



الشروط المرجعية لإعداد دراسة بعنوان

اتجاهات العقم ومستوياته في الأردن بالاستناد إلى تحليل بيانات مسح السكان والصحة

الأسرية للأعوام 2012، 2017/18، 2023

عطاء رقم (7 / 2026)

يُعدّ العقم مشكلة صحية عامة تؤثر على الرجال والنساء على حدٍ سواء، ويُعاني الأزواج الذين ليس لديهم القدرة على الإنجاب من معاناة شخصية وتأثيرات نفسية واجتماعية واقتصادية جمة، إذ يشعرون بالوصمة الاجتماعية وبالخسارة المالية والفشل والإقصاء وانخفاضٍ في تقدير الذات. وبينما يتساوى الرجال والنساء في احتمالية الإصابة بالعقم، لكن غالبًا ما تُلام النساء عند عدم الإنجاب ، وقد يسعى أحد الشريكين إلى إلقاء اللوم على الآخر، خاصةً عندما لا يكون اختبار الخصوبة متاحًا، وقد يلجأون إلى علاجات مكلفة للعقم ، إن توفرت لديهم الإمكانيات، وقد تُصبح العلاقات بين الأزواج متوترة للغاية. ويرتبط العقم أحيانًا بالعنف بين الشريكين، ويلجأ بعض الرجال غير القادرين على إنجاب أطفال من زوجاتهم الحالية إلى التذرع بالعقم كسببٍ للبحث عن زوجة أخرى أو للطلاق.

يُعد علاج العقم عنصرًا أساسيًا في الصحة والحقوق الإنجابية، ولكن نادرا ما يتم التركيز عليه، فأغلب الجهود تتركز على صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة، وعلى أنماط ومحددات الإفراط في الإنجاب، وحيث ينظر إلى الخصوبة من جانب القدرة على الإنجاب فمن الأخرى أيضا الاهتمام بالجانب الآخر وهو عدم القدرة على الإنجاب "العقم".

لقد أُدرج العقم ضمن مكونات الصحة الإنجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994¹، وذلك بالاعتراف بحق الأفراد في الإنجاب وحرمتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره (الفصل السابع المادة الثانية من برنامج عمل هذا المؤتمر)، كما أُدرج برنامج عمل المؤتمر الوقاية والعلاج المناسب للعقم كجزء من حزمة الخدمات الأساسية للصحة الإنجابية ضمن الرعاية الصحية الأولية، وضمان وجود مسارات إحالة فعالة للتشخيص والعلاج (الفصل السابع المادة السادسة)، وبالتالي يعد علاج العقم أمرًا أساسيًا لإعمال حقوق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، وفي تحديد عدد الأطفال وتوقيت إنجابهم والمباعدة بينهم، واعتبرت استراتيجية الصحة الإنجابية لمنظمة الصحة العالمية² تقديم خدمات علاج العقم من الجوانب الأساسية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (المادة 35 من الاستراتيجية)، وتعد معالجة العقم أمرًا أساسيًا لتحقيق³ الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة والذي ينص على ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية للجميع في جميع الأعمار، والهدف الخامس - تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات، وتحديدًا الغاية السادسة من هذا الهدف والتي تنص على "ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية على النحو المتفق عليه وفقا لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"، وعليه ويمكن أن تساهم سياسات وخدمات العقم بما فيها جهود تحسين الوقاية من العقم وإدارته وعلاجه والاستجابة لاحتياجات الأشخاص الذين يعانون من العقم والتخفيف من عوامل الخطر المرتبطة بالعقم وعواقبه في إعمال حقوق الإنسان الأساسية وضمان تمتع الجميع بالصحة والحقوق الإنجابية، وتحقيق أهداف الصحة والمساواة بين الجنسين في أهداف التنمية المستدامة لعام 2030.

¹ <https://docs.un.org/ar/A/CONF.171/13/Rev.1>

² World Health Organization, 2004. Reproductive health strategy, to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-04.8>

³ <https://docs.un.org/ar/A/RES/70/1>

وفي الأردن تم اعتماد العقم كأحد مكونات الصحة الإنجابية في الاستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030، وعلى الرغم من أنها لم تحدد له مدخلات محددة خلال تنفيذ الاستراتيجية. وتوفر وزارة الصحة خدمات التشخيص والتقييم الأولي ضمن الرعاية الصحية الأساسية التي تقدمها الوزارة في مراكزها الصحية، وقد أصدرت وزارة الصحة تعليمات⁴ "إنشاء وحدات الإخصاب/ وحدات أطفال الأنابيب لدى المستشفيات الخاصة لسنة 2024"، شملت شروطاً تنظيمية وتشغيلية مثل ترخيص الوحدة من وزارة الصحة، ووجود كوادر طبية مؤهلة، وتطبيق معايير تقنية عالية لضمان السلامة والجودة. ويشهد الأردن ازدياداً في عيادات القطاع الخاص التي تقدم خدمات "تقنيات الإنجاب المساعدة" حيث يعتبر ذلك مؤشراً جيداً للأشخاص الذين يبحثون عن حل، لكنه لا يزال الوصول إلى العلاج الحديث بعيد المنال بالنسبة لمعظم الأزواج الفقراء ومتوسطي الحال بسبب ارتفاع الكلفة.

لم ينل العقم وأسبابه وعواقبه واتجاهاته في الأردن الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في مجال الصحة الإنجابية، إذ كان التركيز الأكبر على مستويات الإنجاب ومحدداته واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وحيث أن وضع صورة دقيقة لانتشار العقم وتوزيعه واتجاهاته وعواقبه، يتطلب بحثاً دقيقاً كخطوة أولى مهمة نحو صياغة تدخلات وسياسات قائمة على الأدلة للحد من عبء هذه الإعاقة؛ تتجه نية المجلس الأعلى للسكان وبتنسيق من صندوق الأمم المتحدة للسكان لإعداد دراسة تهدف إلى سد الفجوة في الأدلة العلمية المتعلقة بانتشار العقم واتجاهاته وتبايناته بين المحافظات وعواقبه، بما يُسهم باقتراح التدخلات والسياسات المتعلقة بتحسين الوصول العادل إلى خدمات رعاية الخصوبة، وذلك ضمن إطار أهداف المجلس في الارتقاء بمستوى الصحة الجنسية والإنجابية للسكان ودعمًا لتحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030 المتمثلة في الإتاحة الشاملة لخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية والجنسية المتكاملة للمساهمة في الوصول إلى رفاه الأفراد والأسر في الأردن، ودعمًا أيضاً لتحقيق الهدف الثالث والهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة 2030 كما بينا سابقاً.

