



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في تخصص:

السكان والصحة



العوامل السوسيوديموغرافية والطبية المرتبطة بخصائص

العملية القيصرية

(دراسة ميدانية على عينة من النساء بالقطاع الصحي بمدينة سطيف)

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

د. سايح سويح

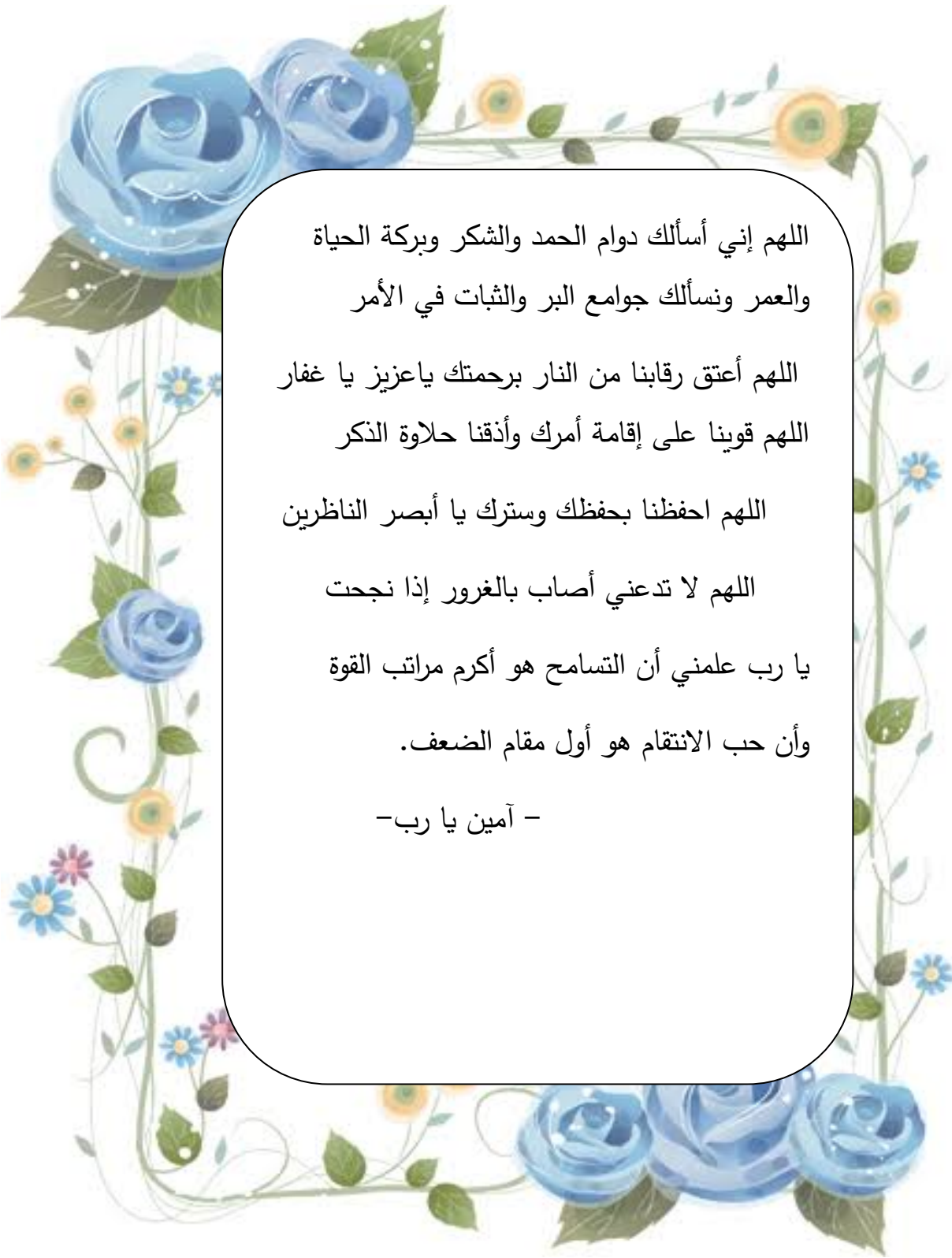
من إعداد الطاب (ة):

مراد ريمة

أعضاء لجنة المناقشة:

العضو	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
عميرة جويذة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
سايح سويح	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2	مشرفا، مقرا
فاصولي زينب	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	عضوا
بودور عبد المالك	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
آسيا شريف	أستاذة التعليم العالي	المدرسة العليا للإحصاء	عضوا
طويل محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	عضوا

2024/2023



اللهم إني أسألك دوام الحمد والشكر وبركة الحياة
والعمر ونسألك جوامع البر والثبات في الأمر
اللهم أعتق رقابنا من النار برحمتك يا عزيز يا غفار
اللهم قويننا على إقامة أمرك وأذقنا حلاوة الذكر
اللهم احفظنا بحفظك وسترك يا أبصر الناظرين
اللهم لا تدعني أصاب بالغرور إذا نجحت
يا رب علمني أن التسامح هو أكرم مراتب القوة
وأن حب الانتقام هو أول مقام الضعف.
- آمين يا رب -

إهداء

إذا كان الإهداء يعبر ولو بجزء عن
الوفاء فالإهداء إلى معلم البشرية ومنبع
العلم نبينا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى أبوي لما لهما من الفضل ما يبلغ
عنان السماء فوجودهما سبب للنجاح
والفلاح في الدنيا والآخرة

إلى أختي ورفيقة دربي في مسيرة الحياة
إلى إخوتي وكل من أحبهم قلبي في هذه

الحياة.

شكر وعرّفان

بداية أشكر الله وحده على إتمام هذا العمل راجية من الله عزوجل
تحسين عاقبتي في الأمور كلها وتوفيقني إلى كل ما هو خير
أتقدم بجزيل الشكر وفائق التقدير والاحترام إلى الأستاذ المشرف
الدكتور: سايح سويح لقبوله تأطيري في هذا العمل الذي لم يبخل
عني بأي نصيحة أو توجيه من أجل إرشادي، كما أتوجه بجزيل
الشكر والعرّفان إلى أساتذة الاديمغرافيا الذين شجعوني ووجهوني
طيلة عملي كما لا أنسى كل من أمد لي يد المساعدة من قريب أو
بعيد

الفهرس:

مقدمة.....أ-ت

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1. أهمية الدراسة 07
2. أهداف الدراسة..... 07
3. أسباب إختيار الموضوع..... 08
4. الإشكالية..... 09
5. صياغة الفرضيات..... 12
6. تحديد المفاهيم والمصطلحات..... 12
7. المنهج المتبع وأدوات الدراسة..... 20
8. مجالات الدراسة..... 22
9. الأداة المستعملة..... 28
10. تكوين الجداول إحصائيا..... 30
11. الدراسات السابقة..... 31

الفصل الثاني: العناية بالأم الحامل وانعكاسات الحمل والولادة عليها

- تمهيد..... 54
1. العناية بالمرأة الحامل..... 55
 - 1.1. الرعاية الصحية بالمرأة الحامل قبل الحمل..... 55
 - 2.1. الرعاية الصحية بالمرأة الحامل أثناء الحمل..... 56
 2. تطور الرعاية الصحية بالمرأة الحامل في الجزائر..... 66
 - 1.2. البرامج الصحية الموجهة لحماية المرأة الحامل..... 66
 - 2.2. تطور الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل في الجزائر..... 71
 3. أنواع الحمل والعوامل المؤثرة فيه..... 75

75.....	1.3. أنواع الحمل
81.....	2.3. العوامل المؤثرة في الحمل
86.....	4. الأمراض المصاحبة للحمل
92.....	5. خصائص وأنواع الولادة
96.....	6. مخاطر ومضاعفات الولادة الطبيعية
98.....	7. الرعاية بالأم أثناء الولادة
101.....	خلاصة

الفصل الثالث: تطور الولادة القيصرية محدداتها ومؤشراتها

103.....	تمهيد
104.....	1. تاريخ العملية القيصرية
113.....	2. تصنيف العملية القيصرية
119.....	3. محددات ومؤشرات العملية القيصرية الصحية والسوسيوديموغرافية
127.....	4. خطوات وتقنيات العملية القيصرية
132.....	5. مخاطر الولادة القيصرية
136.....	6. العناية بالمرأة أثناء العملية القيصرية وبعدها
138.....	7. تباين واختلاف نسب العمليات القيصرية في مناطق العالم
142.....	8. تطور العملية القيصرية في دول العالم
150.....	9. تطور العملية القيصرية في الجزائر
159.....	خلاصة

الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة:

الفصل الأول: عرض وتحليل بيانات السجل الطبي وخصائص أفراد الدراسة

163.....	1. عرض وتحليل بيانات السجل الطبي
173.....	2. عرض خصائص ومميزات عينة الدراسة
186.....	3. استنتاج

الفصل الثاني: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى

1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى.....189

2. استنتاج الفرضية الأولى.....206

الفصل الثالث: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثانية

1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثانية209

2. استنتاج الفرضية الثانية233

الفصل الرابع: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثالثة

1. عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثالثة236

2. استنتاج الفرضية الثالثة264

الاستنتاج العام267

الخاتمة.....273

قائمة المراجع.....276

الملاحق.....294

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تطور الرعاية الصحية للحوامل في الجزائر خلال 1992-2019	71
02	عدد زيارات الحوامل لمراكز الرعاية الصحية خلال فترة الحمل من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع والسادس	72
03	نسب النساء اللواتي أخذن التطعيم ضد التيتانوس خلال الفترة 1992-2019	74
04	تصنيف المؤشرات Impact المطلقة وغير المطلقة للأمهات وفقا لتوصيات الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد FIGO لعام 2006	115
05	المجموعات العشر لتصنيف روبسون	117
06	معدلات العمليات القيصرية في البلدان المصنفة حسب المجموعات الجغرافية للأمم المتحدة عام 2018	138
07	معدل العملية القيصرية في فرنسا من 1981 إلى 2003	146
08	تطور العملية القيصرية في الجزائر في الفترة (1992-2019)	151
09	تطور العملية القيصرية من خلال المنطقة الجغرافية وطبيعة الإقامة	152
10	تطور العملية القيصرية في الجزائر من خلال سن الأم	153
11	تطور العمليات القيصرية في الجزائر من خلال المستوى التعليمي للمرأة	154
12	تطور العملية القيصرية في ولاية سطيف في الفترة 2013-2021	156
13	تطور العملية القيصرية بين القطاع العام والقطاع الخاص لولاية سطيف 2019-2021	157
14	التكرارات والنسب المئوية لمتغير فئات سن الأم	163
15	التكرارات والنسب المئوية لمتغير مكان الإقامة	166
16	التكرارات والنسب المئوية لمتغير نوع العملية	168
17	سبب إجراء العملية القيصرية حسب مكان الإقامة	170
18	نوع العملية القيصرية حسب فئات سن الأم	172
19	فئات السن لأفراد العينة	174
20	توزيع أفراد حسب مكان الإقامة	175

177	التكرارات والنسب المئوية لمتغير نوع المسكن	21
178	التكرارات والنسب المئوية لمتغير نوع العائلة	22
180	التكرارات والنسب المئوية لمتغير الوضعية المهنية	23
181	التكرارات والنسب المئوية لمتغير الدخل الشهري	24
182	التكرارات والنسب المئوية لمتغير الدخل الشهري	25
183	التكرارات والنسب المئوية لمتغير الوضعية المهنية للزوج	26
184	التكرارات والنسب المئوية لمتغير دخل الزوج	27
189	العلاقة بين الفئات العمرية بنوع العملية القيصرية	28
191	العلاقة بين الفئات العمرية وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة بموعد الولادة	29
193	العلاقة بين الفئات العمرية ومتى تم التأكد من الحاجة لإجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	30
194	العلاقة بين الفئات العمرية ومكان إجراء العملية القيصرية	31
195	علاقة الفئات العمرية للمبحوثات بأفضلية العملية القيصرية بالنسبة لهن	32
197	العلاقة بين الفئات العمرية عند الزواج ومكان إجراء العملية القيصرية	33
198	العلاقة بين الفئات العمرية عند الزواج أول مرة بتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	34
199	توزيع المبحوثات حسب مدة حملهن بعد زواجهن الأول ومكان إجراء العملية القيصرية	35
201	علاقة المدة ما بين الزواج والحمل الأول بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	36
202	العلاقة بين المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة ومكان إجراء العملية القيصرية	37
203	علاقة المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة بموعد إجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	38
204	علاقة المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة بنوع العملية القيصرية التي خضعن لها	39
209	علاقة المستوى الدراسي للأمم بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	40

211	علاقة المستوى التعليمي للأم ومتى تأكد حاجتها للعملية القيصرية بالنسبة لتطور المخاض	41
213	علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع العملية القيصرية التي تخضع لها	42
214	علاقة المستوى التعليمي للأم بوجهة نظرتهن حول العملية القيصرية	43
216	علاقة المستوى الدراسي للزوج بمكان إجراء العملية القيصرية للزوجة	44
217	علاقة الضغوطات التي تتعرض لها الأمهات أثناء حملهن بمكان إجراء العملية القيصرية	45
219	العلاقة بين الضغوطات التي تحدث خلال الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	46
220	العلاقة بين على أي مستوى تكون الضغوطات التي تتعرض لها الحوامل ومكان إجراء للعملية القيصرية	47
221	العلاقة بين العمليات القيصرية في محيط الأمهات وتوقيت العمليات القيصرية بالنسبة للمخاض	48
222	العلاقة بين العمليات القيصرية التي تكون في محيط الأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها	49
224	العلاقة بين ثقافة الأمهات حول العملية القيصرية ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها لها	50
226	العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل ومتى يتم تأكيد حاجتهن للعملية القيصرية بالنسبة للمخاض	51
227	العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها	52
228	العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل وجهة نظرهن لها	53
229	العلاقة بين كيفية اختيار العملية القيصرية ونوع المؤسسة الصحية التي تجرى فيها	54
230	العلاقة بين كيف كان اختيار العملية القيصرية ومتى تم التأكد من الحاجة إليها	55

231	العلاقة بين من ساهم في اختيار الأم للعملية القيصرية ونوعها	56
232	العلاقة بين اختيار العملية القيصرية ووجهة نظر الأمهات لها	57
237	العلاقة بين كتلة جسم الأمهات ومكان إجراء العملية القيصرية	58
238	علاقة كتلة جسم الأمهات بوقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	59
239	علاقة الأمراض المزمنة التي تعاني منها الأم ومكان إجراء العملية القيصرية	60
240	العلاقة بين الأمراض المزمنة وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	61
241	العلاقة بين الرحم المنتدب وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	62
242	العلاقة بين الاضطرابات الصحية خلال فترة الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية	63
244	العلاقة بين الاضطرابات الصحية اثناء الحمل ونوع العملية القيصرية	64
245	العلاقة بين وسيلة تنظيم النسل ومكان إجراء العملية القيصرية	65
247	العلاقة بين الوسيلة المعتمدة في تنظيم النسل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	66
248	العلاقة بين الوسيلة المعتمد عليها في تحديد النسل ونوع العملية القيصرية	67
249	العلاقة بين نوع الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية	68
250	العلاقة بين عمر الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية	69
252	العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	70
253	العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	71
254	العلاقة بين عمر الحمل ونوع العملية القيصرية	72
255	العلاقة بين اللقاحات التي تتم خلال الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	73
256	العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	74
257	العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	75
258	علاقة وضعية الجنين في الرحم بنوع العملية القيصرية	76
259	علاقة وزن المولود بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة	77

260	العلاقة بين وزن الجنين وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض	78
261	العلاقة بين وزن المولود ونوع العملية القيصرية	79
262	يبين العلاقة بين الرعاية الصحية بعد العملية القيصرية ووقت إجرائها بالنسبة لموعد الولادة	80
263	يبين علاقة المتابعة الصحية بعد العملية القيصرية بنوعها	81

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	هيكل مستشفى الأم والطفل - الباز	25
02	تطور الرعاية الصحية للحوامل في الجزائر خلال 1992-2019	71
03	صورة الحمل العنقودي	80
04	نسب العملية القيصرية في الجزائر (1992-2019)	151
05	أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير فئات سن الأم	164
06	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير مكان الإقامة	166
07	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع العملية	168
08	أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير فئات العمر	174
09	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير مكان الإقامة	176
10	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع المسكن	178
11	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع العائلة	179
12	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الوضعية المهنية	180
13	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الدخل الشهري	181
14	أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير دخلك الشهري	182
15	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الوضعية المهنية للزوج	183
16	أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير دخل الزوج	184

مقدمة

جعلت الابتكارات في تقنيات الجراحة والتخدير لتوفير السلامة الجيدة لكل من الأم وطفلها الولادة القيصرية تدخلا شائعا في التوليد، حيث تسمح هذه الأخيرة باستخراج الجنين عن طريق شق بطن أمه، وجدير للذكر أنه منذ ما يقرب حوالي 40 عاما اعتبر المجتمع الدولي أن معدل الولادة القيصرية المثالي يتراوح بين 10 و15% إذ تم اعتماد هذه العتبة من قبل مجموعة من الخبراء في مجال الصحة الإنجابية في اجتماع نظمته منظمة الصحة العالمية في عام 1985 في فورتاليزا بالبرازيل والذي أعلن أنه لا يوجد أي مبرر واضح لحقيقة أنه في مثل هذا وذاك أو أي منطقة جغرافية أكثر من 10-15% من الولادات يتم إجراؤها بعملية قيصرية، وقد توصلت لجنة الخبراء إلى هذا الاستنتاج بناء على مراجعة المعطيات المحدودة المتوفرة في ذلك الوقت بشك رئيسي من بلدان شمال أوروبا التي كان لها نتائج جيدة للأمهات والفترة المحيطة بالولادة مع هذا المعدل للولادة القيصرية.¹

منذ ذلك الوقت تم إجراء الولادة القيصرية بوتيرة متزايدة في كل من البلدان المتقدمة والنامية ومع ذلك لم يتم تبرير هذه الزيادة إكلينيكية فقد أصبحت هذه الزيادة العالمية في القسم القيصري قضية صحية عالمية رئيسية ومصدر قلق خاصة عند المنظمات الصحية الدولية والأخصائيين في مجال التوليد، وجدير للذكر يختلف تواتر الولادة القيصرية اختلافا كبيرا بين دول ومناطق العالم اعتمادا على إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية حيث أن حدوثها أخذ في الارتفاع في جميع انحاء العالم ووفقا لأحدث التقديرات توجد أعلى معدلات الولادة القيصرية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بمتوسط 42.8% والأمريكيتان بمتوسط 39.3% أما عن أدنى معدلاتها فتوجد في كل من إفريقيا خاصة في جنوب الصحراء الكبرى بمتوسط 5%، و ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا بمتوسط 3.6%،² ومن ناحية أخرى أضافت منظمة الصحة العالمية فيما يخص التباين والفجوة في معدلات العملية القيصرية بين دول العام حيث كان التباين حتى في داخل الدول وبين مستشفياتها إذ أفادت

¹Vogel JP et al, on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicounty surveys, Lancet Global Health, (3) (5), 2015, 262.

² Ana Pilar Betran , et all, Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates, Betran AP, et al. *BMJ Global Health* 2021;6 p4

أن العمليات القيصرية التي تزيد عن 10 إلى 15% أنها تجرى دون دواعي طبية، أما العمليات القيصرية التي تجرى دون 10% فتشير لوجود نساء بحاجة ماسة إليها لكنهن لم يتمكن من الوصول لها نظيرا لاختلاف مستويات الرعاية الصحية من بلد إلى بلد وكذا اختلاف البيئة الاقتصادية والديمغرافية والاجتماعية.¹

والجزائر هي الأخرى كباقي دول العالم لم تكن محصنة من هذه الظاهرة العالمية فقد شهدت مستويات العملية القيصرية فيها ارتفاعا ملحوظا فأخر الإحصائيات المعلن عليها من طرف الحكومة الجزائرية من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 بلغت النسبة فيها 24.8% وهي تعادل حوالي ضعف المعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية،² فعلى الرغم من أن التوصيات الرئيسية لإجراء العمليات القيصرية موصوفة في الأدبيات إلا أن القضايا التي تسهم في ارتفاع معدلات هذه الأخيرة متعددة العوامل ومعقدة ولا تزال غير واضحة مثل العوامل الاجتماعية والديمغرافية والثقافية والاقتصادية للحوامل المتعلقة بالرعاية.

فلذا كان الهدف من هذه الدراسة هو تسليط الضوء على العوامل التي أدت إلى تفاقم هذه الظاهرة العالمية في الجزائر وخاصة في المجتمع المحلي ألا وهو ولاية سطيف، ومنها العوامل الديمغرافية والاجتماعية والصحية التي باتت تكمن وراء جل الظواهر التي تحدث في المجتمعات الإنسانية.

وللوصول لهدفنا اعتمدنا في ذلك على السجل الطبي الخاص بالنساء اللواتي أُجريت العملية القيصرية خلال سنة 2021 على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز-، إضافة إلى استجواب 300 امرأة في سن الإنجاب من نفس الولاية وخضعن لعملية قيصرية على الأقل، ولالإحاطة بموضوعنا كانت خطتنا تحوي 3 فصول نظرية، في الفصل الأول حاولنا الاقتراب من أشكال الدراسة الذي يتضمن العوامل الرئيسية المرتبطة بإجراء العملية القيصرية للنساء الحوامل ما بين 15-49 سنة في الجزائر، ووضع فرضياتها التي حاولنا التحقق منها لاحقا، كما عرضنا المفاهيم التي لها علاقة بالعملية القيصرية وذلك حسب رؤيتنا، بالإضافة إلى أهمية الموضوع والأهداف المتوخاة، كذلك عرض المنهجية المتبعة وخطواتها، وأخيرا التطرق

¹ Betran AP ET all, **the increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014.** PloS One.2016, p3.

²Ministère de la Santé de la Population , & de la Réforme hospitalière, *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-6) 2019, p 178*

إلى الدراسات السابقة، ويليه الفصل الثاني الذي خصصناه للمراحل الطبيعية التي تسبق العملية القيصرية منها الحمل وكذا عرض الرعاية الصحية بالحامل أثناءه وبعده، وتطور الرعاية الصحية بالحامل في الجزائر، أنواعه والعوامل المؤثرة فيه، الأمراض المصاحبة له، والولادة حيث ركزنا على خصائصها من حيث أنواعها، مضاعفاتها، الرعاية بالأم في أثناءها، أما الفصل الثالث خصصناه لإعطاء صورة دقيقة للعملية القيصرية: تاريخها، تصنيفها العالمي، خطوات إجرائها وتقنياتها، مخاطرها ومضاعفاتها، تطور معدلاتها على المستوى العالمي وعلى مستوى الجزائر خاصة على مستوى المجتمع المحلي ولاية سطيف.

في حين الجانب الميداني اشتمل على أربعة فصول فالأول خصصناه لعرض وتحليل بيانات السجل إضافة إلى عرض خصائص أفراد عينة بحثنا، والفصل الثاني اشتمل على دراسة الفرضية الأولى من خلال معرفة العلاقة بين العوامل الديمغرافية والعملية القيصرية، والفصل الثالث خاص بالفرضية الثانية لمعرفة تأثير المحيط الاجتماعي وأفراده بالأم الحامل خاصة في طبيعة نوع ولادتها، إضافة إلى معرفة تأثير المستوى التعليمي، وأخيرا الفصل الرابع الذي اشتمل على دراسة الفرضية الثالثة لتحديد العوامل الصحية التي تتداخل مع العملية القيصرية، لنختم الدراسة بنتائج عامة وخاتمة، إضافة إلى قائمة المراجع والمصادر، وأيضا الملاحق التي تضمنت الاستمارة، نموذج من السجل الطبي الذي طبقنا عليه دراستنا، وأخيرا بعض من مخرجات برنامج SPSS.

الباب الأول: الإطار النظري

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

1. أهمية الموضوع:

تجدر الإشارة إلى أن موضوع الولادة هو أحد الموضوعات المهمة والحاسمة لأنه يمر عبر الإنسانية جمعاء ويشهد تكرارًا يوميًا فهو يمس شرائح المجتمع الحساسة ، وهو مقياس تقدم أي بلد ، وبالأخص فالولادة القيصرية في جميع أنحاء العالم من أكبر العمليات الجراحية شيوعا في مجال التوليد الحديث، إذ تهدف هذه الجراحة إلى إنقاذ حياة الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ولكن الأبحاث في هذا الصدد لا تزال في الجزائر بشكل عام وفي ولاية سطيف بشكل خاص بالحاجة إلى مزيد من البحث، إذ أن هذا الموضوع لم ينل نصيبه من الدراسة بالقدر الكافي، ولحد الساعة لم تتضح الرؤية الصحيحة حوله خاصة فيما يخص الأسباب الفعلية حول ارتفاع معدلاته في العقدين الماضيين.

علاوة على ذلك، فإن معالجة مسألة أسباب العملية القيصرية والتأكيد عليها قد يساعد العاملين الصحيين في مجال التوليد على إيجاد أفضل طريقة للتعامل مع هذه الفئة.

2. أهداف الدراسة:

تعتبر الأهداف التي يسعى إليها البحث العلمي من العوامل المؤثرة في مشكلة البحث لذلك فإن أهداف الدراسة الأساسية هي:

- الهدف الأول لبحثنا هو أن ما سنصل إليها أخيراً قد يصبح نقطة انطلاق للباحثين على جميع مستويات المهتمين بهذا الموضوع، وبالتالي إثراء المكتبة العلمية واستكمال عملية البحث المعرفي في هذا المجال.
- المساهمة بتقديم بحث علمي في تخصص ديمغرافي لإثراء الأعمال في هذا التخصص.
- تقييم المحددات المرتبطة بالولادات القيصرية بين النساء اللواتي يحملن أطفالاً وتتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة في الجزائر.
- تحليل العوامل الاجتماعية والديموغرافية المرتبطة بالولادة القيصرية لدى النساء اللواتي يلدن بعملية قيصرية وتحديد الفئات الأكثر احتمالاً للخضوع لهذا الإجراء.
- لفهم العوامل الاجتماعية والديموغرافية التي قد تؤدي إلى الولادة القيصرية لدى النساء الأكثر ملاءمة للولادة الطبيعية.

حيث انه بتحديد مختلف العوامل التي تقف وراء الولادة القيصرية، يمكن ان يساهم في تغيير الوضع الحالي وخفض معدلاتها وبالتالي التقليل من خلفياتها على الأمهات وعلى حديثي الولادة مما قد يؤدي إلى خفض تكاليف رعايتها في المستشفى.

3. أسباب دراسة الموضوع:

يعتمد اختيار أي دراسة علمية على مجموعة من الأسباب التي تدفع الباحث للقيام

بذلك، وفي حالة موضوع بحثنا تدرج الأسباب في النقاط التالية:

- اجتذبت الزيادة الكبيرة في معدل العمليات القيصرية عالميا ووطنيا انتباه جميع الخبراء في المجتمع الدولي، وخاصة في المجتمع المحلي، حيث أصبحت ظاهرة واسعة الانتشار.
- ميل النساء لإجراء عمليات قيصرية مقارنة بالأجيال السابقة.
- دينامية موضوع الولادة عن طريق الجراحة ومرونته يستدعي منا البحث فيه باستمرار ومن زوايا متعددة.
- تباين أسباب العملية القيصرية فهي خرجت عن مسارها الطبي حيث أصبحت تجرى دون دوافع طبية، إلا ان الأسباب الجذرية لهذه الزيادة الهائلة ليست مفهومة حتى الآن.
- على الرغم من أن التوصيات الرئيسية لإجراء العمليات القيصرية موصوفة في الأدبيات إلا أن القضايا التي تسهم في ارتفاع معدلات العمليات القيصرية متعددة العوامل ومعقدة ولا تزال غير واضحة مثل العوامل الاجتماعية والديمغرافية والثقافية والاقتصادية للحوامل.

4. الإشكالية:

الولادة القيصرية هي أكثر عمليات التوليد شيوعاً في العالم، حيث ارتبطت معدلاتها المرتفعة خلال السنوات القليلة الماضية بأحداث الأم والجنين، وتعرف العملية القيصرية "على أنها إجراء شق جراحي في بطن الأم وذلك لإخراج كل من الجنين والمشيمة، حيث تجرى هذه الأخيرة خلال الأسبوع 37 من الحمل فما فوق، وتعتبر الخيار الأنسب في حال تعذر الولادة الطبيعية ويرجع ذلك إلى خوف الأم من آلام الولادة الطبيعية أو في حالات الطوارئ التي لا تستطيع فيها المرأة الحامل الولادة بشكل طبيعي بسبب مخاطر على صحتها أو صحة جنينها"¹.

فقد أصبحت الولاد القيصرية الآن عملاً شائعاً في كل من البلدان المتقدمة والنامية، حيث أظهر تقرير نشرته منظمة الصحة العالمية أن معدل الولادة القيصرية ارتفع من 10 % إلى غاية 15 % مما يشير إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية ورأت أنه عندما ترتفع معدلات الولادة القيصرية نحو 10 % بين السكان ينخفض عدد الوفيات بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة ولكن عندما يذهب المؤشر إلى أعلى من ذلك فليس هناك دليل على انخفاض معدل الوفيات أي أن الجراحات القيصرية أجريت دون دواعٍ طبية.²

في نفس السياق وفقاً لدراسة نُشرت في العدد الأخير من إحدى المجلات الطبية الرائدة في هذا المجال، شهدت معدلات الولادة القيصرية أيضاً زيادة قياسية في السنوات والعقود الأخير، وبحسب الدراسة ارتفع عدد الولادات القيصرية من 16 مليون حالة سنوياً أي ما يعادل نسبة 12 % من مجمل الولادات في عام 2000 إلى 29.7 مليون ولادة سنوياً أي ما يعادل 21% من مجمل الولادات في عام 2015 وهو ما يعني أن عدد الولادات القيصرية قد تضاعف تقريباً خلال 15 سنة الماضية بالرغم من أن توصيات منظمة الأمم المتحدة تشير إلى أن نسبة الولادات القيصرية ينبغي أن لا تزيد على 15 % في مجمل الولادات

¹Gharekhani, p, Sadatian, A, **Principles of pregnancy and delivery**. 5th édition, Noor Danesh ; Tehar, 2009, p249.

²Fichbach Elodie, **Comparaison de l'évaluation des pratique de césarienne dans une maternité de type IIA d'un même CHU à l'aide de la classification de robson en 2019 sur une population de patientes porteuses de fœtus vivants et viable**, université de Strasbourg faculté de médecine et Strasbourg, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, année 2021,p41.

السنية وقد أثار هذا الارتفاع الكبير في معدل الولادات القيصرية قلقا عالميا،¹ أما سنة 2018 فقد بلغ متوسط معدل العملية القيصرية العالمي 18.6% وجدير للذكر أن معدلات هذه الأخيرة تختلف باختلاف المناطق حيث أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي لديها أعلى متوسط معدلات الولادة القيصرية في العالم بنسبة 42.8% تليها الأمريكيتان بمتوسط 39.3% وشرق آسيا بمتوسط 33.7% ثم أستراليا ونيوزيلندا بمتوسط 33.5% وشمال إفريقيا بمتوسط 32% أما باقي مناطق العالم فقد كانت فيها نسب العملية القيصرية بمتوسطات ما بين 3.6% و31.6% هذه فقط متوسطات لنسب العملية القيصرية ومنها ما يمثل 3 أضعاف المعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية حيث أن منطقة البحر الكاريبي فيها من الدول التي تجاوزت أعتاب 48.2%².

وغني عن القول إن ارتفاع معدلات هذه الأخيرة أصبح مصدر قلق كبير لخبراء الصحة العامة في جميع أنحاء العالم، حيث تم تحديد العديد من العوامل الطبية وغير الطبية، فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية تضاعف معدل الولادة القيصرية العالمية ثلاث مرات خلال 3 عقود، إذ ارتفعت المعدلات حول العالم من 7% خلال عام 1990 إلى 21% عام 2021، وهو ما يعني أن واحداً من كل خمسة أطفال حول العالم يولد عبر جراحة قيصرية.³

في المقابل سجلت كثير من دول العالم العربي ارتفاعاً ملحوظاً في نسب الولادة القيصرية حيث ناهزت نسبة الولادات القيصرية في تونس نسبة 50% أواخر سنة 2021 مع احتمال مواصلة الارتفاع وعدم والوقوف عند هذا الحد⁴، والنسبة تتزايد جدا في المغرب حيث سجل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في المملكة تزايد معدل الولادات القيصرية في المحافظات الحضرية مثل الرباط والدار البيضاء وفاس وأكادير

¹ مرموري البشير، ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوبة (بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة

بمستشفى ابن سينا أدرار)، مجلة رفوف-مخبر المخطوطات - جامعة أدرار، المجلد 11، العدد 1، 2023، ص782.

² Ana Pilar Betran et all, **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**, op-cit, p4.

³ نغم قاسم، الولادة القيصرية: مضاعفات قد تعانيتها الأم وطفلها مدى الحياة، بي بي سي نيوز عربي، ماي 2022، على الرابط <https://www.bbc.com/arabic/middleeast> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/31 على الساعة 13:02

⁴ إسكندر بن عيلة، الولادة القيصرية، Dr SKANDER BEN ALAYA، 2022، على الرابط

<https://www.gynecologue-tunis.com/ar> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/31 على الساعة 13:09.

والصويرة إلى 80% و95% في حين تصنف مصر الثالثة عالميا في انتشار الولادة القيصرية بمليون و400 امرأة مصرية يجرون عمليات قيصرية سنويا بنسبة 52% من إجمالي الولادات.¹

والجزائر كباقي دول العالم لم تسلم من الزيادة المرتفعة لوضع الأمهات لمولودهن عن طريق العملية القيصرية، فقد شهدت نسبة الولادات القيصرية في الجزائر ارتفاعا ملموسا خلال الفترة 2006-2012 فبعد أن كانت في حدود 08% مقابل 90,5% من الولادات الطبيعية حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS3 لسنة 2006² تضاعفت هذه النسبة لتسجل 16% للولادات القيصرية حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS4 لسنة 2012-2013،³ واستمرت هذه النسبة في الارتفاع لتصل إلى 24.8% من إجمالي الولادات سنويا سنة 2019 حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS6،⁴ أما على مستوى المجتمع المحلي ولاية سطيف هي الأخرى لم تسلم من ارتفاع في معدلات هذه الأخيرة فقد بلغت الزيادة خلال 8 سنوات الماضية بزيادة حوالي 8.51% من 19.15% سنة 2013 إلى 27.66% سنة 2021،⁵ هذه الزيادة المرتفعة في الجزائر عامة وولاية سطيف خاصة أثارت جدلا كبيرا حول خلفيات هذه الظاهرة الذي امتدت حتى للجزائر، ولكن بالرغم من هذه الزيادات المرتفعة للولادة القيصرية إلا أن هناك حالات بالفعل تستدعي لإجراء هذه الأخيرة حيث أن الفئة التي لا تستدعي لإجرائها أحدثت تشويش على الفئة المتطلبة لذلك وهذا جعلنا نتحرى ونبحث حول الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى إجراء العملية القيصرية وتوصلنا إلى التساؤل التالي:

¹سبوتنيك عربي، "الولادة القيصرية" ... الوباء المفضل لنساء العالم العربي"، SPUTNIK عربي، 2018، على الرابط <https://sputnikarabic.ae>، اطلعت عليه بتاريخ 2022/12/25، على الساعة 6:39.

²Ministère de la Santé de la Population , & de la Réforme hospitalière, *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-3) 2006 – 2008, p 128.*

³Ministère de la Santé de la Population , & de la Réforme hospitalière, *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013, p 141.*

⁴Ministère de la Santé de la Population , & de la Réforme hospitalière, *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-6) op-cit, p 180.*

⁵ مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف.

ماهي العوامل المرتبطة بارتفاع معدلات العملية القيصرية في الجزائر بين النساء في سن 15-49؟

1.4. التساؤلات الفرعية:

- . هل العوامل الديمغرافية تدفع بالأم الحامل إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية؟
- . هل تؤدي العوامل الاجتماعية إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية؟
- . هل العوامل الصحية تجعل الأم الحامل تلد عن طريق العملية القيصرية؟

5. صياغة الفرضيات:

1.5. الفرضية الرئيسية:

هناك محددات سوسيوديمغرافية وصحية تؤدي إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية.

2.5. الفرضيات الفرعية:

- الخصائص الديمغرافية للمرأة الحامل تقودها إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية.
- القيم الاجتماعية السائدة والمحيط الذي تنشأ فيه الحوامل على علاقة في ولادتها عن طريق العملية القيصرية.
- الأوضاع الصحية للمرأة الحامل وجنينها خلال فترة الحمل تجعلها تلد عن طريق العملية القيصرية.

6. المفاهيم:

تعتبر المفاهيم من أهم مراحل البحث العلمي لأنها تزيل الغموض والشكوك الموجود في المشكلة كما توضح العلاقة بين الفرضية والمشكلة، وبناء على ما يمليه موضوعنا فالحدود التي تنبثق منه هي اجتماعية، ديمغرافية، صحية، وعليه فإن المفاهيم التي تحدد أطر دراستنا هي:

1.6. العوامل الاجتماعية:

هو كل ما له علاقة بالعلاقات المتبادلة بين الأفراد أو المجموعات، والعنصر الاجتماعي موجود في حالة تأثر السلوك، حتى لو كان مرتبطاً بفرد واحد أو بشخص آخر أو بجماعة سواء كان هذا الشخص أو هؤلاء الأشخاص موجودين من الناحية المادية أو

غير موجودين،¹ فالعوامل الاجتماعية تعرف بأنها مجموعة الظروف المتعلقة بتكوين المجموعات وأنظمتها، والتي تساهم بدورها في تكوين الفرد ولها تأثير واضح على سلوكه، وتعنى بالمتغيرات الخاصة بالبناء الأسري.²

أما عن التعريف الإجرائي فهي تلك القيم السائدة المتمثلة في التقاليد والأعراف الاجتماعية وطبيعة البناء الأسري وكذا التنشئة الاجتماعية ذات التأثير في كل السكان.

