



التقرير الوطني
للمملكة الأردنية الهاشمية
حول التقدم في تنفيذ برنامج عمل
المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
١٩٩٤ - القاهرة
بعد مرور خمسة عشر عاماً

تموز ٢٠٠٩

التقرير الوطني
للمملكة الأردنية الهاشمية
حول التقدم في تنفيذ برنامج عمل
المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
١٩٩٤- القاهرة
بعد مرور خمسة عشر عاماً

تموز ٢٠٠٩

محتوى التقرير

٧	شكر وتقدير
٩	الملخص التنفيذي
١٣	تمهيد
١٤	منهجية إعداد التقرير
	١. الاتجاهات الديموغرافية في المملكة في العقدين الماضيين مقارنة بأهداف برنامج عمل
١٥	مؤتمر القاهرة الدولي
١٥	١-١ حجم السكان والنمو السكاني
١٥	٢-١ التوزيع السكاني
١٦	٣-١ الصحة الانجابية والحقوق الانجابية
٢٢	٤-١ تباينات الإنجاب
٢٢	٥-١ الزواج وتنظيم الأسرة
٢٤	٦-١ أنماط الوفاة والهجرة
٢٦	٧-١ التركيب العمري للسكان
٢٧	٨-١ التحول الديموغرافي - نقاط القوة والضعف والتوصيات
٣٤	٢. تحليل التقدم نحو تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي - ١٩٩٤
٣٤	١-٢ صحة الطفل
٣٥	٢-٢ الصحة الانجابية
٣٦	٣-٢ فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الايدز
٣٦	٤-٢ التعليم
٣٧	٥-٢ تمكين المرأة والانصاف والمساواة بين الجنسين
٣٩	٦-٢ الفقر
٤٢	٧-٢ النمو الاقتصادي المستدام
٤٣	٨-٢ البيئة
٤٤	الخاتمة

قائمة الأشكال

الشكل	الصفحة
الشكل رقم (١) معدل الإنجاب	١٧
الشكل رقم (٢) معدل الإنجاب الكلي المسجل والمستهدف	١٨
الشكل رقم (٣) معدل الإنجاب المسجل والمرغوب والمثالي	١٨
الشكل رقم (٤) الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة لدى المتزوجات (١٥-٤٩ سنة)	٢٠
الشكل رقم (٥) نسبة الفتيات من (١٥-١٩ سنة) اللواتي سبق لهن الزواج أو الحمل والإنجاب	٢١
الشكل رقم (٦) الولادات عالية الخطورة والمتقاربة جدا والولادات غير المقصودة	٢١
الشكل رقم (١٧) سكان الأردن حسب مجموعات عمرية- مسح ١٩٩٠	٢٧
الشكل رقم (٧ب) سكان الأردن حسب مجموعات عمرية- مسح ٢٠٠٧	٢٧

قائمة الجداول

اسم ورقم الجدول	الصفحة
الجدول رقم (١): مؤشرات رئيسية عن الزواج وتنظيم الأسرة للأعوام ١٩٩٠-٢٠٠٧	٢٣
الجدول رقم (٢): وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة (لكل ألف مولود حي)	٢٤

شكر وتقدير

يسر المجلس الأعلى للسكان أن يصدر التقرير الوطني للمملكة الأردنية الهاشمية حول التقدم في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤-القاهرة بعد مرور خمسة عشر عاماً، حيث يمثل هذا التقرير تقييماً عملياً لفعاليات مختلف القطاعات الحيوية في المملكة وما تم انجازه خلال الخمسة عشر عاماً بعد مؤتمر القاهرة الدولي، باعتبار أن هذه المرحلة تمثل مشاركة مختلف القطاعات وتعزيز جهودها في تطوير وتحسين جودة خدماتها لدفع مسيرة التنمية الاجتماعية والاقتصادية لغايات تحقيق أهداف التنمية الشاملة المستدامة في المملكة لما فيه الرفاه للمواطن الأردني على كافة المستويات.

وبمناسبة صدور هذا التقرير، لا يسعنا إلا أن نشيد بجهود صاحبة السمو الملكي الأميرة بسمة بنت طلال المعظمة لدعمها المتواصل ورعايتها الدائمة لنشاطات المجلس الأعلى للسكان لتحقيق تطلعاته وطموحاته. كما ونتوجه ببالغ الشكر والتقدير لكافة المؤسسات الرسمية والأهلية التي ساهمت بإخراج هذا التقرير حيز الوجود، والشكر موصول لمستشار المجلس الأعلى للسكان أ.د. عيسى مصاروة الذي عمل على إعداد التقرير والمتابعة الحثيثة مع المؤسسات المعنية للتعرف على إنجازاتها والتحديات التي واجهتها في تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي، ونثمن عالياً جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان لدعمه الفني والمالي لإخراج هذا التقرير ضمن المشروع رقم (JOR7P11A)، كما ونخص بالشكر موظفي المجلس الأعلى للسكان اللذين عملوا على مراجعة وتنقيح وإخراج هذا التقرير بصورته النهائية.

وفقنا الله جميعاً لخدمة وطننا الغالي ومجتمعنا الأردني بقيادة صاحب الجلالة الهاشمية الملك عبد الله الثاني بن الحسين المعظم حفظه الله ورعاه وسدد على طريق الخير والفلاح خطاه .

أ. د. رائدة القطب



الأمين العام

الملخص التنفيذي

في الوقت الذي يحتفل فيه المجتمع الدولي بالذكرى السنوية الخامسة عشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤)، فإنه يظهر للعيان أن برنامج عمل المؤتمر مازال هاماً وحاسماً بالنسبة إلى النهوض بنوعية حياة الرجال والنساء والشباب، وتعزيز الروابط التي لا انفصام لها بين السكان والفقر والصحة والتعليم وأنماط الإنتاج والاستهلاك والبيئة. ويقدم هذا التقرير رسداً موثقاً للتقدم الذي أحرزه الأردن خلال الخمسة عشر سنة الماضية في سعيه لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية/ القاهرة ١٩٩٤، حيث يستعرض الانجازات التي تم تحقيقها في مجالات السكان والفقر والتنمية المستدامة، والمساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، والصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، والصحة الإنجابية للشباب والمراهقين، ونقص المناعة المكتسبة/ الإيدز، والدعوة لتغيير أنماط السلوك والشراكة والموارد، بالإضافة إلى مجموعة العوائق والمحددات التي واجهها الأردن في تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي.

وقد اعتمدت منهجية اعداد هذا التقرير على تجميع المعلومات والبيانات الديموغرافية المستقاة من دائرة الاحصاءات العامة، اعتماداً على تعدادي السكان ١٩٩٤ و ٢٠٠٤، ومسوحات ديموغرافية وأخرى في مجالات الفقر ودخل الأسرة والعمالة والبطالة. اضافة الى المعلومات والبيانات المستقاة من احصائيات الوزارات والمؤسسات الرسمية والأهلية ذات العلاقة.

واستجابة لمتطلبات برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي فقد عملت الحكومة ومنذ منتصف التسعينات ومن خلال اللجنة الوطنية للسكان الى ايلاء القضايا السكانية اهتماماً متزايداً حيث تم وضع الاستراتيجية الوطنية للسكان عام ١٩٩٦ وتم تطويرها عام ٢٠٠٠ لتتماشى وأهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي وأقرت من قبل مجلس الوزراء عام ٢٠٠٢، وحرصاً من الحكومة على ادراج المكون السكاني ضمن البرامج والخطط التنموية للمؤسسات الوطنية المختلفة العاملة في المملكة فقد تم تشكيل المجلس الأعلى للسكان عام ٢٠٠٢ بقرار من مجلس الوزراء كشخصية اعتبارية مكنه من القيام بمسؤولياته ومهامه في ترجمة محاور الاستراتيجية الوطنية للسكان على أفضل وجه. وقام المجلس بوضع خطة تنفيذية للاستراتيجية الوطنية للسكان ممثلة بخطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية المرحلة الأولى ٢٠٠٣-٢٠٠٧ وتلتها المرحلة الثانية ٢٠٠٨-٢٠١٢، ونظراً لكون الأردن على أعقاب تحول ديموغرافي تاريخي يحمل «فرصة سكانية»، فقد قام المجلس الأعلى للسكان وبالتعاون مع وزارة التخطيط والتعاون الدولي بإعداد وثيقة سياسات للفرصة السكانية تضمنت سياسات لتحقيق واستثمار الفرصة السكانية على مستوى القطاعات التنموية المختلفة في الأردن.

ويتضمن التقرير مسار الاتجاهات الديموغرافية في الأردن؛ حيث بلغ حجم السكان حسب آخر تعداد رسمي لعام (٢٠٠٤) ٥,٣٢ مليون نسمة، بمعدل نمو سنوي مقداره ٠,٥٪ منذ التعداد السابق له عام (١٩٩٤) والذي بلغ فيه حجم السكان ٤,١٤ مليون نسمة. بينما قدر حجم السكان في نهاية عام (٢٠٠٨) بحوالي ٥,٨٥ مليون نسمة وبمعدل نمو سكاني ٢,٣٧

منذ تعداد (١٩٩٤). وقد شهد التركيب العمري للسكان في الأردن تغيراً في العقدين الماضيين، حيث تراجعت نسبة الأطفال بمقدار ٦ نقاط مئوية خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٧ لصالح تزايد السكان في سن العمل.

وبالنسبة لمعدلات الانجاب فقد واصلت انخفاضها خلال العقدين الماضيين، حيث تراجع معدل الانجاب الكلي بسرعة خلال عقد التسعينات ولكن لم تشهد السنوات الخمس الأخيرة من الألفية الثالثة الانخفاض المضطرد الذي شهده عقد التسعينات كما كان متوقعاً ومستهدفاً. حيث استقر معدل الانجاب الكلي عند ٦,٣ مولوداً للمرأة الواحدة أي بانخفاض ١,٠ مولوداً للمرأة الواحدة عما كان عليه الوضع عام (٢٠٠٢).

وقد انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من ٢٤ بالآلاف من المواليد الأحياء عام (١٩٩٠) ليصل الى ١٩ بالآلاف من المواليد الأحياء عام (٢٠٠٧)، كذلك انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر من ٣٩ بالآلاف عام (١٩٩٠) الى ٢١ بالآلاف عام (٢٠٠٧). ونتيجة لذلك فقد تجاوز توقع الحياة للفرد في الأردن الى أكثر من (٧٠) سنة.

كما وتشير المعطيات الى احتمالية انخفاض نسبة وفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل والولادة والنفاس، حيث زاد الالتزام بخدمات الصحة الانجابية وتحسينها، وأصبحت معظم الولادات تتم في المستشفيات وتحت اشراف عاملين صحيين مؤهلين لذلك، الأمر الذي يعزز من امكانية تحقيق هدف خفض نسبة وفيات الأمهات بمقدار ٧٥٪ مقارنة بمستواها في عام ١٩٩٠ التي بلغت ٦٠٪.

وفي مجال الصحة الانجابية والحقوق الانجابية، فقد كان لوزارة الصحة جهوداً فاعلة في برامج الصحة الإنجابية، حيث أفردت بنداً خاصاً لتنظيم الأسرة في موازنتها، وأصبحت تقدم جميع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مجاناً لجميع مقدمي الخدمات باستثناء القطاع الخاص، كما أعدت خطة لضمان استدامة وسائل تنظيم الأسرة. وطيلة العقدين الماضيين تم التعاون مع وزارتي التربية والتعليم و التعليم العالي والبحث العلمي على تضمين مفاهيم السكان والصحة الإنجابية في المناهج الدراسية بصورة متدرجة في مرحلتي التعليم الأساسي والثانوي، وتضمين مفاهيم السكان والتنمية في إطار مساق التربية الوطنية الإلزامي لطلبة الجامعات الأردنية الرسمية والأهلية. وتعزيزاً للجهود المبذولة في مجال الحقوق الانجابية فقد عدّل الأردن قانون الأحوال الشخصية برفع الحد الأدنى لسن الزواج إلى ١٨ عاماً للجنسين.

وفي مجال التعليم، فقد حقق الأردن حتى الآن تقدماً وأحرز تحسينات كبيرة في مجال حصول مواطنيه على التعليم إذ اقترب الأردن من شمولية جميع الأطفال ممن هم في سن التعليم الأساسي، تطوير خطط وبرامج واستراتيجيات للمساعدة على التقليل من نسب التسرب من المدارس، تعزيز التمويل للمدارس من قبل القطاع الخاص، رفع جودة التعليم، وتضييق الفجوة التعليمية بين الذكور والاناث.

كما وحقق الأردن انجازات كبيرة في مجال تمكين المرأة في مجالات الصحة والتعليم، غير ان مشاركتها السياسية والاقتصادية لازالت دون الطموح، كما ان هناك ممارسات ومعيقات ثقافية واسرية تحول دون وصول معظم الاناث الى حقهن الشرعي في الميراث.

وفي مجال مرض نقص المناعة المكتسبة/ الايدز فقد قامت الحكومة الأردنية بوضع استراتيجيات عديدة تشتمل خطط وبرامج وطنية لمكافحة مرض الايدز من خلال المؤسسات والبرامج المعنية المختلفة العاملة في المملكة، بالإضافة الى حملات وبرامج الاعلام والتوعية والتثقيف بهذا الخصوص.

وفيما يتعلق بالبعد البيئي فقد أعدت الحكومة الأردنية العديد من الأنظمة والتشريعات لحماية البيئة والحفاظ على التنوع الحيوي، وتم إنشاء وزارة البيئة ووضع استراتيجية وطنية للبيئة الأردنية، ولكن سرعة النمو السكاني في الحضر والامتداد الحضري أدى إلى تزايد الضغوط على الموارد الطبيعية وتدهور البيئة تبعاً لذلك.

وعلى الرغم من النتائج الايجابية التي حققها الأردن خلال الخمسة عشر عاماً الماضية، الا أنه لازال يواجه تحديات كبيرة خاصة في ظل التحول الديموغرافي البطيء، والأزمة الاقتصادية العالمية ومضاعفات العولة الأمر الذي يتطلب منه بذل المزيد من الجهد والتعاون والتشارك ما بين جميع القطاعات لتحقيق الأهداف المرجوة من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة في أيلول من عام ١٩٩٤ بمشاركة ١٧٩ دولة و١١ ألف من وفود الحكومات وممثلي المنظمات الدولية والمؤسسات شبه الرسمية والإعلامية والمنظمات غير الحكومية، مما جعله أكبر مؤتمر من نوعه في التاريخ. وقد خرج المؤتمر ببرنامج عمل للعشرين سنة القادمة ليتصدى لقضايا عديدة ذات صلة بالسكان والتنمية بما في ذلك الصحة الإنجابية والتعليم وحقوق الإنسان والبيئة والهجرة الداخلية والخارجية والوقاية والسيطرة على فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز.

وقد انبثق عن هذا المؤتمر فيما بعد برنامج عمل أشمل وأوسع من أي برنامج أو إطار عمل دولي سابق، إذ ربط القضايا السكانية بالتنمية بمفهومها الواسع.

وقد أرسى الإجماع على برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي رؤية شمولية للتنمية ومتطلباتها تشتمل على عدة عناصر، فعلى سبيل المثال، تطرق برنامج عمل القاهرة للعلاقات المتداخلة والمعقدة بين السكان والنمو الاقتصادي والفقر والتنمية المستدامة وكذلك التوزيع السكاني والتغير المناخي والتحضر والهجرة وجمع البيانات وتحليلها. وجاءت الأهداف والإجراءات السكانية والإنمائية الواردة في برنامج عمل القاهرة متصدية للتحديات الشديدة والعلاقات المتبادلة بين التغير السكاني والنمو الاقتصادي المضطرد في سياق التنمية المستدامة التي لا تضحي بحقوق الأجيال القادمة من أجل الأجيال الحاضرة.

كما وسع برنامج عمل القاهرة مجال عمل السياسات السكانية السابقة لتتخطى مجرد تنظيم الأسرة إلى رحاب أوسع، كما أشرنا أعلاه، فبعد القاهرة لم يعد تنظيم الأسرة الأداة الديموغرافية الوحيدة، بل أصبح تنظيم الأسرة واحداً من العناصر العديدة التي تتضمنها الصحة الإنجابية والأمومة الآمنة بتعريفها الواسع، إضافة إلى تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة، رعاية الحوامل والولادة وفترة النفاس وسن اليأس، ومرحلة ما بعد الإجهاض، والسرطانات النسائية، والأمراض المنقولة جنسياً، والممارسات المؤذية ضد الفتيات والنساء، وصحة المراهقين والعقم، وكل ذلك من أجل دفع صحة المرأة ومكانتها والتنمية قدماً. والتالي أرسى برنامج عمل مؤتمر القاهرة نهجاً جديداً يستند على حقوق الإنسان بتركيزه على تلبية حاجات الناس وحقوقهم.