التعريف بالعقم

تعددت تعريفات العقم واختلفت حسب تخصصات البحوث السريرية والوبائية والديموغرافية التي تناولته، فقد ركزت التعاريف السريرية على الكشف المبكر عن العقم لدى المرضى الأفراد بهدف بدء العلاج على المستوى الفردي، وتستند على التاريخ الطبي والاختبارات التشخيصية، فقد عرفته منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية لرصد تقنيات الإنجاب المساعدة (ICMART) سريرياً في مسرد تعريفات للعقم ورعاية الخصوبة⁵ بأنه "مرض يصيب الجهاز التناسلي، ويُعرّف بعدم القدرة على تحقيق حمل سريري بعد ١٢ شهراً أو أكثر من ممارسة الجماع المنتظم غير المحمي". ويتوافق هذا التعريف مع تعريف منظمة الصحة العالمية للعقم عند الرجال والنساء في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)⁶، والذي ينص على أنه "مرض يصيب الجهاز التناسلي، ويتمثل في عدم القدرة على تحقيق حمل سريري بعد 12 شهراً أو أكثر من

⁴ https://www.moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/-_تعليمات_إنشاء_وحدات_الإخصاب_-_تعليمات_لسنة_2024_وحدات_أطفال_الأنابيب_لدى_المستشفيات_الخاصة_لسنة_2024_.pdf

⁵ <https://www.who.int/news/item/04-02-2020-multiple-definitions-of-infertility>

⁶ <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1237004558>

ممارسة الجماع المنتظم غير المحمي"، ومن ناحية أخرى، فإن التعريف الوبائي كما تعرفه منظمة الصحة العالمية في دليلها لإعداد وتفسير وتحليل مؤشرات الصحة الإنجابية لأغراض الرصد العالمي⁷ هو "النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) المعرضات للحمل (غير الحوامل، والنشيطات جنسياً، وغير المستخدمات لوسائل منع الحمل، وغير المرضعات) واللاتي أفدن بمحاولات فاشلة للحمل لمدة عامين أو أكثر"، وقد ميز فريق علمي لمنظمة الصحة العالمية، 1975، في تقريره علم الأوبئة والعقم⁸ بين نوعين للعقم لأغراض البحث وهما "العقم الأولي: لم تحمل المرأة قط على الرغم من المعاشرة والتعرض للحمل لمدة عامين على الأقل"، و"العقم الثانوي: حملت المرأة سابقاً ولكنها غير قادرة على الحمل بعد ذلك على الرغم من المعاشرة والتعرض للحمل لمدة عامين؛ إذا كانت المرأة قد أرضعت طفلاً رضيعاً سابقاً، فيجب حساب التعرض للحمل من نهاية فترة انقطاع الحيض الازداعي".

أما في التعريف الديموغرافي للعقم، فقد طور ماسكارينهاس وزملاؤه⁹ تعريفاً ميزوا فيه بين نوعين من العقم: العقم الأولي وعرفوه بأنه عدم إنجاب طفل حي للأزواج الذين استمرّ زواجهم خمس سنواتٍ على الأقل، ولم يستخدم أيٌّ من الزوجين خلالها وسائل لتنظيم الإنجاب، حيث تُعبرُ الزوجة وقت إجراء المسح عن رغبتها في إنجاب طفل، والعقم الثانوي وعرفوه بأنه غياب ولادة حية للأزواج الذين مرّ على زواجهم خمس سنوات على الأقل منذ آخر ولادة حية للزوجة، ولم يستخدم أيٌّ من الزوجين خلالها وسائل لتنظيم الإنجاب، وحيث تُعرب الزوجة وقت إجراء المسح عن رغبتها في إنجاب طفل في المستقبل.

ويظهر من التعاريف الثلاث الاختلافات بشكل واضح، فقد اعتمد التعريف السريري على فترة تعرض للحمل مدتها عام واحد و الحمل كنتيجة، وفي التعريف الوبائي اعتمد على الحمل كنتيجة وفترة عامين للتعرض للحمل، أما التعريف الديموغرافي، فقد اعتمد على فترة تعرّض مدتها خمس سنوات والولادة الحية كنتيجة، وبهذا يتجاهل تعريف الديموغرافيين حالات الحمل التي تنتهي بالإجهاض أو ولادة جنين ميت، كما ميزت هذه التعاريف بين نوعين من العقم ففي التعاريف الطبية استخدم مصطلح "العقم الأولي" عندما لم يسبق للمرأة أن حملت، والعقم الثانوي عندما تكون المرأة قد حملت سابقاً ولكنها غير قادرة على الحمل بعد ذلك، في حين استخدم التعريف الديموغرافي مصطلح العقم الأولي عندما لم يسبق للمرأة أن أنجبت طفلاً حياً، والعقم الثانوي للتعبير عن امرأة أنجبت طفلاً سابقاً ولكنها غير قادرة حالياً على الإنجاب مرة أخرى.

تقديرات العقم على المستوى العالمي والوطني

⁷ World Health Organization 2006, Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563154>

⁸ World Health Organization 1975, Scientific Group on the Epidemiology of Infertility: The epidemiology of infertility. <https://iris.who.int/handle/10665/37422>

⁹ Mascarenhas et al.: Measuring infertility in populations: constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. Population Health Metrics 2012 10:17. https://www.researchgate.net/publication/230780459_Measuring_infertility_in_populations_Constructing_a_standard_definition_for_use_with_demographic_and_reproductive_health_surveys

أسهم الاختلاف في كيفية تعريف العقم وقياسه في تباين تقديرات العقم على الساحة العالمية؛ فحسب دراسة لمنظمة الصحة العالمية¹⁰ وبالاعتماد على تحليل 133 دراسة تناولت انتشار العقم بين عامي 1990 و 2021، وبالاعتماد على تعريف المنظمة للعقم بأنه "مرض يصيب الجهاز التناسلي للذكور أو الإناث، ويتمثل في عدم القدرة على تحقيق الحمل بعد 12 شهراً أو أكثر من ممارسة الجماع بانتظام دون استخدام وسائل تنظيم الإنجاب"، عانى على مستوى العالم ما يقارب واحد من كل ستة أشخاص من العقم في مرحلة ما من حياتهم، وقدر معدل انتشار العقم مدى الحياة Lifetime prevalence بنحو (17.5%)، وقدر معدل انتشار العقم أثناء فترة محددة وليس مدى الحياة¹¹ Period prevalence بنحو (12.6%). وتشير هذه التقديرات إلى أن معدل انتشار العقم الأولي بلغ مدى الحياة وخلال فترة محددة 9.6% و 9.0% على التوالي. أما بالنسبة للعقم الثانوي فبلغ معدل الانتشار مدى الحياة وخلال فترة محددة 6.5% و 4.9% على التوالي، كما تشير البيانات المتاحة لهذه الدراسة إلى أن المعدل المقدر لانتشار العقم مدى الحياة هو الأعلى في إقليم غرب المحيط الهادئ (23.2%) والأدنى في إقليم شرق المتوسط، وكان المعدل المقدر لانتشار العقم خلال فترة محددة بأنه الأعلى في إقليم إفريقيا (16.4%) والأدنى في إقليم شرق المتوسط (10.0%).

