المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلّد 6، العدد 1، 2013

المحددات المباشرة لاستقرار مستويات الإنجاب في الأردن 2002-2009*

عيسى سليم المصاروه **

ملخّص

استعانت الدراسة ببيانات من المسح الديموغرافي والصحي لعامي 2002 و 2009 للكشف عن الأسباب المباشرة التي وقفت وراء استقرار مستويات الإنجاب في الأردن خلال هذه الفترة، فقد وظفت الدراسة المتغيرات الوسيطة في تفسير أسباب ثبات مستويات الإنجاب في الأردن. وأظهرت النتائج أن ارتفاع نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة لم يكن كافياً ليوازن التأثير الموجب للارتفاع الذي حصل في نسبة المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب، إذ إن الارتفاع قد حصل في استعمال الوسائل التقليدية القليلة الفعالية وليس الحديثة. أما التغيرات التي حصلت في مدة العقم المؤقت بعد الولادة وتعدد الزوجات والعقم المرضي وفي التركيب العمري للإناث في سن الإنجاب؛ فلم تكن هي المسؤولة عن استقرار مستويات الإنجاب في المجتمع الأردني. وعرضت الدراسة التباينات في مستوى الإنجاب وفي المتغيرات المباشرة المؤثرة فيه حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسر الأردنية، وأختتمت الدراسة بالإجراءات التي يتعين القيام بها من أجل بلوغ الأهداف الديموغرافية للدولة الأردنية.

الكلمات الدالة : الأردن، معدل الإنجاب الكلي ، المحددات المباشرة للإنجاب.

المقدمة

الإنجاب هو العنصر الأهم الذي يحدد حجم السكان وسرعة نموهم وتركيبهم العمري الحالي والمستقبلي، فإذا كان نصف سكان الأردن اليوم هم دون سن العشرين فإن ذلك يعني أنه قد أنجب ثلاثة ملايين مولود في الأردن في العشرين سنة الماضية. يعود الاهتمام بقياس مستوى الإنجاب وتباينه ومتابعة تغيره في الأردن إلى بداية عقد السبعينيات عندما تم إجراء المسح الوطني للخصوبة الوطني عام 1972 وتلاه المسح العالمي للخصوبة عام 1976. وأشارت نتائج هذا المسح الأخير وما تلاه من مسوح حتى يومنا هذا إلى أنه قد حصل انخفاض ملحوظ في مستوى الإنجاب في الأردن في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين المنصرم (انظر الشكل رقم 1)، عندما انخفض معدل الإنجاب الكلي بمقدار النصف متناقصاً من أكثر من سبعة مواليد للمرأة الواحدة إلى 3.6 مولود حسب مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2002. ولكن مستوى الإنجاب منذ تلك السنة قد ارتفع، حيث أظهر أخر مسح للسكان والصحة الأسرية لعام 2009 أن معدل الإنجاب الكلي الحالي قد بلغ 3.8 مولود للمرأة الواحدة (الشكل رقم 1 أيضاً)، وهو بذلك يكون أعلى من المعدل المسجل في المسحين السابقين (لعامي 2002 و 2007)، وأعلى من المستوى المتوقع حسب الاتجاهات الماضية وأعلى من المستوى المستهدف في خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية والأجندة الوطنية.

شكل رقم (١): معدل الإنجاب الكلي الحالي والمكتمل

المصدر: مسوح السنوات المذكورة

* أجري هذا البحث خلال إجازة التفرغ العلمي الممنوحة للباحث من الجامعة الأردنية

** أستاذ – قسم الاجتماع، كلية الآداب – الجامعة الأردنية.

تاريخ استلام البحث 2011/5/15 وتاريخ قبوله 2012/4/18.

© 2013 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

لقد وضعت الإستراتيجية الوطنية للسكان (2000-2020) في الأردن بين أهدافها مواصلة مستوى الإنجاب انخفاضه بصورة مضطردة ليصل إلى 2.9 عام 2010 وإلى أقل من 2.5 مولود للمرأة الواحدة (الاجندة الوطنية، 2007) بحلول عام 2020 ، وافترضت أن هذا يمكن أن يحدث بصورة أساسية عن طريق تزايد مستوى استعمال وسائل تنظيم الأسرة من قبل الزوجين، مع بقاء العوامل الأخرى المباشرة المؤثرة في الإنجاب، خاصة نسبة المتزوجات بين الإناث في سن الإنجاب على حالها. إلا أن مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009 أظهر أن هذه الأهداف المرجوة بعيدة المنال، فلم يطرأ انخفاض في مستويات الإنجاب منذ بداية الألفية الثالثة، ولم ترتفع نسبة استعمال موانع الحمل الحديثة إلى المستوى المستهدف، ولم تبق نسبة المتزوجات القادرات على الإنجاب ثابتة، بل ارتفعت كما ستظهره التحليلات اللاحقة.

ولم يكن استقرار مستوى الإنجاب مقصورا على الأردن فقد ظهرت مؤخراً اتجاهات مماثلة في دول أخرى مثل مصر وبنغلادش وكوستاريكا، ففي مصر مثلاً، أظهر المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008 أن مستوى الإنجاب لم ينخفض كثيراً عما سجل في المسوح السابقة، على الرغم من وجود نسبة من المتزوجات ما زلن يرغبن في تأجيل الحمل أو التوقف عنه (Kent, 2008)، وما زالت هذه القضية قيد الدراسة حالياً من قبل الباحثين في مصر. أما في كوستاريكا فقد أُرجعت ظاهرة ثبات مستوى الإنجاب إلى الوضع الاجتماعي-الاقتصادي للمرأة على نحو خاص وإلى الأوضاع الاجتماعية-الاقتصادية على نحو عام، وإلى غياب الالتزام الحكومي بتوفير خدمات كافية لتنظيم الأسرة تتناسب مع الطلب عليها، ونقص التثقيف الجنسي، والتأثير القوي للكنيسة الكاثوليكية (Holl Kareu, 1994). وحدث أمر مماثل في بنغلادش، فمنذ عام 1993 لم يطرأ تغير في مستوى الإنجاب هناك بالرغم من الزيادة التي حصلت في نسبة المتزوجين المستعملين لموانع الحمل، وعُزي هذا الأمر إلى تناقص تأثير الرضاعة الطبيعية في الإنجاب، ومن ثَمّ قصر المدة بين الأحمال، وبطء انخفاض مستوى وفيات الأطفال، والقوة الدافعة من قبل صغار السن المترتبة على مستويات الإنجاب العالية في الماضي (Mazharul, 2007).

إن ظاهرة استقرار مستوى الإنجاب في الأردن تستدعي- كما استدعت في دول أخرى- الحاجة إلى النظر المتفحص في مستويات الإنجاب وتغيرها وتباينها وفي العوامل المباشرة المسؤولة عن استقرارها في العقد الأخير، أي النظر في ما يعرف "المتغيرات الوسيطة أو المحددات المباشرة" التي تؤثر مباشرة في الإنجاب وعلى رأسها مستوى استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين المتزوجين وأنماط الزواج ضمن السياق الاجتماعي وما فيه من معيقات تعرقل الوصول إلى المؤشرات المستهدفة. وبصورة محددة يتطلب الأمر مراجعة معدل الإنجاب الكلي وتقييمه وتباياته ومعدلات الإنجاب حسب العمر ومستويات وتباينات استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية وتباياتها ونسب من سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً، للوصول إلى تفسير لثبات ارتفاع مستويات الإنجاب فوق المستوى المرغوب من قبل الأسرة والدولة على حد سواء والبالغ ثلاثة مواليد للزوجين بحلول عام 2017، حسب خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية التي أعدها المجلس الأعلى للسكان.

الأهداف والمنهجيات

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن سؤال أساسي هو: ما هي الأسباب المباشرة وراء استقرار مستويات الإنجاب في الأردن في العقد الماضي من القرن الحالي، وهي الفترة بين مسح السكان والصحة الأسرية لعامي 2002-2009؟ إن التساؤل الرئيس الذي تحاول هذه الدراسة الإجابة عنه هو "لماذا لم ينخفض معدل الإنجاب الكلي في الأردن في السنوات السبع الأخيرة كما كان متوقعاً، وكيف تفاعلت المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية فأدت إلى هذه النتيجة؟". وللإجابة عن هذه التساؤلات، عمدت هذه الدراسة إلى مقارنة نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009 في ما يتعلق بمستويات الإنجاب وتنظيم الأسرة والزواج وأنماطها وتبايناتها بالمستويات السابقة المسجلة في مسح 2002؛ وذلك من أجل فهم هذه التغيرات التي حصلت واقتراح ما يمكن عمله لتضيق الفجوات بين المؤشرات الإنجابية المسجلة والمؤشرات المستهدفة.