2.6. العوامل الديمغرافية:

وقد عرفها أحمد زكي بدوي " مظهر من مظاهر التكوين السكاني، مثل الزيادة أو النقصان في معدلات المواليد، ومعدلات الوفيات، وكذا معدلات الوفيات الخاصة بالعمر بالنسبة لإجمالي السكان وتوزيعهم الجغرافي".³، أما في دراستنا سوف نحدد العوامل الديمغرافية التي لها علاقة بالعملية القيسرية وتشمل:

1.2.6 السن:

ويقصد به التركيب العمري لأفراد المجتمع وجدير للملاحظة ينقسم السكان حسب أعمارهم إلى ثلاث فئات عمرية: فئة صغار السن (من 0 إلى 14 سنة)، فئة متوسطي السن أو الفئة العمرية النشطة (من 15 إلى 64 سنة)، والفئة الأخيرة وهي فئة كبار السن أو ما يطلق عليها بالشيخوخة (65 سنة فما فوق)،⁴ ومما لا شك فيه فمعرفة سن أفراد عينة الدراسة يسمح بتوفير جهد كبير على الباحث فالخصائص الجسمية والصحية تختلف باختلاف الأعمار، فبالنسبة لموضوعنا إن السن يلعب دور مهم في طبيعته واتجاهاته المختلفة.

¹ بدوي أحمد زكي، معجم المصطلحات، الرعاية والتنمية الاجتماعية، ط1، دار الكتاب المصري، القاهرة، دار الكتاب اللبناني، بيروت، 1987، ص386.

² رشوان حسين عبد الحميد، دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية -دراسة في علم الاجتماع الحضري، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2004، ص10.

³ بدوي أحمد زكي، معجم المصطلحات، الرعاية والتنمية الاجتماعية، مرجع سابق، ص 79.

⁴ الأشقر أحمد، علم السكان، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، عمان، 2009 ص219

2.2.6. الخصوبة:

هي القدرة الفعلية للمرأة أو مجموعة من النساء ما بين (15-49) سنة على الإنجاب وهي خصوبة واقعية تتميز عن الخصوبة الطبيعية، فالطبيعية هي القدرة على الإنجاب للحد الأقصى لعدد المواليد الذي يمكن أن يحدث بالمقارنة مع العدد الواقعي للمواليد في أي مجتمع.¹

أما غالبية الديموغرافيين يتفقون على أن مصطلح الخصوبة يدل على الخصوبة الكامنة أو البيولوجية التي تستخدم للدلالة على القوة الكامنة أي قابلية السكان القصى على الإنجاب وعادة ما يتحدد عند النساء من الناحية البيولوجية بين سن 15 و49 سنة على اعتبار أن قابلية الإنجاب لدى المرأة وفقا لهذا التركيب نحو 35 سنة اعتبارا من تاريخ بلوغها حتى تاريخ انقطاع الحيض وخلال هذه الفترة تتحدد قابلية الإنجاب مرة واحدة كل 28 يوم على وجه الخصوص.²

3.2.6. المستوى التعليمي:

حسب هيئة الأمم المتحدة: فإنه يؤخذ أعلى مستوى تعليمي بلغه الفرد، وينقسم المستوى التعليمي إلى عدة مستويات منها: أمي (لا يعرف القراءة والكتابة)، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي.³

¹مصلح الصالح، الشامل-قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار الكتب، الرياض، 1999، ص 217.

² لجناف عبد الرزاق، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر (دراسة ميدانية معطيات 1992)، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد القياسي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 3، 2012، ص 19.

³إسماعيل إبراهيم، مناهج البحوث الإعلامية، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2017، ص 98.

3.6. العوامل الصحية:

بعدما تطرقنا إلى تحديد المصطلحات الخاصة بالعوامل الاجتماعية والديمغرافية والتي تتداخل مع العملية القيصرية سنحاول فيما يلي تحديد المفاهيم الخاصة بالعوامل الصحية والتي لها علاقة بموضوع دراستنا:

1.3.6. الصحة الإيجابية:

حسب منظمة الصحة العالمية الصحة الإيجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة ولذلك تعني الصحة الإيجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق المرأة والرجل في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختار أنها لا تتعارض مع القانون وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة.¹

فتعني الصحة الإيجابية الرفاهية الشاملة الجسدية والعقلية والاجتماعية للحوامل والأمهات بكل ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه، وهذا لا يعني عدم وجود الأمراض والإعاقات فقط، بل تتطلب الصحة الإيجابية السليمة توفر الخدمات البشرية التي تساهم في الصحة والرفاهية في ميدان الإنجاب مع وقاية وحل المشاكل التي قد تطرأ في هذا المجال.²

2.3.6. الرعاية الصحية الإيجابية:

تعرف حسب منظمة الصحة العالمية على أنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تساهم في الصحة الإيجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإيجابية وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا

¹ منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، الصحة الإيجابية، أبريل 2004، ص5.

²كواش زهرة، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات الحوامل والأطفال (دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والمولود الموتي والمولود الجدد)، أطروحة الدكتوراه في الديمغرافيا، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2006، ص11.

مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.¹

إن أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى رعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة وبعدها، وتشمل الرعاية الصحية الإنجابية على: "خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة، الإعلام والتوعية والتواصل والرعاية قبل الولادة وبعدها بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، الوقاية من العقم وعلاجه، الوقاية من مضاعفات الإجهاد المأمون حيثما لا يكون ذلك متعارضا مع القانون، معالجة التهابات الجهاز التناسلي، والأمراض المنقولة جنسياً، والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي".²

إن الصحة الإنجابية والرعاية بها هي الحجر الأساس في المرور بحمل سليم والخروج بظروف ولادة طبيعية وأي اختلال في الصحة الإنجابية أو إغفال في رعايتها يؤدي إلى ما يحمد عقباه مما يعرض كل من حياة الأم ومولودها لمخاطر ما يستدعي اللجوء إلى العملية القيصرية للخروج بأقل أضرار.

وعادة ما تكون العملية القيصرية هي الخيار الأخير والوحيد لحماية الأم والجنين، أي تكون في الوضع الغير الطبيعي فتسبقها الولادة الطبيعية كذلك هي مرتبطة بمجموعة من العناصر فهي تتوج بإخراج الجنين من الرحم وعليه يجب الإشارة إلى المفاهيم التالية للإحاطة بموضوع الدراسة بصورة دقيقة وشاملة:

3.3.6. الرحم:

هو المكان الذي تنمو فيه النطفة (الأمشاج) بعد الإخصاب وتعلق فيه حتى تصير علقه فمضغة فعظاما فلحما يكسو العظام، ثم ينشئه الله خلقا آخر حتى يخرج الله عزوجل طفلا كامل الخلقة سوي التكوين، والرحم عضو عضلي أجوف ذو جدار ثخين وممتين وفي حالة الحمل فإن الرحم ينمو ويكبر حتى يملأ البطن من القص إلى العانة.³

¹ منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، الصحة الإنجابية، مرجع سابق، ص5.

² سويح سايح، العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم، أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة الجزائر 2، 2016-2017، ص17.

³ محمد رأفت عثمان، نقل وزرع الأعضاء، بحث مقدم في مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية الثالث عشر في 10 مارس 2009، ص 13.

كما عرفه البعض بأنه الوعاء الذي ينمو بداخله الجنين وهو عضو عضلي مجوف كمثري الشكل في ثلثيه العلويين وأسطواني في ثلثه الأسفل ويبلغ طوله حوالي 7.5 سم وعرضه 5 سم و3 سم بالنسبة للمرأة التي لم يسبق لها الحمل، وهو مثبت في موضعه بواسطة مجموعة من الأربطة تسمح له بالزيادة التدريجية أثناء الحمل ليتضاعف حجمه حتى يصل إلى حوالي ثلاثة آلاف ضعفه في نهاية الحمل والرحم هو العضو الوحيد في جسم المرأة الذي له قابلية التغير السريع من حال إلى حال وهو بذلك أسرع نمو يحصل في جسم المرأة يتكون من جسم وعنق وكلاهما مكون من ثلاث طبقات طبقة البريتون تغطي جسم الرحم وجزء من عنقه من الخلف، والطبقة العضلية وتتميز بسماكتها وتشمل في ذاتها ثلاثة طبقات من الألياف، والطبقة المخاطية وهي الغشاء المبطن للرحم الذي يعتبر الفراش الذي يحتوي النطف والأمشاج التي تعلق به.¹

تطرقنا إلى تحديد مفهوم الرحم لأنه العضو الذي يتم على مستواه تشكل الجنين وفي غيابه ينعقد حدوث تشكل الجنين وعدم حدوث ولادة بنوعها سواء طبيعية أو قيصرية، إضافة إلى ذلك إن وجود أية عيوب فيه أو تشوهات تنعكس في طبيعة نوع الولادة التي تخضع لها الأم الحامل.

4.3.6. الحمل:

لغة:

حبلى: من الفعل حمل- حملا، حملنا الشيء الذي ظهره استقله ورفعته الحمل ما في البطن من ولد، أما في الجمع "حمالا أو أحمالا وحمول" الحبلى جمع حبالى.²

اصطلاحا:

ينمو ويتطور الكائن الحي لدى الجنين في مدة 266 يوم أي 38 أسبوعا من الحمل حيث تحسب مدة الإخصاب من أول يوم الحيض ويبدأ العد بعد 14 يوما من آخر الحيض إلى 280 يوما أي تسعة أشهر، والحمل هو فترة حساسة بالنسبة للمرأة والرجل أيضا.³

¹ محمد علي البار، خلق الإنسان بين الطب والقرآن، الطبعة الرابعة، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض 1983، ص 41، 42.

² محمود مسعدي، "القاموس الجديد للطلاب"، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991 ص 271.

³ مرعي فؤاد، الحمل والولادة، ط2، دار الحكايات، 2003، لبنان، ص 61.

التعريف الطبي للحمل:

إن الحمل يبدأ في اليوم الذي يبدأ فيه التلقيح وينتهي في يوم الوضع إذ تتراوح مدته 266 يوماً أي تسعة أشهر مع تغيرات بسيطة إما بالتزايد أو النقصان من امرأة لأخرى وحسب ما هو معروف في القاموس الطبي أن نمو الرحم ناتج عن تلقيح البويضة فتصبح رشيماً يحاط به ويتغذى من طرف المشيمة وبعد ثلاثة أشهر يأخذ الرشيماً اسم الجنين وهذا ما يعطي طبعة إنسانية، وفي نهاية الحمل يأخذ الجنين اسم الطفل وعليه تتفق التعاريف على أن الحمل هو ذلك الحدث الطبيعي والفيزيولوجي الذي ينتج من تلقيح البويضة من طرف النطفة لتكوين الجنين.¹

عرضنا مفهوم الحمل لأن الولادة بنوعيتها تتم بإخراج الجنين الذي نتج عن الحمل وبغيابه لا تكون هناك أي ولادة، كما أن نوع الولادة يتعلق بالظروف التي مر بها الحمل.

5.3.6. الجنين:**لغة:**

الجنين هو الولد ما دام في البطن والجمع أجنة وأجنن وهو مشتق من جن أي استتر وسمي الجنين جنينا لاستتاره في بطن أمه² وقد أشار القرآن الكريم إلى هذا المعنى في قوله سبحانه وتعالى «وَإِذْ أَنْتُمْ أَجْنَةٌ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ فَلَا تُرْكُوا أَنْفُسَكُمْ هُوَ أَعْلَمُ بِمَنْ إِتَّقَى».³ فيقول المفسرون إن المقصود بالأجنة: جمع جنين وهو الولد ما دام في البطن، وسمي جنينا لاجتنابه واستتاره فهو يشمل جميع مراحل الحمل منذ التلقيح حتى الولادة ليتحقق الاستتار فيه.⁴

¹ إبراهيم يوسف، العناية بالحامل، ط1، دار القلم، بيروت، 1971، ص 65.

² ابن منظور جمال الدين أبو الفضل، لسان العرب، دار بيروت، 1970، ص 701.

³ سورة النجم الآية: 32.

⁴ الشيخ صالح بشير، الحماية الجنائية للجنين في ضوء الممارسات الطبية الحديثة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون فرع العقود والمسؤولية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر1، 2010-2011، ص 07.

اصطلاحا:

يطلق بعض علماء الأجنة لفظ الجنين على البويضة المخصبة بعد انغراسها في جدار الرحم وعبروا عنها بالكرة الجرثومية وعندما تنغرس هذه الكرة في جدار الرحم تكون قد تحولت من نطفة الأمشاج إلى علقة وهي المرحلة الجديدة لها في الحياة الجنينية أي مرحلة العلقة.

من علماء الطب من يرى أن الجنين هو المخلوق الذي يتكون من لحظة الإخصاب وهي عملية التقاء السائل المنوي مع البويضة واندماجهما لتنتج البويضة المخصبة ويستمر النمو إلى مرحلة بدء نفخ الروح في الجسد وإيجاد الحياة فيه والتي تبدأ ما بعد الأربعة أشهر وهذا هو الرأي المشهور في الطب.¹

وتطرقنا إلى مفهوم الجنين لأنه الحدث الأساسي من عملية الولادة القيصرية لأنها تهدف إلى إخراج هذا الأخير من بطن أمه في حال تعذر الولادة الطبيعية.

6.3.6. الولادة:

لغة:

الولادة من الفعل ولد أو ولدت: تلد، الأنثى وضعت حملها فهي (والدة، والد، ولد).
(وضعت - وضعها) وتضع المرأة حملها: ولدتها فهي واضع.²

اصطلاحا:

يمكن تحديدها أولاً ببداية الطلق وهو تقلصات الرحم المتتالية المصحوبة بالآلام وظهور الشارة الثانية وهي إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، وثالثاً انفجار الكيس الأمنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم، وإطلاق الجنين صرخة الميلاد.³

التعريف العلمي للولادة:

يعرفه (la rousse) في قاموسه الطبي: هي الطبيعي بخروج الجنين والمشيمة عن طريق الممر الولادي وذلك ابتداءً من الشهر التاسع.⁴

¹ عدلي أميرة، الحماية الجنائية للجنين في ظل التقنيات المستحدثة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007، ص22.

² البستاني فؤاد، منجد الطلاب، ط3، دار المشرق، بيروت، 1975، ص14.

³ فؤاد بهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط2، دار الفكر، القاهرة، 2008، ص80.

⁴ Dr domart -dj, Nouveau la rousse médicale, librairie la rousse Paris, 1990, p09.

قدما مفهوم الولادة لأنها الخطوة التي تسبق الولادة القيصرية أي الحالة الطبيعية وفي حال تفاقم تعقيدات ومضاعفات خلالها يتم اللجوء إلى الولادة بالعملية القيصرية.

7.3.6. الولادة القيصرية:

هي نوع من أنواع الولادة الغير الطبيعية وهي عبارة عن تقنية جراحية لولادة الجنين هذه الجراحة تتم عن طريق القيام بشق البطن فوق الرحم من أجل استخراج الجنين كبديل للولادة المهبلية.¹

في تعريف آخر: هي العملية التي يتم فيها شق جدار الرحم والبطن وانتشال الجنين والمشيمة بعد 28 أسبوع من الحمل فما فوق.²

فالولادة القيصرية يقوم فيها الجراح بعملية جراحية يتم فيها شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذر الولادة الطبيعية ويقوم بإجرائها جراح مختص وهو جراح التوليد ويتم خلالها إحداث شق أو أكثر في بطن الأم والرحم لإنجاب طفل أو أكثر.³

7. المنهج المتبع وأدوات جمع البيانات:

يتطلب البحث العلمي استخدام منهج معين يتخذه الباحث كمنارة ترشده إلى هدفه المنشود في جميع مجالات المعرفة، وخاصة في الديموغرافيا التي تقتضي مهارات لفهم أسباب وأصول الظواهر، وبناءً على ذلك يحتاج كل بحث علمي إلى تحديد الأساس المنهجي قبل البدء في البحث الميداني، من خلال وضع خطة منهجية لتحديد الأبعاد والجوانب المختلفة للموضوع ، وتحديد الأساليب المناسبة لأهم تقنيات جمع البيانات وتحليلها، فالمنهج هو: " الطريق أو الأسلوب أو الكيفية التي يصل بها الباحث أو العالم إلى نتائج البحث العلمي"⁴، وتعرف مناهج البحث بأنها مجموعة منتظمة من المبادئ العامة والطرق الفعلية التي يستعين بها الباحث في مشكلات بحثه مستهدفاً بذلك الكشف عن جوهر الحقيقة، والمنهج هو وسيلة العلم ووسيلة البحث العلمي في الكشف عن المعارف والحقائق والقوانين التي يستعان إلى إبرازها وتحقيقها، وكثيرا ما يتوقف الحكم على أي بحث بصحة

¹ Sophie Blanchard, Arielle Fontaine, Karine Garcia-Lebailly, Sabine Paysant, Annie sirven, Delphine Verdon, **La césarienne que toute femme enceinte devrait savoir**, haute Autorité de Santé, France cedex, 2013, p 4

² فيرادويا جينا، (علم التوليد)، الجزء الثاني، دار الطباعة والنشر، الاتحاد السوفياتي . موسكو، 1984، ص 341.

³ حسين نظيرة ومجيد إقبال، تمرريض النسائية والتوليد، هيئة التعليم التقني، 1999، ص 176.

⁴ زرواتي رشيد، البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2004، ص 34.

وسلامة النتائج على مدى صحة وسلامة المنهج الذي اتبع فيه،¹ والمنهج حسب رأي عمار بوحوش هو: "الدراسة الفكرية الواعية للمناهج المختلفة التي تطبق في مختلف العلوم تبعا لاختلاف موضوعات هذه العلوم، وقسم من أقسام المنطق، وليس المنهج سوى خطوات منظمة يتبعها الباحث في معالجة الموضوعات التي يقوم بدراستها إلى أن يصل إلى نتيجة"،² فهو إذا مجموعة من القواعد يتم التقيد بها بغية الوصول إلى حقائق ونتائج مقبولة حول الظاهرة المدروسة، وعليه فقد اعتمدنا في دراستنا من خلال ما يلائم طبيعتها وأهدافها على:

1.7. المنهج الوصفي:

يستخدم المنهج الوصفي في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، علاقاتها والعوامل المؤثرة في ذلك،³ ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات والحقائق وتصنيفها وتبويبها، بالإضافة إلى تحليلها التحليل الكافي الدقيق المتعمق بل يتضمن أيضا قدرا من التفسير لهذه النتائج لذلك كثير ما يقترن الوصف بالمقارنة بالإضافة إلى استخدام أساليب القياس والتصنيف والتفسير بهدف استخراج استنتاجات ذات الدلالة ثم الوصول إلى التعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة.⁴

كما يقوم المنهج الوصفي على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.⁵

¹ محمد أزهر سعيد السمالك، طرق البحث العلمي (أسس وتطبيقات)، ط1، دار ابن الأثير للطبع والنشر، جامعة الموصل، العراق، 2008، ص47.

² بوحوش، عمار؛ الذنبيات، محمد محمود، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، دط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص11.

³ ربحي مصطفى عليان، البحث العلمي (أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته)، بيت الأفكار الدولية، الأردن، ص47.

⁴ فاطمة عوض صابر وعلي خفاجة ميرفت، أسس ومبادئ البحث العلمي، ط1، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية، 2002، ص87.

⁵ ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي (النظرية والتطبيق)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص43.

2.7. المنهج الإحصائي:

هو عبارة عن استخدام الوسائل الحسابية والرياضية في تجميع البيانات والمعلومات المختلفة،¹ ومن ثم تنظيم وتبويب تلك البيانات والمعلومات عن طريق الأرقام والحسابات والعمليات المرتبطة بها، وكذلك تحليل وتفسير تلك الأرقام ووصفها بشكل يقدم الباحث فيه عددا من الاستنتاجات التي توصله إلى الهدف المنشود من البحث.

8. مجالات الدراسة:**1.8. المجال المكاني للدراسة:**

تمت الدراسة بولاية سطيف على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز- وتجدر الإشارة أن خصائص سكان الولاية لا تختلف عن خصائص باقي ولايات الوطن، وسنتطرق إلى أهم مميزات هذه الأخيرة فيما يلي:

1.1.8. التعريف بولاية سطيف:

تقع الولاية جغرافيا شمال الجزائر، ضمن الإقليم الشمالي الشرقي وبالضبط إقليم الهضاب العليا الشرقية، حيث تقطعها سلسلة الأطلس التلي من الشمال متمثلة في سلسلة جبال البابور، وسلسلة الأطلس الصحراوي من الجنوب التي تمثلها جبال بوطالب، تتوسط السلسلتين سهول منبسطة تتخللها بعض التقطعات الجبلية والمرتفعات الصغيرة، وتعتبر هذه المنطقة منطقة عبور استراتيجية، حيث تمر بها مجموعة من الطرق المهمة، كالطريق الوطني رقم 05 الذي يربط العاصمة بولايات الشمال الشرقي الجزائري، والطرق الوطنية الأخرى رقم 09، 28، 78 التي تلعب دورا في ربط ولايات الشمال جيجل وبجاية بولايات الجنوب كباتنة والمسيلة، والطريق السيار شرق غرب، كما تشكل المنطقة قطبا صناعيا وتجاريا مهما، حيث تستقطب المنطقة الصناعية لمدينتي سطيف والعلمة استثمارات مهمة للقطاع الخاص في السنوات الأخيرة، وتشكل المراكز التجارية المنتشرة بهما مناطق جذب واستقطاب، إضافة إلى ذلك يحدّها من جهة الشرق ولاية ميله، ويحدّها من جهة الغرب ولاية برج بوعرييج، ومن جهة الشمال ولاية بجاية وولاية جيجل، ومن جهة الجنوب ولاية باتنة

¹عامر إبراهيم قنديلي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، ط2، دار اليازوري العلمية، عمان، 2008، ص149.

وولاية مسيلة، أما مناخها فيمتاز بأنه حارّ وجاف في فصل الصيف، وباردٌ وممطرٌ في فصل الشتاء¹.

2.1.8. الوضع الصحي والخدمات الصحية بولاية سطيف:

إن الأوضاع الصحية لهذه الولاية لا تختلف كثيرا عن باقي ولايات إلا أنه يشوبها بعض النواقص سواء البشرية أو الهيكلية وفيما يلي سوف نتطرق إلى ذكر الموارد الصحية المتوفرة على مستوى هذه الولاية:

أ- البنى التحتية للهياكل الصحية العامة:

- **المستشفى الجامعي CHU:** ويوجد على مستوى ولاية سطيف مستشفى جامعي وهو بسعة 951 سرير.
- **المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH:** بمجموع 7 مؤسسات مقسمة على مختلف دوائر الولاية منها (عين آزال، العلمة، عين ولمان، عين الكبيرة، بني ورتيلان، بوقاعة)، وجدير للإشارة بلغ مجموع الأسرة في هذه المؤسسات 1152 سرير.
- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS:** بمجموع أربع مؤسسات (التأهيل الوظيفي رأس الماء، الأم والطفل العلمة، مكافحة أورام السرطان، الأمراض العقلية عين عباس)، بإجمالي عدد أسرة يفوق 680 سرير.
- **وحدات الأمومة:** بمجموع 32 موزعة على مختلف مستشفيات الولاية، بإجمالي 249 سرير، و435 قابلة، كما تشهد الولاية عجز في عدد القابلات ب 50 قابلة.
- **العيادات الشاملة:** بحجم 69 سرير و249 قاعة للعلاج.²

نسبة الموارد الصحية بالنسبة لعدد السكان:

- عدد الأسرة بالنسبة للسكان: 1.37 سرير / 1000 ساكن.
- عدد السكان بالنسبة للعيادات الشاملة: 26309 شخص / عيادة
- عدد السكان بالنسبة لقاعات العلاج: 7993 شخص / قاعة علاج
- عدد السكان بالنسبة لأطباء العامين 1403 شخص / طبيب عام

¹ سليمان نبيل، دراسة تصميم وتنفيذ مشروع نظام معلومات جغرافي SIG لتسيير المجال - حالة: ولاية سطيف، مذكرة ماجستير في التهيئة العمرانية الإقليمية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009، ص 11.

² مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف.

• عدد السكان بالنسبة للأطباء المتخصصين: 1440 شخص/ طبيب متخصص

• عدد السكان بالنسبة لطبيب الأسنان: 2636 شخص/ طبيب أسنان

• عدد السكان بالنسبة للصيادلة: 42131 شخص/ صيدلي

• عدد السكان بالنسبة للممرضين: 427 شخص/ ممرض

- المعدات الطبية الوظيفية لولاية سطيف:

○ جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي IRM بمجموع 2 جهاز، و 7 أجهزة سكانير.

○ أجهزة الأشعة الثابتة والمتحركة بمجموع 89 جهاز.

○ أجهزة الفحص بالموجات فوق الصوتية (échographes) بمجموع 52 جهاز.

○ مراكز تصفية الكلى بمجموع 66 مركز.¹

ب- البنى التحتية للمستشفيات الخاصة

○ عدد العيادات بمجموع 10 عيادات.

○ عدد المخابر: 83 مخبر.

○ مراكز التصوير: 26 مركز.

- المعدات الطبية الوظيفية الخاصة لولاية سطيف:

○ جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي IRM بمجموع 5 أجهزة، و 16 جهاز سكانير.

○ أجهزة الأشعة الثابتة والمتحركة بمجموع 26 جهاز.

○ أجهزة الفحص بالموجات فوق الصوتية (échographes) بمجموع 26 جهاز.

○ مراكز تصفية الكلى بمجموع 185 مركز.

- المدارس الشبه الطبية: 01

- عدد المعاهد والمدارس الطبية: 05.

- القدرة التربوية: 400 شخص.²

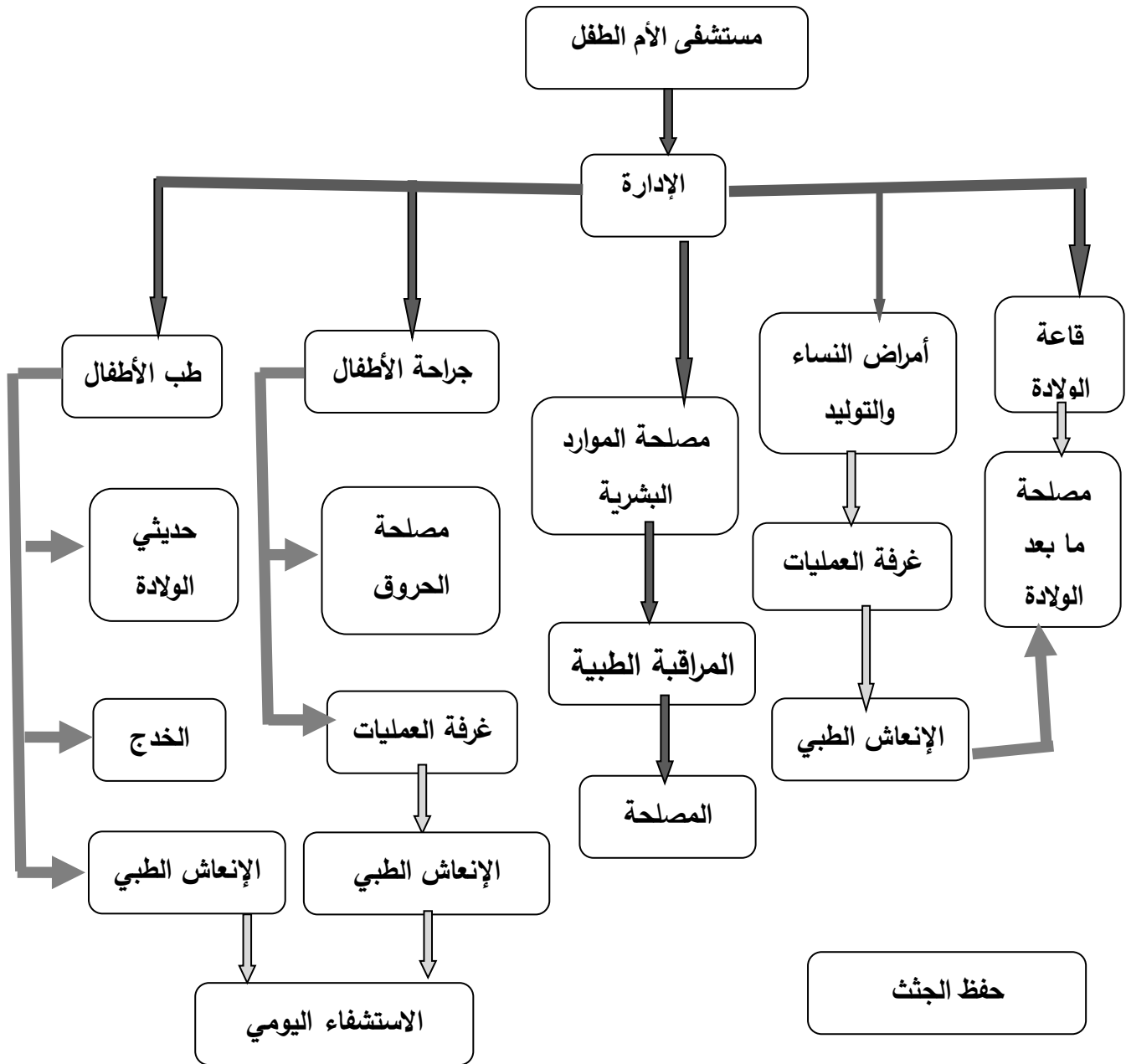
¹ نفس المرجع.

² نفس المرجع.

1.2.1.8. التعريف بمكان الدراسة مستشفى الأم والطفل -الباز-

هي مؤسسة استشفائية متخصصة في طب النساء وطب الأطفال والجراحة وتقع هذه الأخيرة بغرب مدينة سطيف بشوف لكداد بالقرب من جامعة الباز، دخلت حيز الخدمة بداية من سنة 2014 بطاقة استعاب 208 سرير واستحداث 80 منصب شغل دائم، وفيما يلي المخطط الهيكلي للمستشفى:

الشكل 1: هيكل مستشفى الأم والطفل -الباز-



المصدر: سكرتارية مستشفى الأم والطفل -الباز-

ويوفر هذا المستشفى التخصصات التالية:

- **مصلحة أمراض النساء والتوليد:** بطاقة استعاب 115 سرير موزعة على الوحدات التالية: (الجراحة وما بعد الجراحة، قبل الوضع وبدء الوضع، أمراض النساء، الحمل الخطير، وأخيرا الفحص والكشف)
 - **جراحة الأطفال:** بها 40 سرير ويتكون من الوحدات التالية: (الجراحة الباطنية للأطفال، جراحة الجهاز البولي للأطفال، استجالات الأطفال).
 - **وحدة المواليد حديثي الولادة:** بقدرة استعاب 53 سرير، حيث أن وحدة حديثي الولادة هي الوحدة الوحيدة المحولة إلى القطب الجديد الباز من مصلحة طب الأطفال التي لا تزال تزاول نشاطاتها على مستوى وحدة كعبوب تتكفل وتضمن علاجا مختصا للخدج والرضع من 1 إلى 30 يوم.
- أما عن مواعيد الزيارة فهي يوميا من 13:30 زوالا إلى غاية 15:00¹ في حين أن عدد المستخدمين والموظفين في هذه المؤسسة الاستشفائية بلغ 512 موظف، وتأتي نسبة التأطير كالاتي:

- مدير واحد
- طبيب مختص رئيس مصلحة: 03.
- منسق النشاطات الشبه الطبية: 03
- 13 طبيب أخصائي النساء والتوليد.
- قابلة منسقة: 78 قابلة
- عون طبي في التخدير والإنعاش: 17
- إطار شبه طبي: 85.
- أطباء أجانب: 12 طبيب من جنسية صينية.²

¹مستشفى الأم والطفل -الباز-، دليل المريض.

² مصلحة مستخدمي مستشفى الأم والطفل -الباز-.

2.8. المجال البشري للدراسة:

واتجهت عينة البحث إلى فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 15 و 49 سنة أي النساء في سن الإنجاب كما يشترط أن يكن قد خضعن لعملية قيصرية على الأقل خلال حياتهن الإنجابية والمقيمات في ولاية سطيف، وتجدر الإشارة هناك اختلاف طفيف في عينتنا ما بين السجل إذ كانت تتراوح أعمار النساء فيه من 17 إلى 44 سنة، في المقابل أفراد عينة الاستبيان كانت الأعمار فيه تتراوح ما بين 20 و 43 سنة.

1.2.8. العينة وكيفية اختيارها:

يعد عنصر العينة من أهم الدراسات البحثية، من حيث أنواعها واختيار الأفراد، من حيث عددهم وتحديدهم، فهي تعتبر جزء من الكل أي بمعنى أن تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع بشرط أن تكون ممثلة للمجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، وتكمن أهميتها في كونها حجر الأساس والبدائية في الأعمال الميدانية، فالعينة هي مجموعة فرعية من عناصر مجتمع بحث معين يتم إعدادها بطريقة تتطوي على نفس عملية دراسة المجتمع الأصلي ككل، ولكن يجب أن تتوفر على جميع خصائص المجتمع الأصلي،¹ ولاختيار العينة نجد عدة أنواع وطرق حسب طبيعة مجتمع البحث وظروف الباحث، ففي هذه الدراسة تعذر علينا إجراء عملية احتمالية نتيجة لاتساع مجتمع البحث وتباينه وكذا صعوبة ضبط العدد الإجمالي لعدد العمليات القيصرية التي تتم على مستوى ولاية سطيف نظير لاتساعها الجغرافي الكبير وتعدد المستشفيات بين دوائرها وكذلك المؤسسات الخاصة فقمنا باختيار العينة القصدية، "وهي العينة التي تختار عن عمد ما يتناسب مع تحقيق هدف البحث، حيث يقوم الباحث باختيار مفردات العينة في ضوء انطباق أو خصائص معينة عليهم"،²

ونظرا لاحتياجات الدراسة تم اختيار عينة من الأمهات اللواتي أجرين الولادة القيصرية سنة 2021 على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز-، ولاستكمال عدد أفراد العينة قمنا

¹ أنجريس موريس، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، درا القصة للنشر، حيدرة الجزائر، 2004، ص319.

² راسم محمد الجمال، مقدمة في مناهج البحث في الدراسات الإعلامية، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، القاهرة، 1999، ص132.

بتوجيه الاستمارات تارة على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز- وتارة على مستوى عيادات أخصائي النساء والتوليد في ولاية سطيف.

3.8. المجال الزمني للدراسة:

بداية استغرقت مدة من الوقت للضبط النهائي لعنوان الموضوع من خلال الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة وكذا انشاء المشروع التمهيدي والموافقة عليه من قبل اللجنة العلمية، والمجلس العلمي، والتي استغرقت حوالي 3 أشهر من سبتمبر إلى ديسمبر 2021، بعدها مباشرة تم التوجه للميدان لدراسة استطلاعية لميدان الدراسة وفي نفس الوقت إعداد الجانب النظري بتوجيه من المشرف، وقد كانت دراستنا قائمة على أداتين تحليل السجل الطبي والذي تم تجميع بياناته من مارس 2022 إلى غاية أواخر أوت 2022، وتحليلها طيلة سبتمبر، بعدها مباشرة تم إعداد الاستمارة بمساعدة المشرف وتوجيه الأساتذة الديمغرافيين من داخل جامعة الجزائر 2 وخارجها، وقد استغرقت مدتها من إعدادها إلى توجيهها الميدان إلى أفراد العينة (على شطرين أولها تجريبية لإعادة ضبط النواقص والنقاط المبهمة في الاستمارة، وثانيا التوجيه النهائي) من أكتوبر 2022 إلى غاية مارس 2023، ولم تكن هذه العملية بالسهلة فمن النساء لم يحملن موضوع الدراسة محمل الجد فكانت إجابات فارغة أو إجابات مغلوطة واضحة للعيان، ومنهن من أبدين الرفض التام عن الإجابة، إضافة إلى منهن من منعهن أزواجهن عن ملء الاستمارة، وأخيرا بعد استبعاد الاستمارات الخاطئة والمغلوطة قمنا بتفريغ بيانات الاستمارات الصحيحة والوصول إلى حوصلة ونتائج الدراسة في ماي 2023.

9. الأدوات المستعملة:

في دراستنا قد اعتمدنا على أداتين كما أشرنا سابقا وهما:

تحليل سجل الخاص بالنساء اللواتي دخلن لقسم النساء والتوليد على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز- ولم يكن هذا بالأمر الهين فبالرغم من رخصة الباحث الممنوحة من طرف رئيس القسم لم يعترف بها، فاضطررنا الذهاب تكرارا ومرارا وكل مرة كانت حجتهم أسرار خاصة بالمريضات لا يمكن إخراجها لغير العاملين الصحيين على مستوى المؤسسة، وفي

نهاية المطاف تحصلنا على توقيع كل من المديرية ورئيسة مصلحة النساء والتوليد للولوج لبيانات السجل وتحليلها.

أما عن الأداة الثانية فهي عبارة عن استمارة بالمقابلة وكما أشرنا سابقا قد قمنا ببناء هذه الأداة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة وبما يتلاءم مع محاور الموضوع وطبيعته، وكان ذلك بمساعدة المشرف واستشارة الأساتذة الديمغرافيين من داخل الجامعة وخارجها، أما عن استمارة دراستنا فهي تتكون من 5 محاور و56 سؤال متباينة بين أسئلة مغلقة ومفتوحة في شتى ميادين الموضوع، وعن محاور هذه الأخيرة قسمناها على النحو التالي:

المحور الأول: خصصناه للبيانات العامة وتم فيه طرح أسئلة بسيطة لا تستدعي للتفكير حول البيانات الأولية لأفراد العينة.

