

تقييم ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض عند الخروسات

د. عيسى دونا*

د. عفاف نظام**

رنا خضر***

(تاريخ الإيداع ٢٠٢٣ / ٣ / ١٣ - تاريخ النشر ٢٠٢٣ / ٧ / ٦)

□ ملخص □

يشكل المخاض والولادة حدثين هامين للسيدة الحامل، وتعتبر ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من الولادة مهمة جداً لحمايتها من خطر النزف الشديد. لذلك هدفت دراستنا الوصفية الحالية إلى التعرف على مستوى ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض لدى ٧٥ قابلة تم اختيارهن بطريقة العينة المتاحة من أقسام المخاض من مشفى الشهيد مجد عبد الله في محافظة طرطوس، وجمعت البيانات باستخدام أداة من تصميم الباحث. وأظهرت النتائج أن ممارسات القابلات كانت جيدة خلال المرحلة الثالثة من المخاض، فجميعهن كن يطبقن "إلباس السيدة اللباس الخاص، واعطاء الأوكسيتوسين حسب إرشادات الطبيب، وتدليك الرحم، وسحب الحبل السري بلطف. في حين لم تطبق نسبة كبيرة منهن مراقبة علامات انفكاك المشيمة، وفحص المشيمة التام. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء تنقيف للقابلات حول معايير العناية بالسيدة خلال المرحلة الثالثة من المخاض، وتصميم دليل إرشادي لهن وفق المعايير العالمية، وإجراء أبحاث حول ممارساتهن خلال مراحل المخاض بشكل كامل وكذلك خلال فترة النفاس.

الكلمات المفتاحية: القابلات، ممارسات، المخاض، الخروسات.

*أستاذ- قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Issadonna@hotmail.com E. mail:

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

E. mail: afafnizamh@yahoo.com

*** طالبة دراسات عليا (دكتوراه)- قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

E. mail: rana198181@yahoo.com

Assessment of midwives' practices during the third stage of labor among the primiparous women

D. Issa Dona*
D. Afaf Nezam**
Rana Khdr***

(Received 13/3/2023. Accepted 6/7/2023)

□ ABSTRACT □

Both labor and delivery are important events for both the woman and her family, and the practices of midwives during the third stage of childbirth are very important to protect the woman from the risk of severe bleeding. Therefore, our current descriptive study aimed to identify the level of midwives' practices during the third stage of labor for 75 midwives who were selected using the convenient sample method from the labour departments of Martyr Majd Abdullah Hospital in Tartous Governorate, and data were collected using a tool designed by the researcher. The results showed that the midwives' practices were good during the third stage of labour, as all of them applied dressing the lady in her own dress, giving oxytocin as directed by the doctor, massaging the uterus, and pulling the umbilical cord gently and precisely. While a large percentage of them did not apply monitoring for signs of placental separation, and complete placental examination. The study recommended educating midwives on standards for caring for women during the third stage of labour, designing a guide according to international standards, and conducting research on their practices during all stages of labour and in postpartum period. **Keywords:** Midwives, Practices, Third Stage of Labour, Primiparous.

*Professor - Department Of Maternity and Woman Health Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria. E. mail: Issadonna@hotmail.com

**Assistant Professor - Department Of Maternity and Woman Health Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria. E. mail: afafnizamh@yahoo.com

***Postgraduate Student (doctoral)- Department Of maternity and woman Health Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria. E. mail: rana198181@yahoo.com .

المقدمة

يشكل كل من المخاض والولادة حدثين هامين لا يمكن نسيانهما لكل من المرأة وأسرتها [١]. حيث أن مرور المرأة بتجربة الولادة له تأثيرات قصيرة وطويلة الأمد على الصحة والرفاهية لها ولطفلها [٢]. وتتم الولادة المهبليّة بثلاثة مراحل هي المرحلة الأولى (مرحلة المخاض)، المرحلة الثانية (مرحلة ولادة الطفل)، والمرحلة الثالثة (مرحلة ولادة المشيمة)، وتتضمن المرحلة الثالثة انفصال المشيمة والأغشية وانقذافها، إذ يجب أن تركز القابلة في هذا الدور على السيطرة على النزف وانقباض الرحم، وتستمر هذه المرحلة من وقت ولادة الجنين حتى انتهاء قذف المشيمة والأغشية وانقباض الرحم بشكل جيد [٣، ٤، ٥].

