



مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2012

التقرير الأولي

دائرة الإحصاءات العامة
عمان - الأردن

MEASURE DHS
ICF International
Calverton, Maryland, USA



يلخص هذا التقرير نتائج مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن عام 2012 الذي أجرته دائرة الإحصاءات العامة. وقد تم تمويل المسح من قبل الحكومة الأردنية، كما ساهم في التمويل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة. وقدمت مؤسسة ICF الدولية المساعدة الفنية لهذا المشروع من خلال برنامج المسوح الديموغرافية والصحية.

نفذ مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن ضمن برنامج المسوح الديموغرافية والصحية الذي تم تصميمه لجمع بيانات عن الإنجاب وتنظيم الأسرة وصحة الأمهات والأطفال، علماً بأن الآراء الواردة في هذا التقرير لا تعكس بالضرورة رأي الجهات المانحة.

وللمزيد من المعلومات حول هذا المسح يمكن الاتصال بدائرة الإحصاءات العامة، ص.ب 2015 عمان، 11181 الأردن، (هاتف، +962 6 5300700، فاكس +962 6 5300710، والبريد الإلكتروني stat@dos.gov.jo، والإنترنت www.dos.gov.jo) وللمزيد من المعلومات حول برنامج MEASURE DHS يمكن الكتابة إلى العنوان التالي:

ICF International

11785 Beltsville Drive, Suite 300,

Calverton, MD 20705 USA

Telephone 301-572-0200; Fax 301-572-0999;

e-mail reports@measuredhs.com



مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2012

التقرير الأولي

دائرة الإحصاءات العامة

عمان - الأردن

**MEASURE DHS
ICF International
Calverton, Maryland USA**

آذار 2013

تقديم

يعتبر مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 2012 المسح السادس من سلسلة المسوح الديموغرافية والصحية التي تم تنفيذها في الأردن. وقد قامت دائرة الإحصاءات العامة بتنفيذ هذا المسح على غرار المسوح السابقة التي نفذتها في الأعوام 1990، 1997، 2002، 2007 و2009. ويتمثل الهدف الأساسي من هذا المسح في توفير بيانات شاملة عن الإنجاب، والوفاة، وتنظيم الأسرة، وصحة وتغذية الأم والطفل بوصفها أداة لتقييم البرامج والسياسات السكانية والصحية الموجودة حالياً.

وتم تصميم عينة المسح للحصول على تقديرات تتعلق بمتغيرات المسح الرئيسية على المستوى الوطني، والحضر والريف، والأقاليم الثلاثة (الوسط والشمال والجنوب)، والمحافظات الإثني عشر بالإضافة إلى مناطق البادية ومناطق مخيمات اللاجئين. وقد تمت مقابلة حوالي 15000 أسرة وأكثر من 11000 سيدة سبق لهن الزواج وعمرهن 15-49 سنة وذلك خلال أشهر أيلول إلى كانون أول عام 2012.

وقد تم تمويل تنفيذ هذا المسح من قبل الحكومة الأردنية، بالإضافة إلى تمويل إضافي من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة. كما وفرت مؤسسة ICF الدولية المساعدة الفنية من خلال البرنامج العالمي للمسوح الديموغرافية والصحية.

وتأمل دائرة الإحصاءات العامة أن تحقق بيانات المسح الهدف المرجو منه المتمثل في تسهيل إدارة البرامج والسياسات الحكومية الهامة التي تهدف إلى تعزيز صحة الأم والطفل. وبالإضافة إلى ذلك سيكون المسح مفيداً للمهتمين في مجالات السكان وتنظيم الأسرة والصحة.

ويقدم هذا التقرير بعض النتائج الأولية للمسح. أما النتائج التفصيلية فسيتم عرضها في التقرير الرئيسي للمسح المتوقع إصداره في نهاية عام 2013.

وتود دائرة الإحصاءات العامة أن تعبر عن شكرها وتقديرها لجميع الأفراد والمؤسسات الذين ساهموا في إنجاح هذا المسح. وقد كان للعمل الشاق الذي قام به كادر المسح الأثر الكبير في الحصول على بيانات موثوقة وذات دقة عالية. وتقدر الدائرة عالياً جميع الأسر التي تمت مقابلتها أثناء المسح على وقتها وطواعيتها لتقديم البيانات المطلوبة. وتشكر الدائرة أيضاً وزارة الصحة لدعمها الفني واللوجستي، والشكر كذلك لبعثة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية في عمان لدعمها المالي للمسح وكذلك إلى فريق المسوح الديموغرافية والصحية، وإلى صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة لدعمهما المالي والفني للمسح.

فتحي النصور
المدير العام

المحتويات

الصفحة	
أ	تقديم
ج	قائمة المحتويات
هـ	فهرس الجداول
ز	فهرس الأشكال
ط	المؤشرات الرئيسية
1	1. مقدمة
1	أ. خلفية عامة
1	ب. أهداف المسح
3	2. منهجية المسح
3	أ. أدوات المسح
4	ب. تصميم العينة وتنفيذها
5	ج. التدريب والتجربة القبلية
5	د. جمع البيانات وتجهيزها
7	3. النتائج
7	أ. خصائص المستجيبات
8	ب. الإنجاب
11	ج. تفضيلات الإنجاب
11	د. تنظيم الأسرة
16	هـ. وفيات الرضع والأطفال
18	و. رعاية الأمومة
20	ز. التطعيم وصحة الطفل
24	ح. ممارسات تغذية الأطفال الرضع
29	ط. فقر الدم
30	ي. المعرفة بالإيدز
32	ك. تسجيل الولادات
33	المراجع

فهرس الجداول

الصفحة	رقم الجدول
4	1 عدد الأسر وعدد المقابلات ومعدلات الاستجابة حسب مكان الإقامة، الأردن 2012
7	2 التوزيع النسبي للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة حسب الخصائص المختارة، الأردن 2012
9	3 معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر ومعدل الإنجاب الكلي، ومعدل الإنجاب العام ومعدل المواليد الخام للسنوات الثلاث السابقة للمسح حسب مكان الإقامة، الأردن 2012
11	4 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً 15-49 سنة حسب الرغبة في إنجاب الأطفال وحسب عدد الأطفال الأحياء، الأردن 2012
13	5 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً 15-49 سنة حسب وسيلة تنظيم الأسرة المستعملة حالياً والخصائص الأساسية، الأردن 2012
15	6 التوزيع النسبي للسيدات اللاتي يستعملن حالياً الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة للعمر 15-49 سنة حسب أحدث مصدر للحصول على الوسيلة ونوع الوسيلة، الأردن 2012
15	7 النسبة المثوية للسيدات المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة وتوقفن عن استعمال الوسيلة خلال 12 شهراً بعد بدء الاستعمال حسب سبب التوقف والوسيلة المستعملة، الأردن 2012
16	8 معدلات وفيات حديثي الولادة، ما بعد حديثي الولادة، الرضع، الأطفال ووفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لفترات زمنية خمسية سابقة للمسح، الأردن 2012
19	9 نسبة السيدات 15-49 سنة اللاتي لديهن مواليد أحياء خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، ونسبة اللاتي تلقين الرعاية الصحية من مختص صحي اثناء الحمل لآخر مولود حي، ونسبة السيدات اللاتي تلقين مطعوم التيتانوس لحماية آخر مولود، وجميع المواليد أحياء، خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، ونسبة الولادات التي تمت بإشراف مختص صحي ونسبة الولادات في المرافق الصحية ونسبة السيدات اللاتي لديهن مواليد أحياء خلال آخر سنتين قبل المسح وتلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال يومين بعد ولادة آخر مولود حي حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012
21	10 نسبة الأطفال الذين أعمارهم 12-23 شهراً الذين تلقوا مطاعيم محددة في أي وقت قبل المسح حسب مصدر المعلومات عن التطعيم (بطاقة التطعيم أو إفادة الامهات) ونسبة الذين لديهم بطاقة تطعيم حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012
23	11 نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين لديهم أعراض الالتهابات التنفسية الحادة أو الذين أصيبوا بالحمى خلال الأسبوعين السابقين للمسح الذين تمت معالجتهم في مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية، ونسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين أصيبوا بالاسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ونسبة الذين تمت معالجتهم في مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية ونسبة الذين تم إعطائهم املاح إمهاء فمية (عبوات) ونسبة الذين تم إعطائهم علاجات إمهاء فمية حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012
24	12 التوزيع النسبي للأطفال الأصغر سناً دون سن السنتين الذين يعيشون مع أمهاتهم حسب حالة الرضاعة الطبيعية، ونسبة الأطفال الذين يتلقوا حالياً الرضاعة الطبيعية ونسبة جميع الأطفال دون السنتين الذين يستخدمون الزجاجات ذات الحلمة حسب العمر (بالأشهر)، الأردن 2012
27	13 نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصنفين ممن يعانون من "سوء التغذية" حسب الأدلة الثلاثة الأنثروبومترية للحالة التغذوية: الطول للعمر، الوزن للطول، والوزن للعمر حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012

29	14	نسبة الأطفال في العمر (6-59 شهراً) والسيدات (15-49 سنة) مصنّفين بأنهم مصابون بفقر الدم حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012
31	15	نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج (15-49 سنة) واللاتي أجبن بأنه من الممكن تقليل مخاطر الإصابة بفيروس الإيدز باستخدام الواقي الذكري واقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد غير مصاب حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012
32	16	نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيل ولادتهم لدى السلطات المدنية (دائرة الأحوال المدنية والجوزات) حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012

فهرس الأشكال

الصفحة	رقم الشكل
9	1. معدلات الإنجاب التفصيلية حسب الحضري والريف، 2012
10	2. اتجاهات معدلات الإنجاب الكلي، 1990 - 2012
10	3. الاختلافات في معدلات الإنجاب الكلي، 2012
14	4. اتجاهات استعمال وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة، 1990 - 2012
17	5. اتجاهات معدلات وفيات الأطفال، 1990 - 2012
22	6. انتشار أمراض الطفولة 2012
25	7. حالة الرضاعة الطبيعية 2002، 2007 و 2012
28	8. اتجاهات الحالة التغذوية للأطفال 2002، 2009 و 2012
30	9. اتجاهات انتشار فقر الدم 2002، 2009 و 2012

المؤشرات الرئيسية لمسوح السكان والصحة الأسرية في الأردن
1990، 1997، 2002، 2007، 2009 و2012

مسوح السكان والصحة الأسرية						المؤشر
2012	2009	2007	2002	1997	1990	
العينة						
15,190	13,577	14,564	7,825	7,335	16,296	عدد الأسر التي تمت مقابلتها
96.6	97.3	98.8	99.0	96.6	96.9	معدل الاستجابة في المقابلة الفردية %
11,352	10,109	10,876	6,006	5,548	6,461	عدد السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وتمت مقابلتهن
97.3	97.2	97.9	97.6	96.2	89.2	معدل الاستجابة للسيدة المؤهلة %
الخصائص الأساسية للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج						
83	84	85	80	84	74	الحضر %
31	32	32	34	39	43	السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15 – 29 سنة
الالتحاق بالتعليم (%)						
2	3	4	6	9	24	غير متعلمة
8	7	8	12	15	23	ابتدائي
15	16	16	21			اعدادي
45	43	44	37	53	44	ثانوي
31	32	29	25	22	11	أعلى من الثانوي
الإنجاب						
3.5	3.8	3.6	3.7	4.4	5.6	معدل الإنجاب الكلي لكل امرأة
مكان الإقامة						
3.4	3.8	3.6	3.5	4.2	5.2	الحضر
3.9	4.0	3.7	4.2	5.0	6.9	الريف
الإقليم						
3.4	3.8	3.5	3.5	4.1	-	الوسط
3.8	4.0	3.8	3.9	4.9	-	الشمال
3.7	4.1	3.6	4.0	4.8	-	الجنوب
المحافظة						
3.2	3.7	3.4	-	-	-	العاصمة
3.8	3.9	3.7	-	-	-	البلقاء
3.6	3.9	3.8	-	-	-	الزرقاء
3.5	3.6	3.6	-	-	-	مأدبا
3.6	3.8	3.8	-	-	-	أربد
4.1	4.2	4.0	-	-	-	المفرق
4.3	4.5	3.8	-	-	-	جرش
3.8	4.0	3.7	-	-	-	عجلون
3.5	3.8	3.2	-	-	-	الكرك
3.9	4.3	3.7	-	-	-	الطفيلة
4.1	4.3	4.0	-	-	-	معان
3.7	4.2	4.1	-	-	-	العقبة
مناطق البادية						
4.4	4.5	4.2	-	-	-	البادية
3.4	3.8	3.5	-	-	-	غير البادية
مناطق مخيمات اللاجئين						
3.7	-	-	-	-	-	مخيمات اللاجئين
3.5	-	-	-	-	-	مناطق خارج مخيمات اللاجئين
الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة %						
61	59	57	56	53	40	أية وسيلة
مكان الإقامة						
61	60	58	57	54	44	الحضر
62	53	52	51	45	29	الريف
- البيانات غير متوفرة						

- البيانات غير متوفرة

مسوح السكان والصحة الأسرية						المؤشر
2012	2009	2007	2002	1997	1990	
الإقليم						
61	61	58	58	55	-	الوسط
61	58	55	54	50	-	الشمال
61	54	53	48	43	-	الجنوب
المحافظة						
61	62	59	-	-	-	العاصمة
60	58	55	-	-	-	البلقاء
63	58	59	-	-	-	الزرقاء
62	62	53	-	-	-	مأدبا
62	60	56	-	-	-	اربد
60	54	50	-	-	-	المفرق
62	59	56	-	-	-	جرش
62	56	58	-	-	-	عجلون
59	50	51	-	-	-	الكرك
64	58	60	-	-	-	الطفيلة
58	54	50	-	-	-	معان
64	58	54	-	-	-	العقبة
مناطق البادية						
58	51	46	-	-	-	البادية
61	60	58	-	-	-	غير البادية
مناطق مخيمات اللاجئين						
61	-	-	-	-	-	مخيمات اللاجئين
61	-	-	-	-	-	مناطق خارج مخيمات اللاجئين
42	42	42	41	38	27	أية وسيلة حديثة
19	17	15	15	15	13	أية وسيلة تقليدية
رعاية الأمومة والطفولة %						
99	-	99	99	96	80	تلقي الرعاية الصحية قبل الولادة من مختص صحي
100	-	99	99	97	87	المساعدة أثناء الولادة من مختص صحي
نسبة تطعيم الأطفال في العمر 12 – 23 شهراً						
-	-	94	94	86	88	جميع التطعيمات (باستثناء السل)
93	-	87	28	21	-	جميع التطعيمات (بما فيها السل)
الإقليم						
93	-	89	37	24	-	الوسط
95	-	90	17	16	-	الشمال
89	-	64	3	3	-	الجنوب
مناطق البادية						
86	-	81	-	-	-	البادية
94	-	88	-	-	-	غير البادية
مناطق مخيمات اللاجئين						
98	-	-	-	-	-	مخيمات اللاجئين
94	-	-	-	-	-	مناطق خارج مخيمات اللاجئين
التغذية						
الرضاعة الطبيعية %						
23	-	22	27	-	-	الأطفال الذين أعمارهم 0 – 5 أشهر وأرضعوا رضاعة طبيعية محضة
66	-	66	70	-	-	الأطفال الذين أعمارهم 6 – 9 أشهر وأرضعوا رضاعة طبيعية وتلقوا أغذية مساعدة
- البيانات غير متوفرة						

مسوح السكان والصحة الأسرية						المؤشر
2012	2009	2007	2002	1997	1990	
						سوء التغذية %
8	8	-	12	-	-	التقزم (الطول بالنسبة للعمر) وفق معايير WHO
الإقليم						
8	7	-	-	-	-	الوسط
7	9	-	-	-	-	الشمال
12	13	-	-	-	-	الجنوب
2	2	-	2	-	-	الهزال (الوزن مقابل الطول) وفق معايير WHO
الإقليم						
3	2	-	-	-	-	الوسط
2	1	-	-	-	-	الشمال
2	1	-	-	-	-	الجنوب
3	2	-	4	-	-	نقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) وفق معايير WHO
الإقليم						
3	2	-	-	-	-	الوسط
3	2	-	-	-	-	الشمال
3	2	-	-	-	-	الجنوب
2	3	-	-	-	-	زيادة الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) وفق معايير WHO
وفيات الأطفال						
17	23	19	22	29	34	معدل وفيات الرضع
4	5	2	5	6	5	معدل وفيات الأطفال
21	28	21	27	34	39	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر
- البيانات غير متوفرة						

1. المقدمة

أ. خلفية عامة

يعتبر مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 2012 المسح السادس الذي تم تنفيذه في الأردن تحت إشراف البرنامج العالمي للمسوح الديموغرافية والصحية. وقد تم تمويل المسح من قبل الحكومة الأردنية بالإضافة إلى التمويل المقدم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF). وقد تم تنفيذ المسح الأول في عام 1990 والثاني في عام 1997 والثالث في عام 2002، والرابع في عام 2007، والخامس في عام 2009. وقد وفر البرنامج العالمي للمسوح الديموغرافية والصحية حالياً من خلال مؤسسة ICF الدولية في كاليفورنيا/ ولاية ميريلاند الأمريكية المساعدة الفنية لجميع هذه المسوح.

ويقدم هذا التقرير الأولي النتائج الأولية لمسح عام 2012. وقد تم إعداد النتائج الأولية بعد شهرين من انتهاء عملية جمع البيانات بهدف استخدامها في برامج تنظيم الأسرة والبرامج الصحية القائمة. أما التقرير النهائي لنتائج المسح، فمن المتوقع نشرها في نهاية عام 2013، حيث سيتضمن تحليلاً شاملاً لنتائج المسح. والنتائج المعروضة في التقرير الحالي هي نتائج أولية وقد تكون عرضة لتعديلات طفيفة. وعلى أية حال، فإنه من غير المتوقع أن تختلف الأرقام النهائية بصورة جوهرية عن النتائج المعروضة في هذا التقرير.

ب. أهداف المسح

وكما هو الحال في مسوح السكان والصحة الأسرية السابقة التي أجريت في الأردن في الأعوام 1990، 1997، 2002، 2007 و2009، فإن الهدف الرئيسي لهذا المسح هو توفير تقديرات موثوقة للمؤشرات الديموغرافية مثل الإنجاب، الوفيات، تنظيم الأسرة، تفضيلات الإنجاب وكذلك صحة وتغذية الأم والطفل التي يمكن استخدامها من قبل مديري البرامج ورسمي السياسات لتقييم وتحسين البرامج الحالية. وبالإضافة إلى ذلك فإن بيانات المسح ستكون مفيدة للباحثين والعلماء المهتمين بتحليل اتجاهات المؤشرات الديموغرافية في الأردن وكذلك للمهتمين بإجراء المقارنات والدراسات الإقليمية.

2. منهجية المسح

أ. أدوات المسح

تم في مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن عام 2012 استخدام استمارتين هما: استمارة الأسرة والاستمارة الفردية. وقد استخدمت استمارة الأسرة لإعداد قائمة بجميع الأفراد المعتادين لأسر العينة وذلك لجمع معلومات عن كل فرد من أفراد الأسرة كالعمر والجنس والتحصيل التعليمي والعلاقة برب الأسرة والحالة الزوجية. وبالإضافة إلى ذلك، تم تضمين الاستمارة أسئلة عن الخصائص الاجتماعية-الاقتصادية للأسرة مثل مصدر مياه الشرب، والمرافق الصحية وتوافر السلع المعمرة، بالإضافة إلى أسئلة عن انضباط الأطفال. كما استخدمت استمارة الأسرة أيضاً لتحديد السيدات المؤهلات للمقابلة الفردية (السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة). وبالإضافة إلى ذلك فإن جميع السيدات اللاتي أعمارهن 15-49 سنة والأطفال دون الخامسة من العمر في الأسرة كانوا مؤهلين لقياس الطول والوزن وفحص الانيميا لتحديد وضعهم الصحي.

