Share-Net
Jordan
منصة المعرفة – الأردن
للصحة الجنسية والانجابية والحقوق الإنجابية

# فقدان الحمل في الأردن – المستويات والتباينات

2025

## 1. مقدمة

تصنف مخرجات أي حمل إلى أربعة مخرجات هي: إنتهاء الحمل بمولود حي، أو بفقدان الحمل والتي تشمل وفاة الجنين قبل اتمام سبعة شهور من الحمل (ويسمى هذا إسقاط أو إملاص)، أو بمولود ميت أي اكمل فترة ثمانية وعشرين اسبوعاً من الحمل، أو بانتهاء الحمل بإجهاض متعمد. ويتم تصنيف الإملاص إلى ما قبل الولادة أي الوفيات التي تحدث قبل المخاض وحالات الإملاص اثناء الولادة التي تحدث بعد بداية المخاض ولكن قبل الولادة. وللمخرجات الأربعة سابقة الذكر كما سنبين صلة ببيولوجيا الإنجاب أي بعمر الأم وبعدد المواليد الأحياء الذي أنجبته خلال حياتها الزوجية، وبمتغيرات غير بيولوجية مثل تعليم الأم وجنسيتها ومكان إقامتها ومستوى رفاه أسرتها.

نقدم هذه الورقة بهدف عرض الأدلة العلمية حول مستويات فقدان الحمل في الأردن وتباييناته حسب متغيرات ديموغرافية واجتماعية واقتصادية، من أجل تنوير البرامج والإجراءات الساعية لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للأم في فترة ما قبل الولادة وعند الولادة وما بعدها، وتوجيه الجهود لتحسين الرعاية والتعامل مع التبعات المرتبطة بفقدان الحمل، وتحسين الإبلاغ عن حالات الولادة الميتة من خلال جمع معلومات شاملة ودقيقة، بالإضافة إلى زيادة الوعي حول أهمية رعاية الحامل لتجنب فقدان حملها.

هذه الورقة ليست دراسة طبية أو بيولوجية عن مخرجات الحمل، ففقدان الحمل وهو أحد مخرجات الحمل عملية معقدة وتقف وراءه عدة أسباب بيولوجية ورعائية طبية وسلوكية صحية. اعتمدت هذه الورقة على الأدلة الإحصائية عن مخرجات الحمل في الأردن، وفق ما أفادت به السيدات المبحوثات ممن هن في سن الإنجاب (15-49) سنة عن عدة أسئلة وردت في المسحين الأخيرين للسكان والصحة الأسرية (2017-2018 و 2023)، حول مخرجات حملهن، بالإضافة إلى ما وصلت اليه العديد من الأوراق العلمية الأردنية والعالمية المنشورة من نتائج عند تناولها لموضوع فقدان الحمل.

يعتبر فقدان الحمل أحد النتائج المحتملة للأحمال عالية الخطورة، والتي تشمل الأحمال المتكررة المتقاربة، وأحمال المتزوجات دون سن ثمانية عشرة سنة، وأحمال النساء في سن متأخرة. وعليه فإن تحديد النساء المعرضات لأحمال عالية الخطورة وإدارة رعاية الحالة المرضية للنساء اللاتي لديهن تشخيص مؤكد لحمل عالي الخطورة، وتعزيز وصول الأمهات المتقدمات في سن الإنجاب إلى خدمات تنظيم الأسرة يخفف من خطر فقدان الحمل. وبالرغم من أن معدل إسقاط الحمل أو الإملاص في الأردن أقل مما هو عليه في بلدان أخرى في المنطقة، إلا أن هناك فرصة لمنع مثل هذه الوفيات من خلال التحديد المبكر لحالات الحمل عالية الخطورة وضمان التدخلات التوليدية الكافية قبل الولادة، خاصة أن غالبية حالات الإملاص تحدث خلال فترة ما قبل الولادة. كما أن فقدان الحمل هو عامل خطر لإصابة الأم بالقلق والاكتئاب، ويُوصى صحياً بالحصول على الاستشارة الطبية والنفسية المناسبة لتقليل القلق والاكتئاب بعد فقد الحمل.

ويأتي اعداد هذه الورقة ضمن أهداف المجلس نحو الإرتقاء بمستوى الصحة الجنسية والإنجابية للسكان، ودعماً لأهداف الإستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030 في تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية والجنسية المتكاملة،

للمساهمة في الوصول إلى رفاه الأفراد والأسر في الأردن، ومساندةً لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة 2030 في ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

## 2. اتجاهات مستويات فقدان الحمل عالمياً وإقليمياً

أشارت نتائج دراسة العبء العالمي للأمراض 2021[1] فيما يتعلق بحالات ولادة جنين ميت على المستوى العالمي والإقليمي والوطني بعد 20 أسبوعًا من الحمل في أكثر من 204 دولة ومنطقة للسنوات 1990-2021، إلى إن ولادة الجنين ميتًا هي نتيجة مؤلمة للحمل يمكن تجنبها في أحيان عديدة. وإن دراسة مستويات واتجاهات ولادة الجنين ميتًا أمر ضروري لمواصلة التقدم في الحد من فقدان الحمل. وأهم نتائج هذه الدراسة:

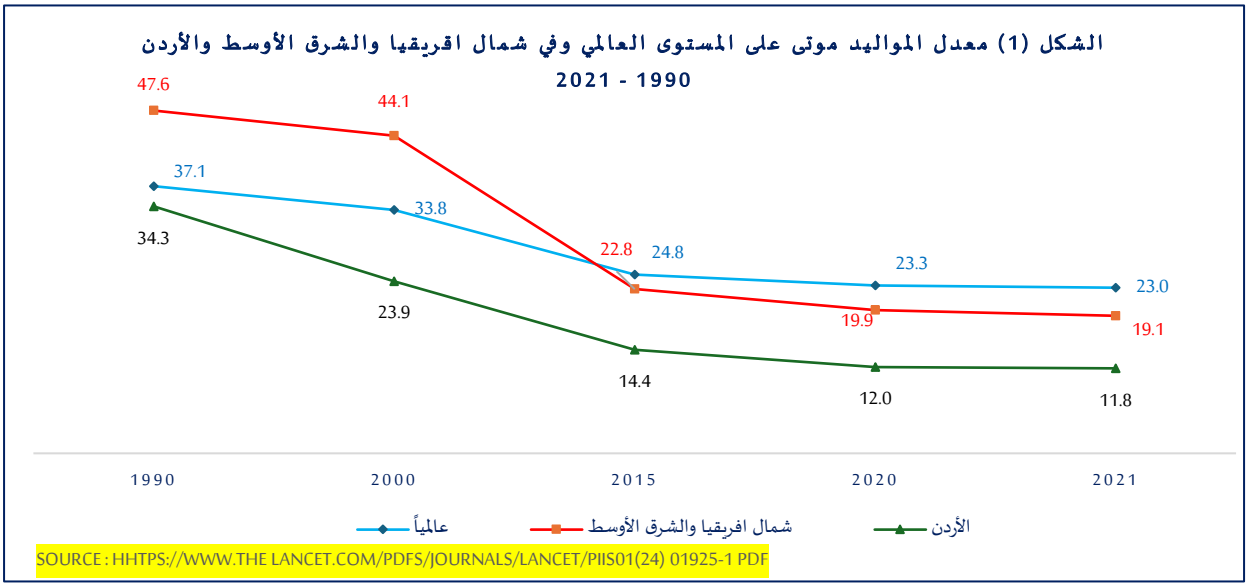
- بلغ معدل ولادة الجنين ميتًا عند 20 أسبوعًا من الحمل أو أكثر على مستوى العالم 23 جنين ميت لكل 1000 ولادة (تشمل المواليد الميتين والمواليد الأحياء)، مقارنة بـ 16.1 لكل 1000 ولادة عند 28 أسبوعًا من الحمل أو أكثر.
- يبلغ معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة على مستوى العالم في عام 2021، 17.1 لكل 1000 ولادة حية، وهو ما يعادل في المتوسط 2.19 مليون (1.90–2.55) حالة وفاة بين الأطفال حديثي الولادة.
- انخفض العدد المقدر لحالات ولادة جنين ميت بعد 20 أسبوعًا من الحمل أو أكثر من 5.08 مليون في عام 1990 إلى 3.04 مليون في عام 2021، وهو ما يعادل انخفاضًا بنسبة 39.8%، وشكلت حالات ولادة الجنين ميتًا في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من الإجمالي العالمي 77.4 % (2.35 مليون من 3.04 مليون)، وهذا يشكل زيادة مقدارها 60.3% عما يقابلها عام 1990 (3.07 مليون من 5.08 مليون).
- وفي عام 2021، حدثت في المتوسط 0.926 مليون (0.792–1.10) حالة ولادة جنين ميت، أي ما يعادل 30.5% من الإجمالي العالمي والبالغ (3.04 مليون)، بين 20 أسبوعًا من الحمل و28 أسبوعًا من الحمل.

