

## تأثير الحمل و الولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرات على الحالة الصحية

\*\*\*آلاء عماد الدين الأحمد

\*\*د. عفاف نظام

\*\*د. نسرين مصطفى

(الإيداع: 29 أيلول 2020 ، القبول: 25 كانون الثاني 2021)

## الملخص:

يعد الحمل في سن صغيرة من أكثر الظواهر شيوعاً في عدد من المجتمعات وأحد أهم المشكلات الصحية والاجتماعية بالنسبة إلى الأم والأسرة والمجتمع والعاملين الصحيين والحكومات في جميع أنحاء العالم، لأنه يترافق بحدوث كثير من المضاعفات الخطيرة المرتبطة بالحمل والولادة والتي تكون أعلى لدى الأمهات الصغيرات مقارنةً بالأمهات الكبيرات، لذا أجريت الدراسة الوصفية الاسترجاعية الحالية لتقييم تأثير الحمل والولادة على الحالة الصحية لدى عينة مكونة من 200 سيدة في المركز الصحي الثامن، تم اختيارهن بطريقة العينة المتاحة، وجمعت البيانات باستخدام استبيان طوره الباحثة. وقد أظهرت النتائج أن لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من التأخر في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، وفي حدوث فقر الدم واحتقان الثدي وتشقق الحلمة، وفي استمرار المضاعفات بعد الولادة بالمقارنة بالأمهات الكبيرات. وأوصت الدراسة بإجراء دورات تثقيفية لتوعية السيدات حول المخاطر المرتبطة بالحمل في سن صغيرة على الحالة الصحية للأم، بالإضافة إلى إجراء دراسة مشابهة أوسع وأشمل على مستوى القطر عن تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبيرة في الحالة الصحية للأم.

الكلمات المفتاحية: الحمل، الولادة، الأمهات الصغيرات، الأمهات الكبيرات، الحالة الصحية.

\*أستاذ مساعد، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\* مدرس، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*\* طالبة دراسات عليا (ماجستير)، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

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

\*D. Nisreen Mostafa    \*\*Dr. Afaf Nezam    \*\*\*Aalaa Emad Al–Din Al–Ahmad

(Received: 29 September 2020, Accepted: 25 January 2021)

### Abstract:

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 for the mother, family, society, health workers and governments around the world, and It is associated with the occurrence of many serious complications associated with pregnancy and childbirth, which are higher in young mothers compared to Adult mothers, Therefore, the present retrospective descriptive study was conducted to assess the effect of pregnancy and childbirth on the health status of a sample of 200 women in the Eighth Health Center, and they were chosen by the convenience sample method, and the data were collected using a questionnaire developed by the researcher. The results showed that young mothers have a higher rate of: delays in seeking health care during pregnancy, and in the occurrence of anemia, breast engorgement and cracked nipple and in the continuation of complications after childbirth compared with adult mothers. And the study recommended conducting educational courses to educate women about the risks associated with pregnancy at a young age on the health status of the mother, in addition to conducting a similar, broader and more comprehensive study at the country level on the effect of pregnancy and childbirth among young mothers versus Adult mothers on the health status of the mother.

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

---

\*Associate Professor, Department of Maternity And Women's Health Nursing, Faculty Of Nursing ,Tishreen university, Lattakia, Syria.

\*\*Teacher, Department of Maternal Nursing and Women's Health, College of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## I – المقدمة:

يعتبر الحمل والولادة أحد أهم الفترات التي تستلزم التكيف الجسدي والعقلي والاجتماعي والاقتصادي في حياة السيدات، وتتأثر هذه الفترة بالعديد من العوامل منها: عدد مرات الحمل، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، ومؤشر كتلة الجسم، وعمر الأم الذي يعد من أهم هذه العوامل. يتراوح العمر الآمن والمناسب للحمل والولادة بين 20-29 سنة، ويعتبر الحمل خارج إطار

هذا العمر عامل خطر لزيادة معدلات المراضة والوفيات عند كل من الأم والطفل. [1,2,3]

يعد الحمل في سن صغيرة حملاً عالي الخطورة بسبب العبء المزدوج للنمو والتكاثر على الأم، فالأمهات الصغيرات غير مهنيات جسدياً ونفسياً للتعامل مع الحمل وضغوطه ومتطلباته الغذائية، وقد عرّفت منظمة اليونسيف في عام 2008 حمل المراهقات بأنه حمل الفتاة عندما تكون في سن (13-19) سنة، يختلف الحمل خلال هذه الفترة عنه في الفئات العمرية الأخرى، ويرتبط بزيادة حدوث العديد من المضاعفات الخطيرة التي تمثل السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في الفئة العمرية 15 – 19 سنة في جميع أنحاء العالم. [4,5,6,7]

