مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (5) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (5) 2011

# تأثير وضعية نصف الجلوس على زمن المرحلة الثانية للولادة عند الخروسات

**الدكتور عيسى عبود دونا***

**(تاريخ الإيداع 17 / 8 / 2011. قُبِل للنشر في 16 / 10 /2011 )**

## □ ملخّص □

إن تغيير الوضعيات وتبديلها خلال مراحل المخاض والولادة تقدم العديد من الفوائد منها ما ينعكس فائدة على الأم خلال المخاض إذ تعزز إحساس الراحة لديها وتقلل درجة الألم كما تدعم وتقوي قدرة السيدة على التحكم إذ إنه مجرد إحساس السيدة بقدرتها على القيام بعمل فعال يساعدها على الإحساس بأنها مازالت بحالة جيدة وبأنها لم تفقد تحكمها بنفسها. وخلف هذه الميزات الإيجابية فإن هناك فوائد للجنين، ولسير عملية الولادة لا تقلل أهميتها عن سابقاتها. إن الحركات الاهتزازية التي تقوم بها الأم كالمشي، وحركة تسلق الدرج ودفع الظهر وهز المنطقة الظهرية صعوداً وهبوطاً تساعد بشكل كبير في عملية المخاض والولادة. إن هذه الحركات ووضعية نصف الجلوس فضلاً تقلصات رحمية فعالة من حيث التكرار والشدة تساعد في إتمام عملية الولادة بأمان على قدر الإمكان. إن تأثير الجاذبية يساعد في تسريع عملية تدخل الجنين ونزوله نحو الأسفل باتجاه المخرج. كما أن وضعية نصف الجلوس تساعد في المحافظة على تدفق دموي جيد للجنين كما أن حدوث تناذر الأجوف السفلي المشاهد في الوضعية النسائية التقليدية يكون أقل حدوثاً. إن تغيير الوضعية إلى وضعية نصف الجلوس ينقص زمن المرحلة الثانية من الولادة. إن هذه الدراسة تقترح على ممرضات القبالة أن تشجع على وضعية نصف الجلوس خلال المرحلة الثانية من الولادة ومراحل الولادة المختلفة.

**الكلمات المفتاحية:** وضعية الجلوس، المرحلة الثانية من الولادة، وضعية نصف الجلوس

* **مدرس– تمريض الأمومة وصحة المرأة– كلية التمريض– جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.**

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (5) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (5) 2011

# Effect of Upright Position on the Duration of Second Stage of Labor Among Primigravidae

**Dr. Issa Abboud Dona***

**(Received 17 / 8 / 2011. Accepted 16 / 10 / 2011)**

## □ ABSTRACT □

Changing positions, and moving around during labor and birth, offers several benefits. Some are obvious to the mother in labor: increased comfort, reduced pain, distraction, and an enhanced sense of control. Merely having something active to do can relieve the sense of being overwhelmed and out of control. Beyond these advantages, there are equally important effects on the baby and on the progress of labor. Swaying motions such as walking, climbing stairs, lunging, and swaying back and forth are especially helpful with labor and delivery. Movement and upright positions can help with the frequency, length, and efficiency of contractions. The effects of gravity can help the baby move down more quickly. Changing positions to upright position helps to ensure a continuous oxygen supply to the fetus, rather than causing supine hypotension (low maternal blood pressure) by lying on your back or even semi-sitting. Changing position can reduce the length of labor. The study recommended that the midwives should encourage change labor's position through second stage and other different stages of delivery.

**Keywords**: Upright Position, Second Stage of Labour, Semi-Position

***Assistant Professor, Department of Maternity and Gynecological Nursing, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Lattakia, Syria.**

**مقدمة:**

تجربة الولادة من أهم وأروع التجارب التي تخوضها الأنثى في حياتها وفي نفس الوقت، فإنها كذلك تعد من التجارب التي تحمل في طياتها الكثير من المشاكل والاختلاطات التي تحدث سواء خلال الحمل أو أثناء عملية الولادة أو في مرحلة النفاس وقد تكون هذه الاختلاطات ذات تأثير بعيد المدى . لقد وجد أن خوض تجربة سلبية في الولادة الأولى يزيد من مخاطر حدوث الاكتئاب ما بعد الولادة مما يؤثر سلبا على توجهات الأم نحو الحمول المستقبلية وفي طريقة اختيار الأم لأسلوب الولادة في الحمول اللاحقة. [1]