يشهد العالم يومياً وفاة حوالي ٨٣٠ امرأة من جراء مضاعفات الحمل والولادة [٢]، حيث أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٨ إلى وفاة ٢٩٥ ألف امرأة حول العالم سنوياً بسبب مضاعفات الحمل والولادة، وتحتل دول جنوب آسيا المرتبة الثانية بالوفيات، إذ بلغ عدد الوفيات بين الأمهات فيها ١٦٣ وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية، وهي تمثل ١٦% من وفيات الأمهات حول العالم، بينما تمثل نسبة وفياتهن في شرق آسيا ٧% من الوفيات العالمية، وتهدف التنمية المستدامة إلى تخفيض نسبة وفيات الأمهات إلى أقل من ٧٠ حالة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية بحلول عام ٢٠٣٠، ولتحقيق هذا الهدف يتم التركيز على الرعاية الجيدة المقدمة خلال الحمل والولادة، وتوفير رعاية مثالية خلال مرحلة المخاض والولادة، ورعاية لاحقة لمرحلة الولادة للأمهات والمواليد لأن ٨٠% من وفيات الأمهات تحدث لأسباب مباشرة كالنزف الشديد بعد الولادة، والعدوى (الإنتان)، واضطرابات ضغط الدم أثناء الحمل، وتعرس الولادة [٦].

تكون السيدات خلال المرحلة الثالثة من الولادة عرضة لخطر النزف الشديد إما بسبب عدم الانقباض الكامل للرحم أو بسبب انحباس الفلق المشيمية، حيث أن ربع حالات وفيات الأمهات تحدث لأسباب تتعلق بنزف ما بعد الولادة [٧، ٨]. وتهدف العناية خلال المرحلة الثالثة من الولادة إلى تقليل مخاطر النزف، وتعتمد العناية التمريضية على الانتظار حتى حصول الانفصال العفوي وولادة المشيمة مع التدبير الفعال لتسريع انقباض الرحم وانفصال وولادة المشيمة وبالتالي تقليل كمية الدم المفقود [٩].

أجريت العديد من الدراسات لتحري ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض نظراً لأهميته على حياة السيدة وعلى نتائج الحمل، مثل دراسة (Matar et al, 2010) في سوريا بهدف التأكد من سياسات العناية خلال المرحلة الثالثة من المخاض (ولادة المشيمة)، حيث تم جمع العينة من ٦٩ وحدة ولادة من مستشفيات التوليد والمستشفيات العامّة باستخدام المكالمات التلفزيونية أو المقابلات المباشرة مع أطباء التوليد والقابلات، وقد توصل الباحثون إلى أن معظم وحدات الأمومة تتبع سياسة قطع الحبل السري في غضون ٢٠ ثانية، ويتم توليد المشيمة باستخدام الجر المحكم للحبل السري، كما ويعطى الأوكسيتوسين والأرغوميترين في معظم وحدات الأمومة، وأظهرت أيضاً وجود ضعف في الامتثال لتوصيات منظمة الصحة العالمية WHO [١٠]. وفي دراسة أخرى من قبل (Begly et al, 2019) هدفت إلى مقارنة تأثير التدبير الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض مع تأثير التدبير التلقائي (التوقعي) على حدوث النزف الشديد بعد الولادة، وقد بينت أن التدبير الفعال الذي يتضمن ثلاث خطوات تقوم بها القابلة بعد ولادة الطفل وهي: إعطاء مقبض رحم، ولقط الحبل السري ثم قطعة بشكل مبكر، والتحكم بسحب الحبل السري بشكل محكم، وتوليد المشيمة يساهم في تقليل فقدان

الدم عند الولادة، وتقليل فقدان الدم الأساسي بعد الولادة بحيث لا يتجاوز ٥٠٠ مل، والتقليل من استخدام مقبضات الرحم العلاجية [٩].

