.

- 76% من النساء المتزوجات (من عمر 15 إلى 49 سنة) يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن العلاقات الجنسية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة ورعاية الصحة الإنجابية. وتختلف هذه النسبة حسب عمر المرأة والجنسية والتعليم ومستوى الرفاه وعمل المرأة.
- 78% من السيدات المتزوجات يشاركن في جميع القرارات الخاصة بالرعاية الصحية الخاصة بهن والمشتريات الرئيسية للأسرة والزيارات للعائلة والأقارب.
- وجود اختلافات حسب العمل والمحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه حول نسبة مشاركة السيدات في اتخاذ القرارات. ففي معان مثلا تبلغ هذه النسبة 69% في الزرقاء و87% في معان، وتزداد هذه النسبة لدى السيدات الأردنيات والسيدات العاملات مقارنة بالسيدات السوريات والسيدات غير العاملات كما أنها تزداد بازدياد المستوى التعليمي ورفاه الأسرة.
- 83% من السيدات يمكنهن رفض المعاشرة الزوجية مع أزواجهن إذا لم يرغبن في ذلك ويمكن ل 76% منهن مطالبة أزواجهن باستخدام الواقي الذكري.
- تفاوت في نسبة السيدات اللاتي يمكنهن رفض المعاشرة الزوجية مع أزواجهن حسب عمر الزوجة وكون الزوجة عاملة أو غير عاملة والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى رفاه الأسرة. فهذه النسبة تزداد مع زيادة عمر المرأة وإذا كانت الزوجة عاملة أو كانت جنسيتها أردنية أو كانت في مستوى تعليمي أعلى أو في مستوى رفاه اقتصادي أعلى.

وكما ذكرنا سابقا فإن الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة 2030 قد تضمن أهدافا فرعية حول حقوق النساء في الصحة الجنسية والإنجابية وحقهن في اتخاذ القرارات بشأن العلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية:

5-6 كفالة حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بكين والوثائق الختامية لهما.

5-6-1 نسبة النساء اللاتي تتراوح إعمارهن بين 15 سنة و49 سنة واللاتي يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن العلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية.

الفصل الرابع: أولويات بحوث ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية والتي تستند على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 حسب المحور

يشتمل هذا الفصل على قوائم أولويات عناوين الدراسات والبحوث (47 عنوانا) التي تستند على قضايا الصحة الجنسية والإنجابية التي أفرزتها نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 مبوبة حسب محاور السياسات (17عنوانا) والبرامج (20 عنوانا) والخدمات (10 عناوين). هذه القائمة هي خلاصة لما اتفق عليه الشركاء في أقاليم المملكة الثلاثة الذين يمثلون كافة القطاعات الحكومية والخاصة والأهلية والبحثية والدولية بعد مناقشتهم لمسودة الدراسات التي عرضت عليهم والتعديل والإضافة عليها ووضعهم وزناً لأولوية كل دراسة حسب المعايير التي تم الاتفاق عليها معهم (تجنب التكرار، التأثير الإيجابي على الصحة الجنسية والإنجابية للسكان، أهمية/ خطورة / جدية / حجم المشكلة أو القضية، المردود والتأثير الاقتصادي، القابلية للتنفيذ ، والبعد الأخلاقي، العدالة في الحصول على الخدمات) وذلك من خلال الورشتين اللتين عقدهما المجلس الأعلى للسكان لهؤلاء الشركاء (ورشة إقليم الوسط والشمال وورشة إقليم الجنوب)، وقاموا أيضا بتحديد درجة أولوية لكل دراسة بناء على متوسط علامات المعايير الثمانية باستخدام ميزان ليكرت (من 1 إلى 5 درجات).

1) محور السياسات

السياسات هي القواعد العامة التي تصدر عن الجهات التشريعية أو الحكومية أو المجالس العليا المختصة وتشمل القوانين والأنظمة والتعليمات والخطط واللوائح والقرارات والتوجهات العامة التي لها علاقة بتحقيق الصحة الجنسية والإنجابية للسكان وبناء على هذه السياسات تتم عملية وضع البرامج مثل سياسة الكشف المبكر عن الأمراض المزمنة أو التشريعات الي تحدد سن الزواج أو التعليمات الخاصة بإجازات الأمومة.

الجدول رقم (1): قائمة بحوث الصحة الجنسية والإنجابية بناء على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 في محور السياسات مرتبة حسب درجة الأولوية

	البحث/الدراسة	الأولوية من 5 درجات
1	تقييم ودراسة مكونات الرعاية ما بعد الولادة للأم والمواليد الجدد ومقارنتها بالممارسات الفضلى والمعايير المتعارف عليها.	4.4
2	تحليل اتجاهات الأحمال عالية الخطورة بين النساء المتزوجات وقت المسح في الأردن وكيف يمكن الحد منها.	4.1
3	دراسة أسباب تدني وزن الأطفال عند الولادة واقتراح السياسات والبرامج والخدمات اللازمة.	4.1
4	تقييم واقع التغطية بالبرنامج الوطني لتطعيم الأطفال وتباياته في الأردن.	3.9
5	دراسة الحاجة غير الملباة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والتباينات حسب المحافظات والجنسية واقتراح الآليات المناسبة للحد منها.	3.9
6	دراسة تحليلية لحالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً: الخصائص والتباينات والمحددات.	3.9
7	دراسة مستويات واتجاهات وتباينات العقم وعدم الإنجاب والعوامل المرتبطة بالعقم الثانوي.	3.9

	البحث/الدراسة	الأولوية من 5 درجات
8	تقييم التغير في مؤشرات التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية 2017-2023.	3.9
9	تحليل اتجاهات العزوبية بين الإناث في الأردن، وتقدير حجم العزوبية (اللاتي لم يتزوجن ابدا) في الفئة العمرية 45-49.	3.6
10	دراسة أسباب التباين في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع حسب المحافظات وحسب الجنسية وشرائح الرفاه وخصائص الأم.	3.6
11	تحليل اتجاهات نسبة الولادات غير المرغوب بها والتأثيرات الاقتصادية والصحية والنفسية والاجتماعية لهذه الولادات وكيف يمكن الحد منها.	3.4
12	دراسة النتائج المترتبة على الصحة الجنسية والإنجابية نتيجة وجود حوالي ثلث النساء في سن الإنجاب غير مشمولات بالتأمين الصحي.	3.3
13	دراسة الآليات المناسبة لإدماج خدمات تنظيم الأسرة في أقسام النسائية والتوليد في المستشفيات.	3.3
14	دراسة محددات النافذة الإنجابية في عمر الفتاة الأردنية وعلاقة البلوغ المبكر في الوصول المبكر لسن اليأس قبل العمر 50 عاماً.	3.1
15	دراسة اتجاهات عدم المساواة في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بين أقاليم ومحافظات المملكة.	2.9
16	محددات الانتقال المبكر للمولود الأول في الأردن.	2.0
17	التمكين الاقتصادي للمرأة الأردنية وحق الميراث: دراسة المعاملات التي تجري في دائرة الأراضي والمساحة ذات العلاقة بتوزيع وبيع الميراث قبل وبعد وفاة المورث وتأثيرها على تمكين المرأة اقتصادياً.	1.8

2) محور البرامج

البرنامج هو الإطار التنظيمي المحدد والموجه لتحقيق مجموعة من النشاطات والتدخلات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية المخطط لها مسبقاً والتي تهدف إلى تحقيق أهداف السياسة وإخراجها إلى حيز الواقع وذلك باستخدام الموارد البشرية والمادية والتكنولوجية المناسبة مثل برنامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي أو برنامج تطعيم الأطفال.

