



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة تشرين
كلية التمريض
قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة



تأثير الحمل و الولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحيّة

Effect of Pregnancy and Childbirth among Young Mothers versus Adult ones on the Health Status

رسالة مقدّمة لنيل درجة الماجستير في تمريض الأمومة وصحة المرأة

إعداد الطالبة

آلاء عماد الدين الأحمد

المشرف الرئيس

د. نسرين محي مصطفى

٢٠٢١م

المشرفون على الرسالة

المشرف الرئيس

الدكتورة نسرين محي مصطفى

أستاذ مساعد في قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة

كلية التمريض - جامعة تشرين

المشرف المشارك

الدكتورة عفاف عيسى نظام

مدرس في قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة

كلية التمريض - جامعة تشرين

فهرس المحتويات

Table of Contents

| رقم الصفحة | الموضوع |
|------------|-------------------------|
| II | قائمة الجداول |
| III | الملخص العربي |
| ١ | المقدمة |
| ٣ | مراجعة الأدبيات السابقة |
| ١٣ | هدف البحث |
| ١٤ | سؤال البحث |
| ١٥ | التعاريف الإجرائية |
| ١٦ | مواد وطرق البحث |
| ٢١ | النتائج |
| ٣٦ | المناقشة |
| ٤١ | الاستنتاجات |
| ٤٢ | التوصيات |
| ٤٣ | المراجع |
| ٥٣ | الملاحق |
| ٧٢ | الملخص الانكليزي |

قائمة الجداول

List of Tables

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|--|-------|
| ٢٤ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الديموغرافية، والعلاقة بينهما | .١ |
| ٢٥ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الصحيّة والعلاقة بينهما | .٢ |
| ٢٧ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل الأول والعلاقة بينهما | .٣ |
| ٢٨ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب النزوف أثناء الحمل والعلاقة بينهما | .٤ |
| ٢٩ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب اضطراب السائل الأمنيوسي والمجبيئات المعيبة والعلاقة بينهما | .٥ |
| ٣٠ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات أخرى لديهن أثناء الحمل والعلاقة بينهما | .٦ |
| ٣١ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الولادة والعلاقة بينهما | .٧ |
| ٣٢ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت بعد الولادة والعلاقة بينهما | .٨ |
| ٣٣ | توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها ورأيهن بسنّ الحمل والولادة والعلاقة بينهما | .٩ |

الملخص العربي

مقدمة:

يعدّ الحمل في سنّ صغيرة من أكثر الظواهر شيوعاً في العديد من المجتمعات، وأحد أهم المشاكل الصحيّة والاجتماعية في جميع أنحاء العالم، ويعرّف بأنه حمل الفتاة عندما تكون في سنّ (١٣-١٩) سنة، ويختلف الحمل خلال هذه الفترة عنه في الفئات العمرية الأخرى، ويتوافق مع العديد من مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة التي تكون أعلى لدى الأمّهات الصغيرات مقارنةً مع الأمّهات الكبيرات، ومن هذه المضاعفات: فقر الدم، إنتانات المجاري البولية، عسرة المخاض، عدم التناسب الحوضي الجنيني، الولادة المبكرة، النزف بعد الولادة، احتقان الثدي، الإبتان النفاسي، الناسور التوليدي، الوفاة. وللكادر التمريضي دور مهمّ من خلال تقديم الرعاية الصحيّة المتكاملة والمشورة والتنقيف الصحيّ للأمّهات الحوامل في جميع أعمارهنّ وأماكن تواجدهن. ونظراً للنقص في المعلومات حول تأثير الحمل والولادة عند الأمّهات الصغيرات والمضاعفات المرتبطة بها جاءت دراستنا لتقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمّهات الصغيرات مقابل الأمّهات الكبيرات على الحالة الصحيّة.

هدف البحث:

تقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمّهات الصغيرات مقابل الأمّهات الكبيرات على الحالة الصحيّة.

طرق البحث وموادّه:

تصميم البحث: اتّبع هذا البحث المنهج الوصفي.

مكان وزمان البحث: تمّ إجراء هذا البحث في المركز الصحيّ الثامن (في عيادة اللقاح) التابع لوزارة الصّحة في محافظة اللاذقية، في الفترة الزمنية الممتدة من ٢٤/١١/٢٠١٩ م ولغاية ١٠/٦/٢٠٢٠ م.

عيّنة البحث: تمّ إجراء هذا البحث على ٢٠٠ سيّدة ، وقد تمّ تقسيم العيّنة على مجموعتين:

١-المجموعة الأولى: تألّفت من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (١٣-١٩) سنة.

٢-المجموعة الثّانية: تألّفت من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٣٠) سنة.

مواصفات العينة: ١- بكريّة (Primipara): وهي السيّدّة النّي ولدت لأوّل مرّة .

٢- تمّت مقابلة الأمّهات بعد الولادة (١-٣) شهور .

أداة البحث: اشتملت أداة البحث على استمارة استبيان مكوّنة من ثلاثة أجزاء :

الجزء الأوّل: تضمّن البيانات الديموغرافية (العمر، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، مكان السّكن).

الجزء الثّاني: تضمّن تقييم الحالة الصحيّة للأمّهات خلال الحمل .

الجزء الثّالث: تضمّن تقييم إمراضية الأمّهات خلال الحمل الأوّل .

نتائج البحث:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنّ لدى الأمّهات الصغيرات نسبة أعلى من التّأخر في تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل وعدم القيام بمتابعة الزيارات بشكل دوريّ حسب إرشادات الطّبيب، وفي حدوث فقر الدم واحتقان الثدي وتشقّق الحلمة، وفي استمرار المضاعفات بعد الولادة بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات .

الكلمات المفتاحية: الحمل، الولادة، الأمّهات الصغيرات، الأمّهات الكبيرات، الحالة الصحيّة.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

المقدمة

Introduction

يعدّ الحمل والولادة إحدى أهم الفترات في حياة السيدات والتي تستلزم التكيف الجسدي والعقلي والاجتماعي والاقتصادي، وتتأثر هذه الفترة بالعديد من العوامل منها عدد مرات الحمل والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ومؤشر كتلة الجسم وعمر الأمّ الذي يعدّ من أهم هذه العوامل؛ حيث أنّ العمر الآمن والمناسب للحمل والولادة يتراوح بين ٢٠ - ٢٩ سنة، ويعتبر الحمل خارج إطار هذا العمر عامل خطر لزيادة معدلات المراضة والوفيات عند كلٍّ من الأمّ والطفل.^(١، ٢، ٣)

يعدّ الحمل في سنّ صغيرة من أكثر الظواهر شيوعاً في العديد من المجتمعات وأحد أهم المشاكل الصحيّة والاجتماعية بالنسبة للأمّ والأسرة والمجتمع والعاملين الصحيين والحكومات في جميع أنحاء العالم، ويوجد العديد من عوامل الخطر التي تؤدي لارتفاع معدّل حدوث حمل الأمّهات الصغيرات ومن أهمها الخلفيات السلوكية أو التقليدية أو الاجتماعية أو التعليمية أو الدينية.^(٤، ٥، ٦)

على الرغم من أنّ حوالي ٨٠% من حالات الحمل تكون منخفضة المخاطر إلاّ أنّها تترافق مع العديد من مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة التي تكون أعلى لدى الأمّهات الصغيرات مقارنةً مع الأمّهات الكبيرات، ومن هذه المضاعفات: فقر الدم، إنتانات المجاري البولية، عسرة المخاض، عدم التناسب الحوضي الجنيني، الولادة المبكرة، النزف بعد الولادة، احتقان الثدي، الإنتان النفاسي، بالإضافة للوفيات في الفترة المحيطة بالولادة وما بعدها والتي تمثّل ١٣% من جميع الوفيات الأمومية.^(٢، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢)

يؤدّي الكادر التمريضي دوراً مهماً في رعاية الأمّهات الحوامل في جميع أعمارهنّ وأماكن تواجدهن في المنازل والمشافي والمراكز الصحيّة، فيقوم بتقييم عمر الأمّ والمشاكل الصحيّة والتوليدية التي تواجهها أثناء الحمل والولادة، وتقييم البيئة الصحيّة والاجتماعية والثقافية للأمّ، ويضع خطط الرعاية التمريضية المناسبة للوقاية والعلاج والتنقيف بخصوص المشاكل التي تحدث أثناء الحمل والولادة، ويعمل على زيادة الوعي والمعرفة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع لتجنّب حدوث حمل الأمّهات الصغيرات.^(١٣، ١٤)

نظراً للنقص في المعلومات حول تأثير الحمل والولادة على حدوث المضاعفات عند الأمهات الصغيرات، وأنّ الموضوع يعدّ من المواضيع التي لم يتمّ التطرق إليها سابقاً في الجمهورية العربية السورية، ومع قلة الدراسات العربية المنشورة حول هذا الموضوع جاءت دراستنا لتقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحيّة.

مراجعة الأدبيات السابقة

Literature Review

يعدّ الحمل والولادة من الأحداث المهمّة في حياة السيدات والأسرة والمجتمع، وهي ضرورة لاستمرار الجنس البشري، ويعدّ الحمل مرحلة من الاستعداد الجسدي والنفسي لعملية الولادة، ويعرّف بأنه ظاهرة فيزيولوجية مع عمليات متعددة الأبعاد بما في ذلك الجوانب المادية والاجتماعية والفيزيولوجية و الثقافية والعقلية، وينتهي بالولادة التي تعدّ واحدة من القدرات الفطرية للمرأة والجنين، وتعرّف الولادة الطبيعيّة بأنها عملية عفوية منخفضة المخاطر في بداية المخاض وتبقى كذلك طول فترة المخاض و الولادة ويولد الجنين تلقائياً في وضعية المجيء الرأسي بعد مرور ٣٧-٤٢ أسبوع من الحمل ويكون الأمّ و الطفل في حالة جيدة وتحدث دون أيّ تدخل طبي وتتماشى مع وظائف الجسم الطبيعيّة. (٧، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨)

على بالرغم من أنّ إنجاب طفل إلى هذا العالم هو عادةً مناسبة سعيدة يحتفل بها الناس عالمياً إلا أنّها لا تخلو من المضاعفات التي يمكن أن يكون لها العديد من الآثار الضارة على صحّة الأمّ و الجنين؛ حيث تعدّ كلّ الحمل معرضة للخطر، وبحسب تقديرات منظمة الصحّة العالمية يعاني ١٥% من حالات الحمل من مضاعفات قد تكون مهددة للحياة وأنّ سيّدة واحدة تموت كل دقيقة بسبب مضاعفات الحمل والولادة؛ أي أكثر من نصف مليون سيّدة تموت كلّ عام نتيجةً لها، ومن هذه المضاعفات: نزوف الحمل المبكّرة والمتأخّرة، واضطرابات السائل الأمنيوسي، واضطرابات ضغط الدم الحلمي، ومضاعفات المخاض والولادة مثل تمزق الأغشية الباكر والولادة المبكّرة والحمل المديد والمخاض المديد وعسرة الولادة وعسرة المخاض، ومضاعفات الحبل السري، والنزوف بعد الولادة، الإنتان النفاسي (حمى النفاس)، والمضاعفات الوريدية في النفاس، والمضاعفات الأخرى مثل الإقياءات الحملية المعنّدة و الداء السكّري الحلمي والحمل المتعدّد والمجيبات المعيبة وعدم التناسب الحوضي الجنيني وفقر الدم و نقص نموّ الجنين داخل الرحم والوفاة. (١٩، ٢٠، ٢١)

يعدّ عمر الأمّ التي تلد طفلها الأوّل عاملاً ديموغرافياً هاماً ذا تأثير كبير على نتائج الحمل؛ حيث أنّ الحمل والولادة في سنّ المراهقة يمكن أن يؤدّي إلى زيادة معدلات المراضة والوفيات عند كل من الأمّ والطفل، وتعرف منظمة الصحّة العالمية مرحلة المراهقة (Adolescence) بأنها فترة نموّ الإنسان وتطوره التي تعقب مرحلة الطّفولة وتسبق مرحلة البلوغ في عمر يتراوح بين (١٠ - ١٩) سنة، وهي مرحلة خاصّة جداً لدى المراهقات تترافق مع العديد من التغيّرات الجسدية والنفسية والاجتماعية؛ حيث أنّ

الخصائص الجنسية الثانوية والقدرة على الإنجاب والعمليات العقلية والهوية والاستقلال تتطور خلال هذه الفترة، ويختلف الحمل خلال هذه الفترة عنه في الفئات العمرية الأخرى، ويرتبط بزيادة مخاطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة، وعرفت منظمة اليونسيف حمل المراهقات (Teenage pregnancy) بأنه حمل الفتاة عندما تكون في سنّ (١٣-١٩) سنة. (١، ٤، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥)

تسهم عوامل متعدّدة في ارتفاع معدّل حدوث الحمل والولادة عند الأمّهات الصغيرات منها العوامل الاجتماعية مثل: العادات والتقاليد والقيم والمعتقدات، وسوء الظروف الاجتماعية، والعوامل العرقية والممارسات الثقافية للتجربة الجنسية الأولى. والعوامل العائلية مثل التاريخ العائلي لحمل المراهقات، و العيش في أسرة وحيدة الوالد وتدني دور الوالدين في التربية الجنسية والافتقار للاهتمام والتربية، والعنف و التعرّض لسوء المعاملة، والصراع والتفكك العائلي. والعوامل الجنائية مثل الاعتداء الجنسي والضغط لممارسة النشاط الجنسي. والعوامل التعليمية والتثقيفية مثل انخفاض المستويات التعليمية، وقلة التثقيف و المعلومات حول الصّحة الجنسية والإنجابية، ونقص المعرفة حول وسائل منع الحمل وصعوبة الحصول عليها و/أو الاستخدام غير الصّحيح، والعوامل الأخرى مثل البلوغ المبكر، وانخفاض قيمة الفتاة وتدني احترام الذات، والسلوك الجنسي للمراهقين الذي يتأثر بالكحول والمخدرات وعرض المحتوى الجنسي في وسائل الإعلام، وسوء الظروف الاقتصادية والفقر. (٥، ٢٥، ٢٦)

يعدّ الحمل في سنّ صغيرة حملاً عالي الخطورة بسبب العبء المزدوج للنمو والتكاثر على الأم، فالأمّهات الصغيرات غير مهيبات جسدياً ونفسياً للتعامل مع الحمل وضغوطه ومتطلّباته الغذائية، وقد فسّرت العلاقة بين انخفاض عمر الأمّ وزيادة خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة عبر عدّة آليات؛ منها: عدم النضج الجسدي؛ حيث أنّ أجسام الأمّهات الصغيرات ماتزال تنمو وليست ناضجة بشكل كامل ممّا يزيد من سوء التغذية من خلال التنافس بين الأمّ والجنين على احتياجات الطاقة والعناصر الغذائية المختزنة في أجسام الأمّهات واللازمة للنمو الكافي عندهما وبالتالي حرمانهما من التغذية الكافية. وعدم نضج العمر النسائي للأمّهات الصغيرات؛ أي عمر الحيض الأقلّ من عامين، ويعرّف العمر النسائي (Gynecologic age) بأنه العمر الزمني بالسنوات عند الحمل ناقص العمر الزمني عند الحيض، وهو مؤشّر مهمّ على النضج الفيزيولوجي؛ حيث يقترن العمر النسائي المنخفض مع عدم نضج الرحم وضعف التروية الدموية لعنق الرحم وقصر عنق الرحم (أقلّ من ٢٥ ملمتر)، بالإضافة إلى عدم التناسب بين حوض الأمّ غير الناضج والجنين الكامل العمر الحلمي، فمن المعروف أنّ بنية الحوض الأنثوية تصل لمرحلة النضج الكافية بعد عامين من الحيض. (٤، ٧، ١١، ٢٧، ٢٨، ٢٩)

يوجد تضارب في آراء الدراسات حول مضاعفات الحمل والولادة المرتفعة لدى الأمهات الصغيرات فيما إذا كانت مستمدة من عدم النضج لديهن أو من تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية السلوكيات الصحيّة السيئة أو من كليهما. فقد تمّ اقتراح العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية السلوكيات الصحيّة التي تمثّل أهم العوامل المحددة لزيادة نسبة حدوث هذه المضاعفات لدى الأمهات الصغيرات أكثر من الأمهات الكبيرات وتشمل: صحّة الأم، وسوء التغذية وانخفاض الوعي الصحيّ بأهمية التغذية والمكملات الغذائية، والفقر وانخفاض مستوى الدخل، وانخفاض المستوى التعليمي، والحمل خارج إطار الزواج، والتدخين، وتعاطي المخدرات والكحول، والخلفية العرقية، وعدم كفاية الرعاية الصحيّة قبل وبعد الولادة، وصعوبة التعامل مع الحمل، بالإضافة للعوامل النفسية. (٩، ١١، ٢٩، ٣٠، ٣١)

تواجه الأمهات الصغيرات العديد من مشاكل الحمل والولادة نفسها التي تواجهها الأمهات الكبيرات، إلّا أنّ حمل الأمهات الصغيرات يرتبط بزيادة حدوث العديد من المضاعفات الخطيرة التي تمثّل السبب الرئيس لوفيات الأمهات في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ سنة في جميع أنحاء العالم، ومن المحتمل أن يكون معدّل الوفيات بسبب هذه المضاعفات أعلى بمرتين لدى الأمهات في سنّ ١٥ - ١٩ سنة وأعلى بخمس مرات لدى الأمهات تحت سنّ ١٥ سنة بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات، ويعزى ذلك لوفاة أكثر من ٧٠٠٠٠ فتاة مراهقة كل عام. (٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥)