وأشارت الدراسة بأنه على الرغم من التراجع العالمي التدريجي في حالات المواليد الموتى بين عامي 1990 و2021، فإن العدد الإجمالي للمواليد الموتى لا يزال مرتفعاً إلى حد كبير، كما بينت الدراسة أن لإحصاء جميع حالات المواليد الموتى أهمية بالغة لإحراز التقدم، حيث تُرك ما يقرب من ثلث حالات المواليد الموتى - أي ما يقرب من مليون حالة إجمالاً - دون إحصائها عند عتبة 1 أسبوعاً أو أكثر. وبينت الدراسة أن هناك تقدم متباين في الحد من حالات المواليد الموتى، مع تركيز العبء المرتفع في البلدان ذات الوضع التنموي المنخفض. وأن ندرة توافر البيانات ورداءة جودة البيانات حدت من القدرة على حساب حالات المواليد الموتى بدقة في العديد من المواقع. وأن هناك حاجة ماسة إلى معالجة أوجه عدم المساواة في التغطية الصحية الشاملة للأمهات، وتعزيز جودة الرعاية الصحية للأمهات، وتحسين متانة أنظمة البيانات للحد من العبء العالمي للمواليد الموتى.

[1] https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(24)01925-1.pdf

يبين الشكل (1) معدل المواليد الموتى (لكل 1000 ولادة) على المستوى العالمي وشمال إفريقيا والشرق الأوسط والأردن حيث يظهر أن وضع الأردن

كان الأفضل، فقد انخفض معدل المواليد موتى من 34.3 لكل ألف مولود عام 1990 إلى 14.4 وفاة لكل ألف مولود عام 2015 ثم إلى 11.8 وفاة لكل ألف مولود عام 2021، مقارنة بسلسلة معدلات المواليد على المستوى العالمي ومستوى منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط.




وبينت تقديرات مشتركة لحالات الإملاص الصادرة في دراسة صادرة عن اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة[2]، أن هناك جنيناً ميتاً يولد كل 16 ثانية في مكان ما في العالم، بما يعادل نحو مليوني حالة كل عام. وأشارت الدراسة إلى أن الأمهات الحوامل اللواتي يعشن في بلد فقير أو ينتمين إلى أقلية أو لديهن مستوى تعليم منخفض يواجهن مخاطر أعلى بكثير للإملاص (ولادة أجنة ميتة)، مقارنة بالنساء ذوات الخلفيات الأحسن حالاً. وتشكل الدول النامية أكثر من 80% من حالات ولادة الأجنة الميتة في العالم. وفي الدول الصناعية، يولد جنين ميت من بين كل 335، أما في الدول منخفضة الدخل فيصل المعدل إلى واحد لكل 44 بحسب الدراسة. وحذرت الدراسة من زيادة كبيرة في معدلات ولادة أجنة ميتة في ظل اضطراب الخدمات الطبية جراء جائحة فيروس كورونا. وترجع معظم حالات الإملاص إلى سوء نوعية الرعاية أثناء الحمل والولادة. وبينت الدراسة أن الافتقار إلى الاستثمار في خدمات ما قبل الولادة وأثناءها وفي تعزيز القوى العاملة في التمريض والقبالة يمثل تحديات رئيسية.

[2] https://healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/A-neglected-tragedy-stillbirths-IGME-report-English_2020.pdf

## 3. اتجاهات مستويات فقدان الحمل وتباياته وطنياً

### ♦ المستويات والتوقيت

على الرغم من أن معدل وفيات الإملاص في الأردن أقل مما هو عليه في بلدان أخرى في المنطقة، إلا أن هناك فرصة لمنع مثل هذه الوفيات من خلال التحديد المبكر لحالات الحمل عالية الخطورة وضمان التدخلات التوليدية الكافية قبل الولادة لا سيما وأن غالبية حالات الإملاص حدثت خلال فترة ما قبل الولادة. وفي دراسة[3] بعنوان "معدل ومحددات وأسباب حالات الإملاص في الأردن"، اعتمدت على استخراج وتحليل البيانات المتعلقة بالولادات والإملاص والظروف المساهمة فيها، والخصائص الديموغرافية والسريرية الأخرى في الفترة ما بين آب 2019 وكانون ثاني 2020 من بيانات النظام الإلكتروني لمراقبة حالات الإملاص ووفيات الأطفال حديثي الولادة (JSANDS)[4] ، وفي هذه الدراسة، تم تعريف الإملاص على أنه أي وفاة للجنين حدثت في أو بعد 24 أسبوعًا من الحمل، وتم تصنيف حالات الإملاص إلى ما قبل الولادة (الوفيات التي تحدث قبل المخاض) وحالات الإملاص أثناء الولادة (الوفيات التي تحدث بعد بداية المخاض ولكن قبل الولادة).

وخلصت الدراسة إلى أنه تم تسجيل ما مجموعه 10,328 ولادة خلال الفترة المشمولة بالدراسة، ومن إجمالي هذا العدد من المواليد 102 ولدوا ميتين (88 حالة وفاة قبل الولادة و 14 حالة وفاة أثناء الولادة)، وبمعدل 9.9 لكل 1000 ولادة إجمالية (حية وميتة). وكانت الظروف الرئيسية التي تتعلق بالجنين هي المساهمة في حالات الإملاص قبل الولادة على النحو التالي: (سبب غير محدد (33.7%)، نقص الأكسجين (33.7%)، التشوهات الخلقية وتشوهات الكروموسومات (13.3%)، اضطرابات متعلقة بطول مدة الحمل ونمو الجنين 10.8، العدوى (2.4%)، اضطرابات أخرى ما قبل الولادة 6%). أما الظروف المتعلقة بالأم فكانت على النحو التالي: مضاعفات الحبل المشيمي والأغشية (48.7%)، مضاعفات الحمل عند الأمهات (23.1%)، والحالات الطبية والجراحية للأمهات (23.1%).

