



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

مشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي

الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى الخروسات صغيرات السن في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

**Obstetrical complications and outcomes in adolescent
primigravidae at University Gynecology and Obstetrics
Hospital in Damascus.**

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في مشفى التوليد و أمراض النساء و جراحتهما.

إشراف

الأستاذ الدكتور
محمد نذير ياسمينه

برئاسة

الأستاذة الدكتورة
سوزان الطبراني

إعداد طالبة الدراسات العليا

نورا ياسر جاموس

٢٠١٨

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهداء

- إلى أصحاب الفضل الكبير في تعليمي خلال سنوات الاختصاصأستاذتي الأفاضل.
- إلى قدوتي وسندي و مصدر فخري ، الرجل الذي طالما زرع بداخلي القوة و المثابرة و الثقة بابا.
- إلى المعلمة الفاضلة و الصديقة الأقرب ، سيدة النجاحات والتألق ، الرائعة التي أقسى طموحاتي أن أكون مثلها.....ماما.
- إلى عمائتي الثانية ، الحزن الدافئ ، والعون الدائم في سنوات الاختصاص الصعبةالرائعان عمو أبو علاء ، خالة أم علاء.
- إلى أستاذتي، حبيبي، رفيقي في كل خطوة لنكون يوماً ما نريدزوجي علاء.
- إلى الداعمون بالقلب والدعوات ،أحبائي الذين أفخر بإخوتهمعمار - يارا.
- إلى الأميرتان اللتان أعيش لهما و بهما ، نبض قلبي و أيقونة سعادتيزينة - ليلي.

الفهرس

رقم الصفحة	
٤	<u>القسم النظري</u>
٥	معدل الانتشار
٨	الحمل والاختلاطات الحملية
٩	المخاض والولادة
١١	الاختلاطات التوليدية
١١	النتائج التوليدية
١٥	مشكلات ما بعد الوضع
١٩	<u>القسم العملي</u>
٢٠	منهج الدراسة
٢٤	نتائج الدراسة
٤١	مناقشة النتائج
٤٣	التوصيات
٤٤	<u>المراجع</u>
٥٥	<u>الملاحق</u>

القسم الأول

النظري

مقدمة

شكل الحمل لدى صغيرات السن (اليافعات) قضية صحية هامة خلال العقود الماضية في العديد من البلدان حول العالم ، سواءً النامية منها أو المتقدمة.

يعد الحمل لدى اليافعات من الحمل عالية الخطورة ، إذ يترافق مع نتائج سلبية طبية ، اجتماعية و اقتصادية ، إضافة إلى زيادة نسبة الاختلاطات الحملية و التوليدية.

لا يعد الحمل لدى اليافعات ظاهرة جديدة ، ففي العديد من البلدان (مثل جنوب آسيا ، الشرق الأوسط ، إفريقيا) يكون الزواج بعمر صغير تبعاً للتقاليد ولأسباب اقتصادية و اجتماعية ^(١).

معدل الانتشار:

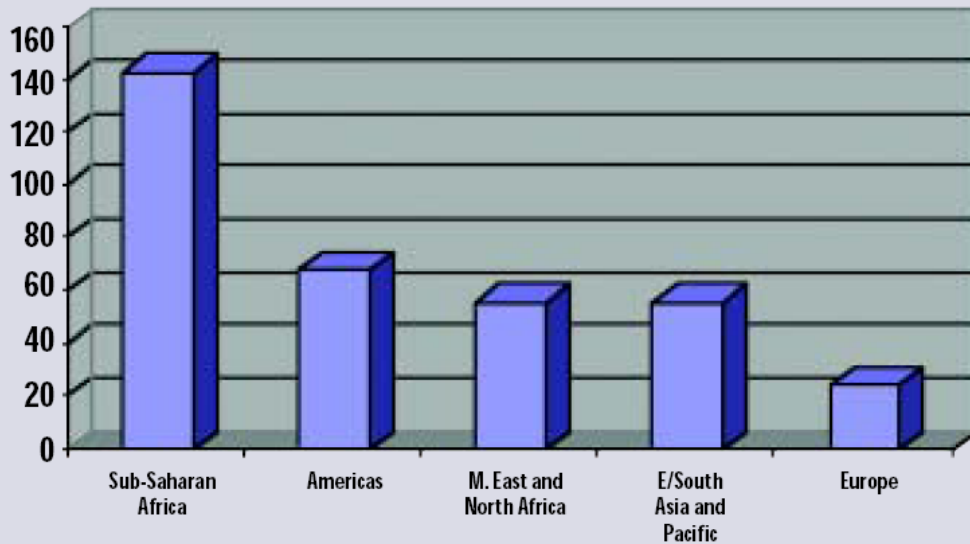
سُجل عدد كبير من الحمل و الولادات عند اليافعات في العديد من البلدان ، وكما هو معتاد في الإحصاءات الصحية فإن الولادات هي التي تحسب على عكس حالات الحمل (بسبب وجود عدد من حالات الإجهاض العفوي أو المحرض، فبالرغم من عدم وجود اختلاف كبير بمعدلات الإجهاض العفوي بين المجموعات السكانية، تتفاوت معدلات الإجهاض المحرض على نطاق واسع في مختلف البلدان و بين المجموعات العرقية أو الاجتماعية المختلفة ^(٢)).

عالمياً حوالي ١٦ مليون يافعة (أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة) و ٢ مليون (أعمارهن تحت ١٥ سنة) يلدن سنوياً، حيث يقدر أن واحدة من كل خمس بنات تلد بعمر أقل من ١٩ سنة ، بينما تزداد هذه النسبة في البلدان النامية لتصل لواحدة من كل ثلاث يافعات ^(٣).

يوضح الجدول رقم (١) - الصادر عن منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف UNICEF) - معدل الولادات لدى اليافعات في عدد من البلدان، حيث كان أعلى معدل للولادات في جنوب الصحراء الإفريقية، بلدان جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية؛ بينما كان معدل الولادات متوسطاً في بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، الولايات المتحدة الأمريكية وشرق أوروبا.

سُجل أعلى معدل في البلدان المتقدمة للحمول، الاسقاطات و الولادات عند اليافعات في الولايات المتحدة الأمريكية بينما كان المعدل أقل في كل من كندا، أستراليا والمملكة المتحدة. فيما كان المعدل الأقل في الدول الاسكندنافية، اليابان، الصين وكوريا^(٤).

Figure 1: Average number of births per 1000 females age 15–19 in various regions (UNICEF, 1998)



المخطط (١) يبين معدل عدد الولادات لكل ١٠٠٠ سيدة بعمر بين (١٥-١٩ سنة) في المناطق المختلفة.

Table 1: Births per 1000 females age 15–19 years (UNICEF, 1998)									
Sub-Saharan Africa		M. East & N. Africa		East/South Asia & Pacific		Americas		Europe	
Mauritius	45	Tunisia	18	Japan	4	Canada	24	Switzerland	4
Rwanda	54	Algeria	19	Korea Rep	4	Chile	49	Netherlands	7
South Africa	70	Algeria	24	China	5	Trinidad	51	France	8
Botswana	83	Lebanon	26	Korea Dem	5	Haiti	53	Italy	8
Kenya	101	Morocco	28	Singapore	8	Peru	57	Belgium	9
Namibia	104	Kuwait	31	Cambodia	15	USA	60	Denmark	9
Zimbabwe	114	Turkey	43	Sri Lanka	20	Uruguay	60	Spain	10
Ghana	115	Jordan	44	Australia	22	Argentina	64	Sweden	10
Togo	119	Syria	44	Papua N Guin	24	Cuba	65	Finland	11
Mozambique	124	Iraq	45	Malaysia	26	Reg. average	68	Germany	13
Tanzania	124	Sudan	52	Myanmar	31	Mexico	69	Ireland	14
Eritrea	128	Reg. average	56	N Zealand	32	Brazil	71	Norway	16
Zambia	132	Egypt	62	Viet Nam	33	Ecuador	71	Greece	18
C. Afr. Rep.	134	U Arab Emir	73	Mongolia	39	Colombia	74	Austria	21
Congo	136	Iran	77	Philippines	40	Paraguay	76	Lithuania	22
Nigeria	138	Yemen	101	Lao Rep	50	Bolivia	79	Portugal	22
Cameroon	140	Libya	102	Reg. average	56	Panama	81	Belarus	24
Madagascar	142	Saudi Arabia	114	Indonesia	58	Dom. Rep.	88	Poland	25
Senegal	142	Oman	122	Thailand	70	Jamaica	88	Reg. average	25
Reg. average	143			Bhutan	84	Costa Rica	89	Estonia	27
Gambia	153			Nepal	89	El Salvador	92	Slovenia	27
Burkina Faso	157			Pakistan	89	Venezuela	98	Bosnia/Herzeg	29
Malawi	159			India	109	Guatemala	111	Hungary	29
Ethiopia	168			Bangladesh	115	Honduras	113	Latvia	30
Chad	173					Nicaragua	133	Albania	31
Gabon	175							Croatia	31
Uganda	179							UK	31
Guinea Bissau	180							Moldova Rep.	32
Mali	181							Czech Rep.	35
Sierra Leone	201							Slovakia	35
Congo Dem Rp	206							Ukraine	36
Liberia	206							Yugoslavia	38
Niger	206							Russian Fed.	39
Somalia	208							Macedonia	40
Angola	212							Romania	43

الجدول (١) معدل الولادات لكل ١٠٠٠ سيدة بعمر ١٥-١٩ سنة (UNICEF ;1998).

الحمل والاختلاطات الحملية :

تحدث الاختلاطات الحملية بمعدل أعلى لدى الحوامل اليافعات منها لدى الشابات،
أهم هذه الاختلاطات :

١. ارتفاع التوتر الشرياني خلال الحمل :

يعرف ارتفاع التوتر الشرياني الحولي حسب المنظمة العالمية لارتفاع الضغط الحولي
International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy
(ISSHP) بأنه قيم الضغط الانبساطي الأعلى أو تساوي ٩٠ ملم زئبق بعد منتصف

الحمل. بينما عُرف ما قبل الإرجاج بأنه ارتفاع ضغط حولي مترافق مع بيلة بروتينية.

سجلت الحمل لدى اليافعات معدلات أعلى من الترافق مع ارتفاع التوتر الشرياني الحولي
في معظم الدراسات ولكنها كانت بنسب مشابهة للشابات المماثلات لهن بعدد الولادات .

وبذلك يمكن القول بأن عامل الخطورة الحقيقي هو كون الحوامل في سن اليافع هن غالباً
من الخروسات ذوات الخطر الأعلى لهذا النوع من الاختلاطات الحملية (٥).

٢. فقر الدم :

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO 2004)

فقر الدم خلال الحمل بأنه قيم خضاب الدم الأقل من ١١ غ/دل في الثلثين الحولين
الأول و الثالث و الأقل من ١٠.٥ غ/دل في الثلث الحولي الثاني .

بينما عرفت فقر الدم الشديد بأنه قيم خضاب الدم الأقل من ٧ غ/دل (٦,٧,٨).

وقد أشارت معظم الدراسات إلى اختلاط الحمل لدى السيدات اليافعات بفقر الدم وتباينت
شدة فقر الدم لديهن تبعاً لظروف أخرى مرافقة منها: عدد الحمل، المنطقة الجغرافية،
الحالة الاقتصادية، انتشار بعض الأمراض الانتانية المزمنة كالتدرن، وجود نقص عوامل

غذائية كعوز الحديد وحمض الفوليك و وجود أمراض دموية كالمنجلي أو التلاسيميا
(٩,١٠,١١,١٢).

كل هذه العوامل أدت إلى تباين في انتشار وشدة فقر الدم لدى الحوامل اليافعات بين
الدراسات التي اتفقت بأغلبها على اعتبار فقر الدم اختلاط يرافق الحمل لدى
اليافعات (١٣,١٤).

٣. الملاريا :

تعد الملاريا واحدة من الاختلاطات التي تعترض الحمل لدى السيدات في البلدان
المستوطنة فيها، ويزداد خطر الإصابة لدى الحوامل اليافعات في هذه البلدان عنه عند
الحوامل من بقية الفئات العمرية نظراً لنقص الرعاية الصحية المقدمة لهن مع ما يرافق
ذلك من زيادة خطر فقر الدم والأعواز التغذوية ووفيات الأمهات كما تشير الدراسات في
البلدان المعنية (١٥,١٦,١٧,١٨,١٩).

٤. النمو خلال الحمل :

تستمر بعض الحوامل اليافعات بالنمو خلال حملهن وخاصة إن كن في أعمار صغيرة من
اليافع، حيث ذكرت بعض الدراسات زيادة في الطول تراوحت بين ١.٥ حتى ٢.٥ سم خلال
الحمل لدى بعض السيدات اليافعات مع ما يرافق ذلك من اختلاطات مفترضة لحاجات
تغذوية خاصة إضافة إلى التبدلات البنيوية التي تشمل القناة الولادية وما يرافق ذلك من
اختلاطات توليدية محتملة (٢٠,٢١,٢٢,٢٣,٢٤,٢٥).

المخاض والولادة :

نضج الحوض العظمي :

قد يستمر النمو لدى الحوامل اليافعات وخاصة في الأعمار الأصغر خلال الحمل، إذ قد تكسب بعضهن زيادة في الطول خلال الحمل تصل الى ٢سم أو أكثر وهذه الحقيقة تطرح تساؤلاً حول ترافق ذلك النمو الطولي مع نمو في الحوض العظمي.