تلعب العناية المقدمة من قبل القابلات دور مهم في تدبير المرحلة الثالثة من المخاض، إذ يعد قطع الحبل السري والسحب اللطيف المحكم للحبل السري وتوليد المشيمة ومراقبة النزف والعلامات الحيوية، بالإضافة إلى تقييم انقباض الرحم، من أهم إجراءات العناية التمريضية والطبية المقدمة للسيدة خلال المرحلة الثالثة من المخاض إذ إن هذه العناية تقلل من مضاعفات المرحلة الثالثة من المخاض مثل انحباس الفلق المشيمية، والنزف بعد الولادة وغيرها [٩]. ركزت المعايير العالمية على إعطاء الأوكسيتوسين ١٠ وحدات بعد ولادة الكتف الأمامية، والانتظار على الأقل مدة ٣-١ دقائق بعد ولادة الطفل لقطع الحبل السري وذلك للوقاية من حدوث فقر الدم وارتفاع البيلروبين عند الوليد، كما ركزت على توليد المشيمة وسحب الحبل السري بلطف [٤]. لذلك تعد الممارسات التمريضية الجيدة والمسددة بالأبحاث أمراً هاماً جداً للوقاية من الآثار السيئة على الأم والطفل، بالإضافة لدور القابلات في تقديم الدعم العاطفي للسيدة الحامل وعائلتها، وتوفير الرعاية والتنظيف الصحي للوصول إلى أفضل نتيجة حمل وولادة ممكنة [١١]. من هنا جاءت الدراسة الحالية للتعرف على مستوى ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة.

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

تأتي أهمية الدراسة الحالية من أهمية الدور الذي تلعبه الممارسة الجيدة والمحترفة للقابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض في حماية السيدات من مخاطر النزف وانحباس الفلق المشيمية، وبالتالي التقليل من مراضة ووفيات الأمهات نتيجة لذلك، ومن أهمية الممارسات في ضمان حماية الطفل من مخاطر هذه المرحلة من المخاض كفقر الدم. كما تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها رديفاً هاماً للمعرفة التمريضية حول نوعية العناية الواجب تقديمها خلال مراحل المخاض، مما يساعد على تصميم دليل إرشادي للقابلات حول الممارسات التمريضية الصحيحة المسندة بالأبحاث خلال مرحلة المخاض والولادة، والممارسات غير الصحيحة التي يجب تجنبها من قبل القابلات، كما يمكن أن تقدم هذه الدراسة مرجعاً مهماً للدراسات اللاحقة التي تهتم بصحة السيدات المقبلات على الولادة، خصوصاً في ظل قلة المراجع التي تتناول هذه المشكلة في سورية، كما تفتح الباب أمام مزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

هدف البحث:

تقييم مستوى ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض عند الخروسات.

سؤال البحث:

ما هو مستوى ممارسات القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض عند الخروسات؟

طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث: استخدم المنهج الوصفي.

مكان وزمان البحث: أجريت هذه الدراسة في مستشفى الشهيد مجد عبدالله في محافظة طرطوس في الفترة

الزمنية الممتدة من ٢٠٢٢/٧/١ وحتى ٢٠٢٢/٨/١٥.

عينة البحث: تتألف العينة من ٧٥ قابلة من العاملات في أقسام المخاض والولادة في مستشفى الشهيد مجد

عبد الله في مدينة طرطوس، وقد تم اختيارهن بطريقه العينة المتاحة.