الجدول رقم (2): قائمة بحوث الصحة الجنسية والإنجابية بناء على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 في الأسرية 2023 محور البرامج مرتبة حسب درجة الأولوية

	البحث/الدراسة	الأولوية من 5 درجات
1	إعداد ورقة حقائق حول مخرجات الحمل (إسقاط، مولود ميت، مولود حي، إجهاض) استناداً إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023.	4.8
2	دراسة زيادة الوزن لدى الأطفال وتناولهم للغذاء غير الصحي والمشروبات المصنعة المحلاة وتباين نسب هذه الظاهرة بين المحافظات ومستويات تعليم الأم والجنسية الرفاه.	4.4

	البحث/الدراسة	الأولوية من 5 درجات
3	دراسة أسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهرا وتباينها حسب المحافظات والعمر والجنس ومستوى تعليم الأم والرفاه.	4.3
4	دراسة أسباب شيوع ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال دون سن الرابعة عشرة وأسباب التباينات في هذه الظاهرة بين المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.	4.3
5	دراسة التقزم لدى الأطفال لمعرفة الأسباب واقتراح البرامج والخدمات المناسبة للحد منها.	4.3
6	دراسة أسباب ارتفاع معدلات السمنة وزيادة الوزن بين النساء اللاتي أعمارهن 15-49 سنة.	4.3
7	دراسة لأسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأمهات اللاتي أعمارهن 15-49 سنة وتباينها حسب المحافظات والتعليم ومستوى الرفاه.	3.9
8	دراسة أسباب العنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي التي تتعرض له بعض النساء من جانب الزوج وتدني نسبة البحث عن مساعدة وأسباب التباينات في هذه الظاهرة بين المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.	3.8
9	دراسة اتجاهات الرضاعة الطبيعية منذ الساعات الأولى للولادة حتى عمر سنتين ودور كل من مقدم الخدمة والأسرة في تحديد هذه الاتجاهات.	3.6
10	دراسة واقع الصحة الجنسية والإنجابية للشباب والشابات من 15-24 سنة.	3.6
11	دراسة التأثيرات الاقتصادية والصحية والاجتماعية للأسر التي لديها أطفال توائم.	3.4
12	محددات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء المتزوجات دون سن 18 سنة (الإنجاب، تفضيلات الإنجاب، استخدام وسائل تنظيم الإنجاب، والحاجة غير الملباة، صحة الأم والطفل، العنف والتمكين)	3.4
13	دراسة أسباب تدني مدة المباعدة بعد إنجاب المولود الأول وتبعات ذلك على صحة المرأة.	3.4
14	دراسة ظاهرة تدني انتشار المعرفة الشاملة حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المعدية جنسياً.	3.3
15	دراسة التباين في الاتجاهات بين الرجال والنساء حول تفضيلات الإنجاب (الرغبة في إنجاب طفل أخر، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والعدد المثالي للأسرة) حسب عدد الأولاد والبنات لديهم	3.1
16	دراسة ظاهرة ارتفاع معدل الإنجاب الكلي والمكتمل لدى السوريات داخل وخارج المخيمات.	3.0
17	دراسة اتجاهات استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة حسب النوع والعوامل المؤثرة وفقا لمسوح السكان والصحة الأسرية.	3.0
18	دراسة أسباب التباينات في معدلات الإنجاب الكلي والاختلافات في الاتجاهات بين معدل الإنجاب الكلي المرغوب فيه ومعدل الإنجاب الكلي حسب جنسية الأم والمحافظات ومستوى تعليم الأم ومستوى الرفاه.	2.9
19	دراسة اتجاهات استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه - دراسة كمية وفقاً لمسوح السكان والصحة الأسرية.	2.9
20	تحليل أسباب تعرض السيدات لضغوط من أزواجهن أو أحد أفراد الأسرة للحمل والآثار المترتبة عن ذلك واقتراح البرامج للحد من هذه الضغوط..... دراسة كمية ونوعية.	2.5

3) محور الخدمات

الخدمات هي الأنشطة والأفعال التي تكون موجهة بشكل مباشر أو غير مباشر للفئات والشرائح السكانية التي يستهدفها برنامج الصحة الجنسية والإنجابية بما يحقق الأهداف التي وجد من أجلها هذا البرنامج ويضمن ترجمة السياسات على أرض الواقع مثل الخدمات الصحية التي تقدم للأمهات والمواليد بعد الولادة مباشرة.

الجدول رقم (3): قائمة بحوث الصحة الجنسية والإنجابية بناء على نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 في محور الخدمات مرتبة حسب درجة الأولوية

	البحث/الدراسة	الأولوية من 5 درجات
1	دراسة أسباب ارتفاع فصل المولود عن أمه في أقسام الولادة في مستشفيات القطاع الخاص.	4.8
2	دراسة استقصائية حول تقييم ممارسات العاملين في أقسام الولادة في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمدونة الدولية حول خطوات تعزيز الرضاعة الطبيعية المطلقة وحظر الترويج لبدائل حليب الأم.	4.7
3	دراسة أسباب تدني نسبة النساء اللاتي خضعن للفحص الطبي للتحقق من سرطان الثدي.	4.5
4	دراسة أسباب تدني نسبة النساء اللاتي خضعن للفحص الطبي للتحقق من سرطان عنق الرحم.	5.4
5	دراسة محددات ملامسة الجلد للجلد بين الأم والوليد مباشرة بعد الولادة على ضوء نتائج آخر مسحين للسكان والصحة الأسرية (2018/2017 و2023).	4.1
6	دراسة أسباب القصور في خدمات التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة.	3.9
7	دراسة استقصائية حول تقييم خدمات المشورة لتنظيم الأسرة المقدمة للسيدات في مواقع تقديم الخدمات الصحية.	3.8
8	دراسة العوامل والأسباب التي تساهم في التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة أو عدم الرغبة في استعمال هذه الوسائل.	3.5
9	دراسة التأثير الصحي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي للحيض عند الفتيات في سن اقل من 14 سنة وخاصة طالبات المدارس في الصفوف الأساسية: دراسة كمية ونوعية.	3.3
10	دراسة الحالة الزواجية لكبار السن (65 عام فما فوق) وصعوباتهم الوظيفية وترتيبات معيشتهم.	2.9

الفصل الخامس: التعريف بالدراسات والأبحاث والتوصيات

1: التعريف بالدراسات والأبحاث التي تستند على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023

خصص هذا الجزء للتعريف بالأبحاث والدراسات التي حصلت على متوسط أولوية من قبل الشركاء 3.5 علامة أو أكثر وبلغ عددها 28 عنوانا، يغطي محاور السياسات (10عناوين) والبرامج (10عناوين) والخدمات (8 عناوين) مرتبة حسب درجة الأولوية، ويبين التعريف الخاص بكل بحث عنوان الدراسة وأهدافها وأهميتها.

أولا: محور السياسات

1) تقييم ودراسة مكونات الرعاية ما بعد الولادة للأم والمواليد الجدد ومقارنتها بالممارسات الفضلى والمعايير المتعارف عليها.

أهداف الدراسة:

- تقييم الرعاية ما بعد الولادة للأم والمواليد الجدد لا سيما التوائم منهم.
- التعرف على مكونات الرعاية الصحية التي تقدم للأم والمواليد الجدد في المستشفيات والمراكز الصحية بعد الولادة.
- مقارنة مكونات هذه الرعاية مع المعايير والبروتوكولات المتعارف عليها عالمياً والمعتمدة من منظمة الصحة العالمية.
- دراسة أسباب التباينات في هذه الرعاية إن وجدت.
- اقتراح السياسات والتدخلات المناسبة لتقديم هذه الرعاية بكافة مكوناتها ولجميع الفئات المستهدفة.

