



حقوق متلقي

خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والأشخاص

الأكثر عرضة للتهميش في الأردن

الفجوات في الممارسة

تشرين ثاني 2023

الحقوق الصحية الجنسية و

وصول إلى الخدمات الصحية الوصول العادل للرعاية الصحية

المجتمعات المهمشة صحياً

الجنس والصحة الجنسية والإنجابية

العدالة الصحية والجنسية والإنجابية

فولة والشباب والصحة الجنسية و



حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية
والإنجابية والأشخاص الأكثر عرضة للتهميش
في الأردن: الفجوات في الممارسة

إعداد:

- أ.د. أيمن هلسا : مدير مركز المعلومات والبحوث
- ماجد أبو عزام : رئيس قسم السياسات وكسب التأييد – مركز المعلومات والبحوث

فريق البحث:

- ميسرة الدماغ : باحث – مركز المعلومات والبحوث
- جهينة زريقات : مساعدة باحث – مركز المعلومات والبحوث
- علاء الشعبان: محلل بحث كمي - مركز المعلومات والبحوث

تصميم فني:

- ديمه القطب : رئيسة قسم الاتصال – مركز المعلومات والبحوث

عمل مركز المعلومات والبحوث بالتعاون مع الشبكة العربية للتربية المدنية/ أنهر على إعداد هذه الدراسة والتي تعتبر جزء من برنامج «نحن نقود – We Lead»، بهدف تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص الأكثر عرضة للتهميش في الأردن ومدى شموليتها، وتحديد الفجوات في التشريعات والسياسات ذات العلاقة التي من الممكن أن تعيق وصول الأشخاص إلى تلك الخدمات.

قائمة المحتويات:

6	1 خلفية عن المشروع
7	2 الهدف والأهمية
8	3 منهجية إعداد الدراسة
8	3.1 تصميم الدراسة
8	3.2 عينة الدراسة وعملية جمع البيانات
8	3.2.1 عينة الدراسة الكمية
10	3.2.2 عينة الدراسة النوعية
11	3.3 الاعتبارات الأخلاقية
12	3.4 محددات الدراسة
13	4 الصحة الجنسية والإنجابية في إطار منظومة حقوق الإنسان
17	5 الاستراتيجيات الوطنية والمؤسسية المعنية بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية
20	6 الممارسات العملية في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
25	7 خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والأشخاص المعرضين للخطر
25	7.1 الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسب/ الإيدز ، والأمراض المنقولة جنسياً
28	7.2 الأشخاص ذوي الإعاقة
31	7.3 الأشخاص اللاجئين في الأردن
33	8 تحديد حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
33	8.1 أولاً: الحصول على الموافقة المستنيرة
35	8.2 ثانياً: الإبلاغ على حالات العنف
36	8.3 ثالثاً: إمكانية الوصول
38	8.4 رابعاً: المقبولية
38	8.5 خامساً: النوعية
39	8.6 سادساً: التوافر
40	8.7 سابعاً: خصوصية وسرية المعلومات
42	التوصيات

1. خلفية عن المشروع:

قام مركز المعلومات والبحوث- مؤسسة الملك الحسين بإعداد هذه الدراسة والتي تعتبر جزء من مشروع «نحن نقود - WE Lead» هو برنامج جديد وملهم ومبتكر وبعيد المدى يهدف الى تحسين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشابات مع مراعاة المساواة في النوع الاجتماعي والدمج الاجتماعي. يضع البرنامج بشكل فعلي أصحاب الحقوق من النساء الشابات في موقع القيادة، ويدعمهن في الدفاع المؤثر والمستدام عن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية الخاصة بهن.

يتم تنفيذ البرنامج في تسعة بلدان في أفريقيا والشرق الأوسط وأمريكا الوسطى. يتكون ائتلاف «نحن نقود» من ست منظمات مجتمع مدني هي: (Positive Vibes، Development Restless، ومرسي، وFEMENEST، وصندوق نساء أمريكا الوسطى، وHivos)، ووزارة الخارجية الهولندية هي أيضا جزء من الشراكة وينفذ البرنامج تحت قيادة هيفوز. يتم تمويل البرنامج الذي مدته خمس سنوات من قبل وزارة الخارجية الهولندية، في إطار صندوق الشراكة SRHR، وهو جزء من إطار دعم تعزيز المجتمع المدني.

النتائج الرئيسية لبرنامج «نحن نقود» والتي مكنت المنظمات المجتمعية / منظمات المجتمع المدني / المنظمات غير الحكومية المساهمة فيها:

- عززت منظمات المجتمع المدني وأصحاب الحقوق من قدراتهم وأصبحت دامجة للشابات أو تقودها الشابات، وهي تعمل في مجتمع عمل للدفاع عن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية وتعزيزها.
- أصبح عامة الناس يعترفون بشكل متزايد بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية للشابات ويدعمونها
- أصبح مقدمو الخدمات الصحية أكثر وعيا بالاحتياجات المرتبطة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وبوضع الشابات، ويقدمون بشكل متزايد معلومات وخدمات شاملة وعالية الجودة ودامجة وتراعي حقوق الصحة الجنسية والإنجابية ويسهل الوصول إليها.
- يقوم كافلو الحقوق (صناع القرار) بشكل متزايد بتصميم واعتماد وتنفيذ القوانين والسياسات التي تحترم وتحمي الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية للشابات.
- بينما تستضيف الشبكة العربية للتربية المدنية «أنهر» البرنامج في الأردن وهي مكلفة ببناء مجتمع العمل وتعزيز فضاء ملائم للتعليم وتعزيز القدرات والنشاطات المشتركة.

2. الهدف والأهمية

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على موقف المعايير الدولية والوطنية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ومدى ارتباطها بحقوق الإنسان الأخرى بما في ذلك الحق في الحياة والحق في الصحة والحق في الخصوصية وحظر التمييز للأشخاص المعرضين للخطر، والتدابير التي يتعين على الدول اتخاذها لتمكين الأفراد من الممارسة الفضلى لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

ركزت الدراسة على الجهود الوطنية التي توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمتمثل جزء كبير منها بخدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة المقدمة من قبل مراكز الصحة الأولية والشاملة التابعة لوزارة الصحة الأردنية، والجهود الداعمة المتضمنة في السياسات والاستراتيجيات الوطنية. والإشارة إلى الفجوات في التشريعات والممارسات حول حصول الأفراد على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وكان من المهم في هذه الدراسة التركيز على مدى شمولية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حسب ما هو معتمد في معايير اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن ومقارنتها بما هو متعارف عليه في الممارسات الدولية الفضلى.

ولم تكن الدراسة بتقديم تحليلات للأطر النظرية والتشريعية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بالرغم من أهميتها بل سعت إلى تقديم تحليلات بحثية «كمية ونوعية» للوصول إلى نتائج أكثر شمولية حول الخدمات التي يقدمها مزودي الخدمات الرئيسيين مثل وزارة الصحة والمؤسسات الوطنية ذات العلاقة. ونتائج حول خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من وجهة نظر متلقي الخدمات بمن فيهم الأشخاص الأكثر عرضة للتهميش مثل الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري/الايدز والأمراض المنقولة جنسياً، والأشخاص اللاجئين.

ومن هذا المنطلق، تأتي أهمية هذه الدراسة لإعطاء تحليل متعدد الجوانب حول الجهود الوطنية التي توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وطبيعة الخدمات المقدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمات ووجهة نظر متلقي الخدمات بمن فيهم الأشخاص الأكثر عرضة للتهميش، بالإضافة إلى تقديم تحليل معمق حول شمول هذه الخدمات في التشريعات الوطنية والتركيز على الفجوات وفق الممارسات الدولية الفضلى والتي من الممكن أن تحول دون حصول الأفراد على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وسعت هذه الدراسة للوصول إلى نتائج وتوصيات مبنية على الحقائق للتشبيك مع مختلف أصحاب المصلحة بما في ذلك وزارة الصحة الأردنية وغيرها من المؤسسات الوطنية ذات العلاقة ومزودي الخدمات ومشاركتهم في تلك النتائج والتوصيات وأمكانية العمل على تفعيلها.

3. منهجية إعداد الدراسة

اعتمد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يستند في مضمونه على تجسيد التشريعات الوطنية والاستراتيجيات والممارسات الفعلية والجهود الوطنية المرتبطة بخدمات الصحة الجنسية والانجابية في الاردن والبحث في مدى انسجامها مع المعايير الدولية النازمة لحقوق الإنسان بالاستناد إلى اسلوبي البحث الكمي والنوعي وذلك من أجل الحصول على أكبر قدر من البيانات والمعلومات اللازمة لتحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة

3.1 تصميم الدراسة

كما ذكر سابقاً، اعتمدت هذه الدراسة على استخدام أسلوب البحث الكمي والنوعي، وقد سبق البدء بعملية جمع البيانات والمعلومات من الفئة المستهدفة إجراء مراجعة معمقة لإطار منظومة حقوق الإنسان في المواثيق والاتفاقيات الدولية والتزامات الأردن بشأن تمكين الأفراد من التمتع بأعلى مستوى من الصحة، ومراجعة للتشريعات الوطنية والسياسات والاستراتيجيات ذات العلاقة من أجل تحديد حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والانجابية وموائمتها من الممارسات الدولية الفضلى. وقد ساعدت هذه الخطوات في وضع أساس متين لهذه الدراسة وتكوين تصور حول التشريعات والممارسات العملية والمؤسسية وتحديد خدمات الصحة الجنسية والانجابية المقدمة وفق الممارسات الدولية الفضلى وتحديد الفجوات.

وبالتزامن مع المراجعة المعمقة للأدبيات والأطر النظرية والتشريعية قام مركز المعلومات والبحوث بالتعاون مع الشبكة العربية للتربية المدنية/ أنهر بالإستعانة بخبرات اثنين من المستشارين الوطنيين في المجال الطبي والمجال القانوني، سمحت هذه الخطوة في الوصول إلى منظور شامل حول خدمات الصحة الجنسية والانجابية، واستخدام نهج متعدد التخصصات يساعد في الوصول إلى تقييم عملي حول الممارسات الطبية والقانونية المتعلقة بالصحة الجنسية والانجابية في الأردن.

وخلال مرحلة تصميم أدوات البحث الكمي والنوعي قام مركز المعلومات والبحوث بمؤسسة الملك الحسين بالتعاون مع الشبكة العربية للتربية المدنية/ أنهر مشاركة مسودة الأدوات مع 5 من الخبراء الوطنيين بالإضافة إلى اثنين من المؤسسات الوطنية وهم المجلس الأعلى لحقوق الاشخاص ذوي الإعاقة، ومجلس اعتماد المؤسسات الصحية، وبمشاركة الخبراء/ الخبراء تم الوصول إلى مسودة نهائية من الأدوات الكمية والنوعية لإستكمال مرحلة جمع البيانات.

3.2 عينة الدراسة وعملية جمع البيانات

قام فريق البحث بتحديد عينة الدراسة النوعية من مقابلات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين أو مقدمي خدمات الصحة الجنسية والانجابية ومجموعات النقاش مع متلقي خدمات الصحة الجنسية والانجابية بإشراف إثنين من الخبراء(الطبي والقانوني)، أما عينة الدراسة الكمية تم تحديدها بشكل مسبق وتم اتباع وسائل علمية لتوزيع العينة على مستوى المملكة ومراعاة التوزيع السكاني، وتحديد خصائص العينة بشكل دقيق. وفيما يلي شرح لخصائص العينة:

3.2.1 عينة الدراسة الكمية

استهدفت العينة أفراد من المجتمع للحصول على وصف مفصل حول المعرفة والتصورات والسلوك ومدى تقبل المجتمع لخدمات الصحة الجنسية والانجابية، فضلاً عن استهداف سيدات قمن بمراجعة المراكز الصحية الأولية للحصول على إحدى خدمات الصحة الجنسية والانجابية. شملت عينة الدراسة الكمية الذكور والإناث ممن تزيد أعمارهم/ن على ثمانية عشر عاماً، وتوزيع العينة على جميع محافظات المملكة، كما هو موضح في الجدول (1)، ومراعاة توفر الفئات التالية:

- المتزوجون/ات أو ممن سبق لهم الزواج.
- الإناث والذكور من ذوي الإعاقة.
- الإناث اللاتي تلقين خدمات صحة جنسية وانجابية سابقاً.

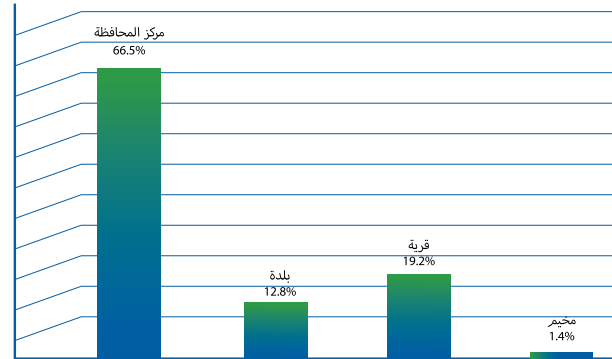
الجدول (1): التكرارات والنسب المئوية لتوزيع عينة الدراسة الكمية على محافظات المملكة.

الإقليم	التكرار	النسبة المئوية
إقليم الشمال (أربد، جرش، عجلون، المفرق)	127	30.2%
إقليم الوسط (عمان، الزرقاء، مادبا، السلط)	261	60.0%
إقليم الجنوب (الكرك، الطفيلة، معان، العقبة)	33	7.8%
المجموع	421	100%

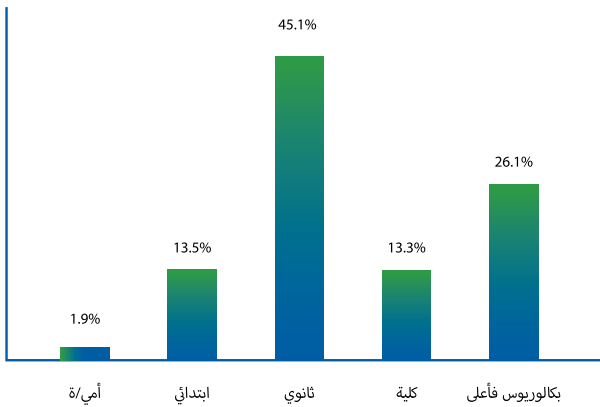
بعد الانتهاء من تحديد عينة الدراسة الكمية، تم جمع البيانات من جميع المستجيبين/ات خلال تعبئة استمارة مخصصة لهذا الغرض، عن طريق الهاتف باستخدام نظام «الاتصال الرقمي العشوائي» لضمان حصول جميع الأفراد في المجتمع على فرص متساوية من حيث اختيارهم للمشاركة في هذه الدراسة.

قبل البدء بتعبئة الاستمارات مع المتسفيدين/ات، تم تدريب الفريق البحثي من الإناث والذكور على كيفية تعبئة الاستمارة، وقبل بدء الباحثين/ات بالاتصال بالمستجيبين/ات قام فريق البحث بتعيين مجموعة من الإرشادات، توضح هذه الإرشادات السلوك المناسب المتوقع من فريق البحث الميداني أثناء المكالمات الهاتفية لضمان سلامة المستجيبين/ات والأفراد الذين يحتاجون إلى المساعدة، وتقديم مساعدة فعالة وكفؤة. جمعت البيانات في الفترة ما بين 15 أيلول ولغاية 15 تشرين أول 2023، استطاع خلالها فريق البحث تعبئة (421) استمارة موزعة على كافة محافظات المملكة. توضح الأشكال رقم (1)، (2)، (3)، (4) خصائص المستجيبين/ات حسب الجنس والفئة العمرية والحالة الاجتماعية.

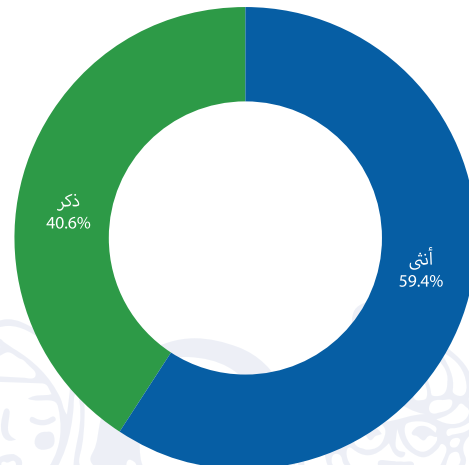
الشكل (1): يقع مكان السكن الحالي في:



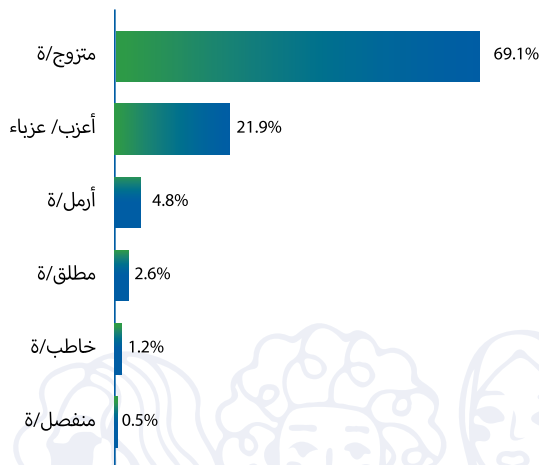
الشكل (2): المؤهل العلمي:



الشكل (3): جنس المستجيبين/ات:



الشكل (4): الحالة الاجتماعية:



أما بخصوص شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في عملية جمع البيانات الكمية، فكان فريق البحث حريص على استهدافهم بما يتوافق مع النسب العالمية والوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث تتراوح نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن (11.2%) حسب المسح الوطني للسكان والمساكن لعام 2015، في حين استهدفت هذه الدراسة أشخاص ذوي إعاقة من الذكور والإناث بنسبة (9.5%) من مجموع عينة الدراسة الكمية والبالغ عددها (421) مستجيب/ة.

عند تصميم الأسئلة الكمية المتعلقة بحالة الإعاقة، فقد تم استخدام أسئلة فريق واشنطن حول أداء الوظائف للحصول على مؤشرات حول شدة الإعاقة بشكل شمولي وأكثر دقة، هذه المنهجية يتم استخدامها في المسوحات العالمية، وما تم استخدامه بالفعل خلال إجراء المسح الوطني للسكان والمساكن في الأردن لعام 2015.

حيث احتوت الأسئلة على خيارات متعددة للمستجيبين/ات لتحديد حالة وشدة الإعاقة ومن حيث القدرة على استخدام الوظائف كما هو موضح في الجدول (2).

الجدول (2): حالة وشدة الإعاقة

يرجى اختيار ما ينطبق					
الاجابة	صعوبة مطلقة	صعوبة كبيرة	صعوبة بسيطة	لا يوجد صعوبة	مجال الصعوبة
1	4	3	2	1	أواجه صعوبة في الرؤية
2	4	3	2	1	أواجه صعوبة في السمع
3	4	3	2	1	أواجه صعوبة في المشي
4	4	3	2	1	أواجه صعوبة في التذكر أو التركيز
5	4	3	2	1	أواجه صعوبة في العناية بالذات مثل الاغتسال والاستحمام
6	4	3	2	1	أواجه صعوبة في التواصل مع الآخرين

ولأغراض الوصول إلى النسبة المئوية الدقيقة للأشخاص ذوي الإعاقة في هذه الدراسة وحسب تعريف مجموعة واشنطن تم جمع النتائج الخاصة بالأشخاص الذين يواجهون صعوبة كبيرة والأشخاص الذين يواجهون صعوبة مطلقة على أداء الوظائف الأساسية في كل مجال من مجالات الصعوبة المدرجة في الجدول السابق رقم (2)، أما الأشخاص الذين لا يوجد لديهم صعوبة والأشخاص الذين لديهم صعوبة بسيطة فإنهم يعتبروا من الأشخاص الذين لا يوجد لديهم إعاقة. وتم الوصول إلى حالة الإعاقة (ذو إعاقة ، لا يوجد إعاقة) بالتكرارات والنسب المئوية كما هو موضح في الجدول رقم (3).

الجدول (3): النسبة المئوية والتكرارات للأشخاص ذوي الإعاقة

حالة الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
لا يوجد إعاقة	381	90.5 %
يوجد إعاقة	40	9.5 %

3.2.2 عينة الدراسة النوعية

تضمن الشق الثاني من عملية جمع البيانات استخدام المنهج النوعي، من خلال أداة مخصصة لكل من المقابلات المعمقة ومجموعات النقاش المركزة، تم إجراء (11) مقابلة معمقة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين/ مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبعض الخبراء، من أجل فهم أكثر عن طبيعة الخدمات المقدمة من قبلهم ومدى شموليتها، والأشخاص المستهدفين للحصول على هذه الخدمات، وإمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتحديات الحصول عليها، ومعرفة حقوق متلقي الخدمات من وجهة نظر مقدمي الخدمات والبروتوكولات الوطنية المتبعة لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. الجدول رقم (4) يبين الجهات (أصحاب المصلحة الرئيسيين/ مقدمي الخدمات) الذين تم إجراء مقابلات معهم.