غالبا ما تقبل السيدة الحامل في وحدة الولادة عند حدوث مجموعة من المعطيات لدى الأم الحامل تتماشى مع حدوث الدور الفعال من المخاض على سبيل المثال ( اتساع عنق رحم من 3-5 سم مع وجود تقلصات منتظمة) وهذه هي المرحلة الأولى من المخاض، وعند حدوث الاتساع التام لعنق الرحم تبدأ المرحلة الثانية من الولادة والتي يقدر زمنها الطبيعي بين 30 دقيقة عند الولودات إلى ساعتين عند الخروسات . وهناك العديد من العوامل التي قد تؤثر على هذا الزمن بشكل مهم منها وزن الأم ووزن الجنين والقطر بين العظمين الجداريين لرأس الجنين، وكذلك سعة حوض الأم ومقدار التحريض الدوائي للمخاض بالأوكسيتوسين فضلاً على عوامل أخرى.[2]

لقد بينت الأبحاث أن تغيير وضعية الولادة خلال مرحلة المخاض وفقاً لحالة المخاض والولادة يقدم العديد من الفوائد والتي تتضمن تعزيز الراحة وتقليل الألم وصرف الانتباه عن هذا الألم وتعزيز القدرة على التحكم بالذات وتقليل زمن الولادة كما أنها تساهم في اتساع عنق الرحم. كما أن لها تأثيرات إيجابية على الجنين وعلى تطور وسير عملية الولادة فهي تساعد على إحداث تغيير في شكل وحجم الحوض مما يساعد على تحريك الرأس ليأخذ الوضعية المناسبة، ويسهل عملية التدخل ودوران الرأس خلال المرحلة الثانية من الولادة كما أنها تحسن التقلصات الرحمية من حيث التواتر، والشدة، والفعالية. كما أن للجاذبية الأرضية تأثيراً على سرعة تدخل الجنين بالحوض الصغير، كما أن تغيير الوضعية يلعب دوراً مهماً في تحسين أكسجة الجنين خلال مرحلة الولادة كما أنها تقلل من زمن المخاض والولادة وتقليل اللجوء إلى التداخلات الجراحية.[3-4]

من الوضعيات التي يمكن استخدامها في المرحلة الثانية من المخاض هي وضعية نصف الجلوس مع وضع وسادات تحت ركب المريضة إذ يمكن للمريضة أثناء التقلص بلف الأذرع حول الركب مع سحب الركبتين باتجاه الكتفين وهذا الإجراء يلعب دورا في المساعدة على توسيع الحوض وتأمين ممر سلس عبر قناة الولادة وتأتي الجاذبية لتساعد في تحريك الجنين مع قوة تقلص الرحم باتجاه الأسفل مما يقصر زمن الولادة ويقلل العديد من الاختلاطات الكبيرة الناجمة عن تطاول زمن الولادة. [4]

ومن جهة أخرى هناك ضرر وحيد من هذه الوضعية هي تحدد حركة العصعص، ويكون هناك شد على منطقة العجان ولكن أقل من الوضعية النسائية التقليدية التي يجب تجنبها لمخاطرها الكثيرة التي تتضمن (الضغط الكبير على الأوعية الدموية الكبيرة كالأبهر البطني والأجوف السفلي ما يؤثر على تروية الجنين أثناء الولادة مما يعرضه لخطر نقص الأكسجة، كما أنها تلعب دوراً في حدوث الكثير من السحجات المهبلية وفي عنق الرحم ، كما أن الوضعية النسائية التقليدية تلغي فائدة الجاذبية الأرضية في عملية الولادة). [5]

