



إتجاهات المؤشرات الديموغرافية والصحية في الأردن

بيانات من مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن
2012 - 1990



تقارير الإتجاهات في المسوح الديموغرافية والصحية رقم 8

إتجاهات المؤشرات الديموغرافية والصحية في الأردن:
بيانات من مسوح السكان والصحة الأسرية في الأردن
2012 - 1990

شيرين عساف
سارة برادلي

مؤسسة ICF الدولية
روك فيل، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

أيلول 2014



لمراسلة المؤلف: شيرين عساف، الصحة والتنمية الدولية، مؤسسة ICF الدولية، 530 شارع قيثار، جناح 500، روك فيل، ميريلاند 20850،
الولايات المتحدة الأمريكية: هاتف رقم 301 - 407 - 6500، فاكس رقم 301 - 407 - 6501، Email: Shireen.Asaaf@icfi.com

شكر وتقدير

أعد هذا التقرير بعد ورشة عمل عن تحليل الإتجاهات عقدت من قبل فريق فني من مؤسسة ICF الدولية وبمساعدة لوجستية من المجلس الأعلى للسكان. نفذت الورشة في عمان، الأردن خلال الفترة 10-21 آب 2014 وبحضور 21 مشاركاً من مختلف المؤسسات والجامعات. وبعد إنتهاء الورشة تم إختيار مؤشرات رئيسية ذات أهمية وصلة بالوضع الأردني لهذا التقرير عن تحليل الإتجاهات. وتود مؤسسة ICF الدولية أن تتوجه بالشكر إلى المجلس الأعلى للسكان وإلى مستشار المؤسسة في الأردن فتحي النصور على مساندهم، وكذلك للمشاركين في الورشة على مساعدتهم في مناقشة هذه المؤشرات.

والشكر أيضاً إلى كل من عيسى مزاروه وفتحي النصور على ترجمتهما التقرير الأصلي المعد باللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية ومراجعتة، وإلى مطبعة الفنار على تصميم وإخراج التقرير باللغة العربية.

إنتاج الوثيقة: يان تشنج

أجريت الدراسة بدعم مقدم من الوكالة الأمريكية للإئماء الدولي من خلال برنامج المسوح الديموغرافية والصحية (رقم 00 - 00008 - 08 - 00 - C - GPO). إن الآراء الواردة في هذا التقرير تعود إلى المؤلفين ولا تعكس بالضرورة آراء الوكالة الأمريكية للإئماء الدولي أو حكومة الولايات المتحدة الأمريكية. يقدم برنامج المسوح الديموغرافية والصحية المساعدة للبلدان في جميع أنحاء العالم لجمع البيانات وإستعمالها لمراقبة وتقييم برامج السكان والصحة والتغذية. ولمزيد من المعلومات عن برنامج المسوح الديموغرافية والصحية يمكن الإتصال على العنوان الآتي:

برنامج المسوح الديموغرافية والصحية، مؤسسة ICF الدولية، 530 شارع قيثار، جناح 500، روك فيل، ميريلاند 20850، الولايات المتحدة الأمريكية: هاتف رقم 301 - 407 - 6500، فاكس رقم 301 - 407 - 6501،
Email: Internet: www.dhsprogram.com, reports@dhsprogram.com

الإقتباس الموصى به:

عساف شرين، و ساره برادلي. 2014. تقارير المؤشرات الديموغرافية والصحية في الأردن: بيانات من مسوح السكان والصحة الأسرية 1990 - 2012. تقارير الإتجاهات في المسوح الديموغرافية والصحية، تقرير رقم 8. روك فيل، ميريلاند. الولايات المتحدة الأمريكية: مؤسسة ICF الدولية.

المحتويات

| | |
|----|---|
| هـ | الجداول |
| و | الاشكال |
| ط | الملخص |
| 01 | 1. مقدمة |
| 01 | 2.1 مصادر البيانات |
| 01 | 2.1 المنهجية |
| 03 | 2. المؤشرات الديموغرافية والإجتماعية والأسرية |
| 03 | 1.2 التوزيع العمري للسكان |
| 04 | 2.2 خصائص الأسرة |
| 07 | 3.2 التحصيل التعليمي |
| 07 | 4.2 الزواج |
| 09 | 5.2 ملخص |
| 13 | 3. معدلات الإنجاب والتفضيلات الإنجابية |
| 13 | 1.3 معدل الإنجاب الكلي |
| 14 | 1.3 معدل الإنجاب المكتمل |
| 15 | 1.3 المدة بين الزواج والمولود الأول |
| 16 | 4.3 الفترة بين المواليد |
| 17 | 5.3 العدد المثالي من الأطفال |
| 18 | 6.3 ملخص |
| 21 | 4. تنظيم الأسرة |
| 21 | 1.4 الإستعمال الحالي لتنظيم الأسرة |
| 22 | 2.4 الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة |
| 23 | 3.4 ملخص |
| 25 | 5. صحة الأمهات والبالغين |
| 25 | 1.5 الرعاية أثناء الحمل |
| 26 | 2.5 الولادات القيصرية |
| 28 | 3.5 الحالة التغذوية للنساء |
| 31 | 4.5 فقر الدم عند النساء |
| 32 | 5.5 الفحص الصحي قبل الزواج |
| 35 | 6.5 التدخين |
| 37 | 7.5 ملخص |

| | | |
|----|-------------------------|-----|
| 39 | صحة الطفل | .6 |
| 39 | وفيات الطفولة المبكرة | 1.6 |
| 42 | تطعيم الطفل | 2.6 |
| 45 | الحالة التغذوية للأطفال | 3.6 |
| 48 | فقر الدم عند الأطفال | 4.6 |
| 49 | ملخص | 5.6 |
| 51 | المراجع | |

الجداول

| | | |
|----|-----------|---|
| 02 | الجدول 1 | عدد الأسر والنساء اللاتي سبق لهن الزواج وتمت مقابلتهن في كل مسح مع إطار المعاينة الذي أستعمل في كل مسح |
| 10 | الجدول 2 | تقدير المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والأسرية، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 11 | الجدول 3 | نسبة من سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتربطهن صلة قرى بزوجهن الأول، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 19 | الجدول 4 | تقديرات معدلات الإنجاب ومؤشرات النوايا الإنجابية، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 24 | الجدول 5 | نسبة الإستعمال الحالي لموانع الحمل والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حالياً ممن أعمارهن 15 - 49 سنة، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 27 | الجدول 6 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وحصلن على أقل من أربع زيارات أثناء حملهن الأحدث ونسبة الولادات القيصرية، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 30 | الجدول 7 | التوزيعات النسبية لفئات الوزن للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 32 | الجدول 8 | نسبة جميع النساء وأعمارهن 15 - 49 سنة ولديهن فقر دم، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 35 | الجدول 9 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وخضعن لفحص ما قبل الزواج حسب العمر الحالي والعمر عند الزواج، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 36 | الجدول 10 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة المدخنات، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 41 | الجدول 11 | تقديرات معدل وفيات الأطفال، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 44 | الجدول 12 | نسبة الأطفال ممن أعمارهم 12 - 23 شهرا وتلقوا المطاعيم، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 47 | الجدول 13 | نسبة الأطفال دون سن الخامسة وتم قياسهم لأمهات تمت مقابلتهن والذين لديهم تقزم، نقص وزن أو هزال حسب معايير منظمة الصحة العالمية، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |
| 49 | الجدول 14 | نسبة الأطفال باسلوب العد الفعلي وأعمارهم 6 - 59 شهر ولديهم فقر دم، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية |

الأشكال

- الشكل 1 توزيع السكان بأسلوب العد الفعلي حسب الفئات العمرية الرئيسية 03
- الشكل 2 متوسط حجم الأسرة بأسلوب العد النظري لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012 بحدود ثقة 95 % 04
- الشكل 3 متوسط عدد أفراد الأسرة بأسلوب العد النظري لكل غرفة نوم حسب الحضر والريف مع تمثيل المجموع بحدود ثقة 95 % 05
- الشكل 4 نسبة الأسر التي ترأسها أنثى 06
- الشكل 5 التوزيع النسبي لأعلى مستوى تعليمي حصلت عليه النساء اللاتي سبق لهن الزواج ممن أعمارهن 15 - 49 سنة 07
- الشكل 6 نسبة النساء ممن أعمارهن 25 - 49 سنة وتزوجن قبل سن 18 سنة 08
- الشكل 7 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتربطهن صلة قريى بزوجهن الأول 09
- الشكل 8 معدل الإنجاب الكلي للسنوات الثلاث السابقة للمسح لسنوات 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % 13
- الشكل 9 معدل الإنجاب المكتمل لجميع النساء ممن أعمارهن 40 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % 14
- الشكل 10 متوسط عدد الأشهر بين الزواج والمولود الأول للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % 15
- الشكل 11 نسبة المواليد عدا المولود الأول في السنوات الخمس السابقة للمسح للذين ولدوا قبل مضي 24 شهر على المولود السابق لهم 16
- الشكل 12 متوسط عدد الأطفال المثالي للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % 17
- الشكل 13 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وأعطين إجابة غير رقمية عن العدد المثالي للأطفال 18
- الشكل 14 نسبة الاستعمال الحالي لموانع الحمل عند النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن 15 - 49 سنة 21
- الشكل 15 نسبة الاستعمال الحالي لأحدث وسيلة حديثة وتقليدية شائعة لمنع الحمل عند النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن 15 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % 22
- الشكل 16 نسبة النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن 15 - 49 سنة ولديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة 23
- الشكل 17 التوزيع النسبي للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وأنجن مولوداً خلال السنوات الخمس السابقة للمسح وتلقين أقل من أربع زيارات أو أربع زيارات وأكثر أثناء حملهن الأخير. 25

| | | |
|----|---|----------|
| 26 | نسبة المواليد أحياء خلال السنوات الخمس السابقة للمسح الذين ولدوا بعملية قيصرية | الشكل 18 |
| 29 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة حسب فئات الوزن | الشكل 19 |
| 31 | نسبة جميع النساء وأعمارهن 15 - 49 سنة ولديهن فقر دم. | الشكل 20 |
| 33 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج | الشكل 21 |
| 33 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج حسب الفئات العمرية | الشكل 22 |
| 34 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج حسب فئات العمر عند الزواج الأول | الشكل 23 |
| 36 | نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة ويدخن سجائر أو أرجيلة لسنوات المسح 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 % | الشكل 24 |
| 40 | معدلات وفيات الطفولة للأطفال المعرضين لخطر الوفاة | الشكل 25 |
| 42 | نسبة الأطفال وأعمارهم 12 - 23 شهر وحصلوا على المطاعيم | الشكل 26 |
| 43 | نسبة الأطفال وأعمارهم 12 - 23 شهر وحصلوا على مطاعيم السل | الشكل 27 |
| 46 | نسبة الأطفال دون سن الخامسة وتم قياسهم لأمهات تمت مقابلتهن والذين لديهم تقزم، نقص وزن أو هزال حسب معايير منظمة الصحة العالمية | الشكل 28 |
| 48 | نسبة الأطفال بأسلوب العد الفعلي وأعمارهم 6 - 59 شهرا ولديهم فقر دم | الشكل 29 |

أستعملت بيانات من ستة مسوح للسكان والصحة الأسرية جرت في الأردن في السنوات 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012 لوصف الإتجاهات خلال فترة تتجاوز 20 سنة، وتم عرض إتجاهات المؤشرات الديموغرافية والإجتماعية والأسرية وهي معدلات الإنجاب والنوايا الإنجابية، تنظيم الأسرة، صحة الأمهات والبالغين، وصحة الطفل. وجرى تطبيق إختبارات المعنوية الإحصائية على الفروق المشاهدة لكل مؤشر بين المسوح. وظهر أن العديد من المؤشرات قد تغيرت معنوياً نحو التحسن مثل إزدحام الأسرة، مستويات تعليم من سبق لهم الزواج، معدلات الإنجاب، عدد زيارات الرعاية أثناء الحمل، فحوص ما قبل الزواج، وتطعيم الأطفال. ولم تظهر بعض المؤشرات تغيراً معنوياً بين المسوح الأحدث مثل الفترات بين المواليد، إستعمال موانع الحمل، الحاجة غير الملباة للتوقف عن الإنجاب، فقر الدم عند الأطفال، وفيات الأطفال والتقزم. وتحركت بعض المؤشرات معنوياً ولكن في الإتجاه المعاكس خاصة بين المسوح الأحدث مثل الولادات القيصرية، فقر الدم عند النساء والسمنة، التدخين بين النساء، نقص الوزن والهزال عند الأطفال.

1. مقدمة

أجريت مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن ست مرات خلال فترة 22 سنة إمتدت من عام 1990 إلى 2012. ووفرت هذه المسوح بيانات وتقديرات موثوقة لمؤشرات في مجالات الديموغرافيا والإنجاب وتنظيم الأسرة وصحة الأمهات وصحة الطفل وتغذيته. ومهما يكن، لا يوجد حتى الآن تقرير يقارن بين كل هذه المسوح الستة خاصة تقرير يشير ما إذا كانت التغيرات المشاهدة في التقديرات بين سنوات المسوح معنوية إحصائياً. لذا فإن الهدف من هذا التقرير ليس فقط وصف الإتجاهات في المؤشرات المختارة، بل يهدف أيضاً إلى إستخدام الإختبارات الإحصائية لتبيان ما إذا كانت هذه التغيرات معنوية. إن مثل هذه المعلومات تعتبر حيوية لوضعي السياسات والمخططين لأنها تحدد التقدم عبر السنين، وتشير إلى المجالات التي تحتاج لمزيد من العناية أو أنها متخلفة عن الركب.

إن المتغيرات التي تم إختيارها في هذا التقرير عن تحليل الإتجاه ليست شاملة، ولكن يمكن إعتبارها الأكثر صلة بالأردن وبالسياق الأردني، ويغطي التقرير مؤشرات مختارة ديموغرافية وإجتماعية وأسرية، مؤشرات الإنجاب والنوايا الإنجابية، مؤشرات تنظيم الأسرة، مؤشرات صحة الأمهات والبالغين، ومؤشرات صحة الأطفال. وكل واحدة من هذه المجالات تم عرضها في فصل منفصل في هذا التقرير إعتباراً من الفصل الثاني إلى السادس مع ملخص في نهاية كل فصل.

1.1 مصادر البيانات

جاءت البيانات التي أستعملت للتحليل في هذا التقرير من مسح السكان والصحة الأسرية التي جرت في الأردن في الأعوام 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012 من قبل دائرة الاحصاءات العامة، ولكن كان مسح عام 2009 مسحاً عابراً ولم يشتمل على جميع الأسئلة التي تتضمن عادة في مسح السكان والصحة الأسرية. وجمعت المسوح الستة بيانات من عينات ممثلة وطنياً أختيرت من أطر معاينة ملائمة، ففي مسح 2007، 2009 و2012 تم إستعمال التعداد للسكان والمساكن لعام 2004 كإطار للمعاينة، بينما أستعمل مسح 2002، و1997 تعداد 1994 كإطار للمعاينة. أما إطار المعاينة لمسح 1990 فتم الحصول عليه بتحديث قوائم الوحدات الأسرية في عام 1989 و1990 في المدن الرئيسية ومن التقديرات السكانية للتجمعات الأخرى الباقية في البلد. ويلخص الجدول 1 عدد الأسر والنساء اللاتي سبق لهن الزواج الذين تمت مقابلتها.

الجدول 1 عدد الأسر والنساء اللاتي سبق لهن الزواج وتمت مقابلتها في كل مسح،
مع إطار المعاينة الذي أستعمل في كل مسح

| 2012 | 2009 | 2007 | 2002 | 1997 | 1990 | |
|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------------------|--|
| 15,190 | 13,577 | 14,564 | 7,825 | 7,335 | 16,296 | الأسر التي تم مقابلتها |
| 11,352 | 10,109 | 10,876 | 6,006 | 5,548 | 6,461 | النساء اللاتي سبق لهن الزواج وتم مقابلتهم |
| تعداد 2004 | تعداد 2004 | تعداد 2004 | تعداد 1994 | تعداد 1994 | قوائم محدثة لسنتي 1990 و 1989 | إطار المعاينة المستعمل |

2.1 المنهجية

تأخذ التقديرات والإختبارات الإحصائية الواردة في هذا التقرير بالحسبان التصميم الطبقي المتعدد المراحل والعنقودي للعينة وأوزان المعاينة. ففي مسح عام 2012 كانت الطبقات حسب المحافظات ومناطق الحضر والريف والبادية ومخيمات اللاجئين، أما في مسوح 2002، 2007 و 2009 فكانت الطبقات حسب المحافظات ومناطق الحضر والريف،

وفي مسحي 1990 و 1997 كانت الطبقات حسب تجمعات الحضر والريف والأقاليم (الشمال، الوسط، الجنوب)، ومحافظات الأردن وعددها 12 هي العاصمة، البلقاء، الزرقاء، مادبا، اربد، المفرق، جرش، عجلون، الكرك، الطفيلة، معان، والعقبة.

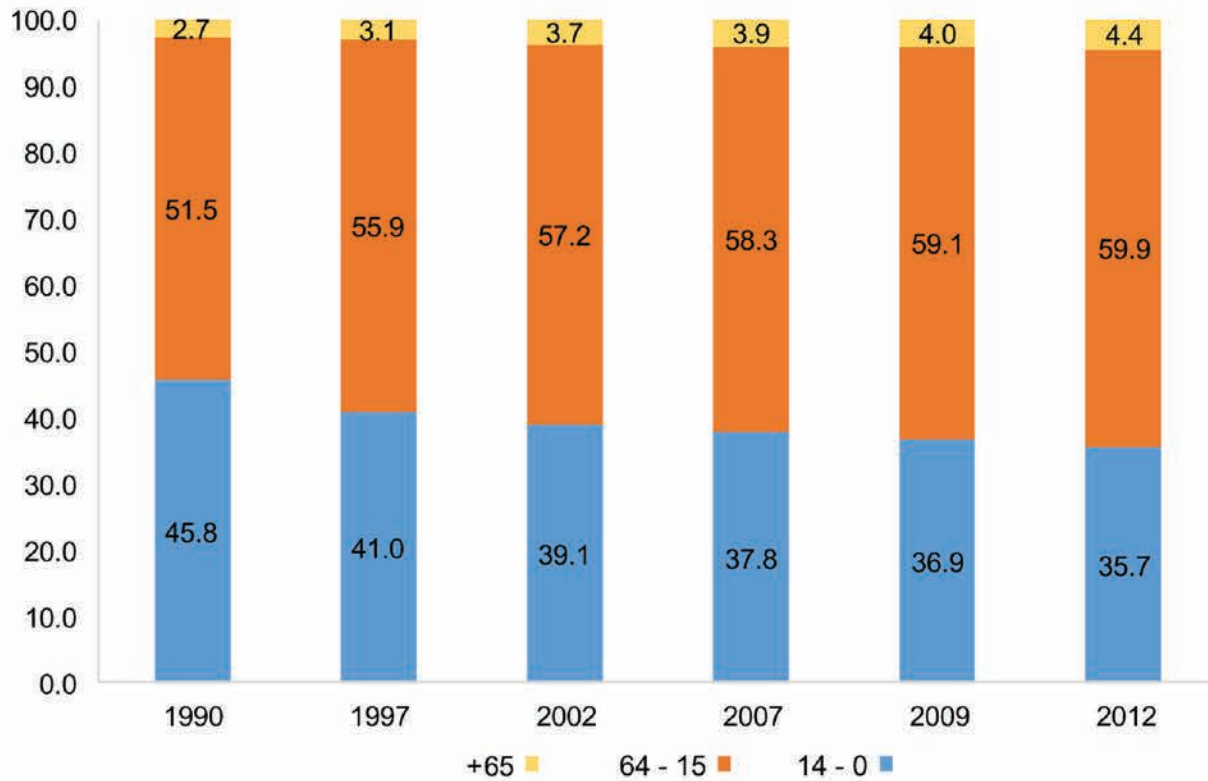
وتم استخدام تقدير أخطاء المعاينة لكل مؤشر من أجل الحصول على حدود ثقة بدرجة 95%. ولإختبار معنوية التغير بين سنوات المسح المتتالية. وكان الإختبار الإحصائي الذي أستعمل هو إختبار (z) وقيم (p) المحسوبة من ذيل واحد. أما الفرضية التي تم إختبارها فهي ما إذا كان المؤشر قد تغير في الإتجاه المرغوب مقارنة بالمسح السابق، وكانت فرضية العدم التي جرى إختبارها هي أنه لم يحدث تغيير في السنوات المتتالية.

2. المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والأسرية

1.2 التوزيع العمري للسكان

يبين الشكل 1 التوزيع العمري للسكان بأسلوب العد الفعلي (الذين قضوا الليلة الماضية في الأسرة) حسب ثلاث مجموعات عمرية 0 - 14، 15 - 64 و 65 سنة فأكثر. وكما يشاهد في الشكل، فإن نسبة السكان دون سن 15 سنة بقيت عالية نسبياً مشكلة أكثر من ثلث السكان نتيجة لتاريخ الإنجاب المرتفع في الأردن. ومهما يكن، وكما يلاحظ من الجدول 2 فإن هذه النسبة كانت آخذة في التناقص بصورة معنوية على مر السنين من 45.8 % سنة 1990 إلى 35.7 % سنة 2012. والمؤشر الآخر موضوع الاهتمام هو نسبة السكان 15 - 64 سنة لأنها تؤثر في نسبة الإعالة في الأردن، إذ يبين الشكل 1 أن نسبة السكان 15 - 64 سنة إزدادت على مر السنين من 51.5 % عام 1990 إلى 59.9 % عام 2012. ومهما يكن فإن هذه الزيادة كانت معنوية فقط بين السنوات التي تلت عام 1990 وحتى الفترة 2002 - 2007 ولم تعد معنوية بعد ذلك (أنظر الجدول 2). وأخيراً، إزدادت نسبة السكان 65 سنة فأكثر بصورة معنوية فقط بين 1990 - 1997، و1997 - 2002 وظلت دون تغيير منذ عام 2002 عند حوالي 4 % من السكان.