الجدول(4): مقدمى الخدمات وأصحاب المصلحة والخبراء الذين تم إجراء مقابلات معهم

الرقم	أصحاب المصلحة / مقدمي الخدمات	الشخص المسؤول
1	مديرية صحة المرأة والطفل – وزارة الصحة	الدكتورة هديل السائح
2	مديرية ذوي الإعاقة والصحة النفسية – وزارة الصحة	الدكتور محمد القدومي
3	مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز ورئيس قسم الأمراض المنقولة جنسياً – وزارة الصحة	الدكتور باسل أبو هديب
4	المجلس الأعلى للسكان	الدكتورة رانيا العبادي
5	إتحاد المرأة الأردني	الدكتورة أمل عبد الكريم
6	معهد العناية بصحة الأسرة- مؤسسة الملك الحسين	الدكتورة سارة العيطان
7	مؤسسة إنقاذ الطفل - save the children	الدكتورة بلقيس شاهين
8	جمعية العون الصحي الأردنية الدولية	الأستاذ وسيم الديك الأستاذة تالا الدباس
9	الجمعية الملكية للتوعية الصحية	الدكتورة روان قطيفان
10	حملة "إبني" لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	الأستاذ أنس ضمرة
11	عضو شبكة تثقيف الأقران والإبداع وتنمية المهارات/ الأردن "Y-PEER"	عبادة ضبيان

كما تم إجراء (3) مجموعات نقاش مركزة مع الفئات الأكثر عرضة للتهميش منهم الأشخاص المتعاشيين مع فيروس نقص المناعة البشري/ الايدز، والأشخاص المتعاشيين مع الأمراض المنقولة جنسياً، والأشخاص ذوي الإعاقة، كما هو موضح في الجدول رقم (5)، وكون من الصعوبة بمكان استهداف هؤلاء الأشخاص في عينة البحث الكمي العشوائي والوصول إليهم، فقد ارتأى فريق المركز ولجنة الخبراء إجراء مجموعات نقاش مركزة معهم، وفهم أكثر لهذه الخدمات من وجهة نظرهم كمتلقي خدمات وامكانية وصولهم إلى تلك الخدمات وتحديات الحصول عليها، والبروتوكولات الوطنية المتبعة حول الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

الجدول(5): الأشخاص الأكثر عرضة للتهميش الذين تم إجراء مجموعات نقاش معهم

الرقم	الأشخاص	أداة البحث	العدد
1	الذكور المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز	مجموعة نقاش مركزة	6 ذكور
2	الإناث المتعاشيات مع فيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز	مجموعة نقاش مركزة	7 إناث
3	الإناث من ذوى الإعاقة	مجموعة نقاش مركزة	4 إناث

إن استخدام أدوات البحث النوعي كالمقابلات المعمقة ومجموعات النقاش المركزة هي جزء أساسي من عمليات البحث التي يجريها مركز المعلومات والبحوث، حيث أن الفريق البحثي يتمتع بخبرات كافية لاستقطاب المشاركين/ات وإجراء البحث الميداني ضمن بروتوكولات وأخلاقيات البحث. كما تم مشاركة أداة المقابلات المعمقة ومجموعات النقاش المركزة مع لجنة الخبراء لأخذ التغذية الراجعة.

3.3 الاعتبارات الأخلاقية

كان للجنة الخبراء التي شاركت في هذا المشروع أثر ايجابي في توجيه عملية البحث الميداني بشقيه الكمي والنوعي، والخروج بالأدوات البحثية اللازمة، كما قام فريق البحث بمشاركة هذه الأدوات مع خمسة من الخبراء الوطنيين وأثنين من المؤسسات الوطنية ذات العلاقة وأخذ التغذية الراجعة عليها. الجدول رقم(6) يبين لجنة الخبراء الذين شاركوا في مراجعة أدوات البحث النوعي والكمي.

الجدول(6): الخبرات والخبراء المشاركين في مراجعة أدوات الدراسة

الرقم	الاسم	الجهة
1	الدكتور هيثم الدويري	خبير في القطاع الطبي
2	الأستاذ معاذ الحميمات	خبير قانوني
3	الأستاذة علياء الزريقات	المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
4	الأستاذة غدير الحارس	المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
5	الأستاذ أنس شتيوي	مستشار في النوع الاجتماعي والدمج
6	الدكتورة سوسن المجالي	مستشارة في تعزيز النظم الصحية
7	الأستاذة أميمة نصار	مجلس اعتماد المؤسسة الصحية

قبل عملية جمع البيانات من الميدان تلقى فريق البحث التدريب اللازم، وأخذ بالاعتبارات الأخلاقية اللازمة لحماية خصوصية المشاركين/ات كالموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة في هذه الدراسة من جميع المشاركين/ات، والتسجيل الصوتي للمقابلات ومجموعات النقاش بعد أخذ الموافقة منهم/ن.

ونظراً لحساسية المواضيع المطروحة، واستهداف اشخاص متعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري/ الايدز، والأمراض المنقولة جنسياً، تم إخفاء هويات جميع المشاركين/ات واستبدال الأسماء برموز متسلسلة، وتم تفريغ جميع المقابلات العميقة ومجموعات النقاش المركزة حرفياً، وجرت عملية تصنيف وتحليل البيانات النوعية والكمية بشكل موضوعي بعيداً عن أي اعتبارات أخرى.

3.4 محددات الدراسة

نظراً لأن الدراسة استهدفت إجراء مقابلات معمقة مع مقدمي الخدمات من المؤسسات الرسمية والحكومية فإن ذلك تطلب استخدام القنوات الرسمية للحصول على موافقات رسمية لإجراء المقابلات مع المتخصصين في تلك المؤسسات، وتطلب ذلك ما يزيد عن شهر للحصول على الموافقات الرسمية لإجراء المقابلات.

كما واجه فريق البحث صعوبة في استقطاب الأشخاص إلى مجموعات النقاش المركزة، كالأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الايدز، والأمراض المنقولة جنسياً كون هؤلاء الأشخاص لا يرغبون غالباً في الإفصاح عن هويتهم أو مشاركة تجاربهم. وبسبب ضيق الوقت المخصص لهذا المشروع لم يتسنى لفريق البحث استقطاب الأشخاص اللاجئين/ات، والعاملات أو العمال المهاجرين والوافدين لإجراء مجموعات نقاش معهم.

4. الصحة الجنسية والإنجابية في إطار منظومة حقوق الإنسان

تندرج الصحة الجنسية والإنجابية في إطار الحق في الصحة، وعلى الرغم من خلو الدستور الاردني من الإشارة الى هذا الحق إلا انه تم التأكيد عليه في العديد من الاتفاقيات الدولية والإقليمية المعنية بحقوق الانسان. وأول أشاره إلى هذا الحق كانت من خلال دستور منظمة الصحة العالمية في العام 1946، حيث عرّفت منظمة الصحة هذا الحق بأنه «حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد انعدام المرض أو العجز». كما أكدت المقدمة أيضاً على أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العرق، أو الدين أو المعتقد السياسي أو الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي». كما ذكر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 الصحة كجزء من الحق في مستوى معيشي لائق من خلال المادة 25، ولابد من الإشارة الى أن حق الانسان بالتمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية يمتد ليشمل المحددات الأساسية للصحة¹.

ويعتبر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من أوائل الاتفاقيات التي تناولت الحق في الصحة؛ إذ نصت المادة 12 على ما يلي:

1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.
2. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

- (أ) العمل على خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا،
- (ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية،
- (ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها،
- (د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

1. الغذاء والتغذية والحق في الصحة - تقرير المقررة الخاصة المعنية بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، الوثيقة رقم A/78/185
الفقرة 2 من المقدمة.

كما تم الإشارة الى هذا الحق في الميثاق العربي لحقوق الانسان² وتكررت ايضا الإشارة إلى هذا في الاتفاقيات القطاعية مثل حقوق الطفل³، اتفاقية مناهضة التمييز ضد المرأة⁴ واتفاقية حماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم⁵ واتفاقية حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة⁶، حيث تم تناول هذا الحق بما يتناسب مع احتياجات الفئات المحمية بموجب هذه الاتفاقيات.

تمخض عن برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية (ICPD) لعام 1994 على اجماع عالمي جديد يعزز أهداف الصحة الجنسية والإنجابية وضمان المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. سعى البرنامج إلى تعزيز قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مأمونة، والقدرة على الإنجاب وتقرير الانجاب وموعده وتواتره، وحقوق كل من المرأة والرجل في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة، وأساليب تنظيم الإنجاب التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، ونهيء للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة.

أما الرعاية الصحية الإنجابية فإنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي⁷.

إن الفهم الكامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لا يقتصر فقط على الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية، وإنما يشمل مجموعة من العناصر والترتيبات الاجتماعية والقانونية والمؤسسية والمالية التي تمكن الأفراد من ممارسة حقوقهم في هذا المجال ومعالجة المحددات الاجتماعية الأساسية والحصول على التعليم الجنسي الشامل، وإنهاء العنف القائم على النوع الاجتماعي ووقف الممارسات الضارة مثل زواج الأطفال. ولذلك، فإن الصحة الجنسية والإنجابية تتطلب نهجاً متعدد القطاعات يتجاوز قطاع الصحة، ليشمل التعليم والعدالة والأمن والإسكان وغيرها من القطاعات.

أما قمة نيروبي في أيلول لعام 2019 التي شارك فيها الأردن و 179 دولة، والتي تعتبر مكملة وقائمة على تنفيذ ما لم يتم انجازه في برنامج عمل مؤتمر القاهرة، حيث تعهدت الأردن ب 12 التزام والعمل مستقبلا على تحقيقهم، أما الموضوعات ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية في هذه الالتزامات تؤكد على وصول الجميع لمعلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والوصول للإجهاض الآمن والقانوني والتثقيف الجنسي الشامل والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين.

2. حيث نصت المادة (39) منه على: «1- تقر الدول الأطراف بحق كل فرد في المجتمع بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه وفي حصول المواطن مجانياً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وعلى مرافق علاج الأمراض من دون أي نوع من أنواع التمييز...»
3. نصت المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل على 1. تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه. 2. تتابع الدول الأطراف أعمال هذا الحق كاملاً وتتخذ، بوجه خاص، التدابير المناسبة من أجل: (أ) خفض وفيات الرضع والأطفال، (ب) كفالة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية، (ج) مكافحة الأمراض وسوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة وعن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية، أخذاً في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره، (د) كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها، (هـ) كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما والوالدين والطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات، (و) تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين، والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة. 3. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الفعالة والملائمة بغية إلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال. 4. تتعهد الدول الأطراف بتعزيز وتشجيع التعاون الدولي من أجل التوصل بشكل تدريجي إلى الأعمال الكاملة للحق المعترف به في هذه المادة. وتراعى بصفة خاصة احتياجات البلدان النامية في هذا الصدد.

4. نصت المادة 11 من اتفاقية مناهضة التمييز ضد المرأة على 1. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان العمل لكي تكفل لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، نفس الحقوق ولا سيما: (و) الحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل، بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب. نصت المادة 12 على (1) تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة. (2) بالرغم من أحكام الفقرة 1 من هذه المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة. كما نصت المادة 14/2 تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في المناطق الريفية لكي تكفل لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، أن تشارك في التنمية الريفية وتستفيد منها، وتكفل للريفية بوجه خاص الحق في: (ب) الوصول إلى تسهيلات العناية الصحية الملائمة، بما في ذلك المعلومات والنصائح والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة،
5. نصت المادة 28 من اتفاقية حماية العمال المهاجرين وأفراد أسرهم على العمال المهاجرين وأفراد أسرهم الحق في تلقي أية عناية طبية تكون مطلوبة بصورة عاجلة لحفظ حياتهم أو لتلافي ضرر لا يمكن علاجه يلحق بصحتهم وذلك على أساس المساواة في المعاملة مع رعايا الدولة المعنية. ولا يحرم هؤلاء من هذه العناية الطبية الطارئة بسبب أية مخالفة فيما يتعلق بالإقامة أو الاستخدام. وكذلك نصت المادة 43/1 التي جاء فيها يتمتع العمال المهاجرون بالمساواة في المعاملة مع رعايا دولة العمل فيما يتعلق بما يلي: (و) إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية، شريطة الوفاء بمتطلبات الاشتراك في برامج هذه الخدمات،

6. نصت المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على تعترف الدول الأطراف بأن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة. وتتخذ الدول الأطراف كل التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل الصحي. وتعمل الدول الأطراف بوجه خاص على ما يلي: (أ) توفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي توفرها للآخرين، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبرامج الصحة العامة للسكان؛ (ب) توفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديداً بسبب إعاقاتهم من خدمات صحية، تشمل الكشف المبكر والتدخل عند الاقتضاء، وخدمات تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات ومنع حدوث المزيد منها، على أن يشمل ذلك الأطفال وكبار السن؛ (ج) توفير هذه الخدمات الصحية في أقرب مكان ممكن من مجتمعاتهم المحلية، بما في ذلك في المناطق الريفية؛ (د) الطلب إلى مزاولي المهن الصحية تقديم رعاية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس جودة الرعاية التي يقدمونها للآخرين، بما في ذلك تقديم هذه الرعاية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة، من خلال القيام بجملة أمور منها زيادة الوعي بحقوق الإنسان المكفولة للأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم واستقلالهم الذاتي واحتياجاتهم من خلال توفير التدريب لهم ونشر معايير أخلاقية تتعلق بالرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص؛ (هـ) حظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي، والتأمين على الحياة حيثما يسمح القانون الوطني بذلك، على أن يوفر بطريقة منصفة ومعقولة؛ (و) منع الحرمان على أساس التمييز من الرعاية الصحية أو الخدمات الصحية أو الغذاء والسوائل بسبب الإعاقة

7. برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994، الفصل السابع «الحقوق الإنجابية والصحة الجنسية»، الأمم المتحدة وثيقة 1.Rev/13/171.A/CONF

ووفقاً للالتزامات الدولية تم التوسع والشمول في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية فلم تعد تشمل تنظيم الأسرة وحقوق الزوجين في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الإنجاب، بل تشمل أيضاً الرعاية اللازمة أثناء الحمل وعند الولادة وفي فترة النفاس وبعد الإجهاض بكافة أشكاله، وتعزيز الرضاعة الطبيعية والحماية من كافة الممارسات الضارة مثل زواج الأطفال والزواج المبكر والقسري وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث والقتل دفاعاً عن الشرف والتعقيم القسري، ومعالجة العقم الإنجابي، والحماية من كافة أشكال العنف الأسري الجسدي والجنسي والنفسي، والحماية من الأمراض المنقولة جنسياً، والكشف المبكر عن السرطانات الإنجابية وعلاجها، وتمكين الزوجين من ممارسة حقوقهم الإنجابية وتوقيت البدء بالإنجاب والحصول على العدد الذي يرغبون به من الأطفال والتباعد الآمن بينهم وعلاج من لديهم عقم.

يعتبر التعليق العام رقم 14 لسنة 2000 الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من اهم الوثائق الدولية التي تتناول الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة من خلال تفسيرها لنص المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وأصبح هذا التعليق المرجعية الأساسية لبيان عناصر الحق في الصحة وآلية تطبيقه⁸.

يؤكد التعليق العام على ارتباط الحق بالصحة بالعديد من حقوق الانسان الأخرى، وبالتالي احترام وتفعيل هذه الحقوق يؤثر بشكل مباشر على حق الفرد بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ومن الأمثلة على هذه الحقوق الحق في المأكل، والسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول إلى المعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل. فهذه الحقوق والحريات وغيرها تتصدى لمكونات لا تتجزأ من الحق في الصحة⁹.

ويحتل هذا التعليق العام أهمية خاصة بموضوع هذه الدراسة، لأنه يوضح الرابط بين الحق بالصحة باعتباره حق من حقوق الانسان والصحة الجنسية والإنجابية باعتبارها جزء لا يتجزأ من هذا الحق، فلا ينبغي فهم هذا الحق على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فقط. بل يشمل حريات وحقوقاً متعددة، وتتضمن الحريات حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجاته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية الذي يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه¹⁰.

ويعرف التعليق الصحة الإنجابية على انها أن يتمتع النساء والرجال بحرية اختيار الإنجاب كلما أرادوا، وتشمل الحق في معرفة الوسائل الآمنة والفعالة والمقبولة والميسورة مالياً لتنظيم الأسرة والوصول إلى هذه الوسائل وفقاً لاختيارهم، فضلاً عن الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي ستمكن النساء، على سبيل المثال، من إتمام فترة الحمل والولادة بسلامة¹¹.

وهنا تظهر العلاقة ما بين المادة 12/2/أ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي جاء فيها «العمل على خفض معدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً» والصحة الجنسية والإنجابية، فهذه المادة تلزم الدول على اتخاذ تدابير متعددة من أجل ضمان إمكانية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، والرعاية قبل الولادة وبعدها، وخدمات التوليد في حالات الطوارئ، والوصول إلى المعلومات، فضلاً عن الموارد اللازمة من أجل العمل استناداً إلى تلك المعلومات¹².

وتتطلب المادة 12/2/ج من العهد «لوقاية من الأمراض البائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها»، ويفهم من ذلك ضرورة وضع برامج وقائية وتثقيفية في الأمور التي تؤثر سلباً على الصحة الجنسية والإنجابية والتوعية بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي مثل فيروس نقص المناعة¹³.

وتؤكد اللجنة المعنية بمناهضة التمييز ضد المرأة من خلال توصيتها العامة رقم 24 لسنة 1999، أن الحصول على الرعاية الصحية، بما فيها الصحة الإنجابية، هي حق أساسي بموجب اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة¹⁴.

كما أكد المقرر الخاص المعني بحق كل انسان بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية بأن الحق بالصحة يمنح المرأة الحق في الحصول على الخدمات المتصلة بالحمل ومرحلة ما بعد الولادة وسائر الخدمات والمعلومات المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية، على أن تكون هذه الخدمات والأدوات والمرافق التي تتصل بهذا النوع من أنواع الرعاية¹⁵.

8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 2000(14) on The Right to the Highest Attainable Standard of Health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.4/2000/12.

9. IBID., paragraph 3.

10. IBID., paragraph 12.

11. IBID., paragraph 14.

12. IBID., paragraph 14.

13. IBID., paragraph 16.

14. CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention, (Women and Health), Adopted at the Twentieth Session of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, A/38/54/Rev.1, chap. I, 1999, paragraph 1.

15. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, General Assembly, A/2006,338/61, paragraphs 13 and 17.

- ✓ متوفرة بأعداد كافية، خاصة فيما يتعلق بأعداد مقدمي الخدمات
- ✓ إمكانية الاستفادة الفعلية والاقتصادية فتكلفة الخدمات المقدمة تؤثر على قرار الاستفادة منها
- ✓ إمكانية الاستفادة دون تمييز، بحيث تراعي الخدمات خصوصية متلقي الخدمات، أي معالجة العوامل الاجتماعية والثقافية والسياسية والقانونية التي تؤثر على قرار المرأة طلب هذا النوع من الخدمات
- ✓ أن تكون الخدمات من نوعية جيدة، فجودة الخدمة قد تؤثر على قرار المرأة بالسعي إلى الانتفاع بالخدمات أو عدم التماسها.

وفي العام 2016، أصدرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام رقم 22 بشأن الحق في الصحة الجنسية والانجابية، حيث أكد التعليق على أن الحق في الصحة الجنسية والانجابية جزء لا يتجزأ من الحق في الصحة المنصوص في المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وأوضح التعليق الترابط بين الحق في الصحة الجنسية والانجابية مع حقوق الانسان الأخرى¹⁶، وشرح بإسهاب عناصر الحق الأربعة المترابطة، وهي: التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية والنوعية¹⁷.

واعتمادا على ما تقدم، تنطبق الالتزامات المتعلقة بحقوق الانسان على الحق بالصحة الجنسية والانجابية. وتتمثل هذه الالتزامات بموجب القانون الدولي لحقوق الانسان:

- ✓ واجب الاحترام، أي امتناع الدول عن التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر في التمتع بالحقوق الإنجابية.
- ✓ واجب الحماية، وهذا يتطلب من الدول منع أطراف أخرى من التعدي على الحقوق المحية واتخاذ خطوات للتحقيق في مثل هذه الانتهاكات والمعاقبة عليها عند حدوثها.
- ✓ واجب الوفاء، وهنا تلتزم الدول بأن تتخذ الدول أي تدابير ضرورية، تشريعية و/أو متعلقة بالميزانية و/أو قضائية و/أو إدارية، لتحقيق الأعمال الكامل للحقوق الإنجابية¹⁸ وهذا ما سيتم الإشارة اليه لاحقا بشكل مفصل في الجزء الاخير من الاطار النظري في متن هذه الدراسة.

وبحسب منظمة الصحة العالمية فان الخدمات التي تدرج ضمن الصحة الجنسية والانجابية¹⁹، هي:

- ✓ الوصول إلى المعلومات والتثقيف حول الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك التربية الجنسية الشاملة.
- ✓ الوصول إلى خدمات منع الحمل وتنظيم الأسرة لتمكين الأفراد من اختيار توقيت الحمل والمباعدة بين فترات الحمل
- ✓ الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.
- ✓ الوقاية والعلاج من التهابات الجهاز التناسلي.
- ✓ رعاية صحة الأم، بما في ذلك خدمات الحمل والولادة الآمنة.
- ✓ الوقاية من العقم وعلاجه.
- ✓ منع وإدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات التقليدية الضارة.
- ✓ الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن والقانوني حيثما يسمح القانون بذلك.
- ✓ تلبية الاحتياجات الصحية المحددة للمراهقين والشباب.

وأخيرا نجد ان الصحة الجنسية والانجابية كان لها نصيب من أهداف التنمية المستدامة، فضمن الهدف رقم 3 المتمثل بـ (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار)، حيث جاء في المؤشر 3.7 «ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030»²⁰.

16. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 9.

17. IBID., paragraphs 21-12.

18. CEDAW General Recommendation No. 24, paragraph 15. Also 48 – 40.

19. World Health Organization. (2018). Sexual and reproductive health. Available online [https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health#tab=tab_1] last visited 7 May 2023.

20. ويقاس مؤشر هذا الهدف بنسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) والآتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسر بطريقة حديثة. والمعادلة المستخدمة لحساب النتائج هي: نسبة النساء = عدد النساء المتزوجات في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) والآتي يستخدم حاليا أو يستخدم شريكهن، وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل/ النساء في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) X 100

5. الاستراتيجيات الوطنية والمؤسسية المعنية بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية

أطلقت وزارة الصحة خطتها الاستراتيجية 2023 – 2025²¹، حيث تم إدراج تعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل كهدف محوري ضمن الهدف الاستراتيجي المتمثل بتحسين الوصول والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية بجودة وعدالة وبمشاركة مجتمعية فعالة. وقد سبق للوزارة أن أصدرت الخطة الاستراتيجية الاتصالية لوزارة الصحة في مجال تنظيم الأسرة 2019-2023²²

قام المجلس الأعلى للسكان، باعتباره جهة وطنية معنية بتنسيق الجهود الوطنية المبذولة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وبالتشارك مع الجهات ذات العلاقة بإطلاق الاستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الجنسية والإنجابية 2020 – 2030 بهدف تأطير وتنسيق الجهود الوطنية²³، إلا أن المجلس الأعلى للسكان ليس جهة تنفيذية أو مقدمة خدمة وبالتالي يعتمد تنفيذ هذه الاستراتيجية على تعاون الجهات التي تقدم هذه الخدمات في القطاعين العام والخاص.

