

فرص حصول المرأة الأردنية على المشورة حول تنظيم

إيمان صالح بنى مفرج

الأردن، عمان

ebnymfarej@yahoo.com

الملخص

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي حددت التباينات في التعرض للمشورة حول تنظيم وضياع فرص الحصول عليها، وقد اختبرت هذه التباينات إحصائياً وتم الكشف عن الشرائح السكانية ذات الأولوية في احتياجها للمعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة. وقد تم ذلك من خلال تحليل متعمق لبيانات من مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2012 الذي ينتمي للمشروع العالمي للمسوح الديموغرافية والصحية، وتم حتى اليوم تنفيذ أكثر من 300 مسح من هذا النوع في أكثر من 90 دولة في العالم، وقد تم تنفيذ ستة مسوح منها في الأردن.

تناولت هذه الدراسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج وتعرضن للمشورة حول تنظيم الأسرة والفرص الضائعة للتعرض لها، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية وتحليل الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات (analysis Logistic regression). وقد أظهرت النتائج أن أكثر من ثلثهن لم يتعرضن لمشورة حول تنظيم الأسرة في العام السابق للمسح، وكان لعمر المرأة وعملها تأثيراً عكسيّاً على تعرّضها للمشورة، بينما كان لعدد المواليد تأثيراً إيجابياً. أما فيما يتعلق بالفرص الضائعة للحصول على المشورة، فإن أربع من بين خمس سيدات تضيّع عليهن هذه الفرص رغم وجودهن في مرافق خدمي عند فقدان الحمل أو الولادة أو خلال فترة النفاس. كما وتبين أن عدد المواليد وجنسهم هو العامل الأكثر تأثيراً في احتمالات تحقق هذه الفرص أو ضياعها، حيث ترتفع احتمالات تحقق هذه الفرص لدى النساء الأكثر أطفالاً ولكن تقل لدى اللواتي الأكثر بناتاً والأكبر عمرًا منهن في نهاية حياتهن مقارنة بمن هن دون سن 20 سنة.

الكلمات الدالة: الزيادة السكانية؛ معدل الانجاب؛ تغيير السلوك؛ الصحة الانجابية

Opportunities for Jordanian women to receive advice about organizing Iman Saleh Bani Mafraj

Abstract :

This study (which is one of the few studies in this area) has identified the variations in exposure to counseling and the chances of its loss. These variations are tested statistically and reveal the priority segments of the population in their need to have knowledge of family planning methods. In-depth analysis of the Household Demographic and Health Survey 2012 data - which is part of a global project on demographic and health surveys - (more than 300 survey of this kind in more than 90 countries in the world, including six surveys in Jordan have been implemented to date) using the statistical and descriptive analysis of multiple logistic regression have tackled the subject of (exposure of the ever-married women for counseling on family planning and lost opportunities of this exposure). The results showed that more than one-third of them had not been exposed to counseling on family planning in the year preceding the survey. The woman's age and her work had adverse impact on their exposure to counseling, while the number of births had a positive impact. As for the lost opportunities to obtain counseling, it is noted that four out of five women lose these opportunities despite their presence in a service facility during miscarriage, birth or postpartum period. It was evident that the number of births and their sex is the most influential factor in the prospects of receiving or losing these opportunities, noting that the prospects of receiving these opportunities for women with greater number of children, while the ratio decreases in case of women with more daughters and older age compared to those who are under the age of 20 years.

Key words: Population growth; reproduction rate; behavior change; reproductive health.

مقدمة

تعد الزيادة السكانية مشكلة عالمية وتحدّ كبير يواجه دول العالم النامي على وجه الخصوص، وفي ظل الزيادة في عدد سكان العالم والتي سوف تصل إلى نحو تسعه بلايين على الأقل عام 2050 حسب توقعات قسم السكان في الأمم المتحدة، وسيترتب على ذلك تحديات إقتصادية واجتماعية وبيئية عديدة. ولما كانت الزيادة السكانية مشكلة اجتماعية في الدرجة الأولى وتمثل خطراً جسيماً يهدد الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع، لذلك تبرز أهمية تنظيم الأسرة كأحد الحلول المطروحة لهذه المشكلة. وتعد المشورة حول تنظيم الأسرة أحد المرتكزات

الأساسية لتعزيز صحة الأم والطفل وخفض سرعة الزيادة السكانية، حيث تلعب دوراً هاماً في تبادل المعلومات وتوضيحها وتغيير المواقف والسلوك؛ وتأتي أهميتها كأحدى وسائل الإتصال الفعالة التي من خلالها يمكن تحقيق الغايات والأهداف المخطط لها، وتُعرف المشورة بأنها عملية الإتصال الشخصي بين من يقدم الخدمة والمنتفع/المنتقعة أو طالب الخدمة، (المجلس الأعلى للسكان، الفرصة السكانية في الأردن - وثيقة السياسات ، 2009).

وقد أشارت العديد من نتائج الدراسات السابقة؛ كدراسة (Holl Karen, 1993) والدراسة التي نفذها المجلس الأعلى للسكان تحت عنوان قضايا السكان والصحة الانجابية في الصحف اليومية الأردنية، دراسة تحليلية تتبعية (المجلس الأعلى للسكان، 2010) ودراسة (المصاروة، 2013)؛ وبوضوح إلى أهمية دور التعرض للمشورة في التأثير على المعرفة والآراء والسلوك، كما وأشارت بعض الدراسات السابقة كذلك، إلى أن هناك إرتباطاً كبيراً بين عدد مرات التعرض والتغير في المعتقدات الإجتماعية. (فوزي وحجازي، 2013).

وبما أن للمشورة دوراً أساسياً ورائداً في تغيير الأنماط السلوكية لدى النساء وفي مواقفهن نحو الممارسات الصحية، ونحو السعي للحصول على الرعاية الصحية عامة وتنظيم الأسرة بشقيها المعلوماتي والخدمي خاصه؛ فإنه يتطلب قبل كل شيء أن تقوم بإستقصاء مدى توفر هذه الخدمة، والتأكد من وجود فرص متاحة للنساء يمكن من خلالها الحصول على المعلومات الصحية الصحيحة. فالمعرفة غير المتحيزه هي المرحلة الأولى من مراحل تغيير السلوك المبني على الاختيار القائم على المعلومة، وقد نص برنامج العمل الذي صدر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، 1994) على أن الوصول إلى المعلومة والخدمة هي من الحقوق التي كفلتها المواثيق الدولية، وأقرتها برامج العمل الدولية المتعلقة بالحقوق الإنجابية، ولتحقيق الفوائد المرجوة من تنظيم الأسرة؛ لا بد من العمل على زيادة استعمال خدماتها ووسائلها من خلال استثمار ما هو متاح من فرص الحصول على معلومات كافية عنها أولاً، ومن ثم الكشف عن الفجوات والنواقص في كافة جوانبها ثانياً.