تتمثّل أهم المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة لدى الأمهات الصغيرات ب: الإجهاض التلقائي، واضطرابات ضغط الدم الحلمي، والأمراض التي تنقل عن طريق الاتصال الجنسي، وإنتانات المسالك البولية التناسلية وإنتانات الحويضة والكلية والإنتان النفاسي واحتقان الثدي وإنتان بطانة الرحم النفاسية، تمزق الأغشية الباكر والولادة المبكرة والولادة المهبلية الجراحية والمخاض المديد وعسرة المخاض والولادة القيصرية، وعدم التناسب الحوضي الجنيني، وفقر الدم، والجنين الأصغر من العمر الحلمي، والناصور التوليدي، ووفيات الأمهات. (٩، ١٠، ١١، ١٢، ٣٦، ٣٧)

كما يوجد ارتباط كبير بين عمر الأمّ الصغير عند الولادة الأولى وارتفاع نسبة حدوث التكرار السريع للحمل خلال فترة تتراوح من عام لعامين بعد الحمل الأوّل، كما يرتبط مع عواقب صحية طويلة الأمد على صحّة الأمّ مع تقدمها في العمر، فعندما تبدأ الأمّ بالإنجاب في سنّ صغيرة يمكن أن تحدث تغييرات فيزيولوجية دائمة تزيد من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة وارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية، وضعف الأداء البدني في سنّ الشيخوخة، وهشاشة العظام لدى النساء بعد انقطاع الطمث. (٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١)

تعدّ الولادة المبكرة (Preterm delivery) المضاعفة الأكثر شيوعاً المرتبطة بحمل الأمهات الصغيرات؛ إذ ينخفض معدّل حدوثها مع كل سنة تمر بعد الحيض مع زيادة العمر النسائي، وتحدث نتيجة: عدم التناسب بين حوض الأم الغير ناضج والجنين، ففي محاولة لتحقيق الولادة المهبلية الناجحة سيبدأ المخاض عندما يصل الجنين للحد الأقصى لحجم الرحم وستعتمد هذه العلاقة على النضج البدني ونموّ الأم أكثر من عمر الحمل الفعلي، عدم نضج الرحم والتروية الدموية لعنق الرحم التي تزيد استعداد الأمهات الصغيرات للعدوى وزيادة إنتاج البروستاجلاندين، عنق الرحم القصير (أقلّ من ٢٥ ملليمتر) وحجم الرحم الصغير لدى الأمهات الصغيرات، سوء التغذية والمنافسة بين الأم والجنين على الاحتياجات الغذائية. وعوامل أخرى مثل: تمزق الأغشية الباكر وارتفاع ضغط الدم الحلمي ومقدمات الارتعاج وزيادة أو قلّة السائل الأمنيوسي، بالإضافة إلى التهاب المشيمة والسلى (Chorioamnionitis) وانفكاك المشيمة الباكر وعدم وجود نضج كافي للمحور تحت المهادي - النخامي للحفاظ على الحمل و ارتفاع معدّل عدوى الجهاز البولي التناسلي. (٢٧، ٢٨، ٣١، ٣٦، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥)

تكون الأمهات الصغيرات أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم (Anemia) أثناء الحمل؛ حيث تعاني ٥٠% منهن من فقر الدم، ويعزى ذلك إلى: زيادة الاحتياجات الغذائية لنموّ الأم والجنين التي قد تؤدي لسوء التغذية والإصابة بفقر الدم لدى الأم ونقص نموّ الجنين داخل الرحم، كما أنّ النموّ البدني الكبير الحاصل مع بدء الحيض خلال فترة المراهقة يؤديّ لزيادة استهلاك الحديد ومتطلباته التي لا يمكن تأمينها عن طريق التغذية فعدم كفاية تخزين الحديد قبل الحمل مع عدم كفاية الوارد الغذائي يجعلهن أكثر عرضة لنقص الحديد والإصابة بفقر الدم، بالإضافة إلى أنهن أكثر عرضة لأن يكنّ ذوات مستوى اقتصادي و تعليمي منخفض مقارنة مع الأمهات الكبيرات؛ لذلك فهن لا يدركن أهمية الرعاية الصحيّة أثناء الحمل و فحوصات الدم وأخذ مكملات الحديد وحمض الفوليك خلال الحمل للوقاية من فقر الدم. (١٠، ٤١، ٤٤، ٤٦، ٤٧)

كما تكون الأمهات الصغيرات أكثر عرضة للإصابة بإنتانات المجاري البولية التناسلية (Urinary and genital tract infection)، ويعزى ذلك إلى أنهن أكثر نشاطاً جنسياً أثناء الحمل وأقلّ مقاومةً للعدوى من الأمهات الكبيرات، كما أنّ عدم نضج الجهاز التناسلي وعنق الرحم القصير يجعل العدوى الصاعدة سهلة الحدوث، بالإضافة إلى نقص التعرف على أعراض إنتانات المجاري البولية التناسلية التي تؤدي لنقص الرعاية الصحيّة وزيادة خطر الإصابة بإنتانات الحويضة والكلية. كما أنّ ارتفاع نسبة إنتانات العجان واحتقان الثدي والحمى الشديدة لديهن قد يرجع جزئياً إلى عدم نضج الرحم و التروية الدموية لعنق الرحم ممّا يزيد الاستعداد لديهن للإصابة بالعدوى تحت السريّة. (٣٧، ٤٨، ٤٩)

إنّ عدم التناسب الحوضي الجنيني (Cephalopelvic disproportion) أكثر شيوعاً لدى الأمهات في عمر تحت ١٨ سنة، ويرتبط ذلك بعدم نضج عظام الحوض وعنق الرحم القصير وحجم الرحم الصغير لديهن التي تؤهب للولادة المبكرة وتزيد من خطر الإصابة ب: المخاض المديد وعسرة المخاض واستخدام الملقط أو المحجم الجنيني وإنتان بطانة الرحم النفاسية والناصور التوليدي، فقد أظهرت الدراسة التي أجرتها (Moraes et al, 2018) في زامبيا لمقارنة نتائج التوليد والفترة المحيطة بالولادة بين الأمهات الصغيرات والأمهات الكبيرات، أنّ الأمهات الصغيرات أكثر عرضة لخمسة أضعاف الإصابة بعدم التناسب الحوضي الجنيني تقريباً من الأمهات الكبيرات. (٧، ٩، ١٢، ٤١)

أشارت العديد من الدراسات إلى أنّ معدّل الولادة القيصرية (Caesarean delivery) لدى الأمهات الصغيرات أعلى من الأمهات الكبيرات وذلك بسبب : عدم التناسب الحوضي الجنيني والمخاض المديد الناتجة عن عدم نضج حوض الأم، ومقدمات الارتعاج والارتعاج، وتمزق الأغشية الباكر، والنزف بعد الولادة، والحمل المتعدّد، والمجبيئات المعيبة، بالإضافة إلى العدد الكبير من السيدات اللواتي لم يتلقين رعاية كافية وعانين من مضاعفات قد تتطلب ولادة قيصرية طارئة. بالمقابل رأيت دراسات أخرى بأنّ معدّل الولادة القيصرية أقلّ لدى الأمهات الصغيرات من الأمهات الكبيرات؛ نظراً لأنّ الأمهات الكبيرات يلدن أطفال أوزانهم أكبر، وتوّدع هذه النتيجة الدراسات التي تفسر ذلك بعدة عوامل؛ وهي: وظيفة عضلة الرحم الأكثر نشاطاً ووجود نسيج ضام أكثر مرونة ومقاومة عنق الرحم المنخفضة التي سمحت بحدوث المزيد من الولادة المهبلية العفوية لدى الأمهات الصغيرات، كما تفسر هذه العوامل والتي تؤدي لتقلصات رحمية أفضل سبب انخفاض نسبة النزف بعد الولادة لديهن، ومع ذلك وجدت بعض الدراسات أنّ حدوث التمزقات في الجهاز التناسلي والنزف بعد الولادة كان مرتفعاً لديهن. (٥، ١٠، ٢٦، ٤٤، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣)

وفقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٨ تبين وجود ١٦ مليون ولادة بين الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (١٥-١٩) سنة، أي بنسبة ١١% من جميع الولادات في جميع أنحاء العالم و التي تسهم في ٢٣% من عبء المرض الإجمالي الناجم عن الحمل والولادة، وتشير التقديرات الدولية إلى أنّ أكثر من ٦٠ مليون سيّدة من الفئة العمرية (٢٠-٢٤) سنة في جميع أنحاء العالم تزوجن قبل بلوغ سنّ ١٨ سنة. وفي الفترة الواقعة بين (٢٠١١-٢٠٢٠) أكثر من ١٤٠ مليون فتاة ستزوج قبل سنّ ١٨ سنة، ٥٠ مليون منهن تحت سنّ ١٥ سنة، أي ١٤.٢ مليون فتاة سنوياً أو ٣٩ ألف فتاة يومياً. ويوجد في كل عام وفق صحيفة الوقائع لمنظمة الصحة العالمية المحدثّة في عام ٢٠١٨: ٢٣ مليون فتاة مراهقة تصبح حامل، و ١٨.٥ مليون فتاة مراهقة تلد في المناطق النامية، و ٤ مليون فتاة

مراقبة تقريباً تخضع لعمليات إجهاض غير آمنة، كما أكد التقرير أنّ معدّل المواليد العالمي للأمهات الصغيرات قد انخفض من ٦.٥ % عام ١٩٩٠ إلى ٤.٧ % في عام ٢٠١٥، ومع أنّ معدّلات الولادة عند الأمهات الصغيرات آخذة في التراجع إلا أنّ العدد المطلق للولادات انخفض بوتيرة أقلّ وذلك بسبب ارتفاع نسبة المراهقات، وعلاوة على ذلك شهدت نسبة الولادات بين الأمهات الصغيرات في كثير من البلدان ارتفاعاً مقارنة بالولادات المسجلة بين النساء في باقي الفئات العمرية وذلك بسبب انخفاض الخصوبة عند النساء الأكبر سناً، وبسبب هذا تشير التوقعات إلى أنّ عدد حالات الحمل بين الأمهات الصغيرات سيزداد على مستوى العالم بحلول عام ٢٠٣٠. (١، ٥٤، ٥٥)

ذكر صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام ٢٠١٣ أنّ ٢٠ ألف حالة ولادة تحدث كلّ يوم بين الأمهات الصغيرات أي ٧.٣ مليون حالة ولادة كل عام، وأنّ ١٩ % من الفتيات في البلدان النامية يصبحن حوامل قبل بلوغ سنّ ١٨ سنة وتزوج واحدة من كل ثلاث فتيات قبل بلوغ سنّ ١٨ في البلدان النامية باستثناء الصين. وعلى الصعيد العالمي بلغت معدّلات المواليد بين الأمهات الصغيرات لكلّ ١٠٠٠ مولود في عام ٢٠١٦: ٠.٠٤٥ في العالم، و٠.٠٤٧ في العالم العربي، و٠.٠٣٨ في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، و٠.٠١٠ في الاتحاد الأوروبي، و٠.٠١٩ في آسيا، وكان أعلى معدّل في العالم ٠.٢٠٦ ينتمي للنيجر وأدنى معدّل في كوريا الجنوبية ٠.٠٠٢ وسويسرا ٠.٠٠٤. (٥٦، ٥٧)

بيّن المسح العنقودي الذي أجرته اليونسيف في سوريا عام ٢٠٠٨ أنّ ٣.٤ % من النساء يتزوجن قبل بلوغ ١٥ سنة، وتتفاوت هذه النسبة على مستوى المحافظات إذ بلغت: ١.٦ % في اللاذقية، و ١.١ % في طرطوس، و ٣.٥ % في حماة، و ٥.٢ % في درعا، أما بالنسبة للنساء التي تزوجت قبل بلوغ ١٨ سنة فقد بلغت نسبتهن ١٧.٧ % وقد بلغت هذه النسبة على مستوى المحافظات: ١٠.٨ % في اللاذقية، و ١٠.١ % في طرطوس، و ١٨.٢ % في حماة، و ٢٦.٢ % في درعا. كما بلغ معدّل المواليد بين الأمهات الصغيرات لكلّ ألف فتاة تتراوح أعمارهنّ بين ١٥-١٩ سنة بين عام ٢٠٠٥-٢٠١٠: ١٠٠٠/٤٩ عالمياً، و ١٠٠٠/٧٦ في الدول العربية، و ١٠٠٠/٧٥ في سوريا. وتناول تقرير الأمم المتحدة حول حالة سكان العالم في عام ٢٠١٣ استطلاعاً لآراء أهالي اللاجئين السوريين في الأردن؛ حيث بيّن هذا الاستطلاع أنّ الزواج في سنّ صغيرة مقبول اجتماعياً في سوريا وخاصّةً في المناطق الريفية، فقد أشار ٤٤ % من المجيبين إلى أنّ سنّ ١٥ - ١٧ سنة هو السنّ الطبيعي لزواج الفتاة، كما أنّ النساء السوريات المقيمت في الأردن هن الأكثر زواجاً في الأعمار التي تقل عن ١٨ سنة؛ حيث تراوحت نسبتهن بين ٣٣.٢ % في عام ٢٠١٠ و ٤٣.٧ % في عام ٢٠١٥. (٥٦، ٥٨، ٥٩)

نظراً لخصوصية الحمل لدى الأمهات الصغيرات وما يتعرضن له من مضاعفات خطيرة أثناء الحمل والولادة يقوم الكادر التمريضي بالتقييم والتحري الدقيق وإجراء الفحص الفيزيائي لهؤلاء الأمهات و الاكتشاف المبكر للمضاعفات والإحالة المبكرة للتقليل من هذه المخاطر لديهن، ويقدم المعلومات حول أهمية متابعة الفحوصات أثناء الحمل بانتظام وحول المضاعفات التي تتعرض لها الأم نتيجة عدم كفاية الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة، ويقوم بتقديم الرعاية الصحية المثلى والشاملة قبل وبعد الولادة لتحسين النتائج وتقليل المضاعفات، كما يقوم بالتوعية والتثقيف حول الصحة العامة والجنسية والإنجابية للأم والأسرة والمجتمع في المنازل والمدارس والمشافي والعيادات والمراكز الصحية، ويقوم بالتزويد بالمعلومات الدقيقة حول وسائل منع الحمل وكيفية استخدامها وتصحيح المفاهيم الخاطئة حولها والتشجيع على استخدامها لتنظيم الأسرة وتجنب حدوث المزيد من حالات الحمل لدى الأمهات الصغيرات. (١٣، ١٤، ٦٠)

بيّنت الدراسة التي أجراها (Rexhepi et Al.,2019) في مقدونيا على عينة قدرها ٩٣٢ سيّدة حامل بجنين مفرد - تم تقسيمها إلى مجموعتين: ١١٥ من الأمهات الصغيرات (أعمارهنّ أقلّ من ١٩ سنة) و ٨١٧ من الأمهات الكبيرات (تتراوح أعمارهنّ بين ٢٠ - ٢٤ سنة) - لمقارنة النتائج الأمومية والوليدية و الفترة المحيطة بالولادة بينهما، أنّ لدى الأمهات الصغيرات معدّلات أعلى من إنتانات المسالك البولية وفقر الدم والمخاض العفوي وخطر أقلّ من الولادة المهبلية الجراحية، بينما كان لدى الأمهات الكبيرات معدّلات أعلى من تمزقات العجان وعنق الرحم والولادة القيصرية، ولم يكن هناك اختلاف في معدّل حدوث انفكاك المشيمة الباكر وارتكاز المشيمة المعيب وارتفاع ضغط الدم الحلمي ومقدمات الارتعاج و تمزق الأغشية الباكر والولادة المبكرة، كما أظهرت النتائج أنّ حمل الأمهات الصغيرات مرتبط بنقص الرعاية أثناء الحمل مقارنة مع الأمهات الكبيرات. (٥٧)

كما أشارت الدراسة (Conde-Agudelo et Al.,2005) التي أجراها في أمريكا اللاتينية على عينة قدرها ٨٥٤٣٧٧ سيّدة من حالات الولادة المفردة - تم تقسيمها إلى أربع مجموعات (أقلّ من ١٦ سنة، ١٦-١٧ سنة، ١٨-١٩ سنة، ٢٠-٢٤ سنة وهي مجموعة المقارنة) - لتحديد ما إذا كان حمل الأمهات الصغيرات يرتبط بزيادة مخاطر مضاعفات الحمل والولادة، أنّ حمل الأمهات الصغيرات يرتبط بشكل مستقلّ بزيادة مخاطر مضاعفات الحمل؛ حيث يزيد العمر الصغير للأم من مخاطر هذه المضاعفات بغض النظر عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية، فبعد تعديل ١٦ عامل من العوامل المؤثرة بتلك المضاعفات كان لدى الأمهات الصغيرات في عمر ١٥ سنة أو أقلّ مقارنة بالأمهات الكبيرات خطر أعلى بأربع مرات لوفيات الأمهات وزيادة معدّل فقر الدم بنسبة ٤٠ %، وكانت الأمهات الصغيرات أكثر