أهمية الدراسة:

تبدأ فترة ما بعد الولادة فور ولادة الطفل وتستمر حتى 6 أسابيع (42 يومًا). وهذه فترة حرجة لبقاء الأطفال حديثي الولادة والأمهات على قيد الحياة وصحتهم ورفاهتهم. وتعتبر رعاية ما بعد الولادة عنصراً أساسياً في رعاية الأم والطفل حديث الولادة، وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن تتلقى كل من الأمهات والمواليد الجدد رعاية ما بعد الولادة في غضون 24 ساعة من الولادة. هذه الدراسة تقدم البيّنات اللازمة لواضعي السياسات الصحية لمعرفة أوجه القصور في الرعاية ما بعد الولادة المقدمة للأمهات والأطفال حديثي الولادة وتطوير السياسات والبروتوكولات لمواجهتها.

2) تحليل اتجاهات الأحمال عالية الخطورة بين النساء المتزوجات وقت المسح في الأردن وكيف يمكن الحد منها.

أهداف الدراسة:

- معرفة العوامل والاتجاهات والأسباب المرتبطة بالأحمال عالية الخطورة بين السيدات المتزوجات اللاتي أعمارهن من 15-49 سنة.
- معرفة أسباب التباين في معدلات الأحمال عالية الخطورة بين النساء المتزوجات وقت المسح في الأردن حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه والحضر والريف.

- مدى اتباع البرتوكولات الطبية من قبل الكوادر الصحية في متابعة الأحمال عالية الخطورة وتوثيقها ضمن الملف الطبي للسيدة.

- اقتراح السياسات والتداخلات التي تحد من معدلات الأحمال عالية الخطورة بين النساء المتزوجات وخاصة لدى الشرائح الاجتماعية التي تعاني من معدلات أحمال عالية الخطورة.

أهمية الدراسة:

يعتمد بقاء الرضع والأطفال جزئياً على الخصائص الديموغرافية والبيولوجية لأمهاتهم. وعادةً ما يكون احتمال الوفاة في مرحلة الطفولة أكبر كثيرًا بين الأطفال المولودين لأمهات صغيرات السن (أقل من 18 عاماً) أو كبيرات السن (أكثر من 34 عاماً)، والأطفال المولودين بعد فترة فاصلة قصيرة بين الولادات (أقل من 24 شهرًا بعد الولادة السابقة)، والأطفال المولودين لأمهات لديهن عدد كبير من الولادات (أكثر من ثلاثة أطفال)، والأطفال المولودين في الأحمال المتعددة (التوائم).

إن الأحمال عالية الخطورة ترتبط باحتمال تعرض الأم أيضا للوفاة خاصة إذا ما رفقها عوامل خطورة مرتبطة بإصابة الأم بأمراض مزمنة مثل السكري والضغط.

إن مخرجات هذه الدراسة تساعد على رسم السياسات التي تحد من الأحمال عالية الخطورة والتركيز على برامج التوعية والإعلام للحد من هذه الأحمال في المناطق ولدى الشرائح الاجتماعية التي تعاني من معدلات أحمال عالية الخطورة.

3) دراسة أسباب تدني وزن الأطفال عند الولادة واقتراح السياسات والبرامج والخدمات اللازمة.

أهداف الدراسة:

- معرفة أسباب تدني وزن الأطفال عند الولادة، وعلاقة الأحمال المتعددة بذلك.

- التعرف على أسباب التباينات في تدني وزن الأطفال عند الولادة حسب المناطق والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه والعمر وعدد المواليد والحمل المتعدد ومتوسط مدة المباعدة بين الأحمال، والرعاية أثناء الحمل.

- اقتراح السياسات والبرامج والتداخلات لتقليل نسبة الأطفال الذين يعانون من تدني الوزن عند الولادة.

أهمية الدراسة:

إن معرفة الأسباب المسؤولة عن تدني وزن الأطفال عند الولادة يمكن أن تساعد صناع السياسات ومديري البرامج في تقييم فعالية برامج الصحة الإنجابية الحالية، وصياغة السياسات والبرامج لتقليل نسبة الأطفال الذين يعانون من تدني الوزن عند الولادة والذين يشكلون حاليا 15% من مجموع المواليد حسب نتائج مسح 2023 مما يؤدي إلى تحسين صحة الأطفال في الأردن نظرا لوجود تبعات لانخفاض وزن الأطفال عند الولادة على الوضع الصحي في المراحل العمرية اللاحقة مستقبلا.

وكذلك معرفة أسباب التباينات في انخفاض معدلات وزن الأطفال عند الولادة حسب المناطق والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه والعمر وعدد المواليد لدى السيدة والرعاية أثناء الحمل بحيث تكون السياسات والبرامج موجهة إلى المناطق والشرائح التي تعاني أكثر من هذه المشكلة.

4) تقييم واقع التغطية بالبرنامج الوطني لتطعيم الأطفال وتباياناته في الأردن

أهداف الدراسة:

- التعرف على الأسباب والعوائق والتحديات التي تحول دون التغطية الكاملة بالبرنامج الوطني لتطعيم الأطفال.

- التعرف على أسباب التباينات في نسب التغطية بالمطاعيم بين الأطفال حسب المناطق والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.

- اقتراح السياسات والبرامج التي تدعم برنامج التطعيم الوطني في الأردن وتزيد من النسب الحالية للتغطية بالمطاعيم.

أهمية الدراسة:

يعد التحصين الشامل للأطفال ضد الأمراض الشائعة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات أمراً بالغ الأهمية في الحد من الأمراض والوفيات بين الرضع والأطفال. إن هذه الدراسة تمثل خطوة حيوية لضمان حماية صحة الأطفال، من خلال تعزيز برنامج التطعيم الوطني في الأردن، الذي يُعد من أفضل البرامج في منطقة شرق المتوسط. يمكن أن تساعد هذه الدراسة في صياغة السياسات والبرامج والتداخلات للوصول إلى التغطية الكاملة للأطفال المستهدفين بالبرنامج الوطني للتطعيم مما يؤدي تحسين صحة الأطفال في الأردن ويقلل من معدلات الوفيات بينهم.

5) دراسة الحاجة غير الملباة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والتباينات حسب المحافظات والجنسية واقتراح الآليات المناسبة للحد منها.

أهداف الدراسة:

- معرفة العوامل والأسباب والمعيقات التي تقف وراء الحاجة غير الملباة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والتي تساهم في انخفاض استعمال هذه الوسائل رغم حاجة السيدات المتزوجات لها.

- معرفة أسباب التباينات في نسب الحاجة غير الملباة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي.

- اقتراح السياسات والبرامج والتداخلات التي تساعد على خفض نسبة الحاجة غير الملباة وزيادة معدلات استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مع التركيز على المناطق والفئات التي تزداد لديها نسب الحاجات غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة وخاصة الحديثة منها.

أهمية الدراسة:

إن تقليل نسب الحاجة غير الملباة وزيادة معدلات استعمال وسائل تنظيم الأسرة وخاصة الحديثة منها له أثر فعال على التقليل من حالات الحمل غير المرغوب فيها وتستجيب لحقوق الأزواج في تحقيق رغباتهم الإنجابية، وتعزيز صحة الأم والطفل وزيادة فرص الحصول على وضع اجتماعي واقتصادي أعلى، ومستوى تعليمي وعمالة وتمكين أفضل خاصة بين السيدات وتحقيق الأهداف الوطنية المرتبطة في ترشيد معدلات الإنجاب والنمو السكاني.