وبما أن الإنجاب هو العنصر الأهم والأكثر تأثيراً في تحديد حجم السكان وسرعة نموهم وتركيبهم العمري الحالي والمستقبلبي، كما ويلعب دوراً أساسياً في تحديد معدلات التزايد السكاني في المجتمع، ويحدد طبيعة البنية العمرية للسكان، ويسهم في تباين مستويات الإعالة وفرص خروج الأم للعمل خارج البيت (مصالوة، 2013). كما أن تزايد الإجماع بين الباحثين والمعنيين والمهتمين ببرامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن (مصالوة، 2013) و(المجلس الأعلى للسكان، الفرصة السكانية في الأردن - وثيقة السياسات ، 2009)، على أن خدمات المشورة الإنجابية هي الحلقة الأضعف في برامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن، أصبحت الحاجة ملحة لتحديد بعض الأبواب الموصدة في وجه المشورة

الإنجابية، مما قد يسهم في مساعدة الجهات المعنية للعمل على زيادة الإستفادة من تلك الوسائل الداعمة لزيادة الوعي المجتمعي حول تنظيم الأسرة.

مشكلة الدراسة وأهميتها

تعتبر الإستفادة من الوسائل الداعمة لزيادة الوعي المجتمعي حول تنظيم الأسرة والتي تتمثل بالمشورة والإرشاد والتنقيف الصحي حول قضايا تنظيم الأسرة أمرا هاما في مساعدة الأزواج على بلوغ العدد الذي يطمحون إليه من الأبناء، وتنظيم التباعد المرغوب فيه بينهم، على اعتبار أن الوصول إلى المعلومة والخدمة هي من الحقوق التي كفلتها المواثيق الدولية، وأقرتها برامج العمل الدولية المتعلقة بالحقوق الإنجابية، الأمر الذي دفع الباحثة لتناول هذه القضية، لتسلط الضوء على بعض العلامات البارزة والفارقة في التحليل السوسيولوجي لهذه القضية، بغية تحديد بعض الأبواب الموصدة في وجه المشورة الإنجابية، مما قد يسهم في مساعدة الجهات المعنية للعمل على زيادة الإستفادة من تلك الوسائل الداعمة لزيادة الوعي المجتمعي حول تنظيم الأسرة، والتي تتمثل بالمشورة والإرشاد والتنقيف الصحي حول قضايا تنظيم الأسرة. وعليه فإن اشكالية الدراسة تتلخص في تقييم فرص المشورة المتاحة أمام النساء اللاتي سبق لهن الزواج في الأردن فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

أهداف الدراسة

يتمثل الهدف الأساسي للدراسة في تقييم مدى تعرض المرأة الأردنية لمعلومات عن تنظيم الأسرة أثناء احتكاكها مع مقدمي الخدمات الصحية والتنقيفية والإرشادية إن وجدت، أو عند زيارتها للمرافق الصحية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة، من خلال اللجوء إلى المنهجيات الملائمة وينبع عن هذا الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية:

1. التعرف على مدى توفر المشورة حول تنظيم الأسرة في المرافق الصحية في المملكة.
2. تحديد موقع الفرص المهدرة وغير المستغلة للحصول على المشورة حول تنظيم الأسرة.
3. التعرف على مستوى التباين في الفرص الضائعة للحصول على المشورة بين المجموعات السكانية حسب خصائص السيدات من جهة، واختبار معنوية هذه التباينات إحصائياً من جهة أخرى.

أسئلة الدراسة

تسعى الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما مدى تعرض السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وهن في سن الانجاب في الأردن لمشورة حول تنظيم الأسرة؟
2. هل توجد فرص ضائعة لحصول السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وهن في سن الانجاب في الأردن على مشورة حول تنظيم الأسرة؟
3. ما هي مستويات التباين في الفرص الضائعة لحصول السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وهن في سن الانجاب في الأردن على مشورة حول تنظيم الأسرة حسب خصائص السيدات؟

فرضيات الدراسة

1. هناك علاقات وتأثيرات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين حالة تعرض السيدة للمشورة حول تنظيم الأسرة والخصائص الأساسية للسيدة ومكان اقامتها.
2. هناك علاقات وتأثيرات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 5% بين فرص حصول السيدة على مشورة حول تنظيم الأسرة والخصائص الأساسية للسيدة ومكان اقامتها.

الدراسات السابقة

في دراسة قام بها المصاروه (2013) بعنوان "المحددات المباشرة لاستقرار مستويات الإنجاب في الأردن 2002-2009" والتي استعانت ببيانات من مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعامي 2002 و2009؛ حيث هدفت الدراسة للكشف عن الأسباب المباشرة التي وقفت وراء استقرار مستويات الإنجاب في الأردن خلال هذه الفترة. وقد أظهرت النتائج أن ارتفاع نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة لم يكن كافياً ليوازن التأثير الموجب لارتفاع الذي حصل في نسبة المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب، إذ إن الارتفاع قد حصل في استعمال الوسائل التقليدية القليلة الفعالية وليس الحديثة منها. وأن نسبة الولادات المتقاربة جداً لم تتغير (33%) تقريباً. وبناء على نتائج هذه الدراسة؛ فقد أوصت بضرورة القيام بالمدخل البرامجية التي تركز على تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة باستعمال مدخل الإتصال بالمتزوجين من خلال المشورة غير المتحيز والمبنية على المعلومات الموثوقة، ويطلب هذا المدخل الاعتراف بالمشورة باعتبارها خدمة أساسية ومهنية ضرورية بحد ذاتها، لها من يزاولها متفرغاً من أجل توافر المعلومة الصحيحة والخيار المناسب للمتزوجين في الوقت المناسب، الأمر الذي يستلزم توافر كل متطلبات هذا الاعتراف، بما في ذلك النظر في توظيف وتدريب عاملات اجتماعيات أو مختصات في الإتصال إذا تعذر وجود عدد كافٍ من