كما تم تضمين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الاستراتيجية الوطنية للمرأة في الأردن 2020-2025²⁴، وأشارت إلى توفير الاحتياجات الخاصة بصحة المرأة والفتيات الجسدية والنفسية خاصة المتعلقة منها بالصحة الجنسية والإنجابية وتمكين النساء والفتيات من الحصول بشكل أفضل على الخدمات الصحية وخدمات تنظيم الأسرة باعتبارها من التدخلات المطلوبة لتحقيق المخرج الخاص بزيادة عدد النساء والفتيات القادرات على الحصول على الخدمات والبنية التحتية الأساسية الملائمة لاحتياجاتهن الخاصة فيها الخدمات الإنسانية وخدمات التعافي والتمتع بالأمن والمساهمة في تحقيقه.

وعند مراجعة الخطة التنفيذية للاستراتيجية الوطنية للمرأة في الأردن 2023-2025، نجد أنه تم الإشارة إلى الخطة الاستراتيجية الصادرة عن المجلس الأعلى للسكان، وتم إعطاء المجلس مسؤولية تنفيذ العديد من الأنشطة، بشرط توفر التمويل اللازم، مثل تفعيل المعايير الوطنية الصديقة للشباب لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

كما قام المجلس الأعلى للسكان ومنصة شير نت الأردن²⁵ بالتعاون مع كافة الشركاء من وزارات ومؤسسات حكومية وشبه حكومية ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص بإطلاق استراتيجية الاتصال الخاصة بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية للأعوام 2022 – 2024، وتهدف هذه الاستراتيجية إلى توفير مظلة مفاهيمية تمكن المؤسسات والأفراد من نشر ومشاركة المعارف الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية للباحثين والجهات البحثية وصناع القرار ورسمي السياسات والاعلام ومقدمي الخدمات بما يدعم عملية صناعة القرارات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية²⁶. وتستند الاستراتيجية على مجموعة من الافتراضات لضمان تحقيق أهدافها، من ضمنها اعتراف الجهات المعنية بالتحديات الموجودة، كفاءة الاتصال والتنسيق بين الجهات المعنية، كفاءة منظومة المتابعة والتقييم وربطها بمنظومة المسائلة والاعتراف بدور المجلس الأعلى للسكان في الاشراف على تنفيذ الاستراتيجية ومتابعتها²⁷.

21. الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2023 – 2025، متوفر على الرابط التالي

[https://shorturl.at/ehKV0] last visited 7 May 2023

22. متوفر على الرابط التالي

[https://shorturl.at/msE51] last visited 7 May 2023.

23. المجلس الأعلى للسكان، الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية، 2020-2030، متوفر على الرابط التالي. [https://rb.gy/wa3vx] last visited 7 May 2023.

[https://shorturl.at/kwBG8] last visited 6 May 2023.

24. اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة، متوفر على الموقع التالي

25. منصة الشير نت هي منصة تفاعلية عبر الانترنت الغاية منها دعم الأبحاث المتعلقة بالصحة الإنجابية وبمشاركة المعنيين من الشركاء في القطاعات المختلفة، ضمن مشروع الشير نت، حيث أنه وفي عام 2015 قام المجلس الأعلى للسكان ومركز المعلومات والبحوث في مؤسسة الملك حسين بإعداد تقرير حول «مراجعة الدراسات ذات العلاقة بالصحة الإنجابية وتحديد الفجوات وأولويات البحث فيها» بالتنسيق مع مؤسسة شير نت الهولندية العالمية»، أوصى التقرير بأن يكون المجلس الأعلى للسكان هو جهة الاتصال مع مؤسسة الشير نت العالمية لتنفيذ نشاطاتها في الأردن من خلال شركاء محليين، وكذلك إجراء مزيد من الدراسات النوعية فيما يخص مكون الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى تطوير قاعدة الأبحاث السكانية في المجلس الأعلى للسكان، لتصبح أكثر تفاعلية ولتتم ربطها مباشرة مع مراكز الأبحاث في المؤسسات الأكاديمية والبحثية، ومقدمي خدمات الصحة الإنجابية، وبتاريخ 2015/10/21 عقد المجلس الأعلى للسكان اجتماع للجهات المعنية ليطم مشاركتها بنتائج التقرير وبمشاركة اللجنة التوجيهية للأبحاث في المجلس الأعلى للسكان وبحضور المعنيين من مؤسسة شير نت العالمية، وقد تم موافقة الجهات المعنية في الأردن على نتائج التقرير، كما تم اخذ موافقة الحكومة الأردنية على تنفيذ مشروع الشير نت في الأردن من خلال المجلس الأعلى للسكان.

26. المجلس الأعلى للسكان، إستراتيجية اتصال خاصة بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية للأعوام 2022 – 2024، ص 2 متوفر على الرابط التالي [https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/strtyjy_lsl_lqdy_lsh_ljnsy_wlnjby_-_rby.pdf], last visited 7 May 2023.

27. المرجع السابق، ص 19-20.

وبالرغم من الجهود السابقة، رصدت الاستراتيجيات السابقة والعديد من الدراسات المتخصصة والملاحظات الختامية للجان الاتفاقية العديد من التحديات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية في الأردن، ويمكن تلخيص أبرزها على النحو التالي:

1. ارتفاع نسبة النساء المتزوجات في سن المراهقة، ارتفاع نسبة الولادات خلال اقل من 18 اشهر من الولادة السابقة، 14% نسبة الولادات غير المخطط لها، 79% من السيدات المتزوجات لا يستخدمن وسائل منع الحمل، 55% من الرجال لم يتعرضوا إلى رسائل متعلقة بتنظيم الأسرة، وجود تباين بين معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المحافظات حيث بلغت في أقصاها 23 حالة لكل الف طفل في المفرق وادناها 10 حالات لكل الف بالعقبة، انخفاض نسبة الأمهات اللاتي قمن بوقاية مولدهن الأخير من كزاز حديثي الولادة (فقط 28% اخذن المطعوم)، ارتفاع معدل الولادات القيصرية (26% من كافة الولادات)، ضعف الاقبال على الفحوصات قبل الزواج، وجود تحديات في الوصول إلى المرافق الصحية مثل بعد المسافة، عدم الدراية بالخدمات المقدمة، عدم الحصول على موافقة الزوج، وخشية عدم وجود انثى في المرفق الصحي²⁸.
2. انخفاض نسبة مستخدمي وسائل منع الحمل، فتشير إحدى الدراسات إلى انه 72.5% من جميع المراهقات المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، لم يستخدمن وسيلة لمنع الحمل²⁹.
3. لا توجد مواد تثقيفية ملائمة لسن الطلاب بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في المدارس³⁰.
4. محدودية الفرص المتاحة أمام النساء والفتيات للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في المناطق الريفية والمناطق النائية³¹.
5. افتقار المعرفة بشكل كبير بفيروس نقص المناعة البشرية/الايدز والأمراض المنقولة جنسياً³².
6. عدم ضمان توزيع الواقيات الذكرية للفئات المستهدفة³³.
8. عدم مراعاة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية للمرأة والفتاة، بما في ذلك استراتيجيات الصحة الإنجابية³⁴، وعدم تهيئة المرافق الصحية لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة³⁵، واستمرار الممارسة المتمثلة في تعقيم ذوي الإعاقة، خصوصاً النساء والفتيات ذوات الإعاقة العقلية والنفسية - الاجتماعية، رغم تحريم ذلك بموجب الفتوى رقم 194-02 لعام 2014³⁶.
9. تعرض 26% من السيدات المتزوجات إلى العنف الجسدي أو الجنسي أو العاطفي من قبل الزوج، وشيوع ظاهرة التهذيب العنيف للأطفال دون الرابعة عشره حيث تبين ان 81% من الأطفال تعرضوا لعقاب نفسي أو جسدي أو جسدي حاد³⁷.
10. تحد التوقعات الاجتماعية من مشاركة الرجل في تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بشكل عام، وأن المرأة مسؤولة بشكل أساسي عن تنظيم الأسرة بينما نادراً ما يناقش الرجال القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية³⁸.

28. للمزيد عن الموضوع انظر المجلس الأعلى للسكان، الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية، 2020 – 2030، ص 12-17، حيث اعتمدت الاستراتيجية على مجموعة من الدراسات والمسوحات الوطنية في رصد هذه التحديات

29. Gausman J, Othman A, Hamad I, Dabobe M, Daas I, Langer A. "Sexual and Reproductive Health and Rights Among Youth in Jordan: A Landscape Analysis." Harvard T.H. Chan School of Public Health: Boston, MA. March 2019, p 18

30. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations on the sixth periodic report of Jordan, CEDAW/C/JOR/CO/2017/6, paragraph 41.

31. IBID., paragraph 47.

32. Committee on the Rights of the Child, Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Jordan, CRC/C/JOR/CO/2014/5-4, paragraph 47.

33. IBID.

34. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of Jordan, CRPD/C/JOR/CO/2017/1, paragraph 16.

35. المجلس الأعلى للسكان، الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية، 2020 – 2030، ص 16.

36. IBID., 35.

37. المجلس الأعلى للسكان، الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية، 2020 – 2030، ص 16.

38. Al Rifai RN, K. Differences in Breast and Cervical Cancer Screening Rates in Jordan among Women from Different Socioeconomic Strata: Analysis of the 2012 Population-Based Household Survey. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP 698 : (15)16; 2015

11. تميل الشابات الأردنيات إلى الاعتقاد بأن خدمات الصحة الإنجابية متاحة فقط للحوامل، وليس للمراهقات والمراهقين³⁹

12. بغض النظر عما إذا كانت خدمات تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية متاحة للشباب، وثقت العديد من الدراسات مخاوف الشباب بشأن الخصوصية والسرية في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في مجتمعاتهم بسبب الأعراف الاجتماعية الصارمة التي تحكم السلوك الجنسي للمراهقين⁴⁰.

13. تعاني خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من نقص الأدلة الوطنية وإرشادات التدريب ضمن المعايير الدولية، ونقص المتخصصين في الصحة الجنسية والإنجابية. كما أن هذا النقص أكثر حدة عند النظر في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المصممة خصيصاً للشباب، حيث أن البرامج المقدمة لا تشمل الأردنيين غير المتزوجين أو الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً⁴¹.

ولابد من الإشارة أيضا الى انه على صعيد التوعية والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والانجابية تم اطلاق دليل بعنوان دليل الوالدين في الصحة الجنسية والانجابية لابنائهم اليافعين واليافعات من خلال المجلس الاعلى للسكان وذلك بهدف توعية الابناء عن الصحة الجنسية والانجابية⁴²، كما قامت الجمعية الملكية للتوعية الصحية باطلاق حقيبة المصادر التعليمية لقضايا الصحة الجنسية والانجابية لليافعين والشباب⁴³

يفهم مما سبق أن هناك جهود وطنية متعددة للنهوض بخدمات الصحة الجنسية والانجابية، إلا ان الأرقام والاحصائيات المشار إليها أعلاه تفيد بقلّة الوعي بأهمية هذه الخدمات ووجود تحديات في التطبيق. كما انه يمكن العمل على تعزيز هذه الخدمات للفئات الأكثر تهميشا مثل مرضى الايدز والنساء والفتيات من ذوي الإعاقة، ولا يوجد استهداف حقيقي لغير المتزوجات أو المراهقين والمراهقات.

39. Gausman J, Othman A, Hamad I, Dabobe M, Daas I, Langer A. "Sexual and Reproductive Health and Rights Among Youth in Jordan: A Landscape Analysis." Harvard T.H. Chan School of Public Health: Boston, MA. March 2019, p 21.

40. IBID., p 21.

41. Information and Research Center - King Hussein Foundation (IRCKHF), Correcting the Common Misconceptions on Sexual and Reproductive Health in Jordan Report, 2021, p 9-8.

42. للاستطلاع على الدليل يمكن زيارة الموقع الالكتروني الخاص بالمجلس الأعلى للسكان عبر الرابط التالي: دليل الوالدين في الصحة الجنسية والانجابية لأبنائهم اليافعين واليافعات المجلس الأعلى للسكان (hpc.org.io)، تم الرجوع الى هذا الموقع بتاريخ 3/11/2023

43. للاطلاع على مضمون هذه الحقيقية يمكن مراجعة الموقع الالكتروني الخاص بالجمعية الملكية للتوعية الصحية عبر الرابط التالي:

تم الرجوع الى هذا الموقع بتاريخ 3/11/2023.

6. الممارسات العملية في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

يعتبر القطاع الحكومي «العام» هو المسؤول الأول عن برامج الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن ويتمتع بتغطية جغرافية واسعة وقدرة على الوصول إلى الجميع، وفي الغالب تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بشكل مجاني أو بأسعار رمزية، ولكن ضغط العمل المقدم من قبل وزارة الصحة والأردحام يؤدي إلى ضعف نوعية الخدمات المقدمة.

عدم تكاملية وشمول خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة من قبل وزارة الصحة الأردنية المشار إليها في أقسام أخرى يؤدي إلى ضعف في تغطية جميع مكونات الصحة الجنسية والإنجابية والتي تعبرها هذه الدراسة اهتماما كبيرا، مثل الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسب/الايدز، والأشخاص المتعاشين مع الأمراض المنقولة جنسياً، والأشخاص ذوي الإعاقة، والعاملات الاجنبيات في الأردن، والأشخاص اللاجئين، بالإضافة إلى الضعف في تغطية النساء غير المتزوجات والفتيات والشباب والرجال.

واستناداً إلى التقرير الاحصائي السنوي لوزارة الصحة الأردنية لعام 2019، تم تصنيف مقدمي الخدمات الصحية حسب القطاعات التالية:

- ✓ القطاع العام: ويشتمل هذا القطاع على وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، الخدمات الطبية في الجامعات الرسمية، والخدمات الصحية في الوزارات والمؤسسات الحكومية.
- ✓ القطاع الخاص: ويشتمل هذا القطاع على المستشفيات الخاصة، عيادات الأطباء الخاصة، المراكز التشخيصية والعلاجية، والمهن الطبية المساندة في القطاع الخاص.
- ✓ القطاع الدولي والخيري: ويشتمل هذا القطاع على وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين والعيادات والخدمات الصحية التابعة للجمعيات الخيرية الأهلية والأجنبية.

لن يتم الإشارة في هذه الدراسة إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة من قبل القطاع الخاص، سيتم التركيز في المقام الأول على خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال القطاع العام، والخدمات الطبية الملكية وبعض الخدمات المقدمة من القطاع الطبي الدولي الخيري التي تقدم خدماتها للأشخاص المعرضين للخطر.

وعلى وجه العموم تقدم مراكز الصحة الأولية في وزارة الصحة مجموعة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، تتمثل في خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، تقدم في جميع المراكز التابعة للوزارة مجاناً وبلغ العدد المقدر للمراكز نحو 520 مركزاً⁴⁴. كما أن الخدمات الطبية الملكية تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية للمتفعين لديها من خلال المستشفيات العسكرية التابعة لها، وهناك العديد من المنظمات غير الحكومية والجهات الدولية تدعم وتدير مرافق صحية في الأردن، أهمها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، والتي غالباً ما توفر الرعاية الصحية الأولية للاجئين الفلسطينيين.

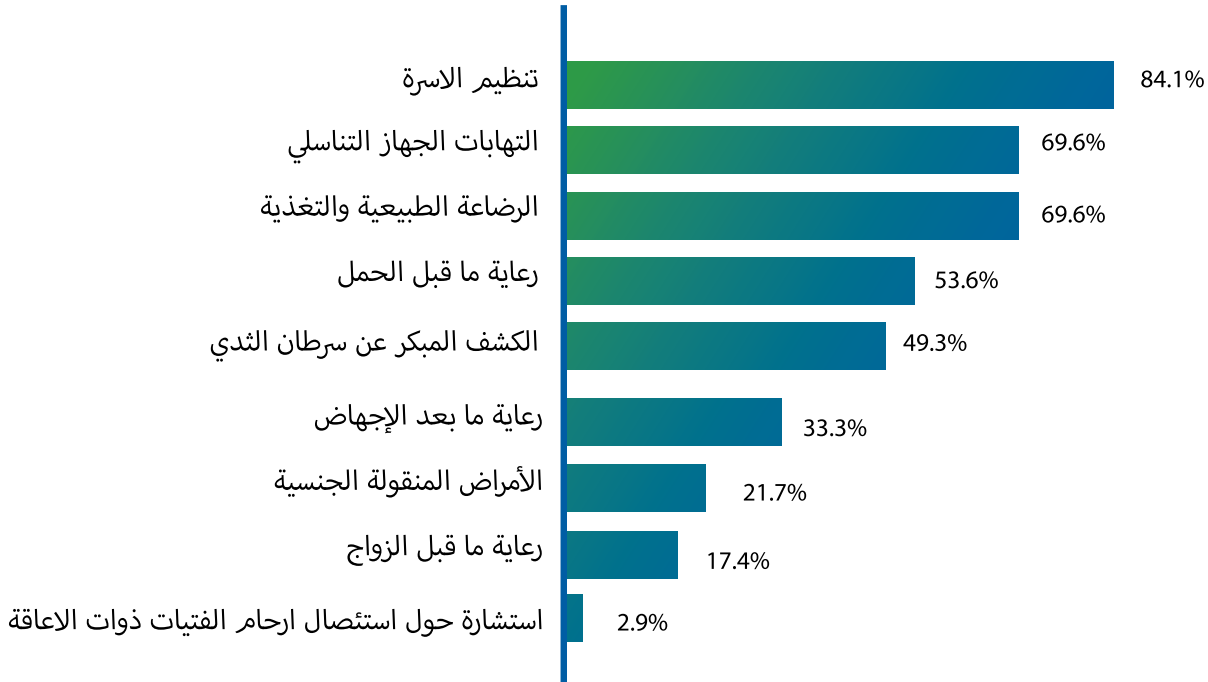
مديرية صحة المرأة والطفل التابعة لوزارة الصحة الأردنية تقوم بالإشراف الفني على أقسام الأمومة والطفولة في مراكز الصحة الأولية والشاملة التابعة للوزارة، حيث تتكون المديرية من سبعة أقسام تشمل قسم العنف الأسري وقسم صحة المرأة وقسم صحة الطفل وقسم المعلومات والتزويد وقسم تنظيم الأسرة وقسم الإشراف الداعم، وخيراً قسم التدريب والإشراف الداخلي.

وحسب ما أفادت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل التابعة لوزارة الصحة بأن العدد الحالي لمراكز الصحة الأولية 513 مركزاً صحياً تقدم خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الأمومة والطفولة. غالبية هذه المراكز تقدم خدمات تنظيم الأسرة بشكل مجاني للأردنيات واللاجئات السوريات من خلال 6 وسائل تنظيم أسرة حديثة منها (اللؤلؤ، والغرزات، والواقى الذكري، والحقن، والحبوب الأحادية المركبة)، كما يتم تقديم المشورة للسيدات على استخدام إحدى هذه الوسائل من خلال العاملات في هذه الأقسام. وتقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية خدماتها للسيدات الحوامل وخدمات رعاية النفاس لغاية 40 يوماً لما بعد الولادة، وخدمات الرعاية ما بعد الاجهاض كما تقوم القابلات القانونيات باتباع بروتوكولات وزارة الصحة في تقديم هذه الخدمات.

الشكل رقم (5) يوضح خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي حصلن عليها السيدات في مختلف محافظات المملكة من عينة الدراسة الكمية، وصل عددهن 69 سيدة بنسبة (16.4%) من أصل 250 سيدة، وعند سؤالهن عن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي حصلن عليها من مراكز الصحة الأولية فكانت خدمات تنظيم الأسرة من أهم الخدمات التي سعين بالحصول عليها بتكرار وصل إلى (84.1%)، يليه المشاكل المتعلقة بالتهابات الجهاز التناسلي بتكرار وصل إلى (69.6%).

44. تصريح عن أمين وزارة الصحة، المملكة - إطلاق الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية - 2020-2030، 12 كانون أول 2021، متوفر على الرابط التالي <https://rb.gy/a9w9l> [last visited 2023 May 7].

الشكل(5): خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي سعت للحصول عليها من مراكز الصحة الأولية:



تتعامل مراكز الرعاية الصحية الأولية مع حالات العنف الأسري وحسب ما أفادت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل في وزارة الصحة بأنه يتوفر في غالبية المراكز الصحية الشاملة لجان أو أفرقة حماية الأسرة حيث تم تدريب جزء من هذه الأفرقة على إجراءات التعامل مع حالات العنف الأسري والعنف المبني على النوع الاجتماعي وكيفية التعامل مع الاعتداءات الجنسية، وتعريف الأفرقة بحالات العنف واجبة التبليغ والحالات غير واجبة التبليغ إلا بموافقة الناجية من العنف وتأمل الوزارة استكمالاً لتدريبات لكافة الأفرقة.

تقدم مراكز الصحة الأولية خدمات الطفولة لما دون سن الخامسة من خلال برامج التطعيم لجميع الأطفال حسب بروتوكولات وزارة الصحة، وبرامج متابعة النمو والتطور والتأخر النمائي وقياس العلامات الحيوية للأطفال.

