

La Grossesse Chez la Célibataire à Niamey (Niger)

Charles Vangeenderhuysen¹ et Fatimata Laminou Souley²

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est de décrire le profil socio-économique de la femme célibataire enceinte et de préciser l'influence de ce statut sur la grossesse et l'accouchement. Entre avril 1995 et février 1996, une enquête prospective en population à Niamey a permis de sélectionner 181 femmes célibataires enceintes, que nous avons appariées avec des femmes mariées de même âge, de parité identique et résidant dans le même quartier. Les tests de Mc Nemar et de Wilcoxon ont été utilisés. Parallèlement, des entretiens qualitatifs ouverts ont été menés avec les patientes et le personnel de santé. Les célibataires représentent 6,1% de la population des femmes enceintes. L'âge médian est de 19 ans, et 72% sont primipares. Elles sont bien intégrées dans leur quartier et sont le plus souvent scolarisées. 24% ont une activité professionnelle, mais 31% ne disposent d'aucun revenu. Les célibataires se présentent moins fréquemment et plus tardivement à la consultation prénatale que les femmes mariées. Elles prennent plus rarement un traitement martial préventif. Les modalités d'accouchement sont identiques, mais le risque d'accoucher de nouveau-nés de faible poids de naissance est multiplié par 2,4. Enfin, la connaissance des méthodes contraceptives et des lieux de prescription sont identiques, mais les pratiques sont plus fréquentes chez les célibataires. (*Rev Afr Santé Reprod* 2001; 5[2]:98-104)

ABSTRACT

Pregnancy among single women in Niamey (Niger). The objectives of this study are to describe the socio-economic profile of single mothers and to specify the influence of this status on pregnancy and delivery. Between April 1995 and February 1996, a cohort study in Niamey allowed the selection of 181 single mothers, matched by age and parity with married pregnant women living in the same district. We used the McNemar's and Wilcoxon's statistic tests. In parallel, qualitative open interviews were conducted with patients and health care providers. Single mothers represent 6.1% of the study population. The median age was 19 years and 72% were primiparas. They received some level of education, at least primary and were well integrated in their districts. Twenty four per cent were employed and 31% had no income. Single mothers' attendance and punctuality at prenatal care centre were not as good as married women and also as their compliance with iron prophylactic treatment. The mode of delivery was identical but the risk of low birthweight infant was 2.4 more frequent in single mothers. Finally, knowledge of contraceptive methods and access to them were identical, but single mothers used them more frequently than married women. (*Afr J Reprod Health* 2001; 5[2]:98-104)

MOTS CLES: *Grossesse, célibataire, Niger, soins prénatals*

¹Gynécologue-Obstétricien, Coopération française, Ministère de la Santé publique, Direction de la Santé familiale, Niamey, Niger. ²Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, Niger.

Correspondance: C. Vangeenderhuysen, BP 5231 Nouakchott, République Islamique de Mauritanie. Tel/fax: 222-29 20 46 E-mail: vangeen@topotechnology.

Introduction

La femme célibataire enceinte multiplie les risques de la grossesse et de l'accouchement: il s'agit souvent d'une adolescente – dont les risques propres au jeune âge ou en rapport avec le statut social ont été largement étudiés par ailleurs¹⁻⁴ – primipare et souffrant du rejet de son entourage, en particulier dans les pays où l'apparition d'une grossesse en dehors du mariage constitue un sujet de honte dans la famille et dans la communauté, du fait d'interdits sociaux, moraux ou religieux.

Les conséquences peuvent être dramatiques: avortement provoqué dans des conditions précaires⁵, grossesse compliquée peu ou pas suivie, arrêt de scolarité⁶, abandon d'enfant.⁷ L'objectif de notre étude est de préciser le profil socio-économique des mères célibataires à Niamey, d'étudier le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et d'évaluer les pratiques contraceptives afin de quantifier les risques dus à leur statut matrimonial.

Matériel et Méthodes

Les dossiers étudiés ont été extraits de la base de données recueillies au Niger lors de l'enquête multicentrique sur la morbidité grave au cours de la grossesse en Afrique de l'Ouest (Enquête MOMA). Cette étude, dont le protocole est exposé ailleurs^{8,9}, est une enquête exhaustive en population, prospective et longitudinale, réalisée sur une base géographique.