المحور الثاني: يتعلق بالخصائص الديمغرافية لأفراد العينة من السن، نوع وعدد العمليات القيصرية وكذا رتبة مولود القيصرية وجنسه.

المحور الثالث: بيانات تتعلق بالخصائص الاجتماعية لأفراد العينة من مستوى تعليمي وطبيعة تأثير المحيط في سيرورة الحمل والولادة وكذا في اتخاذ قرار نوع الولادة.

المحور الرابع: بيانات تتعلق بالخصائص الصحية لأفراد العينة التي لها علاقة بالعملية القيصرية، إضافة إلى طبيعة الرعاية أثناء الحمل وبعد العملية القيصرية ومضاعفات هذه الأخيرة.

المحور الخامس: يتعلق بخصائص العملية القيصرية من خلال نوعها وتوقيت إجرائها وكذا المؤسسة التي تمت فيها عامة أو خاصة، وأخيرا وجهة نظر النساء للعمية القيصرية بعد أن مررن بتجربتها.

10. تكوين الجداول معالجتها إحصائياً:

1.10 تكوين الجداول:

بعد ان تمت عملية جمع البيانات من الميدان بكلا الأداتين السجل الطبي الذي يمثل عدد حالات العملية القيصرية بمستشفى الأم والطفل لولاية سطيف سنة 2021 والمقدرة ب 2379 عملية كما يحتوي السجل على ثلاث متغيرات: السن، مكان الإقامة، سبب الولادة القيصرية، والأداة الثانية المتمثلة في الاستمارة بالمقابلة حيث بعد الغاء الاستمارات الفارغة والخاطئة بلغ مجموع أفراد عينتنا بالاستبيان 300 امرأة، بعد ذلك قمنا بإدخال هذه البيانات بجهاز الإعلام الآلي وذلك لترقيمها وترميزها من أجل معالجتها، وقد اعتمدنا في معالجتها على برنامج (SPSS v26)، وهو برنامج يستعمل لتحليل ودراسة المتغيرات أو المعطيات وكذلك معالجتها، كما يسمح بتطبيق الاختبارات الإحصائية.

2.10. المعالجة الإحصائية:

فيما يخص معالجة الجداول فقد استعنا ب:

المتوسط الحسابي:

يعتبر المتوسط الحسابي من أهم وأفضل مقاييس النزعة المركزية ومن أكثرها شيوعاً واستخداماً في التحليل الإحصائي ويحسب بالقانون التالي¹:

$$\bar{X} = \sum_{i=1}^n \frac{X_i}{n} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n}$$

الوسيط:

يعتبر الوسيط أحد مقاييس النزعة المركزية المشهورة ويعرف على أنه تلك القيمة التي تتوسط المعطيات عند ترتيبها تصاعدياً أو تنازلياً، أي أنه تلك القيمة التي تقسم المعطيات بعد ترتيبها إلى جزأين متساويين فتكون المعطيات في الجزء الأول تقل عن أو تساوي الوسيط والمعطيات في الجزء الثاني تزيد عن أو تساوي الوسيط، أي أن 50% من المعطيات تساوي أو تقل عن الوسيط، وأن 50% من المعطيات تساوي أو تزيد عن الوسيط.²

¹ قدسية رازم، الاحتمالات والإحصاء، د.ط، الجامعة الافتراضية السورية، سوريا، 2018، ص21.

² نفس المرجع ص24.

المنوال:

ويقصد عادة بالمنوال القيمة أو الفئة التي لها أكبر تكرار في المجموعة الإحصائية، هو سهل التحديد في حالة قيمة لكن في حالة وجود فئات يعطى بالقانون التالي:

$$Mo = a + \frac{Fm - Fb}{(Fm - Fb) + (Fm - Fa)} \times c$$

حيث:

a: الحد الأدنى للفئة المنوالية

c: طول الفئة المنوالية

Fm: تكرار الفئة المنوالية

Fb: تكرار الفئة المنوالية

إضافة إلى مقاييس النزعة المركزية استخدمنا الاختبار الإحصائي كاف تربيع للاستقلالية واختبار فاي كما تم حسابها آليا ببرنامج SPSS بالنسبة لمستوى المعنوية sig.

11. الدراسات السابقة:

1.11. الدراسات الأجنبية:

- دراسة السيد مالك درام بعنوان: **المساهمة في دراسة القسم القيصري في المركز الصحي المرجعي ديولا، 2012¹**

« Contribution à L'étude de La Césarienne Dans le centre de sante de référence de Dioila, 2012 »

تلبى هذه الدراسة متطلبات القبول لدرجة دكتور في الطب حيث هدفت هذه الأخيرة إلى دراسة الجودة العامة للولادة القيصرية في مركز ديولا الصحي المرجعي ودراسة مدى تكرار هذه الأخيرة خلال فترة الدراسة لتحديد الحالة الاجتماعية والديموغرافية، وخاصة الخصائص الديموغرافية للمرأة، بالإضافة إلى استهداف دراسة نظام الإحالة وجميع مكوناته (طريقة القبول، مدة العلاج، أسباب الإحالة / الاخلاء، تكلفة العمليات القيصرية) وفي النهاية وضع توصيات لتحسين الجودة في الولادات القيصرية.

¹Malick Drame, Contribution à L'étude de La Césarienne Dans le centre de sante de référence de Dioila, 2012, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB), thèse Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, année 2012, p15.

على المستوى المنهجي كانت هذه الدراسة مستقبلية في المركز الصحي المرجعي ديولا، حيث امتدت من أكتوبر 2010 إلى 30 سبتمبر 2011 وهي ما تعادل مدة 12 شهرا، كما تم استخدام فرضية Adevis Donabedian في تقييم جودة الرعاية والخدمات الصحية بما في ذلك النتائج، وقد تمثلت نتائج هذه الدراسة في:

- خلال فترة الدراسة تم تسجيل 232 عملية قيصرية من إجمالي 1083 ولادة، وهو ما يعادل نسبة 21.42%¹.
- تراوحت أعمار النساء اللواتي تم دراستهن بين 16 و38 سنة بمتوسط 27.7 سنة، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي لهن عمر مثالي للإنجاب (20-34 سنة) 51.3%، بينما النساء في الأعمار القصوى التي تشكل خطرا على الحمل يمثلن نسبة 25.4%².
- كانت أسباب الإحالة تتعلق بحالات الولادة الطارئة وتتعلق ب: الرحم المندوب بنسبة 29%، حيث تم تنفيذ معظم التدخلات القيصرية عن طريق الطوارئ بنسبة 63.4%، وقد كانت المؤشرات الأكثر شيوعا للولادة القيصرية هي: قيصرية اجبارية بنسبة 45.3%، العمليات القيصرية الاحترازية بنسبة 29.7%، العمليات القيصرية الطارئة المطلقة بنسبة 15.1%، الولادات القيصرية المسيئة بنسبة 7.3%، العمليات القيصرية اللازمة بنسبة 2.6%.
- فيما يخص مضاعفات العملية القيصرية فقد تم تسجيل 3 وفيات للأمهات، إضافة إلى ذلك 9.9% من النساء القيصريات تعرضن لمضاعفات ما بعد الجراحة، في حين يتميز تشخيص الجنين بمعدل مرضية بلغ نسبة 18.7%، ومعدل 7.5% للوفيات المحيطة بفترة الولادة، حيث أن المضاعفات الرئيسية تمثلت في: 4 حالات للضائقة التنفسية، 22 حالة من المعاناة القاتلة، و5 حالات لعدوى الأم والجنين.
- أظهر تقييم مستوى جودة العملية القيصرية في المركز الصحي المرجعي لديولا أن: 67.7% من العمليات القيصرية ذات جودة عالية، 31.9% من العمليات القيصرية

¹ Ibid, p92.

² Ibid, p93.

بنوعية عالية نوعا ما، 0.4% من العمليات القيصرية متوسطة الجودة، وأخيرا 0%

للمعاملات القيصرية منخفضة الجودة.¹

وقد خلصت الدراسة إلى التوصيات التالية:

- إلى جمهورية مالي بشكل عام والسلطات الصحية على وجه الخصوص تدريب وإعادة تدريب العاملين الصحيين لا سيما القابلات والممرضات، إضافة إلى ذلك الاستمرار في تطوير البنية التحتية للطرق للسماح للنساء اللواتي تم اجلائهن من المراكز الطرفية في ظروف جيدة.
- إلى موظفي الصحة الاجتماعية: من الضروري إحالة الحاضرين في الوقت المناسب لتقليل المخاطر التي قد تحدث، مع تحسين جودة الرعاية المنتظمة للنساء بعد الجراحة.
- إلى السكان: ضرورة تشجيع النساء بالذهاب إلى المراكز الصحية للاستفادة من الرعاية الصحية المناسبة للحمل وتلدن في ظروف طبية ملائمة.²

- دراسة وينديام تشارلز بولين ديديه كابوري، بعنوان: **محددات جودة العملية القيصرية في غرب إفريقيا. 2017**³

"Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest 2017"

تأتي هذه الدراسة في متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراة في الطب، وإن الهدف الرئيسي لهذه الأطروحة تحديد محددات العملية القيصرية عالية الجودة في غرب إفريقيا لتوجيه سياسات الصحة الإنجابية بالنسبة للبلدان المعنية، إضافة لذلك تقييم مستوى معرفة المتخصصين في الرعاية الصحية فيما يتعلق بالإدارة المناسبة للحالات السريرية الرئيسية التي تساهم بشكل أكبر في المعدل الإجمالي لمعدل العملية القيصرية منها: المعاناة القاتلة، الولادة المطولة أو المتعسرة، تسم الحمل وتاريخ العملية القيصرية، وكذا تحديد العوامل

¹ Ibid, pp 105-106.

² Ibid, p117.

³ Wendyam Charles Paulin Didier KABORE, **Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest, Université pierre et marie curie, spécialité épidémiologie école doctorale pierre louis de sante publique (ed393) : épidémiologie et sciences de l'information biomédicale, thèse Pour obtenir le grade de Docteur, année 2017, p6.**

الفردية التي تحدد هذا المستوى من المعرفة،¹ وانطلقت هذه الدراسة من فرضية عامة مفادها:

- نظرا لقلّة الأخصائيين (أطباء أمراض النساء والتوليد) خارج المدن الكبرى فقد تبنت معظم البلدان الإفريقية الناطقة بالفرنسية جنوب الصحراء سياسة تفويض ممارسة العملية القيصرية إلى موظفين صحيين أقل تأهيلا (ممارس عام، قابلة أو ممرضة)، بالإضافة إلى دعم الدولة للقانون وصول جميع النساء للعملية القيصرية وعلى الرغم من المساواة في هذه السياسات كان لها آثار سلبية على جودة رعاية التوليد وبالمقابل أدت إلى زيادة العمليات القيصرية غير الضرورية في بلدان غرب إفريقيا.

ولإيضاح الفرضية العامة أكثر تم تقسيمها إلى فرضيات فرعية وهي:

- لا يتمتع اختصاصي الرعاية الصحية من غير المتخصصين بالمعرفة الكافية للإدارة المثلى للحالات السرسرية الرئيسية التي تساهم بشكل أكبر في معدل العملية القيصرية العام في هذه البلدان.
- يرتبط انخفاض مستوى تأهيل هؤلاء المهنيين الصحيين بارتفاع نسبة الولادات القيصرية الغير مبررة طبيا.
- المساهمة القوية في المعدل الإجمالي للولادة القيصرية كانت للنساء ذوات تاريخ العملية القيصرية الغير مبررة خلافا للاعتقاد السائد في هذه البلدان لا تؤدي تجربة المخاض بعد تاريخ الولادة القيصرية إلى زيادة اختطار مراضة الأم والجنين مقارنة بالعملية القيصرية المجدولة قبل المخاض.

بالنسبة للخلفية المنهجية كانت هذه دراسة مقطعية قائمة على الملاحظة لمدة ستة أشهر لأخصائيي الرعاية الصحية الذين يجرون عمليات قيصرية روتينية في بوركينا فاسو بين 2 ماي و2 نوفمبر 2014، في حين بالنسبة للمستشفيات تم تضمين المستشفيات العامة الغير الأكاديمية بغرفة عمليات وظيفية وتم استبعاد المستشفى الجامعي نظيرا لاحتوائه على الطلبة، أما على مستوى الموظفين تم تضمين جميع المتخصصين في الرعاية الصحية المؤهلين والمصرح لهم بإجراء العملية القيصرية، و بالمقابل تم استبعاد المتخصصين الذين ساهموا في الرعاية أثناء الولادة ولكن لم يجرؤوا العملية القيصرية، ولتقييم كفاءة المهنيين تم توجيه مقالات سريرية، كما تم كذلك تجميع بيانات حول تنظيم المستشفيات وذلك باستخدام

¹Ibid, p17.

استبيان موجه إلى رئيس قسم الولادة ومدير المؤسسة، في حين البيانات الخاصة بالنساء القيصرية تم تجميعها من عند القابلة المنسقة ومساعدتها من كل مركز من المراكز التي تمت فيهم الدراسة،¹ أما عن نتائج هذه الأطروحة فهي متمثلة في:

- من بين 123 متخصصا في الرعاية الصحية الذين تم مقابلتهم كان متوسط درجة أداء الجودة 66% حيث كانت درجات أطباء التوليد وأمراض النساء أعلى من تلك التي حصل عليها الممارسون العامون أو القابلات والممرضات المدربات لا سيما لإدارة المخاض المطول/ المتعسر، أو ضائقة الجنين أو الولادة القيصرية السابقة.
- يؤثر مستوى تأهيل العاملين الصحيين في بوركينافاسو على ممارسة العملية القيصرية الغير مبررة طبيا، إضافة إلى مستوى تأهيل العاملين تلعب البيئة الاجتماعية دورا في هذه الممارسة حيث تتمتع النساء اللواتي يعشن في المناطق الحضرية وأزواجهن أصحاب المكانة الاجتماعية العالية بفرص أسهل لإجراء عملية قيصرية غير مبررة طبيا، مقارنة بالنساء الأخريات.
- هناك ارتباط ذا دلالة إحصائية بين المراجعة المنتظمة لتصوير المخاض وأداء المهنيين الصحيين في إدارة المخاض والولادة المعقدة، حيث أنه بمجرد نشر الدلائل الإرشادية السريرية المكتوبة لا يكفي للحفاظ على الأداء العالي بين المهنيين الصحيين في الأماكن محدودة الموارد.
- معظم النساء اللواتي لهن تاريخ مع العملية القيصرية اخترن الولادة المهبلية في ظل ظروف مناسبة وجددير بالذكر تمت الولادة المهبلية بأمان، وعليه فمعطيات هذه الدراسة تشير إلى أن تاريخ الولادة القيصرية لا ينبغي أن يكون مؤشرا مطلقا لإجرائها في المرافق الصحية للبلدان منخفضة الموارد.²

¹ Ibid, pp 52-53.

² Ibid, pp 122-123.

- دراسة عائشة أمجد وآخرون، بعنوان: العوامل المرتبطة بالولادات القيصرية بين النساء اللواتي يحملن أطفالاً: التحليل الثانوي للبيانات المأخوذة من المسح الديمغرافي والصحي 2012-2013، (2018).¹

“Factors associated with caesarean deliveries among childbearing women in Pakistan: Secondary analysis of data from the Demographic and Health Survey, 2012-2013.”

تهدف هذه الورقة البحثية إلى تقييم الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والمتغيرات المتعلقة بالحمل والتي ترتبط بالولادات القيصرية بين النساء الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة في باكستان، من خلال استخدام تحليل البيانات الثانوية لتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من المسح الديمغرافي والصحي لباكستان، حيث تم ترجيح هذه البيانات باستخدام الإصدار 16 لـ spss ، وذلك لحساب النساء اللواتي ولدن بعملية القيصرية مقابل النساء اللواتي لم يلدن بها، وتم إجراء الترجيح لمراعاة تصميم العينة المعقد وذلك للسماح بتعميم النتائج على جميع نساء باكستان،² أما عن النتائج المتوصل إليها في طيات هذه الدراسة فهي تكمن في:

- تمثلت الخصائص الديمغرافية والاجتماعية للنساء اللواتي أُجريت عليهن الأقل عملية قيصرية واحدة خلال خمس سنوات السابقة وبالباقي نسبتهن 13.6% حيث أن 32.1% منهن كانوا ضمن الفئة العمرية 21-24 سنة، أما بالنسبة للتعليم غالبتهن لم يلتحقن به أبداً ما يعادل نسبة 55.8%، بينما كانت 72.2% منهن غير عاملات كما أن 22.8% منهن ينتمين إلى أفقر خمس من الثروة.³
- النساء المصابات بمضاعفات الحمل واللواتي استخدمن الرعاية الصحية أكبر من أربع مرات لهن فرص أعلى بالولادة عن طريق العملية القيصرية، بالمثل لدى النساء اللواتي يبلغن من العمر عند الولادة الأولى أكثر من 24 سنة فهن أكثر عرضة للولادة الجراحية عن نظيراتهن الأقل سناً.⁴

وقد خلصت الدراسة إلى التوصيات التالية:

¹ Aisha Amjad, Factors associated with caesarean deliveries among childbearing women in Pakistan: Secondary analysis of data from the Demographic and Health Survey, 2012-2013, BMC Pregnancy and Childbirth (2018) 18:113, p1.

² Ibid, p2.

³ Ibid, p3.

⁴ Ibid, p5.

- ضرورة تقديم مبرر طبي مفصل لإجراء العمليات القيصرية من قبل الأطباء.
 - يمكن أن يساعد الوعي الكافي فيما يتعلق بالحد من مضاعفات الحمل أيضا في تقليل فرص سوء الممارسة التي تنطوي على عمليات قيصرية، بالإضافة إلى ذلك يجب إجراء بحث نوعي لفهم المعتقدات الثقافية والعوامل النفسية وتصورات المرأة الباكستانية التي قد تسهم في تصاعد المسؤولية الاجتماعية.¹
- دراسة يوسف ديارا تحت عنوان: "تقييم جودة القسم القيصري في مركز كنيبا الصحي المرجعي 2018-2019"²

« Evaluation de la qualité de la césarienne au centre de sante de référence de kenieba 2018-2019 »

كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو دراسة محددات جودة العملية القيصرية من حيث إمكانية الوصول والمؤشرات والتقنية الجراحية وكذا المتابعة اللاحقة للعملية القيصرية من أجل صياغة توصيات لتحسين الجودة، إضافة إلى ذلك تهدف إلى تحديد وتيرة العملية القيصرية خلال فترة الدراسة ورصد كل من الخصائص الديمغرافية والاجتماعية زيادة على ذلك تقديم تشخيص عن الأم والطفل.³

أما عن منهج الدراسة وطريقتها فقد كانت دراسة مستقبلية قطاعية، تحليلية، وتقييمية، امتدت من 1 مارس 2017 إلى غاية 28 فبراير 2018 أي ما يقارب عن 12 شهرا، فيما يخص العينة فقد كانت شاملة إذ تم أخذ جميع النساء الحوامل اللواتي تم ادخالهن إلى المركز الصحي المرجعي في كنيبا و قدر عددهن ب 260 امرأة، حيث تراوحت أعمارهن ما بين 14 و 48 سنة،⁴ أما عن النتائج التي تم التوصل إليها فهي تكمن في:

- بلغت نسبة العمليات القيصرية خلال فترة الدراسة حوالي 13.4%، وكانت الفئة العمرية 20-35 هي السائدة بنسبة 75.4%، أما عن متوسط العمر فقد كان 26.21 سنة.

¹ Ibid, p9.

² Youssouf Diarra, **Evaluation de la qualité de la césarienne au centre de sante de référence de kenieba 2018-2019**, Université des Sciences, des Techniques et des Technologie, République du mali Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, année 2019, p 20.

³ Ibid, p20.

⁴ Ibid, p51.

- بالنسبة للوضع المهني فشكلت ربات البيوت الأغلبية بنسبة 94.9%، زيادة عن ذلك كان النسبة الأكبر للنساء الغير المتعلقات بنسبة 79.6%.
- شكلت الولادات القيصرية الطارئة 90.3% من الحالات وكان نزيف الدم الأكثر شيوعا لإجراء العملية القيصرية بنسبة 20.8%، يليه الرحم المندوب وتسمم الحمل بنسبة 13.8% و 10.8% على التوالي.¹
- سيطر ربط البوق على الإجراءات المصاحبة بنسبة 87.5% تليها إرقاء الرحم بنسبة 12.5% وجدير بالذكر تم نقل الدم في 17.5% من المريضات.
- عن مضاعفات العملية القيصرية تم تسجيل 4 وفيات أي بلغ معدل وفيات الأمهات 1.5%، وقد حدثت هذه الوفيات في سياق نزيف (حالتان لضعف التخثر وحالتان من الصدمة النزفية)، إذ قدر إجمالي مضاعفات ما بعد الجراحة بنسبة 3.5% من الحالات ويمثل التهاب بطانة الرحم المضاعفات الرئيسية بنسبة 66.7%، في حين المضاعفات بالنسبة لحديثي الولادة فهي تكمن في المواليد الموتى بنسبة 17.5%، وقد كان معدل الإنعاش 49.1% من الحالات في الدقيقة الأولى، أما عن المضاعفات الأكثر شيوعا فهي الضائقة الجنينية بنسبة 49.6%.²
- خلال تطبيق معايير الجودة تم إيجاد النسب التالية: عملية قيصرية عالية الجودة 46.5%، عملية قيصرية جيدة نوعا ما 50.6%، قيصرية متوسطة الجودة 2.9%، وأخيرا عملية قيصرية منخفضة الجودة 0%، وتجدر الإشارة أن نقص الدم بنسبة 80.9% لإدارة حالات الطوارئ كان له تأثير كبير على جودة الجراحة البطنية.³

¹ Ibid, pp 65-66.

² Ibid, pp 72-75.

³ Ibid, p92.

2.11. الدراسات العربية والإسلامية:

- دراسة الباحث محمد محمود رشيد بكير، تحت عنوان: إدارة العمل وتصور المرأة للعملية القيصرية (قسم التسليم في اثنين من مستشفيات رام الله) 2003.¹

« Management of Labor and Women's Perception of cesarean Section Delivery in two Ramallah Hospitals » 2003

وتأتي هذه الدراسة للحصول على شهادة الماجستير في الصحة العامة، وقد ركزت هذه الأخيرة على دراسة العملية القيصرية من خلال أبعاد مختلفة فقد كان الهدف من ورائها هو التعرف على الكيفية التي تتم فيها عملية الإشراف على المخاض للكشف عن الظروف التي يتم في ظلها إجراء العملية القيصرية، وذلك على مستوى مستشفياتين مختلفين الأول حكومي والثاني خاص في مدينة رام الله، إضافة إلى معرفة ومحاولة فهم شعور المرأة التي مرت بتجربة العملية القيصرية، أما عن طريقة هذه الدراسة فهي دراسة وصفية استطلاعية فقد تمت بناء على معلومات مأخوذة من المستشفياتين، كذلك تم تجميع البيانات النوعية والكيفية باستخدام عدد من الأدوات، إذ تم تقديم السجلات التي تمت مراجعتها خاصة فيما يخص كيفية التعامل مع حالات المخاض، إضافة إلى أداة سجلات النساء الذي بلغ عددهم 102 سجل، تم الاعتماد كذلك على الاستبيان الذي وزع على 97 امرأة وذلك بهدف فهم شعورهن بعد العملية القيصرية،² أما عن نتائج الدراسة فهي متمثلة في:

بالنسبة للنتائج المتوصل إليها من خلال تحليل سجلات الأمهات كانت: فيما يخص أسباب الولادة القيصرية تمت 37 حالة بسبب عملية قيصرية سابقة، 24 حالة بسبب وضعية الجنين الغير الطبيعية، 14 عملية القيصرية بسبب معاناة الجنين الصحية مما أدى إلى التدخل الاستعجالي، 8 عمليات أجريت لكون المخاض استغرق وقتا طويلا أو توقف، أما بقية العمليات القيصرية فقد أجريت لأسباب مختلفة.

¹ Mohammed Mahmoud Rashid Bakir, **Management of Labor and Women's Perception of cesarean Section Delivery in two Ramallah Hospitals**, B.Sc. Medical Technology, Al-Quds University, Palestine, this these is submitted in Fulfillment of Requirement for the Degree of master in public Health (Health Management), année 2003, p1.

² Ibid, pp 8-9.

أما بالنسبة للنتائج المستوحاة من الاستبيان: أفادت ثمانية وثمانون امرأة انهن عانين نتيجة العملية التي خضعن لها، في حين ذكرت ستون امرأة أن الألم الذي عانينه نتيجة الجراحة كان أكبر من المتوقع، في الوقت ذاته عبرت 66 امرأة عن شعور سلبي بعد خضوعهن للعملية القيصرية، تمثل هذا الشعور في: الإرهاق، الإعياء، والاكتئاب، إضافة إلى ذلك صرحت 92 امرأة على أن قدرتهن على ارضاع أطفالهن قد تأثرت نتيجة للعملية القيصرية، في حين أفادت 21 امرأة أن ارتباطهن العاطفي بأطفالهن قد تأثر بعد العملية القيصرية، وقد بينت الدراسة كذلك أن مولودا واحدا من مجموع الأطفال كان بحاجة أن يوضع في وحدة العناية المركزة بالأطفال، وأن 12 مولودا كانوا بحاجة إلى وضعهم في الحاضنة، وأخيرا فقد بينت الدراسة أن العديد من العمليات القيصرية كانت غير ضرورية، وإضافة إلى ذلك إن العديد من العمليات التي أجريت لا يمكن تبريرها إلى الأسباب التي شخصت بها.¹

- دراسة غزالة عبد الله شودي وآخرون تحت عنوان: تأثير العمليات القيصرية المتكررة على الأم والجنين.²

«The Effects of Repeated Caesarean Sections on Maternal and Fetal Outcomes»

هدفت هذه الدراسة بالدرجة الأولى إلى معرفة تأثير الولادات القيصرية المتكررة على الأم والجنين وعلى تأثير الولادات القيصرية المتكررة بتوقيتها، وكذا تأثير زيادة ترتيب العمليات القيصرية على الالتصاقات داخل الصفاق وحالة المثانة والجزء السفلي من الرحم وتمديد شقوق الرحم، وانخفاض المشيمة ونزيف ما بعد الولادة، وأخيرا نقل الدم ومراضة ما بعد الجراحة، كانت هذه الدراسة رصدية بأثر رجعي أجريت في مستشفى القاسمي، الشارقة، الإمارات العربية، خلال فترة قدرت بسنتين من 1 جانفي 2007 إلى غاية 31 ديسمبر 2008، وقد تم دراسة 224 امرأة خضعن لعملية قيصرية لمرتين أو أكثر فيما يتعلق بتوقيت الولادة القيصرية الحالية، حيث تم تجميع بيانات كل مريضة من سجل غرفة العمليات

¹ Ibid, pp 85-86.

²Ghazala A. Choudhary, *The Effects of Repeated Caesarean Sections on Maternal and Fetal Outcomes*, Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences | Vol. 3 | Issue 1 | January 2015 | 44-49, p44.

والسجلات الطبية للمريضات، إذ تم دراسة العمر، الجنسية، التكافؤ، توقيت العملية القيصرية الحالية وطبيعتها (اختيارية/ طارئة)، عدد العمليات القيصرية السابقة، عمر الحمل في وقت العملية، إضافة إلى ذلك تمت مراجعة حالات الطوارئ في العملية القيصرية ونوع الجلد وشق الرحم، حيث تم تقسيم النساء إلى مجموعتين رئيسيتين: مجموعة العمليات القيصرية الاختيارية ومجموعة العمليات القيصرية الطارئة، تم كذلك تقسيم كل مجموعة إلى مجموعات فرعية على حسب عدد العمليات السابقة والنتائج أثناء العملية القيصرية فيما يتعلق بالالتصاقات،¹ أما عن نتائج هذه الدراسة فهي:

- خضعت 147 امرأة لعملية قيصرية اختيارية بنسبة 66% و 77 امرأة لعملية قيصرية طارئة بنسبة 34%، من مجموع النساء 157 كانت لهن عملية قيصرية سابقة 49 منهن لهن ثلاث عمليات قيصرية سابقة، 16 حالة لهن 4 عمليات قيصرية سابقة، وأخيرا 2 من النساء لهن 5 عمليات قيصرية سابقة.
- كان متوسط العمر نفسه في جميع المجموعات غير أن التكافؤ شهد اختلاف فقد كان أعلى كلما ارتفع عدد العمليات القيصرية، فعمر الحمل يتماشى عكسيا مع عدد العمليات القيصرية كلما زادت انخفض، أما عن مخاطر المشيمة المنزاحة وزيادة العمليات فلم يتم إيجاد أي ارتباط بينهما.
- فيما يخص الالتصاقات بعد العملية فقد أظهرت الدراسة أن الالتصاقات العادية لم تظهر ارتباط مع القيصرية المتكررة في حين الالتصاقات الكثيفة زادت مع زيادة عدد العمليات القيصرية المتكررة فكانت بنسب 22%، 33%، 39% على التوالي عمليتين سابقتين 3 عمليات سابقة أربعة أو أكثر من العمليات القيصرية السابقة، فقد خلفت هذه الالتصاقات إصابات حشوية منها 3 حالات على مستوى المثانة، وحالة واحدة، أما الحاجة إلى نقل الدم فقد كانت بنسبة 7.5% في جميع العمليات القيصرية.
- النساء اللواتي خضعن للعملية القيصرية في مجموعة الطوارئ أصبن بانقباضات الرحم، إضافة إلى ذلك ترقق الجزء السفلي من الرحم كان أعلى عند هؤلاء النساء منه

¹ Ibid, p45.

في مجموعة العمليات الاختيارية، وقد كان انتشار التفزر مرتفع بشكل ملحوظ في المجموعة الفرعية لحالات الطوارئ إذ بلغ 50% في مجموعة أربع أو أكثر من العمليات قيصرية سابقة، مقارنة ب 6% و 4% في مجموعة عمليتين سابقتين و 3 عمليات سابقة، ويعزى هذا لتقلصات الرحم.

- تم ملاحظة حوالي 16 حالة أي بنسبة 7.1% من حالات النزف التالي للوضع دون أي ارتباط بترتيب أو توقيت العملية القيصرية المتزايد، فقد كان معدل مضاعفات ما بعد الجراحة (التهابات الجروح، العلوص الشللي، الحمى والتهابات بطانة الرحم) منخفضاً فلم تظهر أي زيادة مع الترتيب التدريجي للعمليات القيصرية.
- كانت النتيجة الجنينية الضارة الأكثر شيوعاً في هذه الدراسة هي الخداج حيث زاد اتجاهها في المجموعة الفرعية للطوارئ مع اثنين وثلاثة وأربعة أو أكثر من العمليات القيصرية بنسب على التوالي 18%، 33%، 100%.

وخلصت الدراسة إلى حالة العمليات القيصرية المتكررة المتعددة من الممكن تحقيق نتيجة حمل ناجحة دون تعريض صحة الأم والجنين للخطر، ومع ذلك في حالات أربع أو أكثر من عملية قيصرية سابقة يلزم إجراء مزيد من التقييم في دراسة أكبر لاكتشاف السلامة.¹

- دراسة الدكتورة ايمان تحيلة، بعنوان: دوافع العملية القيصرية (تجربة قسم أمراض النساء والتوليد على مستوى المستشفى الجامعي الاستشفائي محمد السادس خلال عامين 2009-2010)².

« Les indications de la césarienne expérience du service de Gynecoobdtetrique B au sein du CHU Mohamed VI durant 2 ans (2009-2010) »

وتأتي هذه الدراسة للحصول على شهادة الدكتورة في الطب، أما عن أهدافها فهي متمثلة:

- التحليل الوبائي للعملية القيصرية.
- تحديد معدل الولادة القيصرية.

¹ Ibid, pp 47-49

² Imane Tahila, **Les indications de la césarienne expérience du service de Gynecoobdtetrique B au sein du CHU Mohamed VI durant 2 ans (2009-2010)**, Université Cadi ayyad faculté médecine et de pharmacie, marrakech, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, année 2010, p 01.

- دراسة استطببات العملية القيصرية وكذا مضاعفاتها.¹

وهي دراسة بأثر رجعي تشمل جميع النساء اللواتي ولدن بعملية قيصرية في قسم أمراض النساء والولادة في مستشفى محمد السادس الجامعي في مراكش (المغرب)، بين 1 جانفي 2009 و31 ديسمبر 2010، وقد بلغ عدد العمليات القيصرية في هذه الفترة 1058 عملية، حيث تم تجميع البيانات من السجلات الطبية وسجلات غرفة العمليات وغرفة الولادة وكذا سجلات القبول على ورقة استغلال سابقة الإعداد، بما في ذلك بيانات: (الاستجواب: العمر والتكافؤ والمرجع والتاريخ، فحص طبي بالعيادة، دلالة الولادة القيصرية، تقنيات التخدير والجراحة، مضاعفات الأم والجنين)،² أما عن نتائج الدراسة فهي متمثلة في:

- بلغت نسبة العملية القيصرية 17.2%، حيث أعلى نسبة قدرت ب 57.18% لدى النساء الحوامل اللواتي سنهن أقل من 30 سنة، إضافة إلى ذلك كانت أعلى نسبة للنساء البكرات بنسبة 93.45%.
- نسبة 21.36% فقط من النساء اللواتي تابعن حملهن بطريقة جيدة.
- الدافع الأكثر شيوعا للعملية القيصرية هو الاشتباه في ضائقة جنينية شديدة وذلك بمعدل 22.68%.
- تقنية التخدير الأكثر استخداما هو التخدير الشوكي بمعدل 95.74%، أما عن التقنية الجراحية الأكثر استخداما فهي الجراحة العرضية للجزء السفلي للرحم بمعدل 95.17%، إضافة إلى ذلك العملية الجراحية المرتبطة الأكثر شيوعا هو ربط وقطع قنوات فالوب بمعدل 98%.
- فيما يخض مضاعفات العملية القيصرية في هذه الدراسة بلغ معدل وفيات الأمهات 1.7%، ويهيمن النزيف على اعتلال الأمهات خلالها بمعدل 31.1%، إضافة إلى المضاعفات التعفننية بنسبة 2.16%، المضاعفات العابرة للجهاز الهضمي بنسبة 1.03%، معدل وفيات الأجنة وحديثي الولادة 3.94% والسبب الرئيسي في ذلك هو

¹ Ibid, p03.

² Ibid, pp 4-7.

الضائقة الجينية الشديدة، حيث 9.26% من الرضع نقلوا إلى قسم الإنعاش بسبب ضيق التنفس بنسبة 65.4%¹.

-دراسة إسراء الرواشد وآخرون تحت عنوان: تفاوتات الولادات القيصرية بين النساء الأردنيات من خلال تحليل بيانات مسح السكان وصحة الأسرة في الأردن 2017-2018²

“Disparities in Cesarean Section among Women in Jordan: Analysis of the 2017-2018 Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS) Data”

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم العوامل المتعلقة باستخدام أقسام العملية القيصرية وفحص التباينات الاجتماعية والديمغرافية لهذه الولادات في الأردن، وللوصول إلى هذا الهدف انطلقت الدراسة من التساؤلين التاليين:

ماهي العوامل الرئيسية المرتبطة باستخدام الولادات القيصرية في الأردن بين النساء في سن 15-49؟

هل هناك تفاوتات في سياق المحددات الاجتماعية الأخرى للصحة المتعلقة بالولادة القيصرية في الأردن؟

اعتمدت هذه الدراسة على بيانات مسح السكان وصحة الأسرة في الأردن 2017-2018، وهو السابع الذي يجري في الأردن، استند إطار أخذ العينات إلى إطار تعدد السكان والمساكن في الأردن، فقد تمت مقابلة ما مجموعه 14689 امرأة تتراوح اعمارهن ما بين 15 و 49 سنة، أما عن مجتمع هذه الدراسة فقد شمل النساء اللواتي تتراوح اعمارهن ما بين 15 و 49 سنة وأنجبن مواليد أحياء في السنوات الخمس الماضية للمسح واللواتي ولدن أحدث ولادتهن في منشأة صحية، وبلغ عينة الدراسة المضبوطة تم استبعاد النساء اللواتي لم يلدن خلال السنوات الخمس السابقة بمجموع 7389، والنساء اللواتي أبلغن عن الولادة الغير المؤسسية بعدد 106 امرأة، إضافة إلى ذلك تم استبعاد النساء الغير المتزوجات ما

¹ Ibid, p102.

² Israa Al-Rawashdeh, **Disparities in Cesarean Section among Women in Jordan: Analysis of the 2017-2018 Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS) Data**, United States Agency for International Development, 2020, p1.