أدوات البحث: تم جمع بيانات هذا البحث باستخدام استمارة استبيان مطورة من قبل الباحثة بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة، ومكونة من جزأين هي كالآتي:

• **الجزء الأول:** هو عبارة عن استمارة تتضمن البيانات الشخصية والمهنية للقابلة مثل: (العمر، الحالة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي، ومكان الإقامة، والشهادة العلمية، وعدد سنوات الخبرة في القبالة، والخضوع لدورات تدريبية، والرغبة في العمل في قسم المخاض، والخبرات السابقة في قسم المخاض، والرضا الوظيفي، وحب المهنة.

• **الجزء الثاني:** عبارة عن استمارة ملاحظة: تم تطويرها من قبل الباحثة استناداً إلى المعايير العالمية والأدلة الاسترشادية مثل معايير منظمة الصحة العالمية والمعايير الأسترالية والدليل الاسترشادي الموجه للقابات والأطباء لمنظمة أطباء بلا حدود [٤, ٥, ١٢]، بما يناسب بيئة المستشفى وذلك بهدف تقييم ممارسات القابات خلال المرحلة الثالثة من المخاض في مستشفى التوليد في طرطوس، وقد اشتملت على ١٠ بنود.

تم تقييم كل ممارسة تطبقها القابلة على مقياس من ثلاث نقاط هي (طبق = ٢، طبق بشكل خاطئ = ١، لم يطبق = ٠)، ويتم تصنيف مستوى ممارسات القابات بناءً على النسبة المئوية للمجموع الكلي للممارسات وفي كل محور، فإذا كانت النسبة المئوية أقل من ٥٠% يكون مستوى الممارسات ضعيف، وإذا كانت النسبة المئوية من ٥٠ إلى ٧٥% يكون مستوى الممارسات متوسط، وإذا كانت النسبة المئوية لمجموع الممارسات أكبر من ٧٥% يكون مستوى الممارسات جيد.

طريقة البحث.

• أخذت الموافقات الرسمية لجمع البيانات من كلية التمريض وجامعة تشرين وإدارة مستشفى الشهيد مجد عبدالله في محافظة طرطوس.

• تم تطوير أداة البحث بعد مراجعة شاملة للأدبيات، ثم تم عرضها على لجنة من الخبراء في كلية الطب والتمريض، حيث حازت على صدق المحكمين مع إجراء بعض التعديلات.

• أجريت دراسة دليلية استرشادية (Pilot study) على ١٠ قابلات، وتبين نتيجتها وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها دون الحاجة للتعديل.

• تم أخذ الموافقة الشفهية من القابات على المشاركة في الدراسة، بعد شرح هدف الدراسة لهن، وتأكيد الحفاظ على سرية البيانات المأخوذة منهن، وأنها لغرض البحث العلمي فقط.

• تم جمع البيانات عن طريق مراقبة الباحثة لممارسات القابات خلال المرحلة الثالثة من المخاض دون معرفتهن للحفاظ على عفويتهن في الممارسة دون الشعور بالمراقبة، ثم تم ملئ استمارة البيانات الديموغرافية والمهنية الخاصة بكل سيدة بعد ملاحظة ممارستها.

• بعد جمع الاستبيانات فُرغَت البيانات بإشراف إحصائي متخصص ثم خُللت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS V25، واستخدمت اختبارات الإحصاء الوصفي كالتكرار، والنسب المئوية.

النتائج والمناقشة

النتائج:

جدول ١: توزع عينة الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية والمهنية

n = 75		المتغيرات	
%	التكرار N		
45.3	34	٢٤-٣٤ سنة	العمر
36.0	27	٣٥ - ٤٥ سنة	
18.7	14	< ٤٥ سنة	
25.3	19	عازبه	الحالة الاجتماعية
69.3	52	متزوجة	
5.3	4	مطلقة	
10.7	8	ضعيف	الوضع الاقتصادي
73.3	55	متوسط	
13.3	10	جيد	
2.7	2	ممتاز	
56.0	42	الريف	مكان الإقامة
44.0	33	المدينة	
10.7	8	مدرسة تمريض بعد التاسع	الشهادة العلمية
89.3	67	دبلوم تمريض/اختصاص قبالة/	
25.3	19	> ٥ سنوات	عدد سنوات الخبرة في القبالة
24.0	18	٥ - ١٠ سنوات	
50.7	38	< ١٠ سنوات	
24.0	18	نعم	الخضوع لدورات تدريبية في مكان العمل
76.0	57	لا	
45.3	34	نعم	الرغبة في العمل في قسم المخاض
54.7	41	لا	
77.3	58	نعم	الخبرات السابقة في أقسام المخاض
22.7	17	لا	
48.0	36	نعم	الرضا الوظيفي
52.0	39	لا	
66.7	50	نعم	حب المهنة
33.3	25	لا	

