

متابعة الحمل بعد استخدام تقنيات المساعدة على الإنجاب: الاحتياجات والمشاكل

المقدمة

لا شك أن كل خطوات العلاج المستخدمة في تقنيات المساعدة على الإنجاب مهمة. من أجل ضمان نجاح العلاج. هذه الخطوات تتمثل في تخريص المبيضين. التقنيات المستخدمة في المختبرات. حالات نقل الأجنة في عمليات الإخصاب خارج الجسم. ومثبات الحمل. إن أهم هدف في هذه الحالات هو العلاج الناجح والفعال للمرأة. ولكن في نفس الوقت. مع أقل تأثير ممكن على صحتها. إن ولادة طفل سليم معافى هي أهم مقياس لكفاءة أي تقنية من تقنيات المساعدة على الإنجاب مع أنه لا بد من الإقرار أن ذلك صعب التحقيق.

لا يبدو أن أي طفل من مواليد أطفال الأنابيب قد تعرض للمتابعة والتقييم أكثر من لويس براون. وهي نتاج أول عملية ناجحة للإخصاب خارج الجسم قام بها الإنسان. كما أن الاهتمام الكبير بتطور هذه الطفلة يدل بشكل واضح على ضعف ثقة الإنسان بهذه الطرق غير المألوفة للإنجاب. ولقد ظهر في الماضي عدة اعتراضات على

عمليات الإخصاب، وكان أحدها أن عمليات الحمل «البادرة» هذه قد تؤثر على تطور الطفل وعلى العلاقة «الدافئة» بينه وبين والديه، أو أن يظهر الطبيب وكأنه «أب ثالث» لهذا الطفل مما قد يؤثر على ترابط الأسرة الجديدة.

ولا بد من الإقرار أن مخاطر عملية الإخصاب خارج الجسم (سواء الأخلاقية أو العملية منها) قد نوقشت حتى قبل أن يثبت الإنسان نجاح وفعالية هذه الطريقة. فالكثير من هذه المخاطر الافتراضية قد اختيرت كموضوع رئيسي في كثير من الدراسات، وكما توضح الفصول المختلفة لهذا الكتاب، فإن معظم هذه المخاطر ثبت أنه غير واقعي أو حتى خيالي، أما البعض الآخر فقد ثبت أنه قد يحمل جزءاً من الواقعية، فعلى الصعيد الآخر تبين أنه ليس كل حمل وولادة بعد العلاج بأطفال الأنابيب قد تجد له تفسيراً أو سبباً منطقياً، فمثلاً العقم بحد ذاته يعطي تأثير أكبر مما كان يعتقد سابقاً.

إن المعضلة تكمن في أن مراحل الحمل، من ثم الولادة وصحة تطور الطفل صعبة التقييم، فمعظم مراكز أو عيادات الإخصاب تقوم بمتابعة الأجنة ما دامت موجودة عندها، ولكن لا تقوم بمتابعة التقييم في المراحل الأولى من الحمل، ففي مرحلة خريص المبايض وتخفيف الإباضة وجمع البويضات ونقل الأجنة تبقى الأم على اتصال مباشر مع مركز الإخصاب، أو قد تصل مرحلة المتابعة في بعض المراكز إلى حصولهم على النتيجة الإيجابية للحمل ضمن ١٦-٤١ يوم من نقل الأجنة، ثم بعد ذلك تعود الأم إلى مراجعة طبيبها المختص من أجل متابعة الحمل.

إن الكثير من المراكز أو عيادات الإخصاب تعلم، و بطريق الصدفة، ما آلت إليه نتيجة عملية الإخصاب أو العلاج سواء (الإسقاط- التخلص من الجنين لمختلف الأسباب- نجاح العلاج و حدوث الولادة). عندما تعود المريضة للبدء بعملية علاج جديدة، وقد تقوم بعض المراكز بمتابعة العلاج، وذلك بإعطاء المريضة بطاقة بهدف إرجاعها عند انتهاء الحمل وحدث الولادة وهذا يعتبر نوعاً من المتابعة، على الرغم من أن عدداً قليلاً جداً من المراكز قادرة على متابعة نتائج العلاج باستخدام استبانة تعباً في مراحل مختلفة من الحمل و توقع بتاريخ الولادة.