فسّرت العلاقة بين صغر عمر الأم وزيادة خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة لدى الأمهات الصغيرات عبر عدة آليات؛ منها: عدم النضج الجسدي، حيث أن أجسام الأمهات الصغيرات ما تزال تنمو وليست ناضجة بشكل كامل مما يزيد من سوء التغذية من خلال التنافس بين الأم والجنين على احتياجات الطاقة والعناصر الغذائية المختزنة في أجسام الأمهات واللازمة للنمو الكافي عندهما وبالتالي حرمانهما من التغذية الكافية. وعدم نضج العمر النسائي للأمهات الصغيرات؛ أي عمر الحيض الأقل من عامين، ويعرّف العمر النسائي بأنه العمر الزمني بالسنوات عند الحمل ناقص العمر الزمني عند الحيض، وهو مؤشر مهم على النضج الفيزيولوجي، حيث يقترن العمر النسائي المنخفض مع عدم نضج الرحم وضعف الإمداد الدموي لعنق الرحم وقصر عنق الرحم (أقل من 25 ملم)، بالإضافة إلى عدم التناسب بين حوض الأم غير الناضج والجنين الكامل العمر الحلمي، فمن المعروف أن بنية الحوض الأنثوية تصل لمرحلة النضج الكافية بعد عامين من الحيض. [5,8,9,10,11]

تتمثل أهم المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة لدى الأمهات الصغيرات ب: الإجهاض التلقائي، واضطرابات ضغط الدم الحلمي، والأمراض المرتبطة بالجنس، والتهابات المسالك البولية التناسلية، والتهابات الحويضة والكلية، والإنتان النفاسي، والتهاب بطانة الرحم النفاسية، وتمزق الأغشية الباكر، والولادة المبكرة، والولادة المهبلية الجراحية، والمخاض المديد، وعسرة المخاض، وبضع الفرج، والولادة القيصرية، وعدم التناسب الرأسي الحوضي، وفقر الدم، والجنين الأصغر من العمر الحلمي، والنواسير، ووفيات الأمهات. [4,12,13,14,15]

كما يرتبط حمل الأمهات الصغيرات مع عواقب صحية طويلة الأمد على صحة الأم مع تقدمها في العمر، فعندما تبدأ الأم بالإنجاب في سن صغيرة يمكن أن تحدث تغييرات فيزيولوجية دائمة تزيد من خطر الإصابة ب: الأمراض المزمنة وارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية والوعائية، وضعف الأداء البدني في سن الشيخوخة، وهشاشة العظام لدى النساء بعد انقطاع الطمث. [16,17]

أجريت العديد من الدراسات السابقة لتقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات على الحالة الصحية منها الدراسة التي أجراها (Rexhepi et Al.,2019) في مقدونيا والتي أظهرت أن لدى الأمهات الصغيرات معدلات أعلى من التهابات المسالك البولية وفقر الدم والمخاض العفوي وخطر أقل من الولادة المهبلية الجراحية، بينما كان لدى الأمهات الكبيرات معدلات أعلى من تمزقات العجان وعنق الرحم والولادة القيصرية، ولم يكن هناك اختلاف في معدل حدوث انفكاك المشيمة الباكر وارتكاز المشيمة المعيب وارتفاع ضغط الدم الحلمي ومقدمات الإرتجاج وتمزق الأغشية الباكر والولادة المبكرة، كما أظهرت النتائج أن حمل الأمهات الصغيرات مرتبط بنقص الرعاية السابقة للولادة مقارنة مع الأمهات الكبيرات. كما بينت الدراسة التي أجرتها (Al-Haddabi et Al.,2014) في عمان أن لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات

نسبة أعلى من الولادة المبكرة جداً (أقل من 32 أسبوع) وتمزق الأغشية الباكر وفقر الدم وقلة السائل الأمنيوسي، ولم يكن هناك اختلاف في معدل حدوث الولادة المبكرة (32 – 36 أسبوع) وارتفاع ضغط الدم الحلمي ومقدمات الإرتعاج وزيادة السائل الأمنيوسي. [19,18]

يلعب الكادر التمريضي دوراً هاماً وحيوياً في رعاية الأمهات الحوامل في جميع أعمارهن وأماكن تواجدهن، ونظراً 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 والاكتشاف المبكر للمضاعفات والإحالة المبكرة للتقليل من هذه المخاطر لديهن، كما يقوم بتقييم البيئة الصحية والاجتماعية والثقافية للأم، ويقدم المعلومات حول أهمية متابعة الفحوصات أثناء الحمل بانتظام وحول المضاعفات التي تتعرض لها الأم والطفل نتيجة عدم كفاية الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة، ويضع خطط الرعاية التمريضية المناسبة للوقاية والعلاج والتتقيف بخصوص المشاكل التي تحدث أثناء الحمل والولادة، كما يقوم بالتوعية والتتقيف حول الصحة العامة والجنسية والإنجابية، 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 ولتجنب حالات الحمل الغير مرغوب بها. [21,20]