وقد تم تصميم استمارة السيدة المؤهلة للسيدة التي سبق لها الزواج وعمرها 15-49 سنة وتم فيها جمع البيانات حول المواضيع التالية:

1. خلفية المستجيبة
2. تاريخ الإنجاب
3. المعرفة والممارسة والاتجاهات لتنظيم الأسرة والتعرض لرسائل تنظيم الأسرة
4. رعاية الأمومة، (الرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة)
5. تطعيم وصحة الأطفال دون الخامسة من العمر
6. الرضاعة وممارسات تغذية الأطفال
7. الزواج وخلفية الزوج
8. تفضيلات الإنجاب
9. عمالة المستجيبة
10. المعرفة بالإيدز والأمراض المنقولة جنسياً
11. قضايا صحية أخرى تتعلق بالسيدة
12. تنمية الطفولة المبكرة
13. العنف الأسري

وبالإضافة إلى ذلك، فقد تم جمع بيانات عن المواليد والأحمال واستعمال وسائل تنظيم الأسرة والتوقف عن استعمالها خلال الخمس سنوات السابقة على المسح وذلك باستخدام تقويم شهري لهذا الغرض. وتستند استمارات الأسرة والسيدة المؤهلة إلى نموذج تم تطويره من قبل برنامج المسوح الديموغرافية والصحية. وقد تم تعديل الاستمارات النموذجية لتوفر معلومات خاصة بالأردن.

ب. تصميم العينة وتنفيذها

تم تصميم عينة مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2012 للحصول على تقديرات موثوقة للمتغيرات الرئيسية للمسح على المستوى الوطني والحضر والريف وللمحافظات ومناطق البادية والسكان الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين. ولتسهيل عملية المقارنات مع المسوح السابقة، فقد تم أيضاً تصميم العينة للحصول على تقديرات للأقاليم الثلاثة (الشمال، والوسط والجنوب). وتم تجميع المحافظات في الأقاليم على النحو التالي: إقليم الشمال ويتألف من محافظات اربد، وجرش، وعجلون والمفرق، إقليم الوسط ويتكون من محافظات العاصمة، ومادبا، والبلقاء والزرقاء، أما إقليم الجنوب فيتألف من محافظات الكرك، والطفيلة، ومعان والعقبة.

صممت عينة مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 2012، استناداً إلى إطار التعداد العام للسكان والمساكن 2004. وقد استلني من الإطار السكان الرحل (البدو) والسكان الذين يعيشون في المساكن الجماعية كالفنادق، والمستشفيات، وسكن العمال، والسجون وغيرها. تم تقسيم المملكة في تعداد 2004 إلى وحدات وحدات مساحية ملائمة تدعى بلوكات تعدادية. ولأغراض المسوح الأسرية، تم تجميع بلوكات التعداد لتشكيل وحدات إحصائية بحجم مناسب (30 أسرة أو أكثر) أطلق على كل وحده منها عنقود الذي يستخدم بشكل واسع في المسوح كوحدة معاينة أولية. وقد تم تحقيق الطبقة أولاً بتقسيم كل محافظة إلى حضر وريف، وضمن الحضر والريف تم تحديد مناطق البادية ومخيمات اللاجئين وغيرها.

وتم تطبيق أسلوب المعاينة على مرحلتين. تم في المرحلة الأولى، اختيار 806 عنقوداً (وحدات معاينة أولية) باحتمال متناسب مع حجم العنقود (عدد الأسر كما في تعداد 2004) لكل طبقة على حده. وبعد ذلك تم تنفيذ عملية إعداد قوائم الأسر في كافة العناوين المختارة، وتم استخدام قوائم الأسر كإطار للعينة لاختيار الأسر في المرحلة الثانية. وتم في المرحلة الثانية اختيار عدد ثابت من الأسر مقداره 20 أسرة من كل عنقود باحتمال متساوٍ ومنظم في الاختيار. وتم اختيار عينة جزئية تتكون من ثلثي الأسر التي تم اختيارها في المرحلة الثانية في كل عنقود لقياس الدم والطول والوزن.

جدول 1 نتائج مقابلات الأسرة والمقابلات الفردية				
عدد الأسر وعدد المقابلات ومعدلات الاستجابة حسب مكان الإقامة، الأردن 2012				
النتيجة	مكان الإقامة		المجموع	
	الحضر	الريف		
المقابلات الأسرية				
عدد الأسر المختارة	11,480	4,640	16,120	
عدد الأسر التي تم تحديدها	11,161	4,561	15,722	
عدد الأسر التي تمت مقابلتها	10,727	4,463	15,190	
معدل الاستجابة في المقابلة الأسرية ¹ (%)	96.1	97.9	96.6	
المقابلات الفردية				
عدد السيدات المؤهلات	8,296	3,377	11,673	
عدد السيدات اللاتي تمت مقابلتهن	8,034	3,318	11,352	
معدل الاستجابة للسيدة المؤهلة ²	96.8	98.3	97.3	
معدل الاستجابة الكلية ³	93.0	96.2	94.0	

1 عدد الأسر التي تمت مقابلتها / عدد الأسر التي تم تحديدها مضروباً بـ 100

2 عدد النساء اللاتي تمت مقابلتهن/عدد النساء المؤهلات مضروباً بـ 100

3 معدل الاستجابة في المقابلة الأسرية * معدل الاستجابة للسيدة المؤهلة مضروباً بـ 100

ويبين الجدول 1 نتائج تنفيذ العينة ويشير الجدول إلى أن 16120 أسرة تم اختيارها للمسح تم العثور من بينها على 15722 أسرة. ومن بين هذه الأسر، تمت مقابلة 15190 أسرة بنجاح. ومن بين الأسر التي تمت مقابلتها تم تحديد 11673 سيدة سبق لها الزواج (15-49 سنة) وتم مقابلة 11352 سيدة أو ما نسبته 97% من مجموع السيدات المؤهلات. وبلغت نسبة الاستجابة الكلية لمعدلات استجابة الأسر والاستجابة الفردية معاً 94%.

ج. التدريب والتجربة القبلية

تم تدريب الباحثات في المركز الرئيسي في عمان لمدة ستة أسابيع خلال تموز - أيلول 2012. وتضمن البرنامج التدريبي تعليمات حول أساليب المقابلة، والإجراءات الميدانية، وشرحاً مفصلاً لبنود الاستمارتين، وتعليمات وتطبيقاً عملياً لتوزيع وقياس الطول للأطفال والنساء، وفحص فقر الدم، ومقابلات تمثيلية بين المشاركات في التدريب ومقابلات عملية تطبيقية. وبعد انتهاء البرنامج التدريبي، تم تنفيذ التجربة القبلية ميدانياً لمدة أسبوع في ثلاثة عناوين في الحضر وعنقود واحد في الريف. كما تم أثناء التجربة القبلية إجراء تطبيق عملي على فحص فقر الدم من قبل الفريق الصحي الفني المخصص لهذا الغرض. وبالإضافة إلى ذلك، قام أعضاء الفريق بالتدريب على إجراء قياسات الوزن والطول للنساء والأطفال في المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة (مركز صحي عمان الشامل، مركز صحي أبو نصير ومركز صحي سحاب الشامل)، حيث قامت الباحثات اللواتي خصصن لقياس الطول والوزن وفقر الدم بإجراء العديد من هذه القياسات والفحوص على المراجعين من النساء والأطفال لهذه المراكز الصحية. وتم أثناء هذه الفترة أيضاً تدريب المدققين الميدانيين ومراقبي الفرق تدريباً إضافياً على أساليب التدقيق الميداني وإجراءات ضبط نوعية البيانات وتنسيق العمليات الميدانية. كما تم عقد جلسات نقاشية مع فريق التجربة القبلية وإجراء التعديلات الضرورية على الاستمارات والتعليمات استناداً إلى الدروس المستفادة من التجربة.

د. جمع البيانات وتجهيزها

كما في المسوح السابقة، فقد جمعت بيانات الأسرة والسيدات المؤهلات من قبل فرق المقابلة وتم تشكيل 26 فريقاً ميدانياً وكل فريق يتكون من مراقبة، ومدققة ميدانية، وفاحصة دم و3-4 باحثات. وتم أثناء العمل الميداني تجميع أو توزيع هذه الفرق حسب الحاجة، وتم تزويد كل فريق بسيارة. وبدأ العمل الميداني في 9 أيلول عام 2012 وانتهى في 20 كانون أول من العام ذاته. وقد تم تقسيم الفرق الميدانية حسب الاقاليم، وبدأت عملية جمع البيانات في إقليم الوسط لجميع الفرق ليتم المتابعة والتدقيق بشكل مركز في الأيام الأولى من العمل.

وقام المدققون الميدانيون والمراقبون أولاً بتدقيق الاستمارات المكتملة للتحقق من اكتمالها واتساقها. ثم أرسلت الاستمارات إلى المكتب الرئيسي للدائرة في عمان حيث أعيد تدقيقها وترميز الأسئلة المفتوحة فيها. وتم تجهيز البيانات باستخدام الحواسبات وبرمجية CSPro (البرمجية الحاسوبية لتجهيز بيانات التعدادات والمسوح). تم البدء بإدخال البيانات وتدقيقها آلياً بعد بداية العمل الميداني مباشرة. أما عمليات التجهيز (التدقيق المركزي للبيانات، الإدخال، إعادة الإدخال لجميع الاستمارات، التدقيق النهائي والتحقق) فقد اكتملت في بداية شهر كانون ثاني من عام 2013.

3. النتائج

أ. خصائص المستجيبات

يبين الجدول 2 التوزيع النسبي للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة اللاتي سبق لهن الزواج تمت مقابلتهن في مسح السكان والصحة الأسرية 2012 حسب بعض الخصائص المختارة. ويلاحظ أن أقل من ثلث السيدات اللاتي سبق لهن الزواج (31%) هن دون سن الثلاثين. ويظهر هذا انخفاضاً من 34% حسب مسح عام 2002 و32% في عامي 2007 و2009. ويعود هذا الانخفاض في نسبة السيدات الأصغر سناً إلى ارتفاع العمر وقت الزواج الأول. وعلى العكس من ذلك، فإن نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 30-49 سنة قد ازدادت من 66% في عام 2002 إلى 68% في عامي 2007 و2009 وإلى 69% في عام 2012.

ويلاحظ في عام 2012، أن 83% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج يقمن في المناطق الحضرية. وهناك اثنتان من بين كل ثلاث سيدات يقمن في إقليم الوسط، و28% في إقليم الشمال، في حين أن 9% فقط يقمن في إقليم الجنوب.

أما بالنسبة إلى توزيع السيدات اللاتي سبق لهن الزواج حسب المحافظة فهو متسق مع نتائج التعداد العام للسكان والمساكن 2004، فهناك اثنتان من بين كل خمس سيدات يقمن في محافظة العاصمة و15% في محافظة الزرقاء و18% في محافظة اربد.

جدول 2 التوزيع النسبي للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة حسب الخصائص المختارة، الأردن 2012			
الخصائص الأساسية	النسبة المرحجة	عدد السيدات المرحج	غير المرحج
العمر			
19-15	2.4	278	239
24-20	10.6	1,207	1,190
29-25	17.7	2,006	2,110
34-30	18.8	2,136	2,169
39-35	18.5	2,098	2,164
44-40	18.1	2,055	1,999
49-45	13.8	1,571	1,481
الحالة الزوجية			
متزوجة	95.1	10,801	10,746
مطلقة/ منفصلة	3.1	350	346
ارملة	1.8	201	260
مكان الإقامة			
الحضر	83.3	9,458	8,034
الريف	16.7	1,894	3,318
المحافظة			
العاصمة	39.2	4,454	1,106
البلقاء	6.7	765	945
الزرقاء	14.6	1,659	1,139
مادبا	2.7	303	861
اربد	17.5	1,986	1,137
المفرق	5.0	562	1,000
جرش	2.8	320	945
عجلون	2.2	251	898
الكرك	3.9	441	873
الطفيلة	1.5	167	819
معان	1.6	178	781
العقبة	2.3	265	848
الإقليم			
الوسط	63.3	7,181	4,051
الشمال	27.5	3,120	3,980
الجنوب	9.3	1,051	3,321
مناطق البادية			
البادية	6.2	705	1,265
غير البادية	93.8	10,647	10,087
مخيمات اللاجئين			
المخيمات	3.6	413	904
غير المخيمات	96.4	10,939	10,448
المستوى التعليمي			
غير متعلمة	2.3	267	408
ابتدائي	7.6	860	981
اعدادي	14.8	1,677	1,610
ثانوي	44.7	5,073	4,799
أعلى من الثانوي	30.6	3,475	3,554
المجموع	100.0	11,352	11,352

ملاحظة: تشير فئات المستوى التعليمي إلى أعلى مستوى تعليمي تم الالتحاق به، بغض النظر عن إنهاء هذا المستوى.

كما يبين الجدول 2 أيضاً الأعداد المرجحة وغير المرجحة للسيدات في العينة، فالأعداد غير المرجحة للسيدات في المحافظات الأكبر هي أصغر من الأعداد المرجحة والعكس صحيح بالنسبة لكافة المحافظات الأخرى بسبب زيادة حجم العينة. فعلى سبيل المثال في محافظة معان، فعلى الرغم أن العدد المرجح للسيدات هو 178، إلا أنه في الواقع تم جمع بيانات من 781 سيدة، حيث تم زيادة حجم عينة محافظة معان للحصول على عدد كاف من السيدات لإجراء تقديرات موثوقة إحصائياً. وهنالك حوالي 6% من السيدات يقمن في مناطق البادية وحوالي 4% يقمن في مناطق مخيمات اللاجئين.

ويلاحظ أن المستوى التعليمي العام بين السيدات في تحسن مستمر. فقد انخفضت نسبة السيدات غير المتعلمات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة من 6% في عام 2002 إلى 4% عام 2007 وإلى حوالي 2% في عام 2012. في حين ارتفعت نسبة اللاتي مستواهن أعلى من الثانوي من 25% في عام 2002 إلى 29% في عام 2007 وإلى 31% في عام 2012.

ب. الإنجاب

تم سؤال جميع السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وتمت مقابلتهن في مسح السكان والصحة الأسرية 2012 عن مجموع الأولاد والبنات الذين أنجبتهن طيلة حياتهن. ولضمان التسجيل التام للمواليد، تم سؤال السيدات عن عدد الأطفال المقيمين معهن وعدد الأطفال غير المقيمين معهن وعدد الأطفال الذين توفوا. وتم الحصول على تاريخ كامل للمواليد من كل مستجيبة، تتضمن معلومات عن جنس المولود وتاريخ ولادته وحالة بقاءه على قيد الحياة. وتم حساب معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر ومعدل الإنجاب الكلي بشكل مباشر من التاريخ الإنجابي¹.

وتمثل معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر ومعدل الإنجاب الكلي الواردة في الجدول 3 فترة الثلاث سنوات السابقة للمسح 2010-2012. ويمثل معدل الإنجاب الكلي مجموع معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر، ويعتبر مقياساً مفيداً لمستوى الإنجاب الحالي. ويمثل متوسط عدد الأطفال الذي يمكن أن تنجبه المرأة مع نهاية فترة حياتها الإنجابية فيما لو أنجبت أطفالاً طبقاً لمعدلات الإنجاب التفصيلية المشاهدة. ويشير معدل الإنجاب الكلي إلى أنه فيما لو بقيت معدلات الإنجاب ثابتة عند المستوى السائد خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح، فإن المرأة في الأردن تنجب 3.5 طفلاً في المتوسط طيلة حياتها. ويرتفع مستوى الإنجاب بمعدل نصف طفل في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية (3.9 طفلاً مقابل 3.4 طفلاً للمرأة).

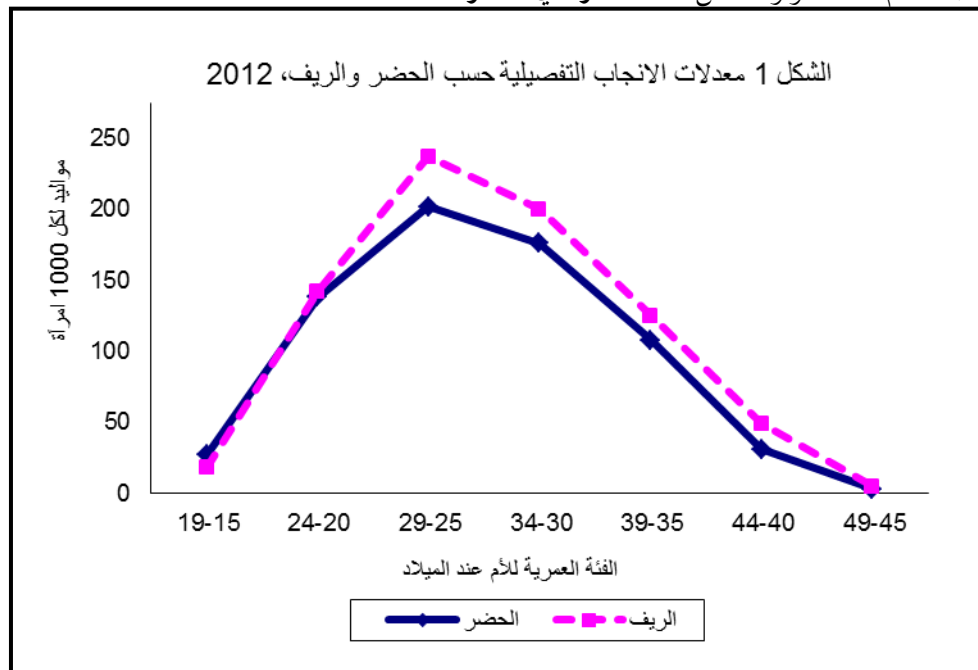
1 يتم احتساب البسط لمعدلات الإنجاب حسب العمر وذلك بجمع عدد المواليد أحياء التي حدثت خلال فترة 1-36 شهراً التي سبقت المسح (وذلك بتحديد تاريخ المقابلة وتاريخ ولادة الطفل) وتصنيفهم حسب عمر الأم (فئات عمرية خمسية) في وقت الولادة (وذلك بتحديد تاريخ ولادة الأم). أما المقام للمعدلات فهو عدد السنوات التي عاشتها السيدة في كل فئة من الفئات العمرية خلال الفترة 1-36 شهراً التي سبقت المسح. وبما أنه قد تم إجراء المقابلات مع السيدات اللاتي سبق لهن الزواج فقط في مسح السكان والصحة الأسرية، فقد تم تضخيم عدد السيدات في المقام المتعلق بالمعدلات بعوامل تم احتسابها من استمارة الأسرة والمتعلقة بنسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج للحصول على عدد جميع النساء. وقد تم افتراض عدم حدوث ولادات للنساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج.