يبين الجدول رقم (١) توزع عينة الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية والمهنية، حيث أظهر أن أقل من نصف القابلات كن بعمر بين ٢٤ - ٣٤ سنة، وحوالي الثلثين ٦٩.٣% متزوجات، وحوالي ثلاثة أرباعهن حالتهم الاقتصادية متوسطة، وأكثر من نصفهن مكان إقامتهن في الريف، وغالبيةهن ٨٩.٣% شهادتهن العلمية دبلوم تمريض/ اختصاص قبالة/، وحوالي نصفهن ٥٠.٧% عدد سنوات خبرتهن في القبالة أكثر من ١٠ سنوات، وحوالي ثلاثة أرباعهن لم

يخضعن لدورات تدريبية في مكان العمل، وأكثر من نصفهن ٥٤.٧% ليس لديهن الرغبة بالعمل في قسم المخاض، وحوالي ثلاثة أرباعهن ٧٧.٣% لديهن خبرات سابقة في قسم المخاض، وحوالي نصفهن ٥٢% غير راضيات عن وظيفتهن، المقابل فإن أقل من ثلثهن ٦٦.٧% لديهن حب لمهنتهن.

جدول ٢: توزيع القابلات وفق نسب تطبيقهن لرعاية الأم خلال الطور الثالث من المخاض

الممارسات		طبق بشكل خاطئ		لم يطبق		طبق	
		%	N	%	N	%	N
١.	مراقبة علامات انفكاك المشيمة	52.0	39	0.0	0	48.0	36
استخراج المشيمة وذلك بـ							
٢.	A. أن تضع القابلة اليد أسفل البطن خلف ارتفاق العانة مع دعم بسيط للرحم	2.7	2	6.7	5	90.6	68
	B. سحب الحبل السري بشكل مضبوط ومن ثم توليد المشيمة	13.3	10	1.3	1	85.4	64
٣.	تعطي القابلة الأوكسيتوسين (حسب أوامر الطبيب) للأم مباشرة بعد ولادة المشيمة	0.0	0	0.0	0	100.0	75
تدليك الرحم للمساعدة في انقباضه وذلك بأن تقوم القابلة بـ							
٤.	A. إفراغ المثانة بالقطرة البولية	0.0	0	38.7	29	61.3	46
	B. جعل السيدة تستلقي على ظهرها	1.3	1	1.3	1	97.4	73
	C. أن تأخذ السيدة نفس عميق	0.0	0	8.0	6	92.0	69
	D. تضع القابلة يدها على الجزء السفلي من بطن المرأة	0.0	0	5.3	4	94.7	71
	E. القيام بحركات دائرية ذهابا وإيابا لتدليك المنطقة أو تضغط القابلة على الرحم لبضع دقائق	1.3	1	9.3	7	89.4	67
٥.	رفع الشانات تحت العجان ونزع القفازات وغسل اليدين	0.0	0	1.3	1	98.7	74
٦.	إلباس السيدة وضم الرجلين وتغطيتها	0.0	0	0.0	0	100.0	75
٧.	مراقبة العلامات الحيوية كل ١٥ دقيقة	5.3	4	1.3	1	93.3	70
٨.	مراقبة كمية النزف المهلي (الكمية- اللون - الرائحة)	0.0	0	1.3	1	98.7	74
٩.	فحص المشيمة (سماكتها - الوجه الرحمي - الوجه الجنيني - أغشية المشيمة)	21.3	16	24.0	18	54.7	41
١٠.	جس كرة الأمان والتأكد من انقباض الرحم (قعر الرحم تحت مستوى السرة تماما)	0.0	0	0.0	0	100.0	75
الدرجة الكلية للمحور		M	SD	%	المستوى		
		27.1	2.514	90.3	جيد		