عرضة لبدء الرعاية الصحيّة أثناء الحمل في وقت متأخّر والحصول على عدد أقلّ من الزيارات، كما كان هناك زيادة في معدّلات مقدمات الارتعاج والارتعاج وفقر الدم ونزيف ما بعد الولادة وإنتان بطانة الرحم النفاسي والولادة المهبلية الجراحية والولادة المبكّرة كلما انخفض عمر الأم، وزيادة في معدّلات الولادة القيصرية ونزيف الثلث والثالث والداء السكّري الحلمي وتمزق الأغشية الباكر مع زيادة عمر الأم. (٩)

بخلاف ذلك أظهرت الدراسة التي أجرتها (Masoumi et al, 2017) في إيران على ٣٠٤٠ سيّدة حامل خروس - كان منها ٢٨٠ من الأمّهات الصغيرات في سنّ ١٥-١٩ سنة و٢٧٥٦ من الأمّهات البالغات في سنّ ٢٠-٣٥ سنة - لمقارنة مضاعفات الحمل بينهنّ من خلال دراسة العوامل الثقافية و الاجتماعية والاقتصادية، أنّ نتائج الحمل كانت أفضل لدى الأمّهات الصغيرات؛ حيث كان معدّل مقدمات الارتعاج وتمزق الأغشية الباكر والولادة المبكّرة أقلّ لديهن، ولم يكن معدّل حدوث انفكّك المشيمة الباكر وارتكاز المشيمة المعيب مختلفاً بشكل كبير بين المجموعتين، وخلصت إلى أنّ خطر حدوث مضاعفات الحمل ليس أعلى لدى الأمّهات الصغيرات مقارنةً بالأمّهات البالغات إذا تمّ التحكم بعناية في العوامل المؤثرة بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية المتزامنة التي قد تشكل القضايا الرئيسية في هذا المجال بدلاً من السنّ المبكّرة للأمّهات في حد ذاتها. (١١)

في حين بيّنت الدراسة التي أجرتها (Fleming et al, 2013) في مقاطعة أونتاريو في كندا على ٥٥١٠٧٩ حالة ولادة مفردة - كان منها ٢٣٨١٠ حالة ولادة حية لدى الأمّهات الصغيرات و٥٢٣٧٢١ حالة ولادة حية لدى الأمّهات البالغات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين ٢٠-٣٥ سنة - لوصف العلاقة بين حمل الأمّهات الصغيرات ومضاعفات الحمل والسلوكيات الصحيّة للأم بعد ضبط التدخين والدخل و التعليم، أنّ لدى الأمّهات الصغيرات معدّلات أقلّ بكثير من ارتفاع ضغط الدم الحلمي و سكّري الحمل و انفكّك المشيمة الباكر وارتكاز المشيمة المعيب وتمزق الأغشية الباكر والولادة القيصرية والولادة المهبلية الجراحية، وكان لديهن نسبة أعلى من مقدمات الارتعاج والولادة المهبلية التلقائية والولادة القيصرية الطارئة، ولم يكن هناك اختلاف كبير في خطر الولادة المبكّرة، ممّا يشير إلى أنّ ارتفاع معدّل حدوث مضاعفات الحمل والولادة لدى الأمّهات الصغيرات يبقى حتّى بعد تعديل عوامل الخطر الاجتماعية و الديمغرافية، وأنّ خطر حدوث هذه المضاعفات يرجع جزئياً إلى سنّ الأم، فالأمّهات الصغيرات لديهن عوامل خطر اجتماعية وديموغرافية أعلى ويبحثن عن الرعاية الصحيّة أثناء الحمل في وقت متأخّر، إذ تؤدي عوامل الخطر هذه جنباً إلى جنب مع السنّ الصغيرة إلى نتائج سلبية مهمّة للأمّهات والمواليد. (١٢)

أظهرت الدراسة التي أجراها (Garba et Al.,2016) في مستشفى أمينو كانو في ولاية كانو في نيجيريا على ٩٣١٢ حالة ولادة لسيدة خروس - كان منها ٥٤٠ حالة ولادة لدى الأمهات الصغيرات - لتقييم حدوث الحمل لديهن ونتائج التوليدية واتجاهاته الحالية ومحدداته الاجتماعية والديموغرافية، أن مضاعفات التوليد لدى الأمهات الصغيرات ترتبط بعدم كفاية الرعاية الصحية أثناء الحمل بدلاً من العمر الزمني، وأن الحمل لديهن هو حمل شديد الخطورة بسبب مضاعفات الحمل التي تكون أكثر انتشاراً لدى الأمهات اللواتي لا يتلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل.^(٢٦)

على نحو مماثل بينت الدراسة التي أجرتها (Vieira et Al.,2012) في ريو دي جانيرو في البرازيل على عينة قدرها ٤٠١١١ ولادة حية - كان منها ٢٦٨ (١.٩%) في سن ١٠-١٤ سنة و ١٥٣٢٧ (٣٨.٢%) في سن ١٥-١٩ سنة و ٢٤٠١٦ (٥٩.٩%) في سن ٢٠-٢٤ سنة - لدراسة مدى انتشار مضاعفات الولادة وفقاً لعمر الأم ولتحديد ما إذا كانت الرعاية الصحية الكافية قبل الولادة يمكن أن تخفف التأثير الضارّ للسّن الصغيرة على نتائج الحمل، وجود علاقة بين عمر الأم و حدوث المضاعفات فقط مع عدم كفاية الرعاية الصحية أثناء الحمل، أي فقدان الأهمية العمرية بعد التعديل للحصول على الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل، كما أظهرت الأمهات الصغيرات نسبة أقلّ من الرعاية الصحية الكافية قبل الولادة وزيادة كبيرة في هذه الرعاية مع تقدم العمر.^(٢٣)

بخلاف ذلك أظهرت الدراسة التي أجرتها (Al-Haddabi et Al.,2014) في عمان على عينة قدرها ٢١٤٢٤ من السيدات الخروسات الحوامل بجنين مفرد - كان منها ٣٠٧ سيّدة أعمارهنّ ١٤-١٩ سنة (٩٤% منهن في عمر ١٧-١٩ سنة و ٦% فقط بين ١٤-١٦ سنة) و ٣٠٧ سيّدة أعمارهنّ ٢٠-٢٥ سنة (المجموعة الضابطة) - لدراسة نتائج التوليد والفترة المحيطة بالولادة لدى الأمهات الصغيرات الحوامل في مستشفى التعليم العالي؛ حيث تتمتع الأمهات في هذه الدراسة بميزة الحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة في المستشفى، وجد أنّ لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات نسبة أعلى من الولادة المبكرة جداً (أقلّ من ٣٢ أسبوع) وتمزق الأغشية الباكر وفقر الدم وقلّة السائل الأمنيوسي، و كان معدّل الولادة القيصرية أعلى لدى الأمهات الكبيرات، ولم يكن هناك اختلاف في معدّل حدوث الولادة المبكرة (٣٢ - ٣٦ أسبوع) وارتفاع ضغط الدم الحلي ومقدمات الارتعاج وزيادة السائل الأمنيوسي.^(٤٤)

في حين أشارت الدراسة التي أجراها (Sulaiman et Al.,2013) في ماليزيا على عينة من السيدات اللواتي أنجبن طفلاً واحداً خلال فترة الدراسة - تمّ تقسيمهن إلى مجموعتين: ١١٧ من الأمهات الصغيرات و ٢٠٠ من الأمهات البالغات (أعمارهنّ فوق ١٩ سنة) - لمقارنة نتائج التوليد والفترة المحيطة

بالولادة لحالات الحمل بين المجموعتين، إلى أنّ المعتقدات القديمة حول المخاطر المتعلقة بالحمل لدى الأمّهات الصغيرات ليست كلها مبررة، وأنّ خطر حدوث المضاعفات لديهن لم يكن أعلى من الأمّهات البالغات، باستثناء الولادة المبكرة التي كانت أعلى لدى الأمّهات الصغيرات، وكان تلقّي الرعاية الصحيّة أثناء الحمل لديهن أقلّ من الأمّهات البالغات.^(٦٤)

على نحو مماثل أظهرت الدراسة التي أجراها (Yuce et Al.,2015) في أنقرة في تركيا على ٣٤١ سيّدة حامل من الأمّهات الصغيرات، لتقييم حالات الحمل لديهن فيما يتعلّق بمضاعفات الحمل والولادة: وجد انخفاض في معدّلات حدوث المضاعفات لديهن بالمقارنة مع الأمّهات البالغات، وأنهن لا يعانين من مخاطر متزايدة لمعظم مضاعفات الولادة إذا تمّ استخدام المراقبة المناسبة قبل الولادة.^(٦٥)

كما بيّنت الدراسة التي أجراها (Al-Ramahi and Saleh,2006) في الأردن على ٢٦٧ حالة حمل لدى الأمّهات الصغيرات ومقارنتها مع ٥٠٠ حالة حمل لدى الأمّهات البالغات (أعمارهنّ ٢٥-٣٠ سنة)، لتحديد إذا كان حمل الأمّهات الصغيرات يرتبط بزيادة خطر حدوث المضاعفات التوليدية، أنّ حمل الأمّهات الصغيرات لا يعدّ حملاً عالي الخطورة، وأنّ معدّل حدوث المضاعفات الطبية والتوليدية متماثلة بين المجموعتين باستثناء المخاض المبكر.^(٦٦)

تأتي أهمية الدراسة من كونها ستوفّر معلومات عن تأثيرات الحمل والولادة والمضاعفات المرتبطة بها عند الأمّهات الصغيرات، ممّا يساهم في الحصول على قاعدة بيانات يمكن الاستناد عليها عند إجراء المزيد من الأبحاث المتعلقة بموضوع هذا البحث وعند تصميم البرامج التنقيفية للسيدات حول مخاطر الحمل في سنّ صغيرة لسدّ الثغرات في حال وجودها، وتعزيز المعرفة بالمشكلة ممّا يساهم في تحسين صحّة الأمّهات والحدّ من وفياتهن، وخاصّةً بعد زيادة انتشار هذه الظاهرة في سوريا خلال الحرب بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية وظروف النزوح والفقر.

هدف البحث

(Aim of research)

- تقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحيّة

سؤال البحث

(Question of research)

- ما هو تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحيّة؟

التعاريف الإجرائية

(Operational Definitions)

١. الأمّهات الصغيرات: هنّ السيدات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (١٣-١٩) سنة.
٢. الأمّهات الكبيرات: هنّ السيدات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٣٠) سنة.
٣. الحالة الصحيّة: تتضمّن حالة السلامة الجسدية عند الأمّهات، ويقصد بها مجموعة من المضاعفات والمشاكل الصحيّة التي قد تحدث عند السيدات خلال الحمل والولادة.

الفصل الثّاني



طرق ومواد البحث

Material and Methods

أولاً : المواد (Material):

• تصميم البحث (Design):

دراسة وصفية.

• مكان وزمان البحث (Setting and Time):

تمت هذه الدراسة في المركز الصحي الثامن (في عيادة اللقاح) التابع لوزارة الصحة في محافظة اللاذقية، في الفترة الزمنية الممتدة من ٢٤/١١/٢٠١٩ م ولغاية ١٠/٦/٢٠٢٠ م.

• عينة البحث (Sample):

تتكون العينة من ٢٠٠ سيّدة، تمّ اختيارهن بطريقة الاعتيان العشوائي الملائم ممن يراجعن المكان السابق الذكر، وتمّ تقسيم العينة إلى مجموعتين:

١- المجموعة الأولى: تتألف من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (١٣-١٩) سنة.

٢- المجموعة الثانية: تتألف من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٣٠) سنة.

• مواصفات العينة (Sample Specifications):

١- بكريّة (Primipara): وهي السيّدة التي ولدت لأول مرّة .

٢- تمّت مقابلة الأمّهات بعد الولادة (١-٣) شهور.

• الأداة (Tool):

قامت الباحثة بتطوير أداة البحث بالاعتماد على المراجع والأبحاث ذات الصلة بالبحث^(٣، ٤، ٢١) من أجل

جمع البيانات من عينة الدراسة، وهي عبارة عن استمارة استبيان مكوّنة من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: يتضمّن البيانات الديموغرافية عند عينة البحث (العمر، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية،

الحالة الاقتصادية، مكان السكن).

الجزء الثاني: يتضمّن تقييم الحالة الصحيّة للأمّهات خلال الحمل الأول (تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل، مكان تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل، في أيّ ثلث من الحمل بدأ تلقيّ الرعاية الصحيّة، المتابعة الدورية للرعاية الصحيّة أثناء الحمل حسب إرشادات الطبيب، السؤال حول حدوث مضاعفات الحمل والولادة).

الجزء الثالث: يتضمّن تقييم إمرضية الأمّهات خلال الحمل الأول (وقت حدوث المضاعفات، المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل مثل: الأمراض القلبية - الأمراض الإنتانية - نزوف الحمل المبكرة - نزوف الحمل المتأخرة - اضطرابات السائل الأمنيوسي - المجيئات المعيبة، المضاعفات التي حدثت أثناء الولادة مثل: عسرة الولادة - تمزق المهبل - تألم الجنين أثناء المخاض - تدلي الحبل السري - تدلي الأطراف - الألم الشديد أثناء الولادة - الصدمة - انقلاب الرحم - الخمج أثناء الولادة، المضاعفات التي حدثت بعد الولادة مثل: النزوف - صعوبات عملية الإرضاع - المشاكل البولية، تلقيّ الرعاية الصحيّة بعد الولادة، من هو مقدم الرعاية الصحيّة : الطبيب - الممرض - القابلة، أسباب عدم تلقيّ الرعاية الصحيّة بعد الولادة، استمرار المضاعفات بعد الولادة). ويتضمّن أيضاً رأي الأمّهات بالسّن المناسب للحمل والولادة .

ثانياً: طرق البحث (Methods):

تم إجراء الدراسة تبعاً للخطوات الآتية:

- ١- تم تأمين الموافقات الضرورية من إدارة كلية التمريض و رئاسة جامعة تشرين من أجل جمع البيانات.
- ٢- تم تأمين الموافقة من إدارة المركز الصحي الثامن في اللاذقية لإجراء هذه الدراسة بعد توضيح هدف الدراسة .
- ٣- تم تطوير أداة البحث من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وتم التأكد من مصداقيتها من خلال عرضها على لجنة مؤلفة من ثلاث خبراء من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة في كلية التمريض وقد وافقوا جميعاً عليها، مع تقديم بعض التعديلات.
- ٤- تم إجراء دراسة استرشادية (Pilot study) على ١٠ % من عدد العينة (لم يتم إشراكهن بعينة الدراسة) لتقييم وضوح وملائمة أداة البحث وإمكانية تطبيقها في المكان المختار ولتجاوز المشاكل والعقبات التي تواجه الباحثة اثناء القيام بالبحث وبالتالي تخمين الوقت المحتاج لجمع البيانات وتم إجراء التعديلات اللازمة على أداة البحث.
- ٥- تم إجراء اختبار الثبات لأداة البحث؛ حيث بلغ معامل الثبات فيهما ٠.٧٩ وهي قيمة ثبات عالية تسمح باستخدام أداة الدراسة.
- ٦- تم الحصول على الموافقة من المشاركات في الدراسة بعد شرح الهدف من الدراسة لهن عند جمع البيانات مع ضمان سرية المعلومات المذكورة ضمن الاستبيان واستخدامها لغرض البحث فقط مع التأكيد على حقهن في رفض المشاركة في الدراسة أو الانسحاب منها.
- ٧- جمع البيانات: تم جمع البيانات في الفترة الزمنية الممتدة من ٢٤/١١/٢٠١٩ م ولغاية ١٠/٦/٢٠٢٠ م.
- ٨- تم جمع البيانات من قبل الباحثة من خلال المقابلة الشخصية مع الأمهات، وتم شرح عبارات الاستبيان بأسلوب العامية بكلمات بسيطة وواضحة والإجابة عن الاستفسارات المتعلقة بها، ثم تم تبويبها بشكل علمي في الاستمارة. وقد استغرق ملء الاستبيان من قبل الباحثة وقتاً من ١٠ إلى ١٥ دقيقة.
- ٩- تم استخدام الجزء الأول من أداة البحث لجمع البيانات الديموغرافية المتعلقة بالأمهات.

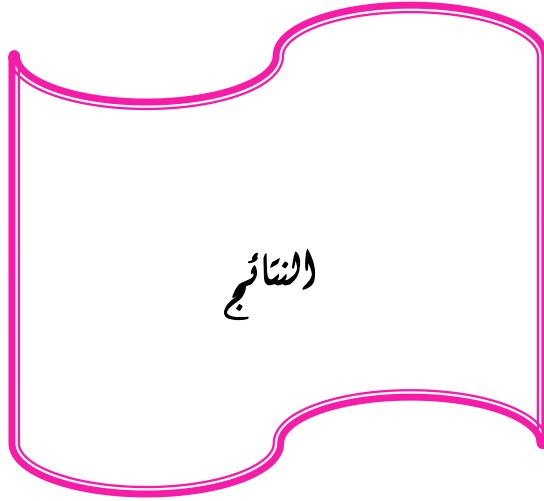
١٠- تمّ استخدام الجزء الثاني من أداة البحث لتقييم الحالة الصحيّة للأمهات خلال الحمل الأول، ويتضمّن ذلك: تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل، مكان تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل، في أيّ ثلث من الحمل بدأ تلقيّ الرعاية الصحيّة، المتابعة الدورية للرعاية الصحيّة أثناء الحمل حسب إرشادات الطبيب، السؤال حول حدوث مضاعفات الحمل والولادة.

