

المرضاة الإنجابية في ريف اللاذقية بحث عملياني أجري في محافظة اللاذقية

الدكتور أحمد حسن يوسف*

الدكتور عصام محمد الدالي**

الدكتور ناصر ناصر***

قبل للنشر في 1997/4/6

□ ملخص □

إن هدفنا من هذه الدراسة الميدانية هو تجديد البناء الهيكلي للأمراض النسائية بالإنجاب في الساحل السوري وحصرها في محافظة اللاذقية ومقارنة هذه الأمراض ما بين الريف والمدينة ومع الدراسات العالمية. ولتحقيق هذا الهدف درسنا عشوائياً حالة /230/ سيدة في الريف والمدينة وكانت أعمارهن تتراوح ما بين 19-49 سنة. ولقد توصلنا إلى النتائج التالية:

1. إن نسبة الأمراض المتعلقة بالإنجاب كانت لدى سكان المدينة أعلى من سكان الريف.
2. إن نسبة مستعملات وسائل تنظيم الأسرة كانت أعلى في المدينة منها في الريف.
3. إن نسبة الهبوطات التناسلية كانت مرتفعة في المدينة عنها في الريف.
4. إن نسبة آفات عنق الرحم السليمة والخبیثة كانت أعلى لدى سكان المدينة.
5. إن نسبة عديدات الحمل والولادة كانت أعلى في الريف منها في المدينة.

* أستاذ مساعد في قسم التوليد والأمراض النسائية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد في قسم التوليد والأمراض النسائية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** مدرس في قسم التوليد والأمراض النسائية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

THE REPRODUCTIVE MORBIDITY

Dr.AHMAD HASAN YOUSEF*

Dr.ISSAM MOHAMAD AL-DALI**

Dr.NASER NASER***

Accepted 6/4/1997

□ ABSTRACT □

The Purpose of this study is to define the structure of Gynecology diseases between childbearing women, /230/ women aged from 19-49 years were included.

This study was done in rural and urban area (Al-Shamea and Al-Ramel Al-Shamale) in Lattakia.

The following results were found:

- 1. The Rate of reproductive morbidity was higher in urban than rural area.*
- 2. The family planning users were higher in urban than rural area.*
- 3. The rate of urogenital diseases and descendents were higher in urban than rural area.*
- 4. Therate of benign and malignant diseases of the Cervix were higher in urban than rural area.*
- 5. The rate of Multi-gravida and number of children was higher in rural than urban area.*

*Assistant Professor Department of Obstetrics Gynecology – Medicine Faculty – Tishreen University – Lattakia - Syria

** Assistant Professor Department of Obstetrics Gynecology – Medicine Faculty – Tishreen University – Lattakia - Syria

*** Teacher in Department of Obstetrics Gynecology – Medicine Faculty – Tishreen University – Lattakia - Syria

المرضاة الإيجابية : هي الأمراض النسائية المتعلقة بالإنجاب، أي التي تحدث أثناء مرحلة الإنجاب أو خارجها.

تعتبر هذه الدراسة الأولى في سورية حول المرضة الإيجابية حيث لا توجد دراسة سابقة حول المرضة الإيجابية في سورية.

كما أن هذه الدراسة مهمة للغاية لأنها تكشف مدى نجاح العملية التوليدية وما بعدها، وتضع نصب أعيننا المخاطر التي يمكن أن نتفادها أو نعالجها لدى السيدات في مرحلة العطاء الكامل.

الهدف:

1. تحديد نسبة انتشار الأمراض النسائية وذلك بالفحص الفيزيائي والتحليل المخبرية.
2. تحديد نسبة انتشار الأمراض النسائية المتعلقة بالحمل والإنجاب لدى السيدات اللواتي لديهن حمل منذ سنتين وحتى تاريخ إنهاء الدراسة.
3. تحديد درجة العناية الأولية لدى السيدات.
4. اقتراح تطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية.