وفي دراسة ل يونانغ وليانغ وزملائه¹² بعنوان "انتشار العقم واتجاهاته عالمياً وإقليمياً ووطنياً بين الأفراد في سن الإنجاب (15-49 عاماً) من عام 1990 إلى عام 2021، مع توقعات حتى عام 2040"، اعتمدت على بيانات من دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2021 حول عدد حالات العقم ومعدل انتشاره الخام للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 عاماً في 204 دولة وإقليمياً خلال الفترة من 1990 إلى 2021. وقد اعتمد مشروع عبء المرض العالمي تعريفاً مشابهاً للتعريف الديموغرافي للعقم لاستخدامه بيانات من المسوح الأسرية، وقد ميز بين العقم الأولي الذي عُرف به الأزواج الذين لم يسبق لهم إنجاب طفل حي، ويرغبون في إنجاب طفل، ومرتبطين بعلاقة زوجية لمدة خمس سنوات أو أكثر، ولا يستخدمون وسائل منع الحمل وقت إجراء الدراسة. أما العقم الثانوي فقد عُرف به الأزواج الذين مرّ على آخر ولادة حية لهم أكثر من خمس سنوات، ويرغبون في إنجاب طفل، ومرتبطين بعلاقة زوجية لمدة خمس سنوات أو أكثر، ولا يستخدمون وسائل منع الحمل وقت إجراء الدراسة. وقد خلصت الدراسة أنه في عام 2021، قُدّر عدد الرجال الذين يعانون من العقم في جميع أنحاء العالم بنحو 55,000,818 رجلاً، وهو ما يعادل تقريباً 1820.6 حالة لكل 100,000 نسمة وبما نسبته (1.8%)، وقدر عدد النساء بنحو 110,089,459 امرأة، وبما يعادل 3713.2 حالة لكل 100,000 نسمة (3.7%) للإناث. وبين عامي 1990 و 2021، ارتفع معدل انتشار العقم العالمي بنسبة 0.49% للذكور، و 0.68% للإناث. كما لوحظت أسرع زيادة في عقم الإناث في المناطق ذات مؤشر التنمية الاجتماعية المرتفع، بينما سُجلت أعلى زيادة في عقم الذكور في المناطق ذات مؤشر التنمية الاجتماعية المنخفض والمتوسط. علاوة على ذلك، ومن المتوقع أن يرتفع معدل انتشار العقم

¹⁰ World Health Organization; 2023, Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹¹ مثلاً: أول سنة بعد الزواج، أو خلال فترة زمنية محددة قد تكون حالية أو سابقة، وفي بعض الدراسات، قد تشير الفترة الزمنية إلى الفترة التي جُمعت خلالها البيانات. وفي دراسات أخرى،

¹² Yuanhao Liang, and others, Global, regional, and national prevalence and trends of infertility among individuals of reproductive age (15–49 years) from 1990 to 2021, with projections to 2040, Human Reproduction, 2025, 40(3), 529–544, *Human Reproduction*, Volume 40, Issue 3, March 2025, Pages 529–544, <https://doi.org/10.1093/humrep/deae292>

العالمي لدى الذكور من (1.8%) في عام 2022 إلى (2.3%) في عام 2040). وسيرتفع بين الإناث من (3.7%) في عام 2022 إلى (4.6%) في عام 2040.

وفقاً لدراسة ماسكارينهاس وزملاؤه¹³ لتقدير انتشار العقم واتجاهاته في 190 دولة للفترة 1990-2010. باستخدام التعريف الديموغرافي، وكانت الأردن من بين مجموعة هذه الدول؛ تبين أنه من بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 44 عامًا والمعرضات لخطر الحمل، لم تتمكن 1.9% من إنجاب طفل حي (عقم أولي)، ومن بين النساء اللواتي أنجبن طفلاً حياً واحداً على الأقل والمعرضات لخطر الحمل، لم تتمكن 10.5% من إنجاب طفل آخر (عقم ثانوي). وكانت مستويات العقم في عام 2010 مماثلة لتلك التي كانت عليها في عام 1990 في معظم مناطق العالم، باستثناء انخفاض معدلات العقم الأولي والثانوي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، والعقم الأولي في جنوب آسيا، أما في الأردن في عام 2010 فلم تتمكن 2.6% من بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 44 عامًا والمعرضات لخطر الحمل من إنجاب طفل حي (عقم أولي)، كما لم تتمكن 4.9% من بين النساء اللواتي أنجبن طفلاً حياً واحداً على الأقل والمعرضات لخطر الحمل من إنجاب طفل آخر (عقم ثانوي)، كما كانت مستويات العقم في عام 1990 مماثلة تقريبا لتلك التي كانت عليها في عام 2010 (2.7% عقم أولي) و (4.6% عقم ثانوي).

أهمية الدراسة:

1. المساهمة في سد الفجوة في الأدلة العلمية المتعلقة بانتشار العقم واتجاهاته والعوامل المرتبطة به وتبايناته بين المحافظات وإبراز عواقب العقم على الأزواج.
2. مساعدة واضعي السياسات، ومقدمي الخدمات الصحية في القطاع الصحي، ومنظمات المجتمع المدني والباحثين، وغيرهم من أصحاب المصلحة، على فهم حجم مشكلة العقم في الأردن بما يساهم في دعم الجهود الوطنية لتحسين وصول الأزواج إلى خدمات رعاية الخصوبة وتحقيق أهدافهم المتعلقة بالإنجاب.
3. ويمكن أن تكون هذه الدراسة أيضاً بمثابة لبنة أساسية يمكن البناء عليها في المزيد من الأبحاث حول العقم.