درس Nelson عام ١٩٧٨ النمو في فترة البلوغ لدى الإناث وخلص الى أن ذروة النمو الطولي تكون في فترة العام السابق لبدء الطمث menarche وأن نمو الحوض العظمي والقنفاة الولادية يستمر ليبلغ ذروة تسارعه خلال العاميين التاليين لبدء الطمث (٢٦,٢٧,٢٨,٢٩,٣٠).

هذا ما أكدته Moeran 1982 الذي درس شعاعياً نمو الحوض العظمي خلال مرحلة البلوغ واليافع ليجد أن الحوض العظمي لدى الإناث يأخذ شكله الأنثوي البالغ بعد حوالي عامين من بدء الطمث.

يمكن بالاعتماد على ماسبق تفسير النتائج المتعلقة بزيادة نسب القيصرية والمخاض المسدود والنتائج التوليدية غير المرغوبة لدى الفئات الأصغر عمراً بين الحوامل اليافعات كما يمكن من خلالها تفسير تباين النتائج بين الدراسات بتباين المناطق الإقليمية و الأصول العرقية ما يترتب عليه من فروقات بعمر البلوغ لدى الإناث، فمتوسط عمر بدء الطمث في الولايات المتحدة الأمريكية لدى الإناث البيض حوالي ١٢ سنة (٣١,٣٢)، بينما يبلغ هذا المتوسط ١٥ سنة في جنوب إفريقيا (٣٣,٣٤,٣٥).

طريقة الولادة :

تضاربت نتائج الدراسات بشكل واسع فيما يخص طريقة الولادة وخطر الولادة القيصرية باختلاف البلدان، فبينما كان معدل الولادات المهبليّة لدى الخروسات

اليافعات مماثل للخروسات الشابات في بلدان مثل الولايات المتحدة والمملكة المتحدة ودول أوروبا، إن لم يكن أعلى (٣٧,٣٨,١٤,٣٦).

كانت هذه النتائج معكوسة لصالح زيادة نسبة الولادات القيصرية لدى السيدات الخروسات اليافعات مقارنة بالخروسات الشابات في بلدان أخرى مثل نيجيريا، إثيوبيا، الكويت والهند (٣٩,٤٠,٤١,٤٢).

وقد فسرت منظمة الصحة العالمية (WHO2014) هذه النتائج بما يلي :

- (١) التدبير الطبي للمخاض متباين بين هذه الدول .
- (٢) وجود اختلافات في عمر البلوغ بين البلدان المختلفة لصالح عمر أصغر للبلوغ (حوالي عامين) في أميركا وأوروبا ما يفرض نضجاً هيكلياً عضوياً بعمر أبكر منه في بلدان أفريقيا وجنوب وغرب آسيا .

الاختلاطات التوليدية :

سُجل معدل أعلى للاختلاطات في الولادات لدى اليافعات في معظم الدراسات، إذ تراكمت مع زيادة في تمزقات العجان ، تطاول الطور الثاني للمخاض، الحاجة للولادة المهبلية المساعدة ، التألم الجنيني، نزوف الخلاص (٢٠,٤٣,٤٤,٤٥,٤٦,٤٧,٤٨,٤٩).

النتائج التوليدية :

A. المخاض والولادة المبكرة :

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO 2014) الولادة المبكرة بأنها كل ولادة قبل تمام الأسبوع الحلي ٣٧ .

ويمكن تقسيم الولادة المبكرة إلى مجموعتين أساسيتين :

معرضة: في الحمول المختلطة باضطرابات حملية أو غير حملية أخرى مثل ما قبل الإجراج ، انفكاك المشيمة أو مرض مزمن تفاقم بالحمل.

وفي هذه المجموعة ترتبط النتائج التوليدية بكل من عمر الحمل والاضطراب الأصلي المرافق للحمل.

عقوية : وهي الأشيع (تشكل أكثر من نصف حالات الولادة المبكرة)

وهنا ترتبط النتائج التوليدية بالعمر الحلي ، وهو ما تم التركيز عليه في الدراسات التي ربطت بين عمر الأم وخطر المخاض والولادة المبكرة.

إذ اتفقت معظم الدراسات أن الحمل لدى الأمهات اليافعات يشكل عامل خطر للولادة المبكرة وينقص هذا الخطر بازدياد عمر الأم مقترباً من الشباب .

وفسرت هذه الدراسات نتائجها بنقص النضج العضوي لدى صغيرات السن، نقص الرعاية خلال الحمل ، التأخر بكشف الحمل وتأخر بدء الرعاية الحملية.

B. نقص وزن الولادة :

يعرف نقص وزن الولادة حسب منظمة الصحة العالمية بكون وزن المولود أقل من ٢٥٠٠ غ ، بينما يعرف وزن الولادة القليل جداً بأنه وزن الوليد الأقل من ١٥٠٠ غ. (WHO ; 2014)

كما عرفت الصغير بالنسبة لسن الحمل (SGA) Small for gestational age بأنه وزن الولادة الأقل من الخط المئوي العاشر الموافق للعمر الحلي .

وباعتبار أن السبب الأشيع لنقص وزن الولادة كما هو معروف هو الولادة المبكرة كان من البديهي ارتفاع معدلات نقص وزن الولادة لدى ولدان السيدات اليافعات ، ومن جهة أخرى أكدت معظم الدراسات نقص وزن ولدان الأمهات اليافعات نسبة لسن الحمل بالمقارنة مع مواليد الأمهات الشابات بأعمال حملية متماثلة (٥٠,٥١,٥٢,٥٣,٥٤,٥٥).

C. الإملاص ووفيات ما حول الولادة:

يعرف الإملاص و وفيات ما حول الولادة : بأنه وفاة محصول الحمل بوزن ٥٠٠ غ أو أكثر و حتى أسبوع واحد بعد الولادة (WHO 2014)

بينما تعرف وفيات الولدان : بأنها وفيات المواليد الأحياء خلال الشهر الأول بعد الولادة (WHO 2014)

وجدت معظم الدراسات الإحصائية في عدة دول ارتفاع خطر الإملاص ووفيات ما حول الولادة لدى مواليد الأمهات اليافعات مقارنةً بالسيدات الشابات (٥٦,٥٧,٥٨,٥٩).

D. وفيات الأمهات :

ذُكر ارتفاع نسب وفيات الأمهات لدى السيدات اليافعات مقارنةً بالأمهات الشابات في معظم دول العالم.

وعلى الرغم من اختلاف هذه المعدلات بين الدول تبعاً لاختلاف أنظمتها الصحية ومستويات الرعاية الحملية والتوليدية إلا أنها ظلت ذات أرجحية لصالح هذه الفئة العمرية (٦٠,٦١) .

في نيجيريا مثلاً كانت وفيات الأمهات بأعمار >١٥ سنة ٢٧ / ١٠٠٠ مقارنة مع ٤ / ١٠٠٠ بأعمار بين ٢٠ إلى ٢٤ سنة (٦٢).

في هولندا كانت النسب (٨.٣ / ١٠٠٠٠٠ بأعمار ٢٥ - ٢٩ مقابل ٩.١١ / ١٠٠٠٠ بأعمار أقل من ١٩ سنة (٦٣).

وتوزعت الأسباب بين الإجهاض الجنائي كأهم سببيليه الإنتان خاصة النفاسي ثم فقر الدم و ارتفاع التوتر الشرياني الحلي تلتها نزوف الخلاص ، العنف الأسري ، بينما سُجلت الملاريا كسبب هام في مناطق الاستيطان (٦٤,٦٥,٦٧,٦٨,٦٩).

E. مراضة الأمهات والاختلاطات بعيدة المدى لديهن :

شكلت الحمل لدى السيدات اليافعات عامل خطر للاستشفاء والمعالجة كمریضة داخل المشفى سواء خلال الحمل (ترافقها مع المخاض المبكر ، اضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني ، مشكلات انتانية أو تغذوية) أو طول فترة الإقامة بالمشفى خلال المخاض وبعد الولادة بسبب ترافقها مع زيادة القيصریات ، الولادات المهبلية الجراحية ، الحاجة لنقل الدم أو غيرها من الاختلاطات (٧٠,٧١,٧٢).

وقد أدى ترافق المخاض لدى السيدات اليافعات في عدة بلدان مع زيادة نسب المخاض المسدود وتطاول أطوار المخاض والحاجة لولادة مهبلية جراحية وتمزقات العجان كل ذلك أدى -خاصة في حال ترافقه مع تدبير غير ملائم - إلى ارتفاع نسب الاختلاطات بعيدة المدى خاصة النواسير المهبلية - المستقيمية والمهبلية - المثانية وما يرافقها من تأثير على نوعية الحياة والحاجة لتدخلات طبية وجراحية لاحقة (٧٣,٧٤,٧٥).

وبذلك يمكن الخلو ص إلى أن النتائج الولادية والتوليدية لدى الحوامل اليافعات أدنى منها لدى الحوامل الشابات سواء من حيث ارتفاع معدلات المخاض والولادة المبكرة، انخفاض وزن المواليد ، ارتفاع معدلات الوفيات حول الولادة ، الإملاص ومراضة ووفيات الأمهات (٧٦,٧٧).

وتم الربط بين هذه النتائج غير المرغوبة من جهة مع عدد من المحددات المرتبطة بهذه الفئة العمرية : من نقص في النضج العضوي ، نقص الرعاية الصحية قبل وخلال الحمل ، فقر الدم ، ارتفاع التوتر الشرياني الحولي ، سوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية ، بعض الأمراض المستوطنة كالملاييا وتدني المتابعة الطبية الاختلاطات التوليدية (مخاض مسدود - نواسير) (٧٨,٧٩,٨٠,٨١).

مشكلات ما بعد الولادة :

تحتاج السيدات بشكل عام لرعاية خاصة في فترة ما بعد الولادة لوقاية كل من الأم والوليد من جملّة من الاختلاطات والأخطار الصحية المرتبطة بهذه المرحلة.

وباعتبار أن الحمل والولادة لدى السيدات اليافعات يترافق بمعدلات أعلى للمراضة والاختلاطات الحملية والتوليدية وجب تقديم رعاية خاصة للسيدات من هذه الفئة العمرية خلال فترة ما بعد الولادة^(٨٢).

حيث ذكر عدد من الاختلاطات في فترة ما بعد الولادة لدى الأمهات اليافعات ومنها:

(a) فقر الدم :

بالرغم من شيوع هذه المشكلة لدى السيدات بعد الولادة من مختلف الفئات العمرية وخاصة في حالات الحمول و الولادات المترافقة مع نزوف أو سوء رعاية حملية ، إلا أنها مشكلة ذات أهمية خاصة لدى الأمهات اليافعات باعتبارهن لازلن في مرحلة نمو^(٨٣).

يزداد انتشار فقر الدم بشكل عام لدى الأمهات اليافعات وبشكل خاص في مناطق مثل جنوب إفريقيا وأميركا اللاتينية تبعاً للأعواز التغذوية ،انتشار الأمراض الانتانية المزمّنة ونقص الرعاية الصحية^(٨٤,٨٥).

(B) نقص العناصر الغذائية:

تعاني السيدات في مناطق عدة من العالم من أعواز تغذوية - ولو بدرجات متباينة - وتصبح هذه المشكلة أكثر وضوحاً وأهمية في الأعمار الصغيرة خاصة إذا ما ترافقت مع الحمل والولادة والإرضاع.

إن تغذية الأمهات الحوامل خلال الحمل ومرحلة ما بعد الولادة غالباً ما تكون غير ملائمة وذلك في معظم بلدان العالم النامي وحتى في بعض البلدان المتقدمة (٨٦,٨٧,٨٨,٨٩,٩٠).

محددات الحالة التغذوية - الأعواز الغذائية :

الوارد الحروري: تزداد خلال الإرضاع الحاجة للوارد من الحريرات وتكون هذه المتطلبات عادةً غير ملائمة في مناطق نقص الوارد الغذائي المزمن.

عوز اليود: في مناطق الاستيطان لاسيما البلدان التي لا ينتشر فيها استخدام الملح المدعم باليود.

عوز فيتامين A : منتشر في المناطق التي تفتقر للمنتجات الغذائية النباتية ويشكل السبب الأهم - القابل للوقاية - لفقد البصر خلال الطفولة واليفع.

عوز الحديد - الفولات : هو الأكثر شيوعاً وانتشار بين الأعواز الغذائية لدى السيدات في سن النشاط التناسلي لاسيما اليافعات على اختلاف المناطق الجغرافية.

(C) ما قبل الإرجاج - إرجاج:

يستمر هذا الاختلاط الحلمي ليشكل مشكلة في فترة ما بعد الولادة خاصةً أول ٤٨ ساعة بعد الولادة ويشكل أكثر أرجحية لدى اليافعات وخصوصاً الخروسات منهن .

أما بالنسبة للاختلاطات عند حديث الولادة فقد ذكر منها:

(a) الخداج ونقص وزن الولادة :

تترافق الحمل لدى اليافعات بارتفاع نسب الولادة المبكرة ونقص وزن الولادة وما يليها من اختلاطات على الولدان من وفيات حول الولادة ، نقص الأكسجة ، العسرة التنفسية ، الحاجة للقبول في الحواضن أو العناية المشددة ، والحاجة فيما بعد لرعاية صحية وتغذوية خاصة .

(b) صعوبات الإرضاع الوالدي :

إن الإرضاع الوالدي هو التغذية المثالية للولدان حتى عمر السنة .
ولوحظ أن السيدات بأعمار أصغر من ١٨ سنة هن أقل إرضاعاً لولدانهن من السيدات لفئات عمرية أكبر .

