مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (5) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (5) 2014

دراسة تأثير المساج الرحمي على حدوث النزف ما بعد الولادة مباشرة عند الخروسات

الدكتور عيسى دونا*
الدكتور أحمد يوسف **
فوزية عثمان***

(تاريخ الإيداع 12 / 8 / 2014. قُبِل للنشر في 21 / 9 /2014)

□ ملخّص □

تشكّل نزوف الخلاص سببا" رئيسيا" لوفيات الأمهات على مستوى العالم، وتعتبر مسؤولة عن وفاة حوالي 125000 سيدة سنويا في البلدان المتطورة ، وفي معظم الحالات 67 – 80% يكون سببها العطالة الرحمية، يعتبر المساج الرحمي إجراء بسيط وله تأثير كبير في منع نزوف الخلاص ويمكن استخدامه في المناطق ذات الدخل المحدود. الهدف: تقييم تأثير المساج الرحمي على حدوث النزف ما بعد الولادة مباشرة عند الخروسات.أدوات البحث وطرائقه: أجري البحث على عينة قوامها 40 سيدة خروس في مشفى الأسد الجامعي و مشفى التوليد والأطفال بمحافظة اللاذقية. تمّ تقييم النزف بواسطة استمارة ملاحظة ضمّت جدول زمني للمساج الرحمي ولنتائجه على شدة وكمية النزف من خلال قياس الخضاب و الهيماتوكريت قبل تطبيق المساج الرحمي وفي نهاية الإجراء. النتائج: أظهرت النتائج تناقص كمية النزف في المجموعة التجريبية، كان معدل الخضاب و الهيماتوكريت أعلى بشكل هام إحصائيا (10.4 ملغ/دل، 32.3%)(P=0.015*)(P=0.029*) عند الخروسات اللواتي تلقين المساج الرحمي. التوصيات والمقترحات: تقترح نتائج الدراسة الحالية على ضرورة تطبيق المساج الرحمي لجميع السيدات بعد المخاض و الولادة نتيجة فعاليته في إنقاص فقدان الدم ويوصى به أيضا في تعليم الممرضات على كيفية تطبيقه.

الكلمات المفتاحية: المساج الرحمي، النزف ما بعد الولادة (نزوف الخلاص)، الخروسات.

* مدرّس – كلية التمريض– جامعة تشرين – اللاذقية – سورية
** أستاذ التوليد وأمراض النساء في كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية
*** طالبة دراسات عليا (ماجستير) – كلية التمريض – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (5) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (5) 2014

Studying Effect of Uterine Massage on the Immediate Postpartum Hemorrhage among Primiparae

Dr. Issa Dona [*]
Dr. Ahmad Yousef[**]
Fouzia Othman[***]

(Received 12 / 8 / 2014. Accepted 21 / 9 / 2014)

□ Abstract □

Postpartum Hemorrhage (PPH) is the leading cause of maternal death worldwide. In the developing countries, it is responsible for the death of about 125 000 women each year. In most cases 67-80% are caused by uterine atony.

Uterine massage would represent a simple intervention with the potential to have a major effect on PPH and maternal mortality in under resourced settings.

Aim: The aim of the present study is to study the effect of uterine massage on the immediate postpartum hemorrhage among primiparae.

Materials and Methods: The study was conducted of al-Assad Hospital and Children & Obstetrics Hospital (Lattakia), a convent sample of 40 primiparae women. Checklist application form was used to assess the postpartum hemorrhage by hemoglobin and hematocrit measurement before applying uterine massage and after the end of procedure.

Results: This study demonstrated that the rate of hemorrhage decreased in the experimental group, hemoglobin and hematocrit was higher (10.4 mg/dl, 32.3%) (P=0.029*) (P=0.015*) among primipara who received uterine massage.

Conclusions and Recommendations: Our present study results advice to apply uterine massage for all women after labor and delivery because its effective in reducing blood loss. It is also recommended to learn nurses how to apply uterine massage.

Keywords: Uterine Massage; Postpartum Hemorrhage; Primiparae.