أهداف الدراسة:

1. تقدير مدى انتشار العقم الأولي والثانوي استناداً إلى التعريف الديموغرافي، وفحص اتجاهاتها وتعزيزها بمقاييس دقيقة، وذلك على المستوى الوطني وحسب عمر المرأة ومكان الإقامة (المحافظات)، وتقدير حالات عدم الإنجاب Childlessness (حالة عدم وجود أطفال) وغياب القدرة البيولوجية على الإنجاب المبلغ عنها ذاتياً Self-reported infertility، وأية مؤشرات يضيفها المستشار، وذلك من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2012 و2017/18، و2023.
2. دراسة محددات العقم الثانوي لدى النساء باستخدام مسح السكان والصحة الأسرية 2023، من خلال فحص العوامل البيولوجية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والجغرافية والصحية المرتبطة بالعقم

¹³ Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S Stevens GA (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 9(12): e1001356. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356

الثانوي، وذلك لتحديد الفئات الفرعية الأكثر عرضة للإصابة بالعمق الثانوي والتي قد تحتاج إلى دعم للوقاية والعلاج و/أو التكيف مع العمق.

3. بحث علاقة العمق أو عدم الإنجاب Childlessness ب الطلاق، وتعدد الزوجات لدى الزوج، من خلال مسح السكان والصحة الأسرية 2023.

4. عرض ومناقشة الأدلة العلمية حول عواقب العمق على الأزواج (التأثيرات الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية والعنف المجتمعي¹⁴ والأعباء المالية) من واقع الدراسات المنشورة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي.

5. مناقشة سبل الاستجابة لحقوق الأزواج بدون أطفال وتحسين الوصول العادل إلى خدمات رعاية الخصوبة والتخفيف من عوامل الخطر المرتبطة بالعمق وعواقبه.

المنهجية المقترحة لتحقيق أهداف الدراسة

تجمع منهجية الدراسة ما بين التحليل الكمي الذي يعتمد على بيانات ملف (المرأة IR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2012، 18/2017 و2023، للبحث في هدف الدراسة الأول، واستخدام بيانات ملف (المرأة IR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023 فقط للبحث في هدف الدراسة الثاني، وبيانات ملف (المرأة IR) أو ملف الأزواج (CR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023 فقط للبحث في هدف الدراسة الثالث، في حين يتطلب الهدف الرابع البحث في الأدلة العلمية من واقع الأبحاث والدراسات الوطنية والإقليمية والعالمية المنشورة في المجالات العلمية المحكمة والتي تناولت عواقب العمق النفسية والاجتماعية والاقتصادية على الزوجين.

التعريف ببيانات مسح السكان والصحة الأسرية التي ستعتمد عليها الدراسة 2012، 18/2017، 2023

سيوفر المجلس الأعلى للسكان والبيانات الخام ل(ملف المرأة) للمسوح الثلاث وملف (الرجل والمرأة) لمسح 2023، وذلك بصيغة SPSS بعد الإحالة على المستشار، لكن يمكن الاطلاع على الأدلة التالية التي تعرف بالمشوح الثلاث وبنية واستخدام مجموعات بياناتها ذات العلاقة بدراستنا للعمق في الأردن وعلى الروابط التالية:

1. Guide to DHS Statistics DHS-8 The Demographic and Health Surveys Program
/https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_DHS-8.pdf
2. Guide to DHS Statistics DHS-7 (version 2) The Demographic and Health Surveys Program
/https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_DHS-7_v2.pdf
3. GUIDE To DHS STATISTICS Demographic and Health Surveys Methodology
/https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf

كما يمكن الاطلاع على دليل استخدام تقويم وسائل تنظيم الأسرة على الرابط التالي:

4. DHS Contraceptive Calendar Tutorial the Demographic and Health Surveys Program

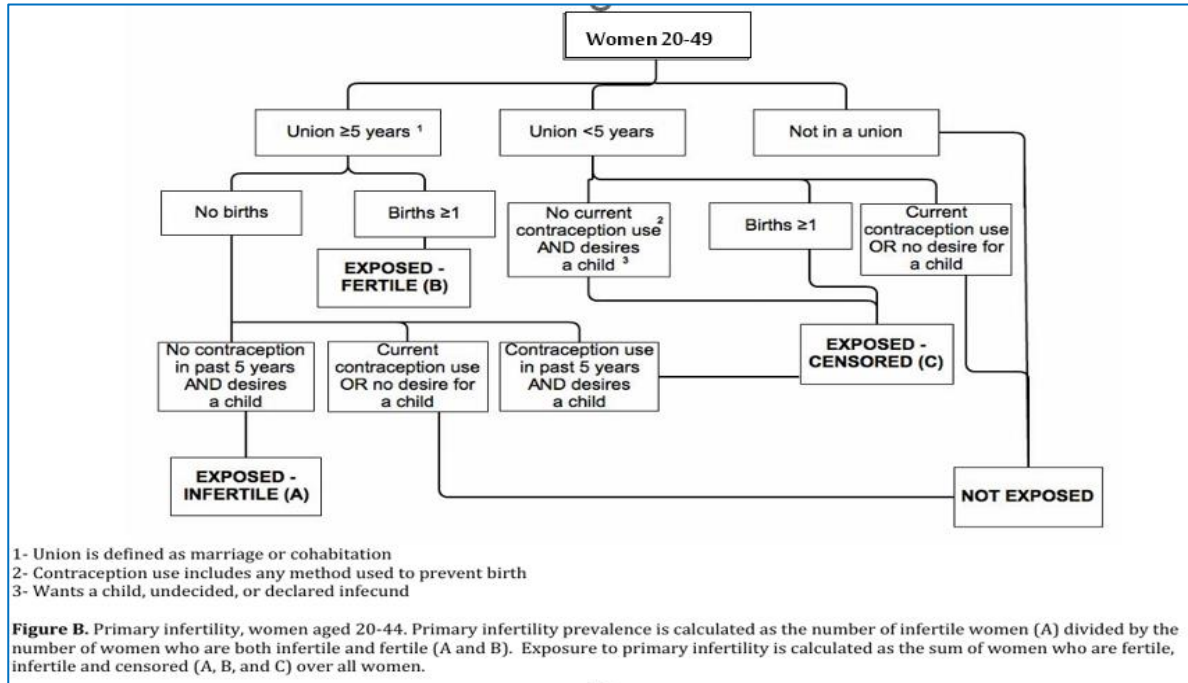
¹⁴ هناك رسالة ماجستير في جامعة العلوم والتكنولوجيا عن العنف ضد الزوجة غير المنجبة