## 2- أهمية البحث وأهدافه:

**2-1 أهمية البحث:** يتضح مما سبق أن الحمل في سن صغيرة يرتبط بزيادة حدوث العديد من المضاعفات الصحية الخطيرة، لهذا تحتاج السيدات والمجتمع والكادر التمريضي إلى معرفة التأثيرات المرتبطة بالحمل والولادة خلال هذه المرحلة العمرية، خاصة بعد زيادة انتشار هذه الظاهرة في سوريا خلال الحرب بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية وظروف النزوح والفقر، ومن هنا تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها ستوفر معلومات عن تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبار على الحالة الصحية، مما يساهم في التأسيس لقاعدة بيانات مهمة يمكن الاستناد عليها عند إجراء المزيد من الأبحاث المتعلقة بموضوع هذا البحث عند تصميم البرامج التثقيفية للسيدات، وتعزيز المعرفة بالمشكلة مما يساهم في تحسين صحة الأمهات والحد من وفيات الأمهات والحد قدر الإمكان من زيادة انتشار هذه الظاهرة، كما أن هذه الدراسة ستشكل إضافة للأدب النظري حول تأثيرات الحمل والولادة على الحالة الصحية عند الأمهات الصغيرات في ظل قلة الأبحاث العربية والافتقار للدراسات التمريضية المحلية حول هذا الموضوع.

**2-2 هدف البحث:** تقييم تأثير الحمل والولادة عند الأمهات الصغيرات مقابل الأمهات الكبار على الحالة الصحية.

## 2-3 التعاريف الإجرائية:

**الحالة الصحية:** يقصد بها مجموعة من المضاعفات والمشاكل الصحية التي قد تحدث عند السيدات خلال الحمل والولادة، وقد قامت الباحثة بتحديدتها بشكل مفصل في أداة البحث.

## 3- طريقة البحث و مواده:

**3-1 تصميم البحث:** تم استخدام منهجية البحث الوصفي الاسترجاعي.

**3-2 مكان وزمان البحث:** أجري هذا البحث في المركز الصحي الثامن التابع لوزارة الصحة في محافظة اللاذقية، في الفترة الزمنية الممتدة من 2019/11/24 وحتى 2020/3/10.

**3-3 عينة البحث:** تم إجراء هذا البحث على عينة قوامها 200 سيدة، تم اختيارهن بطريقة العينة المتاحة من السيدات اللواتي يراجعن المركز الصحي، وحسب عمر السيدة تم اختيار أول 100 سيدة ممن تتراوح أعمارهن بين (13-19) سنة ليكونوا في المجموعة الأولى، وأطلق عليها مجموعة الأمهات الصغيرات. وكذلك اختيار أول 100 سيدة ممن تتراوح أعمارهن بين (20-30) سنة ليكونوا في المجموعة الثانية وأطلق عليها مجموعة الأمهات الكبار.

مواصفات العينة: أن تكون الأم بكيرية (Primipara) وهي السيدة التي ولدت لأول مرة، وأن تتم مقابلتها بعد الولادة (1-3) شهور.

**3-4 أداة البحث:** تم تطوير استمارة استبيان من قبل الباحثة لجمع البيانات الخاصة بالبحث بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة [22,5,3]. وقد اشتمل بصورته النهائية على ثلاثة أجزاء:

**الجزء الأول:** تضمن البيانات الديموغرافية للعينة (العمر، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية، مكان السكن).

**الجزء الثاني:** تضمن تقييم الحالة الصحية للأمهات خلال الحمل المكتمل، ويتضمن ذلك: تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، مكان تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، في أي ثلث من الحمل بدأ تلقي الرعاية الصحية، المتابعة الدورية للرعاية الصحية أثناء الحمل حسب إرشادات الطبيب، حدوث المضاعفات أثناء الحمل .

**الجزء الثالث:** تضمن تقييم إمرضيه الأمهات خلال الحمل المكتمل، ويتضمن ذلك: وقت حدوث المضاعفات، المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة، تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة، من هو مقدم الرعاية الصحية، أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة، استمرار المضاعفات بعد الولادة.