وخلال العقدين الماضيين لعب برنامج عمل القاهرة دوراً مركزياً في تشكيل أولويات الأجندة الوطنية للدول النامية بمنظمتها الحكومية وغير الحكومية، حيث شرعت كافة الدول في تنفيذ الإجراءات الواردة في برنامج عمل القاهرة من أجل بلوغ غايات برنامج القاهرة، إلا أن تقدم الدول النامية في بلوغ هذه الغايات كان متفاوتاً.

ويقدم هذا التقرير عرضاً تحليلياً موثقاً للتقدم الذي أحرزته المملكة الأردنية الهاشمية نحو تنفيذ برنامج عمل القاهرة منذ مطلع عقد التسعينات وحتى الآن. ويستعرض التقرير تطور الوضع الديموغرافي في الأردن بشكل عام وما يعنيه هذا من التقدم الذي أحرزه الأردن نحو بلوغ أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة والمعوقات التي يواجهها.

وتجدر الإشارة إلى أن وفد الأردن إلى مؤتمر القاهرة قد علق على أن المصطلحات الواردة في الفصل الرابع والخامس والسابع والثامن من برنامج عمل القاهرة تفهم في إطار ما تجيزه الشريعة الإسلامية السمحة والقيم الأخلاقية والقوانين الوطنية المنبثقة عنها، فمصطلح «الأفراد» الوارد في البرنامج المذكور يفهم ضمن العلاقة الزوجية الشرعية أي يعني الأفراد المتزوجين^١.

منهجية إعداد التقرير

اعتمد إعداد هذا التقرير منهجية ارتكزت على تجميع كافة المعلومات الديموغرافية للفترة التي تزامنت مع انعقاد مؤتمر القاهرة عام ١٩٩٤ وامتدت حتى تاريخ إعداد التقرير، وقد ارتكز بصورة محددة على معلومات كمية استقيت من كافة المصادر الوطنية للمعلومات السكانية عن الأسرة الأردنية وأحوالها. فمن المعروف أن الأردن قد استمر في العقدين الماضيين في جهوده في مجال توفير المعلومات ذات الجودة التي تساعد في تقييم الإنجازات التي أحرزها في كافة المجالات ومنها ما أنجزه من تقدم نحو تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي.

وقد كانت دائرة الإحصاءات العامة أولى الدوائر التي تم الاستعانة بها للحصول على هذه المعلومات، حيث قامت الدائرة خلال الفترة موضع الاهتمام بإجراء تعدادين سكانيين وأربعة مسوحات ديموغرافية إضافة إلى مسوحات مختلفة في مجالات الفقر ونفقات ودخل الأسرة وسلسلة مستمرة من المسوحات السنوية للعمالة والبطالة التي كان لها أكبر الأثر في إلقاء الضوء على الإنجازات التي أحرزها الأردن من التقدم نحو تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي، كما استعان التقرير بمعلومات من التقارير الإحصائية السنوية للوزارات والمؤسسات ذات الصلة بموضوعات التقرير. هذا وقد قامت المؤسسات الوطنية المعنية بمراجعة محتويات التقرير وإبداء الملاحظات حولها. وقد مكنت كافة المصادر السابقة الذكر من القيام بتحليل لمدى تقدم الأردن في تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي في السنوات الخمسة عشر التي تلت انعقاد المؤتمر وباعتماد سنة ١٩٩٠ كسنة أساس.

١- الاتجاهات الديموغرافية في المملكة في العقدين الماضيين مقارنة بأهداف عمل مؤتمر القاهرة الدولي

١-١ حجم السكان والنمو السكاني

اعتبر برنامج عمل القاهرة في مجال النمو السكاني أن الهدف الأسمى هو تحسين نوعية حياة الأجيال الحاضرة والمقبلة من السكان بحيث تكون الغاية تسهيل التحول الديموغرافي في أسرع وقت ممكن في الدول التي يوجد فيها اختلال بين المعدلات الديموغرافية من جهة والموارد والأهداف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية من جهة أخرى كما هو الحال في الأردن، ولكن بشرط الاحترام الكامل لحقوق الإنسان، لأن من شأن هذا أن يسهم في تحقيق تنمية ونمو اقتصادي مستدامين.

بلغ الرقم المعدل لحجم السكان في الأردن في آخر تعداد عام (٢٠٠٤) حوالي ٥,٣٢ مليون نسمة، متزايداً بمعدل سنوي مقداره ٢,٥١٪ منذ التعداد السابق (١٩٩٤)، الذي أظهر أن حجم السكان هو ٤,١٤ مليون نسمة. وتقدر دائرة الإحصاءات العامة حجم السكان عند نهاية عام ٢٠٠٨ بحوالي ٥,٨٥ مليون نسمة^٢، وبذا يكون حجم السكان قد تزايد بمعدل سنوي مقداره ٢,٣٧٪ منذ التعداد الأخير. وإذا استمر معدل النمو السكاني هذا على حاله فمن المتوقع أن يتضاعف حجم سكان الأردن في منتصف عقد الثلاثينات من هذا القرن ليبلغ حوالي ١١,٧ مليون نسمة. وسيطلب ذلك بذل جهود كبرى لتلبية الاحتياجات السكانية المختلفة والمتعددة، خاصة وأن جل الزيادة السكانية المستقبلية ستحصل في صفوف الشرائح العمرية المعالة من الأطفال والمراهقين، وبعبارة أخرى وفي حال لم يحصل انخفاض ملحوظ في مستويات الإنجاب في المستقبل فإن الأردن سيبقى بعيداً عن بلوغ التحول الديموغرافي، وبالتالي سيتأخر دخوله إلى مرحلة الفرصة الديموغرافية المتمثلة في انخفاض نسبة الأطفال ونسبة إعالتهم، والفرص الإيجابية العديدة التي تقضي إليها، مما يحرم الأردن من الاستفادة من هذه الفرص^٣، والتي تشير إليها في جزء لاحق من هذا التقرير.

١-٢ التوزيع السكاني

كان من أهداف برنامج عمل القاهرة في مجال التوزيع السكاني والتحضر والهجرة الداخلية والتنمية المستدامة تشجيع التوزيع السكاني المكاني الأكثر توازناً عن طريق تعزيز التنمية المنصفة والمستدامة بيئياً ومراجعة السياسات والآليات التي تسهم في تقليل التركز السكاني الزائد عن الحد في المدن الكبيرة.

ورغم ما قام به الأردن من جهود لتحقيق توزيع أكثر توازناً للسكان من خلال قانون تشجيع الاستثمار الذي منح حوافز أكبر للمستثمرين في المحافظات البعيدة القليلة السكان وتطوير البنى التحتية والخدمات وإنشاء مناطق صناعية بعيداً عن العاصمة والمدن الكبرى، وإقامة منطقة العقبة والمفرق الاقتصادية الخاصة وغيرها من المناطق، إلا أن التوزيع السكاني لم يتغير نحو وضع أكثر توازناً، فالهجرة إلى المدن والتحضر في تزايد حيث يعيش أربعة من كل خمسة أشخاص في المناطق الحضرية، ويزداد حجم سكان العاصمة عمان كمدينة مهيمنة، حيث يبلغ حجمها عدة مرات حجم المدينة الثانية

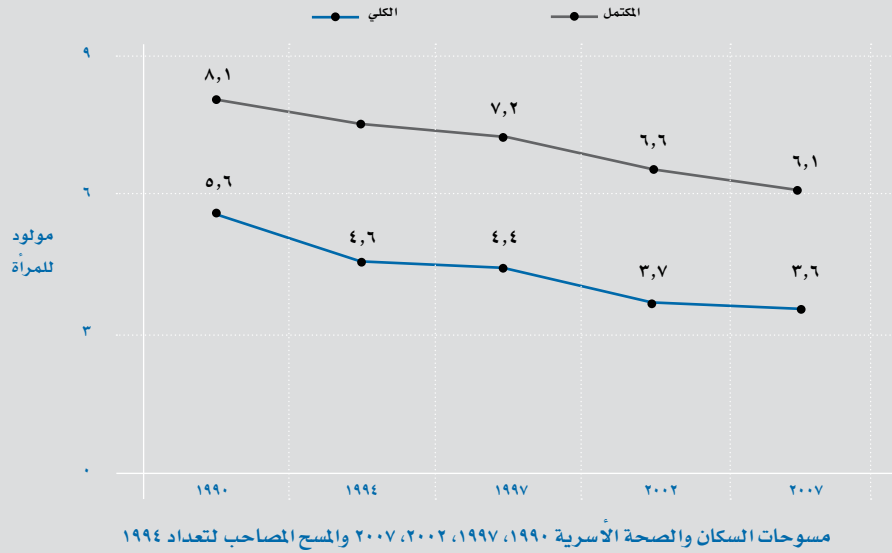
وهي الزرقاء. ومن أبرز التباينات بين أقاليم الأردن غياب التوزيع المتوازن للسكان على الرقعة الجغرافية، فالمحافظات الجنوبية الأربع تشكل ٥١٪ من مساحة الأردن ولكنها ما زالت لا تحظى إلا بحوالي ٩٪ فقط من السكان، رغم أن هذه المحافظات غنية بالمصادر الطبيعية والاقتصادية (الثروات المعدنية، المياه الجوفية، الميناء الوحيد، الثروة السياحية)، بينما نجد تركزاً للسكان في محافظات الشمال الأربع الأصغر مساحةً والتي كان نصيبها من السكان (٢٨٪) متوازناً مع مساحتها، ٢٣٪ من مساحة المملكة، ولكن كانت النسبة الأكبر من السكان (٦٣٪) من نصيب المحافظات الوسطى الأربع وهي الأصغر مساحةً على الإطلاق، ١٦٪ من مساحة الأردن. وترتب على هذا التوزيع غير المتوازن للسكان ظهور عوامل ضاغطة على الموارد المختلفة تبعثها كلف بيئية واقتصادية عديدة.

٣-١ الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية

لعل من أهم ما تمخض عنه برنامج عمل القاهرة في هذا المجال هو التعريف الشامل الذي وضعه للحقوق وللصحة الإنجابية كحالة رفاه كامل بما في ذلك القدرة على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وحرية في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره وحق الزوجين في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما والتي لا تتعارض مع القانون الساري المفعول. ولذا وضع برنامج عمل القاهرة ضمن أهدافه ضمان أن تتوفر للزوجين المعلومات الشاملة عن خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بما في ذلك أساليب تنظيم الأسرة السهلة المنال والرخيصة والمقبولة والملائمة للجميع، وتيسير ودعم القرارات الطوعية والمسؤولة للزوجين والمبينة على المعلومات الصحيحة فيما يتعلق بأساليب تنظيم الإنجاب التي يختارونها.

ودعى برنامج عمل القاهرة الدول التي لم تكمل تحولها الديموغرافي أن تتخذ خطوات فعالة لتحقيق ذلك في سياق تميماتها الاجتماعية-الاقتصادية، ويعرض التقرير لاستجابات الأردن لهذه الدعوة في جزء لاحق من هذا الفصل. ولكن يمكن القول أن جهود الأردن منذ ذلك الحين قد أثمرت وهناك حاجة إلى مزيد منها، فقد واصلت مستويات الإنجاب انخفاضها إلى مستويات أدنى (الشكل ١) خلال العقدين الماضيين في الأردن، فانخفض معدل الإنجاب المكتمل^٥ مثلاً بمقدار مولودين للمرأة الواحدة مع نهاية عمرها الإنجابي، أما معدل الإنجاب الكلي فقد تراجع هو الآخر بسرعة في عقد التسعينات ولكنه لم يواصل انخفاضه مؤخراً، حيث لم يشهد في السنوات الخمس الأخيرة الانخفاض المضطرب الذي عرفه في عقد التسعينات كما كان متوقعاً ومستهدفاً. فحتى يصل مستوى الإنجاب إلى مستوى الإحلال (١,٢ مولود للمرأة الواحدة طوال حياتها) أي حتى يتحقق التحول الديموغرافي، يتعين على معدل الإنجاب الكلي أن ينخفض بنسبة ٤٢٪ عن مستواه الحالي، ولكن يبقى السؤال متى؟ فلم يبق إلا ست سنوات على انتهاء عقدين بعد القاهرة.

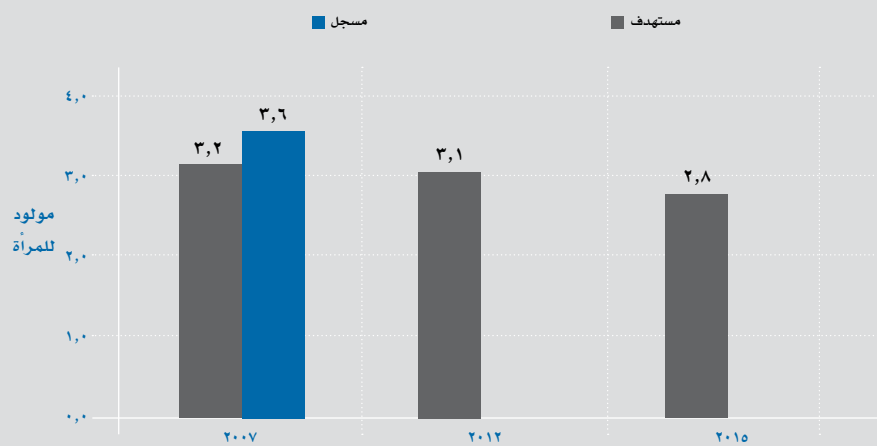
شكل (١) معدل الإنجاب



وقد دعى برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدول النامية إلى بذل جهودها لتسهيل التحول الديموغرافي (أي الوصول إلى إنجاب عند مستوى الإحلال بحلول عام ٢٠١٥- أي أن ينجب الزوجان مولودين في المتوسط)، خاصة إذا كانت الدولة تعاني من عدم توازن بين معدلاتها الديموغرافية وأهدافها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية كما أسلفنا، وذلك من أجل تحسين جودة الحياة للأجيال الراهنة والمستقبلية. ولكن مع الاحترام التام لحقوق الإنسان^٦. ويتضح أن مستويات الإنجاب التي كانت مستهدفة لعام ٢٠٠٧ لم تتحقق حيث سجلت معدلات لتلك السنة أعلى مما هو مستهدف، ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب في الحضر خاصة بين الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة^٧، ويقارن (الشكل ٢) مستويات الإنجاب المسجلة في المسوحات الأسرية بمستوياتها المستهدفة في خطتي العمل الوطنية للصحة الإنجابية للأعوام (٢٠٠٣-٢٠٠٧) و(٢٠٠٨-٢٠١٢)، ولذلك أعادت خطة العمل الوطنية الثانية للصحة الإنجابية مراجعة معدل الإنجاب الكلي الذي كان مستهدفاً عام ٢٠٠٧ وهو (٣,٢ مولود للمرأة)، ووضعت عوضاً عنه الهدف الجديد لعام ٢٠١٢ وهو ٣,١.

