

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة

تخصص ديموغرافيا

**العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية
للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم**

- دراسة ميدانية على عينة من النساء بمستشفى الأم والطفل بمدينة الجلفة-

_____ :
/ سيا شريف

_____ :
سايج سويح

السنة الجامعية : 2016 - 2017

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة

تخصص ديموغرافيا

**العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية
للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم**

- دراسة ميدانية على عينة من النساء بمستشفى الأم والطفل بمدينة الجلفة-

_____ :
/ آسيا شريف

_____ :
سايح سويد

السنة الجامعية : 2016 - 2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإهداء

إلى والدي العزيزين اللذين لم ينسياني بدعائهما.
إلى زوجتي وأبنائي الذين أخذت من وقتهم الكثير.
وإلى كل الأخوة والأصدقاء.
أهدي ما تعلمت وأقول لهم:

هذي هدية من تغلو هديته يا من غلت وعلت في الناس رتبته
لو كان يهدي إلى الإنسان قيبته لكنت اهدي لك الدنيا بما فيها

شكر وتقدير

أشكر الله تعالى وأحمده على الصحة والعافية وأن وفقني لإتمام هذا العمل..

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة الدكتورة:

آسيا شريف حفظها الله تعالى ورعاها وأمدها بالصحة والعافية.

لما قدمته من جهد وتوجيه أثناء انجاز هذا العمل المتواضع، والتي أشكرها أيضا على تكريمها بالموافقة على مناقشة هذا البحث.

وأشكر الروح الغائبة عنا

الحاضرة في أذهاننا...

الحية في دعواتنا...

رحمك الله أستاذي مصطفى بوتفنوشات

رحمك الله كما كنت سندا لنا في مشوارنا الدراسي...

كما أتوجه بالشكر إلى كل من ساعدني وأعانني على انجاز هذا العمل.

إلى كافة أساتذة قسم علم الاجتماع بجامعة الجزائر2. أبو القاسم سعد الله.

كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير لجميع أفراد عائلتي على ما أبدوه من صبر وتعاون طيلة سنوات دراستي.

والله ولي التوفيق

الفهرس

مقدمة.....أت

الباب الأول: الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1. أهمية الدراسة.....07
2. أهداف الدراسة.....08
3. أسباب اختيار الموضوع.....09
4. الإشكالية.....10
5. صياغة الفرضيات.....13
6. تحديد المفاهيم والمصطلحات.....14
7. المنهج المتبع وأدوات جمع البيانات.....22
8. مجالات الدراسة.....24
9. الأداة المستعملة.....31
10. تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً.....33
11. الدراسات السابقة.....35

الفصل الثاني: المؤتمرات والاتفاقيات العالمية والسياسات السكانية

في الجزائر

- تمهيد.....58
1. المؤتمرات العالمية.....60

68	.....	2. الاتفاقيات العالمية الخاصة بالأمومة الآمنة.....
73	.....	3. مرتكزات ومبادئ السياسة السكانية في الجزائر.....
84	.....	4. النظام الصحي في الجزائر.....
101	.....	5. البرامج الصحية الموجهة لحماية الأم والطفل.....
101	.....	1.5. البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي.....
104	.....	2.5. البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة.....
106	.....	3.5. برنامج الولادة بدون مخاطر.....
108	.....	4.3. برنامج مكافحة سرطان عنق الرحم.....
108	.....	5.3. برنامج مكافحة مرض السيدا.....
111	.....	خلاصة.....

الفصل الثالث: الرعاية الصحية للأمومة قبل وأثناء وبعد الولادة

113	.....	تمهيد.....
114	.....	1. مفهوم الأمومة.....
120	.....	2. ماهية الصحة.....
123	.....	3. الرعاية الصحية.....
133	.....	4. مفهوم رعاية صحة الأم.....
140	.....	5. الرعاية الصحية أثناء الحمل.....
160	.....	6. الرعاية أثناء الولادة.....
166	.....	7. الرعاية الصحية ما بعد الولادة.....

173	.....8. العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأم
179	.....خلاصة

الفصل الرابع: تطور العملية القيصرية أنواعها وأسبابها

181	.....تمهيد
182	.....1. لمحة تاريخية عن العملية القيصرية
182	.....1.1. مصطلح القيصرية
183	.....2.1. تاريخ الولادة القيصرية في الغرب وإفريقيا
187	.....2. أنواع العملية القيصرية وأسبابها
194	.....3. أنواع العملية القيصرية حسب الشق والتخطيط
195	.....4. مراحل العملية القيصرية
198	.....5. العملية القيصرية في العالم
227	.....6. العوامل المؤثرة في العملية القيصرية
234	.....خلاصة

الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة

الفصل الأول: خصائص أفراد العينة وعرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى

237	.....تمهيد
238	.....1. أهم الخصائص المميزة لأفراد العينة

238	..... 1.1. الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة
240	..... 2.1. الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة
243	..... 3.1. الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة
246	..... 2. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى
282	..... 3. استنتاج الفرضية الأولى

الفصل الثاني: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثانية

286	..... 1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثانية
306	..... 2. استنتاج الفرضية الثانية

الفصل الثالث: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثالثة

309	..... 1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثالثة
339	..... 2. استنتاج الفرضية الثالثة

الفصل الرابع: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الرابعة

342	..... 1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الرابعة
357	..... 2. استنتاج الفرضية الرابعة
359	..... الاستنتاج العام
367	..... الخاتمة
370	..... قائمة المراجع
395	..... الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور عدد الأطباء في القطاع الصحي ما بين 1972- 1983	89
02	تطور المنشآت الصحية في الجزائر ما بين 1974- 1983	89
03	عدد المؤسسات الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1985 - 1989	93
04	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996- 2000	95
05	تطور عدد السكان المقيمين داخل الوطن (بالألف نسمة)	96
06	تطور أمل الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر 1991- 2015	97
07	تصنيف المراكز الصحية وخصائصها حسب منظمة الصحة العالمية	131
08	نسب السيدات (%) غير العازبات وفي سن الإنجاب(15 - 49 سنة) اللواتي تلقين تنقيفا صحيا أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال خمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.	137
09	أنواع الفحوصات الطبية ما قبل الزواج لحياة أسرية مستقرة	139
10	أوقات التلقيح ضد التيتانوس	143
11	نسب السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب(15- 49 سنة) اللواتي تلقين فحوصا طبية أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.	149
12	نسب النساء (%) غير العازبات وفي سن الإنجاب(15 - 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل.	150

199	معدل العمليات القيصرية لبلدان مختارة	13
201	توزيع نسبة العملية القيصرية على حسب المناطق الجغرافي في العالم بين سنتي 2007-2014	14
202	توزيع نسبة العملية القيصرية على حسب فئة الدخل في العالم بين سنتي 2007-2014.	15
211	توزيع مقارنة نسبة العمليات القيصرية مع جميع الولادات ونسبة العمليات القيصرية بالنسبة للولادة الأولى للفترة (1981-2010)	16
216	نسبة الولادات القيصرية بين النساء (15 - 49) اللاتي ولدن مولودا حيا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية	17
222	نسبة الولادات بالعملية قيصرية في 17 منطقة جغرافية للولايات لسنة 2002 حسب وزارة الصحة	18
225	التوزيع النسبي للولادات القيصرية للنساء في الفئة العمرية 15-49 سنة في السنتين السابقتين على المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، الجزائر، 2012-2013	19
238	يوضح خلفية المبحوثة حسب الخصائص الديموغرافية	20
240	يوضح خلفية المبحوثة من ناحية الخصائص الاجتماعية	21
243	يوضح خلفية المبحوثة من ناحية الخصائص الاقتصادية	22
247	يبين توزيع المبحوثات حسب السن عند أول زواج وعلاقته بعدد الأطفال المنجب	23
250	يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بنوع الولادة السابقة	24
252	يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بعدد العملية القيصرية	25
254	يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بمتابعة الحمل	26
256	يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بقرار الولادة القيصرية	27

258	يبين توزيع عدد أطفال المبحوثات وعلاقته بالمدة التي تفصل بين الحملين	28
260	يبين توزيع سن المبحوثات وعلاقته بالمدة الحمل التي تفصل بين الحملين	29
262	يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته برتبة الطفل عند الولادة الأخيرة	30
264	يبين توزيع المبحوثات حسب السن عند الإنجاب الأخير وعلاقته بمدة الحمل الأخير	31
266	يبين توزيع المدة التي تفصل بين حمل وآخر وعلاقته بنوع الولادة السابقة	32
267	يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته بنوع الولادة السابقة	33
269	يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته بعدد العملية القيصرية	34
271	يبين نوع الولادة السابقة للمبحوثات وعلاقتها بعدد العملية القيصرية	35
273	يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته بمتابعة الحمل الأخير	36
275	يبين توزيع المبحوثات حسب مدى معاناتهن من مشاكل صحية أثناء حمل سابق وعلاقته بنوع الولادة السابقة	37
277	يبين توزيع المبحوثات حسب نوع المشاكل الصحية أثناء حمل سابق وعلاقته بنوع الولادة السابقة	38
279	يبين توزيع المبحوثات حسب السن وعلاقته بالمعانات من مشاكل صحية أثناء حمل سابق	39
280	يبين توزيع المبحوثات حسب السن وعلاقته بمشاكل الصحة والمرض أثناء الحمل الأخير	40
286	يبين توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن للدفتري الصحي وعلاقته بنوع الولادة	41

288	يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن لمراكز رعاية الأمومة والطفولة في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة وعلاقتها بنوع الولادة	42
291	توزيع المبحوثات على حسب معاناتهن من المشاكل الصحية المزمنة وعلاقته بنوع الولادة السابقة	43
293	يبين توزيع المبحوثات حسب الرعاية الصحية للحمل الأخير وعلاقته بنوع الولادة السابقة	44
294	توزيع المبحوثات حسب قيامهن للرعاية الصحية أثناء حملهن الأخير وعلاقته بعدد العملية القيصرية	45
296	يوضح العلاقة نوعية الرعاية الصحية المتبعة ونوع الولادة	46
297	يبين توزيع المبحوثات حسب نوعية الرعاية الصحية المتبعة وعدد الولادات القيصرية	47
299	يبين توزيع المبحوثات حسب مختلف فترات الكشف وعلاقته بنوع الولادات السابقة	48
301	يبين توزيع المبحوثات حسب وزن المولود الأخير عند الولادة وعلاقته بنوع الولادات السابقة	49
304	يبين توزيع المبحوثات حسب وزن المولود الأخير عند الولادة وعلاقته بعدد العملية القيصرية	50
309	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بنوع الولادة السابقة	51
311	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بعدد العملية القيصرية	52
314	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بالإقبال على الرعاية الصحية	53
317	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بنوع الرعاية الصحية	54
319	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي والكشف لأول مرة عن حملها	55

	وعلاقتها بنوع الولادة السابقة	
322	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بقرار العملية القيصرية	56
324	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى معرفة جميع التلقيحات التي يجب على الحامل القيام بها أثناء الحمل	57
325	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى زيارتهن لمراكز الرعاية والطفولة أثناء الحمل وبعده	58
328	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى المعانات من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير	59
330	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي و نوع المشاكل الصحية أثناء الحمل الأخير	60
332	يبين توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة وعلاقته بنوع الولادة السابقة	61
335	يبين توزيع المبحوثات حسب الدخل ونوع الولادة السابقة	62
337	يبين توزيع المبحوثات حسب الوضعية المهنية ونوع الولادة السابقة	63
342	يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بمدى تأثير العملية القيصرية على صحة الأم.	64
344	يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها الولادة بالعملية القيصرية	65
346	يبين توزيع المبحوثات حسب عدد العملية القيصرية وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها	66
348	يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقتها بتكرار الإنجاب بالعملية القيصرية على صحة الأم	67
350	يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة السابقة وعلاقته بمدى الخوف من الإنجاب	68

	بالعملية القيصرية.	
351	توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقته بسبب الخوف من الإنجاب مرة أخرى	69
353	يبين توزيع المبحوثات حسب السن وعلاقتها بمدى تأثير العملية القيصرية على صحة الأم.	70
354	يبين توزيع المبحوثات حسب سنهن وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها الولادة بالعملية القيصرية	71

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
121	يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة	01
132	يوضح هرم الرعاية الصحية وكيفية الإحالة في مستوى المنطقة	02
151	يمثل أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة	03
152	أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة، وفقا للنساء اللواتي لم تستخدمن الرعاية قبل الولادة.	04
201	النسبة المئوية للعملية القيصرية للمناطق حسب منظمة الصحة العالمية	05
202	النسبة المئوية (%) للعملية القيصرية حسب فئة الدخل	06
218	نسبة الولادات القيصرية حسب في سلطنة عمان 1992- 2014	07
223	نسبة الولادات القيصرية حسب المنطقة الجغرافية للجزائر	08
223	نسبة الولادات القيصرية حسب التقسيم الجغرافي للولايات	09

مقدمة

الولادة القيصرية هي نوع من أنواع الولادة غير الطبيعية، وفيها يقوم الجراح بعملية جراحية، يتم فيها شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذر الولادة الطبيعية، ويقوم بإجرائها جراح متخصص (جراح التوليد)، يتم تنفيذ هذه العملية عندما تعرض الولادة المهبلية حياة الطفل أو الأم أو صحتها للخطر، وقد يتم إجراؤها عند الطلب بدون سبب طبي، وتتصح منظمة الصحة العالمية بأن تجرى هذه العملية بناء على حاجيات طبية فقط.

تشير التقارير والدراسات على مستوى العالم أن نسبة الولادة بعملية قيصرية آخذة في الازدياد على مستوى العالم ككل، وهناك تباين واسع في نسبة الولادة بعملية قيصرية تتراوح ما بين 4 % إلى 40 %، أما في البلدان النامية فتتراوح هذه النسبة بين 3% - 26 % وأن غالبية هذه الدول شهدت ارتفاعا في نسبة هذه الولادات خلال عقد التسعينات من القرن الماضي وهذه الزيادات ما تزال مستمرة إلى الوقت الحاضر. وأشارت منظمة الصحة العالمية وبعض المصادر الأخرى إلى أن أعلى نسبة للولادة بعملية قيصرية يجب أن لا تزيد عن 15%، وأن لا تقل عن 5%، فبينما النسبة أقل من 5 % تدل على ضعف أو قلة توفر أو صعوبة الوصول إلى خدمات التوليد الأساسية كما أن النسب الأعلى من 15 % من الممكن أن تعكس الاستخدام المفرط لأسباب غير ضرورية طبيا.

أظهرت نتائج دراسة لمنظمة الصحة العالمية شملت مراجعة 110000 ولادة في آسيا في الفترة 2007 - 2008 أن 27 % من الولادات كانت بعملية قيصرية، وسجلت الصين أعلى نسبة ولادات بعملية قيصرية على مستوى العالم وصلت إلى 46 %، وحذرت منظمة الصحة العالمية من هذه الزيادة غير المسبوقة بنسب الولادات بعملية قيصرية وأوضحت أن هذه النسب قد وصلت إلى ما يطلق عليه مستويات وبائية في عدة بلدان على مستوى العالم¹.

كما أشارت نتائج الدراسات التي أجريت في مناطق كثيرة من العالم إلى أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع نسب العمليات القيصرية كثيرة ومتشابهة، وأوضحت هذه الدراسات أنه من غير الواضح إذا ما كانت الزيادة في نسبة الولادة بعملية قيصرية اختيارية وليس طارئة

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، العراق، 2013، ص 70.

يعود إلى قرار المؤسسة الصحية مدفوعا بالعوامل الريفية والحوافز المادية أو أنه يعود إلى قرارات عائلية وشخصية متأثرة بارتفاع المستوى المادي والمعيشي، والتقدم في الحقل الطبي والإمكانات الطبية اللازمة لإجراء العمليات فضلا عن رغبة بعض النساء بتجنب الولادة الطبيعية المؤلمة متأثرة بالتوجهات الحديثة في مجال حقوق الإنسان في أنه من حق المرأة اختيار طريقة الولادة والاعتقاد الخاطئ بأن العملية أقل خطورة، كل هذه العوامل يمكن أن تفسر إلى حد ما أسباب الزيادة في معدلات الولادة بعملية قيصرية.

أما على الصعيد المحلي الجزائر فإن العملية القيصرية صارت ممارسة شائعة وفقا لما تشير إليه بعض المصادر، إذ بلغت 34.5% من الولادات¹، وهو معدل يفوق بكثير المعايير الدولية المذكورة آنفا، وخاصة بعدما عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص بالولادة بدون مخاطر على المستوى الوطني، وشروع وزارة الصحة في أبريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها لحماية الأم من مخاطر الولادة وحفاظا على صحتها وصحة المولود.

فلذا كان الهدف من هذه الدراسة هو توضيح العوامل المتعلقة بالأمومة والمؤثرة على صحة الأم وعلى نتائج الحمل (عملية قيصرية)، ومنها العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي باتت تكمن وراء كل ظاهرة اجتماعية بشكل مباشر أو غير مباشر.

وفي هذا الصدد سوف يتم التركيز على محددات الولادة بالعملية القيصرية، التي تعدّ مؤشراً هاماً عن حجم العناية المقدمة للأم الحامل والجنين، ومدى الوعي بحساسية مثل هذه المرحلة المميزة في حياة الأم وخطورتها. كما يعد حدوث العملية القيصرية في الأسرة حصيلة تفاعل مستمر بين الحالة الصحية لكل من الجنين والأم.

ولتوضيح ذلك اعتمدنا في هذا البحث على استجواب 200 أم في سن الإنجاب، وخضعن للعملية القيصرية في مستشفى الأم والطفل بالجلفة، وتبعاً لذلك من الطبيعي أن نذكر ونحن بصدد التقديم لموضوعنا، أن هذا البحث هو الذي حدد شكله ومضمونه.. وقد اقتضت منا ضرورة الإحاطة بمختلف جوانب الموضوع، لمحاولة فهمه إلى الاعتماد على خطة تحوي أربعة فصول، ففي الفصل الأول حاولنا بناء الإشكال، الذي يتضمن الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية إلى العملية القيصرية وتأثيرها على صحة الأم،

¹ S. Aourane: PTME au CDR d'Alger: Aperçu de l'Etat des Lieux, 1^{er} colloque Francophone-Méditerranée VIH/Hépatites, AFRAVIH, Alger, 2015. P 14.

مع تقديم افتراضاتنا له والتي حاولنا التحقق منها فيما بعد، كما حاولنا أجراً المفاهيم، وفق ما تقتضيه رؤيتنا التي نرى بها الموضوع. بالإضافة إلى التطرق لأهمية مثل هذه الدراسات، والأهداف المتوخاة منها، مع التطرق إلى الدراسات السابقة التي تكتسي أهمية للموضوع. والمنهجية المتبعة للدراسة، ويليه الفصل الثاني والذي أفردناه إلى المؤتمرات والاتفاقيات العالمية والسياسات السكانية في الجزائر، منطلقين من المؤتمرات والاتفاقيات التي اعتنت بالصحة السكانية بصفة عامة، وبالصحة الإنجابية بصفة خاصة، مع إبراز أهم أهداف البرامج التي سطرت للاعتناء بذلك، سواء بعيدة المدى أو القريبة، ثم تطرقنا إلى السياسات السكانية في الجزائر مبرزين هذه السياسة في تطورها حسب كل مرحلة تاريخية.

أما الفصل الثالث فقد تناولنا مفهوم الأمومة ورعايتها قبل وأثناء وبعد الولادة لما من أهمية على الصحة الإنجابية لتحقيق الأمومة الآمنة.

وأخيرا الفصل الرابع فقد شمل مفهوم مصطلح العملية القيصرية وأنواعها وأسبابها، وتطورها من الناحية التاريخية ومدى انتشارها في مختلف الدول.

في حين أن الجانب الميداني قد اشتمل على أربعة فصول فالأول خصصناه لعرض أهم خصائص عينة البحث وأيضا تحليل الفرضية الأولى التي حاولنا معرفة العلاقة بين العوامل المتعلقة بالأم والعملية القيصرية، والفصل الثاني اشتمل على تحليل الفرضية الثانية من خلال معرفة العلاقة بين عدم المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للأم والعملية القيصرية، والفصل الثالث لتحليل الفرضية الثالثة لمعرفة العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تجعل الأم لا تقوم بالرعاية الصحية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية، والفصل الرابع والأخير لتحليل تأثير العملية القيصرية على صحة الأم، لنختم الدراسة بالنتائج العامة مع الخاتمة، إضافة إلى المراجع العربية والأجنبية التي تم اعتمادها، وأيضا بالملاحق التي تضمنت، الاستمارة التي قدمت لعينة البحث.

الباب الأول

الإطار النظري

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

1. أهمية الدراسة:

تستقي هذه الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع المعالج والمتمثلة في العملية القيصرية التي بدأت تستفحل في كل المجتمعات حتى صارت تدعى في بعض المجتمعات بـ "وباء العملية القيصرية" وإن كان بعض المجتمعات الأخرى تدعى عندهم بـ "ثقافة العملية القيصرية"، والمجتمع الجزائري لم ينفك عن هذه الظاهرة بعدما كانت نادرة مما جعلها تكتسي أهمية بالغة في مجتمعنا على وجه الخصوص، فلذا تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال ما تشير إليه النقاط التالية:

- أهمية صحة المرأة الحامل فهي التي تزود المجتمع بأفراد جدد، والاعتناء بها يعني الاعتناء بالمجتمع، باعتبارها خلية إنتاج أساسية ليس على المستوى المادي فحسب وإنما على الصعيد الإنساني، وما يرتبط بذلك من تأسيس أنماط الوعي وتكريس مفاهيم وقيم وسلوكيات تدعم تماسك المجتمع ونموه.

- يرتبط أداء الصحة الإنجابية بالمناخ السائد داخل الأسرة والنتائج عن نمط العلاقة بين الزوجين الذي يتأثر بكثير من العوامل التي تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف أهمها وأكثرها انتشاراً وتأثيراً على الجو الأسري من وجهة نظر الزوجة.

- أن هناك مجموعة من التدايعات العصرية والمجتمعية التي تمثل تحديات حقيقية لمستقبل الصحة الإنجابية والتي لها علاقة بالعملية القيصرية، فكلما زاد الوعي قلّت العمليات القيصرية، أو زاد تجنبها قدر المستطاع داخل المجتمع أو القيام بها في الظروف المعمول بها مما يقلل وفيات الأمهات والأطفال ولا يضع صحة الأم على المحك.

- أنها تحاول أن تبحث في محددات الولادة بالعملية القيصرية، التي تعدّ مؤشراً هاماً عن حجم العناية المقدمة للأم الحامل والجنين، ومدى الوعي بحساسية مثل هذه المرحلة المميزة في حياة الأم وخطورتها. كما يعد حدوث العملية القيصرية في الأسرة حصيلة تفاعل مستمر بين الحالة الصحية لكل من الجنين والأم. فعادة ما تمتلك الأجنة نسباً من احتمالات البقاء

تحددها عناصر وراثية وظروف المخاض والولادة، إضافة لعناصر تتعلق بخلفية المرأة وخصائص المحيط الذي تعيش فيه.

- التعرف على رؤية المرأة الحامل للعوامل المعيقة لولادتها الطبيعية أمر لا غنى عنه لنجاح المعنية في مواجهة المشاكل الصحية الناجمة عن العملية القيصرية، ومن ثم تزداد أهمية الدراسة من خلال الكشف الميداني عن رؤية عينة من اللواتي خضعن للعملية القيصرية وما ترتب عن ذلك.

- أما من ناحية الآثار البيولوجية التي تتركها العملية القيصرية، فيتضمن انعكاسات هامة تتعلق في رفع احتمالات المباشرة بين الولادات التي تفوق أحيانا ثلاث سنوات بسبب الندب الرحمي الذي تخلفه العملية.

- وتعد العوامل الاجتماعية في هذا المقام، عوامل هامة في تقرير استمرارية بقاء الأجنة والأم على قيد الحياة وإبعادها عن كثير من المخاطر المحتملة. ويبدو أن لهذه العوامل الاجتماعية والديموغرافية والبيولوجية على اختلافها أدواراً هامة في تحديد نسبة العملية القيصرية، خاصة تلك الناتجة عن قصور الخبرة والتجربة والمعرفة لدى النساء المتزوجات.

2. أهداف الدراسة:

كما نعلم أنه لكل بحث علمي أهداف من ورائه، إذ يهدف إلى تزويد المجتمع بالمعرفة والعلم والمساهمة الايجابية في تقديم الحلول لمشكلاته، ونرى ذلك جليا في البحث العلمي ومراكزه المختلفة¹، ومن أهداف الدراسة ما يلي:

- تحليل العوامل المتعلقة بالأمومة والتي لها تأثير على صحة الأم ومن خلال تأثيراتها على نواتج الحمل (عملية قيصرية)، وتتمثل في: رعاية الحمل، الفترة بين الحمل والحمل السابق له، سن الأم عند الانجاب، ترتيب المولود، عمر الأم الحالي، المشاكل الصحية للأم، السوابق الحملية.

¹ عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط 3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001، ص 25.

- إبراز مدى تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على صحة الأم وفي الأخير على نتيجة الحمل،
- التعرف على مستوى معارف المبحوثات حول رعاية الحمل ومدى استفادتهن من ذلك في حياتهن الإنجابية.
- الوقوف على الآثار التي تتركها العملية القيصرية على صحة الأم.
- دراسة استشرافية لمستقبل الظاهرة، حيث أن هذه الدراسة بمثابة منطلق لدراسات أخرى بهدف استكمال حلقات البحث العلمي حول قضية الصحة الإنجابية وأسباب العملية القيصرية.

3. أسباب اختيار الموضوع:

- إن أول خطوة منهجية يقوم بها الباحث هي اختيار موضوع للدراسة ويتأتى هذا عند التفكير في إعداد أي بحث علمي، وبدون العثور على موضوع مناسب للبحث لا يمكن أن يكون هناك بحثاً أصلاً، ولعل اختيار البحث لا يتم عشوائياً ولا حتى بمحض الصدفة إذ أن هناك عدة مؤشرات موضوعية وذاتية توجه الباحث في اختيار الموضوع، وأول هذه المؤشرات الإحساس الصادق والميول الشخصي للموضوع والاستعداد للدراسة، وما تمثله المشكلة المدروسة من أهمية، ويمكن أن نجمل أسباب اختيار هذه الدراسة فيما يلي:
- حب التعرف على الأسباب المؤدية للعملية القيصرية.
 - وجود فوارق في نوعية الولادة مما يثير التساؤلات عن سببها.
 - إجراء بحث علمي يقدم التفسير لهذه الظاهرة المستترة والتي يجب أن تأخذ العناية الكاملة حتى نقدم لها التفسير العلمي.
 - البحث عن آثار العملية القيصرية على صحة الأم.

4. الإشكالية:

تعد الصحة السليمة أحد الأهداف الرئيسية التي تسعى المجتمعات لتحقيقها في سبيل توفير تنمية اجتماعية شاملة، وهي إحدى أهم المعايير الرئيسية التي تضعها المنظمات والهيئات الدولية التي تعنى بشؤون الصحة والأسرة لتحديد درجة الرفاه الاجتماعي لأي مجتمع من المجتمعات.

كما تركز هذه المنظمات والهيئات على الصحة الإنجابية لأنها تتضمن رعاية الأمومة بمكوناتها الثلاث الرعاية أثناء الحمل والرعاية أثناء الولادة، والرعاية أثناء فترة النفاس، وتشمل الوصول إلى الوعي الإنجابي والخدمات الطبية الضرورية لضمان حمل صحي.

ومن أجل تحديد ورصد المستوى الفعلي للرعاية الصحية المقدمة في مرفق صحي معين، فمن المفيد الإشارة إلى بعض التدخلات الطبية الأساسية التي تقدم للمرأة في حالات الحمل المعقدة أو للنساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة بشكل عام، و تعتبر نسبة الولادة القيصرية مؤشرا هاما لتقييم مقدار الرعاية التوليدية المقدمة للأم لعلاج مضاعفات الولادة مباشرة المسؤولة عن وفيات الأمهات في أنحاء العالم. وعند تقييم الحاجة إلى رعاية التوليد الطارئة من أجل تخطيط برامج مناسبة¹.

ومن جانب آخر فإن الوعي الإنجابي له أهمية كبيرة في الحد من العمليات القيصرية التي صارت تهدد حياة الأمهات (الوباء القيصري)² في معظم الدول مخالفة لما أوصت به المنظمة العالمية للصحة، حيث وضع مجموعة من التقنين والخبراء العاملين لديها عام 1985 مستويات الحد الأدنى والحد الأقصى المقبولة والمثالية لنسبة من مجموع الولادات، بحيث العملية القيصرية لا تمثل أقل من 5% ولا تزيد عن 15% من حالات الحمل³، لمنع وفيات ومراضة الأمهات وحديثي الولادة، وعلى أن لا يساء استخدام هذه المستويات والتدخل.

¹ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population: **Surveillance des Soins Obstétricaux d'Urgence- Manuel d'Utilisation-**, Publications mondiales sur la santé, Genève, 2011, P 7.

² http://www.lemonde.fr/sante/article/L'OMS_déplore_l'«_épidémie_de_césariennes_»_dans_le_monde/2015/04/10 تم الاطلاع عليه يوم 16 /06 /2015 على الساعة 14:50 مساء

³ Organisation mondiale de la Santé: **Déclaration de l'OMS sur les Taux de Césarienne**, Genève, 2014, P 01.

كما حددت المنظمة معايير نتائج العملية لإصدار أحكام على أي دولة تضمنت ما يلي: إذا كانت نتائج العملية أقل من 5% من جميع الولادات، يمكننا أن نستنتج أن النساء اللواتي يحتجن إلى إجراء عملية قيصرية لا يستفدن من هذا التدخل، ومن الأولوية تحسين العرض وتنفيذ القيصرية وجعله بحكمة، أما إذا تم تجاوز الحد الأقصى من العمليات القيصرية، أي كان أكثر من 15% من الولادات القيصرية، يمكننا أن نستنتج أنها تتم بدون داع، وإذا كانت نتائج العملية هي ضمن الحدود المقبولة يعني ما بين 5% و15% من جميع الولادات، نستنتج أن معظم النساء يستفدن من العملية القيصرية¹.

ومنذ ذلك الحين، لا يزال العمل بهذه المعايير والملاحظات محل نظر من طرف كل الدول لعدم التزامها وتقيدتها بما تم الاتفاق عليه، إذ نلاحظ هذا التذبذب سواء في البلدان المتقدمة أو في البلدان النامية، حيث كان معدل القيصرية 25% في أوروبا، و38% في الأمريكتين و25% في منطقة غرب المحيط الهادي، وفي أفريقيا وجنوب شرق آسيا 4% و10% على التوالي وفقا لأحدث الأرقام المتاحة من منظمة الصحة العالمية (2015)².

وقد قسمت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية البلدان إلى قسمين حسب مستوى الظاهرة: بالنسبة للبلدان ذات المستوى المرتفع للعملية فهي البرازيل بـ 56%، والصين بـ 54.9% (47% في المناطق الحضرية، و33% في المناطق الريفية)، ومصر بـ 52%، وتركيا بـ 51.13%، وشيلي بـ 47.06%، وأخيرا المكسيك وكولومبيا بنسبة متساوية بـ 46%، وأما البلدان ذات المستوى المنخفض للعملية فهي أيسلندا بـ 15.31%، النرويج بـ 16.5%، هولندا بـ 15.6%، وأخيرا فنلندا بـ 15.77% والسويد: 16.97%³.

¹ Organisation mondiale de la Santé et d'autres: **Lignes Directrices pour la Surveillance de la Disponibilité et de l'Utilisation des Services Obstétricaux**, 2 édition, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, Octobre 1997, P 73.

² World Health Organization, **World Health Statistics 2015**, Geneva, 2015, P 98.

³ Organisation de coopération et de développement économiques: **Statistique sur la Santé 2016** - texte complet , 30 juin 2016, P 2.

أما في الجزائر فإن العملية القيصرية صارت ممارسة شائعة وفقا لما تشير إليه بعض المصادر، إذ بلغت 34.5% من الولادات¹، وهو معدل يفوق بكثير المعايير الدولية المذكورة آنفا، وخاصة بعدما عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص بالولادة بدون مخاطر على المستوى الوطني².

ولمعرفة العملية القيصرية في مجمع البحث المدروس أي في منطقة الجلفة فإن مسح صحة الأسرة 2002 يشير إلى أن نسبة العملية القيصرية في ولاية الجلفة تقدر بـ 2.4%³، أما المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012 فهو يشير إلى أن هذه الولاية (الجلفة) شهدت ارتفاعا محسوسا مقارنة بالعشر السنوات السابقة إذ تقدر نسبة العملية القيصرية بها بنسبة 10.7%⁴، وهذا ما استدعى معرفة أسباب هذه الزيادة.

وتشير أدبيات البحث الديموغرافي حول أسباب الزيادة الحالية للعملية القيصرية داخل مختلف المجتمعات بأن هناك ثلاثة أنواع من العوامل ذات الصلة، قد تؤثر فيها وهي على النحو التالي: خصائص المرأة، والسوابق الحملية، إضافة للرعاية الصحية للأمومة والممارسات الطبية وغيرها من العوامل المحيطة بالأم سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية⁵.

وهذا يعني ضرورة توجيه المسار إلى الاهتمام بدراسة الأسباب والأبعاد الاجتماعية والديموغرافية والصحية التي تحيط بالأم والتي تدفع بها لإجراء العملية القيصرية لأن هذا المسعى الأخير هو الذي يستطيع - حسب رأينا - الكشف عن جملة من الحقائق العلمية

¹ S. Aourane: op.cit, P 14.

² الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية بيجين(+15)، الجزائر، 2009، ص12.

³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء: عولمة السياسات والبرامج السكان - بعض مؤشرات الرصد والتقييم الجزائر- المسح عن صحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، الجزائر، ص 46.

⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport final, Algérie, 2015, P 143.

⁵ Haute Autorité de Santé: **Indication de la Césarienne Programmées à Terme - Méthode Recommandations pour la Pratique Clinique-**, Argumentaire Scientifique, Saint-Denis La Plaine: HAS, France, janvier 2012, PP 25-32.

المرتبطة بالدوافع الخفية التي تتعلق بالأم، وبناء على هذا يتبين أن مشكل دراستنا يتمحور حول التساؤل التالي:

- ما هي الأسباب السوسيواقتصادية والصحية المؤدية إلى العملية القيصرية وما تأثيرها على صحة الأم؟

1.4. التساؤلات الفرعية:

من الواضح أن مشكلة البحث تقودنا إلى عدد من التساؤلات الفرعية التي تتعلق بجملة من العوامل المذكورة آنفا والتي تتجسد في العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية لذا جاءت الأسئلة الفرعية على النحو التالي:

التساؤل الفرعي الأول:

- كيف يؤدي سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية إلى العملية القيصرية؟

التساؤل الفرعي الثاني:

- كيف يؤدي نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل إلى العملية القيصرية

التساؤل الفرعي الثالث:

- هل العوامل السوسيواقتصادية للمرأة الحامل يجعلها لا تهتم بالرعاية الصحية الإيجابية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية

التساؤل الفرعي الرابع:

- هل خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية؟

5. صياغة الفرضيات:

من خلال التساؤل الرئيسي فلا بد من فرضية رئيسية لأنها قضية أو فكرة تتولد في عقل الباحث ويسعى عن طريق استخدام بعض المناهج والأدوات الدقيقة لتحقيق هدفها¹، ومن هذا المنطلق نقترح الفرضيات التالية:

- هناك عوامل سوسيواقتصادية وصحية تؤدي بالمرأة الحامل إلى العملية القيصرية، ولها تأثير على صحة الأم.

¹ عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات: مرجع سابق، ص 47.

1.5. الفرضيات الفرعية:

وكذلك من خلال التساؤلات الفرعية الناجمة عن التساؤل الرئيسي فإنه نتج عنها فرضيات جزئية للفرضية الرئيسية تجلت فيما يلي:

الفرضية الجزئية الأولى:

- سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية.

الفرضية الجزئية الثانية:

- نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علا العملية القيصرية.

الفرضية الجزئية الثالثة:

- العوامل السوسيواقتصادية للمرأة الحامل يجعلها لا تهتم بالرعاية الصحية الإيجابية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية.

الفرضية الجزئية الرابعة:

- خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية.

6. تحديد المفاهيم والمصطلحات:

إن الحدود المستعملة في طرح الإشكالية أو الفرضية تأخذ صفة المفاهيم التي تأخذ تصورات ذهنية لمجموعة من الظواهر التي نريد ملاحظتها، وبتعريفنا للمفاهيم نكون قد سمحنا بتبديد الغموض والشكوك وضبط موضوع البحث، مما يسهل العمليات الموائية، وهذا ما ذكره " روبرت ميرتون " حيث يقول بأن المفاهيم تساعد على توضيح المعطيات التي تتدرج تحت المفهوم، ومن ثم يساعد ذلك على التقليل من تدخل المعطيات الغريبة، وضم المعطيات الخارجة عنه والتي ينبغي أن تتدرج تحته، ونجاح المفهوم في تحديد معطياته الأساسية قد يفيد في إزالة كثير من الغموض المتضمن بعض النظريات، بل يؤدي أحيانا إلى تأسيس سلسلة عديدة من الفروض التي توسع من نطاق النظرية¹.

¹ علي ليلة: النظرية الاجتماعية المعاصرة، دراسة لعلاقة الإنسان بالمجتمع، ط 2، دار المعارف، القاهرة، 1983، ص 39.

وفي نفس السياق يقول " علي عبد الرزاق جلبي " « ومن الضروري على الباحث وضع تعريفات دقيقة للمفاهيم ذلك لأن مجال معنى التصورات أو المفاهيم يجب أن يتحدد بدقة خاصة ولأن كلما كانت المفاهيم أكثر تجريدا كلما كانت أكثر تعقيدا»¹.

كما يستطيع الباحث تحديدا لمفاهيم البحث أن يستخدم ما يعرف باسم التعريفات الإجرائية التي تصل بالمفهوم إلى أقصى ما يستطيع الباحث من الوضوح في ذهنه وفي ذهن من يقرأ بحثه².

ومنه سنتناول هنا المفاهيم التي لها صلة بموضوع الدراسة سواء تلك التي ترتبط به مباشرة، أو التي تمس بعضا من جوانبه:

1.6. الصحة:

بما أن الصحة مفهوم نسبي فقد جاءت التعريفات متباينة من خلال الموسوعات والقواميس وحتى العلماء ومن بين هذه التعريفات:

"Petit Larousse de la médecine" كما يلي: "الصحة هي الحالة التي يكون فيها

الجسم سليما من الأمراض، والأعضاء تؤدي وظائفها بطريقة عادية³.

الموسوعة العربية العالمية، فقد عرفت الصحة بأنها: "حالة الإنسان الخالية من الأمراض، كما تعني الراحة النفسية والعقلية والاجتماعية، والإنسان الصحيح هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وذو نظرة واقعية للحياة، ويتعامل مع غيره من الناس بصورة جيدة، وتساعد الصحة الجيدة الناس على الاستمتاع بالحياة، وتهيئ لهم الفرص للوصول إلى أهدافهم في الحياة بصورة كاملة"⁴.

وهذا التعريف ينطبق على تعريف منظمة الصحة العالمية (W. H. O) فقد تبنت نص التعريف التالي: بأنها السلامة الجسدية التامة والعقلية والصحة الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو ضعف الجسم⁵.

¹ علي عبد الرزاق جلبي وآخرون: البحث العلمي الاجتماعي "لغته، ومداخله، ومناهجه، وطرائقه"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 233.

² نفس المرجع، ص 235.

³ André Donnant et Jaques Bournkeuf: **Petit la Rousse de la Médecine**, Tome 2, Larousse, France, 1983, P 819.

⁴ الموسوعة العربية العالمية، ط 2، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 1999، ص 53.

⁵ منظمة الصحة العالمية: الوثائق الأساسية، جنيف، 2001، ص 1.

وبهذا تكون الصحة حالة السلامة الكاملة للناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليست الصحة مجرد الخلو من مرض أو العاهة، وبذلك فإن الصحة تشمل الصحة الجسمية والصحية العقلية، والصحة النفسية والصحية الاجتماعية¹.

التعريف الإجرائي للصحة:

هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا مما يمكن الفرد ومجتمعه من العمل والإنتاج وليست فقط الخلو من الأمراض والعاهات.

2.6. الصحة الإيجابية:

يراد بها الرفاهية الشاملة الجسدية والعقلية والاجتماعية للحوامل والأمهات بكل ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه، وهذا لا يعني عدم وجود الأمراض والإعاقات فقط. وتتطلب الصحة الإيجابية السليمة توفر خدمات تدعي بخدمات الصحة الإيجابية، وهي عبارة عن مجموعة من الوسائل التقنية والخدمات البشرية التي تساهم في الصحة والرفاهية في ميدان الإنجاب مع وقاية وحل المشاكل التي قد تطر في هذا المجال².

وجاء في دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان بأنها تلك المجموعة الأساليب والتدخلات، والخدمات التي تسهم في تحسين الصحة الإيجابية والرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض وحل مشاكل الصحة الإيجابية³.

التعريف الإجرائي للصحة الإيجابية:

الصحة الإيجابية هي قدرة التمتع بحياة جنسية سليمة، والقدرة على الإنجاب وتحديد عدد الأطفال، والوقاية والمكافحة من الأمراض النسائية المتصلة بالإنجاب أو المؤدية للعملية القيصرية، وقدرة الزوجتين على تهيئة الظروف الملائمة لإنجاب أطفال أصحاء.

¹ محمد عبد اللطيف وآخرون: موسوعة سفير لتربية الأبناء، المجلد 1، سفير الدولية للنشر، القاهرة، 2012، ص266.

² وزارة الصحة والسكان: مديرية السكان، معجم وجيز، أهم المؤشرات ومفاهيم سياسيات وبرامج السكان، جويلية 2001، ص6.

³ أحمد عبد الله القادر الصلاحي وآخرون: دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان، الجمهورية اليمنية، دار المجر للطبع والنشر، بدون سنة طبع، ص24.

3.6. الرعاية الصحية:

هي بذل الجهود لتخفيض نسبة الإصابة من الأمراض ونشر الوقاية منه، كما نهتم بالعديد من الخدمات الصحية التي تقوم في مجال رعاية الأمومة والطفولة وما نقوم به من التثقيف الصحي والخدمات للحوامل وتحسين المستويات الصحية وجوانب الوقاية مع التركيز بما يتعلق بصحة الأم والطفل ورعاية في فترة ما قبل الولادة وبعدها¹.

4.6. الرعاية الصحية الإنجابية:

هي مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات التي تسهم في تحسين الصحة الإنجابية الرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض، وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وأهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة، والرعاية بعد الولادة. كما تشمل رعاية الصحة الإنجابية على:

"خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة، الإعلام والتوعية والتواصل والرعاية قبل الولادة، والولادة السليمة، والرعاية بعد الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، الوقاية من العقم وعلاجه، الوقاية من مضاعفات الإجهاض المأمون حيثما لا يكون ذلك متعارضاً مع القانون، معالجة التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة الاتصال الجنسي، والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي"².

التعريف الإجرائي للرعاية الصحية الإنجابية:

هي مجموعة من الخدمات عالية الجودة تقدم قبل الولادة وأثناء وبعد الولادة من أجل التشخيص وكشف متابعة الحمل لمنع حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل، وكذلك عند الولادة حيث تتم تحت إشراف طبي، ومن طرف إطارات مؤهلة لتجنب الفترة الحرجة لصحة الأم والطفل، لتوفر الرعاية اللازمة كأجهزة مراقبة الوضع، وتوفير الدم، وتستمر هذه الرعاية إلى ما بعد الولادة حتى تستعد الأم للحمل آخر.

¹ إقبال إبراهيم مخلوق: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص 249.

² آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد الخامس، العدد 13، الجامعة العربية، القاهرة، 2012، ص ص 42-43.

5.6. المراقبة الطبية:

هي عملية مستمرة ومنظمة تتم على مدار مراحل المشروع (بداية من الفحص قبل الزواج إلى غاية الإنجاب) الهدف منها تزويد أصحاب المصلحة (الزوجين) بمعلومات مفصلة في وقت مبكر عن التقدم أو التأخر الحاصل لنمو الجنين لتجنب المخاطر ومنع الإصابة التي قد تحدث للأم أو الطفل أو معا، وتهدف كذلك لتحديد فيما إذا تم التوصل للنتائج المطلوبة وفق المخطط الزمني المحدد مما يمكنهم من اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح حالات التقصير في أسرع وقت ممكن¹.

ويعرفها إبراهيم البصري بأنها مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث².

في حين يعرفها بهاء الدين إبراهيم سلامه بأنها عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للفرد وتختلف من حالة لأخرى وتشتمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج³.

كما تعرف بأنها الاستخدام الواعي والواضح والحكيم لأحدث وأفضل المعايير الطبية المرتكزة على البيانات لاتخاذ القرار المناسب لكل سيدة حامل في أثناء المخاض والنفاس⁴. وتساعد المراقبة الطبية على منع الحوادث المحيطة بالولادة من خلال زيادة المراقبة والتدابير الوقائية، بحيث يجب تقييم خطر كل حمل ويمكن إدارته في بيئة مناسبة تماما، وضمان سلامة هذا التسليم ويوجه الحمل المعرض للخطر إلى المرافق المناسبة⁵.

والمراقبة الطبية ورعاية التسليم ستكون في المجالات المتخصصة، من أجل فعالية العلاج وهذا الأخير مشروط بالتشخيص المبكر: فمن بداية الحمل يجب التعرف على الجلطات غير المنتظمة لتجنب الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والشلل الدماغي⁶.

¹ Haute Autorité de santé, Service communication: **Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées**, France, Mai 2016, P 6.

² إبراهيم البصري: الطب الرياضي، دار الحرية، بغداد، 1976، ص 07.

³ بهاء الدين إبراهيم سلامه: الجوانب الصحية في التربية الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1989، ص 203.

⁴ أسماء عبد السلام وصلاح الشبخة: الممارسات التوليدية في الحمل والمخاض وفترة النفاس كما يطبقها المولودون

السوريون، مجلة دمشق، المجلد 19، العدد 1، دمشق، 2003، ص 53.

⁵ Djamil Lebane Et d'autres: **Programme National Périnatalité Programme triennal 2006 - 2009**, Edition ANDS, Alger, 2006 P 15.

⁶ Ibid, P40

التعريف الإجرائي للمراقبة الطبية:

هي إجراء علاج مسبق دون اللجوء إلى الوسائل والأدوية، ويتم عن طريق التوجيه والإرشاد من طرف الطبيب أو لاجتتاب الوقوع في الحوادث والإصابات، بحيث تسمح هذه المراقبة من تجنب الولادة بالعملية القيصرية للحامل، كما تكون هذه المراقبة فاصلة في تاريخ الحمل وتحدد مصيره.

6.6. السوابق الحملية:

جاء في كتاب طب المجتمع أن مفهوم السوابق الحملية تشمل كل المعلومات الآتية¹:

- كل حمل سابق، فيما يتعلق بمدة الحمل، ومكان الولادة، ونوع الولادة طبيعية كانت أو غير طبيعية، وحالة المولود، ووزنه.
- المضاعفات التي أصابتها من حيث فرط ضغط الدم، أو النزف، والعدوى وحالة الجهاز البولي والتناسلي وتمزق العجان من عدمه.
- حالات الضوايق السابقة وعمر الجنين وقت الضائقة.
- وفيات الرضع، وسن الوفاة، وأسبابها.
- الحمل الحالي: بدؤه وأعراضه ومشاكله، والاضطرابات التي رافقته إن وجدت من قيء، وغثيان ونزف وصداع، ووذمات، ودوار وآلام في البطن أو ضيق في التنفس، وإفرازات مهبلية.

كما تتضمن السوابق الجراحية والإصابات التي تتعلق بالحوض والبطن والثدي والكسور في عظام الحوض.

التعريف الإجرائي للسوابق الحملية:

السوابق الحملية هي مجموع الحوادث والإصابات والأخطار التي تعرضت لها الأم في مرحلة ولادتها السابقة للولادة الحالية، وكان لها انعكاس على الولادة الحالية.

7.6. المشاكل صحية:

هي التي تنشأ بسبب عدم متابعة الحمل بشكل منتظم وعدم التشخيص المبكر لها خلال فترة الحمل وعلاجها، وبهذا تزيد من احتمال الحمل الغير السليم وإنجاب بالعملية القيصرية لتجنب الخطر عند الولادة من أجل إنقاذ الأم.

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، ط 2، أكاديمية إنترناشيونال، لبنان، 2011، ص ص 321 - 322.

كما يكن أن تكون هذه المشاكل وراثية كالسكري أو ضغط الدم ... أو ناتجة عن الحمل الحالي أو السابق، مما يجعل الأم لا تلد بشكل طبيعي.

8.6. العوامل الاجتماعية:

وصفت العوامل الاجتماعية بأنها مسببات الأسباب، وهما الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على صحة الأفراد والسكان، وتشمل هذه الظروف الحياة اليومية والتأثيرات الهيكلية عليها، كما وصفها منظمة الصحة العالمية: ظروف الصحة الاجتماعية هي الولادة، والنمو والعيش، والعمل والسن، بما في ذلك النظام الصحي. وهذه الظروف شكلها نظام توزيع المال والسلطة والموارد على المستويين العالمي والوطني والمحلي، والتي هي في حد ذاتها تأثرت بخيارات السياسة العامة، وأن العوامل الاجتماعية المحددة للصحة هي معظمها مسؤولة عن الفوارق الصحية - الغير عادلة والتي يمكن تجنب اختلافاتها في الحالة الصحية من خلال البلدان وفيما بينها¹.

كما تعرف بأنها مجموعة من الظروف التي تتعلق بتكوين الجماعة وأنظمتها، والتي تساهم في تكوين الفرد ويكون لها الأثر الواضح في سلوك الفرد ومجتمعه، كما يعنى المتغيرات المتعلقة بالبناء الأسري والمتمثل في المستوى التعليمي، القيم والمبادئ².

وتعرف كذلك بأنها تلك العناصر التي تؤثر في الإنسان ويتأثر بها وذلك من خلال علاقته بالآخرين وأثناء ممارسته لأنشطته اليومية. وهي تجتمع كونها تحيط بالإنسان وتؤثر على حالته الصحية ومن هذه العوامل: نمط الحياة، نوع العمل، مكان الإقامة، المكانة الاجتماعية، نوع الغذاء... الخ³.

¹ الجمعية البرلمانية الآسيوية: تقرير الأمين حول تحقيق العدالة الصحية، ترجمة إدارة شؤون الشعبة البرلمانية (فؤاد الصياح)، باندونغ (إندونيسيا)، 7-10 ديسمبر 2009، ص2.

² حسين عبد الحميد رشوان: دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية - دراسة في علم الاجتماع الحضري-، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2004، ص 10.

³ سحر فتحي محمود مبروك: المتغيرات البيئية والاجتماعية المرتبطة بإصابة الأطفال ببعض الأمراض البيئية - دراسة مطبقة في قرية مصرية-، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية، مصر، 1996، ص ص 40-41.

التعريف الإجرائي للعوامل الاجتماعية:

هي مجموعة الظروف التي تتعلق بالأم أو المحيطة بها مثل المستوى التعليمي أو هي التي تؤثر عليها، وكذا على إدراكها من أجل تحقيق راحتها الجسدية والنفسية بغية الحصول على الصحة الإيجابية.

9.6. المستوى المعيشي للأسرة:

جاء في معجم المعاني الجامع أن مستوى المعيشة هي طريقة حياة من عنده دخل متوسط في بلد ما¹.

كما أشارت موسوعة ويكيبيديا على أن مستوى المعيشة يشير إلى مستوى الثروة، الراحة، السلع المادية والضروريات الموجودة لفئة اجتماعية-اقتصادية في منطقة جغرافية معينة².

في حين يرى بعض الكتاب أن مستوى المعيشة هو مؤشر نوعي يستند إلى مؤشرين كميين هما: مؤشر الأسعار ومؤشر الأجور، وهما بآن واحد شرط ضروري لقياس مستوى المعيشة. وهو مؤشر من الناحية العملية يهدف إلى عقلنة التطور الاقتصادي عبر قياس درجة حرارة المجتمع بشكل مستمر من أجل تجنب المفاجآت، بل إنه يسمح بأكثر من ذلك³. وعلى الرغم من أهمية الدخل، إلا أن حصر قياس المستوى المعيشي به قد يعطي مؤشرا مضللا لأن المستوى المعيشي لا يتحدد من خلال المواد التي تستهلكها الأسرة فقط ولكن يتحدد من خلال عوامل أخرى على قدر كبير من الأهمية كعدد المعالين في الأسرة، والتعليم، وبيئة المسكن، والإنفاق على الصحة، والإنفاق على الجوانب الترفيهية...⁴

¹ <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/> /

² <https://ar.wikipedia.org/wiki>

³ قدري جميل: من أجل مؤشر مستوى معيشة حقيقي علني وشفاف، الحوار المتمدن، العدد: 2127، لبنان، 2007، ص 03.

⁴ كمال صالح: مؤشرات قياس الرفاه الإنساني محاولة لنموذج عربي، المعهد العربي لتدريب والبحوث الإحصائية، الأردن، 2014، ص 07.

التعريف الإجرائي للمستوى المعيشي:

المستوى المعيشي للأسرة يتعلق بالعامل الاقتصادي لها الذي يعتبر ركيزة أساسية من ركائز ودعائم الأسرة، كما يتعلق بالحالة الفردية لها من حيث الموارد المادية التي تعود عليها من أجل الإنفاق على نفسها وأسرتها، وصعوبة هذه الظروف تؤدي بالمرأة الحامل إلى عدم قيامها بالرعاية الصحية المطلوبة والمنظمة مما قد يؤثر في نوعية ولادتها، فالتغذية والمراقبة الطبية كلها تحتاج إلى دخل مادي، كما يؤثر في نوع الرعاية الصحية.

7. المنهج المتبع وأدوات جمع البيانات:

بعد اختيار مشكلة البحث وتحديد الأهداف التي يسعى الباحث إلى تحقيقها من دراسته وتحديد وصياغة فروض الدراسة وتساؤلاتها، يجد نفسه أمام صعوبة اختيار تحديد المنهج نظرا لتعدد المناهج التي يستطيع أن يستخدمها في إجراء بحثه وخاصة في العلوم الاجتماعية، لكن طبيعة الدراسة والهدف منها يحددان له نوع المنهج الذي يستخدمه، ونعني "بالمنهج مجموعة من المراحل المتسلسلة والمتراصة التي يؤدي كل منها إلى المرحلة التالية، ويبدأ المنهج عادة بعد تحديد مشكلة الدراسة أو البحث مرورا بوضع وصياغة الفرضيات واختيارها وتحليلها ومن ثم عرض النتائج ووضع التوصيات"¹، ولذا فسوف يتم اختيار المناهج التالية التي تناسب طبيعة الدراسة:

1.7 المنهج الوصفي التحليلي:

يقوم هذا المنهج على رصد ومتابعة دقيقة للظاهرة أو حدث معين في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة من حيث المحتوى والمضمون للوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع، « ولا يتمثل هذا المنهج في جمع البيانات والمعلومات وتبويبها وعرضها، بل إنه يشمل كذلك على تحليل دقيق لهذه البيانات والمعلومات وتفسير عميق لها من أجل استخلاص الحقائق والتعميمات الجديدة التي تساهم في تراكم وتقديم المعرفة الإنسانية»².

¹ ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب، البحث العلمي النظرية والتطبيق، ط2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 33.

² نفس المرجع، ص 44.

واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، لأنه لا يقتصر على الوصف، بل يتعداه إلى محاولة تفسير الظواهر الاجتماعية والاقتصادية والصحية المحيطة بالحامل والتي تؤدي بها للعملية القيسرية، وتحليل العوامل التي تتضافر وتتساند لاستمرار هذه الظاهرة، كما يمكننا هذا المنهج بعد وصف الظاهرة وصفا دقيقا من التعبير عنه كيفيا وكميا، إذ أن التعبير الكيفي يبين خصائص الظاهرة، والتعبير الكمي يعطيها وصفا رقميا يوضح حجم الظاهرة ومقدارها، ويتجلى هذا من خلال الجانب النظري والجانب الميداني للدراسة.

2.7 المنهج الإحصائي:

يتم إخضاع الظاهر محل البحث للتحليل الكمي القياسي حتى يزيد من قدرتنا على الإحساس بمدى التغير في هذه الظاهرة ويزيد من قدرتنا على الاستنتاج والتنبؤ السليم، ويراد بالمنهج الإحصائي " الطريقة في جمع الحقائق الخاصة بالظواهر العلمية والاجتماعية التي تتمثل في حالات أو مشاهدات متعددة وفي كيفية تسجيل هذه الحقائق في صورة قياسية رقمية، وتلخيصها بطريقة يسهل بها معرفة اتجاهات هذه الحقائق وعلاقاتها بعضها ببعض والقوانين التي تسير تبعاً لها"⁽¹⁾، ويتم توظيف هذا المنهج لتعزيز المنهج الوصفي التحليلي، وتحويل المعطيات الكيفية إلى معطيات كمية التي يتم عرضها في جداول بسيط ومركبة يمكن التعليق عليها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى نتائج المرجوة.

وسعياً لتحليل بيانات الدراسة بشكل مناسب ودقيق، تم اللجوء إلى أساليب إحصائية متنوعة، وقد صنفنا إلى مستويين من التحليل:

المستوى الأول: أسلوب التحليل الوصفي البسيط لمتغيرات الدراسة، وتتمثل: (بالتوزيعات النسبية التكرارية).

المستوى الثاني: التحليل الوصفي الثنائي، الذي وظف لتحليل العلاقات الثنائية لمتغيرات الدراسة المستقلة مع المتغير التابع وتتمثل هذه النماذج في (الجدول المتقاطعة، واختبار مربع كاي Chi-Square)، حيث تمتاز هذه الأساليب بملاءمتها لأغراض الدراسة، خاصة وأن نمط المتغير التابع المراد دراسته هو من النوع الثنائي الذي يأخذ هيئة خيارات متقطعة " Discrete Choices Dummy Variable " يأخذ قيمتين هما (صفر، واحد)، وقد تم الاستعانة باختبار كاي تربيع لفحص درجة أو معامل الاعتمادية، والدلالة الإحصائية

¹ أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1982، ص 409.

للفروقات التي يمكن أن تحدثها المتغيرات المستقلة على المتغير التابع عند مستوى دلالة إحصائية 0.05 أو فأقل، حيث استخدم لهذه الغاية برنامج (SPSS) الإحصائي لإجراء عمليات التحليل الإحصائي¹.

8. مجالات الدراسة:

تتعدد المواضيع الاجتماعية وتختلف ولكل موضوع من هذه المواضيع مجالات مختلفة تدرس فيه كالمجال البشري والمجال الزمني والمكاني، ولهذا فإن تحديد المجالات للمواضيع الاجتماعية يعتبر من الخطوات المهمة في البحث ونظرا لتعدد التقنيات المستعملة توجب علينا تعدد الأمكنة والأزمنة.

1.8. المجال المكاني للدراسة:

لقد تمت الدراسة في مستشفى الأم والطفل الذي يتواجد بمدينة الجلفة وبالضبط في بلدية الجلفة، وهي لا تختلف في خصائصها عن باقي مدن الجزائر الأخرى، كما أنها شبيهة كثيرا بمدن العالم الثالث أو مدن المجتمعات النامية حسب ما يرد عن هذه الأخيرة في الكتب والدراسات، وقبل التطرق لمجال مكان الدراسة سنتطرق إلى أهم مميزات هذه المدينة فيما يأتي.

1.1.8. التعريف بمدينة الجلفة:

تقع مدينة الجلفة ضمن منطقة السهوب في القسم الجنوبي من الجزائر يشكل موقعها أهمية إستراتيجية كبرى، فهي تلقب ببوابة الصحراء، تبعد عن العاصمة بحوالي 300 كلم وهي ترتفع على سطح البحر بأكثر من 800 م، وتقع في الوسط الشمالي بالنسبة للجزائر بين خطي عرض 02 درجة و 05 درجة شرقا، وخطي طول 33 درجة و 35 درجة شمالا، ومناخها شبه صحراوي، أما شتاؤها باردا وصيفها حار، وهي تجمع بين سبع ولايات يحدها شمالا ولاية المدية ومن الشمال الغربي ولاية تيارت، ومن الجنوب الغربي ولاية الأغواط ومن الجنوب ولاية غرداية، ومن الجنوب الشرقي ولاية ورقلة ومن الشرق ولاية بسكرة، ومن الشمال الشرقي ولاية المسيلة، أما النشاط الغالب لسكانها هو الفلاحة وخاصة تربية الماشية.

¹ منير كرادشة: تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن، مجلة المنارة، المجلد 12، العدد 1، الأردن، 2006، ص360.

وعند صدور قانون التنظيم الإقليمي لولايات الوطن عام 1974 أصبحت الجلفة مركز الولاية، وهي تضم 36 بلدية و 12 دائرة ويزيد تعدد سكان الولاية عن 1090578 نسمة وهي تقع على الطريق الوطني رقم (1).

2.1.8. الوضع الصحي والخدمات الصحية ببلدية الجلفة:

إن الوضع الصحي والخدمات الصحية بالمدينة لا تختلف كثيرا عنها في باقي مدن الوطن، كما يكتب عليها: تعاني نقص في الموارد المادية والبشرية وعجز في تغطية كل متطلبات المواطنين، خاصة منها التي تتعلق بالقطاع العمومي.

ونذكر أهم ما يوجد بمدينة الجلفة من هياكل الخاصة بالقطاع الصحي كما يلي¹:

القطاع الصحي بمدينة الجلفة تغطي بمعدل 4 دوائر أي 10 بلدية، وتحتوي على مدرسة للتكوين شبه طبي وبها 300 مقعد بيداغوجي وأخرى قيد الإنجاز.

أما باقي الهياكل الصحية المتواجدة بالمدينة هي:

- مستشفى المجاهد عبد القادر محاد بوسط المدينة به عدد الأسرة 326 سرير ومستشفى الأم والطفل عدد أسرته 110 سرير، ومستشفى طب العيون 120 سرير، إضافة إلى 08 عيادات طبية متعددة الخدمات موزعة على أحياء المدينة، مع 4 قاعات علاج.

أما القطاع الصحي الخاص، فهو يساهم بصفة معتبرة في التغطية الصحية بالمدينة، إذ يتوفر القطاع على:

- عيادتين طبيتين جراحيتين، بالإضافة إلى عيادة أمراض العيون.

- 03 مخابر للتحاليل الطبية.

- مركز للفحص بالأشعة.

- بالإضافة إلى مؤسسات النقل الصحي والصيدليات والمجمعات الصحية والمراكز الصحية وقاعات العلاج الخاصة.

- 05 قابلات.

هذه الهياكل يعمل بها 2511 من الوسائل البشرية تتوزع كالتالي:

- 694 طبيبا: منهم 285 طبيب عام و 101 طبيب خاصا يعملون في القطاع العام،

و 120 طبيبا عاما و 65 طبيبا خاصا يعملون في القطاع الخاص.

¹ مديرية السكن والتعمير لولاية الجلفة: دليل ولاية الجلفة 2015 2015 12.

- 123 جراح أسنان منهم 69 يعملون بالقطاع العمومي و 54 يعملون بالقطاع الخاص.
- أما أعوان شبه الطبي فعددهم 1547 شبه طبي منهم 1535 في القطاع العام و 12 في القطاع الخاص.

وفي سنة 2014 تم توظيف 102 طبيبا في جميع التخصصات، وأما في سنة 2015 فتم توظيف 33 طبيبا في جميع التخصصات¹.

وتؤكد هذه الأرقام المتحصل عليها أن العجز في الهياكل لا يزال قائما، حيث يسجل بالجلفة سريرا لكل 1000 مواطن، إلا أن المعدل الوطني هو سرير لكل 500 مواطن، إضافة إلى أن كل 7600 مواطن لكل طبيب مختص، و 2275 مواطن لكل طبيب عام، و 8200 مواطن لكل طبيب أسنان، و 6100 مواطن لكل شبه طبي، إن هذه المعطيات عجزت عن توفير التغطية الصحية لمواطني الولاية، لكونها الرابعة وطنيا من حيث تعداد السكان (1291370 نسمة)، زيادة على أن بلدية عاصمة الولاية وحدها وبتعداد سكانها تعتبر ولاية كاملة، وهو الأمر الذي جعل الهياكل الصحية لا تستوعب العدد المتزايد للسكان.

1.2.1.8. التعريف بمكان الدراسة: مستشفى الأم والطفل

هي مؤسسة استشفائية متخصصة في طب النساء والتوليد، وطب الأطفال والجراحة يقع في شمال وسط المدينة ذو سعة 110 سرير، تحت السلطة السلمية لمديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة، تم إنشائه بموجب المرسوم التنفيذي رقم 128/11 المؤرخ في 20 مارس 2011 والمكمل لقائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة المنشأة تبعا للمرسوم التنفيذي رقم 2465/97².

أما عن نوعية البناية فهي صلبة ومكونة من طابق أرضي به مصلحة الولادة ومصلحة طب الأطفال ورعاية المواليد الجدد وطابق ثاني به مصلحة أمراض النساء ووحدة الإنعاش وغرفة العمليات.

إضافة إلى مصلحة الفحص والاستجالات، والبياضة، والمخبر، والأشعة، والصيدلية، والمخازن، وحفظ الجنث، ومكتب القبول، وبهو الاستقبال.

¹ نفس المرجع، ص 13.

² مديرية القطاع الصحي لولاية الجلفة: دليل قطاع الصحة لولاية الجلفة 2014، ص 4.

أما بالنسبة لعدد المستخدمين فيقدر عددهم 209 موظف، وتأتي نسبة التأطير كالأتي¹:

* مدير المؤسسة واحد.

* طبيب مختص رئيس مصلحة: 01 طبيب أخصائي في أمراض النساء والتوليد (مكلف)

* منسق النشاطات الشبه طبية: 04 أشخاص

* قابلة منسقة: 02 قابلة

* إطار شبه طبي: 12 شخص.

* عون طبي في التخدير والإنعاش إطار: 02 أشخاص.

* الموظفون الأجانب: 40 شخص من جنسية كوية.

* طاقة الإنتاج: غير محددة تتمثل في تقديم خدمات لمرتفقي المؤسسة بحسب الطلب وبقدر المستطاع.

وتتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بتقديم الرعاية الصحية للأم والطفل لاسيما:

* العلاجات الطبية: وتتمثل في مجموع نشاطات الكشف والدواء والعلاج من أجل إشباع حاجات صحية للمريض.

* الوقاية الصحية: والتي تختلف عن النشاطات العلاجية، فالوقاية تتمثل في التدخل قبل حدوث المرض وهي في الهدف العام تعتمد على تحقيق حاجات عامة لجميع الأفراد عكس العلاج الطبي الذي يختص برعاية فردية.

* مصلحة الولادة: كما تستقبل النساء الحوامل من أجل الولادة ويتم استشفاء الحالات التي تحتاج إلى رعاية صحية متخصصة.

* مصلحة طب الأطفال: تتكفل باستشفاء وتقديم الفحوصات للأطفال والموليد، وكذا نشاطات الكشف (المخبر، الأشعة).

* وحدة متابعة الأم والطفل: وتتمثل في تأمين العلاج والمتابعة للنساء وكذا عمليات التلقيح للموليد الجدد.

أما بالنسبة لطاقة الاستيعاب فهي تتكفل بتقديم خدمات صحية للمرضى وتؤمن لهم:

¹ نفس المرجع، ص 5.

- * الزيارات اليومية للمرضى من 13.30 سا إلى 15.30 سا كل أيام الأسبوع (العطل والمناسبات) عبر مدخل خاص بالزوار فقط من خلال بهو الاستقبال¹.
- * تأمين الاستعجالات الطبية في طب النساء والتوليد وكذا طب المواليد الجدد، بالإضافة إلى الفحوصات الخاصة بالأشعة والمخبر.
- * استقبال المواطنين من أجل تقديم توضيحات حول المرضى، تقديم شكاوى، طلبات استفسار.
- * بالإضافة إلى تأمين الدخول السهل لجميع عمال المؤسسة للمصالح الاستشفائية مدخل خاص بالعمال.

* تقدر سعة الاستقبال يوميا بحوالي 300 زائر.

ونظرا لقلّة العينة المتحصل عليها من المصلحة ارتأينا أن نوجه الدراسة إلى خارج أسوار المستشفى انطلاقا من الحي الذي يسكن فيه الباحث وبمساعدة بعض الأصدقاء والصدقات، ومطبقين الشروط التي تم وضعها وخاصة إجراء العملية داخل مستشفى الأم والطفل ويكون قد مضى عليها عاما لمعرفة أثرها.

2.8. المجال البشري للدراسة:

اتجهت عينة البحث إلى فئة الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15- 49 سنة، أي الأمهات اللواتي في سن الإنجاب، كما أنهن خضعن للعملية القيصرية خلال حياتهن الإنجابية، ولديهن على الأقل طفل واحد، وأجريت لهن على الأقل عملية قيصرية في مستشفى الأم والطفل.

1.2.8. العينة وكيفية اختيارها:

تعتبر عملية اختيار العينة من العمليات الهامة التي يجريها الباحث وتتطلب منه دقة بالغة نظرا لأهمية النتائج المترتبة عليها، كما يشكل اختيارها صعوبة على الباحث، حيث كل باحث يرغب أن تكون عينته ممثلة للمجتمع الأصلي، وهذا ما كنا نرغب فيه لكن للأسف، وهذا بسبب غياب قاعدة المعاينة والمتمثل في عدد النساء اللواتي كانت ولاتهن

¹ نفس المرجع، ص 6.

بالعملية القيسرية، مما جعل فرصة الحظ في الظهور في هذا النوع من العينة مقتصرة على بعض أفراد المجتمع الأصلي وليس كله وكان اختيار الصفة التي يراد دراستها بطريقة عمدية وفي فترات زمنية محددة من الباحث¹، فلم يتمكن من تطبيق طريقة العينة الاحتمالية.

ونظرا لحساسية العملية القيسرية لمجتمع الدراسة بسبب العرف الاجتماعي ومن الطابوهات الاجتماعية التي لا يمكن أن تتكلم فيه المرأة ومحدودية العلاقة بين نساء الأسرة، وقلة الحديث بينهن وجعل تبادله محصورا في الضرورة المطلقة، يجعلنا أمام مجتمع مغلق على نفسه متستر، وهذا يعقد عملية الوصول إليهن والاتصال بهن بصعوبة.

واختيارنا للعينة العمدية لم يتم بالصدفة أو بطريقة عشوائية بل تم بطريقة مقصودة ومعمدة على شروط وضعناها بعد تحديد مسبق لأهداف البحث ولقد كانت هذه الشروط كما يلي :

- أن تشمل مجموعة من النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، وقد مضى على زواجهن ما بين (5-10 سنوات).

- أن يكون لديهن على الأقل طفل واحد، وأجريت على الأقل عملية قيسرية.

- تقيم بمدينة الجلفة (مقيمة دائمة).

- أن تكون قد أجرت العملية في مستشفى الأم والطفل بالمدينة، ومضى على العملية عام قبل التحقيق إذا كانت لأول مرة.

ولإتمام عملية الاختيار تم الاستعانة بطريقة كرة الثلجية التي تعتبر من أنواع العينة العمدية، وتستعمل هذه الطريقة "عند ما نكون نعرف بعض أفراد مجتمع البحث المستهدف والذي سنتمكن بفضلهم من الاتصال بالآخرين، هكذا فإن أفراد مجتمع البحث هم الذين سيساعدوننا في بناء العينة، ونلجأ إلى هذا الأسلوب عندما يكون الوسط غير معروف كليا، أو أن هذا الوسط مغلق على نفسه نسبيا أو عندما نريد دراسة شبكة تأثيرات².

بدأ توزيع الاستمارات الأولية على الأصدقاء الذين أعرف أن زوجاتهم خضعن إلى العملية القيسرية وبهم تم التعرف على أشخاص آخرين زوجاتهم كذلك خضعن للعملية

¹ Rodolphe Ghiglian et autres: **Des Enquêtes Sociologique**, Théories et pratiques, Armand Colin, Paris, 1970, PP 36-37.

² موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون، ط1، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004، ص 314-315.

القيصرية وبدورهم إلى رفقائهم، وتم توزيعها في نهاية شهر ديسمبر من عام 2014 على كل هذه الفئات المختلفة واستمر جمع الاستثمارات حتى نهاية شهر ماي من نفس السنة، حيث بلغ حجم عينتنا 200 امرأة بعد استبعاد الاستثمارات التي لا تتوفر فيها الشروط العلمية.

3.8. المجال الزمني لدراسة:

لقد أخذ هذا البحث زمنا للتفكير من أجل ضبطه سوسيولوجيا وتكوين حقل معرفيا بجمع البيانات والمعلومات من خلال القراءة والبحث الاستطلاعي لانجاز مشروع بحث تمهيدي بعد قبول هذا الموضوع من طرف مركز البحث والإعلام العالي والتقني، ثم شرعنا في إعداد الجانب النظري لهذه الدراسة بتوجيه من الأستاذة المشرفة، وتوازيا مع الجانب النظري قمنا بزيارات استطلاعية لمعرفة مكان الدراسة (مستشفى الأم والطفل) ومجتمع البحث عن قرب، وملامسة واقعه، إذ أن هذه الملامسة حددت الصعوبات التي واجهتنا في ملئ الاستثمارات في وقت قصير على رغم من الانتقاء والطريقة القصدية التي لم تمكننا من العدد المناسب مما جعلنا نختار طريقة "كرة الثلج" وذلك بالاستعانة بأشخاص متطوعين، حيث بدأنا بجمع الأفراد الذين طبقت عليهم الاستمارة التجريبية من بداية شهر أكتوبر 2014 حتى نهايته، وذلك للوقوف على مدى صلاحيتها وعلى الهفوات الممكنة قصد التحقق من صحة الأسئلة - مؤشرات المتغيرات التي يمكنها أن تترجم أهداف البحث وخدمة الفرضيات - واختبار ما مدى فهم المبحوثات لها وكذا اختبار الوقت اللازم والكافي لعينتنا، وقد سمح لنا هذا الاختبار من تعديل بعض الأسئلة ورفع الستار على بعض النقائص، فقمنا بنزع أو الاستغناء عن بعض الأسئلة وإضافة أسئلة أخرى حسب أهميتها وخدمتها للبحث، لنتداركها في المرحلة التالية، أي عند صياغة الاستمارة بشكلها النهائي.

ولما اعتمدنا الشكل النهائي للاستمارة وبتوجيهات من الأستاذة المشرفة حول التعديلات اللازمة والتي تخدم الحقل المعرفي توجهنا مرة أخرى إلى الميدان وكان ذلك في بداية شهر ديسمبر 2014، وقمنا باستجواب المبحوثات حتى نهاية شهر ماي من نفس السنة.

لقد كانت وجهتنا في الميدان النساء اللواتي خضعن للعملية القيصرية فلذا واجهتنا مشكلة رفض الإجابة في الغالب عن أسئلتنا نظرا لخوفهن من أزواجهن، أو كيفية التحدث إلى أجنبي من طرف النساء المعنيات بالدراسة خاصة اللواتي كن في مكان الدراسة، مما

جعلنا نستعين بالمرضات اللواتي يعملن بالمستشفى لتجنب المشاكل التي قد تتجر عن مقابلاتهن وخاصة من طرف أزواج المبحوثات.

وقد اضطررنا في بعض الأحيان أن نملاً الاستمارة بأنفسنا أثناء الاستجواب أو أن تملأ من طرف المحققين الذين كلفناهم بتوزيع الاستمارات وهذا بعدما شرحنا لهم كيفية توزيع الاستمارات، وكيفية ملئها إذ ارتأينا أنها أحسن طريقة لكسب الوقت نظراً للوقت المحدد لإنجاز هذه الرسالة، و لقلّة الإمكانيات، و لوجود العديد من النساء الأميات.

9. الأداة المستعملة:

1.9.1. الاستمارة:

تمثل أدوات جمع المعطيات نقطة تلاقي بين البناء المفهومي لمشكلة البحث من جهة والواقع المراد دراسته من جهة أخرى، وهي تستمد وجودها من كونها تسمح للباحث بالتوجه نحو الواقع لجمع المعلومات الضرورية للإجابة عن مشكلة البحث، وهي تختلف باختلاف موضوع الدراسة، والمناهج المستخدمة، واعتمدنا في دراستنا على أداة واحدة وهي صحيفة الاستبيان، وهذا وفقاً لطبيعة الدراسة والمنهج المستخدم.

* صحيفة الاستبيان (الاستمارة)

الاستمارة وهي تقنية مباشرة للتقصي العلمي إزاء الأفراد، وتسمح باستجوابهم بطريقة موجهة والقيام بسحب كمي بهدف إيجاد علاقات رياضية والقيام بمقارنات رقمية¹.

وتعتبر الاستمارة من أكثر أدوات البحث الاجتماعي شيوعاً في المسرح الاجتماعي وذلك لسهولة تطبيقها على جمهور من المبحوثين، وسهولة معالجة بياناتها، وتعد هذه الخطوة من أهم خطوات المسح الاجتماعي، وأكثرها خطورة إذ يتوقف عليها نوعية المعلومات التي سنحصل عليها في البحث.

ويتطلب إعداد الاستمارة تصميم أداة تجمع بمقتضياتها البيانات المطلوبة، وتضمنت أداة البحث مجموعة من الأسئلة بلغ عددها 69 سؤالاً، تتناول كافة الميادين التي يشتمل عليها

¹ نفس المرجع، ص 204.

البحث، وتعطينا إجاباتها البيانات اللازمة للكشف عن الجوانب التي تم تحديدها، وجميع هذه الأسئلة تخدم وتساعد على تحقيق فروض الدراسة.

ويوضح عبد الباسط محمد حسن أن صحيفة الاستبيان تمر بعدة مراحل في طريقة إعدادها، ويمكن إجمالها فيما يلي¹:

- تحديد نوع المعلومات التي يرغب الباحث في الحصول عليها.

- تحديد شكل الأسئلة والاستجابات والصيغة وتسلسلها.

- اختيار أداة البحث قبل تصميم على المبحوثين.

- تنسيق أداة البحث وإعدادها في صورتها النهائية.

وقد مرت أداة البحث بخطوات عديدة قبل أن تصل إلى شكلها النهائي تمثلت في

المراحل التالية :

- الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة حول العملية القيسرية وصحة الأم.

- تحديد البيانات التي تتطلبها الدراسة والتي تتعلق بأهدافها وتساؤلاتها، والتي يمكن على أساسها التعامل مع الميدان.

- اللقاءات المتعددة والمتكررة مع أفراد العينة وذلك للوقوف على الآثار الاجتماعية الناجمة على عقلية أفراد العينة لرسم صورة ذهنية حول كيفية تحديد البيانات والمعلومات التي تتطلبها الدراسة.

- وبالنسبة لهذه الدراسة فقد تم تسليم الاستمارات إما مباشرة إلى المبحوثين أو عن طريق بعض الممرضات أو الإخوة أو الزملاء، وكانت الاستمارة قد احتوت على 69 سؤالاً، منها 49 سؤالاً مغلقاً، وهذا للحصول على معطيات دقيقة ومحددة، و15 سؤالاً نصف مغلق وهذا لترك الحرية للمبحوثات للتعبير عن آرائهن، و5 أسئلة مفتوحة لإعطائهن فرصة أوفر للتحدث عن الظاهرة المدروسة.

وتضمنت الاستمارة أربعة محاور كالاتي:

¹ عبد الباسط محمد الحسن: أصول البحث الاجتماعي، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 1975، ص 355.

المحور الأول: بيانات عامة، وهو جزء خاص بالبيانات الأولية الخاصة بأفراد العينة حيث طرحت أسئلة بسيطة لا تستدعي التفكير عند الإجابة.

المحور الثاني: بيانات تتعلق بالوضع الاقتصادية والاجتماعية للأسرة: وفيها تم طرح أسئلة حول مداخل كلا الزوجين والمستوى المعيشي والظروف الاجتماعية للأسرة.

المحور الثالث: بيانات تتعلق بالصحة الإنجابية: وفيها طرحت أسئلة حول الصحة الإنجابية مثل الحمل وطبيعته، والمباعدة بين الولادات والرعاية قبل وأثناء وبعد الولادة.

المحور الرابع: بيانات تتعلق بالعملية القيصرية والصحة العامة للأم وفيها قمنا بطرح أسئلة حول أثر العملية على صحة الأم...

10. تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً:

1.10. تكوين الجداول:

بعد أن تمت عملية جمع البيانات من الميدان من خلال الإجابة على 200 استمارة من قبل أفراد العينة، قمنا بمعالجتها وإدخالها في جهاز الإعلام الآلي بإعطائها قيمة رقمية ترميزاً لها حتى نتمكن من معالجتها.

ولقد اعتمدنا على برنامج إحصائي عرف رواجاً خاصة في العلوم الاجتماعية وهو منظومة تحليل بيانات الدراسة الاجتماعية (S.P.S.S) (Version.20) هذا الأخير له وظائف عديدة تعمل على استعمال المعطيات، وعن طريق الحاسوب قمنا بتفريغها، واستخراج جداول بسيطة وأخرى مركبة من خلال إجراء تقاطعات مع المتغيرات، وعملنا على اختيار ما يخدم فرضيات بحثنا.

2.10. المعالجة الإحصائية:

فيما يخص معالجة الجداول إحصائياً استعنا ب:

المتوسط الحسابي والمقاييس الإحصائية معامل الاقتران والتوافق والارتباط واختبار كا

لبيرسون، وهي كالتالي:

1.2.10. المتوسط الحسابي:

يعتبر من أهم مقاييس النزعة المركزية والأكثر استخداماً، وتكون عملية حساب المتوسط الحسابي إما بطريقة البيانات الغير مبوبة أو المبوبة وتكون هذه الأخيرة في شكل جدول تكراري، وفي هذه الحالة يستعمل القانون الآتي:

$$S = \frac{\sum (x_i \times \text{تكرارها})}{\sum \text{تكرارها}}$$

2.2.10. معامل الاقتران:

هناك بعض الظواهر التي لا يمكن قياسها، ووزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي، مثلاً دراسة العلاقة بين مدى الرعاية الصحية (دائماً، أحياناً) ونوع الولادة ولقياس الارتباط بين هذه الظواهر نقوم بحساب معامل الاقتران بالطريقة الآتية والذي يرمز له ن:

$$N = \frac{(A \times B) - (D \times C)}{(A \times B) + (D \times C)}$$

3.2.10. معامل التوافق:

هناك بعض الظواهر لا يمكن قياسها ووزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي، وبالتالي وضع بيرسون معامل التوافق وذلك من أجل قياس العلاقة بين الصفات غير المقاسة والمتمثلة في:

$$Q = \sqrt{1 - \dots}$$

4.2.10. اختبار كا² لبيرسون:

إن الهدف من وضع هذا الاختبار هو المقارنة بين النتائج التجريبية التي حصل عليها الباحث والنتائج النظرية (المتوقعة)، ويعتمد هذا الاختبار على: تربيع الفروق التكرارية

التجريبية والفروق التكرارية النظرية، ثم تقسيم هذه المربعات على التكرار، وأخيرا تجمع نتائج قسمة التكرارات المختلفة، ولحساب هذا المعامل نتبع الخطوات التالية:

- تحديد الفرضية المراد اختيارها

- تحديد مستوى الدلالة إذا لم يكن محددًا وعادة هو 5%

- حساب التكرارات النظرية K التي كان يتوقع الحصول عليها.

$$\bar{K} = \frac{(\quad \times \quad)}{\text{المجموع الكلي}}$$

$$\text{- حساب قيم: } \bar{K} = \frac{\sum (K - \bar{K})^2}{K}$$

- تحديد درجة الحرية (عدد الأعمدة-1)×(عدد الصفوف-1).

- إيجاد قيم χ^2 الجدولية.

- مقارنة القيمتين أي قيمة χ^2 الفعلية مع χ^2 النظرية وإعطاء القرار المناسب.

11. الدراسات السابقة:

يعتبر عرض الدراسات السابقة في أي دراسة من الخطوات المنهجية الهامة، حتى يعرف الباحث كيف صممت بحوث أعمال الآخرين، والأدوات التي استخدموها، وما هي الصعوبات أو الأخطاء حتى يتغلب عليها أو يجتنبها ثم معرفة النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات السابقة ليستعين بها في تفسير ومقارنة النتائج معها¹، وبالتالي تكون الأساس والإطار والسند الذي يعتمد عليه حتى يستطيع أن يكمل السابق ويضيف عليه، ونقصد بالدراسات السابقة تلك الدراسات التي تتناول موضوع الباحث بطريقة مباشرة أو غير مباشرة أي تتفق معه في موضوع الدراسة أو تتناول جانباً أو أكثر من الموضوع.

ويعد موضوع إجراء العملية القيصرية وصحة الأم والصحة الإنجابية من الموضوعات التي حظيت باهتمام عدد من الباحثين الذين يهتمون بشؤون الأسرة والطفولة وتنمية المجتمع فلذا كانت الدراسات لها وجهات وزوايا مختلفة من حيث الدراسة، وكما ذكرنا آنفاً أن

¹ محمد الغريب عبد الكريم: البحث العلمي التصميم والإجراءات، ط1، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1981، ص 68.

الدراسات السابقة هي السند العلمي لكل بحث، لذا فسنتناول في هذا الصدد بعضاً منها مماثلة كانت أو مشابهة والتي تم العثور عليها في حدود الإمكانيات المتاحة مع عرض لأهم النتائج التي توصلت إليها.

1.11. الدراسات الأجنبية:

- في هذا الصدد قام فيلما تابيا وآخرون " Vilma Tapia And al " بدراسة تحت عنوان: " العملية القيصرية في البيرو: تحليل الاتجاهات باستخدام نظام تصنيف روبسون"¹.

"Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System " .

تقوم هذه الدراسة على إجراء التحليل في ثلاثة مناطق جغرافية بالبيرو لتقييم مستويات واتجاهات الولادة بالعملية القيصرية باستخدام تصنيف روبسون² للعملية القيصرية، وتحديد مجموعة من النساء مع أعلى معدلات العمليات القيصرية وتقييم الاختلاف من الأمهات ونتائج الفترة المحيطة بالولادة وفقاً لمستويات العمليات القيصرية في كل مجموعة مع مرور الوقت.

وتم تطبيق تصنيف روبسون الذي يعتمد على قاعدة بيانات خلال فترة الولادة، إذ شمل 549681 ولادة. وتشمل قاعدة البيانات هذه المعلومات من ثلاث مناطق جغرافية مختلفة في البيرو تتميز الاختلافات في الوضع الاجتماعي والاقتصادي وفي المرافق الصحية، وأدرجت في الساحل ثلاثة مستشفيات من الفئة الثالثة.

وتعرض البيانات في كل مجموعة من نظام التصنيف روبسون في نسبة لمدة سنة من الولادة إلى ثلاث مجموعات وهي، 2000-2004. 2005-2007. و2008-2010. حسب معدلات العملية القيصرية كنسبة مئوية فيما يتعلق بالولادة، ولوحظ أن أقل السكان

¹ Tapia Vilma And al: **Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System**, Plos One, journal, Mexico, 3 February, 2016, p 1-18.

² في عام 2015 اقترحت منظمة الصحة العالمية نظام تصنيف روبسون كمياري عالمي لتقييم ومراقبة ومقارنة يعتمد على خمس خصائص التوليد التي يتم جمعها بشكل روتيني في المرافق الصحية وهي: 1- تعدد الولادة مع وبدون قيصرية.

ولادة في الساحل. وأن النساء الأقل تعليماً والنساء أكثر تكرراً للولادة، هن اللواتي خضعن للعملية بسبب ما يلي: وفيات الجنين، وارتفاع وزن الجنين في بطن الأم، وكذلك وجود عملية قيصرية سابقة، والمزيد من النزيف قبل الولادة، وفقر الدم، وفيرس نقص المناعة البشرية، والملاريا وهي أقل نسبة في الفترة 2005-2010، في حين شهدت الفترة 2000-2004 العملية القيصرية بسبب عمر الحمل بين 32-36 أسبوعاً.

أما معدل العملية القيصرية فهي تختلف من 24.6% في الفترة 2000-2004 إلى 27.35% في الفترة 2005-2007، لتصل إلى 30.03% خلال الفترة 2008-2010. زيادة الابتدائية للقيصرية على مر الزمن (18.7%، 20.8%، 22.1% في الفترة 2000-2004، 2005-2007 و 2008-2010، بالمثل، فإن الزيادة المتكررة مع مرور الوقت من 5.95% إلى 6.44% و 7.34% للمجموعات الثلاث على التوالي حسب تصنيف روبسون¹.

وباختصار فإن استخدام تصنيف روبسون أداة مفيدة لمراقبة العملية القيصرية في مؤشر التنمية البشرية المنخفضة².

- دراسة "شينغ لين فنغ وآخرون": العوامل المؤثرة في زيادة معدلات الجراحة القيصرية في الصين بين عامي 1988 و 2008³

" Factors Influencing Rising Caesarean Section Rates in China Between 1988 and 2008"

كان الهدف من هذه الدراسة تحريّ العوامل المسؤولة عن ازدياد القيصرية في الصين بين عامي 1988 و 2008. بلغت التحاليل السابقة عن الفروق الاجتماعية الاقتصادية في المعدلات الملاحظة بين الحوامل البكريات الحضرية والريفية بين عامي 1988 و 2003، ولكن لم تُبدل أيّة جهود لتوثيق الدوافع عند النساء ذوات الحالة الاجتماعية الاقتصادية

2- بداية العمل (عفوية، أو محدث أو قيصرية قبل العمل). 3- عمر الحمل (الخدج أو المدى) 4- عرض الجنين (رأسي، المؤخرة أو عرضية) 5- عدد الأجنة (واحد أو أكثر من واحد). نفس المرجع السابق، ص 2.

¹ Ibid, P 6.

² Ibid, P 17.

³ Xing Lin Feng And al: Factors Influencing Rising Caesarean Section Rates in China Between 1988 and 2008, Bull World Health Organ, vol.90, n.1, Geneva, 2012, P P 30-39.

المُشابهة أو اللاتي لديهنّ نفس رقم الولادة أو للفحص التجريبي للعوامل التي تفسّر ارتفاع المعدّل على مر الزمان.

كما انطلقت الدراسة من الفرضية التي مفادها: " أنه إذا كان وباء القيصريات تغذيه الحوافز المالية غير الرشيدة، إذا سيكون من الممكن عزو جزء كبير من الارتفاع للزيادة البارزة في الغنى وإتاحة الضمان الصحي عند العائلات الصينية خلال العقود الأخيرة ". كما تم استخدام معطيات المسوح الأربع الوطنية (1993 و 1998 و 2003 و 2008) مقطعيًا عرضيًا لفحص حجم الازدياد في القيصريات الذي يُفسّر بالتغيرات في دخل الأسرة وإتاحة الضمان الصحي والتعليم التي حدثت بين عامي 1988 و 2008. وأيضًا تم التحري فيما إذا كان معدّل الازدياد أعلى بين النساء الأغنى والمتعلّقات جيدًا، وأولئك اللواتي لديهنّ تأمين صحيّ وأولئك اللواتي لديهنّ ولادة ثانية أو أكثر. مع التحليل بين المناطق الريفية والحضرية كلاً على حدة بسبب الاختلافات في العوامل الاجتماعية الاقتصادية ومخططات الضمان الصحي.

أما عن الطريقة فقد تم تصميم استبيان عشوائي عنقودي مُطبق على أربع مراحل. تم اختيار المدن والمناطق عشوائياً في المرحلة الأولى من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الخمس المُستخدمة من قبل وزارة الصحة الصينية لتقسيم البلد إلى أقاليم اجتماعية اقتصادية وفقاً لمجال من المؤشّرات الاجتماعية والاقتصادية المشتقة من تعداد السكان عام 1982، تمّ اختيار قرينتين ضمن كل منطقة أو بلدية ثم اختيار عينة عشوائية من الأسر من كل قرية لكل مسح.

كما أُجريت المقابلات في جميع الأسر من قبل عاملين صحيين مُدرّبين باستخدام استبيان مبوب يجمع معلومات عن مميزات الحمل في الفترة قبل المسح. كانت فترة الاستنكار 6 سنوات في مسح 1993 وستين في مسح 1998 و 5 سنوات في مسحي 2003 و 2008. كانت المعطيات عن 1994 و 1995 مفقودة. سجل المسحان في عامي 1993 و 1998 المعطيات عن الحمل الأخير، بينما سجل المسحان في عامي 2003 و 2008 المعلومات عن آخر مولود حي. ذكرت جميع المسوح بالتفصيل مكان حدوث الولادة وعدد الزيارات قبل للولادة ونمط الولادة. تمّ تضمين جميع الولادات المتعددة التي انتهت بمولود حي واحد على الأقل.

حللت الدراسة فقط عدداً مُحدداً من القائمة الشاملة من المؤشرات الاجتماعية الديموغرافية المتضمنة في الاستبيانات، كانت المتغيرات المنتقاة هي: الإقليم الاجتماعي الاقتصادي للإقامة والدخل السنوي للأسرة والتحصيل التعليمي للمرأة وإتاحة الضمان الصحي وعمر الأم ورقم الولادة. صنف كل إقليم اجتماعي اقتصادي إما كحضري، والذي ضم مدناً كبيرة ومتوسطة وصغيرة، أو كواحد من أربع أقاليم ريفية: النمط 1 أو 2 أو 3 أو 4، والنمط 4 هو الأفقر¹.

كما اقتصر التحليل على المواليد الأحياء، وكانت الحصيلة هي النسبة المئوية للمواليد بالقيصرية. وتم حساب احتمال الاختيار في العينة على مستوى المدينة أو المنطقة بتقسيم عدد السكان الذين جرى الاستبيان منهم على كامل عدد السكان في المدينة أو المنطقة، على التوالي. ثم حساب كامل عدد السكان باستخدام معطيات من تعداد السكان الأقرب إلى تاريخ المسح.

ولتحقيق ذلك تم استخدام أسلوب بواسون المعدل، والذي يأخذ في الحسبان التعقد على مستوى المدينة أو المنطقة أو القرية والتطبيق، ثم نمذجة الزمن كمتغير فئوي (أي عام المسح)، ثم تعديل المقارنات الخام بحسب عام المسح لدخل كل فرد وإتاحة الضمان الصحي والتحصيل التعليمي للأم ورقم الولادة. أُضيفت المتغيرات على أفراد لفحص التبدلات في مقدار الاختطارات النسبية على مر الزمان. عُدلت النماذج النهائية من أجل عمر الأم وعدد الزيارات قبل الولادة بسبب ارتباط هذه المتغيرات مع القيصرية سابقاً. مع التحري أيضاً فيما إذا تأثر الازدياد في النسبة المئوية للولادات بالقيصرية بالتحصيل التعليمي للأم أو دخل الأسرة أو الضمان الصحي أو رقم الولادة².

ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توفرت المعطيات عن نمط الولادة من أجل 34482 ولادة حية في الصين بين عامي 1988 و2008. التبدلات خلال تلك الفترة في دخل الأسرة وإتاحة الضمان الصحي والتحصيل التعليمي للمرأة ورقم الولادة في كلٍّ من المناطق الريفية والحضرية على حدة، مع ازدياد التحصيل التعليمي ودخل الأسرة بشكل بارز في المناطق الحضرية.

¹ Ibid, P 34.

² Ibid, P 35.

- على المستوى الوطني، زاد معدل القيصريات بشكل بارز من 3.4% في عام 1988 إلى 39.3% في عام 2008. مع أنّ المعدّل ازداد في جميع الأقاليم الاجتماعية الاقتصادية، لوحظ الازدياد الأكثر استثناءً بين النساء الحضرّيات، إذ ولّدت 64.1% منهنّ بالقيصرية في عام 2008، حتى في الإقليم الأقلّ تطوراً، النمط الريفي الرابع، ازداد المعدّل من 0% في عام 1988 إلى 11.3% في عام 2008¹.

- التبدل في معدل القيصريات في المناطق الحضرّية منذ مسح عام 1993 وعلاقة ذلك التغير بدخل الأسرة وبإتاحة الضمان الصحي وبالتحصيل التعليمي للمرأة ورقم الولادة، حيث زادت النسبة أربعة أضعاف تقريباً بين المسحين في 1993 و 2008، وكانت القيصريات أكثر شيوعاً بين النساء الثريات والحاصلات على مستوى تعليمي جيد وبين من لديهنّ تأمين صحي. ولكن تعديل العوامل الثلاثة بالإضافة إلى رقم الولادة وعمر الأم وعدد الزيارات قبل الولادة وعام المسح كان أثره على الاختطار النسبي قليلاً، ويوحى هذا بأن الازدياد في المناطق الحضرّية لا يمكن تفسيره بالتبدلات في التعليم أو الدخل أو الضمان الصحي. بالرغم من بقاء التحصيل التعليمي كمحدّد معتد به إحصائياً للقيصرية في التحليل المعدّل، فإن الدخل والضمان الصحي ليسا كذلك. كان معدل القيصريات أكثر انخفاضاً في النساء اللواتي ولّدن سابقاً منه في النساء اللواتي ولّدن للمرة الأولى².

- كانت الصورة مختلفة نوعاً ما في المناطق الريفية حيث ازداد معدل القيصريات بأكثر من 15 ضعفاً بين المسحين في عامي 1993 و 2008، أدّى التعديل من أجل دخل الأسرة إلى تناقص ملحوظ في الاختطار النسبي في مسح عام 2008 مقارنة بمسح عام 1993، يوحى هذا بأن تزايد الدخل فسر جزءاً كبيراً من ارتفاع المعدّل في المناطق الريفية، ولكن بقي تأثير الإقليم الاجتماعي الاقتصادي على المعدّل ملموساً حتى بعد التعديل الكامل لمتغيرات أخرى.

- توحى المعطيات بأنّ إقليم الإقامة الاجتماعي الاقتصادي هو محدد أكثر أهمية لمعدل القيصريات من المميزات الفردية الاجتماعية الاقتصادية للمرأة، حيث كان المعدّل في عام 2008 أعلى بخمس مرات تقريباً بين النساء في الإقليم الريفي الأكثر ثراءً من النمط 1 منه في الإقليم الريفي الأفقر من النمط 4، بغض النظر عن الاختلافات الفردية في دخل الأسرة

¹ Ibid, P 35-36.

² Ibid, P 36.

أو التحصيل التعليمي أو إتاحة الضمان الصحي. لذلك، قد تكون عوامل جانب الإمداد محدداً أكثر أهمية للقيصرية من المقدرة على الدفع أو المستوى التعليمي¹.

- لا يُفسّر الارتفاع في معدل القيصرات في المناطق الريفية من الصين إلا جزئياً بالتبدلات في دخل الأسرة أو إتاحة الضمان الصحي ولا يمكن عزو الارتفاع في المناطق الحضرية إلى التحسينات الأساسية في الدخل والتعليم خلال العقدين الماضيين. بل أن العلاقة المقترحة مع تمويل الضمان الصحي، مطعون بها بما أن المعدل ازداد بسرعة أكبر بين النساء بدون تأمين صحيّ منه بين النساء مع تأمين صحيّ في كلا المناطق الريفية والحضرية.

وخلصت الدراسة إلى أن العوامل المسؤولة عن الاستخدام الزائد للقيصرية على مر الزمان بسبب التبدلات في متغيرات مفردة، مثل إتاحة الضمان الصحي أو زيادة الثروة، وهي لا تفسّر ازدياد المعدلات وحدها. ويشير الاختلاف الإقليمي الشديد في معدل القيصرات، والذي كان مستقلاً عن التبدلات الاجتماعية الاقتصادية، إلى العوامل البنوية المتعلقة بعرض الخدمات كدافع مهم للازدياد. عندما تصبح الولادة في المستشفى عامة تقريبا، قد يتشارك النساء بالمعلومات بما يتعلق باختطارات ومنافع القيصرية وقد يتم التوصل إلى إجماع اجتماعي إلى أن الإجراء آمن ونافع لكل من الأم والطفل. ولكن المعارف عن السلامة الفعلية أو المدركة للقيصرية في الصين قليلة جداً².

- دراسة "ما رونمي وآخرون": مراجعات الممارسات لخفض الولادات القيصرية في مستشفى إحالة متخصص في جنوب غرب الصين³

"Practice Audits to Reduce Caesareans in a Tertiary Referral Hospital in South-western China"

تهدف هذه الدراسة أساساً لتقييم فعالية التدخل من ثلاث مراحل للحد من الولادة القيصرية في مستشفى الجامعي الصيني (واحد من المراكز الوطنية الثالثة الرائدة في الصين ومركز إحالة في إقليم يونان)، حيث تم تثقيف الموظفين، وتثقيف المرضى وممارسات المراجعة الجراح قد خفضت معدلات الولادة القيصرية. تم استخدام الانحدار اللوجستي

¹ Ibid, P 37.

² Ibid, P P 37-38.