وطبقاً لمعدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر الواردة في الجدول 3، فإن المرأة في الأردن ستنجب في المتوسط أقل من طفل واحد (0.8) قبل وصولها إلى العمر 25 سنة²، وبالمثل ستنجب حوالي طفلين (1.9) بين العمرين 25 و34 سنة. أما بالنسبة للفئة العمرية 15-19 سنة فإن معدلات الإنجاب منخفضة تماماً (26 مولوداً لكل 1000 امرأة). إلا أن هذه المعدلات تزداد بشكل ملحوظ لتصل إلى 209 مولوداً لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية 25-29 سنة. وتعود للانخفاض بشكل تدريجي ولكن بانتظام فوق عمر الـ 29 سنة. ويلاحظ أن معدلات الإنجاب في الريف أعلى لكل الفئات العمرية ما عدا الفئة العمرية 15-19 سنة (الشكل 1).

الجدول 3 معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر ومعدل الإنجاب الكلي، ومعدل الإنجاب العام ومعدل المواليد الخام للسنوات الثلاث السابقة للمسح حسب مكان الإقامة، الأردن 2012			
فئة العمر	مكان الإقامة		
	الحضر	الريف	المجموع
19-15	27	18	26
24-20	138	142	139
29-25	202	237	209
34-30	176	200	180
39-35	108	125	111
44-40	31	49	34
49-45	3	5	3
معدل الإنجاب الكلي (15-49)	3.4	3.9	3.5
معدل الإنجاب العام (15-44)	109	125	112
معدل المواليد الخام	26.7	29.8	27.2

ملاحظة: معدلات الإنجاب التفصيلية لكل 1000 امرأة. المعدلات للفئة العمرية 45-49 قد تكون متحيزة قليلاً بسبب القطع أو البتر، وتمثل المعدلات الفترة 1-36 شهراً قبل المقابلة. معدل الإنجاب الكلي لكل امرأة (15-49 سنة). معدل الإنجاب العام لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية 15-44 سنة. معدل المواليد الخام لكل 1000 من السكان.

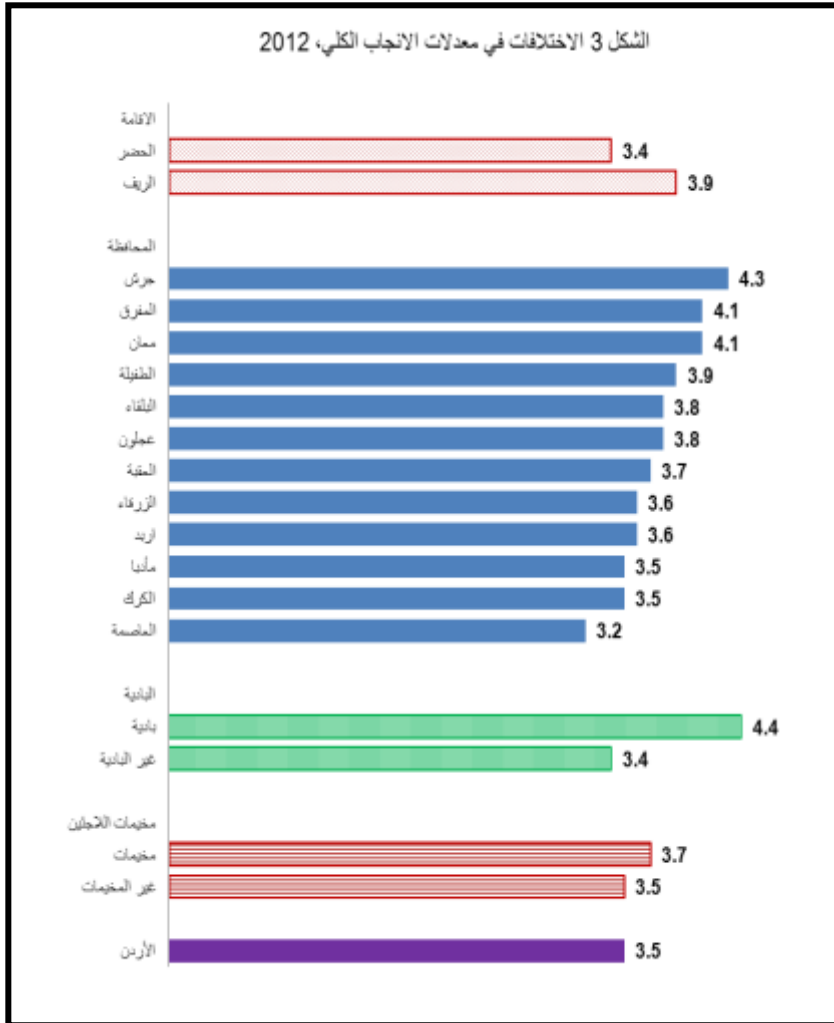
ويظهر الجدول 3 أيضاً معدل الإنجاب العام ومعدل المواليد الخام. ويعرف معدل الإنجاب العام بأنه عدد المواليد السنوي لكل 1000 امرأة عمرها 15-44 سنة، في حين يشير معدل المواليد الخام إلى مجموع المواليد في سنة معينة لكل 1000 من السكان. وبلغ معدل المواليد الخام 27 مولوداً لكل ألف من السكان في حين بلغ معدل الإنجاب العام 112 مولوداً لكل 1000 امرأة في العمر 15-44 سنة.



2 حسب مجموع المعدلات التفصيلية لفئتي العمر 15-19 و 20-24 سنة مضروباً في 5 (أي طول الفئة العمرية) مقسوماً على 1000.



ويبين الشكل 2 اتجاهات الإنجاب منذ عام 1990. ويتضح أن معدل الإنجاب الكلي انخفض بشكل سريع، حيث انخفض في عام 1990 من 5.6 إلى 3.7 في عام 2002 وعلى أية حال، فإن الإنجاب تغير بصعوبة بين عامي 2002 و 2012، وتذبذب ما بين 3.5 كحد أدنى و 3.8 كحد أعلى.



ويبين الشكل 3 الاختلافات في الإنجاب حسب الحضر والريف، المحافظة، والبادية وغير البادية ومخيمات اللاجئين وغير المخيمات. وكما تم ذكره سابقاً، فإن السيدات في المناطق الريفية ينجبن في المتوسط نصف طفل أكثر من السيدات في المناطق الحضرية. ولا يزال هناك إختلافات جوهرية في مستويات الإنجاب حسب المحافظات، ويتراوح معدل الإنجاب الكلي من 3.2 في العاصمة إلى 4.3 في جرش. كما أن الإنجاب مرتفع في محافظتي معان والمفرق (4.1 مولوداً/للمرأة). والإختلاف الأكبر في الإنجاب يوجد بين مناطق البادية وغير البادية، حيث بلغ معدل الإنجاب الكلي في البادية (4.4 مقارنة مع 3.4 في مناطق غير

البادية)، ويرتفع مستوى الإنجاب للسيدات اللاتي يقمن في مخيمات اللاجئين عن مستوى الإنجاب للسيدات اللاتي لا يقمن في المخيمات (3.7 و 3.5 طفلاً للمرأة على التوالي).

ج . تفضيلات الانجاب

تم في مسح السكان والصحة الأسرية عام 2012 سؤال السيدات المتزوجات حالياً حول تفضيلاتهن الإنجابية بما في ذلك رغبتهن في إنجاب مزيد من الأطفال وتفضيلات المباشرة بين المواليد. ويبين الجدول 4 نتائج المسح المتعلقة بهذا الجانب. وعموماً، يلاحظ أن 53% من السيدات المتزوجات في الأردن لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال في أي وقت في المستقبل من بينهن 2% كن معقمات، و23% من السيدات المتزوجات حالياً يرغبن في تأجيل إنجاب طفل آخر لمدة سنتين على الأقل. وبشكل إجمالي يمكن القول أن 76% من السيدات المتزوجات في الأردن لديهن حاجة كامنة لخدمات تنظيم الأسرة سواء لتحديد الإنجاب أو المباشرة بين المواليد.

جدول 4 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً 15-49 سنة حسب الرغبة في إنجاب الأطفال وحسب عدد الأطفال الأحياء، الأردن 2012								
الرغبة في إنجاب الأطفال	عدد الأطفال الأحياء ¹							المجموع
	0	1	2	3	4	5	+6	
الإنجاب بأسرع ما يمكن ²	82.8	43.0	19.0	14.9	8.4	5.6	2.6	18.4
الإنجاب لاحقاً ³	1.7	48.2	47.1	32.8	15.6	8.0	2.5	23.1
الإنجاب لاحقاً دون تحديد الوقت لم تقرر	0.9	0.4	0.5	0.3	0.1	0.5	0.0	0.3
لا ترغب في انجاب المزيد	0.5	0.6	2.8	3.1	3.4	2.2	1.1	2.2
معقمة ⁴	0.8	5.7	29.3	45.6	69.6	79.1	80.5	50.6
عقيم/ غير قادرة على الانجاب	0.0	0.0	0.7	0.6	1.1	1.5	8.7	2.2
	13.3	2.1	0.6	2.7	1.8	3.1	4.6	3.2
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
عدد السيدات	678	1,239	1,703	1,949	1,789	1,458	1,986	10,801

1 عدد المواليد أحياء تشمل الحمل الحالي.

2 يرغبن في انجاب المولود التالي خلال سنتين.

3 يرغبن في تأخير المولود التالي لمدة سنتين أو أكثر.

4 يشمل التعقيم الانثوي والذكرى.

وترتبط الرغبة في إنجاب طفل ارتباطاً قوياً بعدد الأطفال الأحياء للسيدة. ويلاحظ أن حوالي ثمانية من بين كل عشر نساء ممن لم يبدأن الحمل في وقت المسح يرغبن في إنجاب طفل بأسرع ما يمكن. كما أن 92% من النساء اللاتي لديهن طفلاً واحداً أبدين الرغبة في إنجاب طفل آخر على الرغم من أن غالبيةهن يرغبن في الانتظار لإنجاب طفل آخر. وتزداد الرغبة في التوقف عن الإنجاب بشكل متسارع حسب عدد الأطفال، من أقل من 1% بالنسبة للسيدات اللاتي لم ينجن إلى 89% بين السيدات اللاتي لديهن 6 أطفال فأكثر (ويشمل هذا 9% من سيدات معقمات).

د. تنظيم الأسرة

الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة

يشير الجدول 5 إلى أن 61% من السيدات المتزوجات حالياً في الأردن يستعملن حالياً وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (من بينهن 42% يستعملن الوسائل الحديثة، و19% يستعملن الوسائل التقليدية). وقد ارتفع معدل انتشار الوسائل في عقد التسعينيات من 40% في عام 1990 إلى 56% في عام 2002 (الشكل 4). وارتفع هذا المعدل من 56% في عام 2002 إلى 61% في عام 2012. وعلى أية حال، فإن الارتفاع كان نتيجة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية. وبقي استعمال وسائل تنظيم الأسرة الحديثة ثابتاً تقريباً منذ عام 2002 (حوالي 42% من السيدات المتزوجات حالياً) (الشكل 4).

وكان اللولب أكثر الوسائل الحديثة شيوعاً حيث استعمل من قبل 21% من السيدات المتزوجات، تلاه الأكثر شيوعاً من الوسائل الحديثة الحبوب (8%) والواقى الذكري (8%). وكان حوالي 2% من السيدات المتزوجات معقمات، بينما يستعمل أقل من 1% الإبر أو الغرسات. أما أكثر الوسائل التقليدية شيوعاً، فكانت وسيلة القذف الخارجي حيث استعملتها 14% من السيدات المتزوجات والامتناع الدوري حوالي (4%).

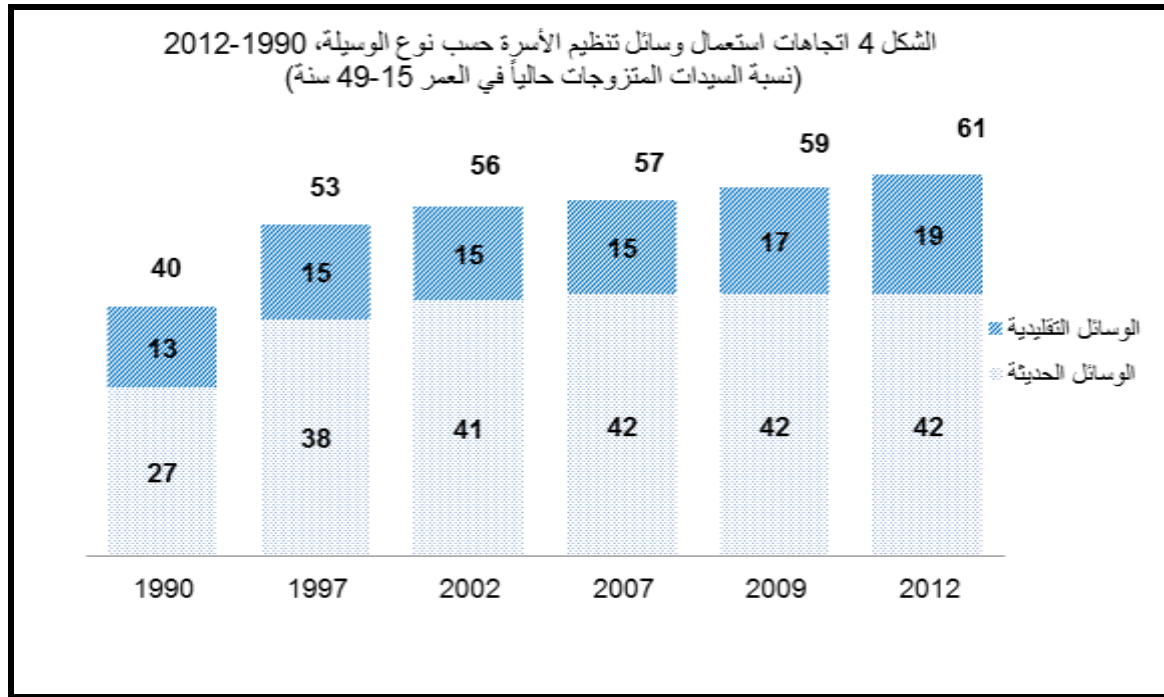
ويبين الجدول 5 الاختلافات في استعمال وسائل تنظيم الأسرة حسب بعض الخصائص الأساسية. وبشكل عام، فإن السيدات المتزوجات في الفئة العمرية 30-44 سنة والسيدات اللائي مستواه التعليمي أعلى من ابتدائي والسيدات اللائي لديهن 3 أطفال أو أكثر كن أكثر ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من باقي السيدات. ومن الملاحظ عدم وجود اختلاف في نسبة السيدات المتزوجات اللائي يستخدمن أية وسيلة حسب الإقامة في الحضر والريف. وعلى أية حال، فإن السيدات في المناطق الحضرية أكثر ميلاً لاستخدام الوسائل الحديثة من السيدات في المناطق الريفية، بينما السيدات الريفيات أكثر ميلاً لاستخدام الوسائل التقليدية من السيدات الحضرية. ويتراوح معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة من 58% في محافظة معان إلى 64% في محافظتي الطفيلة والعقبة. بالإضافة إلى أن السيدات اللائي يقمن في مناطق البادية أقل ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من السيدات الأخريات (58% مقابل 61%). كما أنه لا يوجد اختلاف في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة للسيدات اللائي يقمن في مخيمات اللاجئين والسيدات خارج المخيمات، ومع ذلك، تميل السيدات في المخيمات إلى استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مقارنة مع السيدات خارج المخيمات.

ويشكل اللولب أكثر الوسائل شيوعاً بين السيدات باستثناء السيدات في الفئة العمرية 15-24 سنة. وتستعمل هذه الوسيلة من قبل 27% - 29% من السيدات في الفئة العمرية 35-44 سنة، ومن قبل واحدة من بين خمس سيدات في الفئة العمرية 25-34 سنة. وتميل السيدات المتزوجات في الأعمار الصغرى (15-19 سنة) أكثر إلى استخدام حبوب منع الحمل، يليها القذف الخارجي، والرضاعة الطبيعية واللولب، بينما تميل السيدات في الفئة العمرية 20 - 24 سنة فأكثر لاستخدام القذف الخارجي، يليها اللولب. ويرتبط التعقيم الأنثوي طردياً مع عمر المرأة، فالسيدات المتقدمات في السن يملن إلى استعمال هذه الوسيلة للتوقف عن الإنجاب، ويشير الجدول إلى أن 7% من السيدات المتزوجات في الفئة العمرية الأكبر هن معقمات.

وتميل السيدات في الحضر بشكل أكبر لاستعمال اللولب من السيدات في الريف (22% مقابل 17% على التوالي) والواقى الذكري (9% مقابل 5% على التوالي). وتميل السيدات الريفيات إلى استخدام الحبوب أكثر من السيدات الحضرية (12% مقابل 7% على التوالي) والقذف الخارجي (17% مقابل 14% على التوالي). وترتفع نسبة السيدات اللائي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة بشكل ثابت مع ارتفاع المستوى التعليمي من 46% بين السيدات غير المتعلمات إلى 65% بين السيدات اللائي حصلن على الأقل على بعض التعليم الثانوي، ثم تنخفض إلى 59% بين السيدات ذوات التعليم العالي.

ويستخدم أكثر من نصف السيدات اللائي لديهن طفلاً أو طفلين وسائل تنظيم الأسرة (52%) وخاصة القذف الخارجي، واللولب والواقى الذكري. ويرتفع معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين السيدات اللائي لديهن خمسة أطفال أو أكثر (75%)، وكما هو متوقع ينخفض هذا المعدل إلى 2% بين السيدات اللائي لم ينجبن.