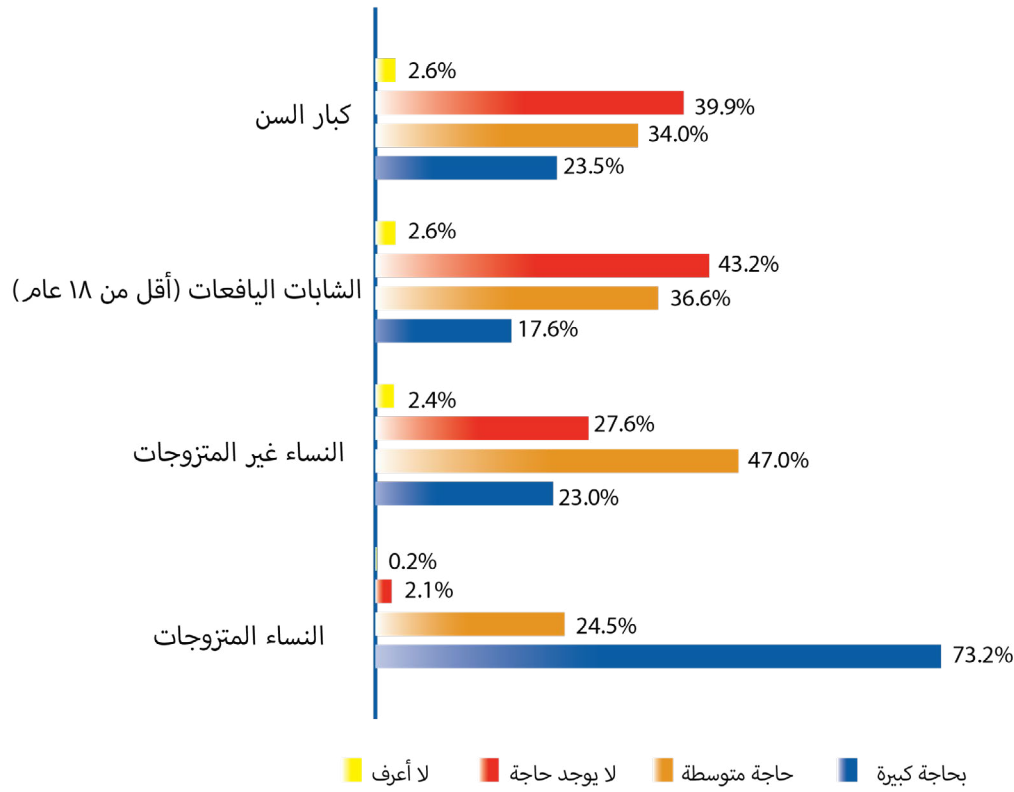
في حين أفادت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل في وزارة الصحة أن خدمات الأمومة والطفولة حالياً يتم تقديمها للإناث المتزوجات فقط، ولا يتم تقديم الخدمة للأطفال أكبر من 6 سنوات أو للإناث غير المتزوجات، لأنه جرت العادة والعرف في هذه المراكز أن يتم التأكد من أن المرأة متزوجة من خلال إبرازها دفتر العائلة للحصول على خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، ولكن يمكن تجاوز ذلك بتقديم الخدمة للمرأة غير المتزوجة إذا رافقت الأم عند قدومها أحد مراكز الصحة الأولية. وهذا ما تم التوصل إليه في الدراسة الكمية عند سؤال السيدات اللاتي لديهن تجربة وحصلن على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من خلال مراكز الصحة الأولية حيث أشارت السيدات إلى أن الخدمات المتعلقة بالرعاية ما قبل الزواج تعتبر من آخر الأولويات، كما هو مشار إليه في الشكل رقم (5).

في حين أن نصوص قانون وزارة الصحة المعمول به حالياً لم ينص صراحةً على أن خدمات الأمومة والطفولة تقدم للإناث المتزوجات فقط.

وعند سؤال المستجيبين/ات في عينة الدراسة الكمية عن مدى حاجة الإناث لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فقد أفاد ثلثا العينة أن النساء المتزوجات كما هو موضح في الشكل رقم(6) هن بحاجة بدرجة كبيرة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بنسبة (73.2%)، في حين أن النسبة انخفضت حول حاجة الإناث غير المتزوجات على الخدمات بنسبة (23%)، بينما يرون أنهم بحاجة إليها بدرجة متوسطة بنسبة (47%)، وهناك من يرى أن (27%) لسن بحاجة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وكما هو موضح في الشكل رقم(6) فإن المستجيبين/ات يعتقدون أن الإناث أقل من 18 عاماً لسن بحاجة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بنسبة (43%)، وأن (17%) منهن بحاجة بدرجة كبيرة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، و (36.6%) هن بحاجة بدرجة متوسطة لهذه الخدمات.

الشكل (6): درجة احتياج الإناث إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:



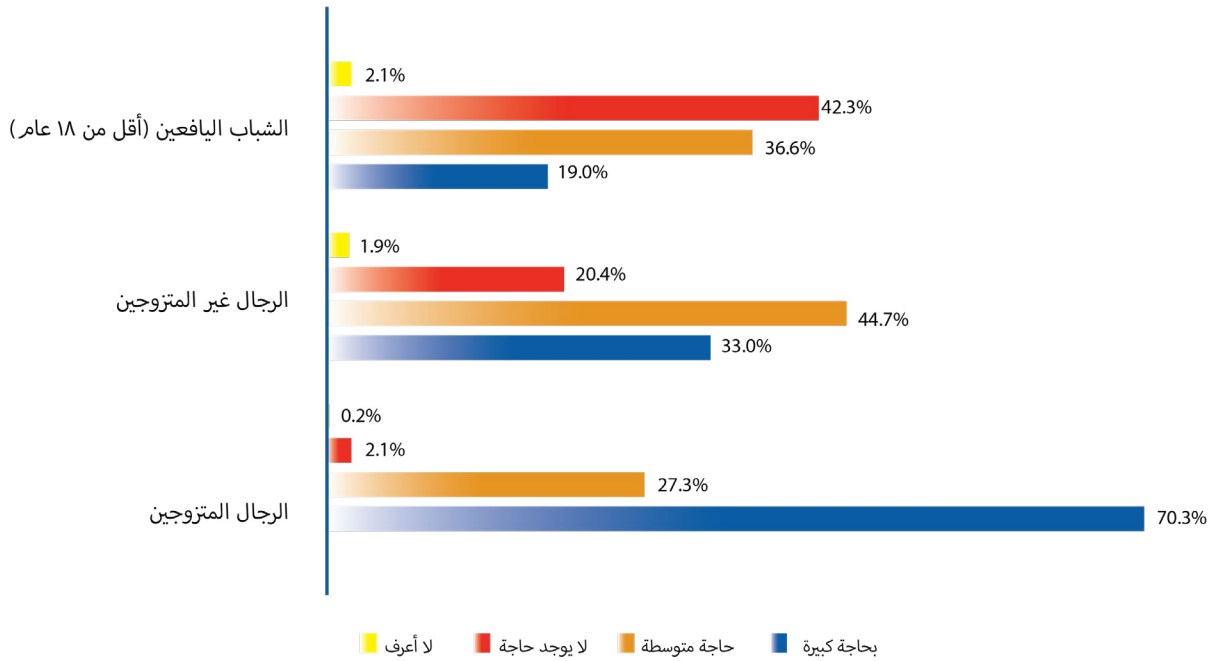
تفيد الممارسات الحالية أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لا تقدم للذكور، وكما أشارت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل بأنه يمكن تقديم الخدمة للذكور بطريقة غير رسمية إذا كان الطبيب من الذكور وهي حالات فردية، ولكن من الصعوبة بمكان دخول الذكور إلى أقسام الأمومة والطفولة نظرا لخصوصية المكان، وسابقا كان يعلق «يافطة» مكتوب عليها ممنوع دخول الرجال، في حين أكدت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل بأنه مؤخرا تمت إزالة هذه «اليافطة». وأكدت بأن الوزارة منفتحة بشكل كبير لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للإناث والذكور على حد سواء، ولكن يحتاج ذلك إلى تهيئة مسبقة على جميع المستويات.

في حين ينظر المجتمع إلى تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للرجال المتزوجين بنفس الأهمية التي ينظرون إليها للنساء المتزوجات كما هو موضح في الشكل (7)، فيرى المستجيبون/ات أن هناك حاجة كبيرة لدى (70%) من الرجال المتزوجين لحصولهم على هذه الخدمات، و (27%) يرون بأنهم بحاجة متوسطة إليها.

أما بخصوص الرجال غير المتزوجين فإن المستجيبين/ات يرون بأن (33%) منهم هم بحاجة لدرجة كبيرة إليها، بينما زادت النسبة لتصبح (44%) بأن الرجال غير المتزوجين بحاجة إليها بشكل متوسط، ويرى (20%) من المستجيبين/ات أن الرجال غير المتزوجين لا يوجد حاجة لحصولهم على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

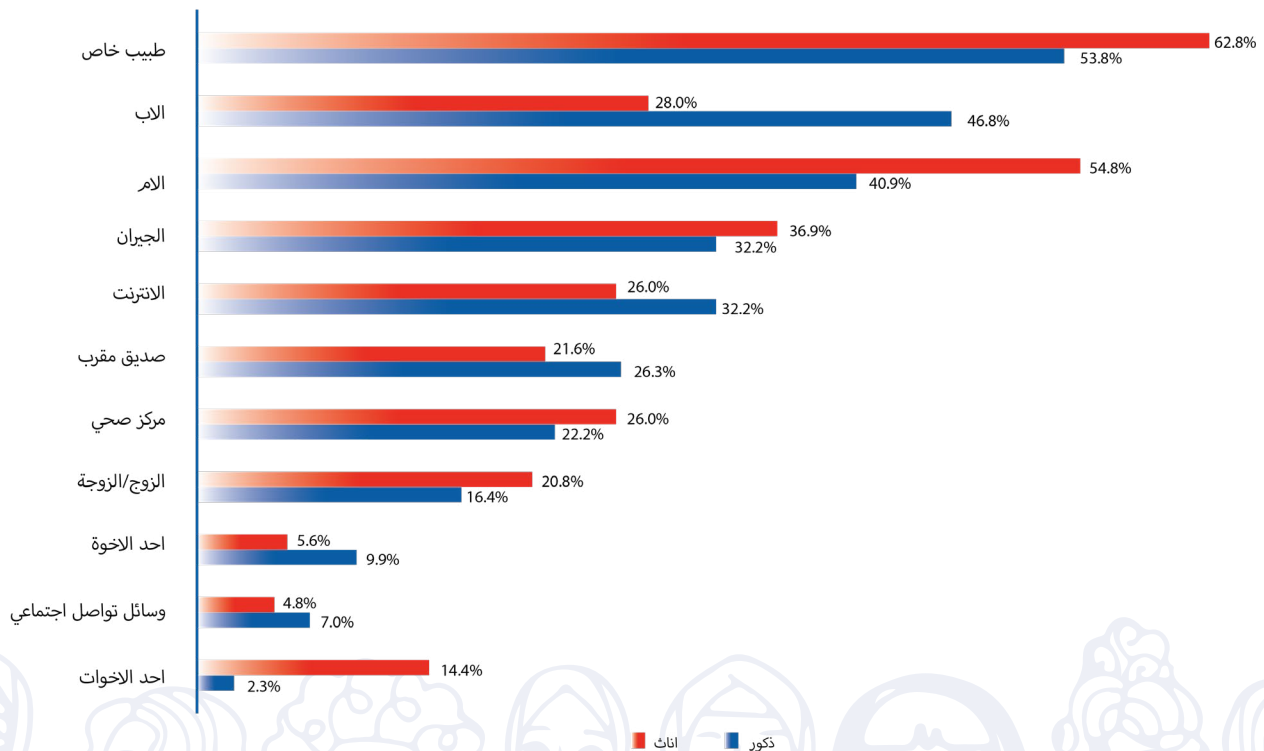
وعند النظر إلى درجة احتياج الشباب اليافعين ممن هم أقل من 18 عاما كما هو موضح في الشكل (7)، فإن (19%) من المستجيبين/ات يرون بأن هناك حاجة بدرجة كبيرة لحصول الشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، و(36%) يرون بأن الشباب بحاجة إليها بدرجة متوسطة، في حين يرى (42%) من المستجيبين/ات بأن الشباب لا حاجة لهم بهذه الخدمات.

الشكل(7): درجة احتياج الذكور إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:



أما بخصوص الجهات التي يلجأ إليها كل من الشباب والشابات ممن أعمارهم بين (18 – 34) عام للحصول على معلومات حول مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية، فإنها ما زالت متنوعة والبعض من هذه المصادر يعتبر معلومات مظلمة أو مغلوبة، في حين أن مصدر المعلومة التي حصلت على أعلى تكرارات التي أشار إليها المستجيبين/ات تعتبر من «طبيب في قطاع خاص» بنسبة وصلت إلى (62.8%) ، حين كان مصدر المعلومة الثاني هي من الأب أو الأم. يليها الجيران والانترنت والأصدقاء المقربين، كما هو مبين في الشكل رقم(8).

الشكل(8): الجهات التي يلجأ إليها الإناث والذكور للحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية:



وبحسب معايير اعتماد مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، تشمل خدمات الصحة الجنسية والانجابية على الأقل ما يلي⁴⁵:

- ✓ خدمات ما قبل الزواج وما قبل الحمل
- ✓ رعاية ما قبل الولادة بما في ذلك تقيييمات المخاطر
- ✓ رعاية ما بعد الولادة
- ✓ تنظيم الاسرة
- ✓ الرضاعة الطبيعية والتغذية
- ✓ رعاية ما بعد الإجهاض
- ✓ الكشف المبكر عن سرطان الثدي
- ✓ الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم
- ✓ التهابات الجهاز التناسلي والامراض المنقولة جنسيا

وعند مقارنة هذه الخدمات مع ما هو متعارف عليه في الممارسات الدولية الفضلى، نجد انها تفتقر إلى بعض الخدمات الأساسية، منها على سبيل المثال

- ✓ الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن والقانوني حيثما يسمح القانون بذلك⁴⁶
- ✓ منع وإدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات التقليدية الضارة⁴⁷.
- ✓ تلبية الاحتياجات الصحية المحددة للمراهقين والشباب، بما في ذلك القضايا المتعلقة بالبلوغ والنشاط الجنسي والصحة الجنسية والإنجابية

في حين أن مقدمي الخدمات وأصحاب المصلحة من منظمات المجتمع المدني العاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والذين تم إجراء مقابلات معهم أكدوا على أهمية وجود تعريفاً شاملاً ومتكاملاً لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية واتاحتها للجميع مثل خدمات ما قبل الحمل وأثناء الحمل، ورعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ورعاية الإجهاض الآمن والقانوني، والتربية الجنسية الشاملة، وإدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي والوقاية والكشف عنه، بالإضافة إلى شمول الفئات الأكثر عرضة للتهميش في هذه الخدمات مثل الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز، وتهيئة الظروف لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة للحصول على الخدمات.

45. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 88

46. بحسب المادة 12 من قانون الصحة العامة رقم 47 لسنة 2008 يمكن أن يتم الاجهاض إذا كان ذلك ضروريا لحماية الام من خطر يهدد صحتها أو يعرضها للموت في حين أن الدستور الطبي الذي يقسم عليه الأطباء، يحظر على الطبيب في المادة 21 منه إجراء الإجهاض الاختياري بأية وسيلة إلا إذا كان استمرار الحمل يمثل خطراً على حياة الحامل.

47. تجدر الإشارة إلى ان الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2023 – 2025 أدرجت برنامج الحماية من العنف القائم على النوع الاجتماعي ضمن الهدف المحوري الخاص بتعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الاسرة وصحة الطفل.

7. خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والأشخاص المعرضين للخطر

كما تم الإشارة إليه سابقاً، فإن هذه الدراسة تسلط الضوء بشكل مباشر على التحديات التي تواجه الأشخاص الأكثر عرضة للخطر خلال السعي لحصولهم على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، كالتالي:

7.1 الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسب/ الإيدز ، والأمراض المنقولة جنسياً

في الأردن لا تزال الخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ، والأمراض المنقولة جنسياً تقدم على شكل برامج منفصلة، في حين أنه لا بد من وجود شمولية أكبر في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص المعرضين للخطر، كالايدز والأمراض المنقولة جنسياً.

وإن معظم حالات العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية تنتقل من خلال الاتصال الجنسي أو يكون مرتبطاً بعمليات الحمل والولادة والإرضاع الطبيعي وجميعها يمثل عناصر أساسية في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

إن استعراض دورة الجمعية العامة الاستثنائية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في الأمم المتحدة لعام 2006، شددت على أهمية الربط بين الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والصحة الجنسية والإنجابية⁴⁸. كما قامت سكرتارية برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية وشركائه بتعريف مفهوم إطار عمل لإتاحة فرص الحصول الشامل على الخدمات المتعلقة بمنع انتقال العدوى بفيروس الإيدز⁴⁹، وأكدت الجهود المبذولة لإتاحة فرص الحصول الشامل على الخدمات وأهمية عمليات الربط القوي بين الصحة الجنسية والإنجابية من جهة والخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً من جهة أخرى.

يعتبر المزود الرئيس للخدمات المقدمة للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في الأردن وزارة الصحة الأردنية - قسم الأمراض المنقولة جنسياً من خلال «مركز المشورة والفحص الطوعي للأمراض المنقولة جنسياً» في العاصمة عمان، يتم تقديم الخدمة بالمجان لجميع الأردنيين، ويعتبر المركز الحكومي الوحيد الذي يقدم خدمات الفحوصات الطوعية للأمراض المنقولة جنسياً، وتوفير الخطط العلاجية والأدوية للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، بالإضافة إلى تقديم المشورة والتوعية الصحية الجنسية. «أحنا مركز المشورة بنقدم مشورة وعلاج مجاني ووسائل تنظيم الأسرة والفحوصات وبنقدم للمصابات بفيروس نقص المناعة البشرية فحوصات وعلاجات قبل وبعد الولادة لضمان عدم إصابة الجنس بالفيروس لكن مركز المشورة يحتاج الى دعم مالي ودعم في توعية الكوادر الطبية العاملة». مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز ورئيس قسم الأمراض المنقولة جنسياً - وزارة الصحة.

كما تعتبر الأردن دولة منخفضة في وباء فيروس نقص المناعة البشرية حيث يقدر معدل انتشاره (0.02%) بين عامة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين (15 - 49) سنة. وقد يصل إلى متوسط (0.05%) بين السكان الرئيسيين: العاملات في مجال الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات عن طريق الحقن⁵⁰.

في عام 2019 تم الإبلاغ عن ما مجموعه 1635 إصابة بالفيروس. منهم 463 إصابة أي بنسبة (28.3%) مواطنين أردنيين (171 متوفي و 292 على قيد الحياة)، في حين أن 1172 (71.7%) من الأجانب. و (80%) من الحالات الأردنية المصابة من الرجال. وكانت ثلث الحالات الأردنية المتراكمة تم الكشف عنها خلال أربع سنوات مضت. في حين تشير التقديرات إلى أن العدد الفعلي لحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الياfeين تتجاوز الحالات المبلغ عنها⁵¹.

وخلال المقابلة التي أجريت مع مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز ورئيس قسم الأمراض المنقولة جنسياً في وزارة الصحة أشار أن غالبية الإصابات يتم الكشف عنها من خلال المتبرعين بالدم أو أولئك الذين يحتاجون إلى شهادة نقص المناعة البشرية للحصول على تصاريح عمل أجنبية، ويشير إلى أن هناك أشخاصاً معرضين للخطر أكثر من غيرهم ويسهل انتشار الفيروس بينهم مثل العاملات في الجنس ومتعاطي المخدرات بالحقن والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

كما أكدت مديرة مديرية صحة المرأة والطفل ورئيس قسم الأمراض المنقولة جنسياً بأن وزارة الصحة لديها توجه بأن يتم تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة من خلال المراكز الصحية الأولية، وهناك لجنة وطنية بالتعاون مع مؤسسات المجتمع المدني والمنظمات الدولية تعمل على التخطيط والدراسة لهذا الدمج.

48. Political Declaration on HIV/AIDS, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. New York, United Nations, 2006.

49. على سبيل المثال، انظر مذكرة المعلومات الأساسية حول مفهوم إتاحة فرص الحصول الشامل على الخدمات والمعدة للاجتماع التقني المعني بتطوير إطار عمل لإتاحة فرص الحصول الشامل على الخدمات المتعلقة بمنع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والعلاج والرعاية في قطاع الصحة، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2005.

50. دراسة: تحليل نفقات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز . 2020. مركز سواعد التغيير لتمكين المجتمع.

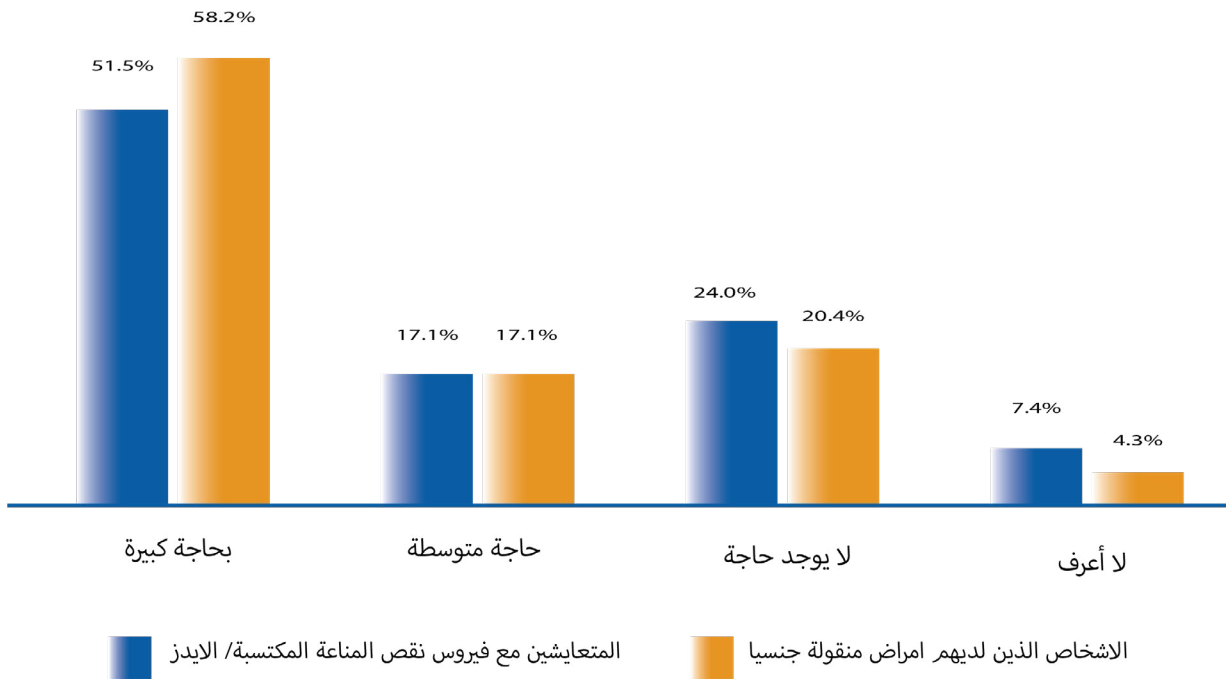
51. دراسة: تحليل نفقات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز . 2020. مركز سواعد التغيير لتمكين المجتمع.