هناك الكثير من المضاعفات التي قد تحدث خلال مراحل الولادة المختلفة، وخاصة خلال المرحلة الثانية من الولادة إذا لم يتم تدبير مراحل الولادة المختلفة بشكل منهجي وعلمي . وتقسم هذه المضاعفات إلى مضاعفات على الأم وتشمل: الألم – النزف – التعب – تألم الأم – ارتفاع مخاطر حدوث الإنتان في مرحلة النفاس- فشل البدء في

الرضاعة الطبيعة نتيجة إرهاق الأم . ومضاعفات تشمل الجنين ومنها تألم الجنين – تعرض الجنين لنقص الأكسجة وما يترتب عليه من مشاكل على التطور الروحي الحركي للطفل بعد الولادة – وارتفاع نسبة استخدام الوسائل المساعدة في الولادة كملقط الجنين والمحجم السويدي وما لاستخدامهما من مضاعفات – وكذلك تعرض الجنين للموت .[7–6]

ولهذا فإن الكثير من العوامل التي قد تساهم في تقليل زمن مراحل الولادة وخاصة المرحلة الثانية من الولادة يجب اللجوء إليها ومنها تغيير وضعية الولادة لما لها من تأثير على تقليل مخاطر الحمل والتجربة الأولى من الولادة وبما لها من انعكاسات على التجارب اللاحقة للحمل والولادة ومما لها من تأثير إيجابي على الجنين والمولود .

## أهمية البحث وأهدافه:

**أهمية البحث:**

تكمن أهمية البحث في تقليل سلبيات التجربة الأولى من الولادة، ومنها الألم والنزف وزمن الولادة كما أنها تساهم في تقليل مرض وموت الجنين والمحافظة على صحة الأم وسلامتها .

**الهدف من البحث:**

مقارنة الزمن اللازم للمرحلة الثانية من الولادة عند الخروسات في وضعية نصف الجلوس مع الزمن اللازم للمرحلة الثانية عند الخروسات في الوضعية النسائية التقليدية.

## فرضيات البحث:

هو أن الزمن اللازم للمرحلة الثانية أقل عند الخروسات في وضعية نصف الجلوس مقارنة مع الوضعية النسائية التقليدية.

- مكان البحث:

أجرى هذا البحث في مشفى الحكمة الجراحي في مدينة جبلة في الفترة الواقعة بين 1/5/2007 وحتى 8/9/2010

- العينة: أدخل في هذا البحث 297 سيدة خروساً وقد أجرى هذا البحث على 60 مريضة منهم فقط لعدم تجاوز باقي العينة لمتطلبات العينة أي أن 20.2 % من العينة الكلية هي التي تجاوزات متطلبات العينة

وهذه المتطلبات هي:

- خروس .
- العمر 25 – 20 سنة.
- وزنها قبل الحمل 55–60 كغ.
- الطول من 150– 160 سم.
- زيادة الوزن أثناء الحمل من 10– 12 كغ حصرا.
- لا يوجد أي مشكلة مرضية عند الحامل.
- سعة الحوض مناسبة للولادة الطبيعية.
- مجيء فمي نظامي أيسر.

- القطر بين العظمين الجداريين عند الجنين باستخدام الأمواج فوق الصوتية يتراوح بين 9.5– 10.5سم في الأسبوع 38 للحمل.
- زمن المرحلة الأولى من الولادة لم يتجاوز 16 ساعة.
- تقلصات الرحم هي 3 – 5 تقلصات خلال 10 دقائق وزمن كل تقلصة من 45–60 ثانية خلال المرحلة الثانية من الولادة.
- ليس هناك علامات تألم أم أو جنين.
- عدم استخدام أي وسيلة لمساعدة الجنين على الخروج.
- إجراء الخزع في مرحلة التتويج (crowning).
- لا يوجد أي تمزق في عنق الرحم أو المهبل.
- وزن حديث الولادة من 3000– 3500 غ حصرا.
- محيط رأس الوليد من 33.5– 35 سم.
- عدم وجود أي ورم دموي أو وذمة مصلية في رأس الوليد.
- تشكل كرة الأمان.

**الأدوات المستخدمة:**

- تم استخدام استمارة استبيان تحوي معلومات حول الصفات الشخصية للعينة مع جدول زمني يوضح المؤشرات الزمنية الخاصة للبحث في كل مرحلة من مراحله.
- ساعة توقيت .
- الأدوات اللازمة لمراقبة حالة الجنين.

