تأثير الدفع العفوي أثناء المرحلة الثانية من المخاض على نتاج الولادة

د. عفاف نظام* رتيبه العلوش**

(الإيداع : 26 تموز 2023، القبول 1 تشرين اول 2023)

الملخص:

المقدمة: تمثل المرحلة الثانية للمخاض مرحلة مهمة في تقدم عملية الولادة بأقل المضاعفات على الأم والجنين والوصول بنتائج الولادة لأفضل حال عند الأم والوليد، إذ يعتبر الدفع خلال هذه المرحلة أمر مهم وضروري للأم والجنين، وله تأثيرات قد تكون جيدة ومفيدة للأم والوليد. **هدف البحث:** تحديد تأثير الدفع العفوي أثناء المرحلة الثانية من المخاض على نتاج الولادة. **مواد وطرق البحث:** تم إجراء دراسة شبه تجريبية على عينة عشوائية مكونة من 60 سيدة ماخض خلال المرحلة الثانية من المخاض، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية البسيطة في قسم المخاض والولادة بمجمع الأسد الطبي في محافظة حماه، وقد تم تقسيمهن عشوائياً في مجموعتين: ضابطة مكونة من 30 سيدة تم تركها لروتين المشفى (تطبيق الدفع الموجه)، ومجموعة تجريبية مكونة من 30 سيدة تم فيها (تطبيق تقنية الدفع العفوي)، وتم جمع البيانات من خلال ثلاثة أدوات معده لهذا الغرض. **النتائج:** أظهرت الدراسة أن مدة المرحلة الثانية من المخاض كانت أطول وعدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة أكبر في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه. وكان الزمن المستغرق خلال الدفع أقصر في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه. وكانت قيم مشعر أبغار لدى الوليد أفضل وحاجته للحاضنة أقل في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه، وكانت شدة التعب أقل في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه. كما أظهرت أنه لا يوجد اختلافات مهمة بين الدفع العفوي والدفع الموجه من حيث معدل نبض الجنين، وتعقي السائل الامنيوسي، وإجراء الخزع، وكمية النزف، وقدرة الوليد على الرضاعة، وتمزقات السبيل التناسلي والعجان، ومن حيث القدرة على إرضاع الوليد وحمله وتشكل كرة الأمان. **التوصيات:** اعتماد طريقة الدفع العفوي في المرحلة الثانية من المخاض بجانب طريقة الدفع الموجه وذلك ضمن سياسة المشفى في توليد السيدات، وتثقيف القابلات حولها، واجراء دراسة على عينة أكبر.

الكلمات المفتاحية: الدفع العفوي، المرحلة الثانية من المخاض، نتاج الولادة.

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

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

Effect of Spontaneous Pushing during Second Stage of Labor on delivery Outcomes

D. Afaf Nezam* **Ratiba Alalloush***

(Received: 26 July 2023, Accepted: 1 October 2023)

Abstract:

Introduction: The second stage of labor represents a critical stage in the progress of childbirth with minimal complications for both the mother and the fetus, aiming to achieve the best outcomes for both. Pushing during this stage is considered important and necessary for the mother and the fetus, as it has potential positive and beneficial effects for both. **Aim:** Determine the effect of spontaneous payment during the second phase of labor on the product of birth. **Material and Methods:** a semi-experimental study was conducted on a random sample of 60 women who went through the second phase of labor, selected in a simple randomized manner in the labor and delivery department of the Assad Medical Complex in Hama governorate, and were randomly divided into two groups: A 30-woman experimental was left to the hospital routine (directed pushing application), a 30-woman control group (spontaneous pushing technique application), and the data was collected through three tools prepared for this purpose. **Results:** The findings of the study showed that the duration of the second phase of labor was longer and the number of payments during one shrink was greater in spontaneous payment compared to directed payment. The time taken during payment was shorter in spontaneous payment than in directed payment. The values of the newborn's Abgar hair were better and his need for incubator was lower in spontaneous payment than in directed payment, and the intensity of fatigue in spontaneous payment was lower in comparison with directed payment. It also showed that there are no significant differences between spontaneous and guided payment in terms of fetal pulse rate, traceability of amniotic fluid, episiotomy procedure, bleeding amount, newborn breastfeeding ability, perineal ruptures, and in terms of the ability to breastfeed and carry a newborn and form a safety ball. **Conclusion and Recommendations:** Adopt the spontaneous payment method in the second phase of labor besides the directed payment method within the hospital policy in the generation of ladies, educate midwives around, and conduct a study on a larger sample

Key words: Spontaneous Pushing, **Second Stage of Labor**, **delivery Outcomes**.

*Assistant Professor – Department Of Maternity and Woman Health Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

1.مقدمة:

يُعرَّف المخاض على أنه بداية الانقباضات المنتظمة الفعالة لعضلات الرحم الملساء، الأمر الذي يؤدي إلى انمحاء عنق الرحم واتساعه تدريجياً؛ وتنتهي هذه العملية الفيزيولوجية بخروج الجنين ونواتج الحمل الأخرى (المشيمة والأغشية) من الرحم [1]. وينقسم المخاض إلى أربعة مراحل رئيسية هي: المرحلة الأولى التي تبدأ مع بداية الانقباضات الرحمية المنتظمة وتنتهي بالاتساع والإمحاء التام لعنق الرحم، وتتكون المرحلة الأولى من طور كامن وطور انتقالي. أما المرحلة الثانية فتبدأ بعد التمدد والإمحاء التام لعنق الرحم وتنتهي بولادة الجنين، والمرحلة الثالثة فهي تبدأ بعيد ولادة الجنين، وتنتهي بعد ولادة المشيمة من الرحم، أما المرحلة الرابعة فهي تبدأ مع ولادة المشيمة وتستمر لمدة ساعتين بعد الولادة يتم فيها المراقبة الحثيثة للأم وحديث الولادة [2,1].

تبعاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية في عام 2015، توفيت 303000 من السيدات أثناء الحمل والولادة، وبناء على تلك الإحصاءات بلغت نسبة وفيات الأمومة في البلدان النامية في عام 2015 ما يقارب 239 حالة وفاة لكل 100000 ولادة؛ مقابل 12 حالة وفاة لكل 100000 ولادة في البلدان المتقدمة [3]. أما عربياً فإن معدل وفيات الأمومة الناجمة عن مضاعفات الحمل والولادة يعتبر مرتفعاً نسبياً، فقد أشار تقرير وزارة الصحة في (الجزائر، 2020) إلى أن معدل وفيات الأمومة يبلغ 48.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية [4]، وتبعاً لآخر تحديث لموقع أطلس بيانات العالم فقد بلغ معدل وفيات الأمومة في مصر 37 وفاة لكل حالة ولادة حية [5]، و31 وفاة لكل ولادة حية في سورية [6].

تعتبر تقنية الدفع الموجه من التقنيات التوليدية المستخدمة في بداية المرحلة الثانية من المخاض، ويتم اللجوء إليها على اعتبار أن هذه المرحلة خطيرة على الأجنة ويجب أن تتم بأسرع وقت ممكن، فحالما يصل عنق رحم الماخض لتمام الاتساع والإمحاء، يتم تشجيعها على أخذ نفس عميق وحبسه مع بداية الانقباض الرحمي والكبس أو الضغط للأسفل باستخدام مناورة فالسلفا، بينما يقوم مقدم الرعاية (طبيب، قابلة، أو ممرضة) بالعد حتى 10 دون الاهتمام لوجود رغبة في الدفع لديها، ويكرر ذلك لما لا يقل عن أربع إلى خمس جهود دفع لكل انقباض حيث تكون الماخض بوضعية الاستلقاء مع رفع القدمين باستخدام الركائب، ويدفع مقدم الرعاية ساقي الماخض إلى الخلف على بطنها، أو يطلب منها فعل ذلك [7].