وبصورة محددة تهدف الدراسة إلى:

(1) قياس التغير في مستويات الإنجاب في الأردن واتجاهه خلال الفترة موضوع الدراسة، وتباينه حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة.

(2) معرفة مدى تأثير المحددات المباشرة المؤثرة في الإنجاب وقياسه في الأردن في عام 2002 و 2009 والتي تسببت في ثبات مستويات الإنجاب خلال الفترة موضوع الدراسة، ويتضمن ذلك قياس الأهمية النسبية لهذه المحددات المباشرة.

(3) التعرف الى تأثير المحددات المباشرة في الإنجاب والتغير الذي حصل في هذا التأثير بين عامي 2002 و 2009، ومثل هذا التغير قد يجيب عن التساؤل الرئيس المتعلق باستقرار مستويات الإنجاب خلال الفترة الزمنية موضوع الاهتمام.

(4) اقتراح التوصيات العملية الكفيلة بتحقيق تغير في مستويات الإنجاب في الاتجاه المرغوب.

وتستند هذه الدراسة في منهجياتها على الأساليب الآتية:

(1) أسلوب المتغيرات أو المحددات المباشرة – يعتمد هذا الأسلوب أساساً على الإطار النظري المعروف باسم "المتغيرات الوسيطة" التي وضعها كل من K. Davis and J. Blake عام 1956 (Davis and J. Blake, 1956)، اذ بينا فيه أن المتغيرات الاجتماعية إنما هي مؤثرات غير مباشرة، فهي تؤثر في مستويات الإنجاب من خلال 11 متغيراً مباشراً أو وسيطاً. وتوزعت هذه المتغيرات الوسيطة عندهم على ثلاث مجموعات من المتغيرات هي: (أ) متغيرات الاتصال الجنسي (ب) متغيرات الحمل (ج) متغيرات الولادة.

وفي محاولات لاحقة استطاع J. Bongaarts عام 1978 (Bongaarts, 1978) أن يحول هذا الإطار النظري إلى إطار عملي وتطبيقي سماه إطار المحددات المباشرة Proximate Determinants للإنجاب، كما استطاع اختصار عدد المتغيرات المباشرة إلى سبعة متغيرات، واختصرها في ما بعد إلى أربعة متغيرات عدها مسؤولة عن أكثر من 90% من التباينات في الإنجاب بين دول العالم. وهذه المتغيرات الأربعة هي الزواج وتنظيم الأسرة والعقم المؤقت المصاحب للإرضاع الطبيعي والإجهاض المتعمد، كما طور Bongaarts معادلات توافر مؤشرات كمية تقيس تأثير المتغيرات المباشرة في الإنجاب، التي نعرضها باختصار هنا كواحدة من منهجيات الدراسة، ويتراوح كل مؤشر منها بين صفر وواحد صحيح، وكلما اقترب المؤشر من واحد صحيح دل ذلك على قلة تأثير المتغير المباشر في الإنجاب والعكس صحيح.

(أ) مؤشر الزواج (C_m)

يحسب هذا المؤشر بضرب مجموع نسب المتزوجات حسب العمر $m_{(a)}$ بمعدلات الإنجاب الزواجي حسب العمر $g_{(a)}$، ويقسم الناتج على مجموع معدلات الإنجاب حسب العمر، كما في المعادلة الآتية:

$$C_m = \{ \sum m_{(a)} * g_{(a)} \} / \sum g_{(a)}$$

وإذا تعذر الحصول على هذه المعلومات يمكن الاستعاضة عنها بنسبة المتزوجات حالياً بين النساء اللواتي في سن الإنجاب. إن الغاية من هذا المؤشر هي الأخذ بالحسبان تأثير الفترة التي تكون فيها النساء غير معرضات للاتصال الجنسي، ومن ثَمَّ غير معرضات للحمل باعتبارهن غير متزوجات.

(ب) مؤشر تأثير استخدام موانع الحمل (C_c)

$$C_c = 1 - 1.08 * u * e$$

حيث u هي معدل أو نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين المتزوجين، e هي متوسط فعالية هذه الوسائل المستعملة، وهو متوسط مرجح بنسبة استعمال كل وسيلة في المجتمع، 1.08 هو معامل تصحيح ادخل لاستبعاد تأثير النساء غير القادرات على الإنجاب لسبب أو لآخر.

(ت) مؤشر تأثير عقم ما بعد الولادة (C_i)

$$C_i = 20 / (18.5 + i)$$

حيث 20 هو متوسط مدة المباعدة بين المواليد بالأشهر في حالة وجود الرضاعة الطبيعية مقسوم على متوسط مدة المباعدة بين المواليد عند غياب الرضاعة الطبيعية مضافاً إليه (i) وهي متوسط مدة انقطاع الحيض بالأشهر بعد الولادة. وينصح باستعمال الوسيط بدل المتوسط عندما يكون توزيع مدة الرضاعة الطبيعية ملتوياً حيث هناك عدد قليل من الأمهات يرضعن فترات طويلة كما هي الحال في الأردن. والغاية من هذا المؤشر هي قياس تأثير الفترات الطويلة لانقطاع الحيض بعد الولادة كدليل على غياب القدرة على الحمل خلال هذه المدة.

(ث) مؤشر تأثير العقم (C_s)

$$C_s = (7.63 - 0.11 * s) / 7.3$$

حيث s هي نسبة النساء اللواتي وصلن إلى الفئة العمرية

45-49 سنة ولم ينجبن أي مولود قط، ووفقاً لهذه المعادلة تكون قيمة هذا المؤشر تساوي واحد صحيح، إذا كانت نسبة النساء اللواتي لم ينجبن اطفالا هي 3%، وأي نسبة فوق هذا المستوى مردها إلى عقم مرضي. إن الغاية من هذا المؤشر هي قياس تأثير العقم الأولي والثانوي في خفض مستوى الإنجاب في المجتمع.

(ج) مؤشر تأثير الإجهاض المتعمد (C_a)

$$C_a = TFR / \{ TFR + 0.4 * (1 + u) * TAR \}$$

حيث TFR هي معدل الإنجاب الكلي (مقاساً بعدد المواليد المتوقع للمرأة الواحدة خلال حياتها)، u هي معدل أو نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين المتزوجين، TAR هي معدل الإجهاض الكلي. أما الحد الموجود في المعادلة (1+u) * 0.4 فيشير إلى أن إجهاض حمل واحد لا ينقص مستوى الإنجاب الكلي بمقدار مولود واحد بل بأقل من ذلك بقليل لأن الإجهاض في حد ذاته يقصر المدة بين الأحمال لانتفاء تأثير الرضاعة الطبيعية وقصر مدة انحباس الحيض بعده قياساً بالمدة بعد المولود الحي. ولا تتوافر معلومات دقيقة عن الإجهاض المتعمد في الأردن، وسنبين ذلك في ما بعد. لذا قد يتعذر تقدير تأثير هذا المؤشر في الإنجاب.

ولقياس تأثير المحددات المباشرة للإنجاب ستقوم الدراسة باستخدام بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعامي 2002 و2009 لتقدير مؤشر أو مقياس Index لكل واحد من المتغيرات المباشرة الأربعة سالفة الذكر. وذلك بتطبيق المعادلات التي عرضناها أعلاه والخاصة بهذه المتغيرات للعامين المشار إليها. إن تقدير المؤشرات للعامين المذكورين يدل على التأثير النسبي للعوامل المباشرة المؤثرة في الإنجاب في السنتين المذكورتين، ويزودنا بمعلومات عن الأسباب المباشرة التي وقفت وراء استقرار مستويات الإنجاب أو ثباتها خلال الفترة موضوع الدراسة، ويبين التغير الذي حصل في تأثير هذه المحددات خلال الفترة نفسها.

(2) أسلوب الجداول المتقاطعة متعددة المتغيرات (أ)

تم تصميم جداول تمكن من تحليل الإحصاءات عن مستويات الإنجاب واتجاهاتها وتبايناتها حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للأسرة، من أجل النظر في أعراض ركود مستويات الإنجاب (ب)، تم تصميم جداول تساعد في تقييم أنماط المحددات المباشرة للإنجاب وتغيرها خاصة نسب المتزوجات ونسب استعمال موانع الحمل عامة واستعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ضمن المجموعات السكانية التي تشهد مستويات عالية من الإنجاب، وهي العوامل المباشرة التي تؤثر في مستوى الإنجاب كما أسلفنا.