«هلا عم ندرس قاعدين لجنة وطنيه مع جمعيه سواعد التغيير كيف ندخل الايدز على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لساتنا عم ندرس الموضوع كثقافه مجتمعيه كتقبل الكوادر الصحية لهذا الموضوع كإجراءات كيف بدها تنعمل داخل المراكز وكيف بدها تصير الامور تمثلي بالرعاية الصحية الأولية مديرة مديرة صحة المرأة والطفل في وزارة الصحة.

وهذا ما توافق مع وجهة نظر المستجيبين/ات حول أهمية تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز والأمراض المنقولة جنسياً، حيث أكد (51.5%) من المستجيبين/ات كما هو موضح في الشكل (9)، بأن هناك درجة احتياج كبيرة لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لهم، ويرى (17%) بأن هناك حاجة متوسطة لتقديم هذه الخدمات لهم. في حين يرى (24%) من المستجيبين/ات بأنه لا يوجد حاجة لتقديم هذه الخدمات للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز، ويرى (20.4%) أيضاً بأنه لا حاجة لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص المتعاشين مع الأمراض المنقولة جنسياً.

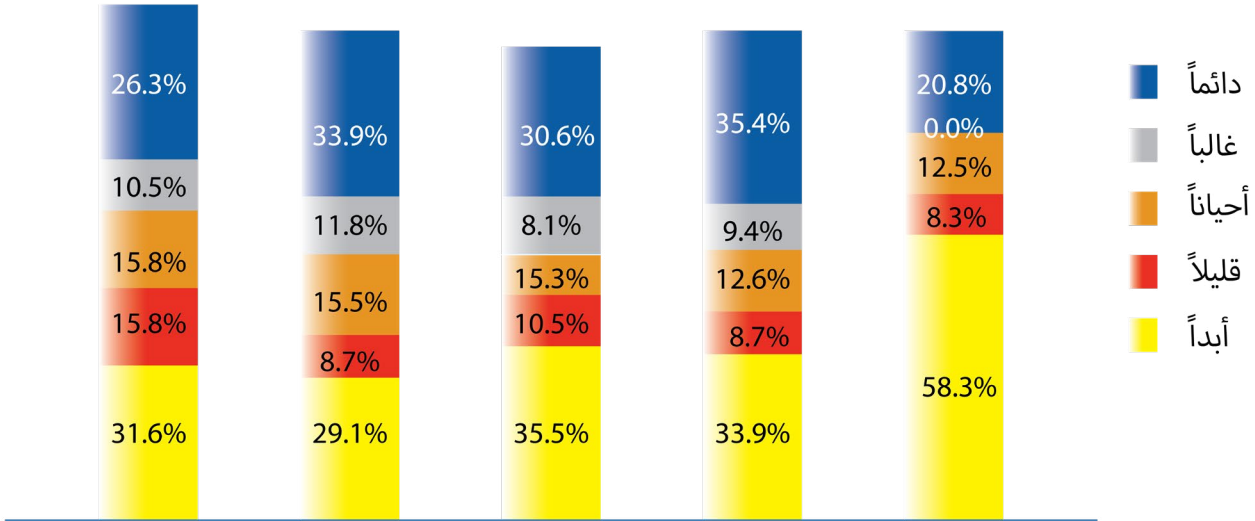
أما بخصوص النساء اللاتي حصلن على خدمات صحة جنسية وإنجابية في مختلف محافظات المملكة من عينة الدراسة الكمية فكان عددهن 69 سيدة بنسبة (16.4%) من أصل 250 سيدة من عينة الدراسة الكمية، وحصل منهن 15 سيدة فقط على خدمات متعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً.

الشكل (9): درجة احتياج الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز والأمراض المنقولة جنسياً لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية:



يفيد الشكل رقم (10) تجربة المستجيبين/ات حسب أعمارهم حول الاستشارة والعلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي حيث تبين أن ما يقارب ثلث المستجيبين لم يقوموا أبداً بالحصول على أي استشارة للأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، وعند مقارنتها بأعمار المستجيبين/ات تبين أنه كلما تقدم الشخص في العمر كلما كان هناك عدم رغبة بحصوله على استشارة، كما هو موضح في الشكل رقم (10).

الشكل (10): الاستشارة عن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي:



65 فما فوق من 64-45 عام من 44-35 عام من 34-22 عام من 21-18 عام

يفيد المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية بأن لديهم خوف كبير في حال تم تقديم الخدمات لهم في مراكز الصحة الأولية التابعة لوزارة الصحة في المناطق القريبة من سكنهم بسبب وصمة العار من المجتمع المحيط بهم ولأن مقدمي الخدمات في هذه المراكز غالباً ما يكونون من أبناء المنطقة. «أنا إلى اقارب بالمركز خفت إنه يعرفو بالموضوع لأن زوجتي حامل وبدها تراجع... فالأفضل نكون عالوضع الحالي بمركز المشورة لان شغله سري وبتابعوا معنا». مجموعة نقاش مع ذكور متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

وأفاد المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز خلال مجموعتي نقاش أجريت واحدة مع الذكور وأخرى مع الإناث بأنهم يتجنبون الحصول على الخدمات الصحية في مراكز ومستشفيات وزارة الصحة بسبب خوفهم من وصمة العار من قبل الطاقم الطبي، أو الإفتقار إلى الخصوصية والسرية، أو رفض تقديم الخدمة لهم. «هلاً أن لما خلفت وولدت في مستشفى البشير حطوني في غرفة معزولة أنا وامي... ما في سرية أبداً حتى نفسييتي تعبت لأنه أنا كان مطلوب مني أنام بالمستشفى عشان أخذ أدوية في الوريد». مجموعة نقاش مع إناث متعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

كما يتعرض الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في بعض الأحيان إلى عنف لفظي من مقدمي الخدمات في المرافق العامة. «أنا لما تجوزت صابتنى أعراض وزادت الاعراض بعد الحمل وحكتلي دكتورة التناسلية في مستشفى الأمير حمزة روجي افحصي وبعد ما فحصت رنو علي حكتلي معك مرض معدي يا بتيجي لحالك يا بنبعثك دورية شرطة تجيبك». مجموعة نقاش مع إناث متعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

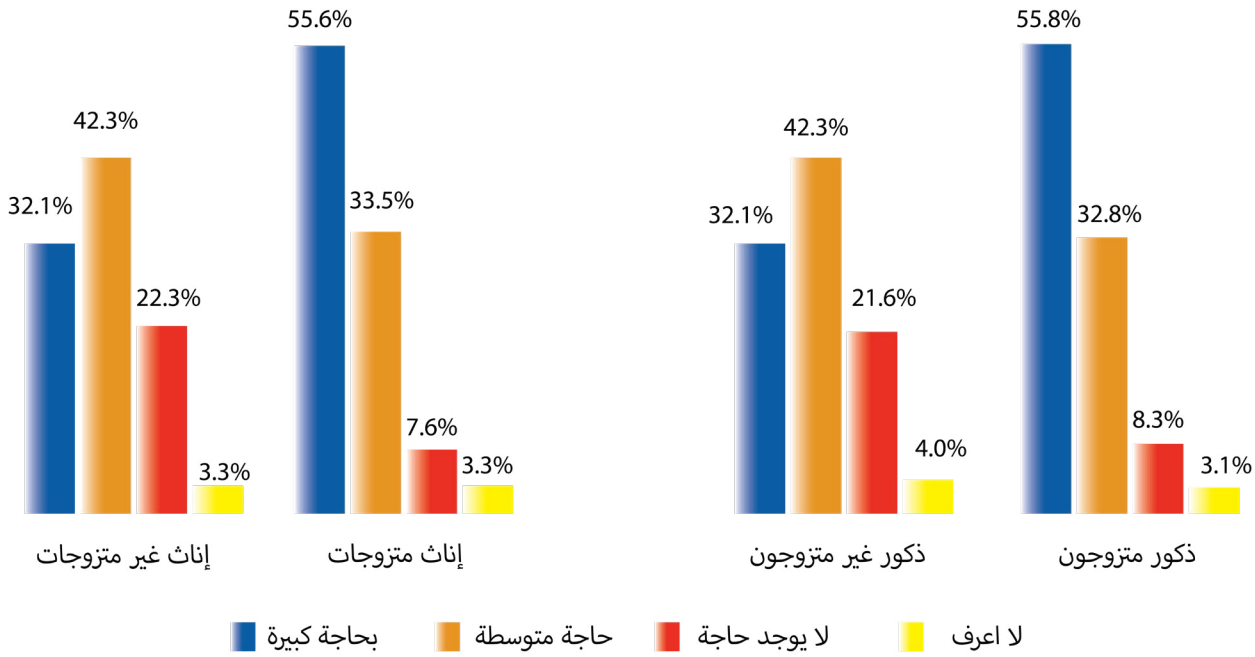
في حين أن هناك أهمية لدمج خدمات فيروس نقص المناعة البشرية داخل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والشاملة ضمن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وإمكانية وصول الجميع إلى هذه الخدمات بمن فيهم المتعايشون مع فيروس نقص المناعة من الإناث والذكور لأن هذه الخدمات تتميز بخصائص متشابهة. وأن تكامل خدمات فيروس نقص المناعة والصحة الجنسية والإنجابية يعزز من الوصول إلى الاختبارات الطوعية، ويزيد من التوعية والحد من انتقال العدوى كون مراكز الصحة الأولية والشاملة وعددها 513 منتشرة في جميع مناطق المملكة، في حين تشمل الخدمات على سبيل المثال تقديم الاستشارات المتعلقة بالزواج والتخطيط للحمل والانجاب واختبار الحمل الفيروسي ورعاية الأطفال حديثي الولادة، والرعاية الطبية للمصابين ومتابعاتهم المستمرة.

7.2 الأشخاص ذوي الإعاقة

يشكل الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن حسب مسوحات التعداد العام للسكان والمساكن لعام 2015 ما مجموعه 11.2%، ويشكل ما نسبته 11.7% من الاردنيين الذكور، و 10.6% من الأردنيات، في حين تتساوى احتمالية احتياج الاناث إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مع نظيراتهن من غير ذوات الإعاقة؛ لذلك فإن لهن نفس احتياجات الصحة الجنسية والانجابية كغيرهن من النساء، كما توجه النساء والفتيات ذوات الإعاقة عقبات واسعة الانتشار بسبب الأشكال المتعددة والمتقاطعة للتمييز على أساس نوع الإعاقة أو الجنس، مما يحول دون الحصول الكامل على حقوقهن وصحتهن الإنجابية والجنسية.

وقد يكون الأشخاص ذوي الإعاقة الأوج لهذه الخدمات بسبب أنهم أكثر عرضة لمخاطر التهميش، وسوء المعاملة، أو التحرش الجنسي أو الاستغلال، أو الاساءة الجسدية والعاطفية والجنسية والأشكال الأخرى من العنف القائم على نوع الجنس. بحكم الإعاقة أحيانا وأحيانا أخرى بسبب نظرة المجتمع⁵².

الشكل(11): درجة احتياج الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية:



وهذا ما يتوافق مع نتائج البحث الكمي الذي أجري مع عينة من المجتمع، حيث اعتبر كما هو موضح في الشكل رقم (11) أن الإناث والذكور من ذوي الإعاقة بحاجة إلى هذه الخدمات بدرجة كبيرة بنسبة وصلت لكليهما ما يقارب (56%)، ولكن عند مقارنة هذه النتيجة مع مكونات المجتمع الأخرى حسب ما هو مبين في الشكلين السابقين رقم (6) و (7)، تبين أن المجتمع يرى أن الذكور والإناث المتزوجون من غير ذوي الإعاقة يحتاجون إلى الخدمات بنسبة (73%)، وهذا للأسف يبين أن المجتمع ينظر إلى أن الأشخاص من غير ذوي الإعاقة أحق من الأشخاص ذوي الإعاقة بتلقي الخدمات الصحية.

حسب الوضع الحالي لمراكز الصحة الأولية والبالغ عددها (513) مركزا يمكن للسيدة ذات الإعاقة أن تتلقى الخدمات في هذه المراكز، حيث لا يوجد تمييز أو إقصاء للسيدات في الحصول على الخدمة بسبب الإعاقة. لكن ما يواجه السيدات ذوات الإعاقة من صعوبات حسب ما أفادت به السيدات من خلال مجموعة نقاش أجريت معهن هي بدايتها في إمكانية الوصول إلى تلك الخدمات، حيث تبدأ الصعوبة بخروجها من المنزل لإيجاد وسيلة نقل تقلها إلى أقرب مركز صحي وصولا إلى دخولها للمركز الصحي حيث في الغالب تكون المراكز غير مهيأة وغير متوائمة مع متطلبات كودة البناء الوطني. وثانيا مواجهة النساء ذوات الإعاقة الحصول على المعلومات الطبية بأشكال ميسرة كلفة برايل، أو الترجمة بلغة الإشارة أو إيصال المعلومات الطبية بلغة مبسطة لتمكن النساء من مختلف الاعاقات من الاطلاع عليها وفهم مضامينها.

تشير نتائج البحث الكمي مع عينة الأشخاص ذوي الإعاقة كما هو موضح في الشكل رقم (12)، أن هناك مجموعة من التحديات تواجه حصولهن على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، حيث أشار ذوات الإعاقة أن بعد مسافة المراكز الصحية تعتبر من أكبر التحديات التي يواجهنها بتكرار حصل على نسبة (35%)، يليها خوف الأشخاص ذوي الإعاقة من تعرضهم لأسئلة محرجة بتكرار حصل على نسبة (32%).

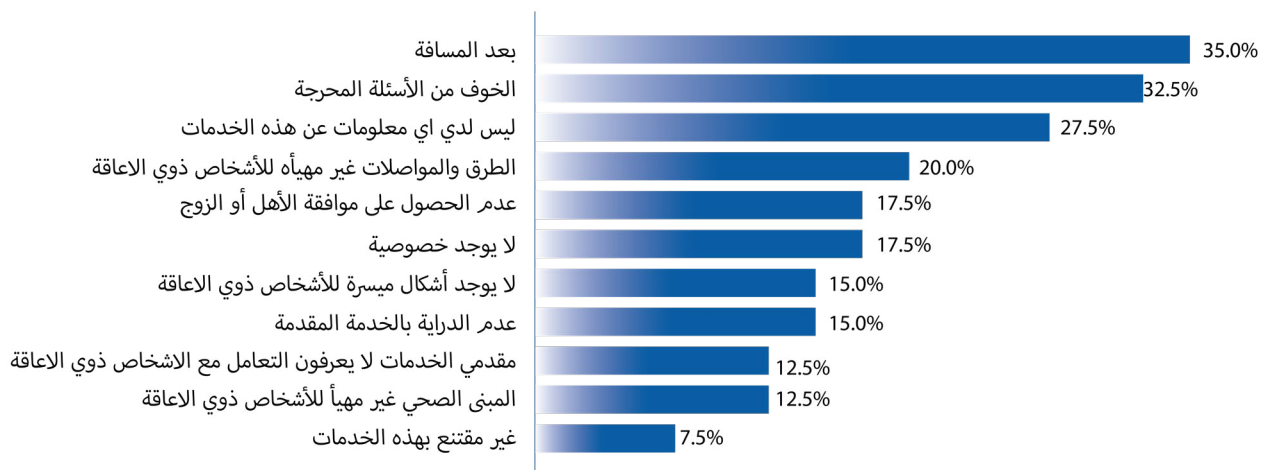
52. ورقة موقف حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في برامج الصحة الإنجابية والتربية الجنسية في الأردن/ 2018 – المجلس الأعلى للسكان.

وهذه التحديات تكررت بنسب عالية مع الأشخاص الذين لا يوجد لديهم إعاقة كما هو موضح في الشكل رقم (13). وهذا تعطي انطباع أن الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم من الأشخاص الذين لا يوجد لديهم إعاقة ما زالوا يتعاملون بحساسية شديدة مع مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية، ولا يرغبون بالإفصاح عن مشاكلهم الصحية خوفاً من أن يعرضوا أنفسهم للإحراج من قبل الكادر الطبي.

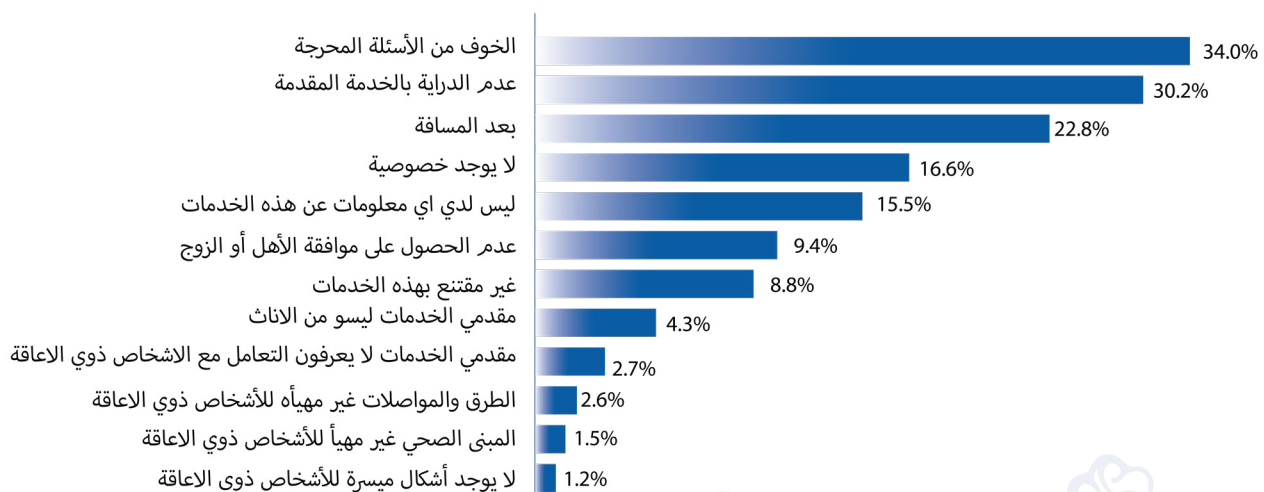
وتشير النتائج في الشكلين ذات الأرقام (12)، (13)، أن الأشخاص ذوي الإعاقة ليس لديهم معلومات كافية عن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بتكرار حصل على (27.5%)، في حين انخفض هذا التكرار للأشخاص الذين لا يوجد لديهم إعاقة بنسبة (15.5%). وأن عدم الدراية بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة كانت من ضمن التحديات التي حصلت على تكرارات مرتفعة للأشخاص الذين لا يوجد لديهم إعاقة بنسبة (30.2%)، وبنسبة (15%) للأشخاص ذوي الإعاقة.

وهذه النسب ذات التكرارات المرتفعة تعطي نتيجة أن التوعية بالخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وأهميتها ما زالت منخفضة بالنسبة لأفراد المجتمع ولا بد من إعادة النظر في برامج التوعية في هذه المواضيع وضمان وصولها للجميع.

الشكل (12): تحديات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مرافق الصحة الجنسية والإنجابية:



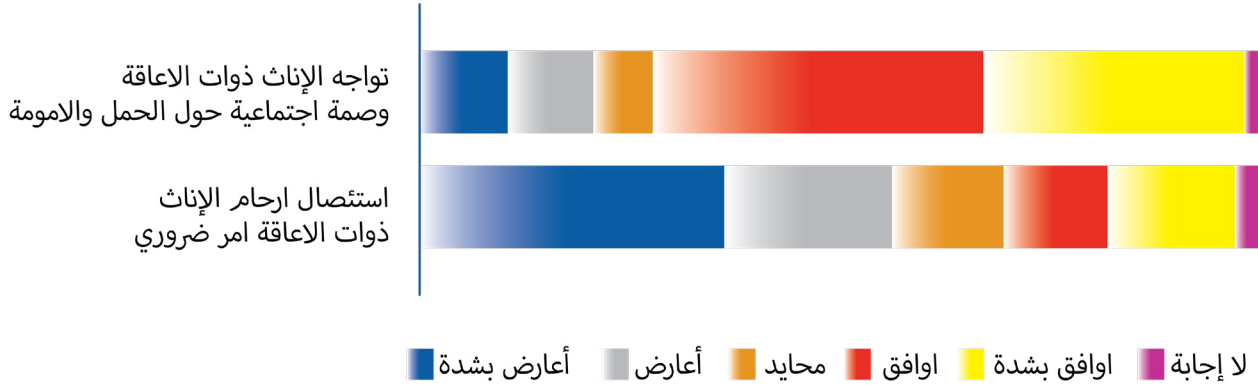
الشكل (13): تحديات وصول الأشخاص من غير ذوي الإعاقة إلى مرافق الصحة الجنسية والإنجابية:



هذا ينقلنا إلى قضية في غاية الأهمية وهي حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على حقوقهم الجنسية والانجابية دون تمييز على أساس الإعاقة أو الجنس، وكما تم الإشارة إليه سابقاً أن ذوي الإعاقة وخاصة الإناث هم الأوج لهذه الخدمات بسبب مخاطر التهميش المتقاطعة والممارسات الضارة التي يواجهونها، منها على سبيل المثال بعض ممارسات الأهل بسعيهم لاستئصال أرحام الفتيات ذوات الإعاقة وخاصة الذهنية منهم، بالرغم من تشديد العقوبات واعتبار هذا الفعل جريمة يعاقب عليها القانون، وهذا ما أكد عليه مدير مديرية ذوي الإعاقة والصحة النفسية في وزارة الصحة بقوله: «للأسف هذا عرف متبع إنه الفتيات ذوات الإعاقة الذهنية ينشال رحمهم، وهذا صار جريمة يعاقب عليها القانون، من حقها بغض النظر إنو حسب الإعاقة يلي عندها إنها تحمل وتولد، ولا يحق لأي إنسان إنه يتخذ قرار عن الفتيات ذوات الإعاقة إنها تحمل أو تصير أم».