تعتبر تقنية الدفع العفوي من تقنيات الدفع الأكثر شيوعاً خلال المرحلة الثانية من المخاض، الذي يتم مع مزمار مفتوح على عكس الدفع الموجه ويدعى أيضاً الزفير البطيء من خلال الشفتين، وفي هذا النوع من الدفع العفوي يتم الاستفادة من التقبضات العضلية العفوية دون استنفاد طاقتها أو الضغط عليها، حيث تنقبض عضلات البطن المستعرضة والمائلة وتضغط عضلة الرحم على كلا الجانبين لتسمح للجنين بالتقدم، وفي هذه الحالة يرتفع الحجاب الحاجز لذلك لا يترافق ذلك مع نزول للأعضاء المجاورة فلا يتم شدها مع الرحم ولا تتقلص العضلات العجانية حيث لا توجد مقاومة للعضلات العجانية، وبالتالي ينخفض معدل تدلي الأعضاء الحشوية التالي للمخاض [8].

أجريت العديد من الدراسات للمقارنة بين تقنيتي الدفع السابقتين لتحري أيهما أقل مضاعفات وأكثر فائدة على الأم والجنين، منها دراسة (Hassan et al, 2021) في مصر حول تقييم أثر تقنية الدفع العفوي مقارنة بالدفع الموجه على نتائج الولادة، وقد توصلت إلى أن السيدات في مجموعة الدفع العفوي كان لديها مدة المرحلة الثانية من المخاض أقصر، ومعدل النزف قليل، وقيم مشعر أبغار للوليد كانت أعلى، وكان لديها مستوى التعب والإجهاد أقل وذلك مقارنةً بمجموعة الدفع الموجه [2]. بالمقابل بينت دراسة (Araujo et al, 2022) في البرازيل أن الدفع العفوي يقلل من مدة وقت الدفع عند مقارنته بالدفع الموجه، كما بينت عدم وجود فروق مهمة بين تقنيتي الدفع العفوي والموجه من حيث النزف وخزع العجان

وتمزقات العجان وشدة التعب[9]. كما أشارت دراسة منهجية من قبل (Barasinski et al, 2016) في فرنسا إلى عدم وجود تأثير لتقنيات دفع الأمهات العفوي أو الموجه أثناء المخاض على إجراء الخزع [8].

تلعب القابلة والممرضة دوراً أساسياً أثناء المخاض من خلال تقديم الدعم النفسي والجسماني للماخض، وتوجيه السيدة أثناء المخاض، وبناءً عليه تبدأ القابلة بتقييم الأم والجنين أثناء إجراءات القبول في غرفة المخاض؛ ويستمر ذلك طوال فترة المخاض، وتقوم بتقديم إرشادات استباقية وشرح الاجراءات لها كي يتم تهيئة السيدة للتحديات الجسدية والعاطفية القادمة، لضمان تجربة إيجابية للأم ووليدها [10].

تعتبر المرحلة الثانية من المخاض مرحلة حرجة في عملية الولادة، نظراً للتغيرات المهمة التي تحدث خلالها على حركة الجنين وعضلات الأم وخاصة الحوض والعجان بالإضافة الى الحالة الفيزيولوجية والنفسية للأم التي تحرض لديها الرغبة في الدفع بشكل طبيعي، وإذا لم يتم الانتباه إلى فيزيولوجيا المرحلة الثانية الطبيعية، فقد يؤدي ذلك إلى تعب الأم وزيادة اضطرابات الولادة. كما أن تعب الأم يمكن أن يؤثر على إدراكها لشدة الألم ويقلل من رضاها. ويمكن أن يؤثر هذا الانخفاض في رضا الأم على الخيار اللاحق لنوع الولادة، وقد يستمر تعب الأم خلال المرحلة الثانية من المخاض لساعات أو أيام بعد الولادة، مما يمكن أن يتداخل مع الرضاعة الطبيعية والرابط الوالدي بين الأم والطفل. لذلك، هدفت الدراسة الحالية لمعرفة تأثير الدفع العفوي أثناء المرحلة الثانية من المخاض على نتاج الولادة.

2.أهمية البحث وأهدافه:

2-1 أهمية البحث:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية من حساسية المرحلة الثانية للمخاض وأهميتها في تقدم عملية الولادة بأقل المضاعفات على الأم والجنين والوصول بنتائج الولادة لأفضل حال عند الأم والوليد، كما تأتي أهميتها من سهولة استخدام تقنية الدفع العفوي وما يمكن أن تقدمه من نتائج ايجابية للأم والوليد في ظل عدم وجود بيانات واضحة تدعم تقنية الدفع الموجه في المرحلة الثانية من المخاض، بل على العكس هناك العديد من المنشورات التي تظهر الآثار السلبية للدفع الموجه على نتاج الولادة. كما أن هذه الدراسة هي الأولى من نوعها في العلوم التمريضية من الواقع السوري، وستفيد نتائجها في تقديم حل للمشاكل الناتجة عن طرق الدفع المنتشرة في المشافي مثل (تطاول المرحلة الثانية من المخاض والحاجة إلى تسريب الاكسيتوسين وتألم الجنين والتحويل إلى العمليات القيصرية)، كما ستقدم مرجعاً مهماً للدراسات اللاحقة للمقارنة والاسترشاد.

2-2 هدف البحث:

تقييم تأثير الدفع العفوي أثناء المرحلة الثانية من المخاض على نتاج الولادة.

2-3 فرضية البحث:

النساء الماخضات اللاتي سيتم ارشادهن خلال الدفع العفوي ستكون لديهن نتائج ولادية افضل من الماخضات الخاضعات لروتين المشفى (الدفع الموجه).

3.طريقة البحث ومواده:

3-1 تصميم البحث: تم استخدام منهجية البحث شبه التجريبي.

3-2 مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في قسم المخاض والولادة بمجمع الأسد الطبي التابع لوزارة الصحة في محافظة حماه في الفترة الممتدة بين 2022/12/23 وحتى 2023/5/11 م.

3-3 عينة البحث: تم إجراء الدراسة الحالية على 60 سيدة ماخض خلال المرحلة الثانية من المخاض، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية البسيطة في قسم المخاض والولادة بمجمع الأسد الطبي التابع لوزارة الصحة في محافظة حماه، وقد تم تقسيمهن عشوائياً من قبل الباحثة إلى مجموعتين الأولى 30 ضابطة تم تركها لروتين المشفى (تطبيق الدفع الموجه)، و30 تجريبية تم فيها (تطبيق تقنية الدفع العفوي).

معايير الدخول في العينة (Inclusion Criteria): أن تكون السيدة بكرية، وعمرها (18–35) عام، والعمر الحملي (38–40) أسبوع، وأن تكون في المرحلة الأولى من المخاض، وتوقع ولادة طبيعية لديها، وأن تكون حامل بجنين مفرد حي بمجيء قمي بوزن تقريبي (2500–4000) غرام. وأن لا تعاني من أي مضاعفات صحية أو توليدية تؤثر على المرحلة الثانية من المخاض مثل (الانسمام لحملي، انفكاك المشيمة المبكر، ارتكاز المشيمة المعيب، مخاض مبكر، تحويل السيدة للعملية القيصرية...)، وأن لا يستخدم عندها التخدير القطني أو تخدير فوق الجافية.