## طرائق البحث ومواده:

1–تم الحصول على موافقة المريضة للدخول في البحث.

2–تم متابعة المريضة خلال مراحل الحمل كافة لمراقبة وضع الحامل والجنين.

3–تم وضع السيدة الماخض في وضع نصف الجلوس إذ تم وضع وسادات تحت ركب المريضة إذ يمكن للمريضة أثناء التقلص بلف الأذرع حول الركب مع سحب الركبتين باتجاه الكتفين.

4–تم متابعة الحامل أثناء المخاض و الولادة ضمن غرفة المخاض في مشفى الحكمة الجراحي.

5–تم تقسيم العينة إلى مجموعتين كل واحدة تضم / 30/ خروساً. مجموعة تحكم تمت الولادة فيها بالوضعية النسائية التقليدية ومجموعة الدراسة تمت الولادة فيها بوضعية نصف الجلوس.

6–مراقبة حالة الوليد بعد ولادته مباشرة وإجراء القياسات المختلفة للوليد.

7–تسجيل الزمن اللازم لمراحل الولادة الأولى والثانية وزمن كل تقلص وعدد التقلصات خلال 10 دقائق.

8–استبعاد أي مريضة لا تحقق شروط العينة.

## النتائج والمناقشة:

**الجدول رقم (1) توزيع العينة وفقا للمواصفات العامة للعينة**

| المواصفات | العدد n= 60 | النسبة% |
|---|---|---|
| العمر | | |
| – من 20 – 23 سنة | 48 | % 80 |
| – من 24 – 25 سنة | 12 | % 20 |
| الوزن: | | |
| – من 55– 57 كغ | 26 | % 43.3 |
| – من 58 – 60 كغ | 34 | % 56.7 |
| الطول: | | |
| – من 150 – 155 سم | 42 | %70 |
| – من 156 – 160 سم | 18 | %30 |
| القطر بين العظمين الجدارين للجنين بالأسبوع 38 للحمل | | |
| – من 9.5 إلى 10 سم | 3 | % 5 |
| – من 10.1–10.5 سم | 57 | % 95 |
| زمن المرحلة الأولى من الولادة: | | |
| – أقل من 12 ساعة | 2 | % 3.3 |
| – 12 – 14 ساعة | 14 | %23.3 |
| –– 14 – 16 ساعة | 44 | % 73.4 |
| ما تبقى من مواصفات العينة | 60 | %100 |

الجدول رقم (1) يظهر توزيع العينة وفقا للمواصفات العامة للعينة إذ نلاحظ أن 80 % من العينة كانت أعمارهم بين 20–23 سنة وأن 56.7 % من العينة كان وزنهم من 58–60 كغ كما أن 70% كان طولهم يتراوح بين 150–155 بينما 95% من الأجنة كان القطر بين العظمين الجداريين يتراوح 10.1 – 10.5 سم بالأسبوع 38 للحمل. كما وجد أن زمن المرحلة الأولى من الولادة تراوح بين 14–16 ساعة عند 73.4 % من العينة، أما باقي المواصفات فكانت نسبتها 100% عند كل العينة.

**الجدول رقم (2) : زمن المرحلة الثانية من الولادة عند مجموعة التحكم ومجموعة الدراسة**

| زمن المرحلة الثانية من الولادة | مجموعة التحكم (ولادة بالوضعية النسائية التقليدية) n = 30 | | مجموعة الدراسة ( ولادة بوضعية نصف الجلوس) N = 30 | | $X^2$ | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % | | |
| من 30دقيقة حتى 1 ساعة | 1 | 3.3 | 20 | 66.7 | 9.99 | 0.003 |
| من 1 ساعة إلى 1.30 ساعة | 8 | 26.7 | 9 | 30 | | *0.05 > |
| من 1.30 ساعة إلى 2 ساعة | 21 | 70 | 1 | 3.3 | | |