عينة الدراسة:

1. أجريت الدراسة العشوائية في محافظة اللاذقية في حي ذي مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط (الرملة الشمالي) في مدينة اللاذقية، الشامية (ريف اللاذقية).
2. أجريت الدراسة العشوائية على الشكل التالي: شقة درست وأهملت الثانية، أما بالنسبة للبيوت ذوات الطابق الواحد فأخذ بيت وأهمل الآخر. وهكذا حافظنا على دقة المعلومات المطلوبة في البحوث العملية.
3. شملت الدراسة جميع السيدات بعمر 19-49 سنة، وكان عدد أفراد العينة 230/ سيدة.
4. أجري لكل السيدات:
 - 1- مقابلة من قبل زائرة اجتماعية.
 - 2- مقابلة من قبل زائرة صحية.
 - 3- فحص عام وخاص من قبل طبيب أخصائي.
 - 4- أجريت لجميع السيدات الفحوص التالية: لطاخة ومسحة مهبلية بول ورواسب، الضغط.
5. تم جمع المعلومات كاملة حسب استمارة مرفقة تضم جميع المعلومات الضرورية حول وضع السيدات وتشمل الحالة الاقتصادية الصحية والاجتماعية.

6. تم تدقيق البيانات وإسقاطها على استمارة مركزة من قبل المشرفين على البحث.
7. تم إدخال كل المعلومات في الكمبيوتر IBM. وأجريت الدراسة الإحصائية حسب قانوني Student و Z وذلك من قبل خبير بالإحصاء.
8. تم إنجاز البحث خلال الفترة الزمنية المحددة من أيار 1995 - حتى أيلول 1996.

الدراسة العملية:

جدول رقم (1) يبين توزيع السيدات حسب العمر:

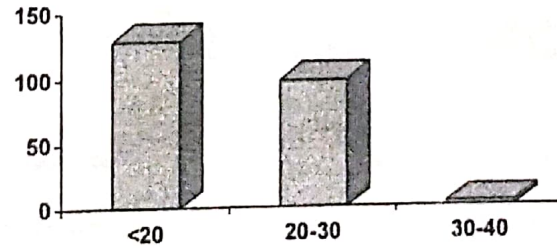
العمر	20-30	30-40	40-49
العدد	61	113	56
%	26.5	49.1	24.3

يبين الجدول أن حوالي نصف العينة من السيدات بعمر 30-40.

جدول رقم (2) يبين توزيع السيدات حسب سن الزواج:

عمر الزوج	20 >	20-30	30-40
العدد	129	98	3
%	56.1	42.6	1.3

عمر الزواج



نلاحظ من الجدول أن غالبية السيدات تزوجن بسن > 20 سنة.

جدول رقم (3) توزيع السيدات حسب الوزن:

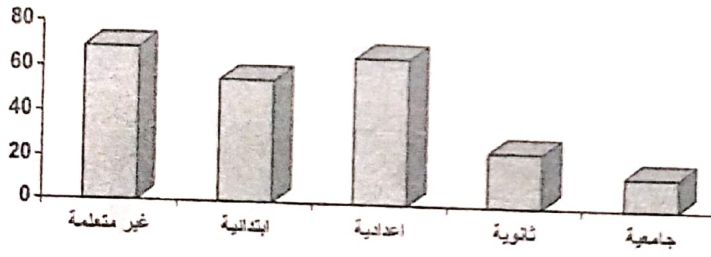
الوزن	70 >	70-90	90 <
العدد	116	103	11
%	50.4	44.8	4.8

نلاحظ أن نصف الحالات بوزن < 70 كغ.

جدول رقم (4) يبين توزيع العينة حسب درجة التعليم:

د. التعليم	غ. متعلمة	ابتدائية	إعدادية	ثانوية	جامعية
العدد	69	55	66	25	15
%	30	23.9	28.7	10.9	6.5

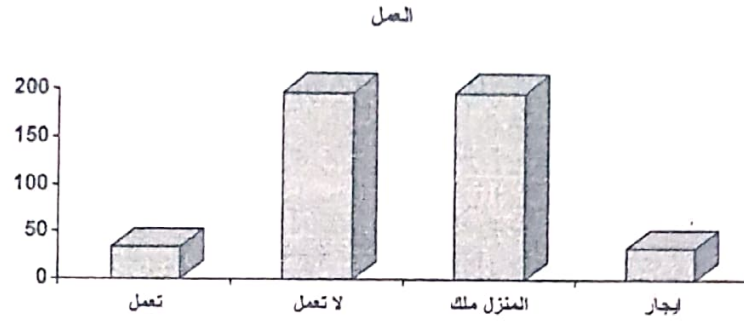
د. التعليم



نلاحظ أن حوالي ثلث الحالات غير متعلّقات.