النتائج

أولاً: مستويات الإنجاب وأنماطه واتجاهاته وتبايناته 2002-2009

تشير الإحصاءات المدرجة في الجدول (1) إلى أن السنوات السبع الأخيرة من العقد الماضي لم تشهد انخفاضاً ذا بالٍ في معدل الإنجاب الكلي، بل إن معدل الإنجاب المرغوب عادَ إلى الارتفاع أيضاً، وبذلك بقيت نسبة الولادات المتقاربة ونسبة الحوامل على حالها تقريباً، على الرغم من أن متوسط فترة المباعدة بين المواليد قد ارتفع قليلاً (بمقدار شهر واحد)، وانخفضت نسبة الولادات غير المرغوب فيها، ونسبة الأمهات التي لديهن عدد كبير من الأطفال (8 أطفال على الأقل).

جدول (1) مستويات الإنجاب الكلي بكافة فئاته والمباعدة بين الولادات 2002-2009

معدل الإنجاب الكلي (مولود للمرأة)	2002	2009
المسجل في المسح	3.7	3.8
المكتمل المسجل (للمتزوجات حالياً 45-49 سنة)	6.63	5.94
المثالي المسجل في المسوحات (لمن سبق لهن الزواج)	4.2	4.2
المرغوب المسجل	2.6	3.0
وسيط مدة المباعدة بين الولادات (شهر)	30.1	31.3
% الولادات في السنوات الخمس الأخيرة		
غير المرغوب فيها	33	26
المتقاربة (اقل من سنتين بينها)	34	33
% النساء 45-49 سنة المتزوجات حالياً ممن لديهن		
الحوامل (15-49 سنة)	6.3	6.6
8 أطفال أو أكثر	46	29
10 أطفال أو أكثر	24	12

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها

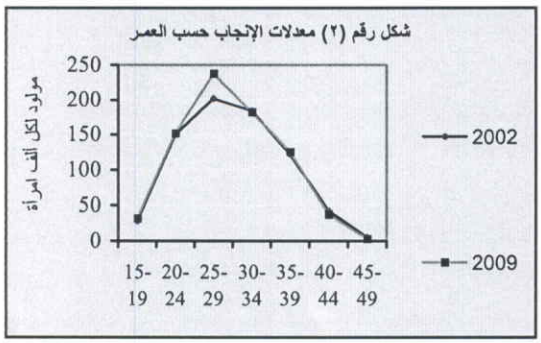
ويوجد حالياً تباين في مستويات الإنجاب بين المجموعات السكانية (الإحصاءات غير مبينة هنا) ، فمعدل الإنجاب الكلي المسجل عام 2009 أعلى من المعدل الوطني للمملكة (البالغ 3.8 مولود للمرأة) في كل من: الريف والبادية وفي إقليم الشمال والجنوب وفي المحافظات كافة عدا العاصمة ومادبا واربد والكرك وبين شرائح السيدات الحاصلات على التعليم الثانوي وما دونه وبين الشرائح الثلاث الأفقر (دائرة الاحصاءات العامة، 2009).

وعلى الرغم من ارتفاع مدة المباعدة الكلية بين الولادات بمقدار شهر واحد في السنوات السبع الأخيرة (الجدول 1)، إلا أن نسبة الولادات المتقاربة جداً لم تتغير تقريباً (33%)، وكان وسيط مدة المباعدة بين المواليد عند شرائح عديدة أقصر من الوسيط الوطني العام للمملكة ككل، وتشمل هذه الشرائح: الأمهات الأصغر عمراً (دون سن 30 سنة) خاصة النساء دون سن العشرين (وسيط المباعدة عندهن 19 شهراً فقط)، وبين المواليد في الترتيب 2 أو 3 ، وبعد المولود الأنثى وبعد المولود الذي توفى، وفي الريف والبادية وإقليم الجنوب والشمال، وفي المحافظات كافة عدا الزرقاء ومأدبا واربد، وبين حملة التعليم الابتدائي والثانوي وبين الشريحتين الأفقر (دائرة الاحصاءات العامة، 2009).

أما في ما يتعلق بتباينات مستوى الإنجاب حسب أعمار النساء، فقد أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009، ارتفاع مستويات الإنجاب لدى النساء في الفئة العمرية 25–29 سنة على نحو ملحوظ خاصة في الحضر مقارنة بالمسح السابق لعام 2002، فيشير الشكل رقم (2) والجدول (3) إلى أن معدلات الإنجاب للفئات العمرية كافة قد انخفضت أو ارتفعت قليلاً على الأقل باستثناء النساء في الفئة العمرية 25 – 29 سنة التي ارتفع انجابهن بنسبة عالية بلغت 18% بين جميعهن (من 202 إلى 238 مولود لكل ألف امرأة)، بينما ارتفعت بنسبة 25% بينهن في الحضر (من 196 إلى 245 مولود لكل ألف امرأة)، كما انخفضت نسبة من لم ينجبن مولودهن الأول حتى الآن في الفئة العمرية 25–29 سنة من 40.2% إلى 35.1% بين العامين المذكورين.

ويبدو أن الاستقرار أو الارتفاع في مستوى الإنجاب الكلي في الأردن في السنوات السبع الأخيرة يمكن أن يعزى إلى صعود معدل الإنجاب عند هذه الفئة العمرية، إذ لو بقي معدل إنجاب هذه الفئة على حاله على الأقل لانخفض معدل الإنجاب الكلي إلى أقل من 3.7، أما لو أنه انخفض لهبط معدل الإنجاب دون ذلك. **فلماذا ارتفعت إنجابية الفئة العمرية 25–29 خاصة في الحضر** ؟ يمكن أن يعزى ارتفاع معدل إنجاب هذه الفئة العمرية عام 2009 مقارنة بعام 2002 أساساً إلى تزامن تغيرات وتلازمها حصلت في المتغيرات المباشرة المؤثرة في الإنجاب، كما هو مبين في الجزء الآتي من هذه الدراسة.

شكل رقم (٢) معدلات الإنجاب حسب العمر



ثانياً: أسباب ثبات مستويات الإنجاب – اتجاهات المحددات المباشرة (الوسيطة)

تؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة في مستويات الإنجاب وأنماطه من خلال عدد من المتغيرات الوسيطة أو المباشرة التي أظهرتها الدراسات السابقة كما أسلفنا أن أهمها أربعة من المتغيرات الستة الآتية: "استعمال موانع الحمل، ونسبة المتزوجات حالياً بين الإناث 15–49 سنة، والعقم الذي يتلو الولادة الذي يصاحب الإرضاع عادة، وممارسة الإجهاض المتعمد، والعقم المرضي، وتكرارات الاتصال الجنسي". وسيتم تناول هذه المتغيرات حسب توافر المعلومات عن كل منها ودرجة تفصيلها، ولكن سنبدأ أولاً بفحص التغيرات التي طرأت على التركيب العمري للإناث في سن الإنجاب لما له من علاقة بحجم الإنجاب ومستوياته خلال العقد الماضي، فربما يكون هو الآخر أسهم في استقرار مستوى الإنجاب.

1) التركيب العمري للإناث

يبين الجدول رقم (2) أن نسبة ما تشكله الإناث في سن الإنجاب إلى مجموع السكان الإناث قد ارتفعت بمقدار نقطتين مئويتين خلال السنوات السبع الماضية، ولكن تركزت هذه

الزيادة بين الإناث في السنوات الأخيرة (35-49 سنة) من حياتهن الإنجابية، وهي سنوات تتميز بانخفاض كبير في القدرة البيولوجية على الحمل والإنجاب مقارنة بالأعمار السابقة لها، وهي بذلك لا يمكن أن تكون مسؤولة عن عدم انخفاض معدل الإنجاب الكلي. وتؤيد الإحصاءات الواردة في الجدول (2 أ) ذلك، ويلحظ أن نسبة الإناث في السنوات الأولى من الحياة الإنجابية قد انخفضت بينما ارتفعت نسبة من هن في المراحل الأخيرة من حياتهن الإنجابية (35-49 سنة) منذ عام 2002 وهي مراحل تتميز بضعف القدرة على الحمل أصلاً، ولهذا أيضاً لا يتوقع أن يكون هذا التغير في التركيب العمري للنساء في سن الإنجاب سبباً في عدم انخفاض مستويات الإنجاب في السنوات السبع الماضية .

ومهما يكن من أمر، فإن عدد النساء المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب قد ارتفع بوتيرة عالية في السنوات السبع الأخيرة بسبب وجود زخم سكاني (Population Momentum) مترتب عن وجود أكثر من مليون طفلة دون سن 15 سنة، الأمر الذي ولد ضغط إضافياً كبيراً على خدمات تنظيم الأسرة، وربما كان لهذا آثار سلبية في معدل استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة.

