Share-Net
Jordan
منصة المعرفة – الأردن
للصحة الجنسية والانجابية والحقوق الإنجابية

Higher Population Council - Jordan
HPC
المملكة الأردنية الهاشمية
المجلس الأعلى للسكان

ورقة حقائق ديناميكيات السكان والنوع الاجتماعي

2021

تمهيد

تعتبر الديناميكيات السكانية التي تمثلها الخصوبة والوفيات والهجرة ومكوناتها فرعا من علوم الحياة. يهتم هذا الفرع من العلوم بدراسة التغيرات القصيرة والطويلة الأجل في حجم السكان والتكوين العمري والعمليات البيولوجية والبيئية. وتتعامل الديناميكيات السكانية مع العوامل التي تؤثر على معدلات المواليد والوفيات والهجرة. وتركز دراسة الديناميكيات السكانية على العديد من المواضيع مثل عمر السكان أو انخفاض عدد السكان وغيرها من الموضوعات والعوامل التي تقف وراءها. ويتم التحكم في» الديناميكيات السكانية من خلال العوامل التي تؤثر عليها والتي تشمل العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية وغيرها.

وينص الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة على أن القضاء على كافة أشكال التمييز ضد النساء والفتيات لا يمثل حقا أساسيا من حقوق الإنسان فحسب، بل هو أيضا عامل حاسم في التعجيل بتحقيق التنمية المستدامة. وقد ثبت مرارا وتكرارا أن تمكين النساء والفتيات له أثر مضاعف، ويساعد على دفع النمو الاقتصادي والتنمية في جميع المجالات. ولا شك أن تعزيز مكانة المرأة سيكون له تأثير جوهري على ديناميكيات السكان من خلال مشاركتها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب والعمل والهجرة وذلك لارتباط النوع الاجتماعي بديناميكيات السكان ارتباطا وثيقا من خلال العناصر التي تمثلها ديناميكيات السكان والتي تمثل العناصر المسؤولة عن تطور حجم السكان والنمو السكاني.

ويقصد بالنوع الاجتماعي (أدوارًا اجتماعية يصنعها المجتمع بناء على دور بيولوجي لكنها تختلف من مجتمع إلى آخر، ويتوقع هذا المجتمع من الذكر أو الأنثى التصرف في شكل محدد وتكون لهما أدوارًا محددة بناء على قيم المجتمع وعاداته. وهذه الأدوار هي من صنع الإنسان ولم يولد بها[1].

وتؤثر المتغيرات المرتبطة بديناميكيات السكان على الاتجاهات السكانية في أي منطقة من المناطق. ومن الواضح أن ارتفاع عدد السكان يخلق ضغوطا متزايدة على الموارد الطبيعية كالأراضي والمياه وإمدادات الطاقة. وتؤثر التغيرات في حجم السكان وتركيبهم العمري وتوزيعهم الجغرافي على العديد من الجوانب ومنها الأمن الغذائي وتغير المناخ. وتتفاعل المتغيرات السكانية مع أنماط الاستهلاك والتكنولوجيا والهياكل السياسية والاقتصادية والبيئية.

ويساعد هذا التفاعل في فهم التغيرات السلبية كالتدهور البيئي وتراجع القدرة الاستيعابية للأرض[2].

1- https://unfoundation.org/blog/post/3-women-bringing-the-sdgs-to-life-in-new-york-city/

2- https://sites.google.com/site/resource12ubio/home/population-dynamics/an-introduction-to-population-dynamics

إن فهم الديناميكيات السكانية أمر أساسي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة الطموحة والشاملة. ويعتبر النهج القائم على حقوق الإنسان- رؤية الفرد واحتياجاته وإمكانياته - جزءا أساسيا من هذه العملية. ويتأثر النمو الاقتصادي والاجتماعي في أي منطقة من المناطق إلى حد كبير بديناميكيات السكان (الخصوبة والوفيات والهجرة) التي تتشكل أو يجب أن تتشكل من خلال السياسات والبرامج التنموية. وعليه، فإن فهم التفاعل بين الجنسين والديناميكيات التي تستند إلى الجنس أمر ضروري لصياغة وتنفيذ السياسات والبرامج التي تهدف إلى تغيير البيئة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية.

الخصوبة

يمثل معدل الإنجاب الكلي (معدل الخصوبة الكلي) متوسط عدد الأطفال الذين ستنجبهم المرأة طيلة حياتها الإنجابية (15-49 سنة). وتختلف أنماط الخصوبة بين الدول تبعا للعديد من العوامل التي قد تؤثر في تحديد مستويات الإنجاب. وهناك العديد من العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر على معدلات الخصوبة. وتنقسم هذه العوامل إلى مجموعتين[3] من العوامل هي العوامل التي تؤثر الخصوبة تأثيرا مباشرا والتي تعرف بالعوامل الوسيطة والتي بينها Bongaarts والتي تشمل تأثير وسائل تنظيم الأسرة، تأثير التعرض الجنسي، تأثير الإجهاض المتعمد، وعدم الإخصاب بعد الولادة، وبين أن هذه المكونات الأربعة تمنع خصوبة مجتمع معين من الوصول إلى الحد الأقصى لمعدل الخصوبة النظري (الطبيعي) البالغ حوالي 15.3 طفل/ امرأة، ويتم استخدام هذه المحددات الأربعة لتحديد معدل الخصوبة الكلي وتأثير ومساهمة كل محدد من هذه المحددات في خفض معدل الخصوبة النظري والمقدر بحوالي 15.3 طفلا.