إن مخرجات هذه الدراسة تساعد على رسم السياسات التي تحد من الأحمال غير المرغوبة والتركيز على أحمال البرامج والمداخلات التي تساهم في الاستجابة لحاجات الأزواج غير الملباة ومدى تأثيرها على المخصصات المالية اللازمة لبرنامج تنظيم الأسرة.

6) دراسة تحليلية لحالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا: الخصائص والتباينات والمحددات.

أهداف الدراسة:

- التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للأشخاص الذين أصيبوا بأمراض منقولة جنسياً.

- التعرف على عوامل الخطورة Risk Factors التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً في الأردن.

- معرفة أسباب التباينات في معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- التعرف على تأثيرات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية.

- تحسين أنظمة الرصد والتبليغ المرتبطة بالأمراض المنقولة جنسياً.

أهمية الدراسة:

تفرض الأمراض المقولة جنسياً بما فيها العدوى بفيروس الإيدز تحديات صحية كثيرة من خلال تأثيرها على نوعية الحياة والصحة الإنجابية وصحة الطفل. وتتفاوت العواقب الصحية في مداها من أمراض حادة خفيفة إلى آفات صحية كبيرة مؤلمة وأمراض نفسية. تساعد هذه الدراسة في صياغة السياسات والبرامج اللازمة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والحد من معدلات انتشارها والسيطرة على الآثار الصحية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية السلبية الناتجة عن الإصابة بها.

7) دراسة مستويات واتجاهات وتباينات العقم وعدم الإنجاب والعوامل المرتبطة بالعقم الثانوي.

أهداف الدراسة:

- التعرف على الخصائص الديموغرافية والصحية والوراثية والاجتماعية والاقتصادية للأشخاص المصابين بالعقم الأولي والعقم الثانوي.

- التعرف على عوامل الخطورة Risk Factors التي تؤدي إلى العقم في الأردن.

- معرفة أسباب التباينات في معدلات العقم حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- التعرف على تأثيرات العقم من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية.

أهمية الدراسة:

معالجة العقم هي جزء مهم من إعمال حق الأفراد والأزواج في تأسيس أسرة. إن مشكلة تأخر الإنجاب أو ما أصطلح على تسميته العقم" بشقيه الأولي والثانوي، تصيب كل من الذكور والإناث، ولكن اغلب تبعاتها النفسية والصحية والاجتماعية عادة

ما تقع على عاتق الإناث خاصة في مجتمعاتنا الشرقية إلى جانب ارتفاع الكلفة الاقتصادية للعلاج. تنبع أهمية هذه الدراسة من اعتبارها من أوائل الدراسات المحلية التي تركز على هذه الإشكالية الحيوية وآثارها النفسية والصحية والاجتماعية وخاصة على السيدات المتزوجات غير المُنجبات. تساعد مخرجات هذه الدراسة على رسم السياسات التي تحد من العقم بشقيه وتبني البرامج المناسبة للحد من الآثار الاجتماعية والنفسية للعقم في الأردن.

8) تقييم التغير في مؤشرات التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية 2017-2023.

أهداف الدراسة:

- التعرف على اتجاهات مؤشرات التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية خلال آخر مسحين للسكان والصحة الأسرية 2017 و2023.

- معرفة أسباب التباينات في اتجاهات هذه المؤشرات حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- تحديد مجالات الصحة الجنسية والإنجابية التي تراجعت مؤشراتها أو لم تحرز تقدما ملموسا في مسح 2023 مقارنة مع مسح 2017.

- اقتراح السياسات والبرامج اللازمة لتحسين مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة.

أهمية الدراسة:

تساهم مؤشرات مسح السكان والصحة الأسرية بقياس مدى التقدم الذي أحرزه الأردن في بعض أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية من خلال مؤشرات الهدف الثالث وتفرعاته الخاص بالصحة العامة ومؤشرات الهدف الخامس وتفرعاته الخاص بالمساواة بين الجنسين. تساعد هذه الدراسة على تتبع التغيير في مؤشرات الصحة الإنجابية المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة بين آخر مسحين للصحة الجنسية والإنجابية ورسم السياسات لتعزيز التقدم في هذه المؤشرات أو لمعالجة أسباب التراجع.

9) تحليل اتجاهات العزوبية في الأردن، وتقدير حجم العزوبية (اللاتي لم يتزوجن أبدا) في الفئة العمرية 45-49.

أهداف الدراسة:

- تقدير حجم العزوبية بين الإناث في الأردن (اللاتي لم يتزوجن ابداً) في الفئة العمرية 45-49.

- التعرف على اتجاهات العزوبية بين الإناث في الفئة العمرية 45-49.

- التعرف على أسباب العزوبية بين الإناث في الفئة العمرية 45-49.

- معرفة أسباب التباينات في اتجاهات العزوبية بين الإناث في الفئة العمرية 45-49 بين المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- التعرف على تأثيرات العزوبية بين الإناث في الفئة العمرية 45-49 من الناحية الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية.

أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها بسبب وجود انعكاسات سلبية للعزوبية بين الإناث اللاتي لم يتزوجن سابقا في الفئة العمرية 45-49 على المجتمع والأسرة والسيدات العازبات، فالعنوسة تحرم المرأة من حقها البيولوجي والاجتماعي في الإنجاب وتكوين أسرة ويؤثر على معدلات الإنجاب. ترشد هذه الدراسة المشرعين وصنّاع القرار إلى الحجم الحقيقي للعزوبية بين السيدات في هذه الفئة العمرية والمشكلات الناجمة عن العزوبية لمعالجتها ووضع البرامج والوسائل للحد منها مع التركيز على المجتمعات والفئات السكانية التي تكثر فيها معدلات العزوبية أكثر من غيرها.

10) دراسة أسباب التباين في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع حسب المحافظات وحسب الجنسية وشرائح الرفاه وخصائص الأم.

أهداف الدراسة:

- معرفة أسباب التباين في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع بين المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه وخصائص الأم.

- اقتراح الحلول المناسبة للحد من هذه التباينات وتقليل معدلات وفيات الأطفال في المحافظات وبين الفئات السكانية التي تزيد فيها هذه المعدلات عن المعدل الوطني.

أهمية الدراسة:

توفر هذه الدراسة معلومات مهمة تبين أسباب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع في بعض المناطق وبين بعض الفئات السكانية ووضع الإستراتيجيات والبرامج الموجهة للأطفال الأكثر عرضة لخطر الموت. وهذه المعلومات تخدم أيضا كمؤشر أساسي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ونوعية الحياة للفئات السكانية التي تشهد معدلات وفيات عالية للأطفال والتي غالبا ما تكون فقيرة أو مهمشة، كذلك فإن الحد من معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع يساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة في الصحة العامة (الهدف رقم 3).

كما يساهم في تصميم برامج وسياسات صحية لتعزيز النظم الصحية ومنع هذه الوفيات في المستقبل، من خلال زيادة التغطية وجودة التدخلات السابقة للحمل وما قبل الولادة وأثناءها وبعدها.

ثانيا: محور البرامج

1) إعداد ورقة حقائق حول مخرجات الحمل (إسقاط، مولود ميت، مولود حي، إجهاض) استناداً إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023.

أهداف الدراسة:

- تعريف كل نوع من مخرجات الحمل الذي لا ينتهي بمولود حي (الإسقاط والإجهاض والمولود الميت).

- بيان أسباب وعوامل الخطورة المرتبطة بنتائج الحمل الذي لا ينتهي بمولود حي (الإسقاط والإجهاض والمولود الميت).

- بيان توقيت فقدان الحمل حسب مدة الحمل.