جدول (2) نسبة الإناث في سن الإنجاب إلى مجموع الإناث في المجتمع

العمر	2002	2009
19-15	11.5	10.8
24-20	9.8	9.2
29-25	8.2	8.5
34-30	7.7	7.6
39-35	5.7	6.2
44-40	4.2	5.9
49-45	3.2	4.1
المجموع	50.3	52.3

جدول (2 أ) التوزيع النسبي للإناث في سن الإنجاب

العمر	2002	2009
19-15	23.2	20.6
24-20	19.3	17.6
29-25	16.3	16.3
34-30	15.4	14.6
39-35	11.1	11.8
44-40	8.4	11.3
49-45	6.2	7.8
المجموع	100.0	100.0
عدد النساء	11,043	17,740

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها

2) نسبة المتزوجات ونسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة

يمكن تفسير الاستقرار في مستويات الإنجاب الكلي في الأردن في السنوات السبع الماضية بالتغيرات المتزامنة التي حصلت في نسبة المتزوجات ومعدل استخدام وسائل تنظيم

الأسرة خاصة في فئة عمرية أساسية هي فئة النساء 25-29 سنة (أنظر الجدول 3)، التي هي في العادة الفئة الأعلى إنجاباً. ويمكن أن نلخص التغيرات الديموغرافية الأخيرة بين عامي 2002-2009 بما يأتي:

1) ارتفاع نسبة المتزوجات حاليا في هذه الفئة العمرية بمقدار 6.6 نقطة مئوية من 63.2% إلى 69.8% .

2) ارتفاع نسبة من سبق لهن الزواج بأكثر من ست نقاط مئوية أيضاً من 65.3% إلى 71.5%.

3) ارتفاع نسبة الاستعمال الحالي لموانع الحمل عند هذه الفئة من 54% إلى 58% خلال الفترة نفسها، ولكن ذلك لم يكن كافياً ليوازن تأثير الارتفاع في نسبة المتزوجات، إذ كان جزء من الارتفاع في نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة قد حصل في الوسائل التقليدية قليلة الفعالية.

4) ارتفاع مستوى الحاجة غير الملباة عند هذه الفئة من 10% إلى 10.4%.

5) تناقص مدة المباعدة بين الولادات، إذ انخفض الوسيط من 25 إلى 24 شهر وتزايدت نسبة الولادات المتقاربة جداً من 46% إلى 50% لدى الأمهات 20-29 سنة.

6) انخفاض نسبة من لم ينجبن مولودهن الأول حتى الآن عند هذه الفئة العمرية من 40.2% إلى 35.1%، وكان هذا أكبر من الانحفاض الذي عرفته الفئات العمرية الصغرى.

ويمكن أن تعزى هذه التغيرات في سلوكيات الإنجاب عند هذه الفئة العمرية إلى تأخر الزواج بسبب إكمال التعليم العالي وكلفته[1])، مما دفع المتزوجات في هذه الفئة العمرية إلى الإسراع في الإنجاب في السنوات السبع الأخيرة ودون مباعدة كافية تحت ضغط الساعة البيولوجية (انقضاء سنوات من الحياة الإنجابية) والأهل، وهي فرضية يدعوها عامة الناس "لحقي حالك وكمان جيبيهم ورا بعضهم واخلصي لأنه الي عليكي عليكي"، ولهذه الفرضية ما يؤيدها في الأدبيات الديموغرافية. إن اتجاهات الإنجاب والزواج وتنظيم الأسرة التي وقعت لدى الفئة العمرية 25-29 سنة (أنظر الجدول 3) في السنوات السبع الماضية كانت أكثر وضوحاً مما حصل في الفئات العمرية الأخرى.

ومن المستغرب أيضاً أن الارتفاع في معدل إنجاب النساء في الفئة العمرية 25-29 سنة قد حصل بين النساء المقيمات في المناطق الحضرية وهي المناطق التي يسكنها 80% من السكان، وكذلك فعلت المرأة الحضرية في الفئة العمرية 20-24 و 30-34 سنة الشيء نفسه ولو بصورة أقل وضوحاً (أنظر الجدول 3 أ)، في حين انخفضت إنجابية المرأة الريفية في الفئات العمرية 25-34 سنة، ولهذا السبب ارتفع معدل الإنجاب الكلي في الحضر بنسبة 9%، بينما انخفض في الريف بنسبة بلغت 5% مقارنة بعام 2002.

أما الحمل والإنجاب المبكر لدى المراهقات (دون سن 20 سنة) فقد ازداد هو الآخر، إذ ارتفعت نسبة من أنجبن أو حملن في هذا العمر من 4.3 عام 2002 إلى 4.7 عام 2009، وارتفعت معدلات الإنجاب عند هذه الفئة العمرية في الحضر وفي الريف على نحو خاص من (20 إلى 34) مولودا لكل ألف امرأة، ولا يبدو أن رفع الحد الأدنى لسن الزواج في قانون الأحوال الشخصية قد أسفر عن تأخر في السن عند الزواج والإنجاب، إذ ارتفعت نسبة المتزوجات قبل سن العشرين والخامسة والعشرين (أنظر الجدول 3)، كما وصلت نسبة من أنجبن من المراهقات إلى 17.8% و 15.5% عند الفتيات غير المتعلمات، ومن أنهين التعليم الابتدائي على التوالي (الإحصاءات غير مبينة هنا).

جدول (3) معدلات الإنجاب واستعمال موانع الحمل ونسبة المتزوجات حالياً حسب العمر

العمر	معدلات الإنجاب		نسبة الاستعمال الحالي لموانع الحمل		نسبة المتزوجات حالياً	
	2002	2009	2002	2009	2002	2009
15-19	28	32	21.3	27.0	6.0	6.6
20-24	150	152	42.2	42.6	33.3	36.0
25-29	202	238	54.0	58.0	63.2	69.8
30-34	184	182	60.1	61.8	77.3	79.8

العمر	معدلات الإنجاب		نسبة الاستعمال الحالي لموانع الحمل		نسبة المتزوجات حالياً	
	2002	2009	2002	2009	2002	2009
35-39	122	126	63.9	67.6	84.3	81.5
40-44	43	37	65.6	69.0	84.1	83.5
45-49	5	3	47.5	53.2	83.3	81.8
المجموع	**3.7**	**3.8**	**55.8**	**59.3**	**51.7**	**55.9**

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها

جدول (3 أ) معدلات الإنجاب في الحضر والريف حسب العمر

العمر	المملكة		الحضر		الريف	
	2002	2009	2002	2009	2002	2009
15-19	28	32	30	34	20	34
20-24	150	152	146	150	162	163
25-29	202	238	196	245	225	205
30-34	184	182	171	177	213	205
35-39	122	126	117	122	140	147
40-44	43	37	39	35	62	47
45-49	5	3	4	3	7	6
معدل الإنجاب الكلي	3.7	3.8	3.5	3.8	4.2	4.0

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها

3) تنظيم الأسرة واتجاهاته وتبايناته

من المهم جداً أن نوضح قبل كل شيء أنه لكي يرتفع معدل استعمال موانع الحمل، يجب أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة لجميع الداخلين الجدد في اتحاد زواجي، إضافة إلى المتزوجين من قبل مع محاولات جادة لإبقاء المستخدمين أصلاً على هذا الحال، وتعويض من توقف منهم والوصول إلى مستخدمين جدد. وإذا لم يتحقق هذا العمل الكبير، فإن معدلات الإنجاب لن تنخفض خاصة إذا بقيت العوامل المباشرة الأخرى المؤثرة في الإنجاب على حالها التي أشرنا إليها أعلاه.

يبين الجدول رقم (4) أن الارتفاع في نسبة استعمال موانع الحمل بين المتزوجات حالياً البالغ 3.5 نقطة مئوية في السنوات السبع الأخيرة لم يكن كافياً لموازنة تأثير ارتفاع نسبة من سبق لهن الزواج ونسبة المتزوجات حالياً ممن هن في سن الإنجاب، التي ارتفعت إلى أكثر من أربع نقاط مئوية لكل منهما (أنظر الجدول 8) ، فالارتفاع في استعمال موانع الحمل وقع جله في الوسائل التقليدية قليلة الفعالية وعالية الفشل وليس في الوسائل الحديثة ، بينما حصل جل الارتفاع في نسبة المتزوجات بين النساء اللواتي في ذروة حياتهن الإنجابية (في العشرينات من العمر) كما بينا سابقاً. ويمكن أن يعزى الارتفاع المتواضع في استعمال موانع الحمل إلى:

- استمرار المستوى المرتفع للتوقف عن استعمال موانع الحمل (45% خلال عام واحد من بدء الاستعمال) وهو من أعلى المعدلات في العالم.
- تدني مستوى اللجوء إلى التعقيم الأنثوي وارتفاع العمر عند التعقيم الأنثوي بسبب موقف مقدمي الخدمات غير المؤيد لهذه الوسيلة الدائمة، علماً بأن اللجوء إلى هذه الوسيلة يتم في الأردن عادة لدواع مرضية وفي أعمار متأخرة أي بعد إنجاب عدد كبير من الأطفال.
- النمو غير المسبوق في أعداد المتزوجات في السنوات السبع الماضية، مما ولد عبئاً إضافياً متزايداً على خدمات تنظيم الأسرة.
- تفضيل وسيلة واحدة (اللولب) التي تحتاج إلى مصدر

ومقدم خدمة أنثى أيضاً، وهو مطلب غير متاح في كل مواقع تقديم خدمات تنظيم الأسرة.