الكوادر الطبية. كما وأوصت الدراسة بضرورة اللجوء إلى المشورة لرفع نسبة استعمال الموانع الحديثة للحمل بتشجيع المستعملين حالياً للموانع التقليدية التي شهدت ارتفاعاً حسب ما بينته الدراسة والراغبون في استعمالها بالتحول نحو الوسائل الحديثة، واللجوء إلى المشورة لخفض معدلات التوقف عن استعمال موانع الحمل، والوصول بالمشورة إلى الأزواج الراغبين في تأجيل الحمل أو التوقف عن الإنجاب ولكنهم لا يستعملون حالياً أي وسيلة للوقاية من الحمل، وقيام الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين بدور أكبر في تقديم خدمات تنظيم الأسرة، إذ أظهرت بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009 أن دورها غير مناسب مع امكاناتها، واستندت الدراسة في منهجياتها على أسلوب المتغيرات أو المحددات المباشرة، ويعتمد هذا الأسلوب أساساً على الإطار النظري المعروف باسم "المتغيرات الوسيطة".

وبينت دراسة أجراها دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماкро عام 2013 أنه لا بد من تقديم المشورة حول تنظيم الأسرة وشرح فوائده للأزواج عن طريق استغلال الفرص العديدة الضائعة والتي من أهمها: عند الفحص الطبي قبل الزواج وعقد القران وتسجيله لنتقيق المقبولين على الزواج عن تنظيم الأسرة قبل الزواج، وخلال فترة الحمل، ولحظة الولادة (دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماкро، 2013)

وفي دراسة قام بها أيمن صوالحة، وكامل المنسي (صوالحة والمنسي، 2005) بعنوان "مشاركة الرجل في قضايا الصحة الإنجابية في الضفة الغربية" والتي هدفت إلى التعرف على مواقف الرجل نحو الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؛ للإستفادة منها في السياسات والاستراتيجيات والبرامج المستقبلية، وزيادةوعي الرجل ومشاركته في برامج تنظيم الأسرة، وإيقاعه في صناعة القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة، والكشف عن المشاكل والمعوقات التي تحول دون انخراطه ومشاركته في موضوع تنظيم الأسرة. وفي أهم نتائج الدراسة أن نسبة من اهتم ببرامج تنظيم الأسرة ويتبعها على الراديو أو التلفاز من أصحاب الشهادات العليا (47.3%)، ومن الحاصلين على الابتدائية وما دون ومن الأميين يتبعها ما نسبته (25.0%). وفي دراسة قام بها مصاروه (مصاروه، 2008) تناولت هذه الدراسة قضيتيين مترابطين هما؛ التحديات والمعيقات التي تقف أمام السياسة السكانية في المجتمع الأردني، وكان الهدف من هذه الدراسة إعلام واضعي السياسات ومتخذى القرار ومقدمي الخدمات بالتحديات والمعيقات الخاصة بالسياسة السكانية وسياسات الصحة الانجابية، لكسب مؤازرتهم وحثهم على القيام باصلاح السياسات الاجرائية بما يكفل إزالة تلك المعيقات، وتوصلت الدراسة إلى أن أحد أهم المعيقات كانت تتمثل في تعدد الفرص الضائعة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة، ويشكل هذا المعيق محط اهتمام هذه الدراسة. هذا وتوصلت دراسة قام بها المجلس الأعلى للسكان

(المجلس الأعلى للسكان، 2013) عن تأثير النمو السكاني على التنمية بما في ذلك القطاع الصحي، إلى ضرورة قيام وزارة الصحة والجهات ذات العلاقة بإظهار التزام أعلى و توفير دعم متزايد لخطط تنظيم الأسرة لتعزيز استخدام خدماته بشكل أكثر فعالية عن طريق عدة بنود للعمل، منها تحسين جودة الخدمات الصحية وخدمة المشورة في مجال تنظيم الأسرة والاستجابة والتركيز على الحاجة غير الملبة للسكان وتذليل المعوقات التي تواجه تنفيذ السياسات المؤدية إلى تنظيم الأسرة.

وقد قام المجلس الأعلى للسكان بالتعاون مع وزارة الصحة بتنفيذ عدد من الدراسات ضمن مشروع إماج صحة وتمكين المرأة في إقليم الجنوب (المجلس الأعلى للسكان، 2011: أ)، حيث أوصت إحدى هذه الدراسات المعروفة "معالجة ثبات معدل استخدام تنظيم الأسرة في الأردن من خلال التمكين الذاتي" بتدريب مقدمي الرعاية الصحية على التمكين الذاتي كجزء من الحزمة التدريبية حول تنظيم الأسرة من أجل الإستفادة من المعلومات المكتسبة عند تقديم المشورة والنصائح أثناء الزيارات المنزلية والتدريب. كما أظهرت نتائج دراسة أخرى لنفس المشروع والتي كانت بعنوان "الزيارات المنزلية كوسيلة للتغيير السلوك في استخدام وسائل منع الحمل بين النساء في المجتمعات الريفية في الأردن"، أن النساء في المناطق الريفية في الجنوب زاد استخدامهن لوسائل تجنب الحمل بعد الزيارات المنزلية كإحدى طرق المشورة (المجلس الأعلى للسكان، 2011: ب).

وأجرى تيل وروم (Teal Romer, 2013) مراجعة حديثة للدراسات السابقة للتعرف على نسبة الوعي بين الشباب ذكوراً وإناثاً حول وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة داخل الرحم وطويلة الأجل، وبيّنت تلك المراجعة بأن الاعتقاد السائد قبل أربعين عاماً بين الشباب بأن استخدام هذه الوسائل يسبب العقم الدائم، ولكن في السنوات الأخيرة وبعد زيادة حملات التوعية، إزداد الوعي بين النساء في سن الشباب عن هذه الوسائل وببدأ استخدامها يزداد تدريجياً، وأصبحن يتوجهن نحو استخدام الوسائل طويلة المدى لأن فعاليتها أعلى ولا يتطلب استخدامها جهد كبيراً ولا تتأثر بعامل النسيان، كما أن فشل استخدام الوسائل الأخرى كالحبوب والعازل زاد من الاقبال على استخدام تلك الوسائل.