- تحديد أثر المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بفقدان الحمل والمتمثلة بعمر الأم وترتيب الحمل عند الأم أي عدد المواليد الأحياء الذي أنجبته الأم خلال حياتها الزوجية والحمل المتعدد، وأثر متغيرات تعليم الأم وجنسيتها ومكان إقامتها ومستوى رفاه أسرتها.

- بيان معدلات نتائج الحمل (إسقاط، مولود ميت، مولود حي، إجهاض) استناداً إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023 ومقارنتها مع البيانات المعدة من مقدمي الخدمات الصحية.

- بيان حجم التباينات في معدلات الإسقاط والإجهاض والمولود الميت حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- اقتراح الحلول والتوصيات المناسبة للحد من معدلات الولادات التي لا تنتهي بمولود حي.

أهمية الدراسة:

توفر هذه الورقة معلومات ومعرفة قائمة على الأدلة حول مخرجات الحمل في الأردن (إسقاط، مولود ميت، مولود حي، إجهاض) استناداً إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023 وأي مصادر علمية أو رسمية موثوقة لمعرفة نسب ومعدلات كل نوع من هذه المخرجات والتباينات حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه ومقدم الخدمة الأمر الذي يساعد في تبني البرامج الصحية اللازمة للحد من معدلات الإسقاط والإجهاض غير المبررة والتقليل من معدلات المواليد الميتة. لاسيما أن فقدان الحمل يتبعه بعد فترة قصيرة حمل جديد لتعويض الحمل المفقود وبسبب غياب الرضاعة الطبيعية لأن الحمل السابق لم ينته بمولود حي، فضلاً عن ضعف المشورة بعد فقدان الحمل.

ومن الجدير بالإشارة إليه أن المجلس الأعلى للسكان وضع في خطته لعام 2025 إعداد ورقة حقائق عن هذا الموضوع.

2) دراسة زيادة الوزن لدى الأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات وتناولهم للغذاء غير الصحي والمشروبات المصنعة المحلاة وتباين نسب هذه الظاهرة بين المحافظات ومستويات تعليم الأم والجنسية الرفاه.

أهداف الدراسة:

- تحديد أسباب زيادة الوزن لدى الأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات وتناولهم للغذاء غير الصحي والمشروبات المصنعة المحلاة.

- معرفة أسباب التباين في ارتفاع نسب وزن الأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات وتناولهم للغذاء غير الصحي. والمشروبات المصنعة المحلاة حسب محافظات المملكة ومستويات تعليم الأم والجنسية الرفاه.

- اقتراح الحلول المناسبة للحد من نسب زيادة الوزن وتناول الغذاء غير الصحي والمشروبات المحلاة وإعطاء الأولوية للمناطق والفئات السكانية التي تعاني من معدلات عالية.

أهمية الدراسة:

- تُعد السمنة في مرحلة الطفولة من الحالات الطبية الخطيرة التي يصاب بها الأطفال. فهي بالتحديد مقلقة لأن الوزن الزائد يضع الأطفال عادة على بداية طريق المشكلات الصحية التي كانت تُعد فيما سبق مشكلات خاصة بالبالغين، مثل السكري ارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول، كما يمكن أن تؤدي السِمنة في مرحلة الطفولة إلى عدم تقدير الذات والاكتئاب. وتعتبر التغذية السليمة الأساس لصحة ونمو الأطفال.

- تساعد نتائج هذه الدراسة الجهات الصحية المعنية في وضع وتطوير البرامج التي تساعد في تخفيض نسبة زيادة الوزن لدى الأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات والتقليل من معدلات استهلاكهم للغذاء غير الصحي والمشروبات المصنعة المحلاة.

3) دراسة أسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهرا وتباينها حسب المحافظات والعمر والجنس ومستوى تعليم الأم والرفاه.

أهداف الدراسة:

- معرفة أسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهرا.

- معرفة أسباب التباين بين محافظات المملكة في ارتفاع نسب فقر الدم بين بين الأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهر.

- اقتراح الحلول المناسبة لمواجهة ارتفاع نسب فقر الدم بين الأطفال وإعطاء الأولوية للمناطق والفئات السكانية التي تعاني من معدلات فقر دم أعلى من غيرها.

أهمية الدراسة:

إن فقر الدم له مضاعفات صحية خطيرة على صحة الطفل، وبالتالي فإن معرفة أسباب ارتفاع معدلات فقر الدم بين الأطفال في هذه الفئة العمرية المبكرة تساعد على تبني سياسات وبرامج موجهة إلى المناطق والفئات السكانية التي تعاني من هذه المشكلة، الأمر الذي سينعكس إيجابيا على صحة الطفل ونموه البدني والعقلي.

4) دراسة أسباب شيوع ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال دون سن الرابعة عشرة وأسباب التباينات في هذه الظاهرة بين المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.

أهداف الدراسة:

- التعرف على صور وأشكال العنف الممارس ضد للأطفال دون سن الرابعة عشرة.

- معرفة أسباب شيوع ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال دون سن الرابعة عشر.

- معرفة أسباب التباين في ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال حسب المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.

- اقتراح الحلول المناسبة للحد من هذه الظاهرة وخاصة في المحافظات ولدى الفئات التي تعاني من نسب تهذيب عنيف عالية للأطفال دون سن الرابعة عشرة.

أهمية الدراسة:

إن ممارسة العنف على الأطفال تؤدي لا محالة إلى عواقب وخيمة على نبوغهم وعلى مستقبلهم وعلى تشكل شخصياتهم، من هنا يتبين لنا مدى أهمية دراسة العنف ومعرفة أسبابه وتحليل عواقبه على الفرد، ومدى الخطورة التي قد تسببها ممارسته على الأطفال بالخصوص، فالحصول على أطفال معنفين من قبل أسرهم أو مجتمعهم أو في مدارسهم، يعيق تطور ونمو شخصياتهم، ويعيق كذلك تحصيلهم الدراسي وتطوير مستواهم التعليمي واحتمال أن يصبحوا أشخاصا معنفين لأسرهم مستقبلا. تساعد هذه الدراسة في تطوير البرامج التي تساعد على الحد من ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال دون سن الرابعة عشر.

5) دراسة التقزم لدى الأطفال لمعرفة الأسباب واقتراح البرامج والخدمات المناسبة للحد منها.

أهداف الدراسة:

- معرفة أسباب التقزم في الأردن.

- دراسة التباينات في معدلات التقزم حسب المحافظات ومستوى التعليم ومستوى الرفاه وتحديد أسبابها.

- اقتراح البرامج والخدمات للحد من التقزم.

أهمية الدراسة:

تُشير منظمة الصحة العالمية إلى أن التقزم يعني قصر القامة بالنسبة العمر، وينجم عن نقص التغذية المزمن أو المتكرر، وعادة ما يرتبط بتردي الظروف الاجتماعية الاقتصادية، وتردي صحة الأمهات وتغذيتهن، والاعتلال المتكرر، و/ أو عدم تغذية الرضع وصغار الأطفال ورعايتهم على النحو الملائم في مراحل الحياة المبكرة ولاسيما تغذية الحوامل والأطفال في الألف يوم الأولى من أعمارهم بدءا من فترة الحمل، خلال فترة الحمل، والتوعية بالتغذية، والتغذية التكميلية، والتشجيع على الرضاعة الطبيعية. وخطورة الإصابة بهذا المرض تكمن فى أنها تؤثر على حياة الإنسان منذ طفولته المبكرة وتستمر أعراضها وتبعاتها معه في مرحلة الشباب والشيخوخة وتؤثر على إدراكه المعرفي وقدراته الحركية ومشاركته في الحياة العامة وتعاملاته مع مقدرات الحياة بشكل عام. تساعد هذه الدراسة في معرفة أسباب التقزم في الأردن وتطوير البرامج والخدمات للحد من معدلات التقزم في الأردن وإعطاء الأولوية للمناطق والفئات السكانية التي لديها معدلات تقزم عالية.