وبين Bongaarts أن معدل الخصوبة الكلي هو نتاج تفاعل المحددات الأربعة. وتسمى المجموعة الثانية من العوامل بالعوامل غير المباشرة التي تؤثر على الخصوبة ممثلة بالعوامل الاجتماعية مثل العوامل الاقتصادية والتعليمية ومكان الإقامة،....الخ.

وتلعب الخصوبة دورا كبيرا في تحديد حجم السكان. وغالبا ما يتزايد حجم السكان في المجتمعات الفقيرة خلال فترات زمنية قصيرة (من 5 إلى 10 سنوات تقريبا) نتيجة لارتفاع معدلات الإنجاب وعدم وجود برامج لتنظيم الأسرة في مثل هذه المجتمعات. ونتيجة لذلك، تحتاج الدولة إلى بناء مزيد من المدارس

3- Bongaarts J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: time for a tune-up John Bongaarts. Demogr Res. 2015;33:535–560. doi:10.4054/DemRes.2015.33.19

والعيادات الصحية والبنية التحتية المختلفة بمعدلات مساوية لمستوى معدل النمو السكاني للحفاظ على مستوى مقبول للمستويات المعيشة وحمايتها من التدهور. وتعاني العديد من الدول من عدم القدرة على تخفيض مستويات معدلات النمو السكاني المرتفعة مما يشكل ضغوطا على العديد من القطاعات كارتفاع معدلات البطالة وانخفاض معدلات التشغيل وتدني مستوى الخدمات بمجملها كالخدمات الصحية والتعليمية والبنى التحتية.

أما العوامل التي تؤثر في الخصوبة تأثيرا غير مباشر فتشمل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. ويؤثر تمكين المرأة على الصحة الإنجابية، مثل الخصوبة وفترة ما بعد الولادة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ويلعب تمكين المرأة دورا مهما في قدرة المرأة على اتخاذ المرأة خياراتها الخاصة ومتابعة الأهداف والتحكم في المعيشة والموارد الشخصية.

ويشير ملخص السياسات الصادر عن المجلس الأعلى للسكان بعنوان (تمكين المرأة والفتاة والمساواة بين الجنسين بضمان توفير الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية) إلى أن هناك علاقة بين تمكين المرأة وممارستها لحقوقها الإنجابية. وعندما تم قياس درجة تمكين المرأة من خلال مؤشرين هما: عدد الأسباب التي تعتقد المرأة أن لزوجها الحق بضربها تبين أنه كلما زاد عدد هذه الأسباب تدنى تمكينها ومكانتها والعكس صحيح. وثانيهما عدد القرارات الأسرية التي تشارك بها الزوجة، حيث تبين أنه كلما قل عدد هذه القرارات تدنى تمكينها ومكانتها[4].

وهناك إجماع على نطاق واسع حول التكامل بين السكان والتنمية باعتبارها استراتيجية فعالة في التنمية والتخطيط السكاني، وقد اعتبر أحد المبادئ الرئيسة في برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية 1994 [5]، كما شدد صندوق الأمم المتحدة للسكان (2003) على الديناميكيات السكانية والهيكل والصحة الإنجابية، وتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين والإنصاف كعوامل رئيسية في الحد من الفقر وتحقيق التنمية الاقتصادية في المجتمع. ويعتقد أن استمرار الفقر وانتشاره وحالات الإساءة الاجتماعية استنادا إلى النوع الاجتماعي تؤثر على الجوانب الديموغرافية مثل النمو السكاني وهيكل السكان وتوزيعهم. ومن ثم فإن التدابير الموجهة نحو التأثير على المؤشرات الديموغرافية والديناميكيات السكانية تمثل في كثير من الأحيان على الإجراءات الرئيسية في عملية التخطيط الإنمائي. وبالمثل، يعتبر تمكين النساء وتحسين وضعهن مهمين لتحقيق التنمية المستدامة في المجتمع[6].

٤- المجلس الأعلى للسكان، ٢٠٢٠، ملخص سياسات تنكين المرأة والفتاة والمساواة بين الجنسين بضمان توفير الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية،

٥- الأمم المتحدة تقرير مؤتمر السكان والتنمية، القاهرة ١٩٩٤

6- Begum, Sharifa, etl., 2011, INTEGRATION OF POPULATION AND GENDER CONCERNS INTO THE NATIONAL AND SECTORAL POLICIES AND PROGRAMMES: CURRENT STATUS AND CONSTRAINTS

• معايير النوع الاجتماعي تؤثر وتتأثر على حد سواء ببرامج تنظيم الأسرة، يتطلب التأثير الفعال على معدلات الخصوبة الانتباه إلى هذا التفاعل.