[*]**Assistant Professor; Faculty of Nursing, University of Tishreen; Lattakia, Syria.**
[**]**Professor of Obstetrics & Gynecology; Faculty of Medicine; University of Tishreen; Lattakia, Syria**
[***]**Postgraduate Student, Faculty of Nursing; University of Tishreen; Lattakia, Syria.**

مقدمة:

تعتبر وفيات الأمهات واحدة من الحوادث المفجعة التي تجلب المأساة الدائمة للعائلة والمجتمع، حيث يموت كل سنة حوالي 8 مليون سيدة حول العالم نتيجة اختلاطات الحمل والولادة، فعلى الرغم من الإجماع العالمي على تسريع الجهود المبذولة لانجاز الأهداف التطورية الألفية التي تهدف إلى تحسين صحة الأم و إنقاص معدل وفيات الأمهات إلا أنّه لا تزال هذه الجهود بطيئة التنفيذ في بعض المناطق.[1]

يعد التقييم الصحيح لمرحلة الرعاية أثناء الحمل من الخطوات الأساسية لتطوير البرامج الصحية العامة التي تسّهل الوصول إلى وضع خطة العناية التمريضية المناسبة وتقديم العناية المناسبة للسيدة أثناء الحمل مما يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للحمل والولادة .[2]

كانت الولادة ولا تزال جزءا لا يتجزأ من حياة العائلة حيث أعطتها الجمعيات المهنية اهتماما" خاصا"من خلال زيادة التداخلات وإنقاص المخاطر المحتملة للأم وطفلها وعرّفت بأنها حدث عفوي في البداية مع بعض المخاطر المحتملة التي تبدأ في المخاض وتستمر طوال فترة المخاض والولادة.[3] وقسّمت إلى ثلاثة أدوار ابتداء" من ظهور التقلصات الرحمية الفعالة ومن ثم مرحلة الاتساع التام حتى خروج الجنين وانفكاك المشيمة و انقذافها خارج الرحم مع الأغشية الأمنيوسية.[4]

تسمى المرحلة بعد الولادة بالنفاس. وتعرف هذه المرحلة على أنها الفترة الممتدة من خروج المشيمة حتى مدة 6 أسابيع حيث تنتهي بتراجع التغيرات التي حدثت خلال الولادة وعودة الأعضاء التناسلية تشريحيا إلى حالتها الطبيعية خارج أوقات الحمل،[5] وللنفاس ثلاث مراحل: مرحلة مبكرة تستمر لمدة ساعتين بعد الولادة ، ومرحلة متوسطة تستمر من انتهاء المرحلة المبكرة حتى الأسبوع الأول ، ومرحلة متأخرة تستمر من نهاية الأسبوع الأول حتى 6 أسابيع.[6]

تترافق مرحلة ما بعد الولادة بحدوث اختلاطات النفاس وأهمها: النزف ، الإنتان النفاسي، الاكتئاب، الذهان النفاسي.[7] وتعتبر نزوف الخلاص أخطر هذه الإختلاطات و السبب الرئيسي لحدوث وفيات الأمهات والعجز في العالم .[8]

تشكّل نزوف الخلاص سببا" رئيسيا" لوفيات الأمهات على مستوى العالم، وتعتبر مسؤولة عن وفاة حوالي 125000 سيدة سنويا في البلدان المتطورة ،[9] وفي معظم الحالات 67 – 80% يكون سببها العطالة الرحمية، [10] و إنّ أكثر من نصف مليون سيدة تموت كل سنة نتيجة اختلاطات الحمل والولادة حسب تقرير منظمة اليونيسيف عام 2007،[11] وإنّ 25% من وفيات الأمهات تحدث في إفريقيا وفي الفيليبين تحدث نزوف الخلاص بنسبة 53% و بنسبة 43% في اندونيسيا، أما في بوركينا فاسو فقد ارتفعت النسبة لتصل إلى 59% ، وتسبّب نزوف الخلاص أيضا معاناة كبيرة للسيدات وعائلاتهم وعبئا" ثقيلا" على منظمة الصحة العالمية،[12] و تعتبر العطالة الرحمية (وهي فشل عضلة الرحم في التقلص بعد الولادة) مسؤولة عن 90% من حالات النزوف الأولية التالية للولادة .[13]

على الرغم من وجود هذه المشكلة وانتشارها على نحو واسع في العالم حسب تقارير منظمة الصحة العالمية واعتبارها السبب الأساسي لوفيات الأمهات إلاّ أنّ التدّخل المباشر يقي من حدوث هذه الاختلاطات ويخفّف منها بشكل كبير من خلال التدبير الفعّال والمرتقب للدور الثالث للمخاض بواسطة سحب الحبل السري المنظّم واستخدام الأدوية المقبّضة كالأوكسيتوسين و الميترجين و إجراء مساج للرحم بعد ولادة المشيمة.[14]

وإنّ لمقدمي الرعاية الصحية خاصة" الممرضين دور أساسي في إجراء الرعاية الفورية بعد الولادة لمنع حدوث النزف وبالتالي تقليل وفيات الأمهات، ويتجلى دورهم في: تقييم الألم ، تقييم حالة الرحم و النزوف من خلال جس الرحم