**(*) وجود دلالة إحصائية مهمة**

يظهر الجدول رقم (2) زمن المرحلة الثانية من الولادة عند مجموعة التحكم ومجموعة الدراسة إذ إن غالبية مجموعة التحكم (70%) كان زمن المرحلة الثانية من الولادة يتراوح بين 1.30 إلى 2 ساعة بينما وجد أن (66.7%) من مجموعة الدراسة كان زمن المرحلة الثانية من الولادة يتراوح من 30 دقيقة إلي 1 ساعة. كذلك وجد أن (26.7% – 30%) من مجموعة التحكم ومجموعة الدراسة على التوالي كان زمن المرحلة الثانية من الولادة هو من 1 –1.30 ساعة. ونلاحظ أن الفرق بين مجموعة الدراسة ومجموعة التحكم يملك دلالة ذات أهمية إحصائية ( $X^2$ = 9.99 على مستوى 5%).

**الجدول رقم (3) توزيع مجموعة التحكم وفق العلاقة بين زمن المرحلة الأولى وزمن المرحلة الثانية من الولادة**

| زمن المرحلة الثانية من الولادة | زمن المرحلة الأولى في مجموعة التحكم n = 30 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | أقل من 12ساعة | | من12–14ساعة | | من 14–16 | |
| | No | % | No | % | No | % |
| من 30دقيقة حتى 1 ساعة | 0 | 0 | 2 | 6.66 | 0 | 0 |
| من 1 ساعة إلى 1.30 ساعة | 0 | 0 | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| من 1.30 ساعة إلى 2 ساعة | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 18 | 60 |

يظهر الجدول رقم (3) أن الغالبية من مجموعة التحكم (60 %) والذي كان لديهم زمن المرحلة الثانية من الولادة بين 1.30 –2 ساعة كان زمن المرحلة الأولى من الولادة هو من 14–16 ساعة . بينما وجد أن 13.3 % من مجموعة التحكم ممن كان لديهم زمن المرحلة الثانية لديهم من 1 – 1.30 ساعة كان زمن المرحلة الأولى من 14–16 ساعة.

**الجدول رقم (4) توزيع مجموعة الدراسة وفق العلاقة بين زمن المرحلة الأولى وزمن المرحلة الثانية من الولادة**

| زمن المرحلة الثانية من الولادة | زمن المرحلة الأولى في مجموعة الدراسة n = 30 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | أقل من 12ساعة | | من12–14ساعة | | من 14–16 | |
| | No | % | No | % | No | % |
| من 30دقيقة حتى 1 ساعة | 1 | 3.3 | 6 | 20 | 12 | 40 |
| من 1 ساعة إلى 1.30 ساعة | 0 | 0 | 1 | 3.33 | 7 | 23.3 |
| من 1.30 ساعة إلى 2 ساعة | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 9.99 |

يظهر الجدول رقم (4) أن قرابة النصف من مجموعة الدراسة ( 40%) والذي كان لديهم زمن المرحلة الثانية من الولادة بين 30 دقيقة – 1 ساعة كان زمن المرحلة الأولى من الولادة هو من 14– 16 ساعة . بينما وجد أن 23.3% من مجموعة الدراسة ممن كان لديهم زمن المرحلة الثانية لديهم من 1 –1.30 ساعة كان زمن المرحلة الأولى من14–16 ساعة. وبمقارنة الجدول 3 والجدول 4 نجد أن زمن المرحلة الأولى من الولادة لا يؤثر على زمن المرحلة الثانية من المخاض ما دام ضمن الحد الطبيعي.

**الجدول رقم (5) توزيع مجموعة الدراسة وفق العلاقة بين القطر بين العظمين الجداريين للجنين بالأسبوع 38 للحمل وزمن المرحلة الثانية من الولادة**

| القطر بين العظمين الجداريين للجنين بالأسبوع 38 للحمل | مجموعة التحكم n = 30 | | | | | | مجموعة الدراسة n = 30 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30 د – 1 ساعة | | من1 – 1.30 ساعة | | من 1.30 –2 ساعة | | 30 د – 1 ساعة | | من1 – 1.30 ساعة | | من 1.30 – 2 ساعة | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| من 9.5 – 10 سم | 2 | 6.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| من 10.1 – 10.5 سم | 0 | 0 | 8 | 26.6 | 20 | 66.6 | 18 | 60 | 9 | 30 | 2 | 6.6 |

يظهر الجدول (5) أن غالبية عينة البحث سواء من مجموعة التحكم أو الدراسة كان القطر بين العظمين الجداريين للجنين بالأسبوع 38 للحمل هو بين 10.1 إلي 10.5 سم.

