إجراءات الرعاية التمريضية المقدمة للحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في اللاذقية

* سالي زيدان ** د. عيسى دونا

(الإيداع: 25 كانون الثاني 2026، القبول: 29 آذار 2026)

الملخص:

تعد الوفيات المرتبطة بالإجهاض على الصعيد العالمي السبب الرئيسي لوفيات الأمهات، تقييم إجراءات الرعاية التمريضية المقدمة للحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في اللاذقية.

تم إجراء دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة ملائمة مكونة من 55 قابلة من القابلات العاملات في مستشفى اللاذقية الجامعي ومستشفى التوليد، باستخدام أداة مكونة من جزأين: البيانات الديموغرافية والمهنية، واستمارة ملاحظة إجراءات الرعاية التمريضية للحوامل المهددات بالإجهاض، خلال الفترة الواقعة بين الشهر السادس 2025 والشهر العاشر 2025.

أظهرت وجود انخفاض ملحوظ في مستوى تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية الشاملة المقدمة للسيدات الحوامل المهددات بالإجهاض، وأن التواصل الفعّال والتثقيف الصحي كانت الأضعف من حيث التطبيق، مقارنة بالإجراءات التقنية والإسعافية. وسجّل محور التثقيف الصحي قبل الإجهاض أدنى نسبة تطبيق، والخصوصية والسرية غير مضمونة بشكل كافٍ أثناء تقديم الرعاية، مع وجود ضعف في مراقبة العلامات الحيوية وتقييم الألم عند استقبال الحوامل المهددات بالإجهاض.

لوحظ وجود انخفاض ملحوظ في مستوى تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية الشاملة المقدمة للحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في مدينة اللاذقية، وبالتالي هناك ضرورة لوضع وتطبيق دليل إرشادي تمريضي موحّد مبني على الدليل العلمي لرعاية السيدات الحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة، وتنظيم برامج تدريبية دورية للقابلات.

الكلمات المفتاحية: التهديد بالإجهاض، إجراءات الرعاية، القابلات.

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

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

Nursing Care Procedures Provided to Pregnant Women at Risk of Miscarriage in Public Hospitals in LatakiaAbstract

* Sally Zeid ** Dr. Issa Dona

(Received:10 November 2026 , Accepted: 29 March 2026)

Abstract:

Abortion-related mortality worldwide is considered a leading cause of maternal deaths.

Objective To evaluate the nursing care procedures provided to women with threatened abortion in public hospitals in Latakia.

Materials and Methods: A descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted on a convenience sample of 55 midwives working at Latakia University Hospital and the Maternity Hospital. Data were collected using a two-part tool: (1) demographic and professional characteristics, and (2) an observational checklist assessing nursing care procedures provided to women with threatened abortion. The study was carried out between June 2025 and October 2025

The findings revealed a noticeable decline in the level of implementation of comprehensive nursing care procedures provided to women with threatened abortion. Effective communication and health education were the weakest areas of practice compared to technical and emergency procedures. The pre-abortion health education domain recorded the lowest level of implementation. Privacy and confidentiality were not adequately ensured during care provision. In addition, there were deficiencies in monitoring vital signs and assessing pain upon admission of women with threatened abortion.

A significant decline was observed in the level of implementation of comprehensive nursing care procedures provided to women with threatened abortion in public hospitals in Latakia. Therefore, there is a need to develop and implement a unified, evidence-based nursing guideline for the care of women with threatened abortion in public hospitals, as well as to organize regular training programs for midwives.

Key words: Keywords: Threatened miscarriage, care procedures, midwives.

*Postgraduate student (PhD) – Department of Maternal and Women's Health Nursing – Faculty of Nursing – Latakia University – Latakia – Syria.

**Professor – Department of Maternal and Women's Health Nursing – Faculty of Nursing – Latakia University – Latakia – Syria.

1- المقدمة:

يحدث الحمل لدى (150) مليون سيدة في البلدان النامية كل عام، ويموت ما يقدر بـ (500 ألف) منهن لأسباب تتعلق بالحمل والولادة، وتحدث وفاة حوالي (830) سيدة يومياً بسبب مضاعفات الحمل والولادة في العالم، (95%) من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. [1] حيث سجلت أفريقيا (69%) من وفيات الحوامل وجنوب آسيا حوالي (16%) منها. تفتقر معظم السيدات إلى إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الحديثة وهذا يزيد من حجم الوفيات الناجمة عن مشاكل يمكن الوقاية منها من خلال تقديم الرعاية الصحية المناسبة من قبل القابلات، والممرضات، والأطباء. [2]

تعد الوفيات المرتبطة بالإجهاض على الصعيد العالمي السبب الرئيسي لوفيات السيدات، في الفترة بين 2010 و 2014، حيث انتهت (25%) من حالات الحمل بالإجهاض، ويقدر معدل الإجهاض العالمي ب 35 حالة إجهاض لكل (1000) سيدة في سن الإنجاب كل عام، وأيضاً أظهرت إحدى الدراسات الأمريكية أنه بالرغم من العدد المرتفع للوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فإن نسبة الوفيات النفاسية التي تعزى إلى الإجهاض هي الأعلى في أوروبا وجنوب أمريكا اللاتينية وأن الدول التي تفرض قيوداً أكبر على الإجهاض لديها معدلات وفيات أعلى بين السيدات من تلك التي لديها قوانين ورعاية أكثر حماية للإجهاض حيث تكون السيدات في الدول ذات القوانين الأكثر تقييداً أقل قدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية وخدمات الإجهاض الأمن.[3،4]