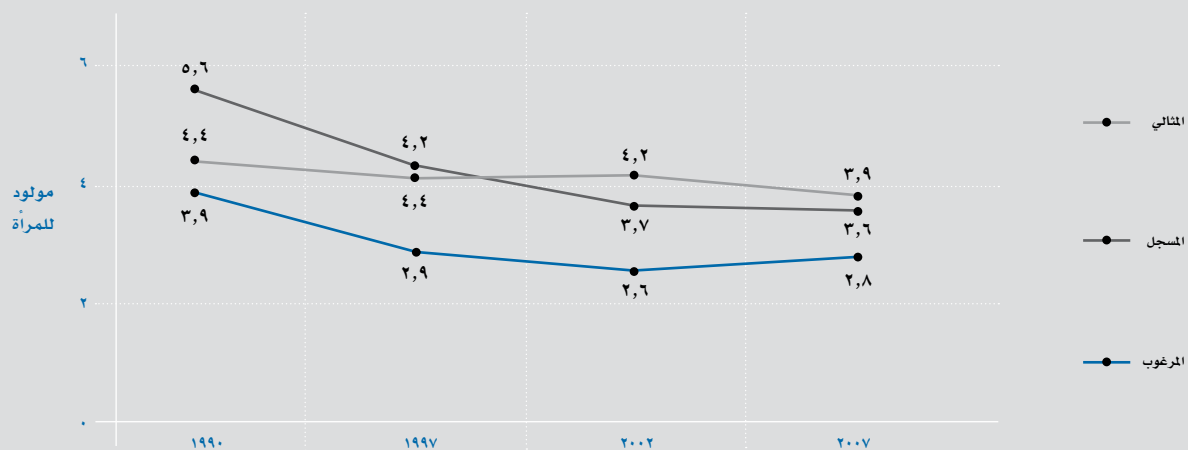
وبصورة عامة ما زالت مستويات الإنجاب المستهدفة في الأردن بعيدة عن مستوى الإحلال، ولكن يمكن القول أنها واقعية ويمكن بلوغها، لأن مستويات الإنجاب الكلي المسجلة ما زالت أعلى من مستويات الإنجاب المرغوبة (الشكل ٣) وإن كانت أقل من المثالية، ولذا لا بد من عمل المزيد لمساعدة الأزواج على تحقيق رغباتهم الإنجابية تلبية لحقوقهم الإنجابية وتجنب حصول ولادات غير مقصودة لديهم.

شكل (٢) معدل الإنجاب الكلي المسجل والمستهدف



مسوحات السكان والصحة الأسرية ٢٠٠٧، خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية (المرحلة الأولى والثانية)

شكل (٣) معدل الإنجاب المسجل والمرغوب والمثالي



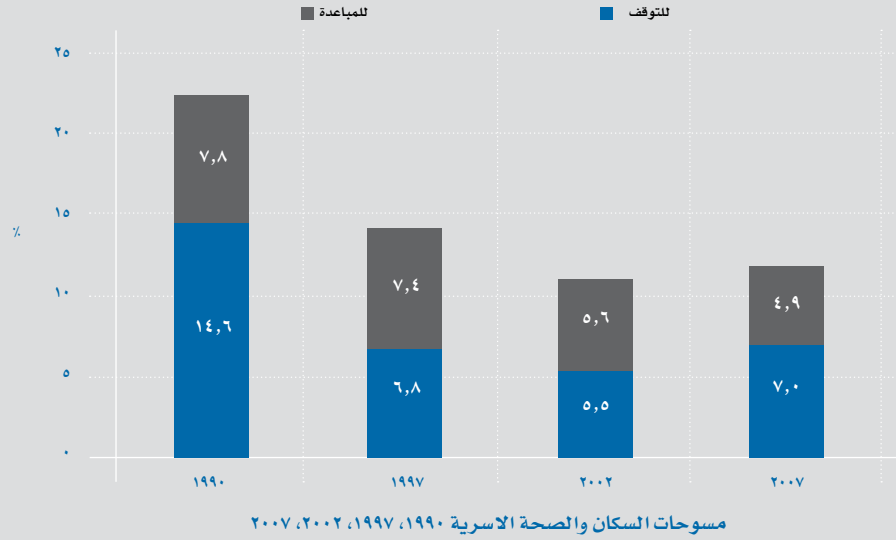
مسوحات السكان والصحة الأسرية ١٩٩٠، ١٩٩٧، ٢٠٠٢، ٢٠٠٧

وكما أشرنا، يبين لنا الشكل (٢) أن مستويات الإنجاب التي سجلتها المسوحات المتعاقبة ما زالت أعلى من مستويات الإنجاب المستهدفة في السياسة السكانية وأعلى من مستويات الإنجاب التي يتطلع إليها الأزواج، وقد تعود هذه الفجوة بين الإنجاب المسجل والمستهدف من جهة وبين المسجل والمرغوب من جهة أخرى إلى وجود حاجة غير ملبأة إلى تنظيم الأسرة (شكل ٤) بين الأزواج وإلى معدلات الفشل العالية في الوقاية من الحمل والمتربة على استمرار الاستعمال المرتفع للوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة (والتي تشكل ٢٧٪ من وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة حالياً في الأردن).

وكما حدث لمعدل الإنجاب في السنوات الخمس الماضية، فإن مستوى الحاجة غير الملبأة لم ينخفض أيضاً في السنوات الخمس الأخيرة مقارنة بما حصل في عقد التسعينات. وخلافاً لدول أخرى لا يشكل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة في الأردن سبباً في عدم استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، لأن نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام ٢٠٠٧ أظهرت أن الأسباب الأهم وراء عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة يعود إلى معتقدات مختلفة لدى السيدات والتي منها اعتقادهن بأنهن غير معرضات للحمل، والمخاوف الصحية لديهن، ومعارضة الاستعمال من قبل السيدة أو الزوج أو الأسرة. وتبين الحاجة غير الملبأة إلى تنظيم الأسرة بين الشرائح السكانية، فنجدتها أعلى من المستوى الوطني العام في كل من الريف والبادية وإقليمي الشمال والجنوب وفي كافة المحافظات عدا عمان والزرقاء والبلقاء وجرش وعجلون وبين اللواتي في العشرينات والأربعينات من العمر وبين من يحملن مؤهلات تعليمية دون الثانوي وبين الشرائح السكانية الثلاث الأفقر في المجتمع (الإحصاءات غير مبينة هنا).

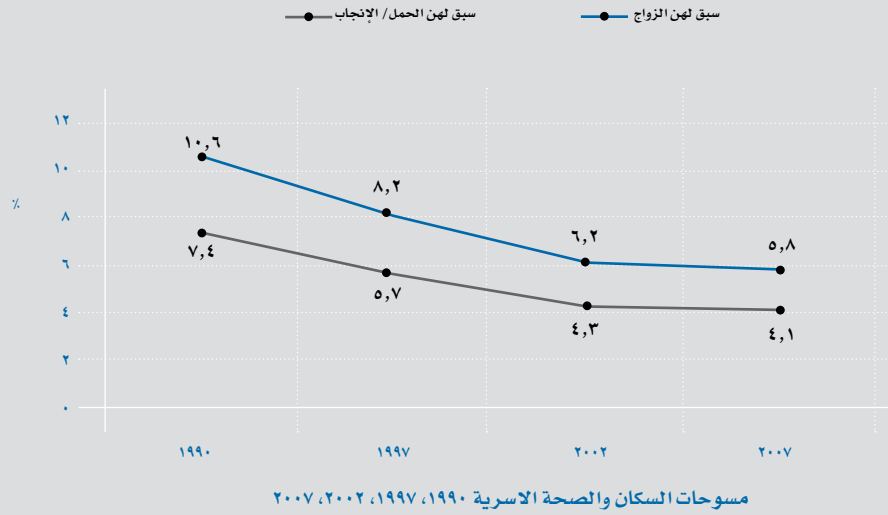
ولقد أدرك برنامج عمل القاهرة والمراجعات اللاحقة له أهمية تلبية حاجة المتزوجين إلى تنظيم الأسرة وأهمية توفير خيارات كاملة من وسائل تنظيم الأسرة في بلوغ الإنجاب الذي يرغبه الأزواج وفي تلبية حقوقهم الإنجابية، فأشار إلى أنه يتعين على الأهداف الحكومية المتعلقة بتنظيم الأسرة أن تحدد وفقاً للحاجات غير الملبأة للمعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، وأنه يتعين على كافة الدول أن تقدر الحاجات الوطنية غير الملبأة لخدمات ذات جودة في مجال تنظيم الأسرة وأن تتخذ خطوات لتلبيتها بالسرعة الممكنة وخفضها إلى النصف بحلول عام ٢٠٠٥ وهذا ما حققه الأردن فعلاً (فحسب الشكل ٤ انخفضت الحاجة غير الملبأة من ٢٢,٤٪ عام ١٩٩٠ إلى ١١٪ عام ٢٠٠٢، وإن ارتفعت إلى ١١,٩٪ عام ٢٠٠٧^٩)، وبتلبيتها جميعها بحلول عام ٢٠١٥^{١٠}، وهذا ما ينتظر من الأردن تحقيقه في السنوات القليلة القادمة. وإذا كان من حق الأزواج أن يقرروا العدد الذي يرغبونه من الأطفال، فإن هناك شريحة منهم لم تحظى حقوقها باستجابة كافية، ألا وهم الأزواج الذين لم يتمكنوا من الإنجاب. وتشير المعلومات إلى تضاعف نسبة هذه الشريحة مع بقاء العوامل الأخرى ثابتة، حيث ارتفعت نسبة النساء اللاتي أنهين حياتهن الإنجابية أي وصلن إلى سن (٤٥-٤٩ سنة) واللاتي سبق لهن الزواج ولم ينجبن قط من ٤٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٨,٧٪ في عام ٢٠٠٧ وفق نتائج مسح السكان والصحة الأسرية للعامين المذكورين، وهذه النتيجة بحاجة إلى دراسة معمقة.

شكل (٤) الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة لدى المتزوجات ١٥ - ٤٩ سنة

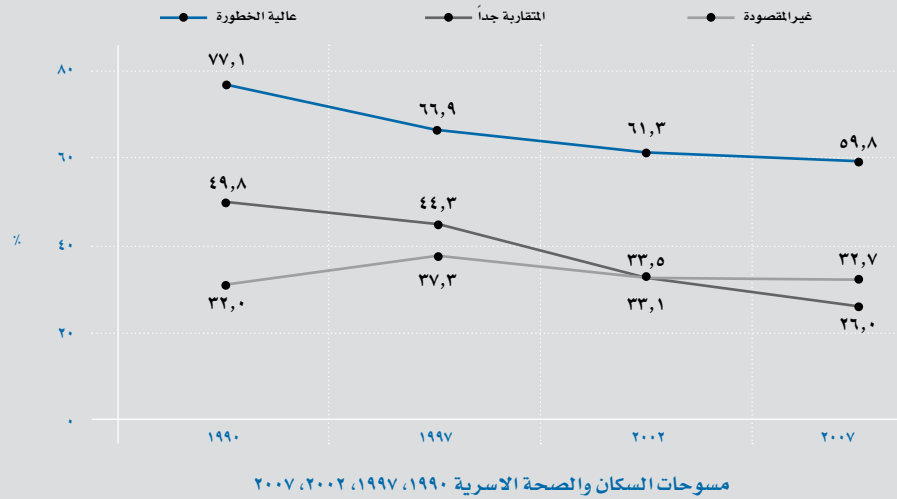


وإدراكاً للعلاقة المتبادلة بين الإنجاب وصحة الأمهات والأطفال دعا برنامج عمل القاهرة والخطط الوطنية الأردنية المتلاحقة أيضاً إلى بذل الجهد من أجل تضييق الحاجة إلى اللجوء إلى إنجاب مرتفع سعياً لخفض وقوع ولادات عالية الخطورة (تبلغ نسبة الولادات عالية الخطورة والتي يمكن تجنب حصولها حوالي ٦٠٪ من إجمالي الولادات في الأردن^{١١})، ومن فئات الولادات عالية الخطورة الولادات التي تقع لدى النساء في سن مبكرة، إلا أن الإنجاب بين المراهقات قد تراجع في الأردن في العقدين الماضيين (الشكل ٥) وهو متدني أصلاً مقارنة بمجتمعات أخرى، وربما يعود ذلك إلى تناقص التعرض للحمل لديهن بسبب تناقص نسبة من سبق لهن الزواج بينهن. ولكن الإنجاب في سن مبكرة هو أحد جوانب الولادات ذات الخطورة العالية المتعددة، فهناك جوانب أخرى لها مثل الولادات المتقاربة جداً (بينها أقل من سنتين) والمتأخرة (بعد منتصف الثلاثينات من العمر) وعالية الترتيب (المولود الرابع وما بعده)، وكذلك الولادات غير المقصودة (غير المرغوب فيها أبداً أو التي كان توقيتها غير ملائم - وتبلغ حالياً ٢٦٪ من الولادات). وهذه الجوانب رغم تحسنها في الأردن في العقدين الماضيين (انظر الشكل ٦)، إلا أنها ما زالت عالية خاصة الولادات المتقاربة جداً (ثلث الولادات) والتي لم يطرأ عليها أي تغيير في السنوات الخمس الأخيرة.

شكل (٥) نسبة الفتيات ١٥-١٩ سنة اللواتي سبق لهن الزواج أو الحمل أو الإنجاب



شكل (٦) الولادات عالية الخطورة والمتقاربة جداً والولادات غير المقصودة



٤-١ تباينات الإنجاب

ولفت برنامج عمل مؤتمر القاهرة نظر الدول إلى إيلاء عناية لتبايناتها المحلية في معدلات الإنجاب وتحديد المناطق والشرائح الأكثر حاجة أو معاناة. وتظهر البيانات في الأردن أن هناك تباينات في نسبة الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة كما أشرنا سابقاً، وكذلك في مستويات الإنجاب وفي مدة المباشرة بين الولادات بين المجموعات السكانية وفقاً لخصائصها الاجتماعية والاقتصادية، فنجد أن معدل الإنجاب أعلى من المعدل الوطني ومدة المباشرة أقصر من المتوسط الوطني في كل من الأرياف والبوادي، وبين غير الحاصلين على تعليم جامعي وبين الشرائح الأفقر، كما سجلت مدة مباحرة بين المواليد قصيرة أيضاً بين الأمهات الأصغر عمراً وبعد المولود الأنثى والمتوفى.

وبينما انخفضت معدلات الإنجاب في كافة الشرائح العمرية في السنوات الأخيرة في الريف، حدث التغير نفسه في المناطق الحضرية ما عدا لدى الحضرية في الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة التي شهدت ارتفاعاً في مستوى إنجابها وفي نسبة ولاداتها المتقاربة، وربما حصل ذلك بسبب تأخر الزواج في هذه الفئة واضطرار النساء للاستجابة للضغط الاجتماعي والبيولوجية بقيامهن بإنجاب متكرر متقارب. هذا وأظهرت البيانات الأخيرة حصول ارتفاع في نسبة من سبق لهن الزواج وحصول تناقص في معدل استعمال موانع الحمل الحديثة في فئة عمرية أساسية (٢٥-٢٩ سنة) وكما هو مبين في الجزء اللاحق، الأمر الذي قد يفسر استقرار مستوى الإنجاب في الأردن خاصة في الحضر في السنوات الخمس الماضية.

٤-١ الزواج وتنظيم الأسرة

تمثلت أهداف برنامج عمل القاهرة في هذا المجال في مساعدة الأزواج على تحقيق أهدافهم الإنجابية في إطار يساعد على صحة الأسرة ورفاهها - مع احترام حقهم في اختيار عدد أطفالهم والمباشرة بينهم وتوقيتهم - وفي منع الحمل غير المرغوب فيه والذي ينطوي على خطر الاعتلال والوفاة، وفي جعل خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة في متناول من يحتاجها ويريدها مع المحافظة على السرية والخصوصية بتحسين نوعية إساءة المشورة في مجال تنظيم الأسرة، وبزيادة مشاركة الرجل في ممارسة تنظيم الأسرة واقتسامه المسؤولية مع المرأة وتشجيع الرضاعة الطبيعية من أجل تعزيز المباشرة بين المواليد وصحة الأم والأطفال أيضاً.

لقد أسهمت أنماط الزواج في العقدين الماضيين (جدول ١) إلى جانب استعمال موانع الحمل في تغير الإنجاب في الأردن، فقد ارتفع العمر عند الزواج الأول وتناقص تعدد الزوجات وارتفعت مستويات العزوبة بين الإناث وتناقصت نسب من سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً بين الإناث في سن الإنجاب، ولكن تغير الحال في السنوات الأخيرة حيث عادت نسب المتزوجات إلى الارتفاع ثانية منذ بداية العقد الحالي خاصة بين النساء في الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة، وصاحب ذلك استقرار في معدل استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة بين المتزوجين عند ٤٢٪ تقريباً. وقد يعود ارتفاع نسبة المتزوجات إلى استجابة الأسر إلى ندوات

علماء الدين والاجتماع لهم بتيسير زواج أبناءهم خشية أن يؤدي تأخر الزواج إلى دخول الشباب في أشكال جديدة من العلاقات التزاوجية التي شاع انتشارها في عدد من المجتمعات العربية مؤخراً. ويعرض التقرير في جزء لاحق لأهم المعوقات الاجتماعية والبرامجية التي يتعين التغلب عليها من أجل رفع معدل استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، لأن من شأن ذلك أن يمكن الأزواج من بلوغ أهدافهم من جهة والأردن من تحقيق غايات الاستراتيجية الوطنية للسكان من جهة أخرى.