وعند سؤال المجتمع خلال البحث الكمي عن ضرورة استئصال أرحام الفتيات ذوات الإعاقة فقد «وافق، وافق بشدة» ما نسبته (27.6%)، وهذه للأسف نتيجة صادمة، بينما أشار ما نسبته (56.3%) معارضتهم هذا الفعل، حسب ما هو موضح في الشكل رقم (14)، بينما أشار ما يقارب ثلثي العينة (70.5%) أن الإناث ذوات الإعاقة يواجهن وصمة اجتماعية حول الحمل والإنجاب. وحسب ما أفاد الشباب من ذوات الإعاقة خلال مجموعة نقاش أجريت معن، أكد أنه مازال البعض من الأهالي يرغبون باستئصال أرحام الفتيات ذوات الإعاقة. «أنا بعرف خالتو لجوزي عندها بنتين عندهم اعاقات راحت على مصحة حككت بدي اشيلها الرحم، وما بعرف إذا عملوها ولا لأ لأنو زمان ما شفتها».

الشكل(14): التصورات حول استئصال الأرحام وحق الحمل والأمومة للإناث ذوات الإعاقة:



وفي دراسة أعدها المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حول: «الصحة الإنجابية في الأردن» تبين أن 63% من المراكز الصحية التي شملتها العينة تواجه صعوبة في التواصل مع الشخص ذي الإعاقة في حالة عدم وجود مرافق، وأن 40.9% من المراكز الصحية تواجه مشاكل في توفير مرافق مهياة خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن 12% تواجه مشاكل في توفير كوادر مؤهلة. في حين أن 39% من الأشخاص ذوي الإعاقة أو ذويهم ليس لديهم معرفة بخدمات الصحة الإنجابية.

وخلال المقابلة التي أجراها فريق البحث مع مدير مديرية ذوي الإعاقة والصحة النفسية في وزارة الصحة حيث أكد بأن قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2017 قد ألزم المؤسسات الصحية قيد الانشاء بالالتزام بمتطلبات كودات البناء الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، وأن نصوص القانون قد أشارت إلى الزامية إعادة تهيئة جميع المنشآت الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في فترة أقصاها 10 سنوات منذ صدور القانون لعام 2017.

وأكد مدير مديرية ذوي الإعاقة أن الوزارة تبذل جهوداً كبيرة لدمج وحصول الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الخدمات الصحية حيث تم مؤخراً شمول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في التأمين الصحي المجاني، وجاري العمل من خلال فريق وطني لحصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على بطاقة تعريفية. أما بخصوص الحصول على الخدمات الصحية بأشكال ميسرة، فقد قام القطاع الخاص بالتعاون مع الوزارة خلال عام 2022 بنشر تطبيق «ساين بوك» لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية الذي بدوره يقدم ترجمة فورية مباشرة بلغة الإشارة مما يجعله يلعب دوراً فعالاً في تحسين وصول الأفراد من ذوي الإعاقة السمعية إلى الخدمات الصحية.

كما أجرى فريق البحث مجموعة نقاش مع الإناث ذوات الإعاقة حيث أشرن إلى بعض التحديات بالإضافة إلى التحديات سابقة الذكر التي تعيق حصولهن على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، كالآتي:

- عزوف الإناث ذوات الإعاقة على حصولهن على خدمات الصحة الجنسية والانجابية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بسبب عدم وجود الأشكال الميسرة داخل المراكز الصحية التي من الممكن ان تساعدن للحصول على الخدمات.

- ❖ يؤكد الإنث ذوات الإعاقة أن بعض الأهالي ما زالوا يرغبون في إزالة أرحام الفتيات ذوات الإعاقة وخاصة الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة وبعض الإعاقات الأخرى.
- ❖ لدى البعض من الأهالي ومقدمي الخدمات الصحية افتراضات مسبقة حول عدم قدرة الانث ذوات الإعاقة على الحمل وتربية الأطفال.
- ❖ تشير بعض النساء والفتيات ذوات الإعاقة على عدم قدرتهن في اتخاذ قرارات متعلقة بالزواج او الحمل او الإنجاب بشكل مستنير.

7.3 اللاجئيين في الأردن

تشير التقديرات إلى أن غير الأردنيين يشكلون حوالي 31% من إجمالي السكان في الأردن، منهم حوالي 43% من السوريين (أي 1.27 مليون نسمة) أو ما نسبته 13.3% من إجمالي السكان، والأشخاص الذين يعيشون خارج مخيمات اللجوء يتجاوز 91% منهم⁵³. في حين أن الحاجة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية تتزايد بشكل كبير في حالات اللجوء. وفي حال عدم شمول اللاجئيين/ات في تلك الخدمات يزيد من خطر تعرضهم للمضاعفات التي تهدد الحياة ويمكن أن يهدد الفتيات الأكثر تهميشاً من اللاجئات للعنف الجنسي والاستغلال والإصابة بعدوى نقص المناعة البشرية، أو الأمراض المنقولة جنسياً، وتزايد للممارسات الضارة مثل زواج الأطفال وزيادة مخاطر العنف القائم على النوع الاجتماعي⁵⁴.

السياسات الحالية للتعامل مع اللاجئيين السوريين وغيرهم من الجنسيات الأخرى في وزارة الصحة الأردنية في إطار تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في مراكز الصحة الأولية تشير بأنه تتم معاملتهم معاملة الأردنيين المقتدرين غير المؤمنين، بشرط أن يكون اللاجئ مسجلاً في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين، وحاصل على بطاقة الخدمة الخاصة بالجالية السورية الصادرة عن وزارة الداخلية (البطاقة الأمنية)، وان عدم إبراز هذه الوثائق سيضطر اللاجئ إلى دفع تكاليف العلاج وفقاً لتسعيرة الأجنبي. كما يتم تقديم هذه الخدمات الحكومية في مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات الحكومية المنتشرة في جميع المحافظات⁵⁵.

يتم تقديم خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة الوقائية خلال فترة الحمل وما بعد الولادة بالإضافة لخدمات تغذية الأطفال والرضع والمطاعم مجاناً لجميع اللاجئيين المسجلين في مختلف الجنسيات وغيرها من الخدمات، كما قامت وزارة الصحة الأردنية بإصدار دليل خدمات الرعاية الصحية المقدمة للاجئين موضح فيه جميع الخدمات المقدمة حسب تسعيرة علاج الأردني غير المؤمن⁵⁶.

وفي ضوء الأعداد الكبيرة من اللاجئيين في الأردن وعدم قدرة وكفاية المؤسسات الصحية الرسمية في تقديم الخدمات الصحية، تظهر دائماً حاجة ملحة لوجود المنظمات الدولية العاملة في الأردن ومنظمات المجتمع المدني التي تقدم الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، حيث ينشط الكثير من هذه المؤسسات في الأردن وتقوم بتقديم خدماتها وخاصة للأشخاص اللاجئيين داخل مخيمات اللجوء أو خارجها وسيتم الإشارة على سبيل المثال لا الحصر إلى البعض منها، حيث استطاع فريق العمل إجراء مقابلات معمقة مع المختصين في هذه المنظمات مثل معهد العناية بصحة الأسرة/ مؤسسة الملك الحسين، ومنظمة إنقاذ الطفل، ومنظمة العون الطبي التي تقدم خدماتها للفئات المستضعفة سواء كانوا من المجتمعات المحلية أو الأشخاص اللاجئيين، حيث تشرف العون الطبي داخل مخيم الزعتري على عيادة صحية تقدم خدمات صحة جنسية وإنجابية. «في العيادة قادرين نغطي كل جوانب الصحة الجنسية والإنجابية، والعيادة طبعا 24/7 تقدم أيضاً خدمات صحية مختلفة، وتعتبر العيادة الوحيدة التي تقدم خدمات الطوارئ والولادة داخل المخيم وخلال عام 2013 لغاية هذا الوقت قدمت العيادة ما يقارب 16900 ولادة وبنسبة صفر في وفيات الأطفال أو الأمهات». مدير برنامج الصحة الجنسية والإنجابية/ منظمة العون الطبي.

وما زالت تشير التقديرات والدراسات إلى ضعف وصول اللاجئيين في الأردن لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية لأسباب مختلفة منها: ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والمؤسسات الوطنية والمؤسسات الدولية العاملة، وأن تقديم الخدمات للاجئين ما زال لا يشكل أولوية، وافتقار فئات من اللاجئين للوصول إلى الخدمات كالأشخاص ذوي الإعاقة منهم، وأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لا تشمل جميع الفئات والمراحل العمرية⁵⁷.

53. دائرة الإحصاءات العامة 2016، التعداد العام للسكان والمساكن 2015: النتائج الرئيسية.

54. ملخص سياسات: دور المسألة في استدامة برامج الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات والأوضاع الهشة في الأردن. 2020. المجلس الأعلى للسكان.

55. الموقع الرسمي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR

56. للإطلاع على الدليل على الرابط:

<https://help.unhcr.org/jordan/wp-content/uploads/sites/>

57. ملخص سياسات: دور المسألة في استدامة برامج الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات والأوضاع الهشة في الأردن. 2020. المجلس الأعلى للسكان.

وحسب ما أفاد مقدمو خدمات الصحة الجنسية والانجابية من منظمات المجتمع المدني والمنظمات الدولية الذين تم إجراء مقابلات معهم أن خدمات الصحة الجنسية والانجابية التي تقدم من قبل المنظمات غير منتشرة في جميع أنحاء الأردن ولا تقوم بتوفير خدمات متكاملة للصحة الجنسية والانجابية والفحوصات المخبرية والأدوية، كما أن التمويل يشكل تحدياً في ديمومة تقديم خدمات الصحة الجنسية والانجابية وهناك عدد لا بأس به من العيادات تم إغلاقه بسبب توقف التمويل عنه. بالإضافة إلى التحديات سابقة الذكر المتعلقة بضعف حصول اللاجئين على خدمات الصحة الجنسية والانجابية من وجهة نظر مقدمي الخدمات من المؤسسات غير الحكومية فقد أشاروا إلى التحديات التالية:

- على الرغم من أنشطة التوعية المقدمة للاجئين حول أهمية الصحة الجنسية والانجابية إلا أن الطلب عليها لا يزال ضعيفاً.
- يرى مقدمو الخدمات أن اللاجئين السوريين الذين يعيشون خارج مخيمات اللجوء لا يوجد لديهم معرفة بخدمات الصحة الجنسية والانجابية وأماكن توفر هذه الخدمات.
- لا تزال احصائيات الزواج المبكر والعنف المبني على النوع الاجتماعي تجاه الإناث السوريات تراوح مكانها.
- لدى اللاجئين تصور أن حصولهم على خدمات الصحة الجنسية والانجابية المقدمة من وزارة الصحة يواجه صعوبات بسبب الاكتضاض، وبعضهم لا يوجد لديه دراية مجانية الخدمات.

8. تحديد حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

لم يتم حصر حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في وثيقة أو سياسة معينة، إلا أن التعليقات العامة الصادرة عن اللجان الدولية الاتفاقية إشارات إلى هذه الحقوق من خلال بيان آلية التمتع بهذه الخدمات، كما أن العديد من التشريعات الوطنية ومعايير الاعتماد الطبية أشارت إلى حقوق متلقي الخدمات الصحية في مواقع متفرقة، ومن خلال مراجعة هذه الوثائق، يمكن استنباط هذه الحقوق، وهذا ما سيتم بيانه في هذا القسم:

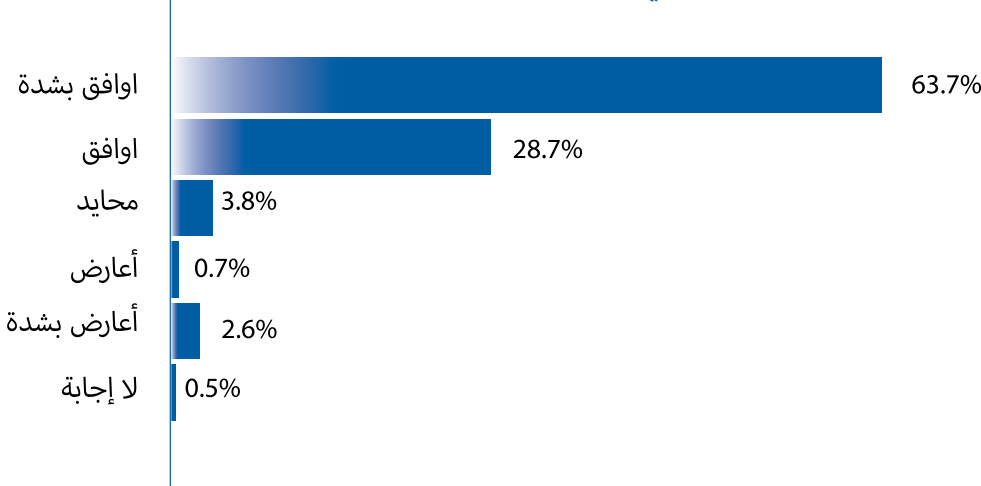
8.1 أولاً: الحصول على الموافقة المستنيرة

تعرف الموافقة المستنيرة على أنها العملية التي يقوم فيها مقدم الرعاية الصحية بتثقيف المريض حول مخاطر وفوائد وبدائل إجراء أو تدخل طبي معين. ويجب أن يكون المريض مؤهلاً لاتخاذ قرار طوعي بشأن الخضوع للإجراء أو التدخل المعني. وتعتبر هذه الموافقة التزام أخلاقي وقانوني لمقدمي الرعاية الصحية وتنشأ من حق المريض في تقرير ما يحدث لجسمه. وتشمل عملية الحصول على الموافقة المستنيرة بالضرورة على تقييم لفهم المريض وتوثيق كل ما يتعلق بذلك⁵⁸. وبذلك تختلف الموافقة المستنيرة عن الموافقة الاعتيادية بالأمور التالية⁵⁹:

- ✓ أن يكون متلقي الخدمة كامل الأهلية ويمكنه فهم ما يوافق عليه.
- ✓ أن يتخذ القرار طواعية، ولا يجبره أحد على القيام به
- ✓ أن يتم افهام متلقي الخدمة المعلومات كافية لاتخاذ قرار.
- ✓ أن يكون هناك خطة واضحة للتدخل أو الإجراء اعتماداً على توصية شخص مؤهل
- ✓ أن يفهم متلقي الخدمة المعلومات المقدمة بلغة بسيطة ومفهومة تناسب ثقافته وقدراته.
- ✓ أن يوافق متلقي الخدمة على الإجراء أو التدخل المقترح والنتائج المترتبة عليه.

وتبين من نتائج البحث الكمي الذي أجري مع المجتمع أن الغالبية العظمى من أفراد العينة من الذكور والإناث أن الموافقة المستنيرة حق أساسي من حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حيث أفاد ما يقارب 92.4% من العينة المستهدفة ممن كانت اجابته ب(موافق، موافق بشدة) بالتأكيد على هذا الحق، حسب ما هو موضح في الشكل (15).

الشكل(15): الموافقة المستنيرة حق من حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:



أما بخصوص النساء اللاتي حصلن على خدمات صحة جنسية وإنجابية في مختلف محافظات المملكة من عينة الدراسة الكمية فكان عددهن 69 سيدة بنسبة (16.4%) من أصل 250 سيدة من عينة الدراسة الكمية، وعند سؤالهن حول إبلاغهن عن خدمة الصحة الجنسية والإنجابية التي حصلن عليها من قبل مقدمي الخدمات بطريقه واضحة ومفهومة واعطائهن إرشادات عن كل ما يتعلق بالخدمة فقد أفاد 15% من أصل 69 من السيدات اللاتي حصلن على خدمات صحة جنسية وإنجابية بأنه لم يحصلن عليها بطريقه واضحة ومفهومة أو الحصول على إرشادات بخصوصها.

58. Parth Shah; Imani Thornton; Danielle Turrin; John E. Hipskind., Informed Consent, StatPearls Publishing, 2023. Available online [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/#_NBK430827_dtlis_] last visited 5 April 2023.

59. See for example Hon Mr. Justice MD Kirby, Informed consent: what does it mean? Journal of medical ethics, 1983,9, pp 75-69, Steven B. Dowd, The Legal, Ethical and Therapeutic Advantages of Informed Consent, Volume 24, no. 2, June 1998, pp 131-129, University of Oxford, Research Support, Informed Consent, 2022, available on line [https://researchsupport.admin.ox.ac.uk/governance/ethics/resources/consent] last visited 5 April 2023, Jotform, Implied consent vs informed consent, 2023.

أما بخصوص وجود المساحة والوقت الكافي للسيدات اللاتي قمن بتلقي الخدمة حول الاستفسار عن الخدمة التي رغبن بالحصول عليها فإن ما يقارب 88% من السيدات أوضحن بأنهن حصلن على هذه المساحة، وأن 12% منهن أفدن بأنهن لم يحصلن على هذه المساحة والوقت الكافي للاستفسار أكثر حول الخدمة التي تلقينها.

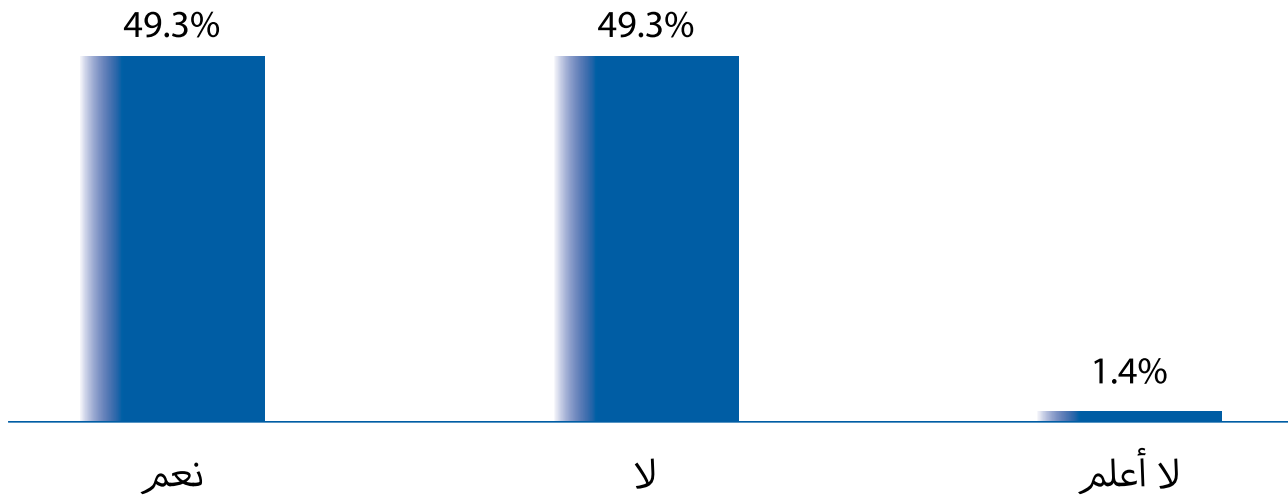
فيما تشير التشريعات والسياسات الوطنية بهذا الخصوص بأنه يمكن لمقدم الخدمة ان يستغني عن الحصول على الموافقة المستنيرة في حالة الضرورة الماسة⁶⁰ او ان هناك طارئاً لإسعاف مريض عاجز أو فاقد لقدرته على التصرف ولم يتمكن من الحصول على الموافقة القانونية في الوقت المناسب مع تثبيت ذلك في حينه، فعليه أن يقوم بالمعالجة اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر⁶¹. هذا وقد أشار قانون المسؤولية الطبية رقم 25 لسنة 2018 في المادة 8/أ على انه يستثنى الحصول على الموافقة في الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب أو التي يكون فيها المرض معدياً أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة وفق ما ورد في التشريعات النافذة.

تم النص على الموافقة في العديد من التشريعات، إلا التشريع الوحيد الذي قام بتفسير هذا المصطلح حسب الممارسات الفضلى هو قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 20 لسنة 2017، حيث جاء في المادة 2 على انها «رضا الشخص ذي الإعاقة أو من يمثله قانوناً عن كل عمل أو تصرف أو إجراء قانوني يشرع في اتخاذه يتعلق بأحد حقوقه أو إحدى حرياته، بعد إخباره، بطريقة يفهمها، بمضمونه ونتائجه وآثاره».

لذلك يجب ان تكون هذه الموافقة مكتوبة ومؤرخة وتوضح الإجراءات التي تم اتخاذاها لغايات الحصول على هذه الموافقة، اذا كان متلقي الخدمة ناقص الأهلية أو اعترى اهليته عارض من العوارض⁶²، فلا بد من الحصول على موافقة من يمثله قانوناً.

فيما يتعلق بالممارسة الحالية المستخدمة من قبل مراكز الصحة الأولية التي تقدم خدمات صحة جنسية وانجابية حول ما إذا حصلن السيدات اللاتي قمن فعلاً بتلقي الخدمة على موافقة مستنيرة مكتوبة ومؤرخة توضح الإجراءات الصحية التي تم اتخاذاها، فقد أفاد ما يقارب 49.3% من السيدات بأنهن لم يحصلن على هذه الموافقة، فيما كانت النسبة متساوية مع السيدات اللاتي حصلن على الموافقة المستنيرة بنسبة 49.3%، و 1.4% منهن لا يوجد لديهن علم فيما إذا حصلن على موافقة مستنيرة أم لم يحصلن، كما هو موضح في الشكل رقم (16).