إطار قياس العقم والمؤشرات ذات العلاقة من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2012 و 18/2017 و 2023

1. العقم الاولي والثانوي

تعتمد هذه الدراسة تطبيق النهج الديموغرافي لقياس العقم ملائمته لقياس أنماط واتجاهات العقم على مستوى السكان، وذلك من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2012 و 18/2017 و 2023، كما أوصت به ماسكارينهاس¹⁵، وقد تضمن النهج الولادة الحية كنتيجة رئيسية، وفترة "تعرض" مدتها خمس سنوات، أي خمس سنوات من العلاقة الزوجية، وعدم استخدام وسائل منع الحمل، والرغبة في إنجاب طفل (حيث اعتبر الباحثون أن هذه الفترة ضرورية لمراعاة الوقت اللازم للحمل والإنجاب، ومراعاة نقص المعلومات حول وتيرة الجماع غير المحمي، وميز بين نوعين من العقم على النحو التالي:

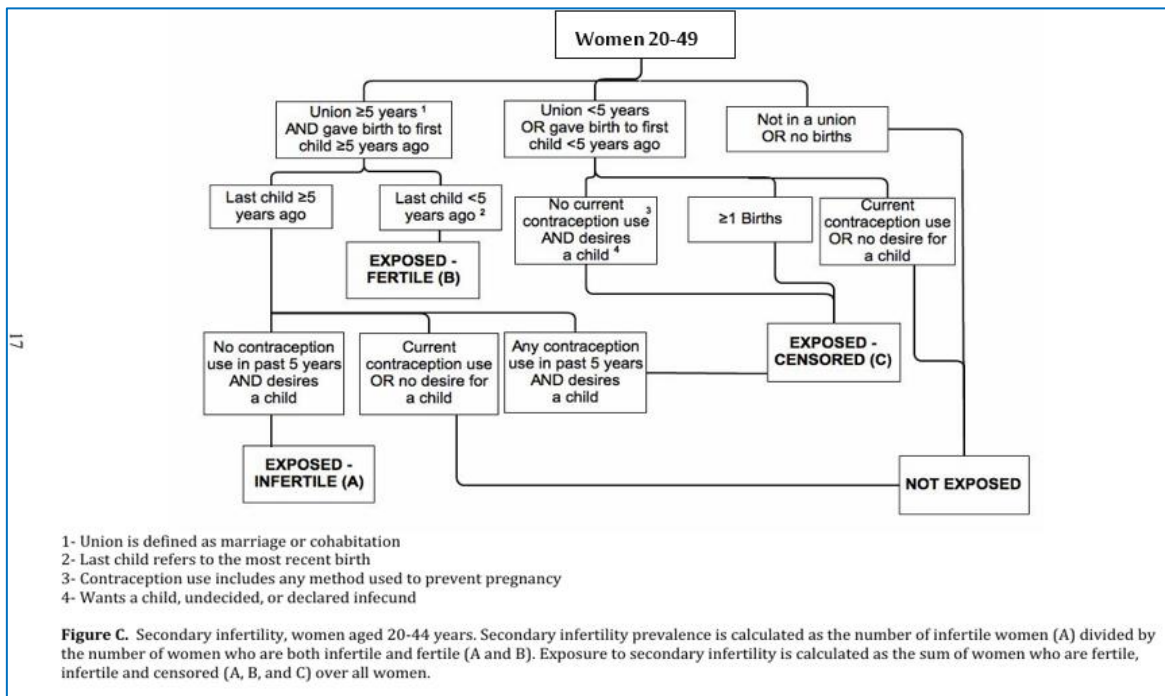
العقم الأولي وعرف بأنه عدم إنجاب طفل حيٍّ للأزواج الذين استمرّ زواجهم خمس سنواتٍ وأكثر، ولم يستخدم خلالها أيٌّ من الزوجين وسائل لتنظيم الإنجاب، وتعرب الزوجة عن رغبتها في إنجاب طفل. ويُحسب معدل انتشار العقم الأولي بقسمة عدد النساء اللاتي تربطن علاقة زوجية غير منجبه على العدد الإجمالي للنساء اللاتي تربطن علاقة زوجية منجبه وغير منجبه، وتعرف المرأة في علاقة منجبه "بأنها أنجبت طفلاً واحداً على الأقل (ولادة حية) واستمر زواجها



¹⁵ Mascarenhas et al.: Measuring infertility in populations: constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. Population Health Metrics 2012 10:17.

خمس سنوات فأكثر وقت إجراء المسح، كما هو مبين في الشكل (B) المقتبس من دراسته.

وعرف العقم الثانوي في هذا النهج بأنه "غياب ولادة حية لدى الأزواج الذين استمر زواجهم خمس سنوات فأكثر منذ آخر ولادة حية للمرأة، وخلال هذه الفترة لم يستخدم أي من الزوجين خلالها وسائل لتنظيم الإنجاب، وتُعرَّب الزوجة عن رغبتها في إنجاب طفل آخر في المستقبل، ويُحسب معدل انتشار العقم الثانوي بقسمة عدد النساء اللاتي تربطن علاقة زوجية غير مُنجبة على مجموع عدد النساء اللاتي تربطن علاقات زوجية مُنجبة وغير مُنجبة. حيث تُعرَّف المرأة في علاقة زوجية مُنجبة بأنها أنجبت طفلاً حياً واحداً على الأقل خلال السنوات الخمس الماضية، وكانت وقت إجراء المسح في زواج لمدة لا تقل عن خمس سنوات منذ أول ولادة له، كما هو مبين في الشكل (C) المقتبس من دراسته.



واختبروا هذا المنهج باستخدام 53 مسحاً للسكان والصحة الأسرية أجريت في الفترة ما بين 1990-2008، ولخصوا التحيزات المحتملة التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند إجراء أي تقديرات لانتشار العقم باستخدام بيانات المسوح الأسرية، كما عادت وزملائها¹⁶ واستخدمت نفس النهج في دراسة للاتجاهات الوطنية والإقليمية والعالمية للعقم من عام 1990 إلى عام 2010، حسب البلد والمنطقة من خلال تحليل منهجي لـ 277 مسحاً صحياً، وفي دراسة لسارة رايز¹⁷ حول

¹⁶ Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys.