يعادل 124 امرأة، ليصبح حجم عينة الدراسة 6525 امرأة، ولتحليل بيانات العينة تم استخدام برنامج stata بإصداره،¹16 أما عن نتائج الدراسة فهي متمثلة في:

- بلغت نسبة النساء اللواتي أجرين العملية القيصرية 27%، في حين بالنسبة لتوزعهن حسب الفئات العمرية فقد كانت الفئة ما بين 20 و 29 سنة تمثل النسبة الأعلى، تليها الفئات العمرية على الترتيب: ما بين 30 و 39 سنة، و سن 40 عاما أو أكثر، وأصغر من 20 سنة بنسب على الترتيب 39%، 5%، 5%، إضافة إلى ذلك نصف النساء أكملن تعليمهن الثانوي بنسبة 53% مقابل 39% في التعليم العالي، وقد كانت الغالبية العظمى من النساء عاطلات عن العمل وقت إجراء المسح ما يعادل نسبة 87%.
- أكثر من ثلث النساء ما يقدر ب 38% أجرين أربع ولادات قيصرية وأكثر، بينما 42% منهن خضعن لعمليتين أو أكثر، ما يقارب 65% من النساء ولدن في المستشفيات العامة وبلغت نسبة النساء اللواتي لهن تأمين صحي 62% بينما لم يكن لدى البقية أي نوع من التأمين الصحي.²
- فيما يخص اتخاذ القرار بشأن العملية القيصرية صرحت 69% من النساء أن قرارهن كان مشترك مع أزواجهن، أما 23% منهن فصرحن أنهن اتخذن القرار بنفسهن.³
- بالنسبة لمكان إقامة أفراد العينة فقد وجدت الدراسة أن هناك فوارق من خلال مكان اقامتهن حيث تتوزع نسبة النساء اللواتي اجرين العملية القيصرية كالاتي: في المناطق الحضرية ما يقرب 37% في عمان عاصمة الأردن، و 19% في إربد أكبر محافظة في شمال الأردن و 13% في الزرقاء وهي محافظة في المنطقة الوسطى من الأردن، بينما توزعت البقية على باقي المحافظات، إضافة إلى ذلك كانت غالبية النساء أردنيات بنسبة 86% مقابل 11% سوريات و 4% من جنسيات أخرى.⁴

¹ Ibid, p 6.

² Ibid, p7.

³ Ibid, p9.

⁴ Ibid, p16.

3.11. الدراسات الجزائرية:

المسح العنقودي متعدد المؤشرات (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 (U.N.F.P.A)، وجدير بالذكر أن المسح العنقودي متعدد المؤشرات يوفر معلومات مستكملة عن حالة الأطفال والنساء والتدابير والمؤشرات الرئيسية التي تسمح للبلدان لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الالتزامات المتفق عليها دولياً، كما يسمح هذا المسح على المستوى المحلي بتقييم العجز في مجالات التنمية البشرية والاجتماعية وتوفير برامج التنمية الوطنية والقطاعية للإحصاءات الموثوقة عن الأطفال والنساء والأسر، وتماشياً مع السير الحسن والتنظيم المتقن للمسح 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، فقد بلغ حجم العينة 28000 أسرة معيشية اشتملت على 41184 امرأة و 14015 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات، بالإضافة إلى 4130 رضيعاً حيث عدد الرضع اللذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً يمثلون 3% من مجموع السكان.¹ وناهيك عن ذلك تم استخدام ثلاثة أنواع من الاستبيانات:

- استبيان منزلي يستخدم لجمع المعلومات عن جميع أفراد الأسرة.
- استبيان النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة.
- استبيان على الأطفال دون سن الخامسة.

أما فيما يخص موضوعنا فقد اعتمدنا على نتائج استبيان النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة المرتبطة بالمتغيرات الاجتماعية والديمغرافية الخاصة بالمرأة التي وضعت مولودها عن طريق العملية القيصرية.

¹Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS-4) 2012-2013**, op-cit, p37.

-دراسة الدكتور: سايح سويح، 2016-2017 بعنوان "العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم" وهي دراسة ميدانية على عينة من النساء بمستشفى الأم والطفل بمدينة الجلفة.

تأتي هذه الدراسة في متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراة في تخصص الديمغرافيا، وقد كان الهدف من هذه الدراسة هو توضيح العوامل المتعلقة بالأمومة والمؤثرة على صحة الأم ونتائج الحمل التي تؤول إلى العملية القيصرية ومنها العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وقد تم التركيز على محددات الولادة بالعملية القيصرية، ومدى الوعي بحساسية مثل هذه المرحلة المميزة في حياة الأم وخطورتها،¹ إذ انطلقت هذه الدراسة من التساؤل التالي: ماهي الأسباب السوسيواقتصادية والصحية المؤدية إلى العملية القيصرية وما تأثيرها على صحة الأم؟

وكانت الإجابات عن التساؤلات المصاغة في شكل أربع فرضيات مفادها:

- سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية.
- نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علاقة بالعملية القيصرية.
- العوامل السوسيواقتصادية للمرأة الحامل تجعلها لا تهتم بالرعاية الصحية الإنجابية مما يؤدي بها إلى العملية القيصرية.
- خضوع المرأة للعملية القيصرية يسبب لها مشاكل صحية.²

في هذه الدراسة تم الاعتماد على كل من المنهجين الوصفي التحليلي والإحصائي بالإضافة على أداة الاستمارة التي طبقت على عينة من النساء المقدر ب 200 امرأة في سن 15-49 سنة واللواتي مررن بتجربة العملية القيصرية والمقيمت بمدينة الجلفة، وتضمنت أداة البحث مجموعة من الأسئلة بلغ عددها 69 سؤالاً تتناول كافة الميادين التي يشتمل عليها البحث،³ أما عن نتائج الدراسة فهي متمثلة في:

¹سويح سايح، العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم، مرجع سابق، ص8.

²نفس المرجع، ص ص 12-13.

³نفس المرجع، ص31.

- **سن المرأة الحامل ورتبة مولودها والسوابق الحملية تؤدي بها إلى العملية القيصرية:** فمن حيث السن خلصت الدراسة أن عدد العمليات القيصرية يزداد طرداً مع سن المبحوثات وأن اللواتي عمرهن 35-39 سنة كانت ولادتهن أكثر من 3 مرات بـ 19.3%، أما فيما يخص السوابق الحملية إن من 2 إلى 3 عملية قيصرية سابقة بنسبة 68.6% وذلك بسبب عسر الولادة، إضافة لذلك العمليات التي تتم كانت بقرار طبي بمعنى أنها طارئة وأن الرغبة الشخصية في الإنجاب بالعملية القيصرية قليلة جداً، وأخيراً فيما يخص رتبة المولود فإن العملية القيصرية تكون بأعلى نسبة عند الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 25-29 سنة بنسبة 56.4% ورتبة مولودهن ما بين 3-4، إضافة إلى ذلك النساء اللواتي حملن قبل سنتين وصلت نسبتهن إلى 77.8% من مجموع أفراد العينة، كما تبين أن احتمال الولادة بعملية قيصرية يزداد بازدياد عدد المواليد للمرأة، وتم التوصل كذلك إلى أن النساء اللواتي لم يكن حملهن بشكل طبيعي بلغت نسبتهن 73% خاصة في حالة الولادة القيصرية السابقة.
- **نقص المراقبة الطبية والمشاكل الصحية للمرأة الحامل لها علاقة بالعملية القيصرية:** وقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي لم يقمن بأي كشف وأنجن بعملية القيصرية 81.4% وهذا ما يدل على وجود علاقة بين الرعاية الصحية أثناء الحمل والعملية القيصرية، فالكشف بشكل منتظم يمكن من التشخيص المبكر للمشاكل الصحية التي من شأنها أن تنشأ خلال فترة الحمل وعلاجها في وقت مبكر أو أخذ الاحتياطات اللازمة حسب ما يمليه الطبيب، أما من ناحية المشاكل الصحية للمرأة الحامل فقد سجلنا 84.3% من الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية مزمنة تظهر عليهن تعقيدات أثناء الوضع.
- **المستوى التعليمي والمستوى المعيشي وعلاقته بالعملية القيصرية:** فالمستوى التعليمي له تأثير على الإنجاب بالعملية القيصرية، إذ أن الأمهات المتعلمات يتفاعلن أكثر مع الأطباء والممرضين بتطبيقهن للإرشادات والنصائح الخاصة بالعلاج والوقاية، وقد تم إيجاد أن الأمهات الجامعيات اللواتي ولدن مرتين بالعملية القيصرية تقدر نسبتهن بـ

27.8% في مقابل أعلى نسبة كانت عند الأميات بنسبة 60.6%، أما من ناحية المستوى المعيشي تم التوصل في هذه الدراسة أن أعلى نسبة كانت عند الأمهات اللواتي دخلن أقل من 15000 دج، كذلك بالنسبة للوضعية المهنية كانت أعلى نسبة للنساء اللواتي لا يعملن بنسبة 78.6%.

- **خضوع المرأة للعملية القيصرية بسبب لها مشاكل صحية:** وتم التوصل إلى أن 46.8% من الأمهات اللواتي عانين من الالتهابات والنزيف ومضاعفات التخدير ولدن مرتين قيصرًا، وتبقى هذه الآثار حتى الولادة اللاحقة، إضافة إلى ذلك 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 للعملية القيصرية على صحة الأم.¹

- دراسة الباحثين: بن عمور حفصة ونابتي سادية، بعنوان **القيصرية «césarienne»**. تأتي هذه الدراسة للحصول على شهادة الدكتوراة في الطب، تخصص الأم والطفل، وهي دراسة ميدانية تقوم على دراسة حالات الولادة القيصرية في مستشفى الطفل والأم لولاية تلمسان بمدة قدرت بسنة كاملة من 2017/01/01 إلى 2017/12/31، أما عن الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة فهي متمثلة في:

- تحديد وتيرة العمليات القيصرية في وحدة التوليد EHS لولاية تلمسان، إضافة إلى ذلك التعرف على مؤشرات الولادة القيصرية.

أما عن طريقة الدراسة فهي دراسة بأثر رجعي على 4290 عملية قيصرية أجريت في قسم أمراض النساء والتوليد في تلمسان في فترة الدراسة التي أشرنا إليها سابقاً². أما عن نتائج الدراسة فهي:

- بلغت نسبة العمليات القيصرية في ولاية تلمسان 34.54%، وهي نسبة أعلى بكثير من المعدل الذي أشارت إليه منظمة الصحة العالمية.

¹ نفس المرجع، ص ص 360-364.

² Ben Ameer Hafssa, Nabti Sadia, **Césarienne**, Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen Département de Médecine, Etablissement Hospitalo – Universitaire Spécialisé mère et enfant-Tlemcen, thèse pour D'obtention du doctorat en Médecine, année 2017-2018, pp 8-9.

- بالنسبة للسن الخاص بالنساء اللواتي تم فحص سجلهم الطبي الذي كان يتراوح ما بين 15 و 49 سنة فقد بلغ متوسطه 32 سنة، فقد احتلت الفئة العمرية 25-30 أكبر عدد حالات العمليات القيصرية بنسبة 33.59%.
- بالنسبة لعمر الحمل بلغ ما بين 37 و 40 أسبوع، فكانت الحمل الكامل المدة الأعلى نسبة بنسبة 51.72%، والخداج أي الولادة قبل الأوان بنسبة 24.32%، أما عن حالات إنقاذ الأم والجنين دون إغفال إطالة الحمل فقد بلغت نسبة 23.96%.
- بلغ متوسط الولادات القيصرية 2 لكل امرأة.
- تعددت أسباب الولادة بهذه العملية وقد تم إيجاد السبب الأهم في العمليات المبرمجة وجود سوابق لعمليات قيصرية أي رحم خضع لعملية من قبل ومن جهة أخرى نجد أن معاناة الجنين داخل الرحم من أهم أسباب هي إنقاذه عن طريق عملية استعجالية.
- في إطار العمل بالعملية القيصرية تم إيجاد العديد من التقنيات لإجرائها بحيث ترتبط بطبيعة المرأة وكذلك خبرة الجراح ولهذا العملية العديد من المضاعفات على غرار أي عملية.
- عمل المتخصص في التوليد صعب للغاية حيث أنه كل حالة منفردة بذاتها فالعملية القيصرية يجب ألا تكون حل للتخلص من ألم الولادة الطبيعية إنما يجب أن تكون لأسباب خاصة بها.¹

- المسح العنقودي متعدد المؤشرات (6-MICS) 2019:

وتم إجراء هذا المسح العنقودي في الجزائر في عام 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من البرنامج العالمي للمسوح MICS، كما أشرنا سابقا يتم تنفيذه بدعم مالي وتقني من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وتجدر الإشارة إلى أن المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS 2018-2019 وفر أكثر من 200 مؤشر تمثيلي على مستوى المناطق الجغرافية للبرمجة الإقليمية (EPT) مما يسمح بمزيد من الإجراءات الموجهة نحو الأطفال من 0 إلى 18 عاما والنساء في سن الإنجاب، وعلى سبيل اختيار العينة فقد أخذ هذا الأخير كإطار أخذ عينات لجميع الأسر العادية والجماعية من التعداد العام للسكان والمساكن الذي تم إجراؤه في عام 2008، وتم اختيار العينة على مرحلتين، في المرحلة

¹ Ibid, p80.

الأولى التي تنفذها خدمات مكتب الإحصاء الوطني فيتم رسم وحدات المسح الأولية وهي مناطق التعداد (العناقيد) كما هو محدد في تعداد 2008، أما في المرحلة الثانية بعد تحديث الوحدات المختارة تم تجميع قائمة من 25 عينة من الأسر لكل عنقود في EPT، وعليه تم اختيار 179 مجموعة وتحديد تقسيمهم وفقا لطبقة الإقامة (الحضرية والريفية) من خلال احترام توزيع الأسر في كل EPT، موضوع الدراسة في كل طبقة سكنية وبطبيعة الحال يتم رسم مناطق/ مجموعات العينة بطريقة منهجية مع بداية عشوائية وخطة رسم بالإضافة إلى احتمالات متساوية، ومن هذا المنطلق تم اختيار 1253 مجموعة بإجمالي 31325 أسرة عينة، كذلك تم مسح جميع العناقيد بمعدل اكتمال للأسر يبلغ 95,5 % حيث أن العينة ليست ذاتية الترجيح وإنما يتم استخدام الأوزان.¹

وفضلا عن ذلك فقد تم استخدام خمسة استبيانات في هذا المسح وتم تكييفها مع السياق الوطني واحتياجات المعلومات الإحصائية في الجزائر وهي كالاتي:

- استبيان الأسرة الذي تم استخدامه لجمع المعلومات عن جميع أفراد الأسرة والأسرة والسكن.
- استبيان نسائي موجه لجميع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة من أفراد الأسرة التي شملتها الدراسة.
- استبيان يتعلق بالأطفال دون سن الخامسة الذين يعيشون في الأسرة/ يتم إعطاؤه للأم/ أو الوصي الرئيسي للطفل/ في حالة عدم وجود الأم بين أفراد الأسرة.
- استبيان فردي جديد يتعلق بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 17 عاما والذين تم اختيارهم عشوائيا والذين يعيشون في الأسرة إلى الأم أو القائمين على رعاية الطفل.
- استبيان يحلل جودة المياه التي يشربها أفراد الأسر.

¹Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS-6) 2018-2019**, op-cit, p28-29.

تعقيب:

اتفقت الدراسات السابقة على هدف مشترك وهو تحديد وتيرة العمليات القيصرية والعوامل والمحددات المتعلقة بها باستثناء دراسة مالك درام الذي ركز على جودة العملية القيصرية، ودراسة غزالة عبد الله شودي التي هدفت إلى تأثير الولادات القيصرية المتكررة على الأم والجنين وعلى تأثير الولادات القيصرية المتكررة بتوقيتها، أما عن الطريقة المنهجية للدراسات كان منها من اعتمدت على استبيان كدراسة الدكتور سايح سويح، ومنها من اعتمدت على الملاحظة ودراسة الملفات الصحية في المراكز الصحية كدراسة السيد مالك درام، ودراسة وينديام تشارلز بولين ديديه كابوري ومنها من اعتمدت على بيانات المسوح كدراسة عائشة أمجد وآخرون والمسح العنقودين الجزائريين بدورتيه الرابعة والسادسة، ومنها من اعتمدت على السجلات الطبية والاستبيان كدراسة الباحث محمد محمود رشيد بكير، أما عن دراستنا فهي تهدف بالدرجة الأولى إلى تحديد العوامل الديمغرافية والصحية والاجتماعية التي كانت وراء خضوع النساء للعملية القيصرية في سن الانجاب المتفق عليها عالميا وهو ما بين 15-49 سنة في الجزائر وقد أخذنا ولاية سطيف كنموذج، أما عن السياق المنهج فدراستنا تقوم على تحليل السجل الصحي الخاص بالنساء اللواتي مررن بتجربة العملية القيصرية إضافة إلى أداة الاستبيان.

الفصل الثاني:

العناية بالمرأة الحامل وانعكاسات
الحمل والولادة عليها

تمهيد:

قبل أن نتحدث عن موضوع الولادة لأبد من التحدث عن موضوع الحمل أولاً، فالحمل هو الذي يسبق عملية الولادة ويحدث بداية من اتحاد بويضة الأم ونطفة الأب إلى غاية تكوين الجنين ونموه داخل الرحم وهو حدث تعيشه المرأة الحامل طوال 9 أشهر عموماً، ونظراً لكون فترة الحمل من أخرج الفترات في حياة المرأة لأنه من خلالها ينمو بأحشائها جنين يستعد للانطلاق إلى الحياة وهذا يفرض عليها مهمة صعبة، فبالنسبة لها فهي تعمل جاهدة لتوفير كل سبل السلامة لهذا الجنين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعمل على توفير الرعاية الصحية اللازمة للحفاظ على صحتها وسيرورة الحمل من دون تعقيدات فلا ريب أن الحمل تجربة مثيرة في حياة السيدة الحامل ولكنها تنطوي على الكثير من التحديات ففي بعض الأحيان تتعرض المرأة الحامل لعوامل قد تكون مؤثرة بالإيجاب وأمراض تؤثر سلباً على صحتها وصحة جنينها سواء خلال فترة الحمل أو عند موعد الولادة مما ينعكس على نوعية عملية الولادة التي تعتبر حدث مهم في حياة الأم التي لا طالما انتظرتها.

وبما أن موضوعنا الأساسي هو العملية القيصرية فقد عرضنا في هذا الفصل خصائص الحمل وطبيعته وبالأخص تلك التي لها ارتباط وثيق بالعملية القيصرية منها: الرعاية الصحية للأم قبل وبعد الحمل، أنواع الحمل، العوامل المؤثرة فيه، أمراض الحمل، إضافة لعرض خصائص الولادة الطبيعية ومضاعفاتها فهي الحدث الذي يسبق العملية القيصرية وأي تعقيدات أو مضاعفات على مستواها تحول إلى تعذرها واللجوء إلى العملية القيصرية.

1. الرعاية الصحية بالمرأة الحامل:

1.1. الرعاية الصحية بالمرأة قبل الحمل:

ويجب على البرنامج الكامل لرعاية الأمومة أن يبدأ قبل الحمل أي قبل الزواج وبالتحديد منذ طفولة الأمهات وذلك لتعزيز صحتهم الإيجابية وكذا توفير خدمات رعاية الأمومة ويمكن إجمالها في:

- **التربية الصحية:** ويقصد بها تثقيف البنات صحياً من خلال رعايتهن في المدارس، فيتعلمن الصحة الصحية الشخصية، ويتعرفن على مكونات الجهاز التناسلي الأنثوي ووظائفه، وكذا أهمية الحمل والرعاية الخاصة به، إضافة إلى تعلم أسس رعاية صحة الطفل.

- **الكشف قبل الزواج وقبل الحمل:** يحتاج الثنائي (ذكر، أنثى) المقدمين على الزواج إلى رعاية طبية ورعاية اجتماعية لتكوين أسرة سوية وسليمة فيما بعد حتى لا تحدث مشاكل فيما يخص المشاكل الوراثية التي تنعكس بالدرجة الأولى على الحمل والجنين، أما عن الحمل فيجب أن يسبقه تخطيط والتحضير النفسي له.¹

كما يجب زيارة الطبيب قبل الحمل لمناقشة النقاط التالية:

- **التاريخ الطبي:** يجب التحدث مع الطبيب حول التاريخ الطبي للأم خاصة، وللعائلة عامة، من حيث الحالات المرضية التي تعاني منها، والتأكد بأن تلك الحالات تحت السيطرة عن طريق ضبط جرعات الأدوية الخاصة بها.

- **نمط الحياة:** ينبغي على السيدة التي تخطط للحمل الإقلاع عن التدخين، أو أية عقاقير أخرى تسبب الإدمان، كما يجب دراسة البيئة المحيطة بالمرأة واستقرارها في المنزل والعمل، وهل هي مناسبة لرعاية أم حامل، أم هي بيئة مسيئة أو ملوثة بالمواد السامة.

- **الأدوية:** يناقش الطبيب مع المرأة الأدوية التي تتناولها في الوقت الحالي، سواء الذي يتطلب وصفة طبية أو لا يتطلب، والمكملات الغذائية والعشبية، والفيتامينات، حيث

¹محمد محمود عبد الله، عناية الإسلام بالطفولة حتى قبل الإنجاب، ط1، دار أمواج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،

ينبغي دراسة كل دواء على حدة واتخاذ القرار بشأن الاستمرار فيه، أو استبداله، أو الحد من جرعاته.

- **التطعيمات:** توجد بعض التطعيمات التي ينصح أن تتناولها السيدة قبل الحمل.¹

2.1. الرعاية الصحية بالمرأة خلال فترة الحمل:

تعتبر فترة الحمل من أهم الفترات التي ينبغي أن تعطى أهمية بالغة، خاصة المتابعة الصحية التي تكون بانتظام منذ بدايته فهي تسمح بالكشف المبكر لأي اضطرابات صحية سواء لدى الأم أو الجنين مما يسهل التعامل معها والتخفيف من حدتها قدر الإمكان، أو الاستعداد لها وقت الولادة،² فعلى مستوى برامج الأمومة تم تخصيص جانبا مهما لرعاية الأم الحامل وذلك نظيرا للمخاطر والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ أثناء فترة الحمل والتي يمكن التصدي لها والتخفيف من مخاطرها قدر الإمكان من خلال الاستمرار في رعاية الأم الحامل، فالهدف الرئيسي لبرامج رعاية الأمومة والطفولة هو تقليل نسبة المراضة والوفيات التي قد تحدث للأم والجنين وذلك من خلال:

أ- **الاكتشاف المبكر للأمراض المصاحبة للحمل وعلاجها مثل:**

- أمراض القلب.
- التهاب الكلى.
- ارتفاع ضغط الدم.
- مرض البول السكري.
- الدرن الرئوي

ب- **الاكتشاف المبكر للمضاعفات الناتجة عن الحمل وعلاجها مثل:**

- النزيف قبل الولادة.
- تسممات الحمل.
- فقر الدم.
- الحمل المتعدد.

ت- **تشخيص المشكلات الصحية الخاصة بالجنين وعلاجها مثل:**

- الولادة المبكرة.
- مرض الزهري.

- عدم توافق دم الجنين والأم.³

¹ الطبي، العناية بصحة الأم أثناء الحمل وبعد الولادة، altibbi، 2021، على الرابط: <https://altibbi.com>

اطلعت عليه بتاريخ 2023/05/21 على 22:45

²القاضي سعيد إسماعيل، التربية الجسمية للأبناء والآباء، ط1، المنهل، القاهرة 2012، ص30

³الصفدي عصام حمدي، مبادئ علم وبائيات الصحة، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص240.

ث- اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل لإعطائها مزيداً من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية.

وتنقسم الرعاية بالمرأة الحامل خلال فترة حملها إلى قسمين:

أولاً: الرعاية الرسمية التي تتم في مراكز الأمومة والطفولة والعيادات الخاصة والعامة:

وتقوم الحامل بزيارة إحدى المراكز المتوفرة لها على النحو التالي:

- زيارة واحدة كل شهر خلال ستة الأشهر الأولى.
- زيارة واحدة كل أسبوعين وذلك في الشهر السابع والثامن.
- زيارة كل أسبوع خلال الشهر التاسع.¹

ما يمكن فهمه نموذجياً تشمل رعاية الحمل 14 زيارة للمرفق الصحي طوال فترة الحمل ولكن عملياً هناك 4 زيارات ضرورية يتوجب اتمامهن لرعاية الحمل،² حسب ما تتصح به منظمة الصحة العالمية الحامل بزيارة أي مرفق صحي لمراقبة حملها 4 مرات وذلك بالنسبة للحوامل اللواتي يسير حملهن بشكل طبيعي أما اللواتي يعانين من حمل عالي الخطورة فإن مواعيد الزيارة يحددها أخصائي النساء والتوليد الذي تتابعه الحامل.³

فالزيارة الأولى للمرأة الحامل هي الأهم لأنها تقدم التاريخ الاجتماعي أو التفاصيل الخاصة بالحمل مثل معرفة السن، وتاريخ الميلاد، والديانة ومهنة الزوج، ونسب الحامل (معرفة التاريخ الوراثي لأية أمراض في عائلتها) ويجب حين ذاك معرفة الحالة الاجتماعية ومستوى الدخل الشهري وحالة التعليم والتغذية، كما يجب خلال هذه الزيارة معرفة حالة الدورة الشهرية وتاريخ انقطاعها لتحديد بداية الحمل،⁴ فينقسم برنامج الرعاية الصحية الرسمية للمرأة الحامل إلى:

¹ الشاذلي محمود خليل وآخرون، **طب المجتمع**، ط2، أكاديمية إنترناشيونال، لبنان، 2011، ص583.

² المجلس العربي للطفولة والتنمية، **التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي 2002**، العدد الثامن، دار نوبار للطباعة، مصر، 2003، ص121.

³ وزارة التخطيط والتنمية المحلية، **مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية وآخرون، تقييم أداء المحافظات نحو تحقيق أهداف الألفية**، مصر، 2006، ص94.

⁴ عاطف لمامنة، **الحمل والولادة (أسرار ومتاعب كيف نواجهها)**، ط1، منتدى سور الأزبكية، مصر، 2001، ص16.

أ- السيرة الطبية:

- كما أشرنا سابقا تبدأ الرعاية الصحية للحامل بأخذ التاريخ الصحي لها، وتقوم على:
- السيرة الشخصية والصحية التي بدورها تشتمل على معلومات حول العمر، الوظيفة، السكن، المستوى الاجتماعي، تاريخ التعرض للأمراض المعدية وخاصة الحصبة الألمانية والسل الزهري وأمراض الكلى والأرجية وأيضا تاريخ الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم.
 - السيرة العائلية فيما يتعلق بالسكري والسل والزهري والأرجية والصحة النفسية وولادة التوائم والأمراض الخلقية.
 - السوابق الجراحية والحوادث والإصابات فيما يتعلق بالحوض والبطن والثدي والكسور في عظام الحوض.
 - تاريخ التمنيع ضد الأمراض المعدية ونقل الدم والتفاعل الذي نتج عنه.
 - تاريخ التعرض للإشعاع سواء كان للعلاج أو التشخيص.
 - السوابق النسائية فيما يتعلق بتاريخ بدء الحيض، والمدة والانتظام وتاريخ آخر دورة حيضية.

ب- سوابق الولادات:

- ويشمل ذلك كل المعلومات عن:
- كل حمل سابق فيما يتعلق بمدة الحمل ومكان الولادة ونوع الولادة طبيعية كانت أو غير طبيعية وحالة المولود ووزنه.
 - المضاعفات التي تنتج عن فرط ضغط الدم أو النزف والعدوى وحالة الجهاز البولي والتناسلي وتمزق العجان.
 - حالات الضوايق السابقة وعمر الجنين وقت الضائقة.
 - وفيات الرضع وعمر الوفاة وسببها.
 - الحمل الحالي بدؤه وأعراضه ومشاكله، الاضطرابات التي رافقته إن وجدت من قيء وغثيان، نزع وصداع، وذمات، آلام في البطن أو ضيق في التنفس، وإفرازات مهبلية.¹

¹الشاذلي محمود خليل وآخرون، طب المجتمع، مرجع سابق، ص584.

ت- الفحص الطبي والاختبارات المخبرية:

حيث يجب إجراء الفحص الطبي لكل حامل في أقرب فرصة بعد بدء الحمل وكما أشرنا سابقا يتم من أول زيارة للعيادة أو المركز أو المستشفى، من خلال:

- يقوم الطبيب في هذه الزيارة بفحص المرأة بفحص شاملا فيفحص القلب والصدر والعمود الفقري والبطن والساقين ويتم قياس ضغط الدم للتأكد من عدم وجود أي مشاكل صحية كذلك يتم قياس الوزن وذلك لمعرفة الزيادة في الوزن في الزيارات القادمة، فالميزان هو أحد الوسائل لمعرفة إذا كانت الحامل تتناول غذاء سليم أم لا، فالمعروف أن الحامل يجب ان تزيد 10 كغ عن وزنها الطبيعي خلال شهور الحمل بحيث في الأشهر الأولى تزيد ب 4 كغ والأشهر الثلاثة الثانية تزيد ب 3 كغ كذلك الأشهر الأخيرة.¹

- يتم أيضا فحص الثدي وحلمات الثدي، فحص الأسنان لملاحظة أي إصابات بكتيرية فيها أو أي تسوس، كذلك يتم أخذ عينة من الدم لتحديد فصيلته وايضاح عامل الريزوس، ولاكتشاف الأمراض الجنسية المختلفة كالزهري والسيلان، وفحص البول لبيان الإصابة بالسكر أو وجود البروتين فيه فهو دليل على إصابة الكلى أو وجود متاعب فيها.²

- فحص الرحم وهذا للاكتشاف المبكر لأي عيب في وضعه وحالته وحجمه فيضمن فحصه نجاح العلاج المبكر لأي مشاكل صحية فيه وأخذها في الاعتبار وبالتالي استمرار الحمل والجنين، كما يفيد هذا الفحص من جهة أخرى في التأكد من وجود الجنين في الوضع الصحيح داخل الرحم.

- فحص المهبل فكثير ما يتعرض هذا الأخير أثناء الحمل للالتهاب نتيجة لإفرازاته أو بسبب الإصابة بعدوى فطرية وقد يؤدي التهاون في علاج تلك الالتهابات قبل موعد الولادة لانتقال العدوى للجنين أثناء الولادة.³

أما خطة المتابعة طيلة فترة الحمل ينصح أن تكون كالاتي:

¹إسماعيل وسام، الحمل والارضاع، ط3، دار الإرشاد للنشر، سوريا، 2008، ص 38.

² حلمي ماجدة، حمل بلا متاعب، ط2، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، 2006، ص20.

³ السروجي محمود، موسوعة الأم والطفل، د ط، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، د س، ص11.

- الزيارة في أول أسبوع من الحمل أو 8 أسابيع: كما أشرنا سابقا يتم فحص التاريخ الطبي للحامل وعائلتها، تاريخ الولادة السابقة، تحديد الطول والوزن لمعرفة كتلة الجسم، بالإضافة إلى حساب ميعاد الولادة المتوقع وتقييم شعور الراحة للحصول على الرعاية المناسبة، أما التحاليل المطلوب إجرائها في هذه الزيارة: تحليل البول (اختبار لقياس البروتين والسكر)، اختبار فقر الدم المنجلي، وأخيرا اختبار التلاسيميا.
- الزيارة في الأسبوع 12 من الحمل (الشهر الثالث): حجز أشعة الموجات فوق الصوتية وذلك لمراجعة الاستشاري إذا حدثت مشكلة أو كانت تلك رغبة المريض.
- الزيارة في الأسبوع 16 من الحمل (حوالي الشهر الرابع): فحص الوزن وضغط الدم والإنصات لقلب الجنين، أما عن الاختبارات في هذه الزيارة فيتم تحليل البول، فحص كامل لفصيلة الدم، اختبار الفيروس الكبدى B، الحميراء، الزهري، الإيدز، فحص متلازمة داون، السنسنة المشقوقة.
- الزيارة في الأسبوع 20: أشعة موجات فوق صوتية تفصيلية.
- الزيارة في الأسبوع 22: فحص ضغط الدم والانصات لقلب الجنين بالإضافة إلى تحليل البول.
- الزيارة في الأسبوع 28: يتم فحص ضغط الدم، الاستسقاء (تورم الكاحلين، اليدين والوجه)، قياس ارتفاع قعر الرحم، كذلك إعطاء مضاد D إذا كانت نتيجة العامل الريزوسي سالبة، أما عن الاختبارات فيتم إجراء تحليل للبول، كذلك فحص كامل للدم، وأخيرا تحليل السكر في الدم.
- الزيارة في 32 أسبوعا من الحمل: فحص ضغط الدم، الأوديما، ارتفاع قاعي، قلب الجنين وحركاته وتحليل البول.
- الزيارة في الأسبوع 34: فحص الوزن، ضغط الدم، الأوديما، قلب الجنين وتحركاته، تقييم الشعور بالراحة، إعطاء المضاد D طبعا إذا كانت نتيجة العامل الريزوسي سالبة، وتحليل البول لبيان مستوى البروتين فيه.
- الزيارة في الأسبوع 36 (وهذه الزيارة فقط لدى الحوامل لأول مرة): فحص ضغط الدم، الاستسقاء، الارتفاع القاعي، قلب الجنين وتحركاته، وتحليل البول.
- الزيارة في الأسبوع 38: فحص ضغط الدم، الاستسقاء، الارتفاع القاعي، قلب الجنين وتحركاته، إضافة إلى تحليل البول.

- الزيارة في الأسبوع 40: فحص ضغط الدم، الاستسقاء، الارتفاع القاعي، قلب الجنين وتحركاته، كما يتم أيضا تحليل البول.
- الزيارة في الأسبوع 41: فحص ضغط الدم، الاستسقاء، الارتفاع القاعي، قلب الجنين وتحركاته، إضافة إلى تحليل البول.¹

ث- المطاعيم:

- تعطى الأم الحامل لقاحات ضد مرض التيتانوس (الكزاز أثناء الحمل) على الشكل التالي:
 - الجرعة الأولى: بعد الشهر الثالث من الحمل.
 - الجرعة الثانية: بعد أربع أسابيع من الجرعة الأولى.
 - الجرعة الثالثة: بعد 6-12 شهرا من تاريخ الجرعة الثانية أو أثناء الحمل التالي.
 - تستمر الأم في الحصول على جرعات منشطة حتى خمس جرعات وبهذه الحالة تكتسب الأم مناعة مدى الحياة.
 - وتجدر الإشارة يجب إعطاء الجرعات الأولى والثانية من مطعوم (الكزاز) التيتانوس قبل نهاية الأسبوعين الآخرين من الحمل.²
- ج-الوقاية من مضاعفات الحمل:

يتم التنبيه على الحامل تبليغ المركز عن أي من المضاعفات والأعراض التالية في أقرب وقت ممكن:

- ضيق التنفس.
- الغثيان والقيء المستمر.
- الصداع المستمر.
- اضطرابات الرؤية.
- آلام في أعلى البطن.
- ظهور وذمات خاصة في الوجه واليدين.
- النزف المهبلي مهما كان قليلا وتمزق كيس المياه.³

¹سميث نورمان، الحمل، ترجمة مارك عبود، ط1، دار المؤلف، الرياض، 2013، ص 72.

²الصفدي عصام حمدي، مبادئ علم وبائيات الصحة، مرجع سابق، ص42.

³الشاذلي محمود خليل وآخرون، طب المجتمع، مرجع سابق، ص586.

ح- الإشراف الغذائي للحامل:

تعتبر التغذية الصحية من أهم الأمور التي يجب أن تعرفها المرأة الحامل ، لأن تغذية المرأة الحامل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بصحة طفلها، وعليه فلا بد أن تعطى عناية كبرى لتغذية المرأة الحامل لأن الغذاء هو العامل المحدد لصحة الأم الحامل مما جعل ذلك غذاء المرأة الحامل محل اهتمام الباحثين والعمل على تشجيع الأمهات الحوامل لتناول أفضل الأغذية، فالأم هي المسؤولة عن تغذية جنينها تغذية تسبقها من جسمها ذاته عن طريق الرحم الذي يحتضنه أثناء فترة الحمل وعليه فإن المواد المغذية الضرورية التي يحتاجها الجنين يجب ان تتوفر في غذاء الأم وإلا سيضطر جسمها إلى التنازل عن مستودعاته من مواد غذائية في سبيل توفيرها له،¹ وتتكون الاحتياجات الغذائية للأم من:

- البروتين:

يزداد احتياج المرأة الحامل للبروتين أثناء فترة الحمل وخصوصاً في النصف الثاني منه وذلك بسبب تكوين الأنسجة البروتينية في جسم الجنين خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة منه، وتكون سرعة ترسيب البروتين في جسم الجنين 1.4 غ يومياً خلال شهور الحمل الأولى وتزداد السرعة إلى 3.6 غ يومياً خلال الشهور الثلاثة الأخيرة وتصل إلى 56.4 غ يومياً مضافاً إليها الاحتياجات اليومية للأم خلال الفترة الأخيرة من الحمل على شرط أن يكون البروتين المتناول أثناء الحمل ذا قيمة حيوية عالية كما تزداد حاجة المرأة الحامل أثناء حملها للأحماض الأمينية الأساسية وخاصة الحامض الأميني التربتوفين والثريونين واللايسين، فإن نقص البروتين يؤدي إلى متاعب أثناء الحمل.

- الكالسيوم:

يزداد احتياج المرأة الحامل للكالسيوم والسبب في ذلك يعود إلى احتياج الجنين والأم له فعند الولادة يجب ان يحتوي جسم المولود الجديد 22 غ منه معظمها يترسب في جسم الجنين خلال الفترة الأخيرة من الحمل ونسبة ترسيب الكالسيوم في جسم الجنين خلال الشهر الثالث من الحمل هو 50 ملغ يومياً ويصل في نهاية الشهر السابع إلى حوالي 120 ملغ يومياً ثم يصل إلى 450 ملغ يومياً خلال الشهر الأخير من الحمل، وقد أثبتت التجارب أن عملية التكلس تستمر على حساب أنسجة الأم نفسها لذا يجب تناول 0.5 غ كالسيوم يومياً

¹لزلة محمد، تغذية الطفل ومشاكلها، ط1 ، دار الراوي، بيروت، 2000، ص87.

إضافة إلى الاحتياجات اليومية الأساسية للأم الحامل من الكالسيوم والفسفور أثناء الفترة الأخيرة من الحمل، ويمكن سد احتياجاتها بتناول كميات كافية من العناصر المعدنية مع فيتامين D، وتعتبر الأنيميا من حالات سوء التغذية المنتشرة في السيدات أثناء فترة الحمل نظرا لاحتياج الحامل إلى الحديد ويحتوي جسم المولود عند الوضع 375 ملغ حديد ويكون معدل ترسيب الحديد في جسم المولود 0.4 ملغ يوميا.

