

Share-Net

Jordan

منصة المعرفة - الأردن
للحصبة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية



ملخص سياسات

تمكين المرأة والفتاة والمساواة بين الجنسين

بضمان توفير الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية



2020

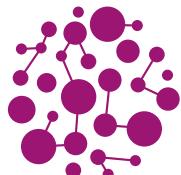
المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(٢٠٢١/١/٣٤)

يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر
هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

Share-Net

Jordan

منصة المعرفة - الأردن
للحصبة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية



ملخص سياسات

**تمكين المرأة والفتاة والمساواة بين الجنسين
بضمان توفير الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية**

2020



تناول هذا الملخص للسياسات موضوع العلاقات بين المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية بهدف تحديد الفجوات واقتراح التوصيات اللازمة من سياسات وبرامج ودراسات لتحسين مخرجات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية وتمكين النساء والمساواة بين الجنسين.

كشف التحليل في هذا الملخص على العديد من الروابط بين المساواة بين الجنسين والتمكين للفتاة والصحة الجنسية والإنجابية قبل الزواج، فأشار إلى العلاقة بين زواج الأطفال، وتقويض فرص الصحة الجنسية والإنجابية والتمكين، وكسر دائرة الفقر، وأشار إلى دور الأعراف الاجتماعية في تقويض فرص التوعية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للشباب، كما كشف التحليل في هذا الملخص على العديد من الروابط بين التمكين والصحة والحقوق الإنجابية بعد الزواج، فأشار إلى العلاقة بين التمكين والعنف الزوجي الجنسي؛ العمليات الأسرية والإنجابية المقوضة للتمكين والصحة الإنجابية؛ التشريعات العاضة للعمليات والقرارات الأسرية والمقوضة للتمكين والصحة الإنجابية والمتمثلة في التقاعد المبكر وتعويض الدفعه الواحدة بدل الراتب التقاعدي، وتأمين الأمومة وإجازة الأمومة؛ العلاقات بين مؤشرات التمكين والملامسات والحقوق الإنجابية؛ الفجوة في الرغبات الإنجابية بين الزوجين؛ الانتقال السريع إلى الأمومة؛ العقم والحقوق الإنجابية والعنف الأسري؛ اللجوء إلى الولادات القيسارية؛ تدني استخدام خدمات الصحة الإنجابية المتاحة المتمثلة في الكشف المبكر عن سرطان الثدي والفرص الضائعة للحصول على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة والسعى للحصول على عون مؤسسي بعد التعرض لعنف أسري والرعاية بعد فقدان الحمل.

وإختتم الملخص بتوصيات توزعت على ثلاثة مستويات وعلى النحو التالي:

السياسة الأولى: ترشيد العمليات والقرارات الأسرية من خلال إعداد وتنفيذ برنامج وطني تشاركي موجه للأسرة لدعم البيئة المواتية التي تجعل من الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين واقعاً ملماً، وتشترك فيه المؤسسات الوطنية ذات العلاقة، فقد كشف التحليل في هذا الملخص عن عدد من العمليات والقرارات الأسرية غير الرشيدة التي تقوض تمكين الفتاة والمرأة والصحة الجنسية والإنجابية للأسرة، بإعتبار أن الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأساسية والأهم التي تحمل مسؤولية معالجة الخلل.

السياسة الثانية: تعزيز منظور العلاقة بين المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإنجابية في الإستراتيجيات والخطط والبرامج الوطنية، بهدف تعزيز الاعتراف بهذه العلاقات وأهميتها في تسارع خطى التنمية المستدامة والتخفيف من حدة الفقر، وبلوغ الأهداف السكانية وتحسين نوعية حياة الإنسان، وبالتالي مراعاتها والتخطيط لها وإعداد المواريثات التي تستجيب لها.

السياسة الثالثة: إصلاح السياسات وتعديل التشريعات ذات العلاقة بعد تنفيذ مجموعة دراسات إقتراحها ملخص السياسات لتوجيه عملية الإصلاح، والسياسة الفرعية الأولى ضمن هذا الاطار تغيير سياسة إجازة وتأمين الأمومة في إتجاه يعزز صحة الأم ولولود وتمكينها في الحياة العامة، وأن تكون غير محفزة على الإنجاب المتقارب الذي يضر بصحتها وصحة طفلها، أما السياسة الفرعية الثانية فهي تقليص الفرص الضائعة لكسر دائرة الفقر الناشئة عن الفجوات بين المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والصحة الجنسية والإنجابية من خلال توطين برامج يضمن المشورة والخدمة ذات الصلة عند وجود النساء لأي سبب كان في المرافق الصحية والمجتمعية من مراكز ومستشفيات ومراكز إجتماعية

في العقود الثلاثة الماضية، تم التأكيد على أهمية تعزيز تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في برامج وسياسات الصحة الجنسية والإنجابية في العديد من الإتفاقيات الدولية والإقليمية، فلقد تم الإقرار بمركزية معالجة الترابط بين التمكين والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان والصحة الجنسية والإنجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة 1994، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 وأهدافها (SDGs)، والالتزامات مؤتمر نيروبي 25+ ICPD وإعلان ومنهاج عمل مؤتمر بيجين.

يساهم الاستثمار في تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية في تمكين المرأة والفتاة وتحقيق المساواة بين الجنسين، كما يساهم في دعم جهود التنمية المستدامة بشكل مباشر، من خلال رفع مستوى الصحة والرفاه، خاصة أن النساء والفتيات القادرات على اتخاذ الخيارات والتحكم في حياتهن الإنجابية يكون أكثر قدرة على الحصول على تعليم عالي الجودة، والعثور على عملٍ لائقٍ ومجزٍ، واتخاذ قرارات حرّة ومستنيرة في جميع مجالات الحياة. كما تكون أسرهن ومجتمعاتهن أفضل حالاً من الناحية المالية، هذا ويكون أطفالهن، إذا ما قررن الإنجاب، أكثر صحة وأفضل تعليماً.

وعلى الجانب الآخر، فإن المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة يعتبران من أهم المحفزات الاجتماعية للصحة بصفة عامة وللصحة الجنسية والإنجابية بصفة خاصة، كما أن الاستثمار في جوانب أخرى للتنمية الإنسانية مثل الصحة والتعليم والتوظيف ومحاربة الفقر ورفع مستوى المعيشة وتمكين النساء والشباب، يؤثر إيجابياً على مستويات الصحة الجنسية والإنجابية.

وفي حين أنه تم إحراز تقدم في فهم الكيفية التي تشكل بها بعض أبعاد عدم المساواة بين الجنسين وانتهاكات حقوق الإنسان نتائج الصحة الجنسية والإنجابية، وفهم الآثار الصحية للإستثمار في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من الإهتمام بإستكشاف الصلات بين الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية والجوانب الحساسة المتعلقة بالمساواة بين الجنسين، وذلك لفهم أفضل لتأثير هذه الأنواع من التدخلات على نتائج الصحة الجنسية والإنجابية، وبما يساهم في تعزيز دمج التدخلات الفعالة للتمكين والمساواة بين الجنسين ومنهاج حقوق الإنسان في برامج وسياسات الصحة الجنسية والإنجابية، وإقامة روابط أقوى مع الشبكات والمنظمات الأخرى العاملة في مجال المساواة بين الجنسين.

و ضمن هذا السياق أعد المجلس الأعلى للسكان ومشروع شير-نت الأردن هذا الملخص للسياسات وتمويل من مؤسسة شير-نت العالمية بهدف الكشف عن العلاقات بين الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية من جهة وتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين من جهة أخرى في المجتمع الأردني، وتحديد الفجوات في السياسات والتشريعات والإستراتيجيات والبرامج الوطنية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية، وكيفية تعزيز الروابط بين الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية وتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين، واقتراح التوصيات اللازمة من سياسات وبرامج لتجويد مخرجات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية وتمكين النساء والمساواة بين الجنسين عن طريق سد هذه الفجوات.

وقد شارك في إعداد هذا الملخص مجموعة من الخبراء الأردنيين الذين أحيل عليهم عطاء التنفيذ، يساندهم فريق من الخبراء الممارسين (CoP) من مجموعة من المؤسسات الوطنية في القطاعين العام والخاص ومؤسسات المجتمع المدني بالإضافة إلى الفنانين في المجلس ومشروع شير-نت الأردن، وذلك بالإستناد إلى العديد من الدراسات الوطنية والعالمية.



1. التعريف بالصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة

1.1 الصحة الجنسية والإنجابية

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، ولن يستمر السلام من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحرি�تهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره.....".¹

"وبحراوة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والإعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقوقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان، ولدي ممارسة الأزواج والأفراد لهذا الحق ينبغي أن يأخذوا في الإعتبار حاجات معيشتهم ومعيشة الأولاد في المستقبل ومسؤولياتهم تجاه المجتمع، وينبغي أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المترکز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية".²

وكثيراً ما تكون انتهاكات حقوق المرأة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية عميقه التجذر في القيم المجتمعية الخاصة بالحياة الجنسية للمرأة، ويشمل هذا السياق عدم المساواة بين الجنسين كمحدد بمفرد أو بالإقتران مع أوجه عدم المساواة الاجتماعية والإقتصادية الأخرى بما في ذلك ديناميات القوة غير المتكافئة في العلاقات بين الأشخاص، والمعايير والممارسات الاجتماعية والثقافية الأخرى، والظروف الإقتصادية، فكثيراً ما يجري تقييمه النساء على أساس قدرتهن على الإنجاب. وللزواج المبكر والحمل المبكر، أو حالات الحمل المتكررة التي تتم على فترات شديدة التقارب، والتي تحدث غالباً نتيجة للجهود المبذولة بغية إنجاب ذكور بسبب الأفضلية التي يحظى بها الأبناء، وكثيراً ما تخضع المرأة أيضاً لللوم في حالة العقم، وتعاني من النبذ، وتعرض لانتهاكات مختلفة لحقوق الإنسان نتيجة لذلك.³

2.1 المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة

يعتبر المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة مصطلحان يتحقق أحدهما بتحقق الآخر، إذ تعرف المساواة بين الجنسين "بالمساواة في الحقوق والمسؤوليات والفرص بين النساء والرجال والفتيات والفتيا". وهو حق من حقوق الإنسان، ويعرف تمكين المرأة بأنه "كسب النساء والفتيات القوة والسيطرة على حياتهن، وينطوي ذلك على زيادة الوعي وبناء الثقة بالنفس وتوسيع الخيارات وزيادة الوصول إلى الموارد والتحكم فيها، وتغيير الهياكل التي تعزز وتدعم التمييز وعدم المساواة بين الجنسين"، ويمكن القول بأن التمكين هو تعزيز سلطة المرأة والفتاة في المجالات الإقتصادية، والإجتماعية، والسياسية، ويمكن تحقيقه عن طريق خلق فرص أكثر

¹ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أيلول 1994، الفصل السابع "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية"، الفقرة 7-2، صفحة 38، الأمم المتحدة وثيقة رقم: A/CONF.171/13/Rev.1

² المرجع السابع، الفقرة 7-3، صفحة 38.

³ <https://www.ohchr.org/AR/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>

⁴ <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>

⁵ UN WOMEN, 2019, Promoting gender equality in sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health

للمرأة والفتاة لامتلاك المزيد من الأصول والقدرات، وحسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لغربي آسيا (إسكوا)⁶ فإن التمكين هو من العوامل الضرورية لتعزيز المساواة بين الجنسين، مع التركيز على تحديد الخلل في توازن علاقات القوة بين المرأة والرجل وإصلاحه.

وبدون المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة لا يمكن تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإيجابية، وهناك اعتراف بذلك على مستوى السياسات الدولية، فقد صادقت على هذه الحقوق 179 حكومةً من خلال برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994، والذي نص على أن حقوق الأفراد وكرامتهم - بما فيها الحقوق المتساوية للنساء والفتيات، والوصول الشامل إلى الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية ضرورية لتحقيق التنمية المستدامة.

ويستخدم مؤشر الفجوة الجندرية العالمي لقياس المساواة بين الجنسين، ويحمل هذا المؤشر المركب دلالات على المساواة وتمكين النساء بصورة عامة ويوضح من الجدول (1) أن مؤشر الفجوة الجندرية للأردن لم يتحسن في العقد والنصف الماضي، حيث تراجعت مرتبة الأردن بصورة عامة على هذا المؤشر من 93 إلى 138 بين 153 دولة، وعلى الرغم من أن الأردن أوشك على إغفال الفجوة الجندرية في الصحة والتعليم؛ إلا أن الفجوة بين الجنسين في المشاركة الاقتصادية والسياسية ما زالت كبيرة.

جدول (1) مؤشر الفجوة الجندرية العالمي – الأردن 2006-2020					
المؤشر	القيمة/الرتبة 2006	المؤشر	القيمة/الرتبة 2020	القيمة/الرتبة 2006	القيمة/الرتبة 2020
المشاركة والفرص الاقتصادية	103/0.971	الصحة والبقاء	145/0.408	105/0.442	62/0.975
التحصيل التعليمي	113/0.121	التمكين السياسي	81/0.971	70/0.997	100/0.048
الإجمالي			138/0.623	93/0.611	
المصدر: World Economic Forum, Global Gender Gap Report 2020; ISBN-13: 978-2-940631-03-2.					