أما حالات الإملاص أثناء الولادة والمتعلقة بظروف الجنين فكانت التشوهات الخلقية وتشوهات الكروموسومات (33.3%)، اضطرابات محددة أخرى أثناء الولادة (33.3%)، والوفاة أثناء الولادة لسبب غير محدد (33.3%)، أما حالات الإملاص أثناء الولادة والمتعلقة بظروف الأم فكانت مضاعفات حبل المشيمة والأغشية (33.3%)، لا توجد أسباب تتعلق بالأمومة (66.7%). ولم يختلف معدل الإملاص بشكل كبير حسب القطاع الصحي وعمر الأم والمستوى التعليمي والدخل والحالة العملية، إلا أن المعدل تباين بشكل كبير حسب عدد الأجنة والوزن وعمر الحمل. وكان المعدل لكل 1000 ولادة أعلى بكثير في حالات الولادة المتعددة أي الولادات أكثر من الولادات الفردية (8.7 في الولادات الفردية، 24.1 في التوائم،

---

[3] Khulood K. Shattnawi and others , Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS) system, BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:571, https://doi.org/10.1186/s12884-020-03267-2

[4] تم إنشاء هذا النظام عام 2019 لجمع وتنظيم وتحليل ونشر البيانات عن حالات الإملاص ووفيات الأطفال حديثي الولادة والظروف المساهمة فيها في خمسة مستشفيات كبيرة تقع في ثلاث من أكبر المدن في الأردن.

69.8 في الثلاثي، و 375.0 في الرباعي ولكل 1000 ولادة)، وكان معدل الإملاص أعلى بكثير بين الأحمال (الصغير ة الوزن بالنسبة لعمر الحمل SGA) مقارنة بالولادات المناسبة لعمر الحمل (AGA).

- **الأحمال عالية الخطورة (السلوك الانجابي ذو المخاطر العالية)**

تعتمد مخرجات الحمل على عدد من عوامل الخطورة مثل عمر الأم، وفترة المباعدة السابقة بين الاحمال، وترتيب الحمل ومن المرجح أن يكون فقدان الحمل أعلى بالنسب للأمهات اللاتي لديهن واحد أو اكثر من عوامل الخطورة.

وفقاً لمسح السكان والصحة الأسرية 2023 تبين أن حوالي 26.2 % من الولادات في السنوات الخمس السابقة للمسح لم تكن معرضة لأي خطر عالي بينما 18.1% من الولادات كانت في فئة خطر لا يمكن تجنبه ( الولادات الأولى للنساء بين سن 18و34 سنة) . وأن 34.8% من الولادات حدثت في فئة خطر عالي واحد ( عمر الام أقل من 18سنة، عمر الام اكثر من 34 سنة)، وفترات التباعد أقل من 24 شهراً، وترتيب المولود اكثر من ثلاثة). و 20.9% من الولادات كن في فئة خطر عالي متعدد.

كما أن حوالي 81% من السيدات المتزوجات حالياً قد ينتمين إلى أي فئة خطر عالي يمكن تجنبه، أذا كن قد حملن وقت إجراء المسح، وأن 54% قد ينتمين إلى فئة خطر عالي متعدد و27% يمكن أن ينتمين إلى فئة خطر عالي واحد، و14% من السيدات المتزوجات حالياً لا ينتمين إلى فئة خطر لا يمكن تجنبه..

- **عوامل الخطر**

**إن** تحديد النساء المعرضات لخطر فقدان الحمل وإدارة المرض لدى النساء اللاتي لديهن تشخيص بمرض عالي الخطورة، وتعزيز وصول الأمهات المتقدمات في سن الإنجاب إلى خدمات تنظيم الأسرة يخفف من خطر الاسقاط. ففي دراسة[5] بعنوان "عوامل الخطر للإجهاض لدى اللاجئات السوريات اللاتي يعشن في أماكن خارج المخيمات في الأردن" والتي اعتمدت في التحليل على (307) من اللاجئات السوريات (18 سنة فأكثر) المراجعات لأربع عيادات صحية غير حكومية في محافظات (المفرق، وعمان، والزرقاء، وإربد) واللاتي لديهن تجربة في الحمل المفرد وانتهى بولادة حية أو إسقاط، تلقت 296 امرأة (96.4٪) خدمات الصحة الإنجابية منذ عبورهن إلى الأردن ولم تتلق 11 امرأة (3.6٪) أي خدمات. ومن بين هؤلاء النساء، احتاجت 6 نساء (54.5٪) إلى هذه الخدمات. ومن بين هؤلاء، تلقى 213 (72.0%) منهم الخدمات خلال الأشهر الستة السابقة. وكانت المنظمات غير الحكومية والعيادات الخاصة ووزارة الصحة الأردنية هي أكثر الجهات المقدمة للخدمات. وخلُصت الدراسة إلى أن حالات الحمل الأخيرة لـ 262 امرأة (85٪) انتهت بولادة الحية، وانتهت ل 45 امرأة أخرى (15٪) بالإسقاط، وكان معدل الإصابة بأمراض الغدة الدرقية 22.2% للنساء اللاتي أسقطن مقارنة بـ 6.1% للنساء اللاتي ولدن حياً، بالإضافة إلى ذلك، فإن 30.2% من النساء اللاتي أسقطن كن في سن أمومة متقدم عند الحمل، في حين أن 11.1% من اللاتي أنجبن ولادة حية كن في سن أمومة متقدمة عند الحمل، وتقريباً جميع النساء اللاتي أنجبن مولوداً حياً (97.7٪) حصلن على رعاية ما قبل الولادة، في حين أن ما يقرب من نصف اللواتي أسقطن (54.5٪) تلقين رعاية ما قبل الولادة، وحسب التحليل متعدد المتغيرات كانت احتمالات الإسقاط المعدلة أعلى عند النساء اللاتي تم تشخيص إصابتهن بمرض الغدة الدرقية، وكن في سن متقدمة في فترة الإنجاب. ولم يتلقين رعاية ما قبل الولادة.

[5] Maysa M. Khadra, Haya H. Suradi2, Justin Z. Amarin, Nabila El-Bassel3, Neeraj Kaushal3, Ruba M. Jaber, Raeda Al-Qutob4 and Anindita Dasgupta, Risk factors for miscarriage in Syrian refugee women living in non-camp settings in Jordan: results from the Women ASPIRE cross-sectional study, Khadra et al. Conflict and Health (2022) 16:32, https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-022-00464-y

- **التبعات النفسية لفقدان الحمل والدعم اللازم**

إن فقدان الجنين هو عامل خطر لإصابة الأم بالقلق والاكتئاب، ويُوصى بالحصول على الاستشارة الطبية والنفسية المناسبة لتقليل القلق والاكتئاب بعد الإسقاط. ففي دراسة[6] بعنوان "القلق والاكتئاب لدى النساء بعد الإسقاط في مستشفى الجامعة الأردنية" شملت (200) امرأة يعانين من فقدان الحمل المبكر حتى 13 أسبوع من الحمل للفترة ما بين يونيو 2018 ونوفمبر 2019، وخضعن لتقييم لشدة القلق والاكتئاب في غضون 12 ساعة باستخدام الإصدارات المترجمة والمصادق عليها لإستبانة اضطراب القلق وإستبانة صحة المرضى والإكتئاب، أظهرت النتائج بعد الإخلاء مباشرة أن 19.5% عانين من قلق شديد و 22.5% عانين من أعراض إكتئابية متوسطة إلى شديدة، وبقارنة مجموعتين فرعيتين: المجموعة الأولى كانت لديهن أكثر من حالتي إسقاط (21.7% كان لديهن قلق شديد و20.7% كان لديهن أعراض اكتئابية متوسطة إلى شديدة)، وكانت المجموعة الثانية ممن ليس لديهن ولادة سابقة (18.5% يعانين من قلق شديد و22.2% يعانين من أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة).

