



التباينات بين مستخدمي الوسائل الحديثة والتقليدية لتنظيم الأسرة ومن لديهم حاجة غير ملبأة لها في الأردن تحليل كمي متعدد المتغيرات معزز بمنهجية نوعية



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

المجلس الاعلى للسكان (2025)، "التباينات بين مستخدمي الوسائل الحديثة والتقليدية لتنظيم الأسرة ومن لديهم حاجة غير ملبأة لها في الأردن: تحليل كمي متعدد المتغيرات معزز بمنهجية نوعية"، عمان- الأردن.



التباينات بين مستخدمي الوسائل الحديثة والتقليدية لتنظيم الأسرة ومن لديهم حاجة غير ملباة لها في الأردن تحليل كمي متعدد المتغيرات معزز بمنهجية نوعية

تقديم

يُولي المجلس الأعلى للسكان اهتماماً خاصاً بتعزيز السياسات والبرامج التي تساهم في الارتقاء بمستوى الصحة الجنسية والإنجابية للسكان وتحقيق الرغبات الإنجابية للأسر وتعزيز الاندماج بين ديناميكيات السكان والتنمية. ويأتي هذا الاهتمام من إدراك المجلس أن هذه السياسات والبرامج هي ركن أساسي في الرعاية الصحية الأولية. ويُعد استخدام الأزواج لوسائل تنظيم الأسرة عنصراً رئيسياً في هذه الرعاية.

إن ضمان تمتع الزوجين بحق "الاختيار الحر والمسؤول لعدد أطفالهم، والفاصل الزمني بين الولادات، وتوقيتها" أمرٌ معززٌ لصحة المرأة ورفاه كافة أفراد الأسرة، وللتنمية المستدامة الشاملة؛ إذ يتيح استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الحمل والإنجاب للزوجين تحقيق رغباتهم في الإنجاب وإدارة توقيت وعدد الأطفال الذين سينجبون على مدار حياتهم، مما يسمح اتخاذ القرار بالتوقف عن الإنجاب أو تأجيله وفقاً لحاجاتهم، وليكون "كل حملٍ لديهم مرغوب وكل مولود مُرام". وتشير بيانات أحدث مسح أسري أن نحو خمس الولادات في الأردن غير مقصودة عند حدوثها وأن 27% من المواليد لم يُمض على ولادة من سبقهم من أخوتهم سنتان، ومثل هذا السلوك الإنجابي غير معزز لصحة الأمهات والأطفال وتعليمهم ورفاه الأسرة أيضاً.

وضمن هذا الإطار؛ يسر المجلس أن يقدم هذه الدراسة التي أعدها بتمويل من مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان في الأردن، بهدف دراسة الخصائص والعوامل ذات الصلة باستخدام وعدم استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية لتنظيم الأسرة، وباستمرار وجود احتياجات غير الملباة للوسائل الحديثة بين العديد من الأسر. وجرت هذه الدراسة بتوظيف منهجية بحثية مختلطة تدمج بين التحليل الإحصائي لبيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 والمنهج النوعي المستند على آراء النساء وأصحاب المصلحة الرئيسيين في منظومة خدمات تنظيم الأسرة لدعم وتفسير نتائج التحليل الكمي.

وينقسم تقرير الدراسة إلى خمسة فصول؛ يعرض الأول مشكلة الدراسة وأهدافها ومنهجيتها؛ في حين يعرض الثاني الدراسات السابقة ذات الصلة؛ أما الثالث فخصص للتحليل الكمي لبيانات استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة إليها؛ وتلاه الرابع لعرض نتائج الجانب النوعي للدراسة، واختتمت الدراسة بالفصل الخامس لمناقشة النتائج وتقديم التوصيات.

وترتبط مخرجات هذه الدراسة ارتباطاً وثيقاً بتحقيق عددٍ من أهداف التنمية المستدامة 2030، خاصة الهدف الثالث المتصل بضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة، والهدف الخامس المتصل بالحقوق الإنجابية وضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وفي الختام فإننا على ثقة بأن هذه الدراسة ستشكل إضافة معرفية للدراسات الوطنية الأخرى، وستكون إحدى المراجع الموثوقة لراسمي السياسات ومُعدي الخطط والبرامج الساعية إلى تحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية للسكان 2021-2030، والإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030.

وفقنا الله جميعاً لخدمة أردننا العزيز في ظل صاحب الجلالة الملك عبد الله الثاني بن الحسين المعظم حفظه الله ورعاه، وسدد على طريق الخير والفلاح خطاه.

الأمين العام

أ.د. عيسى المصاروة

شكر وعرفان

يتقدم المجلس الأعلى للسكان بالشكر والعرفان من الباحث الرئيسي الدكتور لؤي أبو سمور وفريق البحث الممثل بكل من الدكتور خالد الأمير والدكتورة سالي حفطي والسيدة هبة أبو شندي، على الجهود الكبيرة التي بذلوها في إجراء هذه الدراسة، كما نوجه الشكر لكافة المشاركين الأفاضل الذين أجريت معهم المقابلات من مقدمي ومتلقي الخدمات الصحية، وذلك لتكرمهم بإعطائنا الكثير من وقتهم الثمين وتزويدنا بالمعلومات غير الكمية التي أضافت معرفة قيمة للمعلومات الإحصائية التي وفرها المسح الأسري.

والشكر الموصول لدائرة الإحصاءات العامة التي أتاحت لنا استخدام البيانات الخام لمسح السكان والصحة الأسرية 2023 وتوفير ملفات البيانات ذات الصلة بموضوع الدراسة، وتنسيب مديرة المسح السيدة إيمان بني مفرج للمشاركة في اللجنة الفنية للدراسة.

كما يتقدم المجلس الأعلى للسكان بالشكر والتقدير الى أعضاء اللجنة الفنية للدراسة ممثلة بالدكتورة هديل السائح من وزارة الصحة والدكتورة إيمان بني مفرج من دائرة الإحصاءات العامة، والمقدم ريماء كيوان من الخدمات الطبية الملكية، والدكتورة منى المالكة من جامعة مؤتة، والسيد علي غرابلي من صندوق الأمم المتحدة للسكان، والسيد محمد العلمي (مستشار مستقل) لمتابعتهم معنا كافة مراحل إعداد الدراسة، حيث كان لملاحظاتهم الفنية تأثير واضح في تجويد مخرجاتها.

ولا يفوتنا في هذا المقام أن أوجه شكري لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الأردن لدعمه تنفيذ الدراسة، كما أثنى عاليا جهود الفنيين في المجلس الأعلى للسكان الذين عملوا على دعم ومراجعة وتنقيح وإخراج هذه الدراسة بصورتها النهائية.

والله ولي التوفيق

قائمة المشاركين في إعداد الدراسة

فريق البحث

الباحث الرئيس

الدكتور لؤي أبو سمور

الدكتور خالد الأمير

الدكتورة سالي حافظ

السيدة هبة أبو شندي

الدكتور خلدون الأمير

فريق المجلس الأعلى للسكان

عطوفة الاستاذ الدكتور عيسى المصاروة

السيد علي المطلق

السيدة رانيا العبادي

السيد غالب العزة

الانسة ورود البطوش

الانسة رزان العزة

أعضاء اللجنة الفنية للدراسة

وزارة الصحة

الدكتورة هديل السائح

دائرة الإحصاءات العامة

الدكتورة إيمان بني مفرج

الخدمات الطبية الملكية

المقدم ريم كيوان

كلية التمريض/جامعة مؤتة

الدكتورة منى "محمد أمين" المالك

صندوق الأمم المتحدة للسكان

السيد علي غرابلي

مستشار مستقل

السيد محمد العلمي

الفهرس

الرقم	الموضوع	الصفحة
-	تقديم الدراسة	5
-	صفحة الشكر	7
-	قائمة المشاركين في إعداد الدراسة	9
-	الفهرس	11
-	قائمة الجداول	13
-	الملخص التنفيذي	15
1	الفصل الأول: المقدمة والمنهجية	21
1.1	التمهيد	21
2.1	مشكلة الدراسة وأسئلتها	23
3.1	أهداف الدراسة	25
4.1	أهمية الدراسة	26
5.1	الربط بين المنهج الكمي والنوعي وتقديم إطار القدرة على التحكم بتنظيم الأسرة	26
6.1	المنهجية الكمية	27
7.1	المنهجية النوعية	30
8.1	الموافقة الأخلاقية	32
2	الفصل الثاني: الدراسات السابقة	35
2.1	وثائق السياسات الوطنية	35
2.2	تقديم الخدمات ومزودي الخدمات والنظام الصحي	36
3.2	العوامل المجتمعية والفردية المؤثرة	39
4.2	الفئات الخاصة	40
5.2	الابتكار البرامجي والمنصات المجتمعية	44
3	الفصل الثالث: نتائج التحليل الكمي	47
1.3	استخدام وسائل تنظيم الأسرة	47
1.1.3	النتائج التفصيلية لاختبارات مربع كاي للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة	47
2.1.3	تحليل الانحدار اللوجستي	57
1.2.1.3	التحليل اللوجستي لاستخدام مقابل عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات	
58	غير الحوامل	
2.2.1.3	تحليل اللوجستي لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة بين النساء	
62	المتزوجات حالياً	

الرقم	الموضوع	الصفحة
3.2.1.3	التحليل متعدد المتغيرات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الأردن - - -	65
2.3	الحاجة غير الملّبة - - - - -	68
1.2.3	تحليل الانحدار اللوجستي للحاجات الملّبة وغير الملّبة بين النساء المتزوجات حالياً في الأردن -	69
-	ملخص النتائج الكمية- - - - -	72
4	الفصل الرابع: التحليل النوعي- - - - -	73
1.4	خصائص المشاركين - - - - -	73
2.4	النتائج - - - - -	74
1.2.4	السياسات والاستراتيجيات- - - - -	74
2.2.4	النظام الصحي - جانب العرض - - - - -	76
3.2.4	العوامل الاجتماعية والفردية المؤثرة - جانب الطلب- - - - -	83
5	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات- - - - -	93
1.5	مناقشة النتائج - - - - -	93
1.1.5	السياسات والإستراتيجيات- - - - -	93
2.1.5	النظام الصحي- - - - -	94
3.1.5	العوامل الاجتماعية والفردية المؤثرة - - - - -	96
4.1.5	اللاجئون - - - - -	98
5.1.5	دوافع استخدام الوسائل التقليدية- - - - -	100
6.1.5	الحاجة غير الملّبة- - - - -	102
2.5	التوصيات - - - - -	103
1.2.5	السياسات والإستراتيجيات - - - - -	104
2.2.5	التوصيات على مستوى النظام الصحي والخدمات- - - - -	106
-	المصادر - - - - -	111
-	الملحقات - - - - -	114
1	حجم العينة - - - - -	115
2	جدول ملخص المتغيرات المستقلة المستخدمة في التحليل- - - - -	116
3	أداة مقابلة صانعي السياسات ومخططي الخدمات - - - - -	118
4	دليل مناقشة المجموعات البؤرية - - - - -	120

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	العلاقة بين مستوى التعليم واستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحالية بحسب النوع _ _ _ _ 48	
2	العلاقة بين الحالة الوظيفية الحالية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 49	
3	العلاقة بين مستوى الرفاه واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 49	
4	العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 50	
5	العلاقة بين عدد الأطفال المثالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 50	
6	العلاقة بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ 51	
7	العلاقة بين رغبة الزوج في عدد الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ 51	
8	العلاقة بين عمر السيدة عند الزواج الأول واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ 52	
9	العلاقة بين العمر الحالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 53	
10	العلاقة بين امتلاك محفظة شخصية/بطاقة ائتمان واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع 53	
11	العلاقة بين الاتجاهات نحو ضرب الزوجة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ 54	
12	العلاقة بين الإقليم واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 54	
13	العلاقة بين الإقامة حسب المحافظة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها _ _ _ 55	
14	العلاقة بين التغطية بالتأمين الصحي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ 55	
15	العلاقة بين زيارة المرأة من قبل باحثة ميدانية خلال الاثني عشر شهراً الماضية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ _ 56	
16	العلاقة بين استخدام الإنترنت واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع _ _ _ 56	
17	ملخص الاحتمالات _ _ _ _ _ 58	
18	الانحدار اللوجستي لاستخدام مقابل عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات (غير الحوامل) في الأردن _ _ _ _ _ 61	
19	الانحدار اللوجستي لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حالياً _ _ _ _ _ 64	
20	النسبة النسبية للمخاطر (RRR) لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية مقابل عدم الاستخدام بين النساء المتزوجات حالياً) في سن الإنجاب (15-49 سنة) وغير الحوامل _ _ 67	
21	الانحدار اللوجستي للحاجات الملّبة مقابل غير الملّبة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الأردن _ _ _ _ _ 71	

الملخص التنفيذي

تُعتبر الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة من الركائز الأساسية لتحقيق التنمية المستدامة وتحسين جودة الحياة للأفراد والأسر في الأردن. وعلى مدى العقود الماضية، أحرز الأردن تقدماً ملحوظاً في مؤشرات تنظيم الأسرة، مع ضمان توفر خدمات مستمرة ومجانية ضمن الحزمة الصحية الأساسية لجميع الفئات، مما يعكس التزاماً وطنياً قوياً بتعزيز تنظيم الأسرة.

تتجلى التحديات الرئيسية في تفاوتات جغرافية واجتماعية واضحة تؤثر على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث تختلف نسب الاعتماد على الوسائل التقليدية والحديثة بين المحافظات، وكما تتفاوت هذه المحافظات في نسب الحاجة غير الملباة - حيث ترتفع من 10.8% على المستوى الوطني، لتصل 23.6% في المفرق. وانخفضت الحاجة غير الملباة من 13.8% بين النساء غير المتعلّقات إلى 8.7% بين النساء الحاصلات على أعلى من ثانوي، وكانت الأعلى بين النساء في خميس الرفاه الأدنى 15.8% مقابل 6.6% في خميس الرفاه الأعلى. ويُعزى جوهر هذه المشكلة إلى القدرة على اعتماد تنظيم الأسرة والتي تحتاج إلى توفر القدرة لدى النساء على اتخاذ القرار وتنفيذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، إذ يتطلب ممارسة حق تنظيم الأسرة تمكينهن من الوصول إلى معلومات دقيقة، والوعي بالخيارات المتاحة، والتمكن من تنفيذ قراراتهن في بيئة تحترم قيمهن وظروفهن الخاصة، وهو ما لا يزال يشكل عائقاً أساسياً أمام تحقيق الاستخدام الفعّال والمتوازن للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة - فمعدل استخدام الوسائل الحديثة ما يزال متواضعاً، وتراجع إلى 38.4%، بينما ارتفع استخدام الوسائل التقليدية إلى 21.7%.

لذلك، تأتي هذه الدراسة في إطار تبني نهج قائم على الحقوق، يركز على تعزيز قدرة النساء على التحكم في خياراتهن الإنجابية، مع مراعاة العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تؤثر على هذه القدرة. وتهدف الدراسة إلى تحليل التباينات بين مستخدمي الوسائل الحديثة والتقليدية، وتحديد العوامل التي تؤثر على استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة، وذلك لتصميم تدخلات صحية متمركزة حول الأشخاص تعزز العدالة في الوصول وتلبي احتياجات الفئات المختلفة.

اعتمدت الدراسة منهجية بحثية مختلطة تجمع بين التحليل الكمي والنوعي. كما تضمنت المنهجية مراجعة منهجية للأدبيات المنشورة، لضمان شمولية الأدلة العلمية وتحديث الإطار النظري للدراسة، مما عزز من موثوقية النتائج واستنادها إلى أحدث الدراسات في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

ففي المنهجية الكمية، تم استخدام بيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 2023، الذي شمل عينة وطنية ممثلة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب (15-49 سنة). وقد تعددت الطرائق الإحصائية المستخدمة في الدراسة فشملت اختبارات مربع كاي، الانحدار اللوجستي الثنائي والمتعدد الفئات، بالإضافة إلى تحليل الانحدار اللوجستي للحاجة غير الملباة، والذي تم استخدامه لأول مرة في الأردن ضمن هذه الدراسة.

أما في المنهجية النوعية، والتي صممت بناءً على النتائج الكمية، فقد أجريت مقابلات شبه مقننة مع الغالبية العظمى من الجهات الممثلة لصانعي السياسات ومقدمي الخدمات لتنظيم الأسرة في القطاع الصحي الأردني، بالإضافة إلى مجموعات نقاش بؤرية مع نساء من محافظات مختلفة، بما في ذلك محافظات ذات الاستخدام الأقل والأعلى للوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة والأكثر عزوفاً عن الوسائل الحديثة ومنها مخيمات اللاجئين. وهدفت هذه المقابلات إلى

تعميق فهم العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على سلوك استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتفاعل النساء مع النظام الصحي.

فعلى صعيد النتائج، برزت محددات التعليم والتمكين الاقتصادي الشامل، والمكان، والجنسية، والمحددات العمرية والتفضيلات الإنجابية وعدد الأطفال الأحياء وعوامل مناقشة القرار مع الزوج وجودة التفاعل مع النظام الصحي من أهم العوامل التي تؤثر على اتخاذ وتنفيذ قرار تنظيم الأسرة.

حيث أكدت النتائج التباينات الواضحة بين الأقاليم والمحافظات، حيث تسجل محافظات مثل المفرق والكرك ومعان أدنى معدلات استخدام للوسائل الحديثة، إذ تقل احتمالية استخدام الوسائل الحديثة في المفرق بأكثر من مرتين مقارنة بعمان. وفيما يتعلق بالحاجة غير الملباة، أظهرت النتائج أن النساء في إقليم الجنوب لديهن احتمالية أقل لتلبية الحاجة بنسبة تقارب النصف مقارنة بإقليم الوسط.

بينما النساء في المناطق الريفية لديهن فرصة أقل لتلبية الحاجة بنحو 20% مقارنة بالحضر. تعكس هذه التباينات الجغرافية تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، حيث ترتبط المحافظات ذات معدلات الاستخدام المنخفضة بارتفاع التفضيلات الإنجابية لعدد أكبر من الأطفال، وضعف مؤشرات الرفاه ومحدودية سبل العيش، والتي تتشابه مع محددات اجتماعية أخرى، تحد من قدرة النساء على اتخاذ وتنفيذ قرارات تنظيم الأسرة - أهمها استقلالية القرار وحرية الوصول لخدمات تنظيم الأسرة.

التعليم برز من العوامل الحاسمة في تحديد استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وكذلك في الحاجة غير الملباة. فكلما ارتفع مستوى التعليم، زادت احتمالية تبني استخدام أي من وسائل تنظيم الأسرة (الحديثة أو التقليدية)، بشكل ملحوظ. إذ أن النساء الحاصلات على تعليم عالٍ كن أكثر ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بمقدار الضعفين مقارنة بغير المتعلّقات. بالمقابل، النساء ذوات المستويات التعليمية الأدنى، خاصة غير المتعلّقات، سجلن معدلات أعلى من عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مع وجود حاجة غير ملباة مرتفعة تصل إلى ضعف مثيلتها لدى النساء المتعلّقات. هذا يشير إلى أن التعليم لا يعزز فقط الوعي والقدرة على اتخاذ القرار بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بل يلعب دوراً محورياً في تقليل الفجوة في تلبية الحاجة، مما يعكس أهمية تعزيز التعليم كمدخل رئيسي لتحسين الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن.

أما فيما يخص **الجوانب الاقتصادية**، فالنساء في الفئات الأعلى على مؤشر الرفاه كن أكثر من مرة ونصف احتمالاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مقارنة بالفئات الأدنى، والتي تشمل الحديثة والتقليدية. بالمقابل، سجلت النساء في الفئات الأدنى من الرفاه معدلات أعلى من عدم الاستخدام والحاجة غير الملباة، حيث كانت احتمالية الحاجة غير الملباة بين النساء في الفئة الأدنى تزيد بنحو الضعف مقارنة بالفئات الأعلى. ومن المهم الإشارة إلى أن الوضع الاقتصادي بمفهومه الشامل كان العامل الحاسم، وليس الملائمة المالية، حيث لم تظهر للحوازر المادية المباشرة تأثيراً كبيراً على الوصول إلى الخدمات، إذ أكدت النتائج الإحصائية والنوعية أن مجانية الخدمات قللت هذه العوائق بشكل كبير. لذلك كان التمكين الاقتصادي الشامل، المرتبط بالرفاه وجودة الحياة، الأثر الأبرز على الوعي لتبني تنظيم الأسرة، واتخاذ وتنفيذ القرار باستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أما بخصوص **الجنسية**، فتُعتبر عاملاً محورياً في الاستخدام والحاجة غير الملباة، حيث تقل احتمالية استخدام الوسائل الحديثة بنحو 30% بين النساء السوريات، في حين ترتفع الحاجة غير الملباة بين السوريات والجنسيات الأخرى بنحو 40% مقارنة بالأردنيات. وتتداخل في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى اللاجئتين عوامل ثقافية عميقة، تفضيلات إنجابية أعلى، وتجارب لجوء معقدة ومتعددة الأبعاد. يعاني اللاجئون السوريون المقيمون خارج المخيمات من ضعف الوعي بالخدمات المجانية المتاحة، إلى جانب حواجز متعددة في الوصول إلى هذه الخدمات، مما يحد من قدرتهم على الاستفادة الفعالة. أما لاجئو المخيمات، مخيمي الزعتري والأزرق، فيواجهون بيئة معزولة تتميز بواقع اجتماعي معقد يتشابك فيه ضعف الاندماج الاجتماعي وضعف القدرة الاقتصادية، مما يجعلهم أكثر عرضة لتأثير المعلومات المضللة والتأثير السلبي حول وسائل تنظيم الأسرة. فعلى الرغم من توفر الخدمات الصحية ونسب الرضا العالية عنها، تسود في هذه البيئات ثقافة إنجابية مرتفعة تركز على المباشرة بين الولادات أكثر من التحديد، مما يعزز مقاومة استخدام الوسائل الحديثة ويزيد من تحديات اعتماد مستدام لوسائل تنظيم الأسرة، متأثرة بالبيئة المعزولة والتأثير السلبي الذي يحد من تمكين النساء لاتخاذ قرارات إنجابية مستنيرة.

كما تشير نتائج الدراسة إلى وجود علاقة واضحة بين **عدد الأطفال الأحياء والعدد المثالي** الذي تفضله النساء في الأردن، وتأثير ذلك على استخدام وسائل تنظيم الأسرة وبشكل ملحوظ الحديثة منها. حيث يعد عدد الأطفال الأحياء من أقوى المتغيرات التنبؤية، إذ تزداد احتمالية الاستخدام بشكل ملحوظ مع زيادة عدد الأطفال؛ فالنساء اللاتي لديهن من 4 إلى 6 أطفال أكثر احتمالاً للاستخدام بثلاثة أضعاف مقارنة بمن لديهن من 0 إلى 3 أطفال، وتزداد هذه الاحتمالية بشكل أكبر لدى النساء اللاتي لديهن 7 أطفال فأكثر. أما العدد المثالي من الأطفال، فيرتبط سلباً باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، إذ كلما ارتفع العدد المرغوب انخفضت احتمالية الاستخدام، مما يعكس تأثير التوجهات الإنجابية على السلوك الفعلي. وفيما يتعلق بتلبية الحاجة، تظهر الأمهات اللاتي لديهن من 4 إلى 6 أطفال احتمالاً أعلى لتلبية الحاجة مقارنة بالفئات الأخرى، مما يشير إلى أن حجم الأسرة الحالي يلعب دوراً مهماً في رغبة النساء تلبية احتياجاتهن من وسائل تنظيم الأسرة.

أما بخصوص **العمر والعمر عند الزواج**، فإن احتمالية استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة تزداد مع تقدم عمر النساء، خصوصاً فوق سن الأربعين، وبين من تزوجن مبكراً تحت سن العشرين، بينما ترتفع نسب استخدام الوسائل الحديثة بين النساء الأصغر سناً، وخاصة من تزوجن في الفئة العمرية 20-24 سنة حيث كن أكثر انفتاحاً على الوسائل الحديثة. كما تبين أن احتمالات تلبية الحاجة لتنظيم الأسرة تزداد بشكل واضح مع تقدم العمر، حيث تصل إلى ذروتها لدى النساء في سن الأربعين فأكثر، في حين يرتبط الزواج في سن متأخرة بانخفاض احتمالات تلبية الحاجة، مما يشير إلى وجود فجوة في تلبية حاجات التباعد خاصة في بدايات الزواج. وعلى الرغم من زيادة استخدام الوسائل الحديثة بين الأصغر سناً، إلا أن الحاجة غير الملباة تبقى مرتفعة لديهم. بينما لدى المتزوجات في عمر أقل من 20 سنة، وبرغم من ضعف استخدام الوسائل، ارتفعت نسب تلبية الحاجة، وهو ما يعكس تفضيلات إنجابية عالية لديهن، مع ميل أكبر للمباشرة عن التحديد، وتأثير الأعراف الاجتماعية وضعف القدرة على اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل مستقل، مما قد يضعف الجانب الحقوقي لديهن ويجعل الحاجة غير ناشئة أساساً.

التفاعل مع النظام الصحي

تبين النتائج أن جودة التفاعل مع الكادر الصحي ومشاركة الزوج في مناقشة القرار، إلى جانب الابتكار في تكييف النظام الصحي ليكون مستجيباً ويحترم الخصوصية الفردية، من العوامل الأساسية التي تعزز قدرة النساء على اتخاذ وتنفيذ

قرارات تنظيم الأسرة. ويتميز النظام الصحي في الأردن بتوفير خدمات تنظيم الأسرة عبر مراكز شاملة تقدم مجموعة متكاملة من الوسائل وخدمات المشورة، بما في ذلك إشراك الأزواج في المشورة. ومع ذلك، تظهر فجوات واضحة في البنية التحتية وتوفير الخدمات بين المحافظات، حيث تعاني معظمها من نقص في عدد الكوادر المؤهلة، ويبرز هذا النقص بشكل خاص في المحافظات الأكثر استخداماً للوسائل التقليدية مثل معان، لا سيما في عدد القابلات. كما تواجه المراكز الصحية في المناطق القروية نقصاً في الكوادر المؤهلة، مما يحد من تنوع وجودة الوسائل المتاحة. تعمق هذه الفجوات في تقديم الخدمات والتفاوتات في البنية التحتية الفوارق الجغرافية والاجتماعية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مما يضعف قدرة النساء على ممارسة حقهن في اتخاذ وتنفيذ قراراتهن الإنجابية. وبالرغم من وجود نظام إحالة، فإن تحديات التنسيق بين مستويات الرعاية المختلفة ومزودي الخدمة المتنوعين في النظام الصحي، خاصة في المناطق النائية والمحافظات ذات الكثافة العالية باللاجئين، تشكل حاجزاً آخر في القدرة على تنفيذ القرار. لذلك، يستدعي الأمر تعزيز التكامل بين مستويات الرعاية، توحيد حزم الخدمات، تطوير مهارات مقدمي الخدمة، وإشراك المجتمع المدني، لضمان وصول عادل وفعال يعزز ارتباط النساء بالنظام الصحي.

الدوافع لاستخدام الوسائل التقليدية

تبقى دوافع استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة مزيّجاً معقداً من العوامل الاجتماعية والثقافية، لكن تلعب المعلومات المضللة والتأثير السلبي، من مصادر عدة، دوراً رئيسياً في تعزيز هذا الاستخدام رغم الوعي بضعف فعالية هذه الوسائل مقارنة بالحديثة. إذ يساهم التأثير السلبي، الذي يتضمن تقديم معلومات صحيحة، ولكن بطريقة تثير القلق المبالغ فيه حول التأثيرات الجانبية، في تقويض ثقة النساء بالمعلومة حتى وإن صدرت من أكثر المصادر موثوقة، وهي الكوادر في النظام الصحي، مما يخلق تناقضاً واضحاً بين موثوقية المصدر وعدم الثقة بالمعلومة، ويحد من قدرة النساء على اتخاذ قرار استخدام الوسائل الحديثة، واللجوء إلى الخيار الأضمن - الوسائل التقليدية - درءاً للتأثيرات الجانبية. كما أن ضعف المشورة الصحية، الناتج عن نقص الكوادر المؤهلة وبرامج التدريب غير الكافية، يجعل مقدمي الخدمة أحياناً مصدرًا غير مقصود لتعزيز التأثير السلبي، إذ قد يفتقر العاملون الصحيون إلى المهارات التواصلية اللازمة أو نقص المشورة المؤسسية الموجهة المضادة لتبديد المخاوف أو تقديم معلومات متوازنة، مما يؤدي إلى تعزيز القلق والشكوك لدى النساء. بالإضافة إلى ذلك، تتداخل هذه العوامل مع سرديات اجتماعية وسياسية معقدة، تشمل مخاوف صحية وثقافية، وأحياناً نظريات مؤامرة، مما يعزز الميل إلى الوسائل التقليدية حتى بين النساء المتعلّمات. في ظل هذه البيئة، يصبح تمكين النساء من خلال مشورة مرتكزة على الأشخاص، وتوفير معلومات دقيقة ومتوازنة، ودعم استقلالية القرار، أمراً حاسماً لتعزيز القدرة على اتخاذ القرار وتنفيذه باستخدام فعال ومستدام للوسائل الحديثة.

توصيات الدراسة لتعزيز تنظيم الأسرة في الأردن

تعكس نتائج الدراسة الحاجة إلى نهج متكامل يعزز قدرة النساء على اتخاذ وتنفيذ قرارات مستنيرة بشأن تنظيم الأسرة، مع ضمان وصول عادل وفعال إلى خدمات عالية الجودة. إذ توصي الدراسة بالتالي:

أولاً: تعزيز السياسات والاستراتيجيات الوطنية: تحديث التشريعات والسياسات لضمان توافقها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، مع التركيز على الفئات الأكثر هشاشة. وإدماج تنظيم الأسرة بشكل فعال ضمن التغطية الصحية الشاملة، مع ضمان استدامة التمويل وآليات رقابية واضحة. وتطوير نظام مؤشرات متقدم للرصد والتقييم يشمل جودة المشورة، الاختيار الحر، والعدالة في الوصول، مع ربطه بنظام معلومات وطني موحد يدعم الشفافية والمساءلة.

وتعزيز التنسيق متعدد القطاعات بين الصحة، والتعليم، والنوع الاجتماعي، والتمكين الاقتصادي لضمان تكامل الجهود وتحقيق أثر مستدام.

ثانياً: تعزيز النظام الصحي وتوفير الخدمات: معالجة الفجوات في البنية التحتية وتوفير الكوادر المؤهلة، خاصة في المحافظات ذات الاستخدام المنخفض مثل معان والمفرق، والمناطق الريفية والمكتظة باللاجئين. وتوحيد حزم الخدمات وتكاملها عبر مستويات الرعاية، مع التركيز على تقليل الفرص الضائعة وتحسين تجربة المستفيد. ورفع جودة المشورة الصحية من خلال تدريب مستمر لمقدمي الخدمة، وتطوير مهارات التواصل، ومكافحة التحيزات، مع تعزيز المشورة المتمركزة حول الأشخاص. وضمان التوفر المستدام للوسائل الحديثة، مع التركيز على الوسائل طويلة الأمد، وتعزيز المشورة وتوسيعها للوسائل التقليدية بشكل فعال استجابة لقرار مستنير من النساء والمبني على المعرفة بمخاطر الفشل العالية.

ثالثاً: الاستثمار في الموارد البشرية: تعزيز مهنة القبالة من خلال زيادة عدد القابلات المؤهلات، وتطوير مهاراتهم في المشورة والإرشاد، وضمان توزيع عادل للقوى العاملة وتقوية برامج التطوير المهني لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة، مع التركيز على رفع جودة المشورة والتواصل الثقافي الحساس.

رابعاً: تعزيز المقاربات المجتمعية والرقمية: تفعيل دور لجان الصحة المجتمعية كآليات مستدامة لدعم الصحة الإنجابية، مع برامج تدريبية دورية وأدوات تعليمية معتمدة. توسيع استخدام الحلول الرقمية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة، بما في ذلك نظام مواعيد فعال، والتواصل الهاتفي، ومنصات الصحة المحمولة، لتعزيز الوصول خاصة في المناطق النائية والفئات الشابة.

خامساً: تعزيز التوعية والطلب المجتمعي: تنفيذ حملات إعلامية متعددة القنوات، تدمج خطاباً دينياً وثقافياً إيجابياً، مع إشراك الرجال والمجتمع المدني، وتخصيص محتوى خاص للشباب واللاجئين والمناطق الريفية. دعم دور المؤسسات الدينية في تصحيح المفاهيم الخاطئة وتعزيز قبول الوسائل الحديثة ضمن إطار ديني واجتماعي داعم، وتطوير المناهج التعليمية لتعزيز الوعي بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، مع التركيز على بناء مهارات اتخاذ القرار لدى الشباب.

سادساً: الاستجابة لاحتياجات اللاجئين: دمج احتياجات اللاجئين ضمن أطر تخطيط شاملة ومتعددة القطاعات تشمل التنمية الاجتماعية والتمكين الاقتصادي والحماية، وتصميم حملات توعية مستهدفة تراعي الخصوصيات الثقافية والاجتماعية للاجئين كافة، مع تعزيز الوعي بحقوق الصحة الإنجابية وتوفير الخدمات المجانية لدى اللاجئين خارج المخيمات.

سابعاً: البحث والتطوير: في ضوء نتائج الدراسة الشاملة حول تنظيم الأسرة في الأردن، يُوصى بتعزيز التطوير في وسائل تنظيم الأسرة الحديثة من خلال الاستثمار في تبني أجيال جديدة تركز على تجربة المستفيد وتقليل الآثار الجانبية، مما يعزز القبول والاستمرارية في الاستخدام. كما يجب توجيه البحث لفهم تجربة اللاجئين السوريين، وتأثيراتها على خياراتهم الإنجابية العالية، بحيث تركز بشكل أساسي على تأثير تجربة اللجوء في تشكيل أنماط الإنجاب ودوافعها النفسية والاجتماعية، بما في ذلك الخوف من فقدان الهوية الثقافية. كما يوصى بدراسة تخص أعداد الكوادر الصحية ومتطلبات حزم العمل لديهم، وتصوراتهم عن تكامل الخدمات والفرص الضائعة ومحفزاتهم الوظيفية لضمان الاستمرارية ومنع الدوران الوظيفي العالي.

الفصل الأول

المقدمة والمنهجية

1.1 التمهيد

يدرك المجلس الأعلى للسكان بالشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان الدور الحاسم الذي يلعبه تنظيم الأسرة في تعزيز الصحة الإنجابية والجنسية للأسرة في الأردن. إن تمكين الأسر من تحقيق الحجم الأسري المنشود والمباعدة الصحية بين الولادات يُسهم بصورة فعّالة ليس فقط في رفاهية الأفراد، بل أيضًا في تحقيق الأهداف التنموية الوطنية الأوسع—وخاصة ربط التحوّل الديموغرافي بالنمو الاقتصادي والاجتماعي بحيث تتوازن معدّلات النمو السكاني مع معدّلات النمو الاقتصادي، بما ينعكس على مستويات معيشة الأسر وجودة الخدمات الأساسية كالصحة والتعليم والعمل. ومن ثم يُعدّ تنظيم الأسرة رافعةً إستراتيجيةً لمواءمة الديناميات السكانية مع التقدّم الاجتماعي-الاقتصادي.

ويُعدّ تنظيم الأسرة عنصرًا محوريًا في منظومة الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية؛ فهو يمكّن الأزواج من تقرير عدد الأطفال والفترات الزمنية بينهم وتوقيت الإنجاب بحريّة ومسؤولية. ويؤكد صندوق الأمم المتحدة للسكان أنّ تنظيم الأسرة يشمل حزمةً متكاملة من السياسات والخدمات تتجاوز وسائل منع الحمل لتشمل رعاية العقم، وصحة الأم، والنوايا الإنجابية عبر دورة الحياة؛ أي أنه نهجٌ شمولي يدعم الاستقلالية الإنجابية ولا يختزل في الوسائل فحسب⁽¹⁾. وفي هذه الدراسة، سنركّز على جانب الوقاية ضمن السياسات والخدمات المرتبطة بوسائل تنظيم الأسرة.

كما ويشير تقرير حالة سكان العالم 2025 الصادر عن صندوق الأمم المتحدة للسكان بعنوان «أزمة الخصوبة الحقيقية» إلى أن المقاربة الأجدى ليست الهلع من انخفاض المواليد بقدر ما هي تعزيز «القدرة الإنجابية» —أي قدرة الأفراد على اتخاذ قراراتٍ مُستنيرة بشأن العلاقات الجنسية والصحة الجنسية، ووسائل تنظيم الأسرة، وتكوين الأسرة وتنفيذها فعليًا. ويبرز التقرير الفجوة بين تطلّعات الإنجاب والنتائج المُتحقّقة على الأرض، داعيًا إلى سياساتٍ تعالج العوائق البنيوية—الاقتصادية والاجتماعية والقانونية والصحية—التي تُقيد خيارات الناس وتُضعف اتساقها مع رغباتهم⁽²⁾.

في هذا السياق، شهد مسار معدّلات الإنجاب في الأردن ديناميات معقّدة: انخفاضٌ مبكّر بدأ حوالي عام 2009، أعقبه ركودٌ مطوّل، ثم عودةٌ للانخفاض تلتها فترة استقرار نسبي، وصولًا إلى تراجعٍ جديد بحسب أحدث المسوح. وقد أكّد تقرير النتائج النهائية لمسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 انخفاض معدّلات الإنجاب الكلية من 2.7 حسب مسح 2017-18 إلى 2.6 مولود لكل امرأة حسب مسح 2023، وهو أدنى مستوى مُسجّل حتى الآن، مع فروقٍ بين الريف والحضر وبين المحافظات.

ورغم توقُّع مجموعة من التفسيرات النظرية لمرحلة الركود في معدّلات الإنجاب الكلية؛ فإنه لا تزال المحدّدات الأساسية غير قاطعة. فقد حلّلت إحدى أهم الدراسات⁽³⁾ المحدّدات القريبة (الزواج، استخدام وسائل تنظيم الأسرة، الإجهاد، العقم بعد الولادة) ودورها في تشكيل اتجاهات الإنجاب بمرور الوقت. وبينما أشارت إلى ركودٍ في استخدام الوسائل

(1) UNFPA strategy for Family Planning, 2022-2030: Expanding choices – ensuring rights in a diverse and Changing World. The United Nations sexual and reproductive health agency. <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-strategy-family-planning-2022-2030>

(2) The real fertility crisis (2025). The United Nations sexual and reproductive health agency. <https://www.unfpa.org/swp2025>

(3) Krafft, C., Kula, E., & Sieverding, M. (2021, August 27). An investigation of Jordan's fertility stall and resumed decline: The role of Proximate Determinants (volume 45 - Article 19: Pages 605–652). Demographic Research. <https://www.demographic-research.org/articles/volume/45/19/>

الحديثة كعاملٍ مُساهم، لفتت النظر أيضًا إلى التحولات في الحجم الأسري المثالي وإلى التفاعل المعقد بين التعليم والفرص الاقتصادية.

وعلى الرغم من عدم حسم الاستنتاجات، شددت الدراسات على أهمية توسيع النظرة إلى المحدّدات «الخلفية» الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية لفهم الاتجاهات المستقبلية للإنجاب في الأردن والتنبؤ بها. على الصعيد العالمي، تقدر معدلات الإنجاب الكلية اليوم بنحو 2.2 مولود لكل امرأة، مسجلة انخفاضًا ملحوظًا من مستوياتٍ قاربت 4.8 في أوائل السبعينيات، مع استمرار تفاوتٍ إقليميةٍ كبيرة. وبالنسبة للأردن وضمن منطقته الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، فتُشير التقديرات الحديثة إلى استمرار الهبوط في معدلات الإنجاب الكلية نحو مستوياتٍ دون الإحلال خلال العقدين المقبلين - حيث يتوقع أن تصل إلى مستوى أدنى من 2.1 مولودا للمرأة بحلول عام 2044، بما يعكس تحولًا أوسع نحو الأسر الأصغر حجمًا في سياقاتٍ اجتماعية-اقتصاديةٍ متنوّعة⁽⁴⁾.

وعلى مدى الثلاثين عامًا الماضية، أظهر الأردن التزامًا لافتًا ببرنامج تنظيم الأسرة⁽⁵⁾، وهو ما انعكس في موقعه المتقدم ضمن المنطقة. حيث يُبرز أطلس سياسات تنظيم الأسرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أداء الدول عبر منهجية دقيقة تشمل الإطار القانوني، وإنفاذ السياسات، وتخصيص الموارد؛ وقد تحسّن أداء الأردن بمرور الوقت، وصُنّف ضمن فئة «جيد» بنسبة 55.4%⁽⁶⁾، بما يعكس تقدمًا إيجابيًا نحو خدمات صحةٍ جنسيةٍ وإنجابيةٍ شاملة وقائمة على الحقوق.

على صعيد الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، تُشكّل هذه الخدمات جزءًا من حزمة الخدمات الصحية الأساسية في القطاع العام، وتُقدّم مجانًا في مراكز وزارة الصحة، مع شمول اللاجئين ضمن ترتيبات الإتاحة والاندماج الصحي⁽⁷⁾. وتشارك في تقديم الخدمات شبكةٌ واسعة من الشركاء إلى جانب وزارة الصحة بوصفها المزود الرئيس للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة التي تضمّ الشركاء في القطاع العام شاملة الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية، والشركاء من المنظمات الدولية ومنظمات المجتمع المحلي شاملة الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة، ومعهد العناية بصحة الأسرة، والمركز الوطني لرعاية صحة المرأة، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، والمفوضية العليا لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظماتٍ غير حكومية أخرى مثل العون الصحي الأردني ولجنة الإغاثة الدولية، إلى جانب القطاع الخاص. وعلى مستوى مصادر الحصول على الوسائل الحديثة، تُظهر تحليلات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 أنّ وزارة الصحة تظل المصدر الرئيسي للوسائل الحديثة 52%، رغم مساهمة القطاع الخاص بما فيه منظمات المجتمع المدني بشكل كبير 48%.

إن إستدامة التقدّم الديموغرافي الاقتصادي في الأردن مشروطةٌ بتسيخ تنظيم أسري قائم على الحقوق، وبفهمٍ أدقّ لمُحدّدات الإنجاب—القرية والخلفية—والتعاطي معها عبر سياساتٍ وخدماتٍ وقائيةٍ عالية الجودة تُلبّي الطلب الفعلي وتُقرّب المسافة بين تطلّعات الإنجاب ونتائجها.

وينسجم التوجّه في إعداد هذه الدراسة مع توجهات الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية للأعوام

(4) World fertility 2024 United Nations - Department of Economic and Social Affairs

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2025_wfr_2024_final.pdf

(5) يُعتبر الأردن من الدول الملتزمة في إطار الشراكة العالمية (FP2030) التي تروج لتنظيم الأسرة الطوعي القائم على الحقوق، وتتابع التقدم المحرز عبر المناطق المختلفة. تُسلط مبادرة (FP2030) الضوء على دور الأردن في تعزيز الصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين من خلال السياسات، وتقديم الخدمات، والقيادة الإقليمية. انظر FP2030 – Family Planning 2030

(6) European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-07/WhitePaper_MENA_2023_LoRes.pdf

(7) UNHCR - Jordan <https://help.unhcr.org/jordan/en/helpful-services-unhcr/health-services-unhcr/>

2020-2030، الهادفة إلى تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية والجنسية المتكاملة، بما يُسهم في رفاه الأفراد والأسر في الأردن، ويدعم تحقيق الغاية السابعة من الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة 2030، إضافةً إلى الالتزامات التي أُقرت في قمة نيروبي العالمية 2019 والتي تضمنت ضمن نتائجها التحويلية الوصول إلى صفر حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة بحلول عام 2030.

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

على الرغم من التقدم الملحوظ في المؤشرات الوطنية لتنظيم الأسرة—إذ ارتفع معدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة إلى 60.1% عام 2023—تظلّ تحديات جوهرية تُقيّد القدرة على التحكم في وسائل تنظيم الأسرة لدى النساء والأسر. فمعدل استخدام الوسائل الحديثة ما يزال متواضعاً، وتراجع مقارنةً بعام 2012 (38.4%) في عام 2023 مقابل 42.3% (في عام 2012)، بينما ارتفع استخدام الوسائل التقليدية من 18.9% عام 2012 إلى 21.7% عام 2023، وهي وسائل معروفة بارتفاع معدلات الفشل فيها⁽⁸⁾.

بالرغم من أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا زالت تعتمد بمستويات أعلى الوسائل التقليدية من بقية المناطق، إلا أن الأردن يتميز باعتمادٍ مرتفع ومتصاعد على الوسائل التقليدية⁽⁹⁾ وبشكل قياسي في منطقتيه وعالمياً⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾؛ فالزيادة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 52% حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017 إلى 60% حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2023—تحققت تقريباً بفعل ارتفاع معدلات استخدام الوسائل التقليدية وحدها من 14% إلى 22%. هذا النمط يُشير إلى مزيج من قيود في جانب العرض (احتمالية محدودة تنوع الوسائل المتاحة، ونقص خدمات المشورة) وعوامل في جانب الطلب مثل (تفضيلات ثقافية، وخوف واسع من الآثار الجانبية للوسائل الحديثة وغيرها)، مما يتطلب بحثاً أعمق في آليات تقديم الخدمات والتفاعلات الاجتماعية-الثقافية المؤثرة للاختيار ومواصلة الاستخدام.

تُظهر النتائج الوطنية كذلك لمسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 أن الحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة بلغت 10.8% على المستوى الكلي، لكنها تتفاوت بشكل ملحوظ بين الفئات والمناطق؛ إذ ترتفع بين غير الأردنيات إلى 17.8% مقابل 10% بين الأردنيات، وتبلغ ذروتها في محافظة المفرق (23.6%)، وتنخفض إلى قرابة 9% في عمان وإربد والعقبة. وانخفضت الحاجة غير الملبأة من 13.8% بين النساء غير المتعلّقات إلى 8.7% بين النساء الحاصلات على أعلى من ثانوي، وكانت الأعلى بين النساء في خميس الرفاه الأدنى 15.8% مقابل 6.6% في خميس الرفاه الأعلى، هذه التفاوتات تُبرز هشاشة مجموعات بعينها وتفاوت فرصهن في الوصول إلى وسائل مناسبة تُعزّز القدرة على التحكم في وسائل تنظيم الأسرة.

(8) Polis CB;Bradley SE;Bankole A;Onda T;Croft T;Singh S; (n.d.). Typical-use contraceptive failure rates in 43 countries with demographic and Health Survey Data: Summary of a detailed report. Contraception. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27018154/>

(9) Bertrand JT;Ross J;Sullivan TM;Hardee K;Shelton JD; Contraceptive method mix: Updates and implications. Global health, science and practice. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33361234/>

(10) Bertrand, J. T., Ross, J., & Glover, A. L. (2021, July 16). Declining yet persistent use of traditional contraceptive methods in low- and middle-income countries: Journal of Biosocial Science. Cambridge Core. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-biosocial-science/article/declining-yet-persistent-use-of-traditional-contraceptive-methods-in-low-and-middleincome-countries/5AA5E6C9282E30BC011F1BEF79578C0F>

(11) دول قليلة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تتبع نفس النمط بخصائص الوسائل التقليدية منها تونس ومؤخراً لبنان ومصر ولكن تختلف في النسب، حيث أن الأردن قياسي في هذه الظاهرة حتى على مستوى العالم مع كولومبيا ونيبال.

وتتعرّز الصورة المعقّدة بسلوكيات استخدام متقلّبة؛ فلا تزال نسبة توقف السيدات عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال الاثني عشر شهراً لأي سبب عالية فقد بلغت 28.7% من بين حالات استخدام وسائل تنظيم الأسرة التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، وأيضاً أن 68.7% من مجمل السيدات المتزوجات حالياً وغير المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة ليس لديهن النية لاستخدامها مستقبلاً، وما نسبته 23.4% لديهن الرغبة في الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة، وعلى الطرف الآخر وبغض النظر عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة هناك شريحة كبيرة من السيدات المتزوجات حالياً وأعمارهن 15-49 سنة ممن يرغبن في تأجيل الإنجاب أو عدم الإنجاب؛ فقد بلغت نسبة النساء اللواتي يرغبن في الانتظار سنتين فأكثر 15.3%، ونسبة السيدات اللواتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال 54.3% وذلك من مجمل السيدات المتزوجات حالياً وأعمارهن 15-49 سنة، فيما تُظهر البيانات فرصاً ضائعة للتثقيف والمشورة؛ إذ لم يُناقش موضوع تنظيم الأسرة مع أي مقدم خدمة لدى نحو 75% من غير المستخدمات اللواتي سبق لهن الزواج⁽¹²⁾. هذه المؤشرات تعكس قصوراً في الإرشاد وجودة المشورة المقدمة، وتُضعف فعلياً القدرة على تلبية احتياجات النساء من خدمات تنظيم الأسرة.

على مستوى تقديم الخدمات، تكشف تقديرات الطلب على وسائل تنظيم الأسرة من خلال مسح السكان والصحة الأسرية 2023 أن 54.1% فقط من إجمالي الطلب على خدمات تنظيم الأسرة يُلبى بوسائل حديثة مقابل 30.6% بوسائل تقليدية، ويبقى 15.3% من الطلب غير ملبى؛ وعند جمع الطلب غير الملبى مع الطلب الملبى بالوسائل التقليدية، يصل الطلب غير الملبى على الوسائل الحديثة إلى 45.9% وهي نسبة مرتفعة تنذر بزيادة أحمال غير مرغوب فيها أو غير مخطط لها، بما يحمله ذلك من مخاطر صحية واجتماعية واقتصادية على النساء والأسر والمجتمع، فلقد بلغت نسبة مواليد السيدات اللواتي سبق لهن الزواج 15-49 في السنوات الثلاث السابقة للمسح ومررن بتجربة ولادات غير مرغوب بها 18.3% من مجمل المواليد، وتوزعوا بما نسبته 9.7% من الولادات وقعت في وقت غير مرغوب فيه (ولادة ناتجة عن سوء التوقيت) و8.6% كانت غير مرغوب بها على الإطلاق.