١١- تمّ استخدام الجزء الثالث من الأداة لتقييم إرضائية الأمهات خلال الحمل الأول، و يتضمّن ذلك: وقت حدوث المضاعفات، المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة، تلقيّ الرعاية الصحيّة بعد الولادة، من هو مقدم الرعاية الصحيّة، أسباب عدم تلقيّ الرعاية الصحيّة بعد الولادة، استمرار المضاعفات بعد الولادة. ويتضمّن أيضاً أفضل سنّ للحمل والولادة حسب رأي الأمهات.

١٢- تمّ تفرّغ البيانات التي تمّ جمعها ثم تحليلها باستخدام برنامج SPSS V20 لإجراء الاختبارات الإحصائية المناسبة؛ حيث تمّ استخدام الاختبارات الآتية:

- النسب المئوية (%) و التكرارات (N).
- اختبار كاي تربيع χ^2 (لدراسة الاختلاف في الحالة الصحيّة بين الأمهات الصغيرات والأمهات الكبيرات في الحمل والولادة).
- الاختبار الدقيق لفischer's exact: عندما لا تكون شروط استخدام اختبار Chi-2 محققة.
- الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت مهمّة إحصائياً. وأشير إليها برمز (*).

الفصل الثالث



النتائج

Results

❖ خطة التحليل الإحصائي:

١. بلغ عدد المشاركات في الدراسة ٢٠٠ أم، وقد تمّ تقسيمهن إلى مجموعتين حسب أعمارهنّ: مجموعة الأمّهات الصغيرات: أعمارهنّ بين ١٣ و ١٩ سنة، والأمّهات الكبيرات: أعمارهنّ بين ٢٠ و ٣٠ سنة.
٢. وصف توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات في العيّنة حسب بياناتهن الديموغرافية، والعلاقة بينهما الجدول (١).
٣. وصف توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات في العيّنة حسب بياناتهن الصحيّة والعلاقة بينهما الجدول (٢).
٤. وصف توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات في العيّنة حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل والعلاقة بينهما الجداول (٣، ٤، ٥، ٦).
٥. وصف توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات في العيّنة حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الولادة والعلاقة بينهما الجدول (٧).
٦. وصف توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات في العيّنة حسب المضاعفات التي حدثت بعد الولادة والعلاقة بينهما الجدول (٨).
٧. توزّع الأمّهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها ورأيهن بسنّ الحمل والولادة الجدول (٩).

تم تحليل البيانات التي تم جمعها باستخدام برنامج SPSS V20 باستخدام الاختبارات الإحصائية الآتية:

- النسب المئوية (%) و التكرارات (N).
- اختبار كاي تربيع χ^2 (chi-2) لدراسة الاختلاف في الحالة الصحية بين الأمهات الصغيرات والأمهات الكبيرات في الحمل والولادة.
- الاختبار الدقيق لفيشر Fisher's exact: عندما لا تكون شروط استخدام اختبار Chi-2 محققة.
- الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت مهمة إحصائياً. وأشار إليها برمز (*)

الجزء الأول : المعلومات الديموغرافية الخاصة بعينة الدراسة:

جدول (١): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الديموغرافية والعلاقة بينهما

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|---------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|----------|-------------------|
| | % | N | % | N | | |
| 0.000** | 1 | 1 | 3 | 3 | ابتدائي | مستوى التعليم |
| | 5 | 5 | 17 | 17 | اعدادي | |
| | 11 | 11 | 31 | 31 | ثانوي | |
| | 83 | 83 | 49 | 49 | جامعي | |
| 1 | 98 | 98 | 98 | 98 | متزوجة | الحالة الاجتماعية |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | أرملة | |
| 0.662 | 4 | 4 | 6 | 6 | ضعيفة | الحالة الاقتصادية |
| | 76 | 76 | 78 | 78 | متوسطة | |
| | 20 | 20 | 16 | 16 | جيدة | |
| 0.008** | 10 | 10 | 24 | 24 | الريف | مكان السكن |
| | 90 | 90 | 76 | 76 | المدينة | |

يبين الجدول رقم ١ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الديموغرافية؛ حيث كان مستوى التعليم جامعي لدى النسبة الأعلى منهن (٤٩% للأمهات الصغيرات مقابل ٨٣% للأمهات الكبيرات)، وكان هذا الاختلاف بين الأمهات مهم إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات.

وكانت الغالبية العظمى من الأمهات متزوجة ٩٨% لکن من الأمهات الصغيرات والكبيرات، ولم يكن هناك اختلاف مهم إحصائياً بين الأمهات (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

أما الحالة الاقتصادية فكانت متوسطة لدى النسبة الأعلى منهن (٧٨% للأمهات الصغيرات مقابل ٧٦% للأمهات الكبيرات)، ولم يكن هذا الاختلاف مهماً إحصائياً بين الأمهات (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

وبخصوص مكان السكن فإن النسبة الأعلى من الأمهات تسكن في المدينة (٧٦% للأمهات الصغيرات مقابل ٩٠% للأمهات الكبيرات)، وكان هذا الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات.

الجزء الثاني: تقييم الحالة الصحية للأمهات خلال الحمل الأول

جدول (٢): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الصحية والعلاقة بينهما

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|---------|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|-------------------------|---|
| | % | N | % | N | | |
| 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | نعم | هل تلقيت الرعاية الصحية أثناء الحمل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | لا | |
| 0.733 | 23 | 23 | 21 | 21 | المركز الصحي | أين تلقيت الرعاية الصحية أثناء الحمل |
| | 77 | 77 | 79 | 79 | العيادة النسائية الخاصة | |
| 0.029* | 94 | 94 | 83 | 83 | الثالث الأول | في أي شهر من الحمل بدأت بتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل |
| | 5 | 5 | 15 | 15 | الثالث الثاني | |
| | 1 | 1 | 2 | 2 | الثالث الثالث | |
| 0.007* | 91 | 91 | 77 | 77 | نعم | هل قمت بمراجعة المكان الذي تلقيت فيه الرعاية الصحية أثناء الحمل بشكل دوري وحسب إرشادات الطبيب |
| | 9 | 9 | 23 | 23 | لا | |
| 0.000* | 33.4 | 3 | 34.8 | 8 | لم اعلم بانني حامل | إذا كانت الإجابة لا، فلماذا لا؟ |
| | 33.3 | 3 | 13.0 | 3 | ظروف عائلية | |
| | 33.3 | 3 | 52.2 | 12 | توفر رعاية من العائلة | |
| 0.082 | 67 | 67 | 78 | 78 | نعم | هل عانيت من أي مضاعفات خلال الحمل والولادة |
| | 33 | 33 | 22 | 22 | لا | |

يبين الجدول رقم ٢ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الصحيّة؛ حيث أظهر أنّ جميع الأمهات ١٠٠% تلقين الرعاية الصحيّة أثناء الحمل. والنسبة الأعلى منهن (٧٩% للأمهات الصغيرات مقابل ٧٧% للأمهات الكبيرات) قد تلقين الرعاية الصحيّة أثناء الحمل في العيادة النسائية الخاصّة، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات في مكان تلقي الرعاية مهمّاً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

وكانت النسبة الأعلى منهن (٨٣% للأمهات الصغيرات مقابل ٩٤% للأمهات الكبيرات) قد بدأت بتلقي الرعاية الصحيّة أثناء الحمل في الثلث الأول من الحمل، وكان الاختلاف بين الأمهات مهمّاً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات.

وقامت النسبة الأعلى منهن (٧٧% للأمهات الصغيرات مقابل ٩١% للأمهات الكبيرات) بمراجعة المكان الذي تلقين فيه الرعاية الصحيّة أثناء الحمل خلال الحمل الأول بشكل دوريّ وحسب إرشادات الطبيب، وكان الاختلاف بين الأمهات مهمّاً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات. حيث أنّ النسبة الأعلى من الأمهات الصغيرات ٥٢.٢% لم يراجعن مكان الرعاية السابق بسبب توقّر الرعاية من العائلة، في حين أنّ ٣٣.٣% من الأمهات الكبيرات لم يراجعن مكان الرعاية السابق بسبب عدم علمهن بأنهن حامل و ٣٣.٣% بسبب الظروف العائلية، و ٣٣.٣% بسبب توقّر الرعاية من العائلة. وكان الاختلاف بين الأمهات مهمّاً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الصغيرات.

ويبين الجدول أنّ (٧٨% للأمهات الصغيرات مقابل ٦٧% للأمهات الكبيرات) عانين من مضاعفات خلال الحمل. بدون وجود اختلاف مهمّ إحصائياً بينهما (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

الجزء الثالث : تقييم إمراضية الأمهات خلال الحمل الأول

جدول (٣): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل الأول

| X^2 P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|--|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|-------------------------|---|
| | % | N | % | N | | |
| 0.086 | 6 | 6 | 9 | 9 | الثالث الأول | متى أصبت بالمضاعفات أثناء الحمل الأول # |
| | 37 | 37 | 53 | 53 | الثالث الثاني | |
| | 50 | 50 | 65 | 65 | الثالث الثالث | |
| | 5 | 5 | 15 | 15 | أثناء الولادة | |
| | 38 | 38 | 40 | 40 | بعد الولادة | |
| | 33 | 33 | 22 | 22 | لا مضاعفات | |
| ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل ؟ | | | | | | |
| 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | لا يوجد | الأمراض القلبية أثناء الحمل |
| 1 | 5 | 5 | 10 | 10 | الإنتانات المهبلية | الأمراض الإنتانية أثناء الحمل |
| | 95 | 95 | 90 | 90 | لا يوجد | |
| 0.685 | 15 | 15 | 21 | 21 | إنتانات المجاري البولية | أمراض الجهاز البولي أثناء الحمل |
| | 85 | 85 | 79 | 79 | لا يوجد | |

تعني وجود أكثر من إجابة للسيدة

يبين الجدول رقم ٣ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل؛ حيث أظهر أنّ النسبة الأعلى منهن (٦٥% للأمهات الصغيرات مقابل ٥٠% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالمضاعفات في الثالث الثالث من الحمل، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

وبين الجدول أنّ غالبية الأمهات الصغيرات والكبيرات لم تحدث لهن مضاعفات أثناء الحمل، إلا أنّ (١٠% للأمهات الصغيرات مقابل ٥% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالإنتانات المهبلية، و(٢١% للأمهات الصغيرات مقابل ١٥% للأمهات الكبيرات) حصل لهن إنتانات مجاري بولية.

جدول (٤): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب النزوف أثناء الحمل

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|-----------------------|--|
| | % | N | % | N | | |
| ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل؟ | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | التهديد بالإجهاض | نزوف الحمل المبكرة لأسباب توليدية |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | نزوف التعشيش | |
| | 95 | 95 | 94 | 94 | لا يوجد | |
| 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | سرطان عنق الرحم | نزوف الحمل المبكرة لأسباب غير توليدية |
| | 99 | 99 | 100 | 100 | لا يوجد | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | انفكاك المشيمة الباكر | نزوف الحمل المتأخرة لأسباب توليدية |
| | 1 | 1 | 0 | 0 | ارتكاز المشيمة المعيب | |
| | 98 | 98 | 98 | 98 | لا يوجد | |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | لا يوجد | نزوف الحمل المتأخرة لأسباب غير توليدية |

يبين الجدول رقم ٤ أن الغالبية العظمى من للأمهات الصغيرات والكبيرات لا يوجد لديهن نزوف

حملية مبكرة أو متأخرة أثناء الحمل.

جدول (٥): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب اضطراب السائل الأمنيوسي والمجينات المعيبة

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|--|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|------------------------|----------------------------------|
| | % | N | % | N | | |
| ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل ؟ | | | | | | |
| 0.454 | 2 | 2 | 1 | 1 | زيادة السائل الأمنيوسي | اضطرابات السائل الأمنيوسي# |
| | 1 | 1 | 3 | 3 | قلّة السائل الأمنيوسي | |
| | 4 | 4 | 8 | 8 | تعقي السائل الأمنيوسي | |
| | 95 | 95 | 90 | 90 | لا يوجد | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | مجيء مقعدي | المجينات المعيبة |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | المعترض | |
| | 98 | 98 | 98 | 98 | لا يوجد | |

تعني وجود أكثر من إجابة للسيدة

يبين الجدول رقم ٥ أنّ الغالبية العظمى للأمهات الصغيرات والكبيرات لا يوجد لديهن اضطراب سائل أمنيوسي أو مجينات معيبة.

جدول (٦): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات أخرى لديهن أثناء الحمل

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|--|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|--------------------------------------|------------------|
| | % | N | % | N | | |
| ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل ؟ | | | | | | |
| 0.010* | 7 | 7 | 4 | 4 | ١. انتفاخ أو تورّم مفاجئ في اليدين | مضاعفات أخرى# |
| | 2 | 2 | 0 | 0 | ٢. انتفاخ أو تورّم مفاجئ في القدمين | |
| | 7 | 7 | 5 | 5 | ٣. انتفاخ أو تورّم مفاجئ في الوجه | |
| | 2 | 2 | 3 | 3 | ٤. الإقياءات الحملية المعنّدة | |
| | 9 | 9 | 4 | 4 | ٥. الصداع مستمر | |
| | 2 | 2 | 4 | 4 | ٦. الحمى | |
| | 20 | 20 | 38 | 38 | ٧. فقر الدم | |
| | 1 | 1 | 0 | 0 | ٨. الداء السكرى الحلمي | |
| | 5 | 5 | 2 | 2 | ٩. ارتفاع ضغط الدم الحلمي | |
| | 5 | 5 | 2 | 2 | ١٠. الانسمام الحلمي ما قبل الارتعاج | |
| | 0 | 0 | 2 | 2 | ١١. الانسمام الحلمي ارتعاج | |
| | 0 | 0 | 1 | 1 | ١٢. الجنين الصغير بالنسبة لعمر الحمل | |
| | 4 | 4 | 10 | 10 | ١٣. مخاض مبكر انتهى بولادة مبكرة | |
| | 5 | 5 | 2 | 2 | ١٤. المخاض المديد | |
| | 2 | 2 | 4 | 4 | ١٥. عدم التناسب الحوضي الجنيني | |
| | 61 | 61 | 41 | 41 | ١٦. لا يوجد | |

تعني وجود أكثر من إجابة للسيدة

يبين الجدول رقم ٦ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات أخرى لديهن أثناء الحمل الأول؛ حيث أظهر أنّ النسبة الأعلى منهن (٤١% للأمهات الصغيرات مقابل ٦١% للأمهات الكبيرات) لا يوجد لديهن مضاعفات، في حين أظهر أنّ النسبة الأعلى للأمهات اللاتي لديهن مضاعفات أثناء الحمل (٣٨% للأمهات الصغيرات مقابل ٢٠% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بفقر الدم، وكان الاختلاف بين الأمهات مهمّاً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الصغيرات.

جدول (٧): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات لديهن أثناء الولادة

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|---------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|-----------------|---|
| | % | N | % | N | | |
| 0.270 | 7 | 7 | 6 | 6 | ١. عسرة الولادة | ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الولادة؟ |
| | 93 | 93 | 94 | 94 | ٢. لا يوجد | |

يبين الجدول رقم ٧ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات لديهن أثناء الولادة؛ حيث أظهر أن معظمهن (٩٤% للأمهات الصغيرات مقابل ٩٣% للأمهات الكبيرات) لا يوجد لديهن مضاعفات، في حين أظهر (٦% للأمهات الصغيرات مقابل ٧% للأمهات الكبيرات) قد حدث لديهن عسرة ولادة، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات مهمًا إحصائيًا (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

جدول (٨): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت لهن بعد الولادة

| P Value | أمهات كبيرات N ₂ = 100 | | أمهات صغيرات N ₁ = 100 | | البيانات | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|----|-------------------------|-------------------------------|
| | % | N | % | N | | |
| ماهي المضاعفات التي حدثت بعد الولادة؟ | | | | | | |
| 0.251 | 5 | 5 | 9 | 9 | يوجد | النزوف بعد الولادة |
| | 95 | 95 | 91 | 91 | لا يوجد | |
| 0.033* | 14 | 14 | 25 | 25 | احتقان الثدي | صعوبات عملية الإرضاع لدى الأم |
| | 60 | 60 | 68 | 68 | تشقق الحلمة | |
| | 26 | 26 | 7 | 7 | لا يوجد صعوبات لدى الأم | |

يبين الجدول رقم ٨ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت لهن بعد الولادة، فمن حيث النزوف بعد الولادة أظهر أن معظمهن (٩١% للأمهات الصغيرات مقابل ٩٥% للأمهات الكبيرات) لا يوجد لديهن نزوف بعد الولادة، إلا أن (٩% للأمهات الصغيرات مقابل ٥% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالنزوف بعد الولادة. ولم يكن الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P > 0.05$) في مضاعفة النزوف بعد الولادة.