3–4 أدوات البحث:

- **الأداة الأولى:** قامت الباحثة بتطوير استبيان لإجراء مقابلات مع عينة البحث بعد مراجعة الأدبيات المتعلقة بموضوع البحث [8,7,2]، وتضمنت بصورتها النهائية ثلاثة أجزاء هي كالآتي:

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية لعينة البحث: عمر الماخض، المستوى التعليمي، العمل، مكان الإقامة.

الجزء الثاني: تاريخ الحمل والولادة للسيدة الماخض ويتضمن: (تاريخ آخر دورة طمثية، عمر الحمل).

الجزء الثالث: قصة المخاض الحالي وتشمل:

- **بيانات المرحلة الأولى من المخاض:** تتضمن تقييم (الوقت عند بدء التقلصات الرحمية الفعالة، تكرار التقلصات، نبض الجنين، العلامات الحيوية للأم، مدة المرحلة الأولى من المخاض، تسريب الاكسيتوسين....)
- المرحلة الثانية من المخاض: تشمل تقييم (الزمن الذي استغرقته المرحلة الثانية من المخاض، الزمن المستغرق خلال الدفع، نبض الجنين، تعقي السائل الأمنيوسي، العلامات الحيوية للأم، الحاجة للتوليد بالمحجم، خزع العجان،....)
- المرحلة الثالثة من المخاض: تقييم (وجود تمزقات في السبيل التناسلي والعجان، درجة التمزقات، حدوث مضاعفات عند الأم والوليد، كمية النزف، مقياس أبغار للوليد في الدقيقة 1 و 5، ...)
- المرحلة الرابعة من المخاض: بعد ولادة المشيمة ولمدة ساعتين: يتضمن تقييم (النزف (عدد الفوط)، تشكل كرة الأمان، التعب والألم عند الأم، القدرة على القيام بالوظائف الأمومية (إرضاع الوليد وحمله)....الحالة الصحية عند الوليد(التنفس، اللون، النبض، القدرة على الرضاعة، الحاجة لرعاية الحاضنة،...)

- **الأداة الثانية: مقياس شدة التعب (FSC) A Fatigue Symptom Checklist** [11]

تم استخدام المقياس المطور من قبل (Yoshitake, 1971)، وهو تقرير ذاتي مكون من 30 بنداً مثل (أشعر بثقل في رأسي، أشعر بالتعب في جسمي كله، أشعر بالتعب في ساقي، أتثائب كثيراً....)، يتم الإجابة عليه على مقياس ليكرت من أربع إجابات (لا على الإطلاق =1، إلى حد ما = 2، بشكل معتدل= 3، كثيراً جداً= 4) أقل قيمة للمقياس 30 يشير لعدم وجود تعب وأعلى قيمة 120 ويشير لأعلى درجات التعب.

- **الأداة الثالثة: مشعر أبغار** [12]

وهو اختبار سريع يتم إجراؤه لحديث الولادة في الدقيقة 1 و5 بعد الولادة، تم تطويره من قبل Virginia Apgar عام 1952. تحدد درجة الدقيقة الأولى لمقدم الرعاية الصحية مدى قدرة الوليد على تحمل عملية الولادة. وتوضح نتيجة الدقيقة الخامسة مدى جودة أداء الوليد خارج رحم الأم. يتم الحصول عليها عن طريق إضافة نقاط (2، 1، أو 0) وفيه يتم تقييم لون الجلد، معدل ضربات القلب، المنعكسات، المقوية العضلية، معدل التنفس. تعتمد درجة مشعر أبغار على مجموع الدرجات من 1 إلى 10. وكلما زادت الدرجة ، كان أداء الوليد أفضل بعد الولادة. تقسم الدرجات على الشكل التالي: (0–3) بحاجة لانعاش قلبي رئوي، (4–7) بحاجة للحاضنة، (8–10) حالة الوليد جيدة.

3–5 طريقة البحث

1. تم الحصول على الموافقة الرسمية اللّازمة للقيام بالدراسة.

2. تم تطوير أداة البحث الأولى، تم ترجمة أدوات البحث الثانية والثالثة إلى اللغة العربية. وقد تم تحديد مصداقيتها ودقة الترجمة من خلال عرضها على لجنة مؤلفة من ثلاثة خبراء في قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة في كلية التمريض، وتم اجراء التعديلات وفق ملاحظاتهم.
3. أجريت دراسة إسترشادية (pilot study) على عينة مكونة من 6 سيدات، وقد تبين بالنتيجة وضوح أدوات البحث وإمكانية تطبيقها دون اجراء تعديلات.
4. **جمع البيانات:**

- تم جمع البيانات بطريقة المقابلة من كل سيدة، بعد أخذ موافقتهن الشفوية للاشتراك بالدراسة، وشرح هدف الدراسة وأهميتها لهن، وضمان سرية المعلومات والانسحاب وقتما يردن.
- تم تطبيق الأداة الأولى بجزئيها الأول والثاني على عينة الدراسة في المجموعة الضابطة والتجريبية عند لقائهن في المرحلة الأولى من المخاض.
- ثم تم إجراء فحص نسائي للسيدات في كلتي المجموعتين عندما يكون اتساع عنق الرحم 8 سم، وتم تكرار الفحص كل نصف ساعة إلى أن يحدث الاتساع والامحاء الكامل لعنق الرحم.
- بعد حدوث الاتساع الكامل لعنق الرحم تترك الماخضات في المجموعة الضابطة لروتين المشفى (حيث سيتم إرشاد السيدات في المجموعة الضابطة من قبل مقدم الرعاية في المشفى على أخذ نفس عميق وحبسه والعد لغاية 10 للدفع نحو الأسفل مع تكرار هذه الطريقة من 4 إلى 5 مرات في كل تقلصة رحمية) يكرر ما سبق ذكره مع كل تقلصة رحمية إلى أن تتم ولادة الجنين.
- بعد حدوث الاتساع الكامل لعنق الرحم تم ارشاد الماخضات في المجموعة التجريبية على كيفية إجراء الدفع العفوي، حيث تم إرشادهن بالقيام بالدفع فقط عندما تشعر بوجود رغبة ملحة بذلك، دون إعطائها التعليمات حول وقت البدء بالدفع، أو زمن الدفع، أو عدد مرات الدفع، أو الوضعية التي يجب أن تأخذها خلال هذه المرحلة.
- تم تطبيق الأداة الأولى بجزئها الثالث على مجموعتي الدراسة خلال المرحلة الأولى والثانية والثالثة والرابعة من المخاض.
- تم تطبيق الأداة الثانية لقياس شدة التعب عند كلتي المجموعتين، وذلك مباشرة بعد الولادة، ثم بعد الولادة بـ 2 ساعة، وقبل التخرج من المشفى.
- خلال المرحلة الثالثة من المخاض تم تطبيق الأداة الثالثة (مشعر أبغار) في الدقيقة الأولى والخامسة عند مواليد السيدات في كلتي المجموعتين.
- بعد الانتهاء من المرحلة الرابعة من الولادة تم فحص النساء لتحري وجود تمزق العجان وعنق الرحم. وتم تحديد النزف التالي للولادة من خلال متابعة كمية النزف على الفوطة كل ساعة، وعدد الفوط التي تم تغييرها، وتقييم خضاب الدم قبل الولادة وبعد الولادة بـ (24 ساعة).

5. فُرغّت البيانات ثم حُللت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعيةSPSS نسخة (20)، واستخدمت اختبارات الإحصاء الحيوي التالية: التكرار N، والنسب المئوية %، والمتوسط الحسابي M، والانحراف المعياري SD، والاختبار المعلمي تي تيست (T–independent test) لعينتين مستقلتين لمقارنة الفروق بين مجموعتي الدراسة، والاختبار المعلمي تي تيست (T–paired test) لعينتين مرتبطتين لمقارنة الفروق بين بين مجموعتي الدراسة. والفروق عند عتبة الدلالة (p value ≤ 0.05) اعتبرت هامة إحصائياً ورمز لها (*)، وعند عتبة الدلالة (p value ≤ 0.01) اعتبرت هامة جداً إحصائياً ورمز لها (**).

