Share-Net
منصة المعرفة
للصحة الجنسية والانجابية – الأردن

ملخص سياسات

الإرتقاء بمؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة

في محافظة جرش

٢٠٢١

الملخص التنفيذي

حققت محافظة جرش تقدماً في عددٍ من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية عند مقارنة نتائج مسحي السكان والصحة الأسرية للأعوام (2012 و2017). ويتمثل هذا التقدم في عدد من الإتجاهات من بينها حصول إنخفاضٍ في معدلات الإنجاب وإنخفاض نسبة من تزوجن قبل سن 20 سنة وإنخفاض نسبة النساء اللواتي أعمارهن (15-18) سنة وبدان الإنجاب سواء أنجبن مولدهن الأول أو أصبحن حوامل بطفلهن الأول، وإنخفاض الحاجة غير الملباة إلى وسائل تنظيم الأسرة، وإرتفاع نسبة اللواتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب وإنخفاض في نسبة الفتيات والنساء اللواتي تعرضن لعنف جسدي من آخر في العام الماضي وإنخفاض نسبة من تعرضن لعنف جسدي أو جنسي من أي زوج خلال السنة الماضية وإنخفاض نسبة النساء المتزوجات من أقارب وإنخفاض معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة.

وعلى الرغم من هذا التقدم في هذه المؤشرات إلا انه مازال وضع الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة في محافظة جرش بالنسبة لهذه المؤشرات وغيرها متدنياً بالمقارنة مع باقي محافظات المملكة.

وقد فسر البحث هذا الوضع بالأسباب التالية :

• قدمت المعايير الإجتماعية المتعلقة بالنوع الاجتماعي تفسيراً للعديد من المؤشرات منها مستوى الإنجاب، وزواج الفتيات دون سن 18 سنة، وحمل المراهقات، وشيوع زواج الأقارب، والمباعدة بين المواليد، والاستعمال الحالي للوسائل تنظيم الأسرة، والعنف الزوجي، والفارق العمري بين الزوجين، والمشورة قبل الزواج وبعده، وقرار الإنجاب، وتفضيل الذكور على الإناث.

• تمكين السيدات هو السبب الكامن وراء الصعوبة الكبيرة التي تحول دون حصول النساء على الرعاية الطبية عند حاجتهن لذلك، فحاجتهن إلى مُرافق و/أو إذن للذهاب وإلى المال وتفضيلهن لمقدم خدمة أنثى كلها مؤشرات على ضعف قدرة النساء على إتخاذ القرار لوحدهن وعلى فرص وصولهن إلى الرعاية الطبية لأنفسهن.

• إن الكثير من التباينات في العديد من المؤشرات يعود إلى جنسية السيدة المبحوثة ومستواها التعليمي.

• حدد المشاركون في مجموعات النقاش المركز ثلاث مناطق (قريتين وإحدى المناطق في مخيم غزة) ينتشر فيها الزواج المبكر وتعدد الزوجات وزواج الأقارب.

• ندرة التطرق للأمراض المنقولة جنسياً سواء في المدارس أو الجامعات يقف وراء تدني الوعي والثقافة الصحية بين الشبان والشابات دون سن 25 سنة والأشخاص من الجنسين في الأعمار (15-49) سنة.

• الفرص المهدورة في عدد من المرافق والأوقات للحصول على المشورة والتوعية الجنسية والإنجابية قبل الزواج وبعده.

• ضغوط والدي الفتيات والفتيان في قرار الزواج المبكر والزواج من أقارب، وقرار الإسراع إلى إنجاب المولود الأول.

إن ضعف هذه المؤشرات وغيرها من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية في محافظة جرش له تبعات صحية وغير صحية على المرأة والفتاة في المحافظة، إذ أن الصحة الجنسية والإنجابية في أي عمر تؤثر بصورةٍ عميقة على صحة الأفراد لاحقاً، وتمتد أثارها على الأسرة والمجتمع، وللإرتقاء بمستوى الصحة الجنسية والإنجابية في محافظة جرش يقترح هذا الملخص مجموعة من السياسات الإجرائية التي يمكن أن تعالج الأسباب التي تقف وراء هذه الحالة، ويمكن تصنيفها على النحو التالي :

السياسة الأولى : رفع مستويات معرفة المجتمعات المحلية حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية وحقوق النساء والتي ظهر أن المعرفة عنها متدنية أو غير صحيحة .

السياسة الثانية : إستغلال الفرص العديدة المهدورة لتقديم المشورة و/أو الخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية والجنسية للشرائح السكانية التي هي بأمس الحاجة إليها .

السياسة الثالثة : تعزيز الحماية والتمكين للفتاة والمرأة .

تمهيد

أظهر الأردن تقدماً كبيراً في العديد من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية خلال العقود الثلاثة الماضية حسب مسوح السكان والصحة الأسرية[1]، ومع ذلك، فإن التقدم لم يكن متماثلاً في جميع محافظات المملكة، وظهرت محافظة جرش في طليعة المحافظات التي تشهد ضعفاً في العديد من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية حسب مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2017 / 2018، مثل إرتفاع معدل الإنجاب الكلي ومتوسط حجم الأسرة، وإنخفاض وسيط العمر عند الزواج الأول للسيدات اللاتي أعمارهن (25 - 49)، وإنخفاض وسيط العمر عند الولادة الأولى للسيدات اللاتي أعمارهن (25 - 49)، وإرتفاع نسبة السيدات اللواتي سبق لهن الزواج وأعمارهن (15 - 19) سنة وهن حالياً أمهات أو حوامل، وإرتفاع عدد الأحمال التي انتهت دون حصول مولود حي، وإرتفاع معدل وفيات فترة ما حول الولادة، وإرتفاع نسبة النساء اللاتي أعمارهن (15 - 49) ولديهن فقر دم، وإرتفاع نسبة النساء من أعمارهن (15 - 49) ولديهن مشكلة واحدة على الأقل في الوصول للرعاية الصحية، وإرتفاع نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأفدن بوجود صلة قرابة مع الزوج، وإرتفاع نسبة النساء اللاتي أعمارهن (15 - 49) وسبق لهن الزواج وتعرضن للعنف الجسدي أثناء الحمل، وإنخفاض نسبة الإناث وأعمارهن (15 - 24) اللاتي سبق لهن الزواج ولديهن معرفة شاملة بالإيدز.

إن ضعف هذه المؤشرات وغيرها من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية في محافظة جرش، له تبعات صحية وغير صحية على المرأة والفتاة في المحافظة، إذ أن الصحة الجنسية والإنجابية في أي عمر لها تأثير عميق على صحة الفرد لاحقاً، وتمتد تأثيرات ذلك إلى الأسرة والمجتمع، مما يستدعي الوقوف على الأسباب، ووضع البرامج الملائمة لتحسين الصحة الإنجابية والجنسية في المحافظة.

لقد وثقت العديد من الدراسات العلمية الفوائد الصحية وغير الصحية لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية، ففي الوقت الذي تخفف فيه رعاية فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة من حدوث المخاطر الصحية المرافقة للحمل والولادة؛ ويقلل إستخدام موانع الحمل (جنباً إلى جنب مع خدمات صحة الأم) من التأثيرات الصحية الضارة للحمل غير المقصود والولادات الشديدة الخطورة، بما في ذلك الإجهاض غير الآمن والنزيف والعدوى وفقر الدم وإنخفاض الوزن عند الولادة وسوء التغذية، ويتيح لسلوكيات مختلفة مثل تأخير الولادة الأولى أو المباعدة بين الولادات، فإن لذلك تأثيرات غير طبية مهمة للغاية لرفاهية الإنسان والتنمية الإقتصادية، فعلى المستوى الفردي يؤثر تنظيم الإنجاب على الإستقرار الوظيفي أو المسار الوظيفي للمرأة، أما على مستوى الأسرة فإن تنظيم الإنجاب يمكن الأسر من زيادة مدخراتها وإستثماراتها ويشجع على زيادة الإنتاجية وتحسين مستوى المعيشة، ويحسن من الأنشطة المتاحة للأطفال أو كمية الوقت الذي يقضيه الوالدان مع كل طفل.