### 3-5 طريقة البحث.

- 1- تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة لجمع البيانات.
- 2- تم تطوير أداة البحث من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وتم تحديد 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 اقتراح بعض التعديلات.
- 3- تم إجراء دراسة استرشادية (Pilot study) باستخدام أداة البحث على 10 % من العينة أي 20 سيدة (تم استبعادهن من عينة الدراسة) لتقييم وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها لجمع البيانات، حيث كانت العبارات مفهومة وواضحة وتم إجراء تعديلات بسيطة.

4- تم جمع البيانات من قبل الباحثة باستخدام الأداة المطورة، عن طريق المقابلة الشخصية مع الأمهات، بعد أخذ موافقتهن الشفهية على المشاركة في الدراسة، وبعد شرح هدف الدراسة وأهميتها لهن مع ضمان سرية المعلومات المذكورة ضمن الاستبيان واستخدامها لغرض البحث فقط مع التأكيد على حقهن في رفض إعطاء المعلومات، وقد استغرق ملء الاستبيان من قبل الباحثة وقتاً من 10 إلى 15 دقيقة.

5- فرغَت البيانات ثم خللت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة (20)، واستخدمت اختبارات الإحصاء الحيوي التالية: النسب المئوية (% والتكرارات (N)، اختبار كاي تربيع  $\chi^2$ ) لدراسة معنوية الاختلاف بين النسب المئوية للحالة الصحية 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)  $\leq 0.05$  value) اعتبرت هامة إحصائياً.

## 4- النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الديموغرافية والعلاقة بينهما

P Value	أمهات كبيرات N <sub>2</sub> = 100		أمهات صغيرات N <sub>1</sub> = 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	
0.008*	10	10	24	24	الريف	مكان السكن
	90	90	76	76	المدينة	

\*: p value  $\leq$  0.05

يبين الجدول رقم 1 توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بياناتهن الديموغرافية، حيث كان مستوى التعليم جامعي لدى النسبة الأعلى منهن (49% للأمهات الصغيرات مقابل 83% للأمهات الكبيرات)، وكان هذا الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P < 0.05$ ) لصالح الأمهات الكبيرات. وكانت الغالبية العظمى من الأمهات متزوجة 98% لكل من الأمهات الصغيرات والكبيرات، ولم يكن هذا اختلاف هام احصائياً بين الأمهات (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ). أما الحالة الاقتصادية فكانت متوسطة لدى النسبة الأعلى منهن (78% للأمهات الصغيرات مقابل 76% للأمهات الكبيرات)، ولم يوجد اختلاف هام احصائياً بين الأمهات (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ). وبخصوص مكان السكن فإن النسبة الأعلى من الأمهات تسكن في المدينة (76% للأمهات الصغيرات مقابل 90% للأمهات الكبيرات)، وكان هذا الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P < 0.05$ ) لصالح الأمهات الكبيرات.

الجدول رقم (2): توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بيانات تلقيهن للرعاية الصحية والعلاقة بينهما

P Value	أمهات كبيرات N <sub>2</sub> = 100		أمهات صغيرات N <sub>1</sub> = 100		البيانات	
	%	N	%	N		
1	100	100	100	100	نعم	هل تلقيت الرعاية الصحية أثناء الحمل
	-	-	-	-	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	
0.082	67	67	78	78	نعم	هل عانيت من أي مضاعفات خلال الحمل والولادة
	33	33	22	22	لا	

\*: p value  $\leq 0.05$ 

يبين الجدول رقم 2 توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب بيانات تلقيهن للرعاية الصحية، حيث أظهر أن جميع الأمهات 100% تلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل. والنسبة الأعلى منهن (79% للأمهات الصغيرات مقابل 77% للأمهات الكبيرات) قد تلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل في العيادة النسائية الخاصة، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات في مكان تلقي الرعاية هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ). وكانت النسبة الأعلى منهن (83% للأمهات الصغيرات مقابل 94% للأمهات الكبيرات) قد بدأت بتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل في الثلث الأول من الحمل، وكان الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P < 0.05$ ) لصالح الأمهات الكبيرات. وبين الجدول أن (78% للأمهات الصغيرات مقابل 67% للأمهات الكبيرات) عانين من مضاعفات خلال الحمل. بدون وجود اختلاف هام احصائياً بينهما (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ).