وهذا ما أشارت إليه دراسة فريديمان (Freedman, 1990) والتي تناولت برامج تنظيم الأسرة في العالم الثالث، حيث أشارت إلى أن برامج تنظيم الأسرة في الهند لم تفشل ولكن الهدف والطموح المرجو تحقيقه من تلك البرامج كان أعلى من الممكن، وأن تلك البرامج ركزت فقط على استخدام الوسائل التي يعتقد أفراد المجتمع بأنها تسبب العقم، كما أن هذه البرامج تتعرض لتعديلات كبيرة وبشكل مستمر، ولا تلامس واقع الحياة وخاصة في المناطق الريفية؛ لذلك كانت النتائج دون المستوى المطلوب بخلاف البرامج في أندونيسيا والصين.

أما تيتا وأخرون (Tita et al, 2005) فقد هدفت دراستهم لقياس مستوى الوعي والاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين العاملين في مراكز الصحة الإنجابية، وقد بينت نتائج الدراسة بأن نسبة الوعي عند هذه الفئة كانت أدنى من المستوى المطلوب، وأن العاملين في المجال الطبي أنفسهم بحاجة إلى زيادة في الوعي والتدريب. وهذا ما أكدته دراسة مدیني وأخرون (Madeni et al, 2011) والتي بينت أن البرامج التوعوية تزيد من الوعي عند الفئات المستهدفة، ولكنها ليس بالضرورة أن تعكس تأثيراتها في السلوك واتخاذ القرار بين الذكور والإإناث على حد سواء.

مجتمع الدراسة

تمثل مجتمع هذه الدراسة بالنساء الأردنيات الالتي سبق لهن الزواج (15-49 سنة) والذي اعتمد على مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2012 والمكون من استمارتين هما: إستمارة الأسرة المختارة وإستمارة السيدة المؤهلة.

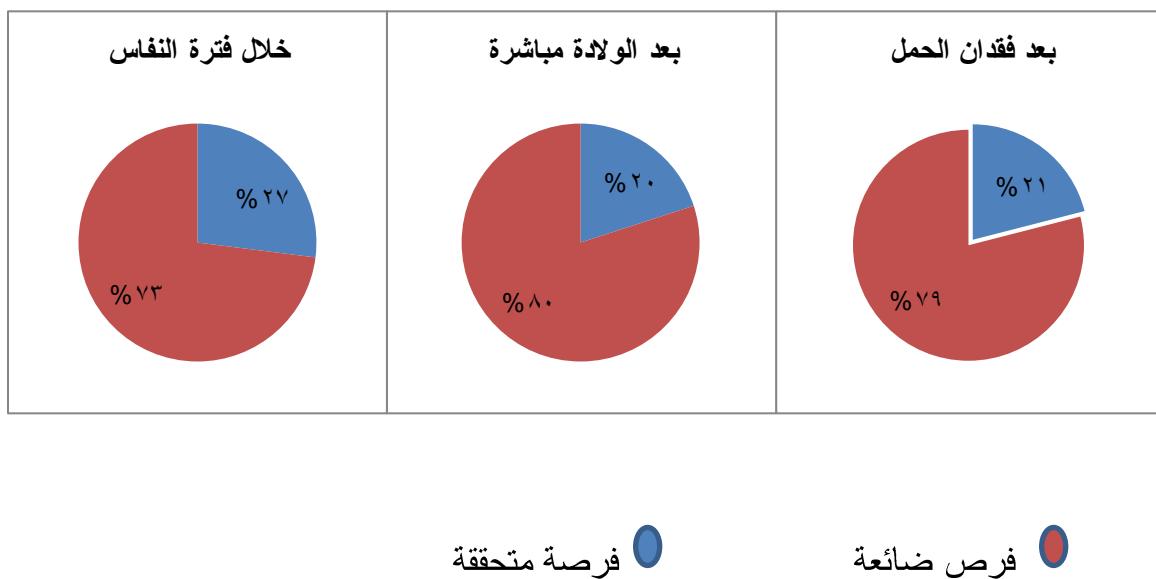
منهجية الدراسة

استعملت هذه الدراسة الأساليب الإحصائية الوصفية، كما تم حساب معاملات الارتباط ونسب الارتباط بين مؤشرات التنبؤ لقياس درجة الارتباط بينها، وللكشف عن وجود مشكلة الارتباط المتعدد بين مؤشرات التنبؤ المفسرة نفسها، وكذلك بإجراء تقدير لمعاملات الإنحدار للسيدة التي تعرضت للمشورة والتي لم تتعرض لها بالاعتماد على مجموعة من مؤشرات التنبؤ المفسرة وعلى مستوى المملكة ككل، وذلك باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي (Logistic Regression Model). كما وتم أيضا تقدير معاملات الإنحدار للسيدة التي تحقت لها فرصة للمشورة حول تنظيم الأسرة والسيدة التي صاعت عليها تلك الفرصة بالاعتماد أيضا على مجموعة من مؤشرات التنبؤ المفسرة.

النتائج الرئيسية

أظهرت نتائج الدراسة أن ثلثي السيدات (67%) لم يتعرضن للمشورة حول تنظيم الأسرة، وتركزت نسب عدم التعرض للمشورة بين السيدات الأصغر سنًا (15-20) سنة والسيدات الأكبر سنًا (40-49) سنة والأقل تعليماً والسيدات الالتي بلا أطفال والالتي يعملن، والسيدات الواتي ليس لديهن مواليد كن الأقل تعرضاً للمشورة (88%), في حين أن ثلثي السيدات الواتي لديهن 5 أطفال فأكثر لم يتعرضن للمشورة.

كما وكشفت الدراسة الحالية عن وجود عدة فرص لحصول السيدات على مشورة حول تنظيم الأسرة (أنظر الشكل 1) ولكنها ضاعت دون استغلال لأسباب تعود للسيدات أنفسهن أو لمقدمي الخدمة أو طبيعة المرفق الصحي الذي ترددن عليه أو إلى السياسات الإجرائية الخدمية المتبعة في المرافق الصحية. كما وكشفت الدراسة عن أول الفرص الضائعة التي تحدث للسيدات، وكانت تلك التي تكون بعد فقدان الحمل الذي انتهى بعملية إجهاض أو إسقاط أو إنجاب مولود ميت، وثاني هذه الفرص تأتي بعد الولادة مباشرة وقبل خروج الأم من المرفق الصحي الذي ولدت فيه، والفرصة الضائعة الأخيرة تقع أثناء فترة النفاس (6-8 أسابيع بعد الولادة) والتي قد تذهب السيدة خلالها لمراجعة في المرافق الصحية للإطمئنان عن صحتها وصحة مولودها وتلقيه المطاعيم المقررة، والشكل 1 يوضح النتائج المتعلقة بهذه الفرص الثلاثة الضائعة.