1- https://www.statcompiler.com/en/

وضمن إطار قناعة المجلس الأعلى للسكان بأهمية دراسة المؤشرات على مستوى المحافظة في تحديد أولويات التدخل وتحقيق العدالة في توجيه التدخلات في المحافظات ذات الأولوية؛ يقدم المجلس الأعلى للسكان ملخص السياسات هذا لعرض المشكلة والعوامل المؤثرة فيها وتتبع علاقاتها وتأثيراتها، وإقتراح البرامج الملائمة لتحسين مؤشرات الصحة الإنجابية والجنسية للمرأة والفتاة في محافظة جرش بما يتماشى مع الأهداف الوطنية وإلتزامات مؤتمر نيروبي وأهداف خطة التنمية المستدامة 2030، وخصوصا الغاية (3.7) التي تنص على أنه "بحلول عام 2030، ضمان الإتاحة الشاملة لخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمعلومات والتعليم، وإدماج الصحة الإنجابية في الإستراتيجيات والبرامج الوطنية". والغاية (5.6) التي تدعو الى "ضمان الوصول الشامل إلى الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية".

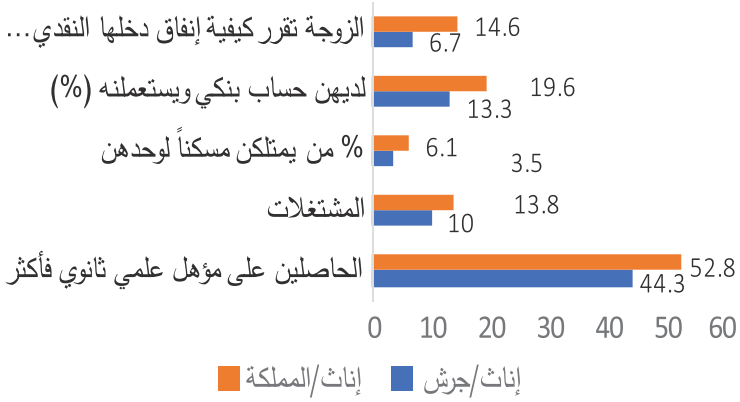
ويستند هذا الملخص إلى دراسة متخصصة أعدها المجلس وعنوانها "تأثير العوامل الإجتماعية والإقتصادية وديناميات النوع الإجتماعي على الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة في محافظة جرش"، وشكل لها لجنة خبراء محليين من المؤسسات العاملة في محافظة جرش شملت كل من وزارة الصحة، وزارة التربية والتعليم، والتنمية الاجتماعية ومحافظة جرش، والصندوق الأردني الهاشمي لتنمية الموارد البشرية، ووكالة الغوث والهيئة الطبية الدولية، وكلف مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية لإعدادها.

العوامل المؤثرة على الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة في محافظة جرش

• تمكين المرأة

حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2017 يوجد فرق في التحصيل التعليمي بين الجنسين في محافظة جرش في الفئة العمرية (15-49). فقد أكمل (44.3%) من النساء مقابل 37% من الرجال المرحلة الثانوية أو حصلوا على تعليم أعلى من ذلك. وتعتبر ثاني محافظة بعد محافظة المفرق في إنخفاض نسبة النساء (15-49) سنة الحاصلات على مؤهل علمي ثانوي فأكثر. كما أورد المسح مؤشرات عن تمكين المرأة في محافظة جرش تدل على تدني التمكين

مؤشرات تمكين النساء (15-49) سنة حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018



الإقتصادي للنساء مقاساً بنسبة المشتغلات وبالملكية المفردة والمشتركة للعقارات وإستعمال الحسابات البنكية والإقتراض والتصرف المنفرد بالدخل النقدي مقارنة بالرجال. وبرر المشاركون في مجموعات التركيز ذلك بغياب فرص العمل بشكل عام لصغر حجم القطاع الخاص في محافظة جرش وعدم جدوى العمل في عمان لتدني الأجور.

• الزواج والصحة الإنجابية

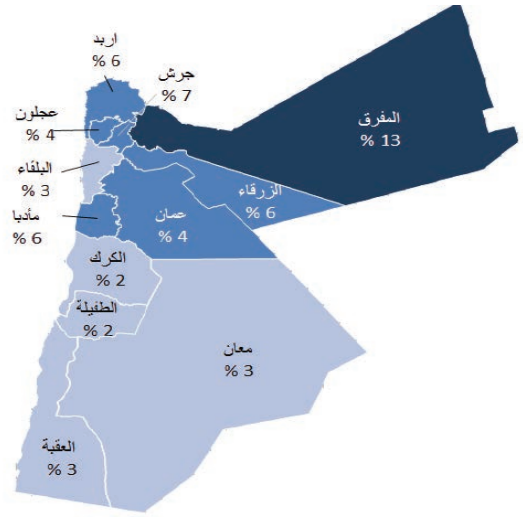
• ارتفعت نسبة المتزوجات أي المعرضات للحمل وللإنجاب بحوالي ثلاث نقاط مئوية في السنوات الخمس الماضية؛ إذ ارتفعت من (53.9%) عام 2012 الى (56.4%) عام 2017. ورغم إنخفاض نسبة من تزوجن مبكراً قبل سن العشرين إلا أن المحافظة حصلت على المرتبة الثانية بعد محافظة المفرق في نسبة من سبق أن تزوجن قبل سن 20 سنة. فقد بلغت ما نسبته (32%) عام 2017. وكان وسيط العمر عند الزواج الأول فيها هو الأدنى. فقد بلغ في محافظة جرش (21.9) سنة. ورغم أن معظم المشاركين في حلقات النقاش من الأردنيين وسكان مخيم غزة. أفادوا بعدم موافقتهم على الزواج دون سن 18 سنة. إلا أنهم حددوا ثلاث مناطق (قريتين وإحدى المناطق في مخيم غزة) ينتشر فيها الزواج المبكر وتعدد الزوجات وزواج الأقارب. وبرر بعض المشاركين زواج من هن دون سن 18 بأنه الأفضل إذا كانت الفتاة غير راغبة بالدراسة. إذ يرون أن العنوسة شائعة الآن بين البنات بسبب إرتفاع تكاليف الزواج. أو بسبب ضعف وضع الأسرة المادي. وأبدى اللاجئون السوريون موافقتهم وتشجيعهم على الزواج المبكر. وبرروا ذلك بفقر عائلة الفتاة أو لتامين زوج لها خوفاً من العنوسة ولحمايتها. وتعتبر النسبة المرتفعة من تزوجن مبكراً وتدني العمر عند الزواج في محافظة جرش عوامل لها علاقة طردية بمستوى الإنجاب في المحافظة .

• حلت المحافظة في المرتبة الأولى في شيوع زواج الأقارب (39%) وفي تدني نسبة تعدد الزوجات (3.3%) حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2017. وربما يعود تدني شيوع تعدد الزوجات إلى شيوع زواج الأقارب في محافظة جرش وهو الأعلى بين كافة محافظات المملكة. وربما تقف هذه العلاقة وراء ارتفاع معدل الإنجاب الكلي للمرأة الواحدة في محافظة جرش. لإن الطلاق و/أو الهجر الذي يصاحب الزواج بامرأة ثانية يمكن أن يفسر كل منهما العلاقة العكسية بين تعدد الزوجات والإنجاب. لأن الطلاق والهجر يُخرج إمراة من العملية الإنجابية ويحل مكانها امرأة أخرى غالباً ما تكون أصغر سناً وأكثر عرضة للإنجاب من المرأة الأولى. وأشار المشاركون في مجموعات النقاش المركز إلى أن شيوع زواج الأقارب يمنع أو يحد من التعدد خشية التأثير على العلاقات بين الأقارب. وأرجع المشاركون الأردنيون زواج الأقارب إلى إرتفاع تكاليف الزواج وأن زواج الأقارب أقل كلفة. وتقبل الزوجة للسكن عند أهل الزوج ما يقلل نفقات المعيشة. وأفادوا بأن التقاليد تعتبر إبن العم أولى ببنت عمه. وكانت خشية إنتقال الميراث إلى الغريب وبقاء الأرض داخل نفس العائلة من أهم الأسباب لزواج الأقارب. ولكن أبدى بعض المشاركين عدم موافقتهم على زواج الأقارب وعزوا إليه انتشار الأمراض الوراثية والإعاقات. وذكروا بالخصوص قرية نحلة كدليل على ذلك. وإعتبروا زواج الأقارب بأنه يلحق الظلم بالرجل والمرأة لعدم قدرتهم على الطلاق عندما تتأزم المشاكل بينهما .