تتمحور مشكلة هذه الدراسة حول تفسير لماذا برغم ارتفاع معدل الاستخدام الكلي لوسائل تنظيم الأسرة ما زال استخدام الوسائل الحديثة أقل من المستهدف⁽¹³⁾ ويتراجع مقارنةً بسابق عهده، ولماذا يتزايد الاعتماد على الوسائل التقليدية وتعمّق الحاجة غير الملباة وتتسع الفوارق بين المحافظات والفئات. وتهدف الدراسة إلى تمييز العوامل الفارقة بين من يستخدمون وسائل حديثة، ومن يستخدمون وسائل تقليدية، ومن لديهم حاجة غير ملباة، بما يعزّز تصميم تدخلات عملية تُوسّع الخيارات، وترفع جودة برامج المشورة والاستمرارية في الاستخدام، وتدعم تلبية احتياجات النساء من وسائل تنظيم الأسرة لدى جميع الفئات.

أسئلة الدراسة:

تضمنت أسئلة الدراسة جانبين:

الشق الأول: استخدام وسائل تنظيم الأسرة (النساء المتزوجات حالياً وغير الحوامل)

1. ما هو التوزيع النسبي لاستخدام الوسائل الحديثة، والتقليدية، وعدم الاستخدام لأي وسيلة بين النساء المتزوجات حالياً وغير الحوامل؟

(12) تشكل هذه النسبة (4187) سيدة غير مستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة ولم تناقش موضوع تنظيم الأسرة مع أي مقدم خدمة، وذلك من أصل (5610) سيدة

سبق لها الزواج وغير مستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة ويشكلن 44.5% من مجمل النساء اللواتي سبق لهن الزواج.

(13) UNFPA. (2016). SDG 2: Target 3.7: Indicators 3.7.1 definitions, metadata, ... Capacity Development Workshop on SDG Indicators

https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/icpd/UNFPA-UNECE_meeting_2016/3_-_SDG_3.7.1_EECARO_Nov_1.pdf

2. كيف تؤثر الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للنساء (مثل العمر، التعليم، مكان الإقامة، خُميس الرفاه) على نوع وسيلة تنظيم الأسرة المستخدمة؟
3. ما تأثير خصائص الأزواج (مثل التعليم، المهنة، التفضيلات الإنجابية) على اختيار النساء وسيلة لتنظيم الأسرة؟
4. هل يؤدي التعرض لوسائل تنظيم الأسرة أو التواصل مع الخدمات الصحية إلى زيادة احتمالية استخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالوسائل التقليدية أو عدم الاستخدام؟
5. هل هناك تباينات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة على مستوى المحافظة أو الفئة السكانية (أردنيون، جنسيات أخرى، لاجئون) بين النساء المتزوجات حالياً وغير الحوامل؟

الشق الثاني: الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة (النساء المتزوجات حالياً)

1. كيف تؤثر العوامل الاجتماعية والديموغرافية (مثل العمر، عدد الولادات، التعليم، خُميس الرفاه، مكان الإقامة) على الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة؟
2. ما العلاقة بين التفضيلات الإنجابية (مثل الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، الحجم المثالي للأسرة) والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة؟
3. كيف تؤثر قدرة المرأة على اتخاذ القرارات وسلطانها التفاوضية داخل الأسرة على الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة؟
4. هل هناك فجوات أو تفاوتات في الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة على مستوى المحافظة أو الفئة السكانية (سكان أردنيون، جنسيات أخرى، لاجئون سوريون) بين النساء المتزوجات؟

3.1 أهداف الدراسة

الهدف العام

دراسة الخصائص والعوامل المؤثرة في استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية لتنظيم الأسرة وعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، واستمرار وجود الحاجة غير الملباة، من خلال منهجية بحثية مختلطة تدمج بين التحليل الإحصائي لبيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 والأبعاد النوعية المستمدة من آراء النساء وأصحاب المصلحة الرئيسيين في منظومة خدمات تنظيم الأسرة. والتي تدعم نتائج التحليل الكمي.

الأهداف المحددة:

المكون الكمي

1. تحليل الاختلافات في خصائص النساء اللواتي يستخدمن الوسائل الحديثة والوسائل التقليدية واللواتي لا يستخدمن أي وسيلة.
2. تحديد العوامل المرتبطة بالنية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء اللواتي لديهن احتياجات غير ملباة.
3. استكشاف العوامل المحددة لاختيار الوسيلة (الحديثة مقابل التقليدية) وأسباب عدم استخدامها.
4. تقييم التفاوتات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية في استخدام وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة حسب المحافظات.
5. استكشاف العوامل التي ساهمت في وجود الحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة.

المكون النوعي

1. مطابقة النتائج المستخلصة من الدراسة الكمية، وإظهار التحليلات المتقاطعة توافقاً في الاتجاهات والأنماط بين المتغيرات المختلفة، مما يعزز موثوقية النتائج النهائية.

2. استكشاف تجارب النساء، وعمليات اتخاذ القرار، ومدى شعورهن بالقدرة على التحكم والتمكين الذاتي في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، والعوائق أمام الحصول على الخدمات لدعم تفسير نتائج التحليل الكمي.
3. دراسة وجهات نظر مقدمي الخدمات والمخططين في تنفيذ السياسات، وجودة تقديم الخدمات، وتنوع الوسائل المتاحة، ودمج تنظيم الأسرة في الخدمات الصحية بالشكل الأوسع.
4. تحليل العوامل المؤسسية والتنظيمية التي تؤثر في الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة، وجودة الإرشاد/الاستشارة، والتفاعلات بين المستفيدين ومقدمي الخدمات.

4.1 أهمية الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تكوين فهم شامل للمحددات التي تؤثر في استخدام وسائل تنظيم الأسرة وفي الحاجة غير الملابة لها في الأردن، وذلك من خلال دمج الأدلة الكمية والنوعية. كما وتسعى الدراسة إلى تقديم معلومات تدعم تصميم برامج قائمة على الحقوق ومركزة على احتياجات المستفيدات (المستفيدين)، وذلك عبر تحليل أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة واستكشاف تجارب النساء ومقدمي الخدمات وتصوراتهم وقدرتهم على اتخاذ القرارات في هذا المجال.

5.1 الربط بين المنهج الكمي والنوعي وتقديم إطار القدرة على التحكم بتنظيم الأسرة Contraceptive Agency Framework

اعتمدت هذه الدراسة تصميمًا مختلطًا (Mixed-Methods Design) يجمع بين المنهجية الكمية والمنهجية النوعية بطريقة تفسيرية متتابعة (Sequential Explanatory Approach)، بهدف تحقيق فهم شامل ومتكامل لسلوك استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الأردن والعوامل المحددة له. تمثلت المرحلة الأولى في التحليل الكمي من خلال تحليل ثانوي لمسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023، حيث جرى استخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة (اختبار مربع كاي والانحدار اللوجستي) لاختبار العلاقة بين مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وبين استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أما المرحلة الثانية، وهي الشق النوعي من الدراسة، فقد هدفت إلى تفسير النتائج الإحصائية وتعميق فهمها ضمن سياقاتها الاجتماعية والثقافية والمؤسسية، وذلك من خلال إجراء مقابلات شبه مقننة مع صانعي القرار ومزودي خدمة تنظيم الأسرة (12 قابلة)، وثلاث مجموعات نقاش بؤرية مع السيدات من متلقي الخدمة موزعة على عدة أقاليم وقد مكّن هذا التصميم المختلط من الربط بين التحليل الإحصائي الكمي والتحليل التفسيري النوعي عن طريق الإطار التحليلي - القدرة على التحكم بوسائل تنظيم الأسرة، مما أتاح استخلاص استنتاجات أكثر عمقاً وشمولاً تعكس التفاعلات المعقدة بين المحددات الفردية والاجتماعية والسياسية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن.

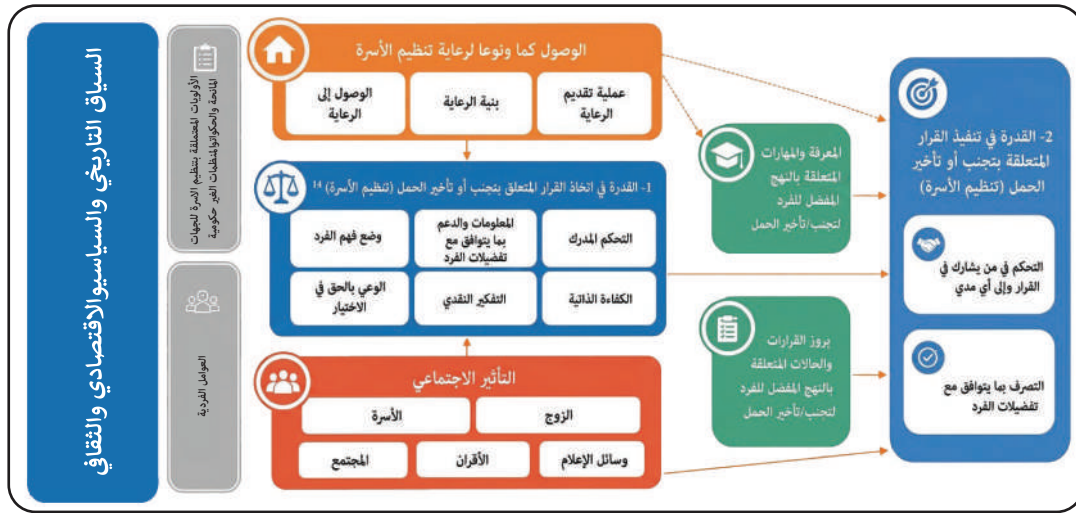
تم تطوير هذا الإطار بواسطة هولت وباحثون آخرون (2024)⁽¹⁴⁾، ويعرف إطار القدرة على التحكم بتنظيم الأسرة "القدرة" (Agency): بأنها المقدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بتجنب أو تأجيل الحمل وتنفيذها - عندما لا تكون السيدة في طور السعي النشط للحمل. ويقف على الحياد في استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة - أي سواء تمت عملية استخدام وسيلة تنظيم اسرة او لم تتم استخدامها. ويعكس احتراماً لحقها في اتخاذ قراراتها الخاصة بناء على قيمها وظروفها، دون تدخل أو ضغط خارجي.

(14) Holt, K., Challa, S., Alitubeera, P., Atuyambe, L., Dehlendorf, C., Galavotti, C., Idiadi, I., Jegede, A., Omoluabi, E., Waiswa, P., & Upadhyay, U. (2024a, February 28). Conceptualizing contraceptive agency: A critical step to enable human rights-based family planning programs and measurement. Global health, science and practice. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10906552/>

ويتسق هذا المفهوم (المتركز حول القدرة بالتعريف أعلاه) مع تحديد الفجوات والمناصرة لدى صندوق الأمم المتحدة للسكان في إستراتيجية صندوق الأمم للسكان لتنظيم الأسرة 2020-2030 والمجلس الأعلى للسكان في إطار الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030، وما توافق إليه تقرير "أزمة الخصوبة 2025" الأنف الذكر في تمهيد الدراسة.

ويشمل الإطار مجالين أساسيين:

1. قدرة اتخاذ القرار - وضوح القيم، الوصول إلى المعلومات، الوعي بالحقوق، التفكير النقدي، الإحساس بالتحكم، والكفاءة الذاتية.
2. قدرة الفعل - القدرة على تنفيذ التفضيلات والسيطرة على مشاركة الآخرين.



المصدر: الدراسة هولت وآخرون 2024

وقد تم تنفيذ عملية دمج النتائج الكمية والنوعية وفقاً لمنهجية التفسير المتقاطع (Triangulation)، كما ورد في الأدبيات المنهجية (Fetters et al., 2013; Guetterman et al., 2015; O’Cathain et al., 2010). وُظف هذا النهج لضمان التكامل المنهجي بين مصادر البيانات المختلفة، بما يُسهم في تعزيز موثوقية النتائج وتوسيع نطاق تفسيرها.

6.1 المنهجية الكمية

1.6.1 تصميم الدراسة ومصادر البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على تحليل ثانوي كمي باستخدام بيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023. ويُعد هذا المسح جزءاً من البرنامج الدولي للمسوح الديموغرافية والصحية (DHS Program)، الذي يهدف إلى توفير بيانات معيارية عالية الجودة حول مؤشرات الصحة الإنجابية، وتنظيم الأسرة، وصحة الأم والطفل، والعوامل السكانية والاجتماعية.

تم تنفيذ المسح في الأردن من قبل دائرة الإحصاءات العامة الأردنية بالتعاون مع وزارة الصحة الأردنية، وبالدعم الفني من مؤسسة ICF الدولية، التي توفر الإشراف المنهجي وضمان الجودة لجميع مسوح السكان والصحة الأسرية المنفذة عالمياً.

يعتمد هذا المسح على إطار العينة الوطني المستند إلى التعداد العام للسكان والمساكن لعام 2015، حيث تم تحديثه ليعكس التوزيع السكاني بدقة في وقت المسح.

2.6.1 مجتمع الدراسة

تصميم العينة: استخدم مسح السكان والصحة الأسرية 2023 تصميمًا معتمدًا على العينة العنقودية الطبقيّة متعددة المراحل (Stratified Multi-Stage Cluster Sampling Design)، وذلك بهدف تحقيق تمثيل وطني وعلى مستوى الأقاليم مع مراعاة التوزيع الحضري والريفي.

● **المرحلة الأولى (اختيار مناطق العد):** تم تقسيم الأردن إلى طبقات وفقاً للموقع الجغرافي (الأقاليم الثلاثة: الوسط، الشمال، الجنوب) ونوع مكان الإقامة (حضر/ريف). من داخل كل طبقة، جرى اختيار مناطق العد (Enumeration Areas – EAs) باستخدام أسلوب الاحتمال التناسبي مع الحجم (Probability Proportional to Size – PPS)، بحيث يزداد احتمال اختيار منطقة العد كلما كان عدد الأسر فيها أكبر.

● **المرحلة الثانية (اختيار الأسر المعيشية):** من كل منطقة عد مختارة، أُجري تحديث كامل لقوائم الأسر، ثم جرى سحب عينة عشوائية ممنهجة من الأسر المعيشية. تمت مقابلة جميع النساء المؤهلات (عمر 15-49 سنة) اللواتي يعشن في تلك الأسر عند وقت المسح.

مستويات التمثيل

يضمن هذا التصميم التمثيل على المستويات التالية:

1. **المستوى الوطني:** بحيث تعكس النتائج الوضع العام لجميع النساء في سن الإنجاب في الأردن.
2. **المستوى الإقليمي:** يغطي الأقاليم الثلاثة (الوسط، الشمال، الجنوب)
3. **المستوى الحضري-الريفي:** لالتقاط الفروق في أنماط السلوك والخدمات الصحية بين المدن والقرى.
4. **مستوى المحافظات:** حيث صُمم المسح ليكون ممثلاً أيضاً لكل محافظة على حدة (مثل عمان، إربد، الزرقاء، المفرق، الكرك... إلخ)

حجم العينة:

اعتمدت هذه الدراسة على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن (DHS 2023)، والذي استهدف النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) على المستوى الوطني. ويُعد هذا العمر الفئة المرجعية المعتمدة في مسح DHS عند دراسة مؤشرات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

ولأغراض التحليل، ركّزت الدراسة على النساء المتزوجات حالياً، انسجماً مع منهجية مسح السكان والصحة الأسرية التي تعتمد هذه الفئة عند تحليل استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة لها، نظراً لارتباط هذه المؤشرات بسياق الزواج والإنجاب. وقد تم اشتقاق عينات فرعية مختلفة من ملف السيدات (JOIR81FL) وفق هدف كل تحليل ونوع المؤشر المدروس.

ونظراً لاختلاف أحجام العينات المستخدمة تبعاً لمعايير الاشتمال والاستبعاد ونوع التحليل الإحصائي، تم أفراد الملحق (1) لعرض توصيف العينة المستخدمة في هذه الدراسة بشكل تفصيلي، بما في ذلك حجم العينة الأصلية، والعينات الفرعية المعتمدة في تحليل استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتحليل الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، وذلك لضمان وضوح المنهجية وسهولة الرجوع إلى التفاصيل الداعمة للنتائج.

3.6.1 متغيرات الدراسة والتحليل الإحصائي

متغيرات الدراسة:

المتغيرات التابعة (Dependent Variables)

1. استخدام وسائل تنظيم الأسرة (Contraceptive Use): تم تعريفه كمتغير متعدد الفئات (ثلاثي الفئات):

- لا تستخدم أي وسيلة.
- تستخدم وسيلة تقليدية.
- تستخدم وسيلة حديثة.

وقد شمل هذا التحليل جميع النساء المتزوجات حالياً باستثناء الحوامل، نظراً لأن الحمل الحالي يتعارض مع إمكانية استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة.

2. الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة - v626a: unmet need for contraception (definition)

تم تعريفه كمتغير ثنائي الفئات:

- حاجة غير ملباة (نعم)
- الحاجة ملباة (لا)

المتغيرات المستقلة (Independent Variables)

تم اختيار مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية- متضمنة الاقتصادية والإنجابية والتمكينية بناءً على الأدبيات السابقة، والمتاحة في استبانة المسح، كما هو موضح في الملحق (2).

التحليل الإحصائي

تم إجراء التحليل باستخدام برنامجي Stata الإصدار 17 و SPSS الإصدار 29 وتم الحصول على نفس النتائج بدقة في البرنامجين لضمان دقة النتائج وتكامل المخرجات.

في البداية، جرى التحقق من ملاءمة البيانات لإجراء التحليل التمايزي (Discriminant Analysis) كما كان مطروحاً في تصميم الدراسة، وذلك عبر مراجعة الفرضيات الأساسية المرتبطة بهذا الأسلوب، مثل: تجانس مصفوفات التباين-التغاير (Homogeneity of Variance-Covariance Matrices)، والاعتدالية متعددة المتغيرات (Multivariate Normality).

غير أن نتائج الفحص أظهرت أن هذه الفرضيات لم تتحقق بشكل كافٍ، مما يجعل التحليل التمايزي غير مناسب لتفسير العلاقات في هذه البيانات. وبناءً عليه، تم الاعتماد على الانحدار اللوجستي (Logistic Regression) البديل الثاني المطروح في الشروط المرجعية كبديل أكثر ملاءمة من الناحية الإحصائية والعملية.

ولأغراض هذه الدراسة:

- تم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي (Binary Logistic Regression) لتحليل محددات الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة (متغير ثنائي: حاجة غير ملباة مقابل لا حاجة).
- وتم تطبيق الانحدار اللوجستي المتعدد الفئات (Multinomial Logistic Regression) لدراسة محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة (ثلاث فئات: لا تستخدم، تستخدم وسيلة تقليدية، تستخدم وسيلة حديثة)، مع اتخاذ النساء غير المستخدمات كفئة مرجعية.

كما تم إدخال الأوزان الترجيحية ($1,000,000/v005$) وضبط التصميم المعقد للعينة (Stratified Multi-stage Clustered Sampling) من خلال أوامر المسح (svy) في Stata، واستخدام معاملات الوزن في SPSS.

استخدم هذا التحليل لعرض الخصائص الأساسية:

1. اختبارات الفرضيات والعلاقات بين المتغيرات المستقلة والتابعة كخطوة تحضيرية للانحدار اللوجستي في الملحق الأول.

2. اختبارات الملاءمة (Goodness-of-Fit) عبر كاي-تربيع بيرسون (χ^2) وتقييم القدرة التنبؤية للنماذج باستخدام المساحة تحت منحنى (ROC AUC).

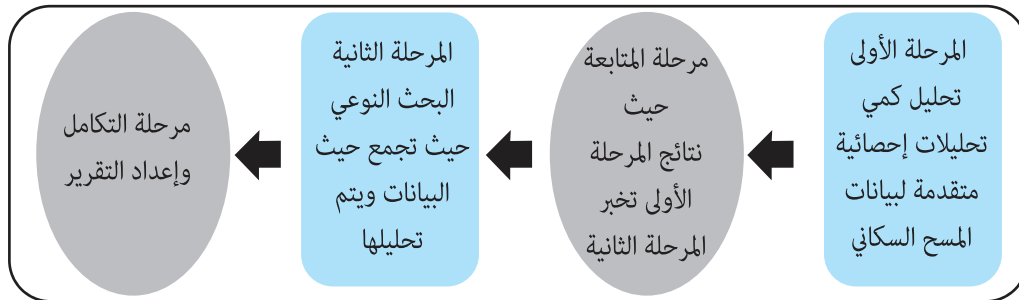
3. تم اعتماد مستوى دلالة إحصائية عند $p < 0.05$.

1.7 المنهجية النوعية:

اعتمدت الدراسة في شقها النوعي على تصميم تفسيري متتابع (Sequential Explanatory Design)، حيث نُفذ التحليل النوعي في المرحلة الثانية من البحث بهدف تفسير النتائج الكمية وتعميق فهمها ضمن سياقاتها الاجتماعية والمؤسسية، وذلك استناداً إلى النموذج الذي طرحه (Creswell & Plano-Clark, 2007).

تم تطوير أدوات البحث النوعي بناءً على أبرز النتائج الإحصائية المستخلصة من التحليل الكمي لبيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023، والذي شمل التحليل اللوجستي المتقدم وغيره من الأساليب الإحصائية. وقد أظهرت النتائج تباينات واضحة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة، وفقاً لمتغيرات متعددة، منها: الرغبة الإنجابية، عدد الأطفال الأحياء، المستوى الاقتصادي - حُميمس الرفاه والعوامل الجغرافية الأخرى ومن أهمها المحافظة. بناءً على ذلك، صُمم البحث النوعي لاستكشاف الأسباب الكامنة وراء هذه الفروقات، وفهم المحددات الاجتماعية والثقافية والإدارية، وتفاعلها مع المحددات المرتبطة بالنظام الصحي بمفهومه الشامل، بما يشمل البرامج والأنشطة والتدخلات المعنية بتنظيم الأسرة. ويهدف هذا الربط إلى تفسير سلوك استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتوليد رؤى لتحسين البرامج والخدمات القائمة.

كما سيتناول البحث تفسير استخدام الوسائل التقليدية، مع التركيز على فهم دوافع الأزواج للتحويل إلى استخدام هذه الوسائل أو الاستمرار في استخدامها.



1.7.1 أدوات البحث النوعي ومكوناتها

شمل البحث النوعي أداتين رئيسيتين:

أولاً: المقابلات شبه المبنية (Semi-Structured Interviews):

تم إجراء (12) مقابلة فردية مع صانعي القرار، ومقدمي الخدمات، والمخططين حيث كان المشاركون يمثلون جهات مختلفة محلية ودولية ذات صلة بموضوع البحث هي: (وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، وكالة الأمم المتحدة للاجئين، صندوق الأمم المتحدة للسكان، وكالة إغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، المركز الوطني لرعاية صحة المرأة، معهد العناية بصحة الأسرة - مؤسسة الملك حسين، جمعية العون الطبي الأردنية، منظمة الصحة العالمية،

نقابة الصيادلة الأردنيين، جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية، مدير إداري لسلسلة صيدليات في القطاع الخاص).

تم اختيار المشاركين وفق معايير محددة لضمان تمثيل شامل للخبرات والآراء، شملت: خبرتهم العملية في خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، مواقعهم القيادية أو التقنية داخل المؤسسات، دورهم المباشر في صياغة السياسات أو تقديم الخدمات، إضافة إلى تمثيلهم لجهات متعددة لضمان تنوع الخبرات بين المستويات الوطنية والدولية. هدفت المقابلات المقننة الى استكشاف آراء المشاركين حول نتائج التحليل الكمي، والسياسات والإستراتيجيات الحالية لتنظيم الأسرة، إضافةً إلى تقييم بنية النظام الصحي وأدائه، بما يشمل محددات العرض والطلب، وآليات الحوكمة، ومدى قدرة البرامج على التكيف مع احتياجات الفئات المختلفة. كما يسعى البحث إلى جمع التوصيات والمقترحات لتطوير سياسات وبرامج محددة تعالج أسباب الحاجة غير الملباة، وتعمل على زيادة معدلات استخدام الوسائل الحديثة، بما يسهم في تعزيز الصحة الإنجابية في الأردن.

وقد شملت المحاور الرئيسية:

1. كفاية خدمات تنظيم الأسرة من حيث التغطية والجودة.
2. التحديات في استهداف الفئات الأقل استخدامًا، مثل النساء في المحافظات ذات النسب المنخفضة لاستخدام الوسائل الحديثة، واللاجئين، وفئات نساء أخرى حسب الفئة العمرية.
3. الفروقات في استخدام الوسائل الحديثة وفقًا للمحددات الإحصائية الأقوى، والدوافع لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية.
4. تقييم البرامج الوطنية والمشاريع الممولة دوليًا، وتحليل أسباب عدم انعكاس جودة بعض البرامج على تقليص الحاجة غير الملباة وزيادة الاستخدام، رغم وجود رضى مرتفع عن الخدمات ووعي بالأعراض الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة وكيفية التعامل معها.
5. رؤى مستقبلية لتحسين النظام الصحي المتعلق بتنظيم الأسرة.

أداة المقابلة: تم تصميمها بالاستناد إلى إطار القدرة على التحكم في تنظيم الأسرة، مع التركيز على السمات العليا للإطار، مثل الوصول النوعي إلى الخدمات، والسياسات الحكومية، واستراتيجيات المانحين، والسمات الاقتصادية والثقافية والسياقية ذات الصلة. كما أُدرجت أسئلة تحقق مرتبطة بنتائج التحليل الكمي. ملحق رقم (3).

ثانياً: مجموعات النقاش البؤرية (Focus Group Discussions – FGDs)

أُجريت مجموعات النقاش البؤرية في ثلاث محافظات هي المفرق ومعان والبلقاء، وتم اختيار هذه المحافظات استناداً إلى نتائج التحليل الكمي لضمان تمثيل أنماط مختلفة من استخدام وسائل تنظيم الأسرة. فقد تم اختيار محافظة معان لكونها من المحافظات التي أظهرت أعلى احتمالية لاستخدام الوسائل التقليدية، في حين تم اختيار محافظة البلقاء لكونها الأقل احتمالية لاستخدام هذه الوسائل على مستوى الأردن، مما يتيح فهم العوامل التي تدعم أو تحد من استخدام الوسائل الحديثة في سياقات متباينة. أما محافظة المفرق، فقد تم اختيارها لوجود مخيم الزعتري للاجئين السوريين نظراً لأن السيدات في هذه الفئة هن الأقل استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة والأكثر مقاومة لها ولكون فئة اللاجئين هم الأكثر احتمالية للحاجة غير الملباة.

الهدف من هذه المجموعات فهم تجارب السيدات واتجاهاتهن نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وأسباب الحاجة غير الملباة واعتماد الوسائل التقليدية واسباب التوقف عن الأسباب الحديثة، واستكشاف العوامل التي قد تعزز أو تعيق القدرة على الاستخدام، حسب ما دلت عليه نتائج التحليل الكمي، أهمها العوامل المكانية والثقافية وتفاعلها

مع النظام الصحي - حواجز الوصول والحصول، مصادر المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة وأثر التعرض لوسائل الإعلام والأترنت.

محاور النقاش شملت:

1. مستوى المعرفة بالوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة ومصادر الحصول على المعلومات.
 2. دور الزوج والأسرة في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة.
 3. سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية ومدى رضا المشاركات عن جودة هذه الخدمات ومقدميها.
 4. المقترحات لتحسين برامج التوعية والخدمات المقدمة في مجال تنظيم الأسرة.
- تم تصميم أداة النقاش بالاستناد إلى إطار القدرة على التحكم في تنظيم الأسرة، مع التركيز على السمات السفلية من الإطار، والتي تتناول التأثيرات الاجتماعية التي تشكل الوعي والمعلومة والقدرة على اتخاذ القرار، بما يشمل دور الزوج، الأسرة، المجتمع، ومصادر المعلومات. كما سُدرج أسئلة تحقق مرتبطة بنتائج التحليل الكمي، بحيث تُخصص لكل مجموعة الأسئلة ذات الصلة بسمات المشاركات فيها. ملحق رقم (4).

2.7.1 اختيار المشاركين وآلية التنفيذ

- تم اختيار المشاركين بطريقة قصدية (Purposive Sampling) بناءً على خبرتهم ومعرفتهم بالموضوع.
- **صانعو القرار:** شمل الاختيار ممثلين من مستويات إدارية وتنفيذية وفنية، مع مراعاة التنوع المؤسسي.
 - **المشاركات في المجموعات البؤرية:** تم اختيارهن من خلال المراكز الصحية ومؤسسات المجتمع المحلي في المحافظات المختارة، مجموعتين لسيدات أردنيات في محافظة البلقاء ومعان ومجموعة لسيدات سوريات في مخيم الزعتري - المفرق.
- أُجريت معظم المقابلات والمجموعات البؤرية وجهاً لوجه من قبل الفريق البحثي، بعد الحصول على الموافقة المستنيرة الشفهية والمكتوبة، مع ضمان السرية التامة وعدم تسجيل أي بيانات تعريفية شخصية.

3.7.1 تحليل البيانات النوعية

تم اعتماد تحليل الإطار (Framework Analysis) وفقاً لمنهجية (Gale et al., 2013)، بالاستناد إلى إطار القدرة على التحكم في وسائل تنظيم الأسرة، وهو أحد أشكال التحليل الموضوعي (Thematic Analysis)، وتم تنفيذه عبر سبع مراحل:

1. النسخ (Transcription)
2. التمكين من الفهم الشامل للنصوص (Familiarization)
3. ترميز المقاطع النصية ذات الصلة باستخدام برنامج NVivo 12 Coding
4. تطوير وتكييف إطار التحليل (Adaptation and Development)
5. تصنيف الرموز ضمن محاور رئيسية وفرعية (Charting into Framework Matrix)
6. استخلاص الأنماط المشتركة والفروقات بين الأقاليم
7. مقارنة النتائج النوعية بالمؤشرات الكمية لتفسيرها وتعميق فهمها.

8.1 الاعتبارات الأخلاقية للدراسة:

استحصلت الدراسة على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي في وزارة الصحة وفقاً للكتاب رقم 453/2025/MOH/RÉC بتاريخ 19 أيلول 2025 بناءً على الطلب المقدم من المجلس الأعلى للسكان.

وقد حصل فريق البحث على الموافقات المستنيرة من قبل جميع من شاركوا في المقابلات الفردية شبه المقننة ومجاميع البؤرية المركزة.

تمت مناقشات مجموعات التركيز في داخل المراكز صحية بعد مراجعة معايير الاستدراج الخاصة بالمشاركات، حيث جرى ابلاغهن مسبقاً بالمكان والوقت بالتنسيق مع تلك المراكز. أجريت جميع المناقشات باللغة العربية واستغرقت كل جلسة معدل ساعة.

أما بخصوص المقابلات الفردية فقد تم الإتفاق مع كل مشارك بشكل مباشر على المكان والوقت المناسبين، وأجريت اما في المؤسسة التي ينتمي إليها أو عن بعد بإستخدام برنامج Zoom او Google Meet حسب رغبة المشارك. تولى إجراء المقابلات الفردية باحثان من فريق البحث، تولى أحدهم الحوار والاسئلة في حين تولى الثاني التسجيل وتدوين الملاحظات، وتراوحت المقابلات بين نصف ساعة وساعة ونصف.

وفيما يتعلق مجموعات التركيز فقد ادارت باحثة من الفريق البحثي بمساندة فريق مساند مكون من قابتين تم تعيينهم خصيصاً لهذا الغرض (خارج المراكز الصحية التي جرت فيها النقاشات) لضمان مواءمة أفضل المواضيع الحساسة والسمات التي تخرج من النقاش، وتولت الباحثة مسؤولية التسجيل والمراقبة وتدوين الملاحظات.

تم نسخ جميع التسجيلات حرفياً من قبل الباحث الرئيس وحذفت جميع المعلومات التي يمكن أن تحدد هوية المشاركين عن النسخ، وتم تخزين البيانات في ملف آمن وتم تحديد الوصول له حصراً من قبل الفريق البحثي. من الجدير بالذكر أن احتمالية حدوث تحيز إيجابي سواء اجتماعي أو نحو القطاع الصحي بشكل عام، بسبب إجراء النقاشات من قبل قابلات أو داخل المراكز الصحية للمجاميع البؤرية، مما قد يدفع المشاركات إلى تقديم إجابات أكثر قبولاً اجتماعياً أو متوافقة مع تجربتهن في المنشأة الصحية، تم أخذ هذا الاحتمال في الاعتبار عند تحليل البيانات.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

في هذا الفصل من الدراسة، تم اعتماد استراتيجية بحث منهجية شملت ثلاثة مفاهيم رئيسية: الأول يتعلق بتنظيم الأسرة، حيث تم تضمين مصطلحات مثل "تنظيم الأسرة"، "تحديد النسل"، "وسائل منع الحمل"، "الفجوات بين الولادات"، "التثقيف الجنسي"، و"الحاجة غير الملباة". أما المفهوم الثاني فركز على الأردن كموقع جغرافي للدراسة، بينما تناول المفهوم الثالث الخدمات والسياسات المتعلقة بتنظيم الأسرة، بالإضافة إلى التدخلات، البرامج، والأبحاث ذات الصلة. بناءً على هذه المفاهيم، تم إجراء البحث في قاعدة بيانات PubMed مع حصر النتائج في السنوات السبع الأخيرة، مما أسفر عن العثور على 30 دراسة، وبعد مراجعة العناوين والملخصات تم اختيار 18 دراسة منها، إضافة إلى 4 مصادر من الأدبيات الرمادية وتقنية "Snow Baling"، ليصبح المجموع النهائي 22 دراسة. تهدف هذه المراجعة إلى وضع نتائج الدراسة في سياق الأدلة الأوسع المتوفرة خصيصاً عن الأردن، حيث توفر مراجعة الدراسات السابقة إطاراً أساسياً لفهم كيفية تأثير السياسات الوطنية، وأنظمة تقديم الخدمات، والأعراف المجتمعية، والسلوكيات الفردية على نتائج تنظيم الأسرة. كما تسلط هذه الدراسات الضوء على تجارب مجموعات سكانية محددة وتوثق المبادرات البرمجية الهادفة إلى تحسين الوصول للخدمات وجودة الرعاية، مع تنظيم الأدلة في مجالات موضوعية وتطبيق إطار القدرة على التحكم بتنظيم الأسرة لتحديد الفجوات المستمرة وفرص تعزيز البرامج.

1.2 وثائق السياسات الوطنية

كشفت إستراتيجية البحث عن وثيقتين وطنيتين تكمليتين تشكّلان المشهد الصحي الإنجابي وتنظيم السكان في الأردن ضمن الإطار الأعم وهو إستراتيجية وزارة الصحة 2020-2025 والتي شملت محور خاص بالرعاية الصحية الأولية متضمنة الصحة الإنجابية.

تُعد الاستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030⁽¹⁵⁾، التي أعدها المجلس الأعلى للسكان بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان في الأردن حجر الزاوية لرؤية الإستراتيجية المتمثلة في تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية والجنسية المتكاملة للمساهمة في الوصول إلى رفاه الأفراد والأسر في الأردن، والقائمة على الحقوق عبر أربعة محاور: البيئة الممكنة؛ الخدمات والمعلومات؛ المجتمع؛ والاستدامة والحوكمة، كما تؤسس لأطر متابعة أداء قوية تشمل بطاقات مؤشرات مرجعية، ونظام للرصد والتقييم، ولجان فنية وتوجيهية متعددة القطاعات.

وجدير بالذكر في السياق ذاته أن الأردن في مجال الصحة الإنجابية تأثر بسلسلة من المبادرات الوطنية التي تعكس كلاً من الالتزامات العالمية والواقع المحلي. فقد ظهرت أول سياسة سكانية رسمية في الأردن عام 1993 من خلال اعتماد البرنامج الوطني للمباعدة بين الولادات من قبل اللجنة الوطنية للسكان، والذي كان يهدف إلى تحسين صحة الأم والطفل مع احترام الأبعاد الثقافية والدينية واختيار الأفراد. وتبع ذلك تطوير الإستراتيجية الوطنية للسكان في عام 1996، التي تم تحديثها لاحقاً في عام 2000، ودمجت فيها التوصيات الدولية والإقليمية، وخطط العمل الوطنية للصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة للأعوام 2003-2007 و2008-2012 و2013-2018.

تعزز إستراتيجية الصحة الإنجابية والجنسية الأخيرة للمجلس الأعلى للسكان بشكل رئيسي البيئة الممكنة وأهمية توفير

(15) المجلس الأعلى للسكان، الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية 2020-2030

خدمات ومعلومات صحة إنجابية وجنسية مدمجة ومتكاملة ذات جودة —من خلال توحيد حُزم الخدمات، وضمان الجودة، وتحديد مسارات التمويل، وتعزيز المساواة. ومن خلال استقرار هذه الظروف، يتم توسيع نطاق الخيارات الموثوقة ودعم التنفيذ والاستمرار عبر تقديم خدمات مشورة أفضل وآليات رقابة فاعلة.

مكّماً لذلك، تعتمد الإستراتيجية الوطنية للسكان في الأردن 2021-2030⁽¹⁶⁾ إطاراً ديموграфияً وتخطيطاً كلياً Macro-Planning، يربط بين ديناميات السكان ونتائج التنمية عبر أربعة محاور إستراتيجية: الصحة والصحة الإنجابية؛ الحماية الاجتماعية والاجتماعية الاقتصادية؛ الهجرة واللجوء والأزمات؛ وتمكين المرأة والشباب. وتتوافق الإستراتيجية مع أهداف التنمية المستدامة والإلتزامات الإقليمية، وتستند إلى توقعات قائمة على السيناريوهات (مثل نمو السكان، والقوى العاملة الصحية، والتعليم، والمياه، والطاقة، والإسكان)، والتنبؤ بالتكاليف، وإطار رسمي للرصد والتقييم مرتبط بالقيم الأساسية للمؤشرات وتحقيق المستهدفات.

تؤكد وتعزز الإستراتيجية الوطنية للسكان على تبني سياسات تمكينية، وأنظمة بيانات محدثة، تمويل مستدام، وحوكمة لرصد التقدم وضمان التنسيق بين القطاعات. كما تتوقع احتياجات كبيرة في البنية التحتية الصحية والتعليمية وأسواق العمل وفق سيناريوهات مختلفة لنمو السكان، وتبرز أهمية تحويل الفرص الديموغرافية—مثل زيادة عدد السكان في سن العمل—إلى مكاسب اقتصادية من خلال توسيع مشاركة المرأة في القوى العاملة وتشغيل الشباب.

تصف هاتان الإستراتيجيتان معاً (الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030 والإستراتيجية الوطنية للسكان 2021-2030) مساراً متكاملًا نحو التغطية الصحية الشاملة، والصحة الإنجابية والجنسية القائمة على الحقوق، والتنمية المستندة إلى البيانات السكانية. توفر إستراتيجية الصحة الإنجابية والجنسية البنية السياسية ونماذج تقديم الخدمات التي تُثبت البيئة التمكينية للقدرة على التحكم بتنظيم الأسرة —من خلال حزم خدمات موحدة، وضمان الجودة، ومسارات التمويل، وآليات المساواة. وفي الوقت نفسه، تحدد إستراتيجية السكان حجم وتوقيت الاستثمارات اللازمة للحفاظ على هذه الظروف، مع توقع الاحتياجات من القوى العاملة، والبنية التحتية، والميزانية وفق سيناريوهات ديموغرافية مختلفة. ومن خلال مواءمة التخطيط الديموغرافي مع تقديم الخدمات القائمة على الحقوق، تعزز الإستراتيجيتان مبدأ الخيار المستنير —مما يضمن أن الأفراد، وخاصة النساء والشباب، قادرون على اتخاذ قرارات مستنيرة وطوعية بشأن تنظيم الأسرة ضمن نظام داعم. يعزز هذا النهج المتكامل التنفيذ والاستمرارية والعدالة عبر القطاعات، ويعزز التزامات الأردن تجاه الحقوق الإنجابية والتنمية المستدامة.

2.2 تقديم الخدمات ومزودي الخدمات والنظام الصحي Service Delivery, Providers and Health System

أظهرت الدراسات أن مشهد تنظيم الأسرة يتبلور من خلال تداخل معقد بين توفر الخدمات، وكفاءة مقدمي الخدمات، والفجوات التنظيمية، والأعراف الاجتماعية والثقافية، وتقدم سلسلة من سبع دراسات أجريت بين عامي 2016 و2025 (تاريخ إجراء الدراسات وليس النشر) رؤية متعددة الأبعاد حول كيفية تأثير هذه العوامل على الوصول إلى وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة واستخدامها عبر القطاعات العامة والخاصة والمجتمعية.

تُعد أحدث المساهمات ذات المنهجية المتينة تلك التي قدمها خضر وآخرون (2025) في دراستهم المستعرضة بعنوان "تنظيم الأسرة في الأردن: دراسة مستعرضة حول توفر الخدمات والمعرفة والمواقف لدى النساء".⁽¹⁷⁾ وتتميز هذه

(16) المجلس الأعلى للسكان، الإستراتيجية الوطنية للسكان 2021-2030. <https://www.hpc.org.jo/sites/default/files.2030-2021> كتاب الإستراتيجية النهائية عربي

(17) Khader, Y., Khudair, S. A., Nsour, M., Alyahya, M. S., Badran, E., & AlQutob, R. (2025, August 18). Family planning in Jordan: A cross-sectional study on service availability, knowledge and attitudes among women. *BMJ Public Health*. <https://bmjpublichealth.bmj.com/content/3/2/e002926>

الدراسة بمنهجها المزدوج، حيث دمجت تقييم توفر واستعداد الخدمات (SARA) عبر 40 منشأة في ست محافظات مع مسح شمل 972 امرأة بعد الولادة كن يزرن المراكز الصحية الأولية. تكشف النتائج أنه على الرغم من توفر خدمات تنظيم الأسرة في المراكز الصحية الشاملة والأولية PHC & CPHC، إلا أنها محدودة بشكل كبير في عيادات القرى الصحية، خاصة للمراهقات وغير المتزوجات. كما برزت فجوات التدريب بشكل واضح، خصوصاً في المناطق الريفية، وغياب توفر مجموعة كاملة من وسائل تنظيم الأسرة. وعلى جانب الطلب، تتركز المعرفة حول تنظيم الأسرة حول الحبوب واللولب، مع وعي ومعرفة محدود بالوسائل الحديثة الأخرى. كما تستمر المفاهيم الخاطئة حول التكلفة والسلامة وفعالية وسائل تنظيم الأسرة، ويظل التواصل بين الزوجين منخفضاً حسب ما استنتجت به الدراسة.

وفي السياق ذاته، يوفر مشروع عيادات القرى الصحية، الذي تم تقييمه من خلال الدراسة شبه التجريبية 2025 بعنوان "تأثير مشروع عيادات القرى الصحية على سلوكيات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المناطق الريفية في الأردن: تحليل الفرق-في-الاختلافات"⁽¹⁸⁾، رؤى مهمة حول تقديم خدمات تنظيم الأسرة في المناطق الريفية. أُجريت الدراسة في خمس قرى تدخلية وخمس قرى ضابطة، ووجدت أن دمج الخدمات القائمة في المنشآت مع التوعية المجتمعية أدى إلى زيادة الاستشارات، والوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة، والمشاركة في برامج التثقيف الصحي - على الرغم من أن ارتفاع استخدام وسائل التنظيم الحديثة لم يكن ذا دلالة إحصائية، إلا أن الاتجاهات تشير إلى أن المشاركة المجتمعية يمكن أن تُحدث تغييرات سلوكية على المدى الطويل.

على صعيد الصيدليات والقطاع الخاص: تم استكشاف دور الصيدلة كمقدمي خدمات الخط الأممي في توفير وسائل منع الحمل الطارئة من خلال عدة دراسات، واعتمدت هذه الدراسات على منهجيات مختلفة لدراسة موضوعات متقاربة. حيث كشفت دراسة مبنية على بحث ميداني في سنة 2016 بعنوان "وسائل منع الحمل الطارئة في الأردن: تقييم وعي الصيدلة في قطاع التجزئة، وآرائهم، وتصوّره للحاجة"⁽¹⁹⁾ عن فجوات معرفية واسعة وغموض تنظيمي. وعلى الرغم من غياب منتج مسجل مخصص لمنع الحمل الطارئ في ذلك الوقت، أبدى الصيدلة اهتماماً كبيراً بتوفيره حال الموافقة عليه. ومع ذلك، كانت المواقف متباينة، حيث أثرت المخاوف الأخلاقية والمفاهيم الخاطئة حول آلية عمل وسلامة وسائل منع الحمل الطارئة على سلوك صرفها.

استناداً إلى ذلك، وجدت الدراسة المستعرضة لعام 2022 بعنوان "تقييم وعي الصيدلة المجتمعيين، وتصوّره، ودورهم في توفير وسائل منع الحمل الطارئة في الأردن"⁽²⁰⁾، التي شملت 299 صيدلياً، أنه على الرغم من أن درجات المعرفة كانت مرتفعة نسبياً، إلا أن المفاهيم الخاطئة استمرت، خاصة فيما يتعلق بتأثير وسائل منع الحمل الطارئة على الحمل القائم، ولم تتعد هذه النسبة سوى 38% منهم خبرة سابقة في صرف وسائل منع الحمل الطارئة، لقد أسهم حضور الورش التدريبية بشكل ملحوظ في زيادة احتمالية تقديم هذه الوسائل.

ولاحقاً أُلقت دراسة نوعية أُجريت في عام 2024 بعنوان "تصورات وممارسات الصيدلة المجتمعيين بشأن وسائل منع الحمل الطارئة في الأردن: دراسة نوعية"⁽²¹⁾ المزيد من الضوء على تصورات وممارسات الصيدلة. من خلال مقابلات

(18) Komasa, M., Yuasa, M., Shirayama, Y., Sato, M., Komasa, Y., & Alouri, M. (2019, October 29). Impact of the Village Health Center project on contraceptive behaviors in rural Jordan: A quasi-experimental difference-in-differences analysis. BMC public health.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6820982/>

(19) Mowafi Ieman; Angel M Foster (2019) Emergency contraception in Jordan: Assessing retail pharmacists' awareness, opinions, and perceptions of need <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31655070/>

(20) Evaluating Community Pharmacists Awareness, perception and roles in providing emergency contraceptives in Jordan - ScienceDirect. (n.d.-b). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782424001951>

(21) Jum'Ah D;Binsaleh AY;Shilbayeh SA;Halboup A;Abu-Farha R; Perceptions and practices of community pharmacists regarding emergency contraceptives in Jordan: A qualitative study. African journal of reproductive health. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40135411/>

شبه مقننة مع 20 صيدلياً في عمان وإربد، كشفت الدراسة أن قرارات البيع غالباً ما تتأثر بمظهر العميل، والحالة الزوجية، والإحساس بالمسؤولية. واتسمت ممارسات الإرشاد بكونها استجابية أكثر كونها استباقية، في حين هيمنت الاعتبارات الأخلاقية والدينية على معظم التفاعلات والتجاوبات مع العملاء - زبائن الصيدليات.

سلطت الدراسة الاستكشافية بعنوان "الاستخدامات غير المتوقعة لأقراص منع الحمل الفموية: دراسة استكشافية في الصيدليات المجتمعية الأردنية"⁽²²⁾، التي أُجريت في عام 2020، الضوء على انتشار الاستخدام غير السليم، بما في ذلك الجرعات العالية بعد الجماع والاستخدامات غير المانعة للحمل (استخدام لأغراض غير الغرض الأولي وهو منع الحمل) مثل علاج حب الشباب وغمو الشعر. من بين 380 صيدلياً شملهم الاستطلاع، أفاد 53% بتعرضهم لسوء الاستخدام، و 83% قاموا بصرف أقراص منع الحمل دون وصفة طبية. وبينما قدم معظمهم الإرشاد عند لاشتباه بسوء الاستخدام، تشير النتائج إلى وجود فجوات تنظيمية والحاجة إلى ضوابط أكثر صرامة وتعزيز التدريب.

أخيراً، تضيف الدراسة النوعية التي أجراها النعيمي وآخرون (2020) بعنوان "استئناف الحياة الجنسية والتثقيف الصحي في فترة ما بعد الولادة: من منظور مقدمي الرعاية الصحية الأردنيين"⁽²³⁾ بعداً مهماً لسردية تقديم الخدمات. أُجريت الدراسة من خلال مناقشات جماعية مركزة مع 22 من مقدمي الرعاية الصحية (قابلات، ممرضات، وأطباء نسائية وتوليد) في ثلاث مناطق، واستكشفت الحواجز الثقافية والمهنية والنظامية أمام التثقيف الجنسي بعد الولادة. وكشفت النتائج عن صمت واسع النطاق حول موضوع الجنس بسبب الإحراج، والمحظورات الثقافية، ونقص تدريب مقدمي الخدمات. غالباً ما شعر مقدمو الرعاية الصحية أنه ليس من دورهم بدء المناقشات، وافتقر العديد منهم إلى المعرفة أو الثقة للقيام بذلك. وكانت هيمنة الذكور في اتخاذ القرارات الجنسية موضوعاً متكرراً، حيث غالباً ما تستأنف النساء النشاط الجنسي مبكراً نتيجة لضغط الأزواج.

ومن المهم أن تبرز هذه الدراسة الفرصة الضائعة للإرشاد حول تنظيم الأسرة خلال فترة ما بعد الولادة. فعلى الرغم من أن زيارات ما بعد الولادة تمثل لحظة أساسية لمناقشة وسائل تنظيم الأسرة والحياة الجنسية والنوايا الإنجابية، إلا أن هذه التفاعلات غالباً ما تقتصر على التقييمات الطبية الحيوية، تاركة الجوانب النفسية والاجتماعية والعلاقات المهمة دون معالجة. وتدعو الدراسة إلى تقديم تعليم جنسي منظم خلال الرعاية السابقة للولادة، وإشراك الذكور، واعتماد أساليب تراعي الحساسية الثقافية مثل الاستعانة بالقادة الدينيين أو المنصات الرقمية. كما تؤكد على الحاجة إلى توسيع نطاق رعاية ما بعد الولادة ليشمل الإرشاد الشامل الذي يدعم اتخاذ القرار المستنير والاستقلالية الجسدية.