الشكل 1: الفرص الضائعة للحصول على المشورة حول تنظيم الأسرة، 2012

النتائج المتعلقة بالفرص الثلاثة الضائعة

أولاً: بعد فقدان الحمل

إن أول أشكال الفرص الضائعة لتلقي السيدات للمشورة تأتي أثناء تواجدهن في المرفق الصحي بعد أن تعرضن لعملية إجهاض أو إسقاط للجنين أو إنجاب مولود ميت، وبينت النتائج حسب الجدول (1) أن حوالي أربع من بين خمس سيدات من اللاتي زرن مرافق صحي لتلقي رعاية صحية في مثل هذه الواقعات الثلاث، ضاعت عليهن فرصة الحصول على مشورة عن تنظيم الأسرة مقابل سيدة واحدة فقط منهن تحافت لها مثل هذه الفرصة، وبحسب العمر وجد

أن السيدات الأكبر سناً (49-40) سنة كن أكثر حظاً لتحقيق هذه الفرصة، أما من حيث المستوى التعليمي فإن السيدات الأكثر تعليماً قد ضاعت عليهن فرصة المشورة أكثر من غيرهن من المتعلمات، في حين أن غالبية غير المتعلمات قد ضاعت عليهن فرصة المشورة بنسبة وصلت إلى حوالي 90%， ويلاحظ من النتائج أيضاً أنه كلما ازداد عدد المواليد تحققت فرص المشورة بنسب أعلى. كما أن النساء اللواتي لا يعملن خارج المنزل كانت فرصة حصولهن على المشورة أوفر من العاملات.

الجدول 1. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة وتعرضن لاجهاض أو اسقاط أو إنجاب مولود ميت وزرن مرفق صحي خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب فرص المشورة

والخصائص الأساسية للسيدات، 2012

فرص المشورة			الخصائص الأساسية
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
الفئات العمرية			
18	84.3	15.7	19-15
531	79.0	21.0	29-20
592	80.6	19.4	39-30
184	75.1	24.9	49-40
المستوى التعليمي			
14	90.1	9.9	غير متعلمة
71	65.7	34.3	ابتدائي
208	78.9	21.1	اعدادي
619	79.8	20.2	ثانوي
413	80.7	19.3	أعلى من ثانوي
العلاقة بقوة العمل			
222	83.6	16.4	تعمل
1102	78.4	21.6	لا تعمل
عدد المواليد			
541	82.2	17.8	2-1
462	78.3	21.7	4-3
322	75.7	24.3	+5
1324	79.3	20.7	المجموع

وأظهرت النتائج ضياع فرص المشورة للسيدات الريفيات بعد عمليات الاجهاض أو الاسقاط أو إنجاب مولود ميت أكثر من الحضريات بفارق حوالي 4 نقاط مئوية، وكانت نساء إقليم

الشمال أقل حظا في الحصول على هذه الفرصة، وحسب ما يظهره الجدول رقم (2) لا توجد فروق كبيرة بين من يقطن في البادية ومن يقطن خارجها (3 نقاط مئوية)، كما يلاحظ فارق حوالي 12 نقطة مئوية في ضياع الفرص بين المخيمات والمقيمات خارجها لصالح من يسكن في المخيمات، وهذا قد يعود إلى الاهتمام الكبير والبرامج الفعالة التي تقدمها وكالة غوث اللاجئين والحكومة داخل مخيمات اللاجئين.

الجدول 2. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة وتعرضن لإجهاض أو إسقاط أو إنجاب مولود ميت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح وزرن مرفق صحي حسب

فرص المشورة

ومكان الإقامة، 2012

فرص المشورة			مكان الإقامة
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
حضر_ ريف			
1111	78.6	21.4	الحضر
214	82.7	17.3	الريف
المخيمات			
51	68.1	31.9	المخيمات
1274	79.7	20.3	غير المخيمات
منطقة البادية			
77	76.6	23.4	البادية
1248	79.4	20.6	غير البادية
الأقاليم			
829	78.6	21.4	الوسط
387	80.6	19.4	الشمال
109	79.3	20.7	الجنوب
المجموع	79.3	20.7	

ثانياً: بعد الولادة مباشرة

تحصل جميع الولادات تقريباً في الأردن داخل المستشفى؛ لذا تقع الفرصة الثانية للسيدات للحصول على مشورة عقب الولادة مباشرة وقبل خروجهن من المستشفى وهي فرصة ذهبية بالنسبة لهن ولمقدمي هذه الخدمة على حد سواء، قبل أن تعود السيدة بعد مدة قصيرة لولادة

مولود جديد وقبل أن تمضي مدة كافية على الولادة السابقة والتي توصي منظمة الصحة العالمية أن تكون ثلاثة سنوات على الأقل.

وتبيّن النتائج كما هو الحال في الفرصة السابقة بأن أربع من بين كل خمس سيدات من اللاتي تمت آخر ولادة لهن في مستشفى ضاعت عليهن فرصة الحصول على مشورة صحية حول تنظيم الأسرة، ويلاحظ أنه مع ازدياد عدد المواليد لدى السيدة تزداد قليلاً نسبة ضياع هذه الفرصة، كما أن أكثر من ربع السيدات غير المتعلمات تتحقق لهن فرصة المشورة وقد يعود السبب إلى أنهن الأكثر بحثاً عن المعلومة حول تنظيم الأسرة من غيرهن من المتعلمات، ولم يظهر للعمل علاقة بضياع هذه الفرصة أو تحقّقها. أما من حيث العمر فيبيّن النتائج أن السيدات من الفئة العمرية (29-20) سنة هن اللاتي تحققت لهن هذه الفرصة أكثر من غيرهن، في حين كانت هذه الفرصة أكثر ضياعاً بين السيدات الصغيرات (19-15) سنة. وتجرد الاشارة إلى أن الفترة الزمنية التي تبقى فيها السيدة بعد الولادة في المستشفى تعتبر قصيرة جداً وهذا قد يفسر سبب ضياع هذه الفرصة تحديداً بصورة كبيرة مقارنة ببقية الفرص الضائعة.