بعد ولادة المشيمة عبر جدار البطن و بفواصل زمنية و بشكل متكرر وإجراء تمسيد لطيف للرحم بطريقة منتظمة كي يبقى منقبضا"، تحرّي كمية النزف ، تحرّي وجود تمزقات نازفة في القناة التناسلية و قياس العلامات الحيوية بشكل دوري .[15] مراقبة النفساء في الحالات الطبيعية لمدة لا تقل عن 2- 4 ساعات أما في حال وجود ارتخاء في العضلة الرحمية يمكن إعطاء المقبّضات في هذه المرحلة مثل الميترجين أو الأكسيتوسين وتكون المريضة تحت مراقبة دقيقة ومستمرة ويمكن اللجوء إلى الوسائل المساعدة غير الدوائية في تحسين انقباض الرحم كا لمساج البطني الرحمي كما أن إعطاء مسكنات الألم كما هو موصوف يخفّف التوتر النفسي مما يحسّن من انقباضية الرحم.[16] يعد المساج البطني الرحمي من التداخلات التمريضية السريعة المقدّمة للسيدة بعد الولادة وعنصر أساسي من عناصر التدبير الفعّال للدور الثالث للمخاض نظرا" لدوره في تعزيز التقلصات الرحمية والانقباض السريع للرحم وتشكل كرة الأمان و بالتالي منع حدوث نزف الخلاص والحفاظ على صحة الأم، وإنقاص حالات الوفيات المرافقة لعملية الولادة .[17]

أثبت تأثير مساج الرحم خلال مرحلة النفاس الباكر أي خلال الساعتين الأوليتين بعدة أبحاث عن طريق تطبيقه كل 10دقائق لمدة 60 دقيقة فقط ويعتبر من الإجراءات الفعّالة والضرورية التي تقوم بها الممرضة / القابلة حيث أوصى الاتحاد الفدرالي الدولي للقبالة والحكومة الفدرالية للطب النسائي والتوليد عام 2004 بإجراء مساج للرحم بعد خروج المشيمة لتعزيز تقلّص الرحم ومنع حدوث نزف الخلاص وبالتالي تقليل نسبة الوفيات عند السيدات بعد الولادة.[18] كما جاء في توصيات منظمة الصحة العالمية عام 2012 استخدام المساج الرحمي كـ علاج لنزوف الخلاص،[19] و بيّنت الباحثة Soltani H (Soltani H,2010) في مقالتها ضرورة تطبيق مساج الرحم بعد ولادة المشيمة نظرا" لدوره في إنقاص نزوف الخلاص و الاختلاطات المرافقة لعملية الولادة. [20] وفي دراسة أجراها العالم Hofmeyr GJ وزملاؤه (Hofmeyr GJ, et al, 2013) في مدينة أسيوط في مصر حول دراسة تأثير مساج الرحم في منع نزوف الخلاص على 200 سيدة تم اختيارهن بطريقة عشوائية حيث اجري مساج الرحم كل 10 دقائق لمدة 60 دقيقة مع إعطاء الاوكسيتوسين بشكل روتيني 10 وحدات وقد أظهرت النتائج أن فقدان الدم الأساسي كان اقل في المجموعة التجريبية التي تلقت المساج الرحمي واحتياجها من المقبّضات كان اقل مقارنة مع المجموعة الضابطة بينما احتاجت المجموعة الضابطة إلى نقل وحدتين من الدم. [18]

ركزّت هذه الدراسة على إجراء مساج الرحم لمدة أطول خلال الـ 24 ساعة بعد الولادة وهي كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى،كل 30 دقيقة خلال الساعة الثانية و كل 4 ساعات خلال الفترة المتبقية ومدة التدليك 30-60ثانية في كل مرة وعدد الحركات الضاغطة خمس حركات في كل مرة.

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية هذا البحث من كونه يقوم على استخدام الطرق اللا دوائية في تقليل كمية النزف ما بعد الولادة وهو المساج البطني الرحمي و تكمن أهميته أيضا أنّه أجري بطريقة مختلفة عن السابق وبخطوات منتظمة ووفق معايير تم وضعها من قبل علماء متخصّصين في هذا المجال ، بينما في أغلب المشافي كان يجرى بشكل روتيني وبحركات عشوائية وهكذا فإنه من المهم جدا"على الممرضة /القابلة أن تكون على معرفة تامة بالطريقة الصحيحة لإجراء المساج الرحمي في مرحلة النفاس. وتبعا" لأهمية النزف وضرورة تدبيره بعد الولادة لتقليل نسبة حدوث وفيات الأمهات والعجز في العالم سيجرى هذا البحث لدراسة تأثير تطبيق المساج الرحمي على كمية النزف في مرحلة النفاس.