إن الدعم العاطفي من مقدمي الرعاية الصحية والأصدقاء والعائلة أمرٌ بالغ الأهمية في مساعدة النساء على التغلب على خسارتهن والمضي قدمًا، وأن نقص الدعم كان مرتبطًا بزيادة المشاعر السلبية بين النساء اللاتي تعرضن للإجهاض. ففي دراسة[7] بعنوان "التعامل مع الإجهاض في الأردن: فهم الاستجابات العاطفية واستراتيجيات المواجهة" تم استخدام استبيان على شبكة الإنترنت لجمع البيانات من 355 امرأة متزوجة وتعيش في الأردن وتعرضت للإجهاض، وأظهرت النتائج أن جميع المشاركات تعرضن للإجهاض، حيث تعرضت 53.8% لحالة واحدة، و27.0% لحالتين، و 19.2% لثلاث حالات إجهاض أو أكثر، وتنوعت بدائل العلاج للمشاركات ما بين الإجراء الجراحي ل (48.7%)، في حين كان انتظار المرأة حدوث الإجهاض من تلقاء نفسه (36.1%)، وتناول الأدوية للمساعدة في خروج الأنسجة خارج الرحم (15.2%).

وحول الآثار العاطفية بعد التعرض للإجهاض شعرت ما يقرب من نصف المشاركات (48.7٪) وكأنهن فقدن طفلاً بينما شعرت 23.1٪ منهن بالوحدة، وشعرت ب (19.7%) من المشاركات بالذنب وما نسبته (12.1%) شعرن بالانزعاج قليلاً. وفي المقابل، اعتقد 48.5% من المشاركات أن الإجهاض هو قدرهن واستطعن تقبله.

أبلغت معظم المشاركات عن تلقهن دعم عاطفي كافٍ من أزواجهن والعائلة والأصدقاء والطاقم الطبي (63.7%، 62.3%، 19.7%، 14.44% على التوالي)، في حين أفادت 10.4% من المشاركات أنهن لم يتلقين أي دعم اجتماعي. أما اللواتي لم يتلقين أي دعم اجتماعي كان لديهن ميل أعلى للشعور بأنهن فقدن طفلاً، وحول الاستراتيجيات التي ساعدت المشاركات على تقليل مشاعرهن السلبية بعد الإجهاض؛ كان النهج الأكثر شيوعًا هو السعي للحصول على الدعم الاجتماعي، حيث أفاد 53.5% من المشاركات أن هذا ساعدهن، كما تم الإبلاغ عن استخدام الفيتامينات (16.9٪) والطقوس الروحية (15.2٪) على أنها مفيدة. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أن 33.2% أفدن بأنهم لم يفعلن شيئًا للتخفيف من

---

[6] Asma Sa'd Basha and others, Anxiety and Depression among Women after Miscarriage at Jordan University Hospital, J Med J 2020; Vol. 45 (3):137-144, https://archives.ju.edu.jo/index.php/jmj/article/view/106236/11401

[7] Esra' Taybeh, Shereen Hamadneh, Zina Al-Alami & Rana Abu-Huwaij , Navigating miscarriage in Jordan: understanding emotional responses and coping strategies, BMC Pregnancy and Childbirth (2023) 23:757 -https://doi.org/10.1186/s12884-023-06075-6

مشاعرهن السلبية. كما بينت النتائج أن من بين النساء المشاركات، قررت 40.3% تأجيل حمل آخر بينما خططت 20.0% لحمل لاحق، بينما 39.7% لم يعرفن ما إذا كن يرغبن في الحمل مرة أخرى.

### • متغيرات ذات صلة بفقدان الحمل

في دراسة[8] حول تباينات وفيات الأجنة في الأردن، هدفت إلى دراسة علاقة المتغيرات الاجتماعية-الاقتصادية والديموغرافية مع مستويات حدوث وفيات الأجنة في الأردن ، ممثلة في الإسقاط والإجهاض المقصود ووفيات حول الولادة، استناداً إلى مسح السكان والصحة الأسرية 2002 ، واستخدمت الدراسة عدد من النماذج الإحصائية الوصفية، إضافة إلى تحليل مقارنة المتوسطات، واختبار كاي تربيع، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك ما نسبته 38% من النساء في عينة الدراسة قد سبق لهن وتعرضن خلال حياتهن الإنجابية لحدوث وفاة للأجنة، وأن أغلب الأحداث قد تمت تحت إشراف طبي. كما أظهرت النتائج أن للمتغيرات المستقلة (مستوى تعليم المرأة، وعمرها عند الزواج، وعمر الزوجة الحالية، وحجم الأسرة، وسبق استخدام موانع الحمل في الأسرة) علاقة احصائية هامة مع متغير حدوث وفيات الأجنة في الأسرة. كما بينت الدراسة أن لمتغيرات مثل (مستوى تعليم الزوج، وصلة القرابة بين الزوجين، وحالة عمل المرأة، وإجراء الفحص الطبي قبل الزواج، والدين) أهمية هامشية وضعيفة إحصائياً في حدوث وفيات الأجنة في الأسرة.

### • مسوح السكان والصحة الأسرية والبيانات عن فقدان الحمل

تضمن مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 مجموعة من الأسئلة حول الرعاية الصحة للأم للسيدات اللاتي انجبن مولوداً حياً أو ميتاً في السنتين السابقين للمسح بالنسبة لآخر ولادة لمولود حي أو ولادة لمولود ميت، وفيما إذا قُدمت لهن الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل وكذلك إذا تلقين حقنة الكزاز، وعن الذين ساعدوهن عند ولادة الطفل وعن مكان الولادة، وكذلك عن الرعاية الصحية لما بعد الولادة لأخر ولادة. ويُعد تقديم الرعاية الصحة ما قبل الولادة من قبل مقدم خدمة مختص هي رعاية مهمة وذلك لمراقبة الحمل، وتقليل اخطار الإصابة بالأمراض والوفيات للأم والطفل أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة (أي خلال 42 يوماً بعد الولادة).