وكان الأردن قد عدل قانون الأحوال الشخصية برفع الحد الأدنى لسن الزواج للجنسين إلى ١٨ سنة، ولكن تم فيما بعد منح القضاة الشرعيين استثناءات من هذا القانون تخولهم تزويج من هم دون هذا السن إن رأوا في ذلك مصلحة للعروسين. وقد قدمت جمعيات نشطة في مجال حقوق الإنسان مذكرة إلى البرلمان تناشده فيها سحب الاستثناء الممنوح للقضاة بعد أن تزايدت عدد زيجات الفتيات دون سن ١٨ عاماً لتبلغ حوالي عدة آلاف في السنوات الأخيرة^{١٢}.

جدول (١) مؤشرات رئيسية عن الزواج وتنظيم الأسرة ١٩٩٠-٢٠٠٧

السنة	معدل استعمال الموانع الحديثة %	من سبق لهن الزواج (١٥-٤٩ سنة) %	المتزوجات حالياً (١٥-٤٩ سنة) %	لم يسبق لهن الزواج (٤٥-٤٩ سنة) %	تعدد الزوجات %	العمر الوسيط عند الزواج الأول (سنة)
١٩٩٠	٢٦,٩	٥٦,٢	٥٣,٦	٢,٠	--	١٩,٦
١٩٩٤	--	٦٠,٠	٥٦,٧	٣,٣	--	--
١٩٩٧	٣٧,٧	٥٤,٦	٥٢,٥	٣,٩	٦,٥	٢١,٥
٢٠٠٢	٤١,٢	٥٤,٤	٥١,٧	٤,٦	٦,٨	٢١,٨
٢٠٠٤	--	٥٨,١	٥٥,٦	٥,٣	--	--
٢٠٠٧	٤١,٩	٥٧,٤	٥٤,٦	٤,٧	٤,٦	٢٢,٢

المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للأعوام ١٩٩٠، ١٩٩٧، ٢٠٠٢، ٢٠٠٧ والمسح المصاحب للتعداد العام للسكان والمساكن ١٩٩٤، والتعداد العام للسكان والمساكن ٢٠٠٤.

١٢- بلغ عدد الفتيات دون سن الثامنة عشرة اللواتي تم عقد قرانهن في عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٠٦ فقط ٨١٨٩ و ٨٤٧١ على التوالي ويشكل هذا حوالي ١٤٪ من إجمالي عدد اللواتي تزوجن في هاتين السنتين، حسب التقارير السنوية لدائرة قاضي القضاة في المملكة.

٦-١ أنماط الوفاة والهجرة

جدول (٢) وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة (لكل ألف مولود حي)				
معدل وفيات	١٩٩٠	١٩٩٧	٢٠٠٢	٢٠٠٧
الأطفال الرضع	٣٣,٨	٢٨,٥	٢٢,٠	١٩,٠
الأطفال دون الخامسة	٢٨,٨	٣٤,٢	٢٧,٠	٢١,٠
تعود كافة المعدلات لفترة السنوات الخمس السابقة للمسح				
المصدر: مسح السكان والصحة الأسرية للسنوات المذكورة				

ترتبط معدلات وفيات الأطفال بالصحة الإنجابية للأمهات خاصة بالمباعدة بين الولادات ويعمر الأم وبترتيب الحمل، كما تؤثر في معدلات الإنجاب أيضاً عندما تدفع معدلات الوفاة المرتفعة الزوجين إلى الإكثار من إنجاب الأطفال ليضمنوا بقاء عدد ملائم منهم. وقد وضع برنامج عمل مؤتمر القاهرة ضمن أهدافه تعزيز بقاء الطفل وصحته والقضاء على المعدلات العالية لوفيات الأطفال وتحسين حالتهم الصحية والغذائية وتعزيز الرضاعة الطبيعية كاستراتيجية لبقاء الأطفال على قيد الحياة. وقد تواصل انخفاض مستويات الوفاة في العقدين الماضيين خاصة وفيات الأطفال (جدول ٢)، فانخفض معدل وفيات الرضع من حوالي ٢٤ لكل ألف مولود عام ١٩٩٠ إلى ١٩ لكل ألف مولود عام ٢٠٠٧ ومعظمها وفيات حديثي الولادة. وتشكل وفيات الرضع معظم وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب تدني وفيات الطفولة (١-٤ سنوات^{١٢})، ولذا أدى انخفاض معدل وفيات الرضع إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من حوالي ٣٩ عام ١٩٩٠ إلى ٢١ لكل ألف مولود عام ٢٠٠٧. أما مدة الرضاعة المطلقة ونسبة الأطفال الذين يعتمدون على حليب الأم فقط في الأشهر الستة الأولى من عمرهم فلم تتحسن في الأردن فهي ما زالت متدنية ونسبتها ٢٢٪^{١٣}، رغم الفوائد الجمة للرضاعة الطبيعية في تعزيز صحة الطفل والحد من الفقر.

وتمشياً مع إعلان ألما آتا «الصحة للجميع» بحلول عام ٢٠٠٠، دعى برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدول مثل الأردن إلى رفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى أعلى من ٧٠ سنة بحلول عام ٢٠٠٥ وإلى أعلى من ٧٥ سنة بحلول عام ٢٠١٥. ويتوقع أن يكون لانخفاض مستوى وفيات الرضع في الأردن تأثير إيجابي على العمر المتوقع للفرد عند الولادة. ومهما يكن فإن الأردن لم يرقم بإعداد جدول حياة لسكانه بصورة منتظمة، ولكن وفق بيانات تعداد عام ١٩٩٤ بلغ العمر المتوقع عند الميلاد ٦٧,٢ سنة للذكور و ٦٩ سنة للإناث، وبلغ العمر المتوقع في تقدير لاحق لعام ٢٠٠٢، ٦٨,٨ سنة للذكور و ٧١ سنة للإناث، ولعام ٢٠٠٧، ٧١ سنة للذكور و ٧٤ سنة للإناث^{١٤}.

وللتصدي للتحديات التي تواجهها المدن والمترتبة على الاتجاهات الديموغرافية لمعدلات الإنجاب والهجرة الداخلية، دعى برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدول إلى مراجعة السياسات التي تسهم في تركيز السكان في المدن وإلى تعزيز إدارة خدمات وأراضي التجمعات الحضرية، وكنا قد أشرنا إلى أن الأردن يعاني من هيمنة ساحقة لمدينة كبرى واحدة أو تكتل سكاني واحد، هو العاصمة وما حولها، الأمر الذي يتطلب وجود كفاءة عالية لدى العاملين في إدارة تميماتها وخدماتها والحفاظ على بيئتها. إن تحليل النمو السكاني في محافظات الأردن بين التعدادين السكانيين الأخيرين (١٩٩٤-٢٠٠٤) يبين أن معدلات النمو السكاني في المحافظات لم يكن متماثلاً، ولا يمكننا أن نعزو ذلك إلى التباين في مستويات الإنجاب فقط بل إلى أن نصيب المحافظات من صافي الهجرة الدولية والداخلية لم يكن متساوياً أيضاً، فبينما ازداد سكان المملكة بنسبة ٢٢٪ في ذلك العقد، عرفت خمس محافظات من ١٢ محافظة نمواً يفوق هذا خاصة محافظة المفرق (٣٧٪) والعقبة (٢٨٪) وعجلون والبلقاء (٢٦٪) وجرش (٢٥٪). أما بقية المحافظات فقد ازداد سكان اثنتين منها بمعدل مساو للمعدل الوطني العام (وهما العاصمة واربد) بينما ازداد سكان المحافظات الخمس الباقية بمعدلات دون المعدل الوطني العام وهي من الأدنى إلى الأعلى معان والزرقاء والطفيلة والكرك ومادبا.

أما بالنسبة للهجرة الدولية فالأردن بلد مرسل ومستقبل للعمالة والمهاجرين. ولا توجد أرقام متفق عليها عن العمالة الوافدة ولا عن العمالة الأردنية المهاجرة أيضاً. وقد استقبل الأردن موجة من المهاجرين ومن الأردنيين العائدين من الكويت ودول الخليج العربي بعد حرب الخليج الثانية ١٩٩٠/١٩٩١، استقر منهم في الأردن حوالي ٢١٦ ألفاً^{١٦}. واستقبل الأردن موجة أخرى من العراقيين بعد حرب ٢٠٠٣ وما بعدها وقدر عددهم بين ٤٥٠ - ٥٠٠ ألف عراقي^{١٧}. وترتب على هذه الهجرات ضغوط إضافية على النظام التعليمي والصحي وعلى الموارد الوطنية الشحيحة أصلاً، كما ساهمت في إحداث طفرة في البناء العقاري وأسعاره.

ومن نقاط الضعف في بيانات الهجرة الدولية في الأردن أنه لا يوجد نظام ورقي أو محوسب في نقاط الحدود يرصد حركة الهجرة الدولية الوافدة والخارجة ويميز بين القادمين إلى الأردن والمغادرين له بقصد العبور أو الزيارة المؤقتة أو السياحة أو الدراسة أو العمل أو بقصد الإقامة الدائمة وحسب جنسية المسافرين. ولذا يصبح أي تقدير لحجم صافي الهجرة الدولية إلى الأردن أمراً صعباً، الأمر الذي يستدعي إنشاء دائرة خاصة بالهجرة الدولية تعنى بوضع نظام يضطلع بإحصاءات الهجرة الدولية الوافدة والمغادرة ونشرها بصورة دورية منتظمة على غرار التقارير السنوية التي تصدرها دائرة الأحوال المدنية والجوازات بصورة منتظمة عن الوقائع الحيوية السنوية وهي المواليد والوفيات والزواج والطلاق، لأن من شأن ذلك أن يساعد على الانتفاع من بيانات الهجرة في قياس النمو السكاني وفي متابعة وقياس أوضاع سوق العمل المحلي والدولي، وفي التوظيف الأمثل للعمالة الوافدة.

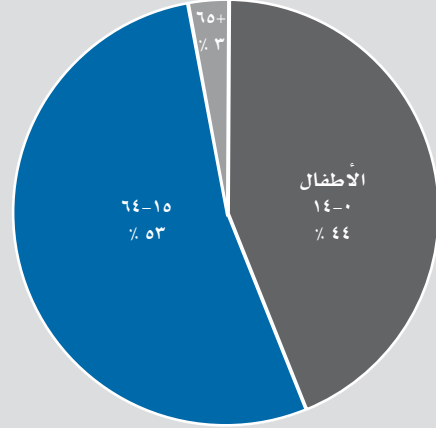
٧-١ التركيب العمري للسكان

نظراً لارتفاع معدلات الإنجاب في الماضي القريب وبقائها عند مستويات عالية نسبياً في الوقت الحاضر، فإن نسبة الأطفال والمراهقين والشباب تعد عالية بين السكان في الأردن، وحتى لو انخفضت معدلات الإنجاب فإن هذه النسبة ستبقى مرتفعة، إن ثلثي سكان الأردن هم اليوم دون سن الثلاثين من عمرهم. ومهما يكن، فلقد ترتب على انخفاض معدلات الإنجاب الذي يبناه سابقاً، أن شهد التركيب العمري للسكان تغيراً في العقدين الماضيين، كما هو مبين في الشكلين (٧ أ) و (٧ ب) أدناه. وأهم ملامح هذا التغير تراجع نسبة الأطفال (الأفراد دون سن ١٥ سنة) بمقدار ست نقاط مئوية بين مسحي السكان والصحة الأسرية لعامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٧، لصالح تزايد نسبة السكان في سن العمل (١٥-٦٤ سنة). ورغم ذلك ما زال المجتمع الأردني من المجتمعات التي تتصف بفتوة سكانها، إذ أن حوالي (٣٨٪) من سكانه من الأطفال مقارنة بنصف هذا الرقم في المجتمعات المتقدمة، وحوالي ٥٨٪ منهم بين عمر ١٥-٦٤ سنة، و ٤٪ أعمارهم ٦٥ سنة فما فوق. إن نسبة الأطفال الحالية ما زالت عالية وهذا يعني أننا سنتوقع المزيد من النمو السريع في قوة العمل مستقبلاً وفي عدد السكان، بسبب التزايد السريع المنتظر في عدد النساء في سن الإنجاب.

لقد وضع برنامج عمل القاهرة بين أهدافه دعم صحة الأطفال والمراهقين والشباب ورعايتهم وتعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للمشاركة السياسية وللقيام بأدوار قيادية وتلبية حاجاتهم بوصفهم الموارد البشرية المستقبلية وللحيلولة بينهم وبين الزواج والإنجاب المبكر وما ينطوي عليه ذلك من مخاطر متعددة. ولذلك قام الأردن بوضع وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للشباب للأعوام ٢٠٠٥-٢٠٠٩ متضمنة سياسات وأهداف ونشاطات محددة موزعة على تسعة محاور هي المشاركة، والحقوق المدنية والمواطنة، والأنشطة الترويحية والفراغ، والثقافة والإعلام، وتكنولوجيا المعلومات والعولمة، والتعليم والتدريب، والعمل، والصحة، والبيئة. وأطلق الأردن مبادرة «فرسان التغيير» و «هيئة شباب كلنا الأردن» من أجل تحفيز الشباب للمشاركة في تشكيل مستقبل وطنهم. ومن أهم المشكلات التي يعاني منها الشباب البطالة والتي تصل أقصاها في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة وخاصة بين الإناث (بلغ معدل البطالة ما نسبته ٢٢,٧٪ بين الذكور، مقابل ٤٧,٨٪ بين الإناث، وذلك حسب تقديرات عام ٢٠٠٧).

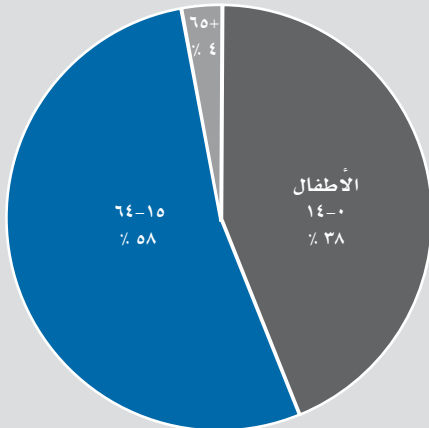
أما كبار السن (٦٥ سنة فما فوق) فسوف ترتفع نسبتهم الحالية البالغة ٤٪ من سكان الأردن بمقدار نقطة مئوية واحدة فقط بحلول عام ٢٠٣٠، إذا بقيت معدلات الإنجاب على حالها الراهن، ولكن أعدادهم سوف تتضاعف قبل حلول ذلك العام متجاوزة أربع مائة ألف نسمة. ومهما يكن من أمر، فقد جعل برنامج عمل القاهرة من أهدافه تعزيز اعتماد كبار السن على أنفسهم وتمكينهم من العمل والعيش بصورة مستقلة لأطول مدة ممكنة، ووضع نظام للرعاية الصحية والضمان الاجتماعي والاقتصادي لهم بما في ذلك دعم قدرة أسرهم على رعايتهم داخل الأسر. واستجابة لذلك وضع الأردن الاستراتيجية الوطنية لكبار السن وشمل كل من هم فوق سن ٥٩ سنة بالتأمين الصحي المجاني وتقوم مؤسسة الضمان الاجتماعي بتوسيع مظلة الضمان سنة بعد أخرى مما سيرفع نسبة كبار السن المشمولين به في المستقبل.

شكل (٧- أ) سكان الأردن حسب مجموعات عمرية - ١٩٩٠



مسح السكان والصحة الاسرية ١٩٩٠ دائرة الاحصاءات العامة

شكل (٧- ب) سكان الأردن حسب مجموعات عمرية - ٢٠٠٧



مسح السكان والصحة الاسرية ٢٠٠٧ دائرة الاحصاءات العامة

٨-١ التحول الديموغرافي- نقاط القوة والضعف والتوصيات

استجاب الأردن ومنذ مطلع التسعينات ومن خلال مؤسساته المعنية (اللجنة الوطنية للسكان آنذاك) إلى قضايا السكان وإلى متطلبات برنامج عمل مؤتمر القاهرة بعد ذلك، فأولى منذ ذلك الحين مزيداً من الاهتمام لتأثير الاتجاهات السكانية على جهود التنمية ومخرجاتها، فقررت الحكومة عام ٢٠٠٢ إنشاء مجلس أعلى للسكان ليتابع أعماله سلفه اللجنة الوطنية للسكان والتي فازت مرتين كجهة متميزة في هذا المجال بموجب تقييم قامت به الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لمشروعاتها في آسيا والشرق الأدنى. وانتقلت الجهود الوطنية من تنفيذ البرنامج الوطني الصحي للمباعدة بين المواليد والذي أقره مجلس الوزراء عام ١٩٩٣ إلى وضع الاستراتيجية الوطنية للسكان التي أقرتها الحكومة عام ١٩٩٦ وتم تحديثها عام ٢٠٠٠، وتضمنت هذه الوثيقة أهدافاً محددة بسنوات معينة من أجل الموازنة بين السكان والموارد.