لماذا من المهم متابعة الحمل بعد عمليات الإخصاب خارج الجسم ؟
تبين المعلومات في هذا الكتاب أن نسبة حدوث مشاكل أو تطورات في الحمل بعد الخضوع للعلاج المساعد على الإخصاب أعلى منها في حالات الحمل الطبيعي. فعلى سبيل المثال: حالات الحمل باستخدام طريقة الإخصاب التقليدي خارج الجسم مخاطرهما أكبر في ولادة مبكرة للطفل. وغالباً ما يكون حجم الطفل صغير. أما في حالات الحمل باستخدام طريقة الحقن المجهري فقد يكون لها خطورة أكبر في حدوث الاختلالات الكروموسومية الوراثية خاصة الجنسية منها. إن تعدد الولادة (توأمين أو أكثر) هي من أحد المخاطر المعروفة على الأطفال بالإضافة إلى أنها قد تشكل مضاعفات عند الأم بعد الولادة. إن المرضى الذين يطلبون المساعدة على الإخصاب غالباً يكونون غير مهتمين بارتفاع مستوى الإستراديول، أو بجودة البويضات، أو بقدرتها على الإخصاب. كذلك لا يهتمون بعدد الخلايا ولا نوعية الأجنة وصفاتها. ولكن مع الوقت يزيد إدراكهم لأهمية تلك العوامل في توقع حدوث الحمل لأننا نخبرهم بذلك. فغالبيتهم في الواقع يهتم بنسبة النجاح و حدوث الحمل والولادة ومدى الخطورة التي قد تشكلها التقنية المستخدمة في الإخصاب على أطفالهم.

على الرغم من أن عمليات جمع البويضات، ونقل الأجنة، وفعالية تثبيت الحمل، والنتيجة الإيجابية لهرمون الحمل في الدم، ووضوح صوت دقات قلب الجنين على جهاز الموجات فوق الصوتية، قد تكون هذه كلها نقاط إيجابية وجيدة كمقياس في الدراسات السريرية، لكنها ليست مقياس لنهاية العلاج. لذلك فإن الاستشارة والتقييم لا تقتصر فقط على مخاطر الإصابات والأمراض التي قد تنتقل عن طريق الحيوانات المنوية المعطاة من قبل المتبرع، أو من البويضات، أو من التحريض المفرط للمبايض، ولكنها تمتد إلى مخاطر حدوث الحمل المتعدد وأي مخاطر أخرى متعلقة بتقنيات الإخصاب المستعملة. ربما من الواقع الافتراض أن المرضى على اطلاع جيد بمختلف الأخطار الناجمة عن الإخصاب خارج الجسم مثل: الحمل المتعدد، إلا أن الدراسات أظهرت غير ذلك.

فقد وجد غلاير وزملائه (١٩٩٥م) أن ٦٥٪ من ٥٨٢ زوجاً كانوا يخشون من مشكلة الحمل المتعدد. على الرغم من أن معظمهم كانوا يدركون الخطر الناتج عن الحمل بتوائم سواء على الأطفال أو الأم. من جهة أخرى فإن ٦٧٪ من المرضى كانوا يرغبون بالتوائم، ووجد غلاير أيضاً أن ٨٢٪ من المرضى لم يرغبوا في الحصول على توائم متعددة وان ١٠٪ لا يقبلون بحصول التوائم إطلاقاً.

هذه المعطيات قد تم تأكيدها من قبل فولد فارب (١٩٩٦م). (الجدول رقم ١.٢) مشيراً إلى أنه على الرغم من وجود الاستشارة. وأن معظم الأزواج يدركون الأخطار الناجمة من تعدد الحمل و التوائم. إلا أن ثلثهم تقريباً مستعدون لقبول التوائم. لذلك فإن استشارة مختص أطفال الأنابيب بخصوص الحمل وفترة الحمل والولادة ضرورية.