وتشير إحصاءات الجولة الثانية لمسح العمالة والبطالة لعام 2020 أن معدل المشاركة الاقتصادية للإناث الأردنيات بلغ 14.1% مقابل للذكور 53.8%， وأن معدل البطالة بلغ 28.6% بين الإناث مقابل 21.5% بين الذكور، وأن نسبة المشتغلات بلغت 19% من مجموع المشتغلين الأردنيين.⁷

ويشير مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018⁸ إلى أن 12% من الإناث في سن الإنجاب ممن سبق لهن الزواج يملكون مسكنًا لوحدهن أو مع آخرين مقابل 27% للرجال الأردنيين ممن أعمارهم 15-49، وأن 8.3% من الإناث في سن الإنجاب ممن سبق لهن الزواج يملكون أرضاً لوحدهن أو مع آخرين مقابل 11.9% للرجال الأردنيين، وقد تعود هذه النسبة المتبدلة في امتلاك المسكن أو الأرضي إلى تدني فرص الحصول النساء على حقوقهن الشرعية في الميراث الأسري أو في مشاريع الأسرة من العقارات، وأفادت 14.6% من الإناث المتزوجات حالياً وأعمارهن 15-49 سنة ولديهن مكتسبات مالية خلال السبع أيام التي سبقت المقابلة أنهن من يقررن لوحدهن كيفية استخدام دخلهن النقدي، وتترفع هذه النسبة إلى 20.9% وإلى 12.7% وإلى 8.3% إذا كان هذا الدخل أعلى من دخل الزوج أو أقل منه أو مساوٍ له على التوالي.

⁶ <http://www.escwa.un.org/sites/pl20/index.asp>.

⁷ http://www.dos.gov.jo/owa-user/owa/emp_unemp.list_tables

⁸ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018

وتشير إحصاءات مستقاة من مصادر إدارية إلى فوارق كبيرة بين النساء والرجال في ملكية الأصول والثروة المتمثلة في ملكية الأراضي والشقق ومساحة كل منها، وفي القروض، وفي قيمة الودائع في البنوك، وفي قيمة الأوراق المالية أي الأسهم، والجدول (2) يبين أبرز هذه المؤشرات.

جدول (2) ملكية الموارد والعقارات والأصول المالية - الأردن 2019		
المكونات	ذكور (%)	إناث (%)
ملكو الأرضي	46.6	17.6
مساحة الأرضي	66.0	11.0
ملكو الشقق	57.6	24.5
مساحة الشقق	69.0	23.3
ملكو الأوراق المالية (الأسهم والسنادات)	55.4	44.6
القيمة الإجمالية للأوراق المالية (الأسهم والسنادات)	74.8	25.2
الودائع البنكية	62.8	37.2
قيمة الودائع البنكية	72.5	27.5
القيمة الإجمالية للفروع من البنوك التجارية	81.9	18.1
الأفراد المقترضون (فروع ميكروبيه)	23.7	76.3
القيمة الإجمالية للفروع الصغيرة	41.2	58.8
المشتغلون الأردنيون المؤمن عليهم في الضمان الاجتماعي	71.1	28.9
المصدر : http://jorinfo.dos.gov.jo/Databank/pxweb/ar/GenderStatistcs/GenderStatistcs_Gender-/Indicators_Economy/Table44_Economy.px		

3.1 الصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في الأجندة العالمية للتنمية المستدامة 2030

تعترف أهداف التنمية المستدامة 2030 بأن التنمية المستدامة لا يمكن تحقيقها إلا بالمساواة بين الجنسين، حيث تتقاطع مع اغلب أهداف التنمية المستدامة، بما فيها الهدف الصحي، وعلى الرغم من ذلك فقد خصص الهدف الخامس من أهداف الأجندة العالمية 2030 (5-6)، بالإضافة إلى للمساواة بين الجنسين، وينطوي هذه الهدف على مقصود يتعلق بوصول الجميع إلى الصحة الجنسية والإنجابية (3-7) الذي ينطوي عليه الهدف الصحي.

لقد إنعكست الترابطات ما بين أهداف الصحة الجنسية والإنجابية والمساواة والتمكين مع باقي أهداف التنمية المستدامة على مؤشرات التنمية، فقد أكد الهدف الثاني وهو القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة في هذه الأجندة على قياس مدى إنتشار فقر الدم لدى النساء الالاتي في سن الإنجاب وحسب حالة الحمل؛ وتحت الهدف الرابع جاء معدل مشاركة الشبابات في التعليم الرسمي وغير الرسمي والتدريب، وتحت الهدف الثامن جاءت نسبة النساء في العمالة غير الرسمية في غير العمالة الزراعية؛ وتحت الهدف العاشر نسبة النساء الالواتي يعشن دون 50% من متوسط الدخل الوطني، وأفرد الهدف الثالث وهو ضمان تمتع الجميع بأملاك عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار حيزاً كبيراً لمؤشرات الصحة الإنجابية وهي نسبة وفيات الأمهات، نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات المواليد حديثي الولادة، عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ألف شخص غير مصاب من السكان

⁹ http://www.dos.gov.jo/dos_home_a/main/population/gender/eco/2018/10.pdf

حسب الجنس، نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (49-15 سنة) واللاتي لُبّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة، معدل الولادات لدى المراهقات (14-10 سنة؛ و 19-15 سنة) لكل ألف امرأة في تلك الفئة العمرية؛ وتحت الهدف الخامس المتعلقة بتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات، نجد نسبة النساء المعاشرات والفتيات في الخامسة عشرة وما فوق اللاتي تعرضن لعنف بدني أو جنسي أو نفسى من عشير حالي أو سابق خلال الإثنى عشر شهراً السابقة، نسبة النساء والفتيات في الخامسة عشرة وما فوق اللاتي تعرضن لعنف جنسى من أشخاص غير العشير خلال الإثنى عشر شهراً السابقة، نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20-24 سنة واللاتي تزوجن أو إرتبطن بقرين قبل بلوغ سن الخامسة عشرة وقبل بلوغ سن الثامنة عشرة، نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة واللاتي يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن العلاقات الجنسية وإستخدام وسائل منع الحمل والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية، عدد البلدان التي لديها قوانين وأنظمة تكفل حصول النساء والرجال الذين في سن 15 سنة فأكثر على خدمات الرعاية والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية على نحو كامل وعلى قدم المساواة؛ وتحت الهدف الحادي عشر مؤشر نسبة ضحايا التحرش البدنى أو الجنسي ومكان حدوثه خلال الإثنى عشر شهراً السابقة؛ وجاء تحت الهدف السادس عشر المتعلق بالسلام والعدل والمؤسسات الدولية نسبة اللواتي تعرضن للعنف البدنى والنفسي والجنسى خلال الإثنى عشر شهراً السابقة، ونسبة الشابات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 18 سنة و 29 سنة وتعرضن للعنف الجنسي قبل سن الثامنة عشرة.¹⁰

2. الروابط بين المساواة بين الجنسين والتمكين والصحة الجنسية والإنجابية قبل الزواج

1.2 الإستجابة لتحدي إحتياجات النسبة العالية من اليافعين والشباب العزاب

بلغت نسبة السكان في سن المراهقة والشباب 10-24 ما نسبته (30.5%) من مجمل سكان الأردن عام 2019 (وعددتهم 3.216 مليون؛ منهم 1.51 مليون فتاة)؛ وتبلغ نسبة من هم في سن 10-19 سنة (20.5%) وفي سن 24-15 سنة 19.9%¹¹؛ وتبلغ نسبة من سبق لهن الزواج في الأعمراء 15-19، 20-24 سنة 68%， على التوالي، وبلغت نسبة من سبق لهم الزواج في الأعمراء 15-19، 20-24 سنة ما نسبته 0.4%， وبذا فإن النسبة الأكبر من الشباب 15-24 سنة لم يسبق لهم الزواج، ولذا يتبعن الأخذ بالإعتبار أن هناك عدد كبير من الشباب ممن لهم حاجات وخدمات مختلفة عن نظرائهم المتزوجين، ويشير 81% من الشباب أن حاجتهم ملحة لبرامج التوعية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وأن 43% منهم واجهوا تحديات في الحصول على معلومة تتعلق بصحتهم الجنسية والإنجابية لأسباب من أبرزها رفض وممانعة الأهل لحصول أبنائهم عن معلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية بما نسبته 26% من عينة الإناث و 11% من عينة الذكور، وينتقد الشباب تدريس مواضيع متعلقة بالصحة الإنجابية في المناهج المدرسية ويشكرون من عدم كفاية إستجابة المدرسين لتساؤلاتهم المحرجة حولها. وعلى الرغم من حرصهم على معرفة جميع المسائل المتعلقة بحياتهم الجنسية والإنجابية، ويتردد المراهقون من الجنسين في التحدث مع والديهم حول التغيرات التي يمررون بها والمصاحبة لمرحلة البلوغ والنضج، وكذلك يفعل الوالدين، وكما أن العديد من المعلمين يتجاوزون هذه

¹⁰ الأمم المتحدة، شعبة الإحصاء، أهداف التنمية المستدامة العالمية (تصنيف المؤشرات حسب المستويات، مراجعة 17 تموز 2020).

¹¹ دائرة الإحصاءات العامة، التقرير الإحصائي السنوي الأردني 2019.

¹² دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل الرابع.

¹³ المجلس الأعلى للسكان، 2020، تقييم الوضع الحالي لبرامج التوعية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للمراهقين والشباب في الأردن.

المواضيع لأنهم أما متددون بشأنها أو يشعرون بعدم الإرتياح عند تناولها حيثما وردت في منهاج العلوم ¹⁴ الحياتية.

2.2 تزويج الفتيات دون سن 18 سنة يقوض الصحة الإنجابية والتمكين معًا¹⁵

وضعت عدة دول إستراتيجيات للقضاء على تزويج الفتيات الالاتي أعمارهن دون 18 سنة. ولكن يعمد بعض الآباء إلى تزويج بناتهم قسراً معتقدين أن تزويج الطفلة يضمن مستقبلها ويخفف من أعباء رعايتها لها أيضاً.¹⁶

فعندما تتزوج الفتيات في سن صغير فإنهن يتعرضن أكثر من غيرهن للعنف من الشريك الحميم وإساءة المعاملة الجنسية مقلنة بمن يتزوجن في سن أكبر، وإن زواج الفتيات دون سن 18 سنة يجعل الفتيات أكثر عرضة بشكل كبير للمخاطر الصحية الشديدة للحمل وللولادة المبكرتين حيث مضاعفات الحمل والولادة هي السبب الرئيسي للوفاة بين الفتيات في الفئة العمرية 19-15 سنة.

فعندما تتزوج الفتيات في سن صغير فإنهن يتعرضن أكثر من غيرهن للعنف من الشريك الحميم وإساءة المعاملة الجنسية مقلنة بمن يتزوجن في سن أكبر، وإن زواج الفتيات دون سن 18 سنة يجعل الفتيات أكثر عرضة بشكل كبير للمخاطر الصحية الشديدة للحمل وللولادة المبكرتين حيث مضاعفات الحمل والولادة هي السبب الرئيسي للوفاة بين الفتيات في الفئة العمرية 15-19 سنة. بينما الفتيات الالاتي يتزوجن في وقت لاحق ويؤخرن الحمل إلى ما بعد سن المراهقة تتح لهن فرصة أكبر للتتمتع بصحة أوف، وتحصيل تعليم أعلى، وبناء حياة أفضل لأنفسهن ولأسرهن. وطبقاً للأمم المتحدة، فإن مضاعفات الحمل والولادة هي الأسباب الرئيسية للوفاة بين الفتيات الالاتي تتراوح أعمارهن بين 15-19 سنة في البلدان النامية من بين 16 مليون مراهقة يلدن كل عام.¹⁷ يعرض زواج الفتيات دون سن 18 سنة الأم لإنجاب مواليد حجمهم صغير جداً أو دون المتوسط، أو وزنهم دون 2.5 كغم،¹⁸ في الأردن نسبة مثل هؤلاء المواليد بين الأمهات دون سنة العشرين (21%) وهي أعلى قليلاً مما هي عليه بين الأمهات الأكبر عمرأً¹⁹ وهوإلهاء المواليد أكثر عرضة للوفاة المبكرة إذ أظهرت إحصاءات حديثة في عام 2019 أن 68% من وفيات حديثي الولادة كانت مواليد وزنهم متدني.²⁰

قد لا يرفع زواج الفتيات دون سن 18 سنة من مستويات الإنجاب بسبب التدني النسبي للقدرة البيولوجية على الحمل عندهن، إلا إذا كان هذا الزواج واسع الإنتشار مسبباً لارتفاعاً في نسبة المتزوجات الالاتي يصبحن معرضات للحمل والإنجاب. بحث دراسة عام 2019 في أسباب زواج الفتيات دون سن 18 سنة، وخلصت من تحليل الأنماط بالإستناد إلى مسح السكان والصحة الأسرية إلى أن من يتزوجن دون سن الثامنة عشرة أكثر عرضة للإصابة نتيجة العنف من قبل الزوج، كما أظهر التحليل الثانوي

¹⁴ Market Research Organization (MRO). 2000. Qualitative Research on Reproductive Health Knowledge and Needs Among Jordanian Youth. Amman: Princess Basma Women's Resource Centre (PBWRC).

¹⁵ ترد في الأدب مسميات أخرى لزواج الفتيات دون هذا السن، مثل زواج الأطفال، زواج القاصرات، زواج الباقعات، زواج المراهقات.

¹⁶ بلغت نسبة من تعرضن للطلاق عام 2019 وحده ولم يبلغن بعد سن 26 سنة 47% من إجمالي حالات طلاق النساء عامة والأردنيات أيضاً في ذلك العام؛ حُسبت النسبة من التقرير الإحصائي السنوي لدائرة قاضي القضاة 2019.

¹⁷ <https://www.who.int/mediacentre> 2013

¹⁸ بلغت نسبة هؤلاء المواليد عام 2019 في مستشفيات وزارة الصحة 10.3% حسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة 2019، صفحة 120.

¹⁹ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 10.

²⁰ وزارة الصحة، مديرية الأمراض غير السارية، نشرة وفيات الأطفال حديثي الولادة 2019.

²¹ See: Farzaneh Roudi-Fahimi and SHAIMAA IBRAHIM “ENDING CHILD MARRIAGE IN THE ARAB REGION” - Policy Brief; Population Reference Bureau, May, 2013.