وتزايد الدعم السياسي للسياسة السكانية بإدماج المكون السكاني في الخطة الخمسية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية للأعوام ١٩٩٩-٢٠٠٣، وبتنظيم زيارات استطلاعية للنواب وعلماء الدين من قبل اللجنة الوطنية للسكان للإطلاع على التجربة المصرية في مجال السكان وتنظيم الأسرة، وبرفع مستوى الهيئة المكلفة بوضع هذه السياسة وتنسيق ورصد أنشطتها، من كونها لجنة وطنية للسكان إلى المجلس الأعلى للسكان الذي يرأسه رئيس الوزراء، وتشكيل لجنة للسكان والتنمية في مجلس الأمة، وتوفير دعماً سياسياً على أعلى مستوى في الدولة للقضايا السكانية. وقد قام المجلس الأعلى للسكان بوضع الخطط التنفيذية للاستراتيجية الوطنية للسكان، فأعد خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية الأولى ٢٠٠٣-٢٠٠٧ والثانية ٢٠٠٨-٢٠١٢، وتضمنت هذه الخطط أهدافاً رقمية وطنية وواقعية للإنجاب ومتماشية مع الحقوق الإنجابية وحقوق الإنسان ومنسجمة مع السعي لتحقيق التوازن بين سكان الأردن وموارده.

وأعدت وزارة الصحة وبدعم من المجلس الأعلى للسكان خطة متدرجة زمنياً لضمان استدامة خدمات وسائل تنظيم الأسرة بعد الانسحاب التدريجي للجهات المانحة عن تزويد الوزارة بهذه الوسائل، ونفذت الخطة بنجاح، وأفردت بنداً خاصاً لوسائل تنظيم الأسرة في موازنتها، فأصبحت تقدم اليوم جميع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة وخدماتها مجاناً لجميع مقدمي الخدمات باستثناء القطاع الخاص، بل وتقوم وزارة الصحة بشراء هذه الوسائل من أموال الخزينة العامة في الوقت الراهن - بعد أن كانت تتلقاها من الجهات المانحة - وتقدمها مجاناً إلى مراكزها الصحية والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية وكافة المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة وأهمها الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين.

واعتراكاً بأهمية المعلومات في تحديد القضايا والأولويات السكانية ومتابعتها، أجرى الأردن في العقدين الماضيين تعدادين سكانيين وسلسلة من المسوحات الأسرية أهمها أربعة مسوحات للسكان والصحة الأسرية، ووضع نتائجها في وقت قياسي في متناول كافة المهتمين احتراماً لحق الجميع في الوصول إلى المعلومات، وأنشأت معظم المؤسسات أنظمة وقواعد معلومات ومواقع إلكترونية خاصة بها تستجيب لمتطلبات تشريعات الحق في الوصول إلى المعلومات. وأعد المجلس الأعلى للسكان وثيقة سياسات خاصة بالفرصة السكانية متضمنة الاستجابات التي يتعين على القطاعات المختلفة أن تقوم بها للانتفاع من الفرص العديدة التي تفتحها هذه الفرصة وأدوار المؤسسات المعنية لدمج ومتابعة الفرصة السكانية في خططها التنموية التنفيذية الكلية والقطاعية، ويقوم المجلس حالياً وبالتنسيق مع كافة الجهات المعنية بخطوات تهدف إلى تهيئة البيئة الاقتصادية والاجتماعية (التعليمية والصحية) والبيئية لاستثمار الفرصة السكانية والاهتمام بسياسات ما بعد الفرصة السكانية (المجتمع المسن) وكانت باكورة هذه الخطوات إعداد وثيقة السياسات في تموز من هذا العام بالتنسيق المباشر مع جميع المؤسسات العامة والخاصة والأهلية وبالأخص وزارة التخطيط والتعاون الدولي.

ومن نقاط القوة أن السياسة السكانية تسير مع تيار التنمية الاجتماعية-الاقتصادية المتمثلة في تحسين مستويات الصحة والتعليم ومعدلات التحاق الإناث بالتعليم الثانوي ومكانة المرأة والتحاقها بقوة العمل وتحقيق معدلات نمو عالية من النمو الاقتصادي معززة بتراجع في أسعار الطاقة بعد موجة قصيرة من التضخم الجامح. كما توقعت الإسقاطات السكانية التي اعتمدتها وثيقة سياسات الفرصة السكانية أن ترتفع نسبة السكان في سن العمل لتصل ذروتها في الثلاثينات من هذا القرن في حال استدام الانخفاض في معدلات الإنجاب الأمر الذي سيصاحبه تناقص في نسبة الإعالة، وإذا ما تحقق ذلك فإن الأردن سيجني عوائد عديدة من الفرص التي تفتحها له هذه الفرصة السكانية.

وعملت اللجنة الوطنية للسكان ومن بعدها المجلس الأعلى للسكان طيلة العقدين الماضيين مع وزارة التربية والتعليم ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي على تضمين مفاهيم السكان والصحة الإنجابية في المناهج الدراسية بصورة متدرجة في مرحلة التعليم الأساسي والثانوي، كما تم تضمين مفاهيم قضايا السكان وتأثيرات السكان على التنمية في الأردن في منهاج التربية الوطنية، وهو مساق إجباري يدرسه كافة الطلبة الأردنيين في كافة الجامعات العامة والخاصة. وتم بالتشارك مع وزارة الأوقاف تدريب نصف الواعظين والواعظات على تناول قضايا الصحة الإنجابية في خطبهم الأسبوعية ودروسهم الدينية اليومية وعند اتصالهم بالشباب المقبلين على الزواج. وتم تدريب وتهيئة ثلاثمائة من الميسرات العاملات في المجتمعات المحلية على مفاهيم الصحة الإنجابية، حيث استطعن تناولها في عملهن مع آلاف

النساء في هذه المجتمعات. وقام المجلس أيضاً بحملات توعوية محلية وجماهيرية حول الصحة الإنجابية وقضايا السكان استهدفت الرجال المتزوجين لتمكينهم من القيام بمسؤولياتهم تجاه صحتهم وصحة زوجاتهم الإنجابية والجنسية، كما استهدفت التوعية بالصحة الإنجابية الشباب العزاب والمقبلين على الزواج من الجنسين على حد سواء، وتمثل ذلك في حملة مشاركة الرجل في تنظيم الأسرة «معاً من أجل أسرة سعيدة» بالتعاون مع وزارات الصحة والأوقاف والشؤون والمقدسات الإسلامية والتنمية الاجتماعية ودائرة الأحوال المدنية والقطاع الإعلامي الأردني، والبرنامج التلفزيوني «سوا نحكي»، ومسابقة الشباب والحياة «تمكين»، والأسبوع الوطني للسكان، والأفلام الوثائقية والدرامية والتنبهات التلفازية، وأخيراً حملة «حياتي أحلى» و «مبروك»، وتمكن المجلس الأعلى للسكان من تنفيذ كل هذا بدعم من وزارة التخطيط والتعاون الدولي والجهات المانحة المختلفة.

وبالرغم من ذلك فما زالت هناك عدة معوقات لتحقيق التحول الديموغرافي الكامل، فقد أظهرت البيانات والدراسات الأخيرة حصول استقرار في معدلات الإنجاب ونسب الولادات المتقاربة ومعدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة، مما يشير إلى استمرار وجود عدد من المعوقات أو التحديات لجهود خفض سرعة التزايد السكاني وتحقيق التحول الديموغرافي، ونسرد فيما يلي المعوقات والتحديات الرئيسية منها:

١. التحديات التي تفرضها القوة الدافعة للسكان المترتبة عن ارتفاع نسبة الأطفال وما ينتج عن ذلك من نمو سريع في عدد النساء في سن الإنجاب وهذا يخلق طلباً عالياً ومتزايداً على خدمات تنظيم الأسرة حتى لو بقي معدل استعمالها ثابتاً وحتى لو بقيت نسب المتزوجات على حالها الراهن. ففي حال بقاء الإنجاب على حاله يتعين أن يرتفع عدد المستخدمين لوسائل تنظيم الأسرة بنسبة ١٢٪ بحلول عام ٢٠١٢ لتلبية حاجات العدد المتزايد من النساء في سن الإنجاب، أما إذا تعين خفض مستوى الإنجاب أيضاً حسب أهداف المرحلة الثانية لخطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية فإن عددهم يجب أن يرتفع بنسبة ٢٤٪ بحلول عام ٢٠١٢، أي بمقدار ١١ نقطة مئوية إضافة لما سبق، وهذا يعني أن عدد المستخدمين سينمو بمعدل سنوي مقداره ٤٪ سنوياً تقريباً بين عامي ٢٠٠٧-٢٠١٢.^{١٨}
٢. وهناك تفضيل لإنجاب الأطفال الذكور والذي يستدعي مواصلة الإنجاب لحين إنجاب طفل ذكر أو أكثر، وإسراع إلى إنجاب المولود الأول استجابة لضغوط الأهل وتردد مقدمي الخدمات في تقديم خدمات تنظيم الأسرة لجديتي الزواج، ولذا يتأخر البدء في استعمال وسائل تنظيم الأسرة خلال مراحل بناء الأسرة لدى العديد من الأزواج، فبينما استعملها ثلثا من سبق لهم الزواج قبل المولود الرابع لم يستعملها الثلث الباقي أبداً، وتجدر الإشارة أن ٢٪ منهم فقط بدأوا في استعمالها بعد الزواج لتأخير المولود الأول.
٣. وما زال اللولب الوسيلة الأولى المهيمنة والمفضلة لدى المستعملات حالياً ولدى الراغبات في استعمال أي وسيلة من غير المستعملات، الأمر الذي يعيق ارتفاع معدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة بصورة عامة، لأن هذه الوسيلة تحتاج أن يكون مقدم الخدمة طبياً حسب التفسير الحالي لقانون المهن الطبية وأنثى أيضاً حسب الرغبة الشديدة من قبل الأزواج في الأردن، إلا إذا تمت التدخلات اللازمة لتلبية هذه الحاجة.

٤. ولابد من تناول جانب مهم من خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة وهو الفرص الضائعة للحصول على المعلومات والخدمات المتصلة بتنظيم الأسرة خاصة في الأوقات الأكثر ملائمة لذلك، وأهم هذه الأوقات قبل الزواج وبصورة محددة في مناهج التعليم بما يتماشى مع تعاليم الدين والعادات والتقاليد، وعند تلقي الفحص الطبي قبل الزواج وعند عقد الزواج وتسجيله، وخلال فترة الحمل خاصة الشهور الأخيرة منه، ولحظة الولادة ولحظة إجهاض الأجنة الميئة، وعند زيارة النساء لمواقع الخدمات في فترة النفاس، وهي أنسب الأوقات لمثل هذه الخدمات، وعند زيارة النساء لمواقع الخدمات الصحية لأي سبب آخر مثل تطعيم المواليد الجدد، كما يمكن الاستمرار في استهداف الرجال خاصة الشباب منهم من خلال خطب الجمعة والدروس اليومية الدينية في المساجد، ولكن لا توجد لدى وزارة الأوقاف حسب دراسة لمعهد الملكة زين الشرف التنموي خطة سنوية للوعظ والإرشاد تخصص حصص مناسبة لقضايا الزواج والأسرة وتنظيمها^{١٩}. وتشير البيانات أن نسبة تبلغ (٦٠٪) من النساء في سن الإنجاب تزور مواقع الخدمات الصحية خلال العام ولكنهن لا يتلقين مشورة عن تنظيم الأسرة^{٢٠}. وأدرك المجلس الأعلى للسكان ضرورة الاستفادة من هذه الفرص العديدة الضائعة ويعمل الآن وبالتعاون مع الأطراف ذات العلاقة على وضع خطة للانتفاع من هذه الفرص.

لقد حصل ارتفاع كبير جداً في نسبة تلقي الأمهات للرعاية الصحية في فترة النفاس إذ قفزت هذه النسبة من ٢٦٪ إلى ٦٨٪ ولكن المعلومات غير متوفرة عما إذا اشتملت هذه الرعاية على مشورة عن تنظيم الأسرة في هذه الفترة الحرجة من الحياة الإنجابية. ورغم أن جميع الولادات تقريباً تقع في المستشفيات إلا أن ١٣٪ فقط من الأمهات يتلقين مشورة عن تنظيم الأسرة قبل مغادرة قسم الولادة في هذه المستشفيات، ولعل هذه أكبر الفرص الضائعة للحصول على هذه الخدمات الحيوية. وتوجد العديد من الفرص الضائعة لتقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة قبل الزواج وعند عقد القران وعند الفحص الطبي قبل الزواج ولحظة الولادة وخلال فترة النفاس وعند زيارة الأمهات للمرافق الصحية، كما بينا فيما سبق، وهي الفترات الملائمة لذلك، وكل ما سبق من فرص ضائعة يصحبه نقص في استجابة مقدمي الخدمات للأغراض الجانبية والمخاوف الصحية لدى مستعملي وسائل تنظيم الأسرة للحد من التوقف المبكر عن استعمالها ولرفع معدل استعمالها.

١٩- معهد الملكة زين الشرف التنموي. دور الوعظ في قضايا الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي، التقرير النهائي، دراسة مدعومة من مشروع السياسات، أيلول ٢٠٠٤.

٢٠- دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية ٢٠٠٧، التقرير الرئيسي، عمان، آب ٢٠٠٨.

وللوصول إلى مستويات الإنجاب المستهدفة يتطلب الأمر الاستجابة للتوصيات التالية بالقيام بالمداخلات البرامجية المناسبة والتي تبنتها المرحلة الثانية من خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية:

● رفع معدلات استعمال موانع الحمل الحديثة عن طريق

- الاستجابة للحاجات غير الملباة إلى تنظيم الأسرة.
- خفض معدلات التوقف عن استعمال موانع الحمل في السنة الأولى من بدء استعمالها وبالتحديد التوقف الناتج عن فشل موانع الحمل المستعملة أو التوقف للتحويل إلى الوسائل التقليدية القليلة الفعالية، وذلك بتشجيع الأزواج على اللجوء إلى الموانع الحديثة الأكثر فعالية.
- زيادة المعرفة بموانع الحمل غير المعروفة بصورة كافية لدى الأزواج مثل موانع الحالات الطارئة (نسبة معرفتها ٢٠٪)، ويتطلب هذا النظر في المداخلات اللاحقة أيضاً.
- خفض الاستعمال العالي للوسائل التقليدية لأنها تتميز بمعدلات فشل عالية وبالتالي فإنها تتسبب في التوقف عن الاستعمال، وذلك بتشجيع الأزواج على التحول إلى الوسائل الحديثة الملائمة لهم.

● الاعتراف بالمشورة كخدمة أساسية وكمهنة ضرورية بحد ذاتها، لها من يزاؤها بشكل متفرغ ولها مكان مخصص في مواقع الخدمات، من أجل توفير المعلومة الصحيحة والخيار المناسب في الوقت المناسب، الأمر الذي يستلزم توفير كل متطلبات هذا الاعتراف، بما في ذلك النظر في إمكانية توظيف وتدريب عاملات اجتماعيات أو مختصات في الاتصال إذا تعذر وجود عدد كافٍ من الكوادر الطبية.

● استهداف المجموعات السكانية ذات الأولوية بالمعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة، وتم الإشارة في هذا التقرير إلى هذه المجموعات، ونعيد ذكرها على النحو المبين أدناه:

● كانت مدة المباشرة بين المواليد عند شرائح عديدة أقصر مما هي عليه للمملكة ككل، وهذه الشرائح هي: الأمهات الأصغر عمراً (دون سن ٣٠ خاصة ١٥-١٩ سنة)، وبعد المولود رقم ٢-٣، وبعد المولود الأنثى والمتوفى، وفي الريف والبادية وإقليم الجنوب، وفي كافة المحافظات عدا العاصمة واربدة، وبين حملة التعليم الابتدائي والثانوي وبين الشريحتين الأفقر من الأسر.