ومن حيث صعوبات عملية الإرضاع كانت النسبة الأعلى منهن (٦٨% للأمهات الصغيرات مقابل ٦٠% للأمهات الكبيرات) قد حدث لديهن تشقق الحلمة، و(٢٥% للأمهات الصغيرات مقابل ١٤% للأمهات الكبيرات) قد حدث لهن احتقان بالثدي، بينما (٧% للأمهات الصغيرات مقابل ٢٦% للأمهات الكبيرات) لم يحدث لهن صعوبات في عملية الإرضاع. وكان الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) في مضاعفة صعوبة الإرضاع بعد الولادة.

جدول (٩): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها و رأيهن بسن الحمل والولادة

| P Value | أمهات كبيرات N= 100 | | أمهات صغيرات N= 100 | | البيانات | |
|---------|------------------------|----|------------------------|----|------------------------------|---|
| | % | N | % | N | | |
| 0.323 | 93 | 93 | 91 | 91 | نعم | هل تلقيت الرعاية الصحية بعد الولادة؟ |
| | 7 | 7 | 9 | 9 | لا | |
| 0.931 | 18.3 | 17 | 19.8 | 18 | المركز الصحي | إذا كانت الإجابة نعم ، فأين تلقيت الرعاية الصحية ؟ |
| | 75.3 | 70 | 75.8 | 69 | العيادة النسائية الخاصة | |
| | 6.4 | 6 | 4.4 | 4 | المشفى | |
| 0.795 | 100 | 93 | 100 | 91 | الطبيب/ة | من قدم لك هذه الرعاية الصحية ؟ |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | المرضى/ة | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | القبالة | |
| 0.046* | 24 | 24 | 38 | 38 | نعم | هل ما زلت تعانين من نفس المضاعفات التي تعرضت لها خلال الحمل الأول ؟ |
| | 76 | 76 | 62 | 62 | لا | |
| 0.811 | 43.4 | 33 | 35.4 | 22 | لم تعاني من مضاعفات أبداً | إذا كانت الإجابة لا، إلى متى استمرت هذه المضاعفات ؟ |
| | 2.6 | 2 | 3.2 | 2 | أقل من أسبوع بعد الولادة | |
| | 14.5 | 11 | 9.7 | 6 | ١ أسبوع بعد الولادة | |
| | 15.8 | 12 | 19.4 | 12 | ٢ أسبوع بعد الولادة | |
| | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | ٣ أسابيع بعد الولادة | |
| | 10.6 | 8 | 11.3 | 7 | ٤ أسابيع بعد الولادة | |
| | 13.2 | 10 | 21.0 | 13 | أكثر من ٤ أسابيع بعد الولادة | |
| 0.020* | 22 | 22 | 37 | 37 | سنة (١٩-١٣) | حسب رأي الأمهات ما هو أفضل سن للحمل والولادة |
| | 78 | 78 | 63 | 63 | سنة (٢٠-٣٠) | |

يبين الجدول رقم ٩ توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها ورأيهن بسن الحمل والولادة؛ حيث أظهر أن غالبيةهن قد تلقين الرعاية الصحية بعد الولادة (٩١% للأمهات الصغيرات مقابل ٩٣% للأمهات الكبيرات)، وتلقت الأمهات الرعاية الصحية في العيادة النسائية الخاصة بنسبة (٧٥.٨% للأمهات الصغيرات مقابل ٧٥.٣% للأمهات الكبيرات)، وجميعهن تلقين الرعاية الصحية من قبل الطبيب/ة، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات في تلقي الرعاية الصحية مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

كما بين الجدول أن النسبة الأعلى للأمهات (٦٢% للأمهات الصغيرات مقابل ٧٦% للأمهات الكبيرات) لم يعدن يعانين من نفس المضاعفات التي تعرضن لها خلال الحمل، وكان الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات. و(٣٥.٤% للأمهات الصغيرات مقابل ٤٣.٤% للأمهات الكبيرات) لم تعاني من المضاعفات أبداً. ولم يكن الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P > 0.05$).

ومن حيث رأي الأمهات بالسن الأفضل للحمل والولادة فإن (٦٣% للأمهات الصغيرات مقابل ٧٨% للأمهات الكبيرات) رأين بأن السن من ٢٠ إلى ٣٠ سنة هو السن الأفضل لذلك. وكان الاختلاف بين الأمهات مهماً إحصائياً (مستوى المعنوية: $P < 0.05$) لصالح الأمهات الكبيرات.

الفصل الرابع



المناقشة

Discussion

يؤثر الحمل في سن صغيرة سلباً على عملية النمو الطبيعيّة للفتاة من الطفولة إلى المراهقة حتّى النضج ويترافق بالعديد من المشاكل الصحيّة الجسدية والنفسية والعقلية، كما ويؤثر سلباً على المجتمعات؛ حيث تضطر كثير من الأمّهات الصغيرات إلى التخلي عن الدراسة، وهو ما يخلف آثاراً طويلة الأجل عليهن كأشخاص وعلى أسرهن ومجتمعاتهن، فالأمّهات غير قادرات على تربية أبنائهن بشكل سليم كون الأمّ أصلاً بحاجة إلى رعاية وتربية، كما وتحتاج إلى الدعم من العائلة ومقدمي الرعاية الصحيّة. وفي الوقت الحاضر فإنّ منع حمل وأمومة الأمّهات الصغيرات يمثل أولوية للصحة العامة في جميع أنحاء العالم، وقد تمّ تصنيف حمل الأمّهات الصغيرات إلى جانب السمّنة والسكّري وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان على أنه مشكلة صحيّة عامة رئيسية. (٤، ٦٧، ٦٨)

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ لدى الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات نسبة أعلى من التأخر في تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل وعدم القيام بمتابعة الزيارات بشكل دوريّ حسب إرشادات الطبيب (جدول ٢). ويعزى ذلك إلى أسباب متعدّدة؛ منها: تلقيّ السيّدات للرعاية الصحيّة من العائلة أثناء الحمل، أو بسبب الظروف العائلية، أو التأخر في معرفة السيّدات بوجود الحمل بسبب اضطرابات الدورة الطمثية ونقص المعلومات لديهن حول أعراض الحمل وعلاماته، بالإضافة إلى قلة المعرفة حول نوع الرعاية الصحيّة المطلوبة أثناء الحمل. وهذا ما توافق مع دراسة (Chuang et al, 2011) في نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية التي أظهرت أنّ الأمّهات الصغيرات لديهن معدّل أعلى في التأخر لتلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل مقارنةً مع الأمّهات الكبيرات. وتوافق مع الدراسة التي أجراها (Lee et al, 2016) في كوريا والتي أظهرت أنّ الأمّهات الصغيرات أكثر عرضة لخطر عدم كفاية الرعاية الصحيّة أثناء الحمل. كما توافقت نتائجنا مع دراسة (Usynina et al, 2018) في روسيا التي أظهرت أنّ الأمّهات الصغيرات أكثر عرضة من الأمّهات البالغات (في عمر < ٢٠ سنة) لبدء الرعاية الصحيّة أثناء الولادة بعد الأسبوع ١٢ من الحمل. في حين أظهرت دراسة (SAHIN et al, 2018) في تركيا أنّ عدد الزيارات السابقة للولادة لم تكن ذات دلالة إحصائية بين الأمّهات الصغيرات والكبيرات. وأظهرت دراسة (Leppälähti et al 2013) في فنلندا أنّ لدى الأمّهات الصغيرات والكبيرات عدداً جيّداً من الزيارات أثناء

الحمل ولكن الأمهات الصغيرات أكثر عرضة لبدء الرعاية الصحيّة في وقت متأخّر من الحمل وحضور أقلّ من نصف الزيارات الموصى بها. (٣٠، ٣٧، ٦٩، ٧٠، ٧١)

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من إنتانات المجاري البولية وإلتهابات المهبلية مقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول ٣). ويعزى ذلك إلى التأخر في تلقيّ الرعاية الصحيّة وعدم القيام بمتابعة الزيارات بشكل دوريّ لدى الأمهات الصغيرات، وكذلك إلى نقص المعرفة الكافية والوعي حول أمور النظافة الشخصية وحول إنتانات المجاري البولية وإلتهابات المهبلية وأعراضها وأسبابها وحول أهمية تلقيّ الرعاية ومتابعتها من أجل الوقاية والكشف المبكر وتلقيّ العلاج. وهذا ما توافقت مع الدراسة الروسية التي أجراها (Usynina et al, 2018) والتي أظهرت أنّ معدّل حدوث الإلتهابات التناسلية لدى الأمهات الصغيرات أعلى بنسبة ٥٠% من الأمهات الكبيرات. وتوافقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة (Rexhepi et Al., 2019) في مقدونيا التي أظهرت أنّ معدّل إنتانات المجاري البولية لدى الأمهات الصغيرات أعلى من الأمهات الكبيرات. وهذا ما خالف دراسة (USTA et al, 2008) في بيروت في لبنان التي أظهرت أنّ معدّل حدوث إنتانات المجاري البولية متماثل بين الأمهات الصغيرات والكبيرات. (٥٧، ٧٠، ٧٢)

كما أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من فقر الدم مقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول ٦). ويعزى ذلك إلى أسباب متعدّدة؛ منها: عدم القدرة على تلبية الحاجات الغذائية اللازمة لنموّ الجنين والأمّ التي تستمرّ بالنموّ خلال فترة المراهقة، وكذلك إلى التأخر في بدء الرعاية الصحيّة أثناء الحمل وعدم القيام بمتابعة الزيارات بشكل دوريّ حسب إرشادات الطبيب، وانخفاض المستوى التعليمي لدى الأمهات الصغيرات وانخفاض الوعي بأهمية التغذية وأخذ مكملات الحديد وحمض الفوليك، فهن لا يدركن أهمية تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل بشكل دوريّ والقيام باختبارات الدم من أجل الوقاية والتشخيص المبكر والعلاج. وهذا ما توافقت مع دراسة (Gupta et al, 2008) في كارديف في ويلز التي بيّنت أنّ الأمهات الصغيرات أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم مقارنة مع الأمهات في عمر ٢٠-٣٥ سنة. وتوافقت مع الدراسة التي أجراها (Goonewardena and Waduge, 2005) في Galle في سريلانكا التي أظهرت ارتفاع معدّل الإصابة بفقر الدم لدى الأمهات الصغيرات مقارنة مع الأمهات الكبيرات. كما توافقت مع دراسة (Kirbas et al, 2016) في تركيا التي أظهرت أنّ معدّل انتشار فقر الدم لدى الأمهات الصغيرات أعلى بكثير من الأمهات الكبيرات. وهذا ما خالف دراسة (Saxena et al, 2010) في نيودلهي في الهند التي أظهرت أنّ الأمهات الكبيرات أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم من الأمهات

الصغيرات، وكان ذلك بين الأمهات سواءً تلقت الرعاية الصحية الكافية أو لم تتلقاها أبداً. في حين بينت دراسة (Sulaiman et al, 2013) في ماليزيا أنّ خطر حدوث فقر الدم لم يكن مختلفاً بين الأمهات الصغيرات والأمهات البالغات (في عمر > 19 سنة). (٣٤، ٣٦، ٧٣، ٧٤)

أظهرت نتائج دراستنا أنّ لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من المخاض المبكر الذي انتهى بولادة مبكرة مقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول ٦)، ويعزى ذلك إلى أسباب متعدّدة؛ منها: ارتفاع معدّل من إنتانات المجاري البولية وإلنتانات المهبلية - عدم التناسب الحوضي الجنيني - ارتفاع ضغط الدم الحلمي ومقدمات الارتعاج والارتعاج - قلّة أو زيادة السائل الأمنيوسي - انفكك المشيمة الباكر. وهذا ما توافق مع دراسة (Kassa et al, 2019) في إثيوبيا التي أظهرت أنّ احتمال حدوث الولادة المبكرة لدى الأمهات الصغيرات أعلى من الأمهات البالغات في عمر ٢٠-٣٤ سنة، وتوافق مع الدراسة التي أجراها (Adegbola and Sanusi, 2019) في نيجيريا والتي بينت أنّ الأمهات الصغيرات أكثر عرضة للولادة المبكرة من الأمهات الكبيرات. كما تتوافق مع دراسة (Lee et al, 2016) في كوريا التي أظهرت أنّ الأمهات الصغيرات أكثر عرضة بنسبة ٢.٤٧ للولادة المبكرة من الأمهات في عمر ٢٠-٣٤ سنة حتّى بعد ضبط المتغيّرات الاقتصادية والاجتماعية. في حين بينت الدراسة التي أجراها (Fleming et al, 2013) في مقاطعة أونتااريو في كندا أنه لا يوجد فرق في حدوث الولادة المبكرة بين الأمهات الصغيرات والأمهات البالغات في عمر ٢٠-٣٥ سنة، كما بينت دراسة (Prasai, 2017) في وادي كاتماندو في نيبال أنّ لدى الأمهات الصغيرات والكبيرات انخفاضاً في حالات الولادة المبكرة. وهذا ما خالف نتائج الدراسة التي أجراها (Saxena et al, 2010) في نيودلهي في الهند التي أظهرت أنّ الأمهات الكبيرات أكثر عرضة للولادة المبكرة من الأمهات الصغيرات. (٣٠، ٣٤، ٦٢، ٧٥، ٧٦، ٧٧)

بينت نتائج الدراسة الحالية أنّ نسبة حدوث تشقّق الحلمة واحتقان الثدي أعلى لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول ٨). ويعزى ذلك إلى نقص المعرفة حول تقنية الإرضاع الطبيعيّة الصحيحة، وانخفاض الوعي بأهمية الالتزام بإجراءات ضبط العدوى وبأمر النظافة الشخصية قبل وأثناء وبعد عملية الإرضاع الطبيعيّة. وهذا ما توافق مع دراسة (Thaithae and Thato, 2011) التي أجراها في تايلاند والتي أظهرت أنّ احتقان الثدي أكثر شيوعاً لدى الأمهات الصغيرات من الأمهات البالغات في عمر ٢٠-٣٤ سنة. (١٠)

وجدت نتائج دراستنا الحالية أنّ خطر حدوث العديد من مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات. وهذا ما يتوافق مع نتائج الدراسة التي أجراها (Rexhepi et Al.,2019) في مقدونيا والتي أظهرت أنّ معدّل حدوث مضاعفات الحمل والولادة أعلى بكثير لدى الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات؛ حيث أنّ الحمل في عمر صغيرة يرتبط بارتفاع مخاطر فقر الدم وإنتانات المجاري البولية والولادة المبكّرة وعدم كفاية الرعاية الصحيّة أثناء الحمل. وتتوافق مع نتائج الدراسة التي أجراها (Morales et al, 2018) في زامبيا والتي أظهرت أنّ حمل الأمّهات الصغيرات وخاصّة التي تقل أعمارهنّ عن ١٥ سنة يزيد من خطر حدوث مضاعفات الحمل و الولادة؛ حيث واجهت الأمّهات الصغيرات مخاطر أكبر للإصابة بالانسام الحلمي (الارتعاج) والنزف و الإنتان وعدم التناسب الحوضي الجنيني والحمل المديد بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات وإن لم تكن كلها ذات دلالة إحصائية. في حين أظهرت الدراسة التي أجريت من قبل (Al-Ramahi and Saleh, 2006) في الأردن أنّ نسبة حدوث المضاعفات الطبية والتوليدية لدى الأمّهات الصغيرات مماثلة لتلك التي تحدث لدى الأمّهات البالغات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين ٢٠-٣٤ سنة. (١٢، ٥٧، ٦٦)

وجدت نتائج دراستنا الحالية أنّ خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات بشكل مستقلّ عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية؛ حيث كانت النسبة العظمى من كلتا المجموعتين متروّجة وذات مستوى اقتصادي جيد أو متوسط (جدول ١). وهذا ما يوافق نتائج الدراسة التي أجراها (Haldre et al, 2007) في إستونيا والتي بيّنت أنّ انخفاض عمر الأمّهات يرتبط بزيادة حدوث المضاعفات بغض النظر عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية. وقد خالفت نتائج دراستنا نتائج دراسة (Masoumi et al, 2017) في إيران التي بيّنت أنّ خطر حدوث مضاعفات الحمل ليس أعلى لدى الأمّهات الصغيرات مقارنة بالأمّهات في عمر ٢٠-٣٥ سنة إذا تمّ التحكم بعناية بالعوامل المؤثرة بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والتي يمكن أن تمثّل القضايا الرئيسة في هذا المجال بدلاً من العمر الصغير للأمّهات في حد ذاته. (٦١، ٧٨)

وجدت نتائج دراستنا أنّ خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات بشكل مستقلّ عن عدم كفاية الرعاية الصحيّة؛ حيث تلقت جميع الأمّهات الصغيرات والكبيرات الرعاية الصحيّة أثناء الحمل (جدول ١)، وقامت غالبية الأمّهات الصغيرات ومعظم الأمّهات الكبيرات بالزيارات الدورية حسب إرشادات الطبيب (جدول ٢)، وقامت غالبية الأمّهات الصغيرات والكبيرات بتلقّي الرعاية الصحيّة بعد الولادة (جدول ٩). وهذا ما توافق مع دراسة