تشير هذه الدراسات السبع مجتمعة إلى أن مشهد تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل الطارئة في الأردن يتسم بالتجزؤ رغم وجود تطور مستمر. ففي كل من القطاعين العام والخاص - بما في ذلك الصيدليات - تبرز الدراسات قيوداً على قدرة اتخاذ القرار، بما في ذلك نقص المعلومات، وانحياز من قبل مقدمي الخدمات، وضغط الأعراف الاجتماعية، وكذلك على تلبية الطلب عليها، حيث تبقى حواجز تحد وتقيّد دون حصول ذلك في حال اتخاذ القرار، كعدم انتظام توفر الوسائل، والغموض التنظيمي، وغياب الخصوصية عند تقديم الخدمات.

تعتبر دراسة خضر وآخرون (2025) مهمة بشكل خاص للأردن، إذ تربط بين جاهزية المنشآت وتجارب النساء الحياتية، مقدمةً رؤى قابلة للتطبيق في السياسات والبرمجة. وتؤكد دراسات الصيدليات على ضرورة إشراك مقدمي خدمات غير

(22) Barakat M; Al-Qudah R; Akour A; Al-Qudah N; Dallal Bashi YH; (n.d.). Unforeseen uses of oral contraceptive pills: Exploratory study in Jordanian Community pharmacies. PloS one. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33347511/>

(23) Alnuaimi K; Almalik M; Mrayan L; Mohammad K; Ali R; Alshraifeen A; (n.d.). " Resumption of sexuality and health education in postpartum period: From Jordanian Health Care Professionals' perspectives." Journal of sex & marital therapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458741/>

تقليديين في مجال الصحة الإنجابية، في حين يبرز مشروع عيادات القرى الصحية الإمكانيات التي توفرها النهج المجتمعية لتعزيز القدرة على التحكم في السياقات الريفية.

ومن المثير للاهتمام أن كلاً من مشروع عيادات القرى ودراسة خضر وآخرون (2025) ركزا على شمال الأردن، واستخدما نفس مستوى التحليل الذي تم تطبيقه في عيادات القرى الصحية وعلى الرغم من المحدودية الجغرافية وعدم قدرة تعميم التجربة إلا أن الدراستين مهمتان.

توسع دراسة النعيمي وآخرون (2020) من صلة الإطار بالجانب الجنسي بعد الولادة، مبرزاً كيف أن الصمت الثقافي والديناميات السلطوية المرتبطة بالنوع الاجتماعي تقوّض قدرة النساء على اتخاذ قرارات مستنيرة والتنفيذ وفق تفضيلاتهن. كما تكشف الدراسة أن غياب الإرشاد المنظم خلال رعاية ما بعد الولادة يمثل فجوة نظامية وفرصة ضائعة تحد من القدرة على التحكم في وسائل منع الحمل.

لتعزيز القدرة على التحكم في وسائل منع الحمل في الأردن، يجب أن تتماشى الجهود المستقبلية مع تفضيلات الأفراد وحقوقهم، وتعزيز تدريب مقدمي الخدمات عبر القطاعات، ومعالجة الديناميات الاجتماعية والثقافية التي تشكل اتخاذ القرارات الإنجابية. وفقط من خلال هذه الإجراءات يمكن للنظام الصحي دعم النساء والأزواج في اتخاذ قرارات مستنيرة ومستقلة بشأن حياتهم الإنجابية.

3.2 العوامل المجتمعية والفردية المؤثرة Community and Individual Determinants

يُدمج هذا القسم خمس دراسات تمتد بين التحليلات الوطنية والاستقصاءات المجتمعية المركزة. قدمت الدراسة بعنوان "هل مستخدمو وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية في الأردن مختلفون؟" (24) مالك وآخرون (2018) منظوراً وطنياً مبكراً باستخدام بيانات مسح الأردن للسكان والصحة الأسرية 2012. ووجدت الدراسة أنه بينما يميل مستخدمو الوسائل الحديثة إلى أن يكونوا من الحضر، ومتعلمين، وذوي عدد أكبر من الأطفال، إلا أن التعليم لم يظهر كعامل مميز بين مستخدمي الوسائل الحديثة والتقليدية. وهذا يقترح أن متغيرات أخرى—مثل المنطقة، العمر، وتفضيلات الزوج—تلعب دوراً أكثر حسماً في اختيار الوسيلة.

ومع ذلك، تظهر الدراسة الأحدث بعنوان "العوامل المحددة لاستخدام لوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في الأردن" (2020) (25)، المعتمدة على بيانات مسح الأردن للسكان والصحة الأسرية 2017-2018، أن التعليم له ارتباط واضح وإيجابي ثابت مع استخدام وسائل منع الحمل الحديثة عبر جميع النماذج الثلاثة المختبرة (اللواتي يستخدمن وسائل حديثة واللواتي يستخدمن التقليدية واللواتي لا يستخدمن). وكانت النساء المتعلّمت، وكذلك اللواتي كان أزواجهن متعلمين، أكثر احتمالاً بشكل ملحوظ لاعتماد الوسائل الحديثة. وقد يعكس هذا التحول في النتائج تغير الأعراف الاجتماعية، وتحسن الوصول إلى المعلومات، وزيادة الاستقلالية بين النساء المتعلّمت في السنوات الأخيرة. وتسلط الدراسة الضوء أيضاً على عوامل رئيسية أخرى تحدد استخدام وسائل منع الحمل الحديثة، منها: السكن في المناطق الحضرية، عدد الأطفال الأكبر، التعرض لرسائل تنظيم الأسرة، واتخاذ القرار المشترك مع الزوج. وتشير هذه العوامل مجتمعة إلى أهمية كل من العوامل الهيكلية والممارسات الشخصية في تشكيل سلوك استخدام وسائل تنظيم الأسرة. في المناطق الريفية، توفر الدراسة بعنوان "الطلب على تنظيم الأسرة الذي يتم تلبيته بالوسائل الحديثة بين النساء

(24) Al-Maliki Mona, Sultan, M., & Mssarawh, I. (2018). Are users of modern and traditional contraceptive methods in Jordan different? Eastern Mediterranean Health Journal, 24(6), 521–530. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972232/>

(25) Sara Riese1,2 Christina Juan1,2 (2020) Determinants of Modern Contraceptive Use in Jordan: Further Analysis of the Jordan Population and Family Health Survey 2017-18 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FA140/FA140.pdf>

المتزوجات في سن الإنجاب في المناطق الريفية بالأردن (2020)⁽²⁶⁾ روى إضافية. أُجريت الدراسة في محافظة إربد، ووجدت أن 54.7% فقط من النساء اللاتي حُدِدت حاجتهن لمنع الحمل تم تلبية طلبهن بالوسائل الحديثة. وكانت أقوى العوامل المتنبئة هي موافقة الزوج، والمعرفة بالوسائل الحديثة، وتلقي الإرشاد في المراكز الصحية. وتبرز هذه النتائج الدور الحاسم لمشاركة الرجال والتعليم المستهدف في المناطق الريفية، حيث يكون الوصول محدودًا غالبًا بينما يكون الوعي بالخدمات مرتفعًا.

في دراسة أخرى تم استكشاف البعد النفسي الاجتماعي لاستخدام وسائل منع الحمل في الدراسة بعنوان "العنف ضد النساء وتأثيراته على الصحة الإنجابية والاكنتاب لدى النساء" (2021)⁽²⁷⁾. أُجريت في عينة مستشفى- شملت 300 امرأة متزوجة، تم توثيق مستويات عالية من العنف النفسي والعنف لبط السيطرة والتحكم، حيث أظهرت 50% من المشاركات أعراضًا ملحوظة للاكتئاب. وعلى الرغم من أن العنف لم يُظهر ارتباطًا قويًا بالاستخدام العام لوسائل تنظيم الأسرة، إلا أنه ارتبط بانخفاض استخدام طرق الوعي بالخصوبة وزيادة في الإجهاد (تاريخ المريضة في عدد الإجهادات). وتشير هذه النتائج إلى أن العنف قد لا يؤثر بشكل مباشر على ما إذا كانت النساء يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة—وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة "العوامل المحددة لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في الأردن" (2020) أنفة الذكر—ولكنه يؤثر على كيفية استخدامهن لها، والوسائل التي يختارنها، وما إذا كن يشعرن بالأمان والدعم في قراراتهن الإنجابية.

تضيف دراسة "هل تؤثر الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة على جودة حياة النساء؟" (2019)⁽²⁸⁾ بعدًا مهمًا لفهم سلوك استخدام وسائل منع الحمل. أُجريت الدراسة على 548 امرأة استخدمن الوسائل الحديثة بمتوسط خمس سنوات، وقيمت جودة الحياة عبر المجالات البدنية والنفسية والاجتماعية والبيئية. ووجدت الدراسة أن اختيار الوسيلة يؤثر بشكل كبير على الرفاهية؛ حيث أبلغ مستخدمو اللولب عن صحة بدنية أفضل، في حين شهدت النساء اللواتي استخدم أزواجهن الواقي الذكري جودة حياة نفسية واجتماعية أعلى. أما التعقيم، فارتبط بانخفاض الدرجات في جميع المجالات. وتبرز هذه النتائج أهمية الإرشاد المرتكز على المريض patient-centered counseling واتخاذ القرار المشترك، إذ يمكن لتجربة استخدام الوسيلة أن تؤثر بشكل كبير على الرضا والاستمرار والرفاهية العامة.

4.2 الفئات الخاصة

اللاجئون Refugees

يعتمد هذا التفرع عن الفئات الخاصة على ثلاث دراسات تناولت الوصول إلى الصحة الإنجابية والجنسية (SRH) والقدرة على التحكم في وسائل منع الحمل بين السكان اللاجئين في الأردن. أولهما مراجعة منهجية للأدبيات أجراها أميري، الموفافي، شاهين، يوسف وكبيسي (2020) بعنوان "لمحة عامة عن الوضع الصحي الجنسي والإنجابي وتقديم

(26) Komasa M; Yuasa M; Shirayama Y; Sato M; Komasa M; Alouri M; (2020). Demand for family planning satisfied with modern methods and its associated factors among married women of reproductive age in rural Jordan: A cross-sectional study. PLoS one. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32187224/>

(27) Damra J; Abujbran S.; (2021). Violence against women and its consequences on women's reproductive health and depression: A Jordanian sample. Journal of interpersonal violence. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673301/>

(28) Alyahya MS; Hijazi HH; Alshraideh HA; Al-Sheyab NA; Alomari D; Malkawi S; Qassas S; Darabseh S; Khader YS; (2019). Do modern family planning methods impact women's quality of life? Jordanian women's perspective. Health and quality of life outcomes. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615524/>

الخدمات بين اللاجئين السوريين في الأردن، بعد تسع سنوات من الأزمة⁽²⁹⁾ شملت 19 ورقة بحثية ودراسة وتقرير متضمنة وثقتين للمجلس الأعلى للسكان، هما "خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للسوريين المقيمين خارج المخيمات في الأردن"⁽³⁰⁾ و "الأجندة الأردنية لمنصة المعرفة الخاصة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية"⁽³¹⁾. كشفت هذه المراجعات عن وجود حواجز مستمرة أمام الوصول إلى الصحة الإنجابية والجنسية واستخدامها، خاصة خارج المخيمات. وشملت هذه الحواجز فجوات في المعلومات حول العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وانتشار الزواج المبكر، وضعف المعرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والتغطية غير الكافية للأمراض المنقولة جنسياً HIV، وصعوبات في تنفيذ الحزمة الأولية الدنيا للخدمات الإنجابية والجنسية (MISP). وأكدت المراجعة على هشاشة البيئة الميسرة ودعت إلى تحسين التنسيق، وتدريب مقدمي الخدمات، وتعزيز المشاركة المجتمعية.

وكما أجرى مسح ميداني في المخيمات في سنوات (2016-2017) بعنوان "العوائق أمام استخدام أقراص منع الحمل الفموية بين النساء اللاجئات في المخيمات، الأردن"⁽³²⁾ شمل 425 امرأة سبق لهن استخدام أقراص منع الحمل. وسجل المسح مستوى منخفض من المعرفة بالاستخدام الصحيح (21.2% فقط)، ومعدل حمل بلغ 10.6% أثناء استخدام الأقراص، وتبلغ عالي عن الآثار الجانبية حوالي (75%). وكانت المعرفة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتعليم والتعرض للمعلومات، مما كشف عن فجوات كبيرة في معرفة الوسيلة والحاجة إلى تعليم مخصص ومتابعة مستمرة.

أخيراً، أجرى بيرس (2019) تحليلاً ثانوياً لبيانات مسح الأردن للسكان والصحة الأسرية 2012 (JPFHS) في الدراسة بعنوان "استخدام خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بين اللاجئين في الأردن: الدعم المؤقت والعنف الأسري"⁽³³⁾. وقارنت الدراسة بين مستخدمي الأونروا ومقدمي الخدمات الآخرين، وبين المقيمين في المخيمات وغير المقيمين. وعلى الرغم من أن عملاء الأونروا تمتعوا بوصول أفضل إلى خدمات تنظيم الأسرة والإرشاد، إلا أنهم أبلغوا أيضاً عن تعرض أكبر للعنف الأسري، مما يبرز التوتر بين تحسين تقديم الخدمات واستمرار الهشاشة الاجتماعية.

الخلاصة، استناداً إلى الدراسات السابقة في عموم فئة اللاجئين، غالباً ما تكون الشروط المسبقة للقدرة على التحكم في وسائل تنظيم الأسرة — ونعني بذلك المعلومات الموثوقة وتوفر الوسائل بشكل مستمر — غير مستقرة (غير متوفرة بشكل مستمر ومتسق). كما تتعرض البيئة الميسرة لمزيد من الإضعاف بسبب مشاكل في الوثائق الرسمية، وقيود التنقل، ومخاطر السلامة. وحتى عند تحسن الوصول إلى الخدمات، أنه يحدث تقلص في الخيارات والديمومة بسبب التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وعدم الاستقرار الاقتصادي، وضبابية ولبس في الحقوق للوصول الأمن للمرافق الصحية.

ويلاحظ أنه مع وجود وافر دراسات حول اللاجئين وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية في الدراسات التي تم ذكرها، إلا أنه مازالت هناك فجوات أدبية: حيث أطرّت دراسات الإنجاب ووسائل تنظيم الأسرة بين اللاجئين في الأردن في سياق الهشاشة والعوز — مبررةً بذلك ارتفاع الحاجة غير الملباة، وارتفاع معدلات الإنجاب الكلية، وضعف الوصول إلى

(29) Amiri M; El-Mowafi IM; Chahien T; Yousef H; Kobeissi LH; (n.d.). An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: A systematic literature review. Reproductive health, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33115474/>

(30) Higher Population Council of Jordan. (2016). Reproductive health services for Syrians living outside the Camps...

[https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/Reproductive Health Services for Syrians Living Outside Camps in Jordan.pdf](https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/Reproductive%20Health%20Services%20for%20Syrians%20Living%20Outside%20Camps%20in%20Jordan.pdf)

(31) King Hussien Foundation & Higher Population Council (2015, August). Jordan agenda setting for sexual and reproductive Share-Net International.

https://haqqi.s3.eu-north-1.amazonaws.com/2020-08/HAQQI_Annex-9-Jordan-agenda-setting.pdf

(32) Sanaa Bardawaa & others (2019). Impediments to use of oral contraceptives among refugee women in camps Jordan. Women & health.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30040539/>

(33) Pierce, H. (2019). Reproductive Health Care Utilization among refugees in Jordan: Provisional support and domestic violence. Women's health

(London, England). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6681265/>

وسائل تنظيم الأسرة، وغالبًا ما تشكل هذه العوامل حسب هذه الدراسات بالتفاعل مع الأعراف الثقافية المقيدة. وتكمن الفجوة في الأدبيات المذكورة آنفًا - بمسألة كيفية تأثير التهجير والتجربة الحياتية للاجئين على تفضيلات الإنجاب واتخاذ القرارات الإنجابية، خصوصاً مع ارتفاع معدل الإنجاب تحديداً للاجئين السوريين الذي بلغ 4.9 في المخيمات و3.9 خارجها، مما يشكل فرقاً جسيماً مع المجتمعات المضيفة، ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة بالنظر إلى أن 49.4% من اللاجئين السوريين في الأردن دون سن 18 عاماً⁽³⁴⁾ ما يعني أن معظمهم وُلد في الأردن .

وبأتي هنا دور مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 ليشكل تقدماً مهماً من خلال تفصيل البيانات حسب أربع فئات حسب الجنسية: الأردنيون، السوريون المقيمون داخل المخيمات، السوريون المقيمون خارج المخيمات، والجنسيات الأخرى. ويتيح هذا التفصيل إجراء مقارنات أكثر دقة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية والوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى تجارب العنف القائم على النوع الاجتماعي. على سبيل المثال، أفادت 18.3% من السيدات الأردنيات بتعرضهن للعنف الجسدي أو الجنسي أو النفسي خلال الـ 12 شهراً الماضية من قبل أزواجهن الحالي أو الأخير، مقارنةً بـ 12.3% بين السيدات السوريات، منها 10.8% داخل المخيمات و12.6% خارجها.

ومن المثير للاهتمام والمفاجئ كذلك أن اللاجئين السوريين في المخيمات أظهروا مؤشرات أقوى على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن وسائل منع الحمل، بما في ذلك تسجيلهم درجات أعلى في مؤشر معلومات الوسائل (Method Information Index) ووعي أكبر بخيارات التبديل بين الوسائل. وتشير نتائج مكملة من مسح الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها (HAUS) لعام 2024 إلى أن 97% من اللاجئين راضون عن خدمات تنظيم الأسرة، كما أن تشكيلة الوسائل لديهم أكثر تنوعاً مقارنةً بالمجتمعات المحلية بالاعتماد على النتائج الوصفية

وبذلك، على الرغم من تحسّن الوصول إلى الخدمات وجودتها أو ضعفها - وهي السمة الوحيدة التي ركّزت عليها الأدبيات السابقة - يبقى فهمنا محدوداً لكيفية تأثير المعايير الجندرية والتوقعات الثقافية والأثر النفسي والاجتماعي للنزوح على سلوكيات الصحة الجنسية والإنجابية في البيئات الإنسانية. ومن هنا تبرز الحاجة الملحة لاستكشاف أثر تقاطع المعايير الجندرية وتجربة اللجوء والنزوح في تشكيل القرارات الإنجابية.

الشباب Youth

يعتمد هذا التفرع عن الفئات الخاصة على دراستين. تناولت الدراسة الأولى، بعنوان “تحليل واقع أبحاث وبرامج وسياسات تنظيم الأسرة الموجهة للشباب في الأردن” من إعداد Gausman وآخرين (2020)⁽³⁵⁾، استخدمت مراجعة منهجية لـ 37 وثيقة إلى جانب مشاورات مع أصحاب المصلحة من 18 منظمة لتقييم حالة برامج تنظيم الأسرة الموجهة للشباب في الأردن. حيث كشفت الدراسة أن الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 10-24 عاماً يواجهون حواجز كبيرة في الوصول إلى معلومات وخدمات تنظيم الأسرة. على المستوى الفردي، كانت معرفة الشباب بأساليب منع الحمل وتنظيم الأسرة ومواقع الخدمات محدودة، مع ميل للثقة بالمصادر المجتمعية أكثر من المنصات الرقمية. كما أن المعايير الاجتماعية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والإنجاب تقيد مشاركة الذكور، كما يُوصم الشباب غير المتزوجين الذين يسعون للحصول على خدمات الصحة الإنجابية.

(35) Who Emro | Landscape Analysis of family planning research, programmes and policies targeting young people in Jordan: Stakeholder assessment and systematic review | volume 26 issue 9 | EMHJ volume 26 2020. (2020). <https://www.emro.who.int/emhj-volume-26-2020/volume-26-issue-9/landscape-analysis-of-family-planning-research-programmes-and-policies-targeting-young-people-in-jordan-stakeholder-assessment-and-systematic-review.html>

تبين أن نظم تقديم الخدمات غير ملائمة لاحتياجات الشباب، مع مشكلات مثل ضعف الخصوصية، وطول أوقات الانتظار، ومتطلبات الوثائق وهي عوامل تشكل عائقًا خاصًا أمام الشباب اللاجئين. وغالبًا ما تشير وثائق السياسات إلى موضوع الصحة الإنجابية والجنسية للشباب، لكنها تفتقر إلى خطط تنفيذ قابلة للتطبيق ومؤشرات قياس واضحة، كما أن بعض الأحكام القانونية (مثل موافقة الوالدين أو تصاريح الزواج) تعيق الوصول فعليًا. حددت الدراسة ثلاث فرص رئيسية: تطوير نماذج خدمات صديقة للشباب Youth-friendly services، دمج تنظيم الأسرة ضمن برامج أوسع لتنمية الشباب، وتطبيق معايير متسقة مع آليات قوية للرصد والتقييم.

الدراسة الثانية، بعنوان "استكشاف الفجوات والعوامل المؤثرة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الشباب اللاجئين السوريين: أدلة من دراسة ذات منهجيات مختلطة في الأردن"⁽³⁶⁾ (2025)، ركزت على الشباب المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 عامًا، مستخدمةً أساليب كمية ونوعية لفحص استخدام وسائل منع الحمل في المخيمات، والمجتمعات المضيفة، والمخيمات غير الرسمية informal tented settlements. شمل الجانب الكمي 313 فتاة شابة متزوجة سابقًا (272 سورية، 41 أردنية)، بينما ضم الجانب النوعي 117 مقابلة معمقة، و12 مجموعة تركيز مع مقدمي الرعاية، و24 مقابلة مطلعين informants رئيسيين. (تم جمع البيانات من خلال مسح مقطعي تابع تم تنفيذه خلال 2022-2023، ضمن المشروع الطولي/التتبعي عن النوع الاجتماعي والمراهقة: الأدلة العالمية (GAGE)، وأظهرت النتائج أن الشباب الأردني سجلوا معدل استخدام أعلى لوسائل منع الحمل (63.4%) مقارنةً باللاجئين السوريين (42.8%). مع تسجيل السوريين في المجتمع المضيف أعلى معدلات استخدام، وسكان المخيمات أدنى معدلات. وقد هيمنت الحبوب ووسيلة الانسحاب على مزيج الوسائل المستخدمة، بينما كان استخدام اللولب منخفضًا بشكل ملحوظ بين السوريين. كما بينت التحليلات الإحصائية اللوجستية متعددة المتغيرات إلى أن مكان الإقامة، والتعليم، وعدد الأطفال، والتعايش مع الزوج كانت عوامل متنبئة مهمة بالاستخدام، وفي المقابل لم يظهر لكل من السن عند الزواج، ومؤشر الرفاه، والفارق العمري بين الزوجين أثر يعتد به.

وسلّطت البيانات النوعية الضوء على حواجز تشمل قيود التنقل داخل المخيمات، وقوة المعايير المجتمعية المؤيدة للإنجاب، وانتشار المعلومات المغلوطة حول الآثار الجانبية، وإلى جانب الضغوط الاقتصادية التي جعلت فترات تباعد الولادات مرغوبة أكثر. ومن المهم أن الدراسة لاحظت أن بعض حالات عدم الاستخدام كانت مقصودة ومتسقة ثقافيًا، وهو ما يعقد تفسير مفهوم الحاجة غير الملابة.

تكشف الدراستان أن الشباب في الأردن — وبخاصة الشباب اللاجئ — يواجهون شروطًا محدودة لممارسة القدرة على استخدام وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة، بما في ذلك الوصول المحدود إلى المعلومات الدقيقة، والخصوصية، ونقاط الخدمة الصديقة للشباب. كما أن قدرتهم على التفاوض بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة مقيدة بالوصم الاجتماعي، والمعايير المقيدة، والحواجز القانونية، في حين يضعف التنفيذ ما هو مأمول، بسبب ضعف جودة الخدمات، ونقص المتابعة، والتوفر المحدود للوسائل.

وتؤكد الدراسات على الحاجة إلى تدخلات متعددة المستويات وحساسة ثقافيًا، تدمج تنظيم الأسرة ضمن برامج أوسع لتنمية الشباب وبرامج الصحة الإنجابية والجنسية، وتوسع الوصول إلى المناطق المهمشة، وتشرك قادة المجتمع لتغيير المعايير السائدة. ويعد تعزيز البيئة المهيئة من خلال إصلاح السياسات، وتوحيد معايير الخدمة، والاستثمار المستهدف في البنية التحتية الصديقة للشباب أمرًا أساسيًا لضمان قدرة الشباب في الأردن — بغض النظر عن حالتهم الزوجية أو وضع اللجوء — على اتخاذ قرارات مستنيرة ومستقلة بشأن صحتهم الإنجابية.

(36) Luckenbill, S., Baird, S., Alheiwidi, S., & Jones, N. (2025, July 25). Exploring disparities and drivers of contraceptive use among Syrian refugee youth: Evidence from a mixed-methods study in Jordan - conflict and health. BioMed Central. <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/article/s/10.1186/s13031-025-00690-0#:~:text=Results,both%20refugee%20status%20and%20residence> .

5.2 الابتكار البرامي والمنصات المجتمعية Programmatic Innovation and Community Platform

يضم هذا القسم دراستين، الأولى بعنوان "تدخلات تنظيم الأسرة في الأردن: مراجعة استكشافية" (37) من إعداد الحموي وآخرين (2023)، وتقدم رسمًا شاملاً لمبادرات تنظيم الأسرة التي تم تنفيذها بين 2010 و2022. واعتمدت المراجعة على كل من الأدبيات المحكمة والأدبيات الرمادية (peer-reviewed and gray literature)، وحددت مجموعة واسعة من التدخلات التي تستهدف مقدمي الخدمات، والمجتمعات، والمستفيدين. ومن خلال هذه المراجعات، أظهرت عدة دراسات معنية بقياس مخرجات التدخلات وما صاحبها من ابتكارات في مجال تنظيم الأسرة نتائج إيجابية.

ففي إحدى الدراسات، أدى التواصل مع القادة الدينيين في محافظة إربد إلى زيادة في الوعظ المتعلق بتنظيم الأسرة وتحسن ملحوظ في المعرفة العامة حول الموضوع. ومع ذلك، لم تُترجم هذه الرسائل إلى تغييرات سلوكية ملموسة على مستوى المجتمع، حيث كانت الاستجابة السلوكية غير متسقة أو دون المستوى المأمول مقارنة بالتحسن المعرفي. كما أظهرت دراسة أخرى، تناولت برامج التحضير للولادة المقدمة عبر مراكز صحة الأم والطفل، نتائج واعدة في تعزيز الرضاعة الطبيعية الحصرية وبناء الثقة بين النساء ومقدمي الخدمات الصحية. إلا أن العوائق اللوجستية، مثل صعوبة التنقل والحاجة إلى موافقة الزوج، وقد أسهمت هذه العوامل في تقييد الوصول إلى هذه البرامج.

وفي دراسة ثالثة، أدى التعليم الذي يقوده الصيادلة حول وسائل منع الحمل الفموية في تحسين المعرفة والمواقف تجاه استخدامها، غير أنه لم يفض إلى تغييرًا سلوكيًا مستدامًا - وقد تم التطرق إلى هذه الدراسة في تقريرنا ضمن قسم تحت نتائج إستراتيجية البحث.

وأخيرًا، كشفت ورقة بحثية أخرى أن التدخلات الاستشارية، وخصوصًا تلك التي تشمل الأزواج، كانت مرتبطة بزيادة استخدام الوسائل الحديثة لتحسين تنظيم الأسرة، كما ساهمت في تعزيز التواصل بين الزوجين.

ورغم هذه الاتجاهات الإيجابية، تبرز المراجعة استمرار وجود فجوات مستمرة في عالم التنفيذ، ولا سيما فيما يتعلق بتنظيم الأسرة خلال مرحلة ما بعد الولادة، ودمج الصحة الرقمية، والمشاركة المجتمعية. ويدعو المؤلفون إلى إجراء تقييمات أكثر صرامة ومستندة إلى النظريات بما يوجه توسيع نطاق التدخلات ويعزز اتساق وتوافق السياسات.

الدراسة الثانية، بعنوان "تطبيق هاتف محمول تفاعلي لتحسين خدمات تنظيم الأسرة في الأردن: دراسة شبه تجريبية" (2024) (38)، تقدم الدراسة تقييمًا مركزيًا لتدخل رقمي في مجال الصحة، صُمم لتعزيز استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد الولادة، أُجريت الدراسة في مستشفى الجامعة الأردنية، وشملت 274 أمًا بعد الولادة، تم توزيعهن عشوائيًا على مجموعتين: مجموعة تلقت الاستشارات الروتينية، وأخرى تلقت الاستشارات بالإضافة إلى إمكانية الوصول إلى تطبيق هاتف محمول مخصص لتنظيم الأسرة.

ساهم التطبيق في تعزيز التبني المبكر للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، إذ سجل فروق ذات دلالة إحصائية كبيرة بعد ستة أسابيع من الولادة في معدل استخدام الوسائل وثقة المشاركات في قدرتهن على اتخاذ القرار. وعلى الرغم من أن معدلات الاستمرار لمدة ستة أشهر لم تُظهر فروقًا ذات دلالة إحصائية في نوع الوسائل المستخدمة، أفادت مستخدمات التطبيق بانخفاض مستوى الصراع في اتخاذ القرار وارتفاع مستوى الرضا، لا سيما بفضل ميزة التواصل مع المستشارة عبر تطبيق واتساب WhatsApp. كما عاد نحو 30% من المشاركات لاستخدام التطبيق بعد الخروج من المستشفى،

(37) AlHamawi, R., Khader, Y., Al Nsour, M., AlQutob, R., & Badran, E. (2023). Family planning interventions in Jordan: A scoping review. Women's health (London, England). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10154992/>

(38) Suha Tailakh, Asma Basha, Rawan Salem Kasassbeh, (2024) Interactive Mobile Phone Application for Better Family Planning Services in Jordan: A Quasi-experimental Study, *Interactive Mobile Phone Application for Better Family Planning Services in Jordan: A Quasi-experimental Study*

مما يشير إلى استمرارية التفاعل.

وتبرز الدراسة إمكانيات الأدوات الرقمية المتكيفة ثقافياً، والقابلة للاستخدام دون اتصال بالإنترنت، في توسيع نطاق الاستشارات المتعلقة بتنظيم الأسرة خارج البيئات السريرية، خصوصاً في السياقات التي تعيق فيها قيود النقل والوصول للمتابعة. ومع ذلك، فإن إمكانية تعميم النتائج تبقى محدودة نظراً لتصميم الدراسة في موقع واحد واعتمادها على عينة مفرداتها متاحة single-site design and convenience sampling.

تكشف الدراسة عن تركيز مشترك على تعزيز المتطلبات المسبقة لاتخاذ قرار مستنير — وهي: إتاحة الوصول إلى معلومات دقيقة، وتقديم استشارات عالية الجودة، وتوفير تعددية في منصات تقديم الخدمة. تبين المراجعة الاستكشافية أن للتدخلات المجتمعية والمبادرات التي يقودها مقدمو الخدمات قدرة أن تبني المعرفة الأساسية والثقة، فيما تُظهر دراسة التطبيق المحمول كيف يمكن للأدوات الرقمية الحد من صراع والحيرة في القدرة على اتخاذ القرار وتعزز استمرارية الاستخدام.

تُسهم الدراستان في رفع جودة الاختيار والتفاوض، ولا سيما من خلال تعزيز التواصل بين الزوجين وترسيخ المشاركة الحساسة ثقافياً. ومع ذلك، ما تزال القيود الهيكلية كالتكلفة، وانحياز مقدمي الخدمات، والحواجز اللوجستية، عوائق أمام التنفيذ الفعال. وتوفر الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية بيئة داعمة قوية لتوسيع هذه الابتكارات، لكن ينبغي أن تركز الجهود المستقبلية على التدخلات بعد الولادة، وتصاميم تقييم صارمة، ودمج المنصات الرقمية والمجتمعية لضمان تمكين جميع الشباب في الأردن من اتخاذ قرارات مستنيرة ومستدامة بشأن تنظيم الأسرة بشكل عادل ومنصف.

ويذكر أن الأردن ومصر بالمقارنة مع بقية الدول العربية يعتبران من أكثر الدول توثيقاً لهذه التدخلات والبرامج التي لها آثار إيجابية في وسائل تنظيم الأسرة، حيث تفحص وثيقة Family planning interventions across the League of Arab States كذلك هذه المقاربات والتي تم ذكرها انفاً⁽³⁹⁾.

(39) Sara Luckenbill, Sarah Baird, Sarah Alheiwidi & Nicola Jones (2025) Family planning interventions across the League of Arab States: a regional scoping review <https://academic.oup.com/inthealth/advance-article/doi/10.1093/inthealth/ihaf055/8131809>

الفصل الثالث

نتائج التحليل الكمي

يهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج المستخلصة من التحليل الكمي للبيانات، ويقدم صورة واضحة حول الأنماط والاتجاهات والعلاقات بين المتغيرات المدروسة المرتبطة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة. يركز الفصل على تقديم المعلومات بشكل موضوعي ومرتب وفق محورين رئيسيين هما استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة، مع إبراز النتائج المهمة التي تساعد في الإجابة على أسئلة البحث أو اختبار الفرضيات، دون الخوض في مناقشتها أو تفسيرها بالتفصيل، إذ سيتم تناول ذلك في الفصل المخصص للمناقشة والتحليل.

1.3 استخدام وسائل تنظيم الأسرة

1.1.3 النتائج التفصيلية لاختبارات مربع كاي للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة

1. مستوى التعليم

يُبين الجدول (1) العلاقة بين مستوى التعليم والاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها بين النساء المتزوجات ($N=10743$)، حيث تم احتساب النسب على أساس عامودي؛ أي أن كل عمود يمثل 100% من فئة الاستخدام (عدم الاستخدام، الوسائل التقليدية، الوسائل الحديثة)، وتوزعت هذه النسبة على مستويات التعليم المختلفة، وهو ما يسمح بفهم التركيب التعليمي داخل كل نمط من أنماط الاستخدام.

أولاً: عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة

يُظهر العمود الخاص بعدم الاستخدام أن الغالبية العظمى من غير المستخدمات هن من ذوات التعليم الثانوي، إذ شكّلت هذه الفئة ما نسبته 56.5% من إجمالي غير المستخدمات. تلتها النساء ذوات التعليم العالي بنسبة 33.0%، بينما جاءت نسب غير المستخدمات من ذوات التعليم الابتدائي (7.3%) وبدون تعليم (3.2%) منخفضة نسبياً. يشير هذا التوزيع إلى أن عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة لا يقتصر على الفئات الأقل تعليمًا، بل ينتشر بشكل كبير أيضاً بين النساء ذوات المستويات التعليمية المتوسطة والعالية، ما يعكس تعقيد العوامل المؤثرة في قرار عدم الاستخدام، والتي لا تقتصر على نقص التعليم فقط.

ثانياً: استخدام الوسائل التقليدية

فيما يتعلق بالوسائل التقليدية، يتضح نمط مشابه، حيث شكّلت النساء ذوات التعليم الثانوي النسبة الأكبر من مستخدمات هذه الوسائل بنسبة 55.3%، تليهن النساء ذوات التعليم العالي بنسبة 40.1%. في المقابل، كانت نسبة استخدام الوسائل التقليدية بين ذوات التعليم الابتدائي (3.4%) وبدون تعليم (1.3%) محدودة جداً. ويشير هذا التوزيع العامودي إلى أن الاعتماد على الوسائل التقليدية يتركز بشكل أساسي بين النساء الأكثر تعليمًا، وليس بين الفئات الأقل تعليمًا كما قد يُفترض تقليدياً.

ثالثاً: استخدام الوسائل الحديثة

أما بالنسبة لاستخدام الوسائل الحديثة، فقد سجلت النساء ذوات التعليم الثانوي أعلى نسبة أيضاً، إذ شكّلت 58.0% من إجمالي مستخدمات الوسائل الحديثة. تليهن النساء ذوات التعليم العالي بنسبة 34.2%، ثم ذوات التعليم الابتدائي بنسبة 6.0%، وأخيراً النساء بدون تعليم بنسبة 1.8% فقط. ويُظهر هذا التدرج بوضوح أن استخدام الوسائل الحديثة

يرتبط إيجابياً بارتفاع المستوى التعليمي، مع تمثيل ضعيف جداً للنساء الأقل تعليمياً ضمن هذه الفئة. عند مقارنة الأعمدة الثلاثة، يتضح أن النساء ذوات التعليم الثانوي يشكّلن الكتلة الأكبر في جميع أنماط الاستخدام، سواء عدم الاستخدام أو استخدام الوسائل التقليدية أو الحديثة، وهو ما يعكس التركيبة التعليمية العامة للعينة من جهة، ومن جهة أخرى يبرز أن التعليم الثانوي يُمثّل نقطة محورية في أنماط السلوك الإنجابي. في المقابل، يظهر التعليم العالي بوضوح كعامل مرتبط بزيادة الاعتماد على الوسائل الحديثة مقارنة بعدم الاستخدام أو الوسائل التقليدية، في حين تظل النساء الأقل تعليمياً ممثلات بنسبة محدودة جداً في جميع أنماط الاستخدام، وبشكل خاص في استخدام الوسائل الحديثة.

خلاصة تحليل الجدول

تشير هذه النتائج، مع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة العامودية للنسب، إلى أن مستوى التعليم يلعب دوراً محورياً في تشكيل نمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ليس فقط من حيث الانتقال من عدم الاستخدام إلى الاستخدام، بل أيضاً من حيث نوع الوسيلة المستخدمة. وتبرز أهمية التعليم، خاصة التعليم العالي، في تعزيز استخدام الوسائل الحديثة، في حين يكشف الانتشار الواسع للوسائل التقليدية بين النساء المتعلّمات عن الحاجة إلى تدخلات نوعية تتجاوز مجرد رفع المستوى التعليمي، وتركّز على جودة الإرشاد، وتوسيع الخيارات، ومعالجة المخاوف والتفضيلات المرتبطة باستخدام الوسائل الحديثة. وأكد اختبار كاي تربيع (Chi-Square Test) هذه العلاقة بين مستوى التعليم والاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة؛ حيث كانت قيمة بيرسون ($\chi^2(6) = 99.0$)، وكانت نتيجة اختبار F للتصميم ($5.56, 5222.28$)، $7.9831 = P$ ، مع قيمة احتمالية $P = 0.00$ ، مما يشير إلى دلالة إحصائية قوية للعلاقة بين المتغيرين.

الجدول (1): العلاقة بين مستوى التعليم والاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

مستوى التعليم	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
بدون تعليم	3.2%	1.3%	1.8%	2.2%
ابتدائي	7.3%	3.4%	6.0%	5.9%
ثانوي	56.5%	55.3%	58.0%	56.8%
عالي	33.0%	40.1%	34.2%	35.1%
	100%	100%	100%	100%
Pearson $\chi^2(6) = 99.0$, $F(5.56, 5222.28) = 7.9831$, $P = 0.00$, $N=10,743$				

2. الحالة الوظيفية الحالية

يُظهر الجدول (2) العلاقة بين الحالة الوظيفية الحالية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، مع احتساب النسب على أساس عامودي بحيث يمثل كل عمود 100%. وتشير النتائج إلى تقارب كبير في توزيع الحالة الوظيفية عبر جميع أنماط الاستخدام، إذ شكّلت النساء غير العاملات الغالبية في فئات عدم الاستخدام (87.0%)، واستخدام الوسائل التقليدية (85.6%)، واستخدام الوسائل الحديثة (87.4%)، مقابل نسب محدودة للنساء العاملات حالياً تراوحت بين 12.6% و14.4%. ويعكس هذا التشابه أن الحالة الوظيفية لا تُميز بين أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وهو ما تؤكده النتائج الإحصائية، حيث لم تُظهر اختبارات الدلالة وجود علاقة معنوية بين المتغيرين ($\chi^2(2) = 4.6061$; F المعدل لتصميم العينة = 1.0942; $P = 0.3341$). وتشير هذه النتائج إلى أن الفروق المرصودة تعكس التوزيع العام للحالة الوظيفية في العينة أكثر مما تعكس تأثيراً مستقلاً للحالة الوظيفية على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

الجدول (2): العلاقة بين الحالة الوظيفية الحالية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

مستوى التعليم	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
لا تعمل	87.0%	85.6%	87.4%	86.8%
تعمل حالياً	13.0%	14.4%	12.6%	13.2%
	100%	100%	100%	100%
Pearson: $\chi^2(2) = 4.6061$, F = 1.0942, P = 0.3341				

3. خميس الرفاه

يُظهر الجدول (3) العلاقة بين مستوى الرفاه واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تشير النسب العامودية إلى وجود تباين ملحوظ في توزيع مستويات الرفاه عبر أنماط الاستخدام المختلفة. ففي فئة عدم الاستخدام، ارتفعت نسبة النساء في خميس الرفاه الأدنى (22.0%) والأوسط (21.5%) مقارنة بالخُمس الأعلى (18.1%)، ما يشير إلى ميل نسبي لعدم الاستخدام بين الفئات الأقل رفاهاً. وفي المقابل، يبرز استخدام الوسائل التقليدية بشكل أوضح بين النساء في الخُمس الرابع (22.1%) والثاني (21.4%)، بينما كان أقل نسبياً في الخُمس الأدنى (15.7%). أما الوسائل الحديثة، فقد توزعت بشكل أكثر توازناً عبر خموس الرفاه، مع نسب أعلى نسبياً في الخُمس الأوسط (21.2%) والرابع (20.3%) والأعلى (20.5%)، مقارنة بالخُمس الأدنى (18.1%). ويعكس هذا النمط وجود علاقة تدرجية بين مستوى الرفاه ونوع وسيلة تنظيم الأسرة المستخدمة، حيث تميل الفئات الأعلى رفاهاً نسبياً إلى استخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالفئات الأدنى.

الجدول (3): العلاقة بين مستوى الرفاه واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

خميس الرفاه	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
الأدنى	22.0%	15.7%	18.1%	18.9%
الثاني	20.3%	21.4%	20.0%	20.4%
الأوسط	21.5%	20.0%	21.2%	21.0%
الرابع	18.2%	22.1%	20.3%	20.0%
الأعلى	18.1%	20.7%	20.5%	19.7%
	100%	100%	100%	100%
Pearson: $\chi^2(8) = 57.7393$, F(7.09, 6662.82) = 2.9234, P = 0.0045				

4. عدد الأطفال الأحياء

يُبيّن الجدول (4) العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تكشف النسب العامودية عن نمط واضح ومتدرّج في الاستخدام. ففي فئة عدم الاستخدام، شكّلت النساء اللواتي لديهن 0-3 أطفال النسبة الأكبر (65.2%)، مقابل انخفاض ملحوظ بين من لديهن 4-6 أطفال (30.7%) ونسبة محدودة جدًا لمن لديهن 7 أطفال فأكثر (4.1%)، ما يشير إلى أن عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة يتركز بشكل أساسي بين النساء ذوات العدد الأقل من الأطفال. في المقابل، يظهر استخدام الوسائل الحديثة بشكل أوضح بين النساء اللواتي لديهن 4-6 أطفال، حيث بلغت نسبتهن 51.3% من إجمالي المستخدمات، مقارنة بـ 42.3% لمن لديهن 0-3 أطفال، و6.5% فقط لمن لديهن 7 أطفال فأكثر. أما الوسائل التقليدية، فقد سجّل نمط وسيط، مع تمثيل مرتفع نسبيًا للنساء ذوات 0-3 أطفال (53.2%) و4-6 أطفال (42.9%). ويعكس هذا التوزيع بوضوح أن زيادة عدد الأطفال ترتبط بالانتقال من عدم الاستخدام إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة، لا سيما الوسائل الحديثة.

الجدول (4): العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

عدد الأطفال المثالي	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
3-0	65.2%	53.2%	42.3%	52.9%
6-4	30.7%	42.9%	51.3%	42.0%
7 فأكثر	4.1%	3.8%	6.5%	5.0%
	100%	100%	100%	100%
Pearson $\chi^2(4) = 441.5606$, $F(3.86, 3629.04) = 43.5336$, $P = 0.0000$				

5. العدد المثالي للأطفال

يُظهر الجدول (5) العلاقة بين عدد الأطفال المثالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تشير النسب العامودية إلى تقارب كبير في توزيع عدد الأطفال المثالي عبر أنماط الاستخدام المختلفة. ففي جميع الفئات، شكّلت النساء اللواتي يفضلن إنجاب 4-6 أطفال الغالبية، سواء بين غير المستخدمات (57.8%) أو مستخدمات الوسائل التقليدية (55.9%) أو مستخدمات الوسائل الحديثة (60.0%). كما توزعت النساء اللواتي يفضلن 0-3 أطفال بنسب متقاربة عبر أنماط الاستخدام الثلاثة، تراوحت بين 36.6% و40.5%، في حين بقي تمثيل النساء اللواتي يفضلن 7 أطفال فأكثر منخفضًا جدًا وثابتًا تقريبًا في جميع الفئات (نحو 3-4%). ويعكس هذا النمط أن التفضيلات الإنجابية المثالية لا تختلف جوهرية باختلاف استخدام وسائل تنظيم الأسرة أو نوعها.

الجدول (5): العلاقة بين عدد الأطفال المثالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

عدد الأطفال المثالي	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
3-0	38.5%	40.5%	36.6%	38.2%
6-4	57.8%	55.9%	60.0%	58.3%
7 فأكثر	3.7%	3.6%	3.4%	3.5%
	100%	100%	100%	100%
Pearson $\chi^2(4) = 11.9483$, $F(3.80, 3571.21) = 1.2180$, $P = 0.3013$, $N=10,732$				

6. الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

يُبيّن الجدول (6) العلاقة بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تكشف النسب العامودية عن تباينات واضحة وحادة في أنماط الاستخدام وفق الرغبة الإنجابية. ففي فئة عدم

الاستخدام، ارتفعت نسبة النساء اللواتي يصرحن برغبة في الإنجاب قريباً (24.0%) أو بعدم الرغبة الواضحة في المزيد (18.7%)، إلى جانب نسبة معتبرة ممن لا يرغبن بالمزيد من الأطفال (37.6%). في المقابل، يتركز استخدام الوسائل التقليدية والوسائل الحديثة بشكل أساسي بين النساء اللواتي لا يرغبن بالمزيد من الأطفال، إذ بلغت نسبتهن 64.4% و 67.9% على التوالي. كما يظهر أن فئة التعقيم الدائم تكاد تكون محصورة بالوسائل الحديثة فقط (5.9%)، وهو نمط متوقع نظرياً. وتشير هذه التوزيعات إلى توافق مرتفع بين الرغبة الإنجابية الفعلية ونوع استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث يميل عدم الاستخدام إلى الارتباط بالرغبة في الإنجاب، بينما يرتبط استخدام الوسائل—لا سيما الحديثة—بعدم الرغبة في المزيد من الأطفال.

الجدول (6): العلاقة بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة

الرغبة في الإنجاب	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
ترغب بالإنجاب قريباً	24.0%	7.2%	4.2%	11.9%
ترغب بالإنجاب لاحقاً	12.0%	16.6%	11.8%	13.0%
ترغب، غير محدد التوقيت	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
متروكة / غير متأكدة	7.7%	9.1%	8.9%	8.5%
لا ترغب بالمزيد	37.6%	64.4%	67.9%	56.3%
معقمة (تعقيم دائم)	0.0%	0.0%	5.9%	2.4%
صرحت بعدم الرغبة بوضوح	18.7%	2.6%	1.4%	7.8%
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(12) = 2416.0761$, $F(10.51, 9875.50) = 92.7886$, $P = 0.0000$

7. رغبة الزوج في عدد الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة

يُبين الجدول (7) العلاقة بين رغبة الزوج في عدد الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تُظهر النسب العامودية أن الغالبية العظمى من النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، أفدن بأن الزوجين يرغبان في العدد نفسه من الأطفال، إذ بلغت هذه النسبة 67.0% بين غير المستخدمات، و69.9% بين مستخدمات الوسائل التقليدية، و67.4% بين مستخدمات الوسائل الحديثة. في المقابل، شكّلت فئة الزوج يريد عدداً أكبر من الأطفال ما يقارب ربع الحالات في جميع الفئات، مع ارتفاع نسبي بين مستخدمات الوسائل الحديثة (25.8%) مقارنة بغير المستخدمات (24.3%). أما الحالات التي أفادت بأن الزوج يريد عدداً أقل فقد بقيت محدودة نسبياً، تراوحت بين 5.0% و7.5%، في حين كانت نسبة من لا يعرفن رغبة الزوج منخفضة جداً، ولا سيما بين مستخدمات الوسائل التقليدية (1.0%) والحديثة (0.9%). ويعكس هذا التوزيع أن توافق أو اختلاف الرغبة الإنجابية للزوج يشكل عاملاً مؤثراً في نمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

الجدول (7): العلاقة بين رغبة الزوج في عدد الأطفال واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعه

رغبة الزوج	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
كلاهما يريدان نفس العدد	67.0%	69.9%	67.4%	67.8%
الزوج يريد أكثر	24.3%	21.6%	25.8%	24.2%
الزوج يريد أقل	5.0%	7.5%	6.0%	6.0%
لا تعرف	3.8%	1.0%	0.9%	2.0%
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(6) = 128.2581$, $F(4.98, 4685.11) = 8.6660$, $P = 0.0000$

وبشكل ملخص فإن النتائج السابقة تشير إلى أن الرغبة الإنجابية الحالية ومدى التوافق بين الزوجين حول عدد الأطفال يؤثران بشكل واضح على استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ فكلما انخفضت الرغبة بالإنجاب أو زاد التوافق بين الزوجين، ارتفع استخدام الوسائل الحديثة، بينما يقل الاستخدام عند الرغبة بالإنجاب القريب أو عند اختلاف رغبة الزوجين.