لبيانات مسوح السكان والصحة الأسرية إلى أن هناك نمطًا قويًا لإرتفاع التحصيل العلمي بإنخفاض مستويات زواج الأطفال لكل من تزوجوا دون الثامنة عشرة ودون سن الخامسة عشرة، ووفقا للجانب النوعي من الدراسة فقد تبين أن الفقر والعادات والتقاليد والتفكير الأسري كانت الدوافع الرئيسية لزواج الأطفال، وقد تفحضت الدراسة كل من هذه الأسباب مع المشاركين من أجل التوصل للأسباب الأعمق المؤدية إلى كل من هذه الدوافع وقد توصلت الدراسة إلى تسع دوافع من الدرجة الثانية و 27 دافع من الدرجة الثالثة.²²

كما بيّنت دراسة زواج الفتيات دون سن 18 سنة في الأردن 2017، أن نسبة الإناث المتزوجات دون سن 18 سنة واللوائي مستواهن التعليمي أساسياً فأقل بلغت 86.7%， وأن ما نسبته 46.5% من أزواجهن مستواهم التعليمي أساسياً فأقل. وأن أزواج المتزوجات دون سن 18 سنة على الأغلب حالتهم الوظيفية غير مستقرة، وأن الطابع العام أن ينعدم النشاط الاقتصادي لدى الإناث المتزوجات دون سن 18، إذ بزواجهن ينعدم الطموح أو الرغبة بالعمل، فقد شكلت الإناث اللوائي لا يعملن ولا يبحثن عن عمل حسب بيانات التعداد العام ما يزيد عن 98%. وأن أزواج المتزوجات دون سن 18 سنة على الأغلب حالتهم الوظيفية غير مستقرة، أكثر من النصف من الأردنيات المتزوجات دون سن 18 سنة أزواجهن لا يعملون او يعملوا بأعمال غير منتظمة.²³

ما زال زواج الإناث دون 18 سنة، يمارس في الأردن (أنظر الجدول 3)، ومن المتوقع أن يتراجع في الأعوام القادمة بسبب التأثير المنتظر للقيود التشريعية الجديدة التي تقنن زواج الفتيات دون سن 18 سنة.

جدول (3) زواج الفتيات دون سن 18 سنة بين اللواتي تزوجن لأول مرة في الأردن 2015-2019												
المجموع	2019	2018	2017	2016	2015	فئة الزواج						
308,004	53,453	56,334	62,861	67,613	67,743	تزوجن لأول مرة						
46,013	7,225 295 عريس قاصر)	7,776	10,434	10,907	10,866	تزوجن وأعمارهن إلى 17 سنة 15						
14.9	13.5	13.8	15.6	15.3	16.0	²⁴ %						
نسبة الفتيات دون سن 18 سنة بين اللواتي تزوجن لأول مرة عام 2019 حسب المحافظة ²⁵												
المحافظة	العقبة	معان	الطائفية	الكرك	عجلون	جرش	المنطقة	إربد	مادبا	الزرقاء	البلقاء	العاصمة
14.7	12.6	3.5	7.5	8.0	11.8	21.7	15.2	12.7	20.6	13.3	10.1	

المصدر : دائرة قاضي القضاة، التقارير السنوية للأعوام 2015-2019.

3.2 استخدام الفحص الطبي قبل الزواج والصحة الجنسية والإنجابية

إن الفحص الطبي قبل الزواج هو نقطة البداية في تجنب حصول التشوهات الإنجابية وأمراض الدم الوراثية، لكن حوالي نصف من سبق لهم الزواج من الأزواج والزوجات (52% للأزواج و53.2% للزوجات) سعوا للحصول على هذا الفحص، كما أن نسبة من تزوج حديثاً من الشبان والشابات قبل سن العشرين وسعوا للحصول على هذا الفحص كانت متدنية أيضاً (42%-43%) رغم²⁶

²² اليونيسيف، المجلس الأعلى للسكان، 2019، دراسة نوعية حول الأعراف الاجتماعية والأسباب الاقتصادية الكامنة التي تؤدي إلى زواج الأطفال في الأردن

²³ المجلس الأعلى للسكان، 2017، دراسة زواج القاصرات في الأردن .

²⁴ محسوبة من التقارير السنوية لدائرة قاضي القضاة 2015-2019.

²⁵ محسوبة من التقرير السنوي لدائرة قاضي القضاة لعام 2019.

²⁶ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018، الفصل التاسع.

أن هذا الفحص أصبح إلزامياً حسب القانون منذ عام 2004، وربما يعود سبب تدني نسب الحصول على الفحص الطبي قبل الزواج إلى أن أحد المخطوبين وليس كلاهما هو فقط من يخضع لهذا الفحص. وقد بيّنت الدراسات أن الوعي بالفحص الطبي ودوره في الصحة الإنجابية مرتفع عند البنات الجامعيات أكثر من البنات الأقل تعليماً. والأبحاث العلمية التي تناولت زواج الأقارب أشارت إلى أن الإصابة بالأمراض والإعاقات لدى الأطفال من أبوين قريبين واضحة بسبب عدم إجراء الفحص الطبي عند الإقبال على الزواج، وتاتي أهمية الفحص الطبي قبل الزواج ملائمة من أهمية في منع إضطرابات الجينات والتشوهات الخلقية الناتجة عن زواج الأقارب أو أمراض الدم، وما يتبعها من مشكلات ليس على المستوى الصحي فقط، بل تمتد لمستويات أخرى داخل الأسرة مسببة مصاعب اقتصادية وإجتماعية ونفسية.²⁷

4.2 زواج الأقارب والصحة الإنجابية

توجد علاقة بين عدد من الأمراض الوراثية خاصة أمراض الدم الوراثية (أنيميا البحر المتوسط والأنيميا المنجلية) وبعض الإعاقات وزواج الأقارب الذي هو أكثر شيوعاً في الأردن بين الشرائح الأفقر منه بين الشرائح الأغنى (32% مقابل 21%)، والمستغرب أنه أكثر شيئاً بين المتزوجات في الفئة 15-29 سنة منه بين الفئات العمرية اللاحقة.

5.2 إحتمال التعرض لحمل قبيل الزفاف غير مستبعد

يُقتل كل عام ما بين 18-24 فتاة من قبل ذويها بدعوى الشرف، وبلغ عدد هذه الجرائم 21 عام 2019، والمقلق أن هناك تأييد قوي لهذه الجرائم في الثقافة الاجتماعية حسب أحد الاستطلاعات التي وجدت أن نصف الأولاد وخمس البنات يبررون قتل البنات إن هن أحقن العار بأسرتهم، وغالباً ما يوصف الذين يحاربون هذه الجرائم بأنهم يشرون "الفاحشة".²⁸

بما أن معظم حديثي الخطوبة والزواج يدخلون في علاقات دون أن تتاح لهم معلومات وخدمات كافية قبل ذلك، فإن إحتمال حصول أحمال غير مرغوبة أو أحمال قبل الزفاف يبقى قائماً. وبما أن نسبة كبيرة من عقود الزواج تنتهي قبل الزفاف الفعلي فإن هذا يصبحه نزاع بين الأسرتين ويرتب كلفة إضافية عالية كنسبة من دخل أي من الأسرتين بسبب العدول عن إتمام الزفاف. وتبيّن الإحصاءات أن نسبة مرتفعة من حالات الطلاق تقع قبل الزفاف أو العرس وبذا فإن إحتمال حصول حمل خلال فترة الخطوبة والتزويج في إقامة العرس يبقى موجوداً بسبب إختلاط المخطوبين، فقد بلغت نسبة حالات الطلاق قبل الدخول 38% من إجمالي حالات الطلاق للفترة 2015-2019 وبلغت 35% عام 2019، وكان 65% من حالات طلاق الأردنيات عام 2019 من زيجات العام نفسه وقبل الدخول. وتشغل فحوصات الاعتداءات الجنسية مكاناً ذي شأن من أعمال عيادات المركز الوطني للطب الشرعي³⁰ العام 2019 (808 فحص).³¹

3. الروابط بين المساواة بين الجنسين والتمكين والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية بعد الزواج

1.3 التمكين والعنف الزوجي الجنسي

إن الإنتهاكات الأسرية الواقعة على الفتيات والنساء دليل على ضعف التمكين، فالنساء في الشرائح الأفقر أكثر قبولاً لتعنيف الزوجة

²⁷ الطائي الاء. الوعي بالفحص الطبي ودوره في الصحة الإنجابية: دراسة ميدانية للطالبات الجامعيات المتزوجات في جامعة الشارقة، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية، المجلد 16، العدد 2، 2019.

²⁸ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018، الفصل الرابع.

Eisner M1, Ghuneim L., Honor killing attitudes amongst adolescents in Amman, Jordan. Aggressive Behavior Journal, 2013 Sep-Oct; 39:(5) 405-17

³⁰ حُسبت النسبة من التقرير الإحصائي السنوي لدائرة قاضي القضاة 2019.

³¹ وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي 2019.

من قبل زوجها (60% مقابل 31%)، وأقل قدرة على رفض المعاشرة الزوجية إن كن لا يرغبن في ذلك (60% مقابل 75%)، وأقل قدرة على الطلب من الزوج لاستخدام الواقي من النساء في الشرائح الأغنى (62% مقابل 76%)، وأقل امتلاكاً لحساب بنكي (5% مقابل 47%). والنساء في الشرائح الأفقر بصورة عامة أكثر عرضة لسيطرة الزوج وتحكمه وللعنف النفسي والجسدي والجنسي من قبل الزوج، ونسبة المواليد متذمّن الوزن بين أمهات الشريحة الأفقر (19%) أعلى من النسبة العامة. إن نسبة تعدد زوجات متذمّنة في الأردن لأنّه يكون عادة مسبوق بطلاق الزوجة السابقة، ولكنه أكثر شيوعاً بين الشرائح الأفقر منه بين الأغنى ³² (6.5% مقابل 3.3%).³³

2.3 عمليات إنجابية وأسرية تُقوض التمكين والصحة الإنجابية معاً

ليست السياسات العامة هي التي تقف دوماً وراء الفقر وضعف تمكين النساء، ففي الوقت الذي نشغل فيه في قياس نسب الفقر وتقديم العون للفقراء، لا نعطي عناية كافية للأسباب المؤدية للفقر وهي في الغالب عمليات أسرية وإنجابية، تبدأ بـ خروج العروس كما العريس من أسر كبير الحجم وفقيرة أصلاً؛ تزويج الفتيات دون سن 18 سنة وإختصار مدة تعليمهن وعدم خروجهن للعمل المأجور؛ توالي الإنجاب وتكراره وتزايد نفقات الأسرة قياساً بدخلها تبعاً لذلك؛ القرار الأسري بخروج الأم العاملة مبكراً من سوق العمل؛ الطلاق والتسلّم وتعدد الزوجات؛ وحرمان المرأة من حقوقها الشرعية في الميراث من والديها وأشقاءها ثم من زوجها وأبنائهما لصالح الرجال، فيما يُعرف بظاهرة "تأنيث الفقر" وقضية الغرامات الأخيرة شاهد على كل ذلك. وتشير دراسة ³⁴ وتشير دراسة تحليلية عام 2013 بعنوان محددات عمل المرأة في سوق العمل وإثرها على خصوبتها، بأن السيدات اللاتي كن خارج قوة العمل هن في الغالب من الإناث الأقل حظاً في التعليم ومعظمهن من أصول ريفية، وهن أكثر للتزاماً بالقيم الموروثة واللائي تميزت أنماط زواجهن بكونها أنماط زواج قرابي، واللاتي تزوجن بأعمار مبكرة، ومن اللاتي خبرن بحدوث وفيات لأحد أطفالهن، كما أبرزت النتائج أهمية اثر حالة عمل المرأة، كذلك أهمية اثر متغيرات مثل مستوى تعليم الزوجة ومكان إقامة الزوجة الحالي، وحالتها العملية في مستوى خصوبتها، كما أظهرت الدراسة أن متغيرات مثل عمر الزوجة الحالي وعمرها عند الزواج الأول ومتغير إستخدام وسائل تنظيم الأسرة وحدوث وفيات الأطفال في الأسرة آثاراً هامة وحساسة في مستوى خصوبة المرأة الأردنية.

3.3 العلاقة بين تمكين الزوجة والممارسات والحقوق الإنجابية

توضح الدراسات أن اتخاذ القرار المتعلق بالحمل عملية معقدة، وغالباً ما تشمل المرأة نفسها أو شريكها أو غيرهم من المهمين وأسرتها وأفراد المجتمع، وغالباً ما يلاحظ أن الشريك الذكر يلعب دوراً رئيسياً في هذه القرارات. وأشارت نتائج دراسة أخرى إلى أنه بشكل عام عندما يتم تمكين المرأة، فإنها تتمتع بنتائج أفضل في الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك إنخفاض الخصوبة، والمباعدة بين الولادات الأطول، ومستويات أقل من الحمل غير المقصود وغالباً ما يتم تحقيق الثلاثة من خلال زيادة استخدام وسائل منع الحمل.³⁵

³² دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 10، 13، 14.

³³ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل الرابع.

³⁴ المجلس الأعلى للسكان، 2013، محددات مساهمة المرأة في سوق العمل وإثرها في خصوبتها.