يعرّف الإجهاض طبياً بأنه فقدان الحمل قبل 24 أسبوعًا من عمر الحمل، تشمل أنواع الإجهاض: التلقائي (العفوي)، الإجهاض المهدد، الإجهاض غير الكامل، الإجهاض الكامل، والإجهاض الإنتاني، والإجهاض الفائت أو المنسي، يتم تعريف الإجهاض المهدد بأنه نزيف مهبلي قبل 24 أسبوعًا من عمر الحمل، دون مرور منتجات الحمل ودون دليل على وفاة الجنين. [5] تم تعريفه من قبل منظمة الصحة العالمية World Health Organization(WHO) بأنه الإفرازات المهبلية الدموية المرتبطة بالحمل أو النزيف خلال النصف الأول من الحمل، ما يقرب من (25%) من النساء الحوامل يعانين من درجة معينة من النزيف المهبلي خلال الثلث الأول من الحمل، وحوالي (50%) منهن يفقدن الحمل، بينما في الكثير من الحالات تتتابع الحامل الحمل عند تقديم العناية اللازمة بالشكل الصحيح وعادة ما يكون النزيف أثناء الإجهاض المهدد خفيفاً إلى متوسط قد يظهر ألم البطن على شكل تشنجات متقطعة، أو ألم فوق العانة، أو ضغط على الحوض، أو آلام أسفل الظهر.[6-9]

تُعد القابلات من الركائز الأساسية في منظومة رعاية صحة الأم، فهنّ في موقع أساسي في الكشف المبكر عن حالات التهديد بالإجهاض وتقديم رعاية شاملة ومستمرة تهدف إلى تحسين نتاج الحمل وتقليل المضاعفات. ويتطلب دور القابلة في هذه الحالات مزيجاً من المهارات السريرية، التواصلية، والتثقيفية، إضافة إلى الدعم النفسي والاجتماعي للسيدة وأسرتها. [10] ويُعد التواصل الفعال من العناصر الجوهرية في رعاية الحامل المهددة بالإجهاض، حيث تسهم القابلة في تخفيف القلق والخوف من خلال الاستماع الفعّال، شرح الحالة والإجراءات المتبعة بلغة بسيطة، وتشجيع السيدة على طرح الأسئلة. ويساعد هذا النهج في تعزيز شعور السيدة بالأمان والرضا عن الرعاية المقدمة، وهو ما يرتبط إيجابياً بالالتزام بالعلاج والمتابعة الطبية. [11،12]

كما يُعد التقييم الأولي الدقيق من أهم مسؤوليات القابلة عند استقبال السيدة المهددة بالإجهاض، ويشمل جمع التاريخ الصحي والحملي، تقييم شدة النزف المهبلي، طبيعة الألم، ومراقبة العلامات الحيوية. ويسهم هذا التقييم في التعرف المبكر على علامات التدهور مثل النزف الغزير أو الصدمة، مما يسمح بالتدخل السريع وتحويل الحالة للطبيب المختص عند الحاجة. [13] لذلك تلعب القابلة دوراً محورياً في تقديم العناية الإسعافية الفورية، بما في ذلك الحفاظ على استقرار العلامات الحيوية، مراقبة كمية النزف، تقييم الألم بشكل منتظم، وتحضير السيدة للفحوص التشخيصية مثل الموجات فوق الصوتية والتحاليل المخبرية. وقد أكدت الأدبيات أن المتابعة التمريضية الدقيقة تقلل من خطر المضاعفات وتحسن فرص استمرار الحمل في بعض الحالات. [14]

تتحمل القابلة مسؤولية ضمان الخصوصية والسرية أثناء الفحص والمقابلة، واحترام كرامة السيدة وحقوقها، خاصة في الحالات الحساسة مثل التهديد بالإجهاض. وتؤكد المواثيق المهنية أن توفير بيئة آمنة ومحترمة يُعد جزءاً أساسياً من جودة الرعاية التوليدية. [16]

إضافة لذلك يشمل الدور التثقيفي للقابلة توعية السيدة حول طبيعة التهديد بالإجهاض، العلامات التحذيرية التي تستوجب مراجعة فورية، أهمية الراحة، تجنب المجهود الزائد، والالتزام بالعلاج الموصوف. كما يشمل التثقيف حول أنماط الحياة الصحية مثل التغذية السليمة، الامتناع عن التدخين، والالتزام بالمراجعات الدورية، لما لها من دور في تقليل عوامل الخطورة المرتبطة بالإجهاض. [17]

تُعد التجربة النفسية للتهديد بالإجهاض تجربة مرهقة، وقد تعاني السيدة من القلق والخوف من فقدان الحمل. وهنا يبرز دور القابلة في تقديم الدعم النفسي، الاعتراف بمشاعر السيدة، إشراك الأسرة عند الحاجة، وإحالتها إلى خدمات الدعم النفسي المتخصصة إذا لزم الأمر. وقد أظهرت الدراسات أن الدعم النفسي التمريضي يقلل من مستويات القلق والاكتئاب المرتبطة بمضاعفات الحمل المبكر ومنها التهديد بالإجهاض.[18]