4.النتائج:

الجدول رقم (1): توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وفق خصائصهن الديموغرافية.

المتغير	فئات المتغير	المجموعة				X^2 P value
		التجريبية N= 30		الضابطة N= 30		
		N	%	N	%	
عمر الماخض	18 – 23 سنة	12	40.0	14	46.7	0.554 0.837
	24 – 29 سنة	12	40.0	12	40.0	
	30 – 35 سنة	6	20.0	4	13.3	
المستوى التعليمي	أمية	2	6.7	4	13.3	7.828 0.051
	تعليم اساسي	14	46.7	15	50.0	
	تعليم ثانوي	13	43.3	5	16.7	
	تعليم جامعي	1	3.3	6	20.0	
العمل	موظفة	3	10.0	4	13.3	0.162 1
	غير موظفة	27	90.0	26	86.7	
مكان الاقامة	الريف	12	40.0	16	53.3	2.171 0.401
	الضواحي	11	36.7	11	36.7	
	المدينة	7	23.3	3	10.0	

X2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يظهر الجدول رقم 1 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق خصائصهن الديموغرافية، حيث أظهر أن النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (40% تجريبية مقابل 46.7% ضابطة) كانوا من الفئة العمرية الأصغر (18 – 23 سنة)، ومستواهم التعليمي أساسي بنسبة (46.7% تجريبية مقابل 50% ضابطة)، والغالبية العظمى غير موظفات بنسبة (90% تجريبية مقابل 86.7% ضابطة)، وإقامتهن في الريف بنسبة (40% تجريبية مقابل 53.3% ضابطة). كما نلاحظ عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية مهمة (مستوى المعنوية 0.05 <P) بين مجموعتي الدراسة من حيث الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، مما يشير الى تجانس عينة الدراسة في المجموعتين.

الجدول رقم (2): توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الأولى من المخاض.

المتغير	فئات المتغير	المجموعة				X^2 P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		N	%	N	%	
عدد التقلصات الرحمية خلال 10 دقائق	1 تقلصه	2	6.6	0	0.0	2.112 0.348
	2 – 3 تقلصه	23	76.7	24	80.0	
	4 – 5 تقلصه	5	16.7	6	20.0	
نبض الجنين بالدقيقة	< 120ن/د	0	0	0	0	-
	120- 160 ن/د	30	100	30	100	
	> 160 ن/د	0	0	0	0	
مدة المرحلة الاولى من المخاض	≥ 8 ساعة	10	33.3	8	26.7	2.116 0.549
	9 – 12 ساعة	14	46.7	11	36.6	
	13-17 ساعة	4	13.3	8	26.7	
	≤ 18 ساعة	2	6.7	3	10.0	
تسريب الاكسيتوسين خلال المرحلة الاولى من المخاض؟	نعم	23	76.7	24	80.0	0.986 0.746
	لا	7	23.3	6	20.0	

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يظهر الجدول رقم 2 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق **بيانات المرحلة الأولى من المخاض**، حيث أظهر أن النسبة الأعلى منهن (76.7% تجريبية مقابل 80% ضابطة) كان عدد التقلصات الرحمية لديهن خلال 10 دقائق هو (2–3 تقلصه)، وكان نبض الجنين طبيعياً (120– 160 ن/د) لديهن جميعاً في مجموعتي الدراسة، وكانت مدة المرحلة الأولى

من المخاض (9 – 12 ساعة) لدى النسبة الأعلى منهن (46.7% تجريبية مقابل 36.6% ضابطة)، وقد تم تسريب الاكسيتوسين للنسبة الأعلى منهن (76.7% تجريبية مقابل 80% ضابطة).

كما نلاحظ عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية مهمة (مستوى المعنوية 0.05 <P) بين مجموعتي الدراسة من حيث بيانات المرحلة الأولى من المخاض لعينة الدراسة، مما يشير الى تجانس العينة في المجموعتين.

الجدول رقم (3) توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الثانية من المخاض.

المرحلة الثانية من المخاض		المجموعة				*t* P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		M	SD	M	SD	
متوسط مدة المرحلة الثانية بالدقيقة		57.2	12.154	45.0	8.808	**4.440 **0.000**
متوسط مدة التقلصه من بدايتها الى نهايتها بالثانية		54.7	6.940	53.7	5.241	0.630 0.531
المتغير	**فئات المتغير**	N	%	N	%	X^2 P
عدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة	< 2 دفعة	2	6.7	3	10	**41.265 0.000****
	2- 4 دفعة	4	13.3	27	90	
	5- 6 دفعة	21	70	0	0	
	7 دفعة	3	10	0	0	
الزمن المستغرق خلال الدفع (في الدفعة الواحدة)	< 10 ثا	24	80	0	0	**41.265 0.000****
	10 – 15 ثا	4	13.3	27	90	
	> 16 ثا	2	6.7	3	10	
معدل نبض الجنين بين التقلصات	≥ 120ن/د	0	0	0	0	-
	120- 160 ن/د	30	100	30	100	
	≤ 160 ن/د	0	0	0	0	
هل يوجد تعقي بالسائل الامنيوسي؟	نعم	1	3.3	2	6.7	0.351 0.554
	لا	29	96.7	28	93.3	
هل أجري خزع للعجان في مرحلة التتويج	نعم	15	50	22	73.3	3.455 0.063
	لا	15	50	8	26.7	

***X^2*: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). *t*: يشير إلى اختبار تي تيست للعينات المستقلة. **: P≤ 0.01**

يظهر الجدول رقم 3 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الثانية من المخاض، حيث أظهر أن متوسط مدة المرحلة الثانية كانت طبيعية عند السيدات في مجموعتي الدراسة (12.154 ±57.2 د في المجموعة تجريبية مقابل 8.808 ±45د في المجموعة الضابطة)، إلا أنها كانت في المجموعة الضابطة أخفض منها في المجموعة التجريبية بشكل هام وذات دلالة احصائية (P= 0.000). كذلك الأمر بالنسبة إلى مدة التقلصه فقد كان متوسط مدة التقلصه طبيعياً عند السيدات في مجموعتي الدراسة (6.940 ±54.7ثا في المجموعة تجريبية مقابل 5.241 ±53.7ثا في المجموعة الضابطة)، لكن هذا الفرق بين المجموعتين لم يكن ذا دلالة احصائية (مستوى المعنوية 0.05 <P).

وبخصوص عدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة فقد كان (5 – 6 دفعة) عند 70% من السيدات في المجموعة التجريبية، بينما كان (2 – 4 دفعة) عند 90% من السيدات في المجموعة الضابطة، وكان هذا الاختلاف بين المجموعتين ذو لالة احصائية مهمة (P= 0.000).

أما بالنسبة للزمن المستغرق خلال الدفع (في الدفعة الواحدة) فقد كان (< 10 ثا) عند 80% من السيدات في المجموعة التجريبية، بينما كان (10 – 15 ثا) عند 90% من السيدات في المجموعة الضابطة، وكان هذا الاختلاف بين المجموعتين ذا لالة احصائية مهمة (P= 0.000).

