

## بررسی اقدامات مربوط به پیشگیری از خونریزی پس از زایمان در مراکز آموزشی و درمانی زنان، مامایی شهر تبریز

مهین کمالی فرد: مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز: نویسنده رابط  
E-mail: kamali\_m2001@Yahoo.com  
صدیقه صادقی خامنه: مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز. ۴۷۹۶۷۷۰  
نیر اصل نژاد مقدمی: مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال.

دریافت: ۸۵/۶/۱۶، پذیرش: ۸۷/۱/۳۱

### چکیده

پیشگیری و کنترل خونریزی پس از زایمان از مهمترین جنبه های مراقبتی مادر محسوب می شود. مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر با اهداف تعیین نحوه پیشگیری از خونریزی پس از زایمان در اتاق درد زایمانی، اتاق زایمان و بخش پس از زایمان در مراکز آموزشی درمانی زنان، مامایی تبریز انجام گرفته است. در این مقاله نتایج مطالعه بر روی ۱۵۰ مادری که با روش نمونه گیری آسان انتخاب شده و با مشاهده رفتارهای مربوط به پیشگیری از خونریزی پس از زایمان در آنان تعیین شده است، گزارش میشود.

**کلید واژه ها:** پیشگیری، خونریزی پس از زایمان، خونریزی زودرس پس از زایمان.

### مقدمه

جمعیت عمومی، که شیوع خونریزی پس از زایمان را ۱۰٪ بیان کرده اند، معادل ۱۵۰ نمونه برآورد شد. جامعه پژوهش را در این تحقیق کلیه مادران باردار مراجعه کننده جهت زایمان و اژینال به مراکز آموزشی درمانی طالقانی و الزهرا که به روش نمونه گیری آسان یا در دسترس انتخاب شده اند تشکیل می دهند. جمع آوری داده ها در بخش درد زایمانی، بخش زایمان و بخش پس از زایمان مراکز آموزشی درمانی طالقانی و الزهرا انجام گردید.

ابزار گردآوری داده ها، محقق ساخته و بر اساس مندرجات کتاب استاندارد مامایی سازمان جهانی بهداشت بود (۴). جهت تعیین روایی ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا و برای تعیین پایایی چک لیست، سه مشاهده گر به طور همزمان ۱۰ مادر را مشاهده نموده و چک لیست را علامت زدند، ضریب پایایی حاصله برابر ۱۰۰٪ بود. هر یک از رفتارهای انجام شده و نشده به صورت

خونریزی پس از زایمان سومین علت مرگ و میر مادران در ایالات متحده آمریکا بوده و در کشورهای در حال توسعه نظیر ترکیه، عربستان سعودی و آفریقای جنوبی همچنان به عنوان اولین علت مرگ و میر مادری باقی مانده است که ۴۳-۲۵ درصد همه مرگ های مادری را شامل می شود (۱-۲) طبق سرشماری در ایران، میزان مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان در سال ۱۳۷۰ در مناطق شهری ۲۹ و در مناطق روستایی ۸۰ مورد به ازای صدهزار تولد زنده بوده است (۳) لذا به کارگیری اقدامات فعال در مراحل مختلف زایمان در پیشگیری از خونریزی بعد از زایمان امری حیاتی به شمار میرود.

### مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی تحلیلی است. حجم نمونه با استفاده از درصد ذکر شده در مطالعات قابل تعمیم به