جدول 5 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً 15-49 سنة حسب وسيلة تنظيم الأسرة المستعملة حالياً والخصائص الأساسية، الأردن 2012																		
الخصائص الأساسية	أية وسيلة	أية وسيلة حديثة	الوسائل الحديثة										الوسائل التقليدية			عدد السيدات		
			التعقيم الانثوي	الحبوب اللولب	الحقن بالأبر	الغرسات	الواقى الذكري	انقطاع الطمث الارضاعي	وسائل أخرى	وسيلة تقليدية	الامتناع الدوري	القذف	وسائل لا تستعمل حالياً					
العمر	19-15	27.5	21.8	0.0	11.4	4.0	1.1	0.0	1.2	4.1	0.0	5.7	0.0	4.4	1.3	72.5	100.0	264
	24-20	46.8	30.0	0.0	7.6	10.6	1.5	0.5	6.4	3.3	0.0	16.8	1.2	14.4	1.2	53.2	100.0	1,171
	29-25	57.7	37.7	0.0	8.6	18.2	1.2	0.5	7.8	1.4	0.0	20.0	2.4	16.4	1.3	42.3	100.0	1,935
	34-30	65.2	46.0	0.2	10.2	22.6	1.0	0.2	9.3	2.1	0.3	19.2	2.9	15.1	1.2	34.8	100.0	2,055
	39-35	71.2	51.0	1.5	10.4	26.6	1.1	0.4	9.5	1.0	0.6	20.2	3.5	15.4	1.3	28.8	100.0	2,012
	44-40	70.8	51.0	5.1	7.0	28.9	0.6	0.4	8.6	0.1	0.1	19.8	5.6	13.6	0.7	29.2	100.0	1,944
	49-45	50.7	33.1	7.4	2.5	17.8	0.1	0.0	5.2	0.0	0.1	17.6	5.8	11.7	0.1	49.3	100.0	1,419
مكان الإقامة																		
الحضر	61.1	42.7	2.2	7.3	22.1	0.8	0.3	8.5	1.3	0.2	18.3	3.6	13.9	0.9	38.9	100.0	8,983	
الريف	61.7	40.2	2.4	12.1	17.4	1.8	0.3	4.9	1.2	0.1	21.6	3.3	16.6	1.7	38.3	100.0	1,818	
المحافظة																		
العاصمة	60.5	41.6	1.7	5.8	21.8	0.5	0.3	9.5	1.6	0.4	18.9	4.4	14.0	0.5	39.5	100.0	4,262	
البلقاء	60.0	41.6	2.2	10.2	20.8	1.9	0.1	5.5	0.9	0.0	18.4	4.7	12.3	1.3	40.0	100.0	724	
الزرقاء	63.1	46.5	1.7	10.4	23.5	0.8	1.0	8.0	1.0	0.0	16.7	2.6	12.6	1.4	36.9	100.0	1,564	
مادبا	62.1	42.2	2.6	9.7	20.4	1.3	0.2	6.4	1.4	0.1	19.9	3.4	15.8	0.8	37.9	100.0	289	
اربد	61.7	43.9	3.1	9.4	22.0	0.6	0.0	7.3	1.3	0.1	17.8	2.5	14.1	1.1	38.3	100.0	1,892	
المفرق	59.5	36.7	1.9	10.2	15.8	2.7	0.0	4.5	1.3	0.4	22.8	2.0	18.8	2.0	40.5	100.0	528	
جرش	61.8	42.7	3.2	9.9	20.5	1.1	0.3	6.7	0.7	0.1	19.2	3.0	14.2	1.9	38.2	100.0	306	
عجلون	61.6	41.0	2.0	4.1	26.4	0.6	0.2	6.6	1.0	0.0	20.6	3.4	14.9	2.3	38.4	100.0	239	
الكرك	59.2	40.0	3.1	10.5	15.1	2.9	0.6	6.8	0.9	0.0	19.3	3.4	15.6	0.3	40.8	100.0	420	
الطفيلة	64.1	41.5	5.6	11.3	13.7	0.9	1.0	7.2	1.8	0.0	22.6	2.1	20.0	0.5	35.9	100.0	161	
معان	58.4	30.7	4.6	6.0	10.5	0.8	0.3	7.2	0.9	0.4	27.7	3.5	23.4	0.8	41.6	100.0	163	
العقبة	63.7	43.2	1.1	8.7	27.0	0.6	0.3	4.7	0.9	0.0	20.5	3.1	15.4	1.9	36.3	100.0	253	
الإقليم																		
الوسط	61.1	42.7	1.8	7.5	22.0	0.8	0.4	8.6	1.4	0.3	18.4	4.0	13.6	0.8	38.9	100.0	6,839	
الشمال	61.3	42.3	2.8	9.2	21.1	1.0	0.1	6.7	1.2	0.2	19.0	2.6	15.0	1.5	38.7	100.0	2,966	
الجنوب	61.0	39.5	3.3	9.4	17.1	1.7	0.5	6.4	1.1	0.1	21.5	3.1	17.6	0.8	39.0	100.0	996	
مناطق البادية																		
البادية	57.8	36.6	2.6	12.4	12.8	2.7	0.3	4.1	1.5	0.2	21.2	1.9	17.4	1.9	42.2	100.0	666	
غير البادية	61.4	42.7	2.2	7.8	21.9	0.8	0.3	8.1	1.3	0.2	18.7	3.6	14.1	0.9	38.6	100.0	10,135	
مخيمات اللاجئين																		
مخيمات	60.8	45.4	2.1	12.2	21.2	0.7	0.0	8.2	0.9	0.1	15.4	3.0	11.3	1.1	39.2	100.0	387	
غير المخيمات	61.2	42.2	2.2	8.0	21.3	0.9	0.3	7.9	1.3	0.2	19.0	3.6	14.4	1.0	38.8	100.0	10,414	
المستوى التعليمي																		
غير متعلمة	45.6	31.8	3.8	7.9	14.3	2.0	0.0	3.0	0.7	0.1	13.8	0.5	10.2	3.0	54.4	100.0	226	
ابتدائي	53.4	36.6	7.7	6.6	14.4	1.8	0.1	5.3	0.6	0.1	16.8	0.5	15.3	1.0	46.6	100.0	788	
اعدادي	60.6	43.5	3.1	8.6	24.9	1.0	0.8	4.1	1.0	0.1	17.1	1.9	14.4	0.8	39.4	100.0	1,547	
ثانوي	64.7	46.0	1.6	8.3	24.1	1.1	0.3	8.7	1.7	0.2	18.7	3.7	13.8	1.1	35.3	100.0	4,863	
اعلى من الثانوي	59.3	38.5	1.3	8.0	17.8	0.4	0.1	9.4	1.1	0.4	20.8	4.9	15.1	0.7	40.7	100.0	3,376	
عدد الأطفال الأحياء																		
0	1.5	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	1.3	0.2	1.1	0.0	98.5	100.0	930	
2-1	52.4	32.0	0.4	8.4	10.8	0.8	0.1	9.7	1.7	0.0	20.5	2.8	16.7	1.0	47.6	100.0	2,880	
4-3	70.5	49.4	0.9	9.7	27.5	0.8	0.5	8.1	1.5	0.4	21.1	4.4	15.8	0.9	29.5	100.0	3,673	
+5	75.2	55.3	5.9	8.3	29.5	1.5	0.4	8.3	1.2	0.3	19.9	4.1	14.4	1.4	24.8	100.0	3,317	
المجموع	61.2	42.3	2.2	8.1	21.3	0.9	0.3	7.9	1.3	0.2	18.9	3.5	14.3	1.0	38.8	100.0	10,801	
ملاحظة: إذا استعملت السيدة أكثر من وسيلة، تؤخذ الوسيلة الأكثر فعالية في هذا الجدول																		



مصادر وسائل تنظيم الأسرة

تم سؤال السيدات اللاتي كن يستعملن وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة وقت المسح عن مصدر الحصول على تلك الوسيلة آخر مرة. وكما يلاحظ من الجدول 6، فإن ما يزيد عن أربعة من كل عشر سيدات يستعملن وسيلة حديثة حصلن عليها من مصدر عام: منها 23% من مركز صحي حكومي و12% من مركز رعاية أمومة وطفولة و6% من مستشفى حكومي. ويلاحظ أيضاً بأن أكثر من نصف السيدات اللاتي يستعملن وسيلة حديثة حصلن عليها من أحد مصادر القطاع الخاص وخاصة الصيدليات (15%)، والجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة (11%)، وعيادات وكالة الغوث (10%) والأطباء الخاصين (7%). ويختلف مصدر وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستعملة. فعلى سبيل المثال، لوحظ أن خمسي مستخدمي الواقي الذكري (39%) و35% من مستخدمي الحبوب حصلن على هذه الوسائل من الصيدليات، في حين تميل السيدات اللاتي يستعملن اللولب من الحصول على الخدمات من مستشفى خاص أو عيادة خاصة، أو مركز صحي حكومي أو من الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة. وتشير البيانات إلى أن أكثر من نصف السيدات المعقمات قد حصلن على خدمة التعقيم الأنثوي من مستشفى حكومي (54%) في حين أن الربع حصلن على الخدمة من الخدمات الطبية الملكية.

جدول 6 التوزيع النسبي للسيدات اللاتي يستعملن حالياً الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة للعمر 15-49 سنة حسب أحدث مصدر للحصول على الوسيلة ونوع الوسيلة، الأردن 2012						
المصدر	التعقيم الأنثوي	الحبوب	اللؤلؤ	الحقن بالإبر	الفرسات	الواقى الذكري
القطاع العام	79.8	47.7	37.8	82.2	(80.0)	41.5
مستشفى حكومي	53.5	2.0	3.8	1.0	(49.4)	0.6
مركز صحي حكومي	0.0	30.3	18.9	63.2	(23.0)	27.1
مركز أمومة وطفولة	0.0	14.4	12.8	17.8	(6.1)	11.5
مستشفى جامعي/ عيادة جامعية	2.0	0.1	0.5	0.0	(0.0)	0.8
الخدمات الطبية الملكية	24.4	0.8	1.8	0.2	(1.4)	1.4
القطاع الخاص	20.0	52.3	62.1	17.8	(20.0)	57.6
مستشفى خاص/ عيادة خاصة	20.0	0.7	21.7	0.7	(15.0)	0.2
طبيب خاص	0.0	1.1	13.4	2.6	(5.1)	0.3
صيدلية	0.0	34.8	0.9	0.2	(0.0)	39.3
الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة	0.0	1.8	18.9	1.0	(0.0)	1.9
عيادة وكالة الغوث	0.0	14.0	6.9	12.6	(0.0)	16.0
منظمات غير حكومية أخرى	0.0	0.0	0.3	0.8	(0.0)	0.0
أخرى	0.2	0.0	0.2	0.0	(0.0)	0.9
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
عدد السيدات	246	877	2,302	101	35	852
ملاحظة: يشمل المجموع الوسائل الحديثة الأخرى ولا يشمل انقطاع الطمث الارضاعي. استندت الأرقام داخل الأقواس على عدد حالات (25-49) سيدة مستعملة						

معدلات التوقف عن استعمال الوسائل

هنالك مسألة هامة تتعلق ببرامج تنظيم الأسرة وهي معدل التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة وأسباب هذا التوقف. وتشير معدلات التوقف المرتفعة إلى أن برامج تنظيم الأسرة يجب أن تركز اهتمامها على موضوعي المشورة والمتابعة التي يمكن أن تقلل معدلات التوقف من خلال مساعدة السيدات على التعامل مع العقبات المختلفة التي تمنعهن من مواصلة الاستعمال. ويبين الجدول (7) معدلات التوقف عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة خلال (12) شهراً، أي نسبة السيدات اللاتي توقفن عن الاستعمال خلال الإثني عشر شهراً الأولى من بداية استعمال الوسيلة. وتم حساب المعدلات بصورة منفصلة لأربع وسائل حديثة (الحبوب، واللؤلؤ، والحقن، والواقى الذكري) ولوسيلتين تقليديتين (الامتناع الدوري والقذف الخارجي). ويبين الجدول أسباب التوقف عن الاستعمال. وتم عرض نسبة السيدات اللاتي تحولن إلى وسيلة أخرى وذلك لأن هؤلاء السيدات لم يتوقفن عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة وإنما بدأن استعمال وسيلة أخرى.

جدول 7 النسبة المئوية للسيدات المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة وتوقفن عن استعمال الوسيلة خلال 12 شهراً بعد بدء الاستعمال حسب سبب التوقف والوسيلة المستعملة، الأردن 2012									
الوسيلة	فشل الوسيلة	الرغبة في الحمل	أسباب أخرى متعلقة بالإنتاج ²	تأثيرات جانبية / قلق صحي	ترغب بالحصول على وسيلة أكثر فعالية	أسباب متعلقة بوسائل أخرى ³	أسباب أخرى	أي سبب ⁴	التحول إلى وسيلة أخرى ⁵
الحبوب	6.1	11.9	2.9	16.2	2.9	2.6	3.7	46.3	20.4
اللؤلؤ	1.5	4.5	0.2	5.6	0.1	1.4	0.1	13.5	5.2
الأبر	1.9	8.8	4.3	28.3	1.5	3.8	1.3	49.6	23.2
الواقى الذكري	11.9	9.8	0.7	2.5	7.4	1.5	4.7	38.4	13.8
الامتناع الدوري	20.5	13.2	1.3	1.3	6.5	0.3	0.1	43.2	7.8
القذف الخارجي	12.8	14.0	3.0	0.9	8.7	0.1	2.5	42.1	11.7
أخرى ¹	8.8	8.3	0.9	0.7	28.7	0.7	43.0	91.0	65.9
جميع الوسائل	8.6	9.9	1.7	5.2	10.0	1.2	11.3	47.8	24.2

ملاحظة: اعتمدت الأرقام في الجدول على حسابات جدول الحياة باستخدام معلومات عن الاستعمال التي بدأت منذ (3-62) شهراً قبل المسح

¹ تشمل انقطاع الطمث الارضاعي، والتعقيم الأنثوي، والفرسات والواقى الأنثوي والوسائل الأخرى غير الموضحة بشكل منفصل.

² تشمل المعاشرة المنقطعة/ غياب الزوج، صعوبة الحمل/ سن اليأس وانفصام الزواج/ الانفصال.

³ يشمل عدم الحصول على الوسيلة/ بعد المكان، الكلفة العالية وعدم الملاءمة.

⁴ أسباب التوقف استثنائية وتعمل على زيادة المجموع في هذا العمود.

⁵ تمثل عدد مرات الاستخدام في هذا العمود مجموعة فرعية من عدد حالات التوقف المتضمنة في معدل التوقف. تعتبر المرأة أنها تحولت إلى وسيلة أخرى إذا استخدمت وسيلة مختلفة خلال الشهر التالي للتوقف أو إذا كانت إجابتها عن سبب التوقف "رغبتي في وسيلة أكثر فعالية" وبدأت باستعمال وسيلة أخرى خلال شهرين من التوقف.

⁶ تتضمن عدد مرات الاستخدام كلاً من مرات الاستخدام التي تم التوقف عنها خلال فترة المراقبة ومرات الاستخدام التي لم يتم التوقف عنها خلال فترة المراقبة.

وبصورة عامة يبين الجدول 7 أن حوالي نصف السيدات اللاتي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة في الأردن (48%) قد توقفن عن استعمال الوسيلة خلال الاثني عشر شهراً من بدء الاستعمال بينما تحول نصف السيدات اللاتي توقفن عن الاستعمال إلى استعمال وسيلة أخرى، وتوقف (10%) من المستعملات لأنهن يرغبن في استعمال وسيلة أكثر فعالية، في حين توقف حوالي (10%) لرغبتهم في الحمل. وتوقف حوالي (9%) لأنهن أصبحن حوامل أثناء الاستعمال (فشل الوسيلة)، وتوقف 5% نتيجة للآثار الجانبية أو القلق الصحي المتعلق بالوسيلة. وفيما يتعلق بالوسائل الإفرادية، فقد لوحظ أن أعلى معدل توقف (50%) كان للحقن بالأبر، والحبوب (46%)، والامتناع الدوري (43%) والقذف الخارجي (42%) والواقي الذكري (38%). أما أدنى معدل توقف فقد كان اللولب أكثر الوسائل شيوعاً، حيث بلغت نسبة المتوقفات 14% فقط خلال الإثني عشر شهراً الأولى من الاستعمال.

هـ. وفيات الرضع والأطفال

من أهم أهداف مسح السكان والصحة الأسرية 2012 قياس مستوى واتجاه الوفيات بين الأطفال، حيث تعتبر معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال مؤشرات أساسية للوضع الاجتماعي-الاقتصادي ونوعية الحياة في أي بلد. وتستند تقديرات وفيات الأطفال على معلومات من القسم الخاص بتاريخ المواليد من الاستمارة الفردية للسيدة المؤهلة. ويتضمن القسم أسئلة عن عدد المواليد التراكمي للمستجيبات (أي عدد الأبناء والبنات الذين يعيشون مع الأم وعدد الذين لا يعيشون معها وعدد الأطفال المتوفين). وجمعت البيانات عن كل مولود من حيث الجنس وشهر وسنة الميلاد، حالة البقاء على قيد الحياة والعمر الحالي، أو في حالة وفاة الطفل، العمر وقت الوفاة. وقد استخدمت هذه البيانات لتقدير معدلات الوفيات الخمسة التالية بصورة مباشرة:

وفيات حديثي الولادة: احتمال الوفاة أثناء الشهر الأول من العمر.

وفيات ما بعد حديثي الولادة: الفرق بين وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة.

وفيات الرضع: احتمال الوفاة قبل عيد الميلاد الأول.

وفيات الأطفال: احتمال الوفاة بين عيد الميلاد الأول والخامس.

وفيات دون الخامسة: احتمال الوفاة بين تاريخ الولادة وعيد الميلاد الخامس.

وجميع هذه المعدلات محسوبة لكل ألف من المواليد أحياء باستثناء وفيات الأطفال حيث يعبر عنها لكل ألف من المواليد الباقين على قيد الحياة حتى السنة الأولى من العمر (12 شهر).

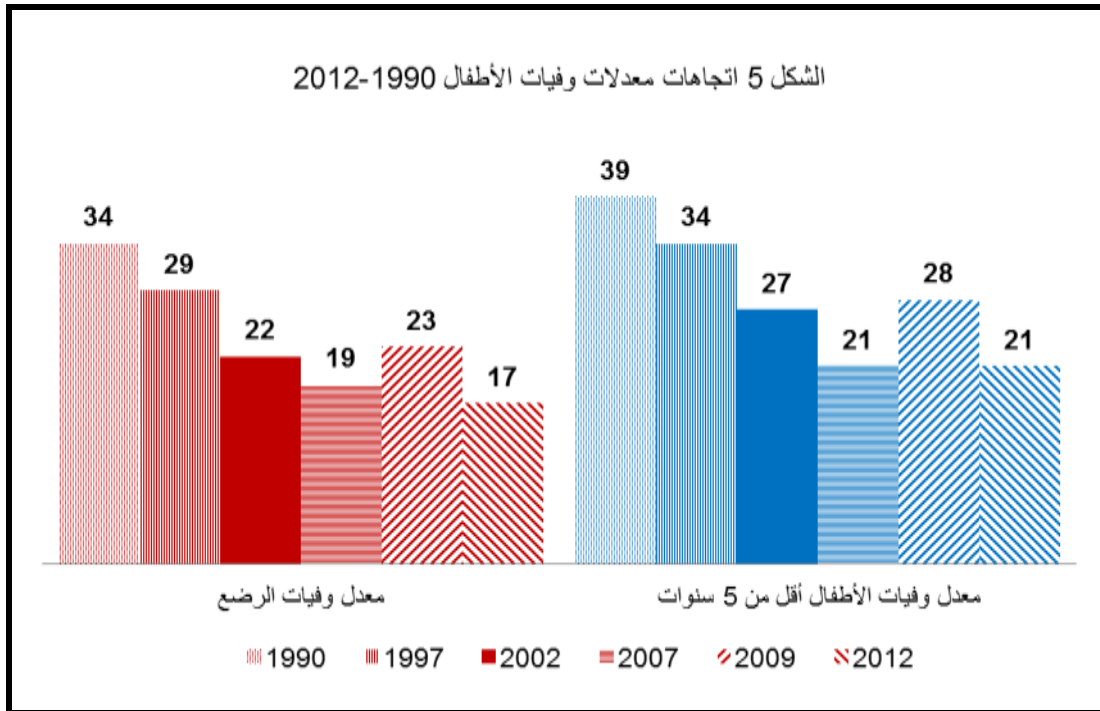
جدول 8 معدلات وفيات حديثي الولادة، ما بعد حديثي الولادة، الرضع، الأطفال ووفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لفترات زمنية خمسية سابقة للمسح، الأردن 2012					
السنوات السابقة للمسح	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة ⁽¹⁾	وفيات الرضع	وفيات الأطفال (4-1)	وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر
4 - 0 (2012-2008)	14	4	17	4	21
5 - 9 (2007 - 2003)	11	7	18	2	20
10 - 14 (2002 - 1998)	20	10	30	4	34
1 حسب على أساس الفرق بين معدلات وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة					

ويوضح الجدول 8 معدلات وفيات الأطفال المبكرة خلال الخمس عشرة سنة السابقة على المسح. وقد بلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر خلال فترة الخمس سنوات

التي سبقت المسح (للسنوات 2008 - 2012) 21 وفاة لكل ألف مولود حي. وتحدث أغلب الوفيات خلال السنة الأولى من العمر حيث بلغ المعدل 17 وفاة لكل ألف مولود حي، في حين بلغ معدل الوفيات بين السنة الأولى من العمر وعيد الميلاد الخامس 4 وفيات لكل ألف طفل بقي على قيد الحياة حتى عيد ميلاده الأول. وكما هو متوقع، فإن الوفيات خلال الشهر الأول من العمر (وفيات حديثي الولادة) أعلى من وفيات ما بعد حديثي الولادة (14 وفاة لكل ألف طفل مقابل 4 وفاة لكل ألف طفل) حيث تشكل حوالي 82% من مجموع وفيات الرضع.