كما بين الجدول أن معدل نبض الجنين بين التقلصات كان طبيعياً عند جميع السيدات في مجموعتي الدراسة. ومعظمهن (96.7% تجريبية مقابل 93.3% ضابطة) لم يحدث عندهن تعقي بالسائل الامنيوسي، وكانت النسبة الأعلى منهن (50% تجريبية مقابل 73.3% ضابطة) قد أجري لهن خزع للعجان في مرحلة التتويج. ولم تكن هذه الاختلافات ذات دلالة إحصائية مهمة (مستوى المعنوية 0.05 <P) بين مجموعتي الدراسة.

الجدول رقم (4): توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الثالثة من المخاض.

المتغير	فئات المتغير	المجموعة				X^2 P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		N	%	N	%	
كمية النزف	ضعيفة	22	73.3	17	56.7	2.974 0.226
	متوسطة	6	20.0	12	40.0	
	شديدة	2	6.7	1	3.3	
مضاعفات الوليد	ضائقة تنفسية	2	6.7	3	10.0	2.348 0.503
	انخفاض الحرارة	2	6.7	2	6.7	
	نقص أكسجه	1	3.3	4	13.3	
	اختلاجات	0	0.0	0	0.0	
	لا يوجد	25	83.3	21	70.0	

X2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2).

يظهر الجدول رقم 4 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الثالثة من المخاض، حيث أظهر أن كمية النزف كانت ضعيفة عند النسبة الأعلى منهن (73.3% تجريبية مقابل 56.7% ضابطة)، وأن (83.3% تجريبية مقابل 70% ضابطة) لم تحدث عندهن مضاعفات للوليد، ومن بين المضاعفات فقد حدثت الضائقة التنفسية وانخفاض الحرارة عند 6.7% منهن في المجموعة التجريبية، بينما حدث نقص الأكسجة عند 13.3% منهن في المجموعة الضابطة. ولم تكن هذه الاختلافات ذات دلالة إحصائية مهمة (مستوى المعنوية 0.05 <P) بين مجموعتي الدراسة.

الجدول رقم (5): مقارنة قيم مشعر أبغار عند مواليد أفراد العينة في مجموعتي الدراسة

مشعر أبغار		المجموعة				X^2 P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		N	%	N	%	
في الدقيقة الأولى	بحاجة إلى انعاش	0	0	0	0	6.667 0.010**
	بحاجة الى حاضنة	0	0	6	20.0	
	حالة الوليد جيدة	30	100	24	80.0	
M±SD		8.8± 0.430		8.1± 1.470		t/p 2.383/0.023*
في الدقيقة الخامسة	بحاجة إلى انعاش	0	0	0	0	6.667 0.010**
	بحاجة الى حاضنة	0	0	6	20.0	
	حالة الوليد جيدة	30	100	24	80.0	
M±SD		9.9± 0.254		9.3± 1.368		t/p 2.493/0.018*

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). t: يشير إلى اختبار تي تيست للعينات المستقلة.

***: $P \leq 0.05$ ، **: $P \leq 0.01$**

يظهر الجدول رقم 5 مقارنة قيم مشعر أبغار عند مواليد السيدات في مجموعتي الدراسة، حيث بين في الدقيقة الأولى والخامسة من الولادة أن حالة المواليد كانت جيدة عند جميع الأمهات 100% في المجموعة التجريبية، كذلك غالبيتهن 80% في المجموعة الضابطة، وكان متوسط قيم مشعر أبغار لديهم فوق 8 في المجموعتين، لكن قيمته في المجموعة التجريبية كانت أفضل بشكل مهم وذا دلالة احصائية منها في المجموعة الضابطة في الدقيقة الأولى (P= 0.023) وفي الدقيقة الخامسة

(P= 0.018). تدل هذه النتيجة على أن النساء الماخضات اللاتي سيتم ارشادهن خلال الدفع العفوي سيكون لدى مواليدهن قيم لمشعر أبغار أفضل من الماخضات الخاضعات لروتين المشفى (الدفع الموجه).

الجدول رقم (6): توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وفق بيانات الحالة الصحية عند الوليد.

المتغير	فئات المتغير	المجموعة				X^2 P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		N	%	N	%	
هل المولود لديه القدرة على الرضاعة	نعم	28	93.3	23	76.7	3.268
	لا	2	6.7	7	23.3	0.071
هل المولود بحاجة لرعاية الحاضنة؟	نعم	0	0	6	20	6.667
	لا	30	100	24	80	**0.010****

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يظهر الجدول رقم 6 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق بيانات الحالة الصحية عند الوليد، حيث أظهر أن النسبة الأعلى لمواليد السيدات (93.3% تجريبية مقابل 76.7% ضابطة) لديهن القدرة على الرضاعة، أما بالنسبة لحاجة المولود لرعاية الحاضنة فتبين عدم الحاجة للحاضنة عند النسبة الأعلى من السيدات (100% تجريبية مقابل 6% ضابطة). وكان هذا الاختلاف ذا دلالة احصائية مهمة (P= 0.010).

الجدول رقم (7): توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الرابعة من المخاض.

المتغير	فئات المتغير	المجموعة				X^2 P value
		التجريبية (30)		الضابطة (30)		
		N	%	N	%	
هل يوجد تمزقات في السبيل التناسلي والعجان؟	نعم	5	16.7	7	23.3	0.417
	لا	25	83.3	23	76.7	0.519
هل تشكلت كرة الأمان	نعم	29	96.7	27	90.0	1.071
	لا	1	3.3	3	10.0	0.301
ما هي كمية النزف خلال هذه المرحلة (عدد الفوط)	1 فوطة	12	40.0	9	30.0	1.368 0.713
	3-2 فوطة	11	36.7	10	33.3	
	5-4 فوطة	5	16.7	8	26.7	
	7-6 فوطة	2	6.7	3	10.0	
هل يوجد ألم لديك	ألم خفيف	11	36.7	6	20.0	2.380 0.304
	ألم متوسط	17	56.7	20	66.7	
	ألم شديد جداً	2	6.6	4	13.3	
هل لديك القدرة على إرضاع الوليد وحمله	نعم	27	90.0	24	80.0	1.176
	لا	3	10.0	6	20.0	0.278

X2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة

يظهر الجدول رقم 7 توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق بيانات المرحلة الرابعة من المخاض، حيث أظهر أن النسبة الأعلى منهن (83.3% تجريبية مقابل 76.7% ضابطة) لم يحدث لديهن تمزقات في السبيل التناسلي والعجان. ومعظمهن (69.7% تجريبية مقابل 90% ضابطة) تشكلت كرة الأمان لديهن، أما كمية النزف فقد كانت (1 فوطة) عند 40% منهن في المجموعة التجريبية بالمقابل كانت (2–3 فوطة) عند 33.3% منهن في المجموعة الضابطة، وبسؤالهن عن وجود ألم لديهن فقد ذكرت النسبة الأعلى منهن (56.7% تجريبية مقابل 66.7% ضابطة) أن لديهم ألم بدرجة متوسطة. كما بين أن غالبية السيدات (90% تجريبية مقابل 80% ضابطة) لديهن القدرة على إرضاع الوليد وحمله. ولم تكن الاختلافات السابقة ذات دلالة إحصائية مهمة (مستوى المعنوية P> 0.05) بين مجموعتي الدراسة.

الجدول رقم (8): مقارنة شدة التعب عند أفراد العينة في مجموعتي الدراسة وبين اوقات القياس الثلاثة.