• حمل المراهقات

• على الرغم من الإنخفاض الذي حصل في نسبة النساء اللواتي أعمارهن (15 - 18) سنة وبدان الإنجاب سواء أنجبن مولدهن الأول أو هن حوامل بطفلهن الأول في محافظة جرش من (11.9%) حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2012 إلى (6.8%) حسب مسح السكان والصحة الأسرية 2017. إلا أن محافظة جرش جاء ترتيبها الثاني بين محافظات المملكة من حيث ارتفاع هذه النسبة.

التوزيع الجغرافي للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج واعمارهن 19-15 سنة من بدأن في الانجاب



• يمكن أن يقلل الإنجاب خلال سنوات المراهقة من فرص التعليم والعمل لدى السيدات. ويرتبط أيضا بإرتفاع مستويات الإنجاب وحجم الأسرة. ويشير التحليل على المستوى الوطني أن أكبر التباينات في هذا المؤشر كانت تعود الى جنسية السيدة ومستواها التعليمي حيث بدأت (28%) من السيدات السوريات وأعمارهن (15-19) سنة في الإنجاب مقارنة مع (3%) من الأردنيات و (12%) من السيدات من جنسيات أخرى.

وفقاً لوثائق منظمة الصحة العالمية، يترتب على الحمل المبكر بين المراهقات عواقبَ وخيمة على صحة الأمهات المراهقات وأطفالهن. وتعد مضاعفات الحمل والولادة السبب الرئيسي للوفاة بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (15 و19) سنة على الصعيد العالمي، وتواجه الأمهات المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (10 و19) سنة قدراً أكبر من مخاطر الإصابة بالتسمم الحملي وإلتهاب بطانة الرحم النفاسي وحالات العدوى المجموعية مقارنة بالنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين (20 و24) سنة. وبالإضافة إلى ذلك، تخضع حوالي (3.9) مليون من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (15 و19) سنة للإجهاض غير المأمون سنوياً، مما يساهم في وفيات ومراضة الأمهات وفي ظهور مشاكل صحية طويلة الأجل، ويواجه الأطفال المولدون لأمهات تقل أعمارهن عن 20 سنة قدراً أكبر من مخاطر إنخفاض الوزن عند الولادة، والولادة المبتسرة، وإصابة حديثي الولادة بأمراض وخيمة.

https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

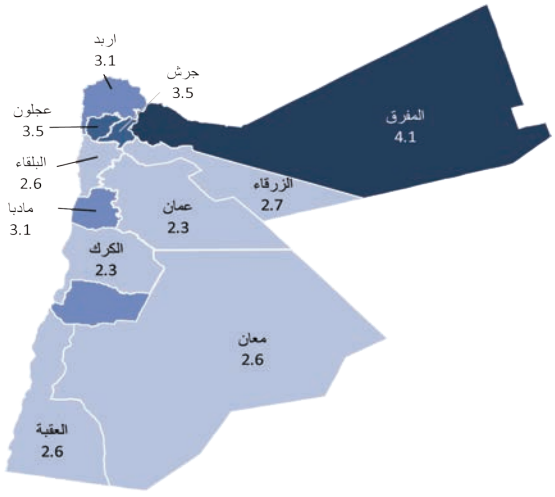
المستوى التعليمي فإن نسبة من بدأن الإنجاب بين المراهقات تتراوح بين (27%) بين السيدات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي الى (4.0%) فقط بين السيدات ذوات المستوى التعليمي العالي. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى العواقب الوخيمة للحمل المبكر بين المراهقات على صحة الأمهات المراهقات وأطفالهن.

• الإنجاب

سجلت محافظة جرش أعلى معدل إنجاب كلي (4.3 مولود للمرأة الواحدة) في مسح (2012) بين كافة محافظات المملكة، وانخفض هذا المعدل إلى 3.5 مولود في المسح الأخير (2017) لتحل المرتبة الثانية بعد محافظة المفرق.

وأرجع المبحوثون وجود معدل الإنجاب المرتفع هذا إلى عدة عوامل منها عدم عمل المرأة مما يترك لها مجال للحمل والولادة ورغبة الزوج بوجود أبناء كثر وإلحاح الأهل وخاصة أم الزوجة وأم الزوج خاصة إذا كان الزوجان يعيشان مع الأهل. وأثار المشاركون نقطة هامة وهي أن الإنجاب المتكرر لطفل ذكر يبدد مخاوف الزوجة من أن يتزوج زوجها بأخرى، فمعظم المشاركات أشرن إلى أن عدم إنجاب الطفل الذكر يساوي عدم الإنجاب.

معدل الانجاب الكلي (عدد المواليد لكل سيدة خلال الثلاث سنوات السابقة لمسح السكان والصحة الاسرية 2017)



وقـد أبرز اللاجئـــون السوريون في مجموعـات النقاش المركز إلى حـاجتهم إلى مزيد من المواليـد لأن زيادة عدد أفراد الأسرة يعزز من فرص الأسرة للهجرة للدول التي تعطي الأولوية في إستقبال المهاجرين للأسر التي عدد أفرادها أكبـر. وذكـروا بصورة خاصة دولة كندا. وكذلك كلمـا زاد عدد أفـراد الأسـرة كلما زادت المسـاعدات الشهرية النقدية والعينية المقدمة للأسر اللاجئة من بعض منظمات الإغاثة العاملة[2].

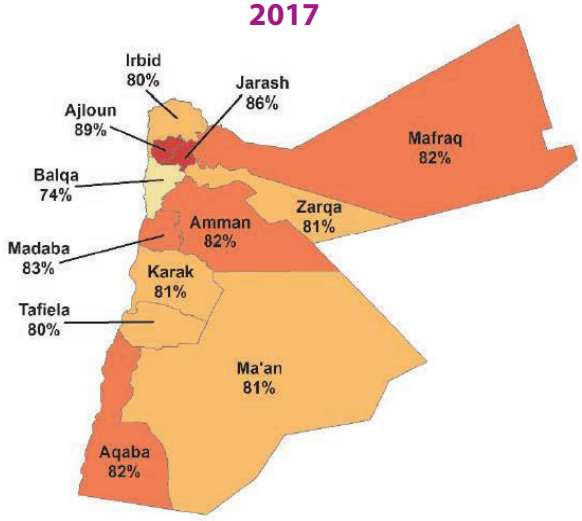
أظهـرت دراسة على المستوى الوطني أن مستوى الإنجاب أعلى بين النسـاء اللواتـي لديهن تـأمين صحي خاصة الذي مصـدره المفـوضية العليا لشؤون اللاجئين. وربما يعـود ذلك إلى أن حجـم المسـاعدات التي تقدمهـا منظمـات الإغاثة الدولية إلى اللاجئين السوريين يعتمد على عـدد أفراد الأسرة مما قد يشجـع الأسرة على زيـادة عدد أفرادها بإنجـاب المزيد من الأطفـال. فقـد أظهـرت الدراسة أن معـدل الإنجـاب الكلي عند النسـاء اللاتي لديهن تـأمين صحـي أعلى عمومـاً مما هو عليه بين اللاتـي ليس لديهـن مثل هذا الغطـاء التأميني (2.9 مقابل 2.5 مولود للمرأة الواحدة)؛ وكـان هذا المعـدل بين اللواتي مصـدر تأمينهن الصحـي المفوضيـة العليا لشـؤون اللاجـئين مرتفعاً جداً (6.37 مولود) للمرأة مقابل (2.92 و 2.06) مولود للمرأة عند اللواتي مصدر تأمينهن الخدمات الطبية الملكية ووزارة الصحـة على التوالـي. وقد تعـود هذه العلاقـة بين الإنجـاب والتأمين الصحي إلى أن وجود تأمين صحي يوفر دافعاً للإنجاب في الأسرة لأنه ينفي أو يقلل من كلفة الرعاية أثناء الحمل ومن كلفة الولادة أيضاً. وبما أن (83.2%) من النساء في محافظة جرش لديهن تأمين صحي. فقد يكون هذا سبباً غير مباشر وراء ارتفاع مستوى الإنجاب في المحافظة مقارنة بمحافظات أخرى. على الرغم أن الحماية التي يوفرهـا وجود تأمـين صحي للزوجين وهو مطلب عليـه إجمـاع من كـافة الجهـات ذات العلاقة.