ويمكن استخدام النتائج في الجدول 8 للتعرف على اتجاه وفيات الطفولة المبكرة في الأردن. وتجدد الإشارة إلى أن المعدلات الواردة في الجدول 8 مشتقة من بيانات إسترجاعية من مسح السكان والصحة الأسرية 2012. ولذا فهي عرضة لأخطاء الحذف أو قصور في التبليغ عن تاريخ الميلاد والعمر وقت الوفاة التي عادة ما تكون شائعة فيما يتعلق بالوقائع التي تحدث في أزمان سابقة.

وتشير البيانات في الجدول 8 إلى عدم وجود تغير في المعدلات للفترة الزمنية (5-9) سنوات قبل المسح (2003-2007) والفترة (0-4) سنوات قبل المسح (2008-2012) ولكن شوهد إنخفاض ملموس خلال الخمس سنوات السابقة لتلك الفترة. وعلى سبيل المثال، فقد انخفض معدل وفيات الأطفال من (30) حالة وفاة لكل 1000 مولود حي خلال الفترة 10-14 سنة التي سبقت المسح (1998-2002) إلى (18) خلال الفترة (5-9) سنوات قبل المسح (2003-2007) وإلى (17) حالة وفاة خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح مباشرة (2008-2012).



وهناك مدخل آخر للنظر في اتجاهات الوفاة يتضمن مقارنة التقديرات من مسح أجريت في الأردن في فترات زمنية مختلفة. ويبين الشكل 5 مقارنة نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2012 والمسوح الخمسة السابقة. ويلاحظ أن الاتجاهات من المسوح الأخرى تشير إلى انخفاض في معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر وبشكل بطيء باستثناء مسح عام 2009.

و. رعاية الأمومة

تضمنت استمارة مسح السكان والصحة الأسرية 2012 عدداً من الأسئلة عن الرعاية الصحية للأمهات اللاتي أنجن على الأقل طفلاً واحداً خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. ولآخر مولود خلال تلك الفترة سئلت السيدات عن الجهة التي حصلن منها على الرعاية الصحية المبكرة أثناء الحمل وفيما إذا تلقين مطعوم الكزاز ولكل المواليد خلال السنوات الخمس السابقة للمسح، سئلت الأمهات من هو الشخص الذي ساعد في ولادة الطفل ومكان الولادة. وأخيراً، تم سؤالهن حول الرعاية الصحية لما بعد الولادة لأحدث مولود ويبين الجدول 9 النتائج المتعلقة بهذا الجانب.

وتنتشر الرعاية الصحية المبكرة بشكل شبه تام في الأردن. وتشير البيانات إلى أن 99% من السيدات قد تلقين رعاية صحية مبكرة من مختص صحي (طبيب، ممرض، أو قابلة) أثناء الحمل بطفلهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. ويختلف مدى تغطية الرعاية الصحية المبكرة بشكل طفيف حسب خصائص الأم.

ويتم إعطاء مطعوم الكزاز للسيدات أثناء الحمل لكي يحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة الناجمة عن الكزاز. وهذا المرض هو السبب لوفيات الرضع الذي يعود بشكل رئيسي إلى الظروف غير الصحية أثناء ولادة الطفل. وينظر إلى الحماية الكاملة للطفل إذا تلقت الأم جرعتين خلال حملها بمولودها الأخير، أو جرعتين أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الثلاث من ولادة آخر مولود حي)، أو ثلاث جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الخمس من ولادة آخر مولود حي)، أو أربع جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات العشر من ولادة آخر مولود حي)، أو خمس جرعات أو أكثر قبل المولود الأخير. وتلقى 31% فقط من السيدات مطعوم الكزاز اللازم لتأمين وقاية من مرض الكزاز لتوفير الحماية بشكل أكبر لآخر مولود خلال السنوات الخمس السابقة للمسح.

وتميل السيدات في المناطق الحضرية للحصول على وقاية كاملة ضد الكزاز مقارنة بالسيدات في المناطق الريفية. وعلى نحو مشابه، فإن السيدات في عجلون ومادبا يملن بشكل أكبر للحصول على العدد المطلوب من مطعوم الكزاز لوقاية آخر مولود لهن مقارنة بالسيدات في المحافظات الأخرى. كما أن السيدات في إقليم الشمال ومناطق غير البادية وفي مخيمات اللاجئين يتمتعن بمستويات أعلى للوقاية من الكزاز أكثر من السيدات في المناطق الأخرى.

ويشير الجدول 9 إلى أن المختصين الصحيين قد ساعدوا في ولادة جميع المواليد تقريباً خلال فترة الخمس سنوات السابقة للمسح. بسبب حدوث 99% من الولادات في مرافق صحية. وتختلف المساعدة وقت الولادة ومكان الولادة اختلافاً طفيفاً حسب خصائص الأم. وعلى أية حال، فإن السيدات غير المتعلّقات أقل ميلاً من السيدات الأخريات للولادة في مرفق صحي وبمساعدة مختصين صحيين.

ويتلقى أكثر من ثمانية سيدات من كل عشر سيدات رعاية صحية خلال يومين بعد الولادة. وكما هو مبين في الجدول 9 فإن نسبة السيدات اللاتي يحصلن على رعاية صحية بعد الولادة في الوقت المناسب أعلى بين السيدات الريفيات مقارنة بالسيدات الحضريات، ويحصل أكثر من 95% من السيدات في محافظات العقبة والكرك و 91% في محافظة الطفيلة على هذه الخدمات خلال يومين من الولادة، كما يحصل 93% من السيدات في إقليم الجنوب على هذه الخدمات خلال يومين من الولادة. وتزيد نسبة السيدات اللاتي يحصلن

على خدمات الرعاية الصحية بعد الولادة خلال يومين من الولادة بارتفاع التعليم من 67% للسيدات غير المتعلّقات إلى 90% للسيدات المتعلّقات أكثر من المرحلة الثانوية.

جدول 9 نسبة السيدات 15-49 سنة اللاتي لديهن مواليد أحياء خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، ونسبة اللاتي تلقين الرعاية الصحية من مختص صحي أثناء الحمل لآخر مولود حي، ونسبة السيدات اللاتي تلقين مطعوم التيتانوس لحماية آخر مولود، ولجميع المواليد أحياء، خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، ونسبة الولادات التي تمت بإشراف مختص صحي ونسبة الولادات في المرافق الصحية ونسبة السيدات اللاتي لديهن مواليد أحياء خلال آخر سنتين قبل المسح وتلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال يومين بعد ولادة آخر مولود حي حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012.								
الخصائص الأساسية	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية من مختص ¹	نسبة السيدات اللاتي تلقين جرعة واحدة على الأقل من مطعوم التيتانوس لآخر مولود حي ²	عدد السيدات	نسبة الولادات بإشراف مختص صحي	نسبة الولادات في مرافق صحي	عدد المواليد	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية خلال يومين بعد الولادة لآخر مولود حي	عدد النساء اللاتي لديهن مواليد خلال آخر سنتين قبل المسح
عمر الام وقت الولادة								
20>	98.3	31.9	277	98.9	97.4	559	67.0	195
34-20	99.4	30.0	4,849	99.7	98.9	7,535	83.0	2,629
+35	98.3	33.7	1,451	99.6	98.8	1,739	82.5	664
مكان الإقامة								
الحضر	99.1	32.3	5,395	99.6	98.6	8,010	80.6	2,796
الريف	99.2	24.4	1,182	99.7	99.3	1,823	87.7	692
المحافظة								
العاصمة	98.8	25.8	2,469	99.4	98.3	3,622	74.1	1,318
البلقاء	99.6	35.7	452	99.8	99.9	703	85.1	257
الزرقاء	99.5	32.0	947	100.0	99.0	1,412	82.2	470
مادبا	99.2	43.7	184	99.5	99.5	276	89.2	99
اربد	99.1	39.2	1,174	99.8	98.4	1,729	87.5	601
المفرق	99.3	16.1	366	99.3	98.5	574	86.0	203
جرش	99.2	33.2	207	99.9	99.6	333	86.4	123
عجلون	99.6	51.4	156	100.0	99.9	232	89.7	86
الكرك	99.3	31.7	269	99.5	99.2	410	94.3	143
الطفيلة	99.3	29.1	103	99.3	99.3	157	90.7	54
معان	97.5	30.5	104	98.9	98.0	170	87.4	62
العقبة	99.9	23.8	146	100.0	99.5	215	95.3	71
الإقليم								
الوسط	99.1	29.1	4,052	99.6	98.7	6,014	77.9	2,144
الشمال	99.2	35.1	1,903	99.7	98.7	2,867	87.2	1,013
الجنوب	99.1	29.2	622	99.5	99.1	952	92.6	331
مناطق البادية								
البادية	99.0	21.8	469	99.3	98.6	769	83.9	293
غير البادية	99.1	31.6	6,108	99.7	98.8	9,064	81.8	3,196
مخيمات اللاجئين								
المخيمات	99.6	51.1	253	99.7	99.6	388	76.8	130
غير المخيمات	99.1	30.1	6,324	99.6	98.7	9,446	82.2	3,358
المستوى التعليمي								
غير متعلمة	98.0	24.0	130	98.1	95.1	207	66.9	57
ابتدائي	96.0	36.4	400	99.6	95.8	628	75.6	202
اعدادي	98.9	32.6	872	99.7	99.1	1,308	74.6	464
ثانوي	99.2	33.8	3,069	99.5	98.6	4,599	79.5	1,603
أعلى من الثانوي	99.7	25.4	2,106	99.9	99.7	3,091	90.3	1,162
المجموع	99.1	30.9	6,577	99.6	98.8	9,833	82.0	3,488

1 مختص صحي تشمل طبيب، ممرضه، قابلة قانونية

2 تشمل الأمهات اللاتي تلقين جرعتين أثناء الحمل، لآخر مولود، أو جرعتين أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الثلاث من ولادة آخر مولود حي)، أو ثلاث جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الخمس من ولادة آخر مولود حي) أو أربع جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات العشر من ولادة آخر مولود حي) أو خمس جرعات أو أكثر قبل المولود الأخير.

1 مختص صحي تشتمل طبيب، ممرض، قابلة قانونية

2 تشتمل الأمهات اللاتي تلقين جرعتين أثناء الحمل، لآخر مولود، أو جرعتين أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الثلاث من ولادة آخر مولود حي)، أو ثلاث جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات الخمس من ولادة آخر مولود حي) أو أربع جرعات أو أكثر (الأخيرة خلال السنوات العشر من ولادة آخر مولود حي) أو خمس جرعات أو أكثر قبل المولود الأخير.

ز. التطعيم وصحة الطفل

تطعيم الأطفال

تم في مسح السكان والصحة الأسرية 2012 جمع معلومات عن المطعمين لجميع الأطفال الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. ولكل طفل من هؤلاء الأطفال تم سؤال الأمهات فيما إذا كان لديهن بطاقات صحية للطفل. وفي حالة وجود بطاقة فهل تم مشاهدتها من قبل الباحثة. وفي حالة تمكن الأم من إبراز البطاقة للباحثة، كانت تواريخ التطعيم تؤخذ من البطاقة وتسجل على الاستمارة. أما في حالة عدم حصول الطفل على بطاقة أو عدم تمكن الأم من إبراز البطاقة للباحثة فكانت الأم تسأل أسئلة محددة عما إذا كان الطفل قد تلقى كل مطعم من المطعمين. وتستند المعلومات الواردة أدناه عن تغطية التطعيم إلى المعلومات المأخوذة من البطاقات الصحية والمعلومات التي تم الحصول عليها من إجابات الأمهات.

ويوضح الجدول 10 معلومات التطعيم للأطفال الذين أعمارهم 12-23 شهراً وهو العمر الذي يجب أن يتلقوا فيه جميع المطعمين. ويلاحظ من الجدول أن الأمهات كن قادرات أن يبرزن البطاقة الصحية لحوالي 80% من الأطفال. ولا تختلف تغطية المطعمين بصورة كبيرة حسب الخصائص الأساسية للمستجيبات.

وطبقاً للبطاقات الصحية وإجابات الأمهات فإن جميع الأطفال تقريباً الذين أعمارهم 12-23 شهراً (93%) قد تلقوا جميع المطعمين الموصى بها في الأردن، أي ثلاث جرعات من كل من المطعم الثلاثي (الدفتيريا والسعال والكزاز) والشلل والحصبة. وارتفعت نسبة الأطفال الذين تلقوا كافة المطعمين منذ عام 2007 (87%)، وعلى أية حال، فإن كل هذه الزيادة ناتجة عن زيادة تغطية مطعم السل، وذلك لأن الأردن بدأ في إعطاء المطعم عند الولادة قبل مسح 2007 بقليل. وقد تلقى ما نسبته 98% من الأطفال الذين أعمارهم 12-23 شهراً مطعم السل (مقارنة مع 91% في عام 2007). وعليه، فإن نسبة الاطفال الذين تلقوا كافة المطعمين (بما فيها مطعم السل) ارتفعت بشكل كبير من 87% في عام 2007 إلى 93% في عام 2012. ويلاحظ أن نسبة التغطية بالمطعم الثلاثي كانت عالية جداً (98%)، والشلل (98%) والحصبة (94%)، ولم تتغير هذه النسبة منذ عام 2007. كما تبين أن معدل عدم التطعيم بالمطعم الثلاثي والشلل ما بين الجرعة الأولى والثالثة كان متدنياً (1%).

ولا توجد فروق جوهرية في تغطية المطعمين حسب الخصائص الأساسية. وعلى أية حال، فإن أطفال الأمهات في محافظة معان وفي مناطق البادية وأطفال الأمهات غير المتعلقات أو الأمهات ذوات التعليم الابتدائي أقل ميلاً لتلقي التطعيم الكامل من الأطفال الآخرين.

جدول 10 نسبة الأطفال الذين أعمارهم 12-23 شهراً الذين تلقوا مطاعيم محددة في أي وقت قبل المسح حسب مصدر المعلومات عن التطعيم (بطاقة التطعيم أو إفادة الأمهات) ونسبة الذين لديهم بطاقة التطعيم حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012												
الخصائص الأساسية	السل	المطعم الثلاثي			مطعم الشلل			الحصبة	جميع المطاعيم الرئيسية ¹	لم يتم التطعيم	نسبة ممن لديهم بطاقة تطعيم	عدد الأطفال
		الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة					
الجنس												
ذكر	97.6	99.3	99.1	98.5	99.3	99.1	98.5	94.9	92.7	0.4	80.0	1,030
أنثى	99.1	99.7	99.2	98.3	99.7	99.2	98.3	93.9	93.3	0.2	80.8	910
مكان الإقامة												
الحضر	98.5	99.5	99.3	98.6	99.5	99.3	98.7	94.3	93.0	0.3	80.0	1,538
الريف	97.4	99.6	98.4	97.4	99.6	98.4	97.4	95.1	92.8	0.2	81.8	403
المحافظة												
العاصمة	97.8	100.0	99.6	99.6	100.0	99.6	99.6	93.8	91.5	0.0	79.5	730
البلقاء	98.5	99.6	99.0	97.9	99.6	99.0	97.9	96.6	94.8	0.4	85.0	145
الزرقاء	100.0	99.4	99.4	99.2	99.4	99.4	99.2	96.3	96.3	0.0	76.0	258
مادبا	99.4	99.4	97.5	96.6	99.4	97.5	96.6	93.2	91.6	0.6	87.2	57
اربد	100.0	100.0	100.0	99.2	100.0	100.0	99.2	95.6	95.6	0.0	86.7	332
المفرق	96.9	99.6	97.8	94.3	99.6	97.8	94.8	93.2	90.0	0.4	80.2	116
جرش	98.5	100.0	100.0	99.4	100.0	100.0	99.4	96.6	96.3	0.0	69.9	69
عجلون	100.0	100.0	100.0	98.0	100.0	100.0	98.0	94.6	94.6	0.0	87.0	45
الكرك	97.4	99.5	99.0	97.8	99.5	99.0	97.8	93.2	90.4	0.0	80.8	80
الطفيلة	90.7	93.8	93.8	93.8	93.8	93.8	93.8	92.2	88.0	4.2	71.1	29
معان	88.8	90.4	88.9	83.5	90.4	88.9	83.5	80.0	78.8	9.0	76.2	36
العقبة	97.1	97.9	97.4	95.8	97.9	97.4	95.8	95.3	93.7	1.1	67.4	44
الإقليم												
الوسط	98.4	99.8	99.4	99.2	99.8	99.4	99.2	94.6	93.0	0.1	79.8	1,190
الشمال	99.2	99.9	99.5	98.1	99.9	99.5	98.2	95.2	94.5	0.1	83.4	562
الجنوب	94.6	96.6	95.9	94.0	96.6	95.9	94.0	91.0	88.6	2.6	75.3	189
مناطق البادية												
منطقة البادية	94.8	97.0	94.8	91.3	97.0	94.8	91.3	88.1	85.7	2.6	80.4	169
غير البادية	98.6	99.8	99.5	99.1	99.8	99.5	99.1	95.0	93.7	0.1	80.4	1,772
مخيمات اللاجئين												
المخيمات	99.2	99.2	99.2	99.2	99.2	99.2	99.2	97.6	97.6	0.8	85.7	68
غير المخيمات	98.2	99.5	99.1	98.3	99.5	99.1	98.3	94.3	92.8	0.3	80.2	1,873
المستوى التعليمي												
غير متعلمة	91.4	90.4	87.9	77.1	90.4	87.9	77.1	74.8	69.5	5.6	76.3	37
ابتدائي	95.6	97.9	96.6	94.3	97.9	96.6	94.8	85.4	82.8	2.1	64.0	114
اعدادي	99.7	99.8	99.0	97.9	99.8	99.0	97.9	95.1	94.7	0.2	80.3	288
ثانوي	99.5	99.9	99.6	99.2	99.9	99.6	99.2	94.8	94.4	0.0	81.5	855
أعلى من الثانوي	96.9	99.7	99.6	99.4	99.7	99.6	99.4	96.4	93.5	0.1	82.1	647
المجموع	98.3	99.5	99.1	98.4	99.5	99.1	98.4	94.4	93.0	0.3	80.4	1,941

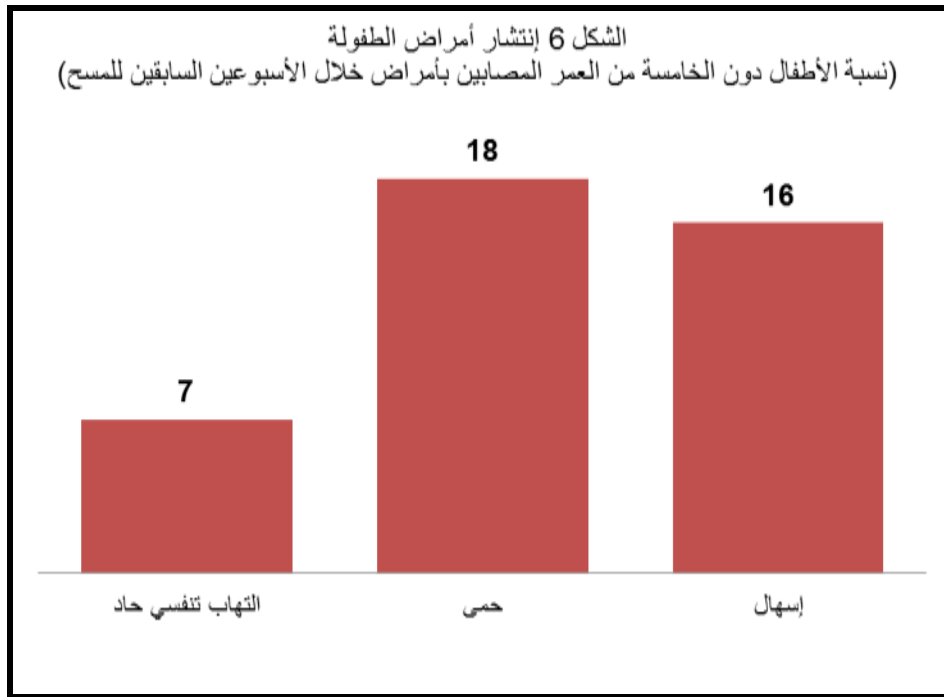
1 تشمل السل، الحصبة، وثلاث جرعات من مطعم الثلاثي وشلل الأطفال

1 تشمل السل، الحصبة، وثلاث جرعات من مطعم الثلاثي وشلل الأطفال

أمراض الطفولة وعلاجها

يعتبر الالتهاب التنفسي الحاد والحمى والجفاف الناتج عن الإسهال الحاد أسباباً رئيسية لأمراض ووفيات الأطفال. ويُعد التشخيص المبكر والمعالجة للأطفال الذين تظهر عليهم أعراض هذه الأمراض أمراً حاسماً في تخفيض وفيات الأطفال المبكرة. وللحصول على معلومات عن كيفية معالجة أمراض الطفولة، تم سؤال الأمهات عما إذا أصيب كل طفل دون الخامسة من العمر برشح مصحوب بتنفس قصير وسريع بسبب مشكلة في الصدر والحمى أو الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح. وتُحذر الإشارة إلى أن بيانات المرضية التي جمعت هي بيانات ذاتية، بمعنى أنها كانت تستند إلى إدراك الأم للمرض دون تأكيد من مختص طبي. كما أن انتشار هذه الأمراض قد يتذبذب نتيجة للموسمية. وتعتبر الحمى أحد المظاهر الرئيسية للملاريا والالتهابات الحادة الأخرى لدى الأطفال.