8. عمر السيدة عند الزواج الأول

يُبين الجدول (8) العلاقة بين عمر السيدة عند الزواج الأول واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تكشف النسب العامودية عن نمط واضح في التوزيع بحسب العمر عند الزواج. فقد شكلت النساء اللواتي تزوجن أقل من 20 سنة النسبة الأعلى بين مستخدمات الوسائل الحديثة (40.6%) وذات التمثيل المتوسط في الوسائل التقليدية (32.9%) وعدم الاستخدام (32.1%). أما فئة 20-24 سنة فقد سجلت أعلى نسب الاستخدام الكلي (41.4%) موزعة بشكل متوازن نسبياً بين الوسائل الحديثة (42.4%) والتقليدية (43.2%) وعدم الاستخدام (39.2%). في المقابل، تراجعت نسب الاستخدام مع التقدم في العمر عند الزواج، حيث سجلت النساء اللواتي تزوجن بين 25-29 سنة نسبةً منخفضة نسبياً، وبلغت أدنى النسب بين من تزوجن 35 سنة فأكثر عبر جميع أنماط الاستخدام. ويعكس هذا التوزيع أن الزواج في سن أصغر يرتبط بارتفاع استخدام الوسائل الحديثة، بينما يقل الاستخدام بشكل عام كلما زاد العمر عند الزواج الأول.

الجدول (8): العلاقة بين عمر السيدة عند الزواج الأول واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

عمر السيدة عند الزواج الأول	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
أقل من 20 سنة	32.1%	32.9%	40.6%	35.8%
20-24 سنة	39.2%	43.2%	42.4%	41.4%
25-29 سنة	18.7%	18.8%	13.7%	16.7%
30-34 سنة	6.1%	4.2%	2.3%	4.1%
35 سنة فأكثر	4.0%	0.8%	1.0%	2.0%
	100%	100%	100%	100%
Pearson $\chi^2(8) = 283.6158$, F (7.38, 6934.18) = 13.5574, P = 0.0000				

9. العمر الحالي

يُظهر الجدول (9) العلاقة بين العمر الحالي للسيدة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تكشف النسب العامودية عن نمط متدرج يرتبط بتقدم العمر. ففي الفئات العمرية الصغيرة (15-19 و 20-24 سنة)، تظل نسب استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية منخفضة نسبياً، مع ارتفاع طفيف في عدم الاستخدام. مع التقدم في العمر (25-29، 30-34، 35-39 سنة)، تزداد نسب استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية بشكل ملحوظ، بينما تبقى نسبة عدم الاستخدام أقل. أما الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، فتسجل أعلى نسبة لعدم الاستخدام (47.9%) ونسب مرتفعة أيضاً للوسائل التقليدية (38.7%) والحديثة (40.4%)، ما يعكس تحولاً تدريجياً في السلوك الإنجابي مع التقدم في العمر نحو مزيد من الاستخدام المتنوع أو توقف الاستخدام في بعض الحالات. ويعكس هذا النمط علاقة واضحة بين العمر الحالي للسيدة ونوع استخدام الوسيلة.

الجدول (9): العلاقة بين العمر الحالي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

الفئة العمرية	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
19-15	2.2%	0.5%	0.7%	1.2%
24-20	6.8%	5.4%	5.6%	6.0%
29-25	12.8%	16.2%	12.3%	13.4%
34-30	14.6%	19.6%	20.1%	18.0%
39-35	15.8%	19.6%	20.9%	18.8%
40 فأكثر	47.9%	38.7%	40.4%	42.7%
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(10) = 182.6910$, F (9.24, 8688.55) = 8.1383, P = 0.0000, (N = 10,743)

10. امتلاك محفظة مالية شخصية أو بطاقة ائتمان

يُظهر الجدول (10) العلاقة بين امتلاك السيدة لمحفظة شخصية أو بطاقة ائتمان واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تكشف النسب العامودية أن الغالبية العظمى من النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، لا يملكن محفظة أو بطاقة، إذ بلغت نسبتهن حوالي 85% بين غير المستخدمات، و85.1-85% بين مستخدمات الوسائل التقليدية والحديثة، في حين لم تتجاوز نسبة من يملكن محفظة أو بطاقة 14-15% في جميع الفئات. وتشير هذه النتائج إلى غياب أي فرق واضح أو نمط مميز في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب امتلاك محفظة شخصية أو بطاقة ائتمان.

الجدول (10): العلاقة بين امتلاك محفظة شخصية/بطاقة ائتمان واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

امتلاك محفظة أو بطاقة	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
لا	86.0%	85.1%	84.9%	85.3%
نعم	14.0%	14.9%	15.2%	14.7%
	100%	100%	100%	100%

Pearson: $\chi^2(2) = 4.6061$, F = 1.0942, P = 0.3341

11. الاتجاهات نحو ضرب الزوجة

يُظهر الجدول (11) العلاقة بين الاتجاهات نحو ضرب الزوجة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تشير النسب العامودية إلى أن غالبية النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، تعتبر أن ضرب الزوجة غير مقبول، إذ بلغت

نسبتهم 66.8% بين غير المستخدمين، و64.6% بين مستخدمي الوسائل التقليدية، و65.6% بين مستخدمي الوسائل الحديثة. بينما شكلت النساء اللواتي يعتبرن أن الضرب مقبولا نسبة أقل نسبيا، تراوحت بين 33.2% و35.4% عبر الفئات الثلاث. وتشير هذه النتائج إلى غياب اختلاف جوهري في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب اتجاهات النساء تجاه ضرب الزوجة.

الجدول (11): العلاقة بين الاتجاهات نحو ضرب الزوجة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

امتلاك محفظة أو بطاقة	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
غير مقبول	66.8%	64.6%	65.6%	65.8%
مقبول	33.3%	35.4%	34.4%	34.3%
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(2) = 3.2748$, F (1.93, 1815.53) = 0.6265, P = 0.5292

12. الأقاليم والمحافظات

تُظهر نتائج الجدولين (12 و13) العلاقة بين الموقع الجغرافي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، مع توضيح النسب العامودية لكل فئة استخدام. بالنسبة للتقسيم الإقليمي (الجدول 12)، يتضح أن الإقليم الوسط يمثل غالبية النساء في جميع أنماط الاستخدام، حيث بلغت نسب عدم الاستخدام 64.0%، والوسائل التقليدية 63.3%، والوسائل الحديثة 69.9%، مما يشير إلى تركيز العينة في هذا الإقليم بالإضافة إلى ارتفاع مستوى الوصول إلى الوسائل الحديثة نسبيا. أما الإقليم الشمالي، فقد سجل نسباً متوسطة، تراوحت بين 24.7% و30.7% حسب نوع الاستخدام، فيما كان الإقليم الجنوبي الأدنى على الإطلاق في جميع الفئات (5-6%)، وهو ما يعكس تفاوت الوصول للخدمات أو اختلاف العادات الاجتماعية والاقتصادية في جنوب المملكة.

على مستوى المحافظات (الجدول 13)، يظهر توزيع أكثر تفصيلاً وثناءً، حيث تصدر عمان نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة، إذ بلغت نسبة عدم الاستخدام 45.3%، والوسائل التقليدية 44.4%، والوسائل الحديثة 47.6%، ما يعكس الدور المركزي للعاصمة كمحور للخدمات الصحية والتعليمية. في المقابل، تسجل محافظات مثل الطفيلة (0.9-1.0%)، معان (0-1.6%)، مادبا (1.5-2.2%) نسباً منخفضة جداً في جميع أنماط الاستخدام. كما يظهر تفاوت متوسط في محافظات أخرى مثل إربد، الزرقاء، المفرق، حيث تمثل هذه المحافظات مزيجاً من نسب مرتفعة في بعض الفئات ومنخفضة في الأخرى، مما يعكس التنوع الداخلي داخل الإقليم الواحد.

بشكل عام، يعكس التحليل أن الموقع الجغرافي عامل مؤثر في نمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، سواء على مستوى الإقليم أو المحافظة، مع تركيز أكبر على الوسائل الحديثة في المناطق الوسطى والمحافظات الكبرى، مقابل انخفاض واضح في الجنوب وبعض المحافظات الأقل كثافة أو الأقل وصولاً للخدمات الصحية. هذه النتائج تبرز أهمية التخطيط الجغرافي المستهدف للتوعية وتوفير وسائل تنظيم الأسرة، مع مراعاة الاختلافات الإقليمية والمحلية

الجدول 12: العلاقة بين الأقاليم واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

الإقليم	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
الوسط	64.0%	63.3%	69.9%	66.3%
الشمال	29.1%	30.7%	24.8%	27.7%
الجنوب	6.9%	6.0%	5.4%	6.0%
	100%	100%	100%	100%

Pearson $\chi^2(4) = 47.2742$, F (3.08, 2892.08) = 7.4585, P = 0.0000, (N = 10,743)

الجدول (13): العلاقة بين الإقامة حسب المحافظة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

المحافظة	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
عمّان	%45.3	%44.4	%47.6	%46.0
البلقاء	%5.3	%4.3	%6.1	%5.4
الزرقاء	%11.8	%13.3	%14.0	%13.1
مادبا	%1.5	%1.4	%2.2	%1.8
إربد	%18.6	%23.7	%17.8	%19.4
المفرق	%7.1	%2.4	%2.9	%4.3
جرش	%2.1	%2.8	%2.4	%2.4
عجلون	%1.4	%1.8	%1.7	%1.6
الكرّك	%2.9	%1.8	%2.1	%2.3
الطفيلة	%0.8	%1.1	%0.9	%0.9
معان	%1.5	%1.6	%0.0	
	%100	%100	%100	%100

Pearson $\chi^2(22) = 196.9813$, F (11.71, 11005.35) = 8.6352, P = 0.0000, (N = 10,743)

13. التغطية بالتأمين الصحي

يُبيّن الجدول (14) العلاقة بين التغطية بالتأمين الصحي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تشير النسب العامودية إلى أن الغالبية العظمى من النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، مغطاة بالتأمين الصحي، إذ بلغت نسبتهن %67.1 بين غير المستخدمات، و%73.9 بين مستخدمات الوسائل التقليدية، و%69.2 بين مستخدمات الوسائل الحديثة، في حين شكلت النساء غير المغطاة بالتأمين الصحي نسبة أقل نسبياً، تراوحت بين %26.0 و%32.9 عبر الفئات الثلاث. وتشير هذه النتائج إلى وجود ارتباط معنوي بين التغطية بالتأمين الصحي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث يميل النساء المغطاة إلى استخدام الوسائل بشكل أكبر مقارنة بالنساء غير المغطاة.

الجدول (14): العلاقة بين التغطية بالتأمين الصحي واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

التغطية بالتأمين الصحي	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
غير مغطاة	%32.9	%26.0	%30.8	%30.4
مغطاة	%67.1	%74.0	%69.2	%69.6
	%100	%100	%100	%100

Pearson $\chi^2(2) = 34.2991$, F (1.95, 1835.88) = 5.6692, P = 0.0038

14. زيارة عامل صحي ميداني

يُبيّن الجدول (15) العلاقة بين زيارة المرأة من قبل باحثة ميدانية خلال الـ 12 شهراً الماضية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها، حيث تشير النسب العامودية إلى أن الغالبية العظمى من النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، لم تتم زيارتهم، إذ بلغت نسبتهن 85.9% بين غير المستخدمات، و87.8% بين مستخدمات الوسائل التقليدية، و88.1% بين مستخدمات الوسائل الحديثة، في حين شكلت النساء اللواتي تمت زيارتهن نسباً منخفضة نسبياً، تراوحت بين 11.9% و14.1% عبر الفئات الثلاث. وتشير هذه النتائج إلى غياب علاقة معنوية قوية بين تلقي زيارة من باحثة ميدانية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث لا يظهر نمط واضح يميز المستخدمات عن غير المستخدمات بناءً على هذه الزيارة.

الجدول (15): العلاقة بين زيارة المرأة من قبل باحثة ميدانية خلال الـ 12 شهراً الماضية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب نوعها

زيارة عامل صحي ميداني	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
لم تتم زيارة	85.9%	87.8%	88.1%	87.3%
تمت زيارة	14.1%	12.2%	11.9%	12.7%
	100%	100%	100%	100%
$\chi^2(2) = 9.2561, F(1.95, 1831.15) = 2.3009, P = 0.1019, (N = 10,743)$				

15. استخدام الإنترنت

يُبيّن الجدول (16) العلاقة بين استخدام الإنترنت واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع، حيث تكشف النسب العامودية أن الغالبية العظمى من النساء، عبر جميع أنماط الاستخدام، يستخدمن الإنترنت، إذ بلغت نسبتهن 74.5% بين غير المستخدمات، و84.5% بين مستخدمات الوسائل التقليدية، و81.0% بين مستخدمات الوسائل الحديثة، في حين لم تتجاوز نسبة النساء اللواتي لا يستخدمن الإنترنت 15.5-25.5% عبر الفئات الثلاث. وتشير هذه النتائج إلى وجود ارتباط معنوي قوي بين استخدام الإنترنت وزيادة احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، سواء التقليدية أو الحديثة، مع ميل واضح للمستخدمات للوسائل الأكثر حداثة.

الجدول (16): العلاقة بين استخدام الإنترنت واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب النوع

استخدام الإنترنت	عدم الاستخدام	الوسائل التقليدية	الوسائل الحديثة	المجموع
لا يستخدم	25.5%	15.5%	19.0%	20.5%
يستخدم	74.5%	84.5%	81.0%	79.5%
	100%	100%	100%	100%
Pearson $\chi^2(2) = 103.6676, F(1.98, 1861.86) = 17.9702, P = 0.0000$				

ملخص

تبين النتائج أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في العينة يتأثر بعدة عوامل ديموغرافية، تعليمية واجتماعية، بينما تظهر بعض المتغيرات عدم تأثير معنوي. فقد أظهرت العلاقة مع مستوى التعليم أن النساء ذوات التعليم الثانوي والعالي هن الأكثر استخداماً للوسائل الحديثة، بينما ينتشر عدم الاستخدام بين جميع الفئات، مع دلالة إحصائية قوية. بالمقابل، الحالة الوظيفية لم تظهر تأثيراً معنوياً على الاستخدام. أما مستوى الرفاه وعدد الأطفال الأحياء فارتبطا ارتباطاً واضحاً بأن النساء ذوات الدخل الأعلى وعدد الأطفال المتوسط أكثر ميلاً لاستخدام الوسائل الحديثة، بينما النساء ذوات العدد الأقل من الأطفال تميل أكثر لعدم الاستخدام. وارتبطت الرغبة في الإنجاب وعدم الرغبة

بشكل واضح باستخدام الوسائل الحديثة، كما لعبت رغبة الزوج دوراً مهماً، إذ كان التوافق بين الزوجين مرتبطاً بالزيادة في الاستخدام.

كما أثرت العمر عند الزواج والعمر الحالي للسيدة على نمط الاستخدام، حيث ارتفع استخدام الوسائل الحديثة مع الزواج في سن أصغر أو في الفئات العمرية المتوسطة، بينما ارتفعت نسب عدم الاستخدام في الفئات الأكبر سناً. بالنسبة للمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، أظهرت التغطية بالتأمين الصحي واستخدام الإنترنت ارتباطاً معنوياً بزيادة الاستخدام، في حين لم يكن لزيارة باحثة ميدانية أو امتلاك محفظة شخصية أو بطاقة ائتمان أو الاتجاهات تجاه ضرب الزوجة تأثير معنوي. أخيراً، بينت النتائج الجغرافية تفاوتاً واضحاً، حيث سجلت مناطق الوسط والعاصمة عمان أعلى نسب استخدام للوسائل الحديثة، مقابل انخفاض كبير في محافظات الجنوب وبعض المحافظات الأقل كثافة، مع دلالة إحصائية قوية على تأثير الموقع الجغرافي على استخدام الوسائل.

2.1.3 تحليل الانحدار اللوجستي

في هذه المرحلة من التحليل الإحصائي، تم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي **Binary Logistic Regression** لتحديد العوامل الأكثر قدرة على التنبؤ باستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) وغير الحوامل في الأردن، استناداً إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 2023، وجاء هذا التحليل استكمالاً للمرحلة الوصفية والتحليلية السابقة التي استخدمت اختبارات كاي-تربيع (Chi-Square Tests) لتحديد العلاقات ذات الدلالة الإحصائية بين المتغيرات المستقلة (كالتعليم، الحالة الوظيفية، خُميس الرفاه، عدد الأطفال الأحياء، الرغبة في الإنجاب، العمر، الإقليم، وغيرها) ومتغير الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة.

وقد تم اختيار المتغيرات التي أظهرت علاقات ذات دلالة إحصائية معنوية في اختبارات كاي-تربيع لإدراجها في نموذج الانحدار اللوجستي، وذلك بغرض بناء نموذج تفسيري أكثر قوة يتيح تحديد العوامل التنبؤية الأكثر تأثيراً في احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة أو التقليدية مقابل عدم الاستخدام.

يتيح نموذج الانحدار اللوجستي تقدير ما يُعرف بـ نسبة الأرجحية (Odds Ratio)، وهي مقياس إحصائي يعبر عن مدى تغير احتمال استخدام وسيلة تنظيم الأسرة عند وجود عامل معين مقارنة بغيبابه، مع ثبات العوامل الأخرى. فإذا كانت قيمة نسبة الأرجحية Odds Ratio أكبر من (1)، فهذا يعني أن وجود المتغير يزيد من احتمال استخدام وسيلة تنظيم الأسرة، أما إذا كانت أقل من (1) فذلك يشير إلى انخفاض الاحتمال.

وفي هذا الجانب من الدراسة، تم إجراء ثلاثة نماذج لتحليل بالانحدار اللوجستي بهدف فهم العوامل المؤثرة في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل متكامل:

- يختص التحليل الأول بدراسة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل عام (بغض النظر عن نوع الوسيلة حديثة او تقليدية) مقارنةً بعدم استخدامها، وذلك لتحديد المحددات الأساسية للاستخدام.

- أما التحليل الثاني فكان فقط للسيدات المستخدمات وسائل تنظيم اسرة حالياً بنوعيهما التقليدية والحديثة مع استثناء اللواتي لا يستخدمن وغير المتزوجات حالياً.

- أما التحليل الثالث فركز على تمييز العوامل التي تفسر استخدام الوسائل الحديثة مقابل الوسائل التقليدية، إضافةً إلى مقارنتهما مع فئة غير المستخدمات، لتوضيح الفروق السلوكية والاجتماعية بين أنماط الاستخدام الثلاثة.

تم تحليل كل نموذج على حدة للوصول إلى أفضل تفسير للعوامل المؤثرة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن،

مما أتاح استخلاص نتائج كمية دقيقة وتوصيات عملية مبنية على الأدلة يمكن الاستفادة منها في تطوير السياسات والبرامج الوطنية، كما تم تقييم جودة النماذج من خلال المساحة تحت منحنى (ROC) واختبار جودة التوافق Goodness of Fit لضمان ملاءمتها للبيانات ودقتها التنبؤية.

1.2.1.3 التحليل اللوجستي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مقابل عدم الاستخدام بين النساء المتزوجات وغير الحوامل

تقييم جودة النموذج

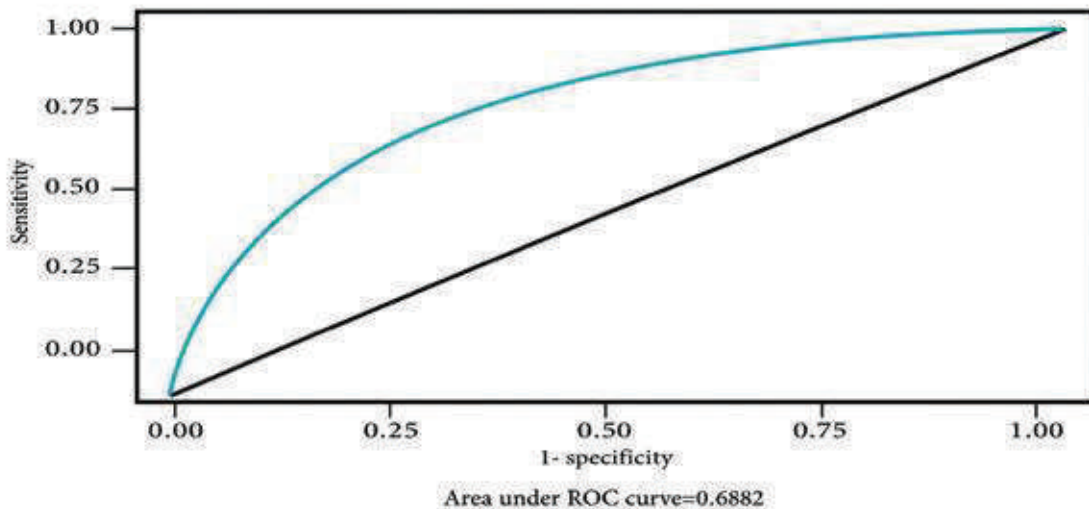
أظهر نموذج الانحدار اللوجستي المبني على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 للنساء المتزوجات غير الحوامل في الأردن (حجم العينة = 10,743) قدرة تمييز إحصائية مقبولة، حيث بلغت المساحة تحت منحنى خصائص التشغيل المستقبلية ROC قيمة 0.70 (AUC =)، ويعني ذلك أن النموذج قادر على تمييز النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عن غير المستخدمات بدقة تبلغ حوالي 70%، وهي نسبة مقبولة في التحليلات السلوكية والاجتماعية، كما أظهرت النتائج أن الاحتمالات التنبؤية الناتجة عن النموذج تركزت حول متوسط قدره 0.616 بانحراف معياري 0.160، وممدى يتراوح بين 0.073 و 0.926، مما يشير إلى وجود تباين فردي واسع بين النساء في احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وهو ما يعكس قدرة المتغيرات المفسرة على التقاط الفروق الحقيقية بين الفئات.

أما اختبار كاي-تربيع بيرسون لجودة التوافق (Pearson Chi-square Goodness of Fit Test)، الذي استند إلى 10,743 ملاحظة و 8,441 نمطاً من المتغيرات المرافقة، فقد أظهر نتيجة $\chi^2(8,408) = 8,537.11$ مع قيمة احتمالية (p = 0.1597).

ونظراً لعدم دلالة هذه النتيجة إحصائياً (p > 0.05)، فإن ذلك يشير إلى عدم وجود دليل على ضعف ملاءمة النموذج للبيانات، أي أن النموذج يقدم ملاءمة جيدة وتوافقاً مقبولاً مع البيانات الفعلية، مما يعزز موثوقية نتائجه وقدرته التنبؤية.

الجدول 17: ملخص الاحتمالات

المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأقصى
الاحتمال	12,595	0.6157872	0.1598436	0.0731993	0.92603



النتائج

في ضوء تحليل بيانات 10,743 امرأة متزوجة غير حامل في الأردن ضمن مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023، وكما هو مبين في الجدول (18) أظهر نموذج الانحدار اللوجستي عدداً من العوامل المؤثرة التي تتنبأ بشكل واضح باحتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة بغض النظر عن الوسيلة حديثة ام تقليدية.

أولاً - العوامل الديموغرافية والاجتماعية

- **الجنسية:** أظهرت النتائج أن النساء السوريات أقل احتمالاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مقارنة بالأردنيات (($OR=0.78, p<0.001$)), بينما لم تُظهر باقي الجنسيات فروقاً معنوية.
- **مستوى التعليم:** برز التعليم كأحد أقوى المحددات؛ إذ تزداد احتمالية الاستخدام تدريجياً مع ارتفاع المستوى التعليمي. النساء الحاصلات على تعليم عالٍ أكثر احتمالاً لاستخدام الوسائل مقارنة بغير المتعلّمات ($OR=2.13, p<0.001$).
- **مؤشر الرفاه الاقتصادي (خُميس الرفاه)** ارتبط المستوى المعيشي الأعلى بزيادة احتمالية الاستخدام بشكل متدرّج. النساء في أعلى الخُميس أكثر احتمالاً للاستخدام بما يقارب الضعف مقارنة بالأفقر ($OR=1.76, p<0.001$).

ثانياً - الخصائص الإنجابية:

- **عدد الأطفال الأحياء:** يعد من أقوى المتغيرات التنبؤية، إذ ترتفع احتمالية الاستخدام بثبات مع زيادة عدد الأطفال. النساء اللواتي لديهن 4-6 أطفال أكثر احتمالاً للاستخدام بثلاثة أضعاف مقارنة بمن لديهن 0-3 أطفال ($OR=2.96, p<0.001$)، وتزداد أكثر لدى من لديهن 7 أطفال فأكثر.
- **العدد المثالي من الأطفال:** الارتباط سلبي؛ فكلما زاد العدد المرغوب انخفضت احتمالية الاستخدام، مما يعكس أثر التوجهات الإنجابية على السلوك الفعلي.

ثالثاً - العوامل العمرية

- **العمر عند الزواج:** النساء اللواتي تزوجن في سن متأخرة (≤ 30 سنة) كنّ أقل احتمالاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مقارنة بمن تزوجن قبل العشرين ($OR=0.34, p<0.001$).
- **العمر الحالي:** الاحتمال يرتفع تدريجياً مع التقدم بالعمر حتى منتصف الثلاثينات، إذ تبلغ الذروة في الفئة (25-34 سنة) ($OR\approx 3.2$)، ثم يتراجع تدريجياً بعد الأربعين.

رابعاً - العوامل الاجتماعية والسلوكية

- **امتلاك محفظة أو بطاقة ائتمان:** ارتبط بانخفاض طفيف في الاحتمال ($OR=0.87, P<0.05$)، مما يشير إلى أن التمكين المالي الشخصي لا يترجم بالضرورة إلى ممارسات تنظيمية.
- **الحالة الوظيفية، الاتجاهات نحو ضرب الزوجة، ونوع مكان الإقامة (ريف/حضر):** لم تظهر أي علاقة معنوية مع استخدام الوسائل.
- **التأمين الصحي:** رغم ارتفاع نسب الاستخدام بين المؤمنات صحياً، إلا أن الاختلاف لم يكن ذا دلالة إحصائية ($p>0.05$).

خامساً - العوامل المكانية

- أظهرت النتائج فروقاً إقليمية ذات دلالة عالية؛ إذ كانت النساء في الإقليمين الشمال والجنوب أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل مقارنة بالوسط ($OR=0.75, OR=0.76$) على التوالي و $P<0.001$.

خلاصة النموذج

تبيّن أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن يتأثر بشكل رئيسي بعوامل التعليم، ومؤشر الرفاه، وعدد الأطفال الأحياء، والتوجهات الإنجابية، والعمر عند الزواج، والعمر الحالي، والموقع الجغرافي، بينما تبدو مؤشرات التمكين المالي والتأمين الصحي والعوامل الاجتماعية الأخرى أقل تأثيراً..

الجدول (18): الانحدار اللوجستي للاستخدام مقابل عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات (غير الحوامل) في الأردن

المتغير / الفئة	نسبة الأرجحية (Odds Ratio)	%95 CI
الجنسية	أردنية	1.00
	سورية	***0.78
	أخرى	0.90
مستوى التعليم	بدون تعليم	1.00
	ابتدائي	**1.47
	ثانوي	***1.80
	عالٍ	***2.13
الحالة الوظيفية الحالية	لا	1.00
	نعم	1.07
خُميس الرفاه	الأدنى	1.00
	الثاني	***1.37
	الأوسط	***1.29
	الرابع	***1.60
	الأعلى	***1.76
عدد الأطفال الأحياء	3-0	1.00
	6-4	***2.96
	7≤	***3.37
العدد المثالي من الأطفال	3-0	1.00
	6-4	***0.80
	7≤	***0.60
	20>	1.00
العمر عند الزواج	24-20	1.00
	29-25	0.91
	34-30	**0.73
	35≤	***0.34
العمر الحالي	19-15	1.00
	24-20	***3.26
	29-25	***3.27
	34-30	***3.07
	39-35	***2.60
	40≤	*1.53
امتلاك محفظة شخصية/بطاقة	لا	1.00
	نعم	*0.87
الاتجاه نحو ضرب الزوجة	لا	1.00
	نعم	1.05
نوع مكان الإقامة	حضر	1.00
	ريف	0.94
الإقليم	وسط	1.00
	شمال	***0.75
	جنوب	***0.76
التأمين الصحي	لا	1.00
	نعم	1.07
* دال عند 0.05, ** دال عند 0.01, *** دال عند 0.001, عدد الحالات = (10,743)		

2.2.1.3 الانحدار اللوجستي لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مقارنة بالوسائل التقليدية بين النساء المتزوجات حالياً

أظهر تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مقارنة بالوسائل التقليدية أن النموذج كان معنوياً إحصائياً ككل، حيث بلغت قيمة ($F = 3.39$ ، $P < 0.001$)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات قيد الدراسة.

بلغ عدد الملاحظات 6,707 امرأة متزوجة حالياً، وعدد وحدات المعاينة 962، وعدد الطبقات 26، بينما بلغ حجم العينة الموزون 6,976، ودرجات الحرية في التصميم 936.

النتائج التفصيلية بحسب المتغيرات كما يبينها جدول (19).

•الجنسية

لم يظهر فرق ذو دلالة إحصائية بين النساء السوريات والأردنيات في استخدام الوسائل الحديثة أو التقليدية، حيث بلغت نسبة الأرجحية ($OR=0.85$) و ($P=0.264$ ، 95% CI: 0.632–1.134)، كذلك لم يكن هناك فرق معنوي للنساء من جنسيات أخرى مقارنة بالأردنيات.

•التعليم

رغم أن النساء ذوات التعليم الابتدائي كن أكثر احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بغير المتعلّمات ($OR=1.43$)، إلا أن الفرق لم يكن معنوياً ($P=0.242$)، كما لم تُظهر مستويات التعليم الثانوي أو الأعلى فروقاً ذات دلالة إحصائية.

•العمل

لم يكن لعمل المرأة تأثير معنوي على استخدام الوسائل.

•مؤشر الرفاه - خُميس الرفاه

لم يظهر تأثير معنوي لأي فئة من فئات الثروة مقارنة بالفئة الأفقر، رغم أن النساء في الفئة "الأفقر" كن أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالتقليدية

•عدد الأطفال الأحياء

أظهر هذا المتغير تأثيراً قوياً ومعنوياً كالتالي:

- النساء اللاتي لديهن 4-6 أطفال أكثر احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة ($OR=1.47$ ، $P<0.001$).
- النساء اللاتي لديهن 7 أطفال أو أكثر كن أكثر احتمالاً بشكل واضح لاستخدام الوسائل الحديثة ($OR=1.96$ ، $P=0.005$).

•عدد الأطفال المثالي

لم يُظهر عدد الأطفال المثالي علاقة معنوية (ذو دلالة إحصائية) بالاستخدام الفعلي للوسائل الحديثة.

•عمر المرأة عند الزواج

النساء اللواتي تزوجن في سن 25-29 عاماً كن أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة باللواتي تزوجن قبل سن العشرين ($P=0.030$ ، $OR=0.73$) وانخفض هذا الاحتمال بشكل أكبر لدى النساء اللواتي تزوجن بين 30-34 عاماً، ($P=0.004$ ، $OR=0.54$)، أما الفئة العمرية 35 عاماً فما فوق، فلم يظهر لها فرق معنوي في احتمالية استخدام الوسائل الحديثة.

•العمر الحالي

لم يظهر أي من فئات العمر الحالية علاقة معنوية بالاستخدام للوسائل الحديثة.

•امتلاك المال

لم يكن امتلاك المرأة للمال مرتبطاً بشكل معنوي باستخدام الوسائل الحديثة (OR=1.18, P=0.151).

•تبرير الضرب - الاتجاه بضرب الزوجة

لا توجد علاقة معنوية بين موقف المرأة من تبرير ضرب الزوج واستخدام الوسائل (P=0.413).

•مكان السكن

لم يظهر فرق بين النساء في الريف والحضر

•المنطقة الجغرافية

النساء في إقليم الشمال كن أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بإقليم الوسط (OR=0.76, P=0.002)

بينما لم يكن الفرق معنوياً في إقليم الجنوب (P=0.099).

•زيارة عامل صحي

لم يكن لزيارة عامل صحي تأثير معنوي.

•التعرض لتوعية صحية

لم يظهر تأثير معنوي للتعرض لحملات التوعية.

الملخص

يُظهر النموذج أن العوامل الأكثر تأثيراً في استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة هي:

-عدد الأطفال الأحياء: زيادة الاستخدام للوسائل الحديثة مع زيادة عدد الأطفال.

-عمر المرأة عند الزواج: انخفاض الاستخدام للوسائل الحديثة مع الزواج في عمر أكبر.

-المنطقة الجغرافية: انخفاض الاستخدام للوسائل الحديثة في الشمال مقارنة بالوسط.

بينما لم تكن المتغيرات الأخرى مثل التعليم، الثروة، العمل، أو مكان السكن ذات تأثير معنوي بعد ضبط العوامل الأخرى.

الجدول (19): نتائج نموذج الانحدار اللوجستي لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حالياً

المتغير / الفئة	نسبة الأرجحية (Odds Ratio)	القيمة الاحتمالية P> t	%95 CI
الجنسية			
أردنية			
سوري	0.8469	0.264	1.134-0.632
أخرى	1.0241	0.92	1.633-0.642
التعليم			
بدون تعليم			
ابتدائي	1.4313	0.242	2.612-0.784
ثانوي	0.8778	0.624	1.480-0.521
أعلى	0.8433	0.54	1.455-0.489
العمل			
تعمل مقابل لا تعمل	0.9348	0.589	1.194-0.732
مؤشر الرفاه			
الأفقر(مرجعية)			
الأدنى	0.8744	0.231	1.090-0.702
الثاني	1.0264	0.844	1.331-0.792
الأوسط	0.9043	0.469	1.188-0.688
الرابع	0.9399	0.68	1.263-0.700
عدد الأطفال الاحياء			
3-0			
6-4	1.4724	0	1.820-1.191
7 أو أكثر	1.9639	0.005	3.134-1.231
عدد الأطفال المثالي			
3-0			
6-4	1.0743	0.42	1.279-0.903
7 أو أكثر	0.7381	0.189	1.162-0.469
عمر المرأة عند الزواج			
أقل من 20			
24-20	0.9021	0.352	1.121-0.726
29-25	0.7281	0.03	0.969-0.547
34-30	0.5381	0.004	0.821-0.353
35 فأكثر	1.2678	0.575	2.911-0.552
العمر الحالي			
19-15			
24-20	0.8257	0.677	2.036-0.335
29-25	0.6119	0.295	1.536-0.244
34-30	0.7783	0.594	1.960-0.309
39-35	0.7362	0.521	1.879-0.288
44-40	0.6783	0.411	1.713-0.269
49-45	0.6887	0.44	1.777-0.267
امتلاك محفظة الكترونية	1.1814	0.151	1.483-0.941
الاتجاه نحو ضرب الزوجة	0.93	0.413	1.107-0.782
مكان السكن	1.0009	0.992	1.204-0.832
المنطقة			
الوسط			
الشمال	0.7604	0.002	0.900-0.642
الجنوب	0.8438	0.099	1.032-0.690
زيارة عامل صحي	0.8506	0.145	1.058-0.684
التعرض لتوعية صحية	0.899	0.277	1.089-0.742

عدد الحالات = 6707

3.2.1.3 التحليل متعدد المتغيرات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات لمسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023

يتناول هذا القسم نتائج التحليل متعدد المتغيرات لاختبار العوامل المؤثرة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في الأردن لعام 2023، مع التركيز على تحديد المتغيرات التي ترتبط بشكل كبير بالسلوك الإنجابي واتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

النتائج التفصيلية بحسب المتغيرات كما يبينها جدول (20).

• مكان السكن

لا يظهر أي فرق معنوي بين المناطق الحضرية والريفية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، سواء الحديثة أو التقليدية. المفضل: انخفاض كبير معنوياً في احتمالية استخدام الوسائل الحديثة ($RRR=0.40, p<0.001$)، كذلك الوسائل التقليدية ($RRR=0.33, p<0.001$)، بمعنى استخدام أقل بكثير من عمان في استخدام جميع الوسائل. الكرك: انخفاض في استخدام الوسائل الحديثة ($RRR=0.67, p<0.01$) وفي الوسائل التقليدية ($RRR=0.52, p<0.01$)، بمعنى استخدام أقل من عمان خاصة في استخدام الوسائل التقليدية. معان: انخفاض معنوي في استخدام الوسائل الحديثة فقط ($RRR=0.59, p<0.05$) دون فرق في الوسائل التقليدية، بمعنى احتمالية أقل لاستخدام الوسائل الحديثة بالمقارنة مع عمان. البلقاء ومادبا: انخفاض في استخدام الوسائل التقليدية فقط ($RRR=0.72, RRR=0.70$) على التوالي. باقي المحافظات: لم تسجل فروق معنوية في استخدام أي من الوسائل، بمعنى استخدام مشابه لعمان بعد ضبط العوامل الأخرى.

- أظهر تحليل نسب المخاطر النسبية (RRR) لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن تباينات جغرافية ملحوظة. لم يكن للسكن الريفي مقابل الحضري أثر معنوي، لكن مكان السكن حسب المحافظة أظهرت اختلافات كبيرة. نساء المفضل كن أقل احتمالاً بكثير لاستخدام الوسائل الحديثة والتقليدية مقارنة بنساء عمان. وظهر النمط ذاته في الكرك ومعان (للسكن الحديث)، وفي الكرك أيضاً للوسائل التقليدية. كما كان استخدام الوسائل التقليدية أقل في البلقاء ومادبا.

• الجنسية

- النساء السوريات أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة بالمقارنة مع الأردنيات ($RRR=0.71, CI\ 95\%: 0.54-0.93, p<0.05$)، لا فروق معنوية للوسائل التقليدية أو الحديثة للجنسيات الأخرى بالمقارنة مع الجنسية الأردنية.

• التعليم

- التعليم العالي بالمقارنة مع غير المتعلّقات ارتبط بشكل قوي بزيادة احتمالية استخدام الوسائل الحديثة ($RRR=2.14, CI\ 95\%: 1.20-3.84, p<0.05$)، والتعليم الابتدائي/الثانوي بالمقارنة مع غير المتعلّقات لم يكن ذا دلالة قوية، وإن أظهر الثانوي اتجاهًا لزيادة الاستخدام الوسائل الحديثة والتقليدية.

• الحالة الوظيفية

- لا يوجد فروق ذات دلالة بين العاملات وغير العاملات في استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية.

• مؤشر الرفاه: (خُميس الرفاه)

- لم يظهر ارتباط معنوي بمستوى استخدام الوسائل، بمعنى أن الرفاه الاقتصادي ليس مؤثراً في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

• التأمين الصحي

- لم يكن ذا دلالة للوسائل الحديثة.
- أظهر علاقة حدودية مع الوسائل التقليدية ($RRR=1.23$) لكنها غير معنوية عند مستوى 5%.

• استخدام الإنترنت

- النساء اللواتي يستخدمن الإنترنت بالمقارنة مع النساء اللواتي لا يستخدمن أكثر احتمالاً لاستخدام الوسائل التقليدية ($RRR=1.58, P<0.05$).
 - لا فرق معنوي في استخدام الوسائل الحديثة بين المستخدمين للإنترنت بالمقارنة مع النساء اللواتي لا يستخدمن.
- #### • عدد الأطفال الأحياء

- 0-3 أطفال بالمقارنة مع الفئة المرجعية 4-6 أطفال: احتمالية أعلى لاستخدام الوسائل الحديثة (1.37) والتقليدية (1.57).
- ≤ 6 أطفال بالمقارنة مع الفئة المرجعية 4-6 أطفال: احتمالية مرتفعة جداً لاستخدام الوسائل الحديثة (2.28) والتقليدية (1.61)، مما يعكس تأثيراً قوياً لعدد الأطفال (Parity Effect).

• العمر عند الزواج لأول مرة

- النساء اللواتي تزوجن بعد سن 25 أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة (0.33) والتقليدية (0.60) مقارنة بمن تزوجن قبل 18 عاماً، وهي نتيجة منطقية فالزواج المتأخر يرتبط بانخفاض الحاجة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- الزواج بين 18-25: لا فرق معنوي.

• العدد المرغوب من الأطفال

- الرغبة في 4-6 أطفال ارتبطت باحتمالية أقل لاستخدام الوسائل الحديثة (0.75) والتقليدية (0.67) بالمقارنة بالفئة المرجعية 0-3 أطفال.
- الرغبة في ≤ 7 أطفال ارتبطت بانخفاض معنوي في استخدام الوسائل الحديثة (0.55, $p<0.01$) بالمقارنة بالفئة المرجعية 0-3 أطفال، ولم تظهر فروق ذات دلالة لاستخدام الوسائل التقليدية.

• الزيارة من كادر صحي

- زيارة الكادر الصحي ارتبطت بانخفاض استخدام الوسائل التقليدية؛ انخفاض معنوي في الاستخدام ($RRR=0.72, CI\ 95\%=0.59-0.88$)، وذلك بالمقارنة بالفئة المرجعية عدم زيارة الكادر الصحي.

الخلاصة

يكشف التحليل متعدد المتغيرات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023 أن الفوارق الحضرية-الريفية ليست مؤثرة بشكل معنوي، مما يشير إلى أن نوع التجمع السكاني بذاته ليس محدداً مهماً بعد ضبط العوامل الأخرى، لكن الفوارق الجغرافية والإقليمية بارزة للغاية. فالمفروق والكرك ومعان سجلت أدنى احتمالات لاستخدام الوسائل الحديثة بالمقارنة مع محافظة عمان، مع انخفاض في التقليدية أيضاً في البلقاء ومادبا.

كما أظهرت النتائج أن النساء السوريات أقل احتمالاً من الأردنيات لاستخدام الوسائل الحديثة، مما يعكس عوائق في الوصول أو اعتبارات ثقافية بين اللاجئين، وغيرها من العوامل.

التعليم العالي برز كأحد أقوى المحددات، في حين أن الحالة الوظيفية، مؤشر الرفاه، والتأمين الصحي لم تُظهر ارتباطات قوية، استخدام الإنترنت ارتبط بالوسائل التقليدية، مما يشير إلى دور التعرض للمعلومات.

عدد الأطفال الأحياء شكّل محدداً رئيسياً، حيث ازدادت احتمالية الاستخدام بشكل كبير مع زيادة عدد الأطفال. كذلك، تبين أن العمر عند الزواج والتفضيلات الإنجابية يؤثران بوضوح: الزواج المتأخر والرغبة في أسر كبيرة يقللان من احتمالية استخدام الوسائل.

ومن المثير أن زيارة العاملين الصحيين الميدانيين ارتبطت بانخفاض في استخدام الوسائل التقليدية، وهو ما يستدعي بحثاً أعمق.

بشكل عام، تبرز النتائج أهمية معالجة التباينات الجغرافية والتعليمية والإنجابية، مع إعطاء أولوية للبرامج في محافظات مثل المفرق والكرك ومعان، واستهداف الفئات الأقل استخداماً كاللاجئات السوريات والنساء ذوات التعليم المحدود والرغبة العالية في الإنجاب.

الجدول 20: النسبة النسبية للمخاطر (RRR) لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية مقابل عدم الاستخدام بين النساء المتزوجات حالياً في سن الإنجاب (15-49 سنة) وغير الحوامل

المتغير / الفئة	استخدام وسيلة تقليدية مقابل عدم الاستخدام		استخدام وسيلة حديثة مقابل عدم الاستخدام	
	RRR	CI 95%	RRR	CI 95%
مكان السكن	حضر		1.00	
	ريف	0.89,1.27	1.06	0.81,1.10
	عمان		1.00	
المحافظة	البلقاء	0.55,0.93	*0.72	0.81,1.34
	الزرقاء	0.73,1.27	0.96	0.75,1.18
	مأدبا	0.49,1.00	*0.70	0.84,1.45
	إربد	0.91,1.55	1.19	0.68,1.12
	المفرق	0.24,0.46	***0.33	0.31,0.51
	جرش	0.77,1.37	1.03	0.71,1.14
	عجلون	0.71,1.33	0.97	0.72,1.23
	الكرك	0.38,0.71	***0.52	0.51,0.88
	الطفيلة	0.78,1.43	1.05	0.73,1.27
	معان	0.66,2.18	1.20	0.39,0.90
	العقبة	0.63,1.18	0.86	0.67,1.17
	أردنية		1.00	
الجنسية	سورية	0.61,1.13	0.83	0.54,0.93
	أخرى	0.44,1.26	0.75	0.55,1.18
	غير متعلمة		1.00	
التعليم	ابتدائي	0.52,1.84	0.98	0.84,2.12
	ثانوي	0.96,2.87	1.66	0.96,2.16
	عالٍ	1.20,3.84	*2.14	1.14,2.70

استخدام وسيلة حديثة مقابل عدم الاستخدام		استخدام وسيلة تقليدية مقابل عدم الاستخدام		المتغير / الفئة	
RRR	CI 95%	RRR	CI 95%		
1.00		1.00		لا تعمل	الحالة الوظيفية
1.07	0.86,1.32	1.09	0.84,1.42	تعمل حالياً	
1.00		1.00		الأدنى	خُميس الرفاه
1.02	0.84,1.24	1.13	0.89,1.44	الثاني	
1.02	0.84,1.25	0.97	0.75,1.25	الأوسط	
1.07	0.86,1.34	1.13	0.86,1.50	الرابع	
1.03	0.78,1.38	1.02	0.74,1.41	الأعلى	
1.00		1.00		لا	التأمين الصحي
1.00	0.82,1.22	1.23	0.99,1.52	نعم	
1.00		1.00		لا	استخدام الإنترنت
1.31	0.95,1.80	*1.58	1.05,2.39	نعم	
1.37	1.13,1.68	*1.57	1.25,1.96	3-0	عدد الأطفال الأحياء
1.00		1.00		6-4	
***2.28	1.98,2.63	***1.61	1.35,1.93	6≥	
1.00		1.00		18>	العمر عند الزواج لأول مرة
0.86	0.71,1.04	1.07	0.87,1.33	25-18	
***0.33	0.24,0.44	**0.60	0.42,0.86	25<	
1.00		1.00		3-0	العدد المرغوب من الأطفال
***0.75	0.64,0.88	***0.67	0.57,0.79	6-4	
**0.55	0.38,0.80	0.74	0.48,1.14	7≥	زيارة عامل صحي ميداني
1.00		1.00		لا	
0.82	0.67,1.00	**0.72	0.59,0.88	نعم	
* دال عند p<0.05، ** دال عند p<0.01، *** دال عند p<0.001، RRR = النسبة النسبية للمخاطر (المعاملات مرفوعة للأس)					

2.3 الحاجة غير الملبة

تناول هذا المكون من التحليل الكمي في هذه الدراسة تحليل الانحدار اللوجستي للحاجات الملبة وغير الملبة بين النساء المتزوجات حالياً في الأردن، لدراسة العوامل التي تؤثر في قدرة النساء على تلبية احتياجاتهن الإنجابية من الوسائل المتاحة

تم اعتماد التعريف الثالث لمتغير الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة (v626a). وبحسب الجدول الأصلي، شكّلت فئة النساء ذوات الحاجة غير الملبة للمباعدة نسبة 4.93% من إجمالي العينة، في حين بلغت نسبة الحاجة غير الملبة للحد من الولادات 5.91%، ليصبح إجمالي الحاجة غير الملبة 10.84%..

كما أظهرت البيانات أنّ استخدام وسائل تنظيم الأسرة للمباعدة مثّل 16.73%، بينما شكّل الاستخدام بهدف الحد من الولادات النسبة الأكبر وقد بلغت 43.36% من إجمالي العينة. وبلغت نسبة النساء اللاتي ليست لديهن حاجة غير ملبة 13.29%، في حين شكّلت فئة غير القادرات على الإنجاب أو في سن اليأس 15.77%

ولغايات البحث وبهدف إجراء تحليل الانحدار اللوجستي، تم الاقتصار فقط على الفئات ذات الصلة بالتحليل، وهي الحاجة غير الملبة بنوعها (للمباعدة والحد من الولادات)، بالإضافة إلى الحاجة الملبة من خلال استخدام وسائل

تنظيم الأسرة للمباعدة أو الحد من الولادات. وبناءً على ذلك تم استبعاد النساء غير القادرات على الإنجاب، والنساء في سن اليأس، ومن ليست لديهن حاجة. ونتيجة لهذه المعايير المنهجية، أصبحت العينة المستخدمة للتحليل 8,234 سيدة.

وتبين ان للعينة المستخدمة لغايات هذه الدراسة:

- الحاجة غير الملّبة للمباعدة بلغت 726 سيدة (8.8%).
 - الحاجة غير الملّبة للحد من الولادات بلغت 793 سيدة (9.63%)، ليصبح مجموع الحاجة غير الملّبة 18.45% من العينة النهائية.
 - الاستخدام للمباعدة مثل 1,949 سيدة (23.67%)
 - الاستخدام للحد من الولادات شكّل الفئة الأكبر بواقع 4,766 سيدة (57.88%).
- وبهذا تصبح العينة النهائية المستخدمة في التحليل الإحصائي 8,234 سيدة بنسبة 100% في هذه الدراسة.

1.2.3 نتائج تحليل الانحدار اللوجستي:

تكشف نتائج نموذج الانحدار اللوجستي كما هو مبين في جدول (21) عن مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية-الاقتصادية المرتبطة باحتمالية عدم تلبية الحاجة لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات. وتظهر عدة متغيرات تأثيرات ذات دلالة إحصائية عند مستويات مختلفة (0.05، 0.01، 0.001)، ما يشير إلى وجود فروقات مهمة بين الفئات المختلفة.

أولاً، من حيث الجنسية، تتمتع السيدات السوريات والأخريات باحتمال أقل لتلبية الحاجة مقارنة بالأردنيات، إذ تنخفض الاحتمالات بنسبة واضحة، ما يشير إلى تحديات وصول أكبر لخدمات تنظيم الأسرة بين هذه الفئات، وذلك بشكل دال إحصائياً.