The DHS Program. 2020. Jordan Family Planning Questions. DHS Other Documents No. 79. Rockville, Maryland, USA: ICF

وبخصوص الرغبات الإنجابية. حصل ارتفاع بسيط في نسبة اللواتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب فقد ارتفع من (47.9%) حسب مسـح السكان والصحة الأسرية 2012 الى (49%) حسب مسـح السكـان والصحة الأسريـة 2017. وكانت نسبة المتزوجات اللواتي يرغبن في التوقف عن إنجـاب مزيد من الأطفال في محافظة جـرش أعلى في الحضر من الريف وبين الأسر الأردنيـة قياس بالسورية وبين الأسر الميسورة وبين السيدات الأقل تعليماً. ولكن حصل إنخفـاض مهم في نسبة اللواتي يرغبن في الإنتظار سنتين على الأقل قبل إنجاب مولود جديد من (29.5%) حسب مسـح السكان والصحة الأسـريـة 2012 الى (18.7%) حسـب مسـح

2- https://help.unhcr.org/jordan/frequently-asked-questions-faqs-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D8%A6%D9%84%D8%A9

التوزيع الجغرافي للنساء اللواتي تتراوح اعمارهن بين 15 و49 عاما واللواتي يريدن ثلاثة أطفال على الأقل حسب المحافظة وذلك حسب مسح السكان والصحة الاسرية 2017



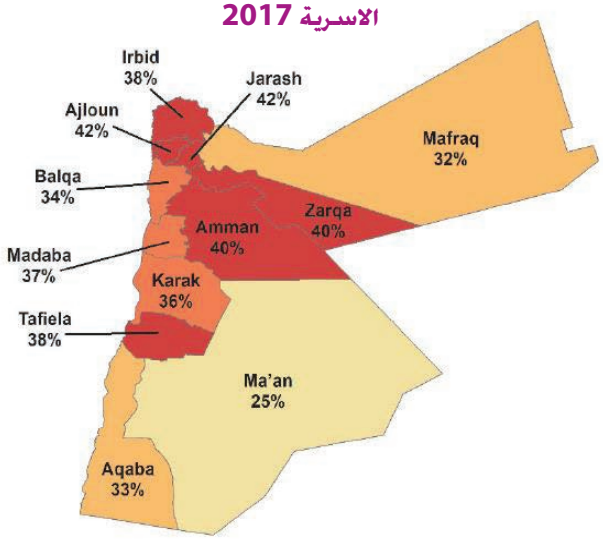
السكان والصحة الأسرية 2017. وأرجعت المشاركات في مجموعات التركيز ذلك إلى ضغوطات من المجتمع عليهن وخاصة الأهل ورغبة ذاتية للإطمئنان عن غياب العقم عندهن وإنجاب الأطفال وهن في كامل قدراتهن. وظل متوسط العدد المثالي من الأطفال على حاله عند (4.1) بينما إنخفض متوسط العدد المرغوب منهم من (2.9 إلى 2.7). وقد بلغت نسبة النساء الراغبات في ثلاث أطفال على الأقل[3] (86%) حيث تعتبر جرش ثاني محافظة بعد محافظة عجلون.

- **إستخدام وسائل تنظيم الأسرة**

بلغت نسبة الإستعمال الحالي للوسائل الحديثة لتنظيم الإنجاب في محافظة جرش (42.5 %) ونسبة من سبق لهن استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة (75%) وكانت هذه النسب الأعلى بين كافة محافظات المملكة، كما هو مبين في الشكل[4]. كما أن الحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة هي الأدنى بعد محافظة عجلون بين كافة محافظات المملكة.

يزداد استعمال وسائل تنظيم الأسرة في محافظة جرش مع العمر ويبلغ ذروته بين السيدات (35-39) سنة ليعود إلى الانخفاض قليلاً بعد هذا العمر ربما لتناقص الحاجة إليها. والإستعمال أعلى بين السيدات الأردنيات من غيرهن وبين الأعلى تعليماً والأعلى ثروة. وتتباين الحاجة غير الملباة أيضاً في محافظة جرش بين الشرائح المختلفة. فهي عالية بين النساء الأصغر عمراً

التوزيع الجغرافي للنساء اللواتي يستخدمن الوسائل الحديثة لتنظيم الاسرة حسب مسح السكان والصحة الاسرية 2017



من أجل المباعدة بين الولادات الأصغر عمراً من أجل المباعدة بين الولادات وعالية بين النساء الأكبر عمراً من أجل التوقف عن الإنجاب. وأعلى في الحضر من الريف وبين غير الأردنيات وأعلى بين اللواتي تعليمهن ابتدائي وبين الشريحة الأفقر.

3- Juan, Christina. 2020. Fertility Preferences and Contraceptive Behaviors among Ever-married Women and Men:An Analysis of the 2017-18 Jordan Population and Family Health Survey. DHS Further Analysis Reports No. 139. Rockville, Maryland, USA: ICF

4- Juan, Christina. 2020. Fertility Preferences and Contraceptive Behaviors among Ever-married Women and Men:An Analysis of the 2017-18 Jordan Population and Family Health Survey. DHS Further Analysis Reports No. 139. Rockville, Maryland, USA: ICF.

وظهر أن الفرص المهدورة لحصول غير المستخدمات على مشورة ومعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة عندما كن في مرفق صحي خلال العام الماضي كانت الأعلى في محافظة جرش (79%). وذكرت السيدات سبعة أسباب لماذا يواجهن مشكلة كبيرة للحصول على الرعاية الطبية لأنفسهن، أهمها وبالترتيب أنها لا تريد الذهاب بمفردها، الحصول على المال اللازم، بُعد المرفق الطبي، إستخدام وسيلة تنقل، خشية عدم وجود مقدم خدمة أنثى، الحصول على إذن للذهاب، ولا تعرف أين تذهب.

وعلى الرغم من إرتفاع نسبة النساء اللاتي يستخدمن الوسائل الحديثة في محافظة جرش، فهي الأعلى بين المحافظات إلا أن معدل الإنجاب ظل مرتفعاً فيها من بين محافظات المملكة، وقد أشار مقدمو الرعاية الصحية إلى وجود هدر كبير في وسائل منع الحمل الحديثة، حيث تلجأ النساء إلى إستخدام وسيلة محددة ثم يلجأن إلى التخلص منها بعد فترة قصيرة جداً بسبب تدخل أم الزوج أو عدم موافقة الزوج، وهذا يبرر زيادة إستهلاك وسائل منع الحمل، وبنفس الوقت زيادة عدد الحوامل، ولذلك إقترح المشاركون في مجموعات النقاش المركز أن تكون هناك جلسة إرشادية للأزواج قبل إختيار وسيلة الحمل المناسبة لهم وألا يُكتفى بتثقيف الزوجة فقط.

وأشار معظم المشاركين إلى أن الإسلام شجع على تنظيم النسل ولكنه حرم تحديده، ولكن الأوضاع الإقتصادية هي التي أجبرت الرجال على عدم طلب المزيد من الأطفال رغم ضغط الأهل لإنجاب المزيد، وهو أيضاً العامل المهم الذي يجعل النساء لا ينتظرن سنتين قبل إنجاب مولود جديد، وغياب التثقيف والتوعية الصحية لتأثير الولادات المتلاحقة والرغبة بتكملة العدد المطلوب إنجابه بسرعة قبل أن تضعف الزوجة ويصبح الحمل والولادة صعب بالنسبة لها.

- **الولادات القيصرية ووفيات الأمهات**

تبلغ نسبة الولادات القيصرية في محافظة جرش (25.9%)، منها (18.1%) عمليات مخطط لها مسبقاً أي قبل مخاض يوم الولادة والباقي (7.8%) عمليات إتُخذ القرار بإجرائها بعد بدء مخاض الولادة. وتتباين نسب اللجوء إلى الولادة القيصرية في محافظة جرش حسب عدد من المتغيرات، فتبلغ أقصاها بين الحوامل في العقد الأخير من حياتهن الإنجابية، ولا تتباين كثيراً حسب ترتيب المولود، وكانت أعلى بين الولادات التي حصلت في المستشفيات الجامعية (وهي حالات قليلة ليس لها دلالة إحصائية) ومستشفيات الخدمات الطبية الملكية منها في المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص، وكانت متقاربة في الريف والحضر على حدٍ سواء، وأظهرت علاقة طردية مع مستويات تعليم السيدات، وكانت متماثلة تقريباً عند الخُميس الأول والثاني وأدنى منهما عند الخُميس الأوسط والرابع ولكنها كانت الأعلى على الإطلاق بين شريحة الرفاه الأعلى.