جدول رقم (5) يبين توزيع السيدات حسب المهنة وحالة السكن:

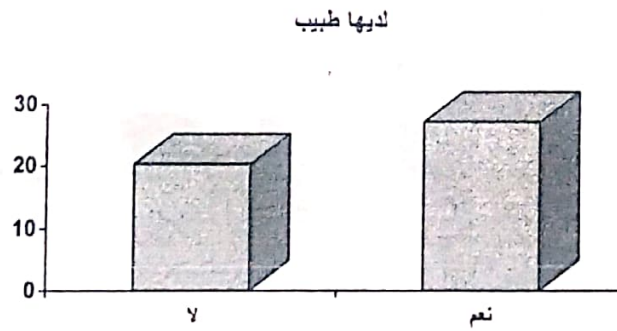
العمل	تعمل	لا تعمل	المنزل ملك	إيجار
العدد	33	197	197	33
%	14.3	85.7	85.7	14.3



نلاحظ أن الغالبية العظمى لا تعمل.

جدول رقم (6) من لديها طبيب:

لديها طبيب	لا	نعم
العدد	59	171
%	25.7	47.3



نلاحظ أن الغالبية لديها طبيب.

جدول رقم (7) الأمراض أثناء الحمل:

ارجاج	ضغط	تورم	أمراض أثناء الحمل
1	6	12	العدد
0.4	2.6	5.2	%

نلاحظ وجود ارجاج لدى سيدة واحدة

جدول رقم (8) الوعي الصحي

متابعة طبيب	تتابع	لا تتابع	تتابع برأي
العدد	147	62	21
%	63.9	27	9.1

نلاحظ أن الغالبية تتابع طبيب.

جدول رقم (9) يبين تناولات العلاج أثناء الحمل:

العلاج أثناء الحمل	لا	نعم
العدد	157	73
%	68.3	31.7

نلاحظ أن الغالبية لا تتناول علاج.

جدول رقم (10) مكان حدوث الولادة:

مكان حدوث الولادة	مشفى	بيت	+	لا يوجد
العدد	96	107	24	3
%	41.7	46.5	10.4	1.3

نلاحظ أن النسبة الأكبر هي حدوث الولادة في البيت.

جدول (11) نوع الولادة:

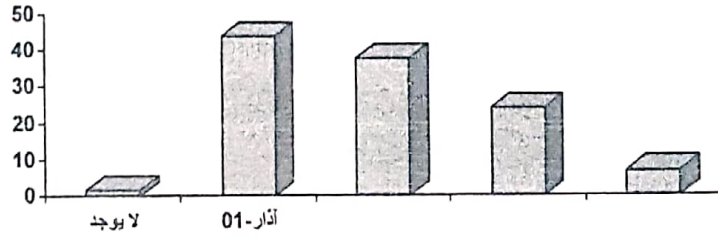
نوع الولادة	طبيعية	قيصرية	مختلطة	لا يوجد
العدد	196	11	18	3
%	85.2	4.8	7.8	1.3

نلاحظ أن الولادة الطبيعية هي الغالبة.

جدول رقم (12) يبين توزيع السيدات حسب عدد الحمل:

عدد الحمل	لا يوجد	1-3	4-6	7-9	9 <
العدد	2	72	78	42	35
%	0.9	31.3	33.9	18.7	15.2

عدد الحمل

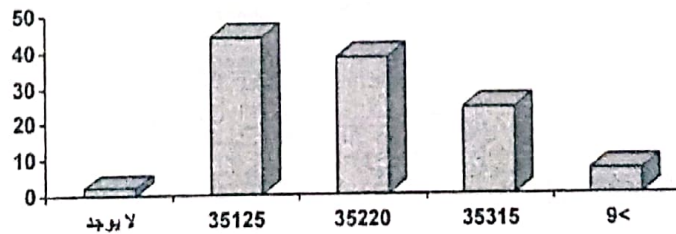


نلاحظ أن متوسط عدد الحمل = < من 4 حمل.

جدول رقم (13) يبين توزيع السيدات حسب عدد الأولاد:

عدد الأولاد	لا يوجد	1-3	4-6	7-9	9 <
العدد	2	44	38	24	7
%	0.7	44.8	35.2	15.2	3.8

عدد الأولاد



نلاحظ متوسط عدد الأولاد = < من 4 أولاد.

جدول رقم (14) حالة الطمث:

أقل من 2	عادية	مديدة	الدورة
12	195	21	العدد
0.9	83.5	6.1	%

نلاحظ أن الغالبية العظمى لديها دورة طبيعية.