(c) اختلاطات بعيدة المدى :

الأطفال بأعمار ٤ - ١٠ سنوات والمولودون لأمهات يافعات يعانون بدرجة أعلى من أعواز التغذية بالمقارنة مع أقرانهم المولودين لأمهات شابات ، إضافة إلى ارتفاع مشابه في معدلات التأخر التطور الروحي الحركي لدى هؤلاء الأطفال .

ويمكن تلخيص ما سبق بأن أكثر المشكلات الطبية أهمية لدى السيدات اليافعات بعد الولادة تتمثل بفقر الدم ، العوز الغذائي ، ارتفاع التوتر الشرياني .

وقد تترافق مع بعض المشكلات النفسية و الوفيات لدى الولدان ومشكلات الإرضاع الوالدي .

ترتبط معظم هذه المشكلات بشكل مباشر أو غير مباشر ليس فقط بعمر الأم وإنما أيضا بالمحددات الأخرى المرافقة من حالة اجتماعية واقتصادية ورعاية صحية وكيفية تدبير الاختلاطات (٩١,٩٢,٩٣,٩٤) .

القسم الثاني

المعالي

منهج الدراسة

عنوان الدراسة :

الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى الخروسات صغيرات السن في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

Obstetrical complications and outcomes in adolescent primigravidae at University Gynecology and Obstetrics Hospital in Damascus.

هدف الدراسة:

يهدف البحث لدراسة الاختلاطات والنتائج التوليدية (الوالدية والتوليدية) لدى الخروسات صغيرات السن (اليافعات) ومقارنتها بمثيلاتها لدى الخروسات الشابات .

مبررات الدراسة:

تعد الحمل لدى السيدات اليافعات من الحمل عالية الخطورة المترافقة مع نتائج سلبية صحية ،اقتصادية واجتماعية ، وهي منتشرة في البلدان الفقيرة و النامية^(٣).

وتعرف السيدة الحامل اليافعة او صغيرة السن حسب منظمة الصحة العالمية بأنها كل حامل يتراوح عمرها بين ١٠ - ١٩ سنة .

أياً يكن، فإن معظم الدراسات والإحصاءات المجراة في هذا المجال اعتبرت السيدات صغيرات السن هن اللواتي تتراوح اعمارهن ١٤-١٩ سنة .

إن ٢١ مليون سيدة يقل عمرها عن ١٩ سنة تلد سنوياً حول العالم ، ٩٠% من هذه الولادات تتم في البلدان النامية والفقيرة.

وتذكر معظم الدراسات أن هناك زيادة ملحوظة في نسبة الاختلاطات الحملية كفقر الدم ،الانتانات البولية ،ما قبل الإجراج - إجراج و المخاض الباكر؛ إضافة لزيادة نسبة النتائج الوليدية المتدنية كنقص وزن الولدان. وارتفاع بنسب الاختلاطات التوليدية كتطول الطور الثاني للمخاض والحاجة للولادات القيصرية والنزف بعد الولادة وغيرها من الاختلاطات.

المواد والطرائق:

نموذج الدراسة:

دراسة وصفية تحليلية من نمط مقطع مستعرض (حالة - شاهد Case control study).

مكان الدراسة:

شعبة المخاض العمومي والخصوصي - مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي -
كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

مدة الدراسة:

من ٢٠١٧/٣/١٥ إلى ٢٠١٧/١٢/١٥.

عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على ٣٥٤ سيدة، تم توزيعهن إلى مجموعتين:

○ المجموعة الأولى (مجموعة الحالات): الخروسات صغيرات السن (٩٤ سيدة).

○ المجموعة الثانية (مجموعة الشواهد): الخروسات الشابات (٢٦٠ سيدة).

معايير الإدخال:

- خروس.
- عمر السيدة بين ١٤-٣٤ سنة (الحالات بين ١٤-١٩ سنة ، الشواهد ٢٠-٣٤ سنة).
- حمل مفرد.
- عمر الحمل تمام الأسبوع ٣٧ حملي وأكبر.

معايير الاستبعاد:

- عمر السيدة < ٣٤ سنة.
- عمر الحمل أقل من تمام الأسبوع ٣٧ حملي.

- حمل متعدد.
- وجود أمراض مزمنة تتداخل مع المتغيرات أو الاختلاطات المدروسة (فقر دم منجلي ،أمراض كلوية مزمنة.....الخ).
- وجود استطباب غير توليدي للقيصرية.

تعريف الدراسة:

- ❖ **الخروسات صغيرات السن (اليافعات):** هن اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٤-١٩ سنة.
- ❖ **الخروسات الشابات (الناضجات):** هن اللواتي تتراوح أعمارهن ٢٠-٣٤ سنة.
- ❖ **تألم الجنين:** حدوث اضطراب إصغاء قلب الجنين من نمط غياب التغيرية مع تباطؤات متغيرة أو متأخرة.
- ❖ **النزف الأولي بعد الولادة :** هو كل نزف أكثر من ٥٠٠ مل من الدم بعد ولادة طبيعية وأكثر من ١٠٠٠ مل من الدم بعد ولادة قيصرية خلال أول ٢٤ ساعة بعد الولادة.
- ❖ **تطاول الطور الثاني من المخاض :** يعتبر الطور الثاني من المخاض متطاولاً عند الخروس إذا تجاوز الساعتين .
- ❖ **فقر الدم بتمام الحمل :** انخفاض قيمة الخضاب تحت ١١ غ/دل.

مراحل الدراسة:

- أولاً:** أخذ موافقة السيدات قبل الإدخال في الدراسة وفق نموذج الموافقة المستتيرة المرفق في الملاحق، ثم تحديد مجموعة المريضة وفق بروتوكول الدراسة.
- ثانياً:** جمع المعلومات والبيانات المطلوبة للدراسة وفق الاستمارة الخاصة ، مع إجراء تصوير بالأمواج فوق الصوتية.
- ثالثاً:** متابعة حالة المريضة السريرية حتى الولادة ، مع تسجيل الاختلاطات التوليدية (الوالدية والوليدية) إذا حدثت.

رابعاً: جمع البيانات وتبويبها حاسوبياً باستخدام برنامج 2010 Excel وإجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS ، والمقارنة ما بين المجموعتين المدروستين ، مع اعتبار المتغير ذي أهمية إحصائية عندما تكون قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$ حسب الاختبار المُجرى.

خامساً: مقارنة نتائج الدراسة بنتائج دراسات عالمية سابقة منشورة في الأدب الطبي.

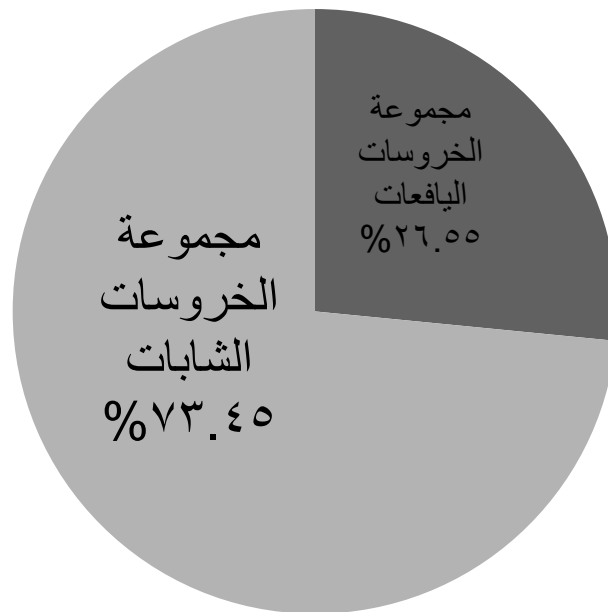
نتائج الدراسة

توزيع المريضات في عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على ٣٥٤ سيدة حققن معايير الإدخال بالدراسة، تم توزيعهن إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى (مجموعة الحالات): الخروسات صغيرات السن (٩٤ سيدة).
- المجموعة الثانية (مجموعة الشواهد): الخروسات الشابات (٢٦٠ سيدة).

توزيع عينة البحث حسب المجموعتين المدروستين



المخطط (٢) يبين توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب مجموعتي الدراسة

انتشار فقر الدم لدى السيدات في عينة الدراسة:

تم دراسة انتشار فقر الدم لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، حيث كان يتم إجراء تحليل CBC لكل السيدات عند القبول في المشفى، قُسمت شدة فقر الدم إلى :

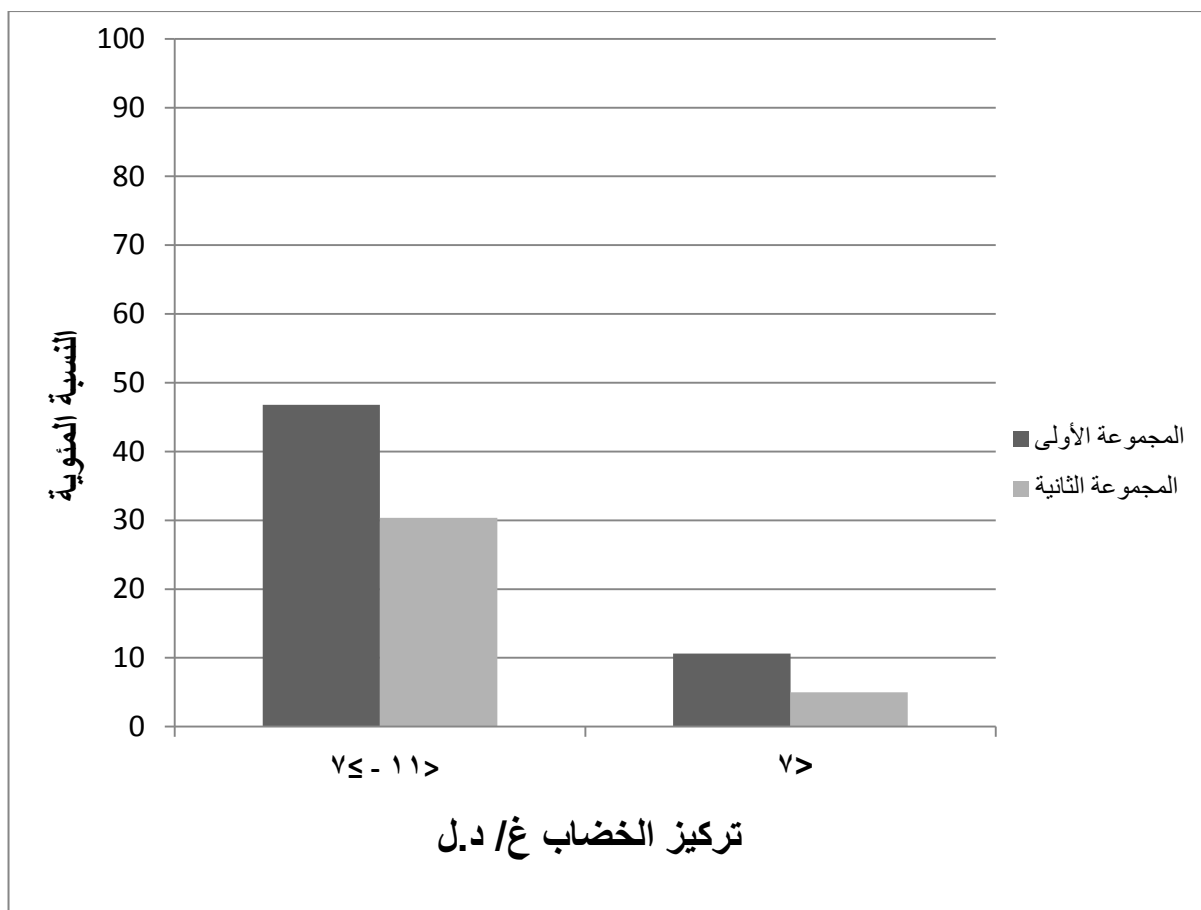
١- خفيف إلى متوسط (قيمة الخضاب $> 11 - \leq 7$ غ/د.ل).

٢- شديد (قيمة الخضاب > 7 غ/د.ل).

ولدى المقارنة بين المجموعتين تبين انتشار فقر الدم بشكل أكبر لدى السيدات في المجموعة الأولى، مع وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P < 0.05$).