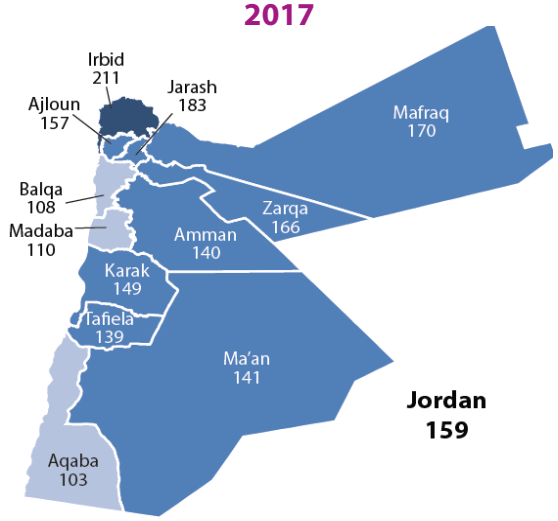
ونلاحظ من البيانات على مستوى المملكة، أن الولادات القيصرية لم تقِ الأمهات من الوفاة النفاسية وعددهن (62) متوفية (84% منهن أردنيات)، فأعلى عدد لوفيات الأمهات كان بسبب عمليات قيصرية طارئة أو مبرمجة مسبقاً قبل يوم الولادة، إذ أن (63%) من وفياتهن كن ممن أجبن بولادة قيصرية (42% طارئة و 21% اختيارية).

والنسب الباقية كانت (16.1%) بولادة مهبلية، (12.9%) توفين وهن حوامل، و (8.1 %) توفين بعد إجهاض[5]. علماً بأن الولادة القيصرية يمكنها إنقاذ حياة الأم والجنين، ولكنّ غير الضروري طبياً منها يرتبط بخطر أعلى للوفاة خلال أو بعد الولادة، مقارنة بالولادة المهبلية. وورد في التقرير الوطني لوفيات الأمهات لعام 2018 أن معدل وفيات الأمهات يبلغ (29.8 لكل مئة ألف ولادة حية)، وارتفع إلى (32.4) في التقرير ذاته لعام 2019[6].

• فقدان الأحمال

فُقد في المحافظة (183) حمل لكل 1000 ولادة حية في الخمس سنوات قبل مسح السكان والصحة الأسرية (2017/ 2018)، مقارنة ب (159) على مستوى المملكة و211 في محافظة إربد كما هو مبين في الشكل[7].

التوزيع الجغرافي لحالات إنهاء الحمل لكل الف ولادة قبل خمس سنوات من مسح السكان والصحة الأسرية 2017



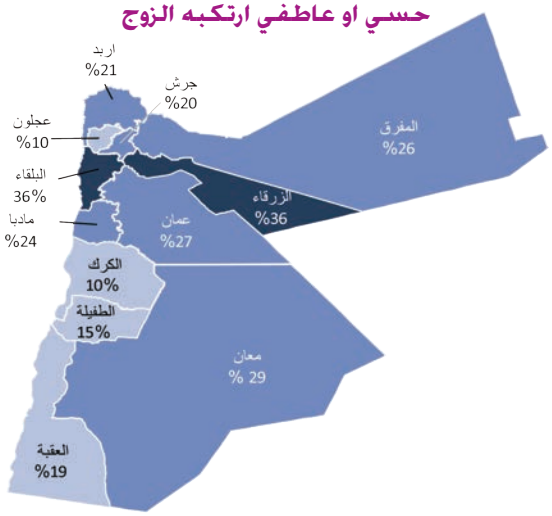
• سرطان الثدي وعنق الرحم

يشكل سرطان الثدي (40%) من السرطانات النسائية[8]، ورغم الحملات المستمرة للحث على الكشف المبكر عنه كانت نسبة من أجرين فحصاً ذاتياً أو من مختص في العام الماضي متدنية في محافظة جرش، فقد بلغت نسبة من أجرين فحصاً ذاتياً أو من مختص في العام الماضي (26%)، وكذلك نسبة من سعين لفحص شعاعي للثدي (12%) بدعوى أن لا حاجة لذلك او لغياب المرض والأعراض، وكذلك تدنت نسبة من أجرين فحص مسحة عنق الرحم فقد بلغت (23%) في المحافظة.

• تعرض الفتيات والنساء للعنف الأسري

يشير مسح السكان والصحة الأسرية 2017 الى أن خمس النساء المتزوجات ممن في سن الإنجاب في محافظة جرش أفصحن أنهن قد سبق أن تعرضن لشكل من أشكال العنف من قبل أزواجهن، وأكثر

التوزيع الجغرافي للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج واعمارهن 15-49 سنة وتعرضن لعنف جسدي او حسي او عاطفي ارتكبه الزوج



5- وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات لعام (2018 و2019).

6- وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات 2018.

7- https://dhsprogram.com/publications/publication-AB19-Analysis-Briefs.cfm

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

أشكال العنف الزوجي شيوعاً هو العنف النفسي يليه الجسدي وأقله الجنسي. ويزداد العنف النفسي مع تقدم عمر الزوجة بينما يقل العنف الجسدي مع العمر . وكان العنف الزوجي أكثر شيوعاً في الحضر وبين الأردنيين والجنسيات الأخرى أكثر مما هو بين السوريين، وضد النساء اللواتي تعليمهن إبتدائي وبين أفقر الشرائح. وقد برر جميع المشاركين من الجنسين في حلقات النقاش العنف الزوجي وألقوا باللوم حوله على الزوجة بل أضافوا أن هي من تدفع الزوج إلى تعنيفها، وأن أحد أسباب الضرب هو السكن ضمن عائلات ممتدة وتدخل أم الزوج وتحريضه على الزوجة. وأجمع المشاركون على أن الضرب الخفيف لا يعتبر عنف، بينما ترى المشاركات من الجنسيات الأخرى أن وضع المرأة في الأردن أفضل بكثير منه من سوريا من حيث الحرية والحقوق. ولقد حصل إنخفاض في تعرض الفتيات والنساء للعنف بكافة أشكاله ومصادره وزمنه، وعزى المبحوثون ذلك إلى زيادة التعلم عند الشباب والتغير الحاصل في شخصيات البنات من خلال وسائل التواصل الاجتماعي ورفضهن لهذه الممارسات، ولكن ما يدعو للقلق هو ذلك الارتفاع الكبير (حوالي 22 نقطة مئوية) في نسبة من صمتنَ ولم يخبرن أحد عن تعرضهن للعنف الجسدي والجنسي ولم يسعين للحصول على مساعدة لوقفه رغم حصول إصابات عند بعضهن فقد ارتفع من (44.6%) عام 2012 الى (66.2%) عام 2017. وقد يعود الصمت عن العنف إلى شيوع زواج الأقارب وخشية وقوع نزاعات أسرية أوسع ووجود معتقد راسخ بين النساء أن على الزوجة أن تتحمل وتصبر لكي لا تهدم بيتها.

وإشتكت المشاركات من نوع آخر من العنف وهو العنف الإقتصادي، فأفاد معظمهن بأن المرأة العاملة في جرش لا تتحكم براتبها سواء كانت متزوجة أو عزباء لأن معظم الأزواج أو الآباء يحصلون على قروض بنكية بكفالة راتب البنت أو الزوجة لأن راتب الزوج أو الأب لا يكفي لتغطية المصاريف اليومية للأسرة، لدرجة أن بعض النساء العاملات لا يعلمن كم يبقى من راتبهن، وإذا حصلت على أية زيادة فيه تحاول إخفائها عن زوجها حتى يبقى لها مبلغ قليل.

- **الأمراض المنقولة جنسياً**

• بينت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2017 إن المعرفة السماعية بالأمراض المنتقلة جنسياً متدنية بين من سبق لهم الزواج (15-49) سنة في محافظة جرش (35% و26% بين النساء والرجال على التوالي).

• كانت المعرفة الشاملة في محافظة جرش بين الشابات والشبان (15-24) سنة بطرق الوقاية من العدوى بفيروس المناعة البشرية متدنية جداً (حوالي 4 % و9 % على التوالي).

• إن نسبة قليلة من النساء والرجال (15-49) سنة في محافظة جرش يعرفون أين يمكنهم الذهاب للحصول على فحص للكشف عن فيروس المناعة البشرية (27% و45% على التوالي). وكانت هذه النسب بين الشابات والشبان دون سن 25 سنة متدنية أيضاً (23% و33% على التوالي). وكان واضحاً في حلقات النقاش تدني الوعي والثقافة الصحية بسبب ندرة

التطرق لهذه الأمور سواء في المدارس أو الجامعات. وهذا يؤكد الحاجة الملحة للثقافة الجنسية وتفعيلها على كافة المستويات مثل المدارس والجامعات ودور العبادة والإعلام.