Sur un total de 3.002 patientes dont le dossier était complet, nous avons colligé 182 dossiers de célibataires recrutées entre le 26 mars et le 2 novembre 1995 dans divers quartiers de la Communauté Urbaine de Niamey, capitale du Niger d'environ 600.000 habitants. Nous avons attribué le statut de célibataire à toute patiente vivant seule, sans aucun soutien de la part du père de l'enfant, en excluant les veuves et les divorcées. Au cours de l'étude, chaque femme a été rencontrée à 4 reprises: au premier trimestre de la grossesse, au huitième mois, lors de l'accouchement et dans les 30 à 60 jours postpartum.

Afin d'éliminer les facteurs de confusion dans l'analyse statistique, nous avons apparié chaque célibataire avec une femme mariée, constituant le témoin de même âge, de parité identique, et résidant dans le même quartier. L'appariement a été

possible pour 181 dossiers. Nous avons utilisé le test de Mc NEMAR pour les données qualitatives, correspondant à la plupart des items, en réservant le test T de WILCOXON pour les variables quantitatives (durée d'installation dans le quartier, âge gestationnel à la première consultation prénatale, nombre de consultations au huitième mois de grossesse, poids de naissance du nouveau-né).

Nous avons complété les données chiffrées par 25 entretiens qualitatifs ouverts, réalisés le plus souvent au domicile des patientes, soit au cours de la grossesse, soit après l'accouchement, pour tenter d'élucider les rapports noués entre les parturientes et le personnel de santé. Parallèlement, 15 entretiens ont été menés avec le personnel de santé des consultations prénatales, des salles d'accouchement et des consultations post-partum.

Résultats

Description de l'Echantillon, Âge et parité

Nous avons réuni 182 dossiers de célibataires sur les 3.002 dossiers de l'enquête MOMA au Niger, ce qui correspond à une fréquence de 6,1%. L'âge moyen est de 20,2 ans, la médiane étant égale à 19 ans. Les extrêmes vont de 13 à 33 ans. 50% des patientes ont entre 15 et 19 ans, et 36% entre 20 et 24 ans (Tableau 1). 132 patientes sont primipares (72,5%), 34 secondipares (18,7%), et les 16 autres ont eu entre 2 et 7 accouchements antérieurs.

Profil Socio-Économique

Les femmes enceintes célibataires sont plus souvent scolarisées que les femmes mariées (RR = 2,57). 36,5% ont suivi l'école primaire et 32,0% ont atteint le niveau secondaire. 0,6 ont une formation universitaire.

Elles exercent plus fréquemment une activité professionnelle (RR = 2,60), quel qu'en soit le type: commerçante, agricultrice, salariée, fonctionnaire, etc. Elles résident depuis plus longtemps dans la ville (RR = 8,14), et participent davantage à la vie associative du quartier (RR = 3,00). On observe une absence totale de ressources 8,67 fois plus souvent chez la célibataire. Dans ce cas, les patientes ne reçoivent régulièrement d'argent ni du père de l'enfant, ni de leur famille, et n'exercent personnellement aucune activité lucrative.

Tableau 1 Répartition des Patientes par Tranches d'âge et Parité Antérieure (182 Célibataires)

Age (ans)	Parité antérieure				Total
	0	1	2-4	≥5	
< 15	1	0	0	0	1
15-19	81	11	0	0	92
20-24	43	18	4	0	65
25-29	6	3	4	2	15
≥ 30	1	2	3	3	9
Total	132	34	11	5	182

Tableau 2 Profil Socio-Économique

	N	ND	%	RR	IC 95%
Scolarité (quel qu'en soit le niveau)	125	1	69,1	2,57	1,59-4,16
Activité professionnelle	44	0	24,2	2,60	1,45-4,66
Absence de revenus	56	2	31,1	8,67	4,34-17,31
Installation > 12 mois dans le quartier	162	0	89,0	8,14	4,25-15,59
Participation aux associations de Quartier	35	1	19,3	3,00	1,57-5,74

N = nombre de patientes, ND = données non disponibles, RR (IC: 95%) = risqué relatif par rapport aux femmes mariées, avec intervalle de confiance à 95%

Suivi Prénatal

Au début de la grossesse, les attitudes de rejet sont très fréquentes parmi la population célibataire: la grossesse n'est pas désirée (RR = 44,67), peu de patientes envisagent le suivi prénatal (RR = 2,83), nombreuses sont celles prévoyant d'accoucher hors d'une structure sanitaire (RR = 7,00).