³ Ma Runmei and others: **Practice Audits to Reduce Caesareans in a Tertiary Referral Hospital in South-western China**, Bull World Health Organ, vol.90, N^o. 7, Geneva,, PP 488-494.

المتعدد للتحقق من وجود ارتباط محتمل بين نسب ومعدلات القبول في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة ولادة قيصرية.

لقد أجريت دراسة جمهرة استعادية لجميع الولادات التي أجريت في المستشفى الأول التابع لجامعة كونمينغ الطبية بين كانون الثاني/يناير 2005 وكانون الأول/ديسمبر 2011، والمستشفى السابق تعليمي وهو مركز الإحالة الإقليمي الأساسي من أجل حمل عالية الاختطار في إقليم يونان، ويمتلك معظم المرضى تأميناً طبياً، كما بدأت الدراسة في كانون الثاني/يناير 2005 استجابةً للزيادة السريعة في العمليات القيصرية في المؤسسة مع اتخاذ تدابير معينة تحت البرنامج المستمر لتطوير الجودة في مراحل متلاحقة ثلاث (المرحلة الأولى: كانون الثاني/يناير 2005 إلى كانون الثاني/ديسمبر 2006؛ والمرحلة الثانية: كانون الثاني/يناير إلى حزيران/يونيو 2007؛ والمرحلة الثالثة من كانون الثاني/يناير 2005 إلى كانون الأول/ديسمبر 2011)¹.

لقد طبق في المرحلة الأولى برنامجاً تعليمياً من أجل الموظفين، وقد توصل قسم التوليد إلى اتفاق مفاده: أن يتحمل كل طبيب مولد مسؤولية تجنب العملية القيصرية غير الضرورية، وفي الوقت نفسه ابتعد عن القيصرات غير الضرورية بوساطة ما يلي:

- حرمان الجراحين من الحوافز المادية المحتملة من أجل ممارسة العمليات القيصرية.
- مراجعة الاستطبابات من أجل الولادات القيصرية المجرات يومياً.
- تطبيق الدلائل الإرشادية الدولية حول الولادات القيصرية (مثل دلائل الكلية الملكية أو الأمريكية لأطباء النساء والتوليد).
- تحسين مراقبة المخاض وتقييمه مع اتخاذ مجموعة من الإجراءات للحد من العملية القيصرية سواء كانت داخلية في المستشفى أو عن طريق وسائل الإعلام العمومية من أجل توعية الحاملات، وقد نتج عنه تغيير المريضات لقراراتهن غالباً وطلبهن للولادة المهبلية بدل الولادة القيصرية، وقد شاركت في البرنامج التعليمي أو في المرحلة الأولى الأمهات كُهن اللواتي كُنَّ في الأسبوع الثامن والعشرين على الأقل من الحمل واللواتي كُنَّ يحضرن لولادة طفل حي.

¹ Ibid, P 488.

ولقد قدمت في المرحلة الثانية فئة من أجل معدلات القيصرية المصححة بحسب الاختطار في إحصائيات المؤسسة الاستشفائية، بحسب الاختطار كمؤشر على نوعية الرعاية التوليدية في جمهرة معينة أو مستشفى معين.

وأما في المرحلة الثالثة فقد تم تقييم التدخل الذي استمر من عام 2005 إلى عام 2011، إذا ما كانت التغيرات في معدل الولادة القيصرية قد أثرت على حصائل الوليد، وقد أجرى ذلك استجابة لمزاعم من مراكز أخرى بأن معدلات الولادة القيصرية العالية لديهم قد عكست الجهود التي قاموا بها من أجل جعل الحصائل المحيطة بفترة الولادة مثالية. ولقد كانت المعطيات حول معلومات التوليد القاعدية والحصائل المحيطة بفترة الولادة ومرضاة الولدان (مثل اختناق الولادة والإصابات واليرقان ونقص سكر الدم والإنتان) من سجلات الولادة، وقد غطت هذه المراجعة التي وافق عليها مجلس المراجعة في المؤسسة السنوات السبع كلها وشملت 20181 ولادة حية أتم العمر الحملي لها 28 أسبوعاً على الأقل¹.

لقد حدثت 25280 ولادة (ولادة قيصرية ومهبلية) توافقت إجمالاً معايير الدراسة خلال الفترة بين 2001-2011، وقد كان الاختلاف بين معدلات الولادة القيصرية بين السنوات المتلاحقة معتدلاً عموماً، وتموجت معدلات الولادة القيصرية قبل تطبيق تدابير التدخل بين عامي 2001 - 2004 قليلاً من 53.5% إلى 56.1%، ولم يتعلق بالسنوات، بدأ المعدل السنوي للولادات القيصرية بالانخفاض بشكل معتد بدءاً من عام 2005 من 42.4% عام 2005 إلى 36.1% عام 2011، وبدأ يظهر علاقة معكوسة مع تقدم السنوات، وقد كان المعدل المتوسط للعملية القيصرية بين عامي 2005-2011 أقل من المعدل بين عامي 2011 - 2014 بشكل معتد إجمالاً 40.3% مقابل 54.8%.

كما انخفض معدل الولادات القيصرية الأولية بوسطي سنوي يبلغ 20% بعد تطبيق المرحلة الثالثة من تدابير مراقبة المخاض، في حين ازداد معدل إعادة القيصرية بشكل متناسب من 1.6% في عام 2001 إلى 6.0% عام 2011، ومن ناحية أخرى لم يزدد وقوع اختناق الولادة بعد عام 2004، ولذلك لم يكن نقص معدل الولادات القيصرية جميعها ولاسيما الأولية على حساب زيادة اختناق الولادة، ووجدوا زيادة معتدة بعد عام 2004 في وقوع المضاعفات التوليدية جميعها باستثناء انفصال المشيمة، وارتبط وقوع المضاعفات

¹ Ibid, P 489.

التوليدية إيجابياً مع تقدم السنوات، وبدأ الاختلاف بين المعدلات الحقيقية للولادات القيصرية الأولية والمعدلات المصححة بحسب الاختطار بالصغر تدريجياً مع الزمن (58.9% إلى 35.4%) في الفترة بين 2003 - 2007¹.

وفي الختام شملت مضاعفات الأمومية وعوامل اختطار الوليد التي أبدت علاقة معتدة مع القبول في وَحْدَةِ الرَّعَايَةِ الْمُرَكَّزَةِ لِلوُلْدَانِ من أجل المعالجة والولادة المبكرة²، والمرض القلبي، والداء السكري، والحمل المترافق مع مضاعفات (حملية أو سابقة للحمل)، ومُقَدَّمات الأرتعاج، وتمزق الأغشية المبتر (في الأوان)، وتمزق الأغشية المبتر السابق لأوانه، والداء الكبدى الشديد، والحمل المتعدد ونقص وزن الولادة (أقل من 2500 غرام)، وحرز أبغار أقل من 7 بعد خمس دقائق، ولدى الوليد الذكر، لكن التوليد القيصري ترافق في الحقيقة مع زيادة اختطار القبول في وَحْدَةِ الرَّعَايَةِ الْمُرَكَّزَةِ لِلوُلْدَانِ من أجل المعالجة، كما أظهرت الدراسات أن معدلات العمليات القيصرية العالية جداً في الصين تعود جزئياً إلى عوامل اجتماعية وثقافية، لأن النظام الطبي في الصين يتأثر بما يفضله المستخدم إلى درجة كبيرة، وهذا ما يخالف الأنظمة الصحية في المجتمعات المتقدمة³.

- دراسة دوناكس وآخرون: "الحمل والوضع بعد سن الأربعين"⁴.

A. Denax et autres: "Grossesse et Accouchement Après 40 ans".

تندرج هذه الدراسة في نفس سياق الدراسة السابقة إذ تتمحور حول الحمل والوضع بعد سن الأربعين، ويكمن الفرق بينهما في أن الأولى اهتمت بالإنجاب المفرط لدى الأمهات والثانية

¹ Ibid, P 490.

² الولادة المبكرة تعرف بأنها ولادة الطفل حيا قبل استكمال 37 أسبوعاً من الحمل، وهذا وفقاً لمنظمة الصحة العالمية.

ويعرف الطفل المبتر أيضاً باسم الطفل الخداج،

وهناك فئات فرعية للابتسار تستند إلى العمر الحلمي، وهي:

الابتسار البالغ (أقل من 28 أسبوعاً)

الابتسار الشديد (من 28 إلى أقل من 32 أسبوعاً)

الابتسار المتوسط (من 32 إلى أقل من 37 أسبوعاً)

وينبغي عدم التخطيط لتحريض الولادة أو لإجراء الولادة القيصرية قبل مرور 39 أسبوعاً على الحمل، إلا إذا أوصى

الطبيب بذلك، يمكن الرجوع إلى موقع منظمة الصحة العالمية للولادة المبكرة <http://www.who.int/mediacentre>

³ Ma Runmei and others: op.tic, p 493.

⁴ Denax A. et autres: **Grossesse et Accouchement Après 40 Ans**, Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive, N°18, Masson, Paris, 1989, PP 213-221.

اكتفت بالعامل البيولوجي الذي هو السن، لأجل تحديد عواقب الحمل بعد الأربعين على الأم ذاتها وعلى الطفل أو على نتيجة حملها.

اعتمدت هذه الدراسة على الملاحظة المستمرة خلال الفترة ما بين 1/1/1981 و 31/1/1986، لعينة من النساء اللواتي يترددن على مصلحة أمراض النساء والتوليد بليموج (فرنسا)، بغرض متابعة الحمل أو الوضع.

في أثناء هذه الفترة، قام الأخصائيون بمتابعة 52 حالة بعد سن الأربعين، مثلن 59 حمل، بمعنى وجود سبعة منهن حملن لمرتين خلال مدة الرصد، وكما شكلت هذه الحالات نسبة ضئيلة بما يعادل 1,17 % فقط من مجمل المستفيدات من الخدمات الصحية.

من جهة أخرى، لوحظ تأخر النساء الحوامل للمتابعة الطبية، حيث 28,8 % منهن استفدن من الفحص المبكر amniocentèse وهي نسبة ضئيلة مقارنة مع الخطورة التي يمكن أن يشكلها الحمل في هذا السن على صحة الجنين، وعلى صحة الأم كذلك.

كما اتضح أن حوالي 15,3 % منهن تعرضن لارتفاع في ضغط الدم طيلة مدة الحمل، مع 11,5 % وضعن قبل الأوان في مختلف شهور الحمل ابتداء من الشهر الرابع. أما ما يخص مرحلة الوضع، فلقد اتضح أن هناك حالتين وضع مبكر، أسفرت على مولودين خديجين في مدة حمل قدرت بـ 34 أسبوع، أي أقل بكثير من المدة الطبيعية التي تتراوح ما بين 38 و 42 أسبوع.

أما عن طرق الوضع، فلقد شكلت العملية القيصرية نسبة 17 % من مختلف طرق الولادة.

وبخصوص تأثير سن الأم على نتيجة الحمل، فلقد تبين أن حالة واحدة أنجبت طفلا مصابا بتأخر عقلي trisomie، وهذا نظرا لتأخرها في متابعة الحمل الذي لم يتم إلا في شهرها السابع، وبالتالي استحال اللجوء إلى عملية الإجهاض، بينما اضطرت حالتين إلى الإجهاض نظرا لاكتشاف نفس المرض لدى الجنين من خلال الفحص المبكر (amniocentèse).

كما تعرض للوفاة طفل واحد عند الولادة نظرا لولادته قبل الأوان في 34 شهر من الحمل، بينما تعرضت حالة إلى ولادة ميتة، إلى جانب حدوث 28 % من الاجهاضات العفوية، ما يمثل أكثر من ربع عدد الحمل.

لقد بينت الدراسة أن الإنجاب بعد سن الأربعين يتضمن العديد من المخاطر والمضاعفات الصحية وذلك نتيجة زيادة احتمالات الإجهاض والولادة المبكرة أو ولادة جنين ميت، أما المضاعفات فتمثلت في: تسم الحمل، سكر الحمل ومشاكل المشيمة، وكلها مشاكل تعرض صحة الأم والجنين لمخاطر صحية شديدة. حيث يصبح الرحم في هذه المرحلة العمرية أقل تقبلا للحمل والتغيرات الهرمونية المصاحبة له.

كما بينت الدراسة أن الحوامل لا يقمن بالفحوصات والتحليل المعملية اللازمة الضرورية لتجنب المخاطر التي تحدث بصحتهن وبالجنين.

2.11. الدراسات العربية:

- دراسة بوعودة لحريشي حول الحمل والولادة عند المرأة الولودة بالمغرب بعنوان:

1”La Grossesse et l’Accouchement Chez la Grande Multipare au Maroc”

تعتبر هذه الدراسة المجرات على مستوى عيادة التوليد المركزية بالرباط عاصمة المغرب، من الدراسات التي اهتمت بحمل و ولادة الأمهات اللواتي وضعن على الأقل 6 مرات و ذلك لأجل معرفة انعكاس كثرة الإنجاب على صحة الأم والطفل وعليه قام مجموعة من الأخصائيين في طب النساء بملاحظة عينة حجمها 602 حالة من بين 11.228 حالة وضع سنة 1981، بغرض تقييم تكرار الأعراض المرضية و الولادة عند اللواتي لديهن أطفالا كثيرين، مع التعرف على مستوى خطورة ذلك و تأثيرها على الأم و الطفل.

كما تم اتخاذ عينة أخرى تسمى بعينة "شاهدة" تحتوي على 301 حالة من اللواتي لديهن طفل واحد، و بنفس الحجم من اللواتي لديهن عدد أطفال ما بين 2 و 5 والغرض من ذلك هو مقارنة نتائج العينة محور الدراسة مع نتائج العينة "الشاهدة" و من ثم استنتاج الاختلافات الممكنة بينها.

لقد لوحظ أن هناك عوامل مشجعة لكثرة الإنجاب منها اجتماعية، ثقافية و دينية . فالزواج المبكر قبل سن العشرين يعد عاملا مشتركا لدى المبحوثات إلى جانب أن 99 % من هؤلاء ينتمين إلى الأوساط الفقيرة، وركزت الدراسة على انعكاسات الحالة الصحية للأم على حملها و صحة طفلها.

¹ Bouaouda Lahrichi H. et autres: **La Grossesse et l’Accouchement Chez la Grande Multipare au Maroc**, Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive, vol. 16, N°7, Masson, Paris, 1987, PP.919-924.

فكان من بين النتائج المتحصل عليها، أن التعقيدات الصحية المرتبطة بفترة الحمل ترتفع لدى المنجبات 6 مرات وأكثر، بحيث سجلت 2,6% من هذه التعقيدات لدى المنجبات لطفل واحد مقارنة مع 7,14% لدى المنجبات لستة أطفال وأكثر تمثلت المشكلات الصحية في ارتفاع ضغط الدم، الحمول المتعددة...إلخ.

نستخلص من هذه الدراسة أن الإنجاب المتواصل، يعرض الأمهات إلى خطر حقيقي يمكن أن يعقد عملية الوضع لديهن وأنه يضر بصحة الجنين أو الطفل، ولكن الذي لم نلمسه من خلال هذه النتائج، هو العلاقة الموجودة بين عدد الأطفال و سن الأم، بحيث نعلم أن عدد الأطفال المرتفع، ناتج عن الأمهات اللواتي يواصلن الإنجاب حتى بلوغ سن الأربعين، وبالتالي يمكن أن يعتبر ذلك عاملا مؤثرا على صحة الأم والطفل.

الشيء نفسه بالنسبة للعوامل الخاصة بالخصوبة كالمدة ما بين الولادات، متابعة الحمل... الخ و حتى الوسط الاجتماعي والاقتصادي لهؤلاء يمكن أن يكشف لنا حقائق حول تأثير المتغيرات الوسيطة على صحة الأم والطفل.

- دراسة اللوز وآخرون حول تشخيص الولادة عند الأم الولودة بعنوان:

1 "Pronostic maternel et fœtal de l'accouchement chez la grande multipare"

من أهداف هذا البحث، دراسة الحالات المرضية، حوادث الحمل الإجهاض و الولادات الميتة ووفيات الأمهات لدى المنجبات لخمسة أطفال وأكثر، وذلك عن طريق ملاحظة عينة مأخوذة من مجموع الولادات التي حدثت ما بين 1989/09/16 و 1989/09/15 بعيادة التوليد بتونس العاصمة، فبلغ عدد المنجبات بكثرة بـ 930 حالة، أي ما يعادل 11 % من مجموع المنجبات.

أثبتت مرة أخرى هذه الدراسة، تعرض المرأة المنجبة لأطفال كثيرين، إلى عدة أعراض المرض طيلة حملها، بحيث يرتفع السكر لديها بنسبة 1,12% مقارنة مع العينة الأم التي تسجل سوى 0,24% بالإضافة إلى تعرضها إلى الوضع قبل الأوان بنسبة 6,5% مقابل 1,2%.

تؤكد النتائج الخاصة بوضع الجنين داخل الرحم قبل الولادة، أنه نظرا لمرونة الرحم من الحمول المتعددة، ومن ثم سهولة تحرك الجنين داخله، فإن اللجوء إلى عمليات قيصرية لأجل

¹ Ellouze Wassila et al: **Pronostic Maternel et Fœtal de l'Accouchement Chez la Grande Multipare**, Maghreb médical, N°243, Tunis, mai1991, PP 28-31.

إنقاذ الأم و الجنين لم يعد حكرا على المنجبات بكثرة بل أصبح ظاهرة تخص كل الأعمار مهما كان عدد الأطفال لديها، لكن ترتفع الخطورة بنسبة 75 % عندما يتعلق الأمر بالوفيات ما قبل الولادة بينما تسجل سوى 38 % من مجموع العينة الأم.

أما عن حياة الأمهات، فهي مهددة بالوفاة بنسبة 2,2 % لدى المنجبات لـ 5 أطفال وأكثر، ولا تتغير هذه النسبة لدى مجموع العينة.

يكتسي هذا النوع من الدراسات أهمية بالغة لدى السلطات القائمة و المهتمة بالصحة، لأنها توضح النقائص الواجب معالجتها والتكفل بها فيما يخص صحة الأم والجنين، لكن يعد ذلك ضئيلا مقارنة مع ما يمكن أن تكشفه المتغيرات المتعلقة بالوسط الذي تعيش فيه هؤلاء النساء، فمعرفة الخصائص الاجتماعية، الثقافية، الديمغرافية، الاقتصادية و كذا سلوكياتهن الإيجابية، قد يعطي للدراسة أكثر مصداقية مع العلم أن ذلك سوف يستوجب عمل جماعي يضم عدة تخصصات.

3.11. الدراسات الجزائرية:

– التحقيق الوطني الذي قام به المعهد الوطني للصحة العامة حول وفيات الأمهات 1999 "Enquête Nationale Sur la Mortalité Maternelle"¹

أجرى المعهد الوطني للصحة العامة (I.N.S.P) دراسة استقصائية وطنية مستقبلية شاملة حول وفيات الأمهات في سن الإنجاب (15-49 سنة) التي وقعت خلال عام 1999، بالتعاون مع مختلف المرافق الصحية، والمكتب الوطني للإحصاء وهياكل الأحوال المدنية، من أجل تسليط الضوء على العوامل التي تعوق رعاية النساء خلال فترة النفاس، وتحديد إستراتيجية لمكافحة وفيات ومرضاة الأمهات، كما يساعد هذا التحقيق في المساعدة على إنشاء نظام معلومات شامل وموثوق بها.

خلال عام 1999 كان حجم السكان من النساء في سن الإنجاب 7502742، تم تسجيل (7757) وفيات النساء في سن الإنجاب، الذين تم تحديدها بـ (15-49 سنة)، وتكشف الدراسة عن معدل الوفيات بين الإناث في سن الإنجاب حوالي 1 ‰، كما سجلت 697 حالة وفاة من وفيات الأمهات أو 9.%. هذا الرقم مقارنة مع عدد المواليد الأحياء في

¹ Ministère de la Santé de la Population, L'Institut National de Santé Publique: **Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle**, Algérie, 2001, P 11

تلك السنة، ويقدر معدل وفيات الأمهات بـ117.41 حالة وفاة لكل 1000.00 ولادة حية¹. من بين هذه الوفيات والوفيات النفاسية كما تدعو إليه منظمة الصحة العالمية.

وتكمن أهداف التحقيق في²:

. تحديد معدل وفيات الأمهات.

. تحديد أسباب وفيات الأمهات.

. تحديد عوامل الخطر المتعلقة بهذه الأسباب.

. إرسال إستراتيجية الدعم للنساء الحوامل.

. تخفيض معدل وفيات الأمهات.

وكان لهذا الفريق متعدد تخصصات الأدوار التالية³:

- تحديد وتنظيم وإجراء التحقيق مع مختلف المراحل والمواعيد النهائية.

* وضع الاستبيانات المختلفة المتاحة للـA.P.C. (البلديات) والمحققين.

- وضع دليل للمسح لمساعدة المشرفين والمحققين.

* إبلاغ جميع أصحاب المصلحة على نطاق واسع (مرافق المستشفى المتخصصة وقادة

الطبيب من المستشفيات...الخ) عن التقدم المحرز في التحقيق.

أما عن المنهجية المتبعة فقد أجريت على مستويات مختلفة⁴:

جميع البلديات المعنية بالأمر. كما بدأ المسح من القطاع الصحي، وقد تم اختيار المحققين ومدراء الصحة والسكان في كل ولاية. وعينت واحد أو أكثر من المحققين وفقا لأهمية القطاع الصحي.

- بالنسبة للحالة المدنية: تم تمكين شخص واحد لإجراء تسجيل كل حالة وفاة في صفوف السكان المستهدفين(الأمهات بسبب الولادة) في البلدية. وقدم له سجل أنجز من أجل هذا الغرض.

- بالنسبة للمرافق الصحية: استغلال الخدمات الإدارية (مكتب القبول أو غيرها) من أجل الاطلاع على الملف الطبي وعلى وجه الخصوص فكرة الحمل، الإجهاض أو الولادة أو خلال 42 يوما قبل وفاتها، يتم إعطاء المعلومات على ورقة مقدمة لهذا الغرض.

¹ Ibid, P 13.

² Ibid, P 6.

³ Ibid, P 7.

⁴ Ibid, P 8.

أما فيما يتعلق بخصائص الولادة لجميع النساء الذين لقوا حتفهم بسبب الأم أيا كان مكان حدوثها. ففي 20.1% من الحالات، حدثت الوفاة أثناء الحمل الأول (134 حالة). تتجاوز ستة من حالات الحمل (155 حالة)، وهو ما يمثل 23.1% من الوفيات، وكان ربع النساء أدى الإجهاض بحملهن بالفعل. استعاد معدل القيصرية 11% من حياتهن، وبتراوح إنقاذ حياة الأم بالعملية القيصرية من صفر إلى أربعة¹.

وكان معدل الولادة القيصرية السابقة 14.5% من أجل التدخل لإنقاذ الأم، وهي نسبة أعلى قليلا من المتوسط بالنسبة لجميع وفيات الأمهات. ويقدر التدخل بالعملية في الحمل الأول بـ 11.3% من الحالات.

وفي جدول الثالث عشر الذي يبين توزيع الوفيات حسب وقت بعد الولادة، تم ملاحظة ثلث الحالات (129) تقريبا، تدخل الكادر الطبي بالعملية الداخلية أو الخارجية أو بإجراء عملية قيصرية، وأكثر من الثلث (36.5%) تم لهن عملية قيصرية طارئة لإنقاذ الجنين.

أما في الجدول الرابع عشر الذي يبين توزيع الوفيات حسب موضة الولادة، فكانت الولادة القيصرية بسبب ما يلي: وجود عسر الولادة في 64 حالة، والمشاكل المتعلقة بالجنين وتجويف الجنين في 41 حالة، ومن مضاعفات ارتفاع ضغط الدم في 32 حالة وتشخيص تمزق الرحم في 17 قضية².

وأن 8.0% من مجموع وفيات الأمهات، هي بسبب التمزقات الرحمية وهي ضعف عام عندما تكون هناك عملية قيصرية سابقة³.

- المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-4) 2012-2013

Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS- 4) 2012 – 2013

أجري هذا المسح من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع الدعم المالي والتقني من طرف صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان (U.N.F.P.A.). وللتذكير فإن الجزائر قامت بثلاث جولات

¹ Ibid, P 26.

² Ibid, P 29.

³ Ibid, P 40.

من المسح العنقودي متعدد المؤشرات: MICS1 في عام 1995، MICS2 في عام 2000، وفي عام 2006 MICS3.

ويوفر المسح العنقودي متعدد المؤشرات معلومات مستكملة عن حالة الأطفال والنساء والتدابير والمؤشرات الرئيسية التي تسمح للبلدان لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وغيرها من الالتزامات المتفق عليها دوليا. كما يسمح هذا المسح على المستوى الوطني لتقييم العجز في مجالات التنمية البشرية والاجتماعية وتوفير برامج التنمية الوطنية والقطاعية للإحصاءات الموثوقة عن حالة الأطفال والنساء والأسر. وللمسح أهداف رئيسية تتمثل فيما يلي¹:

أ- أهداف دولية:

- تحديث أهداف الألفية للتنمية (أكبر مصدر بيانات الأهداف الإنمائية للألفية، وتستمد أكثر من 20 من مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية ..).
- تحديث أهداف "عالم صالح للأطفال" (الدورة الاستثنائية للجمعية العمومية + 5 في عام 2007 و 2011).

- المساهمة في الحد من وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات، وتحسين صحة الأمهات.
- تحديث الأهداف الرئيسية الأخرى، بما في ذلك تحديث أهداف دورة الجمعية العامة الاستثنائية (قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة) لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز...

ب- أهداف وطنية:

- تحديث قاعدة بيانات مؤشرات التنمية بما في ذلك تلك التي تتصل بالأطفال والنساء؛
- تقييم العجز من خلال الميدان.
- تحديد مجالات جديدة ذات الأولوية.
- متابعة تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية.
- مؤشرات للمقارنة الدولية.

ومن أجل السير الحسن والتنظيم المتقن تم تقسيم الجزائر إلى تسعة مناطق رئيسية تضم كل منطقة مجموعة من الولايات ويهدف هذا التقسيم إلى تسهيل عملية توزيع الاستبيان وجمع المعلومات، وقد اختيرت عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، وبلغ حجم العينة

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, op.cit , 2015, P 30.

28000 أسرة معيشية، شملت على 41184 امرأة (جميع الحالات الزوجية)، و 15 و 140 طفلا الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات.

و 4130 رضيعا عدد الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا الذين يمثلون 3% من مجموع السكان¹.

تم استخدام ثلاثة أنواع من الاستبيانات:

- استبيان منزلي يستخدم لجمع معلومات عن جميع أفراد الأسرة.
- استبيان للنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15-49 سنة.
- استبيان على الأطفال دون السنة الخامسة.

وتكمن أبرز النتائج المتعلقة بموضوعنا في النقاط التالية²:

- اتضح أن منطقة شمال شرق تشهد أعلى نسبة ولادة قيصرية تقدر بـ 21.4%، ثم تليها منطقة شمال غرب بـ 19.4%، ثم شمال الوسط بـ 17.1%، ثم مرتفعات الشرق بـ 14.6%، ثم الهضاب العليا الغربية بـ 12.0%، ثم مرتفعات الوسط بـ 10.7%، وأخيرا الجنوب بـ 10.1%.

- وفيما يخص مكان الإقامة فكانت أعلى نسبة ولادة قيصرية في الحضر بـ 17.8% مقابل نسبة 12.3% في الريف.

- أما بالنسبة المستوى التعليمي للمبحوثات فقد كانت أعلى نسبة ولادة قيصرية عند المستوى التعليمي الجامعي بـ 26.3%، ثم تليها نسبة 18.9% عند المستوى التعليمي الثانوي، ثم المستوى التعليمي الابتدائي بـ 14.8%، ثم المستوى التعليمي المتوسط بـ 14.4%، وأخير عند المبحوثات اللواتي لا يعرفن القراءة ولا الكتابة بنسبة 8.4%.

- كما شهدت أعلى نسبة للولادة القيصرية عند الفئة العمرية 35-49 بـ 18.1%، ثم تلتها الفئة العمرية 20-34 بـ 15.4%، وأخير الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بنسبة 12.0%.

- ولقد أثبت المسح أهمية المستوى المعيشي (مؤشر الثروة)* للأُم ودوره في العملية القيصرية حيث سجلت أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي يتمتعن أعلى مستوى بنسبة 21.1%، ثم تلتها المستوى الرابع بنسبة 15.1%، والمستوى الأوسط بنسبة 15.6%، والمستوى الثاني بنسبة 15.9%، وأخيرا أدنى مستوى بنسبة 13.2%.

¹ Ibid, P 37.

² Ibid, P 143.

وأما عن مكان إجراء العملية القيصرية فقد بين المسح أعلى نسبة كانت في القطاع الخاص بنسبة 51.8% في مقابل 13.0% في القطاع العام.

أما فيما يخص مدة البقاء في الهياكل الصحية بعد الولادة القيصرية فقد كانت نسبة إجابة 708 امرأة ما يلي¹:

- مدة البقاء في الهياكل الصحية أقل من 6 ساعات بنسبة 0.3%، و 6-11 ساعة بنسبة 0.5%، و 12-23 ساعة بنسبة 0.7%، و 1-2 يوم بنسبة 24.5%، ومن 3 فأكثر بنسبة 73.9%، 12 ساعة أو أكثر بنسبة 99.2%.

- أما بالنسبة للزيارات بعد الولادة القيصرية فقد كانت إجابة 940 امرأة كالتالي²:

- الزيارة وأخذ المشورة عقب الولادة في هيكل صحي أو المنزل بنسبة 95.4%، في نفس اليوم بنسبة 5.3%، يوم واحد بعد الولادة بنسبة 5.6%، يومان بعد الولادة 22.8%، 3-6 بعد الولادة بنسبة 16.4%، عدم القيام بأي زيارة 46.5%.

- أما الرعاية الصحية في الأسبوع الأول بعد الولادة القيصرية فقد سجل ما يلي³:

- مكان الزيارة بعد الولادة الأولى فكانت في المنزل بنسبة 5.2%، وفي القطاع العمومي 52.2%، وفي القطاع الخاص 40.6%.

- في حين كانت الاستشارة للزيارة بعد الولادة الأولى:

* طبيب/ممرضة/قابلة/ بنسبة 34.7%.

* قابلة مساعدة بنسبة 12.8%.

* الوالدة أو الأصدقاء بنسبة 52.5%.

ومن خلال نتائج المسح تبين أن الاستشارات والزيارات ما بعد الولادة القيصرية خلال اليومين للأمهات وللمولود حديثا كانت بنسبة 91.6%، أما بالنسبة للأم فقط فكانت بنسبة 4.2%، أما المولود فقط فكانت بنسبة 2.0%، أما عدم الزيارة لا الأم ولا لمولود حديثا فقد كانت بنسبة 2.1%⁴.

* لقد تم تقسيم مستوى الثروة للأسرة المعيشية حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات إلى مستويات وهي على النحو التالي: أدنى مستوى، المستوى الثاني، المستوى الأوسط، المستوى الرابع، أعلى مستوى.

¹Ibid, P 145.

² Ibid, P 150.

³ Ibid, P152.

⁴ Ibid, P 153.

- دراسة الدكتورة آسيا شريف: "واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها".

تأتي هذه الدراسة في متطلبات الحصول على شهادة الدكتورة حيث انطلقت من واقع النساء لمعرفة ومعايشة تجربة الحمل والولادة والنفاس واحتياجاتهن ومن أجل معرفة هذا الأمر فإنها انطلقت من عدة أسئلة تمثلت فيما يلي¹:

- ما دور الأبعاد السوسيو-ديموغرافية أثناء الحمل والولادة والنفاس؟
- ومدى الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس؟
كما ركزت على الظروف التي تحيط بالمرأة الحامل بما فيها درجة التعليم، وحالتها العملية، وسنها ورتبة المولود.

مضيفة الأسئلة التالية:

- هل يعود مدى الإقبال على خدمات صحة الأمومة بكل أنواعها إلى دور المرأة الحامل؟
- ومدى قدرتها ومكانتها في أخذ القرار اتجاه ذلك؟
- أو يعود إلى مدى وعيها وإدراكها بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده؟
- أو يعود ذلك إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بها؟
- أو إلى عوامل أخرى مرتبطة كل الارتباط بمدى خدمات صحة الأمومة؟
- ما هي نظرة ومعايشة النساء تجربة الحمل والولادة والنفاس؟.

وللإجابة على الأسئلة آنفة الذكر اقترحت سلسلة من الفرضيات التي تم تحديدها فيما يلي:

- إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية أو طبية أكثر منها وقاية.

- يتأثر إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده تبعا لمستواهن التعليمي وحالتهم العملية.

- كلما ارتفع سن النساء ورتبة المولود، كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس.

- يؤدي دعم الزوج في متابعة الحمل والولادة وما بعده دورا ايجابيا في اجتياز أمومة آمنة.

¹ آسيا شريف: واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، 2004، ص ص 5-12.

نتائج الدراسة:

توصلت من خلال الدراسة الكمية والكيفية حول رعاية الأمومة أثناء الحمل وبعده إلى أن¹:

- 4/5 من النساء قد تابعن بانتظام حملهن، أكثر من نصفهن تابعن في القطاع الخاص، وكان سبب ذلك حسب الدراسة إلى توفر خدمات صحة الأمومة بما فيها تواجد الأطباء المختصين في أمراض النساء، والاستقبال الجيد والنظافة الجيدة.

- كما توصلت من خلال النتائج اللقاءات المعمقة أن مدة استغراق الكشف تعد من أهم مقاييس تحديد الطبيب الكفاء.

- هناك قلة الوعي بمخاطر الحمل، وبالأخص عند النساء المنجبات لطفل واحد، حيث يأتي الوعي بعد مرورهن بحمل عالي الخطورة على إثره تكن حريصات على صحتهن وصحة جنينهن.

- مفهوم الرعاية أثناء الحمل وما بعده مرتبط ارتباط وثيقا بالمشاكل الصحية التي قد تتعرض لها المرأة فوفاة الجنين في بطن أمه، أو تعرض الحمل إلى الإجهاض أو وفاة الجنين يدفعها إلى المراقبة المنتظمة، وبهذا لم تكن الرعاية الصحية بدافع وقائي أو روتيني، وإنما بدافع علاج .

وأبرزت مدى تأثير كل من التعليم والحالة العلمية والعمر ورتبة المولود على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، فوجدت متغير التعليم هو الأكثر ارتباطا بالرعاية الصحية حيث من خلال الدراسة تبين أن النساء المتحصلات على قسط من التعليم هن الأكثر حرصا على صحتهن وصحة جنينهن، وأكثر إقبال على التحصين ضد التيتانوس أثناء الحمل، والأكثر ميلا على الحصول على المعلومات التثقيفية المرتبطة بنظام الأكل ، وبتنظيم الأسرة، وبالرضاعة الطبيعية ، وأيضا أكثر وعيا اتجاه الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس.

كما تبين أيضا لدور الفعال الذي برز من خلال هذه الدراسة لكل من العمر ورتبة المولود في مواجهة الأمومة أثناء الحمل والولادة وما بعده، حيث ظهر أن النساء دون الـ30 سنة من العمر هن أكثر حرصا على الرعاية المنتظمة أثناء الحمل وما بعده من النساء ما

¹ نفس المرجع، ص ص 350 - 360.

بين 30-49 سنة من العمر، كما كان ارتفاع رتبة المولود يجعل المرأة تتغافل عن تلك الرعاية، فالنساء ذوات رتبة المولود الأول وما بين الثاني والثالث هن أكثر حرصا على الرعاية أثناء الحمل وما بعده من النساء ذوات رتبة المولود الرابع فأكثر. وأيضا وجدت تأثير مكان الإقامة على الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده، حيث برزت نسبة ارتفاع رعاية الأمومة في المناطق الحضرية عنها لمناطق الريفية.

الفصل الثاني

المؤتمرات والاتفاقيات العالمية
والسياسة السكانية في الجزائر

تمهيد:

شهدت العقود الأخيرة من القرن العشرين اهتماما متزايدا بقضية (مسألة السكان والمرأة والصحة الإنجابية...)، كما تصاعدت حركة واسعة النطاق تستهدف دفع الاهتمام بالقضايا المتعلقة بها على مستوى العالم، وأصبحت المرأة والأسرة محورين أساسيين من محاور عمل التجمعات والفعاليات الاجتماعية في العالم، وهذا ما يلاحظ بوضوح في قيام الأمم المتحدة بعقد الكثير من المؤتمرات الدولية لدراسة الأمور المتعلقة بها، لكن كانت نتائج تلك المؤتمرات (غير ملزمة للدول)، ثم انبثق عنه وضع اتفاقيات ملزمة تجبر جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بالتوقيع عليها، وتنفيذ بنودها.

لذلك بدأنا نلمس واقعا جديدا برزت فيه البرامج السكانية التي تطورت تدريجيا وبصورة مختلفة من دولة إلى أخرى إلى سياسات سكانية ذات مرجعيات ومبادئ، وأهداف ومحاور وخطط تنفيذية.

ويمثل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994، ككتوبج لسلسلة من التظاهرات السكانية العالمية منذ الستينات، علامة فارقة في الفكر السكاني التنموي، فاللتنمية هي تحسين كمي ونوعي دائم متواصل للأوضاع الصحية والمعيشية والتعليمية للسكان...

ولقد انخرطت الجزائر في المسار الذي أفرزه مؤتمر القاهرة، وذلك بوضع سياسة سكانية متكاملة تستند إلى قاعدة تشريعية ومؤسسية متطورة. فقد تشكلت السياسة السكانية الجزائرية منذ الاستقلال مسابرة تطور المجتمع والمتغيرات العميقة والسريعة أحيانا التي عرفها، وفي هذه المرحلة لم تكن السياسة السكانية مفهومة على أساس تنظيم النسل، وإنما التركيز على المدخل التنموي للمسألة السكانية الذي أكد على بناء المجتمع الاشتراكي، وبعد التغير في مستوى القيادة السياسية للبلاد اعتبر الزيادة السكانية مطلب قومي للتنمية وبالتالي لم يعترف رسميا بالمشكلة السكانية كمعوق من معوقات التنمية إلا من خلال توصيات المؤتمر الاستثنائي لحرب جبهة التحرير الوطني سنة 1980، حيث أكدت عدة توصيات على ضرورة انتهاج سياسة سكانية تدمج المبادعة بين الولادات.

ومن أجل بلوغ أهداف التنمية تم توفير الرعاية الصحية والوقائية خصوصا للأم والطفل، والتأكيد على تحسين نوعية الخدمات الصحية الإنجابية والتنظيم العائلي، وكذا انتعاش نشاطات الاتصال وتحسين جمع المعطيات الديموغرافية وكذا الدراسات السكانية، ونحن في هذا الفصل سنتناول أهم المؤتمرات العالمية والاتفاقيات الخاصة بالأمومة الآمنة، مع التطرق إلى السياسة السكانية الوطنية، والبرامج الصحية الموجهة للأم والطفل.

1. المؤتمرات العالمية:

إن اهتمام المجتمع الدولي بمسألة السكان حديثة للغاية ارتسمت معالمها بتشكيل مؤسسة دولية تشغل بأمور السكان أولها عام 1952 تم قيام الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF الذي يعد أول تنظيم دولي يعمل في مجال السكان كما أقيم في الولايات المتحدة مجلس السكان يعمل على المستوى العالمي، وفي عام 1962 تم إنشاء صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية UNFPA ليتغير اسمه فيما بعد إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان، وأحدث تشكيل دولي هو اللجنة العالمية للبرلمانيين عن السكان والتنمية عام 1979 بالإضافة للاهتمامات اليونسكو بالتربية السكانية ومنظمة العمل الدولي بموضوع القوى العاملة، لكنها تختلف من حيث أهميتها وطبيعتها ويمكن إيجازها كالتالي¹:

1.1. روما (1954): يتعلق الأمر باجتماع للخبراء الديموغرافيين والعلماء، وهو مؤتمر ذو طبيعة تقنية محضة، تم فيه تجميع المعلومات المتناثرة آنذاك في ميدان الديموغرافيا، ونظم هذا الاجتماع تحت إشراف الإتحاد الدولي للدراسات العلمية للسكان (UIESP)، ومنظمة الأمم المتحدة، وجاء هذا اللقاء بنظرة جديدة حول القضية السكانية.

وأهم ما أثير في مؤتمر روما هو الخلاف الأيديولوجي بشأن السكان، وقد أشعل هذا الخلاف بحث تقدم به عالم « سوفيتي » عرض فيه النظرية الماركسية اللينينية في مجال السكان، وهاجم فيه العالم الغربي هجوما شديدا.

2.1. بلغراد (1965): ضم هذا الاجتماع الدولي متخصصين في ميدان السكان، حيث ناقش موضوع الخصوبة لكونه يطرح مشكلا سياسيا يهتم بقضية التخطيط والتنمية، وقد اقتصرت الأهداف المتوخاة منه على المعرفة العلمية ولم تتناول بلورة السياسات للدول، واتصف بالمنظم والعادي ولم تتخلله أحداث أو خلافات تستحق الإشارة أو التلميح.

¹ سير روي كالن: عالم يفيض بسكانه - عرض لأسباب المشكلة وحل جذري لها-، ترجمة ليلي الجبالي، عالم المعرفة، العدد 213، الكويت، 1990، ص 8.

والحقيقة أن هذين المؤتمرين الدوليين السابقين عقدا قبل مؤتمر بوخارست، وهما للخبراء والعلماء وليس للحكومات كما يحدث في مؤتمرات الأمم المتحدة.

أما المؤتمرات الدولية نجد:

3.1. مؤتمر بوخارست 1974:

عقد هذا المؤتمر ببوخارست بين 19 - 30 أوت من سنة 1974 بمشاركة 139 دولة بدعوة من طرف حكومة الجمهورية الاشتراكية الرومانية، وتحت إشراف الأمم المتحدة¹، وكان هذا المؤتمر الأول من نوعه على دعوة حكومات الدول لمعالجة القضايا السكانية، ومن قبل كانت الندوات التي تعالج نفس المواضيع الدعوة فيها توجه للمتخصصين فقط، وكان هذا الاجتماع الأول أنتجت خطة العمل العالمية للسكان لحكومات الدول المشاركة، شكلت الوثيقة نوع من خطة تقترح أهدافا في مجالات مختلفة مثل النمو العالمي السكان والمرضاة والوفيات، والعمر المتوقع، ووضع المرأة والهجرة الدولية، وتحسين المعرفة الديموغرافية والتعاون الدولية... الخ².

وشكلت ثلاثة لجان اختصت الأولى بالتغير السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، في حين اختصت الثانية بالسكان والموارد البيئية وأما الثالثة فاختصت بموضوع السكان والأسرة، وتضمن خارطة عمل تجسدت في التوصيات تتعلق ب³:

- الأهداف والسياسات السكانية والخصوبة والوفاة بالإضافة لمكانة المرأة وتوزيع السكان والهجرة الداخلية والدولية.

- السياسات الاقتصادية والاجتماعية، وأبرز الصراعات الفكرية في هذا المؤتمر كانت قضية العلاقة بين السكان والتنمية حيث استطاع أنصار التنمية شرح وجهة نظرهم في مقابل

¹ Abderrahmane Remili: **Bucarest la fin d'une certaine conception du planning familial**, actes du 2^{ème} colloque de démographie maghrébine, Alger, 21-25 avril, 1975, p 501.

² Collomb Philippe: **Démographie mondiale, La conférence internationale du Caire**, In: Économie rurale. N°225, 1995, P 37.

³ سير روي كالن: مرجع سابق، ص 9.

أنصار تنظيم الأسرة لإبراز المقولة: " التنمية أفضل وسائل تنظيم الأسرة"¹.

وبهذا اشتعلت المجادلات العنيفة بين الدول النامية والدول المصنعة، إذ زعمت الدول المتقدمة أن التزايد السكاني السريع هو السبب في فقر الدول النامية، وأكدت على أن التنمية الاقتصادية مشروطة بخفض الزيادة السكانية أولاً، وفي المقابل أيدت الدول النامية مبدأ - كارل ماركس- كرد فعل لموقف الدول المتقدمة/المصنعة والقائل بأن السبب الحقيقي للفقر والحرمان هو عدم التكافؤ في توزيع الثروات، وأن الزيادة السكانية رمز للتخلف وليس سببا كما تدعي الدول المصنعة².

ولم يفت الجزائر هذا المؤتمر بل سجلت حضورها وموقفها، كما احتلت الصدارة من بين جميع وفود العالم الثالث بالتنديد بالإمبريالية الأمريكية المخيفة وراء التبرعات الكبيرة بوسائل منع الحمل والإعانات المادية الأخرى وقال الوفد الجزائري آنذاك كلمت الشهيرة وهي " أحسن حبوب هي التنمية"³، ملمحة ومعلنة في نفس الوقت إلى رفض الهيمنة الغربية التي تريد أن تفرضها الدول المتقدمة على الدول النامية، ومن تمرير بعض الاقتراحات والتوصيات العلنية في هذا المؤتمر.

ولقد أكدت بعض البلدان على الالتزام بالحرية المطلقة لكل بلد، وأن كل بلد له حرية في معالجة مشاكله السكانية، وهذه البلدان هي: البلدان الأوروبية، الصين، الاتحاد السوفييتي و البلدان الاشتراكية، و بلدان أمريكا اللاتينية و بلدان العالم الثالث الأخرى⁴.

وفي عند اختتام المؤتمر أصدر المشاركون توصيات ولوائح نهائية تلزم الحكومات العمل بها، وتضمنت النقاط التالية:

- احترام الحقوق الأساسية للإنسان.

¹ نفس المرجع، ص 10.

² جريدة عميرة: المشروع الإيجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004 - 2005، ص 111.

³ Alfred Sauvy et autre: **Eléments de la démographie**, PUF, Paris, 1976, p 362.

⁴ Younès Zoughlami: **La conférence Mondiale de la Population Bucarest**, in revue tunisienne des sciences sociales, N°45, 1976, p 173.

- القيام بعملية التحسيس والتوعية بوسائل منع الحمل لتحديد عدد الأبناء المرغوب فيهم عند الزواج حتى سنة 1985.

- تأمين المصالح المختصة لهذا الغرض لسكانها، ومنح الخدمات الكاملة والمجانية.

- إعطاء المرأة حقها وكرامتها حتى تطبق اختيارها كمواطنة مسؤولة.

- إدماج النساء في كل مراحل التطور في العشرية الثانية للنمو والاعتراف بمساهمات النساء في المجال الاقتصادي باعتبارهن أمهات مسؤولات على التغذية، في المناطق الريفية والحضرية¹.

4.1. مؤتمر المكسيك:

بعد عشر سنوات من مؤتمر بوخارست، جاء هذا المؤتمر لاستعراض ومعرفة ما تم تحقيقه من الأهداف المرجوة من مؤتمر السابق، ومن هنا جاء قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة (قرار 1981-1987 في 25 نوفمبر 1981) لعقد مؤتمر دولي جديد لتجديد خطة العمل العالمية، فوافقت المكسيك لاستضافة مؤتمر من 6 أوت إلى 14 عام 1984²، تناول في أثنائها أعضاء المؤتمر النواحي الوطنية والدولية لمشكلات السكان، وقد قرر المؤتمر استمرار تنفيذ خطة العمل العالمية للسكان، كما صدر عن المؤتمر إعلان عالمي بشأن المشكلة السكانية أطلق عليه «إعلان المكسيك»³.

وقد صدر عن المؤتمر 88 توصية تتكون منها إستراتيجية عالمية للسياسات والبرامج المتصلة بقضية السكان وعلاقتها بالتنمية الشاملة ودور الحكومات والمنظمات والأمم المتحدة والوكالات العاملة في إطارها في تنفيذ هذه السياسات والبرامج.

وقد لوحظ أن أهم التطورات التي حصلت هي زيادة مستوى الوعي لدى الدول والمجتمع الدولي اتجاه المشاكل السكانية والاهتمام بتحديدتها وإيجاد الحلول لها أي تم إحياء الإدراك المتصل بالقضايا السكانية، خاصة موقف الجزائر والصين الناطقتين بلسان

¹ Ibid, p 182.

² Collomb Philippe: *Démographie mondiale, La conférence internationale du Caire*, op.cit, p 37.

³ سير روي كالن: مرجع سابق، ص 10.

المعارضين لحملة تحديد النسل ليتغير الموقف بعد عشر سنوات وأصبحت الجزائر مناصرة لتنظيم الأسرة والصين منادية بسياسة "طفل واحد لكل أسرة"¹.

5.1. مؤتمر القاهرة سبتمبر 1994:

يعد أكبر تجمع دولي ضم أكثر من 182 دولة أقرت فيه برنامج عمل للتحكم في النمو السكاني وتحقيق التنمية في العقدين المقبلين، ومن أهدافه وموضوعه المقترحة: السكان، التنبؤ الاقتصادي، التنمية، التعليم، المساواة بين الجنسين، الأسرة أدوارها وحقوقها، ومن أبرز النقاط التي تضمنها برنامج العمل نجد:

- * دعا إلى الاستثمار في الكائن البشري باعتباره أهم مورد وإلى التزام بجعل النساء شريكات كاملات للرجال بمعنى تعزيز قدرات المرأة.
- * تناول أوجه الترابط بين السكان والنمو الاقتصادي والتنمية المستدامة وخصوصا لجهة تعزيز قدرات المرأة ومكافحة الفقر وحماية البيئة.
- * المساواة بين الجنسين وتعميم التعليم الابتدائي الإلزامي وخصوصا تعليم الإناث.
- * تناول موضوع الأسرة وأدوارها وحقوقها وأكد أنه ينبغي تدعيمها وحمايتها.
- * التحكم بنمو المدن.
- * تناول الصحة ومعدلات المرض والوفيات وأكد في هذا الإطار على عدم تشجيع الإجهاد كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.
- * تناول التوزيع السكاني والتحضر والهجرة الداخلية وأكد على ضرورة تأمين فرص توازن أفضل.

* للسكان والهجرة الدولية والتنمية ودعا إلى الحد من ضغوط الهجرة بتحفيز النمو².

* مسألة الصحة الإنجابية وأبرز قضاياها المطروحة: الحقوق الإنجابية، تنظيم الأسرة،

¹ رفيق البستاني وفيليب فارج: العالم العربي- المجتمع والجغرافيا السياسية-، ترجمة مصطفى فودة وريشار جاكسون، دار المستقبل العربي، القاهرة، 1994، ص 43.

² الإتحاد العام لغرف التجارة والصناعة والزراعة للبلاد العربية، دراسات اقتصادية، الدورة الرابعة والثلاثين، القاهرة، 22 - 24 فبراير 1997، ص ص 76- 77.

الأمراض المتقلة جنسيا، النشاط الجنسي البشري والعلاقات بين الجنسين، المراهقين، الرعاية الصحية من أجل المحافظة على صحة الطفل والمرأة والأمومة السليمة¹.

6.1. المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان:

انعقد المؤتمر العربي الأول حول صحة الأسرة خلال الفترة 13 - 16 مايو 2006 تحت شعار "صحة الأسرة العربية بين الواقع والتحديات"، حيث عرضت فيه أكثر من 80 دراسة مقارنة بين الدول العربية، وحضره أكثر من 250 كادرا مختصا من مختلف الدول العربية والأجنبية هذه الدراسات، قامت إستراتيجية المؤتمر العربي على أن هناك واقع وتشخيص حقيقي لواقع الأسرة العربية، وبالتالي سينعكس ذلك في مدى جودة وكفاءة السياسات والبرامج التي ترسم لهذا الغرض².

كما تم في هذا المؤتمر دراسة تنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة في 11 دولة عربية، وهذه المسوح غطت جميع جوانب الأسرة العربية، سواء من ناحية الأمراض المزمنة والإعاقة ومن ناحية الأوضاع الاقتصادية، ومن ناحية الظروف السكنية، كما غطت جوانب الصحة الإنجابية لكل النساء المتزوجات والمطلقات والأرامل في الفئة العمرية من 15-49 سنة، حيث تم تشخيص الأوضاع والمشكلات التي تعاني منها النساء، في الدول العربية التي يعمل فيها المشروع العربي لصحة الأسرة، وتم تشخيص أوضاع الأطفال ومدى انتشار الأمراض بينهم، ومدى تغطيتهم للتلقياحات الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، أيضا تم عرض جهود الحكومات العربية في مجال تخفيض الوفيات وخاصة فيما يتعلق بتخفيض الوفيات بين الرضع والأطفال والأمهات وتشخيص أوضاع الشباب وكبار السن في المنطقة العربية، حيث تم توفير البيانات التي تستخدم حاليا من قبل المخططين ورسمي السياسات والباحثين.

والدراسات المهمة التي تناولت الرعاية الصحية للحمل (أثناء وبعد الولادة) في المؤتمر تمثلت في المسوح التي أجريت في سبعة بلدان عربية هي سوريا، تونس، الجزائر،

¹ هدى حوا: مؤشرات لأولويات الإعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الإنجابية، الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة للسكان في لبنان، 2001، ص 9.

² <http://www.sanaanews.net/news-1631.htm>

اليمن، جيبوتي، المغرب، ولبنان ويتواصل العمل في السودان والجمهورية والصومال وفلسطين وموريتانيا.

ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة الباحثة مريانا الخياط الصبوري تحت عنوان "الرعاية الصحية للنساء بعمر الإنجاب خلال فترة الحمل والولادة- حالة لبنان-"، توفر هذه الدراسة بيانات ومؤشرات اجتماعية عديدة عن الصحة الإنجابية: رعاية الأمهات والأمراض الإنجابية، الخصوبة وتنظيم الأسرة، وصحة الأطفال¹.

ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وجود تحسن في الأوضاع المتعلقة بالصحة الإنجابية في لبنان لاسيما على صعيد رعاية الأمومة أثناء الحمل وعند الولادة وبعدها التي تأثرت إيجاباً نتيجة لارتفاع مستوى الخدمات الصحية المتاحة وإمكانية الاستفادة منها، وذلك بفضل الجهود التي تبذل في هذا المجال من خلال تنفيذ البرامج والمشاريع التي تعمل على توفير الخدمات الطبية والصحية من جهة وخدمات التثقيف والإعلام والتوجيه من جهة أخرى، وضمان استمراريتها حيث حافظت نسبة اللواتي تابعن الحمل لدى مصادر طبية متنوعة على مستواها المرتفع مقارنة مع مسح صحة الأم والطفل الذي نفذ في لبنان عام 1996².

أما دراسة الباحثين محمود فرج ونادية فهمي تحت عنوان "بعض جوانب صحة الأم والطفل في دول مجلس التعاون الخليجي"، وهي دراسة مقارنة تناقش بعض جوانب صحة الأم والطفل في دول مجلس التعاون الخليجي التي تعكسها المؤشرات ذات العلاقة بصحة الأم والطفل، وقيام بتحليلها بغرض التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين دول المجلس في المجالات محل الاهتمام.

فمن بين النتائج والملاحظات والتوصيات التي خرجت بها أن الرعاية أثناء الحمل حققت درجات عالية من الشيع في كل دول المنطقة تقريبا، وأيضاً أثناء الولادة، وكلها علامات ايجابية نحو شمول أوجه الرعاية في مجال الأمومة الآمنة، وتحسب للسياسة السكانية المنتهجة من طرف حكومات هذه الدول³.

¹ جامعة الدول العربية: ملخصات أوراق العمل للمؤتمر الأول لصحة الأسرة والسكان- تحت شعار صحة الأسرة العربية بين الواقع والتحديات، 13- 16 مايو 2006، المجلد الأول، القاهرة، ص 52.

² نفس المرجع، ص ص 52-53.

³ نفس المرجع، ص ص 54 - 55.

دراسة الباحثة آسيا شريف تحت عنوان "رعاية صحة الأمومة في الجزائر ما بين القطاع العام والخاص" فقد تمحورت حول تساؤلات مهمة تمثلت في: أين نحن اليوم في مجال رعاية صحة الأمومة؟ وكذا الخدمات الصحية المقدمة للنساء؟ وما هي العوامل المؤثرة على مدى استخدام النساء الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده؟ ومدى إقبالهن واختيارهن لنوع المؤسسة الصحية؟ وسبب اختيارهن لتلك المؤسسة؟ ما هي جهود الدولة في مجال صحة الأمومة؟

ومن بين توصيات التي خرجت بها هذه الدراسة هي¹:

- الاهتمام بصحة المرأة منذ الولادة، وفي جميع مراحل حياتها (طفلة، فتاة، زوجة، أم) لينعكس ذلك بشكل ايجابي على وضعها الصحي، وأبعد من ذلك الحالة الصحية للأسرة والمجتمع على حد سواء، كما يجب إيلاء العناية اللازمة لتنقيف النساء صحيا وتطوير البرامج الخاصة بالتنقيف الصحي، وتشجيع وسائل الإعلام على القيام بدورها في مجال التوعية والتنقيف في مجال الصحة الإنجابية.
- محاولة تحسين ظروف النساء الحوامل اللواتي يعشن في ظروف صعبة وذلك عن طريق تغطية كلفة الخدمات الصحية كاملة، وتحقيق كل احتياجاتهن غير الملباة وعلى إثرها تكون الانطلاقة بمبدأ " الحوامل أولا "؛
- بالإضافة إلى الاهتمام بمجال إقبال النساء على الفحص قبل الزواج، وكذا التحصين ضد التيتانوس أثناء حياتهن الإنجابية.
- تطوير خدمات صحة الأمومة، والارتقاء بها وذلك من حيث المكان الذي تتلقى فيه تلك الخدمات بما فيها نظافة المكان وقت المستغرق أثناء عملية الفحص، بالإضافة إلى حسن الاستقبال والمعاملة الحسنة خاصة في المنشأة الصحية العمومية؛
- تدريب الأطباء المختصين والقابلات والمرضات على ضرورة التركيز في تنقيف الحوامل صحيا وتدريبهم على طريقة الإصغاء وعدم الاكتفاء بالنظر إليهن كحالات إكلينيكية بحتة، بل الذهاب إلى أبعد من ذلك.
- الربط بين صحة الأمومة وبرامج محو الأمية لتحسين وتلبية حاجيات النساء الحوامل خصوصا في الريف، إدماج التربية الصحية أو التنقيف الصحي في مجال الصحة الإنجابية

¹ نفس المرجع، ص ص 56-57.

في برامج جميع أطوار التعليم، وإدماج الأزواج في برامج واستراتيجيات الصحة الإنجابية وحثهم على تحمل مسؤولياتهم من جانب الصحة الإنجابية، ومشاركة المرأة في اجتيازها مرحلة الحمل والولادة والنفاس بدون خطر، تكوين دليل صحة المرأة ويتم تحديثه كلما تطلب الأمر ذلك، ويتولى هذه المهمة كل الهيئات التي تهتم بقضايا المرأة، مع وضع موقع(سيت أو ويب) لذلك¹.

دراسة الباحث المعترز بالله موسى تحت عنوان " قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية تركيزا على الأمراض المتعلقة بصحة الأم أثناء الحمل والولادة ".
تناقش هذه الدراسة قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية التي تبدأ بمرحلة الطفولة مروراً بمرحلة مراهقة إلى مرحلة الإنجاب حيث حمل والولادة وذلك من واقع ملموس في المنطقة العربية، وقد خلصت الدراسة إلى التوصيات، في قضايا مرحلة الإنجاب في الصحة الإنجابية، والمتمثل في واقع الدراسات المختلفة هناك استراتيجيات لازمة طبقت في بعض الدول العربية ودول أخرى في حاجة إليها وذلك لاكتشاف وعلاج المشاكل المتعلقة بصحة الأم أثناء الحمل والولادة وذلك لخفض نسب مرضية ووفيات الأمهات، بالإضافة إلى دعم المنشآت الصحية لتوفير رعاية ذات جودة عالية، وزيادة الوعي والمعرفة لدى المرأة والأسرة والمجتمع لتغيير السلوكيات الصحية الخاطئة².

2.الاتفاقيات العالمية الخاصة بالأمومة الآمنة:

تعاني المرأة في العالم من القهر، لذلك حرصت المنظمات العالمية أو العربية أو الإقليمية للدول العلم، منذ منتصف القرن الماضي، على إصدار الإعلانات وتوقيع الاتفاقيات، التي تعمل على تأمين حقوق المرأة، والتي تلزم بموجبها الدول العالم، على التوقيع عليها وتنفيذها، بمعزل عن قوانين هذه الدول وتشريعاتها، وخاصة الدينية منها.

1.2.اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة 1979:

في 18 كانون الأول/ديسمبر 1979 اتخذت خطوة رئيسية نحو تحقيق هدف منح المرأة المساواة في الحقوق عندما اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وتضع هذه الاتفاقية المؤلفة من 30 مادة، في قالب قانوني ملزم،

¹ نفس المرجع، ص 58.

² نفس المرجع، ص ص 58-60.

المبادئ والتدابير المقبولة دولياً لتحقيق المساواة في الحقوق للمرأة في كل مكان، وجاء اعتمادها تنويحاً لمشاورات استمرت لفترة خمس سنوات والتي أجرتها أفرقة عاملة متعددة واللجنة المعنية بمركز المرأة والجمعية العامة¹.

بدأت مفوضية مركز المرأة في الأمم المتحدة بإعداد معاهدة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة في عام 1973 م، وقد كان للمؤتمر العالمي الذي عقد بمناسبة السنة الدولية للمرأة في مكسيكو سنة 1973 م، أثره في التسريع في إعداد هذه الاتفاقية، إذ لاحظت خطة العمل الصادرة عن هذا المؤتمر ضرورة إصدار اتفاقية تتعلق بإلغاء التمييز ضد المرأة مع إجراءات لتطبيقها، ومن بين المواد التي جاءت في هذه الاتفاقية العالمية والتي تشير إلى ضمان الأمومة الآمنة للأم الحامل في العالم نجد المواد التالية:

الجزء الثالث من الاتفاقية في المواد 11 و12 والتي تنص المادة 11²:

1- (و) الحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل، بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب.

2- (د): لتوفير حماية خاصة للمرأة أثناء فترة الحمل في الأعمال التي يثبت أنها مؤذية.

أما المادة 12 فهي تنص على³:

- تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها على أساس المساواة بين الرجل والمرأة الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

- بالرغم من أحكام الفقر 1 من هذا المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة.

كما أشير في هذا الاتفاقية عن التنشئة الاجتماعية للأطفال في المادة 5 التي تنص على:

ب- كفالة تضمين التربية العائلية فهما سليماً للأمومة بوصفها وظيفة اجتماعية، والاعتراف بكون تنشئة الأطفال وتربيتهم مسؤولية مشتركة بين الأبوين على أن يكون مفهوماً أن

¹ الأمم المتحدة: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فرنسا، ماي 2010، ص 1.

² نفس المرجع، ص ص 12-13.

³ نفس المرجع، ص 14.

مصلحة الأطفال هي الاعتبار الأساسي في جميع الحالات¹.

وقد صادقت الجزائر على هذه الاتفاقية بتحفظ سنة 1996 بموجب المرسوم الرئاسي رقم 51/96 المؤرخ في 22 يناير 1996، وتحفظت على بعض بنودها والتي ترى بأنها تتعارض مع المنظومة القيمية والدينية والاجتماعية والثقافية الجزائرية وفي هذا السياق جاء التحفظ على المادة 02، المادة 09 فقرة 02، المادة 15 فقرة 4، المادة 16، المادة 29 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة².

2.2. اتفاقيات حقوق الطفل سنة 1989:

جاء اعتماد اتفاقية حقوق الطفل بمثابة تنويع لما يزيد على ستة عقود من العمل على تطوير وتدوين القواعد الدولية المعنية بحقوق الطفل، إذ صدر إعلان جنيف في عام 1924 كأول وثيقة دولية خاصة بحقوق الطفل، وتعد الاتفاقية بمثابة قائمة فريدة في شمولها لمعايير حقوق الإنسان المتعلقة بالأطفال، اعتمدت الاتفاقية في 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989، ودخلت حيز النفاذ في أيلول/سبتمبر 1990.

بالنسبة للرعاية الطفل التي وردت في الاتفاقية فهي تتخذ بوجه خاص، التدابير المناسبة بدء من الاهتمام برعاية الأم قبل وبعد الولادة بالإضافة إلى الإشارة إلى أهمية تثقيف الأم والأسرة على حد سواء وذلك حسب:

- المادة 24 جزء 2 تتابع الدول الأطراف أعمال هذا الحق كاملا وتتخذ، بوجه خاص، التدابير المناسبة من أجل:

(د): كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها؛

(هـ) كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع ولاسيما الوالدين والطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات؛

(و) تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين، والتعليم والخدمات المتعلقة

¹ نفس المرجع، ص 8.

² علي إبراهيم: الوسيط في المعاهدات الدولية لإبرام الشروط الشكلية والموضوعية: دار النهضة العربية، مصر، 1995، ص 310.

بنتظيم الأسرة¹.

صادقت الجزائر على اتفاقية حقوق الطفل في 19 ديسمبر 1992 وعرضت الاتفاقية على الأمم المتحدة في 16 أبريل 1993، وقدمت تقريرها الأساسي في 16 نوفمبر 1995 وتقريرها الدوري الثاني 16 ديسمبر 2003²، أما فيما يخص تطبيق مبدأ نمو الطفل الخاص باتفاقية حقوق الطفل فيقوم نظام الضمان الاجتماعي بمساعدة الأفراد الذين ينتمون إلى الفئات المحرومة في المجتمع من خلال تسديده تكاليف الرعاية الصحية وخاصة الطب بواسطة التأمين الصحي.

وفي نفس الإطار حول حقوق الطفل لا تزال الدولة تعتبر خفض نسب وفيات الأطفال والأمهات أولوية لها على الرغم من التراجع المهم الذي شهدته هذه النسب خلال السنوات الأخيرة، وأدخلت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات برنامجا وطنيا خاصا بالمرحلة قبل الولادة 2005-2008 في نيسان (إبريل) عام 2005 لخفض هذه النسب إلى النصف وتدريب الموظفين في مجال الطب وزيادة التوعية بين النساء الحوامل والمراهقين، ويشير تقييم التقدم الذي جرى حديثا إلى توافر المعلومات عن المخاطر أثناء الحمل على نطاق أوسع بين المراهقين وإلى تعزيز قدرة الموظفين في مجال الطب³.

3.2. اتفاقية الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل سنة 1990:

إن الدول الأفريقية الأعضاء في منظمة الوحدة الأفريقية، الأطراف في هذا الميثاق المسمى " الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل"⁴، يهدف إلى حماية الطفل الأفريقي وذلك بنظر بقلق أن وضع معظم الأطفال الأفارقة خطيرا بسبب العوامل الفريدة لظروفهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والظروف التقليدية والإنمائية والكوارث الطبيعية والنزاعات المسلحة والاستغلال والجوع، ويسبب النضج البدني والعقلي للطفل فإنه يحتاج ل ضمانات ورعاية خاصة، انطلاقا من توفير هذه الرعاية الصحية للأم خلال فترة أثناء الحمل والولادة

¹ الجمعية العامة للأمم المتحدة: اتفاقية حقوق الطفل، جنيف، 1990، ص 9.

² هاكان فريمان: إعمال حقوق الطفل في شمال إفريقيا: ملامح قطرية بشأن الجزائر ومصر وليبيا والمغرب وتونس،

ط2، المكتب الدولي لحقوق الأطفال، كندا، 2007، ص 16.

³ نفس المرجع، ص ص 22-23.

⁴ منظمة الوحدة الأفريقية: الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته، أديس أبابا، 1990، ص 1.

وما بعد الولادة، إذ اهتم الميثاق بهذا الهدف من خلال المواد التي تضمنها.

والملاحظ أن هذا الهدف متجسد في المادة 14 إذ تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق بأن تسعى إلى ممارسة هذا الحق بالكامل بصفة خاصة عن طريق اتخاذ تدابير لتحقيق الأغراض التالية¹:

- خفض معدل وفيات المواليد قبل الولادة وخفض معدل وفيات المواليد.
- كفالة تقديم العلاج الطبي والرعاية الصحية اللازمة لجميع الأطفال مع التركيز على تطوير الرعاية الصحية الأولية.
- تقديم الرعاية المناسبة للحوامل والمرضعات.
- تطوير العلاج الوقائي والتوعية في مجال التربية الخاصة بحياة الأسرة وتوفير الخدمات.

• إدراج برامج العلاج الطبي الأساسي في خطط التنمية الوطنية .

ولقد تمت المصادقة من طرف الجزائر على الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته المعتمد بأديس بابا سنة 1990 بموجب المرسوم الرئاسي رقم 03-242 المؤرخ في 8 جويلية 2003²، لأنه يتوافق مع سياستها السكانية.

4.2. اتفاقية ميثاق الطفل في الإسلام:

من خلال دور اللجنة الإسلامية العالمية للمرأة والطفل، يضم هذا الميثاق حقوق الطفل كافة والتي تقابلها واجباته لتأكد أن تربية الطفل يجب أن تركز على توازن الحقوق والواجبات على وجه يتدرج مع مراحل نموه حتى يصل إلى مرحلة المسؤولية الكاملة.

أما عن المواد التي ضمها هذا الميثاق والتي أشارت إلى ضمان الأمومة الآمنة للأم

نجد المادة 15: صحة الطفل تتضمن ما يلي³:

¹ نفس المرجع، ص 7.

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، عدد 41 بتاريخ 09/07/2003.

³ <http://hrlibrary.umn.edu/arab/CCHI.html>

- للطفل الحق في الرعاية الصحية جسدياً ونفسياً، ويتحقق ذلك عن طريق:
- كفالة رعاية الأم منذ بدء الحمل والرضاعة الطبيعية منها، أو ممن يقوم مقامها، إذا تعذر إرضاعها له.
 - حقه في تخفيف بعض الأحكام الشرعية والقضائية عن ترضعه شرعاً لمصلحته، وتأجيل بعض العقوبات الصادرة عليها لمصلحته، وتخفيف مهام العمل للمرضعة والحامل، وكذلك التخفيف من ساعات العمل.
 - حقه في التدابير اللازمة لخفض معدلات وفيات المواليد والأطفال.
 - ضرورة إجراء الفحوص الطبية للمقدمين على الزواج قصد التأكد من عدم وجود مسببات أمراض وراثية أو معدية فيها خطورة على الطفل.
 - تقديم الرعاية الطبية الوقائية ومكافحة الأمراض، وسوء التغذية، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة لأمه لمصلحته.
 - حق الطفل على الدولة والمجتمع، في تقديم المعلومات والخدمات الطبية للأمهات، لتوعيتهن ومساعدتهن على تحسين صحة أطفالهن¹.

3. مرتكزات ومبادئ السياسة السكانية في الجزائر

3.1. مرتكزات ومبادئ السياسة السكانية النظرية:

تولي الجهة المسؤولة عن القضايا السكانية سواء كانت الحكومة أو وزارة الصحة اهتماماً نوعياً، وذلك من خلال العمل على تطوير رؤية شاملة ومتكاملة للسياسات السكانية، وبناء أطر مؤسسية متكاملة لإنجاز أهدافها، وتحديد الإستراتيجية اللازمة لتنفيذها ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك، وقد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل مجلس صحي تمثل فيه جميع القطاعات لضمان انعكاس جميع وجهات النظر للتأكد على أن السياسة السكانية مترابطة وأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة والتنمية وتتولى هذه المراكز تطوير عملية تحديد السياسات والبرامج وما يتصل به من بحوث للخدمات الصحية المتمثل في الرعاية الصحية للأم والصحة الإنجابية وصحة الأطفال وغيرها...

ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة السكانية

الوطنية فإن وضع هذه السياسة لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات التالية¹:

- **الالتزام السياسي**: إن رسم وتنفيذ السياسة السكانية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقائق واقعة أي اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة والتي لها علاقة بالشؤون السكانية والصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة.

- **الاعتبارات الاجتماعية**: ذكرنا أن السياسة السكانية تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين والطبقة الفقيرة، وبصورة أوضح فإن السياسة السكانية لا بد أن ترمي إلى تقليص الفروقات الطبقة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء ويكون ذلك بتخصيص جزء من الموارد للفئات المحرومة والتي هي بأمر الحاجة لها.

- **مشاركة المجتمع**: لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع بحيث يتحمل الأفراد والأسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بجميع أشكالها بصرف النظر عن المسؤولية الشاملة للحكومات عن صحة شعوبها وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية واقتصادية.

- **الإصلاح الإداري**: لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات وليس القطاع الصحي فقط، بل لا بد من أخذ زمام المبادرة للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى كالتعليم والزراعة والغذاء وموارده المالية وحماية البيئة ولتحقيقها لذلك لا بد من إعادة النظر في الأمور الإدارية لضمان التنسيق بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المتوسطة والمحلية².

- **تخصيص الموارد المالية**: عند وضع السياسات السكانية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لأقصى حد ولكن

¹ حنان يحي الشريف: تأثير نظام المعلومات على الجودة خدمات المؤسسات الصحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، السنة الجامعية: 2008-2009، ص ص 103-104.

² نفس المرجع، ص 104.

ليس على حساب البرامج الأخرى ولا بد أن يؤخذ في عين الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية إلى زيادة مطردة في تكلفة الخدمة والنتائج وارتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال تكنولوجيا الصحية.

- **سن التشريعات:** يتوجب في معظم الأحيان سن التشريعات تتميز بالتجدد وذلك لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام.

- **إعادة خطة العمل:** ينبغي مما سبق أن تتم ترجمة السياسة السكانية إلى برامج وخطة عمل محددة كما يجب تحديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كميًا قدر الإمكان كما يجب أن تشمل خطة البحث تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزمني وتقديم الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج¹.

2.3. مرتكزات ومبادئ السياسة السكانية التطبيقية

لقد كان هدف الحكومة منذ مطلع الستينيات هو تنمية البلاد لضمان حياة السكان وذلك بتلبية حاجياتهم في جميع الميادين الاجتماعية والصحية والاقتصادية، من أجل الحصول على مستوى لائق كباقي الدول، حاملة شعار أن أحسن حبوب هي حبوب التنمية وأن النمو الديموغرافي لا يسبب التخلف بل يسبب ظهور الانفجار السكاني، وأن السياسة السكانية لم تكن مفهومة على أساس تنظيم النسل، وإنما التركيز على المدخل التنموي المسألة السكانية.

بعد ظهور نتائج التعداد العام للسكان والسكن لسنة 1966، تبين أن معدل النمو الديموغرافي مقلق ويلفت الانتباه. كما اعترفت نتائج التحقيق السوسيوديموغرافي حول تصرفات وآراء الأزواج CAP من طرف l'ARDES سنة 1968 بخطورة النمو الديموغرافي على النمو الاقتصادي. إلا أنه مع ذلك لم تأخذ بعين الاعتبار هذه الآراء، حيث منحت

¹ نفس المرجع، ص ص 104-105.

الأولوية في السنوات التي تلت الاستقلال إلى غاية بداية الثمانينات إلى تنمية البلاد اقتصاديا واجتماعيا¹.

ولم تعتبر الجزائر الزيادة السكانية التي كانت تعرفها مشكلا يعيق النمو الاقتصادي بل على العكس، اعتبرته مشكلا ضمن المشاكل الأخرى التي يجب حلها عن طريق تحقيق نمو اقتصادي فعال موازي للنمو الديموغرافي، يلبي المطالب المتزايدة للسكان من حيث، السكن، المدارس، المستشفيات، مناصب شغل، وسائل الترفيه... الخ، مع العلم أنه في سنة 1966 وصلت نسبة البطالة إلى 33% من مجموع السكان النشطين².

وأما على أساس المبدأ العام الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردي، عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسيا³ لا يمكن نكرانه أو تجاهله، فسطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة وخاصة) وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساو (إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، وتشكيل فرق طبية متنقلة).

- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتمثلت في⁴:

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات

¹ جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، مرجع سابق، ص 218.

² Nouredine Dekkar et autres: **Un Quart de Siècle d'Etudes sur la Survie de l'Enfant Algérien 1970-1995**, UNICEF-OMS, Alger, 1999, p 60.

³ République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population: **Développement du Système National de Santé, Stratégie et Perspectives**, Alger, 2001, p 4.

⁴ نور الدين حاروش: **السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع**، مجلة دراسات إستراتيجية، عدد 07، الجزائر، 2009، ص 131.

الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج. - التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.

وبسبب الضغط الاجتماعي الكبير المتمثل في زيادة عدد السكان من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى، وعدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان، جاء قرار تأسيس الطب المجاني¹، وهو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة، ويمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منبرج حقيقي ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج.

وفي هذا الصدد تقول عالمة والباحثة في علم الاجتماع "Thebeaud Annie": "أن التحولات المرتبطة بتطبيق الطب المجاني والتنظيم القائم على القطاعات وإصلاح التكوين والدراسات الطبية نابع عن إرادة سياسية ضرورية بالسماح للشعب الجزائري استعمال نظام العلاج بشكل واسع"².

انصب اهتمام الحكومة الجزائرية في الفترة الأولى 1962-1970 على الرفع من مستوى معيشة الفرد ومواجهة كل أسباب الوفاة عن طريق النهوض بالقطاع الصحي، وذلك بتزويده بأحدث التجهيزات التكنولوجية وتوفير الموارد البشرية أطباء، ممرضين... الخ وهذا من أجل التحكم خاصة في وفيات الأطفال الرضع، التي كانت جد مرتفعة.

فالسياسة السكانية في هذه المرحلة لم تكن مفهومة على أساس تنظيم النسل، وإنما التركيز على المدخل التنموي للمسألة السكانية -المصادقة على دستور 1963 الذي أكد على هدف أساسي بناء المجتمع الاشتراكي- ، بل ما نلاحظه أكثر من ذلك هو أن الرئيس

¹ ج.ج.د.ش، الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ في 1973/12/28 م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م، ص 2.

² كريمة بوعزيز: اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، سنة 2002، ص 36.

الراحل هواري بومدين اعتبر مثل هذه السياسة حلا خاطئا في الجزائر، لأنه كان يؤمن أن الحل يتجسد في نجاح البرامج والخطط التنموية نتيجة للإمكانيات المادية التي تملكها الجزائر بما في ذلك الثروات المعدنية والبتترول التي يحتويها باطن الجزائر¹.

ولقد سجل فترة 1974-1989 على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية:

- تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

- إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي².

إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة، حيث أن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى والخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية، وكذلك الاكتظاظ والازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، ونقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، مما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص.

هذه الوضعية أربكت السلطة السياسية في الجزائر مما استدعى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني لملف الصحة فقط وهذا كاستثناء، وهي تعتبر بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني، وهذا نتيجة وعي السلطة بدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي والخوف من منافسة نظام صحي ليبرالي بدأ في التطور، وتعتبر هذه القرارات ذات طابع سياسي إستراتيجي من جهة، بحيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي، ومن جهة أخرى تضيق الخناق على القطاع الصحي الخاص وتركه على الهامش.

¹ جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات

مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، مرجع سابق، ص 219.

² R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population: **Développement du système national de santé**, stratégie et perspectives, Alger, Mai 2003, P 3 .

ومن بين أهم القرارات التي خرج بها المؤتمر:

- إنشاء نظام صحي اشتراكي أو نظام قائم على الخدمة الوطنية للصحة، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد ومتجانس، أي إلغاء قطاع الشبه العمومي، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام.
- إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية وتكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة، وكذا التخطيط للنشاطات والبرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة والطفولة، برنامج تباعد الولادات ونظافة المحيط، وطب العمل.
- دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة مثل قطاع الشباب والرياضة، قطاع البيئة والجماعات المحلية¹.

وخلال عقدين الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة ومرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة أخرى، شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها، بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العيادات الخاصة المنافسة².

وبناء على هذه الفترة التي شهدتها الجزائر فقد قام الباحث السياسي غورفيتش (P. Gourevitch) بوضع مفهوم لمثل هذه الفترات مسميا إياها بـ"الظروف الحرجة" و"الحاسمة" وهي تلك الفترة المحصورة في الزمن والتي تصبح فيها العلاقات بين الفاعلين مفتوحة، هذا الانفتاح الذي يلحق بالترتيبات المؤسسية ويسمح بإرساء علاقات جديدة بين الفاعلين، وحسب طبيعة تفاعلهم مع بعضهم البعض وسلطة التأثير لكل منهم تبرز حلول وخيارات جديدة تؤدي إلى مرحلة جديدة من الاستقرار، ويشبه غورفيتش هذه العملية بحركة الصفائح لحظة الزلازل أو البراكين التي تكون قشرة الأرض، أي أن الظروف الحرجة التي تغير من العلاقة بين الصفائح لكن لن يكون التغيير عشوائيا إنما تقيد الترتيبات المؤسسية السابقة³.

¹ حوالم رحيمة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة- دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي

بتلمسان-، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بالفايد تلمسان، السنة الجامعية 2009-2010، ص132

² نفس المرجع، ص133.

³ Bruno palier et autres: **L'Explication du Changement dans l'Analyse des Politiques Publiques; Identification, Causes et Mécanismes**, centre d'études européennes, paris, mai 2010, p32.

اعتمادا على هذا المفهوم يمكننا القول بأن السياسة الصحية في الجزائر مرت بفترة حرجة وهي الأزمة الاقتصادية التي لحقت بالدولة، إضافة إلى الأزمة الأمنية التي تولدت عنها أزمة سياسية تجلت من خلال غياب المؤسسات الدستورية وتعطل الكثير من البرامج والمشاريع.

وفي العشرية الأخيرة (1999-2009) تميزت باسترجاع الأمن بعد سنوات من الفوضى والأعمال التخريبية التي طالت المرافق العمومية، والصيدليات... والتي يمكن وصفها بمجموعة من السلوك التي تهدد توازن النظام ككل، وتبنت خلالها السلطات العمومية عملية إصلاح شاملة مست جميع القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وذلك بهدف الوصول إلى التنمية الوطنية المستدامة، وتوفير وسط معيشي لائق للمواطن الجزائري. ومن بين هذه الإصلاحات إصلاح النظام الصحي الذي حاد عن مساره وأهدافه الحقيقية في توفير خدمات صحية جيدة يتطلع لها كل مواطن جزائري، وللتصحيح هذا المسار فقد عقدت الجلسات الوطنية أيام 26-27-28 ماي 1998م بقصر الأمم بالجزائر العاصمة والتي تم فيها وضع «ميثاق الصحة» الذي يهدف إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح. ولقد احتوى ميثاق الصحة على المبادئ الأساسية التالية للسياسة الصحية¹:

* إن الاستفادة من مجانية العلاج والعدالة الاجتماعية، والإنصاف والتضامن الوطني الاجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان.

* إن حماية الصحة وترقيتها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة، وهذا يتطلب مبدئيا إعداد وتنفيذ إستراتيجيات وسياسات ملائمة في مجال السكن، والتشغيل وتطهير الوسط وحماية المحيط وتحسين التغذية، وكذا نشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى، بما فيها الفئات الوسطى، كما أكد هذا الميثاق على إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية، وهذا بدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة، كالقطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص، كما تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ إستراتيجيات

¹ وزارة الصحة والسكان: ميثاق الصحة، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم. 26 و 27 و 28 ماي 1998 م، ص5.

ملائمة وإعادة الاعتبار للموارد البشرية والمادية وإزالة الفوارق الجهوية، وذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة، وتكريس التعددية القطاعية، علما بأن مشكل الصحة ليس مشكلة وزارة الصحة فقط، وترقية نظام ناجع للإعلام وكذا التكوين المتواصل والاتصال.

* إن التعددية القطاعية تشكل محورا إستراتيجيا، كما أن حماية الصحة وترقيتها لا تخص قطاع الصحة لوحده، إذ تستوجب شروطا وموارد ضرورية كالاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن والتشغيل، وحماية المحيط، كما يجب أن تكون هذه التعددية القطاعية في كل المستويات المحلية، والجهوية والوطنية، كما تجدر الإشارة إلى وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل وغيرها.

وقد تم إسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (2002 سنة)، التي كانت تسمى وزارة الصحة والسكان والتي أوكل إليها تسير العيادات الإستشفائية والصحة في الوسط العمومي وتراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص وتسير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي، وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء CASNOS والصندوق الوطني للتقاعد CNR، ويغطي نظام الحماية الاجتماعية الضمانات الاجتماعية (المرض، الأمومة، العطب، الوفاة...)، والتقاعد، وحوادث العمل والأمراض المهنية، والخدمات الاجتماعية، والتأمين على البطالة، والتقاعد المسبق¹.

وضمن حركية الإصلاحات أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في²:

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

¹ <http://www.andi.dz>

تم الاطلاع عليه يوم 2014/03/14 على الساعة 14:30 مساء

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
 - التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
 - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
 - توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة ، مهما كانت مسؤولياتهم ، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.
 - تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة.
- أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي¹:

* ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، والوبائي، والمالي والتنظيمي.

* ملف الهياكل الاستشفائية²:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وتعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة، والمساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها، ووضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

* ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم وشروط وظروف عملهم، إضافة إلى العلاوات والأجور التي تمنح لهم مع ترفيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, sur site internet. [http:// www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm](http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm)

تم الاطلاع عليه يوم 2016/03/14 على الساعة 14:30 مساءً

مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

*** ملف الموارد المادية:**

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

*** ملف التمويل:**

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى¹.

*** ملف اشتراك القطاعات:**

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، والضمان الاجتماعي، والتضامن، والتعليم، العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

بالرغم من بعض النقائص إلا أن السياسة السكانية في الجزائر قد حققت المقومات الأساسية المتجسدة في: الالتزام السياسي المتمثل في أن الصحة حق للجميع، والاعتبارات الاجتماعية مجانية الصحة وتحسين نوعية الخدمات في كل مرة، وقيامها بالإصلاحات للمواكبة الأحداث والتطورات السكانية، وكان ذلك بسن القوانين اللازمة وتخصيص المبلغ للتكفل بالمشاريع السكانية.

¹ نفس الموقع.

كما نلاحظ أن الاستراتيجيات والأولويات التي يتعين اعتمادها في إطار السياسة السكانية قصيرة ومتوسطة الأجل وطنية تستند إلى الاتجاهات الحديثة الديموغرافية (والتوقعات في هذا المجال) وآثارها في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية بشكل عام وخصوصا من الهياكل الأسرية (تكوينها ووظائفها والعلاقات الأسرية ...).

4. النظام الصحي في الجزائر

يمثل النظام الصحي حسب المنظمة العالمية للصحة كل نشاطات وخدمات المصالح الصحية الموضوعة تحت تصرف المواطنين من أجل تلبية مختلف حاجياتهم الصحية، على أساس انه يساهم في عملية الوقاية، وتقديم العلاج للمواطنين، ويساهم في مجال الصحة العمومية وتتنوع الأنظمة الصحية باختلاف البلدان، وهي تعكس الفرق الأساسي لهذه الدول¹.

ولفهم وضعية النظام الصحي الجزائري لابد من معرفة مختلف المراحل التي مر بها على أساس أنه لا يمكن فهم الظواهر الاجتماعية إلا في سياقها التاريخي، فعلم الاجتماع مرتبط بالتاريخ ارتباطا وثيقا على أساس أنه غالبا ما يرجع للماضي للوقوف على طبيعة الحقائق الاجتماعية ومعرفة الوظائف التي كانت تؤديها للبناء الاجتماعي وعناصره التكوينية².

وقد مرت السياسة السكانية في الجزائر بعدة تحولات كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية ويمكن تقسيمها إلى فترتين مهمتين وفي كل فترة شهدت مراحل تميزها:

- * الفترة الأولى: السياسة السكانية في فترة ما بعد الاستقلال وما قبل الانتقال السياسي.
- * وأما الفترة الثانية: السياسة السكانية في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي.

1.4. الفترة الأولى: ما بعد الاستقلال وما قبل الانتقال السياسي: وشهدت هذه الفترة المراحل التالية:

أ- مرحلة تسيير الأزمة الصحية 1962-1973

وهي المرحلة بناء الدولة حيث واجه صناع القرار احتياجات صحية ضخمة لم تكن لهم القدرات والوسائل لمواجهتها، وكان على رأسها الأوبئة الخطيرة المتفشية والمشكلات

¹ Jean Pierre Dechamps, Michel Manciaux, Marie Therese Eritz. **Santé de la Mère et de L'Enfant**, Flammarion médecine science, Paris, Sept 1984, P 26.

² إحسان محمد الحسن: المدخل إلى علم الاجتماع، ط 1، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1988، ص 30.

الناجمة عن سوء التغذية بين السكان وخاصة في القرى وضواحي المدن التي نزحت إليها العائلات الفقيرة والتي لم يكن لها مصدر رزق أو بيت قار، من هنا كانت أولويات السياسة الصحية في الجزائر تتمثل فيما يلي:

- * إعادة تنشيط الهياكل والمرافق الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كانوا أغلبهم من الفرنسيين، وزادت الحرب التحريرية في حدة تدهور هذه الهياكل.
- * وضع وإنشاء برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة والمعدية والأكثر انتشارا بين السكان، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية مثل التغذية والاستعجالات الطبية الجراحية¹.
- * تعبئة الموارد البشرية المحلية وذلك بتكوين أعوان طبيين في الصحة العمومية والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.

فقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة².

- * تعبئة الموارد المالية في بلد لا يتعدى الناتج الداخلي الخام فيه 400 دولار للفرد الواحد. ولتطبيق هذه التوجهات كان على السلطات السياسية إصدار حزمة من القرارات السياسية أهمها:

- إصدار قانون الممارسة العمومية الإلزامي سنة 1963 لكل طبيب يعترم فتح عيادة خاصة.

- إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية (مؤسسة عمومية ذات طابع إداري) سنة 1964 بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 64-110 بتاريخ 10 أفريل 1964 ، وكان الهدف من إنشائها "انجاز الأعمال الخاصة بالدراسات والبحث في الصحة العمومية الضرورية لتطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة".

- وضع البرامج الوطنية لمكافحة أمراض السل والملاريا والرمم الحبيبي سنة 1965 بدعم

¹ Jean-Paul Grangaud et autres: **Les Systèmes de Santé en Algérie , Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés**, N°13, IPAMED, Paris – France, Avril 2012, p 47.

² نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية: مرجع سابق، ص 132.

من منظمة الصحة العالمية.

- ترسيم الأداءات الإضافية يقوم بها أطباء خواص في المصالح العمومية سنة 1966، وكذلك إصدار قرار وزاري في نفس السنة يقضي بإلحاق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية من أجل تسيير تلك الوحدات الصحية التي كانت تفتقر للمسيرين، مع القيام بحملات وطنية لتلقيح الأطفال ضد مرض السل.

- إصدار المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية 1969 والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة ايجابية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية¹.

- كذلك إنشاء في نفس السنة الصيدلية المركزية الجزائرية وكانت مهمتها " تتمثل في احتكار عمليات استيراد لأدوية وإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية".

- إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965 للقضاء على المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أداءها لوظائفها، بسبب أن إدارة الصحة كانت مندمجة قبل ذلك ضمن وزارات أخرى².

كما شهدت هذه الفترة إجراء أول تعداد عام للسكان والسكن منذ الاستقلال في 1966، وكانت من نتائجه الإحصائيات التالية: أزيد من 57 % من مجموع السكان ينتمون إلى فئة أقل من 20 سنة³، سوى 31,4 % من السكان يقطنون بالمناطق الحضرية بينما 68,6 %، أي حوالي 4/3 السكان يقطنون بالريف⁴، و 15,9 % من الوفيات العامة مع 174 % من وفيات الأطفال الأقل من سنة⁵.

بالإضافة إلى 3,4 % من معدل نمو السكان، ويعتبر من بين أعلى المعدلات في العالم⁶. وفي نفس الفترة أجري المسح الوطني للإحصاء والسكان سنة 1970 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، وفيما يخص التنظيم العائلي، كانت النتائج التالية: 24 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب يعرفن على الأقل وسيلة حديثة واحدة لمنع الحمل، بينما ترتفع هذه النسبة إلى 48 % لدى الرجال، في حين تراوحت نسبة عدم المعرفة بها ما

¹ R.A.D.P, Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **Journal Officiel**, n° 59, du 11 juillet 1969, p 560.

² Jean-Paul Grangaud et autres, op.cit ,p 48.

³ Nouredine Dekkar et al: op.cit, p 10.

⁴ Ibid, p 12.

⁵ Ibid., p 18-20.

⁶ Ibid, p 23.

بين 73,6 % لدى النساء و 50,2 % لدى الرجال¹ مع نسبة 8% من النساء المطبقات للتنظيم العائلي خلال المسح ومعظمها طرق تقليدية².

كما أظهرت النتائج مدى احتياج النساء المتزوجات في سن الإنجاب إلى التباعد بين ولاداتهن خاصة وأن معرفتهن بهذه الوسائل تعد أكبر من استعمالهن لها، وتعد خصوبتهن طبيعية، فالهدف إذن يكمن في جلبهن وتوعيتهن لأجل تطبيق التنظيم العائلي.

وبلاحظ في هذه الفترة عدم الإنصاف والعدل بين المناطق الحضرية والريفية حيث تمركزت الموارد البشرية الطبية في المدن وغيابها تقريبا في المناطق الريفية.

ب- مرحلة مجانية العلاج 1974 - 1984:

شهدت هذه المرحلة تميز من حيث بناء الهياكل القاعدية ومضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979م، لإعطاء العلاج الأولي وألوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري، وتم إنشاء عيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974 م³.

وبسبب الضغط الاجتماعي الكبير (زيادة عدد السكان) من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى (عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان)، جاء الأمر الرئاسي لطب المجاني وهو الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية⁴، وكان هذا القرار كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة

¹ Association Algérienne pour La Recherche Démographique, Economique Et Sociale (A.A.R.D.E.S). **Enquête Socio-démographique: 2-la Procréation**, Direction du plan et des études économiques, Alger, 1970, p 76.

² Ibid, p 81

³ Stéphane Tizio: « trajectoires socio-économiques de le régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle», **Mondes en développement**, 2005/3 - no 131, p 46. <http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-45.htm>

⁴ ج.د. ش. الأمر رقم 73-65 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01 الصادرة

بتاريخ 01 جانفي 1974، ص 2.

الطب مجانية النظام الصحي الوطني¹.

وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976م على حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه: " الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج"، كما دعم دستور 1976م هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص صراحة بأن: " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي"².

وقد تزامن تطبيق الطب المجاني مع الارتفاع الكبير لعائدات البترول والغاز والارتفاع الكبير أيضا لأسعار البترول، فارتفعت ميزانية القطاع بحوالي 96 % خلال 12 سنة وانتقلت النفقات الوطنية على الصحة من 1,6 % من مجموع الإنتاج الداخلي الإجمالي PIB 1973 إلى 5,4 %³ 1979.

وعرفت هذه الفترة كذلك تطورا متباطئا في عدد الأطباء حيث انتقل عددهم من 1279 طبيب سنة 1962 إلى 11378 طبيب سنة 1983 أي بمعدل من 1,27 طبيب لكل 10000 ساكن إلى 5,5 طبيب لكل 10000 ساكن، أما جراحي الأسنان فقد زاد عددهم من 151 طبيب أسنان سنة 1963 إلى 2310 طبيب أسنان سنة 1983 أي 1,1 طبيب أسنان لكل 10000 ساكن، وبلغ عدد الصيادلة في هذه السنة 1194 صيدلي من بينهم 1130 جزائري أي ما يعادل 0,58 صيدلي لكل 10000 ساكن.

كما يبين هذا الجدول التالي تطور عدد الأطباء:

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، المرجع السابق، ص 137.

² نفس المرجع، ص 138.

³ Kaddar Miloud: *Système et Politique de Santé au Maghreb: Un Etat de Lieu*, Centre international de l'enfance, Paris, 1994, P 72.

جدول رقم (01): تطور عدد الأطباء في القطاع الصحي ما بين 1972-1983¹.

الهيكل												
الفترات												
1983	1982	1981	1980	1979	1978	1977	1976	1975	1974	1973	1972	
8190	7515	6858	6202	4561	3756	3026	2427	1820	1425	1241	784	الجزائريون
3188	2401	2501	2310	1785	1607	1295	1448	1392	1247	1226	1201	الأجانب
2171	1996	1831	1577	1305	1013	813	653	535	410	279	211	ط/أسنان جزائريون
139	148	105	114	121	124	120	90	82	84	93	97	ط/أسنان أجانب

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، حوصلة 1962-2011، مرجع سابق، ص ص 108-109.

يلاحظ أن المؤسسة الصحية خلال هذه المرحلة حققت قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء، فوصل عددهم سنة 1983 إلى 11378 طبيب في مقابل 3188 طبيب أجنبي، كما ارتفع عدد أطباء الأسنان حيث بلغ عددهم 2310 في نفس السنة، في مقابل 139 طبيب أسنان أجنبي.

جدول رقم (02): تطور المنشآت الصحية في الجزائر ما بين 1974-1983².

المنشآت										
الفترات										
1983	1982	1981	1980	1979	1978	1977	1976	1975	1974	
198	196	188	183	182	183	183	183	142	143	المستشفيات
910	820	745	662	747	664	620	590	612	558	صحية
149	228	192	161	175	162	153	139	123	106	عيادات
1664	1660	1431	1364	1422	1364	1325	1295	1452	1402	
47360	45830	44315	43028	44347	45168	45029	44594	44135	43404	المستشفيات

المصدر: نفس المرجع، ص 111.

من خلال الجدول نلاحظ التزايد المستمر في عدد المستشفيات والمراكز الصحية حيث بلغت سنة 1983 على التوالي 198 مستشفى و910 مركز صحي و149 عيادة

¹ الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، حوصلة 1962-2011، الفصل- 5- الصحة، ص ص 108-109.

² نفس المرجع، ص 111.

متعددة الخدمات و1664 قاعات علاج، والملاحظ أيضا أنه رغم هذا التطور المحسوس في الهياكل الصحية إلا أنها بقيت ضعيفة جدا مقارنة مع النمو السكاني الذي عرفت تلك الفترة. أما بالنسبة للمستشفيات فكان 0,055 مستشفى لكل 10000 ساكن سنة 1966، فأصبحت تمثل 0,099 مستشفى لكل 10000 في 1980، أما قاعات العلاج فقد انخفضت من 0,99 لكل 10000 ساكن إلى 0,74 قاعة علاج لكل 10000 ساكن وهذا راجع لارتفاع الزيادة الطبيعية الهائلة التي عرفت الجزائر في هذه الفترة والناجمة عن ارتفاع عدد المواليد وانخفاض عدد الوفيات¹.

2.4. مرحلة إلغاء قانون مجانية العلاج وخصوصة القطاع الصحي 1984 إلى 1990.

تميز هذه المرحلة بظهور قطاعين أساسيين هما القطاع العام والقطاع الخاص، فأما القطاع الصحي العام والذي يعكس تطور الخدمات الصحية، حيث ارتكز على الوحدات القاعدية المتمثلة في قاعات العلاج والمراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات التي تقدم العلاج المطلوب وخاصة في المناطق الريفية والنائية كما ركز هذا القطاع على الوحدات المتخصصة وهي المصالح التابعة إلى المستشفى والمصنفة وفق درجة ما تتوفر عليها هذه المصالح ومن هنا نلاحظ التصنيف الخاص بالمؤسسات العلاجية².

وهذا وفق ما عرفه قطاع الصحة العمومية سنة 1984 من تطور ملحوظ خاصة في مجال المنشآت الصحية والجهاز الطبي، إذ بلغ عدد الأطباء خلال نفس السنة حوالي 12082 طبيب و2880 جراح أسنان و1197 صيدلي. كما جاء في سنة 1984 ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية³:

¹ جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات

مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، مرجع سابق، ص 158.

² Azougle Smail: *Système de Santé en Algérie et Perceptions de L'Institution Médicale dans Deux Quartiers d'Alger*, thèse de doctorat de 3^{ème} cycle en sociologie, paris, 1985, P134.

³ Ministère de la santé: *Rapport sur l'Organisation du Système de Santé*, Alger, janvier 1999, PP 3-4.

- رفع مردودية الهياكل الموجودة، والتي تنشأ فيما بعد.
- دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعية والمستشفيات الكبرى المتخصصة.

- الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية والتربية الصحية.
على الرغم من هذه الإجراءات إلا أن بقاء اللامساواة بين المدن بقيت مستمرة، إذ نجد أن المدن الكبرى كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، تتوفر على أهم وأفضل الخدمات الصحية من خلال توفر المستشفيات الكبرى المجهزة بالعتاد الطبي والأطباء الأكفاء، والاعتماد على الأطباء الأجانب، واستمرار إرسال المرضى للعلاج بالخارج.
ومن جهة أخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها الغير الملائمة للمحيط الذي بُني فيهِ، كما تميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

* إصدار قانون رقم 85-5 المؤرخ 16.02.1985 المتعلق بالحماية والترقية الصحية لإلغاء قانون الصحة، وكذلك ألغي الأمر المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 والمتعلق بمجانبة العلاج، مع التأكيد عليه من جديد، وعلى الإجراءات المتعلقة بحماية الأمومة والطفولة وكذا حماية الأطفال المعوقين والإجهاض الطبي. وجاء النص خاليا من الإشارة إلى الفحص السابق للزواج كما ألغي الفصل المخصص للأطفال المحرومين من الأسرة والأمهات العازبات¹.