الجدول رقم (١). نتائج الاستبانة حول الأخطار الناجمة من الحمل المتعدد (التوائم) بعد الاستشارة الخاصة

العلاج	الرفيق أو الشريك		
نوع الحمل	الذكر (n=٧٧)	الأنثى (n=٧٧)	الحقن داخل الرحم التلقيح الخارجي (n=٢٧)
الحمل الفردي	٠,٢ ± ٤,٩	٠,٢ ± ٤,٩	٠,٣ ± ٤,٩
التوائم	٠,٥ ± ٤,٧	١,٠ ± ٤,٤	٠,٦ ± ٤,٥
الحمل الثلاثي	١,٥ ± ٣,٤	١,٣ ± ٣,١	١,٤ ± ٣,٠
الحمل الرباعي	١,١ ± ٢,٤	١,١ ± ٢,٢	١,٠ ± ٢,٠
الحمل لأكثر من أربعة	١,٢ ± ٢,٠	١,٠ ± ١,٩	٠,٨ ± ١,٥
توائم			

١- لا يطاق إطلاقاً. ٢ - تقريباً يطاق. ٣- لا يهم. ٤- يفضلون. ٥- يفضلون الحمل المتعدد بشدة.

(البيانات حسب دراسة فولد فارب و آخرون ١٩٩٦م).

الجدول رقم (٢). نتائج حول السؤال عما إذا كان الزوجان يفضلان عدم الحمل إطلاقاً. عن أن يواجهوا احتمال الحمل بثلاثة أو أربعة توائم.

العلاج		الرفيق أو الشريك	
مقارنة	الحقن داخل الرحم (n=٥٠)	التلقيح الخارجي (n=٢٧)	الذكر (n=٧٧) الأُنثى (n=٧٧)
الحمل الثلاثي مقارنةً بعدم الحمل (%)	٩٨	٨٨	٨٨
الحمل الرباعي مقارنةً بعدم الحمل (%)	٧١	٦١	٦٨

(البيانات كانت بناءً على دراسة فولد فارب و آخرون ١٩٩٦)

ولكن ما الذي يجب أن نسأل عنه؟ هل هناك احتمالية أعلى للإجهاض بعد العلاج بالحقن داخل الرحم أو الإخصاب خارج الجسم أو الحقن الجهري؟ هل هنالك اختلافات أكثر في الكروموسومات؟ هل يجب أن نتوقع تعقيدات أكثر في الحمل والولادة؟ ماذا عن صحة الوليد وهل هنالك احتمالية لموته بعد الولادة؟ كيف يتطور الطفل في السنين الأولى من عمره؟ هل يجب أن نتوقع ظهور أي أمور غير سوية عنده؟ وكيف ستكون بنية العائلة الجديدة؟ هل ستكون موازية لتلك العائلة التي تنشأ من الحمل بشكل طبيعي تلقائي من دون مشاكل أو هرمونات؟ كيف يهتم الوالدين بالطفل الجديد؟ هل يفرضون في حمايتهم له؟ هل يتوقعون من هذا الطفل المثالي الكثير؟ كيف يتعامل الوالدان مع حقيقة التبrec بالبويضة أو الحيوان المنوي. هل يخبرون الطفل بذلك؟ إذا كان الجواب بنعم أو لا فكيف سيتصرف الطفل؟ ماذا عن الأم الوحيدة أو الأمهات الشاذات جنسياً؟ هل سيؤثر هذا على تطور الطفل؟. على الرغم مما قد يقوله المختصون في تقنيات الإخصاب عن معظم هذه الأسئلة.

ليس هنالك شك بأنه على الرغم من أن كل شيء يسير على مايرام وبدون مشاكل إلا أنه يجب أن نرى الجانب الآخر، ويجب أن نواجه الانتقاد المقام، على أن لا شيء قد يسير على مايرام، وأن كل شيء لا يسير كما هو في الحالات الطبيعية. ومن الضروري أن ندرك أننا نعيش في وقت لا يكفي فيه الاعتقاد أن كل شيء بخير. وأن نفترض أن لا شيء يسير على خطأ. أو أن نشعر أن كل شيء كما نقول نحن. فعندما نقدم المشورة يجب أن تكون عن أشياء نستطيع إثباتها، وعندما لا نستطيع إثبات ذلك، لأنها أمور غير واقعية. فإننا يجب أن نقول ذلك.