جدول رقم (15) الألم أثناء الطمث:

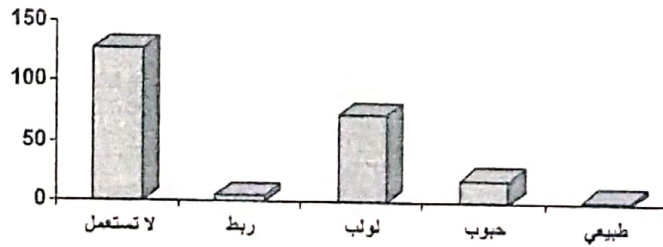
لا يوجد دورة	لا يوجد	يوجد	ألم أثناء الدورة
13	112	105	العدد
5.7	48.7	45.7	%

نلاحظ أن حوالي النصف لديها ألم.

جدول رقم (16) طريقة تنظيم الأسرة:

طبيعي	حبوب	لولب	ربط	لا تستعمل	منع الحمل
3	20	73	6	128	العدد
1.3	8.7	31.7	2.6	55.7	%

منع الحمل



نلاحظ أن أكثر من النصف لا تستعمل أية وسيلة.

جدول رقم (17) مكان الحصول على وسيلة الحمل:

صيدلية	عيادة	مركز	الحصول على مانع
2	27	76	العدد
10.4	28.1	67.8	%

نلاحظ الغالبية العظمى تأخذ منع الحمل من المركز.

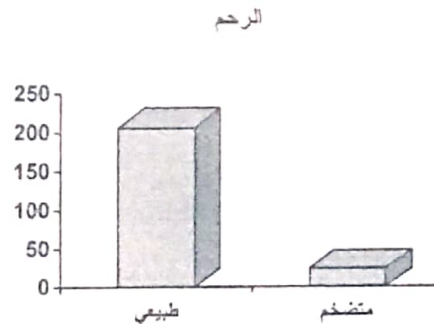
جدول رقم (18) حالة الضغط الشرياني:

طبيعي	مرتفع	الضغط
207	23	العدد
90	10	%

نلاحظ أن الارتفاع في التوتر الشرياني 10%.

جدول رقم (19) حالة الرحم:

متضخم	طبيعي	الرحم
24	206	العدد
10.4	89.6	%

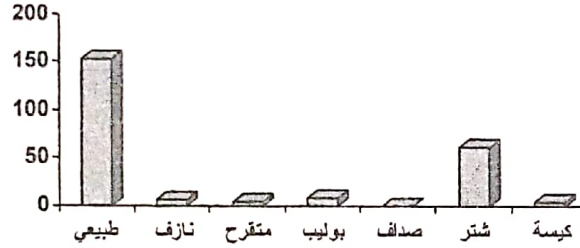


الرحم متضخم حوالي 11%.

جدول رقم (20) حالة عنق الرحم:

عنق الرحم	طبيعي	نازف	منقرح	بوليب	صداف	شتر	كيسة
العدد	154	6	5	8	1	61	4
%	67	2.6	2.2	3.5	0.4	26.5	1.7

عنق الرحم



نلاحظ ان حوالي ثلث الحالات وجود آفة عنقية.

جدول رقم (21) حالة المبيض:

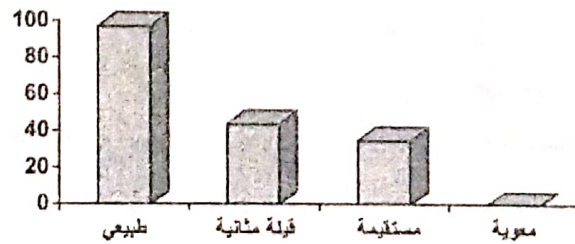
المبيضين	طبيعي	تضخم	كيسة
العدد	217	11	2
%	94.3	4.8	0.9

نلاحظ أن آفات المبيض حوالي 5%.

جدول رقم (22) وجود هبوط في الأعضاء التناسلية:

الهبوط	طبيعي	قيلة مثانية	مستقيمة	معوية
العدد	97	44	35	0
%	24.2	16.1	15.1	0

الهبوط

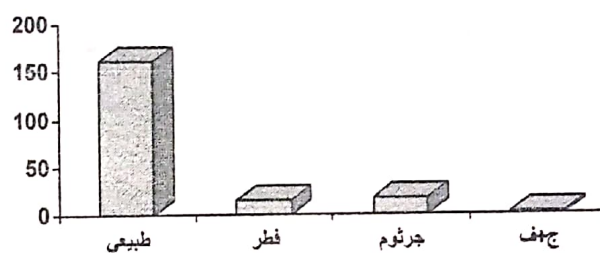


نلاحظ أن أكثر من نصف الحالات لديها هبوط تناسلي 57.8%.