الجدول 3. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة اللاتي تمت ولادة آخر مولود لهن في مستشفى خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب فرص المشورة قبل خروجهن من المستشفى وخصائصهن الأساسية، 2012

فرص المشورة			الخصائص الأساسية
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
الفئات العمرية			
135	84.2	15.8	19-15
2569	79.2	20.8	29-20
3101	80.8	19.2	39-30
1027	79.7	20.3	49-40
المستوى التعليمي			
125	73.0	27.0	غير متعلمة
410	80.3	19.7	ابتدائي
924	76.4	23.6	اعدادي
3208	79.8	20.2	ثانوي
2165	82.5	17.5	أعلى من الثانوي
العلاقة بقوة العمل			
1060	80.4	19.6	تعمل
5772	80.0	20.0	لا تعمل
عدد المواليد			
2388	79.0	21.0	2-1
2426	80.4	19.6	4-3
2018	81.0	19.0	+5
6832	80.1	19.9	المجموع

أما من حيث مكان الإقامة ومدى تحقق هذا النوع من الفرص، فيلاحظ بأن الفرص الأكثر ضياعاً كانت في إقليم الجنوب حيث وصلت إلى 85%， وهناك فارق 6 نقاط مؤوية بين السيدات في الحضر والريف لصالح سيدات الحضر واللاتي كانت لهن فرصة أكبر للتعرض لمشورة قبل خروجهن من المستشفى بعد الولادة، وقد يعزى السبب في ذلك إلى نوعية الخدمات المقدمة في المناطق الحضرية ومدى المراقبة على تفعيل دور عاملات المشورة داخل هذه المستشفيات. أما في المخيمات فتبعد الفرص أكثر تحققاً منها خارج المخيمات وهذا

قد يعود إلى تركيز سياسات الجهات ذات العلاقة بنشر الوعي والمعرفة وتقديم خدمات المشورة الصحية لسيدات المخيمات، أما في البادية فقد تبين أن الفرص فيها كانت أكثر ضياعاً من خارجها بفارق بلغ حوالي 3 نقاط مئوية.

الجدول 4. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة اللاتي تمت ولادة آخر مولود لهن في مستشفى خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب فرص المشورة قبل

خروجهن من المستشفى

ومكان الإقامة، 2012

فرص المشورة		مكان الإقامة	
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
حضر_ريف			
5592	79.1	20.9	الحضر
1240	84.7	15.3	الريف
المخيمات			
271	76.8	23.2	المخيمات
6561	80.2	19.8	غير المخيمات
منطقة البادية			
474	83.0	17.0	البادية
6358	79.9	20.1	غير البادية
الأقاليم			
4222	78.0	22.0	الوسط
1942	83.0	17.0	الشمال
668	85.0	15.0	الجنوب
المجموع	80.1	19.9	

ثالثاً: خلال زيارة فترة النفاس

تعتبر فترة النفاس من الفترات الحرجة للسيدة وتأتي أيضاً كأحد أهم أشكال الفرص الضائعة لتلقي المشورة والتي لا يتم استغلالها من قبل مقدمي الرعاية الصحية في المرافق الصحية، وقد بينت النتائج بأن حوالي ثلاثة أرباع السيدات حين يزرن مرافق صحي في فترة النفاس لا يتعرضن للمشورة حول تنظيم الأسرة، وتضييع هذه الفرصة على السيدات اللواتي لديهن عدد مواليد أقل (1-2 مولود)، وقد يعود السبب إلى أن السيدات مازلن في بداية حياتهن الإنجابية ولا زلن يرغبن في المزيد من الأطفال لذا لا يسعين للحصول على مشورة (جدول 5).

ويظهر الجدول (6) مدى تحقق فرصة الحصول على المشورة في فترة النفاس، فنجد أن سيدات إقليم الشمال كن الأقل حظاً في حصولهن على هذه الفرصة بفارق حوالي 13 نقطة مئوية عن سيدات إقليم الوسط، ولا زالت السيدات الريفيات الأقل حظاً في تتحقق هذه الفرصة لهن، حيث بلغت نسبة ما ضاعت فرصهن حوالي 80% مقابل حوالي 71% لسيدات الحضر، وكما بقية أشكال الفرص أيضاً تضييع الفرص على السيدات خارج المخيمات أكثر من اللاتي يسكن في المخيمات بفارق كبير بلغ 20 نقطة مئوية، أما في البداية فكانت فرص السيدات في فترة النفاس أقل منها توفرأً مما هي عليه خارج البداية بفارق بلغ نقطتين مئويتين.

الجدول 6. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة اللواتي زرن مرافقاً صحياً بعد آخر ولادة وخلال فترة النفاس لتلقي الرعاية الصحية خلال الخمس سنوات

السابقة للمسح حسب فرص المشورة والخصائص الأساسية للسيدات، 2012

فرص المشورة			الخصائص الأساسية
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
الفئات العمرية			
117	84.4	15.6	19-15
2281	72.7	27.3	29-20
2761	72.9	27.1	39-30
940	72.3	27.7	49-40
المستوى التعليمي			
114	69.3	30.7	غير متعلمة
356	68.3	31.7	ابتدائي
770	64.2	35.8	اعدادي
2858	73.2	26.8	ثانوي
2000	76.9	23.1	أعلى من الثانوي
العلاقة بقوة العمل			
999	73.7	26.3	تعمل
5100	72.8	27.2	لا تعامل
عدد المواليد			
2146	74.2	25.8	2-1
2137	71.8	28.2	4-3
1816	72.8	27.2	+5
المجموع	72.9	27.1	

الجدول 7. السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة اللواتي زرن مرفقا
صحيا بعد آخر ولادة وخلال فترة النفاس لتلقي الرعاية الصحية خلال الخمس سنوات
السابقة للمسح حسب فرص المشورة

ومكان الإقامة، 2012

فرص المشورة			مكان الإقامة
المجموع = 100	فرصة ضائعة	فرصة متحققة	
حضر_ ريف			
4978	71.4	28.6	الحضر
1121	79.6	20.4	الريف
المخيمات			
233	54.3	45.7	المخيمات
5866	73.7	26.3	غير المخيمات
منطقة البدالة			
416	75.0	25.0	البدالة
5683	72.8	27.2	غير البدالة
الأقاليم			
3646	68.3	31.7	الوسط
1823	81.1	18.9	الشمال
630	76.3	23.7	الجنوب
6099	72.9	27.1	المجموع

وتبيّن أن جميع المتغيرات التابعة غير مستقلة عن مؤشرات التنبؤ المفسرة عند مستوى معنوية 5% أو أقل، باستثناء متغير عدد المواليد الإناث مع متغير حالة التعرض للمشورة، حيث أظهر اختبار مربع كاي والتي كانت قيمته 0.981 أن المتغيرين مستقلين عن بعضهما تماما مما أدى إلى استبعاد متغير عدد المواليد الإناث من التحليل اللوجستي الأول والخاص بالمتغير التابع الأول وهو حالة التعرض للمشورة. وكذلك تم إجراء اختبار مربع كاي بين المتغير التابع فرص تحقق المشورة أو ضياعها وجميع مؤشرات التنبؤ وتبيّن أن جميع المتغيرات التابعة غير مستقلة عن مؤشرات التنبؤ المفسرة، الجدول (8).