تركيز الخضاب غ/د.ل	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة P
$11 > - \leq 7$	٤٤ (٤٦.٨٠%)	٧٩ (٣٠.٣٨%)	$P=0.01$
> 7	١٠ (١٠.٦٣%)	١٣ (٥%)	$P=0.04$

الجدول (٢) انتشار فقر الدم لدى السيدات في عينة الدراسة



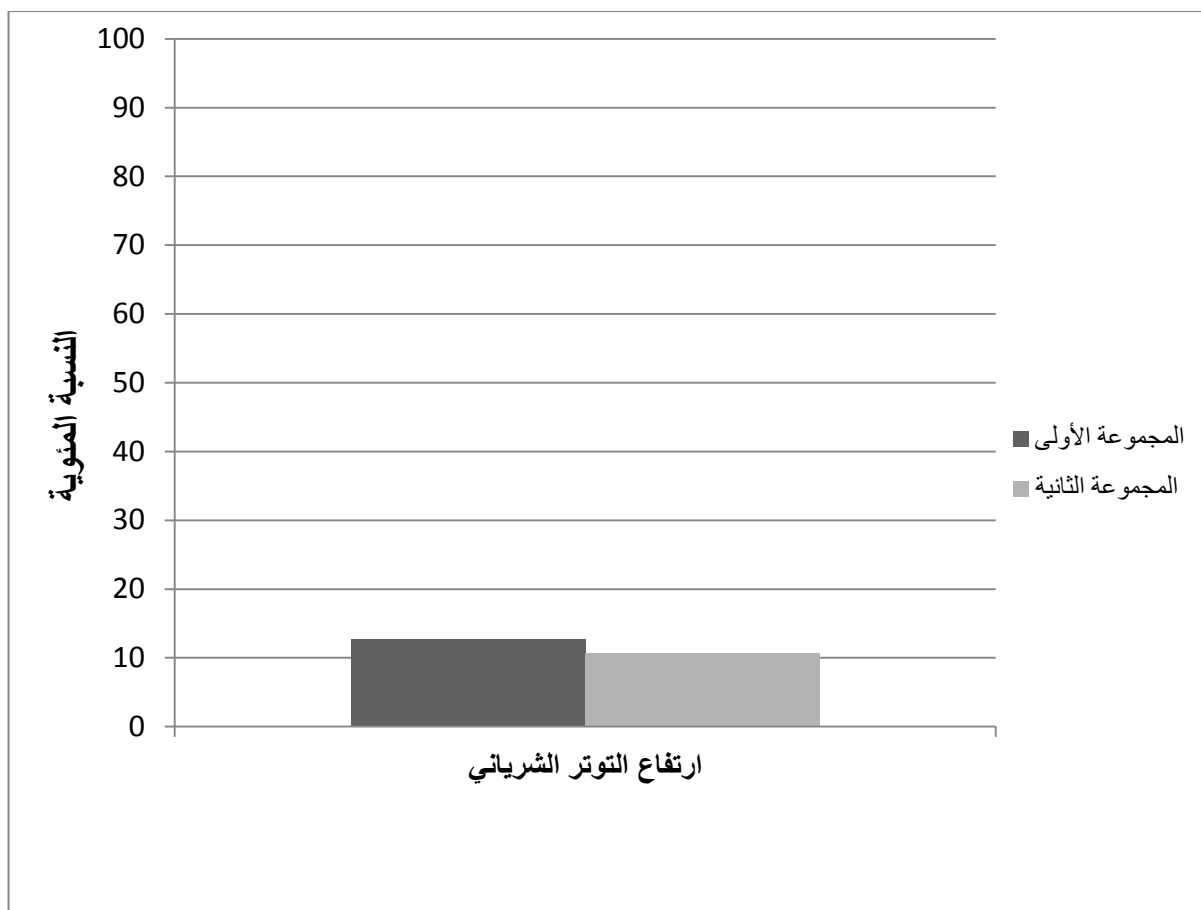
المخطط (3) يبين توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب انتشار فقر الدم لديهن.

انتشار ارتفاع التوتر الشرياني لدى السيدات في عينة الدراسة:

تم دراسة انتشار ارتفاع التوتر الشرياني لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، ولدى المقارنة بين المجموعتين تبين انتشار ارتفاع التوتر الشرياني بشكل أكبر لدى السيدات في المجموعة الأولى، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

قيمة مستوى الدلالة P	المجموعة الثانية (n=260)	المجموعة الأولى (n=94)	
P=0.207	28 (10.76%)	12 (12.76%)	ارتفاع التوتر الشرياني

الجدول (3) انتشار ارتفاع التوتر الشرياني لدى السيدات في عينة الدراسة



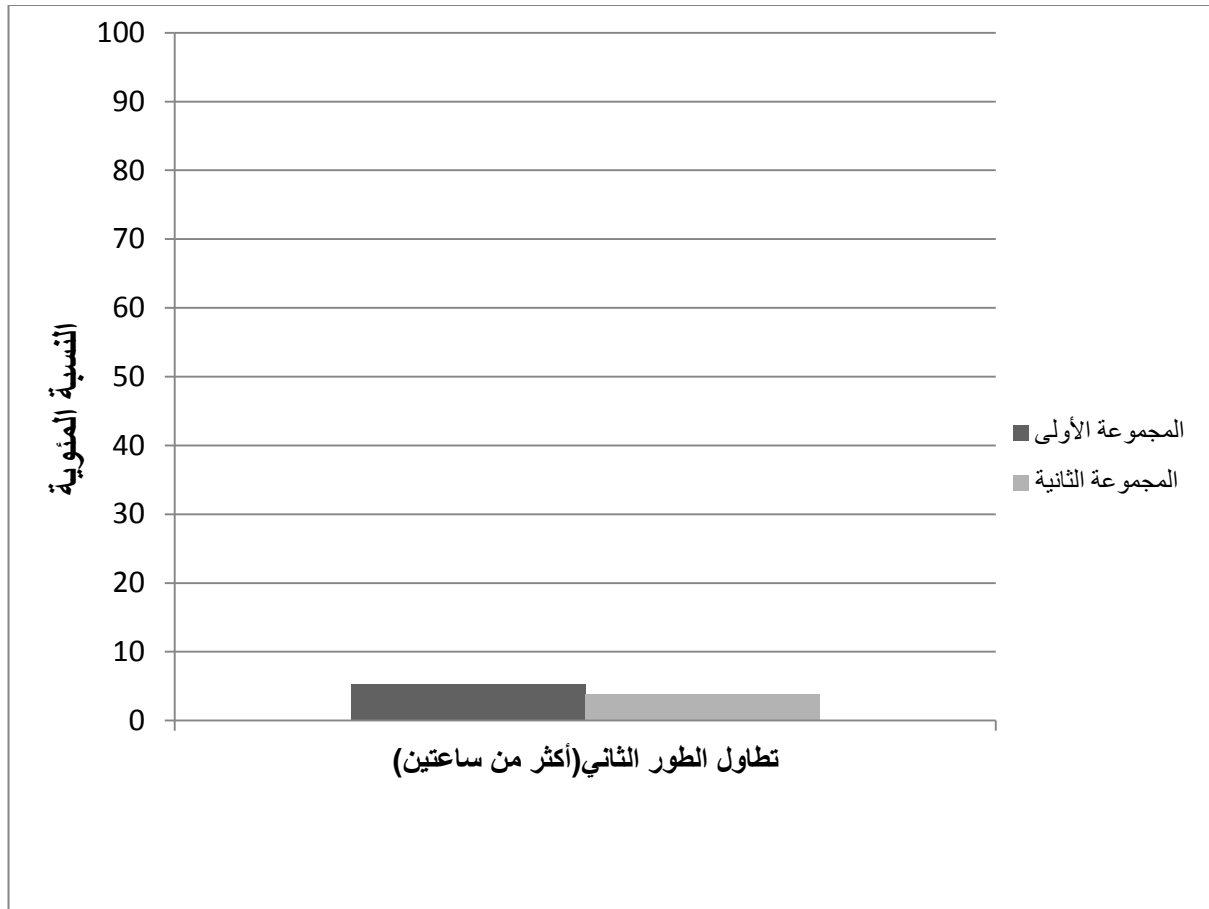
المخطط (٤) يبين توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب انتشار ارتفاع التوتر الشرياني.

تطاول الطور الثاني من المخاض لدى السيدات في عينة الدراسة:

تمت دراسة حدوث تطاول للطور الثاني من المخاض لدى السيدات في عينة الدراسة، ولدى المقارنة بين المجموعتين تبين حدوث تطاول للطور الثاني من المخاض بشكل أكثر تواتراً لدى سيدات المجموعة الأولى منه في المجموعة الثانية، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

قيمة مستوى الدلالة P	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	المجموعة الأولى (n=٩٤)	
P=٠.٤٣	١٠ (٣.٨٥%)	٥ (٥.٣١%)	تطاول الطور الثاني

الجدول (٤) حدوث تطاول الطور الثاني من المخاض (أكثر من ساعتين) لدى السيدات في عينة الدراسة.



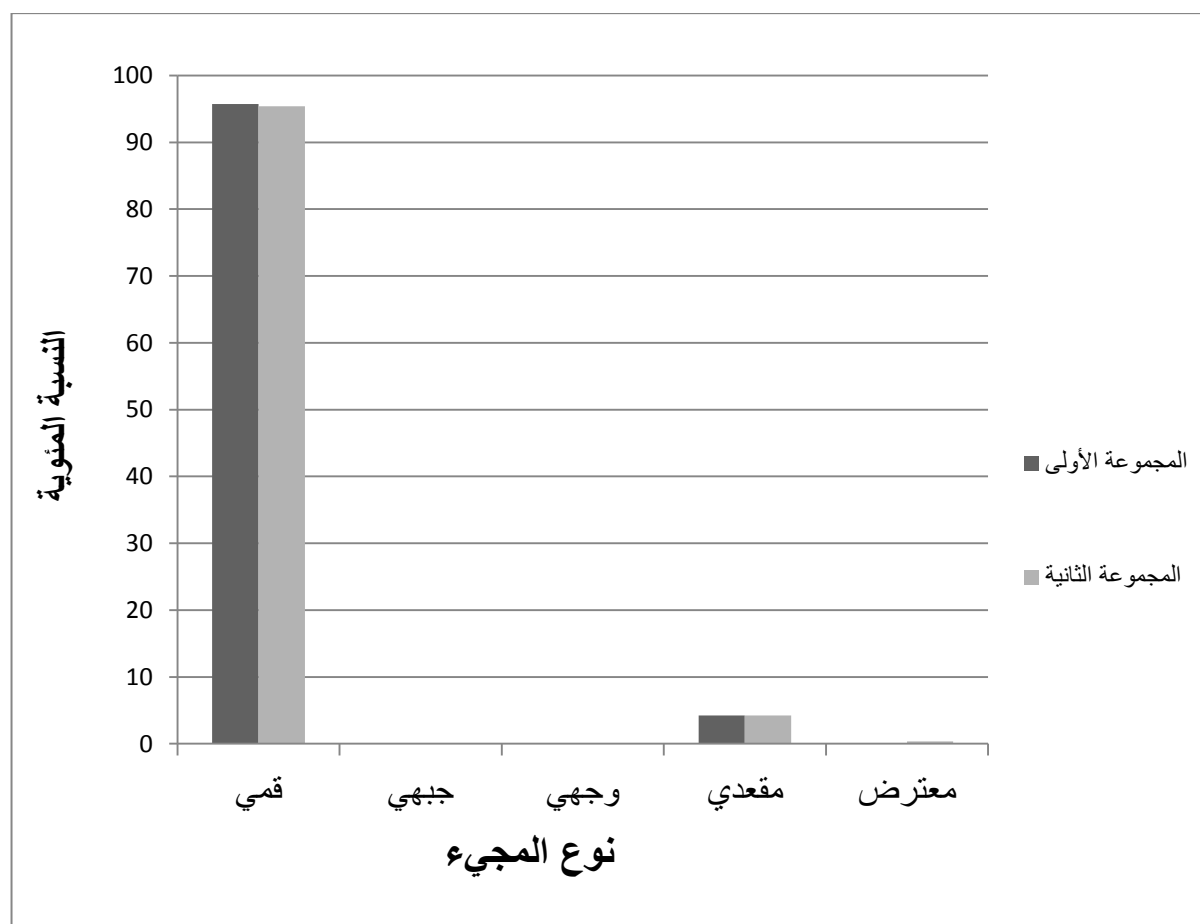
المخطط (٥) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب حدوث تطاول الطور الثاني من المخاض.

انتشار المجيئات المعيبة لدى السيدات في عينة الدراسة:

تمت دراسة انتشار المجيئات المعيبة لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، ولدى مقارنة المجموعتين تبين عدم وجود أهمية ذات دلالة إحصائية للفروق.

نوع المجيء	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة P
قمي	٩٠ (٩٥.٧٤%)	٢٤٨ (٩٥.٣٨%)	P>٠.٠٥
جلهه	٠ (٠%)	٠ (٠%)	
وجهه	٠ (٠%)	٠ (٠%)	
مقعه	٤ (٤.٢٦%)	١١ (٤.٢٣%)	
معهض	٠ (٠%)	١ (٠.٣٨%)	

الجدول (٥) انتشار المجيئات المعيبة لدى السيدات في عينة الدراسة.