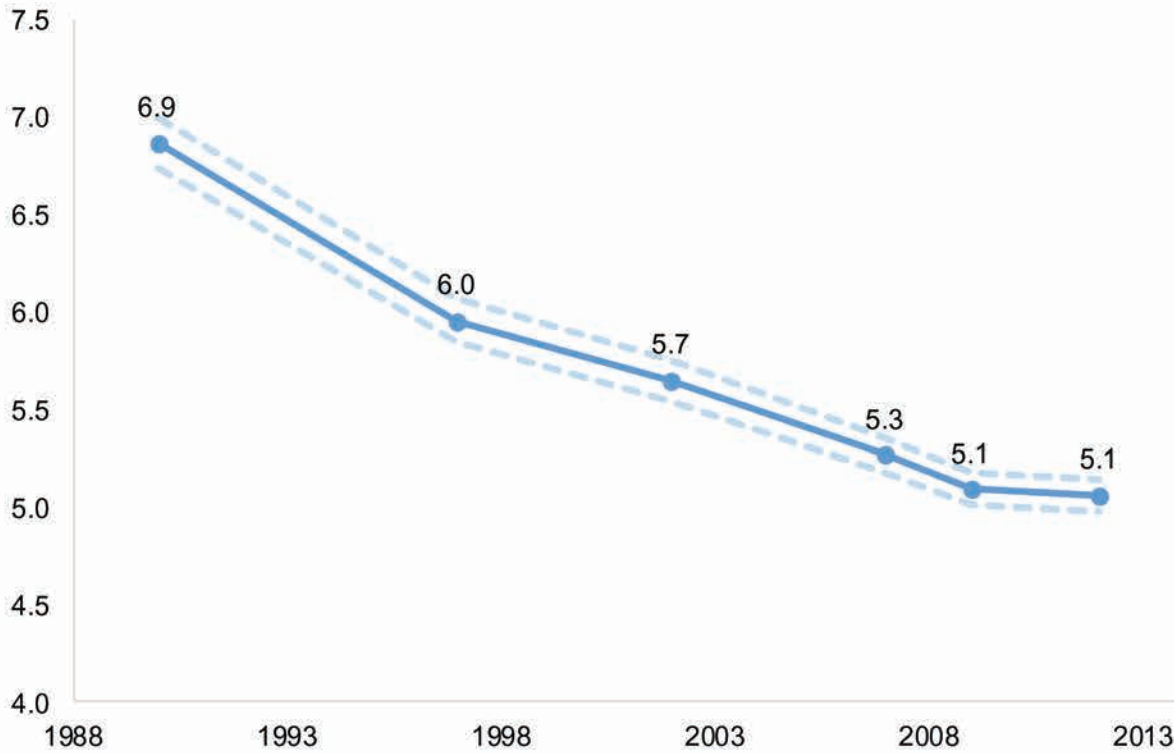
الشكل 1 توزيع السكان بأسلوب العد الفعلي حسب الفئات العمرية الرئيسية



2.2 خصائص الأسرة

إن خصائص الأسرة المبينة هنا مهمة في تقييم مستوى معيشة الأسرة، فإذا كان عدد كبير من الأشخاص يشتركون في نفس الأسرة فإن هذا يؤدي إلى الإزحام وإلى أحوال صحية غير محببة. يبين الشكل 2 أن متوسط حجم الأسرة بأسلوب العد النظري (القاطنون المعتادون في الأسرة) يتناقص بصورة معنوية من 6.9 فرد عام 1990 إلى 5.1 فرد عام 2009 وظل دون تغيير بين عامي 2009 و2012 (أنظر الجدول 2).

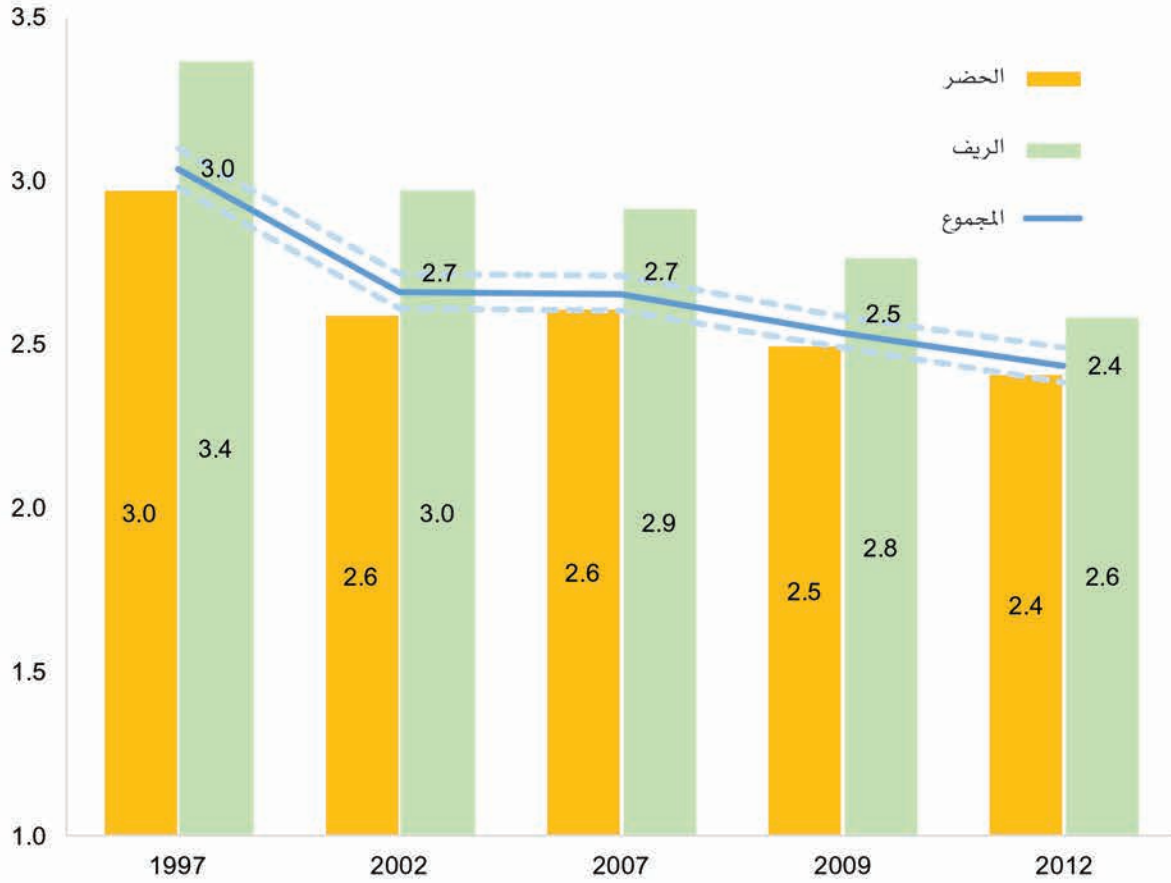
الشكل 2 متوسط حجم الأسرة بأسلوب العد النظري لسنوات المسح
1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012 بحدود ثقة 95%



إن متوسط عدد الأشخاص لكل غرفة نوم مؤشر آخر على الإزدحام، ولم تتوفر بيانات عن عدد غرف النوم في مسح 1990، ولذا لم تمثل هذه النسبة في الشكل 3 أو الجدول 4. يبين الشكل 3 أنه بإستثناء الفترة الواقعة بين 2002 و2007 إنخفض متوسط عدد الأشخاص لكل غرفة نوم بصورة معنوية من 3 أشخاص عام 1997 إلى 2.4 شخص عام 2012 (أنظر الجدول 2).

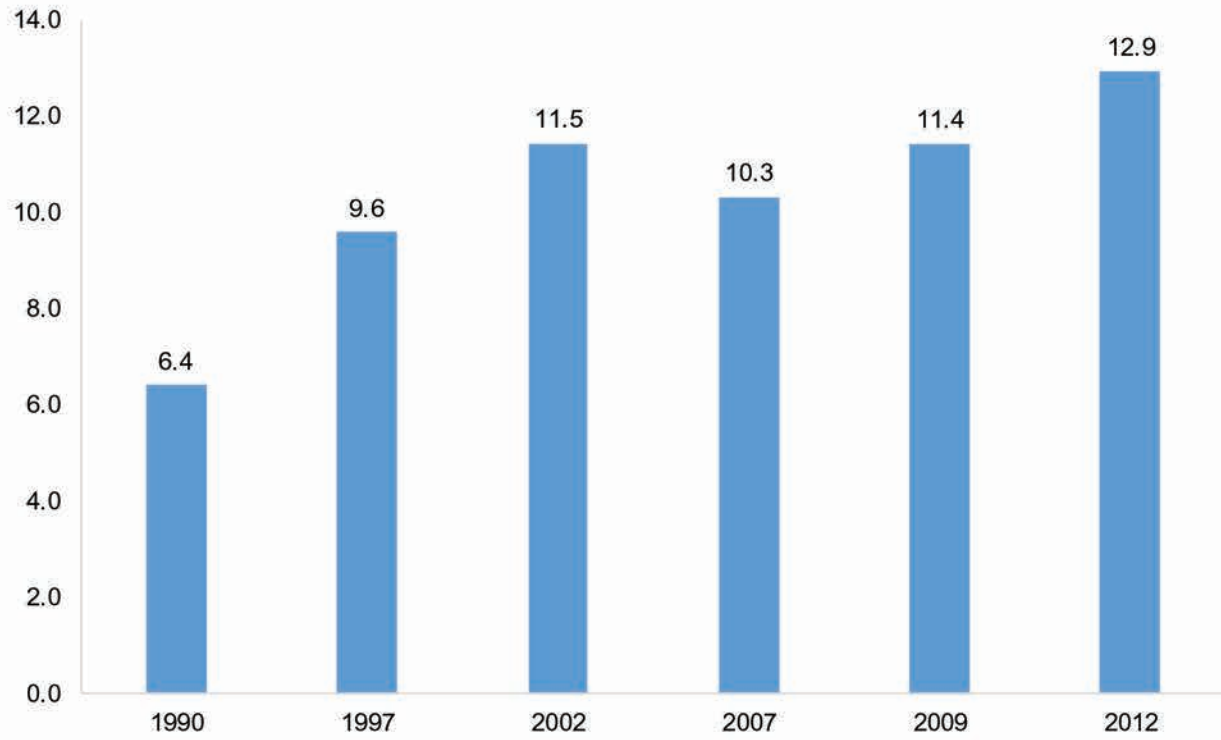
ويبين الشكل أيضاً متوسط عدد الأشخاص لكل غرفة نوم للمناطق الحضرية والريفية كل على حدا، وكانت المتوسطات دائماً أعلى في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية على الرغم من أن هذا الفرق قد بلغ فقط 0.2 عام 2012 منخفضاً من فرق بلغ 0.4 في عامي 1990، و1997. إن إتجاهات ومعنوية التغيرات بين السنين فيما يتعلق بالإزدحام في الحضر والريف كانت ذاتها التي عرفها المتوسط العام وكما يبين الجدول 2.

الشكل 3 متوسط عدد أفراد الأسرة بأسلوب العد النظري لكل غرفة نوم حسب الحضر والريف مع تمثيل المجموع بحدود ثقة 95 %



إن الأسر التي ترأسها إناث عادة ما يصابها موارد مالية محدودة. يبين الشكل 4 أن نسبة الأسر التي ترأسها أنثى إزدادت بصورة معنوية في الفترات 1990 - 2002 و 2007 - 2012 (أنظر الجدول 2). وبلغت هذه النسبة 6.4 % في سنة 1990 وتضاعفت فوصلت إلى 12.9 سنة 2012، ولكن في الفترة بين عامي 2002 و 2007 إنخفضت النسبة معنوياً بمقدار 0.1 نقطة مئوية قبل أن تعود إلى الإرتفاع في عام 2009 (أنظر الجدول 2).

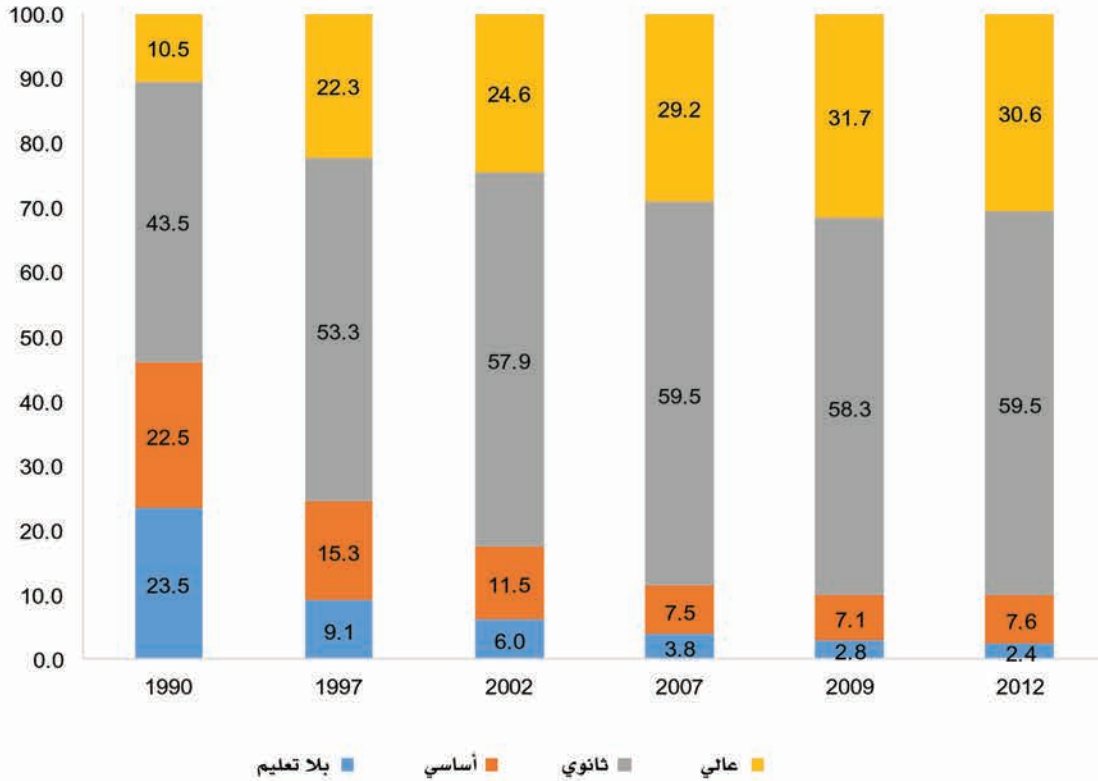
الشكل 4 نسبة الأسر التي ترأسها أنثى



3.2. التحصيل التعليمي

إن الحالة التعليمية مؤشر إجتماعي - إقتصادي مهم، إن تعليم النساء اللاتي سبق لهن الزواج مؤشر مهم بصورة خاصة لأن له عادة علاقة بالإنجاب وإستعمال موانع الحمل وصحة الأم والطفل. يبين الشكل 5 أنه بإستثناء عام 1990 كان أكثر من نصف النساء اللواتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة في كل مسح لديهن تعليم ثانوي، وبصورة عامة فإن مستوى تعليم النساء في تحسن كما يبين ذلك تزايد التعليم العالي والثانوي وتناقص فئات التعليم الأساسي وفئة بلا تعليم، فزيما يتعلق بأعلى مستويات التعليم كانت الزيادة من 10.5% في سنة 1990 إلى حوالي ثلث من سبق لهن الزواج، 30.6% في سنة 2012، ومهما يكن فإن هذه الزيادة لم تكن دوماً معنوية كما يبين الجدول 2 ولم تتغير النسبة إحصائياً في الفترات 1997-2002 و2009-2012.

الشكل 5 التوزيع النسبي لأعلى مستوى تعليمي حصلت عليه النساء اللاتي سبق لهن الزواج ممن أعمارهن 15 - 49 سنة



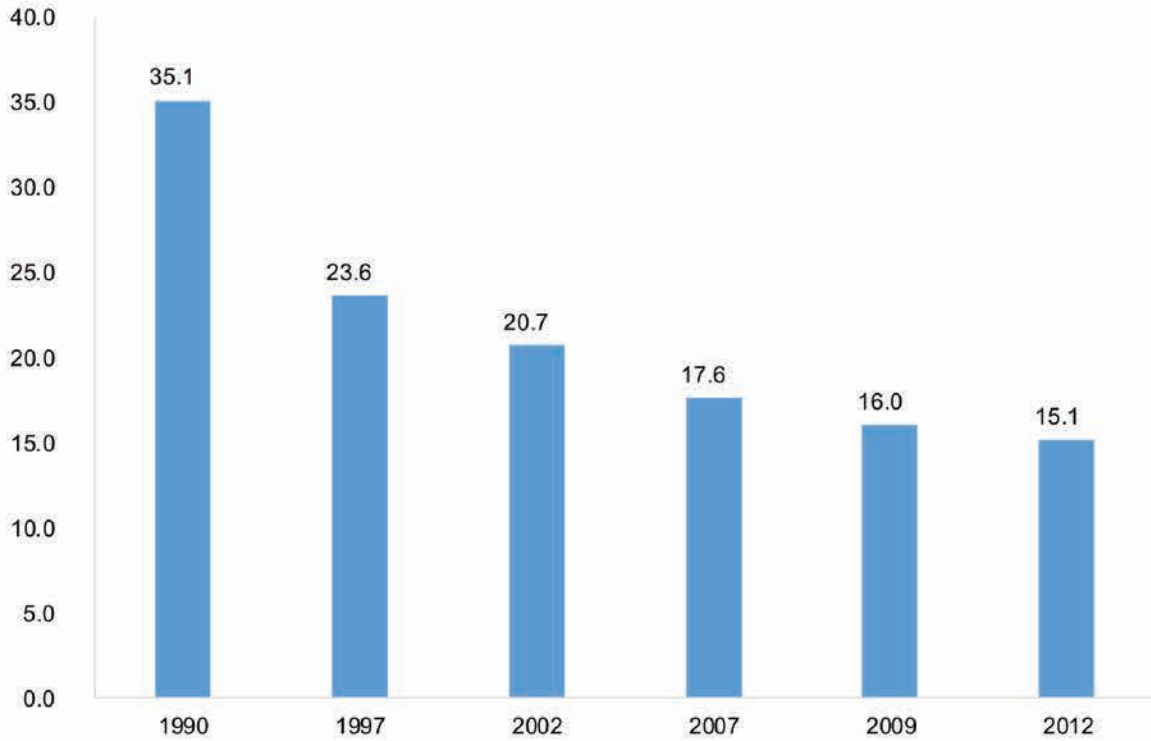
4.2 الزواج

إن العمر الذي تتزوج عنده النساء له تأثير قوي عادة في مستويات الإنجاب، فكلما صغر العمر عند الزواج كلما زادت مدة التعرض لإحتمالات الحمل خلال سنوات الحياة الإنجابية وكلما إزداد الإنجاب تبعاً لذلك. إن الزيجات دون سن العشرين تقود إلى أحمال دون سن العشرين ويمكن أن يكون لها تبعات إضافية على الأم والطفل وزيادة في التعرض للمرض والوفاة. كما أن الزيجات في فترة المراهقة ترتبط أيضاً بمستويات تعليمية أدنى للبنات.

زواج المراهقات/ اليافعات

إن العمر القانوني للزواج في الأردن هو 18 سنة، ولكن هناك زيجات وقعت في عمر أصغر من ذلك خاصة في المسوح المبكرة وكما يبين الشكل 6. ومن المهم الإشارة هنا إلى أن هذا المؤشر قد حسب من سؤال وجه إلى النساء اللاتي سبق لهن الزواج عن العمر الذي تزوجن عنده زوجهن الأول، ثم جرى توزيع هذا المؤشر بمعامل كل النساء للحصول على زيجات اليافعات بين السكان الإناث في الأردن، وتم إختيار النساء اللاتي تجاوزن سن 24 سنة فقط عند حساب هذا المؤشر. إذن هذا المؤشر لا يعكس بالضرورة الانتشار الحالي لزيجات اليافعات في الأردن ولكن يمكن إستعماله كمؤشر على زيجات اليافعات بين السكان الإناث فوق سن 24 سنة. ويبين الشكل 6 أن زيجات اليافعات إنخفضت معنوياً من 35.1% في عام 1990 إلى 15.1% في عام 2012. وكانت كافة الإنخفاضات معنوية كما يظهر في الجدول 2 ما عدا للفترة بين 2009 و2012 حيث كان الإنخفاض غير معنوي.