طرائق البحث و مواده:

أجريت هذه الدراسة التجريبية الحقيقية في مشفى الأسد الجامعي و مشفى التوليد والأطفال في محافظة اللاذقية. بغرض دراسة تأثير المساج الرحمي على حدوث النزف ما بعد الولادة مباشرة عند الخروسات في الفترة الواقعة بين 2013/9/25 و 2014/4/30م.

عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 40 سيدة خروس، تم اختيارهن بطريقة الاعتيان الهدفي من بين السيدات اللواتي تراوحت مدة العمر الحملي لديهن بين 37–42 أسبوع وبطريقة الولادة المهبلية. واستثنينا منهم السيدات اللواتي لديهن تأخر نمو الجنين داخل الرحم ، شح أو فرط السائل الأمينوسي ، الانسمام الحملي ، الداء السكري الحملي ، سوابق إجهاض ، مشاكل نزفية وراثية أو مكتسبة.

تمّ تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى : مؤلفة من (20) سيدة خروس خضعوا لـ تطبيق المساج الرحمي وفق معايير عالمية وهي المجموعة التجريبية، والمجموعة الثانية : مؤلفة من (20) سيدة خروس خضعوا لـ روتين المشفى وهي المجموعة الضابطة.

مواد البحث:

الأداة الأولى: وهي مكونة من قسمين:

القسم الأول: استمارة تقييم لجمع المعلومات التالية:

- البيانات الديموغرافية و تتضمن: العمر ،المستوى التعليمي،العنوان ، العمل.
- قصة الحمل والولادة وتضم: تاريخ آخر دورة طمثية – المضاعفات أثناء الحمل – العمر الحملي– مدة المخاض والولادة – أخذ أدوية خلال الحمل.
- القصة المرضية السابقة وتضم: القصة الوراثية والطبية – القصة العائلية – التحسّس.

القسم الثاني: ▪ استمارة ملاحظة(checklist) تضم جدول زمني للمساج الرحمي ولنتائجه على شدة وكمية النزف.

طرائق البحث:

تمّ تقسيم العينة عشوائيا إلى مجموعتين المجموعة الأولى مؤلفة من 20سيدة خروس خضعوا لـ تطبيق المساج الرحمي وفق المعايير العالمية وهي المجموعة التجريبية، والمجموعة الثانية مؤلفة من20سيدة خروس خضعوا لـ روتين المشفى وهي المجموعة الضابطة.

1. تمّ تقييم النزف قبل تطبيق مساج الرحم عند المجموعتين التجريبية والضابطة حسب مايلي:

– اللون : احمر قاتم ، بني وردي ، مصلي .

– الكمية : حسب عدد الفوط المبللة: خفيف (1–2) – متوسط (3–4) – شديد (> 4) فوطة.

– تمّ قياس الخضاب و الهيماتوكريت عند السيدة قبل الدخول في عملية الولادة لكلا المجموعتين.

– الرائحة : كريهة (مخرّشة) ، طبيعية (نظيفة مثل رائحة الدم الطازج).

– تمّ تقييم العلامات الحيوية : كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى ، كل ساعة لمدة ساعتين ، كل 4 ساعات خلال الفترة المتبقية للسيدة بعد الولادة للمجموعة التجريبية.

– تقييم العلامات الحيوية أول 15دقيقة بعد الولادة قبل تطبيق روتين المشفى للمجموعة الضابطة.

2. تمّ تطبيق مساج الرحم للمجموعة التجريبية وفق مايلي:

- تمّ شرح الإجراء للسيدة بعد شرح الهدف من تطبيقه .
- إخبار السيدة بضرورة إفراغ المثانة .
- غسيل اليدين .
- الوضعية : وضعية الاستلقاء الظهري والرأس منبسط على السرير.
- تمّ وضع يد على قعر الرحم و إجراء تمسيد لطيف بالوجه الراحي لأصابع اليد و بحركات دائرية ضاغطة من اليمين إلى اليسار ومن الأعلى إلى الأسفل على الجزء السفلي لبطن السيدة بين السرة وارتفاق العانة لتحفيز الرحم على الانقباض ومنع حدوث النزف.
- تمّ وضع اليد الأخرى بوضعية مسك الكوب فوق ارتفاق العانة.
- أجري التدليك كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى ، كل 30 دقيقة خلال الساعة الثانية و كل 4 ساعات خلال الفترة المتبقية للسيدة بعد الولادة ولمدة 30 –60 ثانية في كل مرة وعدد الحركات الضاغطة خمس حركات في كل مرة.
- تحديد حافة القعر إذا كانت متقلصة أو رخوة.
- قياس المسافة بين السرة وارتفاق العانة بعرض الأصابع .
- تمّ تقييم المشعرات المطلوبة.