* مرسوم تنفيذي 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية، وكان لهذا القرار آثار سلبية على المرضى بأن حدثت انقطاعات في مسارات علاجهم، وكان له أثرا سلبا على تنظيم دورات تدريبية للطلاب الطب وقطع خدمات التدريس الجامعي من الهياكل الميدانية التي تعج بالحالات المرضية المعبرة فعلا على حقيقة الوضعية الصحية للبلاد².

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، الجزائر، 28-29 أكتوبر 1997، ص11.

² Jean-Paul Grangaud et autres, op.cit, p 50.

* كما تم تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 06/12/1986 فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية، وصدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987 نظرا لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذه الفترة بالذات تم فسخ المجال أمام القطاع الخاص وتوسعه كمكمل أو كبديل للقطاع العمومي، ويمكن أن نورد أهم المنجزات في مجال الصحة خلال هذه الفترة في¹:

- بناء مستشفيات جديدة مجهزة بمعدات طبية جديدة ومتطورة.
- تحسين وتطوير برامج الرعاية الصحية باللجوء إلى صندوق الضمان الاجتماعي الذي كان يغطي في هذه الفترة 65 % من ميزانية القطاعات الصحية.

* إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 08 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، ويحدد مهمتها " إدخال المفاهيم والمبادئ والتقنيات الحديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال التدريب للموظفين والمديرين والممارسين في المرافق و في المؤسسات والهيكل الصحية" وهي من المؤسسات التي تتكفل بتكوين الأطباء والمرضى والإداريين فيما يخص البرامج الصحية التي تضعها السلطات الصحية، باعتماد الطرق الحديثة لتنفيذ هذه البرامج على أرض الواقع، حتى تضمن حسن تطبيقها وتقويمها بعد الانتهاء من تنفيذها²، مثل مسح وفيات الأمهات ووفيات الرضع التي تنظمها إدارة الوقاية من وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع اليونيسيف.

وفي سنة 1988 أصدر مرسوم صحي حدد رسوم الكشف في القطاع الخاص.
أما عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد شهد ارتفاع كبير كما يبينه الجدول التالي:

¹ Ministre de la santé: **Rapport sur l'Organisation du Système de Santé**, Op.cit, p 16.

² Jean-Paul Grangaud et autres, op.cit, p 51.

جدول رقم (03): عدد المؤسسات الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1985 - 1989

السنوات	1985	1986	1989
عدد المؤسسات الصحية	211	238	261
عدد الأسرة	49315	55265	54147
قاعات متعددة الخدمات	319	359	433
مراكز صحية	669	1025	1089
قاعات علاج	2454	3574	2603

Source: ministère de la santé: **Enquête sur la Morbidité et la Mortalité Infantile en Op.cit, P 26.**

أما فيما يخص الموارد البشرية التي تم توفيرها في هذه الفترة نظرا لعودة الأمراض المعدية والأوبئة فقد زاد عدد الأطباء من 8482 إلى 30198 طبيب خلال الفترة: 1980-1990 موزعين كآتي: 5672 طبيب مختص، 4022 طبيب مقيم، 11683 طبيب عام¹، أما بالنسبة للوحدات الصحية فقد بلغ عددها 264 مستشفى و4000 وحدة صغيرة زيادة على 2300 وحدة متخصصة في معالجة أمور العمل والتخطيط العائلي، بالإضافة إلى 26 مختبرا في سنة 1990².

3.4. السياسة السكانية في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي

شهدت هذه المرحلة فترتين مهمتين ويمكن تقسيمها إلى قسمين هما: الأول من 1990 إلى 2002 والثانية من 2002 إلى 2015. أ- فترة غياب التوافق بين التحول التنظيمي والتحول الديمغرافي والوبائي 1990-2002

¹ جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات

مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، مرجع سابق، ص 159.

² Ministère de la santé, **Enquête Sur la Morbidité et la Mortalité Infantile en Algérie**, Alger, 1985-1988, P 22.

بداية سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر، حيث دعمته ببعض العيادات، والمخابر الخاصة، كما استمرت في سياسة الطب المجاني حتى شهر مارس سنة 1995.

كما سطرت الجزائر برنامج يضمن تبني أهداف محددة للفترة الممتدة بين 1991-1995 في إطار التعاون مع منظمة اليونسكو سنة 1990 لتخفيض وفيات الأطفال، وتوزيع ديموغرافي أكثر تساوي بين المناطق للاستفادة من الخدمات الصحية¹.

واتسمت هذه الفترة كذلك بسياسة الانفتاح وليبرالية العلاج، حيث تم فيها استقلالية المستشفيات الجامعية، وصار لها ميزانية خاصة، وظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة، وهي التي تسببت في نزوح الإطارات الطبية وشبه الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص، نظرا للحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدم للعاملين فيه، مما أفقر القطاع العام من إدارته.

تم انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية بالجزائر العاصمة في ديسمبر 1990، تم من خلاله طرح بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع اقتراح بعض الحلول، وشكلت في إطاره ست لجان:

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
- لجنة التكوين.

كما تم عقد حلقة للخبراء من 17 إلى 20 ديسمبر بمدينة جانت لتقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية: وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (CNASAT) وخبراء أجنبية، هدفت إلى اقتراح خطة عمل

¹ نبيلة بوخبة: الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر،

يصحبها جدول زمني لأجل المباشرة العمل في تنفيذ الإصلاح ابتداء من جانفي 1991، وعلى إثر ذلك انعقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة حلقة دراسية يومي 16 و 17 مارس 1991 في المعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر، ومن النقاط التي تناولها تحضير إستراتيجية البدء في تنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة طبقا لتوصيات مؤتمر 1990.

بعد سنة 1995 تم الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، وإصلاح المؤسسة الصحية العمومية تماشيا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشهدها الجزائر، وعرفت فيها المؤسسة الصحية العمومية تطورا ملحوظا سواء فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها كما يبينه الجدول التالي¹:

الجدول رقم (04): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000

2000	1999	1998	1997	1996	الهياكل الصحية
13	13	13	13	13	مراكز استشفائية جامعية
224	217	187	177	185	قطاعات صحية
31	31	31	25	21	مؤسسات استشفائية متخصصة
488	482	478	642	446	عيادات متعددة الخدمات
1210	1186	1126	1110	1098	مراكز صحية
3975	3851	3780	3601	3748	قاعات للعلاج

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، حوصلة 1962-2011، مرجع سابق، ص 115.

شهدت الفترة (1990-2002) الكثير من الإنجازات والتوسع في نشاط القطاعات مثل المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للضمانات الحيوية.

¹ الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام، حوصلة 1962-2011، مرجع سابق، ص 115.

كما أن في هذه المرحلة نجد أن صانع القرار الصحي في الجزائر كان أمام خيارات صعبة، فرضت عليه تحديد الأولويات لمواجهة تحديات صحية كان أهمها تحديات التحول الديموغرافي والتحول الوبائي تركت آثارا شديدة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وحتى السياسي.

أما فيما يخص التحول الديموغرافي، فإن عدد السكان في الجزائر غداة الاستقلال كان يقارب 8 ملايين نسمة، ثم تضاعف خلال 53 سنة بخمس مرات بالتقريب ليبلغ 39.5 مليون نسمة في الفاتح من جانفي 2015، مما يعني أنه شهد قفزة نوعية وهذا ما يبينه الجدول التالي عن تطور السكان من 1966 إلى 2008:

جدول رقم (05): تطور عدد السكان المقيمين داخل الوطن (بالألف نسمة)¹

2008	1998	1987	1977	1966	
34745	29271	22881	16064	12096	العدد الإجمالي للسكان
17577	14801	11574	7992	6073	الذكور
17168	14171	11308	8072	6023	الإناث

Source : Jean-Paul Grangaud et autres, op.cit, P 55.

من خلال هذا الجدول نلاحظ تزايد في عدد السكان إلى حد كبير مع مرور الوقت، فما بين 1966-2008 تزايد عدد الذكور بـ11504 ألف نسمة أما الإناث فتزايد بـ11145 ألف نسمة، وقد جندت الدولة كل الوسائل من أجل تنفيذ مجموعة من البرامج في إطار خطط التنمية المطبقة، وقد أتت بنتائج مهمة في كثير من الجوانب حيث انتقلت الكثير من المؤشرات الصحية وبدرجات متفاوتة من السلب إلى الإيجاب، فالأمل في الحياة انتقل من 52.6 سنة في عام 1970 إلى 75.7 سنة في عام 2008.

¹ Jean-Paul Grangaud et autres, op.cit, P 55.

جدول رقم (06): تطور أمل الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر 1991-2015

السنوات	الذكور	الإناث	المجموع	السنوات	الذكور	الإناث	المجموع
1991	66.9	67.8	67.7	2008	74.9	76.6	75.7
1995	66.10	68.18	67.26	2009	74.7	76.3	75.5
1996	66.8	68.4	67.7	2010	75.6	77.0	76.3
1998	70.5	72.9	71.7	2011	75.6	77.4	76.5
1999	70.9	72.9	72.0	2012	75.8	77.1	76.4
2000	71.5	73.4	72.5	2013	76.5	77.6	77.0
2004	73.9	75.8	74.8	2014	76.6	77.8	77.2
2006	74.7	76.8	75.7	2015	76.4	77.8	77.1

Source: CNES: **Rapport Nationale sur le Développement Humain**, Algérie 2008, p 66 .

Office National des statistiques: **Rapport Nationale sur le Développement Humain**-Algérie 2006, p 81.

ONS, Démographie Algérienne, 2015, n°740

لم يعرف متوسط العمر المتوقع، تطورا كبيرا في البداية، ففي عام 1991 بلغ المتوسط 67,7 سنة، ونسجل ارتفاعا محسوسا ابتداء من سنة 1998 بمتوسط عمر 71,7 سنة ليصل إلى 77.1 سنة عام 2015 (بالنسبة للجنسين) وهو أعلى مستوى يسجل في هذه الفترة، كما نلاحظ أن متوسط العمر المتوقع بالنسبة للنساء أعلى من متوسط العمر المتوقع بالنسبة للرجال لأن وفيات الذكور أعلى من وفيات البنات، وهذا يرجع أساسا إلى تعرض الذكر للحوادث أكثر من البنت نظرا لالتزام هذه الأخيرة في معظم حياتها البيت¹.
ومن أهم الأسباب التي دفعت بهذا التحول السكاني هي²:

- التعليم وخاصة عند المرأة: فقد تسبب انتشار التعليم، وخاصة تعليم الفتيات، في تأجيل سن الزواج، وانتشار وسائل منع الحمل - التي لا تتعارض مع الدين وهو ما أدى إلى انخفاض سريع في معدل الخصوبة ليقارب المعدل الأوروبي المنخفض، أي ولدان.
- التخلي عن نظام الأسرة الريفية الممتدة.
- ارتفاع مستوى المعيشة لدى فئات كثيرة من السكان.

¹ Lhaocine Aouragh: **L'Economie Algérienne à l'Epreuve de la Démographie**, C.E.P.E.D, France, 1996, p 27.

² Rachid bougharbal: **la Transition Epidémiologique en Algérie**, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef - Alger, 2010, P P 6 - 7.

- وربط المدن بالمياه الصالحة للشرب.

- وقنوات الصرف الصحي.

- وتطور وسائل النقل والاتصالات.

لم يستغرق التحول الديمغرافي في الجزائر أكثر من 50 سنة في حين أن التحول في أوروبا فاق الأربعة قرون من الزمن، ستكون له عواقب وخيمة إذا لم يكن هناك تخطيط سواء على مستوى الإمكانيات المادية والبشرية جبارة، ومن دون قفزة نوعية في مجال الوقاية التي من الواجب أن تصبح أولوية الأولويات، لا يمكن للدولة مواجهة شيخوخة السكان مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة، وفي نفس الوقت مواجهة الانفجار الكبير لجملة من الأمراض التي تتطلب علاجات باهظة الثمن لا يقدر عليها الغالبية العظمى من المواطنين¹.

وهذا التحول لم يحدث فجأة بل ساعد في حصوله جملة من الأسباب الموضوعية والطبيعية أهمها:

* البرامج الصحية التي وضعتها الدولة مباشرة بعد الاستقلال لمواجهة بعض الأوبئة التي كانت منتشرة بشكل واسع بين أفراد الشعب مثل السل والملاريا والتكفل بالفئات الهشة كالأطفال.

* وضع برنامج للقضاء على شلل الأطفال سنة 1993 تطبيق لقرار المجلس العالمي للصحة.

* بناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد.

* تكوين أعداد كبيرة من مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين.

هذه الجهود كان لها الأثر المباشر في تحسن الكثير من المؤشرات الصحية، كانخفاض نسبة الوفيات بسبب الأمراض المتنقلة خاصة لدى الأطفال، بالإضافة إلى تحول واضح في العديد من محددات الصحة، وإن كانت هناك جهود مازالت مطلوبة في الكثير من المجالات من أجل تحسين محددات الصحة العامة التي أصبح لها وزن كبير في ميزان المعطيات الخاصة بالسياسات الصحية في أي دولة².

¹ Ibid, p10.

² Ibid, p 8.

ب- فترة محاولة الدفع للسياسة السكانية وغياب رؤية استشرافية 2002-2015

شهدت هذه المرحلة تطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفضل تنامي عائدات البترول، وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

* نفقات الصحة انتقلت من 3,48 % من الدخل الوطني الخام (PIB) سنة 2000 إلى 5,79 % سنة 2009، كما أن الصحة تمثل ما بين 8 إلى 9 % من مجموع النفقات العمومية، وقد استفاد قطاع الصحة بين 2005 - 2009 من 244 مليار د.ج قيمة الاستثمارات العمومية لانجاز ما يقارب 800 هيكل صحي وجواري، كما قدرت تكلفة التكفل بالانتقال البائي والفوارق الجغرافية من خلال 26 برنامج وقاية و8 برامج علاج دعم 92 مليار د.ج¹.

* بناء هياكل صحية جديدة، والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التصوير الطبي.

* ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 80 % بين سنة 1999 و2007 أي 35000 ممارس منهم 13000 مختص.

* محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني بفضل الخدمة المدنية، فبعدما كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999 أصبح 3174 سنة 2007.

وقامت السلطة السياسية في نفس الفترة بإجراءات تنظيمية تمثلت في:

* إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني: لقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر 19 ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 07-140²، يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من اللامركزية كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على

¹ نور الدين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة... بين النصوص والواقع، نقلا عن مجلة الاجتهاد للدراسات

القانونية والاقتصادية، العدد 8، معهد الحقوق، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، 2015، ص 135.

² R.A.D.P, Décret n°:76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité Journal Officiel, n° 33, du 20mai 2007, p 9.

المستشفيات، علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العاملين والمتخصصين وشبة الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة.

ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية (E.P.H)(établissement public hospitalier)، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (E.P.S.P)(établissement public de santé de proximité) ، التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج¹. إضافة إلى أن المؤسسات الاستشفائية أخذت حصة الأسد من الأطباء وخاصة المسيرين ذوي الخبرة، وزادت من مشكلة ضعف التسيير لدى المؤسسات الجوارية والدليل على غياب الرؤية لدى واضعي السياسة في الجزائر.

إن التنظيم الصحي الجديد قد أتى على المكتسبات التي حققتها المنظومة الصحية، خاصة في مجال التكفل الشامل بال مسار العلاجي للمرضى، فبعدما كان المريض يستفيد من مسار علاجي مستمر لا يوجد فيه انقطاع في مرحلة من مراحل بحكم أن الإمكانيات البشرية والمادية المتوافرة سواء في المستشفى أو العيادات المتعددة الاختصاصات أو المراكز الصحية توجد تحت وصاية إدارة واحدة، وهناك سيولة في انتقال الأطباء والمرضى من مصلحة إلى أخرى حسب احتياجات المرضى أو احتياجات المصالح التي قد تعاني من اختلال في توزيع الأطباء والعمال يمكن إصلاحه بأمر من الإدارة الموحدة، أما في ظل النظام الجديد فكل مؤسسة تبحث على مصلحتها ولا يهتما مصلحة المؤسسة الأخرى، ويجد المرضى أنفسهم ضائعين بين مصالح وإدارات مختلفة، بل تصبح حالة المريض الحرجة محل تنازع بين المؤسستين، فانهدام التنسيق بين المصالح ظاهرة ليست بالجديدة، فقد عانى منها المرضى في المدن التي يتواجد بها مراكز استشفائية جامعية.

ولقد عمد مخطط الحكومة لسنة 2009 على شمل النقاط التالية:

- التكفل بصحة السكان ويظل من الأولويات الوطنية من أجل تعزيز النتائج المنجزة في مجال الصحة الوقائية وتقليص نسب الوفيات والأمهات والاستفادة من العلاج عموما، وعملت الحكومة على تكييف وتحديث البرامج الخاصة بالصحة، مع انجاز مراكز استشفائية

¹ نور الدين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مرجع سابق، ص 129.

جامعية جديدة تقدر بـ 60 مستشفى جديد وأكثر من 70 عيادة للتوليد وأكثر من 100 مركز صحي وأزيد من 20 مركب خاص بالأمهات والأطفال إلى جانب مختلف المراكز الطبية المتخصصة، وفتح قاعات للعلاج في الأحياء الحضرية وتطوير الطب المتخصص وفتح قاعات للعلاج في الأحياء الحضرية وتطوير الطب المتخصص والحد من تحويل المرض للعلاج في الخارج وتحسين التجهيزات الاستشفائية والصحة العمومية وتعزيز تعداد الأطباء مع تكوين مبرمج في خمس سنوات لفائدة 16000 طبيب عام وأزيد من 7000 طبيب مختص وأكثر من 6000 صيدلي وتوظيف مستخدمين شبه طبيين من الواجب أن يشمل ما يقارب 40000 شخص¹.

5. البرامج الصحية الموجهة لحماية الأم والطفل:

أصبحت الصحة الإنجابية جزءا لا يتجزأ من السياسة الصحية، كما تشكل بعدا أساسيا من أبعاد السياسة السكانية في ارتباطها بالتنمية نظرا للانعكاسات الهيكلية المترتبة على هرم الفئات العمرية، ولإدراك الجزائر ذلك فقد أولت لها اهتماما منذ الاستقلال ووضعت عدة برامج صحية ووقائية لحماية الأم والطفل معا، بداية في إطار البرنامج الوطني لتباعد الولادات المصادق عليه في 1974 ثم في إطار السياسة السكانية المعلن عنها، ولقد تم تنفيذ أربعة برامج وطنية على النحو التالي:

5.1. البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي:

خلال حفل افتتاح المؤتمر الأول للاتحاد الوطني للنساء الجزائريات، ألقى الرئيس هواري بومدين خطابا صرح فيه أنه يمكن للمنظمة النسائية الشروع في العمل حول فكرة التنظيم العائلي كحق للمرأة وحق صحي ومن جهة أخرى تطرق إلى مسألة ترقيتها من خلال وضع قانون للأسرة، يقلص من المهور وتعدد الزوجات، وهذا في إطار ما أكدت عليه الجمعية النسائية ضمن ما صادقت على في لائحة تناشد فيها الحكومة بضرورة الترويج لاستعمال وسائل منع الحمل لحماية الأم والطفل معا².

وفي ظل سنوات طويلة من النضال كانت ضرورية لبلوغ نتيجة إقرار تنظيم الأسرة رسميا في الجزائر سنة 1967، وافتتاح أول مصلحة للتنظيم العائلي في مستشفى مصطفى

¹ نور الدين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة بين النصوص والواقع، مرجع سابق، ص 136.

² Kouaouci Ali: *Genèse et Evolution de la Politique de Population en Algérie (1962-94)*, International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.), Arab world region, Tunis, 1996, P17.

باشا الجامعي، مهمتها علاج العقم وبالطبع تنظيم الحمل¹، وبذلك شكلت أول خطوة في طريق تحقيق سياسة ديموغرافية، وبعد سنتين تم فتح مركزين الأول في وهران والثاني في قسنطينة عاصمتي الغرب والشرق الجزائريين لكن هذين المركزين توقفا عن العمل بعد سنتين فقط.

ولقد أطلق على أول تقرير للجنة الوطنية حول سياسة الإنجاب عنوان "الضرورة الملحة لتنظيم الأسرة" وكان يدافع بضرورة إنجاز شبكة وطنية لتنظيم الأسرة، أما التقرير الثاني فقد أعدت الإدارة العامة للتخطيط سنة 1968 وأطلق عليه عنوان "انعكاس الانفجار الديموغرافي على مسألتى السكن والبناء وفيه جاء أن تنظيم النسل من شأنه حل أزمة السكن².

ولقد أجري المسح الوطني للإحصاء والسكان سنة 1970 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، فكانت النتائج فيما يخص التنظيم العائلي كالتالي: 24 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب يعرفن على الأقل وسيلة حديثة واحدة لمنع الحمل، بينما ترتفع هذه النسبة إلى 48 % لدى الرجال، في حين تراوحت نسبة عدم المعرفة بها ما بين 73.6 % لدى النساء و 50.2 % لدى الرجال مع نسبة 8 % من النساء المطبقات للتنظيم العائلي خلال المسح ومعظمها طرق تقليدية³.

وفي سنة 1980 أصبح هناك 260 مركزا لرعاية الأم والطفل يوفران وسائل منع الحمل والخدمات الصحية للأمهات ولأطفالهن⁴. كما شهدت حملت الشروع في تطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي، وهي السياسة التي تدعمت على المستوى التشريعي بسن القانون رقم 85-05 فبراير 1985 المكمل والمعدل والمتعلق بحماية الصحة وتعزيزها ومن ثم المساهمة في خير الإنسان جسما وعقلا ورفاهه في المجتمع⁵، وسجل هذا

¹ Ibid: P 19.

² جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات، مرجع سابق، ص 90.

³ Association Algérienne Pour La Recherche Démographique, Economique et Sociale (A.A.R.D.E.S): op. cit, P 76.

⁴ علي قواوصي: السياسة السكانية في الجزائر: نشأتها وتطورها (1962-1994)، مرجع سابق، ص ص 18-21.

⁵ الأمم المتحدة الجمعية العامة: تقرير وطني مقدم وفق الفقرة 15 (أ) من مرفق قرار مجلس حقوق الإنسان 5/1 الجزائر، الفريق العامل المعني بالاستعراض الدوري الشامل الدورة الأولى، جنيف، 7-18 ابريل 2008، ص 15.

البرنامج مرحلة جديدة بحيث تجاوز الإطار الصحي في حماية الأم والطفل ليحتل مجالا أوسع في سياسات الإدارية، لتنظيم وتخفيض وتيرة النمو السكاني بالاعتماد على مبادئ حرية الأزواج في اختيار عدد أطفالهم واحترام القيم الاجتماعية والدينية¹.

إن تنفيذ البرنامج تباطأ كثير بعد مرحلة النشاطات المكثفة بين 1983-1988 على سبيل الإيضاح فبعد تحويل المهام الخاصة بالتحكم في النمو الديموغرافي من الوزارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية إلى الوزارة المكلفة بالصحة، فلم تتكفل أية هيئة مركزية بصفة رسمية في إطار صلاحيتها لقيادة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي وهذا من 1989 إلى غاية 1994.

وكانت الحكومات التي توالى تبحت عن الاستقرار والاستمرار أكثر من انتهاج سياسة ما سواء كانت اجتماعية أم اقتصادية بما فيها سياسة تنظيم النسل، ففي تلك الفترة أهملت السياسة السكانية من النقاشات ودعت الأطارات المسؤولة عن البرنامج إلى الالتحاق بوزارة الصحة والذين كانوا ينتمون حتى ذلك الوقت إلى وزارة الشؤون الاجتماعية²، وفي نفس السياق فإن البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي لم يعد يذكر في الخطابات السياسية بين سنوات 1989 و1992³.

وفي الفترة الزمنية 2000-2010 وفي مجال ترقية الصحة لاسيما في مجال الإنجاب، تم تبني سياسة مركزة على الولوج المدعم لخدمات الصحة الإنجابية متضمنة التنظيم العائلي، فلقد تم متابعة توسيع مجموع وسائل منع الحمل وعرضها الفعلي واستعمالها، لاسيما أن الأمر يتعلق بالتوجه نحو تركيبة أكثر توازنا في استعمال وسائل منع الحمل بضمنان فعالية أكبر واستمرارية استعمال وسائل منع الحمل. إن ترقية الوسائل طويلة المدى مثل اللولب وجد تدعيمه خلال العشرية، بالإضافة على إبقاء على مجانية وسائل منع الحمل في الهياكل العمومية، وتحسين الولوج لخدمات تنظيم العائلي في المناطق الأكثر حرمانا والنائية، باللجوء عند الحاجة إلى الفرق المتنقلة، ومتابعة المسار المشروع فيه لتدعيم

¹ جريدة عميرة: الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر، مجلة رسالة الأسرة، العدد 5، الجزائر، 2005، ص 18.

² جريدة عميرة: المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات

مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات-، مرجع سابق، ص 90.

³ وزارة الصحة والسكان: السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001،

ص ص 29-30.

العلاقة بين الأمومة والتنظيم العائلي من خلال تنظيم منع الحمل في مرحلة النفاس، كما يجب تدعيم إدماج التنظيم العائلي في مصالح التوليد مثله مثل العلاقات بين مصالح التوليد والوحدات الصحية العمومية الأخرى¹.

ولقد شهدت نسبة استخدام موانع الحمل في الجزائر ارتفاع ملحوظ، من 35% سنة 1980 إلى 50.9% سنة 1990 منها 43.1% طرق حديثة، لتصل النسبة إلى 61.4% سنة 2006 منها 52% طرق حديثة، ثم إلى 64% سنة 2014 منها 54% طرق حديثة وهذا بفضل التوعية بضرورة التنظيم العائلي، إضافة إلى الأثر الفعال للبرامج الوطنية².

2.5. البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة:

وضعت وزارة الصحة والسكان عام 1994 برنامجا لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات وكذا وفيات ما حول الولادة الذي استهدف³:

- تقليص وفيات الأمهات بنسبة 25% إلى غاية 1995 وبنسبة 50% إلى غاية 2000.
- تقليص وفيات الرضع المبكرة (أقل من شهر) إلى غاية 1995 ثم بنسبة الثلث إلى غاية 2000.

- بلوغ 80% من تغطية التطعيم ضد الكزاز لدى النساء الحوامل لغاية 1995.
- بلوغ 80% من نسبة الولادة في الوسط الإستشفائي لغاية 1995.
- بلوغ 60% من مستوى استخدام موانع الحمل إلى غاية 2000.
أعدت وزارة الصحة النظر في محتوى هذا البرنامج لينطلق من جديد عام 1997 بحيث أصبح يخص النشاطات التالية⁴:

- ترقية استعمال موانع الحمل بهدف الرفع من المدة ما بين الولادات،
- متابعة الحمل و الفترة ما بعد الحمل،

¹ نفس المرجع، ص ص 57-58.

² ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر - مقارنة مع بلدان المغرب العربي تونس و

المغرب-، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 23، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، مارس 2016، ص 173.

³ Nouredine Dekkar et al: op.cit, P 202.

⁴ Ministère De La Sante et De La Population, Direction De La Prévention, Institut National De Sante Publique, Santé Maternelle et Infantile 2000-2004, Alger, janvier 2000, P 223.

- تحسين ظروف الولادة و المتابعة ما بعد الحمل للأم و الطفل
 شرعت وزارة الصحة في أفريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم
 طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة على كافة التراب الوطني،
 وهذا على مدار ثلاث سنوات أي من 2006 إلى 2009، وهو يحظى بدعم ناجم عن إرادة
 سياسية على أعلى مستوى، وهذا، بغلاف مالي يقدر 207 مليار دينار¹.

وتم نشر إجراءات عمل هذا البرنامج في الجريدة الرسمية الجزائرية والتي تنص عليه
 وهذا حسب المرسوم التنفيذي رقم 05-438 مؤرخ في 8 شوال عام 1426 هـ الموافق لـ 10
 نوفمبر سنة 2005 يتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي
 الولادة وممارسة ذلك²، في المادة 3 والمادة 4، يهدف هذا البرنامج إلى تأمين رعاية الأم
 والطفل معا والتقليل من خطر فترة ما بعد الولادة، والتكفل بالمرأة الحامل سواء خلال الحمل
 أو الولادة، وتقليل نسبة وفيات الأمهات والمواليد بنسبة 50 % السنة الأولى ليصل إلى
 سنة 30 % سنة 2008، وذلك بصورة خاصة عن طريق:

- منع واكتشاف مرض السكري وضغط الدم أثناء الحمل والرعاية الفعالة للمصابات بهما إذ
 إنهما يشكلان اعتلالين سائدين، ويجرى التصدي لهاتين المشكلتين في إطار فحوص
 متخصصة مرجعية يشارك فيها فريق طبي متعدد التخصصات، مع وجود نظام للكشف عن
 الاعتلال و للتوجيه منذ البداية

- توحيد طرائق المراقبة أثناء التوليد بغية تحقيق خفض بنسبة 30 % في عدد وفيات الأم
 نتيجة للنزيف الدموي عند الوضع، الذي يمثل السبب الرئيسي لوفيات الأم.

- توحيد إجراءات ومعدات غرف التوليد وترتيب مستويات الرعاية الصحية في فترة ما بعد
 الولادة، أي رعاية أساسية عامة، وإنعاش بعد الوضع، ورعاية مكثفة³.

وبفضل التوعية الصحية وبرنامج التكفل بالمرأة الحامل وتنظيم الطب الخاص بفترة
 الولادة وما بعد الولادة، شهدت نسب المتعلقة بالمتابعة الصحية للمرأة الحامل قبل الولادة
 تحسن ملحوظ حيث كانت تقدر ب 58 % سنة 1992 لتصل إلى 97.5 % سنة 2012،

¹ الأمم المتحدة: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، مرجع سابق، ص 10.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 05-438 مؤرخ في 8 شوال عام 1426 هـ الموافق لـ 10
 نوفمبر 2005، الجريدة الرسمية، العدد 75، الصادرة بتاريخ 18 شوال 1426 هـ الموافق لـ 20 نوفمبر 2005 م، ص 6.

³ الأمم المتحدة: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، مرجع سابق، ص 107.

أما فيما يتعلق بالمتابعة الصحية بعد الولادة لا تزال نوعا ما قليلة، حيث تقدر نسبة النساء اللواتي يقمن بالمتابعة الصحية بعد فترة الولادة بـ 30% منهم 36% في المراكز الحضرية مقابل 23.9% في المناطق الريفية، كما شهدت معدلات الولادات تحت إشراف أخصائيين ارتفاعا ملحوظا من 15% سنة 1980، إلى 76% سنة 1990 ثم إلى 98.6% سنة 2012¹.

3.5. برنامج الولادة بدون مخاطر

اتخذت الجزائر إجراءات بعد الجلسة العامة للأمم المتحدة المنعقدة بنيويورك سنة 1999 وقمة الألفية لسنة 2000، وذلك من أجل تحسين الظروف الصحية للأم والطفل من خلال وضعها لأولويات كمية لغاية 2010 المتمثلة في الإجراءات التالية²:

- بلوغ مؤشر تركيبي للخصوبة بـ 2.1 طفل لكل امرأة،
- بلوغ مستوى استعمال موانع الحمل بنسبة 65% وذلك من خلال تشجيع استخدام الوسائل الحديثة.
- تقليص بنسبة 50%، معدل وفيات الأمهات المقدر سنة 1999 بـ 117 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، وبنسبة 30% معدل وفيات الأطفال المقدر بـ 31.2% سنة 2002.
- بلوغ نسبة الوضع على مستوى الهياكل الإستشفائية بـ 95%،
- تقليص احتمال حدوث الأورام الجنسية عند النساء في سن الإنجاب بنسبة 25% والتي قدرت سنة 2002 بـ 0,2%
- بلوغ 75 سنة من توقع الحياة عند الولادة بالنسبة للجنسين، ذلك سنة 2010.

كما تضمن تقليص نسبة وفاة الأمهات والتي تعني وفاة المرأة خلال الحمل والولادة وخلال الأسابيع الست المطابقة للأربعين يوما التقليدية وذلك لسبب معين أو تفاقم نتيجة الحمل، ولا تزال نسبة وفيات الأمهات في بلادنا موضوع توقعات تقريبية، شرع من خلالها في وضع برنامج بعنوان "ولادة بدون خطر" قصد تدارك هذا النقص الكبير³.

¹ ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: مرجع سابق، ص ص 171-172.

² Ministère De La Sante, De La Population et De La Reforme Hospitalière, Direction De La Population: **Population et Développement en Algérie**. Rapport national, CIPD+10, Alger, Décembre, PP 66- 67.

³ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير - حول صحة الأم والطفل-، الدورة السابعة 28-29، الجزائر، أكتوبر 1997، ص 18.

لكن هذه الإجراءات والتداعيات التي استهدفت صحة الأم كانت خاصة بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 أين سطرت أهداف تخص الصحة الإنجابية، أي صحة الأم أثناء فترة الحمل وبعده، وكانت ترمي الجهود المبذولة عند انطلاق هذه البرامج إلى جلب أقصى عدد ممكن من النساء نحو استخدام موانع الحمل، بالإضافة إلى تلقي الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل و بالخصوص جلبهن للولادة في الهياكل الإستشفائية.

وفي بداية سنة 2000 عرفت تطبيق برنامج خاص "بالولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني، يهدف إلى تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة حيث كانت تقدر سنة 1996 بـ 174 لكل 100.000 ولادة حية وتقلصت لتصل سنة 2008 إلى 86.9 لكل 100.000 ولادة حية¹.

كما شرعت وزارة الصحة في أبريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة وهذا على مدار ثلاث سنوات أي من 2006 إلى 2009 وهذا لتقليص نسبة وفيات الأمهات والمواليد بنسبة 5% السنة الأولى ليصل إلى 30% سنة 2008، بغلاف مالي يقدر بـ 2.07 مليار دينار تطبيقا للمرسوم التنفيذي رقم 05-439 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك².

وحسب الأهداف الإنمائية سيتم تخفيض النسبة إلى 57.5 وفاه لكل 100000 ولادة حية، ولكن قد انخفض المعدل بمقدار 143.8 نقطة من 1985 إلى 2008، وبمقدار 172.5 إلى 1985 من 2015، وهذا بفضل التكوين المتواصل للإطارات الطبية والشبه الطبية وتطوير إجراءات التكلف بالاستعدادات التوليدية و أكبر قسط من هذا البرنامج موجه للمناطق الريفية³.

¹ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: مرجع سابق، ص 10.

² نفس المرجع، ص ص 10-11.

³ ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: مرجع سابق، ص 169.

4.5. برنامج مكافحة سرطان عنق الرحم

استهل في عام 2000 البرنامج الوطني المعني بالكشف المبكر لسرطان عنق الرحم، اعتماد الإستراتيجية الوطنية في هذا الميدان وهو يتناول تنمية أنشطة التحليل لأغراض الفرز في هياكل الصحة الإنجابية وتخطيط الأسرة الأساسية، عن فريق تدريب متخصصين في هذا المجال من بين مقدمي الخدمات وإشراك "وحدات علم اعتلال الخلايا" في عيادات تخطيط الأسرة.

يهدف هذا البرنامج إلى الكشف عن سرطان الرحم لاسيما الكشف عن الجروح ما قبل السرطانية والسرطانية لعنق الرحم التي تشكل السبب الهام في الاعتلال السنوي تم إنشاء 100 مركز خاص بالكشف على مستوى القطر الوطني بين سنوات 1999-2001 باتجاه المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين، كما نرتقب إنشاء حوالي 100 وحدة خاص بالكشف على مستوى القطر الوطني خلال نفس الفترة الزمنية، فقد خلق هذا البرنامج نشاطات جديدة مرتبطة بالتغييرات الواردة في الخصوبة مثل التشخيص ما قبل الولادة الذي جاء ارتفاع الحمل عند النساء اللواتي يفوق سنهن 35 سنة أين تستدعي وسائل مكلفة للتجهيز¹. فقد تم تحقيق أنشطة الكشف في مجموع ولايات البلد، بإنشاء 170 وحدة متخصصة في مجال اعتلال الخلايا، وتدريب وتوظيف 295 تقنيا في ميدان إجراء التحاليل²، وفي هذا الإطار يوجد 83 مركزا عبر ولايات الوطن مختصا في مسح خلايا عنق الرحم تتوفر على وسائل تكنولوجية خاصة بالكشف المبكر عن الأمراض المتسببة في هذا النوع من السرطان.

5.5. برنامج مكافحة مرض السيدا:

اتضح جليا في ضوء نتائج مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أنه هناك حاجة ماسة لمزيد من المعلومات الدقيقة والمعمقة حول المعرفة بموضوع السيدا وعواقبه، حيث مازالت هناك أوجه قصور في الوصول إلى أهداف مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية، المتمثل في السعي إلى تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإنجابية مع حلول عام 2015، وذلك بسبب الضعف في المعرفة، ونقص الوعي الصحي والثقافي، حيث تشير نتائج المسوحات في الدول التي شملتها الدراسة أن المعرفة بمرض السيدا ترتفع

¹ وزارة الصحة والسكان: السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص ص 35-37.

² الأمم المتحدة: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، مرجع سابق، ص 113.

عند النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأكثر مقارنة بالنساء الأميات حيث تفوق النسبة 50 % في كل من الجزائر (100 %)، والمغرب (99,8 %)، تونس (99 %)، وليبيا (96,6%)¹.

ولقد عرفت الجزائر هذا المرض منذ اكتشاف أول إصابة سنة 1985، وهو في نمو مستمر، فبتاريخ 31 ديسمبر 1990 كان عدد الأشخاص المصابين بهذا المرض 68 حالة، منها 32 حالة تم تسجيلها خلال سنة 1990 لوحدها، وعلى مدار العشريتين الأخيرتين تضاعف عدد حالات الإصابة بمرض السيدا بنحو 77 مرة، ليبلغ 5209 حالة بتاريخ 31 ديسمبر 2009، منها 1028 مصاب و 4181 حامل فيروس نقص المناعة البشرية².

ومن أجل التصدي لهذا الداء الخطير فقد تم اتخاذ إجراءات مكثفة لمواجهة منها: وضع إستراتيجية بهذا الشأن وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحاليل والفحوصات وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنقولة جنسيا ومرض نقص المناعة المكتسبة وتشكيل فوج عمل مواضعي وتنفيذ برنامجي متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية، فقد تم اعتماد خطط عمل قطاعية الخماسية للفترة 2007-2011 تتضمن برامج وقائية وأخرى صحية وبرامج للدعم، وقد بدأ تنفيذها سنة 2005 وتمتد على مدار سنتين، فتمحور حول 4 محاور تتعلق ب³:

- حماية السكان خاصة الفئات الهشة.
- التكفل بالأشخاص حاملي فيروس السيدا.
- تجنيد الحركة الجمعوية والمجتمعية.
- دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا والسلوكيات.

تحصي الجزائر تسعة مراكز مهمتها الأساسية التكفل التام بالمصابين بفيروس نقص المناعة، وقدر عدد الإصابات بداء فقدان المناعة في الجزائر ب1316 إصابة سنة 1990 منها 192 امرأة في سن الإنجاب 15-49 سنة، ليصل العدد إلى 1533 بزيادة قدرها 217

¹ آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، مرجع سابق، ص 60.

² ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: مرجع سابق، ص 169.

³ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: مرجع سابق، ص 11.

حالة منها 248 امرأة في سن الإنجاب، وليفصل أيضا إلى 2363 إصابة منها 683 حالة سنة 2004، ثم إلى 3747 إصابة منها 244 امرأة في سن الإنجاب،¹ أما بالنسبة لنسبة الإصابة الخاصة بنساء الحوامل فقد شهدت النسبة تراجعا من سنة 2000 إلى 2007، حيث كانت تقدر ب 0.20 % سنة 2000 إلى 0.14 % سنة 2004 ثم إلى 0.09 % سنة 2007، أما خلال 2009 تم تسجيل 65 مولود لأمهات حاملات فيروس السيدا، من بينهم 4 موليد بنسبة 6.15 % انتقل إليهم فيروس من الأم عن طريق العدوى، و 40 مولود بنسبة 61.53 % فقدو أبصارهم، ونجا 21 بنسبة 32.30 من العدوى¹.

وللتكفل أكثر بالمصابين تم إنشاء وتطوير مراكز الكشف المبكر التي تقدم خدماتها مجانا وسريا، على مستوى كل ولايات الوطن "محافظات" الوطن، واتخاذ تدابير ترمي إلى الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين أثناء الوضع، كما أدى تكريس مفهوم الصحة الإنجابية تطوير الخدمات في هذا المجال، إلى توسيع المعلومات بخصوص التخطيط العائلي ليشمل خاصة الحماية من الأمراض المتقلة جنسيا ومرض فقدان المناعة / السيدا، كما يسجل وجود برنامج تعاون أوروبي في مجال الوقاية من مرض السيدا للفترة من 2009-2011.

أصبحت المعرفة بأنواع الأمراض المتقلة جنسيا بما فيها السيدا من أهم المواضيع التي لطالما سادها الغموض والإهمال في زمن أصبح حضورها قويا على مستوى الحقل الاجتماعي. لكن هذه المواضيع همشت وحجبت من التقديرات والاعتبارات الأخلاقية، فالشرف، الحشمة، القدر، العيب، الدين والأخلاق أدت إلى صعوبة التحدث مع المبحوثين وهروبهم من الأجوبة التي تمس مباشرة الجنس، والعلاقات الجنسية، وهذا ما توصلت إليه المقابلات المعمقة، والجماعات البؤرية، حيث اتضح أن النقاش حول موضوع السيدا غير مسموح به اجتماعيا، والمعرفة بهذا الموضوع محدودة وغير كافية، بالإضافة إلى غياب الوعي الصحي، ويرجع ذلك إلى الأمية وثقافة الصمت، فالخدمات محدودة وغير كافية في هذا المجال، إلا أن الرغبة في الحصول على المعلومات الصحية بكل تفاصيلها كانت من بين أهم احتياجات المبحوثين².

¹ ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: مرجع سابق، ص 174.

² آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مرجع سابق، ص 62.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل يمكن القول أن الفكر السكاني دخل المرحلة العلمية مع بداية الخمسينات، حيث تميزت هذه الفترة بالاهتمام الكبير بالدراسات الأكاديمية الخاصة بالسكان وظهور الجمعيات واللجان لتقييم المشاكل السكانية وكذا عقد المؤتمرات السكانية التي تعمل على تحقيق المعادلة المنشودة بين السكان والموارد الطبيعية. وحاولت بعض الدول أن تلتزم بالبرامج المسطرة من خلال المؤتمرات والندوات المعقودة، مع الالتزام بالمحافظة على الرعاية الصحية للأم والطفل.

أما السياسة السكانية للجزائر، اتضح لنا بأنها تغيرت من سياسة تشجع النمو الديموغرافي منذ الاستقلال، إلى سياسة تعمل على الحد منه بداية من منتصف الثمانينيات معتبرة أنه سبب في التخلف، لتتحول في السنوات الأخيرة إلى سياسة تنموية شاملة تعتمد على نشر التعليم للجميع والتوعية بمخاطر النمو الديموغرافي السريع دون التدخل في السلوكيات الديموغرافية للأسر، فعملت الجزائر منذ ذلك الوقت على تطوير وتحسين الأوضاع الاجتماعية والصحية للأسرة بصفة عامة وصحة الأمومة والطفولة بصفة خاصة، وذلك برسم سياسات وبرامج صحية تجسدت في أرض الواقع.

الفصل الثالث

رعاية الأمومة قبل
وأثناء وبعد الولادة

تمهيد:

بلا شك أن الأمومة حالة فسيولوجية خاصة وليدة مجموعة من الشروط الهرمونية، والفيولوجية والغريزية، وعملية سيكولوجية ترتبط بالكثير من الأوجاع الانفعالية التي لا تخلو من تعقيد. كما تعتبر الصحة حق أساسي لكل إنسان، وحق لجميع البشر دون النظر إلى العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية، ويؤثر نوع الجنس بشدة، في صحة الإنسان وذلك بسبب الاختلافات البيولوجية وغيرها من الاختلافات القائمة بين الجنسين. ومن الأمور المثيرة للقلق بوجه خاص صحة النساء والفتيات، ذلك أنهن يعانين، في كثير من المجتمعات، من الحرمان جراء التمييز الذي يواجهنه والذي تمتد جذوره إلى عوامل اجتماعية ثقافية، مما يستوجب مستوى خدمات رفيع في المجال الصحي خاصة، يضمن العناية بالأم في مختلف المراحل من حمل ووضع وبعده وحتى قبل الزواج، للكشف عما يجب الكشف عنه من أمراض وعراقيل تؤثر مستقبلاً على استمراره وسلامته كالأضرار السريرية والصدريّة

ويشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلا من رعاية تنظيم الأسرة، التفكير المسبق، مرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة. كما تتضمن الرعاية المسبقة، توفير فرص التعليم، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر على عمليات الحمل المستقبلية. بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل وبعد الولادة. ويتضح هذا من خلال ما سنعرضه في هذا الفصل الذي يتناول هذه القضايا التي تمس الأم بشكل مباشر وخاصة في أهم مرحلة عمرية لها وهي مرحلة الإنجاب، لأنه أنسب الظروف من الناحية السيكولوجية لتوعيتها وتحفيزها على تنظيم ولادتها من جهة، ومن جهة أخرى فإن الفحص الطبي المتزايد للنساء من الممكن أن يكشف عن أمراض أخرى ومن ثم تعالج في أوانها.

1. مفهوم الأمومة:

يهتم الباحثون والعلماء بمختلف مشاربهم العلمية والأدبية بمراحل الإنسان ونموه من أجل فهم أسرار طبيعته البشرية وإدراك أغوارها، سواء كان المبحوث ذكرا أم أنثى، ويأتي في أعلى مراتب الاهتمام مرحلة الأمومة التي تمر بها المرأة، وهي مرحلة لها عظيم الأثر على الأمهات والنساء عامة، حيث تجعل حياتهن منعرجا حاسما لهن، ولأسرتهن وللمجتمع كافة لكونهن يساهمن في الحفاظ على وظيفة الإنجاب، إنجاب نشئ سليم صحيا ونفسيا واجتماعيا، ولهذا وجب الاهتمام بهن أكثر، لأن الانعكاسات السلبية للإهمال وسوء الأوضاع المحيطة بهن لا تتوقف عند إصابتهن وحدهن، بل تتعداهن لمجموع الأفراد المشكلين لأسرتهن ومجتمعهن والجيل القادم أيضا، مما يستوجب مستوى خدمات رفيع في المجال الصحي خاصة، يضمن العناية بالأم في مختلف المراحل من حمل ووضع وبعده وحتى قبل الزواج، للكشف عما يجب الكشف عنه من أمراض وعراقيل تؤثر مستقبلا على استمراره وسلامته كالأمراض السريرية والصدئية..¹

فمسألة الحمل والولادة إذن من الأمور التي تهتم الزوجين، بل وتهتم المجتمع نفسه، فإن كانت الحالة النفسية للأم تؤثر على الجنين داخل بطن أمه، فكذلك الحمل نفسه يؤثر على الأم من نواح عدة خاصة الصحية منها...²

والأصل في الأمومة بلا شك هو حالة فسيولوجية خاصة وليدة مجموعة من الشروط الهرمونية، والفسيولوجية والغريزية، وعملية سيكولوجية ترتبط بالكثير من الأوجاع الانفعالية التي لا تخلو من تعقيد³، كما أنها مرحلة يجب أن تتوفر فيها المرأة على النضج الجسمي

¹ سيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 65.

² مديحة الخصري: موسوعة الطفل الصحية من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص 31.

³ مديحة منصور سليم: سيكولوجية المرأة، مكتبة الثقافة السيكولوجية، إشراف عبد المنعم المليجي، مصر، دون ذكر السنة، ص ص 117-118.

والاجتماعي وحتى الانفعالي، وهي القائمة على استمرار عجلة البشرية من خلال الدورة الإنجابية، متجسدا في عمليات ومراحل محددة متكاملة ضمن مسار زمني معين تتمثل في ما يلي: مرحلة الحمل ومرحلة الولادة ومرحلة ما بعد الولادة.

1.1.1. مرحلة الحمل:

يعد الحمل أحد الوظائف المهمة للزواج، كونه النتيجة المترتبة عن السلوك الجنسي، الذي يمارس باعتباره مصدراً من مصادر اللذة، أو السعادة في الحياة الزوجية، وباعتباره مؤدياً للإنجاب، الذي يعد الطريقة الأساسية لحفظ النوع الإنساني. وتعرف بأنها حالة طبيعية مؤقتة تتلاءم معها المرأة الحامل، لوجود كائن جديد في رحمها، نتيجة إلقاح نطفة الرجل للبويضة الخاصة بها، حيث تستضيفه تسعة أشهر في الحالات العادية، يخرج بعدها طفلاً يحافظ على استمرار النوع الإنساني¹، وهناك من يعرفها بأنها حالة المرأة الحامل بدءاً بالإخصاب وانتهاءً بالولادة².

1.1.1.1- ميزات الحمل (الوحم):

تمتاز فترة الحمل باضطرابات هضمية ونفسية تعرف لدى العامة بالوحم، وهي حالة موجودة فعلاً، تنتج عن نمو الجنين، وتبدأ من زمن الحيض الغائب وتستمر حتى نهاية الشهر الثالث أو الرابع، وتظهر هذه الاضطرابات في شكل غثيان، أو إقياء، حرقة وحموضة المعدة، زيادة إفراز اللعاب، والتهاب اللثة... وهي في مجموعها اضطرابات هضمية بيولوجية، أما الاضطرابات النفسية فتختلف مظاهرها باختلاف عادات النساء، وتبدو في معظم الحالات في شكل قرف خاص نحو بعض الأطعمة أو ميل شديد نحو أطعمة أخرى، وقد تكون أحيانا غير عادية كاشتھاء الصابون، الفحم، الطين..

¹ محيي الدين طالو العلي: تطور الجنين وصحة الحامل، دار بن كثير، ط1، دمشق، دار الهدى، الجزائر، 1986، ص175.

² Garnier Delamare: Dictionnaire Illustré des Termes Techniques de Médecine, vol.1, 21^{ed}, Moline, Paris, 1992, P 265.

كما قد تحدث لدى الحامل تبدلات في الأخلاق والسلوك والوظائف العقلية، حيث تبدو أحيانا في شكل اضطرابات عرقية وخفقان في القلب، صداع، أو ميل شديد للنوم، أو نفور من الزوج نتيجة التغيرات الجسمية.

2.1. مرحلة الولادة:

تعتبر الولادة حدثا هاما في حياة المرأة فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مهيأة لعملية الولادة، حيث تمر بعدة مراحل تتخللها العديد من الصعوبات والآلام فتعاني المرأة بشدة لساعات قبل أن تلد، ثم تبدأ مرحلة النفاس وهي المرحلة التي تلي الولادة مباشرة حيث أنها الفترة التي تبدأ فيها الولود باستعادة صحتها وعافيتها تدريجيا وهي فترة تتراوح بين ستة إلى ثمانية أسابيع أين تتخللها بعض التغيرات الفيزيولوجية والهرمونية، أو هي مرحلة بيولوجية دقيقة تخلق تبدلات هامة في وظائف الجسم البشري¹.

وهي مجموع الظواهر الميكانيكية والبيولوجية التي تهدف إلى إخراج الجنين ولواحقه خارج الوسط الرحمي للأم وتكون الولادة في أوانها ما بين 290-266 يوم من الحمل، وتسمى مبكرة إذا تمت قبل 266 يوم من الحمل، كما تسمى ولادة تلقائية إذا تمت دون تأثير عوامل خارجية ميكانيكية أو دوائية، وتسمى محدثة (متعمدة) إذا تمت بوسائل خارجية². ويمكن تحديدها أولا ببدء الطلق وهو تقلصات الرحم المنتابعة المصحوبة بالآلام، وظهور البشارة ثانية وهي إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، وثالثا انفجار الكيس الأمنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم وإطلاق الطفل صرخة الميلاد³.

1.2.1. مراحل الولادة : وتمر هذه العملية بثلاث مراحل:

- **مرحلة الانفتاح:** تسبب تقلصات الرحم التي تصبح مألوفة في نهاية الحمل وتصبح مؤلمة ومنتظمة كل 20 دقيقة، ثم كل 3-5 دقائق معلنة عن بدء المخاض، زوال العنق تدريجيا أمام رأس الجنين وذلك بتوسيعه بمقدار 10 سم على الأكثر (انفتاح عنق الرحم)، وبتأثير

¹ سبيرو فاخوري: تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة ، ط 4، دار العلم للملايين، بيروت، 1982، ص 85.

² أمين رويحة : المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس، ط 1، دار القلم، لبنان، 1974، ص 123.

³ فواد بهي السيد: الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط 2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2008، ص 80.

الطلق يتقدم الجزء المتقدم من الرأس نحو الأسفل ودفع الجنين إلى خارجه، وقد يتطلب هذا بين 6 و 10 ساعات وقد تطول أو تقصر.

- **مرحلة الدفع:** تبدأ بعد انفجار الكيس الأمينوسي الذي يحيط بالجنين، عندما يتوسع العنق تماما، تدفع تقلصات جديدة للرحم بفعل قوى الأم الجنين مرور عبر المهبل الخارجي، ثم خارج الجسم، وقد تتطلب هذه العملية عادة حوالي ساعة واحدة أو ساعتين.

- **مرحلة الختام:** يهدأ الطلق خلالها لفترة يستريح فيها الرحم، وإن كانت التقلصات تتواصل لتتفصل المشيمة عن غشاء الرحم، ثم تقذف نحو الخارج، وتتطلب العملية ما بين 10 و 15 دقيقة¹.

2.2.1. أنواع الولادة:

ويمكن تقسيم أنواع الولادة إما حسب زمنها أو حسب العوامل التي تمت بها كما يلي:

أ- حسب الزمن:

- **ولادة مبكرة:** قد تحدث الولادة قبل أوانها في فترة 29 - 39 أسبوع من أسابيع الحمل، فتسمى ولادة مبكرة والمولود فيها لا يكون قد أتم النضج، ولكنه قادر على الحياة، ويكون وزنه ناقص عن 2500 غ عند ولادته ويسمى الخديج.

- **ولادة متأخرة:** يمكن أن تتأخر الولادة إلى ما بعد الأسبوع الأربعين من الحمل وتسمى عندئذ ولادة متأخرة.

إن مدة الحمل محددة دينيا وقانونيا، حيث يذكر محمد شلبي أن الفقهاء اتفقوا على أن أقل

مدة للحمل يتكون فيها الجنين ويولد بعدها حيا هي 6 أشهر لقوله تعالى « وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُ شَهْرٍ² » أقصاها 10 أشهر عادة³.

¹ Ruth Bennett V. And al: *Myles Textbook For Midwives*, Thirteen ed, U.S.A., Mosbey company, 1999, P 391.

² سورة الأحقاف الآية 15.

³ محمد مصطفى شلبي: أحكام الأسرة في الإسلام دراسة مقارنة بين فقه المذاهب السنية والمذهب الجعفري والقانون، ط4، الدار الجامعية، بيروت، 1983، ص 697.

وهذا ما تؤكدته المادة 42 من قانون الأسرة التي تنص على أن " أقل مدة للحمل هي ستة أشهر وأقصاها 10 أشهر"¹، وهذا يتطابق مع ما جاءت به الشريعة الإسلامية، أما إذا حدثت ولادة قبل الشهر السادس سميت إجهاضا، يموت فيها الجنين لعدم اكتمال نضجه وعجزه عن الحياة.

- :

- **الولادة العادية (الطبيعية):** تتم من بدايتها إلى نهايتها بفعل قوى عواملها ذاتية، دون تدخل عوامل أخرى، ودون إصابة الأم أو المولود بأي سوء وهي التي تحدث في أغلب الأحيان.

تنتقل الحامل من النقالة إلى طاولة الوضع، وهي مائدة خاصة من موائد الجراحة ولها وسائل وأشرطة خاصة فإذا رقدت عليها الحامل أمكن التوسيع بين ساقيها وتثبيتها ويهبط الجنين شيئا فشيئا مع كل ألم من آلامها مدفوعا بقوة انقباض عضلات الرحم وقوة العصر والضغط وسرعان ما يخرج رأس الجنين إلى مدخل المهبل فيتسع اتساعا عظيما، وعند هذه المرحلة تخدر المرأة إن لم يسبق تخديرها وكلما تقدمت الولادة ظهر رأس الجنين أكثر وذلك بمساعدة الأم بضغط بطنها ويمسك المولود رأس الجنين من الذقن وعندما يسحب الرأس إلى الأسفل يهبط الكتف ثم يجذب إلى الأعلى فيخرج الكتف الثاني وتخرج باقي الأجزاء بالجذب المستمر فيخرج الصدر ثم البطن ثم الأطراف السفلى².

ومن صفات الولادة الطبيعية التالي:

- ولادة الجنين في نهاية فترة الحمل ويكون مجيئه رأسيا.
- تتم عملية الولادة تلقائيا وبجهد الأم فقط.
- وقت الولادة بكل مراحلها لا يزيد عن (18) ساعة.
- تتم الولادة بدون محرضات للولادة أو وسائل مساعدة.
- **ولادة غير طبيعية:** وهي التي تتدخل فيها عوامل أخرى غير قوى الأم الذاتية، وهنا قد تصاب الأم أو جنينها بأذى كما هو الحال في الولادات العسيرة أو التفاف الحبل السري حول

¹ وزارة العدل: قانون الأسرة، ط 3، الديوان الوطني للأشغال النربوية، الجزائر، 1999، ص 7.

² نورمان سميث: الحمل، ط 1، ترجمة (مارك عبود)، دار المؤلف، الرياض، 2013، ص ص 109-113.

رقبة الجنين أو الولادة بالملقط، وهي التي تكون فيها احتمالات حدوث التعقيدات واردة أو قد تنتهي بولادة طفل غير طبيعي في بعض الأحيان نتيجة الأخطاء الطبية.

وتشمل الولادة غير الطبيعية ما يلي:

* **الولادة العسيرة:** للولادة العسيرة أسباب كثيرة، ويمكن تقسيم هذه الأسباب إلى ثلاث مجموعات هي:

- **شدوذ القوى الدافعة:** ويسمى أحيانا بالاندفاع الذاتي للرحم أو قوة الدفع الرحمي وقد تكون هذه القوة ضعيفة جدا أو قصيرة جدا أو قليلة العدد أو تجتمع هذه الأسباب كلها، وقد تكون آلام الولادة أقل من المعتاد في أثناء قوة الدفع الرحمي الأولي أو تكون عادية في الأول ثم تشتت ثم تضعف دون رابط أو نظام وقد درس " ناتانسون " تأثير السن في الولادة الأولى فوجد أن قوة الدفع الرحمي منتشرة في النساء اللاتي جاوزن 35 سنة تسعة أضعاف انتشارها بين فتيات العشرين وما تحتها¹.

- **شدوذ الجنين:** شدوذ وضعية وحجم الجنين أثناء الولادة كأن يكون رأسه إلى الأسفل وردفاه إلى الأعلى، عموده الفقري موازيا لمحور الأم وظهره للأمام وتطول الولادة إذا انحرف وضع الجنين المعتاد وعندما يكون ظهر الجنين في اتجاه ظهر الأم بدلا من بطنها تزيد مدة الولادة بضع ساعات. وفي الوضع الشاذ الثاني يكون ردفا الجنين إلى الأسفل ورأسه إلى الأعلى.

وثمة وضع شاذ ثالث وهو الوضع المستعرض للجنين وفيه يتعامد محور الجنين مع محور الأم ويكون رأسه ممتدا عند الحوض بدلا من أن ينحني كالمعتاد وتطول الولادة في هذه الحالة أكثر من الحالات السابقة والعجيب أن وزن الجنين لا يكاد يؤثر في الحالتين الثانية والثالثة ولكن يؤثر تأثيرا ملموسا في الولادة الأولى فحسب².

- **شدوذ طريق الجنين:** أي شدوذ ممر الولادة ويشمل عظام الحوض وأنسجته الرقيقة وعنق الرحم والمهبل أي انكماش الحوض أو صغره.

* **الولادة القيصرية:** وهي عبارة عن تقنية جراحية لولادة الجنين، هذه الجراحة تتم عن طريق

¹ نفس المرجع، ص 134.

² نفس المرجع، ص 135.

القيام بشق البطن فوق الرحم من أجل إخراج الجنين والمشيمة، كبديل للولادة المهبلية الطبيعية.

2. ماهية الصحة.

1.2. مفهوم الصحة:

لقد تطور مفهوم الصحة تطوراً ملحوظاً مع تقدم المجتمعات البشرية، حيث كانت تقتصر الصحة عند الإغريق على الصحة الشخصية من حيث المأكل، والملبس، والرياضة، تأكيداً على ذلك فإنه إلى حد الآن لا تزال شعلة الأولمبياد تنطلق من اليونان تعريزاً لمفهوم العلاقة الوثيقة بين الرياضة والصحة، ومن ثم تطور حتى أصبح يهتم بالصحة البيئية والتي تشمل على فن المحافظة على سلامة البيئة وتحسينها ومواجهة المشكلة البيئية التي تؤثر في الجماعات سواء كانت متعلقة بمياه الشرب، وتصريف الفضلات، وصحة الأغذية، ومكافحة الحشرات، ومنع الضوضاء وما إلى ذلك من المؤثرات البيئية¹.

وتعرف الصحة في الجنس البشري بمدى التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته، وهو تعريف يتسم بوجود نقاط عديدة من الضعف، وكما تعرف الصحة السيئة بوجود المرض فيمكن أن تعرف الصحة الجيدة بغيابه.

ويري بركنز PERKINS أن الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي

تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه.

وهناك تعريف ثالث ينظر إلى الصحة لا باعتبارها غياب للمرض فحسب، بل يعرفها

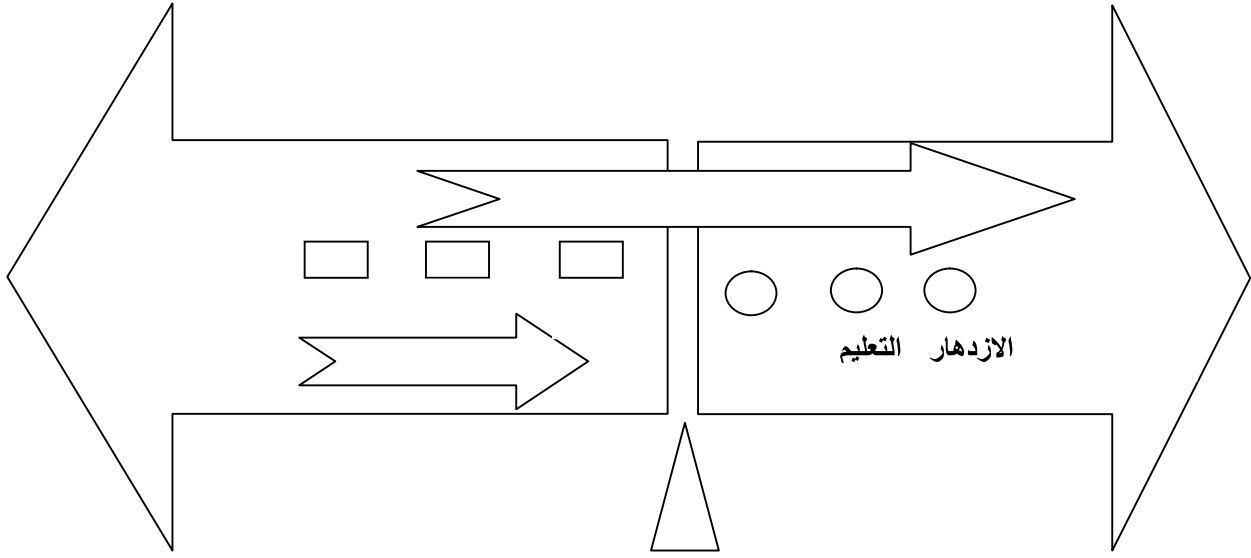
من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدرجاً قياسياً يوضح العلاقة

بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما في الشكل التالي²:

¹ زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 13.

² نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 27.

الشكل (01): يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة



نقطة محايدة (تعادل)

عدم تمييز أو إدراك الصحة أو المرض

المصدر: نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 27.

ويوضح هذا الشكل أن الانتقال من الوسط حيث (النقطة المحايدة) إلى ناحية اليسار يعرض حالة الصحة التي تسوء تدريجياً، وأن الانتقال من الوسط إلى اليمين يشير إلى نمو مستويات الصحة والسعادة، كما أن نموذج المعالجة (الأدوية والأعشاب الطبية أو التدخلات الجراحية أو الطب النفسي أو الإبر الصينية... الخ) يمكن أن توقف الشخص عند النقطة المحايدة وذلك عندما تسكن أو تزول أعراض المرض، كما يساعد نموذج الصحة - الذي يمكن أن يستخدم عند أي نقطة على التدرج - على التحرك تجاه المستويات العليا للصحة لأنه يوجه إلى ما بعد النقطة المحايدة ويشجع على التحرك ناحية اليمين بقدر الإمكان، وهو بذلك لا يعني أن يحل محل نموذج المعالجة، بل إنه يعمل بالتوافق معه، بمعنى عدم توقف الشخص المريض بعد العلاج عند النقطة المحايدة، وإنما يجب التحرك تجاه أعلى مستوى للصحة¹.

¹ نفس المرجع، ص ص 27 - 28.

أما النظرة الاجتماعية الطبية للصحة فإنها لا تعتبرها مجرد خلو الجسم من الأمراض والعيات والاضطراب فحسب بل هي حالة تكامل القوى الجسم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية حيث تكون أجهزة الجسم تعمل منفردة ومجمعة في توافق وانسجام، إنها حالة من التوافق التام بين الوظائف البدنية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الإحساس الإيجابي بالنشاط الحيوي، وهذه النظرة الاجتماعية للصحة تتماشى مع تعريف منظمة الصحة العالمية " W.H.O " التي تأسست عام 1948 م، والتي عرفتها: " بأنها حالة تكامل الجسم والعقل والتوازن الاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض والعيات أو عدم الاتزان"¹.

فالصحة إذن حق أساسي لكل إنسان، وحق لجميع البشر دون النظر إلى العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية، ولا تنمية اقتصادية أو اجتماعية دون توفر الصحة، والصحة العامة هي علم وفن حفظ ومنع المرض وإطالة العمر².

ومن خلال مما سبق نستنتج أن للصحة عدة مكونات هي:

2.2. مكونات الصحة:

1.2.2. الصحة الجسمية: وهي أن تؤدي جميع أعضاء جسم الإنسان وظائفها الطبيعية وبالتوافق والانسجام مع الأعضاء الجسم الأخرى، ولا يمكن أن ي تحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة من أي مرض أو خلل أو إصابة وعندما تعمل أعضاء الجسم بصورة سليمة يشعر الجسم بالحيوية والنشاط.

2.2.2. اكتمال الناحية النفسية: وهي أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه وأن يكون منسقا بالاستقرار الداخلي، وأن يكون قادرا على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية والإنسان الذي لا يستطيع أن يعيش بسلام مع نفسه لا يمكن وصفه بأنه يتمتع بصحة جيدة.

¹ إبراهيم طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط 2، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر . 2006 م، ص 18.

² أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق، الأردن، 2008، ص 13.

3.2.2. اكتمال الناحية الاجتماعية: وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس، وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق حياة الصحة سليمة، وتتمثل في سكن صحي وملابس مناسبة لفصل الشتاء، وغذاء صحي ... الخ ولذلك فإن عدم القدرة على مباشرة الآخرين هو مرض ينبغي علاجه حتى لو كان صاحبه له قوة عضلات ولا يشكو من مرض عضوي.

4.2.2. اكتمال الناحية العقلية: وهي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها كما أنها تعني بمدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر والتفكير ... الخ¹.

3. الرعاية الصحية:

1.3. مفهوم الرعاية الصحية:

تعتبر الرعاية الصحية مجموعة من الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية "الرسمية" بمؤسساتها التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، كالاهتمام بصحة البيئة وسلامة المياه والغذاء وتقديم اللقاحات والتطعيم والعناية بالطفل والأم والكشف المبكر عن المرض والعلاج، وهذه الخدمات تعتمد على فريق صحي يعمل بتنسيق وتعاون من أجل حفظ صحة الفرد والمجتمع وتحسينها وجعله فرداً قادراً على التمتع بكامل قدراته الجسدية والعقلية والاجتماعية وهذا الفريق يضم الطبيب العام والمختص وطبيب الأسنان والقابلة والممرضة القانونية ومساعدتي التمريض ومراقب الصحة والمرشد الاجتماعي، وأخصائي التغذية وغيرهم².

وأهم المؤسسات المستخدمة في الخدمة الصحية أو الطبية والأكثر استخداماً متمثلة في "عيادات الأطباء الخاصة والمستشفيات"، ويوجد إلى جانبها مؤسسات ثانوية عاملة من نفس الميدان، مثل مؤسسات التأمين الصحي والنقابات المهنية للأطباء وغيرهم من العاملين

¹ أميرة منصور ويوسف علي: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 16.

² تالا قطيشان وآخرين، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002 م، ص 22.

في المجال الطبي ومؤسسات صناعة الدواء والمؤسسات العامة والخاصة التي تسهم في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين"¹.

وقد كانت الدول تنظر إلى الرعاية الصحية على " أنها خدمات اجتماعية، ليست ذات صفة إنتاجية تجود بها الدول وتمنحها شعبها إذا توافر لديها فائض في ميزانيتها، أما إذا قصرت تلك الموارد فإنها تمنعها عن الشعب ولا تقوم بها"²، إلا أن هذه النظرة اعتبرت نظرة تقليدية وتغيرت بعدما تبين أن خطط التنمية لا تقف فقط على " رأس المال المادي" وإنما لأبد من العامل الذي يستثمر هذا المال، العامل المتعلم المثقف المدرب والمكتمل الصحة، وهو ما يطلق عليه الاقتصاديون "رأس المال الإنساني"، الذي يستطيع تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق صارت الرعاية الصحية هدفاً من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948، والذي اعتبر الصحة حقاً أساسياً لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الرعاية الصحية المتطورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لا بد وأن توفرها لمواطنيها، وإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث تؤكد سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفاً ووسيلة³.

وهذا ما أكدته دستور هيئة الصحة العالمية في الكثير من فقراته منها على سبيل المثال⁴:

- أن التمتع بأعلى مراتب الصحة أحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان بغير ما تميزه لجنسه أو دينه أو عقيدته السياسية أو حالته الاقتصادية والاجتماعية.

¹ محمد الجوهري: علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 33.

² هشام مصطفى الجمل: دور الموارد البشرية في تمويل التنمية بين النظام المالي الإسلامي والنظام المالي الوضعي- دراسة مقارنة-، ط 1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006، ص 443.

³ حسين منصور: الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد (الأردن)- دراسة في جغرافية الخدمات-، مجلة المنارة، المجلد 13، العدد 1، الأردن، 2006، ص 3.

⁴ هشام مصطفى الجمل: مرجع سابق، ص 444.

- أن صحة كافة الشعوب تعد عامل رئيسي نحو تحقيق السلام والأمن في العالم، وأنها تعتمد على التعاون الوثيق بين الأفراد والدول.

- التباين في مدى ما تحققه الدول المتخلفة نحو تحسين الصحة، والتغلب على الأمراض وخاصة المعدية لما لها خطر على البشرية عامة.

وتولي الدول الحديثة أهمية فائقة لموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسيين ظهرا في المجتمعات الحديثة¹:

- اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن، وتبنيها لذلك عمليا حيث نصت على ذلك الحق بصراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها، ومما يذكر أن هذا الاعتراف بالصحة كحق لكافة المواطنين ومحاولة توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل عادل ومتوازن، هو نتيجة للاتجاه الفكري والحضاري الذي يقول ويؤكد على أن توفير خدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل كافة الأفراد في المجتمع هو حق أساسي لكل مواطن، كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية.

- رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع فهناك علاقة وترابط قوي بين صحة الفرد وصحة المجتمع، حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر، إضافة إلى العلاقة القوية بين التنمية الصحية والتنمية الشاملة فتمتع الفرد بصحة جيدة يزيد من إنتاجيته وبالتالي مقدار مساهمته في تحقيق أهداف التنمية الشاملة، بينما يؤدي المستوى الصحي المتدني للفرد والمجتمع إلى عرقلة الجهود المبذولة في هذا السبيل.

¹ فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008، ص53.

2.3. صفات وعناصر الرعاية الصحية:**1.2.3. صفات الرعاية الصحية:**

وتتلخص صفات الرعاية الصحية في مجموعة من النقاط التالية¹:

من صفات الرعاية الصحية ما يلي:

- أن تكون ميسرة لكافة أفراد المجتمع.
- أن تعتمد على مشاركة تامة من المجتمع وأفراده.
- أن تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً ومقبولة اجتماعياً .
- أن تكون تكاليفها ممكن توفيرها من قبل المجتمع في كل مرحلة من مراحل تطويرة وبروح من الاعتماد على النفس.
- أن تكون جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع.

ومن خلال ما سبق فإن منظمة الصحة العالمية حددت في إطار حق المواطن في الرعاية الصحية بشقيها العلاجي والوقائي، عدة شروط أساسية ومتكاملة حول الرعاية الصحية وهي أن تكون مباحة، متاحة، مقبولة، عادلة، بتكلفة مناسبة، بنوعية جيدة ومنسقة من حيث التخصص الطبي.

2.2.3. عناصر الرعاية الصحية

إن أهم عناصر الرعاية الصحية في المدخلات الرئيسية التي يجب توفيرها في المؤسسات الصحية تتمثل فيما يلي²:

- العنصر الأول: القوى البشرية المتخصصة:

ويتطلب ذلك وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الاختصاصيين والاستشاريين في جميع مجالات الطب ابتداء من الجراحة وأنواعها والباطنة وتخصصاتها والأطفال ومجالاتها والعيون والنسائية والتوليد ... الخ، بالإضافة إلى كوادر تمريضية وطبية مساندة.

¹ وليد يوسف الصالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون سنة، ص 106.

² صلاح محمود ذياب: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009 م، ص ص 174 - 179.

- العنصر الثاني: المرضى والمراجعين:

وهم الذين يستفيدون من الخدمة الطبية ومن خدمات الرعاية الصحية، ومن الصعب تلبية حاجات هؤلاء المواطنين والمرضى بشكل كامل أو شامل، ولكن الأمر يتطلب تلبية أكبر قدر من هذه الحاجات والرغبات، ولهذا السبب (تعدد الحاجات والرغبات) تعددت وتنوعت المستويات الخاصة بالخدمات الطبية ويمكن القول أن الحاجات تتباين بتباين الكثير من العوامل أهمها:

- العوامل الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية).

- المؤهلات والدرجة العلمية ومستوى الثقافة.

- المستوى الاجتماعي والعادات والتقاليد السائدة.

- المستوى الاقتصادي ومعدلات الدخل.

- طبيعة المهن التي يعملون بها وطبيعة الأمراض الناتجة عن تلك المهن.

- المستوى البيئي والأمراض والأوبئة المستوطنة.

- عدد أفراد الأسرة ومستوى التغذية والسكن الصحي.

- عدد السكان ومعدلات النمو والتوزيع السكاني.

- توفير الخدمات العامة.

- وفر المصانع والتكنولوجيا والظروف البيئية والمناخية.

- الدراسات والقياسات الإحصائية المختلفة.

- العنصر الثالث: المباني والأراضي المستخدمة:

ويشمل العيادات والمراكز الطبية (المستوصفات) والمستشفيات والصيدليات والمختبرات¹.

¹ صلاح محمود ذياب: إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص 175.

- العنصر الرابع: الأجهزة والمعدات والآلات:

ويعتبر من العناصر الرئيسية أيضاً لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وإن توفير الأجهزة والمعدات والتكنولوجيا المناسبة تساعد في تشخيص الأمراض وعلاجها.

- العنصر الخامس: المستهلكات الطبية وغير الطبية الأخرى:

إن توفير هذه المستهلكات بالكمية والنوعية المناسبة تساعد في زيادة مستوى الخدمة الصحية المقدمة، ولذلك فإن على المؤسسة الصحية بذل الجهد من خلال دائرة المشتريات والتزويد بالحصول على أفضل النوعيات وتخزينها بالكميات المناسبة.

- العنصر السادس: المعلومات والتنظيم:

إن توفر المعلومات الدقيقة عن مختلف الجوانب الصحية في المجتمع وفي العالم أيضاً يزيد من قدرة المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية.

- العنصر السابع: الإدارة واتخاذ القرارات:

إن نجاح المؤسسة الصحية بعناصرها الستة السابقة لا يمكن له أن يتم دون وجود إدارة قادرة على التخطيط والتنظيم والإشراف والرقابة¹.

ويمكن القول أن عناصر الرعاية الصحية تتجسد في التثقيف والتوعية الصحية من أجل تجنب المشاكل الصحية وكذلك طرق الوقاية منها ومكافحتها، بالإضافة إلى الصحة البيئية (توفير المياه النقية)، والصحة الإنجابية (رعاية الأم والطفل)، والتغذية الصحية وتوفير الأغذية وتعزيزها، وتحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية، ووقاية المجتمع من الأمراض السارية والمستوطنة ومكافحتها، والتشخيص المبكر والعلاج المبكر للأمراض، وتوفير الأدوية والعقاقير الأساسية، وصحة الفم والأسنان، وصحة المسنين، وتعزيز الصحة النفسية.

3.3. مستويات الرعاية الصحية:

ويراد بها مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى ترقية الصحة وهي كالتالي:

¹ طلال الأحمدى: إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث العربية السعودية، المملكة العربية السعودية، 2004، ص ص 115 - 119.

1.3.3. الرعاية الصحية الأولية:

لقد كان عام 2000 هدف لبلوغ توفير الصحة للجميع والذي نادى به مؤتمر ألما-آتا بأن تكون الخدمات الصحية شاملة ومتكاملة. والرعاية الصحية الأولية هي إتاحة الرعاية الصحية الأساسية للجميع بتكلفة تستطيع الدولة والمجتمع تحملها، وباستخدام وسائل علمية سليمة من الناحية العملية ومقبولة من وجهة النظر الاجتماعية. والرعاية الصحية الأولية تعنى بتحسين صحة الناس وتطويرها ووقايتهم من الأمراض وتقديم العلاج لمن يحتاج إليه، وهي تتضمن العناصر التالية¹:

- التوعية والتثقيف الصحي للأفراد والمجتمع عن مشاكلهم الصحية والاجتماعية.
- توفير الغذاء وتعزيز التغذية الجيدة السليمة.
- الإمداد الكافي بالمياه النقية.
- رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة.
- التحصين ضد أمراض الطفولة.
- مكافحة الأمراض السارية والسيطرة عليها.
- تقديم خدمات علاجية متكاملة.
- توفير الأدوية الأساسية، وهي مسؤولية مشتركة بين الجهات الرسمية وشعبية المجتمع.

2.3.3. الرعاية الصحية في المستوى الثاني والثالث:

وهي تقديم العلاج للحالات المرضية والإصابة التي تحتاج لرعاية طبية غير متوفرة أو غير كافية في المستوى الأول وتقدم من طرف أفراد الفريق الطبي في المراكز الصحية الشاملة، والمستشفيات العامة والخاصة، وتهدف لاكتشاف المبكر للعلاج الكافي والمناسب

¹ ربيع محمد عبد الرحيم على قناوي: وفيات الأمهات الأسباب والعلاج بمعتمدية الدويم - ولاية النيل الأبيض-، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا-كلية الآداب- قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم، الخرطوم، يوليو 2007. ص 37.

للمرضى¹، أو هي رعاية من نوعية أكثر تخصصاً من الرعاية التي يمكن توفرها في المستويات الأكثر طرفية، والتي تتطلب مرافق محددة، مثل التشخيص بالأشعة والجراحة العامة، ورعاية النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الحمل والولادة، وتشخيص وعلاج الأمراض غير الشائعة أو الخطيرة، ويقدم هذا النوع من الرعاية الصحية أشخاص مدربون أو عاملون صحيون فائقو التخصص، مثل جراحة الأعصاب أو جراحة القلب².

3.3.3. الرعاية الصحية والتأهيلية في المستوى الرابع³:

ويحتاجها الأفراد الذين ثبت لديهم الحالة الصحية الجسدية أو العقلية في مستوى معين من العجز أو العاهة، وتهدف للحد من المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء، وتشمل على الرعاية الطبية والنفسية واجتماعية والمهنية لهؤلاء من أجل تحقيق معيشة أفضل وهي تتم في المؤسسات الصحية والتعليمية والاجتماعية والمهنية.

4.3.3. الإحالة:

في الحالات التي يصعب تشخيص المرض أو العلاج، أو الذين يواجهون مشكلات صحية أو اجتماعية يتعذر حلها بمفردهم أو في المستويات الصحية الدنيا يمكن للجوء إلى الإحالة، أي بإمكانهم التماس الدعم أو إحالة المرضى إلى مرافق أو مؤسسات ملائمة أو إلى متخصصين في المستوى التالي الأقرب إلى مركز النظام الصحي، مثل المراكز الصحية أو المستشفيات المتتالية في النظام الصحي، والتي لديها عاملون صحيون على قدر متناه من التدريب وبإمكانهم توفير رعاية صحية أكثر تخصصاً على نطاق أوسع باستخدام تكنولوجي أكثر تطوراً من تلك التي يمكن توفيرها على المستوى الصحي السابق، والإحالة بهذا المفهوم تعني تبادل للمعلومات في اتجاهين وإعادة المرضى إلى الذين أحالوهم، مثلاً من مستوى

¹ محمد توفيق خضير: مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص ص 26-27.

² منظمة الصحة العالمية: المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1984، ص 13.

³ محمد توفيق خضير: مرجع سابق، ص ص 26-27.

الإحالة الأولى إلى العامل في صحة المجتمع، مع معلومات ملائمة عن حالة المريض وتعليمات لمتابعة الرعاية، بالإضافة إلى ذلك فإنها تعني توفير إرشادات للعاملين في صحة المجتمع عن طرق معالجة المشكلات المحالة¹.

تحدث الولادة المتعسرة والتي تتطلب أحيانا عملية قيصرية نتيجة لافتقار العاملين إلى التدريب اللازم، ولنقص التسهيلات والمعدات الضرورية للقيام بالإجراءات الطبية التي تحتاج لها الأم أو طفلها وهذا ما يوضحه الجدول التالي²:

جدول رقم (07): تصنيف المراكز الصحية وخصائصها حسب منظمة الصحة العالمية

الاسم	الخصائص
(أ) المستوصف المركز الصحي - صنف (أ) المركز الصحي الفرعي	- خدمات الإحالة والعلاج المحدودة - تطوير المجتمع المحلي - لا أسرة - وربما سرير توليد واحد - تعمل فيه قابلة مساعدة - يقدم الخدمات لأقل من 10.000 نسمة من السكان
(ب) المركز الصحي - صنف (ب)	- خدمات الإحالة والعلاج - تعزيز الصحة وتأمين الوقاية والإرشاد - دعم المراكز الفرعية - أسرة التوليد والمراقبة - غرفة عمليات خارجية - يعمل فيه فريق متعدد الأنظمة من المهنيين والعاملين الصحيين المساعدين. - يقدم الخدمات ل 100.000 نسمة كحد أقصى

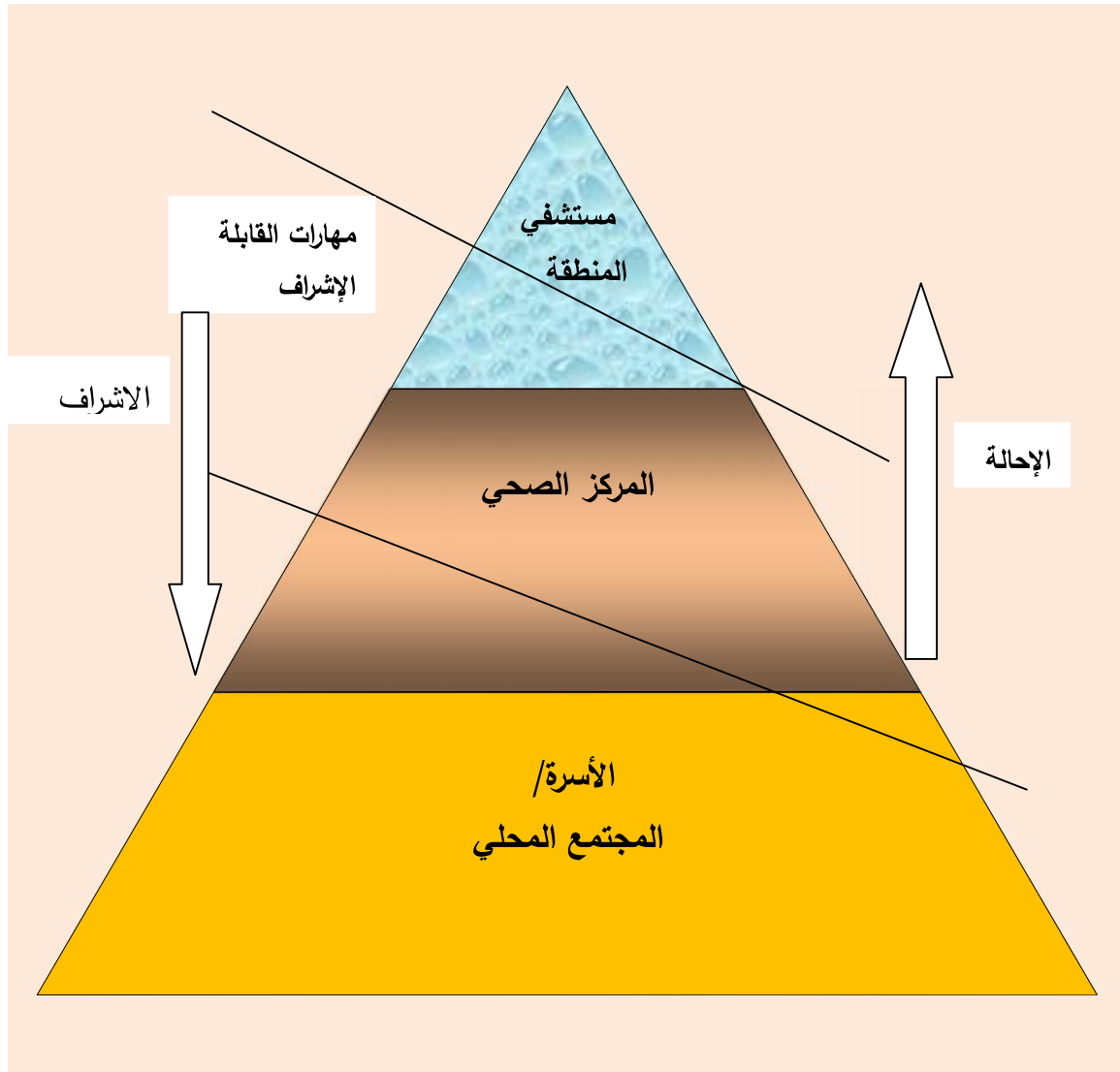
المصدر: منظمة الصحة العالمية: الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 13.

¹ منظمة الصحة العالمية: المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع، مرجع سابق، ص 13.

² منظمة الصحة العالمية: الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996، ص 13.

أما عناصر رعاية التوليد الضرورية عند مستوى الإحالة الأول فالغرض تخفيض معدل الوفيات والمراضة لدى الأمهات والأطفال الموليد، وهي تشمل التوليد الجراحي (العمليات القيصرية) ، والتخدير، والمعالجة الطبية ونقل الدم ومعالجة حالات الحمل العالية الخطورة ، وتنظيم الأسرة ورعاية الأطفال شكل (02)¹.

الشكل(02): يوضح هرم الرعاية الصحية وكيفية الإحالة في مستوى المنطقة



المصدر: منظمة الصحة العالمية: الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 13.

¹ نفس المرجع، ص ص 12-13.

4. مفهوم رعاية صحة الأم:

يشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلا من رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق بالحمل، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة، كما يتضمن الرعاية المسبقة لتوفير فرص التعليم، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر في عمليات الحمل المستقبلية، بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل، ويتضح هذا من خلال النساء اللاتي يتلقين رعاية صحية لمرحلة ما قبل الولادة في فترة مبكرة يتمتعن بعمليات ولادة أفضل من النساء اللاتي يتلقين رعاية أثناء فترة الحمل بصورة أقل أو لا يتلقين رعاية على الإطلاق خلال فترة حملهن، وتتضمن قضايا الرعاية لمرحلة ما بعد الولادة التعافي بعد الولادة والمخاوف المرتبطة برعاية المولود الجديد والتغذية والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى قضية تنظيم الأسرة.

ولكي تسير الرعاية الصحية للأم بالشكل الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية ينبغي أن تسير وفق الخطة المسطرة للعناصر التي تعنى بالتدخلات الصحية ذات الطبيعة المجتمعية التي يؤمل تحسينها لصالح صحة الأم وتتمثل في العناصر التالية¹:

- الوقاية المبكرة، تشخيص وعلاج الأمراض.
- التنقيف والغذاء التكميلي أثناء الحمل والرضاعة.
- الرعاية الملائمة قبل الولادة وفي فترة ما حول الولادة وفترة النفاس.
- تنظيم الخصوبة.

وللتطلع لمستقبل جيد لا بد من تقديم رعاية خاصة لهذه الفئة من المجتمع، والعناية الجيدة بصحة الأم تتعكس على صحة الطفل بشكل خاص، والمجتمع بشكل عام، وتهدف

¹ أحمد درديش: أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة في الجزائر، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 21، جامعة لونيبي علي، البلدة 2، الجزائر، مارس 2014، ص 84.

برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وبصفة عامة تهدف إلى¹:

أ. بالنسبة للأم

- أن تحتفظ كل حامل أو مريض بصحة جيدة، بتقديم الرعاية الكاملة أثناء الحمل والولادة.
- أن تتعلم فن رعاية الطفل.
- أن تلد ولادة سليمة.
- أن تلد طفلاً سليماً كامل النمو.

ب. بالنسبة للطفل

- أن يعيش وينمو كل طفل وسط عائلة مترابطة يسودها الحب والأمان.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على رعاية طبية كافية ويتعلم مبادئ الحياة الصحية.

وبهذا التطلعات المركزة والمقصودة يصل المجتمع إلى تحقيق الأمومة الآمنة التي تعني الرعاية الشاملة التي تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة (تغذية وبيئة صحية واجتماعية مناسبة)، والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى حماية الأم ووليدها خلال فترة حملها والولادة وما بعدها من المشاكل أو المخاطر الصحية، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من الحقوق الصحية للمرأة والوليد معاً، ومن أجل تقليل وفيات الأمهات والأطفال².

1.4. الرعاية الصحية قبل حدوث الحمل

إن رعاية الأمومة لا تبدأ مع بداية الحمل بل تكون قبل ذلك، فصحة الأم هي أساس صحة الطفل، فالاهتمام بصحتها تكون منذ طفولة الأم، فيجب تقوية بنيتها وإعدادها منذ الصغر لتصبح أما ناجحة في المستقبل واعية لمبادئ الحياة السليمة ولأهميتها كأهمية

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال، لبنان، 2011، ص ص 581-582.

² آسيا شريف: واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها، مرجع سابق، ص 11.

الأسرة والحياة الأسرية ورسالتها في المجتمع، والاهتمام بصحة الأم لا ينعكس على الطفل فقط بل على الأسرة بأكملها، فالأم هي من تدبر شؤون بيتها وترعى الكبار والصغار فيه، كذلك إن صحة الأم لا تتأثر فقط بمشاكل الحمل والولادة والرضاعة بل تتأثر بالأمراض الأخرى التي تنتشر في المجتمع، ورعاية صحة الأم قبل الحمل والتي تؤدي إلى كشف حالات مرضية للأم والتي قد تنتقل بالوراثة، ولتفادي ذلك يجب أن يبدأ البرنامج المتكامل لرعاية الأمومة منذ طفولة الأم، لتوفير عدة خدمات أهمها:

1.1.4.1. التثقيف الصحي:

يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التثقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب مع مستوى تفكيره، بحيث يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة له، وجعله متعاوناً مع ما يجري حوله من أمور صحية¹.

والمعنية الأولى بالتثقيف الصحي المرأة فهي تعني كل المراحل في حياتها حيث لا نستطيع إهمال أو التغاضي عن الطفولة للفتاة وما تحتاجه من خدمات وقائية أثناء الرضاعة وقبل وأثناء الدراسة (حيث يتعلمن الصحة الشخصية وتشريح الجهاز التناسلي الأنثوي ووظائف أعضائه، والتعريف بالعمر المناسب للزواج والحمل والإنجاب)، وحول المراهقة وقبل الزواج وفحوصات طبية وبعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية حتى بعد مرحلة الإنجاب ورعايتها وحمايتها من أعراض سن اليأس والشيخوخة فالصحة والرعاية للمرأة تبدأ منذ أن تكون الفتاة في رحم الأم (رعاية الأم الحامل) لذا فرعاية الأم أمر ضروري كي تتجنب أطفالاً أصحاء ورعايتهم يؤدي إلى بناء مجتمع صحي متكامل.

وتشير الأستاذة آسيا شريف أن افتقار الشباب العربي بالنسبة لكلا الجنسين إلى المعلومات التي تخص قضايا الصحة الإنجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي، وكذا غياب الوعي الصحي في أوساط الشباب ويرجع ذلك أساساً إلى ثقافة الصمت، فالخدمات

¹ أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009، ص 14.

محدودة وغير كافية، بالخصوص ونحن نعلم أن هذه الفئة تمر فيزيولوجيا ونفسيا واجتماعيا بمراحل صعبة تحتاج إلى إرشادات وتوعية وتنقيف صحي موسع، واهتمام بالغ الأهمية¹.

ولقد أوضحت بعض الدراسات أن النساء لا يعانين فقط من مستوى مرتفع غير متوقع من الإصابة بالأمراض التناسلية، وإنما يعانين أيضا من مستوى متدن من الوعي الصحي وانخفاض بالغ في مستوى استيعاب الانتفاع بالرعاية الصحية، حيث أن الخدمات لا تؤدي وظيفتها بمعزل عن الطلب، فلذا لا بد من وجود برنامج لزيادة الوعي الصحي وينبغي أن يكون جزءا أساسيا من إطار العمل، ومجابهة القيود الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية في حياة النساء والتي تؤثر في قدرتهن على الحصول على الرعاية الصحية، لأن التنقيف الصحي سيزود النساء بالمعلومات مما سيمنهن من اتخاذ القرارات².

وتتمثل خدمات التنقيف الصحي في تقديم المعلومات الضرورية التي تتبعها النساء قبل وأثناء الحمل وبعد الوضع، وتشمل نظام الأكل الذي يجب أن تتبعه، وأهمية تنظيم الأسرة والرضاعة الطبيعية على صحتها وصحة طفلها، وتوعيتها بأعراض الحمل الخطيرة وأهمية الرعاية الصحية بعد الوضع.

وفي نفس السياق تبين معطيات المسح 2002 بأن خدمات التنقيف الصحي المقدمة للسيدات في المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة كانت بنسب ضعيفة، فنسبة السيدات اللواتي قدمت لهن معلومات عن أهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأم والطفل لم تتجاوز 45% وتلقت 37.9% فقط من النساء الحوامل معلومات عن أعراض الحمل الخطيرة، و24.4% معلومات عن أهمية الرعاية الصحية بعد الولادة و21.9% معلومات عن أهمية تنظيم الأسرة، وتلقت 14.8% خدمات عن نظام الأكل المتبع عند المرأة الحامل³.

¹ آسيا شريف: الشباب والتنقيف الصحي في قضايا الصحة الإنجابية، وإعدادهم للدور الإنجابي في المنطقة العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد 4، العدد 21، القاهرة، مايو 2011، ص 49.

² كريمة خليل وآخرون: دمج إطار الصحة الإنجابية في خدمات الرعاية الأساسية - تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية-، سلسلة سياسات الصحة الإنجابية مجموعة بحوث الصحة الإنجابية، المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، مصر، 2000، ص 22.

³ أحمد درديش: مرجع سابق، ص 87.

أما عن مكان تلقي الخدمة المقدمة، نلاحظ بأن دور المرافق الصحية العامة في مجال خدمات التنقيف الصحي أكبر من الدور الذي تقوم به المصحات الخاصة والطبيب الخاص في هذا المجال ولرفع نسبة تلقي الرعاية الصحية من قبل الأمهات يجب على هذه المؤسسات سواء كانت عامة أو خاصة أن توفر وتحسن نوعية هذه الخدمات خاصة تلك المتعلقة بالرعاية الصحية بعد الولادة وخدمات تنظيم الأسرة بهدف رفع معدل استخدام وسائل منع الحمل¹.

جدول رقم(08): نسب السيدات (%) غير العازيات وفي سن الإنجاب(15 - 49 سنة) اللواتي تلقين تثقيفا صحيا أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال خمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.

مكان آخر كشف*					الخدمات المقدمة
المجموع	طبيب خاص	مصحة خاصة	مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي	مستشفى / مركز أمومة	
14.8	34.1	36.3	36.6	39.6	نظام الأكل
37.9	32.7	36.0	36.3	41.8	أعراض الحمل الخطيرة
45.0	34.3	39.4	42.6	46.5	الرضاعة الطبيعية
21.9	28.4	29.6	39.5	44.0	تنظيم الأسرة
24.4	22.5	28.9	30.2	34.5	الرعاية بعد الولادة

المصدر: وزارة الصحة والسكان: المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، التقرير الرئيسي، الجزائر، جويلية 2004، ص82.

* تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات.

¹ نفس المرجع، ص 88.

2.1.4. الفحص قبل الزواج:

مما لا شك فيه أن الوقاية هي إحدى السبل الرئيسية ذات الأهمية البالغة لتجنب المخاطر ويتمثل ذلك تقديم في استشارات طبية إجبارية أو اختيارية للخاطبين المقبلين على الزواج، وتقديم شهادة طبية لهم تستند إلى فحوصات مخبرية أو سريرية تجرى لهم قبل إبرام عقد الزواج، لاكتشاف أي موانع صحية تحول دون الزواج، وحتى لمعرفة إمكانية الإنجاب من عدمه، بحيث يكون كلا الخاطبين عالما بما هو مقبل عليه ومقتنعا به¹، وذلك لتحقيق الأهداف التالية²:

- التشخيص المبكر لبعض الأمراض القابلة للعلاج ومعالجتها حتى لا تسبب متاعب صحية وأمراض تزيد من المضاعفات الصحية وخاصة للمرأة أثناء حملها فهناك الكثير من الأمراض التي قد تكون موجودة دون أن يشعر بها الإنسان مثل مرض السكري والسل وبعض أمراض الغدد فيتم معالجتها قبل أن يشرع الرجل والمرأة في الزواج.
- التشخيص المبكر لبعض الأمراض الوراثية التي قد يكون الرجل أو المرأة أو الاثنين معا حاملين لها دون أن يعلموا لأن الحامل للمرض الوراثي ليس مريضا لكن إذا ارتبط بشخص آخر حامل للمرض فإن نسبة إنجاب أطفال مرضى هي 25 % وأطفال صحيين 25 %، وأطفال حاملين للمرض بنسبة 50 %.
- الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مآسٍ أسرية وأطفال مرضى: يعتبر الالتزام والتفكير بإجراء الفحوصات الوراثية قبل ارتباط الطرفين لتكوين نواة أسرية جديدة مهما جدا، فوراثيا لدى كل إنسان بغض النظر عن عمره أو حالته الصحية جينات قوية وأخرى ضعيفة حيث يوجد في كل إنسان ما يتراوح بين 5 و 10 جينات قوية وأخرى ضعيفة في مختلف مراحل حياته، مما يجعل الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مآسٍ أسرية تنتج عنها دائما الأمراض الوراثية المشتركة بين الزوجين كمرض فقر الدم المنجلي ومرض الهيموفيليا

¹ موسى مرمون: الفحص الطبي قبل الزواج مستجدات قانون الأسرة 84 / 11 لسنة 1984 بموجب الأمر رقم 05 / 02

المؤرخ في 27 / 02 / 2005 المعدل والمتمم له، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 41 جوان 2014، مجلد ب، جامعة

قسنطينة 1، الجزائر، 2014، ص 484.

² أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص ص 229-230.

وثلاسيما.

- الفحص النفسي للتأكد من الصحة النفسية، وحتى تكون العائلة سوية في تصرفاتها¹.