يبين الجدول رقم (٢) توزيع القابلات وفق نسب تطبيقهن لرعاية الأم خلال الطور الثالث من المخاض، حيث أظهر أن الممارسات التي طبقتها جميع القابلات كانت "تعطي القابلة الأوكسيتوسين (حسب أوامر الطبيب) للأم مباشرة بعد ولادة المشيمة"، و"إلباس السيدة وضم الرجلين وتغطيتها"، و"جس كرة الأمان والتأكد من انقباض الرحم (قعر الرحم تحت مستوى السرة تماما)". بالمقابل فإن حوالي نصف القابلات ٥٢% قد طبقن

بشكل جزئي ممارسة "مراقبة علامات انفكاك المشيمة"، وأكثر من نصفهن ٥٤,٧% طبقن بشكل جزئي ممارسة "فحص المشيمة لتقييم سماكتها، والوجه الرحمي، والوجه الجنيني، وأغشية المشيمة". وقد بلغت نسبة الممارسة الكلية لرعاية الأم خلال الطور الثالث من المخاض ٩٠.٣%، وهي تشير إلى أن ممارسة القابلات لهذا المحور كانت جيدة.

جدول ٣: توزيع القابلات وفق مستوى ممارساتهن لرعاية الأم خلال الطور الأول من المخاض

جيد		متوسط		ضعيف		مستوى الممارسات
N	%	%	N	%	N	
93.3	70	6.7	5	0	0	

يبين الجدول رقم (٣) توزيع القابلات وفق مستوى ممارساتهن لرعاية الأم خلال المرحلة الثالثة من المخاض، حيث أظهر أن معظم القابلات ٩٣.٣% كان مستوى ممارساتهن جيداً، ونسبة قليلة ٦,٧% فقط كان مستوى ممارساتهن متوسطاً.

المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن جميع القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض كن يلبسن السيدة ويعملن على ضم رجليها وتغطيتها، قد يعود ذلك إلى أن هذه الممارسات تعتبر أمراً روتينياً عند القابلات كونه يندرج ضمن سياسة المشفى خلال المرحلة الثالثة من المخاض، تتفق هذه النتيجة مع المعايير العالمية مثل معايير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2012) والمعايير الاسترالية [١٣،٤].

أظهرت النتائج أيضاً أن جميع القابلات قد قمن بجس كرة الأمان والتأكد من انقباض الرحم بعد ولادة المشيمة، يعزى ذلك إلى أن هذه الإجراءات تعتبر أمراً روتينياً وضمن سياسة المشفى تتبعه القابلات خلال المرحلة الثالثة من المخاض، وهذه النتائج تتفق مع المعايير العالمية مثل معايير منظمة الصحة العالمية، والدليل الاسترشادي الموجه للقابلات والأطباء لمنظمة أطباء بلا حدود [١٣،١٢].

بينت الدراسة الحالية أن جميع القابلات قد طبقن إجراء إعطاء الأوكسيتوسين للسيدة بعد ولادة الطفل، وسحب الحبل السري بلطف وبشكل مضبوط وولادة المشيمة. تتفق هذه النتيجة مع معايير الصحة العالمية (WHO, 2012) [١٣]، ومع نتائج دراسة (Gungorduk et al, 2018) التي أظهرت أن إعطاء الأوكسيتوسين وسحب الحبل السري بلطف وتدليك الرحم هي من أهم الإجراءات التي يجب على القابلات تطبيقها في المرحلة الثالثة من المخاض لتقليل النزف بعد الولادة [١٤].