أخيراً، تلعب القابلة دوراً تنسيقياً مهماً ضمن الفريق الصحي متعدد التخصصات، من خلال نقل المعلومات الدقيقة للطبيب، متابعة الخطة العلاجية، وضمان استمرارية الرعاية. ويُعد هذا التنسيق ضرورياً لضمان سلامة السيدة وتحقيق أفضل النتائج الممكنة للحمل.[19]

أجريت العديد من الدراسات في هذا السياق حيث أجرى (Fleuren M et al,2020) وزملاؤه دراسة استطلاعية على 56 قابلة في هولندا لتحديد مدى التزامهن بالتوصيات الوطنية حول رعاية السيدات المهددات بالإجهاض في الممارسة العامة. أظهرت النتائج أن بعض التوصيات (مثل الفحص البدني والمتابعة والاستشارات) لم تُطبق بشكل ثابت، ويرجع ذلك جزئياً إلى نقد القابلات لهذه التوصيات ونقص المعرفة أو المهارات في بعض الحالات.[12]

كما أجرى (Nash M et al,2018) وزملاؤها دراسة حول رعاية القابلات للسيدات اللواتي يعانين من فقدان الحمل المبكر في مستشفى نسائي في أيرلندا. استُخدم تصميم نوعي لوصف تجارب القابلات، وأظهرت الدراسة تأثيراً نفسياً ومهنياً على القابلات أثناء تقديم الرعاية، وضرورة التدريب والدعم المتخصص لهن لتعزيز جودة الرعاية. [14] كذلك أجريت دراسة نوعية أخرى استخدمت منهجية الظاهرة لتحليل تجارب القابلات في رعاية الآباء الذين مرّوا بخسارة حمل لا إرادية، وأبرزت الحاجة إلى معرفة أوسع في الاتصال ودعم الحزن وكيفية التعامل مع عدم الراحة النفسية أثناء تقديم الرعاية. [15]

و أجرى (Fernández S et al,2020) وزملاؤها تحليلاً تجميعياً لـ10 دراسات من 5 دول يوضح تجارب الممرضات والقابلات في التعامل مع فقدان الحمل. أبرز هذا التحليل أن الرعاية في مثل هذه الحالات تتطلب مهارات نفسية وعاطفية قوية، وأن مزود الرعاية (بما في ذلك القابلات) غالباً ما يشعر بعدم الجاهزية الكافية في دعم السيدات نفسياً خلال أو بعد فقدان الحمل. [17]

أهمية البحث:

يُعد دور القابلات في العناية بالحامل المهددة بالإجهاض دوراً شاملاً يتجاوز حدود الإجراءات السريرية ليشمل التقييم المبكر، العناية الإسعافية، التواصل العلاجي، التثقيف الصحي، والدعم النفسي. ويسهم تعزيز هذا الدور من خلال التدريب المستمر وتطبيق الأدلة الإرشادية المبنية على البرهان في تحسين جودة الرعاية وتقليل معدلات الإجهاض غير المتجنب.

على الرغم من الأهمية الكبيرة للعناية الخاصة بالسيدة الحامل المهددة بالإجهاض، تشير العديد من الدراسات إلى وجود تفاوت في مستوى تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية، مع تركيز أكبر على الجوانب التقنية مقابل إهمال الجوانب التثقيفية والنفسية. [2] ويبرز ذلك الحاجة إلى تقييم مستوى وجودة الرعاية المقدمة من أجل تطوير أدلة إرشادية مبنية على الدليل العلمي، تسهم في تحسين الممارسات التمريضية والقبالية وتعزيز صحة الأم والجنين. كما يمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تشكل قاعدة بيانات

توجه العاملين في القطاع الصحي حول ضرورة وجود دليل معلوماتي وإرشادي شامل يساعد في توجيه عمل القابلات والممرضات في قسم النسائية أو التوليد ويمكن استخدام نتائجه في أبحاث أخرى مستقبلية.

17.هدف البحث:

تقييم إجراءات الرعاية التمريضية المقدمة للسيدات الحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في اللاذقية.

18.سؤال الدراسة (السؤال البحثي) Study question

ما هو مستوى إجراءات الرعاية التمريضية المقدمة للسيدات الحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في مدينة اللاذقية؟

19.مواد وطرائق البحث:

أولاً: مواد البحث:

تصميم البحث: تم استخدام دراسة وصفية كمية مستعرضة.

مكان البحث: أجريت هذه الدراسة في قسم الأمراض النسائية في مشفى اللاذقية الجامعي، وقسم الإقامة والاسعاف والأمراض النسائية في مشفى التوليد في اللاذقية.

زمان البحث: تم جمع بيانات الدراسة خلال الفترة الممتدة من 2025/6/1 لغاية 2025/10/30

عينة البحث: تم اختيار عينة ملائمة شملت 55 قابلة من العاملات في المشفيين والمتواجدات أثناء فترة جمع البيانات.

أداة البحث:

تم استخدام أداة تكونت من جزأين قامت الباحثة بتطويرها بناءً على مراجعة الأدبيات السابقة.[4،5،7-9]

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية والمهنية للقابلات (العمر، مكان العمل، عدد سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية).