On trouve 4,00 fois plus de célibataires que de femmes mariées n'ayant bénéficié d'aucune consultation prénatale à la fin du huitième mois. Celles qui s'y présentent le font plus tardivement (en moyenne à 17 semaines d'aménorrhée pour les patientes mariées et 20 pour les célibataires, $p < 0,0001$), et moins souvent (à 36 semaines, 2,44 consultations pour les mariées contre 1,97 pour les célibataires, $p < 0,0001$). En revanche, en cas de maladie survenant au cours de la grossesse, on n'observe aucune différence dans le taux de

fréquentation des structures sanitaires. Les entretiens ayant complété notre étude ont montré que, malgré une prise en charge assez souvent empathique de la part du personnel, certaines obligations administratives ainsi que la peur du regard des autres, source de honte, créent une réticence à se présenter aux consultations prénatales. En cas de suivi, il n'existe pas de différence significative pour le traitement prophylactique du paludisme ou la vaccination antitétanique. Par contre, les femmes célibataires prennent 3,50 fois moins souvent un traitement martial.

Accouchement

L'accouchement se déroule à domicile pour 20,3 % des célibataires: il n'y a pas de différence significative par rapport aux femmes mariées. On n'observe pas plus de complications à l'accouchement (hémorragie

per-partum ou de la délivrance, hypertension artérielle, éclampsie ou hématome rétro-placentaire, rupture des membranes depuis plus de 24 heures, fièvre maternelle supérieure à 38°, rupture utérine), et les modalités de celui-ci (durée du travail, mode d'extraction) sont identiques dans les deux groupes.

Le poids moyen des bébés est identique (2.926 grammes pour les célibataires et 2.961 grammes pour les femmes mariées, jumeaux exclus). Cependant, la célibataire court 2,44 fois plus de risque d'accoucher d'un nouveau-né de poids inférieur ou égal à 2.500 grammes, qu'il s'agisse d'un prématuré ou d'un hypotrophique. Il n'existe pas de différence en ce qui concerne le score d'Apgar à 1 minute ou la mortalité périnatale.

Contraception

Les populations sont semblables dans le domaine du savoir concernant la contraception: connaissance des méthodes, identification des lieux de prescription, choix personnel d'un moyen. Par contre les pratiques diffèrent: les célibataires avaient utilisé plus volontiers la contraception avant la survenue de la grossesse (18,7% d'utilisatrices, RR = 2,62), et souhaitent en bénéficier après la naissance (95,0% de femmes désireuses d'espacer les naissances, RR = 3,86). Les entretiens avec les patientes ont montré que l'obtention de méthodes contraceptives était particulièrement difficile pour les célibataires, du fait de la forte réticence de la part des prescripteurs.

Tableau 3 Suivi prenatal

	N	ND	%	RR	IC 95%
Refus de la grossesse	154	1	85,1	44,67	22,54-88,52
Refus de consultation prénatale (CPN)	20	3	11,2	2,83	1,16-6,92
Refus d'accoucher en maternité	20	3	11,2	7,00	2,50-19,63
Absence de CPN à 36 SA	12	0	6,6	4,00	1,25-12,82
Consultation pour pathologie En cas de CPN	34	1	18,8	NS	—
Pas de chloroquine	52	1	30,8	NS	—
Pas de fer	160	1	94,7	3,50	1,49-8,20
Pas de VAT	19	1	11,2	NS	—

NS = non significatif, N = nombre de patientes, ND = données non disponibles

RR (IC 95%) = risqué relatif par rapport aux femmes mariées, avec intervalle de confiance à 95%.

Tableau 4 Accouchement

	N	ND	%	RR	IC 95%
Accouchement à domicile	37	0	20,3	NS	—
Pathologie à l'accouchement	13	1	7,2	NS	—
Travail > 12 h	66	7	37,7	NS	—
Extraction instrumentale ou Césarienne	7	2	3,9	NS	—
Nouveau-né de poids < 2 500g	30	22	19,4	2,44	1,02-5,85
Mortalité périnatale	7	7	3,9	NS	—
Apgar < 7 à 1 minute	14	40	9,5	NS	—

NS = non significatif, N = nombre de patientes, ND = données non disponibles

RR (IC 95%) = risqué relatif par rapport aux femmes mariées, avec intervalle de confiance à 95%.