³⁵ Hoggart, Lesley. 2012. "I'm Pregnant... What Am I Going to Do?" An Examination of Value Judgements and Moral Frameworks in Teenage Pregnancy Decision Making." *Health, Risk and Society* 14 (6): 533-49 doi:10.1080/13698575.2012.706263

³⁶ Lohan, Maria, Maria Giulia Olivari, Carolyn Corkindale, Luca Milani, Emanuela Confalonieri, Sharon Cruise, Peter O'Halloran, Fiona Alderdice, and Abbey Hyde. 2013. "Adolescent Men's Pregnancy Resolution Choices in Relation to an Unintended Pregnancy: A Comparative Analysis of Adolescent Men in Three Countries." *Journal of Family Issues* 34(8): 1037-58. doi:10.1177/0192513X13484281

³⁷ Upadhyay, Ushma D., Jessica D. Gipson, Mellissa Withers, Shayna Lewis, Erica J. Ciaraldi, Ashley Fraser, Megan J. Huchko, and Ndola Prata. 2014. "Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature." *Social Science and Medicine* 115. Elsevier Ltd: 111– 20. doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.014

يتطلب التقدم نحو تحقيق المساواة بين الجنسين اتخاذ إجراءات تكميلية وتحويلية لتعزيز حقوق المرأة وتمكينها من خلال تناول عدم المساواة الهيكلية المضمنة في البياكل الاجتماعية، بما فيها معالجة الفجوات بين الجنسين والسياسات غير المتكافئة والتمييز، والتي عززت حرمان النساء والفتيات على مر الزمن وأثرت على مشاركتهن الكاملة في التنمية. ويمكن أن تكون الأزمات الإنسانية مدمرة للنساء والفتيات بوجه خاص لأنها تؤدي إلى زيادة تعرضهن للعنف الجنسي، وما دامت النساء والفتيات والفتات المهمشة الأخرى تتعرض لممارسات ضارة مثل زواج الأطفال، فلن يتمكنوا أبداً من ممارسة الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية الخاصة بهم.

ويتيح القضاء على هذه الممارسات الضارة للنساء والفتيات والفتات المهمشة الأخرى إمكانية السيطرة على أجسادهم وحرية إتخاذ قرارات بشأن حقوقهم وصحتهم الجنسية والإنجابية وحياتهم، ويرتبط هذا العنصر بالطالبة بتشريعات إنهاء الممارسات الضارة، ومن ثم ضمان سن التشريعات من خلال توفير إمكانية الحصول على الدعم القانوني وتعويض كل من تنتهك حقوقهم.

ترتبط الصحة الجنسية والإنجابية للنساء بحقوق متعددة للإنسان ، بما فيها الحق في الحياة ، والحق في عدم التعرض للتعذيب ، والحق في الصحة، والحق في الخصوصية، والحق في التعليم، وحضر التمييز. وقد أشارت بوضوح كل من اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والإجتماعية والثقافية واللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة إلى أن حق المرأة في الصحة يشمل صحتها الجنسية والإنجابية. ويعني هذا أن الدول عليها التزامات باحترام وحماية وإعمال الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للمرأة. ويؤكد المقرر الخاص المعنى بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية وأن المرأة لها الحق في الحصول على خدمات وسلح ومراقب تتعلق بالرعاية الصحية الإنجابية وتتسم بما يلي: (أ) التوافر بأعداد كافية؛ (ب) إمكانية الحصول عليها فعلياً واقتصادياً؛ (ج) إمكانية الحصول عليها دون تمييز؛ (د) جودة النوعية. وفي الأردن هناك تباين في مؤشرات الانجاب حسب الثروة حيث يبين الجدول (4)³⁸ التباين الواضح في تسعة مؤشرات عن الإنجاب الفعلي والإنجاب المرغوب بين الأمهات في الشرائح الأسرية الأفقر والشريحة الأغنى.

جدول (4) التمكين الاقتصادي والإنجاب										
% العامل	بدأ الإنجاب في سن 15- 19 سنة (%)	معدل الإنجاب (مولود للمرأة)	الإنجاب المرغوب (مولود للمرأة)	متوسط العدد المثالي من الأطفال	الإنجاب المكتمل (مولود للمرأة)	الحاجة غير المطلبة إلى تنظيم الأسرة (%)	الرغبة في النوقف عن الإنجاب (%)	متوسط المباعدة بين الولادات (شهر)	شريحة الثروة	
8.6	13.0	3.9	3.0	3.9	4.3	16.8	48.7	30.7	الخُميس الأفقر	
3.9	0.6	1.4	1.2	3.6	3.6	14.8	52.8	42.4	الخُميس الأغنى	

المصدر : دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ICF. 2019. مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018. التقرير الرئيسي، عمان، الأردن و Rockville, Maryland, USA. Link: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR346/FR346.pdf>

تعتقد نسبة قليلة (12%) من الأردنيات المتزوجات اللاتي لا يستعملن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة أن الزوجة هي التي تتخذ قرار استخدام الوسيلة، ولكن تعتقد نسبة عالية ممن سبق لهن الزواج (86%) أن هناك مبرر لرفض الزوجة المعاشرة الزوجية إن عرفت أن لزوجها علاقة بإمرأة أخرى وتنخفض هذه النسبة إلى 79% بين النساء السوريات، أو الطلب منه استخدام واقي إن عرفت أنه مصاب بمرض جنسي (82%) وتنخفض هذه النسبة إلى 76% بين النساء السوريات. وأفاد 69% من الأردنيات المتزوجات حالياً أنه يمكنهن رفض المعاشرة

³⁸ https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/61/338

³⁹ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 7.

الزوجية إن كن لا يرغبن بذلك مقابل 56% بين النساء السوريات، كما أفاد 73% منهن أنه يمكنهن الطلب من الزوج استخدام واقي قبل ⁴⁰ العشرة الزوجية مقابل 57% بين النساء السوريات.

ويبدو أن هناك علاقة بين درجة تمكين المرأة وفرصة ممارستها لحقوقها الإنجابية في أسرتها. فعندما تم قياس درجة تمكين المرأة بمؤشرين: أولها عدد الأسباب التي تعتقد عندها المرأة أن لزوجها الحق في ضربها، حيث كلما زاد عدد الأسباب التي تبرر ذلك من وجهة نظرها ذلك على تدني تمكينها ومكانتها والعكس صحيح، والمؤشر الثاني هو عدد القرارات الأسرية التي تشارك الزوجة فيها، فكلما قل عدد القرارات الأسرية التي تشارك فيها دل ذلك على تدني مستوى تمكينها ومكانتها والعكس صحيح.

وتشير النتائج (جدول 5) إلى وجود علاقة بين المؤشر الأول وقدرة السيدات على ممارسة حقوقهن الإنجابية، فكلما زادت درجة تمكينهن حسب هذا المؤشر كلما زادت نسبة من يشاركن منهن في إتخاذ جميع القرارات الأسرية، وكلما زادت أيضاً نسبة اللوالي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة التقليدية والحديثة بينهن وبالتالي تقل نسبة من حاجتهن إلى هذه الوسائل غير ملبة ويقل متوسط العدد المثالي من الأطفال عندهن.

وهناك علاقة واضحة أيضاً بين مؤشر التمكين الثاني وممارسة الحقوق الإنجابية، فكلما زاد عدد القرارات الأسرية التي تشارك فيها النساء كلما زادت نسبة من يستعملن وسائل تنظيم الأسرة بينهن، وبالتالي تقل بصورة عامة نسبة من حاجتهن إلى هذه الوسائل غير ملبة ويقل متوسط العدد المثالي من الأطفال عندهن.⁴¹ وتشير الإحصاءات المناظرة المشتقة من مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2012 إلى علاقات مماثلة.

جدول (5) التمكين والممارسات الإنجابية بين المتزوجات 2018/2017 و 2012					
الممارسات الإنجابية 2018/2017					
مؤشرات التمكين	يشارك في إتخاذ جميع القرارات (%)	يستعملن وسيلة لتنظيم الأسرة (%)	يستعملن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة (%)	لديهن حاجة غير ملبة لتنظيم الأسرة (%)	متوسط العدد المثالي من الأطفال
(1) عدد الأسباب التي تبرر ضرب الزوجة					
0	83.2	52.2	37.7	13.8	3.7
2-1	74.6	52.4	37.5	14.9	3.9
4-3	67.8	51.1	37.0	12.3	4.1
7-5	56.2	42.1	33.5	19.7	4.0
جدول (5) التمكين والممارسات الإنجابية بين المتزوجات 2018/2017 و 2012					
(2) القرارات الأسرية التي تشارك فيها الزوجة					
0	لا ينطق	36.9	25.4	18.4	4.0
2-1		49.1	34.0	16.2	3.7
3		53.3	38.9	13.6	3.9

⁴⁰ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 13.

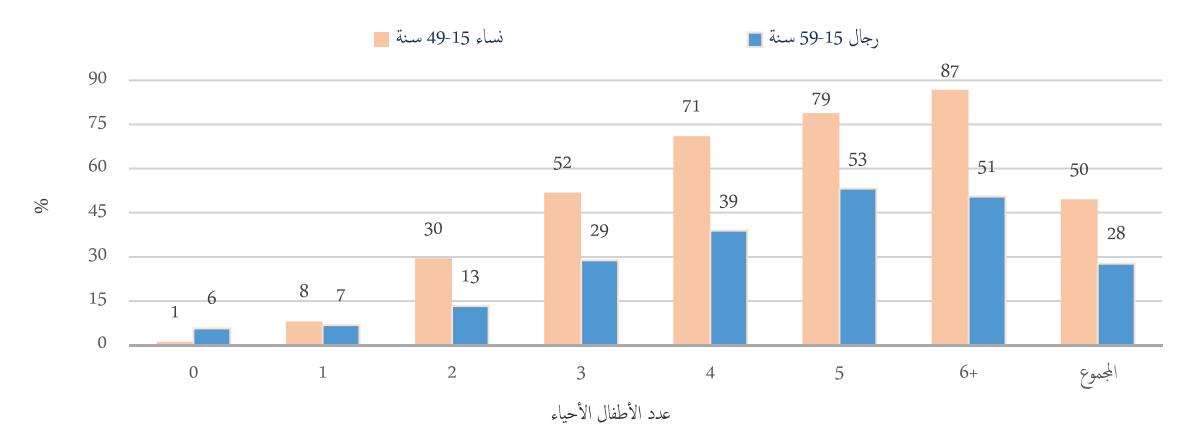
⁴¹ المجلس الأعلى للسكان، 2019، "إتجاهات مستويات الإنجاب في الأردن: التباينات والمحددات على المستوى الوطني والمحافظات: دراسة وملخص سياسات".

الممارسات الإننجابية 2012						
متوسط العدد المثالي من الأطفال	لديهن حاجة غير ملبة لتنظيم الأسرة (%)	يستعملن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة (%)	يستعملن وسيلة لتنظيم الأسرة (%)	يشاركن في إتخاذ جميع القرارات (%)	مؤشرات التمكين	
3.9	10.6	41.8	62.4	72.0	(1) عدد الأسباب التي تبرر ضرب الزوجة	
	12.6	42.7	60.5	64.2	0	
	11.4	42.7	62.5	60.0	2-1	
	11.9	41.1	57.3	56.5	4-3	
4.1	16.1	32.0	46.2	لا ينطبق	(2) عدد القرارات الأسرية التي تشارك فيها الزوجة	
	11.6	41.4	59.1		0	
	11.6	43.1	62.8		2-1	
					3	
المصدر : مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018 و 2012						

4.3 توجد فجوة في الرغبات الإننجابية بين الزوج والزوجة⁴²

إن معرفة المتزوجين الأردنيين والمتزوجات الأردنيات بوسائل تنظيم الأسرة كاملة ومتماطلة، رغم أن الرجال الأردنيين أقل من النساء الأردنيات في درجة تعرضهم لمعلومات عن تنظيم الأسرة في كافة وسائل الإعلام المسموعة والمقرئه والمسموعة والإلكترونية، كما أن الرجال نادراً ما يصاحبون زوجاتهم إلى العيادات الحكومية وعيادات المنظمات غير الحكومية خلال فترة العمل والنفاس مما يحرمهم من مثل هذه المعلومات، وقد يقف هذا وراء الفوارق الكبيرة بين الرجال والنساء في الرغبة في إنجاب مزيدٍ من الأطفال، فعلى سبيل المثال لا ترغب 49% من السيدات المتزوجات حالياً بإنجاب المزيد من الأطفال في حين أن 28% من الرجال المتزوجين حالياً لا يرغبون في أن يكون لهم طفل آخر شكل رقم (1)، ويظهر هذا التباين جلياً منذ الطفل الثاني ويتزايد بعد ذلك ليبلغ أقصاه عند الطفل الرابع وما بعده، في بينما لا ترغب 87% من النساء ممن لديهن 6 أطفال أو أكثر في إنجاب مزيدٍ من الأطفال، لا يرغب في مثل هذا سوى حوالي نصف الرجال ممن لديهم نفس العدد من الأطفال. وبصورة عامة لا ترغب نصف الأردنيات في إنجاب مزيدٍ من الأطفال بينما 28% فقط من الرجال الأردنيين لا يرغبون في إنجاب مزيدٍ من الأطفال، وهذه الفوارق بين الجنسين تحتاج إلى عناية من قبل واضعي برامج الصحة الإننجابية.

شكل 1: نسبة الأردنيين المتزوجين غير الراغبين في إنجاب مزيدٍ من الأطفال 2017-2018

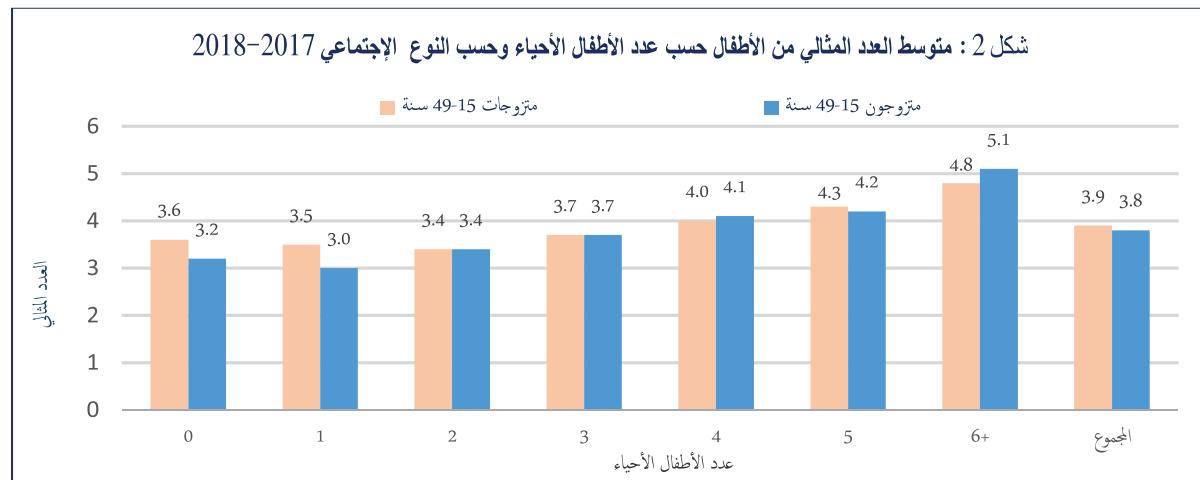


المصدر : دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018

⁴² ومختص والمحافظات: دراسة الوطني المستوى والمحددات على التباينات :الأردن في الإنجاب مستويات إتجاهات المجلس الأعلى للسكان، 2019 سياسات".