الجزء الثاني: استمارة ملاحظة إجراءات الرعاية التمريضية: تتألف من 3 استمارات لتقييم: الاتصال والتواصل، الخصوصية والسرية، العناية الإسعافية عند الوصول للمشفى، والتثقيف قبل الإجهاض.

كيفية حساب نسبة الإجراءات المطبقة

كل جدول يعرض ثلاثة خيارات اجابة: مطبق – غير مطبق – مطبق جزئياً ولكل خيار يوجد تكرارية ونسبة مئوية (%)

صيغة حساب النسبة المئوية لكل بند: (عدد الاستجابات) / (اجمالي العينة) * 100

نسبة التطبيق الكلية لكل محور =

[مجموع (مطبق جزئياً + مطبق)/(حجم العينة * اجمالي الاجراءات في الجدول)]* 100

ثم يتم الحكم على مستوى التطبيق لكل محور وفق المعيار التالي:

- جيد إذا كانت نسبة تطبيق التداخلات > 75%
- متوسط إذا كانت نسبة تطبيق التداخلات بين 50– 75 %
- منخفض إذا كانت نسبة تطبيق التداخلات أقل من 50%

ثانياً: طرائق البحث:

10.تم الحصول على الموافقة من إدارة كلية التمريض وإدارة مستشفى اللاذقية الجامعي ومستشفى التوليد لإجراء الدراسة.

11.قامت الباحثة بإعداد أداة الدراسة بعد الاطلاع على المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع الدراسة ثم قامت بعرضه على ثلاثة من أعضاء الهيئة التدريسية في اختصاص التوليد وصحة المرأة للتأكد من مصداقية المحتوى وملاءمته لتحقيق هدف الدراسة.

12.تم اجراء دراسة دليلية على (5 قابلات) تم اختيارهن من مجتمع الدراسة وتم استبعادهن من عينة الدراسة ولم تحتاج الأداة لأية تعديلات.

13.تم حساب معامل ثبات الأداة ألفا كرونباخ وبلغ (0.93)

14.تم اختيار القابلات بشكل ملائم غير عشوائي من العاملات في المشفيين المذكورين أعلاه، تم أخذ الموافقة على المشاركة منهن بعد التعريف بهدف الدراسة والتأكيد على خصوصية المعلومات والحق في رفض المشاركة.

15.تم جمع البيانات بطريقة الملاحظة العلنية حيث قامت الباحثة بملاحظة كل قابلة خلال عملها مع السيدة المهددة بالإجهاض، تراوح زمن ملء استمارة الملاحظة للإجراء الواحد بين 3–10 دقائق، وقد كانت عدة قابلات يتبادلن العمل مع نفس السيدة خلال فترة وجودها في المشفى.

16.تم جمع البيانات وترميزها وتحليلها باستخدام برنامج (SPSS v25) وعرضها ضمن جداول وفق هدف الدراسة.

17.تم استخدام الإحصاء الوصفي: التكرارية والنسب المئوية ومعادلات حساب نسبة الإجراءات المطبقة.

20.النتائج:

الجدول رقم (1): توزع القابلات وفق البيانات الديموغرافية والمهنية

المتغير	الفئات	العدد = 55	%
مكان العمل	التوليد والأطفال	31	56.36
	اللاذقية الجامعي	24	43.64
العمر بالسنوات	20 – 29	10	18.2
	30 – 39	20	36.4
	40 – 49	14	25.5
	50 – 59	11	20.0
عدد سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	4	7.27
	5–أقل من 10 سنوات	8	14.55
	10–أقل من 15 سنة	11	20.00
	15–أقل من 20 سنة	13	23.64
	20–أقل من 25 سنة	4	7.27
	25–أقل من 30سنة	9	16.36
	30 أو أكثر سنة	6	10.91

يوضح الجدول رقم 1، توزع القابلات وفق البيانات الديموغرافية والمهنية ويبين أن النسبة الأعلى منهن 56.36% من العاملات في مشفى التوليد والأطفال، أعمار 36.4% منهن بين (30–39 سنة)، ولدى النسبة الأعلى منهن 23.64% خبرة بين (15 وأقل من 20 سنة).

الجدول رقم 2: توزع تطبيق القابلات لإجراءات التواصل الفعال مع الحامل والاستجابة لرغباتهن واحتياجاتهن عند التهديد بالإجهاض

ت	الاجراء	مطبق		غير مطبق		مطبق جزئياً	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
1	الترحيب بالسيدة ومرافقيها	**27**	**49.09**	21	38.18	7	12.73
2	التعريف عن النفس	6	10.91	**32**	**58.18**	17	30.91
3	إظهار اللطف والمودة عند التعامل مع السيدة	**29**	**52.73**	14	25.45	12	21.82
4	استخدام لغة بسيطة وسهلة	**45**	**81.82**	7	12.73	3	5.45
5	تشجيع المرأة على طرح الأسئلة وتقديم المعلومات للسيدة المتعلقة باحتياجاتها	4	7.27	**42**	**76.36**	9	16.36
6	اظهار التعاطف واللطف تجاه كل سيدة في الرعاية	21	38.18	**32**	**58.18**	2	3.64
7. قبل اجراء أي فحص	استئذان السيدة وشرح الإجراء لها	1	1.82	**37**	**67.27**	17	30.91
	تقديم المعلومات الأكثر أهمية بما فيها المعلومات عن الفحوص المخبرية الروتينية والعلاجات	**31**	**56.36**	22	40.00	2	3.64
	التحقق من أن السيدة يمكنها التعرف على العلامات الاسعافية.	4	7.27	**46**	**83.64**	5	9.09
	التحقق من استيعابها كل هذه المعلومات بأن تطلبي شرح وتوضيح ما سمعته منك من تعليمات.	2	3.64	**49**	**89.09**	4	7.27
الإجمالي		17	30.91	**30**	**54.55**	8	14.55