كان مستوى استعمال وسائل تنظيم الأسرة متبايناً بين المجموعات السكانية، فكان دون المستوى الوطني العام بين: (أ) الشريحتين الأقل تعليماً (ب) الشريحة الأشد فقراً (ج) في البادية والريف (د) في إقليم الجنوب ومحافظاته الأربع (هـ .) في محافظة المفرق وعجلون (من إقليم الشمال) (و) في الزرقاء والبلقاء (من إقليم الوسط) (ز) المتزوجات دون سن 30 سنة (الإحصاءات غير مبينة هنا) (الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، 2009)

يتأخر البدء في استعمال موانع الحمل خلال مراحل بناء الأسرة لدى العديد من الأزواج في الأردن، وقد استعملها لأول مرة حوالي 71% ممن سبق لهم الزواج قبل المولود الرابع، منهم2% فقط بعد الزواج مباشرة لتأخير المولود الأول ، ولم يستعملها أبداً 18% منهم، واستعملها بعد المولود الرابع (10%) منهم. وما زال اللولب الوسيلة المفضلة لدى المستعملات حالياً لدى الراغبات في استعمال أي وسيلة من غير المستعملات، الأمر الذي يعيق ارتفاع معدل استعمال موانع الحمل بصورة عامة، لأن هذه الوسيلة تحتاج أن يكون مقدم الخدمة طبيب حسب التفسير الحالي لقانون المهن الطبية في الأردن، وأنثى أيضاً حسب الرغبة الشديدة من قبل الأزواج الأردنيين.

جدول (4) اتجاهات استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين المتزوجات حالياً (%)

الاستعمال	2002	2009	التغير
وسيلة تقليدية	14.6	17.2	2.6+
وسيلة حديثة[1]	41.2	42.0	0.8+
المجموع	**55.8**	**59.3**	**3.5+**
وسيلة دائمة	2.9	2.6	0.3 −
وسيط عمر المرأة عند التعقيم (سنة)	35.4	36.5	1.1+
يستعملن للمباعدة بين الأحمال	46	42	4 −
يستعملن للتوقف عن الحمل	54	58	4 +
نسبة من بدأن استعمال أي وسيلة قبل المولود الرابع	68.2	71.3	3.1 +
التوقف عن الاستعمال في السنة الأولى (%)	42.0	45.1	3.1 +

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها

أ. بما في ذلك وسيلة قطع الدورة الشهرية بالإرضاع

الوسائل المستعملة والعمر

عند فحص أنماط استعمال الوسائل الرئيسة لتنظيم الأسرة واتجاهاتها حسب عمر النساء المتزوجات حالياً (جدول 4 أ) خاصة من هن دون سن 35 سنة، تبين أن استعمال اللولب هو الوسيلة الأكثر شيوعاً قد تراجع في الفئات العمرية كافة خاصة 20–39 سنة عدا الأخيرة، وربما يعود ذلك إلى تراجع دور الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة التي تتميز بأن جميع مقدمي الخدمات فيها هم من الإناث[2]. أما الحبوب فقد ازداد استعمالها في معظم الفئات العمرية، وبصورة عامة يبدو جلياً تراجع استعمال اللولب والوسائل الحديثة عدا الحبوب للفئة (30–34) سنة، والواقي الذكري ولكن ازداد اللجوء إلى الوسائل التقليدية ايضاً.

ومن التغيرات اللافتة للانتباه الزيادة الكبيرة التي طرأت على استخدام الواقي الذكري (ثالث الوسائل انتشاراً) في الفئات العمرية كافة حتى بين المتزوجين حديثاً الذين قد يكونوا وجدوا فيه وسيلة ملائمة ومؤقتة وغير هرمونية ولا تشكل أي خطر على فرص إنجابهم مستقبلاً. أما الوسائل الحديثة الأخرى التي تتكون في معظمها من طريقة قطع الدورة بالإرضاع، فقد تراجعت تراجعاً كبيراً على الرغم من الجهود التي بذلت للترويج لهذه الطريقة. كما ارتفع استعمال الوسائل التقليدية في ست فئات عمرية من سبع على الرغم من أن الهدف كان خفض استعمالها لما تتميز به من نسب فشل عالية.

جدول (4 أ) الوسائل المستعملة حالياً حسب العمر 2002 و 2009

العمر	اللولب		الحبوب		الواقي الذكري		التعقيم النسائي		وسائل حديثة أخرى[1]		الوسائل التقليدية	
	2002	2009	2002	2009	2002	2009	2002	2009	2002	2009	2002	2009
15-19	3.0	3.0	4.3	7.8	2.7	3.0	0.0	0.0	3.4	2.1	7.6	11.0
20-24	13.6	12.9	6.9	9.5	3.7	5.8	0.0	0.0	3.8	2.3	14.1	12.6
25-29	20.6	18.7	11.1	11.3	3.3	7.9	0.0	0.0	5.1	3.9	14.0	16.2
30-34	28.8	24.1	8.7	8.7	3.7	6.7	0.5	0.5	4.8	2.5	13.6	19.3
35-39	30.0	29.0	6.6	9.0	3.8	6.8	4.4	2.5	3.9	2.8	15.2	17.6
40-44	29.9	29.3	6.1	6.7	3.2	5.3	7.3	6.1	2.4	1.3	16.6	20.2
45-49	15.9	20.5	2.6	1.9	1.9	4.9	9.7	8.9	1.2	0.2	16.2	16.8
المجموع	**23.6**	**22.6**	**7.5**	**8.2**	**3.3**	**6.3**	**2.9**	**2.6**	**3.8**	**2.4**	**14.6**	**17.2**
أ. تشمل بصورة رئيسة طريقة قطع الدورة بالإرضاع												
المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها												

الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة

يوصف الأزواج الذين لا يريدون إنجاب مزيد من الأطفال أو يريدون تأجيل إنجاب مولودهم اللاحق ولكنهم لا يستعملون أي وسيلة للوقاية من الحمل بأن لديهم حاجة إلى تنظيم الأسرة ولكنها غير ملباة. لقد انخفضت الحاجة إلى تنظيم الأسرة من أجل المباعدة في العقد الماضي، ولكن عادت الحاجة غير الملباة من أجل التوقف عن الإنجاب إلى الارتفاع في السنوات الأخيرة (أنظر الجدول 5)، الأمر الذي رفع حجم الحاجة غير الملباة بفئتيها إلى 11.2%. وتبين أن هذه الحاجة كانت أعلى من المستوى الوطني العام في كل من الريف والبادية وإقليم الجنوب وفي ست محافظات، وبين اللواتي في الأربعينيات من العمر وبين من يحملن مؤهلات تعليمية دون الثانوية وبين الشريحتين السكانيتين الأفقر في المجتمع (الإحصاءات غير مبينة هنا).

جدول (5) اتجاهات الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة والولادات المتقاربة وغير المرغوبة (%)

الحاجة غير الملباة	2002	2009
من أجل المباعدة بين الولادات	5.6	4.7
من أجل التوقف عن الإنجاب	5.5	6.5
المجموع	**11.0**	**11.2**[1]
الطلب الكلي على تنظيم الأسرة	69.7	72.9
الطلب الملبى	84.2	84.6
الولادات في السنوات الخمس الأخيرة		
المتقاربة (اقل من سنتين بينها)	34	33
غير المرغوب فيها	33	26

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها.