• الأدوار التقليدية للجنسين تضع عمومًا قيودًا أكبر على وصول المرأة والرجل إلى خدمات تنظيم الأسرة، والتدخلات تساعد على ضمان المساواة في الوصول واستفادة الرجال والنساء من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتيسير قدرة المرأة على التفاوض بشأن تنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل بفعالية.

• يمكن أن يؤدي الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة / الصحة الإنجابية إلى تعزيز المساواة بين الجنسين، من خلال زيادة سلطة المرأة على الخيارات الإنجابية وتوسيع نطاقها الاجتماعي وفرصها الاقتصادية.

ويساهم تحسين وضع المرأة في زيادة تحصيلها التعليمي وفرصها الاقتصادية ويؤدي إلى زيادة وتفعيل مساهمتها في صنع القرار، ويفترض انخفاض الخصوبة نتيجة لهذا التقدم في تمكين المرأة الذي يبدأ نتيجة التغييرات في مستويات الخصوبة. وهناك أربع مسارات رئيسية يؤثر فيها تمكين المرأة على خصوبة المرأة. وهي تعليم الإناث ومشاركة المرأة في سوق العمل ومشاركة المرأة في عملية صنع القرار واستخدام المرأة لوسائل منع الحمل بالاقتران مع السياسات السكانية.

أما العوامل الثقافية مثل تفضيل الخصوبة المرتفعة وتفضيل الأبناء هي عوامل شائعة في التأثير على تمكين المرأة وخصوبتها. وغالبا ما ترتبط الزيادة في تمكين المرأة بانخفاض مستويات الخصوبة، في حين أن العوامل الثقافية غالبا ما ترتبط بانخفاض مستوى تمكين المرأة وارتفاع الخصوبة[7].

ويتضح من البيانات حدوث تحول في السلطة في العديد من المجتمعات. ويمكن ملاحظة ذلك في العديد من العوامل المرتبطة بالتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالخصوبة مثل تأخر سن الزواج، وارتفاع العمر المتوقع وقت الولادة، وارتفاع معدلات الطلاق، وانخفاض معدلات الزواج، وارتفاع نسبة النساء في القوى العاملة، وارتفاع مستويات التعليم بين النساء، والتحول من المجتمعات الريفية إلى المجتمعات الحضرية والبرامج الحكومية التي تهدف إلى خفض مستويات الإنجاب.

وعلى الصعيد العالمي، سيكون للديناميكيات السكانية لا سيما في سياق التفاوتات المستمرة، تأثير كبير على عمليات التنمية وعلى النمو الشامل والمتوازن والنتائج في السنوات القادمة. كما أنها تتحدى قدرة الدول على تحقيق أهداف إنمائية واسعة النطاق. وترتبط الديناميكيات السكانية - بما في ذلك التغيرات في معدلات

7- International Journal of Sociology of the Family, 2013, WOMEN›S EMPOWERMENT AND FERTILITY CHANGES, Vol. 39, No. 1/2, Spring-Autumn 2013

النمو السكاني، والتركيب العمري، والخصوبة، والوفيات، والهجرة وتوزيع السكان - ارتباطًا وثيقًا بالتحديات الإنمائية الوطنية والعالمية. وفي الواقع، لا يمكن حل أي من التحديات دون الاهتمام بديناميكيات السكان.

الوفيات

شهدت العقود الأخيرة تقدما ملموسا في المجال الصحي والبقاء على قيد الحياة في جميع أنحاء العالم. ووفقا للأمم المتحدة لعام 2020 فقد ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة لسكان العالم ككل من 45.5 عاما خلال الفترة الزمنية 1950 - 1955 إلى 71.4 عاما في عام 2015 وإلى 72.6 سنة في عام 2020. وتباين توقع الحياة بين الجنسين بشكل جوهري في عام 2020، حيث بلغ العمر المتوقع للذكور 70 سنة مقابل 75 سنة للإناث. كما تباين حسب القارات، حيث بلغ 71 سنة للذكور و75 سنة للإناث في آسيا و75 سنة للذكور و82 سنة للإناث في أوروبا و62 سنة للذكور و65 للإناث في أفريقيا و72 سنة للذكور و79 سنة للإناث في أمريكا اللاتينية و77 سنة للذكور و81 سنة للإناث في أمريكا الشمالية[8]. ومن الملاحظ ارتفاع توقع الحياة للإناث مقارنة بالذكور في كافة القارات مما سيكون له تأثيرات جوهرية على ديناميكيات السكان وخاصة بما يتعلق بحجم السكان والتركيب العمري ونسبة الجنس وغيرها من عناصر ديناميكيات السكان. وشكل الانتقال الديموغرافي تغيرا في الأنماط الأساسية لانخفاض الوفيات، حيث تحول توزيع الوفيات حسب السبب بعيدا عن نمط تهيمن عليه الأمراض المعدية إلى نمط تمثل فيه الأمراض غير المعدية الغالبية العظمى من الوفيات. وتعرف هذه العملية بالانتقال الوبائي حيث شكلت الأمراض المعدية بما في ذلك السل وأمراض الإسهال وغيرها أكثر من نصف جميع الوفيات وانخفضت مساهمات هذه الأسباب في إجمالي الوفيات بشكل كبير بحلول منتصف القرن العشرين.