Tableau 5 **Contraception**

	N	ND	%	RR	IC 95%
Utilisation avant la grossesse	34	0	18,7	2,62	1,20–5,72
Souhait après la grossesse	171	2	95,0	3,86	1,79–8,34
Connaissance d'une ou plusieurs méthodes	147	1	81,2	NS	—
Connaissance des lieux de prescription	161	1	89,0	NS	—
Choix personnel d'un moyen	139	0	81,3	NS	—

NS = non significatif, N = nombre de patientes, ND = données non disponibles

RR (IC 95%) = risqué relatif par rapport aux femmes mariées, avec intervalle de confiance à 95%.

Discussion

La fréquence des célibataires parmi les femmes enceintes est de 6,1%, ce qui est relativement faible par rapport à d'autres pays africains où l'absence de grossesse est vécue plus dramatiquement que la survenue d'un enfant hors-mariage.^{10,11} Ce chiffre peu élevé est également dû à la définition restrictive que nous avons adoptée, excluant la cohabitation et le concubinage.

Au Niger, l'âge médian à la première naissance est de 19,5 ans, et dès l'âge de 17 ans, 39,6% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde.¹² Cette précocité habituelle influence le comportement des jeunes célibataires: la survenue d'une grossesse rassure quant à leur possibilité de concevoir, laisse entrevoir d'éventuels projets de mariage et est finalement acceptée, en dépit des normes familiales et sociales. La transgression de ces interdits est d'autant plus rapidement pardonnée que les femmes célibataires semblent, dans notre étude, être particulièrement bien insérées dans leur quartier et dans la vie associative qui s'y développe. Malgré une intégration de longue date, une scolarité et une activité professionnelle pour 25% d'entre elles, un tiers de ces femmes célibataires ne disposent d'aucun revenu, les laissant dépendantes des largesses épisodiques de leur famille. Au début de la grossesse, le discours des célibataires est centré sur le refus. Le rejet de la grossesse se généralise à tout ce qui l'entoure, en particulier les consultations prénatales et l'accouchement en maternité.

Il en résulte une désaffection totale des services de santé pour certaines patientes: 7% d'entre elles n'ont eu aucune consultation au début du neu-

vième mois. En vérité, la plupart se présentent dans les centres de surveillance prénatale, mais plus tard et moins fréquemment que les femmes mariées.¹³⁻¹⁵ Au cours d'entretiens plus qualitatifs menés avec certaines patientes, nous avons appris que la nécessité de répondre à un interrogatoire administratif au cours duquel on demande systématiquement le nom du mari constitue un facteur limitant les consultations, du fait de la honte qu'il provoque, surtout lorsque les règles de la confidentialité ne sont pas respectées.

La grossesse chez la célibataire est classiquement considérée à haut risque. Parmi les complications recensées dans la littérature, on peut citer l'imprécision de l'âge gestationnel,^{15,16} les intoxications chroniques par le tabac¹⁷⁻¹⁹ et l'alcool,²⁰ l'hypertension artérielle et la pré-éclampsie,²¹ les douleurs pelviennes,²² les troubles psychiques,²³ les maladies sexuellement transmissibles,²⁴⁻²⁶ les infections vaginales.²⁷⁻³⁰ Dans notre étude, les femmes célibataires ne consultent pas davantage que les femmes mariées pour un problème particulier au cours de la grossesse.

Au Niger, les traitements préventifs sont suivis de manière identique par les célibataires et les femmes mariées en ce qui concerne la prophylaxie du paludisme ou la vaccination anti-tétanique, ce qui laisse supposer que les prescriptions par le personnel de santé ainsi que les possibilités d'achat des médicaments sont identiques. En revanche, le traitement martial est moins fréquemment suivi par les célibataires.

Dans notre étude, les modalités de l'accouchement sont identiques pour les deux populations. De nombreux auteurs font cependant état de ris-

ques accrus chez la célibataire: hématome rétro-placentaire,^{31,32} troubles psychiatriques,³³ fièvre per-partum.³⁴

En accord avec la littérature,^{35,36} nous observons un risque plus important d'accoucher de nouveau-nés de petit poids: il s'agit soit de prématurité, soit d'hypotrophie, soit encore d'une con jonction des deux pathologies. Dans certains milieux, la jeune célibataire enceinte est tenue de s'occuper des travaux de la maison, tout en étant relativement délaissée en particulier sur le plan alimentaire. Ce surcroît de travail et l'apparition fréquente d'une malnutrition peuvent être la cause de ces accouchements d'enfants de faible poids.