جدول رقم(09):أنواع الفحوصات الطبية ما قبل الزواج لحياة أسرية مستقرة:

بالنسبة للمرأة	بالنسبة للرجل
- الكشف الطبي السريري، وفحص فصيلة الدم.	- الكشف الطبي السريري، تحليل بول كامل.
- تحليل فيروس الحصبة الألماني.	- تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.
- تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.	- تحليل كشف مرض الزهر
- تحليل جرثومة الحمل (تكسوبلازما) أي جرثومة القطط.	- تحليل كشف فيروس مرض نقص المناعة بالجسم.
- تحليل فحص السكر بالدم.	- تحليل فحص السكر بالدم
- تحليل صورة دم كاملة وسرعة الترسيب بالدم.	- فحص فصيلة الدم.
- تحليل بول كامل.	- فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم
- فحص الخلو من الأمراض الوراثية.	من خلو الدم من مرض الثلاسيما.
- فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم من	- تحليل صورة دم كاملة.
خلو الدم من مرض الثلاسيما.	- فحص الخلو من الأمراض الوراثية.
	فحص الحيوانات المنوية

المصدر: أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص ص 230 - 231.

وقد أحيطت فكرة الفحص الطبي قبل الزواج بسياج قانوني تمثل في إصدار تشريعات خاصة به في كثير من دول العالم منها فرنسا وقبرص وبعض الولايات المتحدة الأمريكية، وبالخصوص في معظم الدول العربية حيث الفحص الطبي إجباري في كل من تونس وسوريا والعراق ومصر منذ فترة طويلة، وانضمت إليهم مؤخرا ليبيا والإمارات العربية والسعودية، وفي الأردن فبعد إن كان الفحص الطبي قبل الزواج اختياريًا، وبعد حملات توعية وتنقيف بأهميته و دوره في القضاء على بعض الأمراض، فقد أصدر المشرع الأردني قانونا يجبر

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، مرجع سابق، ص 582.

المتقدمين للزواج - بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة في المراكز المخصصة لذلك والتابعة لوزارة الصحة، ولا يتم عقد القران قبل إحضار ورقة تثبت إجراء الفحص، بينما لا يزال الفحص الطبي قبل الزواج اختياريًا في بعض الدول العربية الأخرى منها دول في الخليج العربي، كقطر التي تسعى إلى تكثيف الوعي بأهميته قبل الزواج استعدادًا للإلزام به¹.

كما حملت التعديلات التي لحقت بقانون الأسرة الجزائري، بموجب الأمر 02/05 الصادر بتاريخ 27 / 02 / 2005 وجوب خضوع طالبي الزواج للفحوصات الطبية قبل الزواج والزامية تقديم شهادة طبية تثبت ذلك وقت تحرير عقد الزواج المادة (07 مكرر منه)، وإن اشتراط الشهادة الطبية التي تثبت خضوع طرفي الزواج للفحوصات الطبية قبل تحرير العقد في القانون الجزائري يعد مطلبًا صحيًا (لا يعني أنه شرط في صحة العقد) تدعو إليه ضرورة المصلحة العامة، وذلك بالنظر إلى تركيبة المجتمع الجزائري التي لازالت في غالبيتها عشائرية، وللزواج العائلي أو ما بين الأقارب مكانة مرموقة، ولقد ثبت علميًا بأن هذا النوع من الزواج يتسبب في وجود العديد من الأمراض والعيوب الوراثية الخطيرة لدى الأبناء، فلا تكاد تذكر الأمراض الوراثية، إلا ونجد من يحذر من زواج الأقارب، ويستشهد على ذلك بالأبحاث والدراسات العلمية الحديثة التي تبنت علاقة زواج الأقارب بهذا النوع من الأمراض².

5. الرعاية الصحية أثناء الحمل

إن المتابعة الصحية أثناء الحمل أيضا فرصة لكشف المشاكل الصحية التي كانت تعاني منها الحامل أصلا ومعالجتها، أو المشاكل التي قد تحدث أثناء الحمل، وتعتبر متابعة الحمل ضرورية للنساء الحوامل اللواتي يتصف حملهن بالخطر، واللواتي يحتجن رعاية صحية ومتابعة طبية أثناء الحمل أو عند الولادة، وزيادة التنقيف بالجوانب الصحية المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها، كذلك زيادة توعية بالاهتمام بتغذيتهم وتغذية المولود، إضافة للعديد من الجوانب الأخرى، ولا بد للمرأة الحامل أن تقوم بالمتابعة الصحية منذ فترة مبكرة

¹ موسى مرمون: مرجع سابق، ص 485.

² نفس المرجع، ص 489.

من الحمل ليساعد في الكشف المبكر عن المشاكل الصحية المصاحبة للحمل والمضاعفات التي قد تترتب عليها، مما يساعد في الحد منها ومن تفاقمها.

وتتضمن الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل:

- التعرف على حياة الأم وصحتها.

- حياة وصحة الرضيع.

- إحساس جميع المتعلقين بخدمات الأمومة والأمهات بالرضا التام على مستوى العناية بالأمهات أثناء الحمل والولادة¹.

- إعداد خطة منظمة للمتابعة خلال فترة الحمل وتشجيع المرأة الحامل على إتباعها حيث تكون الزيارات الشهرية حتى الأسبوع 28 من الحمل ثم كل أسبوعين حتى الأسبوع 36 من الحمل ثم أسبوعياً حتى الولادة، فمن خلال برنامج الزيارات الدورية المنتظمة تتم التوعية الطبية اللازمة، كما تؤدي هذه الزيارات إلى توثيق العلاقة وتطوير الثقة بين الحامل وفريقها الطبي المعالج مما يؤدي إلى نتائج ايجابية من أجل مرور فترة الحمل بسلام ودون أية مضاعفات.

ويقدم برنامج رعاية الأمومة والطفولة الخدمات للأم الحامل وأطفالها من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية غالباً وتهدف الرعاية الصحية للأم الحامل إلى²:

- رعاية الحامل بدنياً ونفسياً واجتماعياً خلال فترة الحمل للوصول إلى ولادة طبيعية.

- اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل، لإعطائها مزيداً من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية.

- خفض معدل الإصابة بالكزاز عند الولدان (حديثي الولادة).

- خفض معدلات المراضة والوفيات ما حول وما بعد الولادة وخفض معدلات وفيات

الأمهات.

¹ ستيوارت كامبل وآخرون: طب التوليد بقلم عشرة أساتذة، ترجمة: عمر أحمد ميرغني وروفاثيل عطا الله، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2007، ص 19.

² محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، مرجع سابق، ص 583.

وأشارت بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002 إلى أن الأمهات صغيرات السن أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل، ثم تقل هذه النسبة تدريجيا وربما يرجع ذلك إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن¹.

وتقدر نسبة النساء الجزائريات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير بـ 69.9 % سنة 2008²، في حين أظهر المسح العنقودي متعدد المؤشرات أن عدد الزيارات السابقة للولادة خلال الحمل الأخير خلال السنتين السابقتين للمسح أن تسعة من بين كل عشرة أمهات 93% قمن أكثر من زيارة واحدة قبل الولادة، وتختلف الزيارة تبعا للمستوى التعليمي للأمهات حيث بين المسح أن الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن المرحلة الابتدائي قمن بالزيارة بنسبة 61 % مقابل 86% من الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي أعلى³، مما يدل على وعيهن بضرورة متابعة الحمل.

وتتمثل الرعاية الصحية أثناء الحمل الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في تقديم خدمات الفحوصات الطبية اللازمة والتي ينبغي أن لا تقل عن أربع زيارات ما قبل الولادة استنادا إلى استعراض لفعالية أنواع مختلفة من الرعاية ما قبل الولادة، في هذا المعنى، فإن المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف تضمنت محتوى الرعاية التي ينبغي أن تجرى في هذه المرحلة (ما قبل الولادة) تمثلت في⁴: قياس ضغط الدم، وتحليل البول الجرثومية والبروتينية، والدم للكشف عن الزهري وفقر الدم الشديد، وقياس الوزن / الحجم (اختياري).

وكذلك خدمات التنقيف الصحي التي تطرقنا إليها آنفا (نظام الأكل، أعراض الحمل الخطيرة، تنظيم الأسرة، أهمية الرضاعة الطبيعية والرعاية بعد الولادة) وتطعيم السيدات ضد التيتانوس.

¹ ماجدة عبد الحميد وآخرون: الظروف المعيشية واستخدام خدمات رعاية الأمومة، المجلد الثاني، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان، القاهرة، ص 227-228.

² الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية: المشروع العربي لصحة الأسرة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات، 2008.

³ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013** op.ci, op.cit, p 137

⁴ Ibid, P 135.

1.5. التطعيم ضد التيتانوس:

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادات، وعند قيام الأم بالتطعيم يكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد هذا التسمم من خلالها، لهذا يمكن تقليل إصابة الأمهات والرضع حديثي الولادات إلى حد كبير من خلال تلقي الأمهات جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها.

ولقد أقرت الدولة الجزائرية بإجبارية التحصين ومجانيته، بإصدار مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969 والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيته، وهذه بهدف القضاء والتخفيف من الأمراض المعدية¹، وتلتزم مراكز الأمومة بتطبيق جدول التلقيحات المجانية الذي أعدته وزارة الصحة والسكان لأنه يقلل من معدل الكزاز المولدي ووفيات الأمهات، يعطى لكل حامل تخضع لمتابعة طبية، ويجري هذا التلقيح على دورات خمس تمنح الحامل مناعة أبدية والجنين مناعة مؤقتة تعزز بعد الولادة مباشرة، حيث يلقح بلقاح ضد الكزاز والسل، مع الأخذ بعين الاعتبار التلقيحات السابقة في الطفولة والمراهقة بمعرفة أنه إذا تم تلقيح امرأة في مرحلة المراهقة فهي لا تحتاج إلى إعادة التلقيح أثناء الحمل².

جدول رقم (10): أوقات التلقيح ضد التيتانوس

تاريخ الحقن	اللقاح ضد الكزاز
الأول	خلال ثلاثة أشهر الأولى للسداسي الأول من الحمل
الثاني	شهر واحد بعد اللقاح الأول ضد الكزاز
الثالث	ستة أشهر بعد اللقاح الثاني
الرابع	عام بعد اللقاح الثالث
الخامس	عام بعد اللقاح الرابع

Source: Institut Pasteur d'Algérie, Ministère de la santé et de la population : **guide de vaccination**, Unicef, Algérie, 1998, P 33.

¹ R.A.D.P ,Décret n°69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **journal officiel**, op.cit,P 560.

² Institut Pasteur d'Algérie, Ministère de la santé et de la population: **guide de vaccination**, Unicef, Algérie, 1998, P 33.

وتشير نتائج التحقيق الوطني حول صحة الأم والطفل لسنة 2000 أن الأمهات اللواتي تلقين جرعتين من لقاح التيتانوس بجرعتين كانت بنسبة 43.2 %، في حين قدر سنة 1995 بـ 41 %، و 5.5 % من الأمهات تلقين جرعة واحدة سنة 2000، في حين قدرة النسبة سنة 1995 بـ 7 %، و 51.4 % من الأمهات لم تتلقين أي تلقيح ضد التيتانوس سنة 2000، في حين قدرت سنة 1995 بـ 52 %، في حين كانت نتائج الأمهات اللواتي أخذن جرعتين ومن الجنوب بنسبة 56.3 %، و 42.2 % من الأمهات من أصل وسط، و 23.3 % نسبة الأمهات اللواتي تلقين جرعتين من اللقاح ضد التيتانوس ومن أصل الغرب سنة 2000¹.

أما نتائج المسح الجزائري لصحة الأم والطفل سنة 1992 فنجد أن حوالي 79 % من النساء الحوامل لم يتلقين أي تطعيم ضد التيتانوس²، أما مسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، فإننا نجد أن نسبة الأمهات اللواتي تلقين التحصين ضد التيتانوس كانت مقدرة بـ 43.9 %، مقسمة هذه النسبة إلى 7.8 % من الأمهات تلقين تحصين ضد التيتانوس بجرعة واحدة، و 19 % من الأمهات تلقين لقاح التيتانوس بجرعتين، و 17 % من الأمهات قمن بتلقيح ضد التيتانوس بثلاثة جرعات³، أما مسح متعدد المؤشرات 2012 فقد بين أنه قد تم تحصين 57 %⁴ من النساء ضد التيتانوس.

2.5. الفحوصات الطبية

يتم إجراء مجموعة من الفحوصات في شهور الحمل قبل دخول الأم في المخاض، والغرض منها هو الكشف عن التشوهات الجنينية والتي يحتمل أن تتطور، وكذلك التعرف على عوامل الخطورة الموجودة في تاريخ الحامل الطبي أو الخاص بالولادة، وفي النصف الثاني من الحمل.

¹ Ministère de la sante et de la population: **Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie 2000**, Algérie, 2001. P 87.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992**، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 171.

³ وزارة الصحة والسكان: **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، التقرير النهائي، الجزائر، 2004، ص 84.

⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, op.cit, P 187.

ويكون التركيز منصبا على اكتشاف ضغط الدم المرتفع والنمو البطيء للجنين (تأخر النمو داخل الرحم)، وقد يحدث النزف قبل الوضع (نزول الدم من المهبل نتيجة نزيف داخل الرحم) في أي وقت، وعادة تكون الإحالة إلى الطوارئ مطلوبة، أما عند اقتراب ميعاد الولادة يجب اختبار بطن الحامل للكشف عن « سوء المجيء » وهذه حالة يكون فيها رأس الجنين في الاتجاه الخاطئ- المجيء المقعدي - الذي تكون فيه جبهة الجنين متجهة إلى أعلى والمقعدة إلى أسفل، وتعد هذه هي المشكلة الأكثر شيوعا، ويتم إجراء اختبارات الدم في أوقات محددة¹.

3.5 :

تستفيد الأم من هذه الوثائق الهامة من مراكز رعاية الأمومة عند الفحص الأول لها، ويتم تدوين الفحوصات الطبية وتطورات الحمل لكونه يعبر عن حالة صاحبه وتاريخها المرضي، ويحمل أيضا التاريخ الصحي للطفل ومختلف التلقيحات التي يجب أن يتحصل عليها، ومن الطبيعي أن تحتفظ الأم بهذا الدفتر لمساعدتها من خلال البيانات المدونة بداخله عند حملها مرة أخرى، ومن خلاله يتمكن أي طبيب سواء المختص أو العام (تقدمه في أي مكان عند تغيير مكان إقامتها) من الحصول على المعلومات المرتبطة بنوعية الوضع ووضعيتها عند كل فحص ليطلع الطبيب على محتوياته، ثم يضع فيه ملاحظاته الحالية.

وعند الفحص لأول مرة يتم القيام بما يلي على الدفتر:

- تسجيل تاريخ الحمل الحالي والسابق وتاريخ الولادة للحامل ومهنة الزوجة والسيرة العائلية، والتعرف على عوامل الخطورة ويتم تثبيت كافة المعلومات في استمارة وبطاقة المراجعة، بإجراء الفحص السريري للحامل ويشمل فحص الصدر والثدي والبطن لمعرفة حجم الرحم، والضغط و الوزن، وكذلك فحص وضع الجنين ونبضه، وأي فحص آخر إذا دعت الضرورة لذلك، وتوثق جميع المعلومات في الاستمارة والبطاقة².

- سيرة التطعيم السابقة للحامل بلقاح الكزاز والحصبة الألمانية.

¹ نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 71-74.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: الدفتر الصحي، الجزائر، 2013، ص ص 2-7.

- إجراء الفحوصات المخبرية للحامل والتي تشمل صنف الدم، وعامل الريزوس.
- يحدد تأريخ المراجعة القادمة ويتم تثبيته في البطاقة والاستمارة وتبليغ الحامل بذلك.
- وعند إحالتها إلى المستشفى عند الضرورة يتم تدوين نوعية الخطورة على بطاقة الإحالة، ويثبت ذلك على بطاقة الحامل واستمارة الحامل وفي سجل الرعاية، وإخبار الحامل بضرورة الالتزام بمواعيد الزيارة، ولأسيما عند حدوث أية أعراض غير طبيعية¹.

إن امتلاك الدفتر الصحي يمثل بداية التوعية بأهميته، ومن خلاله تتم توعية الأمهات بمختلف الأمور التي تخصها من بداية الحمل إلى كيفية العناية بصحة الطفل، وله فائدة كبيرة حيث تستفيد منه خاصة المبتدئات، والمتعلمات، حيث يتيح للأميات أن تستفسر عما فيه من طرف المتعلمات، وبهذا يحقق الفتر الصحي غرضين أساسيين:

- إعلام الأم بتطور حالتها الصحية طوال فترة الحمل (طبيعي، غير طبيعي، وجود تعقيدات..) ويمكنها من المتابعة الطبية والإدارية (تاريخ الزيارة المقبلة، الإحالة للمستشفى...).

- يضمن الدفتر الصحي استمرار العلاقة بين مختلف الأشخاص، والعاملين في القطاع الطبي (الطبيب، القابلة...) بالمركز أو العيادة الخاصة حتى ساعة الولادة، كما أنه يجبر الطبيب من القيام بالفحوصات الإجبارية بعد الولادة (بعد 8 أيام من الوضع، أو بعد 40 يوماً)، لذلك يجب الاحتفاظ به والاهتمام به.

4.5. الفحوصات والتحاليل التي تقدم أثناء الحمل:

من بين أهم الفحوصات والتحاليل التي يجب إجراؤها أثناء فترة الحمل تتمثل في:
فحص بالموجات فوق الصوتية: يتم عادة إجراء هذا الفحص مرتين أو ثلاث أثناء فترة الحمل وبالضبط في الأسابيع الأولى للتأكد من أن الحمل طبيعي وليس حمل خارج الرحم، ولتحديد عمر الجنين ثم يتم إجراؤه مرة أخرى في الأسبوع الثاني عشر من أجل التأكد من سلامته وخلوه من التشوهات والعيوب الخلقية ومعرفة صفاته (تحديد جنس المولود) وفي الشهر الأخير من أجل التأكد من وضعية الجنين².

¹ زين حسن بدران وآخرون: رعاية الأم والطفل، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 14.

² نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 46-47.

- **تحليل البول:** تم تحليل البول بشكل دوري ومستمر طوال فترة الحمل للكشف عن وجود أي بكتيريا أو أملاح قد تدل على وجود التهابات يتم علاجها عادة عن طريق وصفة طبية، أو الكشف عن وجود بروتين أو سكر، لأن وجود بروتين بالبول مؤشر على احتمالية ارتفاع ضغط الدم واحتباس السوائل أواخر الحمل، ووجود سكر بالبول مؤشر على إصابة الأم الحامل بما يسمى بسكر الحمل.

- **تحليل الدم:** يتم تحليل الدم للكشف عن:

أ- فصيلة دم الأم وعامل الريزوس «Rh»: حيث إذا كان عامل الريزوس الخاص بالأم سالبا والجنين موجب، فيقوم الطبيب بحل هذا المشكل بإعطاء حقنة للأم أثناء الأسابيع الأولى من الحمل.

ب- صورة دم كاملة: وهي مهمة لمعرفة عدة أشياء منها نسبة الهيموجلوبين الذي يعد مؤشرا على سلامة الأم أو إصابتها بالأنيميا لذلك تشعر الأم بالخمول والتعب عند القيام بأقل مجهود، ومن المهم جدا إجراء التحاليل خلال الشهر الأول لمعرفة مدى حاجتها للحديد ولحمض الفوليك لأن نقص هذا الحمض قد يؤدي إلى تشوه الجنين، وأيضا معرفة عدد الصفائح الدموية وخلايا الدم البيضاء، حيث إن زيادة عدد خلايا الدم البيضاء يمكن أن يشير إلى وجود عدوى.

ج- الحصبة الألمانية: قد تتعرض الأم للإصابة بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى، فلذا تقوم بتحليل مستوى الأجسام المضادة لفيروس الحصبة الألمانية لمعرفة إذا كان عندها مناعة له (إصابة الأم به في الصغر أو نتيجة أخذ تطعيم) أم لا، وهذا الفيروس خطير جدا، حيث يمكن أن يسبب الإجهاض أو ولادة مبكرة أو ولادة جنين ميت، أو عيوب خلقية بالجنين، لذلك إذا لم يكن عند الأم مناعة منه فعليها تجنب أي شخص مصاب به، حتى يتم حملها بسلام¹.

- التهاب الكبد: الكثير ممن يحملون هذه الفيروسات لا يعرفون، لذلك تقوم الأم بهذا التحليل للتأكد من سلامتها، وإذا كانت مصابة، فربما ينتقل للطفل أثناء الولادة فيقوم الطبيب

¹ جورج قاريللي وأن ماري موزر: **حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة**، ترجمة (معصومة المبارك)، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، بدون سنة، ص 77-78.

بإعطائها حقنة معينة في أول 12 ساعة، وأخرى بعد شهر أو شهرين، وثالثة في عمر ستة أشهر لحمايتها من الإصابة بهذا الفيروس.

- الزهري: هو عدوى تنتقل جنسيا، وهو نادر ولكن لا بد من التأكد من عدم إصابتها به، لأنه إذا وجد يمكن أن يسبب لها مشاكل خطيرة..

- اختبار السكري: لمعرفة إذا كانت الأم مصابة بسكر الحمل أم لا، لأخذ الاحتياطات اللازمة.

وتوجد بعض الفحوصات الأخرى التي يأمر بها الطبيب لحالات معينة فقط، نتيجة لتقدم عمرها أو لتاريخها المرضي أو لتاريخ العائلة بحدوث بعض التشوهات والعيوب الخلقية، لذلك فعليها المتابعة مع طبيبها وعمل ما يطلب منها من فحوصات أو تحاليل.

5.5. الفحوصات والخدمات الصحية المقدمة أثناء الحمل:

تكشف معطيات الجدول رقم (11) عن أهم الفحوصات والخدمات الصحية المقدمة للسيدات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في آخر زيارة لهن لمركز تقديم الخدمة، ومن أهم الخدمات المقدمة للسيدات الحوامل قياس ضغط الدم بنسبة 95.6 %، والفحص الباطني بنسبة 81.7 %، قياس الوزن بنسبة 78.1 %، خدمات صور الصدى بنسبة 77 %، الكشف عن وضعية الجنين بنسبة 73.6 %، وخدمات تحليل البول 63.1 %، وخدمات تحليل الدم بنسبة 54.8 %¹، في حين أن المسح العنقودي الرابع (MICS4) أظهر تقدم ملحوظا في بعض الخدمات المقدمة للسيدات مثل تحليل البول بنسبة 71.6 % بتحسن يقدر بـ 8.5 %، وخدمات تحليل الدم بنسبة 82.9 %، بتقدم 28.1 %، أما قياس الدم بنسبة 90.5 %، وبتراجع 5.1 %²، كما أظهر استخدامهن مرة واحدة على الأقل للحصول على الرعاية قبل الولادة أثناء حملهن المقدمة من قبل الموظفين المؤهلين بـ 85% من الحالات، تمت فيها استشارة الطبيب، وفي 8% من

¹ وزارة الصحة والسكان: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 82.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013**, op.cit, P 139.

الحالات قابلة، و94% كانت في المناطق الحضرية و91% في المناطق الريفية. وسجلت أعلى نسبة وسط شمال بـ97% مقابل 87% في الجنوب¹.

وتتباين نسب الخدمات المقدمة باختلاف مكان تلقي الخدمة، فالخدمات المتعلقة بقياس وزن السيدات وطولهن والقيام بتحليل الدم والبول وقياس البطن ظهرت بنسب مرتفعة أكثر عند السيدات اللواتي تلقين هذه الخدمات في المستشفيات ومراكز الأمومة والمصحات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية العامة، بينما لم تسجل اختلافات كبيرة في نسب الخدمات المتعلقة بقياس ضغط الدم والإصغاء إلى نبضات الجنين والكشف عن وضع الجنين وتلقي الفحوصات الباطنية باختلاف مكان تلقي هذه الخدمات.

جدول رقم(11): نسب السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب(15- 49 سنة) اللواتي تلقين فحوصا طبية أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.

مكان آخر كشف*					الخدمات المقدمة
غير مبين	طبيب خاص	مصحة خاصة	مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي	مستشفى / مركز أمومة	
78.1	63.7	67.5	81.0	73.1	قياس الوزن
58.8	37.5	40.4	56.9	51.6	قياس الطول
95.6	94.2	93.9	94.4	94.5	قياس ضغط الدم
63.1	64.4	68.4	76.7	75.8	الدم تحليل
54.8	58.5	59.8	71.4	64.4	تحليل البول
71.3	70.7	74.1	84.9	84.7	قياس البطن
71.3	77.9	85.8	85.2	89.3	الإصغاء إلى الجنين
77.0	86.8	86.9	60.0	73.2	إيكوغرافي
81.7	67.2	74.2	70.7	78.3	الفحص الباطني
73.6	79.9	83.6	73.2	81.8	معرفة وضع الجنين

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 82.

* تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات.

¹ Ibid, P 135.

أما عن خدمات صور الإيكوغرافي المقدمة للسيدات فكانت بنسب أكبر عند السيدات اللواتي تابعن حملهن الأخير في المصحات الخاصة أو عند الطبيب الخاص بنسبة تقارب 86.9 %، بينما حصلت 60 % فقط من السيدات اللواتي تابعن حملهن في المصحات المتعددة الخدمات أو المراكز الصحية، وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر الأجهزة المخصصة لهذه الخدمات بعدد يغطي كل طلبات السيدات على الخدمة¹.

جدول رقم(12): نسب النساء (%) غير العازبات وفي سن الإنجاب(15 - 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل.

الرعاية الصحية	مسح 1992	مسح 2002	مسح 2006	نسبة التغير (%) خلال الفترة 1992 - 2006
تلقين رعاية أثناء الحمل	58.4	80.7	90.3	54.6

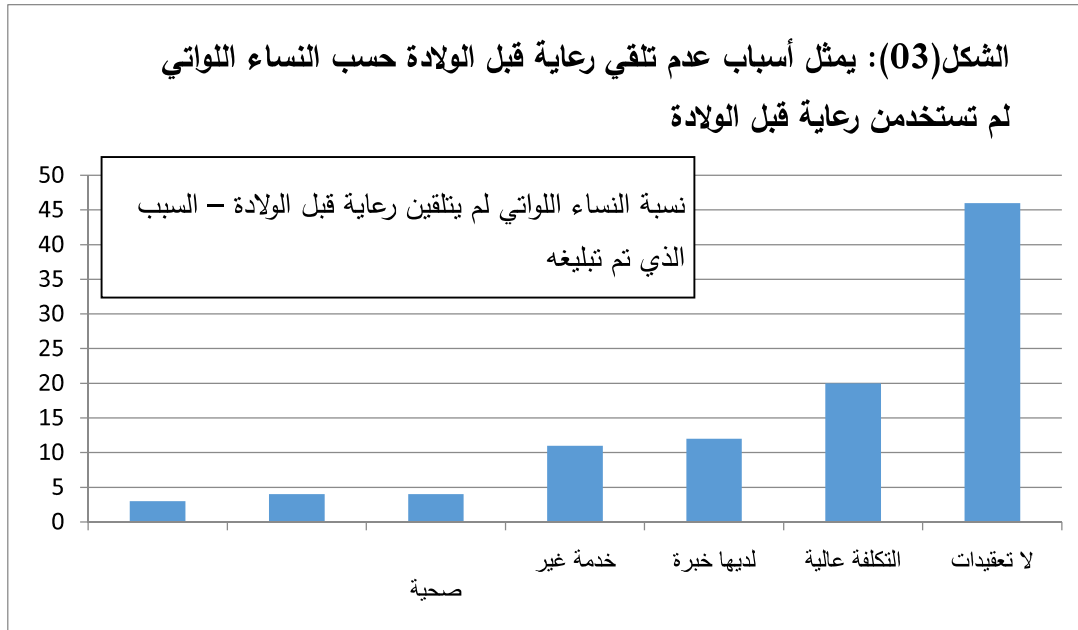
المصدر:- وزارة الصحة والسكان: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992، الجزائر، ص 164.
 - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 81
 - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء: المسح الجزائري المتعدد المؤشرات 2006، التقرير الأولي، الجزائر، جويلية 2007، ص 60.

أظهرت بيانات الجدول أن نسبة الولادات التي تلقت الأمهات فيها رعاية صحية أثناء الحمل بلغت 58.4 % من جملة ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح سنة 1992، وارتفعت إلى 80.7 % سنة 2002 ثم إلى 90.3 % من جملة ولادات السنتين السابقتين للمسح سنة 2006 مسجلة زيادة قدرها 54.6 % خلال الفترة 1992- 2006 ، كما بين المسح العنقودي الرابع(MICS4) لرعاية السابقة للولادة أثناء الحمل تمت مرة واحدة على الأقل من قبل الموظفين المهرة بنسبة 92.7 %، وأربع مرات على الأقل من قبل أي

¹ أحمد درديش: مرجع سابق، ص 88.

الموظفين بنسبة 67.3%¹.

وقد يسود الاعتقاد بعدم وجود الحاجة للخدمة، وتكلفتها وعدم توفرها جميعها عوائق تحول دون استخدام الرعاية قبل الولادة، سُئلت 21% من النساء اللواتي لم تستخدم رعاية قبل الولادة عن سبب عدم استخدامها حسب الشكل التالي²:



المصدر: صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص 72. وكان أكثر الأسباب شيوعاً هو أنهم لم يواجهوا تعقيدات (46%) هذا السبب وسبب «كان لدينا خبرة» (11%)، ويشير إلى أنه كثيراً ما كان يساء فهم الرعاية قبل الولادة على أنها علاجية، بدلاً من وقائية. وكانت التكلفة هي ثاني الأسباب الأكثر شيوعاً لعدم استخدام الرعاية قبل الولادة (20%) بالإضافة إلى عدم توفر الرعاية قبل الولادة 11%³.

وتتأثر النساء بشكل مختلف بالتكلفة وعدم توفر الخدمة حسب مستوى الثروة

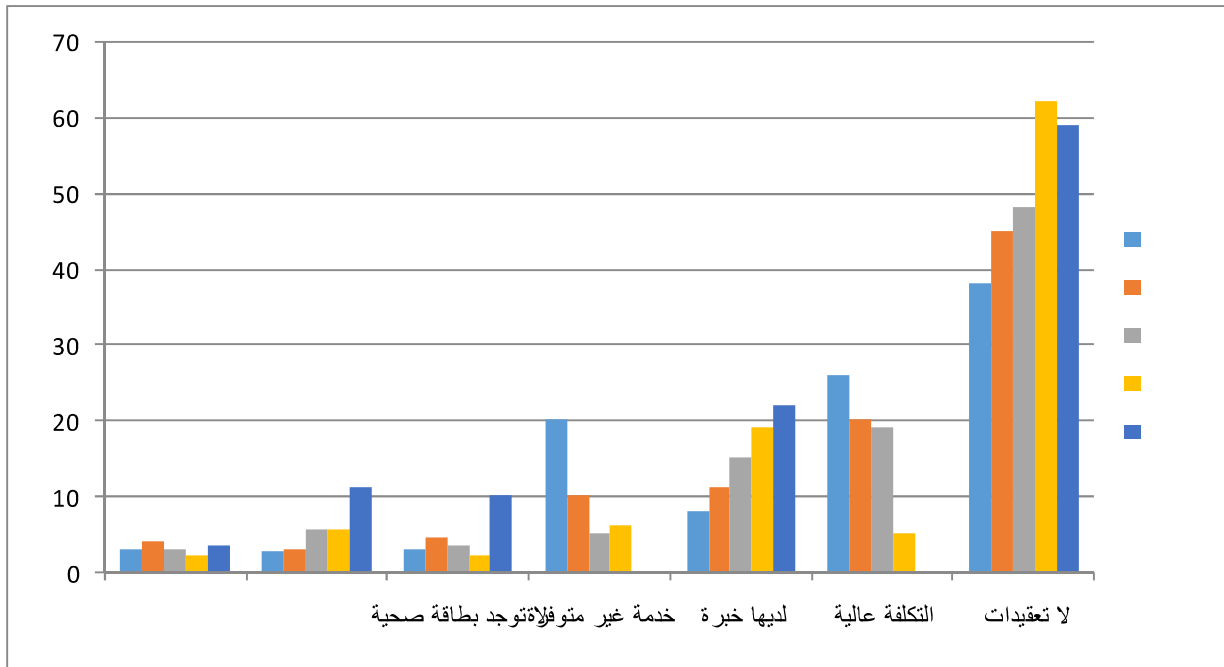
¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013**, op.cit, P 8.

² صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص 72.

³ نفس المرجع، نفس الصفحة

الشكل (04) والنساء الأكثر فقرا، واللواتي هن أقل احتمالا باستخدام الرعاية قبل الولادة، كن كذلك أكثر احتمالا بالتبليغ عن أن العوائق هي التكلفة أو عدم توفر الخدمة، في حين أن 18 % من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفادت بأن عدم توفر الخدمة هو السبب الأساسي لعدم استخدامهن رعاية قبل الولادة، و 0 % من النساء من الخمس الأغنى أفدن بذلك وبالمثل، فإن 26 % من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفدن بأن التكلفة هي سبب عدم استخدامهن للرعاية قبل الولادة، مقارنة ب 0 % من النساء من الخمس الأغنى من الأسر¹.

الشكل (04): أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة، وفقا للنساء اللواتي لم تستخدمن الرعاية قبل الولادة.



المصدر: صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص 73.

وهذه ما يعضد معطيات مسح 2006 الذي تناول تلقي الرعاية الصحية حسب مؤشر الثروة في الأسرة، حيث لوحظ بأن هناك علاقة طردية بين مستوى الرعاية الصحية ومؤشر الثروة، إذ بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل 77.2 % بين النساء

¹ صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: مرجع سابق، ص 72.

اللواتي يعشن في أسر أكثر فقرا مقابل 98.2 % بين النساء اللواتي يعشن في أسر أكثر غنى، وبلغ الفارق بين هاتين الفئتين من النساء 21 نقطة¹.

6.5. مؤشرات جودة الرعاية أثناء الحمل:

يتنامى الوعي العالمي بأن الرعاية العالية للجودة هي أساس الحفاظ على حياة الأمهات والأطفال ومعافاتهم، ويشهد العالم كل عام وفاة 303000 سيدة أثناء الحمل والولادة، و2.6 مليون حالة وفاة لأجنة داخل الرحم، و2.7 مليون حالة وفاة للرضع أثناء الـ 28 يوما الأولى من العمر، ويمكن من خلال توفير رعاية أفضل للحيلولة دون حدوث الكثير من هذه الوفيات، وتهدف تحسين جودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد والأطفال إلى مساعدة البلدان على تحسين جودة الرعاية في تلك المرافق واحترام حقوق ملتسمي الرعاية وكرامتهم².

وقد ثبت أن الرعاية أثناء الحمل يمكن أن تتخذ الأرواح من خلال تنفيذ الممارسات المناسبة المُسنّدة بالبيانات والملائمة التوقيت، والأهم من ذلك أن الرعاية أثناء الحمل تتيح أيضاً فرصة للتواصل مع النساء والأسر والمجتمعات ومساندتهم في مرحلة حرجة في حياة المرأة، وإن التجارب الإيجابية للمرأة أثناء الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة يمكنها أن تخلق الأسس اللازمة للأمومة الصحية.

لذا حددت منظمة الصحة العالمية عددا من المؤشرات الدالة على جودة رعاية الحمل منها: توقيت بدء الرعاية، عدد مرات المتابعة، الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة، وتعتبر الرعاية جيدة وفعالة إذا توافرت فيها الشروط التالية³:

- تلقي رعاية الحمل لدى الطبيب.
- القيام بأول زيارة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.
- أن يكون عدد مرات متابعة الحمل على الأقل 4 مرات.

¹ أحمد درديش: مرجع سابق، ص 97.

² <http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/ar/>

تم الاطلاع عليه يوم: 2017/06/25 على الساعة 11:31 صباحا

³ منظمة الصحة العالمية: توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية أثناء الحمل من أجل تجربة حمل إيجابية، مطبوعات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2016، ص ص 1-6.

- احتفاظ كل حامل بملاحظات عن حالتها أثناء الحمل؛ لتحسين مواصلة حملها، وتحسين جودة الرعاية المقدمة لها، وتحسين تجربتها في الحمل.

- إجراء تصوير للحامل بالموجات فوق الصوتية مرة واحدة قبل إتمام 24 أسبوعاً من مدة الحمل (التصوير المبكر بالموجات فوق الصوتية) وذلك لتقييم العمر الحملي، والكشف عن تشوهات الجنين والحمل المتعدد الأجنة على نحو أفضل، والحد من المخاض المستحث في حالة تأخر الولادة، وتحسين تجربة المرأة في الحمل.

- أن تتم الولادة في مؤسسة صحية أي تحت إشراف كادر طبي مؤهل وتكون الرعاية غير جيدة إذا لم تتوفر أحد هذه الشروط.

وتقدر نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية جيدة لآخر مولود بـ 19 % حيث أنها في الحضرة تبلغ حوالي 22.9 % بينما في الريف تتخفف إلى 14.5 % وهذا سنة 2002¹. واستمرار الأم في متابعة حملها والاستعانة بكادر الطبي عند الولادة وتلقي الرعاية بعد الولادة وأثناء فترة النفاس من العوامل الرئيسية للحفاظ على حياة كل من الأم والطفل لذا علينا الاهتمام بمعرفة مدى استمرار المتابعة وتلقي الرعاية الصحية خلال الحمل وعند وبعد الولادة.

وتعتبر النساء الجزائريات أكثر حرصاً على التردد في مصادر تقدير الرعاية الصحية بعد كل من النساء التونسيات والسوريات حيث تقدر نسبة النساء اللاتي تلقت رعاية الحمل أربع مرات على الأقل أثناء حملهن بالمولود الأخير حوالي 48.4 % خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2008.

أما عن الكشف أثناء الحمل عند الطبيب فقد قدرت نسبة بـ 50.2 % حيث تعتبر متابعة الحمل المبكر وسيلة لعلاج أي مشكلات تتعرض لها الأم أو الجنين في بدايتها حتى لا يتفاقم أثرها حيث تقدر نسبة النساء الجزائريات الأكثر إقبالاً على استخدام خدمات رعاية الأمومة مبكراً حوالي 74.8 %، وأما عن نسبة النساء اللاتي تمت ولادتهن في المنازل فقدرت بـ 8.8 %، أما نسبة النساء اللاتي عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن فتقدر بحوالي 36.5 % سنة 2008.

¹ آسيا شريف: واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها، مرجع سابق، ص 102.

ويرجع عدم متابعة الرعاية الصحية أثناء الحمل لعدة أسباب منها: ارتفاع تكلفة الرعاية بالإضافة إلى عدم توفر القطاعات المختصة أو بعدها المكاني عن مكان الإقامة بالنسبة للمرأة الحامل¹.

7.5. المشاكل الصحية والنفسية أثناء الحمل

هناك العديد من المشكلات الصحية والأمراض النفسية التي تحدث أثناء الحمل، ومن بين المشكلات الصحية التي تعترض الحامل: كثرة التبول والغثيان والقيء وحرقة بالمعدة والإمساك واضطراب في التنفس، ودوالي الرجلين وتقلصات عضلات الرجلين وبواسير وألم وتعب أسفل البطن، أما عن الأمراض النفسية كما أشار مارغليت (Margalit) ونوريك وأندرسون (Norbeck and Anderson) بأنه يؤثر في النشاطات الفسيولوجية في جسد المرأة الحامل، وربما انتقل التأثير إلى الجنين. ومن أعراض الضغط النفسي لدى المرأة الحامل، القلق، والاكتئاب، والتباطؤ في التفكير، والشعور بالعجز، أو بفقدان الأمل، أو بانعدام القيمة، أو الشعور بغياب الهدف، أو الشعور بعدم الأمان، والإحساس بالحزن الدائم، الغضب، أو فرط الحساسية والبلادة، والنفور من المسؤوليات².

1.7.5. المشاكل الصحية أثناء الحمل:

- **الوجع والحرقة:** تشعر بعض الحوامل بأشمزاز ونفور شديدين اتجاه أنواع بعض من الأطعمة، واشتهاء لأنواع أخرى، وقد تزهد في أنواع أخرى، وترجع هذه الأعراض إلى بعض الاضطرابات في الجهاز العصبي، وليس لهذه الحالة تأثير على الجنين³، وتبدأ من زمن الحيض الغائب وتستمر حتى نهاية الشهر الثالث أو الرابع، وتظهر هذه الاضطرابات في شكل غثيان، وقيء، وحرقة وحموضة المعدة، وزيادة إفراز اللعاب، والتهاب اللثة وغيرها، ومن الممكن مقاومة الوجع والتغلب عليه، بواسطة الإبر المقوية والمغذية أو بواسطة بعض

¹ وزارة الصحة و السكان: الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1992، مرجع سابق، ص 101.

² عائشة سولمة وأحمد الصمادي: فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، عدد 4، الأردن، 2012، ص 365-366.

³ كريمان بدير: الطفل من الجنين إلى عامين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص 15.

المهدئات¹.

أما الحرقة فهي تصيب نصف إلى ثلثي النساء الحوامل وهي تحصل نتيجة ارتخاء السفنكتر الذي يعمل كصمام أمان بين المعدة والمريء، وعلاجها يكمن في تجنب الأوضاع التي تسبب هذه كالانحناء والقرفصة، كما ينصح برفع المستوى العلوي للجسم عن السفلي عند النوم باستعمال مخدات، وتناول أدوية تحتوي على مواد قاعدية للتخفيف من تأثير الحامض على عصارة المعدة².

- **الغثيان والتقيؤ:** تكون خبرات معظم النساء في الغثيان في الفترة الأولى من الحمل، وفي بعض الأحيان تكون مرتبطة بالتقيؤ، ولا تمتد هذه الأعراض في العادة إلى ما بعد الشهر الثالث من الحمل، يمكن أن تحدث الأعراض في أي وقت من اليوم وعلى الرغم من أنه يشيع تسميتها بـ(علة الصباح)³، ويمكن السيطرة على هذا الوضع بعدم مغادرة الحامل لسريها صباحا قبل أن تأخذ شرابا مغلي محتوي على كمية قليلة من الحليب، قطعة من البسكويت أو الخبز المحمص، وعليها الابتعاد عن الزبدة وأنواع الدهون صباحا⁴.

- **الزيادة أو النقصان في الوزن:** يتم اكتشاف هذا من خلال الزيارات المنتظمة التي تقوم بها الحامل وتتراوح بين 10-14 كيلوغرام، ويمكن معالجة هذه المشكلة بإتباع نظام غذاء معين حسب الطبيب المعالج، وقد يؤدي هذه إلى احتمال حدوث فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بسبب تدنى الحالة الاقتصادية أو عدم الاهتمام بالغذاء، إن مخزون الطفل من الحديد يعتمد على الأم ولذلك فإن نقص الحديد والبروتين في دم الأم يؤدي إلى حدوث فقر الدم عند الطفل حديث الولادة⁵.

- **الإمساك:** يتكرر في حالة حركة الأمعاء غير المنتظمة أو بسبب لين أوتار العضلات والمفاصل أو بسبب إفرازات الهرمونات وأحيانا انقباض العضلات العاصرة في المستقيم مسببا بعض المشاكل كتمزق الشرجي، وسقوط المستقيم وبواسير شديدة، وتعالج هذه

¹ مصطفى القمش وآخرون: مبادئ في الصحة العامة، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 83.

² نعمة مصطفى إبراهيم رقبان: رعاية الأم، ط 1، دار الكتب، مصر، 2007، ص 47.

³ نورمان سميث: مرجع سابق، ص 81.

⁴ زين بدران وآخرون: مرجع سابق، ص 53.

⁵ مديحة الخضري: مرجع سابق، ص 24.

المشاكل بزيادة كمية السوائل في الصباح وخاصة عند الاستيقاظ، وتناول الخضار والفواكه التي تحتوي على الكثير من الألياف والأملاح المعدنية والمواد السكرية المفيدة، مع الابتعاد عن المليينات لأنها تقلل كمية المعادن تؤدي إلى حدوث تقلصات الرحم وتنتهي بالإجهاض¹.

- **تورم الوجه واليدين والقدمين:** يحدث هذا نتيجة ضغط الجنين على الأوردة الدموية وخاصة أثناء الأشهر الأخير من الحمل، ولتفادي هذا على الحامل أن تخفف من تناول ملح الطعام وأخذ قسط من الراحة أثناء النهار مع رفع القدمين إلى أعلى، وتجنب استخدام الأحذية الضيقة²، أما إذا صاحبه صداع حاد قد يعني بوادر إصابة الأم الحامل بتسمم الحمل خاصة إذا ترافق مع تشنجات، ففي هذه الحالة يتم نقلها مباشرة إلى مرفق صحي لفحصها وتقييم حالتها، وعمل اللازم³، وفيما يخص أهم المشكلات التي صادفتها النساء أثناء الحمل، فقد تبين من خلال نتائج المسح أن الصداع المستمر هو الأكثر انتشاراً وذلك بنسبة 30.7 %، ثم تليها تورم الأصابع والكواحل 14.6 %⁴.

- **سوء التغذية:** يعرف سوء التغذية بأنه قصور الغذاء في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية إلا أنه يحتوي على قدر كاف من الطاقة لسد احتياجات الفرد منها، ويمكن تعريف سوء التغذية بأنه الحالة المرضية الناجمة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية، ويساعد الحصول على الغذاء الصحيح والمناسب في أثناء الحمل على تأمين الصحة الجيدة للجنين، ويتم ذلك بحصول الأم على حاجاتها من السعيرات الحرارية من العناصر الغذائية الأربعة ولا تقتصر على مجموعة دون أخرى، والمتمثلة في مجموعة الأسماك واللحوم والألبان ومنتجاتها، ومجموعة الخضار والفواكه، ومجموعة الخبز والكربوهيدرات بأنواعها، ومجموعة البقول، وتوفر هذه المجموعات البروتين اللازم لبناء الخلايا عامة والخلايا العصبية خاصة، مع إمداد الجنين بالفيتامينات العديدة التي تؤهله بمقومات الوقاية من كثير من الأمراض، وكذلك تفيده بما يلزم في وقت التسمين

¹ نعمة مصطفى رقبان: مرجع سابق، ص 48.

² منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): حقائق الحياة، ط 4، منشورات مكتب اليونيسيف في لبنان، لبنان، 2008، ص 8.

³ وزارة الصحة العامة والسكان: دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي، صنعاء، 2008، ص 20.

⁴ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 174.

بعد الشهر الرابع والخامس من الحمل¹.

- **الإجهاض:** يعتبر فقدان الحمل قبل الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل أي في الثلث الأول من الحمل (بداية الحمل إلى الأسبوع الثاني عشر)، وقد يحدث مرة واحدة من بين ثمان مرات الحمل، ومعظم النساء لديهن تجربة إجهاض خلال حياتهن، وأوضحت بعض الدراسات أن نصف نسبة الإجهاض التي تحدث في الأشهر الأولى سببه يرجع لموت الجنين، أما الإجهاض المتأخر فيرجع إلى بعض الأمراض كالسكر والتدخين وتقدم عمر الأم²، وتقدر نسبة النساء اللواتي فقدن حملاً واحداً على الأقل سنة 2008 حوالي 22.9%³. وهناك بعض المشاكل الصحية الأخرى التي تتعرض لها الأم أثناء فترة الحمل كآلام الظهر والإرتفاقي وخاصة في الفترة الأخيرة من الحمل، والبواسير التي تسبب الحكّة والآلم أثناء حركة الأمعاء لتمير البراز المتصلب الجاف، وكذلك دوالي الأوردة التي تنتج بسبب ثقل الحمل الذي يضغط على أوردة الساق، والإفرازات المهبلية الناتجة عن الغدد الإفرازية في عنق الرحم والتي تكون أكثر نشاطاً في فترة الحمل وتكون مسببة للحكة⁴، وتختلف المشاكل الصحية للحامل في فترة الحمل من امرأة إلى أخرى.

2.7.5. المشاكل النفسية أثناء الحمل:

تعد مرحلة الحمل مليئة بالضغوط النفسية، النابعة من مخاوف وآلام الولادة التي تزيد من حدة القلق لدى الحامل؛ مما قد يؤدي إلى خلق حالة نفسية تتسم بالتوتر والكآبة؛ نتيجة للضغوط التي ترافق فترة الحمل ومن أهم هذه الضغوط الاتجاهات نحو الحمل، والارتباط النفسي بين الأم والجنين، وسيكولوجية زوج المرأة الحامل، وتأثير الحمل في العلاقة الزوجية والجنسية، والاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل كالوحم والحمل الكاذب والقيء أثناء الحمل، وتنشأ لديها صراعات التناقض بين حالتها الجسدية والنفسية قبل وبعد

¹ نعمة مصطفى رقبان: مرجع سابق، ص 66-67.

² نفس المرجع، ص 87-88.

³ أحمد عبد المنعم ومنى السيد: مراضة الأمهات في بعض الدول العربية، معهد البحوث والدراسات البيئية، 2008، ص 113.

⁴ نورمان سميث: مرجع سابق، ص 82-87.

الحمل¹.

وهناك كثير من العوامل النفسية والعائلية والاجتماعية تؤثر على حالة القلق المصاحب للحمل فهناك القلق حول التغيير الذي يحدث في حياة الحامل ووضعها الاجتماعي مع الحمل والولادة، وما سوف يحدث لحياتها إذا كانت تعمل ومسؤولياتها الجديدة تجاه زوجها وعائلتها، كما أن هناك أعراضاً مشتركة بين ما يحدث بصورة فسيولوجية طبيعية في الحمل وما تسببه أعراض القلق².

في حين يتمثل الاكتئاب اضطراب المزاج الذي يصيب 1 من كل 4 نساء خلال حياتهم، ووفقاً للدراسات تصاب بين 14-23% من النساء ببعض أعراض الاكتئاب خلال فترة الحمل، ولكن في كثير من الأحيان لا يتم تشخيص الاكتئاب بشكل صحيح خلال هذه الفترة لأن الناس يعتقدون أنها مجرد نوع آخر من عدم التوازن الهرموني، وفي الحقيقة تشير الأبحاث إلى أن العامل الهرموني يؤثر على كيمياء الدماغ فنقل كمية هرمون الإستروجين والبروجسترون في الدم مسبباً الاكتئاب³.

وتؤكد إحدى الدراسات وجود صلة بين القلق والاكتئاب الناتج عن مشكلات مالية، أو مسائل مرتبطة بالعلاقات الإنسانية، وبين صحة المرأة الحامل، وآثار دائمة في صحة طفلها؛ إذ إن الحامل القلقة بشأن أمور مالية، وعلاقات إنسانية، ومشكلات أخرى أثناء الحمل، قد تلد طفلاً أكثر عرضة للإصابة بالحساسية والربو، وكذلك حدوث تغيرات تطراً على جهاز المناعة لدى المواليد حتى قبل ميلادهم، كما أن المرأة الحامل التي تعاني من قلق وتوترات شديدة أثناء فترة الحمل تكون أكثر عرضة لإنجاب طفل لديه مستويات مرتفعة من "الأيمونوجلوبالين أي"، وهو أحد مكونات جهاز المناعة⁴.

وللحد من الاكتئاب والقلق يجب أولاً التحدث مع الطبيب عن الأعراض التي تعانيين

¹ عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: مرجع سابق، ص 366.

² منى الصواف وآخرون: الصحة النفسية للمرأة العربية، ط 1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص ص 182 - 183.

³ <https://elhealthbeauty.com/pregnancy-depression.html>

تم الاطلاع عليه يوم 2016/03/27 على الساعة 11:30 صباحاً

⁴ عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: مرجع سابق، ص 367.

منها الحامل للحصول على صحة أفضل لها وللطفل.

كما يمكن أن تصاب الحامل بالفصام الذي له تأثير غير متوقع على العقل والفكر ويتميز بأعراض ذهانية، والأعراض السلبية، مثل فقدان الاتصال مع الواقع، وهناك من النساء المصابات بالفصام والتي يمكن أن تتحسن حالتها، وهناك من الفصاميات من تتدهور حالتها، وذلك لأسباب غير معروفة، بغض النظر عن سير الحالة تحتاج الحامل المصابة بالفصام إلى عناية خاصة ومركزة أثناء الحمل¹، لأن تركه بدون علاج يؤدي إلى مضاعفات خطيرة ومن المتوقع أن تكون المصابة بالفصام غير قادرة على الاستمرار الدقيق في متابعة طبيب النساء والولادة ولذلك تسوء حالتها بصورة عامة وتعرض إلى مضاعفات الحمل والولادة المتعددة بل في بعض الأحيان لا تستطيع تلك المرأة أن تميز الم المخاض فقد لا تشعر به لأن الفصام يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض كبير في الحساسية للألم، أو قد تشعر بألم الولادة ولكنها لا تميزه كعلامة من علامات الولادة².

إضافة للأمراض السابق فهناك أمراض أخرى مثل الاكتئاب الشديد أو الاضطراب الثنائي القطب، والذهان... الخ، والتي تتعرض له الحامل باختلاف البيئة التي تتواجد فيها، واختلاف حدته، لذا ينبغي اتخاذ إجراءات لتحديد الأمهات المعرضين له، وتبدأ في فترة الحمل إن لم يكن في فترة قبل الحمل حتى يمكن احتواءه ومعالجته في الوقت المناسب.

6. الرعاية أثناء الولادة

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الولادة وما بعدها أحد أهم المحددات والمؤثرات التي تحقق صحة الأم الإنجابية، فالظروف التي تتم فيها الولادة تلعب دورا هاما في تقليل خطر الإصابة بأي مضاعفات أو التعرض للإصابة بأي أمراض وملوثات تصيب الأم والطفل³. لذا فإن ساعات الولادة رغم قصر مدتها (لا تتجاوز 12 - 16 ساعة) تعد من أخطر المراحل في حياة أي امرأة لما تحمله معها من مخاطر ومضاعفات على سلامة الأم والطفل

¹ منى الصواف وآخرون: مرجع سابق، ص ص 178 - 181.

² <http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdar/obsm017.php3#s21>

تم الاطلاع عليه يوم: 2016/03/27 على الساعة 15:00 مساء

³ آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مرجع سابق، ص 51.

معاً، من هنا أصبح توفير خدمات و مستلزمات الولادة المأمونة والنظيفة والولادة على أيدي أشخاص مؤهلين ومدربين وقادرين على التشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها من خلال استخدام إجراءات فنية مناسبة ودقيقة أحد أهم خدمات الرعاية الصحية الأساسية الواجب توفرها لكل امرأة في أثناء الولادة، ويقصد بالرعاية المؤهلة عند الولادة الرعاية المقدمة من قبل طبيب أو ممرضة أو قابلة مأذونة.

وللتعامل مع المضاعفات فإن الأفراد المدربين يحتاجون إلى أجهزة وخدمات للرعاية الطارئة/عند الطوارئ وخدمات طوارئ الولادة تشمل القدرة على إجراء العمليات الجراحية (مثل الولادة القيصرية) والتخدير، ونقل الدم وعلاج المشاكل مثل: الأنيميا أو ارتفاع ضغط الدم والرعاية الخاصة لحديثي الولادة المعرضين للخطر¹.

تطبيقاً يوجد تداخلان للحد من الوفيات والمضاعفات في أثناء الولادة: الولادة النظيفة الآمنة بإشراف شخص ماهر هو التداخل الأول والذي تحتاج إليه 100 % من الحوامل أثناء الولادة وهذا الشخص الماهر قادر على التشخيص المناسب للمضاعفات والتي يحتاج التعامل معها بدوره إلى التداخل الثاني وهو توفير الرعاية التوليدية الطارئة للتعامل مع مضاعفات الولادة وما بعد الولادة (15 % من الحوامل في أثناء الولادة يحدث لديهن مضاعفات ويحتجن إلى الرعاية التوليدية الطارئة)، هذان التداخلان هما الأهم في التقليل من وفيات الأمهات ومعدلات المراضة الناتجة عن الحمل والولادة فضلاً عن التداخل الثالث وهو توفير وسائل تنظيم الأسرة للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه².

ولتحقيق هذا بداية من تتبع خطوات كل مرحلة من مراحل الولادة لبلوغ الولادة الآمنة تضمن صحة الأم ووليدها.

¹ فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا- دليل الإعلاميين-، ترجمة: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، أمريكا، 2008، ص 28.

² وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، 2013، ص 54.

1.6. العناية أثناء مراحل من الولادة:**1.1.6. العناية أثناء المرحلة الأولى من الولادة:**

تبدأ عند الشعور بتقلصات رحمية خلال المرحلة الأولى للولادة منتظمة ومؤلمة حتى التوسع الكامل لعنق الرحم، وتكون هناك خطة لمراقبة ومتابعة عملية الولادة وتعتمد هذه الخطة على احتياجات كل من الأم والجنين، إذا لم تطراً أو يتم توقع أي تطورات غير طبيعية فعند ذلك يجب طمأنة الأم.

كما أن المرحلة الأولى للولادة بالنسبة للسيدات اللاتي يلدن لأول مرة تستغرق 7 ساعات، أما بالنسبة للاتي أنجن قبل ذلك فيستغرق الأمر 4 ساعات مع الاختلاف من أم لأخرى، ويتم عمل الآتي في هذه المرحلة¹:

- مراقبة الحالة الصحية للجنين أثناء المخاض: حيث قد يكون من الملمزم إذا كانت هناك إرادة في الحصول على نتائج مثالية بالنسبة للام والجنين عمل مراقبة ومتابعة للحالة الصحية لكل من الأم والجنين، (يجب متابعة عدد مرات، شدة، ومدة انقباضات الرحم).
- قياس نبض الجنين: يتم إما بواسطة السماعة الطبية أو بواسطة الموجات فوق الصوتية، وإذا كان هناك تغير أو تدهور في نبض الجنين يمكن ملاحظتها مباشرة بعد انقباض الرحم، ومع ذلك فإن الأولوية هي قياس نبض الجنين بواسطة السمع مباشرة بعد كل انقباض للرحم.
- الفحص المهبلي: عند الضرورة لمعرفة مدى التوسع الذي يحدث لعنق الرحم، ويجب عدم اللجوء لهذا الفحص إلا عند الضرورة، ومعرفة موضع الجنين.
- قياس العلامات الحيوية للأم: (نبض، ضغط، حرارة، تنفس) ويتم تقييمها على الأقل كل أربع ساعات.

- توفير الراحة وتخفيف الآلام: إذ يختلف الوضع في الشدة من حامل إلى أخرى، لذا يجب توفير العلاج اللازم لكل حالة حسب إرشادات الطبيب المختص.

¹ Gary Cunningham F. And al: **Cesarean Delivery and Postpartum Hysterectomy**, Williams Obstetrics, 21st edition, section 6, the McGraw-Hill Companies, U.S.A., 2003, P 313.

- السماح للأم بالتبول: وإذا تعذر فيجب وضع أنبوب القسطرة البولية وكذلك إعطاؤها الحقنة الشرجية لتفريغ المستقيم من الفضلات ومما يساعد على توسع عنق الرحم، وإفساح المجال لمرور الجنين بالحوض ولتنبيه عضلات الرحم بالتقلص والتسريع بالولادة.
- المحافظة على النظافة التامة لمنع حدوث التلوث.

2.1.6. العناية أثناء المرحلة الثانية من الولادة:

- وتبدأ المرحلة الثانية من توسع عنق الرحم الكامل وحتى ولادة الجنين وفق ما يلي:¹
- ملاحظة طول وقوة استمرارية التقلصات الرحمية وذلك بوضع راحة اليد على الرحم عند بدء التقلص ثم ملاحظة قوة التقلص ومدى استمرارية ثم رفع اليد عند انتهاء التقلص وارتخاء الرحم، وفي هذه الفترة يتم تشجيع الأم علي الدفع إلى أسفل.
- الفحص المهبلي تقوم به الممرضة وذلك لمعرفة الآتي:
- * درجة توسع عنق الرحم.

* القسم النازل من جسم الجنين ويمكن الاستعاضة عنه بالفحص الشرجي.

- الاستماع إلى دقات قلب الجنين وحسابه (عدد الدقات تكون من 120- 140) ضربة في الدقيقة وتسمع عادة بعد زوال التقلص الرحمي وتحسب كل 10 دقائق.
- وضع الأم على سرير الولادة وذلك بجعلها تنام علي ظهرها مع ثني الركبتين وتعليم الأم على كيفية مسك الفخذين عندما يأتيها الطلق.
- تحضير الأدوات الخاصة بالولادة من مقص ومقطع الحبل السري وتجهيز الأكسجين وجهاز الشفط لسحب الإفرازات من فم المولود وذلك منعا لحدوث أي مضاعفات على الجنين.

¹ نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 119-122.

3.1.6. العناية أثناء المرحلة الثالثة من الولادة:

ويتم في هذه المرحلة الخطوات التالية¹:

- حياكة التمزق في منطقة العجان.

- بعد ولادة الطفل على الممرضة تبديل الأغطية المبتلة ووضع أخري نظيفة كي لا تصاب الأم بالبرد مع تغطية القسم العلوي لجسم الأم ثم وضع المولود على بطنها لزيادة اطمئنانها على سلامته وذلك كي يساعد على تقلص الرحم وانفصال المشيمة².

2.6. مكان الولادة:

إن من أهم مقومات نجاح الرعاية في أثناء الحمل هو وضع خطة ولادة للحامل وتوجيهها للولادة في المستشفى أو في المرافق الصحية لأنها تمثل هدف من أهداف مبادرة الأمومة الآمنة، وهذا مؤشر مهم يعكس توافر وسهولة منال الخدمات الصحية ومدى انتشارها، وللولادة في منشأة صحية مزايا عديدة حيث تتوفر الإمكانيات في حالة تعسر الولادة أو صعوبتها، من نقل دم أو حجرة عمليات مجهزة، أو آليات النقل السريع إلى مستوى أعلي أو آليات استدعاء أطباء أكثر مهارة وتخصصا على وجه السرعة.

وتعتبر الولادة في العيادة الخاصة أقل أمنا من المستشفى لأن المستشفى يتميز بالخدمات الكبيرة وعدد في الأسرة وما تضمه من الأقسام الداخلية، وما تنفرد به من تخصصات طبية متنوعة ومختبرات وأشعة لا تتاح لمؤسسات صحية أخرى مثل العيادات متعددة الخدمات التي هي أقل أمنا من ها.

وحسب نتائج مسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 نجد نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة في مركز طبي حكومي بـ 70.8 % و 5.2 % من الأمهات قمن بالولادة في مركز طبي خاص³، أما نتائج تقرير حول صحة الأم والطفل للمجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 1997 فإن معظم الولادات تتم في القطاع العمومي

¹ نفس المرجع، ص 122.

² Joe Leigh Simpson And al: **Obstetric- Normal & Problem Pregnancies**, 4th edition , United States of America, Churchil Livingstone Inc, 2002, P 160.

³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 179.

بنسبة 71%، مقابل 5 % في القطاع الخاص في ظل مجانية العلاج¹، في حين أن نتائج مسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 فقد سجلت نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة في المستشفى بنسبة 80.3 % و 6.3 % من الولادات تمت في مصحة متعددة الخدمات و 3.6 % تمت الولادة في مصحة خاصة².

ومنه يمكن القول أن حصول المرأة على خدمات الرعاية الصحية عند الوضع في مؤسسة صحية بلغت 71 % سنة 1992 وارتفعت إلى 90.2 % سنة 2002 ثم إلى 95.3 % سنة 2006³، ثم إلى 98.6 % سنتي 2012 - 2013.

3.6. المساعدة أثناء عملية الولادة:

توصى منظمة الصحة العالمية بوجود مشرف ماهر في جميع حالات الولادة، بغية تقديم الرعاية المأمونة للمخاض الطبيعي أو الإحالة عند وجود مضاعفات، والمشرف الماهر هو مهني صحي كالطبيب والطبيبة والقابلة والممرضة، الذين أتموا تعليمهم وتدريبهم المهني، في المهارات اللازمة في تدابير الحمل الطبيعي غير المصحوب بمضاعفات، والوضع، والفترة التالية للوضع مباشر، ويمكن له أن يتعرف ويعالج أو يحول أي مضاعفات قد تنشأ لدى الأم ووليدها، وله دور هام في تقديم النصح والعون للمرأة وأسرتها، ولكن لا يشملن الدايات/القابلات التقليديات واللاتي لم يتم تدريبهن على التدخلات والإسعافات لإنقاذ الحياة عند الطوارئ⁴.

أثبتت الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة من العالم وعلى مدى أعوام أن وجود شخص مؤهل عند الولادة ومدعم بالمستلزمات المطلوبة لمواجهة المضاعفات المحتملة خلال الولادة من الممكن أن يؤدي دورا مؤثرا في تقليل وفيات الأمهات، من هنا أصبحت نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ومدربين واحدة من المؤشرات المهمة لمراقبة

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير - حول صحة الأم والطفل-، مرجع سابق، ص 17.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 2002، النتائج الأولية، الجزائر، جوان 2003، ص 88.

³ أحمد درديش: مرجع سابق، ص 95.

⁴ فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: مرجع سابق، ص 28.

التقدم المتحقق للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في تقليل وفيات الأمهات، وللوصول إلى تحقيق هذا الهدف وضعت الأهداف المرحلية الآتية: 85% من الولادات في عام 2010، ويجب أن تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ويجب أن تصل النسبة إلى 90 % بحلول عام 2015 على مستوى العالم¹.

ويشير المسح الجزائري لصحة الأم والطفل سنة 1992 فيما يتعلق بالشخص الذي أشرف على عملية الولادة أن 70 % من الولادات أجريت بواسطة قابلات قانونيات مقابل 7 % من الولادات أجريت بواسطة أطباء²، أما نتائج مسح الجزائري حول صحة الأسرة فقد سجلت نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة تحت إشراف طبيب بنسبة حوالي 1 %³.

وبلغت نسبة الولادات التي تمت خلال السنوات الخمس السابقة على المسح العنقودي على أيدي أشخاص مؤهلين في الجزائر 90.2 %. وبلغت نسبة الولادات التي تمت على أيدي طبيب نسائي 25.3 %، في حين بلغت نسبة الولادة التي تمت على أيدي قابلات 69.9 %، أما الولادة التقليدية (داية) فكانت نسبتها 0.8%⁴.

وبناء على هذه النتائج يمكن القول أن الجزائر قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة اللازمة للوصول إلى تحقيق أهداف الإنمائية للألفية بالوصول إلى النسب المطلوبة بالولادة على أيدي مؤهلة.

7. الرعاية الصحية ما بعد الولادة.

تعتبر الأسابيع الستة الأولى مدة ما بعد الولادة وخلالها مهمة تواجه فيها الأمهات كثيرا من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة، ولا تقتصر هذه المشاكل على العوارض الصحية الحادة وذات التأثير القصير المدى في صحة الأم ولكنها تشمل أيضا المشاكل الصحية ومضاعفاتها المتسببة بالأمراض المزمنة المتعلقة بالإنجاب، وكثير من المضاعفات

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص 62.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 181.

³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، مرجع سابق، ص 88.

⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013**, op.cit, P 143.

الخطيرة التي تهدد حياة الأمهات، وعلاوة على ذلك فإن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة، لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول 24 ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة، إذ تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهة الأمهات.

بالرغم من هذه التوصيات ما تزال الأرقام العالمية تظهر انخفاضا ملحوظا في نسبة استخدام خدمات الرعاية لما بعد الولادة لتبلغ 30 % للبلدان النامية مقارنة مع 90% للبلدان المتقدمة، سبع من كل عشر نساء لم يحصلن على أي رعاية لما بعد الولادة، استنادا إلى بيانات المسوحات السكانية والصحية التي أجريت في 30 دولة متدنية الدخل بين 1999 - 2004 تشمل خدمات الرعاية لما بعد الولادة الفحص العام للأم للتأكد من عدم وجود أي مضاعفات ناتجة عن الحمل والولادة وإجراء بعض التدابير الوقائية وإعطاء المشورة والمساندة حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الأحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الأسرة إلى التغذية السليمة¹.

وتشير المسوح المختلفة إلى التباين في عملية الرعاية الصحية بعد الوضع، فالإقبال عليها بقي ضعيفا رغم أهميتها القصوى، فهي تقي الأم من مضاعفات الوضع كالنزيف الدموي، حمى النفاس وغيرها، حيث أن نسبة النساء اللواتي تلقين هذه الرعاية بلغت 20.3 % فقط سنة 1992، وارتفعت إلى 30.1 % سنة 2002 ثم إلى 32.2% سنة 2006 مسجلة زيادة قدرها 58.6 % خلال الفترة 1992 - 2006²، إلا أن المسح المتعدد بين أن

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص 80-81.

² أحمد درديش: مرجع سابق، ص 93.

الاستشارات والزيارات ما بعد الولادة للأمهات وللمولودين حديثا بلغت 83.8%. وتمت هذه الزيارات في مكان عمومي بنسبة 57.3%، مقابل مكان خاص 33.2%¹.

1.7. المشاكل الصحية والنفسية أثناء الولادة:

1.1.7. المشاكل الصحية أثناء الولادة:

هناك تعقيدات طبية قد تحدث أثناء الولادة وتؤثر على الأم والمولود سلبا وقد تؤدي إلى حدوث وفاة منها استمرار الطلق لأكثر من 12 ساعة، والإصابة بالحمى والتشنجات، والنزيف المهبل، حيث تبلغ نسبة السيدات في عمر الإنجاب (15 - 49) سنة المتزوجات اللاتي عانين من تعقيدات صحية أثناء الولادة الأخيرة حوالي 21.6% منها 20.7% في الحضر و22.4% في الريف.

أ- التعقيدات الصحية بعد الولادة:

قد تعاني السيدات عقب الولادة مباشرة أو أثناء فترة النفاس من نزيف مهلي أو انتفاخ وألم في الساقين أو تعاني من إفرازات مهبلية كريهة الرائحة أو من آلام أسفل البطن مع حمى أو من آلام حادة أسفل أو أعلى الظهر مع حمى أو تعاني من آلام عند التبول أو انتفاخ الثدي مع حمى، وتبلغ نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات اللاتي أنجبن مولودا حيا وعانين من أي مشكلات سابقة الذكر أثناء فترة النفاس (هي فترة الأسابيع الستة عقب الولادة) حوالي 23.4% منها 23.6% في الحضر و 23.3% في الريف².

ب- المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية:

تصاب النساء ببعض الاضطرابات في الدورة الشهرية وتبلغ نسبة السيدات في سن الإنجاب (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج وغير الحوامل اللاتي مازلن يحضن، وتعرضهن لأي مشكلة صحية متعلقة بالدورة الشهرية كازدياد نزيف الدورة عن 7

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013**, op.cit, P 151-152.

² أحمد عبد المنعم ومنى السيد: مرجع سابق، ص 115-119.

أيام ومصاحبته لنزيف حاد أو عدم انتظامها، إذ ترتفع النسبة في تونس إلى 36 %، الجزائر 13 %، وتخفض في جيبوتي إلى 9 %، وتشير نتائج مسوحات الدول العربية التي شملتها الدراسة أن أكثر من نصف السيدات اللواتي عانين من هذا المشكل الصحي وذلك في لبنان، الجزائر وسوريا قد تلقين العلاج، وأكثر من الثلث في باقي الدول محل الدراسة¹.

ج- انتشار فقدان الحمل:

يعتبر انتشار فقدان الحمل من العوامل المؤثرة على المستويات الخصوبة والتي تعتبر أحد محددات النمو السكاني، مما يستلزم التعرف على الأسباب المؤدية له وأهم العوامل المؤثرة فيه و المتمثلة فيما يلي²:

- ارتفاع سن المرأة و تجاوزها سن 30 سنة.
- البيئة التي تعيش فيها المرأة.
- مستوى توفر الخدمات الصحية وسهولة الحصول عليها.
- المستوى التعليمي للمرأة حيث انه من المعروف أن النساء الأقل تعليماً بصفة عامة أكثر تعرضاً لفقدان الحمل عند بقية النساء.
- اتضح أن انتشار فقدان الحمل تراوحت نسبته بين حوالي 8% في جيبوتي، سوريا والجزائر مقابل 13.4 % في اليمن، و 11.4 % في ليبيا³.

د- هبوط الرحم:

يتعرض الجهاز الإنجابي للمرأة لإصابة بمجموعة من الأمراض وأسبابها متعددة منها تكرار الحمل والولادة وأيضاً التقدم في سن المرأة ومن الأعراض التي قد تصاب بها المرأة بسبب تكرار الحمل وتعسر الولادة هو حدوث هبوط في الرحم بدرجات متفاوتة قد تزداد مع

¹ آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مرجع سابق، ص 53.

² أحمد عبد المنعم ومنى السيد: مرجع سابق، ص 113.

³ آسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مرجع سابق، ص 53.

عدم العلاج وتعاني، وتقدر نسبة السيدات في الفئة العمرية (15 - 49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج اللاتي حملن مرة واحدة على الأقل و اللاتي يعانين من أعراض تدل على هبوط الرحم ترتفع في فلسطين واليمن بحوالي 35 % و 24 % على التوالي، وتنخفض في سوريا والجزائر بحوالي 6 % و 7 % على التوالي¹.

ه- سلس البول:

إن الإصابة بهذا المرض غير معروف لدى السيدات، حيث يطلق عليه بالمعاناة الصامتة، فهي معاناة تشعر بها المرأة دون درايتها أنها مصابة بالمرض ولهذا من حق كل امرأة معرفة هذه الأعراض ويدخل ذلك ضمن عملية التنقيف الصحي حيث يفضلته نتوصل إلى القضاء على الجهل الصحي، تمركزت أعلاها في تونس بحوالي 19,9 %، وفلسطين بحوالي 19.1 %، وفي الجزائر 9.3 %، وأدناها في سوريا بحوالي 2,5 %، وجيبوتي بحوالي 2,7 %².

2.1.7. المشاكل النفسية أثناء الولادة:

تعد من أكثر المشكلات الصحية التي يهتم بها العاملون في مجال صحة المرأة بصورة عامة والصحة النفسية بصورة خاصة الاضطرابات النفسية أثناء فترة النفاس لأن صحة المرأة في هذه المرحلة لا تنحصر في نفسها فحسب بل تتعداها إلى صحة الطفل أيضا وتمثل في:

أ- اضطرابات مشاعر المرأة بعد الولادة: يحدث لـ 50 % من النساء خلال أول أسبوع من الولادة ويستمر لمدة أسبوع وهو نوع من أنواع الاضطراب النفسي وليس مرض نفسي حيث تتعرض لحزن مستمر، وبكاء مستمر وقلق وعدم نوم وألم بالرأس وعدم الاهتمام الكافي بالطفل وأحيانا رفض للطفل وكرهه ويجب عرضها على الدكتورة النسائية المتابعة لها أثناء فترة الحمل أو دكتور نفسي³.

¹ نفس المرجع السابق، ص ص 53-54.

² نفس المرجع السابق، ص ص 54 - 55.

³ <http://www.almsal.com/post/196911>

ب- اكتئاب النفاس: هو حالة مرضية تتعرض لها بعض النساء بعد الولادة وتبدأ بعد الولادة بأيام قلائل، ويظهر كأنه امتداد للاضطراب المزاجي الذي يحدث بعد الولادة وأحيانا تكون الصورة واضحة منذ البداية بسبب شدة الأعراض التي تعاني منها المرأة المصابة، وتستمر هذه الأعراض لفترات متفاوتة وقد تطول أحيانا لتصل إلى عدة شهور وأحيانا تصل إلى سنة أو أكثر إذا تركت المرأة دون علاج.

ومن الهام أن يكون كل الذين سوف يهتمون برعاية الأم التي أنجبت حديثا عارفين بوقت ومميزات وبشكل أساسي بالطبيعة السليمة للكآبة، كذلك من الهام أيضا أن تكون النساء وأزواجهن عارفين بهذه الظاهرة خلال النصائح في الفترة السابقة للولادة¹.
ويؤثر المرض الاكتئابي بعد الولادة طويل الأمد على العلاقة بين الأم والطفل ويتداخل مع التطور الاجتماعي والمعرفي للأطفال. ويمكن كشف مثل هذه التأثيرات عند الأطفال بعد براء مرض الأم وحتى عمر 5-7 سنوات².

ج- ذهان النفاس: مرض نفسي خطير يتطور عند المرأة بفترة قصيرة بعد الولادة، وهذا غالبا يشكل صدمة لأنه لا يوجد سبب واضح لحدوثه، إنه لا يدل على أن المولود غير مرغوب به أو أن الحمل أو الولادة كانت عسيرة وكقاعدة لا يوجد أي عيب بالوليد، وهو مرض نادر الحدوث يحصل في 1 من كل 500 ولادة، يعرف هذا المرض منذ قرون عديدة من أيام أبو قراط الطبيب اليوناني الذي عمل بالطب قبل آلاف السنين، وتصبح المرأة أكثر عرضة للإصابة إذا كانت قد أصيبت بهذا المرض بالسابق أو أن أحد أفراد عائلتها قد عانى من مرض نفسي استدعى علاجاً طبياً نفسياً³.

وتجدر الإشارة إلى أنه يوجد ثلاثة أنواع من ذهان النفاس قد تم ملاحظتها: الذهان العضوي الحاد - الذهان الوجداني - الفصام.

أما بالنسبة للذهان العضوي الحاد فقد كان يحدث سابقا بكثرة، وقد قل نسبة حدوثه في أيامنا الحالية، وذلك بسبب أن تسمم النفاس قد قل بشكل كبير، وذلك يعود إلى التطور

¹ ستيوارت كامبل وآخرون: مرجع سابق، ص 360.

² نفس المرجع، ص 61.

³ وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية: الأمراض النفسية بعد الولادة، منشورات جمعية صندوق إعانة المرضى، الكويت، بدون سنة، ص 2.

الذي طرأ على صناعة المضادات الحيوية، ولكن الذي كثر في أيامنا الحالية هو الأعراض الوجدانية، فقد أثبتت دراسات معينة أن 80% من ذهان النفاس كان وجدانيا (أي اضطراب في المزاج) والنسبة العليا من تلك الـ 80% كان على شكل أعراض هوسية (أعراض الهوس هي عكس أعراض الاكتئاب) مع العلم أن نسبة كبيرة أيضا من ذهان النفاس يكون على شكل الأمراض الفصامية (مع الأخذ بعين الاعتبار عدم اشتراط المدة الزمنية المعتبرة في الفصام وهي الستة أشهر)¹.

وفي تقييم حالة مريضات ذهان النفاس من الضروري التأكد من أفكار المريضة نحو مولودها. فمثلا المريضات اللواتي يعانين من اكتئاب شديد (ذهان النفاس الوجداني) قد يحملن أفكارا ذات أوهام مرضية بأن المولود عنده تشوهات خلقية أو أنه غير مكتمل، وتلك الأوهام المرضية الخاطئة قد تؤدي إلى أن الأم المريضة تقوم بقتل طفلها؛ ظنا منها أنها تقوم بحمايته من معاناة المستقبل.

كما أن مريضة الفصام (ذهان النفاس الفصامي) قد تعاني من أوهام مرضية كاذبة عن المولود، فمثلا قد تجزم -وذلك تحت تأثير الأوهام المرضية- بأن المولود غيرطبيعي أو أنه شيطان، وتلك الأوهام أيضا قد تؤدي إلى قتل المولود.

ويضاف إلى ذلك أن مريضات ذهان النفاس وخاصة الفصامي أو الوجداني الاكتئابي قد يحاولن الانتحار.

أما بالنسبة لعلاج ذهان النفاس فهو على حسب الأعراض الطبية المصاحبة للحالة²: فمثلا في حالات مريضات الاكتئاب الشديد والهوس فيفضل علاجها بالتخليج الكهربائي لأن نتائجه سريعة مما يعيد الأم بسرعة إلى مولودها وتعود لرعايته، وأما في حالات الاكتئاب الأقل حدة فيحاول الطبيب إعطاء الأدوية طاردة الاكتئاب أولا، ثم يقيم حسب النتائج.

¹ <http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21565>

تم الاطلاع عليه يوم: 2016/03/29 على الساعة 45: 11 صباحا

² وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية: الأمراض النفسية بعد الولادة، مرجع سابق، ص 4.

وفي حالة المريضات اللواتي يعانين من أعراض شبيهة بالفصام فيجب إعطاء مضادات الذهان، فإن لم تتحسن الأعراض بفترة زمنية قصيرة فيجب الأخذ بعين الاعتبار العلاج بالتخليج الكهربائي وخاصة إذا كانت بداية المرض حادة.

* معظم حالات ذهان النفاس يتحسنون كلية، إلا أن حالات ذهان النفاس الفصامي قد تصبح مزمنة، ويجب العلم بأن نسبة عالية من اللواتي أصبن بالاكتئاب عند النفاس قد يصبن لاحقاً بالاكتئاب بعد انتهاء فترة النفاس.

8.العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأم:

من المعروف عالمياً أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع من خلال الاستخدام الصحيح والأمثل للإجراءات المناسبة والتي تسمح بالتشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها، إن استخدام خدمات الرعاية الصحية سواء كانت الحكومية أو الأهلية تعتمد على عدة عوامل منها: العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والتركيبية الاجتماعية، ومستوى التعليم، والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وضع المرأة، والنظام الاقتصادي والسياسي للبلد فضلاً عن العوامل البيئية ونمط انتشار الأمراض والنظام الصحي المعمول به، كذلك فإن المحرك الأساسي والرئيس لطلب الخدمات الصحية واستخدامها يكمن في تنظيم وهيكلية المجتمع ككل وطبيعة النظام الصحي.

1.8.العوامل الاجتماعية والثقافية في الرعاية الصحية للأم:

تعتبر المحددات الاجتماعية عاملاً هاماً من العوامل المؤثرة في صحة النساء والمواليد، فالفقر واللامساواة وانعدام الاستقرار الاجتماعي عوامل تقوض رعاية الأمهات والمواليد بسبل متعددة مثل سوء الحالة التغذوية للفتيات والنساء (بمن فيهن الحوامل) وعدم ملاءمة ظروف السكن والإصحاح، وتسبب حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة تحركات خطيرة للأشخاص (بمن فيهم الحوامل والمواليد) وتهدد إمكانية وصولهم للنظم الصحية العاملة، كما يعوق انخفاض مستويات التعليم، والتمييز بين الجنسين وانعدام التمكين التماس النساء للرعاية الصحية وتحول دون اتخاذ أفضل الخيارات لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يؤدي إلى تأجيلات خطيرة ووفيات لا داعي لها، وتقر خطة العمل هذه بالروابط المتأصلة

بين العوامل الظرفية وصحة الأمهات والمواليد وتركز بالدرجة الأولى على الحلول المتصلة بالنظم الصحية¹.

كما أن الموقع الذي تحتله المرأة في المجتمع يحدد نظرتها وموقفها من الأمور التي تتعامل معها لما يحدده الحيز الذي تستطيع المرأة التصرف فيه، فالمرأة الأمية والفقيرة أكثر احتمالاً للزواج في فترة المراهقة، وارتفاع الخصوبة بينهن، مما يزيد من العبء عليهن، وتفاقم الفقر وسوء الصحة وعدم استغلال الخدمات الصحية وبذلك يصبح أكثر عرضة للوفاة أثناء الحمل والولادة.

إن الأمهات الأكثر تعليماً يتمتعن برعاية صحية أفضل، كما أنهن يمتلكن مهارات أفضل في الحصول على المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية والوقاية من الأمراض والتغذية وتقييم هذه المعلومات²، كما يعتبر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية، ويعتبر المستوى التعليمي والثقافي أحد العوامل الهامة التي تلعب دوراً أساسياً في توافر الوعي الصحي لدى الأفراد فالأفراد الأكثر تعليماً يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على فهم أسباب المرض وطرق تنفيذ علاجه³.

فقد أثبتت دراسات عديدة أن المرأة المتعلمة يرجح أن تحصل أكثر من غيرها على رعاية ما قبل الولادة، وأن تلد أطفالها بمساعدة مولدين مهرة، وأن تستعمل وسائل منع الحمل لتجنب الولادات في وقت غير ملائم أو الولادات غير المرغوب فيها، فتعليم الرجل أقل تأثيراً من تعليم المرأة على الصحة الإنجابية وعلى نمط تكوين الأسرة في العديد من البلدان، ولكن آثاره ايجابية بوجه عام فهي تعزز آثار تعليم المرأة ولكن لا تحل محلها فنجد أن الأم الغير المتعلمة التي تنشأ في مجتمع تتم فيه الولادة بواسطة الداية ترى أنها أفضل طريقة وأنه من الصعب عليها الاقتناع بالولادة بواسطة الأطباء أو الممرضات⁴.

¹ منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون: صحة المواليد، جنيف، 2014، ص 7.

² أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص 231.

³ عبد المجيد الشاعر وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 103.

⁴ بهاء الدين إبراهيم سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة، 2007، ص ص 240-243.

كما تشير إحدى الدراسات التي نشرتها منظمة الصحة العالمية عام 2015 إلى أن المحددات الاقتصادية والاجتماعية تلعب دورها في إقبال السيدات على استخدام خدمات النفاس، إذ كلما ارتفع المستوى الاقتصادي/الاجتماعي للأم كلما زاد استخدامها لخدمات النفاس. كذلك الأمر بالنسبة لمستوى المرأة التعليمي ومستوى زوجها التعليمي أيضاً، إذ أن هناك ازديادا ملحوظا في استخدام النساء لخدمة النفاس مرتبطا بازدياد مستواه التعليمي¹. ويؤثر كذلك نمط الأسرة (أسرة نووية أو أسرة ممتدة) بالغ الأثر على الخدمات الصحية المقدمة للأم الحامل لذلك نجد فوارق كبيرة بين الخدمات الصحية في البيئات المختلفة، ففي الأسرة الممتدة نجد أن زوجة الابن لا تذهب إلى الوحدة الصحية أو المستشفى إلا بعد استشارة زوجها وأخذ الإذن منه حتى في أصعب الظروف الصحية، كما أنها تطيع أم الزوج وتتصاع لأوامرها ونصائحها وعادة تكون هذه النصائح مخالفة للتعاليم الصحية الحديثة، وتعتبر هذه النصائح ملزمة للزوجة من أجل الحفاظ على العلاقات الأسرية ونجد على العكس في الأسرة النووية².

ومنه فإن الرعاية الصحية للأم الحامل تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية فهي تتأثر سلبا بانتشار الأمية والبطالة، وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها، وفي كثير من أنحاء العالم تتعرض النساء للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية وبالوصول على الرعاية الصحية، وفي المناطق التي تتدنى فيها مكانة المرأة تأتي صحتها وتعليمها وحاجاتها العاطفية في الدرجة الثانية بعد الرجل، وتلعب الخدمات الصحية دورا هاما للرفي بمستوى صحة الأم، فلا يمكن الوقاية من المشاكل الإنجابية أو علاجها أو الحد منها دون توافر خدمات صحية ذات جودة

¹ وزارة الصحة: تقييم خدمات صحة المرأة والطفل والصحة الإنجابية المتكاملة، منشورات المركز الوطني للعناية بصحة المرأة، الأردن، 2015، ص 14.

² سومية بوحفص: المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ديسمبر 2016، ص 673.

عالية تم التخطيط لها لتلبي الاحتياجات الصحية للفئات المختلفة، مع ضمان سهولة الوصول إليها.

2.8. العوامل الاقتصادية في الرعاية الصحية للأم:

تشكل الأمومة الآمنة وعناية الأم الصحية محور الحياة. وهما أساس العمل اللائق وإنتاجية النساء، فبالنسبة للنساء العاملات أكان على صعيد المشاركة في أسواق العمل أم العمل بلا أجر في المنزل أو مختلف أشكال العمل غير النمطي للحساب الخاص تعتبر مسألة تحقيق التوازن بين الأمومة والمسؤوليات العائلية والعمل جذور دورهن الرئيسي¹. ويفتقر عدد لا يحصى من النساء إلى فرص العمل اللائق التي من شأنها تمكينهن من التخلص من الفقر أو العمل في ظل ظروف آمنة، وغالبا ما تجد النساء العاملات أنفسهن خارج إطار الحماية القانونية التقليدية وأنظمة الحماية الاجتماعية التي تحميهن من الانكشاف وتساعدن في الحصول على الرعاية الصحية، ولا بد أن تتخلص النساء من التمييز والصرف على أساس الحمل أو الأمومة خصوصا وأن عدد كبير منهن يفتقر إلى إيصال الصوت والحصول على التمثيل لتحسين حياتهن، من جهتها تستلزم الأمومة الآمنة إنجازات على صعيد حق المرأة في الحصول على عمل لائق والتمكين الاقتصادي بالإضافة إلى فرص التعليم والمساواة السياسية والقانونية. فإن النقص على صعيد العمل اللائق يهدد صحة الأمومة وضمان المرأة الاقتصادي².

ومن المفترض أن تحل الإعانات النقدية مكان جزء من الدخل المفقود نتيجة توقف المرأة عن النشاطات الاقتصادية مما يؤثر عمليا على أحكام إجازة الأمومة، ففي غياب البديل عن الدخل، تعاني معظم العائلات من مشاكل مالية كثيرة نتيجة توقف المرأة عن العمل وأمام مصاريف الحمل والولادة المتزايدة. وفي ظل الفقر أو الإكراه المالي، قد تجد المرأة نفسها مجبرة على مزاوله العمل بأسرع وقت بعد الولادة وقبل أن يسمح لها الطبيب بذلك. وقد احتضنت معظم الدول (97 %) هذا المبدأ باستثناء خمس دول من أصل 166 هي أستراليا وليزوتو وبابوا غينيا الجديدة وسوازيلاند والولايات المتحدة الأمريكية حيث تقوم

¹ منظمة العمل الدولية: حماية المستقبل - الأمومة والأبوة والعمل-، المكتب الإقليمي للدول العربي، بيروت، 2009، ص 1.

² نفس المرجع: ص 2.

إجازة الأمومة خارج إطار الأحكام القانونية المحلية المتعلقة بالدفع، وفي معظم الدول، قد لا تكون الإعانات النقدية مناسبة. فإن 36 % من الدول فقط تطبق معايير الاتفاقية رقم 183 لجهة منح المرأة الحامل ثلثي الدخل قبل إعطائها إجازة الأمومة الممتدة على أسبوع¹. في حين صادقت ثلاث دول فقط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على واحدة من اتفاقيات منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة عام 2011، وصادق المغرب على اتفاقية منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة لعام 2000 رقم 183 التي تنص على إعطاء إجازة أمومة 14 أسبوعاً، وصادقت ليبيا عام 1975 على اتفاقية منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة (المراجعة) لعام 1952 رقم 103 التي تنص على إعطاء إجازة أمومة من 12 أسبوعاً، رغم أن ليبيا زادت عام 2010 إجازة الأمومة إلى 14 أسبوعاً، وصادقت الجزائر عام 1962 على أول اتفاقية لحماية الأمومة، لعام 1919 رقم 3 والآن تنص على إعطاء 14 أسبوعاً، ومع ذلك تعطي كافة الدول الأخرى في المنطقة إجازة أمومة لمدة أقل من 14 أسبوعاً، وعدد قليل من الدول فقط يقدم ما يصل إلى ستة أيام من إجازة الأبوة².

كما تمر المرأة خلال دورة الحياة الإنتاجية بمراحل ثلاث هي الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة. وتعيش عندها تحت وطأة أخطار عديدة فلا بد من تأمين الحماية الخاصة لها في مكان العمل، فإن الاعتراف بالمخاطر ومعالجتها من شأنه الحد من الأخطار المحددة التي تهدد صحتها، وتعزيز إمكانية توليد الدخل خلال فترة الحمل والتهيئة لعملية تنمية الطفل الصحية. من جهتها، تدعو الاتفاقية رقم 183 إلى اتخاذ التدابير لضمان حماية المرأة الحامل الصحية أو المرأة المرضعة فيما تؤمن التوصية رقم 191 التوجيهات المحددة في هذا المجال.

وقد دعا عدد من الدول إلى تقويم مخاطر مكان العمل المرتبطة بعمل المرأة الحامل أو المرضعة (في جنوب إفريقيا مثلاً)، لكن بعض الدول لا تزال تفرض حظراً شاملاً ضد استخدام الحوامل - أو بالأحرى- النساء في بعض الوظائف المصنفة في خانة الأعمال

¹ نفس المرجع: ص 2-3.

² منظمة العمل الدولية، المكتب الإقليمي للدول العربية: المرأة في قطاع الأعمال والإدارة- اكتساب الزخم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا-، ط1، تقرير إقليمي، بيروت، 2016، ص 27.

الخطرة بما يتوافق مع ما تنص عليه اتفاقية حماية الأمومة المذكورة، وقد يؤثر هذا الموضوع من حيث إعاقة حقوق المرأة لجهة المساواة في الفرص والمعاملة في الاستخدام والمهنة¹. وبالتالي يمكن القول بأن وجود دخل للأسرة أو للأم يغير من نمط استهلاكها، ويؤثر أيضا على نمط الغذاء والسكن واللباس ويوجه إلى حيازة السلع الكمالية بالإضافة إلى تحسين الظروف والأوضاع الصحية وخاصة طريقة الاعتناء بصحة الأم بكيفية يضمن لها الحصول على أحسن الخدمات الصحية.

¹ منظمة العمل الدولية: حماية المستقبل - الأمومة والأبوة والعمل-، مرجع سابق، ص 4.

خلاصة:

يكمُن الهدف من التطرق لهذا الفصل الخاص بدراستنا في محاولة تسليط الضوء على مفهوم الأمومة والرعاية الصحية لها بمكوناتها الثلاث بحيث من خلال ما تم الإلمام به نستخلص أن الرعاية الصحية حق لكل إنسان، وبالدرجة الأولى الأم، فحياة الأم الخالية من العلل هدف من الأهداف الأساسية للرعاية الصحية الإيجابية والتي يجب على أي مجتمع أن يسعى إلى تحقيقها، لأن معظم النساء الحوامل معرضات للخطر ويمكن أن تحدث لهن مضاعفات في أي وقت أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة، ومع ذلك يمكن للنساء والأسر أن تتعلم كيفية تجنب الحمل غير المرغوب فيه، وإذا حدث الحمل، يمكنهم أن يتعلموا أهمية تلقي الرعاية السابقة للولادة، وكيفية التعرف على علامات الخطر، والتخطيط للإحالة في حالات الطوارئ، وعمل خيارات آمنة عند الولادة. وعندما تحدث مشاكل تتم الإحالة في الوقت المناسب، ويمكن معالجة المضاعفات في المرافق الصحية المجهزة بشكل كاف بالمستلزمات والأدوية، والتي يعمل بها فريق عمل كامل من العاملين الصحيين المدربين والمهرة.

الفصل الرابع

تطور العملية القيصرية
أنواعها وأسبابها

تمهيد:

قد يكون اللجوءُ إلى الولادة القيصرية في بعض الحالات هو الإجراء الأفضل لسلامة الأم، أو لسلامة طفلها، أو لسلامتهما معا. بما أنَّ الولادة القيصرية مصنفة على أنها من العمليَّات الجراحية الكبرى، فلا يُستطبُّ إجراؤها ما لم يتوفر مبرر حقيقي لذلك، وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن معدل الولادات القيصرية يجب ألا يتجاوز نسبة خمسة عشر في المئة من مجمل الولادات في بلد معيَّن، إلا أنها ترتفع في مختلف البلدان في العالم.

ونحاول من العرض السابق أن نتطرق في هذا الفصل إلى العملية القيصرية بإسهاب بعد التطرق إلى مفهوم الأمومة والولادة وصولا إلى العملية القيصرية وتاريخها، وتواجدها وانتشارها في بعض البلدان المتقدمة والنامية.

كما نتطرق إلى العوامل المتعلقة بالعملية القيصرية سواء كانت الخاصة بالأم والعوامل المحيطة بها.

1. لمحة تاريخية عن العملية القيصرية

1.1. مصطلح القيصرية:

هناك ثلاثة تفاسير لأصل هذه التسمية، يقال في الأول وفقا للأسطورة « تفسير بليني للنص القديم (23-75) » بعد الميلاد، تأتي كلمة قيصر من الاسم الأول من القياصرة: وهو يوليوس قيصر الذي خضعت أمه أوريليا Aurélia للعملية عندما كانت حاملا به واقترب وقت مخاضها، وهذا غير صحيح لأن والدته كانت على قيد الحياة عندما قام هذا الإمبراطور بغزواته الشهيرة وذلك ضرب من المستحيل إذ لم تكن تتجو أي أم ولدت بهذه العملية قبل نهاية القرن الثامن عشر¹.

وحسب بليني الأكبر الذي لم يرو بدقة الحقائق لكنه هدف إلى تسليط الضوء على أهمية طريق تعيين وضع الولادة الذي ولد فيها قيصر، وأنها ظروف استثنائية، وهي محفوظة لآلهة الأساطير مثلما يوجد في الثقافة الهندوسية إندرا (Indra) خرج من الجانب الأيمن من والدته، تماما مثل بوذا².

وأما التفسير الثاني للتسمية فهو (قانون ملكي) صدر عن أباطرة روما في العام 715 ق.م منع فيه دفن أي امرأة حامل أو ماخض تموت إلا بعد أن يخرج جنينها من بطنها ليدفن كل على حدة، ودعي هذا القانون القيصري نسبة لقياصرة روما ومنه اشتق هذا الاسم³، وأما التفسير الثالث فيرى أن كلمة "القيصرية" تتعلق بالفعل "caedere" والتي تعني القطع والقص وكان يسمى الأولاد المولودون من بطن أم ميتة Caesone وببساطة يمكن أن تعني القيصرية استخراج الجنين بالقص أو القطع حسب بندل (Pundel)، وفي أي حال تم استخدام مصطلح "الولادة القيصرية" للمرة الأولى في أوروبا من قبل فرانسوا روسي (François Rousset) في كتاب صدر في باريس عام 1581 وبعنوان "الولادة القيصرية"،

¹ J. Delotte et autres: **Une Brève Histoire de la Césarienne**, La Lettre du Gynécologue, n°321, France, avril 2007, P 15.

² Fabienne Richard: **La Césarienne de Qualité au Burkina Faso (comment penser et agir au-delà de l'acte technique)**, Thèse de doctorat en Sciences de la Santé Publique, Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique, Année académique 2011-2012, p 19.

³ Gary Cunningham F. And al: op.cit, P 535.

مشيرا أيضا إلى الظروف المحيطة بولادة قيصر، ويرى صاحب هذا العمل الذي قام به أن حقيقة اللغة المكتوبة أكثر فكرة مشابهة للأسطورة من الحقيقة التاريخية¹.

2.1. تاريخ الولادة القيصرية في الغرب وأفريقيا

الولادة القيصرية هي من التدخلات القديمة التي صنعها الإنسان، وتطورت بفضل اكتشافاته الطبية إذ طور تقنياتها وحاول تجنب اعتلالتها من أجل تحسين ظروف الولادة للمحافظة على صحة الأم والطفل في كل مرة، ويمكن تقسيم هذا التطور إلى أربع فترات:

- من العصور القديمة إلى العصور الوسطى: القيصرية بعد الوفاة
- من القرن السادس عشر إلى القرن التاسع عشر: القيصرية من أجل إنقاذ حياة النساء
- التاسع عشر وأوائل القرن العشرين: ظهور التعقيم الجراحي ونقل الدم
- الفترة الحديثة.

1.2.1. من العصور القديمة إلى العصور الوسطى: القيصرية بعد الوفاة

يتم إجراء العملية القيصرية بعد الوفاة عن طريق فتح البطن لإزالة العضو المريض (الجنين) من الجثة، لأنه قد يكون سبب الوفاة، ولطرد الأرواح الشريرة وتجنب نوبات الشر هذا في وسط وشرق أفريقيا، أما الرومان، والأتروسكس وخاصة الهند، فإن إجراء العملية القيصرية ضروري وحتمي بعد الوفاة لأي امرأة ميتة بعد الحمل، ويتم دفن الجنين وحرق الأم².

وفي التاريخ الروماني التقليدي صدر قانونا أثناء حكم ملك روما الثاني نومابومبليوس Numalpomplius في 715 - 762 ق.م أمر بتصريح عدم دفن المرأة الميتة خلال الولادة إلا بعد إخراج الجنين من رحمها، وكان يسمى بالقانون الملكي ثم سمي بالقانون القيصري ولعل تسمية هذه العملية ترجع إلى اسم هذا القانون.

أما بالنسبة لليونانيين، تم تعيين العملية قيصرية على العبيد، وواصل النظام الإمبراطوري لتطبيق هذا القانون في قيصرية ليكس.

¹ Fabienne Richard: op.cit, p 19.

² Olga Lahmy-Deddouch: **Morbidité Maternelle Associée Aux Césariennes Programmées Et Réalisées En Urgence: Etude Prospective Entre Avril 2006 Et Avril 2007 Dans Le C.H.R. DE Versailles**, Université Paris Val-de-Marne Faculté De Médecine De Créteil, Thèse Pour Le Diplôme D'état De Docteur En Médecine, Année 2008, p 11.

وفي نهاية العصور الوسطى ظهرت فكرة إنقاذ الطفل من قبل تشريح الجثة ولادة قيصرية، ولتحقيق ذلك، كان من الضروري للحفاظ على فم المرأة المتوفاة مفتوحا حتى يستطيع الجنين التنفس إلى نهاية التدخل.

وتوصي الكنيسة الكاثوليكية بعد الوفاة القيصرية لا تفقد فوائد التعميد للطفل على وشك أن يلد، إذا كان لا يزال على قيد الحياة، أو إذا كان ميتا يتم دفنه خارج المقبرة¹.