6) دراسة أسباب ارتفاع معدلات السُمنة وزيادة الوزن بين النساء اللاتي أعمارهن 15-49 سنة.

أهداف الدراسة:

- التعرف على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي تترابط مع البدانة لدى النساء الأردنيات، انطلاقا من البيانات الوطنية المستمدة من مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023.

- التعرف على أسباب ارتفاع معدلات السُمنة وزيادة الوزن بين النساء اللاتي أعمارهن 15-49 سنة.

- دراسة التباينات في معدلات السُمنة وزيادة الوزن حسب المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- اقتراح التوصيات للحد من ارتفاع معدلات السُمنة وزيادة الوزن بين النساء.

أهمية الدراسة:

تعد السُمنة مشكلة صحية عامة خطيرة لأنها تزيد بشكل كبير من خطر الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري من النوع 2 وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب التاجية فضلاً عن بعض أنواع السرطان وتزيد من المخاطر المرتبطة بالحمل والولادة. تساعد هذه الدراسة في تصميم وتنفيذ البرامج الصحية التي تستهدف التقليل من معدلات زيادة الوزن والبدانة بين السيدات وتكافحهما على الصعيد الوطني.

7) دراسة لأسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأمهات اللاتي اعمارهن 15-49 سنة وتباينها حسب المحافظات والتعليم ومستوى الرفاه.

أهداف الدراسة:

- معرفة أسباب ارتفاع نسب فقر الدم بين الأمهات اللاتي أعمارهن 15-49 سنة.

- معرفة أسباب التباين في ارتفاع نسب فقر الدم بين الأمهات حسب المحافظات والتعليم ومستوى الرفاه. وارتباطها بأخذ مكملات الحديد أثناء الرعاية في مرحلة الحمل.

- اقتراح الحلول المناسبة لمواجهة ارتفاع نسب فقر الدم بين الأمهات وإعطاء الأولوية للمناطق والفئات السكانية التي تعاني من معدلات فقر دم أعلى من غيرها.

أهمية الدراسة:

إن فقر الدم (الأنيميا) وخاصة المتوسط والحاد لدى الأمهات له مضاعفات صحية خطيرة على الأم وعلى الطفل ونموه، وبالتالي فإن معرفة أسباب ارتفاع معدلات فقر الدم بين الأمهات تساعد على تبني برامج موجهة إلى المناطق والفئات السكانية التي تعاني من هذه المشكلة، الأمر الذي سينعكس إيجابيا على صحة الأم وطفلها والرفاه الاقتصادي والاجتماعي للسيدات.

8) دراسة أسباب العنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي التي تتعرض له بعض النساء من جانب الزوج وتدني نسبة البحث عن مساعدة وأسباب التباينات في هذه الظاهرة بين المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه.

أهداف الدراسة:

- التعرف على صور وأشكال العنف الممارس ضد النساء من جانب الزوج.

- معرفة أسباب العنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي التي تتعرض له بعض النساء من جانب الزوج.

- معرفة أسباب التباينات في معدلات العنف الذي تتعرض له النساء من الزوج حسب المحافظات والجنسية ومستوى تعليم الأم والرفاه والعمر.

- معرفة أسباب تدني نسبة البحث عن مساعدة عند تعرض السيدات للعنف من الزوج.

- اقتراح الحلول المناسبة للحد من هذه الظاهرة وخاصة في المحافظات ولدى الفئات التي تعاني فيها النساء المتزوجات من معدلات عالية من العنف من قبل الزوج.

أهمية الدراسة:

إن ممارسة العنف على النساء بجميع أشكاله الجسمي والجنسي والعاطفي له عواقب وخيمة على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية للنساء وتمتد آثاره السلبية للأبناء وخاصة الأطفال منهم، من هنا يتبين لنا مدى أهمية دراسة العنف الزوجي ومعرفة أسبابه وتحليل عواقبه، ومدى الخطورة التي قد تسببها ممارسته على السيدات والأسر والمجتمع. تساعد هذه الدراسة على تطوير البرامج التي تحد من ظاهرة العنف الزوجي وتزيد من معدلات طلب المساعدة والمشورة عند وقوع هذا العنف.

9) دراسة اتجاهات الرضاعة الطبيعية منذ الساعات الأولى للولادة حتى عمر سنتين ودور كل من مقدم الخدمة والأسرة في تحديد هذه الاتجاهات.

أهداف الدراسة:

- معرفة العوامل والاتجاهات والأسباب المرتبطة بتدني معدلات الرضاعة الطبيعية (المطلقة وحتى عمر سنتين).

- معرفة أسباب التباين في معدلات الرضاعة الطبيعية بين المحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه والحضر والريف.

- دراسة دور مقدمي الخدمات الصحية في التأثير على اتجاهات الرضاعة الطبيعية وخاصة في الساعات الأولى للولادة.

أهمية الدراسة:

زيادة ممارسة الأمهات للرضاعة الطبيعية له عوائد صحية على الأم والطفل واقتصادية كثيرة وتحمي الأمهات من حمل جديد مبكر. تساعد مخرجات هذه الدراسة على تركيز برامج التوعية والإعلام لترويج الرضاعة الطبيعية في المناطق ولدى الشرائح الاجتماعية التي تعاني من معدلات رضاعة متدنية وتساعد على تفعيل دور مقدمي الخدمات في تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية.

10) دراسة واقع الصحة الجنسية والإنجابية للشباب والشابات من 15-24 سنة.

أهداف الدراسة:

- تقييم ومعرفة حاجات الشباب والشابات في الفئة العمرية 15-24 سنة في مجال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

- التعرف على أنواع وأشكال المعيقات المختلفة والعوامل ذات العلاقة والتي تؤدي إلى تدني استخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب والشابات في هذه الفئة العمرية.

- تقديم التوصيات التي تساهم في تعزيز الحماية والسلوك الصحي للمراهقين والشباب والشابات.

أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها كونها تركز على فئات محددة من السكان يشكلون حوالي 30% من السكان معظمهم عزاب لم تلبَ احتياجاتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. حيث أظهرت نتائج المسوحات والدراسات المختلفة أن لديهم نسبة عالية من الحاجات غير الملباة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وبالتالي فإنها تقدم معلومات مهمة ونوعية مسنَدة بالبيِّنات والبراهين تساعد المخططين الصحيين وأصحاب القرار من جهات محلية ودولية على توجيه برامجهم وخدماتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وتركيزها لتلبية حاجاتهم لهذه الفئات السكانية التي تراعي سنَّهم وظروفهم الخاصة وتساعد الأردن على تحقيق معايير التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لليافعين والشباب.

ثالثا: محور الخدمات

1) دراسة أسباب ارتفاع فصل المولود عن أمه في أقسام الولادة في مستشفيات القطاع الخاص.

أهداف الدراسة:

- دراسة أسباب ارتفاع فصل المولود عن امه في أقسام الولادة في مستشفيات القطاع الخاص وكما أظهرتها نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023.

- اقتراح التداخلات والتوصيات التي تساهم في مشاركة الأمهات أطفالهن منذ الولادة وممارسة التلامس بين البشرتين وتشجيع الرضاعة الطبيعية منذ الساعات الأولى للولادة.