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف القابلات قد قمن بمراقبة علامات انفكاك المشيمة، وفحص المشيمة بشكل جزئي وغير تام. إذ إنه وبالرغم من أن هذه الممارسات تساهم في الوقاية من انقطاع الحبل السري وانحباس المشيمة، وبالتالي تساعد على انقباض الرحم وتشكل كرة الأمان وتعزز صحة السيدة وتحمي من النزف النفاسي والإنتان النفاسي، إلا أن سياسة رعاية السيدة الماخض ضمن المشفى لا تعطي أهمية لضرورة تحري علامات انفكاك المشيمة بشكل كامل وفحص المشيمة الكامل، بل يكتفي الأطباء الأخصائيون أو المقيمون خلال المخاض بظهور علامة واحدة من علامات انفكاك المشيمة كالدفق الدموي ومن ثم يقومون بتوليد المشيمة، كذلك يكتفي الأطباء بالتأكد من وجود فلفات المشيمة كاملة دون التأكد من الوجه الجنيني ومن وجود أغشية المشيمة، بالتالي فإن ذلك يسري على القابلات أيضاً. لا تتفق هذه النتيجة مع الدليل الإرشادي الموجه للقابلات والأطباء لمنظمة أطباء بلا حدود الذي بين ضرورة تحري علامات انفكاك المشيمة كاملةً [١٢].

أظهرت الدراسة الحالية أن الغالبية العظمى للقابلات كانت ممارساتهن جيدة في رعاية الأم خلال المرحلة الثالثة من المخاض، يعزى ذلك إلى أن غالبية القابلات يحملن شهادة (دبلوم في التمريض /اختصاص قبالة/)، وحوالي ثلاثة أرباعهن لديهن خبرة أكثر من ٥ سنوات في مجال العمل باختصاص القبالة، والنسبة الأعلى يحبين المهنة. تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Wodajo et al, 2023) التي أشارت إلى أن ممارسات القابلات الاثيوبيات كانت جيدة خلال المرحلة الثالثة من المخاض [١٥]. ولم تتفق مع دراسة (Matar et al, 2010) التي أظهرت أن هناك ضعف في الامتثال لمعايير منظمة الصحة العالمية فيما يخص السياسات والممارسات خلال المرحلة الثالثة من المخاض [١٠]. ولم تتسجم مع دراسة (Cherine et al, 2006) التي بينت أن ممارسة القابلات خلال الطور الثالث من المخاض كانت ضعيفة [١٦].

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات :

١. معظم القابلات كن يطبقن الممارسات الروتينية خلال المرحلة الثالثة من المخاض كإلباس السيدة لباسها وتغطيتها، وإعطاءها الأوكسيتوسين حسب أوامر الطبيب، وتدليك الرحم، ومراقبة كمية النزف المهبلية.
٢. حوالي نصف القابلات كن يطبقن جزئياً ممارسات مراقبة علامات انفكاك المشيمة، وفحص المشيمة.
٣. كان مستوى ممارسة معظم القابلات جيداً فيما يخص رعاية الأم خلال المرحلة الثالثة من المخاض.

التوصيات

١. إجراء دورات تثقيفية وتدريبية للقابلات في مستشفيات وأقسام التوليد حول علامات انفكاك المشيمة وفحصها بشكل كامل من حيث السماكة وموجودات الوجه الجنيني والوجه الرحمي، وكذلك الأغشية المشيمية.
٢. تصميم دليل ارشادي للقابلات حول ممارساتهن خلال المرحلة الثالثة من المخاض يتضمن الممارسات التمريضية وفق المعايير العالمية بما يناسب واقع مستشفيات التوليد في سوريا.
٣. إجراء المزيد من الدراسات حول ممارسات القابلات خلال مراحل المخاض بشكل كامل (المرحلة الأولى والثانية والثالثة والرابعة) من المخاض وخلال فترة النفاس أيضاً.
٤. إجراء دراسات مستقبلية حول المعوقات التي تمنع تطبيق الممارسات التمريضية بشكل تام ودقيق من قبل القابلات.