Le faible nombre de cas étudiés dans notre enquête ne permet pas de mettre en évidence une différence dans la mortalité maternelle ou périnatale. L'étude de la bibliographie montre cependant une augmentation de la mortalité³⁷ et des mortalités périnatale,³⁸ néonatale³⁵ et maternelle.^{39,40}

Enfin, l'utilisation de la contraception semble être plus fréquente parmi les célibataires avant la grossesse, mais sans empêcher la survenue de celle-ci. Nous pouvons mettre ce résultat en relation avec toute l'ambiguïté de la grossesse chez l'adolescente: elle désire la grossesse, preuve de sa fertilité et premier pas dans la reconnaissance d'un statut d'adulte, mais ne veut pas d'enfant, obstacle potentiel à ses projets et source de difficultés avec l'environnement. La volonté très marquée chez les célibataires de faire appel à une méthode contraceptive après la grossesse se heurte à l'attitude de rejet des prescripteurs. Les entretiens qualitatifs que nous avons menés avec les patientes et le personnel de santé nous ont montré combien était différente la prise en charge de la célibataire au cours ou après la grossesse: pendant la grossesse et l'accouchement, les célibataires sont traitées comme les femmes mariées, et parfois même avec plus d'empathie et de solidarité. Par contre, il n'est pas rare que la célibataire soit rejetée ou moquée si elle se présente à une consultation de planification familiale. Un long travail d'éducation est donc nécessaire en direction des prescripteurs, déjà mentionnés ailleurs voici de nombreuses années.^{41,42}

Remerciements

Nous remercions les Docteurs Nomà Mounkaila, Yaou Dare Garba et Alfari Daouda pour leur par-

ticipation à l'enquête. Ce travail a pu être réalisé grâce à l'appui du Ministère français de la Coopération et de l'INSERM (Paris).

REFERENCES

- Scholl TO, Hediger ML and Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994; 15:444-56.
- Coskun A, Sinan OF and Turhan U. Analysis of 572 cases of adolescent pregnancy in Z.H. maternity hospital, Ankara, Turkey. *J Adolesc* 1993; 16:201-3.
- Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A and Cuttini M. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 40:19-23.
- Legrand TK and Mbacke CSM. Teenage pregnancy and child health in the urban Sahel. *Stud Fam Plann* 1993; 24:137-49.
- Leshabari MT, Mpanjile GS, Kaaya SF and Khiwele DJ. From teenage unwanted pregnancy to induced abortion: who facilitates links? *Int J Adolesc Youth* 1994; 4:195-210.
- Gorgen R, Maier B and Diesfeld HJ. Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Stud Fam Plann* 1993; 24:283-94.
- Zemmour-Khorsi N. Mères célibataires et enfants abandonnés en Algérie. *J Pédi Puéric* 1994; 6:359-66.
- Vangeenderhuysen C et Mounkaila N. Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse. Résultats du Niger. Ministère Santé publique, Niamey, 1997; 130 pp.
- Pruel A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L and Bréart G. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ* 2000; 78(5): 593-602.
- Mac Donald LD, Peacock JL and Anderson HR. Marital status: association with social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy. *J Public Health Med* 1992; 14: 26-34.
- Parr NJ. Pre-marital fertility in Liberia. *J Biosoc Sci* 1995; 27:1-10.
- Kourgueni IA, Garba B et Barrere B. Enquête démographique et de santé. Niger. Ministère Finances et Plan, Niamey, 1993; 296 pp.
- Sable MR, Stockbauer JW, Schramm WF and Land GH. Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987-88. *Public Health Rep* 1990; 105:549-55.
- Omuga BO and Ojwang SB. Antenatal care and educational problems of unmarried teenage mothers in Nairobi. *East Afr Med J* 1990; 67:699-705.