أهمية الدراسة:

تنصح منظمة الصحة العالمية بأن تظل الأمهات يشاركن أطفالهن الغرفة منذ الولادة وأن يتمكنَّ من الرضاعة الطبيعية. أظهرت الدراسات المتخصصة ان هناك ثمة حاجة إلى مزيد من الاهتمام لضمان أن يكون الممارسون على علم بالحاجة إلى بقاء الأمهات والأطفال معاً في خلال الساعات الأولى للولادة والأيام المبكرة الحرجة، وبخاصة بالنسبة للأطفال الذين يولدون صغاراً جداً في الحجم أو مبكراً جداً. تقدم هذه الدراسة مجموعة من التوصيات الموجهة إلى مقدمي الرعاية الصحية وخاصة في مستشفيات القطاع الخاص للتركيز على توفير جميع المتطلبات اللازمة لبقاء الطفل منذ الولادة مع امه وعدم فصله عنها إلا في الحالات التي تستدعي ذلك وحسب بروتوكولات صارمة.

2) دراسة استقصائية حول تقييم ممارسات العاملين في أقسام الولادة في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمدونة الدولية حول خطوات تعزيز الرضاعة الطبيعية المطلقة وحظر الترويج لبدائل حليب الأم.

أهداف الدراسة:

- دراسة الممارسات المتبعة في المستشفيات الخاصة فيما يتعلق بخطوات تعزيز الرضاعة الطبيعية المطلقة وحظر الترويج لبدائل حليب الأم.

- مقارنة هذه الممارسات بالمدونة الدولية حول خطوات تعزيز الرضاعة الطبيعية المطلقة وحظر الترويج لبدائل حليب الأم.

- اقتراح التوصيات والمداخلات التي تمكن المستشفيات الخاصة من تطبيق المدونة الدولية الخاصة بالرضاعة الطبيعية.

أهمية الدراسة:

تعتبر الرضاعة الطبيعية مصدر الغذاء الرئيسي الغني بالفوائد والعناصر الغذائية المهمة للطفل الرضيع، كما يمد الرضيع بالطاقة منذ ساعاته الأولى في الحياة ولغاية 24 شهراً من عمره، وهي ليست مجرد وسيلة لتغذية الطفل، بل هي عملية طبيعية تحمل في طياتها فوائد صحية ونفسية لكل من الأم والطفل والأسرة. يلعب حليب الأم دورًا حيويًا في تعزيز صحة الطفل وتقوية مناعته، وكذلك في دعم صحة الأم بعد الولادة.

تقدم هذه الدراسة مجموعة من التوصيات الموجهة إلى مقدمي الرعاية الصحية وخاصة في مستشفيات القطاع الخاص للتركيز على توفير جميع المتطلبات اللازمة لتشجيع الرضاعة الطبيعية وعدم الترويج لبدائل حليب الأم.

3) دراسة أسباب تدني نسبة النساء اللاتي خضعن للفحص الطبي للتحقق من سرطان الثدي.

أهداف الدراسة:

- التعرف على الأسباب الحقيقية وراء تدني نسبة استجابة الشرائح السكانية المستهدفة لإجراء الفحوص الوقائية وخاصة التي تقدم ضمن برامج وطنية مستدامة مثل فحوص سرطان الثدي.

- دراسة أسباب التباينات في إجراء هذه الفحوص الوقائية حسب المناطق والمستويات التعليمية والرفاه والجنسية والتأمين الصحي والفئات العمرية.

- اقتراح التداخلات المناسبة لزيادة الإقبال على إجراء الفحوصات الوقائية الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان الثدي.

أهمية الدراسة:

سرطان الثدي هو الأول بين السرطانات التي تصيب النساء في الأردن حيث يشكل 24,5% من إجمالي المصابات بالسرطان. يبقى التشخيص المبكر من أهم استراتيجيات الكشف المبكر عن سرطان الثدي. هذه الدراسة تقدم البيّنات اللازمة لواضعي البرامج ومقدمي الخدمات الصحية لمعرفة الأسباب والعوامل التي تحول بين الفئات المستهدفة وتمنعهم من اجراء الفحوص الوقائية الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان الثدي والعمل على مواجهتها والتغلب عليها مما يقلل من أخطار الإصابة بهذا المرض والتشخيص المبكر لهذه المرض وعلاجه الأمر الذي ينعكس إيجابيا على صحة المرأة والأسرة بشكل عام، إضافة إلى البعد الاقتصادي والحد من التكاليف الصاعدة للرعاية الصحية المرتبطة بأمراض السرطان.

4) دراسة أسباب تدني نسبة النساء اللاتي خضعن للفحص الطبي للتحقق من سرطان عنق الرحم.

أهداف الدراسة:

- التعرف على الأسباب الحقيقية وراء تدني نسبة استجابة الشرائح السكانية المستهدفة لإجراء الفحوص الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم.

- دراسة أسباب التباينات في إجراء الفحوص الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم حسب المناطق والمستويات التعليمية والرفاه والجنسية والتأمين الصحي والفئات العمرية.

- اقتراح التداخلات المناسبة لزيادة الإقبال على إجراء الفحوصات الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم.

أهمية الدراسة:

سرطان عنق الرحم هو السرطان الذي ينشأ في الجزء السفلي من الرحم. ويمكن القيام بمسحة عنق الرحم/فحص (Pap Smear) للكشف عنه في مراحل مبكّرة، وبالتالي ضمان نتائج جيّدة للعلاج. وينصح بأن تقوم السيدات بالقيام بهذا الفحص بشكل منتظم، مرة كل سنتين على الأقل. وكما هو الحال بالنسبة لسرطان الثدي فإن الكشف المبكر عن حالات سرطان عنق الرحم يزيد من احتمال نجاح العلاج. هذه الدراسة تقدم البيّنات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية لمعرفة الأسباب والعوامل التي تحول بين الفئات المستهدفة وتمنعهم من إجراء الفحوص الوقائية الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم والعمل على مواجهتها والتغلب عليها مما يساعد على التشخيص المبكر لهذه المرض وعلاجه الأمر الذي ينعكس إيجابيا على صحة المرأة.

5) دراسة محددات ملامسة الجلد للجلد بين الأم والوليد مباشرة بعد الولادة على ضوء نتائج آخر مسحين للسكان والصحة الأسرية (2018/2017 و2023).

أهداف الدراسة:

- معرفة الأسباب والمحددات التي أدت إلى تدني معدلات التلامس الجلدي لحديثي الولادة مع أمهاتهم بعد الولادة في مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 مقارنة مع مسح 2017.

- اقتراح التوصيات المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لتطبيق هذه الممارسة والالتزام بها في أقسام التوليد في المستشفيات الحكومية والخاصة.

أهمية الدراسة:

تعد ممارسة ملامسة الجلد للجلد بعد الولادة الطبيعية مباشرة، أو بعد استقرار حالة الأم بعد الولادة القيصرية أو الولادة الطبيعية الصعبة ممارسة مفيدة للأم؛ حيث أنها تساهم في تقليل خطر الإصابة بنزيف واكتئاب ما بعد الولادة. كذلك فإن التلامس الجلدي لحديثي الولادة مع أمهاتهم بعد الولادة بفترة وجيزة يخفف من الانتقال المجهد من الرحم إلى العالم الخارجي، ويدعم الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية وتطوير علاقات وثيقة ومحبة مع أطفالهن. وقد لوحظ أن الأطفال الذين شاركوا في التلامس الجلدي المبكر يبكون اقل، ويتمتعون باستقرار أفضل في وظائف القلب والجهاز التنفسي من أولئك الذين لم يشاركوا في ذلك. هذه الدراسة مهمة لأنها تساعد في معرفة الأسباب التي أدت إلى تدني معدلات التلامس الجلدي لحديثي الولادة مع أمهاتهم بعد الولادة في مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 مقارنة مع مسح 2017 واقتراح التوصيات المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لتعزيز هذه الممارسة والالتزام بها في أقسام التوليد في المستشفيات.