يوضح الجدول رقم 2، توزع تطبيق القابلات لإجراءات التواصل الفعال مع الحوامل والاستجابة لرغباتهن واحتياجاتهن عند التهديد بالإجهاض، ويُظهر الجدول قصوراً كبيراً في مهارات التواصل، خاصة في التعريف بالنفس (58.18% غير مطبق)، وشرح الإجراءات (67.27% غير مطبق)، وتشجيع الأسئلة (76.36% غير مطبق)، والتحقق من فهم السيدة (89.09%). يبين الجدول أن لدى أكثر من نصف القابلات (54.55%) تواصل غير مطبق يمكن ان يؤثر بشكل مباشر على شعور السيدة بالأمان ورضاها عن الرعاية، وقد ينعكس سلباً على نتائج الحمل.

الجدول رقم 3: توزع تطبيق القابلات لإجراءات الخصوصية والسرية خلال رعاية الحامل المهددة بالإجهاض

ت	الرعاية العدد =55	مطبق		غير مطبق		مطبق جزئياً	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
2	التأكد من خصوصية مكان الفحص والمقابلة.	20	36.36	**29**	**52.73**	6	10.91
3	التأكد من حصولك على موافقة السيدة قبل مناقشة أي أمر كان مع زوجها وأسرتها.	16	29.09	**33**	**60.00**	6	10.91
4	عدم مناقشة المعلومات السرية للسيدات مع مقدمي الرعاية الآخرين أو خارج المرفق الصحي	18	32.73	**33**	**60.00**	4	7.27
5	تنظيم منطقة الفحص بحيث تكون السيدة أثناء الفحص بعيدة عن أنظار الأخرين (باستخدام الستائر والحواجز)	16	29.09	**32**	**58.18**	7	12.73
6	التأكد من أن تبقى السجلات سرية ومحفوظة جيداً	**35**	63.64	18	32.73	2	3.64
7	تحديد الأشخاص المسموح لهم الاطلاع على السجلات.	**35**	63.64	15	27.27	5	9.09
الإجمالي		23	41.82	**27**	**49.09**	5	9.09

يوضح الجدول رقم 3 توزع تطبيق القابلات لإجراءات الخصوصية والسرية خلال رعاية الحامل المهددة بالإجهاض، وتبيّن أن الخصوصية غير مضمونة في العديد من الخطوات، وخاصة أثناء الفحص (52.73 غير مطبق) وفي مشاركة المعلومات مع الآخرين (60% غير مطبق). بالمجمل حوالي نصف القابلات (49.09%) لا يطبقن إجراءات الخصوصية والسرية في التعامل مع الحامل المهددة بالإجهاض، مما يشير إلى حاجة ملحّة لتحسين البيئة التنظيمية وضمان توفير الخصوصية التي تُعد حقاً أساسياً للمريضة.

الجدول رقم 4: توزع تطبيق القابلات لإجراءات العناية الاسعافية بالحوامل عند الوصول إلى المشفى بحالة تهديد بالإجهاض

ت	الاجراء	مطبق		غير مطبق		مطبق جزئياً	
	العدد = 55	العدد	%	العدد	%	العدد	%
1	غسل اليدين	31	56.37	20	36.36	4	7.27
2	تحضير الأدوات	31	56.37	12	21.83	11	20
3	الباس السيدة اللباس الخاص بالمشفى	50	90.91	1	1.82	4	7.27
5	مراقبة الضغط	**27**	**49.09**	24	43.64	4	7.27
6	مراقبة الحرارة	17	30.91	**34**	**61.82**	4	7.27
7	مراقبة التنفس	14	25.46	**37**	**67.27**	4	7.27
8	مراقبة النبض	17	30.91	**34**	**61.82**	4	7.27
9	الألم	4	7.28	**47**	**85.45**	4	7.27
10	النزف: (المدة–اللون– الكمية)	31	56.36	1	1.82	23	41.82
11	المعلومات المقدمة: نزف خفيف	9	16.37	31	56.36	15	27.27
12	المعلومات المقدمة: نزف غزير	37	67.27	1	1.82	17	30.91
13	مراقبة علامات الصدمة	22	40.00	12	21.82	21	38.18
14	اجراء الفحوص المتممة – الموجات فوق الصوتية– إعطاء الأدوية.	50	90.91	1	1.82	4	7.27
الإجمالي		**26**	47.28	20	36.36	9	16.36

يوضح الجدول رقم 4، توزع تطبيق القابلات لإجراءات العناية الاسعافية بالحوامل عند الوصول إلى المشفى بحالة تهديد بالإجهاض، حيث يلاحظ ضعفاً واضحاً في مراقبة العلامات الحيوية والألم (61.82% غير مطبق مراقبة الحرارة، 67.27% غير مطبق مراقبة التنفس، 61.82% غير مطبق مراقبة النبض، و85.45% غير مطبق مراقبة الألم). رغم أهميتها في الكشف المبكر عن النزف أو تطور الحالة نحو الإجهاض. يشير ذلك إلى وجود فجوة في الإجراءات الإسعافية الأولية التي يجب أن تنفَّذ فور وصول السيدة.