الجدول رقم (3): توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب الأعراض والمضاعفات التي حدثت أثناء الحمل والولادة

$\chi^2$ P Value	أمهات كبيرات $N_2 = 100$		أمهات صغيرات $N_1 = 100$		البيانات
	%	N	%	N	
0.086	6	6	9	9	الثلث الأول
	37	37	53	53	الثلث الثاني
	50	50	65	65	الثلث 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	5	5	10	10	الإنذانات المهبلية
	95	95	90	90	لا يوجد
الأمراض الإنتانية أثناء الحمل					

# تعني وجود أكثر من إجابة للسيدة

يبين الجدول رقم 3 توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل، حيث أظهر أن النسبة الأعلى منهن (65% للأمهات الصغيرات مقابل 50% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالمضاعفات في الثلث الثالث من الحمل، ولم يكن الاختلاف بين المجموعتين هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ). وأن غالبية الأمهات الصغيرات والكبيرات لم تحدث لهن مضاعفات أثناء الحمل، إلا أن (10% للأمهات الصغيرات مقابل 5% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالإنذانات المهبلية.

الجدول رقم (4): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود أعراض وعلامات ومضاعفات أخرى لديهن أثناء الحمل والولادة

P Value	أمهات كبيرات N <sub>2</sub> = 100		أمهات صغيرات N <sub>1</sub> = 100		البيانات
	%	N	%	N	
	ماهي المضاعفات التي حدثت أثناء الحمل ؟				
0.010*	7	7	4	4	1. انتفاخ أو تورم مفاجئ في اليدين
	2	2	0	0	2. انتفاخ أو تورم مفاجئ في القدمين
	7	7	5	5	3. انتفاخ أو تورم مفاجئ في الوجه
	2	2	3	3	4. الإقياءات الحملية المفرطة
	0	0	0	0	5. البرقان الحلمي
	9	9	4	4	6. الصداع مستمر
	0	0	0	0	7. الاضطرابات البصرية
	0	0	0	0	8. الإغماء
	2	2	4	4	9. الحمى
	20	20	38	38	10. فقر الدم
	1	1	0	0	11. الداء السكري الحلمي
	5	5	2	2	12. ارتفاع ضغط الدم الحلمي
	5	5	2	2	13. الانسمام الحلمي ما قبل الارتجاج
	0	0	2	2	14. الانسمام الحلمي ارتجاج
	2	2	11	11	15. انضغاط الحبل السري
	0	0	1	1	16. الجنين الصغير بالنسبة لعمر الحمل
	4	4	10	10	17. مخاض مبكر انتهى بولادة مبكرة
	-	-	-	-	18. تمزق الأغشية الباكر
	5	5	2	2	19. المخاض المديد
	2	2	4	4	20. عدم التناسب الرأسي الحوضي
	61	61	41	41	21. لا يوجد

# تعني وجود أكثر من إجابة للسيدة -  $p \text{ value} \leq 0.05$  \*

يبين الجدول رقم 4 توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب وجود مضاعفات أخرى لديهن أثناء الحمل والولادة، حيث أظهر أن النسبة الأعلى منهن (41% للأمهات الصغيرات مقابل 61% للأمهات الكبيرات) لا يوجد لديهن مضاعفات، في حين أظهر أن النسبة الأعلى للأمهات اللاتي لديهن مضاعفات أثناء الحمل (38% للأمهات الصغيرات مقابل 20% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بفقر الدم، وكان الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P < 0.05$ ) لصالح الأمهات الصغيرات.



الجدول رقم (5): توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت لهن بعد الولادة

P Value	أمهات كبيرات N <sub>2</sub> = 100		أمهات صغيرات N <sub>1</sub> = 100		البيانات
	%	N	%	N	
ماهي المضاعفات التي حدثت بعد الولادة؟					
0.251	5	5	9	9	يوجد
	95	95	91	91	لا يوجد
*0.033	14	14	25	25	احتقان الثدي
	-	-	-	-	التهاب الثدي
	60	60	68	68	تشقق الحلمة
	-	-	-	-	خراجات الثدي
	26	26	7	7	لا يوجد

\*: p value ≤ 0.05

يبين الجدول رقم 5 توزيع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب المضاعفات التي حدثت لهن بعد الولادة، فمن حيث النزوف بعد الولادة أظهر أن معظمهن (91% للأمهات الصغيرات مقابل 95% للأمهات الكبيرات) لا يوجد لديهن نزوف بعد الولادة، إلا أن (9% للأمهات الصغيرات مقابل 5% للأمهات الكبيرات) قد أصبن بالنزوف بعد الولادة. ولم يكن الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P > 0.05$ ) في مضاعفة النزوف بعد الولادة. ومن حيث صعوبات عملية الإرضاع حدث لدى النسبة الأعلى منهن (68% للأمهات الصغيرات مقابل 60% للأمهات الكبيرات) تشقق الحلمة، و(25% للأمهات الصغيرات مقابل 14% للأمهات الكبيرات) قد حدث لهن احتقان بالثدي، بينما (7% للأمهات الصغيرات مقابل 26% للأمهات الكبيرات) لم يحدث لهن صعوبات في عملية الإرضاع. وكان الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية:  $P < 0.05$ ) في مضاعفة صعوبة الإرضاع بعد الولادة.