ترتبط أهم الأسباب العالمية للوفاة حسب العدد الإجمالي للوفيات بثلاثة مواضيع عامة: القلب والأوعية الدموية (مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية) والجهاز التنفسي (مرض الانسداد الرئوي المزمن والتهابات الجهاز التنفسي السفلي) وحالات حديثي الولادة – والتي تشمل اختناق الولادة وصدمة الولادة وتعفن دم حديثي الولادة والالتهابات ومضاعفات الولادة المبكرة. ويمكن تصنيف أسباب الوفاة إلى ثلاث فئات: الأمراض المعدية (الأمراض المعدية والطفيلية ووفيات الأمهات ووفيات ما حول الولادة وسوء التغذية) وغير المعدية (المزمنة) والإصابات. وعلى المستوى الدولي فإن 7 من 10 أهم أسباب الوفيات في عام 2019 هي الأمراض غير السارية، وشكلت هذه الأسباب 44 % من جميع الوفيات أو 80 % من

8- https://www.statista.com/statistics/270861/life-expectancy-by-continent/

أعلى 10 أسباب. ومع ذلك، شكلت جميع الأمراض غير المعدية مجتمعة 74 % من الوفيات على مستوى العالم في عام 2019. وكان القاتل الأكبر هو مرض القلب الإقفاري وكان مسؤولا عن 16 % من إجمالي الوفيات في العالم. ومنذ عام 2000، ارتفعت أعداد الوفيات بأكثر من 2 مليون وفاة بسبب هذا المرض لتصل إلى 8.9 مليون حالة وفاة في عام 2019. وشكلت السكتة الدماغية ومرض الانسداد الرئوي المزمن الأسباب الرئيسية الثانية والثالثة للوفاة وكانت مسؤولة عن حوالي 11 % و6 % من إجمالي الوفيات على التوالي. وظلت التهابات الجهاز التنفسي السفلي الأمراض المعدية الأكثر فتكا في العالم واحتلت المرتبة الرابعة كسبب للوفاة. وجاءت وفيات السرطان بالمرتبة السادسة، حيث ارتفعت وفيات سرطان القصبة الهوائية والقصبات الهوائية والرئة. وصنف مرض الزهايمر وغيره من أشكال الخرف باعتباره السبب الرئيسي السابع للوفاة وتتأثر النساء بشكل أكبر من الرجال بهذا المرض، حيث شكلن 65 % من الوفيات الناجمة عن مرض الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى، ودخل مرض السكري ضمن أعلى عشرة أسباب للوفاة وساهم هذا المرض بارتفاع وفيات الذكور بشكل خاص[9].

وفي الأردن أظهر معدل الوفيات الخام (الذي يمثل عدد الوفيات في السنة لكل ألف شخص في تلك السنة) انخفاضا كبيرا لكل من الذكور والإناث منذ عام 1952، ويعزى هذا الانخفاض أساسا إلى التحسن الملحوظ في الظروف المعيشية العامة وتوفير الخدمات الصحية والطبية للسكان. وقد حقق الأردن تحسنا كبيرا في الخدمات الصحية خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي وفي السنوات الأخيرة من الألفية الجديدة. فقد انخفض معدل الوفيات الخام من مستوياته المرتفعة خلال عقد الستينات وعقد السبعينات من القرن الماضي (18 بالألف و12 بالألف خلال العقدين المشار إليهما) مما ساهم في زيادة كبيرة في توقعات الحياة وقت الولادة. وتشير البيانات إلى أن معدل الوفيات الخام انخفض خلال 1952 - 2020 بما مقداره من 16 نقطة مئوية (من حوالي 22 لكل ألف في عام 1952 إلى 6 لكل ألف في عام 2019)[10].

وأشارت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2017 / 2018 إلى أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة قد بلغ 19 لكل 1,000 مولود حي، وتحدث معظم وفيات دون سن الخامسة من العمر خلال السنة الأولى من العمر، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع 17 لكل 1,000 مولود حي. وبلغ معدل وفيات الأطفال 3 لكل 1000 طفل، وكما هو متوقع، فإن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أعلى من معدل وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة (11 لكل 1,000

9- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

10- Saleh, Kamal, 2021, Women and Demography

طفل و6 لكل 1,000 طفل على التوالي) وتمثل 64.7 % من إجمالي وفيات الأطفال الرضع. وتتابين قيمة معدل وفيات الأطفال حسب الجنس، حيث كان معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أعلى للذكور منه للإناث (13 لكل 1,000 طفل بالنسبة للذكور مقابل 8 لكل 1,000 طفل للإناث). ويرتفع معدل وفيات الأطفال ما بعد الولادة بين الإناث مقارنة بالذكور (5 لكل 1,000 طفل للذكور مقابل 6 لكل 1,000 طفل للإناث)، وسجل معدل وفيات الأطفال الرضع قيمة أعلى بين الذكور مقارنة بقيمته بين الإناث (17 لكل 1,000 طفل بين الذكور مقابل 13 لكل 1,000 طفل بين الإناث)، وبصفة عامة، فإن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر أعلى بين الذكور مقارنة بالإناث (21 لكل 1,000 طفل للذكور مقابل 17 لكل 1,000 طفل للإناث)[11] .