• ولم تسجل أي إصابة بهذا المرض في المحافظة خلال الفترة (1986 - 2020). ولكن 88% من النساء و 80% من الرجال في المحافظة لديهم مواقف تمييزية من المتعايشين مع هذا المرض.

• مشكلات تعيق الحصول على الرعاية الطبية

سُئلت السيدات في محافظة جرش عما إن كنَ يواجهن مشكلة كبيرة أو صعوبة جمة في الحصول على رعاية طبية لأنفسهن. فكانت أكثر الأسباب شيوعاً هو الحاجة إلى وجود من يذهب معهن لعدم الرغبة في الذهاب لوحدهن (34 %). وربما يعود هذا إلى عدم توفر الزوج لمرافقة زوجته لإنشغاله بعمله؛ وجاء في المرتبة الثانية ضرورة الحصول على المال اللازم والذي قد لا يكون متوفراً (31 %)؛ كما كان بُعد المرفق الطبي المفضل والحاجة إلى إستخدام وسيلة تنقل معيقين مهمين في وجه حصول النساء على رعاية طبية (27.4 %، 28.6 % على التوالي). وأفاد خمس النساء أن الخشية من عدم وجود مقدم خدمة طبية أُنثى هو أيضاً سبب يعيق سعيهن للحصول على رعاية طبية. والمتفحص لما وراء هذه الأسباب يجد أن تمكين السيدات هو السبب الكامن وراء الصعوبة الكبيرة التي تحول دون حصول النساء على الرعاية الطبية عند حاجتهن لذلك. فحاجتهن إلى مُرافق و/أو إذن للذهاب وإلى المال وتفضيلهن لمقدم خدمة أنثى كلها مؤشرات على ضعف قدرة النساء على إتخاذ القرار لوحدهن وعلى فرص وصولهن إلى الرعاية الطبية لأنفسهن.

• فرص مهدورة للحصول على معلومات ومشورة عن الصحة الإنجابية

تُهدر فرص عديدة في عدد من المرافق والأوقات للحصول على المشورة والتوعية الجنسية والإنجابية قبل الزواج وبعده. ومن أبرز الأدلة على هذه الفرص المهدورة أن المسحين الأسريين الأخيرين أظهرا وعلى التوالي أن (68 % و77 %) من النساء المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب وغير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة في محافظة جرش لم يتلقين مشورة أو معلومات عن تنظيم الأسرة من عاملة صحية ميدانية أو عندما كن في مرفق صحي خلال السنة الماضية. وقد أشار المشاركون في مجموعات النقاش المركز إلى غياب التثقيف الصحي والتوعية الجنسية. ومن الأمثلة على ذلك عند مراجعة الزوجة للحصول على وسائل تنظيم الأسرة لا يطلب منها إحضار زوجها معها ليتم شرح مختلف الوسائل لهما ولإقناع الزوج مما يؤثر على إستمرار إستعمال الوسائل المختارة. وأشاروا أيضاً إلى غياب التوعية بأهمية الرضاعة الطبيعية والإعتناء بالطفل بعد الولادة من قبل الطاقم الصحي وإلى أن المعلومات التي يحصلون عليها من الأمهات والصديقات ومن بعضهن ليست مبنيةً على أسس صحية.

• الوضع التغذوي للنساء والأطفال

إن (47%) من النساء في سن الإنجاب في محافظة جرش (مقارنة ب 43 % على المستوى الوطني) عندهن فقر دم (معظمه خفيف؛ 39%). وبين أطفالهن في عمر (6-59 شهر) تبلغ نسبة فقر الدم (38%) (24% فقر

دم خفيف) قياساً ب (32%) على المستوى الوطني، وبينما حوالي (3%) من النساء في سن الإنجاب في محافظة جرش يعتبرن نحيلات (كتلة الجسم < 18.5)، (52%) منهن عندهن زيادة وزن أو سمنة (كتلة الجسم ≤ 25) مقارنة ب (54%) على مستوى المملكة، منهن (27%) لديهن زيادة وزن والربع الباقي لديهن سمنة (كتلة الجسم ≤ 30).

- **الفوائد الطبية وغير الطبية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية**

يشكل إعتلال الصحة الجنسية والإنجابية (32%) من العبء العالمي للمرض بين النساء في سن الإنجاب و18% من إجمالي العبء العالمي إستناداً إلى تحليل التقديرات الأخيرة لسنوات الحياة المعدلة حسب الإعاقة[9] (DALYs)، ويمكن لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الفعالة أن توفر نسبة كبيرة من سنوات العمر المفقودة المعدلة حسب الإعاقة كل عام، وتعود بفوائد كبيرة للمرأة والأسرة والمجتمع، وبالتالي من المهم لواضعي السياسات والمخططين أن يأخذوا في الحسبان حقيقة أنه على عكس الإحتياجات في العديد من الجوانب الأخرى للصحة، فإن الوقاية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية هي حاجة مدى الحياة.

ساهمت التحليلات التي تم إجراؤها في مشروع العبء العالمي للمرض، ومشروع أولويات مكافحة الأمراض في البلدان النامية، وتقرير التنمية العالمية للبنك الدولي لعام 1993، وتقرير لجنة الإقتصاد الكلي والصحة، في تحديد فوائد التدخلات الصحية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في ثلاثة مجالات رئيسية: خدمات منع الحمل، وخدمات صحة الأم والخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، وغيرها من مشاكل أمراض النساء والمسالك البولية، والتي لخصصها تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان ومعهد آلان جوت ماشر[10] وقسم فوائدها إلى فئتين: فوائد طبية وأخرى غير طبية على ثلاثة مستويات (الفرد والعائلة والمجتمع)، ونبرزها هنا لبيان أهمية التدخلات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في محافظة جرش، كما هو مبين في الملحق .

السياسات المقترحة للإرتقاء بمستوى مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة في محافظة جرش

للإرتقاء بمستوى الصحة الجنسية والإنجابية في محافظة جرش يقترح هذا الملخص مجموعة من السياسات الإجرائية التي يمكن تصنيفها تحت ثلاثة عناوين أو سياسات رئيسية وعلى النحو التالي :

السياسة الأولى	**رفع مستويات معرفة المجتمعات المحلية حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية وحقوق النساء والتي ظهر أن المعرفة عنها متدنية أو غير صحيحة .**

9- سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (DALYS) هو مقياس لعبء المرض العام، يعبّر عنه بالعدد التراكمي للسنوات الضائعة نتيجة الوفاة المبكرة والعدد التراكمي لسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب اعتلال الصحة، والإعاقة.

10- The Alan Guttmacher Institute and the United Nations Population Fund, 2003, Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care.

ونقترح تحت هذه السياسة البدائل أو الأنشطة التالية :

- التنسيق والتعاون بين المؤسسات الرسمية والمنظمات غير الحكومية الموجودة في المحافظة لإستغلال المناسبات الدولية ذات الصلة لتنظيم ندوات في المجتمعات المحلية يتناول خلالها المتحدثون في كل ندوة موضوعاً محدداً خاصة الأمراض المنقولة جنسياً، زواج الأقارب، الفحص الطبي قبل الزواج، زواج الفتيات قبل سن 18 سنة، العنف الأسري والصمت عنه، حقوق المرأة.
- بما أن هذه الدراسة قد أظهرت بجلاء أن قرار الزواج المبكر والزواج من الأقارب، وقرار الإنجاب المبكر والمتعدد بعد حصول الزواج يعود في معظمه إلى ضغوط وتأثيرات الوالدين والكبار على الفتيان والفتيات قبل الزواج وبعده، لذا يصبح من الضروري أن تخصص أنشطة ورسائل تستهدف هذه الشرائح المؤثرة خاصة في بعض القرى والمخيمات في المحافظة التي ظهر فيها شيوع مثل هذه المواقف والأعراف والسلوكات.
- قيام قسم الصحة المدرسية في مديرية الصحة ومديرية التربية والتعليم بوضع وتنفيذ برنامج سنوي يتضمن أنشطة لا منهجية منتظمة بالتعاون مع المرشدين/ات في المدارس الثانوية لرفع وعي الطلاب والطالبات حول الأمراض المنقولة جنسياً، مخاطر زواج الفتيات قبل سن 18 سنة، العنف الأسري والصمت عنه.
- قيام مديرية الشباب في المحافظة بتضمين برنامج عملها السنوي أنشطة تتعلق بقضايا الصحة الجنسية للشباب بالتنسيق مع مديرية الصحة وبمساهمة من الأطباء من الجنسين العاملين في القطاع العام والخاص في المحافظة.
- التنسيق بين مديرية الصحة والتنمية الاجتماعية والجمعيات الدولية والمحلية العاملة في المخيمات وبين اللاجئين لتنظيم أنشطة توعية لهذه المجتمعات المحلية حول الزواج المبكر للفتيات وتنظيم الأسرة والعنف الأسري.
- تكثيف جهود إضعاف ثقافة الصمت عن العنف الأسري بين الضحايا، عن طريق الإستمرار في رفع قدرات العاملين في فرع إدارة حماية الأسرة في المحافظة من أجل ترسيخ مبدأ السرية والخصوصية في عملهم ولقيامهم بأنشطة لزيادة الوعي بعواقب ممارسة العنف الأسري على مرتكبيه وعلى ضحاياه ولتشجيع ضحاياه على الإبلاغ عنه وسعيهم لطلب العون .