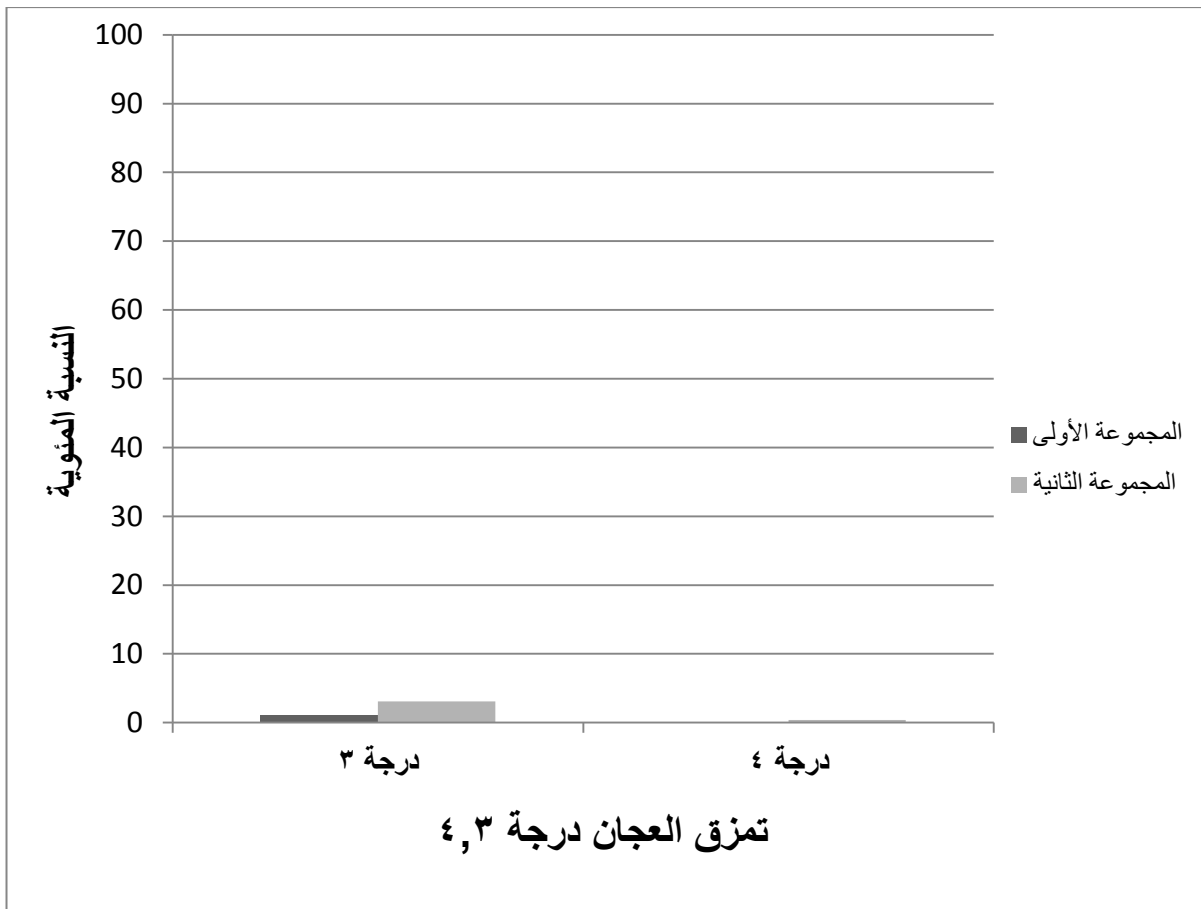
المخطط (٦) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب نوع المجيء.

حدوث تمزقات العجان لدى السيدات في عينة الدراسة:

تمت دراسة حدوث تمزقات العجان لدى السيدات في عينة الدراسة، ولدى المقارنة بين المجموعتين تبين حدوث تمزقات العجان بشكل أكثر تواتراً لدى سيدات المجموعة الثانية منه في المجموعة الأولى، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

درجة تمزق العجان	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة
درجة ٣	١ (١.٠٦%)	٨ (٣.٠٧%)	$P > 0.05$
درجة ٤	٠ (٠%)	١ (٠.٣٨%)	

الجدول (٦) حدوث تمزقات العجان لدى السيدات في عينة الدراسة.



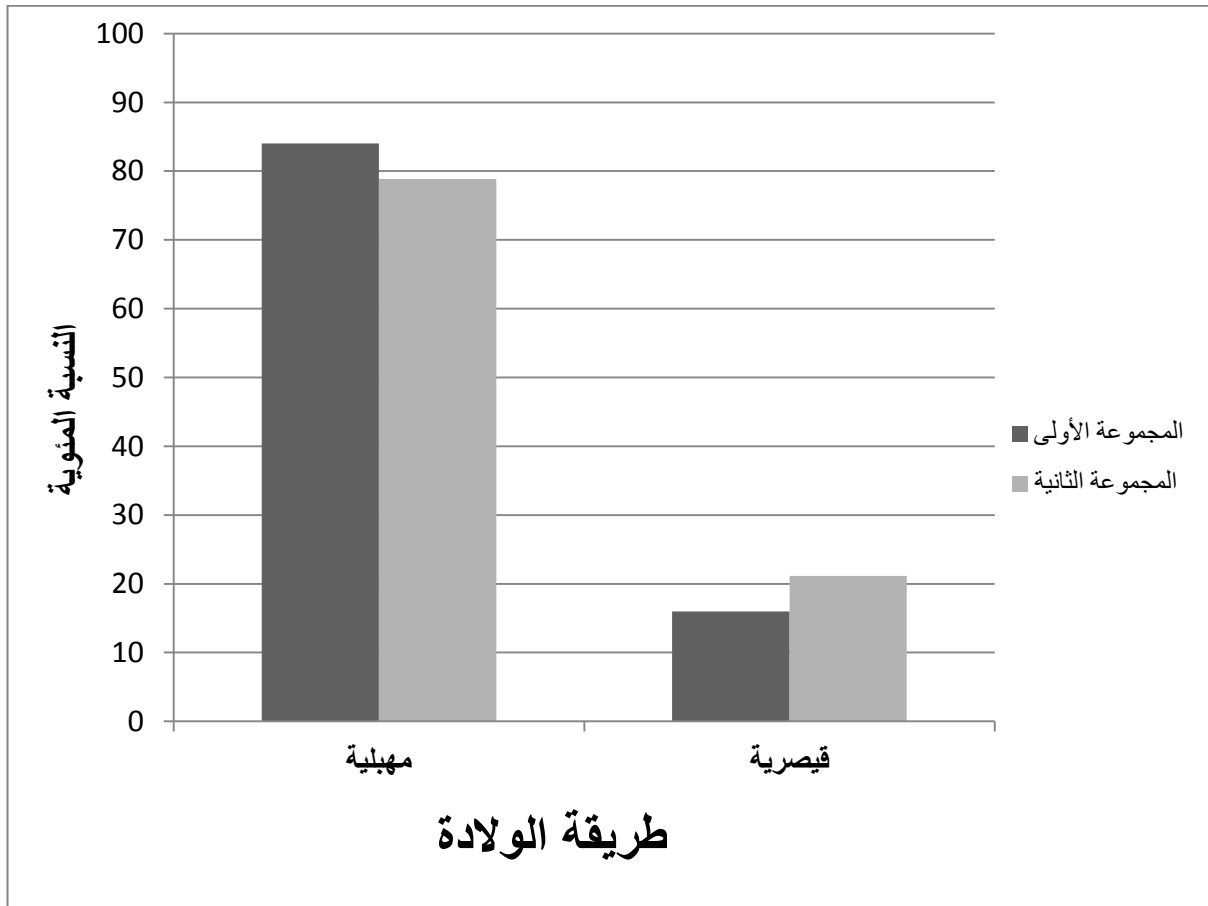
المخطط (٧) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب حدوث تمزقات العجان.

طريقة الولادة لدى السيدات في عينة الدراسة:

لدى مقارنة طريقة الولادة لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، تبين عدم وجود أهمية ذات دلالة إحصائية للفروق بين طريقتي الولادة.

طريقة الولادة	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة P
مهبلية	٧٩ (٨٤.٠٤%)	٢٠٥ (٧٨.٨٥%)	P>٠.٠٥
قيصرية	١٥ (١٥.٩٦%)	٥٥ (٢١.١٥%)	

الجدول (٧) مقارنة طريقة الولادة لدى السيدات في عينة الدراسة



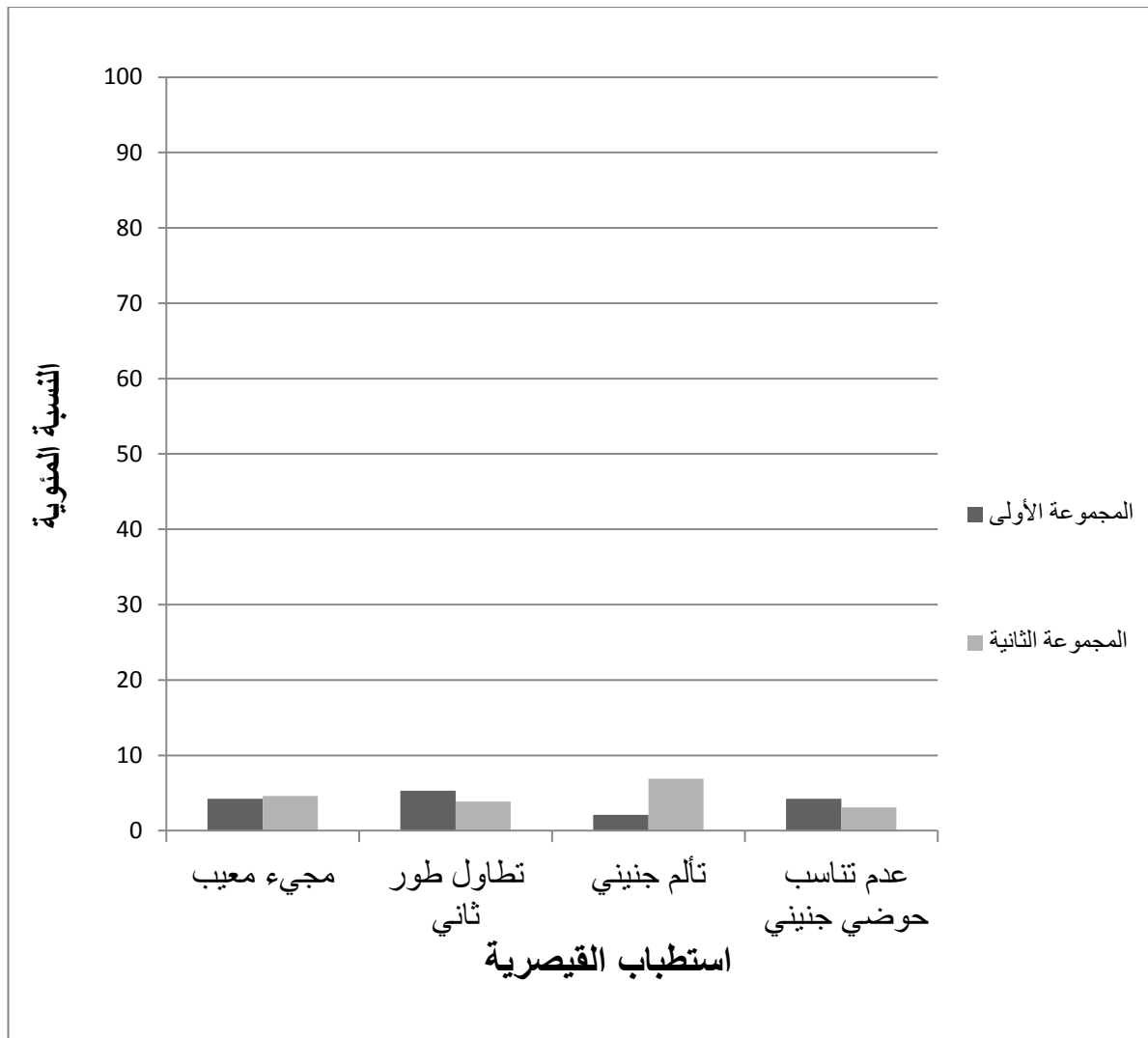
المخطط (٨) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب طريقة الولادة.

استطباب القيصريات لدى السيدات في عينة الدراسة:

تمت دراسة استطباب كل من القيصريات المجرأة لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، ولدى مقارنة المجموعتين تبين عدم وجود أهمية ذات دلالة إحصائية للفروق.

استطباب القيصرية	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة P
مجيء معيب	٤ (٤.٢٥%)	١٢ (٤.٦١%)	P>٠.٠٥
تطاول الطور الثاني	٥ (٥.٣١%)	١٠ (٣.٨٥%)	
تألم جنيني	٢ (٢.١٢%)	١٨ (٦.٩٢%)	
عدم تناسب حوضي جنيني	٤ (٤.٢٥%)	٨ (٣.٠٧%)	

الجدول (٨) استطباب القيصريات لدى السيدات في عينة الدراسة.



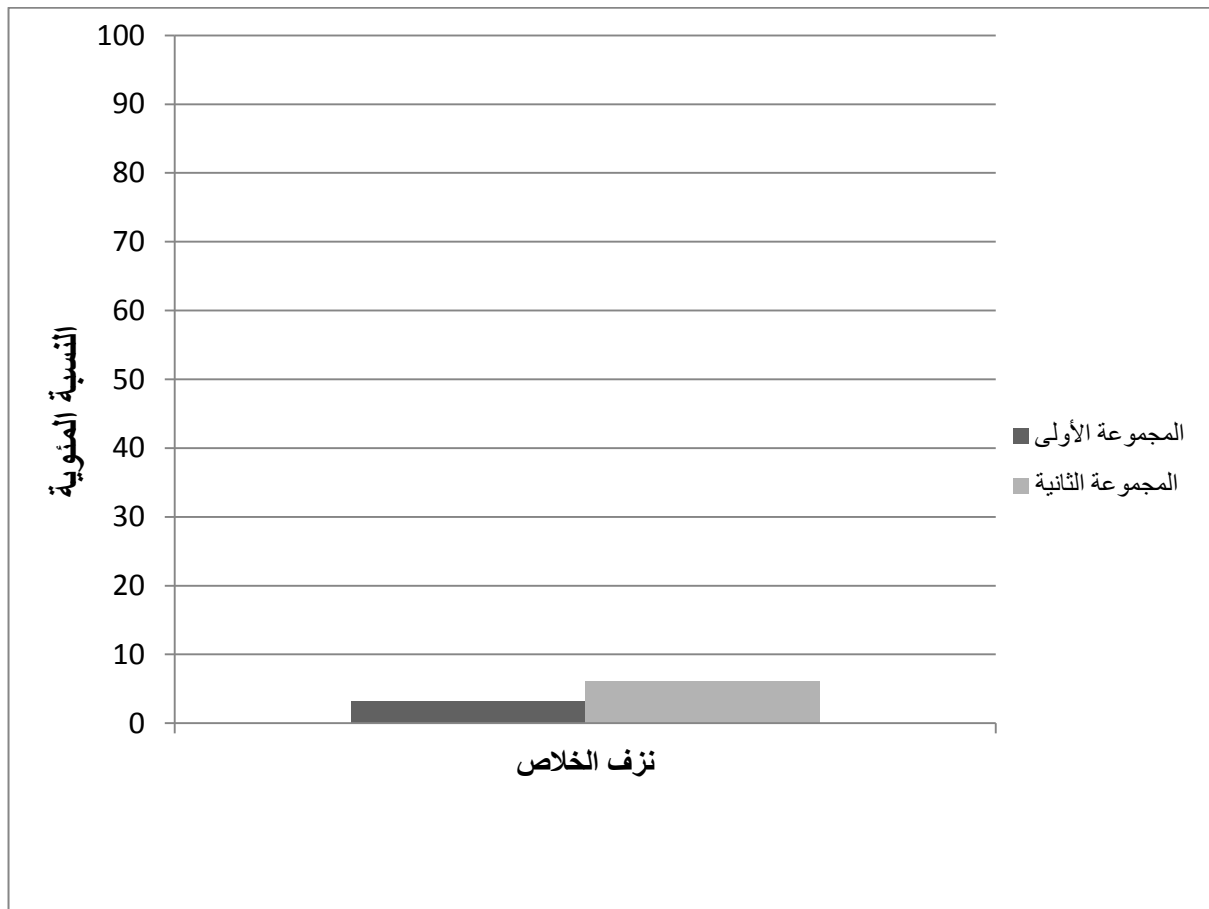
المخطط (٩) يبين توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب استطباب القيصرية.