ويشير توقع الحياة وقت الولادة الذي يعكس متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها المولود الجديد بافتراض ثبات معدلات الوفيات السائدة. وقد شهد الأردن زيادة كبيرة في متوسط العمر المتوقع للذكور والإناث على حد سواء منذ عام 1961. فقد بلغ عدد السنوات المضافة إلى العمر المتوقع للذكور 19.7 سنة (من 52.6 سنة في عام 1961 إلى 72.3 سنة في عام 2017) مقارنة مع 23.1 سنة للإناث (من 52 سنة في عام 1961 إلى 75.1 سنة في عام 2017)، ونجمت هذه الزيادة في الاردن بسبب التحسن الملحوظ في الظروف المعيشية والصحية للسكان مما انعكس بشكل إيجابي على فرص البقاء على قيد الحياة. وتشير البيانات إلى أن احتمال البقاء على قيد الحياة يميل لصالح الإناث، ولكن الفجوة في متوسط العمر المتوقع بين الذكور والإناث آخذة في التقلص من 5 سنوات؛ في عام 1976 (57 سنة للذكور مقابل 62 سنة للإناث في عام 1976) إلى حوالي 3 سنوات في عام 2017 (72.3 سنة للذكور و75.1 سنة للإناث في عام 2017)[12].

أتاحت تقديرات منظمة الصحة العالمية بيانات شاملة[13] يمكن الاعتماد عليها في بحث أسباب الوفيات بين الذكور والإناث في الأردن لعام 2019، بالإضافة الى ترتيب الأولويات والاحتياجات في المجالات التي تمسّ فيها الحاجة إلى استثمارات إضافية في الخدمات الصحية لتقليل من أثار هذه الأمراض وتحسين الأنماط المعيشية للناس، والأشكال التالية تبرز الأسباب العشرة الأولى لوفيات الذكور والإناث من حيث معدل انتشارها في الأردن لعام 2019.

بلغت مجمل حالات الوفاة في الأردن لعام 2019 حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية (26,990) حالة وفاة توزعت بما نسبته 47.5% إناث و52.5% ذكور.

١١- دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية لعام ٢٠١٨/٢٠١٧

١٢- دائرة الإحصاءات العامة، تعداد السكان ١٩٦١، مسح الخصوبة الأردني ١٩٧٦، وقسم السكان ٢٠١٧

13- https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys

تمثلت 7 من الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة في الأردن في عام 2019 في الأمراض غير السارية (أمراض القلب الإقفارية، الجلطات، أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض الكلى، سرطان الثدي عند الإناث، سرطان القصبة الهوائية والرئة، والتشوهات الخلقية)، وأدت الأسباب السبعة الأولى لدى الإناث الى ما يعادل (82.8%) من الوفيات للأسباب العشرة لدى الإناث، وما يعادل 74.2% من الوفيات نتيجة الأسباب العشرة لدى الذكور.

شكلت أمراض القلب الافقارية المصدر الأول للوفيات لدى الذكور والإناث، فقد شكلت لدى الذكور 52.7 لكل مائة ألف من الذكور، في حين شكلت لدى الإناث 43.3 لكل مائة ألف من الإناث.

تميزت الأسباب العشرة لوفيات الإناث عن الذكور بالوفيات الناتجة عن سرطان الثدي وجاء ترتيبها السادس بين الأسباب العشرة لوفيات الإناث فقد بلغت 13.8 وفاة لكل مائة ألف من الإناث، ومرض الزهايمر وأنواع الخرف الأخرى وجاء ترتيبها العاشر فقد بلغت بمعدل 8.4 لكل مائة ألف من الإناث أما يميز الأسباب العشرة لوفيات الذكور فقد كانت وفيات سرطانات القصبة الهوائية والشعب الهوائية والرئة. حيث جاء ترتيبها الرابع من بين الأسباب العشرة لوفيات الذكور، وقد بلغت 17.2 وفاة لكل مائة ألف من الذكور.

كانت الأسباب العشرة الأولى مسؤولة عن (19,102) حالة وفاة للذكور والإناث وبما يعادل 70.1% من مجمل الوفيات في الأردن لعام 2019، وبما نسبته 71.8% من مجمل وفيات الإناث و69.8 % من مجمل وفيات الذكور.