ويبين الشكل 6 أن 7% من الأطفال دون الخامسة ظهرت عليهم أعراض الالتهاب التنفسي الحاد في بعض الأوقات خلال الأسبوعين السابقين للمسح، في حين أن 18% أصيبوا بالحمى و16% عانوا من الإسهال.



ويلاحظ أن أكثر من ثلاثة أرباع الأطفال دون الخامسة من العمر (77%) الذين ظهرت عليهم أعراض الالتهاب التنفسي الحاد قد تم معالجتهم أو تمت الاستشارة بخصوصهم في مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية (الجدول 11). ويميل الأطفال في المناطق الريفية أكثر من الأطفال في المناطق الحضرية إلى أخذهم إلى مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية عندما تظهر لديهم أعراض الالتهاب التنفسي الحاد، ويميل الأطفال الذكور أكثر بشكل طفيف من الأطفال الإناث لأخذهم إلى مقدم رعاية صحية (79% 74% على التوالي).

وتلقى (69%) من الأطفال دون الخامسة من العمر المعالجة أو الاستشارة من مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية (الجدول 11). كما يميل الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب تنفسي حاد في المناطق الريفية بشكل أكبر من الأطفال في المناطق الحضرية لتلقى المعالجة عن الإصابة بالحمى (82% مقابل 66%).

الجدول 11 نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين لديهم أعراض الالتهابات التنفسية الحادة أو الذين أصيبوا بالحمى خلال الأسبوعين السابقين للمسح الذين تمت معالجتهم في مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية، ونسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ونسبة الذين تمت معالجتهم في مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية ونسبة الذين تم إعطائهم أملاح إمهاء فموية (عبوات) ونسبة الذين تم إعطائهم علاجات إمهاء فموية حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012

الخصائص الأساسية	الأطفال الذين لديهم أعراض التهاب تنفسي حاد ¹				الأطفال المصابين بالحمى				الأطفال المصابين بالإسهال			
	نسبة الذين حصلوا على علاج من مرفق صحي	عدد المصابين بالتهابات تنفسية حادة	نسبة الذين حصلوا على علاج من مرفق صحي	عدد المصابين بالحمى	نسبة الذين حصلوا على علاج من مرفق صحي	عدد المصابين بالإسهال	نسبة الذين تم إعطاؤهم إمهاء فموية ⁴	نسبة الذين تم إعطاؤهم إمهاء فموية ³	نسبة الذين تم إعطاؤهم إمهاء فموية ⁴	عدد المصابين بالإسهال	نسبة الذين تم إعطاؤهم إمهاء فموية ³	عدد المصابين بالإسهال
العمر بالاشهر												
<6	91.0	34	64.1	98	47.4	11.1	24.2	138				
11-6	81.2	86	79.0	241	66.9	22.3	27.0	292				
23-12	79.7	164	64.2	515	56.8	27.3	32.8	539				
35-24	74.1	156	70.7	321	52.7	13.3	19.0	237				
47-36	78.9	113	65.0	304	44.0	12.8	27.8	188				
59-48	68.6	104	72.1	281	57.8	21.6	30.0	107				
الجنس												
ذكر	79.1	420	69.0	908	55.0	17.7	24.9	823				
أنثى	74.0	236	68.6	852	56.6	23.7	31.4	678				
مكان الإقامة												
الحضر	75.8	541	66.4	1,486	55.5	20.0	27.7	1,261				
الريف	84.2	114	81.7	274	57.0	22.7	28.9	241				
المحافظة												
العاصمة	79.0	233	67.2	680	53.6	15.8	24.0	567				
البلقاء	73.1	37	75.4	68	57.9	35.0	38.6	89				
الزرقاء	79.8	102	68.3	242	61.4	29.9	34.7	217				
مادبا	(86.2)	14	75.6	32	49.8	13.3	19.1	44				
اربد	74.0	113	66.8	440	50.7	18.0	26.2	308				
المفرق	71.3	39	74.1	68	59.2	21.9	29.6	71				
جرش	78.6	31	74.2	75	57.2	24.3	29.4	62				
عجلون	74.6	14	72.1	44	54.9	13.7	20.7	38				
الكرك	83.2	27	73.9	34	70.4	27.9	37.8	44				
الطفيلة	77.4	13	79.9	29	63.6	10.2	18.5	23				
معان	63.5	13	67.6	28	69.5	23.4	31.5	21				
العقبة	(75.2)	18	72.1	21	63.4	25.2	47.7	18				
الإقليم												
الوسط	78.9	387	68.3	1,022	55.7	20.9	27.7	917				
الشمال	74.2	197	68.8	626	53.1	19.0	26.7	478				
الجنوب	76.4	71	73.5	112	67.5	22.6	33.9	106				
مناطق البادية												
البادية	70.4	50	76.4	113	62.5	25.4	31.4	105				
غير البادية	77.8	606	68.3	1,646	55.2	20.0	27.6	1,396				
مخيمات اللاجئين												
مخيمات	77.5	35	70.1	87	52.1	17.0	21.0	68				
غير المخيمات	77.2	621	68.7	1,673	55.9	20.6	28.2	1,433				
المستوى التعليمي												
غير متعلمة	*	16	*	16	(50.3)	(31.4)	(37.3)	15				
ابتدائي	(85.1)	35	67.7	135	58.3	16.1	18.2	131				
اعدادي	85.7	87	61.2	281	42.4	23.7	32.4	264				
ثانوي	77.0	300	70.4	807	57.0	23.0	29.6	686				
أعلى من الثانوي	73.3	218	70.3	521	61.5	14.9	24.7	405				
المجموع	77.2	656	68.8	1,760	55.7	20.4	27.8	1,501				

ملاحظة: استندت الأرقام داخل الأقواس على عدد حالات (25-49 حالة) غير موزونة، كما أن * تشير إلى عدد حالات أقل من 25 حالة غير موزونة وقد تم تجاهلها.

1 أعراض التهاب التنفسي الحاد (سعال مصحوب بتنفس قصير وسريع له علاقة بالصدر و/أو صعوبة تنفس له علاقة بالصدر) يعتبر دليلاً على وجود التهاب رئوي.

2 لا تشمل الصيدليات، المحال التجارية والطب الشعبي.

3 تشمل عبوات أملاح الإمهاء الفموية، سوائل أملاح الإمهاء الفموية المجهزة مسبقاً.

4 تشمل عبوات أملاح الإمهاء الفموية، سوائل أملاح الإمهاء الفموية المجهزة مسبقاً، وسوائل منزلية ذات علاقة.

أما النسبة لعلاج الإسهال، فإن الجدول يبين أن أكثر من نصف الأطفال (56%) دون الخامسة من العمر ويعانون من الإسهال قد تم أخذهم إلى مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية. وينصح باستعمال علاج الإمهاء الفمي، سواء باستعمال محاليل من عبوات تجارية أو محاليل مصنوعة بيتياً، لمنع الجفاف لدى الأطفال المصابين بالإسهال. وقد تم معالجة ثُمس الأطفال المصابين بالإسهال (20%) خلال الأسبوعين السابقين للمسح باستخدام أملاح الإمهاء الفموية (عبوات) وتم إعطاء (28%) علاج الإمهاء الفموية الذي يشمل عبوات الإمهاء

وأية محاليل معدة منزلياً. وتأثرت الاختلافات حسب بعض الخصائص الأساسية في علاج أمراض الطفولة بعدد صغير من الأطفال دون الخامسة من العمر الذين كانوا مريضين خلال فترة الأسبوعين السابقين للمسح.

ح. ممارسات تغذية الأطفال الرضع

يعتبر حليب الثدي المصدر الأولي لتغذية الأطفال الرضع. فالأطفال الذين يتم إرضاعهم من الثدي كلياً يتلقون حليب الثدي فقط. وتوصي وزارة الصحة بالإرضاع الكلي من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من عمر الطفل. ولا ينصح باستخدام أية سوائل أو أغذية مساندة (مكملة) أخرى إلى جانب حليب الثدي قبل العمر المذكور لأن ذلك يزيد من احتمال حدوث تلوث، وبالتالي خطر حدوث مرض الإسهال. ومن المهم إدخال الأغذية المساندة ابتداء من عمر الستة أشهر وذلك لأن حليب الأم لا يعود كافياً لتوفير الغذاء المناسب للطفل.

وقد تم في مسح السكان والصحة الأسرية 2012 جمع بيانات عن تغذية الرضع لجميع الأطفال الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. وكما يبين الجدول 12 فإن 23% فقط من الأمهات أرضعن أطفالهن من الثدي بصورة محضة خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل. ومن بين الأطفال الرضع الذين أعمارهم 5-0 أشهر يلاحظ أن 13% لم يتم إرضاعهم من الثدي و9% تم إعطاؤهم الماء إلى جانب حليب الثدي و5% تم إعطاؤهم حليب الثدي وسوائل أخرى غير الحليب و37% تم إرضاعهم من الثدي وإعطائهم حليباً آخر، و14% تم إرضاعهم من الثدي وإعطائهم أغذية صلبة أو مهروسة قبل الأوان. وفي عمر 6-9 أشهر، تم إعطاء 66% من الأطفال غذاء صلباً أو مهروساً إلى جانب حليب الثدي كما هو موصى به. كما أن أربعة فقط من كل عشرة أطفال (42%) ممن أعمارهم 12-15 شهراً استمروا في الرضاعة من الثدي إلى جانب إعطائهم أغذية مكملة.

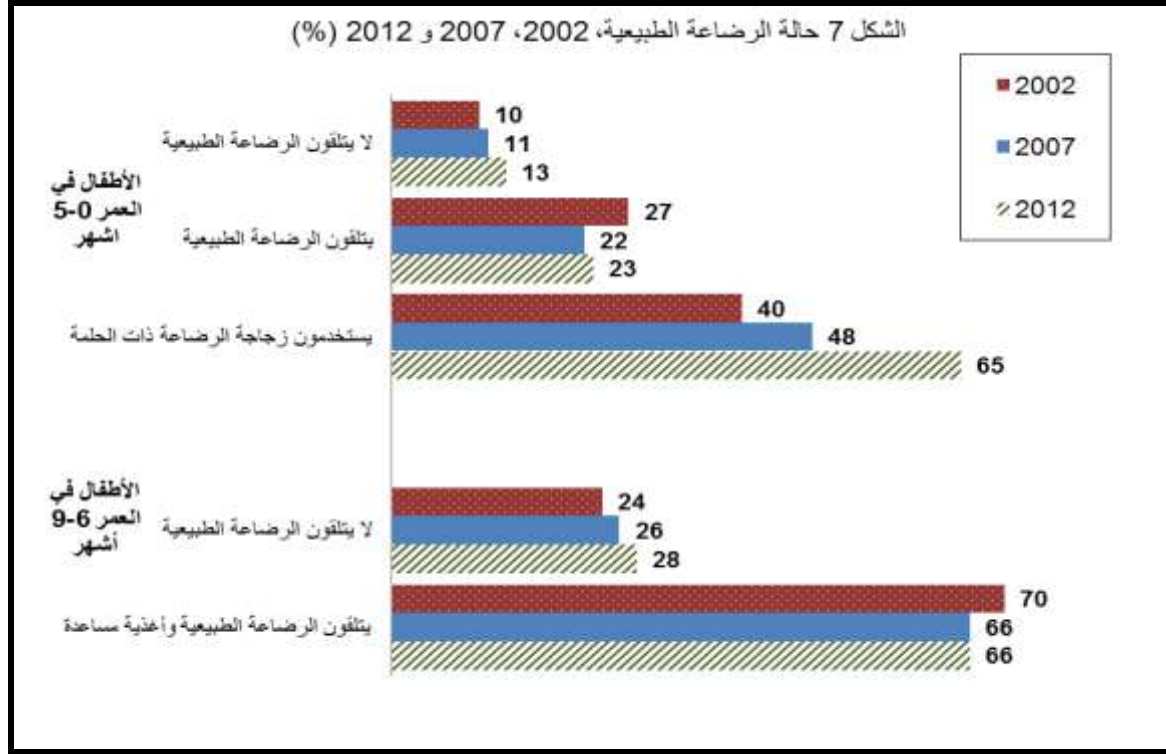
ويوضح الجدول 12 أيضاً درجة تغذية الأطفال في الأردن باستخدام الرضاعة من الزجاجية. ولا ينصح باستخدام الإرضاع من الزجاجية نظراً لآثارها السلبية المحتملة على صحة الطفل. ويلاحظ أن ستة أطفال من كل عشرة من الذين أعمارهم أقل من شهرين قد أرضعوا من الزجاجية ذات الحلمة.

الجدول 12 التوزيع النسبي للأطفال الأصغر سناً دون سن السنتين الذين يعيشون مع إمهاتهم حسب حالة الرضاعة الطبيعية، ونسبة الأطفال الذين يتلقون حالياً الرضاعة الطبيعية، ونسبة جميع الأطفال دون السنتين الذين يستخدمون الزجاجية ذات الحلمة، حسب العمر (بالأشهر)، الأردن 2012											
العمر بالأشهر	لا يتلقون الرضاعة الطبيعية	الرضاعة الطبيعية المحضة	يتلقون الرضاعة الطبيعية والماء فقط	يتلقون الرضاعة الطبيعية وبعض السوائل (غير الحليب) مثل العصير	يتلقون الرضاعة الطبيعية وأنواع أخرى من الحليب	يتلقون الرضاعة الطبيعية وأغذية مكملة	المجموع	نسبة الذين يتلقون حالياً الرضاعة الطبيعية	عدد الأطفال الأصغر سناً دون سن السنتين	نسبة الذين يستخدمون الزجاجية ذات الحلمة	عدد جميع الأطفال دون سن السنتين
1-0	0.8	38.1	5.1	10.8	45.2	0.0	100.0	99.2	206	59.8	218
3-2	10.4	25.4	9.7	3.3	44.3	6.8	100.0	89.6	320	62.1	322
5-4	23.9	9.3	9.7	3.6	22.6	30.9	100.0	76.1	304	71.1	311
8-6	26.4	2.3	2.3	0.2	2.0	66.8	100.0	73.6	424	59.0	436
11-9	36.4	1.9	0.0	0.0	2.3	59.5	100.0	63.6	466	60.8	477
17-12	61.0	0.1	0.0	0.3	0.5	38.1	100.0	39.0	856	64.5	942
23-18	83.6	0.0	0.0	0.0	0.0	16.4	100.0	16.4	857	50.6	999
3-0	6.7	30.4	7.9	6.3	44.7	4.1	100.0	93.3	527	61.2	540
5-0	13.0	22.7	8.5	5.3	36.6	13.9	100.0	87.0	831	64.8	851
9-6	27.7	3.0	1.7	0.2	1.6	65.7	100.0	72.3	564	57.3	581
15-12	56.5	0.2	0.0	0.4	0.7	42.2	100.0	43.5	608	64.0	657
23-12	72.3	0.1	0.0	0.1	0.2	27.2	100.0	27.7	1,712	57.4	1,941
23-20	87.1	0.0	0.0	0.0	0.0	12.9	100.0	12.9	590	48.7	685

ملاحظة: تعود حالة الرضاعة الطبيعية على فترة "الأربعة وعشرين" ساعة (الأمس والليلة السابقة). الأطفال الذين تم تصنيفهم بأنهم يتلقون الرضاعة الطبيعية والماء فقط ولا يتلقون أية سوائل أو أغذية مساعدة أخرى. تشير الفئات (لا يتلقون الرضاعة الطبيعية، يتلقون الرضاعة الطبيعية، يتلقون الرضاعة الطبيعية المحضة والماء، وبعض السوائل غير الحليب مثل العصير، وأنواع أخرى من الحليب، وأغذية مساعدة (صلبة وشبه صلبة) تم إستثنائها كلياً وتصل نسبتها المتوية إلى 100%). وهكذا يتم تصنيف الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية، وسوائل غير الحليب، ولا يتلقون أنواع أخرى من الحليب، أو أغذية مكملة في فئة السوائل غير الحليب حتى لو كانوا يتلقون الماء فقط. كما يتم إضافة أية أطفال يحصلون على أغذية مكملة إلى تلك الفئة طالما أنهم يتلقون الرضاعة الطبيعية أيضاً.

ملاحظة: تعود حالة الرضاعة الطبيعية على فترة "الأربعة وعشرين" ساعة (الأمس والليلة السابقة). الأطفال الذين تم تصنيفهم بأنهم يتلقون الرضاعة الطبيعية والماء فقط ولا يتلقون أية سوائل أو أغذية مساعدة أخرى. تعتبر الفئات (لا يتلقون الرضاعة الطبيعية، يتلقون الرضاعة الطبيعية، يتلقون الرضاعة الطبيعية المحضة والماء، وبعض السوائل غير الحليب مثل العصير، وأنواع أخرى من الحليب، وأغذية مساعدة (صلبة وشبه صلبة) تم إشتائها كلياً وتصل نسبتها المتوى إلى 100%). وهكذا يتم تصنيف الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية، وسوائل غير الحليب، ولا يتلقون أنواع أخرى من الحليب، أو أغذية مكملة في فئة السوائل غير الحليب حتى لو كانوا يتلقون الماء فقط. كما يتم إضافة أية أطفال يحصلون على أغذية مكملة إلى تلك الفئة طالما أنهم يتلقون الرضاعة الطبيعية أيضاً.