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001356&type=printable>

¹⁷ Riese, Sara. 2021. Levels and Trends of Infertility and Childlessness. DHS Comparative Reports No. 50. Rockville, Maryland, USA: ICF.

<https://preview.dhsprogram.com/pubs/pdf/AB21/CR50.pdf>

مستويات واتجاهات العقم وعدم الإنجاب، قدرت العقم الأولي والعقم الثانوي بنفس النهج، بالإضافة إلى تقديرها عدم الإنجاب وذلك باستخدام بيانات (63) مسح للسكان والصحة الأسرية ل 16 دولة أجريت في الفترة ما بين 2000-2018 ، وفي دراسة لشيرين العساف¹⁸ بعنوان العوامل المرتبطة بالعقم الثانوي، قدرت فيها العقم الثانوي ل 16 دولة جرى فيها مسح للسكان والصحة الأسرية للفترة ما بين 2014-2018 باستخدام نفس النهج الديموغرافي ل ماسكارينهاس وآخرون. كما استخدم دانيال زاكي¹⁹ نفس النهج في تقدير العقم الأولي والثانوي في دراسة بعنوان " انتشار العقم وتوزيعه الإقليمي ومحدداته في أوغندا بين عامي 2006 و2016: تحليل لثلاث مسوحات للسكان والصحة الأسرية، كذلك استخدمه سامبورنا كوندو²⁰ في تقدير مستويات العقم الأولي والثانوي في الهند من خلال استخدام أربع جولات من مسح السكان والصحة الأسرية للفترة من 1992-1993 إلى 2015-2016.

2. عدم الإنجاب (النساء بلا أطفال) Childlessness

يعرف بنسبة النساء المتزوجات حالياً، واللاتي مضى على زواجهن خمس سنوات على الأقل، وليس لديهن أطفال على قيد الحياة. ويقاس في نهاية سنوات الإنجاب لدى المرأة، أي بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عامًا وكن متزوجات لمدة 5 سنوات على الأقل، وقد أوصى العديد من الباحثين^{21 22} باستبدال الشريحة العمرية 45-49 بالفئة العمرية الأصغر 40-44 عامًا، وذلك لمشاكل في الإبلاغ لدى هذه الشريحة، ومع هذا ومن واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية الأردنية: نرى أنه من المفيد قياس عدم الإنجاب لكلا الفئتين، وتفسيره ضمن إطار محددهاته لأنه قد يكون عدم الإنجاب نتيجة وفاة جميع الأطفال بحلول وقت إجراء المسح، وأيضاً قد يكون عدم الإنجاب طوعياً.

3. عدم القدرة البيولوجية على الإنجاب المبلغ عنه ذاتياً Self-reported infecundity:

يعرف بنسبة النساء المتزوجات حالياً، واللاتي مضى على زواجهن خمس سنوات على الأقل، وأفدن بأنهن خضعن لعملية استئصال الرحم، أو قلن إنهن مررن بسن اليأس، أو أفدن بأنهن لم يحضن خلال السنوات الخمس الماضية، أو لم يحضن مطلقاً ، ويستنتج هذا المؤشر بطريقة غير مباشرة من إجابات النساء على أسئلة حول المدة منذ آخر دورة شهرية، وسبب عدم استخدام وسائل منع الحمل في المستقبل، ورغبتهم في إنجاب الطفل التالي، ومن المفيد عرضه حسب الفئات العمرية الخمسية للمرأة.

¹⁸ Shireen Assaf. 2021. Correlates of Secondary Infertility. DHS Analytical Studies No. 79. Rockville, Maryland, USA: ICF,

<https://preview.dhsprogram.com/pubs/pdf/AB21/AS79.pdf>

¹⁹ Zaake D, Amongin D, Beňová L, et al. Prevalence, regional distribution, and determinants of infertility in Uganda between 2006 and 2016: analysis of three Demographic and Health Surveys. Journal of Global Health Reports. 2024;8:e2024008. doi:[10.29392/001c.94212](https://doi.org/10.29392/001c.94212)

<https://doi.org/10.29392/001c.94212>

²⁰ Kundu S, Ali B, Dhillon P (2023) Surging trends of infertility and its behavioral determinants in India. PLoS ONE 18(7): e0289096.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0289096>

²¹ Rutstein, Shea O. and Iqbal H. Shah. 2004. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. DHS Comparative Reports No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and the World Health Organization.

²² Riese, Sara. 2021. *Levels and Trends of Infertility and Childlessness*. DHS Comparative Reports No. 50. Rockville, Maryland, USA: ICF

1. تصميم منهجية علمية تستجيب لأهداف الدراسة بما فيها:

- تصور لتطبيق النهج الديموغرافي لقياس العقم ومؤشراته، الموصوف في بند (إطار قياس العقم والمؤشرات ذات العلاقة)، بالاستناد على بيانات ملف (المرأة IR) في المسوح الثلاث 2012، 2017/18، 2023، بما فيها تصور لمعالجة البيانات، وتحديد المتغيرات من بيانات المسوح التي تقابل عناصر وأركان النهج الديموغرافي (مدة التعرض، ونوع التعرض (الحالة الزوجية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرغبة في إنجاب طفل)، وتصور لاستخدام تقويم وسائل تنظيم الأسرة Contraceptive Calendar للإيفاء بمتطلبات النهج في تقديرات العقم ومؤشراته، واختيار المجموعات التي يشملها النهج وذلك كما هو مبين في الشكلين (B + C)، بالإضافة إلى تصور للأساليب الإحصائية التي ستستخدم والمخرجات المتوقعة.

- تصور لاحتساب مؤشرات عدم الإنجاب Childlessness، وعدم الإنجاب المبلغ عنه ذاتيًا Self-reported infecundity، ومؤشرات يضيفها المستشار، بما يشمل التعريف بالمؤشر ومحددات استخدامه وتصور لمعالجة البيانات بالاستناد على بيانات ملف (المرأة IR) في المسوح الثلاث 2012، 2017/18، 2023 لاحتساب المؤشر، والمخرجات المتوقعة.

- تصور لدراسة محددات العقم الثانوي لدى النساء حسب الهدف الثاني، باستخدام بيانات ملف المرأة IR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023، وتشمل تحديد وتشكيل المتغير التابع والمتغيرات المستقلة، وتحديد الأساليب الإحصائية الوصفية والمتقدمة الملائمة.