الجدول 8. قيم اختبار مربع كاي ما بين المتغيرات التابعة والمستقلة

المتغيرات التابعة						مؤشرات التنبؤ
تحقق أو ضياع فرص المشورة			حالة التعرض للمشورة			
معامل الاعتمادية CV	p-value	قيمة مربع كاي	معامل الاعتمادية CV	القيمة الإحتمالية (p-value)	قيمة مربع كاي	
0.030	0.098	6.306	0.115	0.000	153.29	العمر
0.052	0.001	19.302	0.067	0.000	51.37	المستوى التعليمي
0.066	0.000	30.695	0.146	0.000	247.693	عدد المواليد
0.034	0.038	6.555	0.011	0.612	0.981	عدد المواليد الاناث
0.031	0.008	6.929	0.066	0.000	49.518	العلاقة بقوة العمل
0.026	0.031	4.666	0.077	0.000	76.398	المخيمات

* p < 0.05 لاختبار مربع كاي

وفيما يخص معاملات ونسب الارتباط بين مؤشرات التنبؤ وكانت جميع قيم هذه النسب ضمن الحدود المقبولة إحصائيا وبذلك لم يتم استبعاد أي متغير مستقل من النموذج التحليلي اللاحق، الجدول (9).

الجدول 9. معاملات ونسب الارتباط بين مؤشرات التنبؤ

مؤشرات التنبؤ	العمر	المستوى التعليمي	عدد المواليد	علاقة بقوة العمل	الحضر والريف	المخيمات	البلدية	الاقاليم
العمر	1.000							
المستوى التعليمي		0.139*						
عدد المواليد			1.000	0.24*	0.564*			
علاقة بقوة العمل				1.000	0.104*	0.274*	0.091*	
المخيمات					1.000	0.051*	0.003	
Eta < 0.05 لاختبار معلم بيرسون واختبار								

سنعرض في الجدول (10) نسب الاحتمالات للمتغيرات التابعة حسب علاقتها بمؤشرات التنبؤ، حيث تم اعتماد فئات مرجعية (Odd Ratio) حسب كل متغير مستقل كما هو موضح في الجدول، فيظهر الجدول أن احتمال تعرض السيدات للمشورة يزداد بفارق معنوية عند ازيد من عدد مواليدها، فاحتمال تعرض السيدة من لديها 3 أو 4 أو 5 أطفال فأكثر يفوق بخمس مرات احتمال تعرض السيدة التي ليس لديها أطفال ويزداد بأكثر من ثلاث مرات لمن لديها طفل إلى طفلين وبدلالة معنوية عالية. ارتفعت احتمالات تعرض السيدات للمشورة عندما تكون أعمارهن 20-29 إلى 52% مقارنة بالسيدات اللاتي تحت سن 20 سنة، في حين أن الاحتمالات تقل 36% للسيدات الأكبر سنا (40-49) سنة. أظهر التحليل اللوجستي نتائج معنوية للسيدات المقيمات خارج المخيمات بحيث أن احتمالات تعرضهن للمشورة أقل بنسبة 53% قياساً باللاتي يعيشن في المخيمات. أما فيما يتعلق بنتائج تحليل الإنحدار اللوجستي متعدد المتغيرات للمتغير التابع الثاني وهو تحقق فرص المشورة أو ضياعها، فقد بينت النتائج أن احتمال تحقق الفرص للسيدة التي لديها 3-4 أطفال يفوق تتحقق الفرص لنظيرتها التي لديها 1-2 طفل بحوالي 86%， وترتفع الاحتمالات إلى 3 مرات عندما يكون لديها 5 أطفال فأكثر مقارنة بمن لديها 1-2 طفل، وبنتائج معنوية إحصائية. وفي حال كان لدى السيدة 5 إثاث فإن احتمالات تتحقق فرص المشورة تقل بمقدار 57% مما هي عليه لدى السيدات اللاتي لديهن طفلة واحدة أو اثنتين.

أما فيما يتعلق باحتمالات تتحقق فرص المشورة للسيدات مع تقدم العمر فإن الاحتمالية تقل بنسبة 73% للسيدات من الفئة (39-30) سنة مقارنة باللاتي أعمارهن أقل من 20 سنة وتستمر الفرص في الضياع على السيدات الأكبر عمراً حيث أن احتمالات تتحقق الفرص لهن

تقل بنسبة 75% للواتي ضمن الفئة العمرية (40-49) سنة مقارنة بمن هن دون سن 20 سنة.

الجدول 10. تحليل الإنحدار اللوجستي متعدد المتغيرات للتعرض للمشورة وفرص الحصول عليها أو ضياعها للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن 15-49 سنة حسب الخصائص الأساسية، 2012

المتغيرات الثانية التابعة								الخصائص الأساسية (مؤشرات) (التنبؤ)	
تحقق فرصه المشورة أو ضياعها				التعرض للمشورة					
حجم العينة n	نسبة الاحتمال Odd Ratio	الخطأ المعياري	معاملات الإنحدار	حجم العينة n	نسبة الاحتمال Odd Ratio	الخطأ المعياري	معاملات الإنحدار		
عدد المواليد									
				1107	(Ref) 1			بلا أطفال	
2462	(Ref) 1			3031	*3.38	0.101	1.216	طفل - طفليين	
2514	1.86*	0.13	0.618	3759	*4.77	0.103	1.559	3 أطفال 4 - أطفال	
2080	2.91*	0.186	1.067	3419	*5.00	0.108	1.61	5 أطفال فأكثر	
عدد المواليد الإثنت									
3872	(Ref) 1							بنت واحدة - بنتين	
1397	0.82	0.141	0.197-					3 بنات 4 - بنات	
417	0.43*	0.208	0.853-					5 بنات فأكثر	
المخيمات									
273	(Ref) 1			413	(Ref) 1			داخل المخيمات	
6783	0.64			10939	*0.47	0.104	0.747-	خارج المخيمات	
المستوى التعليمي									
140	(Ref) 1			267	(Ref) 1			غير متعلمة	
437	0.63	0.482	0.468-	860	1.27	0.165	0.242	ابتدائي	
968	0.48	0.454	0.73-	1677	1.18	0.157	0.165	اعدادي	