2.2.1. من القرن السادس عشر إلى القرن التاسع عشر: القيصرية على النساء اللاتي يعشن في أوروبا

ليس من الواضح وجود بيانات أو أدلة على جعل أول عملية قيصرية على امرأة تعيش ومتى، ووفقا لبعض الروايات من أواخر القرن السادس عشر، فقد أجريت سنة 1500 ليس عن طريق الطبيب ولكن عن طريق مزارع الخنازير سويسري جاك نفر (Jacques Nüfer)، الذي ظلت زوجته الحامل إليزابيث Elisabeth في العمل لساعات طويلة، وبسبب الإرهاق والتعب جاءها الطلق فتدخلت 13 قابلة لإنقاذها ولكن جهودهن كلل بالفشل، ثم طلب زوجها إذنا من السلطات بالتدخل فقام هذا الأخير بفتح البطن وإنقاذ الطفل والزوجة التي أنجبت من قبل خمس مرات، وأنجبت بما في ذلك مرة واحدة بتوأم، الطفل المولود عاش حتى سن 77 عاما².

ولم يكن حتى القرن السادس عشر يتم الوضع بالعملية القيصرية على النساء اللاتي يعشن في النقطة.

وفي سنة 1581 نشر فرانسوا روسي (François Rousset) كتابا يبين فيه أول حالة لجميع الولادات القيصرية الناجحة والتي تم فيها إنقاذ حياة النساء، وأوضح الطرائق المختلفة والتقنيات الجيدة للقيصرية، ومواصفات النساء اللواتي يخضعن للعملية، والطرق والكيفيات لاستخراج الطفل مع المحافظة على صحة الأم والطفل معا³.

وأحدث هذا الكتاب ضجة كبيرة في ذلك الوقت في عالم التوليد، وكان فرانسوا روسي ليس طبيبا جراحا، وقال أنه لم يجعل نفسه وصيا على القيصرية، وإنما عمله عبارة عن مجموعة من الحقائق التي أبلغ عنها بأسماء شهود عيان، ولم يلق ترحابا ومساندة من طرف

¹ Fabienne Richard: op.cit, p 21.

² Ibid, p p 22-23.

³ Ibid, p 24.

أمبرواز باري الطبيب الجراح المشهور الذي جاء ضد الموافقة على الكتاب في كلية الطب بباريس.

ازداد العمل في إجراء العملية القيصرية في القرن السادس عشر لكنه واجه صعوبات السيطرة على النزف والتلوث وعدم وجود التخدير وبقيت نسبة الوفيات عالية حتى بداية القرن التاسع عشر، إذ أكد الدكتور السويدي أوزيندر Osiander أن نسبة وفيات النساء اللواتي يتعرضن للعملية القيصرية هي 2 من 3 حالات ولادة قيصرية¹.

وفي أواخر القرن التاسع عشر ظلت تدخل القيصرية استثناء لا تمارس إلا عندما ضيق الحوض وفقا لأطباء التوليد في ذلك الوقت، والقيام بالخياطة في بضع الرحم لوقف النزيف، وتعتبر هذه الأخيرة خطرة بسبب انتقال العدوى ومنع الصرف الصحي السليم. كما تم في هذه الحقبة من إحراز تقدم لا يمكن إنكاره من قبل إدواردو بورو (Edoardo Porro) الذي ساعد في الحد من معدل وفيات الأمهات 25% ومعدل وفيات الأجنة 22% بين 1876 و 1901.

وشرع إدواردو بورو بتقديم جملة من الخطوات والنصائح التي يجب على المشرف على العملية القيام بها على النحو التالي²:

- تطهير الأيدي بمحلول مخفف من حمض الكربونيك،
- فتح البطن، واستخراج الجنين،
- حمام لتجويف البطن مع ثاني أكسيد الكربون،
- اختتام جدار الرحم
- استئصال الرحم فوق منطقة تخريجها واستئصال الرحم من المجموع الفرعي،
- الغسيل المتكرر للجرح والمهبل (الشمبانيا وصبغة الأفيون).

وتم تنفيذ الخياطة أول مرة في عام 1769 من قبل لباز Lebas ثم بواسطة حبوب اللقاح في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1852.

¹ سعدية هادي حمدي: العملية القيصرية أسباب ونتائج، مجلة التقني، المجلد 21، العدد 3، منشورات المعهد التقني، بابل(العراق)، 2008، ص 49-53.

² Olga Lahmy-Deddouch: op.cit, p p 13-14.

وفي عام 1882 (بعد ست سنوات من تدخل بورو) قام ماكس سانجر بتطوير تقنية خياطة بضع الرحم وصارت هذا القيصرية تعرف بـ"الكلاسيكية".

3.2.1. التاسع عشر وأوائل القرن العشرين: إدخال التعقيم والتقدم في التخدير والتقنية الجراحية

وفي سنة 1907 م قدم فرانس فرانك الألماني نوعا جديدا من الجراحة القيصرية فهي تخلص المثانة من اتصالها بالجزء الأسفل من الرحم ثم إزاحة المثانة من الطريق إلى أسفل الحوض وشق الرحم في المنطقة التي فصلت منها المثانة ويزال الطفل ثم يخاط الرحم وتعاد المثانة إلى مكانها.

وفي عام 1908 اقترح فانينستيل (Pfannenstiel) شق عرضي لبطن الأم لاستخراج الطفل، وأما كير في سنة 1926 فقد أوصى بإغلاق الصفاق الجداري والحشوي مشددا على أهمية التخدير في انجاح العملية¹.

وشهدت هذه الفترة تحسن تدريجي وملحوظ في تطور التقنية الجراحية وكذلك التعقيم وتغيير أساليب التخدير والإنعاش، واكتشاف المضادات الحيوية وتطوير تقنيات نقل الدم وخفض معدل وفيات الأمهات إلى 10%².

4.2.1. العصر الحديث

لقد تغيرت التقنيات وأسلوب العملية منذ أوائل القرن العشرين، ففي عام 1921 أشاع برنديو Brindeau تقنية جديدة تحت الصفاق القيصرية القطعي، وظهور العلاج بالمضادات الحيوية: وفي عام 1937 بالسلفوناميدات، والبنسلين في عام 1940 والمضادات الحيوية الأخرى، والتقدم الملحوظ في مجال التخدير والعناية المركزة، ونقل واكتشاف الأوكسيتوسين يسمح لزيادة خفض الوفيات المرتبطة بالعملية القيصرية³.

إن تحضر السكان، وبناء العديد من المستشفيات وتطويرها بالمعدات مثل التصوير الجنين ساهمت في زيادة تدريجية في عدد العمليات القيصرية في الوقت الحاضر، وتجرى هذه الولادة تحت إشراف طبيب خبير ومتخصص شأنها شأن كل مجالات الطب، كما عرفت

¹ AKLA SARRA: **Pronostic Materno-faetal Des Césariennes Programmées et Des Césariennes Urgentes**, Université Mohammed V –Soussi– Faculté De Médecine et De Pharmacie –Rabat, Doctorat en Médecine, Année 2014, p p 4-5.

² Olga Lahmy-Deddouch: op.cit, p 14.

³ Fabienne Richard: op.cit, p 30.

نوعاً من التطور مع تعاقب السنوات ففي السابق كانت العملية القيصرية تُجرى عن طريق شق رأسي في البطن والرحم، أما الآن فالشق يكون أفقياً وصغيراً أسفل السرة بكثير وأصبح الجرح يلتئم بشكل أسرع ويكون أثره أقل وضوحاً وتفقد المرأة معه دماً أقل بكثير من السابق، وقد ثبت نقص عدد الوفيات والمشاكل التي قد تنجم عن الولادة القيصرية بعد أن حصل تطور كبير في أدوية التخدير واستخدام التخدير النصفي بدلاً من العام، ونتيجة تطور التعقيم وتقنياته والاستعمال الروتيني للمضادات الحيوية أثناء العملية وأيضاً تطور الخيوط الطبية المستعملة في خياطة الجرح حيث أصبحت مصنوعة من مواد طبيعية يمكن أن تذوب من تلقاء نفسها بعد التئام الجرح ولا تضر الجسم.

2. أنواع العملية القيصرية وأسبابها:

1.2. القيصرية حسب الطلب:

وتسمى كذلك الولادة القيصرية الاختيارية أو الترفيحية لأسباب تتعدى الدواعي الطبية لتصبح أمراً اختيارياً يختلف في دوافعها، وتتم بالتنسيق بين الأسباب التي تتمحور حول الأم وطبيبها¹.

أ- بالنسبة للأم:

- تختار الحامل الولادة القيصرية بدلاً من الولادة المهبلية لأسباب منها:
- الخوف من آلام الولادة الطبيعية.
- الخوف على صحة الجنين.
- الخوف من التأثيرات الجانبية للولادة المهبلية، مثل سلس البول.
- لتحديد موعد الولادة في وقت ملائم.
- للأمهات القلقات.
- تعتبرها البعض من خطوط الموضة.

ب- بالنسبة للطبيب:

- يختار الطبيب الولادة القيصرية بدلاً من الولادة المهبلية للأسباب التالية²:
- العملية تدر دخلاً زائداً عليه.

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقيان: مرجع سابق، ص 141.

² نفس المرجع، ص 142.

- بعض الأطباء المنشغلين يفضلون ولادة قيصرية محددة مسبقا على اتصال طارئ في منتصف الليل.

- بسبب النقص الحاد في عدد الأطباء ذوي الخبرة في التعامل مع حالات الحمل غير الطبيعي.

- قد يدفع تجنب الطبيب للوقوع فيما يُسمى بالإهمال الطبي وما يتبعه من المساءلات القانونية عن المضاعفات والمخاطر التي تتعرض لها الحامل، ولا يمكن تصنيفها ضمن "الأخطاء الطبية" لإجراء العملية القيصرية عوضاً عن الولادة الطبيعية¹.

- نظرا للمخاطر القليلة نسبيا من إجرائها .

2.2. القيصرية الطارئة:

وتسمى كذلك العاجلة لإنقاذ حياة الأم والجنين معا وتتم في حال وجود مشاكل غير متوقعة (مفاجئة) يمكن أن تشكل خطرا على صحة الأم أو الجنين أو معا، وهذا إذا لاحظ الطبيب بأن صحة الجنين مهددة بالخطر عند ملاحظة بعض العناصر تتمثل في²:

- كنقص الأكسجين عن الجنين (إجهاد جنيني).

- انفصال المشيمة الباكر.

- عندما يكون هناك نزيف شديد أثناء الحمل يهدد حياة الأم والجنين.

- عندما يتقدم الحبل السري (هبوط الحبل) رأس الجنين أثناء خروجه من الحوض.

- عندما يصبح واضحا أثناء الولادة بأن الأم غير قادرة على الولادة من نفسها أي تعسر

الولادة بسبب وجود ضائقة جنينية، أي أن تكون في الممر الذي يعبره الجنين في أثناء الولادة

مشكلة مثل عدم تناسب حجم الجنين وحجم الحوض لدى الأم، أو أن تعاني الأم من

مشكلات في عضلات الحوض، أو لديها ما يعوق الولادة مثل الأورام الليلية وما شابه³.

¹ <http://www.altibbi.com>.

تم الاطلاع عليه يوم 2014/11/11 على الساعة 16:40 مساء

² <http://www.enfant.com/grossesse/accouchement/laccouchement-par-cesarienne-ca-se-passe-comment>.

تم الاطلاع عليه يوم 2015/12/25 على الساعة 11:50 صباحا

³ أحمد الغمراوي: ازدياد عدد الجراحات القيصرية يثير قلق الأطباء، جريدة الشرق الأوسط، 11436،

05 ربيع 1431 هـ 21 2010

3.2. القيصرية الغير طارئة:

وتسمى كذلك الغير عاجلة وفي هذه الحالة غالبا ما تدخل الحامل إلى المستشفى ليتم ترتيب العملية لها، ويتم إجرائها بأسبوعين قبل موعد الولادة المتوقع، وبهذه الطريقة لتأكد بأن الجنين قد أكتمل نموه.

أ- أسباب تتعلق بالأم:

- سن الأم: خاصة البكرية كبيرة السن حيث تفقد عضلاتها المرنة للولادة المهبلية.
- إذا كانت الأم تعاني من ارتفاع شديد في ضغط الدم أو في بعض حالات تسمم الحمل أو أمراض أخرى مثل مرض السكر أو أمراض الكلى¹.

ب- أسباب بالحوض:

ضيق عظام حوض بحيث لا يسمح بخروج الطفل بشكل الطبيعي.

ج- أسباب متعلقة بالرحم:

- أن تكون هناك عملية قيصرية سابقة أجريت لنفس المرأة، بسبب الخوف من انفجار القطع السابق في جدار الرحم عند العودة إلى الولادة الطبيعية في الحمل التالي، فالانقباضات والضغط على جدار البطن تشكل خطورة، ولذلك فالأضمن هو تكرار الولادة بنفس الطريقة، ولكن يقل خطر التمزق والانفجار إذا كان جرح العملية القيصرية الأول موجودا في الجزء غير المنقبض من الرحم، وكذلك إذا لم يكن هناك أي التهاب أو مضاعفات نتيجة للعملية القيصرية الأولى، والمقصود هنا بعبارة غير منقبض هو جزء الرحم الذي لا يشترك في الانقباض أثناء الولادة ولا يتعرض للضغط الشديد أو الحزق (الطلق أو انقباضات الرحم الذي يسبب عدم انتظام الطلق، أو ضعف الطلق)²، وفي العديد من الحالات تلد المرأة ولادة طبيعية بعد ولادة قيصرية سابقة، وعلى عكس الحال إذا أجريت الجراحة في الجزء المنقبض فإن فتحة هذه الجراحة القيصرية تكون نقطة الضعف في الولادة التالية بحيث تزيد من مخاطر انفجار الرحم أثناء الولادة الطبيعية³.

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقبان: مرجع سابق، ص 143.

² <http://byotna.kenanaonline.com/posts/6017>

تم الاطلاع عليه يوم 2014/04/12 على الساعة 10:25 صباحا

³ محمد أبو الغار: المرأة في غرفة العمليات، ط 1، دار الكتب العربية، القاهرة، 2012، ص 64.

- إذا كانت الأم أجرى لها عملية استئصال ورم ليفي بالرحم خاصة إذا فتح باطن الرحم أثناء العملية، أو إذا كانت الأم أجرى لها عملية لتصليح عيب خلقي بالرحم، أو بسبب عدم اتساع عنق الرحم.

د- أسباب تتعلق بالمشيمة:

- إنغراس المشيمة أسفل الرحم (المشيمة المنزاحة أو المتقدمة).
- المشيمة المتقدمة بشكل كامل: إذا كانت في أسفل الرحم وتغطي فتحة عنق الرحم بشكل كامل.

- المشيمة المتقدمة الهامشية: وهي المشيمة المنغرس في أسفل الرحم وتغطي جزءاً من عنق الرحم.

- المشيمة المتقدمة جزئياً: عندما تكون المشيمة منغرس في أسفل الرحم لكنها لا تغطي عنق الرحم مما يمنع خروج الطفل أثناء الولادة أو النزيف الحاد.

- انفصال المشيمة الحاد المبكر وقد يكون انفصال المشيمة كلياً أو جزئياً، ويشمل جزء من المشيمة (يكون النزف مخفياً في بعض الحالات، ويحدث النزف داخل الرحم خلف المشيمة، وقد يكون النزف ظاهراً في بعض الحالات ويحدث النزف خارج الرحم ويظهر نزف مهبل¹).

هـ- أسباب تتعلق بالحبل السري:

عندما يضغط الجنين على الحبل السري، ويحدث هذا عندما يكون الحبل السري بين رأس الجنين وجدار حوض الأم، أو قد يتزلق الحبل السري ويتدلى، وهنا يقع عليه الضغط، وخطورة ذلك أن الجنين الذي لم يخرج بعد يصبح محروماً من الأوكسجين والغذاء الذي كان من المفروض أن يصل إليه عن طريق الحبل السري، كما أن هناك موقف آخر يهدد حياة الجنين هو إذا حدثت عقدة في الحبل السري وتزداد هذه العقدة إحكاماً كلما نزل المولود في قناة الولادة أو قد يكون الحبل السري ملفاً حول رقبة الجنين، في كل هذه الحالات ترتبط حياة الجنين بالوضع السليم للحبل السري، وهنا تصبح الولادة القيصرية هي المنقذ².

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقيان: مرجع سابق، ص 143.

² محمد أبو الغار: مرجع سابق، ص 65-66.

و- أسباب تتعلق بالجنين:

- زيادة مدة الحمل أكثر من 42 أسبوع أو إذا تأخر خروج الجنين تصبح حياته في خطر، فالطبيب الأخصائي يستطيع تحديد ذلك بوسائل دقيقة، وهو عادة ما يبدأ بمحاولة علاج الأزمة التي يتعرض لها الجنين من أجل تحقيق الولادة العادية، فإذا فشلت محاولته اتخذ القرار الحاسم بإتمام الولادة القيصرية فوراً وإخراج الجنين من منطقة الخطر، وكذلك إذا كان حجم ووزن الطفل أكثر من 4 كيلوغرامات فإن هذا يستدعي إجراء عملية قيصرية¹.

- إذا كان الجنين ضعيف النمو أو صغير الحجم أقل من 2.5 كيلو غرامات مما يجعل الولادة الطبيعية تؤثر على حياته.

- عدد الأطفال: حمل التوائم خاصة إذا كان مجيء الأول ليس بالرأس.

- وضع الطفل أثناء الولادة: إذا كان مجيء الطفل بالمقعدة أو بالعرض.

نزول الجنين بقدميه أو مقعدته أولاً، ويطلق على هذا النزول بالمقعدة ويفضل في هذه الحالة إتمام الولادة بالعملية القيصرية خاصة إذا كانت الحامل تمر بأول تجربة ولادة، فالطبيب هنا يخاف من حدوث النزيف في مخ الجنين إذا تمت الولادة بالطريقة العادية، ولذلك يتم اللجوء إلى الولادة بالعملية القيصرية².

وكذلك الولادة قبل الأوان (مبتسرة) وهنا يجد الطبيب أنه أمام أكثر من مشكلة فالمعروف أنه في الجنين كامل النمو يكون قطر الرأس والأكتاف من نفس المقاس أما الجنين الذي يولد قبل موعده (المبتسر) فإن قطر الرأس يكون أكبر من الأكتاف، هذا الاختلاف يزيد مع زيادة المدة التي تكون فيها الولادة قبل موعدها، وهكذا تتضاعف مشاكل الولادة بالمقعدة مع حدوث هذه الولادة قبل موعدها الطبيعي، فالجنين الذي يولد قبل موعده يكون له رأس أكبر من أكتافه، وإذا كانت المقعدة هي التي ستخرج قبل الرأس فإنه يصبح من الصعب على الرأس الكبيرة أن تنزل من قناة الولادة، ويكون القرار المنقذ هو العملية القيصرية³.

¹ universitaire de santé et de services sociaux de l'est -de- l'île- montréal: **L'accouchement par césarienne Guide d'information**, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, HMR, 2016, P3.

² محمد أبو الغار: مرجع سابق، ص 64.

³ محمد أبو الغار: مرجع سابق، ص 67-68.

- عيوب خلقية بالطفل تمنع ولادته مهلبيا.

ز- أسباب تتعلق بالسائل المحيط بالجنين:

- زيادة كمية السائل الأمنيوسي بدرجة تهدد حياة الطفل أو قلته بشكل كذلك تهدد حياته¹.

ح- أسباب تتعلق بالأغشية المحيطة بالجنين:

وتتمثل في انفصال المشيمة المبكر بشكل جزئي أثناء الولادة، ولكن إذا كان هذا الانفصال كاملا فإن ذلك يشكل خطورة على حياة المولود وهنا يجب إتمام الولادة فوراً، وأما إذا لم يتيسر ذلك بالطريقة الطبيعية تصبح العملية القيصرية هي الحل الوحيد، وهكذا فإن حدوث النزف من المشيمة يمكن اكتشافه من الأعراض التي تظهر على الحامل، فالنزف قد يكون خارجياً أو محجوباً بالداخل، وهنا يصبح الرحم في صلابة الحجر، كما أنه يكون مؤلماً بدرجة كبيرة لمجرد لمسه، وهكذا يظهر الخطر على الجنين من خلال دقائق قلبه بحيث تسرع كثيرا في أول الأمر، ثم تبطئ لتصبح خافتة حتى يموت²، ولتفادي ذلك تزول المشيمة أولاً أو قد تنزل المشيمة أولاً قبل نزول الجنين، ويصاحب هذه الحالة حدوث النزف فإذا غطى جزء كبير من المشيمة فتحة عنق الرحم وحدث النزف الشديد هنا يجب إنهاء الحمل بسرعة بعملية قيصرية³.

ولكن إذا كان النزف مصحوباً باتساع سريع في عنق الرحم فإن الولادة العادية يمكن أن تتم بالعملية القيصرية وذلك بعمل فتحة خلال جدار البطن ثم يتم عمل فتحة أخرى خلال جدار الرحم وأخيراً تعمل فتحة في الكيس الذي يحتوي على سائل ويعيش فيه الجنين، وعند إزالة هذا السائل المحيط بالجنين فإن الرحم ينقبض مباشرة وهكذا يصبح من الصعب انتزاع الجنين من داخله ولذلك ما إن يتم فتح هذا الكيس يصبح من الضروري رفع الجنين منه، ويتولى أحدهم في غرفة العمليات مهمة شفط السائل أو المخاط الموجود في فم الجنين حتى يستطيع أن يستنشق أول أنفاسه، وفي نفس الوقت يقوم الطبيب بإزالة المشيمة من الرحم ليتم بعد ذلك حقن المادة التي تدفع هذا الرحم إلى الانقباض بشدة، وهكذا يكون النزف في أقل

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقبان: مرجع سابق، ص 145.

² <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/ResourceCentres/PregnancyBabies/Pregnancy/>

الاطلاع عليه يوم 2016/02/27 على الساعة 9:00 صباحاً

³ محمد أبو الغار: مرجع سابق، ص 71-72.

قدر ممكن، وخلال ذلك يبدأ الجراح في خياطة جدار الرحم ثم جدار البطن والجلد، وهناك من يفتح في الجزء العلوي من عضلات الرحم، ولكن لأن هذا الجزء يقوم بدور نشط في انقباضات الرحم أثناء الولادة فإنه نادرا ما يتم الفتح في هذا المكان إلا في حالات خاصة كأن تكون ولادة الجنين بالمقعدة فالخطر هنا يكون أكبر مع هذه الفتحة في هذا المكان، ويكون هذا الخطر موجودا حتى قبل إتمام الولادة حيث يصبح انفجار هذا الرحم أمرا واردا، كما أن عمل فتحة في هذا المكان معناه حتمية إتمام أي ولادة تالية بالعملية القيصرية بل ويصبح من الضروري متابعة الجنين خوفا من حدوث أي مضاعفات¹.

وهناك طريقة أخرى وهي الأوسع انتشارا تتمثل في إجراء فتحة في الجزء الأسفل من الرحم وهذا الجزء لا تتقبض عضلاته إلا قليلا جدا، فهذه المنطقة السفلية من الرحم لا تشارك في الانقباض أثناء الولادة ومعنى ذلك أنها لا تكون تحت أي ضغط كبير، كما أن وجودها خلف عظام الحوض يحميها نسبيا من قوة الحزق، ولكن عند عمل هذه الفتحة يجب أن تبعد المثانة عن الرحم وهذا يحتاج إلى مهارة ودقة وصبر، والهدف من ذلك هو عدم تعريض المثانة لأي جرح، وهناك من يؤكد أن عمل القيصرية من خلال فتحة منخفضة في عنق الرحم وعدم حدوث أي مضاعفات كل هذه الظروف تعطي فرصة إتمام ولادة طبيعية في الحمل التالي هذا على افتراض عدم وجود هذه الظروف الأخرى التي تحتم الولادة بالعملية القيصرية².

وتكون الجراحة القيصرية لازمة إذا كان حوض المرأة ضيقا وهذا أهم سبب وهناك أسباب أخرى مثل وجود أورام في الحوض تسده أو مجيء الطفل بوضع غير مستعرض، وتعمل الجراحة القيصرية لعلاج مشكلتين خطيرتين من عواقب نهاية الحمل هما³:

* انفصال المشيمة قبل الأوان وهبوطها قبل الجنين.

* وقف التسمم الشديد السريع الذي يهدد بحدوث تشنجات الولادة.

¹ محمد أبو الغار: مرجع سابق، ص ص 71-72.

² نفس المرجع، ص ص 72 - 73

³ مجلة المجالس، العدد 1629، أسبوعية سياسية كويتية، 2003، ص 53.

3. أنواع العملية القيصرية حسب الشق والتخطيط:

وتقسم أنواع العملية القيصرية حسب نوع الشق وحسب التخطيط وهي كالتالي:

أ- العملية القيصرية حسب نوع الشق: وفي هذا النوع هنالك نوعان أساسيان من هذه الجراحة¹:

* الشق التقليدي (شق عمودي علوي) يتم القيام به في مركز البطن.

* الشق السفلي والذي هو عبارة عن شق أصغر ومنخفض نسبة للشق العمودي، وهو الأكثر استخداما في يومنا هذا.

ب- العملية القيصرية حسب التخطيط: ومن المتبع تصنيف الولادة القيصرية لجراحات مخططة وجراحات طارئة أيضا²:

* الجراحات الطارئة: هي الجراحات التي لم يتم التخطيط لها مسبقا، وغالبا يتم القيام بها بسبب حدوث مضاعفات خلال عملية الولادة (عدم تقدم الولادة كما يجب أو بطء معدل نبضات الجنين وغيرها).

والحالات الطبية التي تستدعي القيام بهذا النوع من الجراحة تشمل: حمل النساء في سن متقدمة، أو الوزن الزائد، أو ووضعية الجنين غير السليمة في قناة الولادة (مثل وضعية المؤخرة)، ولادة أكثر من جنين في آن واحد، مقدمة الارتجاج، الخضوع لولادة قيصرية في السابق وغيرها. هناك بعض النساء التي تفضل الولادة من خلال هذه الجراحة لكي تتجنب ألم الولادة، أو من أجل أن تلد في تاريخ محدد أو لأسباب أخرى. ونسبة إجراء هذه الجراحة في ازدياد مستمر.

* الجراحة المخططة: يشمل التحضير لهذه الجراحة القيام بالتخدير الموضعي والذي يسمى تخدير فوق الجافية أو التخدير النخاعي، يتم القيام بالتخدير فورا قبل الجراحة، عن طريق إدخال إبرة إلى النخاع الشوكي بهدف تخفيف الألم وتنشيط الشعور في منطقة الحوض وما دونها.

¹ <http://www.webteb.com/pregnancy-childbirth>.

الاطلاع عليه يوم 2016/02/27 على الساعة 9:50 صباحا

² Bernard Blanc et Laurent Siproudhis: **Pelvi-périnéologie**, Springer-Verlag, France, 2005, P257.

4. مراحل العملية القيصرية:

إذا كانت المرأة الحامل تتمتع بصحة جيدة، لا داعي لإجراء أي فحوصات قبل العملية، وفي بعض الحالات يطلب من المريضة القيام بفحوصات العد الدموي الشامل أو وظائف تخثر الدم.

1.4. مجرى الجراحة:

لإجراء هذه العملية توصل توصيلة خاصة بالمحاليل الوريدية لإعطاء المريضة السوائل اللازمة، ويتم تنظيف الأمعاء من الفضلات وإدخال قسطرة في الإحليل (مجرى البول) لتصريف البول أثناء الجراحة.

أثناء العملية لا بد أن يكون هناك جراح مؤهل - طبيب نساء وولادة- ومساعد له، وأخصائي تخدير، وممرضتين أو قابلتين، يقوم طبيب النساء بإجراء الجراحة القيصرية مباشرة بعد بدء تأثير المخدر، يتم إحداث شق جراحي في البطن (20 سم تقريبا)، وفي معظم الحالات يتم اللجوء للشق الصغير السفلي الأفقي في جدار البطن، يبدأ الطبيب بشق طبقات الجلد ثم طبقات ما تحت الجلد، حتى يصل إلى عضلات البطن وجدار الرحم.

بعد ذلك يتم إخراج الجنين بشكل سريع كما يتم قطع الحبل السري وإخراج المشيمة بأكملها أثناء ذلك، ومن ثم يبدأ الطبيب بخياطة جدار الرحم بواسطة غرز صلبة وتستطيع الصمود لفترة طويلة، ثم يتم خياطة جدار البطن وعضلاته والطبقات الجلدية. يتم إغلاق الشق الموجود في الجلد بواسطة دبابيس معدنية ويتم وضع الضمادات عليه، تستغرق هذه الجراحة غالبا من 20 إلى 40 دقيقة¹.

2.4. المضاعفات الخاصة بهذه الجراحة:

تعتبر العملية القيصرية آمنة لكل من الأم والجنين، ولكن بشكل عام كأي عملية جراحية فلا بد أن يكون هناك بعض المخاطر، فمن النادر تمزق جدار الرحم وحدوث هذا الأمر نتيجة لجراحة قيصرية واحدة، ولكن نسبة حدوث هذا الأمر تزداد في حال القيام بالعديد من الولادات القيصرية، وخاصة عندما تكون الولادة طبيعية (مهبلية) من بعد التوليد لعدة مرات من خلال الجراحة القيصرية، بسبب الضغط الواقع على الرحم الناتج عن

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقيان: مرجع سابق، ص 146.

التقلصات، وكذلك من بين المخاطر على الأم النزيف الشديد أثناء العملية، والتهاب الجرح بعد الولادة، وحدوث تخثر أو تجلطات في الأوعية الدموية الموجودة بالأطراف السفلية¹.

أما المخاطر بالنسبة للوليد فتتمثل في ضيق التنفس لدى الجنين- هذه الظاهرة نادرة نسبياً، وهي تحدث بسبب عدم تفريغ رئتي الجنين من السوائل، وهو الأمر الذي لا يحدث بالولادة الطبيعية بسبب الضغط الهائل المتواجد في قناة الولادة، لذلك يتواجد طبيب الأطفال في كل ولادة قيصرية.

3.4. العلاج بعد الجراحة:

غالباً يفضل بأن تبقى المريضة بوضعية الاستلقاء لمدة الـ 24 ساعة الأولى بعد الجراحة والامتناع عن التحرك بشكل كبير في حال كانت تشعر المريضة بالألم في منطقة الشق الجراحي، ويمكنها تناول مسكنات الألم.

يتم إزالة الدبابيس من الشق الجراحي بعد 2-3 أيام، وتتم إزالة الغرز بعد أسبوع. في حال لم تظهر أي تأثيرات جانبية خاصة بعد انتهاء الجراحة يمكن للمريضة أن تغادر المستشفى بعد 48 ساعة من انتهاء الجراحة، ومن المحبذ العودة لمزاولة النشاط البدني الطبيعي بشكل تدريجي فقط.

4.4. كيفية العناية بجرح الولادة القيصرية:

يأخذ جرح القيصرية من 4 إلى 6 أسابيع حتى يلتئم، ولتحفيز عملية الالتئام ينصح بالتالي²:

- الراحة قدر المستطاع، ويفضل وضع كل ما تحتاجه الأم أو الطفل في مكان قريب منها، وفي أول أسبوعين يجب ألا تحمل أي شيء أثقل من الطفل.
- دعم البطن بوسادة عند الحركات المفاجئة، مثل العطس والكحة أو الضحك، وكذلك دعم البطن عند الوقوف أو المشي.
- تناول الأدوية حسب الحاجة، فيمكن تناول بعض المسكنات التي يصفها لها الطبيب للتقليل من آلام الجرح.

¹ نعمة مصطفى إبراهيم رقبان: مرجع سابق، ص 147.

² <http://www.cesarine.org/apres/cicatrice/> الاطلاع عليه يوم 2016/02/27 الساعة 10:10 صباحاً

- شرب الكثير من السوائل لتعويض الفقد أثناء الولادة والرضاعة الطبيعية، وأيضا هذه السوائل تعمل على منع حدوث الإمساك، وتجنب الأم حدوث التهابات بالمسالك البولية.

- تناول الأطعمة الغنية بالألياف، وذلك للحد من حدوث الإمساك، حيث أنه من الطبيعي بعد الجراحة حدوث إمساك، لكن إذا استمر الأمر يستشار الطبيب لأخذ بعض الأدوية المناسبة.

- متابعة الجرح يوميا، والبحث في منطقة الجرح على أي علامة من علامات العدوى، مثل الاحمرار والتورم أو خروج أي سائل من مكان الجرح، أو حدوث ارتفاع في درجة الحرارة عن 38 درجة أو تزايد الألم في منطقة الجرح، وفي هذه الحالة على الأم بمراجعة الطبيب على الفور.

- الاستحمام اليومي للحفاظ على جرح الولادة القيصرية نظيف، ويمكنك استخدام الماء الدافئ والصابون برفق، بدون تدليك أو فرك، ولكن في الفترة الأولى بعد الولادة لا تفعل الأم ذلك حتى تذهب للطبيب الزيارة الأولى بعد الولادة، وهو الذي يسمح لها بذلك، وبخاصة إذا وجد شريط لاصق على الجرح¹.

- المحافظة على مكان الجرح جاف، ويمكن تغطيته بقطعة من الشاش إذا كانت الملابس تسبب الحكمة مكان الجرح، لكن لا بد من تغيير الشاش يوميا والحفاظ على مكان الجرح جاف ونظيف.

- الحصول على قسط كاف من النوم، بأن تنام الأم وقت نوم الطفل، أو الاستعانة بالزوج أو بأحد الأقارب ليظل مع الطفل بعض الوقت، حتى تستطيع الأم أخذ قسط كاف من النوم، فهذا مهم للانتعاش الجرح والتعافي.

- بعد التئام الجرح خلال أول 6 أسابيع يمكن للأم استخدام كريم مرطب لتدليك موضع الجرح، وعليها أن تلاحظ أن الالتئام التام للجرح يستغرق حوالي 6 أشهر.

- تجنب الأنشطة الشاقة مثل ركوب الدراجات أو الجري أو التمارين الرياضية لمدة 6 أسابيع أو حتى يسمح الطبيب بذلك.

¹ http://www.cesarienne.net/soins_cicatrice.htm

- تجنب الوقوف والجلوس كثيراً، ولا تمارس الأم أي عمل أو تمارين ترهق عضلات البطن لمدة 6 أسابيع أو حتى يسمح الطبيب.

5. العملية القيصرية في العالم:

يتزايد قلق المنظمات والهيئات الصحية حول العالم وخاصة منظمة الصحة العالمية إزاء الزيادة المطردة في العمليات القيصرية، وهي عملية ولكن لا تخلو من المخاطر على الأم والوليد مع تزايد معدلات إجراء الجراحات القيصرية للنساء الحوامل لتصل إلى ما يفوق ضعف المعدل المقبول.

ففي السنوات الأخيرة ظهر مصطلح "وباء القيصرية" في وسائل الإعلام للحديث عن الوضع في معدلات العملية القيصرية في بعض البلدان. وهذا ليس مستغرباً عندما تكون معدلات عالية مثل أن تصل في تركيا حتى 46.2٪، وفي قبرص حتى 52.2٪، والبرازيل إلى نسبة 85٪ في العيادات الخاصة و40٪ في المستشفيات العامة، ومع ذلك، فإن منظمة الصحة العالمية (WHO) توصي بمعدل 15٪. ما وراء هذه العتبة، لم يعد مرتبطاً بانخفاض في معدل الوفيات، كما تم التأكيد على هذا التوصية التي يعود تاريخها إلى عام 1985 في وثيقة نشرت في عام 2015، وإعلان منظمة الصحة العالمية بشأن معدل القيصرية. وفي هذا النص، لا يوجد سوى عدد قليل من البلدان التي تلتزم بهذه التوصية¹. الأمر الذي دعا عدة مؤسسات معنية إلى دراسة الظاهرة وتناولها بالنقد في كثير من الأحيان، مع مطالبة الأطباء والحكومات حول العالم بمراجعة سياساتهم في ما يتعلق باختيار طريقة التوليد.

وفي عام 2008 لاحظ الفريق العامل في منظمة الصحة العالمية والمهتم بـ "صحة الأم" تحت إشراف مارسدن واغنز " Marsden Wagner " أن هناك تواتر جدول رقم (13): في العمليات القيصرية في العالم فألمت ببعض النتائج المثيرة للاهتمام تمثلت²:

- دولياً، الولادة القيصرية تشهد نسب عالية، مقارنة بالسنوات السابقة، وفي جميع المجتمعات، وأن النظم الاجتماعية والطبية المختلفة لا تمارس أي تأثير على هذا.

¹ O.C.D.E: Panorama de la santé- Les Indicateurs De L'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2013, P 98.

² Langer M: **Le Taux de Césariennes: Un Problème de L'Obstétrique Moderne?**, Speculum, Centre d'études et de recherches européennes avancées, Allemagne, 2012, P 8.

- معدلات أعلى في الدول الصناعية النموذجية حديثا مثل البرازيل وإيران والمكسيك، وهي عادة ما تكون منخفضة في الدول الاسكندنافية والمملكة المتحدة وأعلى في أمريكا اللاتينية وفي البلدان اللاتينية. كما تقع النمسا في منتصف الترتيب مع جيرانها في أوروبا الوسطى. غير أن الدول القريبة ثقافيا مثل كوريا واليابان تظهر الاختلافات بما يقرب بـ 20٪، أما البلدان أشد فقرا في إفريقيا فتبقى تحت الحد الأدنى، مما يدل على أن جودة الدواء تبقى مؤشرا للتنمية الاجتماعية.

- وجود منشورات تحذيرية و الحملات التي تقوم بها الجهات الفاعلة في مجال الصحة العامة والعلوم الاجتماعية لوقف "وباء العملية القيصرية"، فإنها لا تزال في الارتفاع وهذا بوتيرة محمومة ودوليا.

جدول رقم(13): معدل العمليات القيصرية لبلدان مختارة

البلد	نسبة العملية القيصرية	البلد	نسبة العملية القيصرية
البرازيل	45.9	الصين	25.9
إيران	41.9	الدنمارك	21.4
إيطاليا	38.2	فرنسا	18.8
المكسيك	37.8	اليابان	17.4
كوريا	37.7	السويد	17.3
الأرجنتين	35.2	النرويج	16.6
الولايات المتحدة	30.3	فنلندا	16.3
المجر	28.0	بلجيكا	15.9
ألمانيا	27.8	الهند	8.5
مصر	27.6	الكاميرون	2.0
النمسا	27.1	ملاوي	1.8
اسبانيا	25.9		

Source: Langer .M: op.cit, 2012, P 8.

وفي ظل وجود اتجاه عالمي يحتوي على معدل نمو مطلق ونسبي عاليين لا يمكن التنبؤ به، فإنه لا يمكن إرجاعه إلى متغيرات طبية فقط، بقدر تأثير الاتجاهات الاجتماعية المنتشرة بشكل متكرر لذلك تحتاج إشارة موجزة تتمثل في¹:

- تبسيط تقنية الجراحية.
- زيادة العمر وتعدد حالات حمل الأمهات.
- الحاجة إلى الحماية الزائدة.
- زيادة الميل إلى الشكاوى المقدمة.
- تغيير الطبيب والمريض.

كما لا ينبغي أن تكون الأولوية لتحقيق معدل معين ولكن للقيام بكل ما هو ممكن لإجراء عملية قيصرية لجميع النساء اللواتي هن في حاجة إليها، ومنذ عام 1985 والمجتمع الدولي للصحة يعتقد أن معدل القيصرية المثالي هو ما بين 10% و 15%. في حين أن إجراء الولادة القيصرية في البلدان المتقدمة أكثر بكثير من الأحيان منها في البلدان النامية. وذلك بمبرر طبيًا، لمنع الوفيات وحفاظًا على الأمهات والمراضة في الفترة المحيطة بالولادة، وترتبط العملية القيصرية بالمخاطر على المدى القصير والطويل التي يمكن أن تستمر عدة سنوات بعد الولادة وتؤثر على صحة المرأة وطفلها وحالات الحمل اللاحقة، وزادت هذه المخاطر لدى النساء مع محدودية فرص الحصول على الرعاية التوليدية الشاملة².

ووفقًا لأحدث الأرقام المتاحة، والتي يعود تاريخها إلى عام 2014، كان معدل القيصرية في إقليم شرق المتوسط 22% وفي أوروبا 25%، وفي الأمريكتين 38% و 25% في منطقة غرب المحيط الهادي، مما يدل على أن إنشاء "ثقافة قيصرية" في بعض البلدان، كما هو الحال في البرازيل، حيث ما يقرب من نصف الأطفال الذين يولدون بعملية قيصرية، مما يجعلها رائدة على مستوى العالم في هذا المجال. ومع ذلك تبقى إفريقيا (4%) وجنوب شرق آسيا (10%) تشهد انخفاضًا في معدل القيصرية.

¹ Langer .M: op.cit, P 9.

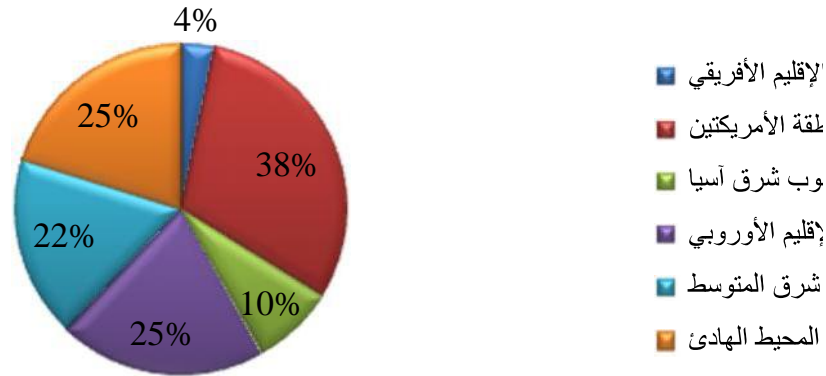
² Organization mondiale de la Santé: **Déclaration de l'OMS Sur les Taux de Césarienne**, op.cit, p 01.

جدول رقم(14): توزيع نسبة العملية القيصرية على حسب المناطق الجغرافي في العالم بين سنتي 2007-2014*¹

النسبة المئوية للعملية القيصرية العملية (%)	المناطق حسب منظمة الصحة العالمية
4	الإقليم الأفريقي
38	منطقة الأمريكتين
10	إقليم جنوب شرق آسيا
25	الإقليم الأوروبي
22	إقليم شرق المتوسط
25	غرب المحيط الهادئ

Source: World Health Organization, **World health statistics 2015**, op.cit, P 98.

الشكل (05): النسبة المئوية للعملية القيصرية للمناطق حسب منظمة الصحة العالمية



ووفقا للدكتور تومرمان (M.Temmerman) مدير إدارة الصحة والبحوث الإنجابية في منظمة الصحة العالمية، فإن بعض البلدان تعتمد على تطوير ثقافة حقيقية للعملية القيصرية فصارت كالوباء، وبالتالي فهو يقول: " يجب فقط أن يتم تنفيذ العمليات القيصرية عند

¹ World Health Organization, **World health statistics 2015**,op.cit, p 98.

الضرورة الطبية، التي أوصت به منظمة الصحة العالمية¹.

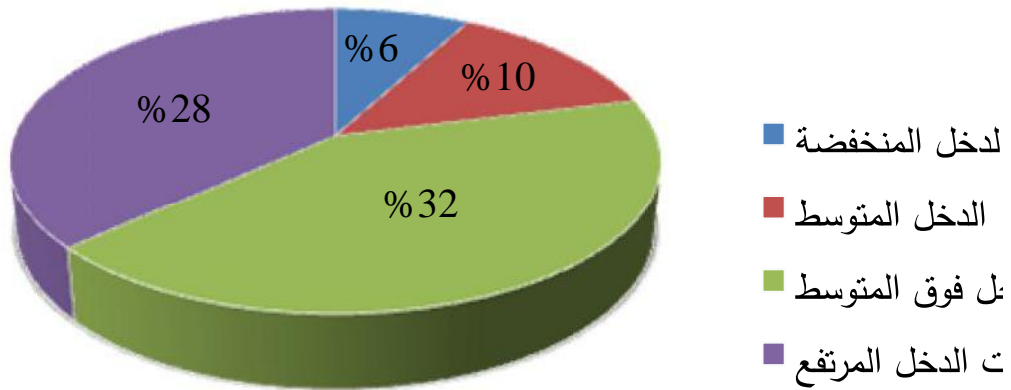
كما يبين الجدول التالي توزيع العملية القيصرية على حسب فئة الدخل في العالم والذي كذلك يبين وجود فروق في معدل العملية القيصرية إذ أن هناك محددات في الدول المتقدمة تتمثل في العرض والطلب والفرص من أجل السيطرة على عكس الدول ذات الدخل المتوسط أو المنخفض.

جدول رقم(15): توزيع نسبة العملية القيصرية على حسب فئة الدخل في العالم بين سنتي 2007 - 2014.

النسبة المئوية للعملية القيصرية العملية (%)	فئة الدخل
6	الدخل المنخفضة
10	الدخل المتوسط
32	الدخل فوق المتوسط
28	ذات الدخل المرتفع

Source: World Health Organization, **World health statistics 2015**, op.cit, p 97

الشكل (06): النسبة المئوية (%) للعملية القيصرية حسب فئة الدخل



¹ <http://infos-sante.net/2015/04/17/cesarienne/> et <http://www.europe1.fr/sante/l-oms-deplorent-une-epidemie-de-cesariennes-dans-le-monde-242495>

تم الاطلاع عليه يوم 2015/12/24 على الساعة 15:20 مساء.

يلاحظ أن فئة الدخل فوق المتوسط والدخل المرتفع تشهد ارتفاعا في العملية القيصرية بنسبة 32 % و 28 % على التوالي، مما يعني أن معدلات ولادة القيصرية في البلدان المتقدمة تستجيب ليس فقط للحوافز الاقتصادية مثل الدخل ولكن أيضا، وبقوة أكبر، لعوامل النظام الصحي، حيث تم العثور على مضاعفة الدخل الفردي لتتوافق مع زيادة في معدلات العمليات القيصرية، وكذلك قدرة النظام الصحي لتقديم خدمات الرعاية التوليدية الجراحية التي لها تأثير إيجابي كبير على معدلات الاستخدام للقيصرية¹، ويكون ذلك بتوفير عدد المستشفيات وعدد القابلات الماهرات مما يعود على المستشفيات بعائد مالي كبير².

كما أن انخفاض معدلات الولادة القيصرية في أفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى يفترض أن تكون انعكاسا لمستويات منخفضة جدا من الوصول إلى الولادة القيصرية، التي هي في حد ذاتها المرتبطة سيئة للغاية للحصول على الرعاية الجراحية الطارئة، وفي دراسة أجريت مؤخرا في غانا، وكينيا ورواندا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة - خمس دول كشف الثغرات الهائلة في البنية التحتية حيث أن الجراحية الطارئة كانت أقل من 50% في المستشفيات التي تم مسحها. بسبب عدم وجود المياه والكهرباء...، وعموما قليل من العمال المهرة القادرين على إجراء عمليات جراحية - بما في ذلك العمليات القيصرية - ومعظم الأطباء المؤهلين يعيشون في المناطق الحضرية، وكانت معدلات الولادة القيصرية منخفضة للغاية بين كل من المرأة الغنية والفقيرة اللواتي يعشن في المناطق الريفية، حيث القيود الهيكلية والقوى العاملة قد تكون أهم الحواجز في الوصول إليها³.

وفي جنوب آسيا زيادة أكبر بكثير في معدلات الولادة القيصرية فيها بمرور الوقت. وعلى الرغم من ذلك، فإن المعدلات المسجلة بين الخمس الأفقر في كل بلد من هذه البلدان قد انخفضت بشكل ثابت دون 2%⁴.

¹ Jeremy A. And al: **Determinants of Caesarean Section Rates in Developed Countries: Supply, Demand and Opportunities for Control**, World Health Report (2010) Background Paper, N° 29, World Health Organization, Geneva, 2010, P 7

² Ibid, P 8.

³ Francesca L. Cavallaro And al: **Trends in Caesarean Delivery by Country and Wealth Quintile: Cross-sectional Surveys in Southern Asia and Sub-Saharan Africa**, Bull World Health Organ, the number 91, Geneva, June 2013, P 917.

⁴ Ibid, P 920.

1.5. العملية القيسرية في دول منظمة التعاون والتنمية:

عند النظر في بيانات منظمة التعاون والتنمية، نلاحظ أن كندا ليست جيدة جدا بشأن مسألة القيسرية، كما أنها تحتل المرتبة 13 من بين 20 دولة مختارة (من الأدنى إلى الأعلى)، وباستخدام التحليل العنقودي، تم تحديد أربع مجموعات من البلدان. تم إجراء هذا التحليل باستخدام سنة 2011 كمرجعية (آخر سنة قدمت فيها كندا المعلومات إلى منظمة التعاون والتنمية). كما رفضت بعض البلدان تقديم البيانات للسنوات الأربع الأخيرة، تم إزالة كلا البلدين تركيا وبولندا من التحليل لأسباب غير مكتملة، والمجموعات هي¹:

تتكون المجموعة الأولى من 5 بلدان وإسرائيل وهي فنلندا والسويد واستونيا وبلجيكا وسلوفينيا، حيث فنلندا والسويد بمعدل نحو 16.2% في عام 2011، الأمر الذي يضع هذه الدول المتصدرة مع أدنى معدلات الولادة القيسرية، أما بالنسبة لسلوفينيا وإسرائيل، فإن معدل القيسرية حوالي 19% إلى 20% في عام 2011. وتجدر الإشارة إلى أن بلجيكا واستونيا وفنلندا التي لديها نسبة مستقرة منذ عام 1994، وأن البلدان الأخرى هي مستقرة تماما منذ 2005 (باستثناء سلوفينيا).

وتتكون المجموعة الثانية من الدانمارك وإسبانيا وفرنسا ونيوزيلندا والمملكة المتحدة وجمهورية التشيك. في عام 2011 فإن معدل القيسرية في هذه الدول ما بين 21% و 25%، مع زيادة مطرد لمدة 20 عاما لغالبية هذه الدول ليستقر في عام 2007 (باستثناء جمهورية التشيك).

أما المجموعة الثالثة فنتكون من الدول التالية كندا بـ 26.2%، أيرلندا بـ 26.9%، ولوكسمبورغ والنمسا إلى حوالي 28% في عام 2011، هذه الدول لديها معدلات نمو مماثلة إلى حد ما من العملية القيسرية. الفرق الوحيد هو بقاء المعدل في كندا مستقرة منذ عام 2005.

وأخيرا، في المجموعة الرابعة والأخيرة تضم كوريا الجنوبية والولايات المتحدة والمجر وإيطاليا. فالولايات المتحدة بنسبة 32.7%، والمجر تشهد معدل نمو كبير بـ 33.6%، أما كوريا فهو مستقر عند حوالي 34.6%، وإيطاليا التي تشهد تراجعا منذ سنوات قليلة، ولكنها

¹ O.C.D.E: op.cit, P 98-99.

ما يقرب من 37.7% في عام 2011 في الواقع، هذه المجموعة لديها العملية القيصرية بأسعار مرتفعة تقدر بمرتين مقارنة بفرنلندا والسويد¹.

أما ما يمكن قوله عن تطور معدل العمليات القيصرية في 20 دول من منظمة التعاون الاقتصادي والبيانات المقدمة هو أنه من الصعب أن تجد بيانات دولية مضبوطة ووافية حول هذا الموضوع، والمعلومات الوحيدة التي قدمت لمنظمة التعاون والتنمية هو حول معدل القيصرية، ولكن لا شيء على التوزيع العمري، والقيصرية المتعددة، والولادات المهبلية بعد القيصرية.. الخ، العديد من البلدان ببساطة لا توفر البيانات كاملة بل جزئياً فقط على سبيل المثال، بيانات النرويج والولايات المتحدة ليست متاحة منذ عام 2007، وفي الولايات المتحدة البيانات المستخدمة من طرف المنظمة جمعت من البيانات الأمريكية التي توفرها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية، أو بيانات الإحصاءات الحيوية.

وعند النظر إلى البيانات، فإن الاتجاه العام هو صعود واضح للعملية القيصرية لعدة سنوات تشهدها معظم بلدان منظمة التعاون والتنمية، أما الدولتان الوحيدتان التي لديها معدلات مستقرة لعدة سنوات، واللذان تعتبران نموذجيتان هي فنلندا والسويد.

وقد قدمت بانوراما الصحة 2013 نقاط مثيرة للاهتمام تمثلت فيما يلي:

- أن الزيادة الملحوظة في معظم البلدان هي بسبب العوامل الكامنة وراء هذا النمو والناجمة عن المخاطر التي قد تتعرض لها الأم أو الجنين أو معا.
- قلق المسؤولين بشأن سوء الممارسة الطبية لجلب الراحة من خلال العملية القيصرية وازديادها في المستشفيات الخاصة عموماً (أعلى معدلات ولادة قيصرية من المستشفيات العامة).
- تشير الدراسات إلى أن الولادة القيصرية تزيد من خطر وفيات الأمهات، أو اعتلال الرضع والمضاعفات في المستقبل.
- "... إن متوسط تكلفة العملية القيصرية هي أعلى مرتين على الأقل من أجل ولادة طبيعية في العديد من دول منظمة التعاون الاقتصادي"².

¹ O.C.D.E: op.cit, P99.

² Ibid, P 98.

2.5. العملية القيصرية في بعض الدول المتقدمة:

1.2.5. العملية القيصرية في أمريكا:

ازداد معدل حدوث الولادة القيصرية في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السنوات الماضية، حيث كل واحدة من بين كل 10 نساء لديهن سوابق قيصرية واحدة أو أكثر، كما بلغ عدد النساء اللاتي ولدن بالعملية القيصرية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1998م أكثر من 825000 امرأة، وحدثت تقريبا أربعة ملايين ولادة في الولايات المتحدة في عام 1996م من هؤلاء حوالي الخمس (20.7%) كان بالقيصرية ربما يبدو هذا المعدل مرتفعا ولكنه أخفض معدل سجل في العقد الذي يليه، وفي عام 1970 كانت نسبة القيصرية 5.5%، ليلعب ذروته في عام 1988م بـ 24.7%، ليتراجع هذا المعدل في الفترة 1989-1996م ليلعب 20.8%، وفي عام 1997 شهد ارتفاعا طفيفا قدر بـ 24.4%، ثم أصبح 26.1% في عام 2002م¹.

وفي عام 2007 كان معدل أعلى من أي وقت مضى حيث سجلت 32% من الولادات، وهو ما يمثل 1.4 مليون حالة ولادة، وهذه الزيادات في القيصرية تشمل جميع أعمار النساء ومن مختلف الأجناس، والمناطق الجغرافية، والأعمار الحملية، ومعدلات الولادة القيصرية لعام 2007 كانت من قبل مجموعة الولايات متباينة بصورة واضحة حيث شهدت مستوى منخفض بلغ 22.2% في ولاية يوتا ومستوى أعلى بلغ 38.3% في ولاية نيو جيرسي، كما شهدت جميع الولايات زيادات في معدلات القيصرية ما بين عامي 1996 و2007، وأظهرت ست ولايات زيادة أكثر من 70% وهي: كولورادو، كونيتيكت، فلوريدا، نيفادا، رود آيلاند، واشنطن².

وحسب " لورانس يمان وريببكا يمان" فإن الزيادة في الولادات القيصرية لهذه الفترة (1996-2007) فهي تعزى لعوامل متعددة، بما في ذلك الالكترونية المستمر لمراقبة الجنين، وكذلك إلى اعتلال الأمهات الجراحية، ومخاوف الطبي الشرعي، وإلى التوسع في استخدام وتحريض المخاض بالعملية والولادة المهبلية المؤخرة والولادة القيصرية السابقة، وهي

¹ Lawrence Leeman and Rebecca Leeman: A Native American Community with a 7% Cesarean Delivery Rate: Does Case Mix, Ethnicity, or Labor Management Explain the Low Rate?, Annals Of Family Medicine, Vol. 1N^o 1, U.S.A., May/ June, 2003, P 36.

² Barber Emma L. And al: Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate, National Institutes of Health, Obstet Gynecol, U.S.A., July 2011, P P 29-30.

تختلف على نطاق واسع بين مختلف المجموعات السكانية، كما يضاف إليها السن والوزن، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والعرق وخطر التوليد¹.

وأما " إيماء ل. باربر وآخرون" فإنهم يرون أن هناك عدد من النظريات المعروضة لتفسير هذا الاتجاه بما في ذلك: انخفاض نسبة الولادات الطبيعية بعد القيصرية، وزيادة في الولادة القيصرية تنفيذا لطلب الأمهات، وزيادة عدد الأمهات الحوامل عالية المخاطر، وبيئة الطب الشرعي للولادة، والتغيرات في الممارسات، والدراسات التي بينت الاختلافات في عوامل الخطر الطبية للأمهات الحوامل، بما في ذلك السمعة... الخ².

أما في عام 2011 فقد بلغ معدل الولادة القيصرية في الولايات المتحدة 32.8% من جميع الولادات دون تغيير عن عام 2010، وابتداء من عام 2009 إلى عام 2010، والقيصرية انخفض معدلها من 32.9% إلى 32.8% من جميع الولادات، وهو أول انخفاض في هذه النسبة منذ عام 1996. وارتفع معدل الولادة القيصرية في الفترة 1996-2009 بما يفوق المعدلات السابقة بـ 7% سنويا، وقد قامت الكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد بمجهودات ومبادئ توجيهية تهدف إلى تقليل من القيصرية وذلك بمطالبة أطباء التوليد بعدم تحريض المخاض قبل 39 أسبوعا (30،31)، وتحسين نوعية الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة (32-34)، والمطالبة بتغيير في سياسة المستشفى لعدم السماح بالقيصرية الاختياري قبل 39 أسبوعا (35،36)، ومنذ عام 2009 لم يزد معدل الولادة القيصرية بسبب هذه التوجيهات³.

وبين عامين 2010 و2011 انخفضت معدلات الولادة القيصرية بـ 1% لجميع الفئات العمرية الأمهات دون سن 30، ولكن لم يتغير للفئات العمرية التي فوق سن 30، وزاد احتمال الولادة القيصرية مع عمر الأم في عام 2011، كما هو الحال في السنوات السابقة، كما كان معدل الولادة القيصرية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 40-54 بـ 49.2% أكثر من ضعفين مقارنة بالنساء دون سن 20، كما تنوعت الولادة القيصرية بين العامين بحسب العرق والأصل الإسباني، والنساء البيض غير اللاتينيين، بالإضافة إلى

¹ Lawrence Leeman and Rebecca Leeman: Op.Cit, P 37.

² Emma L. BARBER And Others: op.cit, P 30.

³ Joyce A. Martin And al: **Births Final Data for 2011**, National Vital Statistics Reports, Vol. 62, N° 1, National Center for Health Statistics, USA, June 2013, P 10.

انخفض معدل الولادة القيصرية من 32.6% في عام 2010 إلى 32.4% في عام 2011، وكان معدل النساء السود غير اللاتينيين قد بلغ 35.5% دون تغيير (2010-2011)، وفي المقابل واصلت معدلات الولادة القيصرية للنساء من أصل الاسباني في الزيادة وإن كان بوتيرة أبطأ، حيث ارتفعت من 31.8% إلى 32.0% لنفس الفترة، وكان معدل الولادة القيصرية لسنة 2011 للنساء السود غير اللاتينيين يزيد بنسبة 10% مقارنة بالنساء غير الاسبانيات البيض (32.4%) وأعلى بـ 11% من النساء من أصل الاسباني (32.0%)¹.

وانخفض معدل الولادة القيصرية للسنة الثانية على التوالي إلى 32.2% من الولادات عام 2014، والذي كان أقل بـ 2% من معدل عام 2013 (32.7%)، ومس هذا الانخفاض معدلات الولادة القيصرية لجميع الفئات العمرية الأم، وكان أكبر تغيير بين النساء تحت سن 20 (بانخفاض 4% من 21.8% إلى 21.0%)، وتستمر الولادة القيصرية بتقدم عمر الأم. وكذلك الأعراق الثلاث والأصل الاسباني شهدت انخفاض في معدلات الولادة القيصرية لعام 2014، وانخفض معدل القيصرية للنساء البيض غير اللاتينيين للعام الخامس على التوالي بـ 2% من 32.0% في عام 2013 إلى 31.4% في عام 2014، كما انخفضت معدلات القيصرية السود غير الاسبانيات بـ 1% (من 35.8% إلى 35.6%)، والنساء الإسبانيات من 32.3% إلى 31.9% للسنة الثانية على التوالي، وكان النساء البيض غير اللاتينيين أدنى معدل للولادة القيصرية، وانخفضت معدلات الولادة القيصرية للفترة 2013-2014 في 21 ولاية والعاصمة، وكان أكبر انخفاض لأركنساس بـ 7%، والعاصمة بـ 4%، وكنتاكي بـ 4%، وارتفعت المعدلات في أريزونا بـ 2% ومونتانا بـ 6%، وكانت دون تغيير في 28 ولاية².

أما في عام 2015 فقد بلغ معدل الولادة القيصرية 32.0%، كما شهد انخفاض معدل الولادة القيصرية للنساء البيض غير اللاتينيين للعام السادس على التوالي ليبلغ 31.1% بنسبة انخفاض 1% مقارنة بالعام الماضي، وبالنسبة للنساء من أصل الاسباني فقد انخفض للعام الثاني على التوالي إلى 31.7%، وكذلك معدلات غير الاسبانيات السود ليبلغ 35.5%،

¹ Ibid, P 10.

² Brady E. Hamilton And al: **Births Final Data for 2014**, National Vital Statistics Reports, Vol. 64, N° 12, National Center for Health Statistics, U.S.A., December 2015, P 10.

وكانت معدلات الجماعات العرقية والإثنية الأخرى دون تغيير أساسي في عام 2015 مقارنة بالعام الماضي¹.

في الولايات المتحدة يمكن أن يكون هناك تمييز بين الولادات القيصرية التي كانت اختيارية وتلك الناجمة عن دلائل طبية أو إجراءات الطوارئ. وتترافق المعدلات القيصرية مع اختلافات خصائص الأمهات، والمواقف اتجاه الولادة القيصرية، وممارسات الولادة، أو تغطية التأمين الصحي، وهناك حاجة إلى مزيد من البحوث لدراسة هذه العوامل وارتباطها المحتمل مع معدلات الولادة القيصرية في أوساط النساء².

2.2.5. العملية القيصرية في كندا:

حققت كندا تقدماً كبيراً طوال القرن العشرين إلى تحسين صحة الأمهات وتحقيق نظام رعاية الأمومة العالمي، وتتم عملية الولادة في المستشفيات الإقليمية تحت إشراف طبيب الأسرة أو القابلة أو طبيب التوليد بمساعدة الممرضات، وأظهرت الأبحاث أن النساء اللواتي يتلقين الدعم من شركائهم خلال الولادة لا يتطلبن مسكنات للألم، وتتشكل لديهن نظرة أكثر إيجابية على الولادة، بعد نشر الدراسات التي تبين أهمية العلاقات بين الوالدين والطفل، وقام نظام الرعاية الصحية السماح للوالدين بالمشاركة بفعالية في عملية الولادة، لذا فإن الزوج موجود في معظم الولادات، ويضطلع بدور أكبر ليس فقط في اللحظات الأولى من حياة المولود الجديد، ولكن أيضاً فيما يتعلق برعاية الأطفال.

في الوقت الحاضر، كندا لديها أدنى معدل وفيات الأمهات، وذلك بفضل التقدم في القرن العشرين في مجال تعليم المرأة وخطة التغذية، وتحديد النسل وحصول الجميع على الخدمات الطبية، وشهدت الفترة 1990-2013 زيادة في معدل الوفيات المرتبطة بالأمومة من 6 إلى 12 حالة وفاة لكل 100000 ولادة، ورغم ذلك تبقى كندا في المرتبة 22 من بين 29 أغنى البلدان في الترتيب لليونيسيف في معدلات وفيات الأطفال، وانتشار الموت في هذا الصدد مرتفع بشكل خاص بين السكان الأصليين³.

¹ Joyce A. Martin And al: **Births Preliminary Data for 2015**, National Vital Statistics Reports, Vol. 65, N° 3, National Center for Health Statistics, U.S.A., June 2016, P 4.

² http://www.medscape.com/viewarticle/522867_2

تم الاطلاع عليه يوم 2015/12/26 14:45

³ Cecilia Benoit: **Les Soins de Maternité Modernes au Canada**, Transition Au Canada, La Famille Compte, Vol. 45, N° 4, L'Institut Vanier de la famille, Canada, 2015, P 4.

وفي الوقت نفسه، فإن معدل الولادات القيصرية زادت باطراد، حتى أن نسبة الولادات القيصرية ارتفعت من 17.6% في عام 1995 إلى 22.5% في عام 2001 إلى 27.1%، وأما في الفترة 2005-2006 فقد بلغ معدل الولادات القيصرية نسبة 26.3%، منها معدلات الولادة القيصرية الابتدائية بـ 18.6% والولادة القيصرية المكررة بـ 81.9%، ويتعلق ارتفاع هذا الأخير بتكرار الولادات القيصرية الاختيارية وارتفاع عمر الأم، وخفض التكافؤ وارتفاع الوزن قبل الحمل، وارتفع متوسط سن الأمهات اللاتي يلدن، وكذلك نسبة الأمهات اللاتي يلدن لأول مرة، وزيادة معدلات السمنة بين النساء الكنديات بشكل كبير، والتغيرات في الممارسات المتعلقة بالولادة، وزيادة قبول التدخلات التوليدية لإنقاذ الجنين، وقد وجدت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومعدلات القيصرية وخاصة بين النساء الثريات والتفضيلات الشخصية.¹

وفي عام 2013 شهد معدل القيصرية ارتفاعا طفيف يقدر بـ 27.3%، وهذا المعدل يتذبذب بين الأسقف والتدني داخل الولايات من 32% في كولومبيا البريطانية، و 31% في نيوفاوندلاند ولابرادور، وأدنى معدل 23.1% في ساسكاتشوان و 21.41% في مانيتوبا، وتعتبر منظمة الصحة العالمية لإجراء الولادة القيصرية - الذي يحفظ حياة - ما زال عند معدل أقل من 15%، ولكنه يصبح مبالغ فيه عندما يتجاوز معدل 15%، وقد تم ربط الاستخدام المفرط للقيصرية بسبب الاعتلال العالي للأمهات، بما في ذلك زيادة مخاطر الإصابة بالاكنتاب والتوتر ما بعد الصدمة، وانخفاض معدلات الرضاعة الطبيعية وزيادة احتمالات المضاعفات المستقبلية في الحمل اللاحق، وعلى الرغم من صور وسائل الإعلام الشعبية من الطلب الأم لعملية قيصرية، هناك القليل من الأدلة أن الزيادة في معدل وطني في السنوات الـ 20 الماضية، والاختلاف عبر البلاد الحالي بناء على طلب الأمهات للولادة المريحة ما يسمى بـ "فاخرا جدا لدفع"².

¹ <http://www.theunnecesarean.com/blog/2010/2/15/total-cesarean-rates-by-reportable-health-region-canada-2005.html> تم الاطلاع عليه يوم 18 / 11 / 2015 على الساعة 17:20 مساء

² Cecilia Benoit: Op.cit, P 5.

3.2.5. العملية القيصرية فرنسا:

يتضح من الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الفترة المحيطة بالولادة الوطنية الفرنسية عام 1995 و 1998 و 2003، ارتفاع معدل العملية القيصرية في فرنسا منذ عام 1981، واتجه معدل الولادة القيصرية نحو الاستقرار النسبي إذ بلغ 20.1% إلى 20.8% بين المسحيين [2007 و 2010]، وهذا الاستقرار ناجم عن مراقبة الموقف العام للحد من عدد العمليات القيصرية داخل كل المستشفيات الفرنسية سواء العامة أو الخاصة. والجدول التالي الذي يبين تطور العملية القيصرية بالنسبة لجميع الولادات، كما يمثل نسبة العملية القيصرية بالنسبة للولادة الأولى¹.

جدول رقم(16): توزيع مقارنة نسبة العمليات القيصرية مع جميع الولادات ونسبة العمليات القيصرية بالنسبة للولادة الأولى للفترة (1981 - 2010)

السنوات	مقارنة نسبة العمليات القيصرية مع جميع الولادات	نسبة العمليات القيصرية بالنسبة للولادة الأولى
1981	10,9%	
1995	15,9%	18,0%
1998	17,5%	19,6%
2003	19,6%	23,5%
2004	19,2%	
2005	19,6%	
2006	19,9%	
2007	20,3%	
2008	20,2% و 20,1%	
2009	20,3% و 20,2%	
2010	20,80%	23,2%

source: http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#3

ووفقا للإحصائيات الطب والجراحة والتوليد الذي أقيم داخل المستشفيات الفرنسية لعام 2009 فإن انقسام القيصرية الطارئة المقرر كان:

¹ http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#3

• حوالي نصف القيصرية أثناء الولادة.

• ثلث القيصرية كان مخطط لها.

• والباقي قيصرية طارئة.

وشروط ممارسة العملية القيصرية يتم بتقديم للأمهات استبيان عبر الانترنت حول الظروف التي عاشوها أثناء ولادة طفلها، وهذا من أجل تقديم الظروف والعوامل المحيطة بالأم قبل العملية والمعايير التي تتحكم فيها.

ولوحظ أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية تأتي مباشرة بعد الظروف المحيطة بالأم لتؤثر على معدل العمليات القيصرية والتمثلة في:

خصائص الطفل والأم (الخداج، صغر الحوض...)، ولادة قيصرية سابقة للأم بنسبة 68.6%، وكذلك زيادة عمر الأم حيث تصل 27.6% للنساء فوق سن الأربعين، وارتفاع عدد حالات الحمل المتعددة نظرا لتقنيات الإنجاب المساعدة، زيادة مؤشر كتلة جسم الأم، الخوف من الولادة الطبيعية التي تتسبب في زيادة العمليات القيصرية طلبا من الأمهات¹.

4.2.5. العملية القيصرية في الصين:

بدأت ثقافة القيصرية في الصين في تسعينات القرن العشرين وانتشرت بسرعة من القطاعات الأغنى إلى القطاعات الأفقر من المجتمع، ولاسيما خلال العقد الأخير، لقد بلغت الدراسات المستندة إلى المستشفيات في أواخر تسعينات القرن العشرين في الصين الحضرية أن معدلات الولادة القيصرية تراوحت بين 26% و 63%².

وقد أثبتت دراسة أجريت من عام 1993 إلى عام 2002 زيادة معدل الولادة القيصرية من 8.9% إلى 24.8% في 30 بلدة منتقاة من ثلاثة أقاليم صينية، وبشكل مشابه أظهرت المعطيات من ثلاثة مسوح صحية وطنية للأسر في المدن الحضرية زيادة معدل العملية القيصرية من 18.2% بين عامي 1990-1992 إلى 39.5% بين عامي 1998-2002، وبحسب أحدث دراسة من جنوب شرق الصين ازداد المعدل الإجمالي القيصرية من 22% عام 1994 إلى 60% عام 2003 وثبت عند 56% عام 2006، وازداد المعدل بين النساء

¹ Haute Autorité de Santé: op.cit, P 24.

² Ma Runmei And al: **Practice Audits to Reduce Caesareans in a Tertiary Referral Hospital in South-western China**, Bull World Health Organ, vol.90, n.7, Geneva, 2012, P488.

البكريات القاطنات في مدن جمهورية الصين الشعبية من 18% إلى 39%، وولد نحو ثلثي نساء المناطق الحضرية بالقيصرية حالياً، ورغم بطء تزايد المعدلات في المناطق الريفية من الصين، يُعتَقَد الآن بأنها قد تجاوزت 25%¹.

إن العوامل التي توضح سبب الارتفاع الكبير في معدلات القيصرات في الصين معقدة وذات علاقة قليلة مع محددات طبية مقارنة مع المحددات الاجتماعية، التي تأثرت بدورها بسياسة البلد التي تسمح بولد واحد لكل عائلة، ومع ذلك لم يبلغ عن بذل جهود لإنقاص معدلات الولادة القيصرية المرتفعة بشكل ثابت في الصين رغم أنها قد جذبت اهتماماً عمومياً واسعاً، وقد يرجع ذلك إلى أن حصائل التدخلات غير السريرية التي تستهدف النساء الحوامل ومهنيي الرعاية الصحية كانت أقل من مثالية في مواضع أخرى².

وقد طُرحت زيادة الطلب وزيادة العرض كلاهما كمسببات، وعلى جانب الطلب، قد تطلب النساء القيصرية لأنهن يخشين عواقب الولادة الطبيعية، فعندما يكون إنجاب ولد واحد هو القاعدة، قد تفضّل النساء الثريات وذوات المستوى التعليمي الجيد الولادة القيصرية على الولادة الطبيعية لاعتقادهن بأنها أكثر أماناً وخالية من الألم والقلق، وتأتي الكثير من البيئات على هذا الاستنتاج من النسبة العالية من استطببات القيصرية المصنفة كـ "طلب المرأة" أو "بسبب العوامل الاجتماعية" في سجلات المشافي، والمعدّلات المتزايدة باستمرار والملاحظة بين الثريات وذوات المستوى التعليمي الجيد.

وبخلاف ذلك، فقد أكد آخرون على عوامل متعلقة بالنظام الصحي، وطرحوا أن مقدمي الرعاية الصحية يحرضون كثيراً على ازدياد الطلب على القيصرية لما ينتج عنها من الحوافز المالية غير الرشيدة التي تشجع الإجراءات المكلفة، ومن المؤكد أن الإنفاق الإجمالي على القيصرية قد ازداد في الصين بوضوح وأصبح هذا الإجراء مصدراً هاماً لعائدات المستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية، كما يُعتَقَد أيضاً أن التمويل المتزايد المتوفر من خلال مخطّطات التأمين قد عزز الطلب عليها، وتحديداً قد يشجع النظام الطبي التعاوني الجديد، وهو مخطط الضمان الصحي الذي أُدخل في الصين الريفية في عام 2003، على الولادة بالقيصرية نتيجة زيادة عائدات مقدمي الرعاية الصحية، اتهم البعض

¹ Xing Lin Feng And al: op.cit, P 30.

² Ma Runmei And al: op.cit, P 489.

أيضاً مخططات الضمان الصحية الحضرية، لكن البيانات تؤكد على أن الضمان الصحي قد شجع القيصرية في الصين بشكل ضعيف¹.

ركّزت معظم الدراسات السابقة في الصين وخارجها على المحدّات الفردية لمعدل القيصرات في نقطة زمنية محددة، ونادراً ما أخذت بعين الاعتبار الاختلاف الجغرافي عدا التباينات الريفية-الحضرية، وتشير التحليل للعوامل المسؤولة عن الاستخدام الزائد للقيصرية على مر الزمان إلى أن التبدلات في متغيرات مفردة، مثل إتاحة الضمان الصحي أو زيادة الثروة، لا تفسر ازدياد المعدلات، يشير الاختلاف الإقليمي الشديد الذي تم ملاحظته في معدل القيصرات، والذي كان مستقلاً عن التبدلات الاجتماعية الاقتصادية، إلى العوامل البنيوية المتعلقة بعرض الخدمات كدافع مهم للازدياد، عندما تصبح الولادة في المستشفى عامة تقريباً، فقد يتشارك النساء بالمعلومات بما يتعلق بأخطار ومنافع القيصرية وقد يتم التوصل إلى إجماع اجتماعي إلى أن الإجراء آمن ونافع لكل من الأم والطفل، ولكن المعارف عن السلامة الفعلية أو المدركة للقيصرية في الصين قليلة جداً، ومثل هذه المعلومات مطلوبة حالياً².

3.5. العملية القيصرية في بعض البلدان العربية والإسلامية:

1.3.5. العملية القيصرية في العراق:

في أواخر القرن التاسع عشر ارتفعت نسبة إجراء العملية القيصرية من 20% إلى 22% في بعض المستشفيات العراقية وقلت نسبة الوفيات والمضاعفات بسبب تطوير ظروف العمل وتحسينها داخل غرف العمليات، والتطور في الجراحة العامة وتهيئة المستلزمات المتعلقة بتهيئة الدم وتوفير مواد مختلفة للتخدير³.

كما تشير كذلك إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى حدوث ارتفاع ملحوظ في نسبة الولادات بالعملية القيصرية للمدة 2000-2010 حيث وصلت إلى 35%، فيما ذكر التقرير السنوي لوزارة الصحة 2009 أن نسبة الولادات القيصرية من الولادات الكلية وصلت إلى 32,01% وكان المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة قد أظهر أن خمس

¹ Xing Lin Feng And al: op.cit, P P 31-32.

² Ibid, P P 37-38

³ سعدية هادي حمدي: مرجع سابق، ص 51.

الولادات التي حدثت في السنتين السابقتين على المسح كانت بعملية قيصرية والسيدات القاطنات في مراكز المحافظات أكثر عرضة للولادات القيصرية من أولئك القاطنات في المناطق الريفية والمناطق الحضرية الأخرى¹.

وأوضحت نتائج الدراسات أنه من غير الواضح إذا ما كانت الزيادة في نسبة الولادة بعملية قيصرية اختيارية وليس طارئة يعود إلى قرار المؤسسة الصحية مدفوعاً بالعوامل الريفية والحوافز المادية أو أنه يعود إلى قرارات عائلية وشخصية متأثرة بارتفاع المستوى المادي والمعيشي، والتقدم في الحقل الطبي والإمكانيات الطبية اللازمة لإجراء العمليات فضلاً عن رغبة بعض النساء بتجنب الولادة الطبيعية المؤلمة متأثرة بالتوجهات الحديثة في مجال حقوق الإنسان في أنه من حق المرأة اختيار طريقة الولادة والاعتقاد الخاطيء بأن العملية أقل خطورة، كل هذه العوامل يمكن أن تفسر إلى حد ما أسباب الزيادة في معدلات الولادة بعملية قيصرية².

وقد أوضحت النتائج إلى وجود علاقة وثيقة بين الولادة بعملية قيصرية والخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء، فقد أوضح جدول رقم (17) أن نسبة الولادة بعملية قيصرية تزداد بزيادة عمر المرأة، إذ أن 29.3% من النساء للفئة العمرية 35 وأكثر ولدن بعملية قيصرية مقابل 17.4% للفئة العمرية 15 - 24 سنة، كما أظهرت النتائج وجود تأثير مباشر للمستوى التعليمي للمرأة في نسبة الولادة بعملية قيصرية، حوالي 20% من النساء غير المتعلقات ولدن بعملية قيصرية، ثم ترتفع هذه النسبة مع تقدم المستوى التعليمي لتصل إلى 30,7% للنساء الحاصلات على تعليم عال، مما لا شك فيه أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة ينعكس ايجابياً على المستوى الاقتصادي والاجتماعي وكذلك يدعم استقلالية المرأة ويمكنها من اتخاذ القرارات المتعلقة بالحمل والولادة. إن النساء من الخلفية الاجتماعية والاقتصادية الأعلى غالباً ما يفضلن الولادة بعملية قيصرية على الولادة الطبيعية³.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات وهيئة إحصاء إقليم كردستان: المسح العنقودي متعدد المؤشرات الدورة الثالثة MICS-3، التقرير النهائي أكتوبر 2007، العراق، 2007، ص 78.

² وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، مرجع سابق، ص 70.

³ نفس المرجع، ص 71.

جدول رقم(17): نسبة الولادات القيصرية بين النساء (15 - 49) اللاتي ولدن مولودا حيا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

الولادة القيصرية	المتغيرات
النسبة	الفئة العمرية
17.4	24-15
20.0	34-25
29.3	35+
المستوى التعليمي	
19.6	أمية
21.1	ابتدائية
21.9	متوسط
27.5	إعدادية/ دبلوم
ترتيب الولادة	
22.7	1
22.0	3-2
21.3	4+
مكان الإقامة	
18.8	ريف
23.2	حضر

المصدر: وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص ص71- 72.

وقد سجلت الولادات بعملية قيصرية في المناطق الحضرية 23.2 % للسنوات الخمس السابقة للمسح نسبة أعلى منها في المناطق الريفية و18.8 %، أما على مستوى المحافظات، فبمقارنة نتائج المسح الحالي بنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة، ما تزال القادسية تحتل الترتيب الأول في نسبة العمليات القيصرية بزيادة تصل إلى حوالي 4 % وكذلك سجلت دهوك ارتفاعا ملحوظا في نسبة العمليات القيصرية 24.1 %

مقارنة بنتائج المسح السابق 12 %، وتوضح النتائج أن نسبة العمليات القيصرية المسجلة في البصرة 9.6 % كانت الأقل على مستوى العراق¹.

أما عن أسباب العملية فقد أجريت دراسة على 72 حالة حمل أدخلت إلى ردهات النسائية والتوليد في مستشفى بابل للولادة والأطفال في محافظة بابل اختيرت بالطريقة العشوائية عينة البحث والتي شكلت نسبة 50 % من مجتمع الدراسة أجريت لهن العملية القيصرية وثبت أن الفئة العمرية الثالثة (30 - 35) أكثر عرضة لإجراء العملية بنسبة 46.22 % وإن أهم الأسباب المؤدية إليها هي صلابة عنق الرحم بنسبة 37.5 % والمجيء غير الطبيعية بنسبة 22.22 % وانفجار الكيس الأمنيوسي المبكر بنسبة 11.11 %، والتوأم بنسبة 8.33 %، وتقدم فترة الحمل بنسبة 8.33 % وتعب الجنين لطول فترة الولادة بنسبة 5.55 % والنزف مع تقدم المشيمة بنسبة 2.777 % وارتفاع ضغط الدم بنسبة 2.777 % وتسمم الحمل بنسبة 1.25 % وعيوب الرحم والحوض بنسبة 1.25 %².

وإن أهم مضاعفات الحمل التي أدت إلى إجراء العملية القيصرية هي إصابة الأم الحامل بفقر الدم بنسبة 33.333 % وكذلك فقر الدم مع تسمم الحمل بنسبة 23.11 % وفقر الدم المتزامن مع ارتفاع ضغط الدم بنسبة 8.333 %³.

وفي الأخير فقد أوضح تحليل الانحدار معنوية العلاقة مع العمر حيث تزايدت (OR=2.56) احتمالية الولادة بعملية قيصرية بزيادة العمر لتصل إلي حوالي 2.5 مرة بين النساء في العمر 35 سنة فأكثر مقارنة باحتمالية الولادة بتلك العملية بين صغيرات السن في فئة العمر 15 - 24 سنة، وأوضح التحليل أن النسب الأرجحية للولادة القيصرية تتزايد مع الزيادة في المستوي التعليمي حيث تزيد احتمالية الولادة القيصرية بين المتعلمات تعليماً عالياً بمقدار 37 % مقارنة بالاحتمالية بين النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم (OR=1.37)، كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية تلقي تلك الخدمة بحوالي 33 % بين المواليد من الترتيب الرابع فأكثر مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول (OR=0.67)، ولم تختلف احتمالية العمليات القيصرية بين نساء

¹ نفس المرجع، ص 72.

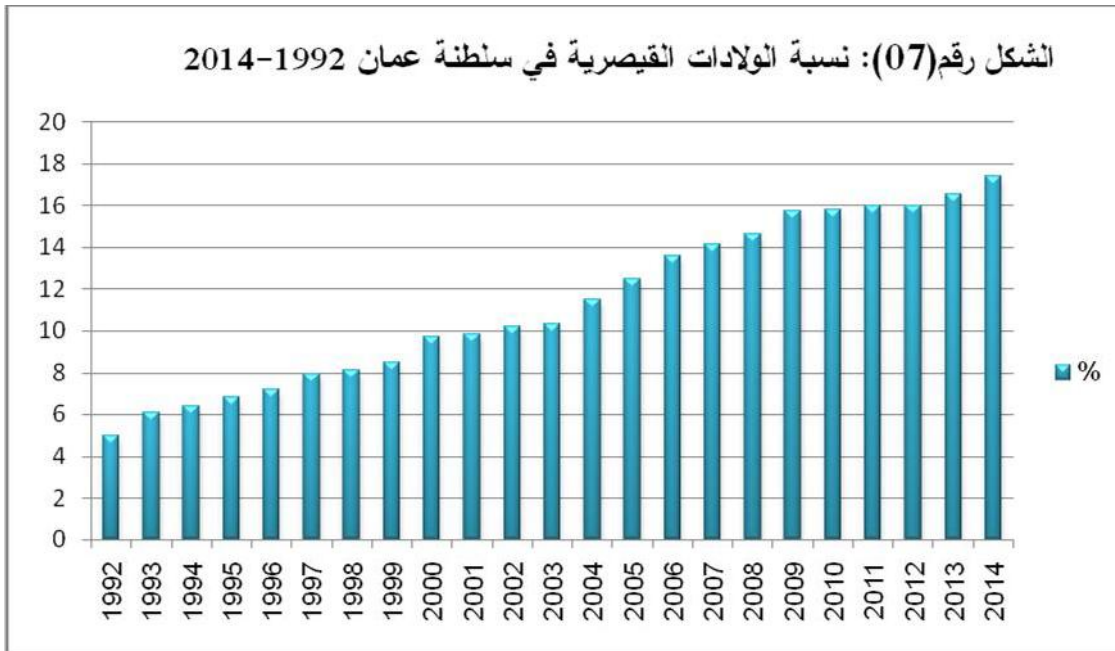
² سعدية هادي حمدي: مرجع سابق، ص ص 51 - 52.

³ نفس مرجع، ص ص 52 - 53.

المناطق الحضرية ونساء المناطق الريفية إحصائياً. ومن النتائج الجديرة بالملاحظة ارتفاع احتمالية العمليات القيصرية مع حصول النساء على خدمات رعاية جيدة في أثناء الحمل (OR=1.13).

2.3.5. العملية القيصرية في سلطنة عمان:

من أجل حماية الطفل والأم، يأتي التدخل الجراحي في العديد من الولادات حيث من الملاحظ بأن العمليات القيصرية بالسلطنة في تزايد مستمر لتصل إلى 15.7% من إجمالي الولادات لعام 2009، كما يوضحها الشكل أدناه، وتعتبر الضائقة الجينية 26% كأعلى نسبة للعملية، ثم خروج أيدي وأكتاف الطفل قبل رأسه 20.5%، وتكرار العمليات القيصرية بنسبة 18.1%، أما رأس الطفل كبير جدا فتقد بنسبة 13.2%، وأخير عسر الولادة فبنسبة 8.9% هذه أهم أسباب العمليات القيصرية بالسلطنة عمان¹.



ووفقاً للبيانات التي تم جمعها من المؤسسات التابعة لوزارة الصحة في سلطنة عمان أن 19.6% من مجموع الولادات في عام 2013 كانت من خلال عملية قيصرية، إذ بلغ عدد الولادات في عام 2013 66557 ولادة، منها 11822 كانت قيصرية، كما تظهر الإحصاءات كذلك أن نحو 27% من مجموع العمليات القيصرية كانت اختيارية وحوالي

¹ حمود بن سالم الجابري: الصحة الإنجابية بسلطنة عمان، دائرة المعلومات والبحوث بمجلس الدولة، سلطنة عمان، 2011، ص 16.

73 % منها حالات طارئة¹، وفي عام 2014 بلغت القيصرية 20.9 %، من إجمالي 82981 حالة ولادة (العنانيين وغير العنانيين) منها 17383 كانت بالعمليات القيصرية². وأجريت دراسة في جامعة السلطان قابوس عام 2015 على 50 امرأة خضعت للعملية القيصرية، فكانت نتائج إجراءات العملية قيصرية يعود إلى الضائقة الجنينية بنسبة 40 %، وعسر الولادة (الولادة المتعسرة) بـ 32 % . وتضمنت الشروط الأخرى أقل نسبة كالنزيف ما قبل الولادة (النزيف أثناء الحمل من الأسبوع الـ24، وبعض الأوقات المحددة من الأسبوع الـ20) 8 %، ومقدمات الارتعاج الوخيمة (ارتفاع ضغط الدم) 6 %، وعملاقة الجنين (الإفراط في الوزن عند الولادة الطفل) 2 %³.

3.3.5. الولادة القيصرية في إيران:

إن اللجوء إلى العملية القيصرية بات جزء من ثقافة المجتمع الإيراني، الأمر الذي يتجلى من خلال الأرقام، إذ تشير الإحصائيات الرسمية أن إيران تحتل المرتبة الثانية عالمياً من ناحية العمليات القيصرية بعد البرازيل، حيث ارتفع المعدل من 35% في عام 2000 إلى 47% في عام 2005، كما تشير الدراسات الاستقصائية إلى أن النسب الأعلى من الولادات القيصرية في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمرافق الحكومية⁴، وتوضح وزارة الصحة أن نسبة الأمهات الإيرانيات اللواتي يلجأن للولادة القيصرية تبلغ 53 %، علماً أن 75 % منهن قادرات على إنجاب أطفالهن بطريقة طبيعية⁵.

وعلى غرار مستشفيات العاصمة طهران فإن مستشفيات المدن الكبرى تشير إلى ما بين 80 % و 100 % ولادات قيصرية هذه الأرقام استدعت اتخاذ بعض الإجراءات لتقليل النسبة في إيران، وأقرت وزارة الصحة ميزانية ضخمة لتنفيذ خطتها، وبدأت هذه الخطة في

¹ <http://timesofoman.com/article/66464/Oman/Health/Avoid-Caesarean-section-advises-an-expert-in-Oman>

تم الاطلاع عليه يوم 2015/12/28 15:40

² <http://www.muscatdaily.com/Archive/Oman/Caesarean-deliveries-on-the-rise-in-Oman-MoH-statistics-4tg9>

تم الاطلاع عليه يوم 2015/12/28 16:09

³ نفس المرجع.

⁴ Najmeh Maharlouei And al: **Caesarean Delivery in South-Western Iran: Trends and Determinants in a Community-Based Survey**, Vol. 22, N° 2, karger, Iran, January 2013, P184.

⁵ فرح الزمان شوقي: **إيران تنوي القضاء على الولادة القيصرية**، نقلاً عن جريدة العربي الجديد، الخميس 11 يونيو / حزيران 2015، العدد 283، السنة الأولى، ص 18.

جميع أنحاء البلاد في مايو 2014¹، والتي بدأت من خلال تجهيز غرف كبيرة ومجهزة بأحدث التقنيات لتشجيع النساء على الولادة الطبيعية. وأعلنت عن خطة لبناء أكثر من 366 جناحاً في مستشفيات البلاد، يتسع كل واحد منها ألف سرير، بهدف استقبال النساء الحوامل لإنجاب أطفالهن بطريقة طبيعية².

وللوصول إلى نسبة الـ 15 % من الولادات القيصرية، وهي النسبة المنشودة، يحتاج المجتمع الإيراني إلى عشر سنوات على الأقل، ويرى المختصون أن المشكلة في الأساس تتعلق بالوعي الاجتماعي، وتشجيع الأطباء على إجراء هذه العمليات، لافتين إلى أن الحياة تطورت، والجيل الحالي من الإيرانيات لا يرغب في إنجاب أكثر من طفل أو اثنين، وتفضل الأم ألا تتعرض للألم الذي يتسبب لها بخوف كبير، وأن بعض الأطباء يجرون عملية جراحية تجميلية للبطن الذي يترهل بعد فترة الحمل، مما شجع على اختيار الولادة القيصرية. ولقد قيمت خطة تطور الصحة فكان معدل العملية القيصرية 56.1% في عام 2013، وفي الربع الأول من المشروع كان قد انخفض إلى 53.6%. إضافة إلى ذلك، انخفض معدل العملية القيصرية في المستشفيات العامة من 47% إلى 42% بعد الإصلاح، إلا أن معدل العملية القيصرية في المستشفيات الخاصة كان 88%، وقد تبين أن أعلى نسبة انخفاض في العملية القيصرية كانت مرتبطة بالمستشفيات العامة (5.3%). أما المستشفيات الأخرى مثل مستشفيات الضمان الاجتماعي (0.2%) والمستشفيات الخاصة (0.4%) فلم تشهد أي انخفاض ملحوظ. وأشارت إلى أن نجاح هذا المشروع هو في المستشفيات العامة، وبالتالي هناك حاجة إلى مزيد من التدخل في المستشفيات الخاصة³.

ومن جهة أخرى فإن الولادة الطبيعية تعدّ مستهجنة أصلاً في المجتمع، ولا تلجأ إليها النساء إلا في الأرياف، وبعد أمراً غريباً أن تختار أي امرأة إنجاب أطفالها بطريقة طبيعية،

¹ Arsalani G. And al: **Maternal Health, Quality of Life and Their Relationship in Iran's Provinces**, vol. 13, Is 51, Social Welfare Quarterly, Social Welfare Research Department, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, 2014, P 25.

² فرح الزمان شوقي: مرجع سابق، نفس الصفحة.

³ Faranak Rooeintan And al: **The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015**, Electronic Physician, Vol. 8, Is. 10, Yasuj University of Medical Sciences, Iran, October 2016, P 3079.

في وقت تستطيع الإنجاب بطريقة أسهل، وذلك أن الجيل الشاب يفكر بطريقة عملية، من دون أن تكون صحيحة بالضرورة.

ومن أجل هذه الإجراءات اتخذت ما يلي¹:

- جعل الولادة الطبيعية مجانية.
- إلغاء التأمين الصحي لعمليات الولادة القيصرية، مما يشجع العديد من النساء على عدم اللجوء إلى الطريقة الأسهل للولادة.
- الترويج للولادة الطبيعية وتشجيع الأمهات على ذلك، وذلك بالاعتماد على الطرق الحديثة للتخفيف من آلام الولادة الطبيعية، وتزويد الأطباء في غالبية المستشفيات في المدن بها.
- القيام بالتوعية بأهمية الولادة الطبيعية بأنها أفضل للطفل وللأم في وقت واحد، ومن فوائد الولادة الطبيعية تأثير تقلصات الرحم على ذكاء الطفل وصحته النفسية والجسدية، وأن ولادة الطفل الأول لأي أم بعملية قيصرية تعني أنها ستكون مضطرة لإنجاب باقي أطفالها بالطريقة نفسها، هذا العامل ساهم في زيادة نسبة الولادات القيصرية بهذا الشكل المضطرد في المجتمع الإيراني.
- عدم السماح للنساء باختيار طريقة الولادة، بل حصر الأمر بالأطباء المتخصصين.

4.3.5. الولادة القيصرية في الجزائر:

تعد الولادة المرحلة الأخيرة التي توصل الجنين بالعالم الخارجي، وهي المرحلة التي لها وقع خاص على حياة المرأة الحامل بل الخطوة التي تخشاها الحوامل عموماً سواء أكانت عن طريق ولادة قيصرية أم طبيعية، ويعلم العام والخاص في الجزائر أن العملية القيصرية كانت في زمن ليس ببعيد نادرة وبمثابة كابوس يطارد العديد من النساء اللواتي تكون ولادتهن عسيرة، وبذلك فإن إجراء العملية القيصرية للمرأة التي تضع مولودها لا يحدث إلا في الحالات الطارئة والعاجلة أي فقط إذا كانت هناك مضاعفات تشكل خطراً على صحة الأم أو الطفل، وكذلك في حال ما إذ كان حجم الجنين لا يسمح بحدوث ولادة طبيعية، كما أن هناك حالات أخرى تستدعي توليد الأم قبل موعد الولادة، في حال ما إذ حدث معها حادث خطير استلزم على إثره إنقاذ الجنين قبل فوات الأوان.

¹ فرح الزمان شوقي: مرجع سابق، نفس الصفحة.

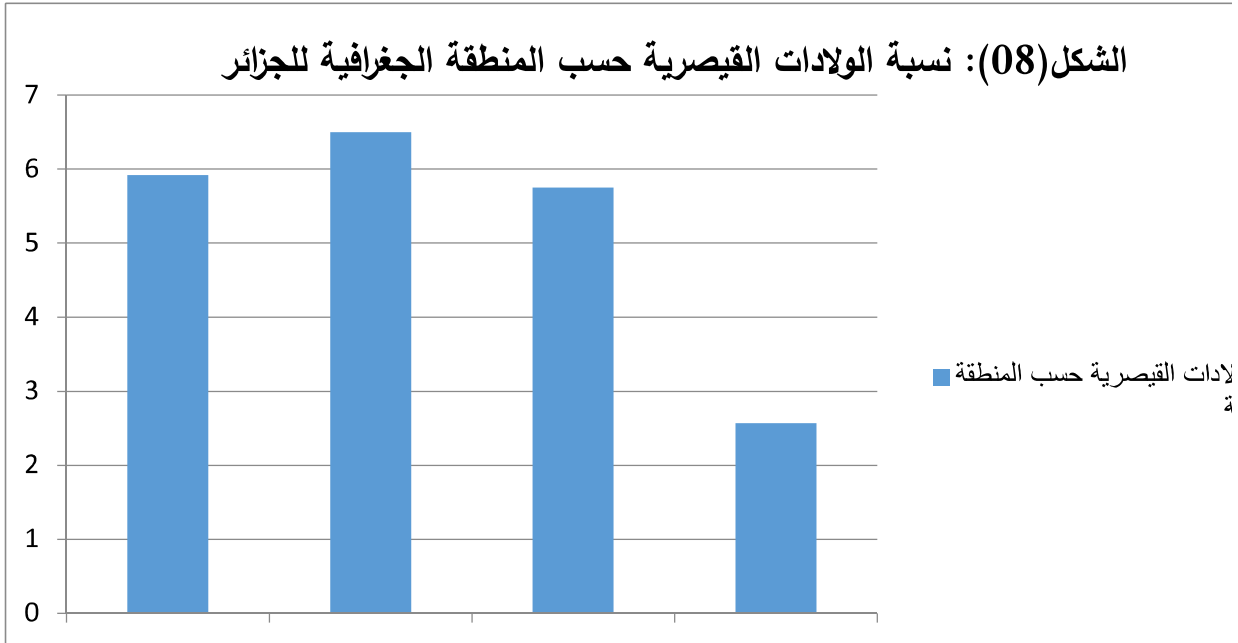
ومن خلال هذه الدباجة التي تستدعي عرض ما كانت عليه حالة النساء وبأن العملية القيسرية شهدت الندرة فإن هناك ما يدعم الدباجة حيث قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع الديوان الوطني للإحصاء برصد وتقييم بعض المؤشرات المتعلقة بصحة الأسرة من جميع النواحي سواء الاجتماعية أو الاقتصادية أو الصحية، ومن ضمن هذا الرصد نسبة الولادات وتوزيعها حسب المقاطعات الجغرافية وهذا ما يتضح من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (18): نسبة الولادات بالعملية قيسرية في 17 منطقة جغرافية للولايات لسنة 2002 حسب وزارة الصحة¹.

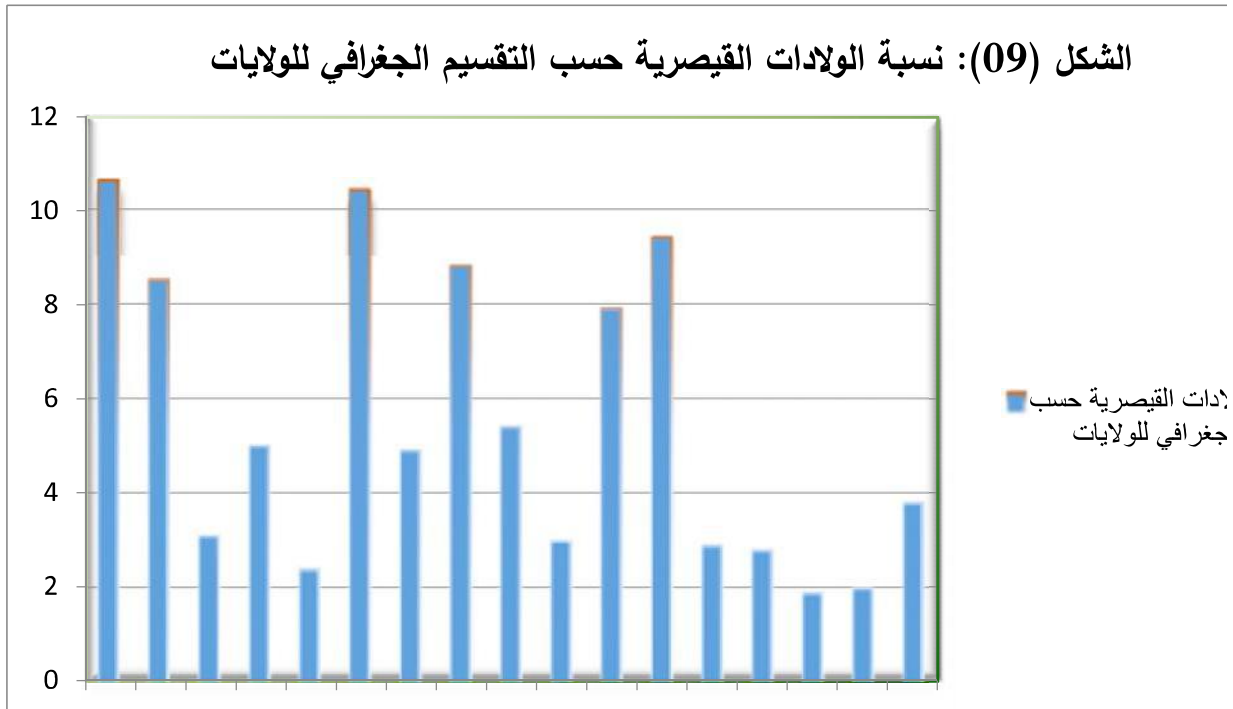
النسبة	التقسيم الجغرافي حسب وزارة الصحة		المنطقة
10.6	5.92	11 الجزائر	الوسط
8.5		12 بجاية، تيزي وزو، بومرداس	
3.1		13 البويرة، المدية، عين الدفلة، برج بوعرييج،	
5.0		14 البليلة، تيبازة	
2.4		15 الجلفة	
10.4	6.5	21 قسنطينة، عنابة	الشرق
4.9		22 جيجل، سطيف، سكيكدة، ميله	
8.8		23 قالمة، الطارف، سوق هراس	
5.4		24 أم البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	
3.0		25 مسيلة	
7.9	5.75	31 تلمسان، سيدي بلعباس	الغرب
9.4		32 وهران، عين تموشنت	
2.9		33 تيارت، سعيدة، معسكر، تسميسيلت	
2.8		34 الشلف، مستغانم، غليزان	
1.9	2.57	41 بشار، ورقلة، البيض، نعامة، غرداية	الجنوب
2.0		42 الأغواط، بسكرة، الوادي	
3.8		43 أدرار، تمنراست، إليزي، تندوف	
5.1	المجموع		

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء: عولمة السياسات والبرامج السكان - بعض مؤشرات الرصد والتقييم الجزائر- المسح عن صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص46.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء: عولمة السياسات والبرامج السكان - بعض مؤشرات الرصد والتقييم الجزائر- المسح عن صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 46.



يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكبر نسبة للولادات القيصرية في منطقة الشرقية بـ 6.5 %، ثم تليها منطقة الوسط بـ 5.92 %، ثم بقيمة أقل في منطقة الغرب بـ 5.75 %، وأخيرا منطقة الجنوب بنسبة 2.57 % وهي أقل نسبة.



وعند الرجوع إلى التقسيم الجغرافي للولايات فإننا نلاحظ ما يلي¹:

- بالنسبة لمنطقة الشرق فإن أكبر نسبة للولادات القيصرية نجدها في ولايتي قسنطينة وعنابة بـ 10.4 %، ثم تليها نسبة 8.8 % في كل من الولايات قالمة والطارف وسوق هراس ، وأقل نسبة في ولاية المسيلة بـ 3.0 %.

- أما بالنسبة لمنطقة الوسط فإن أكبر نسبة للولادات القيصرية نجدها في ولاية الجزائر بـ 10.6 %، ثم تليها نسبة 8.5 % في كل من الولايات بجاية وتيزي وزو وبومرداس، وأقل نسبة في ولاية الجلفة بـ 2.4 %.

وأما بالنسبة لمنطقة الغرب فإن أكبر نسبة للولادات القيصرية نجدها في ولايتي وهران وعين تموشنت بـ 9.4 %، ثم تليها نسبة 7.9 % في كل من ولايتي تلمسان بـ 7.9 %، وأقل نسبة في كل من الولايات الشلف ومستغانم وغيليزان بـ 2.8 %.

وأخيرا بالنسبة لمنطقة الجنوب فإن أكبر نسبة للولادات القيصرية فهي في كل الولايات أدرار وتمنراست وإليزي وتندوف بـ 3.8 %، ثم تليها نسبة 2.0 % في كل من الولايات الأغواط وبسكرة والوادي وأقل نسبة في كل من الولايات بشار وورقلة والبيض ونعامة وغرداية بـ 1.9 %.

أما المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الرابعة فهو يشير إلى وجود علاقة وثيقة بين الولادة بعملية قيصرية والخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء، فقد أوضح جدول (19) أن أعلى نسبة تشهدها منطقة شمال شرق البلاد بنسبة 21.4 % وأقل نسبة في منطقة الجنوب بـ 10.1 % . كما سجلت الولادات بعملية قيصرية في المناطق الحضرية 17.8 % للسنتين السابقتين للمسح نسبة أعلى منها في المناطق الريفية 13.2 %.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء: عولمة السياسات والبرامج السكان - بعض مؤشرات الرصد والتقييم الجزائر- المسح عن صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 46.

جدول رقم (19): التوزيع النسبي للولادات القيصرية للنساء في الفئة العمرية 15-49 سنة في السنتين السابقتين على المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، الجزائر، 2012-2013

نسبة الولادة القيصرية	خلفية المبحوثات	نسبة الولادة القيصرية	خلفية المبحوثات
8.4	لا يعرف القراءة ولا الكتابة	17.1	شمال الوسط
14.8	ابتدائي	21.4	شمال شرق
14.4	متوسط	19.4	شمال غرب
18.9	ثانوي	10.7	مرتفعات الوسط
26.3	جامعي	14.6	مرتفعات الشرق
13.2	فقير جدا	12.0	الهضاب العليا الغربية
15.9	فقير	10.1	الجنوب
15.6	متوسط	17.8	حضري
15.1	غني	13.2	ريفي
21.1	غني جدا	13.0	قطاع عام
12.0	أقل من 20 سنة	51.8	قطاع خاص
15.4	20-34	1.5	بدون إجابة
18.1	35-49		
16.0		المجموع	

Source: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4), op.cit, p 143.

كذلك يوضح جدول (19) أن نسبة الولادة بعملية قيصرية تزداد بزيادة عمر المرأة، إذ أن 18.1 % من النساء للفئة العمرية 35 - 49 سنة ولدن بعملية قيصرية مقابل 12.0 % للفئة العمرية الأقل من 20 سنة. إن تقدم العمر يزيد من المخاطر المصاحبة للحمل والولادة مثل ارتفاع ضغط الدم، السكري المصاحب للحمل، وتعرض الولادة، والتي تجعلها أكثر عرضة للولادة بعملية قيصرية. كما أظهرت النتائج وجود تأثير مباشر للمستوى التعليمي للمرأة في نسبة الولادة بعملية قيصرية، حوالي 14 % من النساء المتعلقات ولدن بعملية قيصرية، ثم ترتفع هذه النسبة مع تقدم المستوى التعليمي لتصل إلى 26,3 % للنساء الحاصلات على تعليم عال جامعي. مما لا شك فيه أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة ينعكس ايجابيا على المستوى الاقتصادي والاجتماعي وكذلك يدعم استقلالية المرأة ويمكنها من اتخاذ القرارات المتعلقة بالحمل والولادة، إن النساء من الخلفية الاجتماعية والاقتصادية الأعلى غالبا ما يفضلن الولادة بعملية قيصرية على الولادة الطبيعية، حيث نجد أن اللواتي مستوى معيشي ولدن بعملية قيصرية بنسبة 21.1 %، كما يفضلن الولادة بالعملية القيصرية في القطاع الخاص بنسبة 51.8 % مقابل 13.0 %.

لما كانت نسبة العمليات القيصرية للعدد الكلي للولادات هي إحدى المؤشرات المستخدمة لقياس معايير الجودة لضمان ولادة آمنة ونظيفة بأيدٍ ماهرة لجميع الحوامل لهذا من الضروري معرفة المسببات الحقيقية وراء زيادة نسبة العمليات القيصرية والتي من الممكن أن تساهم في رسم السياسات المستقبلية والإجراءات الواجب اتخاذها للتقليل من هذه النسب للوصول إلى تحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية وبما لا ينعكس سلبا على صحة وسلامة الأمهات والموليد. كذلك من الضروري معرفة نسبة الولادات بعملية قيصرية في المستشفيات الحكومية ونسبة العمليات الطارئة من مجموع العمليات الكلية وكذلك تحديد نسبة العمليات لأول مرة والعمليات المكررة مع دواعي أو دلائل إجراء العمليات بالمراجعة الدقيقة للإحصائيات والتقارير الدورية لوزارة الصحة وإجراء مسح لمعارف وسلوك النساء حول طرق الولادة وعلاقتها بنسبة العمليات القيصرية. وعلى ضوء ذلك يمكن إعداد دلائل للعمل لضمان الجودة¹:

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، مرجع سابق، ص 75.

- وضع شروط وضوابط لإجراء العمليات القيصرية في المستشفيات الحكومية والأهلية والزام الأطباء بتثبيت دواعي إجراء العمليات اعتمادا على البروتوكولات المعتمدة عالميا.
- وضع آليات مناسبة للإشراف والمتابعة والتقويم بصورة دورية.

6.العوامل المؤثرة في العملية القيصرية:

تعكس نسبة العملية القيصرية مدى تقدم العناية الطبية والاجتماعية والاقتصادية الداعمة للحامل والنفساء، وبالتالي فهي جزء كامل من التقدم على جميع الأصعدة سواء الطبية أو الاجتماعية أو الاقتصادية الذي يعبر عن المستوى الحضاري للبلد، لذلك فإن معظم البلدان المتقدمة تهتم بدراسة العملية القيصرية من أجل تقييم دقيق لأسباب هذه العملية وتحليلها، واستنتاج العوامل الوقائية، والتدابير الأفضل لتحسين الرعاية الصحية قبل وأثناء الحمل والنفاس، ولإعادة تنظيم من أجل الوصول إلى المستوى الجيد من المتابعة والعناية بالأم.

كما تتداخل وتتعدد العوامل التي تجعل المرأة أكثر عرضة للعملية القيصرية أو الوفاة، ولعل هناك العديد من العوامل المتشابكة المؤثرة في نتيجة الحمل، وتتضمن هذه العوامل النواحي الصحية والتغذوية، وبعض العوامل الأخرى كالجوانب الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وهي كالتالي¹:

- العمر عند الزواج الأول .
- العمر عند الولادة الأولى.
- عدد حالات الحمل والولادة.
- التباعد بين الولادات.
- الرعاية الصحية أثناء الحمل.
- الوضع الغذائي للأم وللأسرة.
- التعرض للأمراض كالمالريا والتهاب الكبد المعدي.

ويمكننا القول بأن هناك عوامل مترابطة مؤثرة على العملية القيصرية والمتمثلة في:

¹ علي إسماعيل البيلي: الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، المجلس القومي للسكان وصندوق الأمم المتحدة للسكان، مركز الشهيد الزبير محمد صالح للمؤتمرات 31 يناير - 3 فبراير، الخرطوم، 1999، ص 17.

1.6. العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

يعتبر تمكين المرأة في النيل من حقوقها شرطا أساسيا لصحتها، فتعزيز إمكانية وصول المرأة للتعليم والعمالة والموارد الاقتصادية وحماية مالها من حقوق وحرقات أساسية تمكنها من ممارسة خياراتها في الحياة والإفلات من دوامة الفقر واعتلال الصحة وحماية صحتها وسلامتها وسلامة أسرتها، فحصول المرأة على التعليم هو مفتاح التحسن لمكانة المرأة اقتصاديا واجتماعيا، وبنفس الوقت حق إنساني وعامل هام في التنمية البشرية، ويؤثر التعليم بطريقة قوية في تمكين النساء من السيطرة على حياتهن وصحتهن وخصوبتهن، ويصبح أكثر استجابة لممارسة السلطة، كما يمكنهن من الوصول إلى عالم أوسع. كما يؤثر التعليم على السلوك الصحي والإنجابي للمرأة ويساعد على تأخير سن الزواج، واستخدام أكبر لتنظيم الأسرة¹، ويمكن المرأة من اتخاذ القرار في اللجوء إلى الخدمات الصحية عندما تحتاجها، ويؤدي إلى زيادة احتمال طلبهن للرعاية أثناء الحمل وولادتهن على أيدي كوادر صحية مدربة وتتمكن المرأة من الإفلات من الوفاة أثناء الحمل والولادة، ويمكن قبل ذلك أن تقدر نوع الولادة الطبيعية أو قيسرية التي تلد بها وأن تتحكم فيها، ونجد أن الهدف الثالث من أهداف التنمية الألفية الأخذ بتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة كحق إنساني أساسي وكإستراتيجية فاعلة لمكافحة الفقر، والجوع، والمرض للدفع نحو التنمية المستدامة.

ويعتقد أن المستوى التعليمي يؤثر في طلب الخدمات الطبية، فازدياد مستوى التعليم في الأسرة يمكنها من التعرف على الأعراض المبكرة للمرض، مما يؤدي إلى رغبة أكبر في البحث عن العلاج المبكر. وقد نشاهد مثل هذه الأسر وهي تتفق أكثر على الخدمات الوقائية، وتتفق أقل على العلاج في مراحلها الحرجة والأخيرة، وقد يؤدي مستوى التعليم المرتفع إلى زيادة كفاءة الأسر في استخدامها لخدمات الرعاية الطبية².

فقد أثبتت دراسة وفيات الأمهات والعوامل المؤثرة في 69 دولة بأن التعليم للنساء عامل هام للتأثير على وفيات الأمهات من خلال الاستغلال الأمثل للخدمات الصحية، وينخفض

¹ عبد الغني بخيتة الشوافي: مواجهة وفيات الأمهات ومراضتهن في الدول العربية، المنتدى العربي للسكان 19-21 مارس 2004، بيروت، 2004، ص 20.

² بول فلدستين: اقتصاديات الرعاية الصحية، ترجمة: محمد حامد عبد الله، الجزء الأول، جامعة الملك سعود، الرياض، 2002، ص 136.

معدل وفيات الأمهات والأطفال بازدياد مطرد للعملية القيصرية) كما أن معدل العمليات القيصرية ضرورية من وجهة نظر طبية للحد من الوفيات) وإن وجدت بعض الدراسات هذه العلاقة إلا أنه قد لوحظ عدم وجود علاقة مهمة بين معدل العمليات القيصرية وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة عندما تجاوز معدل الولادة القيصرية 10%.¹ وأسباب هذه الزيادات هي متعددة العوامل، بما في ذلك الطبية والغير طبية، فقد خبت جذوة شهرتها إلى العوامل الغير طبية، مثل الاجتماعية والثقافية..، أو عدم المساواة في الخدمات الصحية، وكذلك أنماط الممارسة السريرية (الأساليب)، وقد تطرقت دراسة "يي Ye وآخرون" إلى أن الارتباط بين معدلات العمليات القيصرية والوفيات تتأثر بشدة بالوضع الاجتماعي والاقتصادي. لذلك، قد تكون الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية أحد العوامل الهامة التي يمكن أن تفسر أكثر العلاقة بين النتائج المحصل عليها للوفيات والقيصرية، بعد تعديل مؤشر التنمية البشرية (الدخل القومي الإجمالي ونسبة السكان الذين يعرفون القراءة والكتابة)، والتي يمكن أن توفر وكيل أشمل لعوامل خارجية مثل توافر وتوفير الفعلي للخدمات الصحية.²

كما أشارت بعض الدراسات المتعلقة بدراسة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والولادة القيصرية إلى المحددات التالية: تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي (عدم وجود راتب شهري)، الأمهات اللواتي سنهن أقل من 20 عاما، وتمزق الغشاء قبل أوانه، ونقص الخبرة الإنجابية، ومتابعة الحمل بطريقة رديئة تعرض الأمهات للعملية القيصرية الطارئة³، كما أن النساء في العديد من مناطق العالم تنقصهن القدرة فيما يتعلق بالخيارات عن صحتهن وحياتهن، مما يؤدي إلى نتائج سلبية على صحة الأمومة. فالتقاليد والأعراف،

¹ J Ye et al: Association Between Rates of Caesarean Section and Maternal and Neonatal Mortality in the 21st Century: a Worldwide Population-based Ecological Study with Longitudinal Data, BJOG An International Journal of Obstetrics, vol. 123, 2016, P P 745-746.

² Ibid, P 751.

³ Foumane P. et Autres Facteurs de Risque et Pronostic des Césariennes d'Urgence à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun), Médecine et Sante Tropicales, Vol. 24, N 1, Cameroun, janvier-février-mars 2014, P 89.

والقوانين، يحدان من قدرة النساء في اتخاذ قرار فيما يتعلق بالولادة، واستعمال موانع الحمل والحق في طلب الرعاية الصحية¹.

2.6. العوامل الإيجابية:

هناك العديد من العوامل الإيجابية المتداخلة والمؤثرة في العملية القيصرية والتي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالعملية القيصرية وتتمثل فيما يلي:
أثر الخصوبة العالية:

تتعرض الأم لأخطار كثيرة نتيجة الخصوبة العالية تتمثل في العملية القيصرية الطارئة والتي قد تؤدي بحياتها أثناء الحمل أو الولادة، وترتبط كثيرا بالسن عند الزواج، فالأم التي لا تزال في سن المراهقة من وجهة نظر الدارسين لعلم وظائف الأعضاء هي طفلة في مرحلة النمو يرهقها الحمل، وخاصة إذا لم تجد العناية الواجبة قبل الولادة وخلالها، وترتفع نسبة التعرض لتسمم الحمل، وفقر الدم، وعسر الولادة في سن المراهقة، كما يزداد احتمال ولادة أطفال غير كاملين النمو أو بعيوب خلقية، أو أن يموتوا عقب ولادتهم مباشرة، وبذا تزداد معدلات القيصرية في سن المراهقة، كما تزداد مضاعفات الحمل والولادة².

ولقد أظهر معظم الدراسات المجرات حول العالم وجود علاقة وثيقة ما بين عدد الحمول وعمر الأم والعملية القيصرية، فقد وجد أن نسبة العملية القيصرية تكون مرتفعة خلال الحمل إذا كانت الولادة الأولى بالعملية القيصرية (وهذا بسبب العطالة الرحمية، المخاض المسدود..)، كما تؤثر في بعض الأحيان في الحمل القادم، وقد أكدت دراسة كندية أجريت في كندا على أن العملية قيصرية تنتشر أكثر بين النساء اللواتي تجاوز سنهن 35 فأكثر بنسبة 44% مقارنة مع النساء الذين تتراوح أعمارهن 20-34 عاما، وأن ثلث النساء الذين تتراوح أعمارهن 40 سنة أو أكثر فإن ولادتهن تكون بالولادة القيصرية³.

ويصاحب حمل المرأة الكثير والولادة نسبة أكبر من مضاعفات وصعوبة الولادة، وضغط الدم، وعيوب بالمشيمة، والوضع غير الطبيعي لخروج الجنين، أو النزيف وانفجار

¹ World Health Organization: **Coverage of Maternal Care: A listing of Available Information**, Fourth Edition, Geneva, 1997, P13.

² ربيع محمد عبد الرحيم على قناوي: مرجع سابق، ص 65.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut Canadien d'information sur la santé: **Le moment propice : Pourquoi l'Age de la Mère est Déterminant**, Canada, 2011, P4.

الرحم، والذي يحدث نتيجة لتمدد الرحم بتعدد مرات الولادة مما يضعف جدرانه بصفة مستمرة لدرجة التمزق مهدداً بذلك صحة وحياة الأم والطفل على حد سواء، كذلك هنالك أمراض أخرى تصاب بها الأم نتيجة للولادة المتكررة منها زيادة تعرضها لسقوط الرحم ، سرطان عنق الرحم ، السكر ، وروماتيزم المفاصل¹.

كما لوحظ وجود علاقة طردية ما بين عدد الحمول وارتفاع نسبة العملية القيصرية فعلى سبيل المثال فإن أقل من 50% من حالات الحمل المتعددة بعملية قيصرية في أيسلندا وهولندا وفنلندا والنرويج، مقابل 98.6% في مالطا إلى 91.6% في قبرص، و 54.8% في فرنسا².

3.6. مستوى الخدمات الصحية:

تتفاوت إمكانية حصول المرأة على الموارد الصحية الأساسية بما في ذلك الخدمات الصحية الأولية، كما تختلف وتتفاوت أيضاً الفرص المتاحة لحماية المرأة وتعزيزها والحفاظ عليها، وفي كثير من الدول النامية يعد انعدام خدمات التوليد الطارئة مصدراً للقلق بوجه خاص والسياسات والبرامج الصحية لا تراعي الفوارق الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من الاختلافات فيما بين النساء، وقد لا تأخذ في حسابها بالكامل افتقار المرأة إلى الاستقلال الذاتي فيما يتعلق بصحتها، وتتأثر صحة المرأة أيضاً بالانحياز القائم على نوع الجنس في النظام الصحي، وبعدم توفير خدمات طبية كافية ومناسبة للمرأة³.

إن هنالك عوائق تحول دون النساء من التماس الرعاية الصحية عند الحاجة إليها، مما يسبب تأخيرهن في الحصول على الرعاية المناسبة في الوقت المناسب، وسميت هذه بالتأخيرات الثلاثة وهي:

- التأخر في اتخاذ القرار للسعي للحصول على الرعاية الصحية لأسباب تعود إلى عدم إدراك النساء وأسرهن عن علامات الخطر للمضاعفات، أو السبب الرعاية الصحية المتدنية أو المعالجة السيئة في المرافق الصحية أو بسبب التكاليف الباهظة.

¹ ربيع محمد عبد الرحيم على قناوي: مرجع سابق، ص 65 - 66.

² <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20150309.OBS4173/la-france-championne-des-cesariennes.html> 16:10 2015/12/15
لاع عليه يوم

³ يحيى البابلي: دور المنظمات غير الحكومية كمصدر لمعلومات صحة المرأة- حالة جمعية رعاية الأسرة اليمنية-، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، صنعاء، 2000، ص 4.

- التأخر في الوصول إلى المرفق الصحي الملائم بسبب عدم وجود المواصلات أو عدم وجود الإمكانية المالية للنقل أو بسبب وعورة الطرق أو ضياع الوقت أثناء الإحالة من مرفق غير ملائم إلى مرفق آخر.

- التأخر في تلقي الرعاية الطبية المناسبة بسبب سوء نوعية الخدمة في المرفق الصحي لافتقاره للبنية الأساسية أو عدم وجود الكوادر المؤهلة أو عدم توفر الأدوية الأساسية وتوفير الدم الآمن¹.

واستنادا إلى البيانات المتاحة وباستخدام الطرق المعترف بها دوليا لتقييم الأدلة من خلال التقنيات التحليلية الأنسب للخدمات الصحية، وصلت منظمة الصحة العالمية الاستنتاجات التالية²:

- أن العملية قيصرية فعال في إنقاذ حياة الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ولكن فقط عندما يكون هناك تبرير ومؤشرا الطبي.

- العمليات القيصرية يمكن أن تسبب مضاعفات خطيرة ودائمة في بعض الأحيان أو العجز أو الوفاة، خاصة في الأماكن التي تفتقر إلى البنية التحتية، أو القدرة على ضمان سلامة العمليات الجراحية وعلاج المضاعفات الجراحية، من الناحية المثالية، ينبغي إجراء العملية القيصرية في حالات الضرورة الطبية.

- لا ينبغي أن تكون الأولوية لتحقيق معدل معين ولكن للقيام بكل ما هو ممكن لإجراء عملية قيصرية لجميع النساء الذين يحتاجون إليها.

ومجمل القول أن هناك علاقة متبادلة ومعقدة بين وضع النساء المتردي وبين حصولهن على الرعاية الصحية، فالرعاية الصحية التي تحظى بها النساء مرهونة بوضعهن في المجتمع، كما تعتبر في الوقت ذاته محددة لصحتهن وإنتاجيتهن ومكانتهن في النهاية.

أما العائق الآخر الذي يحول دون حصول النساء على خدمات الرعاية الصحية، فيمكن في تقصير النظام الصحي في أخذ حاجاتهن بعين الاعتبار. فهناك عوامل اجتماعية وثقافية مؤثرة في صحة الأم، غير أن السبب المباشر للعملية القيصرية يكمن في غياب

¹ عبد الغني بخيتة الشوافي: مرجع سابق، ص 8.

² Organisation mondiale de la Santé: **Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne**, op.cit, P 4.

نظام الرعاية الصحية أو عدم كفايتها أو قلة استخدامها. إن هناك تدخلات تعالج المشكلة على المدى القصير مثل الرعاية الصحية، وعلى المدى المتوسط مثل التغذية والدخل والتعليم، والتدخلات تحتاج إلى استثمار لمدة أطول وإلى نهج يشمل قطاعات متعددة، وتركز وثيقة الأم والطفل على هذه الأنماط من التدخلات، فالتأثيرات المتوسطة الأمد والطويلة الأمد ستحدث عندما يتم تطوير التدخلات التي تهدف إلى معالجة الأسباب الأساسية لاعتلال الصحة¹

¹ منظمة الصحة العالمية: الأمومة الآمنة وثيقة الأم والطفل، مرجع سابق، 1996، ص 3.

خلاصة:

أوصت منظمة الصحة العالمية لأول مرة في تاريخها، بعدم اللجوء إلى الولادات القيصرية "إلا عندما تكون ضرورة طبيًا"، معربة عن أسفها "لانتشار العمليات القيصرية بشكل وبائي" في مناطق مختلفة من العالم.

إن هدف الحصول على معدل مثالي للعمليات القيصرية يجب أن يكون قائمًا على جودة المخرجات بالنسبة للأم والطفل حديث الولادة، آخذين بعين الاعتبار الموارد الصحية والطبية المتوفرة ورغبات الأم الشخصية، لأن المعدلات المثالية للعمليات القيصرية متباينة مع مرور الزمن وبين مختلف السكان (الدول المتقدمة والدول النامية كما رأينا) ووفقًا للظروف الشخصية والاجتماعية في حال عدم تقييدها بنسبة محددة مسبقًا.

الباب الثاني

الجانب الميداني
للدراسة

الفصل الأول

خصائص أفراد العينة وعرض
وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى

تمهيد:

لكي نأخذ صورة واضحة على عينة البحث والمتمثلة في الأمهات اللواتي خضعن للعملية القيصرية خلال حياتهن الإنجابية (15- 49 سنة)، وأنجبن على الأقل طفل واحد، تم ربط كل المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية المتعلقة بالأم بالعملية القيصرية.

وكان ذلك باستعمال الاستمارات المملوءة التي تم جمعها من طرف المبحوثات ومراجعتها للتأكد من صلاحية استخدامها في البحث، كما قمنا بمجموعة من الخطوات تمثلت فيما يلي:

- ترقيم الاستمارات وترميزها.
- تفريغ الاستمارة بالطريقة الآلية عن طريق معالجة بيانات الدراسة الميدانية باستخدام البرنامج الإحصائي spss v20؛
- وبعد اكتمال عملية إدخال البيانات تم تصنيفها في جداول إحصائية بسيطة تبين النسب المئوية والتكرارات، نتطرق إلى أهم الخصائص التي تميز أفراد عينة، وفي جداول مزدوجة توضح العلاقة بين متغيرات الدراسة سابقة الذكر مع استخدام الاختبارات المناسبة لإثبات الفروض أو نفيها، وتكمن أهمية هذه الجداول في عملية توثيق مواصفات العينة.
- كما نتطرق إلى تحليل الفرضية الأولى، حتى نتمكن من معرفة بعض المؤشرات التي لها علاقة ببعض الجوانب المتعلقة بالظاهرة المراد دراستها.

1. أهم الخصائص المميزة لأفراد العينة:

بعد النزول إلى الميدان وملء الاستمارات التي تقدر بـ 200 استمارة وذلك من خلال الاستعانة بنوع من العينات غير العشوائية، والمتمثلة في العينة القصدية، تم جمع الاستمارة بها كما بين سابقا، وحصولنا في الأخير على هذه العينة من الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية خلال حياتهن الإنجابية، ويتميزن بمجموعة من الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والتي تم عرضها كالتالي:

1.1. الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

جدول رقم (20): توزيع المبحوثة حسب الخصائص الديموغرافية

خلفية المبحوثة	ك	%
سن المرأة وقت التحقيق		
24 - 20	08	4.0
29 - 25	39	19.5
34 - 30	96	48.0
39 - 35	57	28.5
المجموع	200	100
أفراد العينة حسب سن الزوج		
29 - 25	06	3.0
34 - 30	60	30.0
39 - 35	66	33.0
45 - 40	49	24.5
49 - 45	19	9.0
المجموع	200	100
عدد أطفالهن		
2-1	28	14.00
4-3	84	42.00
6-5	42	21.00
أكثر من 6	46	23.00
المجموع	200	100

يتضح من الجدول (20) أن أغلب أفراد العينة سيدات تراوح سنهن وقت التحقيق ما بين 30-34 سنة بنسبة 48.00%، تليها فئة السيدات اللواتي تراوح سنهن ما بين 35-39 بنسبة 28.50%، ثم فئة السيدات اللواتي تراوح سنهن 25-29 بنسبة 19.5%، ونسبة قليلة فقط تراوح سنهن ما بين 20 - 24 بنسبة 4.00%، كما يتبين أن التركيبة العمرية للخصوبة قد تغيرت بحيث انتقلت من فئة 25-29 إلى الفئة 30-34 مع العلم أن المتوسط الحسابي للسنة الحالي للمبحوثات قدر بـ 32.05 سنة.

أما سن الزوج وقت التحقيق فإن أكثر من ثلاث أرباع تراوح سنهم ما بين 30-44 سنة بنسبة 87% منهم 33% تراوح سنهم ما بين 35-39 سنة و 30% تراوح سنهم ما بين 30-34 سنة، ثم الذين تراوح سنهم ما بين 40-44 سنة بنسبة 24%، وأما الذين تراوح سنهم ما بين 45-49 سنة فكانت نسبتهم 9%، وكانت آخر نسبة للذين تراوح سنهم ما بين 25-29 سنة بـ 3%، وبهذا بلغ وسيط سن أزواج عينتنا أثناء التحقيق 36,03 سنة.

كما نلاحظ أيضا أن أعمار أزواج المبحوثات كان أكثر تشتتا من أعمار زوجاتهن (المبحوثات) وقت التحقيق، حيث بلغ الانحراف المعياري لسن الزوج 5.11 سنة بينما أزواجهن فكان 3.91 سنة.

أما بالنسبة لعدد أطفال المبحوثات: نجد أن 42.00% من المبحوثات يتراوح عدد أطفالهن ما بين 3-4 طفل؛ و 23.00% عدد أطفالهن أكثر من 6 أطفال، ثم تلتها 21.00% عدد أطفالهن ما بين 5-6 طفل، وأقل نسبة 14.00% عدد أطفالهن ما بين 1-2 طفل، وقد قدر متوسط عدد المواليد 2.53 طفل لكل مبحوثة، وهذا المتوسط منخفض على متوسط الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2014 (3.03) طفل لكل امرأة، وهذا الانخفاض راجع إلى عدة عوامل من أهمها ارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثات وأزواجهن، والذي ينتج عنه تأخر سن الزواج وبالتالي إنجاب أقل عدد من الأطفال، مستعملين وسائل

منع الحمل والتي تقدر في سنة 2002 بـ 78 % كما ارتفعت نسبة استخدام الوسائل الحديثة من 67 % إلى 76 % خلال نفس الفترة¹.

2.1. الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة

جدول رقم (21): يوضح خلفية المبحوثة من ناحية الخصائص الاجتماعية

خلفية المبحوثة	ك	%
مستواهن التعليمي		
أمية	71	35.50
ابتدائية	65	32.50
متوسط	26	13.00
ثانوي	20	10.00
جامعي	18	09.00
المجموع	200	100
المستوى التعليمي لأزواجهن		
أمي	12	06.00
ابتدائي	36	18.00
متوسط	48	24.00
ثانوي	68	34.00
جامعي	36	18.00
المجموع	200	100
مكان الإقامة وقت التحقيق		
وسط المدينة	62	31.0
ضواحي المدينة	138	69.0
المجموع	200	100
نوع السكن		
فيلا	12	06.00
شقة	86	43.00
بيت قصديري	48	24.00
بيت تقليدي	54	27.00

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، مرجع، ص122.

100	200	المجموع
نوع الأسرة وقت التحقيق		
63.00	126	أسرة نووية
37.00	74	أسرة ممتدة
100	200	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه:

- أن أغلب أفراد عينتنا بدون مستوى تعليمي (أميات) بنسبة 35.50 %، ثم تليها الفئة صاحبة المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 32.50 %، ثم ذوات المستوى المتوسط، والثانوي على التوالي 13.00 % و 10.00 % وفي الأخير المستوى الجامعي 09.00 %.

إن ارتفاع المستوي التعليمي لأفراد العينة، يؤثر بطريقة غير مباشرة على رعايتهن الصحية وعلى سلوكهن الإيجابي، حيث كلما طالت سنوات تعليم المرأة، كلما تأخر سن زواجها، وتأخر إنجابها فعلى سبيل المثال: تبين في دراسات أجريت في 22 دولة أن معدل زواج البنات اللواتي أنهين تعليمهن الثانوي يزيد بأربعة أعوام عن معدل زواج من لم ينهيهن تعلمهن الثانوي، وتمكن ترجمة هذا الفارق التعليمي في سن الزواج في أثر مماثل على سن الإنجاب¹.

ومن الثابت إحصائياً ومعرفياً أن هنالك علاقة عكسية بين مستويات التعليم المرتفعة للأنثى وانخفاض معدل خصوبتها، فخصوبة المرأة الأمية تجيء بيولوجية أولاً، في حين تتراجع الأفعال البيولوجية المحضة في حال تعليمها الابتدائي، ثم في حال تعليمها الثانوي. إن سوسيولوجيا تعليم المرأة هنا تغير من نوعية أفعالها الفيزيائية لجهة الأفعال الواعية فنتحول معرفة الجسد ومحاولة التمسك به لحضور الكيان، إلى معرفة واقع العالم عبر الأفعال المخصبة إنتاجاً في دوائر ومجالات الحياة الأخرى².

¹ مازور لوري آن: ما وراء الأرقام، قراءات في السكان والاستهلاك والبيئة، ترجمة: هدره سيد رمضان ونادية حافظ خير، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، 1994، ص 19.

² سليمان عدنان: سوسيولوجيا الثقافة السكانية «دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سورية»، مجلة جامعة دمشق، المجلد 16 - العدد الثاني، دمشق، 2000، ص 251.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي لأزواجهن نجد أن أغلب أزواج أفراد المبحوثات لهم مستوى تعليمي ثانوي بنسبة 34.00%؛ ثم يليهم من لديهم مستوى متوسط بنسبة 24.00% ثم من لديهم مستوى ابتدائي وجامعي بنفس النسبة وهي 18.00%، وفي آخر مرتبة الأزواج الأميون بنسبة 06.00%.

وبمقارنة مستوى تعليم الأزواج مع زوجاتهم نجدهم أن الأزواج أعلى مستوى تعليمي من زوجاتهم.

إن التوافق بين الزوجين في المستوى الثقافي والتعليمي من الأمور المهمة والمقومات الضرورية لإنجاح العلاقة الزوجية، حيث أن له دورا كبيرا في خلق جو من التفاهم بين الزوجين، وقيام كل منهما بواجبه تجاه الآخر، الأمر الذي يدعو إلى تقوية الرابطة الزوجية واستمرارية تلك العلاقة. أما إذا كان هناك فرق في المستوى التعليمي بينهما فهنا تكمن الإشكالية، إذ لا تقتصر على الاختلاف في النظرة للأمور، وتقييمها، وتحديد الأولويات، وطريقة التعامل مع الأحداث والعلاقات، لكنها تمتد لتؤثر في تقديم رسائل تربوية متناقضة للأبناء تسهم في إحداث اضطراب لديهم، كما تؤثر سلباً في بلورة صورة الزوجين الاجتماعي، وفي رؤية الآخرين لهذه العلاقة وتقديرهم لها، مما يتسبب في وقوع مشكلات ومواقف مزعجة اجتماعياً لكلا الزوجين، وربما تمتد لأسرتيهما.

كما ينجم عن الفرق في المستوى التعليمي اختلاف في تقدير خطورة بعض المشكلات الصحية للأسرة، حيث ترى الزوجة أنها خطرة وتحتاج علاجاً متخصصاً، في حين يرى الزوج أنها بسيطة وينفع معها الاعتناء المنزلي أو العكس.

أما من ناحية مكان الإقامة وقت التحقيق نلاحظ أن أغلب السيدات يقطن في ضواحي المدينة بنسبة 69.0%، مقابل 31.0% يقطن في وسط المدينة.

إن إقامة أغلب السيدات في ضواحي المدينة يصعب عليهن توفير الخدمات الأساسية وعلى رأسها الخدمات الصحية، كما يصعب عليهن القيام بالرعاية الصحية المنتظمة داخل المدينة بسبب مشاكل التنقل.

أما نوع الأسرة وقت التحقيق، فإننا نجد أن أغلب السيدات يعشن داخل أسر نووية ويشكلون تقريبا ثلثي أفراد العينة وبالضبط **63.00%**، أما البقية وهي **37.00%** فهي خاصة بأفراد العينة اللواتي يعشن داخل أسر ممتدة.

3.1. الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة

جدول رقم (22): يوضح خلفية المبحوثة من ناحية الخصائص الاقتصادية

العبارة	ك	%
الوضعية المهنية للمبحوثة		
تعمل	32	16.00
لا تعمل	168	84.00
المجموع	200	100
الدخل الشهري		
بدون أجر	48	24.00
أقل من 15000	68	34.00
15000 - 30000	40	20.00
30000 - 45000	25	12.5
أكثر من 45000	19	9.00
المجموع	200	100
نوع السكن		
فيلا	12	06.00
شقة	86	43.00
بيت قصديري	48	24.00
بيت تقليدي	54	27.00
المجموع	200	100
نوع المهنة		
إطار متوسط	06	03.00
موظفة	20	10.00
مهنة حرة	06	03.00
ماكثة بالبيت	168	84.00
المجموع	200	100

عمل الزوج		
84.00	168	يعمل
16.00	32	لا يعمل
100	200	المجموع
نوع عمل الزوج ¹		
48.00	96	عامل
21.00	42	إطار متوسط
15.00	30	موظف
16.00	32	بطل
100	200	المجموع

من خلال معطيات الجدول أعلاه:

يتبين أن نسبة كبيرة جدا من المبحوثات لا يقمن بأي عمل داخل أو خارج البيت بنسبة 84.00 %، في حين أن 16.00 % من مجموع المبحوثين يمارسن عمل سواء داخل أو خارج البيت.

كما يتبين أن معظم المبحوثات دخلهن الشهري أقل من 15000 دينار جزائري بنسبة 34.00 %، ثم تليها المبحوثات بدون أجر بنسبة 24.00 %، أما من يتراوح دخلهن ما بين 15000 و 30000 دينار جزائري فنسبتهن 20.00 %، وبالنسبة لأقل نسبة فنجدها لدى من دخلهن ما بين 15000 و 30000 دينار جزائري بنسبة 12.5 %، والمبحوثات نوات الدخل الأكثر من 45000 دينار جزائري بنسبة 9.50 %.

من خلال النتائج يتضح أن أغلب المبحوثات نوات دخل متدني مما يعني أنه ليس بمقدورهن تلبية حاجيات الأسرة بما فيها الجانب الصحي لأفرادها، وخدمات الرعاية الصحية للأم.

¹ : رئيس مصلحة، أستاذ، ممرض..

مهنة حرة: ...

: يعمل في شركة

: ميكانيكي، خباز..

أما من ناحية نوع السكن فإن أغلب المبحوثات يسكن شقة بنسبة 43.00 % ممثلة منوال نوع السكن لأفراد العينة، تليها من يسكنون بيت تقليدي بنسبة 27.00 %، ثم اللواتي يسكن في البيت القصديري بنسبة 24.00 %، وفي الأخير نسبة بسيطة ممثلة بـ 06.00 % ذكرن أنهن يسكن فيلا.

إن نوع السكن يؤثر على أخلاقيات الأفراد وأحاسيسهم ونفسياتهم وطبائعهم، وقد أثبت الباحثون أن الفراغات العمرانية وتشكيلاتها وأبعادها وأسلوب توظيفها يؤثر بشكل واضح ومباشر على نشاط وسلوك السكان وكذلك في العلاقات الاجتماعية بينهم، حيث اقتناء المسكن يشكل إحدى القيم الاجتماعية، ويرمز إلى الهوية الشخصية والأسرية، وهو فوق كل ذلك دليل انتماء وكرامة الأسرة¹.

كما يتضح كذلك من الجدول أن أغلبية المبحوثات يمكنهن بالبيت ولا يمارسن أي عمل بنسبة 84.00 %، في حين أن من صرحن بنوع العمل فأعمالهن تنحصر كموظفة أو إطار متوسط أو مهنة حرة بنسب متدنية وهي على الترتيب 10.00 %، 03.00 %، و03.00 %.

أما من ناحية عمل الزوج يتضح لنا أن غالبية المبحوثات أزواجهن لهم عمل بنسبة 84.00 %، مقابل 16.00 % بدون عمل، في حين أن نوع المهنة الممارسة هي عامل بالأغلبية بنسبة 48.00 %، وأقل نسبة نوع عملهم موظف بـ 15.00 %.

¹ سلوى محمد سعيد: الإسكان والمسكن والبيئة، دار الشروق، جدة، 1986، ص 18.

2. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى: سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية

قام العالمان الديموغرافيان شان وموسلي Chen and Mosely بوضع إطار نموذجي مقترح لدراسة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على حياة الأطفال في الدول النامية، بهدف محاولة إيجاد تكامل بين أساليب دراسة وفيات الأطفال التي يستخدمها كل من علماء الاجتماع والطب - وهذا الإطار بني على أساس أن جميع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية، والبيئية تعمل معاً كمجموعة متغيرات وسيطة للتأثير على هذه الوفيات، وهي تنقسم إلى مجموعتين¹:
أولاً: عوامل قريبة أو وسيطة:

وتتعلق هذه العوامل بخمس فئات رئيسية تتمثل في: العوامل الخاصة بالأم، والعوامل الخاصة بالبيئة، ونقص في التغذية، والإصابات أو الجروح، والمراقبة الفردية الطبية. ثانياً: العوامل المستقلة أو العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية: وتتعلق بالعادات والمواقف المتواجدة في مجتمع ما، وكذا المستوى الثقافي للزوجين والحالة الفردية لهما بالإضافة إلى نجاعة المنظومة الصحية والوضع السياسي. ويرى كل منهما أن المتغيرات الوسيطة تؤثر مباشرة على صحة الطفل، بينما العوامل المستقلة لا تؤثر مباشرة على الظاهرة بل تؤثر على الأم.

ومن خلال العوامل السابقة يمكن توظيفها في هاته الدراسة والتي لها تأثير على الخصائص الفردية للأم ومن ثم على نتيجة حملها، لذا فإن في العنصر من هذا الفصل الذي يتضمن تحليل الفرضية الأولى للبحث التي مفادها: "سن المرأة الحامل والسوابق الحملية والطبية تؤدي إلى العملية القيصرية" هي عبارة عن مجموعة من العوامل المتعلقة بالأمومة والتي لها علاقة بالعملية القيصرية.

ومن ثم تتعلق هذه العوامل بالمجموعات الأساسية وهي (العمر - ترتيب المولود - فترات الحمل والسوابق الحملية والطبية) فكل من هذه العوامل له تأثير على نواتج الحمل من خلال تأثيراتها على صحة الأم.

¹ أيمن زهري: مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات، المجلد الأول، العدد الأول، القاهرة، يناير 2008، ص 8.

وتعد العوامل السابقة عوامل ديموغرافية وصحية يمكن أن تتعكس على صحة الأم أو بالأحرى تحدد نوع الولادة، والتي نحاول دراستها في هذا الفصل، وقد بينت بعض الدراسات أن عامل سن الأم عند الإنجاب له انعكاسات سلبية على حياة الأم ونوع ولادتها، وسنحاول أن لمس هذه العلاقة من خلال الفرضية الأولى، والجداول التالية تحاول أن تبين هذه العلاقة كما يلي:

جدول رقم (23): يبين توزيع المبحوثين حسب عند أول زواج وعلاقته بعدد الأطفال المنجب

المجموع		أكثر من 6		6-5		4-3		2-1		عدد الأطفال المنجب السن عند أول إنجاب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	121	29.0	38	12.2	16	51.1	67	7.6	10	24-20
100	50	16.3	7	48.8	21	20.9	9	14.0	6	29-25
100	21	5.6	1	27.8	5	27.8	5	38.9	7	34-30
100	8	-	-	-	-	37.5	3	62.5	5	39-34
100	200	23.0	46	21.0	42	42.0	84	14.0	28	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان عدد أطفالهم المنجب يتراوح ما بين 3 - 4 طفل بنسبة 42.0 % مقابل نسبة 14.0 % للذين أنجبوا ما بين 1-2 أطفال كما أننا نجد أن عدد الأطفال المنجب يتأثر بالسن عند أول زواج، حيث نجد أن المبحوثات اللواتي تزوجن ما بين 20-24 سنة هن أكثر المبحوثات اللواتي أنجبن عدد أطفال يتراوح ما بين 3-4 طفل بنسبة 51.1 %، مقابل أقل نسبة 5.6 % ممن كان سنهن عند أول زواج يتراوح ما بين 30-34 سنة وأجبن أكثر من 6 أطفال.

مما سبق يمكن القول أن العمر عند أول زواج يلعب دورا هاما ومؤثرا في الحياة الإنجابية والصحية للأم، كما أثبتت الدراسات أن النساء اللواتي يتزوجن في سن متأخرة

(25-30) ينجبن عددا أقل من الأطفال من تلك اللاتي تتزوجن في سن (18-23)، فالزواج المتأخر يقلل من معدلات النمو السكاني حيث أنه يقلل من طوال فترة الحمل عند المرأة¹.

كما أظهرت معظم الدراسات السابقة أن هناك علاقة عكسية بين السن عند الزواج الأول، وعدد الأطفال المنجبين، أجمعت معظم الدراسات السكانية على وجود علاقة عكسية ما بين العمر عند الزواج الأول ومتوسط عدد الأطفال المنجبين.

فدراسة رجلي E. A. Wrigly ترى أن المرأة التي تتزوج في سن الخامسة والعشرين تقل خصوبتها بمقدار الثلث عن المرأة التي تتزوج في سن الثامنة عشرة إذا تساوت العوامل الأخرى².

كما تبين من دراسة حسين الخزاعي 1993 في الأردن أن هناك علاقة عكسية بين عمر الإناث عند الزواج الأول والخصوبة، أي أن عدد الأطفال المنجبين ينخفض بارتفاع عمر الإناث عند الزواج الأول³.

لهذا يمكن أن نقول أن المبحوثات اللواتي تأخرن في الزواج هن عرضة للإنجاب بالعملية القيصرية بسبب السن وكذلك رغبتهن في إنجاب عدد أطفال أكثر، وفي نفس الوقت بأن اللواتي أنجبن عدد أكثر من 4 أطفال وكانت المدة بين الحملين أقل من المدة المطلوبة صحيا فإن إنجابهن يكون كذلك بالعملية القيصرية، وهذا ما أكدته عدة دراسات أن المخاطر على صحة الأم والصحة الإنجابية ترتفع بارتفاع العمر وعدد الولادات، حيث تزداد في الأعمار الكبيرة مشاكل الحمل وتعقيداته، وتقدم الخلاص، والعملية القيصرية، والنزف بعد

¹ فراس عباس فاضل البياتي: علم اجتماع السكان - موضوعات في الديمغرافية الاجتماعية-، دار الجيل للنشر والطباعة، العراق، 2013، ص86.

² أحمد علي إسماعيل. أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط8، دار الثقافة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1997، ص75.

³ حسين عمر الخزاعي. أثر تباينات عمر الإناث عند الزواج الأول على الخصوبة في الأردن من واقع المسح السكاني والصحي 1990، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، 1993، ص34.

الولادة، وانفجار الرحم، والوفاة، كما بينت ذات الدراسات بأن مشاكل الحمل والولادة والنفاس كانت نسبتها عالية بين السيدات الكبيرات في السن¹.

وهذا ما اتضح أيضا من خلال هذه الدراسة، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون بين السن عند أول زواج وعدد الأطفال المنجبين (0.49)، وعند اختبار الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة حرية 9 ومستوى دلالة 1% بين السن عند أول زواج وعدد الأطفال المنجب، فقد تم رفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة 1% بين السن عند أول زواج وعدد الأطفال المنجب، حيث كانت قيمة مربع كاي المحسوبة 63.14 وهي أكبر من قيمة مربع كاي الجدولية المقدر بـ 21.67.

ولفهم تأثير السن وعدد الأطفال على صحة الأم وخاصة على طبيعة ولادتها فإن الجداول التالية ستبين هذه العلاقة

¹ منير كرادشة وموسى شتيوي: مسألة الخصوبة السكانية - رؤية تحليلية في ضوء نتائج الدراسات السابقة-، مجلة أبحاث اليرموك سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عمادة البحث العلمي والدراسات العليا، جامعة اليرموك، المجلد 27، العدد 2، 2011، الأردن، ص 1157.

جدول رقم (24): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	السن الحالي
100	08	25.0	2	62.5	05	12.5	01	24-20
100	39	15.4	6	76.9	30	7.7	03	29-25
100	96	11.5	11	84.4	81	4.2	4	34-30
100	57	31.6	18	52.6	30	15.8	9	39-35
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

إن القراءة الإحصائية لهذا الجدول تبين أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي كانت ولادتهن السابقة بالعملية القيصرية بنسبة 73.0 % مقابل 18.5 % ولادتهن طبيعية وقيصرية و 8.5 % ولادتهن طبيعية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو سن المبحوثات وجدنا أن اللواتي ولدن بالعملية القيصرية ما بين 34-30 سنة بنسبة 84.4 % مقابل 52.6 % ما بين 39-35 سنة، كما أن الشيء الملاحظ من هذا الجدول أن اللواتي تم ولادتهن طبيعياً بنسبة 4.2 % ما بين 30-34 سنة.

ومنه نلاحظ أن سن المرأة الحامل له تأثير على نوعية الولادة، حيث أنه يزيد التدخل في الولادة مع زيادة سن المرأة الحامل، وبالتالي فعمر المرأة الحامل الأكبر من 30 سنة يزيد من احتمال ولادتها بالعملية القيصرية، ولذا اتفقت جميع الدراسات تقريبا أن معدل الولادة القيصرية يرتفع مع زيادة عمر الأم¹.

وفي دراسة للأستاذة كواش زهرة وجدت أن الفئة العمرية 30-34 أنجبن عن طريق عملية قيصرية بنسبة 51 %، وأن 75 % من مجموع النساء اللواتي يتراوح سنهن ما بين 30-34 سنة أنجبن بمساعدة طبيب مختص، و 1 % منهن أنجبن بمساعدة القابلة.

كما توصلت إلى نتيجة مفادها وجود علاقة بين عمر الأم عند الولادة ونوعية التوليد والكادر الذي يساعد في عملية التوليد، وأن النساء اللواتي يزيد عمرهن 40 سنة فإن إنجابهن

¹ <http://arabia.babycenter.com>

تم الاطلاع يوم: 2016/01/24 على الساعة 10:00 صباحا

يكون بطريقة قيصرية بنسبة تفوق 53 % لتصل إلى 80 % عند اللواتي عمرهن ما بين 45 -49 سنة¹.

ومن أجل التحقق من وجود العلاقة بين السن ونوع الولادة تم حساب كاي تربيع لبرسون الذي يساوي 19.24 وهو أكبر من كاي تربيع الجدولية التي تساوي 12.59 عند مستوى دلالة 0.05، وأكبر من 16.81 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة الحرية 6، ومنه توجد فروق إحصائية في اختلاف السن باختلاف الفئة العمرية لنوع الولادة القيصرية، ويؤكد معامل الارتباط الذي يساوي 0.296 بوجود علاقة ضعيف بين نوع الولادة والسن. لا يقتصر تأثير معرفة السن الحالي للمبحوثات على نوع الولادة في تحديد العلاقة بل إن السن الحالي وعدد مرات الولادة بالعملية القيصرية يثبت هذا التأثير ويؤكد له لمعرفة ذلك تم انجاز الجدول التالي.

¹ كواش زهرة: الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء والحوامل والأطفال - دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والموليد الموتى والموليد الجدد-، مذكرة الدكتوراه في الديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2006، ص ص 203 - 204.

جدول رقم (25): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بعدد العملية

القيصرية

المجموع		أكثر من 3		ثلاث مرات		مرتين		مرة واحدة		عدد العملية السن
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	-	-	12.5	1	50.0	4	37.5	3	24-20
100	39	10.3	4	23.1	9	48.7	19	17.9	7	29-25
100	96	15.6	15	24.0	23	41.7	40	18.8	18	34-30
100	57	19.3	11	15.8	9	54.4	31	10.5	6	39-35
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

نلاحظ من خلال قراءتنا لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو ازدياد في عدد العملية القيصرية مرتان بنسبة 47 % مقابل 17 % ولاتهن مرة واحدة قيصرية، و 15% ولاتهن أكثر من ثلاث مرات بالعملية القيصرية.

وعند ربطنا هذا المتغير بالسن وجدنا أن عدد العملية القيصرية مرتان عند اللواتي عمرهن ما بين 35 - 39 سنة بنسبة 54.4 % مقابل 41.7 % للواتي عمرهن ما بين 30 - 34 سنة، كما أن الشيء الملاحظ من هذا الجدول أن الصغيرات السن 20 - 24 سنة كانت ولاتهن قيصرية مرة واحدة بنسبة 37.5 %.

ومن جهة أخرى نلاحظ أن عدد العمليات القيصرية يزداد طردا مع سن المبحوثات، وأن اللواتي عمرهن 35-39 سنة كانت ولاتهن قيصرية أكثر من ثلاث مرات ب 19.3 %، وهذا يتوافق مع التقارير التي أجريت في فرنسا حول العملية القيصرية إذ أفادت أن الزيادة في حالات العملية القيصرية تنمو مباشرة مع التقدم في السن الأدنى الأقل من عشرين عاما (لاحظ 12.3 %)، وأنها تصل إلى أكثر من 27.6 % للنساء فوق سن 30 عاما، وأن من 2 إلى 3 عملية قيصرية سابقة بنسبة 68.6 %، وذلك بسبب عسر الولادة¹، كما أظهرت

¹ Dominique Baubeau et Guillemette Buisson: **La Pratique des Césariennes: Evolution et Variabilité Entre 1998 et 2001**, Études et Résultats n° 275, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, décembre 2003, p 4.

دراسة أخرى أقيمت في المغرب أن العملية القيصرية تزداد مع تقدم عمر الأم وتمثل ثلاث مرات وهي أكثر شيوعاً، وهذا ما أكدته نتائج التحليل المحرزة في الولايات المتحدة إلى أن العملية القيصرية تمثل مرتين عند النساء 35 سنة فأكثر مقارنة بالمعدل الوطني بشأن الولادة¹.

ومنه نستخلص من حيث الاتجاه نحو العملية القيصرية حدوث وتعدد العملية بتقدم سن المرأة الحامل التي خضعت للعملية سابقاً، فمثلاً من خلال الجدول نجد اللواتي عمرهن 20-24 سنة خضعن للعملية القيصرية مرتان بنسبة 50 % ثم ثلاث مرات بنسبة 12.5%. ويظهر من خلال حسابنا لاختبار كاي تربيع أن هناك فروق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية حيث وجدنا كاي المحسوبة 8.86، وهي أقل من كاي الجدولية 16.92 عند مستوى دلالة 0.05 و 21.67 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 9، وبالتالي يؤكد لنا معامل الارتباط على وجود علاقة ضعيفة بين السن وعدد الولادات القيصرية إذ قدر معامل الارتباط بـ 0.206.

وبما أن السن الحالي له علاقة بنوع الولادة وكذلك بعدد مرات العملية القيصرية فإننا سنحاول في الجدول التالي أن نبين علاقة السن الحالي بمتابعة الحمل الأخير.

¹ <http://www.labome.fr/research/Late-pregnancy-200-cases.html>

جدول رقم (26): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بمتابعة الحمل الأخير

المجموع		لا		نعم		متابعة الحمل السن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	75.0	6	25.0	02	24-20
100	39	64.1	25	35.9	14	29-25
100	96	53.1	51	46.9	45	34-30
100	57	47.4	27	52.6	30	39-35
100	200	54.5	109	45.5	91	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي لم يقمن بالمتابعة للحمل بنسبة 54.5 %، مقابل 45.5 % أمهات قمن بمتابعة الحمل. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن نجد أننا سجلنا أعلى نسبة لها عند الفئة العمرية 24-20 سنة للأمهات اللواتي لم يقمن بمتابعة الحمل بنسبة 75.0 % مقابل 25.0 % قمن بمتابعة الحمل عند نفس الفئة العمرية، وأما أعلى نسبة للأمهات اللواتي قمن بمتابعة الحمل كانت بنسبة 52.6 % عند الفئة العمرية 30-35 في مقابل 47.4 % لم يقمن بمتابعة الحمل.

مما سبق يمكن القول أن معظم اللواتي لم يقمن بالمتابعة والتي نقصد بها المراقبة المنتظمة للحمل الأخير راجع إلى عدم وعي الأمهات بمخاطر الحمل أو أن ولادتهن الطبيعية بحمل سابق جعلهن لا يهتمن بالمتابعة، أو أنهن اكتفين ببعض فحوصات الحمل وخاصة في الثلاثي الأول.

نستخلص مما سبق أن الأمهات الصغيرات في السن غير حريصات على متابعة حملهن، وهذا ما جعلهن عرضة للأمراض والمشاكل الصحية، أما الأمهات اللواتي تجاوز

سنهن 30 سنة فهن يقمن بالمتابعة الصحية نتيجة تعرضهن لاعتلال صحي سابق وتعرضهن للولادة القيصرية، ولكن هذه المتابعة ليست بالشكل الكافي.

وكننتيجة يمكن القول أنه كلما ارتفع سن الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية كلما حاولن متابعة ومراقبة حملهن ولكن ليس بالشكل المطلوب، وعند حساب كاي التربيع الذي عبر عن عدم وجود علاقة ظاهرية بين المتغيرين حيث قدرت كاي المحسوبة بـ 4.05، في حين قدرت كاي التربيع الجدولية عند درجة الحرية 3 بـ 7.81 عند مستوى دلالة 0.05 وأقل من قيمة كاي تربيع الجدولية 11.34 عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على عدم وجود ارتباط معنوي واضح بين السن ومتابعة الحمل.

ويؤكد كذلك معامل التوافق للارتباط الذي عبر عن وجود علاقة ضعيفة بحيث قدرت بـ 0.141.

من خلال ما سبق ذكره حول المتابعة للحمل الأخير وتأثير السن عليه فإن نود معرفة قرار العملية هل هو شخصي أو طبي لتأكيد أهمية المتابعة في تحديد نوع القرار ومن أجل ذلك قمنا بإنجاز الجدول التالي.

جدول رقم (27): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته بقرار الولادة

القيصرية

المجموع		قرار شخصي		قرار طبي		قرار العملية السن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	12.5	1	87.5	7	24-20
100	39	5.1	2	94.9	37	29-25
100	96	3.1	3	96.9	93	34-30
100	57	3.5	2	96.5	55	39-35
100	200	4.0	8	96.0	192	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول يتضح لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي كان إجابهن بالعملية القيصرية بقرار طبي بنسبة 96.0 % مقابل 4.0 % من المبحوثات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية بقرار شخصي.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في سن المبحوثات سجلنا أعلى نسبة عند المبحوثات اللواتي عمرهن يتراوح ما بين 30-34 سنة بنسبة 96.9 % مقابل 3.1 % من المبحوثات اللواتي كان قرارهن شخصي، أما أقل نسبة من المبحوثات اللواتي أنجبن بعملية قيصرية بقرار طبي فهي الفئة العمرية 20-24 بنسبة 84.5 % مقابل 12.5 % رغبة شخصية.

مما سبق يمكن القول أنه كلما تقدمت الأمهات في السن وهن في مرحلة الخصوبة فإن احتمال إجابهن بالعملية القيصرية يزيد ويكون بقرار طبي، وأن الرغبة الشخصية في الإنجاب بالعملية القيصرية قليلة جداً، وهي ناجمة عن مخاوف الولادة الطبيعية في بعض الحالات وخاصة إذا تجاوز عمر الأم 30 سنة وكان عدد الأولاد أكثر من ثلاثة، ولم تكن المدة بين الحملين كافية، ويرجع الإنجاب بالعملية القيصرية لقرار طبي لوجود مشاكل تعرض لها الجنين أثناء الحمل أو عند الولادة، ومن أهم هذه المشاكل التشوه الخلقي الذي يكون من أهم أسبابه سوء التغذية، وبالتالي عدم تكون مخ الجنين بصفة طبيعية والذي يؤدي

إلى إنجاب مولود معاق خلقا وعقلا والذي كان له تأثير على صحة الحامل، وكذلك مثل أن يكون حجم رأسه أكبر من المعتاد، وأيضا من مظاهر المشاكل الخاصة بالجنين هو اختناقه بالحبل السري، مما يؤدي إلى ضرورة القيام بالعملية القيصرية، وكذلك تجاوز الجنين الوقت المحدد له بحيث أن هناك حالات يتجاوز الجنين فيها تسعة أشهر داخل الرحم وهنا يعرض حياة الحامل للخطر.

وللتأكد من صحة العلاقة بين السن والقرار المتخذ قمنا بحساب كاي تربيع عند درجة حرية 3 وجدناه 1.86 وأما كاي تربيع الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 يساوي 7.81 وعند مستوى الدلالة 0.01 يساوي 11.34، وبالمقارنة فإن الجدولية أكبر من المحسوبة وهذا يؤكد على وجود فروق إحصائية في اختلاف السن وقرار الولادة بقرار طبي أو قرار شخصي.

جدول رقم (28): يبين توزيع عدد أطفال المبحوثات وعلاقته بالمدة التي تفصل بين

الحملين

المجموع		أربع سنوات		ثلاث سنوات		سنتان		سنة		المدة بين الحملين عدد الأطفال
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	23.9	11	50.0	23	21.7	10	4.3	2	1-2
100	82	20.7	17	29.3	24	46.3	38	3.7	3	3-4
100	52	15.4	8	26.9	14	40.4	21	17.3	9	5-6
100	20	5.0	1	10.0	2	65.0	13	20.0	4	أكثر من 6
100	200	18.5	37	31.5	63	41.0	82	9.0	18	المجموع

من خلال قراءتنا لهذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو المدة التي تفصل بين الحملين بسنتين بنسبة 41.0 % مقابل 31.5 % فصلت حمل الأمهات بثلاث سنوات و 18.5 % بأربع سنوات و 9.0 % بنسبة واحدة.

وعند ربطنا المتغير المستقل وهو عدد الأطفال قصد معرفة مدى تأثيره على المدة التي تفصل بين الحملين وجدنا أن 65.0 % من النساء اللواتي عدد أطفالهن أكثر من 6 كانت المدة التي تفصل بينهم بسنتين، مقابل 20 % كانت سنة واحدة تفصل بينهم و 10 % كانت ثلاث سنوات تفصل بينهم و 5.0 % كانت أربع سنوات تفصل بينهم.

و 40.4 % من النساء اللواتي عدد أطفالهن 5-6 كانت المدة التي تفصل بينهم بسنتين، مقابل 26.9 % كانت ثلاث سنوات تفصل بينهم و 17.3 % كانت سنة واحدة تفصل بينهم و 15.4 % كانت أربع سنوات تفصل بينهم.

وأن 46.3 % من النساء اللواتي عدد أطفالهن 3-4 كانت المدة التي تفصل بينهم بسنتين مقابل 29.3 % كانت ثلاث سنوات تفصل بينهم، و 20.7 % كانت أربع سنوات تفصل بينهم و 3.7 % كانت سنة واحدة تفصل بينهم، وأخيرا 21.7 % من النساء اللواتي عدد أطفالهن 1-2 كانت المدة التي تفصل بينهم بسنتين مقابل 51.0 % كانت ثلاث سنوات تفصل بينهم و 23.9 % كانت أربع سنوات تفصل بينهم، و 4.3 % كانت سنة واحدة تفصل بينهم.

من خلال التحليل الإحصائي لهذا الجدول نجد أن أكبر نسبة تم الفصل بين الحملين بسنتين لدى النساء اللواتي لديهن 6 أطفال وأكثر، وهذا سعياً منهن للوصول للعدد المرغوب فيه من الأطفال، مما يضر بصحتهن الإنجابية ويعرضهن لخطر عدد الحمل والولادة بالعملية قيصرية، وفي هذا الصدد يقول عمران عبد الحميد في كتابه سكان العالم العربي حاضراً ومستقبلاً أن الخصوبة العالية تؤدي إلى زيادة مضاعفات الحمل والولادة كالنزيف والتسمم الحامل والحمى التي تصيب الأم في مرحلة النفاس وفقر الدم والتهاب عنق الرحم وأمراض الروماتيزم والسكري¹.

ومن أجل صحة الأم يجب أن تتجنب بعد عامين من الإنجاب السابق لأن جسمها يحتاج سنتين على الأقل لكي يتعافى تماماً من الحمل والولادة، وتحتاج الأم فسحة من الوقت لتستجمع قوتها وطاقتها قبل أن تحمل مرة أخرى، كما أن على الأم أن تتجنب أكثر من أربعة أطفال في أقل من ثلاث سنوات وخاصة إذا لم تكن نظمت ولادتها السابقة بحيث لم تفصل بين الولادتين والأخرى بمدة لا تقل عن سنتين فإن جسمها يصاب بالأعباء نتيجة عدد الحمل والولادة فيصبح كل حمل وآخر استنزافاً لصحة الأم لأن الحمل الرابع يزيد في إصابة الأم بمشكلات صحية المذكورة آنفاً، كما يزداد إنجابها بالعملية القيصرية والتي تشكل خطراً على الأم والطفل معاً.

وزيادة في التأكيد من صحة العلاقة الموجودة بين عدد الأطفال والمدة التي تفصل بين الحملين قمنا بحساب كاي تربيع الذي عبر عن وجود علاقة بين المتغيرين، حيث قدرت كاي التربيع المحسوبة بـ 29.53، في حين قدرت كاي التربيع الجدولية عند درجة الحرية 9 بـ 16.92 عند مستوى دلالة 0.05 و 21.67 عند مستوى دلالة 0.01، إذن كاي التربيع المحسوبة أكبر من نظيره الجدولي، وبالتالي هناك فرق جوهري بين هذين المتغيرين.

أما معامل الارتباط للاقتزان فلقد بلغ 0.359 مما يوضح وجود علاقة ضعيفة بين عدد الأطفال والمدة التي تفصل بين الحملين.

¹ عبد الحميد عمران: سكان العالم العربي حاضراً ومستقبلاً، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، سنة 1988، ص 126.

جدول رقم (29): يبين توزيع سن المبحوثات وعلاقته بالمدة التي تفصل بين الحملين

المجموع		أربع سنوات		ثلاث سنوات		سنتان		سنة		المدة بين الحملين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	السن
100	8	-	-	-	-	25.0	2	75	6	24-20
100	39	2.6	1	41.0	16	53.8	21	2.6	1	29-25
100	96	30.2	29	53.1	51	15.6	15	1.0	1	34-30
100	57	47.4	27	50.9	29	1.8	1	-	-	39-35
100	200	28.5	57	48.0	96	19.5	39	4.0	8	المجموع

يبين الجدول رقم (29) أن النساء اللواتي باعدن بين الولادتين الأخيرتين بثلاث سنوات ينتمين إلى الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 53.1% ثم تنخفض إلى 50.9% عند الفئة العمرية 35-39 سنة، ثم تنخفض كذلك عند الفئة العمرية 25-29 سنة بـ 41.0%، في حين نلاحظ أن أغلبية المبحوثات اللواتي باعدن بأربع سنوات تمركزن عند الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 47.4% ثم تنخفض قليلا إلى 30.2% عند الفئة العمرية 30-34 سنة، ومن الواضح أن اللواتي باعدن بهذه المدة ربما قد تزوجن في سن مبكرة، وذلك لأن الأغلبية من هؤلاء قد تجاوزن سن الثلاثين إضافة إلى خطر الولادة في هذه المرحلة مما يستدعي المحافظة على صحتهن الإنجابية، وخاصة إذا كانت ولادتهن السابقة بالعملية القيصرية، مما يضطرها إلى المباشرة بين الولادات.

أما المبحوثات اللواتي باعدن بفترة سنتين فقد سجلت أعلى نسبة عند الفئة العمري 25-29 سنة وذلك بـ 53.8%، وتنخفض هذه الأخيرة لتبلغ ما بين 25% و 15.6% عند الفئات العمرية التالية 20-24 سنة و 30-34 سنة، وتشهد أقل نسبة عند الفئة العمرية 35-39 سنة بـ 1.8%، وإذا ما لاحظنا هذه المدة فنجدها تخص اللواتي عمرهن أقل من 35 سنة مما يرجع ذلك إلى كونهن لم ينجبن بعد العدد المرغوب فيه من الأطفال وكونهن أيضا في بداية الحياة الإنجابية، وهي فترة كافية لكي تسترجع الأم خلالها قواها بعد الحمل والوضع وكون كذلك الحمل تم بولادة طبيعية.

في حين أن اللواتي باعدن بسنة واحدة فلاحظنا أن الأغلبية بنسبة 75.0 % بلغن ما بين 20- 24 سنة، ثم انخفضت هذه الأخيرة بارتفاع العمر، ويفسر هذا بأن الصغيرات في السن يباعدن بفترة قصيرة، ويرجع هذا إلى أنهن في بداية حياتهن الزوجية، فيسعين إلى تعزيز مكاتهن الاجتماعية داخل الأسرة الجديدة، وإرضاء أزواجهن وعائلات أزواجهن على الرغم من إجراء العملية القيصرية، وهذا ما يشكل مرة أخرى إنجابا بعملية القيصرية وذلك ما تم ملاحظته من إجراء عملية قيصرية أكثر من مرة.

وعند التقدم في السن فإنهن يباعدن بفترات أطوال، وقد يرجع ذلك إلى كون المتدمات في السن قد تزوجن في سن مبكر وبالتالي أنجن عدد معيناً من الأطفال يرونه كافياً، ومن ثم يلجأن للمباعدة بفترات طويلة بسبب العملية القيصرية التي صارت تهدد حياتهن في هذه المرحلة العمرية المتقدمة.

وبما أن المتغير الخاص بالفترة ما بين الولادات يعتبر محدد لعدد الأطفال والذي بدوره يشير إلى الرتبة التي يحتلها الطفل عند الولادة، فكلما كانت الفترة قصيرة أدى ذلك إلى الإنجاب بالعملية القيصرية.

وزيادة في التأكيد من صحة العلاقة الموجودة ما بين السن ومدة الحمل بين الحملين، قمنا بحساب كاي تربيع لبرسون الذي عبر عن وجود بين المتغيرين، حيث قدرت كاي تربيع المحسوبة بـ162.63، في حين قدرت كاي تربيع الجدولية عند درجة الحرية 9 بـ16.92 عند مستوى دلالة 0.05 و21.67 عند مستوى دلالة 0.01، إذن كاي تربيع المحسوبة أكبر من نظيره الجدولية، وبالتالي هناك فرق جوهري بين هذين المتغيرين.

أما معامل الارتباط للاقتتان فلقد بلغ 0.67 مما يوضح ملياً بوجود ارتباط قوي بين المدة التي تفصل بين طفل وآخر وسن المبحوثات.

جدول رقم (30): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وعلاقته برتبة الطفل عند

الولادة الأخيرة

المجموع		أكثر من 6		6-5		4-3		2-1		رتبة الطفل عند الولادة الأخيرة السن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	-	-	-	-	25.0	02	75.0	06	24-20
100	39	-	-	5.1	2	56.4	22	38.5	15	29-25
100	96	8.3	8	33.3	32	39.6	38	18.8	18	34-30
100	57	21.1	12	31.6	18	35.1	20	12.3	7	39-35
100	200	10.0	20	26.0	52	41.0	82	23.0	46	المجموع

من الجدول أعلاه يمكننا أن نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة الأمهات اللواتي رتبة الطفل عند الولادة الأخيرة ما بين 3 و 4 بنسبة 41.0 %، ثم تليها رتبة الطفل ما بين 6-5 بنسبة 26.0 %، ورتبة الطفل 1 و 2 بنسبة 23.0 % وأخيرا رتبة الطفل أكثر من 6 بنسبة 10.0 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في سن الإنجاب للأمهات وجدنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 25-29 بنسبة 56.4 % ورتبة مولودهن ما بين 3-4، ثم تليها أمهات الفئة العمرية 30-34 بنسبة 39.6 %، و 35-39 سنة بنسبة 35.1 %، وأخيرا الفئة العمرية 20-24 بنسبة 25.0 %.

وفيما يخص رتب المولود ما بين 5-6 نلاحظ أن الاتجاه عكس المرتبتين الأولى والثانية بحيث ترتفع مع ارتفاع السن ف 31.6% من هؤلاء ينتمون إلى الأمهات اللواتي فئة عمرهن 35-39 سنة، ثم تنخفض إلى غاية 5.1 % عند الفئة العمرية 25-29 أي أن العملية القيصرية تتأثر برتبة المولود وبالمدة الزمنية (عدم المباشرة بين الولادات) للحمل السابق حيث كلما قلت المدة بين الحملين أدى ذلك مضاعفات ومشاكل صحية للأم.

وفيما يخص الأطفال الذين يحتلون المرتبة التي تتراوح ما بين 1-2 فتشهد أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي فئة عمرهن 20-24 بنسبة 75.0 %، ثم تنخفض هذه النسبة كلما تقدم الأمهات في السن بحيث قدرت ب 12.3 % عند الفئة العمرية 35-39 سنة، ويبين ذلك

أن المبحوثات الأصغر سنا هي الأكثر إنجابا بالعملية القيصرية، كما أن الدافع للإنجاب وتحقيق العدد المرغوب فيه من الأطفال يجعلهن عرضة للعملية القيصرية.

ونلاحظ عند اللواتي بلغ أطفالهن المرتبة السابعة وما فوق بنسبة 21.1% من هؤلاء في الفئة العمرية 35-39 سنة، ثم تتخفف بانخفاض السن عند الإنجاب لتسجل 8.0% عند الفئة العمرية 30-34 سنة.

نستخلص أن سن الإنجاب له علاقة وطيدة بمرتبة الطفل عند الولادة وعلى نوعيتها إما ولادة طبيعية أو قيصرية، والأهم أن تأثيره على الحمل الأخير يأتي نتيجة الحمل السابق، وعند ربط السن عند الإنجاب بالمدة ما بين الولادتين الأخيرتين ومرتبة الطفل عند الولادة نجد نفس النتيجة، والمتمثلة في الولادة القيصرية، وهذا ما مكننا من القول بأن رتبة المولود بعد العملية القيصرية وخاصة اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية فإنه ينتج عنه كذلك إنجاب وتواصل العملية القيصرية لبقية الحمل، كما أن عدد الأطفال له انعكاس مماثل على الحمل الأخير إذا لم يكن هناك مدة كافية بين عدد الحمل فينتج عنه ولادات قيصرية.

وعند حساب كاي تربيع وجدناه يساوي 43.56 أما كاي الجدولية 16.92 عند مستوى دلالة 0.05، و 21.67 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة الحرية 9، إذن كاي المحسوبة أكبر من كاي الجدولية ومنه توجد فروق إحصائية في اختلاف السن ورتبة المولود، وعند حساب معامل الارتباط فقد وجدناه 0.423 مما يدل على ارتباط متوسط بين السن ورتبة المولود.

جدول رقم (31): يبين توزيع المبحوثات حسب السن عند الإنجاب الحالي وعلاقته بمدّة

الحمل الأخير

المجموع		أكثر من 9 أشهر		9 أشهر		8 أشهر		7 أشهر		مدة الحمل الأخير السن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	08	12.5	1	12.5	1	25.0	02	50.0	04	24-20
100	39	10.3	4	28.2	11	35.9	14	15.6	10	29-25
100	96	10.4	10	57.3	55	18.8	18	13.5	13	34-30
100	57	3.5	2	38.6	22	43.9	25	14.0	8	39-35
100	200	8.5	17	44.5	89	29.5	59	17.5	35	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي كان مدة حملهن الأخير 9 أشهر بـ 44.5 % ، ثم تأتي بعدها نسبة الأمهات اللواتي كانت مدة حملهن 8 أشهر بنسبة 29.5 %، ثم بعدها نسبة الأمهات اللواتي كانت مدة حملهن 7 أشهر بنسبة 17.5 %، وأخيرا الأمهات اللواتي كان حملهن أكثر من 9 أشهر بنسبة 8.5 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل وجدنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي كان مدة حملهن 9 أشهر من الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 57.3 %، ثم تأتي بعدها الفئة العمرية 35-39 بنسبة 38.6 %، وأخير الفئة العمرية 20-24 بنسبة 12.5 %.

أما النساء اللواتي كانت مدة حملهن 8 أشهر فأعلى نسبة عند الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 43.9 %، وأقل نسبة عند الفئة العمرية 20-24 سنة بنسبة 25.0 %، أما الأمهات اللواتي كانت مدة حملهن 7 أشهر فإن أعلى نسبة عند الفئة العمرية 20-24 سنة بنسبة 50.0 %، وأقل نسبة عند الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 13.5 %، أما الأمهات اللواتي كانت مدة حملهن أكثر من 9 أشهر فأعلى نسبة عند الفئة العمرية 20-24 سنة بنسبة 12.5 %، وأقل نسبة عند الفئة العمرية 35-39 بـ 3.5 %.

ومنه نستنتج أنه كلما تقدمت الأمهات في السن كلما كانت مدة حملهن 9 أشهر، وكلما قل سنهن عن 20 سنة فإن مدة حملها يقل ويزداد، أي أقل من 9 أشهر أو أكثر من تسعة أشهر.

وبتطبيق كاي تربيع وجدناه يقدر بـ 26.42 عند درجة حرية 9 وهي أكبر من كاي الجدولية 16.92 عند مستوى دلالة 0.05، وأكبر من كاي الجدولية 21.67 عند مستوى دلالة 0.01، وبالتالي هناك فرق جوهري بين السن ومدة الحمل، بحيث كلما قل سن المبحوثات عن 24 سنة كلما قل حملهن 9 أشهر، والعكس كلما زاد سنهن كلما كانت فترة حملهن طبيعية تسعة أشهر، ومن خلال هذا يمكن القول بأن تقدم مدة الحمل عن سبعة أشهر أو أكثر من تسعة أشهر يجعل الأمهات في حالة خطرة مما يدفع بهن للإنجاب بالعملية القيصرية.

ولمعرفة مدى تأثير المدة التي تفصل بين الحملين على نوع الولادة قمنا بإنجاز

الجدول التالي.

جدول رقم (32): يبين توزيع المدة التي تفصل بين حمل وآخر وعلاقته بنوع الولادة

السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة المدة بين الحملين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	18	16.7	3	77.8	14	5.6	1	
100	39	18.3	15	76.8	63	4.9	4	
100	96	20.6	13	71.4	45	7.9	5	
100	57	16.2	6	64.9	24	18.9	7	
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

يبين لنا هذا الجدول نوعية الولادة حيث كانت الولادة عن طريق العملية القيصرية بنسبة 73 %، وعند إدخالنا المتغير المستقل الفترة الزمنية السابقة لآخر حمل وتم حساب هذه الفترة بالسنوات التامة، وتتراوح ما بين سنة إلى أربع سنوات ، لاحظنا أن اللواتي حددن الفترة الزمنية للحمل السابق بسنة واحدة تقدر بـ 77.8 %، وبسنتين وثلاث سنوات على التوالي بنسبة 76.8 % و 71.4 %.

إن الفترة الزمنية السابقة للحمل والحمل السابق يتأثر بعوامل مثل الخصوبة الطبيعية، وفترة النفاس واستخدام وسائل منع الحمل، وسن الأم عند الإنجاب، والعدد المرغوب فيه للإنجاب الأطفال..

ويلاحظ أن الولادة الطبيعية السابقة للولادة القيصرية قدرت بـ 8.5 %، كأقل نسبة عند النساء اللواتي تركن الفترة الزمنية أربع سنوات بـ 18.9 % كأعلى نسبة وللنساء اللواتي تركن سنة فقط بأقل نسبة 5.6 %.

كما يلاحظ أن ترك مدة أكثر سنتان تعتبر أفضل مدة لإنجاب مولود آخر، وذلك على اعتبار أن المولود له الحق في الرضاعة وفي فترة النقاهة، وإذا ما تم حذف تسعة أشهر فإن المدة قصيرة 15 شهرا، وهي مدة قصيرة لإنجاب مولود آخر، وبالتالي فإن الحوامل اللواتي حملن قبل سنتين وصلت 77.8 % من مجموع أفراد العينة وهذه النسبة خطيرة فهي تعرض الأم لأخطار الحمل التالي وخاصة إذا كانت الأم قد سبق لها وأن أنجبت عن طريق العملية القيصرية، وهو يؤثر على استعدادها الجسدي والنفسي لحمل آخر.

ومنه يمكن القول بأن النساء اللواتي أنجبن في فترة زمنية ما بين ثلاث سنوات وأربع سنوات هن أقل عرضة للمشاكل الصحية أثناء الحمل، ويكون لهن الاستعداد للعملية القيصرية نفسياً وجسدياً.

جدول رقم (33): يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع مدى الولادة الحمل بشكل طبيعي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	45	25.0	8	62.5	28	12.5	9	نعم
100	155	15.4	29	76.9	118	7.7	8	لا
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول ينتجه نحو المبحوثات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 73% مقابل 18.5% اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، وأخير اللواتي ولدن طبيعياً 8.5%.

وعند إدخالنا للمتغير المستقبل المتمثل في مدى الحمل بشكل طبيعي نجد أننا سجلنا أعلى نسبة للواتي لم يكن حملهن بشكل طبيعي بنسبة 73%، مقابل 12.5% اللواتي يحملهن بشكل طبيعي. مما يجعلنا نستنتج أنه كلما كان الحمل بشكل غير طبيعي وليس في ظرف صحية مواتية فإنه ينجم عنه إنجاب بالعملية القيصرية، كما أن هناك مخاطر التي ترافق الحمل وهي من الممكن تشمل المشكلات الصحية خلال الحمل تتعلق بصحة الأم، وتتعلق بصحة الطفل أو معاً، وقد تكون هذه المشكلات شائعة أم نادرة، كما أن هنا مشكلات صحية سابقة على الحمل يمكن أن يكون لها أثر سيء على الحمل نفسه مما يتسبب في مضاعفات صحية تدفع بالأم بأن تتجنب بالعملية القيصرية.

مما سبق يمكن القول بأن أغلب اللواتي خضعن للعملية القيصرية راجع للحمل بشكل غير طبيعي بسبب جهل الأم لهذه الأخطار أو تماطلها وتقاوسها للأخذ

بالاحتياجات اللازمة، وبالتالي على الأسرة دعم الأم في هذه الفترة من حياتها الضرورية، فالمحيط الأسري والتثقيف الصحي له دور كبير على دفع ورفع معنويات الأم الحامل لتجاوز هذه المرحلة والإنجاب بشكل طبيعي.

وبحسابنا اختبار كاي تربيع وجدناه يساوي 9.97 أكبر من كاي تربيع الجدولية 5.99 عند مستوى دلالة 0.05 و 9.21 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة الحرية 2، مما يبين بوجود فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين مدى الحمل بشكل طبيعي ونوع الولادة، وقد أكد معامل الارتباط بوجود علاقة ضعيفة بينهما إذ قد ب 0.218.

جدول رقم (34): يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته بعدد

العملية القيصرية

المجموع		أكثر من 3		ثلاث مرات		مرتان		مرة واحدة		عدد العمليات القيصرية الحمل بشكل طبيعي
%		%		%	ك	%	ك	%	ك	
100	45	20.0	9	28.9	13	35.6	16	15.6	7	نعم
100	155	13.5	21	18.7	29	50.3	78	17.4	27	لا
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

من خلال قراءتنا لهذا الجدول نجد أن اتجاهه العام يتجه نحو عدد الولادات القيصرية مرتان بنسبة 47.0 % مقابل 21.0 % ثلاث مرات عملية قيصرية ومرة واحدة بنسبة 17.0 % وأكثر من ثلاث مرات بنسبة 15.0 %.

وعند ربط المتغير المستقل وهو الحمل بشكل طبيعي لمعرفة تأثيره على عدد الولادات القيصرية وجدنا أن 50.3 % من النساء اللواتي لا يحملن بشكل طبيعي وولدن بالعملية القيصرية مرتين، مقابل 18.7 % من النساء اللواتي كانت عدد ولادتهن بالعملية القيصرية ثلاث مرات و 17.4 % مرة واحدة بالعملية قيصرية و 13.5 % أكثر من ثلاث قيصرية و 35.6 % من النساء اللواتي حملن بشكل طبيعي وأنجن بعملية قيصرية مرتان، مقابل 28.9 % ثلاث مرات قيصرية و 20.0 % أكثر من ثلاث مرات قيصرية و 15.6 % مرة واحدة قيصرية.

ومن خلال التحليل الإحصائي للجدول نلاحظ أنه كلما كان حمل النساء بشكل غير طبيعي كلما زاد عدد الولادة قيصرية للأمهات، وكان عددها أكثر من مرتين حسب عدد الحمولات.

فالحمل بشكل غير طبيعي يعني أن الأم مصابة باعتلال صحي أثر في حملها، وتشير الزيادة في الولادة الجراحية بسبب ولادة سابقة بالقيصرية بسبب نقص في تقدم في المخاض، كما أكدت بعض المبحوثات وكذلك سوء المجيء الجنين وسوء التوضع الذي يعتبر مشكلة للأمهات حسب تصريحاتهن.

ولمعرفة الفرق المعنوي بين المتغيرين أي الحمل بشكل طبيعي وعدد العمليات القيصرية استعملنا كاي تربيع فكانت درجة الحرية تساوي 3 وكاي تربيع الجدولية تساوي 7.81 عند درجة 0.05 و11.34 عند درجة حرية 0.01، وكاي المحسوبة 4.38 وهي أصغر من نظيره الجدولي مما يدل على عدم وجود علاقة واضح بين المتغيرين وهي فروق ظاهرية راجعة للصدفة.

وعند حساب معامل التوافق وجدناه 0.146 أي وجود علاقة ضعيفة جدا بين الحمل بشكل طبيعي وعدد العمليات القيصرية.

جدول رقم (35): يبين نوع الولادة السابقة للمبحوثات وعلاقتها بعدد العملية القيصرية

المجموع		أكثر من 3		ثلاث مرات		مرتان		مرة واحدة		عدد العمليات القيصرية	نوع الولادة السابقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	17	-	-	21.8	2	17.6	3	70.6	12		طبيعية
100	146	17.8	26	19.2	28	52.7	77	10.3	15		قيصرية
100	146	10.8	4	32.4	12	37.8	14	18.9	7		طبيعية وقيصرية
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34		المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الولادة بالعملية القيصرية للمبحوثات مرتان بنسبة 47.0 %، ثم يليها عدد الإنجاب بالعملية القيصرية ثلاث مرات بنسبة 21.0 %، وبعد ذلك يأتي اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية مرة واحدة بنسبة 17.0 %، وأما اللواتي أنجبن أكثر من ثلاثة فكانت النسبة 15.0 %.

وعند إدخال المتغير المستقل نوع الولادة السابقة سجلنا أعلى نسبة قيصرية عند الأمهات اللواتي ولدن مرتان بـ 52.7 %، أما أقل نسبة سجلت عند الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً أكثر من ثلاث مرات قيصرية بنسبة 10.8 %.

مما سبق يمكن القول أنه حتى وإن سبق للحامل ولادة طبيعية فإنها قد تتجرب بالعملية القيصرية، وهذا ناتج عن الظروف الصحية التي تتعرض لها الأم أثناء فترة حملها، أو أن مدة الحمل غير كافية مما يضطرها للإنجاب بالعملية القيصرية، وهذا ما نلمسه في دراسة الأساتذة كواش زهرة عند ذكر أسباب التي تؤدي إلى اللجوء لإجراء عملية قيصرية لمساعدة الأم على الولادة كثيرة منها الخاصة بالمولود في حد ذاته أو الخاصة بالأم، فأما الأسباب التي تتعلق بالمولود فهي الوضعية التي يكون عليها الجنين، أو التشوه الخلقي، وأما الأسباب المتعلقة بصحة الأم أن تكون هذه الأخيرة قد أنجبت المولود السابق عن طريق عملية قيصرية في مدة زمنية قصيرة، فالنساء اللواتي سبق لهن أن أنجبن عن طريق عملية قيصرية في أقل من ثلاث سنوات يتعرضن لمشاكل تمزق الرحم بسبب آلام المخاض ولتجنب هذه المشاكل الحمل تبرمج الأم للولادة القيصرية، وهناك أسباب أخرى منها مدة الحمل التي

تتجاوز تسعة أشهر دون أن تحس الأم بآلام المخاض في هذه الحالة يتم مساعدتها للوضع عن طريق العملية القيصرية¹.

وللتأكد من العلاقة بين نوع الولادة السابقة وبعده الولادات القيصرية وجدنا كاي المحسوبة تساوي 44.46 أما كاي الجدولية 12.59 عند مستوى دلالة 0.05 و 16.81 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 6، وهي أقل من المحسوبة ويمكن القول أن هناك فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين نوع الولادة وعدد الولادات القيصرية وهذا ما يؤكد الارتباط الذي يساوي 0.426 على وجود ارتباط متوسط بين عدد الولادات ونوع الولادة

¹ كواش زهرة، مرجع سابق، ص 199

جدول رقم (36): يبين توزيع المبحوثات حسب مدى حملهن بشكل طبيعي وعلاقته

بمتابعة الحمل الأخير

المجموع		لا		نعم		متابعة الحمل الأخير مدى الحمل بشكل طبيعي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	45	21.4	11	75.6	34	نعم
100	155	63.2	98	36.8	57	لا
100	200	54.5	109	45.5	91	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو عدم متابعة الحمل بنسبة 54.5 % مقابل 45.5 % من الأمهات اللواتي يتابعن حملهن.

وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في مدى الحمل بشكل طبيعي، وجدنا أن أعلى عند الأمهات اللواتي لا يقمن بمتابعة منتظمة للحمل، ولا يحملن بشكل طبيعي بنسبة 63.2 %، مقابل 36.8 % من الأمهات اللواتي يقمن بالمتابعة المنتظمة للحمل، في حين الأمهات اللواتي يحملن بشكل طبيعي ويقمن بمتابعة الحمل بشكل منتظم بنسبة 75.6 % مقابل 21.4 % من الأمهات اللواتي لم يقمن بمتابعة الحمل.

مما سبق يمكن القول أن معظم الأمهات اللواتي لا يحملن بشكل طبيعي هن لم يقمن بمتابعة منتظمة لحملهن مما جعلهن عرضة للإصابة أثناء حملهن الأخير، مما دفعهن للإنجاب بالعملية قيصرية، وهذا يدل على أن هناك عدم الوعي بالمخاطر التي تنجم عن المضاعفات التي تترتب على عدم المتابعة، وخاصة في الفترة الأخيرة والحساسة من حياتهن والمتمثلة أثناء الولادة، وبالتالي فإننا عندما سألنا إحدى المبحوثات التي لم تحمل بشكل طبيعي ولم تقم بالمتابعة كان ردها أن الأطباء "يعرفوا يأخذوا الدراهم فقط"، وأن الشيء "المقدر ما ينحو الطبيب" وهذا يدل على الإتكالية وعدم الأخذ بالأسباب، وردا على ذلك فإن بعض المبحوثات عندهن نظرة سلبية عن بعض الكشوفات وخاصة التصويرية فإنهن يعتقدن أنها تصيب الجنين ببعض التشوهات الخلقية، ويرجع هذا إلى الثقافة التقليدية التي تسود

المجتمع، الأمر الذي نريد التوصل إليه أن عدم إدراك مخاطر الحمل بشكل طبيعي وعدم المتابعة يؤدي بالأم إلى مخاطر الولادة وعلى رأسها الولادة بالعملية القيصرية. وتهدف المتابعة إلى معرفة عوامل الخطر التي قد تؤثر على الحمل مثلا الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها المرأة لمستواها المعيشي ومعرفة كل ما يتعلق بظروفها الشخصية وحالتها الجسدية، إضافة إلى هذه الحالة العائلية والوراثية والحالة الخاصة بالأعضاء التناسلية، وأيضا تحديد عمر الجنين وتصنيف الحمل أي هل هو عادي أو يشكل خطرا على الأم والجنين بالإضافة إلى معرفة وجود تشوهات جنينية أم لا¹. وللتأكد إذا ما كانت هناك علاقة بين المتغيرين أي مدى حمل الأمهات بشكل طبيعي وعلاقته بالمتابعة لهذا الحمل استعملنا كاي تربيع الذي عبر عن وجود علاقة بين المتغيرين حيث قدر كاي التربيع المحسوبة بـ21.15، في حين قدرت كاي التربيع الجدولية عند درجة الحرية 1 بـ 3.84 عند مستوى 0.05 وبـ6.63 عند مستوى 0.01، إذن كاي التربيع المحسوبة أكبر من نظيره الجدولية، مما يدل على وجود ارتباط معنوي واضح بين مدى الحمل بشكل طبيعي والمتابعة للحمل الأخير والتي تعني الولادة بالعملية القيصرية. ولتأكيد ذلك فإن معامل التوافق الذي عبر عن وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين قدرت بـ0.309.

¹ Ministère de la santé et de la population, santé maternelle infantile, 2000-2004, édition, A.N.D.S., Alger, 2000, P166.

جدول رقم (37): يبين توزيع المبحوثات حسب مدى معاناتهن من مشاكل صحية أثناء

حمل سابق وعلاقته بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة مدى المعانات من مشاكل صحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	152	15.1	23	79.6	121	5.3	8	
100	48	29.2	14	52.1	25	18.8	9	
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي كانت ولادتهن قيصرية بنسبة 73.0%، ثم تليها الأمهات اللواتي كانت طبيعية وقيصرية بنسبة 18.5%، وأخيرا نسبة 8.5% من الأمهات اللواتي كانت ولدتهن السابقة طبيعية.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في المعانات من مشاكل صحة سابقة للأمهات اللواتي ولدن قيصرية وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي أجبنا بنعم بنسبة 79.6%، أما أقل نسبة للأمهات اللواتي أجبنا بنعم نجدها عند اللواتي أجبنا طبيعيا بنسبة 5.3%، أما الأمهات اللواتي لا يعانين من مشاكل صحية فنجد أعلى نسبة لها عند الأمهات اللواتي أجبنا قيصرية بنسبة 52.1%، أما أقل نسبة فنجد عند الأمهات اللواتي أجبنا طبيعيا بنسبة 18.8%.

من خلال عرضنا نتائج الجدول أعلاه يتضح لنا أن معظم ولادات الأمهات كانت قيصرية بسبب المشاكل الصحية الناجمة عن حمل السابق، فهذه المشاكل الصحية قد تكون أمراض مزمنة أو وراثية مثل الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب... الخ، أو تكون هذه الأمراض عبارة عن أعراض تظهر على صحة الأم أثناء الحمل فقط، وبعد الحمل تختفي هذه الأعراض، ولكن رغم ذلك فإن هذه الأعراض تظهر مرة أخرى بمناسبة حمل آخر، وهذا يؤدي إلى أن تصاب الأم بمرض مزمن تعاني منه الأم طول حياتها، كما أن هناك بعض المشاكل الصحية التي تظهر أثناء الحمل وتؤدي إلى إصابة الأم بأمراض مثل فقر الدم الذي يؤدي إلى التهاب الكبد أو لين العظام... الخ¹.

¹ زهرة كواش، مرجع سابق، ص 179.

ولتأكد من وجود العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب كاي تربيع لبرسون حيث قدر بـ 15.98، في حين قدر كاي تربيع الجدولية عند درجة الحرية 2 بـ 5.99 عند مستوى 0.05 وبـ 9.21 عند مستوى 0.01، إذن كاي تربيع المحسوبة أكبر من كاي تربيع الجدولية وبالتالي هناك فرق بين معانات المبحوثات من مشاكل صحية أثناء حملهن السابق ونوع الولادة، وإضافة إلى ذلك قمنا بحساب معامل التوافق للارتباط والذي بلغ 0.268، حيث عبر عن علاقة وجود طردية بين المتغيرين.

جدول رقم (38): يبين توزيع المبحوثات حسب نوع المشاكل الصحية أثناء حمل سابق وعلاقته بنوع الولادة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	29	20.7	6	75.9	22	3.4	1	
100	26	23.1	6	69.2	18	7.7	2	
100	28	17.9	5	71.4	20	10.7	3	
100	11	36.4	4	54.5	6	9.1	1	النزيف
100	24	16.7	4	75	18	8.3	2	وضعية الجنين
100	34	20.6	7	67.6	23	11.8	4	تغير في الحالة الفيزيولوجية
100	152*	21.1	22	70.4	107	8.5	13	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 70.4% مقابل 21.1% من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، ثم أخيراً الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً بنسبة 8.6%.

وبعد إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في نوع المشاكل الصحية التي تعاني منها أثناء فترة الحمل سجلنا أعلى نسبة 75.9% عند الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية ويعانين من مشاكل في الرحم، مقابل 20.7% أنجبن بالعملية القيصرية وطبيعياً ويعانين من مشاكل في الرحم و3.4% أنجبن طبيعياً وكذلك يعانين مشاكل في الرحم، ووجدنا كذلك أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي أنجبن قيصرياً ويعانين من وضعية الجنين بـ 75%، واللواتي يعانين من السكري بـ 71.4%، أما اللواتي عانين من ضغط الدم بنسبة 69.2%، وأخيراً للواتي يعانين من النزيف بـ 54.5%.

مما سبق يمكن القول بأنه كلما عانت الأمهات من مشاكل صحية أثناء فترة حمل سابق فإن هذه المشاكل تؤدي بها في الغالب إلى إجراء عملية قيصرية وخاصة اللواتي يعانين من مشاكل في الرحم ووضعية الجنين الغير مستقرة في بطن الأم.

* يمثل العدد 152 عدد المبحوثات اللواتي أنجبن بنعم

وعند حسابنا اختبار كاي تربيع وجدناه 3.74 أقل من قيمة كاي تربيع الجدولية 18.31 عند مستوى دلالة 0.05، وأقل من قيمة كاي تربيع الجدولية 23.21 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 3، ومنه فإننا نستنتج أن هناك فروق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية وهي فروق نظرية راجعة للصدفة وبالتالي نقبل فرضية العدم أو الاستقلال أي أنه لا توجد فروق إحصائية بين نوع المشاكل الصحية أثناء حمل سابق ونوع الولادة، وعند حساب الارتباط وجدناه 0.155 مما يدل على وجود ارتباط ضعيف جدا بين المشاكل الصحية ونوع الولادة.

جدول رقم (39): يبين توزيع سن المبحوثات حسب السن وعلاقته بالمعاناة من مشاكل

صحية أثناء حمل سابق

المجموع		لا		نعم		مدى المعانات من مشاكل صحية السن
%		%	ك	%	ك	
100	8	25	2	75.0	6	24-20
100	39	35.9	14	64.1	25	29-25
100	96	26	25	74.0	71	34-30
100	57	12.3	7	87.7	50	39-35
100	200	24	48	76.0	152	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحنا بنعم أنهن يعانين من مشاكل صحية بنسبة 76.0%، مقابل 24% أنجبن أنهن لا يعانين من مشاكل صحية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عامل السن فقد وجدنا أنه سجل أعلى نسبة عند الأمهات ذوات الفئة العمرية 35-39 واللواتي أجبن بنعم بنسبة 87.7%، ثم تأتي أيضا وبأعلى نسبة عند الأمهات ذوات الفئة العمرية 20-24 بنسبة 75%، والفئة العمرية 30-34 بنسبة 74%، أما أقل نسبة من النساء اللواتي لم يعانين من مشاكل صحية عند الفئة العمرية 35-39 بنسبة 12.3%.

مما سبق يمكن القول أن الأمهات اللواتي بدأن يتجاوزن من العمر 30 سنة يشهدن مشاكل صحية مختلفة أثرت على وضعيتهن الإنجابية، وحددت نوعية الولادة للأم، وعند حسابنا اختبار كاي تربيع فقدر ب 7.54 في حين قدر كاي تربيع الجدولية ب 7.81 عند مستوى دلالة 0.05 و 11.34 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 3، ويلاحظ أن كاي تربيع المحسوبة أقل من الجدولية مما يعني أن هناك فروق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية وهي فروق نظرية راجعة للصدفة وبالتالي نقبل فرضية العدم أو الاستقلال أي أنه لا

توجد فروق إحصائية في اختلاف السن بالنسبة للمشاكل الصحية أثناء حمل سابق، ويبين معامل الارتباط الذي يساوي 0.191 على أن هناك ارتباط ضعيف جدا بين المتغيرين.

جدول رقم (40): يبين توزيع المبحوثات حسب السن وعلاقته بمشاكل الصحة والمرض أثناء الحمل الأخير

المجموع		لا		نعم		مدى المشاكل الصحية والمرض أثناء الحمل الأخير
		ك	%	ك	%	
%		%	ك	%	ك	السن
100	8	37.5	3	62.5	5	24-20
100	39	35.9	14	64.1	25	29-25
100	96	13.5	13	86.5	83	34-30
100	57	5.3	3	94.7	54	39-35
100	200	16.5	33	83.5	167	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول يتبين لنا أنه يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن أصبن بمشاكل صحية أو مرض أثناء الحمل الأخير بنسبة 83.5 % مقابل 16.5 % صرحن بأنهن لم يصبن بمشاكل صحية أو مرض أثناء الحمل الأخير.