- تصور لبحث علاقة العقم أو عزم الإنجاب Childlessness بالطلاق وتعدد الزوجات لدى الزوج حسب الهدف الثالث، باستخدام بيانات ملف المرأة IR) أو ملف الأزواج CR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023، وتشمل تحديد العينة، وتحديد المتغيرات وعناوين الجداول الإحصائية الوصفية المتوقعة.

- تصور لعرض ومناقشة الأدلة العلمية حول عواقب العقم على الأزواج (التأثيرات الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية والعنف المجتمعي والأعباء المالية) من واقع الدراسات المنشورة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي.

2. مناقشة المنهجية مع المجلس وصندوق الأمم المتحدة للسكان واللجنة الفنية التي يشكلها المجلس لمتابعة تنفيذ الدراسة وأخذ التغذية الراجعة وذلك قبل البدء بتنفيذ الدراسة.

3. تنفيذ المنهجية المقررة في البند السابق.

4. إعداد مسودة تقرير الدراسة، ويخصص فيه فصل لكل هدف من أهداف الدراسة بالإضافة إلى فصل للمقدمة والمنهجية، ومعرز بتوصيات واضحة حول سبل الاستجابة لحقوق الأزواج بدون أطفال وتحسين الوصول العادل إلى

خدمات رعاية الخصوبة وتخفيف من عوامل الخطر المرتبطة بالعقم وعواقبه، وعرضه على المجلس وصندوق الأمم المتحدة للسكان واللجنة الفنية لمراجعته وتقديم ملاحظاتهم عليه إلى المستشار/ة.

5. إعداد تقرير الدراسة بشكله النهائي باللغتين العربية والإنجليزية بعد إجراء كافة التعديلات عليه في ضوء التغذية الراجعة من المجلس وصندوق الأمم المتحدة للسكان واللجنة الفنية للدراسة، ومدقق فنياً ولغوياً وذلك وفق مواصفات الكتابة المعتمدة لدى المجلس والتي سيوفرها في حينه.

6. إعداد عرض محوسب للدراسة باللغة العربية.

أولاً: المتطلبات الفنية:

تقديم مقترح العرض الفني (Proposal) المقدم للعطاء باللغة العربية، ويمكن الاستعانة بالأدلة الخاصة ببيانات مسح السكان والصحة الأسرية والموصوف روابطها في هذه الوثيقة، بحيث يتضمن العرض ما يلي:

1. مقدمة تشمل أهمية الدراسة، وأهدافها.
2. تصور أولي لتطبيق النهج الديموغرافي لقياس العقم ومؤشراته، الموصوف في بند (إطار قياس العقم والمؤشرات ذات العلاقة)، بالاستناد على بيانات ملف (المرأة IR) في المسوح الثلاث 2012، 2017/18، 2023، بما فيها تصور أولي لمعالجة البيانات، وتحديد المتغيرات من بيانات المسوح التي تقابل عناصر وأركان النهج الديموغرافي (مدة التعرض، ونوع التعرض (الحالة الزوجية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرغبة في إنجاب طفل)، وتصور أولي لاستخدام تقويم وسائل تنظيم الأسرة Contraceptive Calendar للإيفاء بمتطلبات النهج في تقديرات العقم ومؤشراته، واختيار المجموعات التي يشملها النهج وذلك كما هو مبين في الشكلين (B+C).
3. تصور أولي لاحتساب مؤشرات عدم الإنجاب Childlessness، وعدم الإنجاب المبلغ عنه ذاتياً Self-reported infecundity، بما يشمل التعريف بالمؤشر ومحددات استخدامه وتصور لمعالجة البيانات بالاستناد على بيانات ملف (المرأة IR) في المسوح الثلاث 2012، 2017/18، 2023 لاحتساب المؤشر.
4. تصور أولي لدراسة محددات العقم الثانوي باستخدام بيانات ملف (المرأة IR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023، ويشمل تحديد وتشكيل المتغير التابع والمتغيرات المستقلة، وتحديد الأساليب الإحصائية الوصفية والمتقدمة الملائمة،
5. تصور أولي لبحث علاقة العقم أو عزم الإنجاب Childlessness ب الطلاق وتعدد الزوجات لدى الزوج، باستخدام بيانات ملف (المرأة IR) أو ملف الأزواج (CR) في مسح السكان والصحة الأسرية 2023، وتشمل تحديد المتغيرات.
6. تصور أولي لعرض ومناقشة الأدلة العلمية حول عواقب العقم على الأزواج (التأثيرات الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية والعنف المجتمعي والأعباء المالية) من واقع الدراسات المنشورة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي.
7. خطة عمل موزعة حسب برنامج زمني مناسب وفقاً لمدة العطاء (ستة أشهر من تاريخ الإحالة بما فيها العطل الرسمية).

8. إرفاق السير الذاتية للمستشارين.

ثانياً: المخرجات المتوقعة من المستشار/ة أو الجهة الاستشارية:

1. دراسة بعنوان اتجاهات ومستويات العقم في الأردن بالاستناد على تحليل بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2012، 2017/18، 2023 باللغتين العربية والإنجليزية مقررة من المجلس واللجنة الفنية وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

2. عرض محوسب للدراسة (Power Point) باللغة العربية لغايات إطلاق الدراسة وغيرها من الاستخدامات.

ثالثاً: الفترة الزمنية اللازمة لإعداد الدراسة

خمس شهور من تاريخ الإحالة (شاملة للعطل الرسمية).

رابعاً: طريقة الدفع: توزيع الدفعات: تتوزع الدفعات المالية على النحو التالي:

- الدفعة الأولى: قيمتها 30% تدفع عند توقيع العقد وبعد الموافقة على خطة العمل.
- الدفعة الثانية: قيمتها 30% تدفع عند تسليم مسودة الدراسة.
- الدفعة الثالثة: قيمتها 40% تدفع عند تسليم الدراسة بشكلها النهائي باللغتين العربية والإنجليزية والعرض المحوسب باللغة العربية.