المتغيرات الثانية التابعة								الخصائص الأساسية (مؤشرات التنبو)	
تحقق فرصة المشورة أو ضياعها				التعرض للمشورة					
حجم العينة n	نسبة الاحتمالات Odd Ratio	الخطأ المعياري	معاملات الإنحدار	حجم العينة n	نسبة الاحتمالات Odd Ratio	الخطأ المعياري	معاملات الإنحدار		
3287	0.36*	0.439	1.014-	5073	*1.37	0.151	0.313	ثانوي	
2223	0.51	0.446	0.669-	3475	1.24	0.154	0.211	أعلى من ثانوي	
الفئات العمرية									
154	(Ref) 1			278	(Ref) 1			15-19 سنة	
2652	0.39	0.538	0.951-	3214	*1.52	0.156	0.417	20-29 سنة	
3204	0.27*	0.545	1.307-	4235	1.09	0.16	0.088	30-39 سنة	
1046	0.25*	0.56	1.378-	3625	*0.64	0.164	0.451-	40-49 سنة	
العلاقة بقوة العمل									
1065	(Ref) 1			1854	(Ref) 1			عمل	
5990	1.27	0.141	0.242	9497	*1.27	0.064	0.241	لا عمل	
0.05 p*									

الخلاصة ومناقشة النتائج

بيّنت الدراسة الحالية بأن عدد المواليد هو الأكثر تأثيراً على تحقق فرص السيدة من ضياعها، وترتفع احتمالات تعرض السيدة للمشورة إلى خمس مرات عندما يكون لديها 5 أطفال، أما في حال كان لدى السيدة 5 إثاث فإن احتمالات تحقق فرصة المشورة تقل بمقدار 57% مما هي عليه لدى السيدات اللاتي لديهن طفلة واحدة أو اثنتين، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المجتمع الأردني مجتمع نكوري، يتأثر سلوكه الإنجابي بحسب عدد الأطفال الذكور والإثاث ضمن الأسرة الواحدة، بحيث يتغير الاتجاه في السلوك الإنجابي باختلاف جنس المواليد.

وكشفت الدراسة الحالية بأن السيدات المقيمات خارج المخيمات كانت احتمالات تعرضهن للمشورة أقل بنسبة 53% قياساً باللاتي يعيشن في المخيمات، ولذلك أوصت الدراسة الحالية بضرورة العمل على إعادة توجيه السياسات والبرامج السكانية في الأردن ضمن المناطق الجغرافية المختلفة؛ والذي من شأنه إحداث تأثير إيجابي ينعكس على سلوك الأفراد تجاه تنظيم الأسرة، ضرورة العمل على كسب التأييد على مستوى صانعي السياسات ومتخذي القرار

والمجتمع المدني من أجل الاعتراف بالمشورة كخدمة أساسية وليس ثانوية يزأولها ممتهنون مدربون متفرغون لها مع توفير كافة مستلزمات هذه الخدمة.

المراجع

1. المجلس الأعلى للسكان. (2009). *الفرصة السكانية في الأردن "وثيقة سياسات"*. عمان، الأردن.
2. المجلس الأعلى للسكان. *قضايا السكان والصحة الانجابية في الصحف اليومية الأردنية، دراسة تحليلية تتبعية*. (2010).
3. المجلس الأعلى للسكان. (2013). دراسة أثر النمو السكاني على التنمية: قطاع الصحة. عمان، الأردن.
4. المجلس الأعلى للسكان. (2011). *الزيارات المنزلية كوسيلة لتغيير السلوك في استخدام وسائل منع الحمل بين النساء في المجتمعات الريفية في الأردن*. عمان، الأردن.
5. المجلس الأعلى للسكان. (2011). *معالجة ثبات معدل استخدام تنظيم الأسرة في الأردن من خلال التمكين الذاتي للمرأة*. عمان، الأردن.
6. مصاروه، عيسى. (2013). المحددات المباشرة لاستقرار مستويات الإنجاب في الأردن 2002 – 2009. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 35(2)، 89-105.
7. مصاروه، عيسى. (2008). التحديات والمعيقات أمام السياسة السكانية في المجتمع الأردني: تقييم جامع مستند إلى الأدلة الأمبيريقية. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 35(2)، 191-211.
8. فوزي، سحر وحجازي، حسن. (2013). انعكاس التليفزيون على الاتجاهات السائدة نحو تنظيم الأسرة في مصر. مركز النظم العالمية لخدمات البحث العلمي، استرجع بتاريخ 2016/4/25 من المصدر : <http://a.lnodom.com.sa>
9. المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. (1994). *منشورات الأمم المتحدة*. القاهرة، رقم E.95.XIII.18.
10. دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماקרו. (2013). *مسح السكان والصحة الأسرية 2012*. التقرير الرئيسي، عمان، الأردن.
11. صوالحة، أحمد والمنسي، كامل. (2005). *مشاركة الرجل في قضايا الصحة الانجابية في الضفة الغربية*. مركز أمان للدراسات، عمان، الأردن. استرجع بتاريخ 2016/2/25 من المصدر : <http://www.amanjordan.org/aman-studies/wmview.php?art/d=740>

12. Freedman, R. (1990). Family planning programs in the Third World. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 33-43.
13. Holl Karen, Gretchen, Daily and Paul Ehrlich, 1993. Causes and Remedies of the FertilityPlateau in Costa Rica: A Review, paper number 0066; accessed at <http://hsblogs.stanford.edu/morrison/files/2011/03/66.pdf>
14. Madeni, F., Horiuchi, S. & Iida, M. (2011). Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania-A quasi-experimental pre-test post-test research. *Reproductive health*, 8(8), 8-21.
15. Teal, S. & Romer, S. (2013). Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 35-39.
16. Tita, A., Selwyn, B., Waller, D., Kapadia, A. & Dongmo, S. (2005). Evidence-based reproductive health care in Cameroon: population-based study of awareness, use and barriers. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (12), 895-903.