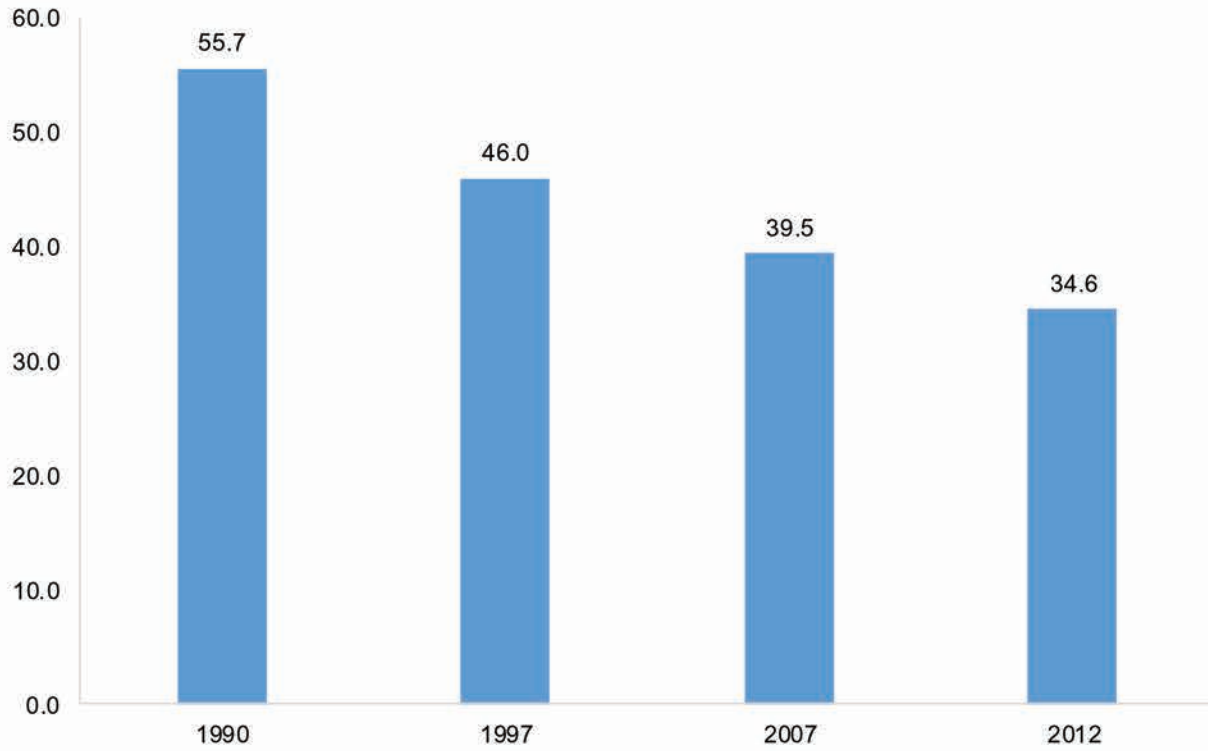
الشكل 6 نسبة النساء ممن أعمارهن 25 - 49 سنة وتزوجن قبل سن 18 سنة



زواج الأقارب

قد يترتب على زواج الأقارب نتائج صحية سلبية بسبب زيادة خطر إصابة الأطفال بالإختلالات وراثية، كما أن له علاقة بزيادة خطر حدوث الإجهاضات التلقائية والمواليد الأموات. إن زواج الأقارب شائع في الشرق الأوسط خاصة بين الأقارب من الدرجة الأولى، ففي عام 1990 كان أكثر من نصف الأردنيات (55.7%) اللاتي سبق لهن الزواج متزوجات من أقارب. ومهما يكن فقد إنخفض زواج الأقارب معنوياً بين عامي 1990 و2012 (أنظر الشكل 7 والجدول 3)، ففي عام 2012 يقدر بأن حوالي ثلث النساء اللواتي سبق لهن الزواج (34.6%) كن أقارب لزوجهن الأول.

الشكل 7 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتربطهن صلة قريى بزوجهن الأول



5.2 ملخص

كانت معظم التغيرات الديموغرافية والصحية والأسرية في اتجاه التحسن. فتسبة السكان دون سن 15 سنة كانت في تناقص معنوي نتيجة لإنخفاض معدلات الإنجاب. كما إنخفاض إزدحام المسكن الأسري في المناطق الحضرية والريفية، كما إزدادت نسبة النساء اللاتي لديهن تعليم عالي (أعلى من الثانوي) بصورة معنوية لتصل إلى ما يقدر بثلاث النساء اللاتي سبق لهن الزواج ممن أعمارهن 15 - 49 سنة. كما كان زواج اليافعات في تناقص معنوي أيضاً على الرغم من أن هذا الإنخفاض قد توقف في المسوح الأحدث. ومما يدعو للإهتمام تلك الزيادة في نسبة الأسر التي ترأسها امرأة، ويتطلب هذا دراسة أخرى لفهم أسباب حدوث هذه الزيادة.

الجدول 2 تقدير المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والأسرية، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| فروق | 2012 | 2009 | 2007 | 2002 | 1997 | 1990 |
|-----------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 2012-2009 | R (C.I.) | R (C.I.) | R (C.I.) | R (C.I.) | R (C.I.) | R (C.I.) |
| -1.2* | 35.7 (34.7-36.6) | 36.9 (36.0-37.7) | 37.8 (37.0-38.6) | 39.1 (38.3-39.8) | 41.0 (40.2-41.9) | 45.8 (45.1-46.6) |
| 0.8 | 59.9 (59.1-60.8) | 59.1 (58.4-59.9) | 58.3 (57.5-59.0) | 57.2 (56.5-57.9) | 55.9 (55.1-56.7) | 51.5 (50.8-52.2) |
| 0.4 | 4.4 (4.0-4.8) | 4.0 (3.7-4.4) | 3.9 (3.6-4.2) | 3.7 (3.4-4.0) | 3.1 (2.9-3.3) | 2.7 (2.5-2.8) |
| -0.0 | 5.1 (5.0-5.1) | 5.1 (5.0-5.2) | 5.3 (5.2-5.3) | 5.7 (5.5-5.8) | 6.0 (5.8-6.1) | 6.9 (6.7-7.0) |
| -0.1** | 2.4 (2.4-2.5) | 2.5 (2.5-2.6) | 2.7 (2.6-2.7) | 2.7 (2.6-2.7) | 3.0 (3.0-3.1) | NA (ب) |
| -0.1* | 2.4 (2.3-2.5) | 2.5 (2.4-2.5) | 2.6 (2.5-2.7) | 2.6 (2.5-2.6) | 3.0 (2.9-3.0) | NA (ب) |
| -0.2*** | 2.6 (2.5-2.6) | 2.8 (2.7-2.8) | 2.9 (2.8-3.0) | 3.0 (2.9-3.0) | 3.4 (3.2-3.5) | NA (ب) |
| 1.5* | 12.9 (12.0-13.9) | 11.4 (10.5-12.4) | 10.3 (9.5-11.1) | 11.5 (10.5-12.4) | 9.6 (8.8-10.4) | 6.4 (5.7-7.1) |
| -1.1 | 30.6 (28.6-32.6) | 31.7 (29.8-33.7) | 29.2 (27.4-31.1) | 24.6 (22.6-26.6) | 22.3 (20.4-24.2) | 10.5 (9.4-11.5) |
| -0.9 | 15.2 (14.0-16.3) | 16.0 (14.7-17.3) | 17.6 (16.4-18.8) | 20.7 (19.5-21.9) | 23.6 (22.2-25.0) | 35.1 (33.5-36.6) |

ملاحظات: R تمثل نسبة مئوية أو تقديرات للمتوسط. (أ) لا توجد معلومات في مسح 1990 عن جنس رب الأسرة، ولكن تم افتراض أن المستجيب الأول في الاستمارة هو رب الأسرة (ب) لا توجد بيانات عن عدد غرف النوم في مسح 1990. CI: حدود الثقة عند نسبة 95%. قيم p هي لنيل واحد * قيمة $p < 0.05$ ** قيمة $p < 0.01$ *** قيمة $p < 0.001$

الجدول 3 نسبة من سبق لهم الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتربطهن صلة قرى بزوجهن الأول،
مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| فروق | 2012 | فروق | 2007 | فروق | 1997 | 1990 | |
|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| 2012-2007 | % (C.I.) | 2007-1997 | % (C.I.) | 1997-1990 | % (C.I.) | % (C.I.) | |
| -4.9*** | 34.6 (32.9-36.3) | -6.6*** | 39.5 (37.6-41.3) | -9.6*** | 46.0 (44.3-47.8) | 55.7 (54.1-57.2) | الزوج الأول من الأقارب |

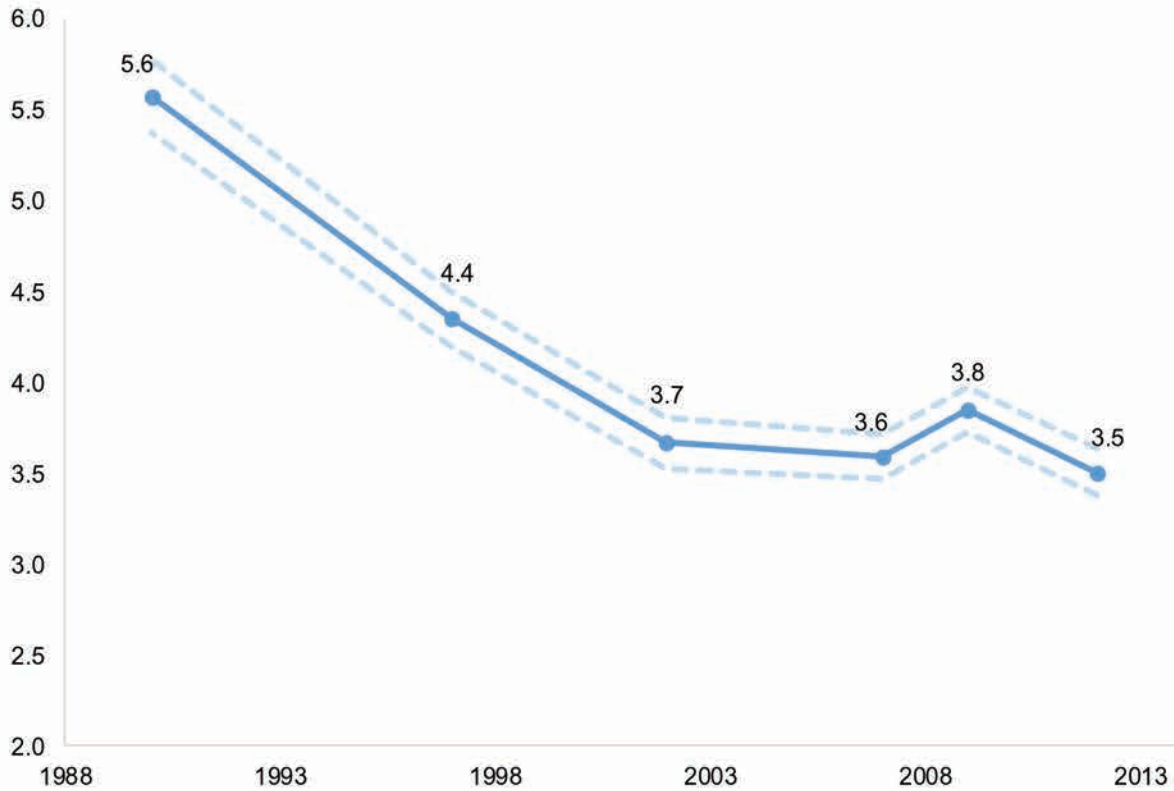
ملاحظات: لا تتوفر بيانات لسنتي 2002 و 2009. CI حدود الثقة عند نسبة 95%. قيم p هي لذيل واحد.
* قيمة $p > 0.05$ ** قيمة $p > 0.01$ *** قيمة $p > 0.001$.

3. معدلات الإنجاب والإنجاب المفضل

1.3 معدل الإنجاب الكلي

معدل الإنجاب الكلي هو مقياس لمتوسط عدد المواليد الذي يمكن أن تتجبه المرأة الواحدة عند نهاية سنوات حياتها الإنجابية إذا ما سلكت وفق معدلات الإنجاب العمرية الحالية. إن معدل الإنجاب الكلي المسجل هنا يمثل السنوات الثلاث السابقة للمسح. وكما يبين الشكل 8 إنخفض معدل الإنجاب الكلي في الأردن معنوياً من 5.6 مولود للمرأة الواحدة في عام 1990 إلى 3.5 مولود عام 2012، إلا أن الإنخفاض بين عامي 2002 و2007 لم يكن معنوياً كما يبين الجدول 4، بل كان هناك زيادة طفيفة معنوية بين عامي 2007 و2009 قبل أن يعود المعدل إلى الإنخفاض ثانية في عام 2012. وعلى الرغم من أن معدل الإنجاب كان في تناقص بصورة عامة، إلا أن هذا التناقص لم يكن سريعاً كما في السنوات المبكرة، بل أن معدل الإنجاب الكلي إزداد فعلاً عام 2009 وظل عند مستوى مرتفع نسبياً (3.5 مولود للمرأة) في عام 2012. إن وجود معدل إنجاب كلي مرتفع لا يؤثر فقط على صحة الأم والطفل بل له تأثيرات على التنمية المستدامة للبلد أيضاً.

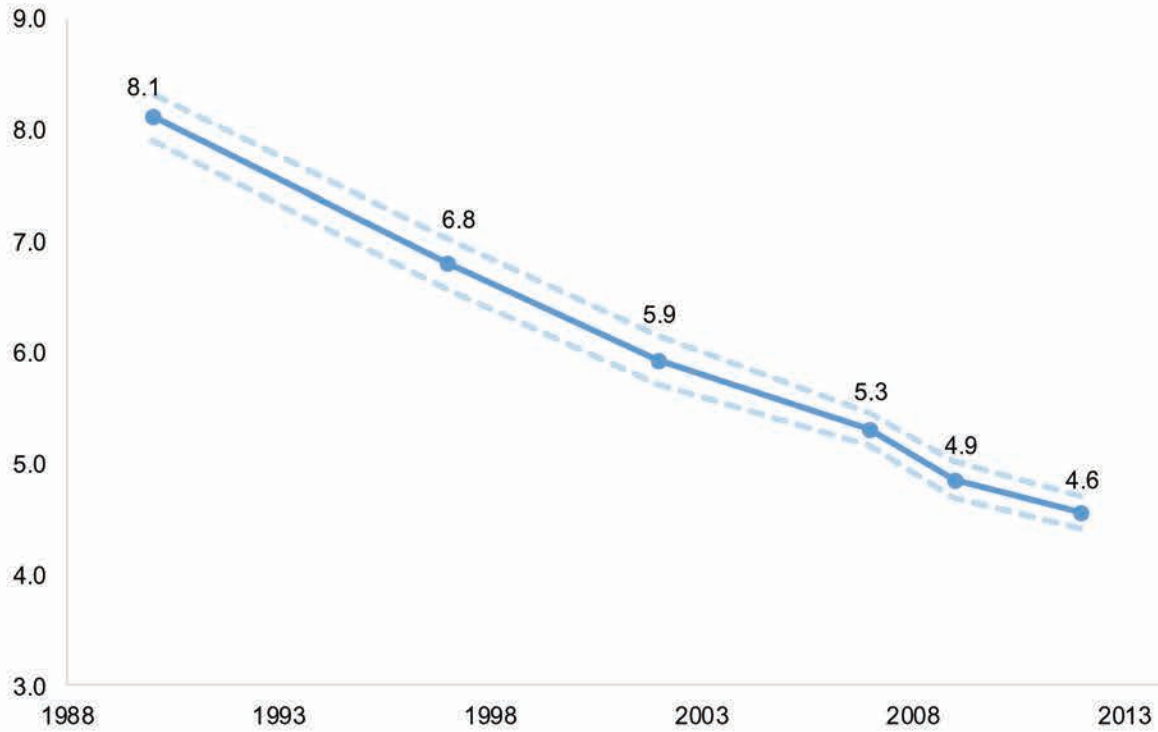
الشكل 8 معدل الإنجاب الكلي للسنوات الثلاث السابقة للمسح لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 %



2.3 معدل الإنجاب المكتمل

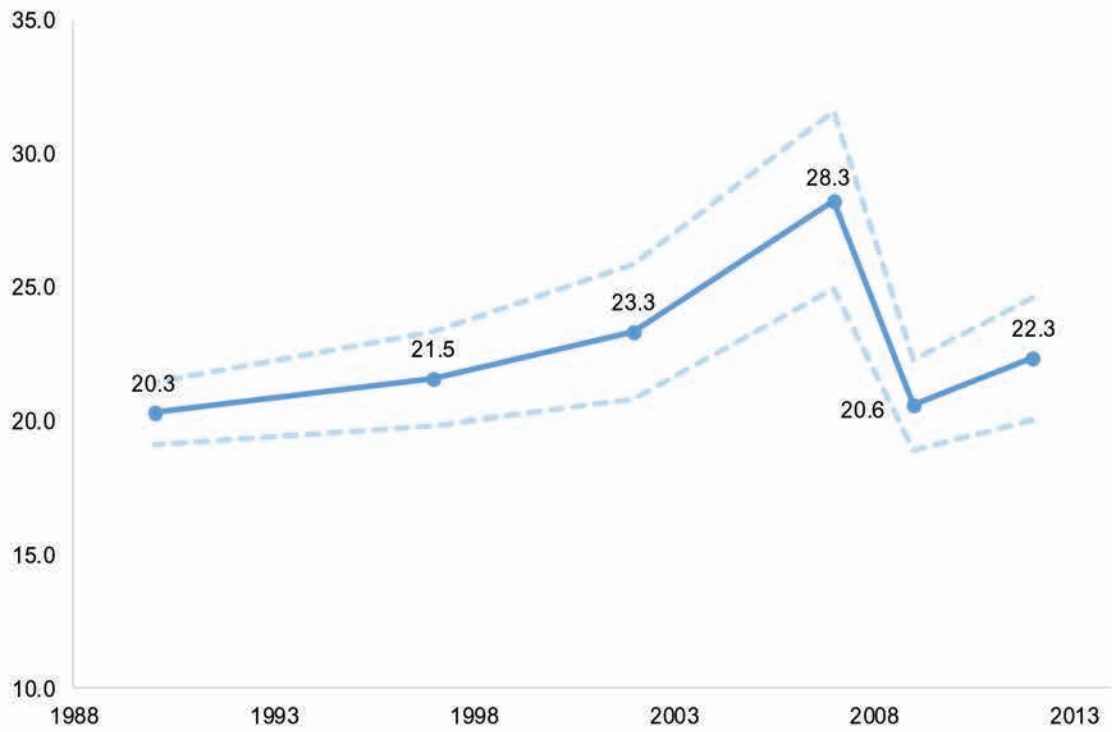
يمثل هذا المعدل الإنجاب المكتمل للنساء اللاتي تجاوزن سن 40 سنة عندما يقل احتمال أن ينجبن مزيداً من الأطفال. يحسب هذا المعدل كمتوسط لعدد الأطفال الذين أنجبوا لنساء بلغن من العمر 40 - 49 سنة، ويشمل معامل لكل النساء كي يتم حساب هذا المؤشر لجميع النساء، وليس فقط النساء اللاتي سبق لهن الزواج في المسوح. ويبين الشكل 9 إنخفاضاً معنوياً في هذا المؤشر على مر السنين من متوسط مقداره 8.1 مولوداً للمرأة عام 1990 إلى 4.6 مولوداً للمرأة الواحدة في عام 2012. وكان الإنخفاض معنوياً بين جميع المسوح كما يلاحظ في الجدول 4. ويلاحظ أن معدل الإنجاب المكتمل أعلى من معدل الإنجاب الكلي عندما المقارنة بين هذين المؤشرين لكل سنة، ويعتبر هذا دليلاً إضافياً على تناقص الإنجاب في الأردن. ومهما يكن وكما ذكر بخصوص معدل الإنجاب الكلي يبقى معدل الإنجاب المكتمل عالياً نسبياً في عام 2012 عند 4.6 مولوداً للمرأة.

الشكل 9 معدل الإنجاب المكتمل لجميع النساء ممن أعمارهن 40 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 %



3.3 المدة بين الزواج والمولود الأول

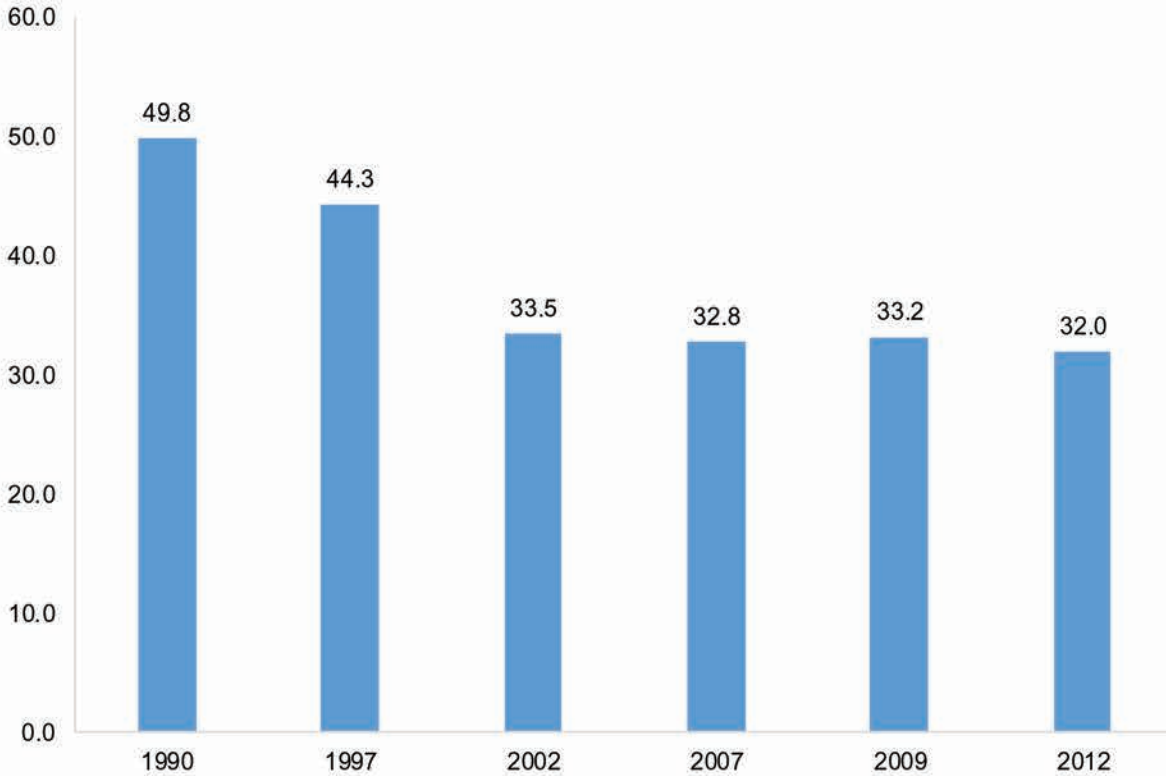
يبين الشكل 10 متوسط طول الفترة بالأشهر بين الزواج والمولود الأول للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة. وكما يظهر من الشكل فإنه بإستثناء القفزة المعنوية في عام 2007 إلى متوسط بلغ 28.3 شهراً فإن هذا المتوسط بقي نسبياً دون تغيير وفي مدى تراوح بين 20.3 إلى 23.3 شهراً. أما الزيادة بين عامي 2009 و2012 فليست معنوية كما يظهر في الجدول 4. ويوصى المتزوجون حديثاً بفترة أطول قبل إنجاب المولود الأول لأنهم بحاجة لوقت للتكيف مع الحياة الزوجية ولمزيد من التعلم والمعرفة عن الإنجاب وموانع الحمل ومهارات تنشئة الأطفال، كما أنه سيكون لزيادة هذه الفترة تأثير مباشر على خفض معدلات الإنجاب.