جدول رقم (23) حالة زرع مفرزات عنق الرحم:

ج + ف	جرثوم	فطر	طبيعي	نتيجة الزرع
3	18	15	161	العدد
1.3	7.8	22.2	70	%

نتيجة الزرع

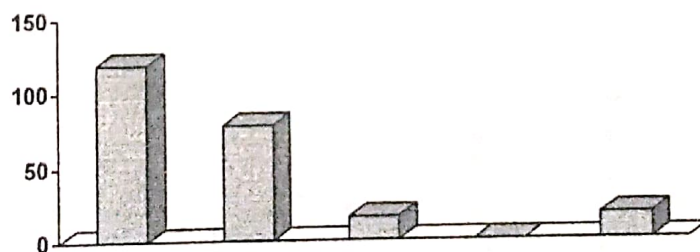


نلاحظ وجود انتانات بنسبة 30%.

جدول رقم (24) توزع السيدات حسب لطاخة عنق الرحم:

غير واضحة	pap IV	pap III	pap II	pap I	اللطخة
17	0	16	78	119	العدد
7.4	0	7	33.9	15.7	%

اللطخة



نلاحظ وجود نسبة 7% من السيدات لديهن لطاخة مشتبّه بوجود سرطان عنق الرحم.

جدول رقم (25) التهاب المجاري البولية:

التهاب	طبيعي	التهاب مجاري بولية
32	198	العدد
31.9	86.1	%

نلاحظ وجود التهابات بنسبة 14%.

مناقشة النتائج:

لقد أجريت هذه الدراسة في الساحل السوري لمقارنتها بدراسة تمت في جمهورية مصر العربية وقد شملت هذه الدراسة النساء في سن الإنجاب 19-49 سنة. نلاحظ من الدراسة بأن غالبية السيدات 56.1% قد تزوجن بعمر > 20 سنة وقد لاحظنا ارتفاع هذه النسبة في الريف 60% بالمقارنة مع المدينة 25.2% وهذه الدراسة تتوافق مع الدراسة المصرية. وإذا تتبعنا نلاحظ أن البدانة تشكل أكثر من نصف السيدات وهذا متعلق بالعوامل الأرضية أو خلل في التغذية أو خلل في الهرمونات. إن درجة التعليم بين السيدات كانت الغالبية بحيث شكلت الأمية حوالي 30% وكانت هذه النسبة أعلى من القرية منها في المدينة (24.3-35.7%) على التوالي، وهذا ينطبق على الواقع.

من الدراسة نلاحظ أن الغالبية العظمى لا تعمل 85.7% وكانت في القرية أعلى من المدينة (82.6-88.7%).

كما أن درجة الثقافة أثرت على توجيه السيدات بشأن المراقبة الطبية سواء أثناء الحمل أو خارجه وكانت 47.3% وهي متساوية تقريباً بين القرية والمدينة (72.8-73.9%) وكذلك العكس عند متابعة الطبيب أثناء الحمل 36.9% ونلاحظ انخفاض النسبة لدى الريف منها لدى المدينة 57.7% في القرية مقابل 70.4% في المدينة والعكس أيضاً على تناول الدواء الموصوف 68.3% وهي أعلى في القرى منها في المدينة 37.9% مقابل 62.6%.

ويلاحظ كذلك ارتفاع حدوث الولادة ضمن المشافي عما كانت عليه سابقاً 41.7% وهي في القرية أعلى منها في المدينة 47.8% مقابل 35.9%.

إن الدراسة قد بينت ارتفاع عدد الحمول والولادات حيث نلاحظ الغالبية العظمى لديها أكثر من أربعة حمول وتشكل حوالي 68% وكذلك ارتفاع عدد أفراد الأسرة < من أربعة

أولاد وكانت النسبة أكثر من النصف حوالي 55% وهذه كانت أقل في المدينة منها في الريف. وإذا تابعنا تنظيم الأسرة لدى نساء العينة نلاحظ جملة من النتائج أولها أن نسبة مستعملات وسائل تنظيم الأسرة تشكل حوالي 45.3% مقابل 39.1% وثانيها أن استعمال اللولب هي الغالبة 31.7%، وثالثها الغالبية العظمى تحصل على هذه الوسائل من مراكز تنظيم الأسرة 76.8%.