المراجع

1. BEGLEY, M; GYTE, M; DEVANC, D; MCGUIVE, W. 2015. *Weeks active versus expect management for women in the third stage of labor*. Cochrane .Databse Syet Rev. Vol. 2, No.2, CD007412.
2. DAHLEN, G; DOWLING, H; TRACY, M; SCHMID, V; TRACY, S. 2013. *Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six biryh positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth center over 12 years*. Midwifery, Vol. 29, No.7, 759-823.
3. CIRINO, E. 2017. *Spontaneous Vaginal Delivery* .Healthline. Reviewed at 20/1/2023, Available at: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/spontaneous-vaginal-delivery>.
4. Queensland Clinical Guidelines. 2022. *Normal Birth. Maternity and Neonatal Clinical Guideline*. Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services. MN22.25-V4-R27. Available at: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf.
5. NICE. 2022. *Intrapartum care for healthy women and babies Clinical guideline [CG190]*. Published: 03 December 2014. Last updated: 14 December 2022. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
6. STRENLER, R; HODNETT, E; KENTON, L; LEE, K; WEISS, H. 2013. *Effect Of Behavioral Educational Intervention On Sleep for Primiparous Women And Their Infants in Early Postpartum : Multisite Randomised Controlled Trial*. BMJ, Vol.346, 1-14.
7. WIM, V; ANNICK, M; ZOË, M; WOLFHEIM, C. 2005. *World Health Organization (2005) The World Health Report 2005 - make every mother and child count*. (World Health Report 2005), Geneva, Switzerland. World Health Organization, 252pp.
8. KHAN, S; WOJDYLA, D; SAY, L; GULMEZOGLU, M; VAN LOOK, F. 2006. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*. Lancet, Vol.367, 1066–1074.
9. BEGLEY, C; GYTE, G; DEVANE, D; GUIRE, W; WEEKS, A; BIESTY, L. 2019. *Active versus expectant management for women in the third stage of labour*. Cochrane Database Syst Rev, Vol.2, No.2, p. CD007412.
10. MATAR, H; ALMERIE, M; ALSABBAGH, M; JAWOOSH, M; ALMERIE, Y; ABDULSALAM, A; DULEY, L. 2010. *Policies for care during the third stage of labour: a survey of maternity units in Syria*. BMC Pregnancy Childbirth, Vol.10. No.32 (2010), 1-5.
11. ABAIDHAIL, S; MRAYAN, L; ABAJIBAN, S; HASAN, A; DAMRA, H; HANI, Z; KHALED, S. 2021. *Lack of evidence-based maternal care practices in a governmental hospital in the middle region of Jordan*. BJM, Vol.29, No. 9, 502.
12. منظمة أطباء بلا حدود. (٢٠١٩). *الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة*. دليل عملي موجه للقابلات والأطباء المدربين في مجال التوليد والعاملين بالرعاية الصحية الذين يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية. منظمة أطباء بلا حدود، Médecins Sans Frontières. متاح على الرابط: <https://medicalguidelines.msf.org/ar/node/449>
13. WHO. 2012. *Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: World Health Organization. PMID: 23586122.

14. GUNGORDUK, K; OLKAC, Y; GULSEREN, V; KOCAER, M. 2018. *Active Management of The Third Stage of Labor: A brief overview of Key issue*. Turk J Obstet Gynecol, Vol.15, 188-280.
15. WODAJO, S; OLANI, A; MOSISA, A; MISGANAW, D; MINAYEHU, A; TEKLAY, B; DESALEW, Y; GASHAW, Y; DAGNAW, Y. 2023. *Evidence-based intrapartum care practice and its associated factors among obstetric care providers working in hospitals of the four Wollega Zones, Oromia Region, West Ethiopia*. PLoS One, Vol.18, No.1, 1-32.
16. CHERINE, M; KHALIL, K; HASSANEIN, N; SHOLKAMY, H; BREEBAART, M; ELNOURY, A. 2004. *Management of the third stage of labor in an Egyptian teaching hospital*. Int J Gynaecol Obstet, Vol.87, No.1, 54-62.