ومنذ عام 2002، فإن ممارسات تغذية الرضع قد تراجعت إلى الأسوأ (الشكل 7)، فنسبة الذين أعمارهم 0-5 شهور ولم يتلقوا الرضاعة الطبيعية ازدادت بشكل طفيف (من 10% في عام 2002 إلى 13% في عام 2012)، في حين انخفضت نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية المحضة (كما هو موصى به) (من 27% إلى 23%)، مقابل زيادة في استعمال الزجاجات ذات الحلمة (من 40% إلى 65%). وبالمثل، فإن نسبة الأطفال الذين أعمارهم 6-9 أشهر ولم يتلقوا الرضاعة الطبيعية ازدادت بشكل طفيف (من 24% إلى 28%)، وانخفضت نسبة الأطفال الذين تلقوا أغذية مكملية (كما هو موصى به) (من 70% إلى 66%).



الحالة التغذوية للأطفال

تعتبر القياسات الأنثروبومترية (الطول والوزن) أحد المؤشرات المهمة للحالة التغذوية للأطفال. ويعتبر سوء التغذية نتيجة مباشرة لعدم تناول الكافي للغذاء أو لأمراض معدية متكررة أو لكليهما معاً، مما يؤدي بالتالي إلى تزايد خطورة الإصابة بالأمراض والموت.

وفي مسح السكان والصحة الأسرية 2012 كان جميع الأطفال الذين أعمارهم دون الخامسة الذين سجلوا في استمارة الأسرة مؤهلين لقياسات الطول والوزن. وتم قياس الطول باستخدام لوح خاص صنع من قبل Shorr Bords في الولايات المتحدة. وتم قياس طول الأطفال دون سن سنتين من العمر في وضع الاستلقاء أما الأطفال الذين أعمارهم سنتين فأكثر فقد تم قياس طولهم في وضع الوقوف. وتم قياس وزن الأطفال باستخدام موازين إلكترونية نوع (Seca). واستناداً إلى هذه المقاييس، تم بناء ثلاثة أدلة مقبولة دولياً لقياس الحالة التغذوية للأطفال، وهذه الأدلة هي:

- الطول للعمر (التقزم)
- الوزن للطول (الهزال أو النحولة)
- الوزن للعمر (نقص الوزن)

وعند عرض نتائج القياسات الانثروبومترية، فإنه يتم مقارنة الحالة التغذوية للأطفال مع معايير نمو الطفل الصادرة حديثاً عن منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2006).

ويستند استخدام معيار منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل على أساس بأنه في المجتمعات جيدة التغذية فإن توزيع طول ووزن الأطفال في عمر معين يتبع تقريباً التوزيع الطبيعي. ولأغراض المقارنة، تم تحديد الحالة التغذوية باستخدام المجتمع المرجعي الدولي الذي يسهل تفحص الاختلافات في حالة القياسات للمجموعات الفرعية لمجتمع سكاني. ففي المجتمعات السكانية الكبيرة، هناك تباين طبيعي في الطول والوزن، وهذه التباينات تقترب من التوزيع الطبيعي. ويعتبر الأطفال الذين يقعون تحت أقل من ناقص انحرافين معيارين ($-2SD$) من وسيط المجتمع المرجعي أنهم يعانون من سوء التغذية، كما يعتبر الأطفال الذين يقعون تحت أقل من ناقص ثلاث انحرافات معيارية ($-3SD$) من وسيط المجتمع المرجعي أنهم يعانون من سوء التغذية الحاد. وكل من هذه الأدلة الثلاث يقيس جوانب مختلفة من الحالة التغذوية للأطفال.

ويعكس مقياس الطول للعمر الآثار التراكمية الطويلة الأمد للتغذية غير المناسبة و/أو الصحة. فالأطفال الذين يقعون تحت أقل من ناقص انحرافين معياريين عن وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون قصاراً بالنسبة لأعمارهم، أي مقزمين. أما الأطفال الذين يقعون تحت أقل من ناقص ثلاثة انحرافات معيارية عن وسيط المجتمع المرجعي فيعتبرون شديدي التقزم. وينجم تقزم الطفل عن نقص تناول التغذية المناسبة خلال فترة طويلة من الزمن أو عن ممارسات تغذوية غير مناسبة مستمرة أو نتيجة لتأثير عدة مرات متكررة من المرض. ولذا، فإن مؤشر الطول للعمر يمثل مقياساً لمحصلة قلة التغذية بين السكان خلال فترة طويلة من الزمن كما أنه لا يختلف بصورة كبيرة حسب الموسم الذي تم فيه جمع البيانات.

ويقاس مؤشر الوزن للطول كتلة الجسم وعلاقتها بطول الجسم. ويصف هذا المؤشر العملية الأخيرة والحادة التي نجم عنها نقصان واضح في الوزن عادةً نتيجة نقص حاد في الغذاء و/أو مرض حاد. فالأطفال الذين تقع أوزانهم بالنسبة لطولهم تحت أقل من ناقص انحرافين معياريين عن وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون نحيفين جداً بالنسبة لطولهم، أي نحيلين، في حين أن الأطفال الذين يقعون تحت أقل من ناقص ثلاثة انحرافات معيارية عن وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون شديدي النحولة. وتمثل النحولة عدم تلقي التغذية المناسبة والكافية خلال الفترة التي تسبق المسح مباشرة وتظهر عموماً أنماطاً موسمية واضحة ترتبط بالتغيرات في توافر الغذاء أو انتشار الأمراض. وقد ينجم ذلك عن حلقات حديثة من المرض وبخاصة الإسهال أو الممارسات التغذوية غير المناسبة أو النقص الحاد في الطعام.

وفيما يتعلق بمقياس الوزن للعمر فهو عبارة عن دليل مركب من مؤشر الطول للعمر ومؤشر الوزن للطول. وبمثل هذا المقياس كتلة الجسم نسبة للعمر. ويعتبر الأطفال الذين يقع وزنهم بالنسبة لعمرهم تحت أقل من ناقص انحرافين معياريين عن وسيط المجتمع المرجعي ناقصي الوزن بالنسبة لعمرهم، في حين يعتبر الأطفال الذين تقع مقاييسهم تحت أقل من ناقص ثلاثة انحرافات معيارية عن وسيط المجتمع المرجعي أنهم يعانون من نقص حاد في الوزن. ولذا فإن نقص الوزن بالنسبة للعمر قد يعني أن الطفل مقزم أو نحيل أو كليهما معاً.

لقد أصبحت البدانة والوزن الزائد مشاكل لبعض الأطفال في الدول النامية، حيث تشير نسبة وجود أطفال يقعون فوق أكثر من زائد انحرافين معياريين عن وسيط الوزن للطول إلى وجود مشكلة كامنة في هذا المستوى.

وتندرج نسبة الأطفال الذين يقعون فوق أكثر من زائد انحرافين معياريين عن وسيط الوزن للعمر هنا لأغراض المقارنة مع مصادر بيانات أخرى التي لم تقس الطول.

الجدول 13 نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصنفين ممن يعانون من "سوء التغذية" حسب الأدلة الثلاثة الأنثروبومترية للحالة التغذوية: الطول للعمر، الوزن للطول، والوزن للعمر حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012												
الخصائص الأساسية	الطول للعمر ¹			الوزن للطول			الوزن للعمر			عدد الأطفال		
	نسبة الأطفال لأقل من (3- انحراف معياري)	نسبة الأطفال لأقل من (2- انحراف معياري) ²	متوسط z (الانحراف المعياري)	نسبة الأطفال لأقل من (3- انحراف معياري)	نسبة الأطفال لأقل من (2- انحراف معياري) ²	متوسط z (الانحراف المعياري)	نسبة الأطفال لأقل من (3- انحراف معياري)	نسبة الأطفال لأقل من (2- انحراف معياري) ²	متوسط z (الانحراف المعياري)			
العمر بالاشهر												
<6	1.6	8.6	-0.1	2.3	5.0	13.1	0.3	1.6	4.8	1.2	0.0	482
8-6	0.4	5.6	0.1	1.0	3.0	6.0	0.2	0.7	1.0	2.0	0.1	221
11-9	0.3	9.3	-0.1	0.1	0.7	2.6	0.2	0.2	0.3	5.2	0.1	274
17-12	0.6	7.8	-0.1	0.9	2.4	6.2	0.3	1.4	3.3	5.6	0.2	608
23-18	3.9	13.1	-0.6	0.1	1.0	4.2	0.3	0.2	5.0	2.1	-0.1	599
35-24	2.2	8.8	-0.5	0.6	1.5	3.1	0.2	0.3	3.0	0.7	-0.1	1,159
47-36	0.7	6.3	-0.5	0.1	2.8	2.4	0.1	0.1	3.0	0.8	-0.2	1,260
59-48	1.2	5.0	-0.5	0.4	2.8	3.6	0.0	0.3	2.2	1.1	-0.3	1,248
الجنس												
ذكر	1.6	9.2	-0.4	0.4	2.4	5.1	0.2	0.4	3.3	2.3	-0.1	3,006
أنثى	1.3	6.1	-0.4	0.8	2.5	3.6	0.1	0.6	2.7	1.2	-0.1	2,846
مكان الإقامة												
الحضر	1.3	7.4	-0.4	0.6	2.5	4.1	0.1	0.5	3.2	1.7	-0.1	4,737
الريف	2.3	8.9	-0.5	0.5	2.0	5.7	0.3	0.6	2.1	1.7	-0.1	1,114
المحافظة												
العاصمة	1.2	7.1	-0.3	0.7	2.9	4.4	0.2	0.6	3.3	1.4	-0.1	2,038
البلقاء	0.9	5.6	-0.4	1.5	3.3	4.5	0.2	0.6	3.0	1.7	-0.1	395
الزرقاء	2.1	9.8	-0.5	0.3	2.1	3.5	0.1	0.3	3.5	1.7	-0.3	879
مأدبا	0.4	4.5	-0.2	0.4	2.0	6.2	0.3	0.0	1.6	2.7	0.1	160
اربند	0.8	5.1	-0.2	0.5	2.2	2.9	0.1	0.3	2.3	1.6	-0.1	1,080
المفرق	2.2	10.4	-0.7	0.0	0.9	4.3	0.3	0.5	2.3	0.9	-0.2	369
جرش	2.5	9.2	-0.5	0.4	3.0	4.6	0.2	0.5	3.8	2.2	-0.1	217
عجلون	0.8	4.6	-0.4	0.7	1.2	6.0	0.3	0.4	1.9	2.5	-0.0	146
الكرك	3.2	11.1	-0.5	0.2	1.5	8.9	0.4	0.4	2.7	2.9	0.0	257
الطفيلة	0.5	9.9	-0.4	1.6	2.7	6.0	0.2	1.0	3.1	3.7	-0.1	98
معان	3.8	18.5	-0.9	0.7	3.2	4.5	0.2	0.4	6.2	1.4	-0.4	105
العقبة	3.3	10.4	-0.5	0.3	1.0	9.8	0.4	0.4	2.6	5.0	0.0	107
الاقليم												
الوسط	1.3	7.5	-0.4	0.7	2.7	4.2	0.1	0.5	3.2	1.6	-0.1	3,472
الشمال	1.3	6.7	-0.4	0.4	2.0	3.7	0.2	0.4	2.5	1.6	-0.1	1,813
الجنوب	2.9	12.1	-0.6	0.6	2.0	7.7	0.4	0.5	3.4	3.1	-0.1	567
مناطق البادية												
البادية	3.2	11.8	-0.8	0.2	2.6	4.7	0.1	0.4	2.9	0.7	-0.3	468
غير البادية	1.3	7.3	-0.4	0.6	2.4	4.4	0.2	0.5	3.0	1.8	-0.1	5,383
مخيمات اللاجئين												
مخيمات	2.0	9.6	-0.6	0.7	3.2	2.5	0.0	0.7	4.2	0.9	-0.3	245
غير المخيمات	1.4	7.6	-0.4	0.6	2.4	4.5	0.2	0.5	2.9	1.8	-0.1	5,606
المستوى التعليمي												
غير متعلمة	2.2	11.7	-1.0	1.4	4.5	3.2	0.1	0.6	6.7	0.7	-0.5	103
ابتدائي	2.8	12.0	-0.7	0.3	0.6	4.8	0.3	0.4	2.7	0.7	-0.2	386
اعدادي	2.4	10.9	-0.6	0.3	1.8	3.1	0.1	0.2	4.0	1.1	-0.3	765
ثانوي	1.2	8.0	-0.4	0.6	3.4	3.7	0.1	0.7	3.8	1.7	-0.1	2,774
أعلى من الثانوي												
الثانوي	1.1	4.7	-0.2	0.6	1.5	6.1	0.2	0.3	1.2	2.4	0.1	1,777
حالة مقابلة الأم												
تمت مقابلة الأم	1.5	7.7	-0.4	0.5	2.4	4.4	0.2	0.4	3.0	1.7	-0.1	5,754
لم تتم مقابلة الأم ولكنها في الأسرة ³	(0.5)	(6.2)	-0.6	(5.9)	(6.5)	(3.1)	-0.1	(4.2)	(6.5)	(3.1)	-0.4	50
لم تتم مقابلة الأم ولكنها ليست في الأسرة ⁴	1.4	6.6	-0.6	0.6	0.9	2.4	0.3	0.0	3.3	0.0	-0.1	47
المجموع	1.5	7.7	-0.4	0.6	2.4	4.4	0.2	0.5	3.0	1.7	-0.1	5,851

ملاحظة: يستند الجدول إلى بيانات الأطفال الذين قُضوا الليلة السابقة للمقابلة في المنزل. تم التعبير عن كل من الأدلة (بوحدة انحراف معياري) من وسيط معايير نمو الطفل الصادرة عن منظمة الصحة العالمية التي تم تبنيها عام 2006. كما أن الأدلة في هذا الجدول غير قابلة للمقارنة مع تلك المؤشرات المستندة إلى معايير عام 1977. ويستند الجدول إلى بيانات الأطفال الذين لديهم تواريخ ولادة (الشهر والسنة) وقياسات متعلقة بكل من الطول والوزن. تستند الأرقام داخل الأقواس على عدد حالات (25-49) حالة غير موزونة.

1 يتم قياس الطول في وضع الاستلقاء للأطفال دون السنتين من العمر وأقل من 85 سم، وفي وضع الوقوف لجميع الأطفال الآخرين.

2 يشمل الأطفال الذين هم (3- انحراف معياري) من وسيط نمو السكان المعياري الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

3 بالنسبة للنساء اللاتي لم تتم مقابلاتهن، فإن المعلومات من استمارة الأسرة، لا تشمل الأطفال الذين لم يتم شمول إمهاتهم في استمارة الأسرة.

4 يشمل الأطفال الذين توفيت إمهاتهم.

ملاحظة: يستند الجدول إلى بيانات الأطفال الذين قضاوا الليلة السابقة للمقابلة في المنزل. تم التعبير عن كل من الأدلة (بوحدة انحراف معياري) من وسيط معايير نمو الطفل الصادرة عن منظمة الصحة العالمية التي تم تبنيها عام 2006. كما أن الأدلة في هذا الجدول غير قابلة للمقارنة مع تلك المؤشرات المستندة إلى معايير عام 1977. ويستند الجدول إلى بيانات الأطفال الذين لديهم تواريخ ولادة (الشهر والسنة) وقياسات متعلقة بكل من الطول والوزن. تستند الأرقام داخل الأقواس على عدد حالات (25-49) حالة غير موزونة.

1 يتم قياس الطول في وضع الاستلقاء للأطفال دون السنتين من العمر وأقل من 85 سم، وفي وضع الوقوف لجميع الأطفال الآخرين.

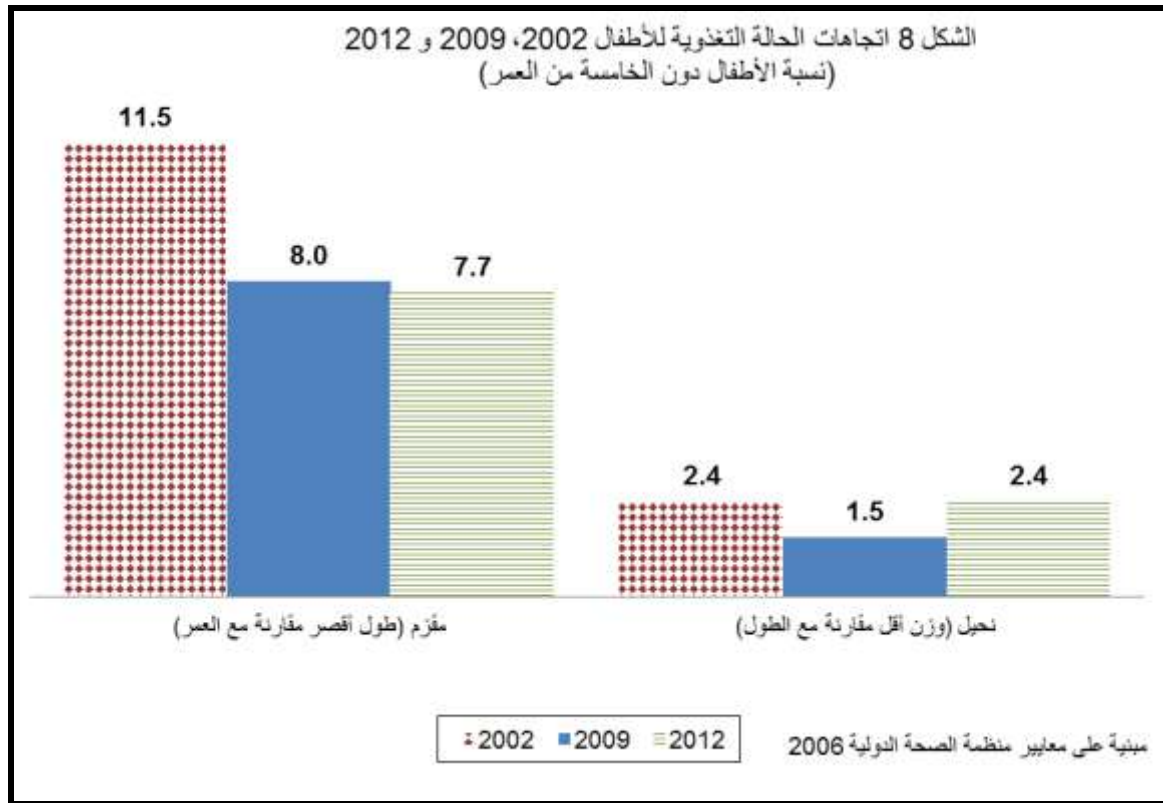
2 يشمل الأطفال الذين هم (3- انحراف معياري) من وسيط نمو السكان المعياري الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

3 بالنسبة للنساء اللاتي لم تتم مقابلتهن، فإن المعلومات من استمارة الأسرة، لا تشمل الأطفال الذين لم يتم شمول إمهاتهم في استمارة الأسرة.

4 يشمل الأطفال الذين توفيت إمهاتهم.

وبين الجدول 13 بأن (8%) من الأطفال يعانون من سوء تغذية مزمن أو تقزم (أي أن الطول للعمر يقع تحت أقل من ناقص انحرافين معيارين) و(2%) يعانون من تقزم شديد، و2% فقط نحيلي الجسم (أي أن الوزن للطول يقع تحت أقل من ناقص انحرافين معيارين) وأقل من 1% يعانون من النحول الشديد، و(3%) ناقصي وزن (الوزن للعمر يقع تحت أقل من ناقص انحرافين معيارين)، وأقل من 1% يعانون من نقص شديد بالوزن بالنسبة للعمر ومن جهة أخرى فإن 4% من الأطفال يعانون من الوزن الزائد لأطوالهم و2% يعانون من الوزن الزائد بالنسبة لأعمارهم.