الشكل رقم (16): كان هناك موافقة مستنيرة مكتوبة ومؤرخة توضح الاجراءات الصحية التي سيتم اتخاذاها معي:



أشارت التشريعات المتعلقة بالخلايا الجذعية إلى الموافقة المستنيرة، فعلى سبيل المثال نصت المادة 8 من نظام الخلايا الجذعية رقم 10 لسنة 2014 التي جاء فيها «لا يجوز الحصول على الخلايا الجذعية أو استخدامها إلا بعد الحصول على الموافقة المستنيرة وهي الموافقة الخطية للمتبرع بالخلايا أو أحد والديه أو وليه أو وصيه الشرعي على النموذج الذي يصدره الوزير بناء على تنسيب اللجنة (اللجنة الوطنية للخلايا الجذعية)». وتكررت الإشارة إلى الموافقة المستنيرة بنفس العبارات في تعليمات ترخيص مراكز العلاج المتخصصة بالخلايا الجذعية البالغة لسنة 2016 وتعليمات صرف الخلايا الجذعية من بنك الخلايا الجذعية المرخص لسنة 2014.

60. المادة 62/2 ج من قانون العقوبات الأردني لسنة 1960.

61. المادة 18 من الدستور الطبي الأردني.

62. عوارض الأهلية عبارة عن أمور قد تحدث للإنسان تجعله غير قادر على إصدار التصرفات بشكل صحيح وقانوني وغير قادر على تحمل نتائج أفعاله وذلك بعد بلوغ سن الرشد مما يتولد عن ذلك انعدام الأهلية أو نقصها في بعض الأحيان مثل الجنون، والعتة، والسفه، والغفلة والمريض مرض الموت.

واستخدم قانون اجراء الدراسات الدوائية رقم 2 لسنة 2011 مصطلح «الموافقة المستنيرة المبينة على المعرفة» قبل اجراء دراسات دوائية على الانسان في المادة 5 دون تفسير المقصود بهذا النوع من الموافقة. وأخيرا أشار قانون المسؤولية الطبية رقم 25 لسنة 2018 على مقدم الخدمة⁶³ الحصول على الموافقة المستنيرة في حالات القيام بإجراءات طبية أو عمليات جراحية غير ضرورية فقط⁶⁴.

كما وأكدت المادة 8/ج من نظام الرعاية الصحية والطبية المقدمة عن بعد - رقم (51) لسنة 2023 على ضرورة الحصول على موافقة المريض أو وليه أو وصيه لاستخدام الخدمة وتوثيقها في الملف الطبي.

وعند مراجعة معايير اعتماد المراكز الطبية الصادرة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في العام 2016، نجد انها تتطلب من مقدمي الخدمات الحصول على الموافقة المستنيرة واعتبرتها من المعايير الأساسية مع وضع 6 عناصر قابلة للقياس في عملية التقييم، وهي⁶⁵:

1. هناك سياسة وإجراءات موثقة للحصول على موافقة مستنيرة، تُحدد:

أ. قائمة محدثة بالإجراءات التي تتطلب الموافقة المستنيرة من متلقي الخدمة أو الشخص المخول مثل الجراحة تحت تأثير المخدر الموضعي، الإجراءات النافذة، أو إجراءات المعالجة عالية المخاطر

ب. الأشخاص والظروف التي يمكن لشخص آخر غير متلقي الخدمة أو يقدم الموافقة المستنيرة

2. ان يتم اخبار متلقي الخدمة بجميع التفاصيل حول مخاطر ومزايا وبدائل الاجراء المطلوب

3. يوقع متلقي الخدمة أو المخول عنه نموذج الموافقة قبل تنفيذ أي من الإجراءات المدرجة في القائمة

4. تتوفر نماذج الموافقة في جميع المواقع التي تطبق فيها إجراءات تتطلب الموافقة المستنيرة في المركز

5. الموظفون المعنيون على دراية ويتبعون السياسة والإجراءات المتعلقة بأخذ الموافقة المستنيرة

6. توافق عملية الموافقة المستنيرة مع القوانين والأنظمة المعمول بها بما في ذلك متلقي الخدمة المشاركون في الابحاث

وهنا تجدر الإشارة إلى انه تم النص على الموافقة المستنيرة في المجموعة الثانية (حقوق متلقي الخدمة) من معايير اعتماد المراكز الطبية، في حين جاءت المعايير الخاصة بالصحة الإنجابية ضمن معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية لسنة 2022 التي اكتفت بالإشارة إلى الموافقة المستنيرة ضمن دليل المستخدم⁶⁶. ويفهم من المعيار رقم أ الوارد أعلاه، ان ليس كل الإجراءات المتعلقة بالصحة الإنجابية تخضع للموافقة المستنيرة وذلك من عبارة «قائمة بالإجراءات التي تتطلب موافقة مستنيرة...»، في حين ان المعايير الدولية تؤكد على ان كل الإجراءات والتدابير المتخذة يجب ان تكون وفق قرارات مستنيرة وحررة ومسؤولة⁶⁷. وما يعزز هذا الاستنتاج، ما ورد في معايير اعتماد المراكز الطبية تحت «حقوق المرضى» في المعيار (PR.2) التي جاء فيها «هناك عملية للحصول على موافقة مستنيرة تتماشى مع القوانين والأنظمة»⁶⁸ وتم الإشارة في الهامش إلى قانون العقوبات⁶⁹ فقط، وتم تجاهل التشريعات الأخرى التي سبق الإشارة إليها.

8.2 ثانيا: الإبلاغ على حالات العنف

وضعت بعض التشريعات التزام على مقدمي الخدمات الصحية الإبلاغ إذا كان متلقي الخدمة كان ضحية لأشكال العنف المختلفة؛ حيث أوجبت المادة (4) من قانون الحماية من العنف الاسري رقم 15 لسنة 2017 على مقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص التبليغ عن أي حالة عنف أسري واقعة على فاقد الأهلية أو ناقصها حال علمه أو إبلاغه بها، ويكون التبليغ بموافقة المتضرر إذا كان كامل الأهلية وكان الفعل الواقع عليه يشكل جنحة. لا يجوز الإفصاح عن هوية مقدمي البلاغ في قضايا العنف الاسري الا إذا تطلبت الإجراءات القضائية غير ذلك. وفي حال عدم القيام بهذا الواجب القانوني تكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على أسبوع أو بغرامة لا تتجاوز خمسين ديناراً أو بكليهما العقوبتين.

63. عرف قانون المسؤولية الطبية لسنة 2018 مقدم الخدمة. على انه أي شخص طبيعى أو اعتباري يزاول مهنة من المهن الطبية أو الصحية ويقوم بعمل من أعمال الخدمة أو يشترك في القيام بها وفقاً لأحكام التشريعات المعمول بها.

64. المادة 8/ك من قانون المسؤولية الطبية لسنة 2018.

65. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد المركز الطبي، الطبعة الأولى، 2016، ص 3.

66. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 92.

67. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 6.

68. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد المركز الطبي، الطبعة الأولى، 2016، ص 3

69. نجد الإشارة إلى ان قانون العقوبات لم يشر إلى الموافقة المستنيرة، بل تطرق فقط إلى رضا العليل أو احد والديه أو ممثله الشرعي على العمليات الجراحية والعلاجات الطبية المنطبقة على اصول الفن بحسب المادة 62.

كما نجد في قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 17 لسنة 2017 مجموعة من النصوص تهدف إلى الإبلاغ عن حالة عنف تقع على الأشخاص ذوي الإعاقة؛ إذ نصت المادة 23 على وزارة الصحة والمؤسسة العامة للغذاء والدواء والجهات ذات العلاقة كل حسب اختصاصه وبالتنسيق مع المجلس القيام بتدريب كوادر متخصصة على طرق الكشف عن حالات العنف والإساءة الجسدية والنفسية وكيفية التعامل معها، وجاء في المادة 29 على وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة الصحة كل حسب اختصاصه وبالتنسيق مع المجلس القيام بتدريب وإعداد كوادر متخصصة للكشف عن حالات العنف، وكيفية التعامل معها في مختلف المراحل. كما ألزمت المادة 30 كل من يعلم بوقوع عنف ضد شخص ذي إعاقة تبليغ الجهات المختصة، وتتولى الجهات القضائية المختصة توفير الحماية اللازمة للمبلغين والشهود وغيرهم ممن يقومون بالكشف أو التبليغ عن حالات العنف المرتكبة.

واعتماداً على النصوص القانونية، يتوجب على مقدمي الخدمات الطبية إيجاد بروتوكول للإبلاغ عن حالات العنف، إلا أن معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية تخلو من النص على ذلك سواء تعلق الأمر بخدمات الصحة الجنسية والانجابية أو غير ذلك من المعايير، ناهيك أيضاً عن خلو بعض التشريعات الأردنية ذات العلاقة من هذا الأمر ومنها على سبيل المثال نظام دور الايواء للمعرضات للخطر رقم (171) لسنة 2016 و نظام التدابير الملحق بقرار تسوية النزاع في قضايا العنف الأسري رقم (100) لسنة 2019 و نظام الفريق الوطني لحماية الأسرة من العنف رقم (33) لسنة 2016.

8.3 ثالثاً: إمكانية الوصول

يقصد بإمكانية الوصول ان تكون المرافق التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والانجابية متاحة لمتلقي الخدمة بحيث يشمل ذلك، ما يلي⁷⁰:

- ❖ إمكانية الوصول المادي للجميع ضمن منطقة جغرافية آمنة، وفي حالة تعذر توفير هذه الخدمات في المناطق النائية لا بد من اتخاذ تدابير تكفل وصول هذه الخدمات من خلال وسائل النقل والاتصال. كما يشمل الوصول المادي الإحالة إلى مرفق صحي آخر يمكن الوصول إليه في حالة عدم توفر الخدمة المطلوبة.
- ❖ معقولة التكاليف أي تكون هذه الخدمات ميسورة التكاليف للجميع في المرافق العامة أو الخاصة
- ❖ إمكانية الوصول إلى المعلومات ويشمل ذلك الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالصحة الجنسية والانجابية وتلقيها ونشرها. ويجب ان تقدم هذه المعلومات بطريقة تتناسب مع احتياجات متلقي الخدمة المختلفة مثل السن، المستوى التعليمي، الإعاقة وغيرها من الاعتبارات.

تناولت معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية الخاصة بالصحة الإنجابية العديد من العناصر الخاصة بإمكانية الوصول فالمعيار (RH.2) خاص بمؤهلات مقدمي الخدمة والاشراف عليهم⁷¹، والمعيار (RH.3) يقيس توفر الوسائل والمعدات والمواد اللازمة للصحة الانجابية⁷²، والمعيار (RH.4) يقيس توفر خطة مشورة مخصصة في مجال الصحة الإنجابية تلبي احتياجات متلقي الخدمة وعائلاتهم⁷³. وجاء تحت بند دليل المستخدم انه لغايات تعزيز الاختيار المستنير، يجب إعطاء معلومات وارشادات شاملة وافية لمتلقي الخدمة بطريقة تأخذ بعين الاعتبار التعليم، اللغة، الاعتبارات الثقافية⁷⁴. لكن لم يرد ضمن المعايير ما يضمن الوصول المادي إلى المرفق الذي يقدم الخدمة أو ان يكون المرفق مؤهلاً لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة بحسب التشريعات المعنية أو توفير المعلومات الضرورية لهم بلغة يفهمونها، كما ان مسألة تلقي الإحالة في حال عدم توفر الخدمة اللازمة ورد النص عليه في معايير اعتماد المراكز الطبية ضمن المعيار الخاص بحقوق المرضى فقط⁷⁵.

بحسب الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية الصادرة عن المجلس الأعلى للسكان، فان هناك مجموعة من العوائق المادية التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في وصولهن للخدمات الصحية والانجابية، خاصة فيما يتعلق بعدم تهيئة المرافق والمباني التي تقدم هذه الخدمات لمستخدمي الكراسي المتحركة، وعدم توفر المعلومات بأشكال ميسره، مثل لغة الإشارة، الاحرف الكبيرة أو لغة بريـل. هذا فضلاً على عدم وجود كوادر طبية مؤهلة للتعامل مع ذوي الإعاقة. وفيما يتعلق بالنساء عموماً، فهناك أيضاً تحديات، تتمثل في بعد مسافة المكان الذي يقدم هذه الخدمات، عدم الحصول على الموافقة لزيارة الطبيب، والخشية ان لا يكون نساء من ضمن مقدمي الخدمات⁷⁶.

وهنا تجدر الإشارة إلى ان معايير الاعتماد لم تتطرق إلى جنس مقدمي الخدمات، فاذا كان عدم توفر نساء ضمن الكادر الذي يقدم هذه الخدمات، لا بد ان يضاف ذلك إلى المعايير الموجودة.

70. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. (2016) 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 19-15.

71. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 88.

72. المرجع السابق، ص 90.

73. المرجع السابق، ص 91.

74. المرجع السابق، ص 92.

75. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد المركز الطبي، الطبعة الأولى، 2016، ص 3.

76. المجلس الأعلى للسكان، الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والانجابية، 2020 – 2030، ص 12.

ونجد ان المشرع الاردني في هذا المجال وتحقيقاً لمبدأ إمكانية الوصول جاء بعدة معايير أساسية ضمن نطاق خدمات الامومة والطفولة تم تضمينها في تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتعديلاته لعام 2004⁷⁷ الصادر بموجب نظام التأمين الصحي المدني وتعديلاته لسنة 2004، حيث انه وبموجب هذه التعليمات تقدم خدمات الامومة والطفولة مجاناً في مراكز الامومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة⁷⁸، ويقصد في خدمات الامومة والطفولة تلك الخدمات الصحية التي تقدم للام منذ تاريخ ثبوت الحمل ولحين الولادة واثناء فترة النفاس ايضاً والخدمات الصحية التي تقدم للطفل من تاريخ ولادته ولحين بلوغه خمس سنوات⁷⁹، كما ان التعليمات اكدت على صرف بعض الادوية مجاناً وهي⁸⁰:

- ✓ الفيتامينات والمعادن بأنواعها .
- ✓ مضادات الحموضة المعدية .
- ✓ خافضات الحرارة للأطفال .
- ✓ مسحوق اعادة الاماهة عن طريق الفم .
- ✓ وسائل منع الحمل المؤقتة وربط الانابيب .

كما انه وبموجب هذه التعليمات ايضاً تقدم وزارة الصحة الفحوصات المخبرية والتشخيصية مجاناً وهي⁸¹:

- ✓ الفحص السريري .
- ✓ فحص مجاميع الدم لمعرفة النوع .
- ✓ فحص العامل الريزوسي وفحص الاجسام المضادة اذا لزم .
- ✓ فحص الهيموجلوبين .
- ✓ فحص التأكد من الحمل .
- ✓ فحص الزهري والسفلس .
- ✓ فحص السكري وتحمل السكر .
- ✓ فحص البول العام والروتيني حسب البروتوكول المقرر لهذه الغاية .
- ✓ فحص البراز للطفل بعد اتمامه العام وعند ملاحظة أية اعراض أو شكوى مرضية .
- ✓ الفحص على جهاز الامواج فوق الصوتية .

ولابد من الاشارة الى ان هذه التعليمات تشمل ايضاً خدمات تنظيم الاسرة وعلى الرغم من ان هذه الخدمات تقدم مجاناً للاردنيين الا انه تقدم لغير الاردنيين ضمن تسعيرة محددة⁸²، ويستثنى من هذه الخدمات حالات العقم والاجهاض المتكرر والضعف الجنسي⁸³

كما ان المشرع الاردني منح المرأة العاملة الحق بالاستفادة من تأمين الامومة تحت مظلة الضمان الاجتماعي ويشترط للاستفادة من هذا التأمين أن تكون المرأة مشمولة بأحكام هذا التأمين خلال الأشهر الستة الأخيرة التي تسبق استحقاقها إجازة الامومة أو أن يكون لها ستة اشتراكات متصلة أو متقطعة في هذا التأمين في الاثني عشر شهراً التي تسبق استحقاقها هذه الإجازة، أن تثبت الولادة بشهادة رسمية⁸⁴، وبموجب هذا التأمين تستحق المؤمن عليها بدل رعاية الطفل شهرياً ولمدة ستة أشهر حداً أعلى يبدأ احتسابه من الشهر الذي يلي الشهر الذي انتهت فيه إجازة الأمومة⁸⁵، ويشمل هذا البدل رعاية الطفل اما من خلال دور الحضانة او المنزل⁸⁶، ويصرف بدل رعاية الطفل في حال كانت الرعاية من خلال دار الحضانة وفقاً لما يلي وبحد أقصى⁸⁷:

- ✓ مبلغ (40) ديناراً شهرياً للطفل الواحد للمؤمن عليها المشمولة على أجر أكثر من (500) دينار ولغاية (1000) دينار.
- ✓ مبلغ (50) ديناراً شهرياً للطفل الواحد للمؤمن عليها المشمولة على أجر أكثر من (300) دينار ولغاية (500) دينار.
- ✓ مبلغ (60) ديناراً شهرياً للطفل الواحد للمؤمن عليها المشمولة على أجر (300) دينار أو أقل.

اما في حال كانت رعاية الطفل في المنزل يصرف للمؤمن عليها التي يكون أجرها الخاضع للاقتطاع (1000) دينار فأقل مبلغ (25) ديناراً شهرياً للطفل الواحد⁸⁸.

77. تعليمات خدمات الامومة والطفولة رقم (5) لعام 2004 وتعديلاته، الصادر في عدد الجريدة الرسمية رقم 4673 بتاريخ 2004/09/01 على الصفحة 4258.

78. لظفا انظر المادة (3) من تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتعديلاته.

79. لظفا انظر المادة (2) من تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتعديلاته.

80. لظفا انظر المادة (4) من تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتعديلاته.

81. لظفا انظر المادة (5) من تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتعديلاته.

82. للمزيد حول هذا الامر لظفا انظر تسعيرة خدمات وسائل تنظيم الاسرة ومطعم الكاز لغير الاردنيين في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة، الصادر في عدد الجريدة الرسمية رقم 5040 بتاريخ 2010/07/01 على الصفحة 4017.

83. لظفا انظر المادة (2) من تعليمات الحالات والامراض التي لا يغطيها صندوق التأمين الصحي لسنة 2004 والتي نصت على: «لا يغطي صندوق التأمين الصحي معالجة الحالات والامراض التالية: حالات العقم والاجهاض المتكرر والضعف الجنسي...»

84. لظفا انظر المواد (3) و (44) من قانون الضمان الاجتماعي الاردني رقم (1) لسنة 2014.

85. لظفا انظر المادة (5) من نظام الحماية الاجتماعية المرتبط بتأمين الامومة الاردني رقم (93) لسنة 2020.

86. لظفا انظر المادة (3) من نظام الحماية الاجتماعية المرتبط بتأمين الامومة الاردني

87. لظفا انظر المادة (7/أ) من نظام الحماية الاجتماعية المرتبط بتأمين الامومة الاردني

88. لظفا انظر المادة (7/ب) من نظام الحماية الاجتماعية المرتبط بتأمين الامومة الاردني

8.4 رابعاً: المقبولة

يجب ان يحترم مقدمي خدمات الصحة الجنسية والانجابية ثقافة الافراد وان يتم مراعاة الاختلافات المتعددة للأفراد بسبب السن، الإعاقة، الدين وغيرها من العوامل⁸⁹. تمت الإشارة في المعيار (RH.4) إلى تقديم المعلومات والارشادات تأخذ بعين الاعتبار التعليم واللغة والمنظورات الثقافية ضمن دليل المستخدم⁹⁰، إلا انه لم يتم ذكر احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

وهناك انطباع لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بأن نظرة مقدمي خدمات الصحة الجنسية والانجابية سلبية تجاه حصولهم على هذه الخدمات، حيث وصلت نسبة الأشخاص الذين لديهم اجابات ب(موافق وموافق بشدة) (65%)، كما هو موضح في الشكل (17)، وأن ما نسبته (25%) لا يتوافقون مع هذا الانطباع.

الشكل(17): يمكن أن تتغير نظرة مقدم الخدمة (بشكل سلبي) عند حصوي على خدمات الصحة الجنسية والانجابية من قبلهم:



لا إجابة أوافق بشدة أوافق محايد أعارض أعارض بشدة

8.5 خامساً: النوعية

ويقصد بالنوعية جودة الخدمة المقدمة، ويشمل ذلك توافر أخصائيين مدربين ومهرة وعقاقير ومعدات طبية معتمدة وصالحة مناسبة للجميع⁹¹. يستتبع ذلك بالضرورة الاخذ بالتقدم التكنولوجي والابتكارات في توفير خدمات الصحة الجنسية والانجابية مثل الأدوية اللازمة للإجهاض⁹²، وتكنولوجيا المساعدة على الانجاب والتقدم المحرز في معالجة فيروس نقص المناعة البشرية⁹³. وبالرجوع لمعايير الاعتماد، نجد ان المعيارين (RH.2) و (RH.3) قد تناولوا موضوع النوعية والجودة من حيث مؤهلات العاملين والعاملات والاشراف عليهم وتوافر الوسائل والمعدات المطلوبة⁹⁴. لكن يلاحظ أن المعيار (RH.1) الخاص بتوفر بروتوكولات لخدمة الصحة الانجابية⁹⁵ لم يشمل مرضى نقص المناعة⁹⁶ بشكل واضح والتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، والمراهقين والمراهقات.

وتنفيذا لحق المرأة للحصول على اعلى جودة ممكنة من الخدمة الصحية على الصعيد الوطني نجد ان نظام المركز الوطني للعناية بصحة المرأة⁹⁷ اكد على ضرور قيام وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية بتوفير حاجة المركز الوطني ومراكز العنية بصحة المرأة من الكوادر البشرية والاجهزة والمعدات الطبية والمستلزمات اللازمة للقيام بواجبها وويحق للمركز تعيين موظفين واطباء حسبما تقتضيه الحاجة⁹⁸، ولا يقتصر هذا الامر عند هذا الحد وانما يتولى المركز ايضا تنفيذ برامج تدريبية وتثقيفية حول صحة المرأة والتوعية بأهمية العناية بصحة المرأة ودورها في بناء المجتمع المحلي⁹⁹.