- الألياف:

تساعد الألياف على مقاومة الإصابة بالإمساك أثناء الحمل وتوجد الألياف في الخبز البلدي والخبز البني والخضروات والفواكه الطازجة والبقول والفاصولياء والبيض والمكسرات.¹

- الفيتامينات:

كما تزداد احتياجات المرأة الحامل من الفيتامينات أثناء فترة الحمل ويلاحظ أن نقص فيتامين A يؤدي إلى تشوهات خلقية في جسم الجنين، ويصل احتياج المرأة الحامل للفيتامين إلى 6000 وحدة دولية يوميا أثناء الفترة الأخيرة من الحمل كما تحتاج المرأة الحامل إلى فيتامين D للاستفادة من الكالسيوم والفسفور وينصح بتناول 4000 وحدة دولية يوميا هذا بالإضافة إلى تعريض الجسم لأشعة الشمس، كما يزداد الاحتياج إلى حامض الأسكوربيك حيث يصل إلى 60 ملغ يوميا أثناء فترة الحمل، وينتشر نقص الفيتامينات بين الأمهات الحوامل من الرايبوفلافين إلى 3.1 ملغ يوميا ويعتبر فيتامين K مهم لتقليل حالات النزف التي تحدث في بعض الأطفال أثناء الولادة، كذلك الحامل بحاجة إلى فيتامين C لأنه يساعد جسمها على امتصاص الحديد وتعتبر الفواكه الحمضية والبروكلي والفلفل والبطاطس وبعض عصائر الفاكهة النقية مصادر جيدة لفيتامين C خاصة اذا كانت تحتوي على نسبة منخفضة من الحديد.²

¹سعيد غادة، التغذية السليمة للأم الحامل والطفل في مراحله الأولى، د ط، وكالة الصحافة العربية، مصر، 2021، ص16.

²COI for the Department of health, the pregnancy book (your complete guide to: A healthy pregnancy, labour and childbirth the first weeks with new baby), ed1, Crown copyright, UK, 2010, p28.

- اليود:

يزداد الاحتياج لليود خلال فترة الحمل وتشير الدراسات أن إصابة المرأة الحامل بمرض الجويتر نتيجة لعدم تناول كميات كافية من اليود مما يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة به وأثناء نقص اليود يؤدي ذلك إلى زيادة المواليد من الأقزام بسبب زيادة حالات القصر.

- الطاقة:

يجب أن يعطى اهتمام خاص لحاجة المرأة الحامل من السرعات الحرارية لأن ذلك مرتبط بوزن الجسم كما أن الزيادة في الوزن ومقداره متعلق بصحة الأم أثناء الثلث الأول من الحمل، وتحتاج المرأة الحامل أثناء فترة الحمل إلى زيادة السرعات الحرارية لتلبية احتياجاتها هي والجنين، كما يجب أن يكون هناك توازن بين حاجة الأم من السرعات الحرارية أثناء الحمل وبين الغذاء المستهلك وأن متوسط ما تحتاجه المرأة من السرعات الحرارية أثناء الحمل يعادل ضعف ما تحتاجه في الظروف العادية.¹

ما يمكن استنتاجه من ذلك كله انه ليس من الضروري إدخال أي تعديلات على النظام الغذائي للمرأة الحامل في الأشهر الأولى من الحمل بشرط أن يكون هذا النظام متوازناً لا يسبب للأُم نحافة مفرطة أو سمنة غير عادية، وابتداءً من الشهر الخامس يمكن النظر في زيادة القيمة الحرارية للوجبات الغذائية ولكن يجب أن يتم ذلك بحذر وألا تكون الزيادة أكثر من 20% ذلك أن زيادة السرعات الحرارية يجب أن تشمل جميع أنواع المواد الغذائية التي تتناولها المرأة الحامل بل يجب على الأمهات الحوامل من المحافظة على الاعتدال في تناول الطعام ومراعاة القواعد الأساسية التي تزود الجسم بكل ما يحتاجه.

ثانياً: الرعاية المنزلية:

حيث ترعى الحامل ويعتنى بها في المنزل من قبل أسرتها وترعى بذلك ظروفها الاجتماعية والاقتصادية والصحية ومن الأمور التي يجب الاهتمام بها هي:

- التغذية:

يجب أن يكون طعام الأم غنياً بالعناصر الغذائية الجيدة لتلبية احتياجات جسمها والجنين لأنه يحتاج إلى عناصر غذائية من دمها ، فإن لم يكن غذاؤها كافياً لسد حاجتها فإن جسمها يضطر لتجهيز جنينها بالغذاء وذلك بالاستهلاك الذاتي لما هو مخزون في

¹جاسم محمد جندل، موسوعة المرأة، د ط، دار الكتب العلمية، لبنان 2011، ص 420.

أنسجتها وإن لم تعوض فإن ذلك يؤدي إلى مرض الأم وولادة طفل ضعيف معرض لأمراض شتى مثل الكساح الخلقي وفقر الدم وغير ذلك من الأمراض الخلقية لذلك يجب أن يحتوي غذاؤها على كل من العناصر الغذائية فيجب عليها تناول اللحوم والأسماك بأنواعها والفواكه والخضروات والسوائل خاصة الحليب وعصير الفواكه.

- الراحة والنوم:

يجب أن تتال الأم قسطا من الراحة والنوم اذ تحتاج من ساعة إلى ساعتين بعد الظهر للراحة والاسترخاء في السرير وتحتاج إلى 8 ساعات نوم في الليل.¹

- الملابس:

يجب على الحامل ارتداء الملابس الخفيفة ومن القماش القابل للتمدد وأن تكون ملائمة للطقس وكذلك لبس الأحذية ذات الكعب المسطح أو الخفيف.

- النظافة:

على الحامل ان تستحم بالماء الدافئ كل يوم إن أمكن ذلك صيفا وشتاء وكذلك الاهتمام بنظافة الأعضاء التناسلية الخارجية لكونها حساسة ومعرضة لدخول الجراثيم إليها بسهولة في هذه الفترة.²

- الهواء النقي والتمارين الرياضية:

تحتاج الحامل إلى فترة قصيرة (ساعة على الأقل) كل يوم خارج البيت وذلك لاستنشاق الهواء والترويح عن النفس والمشي مع تجنب الرياضة العنيفة وكذلك عليها القيام بتمارين بسيطة لتقوية البطن لتسهيل عملية الولادة، وجدير بالذكر تعتبر التمارين الرياضية آمنة ومشجعة للحوامل الأصحاء اللواتي يتلقين رعاية ما قبل الولادة ففي خلال فترة الحمل تكمن فوائدها في:

- تساعد على النوم بشكل أفضل.

- تحسين الحالة المزاجية ومستوى الطاقة.

- يساعد في منع الزيادة المفرطة في الوزن.

- تساعد في حالات الإمساك وآلام الظهر والانتفاخ.¹

¹قراقرة يوسف وآخرون، العناية التمريضية السريرية (امراض النسائية والتوليد)، د.ط، دار اليازوري العملية، عمان، 2016، ص32.

²جواد كاظم عيسى، صحة الأم في فترة الحمل وما بعد الحمل، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي، عمان، 2013، ص29.

2. تطور الرعاية الصحية بالمرأة الحامل في الجزائر:

لا يوجد من الأسباب العديدة لأمراض الأطفال والأمهات ووفاتهم ما هو أكثر من اعتلال الأم أثناء الحمل فمع أن أمراض الأمهات في الأشهر الأولى من الحمل يمكن الوقاية منها بسهولة إلا أنها تحصد بمفردها أكثر من حصيلة غيرها من الأسباب وتخلف وراءها عواقب وخيمة على المدى القريب والبعيد، ومما لا شك فيه الرعاية الصحية للحوامل تفتح مجالا للحفاظ على صحة الحامل خاصة إذا كانت هذه الرعاية عالية الجودة، فهي مهمة جدا نظيرا للمزايا التي تتحصل عليها الحامل والجنين معا، وإن الجزائر كباقي دول العالم ما زالت تسعى إلى ترقية خدمات الأمومة الآمنة بما فيها رعاية الحوامل قبل، أثناء وبعد الوضع، والتركيز على الحمل المنطوي على الخطورة، فمنذ عام 1944 سمح ترسيخ رعاية الصحة الإنجابية بتكريس تخطيط الأسرة في الإطار العام لوضع برامج فرعية استراتيجية للصحة الإنجابية وقد أصبحت الصحة الإنجابية جزءا لا يتجزأ من سياسة الصحة، حيث خصصت الجزائر مجموعة من البرامج الصحية في هذا المجال نذكر منها التي أولت اهتماما مباشرا خاصة بفترة الحمل والولادة:

1.2. البرامج الصحية الموجهة لحماية المرأة الحامل:

1.1.2. برنامج ولادة دون مخاطر:

عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص بالولادة بعنوان " الولادة بدون مخاطر " على المستوى الوطني بغية تخفيض نسبة أمراض ووفيات الأمهات خلال الحمل والولادة وخلال الأسابيع الست ما بعدها نتيجة لسبب معين أو تفاقم لمضاعفات الحمل، إذ كانت في سنة 1996 تقدر نسبة وفيات الأمهات ب 174 حالة لكل 10000 ولادة حية وقد تقلصت هذه النسبة لاحقا لتصل سنة 2008 إلى 86.9 حالة وفاة لكل 10000 ولادة حية،² فالهدف من وراء هذا البرنامج هو التقصي في المشاكل التي تصيب المرأة الحامل خلال فترة حملها أو في أثناء الولادة مما ينعكس على حياتها فمعرفة الأسباب مسبقا يسمح بتدارك المشاكل

¹Public Health Agency of Canada, **Your guide to a Healthy Pregnancy**, Canada, July 2022, p32.

²الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية (+15)، الجزائر، 2009، ص10.

في وقت مبكر أثناء الحمل أو قبل الولادة قبل تقامه وتعريض حياة الأم للخطر، وهذا التدارك ينجم عنه تخفيض النسبة فالبرغم من أن هذا البرنامج قد ساهم ولو بالقليل من تخفيض نسبية وفيات الأمهات إلا أن الجزائر لا تزال تشهد نسب مرتفعة في هذا السياق نظير لدول العالم الأخرى، فالمعدل الوطني يتراوح ما بين 2.15 و 20.25 بالنسبة لكل 1000 مولود حي، في حين في الدول المتطورة هذه النسبة منخفضة عندهم جدا فهي تقاس بالنسبة لكل 1000000 مولود، فكندا مثلا تقاس على مستواها نسبة وفيات الأمهات حالتين لكل 100000 مولود حي هذا ما يدل على أن المعدل الوطني لا يزال مرتفع جدا.¹

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

استهل هذا البرنامج مباشرة سنة 2005، إلا أن وزارة الصحة شرعت العمل به من شهر أفريل لسنة 2006 على كافة التراب الوطني وهذا على مدار 3 سنوات على مستوى الفترة الممتدة من 2006 إلى 2009، وقد حظي هذا البرنامج بدعم مالي قدر ب 2.07 مليار دينار.²

وقد تم نشر إجراءات البرنامج الوطني المتعلق بالولادة على مستوى الجريدة الرسمية الجزائرية والتي تنص عليه وهذا حسب المرسوم التنفيذي رقم 05-438 المؤرخ في 8 شوال عام 1426 هـ الموافق ل 10 نوفمبر سنة 2005، يتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة، وممارسة ذلك في المادة 3 التي تنص على الهياكل التي يمارس فيها طب الولادة، والمادة 4³ ويهدف هذا البرنامج إلى تأمين رعاية الأم والطفل معا، والتقليل من خطر فترة ما بعد الولادة والتكفل بالمرأة الحامل سواء خلال فترة الحمل أو في الولادة، وذلك من خلال:

¹وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر، 2001، ص19.

²الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التقارير الدورية المجمعثة الثالثة والرابعة للدول الأطراف اللجنة المعنية على التمييز ضد المرأة النظر في التقارير المتقدمة من دول الأطراف بموجب المادة 18 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فرنسا، 24 ماي 2010، ص10.

³ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 05-438 مؤرخ في 8 شوال عام 1426 هـ الموافق ل 10 نوفمبر 2005، الجريدة الرسمية، العدد 75، الصادر بتاريخ 18 شوال 1426 هـ الموافق ل 20 نوفمبر 2005، ص 6.

ما قبل الولادة: من أهدافه في هذه الفترة:

- محاربة الاملاص المرتبط بمضاعفات السكري وعامل الريزوس: من ناحية مرض السكري والحمل:

حيث أن الهدف من نسبة السكر في الدم هو الارتباط بين مستوى dHbA1C الطبيعي ومستويات الجلوكوز في الدم أقل من 100 ملغ/دل قبل الأكل (من الناحية المثالية 60-90 ملغ/ل) و140 ملغ/دل بعد الأكل (من الناحية المثالية 100-120 ملغ/دل) يميز التوازن الجيد المرغوب فيه أثناء الحمل تقليل وفيات الفترة المحيطة بالولادة المرتبطة بمضاعفات مرض السكري أثناء الحمل من 30%¹.

تحسين عامل الريزوس: ويهدف البرنامج التقليل بنسبة 50% بحلول عام 2009 من حدوث عدم التوافق بين الريزوس المرتبط بدم الجنين ومضاد D وهذا سيجعل من الممكن التقليل من معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة ومرضاة الأطفال حديثي الولادة (القضاء على اليرقان النووي).

- مكافحة الوفيات النفاسية والإملاص المرتبطة بمضاعفات ارتفاع ضغط الدم الشرياني:

ارتفاع ضغط الدم والحمل: يجب أن يكون لدى جميع النساء الحوامل المصابات بارتفاع ضغط الدم إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية من أجل ضمان استقائهم من المراقبة الدقيقة، هدف البرنامج هو:

تقليل المضاعفات الجنينية المتعلقة بارتفاع ضغط الدم وعدد وفيات الأمهات بسبب تسمم الحمل بنسبة 30% بحلول عام 2009.

تقديم رعاية فعالة ل 50% من حالات تسمم الحمل الشديد بحلول عام 2009.²

فترة الولادة: هذه الفترة الأكثر حساسية في البرنامج في الواقع على الرغم من أن شروط الرعاية الجيدة قبل الولادة قد تحققت فإننا كثيرا ما نرى انقطاعا في سلسلة الرعاية في فترة ما حول الولادة مما يؤدي إلى ضائقة جنينية يمكن أن تؤدي بالتالي إلى الاختناق في الفترة

¹République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Programme National Périnatalité (Programme triennal 2006-2009)**, Alger, 2006, pp 23-24.

²République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Programme National Périnatalité (Programme triennal 2006-2009)**, Alger, 2006, pp 23-24.

المحيطة بالولادة فنحن نعلم أن الظروف المرتبطة بالولادة أيضا تحدد تشخيص الجنين، وإن إدخال طرق جديدة لتشخيص الضائقة الجنينية (مخطط القلب، ودرجة الحموضة، وغاز الدم) قد مكن البلدان الصناعية المجهزة بهذه المعلومات من تحسين تشخيص الولادة بشكل كبير ولا سيما في فئة المواليد المعرضين لمخاطر عالية، وتجدر الإشارة إلى أن عدم تنظيم غرف الولادة من حيث انعاش حديثي الولادة والافتقار الصارخ للتدريب على رعاية المولود الجديد في غرفة الولادة يساهم بشكل كبير في المشكلات الصحية، وعليه فالأهداف:

- الحد من حالات الاملاص لكل ولادة خاصة المتعلقة بظروف مراقبة العمل بنسبة 30% بحلول عام 2009.
 - خفض معدل وفيات الأمهات المرتبطة بمضاعفات نزيف ما بعد الولادة بنسبة 30% وضمان إدارة فعالة بنسبة 50% من جميع حالات النزف قبل الولادة بحلول عام 2009.
 - محاربة الاختناق في الفترة المحيطة بالولادة المرتبط بأوضاع الإنعاش عند الولادة.
 - توحيد جميع غرف الولادة بنهاية عام 2009.¹
- فترة ما بعد الولادة:** وهناك العديد من المشاكل المصاحبة لفترة ما بعد الولادة كلها مهمة ومن أهداف هذا البرنامج:
- محاربة وفيات الأطفال حديثي الولادة من الأمراض النزفية والهدف من ذلك هو الحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة المرتبطة بالأمراض النزفية التي تصيبهم بنسبة 50% بحلول سنة 2009.
 - منع انخفاض حرارة الجسم علاجي المنشأ عن طريق تقوية الرابطة بين الأم والطفل منذ الولادة واحترام سلسلة "الدفء" والسماح بدخول المستشفى في ظروف حرارية مناسبة (غرفة دافئة بشكل مناسب، حاضنات) لحديثي الولادة الذين يحتاجون إلى رعاية صحية.
 - محاربة الوفيات بسبب العدوى الجنينية: خفض وفيات الأطفال حديثي الولادة المرتبطة بعدوى الأم والجنين بنسبة 30% بحلول عام 2009.
 - محاربة وفيات الأطفال حديثي الولادة في قطاع المستشفيات، بشرط ان تلبى الرعاية في فترة حديثي الولادة هدفا أساسيا وهو مطلب الجودة والسلامة وشموليتها واللاحاق.

¹ Ibid, p27.

- تعزيز الرابطة بين الأم والطفل (تشجيع الرضاعة الطبيعية: السماح للأم بالبقاء 24 ساعة في اليوم مع طفلها في المستشفى).
- محاربة الوفيات المرتبطة بالوزن المنخفض جدا عند الولادة.¹
- في نفس السياق عاد البرنامج الوطني حول الولادة والفترة المحيطة بها بحلة جديدة خلال الفترة 2016-2020 وكان بالدرجة الأولى مهتما بمشكلة تفاقم وتيرة وفيات الأطفال الرضع والفترة المحيطة بالولادة وقد كانت أهدافه كالاتي:
- يجب أن تكون الميزانية التشغيلية للمرافق الصحية كافية للفترة المعنية (2016-2020) لتحديث الهياكل المخصصة لطب حديثي الولادة.
- توحيد غرف الولادة نهاية عام 2016.
- محاربة الاملاصات المرتبطة بالتمنييع والتقليل من حوادث حالات عدم توافق الأم والجنين في نظام الدم بنسبة 75% بحلول عام 2020.
- محاربة الاختناق في الفترة المحيطة بالولادة.
- خفض وفيات الأطفال المرتبطة بالنزيف بنسبة 75% بحلول سنة 2020.
- الحد من وفيات المواليد المرتبطة بعدوى الأم والجنين بنسبة 30% بحلول سنة 2020.²

2.2. تطور الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل في الجزائر:

إن المراقبة المنتظمة أثناء فترة الحمل بما فيها الكشوفات المستمرة عند الطبيب، تلقي اللقاحات اللازمة وعلى رأسها التطعيم ضد التيتانوس تساعد على تشخيص متاعب الحمل وعلى كشف ومعالجة المشاكل الصحية الناجمة عن مختلف المراحل التي تمر بها المرأة الحامل، فتحسين ظروف الحمل يعد من أهم العوامل التي تساعد في تأمين صحة الأم والجنين على حد سواء وتجنب حالات وفيات الأمهات وكذا الرضع، وتجدر الإشارة إلى أن مستوى رعاية الأمومة أثناء الحمل يتأثر بمدى إقبال النساء الحوامل على الخدمات الصحية،

¹ Ibid., pp 30-31.

²République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Programme National Périnatalité (Programme quinquennal 2016-2020)**, Alger, 2015, p6.

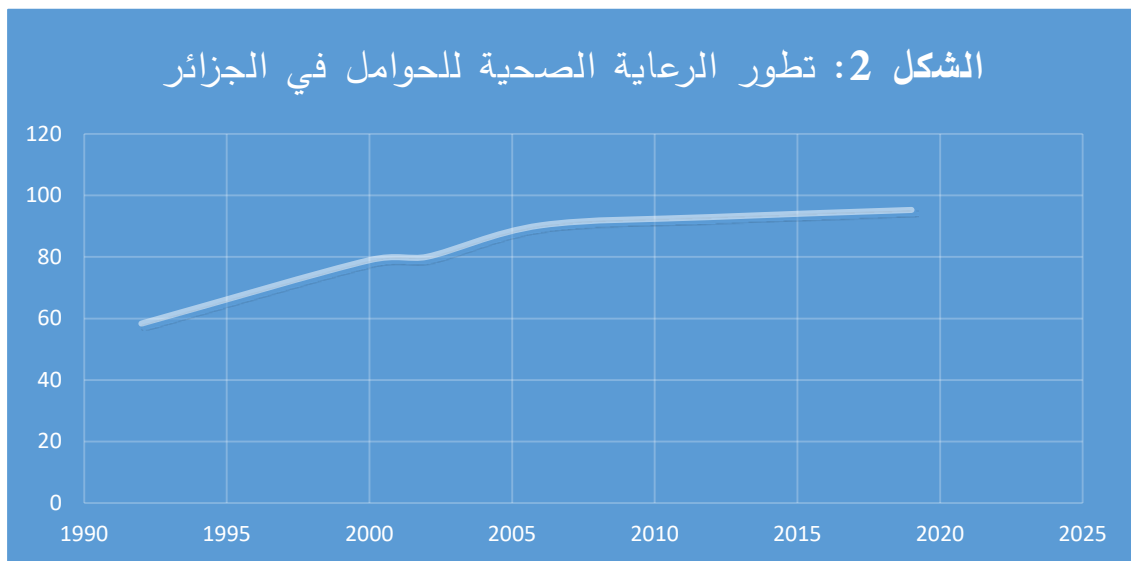
فالرعاية الصحية للحامل في الجزائر لم تكن كما هي عليه الآن فقد مرت بعدة تحديات للوصول إلى ما هي عليه وفي طيات هذا المحور سوف نعرض:

الجدول (1): تطور الرعاية الصحية للحوامل في الجزائر خلال 1992-2019

السنة	نسبة الرعاية %	السنة	نسبة الرعاية %
1992	58.4	2006	90.3
2000	79	2013-2012	93
2002	80.7	2019	95.3

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

- 1- Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue arabe, **Enquête algérienne sur la santé maternelle et infantile 1992**, Algérie 1994, p15.
- 2- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS2)**, suivi de la situation des enfants et des femmes, rapport principal, Algérie, décembre 2008, p45.
- 3- وزارة الصحة والسكان، **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، التقرير النهائي، الجزائر 2004، ص 88.
- 4- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 3)**, op.cit., p 123.
- 5- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4)**, op.cit., p 135.
- 6- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6)**, op.cit., p 164.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الجدول رقم 1

من خلال نتائج الجدول رقم (1) والشكل رقم (2) يظهر جليا أن الرعاية الصحية للأمهات خلال فترة الحمل على مستوى الجزائر قد شهدت تطورا ملحوظا من سنة 1992 إلى غاية سنة 2019، حيث كانت نسبة هذه الأخيرة في السنوات: 1992، 2000، 2002، 2006، 2013-2012، 2019 على الترتيب 58.4%، 79%، 80.07%، 90.3%، 93%، 95.3%، إن هذا التطور والزيادة هو ثمرة لجهود الدولة الجزائرية في هذا المجال من خلال البرامج والخطط والسياسات التي وضعتها من أجل رفع هذا المستوى، وما يتضح جليا أن الفارق بين سنتي 1992 و 2019 وصل 36.9% وهذا إن دل فيدل على تحسن القطاع الصحي وزيادة وعي النساء الحوامل بضرورة متابعة حملهن، ورغم أن مستويات هذه الرعاية قد شهدت زيادات بمرور الزمن إلا أنها لم تصل الهدف المنشود وهو بلوغ النسبة الكاملة 100%، والذي نأمل تحقيقه في القريب العاجل.

تحدثنا عن الرعاية الصحية أثناء الحمل لكن من ناحية أخرى تقاس هذه الرعاية بعدد المرات التي تزور فيها المرأة الحامل مركزا صحيا سواء خاصا أو عاما، كما أشرنا سابقا حددت منظمة الصحة العالمية عدد الزيارات ما بين 4 و 14 زيارة، وذلك حسب الحالة الصحية أي لا تقل عن 4 ولا تزيد عن 14 زيارة، فإن عدد الزيارات يدل على جودة الرعاية، فعلى مستوى الجزائر كان توزيع الزيارات من خلال المسح العنقودي الرابع والسادس كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (2): عدد زيارات الحوامل لمراكز الرعاية الصحية خلال فترة الحمل من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع والسادس:

المسح العنقودي (MICS6) 2019		المسح العنقودي (MICS4) 2013-2012	
النسبة %	عدد الزيارات	النسبة %	عدد الزيارات
3.3	صفر	5.7	صفر
26.9	من 1 إلى 3	2	1
69.8	4 فأكثر	6.9	2
13.8	8 فأكثر	16.4	3
		67.3	4 فأكثر

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج المسح العنقودي (MICS4) 2012-2013 ص 138 والمسح العنقودي (MICS6) 2019 ص 165.

من نتائج الجدول (2) نجد أن المسح العنقودي بدورتيه الرابعة والسادسة يبين وجود قفزة نوعية في عدد زيارات الحوامل خلال فترة حملهن هذا من جهة، فبالنسبة لنسبة النساء اللواتي لم يزرن أبدا الطبيب طيلة حملهن انخفضت سنة 2019 مقارنة ب سنة 2012 من 5.7% إلى 3.3%، في حين بالنسبة لعدد الزيارات المتبقية فقد شهدت ارتفاعا ملحوظا فعلى مستوى سنة 2012 كانت توزيع نسب الزيارات: لزيارة واحدة 2% وزيارتين 6.9% و3 زيارات 16.4% أي بمجموع 25.3% أما في سنة 2019 كانت 26.9%، بزيادة 1.6%، كذلك كانت نسبة عدد الزيارات 4 فأكثر في كلا المسحين 67.3% و69.8% على الترتيب، أما نسبة عدد الزيارات 8 فأكثر فقد بلغت 13.8%، من جهة ثانية فأعلى نسبة كانت من عدد الزيارات 4 فأكثر وهذا ما أوصت به منظمة الصحة العالمية، ومن جانب آخر تجدر الإشارة إلى أنه يجب تدارك عدد الحالات التي تقل فيها عدد الزيارات عن 4 وهذا لوصول مستوى الرعاية الصحية المطلوب لهذه الفئة والمعمول به عالميا، فإن الرعاية الصحية الجيدة والمتابعة المستمرة للحمل تسمح بتدارك مضاعفاته ومشاكله والخروج منه بأقل اضرار.

التطعيم ضد التيتانوس للنساء الحوامل:

سعت الجزائر منذ الاستقلال من أجل الحد من مرض التيتانوس الذي يصيب الأمهات الحوامل والذي يهدد حياتهن ويتسبب في وفاتهن في معظم الأحيان، فقد تم الإقرار بإجبارية التلقيح والتحصين ضد التيتانوس مع مجانيته، بإصدار مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969 والقاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيته وهذا بهدف القضاء والتخفيف من الأمراض المعدية،¹ والجدول التالي يبين نسب النساء اللواتي تلقين تحصين الكزاز أو ما يعرف بالتيتانوس:

الجدول (3): نسب النساء اللواتي أخذن التطعيم ضد التيتانوس خلال الفترة 1992-2019

السنة	نسبة التطعيم ضد التيتانوس %	السنة	نسبة التطعيم ضد التيتانوس %
1992	27.3	2002	44
2000	43.2	2019	46

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: المسح الوطني لصحة الأم والطفل (ص18)، المسح العنقودي (MICS2) (ص47)، والمسح الوطني حول صحة الأسرة (ص92)، والمسح العنقودي (MICS6)، (ص167).

من خلال نتائج الجدول (2) شهدت نسب النساء اللواتي تلقين التحصين ضد التيتانوس زيادة ملحوظة خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019 وقد تباينت النسبة من 27.3% إلى 46% وبالرغم أن هذا التحصين شهد ارتفاع لا بأس به مقارنة ما كان عليه في التسعينات إلا أن هذه النسبة لا تزال ضئيلة فهي تمثل أقل من النصف فقط من الحوامل اللواتي خضعن للتحصين، هذا ما يستوجب تشجيع أكثر النساء حول هذا الموضوع وتوعيتهن بمدى أهميته وضرورته.

¹R.A.D.P. Décret n°69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire gratuit de la tuberculose, journal officiel, n°59, du 11 juillet 1969, p560

3. أنواع الحمل والعوامل المؤثرة فيه:

1.3. أنواع الحمل:

تُعرف شهور الحمل بأنها الأكثر سعادة في حياة كل امرأة لانتظارها مولود جديد، ولكن ليس كل حمل ينتهي بسعادة، فهناك أنواع حمل تشكل خطراً على حياة الحامل أو على الجنين أو على الاثنين معاً، وفيما يلي سنقوم برصد هذه الأنواع:

1.1.3. الحمل الطبيعي:

يحدث عندما تتأخر الدورة الشهرية المنتظمة عن موعدها، حيث تستطيع المرأة التأكد من حملها عندما تشعر بالغثيان في فترات الصباح، وعندما تشعر بوجود حكة في منطقة الثدي وخاصة حول الحلمة، وعندما تزداد رغبتها في التبول، حيث إنّ هذه الأعراض لا تعدّ دليلاً قاطعاً على وجود الحمل؛ لأنه من الممكن أن يتهيأ للمرأة وجود حمل بسبب إصابتها ببعض التوترات، أو الأمراض، ولهذا يفضل القيام باختبارات الحمل لكونها تعطي نتائج إيجابية.¹

2.1.3. الحمل الكاذب:

إنه حمل غير موجود، لكنه حمل بعاطفة حقيقية من المريضة فهي تشعر بكل أعراض الحمل نتيجة رغبة جامحة وشوق ولهفة للحمل وفي هذه الحالة تجد السيدة نفسها تعاني انقطاع الطمث، مثلما يحدث في الحمل الطبيعي، والسبب في ذلك يعود إلى التأثير المباشر للغدة النخامية على إفرازات هرمونات المبيضين مما يؤدي إلى انقطاع الحيض، أما باقي أعراض الحمل مثل القيء والإغماء والمغص فنجدها أيضاً عند هذه السيدة إضافة إلى الإحساس بحركة الجنين، فحالة الحمل الكاذب يحدث للنساء اللواتي يكون تركيبهن العصبي والنفسي غير طبيعيين بحيث يكون لهن ميل بأن يكن مرضى عصبياً ونفسياً.²

باختصار الحمل الكاذب هو الإحساس بأعراض الحمل دون وجود الحمل فلا يوجد اخصاب ولا غيره لكن المرأة ترى آثار الحمل.³

¹ موضوع، أنواع الحمل، موضوع، 2015، على الرابط: <https://mawdoo3.com> طغت عليه بتاريخ 2023/03/12 على الساعة 6:07

² جميل أبو نصري، موسوعة أسرتنا السعيدة (دليل الحمل والولادة والارضاع)، د.ط، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 2020، ص22.

³ المقبل ندى بنت تركي، الحمل الكاذب والآثار الفقهية المترتبة عليه، مجلة الدراسات العربية، كلية دار العلوم-جامعة المنيا، 2020، ص934.

3.1.3. الحمل خارج الرحم:

في هذه الحالة من الوارد أن تزيد نسبة الحمل بشكل طبيعي في اختبار الحمل الرقمي، ولكن لا يظهر كيس حمل داخل الرحم، وقد يبدأ ظهوره خارج الرحم بالموجات الفوق الصوتية، إذ تُزرع البويضة المخصبة في مكان آخر غير الرحم،¹ فهو عبارة عن انغراس البويضة الملقحة في أنسجة خارج الرحم مثل قناة فالوب وهي أكثر الأماكن شيوعاً لحدوث الحمل الهاجر حيث تمثل 95% من حالات الحمل خارج الرحم، ويمكن أن يحدث في أماكن أخرى مثل المبيض والتجويف البطني والجزء الأسفل من الرحم وهي حالات نادرة جداً ويحدث الحمل الهاجر لدى واحدة من كل 50-100 امرأة حامل، ولا يمكن استمراره حفاظاً على قناة فالوب، ويجب التعامل معه مبكراً وتشخيصه بالعلاج الطبي أو المنظار الجراحي، خاصة وكلما تأخر التدخل يزيد الضرر بقناة فالوب ومن أشهر أسباب حدوثه:

- وجد أن 50 من حالات الحمل يكون نتيجة الإصابة بالتهابات في الحوض والتي تسمى (Gonorrhoea) و (Chlamydia) حيث تسبب هذه الالتهابات تحطماً في وظيفة الأهداب المبطننة لقناة فالوب والتي تؤدي دوراً مهماً في دفع البويضة المخصبة من داخل الأنبوب إلى الرحم.
- انسداد أو تضيق في قناة فالوب نتيجة إجراء عمليات جراحية مثل عملية التعقيم حيث تصل نسبة الحمل الهاجر في هذه الحالات إلى 60%.
- الوسائل المستخدمة لمنع الحمل مثل الحبوب التي تحتوي على هرمون البروجسترون والولب الرحمي وخاصة النوع الذي يفرز هرمون البروجسترون على الرغم من أن هذه الوسائل تمنع الحمل داخل الرحم بفعالية تصل تقريباً إلى 99% لكن عند حدوث الحمل في هذه الحالات غالباً ما يكون حملاً خارج الرحم حيث يعمل هرمون البروجسترون على حدوث ارتخاء في العضلات الموجودة في قنوات فالوب مما يقلل من الحركات الدودية للأنبوب والذي بدوره يؤدي إلى بطء في مرور البويضة المخصبة داخل قناة فالوب قبل وصولها إلى الرحم وبالتالي بقاؤها وانغراسها في القناة.

¹ الكونسيلتو، الحمل خارج الرحم، الكونسيلتو، على الرابط: <https://www.elconsolto.com> طلعت عليه بتاريخ

وجدير بالذكر أن هناك عوامل تزيد من فرص الحمل خارج الرحم أهمها:

- النساء بين عمر 35 و40 سنة أكثر عرضة للإصابة بالحمل الهاجر.
- حدوث حمل خارج الرحم سابقا يزيد احتمالية حدوثه مرة أخرى بنسبة تصل 15%.
- بعض الدراسات وجدت أن نسبة الحمل الهاجر تكون أكثر عند النساء المدخنات.¹

أما عن أعراض هذا النوع من الحمل فهي:

- التاريخ المرضي للحامل: قصة حديثة للإصابة بألم متقطع بالبطن، مع انقطاع الطمث (غياب الدورة الشهرية) لبضعة أسابيع، ثم نزف مهبلي أو عدم انتظام الدورة الشهرية، أو الشعور بالغثيان والإقياء أو الدوار من حين لآخر.
- في حالة حدوث الحمل داخل قناة فالوب (الحمل البوقي):
- قد يتجمع الدم في قناة فالوب (تدمي التدفق) وقد تتفاقم الأعراض السابقة ويطول أمدتها مع وجود كتلة مؤلمة بملحقات الرحم.
- قد يتسرب النزف ببطء إلى تجويف البطن خلال عدة أيام أو أسابيع ويتراكم الدم ويشكل ورما دمويًا وفي هذه الحالة لاسيما إذا كان حجم الورم كبيرًا فقد تظهر علامات أخرى:
- تخريش المثانة أو المستقيم مع تعدد البيلات وعسر التبول وتقلصات بالمستقيم وارتفاع طفيف بدرجة الحرارة.
- انتفاخ القبو الخلفي للمهبل وزيادة إيلامه مع وجود كتلة في الحوض يصعب تحديد حدودها فهي متباينة القوام وتدفع الرحم إلى الأمام.
- فقر الدم.²

¹العراقي فاطمة، الحمل من الألف إلى الياء، ط1، وكالة الصحافة العربية، مصر، 2016، ص ص 19-20.
²منظمة أطباء بلا حدود، الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة، دليل عملي للقابات والأطباء المدربين في مجال التوليد والعاملين بالرعاية الصحية ممن يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية، 2017، ص 36.

4.1.3. الحمل بتوائم:

تحدث حالة توائم واحدة في كل 90 حالة ولادة والتوائم المتشابهان يتكونان من بويضة ملقحة واحدة تنقسم بحد ذاتها بشكل طفلين يحملان نفس توزيع الكروموسومات وإنهما من نفس الجنس، فصيلة الدم، المظهر الخارجي، أما التوائم الغير متشابهان فيتكونان من بويضتين،¹ وإن أهم العوامل التي تساعد على الحمل بتوأم هو استعمال الأدوية والعقاقير المنشطة للمبايض خاصة في مجالات العقم التي يتم فيها استعمال هذه الأدوية لتحريض المبايض على انتاج أكثر من بويضة في الدورة الواحدة وهناك أيضا عامل الوراثة حيث ثبت أن الفتيات يتوارثن القدرة على ولادة توائم من أمهاتهن فبعض العائلات تكثر فيها ولادة التوائم كما أن سن المرأة لها دور أيضا حيث يكثر في النساء ما بين 35 و39 سنة، وجدير بالذكر أن المشاكل الصحية للأم والأجنة في حالة هذا النوع من الحمل أكثر من المشاكل التي تعاني منها الأم بالحمل العادي، فتعاني الأم في الحمل بتوأم من ازدياد في ضربات القلب وازدياد ضخ الدم، وتعاني أيضا من الدوالي وأورام القدمين والبواسير أكثر من الحامل بطفل واحد كما يعتبر فقر الدم أو الأنيميا من أهم المشاكل الصحية التي تواجه الحامل بتوائم، لذا يعتبر تناول أقراص الحديد والفيتامينات من الأمور الأساسية للمرأة الحامل بتوائم، من ناحية أخرى المشاكل الصحية للأجنة بالنسبة لهذا النوع من الحمل منها ما تؤدي إلى وفاة التوائم أو أحدهما فالإجهاض في الشهور الأولى والوسطى من الحمل يكثر مع التوائم أكثر بكثير من الحمل الفردي كذلك النزيف المهلي بالنسبة للأم بالإضافة إلى خطر الولادة قبل الأوان، أما في بعض حالات التوائم الناتجة عن بويضة واحدة حيث تكون الأوعية في المشيمتين مختلطة يحدث ما يسمى بانتقال الدم من جنين لآخر ففي هذه الحالة نجد أحد الأجنة يكبر في الحجم وينتفخ وتكثر السوائل في جسده لكثرة انتقال الدم إليه من الجنين الآخر في حين نجد أن الجنين الآخر يعاني من نقصان الوزن ونقص الدم الواصل إليه إذ أنه في هذا الوضع يصاب الجنين الأول بفشل وقصور في عمل القلب نتيجة كثرة الدم الواصل إليه مما يهدد حياته داخل بطن الأم، ويصاب الجنين الثاني بفقر دم حاد من جراء نقصان الدم الواصل إليه وأيضا هذا يسبب تهديدا لحياته.