وخلالاً للنتائج السابقة عن الفوارق بين النساء والرجال في الرغبة في التوقف عن الإنجاب، كان العدد المثالي من الأطفال أعلى عند النساء المتزوجات أو مساوٍ لما هو عليه عند الرجال المتزوجين حتى الطفل الخامس (الشكل 2)، ولكنه يصبح أعلى عند الرجال إعتباراً من الطفل السادس وما بعده. وبصورة عامة ذكر المتزوجون والمتزوجات ممن لديهم فعلاً خمسة أطفال أو أكثر عدداً مثاليًّا من الأطفال أقل من العدد الذي أنجبوه فعلاً، أي أن إنجابهم الفعلي من الأطفال تجاوز العدد المثالي الذي يتصورنه، مما قد يشير إلى حاجة ماضية غير ملية إلى إستعمال مانع للحمل.

شكل 2 : متوسط العدد المثالي من الأطفال حسب عدد الأطفال الأحياء وحسب النوع الاجتماعي 2017-2018



المصدر : دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018

إن العنف الموجه إلى الزوجة بكافة أشكاله ليس من مجالات ملخص السياسات هذا، ولكن قد يكون من المفید هنا ونحن نتعرض لقضايا النوع الاجتماعي ومنها العنف المستند إليه أن نشير إلى أن 69% من الرجال الأردنيين قد وافقوا على سبب واحد على الأقل من بين سبعة أسباب تبرر ضرب الزوجة، بينما وافقت ما نسبته 45% من الأردنيات على مثل هذا.

5.3 الإنتقال السريع من الزفاف إلى الأمومة مؤشر على ضعف الحقوق الإنجابية والتكمين

لم يحظ انتقال حديثي الزواج إلى الحمل والوالدية بحصول حملهم الأول وأو إنجابهم مولودهم الأول باهتمام ذي شأن، على الرغم من أنه يكتسي أهمية كبيرة تأتي من التأثيرات العديدة لتوقيت حصول المولود الأول في حياة الزوجين والأسرة الجديدة. فإستعمال الزوجين إلى إنجاب مولودهم الأول بعد فترة قصيرة من الزفاف لا يعطي الزوجين فرصة كافية للتتفاهم واختبار زواجهما والتتعافي من الديون التي ترتبت على الزواج، كما أنه قد يتسبب في خروج مبكر للزوجة العاملة من العمل مما يضر سلباً بتمكينها ومكانتها الاقتصادية، لأنها لم تجمع بعد سنوات عديدة في سوق العمل تحول دون اتخاذها لقرار الخروج من العمل. إن الخروج المبكر للزوجة الأم من العمل للعناية بالمولود الأول والمنزل يترتب عليه هبوط في دخل الأسرة، مما يضيق ضغطاً إضافياً على دخل الزوج كان قد تسبب فيه أصلاً قدوم المولود الأول.

فهل يسارع الأزواج في الأردن إلى الحمل الأول وإلى إنجاب مولودهم الأول بعد مدة وجيزة من الزواج؟ إنه من المتوقع أن يقوم الأزواج بالإسراع في إنجاب مولودهم الأول، وقد يعود هذا الحدث إلى عدة أسباب منها غياب مبدأ التخطيط الوعي والمسؤول للإنجاب بين الشباب حديثي الزواج، وعدم إستعمالهم ملائمة العمل في شهر العسل والسنة الأولى من الزواج، و تعرضهم لضغوط من أهلهم وذويهم الذين يرغبون في رؤية أحفاد لهم، أو لنية العروسين في إثبات خصوبتهم وتجنب تساؤلات الأسرة والأصدقاء، أو تجاهل مقدمي خدمات تنظيم الأسرة لحاجات المتزوجين حديثاً إلى تأجيل مولودهم الأول بدعوى تأثير إستعمال وسائل تأجيل الحمل الأول على فرص إنجابهم فيما بعد.

أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2017/2018 أن نسبة الأزواج الذين أنجروا مولودهم الأول خلال سنة ونصف وستين بعد

⁴³ الزفاف بلغت 78.9% على التوالي، وقد يعود السبب المباشر وراء توقيت إنجاب المولود الأول إلى تدني نسبة المتزوجات حديثاً منهن في الفئة العمرية 15-19 سنة والتي يستعملن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة حيث بلغت حوالي 10% في مسح 2017/2018.

6.3 العقم والحقوق الإنجابية والعنف الزوجي

يؤثر العقم على ما يقرب من 15% من النساء و8% من الرجال على مستوى العالم حيث يعني الأزواج في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من معدلات أعلى من العقم الأولى (العقم دون ولادة حية سابقة) مقارنة بالمتوسط العالمي، على الرغم من أن معدلات العقم الثانوي (العقم اللاحق للولادة الحية) مماثلة للمتوسط العالمي، وفي الأردن تم تعريف ما يقرب من 3.5% و13.5% من الأزواج على أنهما يعانون من العقم الأولى والثانوي على التوالي.⁴⁴

⁴⁵ ووفقاً لأحدث مسح ديموغرافي وصحي بين الأفراد المتزوجين في سن الإنجاب، أبلغ 16% من النساء و9% من الرجال عن العقم الذاتي. لا يوجد إحصاءات عن نسب العقم الأولى بين الأزواج في الأردن، لكن هناك مؤشرات غير مباشرة تتمثل في نسبة من سبق لهن الزواج ووصلن إلى نهاية حياتهن الإنجابية (45-49 سنة) ولم ينجبن قط والتي بلغت 14.4%， بينما بلغت النسبة نفسها بين المتزوجات حالياً 4.4%， ولا نعرف أي من الزوجين وراء ذلك، وغالباً ما يجري التكتم على عقم الزوج ويعزى إلى الزوجة من قبل الزوج وأسرته بينما تستمر التكهنات عن أسباب تأخرهما في الإنجاب.

⁴⁶ توجد دراسات نوعية وكمية تربط العقم بزيادة عنف الشريك الحميم وأشكال أخرى من العنف الأسري في الأردن، وتشير دلائل من المنطقة إلى أن الغالبية العظمى من النساء اللواتي يسعين للحصول على خدمات الخصوبة قد تعرضن للعنف المنزلي (مثل تركيا 72%؛ إيران 68%؛⁴⁷ 90%). هناك أدلة قاطعة على أن العقم وخضوعه لخدمات الخصوبة مرهقان عقلياً وجسدياً وماليًا لكل من الرجال والنساء، ومن المهم أن نذكر أن كلفة علاج العقم بشقيه الأولى والثانوي مرتفعة في الأردن ولا يغطي القطاع العام كافة بنود هذه الكلفة، الأمر الذي يعني أن حقوق هؤلاء الأزواج تبقى دون إستجابة وافية.

7.3 اللجوء إلى الولادات القيصرية مرتفع

بلغت نسبة الولادات القيصرية بين الأردنيات 27% وترتفع إلى 32% بين من هن في عمر 35+ سنة، وترتفع في الشرائح الأغنى 27%

⁴³ تم الحصول على هذه النتائج من البيانات الخام لهذا المسح بطرح تاريخ الزفاف من تاريخ المولود الأول.

⁴⁴ Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. Aging (Albany NY). 2019;11(23):10952-91

⁴⁵ Department of Statistics (DOS) [Jordan], ICF. Jordan Population and Family and Health Survey 2017-18. Amman, Jordan and Rockville, Maryland, USA: DOS and ICF; 2019

⁴⁶ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل الخامس.

⁴⁷ Salwa Obeisat; Muntaha K.Gharaibeh; Arwa Oweis; Huda Gharaibeh. 2012. Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.04.036>

⁴⁸ Sis Celik A, Kirca N. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 231:111-6.

⁴⁹ Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharraf H, Kareshki H, Amirian M. Infertility and Psychological and Social Health of Iranian Infertile Women: A Systematic Review. Iran J Psychiatry. 2020;15(1):76-79:

⁵⁰ Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. Current psychiatry reports. 2016;18(3):31.

مقابل 24% بين الأفقر.⁵¹ وبلغت نسبة الولادات القيسارية عام 2019 في مستشفيات وزارة الصحة 30.74% وهي بذلك تبلغ ضعف الحد الأقصى الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية. وتقى الولادات القيسارية الأمهات من الوفاة وعددهن 62 متوفية، إذ أن 63%⁵² (من وفياتهن كن ممن أنجبن بولادة قيسارية 42%) طارئة و21% اختيارية) والنسب الباقية كانت 16.1% بولادة مهبلية، 12.9% توفين وهن حوامل، و8.1% توفين بعد إجهاض.⁵³

8.3 استخدام بعض خدمات الصحة الإنجابية متدني، لماذا؟

رغم التوسيع والتحسين في الخدمات الصحية الحكومية في الأردن، لا تزال هناك معيقات اجتماعية وإجرائية أمام ضمان إستدامة الحصول على عدة خدمات في مجال الصحة الإنجابية. والشرائح الأفقر لديها مشكلات أكثر من الشرائح الأغنى أمام الوصول إلى الرعاية الصحية عامة (61% لديهم على الأقل معيق واحد مقابل 23% على التوالي). وذكر ما نسبته 39% من الأردنيات في سن الإنجاب ممن سبق لهن الزواج سبباً واحداً على الأقل يعيق حصولهن على الرعاية الصحية عند حاجتهن إلى ذلك، وأهم الأسباب وراء ذلك كانت الحاجة إلى استخدام وسيلة نقل، عدم الرغبة في الذهاب لوحدهن، المسافة إلى المرفق الصحي، الحصول على نقود، عدم وجود مقدم خدمة أثني.⁵⁴ ولا يمكن إستبعاد غياب التأمين الصحي كمعيق للحصول على الرعاية الصحية، إذ تشير البيانات أن 63% من مراجععي العيادات الخارجية و69% من دخلوا المستشفيات لديهم تأمين صحي.⁵⁵

لقد كان التعليم، والمسافة من مرافق الرعاية الصحية، وتوافر وتكلفة النقل العام، ودخل الأسرة، والمعرفة حول رعاية الأم، ورسوم مقدم الخدمة لها تأثير كبير على الإستفادة من خدمات رعاية ما قبل الولادة في الصين، وفي الهند خلصت إلى أن الوضع الاقتصادي للأسرة يعد محدداً قوياً للغاية لاستخدام خدمات رعاية الحوامل، ووجدت أن إحتمال زياراة النساء الثديات للأطباء خلال فترة الحمل أكبر بمرتين ونصف مقارنة بالفقراء، وفي باكستان تبين أن تعليم الزوج وتعليم الزوجة وتعليم الزوج واستخدامات وسائل الإعلام لها تأثيرات كبيرة للغاية على الإستفادة من خدمات رعاية صحة الأم، وبرزت الثروة كمؤشر قوي للغاية على إستخدام خدمات رعاية صحة الأم، وفي إندونيسيا وجدت دراسة أن نقص التعليم والدخل، يؤدي إلى إنخفاض الإستفادة من خدمات الرعاية الصحية بعد الولادة، وفي مصر خلصت دراسة إلى أن تعليم المرأة ودعم الزوج والزواج في سن أكبر كان لها تأثير إيجابي على إستخدام مراافق رعاية الأمومة في مصر.⁵⁶

⁵¹ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل التاسع.

⁵² وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي 2019.

⁵³ معدل وفيات الأمهات 29.8 لكل مئة ولادة حسب التقرير الوطني لوفيات الأمهات 2018.

⁵⁴ وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات 2018.

⁵⁵ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل التاسع.

⁵⁶ المرجع السابق.

⁵⁷ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل التاسع.

⁵⁸ Ye Y., Yoshida Y., Harun-Or-Rashid M. S.J. (2010) "Factors affecting the utilization of antenna", Nagoya journal of medical science. 72(1-2) pp 23-33

⁵⁹ Singh P.K., Rai R.K., Alagarajan M., Singh L. (2012) "Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India". PloS one 7(2) pp 31-66

⁶⁰ AKRAM et al: Women Empowerment in Maternal Healthcare Pakistan Economic and Social Review Volume 57, No. 1 (Summer 2019), pp. 93-116

⁶¹ Titaley C. R., Dibley M. J., Roberts C.L. (2009) "Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia", Journal of epidemiology and community health 63 (10) pp 827-831

⁶² Chiang C., Elshair I.H.H., Kawaguchi L., Fouad N. M., Higuchi M. (2012) "Improvements in the status of women and increased use of maternal health services in rural Egypt", Nagoya journal of medical science, 74(3-4) pp 233-240

إن تفضيل النساء طلقة خدمة أنشى قد يحد من حصولهن على الرعاية في المراقب المتابعة لهن والتي تفتقر للكوادر الصحية النسائية، وتشير تقارير وزارة الصحة إلى أن نسبة النساء اللواتي ركبن اللولب من قبل القابلات هي 68.7% ومن قبل الأطباء 31.3%， وفي بعض المناطق كانت النسبة 100% من قبل القابلات.⁶³ كما أن غياب التغطية بتأمين صحي قد يعيق الوصول إلى الرعاية الصحية أو يؤخر الحصول عليها، فنسبة مراجعين المراكز الصحية من غير المشتركين في تأمين صحي تبلغ 9.9% (غير مقتدرین)، ونسبة مراجعين العيادات الخارجية غير المشتركين في تأمين صحي تبلغ 22.8% (غير قادرین).⁶⁴

رغم ارتفاع نسبة النساء اللاتي يحصلن على الرعاية من عاملين صحبيين مدربين خلال زيارات فترة الحمل وعند الولادة، إلا أن هناك خدمات بعينها رغم توفرها ما زال إستخدامها متدني ودون المستوى المأمول، ونخص منها الفحص الطبي قبل الزواج كما أوضحتنا ذلك سابقاً، والكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وهشاشة العظام وتدني التعرض الوجاهي المباشر لمعلومات عن مواعظ الحمل وضياع فرصة الحصول عليها والسعى لطلب العون المؤسسي عند التعرض لعنف زوجي.