شكلت وفيات الذكور بسبب حوادث الطرق 24.2 حالة وفاة لكل مائة ألف من الذكور وجاء ترتيبها الثاني بين الأسباب العشر لوفيات الذكور، كما حافظت على أهميتها النسبية بين الأسباب العشرة لوفيات الإناث إلا أنها اقل انتشارا بالمقارنة مع الذكور فقد جاء ترتيبها الثامن وبمعدل 9.6 وفاة لكل مائة ألف من الإناث.

تعتبر الجلطة وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض الكلى من اهم الأمراض التي تسبب الوفيات لدى الإناث، فقد حصلت على الترتيب الثاني والثالث والرابع والخامس والسادس على التوالي، في حين جاء ترتيبها لدى الذكور (الجلطات الترتيب الثالث، أمراض القلب وضغط الدم الترتيب الثامن، والسكري الترتيب السادس وأمراض الكلى الترتيب السابع)، وتحتل حالات وفيات حديثي الولادة بين المواليد الإناث المركز السابع، في حين احتلت الترتيب الخامس بين الأسباب العشرة للوفيات بين الذكور.

الهجرة

تشكل الهجرة الدولية محركا للتغير الديموغرافي في منطقتي الإرسال والاستقبال، ويؤدي ارتفاع عدد السكان وعدد قوة العمل في الدول المرسلة للمهاجرين تغيرا ديموغرافيا في دول الاستقبال التي تعاني عادة من نقص الأيدي العاملة. وغالبا ما تحدث الهجرة كمهرب من عدم المساواة في الفرص في دولهم أو الهروب من الاضطهاد أو بسبب تغير المناخ أو الكوارث الطبيعية أو الصراعات أو الفقر أو الزواج أو الالتحاق بالأسرة، وتوفر الهجرة فرصة لتحسين حالة الشخص في بيئة جديدة، ومع ذلك، يواجه العديد من المهاجرين من العمالة غير المنتظمة أشكالا متعددة من عدم المساواة في دول الاستقبال مثل عدم الاستقرار وظروف العمل وانتهاكات حقوق الإنسان، ويتعرض المهاجرون للتمييز والاستغلال والعمل في ظروف غير ملائمة، وغالبا ما تكون المهاجرات ضحية لكونهن إناث وكونهن مهاجرات، حيث يواجهن الاستغلال في العمل وتدني الأجور وعدم وجود أيام الراحة. ولا تملك المهاجرات غير القانونيات أي إمكانية للحصول على الجنسية والخدمات الصحية. ولا تطبق المواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان على العمال المهاجرين وعادة ما يتعرضون لأنواع العنف [14].

شهد حجم الهجرة الدولية تزايدا كبيرا مقارنة بحجمها سابقا. ويقدر عدد المهاجرين الدوليين في عام 2020 بحوالي 272 مليون مهاجر أو ما نسبته 3.5 % من سكان العالم. مما يعني أن الغالبية العظمى من الناس على مستوى العالم (96.5 %) يقيمون في البلد الذي ولدوا فيه، وبلغ عدد المهاجرات هجرة دولية 139.4 مليون مهاجرة في عام 2020.

14- United Nations, 2018, Population dynamics and inequality in Asia and the Pacific

وتجاوز عدد المهاجرات عدد المهاجرين الذكور في أوروبا وأمريكا الشمالية وأوقيانوسيا ويرجع ذلك جزئيا إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع للنساء المهاجرات وإلى تزايد الطلب على المهاجرات للعمل المتصل بالرعاية ويقيم ما يقرب من ثلثي المهاجرين الدوليين في الدول المرتفعة الدخل، في حين يقيم 31 % في الدول المتوسطة الدخل وحوالي 4 % في المائة في البلدان المنخفضة الدخل. ومن ناحية أخرى، تستضيف البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل 80 % من اللاجئين في العالم في عام 2020. ويشكل اللاجئون حوالي 3 % من المهاجرين الدوليين في الدول المرتفعة الدخل مقابل 25 % في الدول المتوسطة الدخل و50 % في الدول المنخفضة الدخل [15].

ويؤثر نوع الجنس على أسباب الهجرة واختيار المهاجرين ومكان الهجرة وكيفيتها والشبكات التي يستخدمها المهاجرون والفرص والموارد المتاحة لهم في مناطق الاستقبال والعلاقات مع منطقة الإرسال. وتختلف المخاطر ونقاط الضعف والاحتياجات حسب الجنس اختلافا جذريا. وتؤثر الأدوار والتوقعات والعلاقات وديناميكيات السلطة المرتبطة بالجنس بشكل كبير على جميع جوانب عملية الهجرة. وعليه، فمن الأهمية بمكان فهم كيفية تفاعل الجنسين مع الهجرة. ونظرا لطبيعة الهجرة الخاصة بنوع الجنس، فلا بد من تطبيق المساواة في الحقوق بموجب قوانين التوظيف والتنقل ومكافحة الممارسات التمييزية وفهم كيفية تأثير نوع الجنس على الهجرة والاستجابة له وتأثير نوع الجنس على الوصول إلى الخدمات الاجتماعية. وتحديد المخاطر وأوجه الضعف ومعالجة التأثيرات السلبية للهجرة على أدوار الجنسين.