السياسة الثانية

إستغلال الفرص العديدة المهدورة لتقديم المشورة و/أو الخدمات المتصلة بالصحة الإنجابيةوالجنسية للشرائح السكانية التي هي بأمس الحاجة إليها.

ونقترح تحت هذه السياسة البدائل أو الأنشطة التالية:

- إستقصاء سبب عدم عمومية الفحص الطبي قبل عقد القران وتوسيع مجاله من أجل إستغلاله من قبل المؤسسات المعنية في المحافظة (مديريات الصحة والتنمية الاجتماعية والأوقاف) لتقديم المعلومات عن القضايا الإنجابية التي تهم المقبلين على الزواج وتكوين أسرة.
- إلى أن يتم إدماج موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية والنوع الاجتماعي في مناهج التعليم الثانوي والجامعي المقررة للشباب، يتعين على مديرية الصحة

المدرسية في وزارتي الصحة والتربية التعليم وكذلك وزارة الشباب والجامعات المحلية أن تعمل وبالتنسيق فيما بينها من أجل ابتكار برنامج سنوي ينفذه "الأقران" من بينهم لزيادة معرفة الشباب بهذه الموضوعات.

- إشراك مديرية التنمية الإجتماعية في المحافظة للتعاون مع المحاكم الشرعية من أجل إجراء تقييم مسبق لدواعي عقد قران الفتيات قبل سن 18 سنة قبل إتمام هذا القران.

- إقتراح فكرة بعنوان "هذه قصتي لا تكرري خطائي" لسماع تجربة الفتيات اللواتي تزوجن قبل سن 18 في المدارس ودور القران وتجمعات الفتيات والجمعيات، ويمكن تنفيذه من قبل مؤسسات المجتمع المدني.

- إقتراح فكرة "التعليم حقي" تتبناها وزارة التربية لتشجيع البنات على إكمال التعليم الثانوي وما بعده ورفض الزواج دون سن الثامنة عشر برفع وعيهن بمخاطر بمثل هذه الممارسات غير الآمنة ذات الصلة بالصحة الإنجابية.

- التعاون بين مكتب التنمية الاجتماعية ومديرية الأوقاف والمنظمات المحلية والدولية في المحافظة لإستقصاء إجراءات إتمام عقود الزواج في المجتمعات المحلية التي يقطنها غير الأردنيين من سوريين وغيرهم، وإعداد تقرير عن هذا النشاط يرفع للإدارة المحلية ولوزارة الأوقاف .

- توجيه العاملين الصحيين المعنيين لإستغلال الفرص العديدة التي تكون فيها الأمهات مترددات على المرافق الصحية لأي سبب من أجل إستغلال هذه الزيارات لتقديم المشورة والمعلومات و/أو الخدمة المتصلة بالرضاعة الطبيعية وبتنظيم الإنجاب والولادة، وبصورة خاصة استهداف من لديهن حاجة إلى ذلك وتلبيتها وهن :

- غير الحوامل اللواتي لم يسبق أن إستخدمن أي وسيلة حديثة لتنظيم الحمل والإنجاب ؛

- المستخدمات حالياً للوسائل التقليدية؛

- الراغبات في التوقف عن الإنجاب وغير مستخدمات حالياً لوسائل تنظيم الإنجاب؛

- الراغبات في تأجيل المولود التالي لمدة يرغبنها؛

- الحوامل في الأشهر الأخيرة من الحمل لزيادة فرص لجؤهن للرضاعة الطبيعية البحتة؛

- الحوامل الراغبات في ولادة قيصرية؛

- حديثات الولادة قبل مغادرة مستشفى الولادة لزيادة فرص لجؤهن للرضاعة الطبيعية البحتة وإستعمال وسائل تأجيل الحمل التالي والتي لا تتعارض مع الرضاعة؛

- اللواتي يرغبن في تلقي المشورة والخدمة من مقدم خدمة أنثى؛

- الأمهات من الشرائح الأفقر لأنهن أكثر إنجاباً وأشد رغبةً في إنجاب المزيد؛

- الأمهات الأقل تعليماً لتلبية رغباتهن الإشد في التوقف عن الإنجاب؛

- الأمهات غير الأردنيات لأنهن الأكثر إنجاباً؛

- الأمهات ممن هن في فترة النفاس المترددات من أجل تلقي مولودهن الجديد المطعوم الأول.

- ابتكار وسائل لإيصال المشورة حول الصحة الإنجابية والجنسية للرجال المتزوجين والعزاب في أماكن عملهم خاصة في التجمعات العمالية الكبرى.

السياسة الثالثة	تعزيز الحماية والتمكين للفتاة والمرأة.

ونقترح تحت هذه السياسة البدائل أو الأنشطة التالية :

- تكليف مكتب إدارة حماية الأسرة في المحافظة بإصدار تقرير يرفع إلى مديرية التنمية الاجتماعية عن عدد ضحايا العنف الأسري التي راجعت المكتب مصنفة حسب : الجنس والجنسية وفئات العمر والحالة الزواجية ونوع الإعتداء وصلة المعتدي بالضحايا .
- قيام مديرية الأوقاف في المحافظة بتوجيه الوعاظ ومقدمي الدروس الدينية في المساجد المحلية لتخصيص مزيد من أنشطة الوعظ والدروس لتناول موقف الإسلام من (أ) الزواج قبل سن 18 سنة ؛ (ب) زواج الأقارب وتغريب النكاح؛ (ج) الطلاق؛ (د) التمييز بين الجنسين وتفضيل الذكور؛ (ه) العنف الأسري (و) توزيع الميراث قبل وبعد وفاة المورث.
- تزويد القضاة الشرعيين بنشرة عن ملكية النساء للعقارات في المحافظة كي ينظروا كيف يمكنهم أن يساعدوا في تغيير حالة الملكية هذه من خلال التأكد من حصول الفتيات والنساء والقاصرات على حقوقهن الشرعية في الميراث عند إصدار حجج حصر ميراث المتوفي أو حجج التخارج بين الورثة.
- عقد إجتماعات بين المسؤولين في مكتب العمل وفي المحافظة وممثلين عن مؤسسات القطاع الخاص في المحافظة للإطلاع على حجم عمالة النساء في هذه المؤسسات وسبل زيادتها و/أو إستمرار الموجود منها.
- قيام مكتب العمل في المحافظة بالعمل مع مكتب الضمان الإجتماعي في المحافظة لإعداد تقرير عن حجم إنسحابات النساء من العمل بالتوقف عن الإشتراك في برامج الضمان الاجتماعي أو بالتقاعد المبكر و/أو بتسلم تعويض الدفعة الواحدة عن سنوات الخدمة الخاضعة للضمان الاجتماعي.
- قيام أعضاء مجلس الإدارة المحلية في المحافظة بالعمل مع وزارة الإستثمار لضمان حصول المحافظة على نصيب من مشروعات المستثمرين الجدد المشغلة والمؤهلة للفتيات.
- التوصية بالنظر في تعديل قانون الأحوال الشخصية من أجل أن يتم إبلاغ الزوجة الأولى وجاهياً بنية زوجها عقد قرانه على زوجة ثانية قبل عقد القران وليس بعده كما يجري حالياً.