وبشكل عام، فإن الاختلافات في الحالة التغذوية للأطفال حسب الخصائص الأساسية ليست كبيرة، وخاصة فيما يتعلق بالنحولة ونقصان الوزن. وبالنسبة للتقزم، فإن الأطفال 18-23 شهراً من العمر يميلون بشكل أكبر للتقزم من الأطفال الأصغر أو الأكبر منهم سناً. كما أن نسبة التقزم أعلى بقليل في إقليم الجنوب وخاصة في محافظة معان حيث أن طفاً من كل خمسة أطفال يعاني من التقزم، كما أن هذه النسبة ترتفع بين الأطفال في البادية مقارنة مع مناطق غير البادية ويميل انتشار التقزم إلى الانخفاض، بارتفاع المستوى التعليمي للأم. وبين الشكل 8 اتجاهات انتشار التقزم والنحول بين الأطفال دون الخامسة من العمر في الأعوام 2002، 2009، و2012. ويشير الشكل إلى إنخفاض التقزم بين عامي 2002، 2009، وإلى تغير طفيف في الحالة التغذوية للأطفال خلال السنوات الثلاث الماضية.



ط. فقر الدم

يوصف فقر الدم بانخفاض مستوى الهيموجلوبين في الدم. فالهيموجلوبين ضروري لنقل الأكسجين من الرئتين

إلى أنسجة وأعضاء الجسم الأخرى. وينتج فقر الدم عن نقص عنصر الحديد وحامض الفوليك وفيتامين B12 أو نقص بعض المغذيات الأخرى. ويعرف هذا النوع من فقر الدم على نطاق واسع بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد في الجسم وهو أحد أشكال نقص التغذية المنتشر عالمياً. ويمكن أن يكون فقر الدم ناتجاً أيضاً عن النزيف، والأمراض المزمنة، والمalaria والالتهاب الطفيلي أو أية اختلالات جينية.

إن فحص مستوى الهيموجلوبين في الدم هو الأسلوب الرئيسي لتشخيص فقر الدم. وقد تضمن مسح السكان والصحة الأسرية 2012 قياساً مباشراً لمستويات الهيموجلوبين للأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهراً، ولل سيدات اللاقي أعمارهن (15-49) سنة. وتم أخذ قياسات الهيموجلوبين ميدانياً باستخدام نظام قياس الهيموجلوبين (Hemo Cue).

وتم سحب عينة الدم عن طريق الأصبع الأوسط أو البنصر إلى داخل شريحة دقيقة شفافة تستخدم كأداة لجمع الدم. وبعد ذلك تم إدخال الشريحة بعد أن تمتلئ بالدم في حامل الكاشف الضوئي المتنقل الذي يشغل بواسطة البطارية. وفي أقل من دقيقة، يظهر تركز الهيموجلوبين على قارئة رقمية بالغرامات لكل ديسيلتر.

ويبين الجدول 14 مستويات فقر الدم للأطفال الذين أعمارهم 6-59 شهراً ولكافة السيدات اللاقي أعمارهن 15-49 سنة. ولقد تم تصنيف مستويات فقر الدم إلى فقر الدم الحاد والمعتدل والخفيف وذلك حسب المعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية. فالأطفال الذين لديهم أقل من 7.0 غم/ديسلتر من الهيموجلوبين لديهم فقر دم حاد،

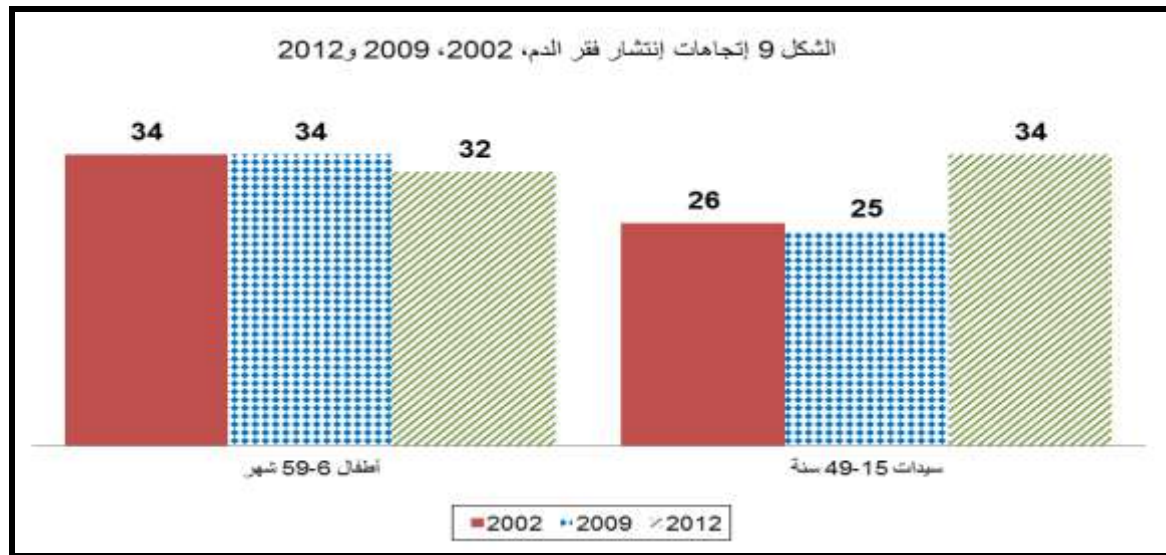
الجدول 14 نسبة الأطفال في العمر (6-59 شهراً) والسيدات (15-49 سنة) مصنّفين بأنهم مصابون بفقر الدم حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012

الخصائص الأساسية	أي نوع من فقر الدم	نسبة المصابين بفقر الدم			العدد
		فقر دم خفيف	فقر دم معتدل	فقر دم حاد	
الأطفال					
الإقامة					
الحضر	32.2	19.5	12.5	0.2	4,142
الريف	33.0	20.7	12.1	0.2	977
المحافظة					
العاصمة	34.2	22.2	12.0	0.0	1,738
البلقاء	37.5	20.4	16.0	1.1	341
الزرقاء	27.4	15.4	11.7	0.3	797
مأديا	24.6	16.9	7.5	0.2	138
اريد	34.2	21.0	13.0	0.2	960
المفرق	26.3	16.2	10.0	0.1	325
جرش	31.3	17.7	13.2	0.4	187
عجلون	37.2	21.4	15.6	0.2	131
الكرك	34.7	19.0	15.1	0.6	224
الطفيلة	21.9	15.9	5.7	0.3	87
معان	38.1	19.8	18.0	0.3	88
العقبة	28.6	17.8	10.5	0.2	104
الأقليم					
الوسط	32.4	20.0	12.2	0.2	3,014
الشمال	32.5	19.7	12.6	0.2	1,603
الجنوب	31.8	18.4	13.0	0.4	503
مناطق البادية					
البادية	39.3	23.5	15.8	0.0	420
غير البادية	31.7	19.4	12.1	0.2	4,700
مخيمات اللاجئين					
مخيمات	36.5	21.1	15.3	0.0	222
غير المخيمات	32.2	19.7	12.3	0.2	4,897
المجموع	32.4	19.7	12.4	0.2	5,119
السيدات					
الإقامة					
الحضر	33.3	26.3	6.6	0.3	8,798
الريف	34.4	25.2	8.9	0.3	1,936
المحافظة					
العاصمة	29.5	24.3	5.0	0.3	3,988
البلقاء	39.7	30.3	8.6	0.7	731
الزرقاء	38.4	28.8	9.1	0.4	1,494
مأديا	23.7	18.4	5.3	0.0	301
اريد	36.2	27.1	8.8	0.2	2,019
المفرق	30.4	22.8	7.5	0.1	557
جرش	35.1	27.5	7.6	0.0	333
عجلون	38.9	29.0	9.2	0.7	264
الكرك	35.6	29.4	6.0	0.2	459
الطفيلة	32.9	24.6	8.2	0.2	166
معان	30.3	22.7	7.4	0.1	189
العقبة	36.5	29.3	6.9	0.3	235
الأقليم					
الوسط	32.4	25.7	6.4	0.3	6,513
الشمال	35.3	26.6	8.5	0.2	3,173
الجنوب	34.4	27.4	6.8	0.2	1,048
مناطق البادية					
البادية	30.5	22.1	8.1	0.3	707
غير البادية	33.7	26.4	7.0	0.3	10,027
مخيمات اللاجئين					
مخيمات	33.8	26.3	7.1	0.5	403
غير المخيمات	33.4	26.1	7.0	0.3	10,331
المجموع	33.5	26.1	7.0	0.3	10,734

ملاحظة: يستند الجدول إلى الأطفال والسيدات الذين تواجدوا في المنزل الليلة السابقة للمقابلة. تم تعديل انتشار فقر الدم المبني على مستويات الهيموجلوبين بناءً على الارتفاع عن سطح البحر (للأطفال والسيدات) والتدخين (السيدات) باستخدام معادلات CDC (1998). وتم تصنيف السيدات والأطفال الذين لديهم أقل من 7.0 غم/ديسلتر من الهيموجلوبين بأنهم مصابون بفقر دم حاد، وتم تصنيف ممن لديهم 7.0-9.9 غم/ديسلتر من الهيموجلوبين بأن لديهم فقر معتدل، وتم تصنيف السيدات غير الحوامل اللاقي لديهم 10.0-11.9 غم/ديسلتر من الهيموجلوبين والأطفال والسيدات الحوامل الذين لديهم 10.0-10.9 غم/ديسلتر من الهيموجلوبين بأنهم مصابون بفقر دم خفيف.

والذين لديهم 7.0 – 9.9 غم/ديسليتر فإن لديهم فقر دم معتدل، في حين يكون فقر الدم خفيفاً للأطفال الذين لديهم 10.0 – 10.9 غم/ديسليتر. أما بالنسبة للسيدات، فقد تم تصنيف من لديهن مستوى من الهيموجلوبين أقل من 7.0 غم/ديسليتر على أنهن يعانين من فقر الدم الحاد، ومن لديهن 7.0 – 9.9 غم/ديسليتر يعانين من فقر الدم المعتدل. أما السيدات غير الحوامل ولديهن مستوى الهيموجلوبين 10.0 – 11.9 غم/ديسليتر والسيدات الحوامل اللاتي لديهن مستوى 10.0 – 10.9 غم/ديسليتر فقد اعتبرن بأنهن يعانين من فقر الدم الخفيف.

إن فقر الدم من الأمراض الشائعة بين الأطفال في الأردن، حيث أن واحداً من كل ثلاثة أطفال يعاني من فقر الدم (32%). ويعاني معظم الأطفال الذين لديهم فقر الدم من فقر دم خفيف (20% من جميع الأطفال). في حين يعاني (12% من الأطفال) من فقر دم معتدل، مقابل وجود نسبة ضئيلة ممن يعانون من فقر الدم الحاد. ويعتبر انتشار فقر الدم بين الأطفال أعلى في البادية منه في مناطق غير البادية (39% مقابل 32%) وتزداد النسبة بشكل طفيف في المخيمات مقارنة مع غير المخيمات (37% مقابل 32%) ويختلف انتشار فقر الدم حسب المحافظة، حيث يتراوح ما بين (22%) في محافظة الطفيلة إلى (38%) في محافظتي معان والبلقاء.



كما أن فقر الدم أيضاً من الأمراض الشائعة بين السيدات في الأردن، حيث أن ثلث السيدات (34%) يعانين من فقر الدم، ومعظمهن مصابات بفقر دم خفيف (26% من جميع السيدات)، بينما تعاني (7%) من السيدات من فقر دم معتدل ونسبة ضئيلة لديهن فقر دم حاد.

ويتراوح انتشار فقر الدم بين نسبة منخفضة (24%) من السيدات في محافظة مادبا إلى نسبة مرتفعة (40%) من السيدات في محافظة البلقاء. كما أن الاختلافات في انتشار فقر الدم بين السيدات حسب الخصائص الأساسية الأخرى قليلة. وقد زاد انتشار فقر الدم خلال العقد الماضي من (26%) لجميع السيدات في عام 2002 إلى (34%) في عام 2012، وتبدو هذه الزيادة بين جميع السيدات في الأقاليم الثلاثة.

ي. المعرفة بالإيدز

تضمن مسح السكان والصحة الأسرية 2012 سلسلة من الأسئلة موجهة للسيدات للتعرف على مدى معرفتهن بمرض الإيدز ومعرفتهن بوسائل انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV). بالإضافة إلى سؤال السيدات عما إذا كن يعرفن طرق الوقاية من انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة.

وتشير النتائج إلى أن 99% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة قد سمعن عن الإيدز. وعلاوة على ذلك، فإن مستوى المعرفة كان مرتفعاً جداً (95%) حسب الخصائص الأساسية للسيدات، ما عدا السيدات غير المتعلّقات، حيث أن 89% منهن فقط سمعن عن الإيدز.

ويشير الجدول 15 إلى أن أكثر من نصف السيدات اللاتي سبق لهن الزواج (58%) يعرفن أن استعمال الواقي الذكري هو وسيلة لمنع انتشار فيروس نقص المناعة. وأن حوالي ثلثي سيدات من كل عشرة (81%) يعرفن بأن اقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد مخلص وغير مصاب بفيروس نقص المناعة يقلل من فرص الإصابة بالمرض. وبشكل عام، فإن حوالي 52% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج على معرفة بهاتين الطريقتين للوقاية من الإصابة بالمرض. وتعتبر المعرفة بطرق الوقاية من المرض الأدنى بين السيدات غير المتعلّقات حيث أن (34%) من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج غير المتعلّقات يعرفن أن استعمال الواقي الذكري يحمي من الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة و53% فقط يعرفن بأن اقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد يمكن أن يقلل من فرص الإصابة بالفيروس المسبب للإيدز.

الجدول 15 نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج (15-49 سنة) واللاتي أجبن بأنه من الممكن تقليل مخاطر الإصابة بفيروس الإيدز باستخدام الواقي الذكري واقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد غير مصاب حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012					
نسبة السيدات اللاتي يعتقدن بإمكانية الوقاية من فيروس الإيدز بالطرق التالية					
الخصائص الأساسية	استخدام الواقي الذكري ¹	اقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد غير مصاب ²	استخدام الواقي الذكري واقتصار المعاشرة الجنسية على شريك واحد غير مصاب ^{1,2}	عدد السيدات	
العمر					
24-15	56.5	79.9	48.3	1,485	
19-15	51.5	70.2	40.5	278	
24-20	57.6	82.1	50.1	1,207	
29-25	59.4	81.0	51.6	2,006	
39-30	59.6	82.8	54.3	4,234	
49-40	56.7	78.8	49.3	3,626	
الحالة الزوجية					
متزوجة	58.6	81.1	51.9	10,801	
مطلقة/ منفصلة / ارملة	51.6	75.2	43.7	551	
مكان الإقامة					
الحضر	58.5	80.8	51.3	9,458	
الريف	57.1	81.2	52.5	1,894	
المحافظة					
العاصمة	55.6	77.2	47.0	4,454	
البلقاء	61.8	83.8	56.9	765	
الزرقاء	61.2	80.8	54.0	1,659	
مادبا	61.8	80.5	54.1	303	
اربيد	57.6	85.4	52.3	1,986	
المفرق	57.8	85.4	54.2	562	
جرش	61.5	88.2	58.2	320	
عجلون	59.6	91.0	56.2	251	
الكرك	60.4	75.6	54.4	441	
الطفيلة	65.0	78.6	59.1	167	
معان	55.4	73.0	48.8	178	
العقبة	63.0	86.6	59.2	265	
الأقليم					
الوسط	57.8	78.9	50.0	7,181	
الشمال	58.2	86.2	53.6	3,120	
الجنوب	61.0	78.4	55.4	1,051	
مناطق البادية					
البادية	49.2	74.3	44.6	705	
غير البادية	58.8	81.3	51.9	10,647	
مخيمات اللاجئين					
المخيمات	55.3	80.2	49.7	413	
غير المخيمات	58.3	80.9	51.5	10,939	
المستوى التعليمي					
غير متعلمة	33.6	52.9	30.2	267	
ابتدائي	45.5	65.0	37.8	860	
اعدادي	52.6	75.8	44.7	1,677	
ثانوي	58.6	82.2	51.3	5,073	
أعلى من الثانوي	65.5	87.4	60.0	3,475	
المجموع 49-15	58.2	80.8	51.5	11,352	

¹ استخدام الواقي الذكري في كل مرة من مرات المعاشرة الجنسية

² شريك واحد ليس له شركاء آخرين

ك. تسجيل الولادات

هي عبارة عن كتابة بيانات المولود في سجل خاص لدى مكتب التسجيل. ويتم إصدار شهادة ولادة في حينه أو بعد ذلك كإثبات لعملية تسجيل المولود. وتسجيل المولود ضروري لتأكيد الحالة القانونية للطفل وبالتالي الحقوق الأساسية والخدمات. (صندوق الأمم المتحدة للطفولة 2002). وتضمنت استمارة مسح السكان والصحة الأسرية 2012 لأول مرة في سلسلة المسوح المتعلقة بالسكان والصحة الأسرية على سؤال لكل الأطفال دون الخامسة من العمر عما إذا كان الطفل قد حصل على شهادة ميلاد أم لا.

ويبين الجدول 16 النسبة المئوية للأطفال دون الخامسة من العمر الذين لديهم شهادات ولادة مسجلة رسمياً (أي: لديهم شهادة ولادة). وتشير البيانات إلى أن 99% من الأطفال في الأردن لديهم شهادات ميلاد وأن نسبة ضئيلة فقط من المواليد لم يسجلوا.

ويتضح أن نسبة الأطفال الذين لديهم شهادات ميلاد أعلى من 97% في كافة الفئات. وفي الحقيقة، كانت محافظة الطفيلة هي المحافظة الوحيدة التي تقل فيها نسبة الأطفال الذين لديهم شهادات ميلاد وبناءً عليه، فإن الاختلافات في تسجيل الولادات حسب الخصائص الأساسية قليلة جداً.

جدول 16 نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيل ولادتهم لدى السلطات المدنية (دائرة الأحوال المدنية والجوزات) حسب الخصائص الأساسية، الأردن 2012		
الخصائص الأساسية	نسبة التسجيل	عدد الأطفال
العمر		
>2	98.0	3,541
2-4	99.7	5,796
الجنس		
ذكر	99.3	4,870
أنثى	98.8	4,468
مكان الإقامة		
الحضر	99.0	7,546
الريف	99.5	1,792
المحافظة		
العاصمة	99.0	3,292
البلقاء	99.7	691
الزرقاء	99.7	1,407
مادبا	99.1	276
ارد	98.6	1,648
المفرق	98.6	558
جرش	99.1	323
عجلون	99.7	223
الكرك	99.1	399
الطفيلة	97.9	152
معان	99.2	166
العقبة	99.0	204
الأقليم		
الوسط	99.3	5,665
الشمال	98.7	2,751
الجنوب	98.9	921
مناطق البادية		
البادية	98.9	748
غير البادية	99.1	8,590
مخيمات اللاجئين		
المخيمات	99.6	382
غير المخيمات	99.0	8,956
المجموع	99.1	9,338

Centers for Disease Control and Prevention. 1998. *Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States*. Atlanta, GA: CDC.

Ministry of Health. 2011. *National Micronutrient Survey Jordan 2010*. Amman: Ministry of Health

World Health Organization (WHO) Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and Development*. Geneva, Switzerland: WHO.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2006. *Child protection information sheets*. New York: UNICEF.

United Nations General Assembly. 2002. *Building a World Fit for Children: The United Nations General Assembly Special Session on Children, 8-10 May, 2002*. New York: United Nations.