3. تمّ تطبيق المساج الرحمي للمجموعة الضابطة بالطريقة الروتينية للمشفى دون إجراء أي تداخل من قبل الباحث.

4. تمّ تقييم النزف بعد الانتهاء من تطبيق المساج الرحمي عند المجموعتين التجريبية والضابطة حسب مايلي:

– اللون : احمر قاتم ، بني وردي ، مصلي .

– الكمية : حسب عدد الفوط المبللة: خفيف (1–2) – متوسط (3–4) – شديد (> 4) فوطة.

– تمّ قياس الخضاب و الهيماتوكريت عند السيدة بعد انتهاء مرحلة المساج لكلا المجموعتين.

– الرائحة : كريهة (مخرّشة) ، طبيعية (نظيفة مثل رائحة الدم الطازج).

– تقييم العلامات الحيوية : كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى ، كل ساعة لمدة ساعتين ، كل 4 ساعات خلال الفترة المتبقية للسيدة بعد الولادة للمجموعة التجريبية.

– تقييم العلامات الحيوية بعد الانتهاء من روتين المشفى للمجموعة الضابطة.

النتائج و المناقشة:

النتائج:

الجدول رقم (1) يبيّن العلاقة بين خصائص المشاركات في الدراسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة

	المجموعة التجريبية /20/		المجموعة الضابطة /20/		P value
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
العمر	21.85	4.20	23.85	5.23	0.1904
العمر الحملي	38.40	0.60	38.30	0.57	0.5919
مدة المخاض	15.55	1.47	15.80	2.02	0.6564
	العدد/20/	النسبة المئوية	العدد/20/	النسبة المئوية	P value
المستوى التعليمي	10	% 50	10	% 50	
ابتدائي					
إعدادي	5	% 25	5	% 25	
ثانوي	3	% 15	3	% 15	
جامعي	2	% 10	2	% 10	1
المضاعفات أثناء الحمل	18	% 90	20	% 100	0.244
لا					
نعم	2	% 10	0	% 0	
أدوية خلال الحمل	20	% 100	20	% 100	0.288
فيتامينات					
القصة الوراثية والطبية	18	% 90	19	% 95	0.5
لا					
نعم	2	% 10	1	% 5	
القصة العائلية	16	% 80	17	% 85	0.5
لا					
نعم	4	% 20	3	% 15	
التحسس	19	% 95	20	% 100	0.5
لا					
نعم	1	% 5	0	% 0	

الجدول رقم (1) يبيّن أنّ متوسط عمر المشاركات في الدراسة للمجموعة التجريبية 22 سنة تقريبا و24 سنة تقريبا للمجموعة الضابطة. في المجموعة التجريبية كان متوسط العمر الحملي38 أسبوع تقريبا أما مدة المخاض فكانت

بمتوسط قدره 16 ساعة تقريبا كما يبيّن الجدول أنّ 50 % من المشاركات حصل على شهادة التعليم الابتدائي و10 % على شهادة التعليم الجامعي، كما يبيّن الجدول حصول مضاعفات أثناء الحمل عند حالتين . في المجموعة الضابطة كان متوسط العمر الحملي38 أسبوع تقريبا أما مدة المخاض فكانت بمتوسط قدره 16 ساعة تقريبا كما يبيّن الجدول أنّ 50 % من المشاركات حصل على شهادة التعليم الابتدائي و10 % على شهادة التعليم الجامعي.

نلاحظ بشكل عام عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند القيمة (P-value > 0,05) في توزّع الخصائص المدروسة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

الجدول رقم (2) يبيّن مقارنة شدة النزف بعد تطبيق المساج الرحمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة						
شدة النزف		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		P value
		العدد/20/	النسبة المئوية	العدد/20/	النسبة المئوية	
عدد الفوط		5	% 25	2	% 10	0.243
2≥						
3		11	% 55	9	% 45	
4≤		4	% 20	9	% 45	
شدة النزف		5	% 25	2	% 10	0.204
خفيف						
متوسط		15	% 75	18	% 90	

الجدول رقم (2) يبيّن أن25% من خروسات المجموعة التجريبية بدلّت الفوط بمعدل1−2 فوطة بينما كان 10% من خروسات المجموعة الضابطة قد بدلّت الفوط بمعدل1−2 فوطة خلال كامل زمن الإجراء، كما يبيّن الجدول أن نسبة تبديل4−6 فوط عند خروسات المجموعة التجريبية بلغت 20%، بينما عند خروسات المجموعة الضابطة بلغت 45% خلال كامل زمن الإجراء. ويبيّن الجدول أن 75% من خروسات المجموعة التجريبية كانت شدة النزف لديهم متوسطة مقابل 90% عند خروسات المجموعة الضابطة.