4.3 فترة المباشرة بين المواليد

من الممكن أن يكون للفترة بين الولادات أو المدة الزمنية بين مولودين حيين تأثيراً كبيراً على صحة الأم والطفل وعلى معدلات الإنجاب أيضاً. ويوصى أن تنتظر المرأة سنتين على الأقل بين مولودين متتاليين بما يسمح للأم أن تتعافى بصورة كاملة من ولادة طفلها السابق. وتقتصر توصيات أخرى بفترات فاصلة بين المواليد أطول من ذلك تصل إلى 3 - 5 سنوات من أجل صحة أفضل للأم والطفل. يبين الشكل 11 نسبة المواليد عدا المولود الأول الذين ولدوا في السنوات الخمس السابقة للمسح وقبل مرور الحد الأدنى الموصى به للمباشرة بين الولادات وهو 24 شهراً منذ المولود السابق. وعلى الرغم من حصول انخفاض معنوي في الولادات المتقاربة بين عامي 1990 و2002، إلا أن هذه النسبة ظلت نسبياً دون تغيير في السنوات اللاحقة كما يشاهد في الجدول 4، فمنذ عام 2002 وحتى عام 2012 حوالي ثلث الولادات حصلت قبل مرور 24 شهراً على المولود السابق لها.

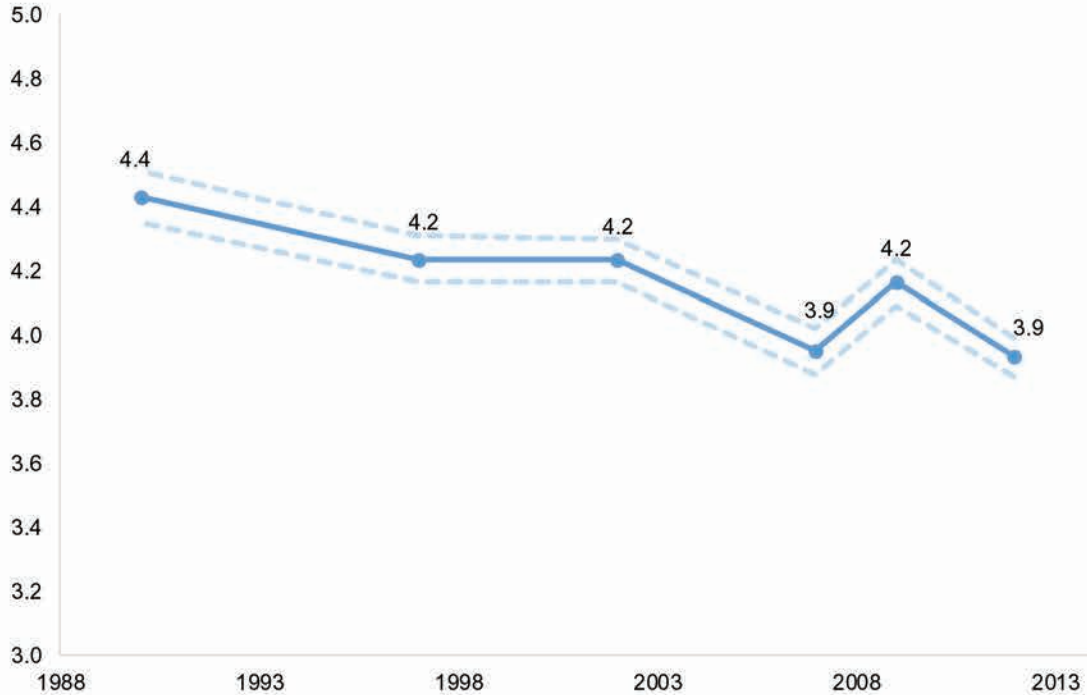
الشكل 11 نسبة المواليد عدا المولود الأول في السنوات الخمس السابقة للمسح الذين ولدوا قبل مضي 24 شهراً على المولود السابق



5.3 العدد المثالي للأطفال

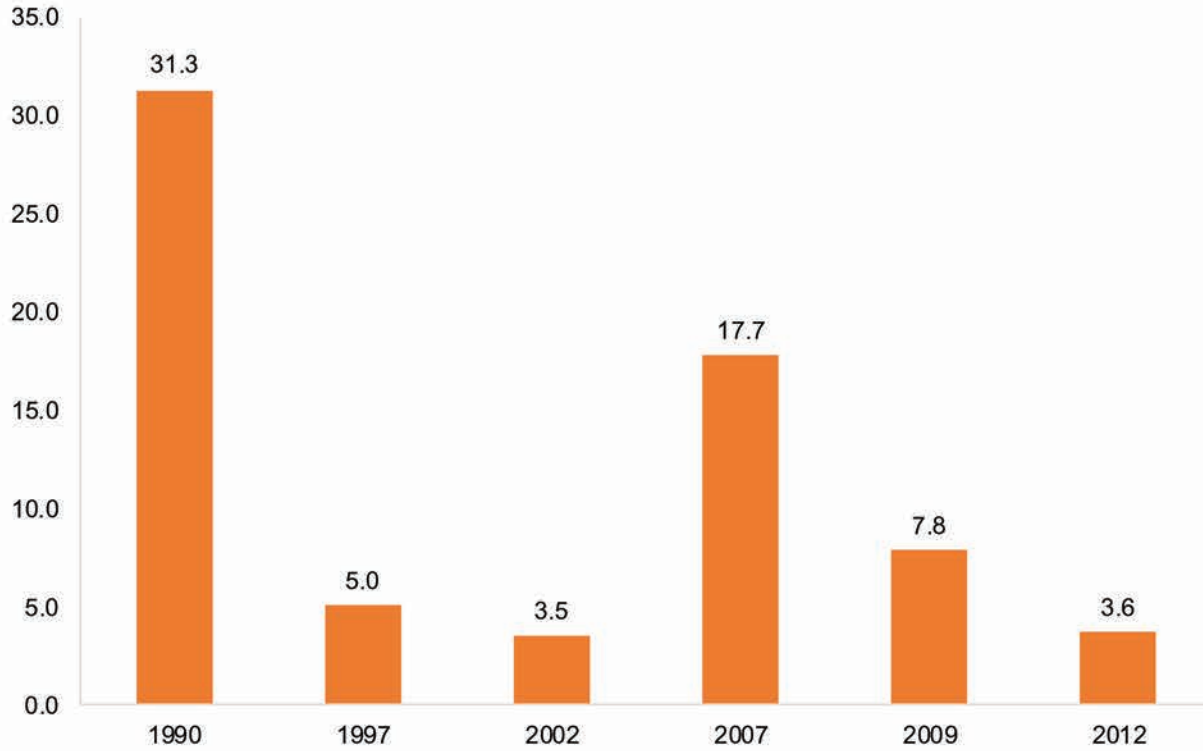
أشتق هذه المعدل من سؤال وجه للنساء اللاتي سبق لهن الزواج ممن أعمارهن 15 - 49 سنة، عندما تم سؤالهن أن يأخذن بالإعتبار وبصورة مستقلة عن الحجم الفعلي لأسرهن، أنه لو بدأن في الإنجاب ثانية كم عدد الأطفال الذي سوف يخترنه؟ أما النساء اللاتي لم يدلين بإجابة رقمية، وكما هو موصوف تاليا فتم إستبعادهن من حساب هذا المؤشر. ويبين الشكل 12 أن العدد المثالي بقي تقريباً عند أربعة أطفال، وكان هناك إنخفاض بسيط في العدد المثالي على مر الفترة بكاملها ما عدا خلال المدة بين 2007 و2009 التي عرفت زيادة. وهذه التغيرات رغم صغرها كانت كلها معنوية ما عدا بين سنتين 1990 و2002 حيث لم تكن معنوية كما هو مبين في الجدول 4.

الشكل 12 متوسط عدد الأطفال المثالي للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95%



إن العديد من النساء اللاتي سئلن عن العدد المثالي للأطفال بالنسبة لهن أعطين إجابة غير رقمية مثل حسب "القسمه أو القدر" أو "التوكل على الله". إن نسبة النساء اللاتي أعطينا إجابة غير رقمية يمكن أن تستخدم كمؤشر على مستوى معرفة النساء أو إدراكهن لنواياهن الإنجابية، كما تعكس أيضاً رغبة من أجرى المقابلة في إستدراج النساء إلى اعطاء إجابة رقمية، ويبين الشكل 13 حصول إنخفاض كبير في هذه النسبة بعد عام 1990 ولكن حصول زيادة معنوية فيها في عام 2007. إن التغيرات في النسب كانت كلها معنوية كما يظهر في الجدول رقم 4. وفي أحدث مسح كانت نسبة النساء اللاتي أدلين بإجابة غير رقمية 3.6% فقط.

الشكل 13 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة
وأعطين إجابة غير رقمية عن العدد المثالي للأطفال



6.3 ملخص

على الرغم من حصول إنخفاض معنوي في معدلات الإنجاب خلال المدى الكامل لهذه المسوح، إلا أن الإنخفاض في المسوح الأخيرة لم يكن سريعاً كما كان عليه في المسوح المبكرة الأولى. إن هذا التباطؤ النسبي في إنخفاض الإنجاب قد يعود إلى مؤشرات أخرى تم التطرق إليها في هذا الفصل. فمتوسط الفترة بين الزواج والمولود الأول ظلت أقل من 24 شهراً في جميع المسوح، كما أن متوسط الفترة بين الولادات المتتالية ظلت دون تغير في فترة السنوات العشر الواقعة بين عامي 2002 إلى 2012، حيث بلغت حوالي ثلث الولادات وقعت في غضون 24 شهراً بعد المولود السابق. أما عدد الأطفال المثالي فرغم إنخفاضه المعنوي ظل قريباً إلى متوسط من 4 أطفال.

الجدول 4 تقديرات معدلات الإنجاب ومؤشرات النوايا الإنجابية مع اختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| فروق 2012-2009 | 2012 R (C.I.) | فروق 2009-2007 | 2009 R (C.I.) | فروق 2007-2002 | 2007 R (C.I.) | فروق 2002-1997 | 2002 R (C.I.) | فروق 1997-1990 | 1997 R (C.I.) | 1990 R (C.I.) | معدل الإجاب التي (معدل) |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---|
| -0.3** | 3.5 (3.4-3.6) | 0.2** | 3.8 (3.7-4.0) | -0.1 | 3.6 (3.5-3.7) | -0.7*** | 3.7 (3.5-3.8) | -1.2*** | 4.4 (4.2-4.5) | 5.6 (5.4-5.8) | |
| -0.3** | 4.6 (4.4-4.7) | -0.5*** | 4.8 (4.7-5.0) | -0.6*** | 5.3 (5.2-5.5) | -0.9*** | 5.9 (5.7-6.2) | -1.3*** | 6.8 (6.6-7.0) | 8.1 (7.9-8.3) | معدل الإجاب المكتمل (متوسط) |
| 1.7 | 22.3 (20.0-24.6) | -7.7*** | 20.6 (18.9-22.3) | 5.0* | 28.3 (24.9-31.6) | 1.8 | 23.3 (20.8-25.8) | 1.3 | 21.5 (19.8-23.3) | 20.3 (19.1-21.4) | الزمن بين الزواج والمولود (متوسط) |
| -1.2 | 32.0 (30.2-33.8) | 0.4 | 33.2 (31.3-35.0) | -0.7 | 32.8 (31.0-34.5) | -10.8*** | 33.5 (31.8-35.2) | -5.5*** | 44.3 (42.6-46.0) | 49.8 (48.2-51.5) | مدة المياعة بين الولادات أقل من ٢٤ شهر (نسبة) |
| -0.2*** | 3.9 (3.9-4.0) | -0.2*** | 4.1 (4.1-4.2) | -0.3*** | 3.9 (3.9-4.0) | -0.004 | 4.2 (4.2-4.3) | -0.2*** | 4.2 (4.2-4.3) | 4.4 (4.3-4.5) | العدد المثالي للأطفال (متوسط) |
| -4.2*** | 3.6 (2.8-4.4) | -9.9*** | 7.8 (6.9-8.9) | 14.3*** | 17.7 (16.5-19.0) | -1.6*** | 3.5 (2.9-4.1) | -26.2*** | 5.0 (4.3-5.7) | 31.3 (29.5-33.3) | الإجابة غير الرقمية للعدد المثالي للأطفال (نسبة) |

الملاحظات: R تمثل تقديرات المعدل أو النسبة أو للمتوسط. CI: حدود ثقة عند مستوى 95 %، قيم p هي لنيل واحد. * قيمة $p < 0.05$ ** قيمة $p < 0.01$ *** قيمة $p < 0.001$.

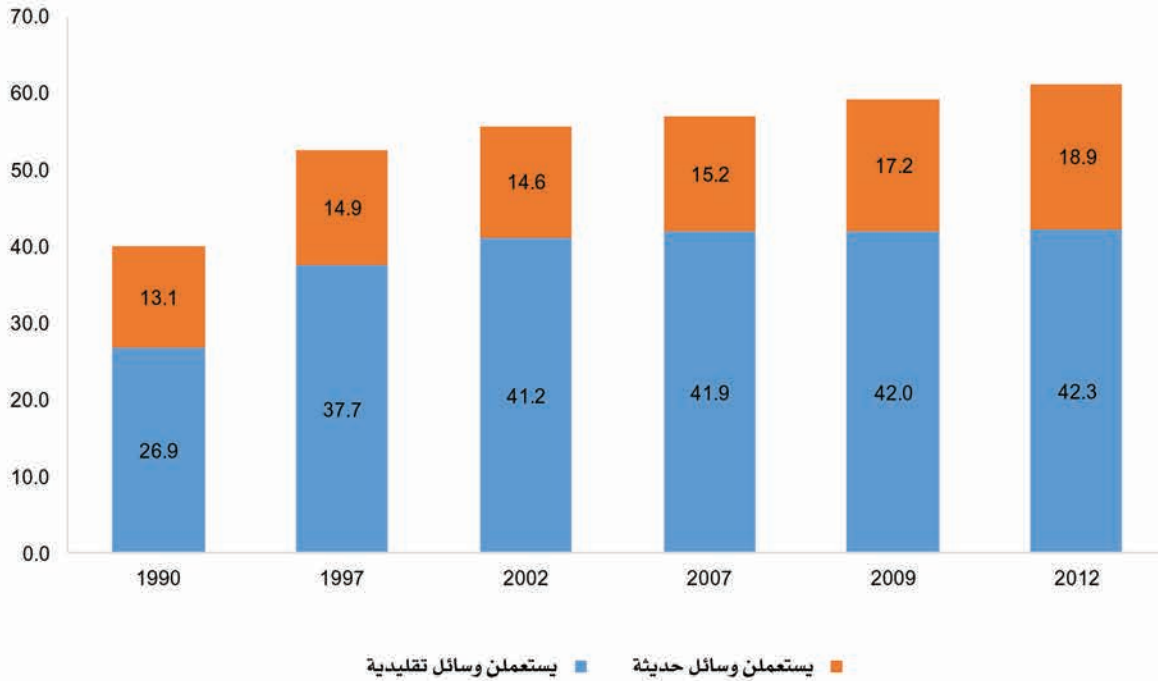
4. تنظيم الأسرة

بما أن المعرفة بوسائل منع الحمل عالية جداً في الأردن (حوالي 100 % في جميع المسوح الستة) فيرى أن هذا المؤشر غير مهم ولم يتم تناوله. يتناول هذا الفصل اتجاهات الإستعمال الحالي لتنظيم الأسرة والحاجة غير الملباة له.

1.4 الإستعمال الحالي لتنظيم الأسرة

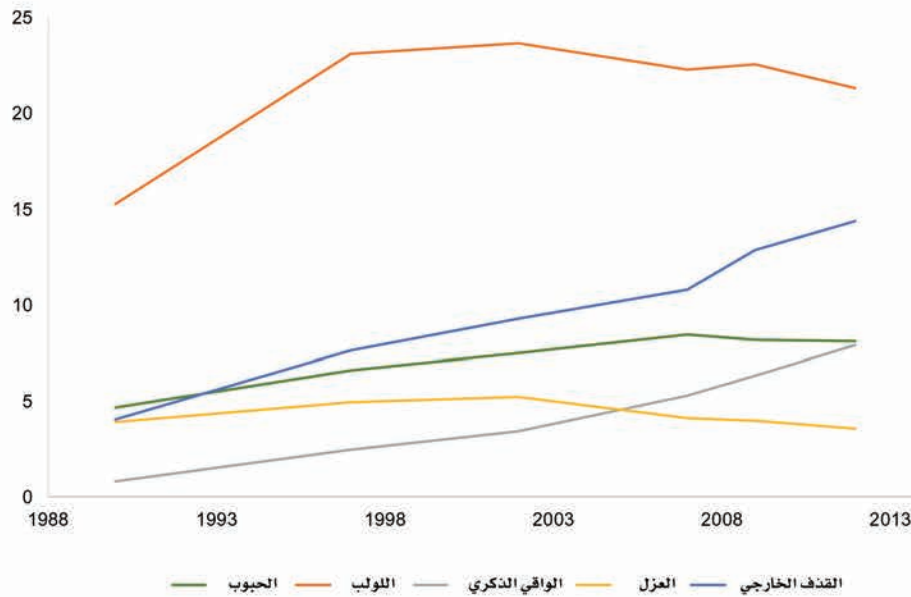
يقيس الإستعمال الحالي لتنظيم الأسرة ووسائل تنظيم الأسرة زمن المسح. يبين الشكل 14 نسبة إستعمال وسائل منع الحمل الحديثة أو التقليدية عند النساء المتزوجات. وبشكل عام، وكما يشير إليه الجدول 5 إزداد الإستعمال الحالي معنوياً من 40 % عام 1990 إلى 61.2 % في عام 2012، ما عدا بين عامي 2002 و2007 عندما كان التغيير غير معنوي. وكانت نسبة النساء اللاتي يستعملن الوسائل الحديثة أعلى من نسبة اللاتي يستعملن الوسائل التقليدية في كل مسح، وفيما يخص استعمال الوسائل الحديثة، فقد ازدادت نسبة إستعمالها معنوياً من عام 1990 إلى 1997 ومن عام 1997 إلى 2002، ولكن ظلت دون تغيير منذ عام 2002 عند حوالي 42 % (أنظر الجدول 5). أما بالنسبة لإستعمال الوسائل التقليدية فقد ارتفع هو الآخر معنوياً بين عامي 1990 و1997 وبقي على حاله دون تغيير حتى عام 2009، ولكن منذ سنة 2009 إزدادت نسبة النساء المتزوجات اللاتي يستعملن الوسائل التقليدية معنوياً من 15.2 % عام 2007 إلى 18.9 % في عام 2012. ويبدو أن الزيادة في الإستعمال الحالي لموانع الحمل بين المسحيين الآخرين إنما يعود أساساً إلى الزيادة المعنوية في إستعمال الوسائل التقليدية لأن استعمال الوسائل الحديثة لم يتغير معنوياً خلال هذه المدة.

الشكل 14 نسبة الإستعمال الحالي لموانع الحمل عند النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن 15 - 49 سنة



ويوضح الشكل 15 أكثر وسائل منع الحمل الحديثة والتقليدية شيوعاً. وكما يلاحظ من الشكل ذاته والجدول 5 أيضاً ظل اللولب الوسيلة الأكثر شيوعاً، كما إزداد إستعمال هذه الوسيلة معنوياً بين عامي 1990 و1997، ولكن لم يحصل أي تغيير معنوي في إستعمالها بعد عام 1997. أما أهم التغييرات في إستعمال موانع الحمل فيمكن أن تعزى بشكل كبير إلى إستعمال الواقي الذكري كوسيلة حديثة وإلى القذف الخارجي كوسيلة تقليدية، فقد إزداد إستعمال الواقي الذكري من 0.8 % عام 1990 إلى 7.9 % عام 2012، وإزداد إستعمال القذف الخارجي من 4 % عام 1990، إلى 14.3 % في عام 2012، وكانت هذه الزيادات معنوية في كل هذه الفترة الزمنية. أما إستعمال الحبوب والعزل فلم يتغير بسرعة وظلت مستقرّاً نسبياً خاصة في المسوح الأخيرة.

الشكل 15 نسبة الإستعمال الحالي لأحدث وسيلة حديثة وتقليدية شائعة لمنع الحمل عند النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن 15 - 49 سنة لسنوات المسح 1990، 1997، 2002، 2007، 2009، و2012.