ومما لا شك فيه أن وجود إطار تنظيمي يستند إلى مبدأ المساواة والشمولية يسهم في حصول المهاجرين على الحقوق. ولضمان الحصول على هذه الحقوق، فإنه من الضروري وضع سياسات عامة تجعل هذه الحقوق فعالة وآليات ترصد الوفاء بها وتجعل استراتيجيات إنفاذها ظاهرة في حالة انتهاكها. وقد حددت دراسات مختلفة وجود بعض الصعوبات التي تقف عائقا أمام حصول المهاجرين بوجه عام والنساء المهاجرات بوجه خاص على الحقوق الاجتماعية. ويمكن تقسيم هذه الصعوبات إلى فئتين هما: الحواجز في الوصول إلى النظم العامة التي تضمن الحصول على الحقوق من جهة، والحواجز التي تحول دون الانتقال عبر دوائر الرعاية الاجتماعية من جهة أخرى. وفيما يتعلق بالفئة الأولى، هناك عقبات تعترض الوصول إلى الموارد والخدمات التي ترتبط أساسا بطلبات الحصول على الوثائق للوصول إليها. فعلى سبيل المثال ، تتطلب بعض المؤسسات التعليمية تحديد

15- IOM UN Migration, 2020, World Migration Report 2020

هوية خاصة للالتحاق بها أو إصدار الشهادات ، في حين أن بعض مؤسسات الرعاية الصحية تطلب ذلك من أجل تحديد موعد أو الحصول على الدواء أو لوازم العمليات الجراحية. وهذا يكشف التناقض بين بعض المؤسسات والقواعد والإجراءات الإدارية الوطنية والتي ينبغي تعديلها من أجل حماية حقوق المهاجرين. أما النوع الثاني من الصعوبات، فيتمثل بحالات التمييز وسوء معاملة المهاجرين في دوائر الرعاية الاجتماعية. كالعقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات، وتسهم هذه الصعوبات في انتهاك حقوق المهاجرين وتمنعهم من اللجوء إلى المؤسسات العامة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم وجود منظور جنساني في التدخلات الاجتماعية يمكن أن يزيد من إعاقة تمتع المهاجرات بحقوقهن بشكل فعال[16].

تسهم النساء المهاجرات في التنمية الاقتصادية في مناطق الاستقبال من خلال كفاءاتهن ومهاراتهن، كما تساهم المرأة في تحسين اقتصاد مناطق الإرسال من خلال تحويلاتهن وزيادة الخبرة عند عودتهم إلى مناطقهن الأصلية. وفي كثير من الأحيان، تقوم المهاجرات بتحفيز أفراد الأسرة الآخرين على الهجرة عن طريق دفع تكاليف هجرتهم. وتعتبر المهاجرات مصادر التحويلات المالية التي يمكن استخدامها لتحسين رفاه أفراد الأسرة الآخرين وتعزيز القدرات الاقتصادية للأسرة. في مناطق الاستقبال، تعمل المهاجرات على تمكين أنفسهن وغالبا ما يقمن بتغيير العلاقات بين الجنسين داخل أسرهم. وفي العديد من الدول تعمل المهاجرات العائدات إلى دولهن بتشكيل المنظمات غير الحكومية التي تمارس الضغط من أجل المساواة بين الجنسين والمشاركة فيها وينشرن أهمية الحقوق والفرص المتاحة للمرأة[17].

تشير البيانات إلى أن نسبة غير الأردنيين المقيمين في الأردن قد ارتفعت من 4.2 % من إجمالي السكان في عام 1979 إلى 7.6 % من إجمالي السكان في عام 1994 وإلى 30.6 % من إجمالي السكان في عام 2015. وأشارت نتائج التعداد العام للسكان والمساكن 2015 إلى أن عدد السكان غير الأردنيين في المملكة قد بلغ 2,918,125. وشكلت الجنسيات السورية والمصرية والفلسطينية والعراقية واليمنية والليبية 2,720,740 نسمة أو 93.2 % من غير الأردنيين المقيمين في الأردن. وشكل السوريون النسبة الأكبر من غير الأردنيين المقيمين في الأردن أو 43.4 % تلاهم المصريون بنسبة بلغت 21.8 % والفلسطينيون بما نسبته 21.7 %. ومن جهة أخرى، شكل الرعايا العرب والأجانب الآخرون النسبة المتبقية. وبلغت نسبة الجنس بين غير الأردنيين (الذكور لكل 100 أنثى) 135.5، مما يشير إلى أن نسبة كبيرة من غير الأردنيين هم من العمالة الوافدة التي يهيمن

16- IOM Development Fund, 2015, Migrant Women and Gender Violence: Strategies and perspectives for interventions

١٧- المصدر السابق

عليها الذكور. ويتضح ذلك عند النظر إلى نسبة الجنس بين المصريين واليمنيين والليبيين (نسبة الجنس 465، 151.2، 149 من الذكور لكل أنثى على التوالي). وأشارت نتائج التعداد العام للسكان والمساكن 2015 إلى أن عدد الإناث الأردنيات المهاجرات هجرة حياتية اللائي يقمن في الأردن قد بلغ 193,151 من إجمالي الإناث الأردنيات البالغ 3,236,958، مما يعني أن 6 % من الإناث الأردنيات غيرن مكان ولادتهن ليقمن في محافظات أخرى غير محافظات ولادتهن[18].