وتعتبر الرعاية الصحية السابقة للولادة رعاية شاملة، وهي مرتفعة في الأردن، حيث حصلت 97% من السيدات على رعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل من قبل أخصائي (طبيب، ممرض، أو قابلة قانونية) بالنسبة لآخر ولادة لمولود حي أو لمولود ميت في السنتين السابقتين للمسح، وأن 63.8% من السيدات قد تلقين 8 زيارات أو اكثر لمتابعة حملهن الأخير، وفيما يتعلق بالسيدات اللاتي لم يقمن بزيارات متابعة خلال حملهن الأخير كان السبب الرئيسي لعدم متابعتهن الحمل هو الكلفة العالية (50%)، يليها إغلاق المنشأة الصحية 21%، الحاجةإلى أصطحاب الأطفال 12.7%، عدم توفر وسيلة نقل 8% . وقد تراوحت النسبة للواتي حصلن على الرعاية الصحية قبل الولادة من مقدم خدمة مختص من 84% في عام 1990 إلى 99% عام 2007 ووصولاً إلى 97% في عام 2023.

[8] كرادشة، منير، تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن ، مجلة المنارة-المجلد 12-العدد 1- 18-4-2005 ص 345- 383

## (أ) فقدان الحمل وتوقيته وتباينه حسب عمر الحامل وجنسيتها

كشفت نتائج دراسة[9] اعتمدت على تحليل بيانات من مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018، أن احتمال فقدان الحمل كان الأعلى بين الأمهات دون سن العشرين وبعد سن أربعين سنة. وفي السنوات الخمس الماضية فُقد 159 حمل على مستوى المملكة مقابل ألف مولود حي، و 211 في محافظة إربد التي إحتلت المرتبة الأولى في هذا الصدد، وكشفت نتائج هذه الدراسة أن حوالي ربع السيدات (25.3%) قد سبق وأن حصل عندهن مثل هذا الحدث في العقود الأربع الماضية أي في السنوات الممتدة بين عامي 1975-2018، ولكن حصل 40.8% (3236/1319) من مثل هذا الحدث في السنوات الخمس السابقة للمسح الأسري الأخير أي خلال السنوات 2012-2017، ووقع 60% من واقعات السنوات الخمس هذه في السنوات الثلاث الأخيرة[10].

أما عن توقيت فقدان الحمل حسب مدة الحمل، فأشارات نتائج الدراسة أن فقدان الحمل في السنوات الخمس الأخيرة قد حصل بين الشهر الثاني إلى التاسع من الحمل، ولكن جلُه (77.3%) وقع في الثلث الأول من فترة الحمل. كما أن فقدان الحمل يتبعه بعد فترة قصيرة حمل جديد لتعويض الحمل المفقود وبسبب غياب الرضاعة الطبيعية لأن الحمل لم ينته بمولود حي فضلا عن ضعف خدمات مشورة تنظيم الأسرة ما بعد الاجهاض[11].

ولا بد أن نشير هنا إلى وفيات ما حول الولادة حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2018/2017، فبينما يبلغ هذا المعدل على المستوى الوطني 13 من كل ألف حالة حمل، يرتفع إلى 20 بين الحوامل ممن أعمارهن دون سن عشرين سنة وبين الأمهات السوريات، وإلى 35 بين الحوامل ممن أعمارهن 40-49 سنة. أما فيما يتعلق بوفيات ما حول الولادة حسب نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 ، فبينما يبلغ هذا المعدل على المستوى الوطني 11 من كل ألف حالة حمل، يرتفع إلى 12 بين الحوامل ممن أعمارهن 20-39 سنة وبين الأمهات السوريات، ويرتفع إلى 19 بين الحوامل في مستوى الرفاه الثاني وإلى 20 بين الحوامل ممن لم يمض 15 شهر على حملهن السابق.

## (ب) الحمل بتوائم وفقدان الحمل

في 29 دولة بما فيها الأردن كان خطر وفاة الجنين (الوفاة بعد 28 أسبوعًا) أعلى ب 1.8 مرة بالنسبة للتوءم الأول، وأعلى ب 2.9 مرة بالنسبة للتوءم الثاني عند مقارنتها بالأحمال المفردة[12]. والتوائم أكثر عرضة للإملاص[13]، ففي دراسة[14] بعنوان "معدل ومحددات وأسباب ولادة الجنين

---

[9] The DHS Program. 2020. Jordan Family Planning Questions. DHS Other Documents No. 79. Rockville, Maryland, USA: ICF.

[10] Ibid.

[11] Ibid.

[12] المجلس الأعلى للسكان 2025، ورقة حقائق، ولادات التوائم في الأردن: الحقائق والأخطار.

[13] موت الجنين بعد 28 أسبوعاً من الحمل، ولكن قبل الولادة أو أثناءها

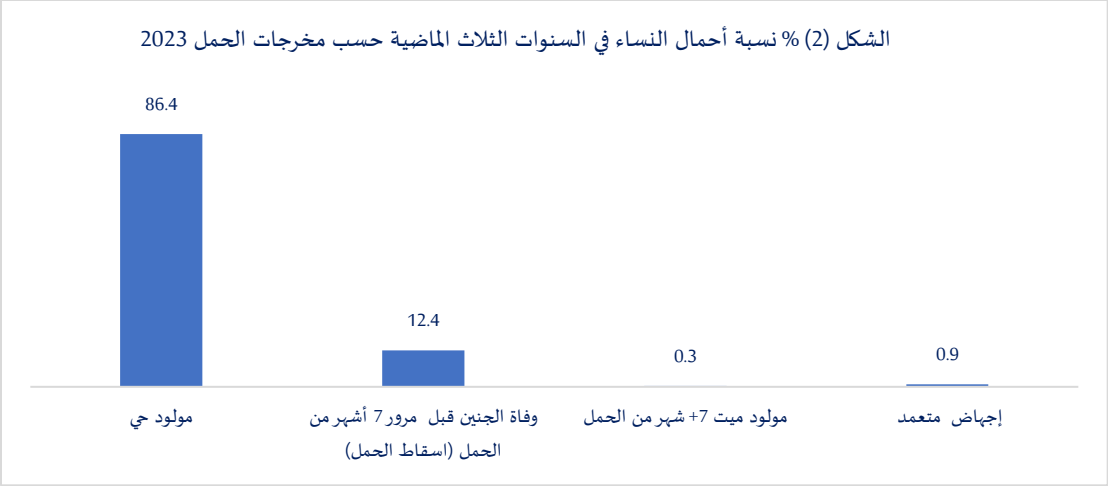
[14] Khulood K. Shattnawi, and others, Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS) system, BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:571, https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884- 020-03267-2