**الجدول (6) توزيع مجموعة الدراسة وفق العلاقة بين وزن الأم قبل الحمل وزمن المرحلة الثانية من الولادة**

| وزن الأم قبل الحمل | مجموعة التحكم n = 30 | | | | | | مجموعة الدراسة n = 30 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30 د – 1 ساعة | | من1 – 1.30 ساعة | | من 1.30 – 2 ساعة | | 30 د – 1 ساعة | | من1 – 1.30 ساعة | | من 1.30 –2 ساعة | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| من 55 –57 كغ | 1 | 3.3 | 3 | 10 | 14 | 46.6 | 6 | 20 | 4 | 13.3 | 0 | 0 |
| من 58 – 60 كغ | 0 | 0 | 5 | 16.6 | 7 | 23.3 | 14 | 46.6 | 5 | 16.6 | 1 | 3.3 |

يبين الجدول رقم (6) أن 46.6 % من مجموعة التحكم ممن كان زمن المرحلة الثانية لديهم من 1.30 –2 ساعة كان وزن الأمهات من 55 – 57 كغ بينما في مجموعة الدراسة 46.6 % ممن كان وزنهم 58 – 60 كغ كان زمن المرحلة الثانية من الولادة من 30 د – إلي 1 ساعة.

**المناقشة:**

من خلال النتائج نجد أن الكثير من الحالات قد تحولت عن المسار الطبيعي سواء خلال الحمل إذ أصيب البعض بارتفاع التوتر الشرياني والبعض أصيب بالسكر الحملي، أو سواء خلال مراحل الولادة كحدوث تألم الأم أو الجنين مما تطلب اللجوء إلى إجراءات إضافية، أو كان وزن المولود أكثر أو أقل من المعدل الطبيعي أو كان محيط رأس الوليد أعلى أو أقل من المعدل الطبيعي وهذا ما يفسر الوقت الطويل والعدد الكبير من الحالات الذي أدخل في الدراسة وهو 297 حالة ولم تتجاوز متطلبات البحث سوى 60 حالة فقط. وهذا ما يتماشى مع الدراسة المقدمة من Esmat mansour والتي تظهر أن هناك العديد من الحالات التي تسير بشكل طبيعي تتحول بشكل مفاجئ إلى مسار غير طبيعي مما يهدد حياة الأم والجنين. [8]

أظهرت الدراسة الحالية أن الزمن المستغرق في المرحلة الثانية من الولادة عند الولادة بوضعية نصف الجلوس أقل من الزمن المستغرق للمرحلة الثانية في وضعية الولادة بالوضعية النسائية التقليدية ويعود ذلك إلى استغلال فعالية الجاذبية الأرضية في عملية الولادة بوضعية نصف الجلوس والتي تغيب في وضعية الولادة بالوضعية النسائية التقليدية.[9] كذلك تلعب العضلات المستقيمة البطنية دوراً فعالاً في رفع الضغط داخل البطن عند تقلصها الجيد في وضعية نصف الجلوس مقارنة مع تقلصها الضعيف في حال وضعية الانبساط الكامل كما في الوضعية النسائية التقليدية.[10] وهناك دراسة مقدمة من Gupta JK, Nikodem VC تتماشى نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية إذ تظهر أن تغيير الوضعية في المرحلة الثانية من الولادة يساهم في تقصير زمن الولادة والتقليل من المضاعفات التي قد تصيب الأم والجنين خلال مراحل الولادة المختلفة. [11] كذلك فإن الدراسة المقدمة من ورشة العمل التابعة لمنظمة الصحة العالمية WHO أظهرت أيضا أن وضعية نصف الجلوس تظهر فوائد عظيمة للأم وجنينها مقارنة مع الوضعية النسائية التقليدية. [12]، وهذه الفوائد تتضمن تعزيز الراحة وتقليل الألم وصرف الانتباه عن هذا الألم وتعزيز القدرة على التحكم بالذات وتقليل زمن الولادة كما أنها تساهم في اتساع عنق الرحم. كما أن لها تأثيرات إيجابية على الجنين وعلى تطور وسير عملية الولادة فهي تساعد على إحداث تغيير في شكل الحوض وحجمه مما يساعد على تحريك