حدوث نزف الخلاص لدى السيدات في عينة الدراسة:

تمت دراسة حدوث نزف الخلاص لدى السيدات في عينة الدراسة، ولدى المقارنة بين المجموعتين تبين حدوث نزف بشكل أكثر تواتراً لدى سيدات المجموعة الثانية منه في المجموعة الأولى، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

قيمة مستوى الدلالة P	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	المجموعة الأولى (n=٩٤)	
P=٠.٣٠٧	١٦ (٦.١٥%)	٣ (٣.١٩%)	نزف الخلاص

الجدول (٩) حدوث نزف الخلاص لدى السيدات في عينة الدراسة.



المخطط (١٠) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب حدوث نزف الخلاص

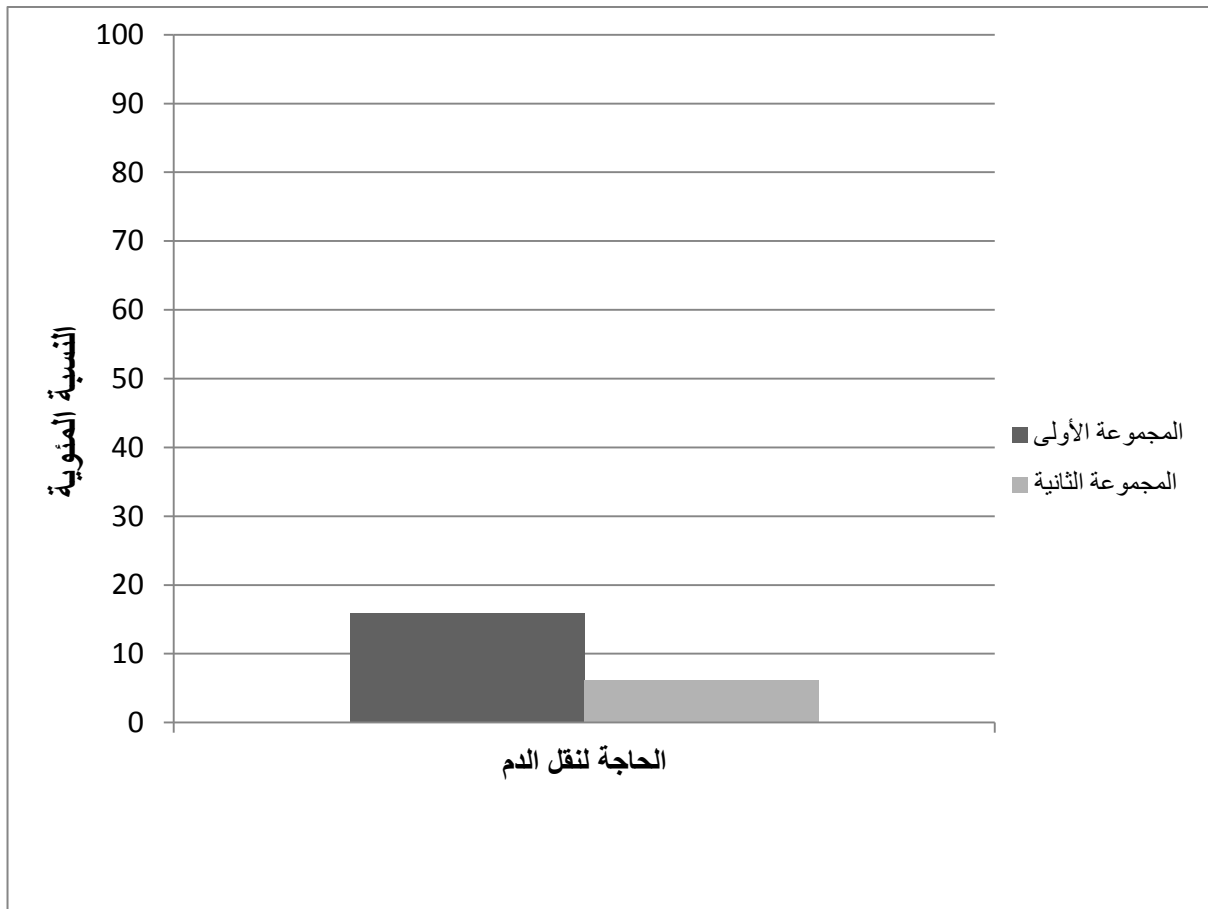
(أكثر من ٥٠٠ مل بعد ولادة مهبلية أو أكثر من ١٠٠٠ مل بعد ولادة قيصرية).

الحاجة لنقل الدم لدى السيدات في عينة الدراسة:

لدى دراسة الحاجة لنقل الدم لدى السيدات في عينة الدراسة، وبالمقارنة بين المجموعتين تبين أن تواتر نقل الدم لدى سيدات المجموعة الأولى أكثر منه في المجموعة الثانية، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

قيمة مستوى الدلالة P	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	المجموعة الأولى (n=٩٤)	
P=٠.١١	٢٢ (٨.٤٦%)	١٥ (١٥.٩٥%)	الحاجة لنقل الدم

الجدول (١٠) الحاجة لنقل الدم لدى السيدات في عينة الدراسة.



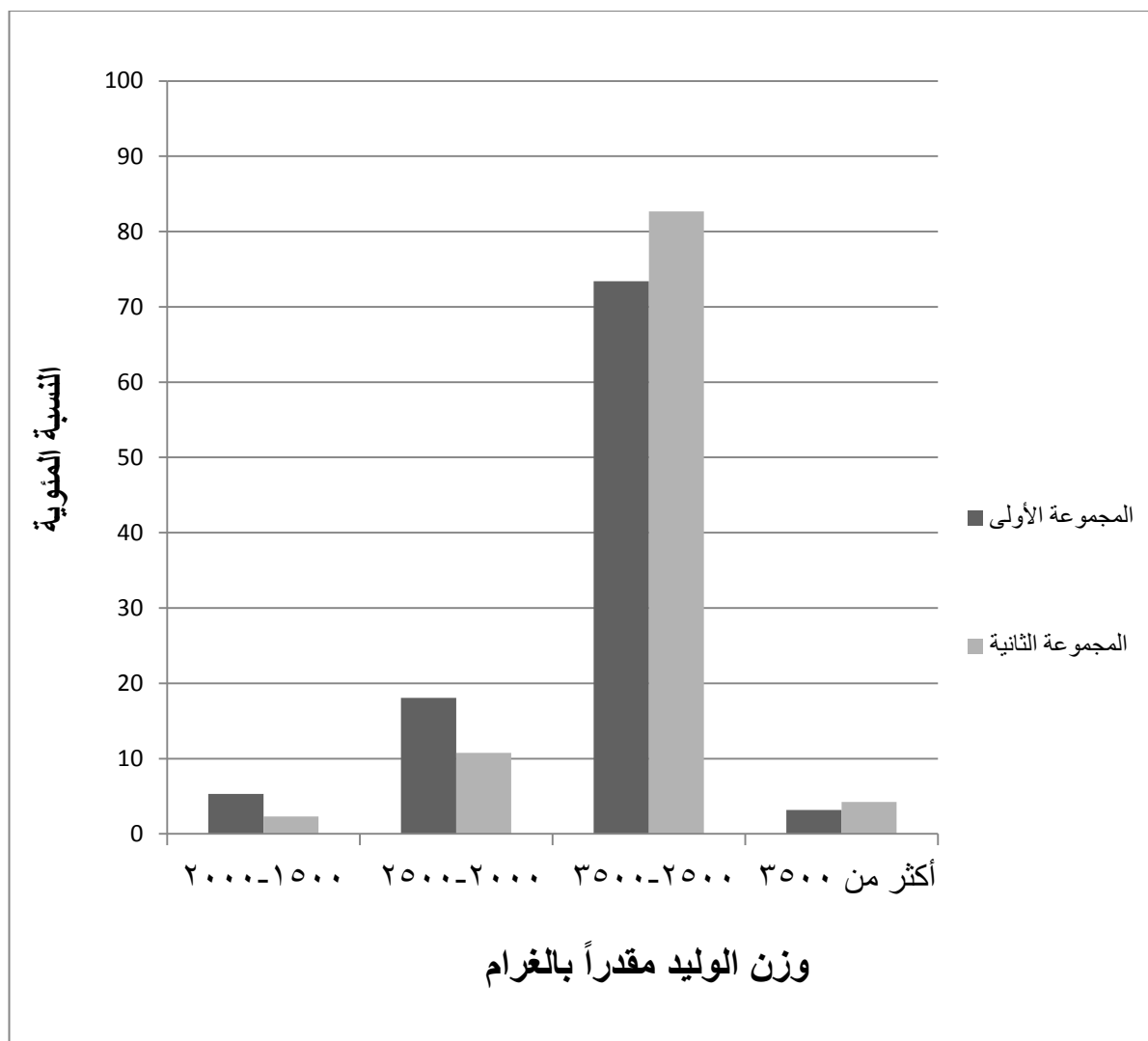
المخطط (١١) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الحاجة لنقل الدم.

وزن الوليد لدى السيدات في عينة الدراسة:

تم دراسة وزن الوليد لدى السيدات في المجموعتين المدروستين، حيث تم تقسيم الأوزان إلى أربع فئات كما هو موضح في الجدول (١٥)، ولدى مقارنة المجموعتين تبين أن أوزان الولدان بالمجموعة الأولى بشكل عام أقل منها في الثانية، دون وجود أهمية ذات دلالة إحصائية لهذه الفروق (قيمة مستوى الدلالة $P > 0.05$).

وزن الوليد (غرام)	المجموعة الأولى (n=٩٤)	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	قيمة مستوى الدلالة P
٢٠٠٠-١٥٠٠	٥ (٥.٣١%)	٦ (٢.٣%)	$P > ٠.٠٥$
٢٥٠٠-٢٠٠٠	١٧ (١٨.٠٨%)	٢٨ (١٠.٧٦%)	
٣٥٠٠-٢٥٠٠	٦٩ (٧٣.٤%)	٢١٥ (٨٢.٦٩%)	
أكثر من ٣٥٠٠	٣ (٣.١٩%)	١١ (٤.٢٣%)	

الجدول (١١) توزع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الوليد.



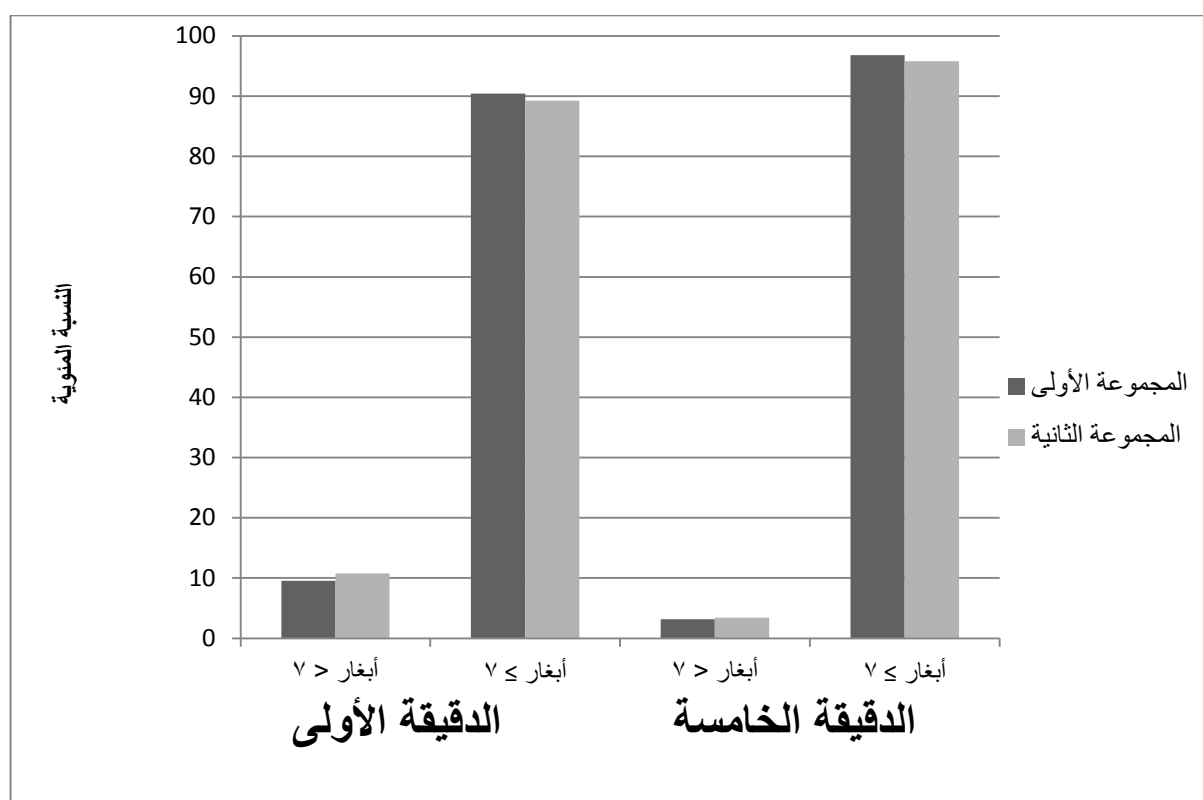
المخطط (١٢) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الوليد.