● كانت معدلات الإنجاب عند المجموعات السكانية التالية: الريف والبادية وفي إقليم الشمال وفي كافة المحافظات عدا العاصمة ومادبا والكرك وبين حاملات التعليم الابتدائي والإعدادي والثانوي وبين الشريحتين الأفقر من السكان وبين النساء الحضرية في العشرينات من العمر، أعلى من المعدل الوطني العام للمملكة، لأن مستوى استعمال وسائل تنظيم الأسرة انخفض لدى الفئة العمرية ٢٥-٢٩ سنة.

• التركيز على تشجيع الشباب المتزوجين حديثاً على تأجيل المولود الأول قدر الإمكان، إذ أن نسبة عالية منهم ينجبون في السنة الأولى بعد الزواج لأن ٢٪ منهم فقط يبدأون باستعمال مانع للحمل بعد الزواج لتأخير إنجاب مولودهم الأول. إن لتأجيل المولود الأول مزايا خاصة به فهو قد يمنح العروسين فرصة لاختبار ديمومة الزواج قبل الإنجاب، وللتعافي من نفقات العرس وديونه ويسمح للعروس العاملة بالاستمرار في العمل وتجميع سنوات عمل إضافية مما يحول دون انسحابها من سوق العمل مبكراً بسبب الإنجاب. وكذلك إرشاد وتوعية وحث الذين أنجبوا مولودهم الأول على التريث في إنجاب مولودهم الثاني وذلك باستعمال وسائل المباشرة الملائمة لهم لأن ثلثهم فقط فعل مثل هذا. ويتطلب ما سبق التركيز على:

• استخدام موانع الحمل المؤقتة غير الهرمونية والتي لا تحتاج إلى مقدم خدمة خاصة مثل الواقي الذكري لأنه كان شهد قبولاً وتزايداً في السنوات الأخيرة في كافة الشرائح حتى بين المتزوجين حديثاً (صغار السن) الذين لم ينجبوا بعد.

• تقديم المشورة والخدمات للأمهات في مجال تنظيم الأسرة قبل مغادرة أقسام الولادة وعقب الولادة مباشرة.

• توفير نظام معلوماتي للمتابعة على مستوى المجتمع المحلي من قبل مقدمي خدمات الطفولة والصحة الإنجابية إضافة إلى المتابعة الميدانية أو الهاتفية أو الزيارات المنزلية للأمهات في فترة النفاس. إن متابعة النساء في فترة النفاس مهمة لسببين: لأنها الفترة الملائمة لتنظيم الأسرة لتجنب حمل جديد مبكر، ولأن نسبة عالية من النساء ما زالت تعتقد أن ليس هناك ضرورة للرجوع بعد الولادة (أي في فترة النفاس) إلى المواقع التي تلقين فيها الرعاية أثناء الحمل.

• استغلال الفرص الضائعة العديدة التالية لتقديم المشورة والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة والتي تم تبيانها في التقرير وهي: عند الفحص الطبي قبل الزواج وعقد القران وتسجيله لتثقيف المقبلين على الزواج عن تنظيم الأسرة قبل الزواج، خلال فترة الحمل، لحظة الولادة ولحظة الإجهاض، زيارات النفاس، والزيارات الأخرى لمواقع الخدمات، واستهداف الرجال من خلال خطب الجمعة والدروس الدينية لأن الأزواج لا يصاحبون زوجاتهم إلى المواقع التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة.

• التركيز على التجمعات الحضرية الكبرى والمخيمات من أجل بلوغ أهداف خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية وذلك لسببين، الأول لأنه يسكنها نسبة عالية من مجموع الأسر في الأردن وثانيهما لأن مستويات الإنجاب لم تنخفض في هذه المناطق منذ عام ٢٠٠٢ قياساً بالمناطق الريفية.

• التركيز على زيادة ممارسة الأمهات للرضاعة المحضّة أو المطلقة في الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل لما لها من عوائد صحية على صحة الأمهات والأطفال واقتصادية على نفقات الأسر الفقيرة خاصة وعلى تنظيم الأسرة بإحياء طريقة قطع الدورة بالإرضاع التي عادت إلى التراجع بدل تزايد الاعتماد عليها في الشهور الستة الأولى بعد الولادة على الأقل.

• دعم جهود المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الصحة الإنجابية، خاصة الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة، لكي تستعيد دورها الرئيسي السابق في برنامج تنظيم الأسرة في الأردن، لأن لديها بنية تحتية حديثة ولأنها توظف مقدمي خدمات من الإناث، وهذا من شأنه أن يخفف العبء الكبير الذي تحمّله وزارة الصحة في السنوات الخمس الماضية والنتائج عن: تراجع مساهمة الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة، النمو السريع في عدد المتزوجات، استبدال المتوقّفين عن استعمال وسائل تنظيم الأسرة بمستعملين آخرين، والحاجة إلى خدمة أعداد متزايدة من الأزواج الجدد لتحقيق الأهداف الإنجابية للاستراتيجية الوطنية للسكان.

• الاستمرار في إجراء الدراسات الموجهة لخدمة السياسات مثل إجراء دراسة ريادية لتقييم جدوى تركيب اللولب للأمهات عقب الولادة مباشرة وقبل مغادرة المستشفى خاصة بعد تزايد نسب وأعداد الولادات القيصرية، دراسة إمكانية قيام القابلة القانونية بتركيب اللولب استجابة لرغبة المرأة بالحصول على الخدمة من سيدة.

• إجراء دراسة لأنماط الزواج والإنجاب واستعمال وسائل تنظيم الأسرة لدى سكان المناطق الحضرية المكتظة كما جرى لمناطق البادية المختلفة والمجموعات السكانية الأخرى.

• توقّيت إجراء المسوحات الديموغرافية لتتزامن مع إعداد خطط الصحة الإنجابية، الأمر الذي يساعد على متابعة التغيرات وتقييمها ورسم الخطط المستقبلية.

٢- تحليل التقدم نحو تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي - ١٩٩٤

لقد أطلق الأردن الأجندة الوطنية عام ٢٠٠٦ ومدها عشر سنوات لتشمل السياسات والبرامج التي ترشد الحكومات المتعاقبة حول دورها في تحقيق هدف الأجندة في تحسين نوعية حياة الأردنيين وضمان رفاههم، حيث ركزت على ثماني قضايا لها غايات زمنية ومبادرات محددة، في مجالات التعليم والتدريب والعمل والرفاه الاجتماعي وتنمية القطاع الخاص، ومجالات التنمية السياسية والمشاركة التشريعية والعدالة.

وتم بعد ذلك وضع هذه الأجندة العشرية في إطار مبادرة «كلنا الأردن» كاستراتيجية طويلة الأمد، ولتنفيذ هاتين الوثيقتين أعدت الحكومة البرنامج الوطني التنفيذي للأعوام الثلاثة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، الذي اشتمل على ثمانية محاور هي: التنمية السياسية والمشاركة، التشريع والعدل، تعميق الاستثمار، الخدمات المالية والإصلاح المالي الحكومي، دعم التشغيل والتدريب المهني، الرفاه الاجتماعي، رفع مستوى البنية التحتية، التعليم والتعليم العالي والبحث العلمي والإبداع، وتضمن البرنامج التنفيذي أهدافاً وسياسات وبرامج ومشروعات محددة وذات أولوية وكلفة محسوبة ومصادر تمويل محددة مع مؤشرات لقياس الأداء.

والحكومة على وشك الانتهاء من إعداد البرنامج التنفيذي التنموي الثاني للأعوام (٢٠٠٩-٢٠١١) من سبعة محاور والذي يتضمن برامج ومشاريع وأنشطة تهدف إلى دعم النمو الاقتصادي وتحسين مستوى معيشة المواطنين وتحقيق توازن تنموي بين المناطق وخفض مستويات التضخم وبناء العنصر البشري كقاعدة للدخول إلى الاقتصاد المبني على المعرفة، وشكلت قضايا السكان والتنمية أحد الركائز المهمة في البرنامج التنفيذي.

إن محاور الأجندة الوطنية تستجيب للقضايا والأهداف التي تعامل معها برنامج عمل القاهرة الدولي والتي نشير لها في البنود اللاحقة من هذا التقرير.

٢-١ صحة الطفل

عملت الحكومة على توفير الخدمات الصحية الأساسية واللازمة للعناية بالأطفال من خلال التوسع في إنشاء مراكز الأمومة والطفولة والمراكز الصحية الأولية، وتوفير الرعاية للحوامل وخدمات تنظيف الأسرة والتطعيم مجاناً، والقيام بحملات شاملة لتطعيم الأطفال للقضاء على الأمراض الوبائية والمعدية، وتنظيم حملات توعية وتنفيذ برنامج الصحة المدرسية. هذا بالإضافة إلى توفير التمويل اللازم لإجراء مسوحات الصحة الأسرية مما يمكن صناع القرار من الحصول على المعلومات الضرورية لرسم السياسات المناسبة. ونتيجة لذلك انخفض معدل وفيات الأطفال خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٧ بنسب تجاوزت ٤٠٪، وارتفعت نسبة التغطية بمطعموم الحصبة إلى حوالي ٩٩٪ من الأطفال، وكذلك الحال بالنسبة للمطعموم الثلاثي والشلل الذي وصلت نسبة التغطية لهما إلى حوالي ٩٨٪ أو أكثر.

ولا يوجد تفاوت بين معدل وفيات الرضع حسب الجنس، ولكن يزيد معدل وفيات الأطفال دون الخامسة قليلاً بين الإناث (٢٣ مقابل ٢٢ للذكور)، ولكن هناك تباينات في مستويات وفيات الأطفال بين المحافظات فهي أعلى في محافظات إقليم الجنوب ومحافظة المفرق وفي الريف. أما بخصوص تباينات وفيات الأطفال حسب المستوى التعليمي للأم والوضع الاقتصادي للأسرة فهي مختلطة ولا تظهر نمطاً واضحاً حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية الأخير (٢٠٠٧)، هذا بالإضافة إلى قصر مدة المباشرة بين المواليد (ثلث الولادات تقع قبل سنتين من سابقتها) وارتفاع نسبة الأحمال عالية الخطورة (٦٠٪) وما يفرضه ذلك من أعباء وكلف صحية كزيادة الحاجة إلى الحاضنات والكوادر الطبية عالية التدريب، وعدم تحسن مؤشرات الرضاعة الطبيعية المطلقة، وضعف التربية الأسرية في المناهج، والفجوات الموجودة في بيانات الخدمات الصحية المقدمة للأطفال مما يحد من الانتفاع منها في اتخاذ القرار، والتفاوت بين المحافظات والحضر والريف في مؤشرات الطفولة.

٢-٢ الصحة الإنجابية

تعتبر الصحة الإنجابية العنصر الأهم في الاستراتيجية الوطنية للسكان التي تستهدف خفض معدلات الإنجاب وتحسين صحة الأم والطفل، إضافة إلى المواءمة بين النمو السكاني والموارد المتاحة.

وتشير المعطيات إلى احتمالية انخفاض نسبة وفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل والولادة والنفاس، وإلى ارتفاع وسيط العمر عند إنجاب المولود الأول. كما ارتفعت نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة، وارتفعت رعاية الحوامل ونسبة الولادات التي تتم بإشراف طبي مختص لتقدر بحوالي ٩٩٪ في عام ٢٠٠٧، وانخفض الإنجاب بين المراهقات والحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة. إلا أن مازال هناك بعض التحديات التي تؤثر سلباً على قضايا الصحة الإنجابية منها، ارتفاع فقر الدم بين الحوامل وتدني الرعاية في فترة النفاس وغياب المتابعة المنزلية خلالها، وارتفاع نسب الأحمال غير المقصودة بسبب التوقف المبكر عن استعمال موانع الحمل وارتفاع نسبة استعمال الموانع التقليدية القليلة الفعالية، وتزايد حالات الاختلال في وظائف الغدة الدرقية بين النساء وسرطانات الثدي والجهاز الإنجابي، وتدني جودة المشورة المقدمة للأزواج، كذلك إمكانية تحقيق خفض وفيات الأطفال بمقدار الثلثين رغم أن الحكومة قررت مؤخراً توفير التأمين الصحي الشامل والمجاني لكافة الأطفال دون سن السادسة من العمر.

وتجدر الإشارة إلى الاهتمام الحكومي في زيادة الوعي بأهمية تنظيم الأسرة والالتزام بخدمات الصحة الإنجابية وتحسينها، وتقليل التفاوت في مستوى خدمات الصحة الإنجابية، الأمر الذي يعزز من إمكانية تحقيق هدف خفض نسبة وفيات الأمهات بمقدار ٧٥٪ مقارنة بمستواها في عام ١٩٩٠ حيث بلغت ٦٠٪. والعمل جارٍ الآن على إنجاز دراسات وطنية

لمراضة الأمهات ووفياتهن من أجل تحديث مؤشراتهما وتحسين جودة المعلومات عن الأسباب التي تقف وراءهما ووضع البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة للحد منهما.

٢-٣ فيروس نقص المناعة المكتسبة (الايدز)

ما زال الأردن من الدول التي تتميز بمعدلات انتشار منخفضة لمرض الإيدز رغم تزايد عدد الإصابات المسجلة إلى ٦٦١ منذ اكتشاف أول حالة في عام ١٩٨٦ (منها ١٨ خلال الستة أشهر الأولى من عام ٢٠٠٩) ، ومن بين العدد التراكمي للإصابات هناك ٢٠٢ إصابة لأردنيين (منهم ١٦٣ من الذكور، ٣٩ إناث - ١١٢ منهم متعايش مع المرض) والباقي لأجانب من جنسيات متعددة.

واهتمت الحكومة بمتابعة المرض منذ البداية حيث قامت بتأسيس البرنامج الوطني لمكافحة مرض الإيدز واللجنة الوطنية التنسيقية للإيدز، وإنشاء الخط الوطني الساخن، وإنشاء مراكز للمشورة والفحص الطوعي وعلاج المرضى والمتعايشين مع المرض، وتزاول هذه الهيئات عملها بسرية وباحترام لخصوصية المرضى مع تقديم جميع الخدمات بشكل مجاني، كما تقدم الدعم والمساعدة المالية والمشورة والإرشاد للمرضى، وتقوم وزارة الصحة بتكثيف الرقابة على عمليات نقل الدم بفحص كافة وحدات الدم الذي يتم التبرع به، وبالعديد من حملات التوعية التي تستهدف الشباب في كافة مواقعهم وبالتعاون مع الهيئات الحكومية وغير الحكومية، ومحاربة الوصمة والتمييز ضد المرضى، وتتلقى الوزارة مساعدات من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا.

ومن نقاط القوة، ارتفاع مستوى المعرفة بمرض الإيدز وطرق الوقاية منه بين السكان، إلا أن مستوى استعمال الواقي الذكري لا يتجاوز ٣, ٥%^{٢١}، وارتفاع حالات الفحص لغير الأردنيين الذين يقيمون في الأردن لمدة تزيد عن شهر. ولكن هناك تدني في المعرفة الشاملة للسكان بجميع طرق الوقاية من العدوى بفيروس المناعة البشرية والأمراض الجنسية الأخرى، وصعوبة الوصول إلى المجموعات ذات السلوكيات الجنسية الخطرة، وضعف التثقيف الجنسي المراعي للعادات والتقاليد السائدة والموجهة للمراهقين والشباب والحاجة لتكثيف برامج لنشر الوعي بالممارسات الصحية السليمة.

٢-٤ التعليم

إن مؤشرات الالتحاق بالتعليم والامية خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٨ تشير بوضوح إلى إمكانية تحقيق شمولية التعليم بحلول عام ٢٠١٥، فيلاحظ ارتفاع معدلات الالتحاق الصائفي بالتعليم الابتدائي لتصل إلى ٩٧,٧% في عام ٢٠٠٨، وانخفاض

معدل الأمية بين فئة الشباب إلى ١٪. ويعود ذلك إلى عدد من نقاط القوة أهمها الالتزام الحكومي بالتعليم للجميع وللجنسين وبالتخطيط التربوي وبإعداد المعلمين وبحقوق الطفل، والقيمة العالية التي يحملها الوالدان لتعليم الأبناء والإنفاق على تعليمهم والاستثمار في رأس المال البشري، ومشاركة القطاع الخاص في النظام التعليمي.