الجدول رقم (6): توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها

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	20.9	19	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 ؟
	-	-	-	-	الممرض/ة	
	-	-	-	-	القابلة	
0.046*	24	24	38	38	نعم	هل ما زلت تعاني من نفس المضاعفات التي تعرضت لها خلال الحمل؟
	76	76	62	62	لا	
0.811	43.4	33	35.4	22	لم تعاني من مضاعفات أبداً	إلى متى استمرت هذه المضاعفات ؟
	2.6	2	3.2	2	أقل من أسبوع بعد الولادة	
	14.5	11	9.7	6	1 أسبوع بعد الولادة	
	15.8	12	19.4	12	2 أسبوع بعد الولادة	
	0.0	0	0.0	0	3 أسابيع بعد الولادة	
	10.6	8	11.3	7	4 أسابيع بعد الولادة	
	13.2	10	21.0	13	أكثر من 4 أسابيع بعد الولادة	

\*: p value ≤ 0.05

يبين الجدول رقم 6 توزع الأمهات الصغيرات والكبيرات حسب علاج المضاعفات وبقائها، حيث أظهر أن غالبيةهن قد تلقين الرعاية الصحية بعد الولادة (91% للأمهات الصغيرات مقابل 93% للأمهات الكبيرات)، وتلقيت الأمهات الرعاية الصحية في العيادة النسائية الخاصة بنسبة (75.8% للأمهات الصغيرات مقابل 75.3% للأمهات الكبيرات)، وجميعهن تلقين الرعاية الصحية من قبل الطبيب/ة، ولم يكن الاختلاف بين الأمهات في تلقي الرعاية الصحية هام احصائياً (مستوى المعنوية: P > 0.05). كما بين الجدول أن النسبة الأعلى للأمهات (62% للأمهات الصغيرات مقابل 76% للأمهات الكبيرات) لم يعدن يعانين من نفس المضاعفات التي تعرضن لها خلال الحمل، وكان الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية: P < 0.05) لصالح الأمهات الكبيرات. و(35.4% للأمهات الصغيرات مقابل 43.4% للأمهات الكبيرات) لم تعاني من المضاعفات أبداً. ولم يكن الاختلاف بين الأمهات هام احصائياً (مستوى المعنوية: P > 0.05).

#### 6- المناقشة:

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات نسبة أعلى من التأخر في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل (جدول 2). ويعزى ذلك إلى عدة أسباب منها تلقي السيدات للرعاية الصحية أثناء الحمل من العائلة (أم الحامل أو أم زوجها أو الأخوات للزوجين) وتعويضهن عن الحاجة لمتابعة الزيارات الدورية، أو بسبب الظروف العائلية، أو التأخر في معرفة السيدات بوجود الحمل بسبب اضطرابات الدورة الطمثية ونقص المعلومات لديهن حول أعراض وعلامات الحمل، بالإضافة إلى قلة المعرفة حول نوع الرعاية الصحية المطلوبة أثناء الحمل. وهذا ما توافقت مع دراسة (Chuang et al, 2011) التي أظهرت أن الأمهات الصغيرات لديهن معدل أعلى في التأخر في تلقي الرعاية الصحية

أثناء الحمل مقارنةً مع الأمهات الكبيرات. كما توافقت مع الدراسة التي أجراها (Usynina et al, 2018) والتي أظهرت أن الأمهات الصغيرات أكثر عرضة من الأمهات البالغات (في عمر <20 سنة) لبدء الرعاية الصحية أثناء الولادة بعد الأسبوع 12 من الحمل. [24,23]

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من فقر الدم مقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول 4). ويعزى ذلك إلى عدة أسباب منها عدم القدرة على تلبية الحاجات الغذائية اللازمة لنمو الجنين والأم التي تستمر بالنمو خلال فترة المراهقة، وكذلك إلى التأخر في بدء الرعاية الصحية أثناء الحمل، وانخفاض الوعي بأهمية التغذية وأخذ مكملات الحديد وحمض الفوليك، فهن لا يدركن أهمية تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل بانتظام والقيام باختبارات الدم من أجل الوقاية والتشخيص المبكر والعلاج. وهذا ما توافق مع دراسة (Kirbas et al, 2016) التي أظهرت أن معدل فقر الدم لدى الأمهات الصغيرات أعلى بكثير من الأمهات الكبيرات. وهذا ما خالف دراسة (Saxena et al, 2010) التي أظهرت أن الأمهات الكبيرات أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم من الأمهات الصغيرات، وكان ذلك بين الأمهات سواءً تلقت الرعاية الصحية الكافية أو لم تتلقاها أبداً. [26,25]