الجدول رقم 5: توزع تطبيق القابلات لتثقيف الحوامل قبل الإجهاض

ت	الاجراء	مطبق		غير مطبق		مطبق جزئياً	
	العدد= 55	العدد	%	العدد	%	العدد	%
15	القيام بتقديم معلومات دقيقة حول التهديد بالإجهاض وأسبابه والعوامل المساهمة فيه وعلاماته والاختبارات التشخيصية. يجب أن تتاح للسيدة الفرصة للإجابة على أي أسئلة بما يرضيه التدخل	0	0	**37**	**67.27**	7	12.73
16	القيام بتقديم معلومات على أساس فردي.	0	0	**33**	**60.00**	11	20.00
17	القيام بشرح ما الذي قد تتعرض له أثناء عملية الإجهاض وبعدها، ومدة إقامتها بالمشفى والمدة التي قد يستغرقها الإجراء العملية والتعافي	2	5.13	**33**	**60.00**	9	16.36
18	القيام بشرح متى يمكن استئناف الأنشطة العادية بما في ذلك الاتصال الجنسي.	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
19	تفهّم الاجراء والمخاطر المرتبطة به والمضاعفات المحتملة.	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
20	التأكد من إتاحة الفرصة لطرح الاسئلة حول الإجهاض	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
21	التأكد من إعطاء معلومات حول الرعاية اللاحقة ووسائل منع الحمل المتاحة	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
22	القيام بتقديم معلومات حول التخدير	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
23	سؤال السيدة في حال تم استخدام وسيلة منع حمل سابقاً	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
24	سؤال السيدة في حال ترغب باستخدام وسيلة منع حمل بعد الإجهاض	0	0	**42**	**76.36**	2	3.64
الإجمالي		0	0	**40**	**72.73**	5	9.09

يوضح الجدول رقم 5، توزع تطبيق القابلات لتثقيف الحوامل قبل الإجهاض، حيث يلاحظ ضعفاً واضحاً جميع جوانب التثقيف (67.27% غير مطبق التثقيف حول العوامل المساهمة بالإجهاض، 60% غير مطبق التثقيف الفردي أو إجراءات ما بعد الإجهاض)، بالمجمل حوالي ثلاثة أرباع القابلات لا يطبقن التثقيف للحامل المهددة بالإجهاض.

الجدول رقم (6): نسب تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية للسيدات المهددات بالإجهاض في مرحلة ما قبل الاجهاض

المحور	نسبة التطبيق الكلية%
1. الاتصال والتواصل	45.60%
2. الخصوصية والسرية	52.67%
3. العناية الإسعافية عند الوصول للمشفى	61.57%
4. التثقيف قبل الإجهاض	5.90%

نسبة التطبيق الكلية لكل محور =

$$\frac{\text{مجموع (مطبق + جزئياً مطبق)}}{\text{اجمالي الاجراءات في الجدول * حجم العينة}} * 100$$

يوضح الجدول رقم 6، نسب تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية للحوامل المهددات بالإجهاض حيث يلاحظ أن نسبة تطبيق التواصل الفعال منخفضة أقل من 50%، والخصوصية متوسطة 52.67%، كما أن تطبيق العناية الاسعافية متوسطاً 61.57%، أما التثقيف قبل الإجهاض فهو منخفض جداً 5.90%.

21. المناقشة:

يُعد دور القابلات في العناية بالحامل المهددة بالإجهاض دوراً شاملاً يتجاوز حدود الإجراءات السريرية ليشمل التقييم المبكر، العناية الإسعافية، التواصل العلاجي، التثقيف الصحي، والدعم النفسي. ويسهم تعزيز هذا الدور من خلال التدريب المستمر وتطبيق الأدلة الإرشادية المبنية على البرهان في تحسين جودة الرعاية وتقليل معدلات الإجهاض غير المتجنب.[5] هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم مستوى تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية المقدمة للحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في مدينة اللاذقية، وقد أظهرت النتائج وجود تفاوت واضح في مستوى تطبيق محاور الرعاية المختلفة، مع انخفاض ملحوظ في الجوانب التواصلية والتثقيفية والنفسية، مقابل تطبيق أفضل نسبياً للإجراءات الإسعافية.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن غالبية القابلات يعملن في مشفى التوليد والأطفال، وأن النسبة الأكبر تقع ضمن الفئة العمرية (30–39 سنة)، مع سنوات خبرة تراوحت غالبًا بين 15 وأقل من 20 سنة. ويُفترض نظريًا أن تسهم هذه الخبرة المهنية في تحسين جودة الرعاية المقدمة، إلا أن النتائج اللاحقة أظهرت أن سنوات الخبرة وحدها لا تضمن جودة الرعاية الشاملة، خاصة في الجوانب غير التقنية، وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه دراسات سابقة بأن غياب التدريب المستمر والإرشادات المعيارية قد يحدّ من الاستفادة الفعلية من الخبرة المهنية.[20,21]

من جهة أخرى أظهرت نتائج هذه الدراسة أن مستوى تطبيق إجراءات التواصل الفعّال كان منخفضاً (45.60%)، حيث لوحظ قصور واضح في التعريف بالنفس، استئذان السيدة قبل الفحص، وتشجيعها على طرح الأسئلة، والتحقق من فهمها للمعلومات المقدمة. ويُعد التواصل عنصرًا أساسيًا في رعاية الحوامل المهددات بالإجهاض، لما له من دور في تخفيف القلق وتعزيز الثقة بين السيدة ومقدم الرعاية.