أ. لا يشمل هذا الرقم الأزواج الذين هم بحاجة إلى وسيلة أفضل لأن الوسيلة التي كانوا يستعملونها فشلت في منع الحمل وتبلغ نسبتهم 2.4% وبذا تبلغ النسبة الكلية للحاجة غير الملباة 13.6%

4) الزواج

في مجتمع يقتصر فيه الإنجاب عادة على التزواج الشرعي، فإن أي ارتفاع في نسبة المتزوجات سيترتب عليه ارتفاع في التعرض للحمل، ومن ثَمَّ في مستويات الحمل والإنجاب ما لم يقابله ارتفاع مواز ومكافئ في معدل استعمال موانع الحمل. وهذا ما حدث في الأردن في السنوات السبع الماضية، فقد ارتفعت **نسبة المتزوجات** في المرحلة العمرية الرئيسية للزواج والحمل والإنجاب (20–29 سنة) دون حصول ارتفاع مكافئ في مستوى استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين هذه المجموعة العمرية تحديداً وكما بينا سابقاً، كما ارتفعت النسبة العامة لمن سبق لهن الزواج وللمتزوجات حالياً ممن هن في سن الإنجاب بما في ذلك من هن دون سن الثلاثين في السنوات الأخيرة، ومن ثَمَّ ازداد تعرضهن للحمل والإنجاب كما يُلحظ في الجدول رقم (8)، مما يعني أن الدعوات لتيسير الزواج حفظ للشباب من الانزلاق في دروب الفساد بسبب تأخر سن الزواج قد أتت أوكلها ولكن لم يصحبها دعوات مماثلة للحماية من الأحمال الفورية التي تعقب الزواج، مما جعل نسبة عالية (66 %) من المتزوجات حديثاً ينجبون مولودهم الأول قبل مرور سنة ونصف على زواجهم حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2009. كما بقيت نسبة المتزوجات اللواتي قمن بمعاشرة زوجية في الشهر الماضي ممن كن غير مستعملات لموانع الحمل عالية (81%)، مما يعني وجود احتمالات عالية للتعرض للحمل عندهن.

وعلى الرغم تراجع **تعدد الزوجات** من 6.8% عام 2002 إلى 5.2% عام 2007، إلا أنه وصل إلى حوالي 21% بين الأميات و 11% بين حاملات التعليم الابتدائي، 12% في البادية، 9% في محافظة معان، و8% في المناطق الريفية و 9% بين الشريحة الأفقر أيضاً. ومن المعروف أن تعدد الزوجات يعمل على خفض مستويات الإنجاب للمرأة الواحدة نتيجة انخفاض معدلات المعاشرة الزوجية للمرأة في الأحوال العادية (أي الأحوال التي لا تعقب حرب طويلة تخل بالتوازن بين عدد الشبان والشابات)، إلا أن تأثيره على الإنجاب يكون من خلال رفع نسبة المتزوجات الأمر الذي يؤدي إلى رفع معدلات الإنجاب، وفي هذه الحالة فإن تراجع تعدد الزوجات في الأردن يكون هو الآخر قد عمل على رفع مستوى الإنجاب في السنوات الخمس الأخيرة أو إبقائه على حاله على الأقل، ومن ثَمَّ فإن المحصلة الأخيرة للتأثير الكلي لانخفاض تعدد الزوجات قد يكون هامشياً.

وعلى الرغم من تأخر **السن عند الزواج الأول** الذي انعكس هو الآخر على العمر عند المولود الأول (أنظر الجدول 8)، إلا أن الزواج يقع في عمر أصغر من المتوسط الوطني العام بين الأقل تعليماً، وربما كان انسحابهن المبكر من التعليم سبباً في زواجهن المبكر هذا وليس العكس، في البادية وإقليم الشمال، وفي نصف المحافظات وهي الزرقاء والمفرق وجرش وعجلون ومعان والعقبة، وبين الخمس الأول والثاني والثالث الأفقر (الإحصاءات غير مبينة هنا) (دائرة الإحصاءات العامة وماكرو، 2009) ويرتبط العمر عند المولود الأول بالطبع بالعمر عند الزواج الأول ولذا يأتي المولود الأول في سن مبكرة بين الشرائح السكانية الأقل تعليماً أيضاً.

جدول (8) نسب المتزوجات والعمر عند الزواج والمولود الأول بين الإناث في سن الإنجاب

الإناث 15–49 سنة (%)	2002	2009
من سبق لهن الزواج	54.4	58.5
المتزوجات حالياً	51.7	55.9
نسبة من قمن بمعاشرة زوجية في الشهر السابق ولم يستعملن مانعا للحمل	84.2	81.4
الإناث دون سن 30 سنة اللواتي سبق لهن الزواج (%)		
19–15	6.2	6.8
24–20	34.1	37.0
29–25	65.3	71.5

تعدد الزوجات (%)		
المتزوجات 15-49 سنة	6.8	5.2
العمر عند الزواج الأول والإنجاب الأول		
وسيط العمر عند الزواج الأول (سنة)	21.8	22.4
وسيط العمر عند المولود الأول (سنة)	23.5	23.7
المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها		

5) مدة الحماية من الحمل بعد الولادة

هناك فترة بعد الولادة قد تقصر أو تطول حسب الثقافة الاجتماعية، تكون الأم خلالها غير قادرة على الحمل إما بسبب مدة الإنقطاع عن المعاشرة الجنسية بين الزوجين بعد الوضع أو الرضاعة الطبيعية للمولود أو انحباس الطمث أو كل هذه الأسباب مجتمعة. ولم تحدث زيادة في طول مدة عدم التعرض للحمل بعد الولادة (مقاسة بالوسيط والوسط، أنظر الجدول 9) في الأردن منذ عام 2002، على الرغم مما بذل من جهود لتشجيع الرضاعة المحضة (غير المدعمة بأغذية أخرى) واستعمال طريقة قطع الدورة بالإرضاع التي شهدت تراجعاً في استعمالها، وكانت مدة الحماية من الحمل بعد الولادة أقصر من المدة على المستوى الوطني العام بين كل من صغار الأمهات (دون سن 30 سنة) وفي ست محافظات، هي: البلقاء والزرقاء ومادبا والمفرق والكرك والعقبة وبين حملة التعليم الابتدائي والعالي والخمس الرابع الأغنى (الإحصاءات غير مبينة هنا).

جدول (9) مدة الحماية من الحمل بعد الولادة ونسبة الحوامل

المدة بالأشهر	2002	2009
الوسيط	3.7	3.5
المتوسط	6.1	5.7
نسبة الحوامل حالياً (%)		
بين جميع الإناث في سن الإنجاب	6.3	6.6
بين المتزوجات ممن في سن الإنجاب	12.9	؟ غير متوافرة بعد
المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها		

6) العقم- النساء بلا أطفال

لا توجد دراسات توفر تقديرات مباشرة عن العقم الأولي والثانوي في الأردن عند الزوج والزوجة كل على حدة، ولكن توفر مسوحات السكان والصحة الأسرية تقديرات غير مباشرة، حيث تبين حصول ارتفاع في العقد الماضي في نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج وانتهت حياتهن الإنجابية ولم ينجبن أي أطفال (جدول رقم 10)، ومن شأن هذا أن يعمل- وربما عن غير قصد- على خفض مستويات الإنجاب، فكان هذا عاملاً مساعداً أسهم في الحيلولة دون ارتفاع مستوى الإنجاب أو استقراره على الأقل. ويلحظ أنه قد حصلت زيادة ملحوظة في المقاييس غير المباشرة للعقم بين النساء اللواتي سبق لهن الزواج، ولا نعرف من المعلومات المتاحة لدينا من المسؤول عن عدم الإنجاب، أهو الزوج أم الزوجة، أم أن الأمر يعود إلى طلاق الزوجة أو ترملها.

جدول (10) النساء اللواتي أكملن حياتهن الإنجابية (45-49 سنة) ولم ينجبن مواليد قط

نسبة من هن بلا أطفال (%)	2002	2009
النساء اللواتي سبق لهن الزواج	8.8	14.1
النساء المتزوجات حالياً	3.2	6.2
المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام المشار إليها		

7) الإجهاض المتعمد

هناك سبب مباشر واحد للجوء إلى الإجهاض وهو أن الحمل غير مرغوب فيه لأسباب غير مباشرة عديدة لا يتسع المجال هنا لعرضها. ولا تتوافر معلومات عن هذا المتغير في الأردن ولا يستبعد أنه يمارس تحت ذريعة تنظيفات للرحم أو أن الحمل يشكل خطراً على حياة الأم الحامل أو صحتها أو أن الجنين مشوه أو غير شرعي. ومهما يكن من أمر فعندما سئلت النساء في المسوحات المتتالية عما إذا انتهت أي من أحمالهن بإجهاض متعمد، أفاد 2.6% منهن عام 2002 و 2% عام 2007 بأنهن خضعن لإجهاض متعمد ولو مرة واحدة خلال حياتهن، ومهما يكن من أمر فإن تقديرات هذا المتغير تعد متدنية وناقصة.