## بحث

رفتارهای پیشگیری در اتاق درد زایمان من جمله تعیین گروه خون و Rh، هموگلوبین و هماتوکریت و کنترل علائم حیاتی مادر به ترتیب در (۰/۴)، (۰/۴۷)، (۰/۹۳) موارد تعیین نشده بود. با توجه به این که این رفتارها بایستی در ۱۰۰٪ موارد مشاهده می گردیدند به نظر پژوهشگر شاید مسائلی نظیر اورژانسی بودن زایمان می تواند در عدم ارائه مراقبت در این زمینه دخیل باشد. در مطالعه حاضر در اتاق درد زایمانی در ۹۳٪ مادران علائم حیاتی کنترل نشده بود. Cunningham و همکاران کنترل علائم حیاتی مادر از جمله ضربان نبض، فشارخون و درجه حرارت هر ۱ الی ۲ ساعت در طول زایمان را از جمله اقدامات نظارت و مانیتور مادر در طی زایمان برمی شمارند (۵) در انگلستان، ایرلند، استرالیا، آسیا و آفریقا اقدامات فعال مرحله سوم زایمان با تجویز داخل عضلانی اکسی توسین در طی زایمان شانه قدامی و به دنبال آن خروج جفت به روش کشش کنترل شده بندناف انجام می شود (۶) و این درحالی است که در مطالعه حاضر در ۹۸٪ موارد اکسی توسین بعد از خارج شدن شانه تجویز نشده است. در ۴٪ موارد مداخلات نابجا نظیر ماساژ رحم و فشردن آن در جهت کمک به جدا شدن جفت توسط مراقب اعمال گردید (۱)، همچنین Halta اظهار می کند بیشتر موارد خونریزی پس از زایمان توسط ارائه دهندگان مراقبت از مادر ایجاد می شود. هرگونه ماساژ رحم قبل از زایمان جفت می تواند خونریزی غیر منتظره ایجاد نماید (۷). نتایج نشان داد که در ۲۲٪ موارد رحم توسط مراقب قبل از خروج جفت لمس نگردید. McDonald می نویسد هیچگونه اقدامی در جهت خروج جفت تا زمانی که انقباض محکم رحم توسط لمس احساس نگردیده، نبایستی انجام گیرد (۸). از آنجایی که اکثریت کتابهای مرجع زنان مامایی و مقالات، شایعترین علت خونریزی پس از زایمان را اتونی رحم ذکر می کنند (۵) لذا اولین اقدام در تشخیص علت خونریزی بایستی لمس رحم باشد (۱۱، ۱۰). در مطالعه اخیر در ۲۲ درصد موارد رحم در هیچ زمانی پس از زایمان در اتاق زایمان توسط مراقب لمس نگردید. بررسی نحوه اقدامات پیشگیری از خونریزی پس از زایمان در بخش پس از زایمان نشان داد که رفتارهای پیشگیرانه لمس رحم، بررسی مثانه از نظر پر بودن، کنترل پرینه از نظر هماتوم و شروع شیردهی در ساعات اولیه انتقال به بخش در حد مطلوب نبود. بنظر می آید کمبود کادر و تعداد بالای زایمان در مراکز مورد بررسی می تواند از علل ضعفهای موجود محسوب گردد، البته در مطالعه ای که توسط Coll و همکارانش در سال (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت در خونریزی شدید در سه منطقه فرانسه انجام شد نیز نشان داد که ۳۸٪ خونریزی شدید مامایی در فرانسه از مراقبت زیر استاندارد برخوردار بوده اند (۱۲). با استناد به یافته های پژوهش، نکات ضعف در پیشگیری از خونریزی پس از زایمان مشخص گردید لذا آموزش صحیح اقدامات پیشگیری از خونریزی پس از زایمان ضرورت دارد.

درصد محاسبه گردید و بر اساس درصد کسب شده و مقایسه آن با موارد انتظار (۱۰۰٪) نسبت به توصیف آن اقدام گردید.

## یافته ها

اطلاعات حاصل از مشخصات فردی - اجتماعی نشان می دهد که میانگین سنی و انحراف معیار معادل  $24/98 \pm 5/03$  و میانگین و انحراف معیار سن حاملگی  $39/47 \pm 1/46$  بود. در بین ۲۰٪ مادرانی که در معرض خطر خونریزی پس از زایمان قرار داشتند، پره اکلامپسی، سابقه خونریزی در حاملگی فعلی، تعداد زایمان بالاتر از سه، (هر کدام ۴٪) بیشترین مقدار علائم خطر شناسایی شده را تشکیل می دادند.