تتفق هذه النتائج مع دراسة (Fleuren M et al,2020) التي أشارت إلى أن الالتزام بإجراءات التواصل غالبًا ما يكون أقل من المتوقع في الممارسة السريرية، خاصة في البيئات المزدحمة.[12]، كما أكدت (Simard S et al,2009) و (Mehnert A et al,2015) أن ضعف التواصل قد يؤدي إلى انخفاض رضى المريضات وزيادة التوتر النفسي، ما قد ينعكس سلبًا على استمرارية الحمل [16،18].

كما بيّنت أن مستوى تطبيق إجراءات الخصوصية والسرية كان متوسطًا، مع ضعف واضح في ضمان الخصوصية أثناء الفحص ومناقشة المعلومات الصحية مع الأسرة دون الحصول على موافقة السيدة. وتُعد الخصوصية والسرية من الحقوق الأساسية للمريضات، خصوصًا في الحالات الحساسة مثل التهديد بالإجهاض.

وتنسجم هذه النتائج مع ما ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية عام (2016) التي تؤكد أن غياب البيئة الداعمة والخصوصية يؤثر سلبًا على جودة الرعاية التوليدية ويحدّ من لجوء النساء إلى الخدمات الصحية عند الحاجة. [13]. كما أظهرت دراسة (Nash & Barry,2018) أن احترام الخصوصية يسهم في تحسين التجربة النفسية للسيدات خلال فقدان أو تهديد الحمل.[14]

و أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق إجراءات العناية الإسعافية كان متوسطًا ، حيث لوحظ ضعف في مراقبة العلامات الحيوية وتقييم الألم، رغم أهميتها في الكشف المبكر عن النزف أو تطور الحالة نحو الإجهاض الحتمي. ويُعد تقييم الحالة العامة ومراقبة العلامات الحيوية حجر الأساس في التدخل الإسعافي الأولي. تتفق هذه النتائج مع ما ذكرته (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,2019) إلى أن التركيز غالبًا ما يكون على الإجراءات التشخيصية والعلاجية، مثل الموجات فوق الصوتية وإعطاء الأدوية، مقابل إهمال التقييم التمريضي الشامل [11]. وقد أكدت الأدلة الإرشادية (NICE,2021) أن الإهمال المبكر لمراقبة الألم والنزف قد يؤدي إلى تأخر التدخل الطبي المناسب.[20]

سجّل محور التثقيف الصحي قبل الإجهاض أدنى نسبة تطبيق، حيث غابت بشكل شبه كامل المعلومات المتعلقة بطبيعة التهديد بالإجهاض، الرعاية اللاحقة، استئناف الأنشطة، ووسائل منع الحمل. ويُعد هذا القصور من أخطر نتائج الدراسة، نظرًا لأهمية التثقيف في تمكين السيدة من اتخاذ قرارات صحية واعية. تتوافق هذه النتائج مع تحليل Fernández S et al,2020) الذي أظهر أن الممرضات والقابلات غالبًا ما يشعرن بعدم الجاهزية لتقديم الدعم والتثقيف النفسي والمعرفي في حالات فقدان أو تهديد الحمل.[17] كما أكدت دراسات (Storey et al,2020) و(Mohammed et al,2022) أن نقص التثقيف يزيد من القلق والخوف ويؤثر سلبًا على التزام السيدة بالتعليمات العلاجية. [21,22]

أخيراً، تُظهر النتائج الإجمالية للدراسة وجود تباين واضح بين الجوانب التقنية والإنسانية للرعاية، حيث ارتفعت نسب تطبيق الإجراءات التقنية مقابل انخفاض كبير في التواصل والتثقيف. ويشير ذلك إلى نموذج رعاية يركز على الجوانب الإجرائية على حساب الرعاية الشمولية المرتكزة على احتياجات السيدة الجسدية والنفسية، وهو ما يستدعي تعزيز تطبيق الرعاية المبنية على الدليل العلمي وتطوير برامج تدريبية موجهة للقابلات والممرضات.

22. **الاستنتاجات:** أظهرت نتائج الدراسة الحالية:

- وجود انخفاض ملحوظ في مستوى تطبيق إجراءات الرعاية التمريضية الشاملة المقدمة للحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة في مدينة اللاذقية.
- أن إجراءات التواصل الفعّال والتثقيف الصحي كانت الأضعف من حيث التطبيق، مقارنة بالإجراءات التقنية والإسعافية.
- تسجيل محور التثقيف الصحي قبل الإجهاض أدنى نسبة تطبيق، ما يشير إلى قصور واضح في تمكين السيدات من فهم حالتهن الصحية والتعامل معها بشكل صحيح.
- أن الخصوصية والسرية غير مضمونة بشكل كافٍ أثناء تقديم الرعاية، خاصة خلال الفحص ومناقشة المعلومات الصحية، وهو ما يتعارض مع مبادئ جودة الرعاية وحقوق المريضات.
- وجود ضعف في مراقبة العلامات الحيوية وتقييم الألم عند استقبال السيدات المهددات بالإجهاض، رغم أهميتها في التقييم الأولي والكشف المبكر عن المضاعفات.