ميتًا في الأردن: النتائج المستمدة من نظام مراقبة الإسقاط (ولادة الجنين ميتًا) ووفيات حديثي الولادة في الأردن (JSANDS)"، اعتمدت على جميع الولادات ونتائج الولادة التي تم تسجيلها في النظام خلال الفترة من آب 2019 إلى كانون ثاني 2020 في خمس مستشفيات كبرى (ثلاثة مستشفيات عامة، وواحدة خاصة، مستشفى تعليمي واحد) تقع في ثلاث من أكبر المدن في الأردن وبنسبة اكتمال بلغت 100٪. وقد عرفت الدراسة ولادة الجنين الميت على أنها أي وفاة للجنين تحدث عند أو بعد 24 أسبوعًا من الحمل، وتم حساب معدل ولادة الجنين ميتًا على أنه عدد حالات ولادة الجنين ميتًا لكل 1000 من إجمالي المواليد الأحياء والمواليد الموتى، وقد تم تسجيل ما مجموعه 10328 ولادة خلال فترة إعداد التقرير. ومن إجمالي المواليد، وُلد 102 ميتًا (88 ولادة ميتة قبل الولادة و14 ولادة ميتة أثناء الولادة)، بمعدل 9.9 لكل 1000 ولادة إجمالية، وقد خلصت الدراسة إلى تباين معدل ولادة جنين ميت وفقًا للتعدد. وكان المعدل لكل 1000 ولادة إجمالية أعلى بشكل كبير في الولادات المتعددة مقارنة بالولادات الفردية (8.7 في الولادات الفردية، و24.1 في التوائم، و69.8 في التوائم الثلاثية، و375.0 في التوائم الرباعية). وصدرت مؤخراً التعليمات التي تنظم إنشاء[15] وحدات الإخصاب/ وحدات أطفال الأنابيب لدى المستشفيات الخاصة في الأردن لسنة 2024 والتي صدرت بموجب نظام المستشفيات الخاصة، والتي سيكون لها دوراً ايجابياً للحد من فقدان الحمل حيث فُرضت عقوبات على وحدات الإخصاب في حال قيام الوحدة بإرجاع أكثر من اثنين من الأجنة كحد أعلى إلا إذا كان عمر الزوجة أربعين عاماً فما فوق يمكن ارجاع ثلاثة أجنة كحد أعلى.

### (ت) مستويات فقدان الحمل وتباياناته في الأردن حسب مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023

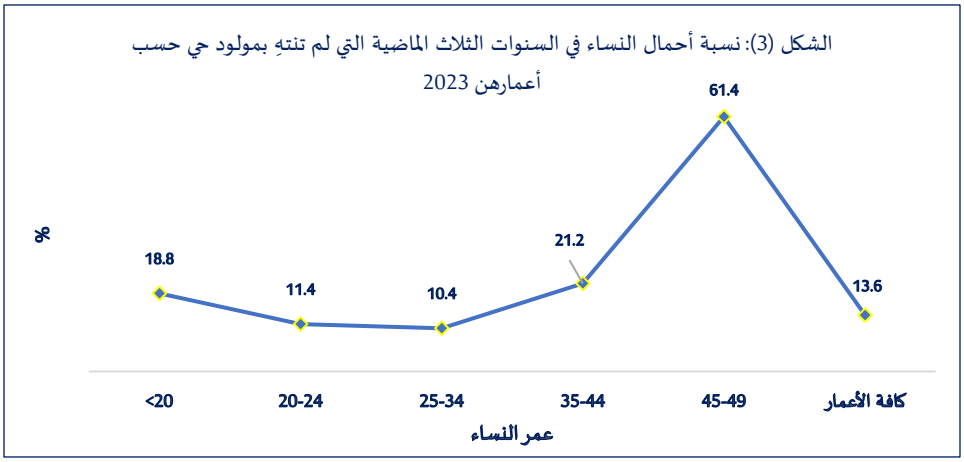
وفقاً لنتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 لم تنتهِ جميع الأحمال في السنوات الثلاث الماضية بمولود حي (انظر الشكل 2)، حيث بلغت نسبة الأحمال التي انتهت بمولود حي 86.4% ، في حين بلغت نسبة الأحمال المفقودة 13.6% ، حيث انتهى الحمل إما بوفاة الجنين قبل إتمام سبعة شهور من الحمل (إسقاط الحمل) بما نسبته (12.4%)، أو بمولود ميت أي أكمل فترة 28 إسبوع من الحمل بما نسبته (0.3%) أو بإنتهاء الحمل بإجهاض متعمد بما نسبته 0.9%.

[15] الجريدة الرسمية، العدد 5028، تعليمات إنشاء وحدات الإخصاب/ وحدات أطفال الأنابيب لدى المستشفيات الخاصة لسنة 2024، والصادرة بمقتضى المواد (9/ق) و (19/ج) و (22/و) من نظام المستشفيات الخاصة رقم (54) لسنة 2014 وتعديلاته.




- **يرتفع احتمال فقدان الحمل بين النساء الأكبر عمراً ودون العشرين عاماً**

بلغت نسبة الأحمال المفقودة لجميع الأعمار للنساء (15-49) سنة في السنوات الثلاث الماضية في الأردن 13.6% ، وارتفعت في الفئة العمرية أقل من عشرين عاماً إلى ما نسبته (18,8%)، ثم اتجهت إلى الانخفاض في فئتي الأعمار (20-24) و 25-29)، ثم اتجهت إلى الارتفاع في الفئات العمرية الكبيرة 35 سنة فأكثر (انظر الشكل3)، كما أكدت نتائج دراسة[16]اعتمدت على تحليل بيانات من مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018، أن احتمال فقدان الحمل كان الأعلى بين الأمهات دون سن العشرين وبعد سن أربعين سنة.

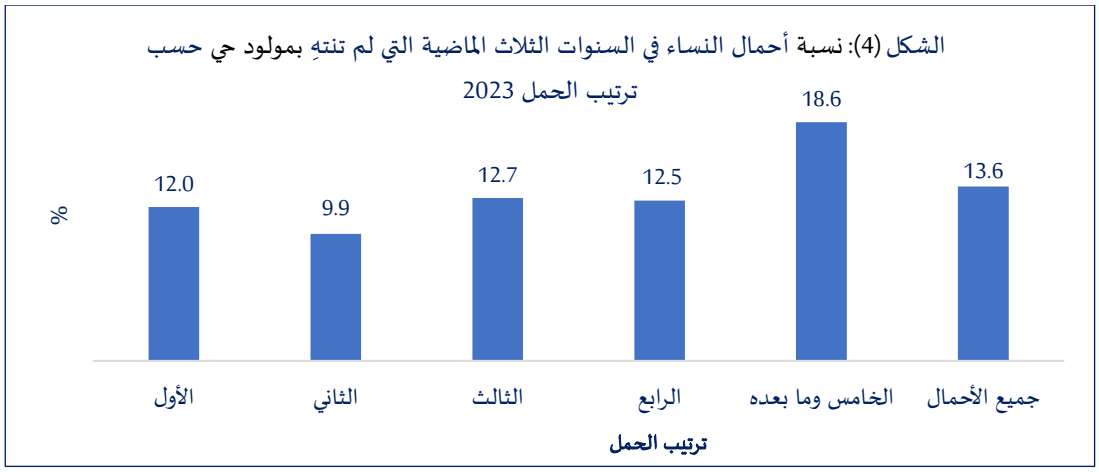



- **يرتفع احتمال فقدان الحمل مع ارتفاع عدد الأحمال السابقة للمرأة**

أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2023 إلى أن احتمالية فقدان الحمل ترتفع مع ترتيب الحمل (انظر الشكل 4)، حيث أن 18.6% من الأحمال المفقودة كان ترتيب الحمل فيها الخامس وما بعده، الأمر الذي يشير إلى ازدياد احتمالية فقدان الحمل مع تكرار عدد مرات