(Thaithae and Thato, 2011) في تايلاند التي أظهرت أنّ الحمل في عمر صغيرة يرتبط بزيادة حدوث مضاعفات الحمل والولادة بشكل مستقلّ عن العوامل المؤثرة المعروفة مثل مستوى التعليم والدخل وعدد الزيارات أثناء الحمل، فبعد التحكم الإحصائي بها كان لدى الأمّهات الصغيرات زيادة في خطر حدوث فقر الدم والولادة المبكّرة والمضاعفات بعد الولادة. وتوافق مع دراسة (Chen et al, 2007) في الولايات المتحدة التي أظهرت أنّ حمل الأمّهات الصغيرات يزيد من خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة بشكل مستقلّ عن العوامل المؤثرة المعروفة؛ حيث أنّ تقييد الدراسة على النساء المتزوجات مع مستوى تعليمي مناسب للعمر ورعاية كافية وبدون تدخين أو تعاطي للكحول خلال الحمل تشير إلى أنّ خطر حدوث هذه المضاعفات أقلّ عرضة لأن يكون ناتجاً عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والرعاية الصحيّة أثناء الحمل وأكثر احتمالاً ليكون ناتجاً عن صغر سنّ الأم. وهذا ما خالف دراسة (Shah et al, 2012) في الهند التي أظهرت أنّ الحمل في سنّ المراهقة هو عامل خطر لحدوث مضاعفات الحمل والولادة، ولكن البدء المبكر بتلقيّ الرعاية الصحيّة الجيدة أثناء الحمل والولادة والاستخدام السليم لوسائل منع الحمل يمكن أن يمنع حدوث هذه المضاعفات لدى الأمّهات الصغيرات. كما يخالف الدراسة التي أجراها (Raatikainen et al, 2006) في فنلندا التي أظهرت أنّ الأمّهات الصغيرات لم يكن لديهن نتائج أسوأ أثناء الحمل والولادة؛ حيث يتمّ توفير الرعاية الصحيّة عالية الجودة مجاناً. (١٠، ٣٢، ٧٩، ٨٠)

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ جميع الأمّهات الصغيرات والكبيرات التي تلقت الرعاية الصحيّة بعد الولادة قد تلقّتها من قبل الطبيب/ة بدون وجود دور للكادر التمريضي في تقديم هذه الرعاية (جدول ٩). ويعزى ذلك إلى: الصورة الخاطئة حول التمريض والاعتقاد بأن الطبيب هو من يقدم الرعاية الصحيّة فقط وأن الممرض/ة هو مساعد الطبيب وينفذ تعليماته- قلة الثقة بالكادر التمريضي والاعتقاد أنّ التمريض غير مؤهل علمياً وعملياً - تراجع الدور التمريضي والاعتقاد أنه غير قادر على تقديم الرعاية الصحيّة والتنقيف للأمّهات.

فيما يتعلّق برأي الأمّهات حول السنّ المناسب للحمل والولادة أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ نسبة أقلّ من الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات أجابت بأنّ عمر ٢٠-٣٠ سنة هو السنّ المناسب لذلك، وأظهرت نسبة أكبر من الأمّهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات أنّ عمر ١٣-١٩ سنة هو الأنسب لذلك (جدول ٩). ويمكن أن يعزى ذلك إلى التجربة الشخصية وانخفاض المستوى التعليمي ونقص الوعي والمعرفة حول الحمل والولادة والمضاعفات المتعلقة بها والعمر المناسب لها وحول المخاطر المرتبطة بالعمر الصغير لدى الأمّ التي تستمر بالنموّ والنضج خلال هذه المرحلة.

الاستنتاجات

Conclusion

يمكن استخلاص الاستنتاجات الآتية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلّق بالتأخر في تلقيّ الرعاية الصحيّة أثناء الحمل وعدم القيام بمتابعة الزيارات بشكل دوريّ وحسب إرشادات الطبيب، وفيما يتعلّق بحدوث فقر الدم واحتقان الثدي وتشقّق الحلمة لصالح الأمّهات الصغيرات.
- لدى الأمّهات الصغيرات نسبة أعلى من إنتانات المجاري البولية والإنتانات المهبلية واضطرابات السائل الأمنيوسي والجنين الصغير بالنسبة لعمر الحمل والمخاض المبكّر الذي انتهى بولادة مبكّرة وعدم التناسب الحوضي الجنيني والنزف بعد الولادة بالمقارنة مع الأمّهات الكبيرات، ولكن الفروق بين المجموعتين لم تكن ذات دلالة إحصائية.
- لدى الأمّهات الكبيرات نسبة أكبر من اضطرابات الضغط أثناء الحمل والمخاض المديد والداء السكّري الحلمي وعسرة الولادة بالمقارنة مع الأمّهات الصغيرات، ولكن الفروق بين المجموعتين لم تكن ذات دلالة إحصائية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلّق بالنزوف الحملية المبكّرة والمتأخّرة والمجبيئات المعيبة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلّق باستمرار المضاعفات بعد الولادة لصالح الأمّهات الصغيرات .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلّق برأي الأمّهات حول السنّ المناسب للحمل والولادة.

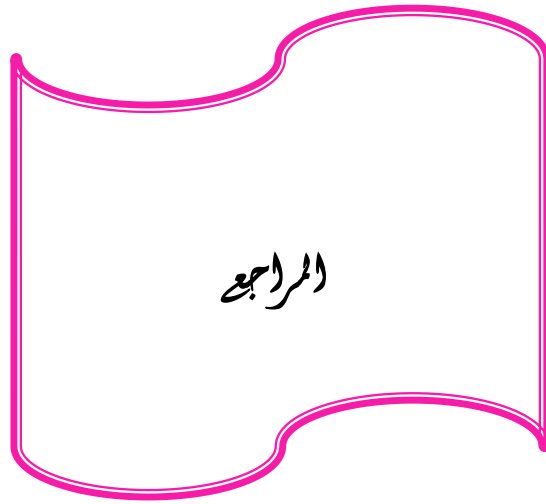
التوصيات

Recommendation

بناء على نتائج الدراسة الحالية يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

- إقامة دورات وبرامج تثقيفية لتوعية السيدات حول المخاطر المرتبطة بالحمل في سنّ صغيرة على الحالة الصحيّة للأم، وخاصة فقر الدم والإرضاع الطبيعي ومشاكله.
- تثقيف السيدات حول أهمية البدء المبكر بتلقيّ الرعاية ومتابعة الزيارات السابقة للولادة.
- تفعيل وتعزيز دور التمريض فيما يخص تقديم الرعاية والتثقيف والمشورة للسيدات حول الحمل والولادة والمشاكل المتعلقة بها.
- إجراء دراسة مشابهة أوسع وأشمل على مستوى القطر عن تأثير الحمل والولادة في سنّ صغيرة على الحالة الصحيّة للأم.
- إجراء دراسة عن تأثير الحمل والولادة لدى الأمهات الصغيرات على الحالة الصحيّة حسب مراحل المراهقة بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات، من أجل ملاحظة الاختلافات الخاصّة بالعمر بشكل أفضل وأوضح حسب مراحل العمر والتغيّرات المرتبطة بها في النموّ والتطور والنضج لديهن.

الفصل الخامس



Reference

- 1- Keskin, D. (2019). Adolescent pregnancies: a 10-year single-center experience. *The European Research Journal*, 6(5), 105-110. Available at: DOI: 10.18621/eurj.465836.
- 2- Ezegwui, H; Ikeako, L; Ogbuefi, F. (2012). Obstetric outcome of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract*, 15(2), 147-150. Available at: DOI: 10.4103/1119-3077.97289.
- 3- Osman, m. (2004). *Osman Obstetrics*. First edition. Alexandria university. P: 391.
- 4- Richard, S. (2010). *Impact of Teenage Pregnancies and Childbirth on the Health Status of Young Mothers in Busia District, East Afric*. Maste thesis in of Science in Population and Reproductive Health. Makerere University: Kampala, Uganda. P: 1-63.
- 5- Danga, G.(2005). An Update on Teenage Pregnancy. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 5(1), 1-8.
- 6- Moisan, C; Baril, C; Muckle, G; Belanger, R.(2016). Teen pregnancy in Inuit communities - gaps still needed to be filled. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(1), 1-7. Available at: DOI: 10.3402/ijch.v75.31790.
- 7- Chacko,E .(2009). Pregnancy and Childbirth. *Pregnancy and Childbirth*, P: 429-436. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-008044910-4.00349-7>.
- 8- Abd Al-Hussein, B; Jassim, S; AlRubaey, M.(2019). Maternal Complications of Teenage Pregnancy in Two Teaching Hospitals in Baghdad. *IRAQI JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE*, 32(2), 42-48.
- 9- Conde-Agudelo, A; Belizán, J; Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342–349. Available at: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593>.
- 10- Thaitae, S; Thato, R. (2011). Obstetric and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnancies in Thailand. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24(6), 342-346. Available at: DOI:10.1016/j.jpog.2011.02.009.

- 11- Rachakonda, L; Rawate, S; Shiradkar, S. (2014). Teenage pregnancy. International Journal of Current Medical And Applied Sciences, 4(2), 59-63.
- 12- Moraes, A; Likwa, R; Nzala, S.(2018). A retrospective analysis of adverse obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancy: the case of Luapula Province, Zambia. Moraes et al. Maternal Health, Neonatology, and Perinatology, 4:20, 1-11. Available at : <https://doi.org/10.1186/s40748-018-0088-y>.
- 13- Littleton, L and Engebretson, J. (2013). Maternal, neonatal, and women's health nursing. 2th ed. USA: Mosby Company.
- 14- World Health Organization. (2002). Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- 15- الشيخ أحمد، هدى. (٢٠١٧). العوامل المؤثرة على اتجاهات الخروسات حول اختيار طريقة الولادة. رسالة مقدّمة لنيل درجة الماجستير، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كليّة التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، الجمهورية العربية السورية.
- 16- JamshidiManesh, M; Oskouie, F; Jouybary, L; Sanagoo, A. (2009). The process of women's decision making for selection of cesarean delivery. Iran J Nurs, 21(56), 55-67.
- 17- American College of Nurse-Midwives; Midwives Alliance of North America; National Association of Certified Professional Midwives.(2012) Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. J Midwifery Womens Health, 57(5), 529-532. Available at: DOI: 10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x
- 18- International Childbirth Education Association (2015). Physiologic Birth. ICEA Position Paper. Available at: icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Physiologic_Birth_PP.pdf
- 19- The World Health Report (2005). Make every mother and child count. WHO. Available at: https://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
- 20- منظمة الصحة العالمية. (٢٠٠٤). التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة. التدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة. دليل للقابات والأطباء. إدارة الصحة الإنجابية والبحوث. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.
- 21- World Health Organization. (2011). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Volume 1. Tabular list. Fifth edition 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9789241549165-V1-eng.pdf?sequence=1>

22-

منظمة الصحة العالمية (WHO). صحّة المراهقين. متاح عبر الرابط :

https://www.who.int/topics/adolescent_health/ar/

23- Cinar N, Hira S. Adolescent mother. (2017). J Human Rhythm, 3(1), 15-19.

Available at: <https://dergipark.org.tr/en/pub/johr/issue/28442/303118>

24- World Health Organization.(2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland. Available at:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf?ua=1

25- Unicef. (2008). Young People and Family Planning: Teenage Pregnancy. FACT SHEET: Plan You Family Plan Your Future. UNICEF Malaysia Communications.

26- Garba, I; Adewale, T; Ayyuba, R; Abubakar, I.(2016). Obstetric outcome of teenage pregnancy at Aminu Kano Teaching Hospital: A 3-year review. Journal of Medicine in the Tropics, 18(1), 43-46.

27- Gibbs, C; Wendt, A; Peters, S; Hogue, C. (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. Pediatr Perinat Epidemiol, 26(01), 259-284. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562289/>

28- Kaplanoglu, M; Bu'lbü, M; Capan Konca, C; Kaplanoglu, D; Tabak, M; Ata, B. (2015). Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. Women Birth, 28(4), 119-123. Available at : <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.002>.

29- Shrim, A; Ates, S; Mallozzi, A; Brown, R; Ponette, V; Levin, I; Shehata, F; Almog, B. (2011). Is Young Maternal Age Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in a Canadian Tertiary Referral Hospital?. J Pediatr Adolesc Gynecol, 24(4), 218-222. Available at DOI:10.1016/j.jpag.2011.02.008

30- Lee, S; Lee, S; Lim, N; Kim, H; Bae, S; Ock, M; Kim, U; Lee, J; Jo, M.(2016). Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea A nationwide epidemiological study. Medicine, 95(34), e4630. Available at: DOI: 10.1097/MD.0000000000004630.

- 31- Demirci, O; Yılmaz, E; Tosun, Ö; Kumru, P; Arıkan, A; Mahmutoğlu, D; Selçuk, S; Dolgun, Z; Arısoy, R; Erdoğan, E; Tarhan, N. (2016). Effect of Young Maternal Age on Obstetric and Perinatal Outcomes: Results from the Tertiary Center in Turkey. *Balkan Med J*, 33(3), 344-349. Available at:
http://www.balkanmedicaljournal.org/uploads/pdf/pdf_BMJ_130.pdf
- 32- Shaha, M; Prajapatibm, S; Sheneeshkumarc, V.(2012). Adolescent pregnancy: Problems and consequences. *Apollo Medicine*, 9(3), 176-180. Available at : <http://dx.doi.org/10.1016/j.apme.2012.06.002>.
- 33- World Health Organization.(2020). Adolescent pregnancy. Fact sheets report. Available at:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 34- Saxena, P; Salhan, S; Chattopadhyay, B; Kohli, M; Nandan, D; Adhish, S.(2010).OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOME OF TEENAGE AND OLDER PRIMIGRAVIDAS- A RETROSPECTIVE ANALYSIS. *Health and Population: Perspectives and Issues*, 33(1), 16-22.
- 35- Mayor, S.(2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7449):1152. Available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411126/>
- 36- Goonewardene, I; Deeyagaha Waduge, R. (2005). Adverse effects of teenage pregnancy. *Ceylon Medical Journal*,5(3), 116-120.
- 37- Leppälahti S; Gissler M; Mentula M; Heikinheimo,O.(2013).Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open*, 3(8), 2044-6055. Available at : DOI:10.1136/bmjopen-2013-003225
- 38- Leftwich, H; Alves, M.(2017). Adolescent Pregnancy. *Pediatric Clinics of North America*, 64(2): 381-388. Available at:
DOI: 10.1016/j.pcl.2016.11.007.
- 39- Pirkle, C; Sousa, A; Alvarado, B; Zunzunegui, M; and For the IMIAS Research Group. (2014). Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study. *BMC Public Health*, 14(1), 1-13. Available at: DOI: 10.1186/1471-2458-14-293
- 40- Cho, G; Shin, J; Yi, K; Park, H; Kim, T; Hur, J; Kim, S. (2012). Adolescent pregnancy is associated with osteoporosis in postmenopausal women. *Menopause*, 19(4), 456–460. Available at:
DOI: 10.1097/gme.0b013e3182337150

- 41- Wallace, J. (2019). Competition for nutrients in pregnant adolescents: consequences for maternal, conceptus and offspring endocrine systems. *Journal of Endocrinology*, 242(1), 1-19. Available at:
DOI: 10.1530/JOE-18-0670.
- 42- Lao, T; Ho, L.(2000). Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies. *Hum Reprod*, 15(2), 463-468. Available at:
DOI: 10.1093/humrep/15.2.463.
- 43- Korencan, S; Pinter, B; Grebenc, M; Verdenik, I.(2017). The Outcomes of Pregnancy and Childbirth in Adolescents in Slovenia. *Zdr Varst*, 56 (4), 268-275. Available at: <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0036>
- 44- Al-Haddabi, R; Al-Bash, M; Al-Mabaihsi, N; Al-Maqbali,N; Al-Dhughaihi, T; Abu-Heija, A. (2014). Obstetric and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnant Women Attending a Tertiary Teaching Hospital in Oman. *Oman Medical Journal*, 29(6), 399–403. Available at:
DOI: 10.5001/omj.2014.108
- 45- Romero, R; Dey, S; Fisher, S.(2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760–765. Available at:
DOI: 10.1126/science.1251816
- 46- Wilson, R; Alio, A; Kirby, R; Salihu, H. (2008). Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Arch Gynecol Obstet*, 278(3), 231–236. Available at: DOI: 10.1007/s00404-007-0557-4.
- 47- Beard, J.(2000). Iron requirements in adolescent females. *The Journal of Nutrition*, 130(2S Suppl), 440S-442S. Available at:
DOI: 10.1093/jn/130.2.440S.
- 48- Chandra, P; Schiavello, H; Ravi, B; Weinstein, A; Hook, F. (2002). Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet*, 79(2), 117-122. Available at: DOI: 10.1016/s0020-7292(02)00240-0
- 49- de Vienne, C; Creveuil, C; Dreyfusm M. (2009). Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 147(2), 151-156. Available at: DOI: 10.1016/j.ejogrb.2009.08.006.
- 50- Tsikouras, P; Dafopoulos, A; Trypsianis, G; Vrachnis, N; Bouchlariotou, S; Liatsikos, S; Dafopoulos, K; Maroulis, G; Galazios, G; Teichmann, A; Tempelhoff, G. (2012). Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(9), 1606–1611. Available at:
DOI: 10.3109/14767058.2011.648242

- 51- Ramaiya, A; Kiss, L; Baraitser, P; Mbaruku, G; Hildon, Z. (2014). A systematic review of risk factors for neonatal mortality in Adolescent Mother's in Sub Saharan Africa. BMC Research Notes, 7(750), 1–6. Available at: DOI: 10.1186/1756-0500-7-750.
- 52- Woodward, L; Fergusson, D; Horwood, L. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. Journal of Marriage and Family, 63(4), 1170–1184. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.01170.x>
- 53- Dutta, I; Joshi, P. (2013). Maternal and perinatal outcome in teenage vs. Vicenarian primigravidae - a clinical study. J Clin Diagn Res, 7(12), 2881-2884. Available at: DOI: 10.7860/JCDR/2013/7265.3783
- 54- منظمة الصحة العالمية (WHO). (٢٠١١). الزواج المبكر و حمل المراهقات وصغيرات السن. تقرير من الأمانة. متاح عبر الرابط: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81651>
- 55- World Health Organization.(2018). Adolescents: health risks and solutions. Fact sheets report. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- 56- صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA). (٢٠١٣). حالة سكان العالم ٢٠١٣. أمومة في عمر الطفولة. مواجهة تحدي حمل المراهقات. متاح عبر الرابط: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AR-SWOP13_0.pdf
- 57- Rexhepi, M; Besimi, F; Rufati, N; Alili, A; Bajrami, S; Ismaili, H. (2019). Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 7(5), 760-766. Available at: DOI: 10.3889/oamjms.2019.210
- 58- اليونيسف (٢٠٠٨). المسح العنقودي متعدد المؤشرات ٢٠٠٦. المكتب المركزي للإحصاء. اليونيسف، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، الجمهورية العربية السورية، الطبعة الثانية. المشروع العربي لصحة الأسرة. جامعة الدول العربية. متاح عبر الرابط: afakneswiah.org/wp-content/uploads/2020/02/Final_Report_Syria_ARB.pdf

59-

المجلس الأعلى للسكان (٢٠١٧). دراسة زواج القاصرات في الأردن. متاح عبر الرابط:
<https://hpc.org.jo/sites/default/files/HPC%20Child%20Marriage%20Arb.pdf>

60- Sathyabama, P. (2008). A study to assess the effectiveness of self-instructional module regarding prevention of puerperal sepsis on knowledge and practice of postnatal mothers in a selected hospital, bangalore. Dissertation protocol for PHD degree. Obstetrics and gynaecological nursing. University of the health sciences, Bangalore.