- أنه لم تنعكس سنوات الخبرة المهنية للقابلات بشكل إيجابي على مستوى تطبيق الرعاية التمريضية الشاملة، مما يدل على الحاجة إلى التدريب المستمر والتوجيه المهني.

وجود تباين واضح بين الجوانب التقنية والإنسانية للرعاية التمريضية، مع تركيز أكبر على الإجراءات الإجرائية مقابل إهمال الجوانب التوعوية والتواصلية.

23. محددات الدراسة: صعوبة تعميم النتائج بسبب صغر حجم العينة.

24. التوصيات:

1. ضرورة وضع وتطبيق دليل إرشادي تمريضي موحّد مبني على الدليل العلمي لرعاية السيدات الحوامل المهددات بالإجهاض في المشافي العامة.
2. تنظيم برامج تدريبية دورية للقابلات والممرضات تركز على مهارات التواصل الفعّال، التثقيف الصحي، إلى جانب المهارات السريرية.
3. تعزيز ثقافة احترام الخصوصية والسرية داخل أقسام النسائية والتوليد، وتوفير بيئة تنظيمية داعمة تضمن كرامة السيدة وحقوقها.
4. التأكيد على أهمية التقييم التمريضي الشامل عند الوصول للمشفى، وخاصة مراقبة العلامات الحيوية وتقييم الألم والنزف بشكل منتظم.
5. إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر وفي مؤسسات صحية متعددة، بهدف تعميم النتائج وتقييم أثر تطبيق الأدلة الإرشادية على تحسين جودة الرعاية ونتائج الحمل.

25. المراجع:

24. Alipanahpour, S., Tayebi, N., Taheri, M., & Akbarzadeh, M. (2021). Causes of Different Types of Abortion in Women Referring To Educational and Medical Centers in Shiraz, Iran.
25. Yogi A, K C P., Neupane S.(2018). Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.18(1): 376.*
26. Hoyert D. Maternalmortality rates in the United States,2022
27. Kassebaum N.J., Bertozzi-Villa A., Coggeshall M.S.,et al.(2013). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology.(2018).ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.Nov;*132(5).

29. World Health Organization (2018). Medical management of abortion. World Health Organization. https://www.who.int/publications/b/3139

30. Karataşlı V., Kanmaz AG., İnan AH.,Budak A., Beyan E.(2019). Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *J GynecolObstet Hum Reprod*. 2019 May;48(5):347-350.

31. Goodarzi P., Falahzadeh K., Aghayan H., Payab M., Larijani B., Alavi-Moghadam S.,Tayanloo-Beik A., Adibi H., Gilany K., Arjmand B. (2019).Therapeutic abortion and ectopic pregnancy: alternative sources for fetal stem cell research and therapy in Iran as an Islamic country. *Cell Tissue Bank*.20(1):11-24.

32. Boiko VI., Nikitina IM., Babar TV., Boiko AV.(2018). The problem of miscarriage in multiple pregnancy. WiadLek. 2018;71(7):1195-1199.

33. Cunningham FG., Leveno KJ., Bloom SL, et al.(2018). Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill.

34. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Bleeding and pain in early pregnancy. London: RCOG; 2019.

35. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. Int J Qual Health Care. 2004 Apr;16(2):107-23. doi: 10.1093/intqhc/mzh030. PMID: 15051705

36. World Health Organization. (2016).Standards for improving quality of maternal and newborn care. Geneva: WHO; 2016.

37. Nash, M., Barry, M., & Bradshaw, C. (2018). Midwives' experiences of caring for women with early pregnancy loss in an Irish maternity hospital. British Journal of Midwifery, 26(12), 796-805. https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.12.796

38. Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, *66*, 127-133.

39. Mehnert A, Berg P, Henrich G, Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. Psychooncology. 2009 Dec;18(12):1273-80. doi: 10.1002/pon.1481. PMID: 19267364.

40. Fernández-Basanta S, Movilla-Fernández MJ, Coronado C, Llorente-García H, Bondas T. Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. Int J Environ Res Public Health. 2020 Feb 25;17(5):1486. doi: 10.3390/ijerph17051486. PMID: 32106591; PMCID: PMC7084405.

41. Zhu, C. S., Tan, T. C., Chen, H. Y., Malhotra, R., Allen, J. C., & Østbye, T. (2018). Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. Journal of affective disorders, 237, 1-9.

42. Khan, M. A. R., & Yildirim, M. (2024). The role of midwives in reducing maternal mortality. International Journal of Midwifery and Nursing Practice, 7(1), 14-17.

43. NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. London: NICE; 2021.

44. Storey A, White K, Treder K, Woodhams E, Bell S, Cannon R. (2020) First-Trimester Abortion Complications: Simulation Cases for OB/GYN Residents in Sepsis and Hemorrhage. MedEdPORTAL. Oct 16; 16:10995.

45. Mohammed, H. A. E. M., Abd-Elazim, H., & Kamel, H. H. (2022). Effectiveness of Implementing Evidence Based Practices Guideline on Nurses' Performance Regarding Caring of Aborted Women. *Minia Scientific Nursing Journal*, 11(1), 11-20