غير أن هناك بعض القضايا والتحديات المتعلقة بالنظام التعليمي والتي تحتاج إلى مزيد من الاهتمام، ومن أهمها مواجهة تحدي النمو السريع في عدد الأطفال في سن التعليم بسبب ارتفاع معدلات الإنجاب الماضية واستقرارها مؤخراً، وما يتبع ذلك من حاجة متزايدة لبناء مدارس جديدة وصيانة الموجود والتخلص من المستأجر منها، والتصدي لأسباب ظاهرة التسرب من المدارس وخاصة في المرحلة الثانوية، ومراجعة المناهج وتطويرها وتدريب المعلمين على استعمالها بكفاءة لكي يتمكن الطلبة من مواجهة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي يشهدها المجتمع والتعامل مع تحديات العولمة بما في ذلك التعامل مع تكنولوجيا المعلومات والاتصال، وتطوير قدرات الطلبة على التحليل والتفكير والإبداع عوضاً عن الحفظ، وربط مناهج التعليم ومهارات التعلم بالحاجات الحياتية وباحتياجات سوق العمل، بالإضافة إلى الاهتمام بمرحلة الطفولة ما قبل المدرسة، توفير الخدمات المساندة والبرامج الخاصة بتلبية احتياجات الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وتشجيع الفتيات على اختيار الاختصاصات الملائمة للفرص التي يتيحها سوق العمل.

ومن أهم الدروس المستفادة في هذا المجال إطلاق مبادرة «مدرستي» التي ضمنت مشاركة القطاع الخاص والمجتمع المحلي في تحسين البيئة المدرسية كجزء من مسؤوليتهم الاجتماعية، ومبادرة «المعلم المتميز» و «المدير المتميز» لزيادة قدرات ومهارات المعلم وحفزه على الإبداع في أساليب ووسائل التدريس.

٢-٥ تمكين المرأة والإنصاف والمساواة بين الجنسين

حقق الأردن إنجازات كبيرة في مجال تمكين المرأة في مجالات الصحة والتعليم، غير أن مشاركتها السياسية والاقتصادية لا زالت دون مستوى الطموح المنشود، على الرغم من زيادة مشاركتها في عضوية مجلسي النواب والأعيان والمجالس البلدية، وفي بعض المواقع الإدارية. وقد عملت المؤسسات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني، بما فيها وكالات الأمم المتحدة على توفير الدعم للناشطين في مجال حقوق المرأة. وتجدر الإشارة، إلى أن موضوع تمكين المرأة لا زال موضوع نقاش ليس فقط على مستوى المؤسسات الرسمية وغير الرسمية، بل تعداه إلى المستوى الشعبي، مما يستدعي العمل على تعميق الفهم للعوامل الاجتماعية والثقافية التي قد تلعب دوراً في التمييز ضد المرأة واعتماد السياسات المناسبة لتحقيق الجهود الرامية لتمكين المرأة وتحقيق المساواة والعدالة النوعية وتكافؤ الفرص.

وعلى الرغم من أن الأردن يأتي في مقدمة الدول العربية في مساندة الحقوق السياسية للنساء، إلا أن الانتخابات النيابية الأخيرة لعام ٢٠٠٧ أسفرت عن وصول سبع سيدات فقط إلى مجلس النواب، ست منهن جئن عن طريق نظام «الكوتا» المخصصة لهن، وكلهن تقريباً من الدوائر الانتخابية الريفية الصغيرة، وهذه مشكلة قد تكون بحاجة إلى حلول على المدى البعيد، وإلى وضع خطط وبرامج وطنية مدروسة للتمكين السياسي للمرأة بالتنسيق بين الجهات المعنية كافة الرسمية والأهلية.

وقد وقّع الأردن على اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة «سيداو» في كانون الأول عام ١٩٨٠، وصادق عليها في تموز عام ١٩٩٢، وتم نشر الاتفاقية في الجريدة الرسمية في آب ٢٠٠٧. وقد صدرت الإرادة الملكية السامية في أيار ٢٠٠٩ بالموافقة على قرار مجلس الوزراء برفع التحفظ على البند ١٥ - ٤ من الاتفاقية والمتعلق «بمنح الدول الأطراف للرجل والمرأة نفس الحقوق المتصلة بحركة الأشخاص وحرية اختيار مكان سكناهم وإقامتهم». وأبقت الحكومة تحفظها على المادة (١٦) من الاتفاقية دون إلغاء، وأصبح قرار مجلس الوزراء برفع التحفظ ساري المفعول بعد صدوره في الجريدة الرسمية. ويُعد إلغاء التحفظ على هذه المادة إنجازاً عظيماً آخر يسجل في مسيرة المرأة الأردنية، ويفتح المجال للأمل بإنجاز المزيد من النجاحات لتمكين المرأة في مجالات الحياة كافة، ويرفع مكانة الأردن من وجهة نظر المنظمات والهيئات المعنية بمساعدة النساء للحصول على حقوقهن.^{٢٢}

وعلى الرغم من ذلك، فما زالت هناك ممارسات ومعيقات ثقافية وأسرية تحول دون وصول معظم الإناث إلى حقهن الشرعي في الميراث، مما يقلل من سيطرتهن على الموارد الوطنية ويحد من مكانتهن، ويزيد من احتمال سقوطهن ضمن الشرائح الفقيرة خاصة اللاتي لم يزاوِلن من قبل أعمالاً مشمولة بأنظمة التقاعد أو الضمان الاجتماعي.

وقد ارتفعت مشاركة المرأة في السلطة القضائية من ٢, ١٪ في عام ٢٠٠٠ إلى ٣, ٥٪ في عام ٢٠٠٧، وفي مجلس الأعيان من ٥, ٧٪ في عام ١٩٩٧ إلى ٧, ١٢٪ في عام ٢٠٠٧، وفي الحكومة لتصل إلى ١٥٪ من الحقائق الوزارية الحالية. وأقرت الكوتا النسائية في المجالس البلدية والبالغة ٢٠٪، وقد أدى فوز النساء في المجالس البلدية ومجلس أمانة عمان الكبرى بـ (٢٣) مقعداً تنافسياً، إلى رفع نسبة تمثيل المرأة في هذه المجالس لتصل إلى ٢٥ ٪، وهو أكبر إنجاز حققته المرأة في الأردن في انتخابات تنافسية.^{٢٣}

وازدادت نسبة مشاركة النساء في سوق العمل من ٢, ١٢٪ في عام ٢٠٠٠ إلى ٢, ١٤٪ في عام ٢٠٠٨. واحتل الأردن مؤخراً المرتبة ١٠٤ بين ١٣٠ دولة على مؤشر الفجوة الجندرية (مؤشر متعدد البنود والأبعاد) مسجلاً رقماً مقداره ٠, ٦٢٨ على مقياس من صفر إلى واحد (١ = مساواة كاملة).^{٢٤}

وما زال عدم المساواة حسب النوع الاجتماعي ظاهرة في فرص العمل، حيث تعاني النساء من سلبات عديدة، منها تفضيل العمل في مهن وقطاعات معينة دون غيرها لأسباب قد تعود لانتشار ثقافة العيب المرتبطة بالعمل في مهن معينة أو لانتشار ظاهرة التمييز الاجتماعي لدى البعض، وارتفاع معدلات البطالة بينهن خاصة بين الشرائح الأعلى تعليماً، وارتفاع نسبة غير النشاطات اقتصادياً بينهن (ربات المنزل) بسبب الانسحاب المبكر من سوق العمل بغرض الزواج والإنجاب المبكر بعد الزواج ورغبة الزوج. كما أن استجابة القطاع الخاص لضرورة توفير بيئة صديقة للزوجة العاملة لتواصل العمل بعد الإنجاب لا تزال دون المستوى المأمول من هذه المؤسسات الأهلية في إطار مسؤوليتها الاجتماعية، ويتمثل ذلك في قصر إجازة الوضع والأمومة وقلة الحضانات المؤسسية وضعف تطبيق ساعة الرضاعة.

إن نسبة السكان غير النشيطين اقتصادياً في الأردن عالية جداً، والنسبة الأكبر منهم (حوالي ٥٤٪) هم مدبرو المنازل وجلهم من الإناث، إذ أن ٧٠,٢٪ من السكان غير النشيطين اقتصادياً هم إناث، كما أن ٧٦,٤٪ من الإناث غير النشيطات اقتصادياً هنا مدبرات منزل.^{٢٥} وتشير البيانات لعام ٢٠٠٨ إلى أن الإناث لا يشكلن سوى ١٧,٨٪ من قوة العمل، ورغم أن معدلات البطالة بينهن أعلى مما هي عليه بين الذكور إلا أنهن لا يشكلن سوى ٢,٢٪ من المتعطلين، وخلافاً للمتعطلين الذكور فإن معظم المتعطلات هن من الإناث الأعلى تعليماً. كما أن أكثر ضحايا العنف الأسري والذي يأخذ أشكالاً عديدة لا يمكن حصرها في هذا التقرير؛ هن من الفتيات والنساء، وتوجد عوائق اجتماعية عديدة أمام حصول النساء على حقهن في الميراث خلافاً لما كفلته الشريعة الإسلامية والتشريعات الوطنية.

ومن قصص النجاح في مجال تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين إنشاء إدارة جديدة لحماية الأسرة من العنف والانتهاكات تتبع مديرية الأمن العام، وتزايد فرص الإقراض الصغير أمام النساء الراغبات في الشروع في مشاريع خاصة ناجحة مولدة للدخل خاصة في القطاع غير النظامي، والتي تمتاز بقلّة الكلفة وبعدم تعارضها مع الأدوار الأسرية للنساء. ومن نقاط القوة دعم التشريعات الوطنية وعلى رأسها الدستور الأردني للعدالة بين الجنسين، وإنشاء وحدة للنوع الاجتماعي في عدد من المؤسسات الحكومية كوزارة التخطيط والتعاون الدولي ووزارة العمل ووزارة التنمية السياسية ووزارة الزراعة ودائرة الإحصاءات العامة ودائرة الأراضي والمساحة، واستحداث قسم للعنف الأسري في مديرية صحة المرأة والطفل في وزارة الصحة، وإدماج بُعد النوع الاجتماعي في الخطط التنفيذية للوزارات والمؤسسات الرسمية، ووجود شراكة وتشبيك بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية النشطة في مجال تعزيز حقوق المرأة ومكانتها، هذا بالإضافة إلى صدور قانون الحماية من العنف الأسري رقم (٦) لسنة ٢٠٠٨ كأول قانون مختص في المنطقة العربية، وإنشاء مكتب شكاوي المرأة في اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة لاستقبال الشكاوي المتعلقة بحالات العنف وكافة أشكال التمييز الذي تتعرض إليه النساء في الأردن وتوثيقها وإحالتها للجهات المختصة. إذ تضطلع هيئات وطنية مثل اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة وتجمع لجان المرأة الوطني الأردني بالإضافة إلى مؤسسات المجتمع المدني الأخرى بأدوار مركزية في مجال تمكين المرأة من خلال العمل على التوعية القانونية وإصلاح السياسات وتعديل التشريعات التي من شأنها أن تعزز حصول النساء على حقوقهن وزيادة مشاركتهن الاقتصادية والسياسية.

٦-٢ الفقر

يعتبر مستوى الفقر الشديد في الأردن متدني، فمستواه لسنة الأساس (١٩٩٢) هو ٦,٦٪ وانخفض عام ٢٠٠٢ إلى ٤٪ وإلى ٢,٣٪ عام ٢٠٠٦. وبسبب تغير الأسعار فإن خط الفقر متحرك، فقد بلغ خط الفقر العام (٥٠٤ دينار) سنوياً حسب مسح نفقات الأسرة لعام ٢٠٠٦ بزيادة مقدارها ٢٨,٦٪ عن عام ٢٠٠٢. وبلغت نسبة الفقر (نسبة الأفراد الذين يقل دخلهم عن خط الفقر) ١٤,٧٪ (مقابل ١٤,٢٪ في عام ٢٠٠٢)، ولكنها أعلى في الريف إذ بلغت ٢٢,٨٪ (مقابل ١٨,٧٪ في عام ٢٠٠٢) و ١٣,١٪ في الحضر (مقابل ١٢,٩٪ في عام ٢٠٠٢)، وبسبب صغر حجم عينة المسح لم يكن بالإمكان استخلاص نتائج على مستوى المحافظات^{٢٦}، ومهما يكن فقد انخفض عدد مناطق جيوب الفقر من ٢٢ إلى ١٠ خلال الفترة نفسها.

ويشير الخط الوطني للفقر والذي يُقدر اعتماداً على كلفة الأغذية الرئيسية والمواد الأساسية غير الغذائية حسب مصدر حكومي إلى أن نسبة الفقراء بلغت حوالي ١٤,٥٪ من السكان عام ٢٠٠٧، مع وجود نسبة أخرى مماثلة من الطبقة الوسطى معرضة للفقر بسبب ارتفاع أسعار الوقود والأغذية الذي شهده عام ٢٠٠٨، رغم تحسن الوضع في الربع الأخير من تلك السنة. ومن أهم تحديات محاربة الفقر استمرار النمو السكاني خاصة بين الشرائح السكانية الأقل دخلاً، مما يعني أن عدد الفقراء سيزداد حتى لو انخفضت نسبة الفقراء، وأظهر مسح السكان والصحة الأسرية لعام ٢٠٠٧ أن مستويات الإنجاب بين الشريحتين الأفقر في المجتمع أعلى من الشرائح الأخرى الأغنى، وأن مدة المباشرة بين الولادات ونسبة استعمال موانع الحمل بين هاتين الشريحتين كانت أقل من الشرائح الأخرى أيضاً، ولعل هذا يفسر عدم استمرار تحسن مؤشرات الجوع (نسب نقص الوزن والهزال والتقزم بين الأطفال) في السنوات الخمس الأخيرة.

ولقد حقق الأردن إنجازات كبيرة وقصص نجاح في مجال محاربة الفقر والجوع من حيث السياسات والمؤسسات، فوضع استراتيجية لمحاربة الفقر وأنشأ صندوق المعونة الوطنية لتقديم العون المالي الطارئ والمستمر للفقراء وشملهم بالتأمين الصحي المجاني وقدم الدعم للسلع الأساسية والمحروقات في فصل الشتاء، هذا بالإضافة إلى الالتزام الحكومي باستمرار العمل على محاربة الفقر وظواهره. وتشير نتائج الدراسات منذ عام ١٩٩٢ إلى تراجع حدة هذه المشكلة، وخاصة بين الفئات الأشد فقراً، فقد ارتفع معدل النمو في الناتج المحلي الإجمالي من ٢٪ في عام ١٩٩٨ إلى ٦,٦٪ في عام ٢٠٠٧^{٢٧}، مما أسهم في رفع نصيب الفرد من هذا الناتج من ١٢١٣ دينار إلى ٢٠٤٩ دينار للسنوات نفسها، كما تزايدت حوالات العاملين الأردنيين في الخارج بمعدل ١١٪ سنوياً ووصلت إلى ٢٨٧٣ مليون دينار عام ٢٠٠٨ مرتفعة بنسبة ١٨٪ عن العام السابق لتحل المرتبة الأولى بين مصادر التدفقات النقدية وتشكل ٢٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي^{٢٨}، ويتوقع المراقبون تراجع حجم هذه الحوالات ويعززون ذلك إلى توقع عودة بعض من الأردنيين العاملين في دول الخليج العربي بسبب تقلص فرص العمل هناك نتيجة لتأثر اقتصادياتها بالآزمة المالية العالمية. وارتفع الدخل السياحي من ١٠٩٠ مليون دينار إلى ١٦٣٩ مليون دينار، رغم عدم تحقق سلام شامل في المنطقة، وارتفعت الاستثمارات الأجنبية من ٤٨٢ مليون دينار إلى ١٢٨٣ مليون دينار، وارتفعت الصادرات من ١٢٧٨ مليون دينار إلى ٤٠٦٤ مليون دينار ونسبتها إلى الناتج المحلي من ٢٣٪ إلى ٣٥٪ وانخفض معدل البطالة من ١٤,٤٪ إلى ١٢,٧٪ بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٧. ورغم ارتفاع معدل التضخم في عام ٢٠٠٨ إلى ١٤,٩٪ بسبب الارتفاع المؤقت في أسعار النفط والأغذية في السوق العالمي، إلا أن الحكومة استطاعت أن تحافظ على معدل تضخم معتدل بلغ متوسطه السنوي ٤٪ للسنوات ١٩٩٨-٢٠٠٨.