نلاحظ عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند القيمة (P-value > 0,05) بين الخروسات في المجموعة التجريبية وبينهن في المجموعة الضابطة فيما يتعلق بعدد الفوط وشدة النزف بعد تطبيق المساج الرحمي.

الجدول رقم (3) يبيّن مقارنة المشعرات الدموية(الخضاب و الهيماتوكريت)
بعد تطبيق المساج الرحمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة					
المشعرات الدموية	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		P value
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
الخضاب	10.4	1.5	9.5	1.1	*0.0292
الهيماتوكريت	32.3	4.2	29.4	2.9	* 0.0154

*** ذو دلالة إحصائية**

الجدول رقم (3) يبيّن مقارنة المشعرات الدموية(الخضاب و الهيماتوكريت) بعد تطبيق المساج الرحمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة حيث متوسط مستوى الخضاب لدى خروسات المجموعة التجريبية كان 10.4 ملغ/د.ل بينما كان لدى خروسات المجموعة الضابطة 9.5 ملغ/د.ل كما أنّ متوسط الهيماتوكريت لدى المجموعة التجريبية كان 32.3 % بينما في خروسات المجموعة الضابطة كان 29.4% .

نلاحظ وجود فروق معنوية هامة ذات دلالة إحصائية عند القيمة (P-value < 0,05) بين الخروسات في المجموعة التجريبية وبينهن في المجموعة الضابطة فيما يتعلق بمستوى الخضاب و الهيماتوكريت بعد تطبيق المساج الرحمي.

المناقشة:

تترافق مرحلة ما بعد الولادة بحدوث اختلاطات النفاس وأهمها: النزف ، الإنتان النفاسي، الاكتئاب، الذهان النفاسي.[7] وتعتبر نزوف الخلاص أخطر هذه الإختلاطات و السبب الرئيسي لحدوث وفيات الأمهات والعجز في العالم، [8] وبناء على ذلك تبقى هناك ضرورة ملّحة لتجنب حدوث نزوف الخلاص بـ استخدام التدابير المرتقبة والحاجة إلى استخدام الوسائل المساعدة غير الدوائية كا لمساج البطني الرحمي وهو إجراء بسيط وغير مكلف ماديا والذي يمكن تطبيقه في المناطق الفقيرة ذات الدخل المحدود حيث يجنّب السيدات الاختلاطات المرافقة لعملية الولادة وينقص المراضات والعجز ويمنح الحياة والرفاهية لآلاف السيدات في العالم.[21] لذلك أجريت هذه الدراسة لدراسة تأثير المساج الرحمي على حدوث النزف ما بعد الولادة مباشرة" عند الخروسات. أشارت النتائج إلى أن تطبيق المساج الرحمي بعد الولادة انقص شدة النزف وذلك نتيجة المتابعة الفورية للسيدات في المجموعة التجريبية من خلال إجراء تقييم لعملية انطمار الرحم وسرعة تشكل كرة الأمان حيث ساعد المساج الرحمي على إنقاص فقدان الدم وبالتالي تقليل النزيف وطرد الدم و الخثرات المتبقية وإعطاء الوقت للإجراءات الأخرى أن تتخذ.[22] كما أنّ المساج الرحمي هو عنصر أساسي من عناصر التدبير الفعال للدور الثالث للمخاض.[21] تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي أجرتها العالمة Eshra D. KE وزملاؤها (Eshra D. KE, et al, 2013) في مشفى الجامعة بالمنوفية حول تأثير المساج الرحمي خلال الدور الثالث للمخاض في منع نزوف الخلاص على عينة مؤلفة من 400 سيدة مقسمة على أربع مجموعات حيث تلقت المجموعة الأولى المساج الرحمي و syntocinon والمجموعة الثانية تلقت syntocinon بدون

المساج الرحمي والمجموعة الثالثة لم تعطى syntocinon وتلقت المساج الرحمي والمجموعة الرابعة لم تتلقى المساج الرحمي ولا syntocinon حيث أظهرت النتائج أن المجموعات التي تلقت المساج وsyntocinon كان فقدان الدم اخفض من المجموعات الأخرى وخلصت الدراسة إلى أن استعمال المساج الرحمي خلال وبعد ولادة المشيمة يلعب دورا" فعّالا" في إنقاص فقدان الدم و يجب أن يطبّق ويوصى به أيضا في تعليم الممرضات على كيفية تطبيقه.[23]