1.8.3 الكشف المبكر عن سرطان الثدي متدني، لماذا؟

إن نسبة الأردنيات في سن الإنجاب ال洛اقي أجربن فحصاً ذاتياً أو من قبل مختص للكشف عن سرطان الثدي خلال العام الماضي حسب تقارير وزارة الصحة متدنية (22%) وهو أكثر أنواع السرطان إنتشاراً بينهن حتى بين اللواتي في السنوات الأخيرة من حياتهن الإنجابية. وعزت الأردنيات أهم سببين لتدني سعيهن لإجراء فحص شعاعي للثدي إلى أنه لا حاجة لذلك (51%) وإلى غياب المرض والأعراض (38%)، كما أن أقل من ربع (24%) من الأردنيات في سن الإنجاب ممن سبق لهن الزواج، وسبق وأن أجربن فحص مسحة عنق الرحم، كما لا يقدم اللقاح الواقي من سرطان عنق الرحم في الأردن. يضاف إلى ذلك أن 28% من الأردنيات كن محميات من الكراز بعد ولادتهن الأخيرة.⁶⁵

2.8.3 فرص ضائعة للحصول على معلومات وخدمة تنظيم الأسرة، لماذا؟⁶⁶

يضاف إلى ذلك أن هناك فرص ضائعة عديدة لحصول الأمهات على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية عند زيارتهن للمراقب الصحية والمستشفيات خلال فترة الحمل وعند الولادة وقبل الخروج من مرافق الولادة وخلال فترة النفاس وخلال زيارات تعليمي أطفالهن. إن 77% من الأردنيات ممن سبق لهن الزواج وما زلن في سن الإنجاب وغير مستخدمنا لوسائل تنظيم الأسرة لم يتلقين مشورة عن تنظيم الأسرة من عامل صحي أو عندما كان في مرافق صحي خلال السنة الماضية. ورغم أن جميع الولادات في الأردن تقع في مستشفى إلا أن فرصة حصول الأمهات على مشورة عن استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة لتجنب حصول حمل قريب عندهن تضييع بخروجهن من المستشفى دون التعرض لهذه المعلومات.

⁶³ https://app.moh.gov.jo:7004/gpmch/fixedReportNewResult.jsp?dir=&hc=&lang_parameter=arabic&p_directoratename=alldirs&p_year=2019&p_fixedreport_id=1&search_button=%DA%D1%D6

⁶⁴ وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي 2019.

⁶⁵ تشكل حالات سرطان الثدي بين الأردنيات حوالي 40% من مجموع حالات السرطان عندهن حسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة 2019، صفحة 164. وتضمنت أنشطة مكافحة السرطان في مديرية الأمراض غير السارية عام 2019 إجراء 86777 فحص سريري للثدي، وتدريب 87455 إمرأة على الفحص الذاتي للثدي، و 96451 حضرن ندوات عن سرطان الثدي، وتم تحويل 6256 إمرأة لعمل ماموغرام.⁶⁶

المراجع السابق.

⁶⁷ حسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة 2019 يبلغ عدد عيادات الأمومة في المراكز الصحية 506 وعيادات تنظيم الأسرة 455 وطب الأسرة 83، وكانت خدمات تنظيم الأسرة في مديرية صحة المرأة والطفل: مراجعات متكررة 229553؛ مراجعات جدد 87046 (استخدمنا وسيلة 84824 لم يستخدمنا 2222)، قطع الطمث بالإرضاخ 7632.

3.8.3 السعي للحصول على مساعدة مؤسسية بعد التعرض للعنف متدني، لماذا؟

ورغم أن ربع الأردنيات في الفئة العمرية من 15-49 سنة من سبق لهن الزواج أضمن عن سبق تعرضهن لعنف نفسي أو جسدي أو جنسي من زوجهن الحالي أو السابق أو من مصادر أخرى، وربعهن حصل عندهن إصابة نتيجة ذلك، إلا أن 35% منها سعى للحصول على مساعدة لوقف هذا العنف أو آخرين عن ذلك، وكن يلجان لطلب المساعدة في الغالب من أسرهن الأصلية أو أسر زوجهن، وفي أحياناً قليلة جداً كن يلجان إلى صديق أو جار أو إلى الحصول على عون مؤسسي من عاملين صحيف أو شرطة أو محامٍ أو منظمة عمل إجتماعي، ويعود هذا إلى عدة أسباب تتعلق بما يسمى "ثقافة الصمت" أو عدم المعرفة والثقة بالخدمات التي تقدمها المؤسسات الرسمية المكلفة بهذه القضايا.⁶⁸

تعاملت إدارة حماية الأسرة خلال العام 2018 مع (11923) حالة قضائية، وكان حوالي نصفها (47.3%) حالات ليست قضايا جرى إحالتها إلى مكتب الخدمة الاجتماعية، و16.9% أحيلت إلى الحكام الإداريين، بينما كانت نسبة قضايا الاعتداءات الجنسية التي تم التعامل معها وأحيلت للجهات القضائية المختصة 13.5% من مجموع ما تم إستقباله من شكوى مختلفة، فيما كانت نسبة قضايا الاعتداءات الجسدية 22.3% من مجمل الشكاوى والحالات التي وردت الإدارية.⁶⁹

4.8.3 فقدان الحمل

تصنف مخرجات أي حمل إلى أربع مخرجات هي إنتهاء الحمل بمواليد حي أو بوفاة الجنين (إسقاط الحمل) أو بمواليد ميت أي أكمل فترة 28 أسبوع من الحمل أو بإنتهاء الحمل بإجهاض متعمد. ولهذه المخرجات الأربع صلة بالإنجاب أي بعدد المواليد الأحياء الذي تنجيه الأم خلال حياتها الزوجية. ولذا تضمن مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2017/2018 عشرة أسئلة وُجّهت إلى السيدات اللاتي سبق لهن الزواج للتعرف بصورة مفصلة على مخرجات أحمالهن الماضية.

وإنتهت هذه الأسئلة بسؤال السيدة هل سبق أن حصل معها خلال حياتها الإنجابية السابقة وحتى وقت المقابلة أية أحمال لم تنتهِ بمواليد حي بل إنتهت بإسقاط أو بإجهاض متعمد أو بإنجاب مولود ميت.

جدول (6) مخرجات الحمل لدى السيدات اللاتي في سن الإنجاب من سبق لهن الزواج 2017-2018

المجموع	سبق أن فقدن حملًا بإسقاط/إجهاض/مولود ميت	لم يسبق أن فقدن حملًا (إنتهت أحمالهن بمواليد حي)	مخرجات الحمل
12764	3236	9528	العدد
100.0	25.3	74.7	(%)
عدد النساء اللاتي لم يسبق أن فقدن واللاتي سبق أن فقدن حملًا في السنوات الخمس السابقة للمسح			
12764	1319	11445	العدد
100.0	(10.3)	(89.7)	(%)
حالة فقدان أحمال السنوات الخمس الأخيرة			
المجموع	إجهاض	مولود ميت	سقوط الحمل
1319	191	48	1080
%10.3	%1.5	%0.4	%8.5
المصدر : نتائج غير منشورة من مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017			

⁶⁸ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 12.

⁶⁹ مديرية الأمن العام، 2019، التقرير السنوي لعام 2018.

وكشفت النتائج (جدول 6) أن حوالي ربع السيدات (25.3%) قد سبق وأن حصل عندهن مثل هذه الأحداث الثلاثة في العقود الأربع الماضية أي في السنوات الممتدة بين عامي 1975-2018، ولكن حصل 40.8% من مثل هذه الأحداث في السنوات الخمس السابقة للمسح أي خلال السنوات 2012-2017، وواقع 60% من واقعات السنوات الخمس هذه في السنوات الثلاث الأخيرة، أما عن توقيت فقدان الحمل حسب مدة الحمل، فتشير النتائج إلى أن فقدان الحمل في السنوات الخمس الأخيرة قد حصل بين الشهر الثاني إلى التاسع من الحمل ولكن جلها (77.3%) وقع في الثلث الأول من فترة الحمل.

5.8.3 الحالة التغذوية للنساء

تعتبر السمنة أعلى بين النساء في نهاية حياتهن الإنجابية 40-49 سنة (45%)، منها بين اللواتي في بداية حياتهن الإنجابية 15-19 سنة (6%)؛ وبين الشرائح الأفقر (26%) منها بين الأغني (15%). ونتيجة قصر مدة الرضاعة الطبيعية الصرف (أقل من شهر) وتدني نسبة اللجوء إلى طريقة قطع الدورة الشهرية بالإرضا فإن نصف الأمهات حديثات الولادة يكن معرضات لحمل جديد خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع. وكشف مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2017/2018 أن 43% من النساء وثلث الأطفال في المملكة يعانون من فقر الدم. ويعتبر فقر الدم أكثر شيوعاً بين النساء مقارنة بالأطفال، إذ إن 43% من النساء اللاتي أعمارهن بين 15 و49 سنة مصابات بفقر الدم. وقد لوحظ أن فقر الدم مرتفع نسبياً بين السيدات في جميع المستويات التعليمية ورفاه الأسرة، وحسب المحافظة يتراوح معدل فقر الدم بين السيدات بين 35% في محافظة مادبا إلى 49% في محافظة معان.

6.8.3 المعرفة والموافق من الأمراض المنقوله جنسياً

الأردن من الدول التي تصنف بأن نسبة إنتشار مرض فيروس المناعة البشرية فيها متدينة، فعدد حالات فيروس المناعة البشرية وعوز المناعة البشرية المكتسب 2019 المسجلة (103). ولكن 9% فقط من الرجال والنساء 15-49 سنة لديهم معرفة شاملة بطرق الوقاية من العدوى بفيروس المناعة البشرية، كما أن 90% من الأردنيات و87% من الأردنيين في الأعمار 15-49 سنة لديهم موافق تمييزية ضد الأشخاص المتعايشين مع هذا الفيروس.⁷⁰

4. التشريعات تعهد العمليات والقرارات الأسرية المقوضة للتمكين والصحة الإنجابية



1.4 التقاعد المبكر وتعويض الدفعه الواحدة في قانون الضمان الاجتماعي يختصر ان الحياة النشطة إقتصادياً للنساء⁷¹

رغم أن القانون أوجب تقاعداً الشيخوخة عند عمر 60 سنة للذكور و55 سنة للإناث، إلا أن المشتركين يمكنهم التقاعد مبكراً قبل هذه الأعمار، فمثلاً بلغ متوسط عمر المتقاعدين مبكراً خلال السنوات 2016-2018 خمسين سنة، وبلغت نسبة المتقاعدين مبكراً من العدد التراكمي الإجمالي للمتقاعدين 48%， وفي عام 2018 شكل التقاعد المبكر النسبة الأكبر (63%) ممن تقاعدوا في ذلك العام، وخلال الفترة 2014-2018 بلغ العدد التراكمي للمتقاعدين الذين اختاروا تعويض الدفعه الواحدة بدل الراتب التقاعدي المستمر (158744).⁷³

⁷⁰ دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، الفصل 12.

⁷¹ رئاسة الوزراء، مديرية الجريدة الرسمية، قانون رقم (1) لسنة 2014، قانون الضمان الاجتماعي، صادر في الجريدة الرسمية، العدد 5267، تاريخ 29 كانون الثاني 2014.

⁷² المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، التقرير السنوي لعام 2018.

⁷³ المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، تقرير الإستدامة الثاني 2018.

وبما أن 57% من الأردنيات المتقاعدات يحصلن على راتب تقاعدي مبكر، فإن هذا يؤدي إلى حرمانهن من الوصول إلى موقع صنع القرار، ومن تحسين الرواتب التقاعدية التي يحصلن عليها. يضاف إلى ذلك أن تعويض الدفعية الواحدة بدل الراتب الشهري المستمر يلغى الحماية الاجتماعية عن النساء الأردنيات ويعرضهن لمخاطر فقدان العيش الكريم في المستقبل، إذ شكلت النساء 79.1% من أعداد مستحقي تعويض الدفعية الواحدة من الضمان الاجتماعي خلال عام 2017 وحده، ولا توفر معلومات عما فعلت النساء بتعويضات الدفعية الواحدة التي تسلمتها من صندوق الضمان الاجتماعي، ولكننا لا نستبعد أنه قد أنفق في أوجه لا تؤمن لهن حماية مستقبلية. وحسب التشريعات ترث الزوجة الأرملة تقاعدها زوجها، وليس للزوجة المطلقة مثل هذا الحق بل يُعطى للزوجة الثانية التي هي في الغالب أصغر عمراً بكثير من زوجها وتم تعيش معه سنوات عديدة قياساً بالزوجة المطلقة، ومهمما يكن ترث المطلقة والأرملة تقاعدها والديها عند وفاتهما وتتقاعد أبنائهما وأشقائها إن هم توفوا خلال حياتها.

2.4 تأمين الأمومة يشجع على تكرار الإنفاق ويغطي صاحب العمل من إلتزاماته في قانون العمل

خصص قانون الضمان الاجتماعي في الفصل الخامس تأميناً للأمومة في المواد رقم 42-47، وربما جاء لتشجيع المشغلات على البقاء في سوق العمل لفترة أطول مما يعكس إيجاباً على حجم أسرهن ودخلهن ومكانتهن إضافة إلى تعزيز إيرادات صندوق الضمان الاجتماعي عند بقائهن سنوات أطول في عملهن. وحسب هذه المواد يتم تمويل هذا التأمين من الإشتراكات التي تؤديها المنشأة بنسبة ثلاثة أربع واحد بملائمة من أجور المؤمن عليهم.