لماذا لا تقوم جميع المراكز بعمل متابعة للحمل بعد عملية الإخصاب؟
لا بد من أن ندرك أن القيام بعملية متابعة للحمل بعد عملية الإخصاب هي عملية صعبة، ذلك من وجهة نظر الطبيب والمريض أيضاً. فبعض المرضى لا يودون أن تستمر بتذكيرهم بمشكلة العقم التي لديهم، فمنهم يريدون نسيانها وإكمال الحمل بشكل طبيعي قدر الإمكان. ذلك يقود أيضاً إلى أن الوالدين يرفضان التحدث عن مشكلة العقم في المستشفى الذي يقوم بالتوليد. أو حتى مع طبيب الأطفال المختص الذي يعتني بصحة طفلهم في الفترة الأولى من عمره، وهذا بالطبع هو اختيارهم الشخصي وعلى الجميع احترامه، ولكن هذا الوضع يجعل من الصعب جداً القيام بالتعريف الكامل والموثق لهؤلاء المواليد الجدد.

من وجهة نظر الطبيب فإن عملية المتابعة أيضاً معقدة، فيجب أن يتوقع الطبيب أن ما يقارب ٢٪ من الأزواج يتركون منازلهم إلى أخرى جديدة دون ترك العنوان الجديد أو وسيلة اتصال. وبالمناسبة فإن هذه النسبة ترتفع إلى ١٥ - ٢٠٪ بعد ١-٤ سنوات. إن المتابعة الفعالة للحمل يجب أن تضمن عدة إتصالات للحصول على معلومات كما يلي:

• من ٦-٨ أسابيع من الحمل يجب الحصول على معلومات سريرية وأخرى

كيمائية حيوية عن الحمل.

- من ١٤-١٦ اسبوع من الحمل يجب الحصول على معلومات عن الإجهاض أو الحصول على كشف العيوب الخلقية باستخدام الموجات الفوق صوتية، والكشف عن سمك في اسفل رقبة الطفل يدعى nuchal translucency أو إنهاء الحمل بعد أخذ عينة من السائل الأميوني amniocentesis أو أخذ عينة من المشيمة chorionic villous.
 - عند ٢٨ - ٣٢ أسبوع من الحمل يجب البقاء على اتصال مع الزوجين للحصول على تقدير لبعض المشاكل مثل: الولادة المبكرة، أو أي علامات على تسمم الحمل، أو الكشف عن دقات قلب الطفل، أو استعمال الموجات الفوق صوتية لاستبعاد أي تشوهات خلقية عنده.
 - حوالي أسبوعين بعد الموعد المتوقع للولادة يجب تقييم الأسابيع الأخيرة من الحمل. طبيعة عملية الولادة، أي تعقيدات بالنسبة للولادة أو الأم أو الطفل، ولتقدير حالة الطفل الصحية أو المشاكل الجنينية أو التشوهات الخلقية عنده.
- هذه الاتصالات يمكن أن تتحقق من خلال البريد (عمل أقل ولكن نسبة عالية لخسارة المتابعة)، أو عن طريق الهاتف (عمل أكثر ولكن نسبة أقل لخسارة المتابعة). ولكن بالطبع بالجمع بين الأسلوبين - نبعث عن طريق البريد أولاً، فإن لم يصل الرد نستعمل الهاتف للاتصال بالزوجين - هذا ممكن ومعقول ويعطي نتائج وسطية فعالة. افتراض أن مركز الإخصاب فيه ١٠٠٠ حالة في السنة، ونسبة الحمل فيه ٢٥٪ ونسبة الولادة ٢٠٪ فإن ذلك يعني ٢٥٠ حالة حمل في السنة، يتوقع منها على الأقل ٢٠٠ حالة ولادة وبذلك ٨٥٠ مكالمات هاتفية يقام بها من أجل المتابعة. وبالإضافة لذلك لابد من وقت اضافي يجب توفيره لإدخال المعلومات إلى جهاز الحاسوب بشكل نظامي ومحدد، من تجاربنا الخاصة فإن كل مكالمات من هذه المكالمات تأخذ خمس دقائق على الأقل. وهذا يضيف ثمان ساعات من العمل في كل شهر وقد يكون من الصعب اجراء تلك المكالمات الهاتفية، إذا أخذنا بعين الاعتبار أن عدة طرق يجب اتخاذها من أجل الوصول