بالنسبة للتعليم، فإن النساء ذوات التعليم العالي يظهر لديهن احتمال أعلى لتلبية الحاجة مقارنةً بالنساء دون تعليم، وهو ارتفاع ذو دلالة إحصائية. هذا يعكس ارتباط التمكين التعليمي بالوصول الأفضل للمعلومات والخدمات الإنجابية. أما التعليم الأساسي والثانوي فلم يظهر ارتباطاً معنوياً.

وعلى صعيد المستوى الاقتصادي الشامل، فإن مؤشر الرفاه يلعب دوراً مهماً؛ إذ تزداد احتمالات تلبية الحاجة بشكل تدريجي مع مؤشر الرفاه، لتصل إلى أعلى مستوياتها بين الفئة الأعلى، وفروق ذات دلالة عالية. هذا يبرهن على أن الوضع الاقتصادي الشامل ما يزال عاملاً مؤثراً في القدرة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وفيما يتعلق بعدد الأطفال الحالي، تُظهر الأمهات اللواتي لديهن 4-6 أطفال احتمالاً أعلى لتلبية الحاجة، وهو ارتباط ذو دلالة واضحة، بينما لم يكن الارتباط مع عدد ≤ 7 أطفال ذا دلالة.

أما العمر عند الزواج، فقد ارتبط ارتباطاً معاكساً بتلبية الحاجة؛ إذ إن الزواج في أعمار 20-24، 25-29، 30-34، و35 يقلل من احتمالات تلبية الحاجة مقارنةً بمن تزوجن قبل سن 20، وبشكل دال إحصائياً عند معظم الفئات. وفي المقابل، عندما ننظر إلى العمر الحالي للمرأة، فإن الاحتمال يرتفع بشكل كبير مع التقدم في العمر؛ فالنساء من 25-29 وصولاً إلى ≤ 40 لديهن احتمالات أعلى بكثير لتلبية الحاجة مقارنةً بعمر 15-19، وبفروق معنوية قوية. هذا يعكس زيادة الوعي والاستخدام الفعلي مع التقدم في العمر.

وبشأن الاتجاه نحو ضرب الزوجة فإن النساء اللواتي أبلغن عن تبريرهن للضرب تظهر لديهن احتمالات أعلى لتلبية الحاجة مقارنةً بغير المبررين لضرب الزوجة، وهي نتيجة غير بديهية تحتاج إلى تفسيرات نوعية معمقة.

أما على مستوى مكان السكن، فإن النساء في المناطق الريفية لديهن احتمالات أقل لتلبية الحاجة مقارنة بالنساء في المناطق الحضرية، وهو تأثير واضح ودال إحصائياً، مما يعكس فجوة في توفر الخدمات.

وبالنسبة للمناطق الجغرافية، فإن النساء في الإقليم الجنوبي لديهن احتمالات أقل لتلبية الحاجة مقارنة بالمركز، وهو ارتباط معنوي، بينما الشمال كان أقل أيضاً ولكن بدون دلالة قوية. وبقيّة المتغيرات مثل القدرة على الحصول على المال أو عدد الأطفال المثالي لم تظهر ارتباطات معنوية واضحة.

في الصورة الكلية، يشير النموذج إلى أن الوضع الاقتصادي الشامل - مؤشر الرفاه، الفروق الجغرافية، العمر، التعليم العالي، والعوامل المرتبطة بالجنسية هي الأكثر تأثيراً في تفسير تلبية الحاجة لتنظيم الأسرة بين النساء. وتمهد هذه النتائج لفهم أعمق للفجوات التي تحتاج معالجة ضمن سياسات الصحة الإنجابية مستهدفة الوصول النوعي والكمي لخدمات تنظيم الأسرة.

الجدول 21: الانحدار اللوجستي للحاجات الملّية مقابل غير الملّية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات في مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023

المتغير / الفئة	نسبة الأرجحية (Odds Ratio)	فترة الثقة 95%
الجنسية	أردنية	1.00
	سورية	*0.7
	أخرى	*0.6
التعليم	بدون تعليم	1.00
	ابتدائي	1.1
	ثانوي	1.2
	تعليم عالٍ	*1.7
	لا تعمل	1.00
الحالة الوظيفية	تعمل حالياً	0.9
	الأفقر	1.00
خُميس الرفاه	أفقر	1.1
	متوسط	**1.5
	أغنى	**1.5
	الأغنى	***2.0
	3-0	1.00
عدد الأطفال الأحياء	6-4	*1.3
	7≤	1.3
	3-0	1.00
العدد المثالي من الأطفال	6-4	**1.0
	7≤	1.0
	أقل من 20	1.00
العمر عند الزواج الأول	24-20	*0.8
	29-25	**0.6
	34-30	***0.4
	35≤	**0.4
	19-15	1.00
العمر الحالي	24-20	2.1
	29-25	***3.3
	34-30	***3.7
	39-35	**3.3
	40≤	***4.7
	لا	1.00
امتلاك محفظة أو بطاقة	نعم	0.8
	لا	1.00
الاتجاهات نحو ضرب الزوجة (تبرير الضرب)	نعم	** 1.3
	حضري	1.00
مكان السكن	ريفي	*0.8
	الوسط	1.00
المنطقة	الشمال	0.8
	الجنوب	***0.7
	لا	1.00
زيارة من قبل عامل صحي ميداني	نعم	1.2
	لا	1.00
* دال عند p<0.05, ** دال عند p<0.01, *** دال عند p<0.001		

ملخص النتائج الكمية

في ضوء النتائج الكمية المستخلصة من تحليل بيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023، التي شملت 10,743 امرأة متزوجة حالياً في الفئة العمرية (15-49 سنة)، يمكن تلخيص الصورة العامة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن على النحو الآتي:

1. استخدام وسائل تنظيم الأسرة

أظهرت نتائج التحليل أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات غير الحوامل في الأردن يتأثر بمجموعة متنوعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والمكانية. يُعد مستوى التعليم من أبرز هذه العوامل، حيث تزداد احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، سواء الحديثة أو التقليدية، بشكل ملحوظ بين النساء ذوات المستويات التعليمية الأعلى. كما يرتبط عدد الأطفال الأحياء بزيادة احتمال استخدام أي وسيلة لتنظيم الأسرة، لا سيما الوسائل الحديثة، إذ تميل النساء اللاتي لديهن عدد أكبر من الأطفال إلى تبني استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل أكبر مقارنةً بمن لديهن عدد أقل.

على الجانب الآخر، يرتبط العمر عند الزواج والرغبة في إنجاب عدد أكبر من الأطفال بانخفاض احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مما يعكس تأثير التوجهات الإنجابية على قرارات الاستخدام. وتزداد نسبة استخدام الوسائل الحديثة بين النساء اللاتي يرغبن في عدد أقل من الأطفال، خصوصاً في الفئة التي لديها رغبة من 4 إلى 6 أطفال. أما بالنسبة للعمر الحالي للمرأة، فقد أظهر نمطاً متدرجاً، حيث تزداد احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل عام في الفئة العمرية بين 25 و34 سنة. في المقابل، تزداد احتمالية استخدام الوسائل التقليدية مع تقدم عمر النساء، خاصةً فوق سن الأربعين، وبين من تزوجن في سن مبكرة تحت العشرين، بينما ترتفع نسب استخدام الوسائل الحديثة بين النساء الأصغر سناً، لا سيما من تزوجن في الفئة العمرية 20-24 سنة.

كما كشفت النتائج عن فروق مرتبطة بالجنسية، حيث كانت النساء السوريات أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنةً بالنساء الأردنيات. أما من الناحية الاقتصادية، فقد تبين أن النساء في الفئات الأعلى على مؤشر الرفاه أكثر من مرة ونصف احتمالاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة، سواء الحديثة أو التقليدية، مقارنةً بالفئات الأدنى. في المقابل، لم تظهر بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى، مثل الحالة الوظيفية، التغطية بالتأمين الصحي، أو امتلاك المال، تأثيراً واضحاً على استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد ضبط العوامل الأخرى.

على المستوى الجغرافي، برزت تباينات مكانية واضحة في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث سُجلت أدنى مستويات استخدام الوسائل الحديثة في محافظات المفرق والكرك ومعان، في حين لوحظ انخفاض في استخدام الوسائل التقليدية في محافظتي البلقاء ومادبا. كما أظهرت النتائج ارتباطاً إيجابياً بين استخدام الإنترنت وزيادة احتمال استخدام الوسائل التقليدية، بينما ارتبطت زيارة العاملين الصحيين بانخفاض استخدام هذه الوسائل.

2. الحاجة غير الملباة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة

يظهر النموذج الإحصائي أن تلبية الحاجة لتنظيم الأسرة بين النساء تتأثر بعدة عوامل مترابطة. النساء السوريات أقل قدرة على تلبية الحاجة مقارنةً بالأردنيات. التعليم العالي يعزز إمكانية تلبية الحاجة، بينما مؤشر الرفاه يلعب دوراً حاسماً، إذ ترتفع احتمالات تلبية الحاجة بشكل واضح لدى النساء في الفئات الأعلى. كذلك فإن النساء اللواتي لديهن 4-6 أطفال يمكن احتمالاً أكبر لتلبية الحاجة مقارنةً بذوات الأطفال القلائل. العمر عند الزواج يظهر ارتباطاً عكسياً، في حين يرتفع احتمال تلبية الحاجة بشكل قوي مع التقدم في العمر الحالي للمرأة. كما أن النساء في الريف وفي الجنوب أقل تلبية للحاجة مقارنةً بالحضر والمركز. هذه النتائج تشير إلى أن التفاوتات الاقتصادية الشاملة، والتعليم، والجنسية، والموقع الجغرافي، والعمر تُعدّ من أبرز المحددات المؤثرة في القدرة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

الفصل الرابع

نتائج التحليل النوعي

يأتي هذا الفصل استكمالاً للتحليل الكمي والدراسات السابقة الذي تناولته الفصول الثانية والثالثة التنبؤية الأسرية لتقديم فهم أعمق للسياق الاجتماعي والثقافي والمؤسسي الذي يؤثر في استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية، وكذلك في استمرار الحاجة غير الملابة لها.

يهدف هذا الفصل إلى تقديم قراءة معمقة للتجارب والآراء التي عبّر عنها ممثلو المؤسسات الوطنية والدولية، ومقدمو الخدمات الصحية، إضافة إلى النساء في المجتمعات المحلية ومجتمع اللاجئين السوريين، من خلال مقابلات فردية شبه مقننة ومجموعات نقاش بؤرية. ويتيح هذا التحليل النوعي الكشف عن العوامل الخفية التي لا تظهر في البيانات الكمية، مثل التصورات الاجتماعية، المخاوف الصحية، أنماط المشورة، وأثر السياسات على المستوى التنفيذي.

من المهم الإشارة إلى أن المنهجية المعتمدة في هذا الفصل تُقرأ باعتبارها مكملية للمنهجية الواردة في الفصل الأول، حيث اعتمدنا التصميم التتابعي التفسيري (Explanatory Sequential Mixed Method) الذي يدمج التحليل الكمي والنوعي في إطار واحد، بما يضمن تفسير النتائج الإحصائية في ضوء المعطيات الواقعية، ويُقسم هذا الفصل إلى جزئين أساسيين: وصف خصائص المشاركين في المقابلات والمجموعات البؤرية ومعايير اختيارهم، وعرض النتائج النوعية التي تتناول السياسات، النظام الصحي من حيث العرض والطلب، وتصورات المجتمع حول وسائل تنظيم الأسرة.

1.4 خصائص المشاركين:

1.1.4 المقابلات الفردية شبه المقننة:

تم إجراء مقابلات معمقة شبه مقننة مع مجموعة من المشاركين من جهات محلية ودولية ذات صلة بموضوع البحث، بهدف ضمان تنوع وجهات النظر وتعدد الخبرات. جرت هذه المقابلات خلال الفترة من 21 أيلول/سبتمبر 2025 وحتى 6 تشرين الثاني/نوفمبر 2025، حيث أُجريت 12 مقابلة شارك فيها 14 شخصاً، منهم اثنان شاركا في مقابلتين مشتركين، بينما كانت بقية المقابلات فردية. نُفذت ست مقابلات وجهًا لوجه، وأُجريت الست الأخرى عن بُعد باستخدام وسائل الاتصال المرئي.

تم اختيار المشاركين وفق معايير محددة لضمان تمثيل شامل للخبرات والآراء، شملت خبرتهم العملية في خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، ومواقعهم القيادية أو التقنية داخل المؤسسات، ودورهم المباشر في صياغة السياسات أو تقديم الخدمات، بالإضافة إلى تمثيل جهات متعددة لضمان تنوع الخبرات على المستويين الوطني والدولي.

توزعت الجهات التي مثلها المشاركون بين وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، وثلاث جهات من القطاع الخاص، بالإضافة إلى أربع جهات من منظمات الأمم المتحدة، أما من حيث النوع الاجتماعي، فقد كان التوزيع متساوياً بين الذكور والإناث، حيث شارك 7 ذكور و7 إناث، أما من حيث الفئة الوظيفية، فقد تنوع المشاركون بين مخططي برامج وسياسات صحية (9 مشاركين)، مديري عيادات (2 مشاركين)، مدير مجموعة صيدليات في القطاع الخاص (1 مشارك)، ونقيب رابطة أو نقابة (2 مشاركين)، مما يعكس التنوع المقصود في العينة المدروسة.

2.1.4 المجموعات البؤرية المركزة:

أُجريت مجموعات نقاش بؤرية مركزة في ثلاث محافظات هي المفرق، معان، والبلقاء. تم اختيار هذه المحافظات بناءً على نتائج التحليل الكمي لضمان تمثيل أنماط مختلفة من استخدام وسائل تنظيم الأسرة. فقد تم اختيار محافظة معان لكونها من المحافظات التي أظهرت أعلى احتمالية لاستخدام الوسائل التقليدية، بينما تم اختيار محافظة البلقاء لكونها الأقل احتمالية لاستخدام هذه الوسائل على مستوى الأردن، مما أتاح فهم العوامل التي تدعم أو تحد من استخدام الوسائل الحديثة في سياقات متباينة. أما محافظة المفرق، فتم اختيارها لاحتوائها على مخيم الزعتري للاجئين السوريين، حيث تمثل السيدات في هذه الفئة الأقل استخدامًا لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة والأكثر مقاومة لها، بالإضافة إلى كون فئة اللاجئين هي الأكثر احتمالية للحاجة غير الملابة.

أُجريت مجموعات النقاش خلال الفترة من 5 إلى 23 تشرين الثاني/نوفمبر، وشارك فيها 32 سيدة، أغلبهن من ذوات المستوى التعليمي المتوسط. تنوعت خصائص المشاركات في عدة معايير، منها الفئة العمرية التي شملت 5 مشاركات في الفئة 20-24 سنة، و14 في الفئة 25-35 سنة، و13 فوق 35 سنة. كما تنوع مستوى التعليم بين 4 غير متعلّقات، 3 حاصلات على التعليم الابتدائي، 15 على التعليم الثانوي، و10 على التعليم الجامعي. أما عدد الأطفال فكان موزعاً بين 9 مشاركات لديهن 0-3 أطفال، 15 لديهن 4-7 أطفال، و8 لديهن أكثر من 7 أطفال.

فيما يتعلق بأنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، أظهرت النتائج أن 21 مشاركة تستخدم وسائل تنظيم أسرة حديثة، و8 يستخدمن وسائل تقليدية، بينما 3 مشاركات لا يستخدمن أي وسيلة. هذا التوزيع يعكس التنوع في المواقف والسلوكيات تجاه تنظيم الأسرة بين النساء في المحافظات المختلفة، مع تأثير واضح للعوامل الاجتماعية والثقافية والمكانية على هذه الأنماط.

2.4 النتائج:

بعد مراجعة وتحليل النصوص المستخلصة من المقابلات الفردية والمجموعات البؤرية، تمت إعادة تنظيم المحاور في شكل سمات رئيسية وفرعية تعكس القضايا الجوهرية التي تناولتها الدراسة على النحو التالي:

أولاً: سمة السياسات والإستراتيجيات والتي اقتصرَت نتائجها على المقابلات الفردية نظراً لطبيعة الموضوع المرتبط بالأطر الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية وآليات التنفيذ والمتابعة التي تهتم صانعي القرار ومزودي الخدمة.

ثانياً: سمة النظام الصحي - جانب العرض التي انبثقت عنها عدة سمات فرعية، أبرزها الإمداد والتزويد، توافر الوسائل، المخصصات والتمويل، الموارد البشرية وخدمات تنظيم الأسرة، تكامل الخدمات والفرص الضائعة، الملاءمة، مواقف البرامج الصحية من الوسائل التقليدية، إضافة إلى المقاربات الاجتماعية وحملات التوعية.

ثالثاً: سمة العوامل الفردية والاجتماعية المؤثرة - جانب الطلب والتي تضمنت محددات مكانية وعمرية، محددات تمكينية، محددات الجنسية، فضلاً عن الدوافع المرتبطة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية.

1.2.4 السياسات والإستراتيجيات

أظهرت المقابلات الفردية مع صانعي السياسات ومقدمي الخدمات توافقاً واسعاً حول معرفتهم بوجود سياسات واضحة للصحة الإنجابية والجنسية، تتمثل في الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية (2020-2030) والإستراتيجية الوطنية للسكان (2021-2030). وأكد المشاركون أن تعريفات الحاجة غير الملابة والأهداف الوطنية

ذات الصلة مفهومة ومتسقة مع الإطار العام للسياسات الصحية. رغم وضوح السياسات، لم تكن شاملة خاصة في تبني أبعاد متعددة القطاعات في صياغتها وتنفيذها. أفاد المشاركون أن السياسات الحالية قد تبدو عامة وتفتقد التركيز على الأنشطة التي يجب إعطاؤها الأولوية في تنظيم الأسرة.

فقد أشار أحد المشاركين إلى الحاجة لتطوير إستراتيجية مستقلة لتنظيم الأسرة، بحيث تتجاوز كونها جزءاً من إستراتيجية صحية شاملة، لتصبح منظومة مترابطة مع الأهداف التنموية ومصممة بحيث تركز على الأنشطة المحددة والمستهدفة عوضاً عن أهداف قد تكون أقل تحديداً، وتُعتمد كأولوية وطنية تتطلب نهجاً متعدد القطاعات يدمج مؤشرات الجندر، والمناخ، واستخدام الموارد. هذه الإستراتيجية المقترحة وبحسب رايه، ينبغي أن تكون محورية في صنع القرار السياسي، وتحديد الأولويات الصحية خاصة مع قلة الدعم الدولي. بتوافر استراتيجية مستقلة سيعزز المفهوم الصحيح بين صانع القرار السياسي ومخططي البرامج والسياسات في كل القطاعات عن تنظيم الأسري على انها عابرة للقطاعات، وتسعى لتضافر جهود كل الأنظمة لتدعم النظام الصحي وليست فجوة تخص القطاع الصحي يجب استدراكها بزيادة وتحسين الخدمات فقط.

وفيما يتعلق بالأولويات الصحية، أشار أحد المشاركين إلى أن تنظيم الأسرة تراجع خلال السنوات الخمس الأخيرة على سلم الأولويات لصالح قضايا أكثر إلحاحاً، مثل التغطية الصحية الشاملة. وبناءً عليه، يرى أن إعادة إدماج تنظيم الأسرة كأولوية وطنية يجب أن يتم ضمن إطار التغطية الصحية الشاملة وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية، وليس كبرنامج أفقي من وجهة نظره.

أما أبرز العوامل التي أعاقَت تنفيذ الإستراتيجيات الخاصة بتنظيم الأسرة من وجهة نظر أحد المشاركين، فقد تمثلت في تأثير جائحة كورونا، التي أدت إلى تحويل الموارد والاهتمام نحو الأمراض السارية ومتطلبات الاستجابة للجائحة، مما أعاق تنفيذ الخطة التنفيذية لتنظيم الأسرة ذات الكلفة (2020-2024).

إضافة إلى ذلك، أشار أحد المشاركين إلى الأثر الجسيم لتذبذب السياسات المعنية بوصول اللاجئين إلى القطاع الصحي الحكومي، والذي انعكس سلباً على الوعي بالخدمات المجانية المتاحة لتنظيم الأسرة، حيث أظهرت البيانات أن 44%⁽⁴⁰⁾ فقط من اللاجئين السوريين على علم بمجانية هذه الخدمات رغم استمرارها ضمن الحزمة الأساسية⁽²¹⁾.

"تغير السياسة لصالح التسعيرة التفضيلية مضي عليه أكثر من 6 سنوات، ولكن لا زال نسبة كبيرة من اللاجئين لا تعرف هذه المعلومة - مجانية خدمات تنظيم الأسرة - وعندما نقول النصف فقط هم الذين يعرفون، فنحن نتكلم أن نسبة فقط 20 % أو 30 % هي التي تستخدم فعلاً خدمات تنظيم الأسرة في نهاية المطاف، بمعنى أن فصل اللاجئين عن سلة الخدمات يؤثر حتى على الخدمات الأساسية وان بقيت مجانية"

مشارك رقم 6

وفيما يخص القطاع الخاص، أكد المشاركون أن مستوى الاتساق مع الأهداف الإستراتيجية الوطنية لا يزال محدوداً، حيث تقتصر الإشارة إلى الإستراتيجيات الوطنية والانخراط في محتواها غالباً على مشاريع محددة، غالباً ما تكون دولية، مثل مبادرة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية مع الصيدليات الخاصة لتعزيز الوصول إلى الوسائل الحديثة.

(40) UNHCR 2024 - Health Access and Utilization Survey (HAUS 2024) among "Syrians living in non-camp setting" - Jordan (August 2024) - Jordan

<https://reliefweb.int/report/jordan/health-access-and-utilization-survey-haus-2024-among-syrians-living-non-camp-setting-jordan-august-2024>

(41) مرت سياسات وصول اللاجئين إلى الخدمات الصحية بعدة مراحل؛ فقد كانت مجانية حتى عام 2014، ثم جرى معاملتهم وفق التسعيرة التفضيلية المخفضة

المطبقة على الأردني المؤمن حتى عام 2018، بعد ذلك، تم تعديل التسعيرة لتصبح الأعلى، وهي تسعيرة الأجنبي، قبل أن يُعاد العمل بالتسعيرة المخفضة الخاصة

بالأردني المؤمن اعتباراً من عام 2019 وحتى الآن.

كما أشار بعضهم إلى التصور أن الصيدليات الخاصة، رغم كونها المصدر الرئيس للوسائل في القطاع الخاص، لا تعرف عن السياسات الوطنية إلا عبر قنوات محدودة مثل التعميمات النقابية أو التعليم الطبي المستمر، مما يضعف الوعي بالأهمية والتواصل مع أهداف الإستراتيجيات الوطنية. وأجمع المشاركون من القطاع الخاص على أن تعزيز دور القطاع الخاص كفاعل رئيسي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة يعد شرطاً أساسياً لتحسين الاتساق مع الأولويات الوطنية وبخاصة المواضيع التي تهم تنظيم الأسرة.

"نحن لا نعرف عن هذه السياسات إلا ما يصلنا من تعاميم نقابية وتعاميم وزارة الصحة، مستوى التفاعل معها بتقديري محدود"

مشارك رقم 10

وفي سياق قياس أثر السياسات والاستراتيجيات وبرامج تنظيم الأسرة، برزت عدة أدوات ومنهجيات اعتمدتها الجهات المشاركة. فقد أشار معظم المشاركين إلى أن بيانات مسح السكان والصحة الأسرية كانت الأداة الأهم لقياس الأثر على المستوى الوطني، نظراً لشمولية البيانات وقدرتها على توفير مؤشرات دقيقة حول الاستخدام والحاجة غير الملباة. كما أشار معظم المشاركين إلى إصدارات المجلس الأعلى للسكان من مراجعات ومتابعات للسياسات والإستراتيجيات.

كما برزت ملاحظات حول ضعف التركيز على فرض آليات المتابعة والتقييم، خاصة تلك التي تقيس الإنجاز على مستوى المراكز والمنشآت الصحية، مما يحد من فعالية المحاسبة وتحسين الأداء المؤسسي. وأكد المشاركون أن اعتماد مؤشرات دقيقة على المستوى المحلي وربطها بالمتابعة الوطنية سيعزز قدرة المديريات والأقسام المعنية على تحسين جودة الخدمة. إضافة إلى ذلك، شددوا على ضرورة توضيح أدوار ومسؤوليات مقدمي الخدمة وآليات تقاطعها مع إدارة المنشآت الصحية والإدارة الصحية بمستوياتها الأعلى، خصوصاً في مجال المتابعة السريرية والإدارية لخدمات تنظيم الأسرة والمشورة.

أما المشاركون العاملون مع مجتمعات اللاجئين، فأكدوا أن الأطر المنطقية للمشاريع، والتي تُحكم عادةً من قبل المانحين، إلى جانب تقييمات البرامج، تمثل أدوات رئيسية لقياس الأثر في سياق التدخلات الموجهة. في حين اعتبرت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين أن مسح الوصول واستخدام الرعاية الصحية HAUS، الذي يقيس أثر السلوكيات والمعرفة، من أهم الأساليب لتقييم التغيير في الأثر السلوكي في الحضر والمخيمات، وهي أدوات إضافية لهم لقياس الأثر. من جانبها، أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن مصفوفات قياس الأثر المدمجة في الإستراتيجيات الوطنية، إلى جانب مسح السكان والصحة الأسرية، كانت من أبرز الأدوات التي اعتمدتها في متابعة التقدم نحو الأهداف الوطنية.

2.2.4 النظام الصحي - جانب العرض:

أظهرت المقابلات توافق كبير على معظم السمات الفرعية في هذا الموضوع فيما اختلفت المجموعات البؤرية حول بعض السمات.

الإمداد والتزويد

أظهرت المقابلات الفردية توافقاً كبيراً بين المشاركين حول معظم المحاور الفرعية المتعلقة بالنظام الصحي - جانب العرض، في حين أبدت المجموعات البؤرية بعض الاختلافات في الرأي حول عدد من هذه المحاور. فقد أجمع المشاركون في المقابلات الفردية على عدم وجود مشكلات جوهرية في نظام التزويد الخاص بالقطاع العام، حيث أشادوا بكفاءة النظام وتوافر مزيج وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في جميع العيادات، إضافة إلى مرونة النظام

اللوجستي وسرعة الاستجابة في حال حدوث أي نفاذ للمخزون. وأكد جميع المشاركين الذين يمثلون مؤسسات يتم تزويدها من وزارة الصحة أنه لم يتم تسجيل نقص لأي وسيلة خلال السنوات الخمس الأخيرة، وفقاً لمستوى المنشأة الصحية والخدمات المتوقعة فيها والكوادر المتاحة. ورغم ذلك، أشار بعضهم إلى أن هذه الصورة قد تبدو مثالية، خاصة عند الأخذ في الاعتبار فترة جائحة كوفيد-19.

كما أوضح المشاركون أن عمليات التنبؤ والتزويد تتم مباشرة من خلال مديرية الأمومة والطفل، خارج إطار نظام المشتريات والتزويد العام في وزارة الصحة، لضمان سرعة الاستجابة وإعادة التزويد بناءً على نتائج الجرد والمنح اللوجستية (Lead time and Inventory lists) التي تراقبها المديرية. ويتم إرسال تقارير المخزون من المديرية والجهات الأخرى في القطاع العام، ليتم التنبؤ إلكترونياً على مستوى المديرية لفترة ستة أشهر لصالح تلك المراكز.

ومع ذلك، أشار أحد المشاركين إلى أن فعالية هذا النظام تعتمد بشكل كبير على عمليات التعبئة والجرد على مستوى المراكز الصحية، وهو ما يتطلب جهداً بشرياً ومخصصات من الموارد البشرية قد تشكل عبئاً إضافياً على المنظمات الدولية والمحلية المنفذة، وهي موارد لا تكون متاحة دائماً، نظراً لأن أطر المانحين عموماً تغطي الموارد البشرية للأنشطة المباشرة.

توافر الوسائل

آراء المشاركين في المقابلات الفردية

أفاد المشاركون بتوافر مزيج من وسائل تنظيم الأسرة الحديثة يشمل خمس وسائل رئيسية: الواقي الذكري، اللولب، الغرسات، الحبوب (الأحادية والمركبة)، والحقن. ومع ذلك، أشاروا إلى وجود محددات أخرى غير التزويد تؤثر على توفر هذا المزيج بشكل كامل، أبرزها تصنيف المركز الصحي وتوافر الكوادر المدربة.

ففي المراكز الصحية البعيدة، حيث لا تتوفر قابلة مدربة، يقتصر المزيج غالباً على ثلاث وسائل فقط. أما في عيادات الأونروا، فلا تتوفر الغرسات بسبب نقص المختصين، بينما تم توفيرها في العامين الأخيرين في عيادات المخيمات الخاصة باللاجئين السوريين، وهو ما لاقى نجاحاً وطلباً مرتفعاً من قبل هذه الفئة، بحسب ما ذكر أحد المشاركين.

كما أجمع المشاركون على أن الوسائل المقدمة في القطاع العام آمنة وملائمة للسياق الثقافي الأردني، وتحظى برضا مرتفع من قبل السيدات.

بالإضافة إلى ذلك، أكد المشاركون توافر المزيج في صيدليات القطاع الخاص دون انقطاع، نظراً لحرص القائمين عليها على توفيره باعتباره جزءاً مهماً من المبيعات ومرتبباً بالطلب المرتفع من الزبائن. وأوضحوا أن الغرسات هي الوسيلة الوحيدة غير المتوفرة في الصيدليات، لأنها تتطلب إجراء جراحة صغرى في مستشفى أو عيادة خارجية، مما يستدعي توجه المستفيدين إلى القطاع العام أو الأطباء الأخصائيين. أما بقية الوسائل، فهي متاحة بشكل دائم، وأشار ممثلو القطاع الخاص إلى وجود حبوب من أجيال متقدمة ذات أعراض جانبية أقل، لا يعتقدون أنها متوفرة حتى الآن في القطاع العام، رغم إشادتهم بالموجود وإن كان من أجيال أقدم.

رأي المجموعات البؤرية

وعلى صعيد المجموعات البؤرية، أكدت النساء توافر المزيج بشكل دائم في المراكز الصحية العامة، وأفدن بأنهن يتلقين تثقيفاً حول جميع الوسائل المتاحة، وفقاً للحالة الصحية والخطة الإنجابية والتفضيلات الشخصية. ومع ذلك، تباينت آراؤهن حول فاعلية بعض الوسائل وأمان أخرى، نتيجة تداول معلومات متباينة عبر الشبكات الاجتماعية والمجتمع

المحلي، وهو ما سيتم مناقشته لاحقاً، وكانت الوسيلة الأمن اللولب، بينما جاء الواقي الذكري متأخراً على بقية الوسائل، أما الإبلانون فكانت المعرفة متفاوتة لدى السيدات.

المخصصات والتمويل

أفاد المشاركون المطلعون بأن مخصصات وسائل تنظيم الأسرة في الموازنة العامة لوزارة الصحة تُعد أولوية، حيث تستحوذ على جزء كبير من ميزانية المديرية المختصة - مديرية الأمومة والطفل - على حساب بعض الأنشطة الأخرى. وقد قُدِّرَ البند المخصص لها بنحو نصف مليون دينار سنوياً، مع إمكانية تجاوز هذه المخصصات عند الحاجة، إذ تُمنح لها أولوية في جدول إعادة التخصيص أثناء تنفيذ الميزانية من قبل رئاسة الوزراء، وذلك لتلبية الطلب المتزايد على وسائل تنظيم الأسرة الحديثة لتغطية احتياجات ست جهات في القطاع العام، تشمل المنظمات الدولية والمحلية المنفذة، إضافة إلى المراكز التابعة لوزارة الصحة. ومع إعطاء الأولوية لوسائل تنظيم الأسرة في الميزانية؛ تتأثر الأنشطة الأخرى بشكل كبير، أهمها تدريب الكوادر الصحية وأنشطة المتابعة والتقييم.

وأجمع المشاركون في المقابلات الفردية على أن توقف البرامج الممولة من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية سيزك فجرة كبيرة في الأنشطة المتعلقة بتدريب الكوادر الصحية في مجال تنظيم الأسرة، خاصة التدريبات الخاصة بالمشورة، إلى جانب حملات التوعية وتعزيز إشراك قطاعات مختلفة في هذا المجال. وأكدوا أن غياب هذه التدريبات قد يؤثر سلباً على جودة خدمات تنظيم الأسرة، ويهدد استمرارية وديمومة هذه الأنشطة، خصوصاً مع احتمالية تسرب الكوادر المدربة أو تقاعدها، مما يجعل إعادة تفعيل هذه البرامج أكثر صعوبة إذا لم تُتخذ إجراءات واضحة لضمان الاستمرارية.

الموارد البشرية وجودة خدمات تنظيم الأسرة

آراء المشاركين في المقابلات الفردية

أجمع المشاركون في المقابلات الفردية على عدم كفاية خدمات تنظيم الأسرة، مع اختلاف التركيز بين توفر هذه الخدمات من الناحية الكمية وجودتها من الناحية النوعية، وأكد الجميع أن السبب الجوهرى لهذا القصور يرتبط بوفرة وكفاءة الموارد البشرية المسؤولة عن تقديم هذه الخدمات، رغم تباين الآراء حول الأسباب الجذرية لهذا النقص.

أولاً: نقص الكوادر الصحية والدوران الوظيفي

أشار بعض المشاركين إلى أن السبب الرئيس يتمثل في نقص الكوادر الصحية، إلى جانب ارتفاع معدلات الدوران الوظيفي، وهو ما تعاني منه معظم مديريات الصحة في الأردن. ويرجع ذلك إلى الضغط الوظيفي وضعف الحوافز والمخصصات، مما يؤدي إلى عدم الاحتفاظ بالكوادر المدربة، وبالتالي تراجع جودة المشورة وخدمات تنظيم الأسرة.

"نقص الكوادر البشرية لتنظيم الأسرة تعاني منه جميع المديريات الصحية في المملكة"

مشارك رقم 3

ثانياً: غياب التدريبات الدورية

رأى آخرون أن غياب التدريبات الدورية المتعلقة بالمشورة لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة، بما في ذلك مهارات التواصل والاتصال، يمثل السبب الأساسي للقصور. وأكد جميع المشاركين أنه لم يتم تنفيذ أي تدريب حديث يركز على جودة المشورة، إذ اقتصرَت التدريبات الأخيرة على الجوانب اللوجستية أو الإجراءات السريرية الخاصة بتركيب اللوالب والغرسات.

ثالثاً: ضعف آليات المتابعة والتقييم

أشار بعض المشاركون إلى أن ضعف الآليات والمؤشرات الحساسة للمتابعة يشكل عائقاً كبيراً، حيث لا تتيح الأنظمة الحالية للمراقبين على المستويين الإداري والمركزي رصد الخلل في أنشطة المشورة وخدمات تنظيم الأسرة على مستوى المنشآت الصحية. كما أُشير إلى أن الحزمة المعيارية والبروتوكولات المعتمدة تفتقر إلى مؤشرات دقيقة وقوائم تحقق معيارية تضمن تقديم الخدمة بجودة عالية وسد الفجوات القائمة.

رابعاً التحيز في تقديم المشورة

إضافة إلى القصور في الكفاءة، برزت سمة التحيز لدى بعض الكوادر الصحية، وهو ما اتفق عليه معظم المشاركون. ويتخذ هذا التحيز أشكالاً متعددة، منها، التحيز للوسيلة بناءً على الموقف الشخصي أو التجربة الفردية لمقدم الخدمة، مما يجعل المشورة أقرب إلى النصيحة الشخصية.

وتجنب الوسائل المعقدة مثل الغرسات (الإبلان) بسبب نقص المعرفة أو الرغبة في تجنب المتابعات الطويلة والتعقيدات الطبية المحتملة، مما يؤدي إلى توجيه السيدات نحو وسائل أسهل للتعامل.

والتحيز للفئات العمرية والخطط الإنجابية، حيث يتم تفادي تقديم المشورة حول الوسائل طويلة الأمد للمتزوجات حديثاً أو الفئات دون الثلاثين، رغم رغبة بعضهن في تأجيل الإنجاب، وهو ما يعكس إسقاطات الكادر على ما يعتبره مناسباً للسيدات.

ملاحظات على القطاع الخاص

أما في القطاع الخاص، فقد أشار المشاركون إلى أن الفجوة الأساسية تكمن في ضعف مهارات الاتصال والتواصل لدى الصيادلة، رغم توفر الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. وأكدوا أن الصيادلة غير مدربين على فتح الحوار واستغلال الفرص لتقديم توصيات ومشورة مناسبة، رغم عدم وجود تحيز أو قصور معرفي لديهم، بخلاف ما ورد في بعض الدراسات بوجود تحيز وعزوف عن تقديم الخدمة لمن هم غير متزوجين أو من يرون صاحب مسلكيات غير سليمة.

"بحكم معرفتي بصيادلة المجتمع الأردني، فظاهرة التحيز غير موجودة، مستوى الثقافي والعلمي لديهم عالي، إن كانت موجودة فهي على مستوى أفراد، ... وقد رأينا أن الفجوة الأساسية هي كيف للصيدلاني أن يفتح الموضوع ليقدم المشورة، أي بمعنى كيف للصيدلاني أن يكون لديه نوع من أنواع مهارة الحوار، فيأخذ المبادرة ويفتح الموضوع مع المريض (الزبون)، متجاوز الإحراج وخجل، ليقدم المشورة الصحيحة".

مشارك رقم 11

رأي المجموعات البؤرية

في المقابل، أشادت معظم السيدات في المجموعات البؤرية بكفاءة الكوادر الصحية ولم يلحظن مظاهر التحيز المذكورة، بإستثناء محافظة معان، حيث اشتكت المشاركات من نقص الكوادر مما يؤثر على الكفاءة، إذ إن خدمات تنظيم الأسرة غير متاحة بشكل دائم، وعند توفرها يقتصر الأمر على قابلة واحدة على مستوى المحافظة، مما يسبب طول فترة الانتظار وضعف الإستجابة⁽⁴³⁾ كما أشارن إلى ضعف الاستجابة للوصول إلى المجتمعات الريفية وبعض التجمعات التي

(42) تعرف منظمة الصحة العالمية الاستجابة بأنها مدى قدرة النظام الصحي على تلبية التوقعات المشروعة للسكان فيما يتعلق بالجوانب غير العلاجية للرعاية الصحية، أي الطريقة التي يُعامل بها الأفراد والبيئة التي يتلقون فيها الرعاية. وتشمل هذه الجوانب عناصر مثل: الكرامة، الخصوصية، الاستقلالية، سرعة الحصول على الخدمة، الدعم الاجتماعي، توفر المرافق الأساسية، وإمكانية اختيار مقدم الخدمة

تقطن في الخيام، وكانت سمة الثقة بالكوادر الصحية وبأنها المصدر الأول لتلقي المعلومة والمشورة الصحيحة عند التفكير بمواضيع تنظيم الأسرة سمة بارزة في المجموعات البوذية، مما يعكس تفاوتاً كذلك عن آراء المقابلات الفردية، وقد يؤشر ان ظاهرة عدم الكفاءة والتحيز موجودة في سياقات تختلف عن تلك المراكز الصحية.

تكامل الخدمات والفرص الضائعة

تعريف تكامل الخدمات وفقاً لمنظمة الصحة العالمية

يشير تكامل خدمات تنظيم الأسرة في الرعاية الصحية الأولية إلى تقديم خدمات تنظيم الأسرة بشكل منسق ومتكامل مع خدمات صحية أخرى مثل رعاية الأمومة والطفولة، والصحة الإنجابية، وخدمات الأمراض المزمنة، وذلك في نفس المنشأة أو من خلال نظام إحالات فعال يضمن استمرارية الرعاية ويقلل من الفرص الضائعة لتقديم المشورة والخدمات الأساسية.

منظمة الصحة العالمية 2018

آراء المشاركين في المقابلات الفردية

كشفت هذه الدراسة عن ضعف تكامل الخدمات في المراكز الصحية الحكومية، حيث أشار أحد المشاركين في المقابلات الفردية إلى أن التجزئة في النظام الصحي وعدم التنسيق بين الخدمات يمثلان من أبرز الأسباب لفقدان ثقة المراجعات وعدم استغلال الفرص الضائعة لتقديم المشورة حول تنظيم الأسرة. فعندما تُطلب من السيدة مراجعة مركز آخر لإجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية أو تحاليل مخبرية لعدم توفرها في المركز الأول، فإن ذلك ينعكس سلباً على توقعاتها بشأن استجابة النظام الصحي لاحتياجاتها، ويضيف أعباء غير مباشرة مثل تكاليف المواصلات والتعطل عن المنزل والعمل.

كما أشار أحد المشاركين أيضاً إلى معاناة السيدات المصابات بأمراض مزمنة، وخاصة السرطان، في الحصول على خدمات مناسبة لتنظيم الأسرة، حيث يتم إحالة هذه الحالات وتجنب التعامل معها على مستوى الرعاية الصحية الأولية رغم استقرار الحالة وقدرتها على تلقي الخدمة، في حين أن المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية) لا يقدم خدمات تنظيم الأسرة، مما يضع السيدة في حالة عدم الاستخدام أو الحاجة غير الملباة.

إضافة إلى ذلك، أوضح المشاركون أن الفرص الضائعة ترتبط غالباً بوجود أولويات صحية أخرى تحول دون تقديم المشورة، مثل التركيز خلال زيارات الحمل على الرضاعة الطبيعية والأعراض الخطرة للأم والجنين، بينما يتم تناول موضوع تنظيم الأسرة بشكل محدود في الأشهر الأخيرة من الحمل أو بعد الولادة فقط. ومن أبرز هذه الفرص الضائعة ضعف آليات الإحالة من المستشفيات إلى المراكز الصحية بعد الولادة، حيث تحتاج هذه الإحالة إلى تحسين كبير لضمان التكامل وتقديم المشورة والاستخدام المبكر لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

رأي المجموعات البوذية المركزة

أظهرت المجموعات البوذية تبايناً في تجارب المشاركات؛ فبعض السيدات، خاصة في محافظة معان، أشرن إلى معاناتهن من تشظي النظام الصحي وعدم تكامل الخدمات، في حين لم تواجه أخريات مثل هذه المشكلة في البلقاء والزعتري. ومع ذلك، وعلى الجانب الإيجابي اتفقت غالبية المشاركات على أنهن تلقين مشورة حول تنظيم الأسرة من خلال خدمات الأمومة والطفولة، ولا سيما أثناء زيارات متابعة الحمل وبرامج المطاعيم. يشير ذلك إلى أن تقديم المشورة يتم في بعض الحالات بشكل مدمج مع خدمات أخرى، مما يعكس تفاوتاً مع ما ورد في المقابلات الفردية، ويؤكد أن ظاهرة الفرص الضائعة ربما لم ترتبط بالمراكز التي يستخدمونها.

مواقف البرامج من وسائل تنظيم الأسرة التقليدية

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

أجمع المشاركون على أن البرامج الصحية في المؤسسات لا تروج لاستخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة، إذ تتبنى هذه البرامج نهجاً علمياً يركز توجيه النساء بشكل أساسي نحو الوسائل الحديثة الأكثر فعالية. ورغم ذلك، أشار بعض المشاركين إلى أنه في حال كانت لدى السيدة القدرة على اتخاذ القرار مع إدراكها لتبعات الفشل واحتمالية حدوث الحمل، فيجب احترام قرارها وإعادة صياغة المشورة بما يتوافق مع رغبتها، مؤكدين أن هذا التوجه ليس نهجاً مؤسسياً بل يظل موقفاً فردياً لدى بعض مقدمي الخدمة.

رأي المجموعات البؤرية المركزة:

أكدت المشاركات في المجموعات البؤرية هذه المواقف، حيث أشرن إلى أن المشورة المقدمة لهن من داخل النظام الصحي تركز على عدم فاعلية الوسائل التقليدية وصعوبة ديمومتها وتطبيقها، وأن ما يُعرض عليهن في المراكز الصحية هو مزيج الوسائل الحديثة فقط، باعتبارها الأكثر أماناً وفعالية.

الملاءمة (Appropriateness)

وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، تشير الملاءمة إلى:

"تقديم التدخلات الصحية التي تتماشى مع الاحتياجات السريرية والاجتماعية والثقافية للأفراد، بحيث تكون متوافقة مع المعايير المهنية والأدلة العلمية، وتنفذ بطريقة تحترم القيم والتفضيلات الشخصية." هذا المفهوم يضمن أن الخدمات الصحية ليست فقط فعالة وآمنة، بل أيضاً مناسبة للسياق الذي تُقدم فيه، بما يعزز قبولها واستخدامها من قبل المستفيدين.

منظمة الصحة العالمية 2020

آراء المشاركين في المقابلات الفردية

أجمع المشاركون على أن الخصوصية وتوفير غرفة مخصصة للمشورة حول تنظيم الأسرة يُعدّان من أهم العوامل التي تزيد من الإقبال على هذه الخدمات. فقد أشار أحدهم إلى أن وجود هذه الغرفة يمثل ضماناً لتخصيص قابلة أو مثقف صحي متفرغ لتقديم المشورة، في حين أن غيابها يؤدي غالباً إلى إعادة توجيه الموارد البشرية نحو أنشطة أخرى. ورغم اتفاق المشاركين على أهمية هذا المطلب، اعتبره البعض غير واقعي نظراً لمعاناة العديد من المراكز الصحية من نقص في البنية التحتية.

كما أشاد أحد المشاركين بنجاح النموذج الأسري الذي تقدمه خدمات الأونروا، والذي ساهم في زيادة الطلب على الوسائل الحديثة وسد الفجوات في المشورة، إضافة إلى إشراك الذكور في عملية اتخاذ القرار. وأشار آخر إلى فعالية المراكز الصحية الصديقة للمرأة، حيث يتم استغلال جميع الخدمات المقدمة للنساء والفتيات كفرص لتقديم المشورة حول تنظيم الأسرة والمتطلبات الصحية عبر مختلف المراحل العمرية أو على طول رحلة العمر على حد وصف المشارك.

ومن أبرز العوامل التي ساعدت في تعزيز الطلب داخل المؤسسات الصحية، وفقاً للمشاركين، منح القابلات صلاحية تركيب اللوالب، إذ أدى ذلك إلى تقديم خدمات أكثر ملاءمة ثقافياً، وتحسين سير العمل داخل العيادات من خلال إعادة توزيع المهام بين الطبيب والقابلة، مما أتاح للطبيب التركيز على الحالات المعقدة والحوامل عالية الخطورة. ومع

ذلك، لم يتم تعميم هذا النموذج إلا في المراكز التابعة لوزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية، بينما لا يزال غير متاح للمنظمات الدولية والمحلية أو للقطاع الخاص. وأوضح أحد المشاركين أن نقل هذه التجربة إلى القطاع الخاص قد لا يحقق نفس النتائج، نظراً لاختلاف الأولويات التي تركز في القطاع الخاص على تقديم الخدمة الآمنة والرفاهية، مقابل التركيز في القطاع العام على الحساسية الثقافية. وأخيراً، أشار المشاركون إلى أهمية قرص اللياقة كأداة معيارية تساعد الكوادر الصحية في اختيار الوسيلة الأنسب بناءً على عمر السيدة وحالتها الصحية وخططها الإنجابية، رغم ضعف تطبيقه خارج مراكز وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية.

آراء المجموعات البؤرية المركزة

أكدت المجموعات البؤرية على أهمية المشورة الشخصية واحترام الخصوصية في المراكز الصحية الحكومية، من خلال وجود كادر كافٍ ومدرب يستجيب لاحتياجات السيدات، إضافة إلى تقديم المشورة للأزواج في حالة تعنت الزوج، وكذلك دور زيارة العامل الصحي الميداني في مخيم الزعتري كأحد العوامل المؤثرة في تعزيز الثقة بالخدمات.

"أول ما أفكر بالحمل أو تأجيله بناقشه مع زوجي... إذا الزوج كان واعي، يقول لي روعي استشيرني بالمركز. بس مرات يرفض نهائياً، وبالمجتمع في ضغط، مرة من الزوج ومرة من أهله. وفي سيدات بيحكوا إنه ممكن آخذ وسيلة بدون ما يعرف إذا كان رافض وما في مجال نقنعه، لأني بدي أحافظ على جسمي وصحتي. بس الأفضل دائماً إني أجيبه للمركز الصحي ويقنعوه هناك، لأنهم بيعرفوا يحكوا معه وبيراعوا الناحية الدينية والطبية مع انه مراكزنا الصحية ما بحس انها بتتقبل وجود الزوج مع الست في العيادات لانه بكون معظم العيادة ستات وهو الوحيد بينهم لهيك ما بتشجع ييجي معي بس انه أحسن ما أخبّي عنه وتصير شغلات إحنا بغنى عنها."

سيدة من مجموعة رقم 1

المقاربات المجتمعية ودور المجتمع المدني:

أظهرت النتائج الكمية أن زيارة العامل الصحي الميداني لم يكن لها تأثير معنوي على استخدام الوسائل الحديثة أو تلبية الحاجة غير الملابة لتنظيم الأسرة، لكنها ارتبطت بانخفاض ملحوظ في استخدام الوسائل التقليدية.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

أغلب المشاركين عبّروا عن آرائهم الإيجابية حول أهمية لجان الصحة المجتمعية في منح دور أكبر للمجتمعات المحلية والمجتمع المدني للانخراط في قضايا التخطيط الأسري، حيث اعتبروها من أنجع المقاربات المجتمعية. حيث تُعد لجان الصحة المجتمعية هياكل محلية تعمل على تعزيز التوعية الصحية والمشاركة المجتمعية في برامج الصحة العامة، بما في ذلك تنظيم الأسرة، ولا تعتمد نهج الزيارات المنزلية من قبل العاملين الصحيين الميدانيين، بل ترتبط مباشرة بمديرية التوعية الصحية في وزارة الصحة الأردنية وتعمل بالتنسيق مع المراكز الصحية الأولية. يتكون أعضاؤها من ممثلي منظمات المجتمع المحلي، هيئات المجتمع المدني، القادة الدينيين، وأفراد بارزين في المجتمع، إضافة إلى إدارات المراكز الصحية. ويتمثل دورها الأساسي في دعم المساءلة الاجتماعية، نشر المعلومات الصحية، وتحفيز المجتمع على تبني السلوكيات الصحية.