وعند إدخالنا المتغير المستقل فقد وجدنا أنه سجل أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي أصبن بمشاكل صحية أثناء الحمل الأخير عند الفئة العمرية 39-35 بنسبة 94.7 % ثم تأتي وبأعلى نسبة كذلك الفئة العمرية 34-30 بنسبة 86.5 %، ثم تبدأ بالانخفاض لتصل نسبة 62.5 % عند الفئة العمرية 24-20، أما أقل نسبة لم يصبن بمشاكل صحية أو مرض أثناء الحمل الأخير ف سجلت عند الفئة العمرية 39-35 بنسبة 5.3 %.

من خلال القراءة الإحصائية نجد أنه كلما تقدم الأمهات في السن كلما زاد احتمال إصابتهن بالأمراض أو صرن أكثر عرضة للمشاكل الصحية بسبب عامل السن، ويرجع هذا إلى عدد الحمول السابقة.

ولمعرفة العلاقة بين المتغيرين عند حسابنا اختبار دلالة 0.05 وأكثر من 2¹ الجدولية 11.4 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 3 ومنه فإننا نرفض الفرضية الصغرى أي انه لا توجد فروق إحصائية من السن وإصابة الأمهات بمشاكل صحية أو مرض أثناء الحمل الأخير وبالتالي فإن هذه المشاكل الصحية أو الأمراض أثناء الحمل الأخير تؤثر في نوعية الولادة مما تدفع بكثير من الأمهات بالإنجاب بالعملية القيصرية.

تحليل الفرضية الأولى:

من خلال الجداول السابقة التي تتناول مجموعة العوامل المتعلقة بالأمومة (العمر- ترتيب المولود - فترات الحمل والسوابق الحملية) وعلاقتها بالعملية القيصرية، فتوصلنا إلى النتائج التالية:

* وجدنا أن المبحوثات اللواتي تزوجن ما بين 20-24 سنة هن أكثر المبحوثات

اللواتي أنجبن عدد أطفال يتراوح ما بين 3-4 طفل بنسبة 51.1%، ولهذا يمكن القول بأن العمر عند أول زواج يلعب دورا هاما ومؤثرا في الحياة الإنجابية والصحية للأم.

* أما ما يخص سن المبحوثات وجدنا أن أعلى نسبة للولادة بالعملية القيصرية عند الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 84.4 %، وأن ولاتهن الطبيعية السابقة كانت بنسبة 4.2%، وهي تتفق مع دراسة للأستاذة كواش زهرة حيث وجدت أن الفئة العمرية 30-34 أنجبن عن طريق عملية قيصرية بنسبة 51 %، وأن 75 % من مجموع النساء اللواتي يتراوح سنهن ما بين 30-34 سنة أنجبن بمساعدة طبيب مختص، و1% منهن أنجبن بمساعدة القابلة، ومنه يمكن القول بأن الحمل والإنجاب في سن متقدمة يحملان الكثير من ، وأنه كلما تقدمت المرأة في السن زاد احتمال ولادتها بالعملية القيصرية

وكذلك عند ربط متغير السن بعدد الولادة بالعملية القيصرية وجدنا أن عدد العملية القيصرية مرتان فأكثر عند اللواتي عمرهن ما بين 35-39 سنة بنسبة 89.5 %، مما يبين أنه كلما كانت الولادة سابقة قيصرية فإن اللاحقة تكون بنفس الطريقة وخاصة عند تقدم سن المرأة، ويظهر كذلك أنه كلما تقدمت الأمهات في السن (تجاوز عمر الأم 30 سنة) وهن في مرحلة الخصوبة فإن احتمال إنجابهن بالعملية القيصرية يزيد ويكون بقرار طبي، وأن الرغبة الشخصية في الإنجاب بالعملية القيصرية قليلة جدا، وخاصة إذا كان عدد الأولاد أكثر من ثلاثة ولم تكن المدة بين الحملين كافية، ويرجع الإنجاب بالعملية القيصرية لقرار طبي لوجود مشاكل صحية، وكذلك إلى عدد الحمول السابقة.

كما تبين لنا أن مبحوثات الفئة العمرية 20-24 سنة لم يقمن بالمتابعة الصحية بنسبة 75.0 %، والتي تعني بالمراقبة الطبية المنتظمة راجع إلى عدم وعيهن بالمخاطر التي تتجم عن الحمل، حيث شهدت هذه الفئة نسبة الولادة بالعملية القيصرية 62.5 %.

* أما عن رتبة المولد والعملية القيصرية فقد وجدنا أن المدة للحمل السابق بسنة واحدة تقدر بـ 77.8 %، وهي فترة تؤثر على الحمل الموالي، مما جعل الأمهات ينجبن بالعملية القيصرية، كما توصلنا أن هذه العملية تكون عند رتبة المولود مابين 3-4 عند الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 56.4 %، وترتفع بارتفاع عدد الأطفال والمدة بين الحملين تقدر بسنتين لأكثر من 6 أطفال بنسبة 65.0 % وهي مدة غير كافية مما يجعل الأم في وضعية حرجة ويدفعها للإنجاب بالعملية بسبب ضعف عملية دفع الجنين.

* أما فيما يخص السوابق الحملية فيمكن القول أننا سجلنا أعلى نسبة للواتي لم يكن حملهن بشكل طبيعي بنسبة 73 %، وهذا يدل على أنه كلما كان الحمل بشكل غير طبيعي وليس في ظروف صحية مواتية فإنه ينجم عنه إنجاب بالعملية القيصرية، كما أن هناك مخاطر ترافق الحمل وهي عبارة عن مشكلات صحية سابقة للحمل مما يسبب حدوث مشاكل في الحمل التالي لديهن، كما أن نوع الولادة السابقة لها تأثير على نوع الولادة اللاحقة حيث سجلنا 52.7 % ولادتهن مرتان بالعملية القيصرية مما يدل على تأثير الولادة السابقة على الولادة الموالية، كما أن تقدم المرأة في العمر يجعلها أكثر عرضة للمشكلات الصحية، بما فيها العديد من المشكلات التي يمكن أن تؤثر على الحمل. فعلى سبيل المثال، السيدات الأكبر سنا من 35 سنة يكن أكثر عرضة بمقدار الضعف عن أولئك اللواتي في العشرينات من العمر للإصابة بارتفاع ضغط الدم أو السكري أثناء الحمل - وهما حالتان يمكن أن تؤثرتا سلبيا على الأم والجنين أثناء الحمل، وهؤلاء يواجهن أيضا خطرا أعلى من التعرض لمشكلات المشيمة والنزيف أثناء الحمل. وتكون السيدات الأكبر أيضا في خطر أعلى للإصابة بحالات الحمل الخاصة، مثل تسمم الحمل "مقدمات الارتعاج" وسكري الحمل مما يدفع بهن إلى العملية القيصرية.

كما لا حظنا أن الأمهات الصغيرات في السن غير حريصات على متابعة حملهن، وهذا ما جعلهن عرضة للأمراض والمشاكل الصحية، أما الأمهات اللواتي تجاوز سنهن 30 سنة فهن يقمن بالمتابعة الصحية (غير منتظمة) نتيجة تعرضهن لاعتلال صحي سابق وتعرضهن للولادة قيصرية سابقة. وقد أجابت المبحوثات بنعم بنسبة 87.7 % يعانين من مشاكل صحية وخاصة المشاكل الصحية أثناء فترة حمل سابق واللائي عانين من مشاكل في الرحم ووضعية الجنين الغير مستقرة في بطن الأم.

وبالتالي تحقق الفرضية الأولى المتعلقة بسن المرأة ورتبة المولود والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية.

الفصل الثاني

عرض وتحليل معطيات
جداول الفرضية الثانية

في هذا العنصر من هذا الفصل الذي يتضمن تحليل جداول الفرضية الثانية للبحث والتي مفادها: "نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علاقة بالعملية القيصرية"، والتي نحاول من خلالها إبراز نوع هذه العلاقة التي تتضمن في طياتها مؤشرات تؤدي إلى العملية القيصرية وذلك بإبراز المراقبة كدور مهم في الرعاية الصحية أثناء الحمل انطلاقاً من أهم عنصر وهو أهمية وجود دفتر صحي الذي يعتبر نقطة بداية الرعاية الصحية لتتلوه مجموعة من المؤشرات الهامة في حياة المبحوثات الإنجابية، كما نحاول من خلال هذه الجداول إبراز أثر المشاكل الصحية على الأم التي تؤدي بها إلى الولادة بالعملية القيصرية.

جدول رقم (41): يبين توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن للدفتري الصحي وعلاقته بنوع

الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة امتلاك الدفتري الصحي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	85	27.1	23	58.8	50	14.1	12	
100	115	12.2	14	83.5	96	4.3	5	
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

يبين الجدول رقم (40) والذي يوضح أثر امتلاك دفتر صحي في نوع الولادات السابقة أن الاتجاه العام للجدول تمثله النسبة 73% الخاصة بالأمهات اللاتي أنجبن بالعملية القيصرية، مقابل 18.5% اللاتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، وفي الأخير الأمهات اللاتي أنجبن طبيعياً بنسبة 8.5%

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في امتلاك الدفتري الصحي نلاحظ أن من صرحن بإنجابهن بالعملية القيصرية تتركز عند الأمهات اللاتي لا يمتلكن الدفتري الصحي بنسبة 83.5%، مقابل 58.8% يمتلكن الدفتري الصحي، أما الأمهات اللاتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً فقد صرحن بامتلاك الدفتري الصحي بنسبة 27.1% في مقابل 12.2% من

الأمهات اللائي لا يمتلكن الدفتر الصحي، أما الأمهات اللائي أنجبن طبيعيا فقد صرحنا بامتلاك الدفتر الصحي بنسبة 14.1% في مقابل 4.3% من الأمهات اللائي لا يمتلكن الدفتر الصحي.

من خلال القراءة الإحصائية نجد أن امتلاك الدفتر الصحي يدل على المتابعة الصحية قبل الولادة، كما يدل على الزيارات الطبية وخضوع الأمهات للكشوف الطبية المختلفة التي تدون عليه، وتبين وضعية الحمل ووضعية صحة الأم، مما يدل هذا على عدم وعي الأم بضرورة الكشف مما يجعلها في وضعية حرجة أثناء الولادة ويجنبها من الولادة الطبيعية.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فقد قدر كاي تربيع المحسوبة بـ 15.41 وهي أعلى من كاي تربيع الجدولية المقدره بـ 5.99 عند مستوى دلالة 0.05 و 9.21 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 2، وبالتالي نقول أن هناك فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين المتغيرين. وعند إدخالنا معامل الارتباط وجد يقدر بـ 0.267 مما يعني وجود ارتباط ضعيف بين امتلاك الدفتر الصحي ونوع الولادة.

جدول رقم (42): يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن لمراكز رعاية الأمومة والطفولة في الفترات الثلاث¹ * وعلاقتها بنوع الولادة السابقة.

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	54	37.0	20	55.6	30	7.4	4	نعم
100	73	16.4	12	74.0	54	9.6	7	لا
100	73	6.8	5	84.9	62	8.2	6	أحيانا
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين العلاقة بين مدى زيارة المبحوثات للمراكز رعاية الأمومة والطفولة في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة ونوع الولادة فنجد أن من ولدن طفلهن ولادة قيصرية تمثل نسبة 73 % تليها الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا وقيصريا بنسبة 18.5 %، ثم أخيرا من ولد ولادة طبيعية بنسبة 8.5 %.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في زيارة مركز رعاية الأمومة والطفولة في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة، نلاحظ وجود اختلاف محسوس في الاتجاه العام للجدول. حيث أن 84.9 % من الأمهات اللواتي ولدن قيصريا وقمن بزيارة مركزية رعاية الأمومة والطفولة أحيانا مقابل 8.2 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا، و6.8 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا وقيصريا، أما الأمهات اللواتي ولدن قيصريا ولم يقمن بزيارة المركز فتقدر بـ 74.0 % في مقابل 16.4 % من الأمهات اللواتي ولدن قيصريا وطبيعيا، و9.6 % ولدن طبيعيا.

وأخيرا 55.6 % من الأمهات اللواتي ولدن قيصريا وقمن بالزيارة للمركز في مقابل 37.0 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا وقيصريا و7.4 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا.

ومن خلال التحليل الإحصائي للجدول يظهر لنا أن زيارة مراكز الرعاية الأمومة والطفل في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة له تأثير على نوعية الولادة لأن زيارة المركز تعنى الكشف ومراقبة الحمل، حيث يقوم الطبيب المختص بتقديم الخدمات اللازمة للأم للمحافظة على صحتها وتجنبيها المشاكل والمضاعفات الصحية، وعند عدم القيام بالزيارة فهذا يعني أن الأم تكتفي بخبرتها السابقة والتي لا تعتبر كافية، وهذا ما أكد عليه المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل حيث أن 80 % من النساء كانت مراقبتهم غير منتظمة و8 % من النساء لم تجرين أي فحص طبي و10 % فقط من النساء خضعن لمراقبة طبية منتظمة¹، وأما عن المراقبة الطبية بعد الولادة فحسب نتائج المسح دائما هناك 80 % من النساء لم تخضعن لهذه المراقبة، وقد عدلت منظمة الصحة العالمية لائحة إرشاداتها بشأن الرعاية خلال فترة ما قبل الولادة، قائلة إنه يتعين على الحوامل الاتصال بالطبيب ثماني مرات أي ضعفي العدد الذي أوصت به سابقا، كما قالت المنظمة في بيان لها أن زيادة الزيارات الطبية خلال فترة ما قبل الولادة تساعد في خفض عدد ولادات الأجنة المتوفاة².

وتبدأ الوقاية من المضاعفات الناجمة عن الحمل بتوفير حمل صحي. فالرعاية الجيدة قبل الحمل، وبين حمل وآخر وأثناء الحمل تضمن لجميع النساء تجربة حمل إيجابية. وتشمل المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن الرعاية السابقة للولادة التدخلات الرئيسية التي تساعد في الوقاية والتدخل المناسب، مثل تقديم المشورة بشأن النظام الغذائي الصحي والتغذية المثلى، وتحديد قياسات الجنين باستخدام الموجات فوق الصوتية للمساعدة في تحديد العمر الحولي وكشف حالات الحمل المتعددة؛ وعند إجراء 8 زيارات كحد أدنى للمهنيين الصحيين طوال فترة الحمل لتحديد عوامل الخطر الأخرى من قبيل العدوى وتوفير التدبير العلاجي لها.

وبالتالي يمكن القول أن زيارة الأم لمراكز الرعاية الأمومة والطفل خلال فترة الحمل يجنبها من المشاكل صحية خاصة أثناء الوضع والمتمثل في تمزق الرحم والمشاكل الناتج عن

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 159.

² <http://www.who.int/mediacentre/>

ضيق الحوض والسقوط الحاد للرحم وغيرها التي تستدعي التدخل بالعملية قيصرية لإنقاذ الجنين أو الأم في بعض الحالات.

ويمكن إرجاع عدم زيارة الأمهات للمراكز رعاية الأمومة والطفولة أن بعض الأمهات ينتمين إلى أسرة ممتدة والتي تتمتع بذهنيات وخلفيات قديمة، فالكنه تتلقى التوجيهات والنصائح المتعلقة بالحمل من طرف الحماة، وهذا بحكم كبرها السن وخبرتها في الإنجاب برغم أن الأوضاع حالياً بدأت تتغير نوعاً ما، أو بسبب عدم وعي الأم وعدم وجود ثقافة صحية لهن.

وللتأكد ما قلناه قمنا بحساب اختبار استقلالية لظواهر فوجدنا كاي تربيع المحسوبة عند درجة الحرية 4 يساوي 19.42 وهي أكبر من تربيع الجدولية 13.28 عند دلالة 0.01 و 9.49 عند دلالة 0.05، مما نستنتج أن هناك فروق جوهرية، ونرفض فرض العدم أو الاستقلال ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين زيارة الأمهات لمراكز رعاية الأمومة والطفولة ونوع الولادة وهذا ما يؤكد معامل التوقف الذي يساوي 0.297 الذي يؤكد على وجود ارتباط بين المتغيرين.

جدول رقم (43) توزيع المبحوثات على حسب معاناتهن من المشاكل الصحية المزمنة وعلاقته بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة السابقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	140	8.6	12	84.3	118	7.1	10	نعم
100	60	41.7	25	46.7	28	11.7	7	لا
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال قراءتنا للجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 73%، ثم تليها نسبة 18.5 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، وأخيراً 8.5% من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً.

وعند ربط المتغير المستقل وهو مدى معانات الأمهات من المشاكل الصحية مزمنة بنوع الولادة وجدنا أن:

* 84.3 % من الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة أنجبن بالعملية القيصرية في مقابل 8.6 % من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، و 7.1 % أنجبن طبيعياً.
* وأن 46.7 % من الأمهات اللواتي لا يعانين من مشاكل صحية مزمنة وأنجبن بالعملية القيصرية في مقابل 41.7 % من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، و 11.7 % أنجبن طبيعياً.

من خلال التحليل الإحصائي لهذا الجدول نستخلص أنه كلما كانت هناك مشاكل صحية مزمنة يعاني الأمهات منها كلما زادت نسب الولادة القيصرية حيث أن الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة تظهر عليهن تعقيدات أثناء الوضع، وتزداد سوء حالتهم الصحية كلما تكرر الحمل خاصة إذا صاحب هذا الحمل سوء الرعاية الصحية أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعده مخلفة مشاكل صحية للأم.

وتتعدد هذه المشاكل الصحية إذا أضافت الأم حملاً آخر، ومن المفروض أن النساء الحوامل اللواتي يعانين من مشاكل صحية يستخدمن الرعاية الصحية باستمرار بحيث تصل مرة كل شهر أو شهر ونصف من أجل التحكم في الأوضاع الصحية في الوقت المناسب، ويكون التدخل الطبي أيضاً في محله، وفي الوقت المناسب. كما يسمح استخدام الرعاية الصحية من تجنب ظهور المضاعفات أو التقليل منها بقدر الإمكان، والتي تؤثر عن حياة الحامل والجنين معاً.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 34.02 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 5.99 عند مستوى دلالة 0.05 و 9.21 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 2، ومنه نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: المعانات من مشاكل صحية مزمنة والولادة بالعملية القيصرية، وعند حساب معامل التوافق فوجدناه 0.381 وهي علاقة طردية متوسطة بين المعانات من المشاكل الصحية مزمنة والعملية القيصرية.

جدول رقم (44): يبين توزيع المبحوثات حسب الرعاية الصحية للحمل الأخير وعلاقته بنوع الولادة السابقة.

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	51	29.4	15	52.9	27	17.6	9	نعم
100	149	14.8	22	79.9	119	5.4	8	لا
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال هذا الجدول سنحاول أن نبين إذا ما كان لقيام الأمهات بالرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير علاقة بنوع الولادة، لأنه في بعض الحالات هناك أحمال تنتهي بتدخل طبيب مختص لإنقاذ الأم والطفل ويتم هذا بالعملية.

فمن خلال ملاحظة الجدول المدون أعلاه نجد أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 73.0 % في مقابل 18.5 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، و 8.5 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً.

وعند إدخال التغير المستقبلي المتمثل في مدى رعاية الحمل الأخير نسجل أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية أثناء حملهن الأخير بنسبة 79.9 %، ولدن قيصرياً في مقابل 14.8 % الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً و 5.4 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً.

أما الأمهات اللواتي قمن بالرعاية أثناء حملهن الأخير فأعلى نسبة عند اللواتي ولدن قيصرياً بنسبة 52.9 % في مقابل 29.4 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، و 17.6 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً.

مما سبق يمكن القول بأن الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية الطبية أثناء حملهن الأخير لم يدركن بعد أهمية الرعاية للحمل الأخير أثناء حملهن، وهذا راجع إلى عدة أسباب تتمثل في ثقافة اجتماعية واقتصادية للأمهات.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 14.92 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 5.99 عند مستوى دلالة 0.05 و 9.21 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 2، مما يجعلنا نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: الرعاية الصحية للحمل الأخير وعلاقته والولادة بالعملية القيصرية، وعند حساب معامل التوافق الذي يساوي 0.263 مما يبين وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين.

جدول رقم (45) توزيع المبحوثات حسب قيامهن للرعاية الصحية أثناء حملهن الأخير وعلاقته بعدد العملية القيصرية

المجموع		أكثر من 3 مرات		ثلاث مرات		مرتان		مرة واحدة		عدد العملية القيصرية الرعاية الصحية أثناء الحمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	51	11.8	6	17.6	9	23.5	12	47.1	24	نعم
100	149	16.1	24	22.1	33	55.0	82	6.7	10	لا
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية مرتان بـ 47.0 % مقابل 21.0 % أنجبن بالعملية القيصرية ثلاث، و 17 % من الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية أكثر من ثلاث مرات. وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في مدى قيام الأمهات بالرعاية الصحية للحمل الأخير سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية الصحية للحمل الأخير وأنجبن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 55.0 % في مقابل 22.1 % من الأمهات اللواتي أنجبن ثلاث مرات بالعملية القيصرية، و 16.1 % من الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات وأخير 6.7 % من الأمهات اللواتي أنجبن مرة واحدة.

أما الأمهات اللواتي قمن بالرعاية للحمل الأخير سجلت نسبة 47.1 % للأمهات ولدن قيصرية مرة واحدة في مقابل 23.5 % من الأمهات اللواتي ولدن قيصرية مرتان، و17.6 % من الأمهات اللواتي أنجبن ثلاث مرات بالعملية القيصرية، وأخيرا 11.8 % من الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث بالعملية القيصرية.

مما سبق يمكن القول أن الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية الصحية للحمل الأخير هن اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية مرتان على الأقل، وهذا يدل على أنه كلما زاد إهمال الرعاية الصحية للحمل الأخير كلما جعل الأم عرضة للعملية القيصرية وخاصة أننا رأينا في الجداول السابقة معانات بعضهن من أمراض مزمنة وأخرى يعانين من مشاكل صحية سابقة للحمل، مما يستدعي زيادة الحرص على الرعاية حتى يتجنبن مشاكل الولادة.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 45.25 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 7.81 عند مستوى دلالة 0.05 و11.34 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 3، ومنه نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: الرعاية الصحية للحمل الأخير وعلاقته بعدد العملية القيصرية. أما معامل التوافق يساوي 0.43 مما يدل على وجود متوسطة بين الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير والولادة بالعملية القيصرية.

جدول رقم (46): يوضح العلاقة نوعية الرعاية الصحية المتبعة ونوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوعية الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	نوعية الرعاية الصحية
100	148	10.1	15	82.4	122	7.4	11	الرعاية الصحية الرسمية
100	52	42.3	22	46.2	24	11.5	6	الرعاية الصحية غير الرسمية
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 73.0 % مقابل 11.5 % من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، وأخيراً 8.5 % من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعياً.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في نوعية الرعاية الصحية سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي يعتمدن على الرعاية الصحية الرسمية وولدن قيصرياً بنسبة 82.4 % مقابل 10.1 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، وأخيراً 7.4 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً.

أما الأمهات اللواتي اعتمدن على الرعاية الصحية غير الرسمية فسجلنا 46.2 % من الأمهات اللواتي أنجبن قيصرياً، و42.3 % أنجبن طبيعياً وقيصرياً، و11.5 % أنجبن طبيعياً.

مما سبق يمكن القول بأن كل الأمهات تقريباً يعتمدن على الرعاية الصحية الرسمية، ولكن هذه الرعاية ليست بصفة دورية وليس مثلما هو موصى به من طرف منظمة الصحة العالمية والبرامج الدولية والوطنية المعمول به، ويرجع عدم الانتظام إلى سوء المعاملة التي يجدن في الأماكن المعنية بالمراقبة. مما يدفع بهن إلى عدم مواصلة والاستمرار في الرعاية. وهذا ما يؤدي بهن إلى تعقد عملية الولادة وخاصة عند وجود مشاكل صحية أثناء الحمل الأخير، كما أن لجوء بعض النساء إلى الرعاية الغير الرسمية التي تتمثل في الوصفات المنزلية لتخفيف من آلام الحمل من طرف القابلة التقليدية، أو إتباع نظام غذائي من طرفها أو سلوكيات إضافية أرشدتها إليها القابلة، أو تقدم بعض الوصفات العشبية التي

قد يكون لها انعكاس سلبي على صحة الأم أو الطفل أو معا، مما يترتب عليه مضاعفات أثناء الولادة فيدفع بها إلى الولادة بالعملية القيصرية.

جدول رقم (47): يبين توزيع المبحوثات حسب نوعية الرعاية الصحية المتبعة وعدد

الولادات القيصرية

المجموع		أكثر من 3 مرات		ثلاث مرات		مرتان		مرة واحدة		عدد الولادات القيصرية نوعية الرعاية الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	148	15.5	23	23.0	34	23.0	71	13.5	20	الرعاية الصحية الرسمية
100	52	13.5	7	15.4	8	15.4	23	26.9	14	الرعاية الصحية غير الرسمية
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي أنجبن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 47.0 % ثم تليها 21 % من الأمهات اللواتي أنجبن ثلاث مرات ثم تأتي الأمهات اللواتي أنجبن مرة واحدة بنسبة 17 % وأخيرا تأتي الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات بـ 15.0 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في نوعية الرعاية الصحية المتبعة وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي قمن بالرعاية الصحية الرسمية وأنجبن مرتين بنسبة 48.0 %، وأما أقل نسبة فوجدناها عند اللواتي أنجبن مرة واحدة بنسبة 13.5 %، أما الأمهات اللواتي اعتمدنا على الرعاية غير الرسمية وجدنا أعلى نسبة كذلك عند الأمهات اللواتي أنجبن مرتين بنسبة 44.2 %، وأما أقل نسبة فوجدناها عند الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات بالعملية القيصرية بنسبة 13.5 %.

مما سبق يمكن القول أن عدم المواظبة على الرعاية الرسمية يزيد من التعرض الأم إلى مشاكل صحية وخاصة أثناء الإنجاب مما يزيد لتعرضها للإنجاب بالعملية القيصرية، كما أن طول الانتظار داخل المؤسسات الصحية العامة واللامبالاة من بعض الأطباء تنفر بعض الأمهات من الزيارة هذا حسب ما صرحت به بعض المبحوثات، كما ذكرت إحداهن أنها أثناء الوضع تركوها داخل قاعة الانتظار وتعتمد الأطباء والممرضون إضاعة الوقت أو جزء منه في الحديث مما جعلها في وضع خطير ودفع بها بالإنجاب بالعملية القيصرية، كما أن كثرة الازدحام أمام المستشفيات أو بعد المسافة يجعل الأمهات لا يقمن بالمراقبة المستمرة وهذه الظروف تعقد وضعية صحة الأم ويزيد من احتمال ولادتها بالعملية قيصرية.

جدول رقم (48): يبين توزيع المبحوثات حسب مختلف فترات الكشف وعلاقته بنوع

الولادات السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة السابقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	فترات الكشف
100	23	26.1	6	65.2	15	8.7	2	الثلاثي الأول
100	17	11.8	2	64.7	11	23.5	4	الثلاثي الثاني
100	30	50.0	15	30.0	9	20.0	6	الثلاثي الثالث
100	16	37.5	6	43.8	7	18.8	3	قمت بها كلها
100	114	5.3	6	82.5	94	12.3	14	لم أقم بها كلها
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال ملاحظتنا للجدول أعلاه يتضح لنا أن اتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 73 % في مقابل 18.5 % من الأمهات اللواتي أنجبن طبيعيا وقيصريا، وفي الأخير الأمهات اللواتي أنجبن طبيعيا بنسبة 8.5 %.

وعند إدخالنا المستقل المتمثل في فترة الكشف وجدنا أن أعلى نسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف وأنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 81.40 % ثم تليها الأمهات اللواتي لم يتذكر بأنهن قمن بالكشف أم لا بنسبة 80 %.

وآخر نسبة الأمهات اللواتي قمن بالكشف الثلاثي الثالث بنسبة 56.52 %، أما الأمهات اللواتي ولدن طبيعيا وقيصريا فأعلى نسبة الأمهات هن اللواتي قمن بالكشف الثلاثي الثالث، ثم تليها الأمهات اللواتي قمن كلهن بالكشف بنسبة 25.93 % وأخيرا الأمهات اللواتي لم يتذكر أنهن قمن بالكشف أم لا بنسبة 13.33 %.

وأما الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقمنا بالكشف فتمثلت في الأمهات اللواتي قمن بالكشف الثلاثي بنسبة 17.39 % وآخر نسبة عند الأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف بنسبة 2.33 %.

مما سبق يمكن القول أن معظم اللواتي لم يقمن بأي كشف هن اللواتي خضعن إلى العملية القيصرية مقارنة باللواتي قمن ببعض وتركن البعض من الكشف وهذا ما أكدته معامل التوافق بين المتغيرات للجدول أعلاه إذ يساوي 0.436 مما يعني وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين الكشف ونوع الولادة.

كما يمكن القول بأن تسجيل أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لم يقمن بها كلها خلال فترة الحمل يدل على عدم الوعي الصحي لديها، أو لدى عائلاتها، لأن قيام الأم بمختلف فترات الكشف بشكل منتظم تمكن من التشخيص المبكر لمشاكل صحية من شأنها أن تنشأ خلال فترة الحمل وعلاجها، وبهذا تزيد من احتمال الحمل السليم وإنجاب مولود معافى، كما أن فترات الكشف تكشف عن:

- العيوب المبكرة الخلقية المختلفة وتحديد مبكر لمستوى الخطورة لمتلازمة داون لدى الجنين.

- تحديد مستوى الخطورة لمتلازمة داون و/أو عيوب خطيرة في الدماغ وفي القناة العصبية، في الجدار الداخلي للبطن وغيرها.

- تحديد عيب لدى الجنين أو حالة طبية لدى الأم أو لدى الجنين.

- متابعة نمو الجنين وتشخيص وضعية الجنين.

وبهذا يتجلى أهمية الكشف بحيث يمكن من الحفاظ على صحة المرأة الحامل أو تحسينها وضمان نمو الجنين وتطوره بصفة عادية، واكتشاف مبكر للمضاعفات التي تتعرض لها الأم أو الجنين أو معاً، من أجل معالجتها، وبهذا على المرأة القيام ليس فقط بأربع زيارات بل بثماني زيارات حسب ما أوصت به منظمة الصحة العالمية مؤخراً.

جدول رقم (49): يبين توزيع المبحوثات حسب وزن المولود الأخير عند الولادة وعلاقتها بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة وزن السابقة المولود الأخير
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	43	69.8	30	11.6	5	18.6	8	أكبر من المتوسط
100	46	6.5	3	82.6	38	10.9	5	متوسطة ¹
100	111	3.6	4	92.8	103	3.6	4	أصغر من المتوسط
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال هذا الجدول سنحاول أن نبين إذا ما كان لوزن المولود الأخير علاقة بنوع الولادة السابقة، لأنه في بعض الحالات عندما يكون وزن الطفل أقل من 2500غ يتطلب تدخل طبيب مختص لإنقاذ الأم والطفل ويتم هذا بالعملية، وكذلك عندما يكون الطفل أكبر من المتوسط (4000غ) فإنه يتطلب كذلك تدخل الطبيب المختص بنفس الطريقة.

فمن خلال ملاحظة الجدول المدون أعلاه نجد أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 73.0 % في مقابل 18.5 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، و8.5 % من الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً.

وعند إدخال المتغير المستقبل المتمثل في وزن المولود عند الولادة نسجل أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية وأنجن مولود يزن أصغر من المتوسط

¹ إن وزن المولود في الحالة الطبيعية يكون بين 2500غ إلى 4000غ، ويكون صغير إذا كان أقل من 2500غ وكبير إذا كان أكبر من 4000غ.

(2500غ) بنسبة 92.8%، في مقابل أصغر قيمة للأمهات اللواتي ولدن طبيعياً والأمهات اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرية وأنجن مولود أصغر من المتوسط (2500غ) بنسبة متساوية بـ 3.6 % .

مما سبق يمكن القول بأنه من المفترض أن يكون وزن الطفل عند الولادة ما بين: 2.5 كيلوغرام إلى 4 كيلو غرامات، فمعظم الأطفال حديثي الولادة وزنهم يكون ما بين هذين الرقمين، أما إذا كان وزن الجنين أقل من الطبيعي فيرجع إلى الأسباب التالية¹:

- سوء النظام الغذائي للأم.
- مشاكل تتعلق بالحمل عند الأم كضعفه أو كثرة الإجهاضات السابقة.
- اضطرابات أو مشاكل في المشيمة، بحيث لا توصل الكميات المطلوبة من الغذاء والأكسجين إلى الجنين.

- إضافة إلى إصابة الأم بتسمم الحمل، والذي يؤدي إلى الإجهاض أو وفاء الجنين. والملاحظ على العموم، أنه في أغلب الأحيان تتكرر نسبة الأطفال الذين وزنوا أقل من 2500 غ عند اللواتي سبق لهن إنجاب أطفال بنفس الوزن. وهكذا يكون ضعف الوزن عند الولادة مقترنا بالحالة الصحية للأم، بحيث أنها إن كانت تعاني من أمراض أثناء حملها أو كانت تعاني هي بدورها من قلة الوزن الناتج عن سوء التغذية فسوف ينعكس على صحة مولودها، فنوعية وكمية الغذاء المخصص للمرأة الحامل يعد مهما جداً، لما يكتسي ذلك من فوائد كبيرة على صحتها وعلى النمو الطبيعي للجنين.

والجديد بذكره هنا أنه لا يوجد مخاطر لنقصان وزن الجنين على صحة الأم، فتكون المخاطر فقط متوقفة على صحة الجنين مما يستدعي التدخل لإنقاذه ويكون ذلك بإجراء العملية القيصرية وهذا ما تم تسجيله في هذا الجدول.

وبالاستعانة باختيار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 115.3 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 9.49 عند مستوى دلالة 0.05 و13.028 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 4، مما يجعلنا نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: وزن المولود للحمل الأخير وعلاقته

¹ <http://mawdoo3.com/>

بالعملية القيصرية، وعند حساب معامل التوافق الذي يساوي 0.605 مما يبين وجود علاقة قوية بين المتغيرين.

وفي دراسة دونجا تيميريناك (DUNJA TEMERINAC) وآخرون حول تأثير وزن الجنين على الولادة القيصرية ونتائجها عليه بعد الولادة والتي كانت تهدف إلى توفير المعلومات لتحسين المشورة التوليدية من خلال تحليل تأثير وزن الجنين عند الولادة على الولادة القيصرية ونتائجها على الجنين بعد تحريض المخاض حيث وجدت أن نسبة العملية القيصرية في المجموعة العادية 24.2%. على الرغم من أن الأجنة الذين يعانون من وزن الولادة أقل من 2500 غرام كان معدلها مضاعف تقريبا للعملية القيصرية (42.9%)¹.

بالإضافة إلى سوء التغذية التي قد تتعرض لها النساء الحوامل من جراء ذلك، بحيث أكدت دراسة أجريت بمنطقة ريفية بالهند بأن الحالة الغذائية للأم لها علاقة جوهرية بوزن الطفل عند الولادة، إذ أشارت بأن النساء اللواتي بلغ وزنه أثناء الحمل 38 كغ كان وزن أطفالهن أقل من اللواتي وزنوا 41 كغ². وبالتالي ضعف وزن الأطفال عند الولادة مرتبط بصفة أساسية بسوء تغذية الأمهات. كذلك يكون احتمال ضعف الوزن عند الولادة أكبر عندما تعاني الأمهات من فقر في الدم، بحيث بلغت نسبة الكريات الحمراء لديهن ب 6,5 غ، عند وزن متوسط للأطفال قدر ب 2,4 كغ، بينما تبلغ نسبة الكريات الحمراء 10,5 غ، عندما يقدر الوزن المتوسط ب 2,8 كغ³.

والى جانب هذين السببين الهامين في ضعف وزن الطفل عند الولادة، يمكن القول بأن هذه الأسباب تدفع بالأم إلى الولادة بالعملية القيصرية، وهذا ما اتضح لنا من خلال قراءتنا للجدول، مدى تأثير الوزن الضعيف للمولود على العملية القيصرية، مع العلم أن هذا الوزن مرتبطا كثيرا بالأطفال الخديج وبالتالي قد يجعل من هؤلاء الأطفال عرضة للوفاة وهم ما زالوا أطفالا رضعا.

¹ Dunja Temerineca and al: Influence of Fetal Birth Weight on Caesarean Section Rate and Fetal Outcome After Induction of Labor, in vivo 29, The International Institute of Anticancer Research, USA, 2015, P 521.

² SHAH Kusum P: Poids à la naissance, nutrition de la mère et espacement des naissances, Les carnets de l'enfance, UNICEF, vol 61-62, N°61/62,, Genève, janvier, 1983, P 194-195

³ Ibid, P 195.

ولهذا أردنا معرفة علاقة وزن الجنين بعدد العملية القيصرية من خلال الجدول

التالي.

جدول رقم (50): يبين توزيع المبحوثات حسب وزن المولود الأخير عند الولادة وعلاقتها بعدد العملية القيصرية

المجموع	أكثر من ثلاث مرات		ثلاث مرات		مرتين		مرة واحدة		عدد العملية وزن القيصرية المولود الأخير	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	43	55.8	24	11.6	5	18.6	8	14.0	6	أكبر من المتوسط
100	46	4.3	2	58.7	27	19.6	9	17.4	8	متوسطة
100	111	3.6	4	9.0	10	69.4	77	18.0	20	أصغر من المتوسط
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية مرتان بـ 47.0 % مقابل 21.0 % أنجبن بالعملية القيصرية ثلاث، و 17 % من الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية أكثر من ثلاث مرات.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في وزن المولود الأخير سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي وزن مولودهن أصغر من المتوسط (2500غ) وأنجبن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 69.4 % في مقابل 3.6 % من الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات بالعملية القيصرية ووزن مولودهن أصغر من المتوسط.

مما سبق يمكن القول أن الأمهات اللواتي مولودهن أصغر من المتوسط هن اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية مرتان على الأقل، كما يدل على أن اللواتي سبق لهن إنجاب طفل

ضعيف الوزن عند الولادة، هن معرضات مرة أخرى لإنجاب طفل آخر بهذا الوزن، ولقد ذكرنا سابقا أن الأوزان الضعيفة غالبا ما تكون مرتبطة بمدة الحمل التي لم تصل إلى الشهر التاسع، وبالتالي نحن أمام ظاهرة ازدياد الخدج، وبالتالي المحافظة على صحة الطفل يدفع بالأمهات إلى الولادة بالعملية القيصرية، ومن الواضح أن المنجبات لعدد كبير من الأطفال، هن الأكثر عرضة للوزن الضعيف، وربما لكثرة الحمل وبالتالي عدم المباشرة بين الولادات، والتي لا تسمح للأم خلالها من استرجاع قوتها وصحتها، كما قد يكون ضعف الوزن عند الولادة مقترنا بالحالة الصحية للأم، بحيث أنها إن كانت تعاني من أمراض أثناء حملها أو كانت تعاني هي بدورها من قلة الوزن الناتج عن سوء التغذية فسوف ينعكس على صحة مولودها، فنوعية وكمية الغذاء المخصص للمرأة الحامل يعد مهما جدا، لما يكتسي ذلك من فوائد كبيرة على صحتها وعلى النمو الطبيعي للجنين.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 128.23 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 12.59 عند مستوى دلالة 0.05 و 16.81 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 6، ومنه نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: وزن المولود الأخير وعلاقته بعدد العملية القيصرية. أما معامل التوافق يساوي 0.625 مما يدل على وجود ارتباط قوي بين وزن المولود أثناء الحمل الأخير وعدد العملية القيصرية.

تحليل الفرضية الثانية:

من خلال الجداول السابقة التي تتناول المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل وعلاقتها بالعملية القيصرية، توصلنا إلى النتائج التالية:

* تؤثر المراقبة الطبية على صحة الأم مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية حيث سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية أثناء حملهن الأخير بنسبة 79.9%، وأن أعلى نسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف وأنجن بالعملية القيصرية بنسبة 81.40% ثم تليها الأمهات اللواتي لم يتذكر بأنهن قمن بالكشف أم لا بنسبة 80%، وفي هذا مؤشر على عدم الاهتمام بالرعاية الصحية وإلى عدم وجود وعي صحي بالرعاية مما يسبب مضاعفات أثناء الوضع ويؤدي بالأم بالإنجاب بالعملية القيصرية، وهذا على الرغم من وجود المؤسسات والوحدات الصحية والعناصر البشرية التي تقدم هذه الخدمات الصحية لعدد من الأمهات الحاملات في مناطق تواجدهن وسهولة منالها والانتفاع بها، ويمكن تفسير عدم الإقبال عليها إلى المعاملة السيئة وطول الانتظار والاحتفاظ التي تشهده هذه المؤسسات وعدم توفر بعض التحليل والتصوير الإشعاعي التي تكلف غالبا في المؤسسات الخاصة مما يضطرن إلى عدم القيام بالزيارة.

كما وجدنا أن 48.0% من الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية قمن بالرعاية الصحية الرسمية وأنجن مرتين بالعملية القيصرية وهذه الرعاية لم تكن بالشكل المنتظم والمطلوب حيث شهدت الأمهات مشاكل صحية ومضاعفات أثناء الولادة وهذا ما يبينه عدد الولادات بالعملية القيصرية إذ أن التدخل بالعملية دليل على وجود مخاطر على الأم أو الطفل.

بالإضافة إلى الأمهات اللواتي لم يقمن بالرعاية الصحية للحمل الأخير وأنجن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 55.0%، وفي هذا كذلك تأثير على نتائج الولادة لأن الرعاية الصحية للحمل الأخير والاهتمام به تهدف إلى كشف الحمل عالي الخطورة لإحالاته لتلقي الرعاية الصحية اللازمة وبالتالي فالمتابعة في وقت مبكر وتكثيف هذه المتابعة في المراحل الأولى من الحمل وكلما اقترب موعد الولادة يساعد على تجنب كثير من المشاكل التي تتعرض لها الأمهات والأجنة وتحسين المستوى الصحي لهم.

* أما من ناحية المشاكل الصحية للمرأة الحامل فقد سجلنا أن 84.3 % من الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة أنجبن بالعملية القيصرية حيث أن الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة تظهر عليهن تعقيدات أثناء الوضع، وتزداد سوء حالتهم الصحية كلما تكرر الحمل خاصة إذا صاحب هذا الحمل سوء الرعاية الصحية أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعده مخلفة مشاكل صحية للأم.

* كما يرتبط وزن المولود بالعملية القيصرية وعددها حيث سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية وأنجبن مولود يزن أصغر من المتوسط (2500غ) بنسبة 92.8%، وهذا يؤكد أن أغلب الأحيان تتكرر نسبة الأطفال الذين وزنوا أقل من 2500 غ عند اللواتي سبق لهن إنجاب أطفال بنفس الوزن، كما سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي وزن مولودهن أصغر من المتوسط (2500غ) وأنجبن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 69.4 % في مقابل 3.6 % من الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات بالعملية القيصرية ووزن مولودهن أصغر من المتوسط، كما يدل على أن اللواتي سبق لهن إنجاب طفل ضعيف الوزن عند الولادة، هن معرضات مرة أخرى لإنجاب طفل آخر بهذا الوزن وبالعملية القيصرية.

ومنه يمكن القول بأن عدم المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علاقة بالعملية القيصرية مما يؤكد الفرضية الثانية.

الفصل الثالث

عرض وتحليل معطيات
جداول الفرضية الثالثة

سنسلط في ثنايا هذا الفصل تحليل جداول الفرضية الثالثة القائلة: " المستوى التعليمي والمستوى المعيشي للمرأة الحامل يجعلها لا تهتم بالرعاية الصحية الإنجابية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية " وذلك من خلال تحليل وعرض وتفسير نتائج التي توصلنا إليه بملء استمارة البحث 200 استمارة من طرف الأمهات اللواتي خضعن إلى العملية القيصرية خلال حياتهن الإنجابية (15-49) سنة وأنجن على الأقل طفلا واحدا بالعملية القيصرية، أثناء حملهن الأخير بخمس سنوات من تاريخ قيامنا بطريقة استمارة المقابلة بهذا البحث فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (51): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	11.3	8	84.5	60	4.2	3	أمية
100	65	18.5	12	73.8	48	7.7	5	ابتدائي
100	26	26.9	7	61.5	16	11.5	3	متوسط
100	20	30.0	6	60.0	12	10.0	2	ثانوي
100	18	22.2	4	55.6	10	22.2	4	جامعي
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال هذا الجدول نحاول معرفة العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات ونوع الولادة السابقة للحمل الأخير ومن خلال ملاحظة الجدول نجده يتجه نحو الولادة بالعملية القيصرية.

حيث أن أغلب المبحوثات بدون مستوى أي أميات بنسبة 84.5 % والمستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 73.8 % ثم ذوات المستوى التعليمي المتوسط والثانوي على التوالي بنسبة 61.5 % و 60.0 %، وأما المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 55.6 %.

أما عن الولادة الطبيعية والقيصرية فقد بلغت أعلى نسبة 18.5 % عند المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 30.0 % وأقل نسبة عند الأميات بنسبة 11.3 %.

وأما عن الولادة الطبيعية فقد بلغت أعلى نسبة عند المستوى الجامعي بنسبة 22.2 % وأقل نسبة عند الأميات بنسبة 4.2 %.

نستنتج من هذه النتائج أنه كلما كان المستوى التعليمي للمرأة مرتفعا كلما كانت الولادة طبيعية والعكس صحيح، لهذا وجدنا معامل التوافق يساوي 0.251 وهو يعبر عن وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين، وإن كانت كاي تربيع المحسوبة تساوي 13.44 وهي أصغر من كاي تربيع الجدولية المقدر بـ 20.09 عند مستوى دلالة 0.01 و كاي تربيع الجدولية المقدر بـ 15.51 عند مستوى دلالة 0.05 مما يدل على أن هناك فروق بين التكرارات النظرية والتكرارات الفعلية وهي فروق راجعة للصدفة.

وما يمكن استنتاجه من هذه النسب أن المستوى التعليمي له دور كبير في عملية الاهتمام بالصحة الإنجابية الذي يؤثر على نوع الولادة.

جدول رقم (52): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بعدد العملية القيسرية

المجموع	أكثر من ثلاث مرات		ثلاث مرات		مرتين		مرة واحدة		عدد الولادة القيسرية المستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	71	15.5	11	16.9	12	60.6	43	7.0	5	أمية
100	65	24.6	16	23.1	15	43.1	28	9.2	6	ابتدائي
100	26	11.5	3	30.8	8	42.3	11	15.4	4	متوسط
100	20	0	0	25.0	5	35.0	7	40.0	8	ثانوي
100	18	0	0	11.1	2	27.8	5	61.1	11	جامعي
100	200	15.0	30	21.0	42	47.0	94	17.0	34	المجموع

يوضح الجدول رقم (49) أن 60.6 % من المنجبات بالعملية القيسرية مرتين بدون مستوى تعليمي (أميات) ثم تليها نسبة 43.1 % مستوهن ابتدائي، ثم المستوى المتوسط بنسبة 42.3 %، ثم تنخفض عند المستوى الثانوي بنسبة 35 %، وأخيرا عند المستوى الجامعي بنسبة 27.8 %.

فالولادة بالعملية القيسرية مرتين تخص بالدرجة جميع المستويات مرتفعة عند تدني المستوى وتنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوثات.

وفيما يخص الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيسرية ثلاث مرات، فإنهن يتمركزن بنسبة 30.8 % عند المستوى المتوسط، ثم تليها المستوى الثانوي بنسبة 25.0 %، ثم تنخفض عند المستوى الابتدائي بنسبة 23.1 %، وبدون مستوى تعليمي بنسبة 16.9 %، وأخيرا عند المستوى الجامعي بنسبة 11.1 %.

أما بالنسبة للأمهات اللواتي أنجبن مرة واحدة بالعملية القيصرية فإن أغلبهن مستوى تعليمي جامعي بنسبة 61.1 %، ثم تليها المستوى الثانوي بنسبة 40.0 % عند المستويات المتوسط والابتدائي وبدون مستوى على التوالي بالنسب التالية 15.4 % و 9.2 % و 7 %.

أما عن الأمهات اللواتي أنجبن أكثر من ثلاث مرات بالعملية القيصرية، فإن أعلى نسبة 24.6 % عند المستوى الابتدائي، وبدون مستوى بنسبة 15.5 %، ثم المستوى المتوسط بنسبة 11.5 %.

نستخلص من كل هذا بأن المستوى التعليمي له تأثير على عدد الإنجاب بالعملية القيصرية. وبعد عامل التعليم محوري في عملية تفسير النتائج، إذ أن الأمهات المتعلقات يتفاعن أكثر مع الأطباء والممرضين بتطبيقهن للإرشادات والنصائح الخاصة بالعلاج والوقاية، وكذلك فهن أكثر اعتناء بوضعهن الصحي، ويظهر ذلك في متابعة سير الحمل المنتظم، مما يجنبهن مشكلات سلوكية وتفاعلية ليس من السهولة بمكان تجاوزها وتخطي صعوباتها، ولتجنب تكرار الولادة القيصرية فإن الأمهات المتعلقات أكثر التزاما بالإرشادات الطبية، وهذا يعني أن عليهن النضال من أجل إحراز وإنجاب بشكل طبيعي، وبالتالي تتحقق مقولة بارسونز أن طلب المريض المساعدة الفنية الكفوة والتعاون مع الآخرين أثناء عملية العلاج تعتبر توقعات معيارية¹.

إضافة إلى ذلك فإن المستوى التعليمي يشكل علاقة علاجية في محيط التناغم والتعاون الذي تكون فيه الأم المتعلمة متجاوبة ومستسلمة ومتعاونة بحيث تحاول أن تحد من الصراع والقلق والتوتر الذي تشكل لها أثناء الولادة، من أجل سلامتها الصحية والنفسية والجسمية.

ويؤكد العديد من الأطباء بأن تدني المستوى الثقافي عند المرضى يجعلهم يتصرفون تصرفا يتعكس مع تعاليم وأخلاق مهنة التمريض، ومهنة الطب، فضلا عن ضيق تفكيرهم وكثرة الأخطاء والهفوات التي يرتكبونها في المؤسسة الصحية².

وهذا يدل على أن الولادات المتكررة خاصة عند المستوى أقل من الثانوي ناجمة عن عدم الاهتمام بالتوصيات الطبية المقدمة لهن، وإن كانت بعض الدراسات تقدم عكس ما

¹ إحصان محمد الحسن: علم الاجتماع الطبي - دراسة تحليلية في طب المجتمع-، ط 1، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 274.

² نفس مرجع، ص 297.

توصلنا إليه، إذ أن العملية القيصرية تمثل عند اللواتي عندهن مستوى التعليم الجامعي بنسبة 38.3 %، ومن عندهن شهادة جامعية بنسبة 49.1 %، أما اللواتي عندهن مستوى ثانوي فأقل فتمثل 12.6 %، ويبدو من هذا أن التعليم العالي مرتبط بزيادة معدل إعادة الولادة القيصرية الاختيارية¹.

ومحاولة منا تدعيم علاقة مستوى التعليم بعدد العمليات القيصرية قمنا بحساب معامل الارتباط الذي وجدناه 0.452 مما يؤكد وجود علاقة موسطة بين المتغيرين.

¹ Audrey Gilbert And al: **Does Education Level Influence the Decision to Undergo Elective Repeat Caesarean Section Among Women With a Previous Caesarean Section?** Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, Vol. 32, Is. 10, Canada, October 2010, P 942.

جدول رقم (53): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بالإقبال على الرعاية الصحية

المجموع		لا		نعم		الإقبال على الرعاية المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	78.9	56	21.1	15	أمية
100	65	69.2	45	30.8	20	ابتدائي
100	26	53.8	14	46.2	12	متوسط
100	20	20.0	4	80.0	16	ثانوي
100	18	16.7	3	83.3	15	جامعي
100	200	61.0	122	39.0	78	المجموع

من خلال الجدول رقم (50) اتضح أن المنجبات بالعملية القيصرية لا يقبلن على الرعاية الصحية بنسبة 61.0 %، مقابل 39.0 % يقبلن على الرعاية الصحية. وعند إدخال المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأُم نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستوى (أميات) ولا يقبلن على الرعاية الصحية بنسبة 78.9 %، أثناء حملهن الأخير، أما أقل نسبة فكانت عند الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ولم يقمن بالرعاية الصحية بنسبة 16.7 %، أما عن الأمهات اللواتي قمن بالرعاية الصحية أثناء حملهن، فكانت أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي بنسبة 83.3 %، وأقل نسبة كانت عند الأمهات اللواتي بدون مستوى بنسبة 21.1 %.

مما سبق يمكن القول بأن كل الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي منخفض لا يقمن بالرعاية الصحية أثناء حملهن الأخير، في حين أن الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي عال تحصلن على الرعاية الصحية، وهذا يؤكد على أن سوسيولوجية تعليم المرأة تغير من نوعية أفعالها الفيزيائية لجهة الأفعال الواعية فتتحول معرفة الجسد ومحاولة التمسك به لحضور الكيان إلى معرفة الواقع، وتحديدًا فيما يتعلق بقراراتها المتعلقة بجسدها وكيونتها

والاهتمام بصحتها الإنجابية، وهذا ما أكد عليه الدكتور عدنان سليمان إذ يقول: " أن المرأة المتعلمة يرتفع الوعي بفعل الإنجاب عبر السيطرة عليه فيجاء عدد الولادات الفعلية أقل من المرغوب فيه، ويدل على الارتقاء بأفعالها البيولوجية عبر عملية تصعيد أو تطهير، حيث يتطهر الدافع الجنسي فيها من عناصره البيولوجية المحصنة المرتبطة بتكاثر النوع، ليمارس أهدافا رفيعة في الأنساق الفنية والفكرية والدينية، أهدافا توصف بأنها سامية"¹.

ومن هنا يمكن القول بأن المستوى التعليمي للأمم ضروري في حياتها الإنجابية من أجل تحسين وضعها بشكل عام وخاص. حيث تتمتع برعاية صحية أفضل وتمتلك مهارات أفضل للحصول على المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية خاصة ما يتعلق بالعملية القيصرية، مما يجعلها أكثر حرصا على الارتقاء البيولوجي والتمتع بجسد خال من الأمراض لحماية أنفسهم والجنين معا، وتحقيق ولادة آمنة خالية من المخاطر.

وعند حسابنا كاي تربيع وجدناه يساوي 40.95 في حين قدرت كاي تربيع الجدولية 13.28 عند مستوى معنوية 0.01 و 9.49 عند مستوى معنوية 0.05 وعند درجة حرية 4، أي أن كاي تربيع المحسوبة أكبر من كاي تربيع الجدولية، وبالتالي هناك فروق جوهريّة بين المستوى التعليمي للأمهات والإقبال على الرعاية الصحية، بحيث كلما ارتفع مستوى التعليمي للأمهات كلما زاد إقبالهن على الرعاية الصحية، والعكس صحيح، كما أن عدم الإقبال على الرعاية الصحية يجعل الأم في ظروف صحية حرجة مما يؤدي بها إلى الإنجاب بالعملية القيصرية، وإضافة إلى ذلك قمنا بحساب معامل التوافق للارتباط والذي بلغ 0.412 حيث عبر عن وجود علاقة طردية بين المتغيرين.

ولقد لاحظنا أن بعض المبحوثات اللواتي يمكنهن في البيت لهن تصور سلبي عن الرعاية الصحية مما شكل لديهن صورة اتكالية على القضاء والقدر (المكتوب) الذي هو في حقيقة الأمر مخالف لديننا الحنيف الذي أوصى بالتداوي، حيث سألنا إحداهن عن عدم

¹ سليمان عدنان: سوسولوجيا الثقافة السكانية- دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا-، مجلة جامعة دمشق، المجلد 16، العدد 2، سوريا 2000، ص 252.

الإقبال على الرعاية الصحية فأجابت أن "المقدرة ما ينحها الطبيب"، ويمكن القول بأن نظرية النية السلوكية تبين لنا هذه النوعية من النساء حول رأيتهن للرعاية الصحية والعملية القيصرية، حيث تتأثر أكثر السلوكيات الصحية للأفراد بميولهم (عواطفهم) الشخصية وطبيعتهم المتقلبة بالعاطفة، كما نلاحظ تقييم كل نتيجة يسهم في الموقف بتناسب طردي مع الاحتمال الشخصي للفرد بأن هذا السلوك سوف يوصل إلى النتيجة المعينة مورد نظر الفرد¹.

¹<https://ar.wikipedia.org/> نظرية_السلوك_المخطط

جدول رقم (54): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بنوع الرعاية الصحية

المجموع		الرعاية غير رسمية		الرعاية الرسمية		نوع الرعاية المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	42.3	30	57.7	41	أمية
100	65	20.0	13	80.0	52	ابتدائي
100	26	19.2	5	80.8	21	متوسط
100	20	15.0	3	85.0	17	ثانوي
100	18	5.6	1	94.4	17	جامعي
100	200	26.0	52	74	148	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي قمن بالرعاية الصحية الرسمية بنسبة 74 %، مقابل 26 % من الأمهات اللواتي قمن بالرعاية الصحية غير الرسمية.

وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأُم وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي تحصلن على المستوى التعليمي الجامعي وقمن برعاية صحية رسمية أثناء حملهن الأخير بنسبة 94.4 %، أما أقل نسبة فسجلت عند الأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي (أميات) بنسبة 57.7 %، في حين كانت أعلى نسبة للواتي لم يقمن برعاية صحية غير رسمية عند الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 42.3 %، في مقابل أقل نسبة 26.0 % عند اللواتي مستواهن التعليمي جامعي قمن برعاية صحية غير رسمية.

مما ذكر آنفا يمكن القول بأن المستوى التعليمي يؤثر في مدى الإقبال على الرعاية الصحية ونوع هذه الرعاية، حيث أن المرأة الغير متعلمة هي الأكثر تأثرا وخضوعا للتقاليد وغالبا ما تكون مأكثة بالبيت تهتم بشؤونهم وتمضي جل أوقاتها في الاهتمام به وبالأطفال، وبالتالي فهي غير مهتمة بنوع الرعاية الصحية، المهم أنها تحاول أن تجد ما يرضي

طموحها البسيط، بل تعنى أكثر بما تسمعه من حماتها أو أمها أو حتى جاراتها أين تختلط الوصفات التقليدية مع الوصفات الطبية والتي تحتل الخطأ والصواب، كما أنها تتصاع لرأي ولرغبة المحيطين بها، على عكس المرأة المتعلمة فهي قادرة عن الدفاع عن أفكارها ولا تخضع إلى أفكار وممارسات مجتمعتها، ومن خلال هذا الطرح نجد أن المرأة المتعلمة تتجنب الرعاية غير الرسمية مدركة المخاطر التي قد ينجم عن هذه الممارسات على عكس الغير المتعلمة، ويعرض عدم الرعاية الصحية المنتظمة الأم إلى المخاطر الصحية، وإلى مضاعفات الحمل مما يؤدي بها إلى الإنجاب بالعملية القيصرية، لأن المتعلمات يملن للأخذ بالاختبارات الأفضل بالنسبة لصحتهن والتي تقلل من فرص تعرضهن للمخاطر الصحية، فهن أسرع إلى تغيير سلوكهن عند ظهور تهديدات جديدة لصحتهن على عكس الغير المتعلمات.

ولمعرفة العلاقة بين المستوى التعليمي ونوع الرعاية الصحية قمنا بحساب كاي تربيع ليرسون حيث قدر بـ 16.75، في حين قدر كاي تربيع الجدولية بـ 13.28 عند مستوى دلالة 0.01، و 9.49 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4، ومنه فإن كاي تربيع المحسوبة أكبر من نظيرتها كاي تربيع الجدولية مما يدل على أن هناك فروق جوهرية بين المستوى التعليمي للأمهات ونوع الرعاية الصحية، بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للأُم كلما قل التوجه إلى الرعاية غير الرسمية، كما يؤكد معامل الارتباط على وجود علاقة طردية بين المتغيرين حيث قدر بـ 0.278.

جدول رقم (55): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي والكشف لأول مرة عن

حملها وعلاقتها بنوع الولادة السابقة

		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		التعليمي الكشف	
%		%		%		%			
100	4	25.0	1	50.0	2	25.0	1	طبيب مختص	أمية
100	43	11.6	5	86.0	37	2.3	1	طبيب عام	
100	24	8.3	2	87.5	21	4.2	1		
100	71	11.3	8	84.5	60	4.2	3		
100	3	33.3	1	33.3	1	33.3	1	طبيب مختص	
100	35	14.3	5	77.1	27	8.6	3	طبيب عام	
100	27	22.2	6	74.1	20	3.7	1		
100	65	18.5	12	73.8	48	7.7	5		
100	4	25.0	1	50.0	2	25.0	1	طبيب مختص	
100	7	14.3	1	71.4	5	14.3	1	طبيب عام	
100	15	33.3	5	60.0	9	6.7	1		
100	26	26.9	7	61.5	16	11.5	3		
100	12	33.3	4	58.3	7	8.3	1	طبيب مختص	
100	2	50.0	1	50.0	1	0.0	0	طبيب عام	
100	6	16.7	1	66.7	4	16.7	1		
100	20	30.0	6	60.0	12	10.0	2		
100	7	42.9	3	28.6	2	28.6	2	طبيب مختص	
100	1	0.0	0	0.0	0	100.0	1	طبيب عام	
100	10	10.0	1	80.0	8	10.0	1		
100	18	22.2	4	55.6	10	22.2	4		
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17		

يبين لنا الجدول أعلاه العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات ومن قام بكشفهن لأول مرة عن حملهن بنوع الولادة، ونلاحظ أن نوع الولادة لدى الأمهات كانت ولادة قيصرية بنسبة 73 %، مقابل نسبة بسيطة فقط أجابت أن ولاتهن السابقة كانت ولادة طبيعية 8.5%. وعند إدخالنا المتغير المستقل والتمثل في المستوى التعليمي وجدنا أن الأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي واللواتي مستواه ابتدائي واظن على الاتجاه العام بنسبة 84.5 % و 73.8 %، في مقابل أقل نسبة عند الأمهات اللواتي مستواه التعليمي جامعي بنسبة 55.6 %.

ولمعرفة تأثير من قام بالكشف أول مرة عن الحمل وجدنا أن اللواتي أنجبن بالولادة القيصرية وبدون مستوى تعليمي (أميات) قامت القابلة والطبيب العام بالكشف عنهن أول مرة بنسبة 87.5 % و 86 %، كذلك نجد أن ولاتهن الطبيعية كانت بسبب قيامهن بالكشف عند طبيب مختص بنسبة 25 %، وكذلك نجد أن الأمهات اللواتي مستواه أقل من الثانوي حافظن على الاتجاه العام وهو الإنجاب بالعملية القيصرية، وقيام بالكشف أول مرة كانت القابلة والطبيب العام.

أما اللواتي مستواه ثانوي فنجد أن الذي قام بالكشف القابلة والطبيب المختص بنسبة 66.7 % و 58.3 %، في حين نجد أن اللواتي مستواه جامعي قام بالكشف عليهن أول مرة قابلة مختصة بنسبة 80 %.

مما سبق نلاحظ أن المستوى التعليمي له دور مهم في عملية الكشف عن الحمل أول مرة، حيث أن الأمهات اللواتي مستواه أقل من الثانوي يتوجهن إلى أي طبيب سواء عام أو مختص أو قابلة مختصة، في حين نجد الأمهات اللواتي مستواه ثانوي فما فوق فيتوجهن إلى طبيب مختص أو قابلة مختصة، وهذا يدل على إدراكهن أن الحمل والولادة ليست مرضاً بل عملية فسيولوجية طبيعية للمرأة لخدمة الإنسانية تتخللها مضاعفات صعب التنبؤ بها، وبنفس الوقت قابلة للمعالجة الطبية، فلذا هن حريصات على صحتهن وتشخيص حالتهم الإنجابية، كما يعلمن أنهن أمام كادر ماهر الذي يتمتع بمهارة القابلة، والقدرة على تشخيص وإحالة مضاعفات الولادة في الوقت والمرفق المناسب، فلذا نجدهن حريصات على الطبيب

المختص والقابلة المختصة، كما أن القابلة المؤهلة هي المسؤولة على القيام بجميع الكشوفات الخاصة بالأم الحامل، ونجد أن بعد الحرب العالمية الأولى أقرت هيئة العمل الدولية اتفاقية حماية الأمومة المقررة في عام 1919م وهي تتضمن المبادئ ومن بين مبادئها المبدأ التالي الذي نصه: " للمرأة الحامل أن تحصل على عناية طبية مجانية بمعرفة طبيب وقابلة"¹.

كما أوضحت إحدى الدراسات على وجود علاقة إحصائية وثيقة بين المستوى التعليمي للمرأة وحدوث المضاعفات أثناء الحمل حيث تبين أن 36.7 % من النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي عانين من مضاعفات خلال الحمل، مقابل 30.1 % من النساء الحاصلات على تعليم عالٍ².

وهذه العلاقة يمكن تفسيرها على ضوء النتائج السابقة والتي أظهرت الأثر المباشر للمستوى التعليمي للنساء بطلب واستخدام خدمات الرعاية خلال الحمل. تزداد نسبة الرعاية المنتظمة خلال الحمل والمقدمة من كادر طبي مؤهل مع تقدم المستوى التعليمي للمرأة. وكما هو مثبت في الأدبيات الطبية تعد الرعاية المبكرة والمنتظمة خلال الحمل من العناصر الجوهرية للكشف المبكر عن المضاعفات المصاحبة للحمل وتزود النساء كذلك بطيف واسع من الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية اللازمة لتدعيم صحة المرأة خلال الحمل والولادة. ولمعرفة العلاقة بين المتغيرين المستوى التعليمي ونوع الولادة وجدنا معامل التوافق 0.253 مما يدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين.

¹ حسين عبد الحميد رشوان: علم اجتماع المرأة، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 1998، ص 168.

² وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، 48.

جدول رقم (56): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بقرار العملية القيسرية

المجموع		قرار شخصي		قرار طبي		نوع القرار المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	0	0	100	71	أمية
100	65	0	0	100	65	ابتدائي
100	26	0	0	100	25	متوسط
100	20	15.0	3	85	17	ثانوي
100	18	26.3	5	73.7	14	جامعي
100	200	4.0	8	96.0	192	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو قرار الإنجاب بالعملية القيسرية بقرار طبي بنسبة 96.0 %، مقابل 4.0 % قرار شخصي للإنجاب بالعملية القيسرية.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأُم نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي واللواتي مستواهن ابتدائي ومتوسط بنسب متساوية 100 % كان إنجابهن بالعملية القيسرية بقرار طبي، وأما أقل نسبة فكانت عند الأمهات اللواتي تحصلن على المستوى التعليمي الجامعي وكان إنجابهن بالعملية القيسرية بقرار طبي بنسبة 73.7 %، أما الأمهات اللواتي كان إنجابهن بالعملية القيسرية وبقرار شخصي فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن جامعي بنسبة 26.3 %، وأقل نسبة عند الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن ثانوي بنسبة 15 %.

مما سبق يمكن القول بأن معظم الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى أقل من الثانوي كان إنجابهن بالعملية القيسرية بقرار طبي.

مما سبق يمكن القول بأن الأمهات اللواتي مستواهن جامعي كانت ولاتهن بالعملية القيصرية الاختيارية لأسباب تتعدى الدواعي الطبيّة لتصبح أمرا اختياريا، في حين أن اللواتي مستواهن ثانوي وأقل كانت ولاتهن بالعملية القيصرية الطارئة (العاجلة) لإنقاذ حياة الأم والجنين معا وتتم في حال وجود مشاكل غير متوقعة (مفاجئة) يمكن أن تشكل خطرا على صحة الأم أو الجنين أو معا، وهذا إذا لاحظ الطبيب بأن صحة الجنين مهددة بالخطر عند ملاحظة بعض العناصر الدالة على ذلك.

ولمعرفة العلاقة بين المتغيرين المستوى التعليمي وقرار الولادة بالعملية القيصرية وجدنا معامل التوافق 0.398 مما يدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين، وعند حسابنا كاي تربيع وجدناه يساوي 37.65 في حين قدرت كاي تربيع الجدولية 13.28 عند مستوى معنوية 0.01 و 9.49 عند مستوى معنوية 0.05 وعند درجة حرية 4، أي أن كاي تربيع المحسوبة أكبر من كاي تربيع الجدولية، وبالتالي هناك فروق جوهرية بين المستوى التعليمي للأمهات ونوع القرار، بحيث كلما ارتفع مستوى التعليمي للأمهات كلما كان قرارهن شخصي فيما يخص العملية القيصرية، والعكس صحيح.

جدول رقم (57): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى معرفة جميع التلقيحات التي يجب على الحامل القيام بها أثناء الحمل

المجموع		لا		نعم		معرفة التلقيحات المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	74.6	53	25.4	18	أمية
100	65	70.8	46	29.2	19	ابتدائي
100	26	53.8	14	46.2	12	متوسط
100	20	25.0	5	75.0	15	ثانوي
100	18	11.1	2	88.9	16	جامعي
100	200	60.0	120	40.0	80	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن الاتجاه العام يتجه نحو عدم معرفة جميع التلقيحات التي يجب على الحامل القيام بها أثناء الحمل بنسبة 60 %، مقابل 40 % من الأمهات اللواتي يعرفن جميع التلقيحات التي يجب على الحامل القيام بها أثناء الحمل. وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي نجد أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لا يعرفن جميع التلقيحات وبدون مستوى تعليمي بنسبة 71 %، مقابل 11.1 % من الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي ولا يعرفن جميع التلقيحات، أما الأمهات اللواتي يعرفن جميع التلقيحات التي يجب على الحامل القيام بها أثناء فوجد أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي بنسبة 88.9 %، مقابل أقل نسبة 9.9 % عند الأمهات اللواتي مستواهن ابتدائي ويعرفن جميع التلقيحات. مما سبق يمكن القول أن معظم الأمهات لا يعرفن التلقيحات اللازمة أثناء الحمل، فمن خلال هذه التلقيحات المبرمجة على الحامل والضرورية التي تكتسبها مناعة ضد

الأمراض التي قد تصيبها، كما أن هناك من يعرفن التلقيحات ولكن لم يقمن بها بسبب الظروف الاجتماعية المختلفة كالبعد عن المراكز الصحية والنقل والالتزامات المنزلية.. إن عدم القيام بهذه التلقيحات يعرض الأمهات للإصابة بالكزاز، والتحصين ضد الأمراض التي تتسبب في مشاكل صحية مختلفة للأم مما يدفع بها للولادة بالعملية القيصرية نتيجة هذه المشاكل الصحية.

جدول رقم (58): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى زيارتهن لمراكز الرعاية والطفولة أثناء الحمل وبعده

المجموع		أحيانا		لا		نعم		زيارة المركز المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	26.8	19	63.4	45	9.9	7	أمية
100	65	35.4	23	55.4	36	9.2	6	ابتدائي
100	26	23.1	6	42.3	11	34.6	9	متوسط
100	20	25.0	5	15.0	3	60.0	12	ثانوي
100	18	22.2	4	5.6	1	72.2	13	جامعي
100	200	28.5	57	48.0	96	23.5	47	المجموع

يتبين من الجدول رقم (55) أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم زيارة الأمهات لمراكز رعاية الأمومة والطفولة أثناء الحمل وبعده بنسبة 48 %، ثم تليها زيارة الأمهات لمراكز رعاية الأمومة أحيانا بنسبة 28.5 %، وأخير زيارة الأمهات لمراكز الرعاية بشكل منتظم بنسبة 23.5 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي للأمهات نجد أعلى نسبة لهن عند الأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي (أميات) واللواتي لم يقمن بزيارة لمراكز رعاية

الأمومة والطفولة أثناء الحمل وبعده بنسبة 63.4 %، وأقل نسبة نجدها عند الأمهات اللواتي مستواه التعليمي جامعي بنسبة 5.6 %.

أما عن الأمهات اللواتي قمن بالزيارة للمراكز رعاية الأمومة والطفولة أثناء الحمل وبعده فنجد أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواه التعليمي جامعي بنسبة 72.2 %، مقابل أقل نسبة عند الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن ابتدائي بنسبة 9.2 %.

وكذلك قد أظهر المسح العنقودي متعدد المؤشرات أن عدد الزيارات السابقة للولادة خلال الحمل الأخير خلال السنتين السابقتين للمسح أن أكثر من تسعة من بين كل عشرة أمهات 93 % قمن أكثر من زيارة واحدة قبل الولادة، وتختلف الزيارة تبعا للمستوى التعليمي للأمهات حيث بين المسح أن الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن المرحلة الابتدائي قمن بالزيارة بنسبة 61 % مقابل 86 % من الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي أعلى¹.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى اقتران تدني مستوى التعليمي للأم بقلة قدرتها على تجنب الآثار السلبية لعملية الحمل والإنجاب في أوضاعها الصحية، وبالتالي تأثير مخلفات المشاكل الصحية السابقة للحمل ما قبل الأخير على الحمل الأخير بسبب عدم متابعة الزيارة، ومن المعلوم أن رفع مستوى تعليم المرأة له تأثير على زيادة مستوى وعيها حول قضايا الصحة الإنجابية، وكذلك على رفع خبراتها ودقة معلوماتها مما يجعلها أكثر تجنباً للأخطار التي من الممكن أن تعترضها أثناء فترة الحمل والولادة.

كما يسهم التعليم بصورة فاعلة على تحسين مهارات خاصة المتعلقة منها بتجنب الولادات غير المرغوب فيها، ويزيد من مرونتها في تبني ممارسات صحية قد تعرض عنها النساء غير المتعلمات.

كما يقترن ارتفاع مستوى تعليم المرأة في رفع مكانتها ووضعيتها الاجتماعية، وفي زيادة هوامش اهتماماتها بشكل يتعارض مع كثرة الإنجاب والولادات المتكررة والمرتفعة، ويسهم كذلك التعليم في تغيير كثير من الممارسات الإنجابية التقليدية التي قد تتضمن مجموعة من المخاطر على صحة الأم والجنين².

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012-2013, op.cit, p 137

² منير كرادشة: مرجع سابق، ص 367.

كما يمكن تفسير النتيجة على اعتبار أن المرأة هي محور العملية الإنجابية وعليها تقع كافة التبعات النفسية والجسدية، بحيث يسهم المستوى التعليمي للمرأة في زيادة امتلاكها لخيارات اجتماعية وثقافية تمكنها من التحكم وبشكل أفضل في جسمها وسلوكها الإنجابي، وبالتالي في الحد من حصول أحمال غير مخطط لها¹.

ويظهر من خلال حسابنا لاختبار كاي تربيع الذي يساوي 59.61 أنه أكبر من كاي تربيع الجدولية 20.09 عند مستوى دلالة 0.01، و 15.51 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 8، مما يبين وجود فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين المستوى التعليمي للأمهات وزيارة الأمهات لمراكز رعاية الأمومة والطفولة أثناء الحمل وبعده. وقد أكد معامل الارتباط بوجود علاقة بينهما إذ قدر بـ 0.479.

¹ المرجع السابق، ص 376.

جدول رقم (59): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ومدى المعانات من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير

المجموع		لا		نعم		المعانات من مشاكل صحية المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	14.1	10	85.9	61	أمية
100	65	12.3	8	87.7	57	ابتدائي
100	26	19.2	5	80.8	21	متوسط
100	20	55.0	11	45.0	9	ثانوي
100	18	77.8	14	22.2	4	جامعي
100	200	24.0	48	76.0	152	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام يظهر بأن الأمهات عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير بنسبة 76.0 %، مقابل 24.0 % من الأمهات لم يعانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير.

وعند ربط هذه المعانات من مشاكل الصحية أثناء حملهن الأخير بالمستوى التعليمي يتبين لنا أن 87.9 % من الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي ابتدائي عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير، في مقابل 22.2 % من الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي جامعي، أما الأمهات اللواتي لم يعانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير فأعلى نسبة لهن عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي بنسبة 77.8 % في مقابل 12.3 % من الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي ابتدائي ولم يعانين من مشاكل صحية أثناء الحمل الأخير.

مما سبق يمكن القول بأن معظم الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي منخفض عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير على عكس اللواتي لهن مستوى تعليمي عال حيث لم يعانين من مشاكل صحية، ويرجع هذا إلى أن المتعلمات حظن كبير في الحصول على

الرعاية الصحية أثناء حملهن الأخير، كما أظهرت النتائج توافقها مع نتائج كثير من الدراسات العالمية والتي تؤكد العلاقة الوثيقة بين الاستخدام الكافي للرعاية في أثناء الحمل والمستوى التعليمي للمرأة حيث تبين أن 56.7 % و 64.3 % من النساء غير المتعلقات حققن أربع زيارات فأكثر وبدأن الرعاية خلال الثلث الأول من الحمل مقارنة مع 76.5 % و 81.6 % علي التوالي بين النساء اللاتي حصلن على تعليم جامعي¹. ويمكن تبرير هذه العلاقة بأن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يجعلها أكثر إدراكا لفوائد الرعاية الصحية خلال الحمل وماذا يمكن أن توفر لها هذه الرعاية من إمكانيات للمحافظة على صحتها وصحة جنينها، مما يجعلها أكثر استعدادا لطلب خدمات صحية ملائمة وجيدة من النساء الأقل تعليما.

كما يمكن إرجاع المشاكل الصحية أن الرعاية الصحية قبل الولادة تبدأ عادة متأخرة لدى النساء ذوات الولادات المتعددة وكذلك عدد الزيارات المتحققة لهؤلاء عادة ما تكون أقل من المعدل المطلوب، والتي من الممكن تحليلها باعتقاد العديد من النساء أن الرعاية الصحية خلال الحمل مهمة أكثر للحمل الأول وأن المرأة بعد ذلك تستطيع أن تعتمد على الخبرات المتراكمة من الولادات السابقة، لهذا تعتقد أنه لا توجد ضرورة ملحة لطلب الرعاية الصحية في كل حمل، فضلا أن انشغال المرأة بمتطلبات الأطفال الآخرين من الممكن أن يشكل عائقا في توفير الوقت والتكلفة اللازمة لطلب الرعاية الصحية في أثناء الحمل الجديد.

وقد أكد معامل الارتباط بوجود علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات والمشاكل الصحية أثناء حملهن الأخير إذ قدر بـ 0.44، وكذلك من خلال حسابنا لاختبار كاي تربيع الذي يساوي 48.10 أنه أكبر من كاي تربيع الجدولية 13.28 عند مستوى دلالة 0.01، و 9.49 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4، مما يبين وجود فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين المستوى التعليمي للأمهات والمشاكل الصحية أثناء الحمل الأخير.

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات

جدول رقم (60): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي و نوع المشاكل الصحية أثناء الحمل الأخير

		تغير في الحالة الفيزيولوجية		وضعية الجنين		النزيف								الصحية التعليمي
%		%		%		%		%		%		%		
100	61	24.6	15	26.2	16	3.3	2	11.5	7	13.1	8	21.3	13	أمية
100	57	24.6	14	10.5	6	14.0	8	24.6	14	15.8	9	10.5	6	ابتدائية
100	21	14.3	3	4.8	1	4.8	1	28.6	6	38.1	8	9.5	2	
100	9	11.1	1	-	-	-	-	11.1	1	11.1	1	66.7	6	
100	4	25.0	1	25.0	1	-	-	-	-	-	-	50.0	2	
100	*152	22.4	34	15.8	24	7.2	11	18.4	28	17.1	26	19.1	29	

يتبين من الجدول رقم (60) أن اتجاهه العام يتجه نحو نوع المشاكل الصحية المتمثلة في التغير في الحالة الفيزيولوجية وفقر الدم بنسبة 22.4 %، ثم تليها مشاكل الرحم والسكري وارتفاع ضغط الدم و وضعية الجنين على التوالي بـ 19.1 %، و 18.4 %، و 17.1 % وأخير النزيف بنسبة 7.2 %.

وعند ربط نوع المشاكل الصحية أثناء حملهن الأخير بالمستوى التعليمي تبين لنا أن 25.0 % من الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي جامعي عانين من التغير في الحالة الفيزيولوجية وفقر الدم، ثم تلتها نسبة متساوية 24.6 % للأمهات الأميات واللواتي لهن مستوى ابتدائي، وآخر نسبة 11.1 % للواتي لهن مستوى تعليمي ثانوي.

أما مشاكل الرحم فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بـ 66.7 %، وآخر نسبة عند اللواتي مستواهن التعليمي متوسط بـ 9.5 %.

في حين اللواتي عانين من السكري فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي متوسط بـ 28.6 %، وآخر نسبة عند اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بـ 11.1 %، أما اللواتي عانين من ارتفاع ضغط الدم فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي متوسط بـ 38.1 %، وآخر نسبة عند اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بـ 11.1 %، وأما

* اللواتي أجنن بأنهن عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن الأخير.

وضعية الجنين فأعلى نسبة عند الأمهات الأميات بـ 26.2 %، وآخر نسبة عند اللواتي مستواهن التعليمي متوسط بـ 4.8 % . وأخير اللواتي عانين من مشاكل النزيف فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي ابتدائي بـ 14.0 %، وآخر نسبة عند الأمهات الأميات بـ 3.3 %.

مما سبق يمكن القول بأن الحامل تتعرض إلى العديد من الأمراض وعلى رأسها فقر الدم وارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل وينعكس تأثيرها في زيادة نسب المراضة والوفيات للأمهات والرضع على حد سواء، تقدر منظمة الصحة العالمية نسبة انتشار فقر الدم بين النساء الحوامل بحوالي 51 %، وان فقر الدم مسؤول بصورة مباشرة وغير مباشرة عن 40% منوفيات الأمهات، وضعف نمو الجنين وزيادة نسبة الولادات المبكرة وقلة الوزن عند الولادة والتي تؤدي إلى ارتفاع نسبة المراضة والوفاة لحديثي الولادة. من هنا تبرز أهمية قياس نسبة الهيموكلوبين خلال المتابعة الدورية للحمل فضلا عن تزويد النساء الحوامل بأقراص الحديد والفوليك أسيد والتأكيد على ضرورة تناولها يوميا وإرشاد النساء حول نوعية الغذاء المتوازن كجزء مهم من خدمات الرعاية خلال الحمل للحد من المضاعفات التي يمكن أن تتجم عن فقر الدم في حالة عدم اكتشافه مبكرا وعلاجه بصورة صحيحة¹.

كما وجدت الأستاذة كواش زهرة في دراسة عن أسباب وفيات الأمهات والأطفال أن النساء الحوامل اللواتي تعرضنا للنزيف الدموي فإنهن كلهن لم يتابعن حملهن وقد وصلت نسبتهن إلى 2 % من المجموع الكلي للنساء الحوامل، وأن اللواتي دخلن إلى المستشفى بسبب المشاكل الخاصة بالجنين فإنهن مثلن نسبة 22 %، وتراوح عدد مرات المتابعة مرة ومرتين وخمس مرات على الأقل. كما لاحظت أن نصف الحوامل لم يتابعن حملهن أي 50% من اللواتي يعانون من الضغط الدموي و 25 % من اللواتي يعانون من مرض السكري وتساوت النسبة تقريبا بين كل من النساء الحوامل اللواتي يعانون من فقر الدم والنزيف ومشاكل خاصة بالجنين والتي وصلت نسبتهن على 8 %².

ومنه يمكن القول بأن التغاضي عن هذه المشاكل الصحية وعدم الاهتمام بالرعاية الصحية اللازمة في ظروف تواجد هذه المشاكل الصحية فإنه يؤدي بالأمهات بالولادة

¹ وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، ص 46.

² زهرة كواش: مرجع سابق، ص 317.

بالعملية القيصرية، وللتأكد من درجة العلاقة بين المتغيرين المستوى التعليمي ونوع المشاكل الصحية التي تعاني منها الأمهات أثناء حملهن الأخير وجدنا معامل التوافق يساوي 0.473، مما يدل على وجود علاقة بينهما.

جدول رقم (61): يبين توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة وعلاقته بنوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	مكان الإقامة
62	100	11	17.7	43	69.4	8	12.9	وسط المدينة
138	100	26	18.8	103	74.7	9	6.5	ضواحي المدينة
200	100	37	18.5	146	73.0	17	8.5	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 73 %، مقابل 18.5 % اللاتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، وفي الأخير الأمهات اللاتي أنجبن طبيعياً بنسبة 8.5 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في مكان إقامة المبحوثات نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي يقطن في ضواحي المدينة وولد بالعملية القيصرية بنسبة 74.7 %، أما أقل نسبة في هذه الفئة نسجلها عند الأمهات اللواتي ولد طبيعياً بنسبة 6.5 %، أما الأمهات اللواتي يقطن في وسط المدينة فنسجل أعلى نسبة لهن عند الأمهات اللواتي ولدن قيصرياً بنسبة 69.4 %، في حين أن أقل نسبة في هذه الفئة فنسجلها عند الأمهات اللواتي طبيعياً بنسبة 12.9 %.

من خلال عرضنا للنتائج أعلاه يمكننا القول أن معظم الأمهات ولدن بالعملية القيصرية سواء اللواتي يقطن في وسط المدينة أو اللواتي يقطن في ضواحي المدينة، إلا أن أعلى نسبة كانت عند اللواتي يقطن في ضواحي المدينة وهذا يدل على أنهن لا يستفدن من

الخدمات الصحية أو أنها صعبة المنال وهذا ما توصل إليه محمد مبتول في بحثه عند استجوابه للأمهات " يجب إيجاد وسائل النقل والوصول إلى هناك، هناك الانتظار أيضا، بالنسبة لي الحمد لله عندي أخواتي... إن لم يكن لديك معرفة على الأقل واحد من سكان منطقتك من أجل أن يدخلك.."¹، من خلال هذا يمكن أن نقول بأن هناك معانات حقيقية للنساء الحوامل مما يعرضهن للمخاطر والمشاكل الصحية والمضاعفات مما يعيق المسار الطبيعي للحمل. وربما نجد الأم واعية بهذه المخاطر إلا أن ظروفها الخاصة ونقص الدعم من كلا الواسطين الصحي أو العائلي للكشف وعلاج المرض يؤدي بها في نهاية المطاف إلى الولادة بالعملية القيصرية.

ومن جانب آخر يفسر قلة العناية بالحمل لدى بعض المبحوثات لخبرتهن وبالدرابة بالأعراض التي تصيب الحامل من خلال تجاربهن السابقة، واستعمالها للوصفات التقليدية، أو أن دخل العائلة لا يسمح لها بإجراء الفحوصات والتحليل اللازمة، لأن هذه الأمور تعرقل السير الحسن للحمل، إضافة إلى سوء التغذية والجهد المبذول في البيت وعدم تناول الفيتامينات اللازمة والأساسية لحفظ صحتها وصحة الجنين مما يدفعها بالإنجاب بالعملية القيصرية.

وهذا ما دفع بالكثير من المبحوثات أن تكون ولادتهن السابقة بالعملية القيصرية فعند سؤالنا لإحدى المبحوثات التي تقطن في ضواحي المدينة عن سبب المتابعة الطبية ولماذا كانت الولادة السابقة بالعملية، أجابت قائلة " هو رانا لاهين ول، لعدھا الولاد ينسوه في روجو".

ويشير المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر أن الولادة بالقيصرية تمت في الحضر بنسبة 17.8 % في حين الولادة القيصرية في الريف تقدر بـ 3.2 %²، كما يشير المسح العنقودي للمصر أن 6 من كل 10 ولادات تمت في الحضر كانت قيصرية

¹ Mohamed Mebtoul et Autre: **les logiques socio sanitaires des familles de Ain Salah**, Laboratoire de recherche en anthropologie de la santé Oran, Alger, décembre, 2010, p 53.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013, op.cit, P 143.

بالمقارنة بـ 48 % بين الولادات في الريف، وفيما يخص الاختلافات حسب محل الإقامة، كان حضر الوجه البحري يحتل المرتبة الأولى بالنسبة للولادات القيسرية 71 % يليه المحافظات الحضرية 62 %¹.

نستخلص أن مكان الإقامة لا يمارس تأثير بشكل كبير ومباشر على خصائص نوع الولادة بقدر ما تمارسه العوامل المستقلة الأخرى مثل المستوى التعليمي والحالة الفردية للمبحوثات.

¹ وزارة الصحة والسكان، الزناتي ومشاركوه: المسح السكاني 2014، مؤسسة IFC الدولية، القاهرة، 2015، ص 119.

جدول رقم (62): يبين توزيع المبحوثات حسب الدخل ونوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	48	20.8	10	72.9	35	6.3	3	بدون أجر
100	68	11.8	8	85.3	58	2.9	2	أقل من 15000
100	40	17.5	7	70.0	28	12.5	5	30000 - 15000
100	25	36.0	9	56.0	14	8.0	2	45000 - 30000
100	19	15.8	3	57.9	11	26.3	5	أكثر من 45000
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال عرض الجدول أعلاه يتبين أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي ولدن بالعملية القيسرية بنسبة 73 %، مقابل 18.5 % اللاتي أنجبن طبيعياً وقيصرياً، وفي الأخير الأمهات اللاتي أنجبن طبيعياً بنسبة 8.5 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في الدخل الشهري وجدنا أعلى نسبة عند الأمهات الأقل من 15000 دج واللواتي ولدن بالعملية القيسرية بنسبة 85.3 %، ثم تليها بدون أجر وولدن بالعملية القيسرية بنسبة 72.9 %، أما أقل نسبة لهن عند الأمهات اللواتي دخلهن 30000-45000 دج وولدن بالعملية القيسرية بـ 56.0 %، أما أقل نسبة فهي 2.9 % للواتي ولدن طبيعياً ودخلهن الشهري أقل من 15000.

يمكن القول بأن الدخل يلعب دور مهماً في صنع القرار وخاصة الرعاية الصحية حيث أن الأمهات اللواتي لهن دخل أو لأسرتها يجعلهن يقمن بالتحليل والكشوف المختلفة ويسمح لهن بالاعتناء بأنفسهن، كما يكن صاحبات القرار داخل الأسرة، في حين نشهد العكس أن الأمهات اللواتي ليس لهن دخل يستسلمن لظروفهن المعيشية الصعبة التي

يعشنها، ولا يقمن بالرعاية الصحية اللازمة مما يؤدي بهن إلى العملية القيسرية، وإن كان المسح المتعدد المؤشرات أثبت أن نسبة الولادة القيسرية للواتي مستواهن المعيشي فقيرات جدا تقدر بـ13.2%، وأما المستوى المعيشي للأمهات غني جدا فتقدر بـ21.1%، أما عن مكان الولادة فقد سجل القطاع العام للولادة القيسرية بـ13.0%، وفي القطاع الخاص 51.8%¹.

وما تم تسجيله خلال بحثنا أن هناك بعض الأطباء يتفق مع بعض الأمهات في عيادته الخاصة على مبلغ معين (80000 دج) ويجري العملية في مستشفى الأم والطفل (حسب ما صرح به بعض الأمهات)، وهذه ظاهرة منتشرة خاصة لدى المتعلمات حيث يخفن على صحتهن فيرضخن لما يمليه عليهن طبيبهن، أما عندما تم فتح عيادة المروج بولاية الجلفة منذ عام ونصف تبدلت الطريقة وصار الطبيب الخاص يرسلهن إلى عيادة المروج وخاصة الأمهات اللواتي مستواهن معيشي غني أو غني جدا وكذلك الأمهات اللواتي مستواهن جامعي وتجرى العملية بمبلغ (100000 دج) ماعدا تكليف الإقامة والمبيت، وتلجأ الأمهات إلى القطاع الخاص لتلقي الرعاية الصحية المناسبة وفي اعتقادهن أنهن خير من القطاع العام الذي يتسم بالاحتفاظ وسوء المعاملة.

ويشير المسح المتعدد الذي أجري في مصر أنه كلما كان مستوى المعيشي للأمهات مرتفع قليلا بين السيدات اللاتي يعملن مقابل عائد نقدي عنه بين السيدات الأخريات. ويتضح أن ثلثي المواليد بين السيدات في المستوى الأعلى لمؤشر الثروة تمت ولادتهم عن طريق الولادة القيسرية بالمقارنة بـ38% من الولادات بين السيدات في المستوى الأدنى لمؤشر الثروة².

ومنه يمكن القول بأن الدخل أو المستوى المعيشي حافز على الولادة بالعملية القيسرية كلما كان المستوى أعلى لمؤشر الثروة كلما لجأ الأمهات للولادة بالعملية القيسرية.

¹Ibid, P 143.

² وزارة الصحة والسكان، الزناتي ومشاركوه: مرجع سابق، نفس الصفحة.

جدول رقم (63): يبين توزيع المبحوثات حسب الوضعية المهنية ونوع الولادة السابقة

المجموع		طبيعية وقيصرية		قيصرية		طبيعية		نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الوضعية المهنية
100	32	37.5	12	43.8	14	18.8	6	تعمل
100	168	14.9	25	78.6	132	6.5	11	لا تعمل
100	200	18.5	37	73.0	146	8.5	17	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يمكن القول بأن الاتجاه العام له يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 73.0 %، ثم اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً بـ 18.5 %، وأخيراً اللواتي ولدن طبيعياً بـ 8.5 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في الوضعية المهنية للزوجة سجلت أعلى نسبة لها عند الأمهات اللواتي لا يعملن واللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 78.6 %، في مقابل 43.8 % من الأمهات اللواتي يعملن وولدن بالعملية القيصرية، أما الأمهات اللواتي يعملن وولدن طبيعياً وقيصرياً فقدرت بـ 37.5 % مقابل 14.9 % من الأمهات اللواتي لا يعملن وولدن طبيعياً وقيصرياً، في حين أن الأمهات اللواتي ولدن طبيعياً ويعملن فنسبتهم 18.8 % مقابل 6.5 % من الأمهات اللواتي لا يعملن وولدن طبيعياً.

من خلال العرض السابق يمكن القول بأن الأمهات اللواتي لا يعملن لا يستطعن متابعة حملهن بسبب تكاليف التحليل والكشوف الطبية، والنفقات المتعلقة بالرعاية الصحية لاسيما خلال الزيارات المنتظمة أثناء تلك الفترة، يتم تحصينها من التيتانوس، تتناول مستحضرات الحديد للتخفيف من فقر الدم، وفيتامينات أو كالسيوم في وقت الحاجة، والأم التي تلقن نصائح عن نمط الغذاء، والتوعية اتجاه الممارسات الصحية أثناء الحمل، فإنها

تسعى من دون شك إلى تأمين صحتها وصحة جنينها، وإلى تجنب حالات اعتلال ووفيات الأمهات والرضع، وبالتالي تحسين ظروف صحة الأمهات وتفادي الخطر¹.

ولا يتوفر هذا إلا بوجود عائد نقدي يسمح للأمهات بمتابعة حملهن والقيام بالزيارات الطبية والكشوف والتحليل المختلفة، كما أن الغير العاملة تشهد تراكم مجموعة من النشاطات كالرعاية لبقية أفرادها والطهي والتنظيف وتربية الأطفال مما يجعل هذه الالتزامات تحد من قيامها بالرعاية الصحية المنظمة والمطلوبة ويجعلها عرضة للأخطار وخاصة في الأشهر الأخير للحمل مما يدفع بها بالولادة بالعملية القيصرية.

وقد أكد معامل الارتباط بوجود علاقة بين الوضعية المهنية للأمهات نوع الولادة السابقة إذ قدر بـ0.277، وكذلك من خلال حسابنا لاختبار كاي تربيع الذي يساوي 16.61 أنه أكبر من كاي تربيع الجدولية 9.21 عند مستوى دلالة 0.01، و5.99 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 2، مما يبين وجود فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين المتغيرين.

¹ أسيا شريف: واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مرجع سابق، ص 46.

تحليل الفرضية الثالثة:

إن الحمل حالة بيولوجية طبيعية تحتاج إلى الرعاية الصحية من أجل ولادة آمنة، ويتحقق هذا بالدرجة الأولى بحصول المرأة على التعليم لأنه مفتاح لتحسين مكانتها اقتصاديا واجتماعيا وهو حق إنساني وعامل هام في التنمية البشرية، ويؤثر التعليم بطريقة قوية في تمكين النساء من السيطرة على حياتهن وصحتهن وخصوبتهن ويصبح أكثر استجابة لممارسة السلطة وذلك من خلال اتخاذ القرار في اللجوء إلى الخدمات الصحية عندما تحتاجها.

ومن أجل هذا وجدنا من تحليلنا للفرضية الثالثة لبحثنا أن نسبة الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية 84.5 % أميات مقابل 55.6 % ذوات المستوى التعليمي الجامعي، أي أن للمستوى التعليمي تأثير على نوع الولادة وخاصة إذا كانت الولادة السابقة قيصرية فإن الولادة اللاحقة تكون معظمها ولادة قيصرية إذ 60.6 % من المنجبات بالعملية القيصرية مرتين بدون مستوى تعليمي، وفيما يخص الأمهات اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية ثلاث مرات، فإنهن يتركزن بنسبة 30.8 % عند المستوى المتوسط.

بالإضافة أننا وجدنا أن الأمهات اللواتي لا يقبلن على الرعاية الصحية بنسبة 61.0 %، بالإضافة أننا وجدنا أن الأمهات اللواتي لا يقبلن على الرعاية الصحية بنسبة 61.0 %، وتتعلق بالأمهات اللواتي بدون مستوى (أميات) بنسبة 78.9 %، أما أقل نسبة فكانت عند الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ولم يقمن بالرعاية الصحية بنسبة 16.7 %، ويعطي هذا تفسير واضحاً على سبب الولادة بالعملية القيصرية حيث عدم الإقبال على الرعاية الصحية للحمل الأخير يؤثر على نتائج الحمل وخاصة إذا كانت الأم تعاني من مشاكل صحية.

وأن نسبة 100 % كان إنجابهن بالعملية القيصرية بقرار طبي للأمهات اللواتي مستواهن أقل من المستوى الثانوي، وأما الأمهات اللواتي كان إنجابهن بالعملية القيصرية وبقرار شخصي فأعلى نسبة عند اللواتي مستواهن جامعي بنسبة 26.3 %، مما يدل كذلك على أن هناك ولادات طارئة نتيجة عدم تتبع الحمل، كما يمكن القول بأن هناك ولادات اختيارية وتكون كلما كان المستوى التعليمي عال بحيث يسمح للأم باختيار نوع الولادة بعد مناقشتها للأخطار التي تترتب على كل نوع (وعى).

أما عن مكان إقامة المبحوثات اللواتي ولدن بالعملية القيسرية وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي يقطن في ضواحي المدينة وولد بالعملية القيسرية بنسبة 74.7 %، كما كانت أعلى نسبة لتأثير الدخل الشهري على نوع الولادة عند الأمهات الأقل من 15000 دج واللواتي ولدن بالعملية القيسرية بنسبة 85.3 %، مما يفسر كذلك على أن الدخل يلعب دور مهم في عملية الرعاية الصحية والمراقبة الطبية والقيام بالتحليل المختلفة حيث يسمح للأمهات من تجنب المشاكل الصحية بعد قيامها بالزيارات الطبية المختلفة سواء في القطاع العام أو الخاص، وعندما لا تقوم بذلك فإن هذا يزيد من تفاقم تلك المشاكل مما يعرضها للعملية القيسرية بسبب عدم وجود العائد النقدي الذي يسمح لها بالاعتناء بنفسها. كما وجدنا أن الأمهات اللواتي لا يعملن واللواتي ولدن بالعملية القيسرية بنسبة 78.6 %، في مقابل 43.8 % من الأمهات اللواتي يعملن وولدن بالعملية القيسرية.

من خلال العرض السابق يمكن القول بأن المستوى التعليمي والمستوى المعيشي للمرأة الحامل له علاقة بالعملية القيسرية.

الفصل الرابع

عرض وتحليل معطيات
جداول الفرضية الرابع

في هذا الفصل الذي يتضمن تحليل جداول الفرضية الرابعة للبحث والتي مفادها: "خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية"، والتي نحاول من خلالها إبراز أهم الآثار التي تسببها العملية القيصرية على صحة الأم.

جدول رقم (64): يبين توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وعلاقتها بمدى تأثير العملية القيصرية على صحة الأم.