وعند سؤال المستجيبات من الإناث واللاتي كان لديهن تجربة مع مراكز الصحة الأولية التي تقدم خدمات صحة جنسية وانجابية عن مدى رضاهن عن تلك الخدمات، والمتعلقة بوقت الانتظار للحصول على الخدمة، وتعامل الكادر الطبي مع النساء، وعن جودة الخدمة الصحية المقدمة وجودة البيئة العامة والمرافق، وعدد وكفاية الكادر الطبي، فكانت جميع الاجابات كما هو موضح في الجدول رقم(7)، بأن غالبية النساء لديهن مستوى رضى عالي.

89. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 2016) 22) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 20.

90. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 92.

91. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, General Assembly, A/2006, 338/61, paragraph 17/d.

92. WHO, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2nd ed. (2012).

93. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 2016) 22) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 20.

94. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 92.

95. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 88.

96. تم الإشارة إلى بروتوكول التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً.

97. نظام المركز الوطني للعناية بصحة المرأة رقم (4) لسنة 2011، الصادر في عدد الجريدة الرسمية رقم 5085 بتاريخ 2011/03/31 على الصفحة 1265.

98. حيث نصت المادة (9) من نظام المركز الوطني للعناية بصحة المرأة على: «أ. تتولى الخدمات الطبية الملكية ووزارة الصحة توفير حاجة المركز الوطني ومراكز العناية بصحة المرأة من الكوادر البشرية والاجهزة والمعدات الطبية والمستلزمات اللازمة للقيام بواجبها وفق اتفاقيتين توقعان لهذه الغاية شاملتين اجور المعالجة للمؤمنين .

ب. للمركز الوطني تعيين موظفين له من الاطباء والباحثين حسبما تقتضيه الحاجة ، ويتم تعيينهم وتحديد رواتبهم وسائر حقوقهم وفقاً للتشريعات النافذة

99. لطفاً انظر المادة (4) من نظام المركز الوطني للعناية بصحة المرأة.

الجدول رقم(7): رضى الإناث اللاتي حصلن على خدمات صحة جنسية وإنجابية في مراكز الصحة الأولية

	راضى جدا	راضى	محايد	غير راضى	غير راضى على الإطلاق
1	فترة انتظاري للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية	8.7%	69.6%	8.7%	8.7%
2	سرية معلوماتك وخصوصيتي خلال تقديم الخدمة	18.8%	79.7%	1.4%	1.4%
3	التواصل مناسب مع الكادر الطبي المقدم للخدمات	15.9%	69.6%	7.2%	2.9%
4	الرعاية الطبية التي تلقيتها خلال الخدمة	11.6%	76.8%	10.1%	1.4%
5	تقديم معلومات وإرشادات كافية بشأن الخدمة التي سعت للحصول عليها خلال الزيارة	17.4%	66.7%	8.7%	7.2%
6	جودة البيئة العامة والمرافق في المركز الصحي الذي قمت بمراجعته	15.9%	59.4%	5.8%	13.0%
7	عدد الكادر الطبي المتوفر في المركز الصحي	11.6%	73.9%	1.4%	10.1%

8.6 سادسا: التوافر

يجب توافر عدد كاف من مرافق الصحة التي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وان توزع على أساس جغرافي منطقي وعادل. ويشمل ذلك توفر اعداد كافية من العاملين والعاملات، بالإضافة إلى توفير الادوية والخدمات المطلوبة.

يلاحظ على استراتيجية المجلس الأعلى للسكان انها لم تشر إلى زيادة عدد المراكز التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بل اكتفت بالتأكيد على توفير الادوية والمستلزمات القائمة حاليا، في حين تمت الإشارة سابقا إلى بعد مسافة المركز التي تقدم هذه الخدمات من أسباب عزوف النساء عن الاستفادة من هذه الخدمات.

كما ان معايير الاعتماد اكدت على وجود مقدمي خدمات مؤهلين¹⁰⁰، لكنها لم تشر على توفير العدد الكافي منهم لتلبية احتياجات متلقي الخدمة.

أفاد ما يقارب (71%) المستجيبين/ات في البحث الكمي أن مراكز الصحة الشاملة التابعة لوزارة الصحة تتوافر بالقرب من مراكز إقامتهم، وأن (28%) أفادوا بأن مراكز الصحة الشاملة غير متوافرة بالقرب من أماكن إقامتهم. في حين تنخفض النسبة قليلا عن وجود مستشفى حكومي بنسبة (67%). كما هو موضح في الجدول رقم (8).

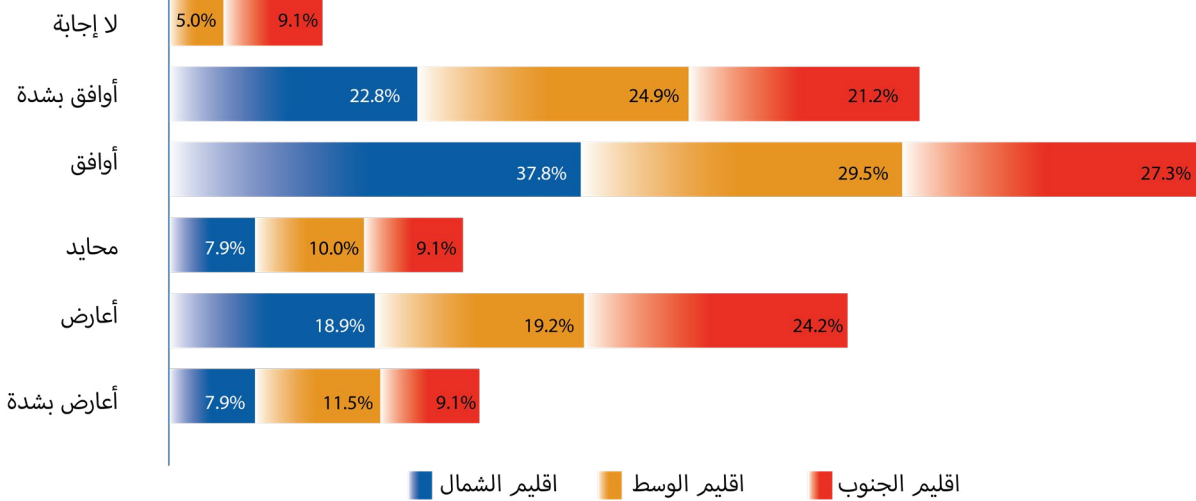
جدول (8): الخدمات والمرافق الصحية المتوفرة في مكان سكن الأسرة

الرقم	المرفق الصحي	نعم	لا	رفض الاجابة
1	مركز صحي أولي أو فرعي	74.8%	24.5%	0.7%
2	مركز صحي شامل	70.8%	28.3%	1.0%
3	مستشفى حكومي	67.0%	32.8%	0.2%
4	صيدلية	95.2%	4.8%	0%
5	عيادة خاصة	85.3%	14.7%	0%
6	مستشفى خاص	57.2%	42.8%	0%
7	جمعيات صحية متخصصة	35.2%	50.6%	14.3%
8	عيادة صحية تابعة للأنروا	30.9%	60.8%	8.3%
9	مستشفى عسكري	42.8%	56.3%	1.0%
10	مركز مشورة صحي	23.0%	62.5%	14.5%

وعند سؤال المستجيبين/ات عن مدى انتشار خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في المحافظة التي يعيشون فيها كما هو موضح في الشكل (18)، فكانت المحافظات التي تتبع لإقليم الجنوب(الكر، الطفيلة، معان، العقبة) بنسبة (33.3%) أشارت بأن هذه الخدمات غير منتشرة، في حين أفاد (48.5%) في المستجيبين/ات في نفس الإقليم بأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية منتشرة. يليها المحافظات التي تتبع لإقليم الوسط(عمان، الزرقاء، السلط، مادبا) فقد أشار (30.7%) من المستجيبين/ات أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية غير منتشرة، فيما أكد (54.4%) منهم أن تلك الخدمات منتشرة في المحافظات التي يعيشون فيها. أما المستجيبين/ات في المحافظات التي تتبع لإقليم الشمال(جرش، اربد، عجلون، المفرق) فقد أشار ما نسبته (26.8%) بأنها غير منتشرة، في حين أكد ما نسبته (60.5%) بأن هذه الخدمات منتشرة في محافظات الشمال التي يعيشون فيها.

100. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الرابعة، 2022، ص 88.

الشكل (18): خدمات الصحة الجنسية والانجابية منتشرة في محافظتك:



8.7 سابعا: خصوصية وسرية المعلومات

يعتبر الحق في الخصوصية من حقوق الانسان التي تم الاعتراف بها من قبل الإعلان العالمي لحقوق الانسان¹⁰¹ والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية¹⁰²، كما أكدت عليه الاتفاقيات الإقليمية مثل الميثاق العربي لحقوق الانسان¹⁰³ والاتفاقية الأوروبية لحقوق الانسان¹⁰⁴.

ويعود الفضل لمنظمة الصحة العالمية بربط الحق في الخصوصية والحق في الصحة، بحيث يجب ان تبقى المعلومات الخاصة بالحالة الصحية سرية حتى بعد الوفاة¹⁰⁵، كما صدر التعليق العام رقم 16 عن لجنة الحقوق الانسان لبيان مشتملات هذا الحق¹⁰⁶ وأكد التعليق العام 22 الخاص بالصحة الجنسية والانجابية على كفالة الخصوصية والسرية لمثلثي هذه الخدمات¹⁰⁷.

وتناولت التشريعات الوطنية هذا الموضوع من منظور ممارسة المهن الصحية ومقدمي الخدمات، فبحسب الدستور وواجبات الطبيب وأداب المهنة الطبيب ملزم بسر المهنة ويدخل في هذا الإطار كل ما يطلع عليه الطبيب من احوال مريضه الصحية والاجتماعية وما قد يراه ويسمعه او يفهمه من مريضه اثناء اتصاله المهني به من اموره وامور غيره¹⁰⁸، وعلى الطبيب الا يفشي بدون موافقة مريضه معلومات حصل عليها اثناء علاقه المهنية الا في الاحوال التي يتطلبها القانون ولا يشترط في السر ان ينبه المريض طبيبه للحفاظ عليه¹⁰⁹. ولا يجوز افشاء السر إلا في حالات محددة على سبيل الحصر، وهي للمريض نفسه لما يتعلق به من مرضه او مستقبل، للوصي او الولي فيما يتعلق بسر مريض قاصر او غير مدرك، لذوي المريض اذا عرف ان لهذا الافشاء فائدة في المعالجة وكانت حالة المريض لا تساعد على ادراك ذلك، اثناء خبرة طبية قضائية او طبابة شرعية، عندما تقتضي الضرورة حفاظا على امن المجتمع الصحي، يمكن للطبيب اثناء تأدية شهادته كخبير طبي ان يذكر سوابق المريض المفحوص المرضية اذا حصل على طلب خطي من قبل القضاء يسمح له بذلك، في الحالات التي يحددها القانون مثل حالات العدوى والتبليغ عن الوفيات والولادات وبعض الامراض الصناعية التي تؤثر على الصحة العامة، ولأغراض علمية وللبحوث الطبية دون ذكر الاسماء والصور المعرفة¹¹⁰.

101. تنص المادة 12 من الإعلان العالمي لحقوق الانسان على لا يجوز تعريض أحد لتدخل تعسفي في حياته الخاصة أو في شؤون أسرته أو مسكنه أو مراسلاته، ولا لحملات تمس شرفه وسمعته. ولكل شخص الحق في أن يحميه القانون من مثل ذلك التدخل أو تلك الحملات.

102. تنص المادة 17 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية على (1) لا يجوز تعريض أي شخص، على نحو تعسفي أو غير قانوني، لتدخل في خصوصياته، أو شؤون أسرته، أو بيته أو مراسلاته، ولا لأي حملات غير قانونية تمس شرفه أو سمعته. (2) من حق كل شخص أن يحميه القانون من مثل هذا التدخل أو المساس.

103. تنص المادة 21 من الميثاق العربي لحقوق الانسان على (1) لا يجوز تعريض أي شخص على نحو تعسفي أو غير قانوني للتدخل في خصوصياته، أو شئون أسرته أو بيته أو مراسلاته أو التشهير بسم شرفه أو سمعته. (2) من حق كل شخص أن يحمي القانون من مثل هذا التدخل أو المساس.

104. تنص المادة 8 من الاتفاقية الأوروبية لحقوق الانسان على (1) لكل إنسان حق احترام حياته الخاصة والعائلية ومسكنه ومراسلاته. (2) لا يجوز للسلطة العامة أن تتعرض لممارسة هذا الحق إلا وفقاً للقانون وبما تمليه الضرورة في مجتمع ديمقراطي لصالح الأمن القومي وسلامة الجمهور أو الرخاء الاقتصادي للمجتمع، أو حفظ النظام ومنع الجريمة، أو حماية الصحة العامة والآداب، أو حماية حقوق الآخرين وحرياتهم.

105. World Health Organization (2021). The protection of personal data in health information systems – principles and processes for public health.

106. Human Rights Committee, General Comment 16, (Twenty-third session, 1988), Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at (1994) 21.

107. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 2016) 22) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, paragraph 19.

108. الدستور الطبي وواجبات الطبيب وأداب المهنة لسنة 1989، المادة 22.

109. الدستور الطبي وواجبات الطبيب وأداب المهنة لسنة 1989، المادة 23.

110. الدستور الطبي وواجبات الطبيب وأداب المهنة لسنة 1989، المادة 24.

وبحسب المادة 8/ب من نظام الرعاية الصحية والطبية المقدم عن بعد رقم 51 لسنة 2023 فإنه كفل سرية معلومات المريض عدم إفشائها إلا للأغراض العلاجية للمريض.

وبحسب المادة (8) من نظام رصد حالات وفيات النساء أثناء فترة الحمل والولادة والنفاس رقم (10) لسنة 2016 فإن معلومات السجل الوطني لوفيات النساء أثناء فترة الحمل والولادة والنفاس تعتبر سرية ولا يجوز الكشف عنها أو اطلاع أي شخص عليها باستثناء اللجنة الفنية واللجنة الوطنية المشكلتان وفق أحكام المادتين (5) و(6) من النظام تحت طائلة المسؤولية القانونية.

وبحسب المادة 4 من نظام الفحص الطبي قبل الزواج لسنة 2015 تعتبر إجراءات الفحص الطبي سرية وعلى من يطلع عليها الحفاظ على السرية التامة بشأن محتويات التقرير ونتائجه تحت طائلة المساءلة القانونية.

والملفت للنظر انه لا يوجد التزام بالسرية في قانون مهنة القبالة ورعاية الامومة والطفل، قانون نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات لسنة 1972 والنظام الداخلي لنقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات لسنة 1975.

في معايير الاعتماد الخاصة بالصحة الإنجابية ورد تحت بند دليل المستخدم ان المناقشة التي تتم بين مقدم الخدمة ومتلقي الخدمة خاصة وسرية، ولا توجد معايير واضحة قابلة للقياس بهذا الموضوع. وفيما يتعلق بحقوق المرضى الواردة في معايير اعتماد المراكز الطبية، ورد في المعيار (PR.1) يتوفر بيان موثق بحقوق المرضى على ان يشمل سرية المعلومات.

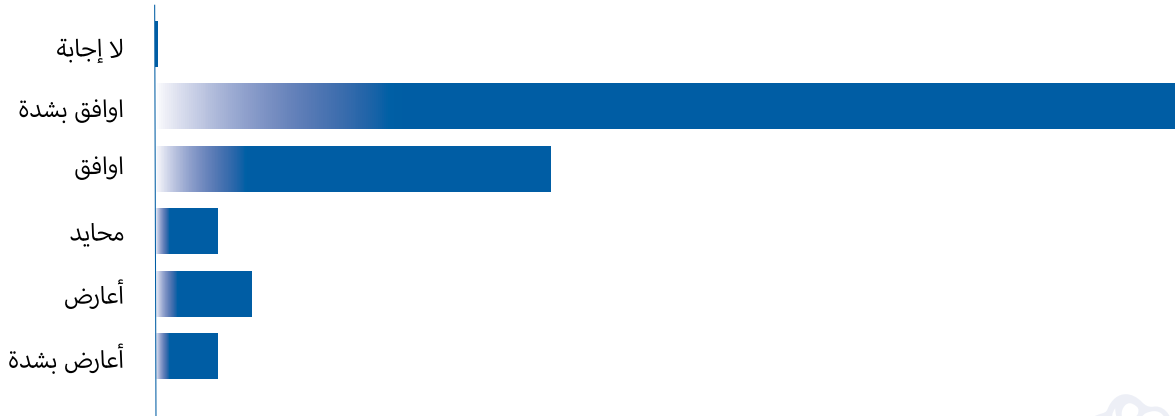
هنا تجدر الإشارة إلى أن موضوع الخصوصية والسرية أوسع من نقاش بين متلقي الخدمة ومقدمها، فهي تشمل سرية الحالة المرضية أو الخدمة المقدمة، الحفاظ على سرية السجلات وأمنها. كما يشمل الخصوصية الجسدية للمرضى من مرضى آخرين أو مقدمي خدمات آخرين اثناء وجودهم في المرفق الصحي. وفي بعض الممارسات الفضلى تمتد هذه الخصوصية لتشمل درجة الإفصاح لشركات التأمين، أرباب العمل وغيرهم من الأطراف.¹¹¹

كما لا يشترط في انتهاك الخصوصية الإفشاء عن معلومات، بل يمكن ان تكون طريقة تنظيم المرفق الصحي تشكل انتهاك للخصوصية، كأن يكون هناك مكتب أو عيادة مخصصة للأمراض المنقولة جنسياً أو مرضى نقص المناعة، وبالتالي يظهر للعيان ان أي شخص يراجع هذا المكتب أو العيادة مصاب بهذه الامراض.

هناك ضرورة لإيلاء هذا الموضوع أهمية خاصة، خاصة في ظل الفجوة التشريعية التي تمت الإشارة إليها؛ حيث ان الطبية او الطبيب فقط ملزم بالسرية دون غيرهم من الكادر الصحي. كما إشارات بعض التقارير والدارسات ان هناك من يتحرج من مراجعة المراكز التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والانجابية لغياب السرية والخصوصية، مثل الشباب والمرهقين والمرهقات.¹¹²

وهذا ما يتوافق مع نتائج البحث الكمي مع المجتمع أن خصوصية المكان كالعيادة والغرف الطبية عند الحصول على خدمات الصحة الجنسية والانجابية يؤثر بشكل كبير على إقبال السيدات للحصول على هذه الخدمات، حيث أكد ما نسبته (86.2%) (موافق، موافق بشدة) على ذلك، في حين أفاد (9.5%) على أن خصوصية المكان لا تؤثر على إقبالهم للحصول على خدمات الصحة الجنسية والانجابية، كما هو موضح في الشكل رقم(19).

الشكل(19): اعتقد أن اجراءات الفحص الطبي وخصوصية المكان (العيادة، الغرفة الطبية) تؤثر على إقبالي للحصول على خدمات الصحة الجنسية والانجابية:



111. OHCHR. (2014). Fact Sheet No.31, The Right to Health.

112. Gausman J, Othman A, Hamad I, Dabobe M, Daas I, Langer A. "Sexual and Reproductive Health and Rights Among Youth in Jordan: A Landscape Analysis." Harvard T.H. Chan School of Public Health: Boston, MA. March 2019, p 21.

9. التوصيات

بناء على دراسة حقوق متلقي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن والأشخاص الأكثر عرضة للتهميش، يجب العمل على مجموعة من الإجراءات لتحسين الممارسات ومعالجة الفجوات، كالتالي:

- ✓ وجود تعريف شامل ومتكامل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية ومشاركتها واعتمادها من قبل جميع مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن.
- ✓ مراجعة وتطوير معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، وضمان شمول خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مثل: إدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات التقليدية الضارة. وتلبية الاحتياجات الصحية المحددة للمراهقين والشباب بما في ذلك القضايا المتعلقة بالبلوغ والنشاط الجنسي والصحة الجنسية والإنجابية.
- ✓ التوسع في شمول خدمات الصحة الجنسية والإنجابية كزواج الأطفال والزواج المبكر والقسري، ومكافحة استئصال أرحام الفتيات ذوات الإعاقة، والحماية من كافة أشكال العنف الجنسي والنفسي والجسدي، والكشف المبكر على السرطانات الإنجابية وعلاجها، وغيرها من الحقوق.
- ✓ تضمين الموافقة الحرة المستنيرة في التشريعات والأنظمة والتعليمات واعتبارها حق أساسي من حقوق متلقي الخدمات الصحية وأن يتم تضمينها في كل الإجراءات المتعلقة بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.
- ✓ تذييل الصعوبات أمام النساء والفتيات للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخاصة في المناطق الريفية.
- ✓ شمول النساء والفتيات غير المتزوجات في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة من قبل وزارة الصحة الأردنية.
- ✓ تهيئة المرافق الصحية أمام الأشخاص ذوي الإعاقة وأن تكون متوائمة مع متطلبات كودة البناء الوطني.
- ✓ حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات الطبية بأشكال ميسرة كلغة برايل، أو الترجمة بلغة الإشارة وإيصال المعلومات الطبية بلغة مبسطة لتمكن النساء من مختلفة الإعاقات من الاطلاع عليها وفهم مضامينها.
- ✓ شمول وتكاملية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة من قبل وزارة الصحة الأردنية للأشخاص الأكثر عرضة للتهميش كالأشخاص اللاجئين في الأردن.
- ✓ تهيئة وتدريب الكوادر في المراكز الصحية الأولية والشاملة على إجراءات التعامل مع حالات العنف الأسري والعنف المبني على النوع الاجتماعي وكيفية التعامل مع الاعتداءات الجنسية.
- ✓ الشمولية في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسياً.
- ✓ تعزيز التنسيق والتعاون في مجال تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص اللاجئين بين المؤسسات الحكومية والمنظمات الدولية ومؤسسات المجتمع المدني.
- ✓ اقتراح وسائل وأدوات للجهات التي تستهدف المجتمعات الرئيسية المعرضة بشكل مباشر للإصابة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسياً.
- ✓ إيجاد مواد تثقيفية ملائمة لسن اليافعين واليافعات والشباب بشأن الصحة الجنسية والإنجابية.