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنّ متوسط مستوى الخضاب لدى خروسات المجموعة التجريبية أعلى منه لدى خروسات المجموعة الضابطة(10.4 ملغ/د.ل لدى المجموعة التجريبية مقابل 9.5 ملغ/د.ل لدى المجموعة الضابطة) كما أنّ متوسط مستوى الهيماتوكريت لدى المجموعة التجريبية أعلى منه لدى خروسات المجموعة الضابطة(32.3 % لدى المجموعة التجريبية مقابل 29.4% لدى المجموعة الضابطة) ويعزى ذلك إلى تقييم السيدات الفوري في المجموعة التجريبية بعد الولادة من خلال تقييم العلامات الحيوية وإجراء مساج لقعر الرحم بشكل دوري وبخطوات منتظمة حيث أن المساج الرحمي ساعد في الحفاظ على تقلّص العضلة الرحمية من خلال تحفيزها بواسطة المساج اللطيف لقعر الرحم حتى يتقلص بحيث يسبب زيادة مؤقتة في كمية الدم المفقودة والذي يعبّر عنه بخروج الدم المتجمع من الرحم وخروج الخثرات.[24] و يعمل التدليك الرحمي على تحفيّز التقلصات الرحمية مما يساعد على تحرير البروستاغلاندين من الأنسجة المتهتكة في الرحم وهذا بدوره يقود إلى الانقباض الرحمي وإنقاص فقدان الدم .[25] تتفق نتائج دراستنا مع نتائج الدراسة التي أجراها العالم Hofmeyr GJ وزملاؤه (Hofmeyr GJ, et al, 2008) في مدينة أسيوط في مصر حول دراسة تأثير مساج الرحم في منع نزوف الخلاص على 200 سيدة تم اختيارهم بطريقة عشوائية حيث اجري مساج الرحم كل 10 دقائق لمدة 60 دقيقة مع إعطاء الاوكسيتوسين بشكل روتيني 10 وحدات، حيث توصلوا بنتيجتها أن فقدان الدم الأساسي كان اقل في المجموعة التجريبية التي تلقت المساج الرحمي حيث كان مستوى الخضاب والهيماتوكريت أعلى في المجموعة التجريبية منه في الضابطة بينما احتاجت المجموعة الضابطة إلى نقل وحدتين من الدم.[18]

تتفق نتائج الدراسة الحالية أيضا"مع نتائج الدراسة التي أجراها العالم Ijaiya M. A وزملاؤه (Ijaiya M. A, et al,1993-1996) في مشفى Ilorin التعليمي بـ نيجيريا حول التحليل المتعاقب لـحدوث 348حالة نزوف أولية أنّ استعمال المساج الرحمي و المقبضات هو خط العلاج الأول في ضبط النزف لـ 171حالة(49.1%) بينما خضعت 7حالات(2%) إلى استئصال الرحم وثلث المرضى إلى نقل الدم.[26]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنه لا يوجد علاقة هامة إحصائيا" بين كل من(المضاعفات أثناء الحمل والعمر الحملي ومدة المخاض) وشدة النزف بعد تطبيق المساج الرحمي بين المجموعتين ويعزى ذلك إلى أنّ المضاعفات التي ظهرت في العينة كانت أمراض معالجة دوائيا ولم تتعدى الخطورة العالية ولم تؤثر على نتائج الحمل والولادة بينما كان العمر الحملي ضمن المعدل الطبيعي لقبول السيدات في العينة بين(37-42) أسبوع وأيضا مدة المخاض كانت ضمن المعدل الطبيعي(12-24) ساعة ولم تتجاوزه ويمكن أن يعزى ذلك إلى صغر حجم العينة مقارنة مع الدراسات الأخرى. تتوافق نتائج دراستنا مع نتائج الدراسة التي أجرتها العالمة Eshra D. KE وزملاؤها (Eshra D. KE, et al, 2013) في مشفى الجامعة بالمنوفية حيث أوضحت النتائج انّه لا يوجد علاقة هامة إحصائيا بين مدة المخاض وشدة النزف بعد تطبيق المساج الرحمي عند المجموعات المدروسة وعزي ذلك إلى اختلاف أوضاع الدراسة.[23]

الاستنتاجات والتوصيات:

أكدّت نتائج الدراسة أنّ تطبيق المساج الرحمي أظهر تأثيرا كبيرا كوسيلة غير دوائية مساعدة في تخفيف كمية النزف بعد الولادة مباشرة عند الخروسات بينما كانت كمية النزف في المجموعة التي خضعت لسياسة المشفى هي الأعلى، لذلك يوصى باستخدام المساج الرحمي لكل السيدات الولودات بعد الولادة من أجل تقليل كمية النزف. وإجراء تثقيف صحي مناسب للممرضات والقابلات حول أهمية المساج الرحمي كوسيلة غير دوائية مساعدة في تخفيف كمية نزوف الخلاص مع إخضاع الكادر التمريضي والقابلات إلى دورات تدريبية وتعليمهم الطريقة الصحيحة لتطبيق المساج الرحمي بعد الولادة وضرورة تطبيقه بالمستشفيات لما له دور في سرعة انقباض الرحم وبالتالي تخفيف نزوف الخلاص وإنقاص الوفيات المرافقة ذلك.