شدة التعب	المجموعة				*t* P value
	التجريبية (30)		الضابطة (30)		
	M	SD	M	SD	
مباشرة بعد الولادة	57.3	10.954	58.6	12.829	0.444 0.659
بعد الولادة بساعتين	41.8	6.978	50.8	9.976	4.049 0.000**
قبل التخرج من المشفى	33.7	4.551	39.1	5.128	4.340 0.000**
t pair/p مباشرة * بعد الولادة	12.311 0.000**		10.062 0.000**		
t pair/p بعد الولادة * قبل التخرج	13.073 0.000**		10.021 0.000**		
t pair/p مباشرة * قبل التخرج	11.587 0.000**		8.757 0.000**		

t: يشير إلى اختبار تي تيست للعينات المستقلة.t pair : يشير الى اختبار تي تيست للعينات المزدوجة

***: $P\leq 0.05$ ، ****: $P\leq 0.01$**

يبين الجدول رقم 8 مقارنة شدة التعب عند السيدات في مجموعتي الدراسة وبين اوقات القياس الثلاثة، حيث أظهر أن متوسط شدة التعب بعد الولادة مباشرةً كان في المجموعة التجريبية أخفض منه في المجموعة الضابطة بشكل ضئيل وغير ذي دلالة احصائية (P= 0.659). أما بعد الولادة بساعتين فقد كان متوسط شدة التعب في المجموعة التجريبية أخفض منه في المجموعة الضابطة بشكل هام جداً وذا دلالة احصائية (P= 0.000). واستمر الأمر حتى قبل التخرج من المشفى فقد كان متوسط شدة التعب في المجموعة التجريبية أخفض منه في المجموعة الضابطة بشكل هام جداً وذا دلالة احصائية (P= 0.000). تدل النتائج السابقة على أن النساء الماخضات اللاتي تم ارشادهن خلال الدفع العفوي كان لديهن شدة تعب أقل من الماخضات الخاضعات لروتين المشفى (الدفع الموجه).

من ناحية أخرى يظهر الجدول تغير متوسط شدة التعب في كل مجموعة على حده بين مرات تقييمه، حيث نلاحظ أن متوسط شدة التعب في المجموعة التجريبية قد انخفض من 57.3 بعد الولادة مباشرة إلى 41.8 بعد الولادة بساعتين إلى 33.7 قبل التخرج من المشفى وكان هذا الانخفاض ذا دلالة احصائية مهمة جداً (P= 0.000) بعد الولادة بساعتين مقارنةً مع بعد الولادة مباشرةً، وذا دلالة احصائية مهمة جداً أيضاً (P= 0.000) قبل التخرج من المشفى مقارنةً مع بعد الولادة بساعتين، وذا دلالة احصائية مهمة جداً أيضاً (P= 0.000) قبل التخرج من المشفى مقارنةً مع بعد الولادة مباشرةً.

ويظهر الجدول أيضاً أن متوسط شدة التعب في المجموعة الضابطة قد انخفض من 58.6 بعد الولادة مباشرة إلى 50.8 بعد الولادة بساعتين إلى 39.1 قبل التخرج من المشفى وكان هذا الانخفاض ذا دلالة احصائية مهمة جداً (P= 0.000) بعد الولادة بساعتين مقارنةً مع بعد الولادة مباشرةً، وذا دلالة احصائية مهمة جداً أيضاً (P= 0.000) قبل التخرج من المشفى مقارنةً مع بعد الولادة بساعتين، وذا دلالة احصائية مهمة جداً أيضاً (P= 0.000) قبل التخرج من المشفى مقارنةً مع بعد الولادة مباشرةً، بالمحصلة تشير النتيجة السابقة إلى أن شدة التعب تتحسن بشكل مهم في كلتي مجموعتي الدراسة مع تقدم الزمن بعد الولادة، لكنه كان أفضل في المجموعة التجريبية مقارنةً مع الضابطة.

5.المناقشة:

أوضـحت نتائج الدراسـة الحالية في (الجدول 4) **خلال المرحلة الثانية من المخاض** أنه لم تكن هناك اختلافات مهمة بين المجموعتين من حيث مدة التقلصـه وعدد الدفعات وزمن الدفع ومعدل نبض الجنين وإجراء الخزع. قد يعود ذلك إلى شـروط

وطريقة اختيار العينة أيضاً التي استخدمت نفس المعايير لتضمين السيدات في العينة والتي استثنت أية حالة صحية او توليدية قد تؤثر على المخاض.

إلا أن مدة المرحلة الثانية من المخاض كانت في مجموعة الدفع العفوي أطول منها في مجموعة الدفع الموجه (P= 0.000)، وكذلك ظهر اختلاف مهم (P= 0.000) في عدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة فقد كان عدد الدفعات (5– 6 دفعات) عند النسبة الأعلى للسيدات في مجموعة الدفع العفوي بالمقابل كان عدد الدفعات (2–4 دفعات) عند النسبة الأعلى للسيدات في مجموعة الدفع الموجه، بينما كان الزمن المستغرق خلال الدفع (< 10 ثا) عند غالبية السيدات في مجموعة الدفع العفوي بينما كان (10–15 ثا) عند معظم السيدات في مجموعة الدفع الموجه.

قد تعود هذه النتيجة إلى أن النسبة الأعلى من السيدات ريفيات وتعليمهن أساسي، يضاف الى ذلك أن جميعهن بكريات لم يسبق لهن أن تعرضن لتجربة ولادة، بمعنى أن خبرتهن ومعرفتهن ضعيفة حول الولادة والمخاض، مما جعل التدخل الذي تجريه القابلات في الدفع الموجه أكثر جدوى في تسريع النزول الجنيني وتقصير مدة المرحلة الثانية من المخاض وهو ما انعكس عدداً أكبر في الدفعات وزمناً أقل في الدفع خلال التقلصه الواحدة في مجموعة الدفع العفوي نظراً لانعدام الخبرة المسبقة بالولادة، وما تتركه غرفة المخاض بكادرها وتجهيزاتها من رهبه لدى السيدة قد يؤخر التأثير الذي يحدقه الدفع العفوي على زمن المخاض.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة منهجية من قبل (Barasinski et al, 2016) في فرنسا التي بينت عدم وجود تأثير لتقنيات دفع الأمهات العفوي أو الموجه أثناء المخاض على إجراء الخزع [8]. كما تتفق مع دراسة (Araujo et al, 2022) في البرازيل التي أظهرت عدم وجود فروق هامة إحصائياً بين تقنيتي الدفع العفوي والموجه من حيث نسبة إجراء خزع للعجان، وبينت أن الدفع العفوي يقلل من مدة وقت الدفع عند مقارنته بالدفع الموجه [9].

تنسجم هذه النتيجة أيضاً مع دراسة (Vaziri et al, 2015) حول مقارنة تأثيرات الدفع العفوي في الوضع الجانبي مع مناورة فالسالفا خلال المرحلة الثانية من المخاض على نتائج الأم والجنين، وقد بينت أن متوسط مدة المرحلة الثانية من المخاض كان أكبر في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً مع مجموعة مناورة فالسلفا، كما أظهرت أن الزمن المستغرق للدفع خلال التقلصه كان أقل في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً مع مجموعة مناورة فالسلفا[13]. وتتماشى مع دراسة (Sandstrom et al, 2017) في السويد لتقييم أثر تقنيات الدفع على مدة المرحلة الثانية من المخاض وعلى نتاج الولادة، وقد بينت أن مدة المرحلة الثانية من المخاض كان أطول عند السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع الموجه مقارنةً بالسيدات اللاتي طبقن الدفع العفوي [14].