بينما أكد المشاركون الممثلين عن المنظمات المحلية والدولية العاملة في مخيمات اللاجئين أن المقاربات المجتمعية التي تنفذها بشكل أساسي منظمات محلية في مخيمي الزعتري والأزرق، والتي تعتمد على العامل الصحي الميداني، تُعد من أهم مقاربات التوعية والحراك المجتمعي في مجالات التغذية والتخطيط الأسري، وربط المجتمع بالمراكز الصحية،

والتنسيق بين القطاعات. وتُعتبر هذه المقاربات من الركائز الأساسية لنجاح برامج تنظيم الأسرة، وهو ما انعكس بوضوح في مستوى التوعية والرضا لدى اللاجئين السوريين في المخيمات.

آراء المجموعات البؤرية المركزة:

أما على مستوى المجموعات البؤرية، فقد برز رأيان يوضحان اختلاف السياقات وملاءمة المقاربات المجتمعية بين الحضر والمخيمات. حيث أفادت المجموعات في البلقاء ومعان بعدم ملاءمة زيارات العامل الصحي الميداني لسياقاتهم، باستثناء المجتمعات القروية المتباعدة والمجتمعات التي تعيش في الخيم، والتي أشارت إليها سيدات المجموعة البؤرية في معان تحديداً. في المقابل، رأت المجموعة البؤرية في الزعتري أن هذه الزيارات ضرورية وملائمة تماماً لاحتياجاتهم، وكان واضحاً أثرها المعرفي في مواضيع تنظيم الأسرة والجانب الحقوقي، باعتبارها من أهم مصادر المقاربات المجتمعية، وأساساً للتوعية والحراك الاجتماعي بالتعاون مع القادة المجتمعيين وربط الأسر بالمراكز الصحية، والتنسيق ما بين القطاعات.

حملات التوعية

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

أجمع معظم المشاركين على أن الحملات الوطنية الجماهيرية للتوعية لم تكن فعّالة في إيصال الرسائل المطلوبة أو التأثير في الوعي المجتمعي، وإن وصلت الرسائل فإن أثرها كان محدوداً. غالبية المشاركين لم يتذكروا آخر مرة شاهدوا هذه الحملات أو القنوات التي استخدمتها، فيما رأى البعض أنها لم تكن موجهة للأجيال الجديدة ولم تواكب الأنماط الحديثة في التواصل مع الناس، مما جعل الرسائل غير نافذة إلى وعي الجمهور. بالمقابل، أشار أحد المشاركين إلى أن الحملات كانت كافية من حيث التغطية وتنوع القنوات المستخدمة.

آراء المجموعات البؤرية المركزة:

ذكر التلفزيون والراديو كأحد مصادر المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، لكنهما لم يكونا المصدر الأهم؛ إذ احتل المركز الصحي والشبكات الاجتماعية التقليدية والحديثة مكانة أكبر، إضافة إلى زيارة العامل الصحي الميداني في مخيم الزعتري. وعند البحث عن المعلومة الصحيحة والموثوقة أو المعلومة المؤثرة في قرار الزوج، برز المركز الصحي والشبكات الاجتماعية الموثوقة، إلى جانب مشاهدة مقاطع فيديو على يوتيوب تتعلق بالحالة المرغوبة، كأهم المصادر. كما أُشير مجدداً إلى دور العامل الصحي الميداني في الزعتري.

3.2.4 العوامل الاجتماعية والفردية المؤثرة - جانب الطلب

هذه العوامل كانت من أكثر العوامل التي تم عرض النتائج الكمية المدرجة تحتها على المشاركين في المقابلات الفردية وبنيت عليها محاور النقاش المجموعات البؤرية المركزة.

المحددات المكانية - الأقاليم والمحافظات:

أظهرت النتائج الكمية وجود تباينات واضحة للأقاليم والمحافظات في احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة ووسائل تنظيم الأسرة التقليدية، وعدم الاستخدام.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

لم تكن هذه التباينات مفاجئة لمعظم المشاركين، إذ أكدوا وجود اختلافات ثقافية واجتماعية واضحة بين المحافظات. كما لم يكن انخفاض احتمالية الاستخدام في بعض المحافظات أمراً مستغرباً، حيث أرجع معظم المشاركين هذه الاختلافات إلى المحددات الثقافية والاجتماعية أكثر من كونها مرتبطة بعوامل تخص القطاع الصحي.

بعض المشاركين لديهم خبرة مباشرة وطويلة من خلال عملهم في محافظة المفرق كمزودي خدمة أو مدراء عيادات، وقد لاحظوا فروقات واضحة بين محددات الأشخاص في عيادات المفرق مقارنة بالعيادات التي تقع تحت مسؤوليتهم الحالية في محافظة عمان. ورجحوا ذلك بشكل أساسي إلى التفضيلات الإيجابية والتوقعات الاجتماعية للعائلة الكبيرة التي لمسوا انتشارها لدى شريحة واسعة من مجتمع المحافظة، إضافة إلى وجود فروقات في مؤشرات الرفاه والمستويات الاقتصادية بحكم محدودية سبل العيش في هذه المحافظة، والتي عززت الفجوة في الفروقات، وانعكست بالتالي على المحددات الاجتماعية مكانياً.

كما أكد أحد المشاركين أن محافظات محددة مثل محافظة المفرق تضم نسبة كبيرة من العاملين في القطاع العام، خصوصاً الجيش والأمن. وأوضح أن هذه الشريحة تميل إلى تفضيل العائلة الكبيرة، إضافة إلى أن طبيعة عملهم تتطلب مناوبات طويلة خارج مكان السكن، مما يؤثر على قدرة الأسرة على الوصول إلى المراكز الصحية. ويتفاقم هذا الوضع في ظل وجود محددات اجتماعية وتقليدية أخرى، مثل عدم السماح للزوجة بالذهاب وحدها إلى المراكز الصحية، خاصة وأن المحافظة كبيرة والمراكز الصحية متباعدة جغرافياً عن معظم المناطق السكنية.

رأي المجموعات البؤرية المركزة:

أكدن وجود دوافع ثقافية اجتماعية تتغلب على محددات خاصة بالنظام الصحي، كما برزت التفضيلات الإيجابية والعدد المرغوب للأطفال من أهم الأسباب، وقد ارتبط لدى المشاركات مفهوم استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة بالتحديد أكثر من المباشرة، وبرزت القدرة التفاوضية بين المجموعات كعامل مهم سواء مع الزوج أو بعض أفراد الأسرة، إذ لوحظ تباينات بين المجموعات البؤرية عند تلبية رغبة الزوج أو الضغوط الاجتماعية بتوقعات أعلى لدى مجموعة السلط عن مجموعات الزعتري والمفرق.

غير أن المجموعة البؤرية في محافظة معان كانت ترى أن هنالك محددات تخص النظام الصحي، كنقص الكوادر والتي تؤثر على الإستجابة، وتوافر الخدمات لدى المجتمعات القروية والتجمعات السكانية المتباعدة والذين يقطنون الخيام، فطبيعة هذه التجمعات تحد من قدرتهم على الوصول إلى المراكز الصحية الحكومية.

"أنا عمري 34 سنة جوزي بشتغل في عمان بييجي يومين بلاسبوع إحنا منطقتنا ما فيها مركز صحي قريب، والمواصلات شبه معدومة... وحتى لو دبرت حالي وصلت، مرات بروح بلاقي القابلة مش موجودة، مع إنه هي الوحيدة اللي بتركب الغرسة واللولب. فبطلع راجعة بدون خدمة... ولهيك بستخدم الوسائل التقليدية، بس بصراحة؟ مش نافعة... هيني مخلقة 7، والعد ما زبط معي"

سيدة من مجموعة رقم 2

المحددات التعليمية:

أظهرت نتائج التحليل الكمي أن التعليم يُعدّ مؤشراً ثابتاً في ارتفاع استخدام وسائل تنظيم الأسرة عبر جميع النماذج، مع بروز تأثيره بشكل أوضح عند التعليم الثانوي فأعلى. ومع ذلك، يصبح اختيار نوع الوسيلة أكثر دقة للانحياز للوسائل التقليدية عند المستويات التعليمية الأعلى.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

بينما اجمع المشاركون على أهمية التعليم في تبني مفهوم تنظيم الأسرة للسيدات وبالتالي بديهاً سيؤثر مقابل عدم الاستخدام، إلا أن معظم لم يجد تفسير لاختيار نوع الوسيلة - بين تقليدي وحديث، وبينما كانت النتائج مستغربة للبعض ممن يعمل في رسم السياسات والإستراتيجيات إلا أن العاملين بشكل مباشر في إدارات العيادات أكدوا هذه الملاحظة.

"أشعر انها مفارقة خصوصاً في مستوى التعليم، حيث ان التعليم في إطار مثلث المحددات الاجتماعية - الصحة، الرفاه والتعليم - يأتي دائماً بزيادة في الوعي الصحي -Health Literacy- وبالتالي الوصول واستخدام المرافق الصحية، وكنت أتوقع ان أرى استخدام أعلى للوسائل الحديثة "

مشارك رقم 8

"نعم ان لست مستغرب، في العيادة نراهم من كل المستويات التعليمية، وقد تأتي ذات تعليم أساسي تصر على ان تأخذ وسيلة تنظيم أسرة حديثة، ونرى مقاومة للوسائل الحديثة من من جامعية وعندها شهادات عليا"

مشارك رقم 9

المحددات التمكينية

أظهرت نتائج التحليل الكمي ان مؤشر الرفاه اتي من أقوى المحددات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما لم تأتي المحددات التمكينية الأخرى بالأثر مثل الحالة الوظيفية، وجود التأمين الصحي، ووجود حساب بنكي أو محفظة الكترونية على الاستخدام.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

أجمع معظم المشاركين على أن مؤشر الرفاه يُعد من أهم المحددات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وعزز بعض المشاركين عند مناقشة مفارقة النتائج الكمية.

يرجع التفسير إلى أهمية عوامل جودة الحياة؛ فكلما ارتفع مستوى المعيشة، تحسنت مؤشرات جودة الحياة، ليصبح تنظيم الأسرة محددًا أساسيًا للحفاظ على تلك المؤشرات.

"كلما أصبحت قراراتك مبنية على جودة الحياة، سواء للحفاظ عليها أو الارتقاء بها، أصبحت قراراتك مدروسة، وبالتالي تطرح أسئلة كثيرة عن تخطيط الأسرة. توقيت وعدد الأولاد يصبح مهمًا، لأنني أريد أن أدخل ابني أو ابنتي إلى مدرسة معينة، وأن يكمل تعليمه في مسار أكاديمي مرموق، وغيرها من القرارات المرتبطة بهذا العامل الاجتماعي."

مشارك رقم 1

"أنوقع أن جودة الحياة هنا عامل أساسي يحث الإنسان على التفكير في المستقبل، للأسف، لست متفاجئًا أن المجتمعات الأفقر تستخدم أقل، والسبب ليس ماديًا لأن هذه الوسائل تُقدّم بالمجان، بل لأن ارتباطهم بجودة الحياة مختلف. أنا مثلاً أقيم في عمان، وما الذي يختلف عن محافظة (س)؟ الرفاه وجودة الحياة أعلى، وبالتالي أسعى لأن أكون ضمن طبقة اقتصادية معينة بناءً على محيطي، وهذا يتطلب مني التزامات معينة لأدخل أولادي إلى أفضل جودة تعليم متاحة، فيصبح التفكير بعدد الأولاد وتنظيم الأسرة مهمًا وحاسمًا."

مشارك رقم 7

رأي المجموعات البورية المركزة:

تتوافق هذه النتائج مع النقاشات التي جرت في المجموعات البورية المركزة، حيث أبدت السيدات اتفاقهن على أن العوامل المادية المباشرة مثل التغطية بالتأمين الصحي، وامتلاك حساب بنكي أو محفظة إلكترونية، لا تشكل عائقًا أمام الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، وذلك لأن هذه الخدمات متاحة مجانًا ضمن الحزمة الأساسية المقدمة في المراكز الصحية. ومع ذلك، أكد أن هناك عوامل أخرى تؤثر بشكل ملموس على القدرة على الوصول، منها توفر وسائل النقل وتكاليفها، بالإضافة إلى الإجازات الوظيفية للعاملات منهن، هي تبقى من التحديات التي يمكن ان تواجههن في الحصول على هذه الخدمات من العوامل التمكينية.

في حين كانت الموافقة والتوافق مع الزوج، من أقوى المحددات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة حسب رأي أغلب السيدات في المجاميع البؤرية الثلاثة، غير ان السيدات في محافظة السلط ابدین قدرة أعلى اتخاذ قرار منفردة.

“أول ما أفكر بالحمل أو تأجيله بناقشه مع زوجي... إذا الزوج كان واعي، يقول لي روعي استشيرني بالمركز. بس مرات يرفض نهائياً، وبالمجتمع في ضغط، مرة من الزوج ومرة من أهله. وفي سيدات يبحكوا إنه ممكن آخذ وسيلة بدون ما يعرف إذا كان رافض وما في مجال نقنعه، لأني بدي أحافظ على جسمي وصحتي. بس الأفضل دائماً إني أجيبه للمركز الصحي ويقنعوه هناك، لأنهم بيعرفوا يحكوا معه وبيراعوا الناحية الدينية والطبية مع انه مراكنا الصحية ما بحس انها بتتقبل وجود الزوج مع الست في العيادات لانه بكون معظم العيادة ستات وهو الوحيد بينهم لهيك ما بتشجع ييجي معي بس انه أحسن ما أخبّي عنه وتصير شغلات إحنا بغنى عنها.”

سيدة من مجموعة رقم 1

المحددات العمرية:

أظهرت نتائج التحليل الكمي ان ارتفاع احتمالية استخدام الوسائل التقليدية مع ارتفاع عمر السيدات - خصوصاً فوق 40، أو بين من يتزوجن مبكراً - تحت 20 سنة، بينما ترتفع نسب استخدام الوسائل الحديثة بين من هن أصغر عمراً، وبين من تزوجن في الفئة العمرية (20-24) سنة.

بينما ترتفع احتمالات تلبية الحاجة بشكل واضح لدى النساء في الفئات العمرية الأعلى. أما العمر عند الزواج يظهر ارتباطاً عكسياً.

أغلبية المشاركون في الدراسة توقعوا نتائج مشابهة لما أظهرته النماذج الإحصائية فيما يخص الاستخدام لكن كانت اتجاهات الحاجة غير الملباة أصعب للتفسير.

توافقت معرفتهم بخصائص السيدات العمرية واحتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث قدموا إجابات مفصلة حول الفئات العمرية الأقل استخداماً للوسائل.

حيث أفاد المشاركون بأن الميل لاستخدام الوسائل الحديثة يظهر بشكل أكبر لدى النساء الأصغر عمراً، خصوصاً اللواتي تزوجن في الفئة العمرية (20-24) سنة، ويُعزى ذلك إلى انفتاحهن وتقبلهن للعلاجات الحديثة. كما أشار أحد المشاركين إلى تأثير المناهج الدراسية الجديدة التي تضمنت مقررات عن الصحة الإنجابية والجنسية.

"بدأت ألاحظ مؤخراً تأثير المناهج على المراجعات المتزوجات في بداية العشرينات، حيث كلما طرحت موضوعاً معيناً، يذكرون أنه مر عليهن في الدراسة."

مشارك رقم 9

هذا التأثير لا يظهر لدى المتزوجات في سن مبكرة، خاصة من تزوجن قبل بلوغهن العشرين عاماً، حيث لا تمتلكن القدرة الكافية لاتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة منذ بداية الزواج. ويستمر هذا الوضع حتى بعد إكمال العدد المرغوب من الأطفال، مما يدفع العديد منهن إلى الاعتماد على الوسائل التقليدية أو الإمتناع عن استخدام أي وسيلة.

"الصغيرات غير مدركات، نتحدث معهن ونقدم المشورة مرة ومرتين وثلاث مرات، وفي النهاية نضطر للتحدث مع الشخص المرافق لها، قد تكون الحماة أو الزوج. نعم، هنا توجد مشكلة في قدرتهن على اتخاذ القرار."

مشارك رقم 9

أما بالنسبة للنساء في سن الأربعين، فقد أشار المشاركون إلى الانخفاض الحاد في استخدام وسائل تنظيم الأسرة سواء الحديثة أو التقليدية، نتيجة مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى الاعتماد على الوسائل الأقل فاعلية أو عدم الاستخدام، وبالتالي زيادة المخاطرة للحاجة غير الملباة لهذه الفئة. ويرجع ذلك إلى أن السيدات في هذه الأعمار غالباً ما أكملن خطتهن الإنجابية، ويتناوبن بين الوسائل الحديثة والتقليدية، مع تصور لديهن بوجود سيطرة مكتسبة نتيجة تراكم المعرفة والخبرة للتعامل الآمن مع الوسائل الأقل فاعلية، مثل الوسائل التقليدية أو الحديثة قصيرة الأمد. كل ذلك يتوافق مع انخفاض معدلات النشاط الجنسي وانخفاض خطر الإخصاب في هذه المرحلة العمرية، مما يقلل نسب الاستخدام ويؤدي إلى الحاجة غير الملباة.

"هذه الحالات تحدث بشكل متزايد، ونحن نلاحظها ليس فقط في العيادة، بل في نطاق العائلة والعمل. لدي زميلة عمرها 43 سنة وقعت في الحاجة غير الملباة، ولدي ثلاث أخوات كذلك وقعت في الحاجة غير الملباة." مشارك رقم 9

محددات الجنسية - اللاجئ:

أظهرت نتائج التحليل الكمي بأن الجنسية كانت محدداً مهماً في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ إذ أظهرت النساء السوريات احتمالية أقل لاستخدام أي وسيلة وخاصة الوسائل الحديثة مقارنة بالأردنيات، بينما لم يظهر فرق واضح في استخدام الوسائل التقليدية، بينما لم تظهر الجنسيات الأخرى هذه الفروقات، في حين ارتبطت الجنسية - أي جنسية - بزيادة احتمالية الحاجة غير الملباة بعد ضبط العوامل الأخرى.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

هنا أتت المقابلات الفردية بتفسيرات مستنيرة كثيرة للنتائج الكمية فعدد كبير من المشاركين في المقابلات الفردية كانت لديهم خبرة طويلة في العمل مع فئة اللاجئ - بمختلف الجنسيات.

وقد أفاد المشاركون في الدراسة بأن نسب الإنجاب بين اللاجئ تتأثر بشكل كبير بالمجتمع المضيف، حيث تصبح خياراتهم الإنجابية تدريجياً مشابهة للمجتمع المحيط بهم. ويظهر ذلك بشكل أوضح لدى الفلسطينيين بسبب طول أزمة اللجوء مقارنة بالأزمة السورية، إذ تتطابق أنماط الاستخدام لديهم مع الأردنيين بحسب جميع النماذج الإحصائية التي تمت دراستها - ولا تتطابق مع حالة الجنسية السورية - نظراً للقصر النسبي للامزة.

"يجب ان نفرق بين مخيمات اللاجئ الفلسطينيين واللاجئ السوريين، حيث نحن نتعامل مع الفلسطينيين بنفس المؤشرات والمحددات للمجتمع الأردني المضيف بخصوص تنظيم الأسرة والأمراض المزمنة وغيرها من الأمور، فبالنسبة لنا الفلسطينيين في اردن نتوقع منه نفس أنماط الاستخدام من الأردني في اردن. نعم، الاختلاف كان موجود في الخمسينات والسينات والسبعينات من القرن الماضي، غير انها مع الزمن تطابقت مع المجتمع المضيف - الأردني." مشارك رقم 2

مع ذلك تبقى هذه الملاحظة في مكانها إذا ما تمت المقارنة بأنماط الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة، وبانخفاض نسب الإنجاب بين اللاجئ المقيمين في خارج المخيمات مقارنة بالمخيمات - مخيم الزعتري ومخيم الأزرق - حيث تكون الأخيرة أعلى نسبياً، نظراً لأنها مخيمات مغلقة وتفتقر إلى الاندماج مع المجتمع الأردني المحيط.

"بدأت لاحظ بأن اللاجئات السوريات - وهن مراجعات لنا بشكل متكرر في عيادتنا في عمان - وبعد عدد وافي من المراجعات، انهن بدأن يتأثرن بأفكارنا (أنماطنا في استخدام وسائل تنظيم الأسرة)، حيث تأتي السيدة منهن وتبدء

باستخدام وسيلة تنظيم أسرة ملائمة لها بعد ان كانت لديها مقاومة لاستخدام الوسائل الحديثة"

مشارك رقم 5

بالنسبة لمجتمع اللاجئين السوريين، فقد تعمق النقاش بخصوص المفارقات الواضحة لديهم بخصوص انماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومقاومتهم الأعلى لاستخدام الوسائل الحديثة، واحتمالية اقل للاستخدام الوسائل الحديثة حسب نموذج اللوجستي متعدد الفئات، برزت أربعة عوامل رئيسية وفقاً لرأي أغلب المشاركين الذين عملوا معهم:

التفضيلات والثقافة الإنجابية لدى اللاجئين السوريين تختلف بشكل واضح عن المجتمع المحلي الأردني؛ إذ يميل السوريون إلى اعتبار العدد المثالي للأبناء أكبر، وتؤثر التوقعات الاجتماعية لتحقيق هذا العدد المثالي عليهم بشكل أكبر مقارنة بالأردنيين. كما أن غالبية الفئات التي لجأت إلى الأردن، خصوصاً المقيمين في المخيمات، تنحدر من مناطق ريفية، وهو ما ينعكس على أنماط الإنجاب وسن الزواج الذي يختلف بشكل ملحوظ عن المجتمع المضيف. أما الاستخدام المحدود لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة للاجئين خارج المخيمات، فيعود إلى ضعف الوعي والمعرفة بالخدمات المتاحة في القطاع العام بالإضافة إلى حواجز أخرى، حيث إن اللاجئين أقل اطلاعاً عليها وأكثر انعزالاً عن النظام الصحي الحكومي، مما يؤدي إلى انخفاض معدلات الاستخدام.

"اللاجئين خارج المخيمات، هم مفصولون أكثر - عن النظام الصحي العام - الحكومي، فيعرفون أقل، وبالتالي يستخدمون اقل لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة."

مشارك رقم 6

كما ان تأثير تجربة اللجوء كانت حاضرة في تفسير ارتفاع معدلات الإنجاب؛ إذ ربط المشاركون ذلك بكونه نوعاً من التعويض عن فقدان الأقارب والأهل بسبب النزاع، كما يمنح الإنجاب معنى إضافياً للحياة في ظل محدودية فرص العمل والإبداع، وشح سبل العيش والخدمات الأساسية، خاصة داخل المخيمات.

وفيما يتعلق بالبعد الإستراتيجي للحصول على المساعدات، أشار بعض المشاركين إلى أن زيادة عدد أفراد الأسرة قد تُستخدم كوسيلة للحصول على مساعدات إنسانية أكبر أو امتيازات أفضل، حيث تزداد فرص الأسر الأكبر حجماً في إعادة التوطين أو لارتفاع عدد الإعالات الأسرية. ومع ذلك، لم يكن هذا الرأي محل إجماع، إذ عبّرت أغلبية المشاركين عن وجهة نظر مغايرة تماماً، رافضة الربط المباشر بين حجم الأسرة والسعي وراء المساعدات.

رأي المجموعات البورية المركزة:

في مجموعة مخيم الزعتري، برزت الثقافة الإنجابية كعامل محوري؛ إذ ظهر الضغط الاجتماعي لتحقيق عدد كبير من الأبناء، مدفوعاً بالقيم الثقافية والمنظور الاجتماعي الذي يربط الإنجاب بالانتماء الأسري والرفاه الاجتماعي - مفهوم "العزوة" - إضافة إلى اعتباره عطاءً إلهياً.

لذلك ارتبط مفهوم تنظيم الأسرة لدى المشاركين بالمباعدة بين الولادات أكثر من التحديد أو تقليل عدد الأطفال، وهو ما يعكس استمرار التوجه نحو الإنجاب المرتفع حتى في ظل توفر خدمات صحية متكاملة من وجهة نظرهم. هذا النمط الثقافي يفسر جزئياً النتائج الكمية التي بينت أن النساء السوريات في المخيمات أقل احتمالاً لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالأردنيات.

"أنا عندي ولدين وبنيتين وكنت مركبة لولب، ضغتني زوجي فرحت اشلو، لقوا عندي تليفات فانصحوني انو ما أحبل، لكن زوجي قلبي بدك تحرمينا من نعمة رب العالمين، ضليت اراجع تسعة أشهر لحد ما اجاني الحمل، بعد"

سيدة في مجموعة رقم 3

كما حضرت الدوافع الاقتصادية والتحويلات المرتبطة بتجربة اللجوء، لكن بشكل مناقض مع لما جاء في بعض آراء المقابلات الفردية؛ إذ برزت فكرة أن المساعدات الإنسانية المقرونة بعدد أفراد الأسرة تُعد رافعة لتأمين الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية وليست محفز للإنجاب - على العكس تماماً - وذلك لفقدان مصادر الرزق الزراعي وارتفاع الوعي بتكاليف تربية الأبناء. هذا التناقض بين الواقع الاقتصادي والاعتقادات التقليدية شكّل أحد أبرز العوامل المؤثرة في خيارات الإنجاب لدى النساء.

"أنا بصراحة ما عندي مشكلة مع الخدمات الصحية بالمخيم، كل المؤسسات هون ما قصّروا معنا. بييجوا لعنا عالبيت يعملوا زيارات، يعطونا استشارات، ويشرحوا عن كل وسيلة تنظيم بالتفصيل، والعيادة مفتوحة بأي وقت نحتاج فيه وسيلة أو بدنا نسأل عن شي. الكادر الطبي مؤهل وبيتعاملوا معنا بكل احترام، وما بيخلّوا سؤال بخاطرنّا. بس إحنا النسوان، بنسمع لبعض، بنسمع للجارات وتجاربهن، وكثير مرات بنقتنع من حكي بعض أكثر من حكي الممرضة. صراحة السبب إنو بنخلف كثير هو عاداتنا، إحنا السوريين بنحب العزوة. قبل ما نجي على الأردن، ما كنا نهكل هم مصروف ولادنا، الرزق كان واسع والأرض إلنا، والمونة متوفرة. بس بعد الي صار معنا، صرنا نحس قديش صعب توفي لقمة العيش لأولاد كتار. مع هيك، الجيل القديم لسه متمسك بفكرة إنو الولد بييجي وبرزقته، وحتى زوجي ممكن يزعل إذا ما جبّته 6 أو 7 أولاد، بحكيلى هذول عزوتي".

سيدة في مجموعة رقم 3

الدوافع لاستخدام الوسائل التقليدية:

أظهرت نتائج التحليل الكمي زيادة استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة من 14% إلى 21% بين عامي 2018 و 2023، واقتزنت احتمالية الاستخدام بالعديد من المحددات الاقتصادية، والاجتماعية بشكل مقارب للوسائل الحديثة. وباحتمالية أعلى بارتفاع مستوى التعليم مقابل عدم الاستخدام، واستخدام الإنترنت، وزيادة العمر الحالي خصوصاً فوق سن الأربعين، وبتبيانات جغرافية واضحة، ومحددات انجابية، عدد الأطفال الأحياء (0-3 أو ستة فأكثر) مقارنة بعدم الاستخدام، وبارتفاع العدد النثالي للأطفال فوق 7 أطفال، وبالزواج دون سن الـ 20 سنة.

تعرف منظمة الصحة العالمية وتميز بين المعلومة المغلوطة أو المعلومات المضللة وبين التضليل. حيث تعرف المعلومة المضللة أو المغلوطة (Misinformation) هي نشر معلومات خاطئة أو غير دقيقة دون قصد التضليل، وغالباً ما تنتشر نتيجة سوء الفهم أو نقص المعرفة، مثل الاعتقاد الخاطئ بأن وسائل منع الحمل الحديثة تسبب العقم. أما التضليل (Disinformation) فهو نشر معلومات كاذبة عن قصد بهدف التضليل أو الإضرار، وغالباً ما يتم عبر حملات منظمة لتقويض الثقة بالخدمات الصحية أو التأثير على السياسات.

منظمة الصحة العالمية 2020

وقد وجدنا من خلال الدراسة وجود عامل ثالث وهو التأطير السلبي (Negative Framing)، ونعني بهذا تقديم معلومات صحيحة بطريقة منحازة أو مثيرة للقلق، من خلال التركيز المبالغ فيه على المخاطر أو الآثار الجانبية النادرة، مما يخلق انطباعاً سلبياً لدى النساء ويثنيهم عن استخدام الوسائل الحديثة رغم فعاليتها وأمانها.

تم استخدام هذا المصطلح لإيضاح حالة متواجدة بشكل كبير، وهي تختلف عن المعلومة المضللة بأنها صحيحة، ولا تنقصها الأدلة العلمية، وتختلف عن التضليل بالقصدية حيث أنها غير مبرمجة أو مُمنهجة للتضليل، ولكن تنقصها جوانب عديدة أهمها الرعاية المرتكزة على الأشخاص، أو النهج المرتكز على الأشخاص، وذلك لزيادة القدرة على اتخاذ القرار والقدرة على تنفيذ القرار بدل من جعل المتلقية في حالة اقرب لها الى العزوف عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة وان كانت المعلومة صحيحة ومكتملة.

آراء المشاركين في المقابلات الفردية:

معظم المشاركين أشاروا الى مزيج من الدوافع الاجتماعية والثقافية، مع زيادة المعلومة المغلوطة والتضليل، والتأثير السلبي لوسائل تنظيم الأسرة وارقانها بالأعراض الجانبية على حساب الفائدة، كل ذلك يتفاقم مع ضعف الاستجابة والمشورة من جانب القطاع الصحي. أشار كذلك أحد المشاركين إلى أن أسباب عزوف الناس عن الوسائل الحديثة والاتجاه الى الوسائل التقليدية ترتبط بضعف الثقة في قطاع الصحة العامة، وهو ضعف تراكم نتيجة فشل بعض السياسات الصحية وسياسات القطاعات في التعامل مع جائحة كورونا، إضافة إلى تنامي خطاب مؤيدي نظرية المؤامرة. بينما أثار مشارك آخر أن الحروب التي تمر بها المنطقة، وخاصة حرب غزة، لها آثار نفسية غير مرئية تحد من دوافع الناس ورغبتهم في التخطيط السليم للأسرة.

"أعرف ان لهذه حروب أثر، وخاصة هذه الحرب الأخيرة، لا أعرف كيف لكني اعرف انها اثرت، اشاهد هذا في العيادة أصبح اقبال الناس الإيجابي على كل شيء اقل."

مشارك رقم 5

وأق التأيير السلبي هنا كأحد العوامل التي كانت واضحة ومن عدة مصادر، حيث أشار أحد المشاركين ان مجرد ان تبحث عن أي معلومة تخص الأعراض الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

"انظر - مشيراً الى هاتفه الخليوي - مجرد ان تكتب وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في محرك البحث، مقرونة بالآثار الجانبية (أي سائلاً عن الآثار الجانبية) تجد مصدر موثوق يتكلم عنها بسلبية - وهي شبكة **، اعتقد ان المستخدم العادي لن يبحث في موقع وزارة الصحة أو منظمة الصحة العالمية وانما سيكتفي هنا بالمعلومة التي حصل منها بأول ضربة بحث."

مشارك رقم 3

أكد أحد المشاركين أن مخرجات المشورة يجب أن تُقاس بناءً على الأثر الفعلي، حيث تشير النتائج الوصفية إلى ضعف مؤشر المشورة المكتملة، إذ لا تتجاوز نسبة النساء اللواتي تلقين مشورة كاملة حول وسائل تنظيم الأسرة 56٪، مما يعكس فجوة واضحة في ضمان الاختيار المستنير. وأضاف أن اكتمال مؤشر معلومات الوسيلة⁽⁴⁴⁾، الذي يشمل العناصر الثلاثة الأساسية (البدايل المتاحة، والآثار الجانبية المحتملة، وكيفية التعامل معها)، لا يكفي بمفرده، بل يجب أن يترجم ذلك إلى أثر إيجابي ملموس، يتمثل في تعزيز القدرة المستنيرة على تنظيم الأسرة، وتخفيف التأثير السلبي المرتبط بالآثار الجانبية حتى عند إعلام السيدات بها.

(44) مؤشر معلومات الوسيلة هو مقياس لجودة المشورة في تنظيم الأسرة، يقيس نسبة النساء اللواتي تم إعلامهن عن البدائل المتاحة، والآثار الجانبية المحتملة، وكيفية التعامل معها، مما يعكس مدى تمكين المرأة لاتخاذ قرار مستنير بشأن استخدامهما.

"يوجد فرق كبير بين أن تأتي السيدة بعد مراجعة تركيب اللولب، بين أن تبدئي المشورة "ألم نقل لك أنه يسبب النزف؟"، وبين أن نقول لها بأن اللولب وسيلة فعالة جدًا لتنظيم الأسرة، وأن هذه الأعراض غالبًا مؤقتة، ونحتاج إلى فترة تكيف، وأن هذه الأعراض عادة ما تقل تدريجيًا خلال 3 إلى 6 أشهر بعد التركيب الخ..."

مشارك رقم 1

رأي المجموعات البورية المركزة:

أهم العوامل هو الميل إلى التقليد، والطبيعي، والمؤثر اجتماعيًا بأنه الأكثر استخدامًا بين الأزواج، من خلال الشبكات الاجتماعية الداعمة والمحيطة. مقابل وجود مزيج من العوامل الأخرى التي تم ذكرها وهي التأطير السلبي مع تأكيد من أغلبية النساء على وجود المعلومة المضللة كذلك، والتي تشكل حاجزًا قويًا أمام اتخاذ القرار. ويمتد هذا كله أحيانًا إلى الزوج، مما يعقد المشهد. ومن أهم المعلومات المضللة التي ذُكرت: العقم، العقم المؤقت، وتأثيرات الوسائل الهرمونية على المدى البعيد.

"والله خيفة... بنسمع قصص كثير عن المضاعفات، وفي نسوان بيحكوا إنها بتعمل مشاكل. زوجي بالجيش شغال كمان رافض الفكرة لأنه سمع من قرايينا عن مضاعفات صارت مع وحدة. ما عنا حد يشرح إلنا مزبوط ويطول باله، فبنضل معتمدين على الكلام اللي بنسمعه من بعض"

سيدة من مجموعة رقم 2

"الوسائل الهرمونية، يعني انه زاي ما ادخلي هرمون لجسمك، عشان هيك بنبعد عنه"

سيدة من مجموعة رقم 1

كما وأكدت السيدات في المجموعات البورية المركزة أن الأعراض الجانبية تمثل حاجزًا إضافيًا أمام استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث ذُكر النزيف وعدم انتظام الدورة مع اللولب، والعصبية وتقلب المزاج والصداع والسمنة مع الحبوب، في حين كانت تجربة الغرسات أقل شيوعًا بينهن. وأشارت السيدات إلى أن أهم أساليب التعامل مع هذه الأعراض هو استبدال الوسيلة بوسيلة أخرى بدلاً من محاولة التكيف معها.

كما أبدى مخاوف من الإجراءات داخل العيادة، مثل تركيب اللولب، حيث ذُكرن الألم والمضاعفات المحتملة، بالإضافة إلى احتمال فشل الوسائل بسبب الأخطاء الطبية. وذكرت السيدات أيضًا احتمالية فشل الوسائل الحديثة، بما في ذلك الواقي الذكري واللولب، رغم كونها وسائل ملائمة وآمنة وتم تركيبها بشكل صحيح.

وأشارت السيدات إلى أن طول فترات الانتظار ونقص الكوادر الصحية، خاصة القابلات، تشكل من أبرز الحواجز في محافظة معان. وأجمعن على أن البعد الديني لا يشكل عائقًا أمام استخدام الوسائل التقليدية، ولم يُذكر العامل الديني كمحدد لاستخدام الوسائل الحديثة، بل كان يُعتبر عاملاً إيجابيًا يعزز الإقبال عليها.

خلاصة الفصل الرابع:

تُظهر نتائج هذا الفصل أن قدرة النساء على تنظيم الأسرة تتأثر بمجموعة مترابطة من العوامل البنيوية والاجتماعية والثقافية. فعلى مستوى القرار، برزت فجوات في جودة المشورة والتأطير السلبي للمعلومات، إلى جانب ضعف الاستراتيجيات الاتصالية الموجهة للفئات الأكثر هشاشة مثل اللاجئين، مما يحد من قدرة النساء على اتخاذ قرارات مستنيرة رغم توفر المعرفة الأساسية. أما الوصول والقدرة على تنفيذ القرار، فقد كشفت التحليلات عن تفاوتات مكانية وهيكلية في النظام الصحي، خصوصًا في المناطق القروية والمناطق النائية والتجعات المتباعدة. وفيما يتعلق بالاستخدام

الفعّال، أظهرت النتائج أن الميل نحو الوسائل التقليدية لا يرتبط بغياب المعرفة، بل بغياب الثقة بالمعلومة وضعف جودة التفاعل مع مقدمي الخدمة، وهو ما يعكس فجوة في تبني نهج مرتكز على الأشخاص. وأخيراً، فإن الاستقلالية في اتخاذ القرار تبقى مقيدة بالأعراف الاجتماعية، ديناميكيات النوع الاجتماعي، والقدرة التفاوضية داخل الأسرة، مما يجعل القرارات الإنجابية نتاجاً لتوازن معقد بين الرغبات الفردية والضغوط المجتمعية. هذه الاستنتاجات، عند وضعها في إطار الأدبيات الأوسع، تؤكد أن تعزيز القدرة يتطلب تدخلات متعددة المستويات تشمل تحسين جودة المشورة، ضمان وصول عادل للخدمات، وتبني سياسات تراعي السياق الثقافي والاجتماعي، وهو ما سيناقشه الفصل الخامس بشكل معمق في ضوء الدراسات السابقة."

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يقدم هذا الفصل مناقشة شاملة للنتائج ويضعها في سياق الأدبيات والدراسات السابقة، موضحاً أوجه الاتفاق والاختلاف مع ما توصلت إليه البحوث الوطنية والإقليمية والدولية. يبدأ الفصل بتحليل السياسات والاستراتيجيات، ثم ينتقل إلى تقييم أداء النظام الصحي، والعوامل الاجتماعية والفردية، إضافة إلى خصوصية تجربة اللاجئين ودوافع استمرار استخدام الوسائل التقليدية، وصولاً إلى تفسير فجوة الحاجة غير الملباة. ويختتم الفصل بمجموعة من التوصيات الاستراتيجية وعلى مستوى البرامج.

1.5 مناقشة النتائج

1.1.5: السياسات والإستراتيجيات⁽⁴⁵⁾

تتأثر التوجهات الإستراتيجية لتنظيم الأسرة في الأردن بشكل متزايد بالسياق العالمي المتمثل في تقلص الدعم الموجه للصحة الجنسية والإنجابية، والانخفاض في التمويل الدولي من الجهات المانحة الرئيسية مثل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، التي كانت من أبرز الداعمين والمناصرين لتنظيم الأسرة في الأردن.

وقد انعكست هذه التحولات العالمية على السياق الأردني عبر عدة أبعاد؛ أبرزها التراجع النسبي في أولوية تنظيم الأسرة خلال الأعوام الأخيرة مقارنة بكونه أولوية قصوى خلال العقد الماضي، إضافة إلى انخفاض الموارد المالية التي كانت تُعبأ من خلال المساعدات الدولية والمخصصة لدعم بناء القدرات، والتدريب، وتعزيز مرونة النظام الصحي، والأنشطة المعنية بالاتصال والإعلام والتي أصبحت مؤخراً من الفجوات المقلقة. ومع هذا النقص المفاجئ، اضطرت وزارة الصحة في الأردن إلى تعبئة الموارد المحلية لتعويض هذا العجز.

كما يشهد الخطاب السياسي تحولاً نحو دمج تنظيم الأسرة تحت مظلة التغطية الصحية الشاملة (UHC) بدلاً من الإبقاء عليه كبرنامج باستقلالية أعلى. إلا أن هذا الانتقال ينطوي على مخاطر؛ إذ إن غياب إستراتيجية واضحة ومقصودة لتنظيم الأسرة قد يؤدي إلى تجميع احتياجات البرنامج وسط أولويات صحية متنافسة. علاوة على ذلك، يعمل القطاع الخاص، وهو مزود رئيسي للخدمات، بشكل غير متسق مع الأهداف الإستراتيجية الوطنية، حيث يقتصر اتساقه مع هذه الأهداف على مشاريع دولية متفرقة وليس من خلال تكامل منهجي للسياسات. وتوفر الإستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية (2020-2030) والإستراتيجية الوطنية للسكان (2021-2030) إطاراً واضحاً للعمل بين صانعي السياسات، يشمل التعريفات، والاتساق مع أهداف التنمية المستدامة العالمية، واعتماد النهج القائم على الحقوق.

ومع ذلك، برزت عدة جوانب تحتاج إلى مزيد من التطوير عند تصميم السياسات، أولها ضعف النهج متعدد القطاعات، حيث كان من الممكن أن تستفيد الإستراتيجية من توسيع نهجها متعدد القطاعات، والنص بشكل صريح على آليات العمل بين مختلف الأطراف، مثل إنشاء آلية تنسيق أو خطط عمل مشتركة. وقد أكدت المقابلات مع صانعي السياسات هذه النقطة، مشيرة إلى أن الإستراتيجيات الحالية ما زالت تعمل في إطار القطاع الصحي فقط، مع محدودية تفعيل تنظيم الأسرة كهدف تنموي عابر للقطاعات يشمل المناخ والنوع الاجتماعي وإدارة الموارد.

(45) تنويه منهجي: هذا المحور تم استخلاصه بالكامل من النتائج النوعية التي أفرزتها المقابلات الفردية مع صانعي السياسات ومقدمي الخدمات، نظراً لغياب المؤشرات الكمية المباشرة في التحليل الإحصائي، وللتغلب على هذا القصور، تم إجراء تليث مع الأدبيات والدراسات السابقة لتعزيز الفهم وتقديم مقارنة مرجعية.

ويليها ثانياً غياب هيكل واضح للمساءلة، حيث كان من الممكن أن تستفيد السياسات من وضع هيكل أكثر وضوحاً للمساءلة على مختلف مستويات الإستراتيجية، بدءاً من مستوى المنشأة الصحية وصولاً إلى صانعي القرار الرئيسيين. هذا الإجراء كان سيضمن جودة المشورة والمتابعة على الإجراءات المحددة، مثل التقدم في تقديم المشورة، بحيث لا تبقى مناطق رمادية بين مقدمي الخدمة والممرضات والقابلات والمديرين.

أما ثالثاً القصور في اليات المتابعة والتقييم، تطوير آليات رقمية آنية للرصد والتقييم (M&E) قادرة على قياس الأداء على مستوى المنشأة أو فرض المساءلة على جودة المشورة المقدمة كان سيعالج بعض التحديات التي حددتها هذه الدراسة.

وهناك إجماع متزايد بين أصحاب المصلحة على أن الاعتماد الحالي على مؤشرات مثل "الحاجة الملّبة" و"معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة" (CPR) كمؤشرات رئيسية للأداء غير كافٍ علمياً للسياق في الأردن، إذ إن هذه المؤشرات الإجمالية تخفي الفروق الدقيقة ولا تعكس بشكل كافٍ مفهوم "الحاجة غير الملّبة". وأتت تحديات أخرى أهمها تنفيذ الخطة التنفيذية ذات الكلفة (2020-2024) حيث أظهر الفحص الدقيق لآليات التنفيذ أن هذه الخطة، التي صُممت لسد الفجوة بين الإستراتيجية والعمل، واجهت تأخيرات وتحديات.

فقد أدى تقاطع جائحة كوفيد-19 مع التحول المفاجئ في أولويات المانحين نحو الاستجابة للأمراض السارية إلى تعطيل تنفيذ الخطة، ومنع تخصيص الموارد اللازمة لأولويات تنظيم الأسرة. كان من الممكن أن تستفيد الخطة من مراجعة منتصف المدة لتعديل الميزانية بما يتناسب مع انخفاض المساعدات الدولية، وترتيب الأولويات للاستثمار فيها، وبعد تعليق برامج الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية التي كانت تدعم مكونات "البرمجيات" مثل تدريب مقدمي الخدمة وحملات التوعية، أصبحت الفجوة أكثر وضوحاً مما يؤكد الحاجة على وجود إطار بديل وآليات وطنية قيادية لسد هذه الفجوة.

وأدى التذبذب في سياسات وصول اللاجئين الى المرافق الصحية الحكومية بالنهاية الى اللبس بين مجانية الخدمات والتسعيرة التفضيلية والتي أدت إلى خلق ارتباك لدى العديد من اللاجئين السوريين بشأن أهليتهم للحصول على وسائل تنظيم الأسرة مجاناً في القطاع العام.

وبالمحصلة فإن الحرص على استمرارية مجانية الوصول لبعض الخدمات الأساسية الحرجة متضمنة تنظيم الأسرة على طول مسار التغييرات، لم يؤد إلى استمرارية الطلب، بسبب ضعف الإستراتيجية الاتصالية الموجهة والذي جعل نسبة كبيرة من اللاجئين غير مدركة لحقوقها، مما أدى فعلياً إلى فصلهم عن جزء من الحزمة الأساسية المجانية للخدمات - أهمها تنظيم الأسرة، رغم استعادة السياسات الإيجابية نحوهم.

وأشار صانعو السياسات إلى أن الحملات الحالية قديمة وغير قادرة على الوصول إلى الفئات المستهدفة أو مواجهة أخطار الاتصال الجديدة التي تركز على تداول المخاطر والآثار الجانبية بدلاً من شرح الفوائد، وهو ما يرجح زيادة استخدام الوسائل التقليدية.

تُظهر هذه العوامل أن المشهد السياسي في الأردن يبدو متماسكاً على الورق، لكنه يعاني من بعض الفجوات التشغيلية الواضحة. ومع هذه التحديات، أظهرت وزارة الصحة مرونة في تعبئة الموارد الداخلية لضمان أمن الإمداد واستمرارية تقديم الخدمات.

2.1.5 : النظام الصحي

لم يظهر فرق ذو دلالة إحصائية بين الإقامة في المناطق الحضرية والريفية فيما يتعلق باستخدام الوسائل، كما لم تُظهر

نماذج الانحدار اللوجستي المتعدد فروقاً معنوية بين استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية عبر الأقاليم، كذلك، لم يكن لزيارة العامل الصحي الميداني أثر على استخدام الوسائل الحديثة.

على الرغم من ذلك، أظهرت البيانات النوعية فجوات واضحة في النظام الصحي تؤثر على تقديم خدمات تنظيم الأسرة. فعلى مستوى الرعاية الصحية الأولية، تنقسم المراكز إلى ثلاثة مستويات: المراكز الشاملة، المراكز الصحية الأولية، والمراكز الصحية القروية. وُصفت المراكز القروية بأنها الأقل تجهيزاً، إذ تفتقر غالباً إلى القابلات المدربات وتقتصر على توفير ثلاث وسائل فقط، في حين توفر المراكز الشاملة مزيجاً متكاملًا من خمسة وسائل وخدمات المشورة بشكل أفضل.

هذا التباين في القدرات قد لا يشكل حاجزاً لو توفرت شروط التكامل في الخدمات كما أُشير إليه في الفصل الرابع، لكن مع وجود تجزئة في النظام الصحي، يتفاقم الوضع حيث يؤدي تعدد مستويات المرافق واختلاف حزم الخدمات إلى تفاوت كبير في جودة الرعاية والوصول إليها، خاصة في المناطق القروية والنائية. في هذا السياق تحديداً، أشارت البيانات النوعية إلى وجود خطة لدى وزارة الصحة لدمج المراكز الصحية القروية ضمن المراكز الصحية الأولية بهدف توحيد جودة الخدمات وتحسين الكفاءة التشغيلية، إضافة إلى حزمة معيارية أساسية لخدمات الرعاية الصحية الأولية في طريقها للاعتماد من الوزارة لتعميمها على المديریات، وهو توجه يتماشى مع الإصلاحات الأوسع في القطاع الصحي، بما في ذلك التحول الرقمي وتبني نموذج فرق الصحة الأسرية. ومع ذلك، أكد المشاركون أن وتيرة التنفيذ لا تزال بطيئة، وأن المجتمعات الريفية تواجه فجوات في الوصول للخدمات.

كما برزت تحديات هيكلية أخرى مثل نقص غرف المشورة، وقلة الموارد البشرية، والتحيز لدى مقدمي الخدمة⁽⁴⁶⁾، وضعف مهارات التواصل لديهم. وأفاد بعض المشاركون أن الصيادلة في القطاع الخاص يفتقدون إلى المشورة الاستباقية، مما يعكس فجوة في التدريب. وأظهرت النقاشات أن النساء يقدّرن المشورة الشخصية واتخاذ القرار المشترك مع الزوج، لكن هذه الخدمات غير متاحة بشكل متسق في المرافق العامة.

من زاوية الثقة والاستجابة، عبّرت بعض المجتمعات عن رضاها وثقتها بخدمات الرعاية الأولية الحكومية، بينما أبلغت مجتمعات أخرى، خصوصاً في المناطق النائية، عن طول فترات الانتظار ونقص الكوادر والشعور بالإهمال. أما في سياق اللاجئين، فقد أظهرت البيانات النوعية أن ضعف المعرفة بالخدمات المجانية المتاحة في القطاع العام - لاجئو خارج المخيمات - يشكل حاجزاً إضافياً أمام الاستخدام.

وقد توافقت النتائج مع ما أبرزته دراسة الخضر وآخرين (2025) ودراسة مشروع عيادات القرى الصحية أن نقص الكوادر المؤهلة، خاصة القابلات المدربات على تركيب اللوالب، يحد من قدرة النظام الصحي على الاستجابة لاحتياجات النساء، حيث لا توفر سوى 40% من المراكز القروية خدمات تنظيم الأسرة. كما أظهرت نتائجنا النوعية أن ممارسات الإرشاد في القطاع الخاص يغلب عليها الطابع الاستجابي، إذ يعتمد تقديم المعلومات على طلب العميل وليس على المبادرة من مقدم الخدمة، وهو ما أكدته دراسة تقييم وعي الصيادلة المجتمعيين التي بينت أن 38% فقط لديهم خبرة سابقة في تقديم وسائل الطوارئ، إضافة إلى تأثير مواقفهم بالأعراف الاجتماعية وحالة الزواج.