15. Henriques J, Golding J, Thomas P. Unmarried at delivery. I. The mothers and their care. *Early Hum Dev* 1986; 14:201-16.
16. Hakala T. Obstetric care, pregnancy risk factors and perinatal outcome in the province of Uusimaa, Finland, in 1980-1981. *Ann Chir Gynaecol* (Suppl.) 1987; 203:1-83.
17. Stockbauer JW and Land GH. Changes in characteristics of women who smoke during pregnancy: Missouri, 1978-88. *Public Health Rep* 1991; 106:52-8.
18. Milham S Jr and Davis RL. Cigarette smoking during pregnancy and mother's occupation. *J Occup Med* 1991; 33:468-73.
19. Tollestrup K, Frost FJ and Starzyk P. Smoking prevalence of pregnant women compared to women in the general population of Washington State. *Am J Prev Med* 1992; 8:215-20.
20. Serdula M, Williamson DF, Kendrick JS, Anda RF and Byers T. Trends in alcohol consumption by pregnant women, 1985 through 1988. *JAMA* 1991; 265:876-9.
21. Svensson A, Andersch B and Hansson L. Hypertension in pregnancy. Analysis of 261 consecutive cases. *Acta Med Scand* (Suppl.) 1985; 693:33-9.
22. Baker PN, Madeley RJ and Symonds EM. Abdominal pain of unknown etiology in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:688-91.
23. Pascoe JM, Milburn M and Haynes K. Correlates of first trimester care in a public health prenatal clinic. *Fam Med* 1990; 22:25-8.
24. Mc Known RR and Kapernick PS. Syphilis in pregnancy. *South Med J* 1988; 81:447-5.
25. Braddick MR, Kreiss JK, Embree JB, et al. Impact of maternal HIV infection on obstetrical and early neonatal outcome. *AIDS* 1990; 4:1001-5.
26. Boulos R, Halsey NA, Holt E, et al. HIV-1 in Haitian women 1982-1988. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990; 3:721-8.
27. Francois P, Hirtz P, Rouhan D, Favier M, Gratacap B and Beauoing A. Transmission materno-infantile de Chlamydia Trachomatis. Enquête prospective chez 168 parturientes. *Presse Med* 1989; 18:17-20.
28. Hill LV, Luther ER, Young D, Pereira L and Embil JA. Prevalence of lower genital tract infections in pregnancy. *Sex Transm Dis* 1988; 15:5-10.
29. Liepmann MF, Wattle P, Dewilde A, Papierok G and Delecour M. Detection of antibodies to Ureaplasma urealyticum in pregnant women by enzyme-linked immunosorbent assay using membrane antigen and investigation of the significance of the antibodies. *J Clin Microbiol* 1988; 26:2157-60.
30. Cotch MF, Pastorek JG, Nugent RP, Yerg DE, Martin DH and Eschenbach DA. Demographic and behavioral predictors of trichomonas vaginalis infection among pregnant women. *Obstet Gynecol* 1991; 78:1087-92.
31. Krohn M, Voigt L, Mc Knight B, Daling JR, Starzyk P and Benedetti TJ. Correlates of placental abruption. *Br J Obstet Gynaecol* 1987; 94:333-40.
32. Saftlas AF, Olson DR, Atrash HK, Rochat R and Rowley D. National trends in the incidence of abruption placentae, 1979-1987. *Obstet Gynecol* 1991; 78:1081-6.
33. Adewunmi AB. Psychiatric morbidity in mothers attending maternal and child health clinic in Abeokuta, Nigeria. *West Afr J Med* 1991; 10:383-9.
34. Sturchler D, Menegoz F and Daling J. Reproductive history and intrapartum fever. *Gynecol Obstet Invest* 1986; 21:182-6.
35. Ahmed F. Unmarried mothers as a high-risk group for adverse pregnancy outcomes. *J Community Health* 1990; 15:35-44.
36. Golding J and Shenton T. Low-birth and pre-term delivery in South-East Asia. The WHO International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Soc Sci Med* 1990; 30:497-502.
37. Lammer EJ, Brown LE, Anderka MT and Guyer B. Classification and analysis of fetal deaths in Massachusetts. *JAMA* 1989; 261:1757-62.
38. Kurup A, Viegas O, Singh K and Ratnam SS. Pregnancy outcome in unmarried teenage nulligravidae in Singapore. *Int J Gynaecol Obstet* 1989; 30:305-11.
39. Kwast BE, Rochat RW and Kidane-Mariam W. Maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. *Stud Fam Plann* 1986; 17:288-301.
40. Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW and Smith JC. Maternal mortality in the United States, 1979-1986. *Obstet Gynecol* 1990; 76:1055-60.
41. Ganong LH, Coleman M and Riley C. Nursing student's stereotypes of married and unmarried pregnant clients. *Res Nurs Health* 1988; 11:333-42.
42. Willson JR. Educating the obstetrician-gynecologist for the future. *Obstet Gynecol* 1989; 73:125-9.