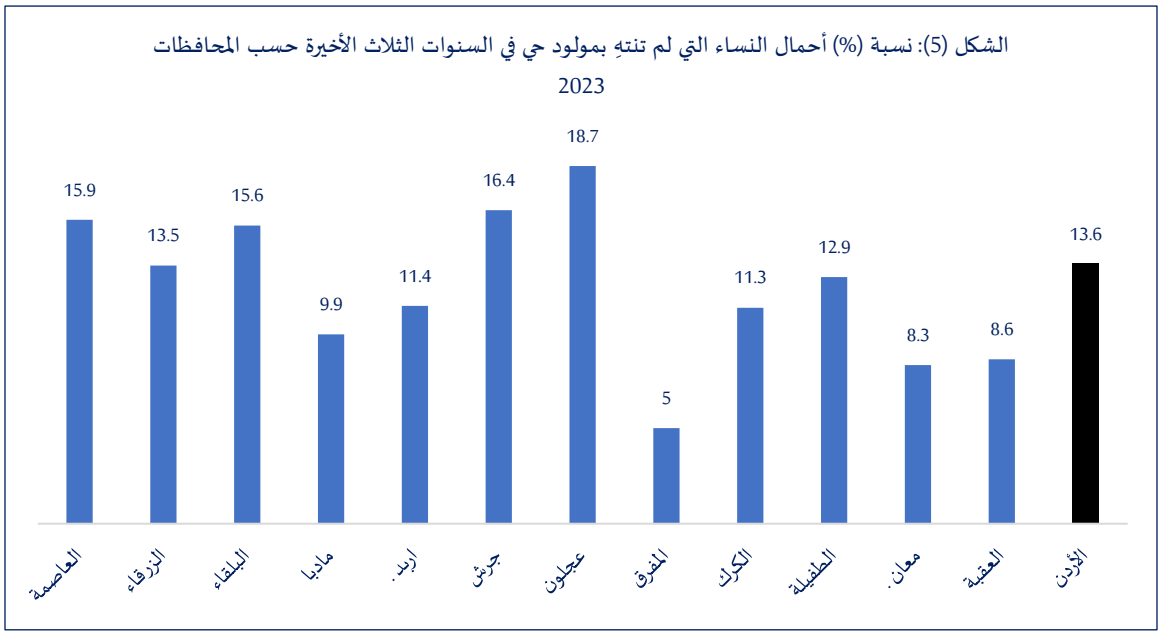
[16] The DHS Program. 2020. Jordan Family Planning Questions. DHS Other Documents No. 79. Rockville, Maryland, USA: ICF.

الحمل أو عدد الأطفال لدى السيدة. في حين كانت النسبة لفقدان الحمل في الحمل الأول والثالث والرابع متقاربة (12.0% ، 12.7%، 12.5%) على التوالي، وشكل فقدان الحمل في الحمل الثاني النسبة الأقل (9.9%).




- **يتباين فقدان الحمل حسب المحافظات**

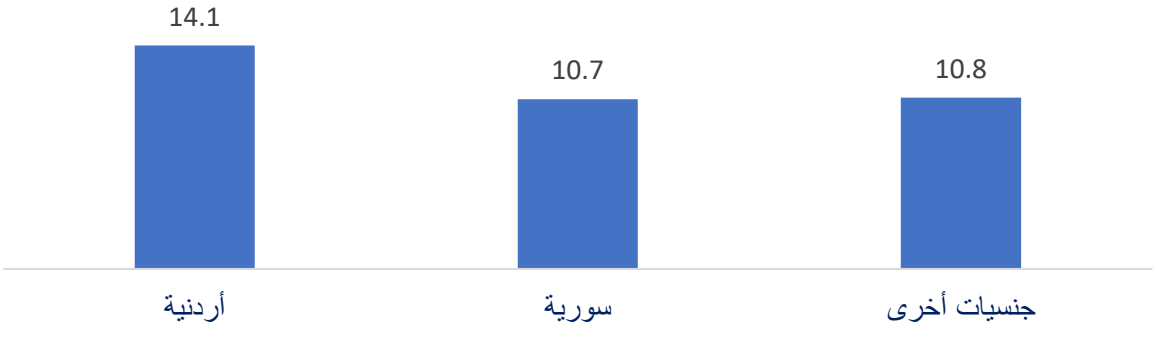
عند مقارنة أحمال النساء التي لم تنتهِ بمولد حي خلال السنوات الثلاث الماضية حسب المحافظات (انظر الشكل 5)، يلاحظ وجود تباينات كبيرة حسب المحافظات، حيث سجلت محافظة عجلون المرتبة الأولى، فقد بلغت نسبة الأحمال المفقودة فيها 18.7%، تلتها محافظات جرش والعاصمة والبلقاء بما نسبته (16.4%، 15.9%، 15.6%) على التوالي، في حين سجلت أدناها في محافظة المفرق، حيث بلغت نسبة الأحمال المفقودة 5% فقط مقارنة 13.6% على المستوى الوطني.



- **يتباين فقدان الحمل حسب الجنسية**

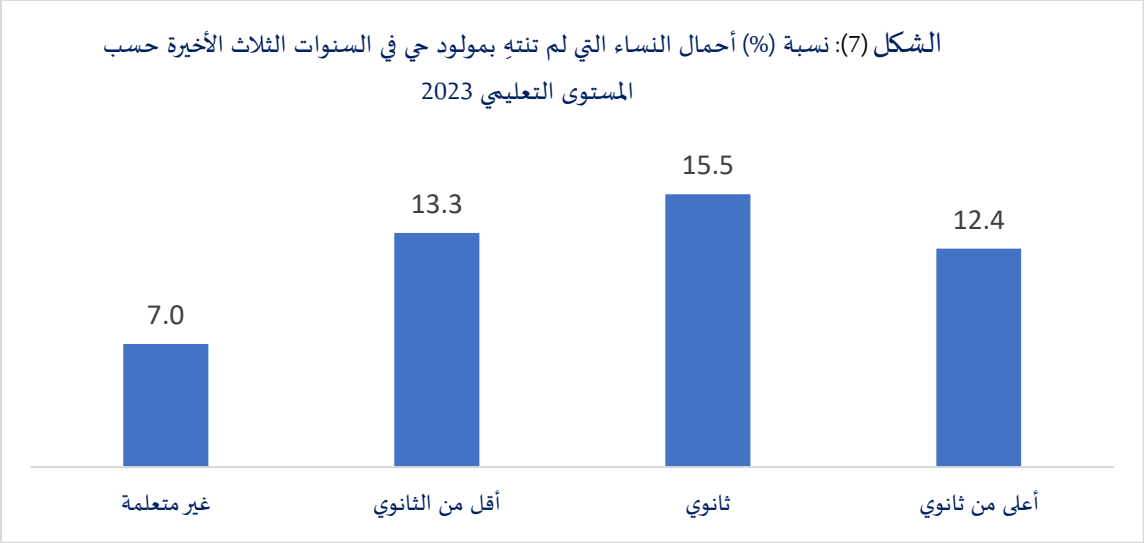
ترتفع نسبة الأحمال المفقودة لدى النساء الأردنيات مقارنة بالنساء من بقية الجنسيات، حيث فقد 14.1 %من النساء الأردنيات حملهن في السنوات الثلاث الاخيرة مقارنة ب 10.7% من النساء السوريات و 10.8% من النساء من الجنسيات الأخرى.