الى الزوجين في أوقات مختلفة من اليوم، وان بعضهم يجب الإتصال بهم أكثر من مرة حيث انهم يرفضون إعطاء معلومات مهمة كهذه بعد الاتصال الأول، ولذلك فإنه غالباً ما يكون من الصعب القيام بالإتصالات الهاتفية وتوثيق المعلومات على الحاسوب بالإضافة الى العمل الروتيني في معظم المراكز. بالإضافة الى أن هذه التكاليف الإضافية لا يتم تغطيتها من قبل مؤسسات التأمين الصحي أو من المرضى أنفسهم.

أضف إلى ذلك، أنه حتى ولو قامت عدة مراكز بتوفير المتابعة للحمل وولادة الأطفال إلا أن ذلك لا يعني أنه يمكن تجميع هذه المعلومات مع بعضها للحصول على نتائج معتمدة. إن الاساليب قد تكون مختلفة، فبعضها قد يكون مبنياً على معلومات مسبقة، والآخر يكون مبنياً على جمع للمعلومات الجديدة.

قد تطرح تساؤلات متعددة منها هل قامت جميع المراكز بتضمين الإجهاض والإجهاض (الإختياري) المحفز في معلوماتها. كيف تم اعتماد حدوث الحمل؟ هل هو بالفحص الهرموني أم بفحص الموجات فوق الصوتية ورؤية كيس الحمل؟ أم برؤية دقات قلب الجنين؟ هل تم استعمال نفس التعريف المحدد للإجهاض المبكر أو المتأخر أو الولادات الميتة والحية؟ هل استخدمت جميع المراكز المعنى الواضح للتشوهات الخلقية المزمنة؟ ماذا كانت الإستشارة المقدمة بالنسبة للتشخيص الوراثي قبل الحمل؟ ماذا كانت نسبة المرضى الذين قرروا إجراء تشخيص وراثي أثناء الحمل؟

للاستنتاج فإنه حتى لو رغبت جميع المراكز القيام بالمتابعة للحمل لمرضاها فإنه سوف يأخذ الكثير من التنسيق لمقارنة المعلومات لدى هذه المراكز جميعها.

الخلاصة

إن المناقشة السابقة تبين بوضوح أن عملية المتابعة للحمل ضرورية جداً كجزء من الإستشارة للأزواج الذين يطلبون العلاج من مشاكل العقم، وهي أيضاً توضح أن

هذه المعلومات صعبة الجمع. خلال وقت العمل اليومي الروتيني. وبذلك فإن جمع المعلومات نفسه لا يعني بالضرورة الجودة العالية ولا المقارنة العالية. وبذلك فإن المعلومات القيمة لن يتم الحصول عليها من خلال برامج المتابعة الروتينية. هذا أن وجدت اصلاً. ولكن يتم الحصول عليها من دراسات كبيرة و متمعنة. إن المعلومات المأخوذة من السجلات قد تكون مفيدة في التعريف على أوقات الزيارات. أو على التقنيات المستخدمة. أو المخاطر الواضحة. أو توزيع العلاج خلال منطقة معينة. بلد أو قارة. ولكنها لن توفر قاعدة أساسية كافية لتقدير المخاطر المحتملة من الحمل وكذلك من المواليد.

الحمل والولادة بعد استخدام التقنيات المساعدة على الإخصاب

١٠