الرأس ليأخذ الوضعية المناسبة، ويسهل عملية التدخل ودوران الرأس خلال المرحلة الثانية من الولادة كما أنها تحسن التقلصات الرحمية من حيث التواتر والشدة والفعالية. كما أن للجاذبية الأرضية تأثيراً على سرعة تدخل الجنين بالحوض الصغير، كما أن تغيير الوضعية يلعب دوراً مهماً في تحسين أكسجة الجنين خلال مرحلة الولادة كما أنها تقلل من زمن المخاض والولادة وتقليل اللجوء إلى التداخلات الجراحية.[4-3]

## الاستنتاجات والتوصيات:

**الاستنتاجات:**

- إن وضعية نصف الجلوس تساهم في تقصير زمن المرحلة الثانية من الولادة.
- ليس هناك ترابط بين زمن المرحلة الأولى وزمن المرحلة الثانية من الولادة .

**التوصيات:**

إن تطبيق نتائج هذا البحث يحتاج إلى تكاتف كل عناصر الرعاية الصحية لنشر هذا الإجراء في غرف المخاض لذا نقترح:

- البدء بتأمين الأدوات والأجهزة التي تساهم في وضع الماخض في وضعية نصف الجلوس أثناء المرحلة الثانية من الولادة.
- البدء بإخضاع الكادر التمريضي والطبي لورشة عمل حول أهمية وضعية نصف الجلوس للماخض والجنين.
- القيام بمحاضرات تثقيفية حول أهمية تغيير وضعيات الولادة في المرحلة الأولى والثانية من المخاض.
- إجراء دراسات مكملة للبحث حول السبل التي تساهم في تقليص زمن المرحلة الأولى من الولادة.

## المراجع:


1- ANNA, E.D. *Childbirth experience Questionnaire ,Development and evaluation of multidimensional instrument*.BMC Pregnancy childbirth Sweden, 2010, 1-9.

2- JEREMY, L. *Active Labor'' Duration and Dilatation Rates among Low-risk, Nulliparous Women with Spontaneous Labor Onset:A Systematic Review*. J Midwifery Womens health OH,Vol.33,N$^{o}$.3, 2010, 253 - 260.

3- WALDENSTROM, U . *The childbirth experience: a study of 295new mothers.Birth*, Vol. 23N$^{o}$.3, 1996,144-153.

4- ALBERS ,L . *Midwifery care in the second stage of Labor and reduction of genital tracttrauma at birth: A randomized controlled trial*. J Midwifery Womens health OH,Vol.50, 2005,365-372.

5- PAVOL, Z. *Birthing positions dutiny 2$^{nd}$ stage of labor*. WHO, 1999,12-76.

6- ACONM. *Standards for practice of midwifery*. American College of Nurse Midwives, 2003,253 - 291.

7- LINDA, J.M. *Maternal fatigue: implications of second stage labor nursing care*. JOGNN, Vol. 28,N$^{o}$.2, 1999, 175-181.

8- ESMAT, M.. *Essential Obstetric care Protocols for Physicians*. Ministry Of health and population Egypt, 2001, 193-199.

9- FORD, E. *Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB)*. Journal of women's health, Vol, 18. N$^{o}$.2, 2009, 245-252.

10- DANEL, L. *Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United states,1993- 1997*.Am j Pub Health,Vol.93, 2003, 631-634.
11- GUPTA, J.K . *Position for women during second stage of labour (Cochrane Review).* Issue, Vol. 1, 2003, 1-37.
12- WHO. *Care in Normal Birth: A practical Guide. Report of a technical Working Group.* Department of Reproductive Health and Research,1999, 1-59.