6) دراسة أسباب القصور في خدمات التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة.

أهداف الدراسة:

- تقييم خدمات التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة.

- تحديد الفجوات والثغرات المتعلقة قي التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة.

- اقتراح السياسات والبرامج والخدمات التي تعزز وتدعم خدمات التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة.

أهمية الدراسة:

إن التثقيف الصحي وزيادة الوعي بالقضايا المتعلقة بتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية والجنسية المناسبة يضمن حياة صحية وكريمة. حيث يؤدي هذا الوعي اتخاذ قرارات سليمة مبنية على المعرفة في الحياة الزواجية ويمكن الفئات المستهدفة من امتلاك المهارات اللازمة لحماية أنفسهم والآخرين والسيطرة بشكل أفضل على حياتهم الإنجابية الحالية والمستقبلية. هذه الدراسة تقدم البيّنات اللازمة لواضعي البرامج ومقدمي الخدمات الصحية لمعرفة الأسباب والعوامل المسؤولة عن القصور في خدمات التثقيف الصحي والتوعية المتعلقة بتنظيم الأسرة الذي أبرزه المسح الأخير للسكان والصحة الأسرية 2023 واتخاذ الإجراءات والتداخلات التي تعالج هذا القصور.

7) دراسة استقصائية حول تقييم خدمات المشورة لتنظيم الأسرة المقدمة للسيدات في مواقع تقديم الخدمات الصحية.

أهداف الدراسة:

- مراجعة برامج وخدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للسيدات في مراكز الأمومة والطفولة والخدمات المقدمة للسيدات في عيادات وأقسام النسائية والتوليد في المستشفيات للتأكد من شمولها على برامج وخدمات المشورة لتنظيم الأسرة.

- التأكد من توفر المتطلبات الأساسية اللازمة في المراكز الصحية والمستشفيات لتقديم خدمات تنظيم الأسرة (الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، الجهاز البشري المدرب، النشرات والمصادر التثقيفية، خدمات المشورة، نظام معلومات ومتابعة، الخ...).

- تحديد الفجوات والثغرات الخاصة بتقديم خدمات تنظيم الأسرة في المواقع المختلفة لتقديم الرعاية الصحية.

- تقديم التوصيات التي تساهم في إدماج وتقديم خدمات ومشورة تنظيم الأسرة في مواقع تقديم الخدمات الصحية الأولية والثانوية.

أهمية الدراسة:

توفر هذه الدراسة معلومات مدعمة بالأدلة والبراهين عن مدى توفر الحزمة الرئيسية من خدمات ومشورة تنظيم الأسرة في المراكز الصحية وفي عيادات وأقسام النسائية والتوليد في المستشفيات وتحديد الفرص الضائعة لتقديم مشورة تنظيم الأسرة في المستشفيات عقب الولادة وقبل الخروج منها، وخلال زيارات الأمهات للمرافق الصحية أثناء فترة الحمل، وزيارات فترة النفاس وزيارات تطعيم الأطفال وتحديد الفجوات والمشاكل التي تؤثر على تكامل هذه الخدمات مع برامج الرعاية الصحية المقدمة للسيدات المتزوجات والحوامل واقتراح الحلول المناسبة لسد هذه الفجوات وجعل هذه الخدمات متاحة للفئات المستهدفة.

8) دراسة العوامل والأسباب التي تساهم في التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة أو عدم الرغبة في استعمال هذه الوسائل.

أهداف الدراسة:

- معرفة العوامل والأسباب التي تساهم في التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة أو عدم الرغبة في استعمالها وخاصة الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة.

- تقييم برامج المشورة المقدمة للمنتفعات وكفاءة مقدمي الخدمات.

- بيان أسباب التباين في معدلات التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة أو عدم الرغبة في استعمالها وفقا للمحافظات والجنسية والمستوى التعليمي ومستوى الرفاه.

- اقتراح البرامج والخدمات والتداخلات التي تقلل من التوقف قي استعمال وسائل تنظيم الأسرة وتساعد على زيادة معدلات استعمال هذه الوسائل.

أهمية الدراسة:

إن التقليل من معدل التوقف قي استعمال وسائل تنظيم الأسرة وزيادة معدلات استعمالها وخاصة الحديثة منها له أثر فعال على الاستجابة لرغبات الأزواج الإنجابية وتجنب الأحمال غير المرغوبة وتعزيز صحة الأم والطفل، ويزيد من فرص الحصول على وضع اجتماعي واقتصادي أعلى، ومستوى تعليمي وعمالة وتمكين أفضل خاصة بين السيدات. ويساهم في تعزيز البرامج والمداخلات اللازمة المرتبطة برنامج تنظيم الأسرة وتعزيز برامج المشورة المقدمة وتحسين أساليبها للتعامل مع الأثار الجانبية للوسائل وتحسين برامج المتابعة، وتوسيع الخيارات المتاحة من وسائل تنظيم الأسرة بما يلبي رغبات واجتياحات النساء.

2. الخلاصة والتوصيات

قدمت هذه الدراسة قائمة جديدة لبحوث ودراسات الصحة الجنسية والإنجابية بهدف توجيه أنشطة البحث العلمي على مدى السنوات الخمس القادمة نحو المشاكل والقضايا ذات الأولوية التي تؤدي إلى تحسين صحة ورفاه الأسرة وتنعكس إيجابا على المؤشرات السكانية في الأردن، وعلى مؤشرات التنمية المستدامة.

إن تحديد الأولويات عملية دينامية ينبغي إعادة النظر بها بشكل منتظم نظرا لتغير العوامل والظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية والسكانية.

توصي الدراسة بنشر قائمة أولويات بحوث الصحة الجنسية والإنجابية على الجامعات والمراكز البحثية والجهات ذات العلاقة، كذلك ينبغي تشجيع هذه الجهات، وفقاً لأهدافها وقدراتها ومواردها على استخدام هذه القائمة لتحديد واختيار الأنشطة البحثية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. من المؤمل أيضا، أن تشجع هذه الأجندة على الشروع في عملية الحوار بين الأطراف المعنية حول القضايا الحساسة والهامة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة بشكل خاص والقضايا السكانية على وجه العموم.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1) المجلس الأعلى للسكان، الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020 - 2030.

2) مجلس الأعلى للسكان (2014). أولويات الأبحاث في مجال الصحة الإنجابية استنادا لنتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2012.

المراجع باللغة الإنجليزية:

1) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70833/WHO_FRH_RHT_HRP_97.1_eng.pdf

2) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf

3) World Health Organization (WHO). Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: WHO; 2004.

4) Higher Population Council (2009). Identification of Priority Research Topics Related to Family Planning.

5) Higher Population Council (2011). Identification of Priority Research Topics Related to Family Planning.

6) http://www.share-net-jordan.org.jo/?q=ar/node/12114

7) Department of Statistics, 2024, Population and Family Health Survey 2023.

عمان - الهاشمي الشمالي - معهد الملكة زين الشرف التنموي
هاتف : 00962-6-5560748 - فاكس : 00962-6-5519210
ص.ب 5118 عمان 11183 الأردن
www.hpc.org.jo

Youtube.com/hpcpromise
linkedin.com/in/hpcjo
Facebook.com/hpcjo
Twitter@HPC_jordan
https://www.instagram.com/Hpcjo

بدعم من :

UNFPA

شارع يوسف أبو شحوات، منطقة الديار عمان - الأردن
هاتف: 00962-6-5930689 - فاكس: 00962-6-5938460
Info@jordan.unfpa.org
jordan.unfpa.org