¹قارنيلي جورج وموزر أن ماري، بانتظار الحدث السعيد حقائق ومعلومات عن الحمل والولادة، ت معصومة المبارك، ط1، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت 1989، ص80.

ومن جهة أخرى إن ولادة التوائم من الضروري أن تتم في مستشفى مجهز بكل الوسائل والأجهزة الكفيلة بإنقاذ حياة كل من الأم وأطفالها في حال أي عارض صحي مفاجئ وجدير بالذكر أنه حوالي 70% من التوائم يكون الطفل الأول متقدما في الحوض برأسه و40% من التوائم يولدون عن طريق الرأس وليست المقعدة وفي حالات خاصة جدا يحتاج الأمر إلى إجراء عملية قيصرية قبل الدخول في الولادة وذلك إما لاستلقاء الجنين الأول بالعرض أو لوجود المشيمة في الجزء السفلي من الرحم أو لأسباب أخرى تؤثر على سهولة ولادة الجنين بصورة طبيعية.¹

5.1.3. الحمل العنقودي:

من المضاعفات النادرة للحمل في الأشهر الأولى وهي الحمل العنقودي ويشكل أقل من 2 لكل 1000 ولادة في العالم وفيه يظهر الرحم متضخما ومملوء بحويصلات دون وجود جنين،² هذا الحمل شاذ يحدث نتيجة لاضطراب باثولوجي في المشيمة حيث تتخلل المشيمة وتنقسم إلى أشكال دائرية وتأخذ شكل لعنقود العنب مما يعطل ويمنع نمو الجنين، حيث أسبابها مجهولة،³ أما عن أعراض الحمل العنقودي فأبرزها موضحة في التالي:

- نرف عفوي متفاوت الشدة.
- الرحم أكبر وأكثر ليونة من المتوقع بالنسبة للعمر الرحمي.
- عدم وجود نبض أو حركة أو أقطاب للجنين في عمر خمسة أشهر.
- الشعور بالغثيان والإقياء بصورة أكثر تكرارا ولمدة أطول مما هو معتاد في الحمل الطبيعي.

أحيانا:

- تصاب المريضة بالوذمات والبيبة البروتينية أو ارتفاع ضغط الدم إذا كان الحمل في مرحلة متقدمة.
- ضخامة حجم المبيضين وفقدان الوزن وبقان خفيف.

¹العراقي فاطمة، الحمل من الألف إلى الياء، مرجع سابق، ص ص 25-26.

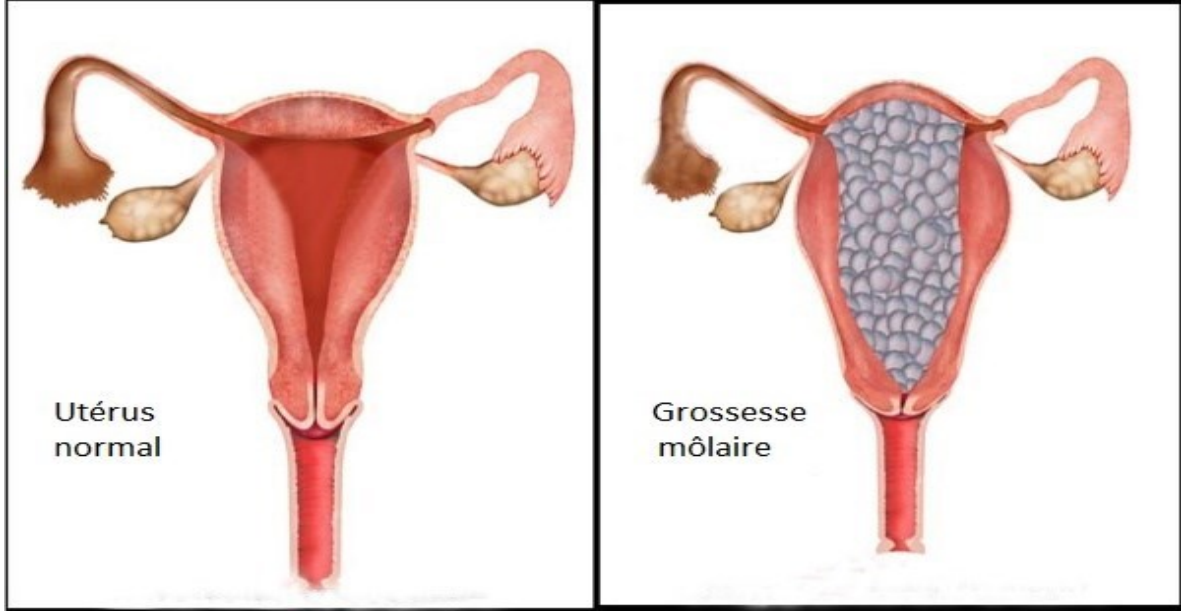
²سمير خلود، كيف تتمتعين بحملك، ط1، دار الخلود للنشر والتوزيع، القاهرة 2013، ص 34.

³نجيب سميح، دليل المرأة في حملها وأمراضها، ط1، دار الوفاق المؤسسة العربية للدراسات والنشر، مصر، 2016،

- يحدث اجهاض بطيء ومجزأ وغير كامل يكون مصحوبا في بعض الأحيان بنزيف حاد مع اخراج الحويصلات.¹

والشكل الموالي يبين صورة الحمل العنقودي:

الشكل (3): صورة الحمل العنقودي



المصدر: <https://www.almayadeen.net>

وإن للحمل العنقودي نوعين هما:

✚ **الحمل العنقودي الكامل:** وهو النوع الأكثر شيوعاً، إذ يقوم الحيوان المنوي بتلقيح بويضة فارغة من الكروموسومات الأنثوية، ويتم هذا الأخير بأن يقوم الحيوان المنوي بالانقسام ليصبح حيوانين يلقحان البويضة الفارغة، فجميع الكروموسومات في الحمل العنقودي مصدرها الرجل.²

✚ **الحمل العنقودي الجزئي:** يحدث عندما يقوم حيوانان منويان بتلقيح بويضة سليمة، أي فيها كروموسومات الأم، كما يحدث الحمل بجنين غير طبيعي ومشيمة غير طبيعية ويتكون عدد الكروموسومات في هذا الحمل 69 كروموسوماً 23 من الأم و23 من الأب

¹منظمة أطباء بلا حدود، الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة، مرجع سابق، ص38.

² الميادين، الحمل العنقودي ... نمو غير طبيعي داخل الرحم، الميادين، 2021، على الرابط:

<https://www.almayadeen.net> طلعت عليه بتاريخ 2023/03/12 على الساعة 7:00

من كل حيوان منوي، فيصبح المجموع 69 كروموسوماً، وهذا باختلاف الحمل الطبيعي 46 كروموسوماً، غالباً ما يحدث هذا الحمل بعد عمليات الإجهاض خاصة عند النساء التي تتخطى سن الـ 40 عاماً¹.

وفي الختام فإن أنواع الحمل متعددة، منها ما هو خطير على الحامل كالحمل العنقودي، الذي لا ينتج عنه جنين، والحمل خارج الرحم، ومنها ما له تأثيرات نفسية تستوجب علاجاً فورياً كالحمل الكاذب، فطبيعة نوع الحمل تؤثر في سيرورته بالإضافة إلى ذلك تنعكس على كل من الأم والجنين ومنها ما يؤدي بها في الأخير إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية.

2.3. العوامل المؤثرة في الحمل:

1.2.3. عمر الأم:

يعد عمر الأم أثناء فترة الحمل من العوامل المؤثرة في تكوين الجنين فالعمر الأمثل للحمل والولادة هو بين 20 و35 سنة، فقد تأكد أن الحمل قبل سن العشرين قد يؤدي إلى فقدان الطفل أو نموه مشوهاً وقد يكون سبب ذلك أن كثيراً من النساء لا يبلغن النضج الجسمي قبل هذا السن (ربما عند سن 18) وعلى هذا فإن الأم الصغيرة التي لا تزال في مرحلة النمو الجسمي قد يكون جهازها التناسلي أقل اكتمالاً أو أنها قد تكون في حاجة أكثر إلى معظم غذائها في نموها هي ويؤدي ذلك إلى بعض الأخطار على الجنين، وبالمثل فإن الأمهات بعد سن 35 يواجهن مشكلات أثناء الولادة بالإضافة إلى احتمال وفاة الجنين وتشووهه إذا ولد حياً، ومعظم هذه الحالات تنشأ لدى الأم الكبيرة التي تلد في هذا السن لأول مرة والمشكلات في هذه الحالة تفوق مشكلات الأم الصغيرة أما بالنسبة للأمهات الكبيرات اللاتي سبق لهن الولادة فعادة ما يكمل الجنين مدة الأشهر التسعة ويلدن بطريقة طبيعية، كما يؤثر في نمو الجنين عدد مرات الحمل السابقة للأم، فالتى تحمل أكثر من أربع مرات يتعرض جنينها في هذه الحالة إلى مشكلات نمو أكثر من الأم التي تحمل عدداً أقل من المرات إلا أن الملاحظ أن الولادة الثانية للأم تكون عادة أيسر من الولادة الأولى.²

وفي نفس السياق يعد مرض داون (الطفل المنغولي) أحد الأمثلة الشهيرة على تأثير عمر الأم في الإصابة بالتشوهات الجنينية وهو مرض لا علاقة له بعمر الأب ويرجع إلى

¹سميح نجيب خوري، دليل المرأة في حملها وأمراضها، ط1، مرجع سابق، ص55.

² أبو حطب فؤاد وصادق آمال، نمو الإنسان (من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين)، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية،

2008، ص ص 173-176.

ما يصيب الكروموسومات من عيوب أثناء الانقسام وقد وجد أن الإصابة بهذا المرض تكون عند الأمهات المتقدمات في السن إذ تزيد احتماليتهما 40 ضعفا مقارنة بنسبة حدوثه لدى الأمهات الشابات بل إنه نادر الحدوث بينهم.¹

وعليه فمن خلال ما تم عرضه إن حدوث الحمل في سن ما قبل 20 يكون ضارا نظيرا لعدم نضج واكتمال الجهاز التناسلي للمرأة، في حين أنه في حدوثه ما بعد سن 35 فيكون ضارا نظيرا لضعف وظيفة الإنجاب عند الأم وضعف مقاومتها للأمراض، لكن من الرغم من هذه المخاطر فلا يعني ذلك أن الإنجاب على مستوى الفئات العمرية السابقة الذكر خطرا في كل الأحوال، فقط يجب أن تخضع هذه الفئة العمرية من الحوامل إلى عناية ومتابعة طبية خاصة فهي أكثر عرضة للولادة القيصرية.

2.2.3. الحالة الانفعالية للأم:

الحالات الانفعالية التي تتعرض لها الأم الحامل لها تأثير على الجهاز العصبي المركزي وإن الانفعالات الشديدة التي تتعرض لها تحدث آثار كبيرة على الأجهزة العصبية البيوكيميائية ومن ثم يجب ألا تتعرض الأم الحامل لمواقف انفعالية شديدة مثل الغضب والتوتر الزائد والقلق والخوف... الخ، فقد أثبتت نتائج دراسات وجود علاقة بين الاضطرابات الانفعالية للأم وبعض التشوهات والشقوق في سقف الفم للأطفال، كذلك هناك علاقة بين الاضطرابات الانفعالية للأم وحركة الجنين في البطن نتيجة لزيادة افرازات الغدة الكظرية لهرمون الأدرينالين.²

فعلى الرغم من عدم وجود اتصال مباشر بين الجهاز العصبي للأم والجهاز العصبي للجنين إلا أن حالة الأم الانفعالية الشديدة قد تؤدي إلى إفراز بعض المواد الكيميائية مثل (استيل كولين) في مجرى الدم تنفذ هذه المواد إلى الجنين من خلال المشيمة وتؤثر على خلاياه،³ كما تجدر الإشارة إلى أن الأطفال في هذه الحالة يكونون اقل وزنا من أقرانهم.⁴

¹ عطا الله سليمان محمود، علم النفس الجنائي، ط1، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص ص124-125.

² عويضة كامل محمد محمد، علم نفس النمو -جزء 22- /سلسلة علم النفس، د ط، دار الكتب العلمية، بيروت، 1996، ص 98

³ إسلام عبد الرحمن محمد، ذوي الإعاقة الحركية (المشاركة الوالدية وبرامج التأهيل المجتمعي)، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2018، ص 85.

⁴ الزهراوي سلطان سعيد، استراتيجيات التدخل المبكر، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، 2022، ص 172.

فقد اكتشفت اليامور ولسمان (Elyamore Willessen) أن الضغوطات الانفعالية تؤدي إلى زيادة إفراز الغدد الصماء وبالتالي تظهر لدى الجنين ما يظهر لدى الأم من تغير في سرعة ضربات القلب، التنفس، ضغط الدم ومن جهة أخرى فإن الحالة الانفعالية للأم تؤثر على عملية الولادة فتجعلها أكثر صعوبة، ما يعرض الطفل أحيانا إلى الاختناق نظرا إلى نقص الأوكسجين.¹

إذ أن انعكاسات هذه الأخيرة تعود على صحة الجنين وتؤدي إلى تباطؤ ضربات قلبه خلال الحمل أو خلال الولادة مما يستوجب التدخل السريع من قبل جراح التوليد وإجراء عملية قيصرية عاجلة.

3.2.3. أثار البيئة:

بشكل عام هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على الأم وبالطبع تمتد آثارها إلى الجنين في رحمها، ويشار إليها مجتمعة بالمخاطر البيئية وتشمل آثار الإشعاع، فالتعرض للأشعة في بداية الحمل وخاصة الأشعة على البطن والحوض تؤدي إلى: صغر دماغ الجنين بالإضافة إلى الشفة المشقوقة وتشوهات في العظام أو الأعضاء الداخلية (الأحشاء) والإعاقة الفكرية وحالات تشوهات العمود الفقري والصرع وجدير بالذكر في كل الحالات تقريبا يتعرض الجهاز العصبي للإصابة وذلك لما تقوم به الأشعة السينية من انقسام للخلية بطريقة غير عادية، كما أنه لا يخفى للعيان أن شدة الخطورة تختلف على حسب مكان التعرض لهذه الأخيرة في جسم الأم الحامل، حيث أكد الباحثون في هذا المجال أن هناك ثلاث مناطق رئيسية في بطن الأم لها تأثير مباشر على الجنين هي: الشريان الرئيس للجسم، والكشف عن شرايين أخرى في البطن، والكشف عن القناة البولية في المثانة فأى من هذه المناطق الثلاثة يمكن أن تتقل للجنين جرعة عالية، كما أن الأشعة X التي تستخدم في عيادات الأسنان تشكل مصدرا آخر للخطر على سيرورة الحمل وصحة الجنين قبل ولادته، ولعل أهم الابتكارات التكنولوجية التي أفادت الإنسانية وخاصة صحة الأم والجنين، التصوير بالموجات فوق الصوتية الذي حل محل التصوير بالإشعاع.²

¹ محمد عبد الظاهر الطيب وآخرون، مرحلة ما قبل الميلاد، د.ط، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1986، ص96.

² الفوزان محمد بن أحمد والرقاص خالد بن ناهس، أسس التربية الخاصة، ط1، العبيكان للنشر، الرياض، 2009، ص51-52.

وبالمثل إن للإشعاعات radiations التأثير نفسه على الأجنة فقد أوضحت الدراسات أن كل امرأة حامل عاشت في نطاق نصف ميل بعدا عن الانفجار الذي تعرضت له اليابان في الحرب العالمية الثانية ولدت طفلا ميتا وإن 75% من النساء الحوامل اللاتي عشن في نطاق ميل وربع من هذا الانفجار الذي ولدن أطفال مشوهين أو معوقين ومعظمهم ماتوا عقب الولادة،¹ إضافة إلى ذلك فقد أثبتت تجارب أنه إذا تعرضت الأم الحامل إلى الإشعاع فقد لا يحدث تشوهات لكن قد يولد الجنين قصير القامة وقصير العمر.²

4.2.3. عامل الوراثة:

ربما يكون العامل الوراثي الأكثر أهمية الذي له تأثير خطير على نمو الجنين هو ما يسمى بعامل Rh وهو أحد مكونات الدم وهو إيجابي أو سلبي إذا كانت فصيلة دم المرأة الحامل مختلفة عن فصيلة دم الجنين فإن ذلك سيؤدي إلى تكوين أجسام تخرق جسم الجنين عن طريق المشيمة وتمنع وصول الأوكسجين إلى مخه فتدمر خلاياه المخية مما يؤدي إلى ولادة طفل معاق عقليا، وفي هذه الحالات الشديدة يؤدي إلى وفاة الجنين حيث تشير التقارير الطبية إلى أن حوالي 6% من وفيات الأجنة في مراحلها ناتجة عن عدم توافق دم المرأة الحامل ودم جنينا، على سبيل المثال هناك عدم توافق بين المرأة مجموع دمها "O" و طفلها إذا كان الأب يحمل "AB" حيث يبدأ دم المرأة الحامل بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل، وتؤدي إلى انحلال كريات الدم الحمراء، وهذه الحالة تسمى الحمراوية érythroblastoses وتؤدي إلى وفاة الجنين قبل الولادة أو بعدها أو إلى تخلفه العقلي إذا عاش.³

نستنتج أن عدم توافق نوع دم الأم مع دم جنينها يؤدي إلى مخاطر عدة، حيث أن دم الأم يكون أجسام مضادة تهاجم دم الجنين وتنتقل إليه عبر المشيمة، وفي هذه الحالة تكون الولادة الطبيعية جد خطيرة على حياة الجنين ويفضل أن تجرى عملية قيصرية.

¹ أبو حطب فؤاد وصادق آمال، نمو الإنسان (من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين)، مرجع سابق ص174.

² مسيبتان فتحي نيا، أسس تربية الطفل، ط1، الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص205.

³ أبو حطب فؤاد وصادق آمال، نمو الإنسان (من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين)، مرجع سابق ص175.

5.2.3. تناول الأم للعقاقير والأدوية :

تؤثر العديد من الأدوية التي تتناولها الأمهات أثناء الحمل بشكل مباشر على الجنين، فقد أظهرت الدراسات أن تناول المخدرات أثناء الحمل يؤدي إلى تشوهات خلقية أو شلل لدى الجنين، كما قد تؤدي إلى عدم توازن الفيتامينات، وقد وجد أن تأثير عقار التاليدوميت (Thalidomide) وهو أحد العقاقير المهدئة الذي يشاع استعماله مؤخراً بين الحوامل، وما لها من أضرار على الجنين، كتشويه الأذرع وعدم نموها أو ظهور إصبع زائد وغيرها.¹ بصفة عامة فإن الآثار البعيدة لكثير من العقاقير على الحمل وعلى المولود لا تزال غير معروفة بشكل دقيق والكثير من الأدوية لها تأثير سلبي ويمكن أن تعود بمشاكل على الحمل وكذا على الجنين مثل: (الأمفيتامينات، التتراسيكلين، مدرات البول، بعض مضادات الحساسية، إستربتوميسين، أسبرين بجرعة عالية، ابوبروفين)،² أما عن تأثيرات هذه الأخيرة على الجنين يمكن تلخيصها فيما يلي: شلل الجنين، تضخم الغدة الدرقية، انخفاض الوزن عند الميلاد فقد وجد العلماء أن الأمهات اللواتي يدخن أثناء الحمل يلدن أطفالاً ذو وزن أقل من 2.5 كغ، نقص السكر في الدم، انخفاض ضربات القلب، وكذا موت الجنين إلى غيرها من الآثار والتشوهات والعراقيل في سيرورة الحمل والولادة وكذا طبيعة نوعها ففي الغالب يتم اللجوء للقيصرية نظير المضاعفات المتوقعة في الولادة الطبيعية.³

¹ دويدار عبد الفتاح محمد، سيكولوجية النمو والارتقاء، دار المعرفة العربية جامعتي الإسكندرية، مصر، 1996، ص 86.
² الجبالي حمزة، موسوعة الأم والطفل الحديثة، ط1، دار الأسرة للإعلام ودار عالم الثقافة للنشر، الأردن، 2016، ص 51.

³ رقبان نعمة مصطفى، نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق، ط1، مكتبة البستان للمعرفة للطبع والتوزيع، الإسكندرية، 2004، ص 276.

4. الأمراض المصاحبة للحمل:

1.4 فقر الدم:

هو انخفاض عدد خلايا الدم الحمراء السليمة عن المعدل الطبيعي، ومن الممكن أن تؤدي الإصابة بفقر الدم خلال الحمل إلى إحساس المرأة بالتعب أو بالإغماء كما يُمكن أن يسبب لها شحوباً وقصوراً في التنفس وغالباً ما تكون معالجة فقر الدم أمراً سهلاً، وذلك من خلال تناول مكملات غذائية تحوي الحديد أو حمض الفوليك وجدير بالذكر أن فقر الدم الناتج عن نقص الحديد ينتشر في الجسم بشكل كبير بين النساء في سن الإنجاب خاصة الحوامل، ويؤدي هذا الأخير إلى فقدان الشهية بالنسبة للأم، وضعف جسمها على مقاومة الأمراض وبالتالي تزداد نسبة تعرض الأم والولد إلى الأخطار أثناء الحمل¹ فمن أسبابه الشائعة:

- زيادة حجم البلازما خلال فترة الحمل كما تزداد كمية كريات الدم الحمراء لكن حجم البلازما يزداد بنسبة 50% أكثر من كريات الدم الحمراء مما يخل التوازن بينهما.
 - نقص عنصر الحديد وهو من أبرز الأسباب المؤدية لفقر الدم أثناء الحمل ويشكل معظم الحالات حوالي 95% وذلك بسبب الاحتياج الزائد للحديد خلال الحمل.²
- هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى فقر الدم أثناء الحمل والمتمثلة في التعدد والرضاعة الطبيعية لمدة طويلة والوجبات الغذائية الناقصة والتهاب المسالك البولية، ومن جهة أخرى الأنيميا تحدث عادة بعد اكتمال 28 أسبوع من الحمل، وقد يكون بسبب الإسقاط المهدد الذي يحدث قبل الأسبوع 28 من الحمل أو تقدم المشيمة في قناة عنق الرحم مما يعيق مرور الجنين وتسمى المشيمة عند تقدمها بالمشيمة المتقدمة مما يعيق ذلك مرور الجنين فلا يأخذ وضعه الطبيعي مما ينجر عنه حدوث نزيف ويمكن تقسيم النزف إلى بسيط ومتكرر وشديد وتتفاوت كمية الدم حسب شدته وبذلك يستوجب إجراء عملية نقل الدم لإنقاذ الأم الحامل، وإن فقر الدم عند النساء الحوامل يؤدي إلى مخاطر عالية الخطورة تصل لوفاة الأمهات والولادة المبكرة، وموت الرضع والضائقة الجنينية للجنين كذلك انخفاض وزن الأطفال حديثي الولادة ونزيف ما بعد الولادة والعدوى.³

¹ الشريجي رياض، موسوعة الأم والطفل، ط1، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2015، ص13.

² الجوهري غادة متولي، فقر الدم أثناء الحمل، جريدة الرياض، العدد 16679، 2014، ص3.

³ Koamigan Evado Amoussou, **Pathologies associées à La grossesse à la maternité du centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo : étude des aspects épidémiologique,**

2.4. ارتفاع ضغط الدم الشرياني:

يشكل قياس ضغط الدم الشرياني جزءا من الفحص الطبي الدوري للمرأة الحامل من قبل الطبيب الأخصائي بالأمراض النسائية والتوليد ومن المعروف طبيا أن مستوى هذا الضغط ينخفض بمعدل درجتين خلال الأشهر الأولى من الحمل، وفي حالة ارتفاعه فإن هذا الخلل يمكن أن يأخذ شكلين مختلفين:

أ- ارتفاع دائم للضغط الشرياني:

فهو معروف قبل الحمل أو يكون قد شخص في فترة الأسبوع العشرين لانقطاع العادة الشهرية، وفي هذه الحالة فإن المجازفة نادرة بالنسبة إلى الأم والجنين.

ب- ارتفاع ضغط الدم الناتج عن الحمل:

يظهر بعد الأسبوع العشرين من الحمل وهنا نتحدث عن تسمم الحمل ما يوجب أخذ الأمر بكثير من الجدية والاهتمام، لأن هناك أمور تشير إلى خلل في الدورة الدموية في المشيمة، والولادة تؤدي إلى الشفاء من ارتفاع ضغط الدم الناتج عن الحمل ولكن ارتفاعه في هذه الفترة من الحمل يمكن أن يكون له مضاعفات خطيرة على صحة الأم والجنين معا، وفي حالة لم يشخص هذا الاضطراب ويعالج في الوقت المناسب يمكن أن يؤدي إلى مرحلة تسمم الحمل أو مضاعفات خطيرة تستدعي التدخل الجراحي وفي أغلب الأحيان إجراء عملية قيصرية ومن علامات الخطر خلال الحمل: ارتفاع الضغط في أول حمل، الزيادة السريعة للوزن، اضطرابات في النظر والسمع، تورم لافتي للنظر على مستوى الوجه والساقين وهي في مجملها علامات مهمة ينبغي عدم إهمالها وتستدعي استشارة طبية عاجلة يبقى أن نشير إلى أن نسبة ارتفاع ضغط الدم الشرياني تتواجد بمعدل ما بين 10-15% لدى النساء الحوامل.¹

ومما لا شك فيه يشكل ارتفاع ضغط الدم الشرياني خلال الحمل خطرا على حياة الجنين فهو يعبر عن نقص في كمية الدم التي تصل من دم الأم إلى الجنين بواسطة المشيمة، ما يعرض هذا الأخير لنقص في النمو داخل الرحم والتي تظهر في 30% من حالات تسمم الحمل (يتأكد الطبيب من حجم الجنين من خلال قياس محيط البطن والصورة الصوتية)

clinique et pronostique, université d'Ouagadougou, unité de formation et de recherche en sciences de la santé, thèse pour l'obtention de docteur médecine, année 2003, p10.

لبيزي فاروق، مبادئ الطب الوقائي في صحة الأمومة والطفولة، ط1، دار الفارابي، بيروت، 2013، ص73.

ومن التداعيات الأخرى لهذا الارتفاع: الولادة قبل الأوان والموت داخل الرحم،¹ وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن ارتفاع ضغط الدم يؤثر في وزن الجنين مما يجعله هزيلا ضعيفا فقد أفادت هذه الأخيرة أن الأطفال في هذه الحالة يولدون بوزن اقل من 2.5 كلغ.²

3.4. تسمم الحمل:

تسمم الحمل هو المرض الذي يصيب أكثر من 30% من النساء الحوامل، ما يهدد حياتهن وحياة أجنتهن وهو نتيجة لتغيرات في جسم الحامل تنتهي بعد الولادة أو الإجهاض بفترات قصيرة ويفسر حدوثه بأنه عدم استكمال نمو الشعيرات الدموية في رحم الحامل ما ينتج عنه نقص في الأكسجين والتغذية للجنين وتغيرات وظيفية وعضوية في جسم الحامل فتحدث تغيرات في الإفرازات الهرمونية وتغيرات في تركيب الدم حيث هذه التغيرات تؤدي إلى ثقوب صغيرة في جدران الأوعية الدموية في المشيمة والكلى ومناطق أخرى من الجسم ما يؤدي إلى تسرب السوائل والبلازما والبروتينات من الأوعية الدموية فتظهر أول أعراض تسمم الحمل وهي التورم ويلاحظ ذلك من خلال تورم أطراف الوجه وقد يكون التورم مخفيا وليس واضحا في المراحل الأولى من المرض أو قد يكون تورما داخليا وبالتالي ليس ملحوظا ولا مصاحبا لأي أعراض أخرى فلا يقلق الحامل سوى الارتفاع في الوزن، ومن أسبابه وجود خلل في الإفرازات الهرمونية، سوء التغذية، السمنة، أسباب مناعية أو أسباب وراثية، ومما لا شك فيه فخطورة تسمم الحمل تكمن في المضاعفات التي تنتج عنه مثل التجلطات الدماغية والقلبية، الفشل الكلوي، الالتهاب الكبدي، إصابة الجنين بتشوهات خلقية نتيجة لنقص الأكسجين، بالإضافة إلى وفاة الأم والجنين في الحالات المتطورة.³

ومن المعرضين للإصابة بتسمم الحمل:

- الحوامل بتوائم والحوامل لأول مرة.
- الحوامل اللواتي يقل سنهن عن 18 سنة ويزيد عن 35 سنة.
- متعاطيات الكحول والمخدرات.
- ارتفاع كتلة الجسم (السمنة).
- الإصابة بتسمم الحمل مسبقا.

¹ نفس المرجع السابق، ص 77.

² الموزان محمد عيسى، الرعاية الصحية المنزلية للأطفال، ط1، مكتبة العبيكان، الرياض، 2002، ص 75

³ شاهين ياسمين والجمال شيما، أنا حامل (دليل المرأة الحامل)، ط1، دار داون، مصر، 2014، ص 79.

- ذوات البشرة السوداء .

- تاريخ مرضي بأمراض الكلى المزمنة، داء السكري، الذئبي والتهاب المفاصل.¹

4.4 سكري الحمل:

إذا كانت تجربة الحمل تشكل تحدي كبير للمرأة طوال فترة الحمل، فإن المرأة الحامل المصابة بمرض سكري تواجه تحدي أكبر يستوجب عليها تحمل الأعباء الجديدة للحمل بالإضافة إلى الأعباء الصحية لمرض السكري، وفوق كل ذلك فهناك مخاوف كبيرة على سلامة الجنين والمرأة معاً، لذا يجب على المرأة الحامل المصابة بالسكري المتابعة المستمرة لمستويات السكر بالدم، والسيطرة عليها باستخدام أدوية علاج السكر كما يحددها الطبيب المعالج، فقد تزايدت الإصابة به في الآونة الأخيرة، حيث يكون الجسم عاجزاً عن استغلال المواد السكرية، والنشوية وتحويلها إلى نشاء حيواني، غلوكوجين، وتخزينها في الكبد، لاستهلاكها ضمن نظام خاص في كل خلية من خلايا الجسم، ومرض السكري على ثلاث درجات من الشدة "خفيف، متوسط، شديد".²

فسكري الحمل هو حالة من حالات مرض السكري نادر الوجود يصيب النساء الحوامل اللواتي لا يحملن المرض أساساً سببه اضطرابات في هرمونات المشيمة التي تحدث خلافاً في غدة البنكرياس المكلفة بإنتاج الأنسولين الطبيعي بالجسم مما ينعكس على حسن أدائه في داخل جسم المصابة بصورة طبيعية إضافة إلى أسباب جينية تحملها المرأة، وتظهر أعراض هذا النوع من السكري عندما يعجز جسم المرأة عن استيعاب الأنسولين بالكميات اللازمة والتي تتضاعف إلى ثلاث مرات من الكمية اللازمة في فترة ما قبل الحمل وقد يحمل الجنين داء السكري نتيجة تسرب المرض من دم الأم إلى دمه بواسطة المشيمة حيث يبدأ البنكرياس بإنتاج الأنسولين للتخلص من فائض السكري مما يصيب الطفل بالبدانة داخل رحمها فتتعرق الولادة الطبيعية التي تتحول إلى قيصرية لإخراجه مصاباً بسكري الدم وهذا ما يضاعف من الأخطار فيصعب التئام جرح الأم وهي صفة من صفات داء السكري التي يصعب شفائها هذا من جهة الأم،³ كذلك يكمن تأثيره في:

¹ عبد الكريم لين، لست تفاحة، ط1، مشاعل الكربي، الرياض 2019 ص 8.

² رويحة أمين، المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، د1، دار القلم، بيروت، 1986، ص 103.

³ رزق هيام وعلامة معصومة، أسرار التخلص من السكري، د ط، دار القلم للطبع والنشر والتوزيع، بيروت/لبنان، 2016 ص16.

- قد تعاني الأم تعسرا في الولادة.
- قد تصاب الأم بإصابات جراحية في الجهاز التناسلي بسبب ولادة جنين بحجم كبير.
- تكون الأم أكثر عرضة للعملية القيصرية.
- اضطرابات الولادة: فتعاني الأم المصابة بسكري الحمل من اضطرابات عدة منها الولادة المبكرة أو انفصال المشيمة المبكر أو خروج السائل الأمينوسي مبكرا بالإضافة إلى زيادة ساعات الولادة ومدتها لصعوبة خروج الجنين نظيرا لكبر حجمه.
- أما من جهة الطفل فإنه يولد حاملا للحالات التالية:
 - حدوث ما يسمى بعملاقة الجنين.
 - انحشار الكتف في اثناء عملية الولادة.
 - هبوط في مستوى السكر بعد الولادة وبعض المعادن الأخرى.
 - زيادة تجمع السائل الأمينوسي ويكون ذلك بسبب زيادة نسبة سكر الدم في الأم والجنين وزيادة تبول الجنين أثناء الحمل بالإضافة إلى خلل في تصريف واتزان كمية السائل الأمينوسي وقد يؤدي هذا التجمع للسائل إلى إعاقة حركة الأم وجهد الحمل المضاعف.
 - زيادة احتمال وفاة الجنين.¹
 - يعاني من اضطرابات تنفسية.
 - يصبح عرضة للبدانة التي تصاحبه منذ الطفولة.
 - يصبح عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكري اثناء شبابه.
- ولكي تتجنب المرأة داء السكري اثناء حملها وتجنب جنينها من مضاعفتها عليها:
 - إجراء فحص خاص بسكري الحمل ابتداءا من الشهر السادس إلى نهاية الشهر السابع، لا سيما إن كان عمرها يفوق 25 سنة أو أنها تحمل عامل وراثته.
 - المحافظة على وزن الجسم ابتداءا من حدوث الحمل إلى غاية الولادة.
 - ممارسة تمارين رياضية تساهم في إضعاف مقاومة الجسم للأنسولين.²

¹ ريس حسني حسين وآخرون، أنت وطفلك (حلول مقترحة للمشكلات الصحية التي قد تواجهها الأم وطفلها، ط1، دار وجوه للنشر والتوزيع، الرياض، 2016، ص30.

²رزق هيام وعلامة معصومة، أسرار التخلص من السكري، مرجع سابق، ص17.

5.4 الأمراض التناسلية والتهاب المسالك البولية:

الأمراض التناسلية هي من الأمراض الشديدة الخطورة في عالمنا اليوم ومعظم هذه الأمراض تمثل خطورة شديدة على الحمل والجنين تصل إلى حد الموت، وإن كل امرأة حامل معرضة لهذه الأمراض إذ أنه من الضروري أن تراجع طبيبها وتقوم بتحليل الدم الروتيني بداية من الزيارة الأولى من الحمل، فيتم فحص السفلس وهذا المرض بدوره يسبب العديد من التشوهات للجنين وجدير بالذكر أن بعض أنواع مرض السفلس لا تظهر أعراضه إلا بعد سنوات من الإصابة، فإذا كانت الأم مصابة بمرض السيلان فهناك خطورة إصابة الطفل بهذا المرض أثناء الولادة ومروره بعنق الرحم مما قد يسبب له العمى، أما مرض الهربس فإن الإصابة به قد تسبب الإجهاض أو الولادة المبكرة أو جنين خديج، فالعناية الفائقة بالأم المصابة تقلل من المخاطر التي قد يتعرض لها الطفل لأنه عند مروره بعنق الرحم المصاب بالهربس قد يتعرض للوفاة أو يكون طفلاً معاقاً، ولتجنيب الطفل هذا الوضع فإن الولادة القيصرية توصف للأم المصابة.¹

بالإضافة إلى ذلك فإن المرأة أكثر تعرضاً لتلوثات القناة البولية وتعرضها للإصابات الجرثومية، خاصة الإصابات الصاعدة إليها من خارج الجسم وذلك لأن قناة مجرى البول قصيرة نسبياً عن قناة مجرى البول في الرجل، ففي الحمل تزداد فرصة الإصابة خصوصاً كلما كبر الجنين وزاد حجمه وضغط على المثانة البولية فيشكل استقرار البول لبعض الوقت في المثانة مرتعاً خصباً للنشاط البكتيري،² يمكن لهذا البول الساكن أن يتعرض للعدوى ويسبب الالتهاب للحالب والكلية، ويكون هذا الالتهاب أكثر شيوعاً في الجانب الأيمن كما تتعرض المثانة أحياناً إلى الالتهاب وهو ما يطلق عليه (التهاب المثانة) وتتوغل أعراض التهاب المثانة، إذ يتوقف هذا على الجزء المصاب من المسالك البولية وعلى مدى شدة العدوى ويوجد عند حوالي 5% من النساء الحوامل عدد كبير من البكتيريا في البول، ولكن من دون أعراض، ويطلق على هذه الحالة "بيلة جرثومية" ومن المعروف أن مثل هذه النساء يعانين من خطورة متزايدة من تطور عدوى المسالك البولية في الفترة الأخيرة من الحمل، وربما تكون هناك حاجة إلى العلاج، وتُعد الأعراض الرئيسية مؤلماً عند التبول، ويكون

¹ قارليلي جورج وموزر أن ماري، بانتظار الحدث السعيد حقائق ومعلومات عن الحمل والولادة، ت معصومة المبارك، مرجع سابق، ص 82.