ثالثاً: الأهمية النسبية للمحددات المباشرة المؤثرة في الإنجاب وتغيرها

يعرض الجدول رقم (11) تقديرات لمقدار تأثير المتغيرات المباشرة في الإنجاب لعامي 2002 و2009، وكذلك عام 1976 عندما شمل المسح العالمي الخصوبة في الأردن. كما تبين الإحصاءات في الجدول نفسه التغير الذي طرأ على الأهمية النسبية لهذه المتغيرات المباشرة.

ويلحظ أن استعمال وسائل تنظيم الأسرة قد احتفظ في المرتبة الأولى من حيث قوة تأثيره في مستويات الإنجاب، بل عرف هذا التأثير زيادة (بلغ المؤشر 0.405) عام 2009 متراجعاً عما كان عليه عام 2002 (0.441). أما تأثير الزواج فاحتل المرتبة الثانية ولكن تأثيره قل في عام 2009 عما كان عليه عام 2002، إذ ارتفع مؤشره من 0.517 إلى 0.559. وحل في المرتبة الثالثة مدة العقم المؤقت بعد الولادة ولم يطرأ تغير يذكر على تأثيره عام 2009 قياساً بعام 2002، إذا لم يحدث تغير في مدة الرضاعة الطبيعية المحضة بعد الوضع. أما العقم المرضي فجاء في المرتبة الأخيرة من حيث قوة تأثيره في الإنجاب وانخفض مؤشره عام 2009 دالاً على تزايد دوره في خفض الإنجاب، على الرغم من التقدم الذي عرفه الأردن في علاج أسباب العقم عند المتزوجين.

جدول (11) مؤشرات تأثير المتغيرات المباشرة في الإنجاب[أ]

السنة	مؤشر تأثير الزواج Cm	مؤشر تأثير استخدام موانع الحمل Cc	مؤشر عقم ما بعد الولادة Ci	مؤشر تأثير العقم Cs	مؤشر تأثير الإجهاض المتعمد Ca	معدل الإنجاب الكلي TFR	معدل القدرة البيولوجية على الإنجاب[ب] TF
1976[3]	0.745	0.782	0.800	-	-	7.6	
2002	0.517	0.441	0.901	0.997	1.000	3.7	18.1
2009	0.559	0.405	0.909	0.952	1.000	3.8	19.4
المدخلات							
السنة	نسبة المتزوجات	معدل استعمال موانع الحمل (فعاليتها)	مدة عدم التعرض للحمل بعد الولادة	نسبة النساء المتزوجات 45-49 سنة بلا أطفال			
2002	%51.7	%55.8 (0.93)	شهر 3.7	%3.2	-	3.7	-
2009	%55.9	%59.3 (0.93)	3.5 شهر	%6.2	-	3.8	-

مصدر المدخلات: مسح السكان والصحة الأسرية 2002، 2009 (أ) حُسبت المؤشرات باستخدام المعادلات المبينة في جزء المنهجيات السابق. (ب) متوسط ما يتوقع أن تنجبه المرأة الواحدة من مواليد في حالة غياب تأثير جميع المتغيرات المباشرة، أي عندما يكون مؤشر كل منها يساوي واحد صحيح.

رابعاً: التوصيات

أظهرت الدراسة أن ارتفاع نسبة المتزوجات هو العامل المباشر وراء ارتفاع أو على الأقل استقرار مستويات الإنجاب في الأردن مؤخراً، وقد يرى بعضهم أن ارتفاع نسبة المتزوجين بين الشباب هو أمر محبب، ولكن هذا قد تسبب في عدم حصول انخفاض في معدلات الإنجاب خلافاً لأهداف الدولة المتمثلة في تخفيض سرعة النمو السكاني عن طريق الوصول إلى مستويات الإنجاب المستهدفة في الاستراتيجية الوطنية للسكان، إذ لم يحصل ارتفاع مناظر في نسبة المتزوجين الذين يستخدمون وسائل تنظيم الحمل والإنجاب. وبناء على هذه النتائج يمكننا أن نوصي بالقيام بالمداخلات البرامجية المدرجة أدناه، التي تركز على تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة باستعمال مدخل الاتصال بالمتزوجين من خلال المشورة غير المتحيزة والمبنية على المعلومات الموثوقة، ويتطلب هذا المدخل الاعتراف بالمشورة باعتبارها خدمة أساسية ومهنة ضرورية بحد ذاتها، لها من يزاولها متفرغا من أجل توافر المعلومة الصحيحة والخيار المناسب للمتزوجين في الوقت المناسب، الأمر الذي يستلزم توافر كل متطلبات هذا الاعتراف، بما في ذلك النظر في توظيف وتدريب عاملات اجتماعيات أو مختصات في الاتصال إذا تعذر وجود عدد كاف من الكوادر الطبية.

1) اللجوء إلى المشورة لرفع نسبة استعمال الموانع الحديثة للحمل بتشجيع المستعملين حالياً للموانع التقليدية التي شهدت ارتفاعاً حسب ما بينته الدراسة والراغبون في استعمالها بالتحول نحو الوسائل الحديثة.

2) الوصول بالمشورة إلى الأزواج الراغبين في تأجيل الحمل أو التوقف عن الإنجاب ولكنهم لا يستعملون حالياً أي وسيلة للوقاية من الحمل، وهم الأزواج الذين يوصفون بأن لديهم حاجات غير ملباة لتنظيم الأسرة وأشارت اليهم هذه الدراسة.

3) اللجوء إلى المشورة لخفض معدلات التوقف عن استعمال موانع الحمل في السنة الأولى من بدء استعمالها، وبالتحديد التوقف الناتج عن فشل موانع الحمل المستعملة أو التوقف عن استعمال الوسائل الحديثة للتحول إلى الوسائل التقليدية القليلة الفعالية، وذلك بتشجيع الأزواج على اللجوء إلى الموانع الحديثة الأكثر فعالية (مصاروة، 1995).

4) تقديم المشورة حول تنظيم الأسرة وفوائده للأزواج عن طريق استغلال الفرص الضائعة العديدة الآتية: عند الفحص الطبي قبل الزواج وعقد القران وتسجيله لتثقيف المقبلين على الزواج عن تنظيم الأسرة قبل الزواج، وخلال فترة الحمل، ولحظة الولادة (دائرة الإحصاءات العامة، 2007) ولحظة الإجهاض بتقديم المشورة والخدمات للأمهات في مجال تنظيم الأسرة قبل مغادرة أقسام الولادة وعقب الولادة مباشرة، وخلال زيارات النفاس والزيارات الأخرى لمواقع الخدمات (دائرة الإحصاءات العامة، 2007)، واستهداف الرجال من خلال خطب الجمعة والدروس الدينية لأن الأزواج لا يصحبون زوجاتهم إلى المواقع التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة.

5) التركيز على تشجيع الشباب المتزوجين حديثاً على تأجيل المولود الأول قدر الإمكان، إذ إن نسبة عالية من زوجاتهم ينجبن في السنة الأولى بعد الزواج كما بينت الدراسة، لأن 2% منهن فقط يبدأن باستعمال مانع للحمل بعد الزواج لتأخير إنجاب مولودهم الأول، إن لتأجيل المولود الأول مزايا خاصة به فهو قد يمنح العروسين فرصة لاختبار ديمومة الزواج قبل الإنجاب وللتعافي من نفقات العرس وديونه ويسمح للعروس العاملة بالاستمرار في العمل وتجميع سنوات عمل إضافية مما يحول دون انسحابها من سوق العمل مبكراً بعد الإنجاب، كما أن هناك حاجة لإرشاد الشباب وتوعيتهم الذين أنجبت زوجاتهم المولود الأول باستعمال وسائل المباعدة الملائمة لهم لأن 37% فقط يفعلن مثل هذا، الأمر الذي من شأنه التخفيف من أعباء كلفة تعليم الأبناء فيما بعد. ويتطلب ما سبق التركيز على موانع الحمل المؤقتة غير الهرمونية التي لا تحتاج إلى مقدم خدمة خاصة الواقي الذكري الذي شهد قبولاً وتزايداً في السنوات الأخيرة في الشرائح كافة حتى بين صغار السن والمتزوجين حديثاً الذين لم ينجبوا بعد.

6) وضع نظام معلوماتي للمتابعة على مستوى المجتمع المحلي من قبل مقدمي خدمات الصحة الإنجابية، إضافة إلى المتابعة الميدانية أو الهاتفية أو الزيارات المنزلية للأمهات في فترة النفاس، إن متابعة النساء في فترة النفاس مهمة لسببين: لأنها الفترة الملائمة لتنظيم الأسرة لتجنب حمل جديد مبكر، ولأن نسبة عالية من النساء ما زالت تعتقد أن ليس هناك

ضرورة للرجوع بعد الولادة (أي في فترة النفاس) إلى المواقع التي تلقين فيها الرعاية في أثناء الحمل.