ملحق يبين الفوائد الطبية وغير الطبية لخدمات الصحة الجنسية والانجابية[11]

أولاً : أمثلة على الفوائد الطبية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية

خدمات تنظيم الأسرة	خدمات صحة الأم	الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة بالإتصال الجنسي والعناية بأمراض النساء والمسالك البولية
تساعد على المباعدة ما بين المواليد مما يؤدي إلى : • إنخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال. • إنخفاض خطر الإصابة بفقر الدم للأمهات. • مزيد من الوقت للرضاعة الطبيعية، مما يحسن صحة الرضيع وبقائه على قيد الحياة.	توفر رعاية ما قبل الولادة : • التثقيف والإرشاد حول السلوكيات الصحية والنظام الغذائي والتغذية • فرصة للتدخل السريع في حالة حدوث مضاعفات . • فرصة لإدارة الظروف المستمرة مثل إرتفاع ضغط الدم وفقر الدم وإلتهاب الكبد والسل وأمراض القلب والأوعية الدموية .	• الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة بالإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. • إنقاذ الأرواح والوقاية من اعتلال الصحة • تقليل إنتقال العدوى بين الزوجين ومن الأمهات إلى الرضع. • يقلل من الإصابة بالعقم. • زيادة العمر الإنتاجي.
منع حالات الحمل عالية الخطورة بين : • صغار المراهقات. • النساء في أواخر الثلاثينيات والأربعينيات من العمر. • النساء اللواتي أنجبن الكثير من الولادات. • النساء المصابات بحالات طبية موجودة من قبل.	رعاية الولادة تقلل من إحتمال وشدة : • النزيف. • العدوى. • ناسور الولادة. • سلس البول أو البراز. • مرض إلتهاب الحوض.	الوقاية والعلاج من مرض السيلان يقلل من : • تسمم الدم وإلتهاب المفاصل وإلتهاب بطانة القلب عند الرجال. • مرض التهاب الحوض والعقم عند النساء • إلتهابات العيون والعمى عند الرضع.
منع الإجهاض غير الآمن الناتج عن الحمل غير المرغوب فيه، وبالتالي تقليل وفيات الأمهات وإعتلال الصحة والعقم.	تساعد زيارات ما بعد الولادة في : • تقليل العدوى. • زيادة الرضاعة الطبيعية. • تحسين التغذية.	الوقاية من فيروس الورم الحليمي البشري وعلاجه يقلل من إنتشار الثآليل التناسلية وسرطان عنق الرحم.
الحد من وفيات الأمهات والرضع وإعتلال الصحة الناتجة عن الولادات غير المرغوب فيها.	تقلل العناية بمضاعفات الإجهاض غير الآمن من معدل الوفيات وشدة الأمراض اللاحقة، وتعزز إستخدام موانع الحمل اللاحقة.	يمكن للعناية بأمراض النساء والمسالك البولية أن تمنع أو تقلل من إعتلال الصحة والوفاة من سرطان عنق الرحم والثدي والبروستاتا وبطانة الرحم، والأورام الليفية وأورام المبيض، وإلتهابات الجهاز التناسلي، والعجز.

11- The Alan Guttmacher Institute and the United Nations Population Fund, 2003, Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care

ثانياً : أمثلة على الفوائد غير الطبية

أمثلة على الفوائد غير الطبية لخدمات تنظيم الأسرة		
فـــــــرد	الأســـــــرة	المجتمـــــــــع
زيادة الرضا عن الحياة.	زيادة قدرة المرأة على الرعاية الأسرية.	إنتاجية أعلى ودخل أفضل.
قلق أقل من الحمل غير المخطط له.	علاقات زوجية أقوى وأكثر إستقراراً.	عبء مجتمعي أقل لرعاية الأطفال المهملين.
زيادة إحترام الذات والفعالية، خاصة بالنسبة للنساء.	تعزيز إتخاذ القرارات الأسرية المشتركة.	تقليل عدم المساواة بين الرجل والمرأة.
مزيد من سلطة اتخاذ القرار للمرأة.	تمييز أقل ضد الأطفال الإناث.	نمو إقتصادي سريع من خلال "النافذة الديموغرافية".
مزيد من الوقت مع الأطفال.	مزيد من الإهتمام والرعاية الأبوية لكل طفل .	زيادة المدخرات والإستثمار.
فرص أكبر في التعليم والتوظيف للمرأة والفتاة.	زيادة دخل الأسرة.	تحسين الإنتاجية.
تحسين الوضع الإجتماعي للمرأة وزيادة مشاركتها الاجتماعية والسياسية.	تحسين نفقات الأسرة لكل طفل في الصحة والتغذية والتعليم.	انخفاض الإنفاق العام على التعليم، والرعاية الصحية والخدمات الإجتماعية الأخرى.
ضمان مالي أكبر للمرأة .	خفض عدد الأطفال الأيتام.	
إنتاجية ودخل أعلى.	تحسين الظروف المعيشية للأسرة من خلال إزدحام أقل في المسكن.	
أمثلة على الفوائد غير الطبية لخدمات صحة الأم		
فـــــــرد	الأســـــــرة	المجتمـــــــــع
الحد من إكتئاب ما بعد الولادة وذهان النفاس.	مزيد من الوقت للأمهات لرعاية أطفالهن.	إنخفاض معدل وفيات الأمهات النفاسية.
الحد من وصمة العار المرتبطة بالعقم، الإجهاض وناسور الولادة.	تقليل وفيات الأمهات وإنخفاض عدد الأطفال اليتامى.	إنخفاض تكاليف مضاعفات رعاية صحة الأم.
زيادة الإنتاجية والدخل.	إرتفاع دخل الأسرة ومدخراتها.	إنتاجية وإستثمار أعلى، زيادة معدل النمو الإقتصادي.
أمثلة: الفوائد غير الطبية للخدمات ذات الصلة بالعدوى المنقولة جنسيًا وغيرها من رعاية أمراض النساء والمسالك البولية		
فـــــــرد	الأســـــــرة	المجتمـــــــــع
الوقاية من العقم.	دعم أفضل للأسر من خلال الآباء الأصحاء .	إنخفاض عدد الأطفال الأيتام.
علاقات جنسية أقوى وأكثر استقراراً.	عدد الأيتام أقل.	إنخفاض عدد الأسر المحتاجة لدعم.
الحد من وصمة العار المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والعقم.	زيادة دخل الأسرة ومدخراتها.	إنتاجية وإستثمار أعلى.
زيادة قدرة الأشخاص المصابين على العمل وكسب الدخل.		خفض الإنفاق العام من خلال الوقاية من الأمراض المنقولة بالإتصال الجنسي، بدلا من الإنفاق على العلاج.

المراجع باللغة العربية

1. المجلس الأعلى للسكان/شير-نت الأردن، 2021. تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية وديناميات النوع الاجتماعي على الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة والفتاة في محافظة جرش .

2. دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017 .

3. دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2012.

4. وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات لعام 2019.

5. وزارة الصحة، التقرير الوطني لوفيات الأمهات 2018.

المراجع باللغة الإنجليزية والمواقع الإلكترونية

1. Juan, Christina. 2020. Fertility Preferences and Contraceptive Behaviors among Ever-married Women and Men:An Analysis of the 2017-18 Jordan Population and Family Health Survey. DHS Further Analysis.

2. Reports No. 139. Rockville, Maryland, USA: ICF.

3. The Alan Guttmacher Institute and the United Nations Population Fund, 2003, Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care.

4. https://www.statcompiler.com/en/.

5. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

6. https://help.unhcr.org/jordan/frequently-asked-questions-faqs-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D8%A6%D9%84%D8%A9.

7. https://dhsprogram.com/publications/publication-AB19-Analysis-Briefs.cfm.

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

Share-Net
منصة المعرفة
للصحة الجنسية والانجابية – الأردن

https://share-net-jordan.org.jo/
https://www.facebook.com/shareNetJordan
https://twitter.com/sharenetjo
https://www.instagram.com/share_net_jo/
https://www.linkedin.com/in/share-net-jordan-9703a41a1/

عمان - شارع المدينة المنورة
شارع فائق حدادين - مبني رقم 13
هاتف : 00962-6-5560748
فاكس: 00962-6-5519210
ص.ب 5118 عمان 11183 الأردن
www.hpc.org.jo
Facebook.com/hpcjo
Twitter@HPC_jordan
Youtube.com/hpcpromise
linkedin.com/in/hpcjo
https://www.instagram.com/Hpcjo