اطلاعات حاصل از بررسی نحوه مراقبت از مادر در اتاق درد زایمانی به منظور پیشگیری از خونریزی پس از زایمان نشان می دهد که گروه خون و Rh مادر، میزان هموگلوبین و هماتوکریت و علائم حیاتی به ترتیب در (۹۶٪) (۹۵/۳٪) (۹۰/۷٪) واحدهای مورد پژوهش، تعیین و کنترل شد. نتایج حاصل از بررسی رفتارهای مربوط به پیشگیری از خونریزی در اتاق زایمان نشان می دهد که در ۹۸٪ موارد اکسی توسین بلافاصله پس از خروج جبین تزریق نشد. در ۹۶٪ موارد هیچگونه مداخله ای قبل از خروج جفت اعمال نگردید. در ۵۸٪ و ۷۸٪ موارد رحم به ترتیب قبل و پس از خروج جفت لمس گردید. در ۹۴/۷٪ واحدهای مورد پژوهش، اکسی توسین بلافاصله پس از خروج جفت تزریق گردید. خروج جفت به روش کشش کنترل شده بندناف ۷۰/۷٪، خروج پرده های جنینی به روش صحیح ۶۶٪، بررسی جفت و پرده ها از نظر خروج کامل ۵۳/۳٪ و کنترل کانال زایمانی و پرینه از نظر خونریزی ۹۱/۳٪ بود. در ۷۴/۵٪ موارد لمس رحم و تخلیه محتویات درون آن پس از ترمیم اپی زیاتومی انجام شد. علائم حیاتی مادر بلافاصله پس از زایمان در ۶۶٪ موارد کنترل نشد. در ۵۱/۳٪ واحدهای مورد پژوهش، کنترل مجدد از نظر خونریزی قبل از انتقال به بخش مامایی به عمل آمد. نتایج حاصل از نحوه مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان نشان داد که در ۹۴/۷٪ موارد، علائم حیاتی مادر بلافاصله پس از تحویل کنترل گردید. ۶۲٪ موارد رحم لمس نگردید. بررسی مثانه از نظر پر بودن در ۶۰/۷٪ موارد انجام نگردید. شروع شیردهی در طی ساعات اولیه انتقال به بخش در ۵۰/۶٪ موارد انجام نگرفت و در ۶۷/۳٪ موارد پرینه از نظر هماتوم کنترل نگردید.

در مجموع اقدامات پیشگیری از خونریزی پس از زایمان در اتاق زایمان (۶۱/۹٪) ضعیف ترین و در اتاق درد زایمان (۹۴٪) بهترین و در بخش پس از زایمان ۶۸/۵٪ بوده است. اختلاف نسبت مادران در معرض خطر با پیشگیری از خونریزی پس از زایمان مناسب و در معرض خطر نبودن مادران با پیشگیری مناسب در اتاق درد زایمانی و بخش پس از زایمان، معنی دار بود ولی این اختلاف در اتاق زایمان، معنی دار نبود.

## References

۱. احمدی کامران، زنان و مامایی، چاپ دوم، تهران، انتشارات طب نوین، ۱۳۸۰، صفحات ۳۱۷ تا ۳۲۰.
2. Park EH. Sachs BP. Postpartum hemorrhage and other problems of the third stage. In: James Dk. Steer PJ. Weiner CP. Gonik B. *High risk pregnancy, management options*. 2 ed. London .w.b. SAUNDERS.1999. 1231-1243.
۳. شمشیری میلانی حوریه، کتاب جامع، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کمیته یارانه ای کردن طب و بهداشت.
4. Standards of Midwifery practice for safe Motherhood. *World Health organization, regional office for south – East Asia New Delhi* 1999: 1(38): 2: 27.
5. Cunningham FG, Leveno KG, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 22 st ed USA: McGraw – Hill co. 2005. 823-849.
6. Quadir Khan G. John IS. Wani S. Doherty T. Sibai BM. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomised controlled trial. *Am J obstet gynecol* 1997: 177(4): 770-774.
7. Halta VE. Most Postpartum hemorrhages caused by the care givers. *Midwifery today E-News* 2000: 2: Issue 9.
8. McDonald S. Physiology and management of the third stage of labour. In: Bennett VR. Brown LK. Editors. *Myles Textbook for midwives*. 13<sup>th</sup> ed London:Churchill Livingstone co:1999: 465 - 486.
9. Miller DA. *Obstetric hemorrhage*. from internet: <http://www.obfocus.com/high-risk/bleeding/hemrrhagepa.htm> 2002.
10. Bouvier-Colle MH. Joud Do. Varnoux N. Goffinet F. Alexander S. Bayoumeu F. Evaluation of the quality of care for sever obstetrical hemorrhage in three French region. *B J obstet Gynecol* 2001:108: 898 – 903.
11. Miller DA. *Obstetric hemorrhage*. from internet: [http://www.obfocus.Com. High - risk/bleeding/hemrrhagepa.htm](http://www.obfocus.Com.High-risk/bleeding/hemrrhagepa.htm) 2002.
12. Bouvier-Colle MH. Joud Do. Varnoux N. Goffinet F. Alexander S. Bayoumeu F. Evaluation of the quality of care for sever obstetrical hemorrhage in three French region. *B J obstet Gynecol* 2001:108: 898 – 903.

Archive of SID