تقييم أبغار الوليد في الدقيقة الأولى و الخامسة :

تم تقييم مشعر أبغار للوليد في الدقيقتين الأولى و الخامسة بعد الولادة ، ولدى مقارنة النتائج بين المجموعتين كما هو موضح في الجدول رقم (١٢) لم تظهر دلالة إحصائية للفروق بين المجموعتين.

قيمة مستوى الدلالة P	المجموعة الثانية (n=٢٦٠)	المجموعة الأولى (n=٩٤)	مشعر أبغار	
P>٠.٠٥	٢٨ (١٠.٧٦%)	٩ (٩.٥٧%)	أبغار > ٧	الدقيقة الأولى
	٢٣٢ (٨٩.٢٤%)	٨٥ (٩٠.٤٣%)	أبغار ≤ ٧	
	٩ (٣.٤٦%)	٣ (٣.١٩%)	أبغار > ٧	الدقيقة الخامسة
	٢٥١ (٩٦.٥٣%)	٩١ (٩٦.٨١%)	أبغار ≤ ٧	

الجدول (١٢) توزع السيدات في عينة الدراسة حسب مشعر أبغار للوليد.



المخطط (١٣) يبين توزع السيدات في عينة الدراسة حسب قيم مشعر أبغار للولدان.

مقارنة الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى السيدات في عينة الدراسة بحسب الزمن الفاصل بين بدء الطمث و الولادة :

تم تقسيم السيدات في عينة الدراسة إلى فئتين بحسب الزمن الفاصل بين بدء الطمث و الولادة، بحيث كان هذا الفاصل الزمني هو سنتين على اعتباره الزمن اللازم لإكمال النضج في العظم الحوضي، ودرست الاختلاطات والنتائج التوليدية ثم تم إجراء مقارنة بين الفئتين وكانت النتائج كما يلي:

كانت الاختلاطات أكثر في سيدات الفئة اللواتي كان الفاصل الزمني لديهن أقل من سنتين ، مع وجود أهمية إحصائية للفروق بين الفئتين في:

انتشار فقر الدم ، الحاجة لنقل الدم ، نقص وزن الولادة ، عدم تناسب الحوضي الجنيني و تطاول الطور الثاني كما هو موضح في الجدول رقم (١٣).

قيمة مستوى الدلالة	سنتين أو أكثر	أقل من سنتين	
	٣٣٢ (٩٣.٧٨%)	٢٢ (٦.٢٢%)	العدد
P=٠.٠٢	٩٩ (٢٩.٨١%)	١٥ (٦٨.١٨%)	فقر الدم > ١١ - ≤ ٧ غ/د.ل
P=٠.٠١	١٨ (٥.٤٢%)	٥ (٢٢.٧٢%)	فقر الدم > ٧ غ/د.ل
P=٠.٤٣	٣٧ (١١.١٤%)	٣ (١٣.٦٣%)	اضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني
P=٠.٨١	١٠ (٣.٠١%)	٠ (٠%)	تمزقات عجان درجة ٣-٤
P=٠.٨٢	٢٦٦ (٨٠.١٢%)	١٨ (٨١.٨١%)	ولادة مهبلية
P=٠.٦	٦٦ (١٩.٨٧%)	٤ (١٨.٧٥%)	ولادة قيصرية
P=٠.٠٩	١٧ (٥.١٢%)	٢ (٩.٠٩%)	النزف بعد الولادة
P=٠.٠٣	٣١ (٩.٣٣%)	٦ (٢٧.٢٧%)	الحاجة لنقل الدم
P=٠.٠٠١	٧ (٢.١%)	٤ (١٨.١٨%)	وزن الوليد ١٥٠٠-٢٠٠٠ غ
P=٠.٠٠١	٣٦ (١٠.٨٤%)	٩ (٤٠.٩%)	وزن الوليد ٢٠٠٠-٢٥٠٠ غ
P=٠.٠٤	٢٧٥ (٨٢.٨٣%)	٩ (٤٠.٩%)	وزن الوليد ٢٥٠٠-٣٥٠٠ غ
P=٠.٧٧	١٤ (٤.٢١%)	٠ (٠%)	وزن الوليد أكثر من ٣٥٠٠ غ
P=٠.٠٩	٣٢ (٩.٦٣%)	٥ (٢٢.٧٢%)	أبغار الدقيقة الأولى > ٧
P=٠.٧	٣٠٠ (٩٠.٣٦%)	١٧ (٧٧.٢٧%)	أبغار الدقيقة الأولى ≤ ٧
P=٠.٠٣	٩ (٢.٧١%)	٣ (١٣.٦٣%)	أبغار الدقيقة الخامسة > ٧
P=٠.٦٢	٣٢٣ (٩٧.٢٩٥%)	١٩ (٨٦.٣٦%)	أبغار الدقيقة الخامسة ≤ ٧
P=٠.٠٩	١٩ (٥.٧٢%)	١ (٢.٢٠%)	تألم جنيني
P=٠.٠٣	٩ (٢.٧١%)	٣ (١٣.٦٣%)	عدم تناسب حوضي جنيني
P=٠.٠٤	١٢ (٣.٦١%)	٣ (١٣.٦٣%)	تطاول الطور الثاني
P=٠.٠٨	١٤ (٤.٢١%)	٢ (٩.٠٩%)	مجيء معيب

الجدول (١٣) مقارنة الاختلاطات والنتائج الوليدية لدى السيدات في عينة الدراسة بحسب الزمن الفاصل بين بدء الطمث و الولادة

المناقشة

شكل الحمل لدى صغيرات السن (اليافعات) قضية صحية هامة خلال العقود الماضية في العديد من البلدان حول العالم ، سواءً النامية منها أو المتقدمة.

حيث يعد من الحمل عالية الخطورة ، إذ يترافق مع نتائج سلبية صحية ، اجتماعية و اقتصادية ، إضافة إلى زيادة نسبة الاختلاطات الحملية و التوليدية.

أجريت هذه الدراسة لتحديد الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى الخروسات صغيرات السن في مشفى التوليد الجامعي بدمشق، حيث اشتملت على ٣٥٤ مريضة قسمن إلى حالات وشواهد.

كان فقر الدم منتشراً بشكل كبير بين مجموعتي الدراسة بشكل عام (مما قد يعكس انتشاره الواسع لدى الحوامل في مجتمعنا) مع فرق ذي دلالة إحصائية لحساب مجموعة اليافعات في حال فقر الدم الشديد، تتوافق هذه النتائج مع نتائج دراسات سابقة (٩٥،٩٦،٩٧)، كان ارتفاع التوتر الشرياني خلال الحمل منتشراً بشكل متقارب بين المجموعتين ومماثلاً لنسبة الانتشار العالمية وهذا يوافق دراسة (٩٨) بينما كانت نسبة انتشاره أعلى لدى اليافعات مع فروق ذات دلالة إحصائية حسب دراسة (٩٧).

كان معدل الولادة القيصرية ١٥.٩٦% في مجموعة الخروسات اليافعات و ٢١.١٥% في مجموعة الخروسات الشابات ، حيث كان السبب الأشيع للقيصرية لدى الشابات هو التآلم الجنيني ، في حين كان تطاول الطور الثاني و عدم التناسب الحوضي الجنيني أشيع استطباًب للقيصريات لدى الخروسات اليافعات ، تتوافق هذه النتائج مع دراسة (٩٥).

على الرغم من حدوث الاختلاطات التوليدية مثل تمزقات العجان في مجموعة الشابات بشكل أكبر منه في مجموعة اليافعات ، لكن لم يكن لهذه الفروق أهمية ذات دلالة إحصائية ، وهذا يوافق دراسة (٩٩) .

كان معدل أوزان الولدان للخروسات اليافعات بشكل عام أقل منه لدى الخروسات الشابات، وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية السابقة (٩٩,٩٨,٩٧,٩٦,٩٥) .

شكل قصر الفاصل الزمني بين بدء الطمث والولادة العامل الأهم لزيادة نسب الاختلاطات و سوء النتائج التوليدية لدى سيدات العينة المدروسة بشكل يمكن الاعتماد عليه عملياً أكثر من عمر السيدة بشكل مستقل .

التوصيات

- ١- يجب أن تتضمن الرعاية خلال الحمل للسيدات اليافعات بعض التعديلات (عن الرعاية الروتينية للحمول) بما يخدم احتياجات السيدات في هذه المرحلة العمرية .
- ٢- تدبير المخاض والولادة لدى السيدات الخروسات اليافعات كمثله لدى الخروسات الشابات مع إيلاء رعاية خاصة في حالات الحمل المختلطة ، ولدى اليافعات الصغيرات جداً.
- ٣- أهمية التشارك بين المؤسسات الطبية والاجتماعية لنشر وعي مجتمعي حول مخاطر الحمل والولادة في عمر اليافع.

القسم الثاني

الدراسة

- 1) World Health Organization. Adolescent Pregnancy; Issues in Adolescent Health and Development. 2004.
- 2) Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives* 2000; 32: 14-23.
- 3) World Health Organization Teenage pregnancy: cause for concern;. 2014.
- 4) UNICEF. The Progress of Nations. UNICEF 1998.
- 5) Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75: 111–121.
- 6) Letsky E. The haematological system. In: Hytten F, Chamberlain G (eds). *Clinical Physiology in Obstetrics*. Blackwell, Oxford 2006.
- 7) Van den Broek NR. Anaemia in pregnancy in developing countries. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 105: 385-390.
- 8) Van den Broek NR, Letsky EA. Etiology of anemia in pregnancy in South Malawi. *Am J Clin Nutr* 2012; 72: (1 Suppl): 247S-256S).
- 9) Hodges RE, Sauberlich HE, Canham JE, Wallace DL, Rucker RB, Meija LA et al., Hematopoietic studies in vitamin A deficiency. *Am J Clin Nutr* 1978; 31: 876-885.
- 10) Lee ST, Chaudhuri P, Tay BL. Obstetric outcome of the unwed adolescents. *Singapore Med J* 2011; 31: 553-557.
- 11) Liljestrand J, Bergstrom S, Birgegard G. Anaemia of pregnancy in Mozambique. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1999; 80: 249-25.
- 12) Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software.
- 13) Jackson DJ, Klee EB, Green SD, Mokili JL, Cutting WA. Severe anaemia in pregnancy: a problem of primigravidae in rural

Zaire. Transactions of the Royal Society of tropical Medicine and Hygiene 2001; 85: 829-832.

- 14) Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 962-966.
- 15) Laloo D. Malaria in adolescence. Paper prepared for the department of Child and Adolescent Health and Development of WHO. Geneva, WHO 2010.
- 16) Gilles HM, Lawson JB, Sibelas M, Voller A, Allan N. Malaria, anaemia and pregnancy. *Ann Trop Med Parasitolog* 1989; 63: 245-263.
- 17) Okonofua FE, Feyisetan BJ, Davies-Adetugbo A, Sanusi YO. Influence of socioeconomic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria. *J Trop Med Hygiene* 1992; 95: 309-315.
- 18) Shulman CE, Graham WJ, Jilo H, Lowe BS, New L, Obiero J et al., Malaria is an important cause of anaemia in primigravidae: evidence from a district hospital in coastal Kenya. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 2006; 90: 535-539.
- 19) Brabin L, Verhoeff FH, Kazembe P, Brabin BJ, Chimsuku L, Broadhead R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 402-409.
- 20) Kumbi S, Isehak A. Obstetric outcome of teenage pregnancy in Northwestern Ethiopia. *East African Med J* 2009; 76: 138-140.
- 21) Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Human Reproduction* 2008; 13: 3228-3232.
- 22) Marshall WA, Tanner JM. Puberty. In: Human Growth. Marshall WA, Tanner JM (eds). 1996; London, Plenum Press.
- 23) McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *Br Med J* 2011; 323: 199-203.