² لماضة عاطف، الحمل والولادة (أسرار ومتاعب كيف نواجهها)، مرجع سابق، ص 77.

هناك حاجة إلى إفراغ المثانة لفترات متكررة وفي الحالات الخطيرة يوجد ألم في الظهر أو في الجزء السفلي من البطن ووجود حمى،¹ ولعل أهم العوامل المساهمة في الإصابة بالتهاب المسالك البولية هي: أثناء الحمل تفرز المشيمة العديد من الهرمونات بما في ذلك هرمون الاستروجين والبروجسترون، حيث يحدث العمل الأساسي للبروجسترون على مستوى العضلات الملساء فيبطئ انقباضها وهذا له نتيجتان رئيسيتان:

- يسبب الإمساك عن الحوامل المصابة بالسحب الجينات في الجهاز الهضمي وخاصة القولون الأيمن.
- على مستوى المسالك البولية فإنه يؤدي إلى وني وتمدد الحويضة والكلية والحالب، فتثبيط التمعج يعزز ركود البول والارتجاع المثاني الحالبى هذا البول الراكذ يعد أرضاً خصبة للجراثيم.²

5. خصائص الولادة وأنواعها:

الولادة حدث مهم بالنسبة لكل امرأة فهي ثمرة الحمل لطيلة 9 أشهر في العموم لكن هذه الأخيرة تختلف من امرأة لأخرى على حسب طبيعة سيرورتها نميز عدة أنواع منها، فهناك عدة عوامل تدخل في طبيعتها منها المدة الزمنية والعوامل التي تمت فيها، إذ نميز أنواع الولادة كالتالي:

أ- حسب مدة الحمل:

* الولاد المبكرة:

حددت منظمة الصحة العالمية (who) الولادة المبكرة على أنها ولادة قبل 37 أسبوعاً من الحمل، وفقاً للاتفاقية يتم الإبلاغ عن عمر الحمل من حيث الأسابيع المكتملة (على سبيل المثال لا يقطع المرء عمر الحمل أبداً فإن 36 أسبوعاً و6 أيام من الحمل هي 36 أسبوعاً وليس 37 أسبوعاً من الحمل)،³ ومع ذلك فإن الحد الأدنى للحمل أو الذي يستخدم في تمييز الولادة المبكرة عن الإجهاض التلقائي فهو يختلف حسب المنطقة الجغرافية للمرأة الحامل إذ

¹سميث نورمان، الحمل، ت مارك عبود، مرجع سابق، ص ص 103-104.

²Koamigan Evado Amoussou, *Pathologies associées à La grossesse à la maternité du centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo : étude des aspects épidémiologique, clinique et pronostique*, op-cit, p15.

³Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes board on health sciences policy, Richard E. Behrman and Adrienne stith butler, **preterm birth (cause, consequence and prevention)**, ed1, the national academy of sciences, united states of America, 2007, p57.

يتم استخدام 20 أسبوعاً كحد أدنى في الدول المرتفعة الدخل أما في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط فغالباً ما يتم استخدام 28 أسبوعاً و1000 غ من وزن الجنين لوصف دقيق للحد الأدنى من عمر الحمل¹، أما أنواع الولادة المبكرة فتتقسم عامة إلى ثلاث أنواع:

- ولادة مبكرة إلى أبعد الحدود: وهي ولادة الطفل قبل إتمام 28 أسبوع من الحمل.
- ولادة مبكرة جداً: وهي الولادة بين الأسبوع 28-32 من الحمل.
- ولادة مبكرة متوسطة أو متأخرة: وفيها تحدث الولادة بين الأسبوع 32-37 من الحمل.²

وإن للولادة المبكرة أعراض متمثلة في:

- ظهور تشنجات في الجزء السفلي من البطن أكثر من 8 مرات بالساعة هذه التشنجات تسبب الشعور بتمدد البطن.
- الشعور بزيادة الضغط في منطقة الحوض أو في المهبل.
- الاسهال ونزيف مهبل.
- خروج سائل من المهبل.
- حدوث تقلصات في الرحم أكثر من 4-5 مرات في الساعة.
- وجع في الفخذين الداخليين.³

ومن الواضح أن أسباب المخاض قبل الأوان متعددة العوامل وتختلف حسب عمر الحمل إذ تشمل المسارات البيولوجية، الالتهابات الجهازية والداخلية (المسؤولة عن غالبية الولادات المبكرة) واجهاد الأم وتجلط الرحم والآفات الوعائية داخل الرحم المرتبطة بإجهاد الجنين أو النزف الساقط وفرط تمدد الرحم وقصور عنق الرحم قد يتأثر كل من هذه المسارات بتفاعلات البيئة الجنينية.⁴

¹Vincenzo Berghella, **Preterm Birth Prevention and Management, chapter 4**, ed1, Blackwell Publishing, USA, 2010, p23.

² الطبي، الولادة المبكرة، الطبي، 2021، على الرابط: <https://altibbi.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/23 على الساعة 20:00

³ وابتني، الولادة المبكرة، webted، 2021، على الرابط <https://webted.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/23 على الساعة 20:15

⁴Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes board on health sciences policy, Richard E. Behrman and Adrienne stith butler, **preterm birth (cause, consequence and prevention)**, op-cit, p21.

*** الولادة المتأخرة (الولادة بعد الأوان):**

الولادة بعد الأوان هي الولادة بعد 42 أسبوعاً من الحمل، وللولادة المتأخرة مضاعفات على كل من الأم والجنين فهي تؤدي إلى حدوث النزيف وطول مدة المخاض بالإضافة إلى تمزق أنسجة الأم وإمكانية اختناق الجنين داخل الرحم، أما عن العوامل التي تزيد من حدوث هذه الأخيرة فهي:

- انخفاض مستوى هرمون الأستروجين وارتفاع هرمون البروجستيرون.
- الاختلال في توازن الجهاز العصبي المركزي.
- التبدلات التي تصيب الرحم بسبب الالتهابات أو الإجهاض المسبق.
- بطء نمو الجنين في الرحم.
- ضعف عضل الرحم.
- أمراض الغدد.¹

ب- حسب العوامل المؤثرة:

*** الولادة العادية (الطبيعية):**

هي الولادة التي تتم بعد فترة الحمل الكاملة وتتراوح بين 259 و293 يوماً دون الالتجاء إلى عمليات جراحية يتم فيها انتفاخ عنق الرحم كمرحلة أولى ثم يزداد الضغط على عضلات الرحم لإتمام خروج الجنين،² فهي تتم وفق ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: وتبدأ هذه المرحلة عندما يشتد الطلق ويتوسع عنق الرحم إذ يطلق عليها بمرحلة الانقباضات ثم ينفجر الكيس عادة ما تتم هذه المرحلة في مدة قصيرة بالنسبة للنساء اللواتي سبق لهن الولادة، وتكون طويلة نسبياً لدى النساء صاحبات التجربة الأولى وعموماً تكون في حدود 12 ساعة.

المرحلة الثانية: وتتوج هذه المرحلة بخروج الجنين من الرحم حيث يخرج الرأس أولاً ويليه الصدر والبطن ثم باقي الأعضاء.

المرحلة الثالثة: وهي عبارة عن طلقة ثانية بعد التنفس من خروج الجنين مفرزة خروج المشيمة فتخرج دفعة من الدم يتبعها خروج المشيمة.³

¹ رزق هيام، دليل الحمل والانجاب، ط1، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت/ لبنان، 2005، ص80.

² اسماعيل محمد عماد الدين، الطفل من الحمل إلى الرشد، ط1، دارا لفكر، عمان، 2009، ص140.

³ عبد الجليل منى شرف، رعاية الأم والطفل، ط1، مكتبة بستان المعرفة، الإسكندرية، 2006، ص73.

وتحدث الولادة العادية وفق المعايير التالية:

- تتم الولادة تلقائياً أي بتقلصات الرحم، وتعتمد على جسد الأم.
- تقدم الرأس.
- خروج المشيمة بعد 30 دقيقة من الولادة.
- عدم استنزاف دم كثير أثناء الولادة.
- أن تكون حرارة الأم ونبضها طبيعيين طيلة مراحل الولادة.¹

* الولادة الغير العادية (الولادة الغير الطبيعية):

هي الولادة التي تتم في حال تعذر الولادة الطبيعية جراء حدوث مضاعفات وتعقيدات خلالها مما يستدعي تدخل مساعدة طبية سواء بالوسائل المساعدة أو التدخل الجراحي وتنقسم بدورها إلى نوعين

أ- الولادة المساعدة:

وهي التي تتم كالتبعية لكن باستخدام أجهزة مساعدة في حالة عسر الولادة أو وجود صعوبات في خروج الجنين إذ يطلق عليها بالولادة العسيرة وهي وتتم من خلال:

الولادة عن طريق بضع الفرج: وهو تدخل يقوم به الطبيب أو القابلة في نهاية مرحلة طرد الجنين وتتمثل في إحداث شق في النسيج الواقع بين فتحة المهبل وفتحة الشرج عن طريق مقص بسيط، كما أن حجم الشق لا يتجاوز 5 سم في الطول، إذ يقوم الطبيب بعمل بضع الفرج لتوسيع فتحة المهبل وتسهيل مرور الجنين.²

الولادة عن طريق الملقط: تتكون من أدوات معدنية على شكل ملاعق يستخدمها طبيب التوليد لتوجيه مرور رأس الجنين لتسهيل خروجه ويتم وضعها على جانبي رأس الطفل عند الصدغ فينتشر جدار المهبل أمام الرأس ويسهل أيضاً المرور.³

أما عن أسباب الولادة العسيرة فهي عديد ويمكن تقسيمها إلى أربع مجموعات:

- **ضعف انقباضات الرحم:** انقباضات الرحم هي القوة الدافعة للجنين في أثناء الولادة حيث أن انقباضات الرحم الضعيفة لا تكون كافية لدفع الجنين خارج عنقه أو في قناة الولادة ما يسبب عسر الولادة.

¹ عبد الراضي سعاد ، صحة الأم، ط1، جامعة بغداد، بغداد 1981، ص94.

² Hadjam. H, **Guide médicale de la famille**. Alger. EDC Omega, 2000, p 279

³ **Dictionnaire Le Petit Larousse** de la médecine en 5000 articles, Paris, Larousse, 2010, p 13.

- **كبر حجم رأس الجنين:** من أكثر الأسباب الشائعة للولادة المتعسرة هو كبر رأس الجنين ما يجعل مروره عبر حوض الأم مستحيلاً.
- **صغر حجم الحوض:** يتسبب نقص فيتامين "D" الشديد في صغر حجم الحوض هذا من جهة، وتعرض المرأة لأي إصابة سابقة في هذه المنطقة قد يسبب تشوه في عظام من جهة أخرى ما يصعب معه الولادة بشكل طبيعي.
- **وضع الجنين غير طبيعي:** في الأيام الأخيرة من الحمل يبدأ الجنين في اتخاذ وضع الولادة حيث يصبح رأسه إلى الأسفل في اتجاه قناة الولادة إلا أنه في العديد من الحالات يتخذ الجنين وضعاً غير طبيعي مثل الوضع المقعدي أو المستعرض مما يؤدي إلى عسر الولادة.¹

* الولادة عن طريق العملية الجراحية (القيصرية):

في حالة تعذر الولادة الطبيعية أو تعسرها يتم اللجوء إلى الوسائل المساعدة كما ذكرنا سابقاً لكن في حال تفاقم الوضع أكثر وزيادة المخاطر والتعقيدات على كل من الأم والجنين يتم مباشرة التدخل جراحياً من خلال شق في بطن الرحم وهذا ما سنتناوله بالتفصيل في الفصل الثالث.

6. مخاطر ومضاعفات الولادة الطبيعية:

بالرغم من أن الولادة حدث مهم في حياة الزوجين فهي ثمرة زواجهم لكنها لا تخلو من المضاعفات والتعقيدات التي تهدد كل من حياة الأم والطفل فمنها من تتفاقم أثناء الولادة ومنها من تتفاقم بعد ما تتم هذه الأخيرة ويمكن تصنيف هذه المضاعفات كالتالي:

* مضاعفات الأم:

- احتباس البول خاصة إذا كانت الولادة الطبيعية طويلة وصعبة.
- سلس البول والبراز خاصة إذا كان موجود بالفعل في نهاية الحمل، قد يتطلب الشفاء بضعة أسابيع أو أشهر بمساعدة الأدوية وقبل كل شيء العلاج الطبيعي المناسب في حالة المثابرة لا سيما عند إعاقة الولادة بسبب حجم الطفل أو استخدام ملقط، هناك إمكانية للجراحة التصحيحية فقط من 6 أشهر بعد الولادة إذا لزم الأمر.
- المضاعفات النزفية الخطيرة خاصة أثناء الولادة بالأدوات.

¹ سوبر ماما، ا، سوبر ماما، 2019، على الرابط:

- عواقب فقر الدم المعتاد أثناء الحمل.
 - المضاعفات المعدية لأن تجويف الرحم بسطحه الخارجي الكبير يحتوي دائما على بعض بقايا الغشاء أو المشيمة والدم ويشكل وسطا ممتازا لاستقبال الفيروسات والبقايا بعد الولادة.
 - مضاعفات الانصمام الخثاري.¹
 - الآفات المرضية للأم التي تحدث في حالة الولادة الصعبة كإصابة منطقة العجان أو المهبل، تمزق عنق الرحم، تمزق من الجزء السفلي في حالة الاستخراج قبل الأوان قبل التمدد الكامل.
 - الحوادث التالية للملقت: كتمزق الغشاء المخاطي المهبلي، جرح مجرى البول أو المثانة.
 - المضاعفات المتعلقة ببضع الفرج هي عمليا فقط بسبب خطأ تقني.
 - المضاعفات النفسية: كالذهان الوهمي الذي يتميز ببداية الأرق والكوابيس والقلق ثم الارتباك العقلي مع الهذيان والهلوسة واضطرابات المزاج يمكن أن يحدث أيضا الهوس والتجاوزات الكئيبة ونوبات الفصام والاضطرابات العصبية.²
- * مضاعفات الجنين:**
- المعاناة الشديدة أو الاختناق في الفترة المحيطة بالولادة هي حالات تهدد حياة الطفل وصحته، وكذا مستقبله الوظيفي والحركي.
 - يمكن أن تحدث الآفات الرضخية للطفل في حالة الولادة الصعبة.
 - الموت القاتل عن طريق استطالة البصلة أثناء قلع وحشي أو بسبب نقص الأكسجين الناجم عن الإطالة المفرطة للمناورات أثناء الدورة الدموية بين الأم والجنين.
 - كسور عظم العضد.
 - شلل جذر الضفيرة العضدية والذي يتبعه إعاقة دائمة، ورم دموي القصي.
 - حوادث الملقت المتمثلة في ورم دموي رأسي، شلل في الوجه بسبب قبضة غير متناظرة في الجهة الحشائية، كسر في الجمجمة.¹

¹Lansac J, Berger C, Magnin G. **Obstétrique pour le praticien**, 3 ed, Masson, Paris, 1997, p64.

² Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H, **Pratique de l'accouchement**, 3 ed. Masson, Paris, 2001, p46.

7. العناية بالأمهات أثناء الولادة:

جدير للإشارة أنه من الضروري القيام بالتحضير النفسي للأمهات المقبلات على الولادة وكذا إيضاح لهن طبيعة سيرورة الولادة وذلك لتفادي خوفهن، ورود الفعل العكسية التي تؤثر سلبا على الولادة مما يخلق تعقيدات في سيرورتها، فعلى سبيل المثال يجب أن تكون الحامل على دراية ب:

- كيفية المحافظة على سير الحمل، المخاض، الولادة بشكل آمن.
 - كيفية تخطي المخاض وتحسين اتجاهاتها وسلوكياتها.
 - الأساليب المتوفرة لتخفيف آلام الولادة.
 - الحصول على معلومات مفيدة من طرف أخصائي النساء والتوليد أو من التجارب السابقة للأمهات على مستوى محيطها أو اللواتي تلتقي بهن.
 - اكتشاف بعض الوضعيات التي تريح الحوامل للولادة.
 - تعلم طرق التنفس المساعدة خلال المخاض.
 - تعلم التقنيات المتبعة للاسترخاء والتغلب على المخاوف.²
- أما عن الرعاية الصحية للأم أثناء الولادة كما أشرنا سابقا تتم هذه الأخيرة على ثلاث مراحل كل مرحلة لها عناية خاصة بها وتتم كالاتي:
- * الرعاية الصحية بالأم خلال المرحلة الأولى من الولادة:**
- في مرحلة الولادة الأولى تكون هناك خطة لمراقبتها ومتابعتها، وتعتمد هذه الخطة على احتياجات كل من الأم والجنين، ويتم العمل في هذه المرحلة كالتالي:
- مراقبة الحالة الصحية للجنين أثناء المخاض: يجب المراقبة والمتابعة عدة مرات الشدة ومدة انقباضات الرحم.
 - قياس نبض الجنين إما بواسطة السماع الطبية أو بواسطة الموجات فوق الصوتية، أو ما إذا كان هناك تغير في نبضه يمكن ملاحظتها مباشرة بعد انقباض الرحم.³

¹ Schaal, J.-P., *Mécanique et techniques obstétricales*, 4 éd, Montpellier : Sauramps médical, 2012, p66.

² Delahay. Marie-Claude, *guide pratique de la femme enceinte*, Rotolito Lombard, Paris, 2003, p55.

³ الهمص صالح إسماعيل عبد الله، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية في قطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية التربية، فلسطين، الجامعة الإسلامية غزة، 2010، ص21.

- 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 لكل حالة حسب إرشادات الطبيب المختص.
- السماح للأم بالتبول: وإذا تعذر عليها ذلك فيجب وضع أنبوب القسطرة البولية وكذلك إعطائها الحقن الشرجية لتفريغ المستقيم من الفضلات ومما يساعد على توسع عنق الرحم وفسح المجال لمرور الجنين بالحوض ولتتبيه عضلات الرحم بالتقلص والتسريع بالولادة.
- المحافظة على النظافة التامة لمنع حدوث التلوث¹.
- * **الرعاية الصحية بالأم خلال المرحلة الثانية من الولادة:**
في هذه المرحلة يكون مرور الوليد عبر المهبل الخارجي وتستغرق هذه العملية حوالي ساعة ونصف أما التدابير اللازمة فيها فهي:
- ملاحظة طول وقوة استمرارية التقلصات الرحمية وذلك بوضع راحة اليد على الرحم عند بدء التقلص ثم ملاحظة قوة التقلص ومدى استمراريته ثم رفع اليد عند انتهاء التقلص وارتخاء الرحم في هذه الفترة تشجع الأم على الدفع إلى الأسفل.
- الفحص المهبلي والذي تقوم به الممرضة وذلك لمعرفة درجة توسع عنق الرحم، ولمعرفة القسم النازل من جسم الجنين.
- الاستماع إلى دقات قلب الجنين وحسابها (اذ يجب أن تكون عدد الدقات 120-140 ضربة في الدقيقة) وتسمع عادة بعد زوال التقلص الرحمي كل 10 دقائق.
- وضع الأم على سرير الولادة وذلك يجعلها تنام على ظهرها مع ثني الركبتين وتعليم الأم على كيفية مسك الفخذين عندما يأتيها الطلق وتكون الممرضة جالسة أو واقفة في وضع التهيو لتوليدها أي تكون مواجهة لجسم الأم السفلي.
- تحضير الأدوات الخاصة بالولادة من ملاحظة ومقص لقطع الحبل السري وتجهيز الأكسجين وجهاز الشفط لسحب الإفرازات من فم المولود وذلك منعا لحدوث أي مضاعفات على الجنين.¹

¹نوزت حافظ، رعاية الأم والطفل، ط1، جامعة دمشق، دمشق، 2003، ص 17.

* الرعاية الصحية بالأم خلال المرحلة الثالثة من الولادة:

وهي مرحلة خروج المشيمة وتستغرق هذه العملية ربع ساعة أما ما يجب فيها:

- لا بد من تدليك البطن بخفة إلى أن يخرج كل ما تبقى من السوائل وبعد ذلك يتقلص الرحم ويرجع لمكانه الطبيعي.²

- خياطة التمزق في منطقة العجان.

- بعد ولادة الطفل على الممرضة تبديل الأغطية المبتلة ووضع أخرى نظيفة كيلا

تصاب الأم بالبرد مع تغطية القسم العلوي لجسم الأم ثم وضع المولود على بطنها

وذلك بعد الكشف عن أية إعاقة، وتدفنته وتشفط كل السوائل.³

¹ قزاقزة يوسف وآخرون، العناية التمريضية السريرية أمراض النساء والتوليد، مرجع سابق، ص ص 38-39.

² ملحم سامي محمد، علم نفس النمو، دورة حياة الإنسان، ط1، دار الفكر، الأردن، 2004، ص184.

³ Simpson and others, **Obstetric – normal and problem Pregnancies**, 4th edition, united states of America, Churchill, Livingstone Inc, 2002, p160.

خلاصة:

إن سماع المرأة خبر حدوث الحمل هو أسعد خبر يمكن أن تسمعه في حياتها حيث تكون في انتظار هذا الحمل منذ نعومة أظافرها، فتجربة الحمل تعتبر من أهم المراحل التي تمر بها إلا أنه خلال هذه المرحلة قد تتعرض المرأة لعدة عوامل وأمراض كالكسري وارتفاع ضغط الدم ومرض تسمم الحمل وسوء الرعاية والمتابعة الصحية للحمل بالإضافة إلى مجموعة من العوامل المؤثرة كعمر المرأة الحامل وعوامل الوراثة وكذا العقاقير والأدوية التي تستخدمهم خلال الحمل فتعكس سلبا على صحتها وصحة جنينها ويؤدي إلى خطورة حياتهما معا أو أحدها مما يتدخل في تحديد نوع عملية الولادة، ففي بعض الأحيان يكون تدخل الطبيب في المراحل الأولى من المرض ويتم إنقاذها مما يجعلها في مرحلة طبيعية هذا في حال ما إذا كانت الرعاية الصحية وتم الانتباه للمخاطر قبل تفاقمها فيتم السيطرة عليها، وغالبا ما يصعب علاجها في حال غياب الرعاية المستمرة أو كانت عالية الخطورة وهذا يؤثر على صحتها وصحة جنينها مما يترتب على هذا التدخل الطبي وذلك بالعملية الجراحية، قبل موعد الولادة، أما بالنسبة بالولادة هي بدورها لا تسلم من التعقيدات والمضاعفات ففي غالب الأحيان تكون صعبة إن وجد أخصائي متمكن يسهل السيطرة عليها، لكن منها ما يتفقم إلى تعسر الولادة مما يستدعي إدخال الأدوات المساعدة كالملقط، أما إذا زاد الوضع حدة مما يهدد حياة الأم ومولودها للخطر يتم مباشرة اللجوء إلى العملية القيصرية فهي العملية الآمنة لإنقاذ الأم والطفل من تعقيدات الولادة المبكرة والمتعسرة.

الفصل الثالث:

تطور الولادة القيصرية محدداتها
ومؤشراتها

تمهيد:

كل امرأة تتوق أن تلد بصورة تلقائية وطبيعية دون أي مشاكل تذكر، لكن في بعض الحالات الطارئة التي تتعرض لها المرأة خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة الطبيعية يلجأ الأطباء في نهاية المطاف إلى الولادة القيصرية لإنقاذ الجنين والأم، حيث تعتبر هذه الأخيرة بديلا آمنا وإجراء سليم لتفادي المخاطر، لأنها اليوم أصبحت أسهل وأكثر أمانا عن ذي قبل مما أدى إلى زيادة انتشارها عاما بعد عام، في الواقع العملية القيصرية هي عملية لا مفر منها في عدد معين من الاستطبابات ولكن الافراط في العمليات القيصرية يشكل تهديدا لصحة الأم والطفل على المدى القصير والطويل حيث أدت الزيادة الأخيرة في معدلات الولادة البطنية في جميع أنحاء العالم إلى مخاوف عالمية.

نقدم في هذا الفصل دراسة شاملة للولادة القيصرية، نتناول فيها أصل العملية القيصرية وتاريخها، والتصنيفات المقبولة دوليًا، وأنواع الإجراءات وأسبابه، بالإضافة إلى أسلوبه ومخاطره وآثاره، الرعاية بعد الولادة القيصرية، والبحث عن تطورها في دول العالم وعلى مستوى الجزائر وأخيراً على مستوى المجتمع المحلي بولاية سطيف.

1. تاريخ العملية القيصرية:

"ارقد في سلام يا قيصر، وتحية على الموت" كانت الكلمات التي قالتها النساء اللواتي خضعن لعملية قيصرية قبل القرن العشرين، وكانت كثيرة، حيث تعود فكرة وممارسة هذه العملية إلى العصور القديمة، وقد تم العثور على آثارها الأولى في الأساطير اليونانية مع ولادة أسكليبيوس إله الطب ابن أبولو وكورونيس الذي يشاع أن والدته قتلت حرقاً بتهمة الزنا وهي حامل ما أدى إلى ولادته بالقيصرية، وغالبا ما يتم ذكر العملية القيصرية في أصول مشاهير مثل بوبليوس كورنيليوس الجنرال الروماني الذي فاز في زاما عام 202 قبل الميلاد، أو مثل سيدهارتا غوتاما حكيم قبيلة شاكيا الذي عندما وصل إلى عصر التنوير أخذ اسم بوذا، في الواقع تشير "rig veda" أقدم مخطوطة هندية إلى إندرا (إلهم الأعلى) الذي يرفض أن يأتي للعالم إلا بالخروج من الجناح الأيمن لوالدته، وجدير للذكر حتى في الأساطير اليونانية هناك أمثلة عن هذه الولادة المعجزة فيقال أن زيوس أجرى عملية قيصرية لحبيبته سيميل بعد وفاتها وهي حامل في الشهر السادس، وقام بشق في فخذه وزرع ابناً سيميل حتى يمكن أن يولد من جديد بعد ثلاثة أشهر ، ويُدعى ديو يسوس الذي يعني مولوداً مرتين.¹

يمكن للمرء أن يجادل بأن شخصية مهمة واحدة مفقودة من هذه الأمثلة، وهي الرجل الذي اشتهر بالإمبراطور الروماني منذ غزو بلاد الغال والذي يُنسب إليه مصطلح الولادة القيصرية، "يوليوس قيصر"، وبالمقابل في ذلك الوقت تم إجراء هذا التدخل على امرأة ميتة فقط، بليني الأكبر أفاد أن قيصر عرف والدته وأنها عاشت سنوات عديدة بعد ولادة ابنها ومن هنا فإن أصل اسم القيصرية محل نزاع شديد يعزو البعض أصله إلى المصطلح اللاتيني (coesa) الذي يعني القص بينما يعزو البعض الآخر أصله إلى (cesaris) الذي يشير إلى الشعر سواء كان مولوداً بالعملية القيصرية أو شعراً فإن الأسطورة المحيطة بميلاده ساهمت في جعل هذا الرجل كائناً استثنائياً،² ولا شك في أن مؤشرات الولادة القيصرية قد تباينت بشكل كبير عبر تاريخها المسجل وتأثرت بالتطورات الدينية والثقافية والاقتصادية والمهنية والتكنولوجية، إذ كانت جزءاً من الثقافة البشرية منذ العصور القديمة، لكن التاريخ

¹Leroy, F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.

Bruxelles : De Boeck Supérieur.2002. P249

² Teissier-Quartidi C. **Histoire de la césarienne du Moyen-âge à nos jours en France**, thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine, Faculté de Médecine de Marseille, paris, 1997, p 27.

المبكر لعملية الولادة القيصرية لا يزال غير واضح، ومن المعروف جيدًا أن قانون الولادة هذا قد تم تفسيره على أنه استحالة ولادة الآلهة في أماكن غير مناسبة (محفوطة فقط لطائفة البشر)¹، بعد هذه المراجعة الأسطورية كان من الممكن تقسيم تطور ممارسة العملية القيصرية إلى أربع فترات:

الفترة الأولى: من العصور القديمة الى العصور الوسطى:

وتعرف هذه الفترة بفترة العمليات القيصرية بعد الوفاة، فلا يمكن أن تكون هذه العملية إلا بعد وفاة الأم لأن فرضية إجراء عملية قيصرية على امرأة حية مع نجاح مضاعف للأم والطفل غير قابلة للتصديق تماما في هذه المرحلة.²

بالمناسبة قد تكون العملية القيصرية ناتجة عن مراقبة بقاء الجنين أثناء تقديم القرابين الحيوانية أو أثناء الطقوس (فحص الأحشاء) أو أثناء الصيد أو ببساطة للاستهلاك، فهرتل دي اربوفال مثل غيره من المؤلفين طرح هذه الفرضية: "بالتضحية بالمرأة الحامل للآلهة، فالصغار يمكنهم البقاء على قيد الحياة في حين أمهاتهم يعيشون لبعض الوقت"، ومن المحتمل أن تكون هذه الفرضية وراء فتح بطن المرأة التي ماتت أثناء الحمل من أجل انقاذ طفلها.³

أما وراء الأسطورة تم العثور على ممارسة الولادة القيصرية على امرأة ميتة بين العبرانيين في العصر التلمودي (400 ق م - 500 م)، ومن جهة أخرى روما القديمة التي اصدرت القانون الملكي LEX REGIA والذي يحظر دفن المرأة الحامل دون استخراج جنينها بل إنه سيحكم عليه بالموت كل من خولت له نفسه دفن امرأة حامل ميتة دون أن يولدها لأنه بذلك سلب الأمل في عيش الجنين، وفي ظل الجمهورية الإمبراطورية كان هذا القانون LEX CAESAREA ساريا ولكن نظرا لأن ممارسوه العبيد فقد تم اهماله تدريجيا وتجاهل هذا الفعل من قبل الأطباء اللاتينيين حتى الأكثر شهرة وخبرة⁴، إضافة إلى ذلك أوصت الكاثوليكية بتعميد مجالس الطفل: مجالس البندقية (1280) وتم تطبيقه طوال العصور الوسطى،⁵ وهو تدخل موسى به أيضًا في الهند القديمة وفقا لسوسروتا في القرن الثاني قبل

¹M. Favier, **Historique In « La césarienne »**, Edit1, SAURAMPS Montpellier, 2002, p8.

² S. Lurie, M. Glezerman, **The history of caesarean technique**, Am J Obstet Gynecology, Vol 189, Issue 6, Dec 2003, p: 1804.

³ Leroy, F: op.cit, p 250

⁴ Leroy, F: op.cit, p 250

⁵D. Trolle, **A summary of the development of obstetrics, gynaecology and pediatrics at the University of Copenhagen** Dan Med Bull, 1979, 107.

الميلاد وكذلك التلمود (220 إلى 500 سنة قبل الميلاد)، أكد كذلك أوغسطينوس (354 إلى 430 م) أيضا أن الأجنة لها روح منذ الحمل ويمكنها بالتالي أن تدعي القيامة بشرط أن يتم التعميد مما سمح بإجراء عملية قيصرية بعد الوفاة ليتم التوصية بها من قبل مجلسي الكنيسة في كانتربري (1236م) وترير (1310م)، وفي وقت لاحق من العصور الوسطى أصبحت الولادة القيصرية بعد الوفاة التزاما دينيا فقد كان من الضروري بأي ثمن استخراج الطفل وإعطائه سر المعمودية للسماح له بإمكانية الحياة الأبدية، أو دفنه بمعزل عن الأم فلم يكن الهدف من العملية القيصرية الحفاظ على حياة الأم لأن احتمال انقاذها ضئيل جدا¹، كما تشير بعض الدراسات إلى أن المصريين كانوا يعرفون هذا الإجراء ويمارسونه إذ تم العثور على لوح مسماري يستحضر تبني طفل من طريق البطن من قبل الملك حمورابي ملك بابل (1750-1792 قبل الميلاد) وأخيرا مارس العرب المسلمون هذه العملية القيصرية بعد الوفاة بأوصاف طبية أكثر دقة²

الفترة الثانية: من القرن السادس عشر الى القرن التاسع عشر:

وتميزت هذه المرحلة في ذلك الوقت كانت بأولى العمليات القيصرية التي تكون فيها الأم على قيد الحياة وقد مرت هذه المرحلة بالتطورات التالية:

أول سجل مكتوب لأم وطفلها نجيا من العملية القيصرية يأتي في سويسرا في عام 1500 عندما أجري جاكوب نوفر العملية على زوجته بعد عدة أيام من المخاض وبمساعدة 13 قابلة ونتيجة لعدم تمكن زوجة جاكوب من ولادة طفلها، في النهاية حصل زوجها اليأس على إذن من السلطات المحلية لمحاولة ولادة قيصرية وقد وصف العملية القيصرية بأنها يجب أن يكون الحمل بطنيا جانبيا بدون شق في الرحم نجا الطفل وعاشت الأم وبعد ذلك ولدت بشكل طبيعي خمسة أطفال من بينهم توأمان عاش الطفل القيصري 77 سنة، كان تأثير هذا الحدث كبيرا لدرجة أن هنري الثامن قد أنجبت زوجته جين سيمور بعملية قيصرية والتي أنجبت بالتالي ادوارد السادس لكنها ماتت من حمى النفاس³، بما ان هذه القصة لم تسجل الا بعد 82 عاما يشكك المؤرخون في دقتها.

¹ D. Todman, **A history of caesarean section**, From ancient world to the modern era Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 47, Issue 5, 2007, p: 358.

²J.dellotte, O.mialon, L. d'angelo, **une brève histoire de la césarienne – A brief history of Caesarea section**, La lettre du gynécologue –n °321 – avril 2007, p 15-16

³S. A. Uzoigwe, **Developments in caesarean section techniques**, a review Nigerian Journal of Medicine, Vol. 15, No. 1, Jan. 2006, p26.

في عام 1581م كان فرانسوا روسيه (1535-1598م) الطبيب الباريسي بعمله "الأطروحة الجديدة حول الرحم أو الولادة القيصرية" أول من أوصى بخلع الطفل عن طريق شق جانبي لبطن المرأة الحامل وذلك دون الإضرار بحياة أي منهما أو منع الانجاب بعد الولادة وقد شرح في كتابه دلالات الجراحة ونوع الشق وإجراءات فتح الرحم، فوفقا له لم يكن من الضروري خياطة الرحم فهو يشد نفسه لكنه أوصى بإغلاق جدار البطن، لكن تبدو هذه الملاحظات مذهلة اليوم وتشير إلى أن روسيت لم يحضر قط عملية قيصرية ومع ذلك فإن لها ميزة أنها أدخلت إمكانية إجراء عملية قيصرية لامرأة على قيد الحياة كان هذا كافيا لمنحه لقب والد العملية القيصرية، ومع نشر أطروحته "معاهدة جديدة بشأن استئصال الرحم أو الطفولة سيزارين"¹ ، بالمقابل كان رد فعل الجراحين اللامعين مثل أمبروازباري (1510-1590م) الذي أدان العملية القيصرية بشدة، وكذلك ماوريسيو (1637-1709م) الذي وصف هذا التدخل بأنه عملية قاسية وبربرية وعديمة الجدوى.

في سياق آخر يعود تاريخ أول عملية قيصرية ناجحة (عاش الطفل يومين ونجت والدته من التدخل) رسميا إلى عام 1689م أجراها الجراح الفرنسي جان رولو في فرنسا وتم الإبلاغ عن نجاحات منعزلة أخرى في وقت لاحق لكن هذه لم تشجع هذه الممارسة لأنها كانت مثقلة بالوفيات ومرتبعة للغاية فقد استخدم الأطباء في ذلك الوقت مصطلح "البربرية" لتعريف هذه الممارسة، في حين خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر بدأت سلسلة من العمليات القيصرية في العديد من البلدان في فرنسا سجلت boudeloque مجموعة وفيات بنسبة 60% في 73 تدخلا، أما في إيطاليا حقق ادواردو 25% من وفيات الأمهات و22% من وفيات الرضع وهو تقدم لا يمكن انكاره من حيث معدل الوفيات على حساب المراضة المفرطة، فقد تسبب استئصال الرحم المتضمن في التقنية القيصرية إلى عقم دائم وانقطاع الطمث المبكر.²

من جهة أخرى إن رفض خياطة الرحم (الذي سيبقى: عمل الطبيعة وحدها) والغياب التام للتعقيم إضافة إلى استنزاف الدم الذي تقاوم بسبب النزيف ما نتج عنه وفيات شديدة (50 من إلى 80%)، كما وقد لاحظ كايسر في عام 1840م من سلسلة 338 تدخلا كان

¹Racinet C, Favier M, *La césarienne : indications, techniques, complications*, Masson, Paris, 1984, p46.

²Sewell J.E, *Caesarean section a brief history an exhibition on the history of caesarean section*, the National Library of Medicine 30 Avril 1993 to 31 Aout 1993. American college of obstetricians and gynecologists, Washington, DC, 1993, p6.

هناك 210 حالة وفاة (أي معدل وفيات 62 %) ومع ذلك تجدر الإشارة إلى أنه في الوقت نفسه يمكن أن تصل وفيات الأمهات من الولادات المهبلية إلى 20-40% في الأماكن العامة أجنحة الولادة¹.

وجدير بالذكر في المجتمع الغربي منعت النساء في الغالب من إجراء عملية قيصرية حتى أواخر القرن التاسع عشر لأنه تم رفضهن إلى حد كبير في كليات الطب، وتم تسجيل أول عملية قيصرية ناجحة في الإمبراطورية البريطانية من قبل امرأة ما بين عامي 1815 و1821م حيث أجرت جيمس ميراندا ستوارت باري العملية بينما كانت تتكرر في زي رجل وتعمل كطبيب في الجيش البريطاني في جنوب أفريقيا.