الشكل (6): نسبة (%) أحمال النساء التي لم تنتهِ بمولود حي في السنوات الثلاث الأخيرة حسب الجنسية 2023



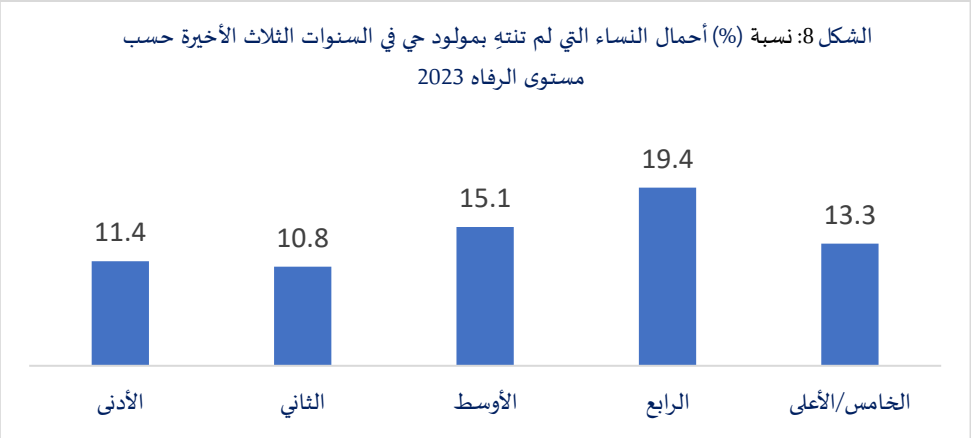

- **يتباين فقدان الحمل حسب المستوى التعليمي للسيدات**

يعد التعليم احد المتغيرات غير البيولوجية المؤثرة على مخرجات الحمل، إلا أنه لوحظ عدم وجود علاقة واضحة لتأثير التعليم على مخاطر فقدان الحمل، حيث أنه عكس التوقعات، كانت مخاطر فقدان الحمل الأدنى بين النساء في المستويات التعليمية الدنيا مقارنة ببقية المستويات، حيث بلغت بين النساء غير المتعلمات 7% فقط مقارنة مع النساء في المستوى التعليمي الأقل من الثانوي والثانوي (13.3% و 15.5%) على التوالي، في حين كانت النسبة الأقل للنساء غير المتعلمات (7.0%)، (انظر الشكل 7).




- **يتباين فقدان الحمل حسب مستوى رفاه الأسرة**

أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2023 أن النساء في مستوى الرفاه الرابع (19.4%) والنساء في مستوى الرفاه الأوسط (15.1%) كن أكثر عرضة لمخاطر فقدن الحمل في السنوات الثلاث الماضية مقارنة بالنساء في مستويات الرفاه الأخرى (أنظر الشكل 8). وقد يعود السبب أن لمستوى الرفاه دوراً في اتجاه السيدات إلى استخدام التقنيات المساعدة على الحمل كالحقن المجهري وأطفال الأنابيب.




## التوصيات

- التحديد المبكر لحالات الحمل عالية الخطورة وضمان الرعاية الحثيثة خلال فترة الحمل.
- فقدان الجنين هو عامل خطر لإصابة الأم بالقلق والاكتئاب، ويوصى بالحصول على الإستشارة الطبية والنفسية المناسبة لتقليل القلق والإكتئاب بعد فقدان الحمل.

- تحسين الإبلاغ عن حالات الولادة الميتة من خلال جمع معلومات شاملة ودقيقة حول حالات ولادة الجنين ميتًا لأن هذا من شأنه المساعدة على فهم مدى النجاح في وقف حالات ولادة الجنين ميتًا .
- تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة، وزيادة الاستثمارات في خدمات الرعاية السابقة للولادة وأثناء الولادة وتعزيز دور التمريض والقبالة في متابعة الاحمال عالية الخطورة.
- زيادة الوعي الاجتماعي بمخاطر الاحمال عالية الخطورة وكيفية تجنبها و لاسيما تلك المترتبطة بالحمل في عمر أقل من 18 سنة أو اكبر من 35 سنة ، تباعد قصير بين الاحمال وتعدد الولادات والمخاطر المحتملة لتقنيات المساعدة على الإخصاب.
- زيادة الوعي بمخاطر الحمل المتعدد على الأم والمولود.
- إجراء مزيد من الأبحاث حول الاسباب المتعلقة بولادة الجنين ميتاً.
- تقليل عدد الأجنة التي يتم نقلها إلى الرحم في حالات استخدام تقنيات التلقيح الصناعي (IVF)، بتطبيق سياسة نقل الجنين الفردي وتوجيه الاهتمام نحو الولادة الناجحة للأجنة الحية المفردة الموصى بها عالمياً بهذه الخصوص، على الرغم من التعليمات الصادرة حديثاً التي تنظم إنشاء وحدات الإخصاب / وحدات أطفال الأنابيب لدى المستشفيات الخاصة في الأردن لسنة 2024 التي فرضت عقوبات على وحدات الإخصاب في حال قيام الوحدة بإرجاع أكثر من اثنين من الأجنة كحد أعلى إلا إذا كان عمر الزوجة أربعين عاماً فما فوق يمكن ارجاع ثلاثة أجنة كحد أعلى.

## المصادر


1. دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2023.
2. دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018.
3. المجلس الأعلى للسكان 2025، ورقة حقائق، ولادات التوائم في الأردن: الحقائق والأخطار.
4. الجريدة الرسمية، العدد 5028، تعليمات إنشاء وحدات الإخصاب/ وحدات أطفال الأنابيب لدى المستشفيات الخاصة لسنة 2024 والصادرة بمقتضى المواد (9/ق) و (19/ج) و (22/و) من نظام المستشفيات الخاصة رقم (54) لسنة 2014 وتعديلاته
5. كرادشة، منير، تبيانات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن، مجلة المنارة-المجلد 12-العدد 1- 18-4-2005 ص 345- 383
6. Global, regional, and national stillbirths at 20 weeks' gestation or longer in 204 countries and territories, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021, https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(24)01925-1.pdf
7. The DHS Program. 2020. Jordan Family Planning Questions. DHS Other Documents No. 79. Rockville, Maryland, USA: ICF.
8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9759432/
9. https://www.who.int/ar/news/item/21-08-1443-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion
10. Khulood K. Shattnawi, and others, Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS) system, BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:571, https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884- 020-03267-2
11. Khulood K. Shattnawi and others , Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS) system, BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:571, https://doi.org/10.1186/s12884-020-03267-2

12. Maysa M. Khadra, Haya H. Suradi2, Justin Z. Amarin, Nabila El-Bassel3, Neeraj Kaushal3, Ruba M. Jaber, Raeda Al-Qutob and Anindita Dasgupta, Risk factors for miscarriage in Syrian refugee women living in non-camp settings in Jordan: results from the Women ASPIRE cross-sectional study, Khadra et al. Conflict and Health (2022)16:32, https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-022-00464-y
13. Asma Sa'd Basha and others, Anxiety and Depression among Women after Miscarriage at Jordan University Hospital, J Med J 2020; Vol. 45 (3):137-144, https://archives.ju.edu.jo/index.php/jmj/article/view/106236/11401
14. Esra' Taybeh, Shereen Hamadneh, Zina Al-Alami & Rana Abu-Huwaij , Navigating miscarriage in Jordan: understanding emotional responses and coping strategies, BMC Pregnancy and Childbirth (2023) 23:757 -https://doi.org/10.1186/s12884-023-06075-6