2.4 الحاجة غير الملابة إلى تنظيم الأسرة

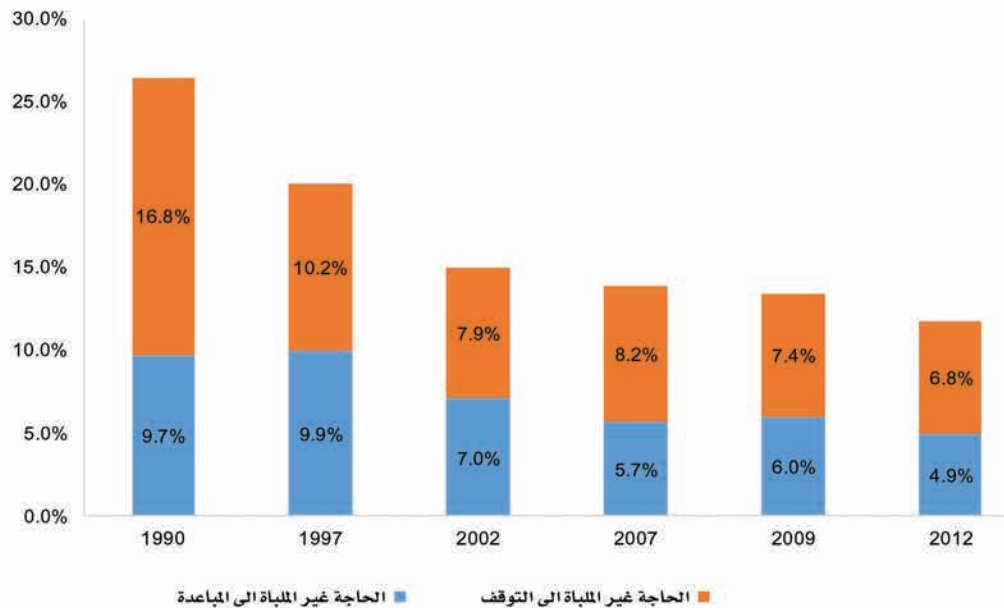
تشير هذه الحاجة إلى النساء اللاتي لا يستعملن مانعاً لتجنب الحمل رغم أنهم يرغبون في تأجيل المولود التالي (حاجة غير ملابة للمباعدة) أو التوقف نهائياً عن الإنجاب (حاجة غير ملابة للتوقف). لقد جرى حساب هذا المؤشر بطريقة مختلفة في السنوات السابقة لعام 2012 بإستخدام معلومات من تقويم عن إستخدام موانع الحمل وأسئلة لم تكن موجودة في كل مسح. أما الآن فإن التعريف المعدل للحاجة غير الملابة يستخدم معلومات تم جمعها في كل مسح. إن النسب الواردة هنا أعتمدت بصورة موحدة على أحدث تعريف. ولذا، لن تكون نسب السنوات السابقة لعام 2012 نفسها الواردة في التقارير النهائية لمسوح السكان والصحة الأسرية للأعوام 1990-2009.

وكما هو مبين في الجدول 5 إنخفضت الحاجة الكلية غير الملابة عند النساء المتزوجات حالياً من 26.5 % في عام 1990 إلى 11.7 % في سنة 2012، وهذا الإنخفاض لم يكن دائماً معنوياً إذ لم يكن التغيير معنوياً بين 2002 - 2007، و2007 - 2009. ويبين الشكل 16 أن الحاجة غير الملابة للتوقف وللمباعدة أيضاً كانت آخذة في الإنخفاض، ولكن

الإنخفاض مرة أخرى لم يكن دوماً معنوياً، إذ لم يكن التغيير في الحاجة غير الملباة معنوياً بين عامي 1990 و1997، أما بعد عام 1997 فأصبح الإنخفاض في الحاجة غير الملباة للمباعدة معنوياً حيث إنخفضت من 9.9 % عام 1997 إلى 5.7% عام 2007، ثم بقيت دون تغيير قبل أن تعود مرة أخرى للإنخفاض معنوياً إلى 4.9 % في عام 2012.

كما إنخفضت الحاجة غير الملباة للتوقف معنوياً من 16.8 % في عام 1990 إلى 7.9 % في عام 2002، ثم ظلت دون تغيير بعد ذلك في صورة إرتفاع أو إنخفاض غير معنوي في المسوح اللاحقة للأعوام من 2002 إلى 2012. وبلغت الحاجة غير الملباة للتوقف عن الإنجاب 6.8 % في عام 2012.

الشكل 16 نسبة النساء المتزوجات حالياً وأعمارهن وأعمارهن 15- 49 سنة ولديهن حاجة غير ملباة لتنظيم الأسرة



3.4 ملخص

لقد إزداد إستعمال تنظيم الأسرة عند النساء المتزوجات حالياً ممن أعمارهن 15 - 49 سنة بصورة عامة في كافة الفترات بين المسوح، ولكن نسبة النساء المتزوجات حالياً اللاتي يستعملن وسيلة حديثة لتجنب الحمل ظلت دون تغيير بين عامي 2002 إلى 2012، وبينما إزداد إستعمال الواقي الذكري معنوياً، ظل إستعمال أكثر الوسائل الحديثة شيوعاً وهما اللولب والحبوب دون تغيير نسبياً منذ عام 1997. وفي المقابل إزداد إستعمال الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة في السنوات الأخيرة ويرجع ذلك غالباً إلى الزيادة في اللجوء إلى القذف الخارجي. وإنخفضت الحاجة غير الملباة معنوياً ووصلت إلى 11.7% في سنة 2012. كان التغيير في الحاجة غير الملباة للمباعدة وللتوقف متبايناً، فقد شهدت الحاجة غير الملباة للمباعدة انخفاضاً معنوياً بين المسوح الحديثة لسنتي 2009 و2012، ولكن الحاجة غير الملباة للتوقف لم تتغير معنوياً بعد مسح 2002. إن إستقرار الإنخفاض في الحاجة غير الملباة للتوقف، وكذلك غياب التغيير في إستخدام موانع الحمل الحديثة يتطلب مزيداً من الدراسة والتحليل.

الجدول 5 نسبة الإستعمال الحالي لوانع الحمل والحاجة غير المباة لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات حالياً ممن أعمارهن 15 - 49 سنة، مع إختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية

| فروق 2012-2009 | 2012 (C.I.) % | فروق 2009-2007 | 2009 (C.I.) % | فروق 2007-2002 | 2007 (C.I.) % | فروق 2002-1997 | 2002 (C.I.) % | فروق 1997-1990 | 1997 (C.I.) % | 1990 (C.I.) % |
|-------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| *1.9 | 61.2 (59.7 - 62.6) | 2.2* | 59.3 (57.8-60.7) | 1.3 | 57.1 (55.5-58.7) | 3.2** | 55.8 (54.0-57.6) | 12.6*** | 52.6 (51.0-54.2) | 40.0 (38.3-41.6) |
| 0.3 | 42.3 (40.9-43.8) | 0.1 | 42.0 (40.4-43.7) | 0.7 | 41.9 (40.4-43.5) | 3.5** | 41.2 (39.5-43.0) | 10.8*** | 37.7 (36.2-39.2) | 26.9 (25.4-28.3) |
| 1.6* | 18.9 (17.8-19.9) | 2.1* | 17.2 (15.9-18.6) | 0.6 | 15.2 (14.2-16.2) | -0.3 | 14.6 (13.4-15.7) | 1.8** | 14.9 (13.8-16.0) | 13.1 (12.1-14.0) |
| -0.1 | 8.1 (7.2-9.1) | -0.3 | 8.2 (7.3-9.0) | 1.0 | 8.5 (7.6-9.3) | 0.9 | 7.5 (6.6-8.3) | 1.9*** | 6.5 (5.8-7.3) | 4.6 (3.9-5.3) |
| -1.3 | 21.3 (19.8-22.8) | 0.3 | 22.6 (21.1-24.1) | -1.4 | 22.3 (21.0-23.5) | 0.5 | 23.6 (21.8-25.4) | 7.9*** | 23.1 (21.9-24.4) | 15.3 (14.1-16.5) |
| 1.5** | 7.9 (7.0-8.8) | 1.1* | 6.3 (5.5-7.1) | 1.9*** | 5.3 (4.5-6.0) | 1.0** | 3.4 (2.8-3.9) | 1.7*** | 2.4 (2.0-2.9) | 0.8 (0.5-1.0) |
| -0.4 | 3.5 (2.9-4.2) | -0.1 | 4.0 (3.2-4.7) | -1.1* | 4.1 (3.5-4.7) | 0.3 | 5.2 (4.5-6.0) | 1.1* | 4.9 (4.2-5.6) | 3.9 (3.3-4.4) |
| 1.5* | 14.3 (13.3-15.3) | 2.0** | 12.8 (11.7-14.0) | 1.5** | 10.8 (9.9-11.7) | 1.7** | 9.3 (8.4-10.2) | 3.6*** | 7.6 (6.8-8.3) | 4.0 (3.4-4.6) |
| -1.7* | 11.7 (10.6-12.9) | -0.4 | 13.4 (12.3-14.5) | -1.1 | 13.8 (12.7-15.0) | -5.2*** | 14.9 (13.8-16.0) | -6.4*** | 20.1 (18.9-21.2) | 26.5 (25.3-27.7) |
| -1.1* | 4.9 (4.2-5.6) | 0.3 | 6.0 (5.2-6.7) | -1.4** | 5.7 (5.0-6.4) | -2.9*** | 7.0 (6.3-7.8) | 0.2 | 9.9 (9.0-10.8) | 9.7 (8.8-10.6) |
| -0.6 | 6.8 (5.8-7.8) | -0.7 | 7.4 (6.5-8.3) | 0.3 | 8.2 (7.3-9.0) | -2.3*** | 7.9 (7.1-8.7) | -6.6*** | 10.2 (9.3-11.0) | 16.8 (15.8-17.7) |

ملاحظات: CI: حدود ثقة عند مستوى 95 % . قيمة p هي لنيل واحد . **قيمة $p < 0.01$. ***قيمة $p < 0.001$.

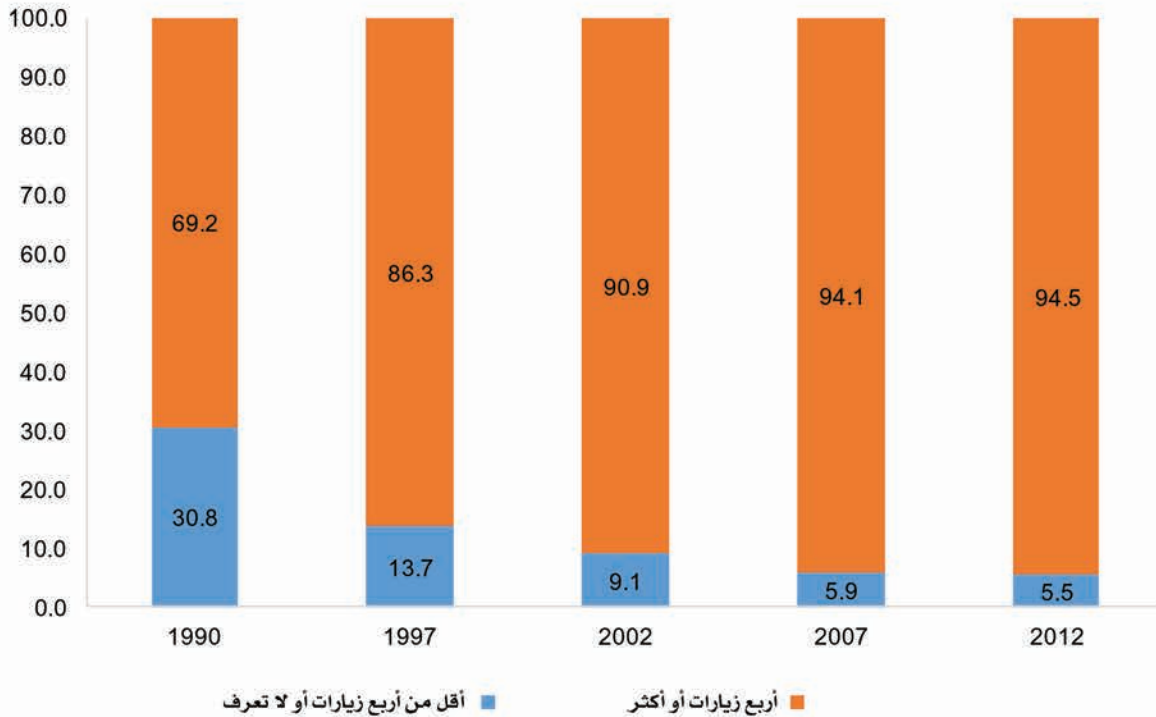
5. صحة الأمهات والبالغين

5.1 الرعاية أثناء الحمل

إن للرعاية الصحية التي تتلقاها الأم خلال حملها تأثير مباشر على صحتها وصحة طفلها أيضاً. ففي كل مسح جرى سؤال السيدة التي سبق لها الزواج وأنجبت مولوداً حياً في السنوات الخمس السابقة للمسح عن عدد زيارات الرعاية الصحية التي حصلت عليها خلال الحمل بآخر مولود. ثم جرى إعادة ترميز هذا المؤشر لتحديد نسبة اللاتي حصلن على أقل من أربع زيارات (أو لا تعرف عددها) واللاتي حصلن على أربع زيارات أو أكثر. وتوصي منظمة الصحة العالمية أن تحصل النساء على أربع زيارات أو أكثر خلال كل حمل. ولا تتوفر معلومات عن الزيارات خلال الحمل في مسح سنة 2009.

وكما يبين الشكل 17 فإن نسبة النساء اللاتي حصلن على أقل من أربع زيارات خلال الحمل الأخير إنخفضت من 30.8 % عام 1990 إلى 5.5 % في عام 2012، وكان الإنخفاض معنوياً بين سنوات المسوح المتتالية كما هو مبين في الجدول 6، ما عدا بين عامي 2007 و2012 حيث كان التغيير غير معنوي.

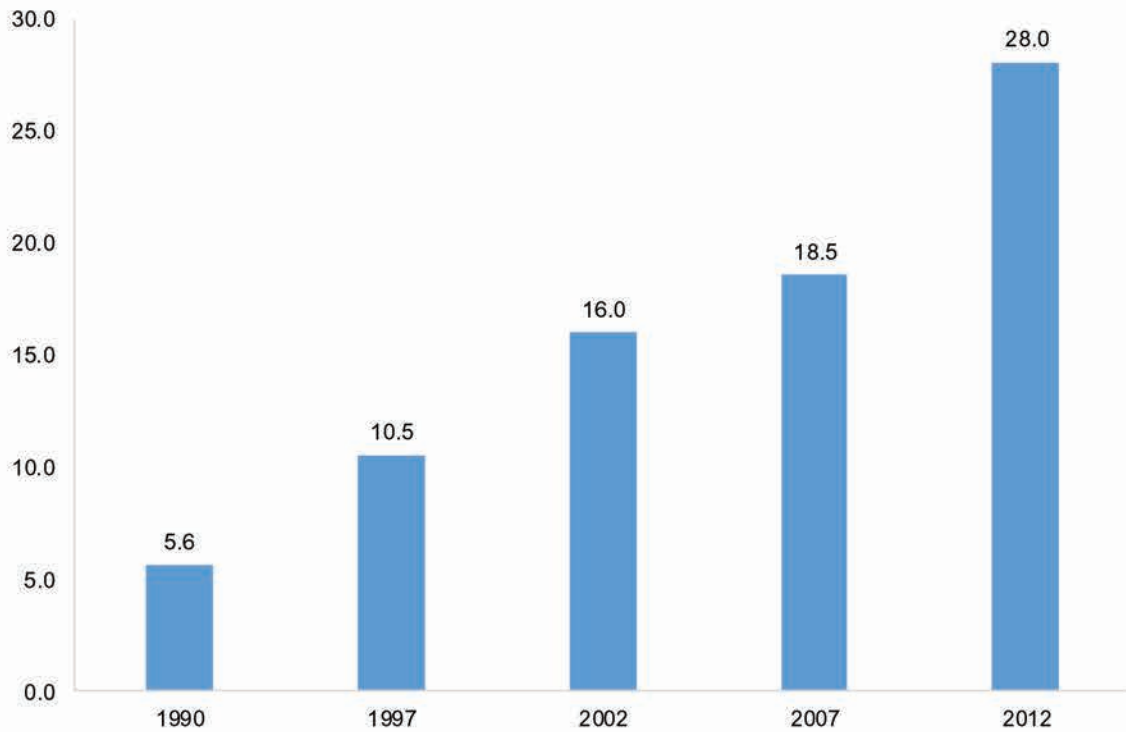
الشكل 17 التوزيع النسبي للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وأنجبن مولوداً حياً في السنوات الخمس السابقة للمسح وتلقين أقل من أربع زيارات أو أربع زيارات وأكثر أثناء حملهن الأخير



2.5 الولادات القيصرية

تستعمل الولادات القيصرية كمؤشر لقياس الوصول إلى الرعاية التوليدية، وحددت منظمة الصحة العالمية أن نسبة الولادات القيصرية يجب أن تتراوح بين 5% إلى 15% من إجمالي الولادات في المجتمع. أما النسبة التي تتجاوز 15% فتشير إلى الإفراط في اللجوء إلى الولادة القيصرية وأن النساء يتعرضن لمخاطر غير ضرورية متعلقة بمثل هذا الإجراء الجراحي. يبين الشكل 18 أن نسبة المواليد الذين ولدوا بعملية جراحية قيصرية إزدادت معنوياً من 5.6% في عام 1990 إلى 28.0% في عام 2012. ومنذ عام 2002 تجاوزت نسبة الولادات القيصرية توصية منظمة الصحة العالمية، الأمر الذي يعني أن العديد من هذه العمليات الجراحية القيصرية ليست كلها لدواعي طبية.

الشكل 18 نسبة المواليد الأحياء خلال السنوات الخمس السابقة للمسح الذين ولدوا بعملية قيصرية



الجدول 6 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وحصلن على أقل من أربع زيارات أثناء حملهن الأحدهن، ونسبة الولادات القيصرية مع إختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية

| فروق | 2012 | فروق | 2007 | فروق | 2002-1997 | 2002 | فروق | 1997 | 1990 |
|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| 2012-2007 | % (C.I.) | 2007-2002 | % (C.I.) | 2002-1997 | % (C.I.) | 1997-1990 | % (C.I.) | % (C.I.) | % (C.I.) |
| -0.4 | 5.5 (4.6-6.4) | -3.2*** | 5.9 (5.1-6.7) | -4.6*** | 9.1 (8.1-10.2) | -17.1*** | 13.7 (12.4-15.0) | 30.8 (28.9-32.6) | أقل من 4 زيارات إثناء الحمل |
| 9.5*** | 28.0 (26.2-29.9) | 2.6* | 18.5 (17.0-20.0) | 5.4*** | 16.0 (14.4-17.6) | 4.9*** | 10.5 (9.5-11.5) | 5.6 (4.9-6.4) | ولادات قيصرية |

ملاحظات: لا تتوفر بيانات عن مسح 2009. CI: حدود ثقة عند مستوى 95%. قيمة p هي لنيل واحد. *قيمة $p < 0.05$ ** قيمة $p < 0.01$ *** قيمة $p < 0.001$.

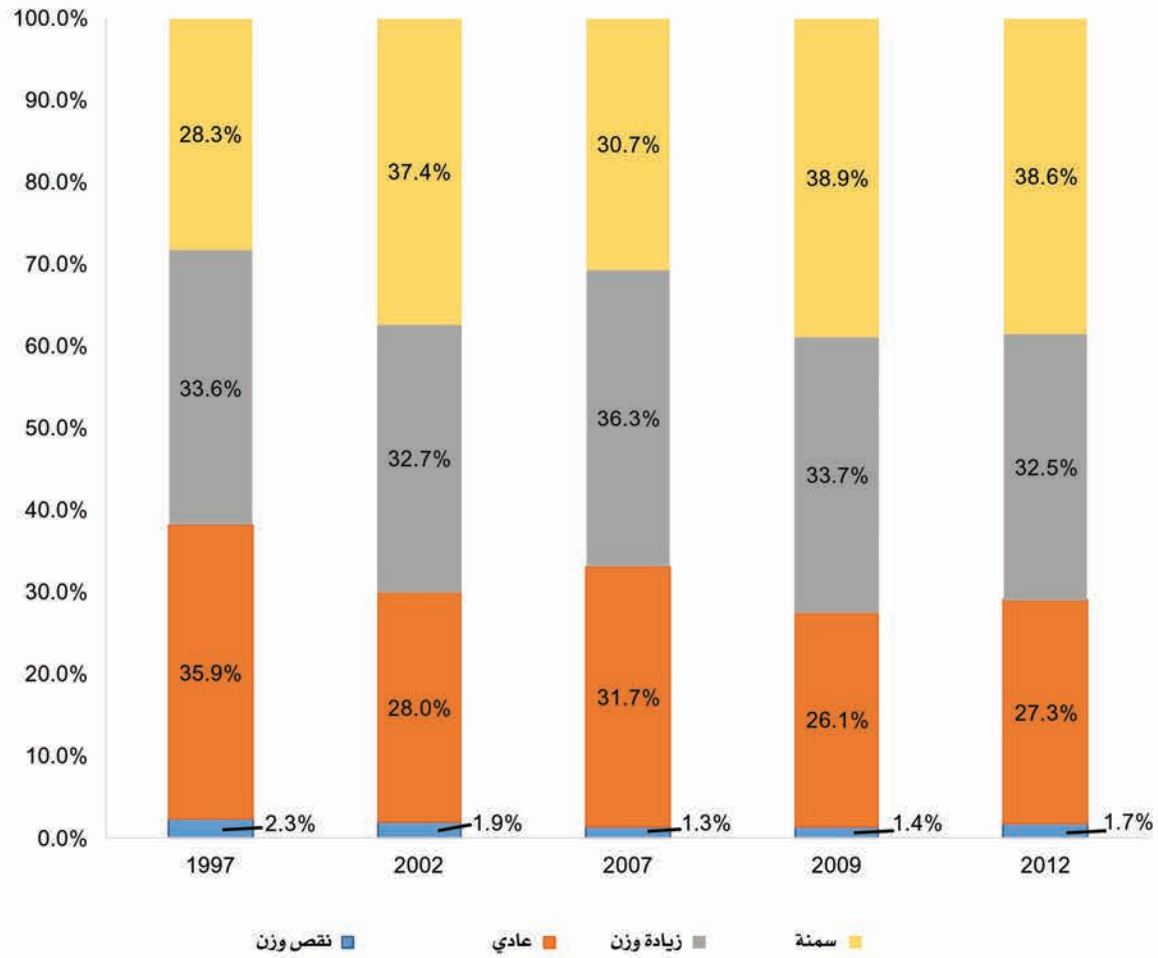
3.5 الحالة التغذوية للنساء

يمكن تقييم الحالة التغذوية للنساء عن طريق مقياس كتلة الجسم، أي بقسمة الوزن بالكيلو غرام على مربع الطول مقاساً بالمتراً، فإذا كان مقياس كتلة الجسم أقل من 18.5 دل ذلك على نقص في الوزن، ومن 18.5 إلى 24.5 يشير إلى أن الوزن عادياً، ومن 25 إلى 29.5 يشير إلى زيادة في الوزن، و30 أو أكثر يشير إلى سمنة. ولم يتم حساب كتلة الجسم للنساء الحوامل أو اللاتي في الشهر الأول من فترة النفاس. إن قياسات الوزن والطول ضرورية لحساب مقياس كتلة الجسم في المسوح الديموغرافية والصحية والتي تؤخذ عادة لكل النساء في الأسرة، ولكن في سنة 1997 أخذت هذه القياسات للأمهات اللاتي تمت مقابلهن فقط، ولذلك ولكي نكون قادرين على مقارنة هذا المؤشر بين كافة السنوات، فإن فئات مقياس كتلة الجسم الواردة في هذا التقرير تعود إلى النساء اللاتي سبق لهن الزواج وممن أعمارهن 15 - 49 سنة، وليس لكافة النساء في العينة الأسرية. إضافة إلى ذلك أنه في عام 1997 تم اختيار جميع النساء اللاتي تمت مقابلهن لأخذ قياسات الوزن والطول، وفي عام 2002 تم اختيار جميع النساء في الأسرة، أما في السنوات الباقية الأخرى فقد تم اختيار عينة فرعية من النساء لأخذ هذه القياسات، وكان حجم هذه العينة الفرعية في سنة 2007 و2009 نصف عدد الأسر، أما في سنة 2012 فكان حجم العينة الفرعية ثلثي عدد الأسر. ولم تؤخذ قياسات الوزن والطول للنساء في مسح عام 1990.