المراجع:

1. International Labour Organization, *Safe maternity and the world of work*, Switzerland, 2007. Available at: http:// www.ilo.org/publns.
2. Kotelchuck M, *An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Indexand a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index*, Journal of public health, America, 1994; Vol. 84,No.9,1414.
3. Joint Policy Statement, *Normal childbirth* , J Obstet Gynaecol Can, Canada, 2008;Vol.30,No(12):1163.
4. يوسف، أحمد حسن. *التوليد وأمراض النساء وتنظيم الأسرة* . مديرية الكتب والمطبوعات بجامعة تشرين، 1998-1999: (21).
5. Koung Lo. *Postpartum practices among Cambodian mother in Preah vihear province: A qualitative study of beliefs and practices*. Master thesis. Cambodia. Mahidol university, faculty of graduate studies;(2007).
6. Dans La .*Patient satisfaction with intrapartum and postpartum nursing care*. Memoire, University of Buea, Cameroon - 2009.Available at http://www.momireonline.com/.
7. Chapman L, Durham R. *Maternal- Newborn Nursing* . 1st edition. 2010:P (233- 241) (265) .
8. Sheikh L, et al. *Massive Primary Postpartum Haemorrhage: Setting Up Standards of Care*, J Pak Med Assoc Original Article, Karachi., 2006;Vol. 56, No. 1,(26).
9. Selo-Ojeme D.O. *Primary postpartum haemorrhage*, Research Article, Journal of Obstetrics & Gynaecology, U.K. 2002, Vol. 22, No. 5 , 463-469.
10. Rath W, *Prevention of postpartum haemorrhage with the oxytocin analogue carbetocin*, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Germany, (2009); 147, 15–20.
11. Bashour H, et al. *Maternal mortality in Syria: causes, contributing factors and preventability*, Tropical Medicine & International Health, Syria, 2009;14: 1122–1127.
12. World Health organization, *Making pregnancy safer*, Geneva, Issue 4 2007. (1) Available at: http://www.who.int/goodwill_ambassadors/ liya_kebede/en/index.html.
13. Akhtar Z ,et al. *Prostaglandin F2 alpha: An effective alternate to surgical control of Postpartum hemorrhage in uterine atony*, JPMI,Original Article, Pakistan, 2010; No.01, 27 .

14. Chelmow D, *Postpartum haemorrhage prevention*, a systematic reviews, Tufts medical center, Clinical Evidence ,USA.2008;12-1410.
15. Nadine M, *Postpartum Care*, Gale Encyclopedia of Public Health, Health Line,2002. Available at: http://www.healthline.com/termsofuse.jsp
16. Shaban, *Postpartum assessment and nursing care Low and high risk Puerperium* .17th & 18th Lectures, (10-31).
17. Bhau U, Koul I. *Recent Advances in the Management of Postpartum Hemorrhage*, JK-Science Review Article, India 2008;Vol.10 No. 4,(163)
18. Hofmeyr GJ, et al. *Uterine massage for preventing postpartum hemorrhage* . Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008: Issue 3. Art. No.: CD006431**.** (2),(5).
19. World Health organization, *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*, Geneva,2012. available at: http://www.who.int/.
20. Soltani H , *Uterine massage for preventing postpartum hemorrhage*, RHL commentary, The WHO Reproductive Health Library; Geneva: (last revised: 1 April 2010). Available at: http://apps.who.int/entity/Rhl/en/
21. Hofmeyr GJ, et al. *Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage* (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd. London, Issue 7. Art. No.: CD006431. 2013.
22. Richard L**.** *Optimizing protocols in obstetrics management of obstetric hemorrhage* .The American Congress Obstetricians and Gynecologists District, U.S.A.2006;Vol.108,No.4, (1040).
23. Eshra D.K, et al. *Effect of Uterine Massage to Women during Third Stage of Labor on Preventing Postpartum Hemorrhage*, International Institute for Science, Technology and Education (IISTE), U.S.A. 2013; Vol. 7, (34).
24. Crum K. *Maternity nursing: Nursing care during the fourth trimester*. chapter 16. 8th edition. USA, Elsevier Inc,2014:(479).
25. Abdel-Aleem H, et al. *Uterine massage and postpartum blood loss*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006;93 No.(3),238-239.
26. Ijaiya M.A, et al. *Analysis of 348 consecutive cases of primary postpartum haemorrhage at a tertiary hospital in Nigeria*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Nigeria, 2003;Vol.23,No.4, (374-376).