- 24) Odongo F, Ojwang SBO. Some aspects of teenage pregnancy in Nairobi: a prospective study on teenage mothers at Kenyatta National Hospital and Pumwani Maternity Hospital. *East African Med J* 1999; 67: 432-436.
- 25) Padte K, Pal MN, Pavse J. Review of teenage pregnancy in Goa. *J Obstet Gynaecol India* 1989; 39: 472-474.
- 26) Nelson RM. Physiological correlates of puberty. *Clin Obstet Gynecol* 1978; 21 (4): 1137–1149.
- 27) Rahman S, Nessa F, Rahman S, Ali R, Ara Ali H. Reproductive health of adolescents in Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 29: 329-335.
- 28) Morris DL, Berenson AB, Lawson J, Wiemann CM. Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source. *J Reprod Med* 1993; 38: 375-380.
- 29) Hulka JF, Schaaf JT. Obstetrics in adolescents: a controlled study of deliveries by mothers 15 years of age and under. *Obstet Gynecol* 1964; 23: 678-685.
- 30) Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay DM, Imrie A. Early teenage pregnancies in Hull. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 969-973.
- 31) Stevens-Simon C, McAnarney R. Skeletal maturity and growth of adolescent mothers: relationship to pregnancy outcome. *J Adolescent Health* 1993; 13: 428-432.
- 32) Gupta JA. Windows of opportunity. The girl child in India at the dawn of the twenty-first century. *World Health Organization* 2000.
- 33) Fisk NM, Shweni PM. Labor outcome of juvenile primiparae in a population with a high incidence of contracted pelvis. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 5-7.

- 34) Granja AC, Machungo F, Gomes A, Bergström S. Adolescent maternal mortality in Mozambique. *J Adolesc Health* 2001; 28: 303-306.
- 35) Ojengbede OA, Otolorin EO, Fabanwo AO. Pregnancy performance of Nigerian women aged 16 years and below, as seen in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Sci* 1987 16: 89-95.
- 36) Lubarsky SL, Barton JR, Friedmann SA, Nasredinne S, Ramadan MK, Sibai BM. Late postpartum eclampsia revisited. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 502-505.
- 37) Buitendijk SE, Van Enk A, Oosterhout R, Ris M. Obstetric data on teenage pregnancies in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 2536-2540 (In Dutch, with English abstract).
- 38) Creatsas G, Goumalatsos N, Deligeoroglou E, Karagitsou T, Calpactoglou C, Arefetz N. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. *J Adolesc Health* 1991; 12: 77-81.
- 39) Al-Sherhan WE, Al-Madany AA, El-Hussini GE. Comparative analysis of the outcome of pregnancy in young and old teenage primigravidae. *J Kuwait Med Assoc* 1996; 29: 41-44
- 40) Ambadekar NN, Khandait DW, Zodpey SP, Kasturwar NB, Vasudeo ND. Teenage pregnancy outcome: a record based study. *Indian J Med Sci* 1999; 53: 14-17.
- 41) American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Adolescent pregnancy – Current trends and issues. *Pediatrics* 1999; 103: 516-520.
- 42) DuPlessis HM, Bell R, Richards T. Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcomes. *J Adolesc Health* 1997; 20: 187-197.
- 43) Hofferth SL, Reid L, Mott FL. The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives* 2011; 33: 259-267.

- 44) Hughes J, McCauley AP. Improving the fit: adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies in family planning* 1998; 29: 233-245
- 45) Jacomo JJ, Jacono BJ, Onge MS, Van Oosten S, Meiniger E. Teenage pregnancy: a reconsideration. *Can J Public Health* 2012; 83: 196–199.
- 46) Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J* 1996; 293: 585-587.
- 47) Nyirenda T, Cusack GS, Mtimuni BM. The effect of mother's age parity and antenatal clinic attendance on infant birth weight. *Malawi Med J* 2011; 7: 110–112.
- 48) Perkins RP, Nakashima II, Mullin M, Dubansky LS, Chin ML. Intensive care in adolescent pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 52: 179–188.
- 49) Scholl TO, Hediger ML, Huang J, Johnson FE, Smith W, Ances IG. Young maternal age and parity. Influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol* 2002; 2: 565-575.
- 50) Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. *Obstet Gynecol* 2010; 87: 83-88.
- 51) Fraser A, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 2005; 332: 1113–111
- 52) Gale R, Seidman DS, Dollberg S, Armon Y, Stevenson DK. Is teenage pregnancy a neonatal risk factor? *J Adolescent Health Care* 1999; 10: 404-408.
- 53) Gissler M, Hemminki E. Amount of antenatal care and infant outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 56: 9–14.
- 54) Grindstaff CF, Riordan R. Teenage pregnancy and health complications in Canada Report to the Ontario Ministry of Health No. DM409, Ontario, 2003.

- 55) Hediger ML, Scholl TO, Belsky DH, Ances IG, Salmon RW. Patterns of weight gain in adolescent pregnancy: effects on birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol* 1999; 74: 6–12.
- 56) Buitendijk SE, Van Enk A, Oosterhout R, Ris M. Obstetric data on teenage pregnancies in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 2536-2540 (In Dutch, with English abstract).
- 57) Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137: 165-71.
- 58) Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006; 89 Suppl 4: S118-23.
- 59) Simoes VM, da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel. Characteristics of adolescent pregnancy in Sao Luis, Maranhao, Brazil. *Rev Saude Publica* 2003; 37: 559-65.
- 60) Iqbal F, Azad S, Tayyab R. Obstetrical and fetal outcome in teenage primigravida. *Ann King Edward Med Uni* 2004; 10: 470-1.
- 61) Mayor S. pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ*. 2004;328:1152. [PMC free article] [PubMed].
- 62) Harrison KA, Fleming AF, Briggs ND, Rossiter CE. Growth during pregnancy in Nigerian teenage primigravidae. *Br J Obstet Gynaecol* 1985b; Suppl 5: 32-39.
- 63) Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Bennebroek Gravenhorst J. Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands 1983–1992. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79: 57-62.
- 64) Brabin L, Verhoeff FH, Kazembe P, Brabin BJ, Chimsuku L, Broadhead R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 402-409.
- 65) Bradford JA, Giles WB. Teenage pregnancy in Western Sydney. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1989; 29: 1-4.

- 66) Butler NR, Alberman ED (eds). Perinatal problems. The second report of the 1958 British perinatal mortality survey. Edinburgh: Livingstone 1999.
- 67) Creatsas G, Goumalatsos N, Deligeoroglou E, Karagitsou T, Calpactoglou C, Arefetz N. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. J Adolesc Health 2011; 12: 77-81.
- 68) Furstenberg FF. When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries. Studies in Family Planning 1998; 29: 246-253.
- 69) Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high quality maternity care. Eur J Public Health 2006; 16:157-61.
- 70) Tufail A, Hashmi H. Maternal and perinatal outcome in teenage pregnancy in a community based hospital. Pak J Surg 2008; 24:130-4.
- 71) Al-Ramahi M, Saleh S. Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. Arch Gynecol Obstet 2006; 273: 207-10.
- 72) Shah N, Rohra DK, Shuja S. Comparison of obstetric outcome among teenage and non-teenage mothers from three tertiary care hospitals of Sindh, Pakistan. J Pak Med Assoc 2011; 61: 963-7.
- 73) Aboyaji AP. Obstetric outcome of teenage primigravidas in Ilorin. Niger Med J 1997; 33:56-9.
- 74) Chaiwat P. Obstetric outcomes of teenage primigravidas in Sungai Kolok Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai 2011; 94: 139-46.
- 75) Briggs M, Hopman W, Anne M. Comparing pregnancy in adolescents and adults. J Obstet Gynecol Can 2007; 29: 546-55.

- 76) Yadav S, Choudhary D, Narayan KC, Manda RK. Adverse reproductive outcomes associated with teenage pregnancy. *Mcqill J Med* 2008; 11:141-4.
- 77) Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyamans. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:S118-23.
- 78) Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19:189-93.
- 79) Kovavisarach EM, Chairaj S, Tosang K, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2010; 93:1-8.
- 80) Ali M, Lulseged S: Factors influencing adolescent birth outcome. *Ethiop Med J* 1997, 35(1):35–42.
- 81) Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O: Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open* 2013, 3:e003225. Doi: 10.1136/bmjopen-2013-003225.
- 82) Brown HL, Fan YD, Gonsoulin WJ: Obstetric complications in young teenagers. *South Med J* 1991, 84:46–48.
- 83) Scanlon KS, Yip R, Schieve LA, Cogswell ME: High and low hemoglobin levels during pregnancy: differential risks for preterm birth and small for gestational age. *Obstet Gynecol* 2000, 96:741–748.
- 84) Ali AA, Elgessim ME, Taha E, Adam GK: Factors associated with perinatal mortality in Kassala, Eastern Sudan: a community-based study 2010–2011. *J Trop Pediatr* 2013 [Epub ahead of print].
- 85) Mbassi SM, Mbu R, Bouvier-Colle MH: Use of routinely collected data to assess maternal mortality in seven tertiary maternity

centers in Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet* 2011, 115(3):240–3.
doi: 10.1016/j.ijgo.2011.07.018.

- 86) Andargie G, Berhane Y, Worku A, Yigzaw K: Predictors of perinatal mortality in rural population of Northwest Ethiopia: a prospective longitudinal study. *BMC Public Health* 2013, 13:168.
- 87) Tebeu PM, Tantchou J, Obama Abena MT, Mevoula Onala D, Leke RJ: Delivery outcome of adolescents in Far North Cameroon. *Rev Med Liege* 2006, 66(2):124–127.
- 88) Anachebe NF, Sutton MY. Racial disparities in reproductive health outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:S37–S42.
- 89) Alexander GR, Cornely DA. Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *Am J Prevent Med* 1987;3:243–53.
- 90) World Health Organization. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Recommendations and report of a consultation. WHO, Geneva, 1998d (WHO/NUT/98.4).
- 91) Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;16:265–70.
- 92) Igwegbe AO, Udigwe GO. Teenage pregnancy: still an obstetric risk. *J Obstet Gynaecol* 2001;21:478–81.
- 93) Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish University hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;88:207–12.
- 94) Olausson PM, Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997;89:451–57.
- 95) Uzma Naz , comparison of obstetric outcome in terms of the risk of low birth weight, preterm delivery, cesarean section rate and anemia in primigravid adolescents and older primigravida , *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2014, Vol. 24 (2): 131-134.

- 96) Indranil Dutta, Dilip Kumar Dutta, Prashant Joshi , Outcome of teenage pregnancy in rural India with particular reference to obstetrical risk factors and perinatal outcome, *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*, September-December 2013;5(3):102-106.
- 97) Aimen Sarwar, Tallat Iftikhar , Comparative study of obstetrical Outcomes of teenager and older primigravida , *Ann. Pak. Inst. Med. Sci.* 2016;12(2):82-85.
- 98) Huthia Andriyana, Merry Amelya, Better Nababan, and Eka Rusdianto, (2016) “Outcome and Risk of Obstetric Complication in Teenage Pregnancy in Tertiary Center Hospital in Indonesia,” in *ASPIRE Conference Proceedings, The 6th Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction, KnE Medicine*, pages 70–75. DOI 10.18502/kme.v1i1.539.
- 99) Florent Ymele Fouelifack, Theodore Yangsi Tameh , Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital , Fouelifack et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:102.

القسم الرابع

الملاحق

كلية الطب البشري

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي

استمارة خاصة بدراسة د.نورا جاموس

(الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى الخروسات صغيرات السن في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق)

(١ حالة - ٢ شاهد)

الرقم:

تاريخ القبول :

رقم الإضبارة :

اسم المريضة:

الهاتف:

مكان السكن:

العمر عند بدء الطمث:

العمر:

الشكاية الرئيسية:.....

القصة المرضية:

السوابق الطبية:.....

.....

السوابق الجراحية:.....

السوابق العائلية:.....

القصة التوليدية:

الحمل الحالي:

سن الحمل الطمئي بالأسابيع:.....

موعد الولادة حسب آخر دورة:.....

سير الحمل:.....

.....

.....

.....

الفحص العام:

الوزن:

الطول:

الضغط الشرياني:

النبض:

الحرارة:

ملاحظات:.....

فحص البطن:.....

الفحص النسائي:

الانتساع: الامحاء: جيب المياه: المجيء: التدخل:

تقييم الحوض:

التصوير فائق الصوت :

.....

.....

الولادة:

مهبلية:

التواسطات الولادية : الحاجة للخزع الواقى: تمزقات العجان:

قيصرية : استطبائها :

التألم الجنيني :

تطاول الطور الثاني من المخاض :

المجئئات المعيبة :

نزوف الخلاص:

الحاجة إلى نقل الدم :

وزن الوليد :

أبغار الدقيقتين الأولى والخامسة للوليد :

الموافقة المستتيرة

عنوان الدراسة

الاختلاطات والنتائج التوليدية لدى الخروسات صغيرات السن في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي

سيدتي :

سوف أقوم بمتابعة المخاض وعملية الولادة لديك ومراقبة حدوث أي اختلاطات وتديرها بهدف دراسة الاختلاطات لدى السيدات الخروسات صغيرات السن ومقارنتها مع الاختلاطات لدى السيدات الخروسات الشابات.

طبيعة الدراسة لا تحمل خطراً عليك ولا تشمل أي تدخل من شأنه التأثير في سير الحمل أو الولادة ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية.

البيانات والنتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة ولن يتم استخدام ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت ستم الإجابة عن أي استفسار ترغبين به من قبل الباحثة.

يمكنك رفض الدخول بالدراسة أو الانسحاب منها بأي وقت دون أن يؤثر ذلك على نوعية الخدمة الصحية المقدمة لك.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة وشكراً لك .
أقر أن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً والإجابة على كل أسئلتني واستفساراتي عن الموضوع.

اسم الطبيبة :

اسم وتوقيع السيدة

نورا جاموس

ملاحظة : بالنسبة للسيدات اللاتي لا يجدن القراءة والكتابة ، تم شرح هدف البحث لهن وأخذت موافقتهن الشفهية بحضور فرد من عائلتهن.