7) التركيز على التجمعات الحضرية الكبرى والمخيمات وذلك لسببين، الأول لأنه يسكنها نسبة عالية من مجموع الأسر في الأردن، وثانيهما لأن مستويات الإنجاب لم تنخفض في هذه المناطق منذ عام 2002 قياساً بالمناطق الريفية، كما بينت الدراسة.

8) التركيز على زيادة ممارسة الأمهات للرضاعة المحضة أو المطلقة في الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل لما لها من عوائد صحية واقتصادية جمة ولإحياء طريقة قطع الدورة بالإرضاع التي عادت إلى التراجع بدل تزايد الاعتماد عليها في الشهور الستة الأولى بعد الولادة على الأقل في تغذية المواليد وحماية الأم من حمل جديد مبكر.

9) قيام الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين بدور أكبر في تقديم خدمات تنظيم الأسرة، إذ أظهرت بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009 أن دورها غير متناسب مع امكاناتها.

10) دعم جهود استعادة الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة دورها الرئيس السابق في برنامج تنظيم الأسرة في الأردن؛ لأن لديها بنية تحتية حديثة ولأنها توظف مقدمي خدمات من الإناث، ولأن ذلك من شأنه أن يخفف عبئا كبيرا تحملته وزارة الصحة في السنوات السبع الماضية الناتج عن تراجع مساهمة الجمعية، والنمو السريع في عدد المتزوجات، واستبدال المتوقفين عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة بمستعملين آخرين، والحاجة إلى خدمة أزواج جدد.

11) الاستمرار في إجراء الدراسات الموجهة لخدمة السياسات مثل إجراء دراسة ريادية لتقييم جدوى تركيب اللولب للأمهات عقب الولادة مباشرة وقبل مغادرة المستشفى، خاصة بعد تزايد نسب الولادات القيصرية وأعدادها كما يظهر من نتائج المسوح الأسرية التي استعانت بها هذه الدراسة، وكذلك إجراء دراسة لأنماط الزواج والإنجاب واستعمال وسائل تنظيم الأسرة لدى سكان المخيمات التي تقع عادة في التجمعات الحضرية الكبرى كافة التي شهدت ارتفاعاً في مستوى الإنجاب. كما أظهرت هذه الدراسة، على غرار الدراسة التي جرت لمناطق البادية والمجموعات السكانية الأخرى.

الهوامش

1. تبنت الأجندة الوطنية التي وضعت عام 2007 أهدافاً أقل طموحاً بقليل وهي 2.9 عام 2012 و 2.5 مولود للمرأة عام 2017.

2. Kent, Mary Mederios, 2008. Egypt's Fertility Decline Slows. Population Reference Bureau, Washington DC, accessed at: http://www.prb.org/Articles/ 2009/egyptdhs.aspx
3. Holl Karen, Gretchen, Daily and Paul Ehrlich, 1993. Causes and Remedies of the Fertility Plateau in Costa Rica: A Review, paper number 0066; accessed at http://hsblogs. stanford.edu/morrison/files/2011/03/66.pdf
4. Islam Mazharul. Exploring the Causes of Recent Stalling of Fertility in Bangladesh; accessed at: http://uaps2007.princeton.edu/download.aspx?submissionId=70043
5. Davis K. and J. Blake . 1956 . " Social Structure and Fertility: An Analytic Framework", Economic Development and Cultural Change 4(3): 211-235
6. Bongaarts J. 1978. " A Framework For Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", Population and Development Review 4(1):105-132

7. دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009، عمان، أيار 2010، صفحة 39
8. دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009، عمان، أيار 2010، صفحة 43
9. تتمتع الفئة العمرية 25–29 سنة من النساء اللواتي سبق لهن الزواج بمستويات أعلى من التعليم مقارنة بالفئة العمرية السابقة واللاحقة، إذ إن 41% منهن وصلن إلى مرحلة تعليمية أعلى من المرحلة الثانوية، وبذا تحتل هذه الفئة المرتبة الأولى بين الفئات العمرية كافة في نسبة من يحملن مثل هذه المؤهلات التعليمية.

10. تؤيد هذه النتيجة البيانات الخام التي تصدر عن نظام معلومات التزود بوسائل تنظيم الأسرة في مديرية صحة الأم والطفل في وزارة الصحة
11. دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009، عمان، أيار 2010، صفحة 50-52
12. بين عامي 2002 إلى 2009 تراجعت الحصة الكلية للجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة كمصدر لجميع خدمات تنظيم الأسرة من 20.4% إلى 12.1% وحصتها من خدمات اللولب من 30.6 إلى 20.5% والحصة المتدنية أصلاً للخدمات الطبية الملكية من 3.5% إلى 2.2%، أما حصة المستشفيات الجامعية فظلت متدنية هي الأخرى عند 0.8% وكذلك ظلت حصة وكالة غوث اللاجئين وتشغيلهم عند 7.7%. .
13. دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009، عمان، أيار 2010، صفحة 63
14. مصاروه، عيسى، 1995. المتغيرات الوسيطة كإطار لدراسات الخصوبة: مراجعة ومقارنة مع إشارة على الأردن. دراسات (العلوم الإنسانية)، المجلد 22 (أ)، العدد (6، الملحق).
15. بينت الإحصاءات المشتقة من مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2007 أن 13% فقط من الأمهات المنجبات تلقين معلومات عن وسائل تنظيم الأسرة قبل مغادرة أقسام الولادة في المستشفيات، ونحن نعرف أن جميع الولادات في الأردن تقريباً تتم في المستشفيات. هذا ويرى بعضهم أنه ربما تكون هناك حاجة لإجراء دراسة ريادية لتقييم جدوى تركيب اللولب للأمهات عقب الولادة مباشرة وقبل مغادرة المستشفى خاصة بعد تزايد نسب وأعداد الولادات القيصرية.
16. بينت الإحصاءات في مسح سابق لعام 2007 أن نسبة عالية من الأمهات يزرن مواقع الخدمات خلال العام لغايات متعددة مثل تطعيم مولودهن، ولكن نسبة ضئيلة منهم يستفدن من هذه الفرصة لتلقي معلومات وافية عن تنظيم الأسرة.

المصادر والمراجع

المراجع العربية

دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2002، عمان، حزيران 2003

دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، تقرير مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009، عمان، أيار 2010

مصاروه، عيسى، 1995. المتغيرات الوسيطة كإطار لدراسات الخصوبة: مراجعة ومقارنة مع إشارة على الأردن. دراسات (العلوم الإنسانية)، المجلد 22 (أ)، العدد (6، الملحق).

المراجع الأجنبية

Davis K. and J. Blake . 1956. "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework ", ***Economic Development and Cultural Change*** 4(3): 211-235

Bongaarts J. 1978. " A Framework For Analyzing the Proximate Determinants of Fertility ", ***Population and Development Review*** 4(1):105-132

Islam Mazharul. ***Exploring the Causes of Recent Stalling of Fertility in Bangladesh***;2007 accessed at: http://uaps.. princeton.edu/ download. aspx? submissionId=70043

Holl Karen, Gretchen, ***Daily and Paul Ehrlich, 1993. Causes and Remedies of the Fertility Plateau in Costa Rica: A Review***, paper number 0066; accessed at http://hsblogs. stanford.edu/ morrison/ files/2011/03/66.pdf

Kent, Mary Mederios, 2008. ***Egypt's Fertility Decline Slows***. Population Reference Bureau, Washington DC, accessed at: http://www.prb. org/ Articles/2009/ egyptdhs.aspx

The Proximate Determinants of Fertility Stalling in Jordan 2002-2009

Issa Al-Masarwah *

ABSTRACT

Utilizing data from Jordan Demographic and Health Survey for 2002 and 2009, this research examined the proximate determinants behind the stagnation of fertility rates in Jordan during that period. The findings revealed that the increase in contraceptive prevalence rate was not enough to offset the increase in proportion married as most of this increase took place in the less effective traditional methods. The changes in the duration of postpartum insusceptibility, polygamy, sterility and female age structure were not contributing factors to the leveling-off of fertility levels in Jordan. The study also presented the socioeconomic differentials in fertility and its direct determinants and concluded with measures that should be taken in order for Jordan to achieve its future demographic goals.

Keywords: Total Fertility Rate, Fertility Stalling, Proximate Determinants of Fertility.

* Faculty of Arts-The University of Jordan.
Received on 15/5/2011 and Accepted for Publication on 18/4/2012.