61- Masoumi, S; Kashanian, M; Arab, E; Sheikhsari, N; Arab, R. (2017). A comparison between pregnancy outcome in women in 15 to 19 and 20 to 35 years age group. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 31(1), 923-926. Available at: DOI: 10.14196/mjiri.31.140

62- Fleming, N; Ng, N; Osborne, C; Biederman, S; Yasseen, A; Dy, J; White, R; Walker, M. (2013). Adolescent Pregnancy Outcomes in the Province of Ontario: A Cohort Study. J Obstet Gynaecol Can, 35(3), 234-245. Available at: DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30995-6.

63- Vieira, C; Coeli, C; Pinheiro, R; Brand~ao, E; Camargo, K; Aguiar, F.(2012). Modifying Effect of Prenatal Care on the Association Between Young Maternal Age and Adverse Birth Outcomes. J Pediatr Adolesc Gynecol, 25(3), 185-189. Available at: DOI:10.1016/j.jpag.2011.12.070

64- Sulaiman, S; Othman, S; Razali, N; Hassan, J. (2013). Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. South African Journal of Obstetrics and Gynaecolog, 19(3),77-80.
Available at: DOI:10.7196/SAJOG.679

65- Yuce, T; Aker, S; Seval, M; Kalafat, E; Feride Soylemez, F. (2015). Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. North Clin Istanb, 2(2), 122–127. Available at: DOI: 10.14744/nci.2015.86158

66- Al-Ramahi, M; Saleh, S. (2006). Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. Arch Gynecol Obstet, 273(4), 207–210.
Available at: DOI: 10.1007/s00404-005-0055-5

67-

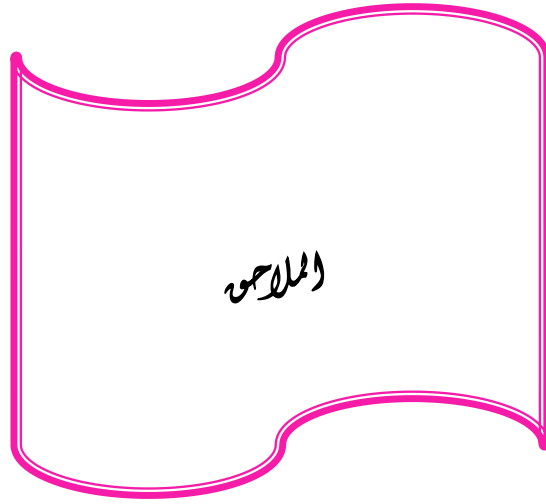
منظمة الصحّة العالمية (WHO). (٢٠١٥). صحّة الأمّ والوليد والأطفال والمراهقين. حمل المراهقات.
متاح عبر الرابط:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/ar/

- 68- Kirchengast, S. (2016). Teenage Pregnancies: A Worldwide Social and Medical Problem. book: An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues. Chapter 3. Corpus ID: 157701569, P: 13-30. Available at: DOI: 10.5772/65462
- 69- Chuang, J; Santelli, J; Soren, K. (2011). Pregnancy in Adolescence. Encyclopedia of Adolescence, 3, 231-236. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00127-7>.
- 70- Usynina, A; Postoev, V; Odland, J; Grjibovski, A. (2018). Adverse Pregnancy Outcomes among Adolescents in Northwest Russia: A Population Registry-Based Study. Int. J. Environ. Res. Public Health, 15(2), 1-12. Available at: DOI:10.3390/ijerph15020261
- 71- Sahin, E; Madendag, Y; Eraslan Sahin, M; Col Madendag, I; Acmaz G; Muderris, I. (2018). Does Young Maternal Age Have Any Adverse Effect on Maternal and Fetal Health? A Retrospective Case Control Study. Gynecol Obstet Reprod Med, 24(2), 60-64.
- 72- USTA, I; ZOOROB, D; ABU-MUSA, A; NAASSAN, G; NASSAR A. (2008). Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta Obstetrica et Gynecologica, 87(2), 178-183. Available at: DOI: 10.1080/00016340701803282
- 73- Gupta, N; Kiran, U; Bhal, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 137(2), 165–171. Available at: DOI: 10.1016/j.ejogrb.2007.06.013.
- 74- Kirbas, A; Gulerman, H; Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is it an obstetrical risk?. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29(4), 367-371. Available at: DOI: 10.1016/j.jpog.2015.12.010
- 75- Kassa, G; Arowojolu, A; Odukogbe, A; Yalew A. (2019). Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. PLoS ONE, 14(6), 1-20. Available at: DOI: 10.1371/journal.pone.0218259.
- 76- Adegbola, O; Sanusi, M. (2019). Teenage pregnancies: A few years wait until young adulthood is worthy of advocacy. journal of Clinical Sciences, 16(4), 120-124. Available at: DOI:10.4103/jcls.jcls_32_19.
- 77- Prasai, S. (2017). Consequences of Teenage Pregnancy in Kathmandu Valley. Journal of Institute of Medicine, 39(1), 110-115
- 78- Haldre, K; Rahu, K; Karro, H; Rahu, M. (2007). Is a poor pregnancy outcome related to young maternal age? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol ,131(1), 45-51.

- 79- Chen, X; Wen, S; Fleming, N; Demissie, K; Rhoads, G; Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368–373. Available at: DOI:10.1093/ije/dyl284
- 80- Raatikainen, K; Heiskanen, N; Verkasalo, P; Heinonen, S. (2006). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*, 16(2), 157–161. Available at: DOI:10.1093/eurpub/cki158.

الفصل السادس



الملحق (أ)

الاستبيان

جامعة تشرين

كلية التمريض

رقم الاستمارة:

استمارة استبيان أعدت لتقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحية في المركز الصحي الثامن التابع لوزارة الصحة في محافظة اللاذقية

الجزء الأول: يتضمّن البيانات الديموغرافية للأمهات

١- العمر (سنوات كاملة): (١٣-١٩) سنة (٢٠-٣٠) سنة

٢- مستوى التعليم : ابتدائي إعدادي ثانوي جامعي

٣- الحالة الاجتماعية: متزوجة مطلقة أرملة

٤- الحالة الاقتصادية: ضعيفة متوسطة جيدة

٥- مكان السكن: الريف المدينة

الجزء الثاني: يتضمّن تقييم الحالة الصحية للأمهات خلال الحمل الأول

٦- هل تلقّيت الرعاية الصحية أثناء الحمل : نعم لا

٧- إذا كانت الإجابة لا، فلماذا لا ؟

٨- إذا كانت الإجابة نعم، فأين تلقّيت الرعاية الصحية أثناء الحمل :

المركز الصحي العيادة النسائية الخاصة المشفى غيرها (حدد)

٩- في أيّ شهر من الحمل بدأت بتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل:

الثلث الأول الثلث الثاني الثلث الثالث

١٠- هل قمت بمراجعة المكان الذي تلقّيت فيه الرعاية الصحية أثناء الحمل بشكل دوريّ وحسب

إرشادات الطبيب: نعم لا

١١- إذا كانت الإجابة لا، فلماذا لا ؟

١٢- هل عانيت من أي مضاعفات خلال الحمل والولادة: نعم لا

الجزء الثالث: يتضمّن تقييم إمرضية الأمّهات خلال الحمل الأوّل

١٣- متى أصبت بالمضاعفات أثناء الحمل الأوّل:

الثلث الأوّل الثلث الثاني الثلث الثالث أثناء الولادة بعد الولادة

١٤- ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل :

(١) الأمراض القلبية أثناء الحمل:

اعتلال عضلة القلب مرض القلب الإقفاري قصور القلب

اللانظميات القلبية غيرها (حديدي)

(٢) الأمراض الإنتانية أثناء الحمل:

إنتانات الدم الإنتانات المهبلية إنتانات الرحم

التهابات المعدة والأمعاء الحادة

غيرها (حديدي)

(٣) أمراض الجهاز البولي أثناء الحمل:

إنتانات المجاري البولية إنتان الحويضة والكلية الحلمي

إنتان المثانة الحاد حرقة متكررة في التبول

السلس البولي زيادة عدد مرات التبول

القصور الكلوي غيرها (حديدي).....

(٤) نزوف الحمل المبكرة:

لأسباب توليدية: التهديد بالإجهاض الحمل الهاجر الرحي العدارية

نزوف التعشيش نزوف الغشاء الساقط

لأسباب غير توليدية: سرطان عنق الرحم بوليب عنق الرحم دوالي في المهبل أو العجان

بواسير شرجية سرطانات الشرج سرطانات المثانة

٥) نزوف الحمل المتأخرة:

□ انفكاك المشيمة الباكر □ أسباب توليدية: □ ارتكاز المشيمة المعيب

□ أدية في عنق الرحم (تمزق أو تهتك) □ أدية في المهبل (تمزق أو تهتك)

□ أسباب غير توليدية: □ سرطانات المهبل أو عنق الرحم □ بوليب عنق الرحم

□ تمزق الدوالي في المهبل أو العجان □ الشق الشرجي

□ البواسير شرجية □ سرطانات الشرج □ سرطانات المثانة

٦) اضطرابات السائل الأمنيوسي: □ زيادة السائل الأمنيوسي □ قلة السائل الأمنيوسي

□ تعقي السائل الأمنيوسي □ تدمي السائل الأمنيوسي

٧) المجيئات المعيبة: □ المجيء المقعدي التام □ المجيء المقعدي الناقص بالطراز الإليوي

□ المجيء المقعدي الناقص بالطراز الركبي □ المجيء المقعدي الناقص بالطراز القمي

□ المجيء معترض

٨) مضاعفات أخرى:

□ انتفاخ أو تورم مفاجئ في اليدين □ انتفاخ أو تورم مفاجئ في القدمين □ انتفاخ أو تورم مفاجئ في الوجه

□ الإقياءات الحمية المعندة □ اليرقان الحلمي □ الصداع مستمر

□ الاضطرابات البصرية (تشوش و عدم وضوح الرؤية) □ الإغماء

□ الحمى □ فقر الدم □ الداء السكرى الحلمي

□ ارتفاع ضغط الدم الحلمي □ الانسمام الحلمي (ما قبل الارتعاج - ارتعاج)

□ انضغاط الحبل السري □ تأخر نمو الجنين داخل الرحم □ مخاض مبكر انتهى بولادة مبكرة

□ تمزق الأغشية الباكر □ المخاض المديد □ غيرها (حدي).....

١٥- ما هي المضاعفات التي حدثت أثناء الولادة:

□ عسرة الولادة □ تمزق في المهبل □ تألم الجنين أثناء المخاض

□ تدلي الحبل السري □ تدلي الأطراف □ ألم شديد أثناء الولادة

□ الصدمة □ انقلاب الرحم □ الخمج خلال الولادة

□ غيرها (حدي)

١٦- ما هي المضاعفات التي حدثت بعد الولادة:

- (١) النزوف بعد الولادة: يوجد لا يوجد
- (٢) صعوبات عملية الإرضاع: احتقان الثدي تشقق الحلمة
- إنتان الثدي خراجات الثدي
- (٣) مشاكل بولية: انحباس البول عدم القدرة على إفراغ المثانة كلياً
- السلس البولي غيرها (حديدي).....
- ١٧- هل تلقيت الرعاية الصحيّة بعد الولادة: نعم لا

١٨- إذا كانت الإجابة نعم ، فأين تلقيت الرعاية الصحيّة:

- المركز الصحيّ العيادة النسائية الخاصّة المشفى غيرها (حديدي).....
- ١٩- من قدم لك هذه الرعاية الصحيّة:

- الطبيب/ة الممرض/ة القابلة غيرها (حديدي).....

٢٠- إذا كانت الإجابة لا، ما الذي منعك من تلقيّ الرعاية الصحيّة ؟

٢١- هل ما زلت تعانيين من نفس المضاعفات التي تعرضت لها خلال الحمل الأوّل: نعم لا

٢٢- إذا كانت الإجابة لا ، إلى متى استمرت هذه المضاعفات ؟

٢٣- حسب رأي الأمّهات ما هو أفضل سنّ للحمل والولادة:

- (١٣-١٩) سنة (٢٠-٣٠) سنة أكثر من ذلك

الملحق (ب)

خطة البحث



وزارة التعليم العالي

جامعة تشرين

كلية التمريض

قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة

مخطط بحث مقدم للتسجيل بدرجة الماجستير بعنوان:

تأثير الحمل و الولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات
على الحالة الصحيّة

**Effect of Pregnancy and Childbirth among Young
Mothers versus Adult ones on the Health Status**

إعداد الطالبة:

آلاء عماد الدين الأحمد

اختصاص تمريض الأمومة وصحة المرأة

المشاركة بالإشراف

إشراف

د. عفاف عيسى نظام

د. نسرين محي مصطفى

مدرس في قسم تمريض الأمومة و صحة المرأة

أستاذ مساعد في قسم تمريض الأمومة و صحة

كلية التمريض

المرأة كلية التمريض

ملاحظة: خطة البحث قابلة للتعديل حسب متطلبات البحث وتوجيهات المشرفين ٢٠١٩

المقدمة

(Introduction)

يعدّ الحمل والولادة عند المراهقات من أكثر الظواهر شيوعاً، وهو مشكلة مشتركة للصحة العامة في جميع أنحاء العالم؛^(١) حيث يؤثّر عمر الأمهات على نتائج الحمل وقد يؤدي إلى زيادة المراضة والوفيات عندهن وعند مواليدهن.^(٢) وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية لمرحلة المراهقة فإنّها تعدّ فترة نموّ الإنسان ونمائه التي تعقب مرحلة الطفولة وتسبق مرحلة البلوغ في عمر يتراوح بين (١٠-١٩) سنة.^(٣) كما وعرفت منظمة اليونسيف عام ٢٠٠٨ حمل المراهقات على أنّه حمل الفتاة عندما تكون في سنّ (١٩-١٣) سنة .^(٤)

يعطلّ حمل وولادة المراهقات عملية النموّ الطبيعيّة لفتاة من الطفولة إلى المراهقة حتّى النضج، والأمّ المراهقة تكون غير مهينة جسدياً ونفسياً للتعامل مع الحمل وضغوطاته ومتطلّباته الغذائيّة،^(٢، ٥) كما ويؤثّر حمل المراهقات سلباً على المجتمعات؛ حيث تضطر الكثير من المراهقات الحوامل إلى التخلي عن الدراسة، وهو ما يخلف آثاراً طويلة الأجل عليهن كأشخاص وعلى أسرهن ومجتمعاتهن، فالأمهات غير قادرات على تربية أبنائهن بشكل سليم كون الأمّ أصلاً بحاجة إلى رعاية وتربية.^(٦)

وفقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٨ تبين وجود ١٦ مليون ولادة بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهنّ بين (١٩-١٥) سنة؛ أي بنسبة ١١% من جميع الولادات في جميع أنحاء العالم، وقد انخفض المعدّل العالمي للولادات بين المراهقات من ٦٠ لكلّ ١٠٠٠ مراهقة في عام ١٩٩٠ إلى ٤٨ لكلّ ١٠٠٠ مراهقة في عام ٢٠٠٧ ومع أنّ معدّلات الولادة عند المراهقات آخذة في التراجع إلا أنّ العدد المطلق للولادات انخفض بوتيرة أقلّ وذلك بسبب ارتفاع نسبة المراهقات وتشير التقديرات الدولية

إلى أن أكثر من ٦٠ مليون امرأة من الفئة العمرية (٢٠-٢٤) سنة في جميع أنحاء العالم تزوجن قبل بلوغ سن ١٨ عام^(٧).