بينت نتائج الدراسة الحالية أن نسبة حدوث تشقق الحلمة واحتقان الثدي أعلى لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات (جدول 5). ويعزى ذلك إلى نقص المعرفة حول تقنية الإرضاع الطبيعية الصحيحة، وانخفاض الوعي بأهمية الالتزام بإجراءات ضبط العدوى وبأمور النظافة الشخصية قبل وأثناء وبعد عملية الإرضاع الطبيعية. وهذا ما توافق مع دراسة (Thaithae and Thato, 2011) التي أجريت في تايلاند والتي أظهرت أن احتقان الثدي أكثر شيوعاً لدى الأمهات الصغيرات من الأمهات البالغات في عمر 20-34 سنة. [27]

وجدت نتائج دراستنا الحالية أن خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات. وهذا ما يتوافق مع الدراسة التي أجراها (Moraes et al, 2018) في زامبيا والتي أظهرت أن حمل الأمهات الصغيرات وخاصة التي تقل أعمارهن عن 15 سنة يزيد من خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة حيث واجهت الأمهات الصغيرات مخاطر أكبر للإصابة بالانسمام الحلمي (الارتجاج) والنزف والإنتان و عدم التناسب الرأسي الحوضي والحمل المديد بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات وإن لم تكن كلها ذات دلالة إحصائية. في حين أظهرت الدراسة التي أجراها (Al-Ramahi and Saleh, 2006) أن نسبة حدوث المضاعفات الطبية والتوليدية لدى الأمهات الصغيرات مماثلة للتي تحدث لدى الأمهات البالغات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20-34 سنة. [28,13]

وجدت نتائج دراستنا الحالية أن خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات بشكل مستقل عن الحالة الاجتماعية، حيث كانت النسبة العظمى من كلا المجموعتين متزوجات (جدول 1). وهذا ما يوافق دراسة (Haldre et al, 2007) التي بينت أن انخفاض عمر الأمهات يرتبط بزيادة حدوث المضاعفات بغض النظر عن الظروف الاجتماعية. وقد خالفت دراسة (Masoumi et al, 2017) التي أظهرت أن خطر حدوث مضاعفات الحمل ليس أعلى لدى الأمهات الصغيرات مقارنة بالأمهات في عمر 20-35 سنة إذا تم التحكم بعناية بالعوامل المؤثرة بتلك المضاعفات كالعوامل الاجتماعية، التي يمكن أن تمثل القضايا الرئيسية في هذا المجال بدلاً من العمر الصغير للأمهات في حد ذاته. [2,29]

وجدت نتائج دراستنا أن خطر حدوث مضاعفات الحمل والولادة كان أعلى لدى الأمهات الصغيرات بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات بشكل مستقل عن عدم كفاية الرعاية الصحية، حيث تلقت جميع الأمهات الصغيرات والكبيرات الرعاية الصحية أثناء الحمل (جدول 1)، وقامت غالبية الأمهات الصغيرات والكبيرات بتلقي الرعاية الصحية بعد الولادة (جدول 6). وهذا ما توافق مع دراسة (Chen et al, 2007) التي أظهرت أن حمل الأمهات الصغيرات يزيد من خطر حدوث مضاعفات

الحمل والولادة بشكل مستقل عن أي عامل آخر. وهذا ما خالف دراسة (Shaha et al, 2012) التي أظهرت أن الحمل في سن صغيرة هو عامل خطر لحدوث مضاعفات الحمل والولادة، ولكن البدء المبكر بتلقي الرعاية الصحية الجيدة أثناء الحمل والولادة والاستخدام السليم لوسائل منع الحمل يمكن أن يمنع حدوث هذه المضاعفات لدى الأمهات الصغيرات. كما يخالف دراسة (Raatikainen et al, 2006) التي أظهرت أن الأمهات الصغيرات لم يكن لديهن نتائج أسوأ أثناء الحمل والولادة، حيث يتم توفير الرعاية الصحية عالية الجودة مجاناً. [32,31,30]

#### 6- الاستنتاجات:

- 1- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بالتأخر في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، وفيما يتعلق بحدوث فقر الدم واحتقان الثدي وتشقق الحلمة، واستمرار المضاعفات بعد الولادة لصالح الأمهات الصغيرات.
- 2- لدى الأمهات الصغيرات نسبة أعلى من الإنتانات المهبلية وانضغاط الحبل السري والجنين الصغير بالنسبة لعمر الحمل والولادة المبكرة وتشقق الحلمة واحتقان الثدي وعدم التناسب الرأسي الحوضي والنزف بعد الولادة بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات، ولكن الفروق بين المجموعتين لم تكن ذات دلالة احصائية.
- 3- لدى الأمهات الكبيرات نسبة أكبر من اضطرابات الضغط أثناء الحمل والمخاض المديد والداء السكري الحلمي بالمقارنة مع الأمهات الصغيرات، ولكن الفروق بين المجموعتين لم تكن ذو دلالة احصائية.