الخلاصة والتوصيات

وفقا للبحث حول العلاقة بين الديناميكيات السكانية والجنس، فمن الضروري القيام بما يلي:

1- الحاجة إلى إدماج النوع الاجتماعي في جميع استراتيجيات وبرامج التنمية

2- الاستثمار الفعال للقوى العاملة المتاحة في المجتمع وخاصة الإناث اللاتي يشكلن حوالي نصف السكان في المجتمع، وإهمالهن يعني المخاطرة بتجميد وتعطيل إمكانات المجتمع

3- العمل على معالجة الفوارق المجتمعية والسياسية والثقافية القائمة على نوع الجنس في قضايا التنمية

4- ضمان تكافؤ الفرص وإمكانية حصول المرأة على الموارد بنفس القدر الذي يتمتع به الرجل لتحقيق المساواة الكاملة في الفرص

5- تعزيز الإجراءات الموجهة نحو التأثير على الديناميكيات الديمغرافية والسكانية

6- توسيع نطاق ممارسة الحكم الجيد والرشيد، لأنه يزيل أو يقلل على الأقل من التحيزات والتفاوتات القائمة على نوع الجنس بين السكان

7- تحسين نوعية السياسات والبرامج والمشاريع العامة، لأن المراعاة التامة لاحتياجات الجنسين تؤدي إلى إيجاد حلول مناسبة وتخصيص الأموال العامة على النحو المناسب

8- التحرر من القوالب النمطية التي تضع العديد من الرجال والنساء في وظائف تحد من إنتاجيتهم وقدرتهم على اتخاذ خيارات لتحسين وضعهم

9- التمكين الاقتصادي للمرأة هو الطريق المباشر إلى المساواة بين الجنسين والقضاء على الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي الشامل

18- Saleh, Kamal, 2021, Women and Demography

المراجع

المراجع باللغة العربية

١. المجلس الأعلى للسكان، ٢٠٢٠، ملخص سياسات تنكين المرأة والفتاة والمساواة بين الجنسين بضمان توفير الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية،

٢. دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية لعام ٢٠١٨/٢٠١٧

٣. دائرة الإحصاءات العامة، تعداد السكان ١٩٦١، مسح الخصوبة الأردني ١٩٧٦، وقسم السكان ٢٠١٧

المراجع باللغة الإنجليزية

1. Begum, Sharifa, etl., 2011, INTEGRATION OF POPULATION AND GENDER CONCERNS INTO THE NATIONAL AND SECTORAL POLICIES AND PROGRAMMES: CURRENT STATUS AND CONSTRAINTS
2. Bongaarts J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: time for a tune-up John Bongaarts. Demogr Res. 2015;33:535–560. doi:10.4054/DemRes.2015.33.19
3. Department of Statistics, Population and Family Health Survey 2017/2018
4. https://unfoundation.org/blog/post/3-women-bringing-the-sdgs-to-life-in-new-york-city/
5. https://sites.google.com/site/resource12ubio/home/population-dynamics/an-introduction-to-population-dynamics
6. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
7. International Journal of Sociology of the Family, 2013, WOMEN›S EMPOWERMENT AND FERTILITY CHANGES, Vol. 39, No. 1/2, Spring-Autumn 2013
8. IOM Development Fund, 2015, Migrant Women and Gender Violence: Strategies and perspectives for interventions
9. IOM UN Migration, 2020, World Migration Report 2020
10. Norville, Claire etl., 2001, Some Causes of Fertility Rates Movements
11. Saleh, Kamal, 2021, Women and Demography
12. United Nations, 2018, Population dynamics and inequality in Asia and the Pacific

Share-Net
International
The Knowledge Platform on
Sexual and Reproductive Health & Rights

http://nl.share-netinternational.org
E-mail: info@share-net.nl
T: +31 20 5688512

Share-Net
Jordan
منصة المعرفة – الأردن
للصحة الجنسية والانجابية والحقوق الإنجابية

https://www.share-net-jordan.org.jo
https://www.facebook.com/shareNetJordan/?modal=admin_todo_tour
https://twitter.com/sharenetjo

Higher Population Council - Jordan
HPC
المجلس الأعلى للسكان

عمان - شارع المدينة المنورة
شارع فائق حدادين - مبني رقم 13
هاتف : 00962-6-5560741
فاكس: 00962-6-5519210
ص.ب 5118 عمان 11183 الأردن
www.hpc.org.jo

Facebook.com/hpcjo
Twitter@HPC_jordan
Youtube.com/hpcpromise
linkedin.com/in/hpcjo