بحسب صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) واحدة من كل خمسة مراهقات ستلد كل عام؛ حيث أن الحمل والولادة يمثلان عبئاً صحياً للنساء في سنوات الإنجاب، وسبباً رئيساً للإعاقة والموت بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة في جميع أنحاء العالم^(٢)، وفي الفترة الواقعة بين (٢٠١١-٢٠٢٠) أكثر من ١٤٠ مليون فتاة ستتزوج قبل عمر ١٨ سنة و ٥٠ مليون منهن تحت سن ١٥ سنة، أي ١٤.٢ مليون فتاة سنوياً أو ٣٩ ألف فتاة يومياً^(٨).

تتعدد عوامل الخطر المؤدية لحدوث حمل المراهقات ومن أهمها الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مكان إقامة الأم، الحالة الاقتصادية والفقر، رفض الأسرة وترك الزوج .

حيث تؤثر الحالة الاجتماعية على نتائج الحمل والحالة الصحية للأمهات المراهقات، فالأم المراهقة الوحيدة تفتقر لموارد الخدمات الصحية الكافية، مما يؤدي إلى غياب الرعاية والتثقيف الصحي الضروريين خلال الحمل مما يؤثر بشكل كبير على نتائج الحمل ويؤدي لزيادة المراضة ومخاطر الوفاة لكل من الأم والطفل^(٢).

أما مستوى التعليم لدى الأم المراهقة يؤثر على نوع الرعاية التي تحصل عليها أثناء الحمل وعلى اختيار مكان الولادة، كما أن نقص المعرفة الجنسية والمعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ونقص المهارات اللازمة لتطبيق تلك المعرفة سيعرض الأمهات لمخاطر الحمل^(٩).

أظهرت الدراسات أن مكان إقامة الأم له دور كبير في معدل انتشار الزواج و الحمل المبكر عند الإناث؛ حيث ترتفع نسب الحمل بعمر المراهقة في المناطق الريفية مقارنة مع المناطق الحضرية^(١٠).

ويؤثر مكان الإقامة في إمكانية الوصول إلى الخدمات والمساعدة أثناء الولادة؛ حيث توفّر المناطق الحضرية أفضل المرافق الصحيّة ووفرة في وسائل النقل. (٩)

يرتبط الفقر والحالة الاقتصادية بارتفاع معدّل حمل المراهقات؛ (١١) إذ يؤثّر على استعداد الأمّ المراهقة لطلب الرعاية الصحيّة خلال الحمل، وعلى اختيار مكان الولادة، وتناول الأطعمة المغذية أثناء الحمل و بعد الولادة ممّا يزيد من المضاعفات المتوقعة خلال هذه الفترات. (٩)

أما رفض الأسرة وترك الزوج للأمّ المراهقة يؤدي لتدهور حالتها الصحيّة وعدم الحصول على الموارد المتاحة والدعم اللازم. (١٢)

يعرّض الحمل الأوّل في سنّ مبكّرة صحّة الأمّ المراهقة للخطر؛ إذ إنّ المضاعفات الناتجة عن الحمل والولادة هي سبب رئيس للوفاة والمرض بين الأمّهات المراهقات في جميع أنحاء العالم، وتسهم في ٢٣% من عبء المرض الإجمالي، (٧) وتتمثّل هذه المضاعفات ب: (الحمّى، الصداع المفرط، فقر الدم، الإقياء الشديد، ارتفاع ضغط الدم، مقدمات الارتعاج، مرض السكّري الحلمي، الأمراض المنقولة بالجنس، الولادة المبكّرة، الناسور التوليدي، النزف، اكتئاب ما بعد الولادة، انخفاض وزن الطفل عند الولادة، موت الطفل،.... إلخ). (٩)

في دراسة أجراها (Sekiwunga Richard) في عام ٢٠١٠ لدراسة تأثير حمل وولادة المراهقات على الحالة الصحيّة للأمّهات الصغيرات في منطقة بوسيا في شرق أسيا تبين أنّ حالة حمل وولادة المراهقات لا تزال مشكلة كبيرة وتؤثّر على صحّة الأمّهات الصغيرات وعلى صحّة أطفالهن، وأنّ سلوكيات طلب الرعاية الصحيّة قبل الولادة لدى الأمّهات الصغيرات لا تزال ضعيفة، وأنّ ١٠% من هذه الولادات تتمّ دون أيّ شكل من أشكال المساعدة قبل وأثناء الولادة، كما تبين وجود ارتباط كبير بين العمر وبين كلّ من نتائج الحمل والسعي لطلب العلاج خلال الحمل الأوّل وتطوير المضاعفات الصحيّة المتعلقة بالحمل؛ حيث أنّ ٦٦% من الأمّهات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٢٤) سنة سعين لطلب

المساعدة الطبية مقابل ٣٧% للفئة العمرية من (١٥-١٩) سنة، و٦٢.٨% من الأمهات المراهقات تعرضن للمضاعفات خلال الحمل الأول، وفي دراسة (Simoes et al 2003 , Desilva et al 2003) لاحظ أن المراهقات اللواتي أعمارهن أقل من ١٨ سنة لديهن أعلى نسب لانخفاض الوزن عند الولادة والولادة المبكرة ومعدلات وفيات الأمهات والأطفال، وفي دراسة أخرى أجراها (Moore) في عام ١٩٩٥ وجد أن الإنجاب المبكر والنتائج الصحية السيئة لم تكن ناتجة عن العمر بل ترجع إلى العديد من عوامل الخطر مثل عدم كفاية الرعاية السابقة للولادة وعدم كفاية التغذية.^(١٣)

يمكن التقليل من مخاطر حمل المراهقات عن طريق الترويج لفكرة منع الحمل، وزيادة استخدام وسائل منع الحمل، وزيادة التغطية بخدمات التنقيف الصحي حول المشاكل المتعلقة بالصحة بشكل عام و بالصحة الإنجابية والجنسية والتفسيية بشكل خاص، الحق في الحصول على التعليم، وتوسيع نطاق حصول الأم المراهقة على خدمات الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الولادة.^(٧)

تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها ستوفر معلومات عن تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات والمضاعفات المرتبطة بها ومقارنتها بالجمال والولادة عند الأمهات الكبيرات، مما يساهم في تحسين صحة الأمهات والحد من وفيات الأمهات والأطفال، خاصة بعد زيادة انتشار هذه الظاهرة في سوريا خلال الحرب بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية وظروف النزوح والفقير.

نظراً للنقص في المعلومات حول هذا الموضوع في الوطن العربي وفي سوريا خصوصاً، وبسبب قلة الأبحاث العربية المنشورة حول هذا البحث جاءت دراستنا لتقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحية .

هدف البحث

(Aim of research)

- تقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحيّة

سؤال البحث

(Question of research)

- ما هو تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيريات مقابل الأمهات الكبيريات على الحالة الصحيّة؟

التعاريف الإجرائية

(Operational Definitions)

٤. الأمّهات الصغيرات: هنّ السيدات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (١٣-١٩) سنة.

٥. الأمّهات الكبيرات : هنّ السيدات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٣٠) سنة.

٦. الحالة الصحيّة : تتضمّن حالة السلامة الجسدية عند الأمّهات.

طرق ومواد البحث

(Materials and methods)

أولاً : المواد (Materials) :

• تصميم البحث (design) :

دراسة وصفية.

• المكان (setting) :

المركز الصحي الثامن التابع لوزارة الصحة في محافظة اللاذقية.

• عينة البحث (sample) :

سيجرى هذا البحث على عينة من السيدات وقدرها ٢٠٠ سيّدة ، سيتم اختيارهن بطريقة الاعتيان العشوائي

الملائم ممن يراجعن المكان السابق الذكر، وستقسم العينة على مجموعتين:

٣- المجموعة الأولى: تتألف من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (١٣-١٩) سنة.

٤- المجموعة الثانية: تتألف من ١٠٠ سيّدة تتراوح أعمارهنّ بين (٢٠-٣٠) سنة.

مواصفات العينة :

٣- بكريّة (Primipara) : وهي السيّدة التي ولدت لأول مرّة .

٤- سيتمّ مقابلة الأمّهات بعد الولادة (١-٣) شهور .

أداة البحث (Tool) :

سيتم تطوير الأداة من قبل الباحثة بالاعتماد على استعراض المراجع ذات الصلة ، وهي عبارة عن استمارة استبيان مكونة من ثلاثة أجزاء :

الجزء الأول : يتضمّن بيانات ديموغرافية عند المراهقات مثل : (العمر، الإقامة ، مستوى التعليم ، عدد الأطفال الذين أنجبتهن السيّدّة ، الحالة الاجتماعية ، الحالة الاقتصادية ، ...إلخ).

الجزء الثاني : يتضمّن تقييم الحالة الصحيّة للأمهات خلال الحمل الأول مثل : (تلقيّ الرعاية السابقة للولادة (متابعة الحمل) ، مكان تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، في أيّ شهر من الحمل بدأ تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، عدد مرات تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، حدوث المضاعفات خلال الحمل ،...إلخ).

الجزء الثالث : يتضمّن تقييم إمراضية الأمهات خلال الحمل الأول مثل : (الإمراضية خلال الثلث الأول من الحمل (١-٣ أشهر) ، الإمراضية خلال الثلث الثاني من الحمل (٤-٦ أشهر) ، الإمراضية خلال الثلث الثالث من الحمل (٧-٩ أشهر) ، الإمراضية أثناء الولادة ، الإمراضية بعد الولادة ، ..إلخ).

ثانياً: طرائق البحث (Methods) :

- ١- سيتم الحصول على الموافقات اللازمة للقيام بهذا البحث.
- ٢- سيتم إجراء دراسة استرشادية (pilot study) على عينة مكونة من ٢٠ سيّدة للتأكد من وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها وسيتم إجراء التعديلات اللازمة عليها.
- ٣- سيتم الحصول على موافقة كلّ سيّدة ستشارك بالبحث بعد شرح هدف البحث والفائدة منه والتأكيد على حقهم في رفض المشاركة في البحث أو الانسحاب منه.
- ٤- سيتمّ مقابلة السيّدات وتطبيق الجزء الأول من الأداة على كامل عينة البحث ويتضمّن هذا الجزء المعلومات الديموغرافية عند المراهقات مثل : (العمر، الإقامة ، مستوى التعليم ، عدد الأطفال الذين أنجبتهم السيّدة ، الحالة الاجتماعية ، الحالة الاقتصادية ،...إلخ).
- سيتمّ تطبيق الجزء الثاني من الأداة على كامل عينة البحث، ويتضمّن هذا الجزء تقييم الحالة الصحيّة للأمهات خلال الحمل الأول مثل: (تلقيّ الرعاية السابقة للولادة (متابعة الحمل) ، مكان تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، في أيّ شهر من الحمل بدأ تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، عدد مرات تلقيّ الرعاية السابقة للولادة ، حدوث المضاعفات خلال الحمل ،...إلخ).
- سيتمّ تطبيق الجزء الثالث من الأداة على كامل عينة البحث، ويتضمّن تقييم إمرضية الأمهات خلال الحمل الأوّل مثل: (الإمرضية خلال التّالث الأوّل من الحمل (١-٣ أشهر) ، الإمرضية خلال التّالث الثاني من الحمل (٤-٦ أشهر) ، الإمرضية خلال التّالث الثالث من الحمل (٧-٩ أشهر) ، الإمرضية أثناء الولادة ، الإمرضية بعد الولادة ، ...إلخ).
- ٥- سيتمّ تفرغ البيانات وجدولتها باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة.

النتائج

(Resulte)

- ستتمّ جدولة البيانات التي تمّ جمعها وتحليلها باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة.

المناقشة

(Discussion)

- ستتمّ مناقشة نتائج البحث بما ينسجم مع الهدف من الدراسة والدلالات الإحصائية المهمّة ومقارنتها بنتائج الأبحاث الأخرى.

الخلاصة والتوصيات

(Conclusion and recommendations)

- الخاتمة والتوصيات سوف يتمّ تطويرها من نقاط المناقشة.

المراجع

(Reference)

1. UNFPA-Uganda, (1995). A Situation Analysis of Key areas affecting the Health and reproductive status of women in Uganda. (un published)
2. MOH, (2000), National Adolescent Health Policy (draft), Kampala: Ministry of Health
٣. منظمة الصّحة العالمية (WHO) . صّحة المراهقين . متاح عبر الرابط :
https://www.who.int/topics/adolescent_health/ar/
4. Unicef.2008. Young People and Family Planning: Teenage Pregnancy. FACT SHEET. Available at URL :
https://www.unicef.org/malaysia/Teenage_Pregnancies_-_Overview.pdf
5. Ayiga, N., Mulindwa, I., Neema, S., Ahimbisimbwe, F., (2000). Adolescent sexual and reproductive health study in Uganda; Report for Soroti district. (un published)
٦. منظمة الصّحة العالمية (WHO) . صّحة الأمّ والوليد و الأطفال والمراهقين. متاح عبر الرابط:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/ar/
٧. منظمة الصّحة العالمية (WHO). ٢٠١١. الزواج المبكّر و حمل المراهقات وصغيرات السنّ . متاح عبر
الرابط:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81651>

٨. منظمة الصحة العالمية (WHO) . مركز وسائل الإعلام . زواج الأطفال . متاح عبر الرابط:

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/ar/

9. Behm, H. (1980). "Socio-economic determinants of mortality in Latin America. Population Bulletin, UN Publication. No. ST/ESA/Se N/13

10. Groenen, Riet ;Mehta, Suman Roque. Francisco (1998). "Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region". United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific.

11. Gardiner, K. N. ; Besharov. D. J (1997). "Trends in Teen Sexual Behavior". Children and Youth Services Review. 19 (5-6): 341-367. .DOI: 10.1016/S0190-7409 (97)00022-4

12. Sekiwunga, R., Mulumba, R., (2003). "She will grow with her husband": A study of factors contributing to early pregnancies and marriages Among Adolescent girls in Busia district, (un published).

13. Richard, K (2010). **Impact of Teenage Pregnancies and Childbirth on the Health Status of Young Mothers in Busia District, East Afric** . Maste thesis in of Science in Population and Reproductive Health , Makerere University: Kampala, Uganda

Abstract

Introduction:

Pregnancy at a young age is one of the most common phenomena in many societies and one of the most important health and social problems around the world, and it is known as the pregnancy of a girl when she is (13-19) years old, and pregnancy differs during this period from that of other age groups, and it is associated with many complications of serious pregnancy and childbirth that are higher for young mothers compared with adult mothers, and among these complications: anemia, urinary tract infections, dystocia, cephalopelvic disproportion, preterm delivery, postpartum haemorrhage, breast engorgement, puerperal sepsis, obstetric fistula and death. And the nursing staff has an important role by providing integrated health care, advice and health education for pregnant mothers of all ages and locations. And due to the lack of information about the impact of pregnancy and childbirth on young mothers and the associated complications, our study came to assess the impact of pregnancy and childbirth in young mothers versus older mothers on the health status.

Aim of Research:

Assessment of the effect of pregnancy and childbirth among young mothers versus adult ones on the health status .

Materials and Methods:

Research Design: descriptive research.

Setting and time of research: This research was conducted in the Eighth Health Center (in the vaccine clinic) of the Ministry of Health in Lattakia Governorate, during the period of time from 24/11/2019 to 10/6/2020 AD.

Research sample: This research was conducted on 200 women, and the sample was divided into two groups:

- 1- The first group: it consisted of 100 women aged between (13-19) years.
- 2- The second group: it consisted of 100 women aged between (20-30) years.

Specifications of the sample :

- 1- Primipara: the woman who was give birth for the first time.
- 2- The mothers were interviewed during (1-3) months after giving birth.

Research tool: The search tool included a questionnaire consisting of three parts:

The first part: includes demographic data (age, level of education, marital status, economic status, place of residence).

The second part: it included assessing the health status of mothers during pregnancy.

The third part: included the assessment of maternal morbidity during the first pregnancy.

Results of research:

The results of the current study showed that young mothers have a higher rate of: delays in seeking health care during pregnancy and don't follow up the visits periodically according to the doctor's instructions, and in the occurrence of anemia, breast engorgement and cracked nipple and in the continuing complications after childbirth compared with adult mothers.

Key words: pregnancy, childbirth, young mothers, adult mothers, health status.



Syria Arab Republic
High Education Ministry
Tishreen University
Faculty Of Nursing



Effect of Pregnancy and Childbirth among Young Mothers versus Adult ones on the Health Status

A Dissertation To Have a Master Degree Maternity And Women's Health Nursing

Prepared By:

Aalaa Emad Al-Din Al-Ahmad

Supervised By:

Chief Supervisor:
Dr.Nisreen Mostafa

2021