لا تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Lee et al, 2018) في بريطانيا التي أظهرت أن الدفع الموجه ارتبط بمدة أطول من المخاض بمرحلته الثانية مقارنةً بالدفع العفوي، مع زيادة كبيرة لخطر تمزق الفرج وخطر إنعاش حديثي الولادة ودخول الحضانة [15]. ولا تنسجم مع دراسة (Hassan et al, 2021) في مصر ودراسة (Başar and Hürata , 2018) في تركيا اللتان بينتا أن مدة المرحلة الثانية من المخاض كانت أقصر لدى السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بمجموعة الدفع الموجه [16,2]. كما لا تتوافق مع دراسة (Farideh et al, 2016) في إيران بهدف تقييم تأثير الدفع العفوي مقابل مناورة فالسلفا أثناء المرحلة الثانية من المخاض على نتائج الولادة، التي بينت أن السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع العفوي كان لديهن متوسط مدة المرحلة الثانية من المخاض أخفض منها عند السيدات اللاتي طبقن مناورة فالسلفا [17].

أظهرت نتائج الدراسة الحالية في (الجدول 4 و5 و6) خلال المرحلة الثالثة من المخاض عدم وجود فرق مهم بين طريقتي الدفع في مجموعتي الدراسة من حيث مضاعفات الوليد وكمية النزف فالنسبة الأعلى من السيدات في مجموعتي الدراسة كان لديهن كمية نزف ضعيفة، بينما كان مواليد السيدات في مجموعة الدفع العفوي أقل حاجةً للحاضنة (P=0.010) مقارنةً مع مجموعة الدفع الموجه. وأظهرت أن النساء الماخضات اللاتي تم ارشادهن خلال الدفع العفوي في المجموعة التجريبية

كان لدى مواليدهن قيم لمشعر أبغار أفضل من الماخضات الخاضعات لروتين المشفى (الدفع الموجه) في المجموعة الضابطة. قد تعود هذه النتيجة إلى فعالية الدفع العفوي في ارخاء عضلات البطن والحوض وتسهيل خروج الجنين مما يقلل من مخاطر انضغاط الحبل السري وتألم الجنين وحدوث تمزقات العجان.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة تحليلية من قبل (Lemos et al, 2017) التي بينت عدم وجود فرق في نتائج الوليد بين طريقتي الدفع العفوي والموجه، كما بينت أن قيم مشعر أبغار لدى الأطفال المولودين بتقنية الدفع العفوي كانت أفضل ممن ولدوا بالتقنية الموجهة، وكانوا أقل حاجة للحاضنة أيضاً [18]. كما تنسجم مع دراسة (Başar and Hürata , 2018) في تركيا التي بينت أن قيم مشعر أبغار كانت أعلى لدى مواليد السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بمواليد السيدات في مجموعة الدفع الموجه[16]. وتتفق أيضاً مع دراسة (Hassan et al, 2021) في مصر التي بينت أن قيم مشعر أبغار كانت أفضل عند مواليد السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنة بمجموعة الدفع الموجه، لكنها لم تتفق مع الدراسة الحالية عندما أظهرت أنه في مجموعة الدفع الموجه يتم إدخال نسبة أعلى من المواليد إلى وحدة العناية المركزة مقارنةً بمواليد السيدات في مجموعة الدفع العفوي[2]

لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lee et al, 2018) التي أظهرت عدم وجود فروق في معدلات مؤشر أبغار المسجلة خلال الـ5 دقائق الأولى بعد الولادة بين مواليد السيدات التي خضعن للدفع العفوي ومواليد السيدات اللاتي خضعن للدفع الموجه خلال المخاض، ولم تترافق تقنية الدفع العفوي مع عوامل اختطار حقيقية على الوليد وأمه[15]. ولم تتفق مع نتائج دراسة تحليلية منهجية قام بها (Correia, 2017) التي هدفت لتقييم أثر مناورة فالسلفا (الدفع الموجه) مقابل الدفع العفوي على المرحلة الثانية من المخاض، وقد بينت أن تقنية الدفع الموجه زادت من مضاعفات المخاض كالنزف الحاد والتمزقات العجانية وذلك مقارنةً مع السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع العفوي [19]. ولم تنسجم مع دراسة (Sandstrom et al, 2017) في السويد التي بينت أن المضاعفات الخطيرة على الماخض كانت أعلى عند السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع الموجه مقارنةً بالسيدات اللاتي طبقن الدفع العفوي، لكنها انسجمت مع الدراسة الحالية عندما بينت أن مضاعفات الجنين (كنقص الأكسجة واضطرابات النبض وانخفاض حرارة المولود) التي سببت دخوله للحاضنة كانت أعلى عند السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع الموجه مقارنةً بالسيدات اللاتي طبقن الدفع العفوي [14].

أظهرت نتائج الدراسة الحالية في (الجدول 7) خلال المرحلة الرابعة من المخاض عدم وجود فرق مهم بين طريقتي الدفع في مجموعتي الدراسة من حيث تمزقات السبيل التناسلي والعجان، ومن حيث القدرة على إرضاع الوليد وحمله وتشكل كرة الأمان، وكمية النزف، والتي كانت جميعها ضمن السياق الطبيعي لهذه المرحلة من المخاض. قد تعود هذه النتيجة إلى أن هذه المرحلة من المخاض تكون عادةً مستقرة وليست بحاجة إلى تدخلات خاصة بالتالي لا تؤثر بشكل كبير على حدوث المضاعفات عند الأم. وتشير هذه النتائج أيضاً إلى أن الدفع العفوي والدفع الموجه يمكن أن يكونا مجديين وآمنين للأمهات في هذه المرحلة من المخاض.

تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Araujo et al, 2022) في البرازيل التي أظهرت عدم وجود فروق مهمة بين تقنيتي الدفع العفوي والموجه من حيث حدوث تمزقات العجان، والنزف[9]. كما تنسجم مع دراسة تحليلية من قبل (Lemos et al, 2017) التي بينت عدم وجود فرق بين الدفع العفوي والدفع الموجه من حيث حدوث تمزقات العجان [18].

لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lee et al, 2018) في بريطانيا التي بينت أن الدفع الموجه ارتبط مع زيادة كبيرة لخطر تمزق الفرج وخطر إنعاش حديثي الولادة ودخول الحضانة [15]. ولا تنسجم مع دراسة (Başar and Hürata , 2018) في تركيا التي بينت حدوث تمزق عجاني ونزيف ما بعد الولادة بشكل أقل لدى السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بمجموعة الدفع الموجه[16]. كما لا تتوافق مع دراسة (Stephansson et al, 2015) في السويد لتقييم مضاعفات المخاض الطويل على المرحلة المبكرة بعد الولادة، حيث أظهرت أن تقنية الدفع المتبعة خلال المخاض هي أحد أكثر عوامل

الخطر التي كانت تؤدي إلى مضاعفات ولادية عند السيدات، إذ كان النزف أثناء المخاض وبعده أكثر حدوثاً عند السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع الموجه خلال المرحلة الثانية من المخاض[20].

أظهرت نتائج الدراسة الحالية في (الجدول 8) أن النساء الماخضات اللاتي تم ارشادهن خلال الدفع العفوي في المجموعة التجريبية كان لديهن شدة تعب أقل من الماخضات الخاضعات لروتين المشفى (الدفع الموجه) في المجموعة الضابطة. وأن شدة التعب تنخفض لديهن بشكل مهم في كلتي مجموعتي الدراسة مع تقدم الزمن بعد الولادة. قد تعود هذه النتيجة إل أن الدفع العفوي يسمح للسيدة بالشعور بالراحة والتحكم في عملية الولادة بشكل أكبر، مما يقلل من الإجهاد النفسي والجسدي ويمنحها شعوراً بالثقة في جسمها، كما يمكن أن يساعد على تحسين تجربة النساء بعد الولادة بشكل عام بالتالي يخفض من شدة التعب لديهن.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Hassan et al, 2021) في مصر [2]، ودراسة (Farideh et al, 2016) في إيران [17]، دراسة (Vaziri et al, 2015) في إيران أيضاً [13]، ودراسة (Koyucu and Demirci, 2017) في تركيا [21]، التي بينت أن مستوى التعب والإجهاد بعد الولادة لدى السيدات اللاتي طبقن الدفع العفوي كان أقل مما هو عليه عند السيدات اللاتي طبقن تقنية الدفع الموجه.