خامساً: المتطلبات المالية والإدارية:

- تقديم عرض فني وعرض مالي منفصلين باللغة العربية وبمغلفين مغلقين، يكتب عليه (اسم العطاء) ويسلم باليد إلى مقرر لجنة العطاءات في المجلس الأعلى للسكان -شارع المدينة المنورة-خلف الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية-شارع فائق حدادين-مبنى رقم 13، هاتف 5560784، في موعد أقصاه يوم الثلاثاء الموافق 2026/6/9، الساعة الثانية عشر ظهراً .
- يلتزم المستشار/ة أو الجهة الاستشارية: المحال عليه العطاء بدفع رسوم الطوابع على قرار الإحالة إلى وزارة المالية حسب الأصول، وفي مده أقصاها عشر أيام من تاريخ الإحالة.
- يوضح في العرض المالي التكلفة بالدينار الأردني بحيث تكون شاملة كافة الضرائب والرسوم.
- يلتزم المستشار/ة أو الجهة الاستشارية: المحال عليه العطاء بالمدة الزمنية للتنفيذ حسب العرض المقدم منها.
- يتحمل المستشار/ة أو الجهة الاستشارية: مسؤولية دقة وصحة المعلومات المقدمة في هذا الخصوص.
- يلتزم المجلس الأعلى للسكان بتوفير ملفات البيانات الخام لمسح السكان والصحة الأسرية 2012، 2017/18، 2023 وتسليمها إلى المستشار/ة أو الجهة الاستشارية بعد إحالة العطاء عليه.
- يلتزم المجلس الأعلى للسكان بإصدار كتب تسهيل المهمة في حال طلبها لتسهيل إعداد الدراسة.

- يتحمل المستشار/ة أو الجهة الاستشارية: ترتيبات إعداد وكتابة التقارير ومحاضر الاجتماعات، وغيرها من الأمور الأخرى المساعدة في تنفيذ العطاء.
- تقديم كفالة أو شيك مصدق حسن تنفيذ بقيمة 10% من العرض المالي على الجهة التي يرسو عليها العطاء.
- علماً بأن أجور الإعلان على من يرسو عليه العطاء مهما تكرر عدد مرات نشره.

سادساً. إجراءات تقييم العروض والإحالة:

- 1: تقييم العرض الفني: يعطى وزن (70%)، وسيتم تقييم العروض الفنية وفقاً للشروط المرجعية المعلنة للعطاء وحسب البنود التالية:
 - أولاً: خبرات ومؤهلات المستشارين: الحد الأعلى للعلامة (30) علامة موزعة حسب البنود التالية:
 - مؤهل علي: دكتوراه أو ماجستير في الديموغرافيا أو الإحصاء السكاني، أو الإحصاء التطبيقي، أو دكتوراه في طب النسائية أو التمريض أو الصحة العامة.
 - معرفة بمنهجيات قياس العقم.
 - خبرة مثبتة في تقدير معدلات العقم باستخدام المنهجيات الديموغرافية مع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية أو مسح مماثلة. (من المفيد إرفاق دليل، لأغراض تقييم العروض).
 - خبرة مثبتة في تحليل بيانات مسح السكان والصحة الأسرية. (من المفيد إرفاق دليل، لأغراض تقييم العروض).
 - خبرة مثبتة في تحليل بيانات تقويم وسائل تنظيم الأسرة (DHS Contraceptive Calendar) من بيانات مسح السكان والصحة الأسرية. (من المفيد إرفاق دليل، لأغراض تقييم العروض).
 - خبرة متقدمة في استعمال البرامج الإحصائية: SPSS / Stata وتنفيذ التحليل متعدد المتغيرات.
 - نشر أبحاث في وبائيات العقم أو المجالات السكانية.
 - معرفة ودراية كافية بالإستراتيجيات والسياسات والبرامج التنفيذية الوطنية والقطاعية المتعلقة بالصحة الإنجابية.
 - ثانياً: المنهجية: وتعطى المنهجية (40) علامة حسب ما ورد في البنود من 1-7 للعرض الفني المقدم من المستشار/ة أو الجهة الاستشارية للعطاء والمبين في المتطلبات الفنية.
2. أسس تقييم العرض المالي: ويعطى وزن (30%) علامة.

تحسب علامة التقييم المالي وفق المعادلة التالية: ص% × (أقل الأسعار الإجمالية/ سعر الخبير/ة المتقدم) .

حيث ص% تمثل نسبة (وزن العرض المالي) والذي يساوي 30%.
3. الإحالة: تتم الإحالة على المناقص الحائز على أعلى مجموع العلامات الفنية والمالية.

سابعاً. شروط عامة:

1. يحق للجنة العطاءات استبعاد العرض في حالة مخالفته لشروط العطاء، أو إذا كانت الكلفة المقدرة تتعدى الموازنة المرصودة للعطاء أو أكثر بكثير من أسعار الكلفة أو الأسعار الدارجة أو الأسعار المقدرة.

2. للجنة العطاءات الحق في إلغاء أو تأجيل العطاء أو تمديد مدته أو إعادة طرحه أو تجزئته بدون إبداء أية أسباب وبدون أن يكون للمناقص الحق في مطالبتها بأي إيضاح أو تفسير أو تعويض.
3. تعتبر مخرجات المهمة ملكاً للمجلس الأعلى للسكان بالتشارك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، ولا يحق للمستشارة أو الجهة الإستشارية استخدامها بعد الانتهاء من المهمة أو خلالها إلا بعد أخذ موافقة خطية.
4. عند توقيع الاتفاقية مع الخبير/ة: يتم الالتزام بما يلي:
 - يسمي المجلس الأعلى للسكان ضابط ارتباط مع المستشار/ة أو الجهة الاستشارية: الذي يحال عليه العطاء، ويكون ارتباط المستشار/ة أو الجهة الاستشارية مع المجلس من خلال ضابط الارتباط فقط والذي بدوره يكون مسؤولاً عن توضيح كافة الخطوات الموافق عليها في تنفيذ المهمات.
 - تعقد اجتماعات متكررة مع المعنيين في المجلس الأعلى للسكان واللجان الفنية ذات العلاقة لمراجعة ما تم إعداده وأخذ التغذية الراجعة حوله والتعديل بناء عليه وإقراره والموافقة عليه، وتحدد مواعيد هذه الاجتماعات بالاتفاق مع ضابط ارتباط المجلس، وتكتب محاضر لهذه الاجتماعات من قبل المستشار/ة.
5. يلتزم المستشار/ة أو الجهة الاستشارية بتقديم مخرجات العطاء النهائية وقد استوفت ملاحظات المجلس واللجنة الفنية وصندوق الأمم المتحدة للسكان.
6. يلتزم المستشار/ة أو الجهة الاستشارية بتسليم ملفات العمل على البيانات الخام إلى المجلس بعد انتهاء المهمة، وعدم استخدام ملفات البيانات الخام لمسوح السكان والصحة الأسرية المسلمة له لأي مهمة بحثية أخرى، وذلك تحت المساءلة القانونية.