بينما لم تكن بياناتنا حاسمة في موضوع التحيز لدى الصيادلة، إلا أن ما كشفت عنه دراسة "تصورات وممارسات الصيادلة المجتمعيين بشأن وسائل منع الحمل الطارئة في الأردن: دراسة نوعية" عن استمرار التحيزات في قرارات

(46) Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally: A systematic review, doi: 10.1016/j.contraception.2022.04.012. Epub 2022 May 5. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(22\)00129-9/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(22)00129-9/fulltext)

الصرف، حيث أقر نحو 48% من الصيادلة بوجود تحفظات أخلاقية تجاه تقديم وسائل الطوارئ، مما يعكس فجوة بين توقعات المستفيدات والممارسات الفعلية ويستدعي تدخلات تنظيمية وتدريبية لتوحيد الممارسات وضمان وصول عادل للخدمات، مما يؤكد وجود حالة التحيز.

ورغم أن التحليل الكمي لم يكشف فروقاً معنوية بين الحضر والريف، فإن التحليل النوعي أوضح أن تجزئة الخدمات وضعف المشورة الشخصية يشكّلان عائقاً رئيسياً أمام الاستخدام الفعّال. هذا يتفق مع دراسة "العوامل المحددة لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في الأردن" (2020)، التي أكدت أن مناقشة تنظيم الأسرة مع مقدم الخدمة تزيد احتمالية استخدام الوسائل الحديثة بنسبة 1.5 مرة، ومع دراسة مالك وآخرون (2018) التي فسرت الفروق بين الحضر والريف بعوامل مثل توافر المراكز الصحية وبرامج تنظيم الأسرة. إن الجمع بين التحليلين الكمي والنوعي في دراستنا أتاح تفسيراً أعمق للعوائق التي لم تلتقطها المؤشرات الإحصائية وحدها، مما يعزز قوة الاستنتاجات ويوضح أن جودة التفاعل مع النظام الصحي، إلى جانب الحوار الزوجي، هي المحددات الأساسية للسلوك الإنجابي.

وكما تتوافق هذه النتائج أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة "استئناف الحياة الجنسية والتثقيف الصحي في فترة ما بعد الولادة: من منظور مقدمي الرعاية الصحية الأردنيين"، التي كشفت عن فجوة واضحة في ممارسات المشورة ليس فقط في مجال تنظيم الأسرة، بل أيضاً في التثقيف الصحي الجنسي بعد الولادة. فقد بيّنت الدراسة أن مقدمي الرعاية يترددون في فتح موضوعات حساسة بسبب القيود الثقافية، نقص المعرفة، وضغط العمل، مما يؤدي إلى غياب المشورة الاستباقية والاكتمال بالاستجابة لأسئلة النساء عند طرحها. هذا النمط يتطابق مع ما رصدناه في الفصل الرابع، ويعزز الحاجة إلى إدماج المشورة كجزء أساسي من حزمة خدمات الرعاية الصحية، وتطوير برامج تدريبية تركز على المهارات التواصلية والحساسية الثقافية، بما يضمن تقديم خدمات أكثر ملاءمة ويعزز الثقة المجتمعية بالنظام الصحي.

بينما أشارت بياناتنا النوعية إلى أهمية تطوير ودعم لجان صحة المجتمع كأحد المقاربات المجتمعية التي تمنح دوراً للمجتمع المدني في تحسين المناخ الإيجابي وتشجيع الإقبال على وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، توافقت هذه التوجهات مع توصيات دراسة المراجعة الشاملة التي أجراها الحموي وآخرون (2023)، بناءً على المراجعة الأدبية التقييمية لكلا مشروعَي "الاستشارة والاختيار" و"مشروع مراكز الصحة القروية".

تكشف نتائج هذا المحور أن غياب الفروق الإحصائية لا يعني تساوي فرص الوصول أو جودة الخدمات؛ بل إن التحديات الهيكلية، وتجزئة النظام الصحي، وضعف المشورة الشخصية، تشكل عوائق جوهريّة أمام الاستخدام الفعّال لوسائل تنظيم الأسرة. إن تحسين التكامل بين مستويات الرعاية، وتوحيد حزم الخدمات، وتطوير مهارات مقدمي الخدمة في التواصل والمشورة، إلى جانب إشراك المجتمع المدني، هي ركائز أساسية لضمان وصول عادل وفعّال، وتعزيز الثقة بالنظام الصحي بما يتماشى مع الإصلاحات الوطنية الأوسع.

3.1.5 العوامل الاجتماعية والفردية المؤثرة

أظهرت النماذج الإحصائية أن التعليم، إلى جانب العمر ومؤشر الرفاه وعدد الأطفال كانت من أكثر المحددات تأثيراً في استخدام وسائل تنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة.

التعليم

ارتبط ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بزيادة احتمالية تبني الاستخدام بشكل تدريجي مقابل عدم الاستخدام، وهو ما تؤكده الدراسات السابقة في الأردن، خاصة "العوامل المحددة لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في الأردن" (2020).

اقتربت نتائجنا أكثر من مالك وآخرون (2018) التي بينت أن التعليم يؤثر على تبني الاستخدام وليس على اختيار نوع الوسيلة؛ إذ ظهر ارتفاع مستوى التعليم أيضًا مع استخدام الوسائل التقليدية ليصبح أوضح لدى النساء ذوات التعليم الجامعي مقارنة بغير المستخدمات. يشير ذلك إلى أن التعليم مؤشر قوي على القدرة لتبني تنظيم الأسرة، بينما داخل فئة المستخدمات (تقليدي وحديث) تتدخل عوامل أخرى لتحديد نوع الوسيلة المختارة.

العمر وديناميات دورة الحياة

العمر محدّد جوهري لأنماط الاستخدام: النساء الأصغر سنًا، خصوصًا من تزوجن بين 20-24 سنة، أكثر ميلًا لاستخدام الوسائل الحديثة نتيجة الانفتاح والتثقيف الصحي المدرسي، بما يعزز القدرة على اتخاذ القرار. في المقابل، من تزوجن مبكرًا (أقل من 20 سنة) يواجهن ضعفًا في النضج والقرار، فتزداد احتمالات الاعتماد على الوسائل التقليدية أو عدم الاستخدام حتى بعد اكتمال عدد الأطفال المرغوب، حيث يוכל إلى غيرها -زوجها. أما النساء فوق الأربعين، فينخفض استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية بسبب اكتمال الخطة الإنجابية، انخفاض النشاط الجنسي، وتصور السيطرة المكتسبة.

هذه الأنماط تتسق مع مالك وآخرون (2018) و"العوامل المحددة لاستخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في الأردن" (2020) التي أكدت أن الفئات الأصغر ترتبط أكثر بالوسائل الحديثة، بينما يتراجع الاستخدام مع تقدم العمر بسبب اكتمال الإنجاب وانخفاض الخصوبة.

التباينات المكانية والثقافية

ورغم أن النماذج الإحصائية لم تُظهر فروقًا معنوية كبيرة مرتبطة بالإقامة الحضرية أو الريفية، إلا أنها كشفت اختلافات واضحة على مستوى المحافظات. وتُظهر البيانات النوعية أن المحددات الفردية والاجتماعية تتجاوز البعد الجغرافي التقليدي - الريف والحضر والإقليم، لكنها تظل مؤثرة في التباينات المكانية بين المحافظات في أنماط الاستخدام.

برزت في محافظات مثل المفرق ومعان أنماط تفضيل الأسرة الكبيرة وأعراف اجتماعية مقيدة للنساء، تتشكل بفعل طبيعة العمل وسبل العيش المحدودة ومؤشرات رفاه أضعف. كشفت السرديات النوعية أن التوقعات الاجتماعية بإنجاب عدد كبير، إلى جانب قدرة تفاوضية أضعف لدى المرأة، تؤثر في قرار الاستخدام؛ حيث يلعب الزوج دورًا حاسمًا في قبول أو رفض الوسائل الحديثة، وهو ما يتسق مع التحليلات الكمية في عدة دراسات، منها "المحددات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في الأردن" (2020) وكوماساوا وآخرون (2020) التي أبرزت أن موافقة الزوج تمثل العامل الأكثر تأثيرًا في تلبية الحاجة للوسائل الحديثة، إلى جانب المعرفة الدقيقة بفعاليتها.

الرفاه والتمكين الاقتصادي

أظهر التحليل الكمي أن مؤشر الرفاه يعد من أقوى المحددات المرتبطة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بغض النظر عن نوع الوسيلة المستخدمة. في المقابل، لم تُظهر محددات التمكين الأخرى مثل الحالة الوظيفية، التأمين الصحي، أو امتلاك حساب بنكي تأثيرًا ذا دلالة إحصائية تُذكر.

أما البيانات النوعية فقد أوضحت أن الرفاه يرتبط ارتباطًا وثيقًا بجودة الحياة؛ فكلما ارتفع مستوى المعيشة، ازدادت أهمية التخطيط الأسري للحفاظ على هذه الجودة، وهو ما ينعكس بشكل واضح على السلوك الإنجابي. ويُعد إبراز جودة الحياة في هذا السياق إضافة جديدة في الأردن، تميز دراستنا عن الدراسات السابقة، إذ قمنا بقياس شامل لمجموعة من عوامل التمكين الاقتصادي، منها مؤشر الرفاه، الوظيفة، الحساب البنكي، المحفظة المالية، والتأمين الصحي. وقد تبين أن مؤشر الرفاه وحده هو الذي يظهر تأثيرًا ملموسًا، مما يشير إلى أن التمكين الاقتصادي المباشر لا

يترجم تلقائيًا إلى سلوك إنجابي أكثر وعيًا؛ إذ يبقى الرفاه العام وجودة الحياة العامل الحاسم في تشكيل القرارات الإنجابية، وهو ما أتت به المعطيات النوعية.

تؤكد هذه النتائج على ضرورة تبني سياسات تركز على تعزيز جودة الحياة والرفاه الشامل، باعتبارهما مدخلًا أساسيًا لتحسين السلوك الإنجابي وتوسيع استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

عدد الأطفال وحجم الأسرة المثالي

تتفق نتائجنا مع مالك وآخرون (2018) و "المحددات لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في الأردن" (2020) في أن عدد الأطفال الأحياء من أقوى العوامل المؤثرة في الاستخدام؛ فكلما زاد العدد ارتفعت احتمالية استخدام الوسائل الحديثة مقارنة بالتقليدية. أما بالنسبة للحجم المثالي للأسرة، فقد أظهرت النتائج أن النساء اللواتي يرغبن في عدد أقل من الأطفال أكثر ميلًا لاستخدام الوسائل الحديثة مقارنة باللواتي يفضلن أسرًا كبيرة، في المقابل كان تأثير هذا العامل على استخدام الوسائل التقليدية ضعيفًا أو غير معنوي في معظم الدراسات.

تكشف هذه النتائج أن المحددات الاجتماعية والفردية — مثل التعليم، العمر، الرفاه، عدد الأطفال، وديناميات التفاوض الزوجي — تشكّل الركائز الأساسية لقدرة المرأة على تنظيم الأسرة، متجاوزةً أثر البنية الصحية وحدها. إن تعزيز المعرفة الدقيقة، دعم الاستقلالية في القرار، إشراك الشريك، وتكييف التدخلات مع السياق الثقافي والاقتصادي، هي مفاتيح لتمكين النساء من خيارات واعية ومستدامة، بما يضمن تلبية الحاجة غير الملباة ويحوّل التفضيلات الإنجابية إلى سلوك فعال.

4.1.5 اللاجئين

أنماط الاستخدام والعوامل الثقافية

أظهرت النتائج أن عوامل ثقافية، تفضيلات إنجابية، وتجربة اللجوء نفسها تتحكم في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى اللاجئين في الأردن.

اللاجئون السوريون خارج المخيمات أقل استخدامًا للوسائل الحديثة بسبب ضعف الوعي بتوفر الخدمات المجانية وحواجز أخرى للوصول إلى القطاع الصحي العام، بينما مع قلة حواجز الوصول للخدمات الصحية يتأثر لاجئو المخيمات بالمعلومات المضللة والتأثير السلبي لوسائل تنظيم الأسرة. ومع الأخذ في الاعتبار التفضيلات الإنجابية المرتفعة والثقافة المقيدة للقدرة على استخدام الوسائل، تتضاعف مقاومة الوسائل الحديثة.

تتفق هذه النتيجة مع مراجعة "الوضع الصحي الجنسي والإنجابي بين اللاجئين السوريين في الأردن" (عميري وآخرون، 2020) التي أبرزت فجوات كبيرة في المعرفة والاستخدام، ومع دراسة "الفوارق والدوافع لاستخدام وسائل منع الحمل بين الشباب السوري في الأردن" (لوكنيل وآخرون، 2025) التي أكدت أن الإقامة في المخيمات ترتبط بانخفاض الاستخدام مقارنة بالإقامة في المجتمع المضيف، حيث تقل احتمالية استخدام الوسائل الحديثة في المخيمات إلى النصف.

الحواجز البنيوية والإدارية

كشفت سريديتنا النوعية أن ضعف الوعي لدى لاجئ خارج المخيمات حول الأسعار المدعومة يشكل حاجزًا رئيسيًا، لكن هناك حواجز أخرى مثل تكاليف المواصلات، المصاريف غير العلاجية، ومتطلبات التوثيق للوصول إلى المرافق الصحية، إضافة إلى ضعف استجابة النظام الصحي بسبب سوء توزيع المرافق وضعف مهارات التواصل لدى مقدمي

الخدمة. هذه النتائج تتفق مع تقرير وزارة الصحة الأردنية (تقييم العرض والطلب في الرعاية الصحية الأولية، 2018)⁽⁴⁷⁾ ودراسة "الاحتياجات الصحية وأولويات اللاجئين السوريين في المخيمات والمناطق الحضرية في الأردن"⁽⁴⁸⁾ التي أبرزت أثر سوء البنية التحتية وضعف التواصل، وكذلك دراسة "الحواجز المدركة للوصول إلى الرعاية الصحية بين مجموعة من غير المؤمن عليهم"⁽⁴⁹⁾ التي أكدت أن العوائق الإدارية تشكل تحدياً كبيراً أمام الفئات الهشة.

دور النماذج البديلة

أظهرت بياناتنا النوعية ملاءمة نموذج الرعاية الأسرية لدى الأونروا في تحسين الوصول النوعي لخدمات تنظيم الأسرة، بما يتوافق مع دراسة بيرس (2019) التي بينت أن النساء اللاجئات اللواتي يحصلن على الوسائل عبر الأونروا يتمتعن بفرص أكبر للتواصل مع مقدمي الخدمة والحصول على المشورة وزيارات متابعة، مما يعكس نجاح النهج الأسري في تعزيز التغطية وجودة الخدمة رغم تحديات اللجوء.

تأثير تجربة اللجوء على السلوك الإنجابي

ما يميز دراستنا أنها الأولى التي تستخدم منهجية مختلطة وتحليل استدلال على عينة ممثلة على مستوى الدولة لتناول محددات اللاجئين في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وقد أظهرت النتائج أن مؤشرات اللاجئين مع امتداد الأزمة تقترب من المجتمع المضيف، خصوصاً نسب الإنجاب الكلية، باستثناء المخيمات التي تظل سياًفاً خاصاً يعزل المؤشرات عن المجتمع المحيط.

كما كشفت السرديات النوعية أن تجربة اللجوء تضيف بعداً نفسياً واجتماعياً للسلوك الإنجابي؛ حيث يرتبط ارتفاع معدلات الإنجاب بمفهوم التعويض عن فقدان ومنح معنى للحياة في ظل محدودية الموارد، وهو ما أكدته دراسة (Diab, J. L 2025) في لبنان التي أوضحت أن الخوف من الانقراض وفقدان الهوية الثقافية يشكلان دافعاً رئيسياً وراء السلوك الإنجابي المرتفع، باعتباره فعل مقاومة رمزية ضد محو الهوية.

إضافة إلى ذلك، كما أظهرت دراستنا عدم وجود دوافع إستراتيجية لزيادة عدد أفراد الأسرة بهدف تحسين فرص الحصول على المساعدات أو إعادة التوطين، حيث لم يحظَ هذا الرأي بإجماع المقابلات الفردية. كما برزت لدى السيدات السوريات في المجموعات البؤرية ضغوط اقتصادية شديدة مقارنة بفترة ما قبل اللجوء، حيث لم تكن الجوانب الاقتصادية في حسابهن سابقاً بسبب توفر الموارد والدعم الاجتماعي.

الثقافة الإنجابية والمعلومة المضللة

أظهرت المقابلات أن الثقافة الإنجابية في المخيمات، المدفوعة بمفهوم "العزوة" والضغط الاجتماعي، تجعل تنظيم الأسرة مرتبطاً بالمباعدة بين الولادات أكثر من تحديد عدد الأطفال، وهو ما يفسر استمرار مقاومة الوسائل الحديثة رغم توفر الخدمات المجانية والوعي الكامل بوسائل تنظيم الأسرة الحديثة وآثارها الجانبية. ومع ذلك، تؤثر المعلومات المضللة، خاصة الاعتقاد بوجود عقم مؤقت، على ثقة النساء في اختيار الوسائل الحديثة.

(47) Ministry of health - Jordan – November 2018 – Primary Healthcare Report Assessment of Supply and Demand

(48) Doedens, W., Giga, N., Krause, S., Tomczyk, B., Burns, J., Spiegel, P., & Zaza, S. (2018).

Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: Perspectives of refugees and health care providers. Eastern Mediterranean Health Journal, 24(3), 243–253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908019/>

(49) Aday, L. A., & Andersen, R. (2016). The perceived barriers to access to health care among disadvantaged populations. International Journal of Health Services, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731416636831>

5.1.5 دوافع استخدام الوسائل التقليدية

أنماط الاستخدام والعوامل المؤثرة

تكاملت النتائج الكمية والنوعية لتؤكد أن أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية تعكس مزيجًا من العوامل الاجتماعية والثقافية، إلى جانب تأثير المعلومات المضللة والتضليل، وبرز لدينا عامل ثالث هو التأطير السلبي؛ أي تقديم معلومات صحيحة بطريقة مثيرة للقلق من خلال التركيز المبالغ فيه على الآثار الجانبية، مما يخلق انطباعًا سلبيًا لدى النساء ويشنهن عن استخدام الوسائل الحديثة رغم فعاليتها وأمانها. ضعف المشورة الصحية المكتملة ساهم في ترسيخ هذه الأنماط، إذ غالبًا ما تُقدّم المعلومات دون نهج مرتكز على الأشخاص، مما يقلل القدرة على اتخاذ القرار المستنير.

العوامل المعرفية والثقافية

تتفق هذه النتائج مع ما أظهرته دراسة برنند وآخرون (2022)⁽⁵⁰⁾ التي بيّنت أن استمرار استخدام الوسائل التقليدية في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل يرتبط بمزيج من العوامل الثقافية والاجتماعية والخوف من الآثار الجانبية، إضافة إلى تفضيل ما يُنظر إليه على أنه "طبيعي" وأمن رغم انخفاض فعاليته. كما أكدت الدراسة أن ارتفاع مستوى التعليم لا يلغي الميل لاستخدام الوسائل التقليدية، بل قد يزيده في بعض السياقات، وهو ما ظهر في نتائجنا أيضًا. كذلك، تتفق مع دراسة لارا روستميان وآخرون (2024)⁽⁵¹⁾ التي أبرزت أن نقص الثقيف الجنسي الشامل والميل إلى البحث الفردي عن المعلومات عبر الإنترنت يؤدي إلى انتشار المعلومة المضللة، ويعزز الاعتماد على الوسائل التقليدية رغم إدراك النساء لضعف فعاليتها.

التأطير السلبي والثقة بالنظام الصحي

ما يميز دراستنا هو إدخال مفهوم "التأطير السلبي" كعامل مستقل وربطه بضعف المشورة الصحية والتحيز في تقديمها، مما يوضح أثره في دفع النساء نحو الوسائل التقليدية حتى عند توفر المعلومات الصحيحة. هذا التنافر بين المعرفة الدقيقة والقدرة على اتخاذ القرار يعكس أزمة ثقة بالنظام الصحي، وهو ما أكدته دراسة فييث وآخرون 2022⁽⁵²⁾ بناءً على «السلوك الجنسي وسلوك استخدام وسائل منع الحمل لدى الشباب في ألمانيا - نتائج الموجة الثانية من دراسة (2022)⁽⁵³⁾ التي بيّنت أن الشعور بعدم اليقين - ليس الجهل التام - هو ما يقوّض الثقة في مقدمي الخدمة ويؤثر سلبيًا على التصورات تجاه الوسائل الحديثة، خاصة في ظل غياب المعلومات المبسطة والمبنية على الأدلة، مما يفتح المجال أمام تأثيرات المصادر غير العلمية مثل وسائل الإعلام أو شبكات التواصل الاجتماعي.

كما تشير دراسة ثومي 2024 في فرنسا إلى رفض متزايد للوسائل الهرمونية بين الشباب، ليس بالضرورة نتيجة تجربة شخصية سلبية، بل استنادًا إلى تصورات جماعية تربط الهرمونات بكونها «غير طبيعية» أو مثيرة لمخاوف صحية طويلة الأمد. هذا الميل ترافق مع رغبة في خيارات أقل تقييدًا وأكثر توافقًا مع نمط الحياة، مما يعكس أن الدافع نحو الوسائل الطبيعية أو التقليدية يرتبط بمزيج من الاعتبارات الصحية، الثقافية، والعملية، وليس فقط بالفعالية الطبية. إدراج

(50) A Bertrand, J. T., Ross, J., & Glover, A. L. (2022, September). Declining yet persistent use of traditional contraceptive methods in low- and middle-income countries. *Journal of biosocial science*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11753471/>

(51) Rostemian Lara; Christopher J. Kliethermes; Arte Hemmerling (2024) Knowledge and attitudes regarding family planning options in Armenia. *Women's health reports* (New Rochelle, N.Y.). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39246306/>

(52) Vieth, S. J., Hartmann-Boyce, J., Maass, N., & Jani, A. (2022, October 7). Survey of young women's state of knowledge and perceptions about oral contraceptives in Germany. *AJOG global reports*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9633744/>

(53) Sexual and contraceptive behaviour of young adults in Germany – results from Kiggs Wave 2 - *Journal of Health Monitoring* 2/2022, RKI. (n.d.). https://www.rki.de/EN/News/Publications/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/Focus_en/JHealthMonit_2022_02_Sexual_contraceptive_behaviour.html

هذه المقارنة يوضح أن أزمة الثقة بالوسائل الحديثة ظاهرة عابرة للسياقات، تتغذى من سرديات اجتماعية ومعلومات مشحونة بالسلبية.⁽⁵⁴⁾

السياق السياسي وسرديات المؤامرة

قد يزداد التأطير السلبي مع تصاعد التوترات الإقليمية، حيث يُعاد تفسير التدخلات الصحية، بما فيها برامج تنظيم الأسرة، في إطار الشك والريبة، ويُنظر إليها كجزء من أجندات غربية تتجاوز الصحة العامة لتطال البنية الاجتماعية والثقافية. هذا التصور يتغذى من سرديات ترى أن معظم مشاريع تنظيم الأسرة ممولة من مانحين غربيين، مما يجعلها في نظر البعض أدوات لإعادة تشكيل المجتمع وفق نماذج خارجية. ومن المثير أن هذه السرديات لا تنبع من القواعد الشعبية بقدر ما تُنتج وتُغذى من قبل النخب الفكرية والسياسية، كما لمسناه في السرديات النوعية، وهو ما لا يقلل من أهميتها بل يضعها في إطار أكثر تركيبًا وتعقيدًا.

كما يوضح كتاب الاستشراق ونظرية المؤامرة⁽⁵⁵⁾: السياسة ونظريات المؤامرة في العالم الإسلامي أن مؤيدي هذه السرديات غالبًا ما ينتمون إلى فئات متعلمة أو نخب سياسية وثقافية، لأن نظرية المؤامرة هنا ليست مجرد خرافة شعبية، بل أداة تحليلية تُوظف لتفسير اختلالات القوة العالمية وإخفاقات السياسات المحلية، مما يمنحها شرعية رمزية ويحوّلها إلى إطار لفهم الواقع السياسي والاجتماعي. ومن المهم الإشارة أن هذه السردية اتت كسمة في المقابلات الفردية إلا أنها لم تظهر في المجاميع البؤرية.

دور الكادر الصحي

إضافة إلى ذلك، أظهرت بياناتنا النوعية أن ضعف المشورة له جذور بنيوية واضحة، من أبرزها نقص الكوادر المؤهلة، غياب برامج تدريبية دورية تعني بصقل المهارات، وضعف آليات المتابعة والتقييم التي تضمن جودة الخدمة. هذه الفجوات لا تؤثر فقط على كمية المشورة المقدمة، بل على نوعيتها، إذ يفتقر مقدمو الخدمة إلى الأدوات التواصلية التي تمكنهم من تبديد المخاوف أو إعادة بناء الثقة مع المستفيدات. في ظل هذا القصور، يصبح الكادر الصحي نفسه في كثير من الأحيان مصدرًا للتأطير السلبي، ليس عن قصد، بل نتيجة عجزه عن تقديم خطاب متوازن يوضح الفوائد والمخاطر بطريقة تطمئن النساء وتدعم اتخاذ القرار المستنير.

ويزداد هذا التحدي تعقيدًا في بيئة إعلامية رقمية تضخ رسائل مشحونة بالسلبية حول الوسائل الحديثة، حيث يجد الكادر نفسه أمام مراجعات تحمل معلومات صحيحة لكنها مؤطرة بشكل مثير للقلق، في الوقت الذي تفتقر فيه المؤسسات الصحية إلى حملات مضادة أو أدوات تواصل فعّالة. هذا التنافر بين المعرفة العلمية والقدرة على إدارة المخاوف يجعل المشورة أحيانًا أداة غير كافية لاستعادة الثقة، بل قد تتحول إلى عامل يعزز الميل نحو الوسائل التقليدية.

تكشف هذه النتائج أن الميل نحو الوسائل التقليدية لا يرتبط بغياب المعرفة، بل بغياب الثقة الناتج عن التأطير السلبي، ضعف المشورة، وضغط السرديات الثقافية وأحيانًا السياسية. هذا الوضع يقوّض القدرة على قرار وسائل تنظيم الأسرة الحديثة؛ إذ تصبح قدرة النساء على اتخاذ قرار مستنير محدودة رغم توفر المعلومات.

(54) Thomé C. Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones [After the pill. Young women's contraceptive choices in the age of hormone rejection]. Sante Publique. 2024 Apr 5;36(1):87-96. French. doi: 10.3917/spub.241.0087. PMID: 38580471 .

(55) Orientalism and conspiracy: Politics and conspiracy theory in the Islamic World (review)

https://www.researchgate.net/publication/265833126_Orientalism_and_Conspiracy_Politics_and_Conspiracy_Theory_in_the_Islamic_World_reviv

6.1.5 الحاجة غير الملابة

ما يميّز دراستنا أنها تُقدّم نموذجًا إحصائيًا تحليليًا للحاجة غير الملابة يُستخدم لأول مرة في الأردن ضمن إطار وطني ممثّل، وبمنهجية مختلطة تسمح بقراءة متوازنة بين الدلالة الإحصائية وسرديات الواقع الاجتماعي. هذا التناول يعيد تعريف الحاجة غير الملابة باعتبارها فجوة في الثقة والتمكين والوصول، لا تختزلها المؤشرات الإجمالية التقليدية، ويجعل من «تلبية الحاجة» معيارًا عمليًا لقياس أثر التدخلات.

البعد الاقتصادي

توضح نتائجنا أن مؤشر الرفاه يتقدّم باعتباره المحدّد الاقتصادي الأقوى، حيث ظهر بشكل تصاعدي مع زيادة احتمالية تلبية الحاجة، وهو اتجاه يرتبط بزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ إذ ترتبط جودة الحياة والقدرة على الحفاظ عليها بعوامل تخطيطية أعلى. في المقابل، لم تُظهر محددات التمكين الاقتصادي المباشر — مثل الحالة الوظيفية، أو وجود التأمين الصحي، أو امتلاك حساب بنكي أو محفظة إلكترونية — أثرًا معنويًا على الاستخدام أو على الحاجة غير الملابة، وهو ما يُفسّر بإلغاء العوائق المالية المباشرة عبر مجانية الخدمة في القطاع العام، مع بقاء بُعد الرفاه العام عاملًا حاسمًا في القرار الإنجابي.

البعد التعليمي

ارتبط ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بزيادة احتمالية تلبية الحاجة، وهو أثر يظهر بوضوح على قرار الدخول في الاستخدام أكثر من تأثيره على اختيار نوع الوسيلة، مما يعكس دور التعليم في توسيع القدرة على اتخاذ القرار، لكنه يظل متداخلًا مع عوامل الثقة والتأثير المعلوماتي، ما يفسّر استمرار بعض الميول نحو الوسائل التقليدية عند مستويات تعليمية أعلى حين تكون المشورة ضعيفة أو تتعرّض المعلومات لقراءة سلبية.

البعد العمري وديناميات الزواج

تباينت البيانات الكمية والنوعية هنا حيث كانت آراء مقدمي الخدمات تتعارض مع ما التقطه البيانات الكمية من اتجاهات الحاجة غير الملابة لدى الفئات المذكورة، مما قد يفسر بأن البيانات الكمية تركز أكثر على الفجوات أو أخطاء استخدام ومعيشية لسيدات في سياقات محددة.

أظهرت النتائج أن العمر الحالي يرتبط بشكل واضح بزيادة احتمالات تلبية الحاجة، حيث ترتفع هذه الاحتمالات تدريجيًا مع التقدم في العمر لتبلغ ذروتها عند النساء في سن الأربعين فأكثر، وهو ما يعكس انتقال الخطط الإنجابية من التركيز على التباعد في الأعمار الأصغر إلى التحديد في الأعمار الأكبر. في المقابل، يرتبط الزواج في سن متأخرة بانخفاض احتمالات تلبية الحاجة، مما يشير إلى فجوة في تلبية حاجات التباعد عند بدايات الزواج، خاصة لدى من تزوّجن بعد سن الخامسة والعشرين، حيث تقل فرص الحصول على وسائل مناسبة بسبب مخاوف التأثير على الخصوبة، أو الاستفادة من الاستشارات المبكرة.

بينما ازداد استخدام الوسائل الحديثة بين الأصغر سنًا، إلا أن الحاجة غير الملابة بقيت مرتفعة، وعلى العكس، لدى المتزوجات في عمر أقل من 20 سنة، رغم ضعف الاستخدام، ارتفعت نسب تلبية الحاجة، وهي نتيجة تبدو غير بديهية لكن يجب أن تُقرأ بتفضيلات الإنجابية التي قد تكون عالية لديهم - كثير منهم يرغب في الحمل حاليًا، علاقتهم بمساعدة أكثر من التحديد، وبالميل إلى التمسك بالأعراف الاجتماعية وضعف القدرة على قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة الموكل لغيرهن، مما قد يضعف الجانب الحقوقي لديهم ويجعل الحاجة غير ناشئة أساسًا.

البعد المكاني والثقافي

لم تكن البيانات الكمية حاسمة بشأن المحددات الجغرافية التقليدية كالإقليم والحضر والريف، لكنها قدمت صورة واضحة فيما يتعلق الحاجة غير الملباة؛ إذ تبين أن النساء في المناطق الريفية أقل احتمالاً لتلبية الحاجة مقارنة بالضرىات، وأن النساء في إقليم الجنوب أقل تلبية للحاجة مقارنة بالوسط. هذه الفجوة ترتبط بضعف المشورة الشخصية، تجزئة الخدمات، ونقص الكوادر المؤهلة في المراكز القروية، إضافة إلى تأثير الأعراف الاجتماعية المحلية التي تقيد قدرة المرأة على التفاوض. هذه المعطيات لا تختزلها المؤشرات المكانية وحدها، بل تعكس محدودية القدرة على تنظيم الأسرة في القرار وتنفيذ القرار؛ إذ إن القدرة على الوصول، المعرفة الدقيقة، والموافقة الزوجية تظل محدّدات أساسية لتفعيل خيار المرأة.

البعد المرتبط بالجوء

أظهرت البيانات أن اللاجئين أقل تلبيةً للحاجة مقارنةً بالمجتمع المضيف، وهو ما يرتبط بمزيج من ضعف الوعي بأهلية الوصول، الحواجز الإدارية، ومحدودية سبل العيش، إضافة إلى القيود الثقافية والضغوط الاجتماعية التي تتفاقم في المخيمات. أما اللاجئون الفلسطينيون، فبرغم وصولهم الأفضل إلى خدمات تنظيم الأسرة عبر شبكة الأونروا، تظل هناك عوامل أخرى تقوّض قدرتهم على تحقيق نتائج متوازنة؛ إذ تقابل المكاسب البنيوية هشاشة اجتماعية وضعف في المكانة الأسرية، وهو ما ينعكس في معدلات مرتفعة من العنف القائم على النوع الاجتماعي. هذه المفارقة تكشف أن المخيمات توفر وصولاً أفضل للخدمات، لكنها في الوقت نفسه تعيد إنتاج بيئة اجتماعية ضاغطة، حيث تتقاطع القيود الثقافية مع فقدان الهوية والاعتماد الاقتصادي، مما يضعف القدرة على تنظيم الأسرة، ويحوّل تنظيم الأسرة إلى ممارسة شكلية لا ترافقها قدرة فعلية على التفاوض أو اتخاذ القرار المستقل.

تُظهر هذه النتائج أن الحاجة غير الملباة ليست فجوة في الإتاحة فقط، بل انعكاس لتقويض القدرة على تنظيم الأسرة عبر ضعف الثقة، محدودية الاستقلالية، وضغط السياقات الثقافية والاقتصادية، مما يجعل تعزيز المعرفة الدقيقة، المشورة المتمركزة حول المرأة، وتوسيع مساحة القرار المستقل ركائز أساسية لتحويل التفضيلات الإنجابية إلى ممارسة فعلية ومستدامة.

2.5 التوصيات

تُبرز نتائج هذه الدراسة التحديات التي تواجه تنظيم الأسرة في الأردن، والتي تتجاوز مجرد توفير الوسائل الصحية لتشمل عوامل اجتماعية وثقافية ونظامية تؤثر على قدرة النساء على اتخاذ قرارات مستنيرة وتنفيذها بحرية. إن تمكين النساء من اتخاذ قرارات مستقلة ومستنيرة بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مع ضمان وصولهن إلى المعلومات والموارد اللازمة، ودعم تنفيذ هذه القرارات في بيئة صحية واجتماعية مناسبة، يشكل أساساً لتحقيق صحة إنجابية قائمة على الحقوق. من هذا المنطلق، تتطلب التوصيات التي تلي هذا التمهيد نهجاً متكاملًا يجمع بين الاستراتيجيات الوطنية والسياسات العامة التي تضمن بيئة تمكينية عادلة ومستدامة، وبين التدخلات والبرامج العملية التي تعزز جودة الخدمات، وتوسع الخيارات، وتحسن النهج المتمركز حول الأشخاص وتجربة المستفيد. هذا التوازن بين البعدين الاستراتيجي والبرنامجي هو المفتاح لتحقيق تغطية صحية شاملة تلبي الاحتياجات المتنوعة للسكان، وتسد الفجوات البنيوية والاجتماعية التي تحد من القدرة على التحكم في تنظيم الأسرة

1.2.5 التوصيات على مستوى الإستراتيجيات والسياسات:

أولاً: مراجعة وتحديث التشريعات والسياسات الوطنية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية لضمان مواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، وبما يكفل الحق في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية الشاملة دون تمييز، مع إيلاء اهتمام خاص بالفئات الأكثر عرضة للهشاشة، ودمج تنظيم الأسرة ضمن التغطية الصحية الشاملة مع ضمانات تنفيذية واضحة وآليات تمويل مستدامة من خلال:

أ. تطوير إطار وطني يضمن إدماج خدمات تنظيم الأسرة بشكل فعال ضمن سياسات التغطية الصحية الشاملة، مع ضمان الاستدامة المالية لبرامج تنظيم الأسرة كأولوية وطنية ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية حتى لا يتم تهميشها أمام الاحتياجات الصحية الأخرى. ووضع آليات رقابية وتمويلية واضحة تضمن استمرار توفر خدمات تنظيم الأسرة بجودة عالية والأنشطة التدريبية، وتحديد مؤشرات متابعة لقياس الالتزام والإنصاف في الوصول.

ب. استحداث آليات تمويل احتياطية وطنية تقلل من مخاطر تقلبات التمويل الخارجي وتستجيب لحالات الازمات والطوارئ، من خلال تخصيص صناديق وطنية داعمة، واستكشاف شراكات بين القطاعين العام والخاص، بما يضمن استدامة البرامج حتى في حال انسحاب المانحين أو انخفاض الدعم الدولي. هذا النهج سيعزز قدرة النظام الصحي على تحقيق أهدافه في مجال الصحة الإنجابية، ويضمن حماية الفئات الأكثر هشاشة من أي فجوات في الخدمة. ثانياً: تعزيز الإطار القانوني الداعم للوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية عالية الجودة من خلال إدماج مبادئ العدالة الجندرية والمساءلة، وضمان وجود آليات واضحة للرصد والتنفيذ على مستوى السياسات والبرامج من خلال:

تطوير نظام المؤشرات في الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية (2020-2030):

- ضمان الاستمرار في رصد المؤشرات الوطنية الأساسية المعتمدة حالياً والتي تقيس الأثر، مثل نسبة انتشار وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، ونسبة الحاجة غير الملباة المستمدة من مسح السكان والصحة الأسرية، إضافة إلى مؤشر سنوات الحماية المستند إلى تقارير نظام التزويد في وزارة الصحة وتجميع تقارير الشركاء.
- الانتقال نحو تطوير مؤشرات نوعية أكثر حساسية وعدالة تتجاوز قياس التغطية فقط، بحيث تكون مفصلة حسب الفئات السكانية وتراعي العدالة، وتشمل أبعاد الجودة مثل جودة تقديم المشورة والإرشاد، وضمان الاختيار الحر والمستنير للوسائل، والالتزام بالبروتوكولات والمعايير الوطنية، ورصد الحواجز التي تواجه الفئات الأكثر هشاشة بما في ذلك اللاجئين، النساء في المناطق الريفية، المراهقين، والأشخاص ذوي الإعاقة. إن اعتماد هذه المؤشرات سيعزز من قدرة النظام على تقييم جودة الخدمات والعدالة في الوصول إليها، ويضمن أن تكون عملية المتابعة والتقييم شاملة للأبعاد الحقوقية والاجتماعية، وليس مقتصرة على نسب الاستخدام فقط. مما يساهم في تحسين القدرة على توجيه الموارد بكفاءة وتعزيز الشفافية والمساءلة المؤسسية.

تطوير نظام معلومات وطني موحد للرصد والتقييم:

في ظل صدور الإستراتيجية الوطنية الرقمية للصحة فإنها تشكل أرضية تمكن من انشاء نظام معلومات وطني يربط جميع المرافق الصحية والجهات المعنية (وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، القطاع الخاص، المنظمات غير الحكومية) عبر منصة إلكترونية مركزية، مع إلزامية إدخال البيانات الدورية وفق مؤشرات الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية، وتحديد ضباط ارتباط في كل جهة، وربط الامتثال بآليات ملزمة. مع آليات للتحقق من جودة البيانات، وتدريب الكوادر، بما يعزز الشفافية والمساءلة ورفع كفاءة التخطيط ويتيح استخدام البيانات في صنع القرار لتحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030.

تعزيز التنسيق متعدد القطاعات: من خلال:

- اعتماد آليات تنسيق رسمية بتفعيل دور اللجنة التوجيهية للاستراتيجية الوطنية للصحة الانجابية والجنسية في متابعة تقارير الاداء وتحسين القدرة على توجيه الموارد وتقليل الازدواجية.
- ضمان تطوير خطط عمل تنفيذية مشتركة متعددة القطاعات بأدوار وموازنات واضحة تضمن توسيع نطاق تنظيم الأسرة ليشمل ربطه بسياسات التعليم، النوع الاجتماعي، التمكين الاقتصادي المناخ، وإدارة الموارد، وذلك بما يضمن تكامل الجهود وتحقيق الأثر المطلوب على المستويات الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

إنشاء هياكل محلية للمساءلة - مسألة مجتمعية من خلال:

- اعتماد نظام مساءلة متعدد المستويات يبدأ من المرافق الصحية وصولاً إلى المستوى الوطني، مدعوم بمؤشرات واضحة لقياس جودة المشورة، وتوافر الخدمات، والعدالة في الوصول، من خلال تقارير أداء دورية وآليات متابعة شفافة.
- تفعيل دور الهياكل الوطنية القائمة مثل لجان الصحة المجتمعية، مع توسيع عضويتها لتشمل ممثلين عن المنظمات المحلية والدولية العاملة في مجالات الصحة، والتمكين الاجتماعي، وقضايا اللاجئين، لضمان المساءلة وتعزيز العدالة في الوصول الآمن للفئات الأكثر هشاشة. إن تعزيز المساءلة لصالح الفئات المهمشة لا يقتصر على تحسين جودة الخدمات فحسب، بل يرفع كفاءة النظام الصحي ككل ويضمن توزيعاً عادلاً للموارد.
- لتحقيق متابعة لحظية للأداء، يمكن استخدام ادوات رقمية لقياس رضا المستفيدين وجودة الخدمة، مما يعزز الشفافية ويعزز ثقة المواطن بالنظام الصحي ويحفز التحسين المستمر.

ثالثاً: زيادة الوعي المجتمعي والطلب على خدمات تنظيم الأسرة، من خلال:

- يُوصى بالاستمرار في تنفيذ الحملات الإعلامية التقليدية والمتعددة القنوات بما فيها تفعيل الحملات الاعلامية الرقمية على شبكات التواصل الاجتماعي، مع تطوير الرسائل والمحتوى ليكون أكثر تركيزاً وملاءمة للفئات المستهدفة، من خلال تصحيح المفاهيم الخاطئة حول وسائل تنظيم الأسرة، وتبسيط الضوء على فوائدها الصحية والاجتماعية والاقتصادية.
- ينبغي أن تتضمن هذه الحملات إدماج خطاب ديني وثقافي إيجابي يعزز القبول المجتمعي، مع إشراك الرجال وتشجيع الحوار البناء بين الزوجين. وتعزيز الشراكات مع منظمات المجتمع المدني في تقديم برامج التوعية والثقيف المجتمعي ، كما يُفضل تخصيص محتوى خاص للشباب، واللاجئين، والمجتمعات الريفية عبر منصات رقمية تفاعلية، وربط الرسائل بمبادرات الصحة الإنجابية لضمان تأثير أوسع ومستدام.⁽⁵⁶⁾
- تعزيز دور المؤسسات الدينية ، يمكن أن يلعب أئمة المساجد، والوعاظ، ورجال الكنائس دوراً محورياً في تشكيل المواقف المجتمعية تجاه تنظيم الأسرة، من خلال تقديم التوجيه الديني الصحيح، وتصحيح المفاهيم الشائعة، وتعزيز الفهم الأخلاقي والصحي لهذه الممارسات. إن مشاركتهم الفاعلة تسهم في الحد من التأثير السلبي والمعلومات المضللة، وتعزز قبول الوسائل الحديثة ضمن إطار ديني واجتماعي داعم، مما يساهم في بناء بيئة تمكينية تدعم اتخاذ القرار في تنظيم الأسرة.

رابعاً: تعزيز وتطوير إدراج مفاهيم الصحة الإنجابية في المناهج التعليمية كسياسة وقائية طويلة الأمد:

- تُعد إدراج مفاهيم الصحة الإنجابية ضمن مناهج وزارة التربية والتعليم خطوة أساسية لتعزيز وعي الطلبة من

الذكور والإناث بقضايا النمو، الصحة، والمسؤولية الشخصية. ورغم وجود منهج قائم حالياً، إلا أنه يحتاج إلى تطوير وتحسين ليصبح أكثر شمولية وتركيزاً على معالجة المفاهيم المغلوطة مبكراً، وتنمية مهارات اتخاذ القرار في تنظيم الأسرة، وينبغي أن يهدف هذا التطوير إلى بناء جيل واعٍ بحقوقه الصحية، قادر على تبني ممارسات إيجابية تحميه من المخاطر وتدعمه في مراحل حياته المستقبلية بشكل مستدام. كما يجب أن يتضمن المنهج محتوى مخصصاً يتناسب مع الفئات العمرية المختلفة، ويعزز الحوار المفتوح حول الصحة الإنجابية، مع إشراك أولياء الأمور والمجتمع لضمان بيئة تعليمية داعمة. حيث سيسهم هذا التطوير المتكامل للمناهج التعليمية في سد الفجوات المعرفية وزيادة الثقة في تنظيم الأسرة، ويعزز قدرة الشباب على اتخاذ قرارات مستنيرة ومسؤولة بشأن صحتهم الإنجابية، بما يتماشى مع الأهداف الوطنية للصحة الإنجابية والتنمية المستدامة.

- تطوير المناهج التعليمية في الكليات الصحية في الجامعات من خلال مراجعة محتويات الخطط الدراسية للتعليم الطبي بشقيه النظري والعملي لضمان شمول التدريب على تقديم المشورة والخدمة حول الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة قبل الخدمة وبعدها.

خامساً: الاستجابة لاحتياجات اللاجئين السوريين ضمن اطر التخطيط الوطنية:

- تشير نتائج دراستنا إلى مفارقة مهمة، حيث توفر مخيمات اللاجئين مثل الزعتري والأزرق وصولاً جيداً إلى خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وذلك بفضل الشراكة الفعالة والمستمرة بين وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية. ومع ذلك، فإن التحديات التي تواجه تنظيم الأسرة في هذه المخيمات لا تنبع من نقص الخدمات الصحية بحد ذاتها، بل تنجم عن واقع اجتماعي معقد تتشابك فيه العوائق الثقافية مع تآكل الهوية وضعف القدرة الاقتصادية. هذه الظروف تحد من قدرة النساء على تنظيم الأسرة، مما يجعل تنظيم الأسرة إجراءً شكلياً يفتقر إلى القدرة الحقيقية على التفاوض أو اتخاذ القرار المستقل، لذلك، من الضروري أن يتم:
- دمج احتياجات اللاجئين ضمن أطر تخطيط شاملة تشمل جميع القطاعات ذات الصلة، مثل التنمية الاجتماعية، التمكين الاقتصادي، والحماية الاجتماعية، إلى جانب الصحة. هذا التكامل متعدد القطاعات هو السبيل لضمان بيئة داعمة تعزز من قدرة اللاجئين على تبني تنظيم الأسرة واتخاذ قرارات انجابية مستنيرة، وتجاوز الحواجز الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تحد من ذلك.
- تطوير تدخلات توعوية تستهدف اللاجئين بتصميم وتنفيذ حملات توعية مستهدفة ومتكاملة تراعي الخصوصيات الثقافية والاجتماعية المؤثرة على السلوك الانجابي للاجئين السوريين في المخيمات وخارج المخيمات، تركز على تصحيح المفاهيم الخاطئة والمعلومات المضللة حول وسائل تنظيم الأسرة والتوعية بتوفر خدمات تنظيم الأسرة في القطاع العام وخلق الطلب لها، وتعزيز الوعي بحقوق الصحة الإنجابية. ويجب أن تستفيد هذه الحملات من المقاربات المجتمعية المحلية المتبعة في سياق المخيمات.
- استخدام الأدلة البحثية لتوجيه تدخلات أكثر كفاءة واستهدافاً من خلال إجراء بحث حول السلوك الإنجابي بين اللاجئين السوريين في الأردن، يركز على تأثير تجربة اللجوء في تشكيل أنماط الإنجاب ودوافعها النفسية والاجتماعية، بما في ذلك الخوف من فقدان الهوية الثقافية.

2.2.5 التوصيات على مستوى النظام الصحي والخدمات والبرامج:

بينما يستمر العمل على تحسين الرعاية الصحية الأولية وتوحيد الحزمة الأساسية للخدمات، فإن وزارة الصحة والجهات المقدمة للخدمات الصحية بحاجة في الوقت ذاته إلى معالجة الفجوات الملحة التي ما زالت تحد من فعالية خدمات تنظيم الأسرة. حيث إن تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة — والمتمثلة في ضمان الوصول، الحماية

المالية، وجودة الخدمة — يتطلب التركيز على الأهداف المرحلية للنظام الصحي، وهي العدالة والكفاءة، فالعدالة تستدعي زيادة توفير خدمات تنظيم الأسرة في المحافظات ذات الاستخدام المنخفض مثل معان والمفرق، إضافة إلى المناطق الريفية والمناطق المكتظة باللاجئين خارج المخيمات، من خلال معالجة فجوات البنية التحتية وزيادة تكامل الخدمات والتقليل من الفرص الضائعة وتحسين توزيع المراكز الصحية الأولية وسد النقص في الكوادر المؤهلة، أما رفع الكفاءة فيتطلب التركيز على استمرارية خيارات وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، والإهتمام بالنهج القائم على الأشخاص⁽⁵⁷⁾ وعلى تجربة المستفيد (المراجعة) خصوصاً في الوسائل طويلة الأمد، وتعزيز أنظمة المتابعة لما بعد الاستخدام⁽⁵⁸⁾، إلى جانب معالجة الفجوة الواضحة في تدريب وتأهيل كوادر وزارة الصحة بما يضمن رفع مستوى المشورة المقدمة في مجال تنظيم الأسرة.