#### 7- التوصيات:

- 1- إقامة دورات وبرامج تثقيفية لتوعية السيدات حول المخاطر المرتبطة بالحمل والولادة في سن صغيرة على الحالة الصحية للأم وخاصة فقر الدم والإرضاع الطبيعي ومشاكله.
- 2- تثقيف السيدات حول أهمية البدء المبكر بتلقي الرعاية ومتابعة الزيارات السابقة للولادة.
- 3- إجراء دراسة مشابهة أوسع وأشمل على مستوى القطر عن تأثير الحمل والولادة في سن صغيرة على الحالة الصحية للأم.
- 4- إجراء دراسة عن تأثير الحمل والولادة لدى الأمهات الصغيرات على الحالة الصحية حسب مراحل المراهقة بالمقارنة مع الأمهات الكبيرات، من أجل ملاحظة الاختلافات الخاصة بالعمر بشكل أفضل وأوضح، والتغيرات المرتبطة بها في النمو والنضج لديهن. بالإضافة لدراسة علاقة المتغيرات الديموغرافية بتأثيرات الحمل والولادة على صحة الامهات المراهقات.

#### 8- المراجع:

- 1- Keskin, D. (2019). Adolescent pregnancies: a 10-year single-center experience. The European Research Journal, 6(5),105–110.
- 2- Masoumi, S; Kashanian, M; Arab, E; Sheikhansari, 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.
- 3- Osman, m. (2004). Osman Obstetrics. First edition. Alexandria university. PP: 391.
- 4- Rachakonda, L; Rawate, S; Shiradkar, S. (2014). Teenage pregnancy. International Journal of Current Medical And Applied Sciences, 4(2), 59–63.

- 5- 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.
- 6- Unicef. (2008). Young People and Family Planning: Teenage Pregnancy. FACT SHEET: Plan You Family Plan Your Future. UNICEF Malaysia Communications.
- 7- World Health Organization.(2020). Adolescent pregnancy. Fact sheets report. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 8- 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.
- 9- Kaplanoglu, M; Bu"lbu", 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.
- 10- 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.
- 11- Chacko,E .(2009). Pregnancy and Childbirth. *Pregnancy and Childbirth*, PP: 429–436.
- 12- 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.
- 13- 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.
- 14- Goonewardene, I; Deeyagaha Waduge, R. (2005). Adverse effects of teenage pregnancy. *Ceylon Medical Journal*,5(3), 116–120.
- 15- Leppälähti 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
- 16- 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.
- 17- Wallace, J. (2019). Competition for nutrients in pregnant adolescents: consequences for maternal, conceptus and offspring endocrine systems. *Journal of Endocrinology*, 242(1), 1–19.

- 18– 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.
- 19– Al–Haddabi, R; Al–Bash, M; Al–Mabaihsi, N; Al–Maqbali,N; Al–Dhughaiishi, T; Abu–Heijja, A. (2014). Obstetric and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnant Women Attending a Tertiary Teaching Hospital in Oman. *Oman Medical Journal*, 29( 6), 399–403.
- 20– Littleton, L and Engebretson, J. (2013). *Maternal, neonatal, and women's health nursing*. 2th ed. USA: Mosby Company.
- 21– World Health Organization. (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules*. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- 22– 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>
- 23– Chuang, J; Santelli, J; Soren, K. (2011). Pregnancy in Adolescence. *Encyclopedia of Adolescence*, 3, 231–236.
- 24– Usynina, A; Postoev, V; Odland, J; Grijbovski, 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.
- 25– 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.
- 26– 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.
- 27– Thaitae, S; Thato, R. (2011). Obstetric and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnancies in Thailand. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24(6), 342–346.
- 28– Al–Ramahi, M; Saleh, S. (2006). Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Arch Gynecol Obstet*, 273(4), 207–210.
- 29– 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.

- 30– 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.
- 31– Shaha, M; Prajapatibm, S; Sheneeshkumarc, V.(2012). Adolescent pregnancy: Problems and consequences. *Apollo Medicine*, 9(3), 176–180.
- 32– 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.