ويواجه الأردن عدة تحديات في هذا الصدد من أبرزها تعثر عملية السلام في المنطقة، وتأثر الاقتصاد الأردني بعدم الاستقرار الأمني في المنطقة، والتأثير المتوقع للآزمة المالية العالمية على العملة الأردنية في دول الخليج العربي وعلى المساعدات التي تقدمها الدول الغربية المتأثرة بهذه الآزمة وعلى الحوالات المالية الواردة إلى الأردن. يضاف إلى ذلك ضعف التنسيق في سياسات وجهود محاربة الفقر بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية العاملة على محاربة الفقر، وتقليل مركزية إدارة البرامج والمشاريع الحكومية، وتوفير قاعدة بيانات تفصيلية وعلى مستوى المحافظات حول مؤشرات ظاهرة الفقر. ومن التطورات الإيجابية في مجال التصدي للتحدي الأخير إنشاء هيئة التحالف الوطني الأردني لمكافحة

٢٧- تراجع قليلاً إلى ٦٪ في الأشهر التسعة الأولى من عام ٢٠٠٨، وتوقع تقدير حديث لصندوق النقد الدولي أن يتراجع معدل النمو الحقيقي في الناتج المحلي الإجمالي إلى ٣-٤٪ خلال عام ٢٠٠٩، ولكن سيبقى معدل التضخم تحت السيطرة عند ٤٪ خلال العام بفضل أسعار تراجع النفط والأغذية عالمياً.

٢٨- البنك المركزي الأردني، النشرة الشهرية، آذار ٢٠٠٩.

الجوع عام ٢٠٠٤ وإنشاء الهيئة التنسيقية الوطنية للتكافل الاجتماعي عام ٢٠٠٨ للتنسيق بين الجهود والبرامج التي تقوم بها كافة الهيئات المضطلة بدعم الشرائح الفقيرة لكي تتمكن من توفير دعم أكبر لشرائح أكبر من المحتاجين، ولضمان عدم الازدواجية في تقديم العون ولإعداد دراسات لرصد الفقر على مستوى الأفضية والتجمعات السكانية في كافة محافظات المملكة لضمان الوصول إلى الشرائح الفقيرة فعلاً.

ومن قصص النجاح البارزة في الأردن هي الربط بين البرامج كالربط بين سياسات محاربة الفقر وتحسين التغذية والحد من التسرب من التعليم، فمثلاً يربط الأردن المعونة الوطنية الشهرية المقدمة للفقراء بمستوى الأسعار للحفاظ على مستوى معيشتهم، وكذلك يربط المعونة الوطنية الشهرية المقدمة للفقراء باستمرار التحاق أطفالهم بالمدارس الأمر الذي يعزز معدلات الالتحاق بالتعليم ويخفف من معدلات تسرب الأطفال من التعليم وتسولهم وعائلاتهم أيضاً، وكذلك الالتزام الحكومي بتعديل أسعار مشتقات الطاقة بصورة منتظمة كلما تغيرت أسعار النفط في السوق العالمي، وبرنامج التغذية المدرسية للطلبة في المدارس الموجودة في التجمعات السكانية الأفقر، والمحافظة على سعر الخبز وإضافة اليود إلى الملح وإضافة الحديد وفيتامين (د) إلى الطحين المباع إلى المخازن، وأيضاً الحملات الدورية لإطعام الجياع والتي تعتمد أساساً على مساعدات من القطاع الأهلي والخاص والمتمثلة في حملة البر والإحسان وزاد الخير وموائد الرحمن الرمضانية وتكية أم علي.

ونخلص إلى القول بأن من نقاط القوة في هذا الشأن، الإرادة السياسية الهادفة لمكافحة الفقر والاستقرار السياسي والأمن المجتمعي، والالتزام الحكومي المستمر باستراتيجية مكافحة الفقر والعمل على تعزيز شبكة الأمان الاجتماعي وتعزيز وبناء قدرات المؤسسات العاملة في مجال مكافحة الفقر، وإنشاء هيئة التكافل الاجتماعي التي تعمل على تنسيق جهود مكافحة الفقر، بناء قاعدة بيانات وطنية حول الفقر والفقراء وكذلك الربط بين مختلف الجهات العاملة وذات العلاقة بالبرامج والمشاريع الهادفة لمكافحة الفقر. بالإضافة إلى التكافل الأسري.

أما أهم التحديات ونقاط الضعف في هذا الشأن، التقلبات المناخية وأثرها على الأمن المائي والغذائي، الاعتماد على السوق الخارجي في توفير الاحتياجات الغذائية الأساسية (الحبوب، الأعلاف، وزيوت الطبخ) والطاقة والتي كثيراً ما تشهد ارتفاعات في أسعارها، الحاجة إلى القيام بمسوحات أسرية وسوقية بصورة سنوية أحياناً للوقوف على التغير في خط الفقر نظراً للتغير المستمر في الأسعار مما يشكل عبئاً إدارياً ومالياً على الأجهزة الحكومية، الحاجة إلى تطوير القدرات المؤسسية في مجال تقييم الأوضاع الأسرية وتحليل بيانات الفقر ورصد ومتابعة التغير في مستوياته وإدارة برامج مكافحته، ضعف التنسيق بين مؤسسات القطاع الخاص والمنظمات الحكومية وغير الحكومية في مجال تقديم المعونات المقدمة للفقراء بسبب الثغرات في نظام معلومات الفقر، والتباينات في الدخل والنمو بين الشرائح السكانية والمحافظة والألوية، ودخول بنود جديدة على نفقات الأسرة مثل كلفة الاتصالات الناجمة عن انتشار الهواتف الخلوية واستعمالها بين المراهقين والشباب، وكبر حجم الأسرة، وتدني مستوى الأجور قياساً بمستوى الأسعار، وعزوف الشباب من الجنسين

وترفعهم عن فرص العمل العديدة المتاحة. بالإضافة إلى الحاجة للتوسع في التحول من المعونات إلى التمكين والإنتاجية من خلال زيادة التحول من تقديم الإعانات النقدية إلى دعم المشاريع الإنتاجية في برامج الفقر والتركيز على المشاريع الصغيرة لتخفيف الفقر بين الجنسين ولتوفير فرص عمل خارج القطاع العام الحكومي. وكذلك إيلاء اهتمام خاص بالتمكين الاقتصادي للمرأة لأن ضعف مشاركتها الاقتصادية يزيد من معدلات الفقر بين الأسر. ومن نقاط الضعف أيضاً قلة التنسيق والازدواجية في تقديم قروض المشاريع الصغيرة، وضعف تطبيق التشريعات والأطر القانونية لعمل المؤسسات الداعمة لتمويل المشاريع المتناهية الصغر والصغيرة ومتوسطة الحجم ودعمها لتعظيم تنافسيتها وضمان صنادير المؤسسات الصغيرة ومتوسطة الحجم، وتوفير حاضنات الأعمال المتخصصة، وضعف مبادرات القطاع الخاص لدعم المشاريع الصغيرة والمتوسطة، وعدم توفر الدعم المادي والتقني الكافي المقدم لتطوير وتحديث وترويج المنتجات، بالإضافة إلى ضعف عمليات المتابعة والتقييم لكافة المشاريع والبرامج التنموية المنفذة وغياب دراسات تقييم الأثر الناتج عن تنفيذ هذه البرامج والمشاريع.

٢-٧ النمو الاقتصادي المستدام

مضى الأردن في العقدين الماضيين قدماً في عمليات التخصيص وتشجيع القطاع الخاص، ونفذ برنامجين للتصحيح الاقتصادي وإعادة الهيكلة ومعالجة الاختلالات مع شبكة مرافقة للأمان الاجتماعي للحد من التأثيرات الاجتماعية السلبية لعملية الإصلاح وللمحد من الفقر والبطالة. وتقدم الأردن بسرعة في مجال الانفتاح الاقتصادي والاندماج في الاقتصاد العالمي من خلال انضمامه إلى منظمة التجارة العالمية وتوقيع العديد من اتفاقيات التجارة الحرة مثل اتفاقية التجارة العربية الحرة، واتفاقية التجارة الحرة مع الولايات المتحدة، واتفاقية الشراكة مع الاتحاد الأوروبي.

وعلى الصعيد الداخلي، عمل الأردن على تحديث اقتصاده ونظامه الضريبي وتوسع في تأسيس المناطق الصناعية المؤهلة، وإعلان العقبة ومحافظة المفرق منطقة اقتصادية خاصة، وتوفير الأطر التشريعية والمؤسسية والتنظيمية والقضائية والرقابية الجاذبة للاستثمارات الخارجية. كما عمل على تعزيز دور القطاع الخاص في العملية التنموية، وتمكين المواطنين من خدمات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات وتبنى نهج الحكومة الإلكترونية. ونجح الأردن في تخفيض حجم دينه الخارجي وخدمته كنسبة من ناتجه المحلي وكنسبة من صادراته عن طريق الإعفاء والجدولة وإعادة الشراء أو تحويله إلى استثمارات، فانخفضت نسبة الدين الخارجي إلى الناتج المحلي من ٩٥٪ إلى ٢٦,٧٪ بين عامي ١٩٩٨-٢٠٠٨ بسبب حصافة السياسات المالية والنقدية التي اتبعت بعد أزمة ١٩٨٩.

ويتمثل نجاح الأردن في بناء شراكات عالمية للتنمية في ارتفاع حجم الاستثمارات الخارجية في كافة القطاعات الاقتصادية، وتزايد فرص العمل حيث تمكن الاقتصاد الأردني من خلق سبعين ألف فرصة عمل (٥١ ألف للذكور و١٩ ألف للإناث)

في عام ٢٠٠٧^{٢٩}، كانت حصة الأردنيين منها ٨٢٪ والباقي (١٨٪) كانت من نصيب العمالة غير الأردنية. وارتفع حجم المساعدات الخارجية له من منح وقروض ميسرة ليصل مجموعها إلى ٧,٧ مليار دينار خلال الفترة ١٩٩٩-٢٠٠٨، ٦٧٪ منها منح والباقي قروض ميسرة طويلة الأمد، كما تتمثل الشراكة العالمية من أجل التنمية في عدة مشاريع للدعم الفني والمؤسسي للوزارات والمؤسسات الحكومية وفي توفير الفرص التدريبية والبحوث الدراسية في كافة القطاعات بلا استثناء من قبل عدة دول وجهات خارجية. وشهد قطاع الصناعات الدوائية في الأردن تطوراً كبيراً موفراً للسوق المحلي والعربي أدوية عالية الجودة ومتدنية الثمن وبديلة للكثير من الأدوية المستوردة.

٨-٢ البيئة

اهتم الأردن بالبعد البيئي للتنمية والحفاظ على التنوع الحيوي منذ الستينيات من القرن الماضي، حيث أنشئت الجمعية الملكية لحماية الطبيعة في عام ١٩٦٦، هذا بالإضافة إلى العديد من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية التي تضطلع بجانب أو أكثر من الأبعاد البيئية للتنمية. وقد تكلل هذا الاهتمام بإنشاء وزارة مستقلة للبيئة عام ٢٠٠٣ واستراتيجية وطنية للبيئة. كما سنت الحكومة العديد من الأنظمة والتشريعات واتخذت العديد من الإجراءات التي من شأنها المحافظة على البيئة، كما وقعت وصادقت على العديد من الاتفاقيات بهذا الخصوص ومنها الأجندة ٢١، وكانت أحد طرفي ثاني اتفاقية تجارة حرة توقع مع الولايات المتحدة الأمريكية تتضمن بنوداً خاصة بالبيئة.

وتولي الحكومة عناية خاصة لتوفير الأمن السكني للأسرة خاصة للشرائح الفقيرة وللأسر ذات الدخل المحدود، وتحديث شبكات المياه والصرف الصحي وتوسيع التغطية بهذه الخدمات الحيوية. وتقدم الحكومة من خلال الاستراتيجية الإسكانية دعماً لذوي الدخل المحدود للاقتراض من البنوك التجارية لغايات اقتناء منازل لهم. كما قامت الحكومة بتطوير البنية التحتية في ١٤ تجمعاً سكانياً صنفت كمواقع للسكن العشوائي المتدني، وبنت وقدمت منازل مجانية بسيطة للفقراء لينتقلوا إليها من مساكنهم الحالية غير الملائمة، وكان آخر المبادرات في هذا المجال «مبادرة سكن كريم» التي قدمت فيها الدولة دعماً يمكن ذوي الدخل المتدني من الحصول على مساكن أفضل من تلك التي يعيشون فيها أو يستأجرونها حالياً.

ومن نقاط الضعف في هذا الشأن، التفاوت الشديد بين الجنسين في الملكية العقارية، حيث تتدنى نسبة الإناث اللاتي يملكن عقاراً ريفياً أو حضرياً حسب التقارير المتلاحقة لصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة «يونيفيم»، وقد يعود ذلك إلى عوائق حصول الإناث على حقهن الشرعي في الإرث والتي تمت الإشارة إليه في مكان آخر من هذا التقرير. ومن التحديات ونقاط الضعف الرئيسية، سرعة النمو السكاني خاصة في الحضر وما يتبع ذلك من ضغط على الموارد الطبيعية وتدهور للبيئة من أهم مظاهر الفيضان الحضري على الأراضي الزراعية ومناطق الاستجمام في ظل غياب قانون واقعي ومستدام لاستعمالات الأراضي يحد من تغيير صفة استعمالها، والتدمير المستمر للريف بحجة التنظيم وتوفير المساكن للأعداد المتزايدة من الأسر. إضافة إلى الهدر في استهلاك المياه في الزراعة والتي يبلغ نصيبها حوالي ثلثي المياه المستعملة في الأردن، وضعف التفشي والرقابة البيئية على المنشآت الصناعية ووسائل النقل لضمان التزامها بأنظمة حماية البيئة وتشريعاتها.

وبناء على ما تقدم فإن الانجاز الذي أحرزه الأردن نحو تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي يُعد ملحوظاً في مختلف المجالات التنموية وقد ساعده في ذلك الاستقرار السياسي والأمن المجتمعي لمواطنيه، وقد أحرز إنجازات كبيرة في مجال حصول مواطنيه على التعليم يشمل جميع الأطفال من الجنسين ممن هم في سن التعليم الأساسي، وعلى الرعاية الصحية حيث تتم كافة الولادات تقريباً في المستشفيات، كما انخفضت مستويات الفقر نتيجة التزام الحكومة المستمر باستراتيجية مكافحة الفقر والتكافل الأسري وجهودها المتواصلة في هذا المضمار. كذلك تجاوز العمر المتوقع للفرد عند الولادة (٧٠) سنة، وطرأت تحسينات وتغطية واسعة في مجال البنية التحتية من حيث تحديث شبكات المياه والصرف الصحي وتوسيع التغطية بهذه الخدمات، كما وتولي الحكومة عناية خاصة لتوفير الأمن السكني للأسرة خاصة للشرائح الفقيرة والأسر ذات الدخل المحدود.

ولكن التحديات الرئيسية ما زالت ماثلة للعيان والتي منها، ارتفاع النمو السكاني واستقرار مستويات الإنجاب عند مستويات فوق مستوى الإحلال مما يشكل تحدياً أمام الوصول إلى الفرصة السكانية والانتفاع منها، وكذلك عدم التوازن بين الموارد البشرية والموارد الأخرى وفقر الموارد الطبيعية الحيوية والتقلبات المناخية وأثرها على الأمن الغذائي والمائي بسبب التذبذب الشديد في كميات الأمطار وتوزيعها، وشح الطاقة النفطية رغم استمرار جهود التنقيب عنها، وضعف الإنتاجية المحلية رغم نموها، والتباينات بين الأقاليم، وسرعة النمو السكاني في الحضر وعدم توازن التوزيع السكاني وما يشكل ذلك من تزايد الضغوط على مختلف الخدمات الحيوية والاجتماعية الأخرى وكذلك على الموارد الطبيعية وتدهور البيئة، وهذا بمجمله يدعو إلى بذل المزيد من الجهد والتعاون والتشارك ما بين جميع القطاعات العاملة في المملكة الأردنية الهاشمية لتحقيق الأهداف المرجوة من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