أولاً: زيادة توفير الخدمات:

- تحسين البنية التحتية في مواقع تقديم الخدمات الصحية ولاسيما في المناطق الأقل حظاً والاكثراً احتياجاً ورفعها بالكوادر الصحية المؤهلة والمدربة.
- تعزيز الشراكات مع المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني والجهات الأخرى المقدمة للخدمات، والاستفادة من قدرتها على الوصول إلى الفئات المهمشة، من خلال العيادات المتنقلة، الجلسات التثقيفية الموجهة للأزواج، وتعزيز البرامج الخاصة بالمراهقات المتزوجات. كما يمكن لهذه الشراكات أن تسهم في توحيد بروتوكولات المشورة وضمان إدماج غرف الخصوصية وأدوات اتخاذ القرار في جميع المرافق الصحية.
- الشراء الإستراتيجي للخدمات، فقد لا يكون مساراً واقعياً في المرحلة الحالية، إلا أن المشكلة الأساسية تكمن في المركزية المفرطة التي تحدّ من مرونة النظام الصحي وتضعف قدرته على الاستجابة للاحتياجات المحلية. لذلك، ينبغي النظر إلى الشراء الإستراتيجي للخدمات كخيار مستقبلي يمكن أن يعزز الكفاءة ويضمن الجودة عبر مختلف مقدمي الخدمات، في حين يظل التركيز في الوقت الراهن على تقوية دور وزارة الصحة في التنسيق، وتوحيد نظم البيانات، وتعزيز إدماج تنظيم الأسرة في خدمات ما بعد الولادة.

ثانياً: التركيز على تجربة المستفيد من خلال:

- إجراء دراسات التردد عن التوقف عن استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ولاسيما اللولب والحبوب ، حيث تعتبر هذه الدراسات مؤشراً على مستوى سهولة الوصول إلى معلومات كافية ودقيقة حول تنظيم الأسرة لما في ذلك من تأثير إيجابي على استخدام الوسائل الحديثة وتخفيض معدلات التوقف عن الاستخدام⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾.
- مكافحة التأثير السلبي المرتبط بالآثار الجانبية للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة من خلال زيادة الاستثمار في تطوير وتوفير أنواع جديدة ومتنوعة من وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، مع التركيز على توليد الأدلة العلمية الموثوقة التي تعالج المفاهيم الخاطئة والمخاوف المنتشرة حول هذه الوسائل. من الضروري تعزيز البحث والتطوير لإدخال أجيال متقدمة من وسائل تنظيم الأسرة التي تعطي الأولوية لتجربة المستفيد، وتعمل على تقليل الآثار الجانبية، مما يسهم في زيادة القبول والاستمرارية في الاستخدام .
- استمرارية ضمان توفر مستدام للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في مواقع تقديم الخدمات من خلال استمرار

(58) Karp C; Tikofsky S; Shiferaw S; Seme A; Yihdego M; Zimmerman L; (2024). Person-centered contraceptive counseling and associations with contraceptive practices among a nationally representative sample of women in Ethiopia.

Contraception: X. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39720641/>

(59) في هذه الدراسة، يشير مصطلح "تجربة المستفيد" إلى تصورات الأفراد وتفاعلاتهم مع وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، بما يتماشى مع تركيز منظمة الصحة العالمية على تجربة المريض وجودة الرعاية.

(59) Evidence & learning. Hormonal IUD Access. <https://www.hormonalid.org/evidence-learning>

(60) Contraceptive mix and informed choice, Manas Ranjan Pradhan

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01282-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01282-X/abstract)

- وزارة الصحة في شراء الوسائل الحديثة لسد حاجة المتزوجين لهذه الوسائل واستمرار قيامها بتزويد كافة مواقع تقديم الخدمات الحكومية والعامة ومواقع المنظمات غير الحكومية والدولية بهذه الوسائل مجاناً.
- استمرارية قيام وزارة الصحة في نظام تزويد وسائل تنظيم الاسرة والذي يعمل بشكل كفؤ مع إمكانية ربط النظام رقمياً مع مواقع تقديم الخدمات ومزودي الخدمة المختلفين.
- تعزيز الخيارات والمشورة المتخصصة لوسائل تنظيم الاسرة الحديثة لاسيما الوسائل طويلة الأمد مع الاخذ بالاعتبار احترام حرية وقرار السيدة في الاختيار الوسيلة المناسبة وان تطلب ذلك تعزيز المشورة المتخصصة لوسائل تنظيم الاسرة التقليدية لضمان استخدامها بشكل اكثر فعالية استجابة لرغبات الأزواج.
- توحيد بروتوكولات المشورة بين القطاعات المقدمة لخدمات تنظيم الاسرة وتعزيز انظمة الاشراف الداعم.
- تعزيز ادماج التثقيف الجنسي والصحي في خدمات ما قبل الحمل وخلال الحمل وبعد الولادة او بعد الاجهاض، واستغلال الفرص الضائعة مثل زيارات تطعيم المواليد الجدد وربطه بجودة الحياة من خلال تعزيز المشورة حول وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، إذ أظهرت النتائج وجود فجوة كبيرة في تقديم هذا النوع من التثقيف بسبب الحواجز الثقافية ونقص المعرفة، مما يترك النساء عرضة لمشكلات جنسية طويلة الأمد وضعف جودة الحياة. في الوقت نفسه، بينت الأدلة في الفصل الثاني أن اختيار وسيلة تنظيم الأسرة يؤثر بشكل مباشر على الصحة الجسدية والنفسية والعلاقات الاجتماعية، وهو أحد أهم المحددات الذي تم مناقشته في مؤشر الرفاه. لذلك، فإن توفير جلسات تثقيفية قبل وخلال الحمل وبعد الولادة، وتقديم مشورة فردية ومشاركة للزوجين، وتدريب الكوادر الصحية على التواصل الثقافي الحساس، يعد خطوة أساسية لضمان حقوق المرأة الإنجابية وتحسين رفايتها وجودة حياتها.

ثالثاً: الكوادر الصحية لخدمات تنظيم الأسرة:

- تحسين فعالية وكفاءة ادارة الموارد البشرية المقدمة لخدمات تنظيم الاسرة من خلال:
- الاستثمار في مهنة القبالة: تشير المعطيات إلى أن الأردن يعاني من نقص واضح في عدد القابلات مقارنة بالتوصيات العالمية، حيث يبلغ معدل القابلات حوالي 7.2 لكل 10,000 نسمة، وهو أقل بكثير من المعيار الذي توصي به منظمة الصحة العالمية. هذا النقص يعكس تحديات هيكلية في النظام الصحي، أبرزها التجزئة وضعف ترشيد الموارد البشرية، مما يؤدي إلى زيادة عبء العمل على القابلات ويؤثر سلباً على جودة الخدمات المقدمة للنساء والمواليد. وانطلاقاً من المبادئ التي تركز عليها مبادرة "تسريع تطوير مهنة القبالة"^[61]، فإن الاستثمار في القوى العاملة من القابلات يعد خطوة استراتيجية لتحسين صحة الأم والطفل - حيث ان 90 ٪ من حزم الصحة الإنجابية يمكن تقديمها من خلال القابلات، وذلك من خلال تعزيز التدريب المستمر، وتطوير مهارات الاستشارة والإرشاد، وضمان توزيع عادل للقوى العاملة.
- ضمان توفر العدد الكافي والتوزيع الملائم من الموارد البشرية لتقديم خدمات تنظيم الاسرة بما في ذلك سياسات الاحلال الوظيفي للحد من الدوران الوظيفي للكوادر المؤهلة والمدربة على تقديم خدمات تنظيم الاسرة وتفعيل العمل بالوصف الوظيفي للكوادر الصحية.
- تقوية برامج التطوير المهني لتعزيز معارف ومهارات وممارسات واتجاهات مقدمي الخدمات في مجال تنظيم الاسرة.

(61) United Nations Population Fund (UNFPA), (2025). The midwifery accelerator: Expanding health care for women and newborns.

<https://www.unfpa.org/publications/midwifery-accelerator-expanding-health-care-women-and-newborn>

رابعاً تكامل الخدمات والفرص الضائعة:

- تعزيز التعاون المؤسسي مع نقابة الصيادلة لرفع مستوى الوعي بالخطط الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وإشراك النقابة في المبادرات الوطنية ذات الصلة. ويشمل ذلك إدماج موضوعات تنظيم الأسرة في برامج التعليم الطبي المستمر عبر المنصات الوطنية المعتمدة، مع تطوير محتوى تدريبي مخصص للصيادلة يتناول بروتوكولات تقديم المشورة الدوائية والوقائية، ومهارات التواصل الفعال والحساسية الثقافية لتقليل التحيزات في تقديم الخدمة، إضافة إلى إدارة المعلومات المضللة والتأطير السلبي حول وسائل تنظيم الأسرة لضمان خطاب علمي متوازن. كما تتضمن الخطة تصميم دورات تدريبية عملية تركز على الاستخدام الآمن لوسائل منع الحمل الفموية الطارئة، وآليات الإحالة إلى المرافق الصحية عند الحاجة، وضمان الاختيار الحر والمستنير للوسائل بما يتماشى مع المعايير الوطنية. إضافة إلى ذلك، ينبغي الاستفادة من الحلول الرقمية للتعليم الطبي المستمر للصيادلة في المناطق النائية، مما يعزز استمرارية التدريب ويقلل الفجوات المعرفية. وأخيراً، يجب إدماج النقابة في الحملات الإعلامية والتوعوية لتصحيح المفاهيم الخاطئة حول وسائل تنظيم الأسرة، مع تطوير رسائل تستهدف الفئات الهشة مثل الشباب واللاجئين والمجتمعات الريفية عبر قنوات متعددة، بما في ذلك المنصات الرقمية التفاعلية.

- المقاربات المجتمعية: يُوصى بتعزيز دور لجان الصحة المجتمعية في القرى وتفعيلها كآلية مستدامة لدعم الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، مع وضع لوائح تنظيمية واضحة تحدد الأدوار والمسؤوليات وضمان استمرارية التمويل. يجب تنفيذ برامج تدريبية دورية لأعضاء اللجان لبناء قدراتهم في مجالات التثقيف الصحي، مهارات التواصل المجتمعي، ومكافحة المفاهيم الخاطئة، مع تزويدهم بأدوات تعليمية معتمدة. كما ينبغي ربط هذه اللجان بمراكز الصحة الأولية والفرعية لضمان التنسيق في تقديم الخدمات، وتسهيل الإحالات، وتوحيد الرسائل الصحية بما يتماشى مع المعايير الوطنية، مما يعزز التكامل بين المجتمع والنظام الصحي ويزيد من فعالية التدخلات.

- يُوصى بالتوسع في الحلول الرقمية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة من خلال وضع وتطبيق نظام مواعيد يتيح توفير وقت مناسب لتقديم الخدمة والمشورة، مما يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية. كما يُعتمد على التواصل الهاتفي كأداة فعالة لتقليل الفرص الضائعة وربط السيدات بالمرافق الصحية، مما يساعد في سد الفجوات الناتجة عن تجزئة النظام الصحي. ويجب تعزيز هذا النهج عبر دمج الحلول الرقمية وخدمات التطبيب عن بُعد، من خلال إدخال منصات الصحة المحمولة التي تقدم التثقيف حول تنظيم الأسرة وخدمات الاستشارة عن بُعد، خاصة في المناطق النائية وللنساء الشابة التي تواجه تحديات في الوصول إلى المرافق الصحية. وتشير الأدلة العالمية والمحلية إلى أن هذه التدخلات الرقمية تساهم بشكل كبير في تحسين المعرفة الصحية، وزيادة الالتزام باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتقليل معدلات الانقطاع عن الخدمة، مما يعزز من فعالية واستدامة برامج تنظيم الأسرة.

المصادر:

أولاً: المصادر باللغة العربية

1. المجلس الأعلى للسكان. (2020). الاستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030. الأردن.
2. المجلس الأعلى للسكان. (2021). الاستراتيجية الوطنية للسكان 2021-2030. الأردن.
3. وزارة الصحة الأردنية. (2023). الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2023-2025. الأردن.

ثانياً: المصادر باللغة الإنجليزية

- 1 - United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). UNFPA strategy for family planning 2022-2030: Expanding choices, ensuring rights in a diverse and changing world
<https://www.unfpa.org/publications/unfpa-strategy-family-planning-2022-2030>
- 2 - United Nations Population Fund (UNFPA). (2025). State of world population 2025: The real fertility crisis. Krafft, C., Kula, E., & Sieverding, M. (2021). An investigation of Jordan's fertility stall and resumed decline: The role of proximate determinants. Demographic Research, 45, 605-652.
<https://www.demographic-research.org/articles/volume/45/19/>
- 3 - Krafft, C., Kula, E., & Sieverding, M. (2021). An investigation of Jordan's fertility stall and resumed decline: The role of proximate determinants. Demographic Research, 45, 605-652
<https://www.demographic-research.org/articles/volume/45/19/>
- 4 - United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). World fertility report 2024
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2025_wfr_2024_final.pdf
- 5 - European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF). (2023). White paper: Sexual and reproductive health and rights in the MENA region
<https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-07/White%20Paper%20MENA%202023%20LoRes.pdf>
- 6 - Polis, C. B., Bradley, S. E. K., Bankole, A., Onda, T., Croft, T., & Singh, S. (2016). Typical-use contraceptive failure rates in 43 countries with demographic and health survey data. Contraception, 94(1), 11-17.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27018154>
- 7 - Bertrand, J. T., Ross, J., Sullivan, T. M., Hardee, K., & Shelton, J. D. (2020). Contraceptive method mix: Updates and implications. Global Health: Science and Practice, 8(4), 666-679.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33361234/>
- 8 - Bertrand, J. T., Ross, J., & Glover, A. L. (2021). Declining yet persistent use of traditional contraceptive methods in low- and middle-income countries. Journal of Biosocial Science, 53(4), 530-547.
<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-biosocial-science/article/5AA5E6C9282E30BC01F1BEF79578C0F>
- 9 - Holt, K., Challa, S., Alitubeera, P., Atuyambe, L., Dehlendorf, C., Galavotti, C., Idiodi, I., Jegede, A., Omoluabi, E., Waiswa, P., & Upadhyay, U. (2024). Conceptualizing contraceptive agency: A critical step to enable human rights-based family planning programs and measurement. Global Health: Science and Practice, 12(1).
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10906552/>
- 10 - Higher Population Council (HPC). (2021). National population strategy of Jordan 2021-2030.
<https://hpc.org.jo/sites/default/files/ENGLISH%20National%20Population%20Strategy.pdf>
- 11 - Higher Population Council (HPC). (2020). Jordan's national strategy for reproductive and sexual health 2020-2030.
<https://www.hpc.org.jo/en/content/jordans-national-strategy-reproductive-and-sexual-health-2020-2030>
- 12 - Khader, Y. S., Khudair, S. A., Nsour, M., Alyahya, M. S., Badran, E., & Al-Qutob, R. (2024). Family planning in Jordan: A cross-sectional study on service availability, knowledge, and attitudes among women. BMJ Public Health, 3(2), e002926.
<https://bmjpublichealth.bmj.com/content/3/2/e002926>
- 13 - Komasaawa, M., Yuasa, M., Shirayama, Y., Sato, M., Komasaawa, Y., & Al-Ouri, M. (2019). Impact of the Village Health Center project on contraceptive behaviors in rural Jordan: A quasi-experimental difference-in-differences analysis. BMC Public Health, 19, Article 1483.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6820982/>
- 14 - El-Mowafi, Ieman; Foster M. Angel (2020). Emergency contraception in Jordan: Assessing retail pharmacists' awareness, opinions, and perceptions of need.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31655070/>

- 15 - Jum'ah, Dima, Abu-Farha, Rana, Karem H. AlZoubi, Ammena Y. Binsaleh, Shibayeh A. Sireen. Evaluating community pharmacists awareness, perception and roles in providing emergency contraceptives in Jordan <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001078242400195>
- 16 - Jum'ah, Dima, Binsaleh, A. Y., Shibayeh A. Sireen, Halboup, A., & Abu-Farha, Rana (2023). Perceptions and practices of community pharmacists regarding emergency contraceptives in Jordan: A qualitative study. *African Journal of Reproductive Health*, 27(1).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40135411/> Primary health care assessment report: Supply and demand analysis..
- 17 - Barakat, M., Al-Qudah, R., Akour, A., Al-Qudah, N., & Dallal Bashi, Y. H. (2020). Unforeseen uses of oral contraceptive pills: An exploratory study in Jordanian community pharmacies. *PLOS ONE*, 15(12), e0244180.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33347511/>
- 18 - Alnuaimi, K., Almalik, M., Mrayan, L., Mohammad, K., Ali, R., & Alshraifeen, A. (2020). Resumption of sexuality and health education in the postpartum period: Jordanian healthcare professionals' perspectives. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(6), 543–556.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458741/>
- 19 - Al-Maliki, M., Sultan, M., & Assarawh, M. (2018). Are users of modern and traditional contraceptive methods in Jordan different? *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(6), 521–530.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972232/>
- 20 - Riese, S., & Juan, C. (2020). Determinants of modern contraceptive use in Jordan: Further analysis of the Jordan Population and Family Health Survey 2017–18. DHS Further Analysis Report No. 140.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FA140/FA140.pdf>
- 21 - Komasaawa, M., Yuasa, M., Shirayama, Y., Sato, M., Komasaawa, Y., & Al-Ouri, M. (2020). Demand for family planning satisfied with modern methods and its associated factors among married women of reproductive age in rural Jordan: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(3), e0230434
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32187224/>
- 22 - Damra Jalal & Abujilban, Sanaa (2021, March). Violence against women and its consequences on women's reproductive health and depression: A Jordanian sample. *Journal of interpersonal violence*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673301/>
- 23 - Alyahya S. Mohammad; Hijazi H. Heba; Alshraideh A. Hussam; Al-Sheyab A. Nihaya; Khader S. Yousef; (2019). Do modern family planning methods impact women's quality of life? Jordanian women's perspective. *Health and quality of life outcomes*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615524/>
- 24 - Amiri, M., El-Mowafi, I. M., Chahien, T., Yousef, H., & Kobeissi, L. H. (2020). An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: A systematic literature review. *Reproductive Health*, 17, Article 116.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33115474/>
- 25 - Higher Population Council of Jordan (HPC). (2016). Reproductive health services for Syrians living outside camps in Jordan.
<https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/Reproductive%20Health%20Services%20for%20Syrians%20Living%20Outside%20Camps%20in%20Jordan.pdf>
- 26 - King Hussein Foundation & Higher Population Council (HPC). (2015). Jordan agenda setting for sexual and reproductive health. Share-Net International.
https://haqqi.s3.eu-north-1.amazonaws.com/2020-08/HAQQI_Annex-9-Jordan-agenda-setting.pdf
- 27 - Bardawaa, S., & Alkhaledeh, A. (2019). Impediments to use of oral contraceptives among refugee women in camps in Jordan. *Women & Health*, 59(6), 647–660.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30040539/>
- 28 - Pierce, H. (2019). Reproductive health care utilization among refugees in Jordan: Provisional support and domestic violence. *Women's Health*, 15, 1–12.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6681265/>
- 29 - World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO/EMRO). (2020). Landscape analysis of family planning research, programmes and policies targeting young people in Jordan: Stakeholder assessment and systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(9).
<https://www.emro.who.int/emhj-volume-26-2020/volume-26-issue-9/>
- 30 - Luckenbill, S., Baird, S., Alheiwidi, S., & Jones, N. (2025). Exploring disparities and drivers of contraceptive use among Syrian refugee youth: Evidence from a mixed-methods study in Jordan. *Conflict and Health*, 19, Article 22
<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-025-00690-0>
- 31 - Al-Hamawi, R., Khader, Y., Al-Nsour, M., Al-Qutob, R., & Badran, E. (2023). Family planning interventions in Jordan: A scoping review. *Women's Health*, 19, 1–14.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10154992/>

- 32 - Tailakh, S., Basha, A., & Kasassbeh, R. S. (2024). Interactive mobile phone application for better family planning services in Jordan: A quasi-experimental study. *BMC Women's Health*, 24, Article 112.
<https://doi.org/10.1186/s12905-024-02867-9>
- 33 - Luckenbill, S., Baird, S., Alheiwidi, S., & Jones, N. (2025). Family planning interventions across the League of Arab States: A regional scoping review. *International Health*.
<https://academic.oup.com/inthealth/advance-article/doi/10.1093/inthealth/ihaf055/8131809>
- 34 - Soin S,Komal; Yeh T. Ping; Gaffiled E. Mary; Ge Christina; Kennedy E. Caitlin Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally. (2022). A systematic review. *Contraception*.
[https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(22\)00129-9/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(22)00129-9/fulltext)
- 35 - Ministry of Health – Jordan. (2018). Primary health care assessment report: Supply and demand analysis. Amman, Jordan: Ministry of Health.
<https://www.moh.gov.jo>
- 36 - Doedens, W., Giga, N., Krause, S., Tomczyk, B., Burns, J., Spiegel, P., & Zaza, S. (2018). Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: Perspectives of refugees and health care providers. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(3), 243–253
- 37 - Aday, L. A., & Andersen, R. (2016). The perceived barriers to access to health care among disadvantaged populations. *International Journal of Health Services*.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731416636831>
- 38 - Diab, J. L. (2025). Cradles of resilience: Fertility and the fear of erasure among Syrian refugees in Lebanon. *Comparative Migration Studies*.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s5-00485-025-40878>
- 39 - Rostemian, L., Kliethermes, C. J., & Hemmerling, A. (2024). Knowledge and attitudes regarding family planning options in Armenia. *Women's Health Reports*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39246306>
- 40 - Vieth, S. J., Hartmann-Boyce, J., Maass, N., & Jani, A. (2022). Survey of young women's state of knowledge and perceptions about oral contraceptives in Germany. *AJOG Global Reports*
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9633744/>
- 41 - Robert Koch Institute (RKI). (2022). Sexual and contraceptive behaviour of young adults in Germany: Results from KiGGS Wave 2. *Journal of Health Monitoring*, 7(2).
https://www.rki.de/EN/News/Publications/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/Focus_en/JHealthMonit_2022_02_Sexual_contraceptive_behaviour.html
- 42 - Thomé, C. (2024). Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones [After the pill: Young women's contraceptive choices in the age of hormone rejection]. *Santé Publique*, 36(1), 87–96.
<https://doi.org/10.3917/spub.241.0087>
- 43 - al-Azm, J. Sadik (2010). Orientalism and conspiracy. In A. Graf, S. Fathi, & L. Paul (Eds.), *Orientalism and conspiracy: Politics and conspiracy theory in the Islamic world* (pp. 13–30). I.B. Tauris
<https://www.bloomsbury.com/uk/orientalism-and-conspiracy-9781848854147/>
- 44 - Mwaikambo, L., Speizer, I. S., Schurmann, A., Morgan, G., & Fikree, F. (2011). What works in family planning interventions: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 42(2), 67–82.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3761067/>
- 45 - Karp C;Tikofsky S;Shiferaw S;Seme A;Yihdego M;Zimmerman L; (2024). Person-centered contraceptive counseling and associations with contraceptive practices among a nationally representative sample of women in Ethiopia. *Contraception: X*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39720641/>
- 46 - Hormonal IUD Access Initiative. Evidence & learning: Hormonal IUD access
<https://www.hormonaliud.org/evidence-learning>
- 47 - United Nations Population Fund (UNFPA). (2025).The midwifery accelerator: Expanding health care for women and newborns.
<https://www.unfpa.org/publications/midwifery-accelerator-expanding-health-care-women-and-newborn>
- 48 - Pradhan, M. R. (2022). Contraceptive mix and informed choice. *The Lancet*.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01282-X](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01282-X)

الملحقات

ملحق رقم (1) حجم العينة

يُظهر الشكل توزيع السيدات ضمن الفئة العمرية (15-49 سنة) وفق حالتهم الزوجية. وقد اعتمدت الدراسة على هذه الفئة تحديداً كونها الفئة المعتمدة في مسح السكان والصحة الأسرية (DHS) باعتبارها الفئة الإنجابية النشطة. يتضح أن النساء متزوجات حالياً هي الفئة الأساسية التي شملها تحليل الدراسة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بينما تتوزع النسبة المتبقية بين غير المتزوجات والمطلقات والأرامل. هذا التوزيع يعكس البنية الديموغرافية للسيدات في سن الإنجاب في الأردن ويبرر تركيز الدراسة على النساء المتزوجات لارتباط استخدام وسائل تنظيم الأسرة بسياق الزواج والإنجاب.

شملت العينة الأصلية لمسح السكان والصحة الأسرية في الأردن جميع الأسر المعيشية على المستوى الوطني من خلال ملف السيدات (JOIR81FL)، حيث تمت مقابلة النساء اللواتي تنطبق عليهن معايير الأهلية (15-49 سنة)، وبلغ عددهن 12,595 سيدة. وفي هذه الدراسة، اقتصر التحليل على النساء المتزوجات حالياً وغير الحوامل لدراسة محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتم اعتماد النساء المتزوجات حالياً وبدون استثناء الحوامل لدراسة محددات الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، ومن المهم الإشارة إلى أن حجم العينة المستخدم في التحليل يختلف تبعاً للمتغير ونوع الاختبار الإحصائي. ويمكن الإشارة إلى الجدول بأن التحليل الكمي في هذه الدراسة شقن الأول تناول دراسة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وكانت عدد الحالات (10743) سيدة متزوجة حالياً وغير حامل بعد استثناء السيدات غير المتزوجات حالياً والسيدات غير الحوامل من الملف الأصلي والبالغ عدد الحالات فيه 12595. أما الشق الثاني من التحليل الكمي فقد كان دراسة الحاجة غير الملباة وكان عدد الحالات (8243) بعد استثناء السيدات غير المتزوجات حالياً، والسيدات اللواتي ليس لديهن حاجة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من الملف الأصلي والبالغ عدد حالاته (12595) والجدول يبين العينة المستخدمة لأغراض هذه الدراسة.

العينة المستخدمة لأغراض هذه الدراسة	حجم العينة الموزون	هدف العينة في الدراسة الحالية
السيدات في سن الإنجاب / ملف السيدات في مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2023	12595	عينة ملف السيدات
السيدات في سن الإنجاب المتزوجات حالياً فقط	11622	
السيدات في سن الإنجاب المتزوجات حالياً باستثناء الحوامل	10734	دراسة استخدام وسائل تنظيم الأسرة
السيدات في سن الإنجاب المتزوجات حالياً باستثناء الحوامل اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة	6707	دراسة المتغيرات التي تؤثر على استخدام الوسائل التقليدية والوسائل الحديثة
السيدات في سن الإنجاب المتزوجات حالياً واللاتي لديهن حاجة لاستخدام وسائل تنظيم	8234	دراسة المتغيرات التي تؤثر على الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة

ملحق (2): ملخص المتغيرات المستقلة المستخدمة في التحليل

البعد	اسم المتغير	الرمز DHS (Women's IR)	الفئات / الترميز المستخدم
الخصائص الديموغرافية	الجنسية	v131	• أردنية • سورية • أخرى
	العمر الحالي (تم دمج آخر تقسيمتين في البيانات الأصلية لتصبح أكثر أو يساوي ٤٠ بدلا من فئتين)	v012	• 19-15 • 24-20 • 29-25 • 34-30 • 39-35 • 40≤
	عمر السيدة عند الزواج الأول	v511	• 20 > • 24-20 • 29-25 • 34-30 • 35≤
	مستوى التعليم	v106	• غير متعلم • اقل من ثانوي • ثانوي • اعلى من ثانوي
الوضع الاقتصادي	خُميس الرفاه	v190	• الأعلى • الرابع • الأوسط • الثاني • الأدنى
	الوضع الوظيفي الحالي	v714	• تعمل حاليا • لا تعمل
	عدد الأطفال الأحياء	v218	• 3-0 • 6-4 • 7≤
الخصائص الإنجابية	العدد المثالي من الأطفال	v613	• 3-0 • 6-4 • 7≤
	الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	v605	• الزوجان يرغبان نفس العدد • الزوج يريد أكثر • الزوج يريد أقل • لا تعرف

البعد	اسم المتغير	الرمز DHS (Women's IR)	الفئات / الترميز المستخدم
	رغبة الزوج في عدد الأطفال	v621	• يرغب بالإنجاب قريباً • يرغب بالإنجاب لاحقاً • يرغب، غير محدد التوقيت • متردد/ غير متأكد • لا يرغب بالمزيد • معقم • صرح بعدم الرغبة بوضوح
التمكين والعوامل الاجتماعية	امتلاك محفظة شخصية/بطاقة	v739a / v170 أي منهما موجود	• نعم • لا
	تبرير ضرب الزوجة	s922d s922e s922g	• نعم إذا أجابت "نعم" على أي من البنود • لا
	استخدام الإنترنت	v171a	• نعم • لا
استخدام الخدمات والإعلام	زيارة عامل صحي ميداني	v395 / v394 أي منهما نعم	• نعم • لا
	مكان الإقامة	v025	• حضر • ريف
السكن والموقع	الإقليم	v024	• الوسط (مرجعية) • الشمال • الجنوب
	المحافظة	v101	• عمان (مرجعية) • باقي المحافظات
	التأمين الصحي	v481	• نعم • لا

ملحق رقم 3 اداة المقابلات الفردية أداة مقابلة صانعي السياسات ومخططي الخدمات

المقدمة

"صباح الخير/مساء الخير، وشكراً لوقتكم. أنا الدكتور لؤي أبوسمور ومعني الدكتور خالد الأمير وهو جزء من فريق بحثي يقوم بدراسة معمقة حول تنظيم الأسرة في الأردن، استناداً إلى مسح الصحة الأسرية الأردني لعام 2023. الاستبيان يوضح لنا ماذا يحدث، لكن هدفنا هو فهم لماذا. هذه المقابلة تهدف إلى جمع آرائكم حول هيكل البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة، سياساته وتحدياته. تستغرق الجلسة 45-60 دقيقة، وستبقى إجاباتكم سرية. هل تسمحون لي ببدء المقابلة وتسجيلها لأغراض التحليل؟"

المحور الأول: السياسات والإستراتيجيات

- ما هي الأهداف الإستراتيجية الأساسية لبرنامج تنظيم الأسرة الوطني حالياً؟ كيف يتم تعريف "الحاجة غير الملباة" وأين تقع في سلم الأولويات؟
- ما السياسات أو الأدلة الإرشادية التي توجه تقديم خدمات تنظيم الأسرة في الأردن؟ هل حصلت تغييرات جوهرية مؤخراً تؤثر على استخدام الوسائل الحديثة مقابل التقليدية؟
- كيف يتم توزيع الموارد (مالية، بشرية) لتحقيق أهداف البرنامج؟ وهل هناك تفاوت بين المحافظات؟

المحور الثاني: هيكل النظام الصحي وأدائه (العرض - جانب الإمداد)

- مزيج الوسائل والأمن الدوائي: ما السياسة الوطنية لتوافر الوسائل في مستويات النظام الصحي المختلفة؟ كيف تقيمون استقرار سلسلة التوريد؟ وما أكثر الوسائل التي تعاني من انقطاعات؟
- جودة الرعاية وتقديم الخدمة:
- ما المعايير الوطنية للإرشاد والتثقيف حول تنظيم الأسرة؟
- كيف تضمن حصول المرأة على معلومات كاملة حول جميع الوسائل وآثارها الجانبية؟
- ما التدريب المقدم لمقدمي الخدمات؟ وهل هناك تحيزات (مثل التردد في تقديم المشورة للمتزوجات حديثاً أو لليافعين) تعيق الوصول؟
- تكامل الخدمات: لماذا برأيكم لا يتم استغلال فرص مثل رعاية ما قبل الولادة، ما بعد الولادة، أو تطعيم الأطفال لطرح موضوع تنظيم الأسرة؟ وكيف يمكن تعزيز ذلك؟
- البنية التحتية: كيف يؤثر غياب أماكن مخصصة للاستشارات أو أنظمة المواعيد على جودة الخدمة والإقبال؟

المحور الثالث: العوامل المجتمعية (الطلب - جانب المستفيد)

- ما العوامل الاجتماعية والثقافية الأكثر تأثيراً على اختيار النساء بين وسيلة حديثة أو تقليدية أو الامتناع عن الوسائل رغم رغبتهن بتأجيل الحمل؟
- ما موقف البرنامج من النساء اللواتي يفضلن الوسائل التقليدية؟ وكيف تقيمون فعالية الحملات والتدخلات السابقة؟
- ما دور مؤسسات المجتمع المدني في رفع الطلب على الخدمات؟ وما الآليات الحالية لدعم ذلك؟

- كيف يستخدم البرنامج البيانات (مثل JPHFS) لتطوير استراتيجياته؟ هل لديكم مثال على تغيير حدث بناءً على البيانات؟

المحور الرابع: الحوكمة

- كيف يتم قياس التقدم نحو الخطة الإستراتيجية؟ وكيف يتم قياس الأثر؟
- ما الموارد الإضافية المطلوبة لمعالجة الفجوات؟ وكيف يمكن تعبئتها؟

المحور الخامس: الختام

- لو كان بإمكانك تنفيذ تغيير استراتيجي واحد لتقليل الحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة في الأردن، ماذا سيكون؟
- هل هناك أي نقاط إضافية ترون أنها أساسية لفهم هذا الموضوع؟

المقدمة

صباح الخير/ مساء الخير، وشكرًا لانضمامكم إلينا اليوم.

- نحن هنا اليوم ضمن دراسة تهدف إلى فهم تجارب النساء وآرائهن حول تنظيم الأسرة وصحة الأسرة والتخطيط للمستقبل، وذلك بهدف المساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للنساء في الأردن.
- نود التأكيد أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة؛ فجميع الآراء والتجارب التي ستشاركنها مهمة وتساعدنا على فهم الواقع من وجهة نظر النساء أنفسهن. نرجو من الجميع التحدث واحدة تلو الأخرى واحترام اختلاف الآراء، وإتاحة الفرصة لجميع المشاركات للتعبير بحرية.
- نؤكد أن هذه المناقشة سرّية تمامًا، وسيتم استخدام المعلومات التي ستُجمع لأغراض البحث فقط، وسيتم عرض النتائج بشكل عام دون ذكر أسماء أو أي معلومات يمكن أن تُعرّف عن هوية أي مشاركة.
- ولمساعدتنا على توثيق النقاش بدقة، نود تسجيل الجلسة تسجيلًا صوتيًا فقط. سيُحفظ التسجيل بشكل آمن، وسيُستخدم لأغراض التحليل البحثي، ثم يُتلف وفق إجراءات الدراسة.
- هل توافقن على تسجيل الجلسة؟

فقرة تمهيدية للتعارف وجمع الخصائص

- قبل البدء بالنقاش، ومن المفيد لأغراض البحث أن نتعرّف بشكل عام على خصائص المشاركات في مجموعة التركيز، دون جمع أي معلومات قد تُعرّف عن هوية أي مشاركة.
- ولهذا الغرض، يمكن اعتماد أحد الخيارين حسب ما تراه الجلسة مناسبًا:
- أن تعرّف كل مشاركة عن نفسها تعريفًا عامًا وباختصار، أو
 - توزيع نموذج تعريف قصير يُعبأ قبل الجلسة أو في بدايتها.
 - يُستخدم هذا التعريف لأغراض التحليل فقط، ولن يتم ربطه بأي مشاركة بعينها.

يتضمن نموذج التعريف الأسئلة التالية:

- 1.العمر: سنة
- 2.عدد الأطفال:
- 3.مستوى التعليم:.....
- 4.الحالة العملية:
- تعمل خارج البيت
- لا تعمل
- 5.هل تستخدمين حاليًا وسيلة لتنظيم الأسرة؟
- نعم - وسيلة تقليدية
- نعم - وسيلة حديثة
- لا تستخدم

6. في حال استخدام وسيلة تقليدية، منذ متى؟ _____ سنة

المحور الأول: التصورات العامة وبيئة المعلومات حول تنظيم الأسرة (المدة التقديرية: 10 دقائق)

•الهدف من المحور

يهدف هذا المحور إلى فهم كيف تنظر النساء إلى مفهوم تنظيم الأسرة، وكيف يتشكل هذا الفهم من خلال الخطاب المجتمعي ومصادر المعلومات المتاحة، وذلك لتوضيح السياق المعرفي الذي يؤثر لاحقاً على قرارات استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

•تمهيد للمحور

نود أن نبدأ الحديث بشكل عام عن مفهوم تنظيم الأسرة، وكيف يتم تداوله وفهمه في المجتمع، ومن أين تحصل النساء عادةً على المعلومات المتعلقة به.

أسئلة النقاش:

1. عندما تسمعن مصطلح "تنظيم الأسرة"، ما أول ما يخطر في بالكن؟
 - كيف تفهمن هذا المفهوم بشكل عام؟
 - هل يرتبط لديكن بالصحة، بعدد الأطفال، بالمباعدة بين الولادات، أم بأمور أخرى؟
2. برأيكن، ماذا يقول الناس عادةً في المجتمع عن تنظيم الأسرة؟
 - هل يُنظر إليه بشكل إيجابي أم سلبي؟
 - هل توجد أفكار شائعة أو مفاهيم خاطئة متداولة؟
3. من أين تحصل النساء عادةً على معلومات حول تنظيم الأسرة؟
 4. يمكن للميسر ذكر الأمثلة عند الحاجة)
 - الأطباء أو الممرضات
 - العائلة
 - الأصدقاء
 - الزوج
 - الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي
5. من هو المصدر الأكثر موثوقية بالنسبة لك؟ ولماذا؟
 - ما الذي يجعل هذا المصدر أكثر ثقة من غيره؟

المحور الثاني: الرحلة الشخصية – اتخاذ القرار والتمكين (المدة التقديرية: 25 دقيقة)

•الهدف من المحور

يهدف هذا المحور إلى فهم رحلة المرأة الشخصية في اتخاذ قرارات الإنجاب وتنظيم الأسرة، مع التركيز بشكل خاص على تفسير أسباب لجوء النساء إلى استخدام الوسائل التقليدية، أو التوقف عن استخدام الوسائل الحديثة، وذلك انسجاماً مع الشروط المرجعية التي تؤكد أن مجموعات التركيز تهدف إلى تفسير هذه السلوكيات وفهم دوافعها الصحية والاجتماعية والثقافية.

• تهييد للمحور

نود الآن الانتقال للحديث عن تجربة المرأة نفسها عند التفكير في الإنجاب أو تأجيل الحمل، وكيف يتم اتخاذ القرار، ومن يشارك فيه، وما العوامل التي تؤثر على اختيار وسيلة تنظيم الأسرة.

أولاً: التفكير في الإنجاب أو تأجيل الحمل

1. عند التفكير بإنجاب طفل قريباً أو تأجيل الحمل، ما أهم الأمور التي تفكر بها المرأة؟
 - الرغبة في إنجاب مزيد من الأطفال أو الاكتفاء بعدد معين
 - الوضع الصحي للمرأة
 - وجود مشاكل صحية أو صعوبات في الإنجاب
 - الوضع الاقتصادي
 - عدد الأطفال الحالي
 - عمر المرأة
2. من عادةً يشارك في هذا القرار؟
 - المرأة نفسها
 - الزوج
 - الأم أو الحماة
 - أشخاص آخرون (يرجى التحديد)
3. إلى أي مدى تشعر المرأة أن لها الكلمة الفصل في هذا القرار؟
 - ما الذي يعزز أو يضعف هذا الشعور؟

ثانياً: اختيار وسيلة تنظيم الأسرة

4. عند استخدام وسيلة لتأجيل أو منع الحمل، ما العوامل التي تقود إلى اختيار وسيلة معينة؟
 - سهولة الاستخدام
 - التجربة السابقة
 - نصيحة الطبيب أو الممرضة
 - رأي الزوج أو العائلة
 - التكلفة
 - توفر الوسيلة وسهولة الوصول إليها
5. ما العوائق التي تجعل من الصعب استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة؟
 - الخوف من الآثار الجانبية
 - رفض الزوج أو الأسرة
 - أسباب دينية أو ثقافية
 - التكلفة
 - صعوبة الوصول إلى المراكز الصحية

6. لماذا قد تختار بعض النساء استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة دون علم الزوج أو العائلة؟
- ما الظروف التي قد تدفع المرأة لذلك؟
 - كيف يكون شعورها في هذه الحالة؟

ثالثًا: دوافع استخدام الوسائل التقليدية (محور أساسي)

7. ما الأسباب التي قد تدفع المرأة لاختيار الوسائل التقليدية بدلاً من الوسائل الحديثة؟
- الخوف من الآثار الجانبية للوسائل الحديثة
 - قلة الثقة بالوسائل الحديثة
 - التكلفة الأقل
 - رفض الزوج
 - سهولة الاستخدام
 - العادات الاجتماعية أو تجارب نساء أخريات
8. هل ترين أن الوسائل التقليدية أكثر توافقًا مع المعتقدات الدينية أو الثقافية؟ ولماذا؟
9. هل تشعرين أن استخدام الوسائل الحديثة يحتاج إلى موافقة الزوج أو الأسرة أكثر من الوسائل التقليدية؟
10. هل تعتبرين أن الوسائل التقليدية أقل ضررًا على صحة المرأة؟
- من أين يأتي هذا الاعتقاد؟

رابعًا: التوقف عن استخدام الوسائل الحديثة

11. هل سبق أن استخدمت وسيلة حديثة ثم توقفت عنها؟ ولماذا؟
- آثار جانبية
 - مشاكل صحية
 - تجربة غير مريحة
 - ضغط من الزوج أو العائلة
 - قرار شخصي
12. هل استخدمت وسيلة حديثة سابقًا وشعرت بآثار جانبية؟
- كيف أثرت هذه التجربة على قرارك لاحقًا؟
13. ما مدى خوفك من حدوث مضاعفات صحية نتيجة استخدام الوسائل الحديثة؟

خامسًا: التوجه المستقبلي والتمكين

14. هل تفكرين في استخدام وسيلة حديثة في المستقبل؟ ولماذا؟
15. ما الذي قد يشجعك على التحول من استخدام الوسائل التقليدية إلى الوسائل الحديثة؟
- معلومات أو توعية أوضح
 - متابعة طبية مطمئنة
 - دعم الزوج أو الأسرة
 - تقليل الآثار الجانبية
 - تخفيض الكلفة أو تحسين الوصول للخدمات

المحور الثالث: التفاعل مع النظام الصحي وجودة الخدمات؛ (المدة التقديرية: 20 دقيقة)

•الهدف من المحور

يهدف هذا المحور إلى فهم تجربة النساء مع مقدّمي خدمات تنظيم الأسرة، وتقييم جودة المشورة، وتوفير الخيارات، وسهولة الحصول على الوسائل، ودور النظام الصحي في دعم أو إعاقة استخدام الوسائل الحديثة، بما في ذلك خلال فترات المتابعة بعد الولادة وفترة النفاس.

•تمهيد للمحور (يُقرأ من الميسر):

نود الآن الحديث عن تجربتكن مع المراكز الصحية أو مقدّمي الخدمات عند طلب أو مناقشة وسائل تنظيم الأسرة، وما الذي ساعدكن أو صعب عليكن استخدام هذه الوسائل.

أسئلة النقاش:

1. صفن لنا آخر زيارة لكن لمركز صحي أو طبيب/ممرضة طلبتن منه/منها وسيلة لتنظيم الأسرة.
 - ما الأمور الإيجابية التي واجهتكنها؟
 - وما الجوانب السلبية؟
2. هل ناقش مقدّم الخدمة معكن أكثر من خيار لتنظيم الأسرة؟
 - أم شعرتن بأنه تم توجيهكن نحو وسيلة معيّنة دون شرح بدائل؟
3. هل حصلتن على معلومات كافية حول الآثار الجانبية المحتملة للوسائل وكيفية التعامل معها؟
 - هل شعرتن بالراحة في طرح الأسئلة أو التعبير عن المخاوف؟
4. هل يتم التطرّق إلى موضوع تنظيم الأسرة خلال زيارات الحمل، أو زيارات تطعيم الأطفال، أو المتابعة بعد الولادة وفترة النفاس؟
 - هل ترين أن ذكر تنظيم الأسرة خلال هذه الزيارات مفيد؟ ولماذا؟
5. ما نوع الخدمة أو الدعم الذي كنتن تتمنين الحصول عليه ولم يكن متوفراً؟
 - وقت أطول للمشورة
 - متابعة بعد استخدام الوسيلة
 - شرح أوضح للآثار الجانبية
 - إشراك الزوج في المشورة (عند الرغبة)
6. برأيكن، أي خدمات أو مرافق صحية تعتبرنها الأعلى جودة في مجال تنظيم الأسرة؟
 - وما الذي يميّزها عن غيرها؟
7. إلى أي مدى تؤثر كلفة الوسائل الحديثة أو سهولة الحصول عليها على قرار استخدامهما؟
 - هل الكلفة تشكّل عائقاً؟
 - هل توفر الوسيلة في الوقت المناسب يسهم في الاستمرار باستخدامها؟

المحور الرابع: السياق الاجتماعي والمجتمعي؛ (المدة التقديرية: 15 دقيقة)

•الهدف من المحور

يهدف هذا المحور إلى فهم تأثير السياق الاجتماعي والمجتمعي على قرارات النساء المتعلقة بتنظيم الأسرة، بما يشمل دور الزوج، والعائلة الممتدة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل بين النساء، إضافة إلى تأثير الشائعات والمعلومات

المتداولة على اختيار أو تجنب وسائل تنظيم الأسرة.

• **تهديد للمحورنود الآن الحديث عن البيئة الاجتماعية المحيطة بالمرأة، وكيف تؤثر العلاقات الأسرية والمجتمعية والمعتقدات السائدة على قرارات تنظيم الأسرة.**

أسئلة النقاش:

1. ما مدى سهولة أو صعوبة التحدث مع الزوج عن تنظيم الأسرة؟
 - ما أبرز نقاط الاتفاق أو الخلاف بين الزوجين؟
 - هل يختلف ذلك بحسب نوع الوسيلة أو توقيت الحمل؟
2. ما دور أهل الزوج وأهل الزوجة في قرارات تنظيم الأسرة؟
 - هل يؤثر رأي الحماة أو العائلة الممتدة على اختيار الوسيلة؟
 - هل يختلف تأثير أهل الزوج عن أهل الزوجة؟ وكيف؟
3. كيف تؤثر المعتقدات الدينية على قرارات تنظيم الأسرة في مجتمعك؟
 - هل تُستخدم المعتقدات الدينية كداعم أم كعائق؟
 - هل تختلف التفسيرات الدينية بين الأشخاص أو العائلات؟
4. هل تشعر النساء بالراحة في الحديث عن وسائل تنظيم الأسرة مع بعضهن؟
 - مع الصديقات أو القريبات أو الجارات؟
 - أم يبقى الموضوع شخصياً وسرياً؟ ولماذا؟
5. هل تنتشر في مجتمعك شائعات أو قصص متداولة حول وسيلة معينة أو حول وسائل تنظيم الأسرة عموماً؟
 - ما أكثر الشائعات شيوعاً؟
 - هل تتعلق هذه الشائعات بالآثار الجانبية، العقم، أو مخاطر صحية أخرى؟
6. إلى أي مدى تؤثر هذه الشائعات والمعلومات المتداولة على قرار المرأة باستخدام وسيلة لتنظيم الأسرة أو الامتناع عنها؟
 - هل تدفع النساء إلى تفضيل الوسائل التقليدية على الوسائل الحديثة؟
 - كيف تتعامل النساء عادةً مع هذه الشائعات؟

المحور الخامس: الختام والتوصيات من وجهة نظر النساء: (المدة التقديرية: 5 دقائق)

• الهدف من المحور

يهدف هذا المحور الختامي إلى استخلاص الرسائل الأساسية والتوصيات العملية من وجهة نظر المشاركات، وفهم العوامل التي ما تزال تجعل الوسائل التقليدية خياراً مفضلاً لدى بعض النساء، أو تعيق التحول إلى استخدام الوسائل الحديثة.

السؤال الختامي الرئيسي

1. لو كان بإمكانك تغيير شيء واحد فقط ليسهل على النساء في مجتمعك استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، فما الذي ستغيّره؟ ولماذا؟

أسئلة داعمة (بحسب الوقت):

2. هل هناك حالات أو ظروف معينة تعتقدن أنها تجعل الوسائل التقليدية خياراً مفضلاً لدى النساء؟
 - العمر

- وجود أطفال سابقين
- فترة الرضاعة أو النفاس
- الحالة الصحية
- ظروف اجتماعية أو اقتصادية
- 3. هل واجهت شخصيًا، أو تعرفين نساءً واجهن مشاكل عند استخدام الوسائل الحديثة؟
 - آثار جانبية
 - رفض من الزوج
 - الكلفة
 - صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية
- كيف أثرت هذه التجارب على قرارهن باستخدام الوسائل التقليدية؟
- 4. ما الفروق التي ترينها بين الوسائل التقليدية والوسائل الحديثة من حيث:
 - الفاعلية
 - الأمان
 - الآثار الجانبية
 - سهولة الاستخدام
- 5. إذا رغبت المرأة في التحول من وسيلة تقليدية إلى وسيلة حديثة، ما العوائق التي قد تمنع ذلك؟
 - الخوف
 - نقص المعلومات
 - رفض الزوج أو الأسرة
 - الكلفة
 - صعوبة المتابعة الطبية

ختام الجلسة

نشكركن جزيل الشكر على وقتكن ومشارككن الصادقة. الآراء والتجارب التي شاركتنها اليوم مهمة جدًا، وستُستخدم لفهم أفضل لاحتياجات النساء وتحسين خدمات تنظيم الأسرة. نؤكد مرة أخرى أن جميع المعلومات التي ذُكرت ستبقى سرّية، وستُستخدم لأغراض البحث فقط.

بدعم من :



شارع يوسف أبو شحات، منطقة الديار عمان - الأردن
هاتف: 00962-6-5930689 - فاكس: 00962-6-5938460

Info@jordan.unfpa.org

jordan.unfpa.org



عمان - الهاشمى الشمالى - معهد الملكة زىن الشرف التناموى
هاتف: 00962-6-5560748 - فاكس: 00962-6-5519210

ص.ب 5118 عمان 11183 الأردن

www.hpc.org.jo



[Youtube.com/hpcpromise](https://www.youtube.com/hpcpromise)



[linkedin.com/in/hpcjo](https://www.linkedin.com/in/hpcjo)



[Facebook.com/hpcjo](https://www.facebook.com/hpcjo)



[Twitter@HPC_jordan](https://twitter.com/HPC_jordan)



<https://www.instagram.com/Hpcjo>