ووفقاً لهذا القانون يُصرف للمؤمن عليها خلال إجازة الأمومة وفقاً للمرة المحددة في قانون العمل النافذ بدل يعادل أجراها وفق آخر أجر خاضع للاقتطاع عند بدء هذه الإجازة، شريطة أن تكون مشمولة بأحكام هذا التأمين خلال الشهور الستة الأخيرة التي تسبق إستحقاقها للإجازة، ويوقف صرف بدل إجازة الأمومة في حال إلتحاق المؤمن عليها بعمل خلال هذه الإجازة. كما نصت المادة 56 - الفقرة (أ) من القانون أنه لا يجوز الجمع بين بدل إجازة الأمومة وبدل مدة التعطل عن العمل إذ يُصرف البدل الأكثر.

ومن الجدير بالذكر حسب هذا القانون أن إجازة الأمومة الممنوعة للمؤمن عليها تعتبر خدمة فعلية لغايات شمولها بأحكام هذا القانون حيث يخصم من البدل المتصروف لها اشتراكات تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة والتعطل إضافة إلى ما تؤديه المنشأة من اشتراكات عن كل هذه التأمينات. ولا نستطيع معرفة مبررات إستخدام تأمين الأمومة، لأن قانون العمل يضمن للعاملة إجازة أمومة مدفوعة كامل الأجر، فهل كان المبرر إدراك المشرع أن أصحاب العمل لا يطبقون قانون العمل ويتعسفون في مدة الإجازة وفي دفع الأجر كاملاً خلالها، فإذا كان الأمر كذلك، فإن المشرع يكون قد ناقض قانون العمل أو قدم مخرجاً لأصحاب العمل.

بلغ العدد التراكمي للأمهات العاملات اللواتي يستخدمن من تأمين الأمومة حتى نهاية عام 2018 51 ألف مؤمن عليهن؛ 10169 منهن في عام 2018 وحده). وبلغت قيمة المبالغ التي دُفعت لهن 55 مليون دينار، بمتوسط مقداره 1078 دينار للسيدة الواحدة وكان 85% منهم في المجموعة العمرية 25-35 سنة. إذن بالإضافة إلى إجازة الأمومة المنصوص عليها في قانون العمل وفي نظام الخدمة المدنية، يُعطي قانون الضمان الاجتماعي للأم راتب شهرين وثلث (أكثـر من ألف دينار في المتوسط) خلال هذه الإجازة. كل هذه المزايا قد تحمل في ثنياتها حافزاً للمرأة على تكرار الإنفاق وبتباعد قصير، وليس بالضرورة حافزاً للبقاء سنوات أطول في العمل، لأنه ليس من المؤكد أن تبقى الأم العاملة في سوق العمل بعد أن تكتمل أسرتها أو بعد تدني قدرتها البيولوجية على الحمل والإنجاب في العقد الرابع من عمرها، خاصة أن فرصة تقاعدها المبكر متاحة وتتزامن هذه الفرصة مع إنتهاء عمرها الإنجابي.

⁷⁴ <https://www.ssc.gov.jo/Arabic/Pages/HomePage.aspx>

⁷⁵ المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، التقرير السنوي لعام 2018

3.4 سوء إستغلال إجازة الأمومة والتضارب بين نظام الخدمة المدنية وقانون العمل⁷⁶

حدد النظام مدة إجازة الأمومة للمتزوجات العاملات في القطاع العام بتسعين يوماً، تحت باب إجازة الأمومة وإجازة الأبوة وساعة الرضاعة وضمن المادة (105- أ إلى ج)، التي تنص على أن الموظفة الحامل تستحق إجازة أمومة مدتها تسعون يوماً متصلة قبل الوضع وبعد براتب كامل مع العلاوات التي تستحقها، كما يستحق الموظف إجازة أبوة براتب كامل مع العلاوات مدتها يومين. كما منح النظام الموظفة بعد إنتهاء إجازة أمومتها ولمدة تسعه أشهر ساعة رضاعة في اليوم الواحد دون أن يؤثر هذا على إجازتها السنوية وراتبها وعلاواتها.

ورغم أن الأردنيين متساوون في الحقوق حسب الدستور، إلا أن المواد 70-72 من قانون العمل رقم (8) لسنة 1996 تمنح الأم العاملة في القطاع الخاص حق الحصول على إجازة أمومة بأجر كامل قبل الوضع وبعده ومجموع مدتها عشرة أيام، على أن لا تقل المدة التي بعد الوضع عن ستة أيام ويحظر تشغيلها قبل إنقضاء هذه المدة، ولها الحق أيضاً خلال سنة من تاريخ الولادة في فترات مدفوعة الأجر بقصد إرضاع مولودها لا يزيد مجموعها عن الساعات في اليوم الواحد. كما ينص القانون أن على صاحب العمل الذي يستخدم ما لا يقل عن عشرين عاملاً تهيئ مكان مناسب في عهدة مربية مؤهلة لرعاية أطفال العاملات الذين تقل أعمارهم عن أربع سنوات على ألا يقل عددهم عن عشرة أطفال.

إن قانون العمل يمنح الزوجة العاملة إجازة أمومة أقصر من تلك المنصوص عليها في نظام الخدمة المدنية السالف الذكر، كما أن هناك معلومات متداولة عن عدم الإلتزام بمنح هذه الإجازة من قبل أصحاب العمل في القطاع الخاص. إن مدة إجازة الأمومة حسب قانون العمل مخالفة للمواثيق العالمية الخاصة بحقوق النساء والتي تنص على منح الأم العاملة إجازة أمومة مدفوعة الأجر لا تقل مدتها عن 12 أسبوعاً (84 يوماً). لقد تم إطالة إجازة الأمومة لإعطاء الأم وقتاً كافياً لتعتني بنفسها وبمولودها وللحفاظ على صحتهما، وهذا لا يتافق بالطبع إلا بمباعدة طويلة بين الأحمال والمواليد، ولذا لا بد من تقييم مدى تحقيق هذه الغاية بعد إطالة إجازة الأمومة عن طريق القيام بدراسات وفق ما أشارت التوصيات في نهاية هذا الملخص.⁷⁸

5. التوصيات المقترحة

على ضوء الروابط وال العلاقات المتبادلة بين المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الإيجابية والفحجوات بين هذه الروابط التي كشف عنها التحليل المعمق في الملخص؛ نقترح السياسات والبرامج والدراسات التالية التي ستساهم في تحسين مخرجات الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الإيجابية والمساواة بين الجنسين والتمكين للمرأة والفتاة:

1. ترشيد العمليات والقرارات الأسرية من خلال برنامج وطني موجه للأسرة لدعم البيئة المواتية التي تجعل من الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية والمساواة بين الجنسين واقعاً ملماً.

2. تعزيز منظور العلاقة بين المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإيجابية في الإستراتيجيات والخطط والبرامج الوطنية.

⁷⁶ المملكة الأردنية الهاشمية، ديوان الخدمة المدنية، نظام الخدمة المدنية رقم (82) لسنة 2013 وتعديلاته حتى تاريخ 2018-5-2.

⁷⁷ قانون العمل وتعديلاته رقم (8) لسنة 1996 امتصشور على الصفحة 1173 من عدد الجريدة الرسمية رقم 4113 بتاريخ 16/4/1996 وتعديلاته رقم (26) لسنة 2010.

⁷⁸ Lockwood, Carol, Daniel Magraw, Margaret Spring, and S.I. Strong (ed.). "THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS OF WOMEN: INSTRUMENTS OF CHANGE", Article 3 and 4, page 178-179. AMERICAN BAR ASSOCIATION, 1988.

3. إصلاح السياسات وتعديل التشريعات القائمة ذات العلاقة التي تحتاج إلى تنفيذ مجموعة دراسات مقترحة لتوجيهه عملية الإصلاح
بالاستناد إلى مصادر البيانات الإدارية المؤسسية وغيرها من المصادر.

السياسة الأولى: ترشيد العمليات والقرارات الأسرية من خلال برنامج وطني موجه للأسرة لدعم البيئة المواتية التي تجعل من الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين واقعاً ملماً



إن تعزيز التمكين والمساواة والصحة الجنسية والإنجابية يبدأ بالأسرة أي بوضع الحصان أمام العربة وليس العكس، لأن الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأساسية والأهم التي تتخذ قرارات ذات صلة وثيقة بتمكين المرأة والفتاة -من أفرادها-. وبصحتهم الجنسية والإنجابية، وفي هذا الصدد لا بد من وجود برنامج وطني موجه إلى مؤسسة الأسرة، على أن يكون برنامجاً تشاركيًّا بين وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، وزيرة التربية والتعليم، وزارة الثقافة، وزارة الشباب، والمجلس الوطني لشؤون الأسرة، والمجلس الأعلى للسكان واللجنة الوطنية لشؤون المرأة والأطراف الأخرى ذات الصلة سواء أكانت إعلامية أو خدمية أو مؤسسات دولية، من أجل توجيه العمليات والقرارات الأسرية نحو أوضاع معززة للتمكين والعدالة بين الجنسين والصحة الجنسية والإنجابية، لأن هذا الملخص للسياسات قد رصد عدداً من العمليات والقرارات الأسرية غير الرشيدة والتي تقوض تمكين الفتاة والمرأة والصحة الجنسية والإنجابية للأسرة، ومن المناسب أن نذكرها هنا لتبرير وجود البرنامج التشاركي المقترح وهي:

- إخراج الإناث مبكراً من التعليم؛
- تزويج الفتيات دون سن ١٨ سنة؛
- زواج من تعوزهم الباءة؛
- الضغوط من الوالدين والجدين على المتزوجين حديثاً للإسراع في بدء الإنجاب بعد الزواج؛
- الإنجاب المتعدد والمتقارب؛
- التفاوت بين الزوجين في الرغبات الإنجابية؛
- ممارسات الرضاعة الطبيعية الصرف في الأسرة غير المتفقة مع الممارسات المثلالية الموصى بها؛
- إستمرار نمط الزواج بين الأقرب؛
- عقد القرآن "كتب عقد الزواج" دون إتمام الزواج بالزفاف وما يترب على ذلك من علاقات جنسية قبل ذلك إضافة إلى النزاع بين أسر المخطوبين؛
- العنف الأسري الموجه بمختلف أشكاله نحو المرأة والبنت، والمطلقة والأرملة بما في ذلك العنف الجنسي والعنف ضد الزوجة التي تتأخر في الإنجاب وجرائم القتل بداعي الشرف؛
- ثقافة الصمت التي تحول دون سعي ضحايا العنف القائم على النوع الاجتماعي للحصول على العون والدعم المؤسسي.
- الإنفاق المحدود للأسرة من الخدمات المتوفرة في مجال الصحة الإنجابية ويشمل ذلك الفحص الطبي قبل الزواج، وتقديم المشورة للزوجين بخصوص الإنجاب، والكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، وسعى ضحايا العنف الأسري من الفتيات والنساء للحصول على مساعدة مؤسسية من إدارة حماية الأسرة بدل الصمت أو الوساطة الأسرية، ودور لجان حماية الأسرة في المراكز الصحية، وخدمات رعاية أعراض سن اليأس وهشاشة العظام؛ واكتئاب فترة النفاس؛
- قرار الزوجين بشأن إستعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الحمل والإنجاب والذي شهد تراجعاً في السنوات الأخيرة حسب البيانات الأسرية والإدارية؛
- ندرة دخول الفتيات إلى سوق العمل وكذلك قرارهن بالإنسحاب المبكر منه بالتقاعد أو بتسلمه الدفعية الواحدة بدل الراتب

- التقاعدي المستمر وذلك قبل بلوغهن سن التقاعد وتحقيق شروطه، فالتقاعد المبكر يخفض من معدل مشاركة الإناث، ويخفض الراتب التقاعدي للمنسوبة، ويعيق ترقيتها إلى مواقع صنع القرار، وبهد إيرادات صندوق الضمان الاجتماعي، ويولد أعباء للتغذية والإستقصاء والتحرى عن عملهن، بينما يمنع تعويض الدفعة الواحدة إستدامة الحماية المستقبلية عن المرأة؛
- العملية الأسرية المتمثلة في حرمان الإناث من حقوقهن الشرعية في الميراث الأسري من كافة مصادره مما أدى إلى تفاوت كبير بين الذكور والإناث في ملكية الموارد ممثلة في مساحة المنازل والأراضي وقيمة الأوراق المالية والأرصدة البنكية التي يملكونها كل منهم؛
 - ضعف قيام الوالدين بمسؤوليتهم في الرقابة على العادات وال العلاقات الإتصالية للأبناء والبنات فيما يتعلق بنفاذهم إلى المحتوى الجنسي المتاح على الواقع الإلكتروني وشبكات التواصل الاجتماعي والتنمر الإلكتروني.
 - حاجات الصحة الجنسية والإنجابية للذكور والإإناث والمراهقين والمتزوجين وغير المتزوجين منهم والأرامل وكبار السن.

السياسة الثانية: تعليم منظور العلاقة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإنجابية في الإستراتيجيات والخطط والبرامج الوطنية

- تهدف هذه السياسة إلى تعزيز الاعتراف بهذه العلاقات وأهميتها في تسارع خطى التنمية المستدامة والتخفيف من حدة الفقر، وبلوغ الأهداف السكانية وتحسين نوعية حياة الإنسان، وبالتالي مرااعاتها والتخطيط لها وإعداد الموارد التي تستجيب لها، ويطلب ذلك:
- إعداد وثيقة تساعد المخططين في إدراك أهمية الدمج وآلياته في الخطط والبرامج الوطنية.
 - بناء قدرات المخططين على دمج المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة والصحة الجنسية والإنجابية.
 - الرجوع إلى الإستراتيجيات والبرامج القائمة ذات الصلة للتأكد من تبنيها لهذا المنظور.