لا تتوافق هذه النتيجة في الدراسة الحالية مع دراسة (Araujo et al, 2022) في البرازيل التي أظهرت عدم وجود فروق مهمة إحصائياً بين تقنيتي الدفع العفوي والموجه من حيث شدة التعب عند السيدات في مجموعتي الدراسة [9].

6.الاستنتاجات:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنه:

1. لا يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه خلال المرحلة الأولى من المخاض من حيث مدة المرحلة الأولى وعدد التقلصات وشدتها ومدتها، ومن حيث نبض الجنين، والعلامات الحيوية للأم، ومن حيث تسريب الاكسيتوسين.
2. لا يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه خلال المرحلة الثانية من المخاض من حيث مدة التقلصه، ومعدل نبض الجنين، وتعقي السائل الامنيوسي، وإجراء الخزع.
3. يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه خلال المرحلة الثانية من المخاض من حيث مدة المرحلة الثانية من المخاض وعدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة، والزمن المستغرق خلال الدفع.
   - كانت مدة المرحلة الثانية أطول وعدد الدفعات خلال التقلصه الواحدة أكبر في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه.
   - كان الزمن المستغرق خلال الدفع أقصر في الدفع العفوي مقارنةً بالدفع الموجه.
4. لا يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه خلال المرحلة الثالثة من المخاض من حيث كمية النزف، ومضاعفات الوليد وقدرة الوليد على الرضاعة.
5. كانت حاجة الوليد للحاضنة أقل لدى السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بالقيم في مجموعة الدفع الموجه.
6. كانت قيم مشعر أبغار أفضل لدى السيدات في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بالقيم في مجموعة الدفع الموجه.
7. لا يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه خلال المرحلة الرابعة من المخاض من حيث تمزقات السبيل التناسلي والعجان، وحدوث مضاعفات الولادة أو التعب، ومن حيث القدرة على إرضاع الوليد وحمله وتشكل كرة الأمان، ومن حيث قيم الخضاب، وكمية النزف.
8. يوجد اختلافات مهمة بين مجموعة الدفع العفوي والدفع الموجه من حيث شدة التعب التي كانت أقل في مجموعة الدفع العفوي مقارنةً بمجموعة الدفع الموجه. وتتحسن شدة التعب مع تقدم الزمن بعد الولادة في كلا مجموعتي الدراسة.

7.التوصيات:

إن تطبيق نتائج هذا البحث يحتاج إلى تكاتف كل عناصر الرعاية الصحية لذلك نقترح:

1. ضرورة اعتماد طريقة الدفع العفوي في المرحلة الثانية من المخاض بجانب طريقة الدفع الموجه وذلك ضمن سياسة المشفى في توليد السيدات.
2. تثقيف القابلات وتدريبهن حول كيفية تطبيق الدفع العفوي وكيفية مساعدة الأم وتحفيزها للقيام بالدفع العفوي.
3. اجراء دراسة مماثلة على عينة كبيرة ومن عدة مشافي تسمح بتعميم النتائج التي تم الوصل إليها.
4. اجراء دراسة لتحديد ما إذا كان للدفع العفوي أي تأثير على نسبة الولادات القيصرية.

8.محددات الدراسة:

1. الفترة الطويلة لجمع البيانات من كل سيدة.
2. استثناء بعض السيدات من عينة الدراسة نتيجة عدم التمكن من أخذ كامل البيانات.

9.المراجع:

1. Hutchison, J., Mahdy, H., Hutchison., J. (2023). Stages of Labor. In: StatPearls [Internet]. [Updated 2023 Jan 30]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/.
2. Hassan, H., Gamel, W., Genedy, A. (2021). Spontaneous Versus Directed Pushing Technique: Maternal and Neonatal Outcomes: A Comparative Study in Northern Upper Egypt. International Journal of Studies in Nursing, 6(1): 24- 35.
3. WHO. (2019). Maternal mortality. Reviewed at 18/2/2023. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
4. Algerian news agency. (2023). Maternal mortality rate in Algeria. Available at: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/97520-5-48-100
5. أطلس بيانات العالم. (2017). وفيات الأمهات في مصر. تمت مراجعته بتاريخ 2023/2/18. متاح على الرابط: https://ar.knoema.com/atlas /مصر/وفيات-الأمهات تمت مراجعته بتاريخ 2023/2/18
6. أطلس بيانات العالم. (2017). وفيات الأمهات في سوريا. تمت مراجعته بتاريخ 2023/2/18. متاح على الرابط: https://ar.knoema.com/atlas/الجمهورية-العربية-السورية/وفيات الأمهات/
7. Bayraktar, E. (2019). The Effects Of Pushing Techniques During Second Stage Of Labour On Maternal and Newborn Health. Available at: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04207658 Reviewed in 18/2/2023.
8. Barasinski, C., Lemery, D., Vendittelli, F. (2016). Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? Gynecol Obstet Fertil, 44(10): 578-583.
9. Araujo, A., Delgado, A., Maia, J., Campos, S., Ferreira, C., Lemos, A. (2020). Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: a clinical trial. Brazilian Clinical Trials Registry (ReBEC) under the identifier, 22 (556): 1- 11.
10. Reports, J. (2007). Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(3): 238-245.

11. Pugh, L., Milligan, R., Parks, P., Lenz, E., Kitzrnan, H. (1999). Clinical Approaches in the Assessment of Childbearing Fatigue. Jognn Clnical Issues, 28(1):74–80 .
12. Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 32: 260–267.
13. Vaziri, F., Arzhe, A., Asadi, N., Pourahmad, S., Moshfeghy, Z. (2016). Spontaneous Pushing in Lateral Position versus Valsalva maneuver During Second Stage of Labor on Maternal and Fetal Outcomes: A Randomized Clinical Trial. Iran Red Crescent Med J, 18(10):e29279.
14. Sandström, A., Altman, M., Cnattingius, S., Johansson, S., Ahlberg, M., Stephansson, O. (2017). Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population–based cohort study. Journal of Perinatology, 37: 236–242.
15. Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., Kildea, S., (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. Journal of the Australian College of Midwives, 32(4): 433–440.
16. Başar, F., Hürata, S. (2018). The Effect of Pushing Techniques on Duration of the Second Labor Stage, Mother and Fetus: A Randomized Controlled Trial. International J. of Health Services Research and Policy, 3(3): 123–134.
17. Farideh, V., Amene, A., Nasrin, A., Saeedeh, P., Zeinab, M. (2016). Iranian Red Crescent medical journal; 18(10): 29–49.
18. Lemos, A., Andrade, D., Filho, C. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, (10):CD009124.
19. Correia, J.B. (2017). Valsalva Manoeuver vs. Spontaneous Pushing in Second Stage Labour. Journal of Midwifery & Women's Health, 5(3): 23–29.
20. Stephansson, O., Sandstrom, A., Petersson, G., Wikstrom, A., Cnattingius, S. (2015). Prolonged second stage of labour, maternal infectious disease, urinary retention and other complications in the early postpartum period. BJOG; 123(1): 608–616.
21. Koyucu, R., Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 56: 606– 612.