يبين الشكل 19 توزيع النساء اللاتي سبق لهن الزواج وعمرهن 15 - 49 سنة حسب أربع فئات للوزن (نقص وزن، عادي، زيادة وزن، وسمنة). إن نسبة ضئيلة جداً من النساء اللاتي سبق لهن الزواج لديهن نقص في الوزن 2.3 % في عام 1990 و1.7 % في عام 2012. كما أن نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج ولديهن نقص في الوزن لم تتغير معنوياً بين السنوات المتعاقبة (أنظر الجدول 7).

و مما يثير الإهتمام أن حوالي ثلثي النساء اللاتي سبق لهن الزواج في كل المسوح عندهن زيادة في الوزن أو سمنة. إن نسبة النساء اللاتي لديهن زيادة في الوزن ظلت نسبياً دون تغير عند حوالي ثلث العينة ما عدا الزيادة المعنوية التي طرأت على هذه النسبة من 32.7 % عام 2002 إلى 36.3 % في عام 2007 (أنظر الجدول 7). أما السمنة فقد زادت معنوياً من 28.3 % عام 1997 إلى 38.9 % في عام 2009، وتشمل هذه الفترة نقصاً معنوياً في السمنة بين عام 2002 وعام 2007 مقدار 6.7 نقطة مئوية. أما بين عامي 2009 و2012 فلم تتغير نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج البدينات معنوياً. وبحلول عام 2012 كانت نسبة البدينات بين اللاتي سبق لهن الزواج 38.6 %. إن زيادة نسبة النساء البدينات أو اللاتي لديهن زيادة في الوزن قضايا مهمة في مجال الصحة العامة لأن للسمنة صلة بأمراض مزمنة مختلفة.

الشكل 19 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة حسب فئات الوزن



الجدول 7 التوزيعات النسبية لصفات الوزن للنساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| فروق 2012-2009 | 2012 % (C.I.) | فروق 2009-2007 | 2009 % (C.I.) | فروق 2007-2002 | 2007 % (C.I.) | فروق 2002-1997 | 2002 % (C.I.) | 1997 % (C.I.) | |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| -0.3 | 38.6 (36.5-40.7) | 8.2*** | 38.9 (36.5-41.3) | -6.7*** | 30.7 (28.4-32.9) | 9.1*** | 37.4 (35.6-39.1) | 28.3 (26.4-30.1) | سمنة |
| -1.2 | 32.5 (30.5-34.4) | -2.6 | 33.7 (31.1-36.2) | 3.6** | 36.3 (33.9-38.6) | -0.9 | 32.7 (31.2-34.2) | 33.6 (31.8-35.4) | زيادة وزن |
| 1.2 | 27.3 (25.4-29.2) | -5.6*** | 26.1 (23.9-28.3) | 3.7** | 31.7 (29.6-33.9) | -7.8*** | 28.0 (26.3-29.8) | 35.9 (33.8-37.9) | عادي |
| 0.3 | 1.7 (1.1-2.3) | 0.1 | 1.4 (0.8-2.0) | -0.5 | 1.3 (0.8-1.9) | -0.4 | 1.9 (1.5-2.3) | 2.3 (1.7-2.9) | نقص وزن |

.p < 0.001 قيمة*** .p < 0.01 قيمة** .p < 0.05 قيمة* هي لنظير واحد. .p قيمة p هي لنظير واحد. .p < 0.05 قيمة* هي لنظير واحد. .p < 0.01 قيمة** .p < 0.001 قيمة***

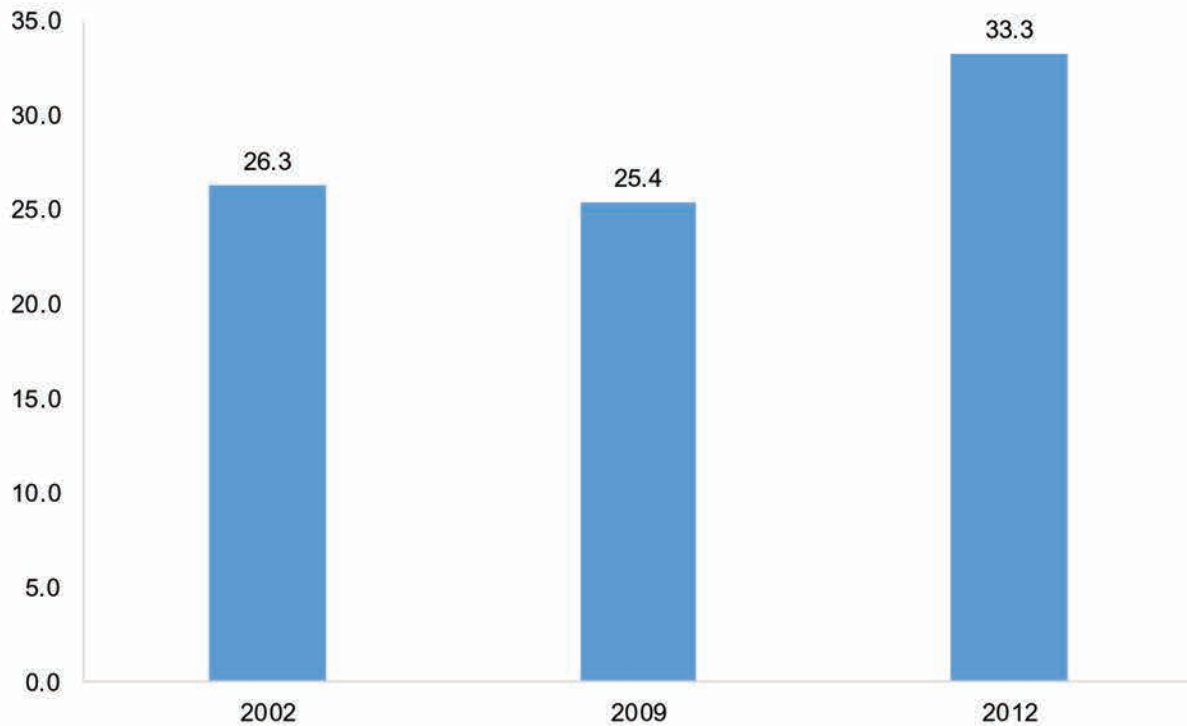
ملاحظات: لا تتوفر بيانات عن مسح CI. 2009

4.5 فقر الدم عند النساء

استخرج فقر الدم عند النساء من قياسات لمستويات الهيموجلوبين عند عينة فرعية من النساء أعمارهن 15 - 49 سنة في الأسرة. في مسح عام 2002 تم اختيار ربع الأسر لفحص الهيموجلوبين (عند النساء والأطفال). وفي مسح عام 2009 كانت العينة الفرعية 50% من الأسر وفي عام 2012 كانت ثلثي الأسر المختارة. وعلى الرغم من فحص النساء في مسح 2007 أيضاً إلا أن النتائج لم تكن موثوقة ولهذا السبب لم يتم الحديث عنها. أعتبرت المرأة التي مستوى الهيموجلوبين عندها 12 غرام في الدسيلتر أو أكثر ليس عندها فقر دم إذا لم تكن حاملاً، أما إذا كانت حاملاً فإن مستوى الهيموجلوبين الذي يتراوح بين 10.9 - 11.9 غرام / دسيلتر أعتبر أيضاً مؤشراً على غياب فقر الدم. إن قياسات الهيموجلوبين متوفرة فقط في ثلاث سنوات للمسوح التالية: 2002، 2009 و2012.

وعلى الرغم من المستويات العالية لزيادة الوزن والسمنة فإن ثلث النساء في عام 2012 كان عندهن فقر دم. ويشير هذا إلى أن النساء لم يكن يحصلن على التغذية الصحية خاصة الأغذية التي ترفع من تناول الحديد. لقد إنخفضت نسبة النساء اللاتي عندهن فقر دم بين عامي 2002 و2009 كما يبين الشكل 20 ولكن هذا الإنخفاض لم يكن معنوياً كما يبين الجدول 8. ولكن ما يثير الإهتمام أكثر من ذلك هو تلك الزيادة المعنوية في فقر الدم عند النساء من 25.4% في عام 2009 إلى 33.3% في عام 2012.

الشكل 20 نسبة جميع النساء وأعمارهن 15 - 49 سنة ولديهن فقر دم



الجدول 8 نسبة جميع النساء وأعمارهن 15 - 49 سنة ولديهن فقر دم،
مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| فروق | 2012 | فروق | 2009 | 2002 | |
|-----------|---------------------|-----------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| 2012-2009 | % (C.I.) | 2009-2002 | % (C.I.) | % (C.I.) | |
| 7.9*** | 33.3 (31.6-34.9) | -0.9 | 25.4 (23.4-27.4) | 26.3 (23.9-28.7) | النساء اللواتي عندهن فقر دم |

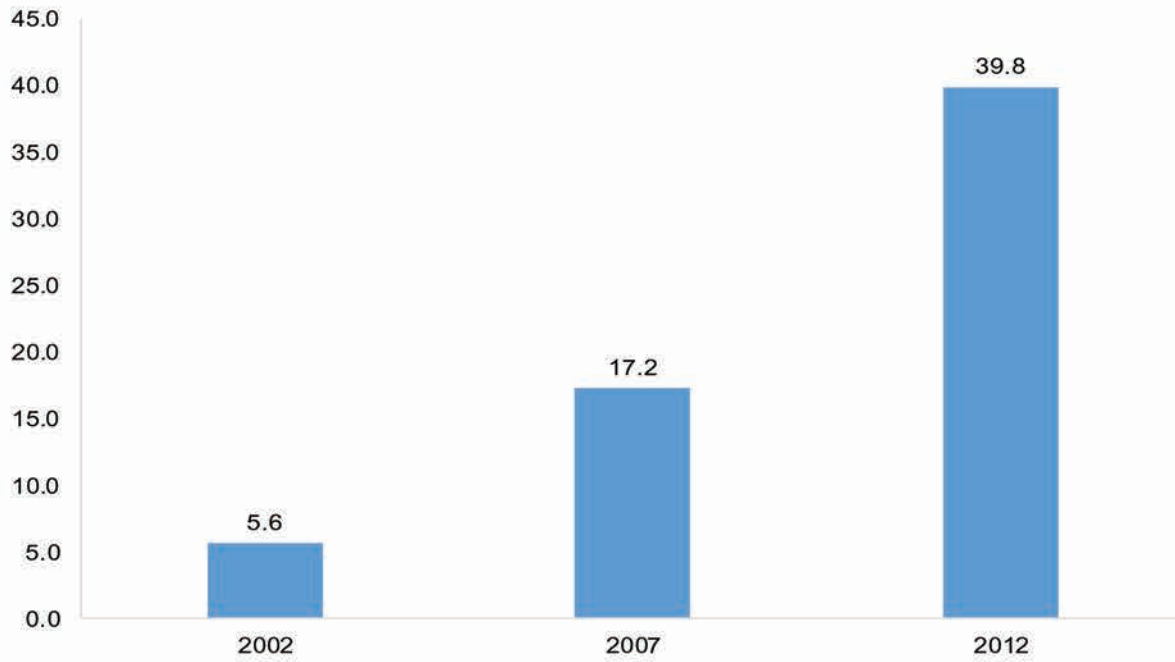
ملاحظات: لا تتوفر بيانات للسنتين 1990 و1997. كانت بيانات عام 2007 غير موثوقة ولم يتم التطرق إليها. CI حدود ثقة عند مستوى 95%. قيمة p هي لذيل واحد. ×قيمة $p < 0.05$ **قيمة $p > 0.01$ ***قيمة $p < 0.001$.

5.5 الفحص الصحي قبل الزواج

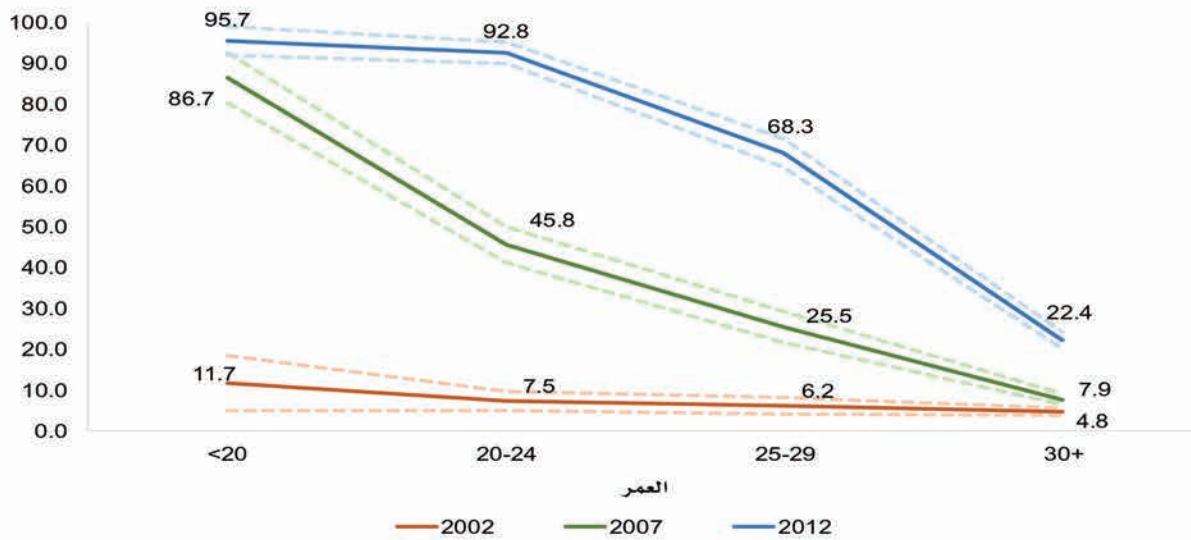
نظراً لوجود معدل مرتفع لزواج الأقارب في الأردن فإنه ينظر إلى فحوصات قبل الزواج كمتطلب هام للعلاقات الزوجية لأنها تتيح الإختبار الوراثي. يمكن أن يتعرض الوالدين الذين تربطهم صلة قرى شديدة لخطر أكبر بنقلهم أمراض وراثية معينة إلى أطفالهم مقارنة بالوالدين الذين لا صلة قرى بينهم. ومن عام 2004 أصبح الفحص قبل الزواج متطلباً حسب القانون لجميع الزوجات. وتتوفر بيانات عن الفحص قبل الزواج في المسوح 2002، 2007 و 2012 فقط.

وكما يلاحظ في الشكل 21 إزدادت معنوية نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة اللاتي تلقين فحص ما قبل الزواج من 5.6% في عام 2002 إلى 39.8% عام 2012. إن هذه النسبة لا تعلمنا عن الوضع الراهن لأن السؤال قد تم توجيهه إلى جميع النساء اللاتي سبق لهن الزواج عما إذا قد حصلن على فحص قبل الزواج وقبل أن يتزوجن. ولفهم هذا المؤشر أكثر من ذلك يمكننا أن ننظر إلى نسبة النساء اللاتي تلقين فحصاً قبل الزواج حسب الفئات العمرية كما هو موضح في الشكل 22، وهنا يمكن أن يلاحظ أن نسبة اللاتي حصلن على فحص قبل الزواج كانت أقل عام 2002 مقارنة بالسنتين الأخيرتين لكل الفئات العمرية مجتمعة، ولكن النسب كانت أعلى في الفئات العمرية الأصغر في كل سنة متتالية. إن أعلى النسب للحاصلات على فحص ما قبل الزواج وجدت عند اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن دون سن العشرين، ففي سنة 2007 حصل 86.7% من النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن دون سن العشرين على فحص ما قبل الزواج، وفي عام 2012 حصل 95.9% من النساء في نفس الفئة العمرية على هذا الفحص. إن الزيادة تعكس المتطلب القانوني الحديث نسبياً الذي يقضي بإعطاء هذا الفحص قبل الزواج. إن الزيادات في نسب النساء اللاتي تلقين فحصاً قبل الزواج في كل فئة عمرية وفي كل سنوات المسح كانت معنوية كما يشير إلى ذلك الجدول 9.

الشكل 21 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج

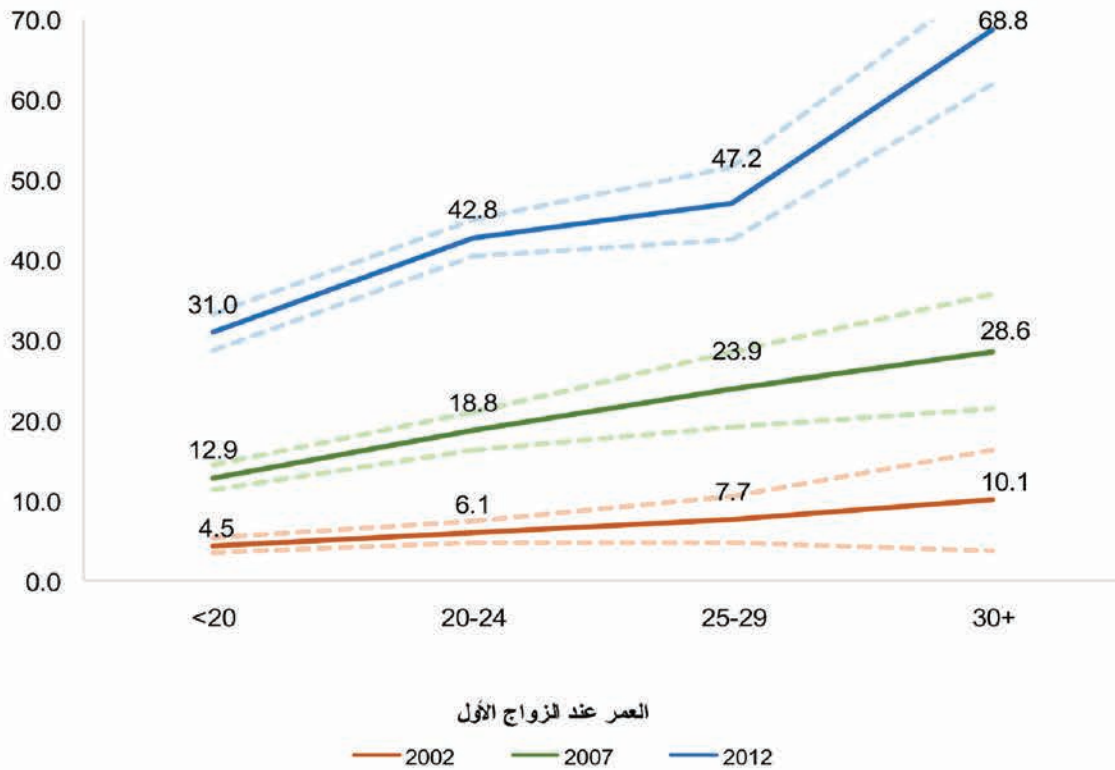


الشكل 22 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج حسب العمر



كما تم تحليل نسبة من سبق لهن الزواج وتلقين فحصاً قبل الزواج حسب العمر عند الزواج الأول. ويبين الشكل 23 أن النساء اللواتي تزوجن لأول مرة قبل سن 20 سنة سجلن أدنى نسبة لتلقي فحص ما قبل الزواج في جميع سنوات المسح الثلاثة. إن هذا العمر المبكر عند الزواج الأول هو على الأرجح للنساء اللاتي هن حالياً في فئات عمرية متقدمة، حيث أنه كلما إرتفع عمر النساء عند الزواج الأول كلما إرتفعت نسبة من حصلن منهن على فحص قبل الزواج، فبين النساء اللاتي سبق لهن الزواج وكان عمرهن عند زواجهن الأول فوق 30 سنة كانت نسبة من حصلن منهن على فحص ما قبل الزواج 10.1 % في عام 2002، 28.6 % عام 2007 و68.8 % عام 2012. ولقد كانت الزيادات في هذه النسب عند جميع فئات العمر عند الزواج الأول وفي كافة سنوات المسوح كلها معنوية كما يبين الجدول 9.