السياسة الثالثة: إصلاح وتعديل السياسات والتشريعات التالية ذات العلاقة بعد تنفيذ الدراسات المقترحة لتجيئه عملية الإصلاح بالإسناد إلى مصادر البيانات الإدارية المؤسسية وغيرها من المصادر

السياسة الفرعية الأولى: ستعنى هذه السياسة بعد توفر الأدلة العلمية الداعمة إلى إيجاد ضوابط لإجازة وتأمين الأمومة في اتجاه يعزز صحة الأم والمولود وتمكينها في الحياة العامة، لتصبح غير محفزة على الإنجاب المتقرب الذي يضر بصحتها وصحة طفلها، وغير مضطرة للتغيب عن العمل، في الوقت الذي يسمح لها بالتقاعد المبكر وبالخروج من قوة العمل بالتزامن مع انتهاء الحياة الإنجابية للأم، ويطلب ذلك القيام بما يلي:

- العمل مع مؤسسة الضمان الاجتماعي لاقتراح التعديلات الضرورية على قانون الضمان الاجتماعي بصورة تعزز تمكين المرأة والصحة الإنجابية، فيما يتعلق بالتقاعد المبكر والدفعة الواحدة وتأمين الأمومة، فتأمين الأمومة الحالي قد يشجع على الإنجاب المتقرب ولا يزيد من مشاركة النساء لأنهن قد ينسحبن مبكراً من سوق العمل حال توقف قدرتهن على الإنجاب وتوقف تعويض تأمين الأمومة، ويخلق تعارض بين قانون العمل ونظام الخدمة، ويعفي أصحاب العمل من مسؤولياتهم في قانون العمل؛
- العمل مع وزارة العمل وديوان الخدمة المدنية وديوان التشريع لاقتراح التعديلات الضرورية على التشريعات الخاصة بإجازة الأمومة في قانون العمل ونظام الخدمة المدنية.

الدراسات المقترحة لتوفير الأدلة العلمية الداعمة لاقتراح هذه السياسة

- العمل مع وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة للقيام بدراسة عن إجازة الأمومة من واقع ملفات مديرية الموظفين في الوزارتين المعنيتين بالأمر، للتحقق من توالي ولادات المعلمات والممرضات وتوزيعها حسب الأشهر من أجل الإجابة عن الإدعاء القائل إن إطالة إجازة الأمومة قد شجعت الممرضات والمعلمات على تكرار الإنجاب بتباعد قصير من جهة، وقيام المعلمات

- بتوقيت الإنجاب لربط إجازة الأمومة مع العطلة الصيفية، أي يقع الإنجاب مع بداية أي فصل دراسي؛
- إجراء دراسة للتعرف على مواقف ووجهات نظر القيادات العليا مثل المدراء العامين في وزارة الصحة وال التربية والتعليم وديوان الخدمة المدنية والوزارات المعنية الأخرى نحو إجازة الأمومة وأخذ اقتراحاتهم حولها، مثل تقنيتها بمرتين خلال الحياة الإنجابية للأم العاملة، وهو إقتراح منسجم مع الإجراءات التي تحقق حصول الفرصة السكانية، كما أنه يخفف العبء المالي والإداري المترتب على توفير معلمات بديلات للأمهات اللواتي يقضين إجازةً أمومة، وينعكس إيجاباً على إنتظام التعليم وجودته؛
 - إجراء دراسة على عينة من الموظفات المتزوجات العاملات في القطاع الخاص للتحقق من ممارسات أصحاب العمل فيما يتعلق بإجازة الأمومة المنصوص عليها في قانون العمل الساري المفعول وموقفهم من مدتها؛
 - إجراء دراسة باستخدام قاعدة بيانات المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي عن: (1) دوافع إنسحاب المشتغلات مبكراً من قوة العمل وخروجهن من مظلة الضمان الاجتماعي بتسلم تعويضات الدفعه الواحدة بدل الراتب التقاعدي المستمر وتأثير ذلك على حصة النساء في قوة العمل وإستدامة التمكين؛ (2) تأثير توريث تقاعده الزوج بكافة أشكاله للزوجة بعد وفاته على مشاركة المتزوجات في قوة العمل؛ (3) تقييم تأثير تأمين الأمومة ليس فقط علىبقاء المشتغلات في العمل بل على احتمال تحفيزهن على الإنجاب للاستفادة من بدل إجازة الأمومة الذي يعادل مرتب شهرين وثلث، رغم أن قانون العمل نص على أن إجازةً أمومة مدفوعة الأجر كاملاً من قبل أصحاب العمل وليس من قبل صندوق الضمان الاجتماعي.

السياسة الفرعية الثانية: تقليل الفروقات الضائعة لكسر دائرة الفقر الناشئة عن الفجوات في المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والصحة الجنسية والإنجابية وتوطين برنامج يضمن المشورة والخدمة ذات الصلة عند وجود النساء لأي سبب كان في المرافق الصحية والمجتمعية من المراكز الصحية والمستشفيات والمراكز اجتماعية.

الدراسات المقترحة لتوفير الأدلة العلمية الداعمة

- إجراء تحليل مفصل للحالات المنتفعه من المعونات المختلفة التي يقدمها صندوق المعونة الوطنية للنساء المنتفعات، والنساء المستفيدات من صندوق دعم العمالة غير المنظمة أثناء أزمة كوفيد-19، بإستخدام البيانات الإدارية للصندوق للتعرف على العمليات الأسرية والإنجابية التي ولدت فقرهن وقوضت تمكينهن، والتاريخ الأسري الذي أوصلهن إلى حالة العوز ودفعهن للجوء إلى طلب العون أو العمل غير المنظم؛
- دراسة إمكانية تمكين الزوجة الأولى المطلقة وحمايتها بحصولها على نصيب عادل في التوريثات من ميراث الزوج قياساً بالزوجة الثانية الأحدث؛
- حصر الفروقات الضائعة للحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين قبل الزواج وبعده، وقبل الإنجاب وبعده، في المرافق والأنشطة التعليمية والصحية والشبابية والمجتمعات المحلية؛
- العمل مع وحدة النوع الاجتماعي في دائرة الأراضي والمساحة للقيام بدراسة على عقود إنتقال الملكية والبيع والتجارب بين أفراد الأسرة قبل وبعد وفاة المورث بغية التتحقق من حصول النساء على حقوقهن الشرعية في ميراث الأسرة؛
- إجراء حوار وطني تشاركي لبحث السياسات العامة والعمليات الأسرية التي أدت إلى إرتفاع معدلات البطالة بين الإناث خاصة بين الشابات.



1. برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أيلول 1994، الفصل الرابع "المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة"، الفقرة A-4؛ صفحة 20، الأمم المتحدة وثيقة رقم: A/CONF.171/13/Rev.1
2. إعلان ومنهاج عمل بكين بالإجماع في 15 سبتمبر/أيلول 1995 ، من قبل الحكومات المشاركة في المؤتمر العالمي الرابع للمرأة، ثم اعتمد -من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة في 8 ديسمبر/كانون الأول 1995 (RES/A/42/50).
3. دائرة الإحصاءات العامة، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية 2018/207.
4. صندوق المعونة الوطنية، التقرير السنوي لعام 2016.
5. دائرة الإحصاءات العامة، نتائج التعداد العام للسكان والمساكن 2015.
6. رئاسة الوزراء، مديرية الجريدة الرسمية، قانون الضمان الاجتماعي، صادر في الجريدة الرسمية، العدد 5267، تاريخ 29 كانون الثاني 2014.
7. المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، التقرير الأربعيني 2020.
8. المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، التقرير السنوي 2018.
9. المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، تقرير الإستدامة الثاني 2018.
10. دائرة الإحصاءات العامة، التقرير السنوي عن العمالة والبطالة لعام 2019.
11. برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أيلول 1994، الفصل السابع "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية"، الفقرة 7-2؛ صفحة 38، الأمم المتحدة وثيقة رقم: A/CONF.171/13/Rev.1
12. وزارة الصحة، مديرية الأمراض غير السارية، نشرة وفيات الأطفال حديثي الولادة 2019.
13. دائرة قاضي القضاة، التقرير السنوي لعام 2019.
14. الطاي الا، الوعي بالفحص الطبي ودوره في الصحة الإنجابية: دراسة ميدانية للطالبات الجامعيات المتزوجات في جامعة الشارقة، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية المجلد 16 العدد 2 2019
15. المملكة الأردنية الهاشمية، المجلس الأعلى للسكان، دراسة زواج القاصرات في الأردن 2017، رقم الإيداع لدى المكتبة الوطنية 2017/2159:

<https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/HPC%20Child%20Marriage%20Arb.pdf>

16. المجلس الأعلى للسكان، 2019 "إتجاهات مستويات الإنجاب في الأردن: التباينات والمحولات على المستوى الوطني والمحافظات: دراسة وملخص سياسات".
17. التقارير السنوية لدائرة قاضي القضاة 2015-2019.
18. وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي 2019.
19. المملكة الأردنية الهاشمية، ديوان الخدمة المدنية، نظام الخدمة المدنية رقم (82) لسنة 2013 وتعديلاته تاريخ 2018-5-2.
20. قانون العمل وتعديلاته رقم (8) لسنة 1996 المنشور على الصفحة 1173 من عدد الجريدة الرسمية رقم 4113 بتاريخ 16\4\1996 وتعديلاته رقم (26) لسنة 2010.
21. وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي 2019.
22. وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات 2018.
23. مديرية الأمن العام، 2019، التقرير السنوي لعام 2018.



24. <https://genderiyya.xyz/wiki>
25. Hadi A. The NGOS. "Intervention and women's empowerment, the Bangladesh experience", in international seminar on women's empowerment, Stockholm, 1997.
26. Muller. A, 1998, p3. Female Empowerment and Demographic Processes, Moving Beyond Cairo; <http://WWW.iussp.org>,1998
27. <http://www.gerasanews.com/print/123006>
28. <https://www.ssc.gov.jo/Arabic/Pages/HomePage.aspx>
29. https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/61/338
30. <https://www.ohchr.org/AR/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>
31. Ministry of Health and USAID. The National Maternal Mortality Report 2018.
32. Farzaneh Roudi-Fahimi and SHAIMAA IBRAHIM "ENDING CHILD MARRIAGE IN THE REGION" – Policy Brief; Population Reference Bureau, May, 2013.
33. Eisner M1, Ghuneim L., Honor killing attitudes amongst adolescents in Amman, Jordan. Aggressive Behavior Journal, 2013 Sep-Oct; 39(5):405-17.
34. Market Research Organization (MRO). 2000. Qualitative Research on Reproductive Health Knowledge and Needs Among Jordanian Youth. Amman: Princess Basma Women's Resource Centre (PBWRC).
35. Lockwood, Carol, Daniel Magraw, Margaret Spring, and S.I. Strong (ed.). "THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS OF WOMEN: INSTRUMENTS OF CHANGE", Article 3 and 4, page 178-179. . AMERICAN BAR ASSOCIATION, 1988
36. Upadhyay, Ushma D., Jessica D. Gipson, Mellissa Withers, Shayna Lewis, Erica J. Ciaraldi, Ashley Fraser, Megan J. Huchko, and Ndola Prata. 2014. "Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature." Social Science and Medicine 115. Elsevier Ltd: 111– 20. doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.014
37. Hoggart, Lesley. 2012. "'I'm Pregnant... What Am I Going to Do?' An Examination of Value Judgements and Moral Frameworks in Teenage Pregnancy Decision Making." Health, Risk and Society 14 (6): 533–49. doi:10.1080/13698575.2012.706263
38. Lohan, Maria, Maria Giulia Olivari, Carolyn Corkindale, Luca Milani, Emanuela Confalonieri, Sharon Cruise, Peter O'Halloran, Fiona Alderdice, and Abbey Hyde. 2013. "Adolescent Men's Pregnancy Resolution Choices in Relation to an Unintended Pregnancy: A Comparative Analysis of Adolescent Men in Three Countries." Journal of Family Issues 34(8): 1037–58. doi:10.1177/0192513X13484281
39. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. Aging (Albany NY). 2019;11(23):10952-91
40. Department of Statistics (DOS) [Jordan], ICF. Jordan Population and Family and Health Survey 2017-18. Amman, Jordan and Rockville, Maryland, USA: DOS and ICF; 2019

41. Sis Celik A, Kirca N. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;231:111-6.
42. Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbaf H, Kareshki H, Amirian M. Infertility and Psychological and Social Health of Amirian M. Infertility and Iranian Infertile Women: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry.* 2020;15(1):67-79
43. Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. *Current psychiatry reports.* 2016;18(3):31
44. Ye Y., Yoshida Y., Harun-Or-Rashid M. S.J. (2010) "Factors affecting the utilization of antenna", *Nagoya journal of medical science.* 72(1-2) pp 23–33
45. Singh P.K., Rai R.K., Alagarajan M., Singh L. (2012) "Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India". *PloS one* 7(2) pp 31-66
46. AKRAM et al: Women Empowerment in Maternal Healthcare *Pakistan Economic and Social Review* Volume 57, No. 1 (Summer 2019), pp. 93-116
47. Titaley C. R., Dibley M. J., Roberts C.L. (2009) "Factors associated with non-utilisation associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia", *Journal of epidemiology and community health* 63 (10) pp 827–831 .
48. Chiang C., Elshair I.H.H., Kawaguchi L., Fouad N., Abdou N. M., Higuchi M. (2012). "Improvements in the status of women and increased use of maternal health services in rural Egypt", *Nagoya journal of medical science*, 74(3-4) pp 233–240
49. <https://app.moh.gov.jo>



The Knowledge Platform on
Sexual and Reproductive Health & Rights

<http://nl.share-netinternational.org>

E-mail: info@share-net.nl

T: +31 20 5688512



<https://www.share-net-jordan.org.jo>

https://www.facebook.com/shareNetJordan/?modal=admin_todo_tour

<https://twitter.com/sharenetjo>



عمان - شارع المدية 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