المجموع		لا		نعم		مدى تأثير القيصرية المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	21.1	15	78.9	56	أمية
100	65	30.8	20	70.3	45	ابتدائي
100	26	38.5	10	61.5	16	متوسط
100	20	60.0	12	40.0	8	ثانوي
100	18	66.7	12	33.3	6	جامعي
100	200	34.2	68	65.8	131	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين المستوى التعليمي للمبحوثات وعلاقته بمدى تأثير العملية القيصرية على صحتهن نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول تمثله النسبة 65.8% الخاصة بالأمهات اللاتي أجبن بنعم أن بالعملية القيصرية أثرت على صحتهن، مقابل 34.2% من الأمهات اللواتي لم تأثر العملية القيصرية على صحتهن.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي، وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستواهن وأجبن بنعم أثرت العملية القيصرية على صحتهن بنسبة 78.9%، وأقل نسبة عند الأمهات اللواتي مستواهن جامعي وأثرت العملية القيصرية على صحتهن بنسبة 33.3%، أما الأمهات اللاتي لم تؤثر العملية القيصرية على صحتهن

فأعلى نسبة 66.7 % عند الأمهات الجامعيات، وأقل نسبة عند الأمهات اللائي لم تؤثر العملية القيصرية على صحتهن فهن بدون مستوى (أميات) بنسبة 21.1%. من خلال القراءة الإحصائية نجد أن المستوى التعليمي له علاقة بتأثير العملية القيصرية على صحة الأمهات بحيث كل ما كان مستوى الأمهات مرتفع كلما قل تأثير العملية القيصرية على صحتهن والعكس صحيح، فالمرأة المتعلمة تستجيب للنصائح المقدمة من طرف الطبيب أو الممرضين كما أنها حريصة أكثر على صحتها، وبالتالي فهي تسعى إلى تطبيق تلك الإرشادات والنصائح الخاصة بالعلاج أو بالوقاية وتستوعبها أكثر، كما تعنى أكثر بوضعها الصحي، أما الأمهات الأقل تعليماً ربما ليس لهن الوعي والإدراك الكافيين من أجل متابعة صحتها بعد الولادة، لأن تعليمهن البسيط أو جهلهن لا يمنحانهن القدرة على تقرير ما هو الأنسب لهن، وقد بين المسح متعدد المؤشرات أن الأمهات اللواتي مستواهن جامعي قمن بزيارات بعد الولادة ومشورة بنسبة 87.4 % في مقابل 82.4 % من الأمهات بدون مستوى¹.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فقد قدر كاي تربيع المحسوبة بـ 20.2 وهي أعلى من كاي تربيع الجدولية المقدر بـ 13.28 عند مستوى دلالة 0.01 و 9.49 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4، وبالتالي نقول أن هناك فروق جوهرية وعلاقة فعلية بين المتغيرين. وعند إدخالنا معامل الارتباط وجد يقدر بـ 0.303 مما يعني وجود ارتباط ضعيف بين المستوى التعليمي للأمهات ومدى تأثير العملية القيصرية على صحتهن.

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013**, op.cit, p 150.

جدول رقم (65): يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها الولادة بالعملية القيصرية

المجموع	الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير		مشاكل الأخرى		إصابة الجنين بمشاكل تنفسية		مضاعفات التخدير		النزيف		الإصابة بالالتهابات والعدوى		آثار الولادة القيصرية نوع الولادة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	71	11.8	2	35.3	6	5.9	1	-	-	35.3	6	11.8	2	طبيعية
100	65	41.8	61	30.8	45	4.1	6	3.4	5	7.5	11	12.3	18	قيصرية
100	26	21.6	8	16.2	6	13.5	5	10.8	4	12.2	6	21.6	8	طبيعية وقيصرية
100	200	35.5	71	28.5	57	6.0	12	4.5	9	11.5	23	14.0	28	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين العلاقة بين نوع الولادة السابقة وعلاقتها بآثار الولادة القيصرية على الأمهات نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير بـ 35.5 %، وأقل نسبة الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير بنسبة 4.5 %.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في نوع الولادة السابقة، نلاحظ وجود اختلاف محسوس في الاتجاه العام للجدول. حيث أن 41.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير وولدن قيصرًا، وأقل نسبة 11.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير وولدن طبيعيًا وقيصرًا.

أما الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير وولدن طبيعيًا وقيصرًا تمثل أعلى نسبة بـ 10.8 %، وأقل نسبة 3.4 % عند الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير وولدن بالعملية القيصرية.

ومن خلال التحليل الإحصائي للجدول يظهر لنا أن نوع الولادة السابقة لها آثار على صحة الأم وخاصة في الأسابيع الأولى من عملية الولادة وقد تستمر وتبقى هذه الآثار حتى الولادة اللاحقة مما تتعكس سلبًا عليها، حيث لاحظنا أن أكثر الولادات السابقة والتي كانت بالعملية القيصرية انتهت بنفس النتيجة ربما بسبب هذه الآثار.

وبالتالي يمكن القول أن نوع الولادة السابقة وخاصة التي انتهت بالعملية القيصرية تترك آثار على صحة الأم فلهذا نجد التأكيد على زيارة الطبيب أو المراكز والمرافق الصحية بعد الولادة من طرف المنظمات والهيئات التي تعنى بصحة الأم والطفل، سواء في الأيام الأولى أو الأسابيع الأولى بعد الولادة للتجنب هذه المشاكل الصحية.

وللتأكد ما قلناه قمنا بحساب اختبار استقلالية لظواهر فوجدنا كاي تربيع المحسوبة عند درجة الحرية 10 يساوي 30.57 وهي أكبر من تربيع الجدولية 23.21 عند دلالة 0.01 و18.31 عند دلالة 0.05، مما نستنتج أن هناك فروق جوهرية، ونرفض فرض العدم أو الاستقلال ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين نوع الولادة ومدى تأثير على صحة الأم وهذا ما يؤكد معامل التوقف الذي يساوي 0.364 الذي يؤكد على وجود ارتباط بين المتغيرين.

جدول رقم (66): يبين توزيع المبحوثات حسب عدد العملية القيصرية وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها

المجموع	الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير		مشاكل الأخرى		إصابة الجنين بمشاكل تنفسية		مضاعفات التخدير		النزيف		الإصابة بالالتهابات والعدوى		آثار الولادة القيصرية عدد العملية القيصرية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	34	20.6	7	26.5	9	11.8	4	2.9	1	14.7	5	23.5	8	مرة واحدة
100	94	46.8	44	34.0	32	3.2	3	2.1	2	4.3	4	9.6	9	مرتان
100	42	28.6	12	26.2	11	4.8	2	4.8	2	19.0	8	16.7	7	ثلاث مرات
100	30	26.7	8	16.7	5	10.0	3	13.3	4	20.0	6	13.3	4	أكثر من 3 مرات
100	200	35.5	71	28.5	57	6.0	12	4.5	9	11.5	23	14.0	28	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين العلاقة بين عدد العملية القيصرية وعلاقتها بانعكاساتها على صحة الأمهات نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير بـ 35.5 %، وأقل نسبة الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير بنسبة 4.5 %.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عدد الولادات القيصرية، نلاحظ وجود اختلاف محسوس في الاتجاه العام للجدول. حيث أن 46.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير ولدن مرتين قيصرياً، وأقل نسبة 20.6 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير ولدن مرة واحدة قيصرياً. أما الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير وولدن أكثر من 3 مرات قيصرياً تمثل أعلى نسبة بـ 13.3 %، وأقل نسبة 2.1 % و 2.9 % على التوالي عند الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير وولدن مرتين ومرة واحدة بالعملية القيصرية.

ومن خلال التحليل الإحصائي للجدول يظهر لنا أن عدد الولادات القيصرية لها آثار على صحة الأم وتختلف هذه الآثار من امرأة إلى أخرى إلا أن الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير تكون مؤثرة بعد المرة الثانية من العملية القيصرية على صحة الأم، كما

أنهن عرضة لخطر مضاعفات أثناء الحمل لذا تؤثر على صحتهن عند الإنجاب بالعملية القيصرية ويبقى هذا التأثير مستمرا إلى ما بعد الولادة خاصة في ظل غياب الرعاية الصحية بعد الولادة، ولتقليل من هذه المخاطر يجب أن تكون هناك رعاية مبكرة ومنتظمة قبل الولادة، مع تناول الفيتامينات مع حمض الفوليك الموصوف من قبل طبيب الرعاية الصحية الخاص، وتناول الأطعمة الصحية.

ولمعرفة العلاقة بين المتغيرين وجد كاي تربيع المحسوب بـ32.25، في حين أن كاي الجدولي بلغ عند 25 مستوى 0,05 و30.58 عند مستوى 0,01. إذن كاي المحسوب أكبر من نظيره الجدولي، مما يبين أن هناك فرق جوهري بين عدد الولادات بالعملية القيصرية وآثارها على صحة الأم، فالارتباط ضعيف بين هذين المتغيرين. أما عن معامل التوافق للارتباط فلقد قدر بـ 0,373 مما يثبت هذا الارتباط. يمكن الاستنتاج بأن متغير عدد الولادة القيصرية يعد متغيرا أساسيا حيث يؤثر في صحة الأم.

جدول رقم (67): يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقتها بتكرار الإنجاب بالعملية القيصرية على صحة الأم

المجموع		لا		نعم		مدى تأثير تكرار الإنجاب بالقيصرية على صحة الأم	نوع الولادة السابقة
%	ك	%	ك	%	ك		
100	71	29.4	5	70.6	12	طبيعية	
100	65	8.2	12	91.8	134	قيصرية	
100	26	29.7	11	70.3	26	طبيعية وقيصرية	
100	200	6.0	12	91.0	182	المجموع	

من خلال قراءتنا للجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي أجبنا بأن تكرار العملية القيصرية تؤثر على صحة الأم بنسبة 91.0 %، في مقابل نسبة 6.0 % من الأمهات اللواتي أجبنا أن تكرار العملية القيصرية لا تؤثر على صحة الأم. وعند ربط المتغير المستقل وهو نوع الولادة السابقة وجدنا أن:

* 91.8 % من الأمهات اللواتي أجبنا بأن تكرار العملية القيصرية تؤثر على صحة الأم واللواتي ولدن بالعملية القيصرية، في حين أن أقل نسبة 70.3 % من الأمهات اللواتي أجبنا بنفس الإجابة وولدن طبيعياً وقيصرياً.

* وأن 29.7 % من الأمهات اللواتي أجبنا بأن تكرار العملية القيصرية لا تؤثر على صحة الأم واللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، كما أن أقل نسبة 8.2 % من الأمهات اللواتي أجبنا بنفس الإجابة وولدن قيصرياً.

من خلال التحليل الإحصائي لهذا الجدول نستخلص أنه كلما ولدت الأم بالعملية القيصرية وتكرر إنجابها بالعملية كلما أثر ذلك على صحتها لأن الأمهات اللواتي تكرر إنجابهن بالعملية ظهرت عليها تعقيدات أثناء الوضع، مما أثر على صحتهن الجسمية والنفسية فعند استجوابهن قالت إحداهن " نفضل الموت ولا يديرو فيا هاك، وكي نحس براني حملت نموت أكثر" وهذه العبارة تتم على الخوف الذي يصاحب الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية كما صرحت إحداهن كذلك قائلة " لعذاب نتاع هذيك الأيامات (النفاس

والولادة بالقيصرية) ما يتساوش راني لظرك مبعوجة" وبدل هذا كذلك على الندب التي تتركها العملية القيصرية على جسم الأم، وهذا ما سيبينه الجدول اللاحق.

ومن خلال تحليل الجداول السابقة لاحظنا أن هناك أمهات عانين من مشاكل صحية سواء كانت هذه المشاكل مصاحبة للحمل أو مزمنة مما يدل على أن تكرار الولادة بالعملية القيصرية يزيد من الطين بلة، أي أنه يضاعف ويؤثر سلبا على صحتهم، كما أن عدم استمرار المراقبة والرعاية الصحية يعقد الأمور ويجعلهن في وضعية حرجة وهن غير مدركات لذلك.

وبالاستعانة باختبار كاي تربيع فوجدنا المحسوبة 15.01 وهي أكبر من كاي التربيع الجدولية المساوية 5.99 عند مستوى دلالة 0.05 و 9.21 عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 2، ومنه نستنتج أن هناك فروق جوهرية ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال، ونقول أن هناك علاقة بين المتغيرين: نوع الولادة السابقة وتكرار العملية القيصرية يؤثر على العملية القيصرية، وعند حساب معامل التوافق فوجدناه 0.264 وهي علاقة طردية ضعيفة بين نوع الولادة السابقة وتكرار العملية القيصرية يؤثر على العملية القيصرية.

جدول رقم (68): يبين توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة السابقة وعلاقته بمدى الخوف من الإنجاب بالعملية القيصرية.

المجموع		لا		نعم		مدى الخوف من العملية نوع الولادة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	17	29.4	5	70.6	12	طبيعية
100	146	32.2	47	67.8	99	قيصرية
100	37	45.9	17	54.1	20	طبيعية وقيصرية
100	200	34.5	69	65.5	131	المجموع

من خلال ملاحظتنا للجدول أعلاه يتضح لنا أن اتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرن يخفن من الإنجاب في المستقبل أنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 65.5 % في مقابل 34.5 % من الأمهات اللواتي لم يخفن من الإنجاب بالعملية القيصرية في المستقبل. وعند إدخال المتغير المستقبل المتمثل في نوع الولادة السابقة وجدنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي يخفن من الإنجاب بالعملية وكانت ولادتهن السابقة طبيعياً بنسبة 70.6 % في مقابل 67.8 % من الأمهات اللواتي كانت ولادتهن قيصرية وصرن يخفن من العملية، و54.1 % من الأمهات اللواتي كانت ولدن طبيعياً ويخفن من العملية القيصرية. أما الأمهات اللواتي لم يخفن من الإنجاب فأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي لم يخفن من الإنجاب وكانت ولادتهن طبيعياً وقيصرياً بنسبة 45.9 %، في مقابل الأمهات اللواتي لم يخفن من الإنجاب وكانت ولادتهن وقيصرياً بنسبة 32.2 %، و29.4 % من الأمهات اللواتي لم يخفن من الإنجاب وكانت ولادتهن طبيعياً.

مما سبق يمكن القول بأن الأمهات اللواتي كانت ولادتهن السابقة طبيعياً ثم بعد ذلك أنجبن بالعملية القيصرية هن أشد خوفاً من الأمهات اللواتي ولدن بالعملية القيصرية السابقة أو اللواتي ولدن طبيعياً وقيصرياً، وهذا أمر طبيعي لأن مرور الأم بالتجربة الأولى يكون لها وقع على النفس وعلى حالتها الصحية.

وعند حساب معامل التوافق الذي يساوي 0.115 مما يبين وجود علاقة ضعيفة جدا بين المتغيرين.

جدول رقم (69) توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة وعلاقته بسبب الخوف من الإنجاب مرة أخرى

المجموع	هواجس ارتفاع ضغط الدم		صعوبة العملية بالتخدير		خطورة الإنجاب		التعب والإرهاق الشديد		سبب الخوف	نوع الولادة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	12	8.3	1	33.3	4	41.7	5	16.7	2	طبيعية
100	99	19.2	19	25.3	25	37.4	37	18.2	18	قيصرية
100	20	20.0	4	15.0	3	35.0	7	30.0	6	طبيعية وقيصرية
100	131 *	18.3	24	24.4	32	37.4	49	19.8	26	المجموع

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي أجبن أن سبب خوفهن من الإنجاب مرة أخرى هو بسبب خطورة الإنجاب بالعملية القيصرية بـ 37.4 %، في مقابل 24.4 % رأين أن السبب هو صعوبة العملية بالتخدير، و 19.8 % رأين السبب هو التعب والإرهاق الشديد، وأخير 18.3 % رأين أن السبب هو هواجس ارتفاع ضغط الدم بالعملية القيصرية.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في نوع الولادة السابقة سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي رأين أن سبب عدم الإنجاب مرة بسبب خطورة الإنجاب بالعملية وكانت ولاتهن السابقة طبيعية بنسبة 41.7 %، في مقابل نفس الإجابة وكانت ولاتهن قيصرية بنسبة 37.4 %، وب نفس الإجابة واللواتي كانت ولاتهن طبيعية وقيصرية بنسبة 35.0 %.

* لأمهات اللواتي أجبن بنعم مدى خوفهن من الإنجاب مرة أخرى.

أما الأمهات اللواتي رأين أن عدم الإنجاب مرة أخرى والسبب في ذلك صعوبة العملية القيصرية بالتخدير كانت الأمهات اللواتي ولدن قيصرًا بنسبة 33.3 %، في مقابل نفس الإجابة وكانت ولاتهن قيصرية بنسبة 25.3 %، وكذلك نفس الإجابة واللواتي كانت ولاتهن طبيعية وقيصرية بنسبة 15.0 %.

أما الأمهات اللواتي أجبين أن السبب هو التعب والإرهاق الشديد وكانت ولادتهن طبيعية وقيصرية بنسبة 30.0 %، في مقابل نفس الإجابة عند الأمهات اللواتي كانت قيصرية بنسبة 18.2 % والأمهات اللواتي أجبين بنفس الإجابة وكانت ولاتهن طبيعية بنسبة 16.7 %.

وآخر نسبة الأمهات اللواتي كانت إجابتهن هواجس ارتفاع ضغط الدم واللواتي ولدن طبيعيًا وقيصرًا بنسبة 20.0 %، في مقابل نفس الإجابة واللواتي ولدن قيصرًا 19.2 %، وأخير اللواتي كذلك أجبين بنفس الإجابة وكانت ولاتهن طبيعية بنسبة 8.3 %.

مما سبق يمكن القول أن الأمهات اللواتي كانت ولاتهن السابقة طبيعية ثم أجبين بالعملية القيصرية هن أشد خوفًا من الإنجاب مرة أخرى وذلك بسبب مرورهن بتجربة صعبة أثناء ولادتهن الأولى بالعملية القيصرية كأنها مغامرة خضنها مثلما قالت إحدى المبحوثات، كما يرين أن هناك صعوبة وتعقيدات أثناء الولادة بالعملية القيصرية مثل طول الانتظار ورؤية أدوات الجراح التي لم تعتد عليها من قبل إضافة إلى الندبة التي تتركها العملية على جسدها سواء بالطول أو العرض، مع الحكايات التي تتسج من وحي الخيال والتي يتداولها الأمهات فيما بينهن مما تؤثر سلبيًا عليهن، وهذا ما لمسناه عندما حكيت إحدى المبحوثات عن تجربتها بالعملية القيصرية.

وعند حساب معامل التوافق الذي يساوي 0.154 مما يدل على وجود ارتباط ضعيف

جدا بين المتغيرين.

جدول رقم (70): يبين توزيع المبحوثات حسب السن وعلاقتها بمدى تأثير العملية القيصرية على صحة الأم.

المجموع		لا		نعم		مدى تأثير العملية السن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	62.5	5	37.5	3	24-20
100	39	46.2	18	53.8	21	29-25
100	96	32.3	31	67.7	65	34-30
100	57	26.3	15	73.7	42	39-35
100	200	34.5	69	65.5	131	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين سن للمبحوثات وعلاقته بمدى تأثير العملية القيصرية على صحتهن نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول تمثله النسبة 65.8 % الخاصة بالأمهات اللاتي أجبن بنعم أن بالعملية القيصرية أثرت على صحتهن، مقابل 34.2 % من الأمهات اللواتي أجبن أن العملية القيصرية لم تؤثر على صحتهن.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن، وجدنا أن أعلى نسبة عند الفئة العمرية 39-35 للأمهات اللواتي أجبن بنعم أثرت العملية القيصرية على صحتهن بنسبة 73.7 %، وأقل نسبة عند الفئة العمرية 24-20 للأمهات اللواتي أجبن بنفس الإجابة بنسبة 37.5 %، أما الأمهات اللاتي لم تؤثر العملية القيصرية على صحتهن فأعلى نسبة 62.5 % عند الفئة العمرية 24-20، وأقل نسبة عند الأمهات اللاتي لم تؤثر العملية القيصرية على صحتهن عند الفئة العمرية 39-35 بنسبة 26.3 %.

من خلال القراءة الإحصائية نجد أن التقدم في السن له علاقة بتأثير العملية القيصرية على صحة الأمهات بحيث كل ما تقدمت الأمهات في السن كلما أثرت العملية القيصرية على صحتهن والعكس صحيح، ويرجع ذلك إلى تعدد الولادة بالعملية القيصرية، كما لاحظنا في الجداول السابقة للفصول السابقة حيث أن معظم الأمهات اللواتي يفوق

سنهن 29 سنة أنجبين على الأقل مرتين بالعملية القيصرية، بالإضافة أن الفترة بين الحملين تقدر بعامين عند معظم الأمهات، وهي فترة غير كافية لاسترجاع اللياقة الجسمية والنفسية للأم، وزيادة عوامل الخطر الأخرى التي تزداد مع التقدم في السن، ولقد توصلت دراسة في اليابان حول النساء اللواتي ولدن بالعملية القيصرية أن عوامل الخطر للعملية القيصرية وآثارها أعلى بكثير في النساء الذين تتراوح أعمارهم 35 عاما فأكثر مقارنة مع النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 29 فأقل¹.

وعند حساب معامل التوافق الذي يساوي 0.184 يؤكد وجود علاقة بين المتغيرين أي بين السن والإجابة بوجود مشاكل صحية للعملية القيصرية.

جدول رقم (71): يبين توزيع المبحوثات حسب سنهن وعلاقتها بنوع الآثار التي تركتها الولادة بالعملية القيصرية

المجموع	الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير		مشاكل الأخرى		إصابة الجنين بمشاكل تنفسية		مضاعفات التخدير		النزيف		الإصابة بالالتهابات والعدوى		آثار الولادة القيصرية السن الحالي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	8	12.5	1	12.5	1	12.5	1	12.5	1	25.0	2	25.0	2	24-20
100	39	28.2	11	20.5	8	12.8	5	2.6	1	5.1	2	30.8	12	29-25
100	96	33.3	32	39.6	38	4.2	4	3.1	3	9.4	9	10.4	10	34-30
100	57	47.4	27	17.5	10	3.5	2	7.0	4	17.5	10	7.0	4	39-35
100	200	35.5	71	28.5	57	6.0	12	4.5	9	11.5	23	14.0	28	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين العلاقة بين سن المبحوثات وعلاقته بآثار الولادة القيصرية عليهن نجد أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير بـ 35.5 %، وأقل نسبة الأمهات اللواتي عانين مضاعفات التخدير بنسبة 4.5 %.

¹ <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles>

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في سن الأمهات سجلنا أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير وعند الفئة العمرية 35-39 بنسبة 47.4 %، في حين أن أقل نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير وعند الفئة العمرية 20-24 بـ 12.5 %.

أما أقل نسبة في الاتجاه العام للجدول والمتمثل في آثار مضاعفات التخدير فإن أعلى نسبة سجلت فيه عند الفئة العمرية 20-24 بنسبة 12.5 %، وأقل نسبة في هذا الاتجاه عند الفئة العمرية 25-29 بنسبة 2.6 %.

مما سبق يمكن القول بأنه كلما تقدمت الأمهات في السن وولدن بالعملية القيصرية كلما بدا عليهن آثار الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير، كما أن هناك اختلاف في النتائج الخطيرة على الأم (الإصابة بالالتهابات والعدوى ، النزف .. كما في جميع العمليات الجراحية التي تتم في البطن)، والذي يزيد الخطورة أثناء التخدير . وحصول مشاكل لديهن في الأحمال مثل خطر المشيمة الملتصقة، وهي حالة مهددة للحياة تقديرياً 0.13% بعد ولادتين قيصرية ويزداد إلى 2.13% بعد أربع ولادات ثم إلى 6.74% بعد ست أو أكثر ولادات، كما قد تزداد نسبة الاكتئاب عند الأمهات ما بعد الولادة، والإضرابات السيكلوجية المرتبطة بالولادة، والعمليات القيصرية في الولايات المتحدة كان 20 حالة لكل 100000 ولادة¹.

كما كشفت بعض الدراسات أن العدوى هي واحدة من المضاعفات الأكثر شيوعاً بعد العملية القيصرية، وخاصة عدوى المثانة الناجمة عن استخدام القسطرة للعملية، ويسبب قدراً كبيراً من الألم وعدم الراحة مما يؤدي في بعض الأحيان إلى مشاكل طويلة الأجل التي تتطلب الاستخدام المستمر للمضادات الحيوية وإجراء مزيد من الجراحة. كما كشفت أنه من المرجح أن تعاني النساء اللاتي يلدن بالقطاعات المقطعية من نزيف مع فقدان الدم نتيجة قطع الأوعية الدموية، ويزداد خطر فقدان الدم الشديد بازدياد بشكل كبير مع زيادة أعداد المقاطع كما هو الحال مع أي عملية جراحية، وتضيف الدراسة أن النساء اللواتي يخضعن للعملية القيصرية معرضين لخطر التهاب الوريد الخثاري والتهاب جدار الوريد مما قد يؤدي

تم الاطلاع عليه يوم 2017/01/07 على الساعة 22:15 ليلا [_قيصرية/https://ar.wikipedia.org/wiki/](https://ar.wikipedia.org/wiki/قيصرية)¹

إلى تشكيل جلطة دموية في الساقين أو في عضلات الحوض إذا تسربت جلطة دموية إلى الرئتين، فإن هذا يعرف باسم الانسداد الرئوي ويمكن أن يهدد الحياة¹.

وهناك خطر التهاب بطانة الرحم (الالتهاب والعدوى من بطانة الغشاء من الرحم) هذه الحالة المؤلمة يمكن أن تسبب الحمى وإفرازات مهبلية كريهة قد يشمل العلاج إخلاء الرحم من أي أنسجة حمل متبقية، ودورة من المضادات الحيوية، وهذا ما حدث لبعض المبحوثات مما جعلهن يخفن من العملية القيصرية.

ومما يدعم النتيجة التي توصلنا إليها والمتمثلة في أنه كلما تقدمت المرأة في العمر كلما زادت الآثار التي تتركها العملية القيصرية خاصة الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير، وعليه فإن عامل السن عند الإنجاب أو السن بصفة عامة محدد أساسي للآثار التي تتركها العملية القيصرية على صحة الأم، ولقد قمنا بحساب كاي التريبع لبرسون الذي عبر عن وجود علاقة بين المتغيرين حيث قدر كاي التريبع المحسوب ب 35.9، في حين قدر كاي التريبع الجدولي عند درجة الحرية 15 ب 25 عند مستوى 0,05 و ب 30.58 عند مستوى 0,01. إذن كاي التريبع المحسوب أكبر من نظيره الجدولي، مما يدل على وجود ارتباط معنوي واضح بين السن والآثار التي تتركها العملية القيصرية .

ويؤكد ذلك معامل التوافق للارتباط الذي عبر عن وجود علاقة بحيث قدر ب 0,39

¹ <http://www.bellybelly.com.au/birth/c-section-risks-for-the-mother/>

تحليل الفرضية الرابعة:

من خلال الجداول السابقة التي تتناول خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية توصلنا إلى النتائج التالية:

* وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستواهن وأجبن بنعم أثرت العملية القيصرية على صحتهن بنسبة 78.9%، مما جعلنا نستخلص أن المستوى التعليمي له علاقة بتأثير العملية القيصرية على صحة الأمهات بحيث كل ما كان مستوى الأمهات مرتفع كلما قل تأثير العملية القيصرية على صحتهن والعكس صحيح، ويرجع هذا أساسا إلى أن الأمهات المتعلّقات يقمن بالرعاية الصحية حتى لا تؤثر العملية القيصرية على صحتهن خاصة الرعاية بعد الولادة، وهذا ما بينه المسح متعدد المؤشرات حيث أن الأمهات اللواتي مستواهن جامعي قمن بزيارات بعد الولادة ومشورة بنسبة 87.4 % في مقابل 82.4 % من الأمهات بدون مستوى.

كما وجدنا أن 41.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير وولدن قيصريا، مما يؤكد أن نوع الولادة السابقة وخاصة التي انتهت بالعملية القيصرية تترك آثار على صحة الأم مما يؤدي بها بنفس التسليم وهي الولادة كذلك بالعملية القيصرية حيث وجدنا أن 46.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير ولدن مرتين قيصريا.

وعند ربط نوع الولادة السابقة بمدى وجود آثار للعملية القيصرية كانت إجابة 91.8 % من الأمهات بأن تكرار العملية القيصرية تؤثر على صحة الأم واللواتي ولدن بالعملية القيصرية وهذا يؤكد ما قيل سابقا حول تأثير العملية السابقة على اللاحقة، كما يحدث نوع من التراكم لهذه الآثار بسبب العملية القيصرية مما يؤثر على صحة الأم، حيث تم تسجيل أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير عند الفئة العمرية 35-39 بنسبة 47.4 %، كما أكدت نفس الفئة على أن العملية القيصرية أثرت على صحتهن بنسبة 73.7%.

وبهذا يمكن القول بأن خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام

من خلال العينة التي تم الحصول عليها من مجتمع البحث بطريقة غير عشوائية وبالاعتماد على العينة القصدية لعدم التمكن من الحصول على إطار المعاينة، تمكنا من ملء 200 استمارة مع الأمهات اللواتي خضعن للعملية القيصرية خلال حياتهن الإنجابية (15- 49) سنة، وأنجبن على الأقل طفل واحد وبعد تحليلنا لمجموع معطيات الدراسة الميدانية تحصلنا على النتائج التالية:

فيما يخص مميزات خصائص العينة توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة سيدات تراوح سنهن وقت التحقيق ما بين 30-34 سنة بنسبة 48.00 %، وذلك بمتوسط حسابي قدر بـ 32.05 سنة، أما فيما يخص عدد أطفالهن فنجد أن 42.00 % من المبحوثات يتراوح عدد أطفالهن ما بين 3-4 طفل، وقد قدر متوسط عدد المواليد 2.53 طفل لكل مبحوثة، وهذا المتوسط منخفض على متوسط الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2014 (3.03) طفل لكل امرأة، أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي فإن أغلب أفراد عينتنا لهن مستوى تعليمي ثانوي بنسبة 43.00 %، أما من جانب مكان الإقامة فإن أغلبهن يقطن في وسط المدينة بنسبة 72.00 %، أما نوع الأسرة وقت التحقيق فإننا نجد أن أغلب السيدات يعشن داخل أسر نووية ويشكلون تقريبا ثلثي أفراد العينة وبالضبط 63.00 %، كما يتبين أن معظم المبحوثات دخلهن الشهري أقل من 15000 دينار جزائري بنسبة 34.00 %، وأن أغليتهن يمكنهن بالبيت ولا يمارسن أي عمل بنسبة 84.00 %، أما من ناحية نوع السكن فإن أغلب المبحوثات يسكن شقة بنسبة 43.00 %.

وبعد الاستعانة بالعينة غير العشوائية التي لا يمكن أن نقول بأنها ممثلة للمجتمع المدروس، وبالتالي لا يمكن تعميم تلك النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل الفرضيات للبحث بعد ربطنا للعلاقات التي تخدم كل فرضية في جداول مركبة بهدف معرفة بعض أهم العوامل التي لها علاقة بالعملية القيصرية سواء كانت عوامل مباشرة أو وسيطة.

ومن خلال هذا العرض والتحليل فقد توصلنا إلى نتائج مهمة والتي كانت على النحو التالي:

1- سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية عند تطرقنا إلى الخصائص التي تتعلق بالأم والمتمثلة في سنها ورتبة مولودها والسوابق الحملية وربطها بالعملية القيصرية وجدنا أن هذه العوامل لها علاقة بالعملية القيصرية حيث أن سن المرأة الحامل له تأثير على نوعية الولادة، إذ أنه يزيد التدخل بالعملية القيصرية بزيادة سن المرأة الحامل، وبالتالي فعمر المرأة الحامل الأكبر من 30 سنة يزيد من احتمال ولادتها بالعملية القيصرية، لذا اتفقت جميع الدراسات تقريبا أن معدل الولادة القيصرية يرتفع مع زيادة عمر الأم، كما وجدنا أن عدد العمليات القيصرية يزداد طردا مع سن المبحوثات، وأن اللواتي عمرهن 35-39 سنة كان ولاتهن قيصرية أكثر من ثلاث مرات بـ 19.3%، وهذا يتوافق مع التقارير التي أجريت في فرنسا حول العملية القيصرية إذ أفادت أن الزيادة في حالات العملية القيصرية تنمو مباشرة مع التقدم في السن الأدنى الأقل من عشرين عاما (12.3%)، وأنها تصل إلى أكثر من 27.6% للنساء فوق سن 30 عاما، وأن من 2 إلى 3 عملية قيصرية سابقة بنسبة 68.6%، وذلك بسبب عسر الولادة، كما أن هذه العملية التي تمت كانت بقرار طبي بمعنى أنها طارئة، وأن الرغبة الشخصية في الإنجاب بالعملية القيصرية قليلة جدا.

أما فيما يخص مرتبة المولود فإن العملية القيصرية تكون أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 25-29 بنسبة 56.4% ورتبة مولودهن ما بين 3-4، ومنه فإن رتبة المولود بعد العملية القيصرية وخاصة اللواتي أنجبن بالعملية القيصرية فإنه ينتج عنه كذلك إنجاب وتواصل العملية القيصرية لبقية الحمل، كما أن عدد الأطفال له انعكاس مماثل على الحمل الأخير إذا لم يكن هناك مدة كافية بين عدد الحمل فينتج عنه ولادات قيصرية، وإذا ما تم حذف تسعة أشهر فإن المدة قصيرة 15 شهرا، وهي مدة قصيرة لإنجاب مولود آخر، وبالتالي فإن الحوامل اللواتي حملن قبل سنتين وصلت 77.8% من مجموع أفراد العينة وهذه النسبة خطيرة فهي تعرض الأم لأخطار الحمل التالي، كما تبين أن احتمال الولادة بعملية قيصرية يزداد بازدياد عدد المواليد للمرأة.

أما عن السوابق الحملية فقد وجدنا أعلى نسبة للواتي لم يكن حملهن بشكل طبيعي بنسبة 73%، بسبب السوابق الحملية وخاصة عندما يكون الحمل السابق تم بالعملية

القيصرية، حيث وجدنا أن 50.3 % من النساء اللواتي لا يحملن بشكل طبيعي وولدن بالعملية القيصرية مرتين.

كما لا حظنا أن الأمهات الصغيرات في السن غير حريصات على متابعة حملهن، وهذا ما جعلهن عرضة للأمراض والمشاكل الصحية، أما الأمهات اللواتي تجاوز سنهن 30 سنة فهن يقمن بالمتابعة الصحية (غير منتظمة) نتيجة تعرضهن لاعتلال صحي سابق وتعرضهن للولادة قيصرية سابقة. وقد أجابت المبحوثات بنعم بنسبة 87.7 % يعانين من مشاكل صحية وخاصة المشاكل الصحية أثناء فترة حمل سابق واللائي عانين من مشاكل في الرحم ووضعية الجنين الغير مستقرة في بطن الأم.

2- نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علاقة بالعملية القيصرية

إذا كانت العوامل المتعلقة بالأم التي تطرقنا إليها في العنصر السابق لديها نفس الاتجاه بأن لها علاقة بالعملية القيصرية، فإن هذا العنصر الذي يتعلق بالمراقبة والمشاكل الصحية يأخذ جانبا مهما في حياة صحة الأم خاصة من ناحية الرعاية الصحية والتي تتعلق بالمراقبة الطبية قبل الحمل والمشاكل الصحية التي تتعرض أثناء حملها لذا كانت النتائج التالية:

وأن 84.9 % من الأمهات اللواتي ولدن قيصريةا وقمن بزيارة مركزية رعاية الأمومة والطفولة أحيانا، وعند عدم القيام بالزيارة فهذا يعني أن الأم تكتفي بخبرتها السابقة والتي لا تعتبر كافية، وهذا ما أكد عليه المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل حيث أن 80 % من النساء كانت مراقبتهن غير منتظمة، ويمكن القول أن زيارة الأم المنتظمة والموصى بها لمراكز رعاية الأمومة والطفل خلال فترة الحمل يجنبها مشاكل صحية خاصة أثناء الوضع والمتمثل في تمزق الرحم والمشاكل الناتج عن ضيق الحوض والسقوط الحاد للرحم وغيرها التي تستدعي التدخل بالعملية قيصرية لإنقاذ الجنين أو الأم في بعض الحالات.

وأن أعلى نسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف وأنجنين بالعملية القيصرية بنسبة 81.40 % ثم تليها الأمهات اللواتي لم يتذكر بأنهن قمن بالكشف أم لا بنسبة 80 %.

وفي هذا مؤشر على عدم الاهتمام بالرعاية الصحية وإلى عدم وجود وعي صحي بالرعاية مما يسبب مضاعفات أثناء الوضع ويؤدي بالأم بالإنجاب بالعملية القيصرية، وهذا على الرغم من وجود المؤسسات والوحدات الصحية والعناصر البشرية التي تقدم هذه الخدمات الصحية لعدد من الأمهات الحاملات في مناطق تواجدهن وسهولة منالها والانتفاع بها

وأن 84.3 % من الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة أنجبن بالعملية القيصرية، ويعود ذلك بسبب تعقيدات أثناء الوضع، وتزداد سوء حالتهم الصحية كلما تكرر الحمل خاصة إذا صاحب هذا الحمل سوء الرعاية الصحية أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعده مخلفة مشاكل صحية للأم لحمل آخر.

أما فيما يخص نوعية الرعاية الصحية المتبعة وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي قمن بالرعاية الصحية الرسمية وأنجبن مرتين بالعملية القيصرية بنسبة 48.0 %، وهذا يرجع أساسا لعدم المواظبة على الرعاية الرسمية مما يزيد من تعرض الأم إلى مشاكل صحية وخاصة أثناء الإنجاب. كما وجدنا أن أعلى نسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف وأنجبن بالعملية القيصرية بنسبة 81.40 % ثم الأمهات اللواتي لم يتذكر بأنهن قمن بالكشف أم لا بنسبة 80 %.

وهذا يدل على أن عدم الزيارات والمراقبة الطبية يدل على عدم الوعي الصحي لديهن، أو لدى عائلاتهم، لأن قيام الأمهات بمختلف فترات الكشف بشكل منتظم تمكن من التشخيص المبكر للمشاكل للصحة التي من شأنها أن تنتشأ خلال فترة الحمل وعلاجها في وقت مبكر أو أخذ الاحتياطات اللازمة حسب ما يمليه الطبيب.

أما من ناحية المشاكل الصحية للمرأة الحامل فقد سجلنا أن 84.3 % من الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة أنجبن بالعملية القيصرية حيث أن الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة تظهر عليهن تعقيدات أثناء الوضع.

3- المستوى التعليمي والمستوى المعيشي وعلاقته بالعملية القيصرية

في هذا العنصر الذي يتضمن المستوى التعليمي والمستوى المعيشي للمرأة الحامل والتي يجعلها لا تهتم بالرعاية الصحية الإنجابية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية حيث وجدنا أن:

المستوى التعليمي له تأثير على عدد الإنجاب بالعملية القيصرية. ويعد عامل محوري في عملية تفسير النتائج، إذ أن الأمهات المتعلقات يتفاعلن أكثر مع الأطباء والمرضين بتطبيقهن للإرشادات والنصائح الخاصة بالعلاج والوقاية، وكذلك فهن أكثر اعتناء بوضعهن الصحي، حيث وجدنا أن الأمهات الجامعات اللواتي ولدن مرتين بالعملية القيصرية تقدر بـ 27.8 %، في مقابل أعلى نسبة عند الأميات بـ 60.6 %.

وما يؤكد ما قلناه سابق أن الأمهات اللواتي بدون مستوى (أميات) ولا يقبلن على الرعاية الصحية كانت بنسبة 78.9 % أثناء حملهن الأخير، أما أقل نسبة فكانت عند الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ولم يقمن بالرعاية الصحية بنسبة 16.7 % . في حين أنهن قمن برعاية صحية رسمية أثناء حملهن الأخير بنسبة 94.4 %، في مقابل أقل نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي (أميات) بنسبة 57.7 %، ويمكن القول بأن المستوى التعليمي يؤثر في مدى الإقبال على الرعاية الصحية ونوع هذه الرعاية، حيث أن المرأة الغير متعلمة هي الأكثر تأثيرا وخضوعا للتقاليد وغالبا ما تكون مأكثة بالبيت تهتم بشؤونهم وتمضي جل أوقاتها في الاهتمام به وبالأطفال، وبالتالي فهي غير مهتمة بنوع الرعاية الصحية، على عكس المرأة المتعلمة فهي أكثر حرصا واهتماما بشؤون صحتها خاصة فيما يتعلق بالحمل ونوع الرعاية، كما يملن للأخذ بالاختبارات الأفضل بالنسبة لصحتهن والتي تقلل من فرص تعرضهن للمخاطر الصحية، فهن أسرع إلى تغيير سلوكهن عند ظهور تهديدات جديدة لصحتهن على عكس الغير المتعلقات.

ووجدنا أن الأمهات اللواتي لا يقبلن على الرعاية الصحية بنسبة 61.0 %، وتتعلق بالأمهات اللواتي بدون مستوى (أميات) بنسبة 78.9 %، أما أقل نسبة فكانت عند الأمهات اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ولم يقمن بالرعاية الصحية بنسبة 16.7 %، ويعطي هذا تفسير واضحا على سبب الولادة بالعملية القيصرية حيث عدم الإقبال على

الرعاية الصحية للحمل الأخير يؤثر على نتائج الحمل وخاصة إذا كانت الأم تعاني من مشاكل صحية

وأما من ناحية دخل الأسرة فقد وجدنا أعلى نسبة عند الأمهات الأقل من 15000 دج واللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 85.3 %، وبهذا يمكن القول بأن الدخل يلعب دور مهما في صنع القرار وخاصة الرعاية الصحية حيث أن الأمهات اللواتي لهن دخل أو لأسرتها يجعلهن يقمن بالتحليل والكشوف المختلفة ويسمح لهن بالاعتناء بأنفسهن، إضافة إلى الوضعية المهنية للزوجة حيث سجلت أعلى نسبة لها عند الأمهات اللواتي لا يعملن واللواتي ولدن بالعملية القيصرية بنسبة 78.6 %، ومنه فإن الأمهات اللواتي لا يعملن لا يستطعن متابعة حملهن بسبب تكاليف التحليل والكشوف الطبية، والنفقات المتعلقة بالرعاية الصحية لاسيما خلال الزيارات المنتظمة أثناء تلك الفترة، والأم التي تلقن نصائح عن نمط الغذاء، والتوعية اتجاه الممارسات الصحية أثناء الحمل، فإنها تسعى من دون شك إلى تأمين صحتها وصحة جنينها، وإلى تجنب حالات اعتلال ووفيات الأمهات والرضع، وبالتالي تحسين ظروف صحة الأمهات وتفادي الخطر.

4- خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية

لقد تطرقت عدة دراسات إلى انعكاسات العملية القيصرية على صحة الأم وتباينت في النتائج من ناحية الصحة النفسية والصحة الجسمية لها، وفي دراستنا هاته وجدنا أن الآثار التي ترتبت على العملية القيصرية على صحة الأم تجسدت في النقاط التالية:

من ناحية التأثير والمستوى التعليمي وجدنا أن أعلى نسبة عند الأمهات اللواتي بدون مستواهن وأجبن بنعم أثرت العملية القيصرية على صحتهن بنسبة 78.9 %، فالأمهات الأقل تعليما ربما ليس لهن الوعي والإدراك الكافيين من أجل متابعة صحتها بعد الولادة، لأن تعليمهن البسيط أو جهلهن لا يمنحانهن القدرة على تقرير ما هو الأنسب لهن، وقد بين المسح متعدد المؤشرات أن الأمهات اللواتي مستواهن جامعي قمن بزيارات بعد الولادة ومشورة بنسبة 87.4 % في مقابل 82.4 % من الأمهات بدون مستوى.

كما وجدنا أن 46.8 % من الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير ولدن مرتين قيصريا، وتبقى هذه الآثار حتى الولادة اللاحقة مما تنعكس سلبا عليها، حيث لاحظنا أننا أكثر الولادات السابقة والتي كانت بالعملية القيصرية انتهت بنفس النتيجة

ربما بسبب هذه الآثار، وأن عدد الولادات القيصرية لها آثار على صحة الأم وتختلف هذه الآثار من امرأة إلى أخرى إلا أن الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير تكون مؤثرة بعد المرة الثانية من العملية القيصرية على صحة الأم، وأن 91.8 % من الأمهات اللواتي أُجبن بأن تكرر العملية القيصرية تؤثر على صحة الأم واللواتي ولدن بالعملية القيصرية، في حين أن أقل نسبة 70.3 % من الأمهات اللواتي أُجبن بنفس الإجابة وولدن طبيعياً وقيصرياً.

ووجدنا وجدنا أن أعلى نسبة للفئة العمرية 35-39 للأمهات اللواتي أُجبن بنعم أثرت العملية القيصرية على صحتهم بنسبة 73.7 %، ويمكن القول بأن التقدم في السن له علاقة بتأثير العملية القيصرية على صحة الأمهات بحيث كل ما تقدمت الأمهات في السن كلما أثرت العملية القيصرية على صحتهم والعكس صحيح. حيث أن الأمهات اللواتي عانين من الالتهاب والنزيف ومضاعفات التخدير كانت عند الفئة العمرية 35-39 بنسبة 47.4 %، كما كشفت بعض الدراسات أن العدوى هي واحدة من المضاعفات الأكثر شيوعاً بعد العملية القيصرية، وخاصة عدوى المثانة الناجمة عن استخدام القسطرة للعملية، ويسبب قدراً كبيراً من الألم وعدم الراحة مما يؤدي في بعض الأحيان إلى مشاكل طويلة الأجل التي تتطلب الاستخدام المستمر للمضادات الحيوية وإجراء مزيد من الجراحة.

وعند ربط نوع الولادة السابقة بمدى وجود آثار للعملية القيصرية كانت إجابة 91.8 % من الأمهات بأن تكرر العملية القيصرية تأثر على صحة الأم واللواتي ولدن بالعملية القيصرية وهذا يؤكد ما قيل سابقاً حول تأثير العملية السابقة على اللاحقة.

الغائقة

الخاتمة:

الولادة القيصرية هي نوع من أنواع الولادة غير الطبيعية، وفيها يقوم الجراح بعملية جراحية، يتم فيها شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذر الولادة الطبيعية، ويقوم بإجرائها جراح متخصص (جراح التوليد)، يتم تنفيذ هذه العملية عندما تعرض الولادة المهبلية حياة الطفل أو الأم أو صحتها للخطر، وقد يتم إجراؤها عند الطلب بدون سبب طبي، وتتصح منظمة الصحة العالمية بأن تجرى هذه العملية بناء على حاجيات طبية فقط.

وبعيدا عن العبارة التي تقول "القيصرية يوم واحد، القيصرية دائما" شعار الدكتور كريجان سنة 1916، فإن منظمة الصحة العالمية أشارت إلى أن أعلى نسبة للولادة بعملية قيصرية يجب أن لا تزيد عن 15 %، وأن لا تقل عن 5 %، حيث النسبة أقل من 5 % تدل على ضعف أو قلة توفر أو صعوبة الوصول إلى خدمات التوليد الأساسية كما أن النسب الأعلى من 15 % تعكس الاستخدام المفرط لها بدون داعي طبي.

كما عرفت الجزائر هذه ظاهرة العملية القيصرية، وبعيد كذلك على تصنيفها على أنها ثقافة العملية القيصرية التي تروج لها بعض الدراسات فإن العملية القيصرية صارت ممارسة شائعة وفقا لما تشير إليه بعض المصادر إذ بلغت 34.5% من الولادات، وهو معدل يتجاوز ما هو موصى به من طرف الهيئات الرسمية، وخاصة بعدما عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص بالولادة بدون مخاطر على المستوى الوطني.

وبالرغم من هذه الإجراءات المتخذة إلا أننا نجد الظروف التي تعيشها المرأة الحامل في المجتمع الجزائري بصفة عامة وفي الأسرة بصفة خاصة تتأثر بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، مما يؤثر على نوعية رعايتها الصحية ونوع ولادتها، كما تتأثر هذه الأخير بالعوامل التي تتعلق بالأم مثل السن وترتيب مولودها وعدد الحمل والسوابق الحملية بحيث تدفع بها إلى الولادة بالعملية القيصرية في كثير من الأحيان.

وقد أوضحت هذه الدراسات أنه من الواضح أن الزيادة في نسبة الولادة بعملية الطارئة يعود إلى قرار الطبي، بسبب عدم المراقبة الطبية، والمشاكل الصحية التي تعترض الأم، كما يؤثر المستوى المادي والمعيشي على الرعاية الصحية حيث إذا توفر المستوى المادي جعل المرأة تهتم بالرعاية الصحية وبالمراقبة الطبية المنتظمة أثناء الحمل والولادة وبعدها.

كما أوضحت الدراسة أن المستوى التعليمي للأم له دور مهم كذلك في نوعية الرعاية الصحية إذ أن تدني المستوى التعليمي للأم يجعلها لا تهتم برعايتها الصحية فتؤثر سلبا على ولادتها.

وهذا ما لمسناه إلى حد ما من خلال نتائج البحث الذي ركزنا فيه على إبراز بعض العوامل المؤدية إلى العملية القيصرية، والتي ترتبط بالأم مثل السن عند الإنجاب والمشاكل الصحية والسوابق الحملية والمستوى التعليمي والمستوى المعيشي...

ولذا يبقى من الضروري تحسين المستوى التعليمي والمستوى المعيشي للأسرة حتى تتمكن الأم من تحسين ظروف الرعاية الصحية من الجانب العلاجي والوقائي.

ويبقى أن ما أبرزناه في هذه الدراسة هو جزء فقط من العوامل التي تؤدي بالحامل إلى العملية القيصرية، حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت في مناطق كثيرة من العالم إلى أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع نسب العمليات القيصرية كثيرة ومتشابكة، فلذا لا يمكن تعميم هذه النتائج، إلا أنه يفتح المجال إلى البحث أكثر والتعمق أكثر في دراسة ظاهرة الولادة بالعملية القيصرية بعيدا عن الأسباب الطبية المعروفة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. القرآن الكريم
المراجع باللغة العربية:
1- الكتب:
2. إبراهيم سلامة بهاء الدين: الجوانب الصحية في التربية الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1989.
3. إبراهيم علي. الوسيط في المعاهدات الدولية لإبرام الشروط الشكلية والموضوعية: دار النهضة العربية، مصر، 1995.
4. أبو الغار محمد. المرأة في غرفة العمليات، ط 1، دار الكتب العربية، القاهرة، 2012.
5. الأحمدى طلال. إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث العربية السعودية، المملكة العربية السعودية، 2004.
6. آن مازور لوري. ما وراء الأرقام، قراءات في السكان والاستهلاك والبيئة، ترجمة: هدره سيد رمضان ونادية حافظ خير، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، 1994.
7. البابلي يحيى. دور المنظمات غير الحكومية كمصدر لمعلومات صحة المرأة- حالة جمعية رعاية الأسرة اليمينية-، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، صنعاء، 2000.
8. بدح أحمد محمد وآخرون. الثقافة الصحية، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009.
9. بدران زين حسن وآخرون. رعاية الأم والطفل، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
10. بدران زين حسن ومزاهرة أيمن سليمان. الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
11. بدير كريمان. الطفل من الجنين إلى عامين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.

12. البستاني رفيق وفارح فيليب. العالم العربي - المجتمع والجغرافيا السياسية-، ترجمة مصطفى فودة وريشار جاكسون، دار المستقبل العربي، القاهرة، 1994.
13. البصري إبراهيم: الطب الرياضي، دار الحرية، بغداد، 1976.
14. الجابري حمود بن سالم. الصحة الإنجابية بسلطنة عمان، دائرة المعلومات والبحوث بمجلس الدولة، سلطنة عمان، 2011.
15. الجمل هشام مصطفى. دور الموارد البشرية في تمويل التنمية بين النظام المالي الإسلامي والنظام المالي الوضعي - دراسة مقارنة-، ط 1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006.
16. الجوهري محمد. علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
17. الحسن إحسان محمد. المدخل إلى علم الاجتماع، ط 1، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1988.
18. الحسن إحسان محمد. علم الاجتماع الطبي - دراسة تحليلية في طب المجتمع-، ط 1، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
19. حوا هدى. مؤشرات لأولويات الإعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الإنجابية، الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة للسكان في لبنان، لبنان، 2001.
20. الخضري مديحة. موسوعة الطفل الصحية، من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
21. خضير محمد توفيق. مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.
22. خليل كريمة وآخرون. دمج إطار الصحة الإنجابية في خدمات الرعاية الأساسية - تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية-، سلسلة سياسات الصحة الإنجابية مجموعة بحوث الصحة الإنجابية، المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، مصر، 2000.

23. خليل نجلاء عاطف. في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.
24. الدمرداش إبراهيم طلعت. اقتصاديات الخدمات الصحية، ط 2، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر. 2006.
25. ذياب صلاح محمود. إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
26. ذياب صلاح محمود. إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.
27. رشوان حسين عبد الحميد. دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية - دراسة في علم الاجتماع الحضري-، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2004.
28. رشوان حسين عبد الحميد. علم اجتماع المرأة، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 1998.
29. رقبان نعمة مصطفى إبراهيم. رعاية الأم، ط 1، دار الكتب، مصر، 2007.
30. رمضان سيد. إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
31. رويحة أمين. المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس، ط 1، دار القلم، لبنان، 1974.
32. سعيد سلوى محمد. الإسكان والمسكن والبيئة، دار الشروق، جدة، 1986.
33. سلامة بهاء الدين إبراهيم. الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة، 2007.
34. سليم مديحة منصور. سيكولوجية المرأة، مكتبة الثقافة السيكولوجية، مصر، دون ذكر السنة.
35. سميث نورمان. الحمل، ط 1، ترجمة: مارك عبود، دار المؤلف، الرياض، 2013.
36. السيد فؤاد بهي. الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط 2، دار الفكر

العربي، القاهرة، 2008.

37. الشاذلي محمود خليل وآخرون. طب المجتمع، ط 2، أكاديمية إنترناشيونال،

لبنان، 2011.

38. الشاعر عبد المجيد وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر

والتوزيع، عمان، 2000.

39. شلبي محمد مصطفى. أحكام الأسرة في الإسلام دراسة مقارنة بين فقه المذاهب

السنية والمذهب الجعفري والقانون، ط 4، الدار الجامعية، بيروت، 1983.

40. الصالح وليد يوسف. إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار أسامة للنشر والتوزيع،

عمان، الأردن، بدون سنة.

41. الصلاحي أحمد عبد الله القادر وآخرون. دليل العاملين الصحيين حول الصحة

والمساكن، الجمهورية اليمنية، دار المجر للطبع والنشر، بدون سنة طبع.

42. الصواف منى وآخرون. الصحة النفسية للمرأة العربية، ط 1، مؤسسة حورس الدولية

للنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.

43. عارف محمد. المنهج في علم الاجتماع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1975.

44. عبد اللطيف محمد وآخرون: موسوعة سفير لتربية الأبناء، المجلد 1، سفير الدولية

للنشر، القاهرة، 2012.

45. عبد المنعم أحمد والسيد منى. مراضة الأمهات في بعض الدول العربية، معهد البحوث

والدراسات البيئية، 2008.

46. العلي محيي الدين طالو. تطور الجنين وصحة الحامل، دار بن كثير، ط 1، دمشق،

دار الهدى، الجزائر، 1986.

47. عمران عبد الحميد. سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة

للأنشطة السكانية، نيويورك، سنة 1988.

48. فاخوري سبيرو. تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة ، ط 4، دار العلم للملايين، بيروت، 1982.
49. فريمان هاكان. إعمال حقوق الطفل في شمال إفريقيا: ملامح قطرية بشأن الجزائر ومصر وليبيا والمغرب وتونس، ط 2، المكتب الدولي لحقوق الأطفال، كندا، 2007.
50. فلدستين بول. اقتصاديات الرعاية الصحية، ترجمة: محمد حامد عبد الله، الجزء الأول، جامعة الملك سعود، الرياض، 2002.
51. فهيمي فرزانه رودي وآشפורد لوري. الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا - دليل الإعلاميين -، ترجمة: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، أمريكا، 2008.
52. قاريللي جورج وأن موزر ماري. حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة، ترجمة: معصومة المبارك، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، بدون سنة.
53. قطيشان تالا وآخرين. مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ط 1، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002.
54. القمش مصطفى وآخرون. مبادئ في الصحة العامة، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
55. قواوصي علي. السياسة السكانية في الجزائر نشأتها وتطورها (1962 - 1994)، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، إقليم العالم العربي، تونس، بدون ذكر السنة.
56. كالن سير روي. عالم يفيض بسكانه - عرض لأسباب المشكلة وحل جذري لها-، ترجمة ليلي الجبالي، عالم المعرفة، العدد 213، الكويت، 1990.
57. كامبل ستيوارت وآخرون. طب التوليد بقلم عشرة أساتذة، ترجمة: عمر أحمد ميرغني وروفائيل عطا الله، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2007.
58. كمال صالح. مؤشرات قياس الرفاه الإنساني محاولة لنموذج عربي، المعهد العربي لتدريب والبحوث الإحصائية، الأردن، 2014.

59. الكوجلي صفاء وكرافت كارولين. توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015.
60. ليلة علي. النظرية الاجتماعية المعاصرة، دراسة لعلاقة الإنسان بالمجتمع، ط 2، دار المعارف، القاهرة، 1983.
61. محفوظي عامر. تحفة السائل بباقة من تاريخ سيدي نايل، ط 1، مطبعة النعمان، الجزائر، 2002.
62. محمد محمد علي. علم الاجتماع والمنهج العلمي، ط 2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1981.
63. مخلوق إقبال إبراهيم. العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.
64. مزاهرة أيمن. الصحة والسلامة العامة، دار الشروق، الأردن، 2008.
65. منصور أميرة وعلي يوسف. المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
66. نصيرات فريد توفيق. إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008.

2- كتب المنهجية:

67. أنجرس موريس. منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون، ط 1، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004.
68. بوحوش عمار والذنيبات محمد محمود. مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط 3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001.
69. جلبي علي عبد الرزاق وآخرون. البحث العلمي الاجتماعي "لغته، ومداخله، ومناهجه، وطرائقه"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.

70. الحسن عبد الباسط محمد. أصول البحث الاجتماعي، ط4، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، 1975.

71. عبد الكريم محمد الغريب. البحث العلمي التصميم والإجراءات، ط1، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1981.

72. عليان ربحي مصطفى وغنيم عثمان محمد. مناهج وأساليب، البحث العلمي النظرية والتطبيق، ط2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.

3- المعاجم والقواميس:

73. ابن منظور أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم. لسان العرب، ط1، المجلدان (08 و15)، دار صادر للطباعة والنشر، بيروت، 2000.

74. بدوي أحمد زكي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1982.

75. عطية جرجي شاهين. قاموس المعتمد "عربي-عربي"، ط6، دار صادر، بيروت، 2008.

76. المنجد في اللغة والإعلام. ط39، دار المشرق، بيروت، 2002.

77. الموسوعة العربية العالمية. ط2، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 1999.

4- المجلات والدوريات:

78. بن زايد ريم وفضيل عبد الكريم. واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر- مقارنة مع بلدان المغرب العربي "تونس و المغرب"-، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 23، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، مارس. 2016.

79. بوحفص سومية. المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ديسمبر 2016.

80. حاروش نور الدين. السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، عدد 07، الجزائر، 2009.
81. حاروش نور الدين. حقّ المواطن الجزائري في الصّحة بين النصوص والواقع، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، العدد 8، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، جوان 2015.
82. حسين منصور. الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد (الأردن) - دراسة في جغرافية الخدمات-، مجلة المنارة، المجلد 13، العدد 1، الأردن، 2006.
83. حمدي سعدية هادي. العملية القيصرية أسباب ونتائج، مجلة التقني، المجلد 21، العدد 3، منشورات المعهد التقني، بابل(العراق)، 2008.
84. درديش أحمد. أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية الإيجابية للمرأة في الجزائر، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 21، جامعة لونيبي علي، البليدة2، الجزائر، مارس 2014.
85. زهري أيمن. مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات، المجلد الأول، العدد الأول، القاهرة، يناير 2008.
86. سوالمه عائشة والصمادي أحمد. فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، عدد 4، الأردن ، 2012.
87. شريف آسيا. الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإيجابية، وإعدادهم للدور الإيجابي في المنطقة العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد 4، العدد 21، القاهرة، مايو 2011.

88. شريف آسيا. واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، الجامعة العربية، القاهرة، المجلد الخامس، العدد 13، 2012.
89. شوقي فرح الزمان. إيران تنوي القضاء على الولادة القيصرية، نقلا عن جريدة العربي الجديد، الخميس 11 يونيو / حزيران 2015، العدد 283، السنة الأولى.
90. عبد السلام أسماء والشيخة صلاح: الممارسات التوليدية في الحمل والمخاض وفترة النفاس كما يطبقها المولودون السوريون، مجلة دمشق، المجلد 19، العدد 1، دمشق، 2003.
91. عدنان سليمان. سوسيولوجيا الثقافة السكانية- دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا-، مجلة جامعة دمشق، المجلد 16، العدد 2، سوريا 2000.
92. عميرة جويذة. الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر، مجلة رسالة الأسرة، العدد 5، الجزائر، 2005.
93. قدرى جميل. من أجل مؤشر مستوى معيشة حقيقي علني وشفاف، الحوار المتمدن، العدد: 2127، لبنان، 2007.
94. كرادشة منير. تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن، مجلة المنارة، المجلد 12، العدد 1، الأردن، 2006.
95. مجلة المجالس. العدد 1629، أسبوعية سياسية كويتية، 2003.
96. مرمون موسى. الفحص الطبي قبل الزواج مستجدات قانون الأسرة 84 / 11 لسنة 1984 بموجب الأمر رقم 05 / 02 المؤرخ في 27 / 02 / 2005 المعدل والمتمم له، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 41 جوان 2014، مجلد ب، جامعة قسنطينة 1، الجزائر، 2014.
- 5- المنشورات والتقارير:
97. الإتحاد العام لغرف التجارة والصناعة والزراعة للبلاد العربية. دراسات اقتصادية، الدورة الرابعة والثلاثين، القاهرة، 22 - 24 فبراير 1997.

98. الأمم المتحدة الجمعية العامة. تقرير وطني مقدم وفق الفقرة 15 (أ) من مرفق قرار مجلس حقوق الإنسان 5/1 الجزائر، الفريق العامل المعني بالاستعراض الدوري الشامل الدورة الأولى، جنيف، 7-18 ابريل 2008.
99. الأمم المتحدة. اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فرنسا، ماي 2010.
100. ج.ج.د.ش، الأمر رقم 73 - 65 المؤرخ في 1973/12/28 م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974.
101. جامعة الدول العربية. ملخصات أوراق العمل للمؤتمر الأول لصحة الأسرة والسكان- تحت شعار صحة الأسرة العربية بين الواقع والتحديات، 13- 16 مايو 2006، المجلد الأول، القاهرة.
102. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. المرسوم التنفيذي رقم 05-438 مؤرخ في 8 شوال عام 1426 هـ الموافق لـ 10 نوفمبر 2005، الجريدة الرسمية، العدد 75، الصادرة بتاريخ 18 شوال 1426 هـ الموافق لـ 20 نوفمبر 2005 م.
103. الجمعية البرلمانية الآسيوية. تقرير الأمين حول تحقيق العدالة الصحية، ترجمة: إدارة شؤون الشعبة البرلمانية (فؤاد الصياح)، باندونغ (إندونيسيا)، 7-10 ديسمبر 2009.
104. الجمعية العامة للأمم المتحدة. اتفاقية حقوق الطفل، جنيف، 1990.
105. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة رسمية، عدد 41 بتاريخ 2003./07/09
106. الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات وهيئة إحصاء إقليم كردستان. المسح العنقودي متعدد المؤشرات الدورة الثالثة MICS-3، التقرير النهائي أكتوبر 2007، العراق، 2007.

107. الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية. المشروع العربي لصحة الأسرة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات، 2008.
108. الديوان الوطني للإحصائيات. الجزائر بالأرقام، حوصلة 1962-2011، الفصل: 5 الصحة.
109. الديوان الوطني للإحصائيات. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير النهائي، الجزائر، 1994.
110. الغمراوي أحمد. ازدياد عدد الجراحات القيصرية يثير قلق الأطباء، جريدة الشرق الأوسط، العدد 11436، لندن، الأحد 05 ربيع الثاني 1431 هـ الموافق لـ 21 مارس 2010.
111. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية. خلاصة تقرير - حول صحة الأم والطفل-، الدورة السابعة 28-29، الجزائر، أكتوبر 1997.
112. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، الجزائر، 28-29 أكتوبر 1997.
113. مديرية السكن والتعمير لولاية الجلفة. دليل ولاية الجلفة 2015، جانفي 2015.
114. مديرية القطاع الصحي لولاية الجلفة. دليل قطاع الصحة لولاية الجلفة. 2014.
115. منظمة الأمم المتحدة للطفولة(اليونيسيف). حقائق الحياة، ط 4، منشورات مكتب اليونيسيف في لبنان، لبنان، 2008.
116. منظمة الصحة العالمية. الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996.
117. منظمة الصحة العالمية. الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996.

118. منظمة الصحة العالمية. المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1984.
119. منظمة الصحة العالمية. الوثائق الأساسية، جنيف، 2001.
120. منظمة الصحة العالمية. توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية أثناء الحمل من أجل تجربة حمل إيجابية، مطبوعات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2016.
121. منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون. صحة المواليد، جنيف، 2014.
122. منظمة العمل الدولية. حماية المستقبل - الأمومة والأبوة والعمل -، المكتب الإقليمي للدول العربي، بيروت، 2009.
123. منظمة العمل الدولية، المكتب الإقليمي للدول العربية. المرأة في قطاع الأعمال والإدارة - اكتساب الزخم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا -، ط1، تقرير إقليمي، بيروت، 2016.
124. منظمة الوحدة الأفريقية. الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته، أديس أبابا، 1990.
125. وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق. صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، 2013.
126. وزارة الصحة العامة والسكان. دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي، صنعاء، 2008.
127. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء. عولمة السياسات والبرامج السكان - بعض مؤشرات الرصد والتقييم الجزائر - المسح عن صحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، الجزائر.
128. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. الدفتر الصحي، الجزائر، 2013.

129. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994.
130. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء. المسح الجزائري المتعدد المؤشرات 2006، التقرير الأولي، الجزائر، جويلية 2007.
131. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات. الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.
132. وزارة الصحة والسكان. السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001.
133. وزارة الصحة والسكان. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، النتائج الأولية، الجزائر، جوان 2003.
134. وزارة الصحة والسكان. المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، الجزائر، 2004.
135. وزارة الصحة والسكان. ميثاق الصحة، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم. 26 و 27 و 28 ماي 1998.
136. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1992.
137. وزارة الصحة والسكان، الزناتي ومشاركوه. المسح السكاني 2014، مؤسسة IFC الدولية، القاهرة، 2015.
138. وزارة الصحة والسكان. مديرية السكان، معجم وجيز، أهم المؤشرات ومفاهيم سياسيات وبرامج السكان، جويلية 2001.
139. وزارة الصحة. تقييم خدمات صحة المرأة والطفل والصحة الإنجابية المتكاملة، منشورات المركز الوطني للعناية بصحة المرأة، الأردن، 2015.

140. وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية. الأمراض النفسية بعد الولادة، منشورات جمعية صندوق إعانة المرضى، الكويت، بدون سنة.

141. وزارة العدل. قانون الأسرة، ط 3، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر، 1999.

142. الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة. التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية بيجين(+15)، الجزائر، 2009.

6- المؤتمرات:

143. البيلي علي إسماعيل. الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، المجلس القومي للسكان وصندوق الأمم المتحدة للسكان، مركز الشهيد الزبير محمد صالح للمؤتمرات 31 يناير - 3 فبراير، الخرطوم، 1999.

144. الشوافي عبد الغني بخيطة. مواجهة وفيات الأمهات ومراضتهن في الدول العربية، المنتدى العربي للسكان 19-21 مارس 2004، بيروت، 2004.

145. عبد الحميد ماجدة وآخرون. الظروف المعيشية واستخدام خدمات رعاية الأمومة، المجلد الثاني، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان، القاهرة.

7- الرسائل والأطروحات الجامعية:

146. بوخبزة نبيلة. الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1995.

147. بوعزيز كريمة. اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، سنة 2002.

148. حوالف رحيمة. تطبيق إدارة الجودة الشاملة- دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان-، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان، السنة الجامعية 2009-2010.

149. دحماني محمد. اندماج المهاجرين الريفيين في الوسط الحضري، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، قسم علم الاجتماع، السنة الجامعية 2008-2009.
150. شريف آسيا. واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، 2004.
151. الشريف حنان يحي. تأثير نظام المعلومات على الجودة خدمات المؤسسات الصحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، السنة الجامعية: 2008-2009.
152. عميرة جويبة. المشروع الإيجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي - دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضي على زواجهن 5 - 10 سنوات-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004-2005.
153. فناوي ربيع محمد عبد الرحيم علي. وفيات الأمهات الأسباب والعلاج بمعتمدية الدويم - ولاية النيل الأبيض-، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا-كلية الآداب- قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم، الخرطوم، يوليو 2007.
154. كواش زهرة. الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء والحوامل والأطفال - دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والموليد الموتى والموليد الجدد-، مذكرة الدكتوراه في الديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2006.
155. مبروك سحر فتحي محمود. المتغيرات البيئية والاجتماعية المرتبطة بإصابة الأطفال ببعض الأمراض البيئية - دراسة مطبقة في قرية مصرية-، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية، مصر، 1996.

مراجع باللغة الأجنبية:

-1 :

156. Sauvy Alfred et autre. **Eléments de la démographie**, PUF, Paris, 1976.
157. Blanc Bernard et Siproudhis Laurent. **Pelvi-périnéologie**, Springer-Verlag, Paris, 2005.
158. palier Bruno, autres. **L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques; identification, causes et mécanismes**, centre d'études européennes, paris, mai 2010.
159. Dekkar Nouredine et autres. **Un Quart de Siècle d'Etudes sur la Survie de l'Enfant Algérien 1970-1995**, UNICEF-OMS, Alger, 1999.
160. Dechamps Jean Pierre, Michel Manciaux, Eritz Marie Thérèse. **Santé de la Mère et de L'Enfant**, Flammarion médecine science, Paris. Sept 1984.
161. Miloud Kaddar. **Systeme et Politique de Santé au Maghreb: Un Etat de lieu**, Centre international de l'enfance, Paris, 1994.
162. Kouaouci Ali. **Genèse et Evolution de la Politique de Population en Algérie (1962-1994)**, International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.), Arab world région, Tunis, 1996.
163. Ghiglion Rodolphe et autres. **Des Enquêtes Sociologique: Théories et pratiques**, Armand Colin, Paris ,1970.

2- المعاجم والقواميس:

164. Domart André et Bourneuf Jaques. **Petit la Rousse de la Médecine**, Tome 2, Larousse, France,1983.
165. Delamare Garnier. **Dictionnaire Illustré des Termes de Médecine**, vol.1, 21^{ed}, Maloine, Paris, 1992.

166. Grangaud Jean-Paul et autres. **Les Systèmes de Santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis Nationaux et Enjeux Partagés**, N°13, IPEMED, Paris – France, Avril 2012.
167. Arsalani G. And al. **Maternal Health, Quality of Life and Their Relationship in Iran's Provinces**, vol. 13, Is. 51, Social Welfare Quarterly, Social Welfare Research Department, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, 2014.
168. Gilbert Audrey And al. **Does Education Level Influence the Decision to Undergo Elective Repeat Caesarean Section Among Women With a Previous Caesarean Section?** Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, Vol. 32, Is. 10, Canada, October 2010.
169. Lahrichi Bouaouda H. et autres. **La Grossesse et l'Accouchement chez la Grande Multipare au Maroc**, Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive, Vol. 16, N°7, Masson, Paris, 1987.
170. Hamilton Brady E. And al. **Births Final Data for 2014**, National Vital Statistics Reports, Vol. 64, N° 12, National Center for Health Statistics, U.S.A., December 2015.
171. Benoit Cecilia. **Les Soins de Maternité Modernes au Canada**, Transition Au Canada, La Famille Compte, Vol 45, No 4, L'Institut Vanier de la famille, Canada, 2015.
172. Denax A. et Autres. **Grossesse et Accouchement Après 40 Ans**, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie Reproductive, N°18, Masson, Paris, 1989.
173. Baubeau Dominique et Buisson Guillemette. **La Pratique des Césariennes: Evolution et Variabilité Entre 1998 et 2001**, Études et Résultats, n° 275, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, décembre 2003.
174. Ellouze Wassila et Autres. **Pronostic Maternel et Fœtal de**

l'Accouchement Chez la Grande Multipare, Maghreb médical, N°243, Tunis, mai 1991.

175. Emma L. Barber And al. **Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate**, National Institutes of Health, Obstet Gynecol, U.S.A., July 2011.

176. Cunningham F. Gary And al. **Cesarean Delivery and Postpartum Hysterectomy**, Williams Obstetrics, 21st ed., section 6, the McGraw-Hill Companies, U.S.A, 2003.

177. Faranak Rooeintan And al. **The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015**, Electronic Physician, Vol.8, Is.10, Yasuj University of Medical Sciences, Iran, October 2016.

178. Foumane P. et Autres. **Facteurs de Risque et Pronostic des Césariennes d'Urgence à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun)**, Médecine et Sante Tropicales, Vol. 24, N 1, Cameroun, janvier-février-mars 2014.

179. Cavallaro Francesca L. And al. **Trends in Cesarean Delivery by Country and Wealth Quintile: Cross-sectional Surveys in Southern Asia and Sub-Saharan Africa**, Bull World Health Organ, number 91, Geneva, June 2013.

180. J Ye And al. **Association Between Rates of Caesarean Section and Maternal and Neonatal Mortality in the 21st Century: a Worldwide Population-based Ecological Study with Longitudinal Data**, BJOG An International Journal of Obstetrics, vol. 123, 2016.

181. Delotte J. et Autres. **Une Brève Histoire de la Césarienne**, La Lettre du Gynécologue, n°321, France, avril 2007.

182. Lebane Djamil Et d'autres: **Programme National Périnatalité Programme triennal 2006 - 2009**, Edition ANDS, Alger, 2006.

183. Simpson Joe Leigh And al. **Obstetric- Normal & Problem Pregnancies**, 4th edition, United States of America, Churchill Livingstone Inc, 2002.

184. Joyce A. Martin And al. **Births Final Data for 2011**, National Vital Statistics Reports, Vol. 62, N°1, National Center for Health Statistics, U.S.A.,

June 2013.

185. Joyce A. Martin And al. **Births Preliminary Data for 2015**, National Vital Statistics Reports, Vol. 65, N° 3, National Center for Health Statistics, U.S.A., June 2016.

186. Langer M. **Le Taux de Césariennes: un Problème de l'Obstétrique Moderne?**, Speculum, Centre d'études et de recherches européennes avancées, Allemagne, 2012.

187. Leeman Lawrence and Leeman Rebecca. **A Native American Community with a 7% Cesarean Delivery Rate: Does Case Mix, Ethnicity, or Labor Management Explain the Low Rate?**, Annals Of Family Medicine, Vol.1, N° 1, U.S.A., May/ June, 2003.

188. Aouragh Lhaocine: **L'Economie Algérienne à l'Epreuve de la Démographie**, C.E.P.E.D., France, 1996.

189. Runmei Ma And al. **Practice Audits to Reduce Cesareans in a Tertiary Referral Hospital in South-western China**, Bull World Health Organ, vol.90, n°7, Geneva, 2012.

190. Mebtoul Mohamed et Autre. **les Logiques Socio Sanitaires des Familles de Ain Salah**, Laboratoire de recherche en anthropologie de la sante, Oran , Alger, décembre, 2010.

191. Maharlouei Najmeh And al. **Caesarean Delivery in South-Western Iran: Trends and Determinants in a Community-Based Survey**, Vol. 22, No 2, karger, Iran, January 2013.

192. Aourane S. **PTME au CDR d'Alger: Aperçu de l'état des lieux**, 1^{er} colloque Francophone-Méditerranée VIH/Hépatites, AFRAVIH, Alger, 2015.

193. Bennett V. Ruth And al. **Myles Textbook For Midwives**, Thirteen ed., U.S.A., Mosbey company, 1999.

194. Vilma Tapia and others: **Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System**, Plos One, journal, Mexico,3 February, 2016.

195. Feng Xing Lin And al. **Factors Influencing Rising Caesarean Section Rates in China Between 1988 and 2008**, Bull World Health Organ, vol.90, N°1, Geneva, 2012.

196. Zoghلامي Younès. **La Conférence Mondiale de la Population à Bucarest**, Revue Tunisienne des Sciences Sociales, N°45, 1976.

4- المنشورات والتقارير:

197. Association Algérienne pour La Recherche Démographique, Economique Et Sociale (AARDES). **Enquête Socio-démographique: 2-la procréation**, Direction du plan et des études économiques, Alger, 1970.

198. Haute Autorité de santé, Service communication: **Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées**, France, Mai 2016.

199. Haute Autorité de Santé. **Indication de la Césarienne Programmées à Terme - Méthode Recommandations pour la Pratique Clinique**, Argumentaire Scientifique, Saint-Denis La Plaine: HAS, France, janvier 2012.

200. Institut Pasteur d'Algérie, Ministère de la Santé et de la population. **Guide de Vaccination**, Unicef, Algérie, 1998.

201. Jeremy A. And al. **Determinants of Caesarean Section Rates in Developed Countries: Supply, Demand and Opportunities for Control**, World Health Report (2010) Background Paper, N° 29, World Health Organization, Geneva, 2010.

202. Ministère de la Santé et de la Population, Santé Maternelle Infantile, 2000-2004, A.N.D.S., Alger, 2000.

203. Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique. **Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle**, Algérie, 2001.

204. Ministère De La Santé et De La Population, Direction De La Prévention, Institut National De la Sante Publique, **Santé Maternelle et Infantile 2000-2004**, Alger, janvier 2000.

205. Ministère de la sante et de la population: **Enquête Nationale sur les Objectifs de la Fin-décennie 2000**, Algérie, 2001.

206. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut Canadien d'information sur la Santé: Le moment propice. **Pourquoi l'Age de la Mère est Déterminant**, Canada, 2011.
207. Ministère De La Santé De La Population et De La Reforme Hospitalière, Direction De La Population. **Population et Développement en Algérie**. Rapport national, CIPD+10, Alger, Décembre 2003.
208. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière. **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport final, Algérie, 2015.
209. Ministère de la santé. **Enquête sur la Morbidité et la Mortalité Infantile en Algérie**, Alger, 1985-1988.
210. Ministère de la santé. **Rapport sur l'Organisation du Système de Santé**, Alger, janvier 1999.
211. O.C.D.E. **Panorama de la Santé- Les Indicateurs De L'O.C.D.E.**, Éditions O.C.D.E., Paris, 2013.
212. Organisation de Coopération et de développement économiques. **Statistique sur la Santé 2016** , 30 juin 2016.
213. Organisation mondiale de la Santé et d'autres. **Lignes Directrices pour la Surveillance de la Disponibilité et de l'Utilisation des Services Obstétricaux**, 2^{ème} éd., Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, Octobre 1997.
214. Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la Population. **Surveillance des Soins Obstétricaux d'Urgence- manuel d'utilisation-**, Publications mondiales sur la santé, Genève, 2011.
215. Organisation Mondiale de la Santé. **Déclaration de l'O.M.S. sur les Taux de Césarienne**, Genève, 2014.
216. R.A.D.P., Décret n° :69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **Journal Officiel**, n° 59, du 11 juillet 1969.

217. R.A.D.P., Décret n°:76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité **Journal Officiel**, n° 33, du 20 mai 2007.
218. R.A.D.P., Ministère de la santé et de la population. **Développement du Système National de Santé**, stratégie et perspectives, Alger, Mai 2003 .
219. Bougharbal Rachid. **la Transition Epidémiologique en Algérie**, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef – Alger, 2010.
220. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population. **Développement du Système National de Santé, Stratégie et Perspectives**, Alger, 2001.
221. Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Est -de- l'Île- Montréal. **L'Accouchement par Césarienne Guide d'Information**, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Canada, 2016.
222. World Health Organization, **World health statistics 2015**, Geneva, 2015.
223. World Health Organization. **Coverage of Maternal Care: A listing of Available Information**, Fourth Ed., Geneva, 1997.

: -5

224. Remili Abderrahmane. **Bucarest la Fin d'une Certaine Conception du Planning Familial**, actes du 2^{ème} colloque de démographie maghrébine, Alger, 21-25 avril, 1975.
225. Philippe Collomb. **Démographie Mondiale, La Conférence Internationale du Caire**, Économie Rurale. N°225, 1995.
226. Tizio Stéphane. « trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement: une problématique institutionnelle», **Mondes en développement**, 2005/3 - n° 131.

6- الرسائل والأطروحات الجامعية:

227. Akla Sarra. **Pronostic Materno-Faetal Des Césariennes Programmées et Des Césariennes Urgentes**, Université Mohammed V –Soussi– Faculté De

Médecine et De Pharmacie –Rabat, Doctorat en Médecine, Année 2014.

228. Azougle Smail. **Systeme de Santé en Algérie et Perceptions de l'Institution Médicale dans Deux Quartiers d'Alger**, thèse de doctorat de 3^{ème} cycle en sociologie, paris, 1985.

229. Richard Fabienne. **La Césarienne de Qualité au Burkina Faso (Comment Penser et Agir Au-delà de l'Acte Technique)**, Thèse de doctorat en Sciences de la Santé Publique, Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique, Année académique 2011-2012.

230. Lahmy-Deddouch Olga. **Morbidité Maternelle Associée Aux Césariennes Programmées Et Réalisées En Urgence: Etude Prospective Entre Avril 2006 Et Avril 2007 Dans Le C.H.R. DE Versailles**, Université Paris Val-de-Marne Faculté De Médecine De Créteil, Thèse Pour Le Diplôme D'état De Docteur En Médecine, Année 2008.

7- المواقع الالكترونية:

231. [http:// www.santemeghreb.com /actualites /0703/0703-27.htm](http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm).

232. <http://arabia.babycenter.com>

233. <http://byotna.kenanaonline.com/posts/6017>

234. <http://infos-sante.net/2015/04/17/cesarienne/> et

235. <http://www.europe1.fr/sante/l-oms-deploire-une-epidemie-de-cesariennes-dans-le-monde-2424995>

236. <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20150309.OBS4173/la-france-championne-des-cesariennes .html>

237. <http://timesofoman.com/article/66464/Oman/Health/Avoid-Caesarean-section-advises-an-expert-in-Oman>

238. <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/ResourceCentres>

239. <http://www.almrsl.com/post/196911>

240. <http://www.altibbi.com>.

241. http://www.cesarienne.net/soins_cicatrice.htm

242. <http://www.cesarine.org/apres/cicatrice281>.

243. [.http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#3](http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#3)

244. <http://www.enfant.com/grossesse/accouchement/laccouchement-par-cesarienne-ca-se-passe-comment>.
245. <http://www.labome.fr/research/Late-pregnancy-200-cases.html>
246. [http://www.lemonde.fr/sante/article/L'OMS déplore «l'épidémie de césariennes » dans le monde](http://www.lemonde.fr/sante/article/L'OMS_déplore_«l'épidémie_de_césariennes_»_dans_le_monde)
247. <http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21565>
248. <http://www.muscatdaily.com/Archive/Oman/Caesarean-deliveries-on-the-rise-in-Oman-MoH-statistics-4tg9>
249. <http://www.theunnecesarean.com/blog/2010/2/15/total-cesarean-rates-by-reportable-health-region-canada-2005.html>
250. <http://www.webteb.com/pregnancy-childbirth>
251. <http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/ar/>
252. <http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdar>
253. <https://elhealthbeauty.com/pregnancy-depression.html>
254. <http://www.who.int/mediacentre/>
255. https://ar.wikipedia.org/_نظرية_
256. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles>
257. https://ar.wikipedia.org/wiki/_قبصرية_
258. <http://www.bellybelly.com.au/birth/c-section-risks-for-the-mother/>
259. <https://ar.wikipedia.org/wiki>
260. https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/_/

الملاحق

استمارة البحث

هذه الاستمارة تدخل في إطار تحضير بحث علمي حول الأسباب المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم، لهذا نرجو منكم وضع علامة x في الإطار المناسب وبرر ما يحتاج إلى التبرير مع رجائنا بحسن التعاون.

- معلومات أولية :-

- 1- ما هو سنك؟ - ما هو سن زوجك؟
- 2- ما هو مستواك التعليمي؟ أمية ابتدائية متوسط انوي أمعي
- 3- ما هو المستوى التعليمي للزوج؟ أمي ابتدائية متوسط انوي جامعي
- 4- أين تسكنين؟ وسط المدينة ضواحي المدينة خارج المدينة
- 5- ما نوع السكن الذي تسكنين فيه حالياً؟. فيلا شقة بيت
- قصديري بت تقليدي بيء آخر
- 6- ما هو عدد أطفالك؟ الذكور الإناث
- 7- ما نوع الأسرة؟ أسرة نووية أسرة ممتدة

ب- المرحلة الثانية: بيانات حول الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة

- 8- هل تقومين بأي عمل داخل البيت يعود عليك بدخل؟ نعم لا
- 9- هل تقومين بأي عمل خارج البيت يعود عليك بدخل؟ نعم لا
- 10- إذا كان نعم ما عملك؟

.....

- 11- ما هو دخلك الشهري؟ بدون دخل أقل من 15000 دج
- 15000 دج - 30000 دج 30000 دج - 45000 دج
- أكثر من 45000 دج لا يوجد دخل ثابت للأسرة

12- هل دخلك يسمح لك بالادخار؟ نعم لا

* في حالة الإجابة ب (نعم):

هل ساعد الادخار على تلبية حاجات اليومية؟ نعم لا

13- هل زوجك يعمل؟ نعم لا

14- إذا كان نعم ما نوع عمله؟

15- إذا كان لا يعمل فما هو السبب في ذلك؟

16- ما هو دخل زوجك؟ بدون دخل أقل من 15000 دج 15000 دج - 30000 دج

30000 دج - 45000 دج أكثر من 45000 دج

17- هل تستطيعين تلبية متطلبات أسرتك اليومية ماديا؟ نعم لا

18- هل تخصصين مبلغا خاصا للحمل؟ نعم لا

19- ما رأيك في الوضعية المعيشية التي تعيشها أسرتك الآن؟

حسنة متوسطة مزرية

20- هل الزوج له خبرة بأهمية الصحة الإنجابية؟ نعم لا نوعا ما

ب- المرحلة الثالثة : بيانات حول الصحة الإنجابية:

21- هل تعرفين فصيلة دمك؟ نعم لا

22- هل تملكين دفترا صحيا؟ نعم لا

23- كم كان سنك عند أول إنجاب؟

24- كم كان سنك عند آخر إنجاب؟

25- هل كنت تفضلين أن تنجبي بعد الزواج مباشرة؟ نعم لا

* لماذا في كلتا الحالتين؟

.....
.....
26- هل تحملين بشكل طبيعي ؟ نعم لا

* إذا كانت الإجابة بـ " لا " فما نوع المعالجة المقدمة ليتم الحمل؟

.....

27- إذا كان لديك أطفال فما هي المدة التي تفصل بين كل طفل وآخر:

سنة سنتين ثلاثة أربعة

* إذا كانت المدة أكثر من سنتين لماذا؟

.....

28- ما الطريقة التي تم بها المباشرة بين الولادات؟

.....

29- أين تمت الولادات؟ في المستشفى عند قابلة في المنزل بإشراف داية

حالات أخرى تذكر:

30- ما نوع ولاداتك السابقة؟ طبيعية قيصرية

* إذا كانت قيصرية كم مرة؟

31- ما مدة الحمل الأخير؟ 7 أشهر 8 أشهر 9 أشهر أكثر من 9 أشهر

32- هل كانت الولادة القيصرية بسبب؟ قرار طبي رغبة شخصية

33- هل أثرت هذه الولادات القيصرية على صحتك؟ نعم لا

* إذا كانت " نعم " ما نوع هذا التأثير؟

.....

34- هل زرت مراكز رعاية الأمومة والطفولة أثناء وبعد الحمل بهم؟

نعم لا أحيانا

35- ما سبب دخولك إلى مستشفى الأم والطفل؟

.....

36- ما هي المدة التي قضيتها فيه ؟

.....

37- هل تعانيين من مشاكل صحية مزمنة ؟ نعم لا

38- ما نوع هذه المشاكل؟.

.....

39- هل سبق وأن عانيت من مشاكل صحية أثناء حمل سابق؟ نعم لا

* إذ كانت الإجابة بـ نعم، فما سبب هذا المشكل ؟

.....

40- هل تعرفين جميع التلقيحات التي يجب على المرأة الحاملة القيام بها أثناء حملها؟

نعم لا

41- هل قمت بالرعاية الصحية أثناء حملك الأخير؟ نعم لا

* إذا كانت الإجابة بـ " لا " فما الذي منعك من ذلك: البعد المكاني تكاليف مرتفعة

لديك خبرة سابقة الزوج لا يسمح أعمال البيت تربية الأبناء

حالات أخرى تذكر:.....

.....

42- كيف كانت هذه الرعاية الصحية أثناء حملك الأخير؟

الاعتماد على الرعاية الصحية الرسمية الرعاية الصحية الغير الرسمية

43- هل تابعت هذا الحمل ؟ نعم لا

* في كلتا الحالتين لماذا ؟

.....
.....
44- كم مرة تلقيت الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل هذه؟ عدد المرات

45- من قام بالكشف الأول؟ طبيب عام طبيب خاص قابلة

.....
.....
* لماذا؟

46- من نصحك بالقيام بالكشف عن حملك الأخير؟

من تلقاء نفسك الزوج أحد أفراد العائلة صديقات

.....
.....
إجابة أخرى:

47- ما هي مختلف فترات الكشف التي أجريت لك أثناء قيامك للكشف لأول مرة عن حملك الأخير؟

- الثلاثي الأول الثلاثي الثاني الثلاثي الثالث لا أتذكر

48- كيف تتنقلين لإجراء عملية الكشف أثناء حملك الأخير؟

.....
.....
49- كم يدوم انتظارك لإجراء عملية الكشف؟ دون انتظار ساعة ساعتين أكثر من

ساعتين

50- هل عندك مشكلة أدت بك للقيام بالكشف؟ نعم لا

* إذا كانت الإجابة ب "نعم"، فما هو الدافع الذي أدى بك للكشف لأول مرة؟

التأكد من سلامة الجنين التأكد من أنك حامل ضمان حمل صحي

كانت لديك مشكلة كشف روتيني

.....
.....
إجابة أخرى تذكر:

51- هل أخذت حقنة ضد التيتانوس؟ نعم لا

* إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فكم كانت عدد الحقن التي أعطيت لك؟

حقنة واحدة حقنتين ثلاث حقنات لا أتذكر

52- هل أصبت بمشاكل صحية أو مرض أثناء حملك الأخير؟ نعم لا

* إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما هو نوع المرض الذي تعرضت له أثناء الحمل؟

صعوبة شديدة ألم في أعلى البطن تورم في الوجه والجسم صداع حاد
 في التنفس نزيف مهبلي حاد ارتفاع في ضغط الدم
 ارتفاع شديد في درجة الحرارة داء سكري

حالات أخرى تذكر:

53- عندما علمت أنك مريضة بهذا المرض، كيف قمت بعلاجه؟

.....

54- من قام بعملية الولادة؟ طبيب عام طبيب مختص قابلة مؤهلة

55- عندما ولدت، هل كان حجم المولود؟ كبيراً جداً أكبر من المتوسط متوسط أصغر من المتوسط صغيراً جداً

56- هل تم وزن المولود عند الولادة؟ نعم لا

57- خلال فترة النفاس إي بعد مرور 40 يوماً هل عرضت نفسك للكشف الطبي؟

نعم لا

* إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو سبب قيامك بهذا الكشف الطبي؟

نظام الأكل عوامل الخطورة في الحمل الإرضاع تنظيم الأسرة

58- ما نوع الرعاية التي تلقيتها عن هذا الحمل؟ نظام الأكل تنظيم الأسرة

أعراض الحمل الخطيرة الرضاعة الطبيعية الرعاية بعد الولادة

ج- المرحلة الثالثة: العملية القيصرية والصحة العامة للأم:

59- هل استمررت في إجراء الفحوصات للكشف عن تطور صحتك؟ نعم لا

60- بعد الوضع بالعملية: هل ترغبين بإعادة الإنجاب مرة أخرى؟ نعم لا

- في كلتا الحالتين لماذا؟.....

61- هل صرتي تخافين من الإنجاب؟. نعم لا

- لماذا؟.....

62- هل الإنجاب بالعملية كان بسبب جهلك للرعاية الصحية؟ نعم لا

63- هل تستخدمين وسائل منع الحمل؟ نعم لا

* إذا كان الجواب بنعم فما هي الأسباب؟

.....

64- ما هي الجهة التي أرشدت ونصحت بها؟ مراكز رعاية الأمومة والطفولة

طبيب مختص طبيب عادي قابلة قانونية داية ممرضة الأقارب

الجيران الصديقات الصيدلي أكثر من سبب حالات أخرى لا تستخدمه

65- هل يؤيدك زوجك في استخدامها؟ نعم لا

66- هل تستخدمين موانع الحمل بسبب العملية القيصرية؟ نعم لا

67- هل تكرر الإنجاب يؤثر على صحة الأم؟ نعم لا

68- هل ترغبين بإنجاب أطفال في المستقبل؟ نعم لا

* في كلتا الحالتين لماذا؟

.....

69- ما مدى رضاك عن صحتك؟ غير راضية إطلاقاً غير راضية نوعاً ما

راضية جداً راضية نوعاً ما

70- ما الآثار الجانبية للعملية القيصرية؟ الإصابة بالالتهابات والعدوى النزيف مضاعفات

التخدير إصابة الجنين بمشاكل نفسية مشاكل أخرى

Wilaya de Djelfa

Indicateur de sante

juin 2013

Indicateur de sante

ETABLISSEMENT SANITAIRE	Nombre de Vivantes naissance	Nombre D'accouchement	Nombre de décès néo- natal	Nombre de décès maternel
EHS DJELFA	6842	6989	223	07
EPH AIN OUSSERA	4062	3170	123	02
EPH HASSI BAHBAH	3151	3120	67	01
EPH MESSAAD	4899	4886	62	03
EPSP DJELFA	4342	4361	00	00
EPSP AIN OUSSERA	714	714	00	00
EPSP HASSI BAHBAH	636	636	00	00
EPSP MESSAAD	463	436	00	00
EPSP GUTTERA	355	355	00	00

Wilaya de Djelfa
Indicateur de sante

Indicateur de sante

ANNEE	Taux de mortalité néo-natale Pour 1000	Taux de mortalité Maternelle Pour 100000	Nombre de Vivantes naissance	Nombre D'accouchement
2010	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès néo-natale 553) • 22.7P 1000 • Moyen national 19.08 P 1000 	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès Maternelle 10) • 56.47 P 100000 • Moyen National 96.05 P 100000 	24300	241170
2011	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès néo-natale 287) • 14.83 P 1000 • Moyen national 19.08 P 1000 	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès Maternelle 08) • 28.01 P 100000 • Moyen National 96.05 P 100000 	20750	20704
2012	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès néo-natale 382) • 13.91 P 1000 • Moyen national 19.08 P 1000 	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès Maternelle 15) • 54.48 P 100000 • Moyen National 96.05 P 100000 	27475	27404
2013	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès néo-natale 475) • 18.46 P 1000 • Moyen national 19.08 P 1000 	<ul style="list-style-type: none"> • (Nombre de décès Maternelle 13) • 52.47 P 100000 • Moyen National 96.05 P 100000 	25718	24648

ملحق رقم: 03

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION DE WILAYA DE DJELFA
HÔPITAL MÈRE ET ENFANT DE DJELFA



SERVICE : MATERNITÉ

PROGRAMME DE PÉRINATALITÉ
MOIS DE : MAI 2014

	NBRE
*NBRE D'ADMISSION	667
- NBRE JOUR -HOSP	1172
*NBRE DE NAISSANCE GLOBALE	646
-N/NE VIVANT	624
-MIU +M/NES	22
*NBRE TOTAL D'ACCOUCHEMENT	632
-ACCH NL	473
-FORCEPS	07
-CESARIENNES	152
-GSSE GEMELLAIRE	14=4c+10n
*DC /MATERNEL	00

ملحق رقم: 04

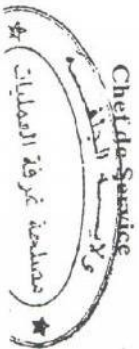
D.S.S :



No	Nom et Prenom de Malade	Matricule	Date D'Acte	Chirurgien	Diagnostic	Observation
1	EL MAJI KARIMA	804620	1	ALINA	CES / D. C. P (U)	
2	MESSAG KHEIRA	804642	1	ALINA	CES / PEL VIENNE EN TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT + PRIMI - GESTE (U)	
3	EL HACEN MESSAOUDA	804624	2	CLARA	CES / GROSSESSE GEMELLAIRE - UTERUS CICATRICIEL (U)	
4	ABASSI AICHA	804583	2	CLARA	CES / UTERUS BICATRICIEL (U)	
5	BENHAFFAF HADDA	804638	2	CLARA	CES / UTERUS BICATRICIEL (U)	
6	BEIKHE HADDA	804656	2	ALINA	CES / S. F. A (U)	
7	GERUJ AMINA	804656	2	ALINA	CES / D. C. P (U)	
8	MAAROLINE LAADI	804685	3	ALINA	CES / PLACENTA PREVIA SAIGNANTE (U)	
9	ELFA OUALHA	804689	3	CARLOS	CES / PRESENTATION DE SIEGE + PRIMI - GESTE + R. P. M + HYPOXEMIE PRE NATAL (U)	
10	MUSRI FREIHA	804632	3	CARLOS	CES / OLIGO - AMNIOS (P)	
11	JABA HANANE	804654	3	CARLOS	CES / SOUFRANCE FETALE AIGUE + D. C. P (U)	
12	JEDAQUI FATIMA	804623	3	CARLOS	CES / UTERUS CICATRICIEL (P)	
13	SASS SAFIA	804663	3	CLARA	CES / MACROSOMIE FETALE + TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
14	BEN CHAIEB RIHANA	804671	3	CLARA	CES / PROCDANCE DE MAIN + DEBUT DE TRAVAIL (U)	
15	VERHAT HAMIDA HALLA	804703	4	ALEJANDRO	CES / UTERUS BICATRICIEL (U)	
16	OUJUMEN ZAHIA	804677	4	ALEJANDRO	CES / D. C. P + MIU (U)	
17	LIHADI FATMA	804647	4	ALEJANDRO	CES / UTERUS CICATRICIEL (U)	
18	BUN ALIA FATIMA	804627	4	ALEJANDRO	CES / GROSSESSE 42 SEMAINE + PEL VIENNE (P)	
19	OUAICHOUBA AICHA	804747	4	CARLOS	CES / SOUFRANCE FETALE AIGUE (U)	
20	OUING FARIDA	804732	4	CARLOS	CES / PRESENTATION DE SIEGE - UTERUS CICATRICIEL + R. P. M (U)	
21	ACEM KHEIDIDA	804755	4	CARLOS	CES / UTERUS BICATRICIEL + DEBUT DE TRAVAIL (U)	
22	ACEM MERIEM	804658	5	NAKAHARA	CES / UTERUS CICATRICIEL (P)	
23	BIR FATIMA	804658	5	NAKAHARA	CES / UTERUS CICATRICIEL A TERME (P)	
24	TMOURA DJAMILA	804634	5	NAKAHARA	CES / UTERUS CICATRICIEL (U)	
25	EDDAD HANANE	804756	5	ALEJANDRO	CES / CICATRICE FRAICHE + TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
26	DIKHALFA DAOULA	804766	6	MARIA	CES / UTERUS CICATRICIEL + OLIGO - AMNIOS EN DEBUT TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
27	ERADA EMBARKA	804795	6	MARIA	CES / GROSSESSE DESIRE A TERME + LIQUIDE SEVERE (!?)	
28	ERADA EMBARKA	804328	6	MARIA	CES / H. T. A + R. P. M + UTERUS CICATRICIEL + LIQUIDE MECONIALE ++ (U)	
29	JED ATKA	804790	6	NAKAHARA	CES / UTERUS BICATRICIEL A TERME (P)	
30	JERMITI NAZIHA	804802	6	NAKAHARA	CES / S. F. A (U)	
31	AID KHADRA	804805	7	NAKAHARA	CES / ECLAMPSIE (U)	
32	GHABRINI DAHILA	804827	7	ALINA	CES / PRESENTATION TRANSVERSE EN TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
33	HIMIDAT AMAL	804668	7	ALINA	CES / CHECK DE DECLANHEMENT (U)	
34	HOULI SOUAD	804835	8	MARIA	CES / PATIONTE POLY TRAUMATISEE EN DEBUT TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
35	HEDAOUAR FATIMA	804662	8	MARIA	CES / UTERUS CICATRICIEL (CICATRICE FRAICHE) + PRESENTATION DE SIEGE + TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
36	KHOUL MALIKA	804862	8	CLARA	CES / UTERUS CICATRICIEL (U)	
37	ALMANI YAMINA	804821	8	ALINA	CES / UTERUS CICATRICIEL + TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT (U)	
38	LABNA FATNA	804822	8	ALINA	CES / MIU + UTERUS CICATRICIEL 31 SEMAINE (U)	

P : PROGRAMME
U : URGENCE

ملحق رقم: 05



DSS