الشكل 23 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين ما فحص قبل الزواج حسب فئات العمر عند الزواج الأول



الجدول 9 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وتلقين فحص ما قبل الزواج حسب العمر الحالي والعمر عند الزواج، مع إختبارات معنوية الفروق بين السنوات المتتالية

| العمر الحالي | 2002 | 2007 | فروق | 2012 | فروق |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|
| | % (C.I.) | % (C.I.) | 2007-2002 | % (C.I.) | 2012-2007 |
| أقل من 20 سنة | 11.7 (5.0-18.4) | 86.7 (80.4-92.9) | 75.0*** | 95.7 (92.1-99.2) | 9.0*** |
| 20 - 25 سنة | 7.5 (5.2-9.8) | 45.8 (41.4-50.2) | 38.3*** | 92.8 (90.1-95.4) | 47.0*** |
| 25-29 سنة | 6.2 (4.2-8.3) | 25.5 (21.7-29.2) | 19.2*** | 68.3 (64.8-71.9) | 42.9*** |
| 30 + سنة | 4.8 (4.0-5.6) | 7.9 (6.4-9.3) | 3.1*** | 22.4 (20.4-24.4) | 14.5*** |
| العمر عند الزواج الأول | | | | | |
| أقل من 20 سنة | 4.5 (3.6-5.3) | 12.9 (11.3-14.5) | 8.5*** | 31.0 (28.7-33.3) | 18.1*** |
| 20 - 25 سنة | 6.1 (4.8-7.4) | 18.8 (16.4-21.2) | 12.7*** | 42.8 (40.6-45.1) | 24.0*** |
| 25-29 سنة | 7.7 (4.7-10.6) | 23.9 (19.3-28.6) | 16.3*** | 47.2 (42.7-51.7) | 23.2*** |
| 30 + سنة | 10.1 (3.8-16.4) | 28.6 (21.5-35.8) | 18.5*** | 68.8 (61.9-75.7) | 40.2*** |
| المجموع | 5.6 (4.9-6.3) | 17.2 (15.9-18.6) | 11.6*** | 39.8 (38.1-41.5) | 22.6*** |

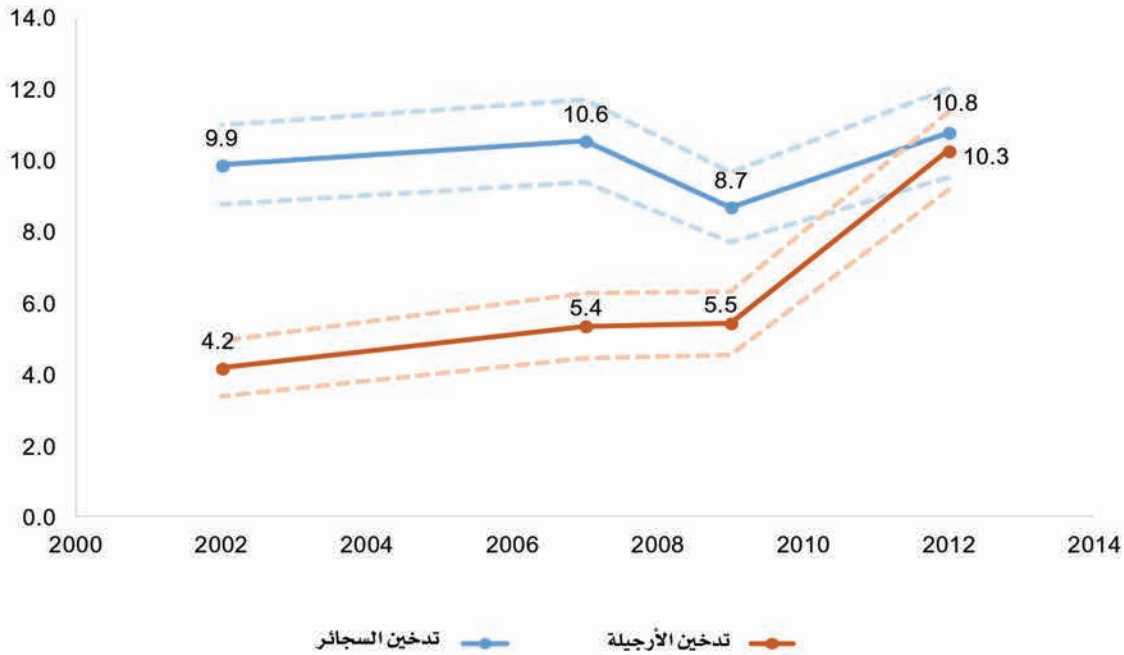
ملاحظات: لا تتوفر بيانات للسنوات 2009، 1997، و1990. CI: حدود ثقة عند مستوى 95%. قيمة p هي لذييل واحد. * قيمة $p < 0.05$ ** قيمة $p < 0.01$ *** قيمة $p < 0.001$.

6.5 التدخين

لتدخين التبغ صلة بالعديد من الأمراض غير المعدية وتزايد خطر الوفاة المبكرة. إن تدخين السجائر وكذلك الأرجيلة شائع في الأردن، وتتوفر بيانات عن تدخين التبغ من المسوح الأربعة الأخيرة فقط (2002 - 2012).

يبين الشكل 24 زيادة طفيفة ولكن معنوية في تدخين السجائر من 8.7% عام 2009 إلى 10.8% في عام 2012 بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة. أما بالنسبة للأرجيلة فكانت الزيادة من 5.5% عام 2009 إلى 10.3% عام 2012، أي تضاعف تقريباً تعاطيها وبصورة معنوية للغاية (أنظر الجدول 10). إن تدخين التبغ بشقيه السجائر والأرجيلة قد يكون له عواقب صحية كبيرة جداً.

الشكل 24 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة ويدخن سجائر أو أرجيلة
لسنوات المسح 1990، 2002، 2007، 2009، و2012، بحدود ثقة 95 %



الجدول 10 نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة المدخنات،
مع إختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية

| فروق | 2012 | فروق | 2009 | فروق | 2007 | 2002 | |
|-----------|--------------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|-------------------|--------------|
| 2012-2009 | % (C.I.) | 2009-2007 | % (C.I.) | 2007-2002 | % (C.I.) | % (C.I.) | |
| 2.1** | 10.8 (9.5-12.0) | -1.9** | 8.7 (7.7-9.7) | 0.7 | 10.6 (9.4-11.7) | 9.9 (8.8-11.0) | تدخين سجائر |
| 4.8*** | 10.3 (9.2-11.4) | 0.1 | 5.5 (4.6-6.3) | 1.2* | 5.4 (4.5-6.3) | 4.2 (3.4-5.0) | تدخين أرجيلة |

ملاحظات: لا تتوفر بيانات للسنوات 1990، 1997، و2009. CI: حدود ثقة عند مستوى 95%. قيمة p هي لذيل واحد.
* قيمة $p < 0.05$ ** قيمة $p < 0.01$ *** قيمة $p < 0.001$.

7.5 ملخص

لقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية عند الأمهات والبالغين في المدى الشامل للمسوح، فنسبة من سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة وحصلن على أقل من أربع زيارات خلال حملهن بمولودهن الأخير إنخفضت معنوياً، كما إرتفعت نسبة من تلقين فحص ما قبل الزواج بصورة معنوية أيضاً بين اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 - 49 سنة. ولكن العديد من المؤشرات في هذا الفصل لم تتحسن. فنسبة المواليد الذين ولدوا بعملية قيصرية إزدادت معنوياً منذ عام 2002 وكانت أعلى من النسبة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية والبالغة 15 % وإزدادت نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج البدينات أيضاً لتصل في أعلاها إلى 38.6 % من اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن حالياً 15 - 49 سنة عام 2012. وحصلت أيضاً زيادة في نسبة النساء اللاتي لديهن فقر دم ففي عام 2012 فوجد أن ثلث جميع النساء 15 - 49 سنة لديهن فقر دم. وأخيراً إزدادت ممارسات التدخين بشقيه السجاير والأرجيلة وكانت الزيادة في معظمها في المسوح الأحدث.

6. صحة الطفل

1.6 وفيات الطفولة المبكرة

إن معدلات وفيات الطفولة مؤشرات هامة ويمكن استعمالها لتقييم الوضع الاجتماعي- الإقتصادي ونوعية الحياة في البلد، كما أنها مقاييس هامة أيضا لجودة البرامج الصحية في البلد وتعتبر مؤشرات مفيدة لوضع سياسات جديدة. يبين الشكل 25 معدلات وفيات حديثي الولادة، بعد حديثي الولادة، الرضع، الأطفال، والأطفال دون سن الخامسة من العمر. وفي هذا التحليل تعود التواريخ مثل عام 1990 إلى سنوات المسح، وجرى حساب المعدلات للسنوات الخمس السابقة لكل مسح، ولذا فإنها تعود إلى الفترات الزمنية التي تتمحور عند 2.5 سنة قبل المسوح.

أما معدلات وفيات حديثي الولادة أو الوفيات خلال الشهر الأول من الحياة فيبدو أنها تأخذ شكل حرف U منخفضة للغاية عام 2007 ثم تعود للإرتفاع ثانية، ولكن لم تكن التغيرات بين السنوات المتتالية معنوية كما هو مبين في الجدول 11، ولكن الإنخفاض الكلي في وفيات حديثي الولادة من 21.4 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1990 إلى 13.7 وفاة عام 2012 كان كبيرا معنويا عند قيمة p أصغر من 0.001 (لا تظهر النتائج في الجدول). وبعبارة أخرى إنخفاض معدل وفيات حديثي الولادة معنويا بين عامي 1990 و2012.

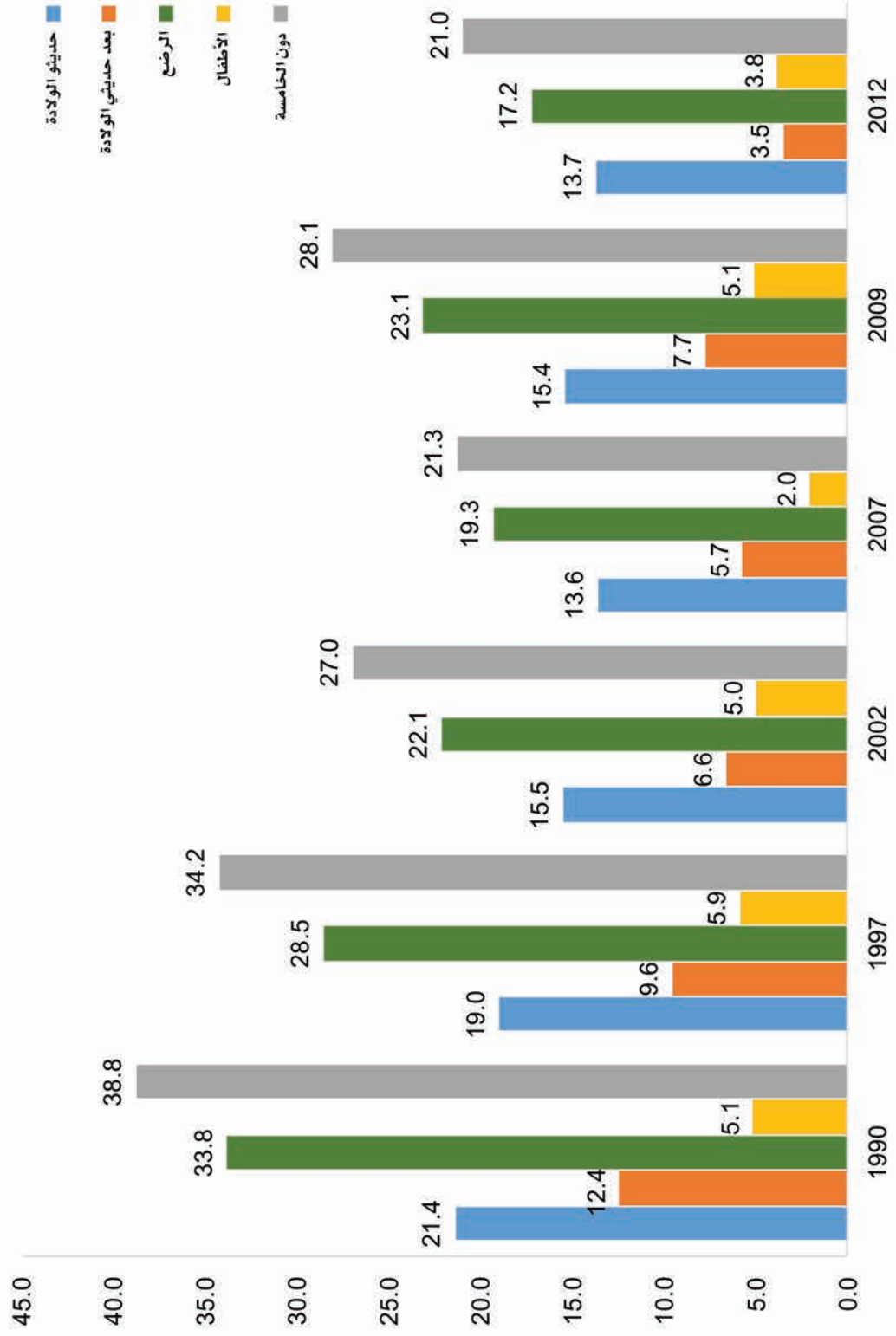
أما معدلات وفيات ما بعد حديثي الولادة أو الوفيات في السنة الأولى من العمر ولكن بعد الشهر الأول فلم تظهر تغيرات معنوية بين السنوات المتتالية من عام 1990 إلى 2009، ولكنها انخفضت معنويا من 7.7 % وفاة لكل ألف مولود حي في عام 2009 إلى 3.5 وفاة عام 2012. أما الإنخفاض الكلي في وفيات ما بعد حديثي الولادة من 12.4 عام 1990 إلى 3.5 وفاة فكان معنويا.

أما بخصوص معدلات وفيات الرضع أو الوفيات قبل عيد الميلاد الأول فكان الإنخفاض فيها بين السنوات المتتالية من عام 1990 إلى عام 2002 معنويا، ولكن التغيرات بعد عام 2002 لم تكن معنوية. أما الإنخفاض الكلي من 33.8 رضيع متوفى لكل ألف مولود حي في عام 1990 إلى 17.2 وفاة في عام 2012 فكان معنويا.

أما معدلات وفيات الأطفال أو الوفيات بين عيد الميلاد الأول والخامس فظلت دون تغير بين السنوات المتتالية ما عدا ذلك الإنخفاض المعنوي ما بين عام 1990 و2002. وخلافاً للتغيرات التي حصلت في بقية مؤشرات الوفاة الأخرى، كان الإنخفاض من 5.1 طفل متوفى لكل ألف مولود حي في عام 1990 إلى 3.8 وفاة عام 2012 غير معنوي.

أما معدلات الوفاة دون سن الخامسة التي تعتمد على الوفيات قبل عيد الميلاد الخامس للطفل والتي تجمع وفيات الرضع مع وفيات الطفولة فقد انخفضت معنويا في الفترات من 1997 إلى 2002، 2007 إلى 2009، و2009 إلى 2012 (أنظر الجدول 11). وبصورة عامة كان الإنخفاض من 38.8 وفاة دون سن الخامسة من بين كل ألف مولود حي في عام 1990 إلى 21 وفاة عام 2012 كبيرا ومعنويا، ويرجع هذا الإنخفاض أساساً إلى الإنخفاضات في وفيات الرضع.

الشكل 25 معدلات وفيات الطفولة المعرضين لخطر الوفاة



الجدول 11 تقديرات معدل وفيات الأطفال مع اختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية

| فروق 2012-2009 | 2012 (.R (C.I | فروق 2009-2007 | 2009 (.R (C.I | فروق 2007-2002 | 2007 (.R (C.I | فروق 2002-1997 | 2002 (.R (C.I | فروق 1997-1990 | 1997 (.R (C.I | 1990 (.R (C.I | |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| -1.7 | 13.7 (9.5-17.9) | 1.8 | 15.4 (10.5-20.3) | -1.9 | 13.6 (9.2-18.0) | -3.5 | 15.5 (11.0-20.0) | -2.4 | 19.0 (14.8-23.2) | 21.4 (20.9-22.6) | حديث الولادة |
| -4.2** | 3.5 (1.9-5.1) | 2.0 | 7.7 (4.9-10.6) | -0.9 | 5.7 (3.3-8.1) | -3.0 | 6.6 (4.2-9.0) | -2.9 | 9.6 (6.9-12.2) | 12.4 (10.2-17.5) | بعد حديثي الولادة |
| -5.9 | 17.2 (12.4-22.0) | 3.8 | 23.1 (17.7-28.6) | -2.8 | 19.3 (14.5-24.2) | -6.4* | 22.1 (16.9-27.3) | -5.3* | 28.5 (23.6-33.5) | 33.8 (31.1-40.1) | الرضع |
| -1.3 | 3.8 (1.6-6.0) | 3.0 | 5.1 (2.3-7.8) | -3.0** | 2.0 (0.9-3.2) | -0.9 | 5.0 (3.1-6.8) | 0.7 | 5.9 (3.8-8.0) | 5.1 (4.6-6.4) | الأطفال |
| -7.1* | 21.0 (15.9-26.0) | 6.8* | 28.1 (22.4-33.8) | -5.7 | 21.3 (16.2-26.4) | -7.3* | 27.0 (21.2-32.7) | -4.5 | 34.2 (29.0-39.5) | 38.8 (35.5-46.2) | نون الخامسة |

.p < 100.0 قيمة *** .p < 10.0 قيمة ** .p < 50.0 قيمة * لذييل واحد . قيم p هي مستوى ثقة عند 95% . CI: حدود ثقة عند مستوى المقرة . R: تمثل معدلات الوفاة المقرة .

2.6 تطعيم الأطفال

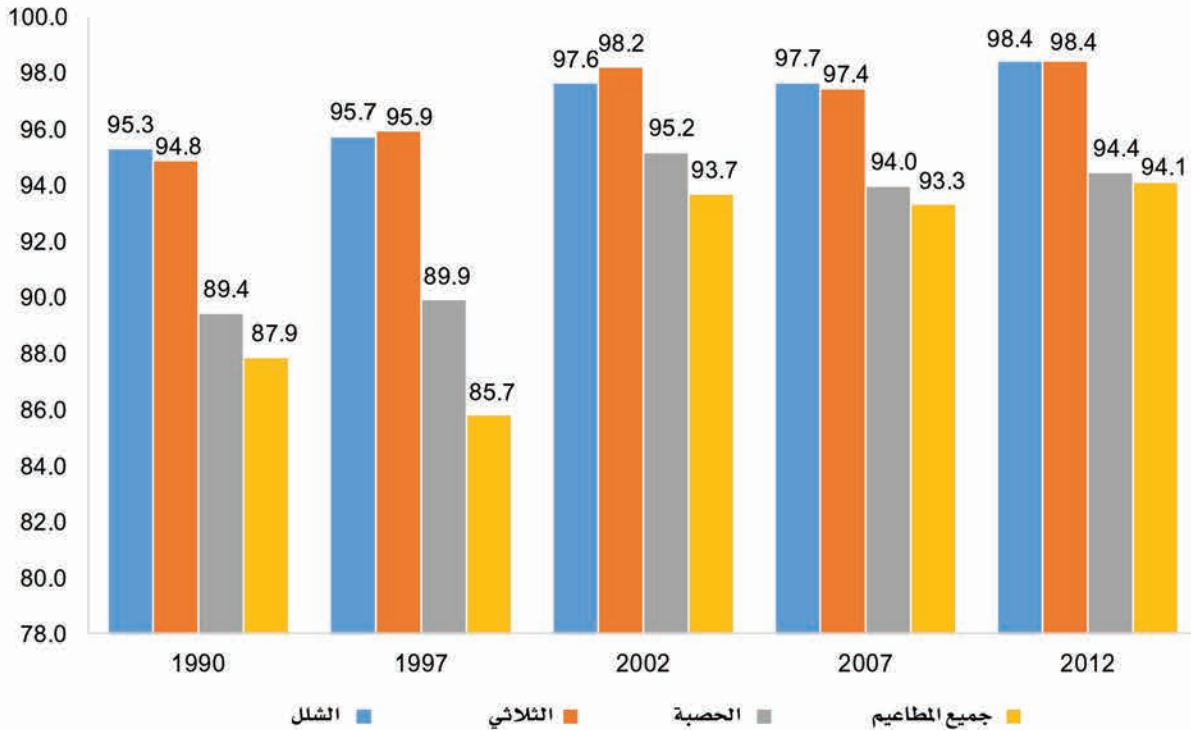
إن التطعيم الشامل للأطفال ضد الأمراض الستة التي يمكن الوقاية منها بالمطاعيم (السل، الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، الشلل، الحصبة) عمل ناجح لخفض وفيات الطفولة. إن التطعيم ضد السل لم يكن متطلباً في الأردن إلا حديثاً. إن المعلومات عن تطعيم الأطفال في المسوح الديموغرافية والصحية متاحة فقط عن الأطفال الباقين أحياء للأمهات اللاتي تمت مقابلهن، كما لم تجمع بيانات عن التطعيم في مسح 2009.

يشير الشكل 26 إلى أن معدلات تطعيم الأطفال ممن أعمارهم 12 - 23 شهراً بمطعوم الشلل والمطعوم الثلاثي ظلت في حدود 95 - 98%. ولم يكن هناك تغيرات جوهرية في هذين المطعومين بين السنوات المتلاحقة ما عدا للفترة 1997 إلى 2002 حيث كانت الزيادة فيها معنوية (أنظر الجدول 12).