دراسة حالة الأعضاء التناسلية

نلاحظ من الدراسة وجود نسبة قليلة 11% لديها تضخم في جسم الرحم وهي أعلى في الريف منها في المدينة 14% مقابل 7%. أما حالة عنق الرحم فتبين أن حوالي ثلث الحالات لديها آفة عنقية وهي مرتفعة جداً في المدينة 53% مقابل 13% فقط في الريف، وتعزى هذه النسبة إلى ارتفاع نسبة شتر عنق الرحم وهذا إدلالة المخاض الشاذ غير المراقب. بالنسبة لحالة الملحقات كانت موازية للنسب العالمية وشكلت حوالي 5% وهي متساوية ما بين الريف والمدينة.

المهم في هذه الدراسة هي دراسة هبوط الأعضاء التناسلية من هبوط الرحم وقيلة مثانية ومستقيمة، حيث نلاحظ أنه أكثر من نصف الحالات لديها هبوط تناسلي 57.8% وكانت مرتفعة جداً لدى نساء المدينة 69% مقابل حوالي 16% في الريف، وهذه النسبة المرتفعة تفسرها كثرة الولادات وشذوذات المخاض والمراقبة السيئة لمسير المخاض. وهناك عاملاً رئيسياً يلعب دوراً في ذلك هو العمل المستمر لسيدات الريف فهو يقوي عضلات الحوض ويقلل من نسبة الهبوطات.

إن الانتانات التناسلية شكلت حوالي 30% وهذه النسبة أقل ما هي عليه في جمهورية مصر العربية 51% وهذه النسبة متقاربة مع نسبة إصابة السيدات من سكان المدينة 49.7% وكنت هذه النسبة منخفضة جداً في الريف 11.32% وكذلك الحالة بالنسبة لانتانات المجاري البولية حيث شكلت 14% وهي نفس النسبة في جمهورية مصر العربية وهي مرتفعة في المدينة 20.9% مقابل 7% في الريف. أما الحالة ما قبل السرطانية لعنق الرحم فكانت متقاربة بين الريف والمدينة (7.8% في المدينة)، (6.1% في الريف).

لكننا شاهدنا وجود 4/ حالات لسرطانات عنق الرحم في المدينة وحالتين في الريف فقط.

وهذا يتناسب طردياً مع الانتانات التناسلية التي تتهم بزيادة هذه النسبة.

النتائج:

1. زيادة نسبة المراضية الإنجابية لدى سكان المدينة عنها لدى سكان الريف.
2. إن مستعملات وسائل تنظيم الأسرة هي أعلى بين سكان المدينة عنها في الريف.
3. زيادة نسبة هبوط الأعضاء التناسلية بين سكان المدينة عنها من سكان الريف.
4. ارتفاع نسبة آفات عنق الرحم بين سكان المدينة عنها في الريف.
5. ارتفاع نسبة سرطانات عنق الرحم بين سكان المدينة عنها في الريف.
6. انخفاض نسبة عدد الحمل والولادات في المدينة عنها في الريف.

1- إجراء مسح دورية للسيدات بعد سن /35/ سنة وتشمل هذه المسوح حالة عنق الرحم وحالة الثدي.

2- تقييم نتائج هذه الدراسة على إحصائي الأمراض النسائية والتوليد والقابلات والتركيز على أن الولادة التي تتم تحت إشراف الطبيب والقابلة هي أسوأ من التي تجرى لدى الدايات وقد بينتها حالة عنق الرحم وحالة الهبوطات.

3- إجراء دورات تدريبية لكل العاملين في قطاع لرفع سوية التأهيل والتدريب في مجال رعاية الأمومة والطفولة.

المراجع

[1]- يونس، خطاب وزريق دراسة حول المراضية الإنجابية - في الجيزة - جمهورية مصر العربية 1993.

- [1]- Dixon - Muelles R. et al 1991 The culture of silence: Reproductive tract infections among Women in the third world.
- [2]- Wasserheit jifal 1989 reproductive tract infections in family planning Vol. 20, No. p.69-80.
- [3]- Zuragk et al 1993 concepts and measures of Health transition reproductive morbidity Review Vol.3 No.1 P.17-40.