أما بالنسبة للحصبة فكانت نسب التطعيم أقل فبلغت 89.4% عام 1990، 89.9% عام 1997، ولكن كانت هناك زيادة معنوية خلال الفترة 1997 و2002 أيضاً، فأدت إلى دفع نسب التطعيم ضد الحصبة إلى ما فوق 90% في السنوات الباقية.

وارتفعت نسب التطعيم الكلية معنويًا بين عامي 1997 و2002 ووصلت إلى 94.1% عام 2012، ولا يشمل هذا مطعوم السل والذي تم تغطيته بصورة منفصلة في الشكل 27.

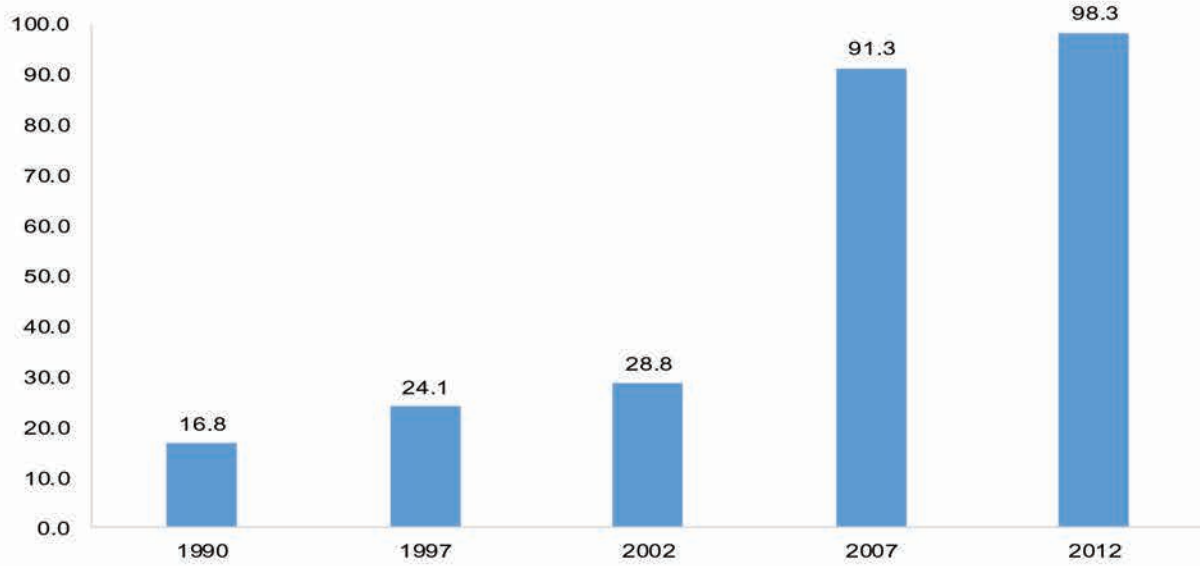
الشكل 26 نسبة الأطفال وأعمارهم 12 - 23 شهراً وحصلوا على المطاعيم



ملاحظة: الشلل والثلاثي (الدفتيريا، السعال الديكي والكزاز) ثلاث جرعات، السل غير مشمول في جميع المطاعيم.

الشكل 27 معدلات التطعيم ضد السل بصورة منفصلة ويبين أنه منذ عام 2007 بدأت هذه المعدلات في الإرتفاع بصورة ملحوظة إلى أعلى من 90%. ويعود هذا إلى شمول السل في برنامج التطعيم الوطني بعد مسح عام 2002، وكانت هذه الزيادات معنوية على مر السنوات كما هو مبين في الجدول 12.

الشكل 27 نسبة الأطفال وأعمارهم 12 - 23 شهراً وحصلوا على مطاعيم السل



الجدول 12 نسبة الأطفال ممن أعمارهم 12 - 33 شهراً وتلقوا المطاعيم، مع إختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية

| فروق 2012-2007 | 2012 (.C.I) % | فروق 2007-2002 | 2007 (.C.I) % | فروق 2002-1997 | 2002 (.C.I) % | فروق 1997-1990 | 1997 (.C.I) % | 1990 (.C.I) % | |
|-------------------|----------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|--|
| 0.7 | 98.4 (97.7-99.1) | 0.1 | 97.7 (96.6-98.7) | 1.9* | 97.6 (96.6-98.6) | 0.4 | 95.7 (94.4-97.0) | 95.3 (94.0-96.6) | الشلل (ثلاث جرعات) |
| 1.0 | 98.4 (97.7-99.1) | -0.8 | 97.4 (96.3-98.6) | 2.3** | 98.2 (97.3-99.0) | 1.1 | 95.9 (94.6-97.2) | 94.8 (93.5-96.2) | الثلاثي (ثلاث جرعات) |
| 0.4 | 94.4 (92.6-96.3) | -1.2 | 94.0 (92.5-95.4) | 5.3*** | 95.2 (93.7-96.7) | 0.5 | 89.8 (88.1-91.6) | 89.4 (87.7-91.1) | الحصبة |
| 0.8 | 94.1 (92.2-96.0) | -0.4 | 93.3 (91.7-94.8) | 7.9*** | 93.7 (92.0-95.3) | -2.1 | 85.7 (83.5-88.0) | 87.9 (86.0-89.7) | جميع المطاعيم (الشلل، الثلاثي، والحصبة) |
| 7.0*** | 98.3 (96.6-100.0) | 62.5*** | 91.3 (89.5-93.1) | 4.7* | 28.8 (24.6-32.9) | 7.3*** | 24.1 (20.6-27.6) | 16.8 (13.8-19.7) | السل |

ملاحظات: لا تتوفر بيانات عن عام 2009. نسبة من تلقى كافة المطاعيم لا تشمل مطعوم السل. CI: حدود ثقة عند مستوى 95%. قيمة p هي لنذيل واحد.
* قيمة $p > 0.05$ ** قيمة $p > 0.01$ *** قيمة $p > 0.001$.

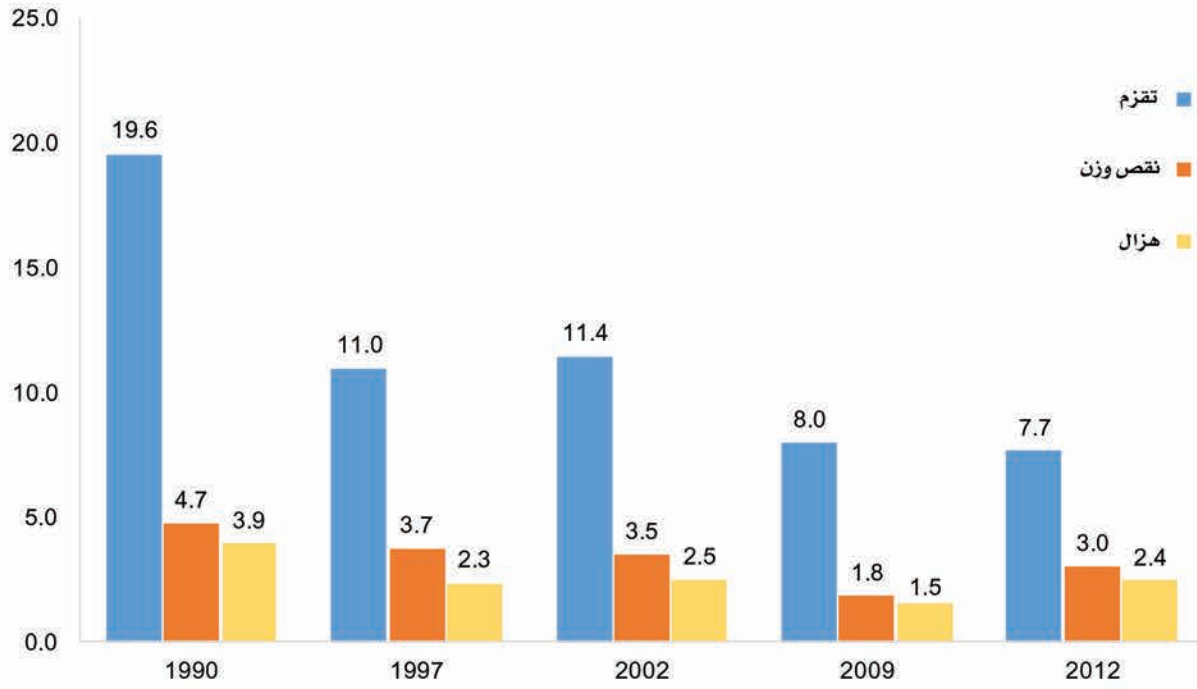
3.6 الحالة التغذوية للأطفال

إن الوضع التغذوي للأطفال مؤشر هام على الصحة العامة للأطفال ورفاههم. إن نقص التغذية عند الأطفال لا تحمل في طياتها فقط خطر أعلى للإصابة بالأمراض والوفاة قياساً بالأطفال جيدي التغذية بل قد يكون لديهم نمواً سيئاً في الإدراك. وأستعملت قياسات الطول والوزن لحساب ثلاثة مقاييس للوضع التغذوي للأطفال: قصر الطول منسوباً للعمر أي التقزم، وقياس سوء التغذية المزمن، وزن متدني منسوباً للطول أي الهزال، وقياس سوء التغذية الحاد، وزن متدني منسوباً للعمر أي نقص الوزن وهو مؤشر مركب على سوء التغذية الحاد والمزمن معاً. وجرى مقارنة قياسات الأطفال دون سن الخامسة مع معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الأطفال للحصول على قيمة Z لكل طفل. وأعتبر أن لدى الطفل تقزم، هزال أو نقص في الوزن إذا كانت قيمة Z دون إنحرافين معياريين من القيمة المرجعية (-2SD) لكل مقياس من المقاييس الثلاثة. وفي مسح 1990، 1997 و2002 جرى استعمال معايير نمو الطفل وفقاً للمركز الوطني للإحصاءات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية (NCHS)، ولكن تم إعادة حساب قيمة Z الجديدة للأطفال لهذه السنوات بإستعمال معايير منظمة الصحة العالمية. كما أنه في المسوحات الأولى تم أخذ قياسات الطول والوزن للأطفال النساء اللاتي تمت مقابلتهن فقط. ولكن في المسوح اللاحقة الحديثة تم أخذ هذه القياسات خلال مقابلة الأسر لجميع الأطفال في الأسرة. ومن أجل المقارنة بين السنوات تم حساب المقاييس الأنثروبومترية الثلاثة للأطفال النساء اللاتي تمت مقابلتهن بإستعمال معايير منظمة الصحة العالمية.

وكما هو الحال مع قياسات الطول والوزن عند النساء، لم تؤخذ هذه القياسات لجميع الأطفال في كل المسوح. ففي مسح 1997 تم إختيار جميع أطفال النساء اللاتي تمت مقابلتهن، بينما في مسح 2002 تم إختيار جميع الأطفال في الأسر لأخذ القياسات. أما في مسح 2009 فتم إختيار عينة فرعية من نصف الأسر لأخذ قياسات الوزن والطول وفي مسح 2012 تم إختيار ثلثي الأسر لهذه الغاية. وفي مسح 2007 تم إختيار نصف الأسر أيضاً لأخذ قياسات الأطفال ولكن أسفرت بيانات هذا المسح عن نتائج غير موثوقة عن الوضع التغذوي للأطفال ولذا تم إستثناءها من التقرير.

يبين الشكل 28 نسب الأطفال دون سن الخامسة ممن لديهم تقزم، نقص وزن أو هزال في جميع سنوات المسح عدا عام 2007، وكما هو مبين إنخفضت نسبة الأطفال الذين لديهم تقزم من 19.6 % عام 1990 إلى 7.7 % في عام 2012، ولكن وكما هو مبين في الجدول 13 كان هذا الإنخفاض معنوياً بين عامي 1990 إلى 1997 و بين عامي 2002 إلى 2009. وفي الواقع كان هناك زيادة طفيفة غير معنوية بين عامي 1997 إلى 2002. وحصل إنخفاض أيضاً في نسبة الأطفال الذين لديهم نقص في الوزن لكن في عام 2009 فقط، وبلغ هذا الإنخفاض من 4.7 % عام 1990 إلى 1.8 % عام 2009 وكان الإنخفاض معنوياً في الفترات 1990 - 1997 و2002-2009 كما كان الحال مع التقزم. أم التغير الأحدث بين عامي 2009 إلى 2012 فكان في صورة إرتفاع معنوي في نقص الوزن من 1.8 % إلى 3 %. وأظهرت نسب الأطفال الذين لديهم هزال نمطاً مماثلاً لنقص الوزن بحصول إنخفاض معنوي في الفترات من 1990 إلى 1997، ومن 2002 إلى 2009 وزيادة معنوية في المسوح الأحدث. لقد إنخفضت نسبة الأطفال ممن لديهم هزال من 3.9 % في عام 1990 إلى 1.5 % في عام 2009، ثم إزدادت بعد ذلك إلى 2.4 % في عام 2012.

الشكل 28 نسبة الأطفال دون سن الخامسة وتم قياسهم لأمهات تمت مقابلتهن والذين لديهم تقزم، نقص وزن أو هزال حسب معايير منظمة الصحة العالمية.



الجدول 13 نسبة الأطفال دون سن الخامسة وتم قياسهم لأهميات تمت مقابلتهم والذين لديهم تقزم، نقص وزن أو هزال حسب معايير منظمة الصحة العالمية مع إختبارات معنوية الفروق بين المسوح المتتالية.

| فروق 2012-2009 | 2012 (.C.I) % | فروق 2009-2002 | 2009 (.C.I) % | فروق 2002-1997 | 2002 (.C.I) % | فروق 1997-1990 | 1997 (.C.I) % | 1990 (.C.I) % | |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------|
| -0.3 | 7.7 (6.4-8.9) | -3.5*** | 8.0 (6.6-9.4) | 0.4 (10.3-12.6) | 11.4 (9.9-12.0) | -8.6*** | 11.0 (9.9-12.0) | 19.6 (18.2-21.0) | تقزم |
| 1.2* | 3.0 (2.2-3.9) | -1.6*** | 1.8 (1.3-2.4) | -0.3 (2.9-4.1) | 3.5 (4.0-5.4) | -1.0* | 3.7 (3.2-4.3) | 4.7 (4.0-5.4) | نقص وزن |
| 0.9* | 2.4 (1.8-3.1) | -1.0* | 1.5 (0.9-2.1) | 0.1 (1.8-3.2) | 2.5 (3.3-4.5) | -1.6*** | 2.3 (1.9-2.8) | 3.9 (3.3-4.5) | هزال |

.0.001 > p قيمة*** .0.01 > p قيمة** .0.05 > p قيمة* هي لنيل واحد. * قيمة p هي لنيل عند مستوى 95 % .حدود ثقة عند مستوى 95 % .CI: كانت بيانات عام 2007 غير موثوقة ولم يتم عرضها.

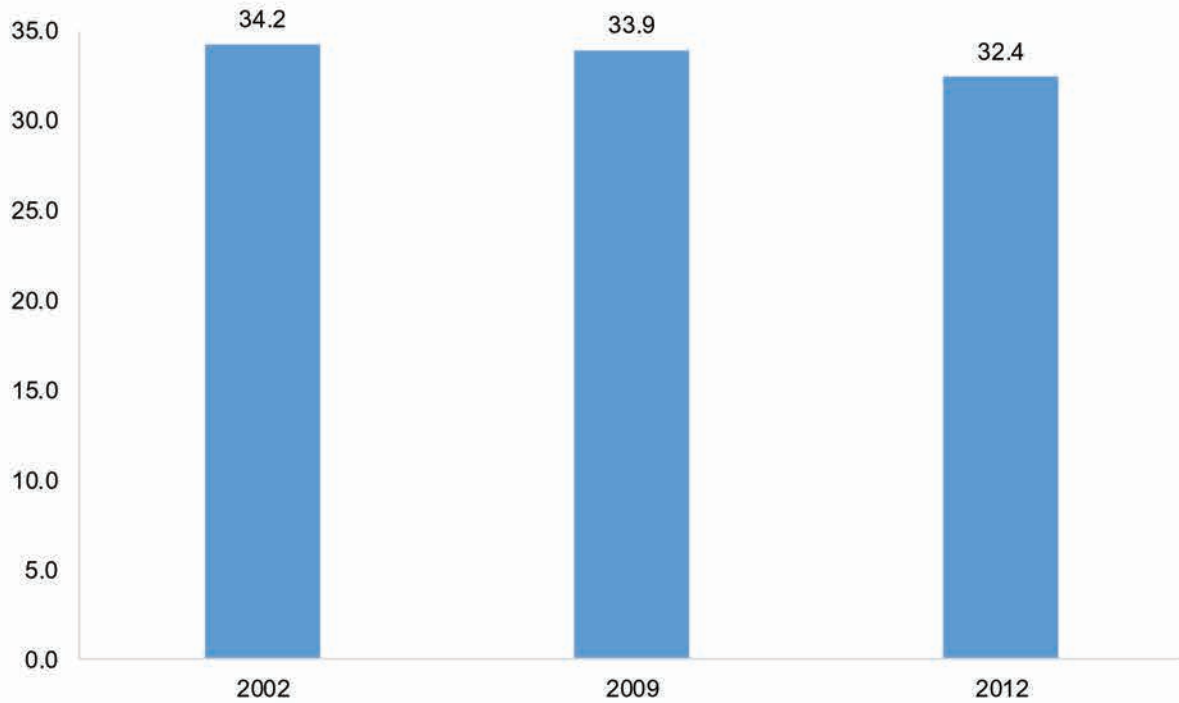
ملاحظات: كانت بيانات عام 2007 غير موثوقة ولم يتم عرضها.

4.6 فقر الدم عند الأطفال

تم فحص فقر الدم عند الأطفال دون سن الخامسة من العمر. وكان الأطفال الذين تم اختيارهم لهذا الغرض من نفس العينات الفرعية من الأسر التي تم إختيارها لفحص فقر الدم عند النساء التي تم وصفها سابقاً. لم يتم فحص فقر الدم في عامي 1990 و1997، بينما كانت بيانات عام 2007 غير موثوقة ولم يتم الحديث عنها هنا. إن أي طفل كانت نسبة الهيموجلوبين عنده دون 11 غرام/دسيليتر أعتبر أن لديه فقر دم.

ويظهر الشكل 29 حصول إنخفاض طفيف في نسبة فقر الدم بين الأطفال باسلوب العد الفعلي وأعمارهم 6 - 59 شهرا بين عامي 2002 - 2012. ولكن وكما هو مبين في الجدول 14 لم يكن هذا الإنخفاض معنوياً، وفي الحقيقة ظلت نسبة فقر الدم ثابتة تقريباً عند حوالي ثلث الأطفال ممن أعمارهم 6 - 59 شهراً خلال فترة السنوات العشر بين 2002 - 2012. إن معدلات فقر الدم لم تكن متناقصة ويشير هذا إلى أن أطفال الأردن لا يتلقوا تغذية ملائمة، وتتطابق هذه النتيجة مع نتائج النساء اللاتي سبق لهن الزواج.

الشكل 29 نسبة الأطفال باسلوب العد الفعلي لأمهات تمت مقابلتهن وأعمارهم 6 - 59 شهرا ولديهم فقر دم



الجدول 14 نسبة الأطفال باسلوب العد الفعلي لأمهات تمت مقابلتهن وأعمارهم 6 - 59 شهراً
ولديهم فقر دم مع فروق أختبارات المعنوية بين المسوح المتتالية

| فروق 2012-2009 | 2012 % (C.I.) | فروق 2009-2002 | 2009 % (C.I.) | 2002 % (C.I.) |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| -1.5 | 32.4 (30.0-34.8) | -0.3 | 33.9 (31.0-36.8) | 34.2 (31.1-37.3) |

ملاحظات: لا تتوفر بيانات عن عامي 1990 و 1997، بيانات عام 2007 غير موثوقة ولم يتم عرضها. CI: حدود ثقة عند مستوى 95%.
قيمة p هي لذييل واحد. * قيمة $p > 0.05$. ** قيمة $p > 0.01$. *** قيمة $p > 0.001$.

5.6 ملخص

إنخفضت معدلات الوفيات بين عام 1990 إلى 2012 ولكن حصل تغير قليل بين 2007 و 2012، وهناك دليل على حصول إرتفاع مؤقت في مسح 2009. وحصل تحسن عام في مستويات تطعيم الأطفال 12 - 23 شهر لتصل إلى 94.1% من الأطفال حصلوا على جميع المطاعيم عام 2012. إضافة إلى ذلك فقد تم إضافة مطعوم السل إلى البرنامج الوطني الأردني وبحلول عام 2012 تلقى 98.3% من الأطفال في الأعمار 12 - 23 شهراً مطعوم السل. وإنخفضت نسبة لأطفال دون سن الخامسة الذين لديهم تقزم أو نقص وزن أو هزال بصورة عامة. ولكن تظهر النتائج حصول زيادات طفيفة في نسبة الأطفال الذين لديهم هزال ونقص وزن بين عامي 2009 و 2012 وكذلك تباطؤ في انخفاض التقزم في الفترة نفسها. وأخيراً بقي فقر الدم عند الأطفال دون تغير بين عامي 2002 و 2012 عند حوالي ثلث الأطفال ممن أعمارهم 6 - 59 شهراً.



Photograph Copyright © by Edson Whitney

المراجع

Bradley, S.E.K., T.N. Croft, J.D. Fishel, and C.F. Westoff. 2012. Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and ICF International. 2013. Jordan Population and Family Health Survey 2012. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and ICF International.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and ICF Macro. 2010. Jordan Population and Family Health Survey 2009. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and ICF Macro.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and Macro International. 2008. Jordan Population and Family Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and Macro International.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and ORC Macro. 2003. Jordan Population and Family Health Survey 2002. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and ORC Macro.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and Macro International. 1998. Jordan Population and Family Health Survey 1997. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and Macro International.

Department of Statistics (DOS) [Jordan], and Macro International. 1991. Jordan Population and Family Health Survey 1990. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics, and Macro International.