بينما طبق باري التقنيات الجراحية الغربية، أبلغ مسافرون عن حالات لأشخاص أصليين نفذوا الإجراء بنجاح بممارساتهم الطبية الخاصة عام 1879م وعلى سبيل المثال شهد أحد الرحالة البريطانيين آردليو فيلكين عملية قيصرية قام بها أوغنديون استخدم فيها المعالج نبيذ الموز لتسكير المرأة بشكل شبه كامل ولتطهير يديه وبطنها قبل الجراحة، واستخدم شفا في المنتصف وطبق الكي لتقليل النزيف كما قام بتدليك الرحم لجعله ينقبض لكنه لم يخطئه، أما عن الجرح فقد تم تثبيته بإبر حديدية وتغليفه بمعجون محضر من الجذور، كانت النتيجة تعافي المريضة جيدا، وعليه خلص فيلكين إلى أن هذه التقنية متطورة ومن الواضح أنها استخدمت لفترة طويلة، ووردت تقارير مماثلة من رواندا حيث استخدمت أيضا مستحضرات نباتية لتخدير المريض وتعزيز التئام الجروح، وإضافة لذلك ظهرت مستشفيات خاصة للنساء في جميع أنحاء الولايات المتحدة وأوروبا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر ما يعكس الاهتمام الطبي الناشئ في تلك الفترة بالجنس وأمراض المرأة، وكعملية جراحية خطيرة في البطن فإن التطور فيها مستمر وينعكس على التغييرات في الجراحة العامة في أوائل القرن التاسع عشر عندما كانت لا تزال تعتمد على التقنيات القديمة كان ممارستها مرعبون وكان ينظر إليهم من قبل الجمهور على أنهم أفضل قليلا من الحلاقين والجزارين وسحب الأسنان، وعلى الرغم من أن العديد من الجراحين يمتلكون المعرفة التشريحية والشجاعة للقيام بإجراءات جادة إلا أنهم كانوا مقيدون بألم المريض ومشاكل العدوى، لكن خلال القرن التاسع عشر تغيرت الجراحة من الناحيتين الفنية والمهنية بحقبة جديدة عام 1846م في مستشفى

¹Florica M., Stephansson O, Nordstrom L, **Indications associated with increased caesarean section rates in a Swedish hospital.** Int. J. Gynaecol. Obstet, 2006, p97.

ماساتشوستس العام عندما قام طبيب الأسنان ويليام باستخدام مورتون ثنائي ايثيل أثناء إزالة ورم في الوجه حيث ذاع صيت هذا التطبيق الطبي للتخدير بسرعة إلى أوروبا في مجال التوليد وعلى الرغم من ذلك كانت هناك معارضة لاستخدامه على أساس الوصية الكتابية بأن المرأة يجب أن تحزن على إنجاب الأطفال للتكفير عن خطيئة حواء لكن سرعان ما تم هدم هذه الحجة عندما أعطت رئيسة كنيسة إنجلترا الملكة فيكتوريا الكلوروفوم لولادة اثنتين من اطفالها (ليوبولد في عام 1853 وبياتريس في عام 1857)، وتبعاً لذلك أصبح التخدير في الولادة شائعاً بين الأثرياء والعملية في حالات الولادة القيصرية،¹ وظلت العملية القيصرية حتى نهاية القرن التاسع عشر تدخلت استثنائياً يمارس حصرياً لعسر ولادة الحوض الذي لا يمكن التغلب عليه، وبفضل ماكس سانجر في عام 1882 ظهر مفهوم الولادة القيصرية بالمعنى الحديث لعصره واصفاً لأول مرة فائدة خياطة الرحم الجيدة.²

الفترة الثالثة: من نهاية القرن التاسع عشر إلى بداية القرن العشرين:

بحلول نهاية القرن التاسع عشر مكنت مجموعة واسعة من الابتكارات التكنولوجية الجراحين من إحداث ثورة في ممارساتهم وإضفاء الطابع المهني على وضعهم، فسمح التخدير لهم بأخذ الوقت الكافي لإجراء العمليات القيصرية بدقة ولتطهير التجويف البريتوني وتسجيل تفاصيل إجراءاتهم والتعلم من تجاربهم ما أثمر عن نجات النساء من آلام العمليات وتقلص الصدمات التي تصيبهن والتي كانت سبباً رئيسياً للوفيات والمرض بعد الجراحة، كما سمح التخدير لهم باستبدال حج القحف بعملية قيصرية ثم ممارسة بضع القحف لمئات السنين، لكن هذا الإجراء التعيس تضمن تدمير جمجمة الجنين (بواسطة أدوات مثل المنشعب) والاستخراج التدريجي للجنين بأكمله من المهبل على الرغم من أن هذه العملية كانت مروعة إلا أنها تنطوي على مخاطر أقل بكثير على الأم من محاولات استئصال الجنين من خلال شق في البطن.

بينما ساعد ملقط الولادة على إزالة الجنين في بعض الحالات إلا أنها كانت تعاني من قيود، بالرغم من أن الملقط ينقذ حياة الكثير من الأطفال لكن المنخفضة منها التي لا تزال

¹ Daniel Dami Dembélé, **Les complication de la césarienne dans Le service de gynecologie-obstetrique du chu Gabriel toure, université des sciences des techniques et des technologies de Bamako**, faculté de médecine et d'odontostomatologie, thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine, année 2018, p 5.

²Sanger M. **My work in reference to the caesarean operation**, a word in protest in reply to Dr Henry J Garrigues Am. J. Obstet. Dis. Woman Child 1887, p 597.

شائعة الاستخدام اليوم يمكن أن تسبب تمزقات مهبلية حيث كانت أقل احتمالية للقيام بذلك من الملاقط العالية التي كانت تستخدم كثيرا في القرن التاسع عشر، وتم إدخال هذه الأدوات في عمق الحوض في حالات المخاض المطول وقد ارتبطت بمستويات عالية من تلف الجنين والعدوى والتمزقات الخطيرة للمرأة فعلى الرغم من خطورة العملية القيصرية فقد تبدو مفضلة في بعض الحالات عندما يكون الجنين محاصرا عاليا في الحوض في حالة وجود تشوه أو تقلص شديد فيه حيث لم يكن هناك أي فائدة من حج القحف أو ملقط التوليد ومن ثم ربما كانت العملية القيصرية هي الأمل الوحيد.¹

بينما تم تشجيع الأطباء والمرضى على حد سواء بالتخدير على اللجوء الى العملية القيصرية بدلا من حج القحف ظلت معدلات الوفيات الناتجة عن العملية مرتفعة حيث شكلت التهابات تسمم الدم والتهاب الصفاق نسبة كبيرة من الوفيات بعد الجراحة قبل إنشاء نظرية جرثومة المرض وولادة علم الجراثيم الحديث في النصف الثاني من القرن التاسع عشر كان الجراحون يرتدون ملابس الشارع لإجراء العمليات الجراحية ويغسلون أيديهم بشكل متكرر أثناء انتقالهم من مريض إلى آخر، وفي منتصف ستينات القرن التاسع عشر قدم الجراح البريطاني جوزيف ليستر طريقة مطهرة باستخدام حمض الكاربوليك واعتمد العديد من المشغلين على هذا المطهر ومع ذلك كان آخرون قلقين بشكل تأكله وجربوا العديد من التدابير المعقمة التي تؤكد على النظافة بحلول نهاية القرن كان التعقيم والعقم يتقدمان تدريجيا في مشاكل العدوى الجراحية.²

ومع ازدياد ثقة الجراحين بنتائج اجراءاتهم حولوا انتباههم إلى قضايا أخرى بما في ذلك مكان شق الرحم بين عامي 1880م و1925م جرب أطباء التوليد الشقوق المستعرضة في الجزء السفلي من الرحم، إذ تخيل فرانك في 1907م شقا مقطوعيا منخفضا وصفاقه الثانوي بواسطة الصفاق المنفصل سابقا، كانت هذه واحدة من أفضل عمليات الاستحواذ على طب التوليد الحديث، وفقا لشوكيرت لكن توزيعها كان طويلا للغاية لأن هذه العادة يصعب تغييرها دائما.

¹ Kamate Malaki, **morbidity peropératoire de la césarienne en urgence au centre de sante de référence du commun cv du district de Bamako**, université des sciences, des technique et des technologies de Bamako, faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), thèse pour obtenir le grande de docteur en médecine, année 2020, p 34

² Soufiane berhili, **la césarienne prophylactique expérience de la maternité deorangers (à propos de 290 cas)**, université Mohammed v – Soussi, faculté de médecine et de pharmacie – rabat-, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, année 2009, p 7

وفي عام 1908م اقترح Pfannenstiel شق الجداري المستعرض الذي قلل هذا بدوره من خطر العدوى وتمزق الرحم أثناء الحمل اللاحق،¹ ومن جانب آخر خلال سلسلة من جراحات بورو المقدره ب1907 جراحة التي أجريت بين 1876م و1901م، ما يفتقر إليه الجراحون في ذلك الوقت التقدم في الولادة القيصرية هو ما أطلق عليه موندور "ترايبود الجراحة الذهبية": علم التشريح والعقم، وكان علم التشريح هو العنصر الأول في الحامل ثلاثي القوائم الذي تم وضعه، بعدها تم اكتشاف التخدير من قبل جراحي الأسنان الأمريكيين مورتون وويلز وانتشرت في مجال التوليد بفضل سيمبسون، كما تم فرض التعقيم والتطهير من خلال عمل باستور وليستر ولكن تم اثبات ضرورته من فترة طويلة من قبل سيموليس الذي أوصى بغسل اليدين البسيط وخفض حمى النفاس بشكل كبير في جناح الولادة في فيينا حيث كان يعمل، لذلك تم استقاء شروط إجراء العملية القيصرية تدريجيا لها على مدار قرن تقريبا ولم يكن نورها يرى ضوء النهار لولا ظهور عناصر الحامل ثلاثي القوائم الذهبي الذي أثار أمالا هائلة حيث نجحت عمليات الاستحواذ الفنية في منح التدخل الحميدة كخيطة الغشاء البريتوني الحشوي الذي أدخله الإنجمان الأمريكي والذي من شأنه تجنب الالتصاقات العديدة وعواقبها.

أصبح البنسلين الذي اكتشفه ألكسندر فليمنج أيضًا في عام 1928، متاحًا بشكل عام بعد تنقيته كدواء في عام 1940م، مما قلل بشكل كبير من وفيات الأمهات من الولادات المهبلية والقيصرية، بالإضافة إلى التطورات الجراحية تأثر تطور العملية القيصرية بالنمو المستمر في حالات الولادة القيصرية بالمستشفيات من خلال التغيرات الديمغرافية الكبيرة وعوامل أخرى عديدة بما في ذلك الدين.²

الفترة الرابعة: من النصف الثاني من القرن العشرين حتى يومنا هذا:

نظرًا لأن الولادة القيصرية أصبحت أكثر أمانًا، فإن المزيد من أطباء التوليد يطالبون بإجراء العملية القيصرية بدلاً من الانتظار لساعات للولادة الفاشلة، فاختر الأطباء مثل روبرت هاريس في الولايات المتحدة وتوماس رادفورد في إنجلترا وفرانز فون وينكل في ألمانيا اللجوء مبكرًا إلى العملية القيصرية من أجل تحسين النتيجة وزعموا أنه إذا لم تكن المرأة في حالة انهيار عند نقلها إلى الجراحة فسيكون شفاءها أكثر ثقة كانت هذه حجة تجتاح المجتمع

¹Gélis, j, *la sage – femme ou le médecin*, fayard, paris, 1988, pp 361-362

² Odent, M, *césariennes : questions, effet, enjeux*, Alerte face à la banalisation barret-sur-Méouge : le souffle d'or, 2005, p 39.

الجراحي العام وزادت إلى عدد أكبر من العمليات على عدد متزايد من المرضى في جراحة التوليد ومما لا شك فيه المنهج الجديد في الجراحة ساعد في تقليل معدلات وفيات الأمهات والأطفال في الفترة المحيطة بالولادة¹.

ففي منتصف القرن الماضي أضيف مفهوم جديد إلى مفردات العملية القيصرية وهو العملية القيصرية الملائمة التي أثارت صرخة إنذار في عام 1956م من قبل جرينهيل رئيس جمعية أطباء أمراض النساء والتوليد في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ ندد بإجراء الجراحة إلا لإشارة فعلية لها ورفض اعتبار الولادة القيصرية في موعد محدد للراحة الشخصية شرعية².

وجدير بالذكر تميز تطور الجراحة القيصرية بولادة العلاج بالمضادات الحيوية ، وهو مفهوم من شأنه أن يحدث ثورة في عالم الجراحة بأكمله ، والتقدم المستمر في مجالات التخدير والإنعاش، والتحسينات التقنية التي أدخلها جويل كوهين في عام 1972م وستارك في عام 1994م، لذلك جراحة الولادة القيصرية لها تاريخ طويل والتقنية الحالية ليست أكثر من نتاج مجموعة من الأفكار المختلفة التي يتم تعديلها وتحسينها باستمرار بمساعدة التطورات المتعددة في مجالات التخدير والإنعاش والعقم والعلاج بالمضادات الحيوية ونقل الدم ومكافحة أحداث الانصمام الخثاري³، وفي عام 1994م نشر مايكل ستارك من مستشفى مسجاف لداخ تقنية الولادة القيصرية والتي قللت من تآكل الأنسجة وتبسيط الإجراء إلى حد كبير السيطرة على عمليات نقل الدم والانصمام الخثاري⁴.

في العقدين الماضيين تحسن فهم حيوية الجنين في الرحم بشكل كبير: إن وسائل الكشف عن الضائقة الجنينية وهو مفهوم حديث أثناء الحمل أو أثناء المخاض تجعل من الممكن التنبؤ بصدمات التوليد المحتملة، وقد أدى منعه الصارم عن طريق الولادة القيصرية إلى زيادة وأحيانا زيادة كبيرة في عدد العمليات القيصرية على مدى السنوات العشر الماضية.

¹ Alain Espeset, **histoire de la césarienne**, 7° congres de gynecologie obstetrique & reproduction de la côte d'azur –hôtel negreso _ Nice- 17 septembre 2010, p76 :

²Aubord Y., Le Meur Y., Grandjean M.H., Baudet J.H, **Histoire de l'opération césarienne**, Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1995, p7.

³ Soufiane berhili, op.cit, p9

⁴ S. Lurie, M. Glezerman, op. Cit, p 1805.

2. تصنيف العملية القيصرية:

غالبًا ما تكون مقارنة معدلات الولادة القيصرية بين المستشفيات أو البلدان أمرًا صعبًا بسبب الاختلافات الواسعة في خصائص المستشفى والمريض (مزيج الحالات) والممارسات السريرية الراسخة وإرشادات الرعاية عبر المواقع المختلفة، حيث ساهم الافتقار إلى تنظيم تصنيف مقبول دوليًا وموثوقًا بدرجة كافية لمقارنة معدلات الولادة القيصرية بين المستشفيات المختلفة أو لتتبع التغيرات في معدلات الولادة القيصرية داخل نفس المؤسسة مما أثار الجدل حول ما إذا كانت معدلات الولادة القيصرية المثلى موجودة والمخاطر والفوائد المحتملة للزيادات الأخيرة في جميع أنحاء العالم، وعلى مدى العقود القليلة الماضية تم تطوير واقتراح العديد من أنظمة التصنيف لأغراض مختلفة تظهر ثلاثة أنواع من التصنيف لكل منها مزاياها وقيودها: أنظمة التصنيف على أساس الإشارة وتلك القائمة على درجة الإلحاح وعلى خصائص المريض، قام ALTHABE و Anderson وآخرون بمعظم العمل على تصنيف العمليات القيصرية بناءً على المؤشرات، إذ أن ALTHABE اقترح تصنيفًا بمبادئ توجيهية تحتوي على تعريفات واضحة ودقيقة لمؤشرات مثل عسر الولادة وضيق الجنين الحاد أثناء الولادة والعديد من المؤشرات الخاصة بالأمهات ومن جهة أخرى استخدم أندرسون أيضًا هذه المصطلحات نفسها لكنه لم يقدم تفاصيل أو معلمات حول كيفية اتخاذ قرار بشأن المؤشر.

علاوة على ذلك تم العثور على تصنيف ALTHABE ليكون أكثر تحديدًا من حيث تعريف الفئة من Anderson ، إذ تتمثل إحدى مشكلات التصنيف حسب المؤشرات الطبية في وجود العديد من المؤشرات في نفس الوقت (على سبيل المثال بالنسبة لنفس المريض يمكن للمرء أن يجد عرضًا مقعديًا وتسمم الحمل وضائفة جنينية)، وقد قدم Anderson قواعد هرمية أكثر وضوحًا حول كيفية تصنيف هؤلاء النساء، من جهة أخرى اقترح De Brouwere و vanlerberghe تصنيف العمليات القيصرية إلى مؤشرات أمومية مطلقة وغير مطلقة حيث تتوافق المؤشرات الأمومية المطلقة مع المؤشرات التي يمكن أن يؤدي فيها غياب العملية القيصرية في أغلب الأحيان إلى وفاة المرأة هذه هي الحالات التي لا يتكيف فيها رأس الجنين مع حوض الأم أو عدم تناسق الحوض (الجنين الكبير، المشوه، والحوض

المنكدش)، والعروض التقديمية المعيبة (العرضية، والكتف المهملة، والجبهة، والوجه غير المغلق) ونزيف ما قبل الولادة (المشيمة المنزاحة والورم الدموي خلف المشيمة).¹

في عام 2006 اشترك الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد (FIGO) في رعاية اجتماع مع الباحثين لمناقشة أفضل السبل لتعزيز جمع ومراجعة المؤشرات المقارنة للولادة القيصرية في هذا الاجتماع قدم المشاركون من 21 دولة معلومات عن أنظمة التصنيف الحالية المستخدمة للإبلاغ عن مؤشرات الولادة القيصرية ولكن أيضا بيانات عن اتجاهات الولادات القيصرية من قبل عديد من البلدان في أمريكا اللاتينية وآسيا وغرب افريقيا فقد أوصت المجموعة بتصنيف الولادة القيصرية مقسما إلى مؤشرات مطلقة وغير مطلقة، واقترحت أيضا انه ينبغي للبلدان ان تستعرض بشكل منهجي مؤشرات الولادة القيصرية عن طريق إضافة عناصر من البيانات المعيارية إلى التقارير الروتينية وغالبا ما يتم اجراء نتائج الأطفال بين هتين الفئتين من العمليات القيصرية.²

¹ Augustin Koudnoaga Zongo, **Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique sub-saharienne ?**, Université Pierre et Marie Curie, Epidémiologie, thèse Pour obtenir Le grande de Docteur, Paris, année 2015, p 31.

² Daniel Dami DEMBELE, **Les Complications de La Césarienne dans Le Service de Gynecologie-Obstetrique du CHU Gabriel Toure**, op-cit, p 8.

الجدول (4): تصنيف المؤشرات Impact المطلقة وغير المطلقة للأمهات وفقا لتوصيات

الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد FIGO لعام 2006

المؤشرات المطلقة	المؤشرات الغير المطلقة
عسر الهضم	تسمم الحمل/ تسمم الحمل
تشوه الحوض	ضيق الجنين
فشل اختبار العمل	عدم احراز في تقدم المخاض
عدم التقدم في المخاض	عرض المقعد
جنين كبير	نزيف قبل الولادة باستثناء الحالات الرئيسية بما في ذلك انفصال المشيمة
الحوض غير ناضج	تاريخ الولادة القيصرية
نزيف كبير قبل الولادة وانزياح المشيمة (الصف 3 أو 4)	ندبة الرحم من الجراحة السابقة
تمزق الرحم	العمل لفترات طويلة
عدم التناسب بين الجنين والحوض	تدلي/ طوق دائري
عرض جنين غير ملائم (بما في ذلك عرضي، مائل، من خلال الجبهة)	الاحتفاظ بالتوأم
تضييق الحوض بشكل عام	انخفاض او غياب حركة الجنين
انزياح المشيمة من الدرجة 3 أو 4	الطفل الثمين
- تدلي الذراع	ارتفاع ضغط الدم مع تحريض الحمل
	تاريخ علاج لتدلي الرحم

Source: Daniel Dami DEMBELE, op, cit. p9.

وجدير بالذكر انه تم انشاء واقتراح العديد من أنظمة تصنيف العمليات القيصرية لأغراض مختلفة ففي عام 2011م خلصت مراجعة منهجية للتصنيفات المتاحة إلى أن تصنيف روبسون هو الأفضل لتلبية الاحتياجات الدولية والمحلية الحالية وأن الجهود المبذولة لتطوير تصنيف العمليات القيصرية قابل للتطبيق دوليا سيكون الأنسب في البناء على هذا التصنيف (وقد أطلق عليه تصنيف 10 مجموعات).¹

¹ Vilma Tapia¹, Ana Pilar Betran, Gustavo F. Gonzales, **Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System**, PLOS ONE /journal. Pone. February 3, 2016, p3.

كما تجدر الإشارة إلى أن تصنيف روبسون وضع قبل الدكتور مايكل إس روبسون في عام 2001، ويستخدم على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم لتقييم خصائص المرضى الذين يخضعون لعملية قيصرية، ويصنف هذا التصنيف المرضى وفقا لخصائصهم إلى 10 مجموعات متتافية بناء على معايير التوليد المختلفة:

- التكافؤ

- نوع الحمل (مفرد، متعدد)

- عرض تقديمي (رأسي، مقعد، عرضي)

- عمر الحمل: خديجا ام بعيدا

- المخاض (عفوية، تحريضية، قيصرية قبل المخاض)

- تاريخ الولادة القيصرية

في نفس السياق أوصى بيان منظمة الصحة العالمية لعام 2015 م بشأن معدلات الولادة القيصرية باستخدام نظام التصنيف Robson كنظام مرجعي دولي لتقييم ورصد ومقارنة معدلات الولادة القيصرية داخل المرافق الصحية بمرور الوقت وبين المرافق الصحية، ففي مراجعة منهجية لعام 2001 م بواسطة torloni et al من بين 27 تصنيفا ممكنا مختلفا للولادة القيصرية حدد تصنيف المجموعات العشر الذي اقترحه روبسون في عام 2001 باعتباره أكثر ملاءمة لمقارنة معدلات الولادة القيصرية.¹

¹ Fichbach Elodie, Comparaison de l'évaluation des pratique de césarienne dans une maternité de type IIA d'un même CHU à l'aide de la classification de robson en 2019 sur une population de patientes porteuses de fœtus vivants et viable, op-cit, p28.

الجدول (5): المجموعات العشر لتصنيف روبسون

تصنيف روبسون	
1	غير مولود، حمل وحيد، عرض رأسي، عمر حمل أكبر 37، مخاض عفوي.
2	غير مولود، حمل وحيد، عرض رأسي، عمر الحمل أكبر 37 أسبوعا، تحريض المخاض أو الولادة القيصرية قبل المخاض
3	متعدد الولادات، بدون رحم منتدب، حمل وحيد، عرض رأسي، عمر الحمل أكبر 37، المخاض العفوي
4	متعدد الولادات، بدون رحم منتدب، حمل وحيد، عرض رأسي، عمر الحمل أكبر 37، تحريض المخاض، ولادة قيصرية قبل المخاض
5	جميع الحالات التي تحتوي على ندبة رحيمة واحدة على الأقل، وحمل وحيد وعرض رأسي، وعمر الحمل أكبر 37 أسبوعا
6	جميع حالات الحمل بدون ولود وحمل وحيد
7	جميع حالات الحمل المتعددة والحمل المنفرد والعرض المقعدي والرحم المنتدب
8	جميع حالات الحمل المتعددة بما ذلك الرحم المنتدب
9	جميع حالات الحمل الفردي مع عرض مستعرض أو مائل والرحم المنسوب
10	جميع حالات الحمل المفرد مع عرض رأسي عمر أقل 37 يشمل الرحم المنسوب

Source : Fichbach Elodie, op, cit, p36.

من خلال هذا التصنيف تعتبر الولادة القيصرية تدخلا طبيا مفيدا عند تقديمها للنساء المعرضات لخطر كبير (المجموعة من 5 إلى 10 من تصنيف روبسون) من ناحية أخرى عند استخدامها بشكل مفرط في مجموعة النساء ذات مخاطر منخفضة (المجموعة من 1 إلى 4) فإن المخاطر المرتبطة بالإجراء الجراحي تتجاوز الفوائد المتوقعة، وإن الآثار الضارة تكون أكبر في حالة العمليات القيصرية أثناء المخاض مقارنة بالولادة القيصرية قبل المخاض حيث أن المضاعفات الأكثر شيوعا للولادة القيصرية هي نزيف ما بعد الولادة والعدوى، عسر الولادة، المسؤول عن إطالة مدة المخاض والاستطباب المتكرر للولادة القيصرية أثناء المخاض هو عامل خطر نزيف ما بعد الولادة.¹

يصنف تصنيف روبسون جميع النساء اللواتي يلدن في أي مؤسسة صحية بغض النظر عن طريقة الولادة حيث يمكن تطبيقه بأثر رجعي عند القبول ومما لا شك فيه يمكن تصنيف

¹Ferid A. Abubeker, Biruck Gashawbeza1, et al, **Analysis of caesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study**, BMC Pregnancy and Childbirth, (2020) 20:767, p3

كل امرأة يتم إدخالها إلى المستشفى للولادة بشكل مباشر بناءً على خصائص التوليد الخاصة بها عادة ما يتم جمع هذه الخصائص بشكل روتيني من أجنحة الولادة في كل مكان وجدير بالذكر يوفر هذا التصنيف منصة أولية مشتركة لمزيد من التحليل التفصيلي ضمن أحداث الفترة المحيطة بالولادة بحيث يمكن قياس النتائج ومقارنتها.

ففي عام 2014 م أجرت منظمة الصحة العالمية مراجعة منهجية ثانية واكتشفت العديد من نقاط القوة والضعف في تصنيف روبسون من مستخدميه فنقاط القوة الرئيسية لهذا التصنيف هي أنه سهل التنفيذ، قوي، موثوق، مرن ومباشر من التفسير الأولي، في حين أن نقاط الضعف الرئيسية تتمثل في البيانات المفقودة التي لا يمكن تصنيفها في أي مجموعة، سوء تصنيف المرأة، عدم وجود تعريف أو توافق في الآراء بشأن المتغيرات الأساسية للتصنيف.

طوّرت منظمة الصحة العالمية ونشرت إرشادات تطبيق Robson في عام 2017 م لدعم وتوجيه اعتماد هذا التصنيف وتنفيذه في أماكن الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، يصف هذا المبدأ التوجيهي نهجًا قياسيًا للتنفيذ والتطبيق يمكن أن يحسن الإجماع ويعالج نقاط الضعف في تصنيف Robson، بما في ذلك توحيد المصطلحات، وتعريف وطرق إدارة المتغيرات الأساسية، يتضمن هذا الدليل ما يلي:

مجموعة روبسون 2 (2 أ: تحفيز المخاض، 2ب: قبل المخاض العملية القيصرية)

المجموعة 4 (4أ: تحفيز المخاض، 4ب: قبل المخاض)

المجموعة 5 (5أ: مع عملية قيصرية سابقة، 5ب: مع اثنين أو أكثر من العمليات القيصرية).¹

على الرغم من بعض القيود فإن هذا التصنيف سهل التنفيذ والتفسير تتمثل المزايا الرئيسية لنظام التصنيف هذا من بين أمور أخرى في بساطته وأهميته السريرية يستخدم هذا النظام أيضا فصولا سكانية حصرية وشاملة تماما استنادا إلى خصائص الأمهات التي يتم جمعها بشكل روتيني بشكل عام في جميع أجنحة الولادة عند قبول النساء للولادة سيسهل هذا النظام مراقبة وتقييم العمليات القيصرية وسيسمح بمقارنة المعدلات في كل من المؤسسات

¹Sulochana Dhakal-Rai¹, Edwin van Teijlingen¹, Pramod Regmi¹, ET all, **Classification of Caesarean Section: A Scoping Review of the Robson classification**, NJOG. Jan-Jun. 2021; 16(32), p p 3-4.

والسكان، بالإضافة إلى ذلك فإن تصنيف روبسون يجعل من الممكن التمييز بين النساء وفقا لعدة مستويات من مخاطر الولادة ويمكن اعتبار المجموعات الأربع الأولى من النساء منخفضة الخطورة للولادة القيصرية بينما المجموعات الست الأخرى من النساء مرتفعة الخطورة.

3. محددات ومؤشرات العملية القيصرية الصحية والسوسيوديموغرافية.

يتم اتخاذ قرار إجراء العملية القيصرية إما قبل الولادة (العملية القيصرية المخطط لها/ عملية قيصرية اختيارية) أو أثناء فترة الولادة في حالت الطوارئ (غير المجدولة)، من جهة أخرى يعتمد تاريخ العملية القيصرية على الإشارة وعمر الحمل في حالة المدة المؤكدة يكون الوقت المثالي بين 38 و39 أسبوعاً¹، وفي طي هذا المحور سنقوم بتحديد أهم المؤشرات والمحددات التي تؤدي إلى إجراء هذه الأخيرة وذلك حسب كل نوع من أنواعها:

أ- العملية القيصرية المجدولة أو المخططة:

ويتم إجراء العملية القيصرية المخططة بشكل عام عندما يتم تشخيص أمراض عند الأم أو الجنين قبل بدء المخاض وعندما يكون المخاض ضاراً أو يكون خطر الولادة القيصرية أثناءه مرتفعاً للغاية ويتم إجراء العملية القيصرية المخططة في الحالات التالية:

- سن الانجاب بعد 35 سنة حيث أن أطباء النساء والتوليد كلما ارتفع سن الأم يفضلون اللجوء إلى العملية القيصرية وذلك تقادياً من المخاطر الناتجة عن تقدم العمر.

- مؤشر كتلة الجسم أكبر من 30 كلغ/م².²

- الولادة القيصرية السابقة: الأمهات اللاتي خضعن لعملية قيصرية معرضات بشكل متزايد لخطر حدوث مضاعفات، وخاصة المشيمة الملتصقة وتمزق الرحم.³

- مشاكل في الماء الأمينوسي وذلك من خلال احتمالية نفاذه قبل موعد الولادة أو وجود فائض مما ينعكس سلبياً على سلامة الجنين.

¹ ACOG, ACOG committee opinion no. 559, **Caesarean delivery on maternal request**, Obstet Gynecol, volume 121(4), 2013 p905.

² Racinet, C., Vendittelli F, **La Césarienne : Une approche fondée sur les faits**, 2e éd, entièrement actualisée, Sauramps médical, 2013, p89.

³ Silver, RM. Landon, MB. Rouse, DJ. Leveno, KJ. ET all, **Maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean deliveries**, Obstetrics & Gynecologie, 2006, 107(6):1226, p198.

- تشوهات الرحم أو الأعضاء التناسلية: الرحم المهبلي المنفصل، كيس في المبيض، ورم في عنق الرحم، وفي حالات نادرة قد تكون هذه تشوهات أخرى (الكلى، الحوضية الخ) أو أورام أخرى (أورام العجز أو الحوض)¹
- **ندبة الرحم:** تعتبر الفكرة الأولى "عملية قيصرية مرة واحدة، قيصرية دائما" من قبل معظم المؤلفين فكرة قديمة إذا كان هذا هو تاريخ الولادة القيصرية الجسدية يصبح الاحتمال استثنائيا يتم طرح إشارة الولادة القيصرية من البداية إذا كان ملف تاريخ الولادة القيصرية القطعية يشار إلى العملية فقط خاصة إذا استمر السبب في بعض الأحيان بعد التحقق من حالة الندبة عن طريق تصوير الرحم والبوق عندما يكون هناك شك سيتم محاولة اختبار الندبة إذ يجب التخلي عن هذا الاختبار في حالة ظهور معاناة قاتلة أو علامات تمزق سابق أو توقف تمدد أو انخفاض مفاجئ في الضغط داخل التجويف أثناء القسطرة داخل الرحم، حيث يتطلب الرحم ذو الندوب عملية قيصرية، كما تكون الندوب الناتجة عن غرز الرحم التي يتم إجراؤها خارج الحمل (استئصال الورم العضلي، ورم الرحم وما إلى ذلك) جيدة بشكل عام ولكن الظروف التي يتم إجراؤها فيها تتطلب أحيانا عملية قيصرية وقائية.
- تاريخ إصابة خطيرة في منطقة العجان أو الناسور المثالي المستقيمي أو الناسور المثاني المهبلي الذي تم إصلاحه جراحيا تتطلب هذه الحالات عملية قيصرية.
- مرض السكري: يتم تحديد التدخل نحو الأسبوع 37 بهدف حماية الجنين حيث أنه في الوقت الحاضر لا تخضع جميع حالات الولادة القيصرية بداء السكري لعملية قيصرية منتظمة.
- أمراض القلب، السكتة الدماغية، فشل الجهاز التنفسي.²
- ارتفاع ضغط الدم الناتج عن الحمل pih: وهو ارتفاع ضغط الدم بعد 20 أسبوعا من الحمل بدون بيلة بروتينية والتي تتراجع في غضون 12 أسبوعا بعد الولادة.
- الأم الحامل المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية يقلل بشكل كبير من انتقال العدوى إلى الجنين بعملية قيصرية مخططة.

¹ Lansac J, Pierre. F, La **césarienne Pratique de l'accouchement**, 4ème édition, Masson, paris, p 449.

² Lansac. J. op, cit, p 423.

- عملاقة (حجم الجنين كبير) حيث تتيح المعاینات اثناء الحمل تقديرات حول وزن الجنين وعلى أثرها يقرر أخصائي التوليد نوع العملية حيث أنه كلما ارتفع وزن الجنين كلما أدى إلى صعوبات أثناء الولادة المهبلية.
- الحمل المتعدد: غالبا ما يتم برمجة العملية القيصرية في حالة الحمل المتعدد وذلك يعود إلى وضعية الأجنة فإن كان وضع الجنين الأول ملائم للولادة المهبلية غالبا ما يكون وضع الثاني أو الثالث غير ملائم.¹
- التشوهات الجنينية: تتطلب عملية قيصرية عندما تكون متوافقة مع الحياة (قابلية الشفاء جراحيا) وعندما يهدد المسار المهلي حياة الجنين.
- الخداج: والطفل الخديج هو أكثر عرضة للولادة المبكرة قبل اكتمال الأسبوع 37 عادة هو يعاني من نقص شديد في الوزن أو حجم رأسه كبير مقارنة بباقي الجسم، ويتم إجراء العملية القيصرية في هذه الحالة قبل الأوان للغاية جدا بين 26 و 28 أسبوعا، قبل الأوان بفترة طويلة جدا ما بين 28 و 32 أسبوع، قبل الأوان بفترة تتراوح بين القصيرة والمعتدلة بين 32 و 37 اسبوع.²

ب- العمليات القيصرية الطارئة:

تسمى أيضا العمليات القيصرية الآنية والتي يتم برمجتها في الأوان دون سابق انذار وذلك نتيجة لتطور مضاعفات تهدد حياة الأم والطفل سواء اثناء الحمل أو في غرفة الولادة المهبلية مما يستدعي التدخل في الآن وسنولي هذه المحددات والمضاعفات في التالي:

حالات الطوارئ اثناء فترة الحمل او عند بداية المخاض:

- النزف: يحدث غالبا بسبب المشيمة المنزاحة أو استمرارها بعد بضع السلى أو الانفصال المبكر لها، كما يمكن أن يكون ورم دموي خلف المشيمة.
- متلازمة ما قبل التمزق: يتم التعرف عليها من خلال فرط توتر الرحم مع ضعف الاسترخاء بين الانقباضات وظهور آلام الحوض أو النزيف الذي يحدث في سياق مثير للذكريات (رحم منتدب، ركود المخاض).

¹ Malabary, OT. Balayla, J, **The effect of pelvic size on caesarean delivery**, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology Volume 25, Issue 3. June 2012, p 192.

² Racinet, C., Vendittelli F. op, cit. p 192

- **السبب الملحق:** تمزق الغشاء قبل الأوان، المشيمة المنزاحة أو هبوط المشيمة وانحصارها حيث في هبوطها تقوم جزئياً فوق مخرج الجنين هذا يمكن ان يؤدي إلى نزيف حاد مع فقدان الدم بشكل كبير لكل من الأم والطفل من الاعراض النموذجية لانزلاق المشيمة حدوث نزيف مفاجئ دون ألم أو تقلصات يزداد النزيف مع تقدم الحمل وينصح النساء الحوامل المصابات بهذه البقاء بالقرب من المشفى، فمع هبوط المشيمة الكامل تغطي المخرج بالكامل في هذه الحالة تكون العملية القيصرية ضرورية للغاية وعادة ما تتم في الأسبوع 37-38 في حالة انزلاق المشيمة الجزئي¹، ويمكن ان تظهر المشيمة المفاجئة بطريقة مؤلمة مصحوبة بألم شديد وانقباضات وفقدان الدم أو يمكن أن تكون بدون أعراض فالشرط هو إشارة إلى عملية قيصرية فورية.

- **تسمم الحمل:** يعرف تسمم الحمل بارتفاع ضغط الدم بعد الأسبوع العشرين من الحمل يصيب هذا المرض 2-3% من جميع النساء الحوامل ويمكن ان يتطور بسرعة كبيرة ويهدد حياة الأم والجنين، يتكون مرض الأم من ارتفاع ضغط الدم والبيبة البروتينية والوذمة المحتملة وتفعيل نظام التخثر، كما يمكن ان يتطور مرض الأم إلى متلازمة هيلب (انحلال الدم، الكبد المرتفع، الانزيمات، انخفاض في الصفائح الدموية) وهو أمر نادر الحدوث لكنه مرض خطير جدا عادة ما تشعر المرأة بألم في المنطقة الشرسوفية ذلك الجزء فوق المعدة أو تحت القوس الداخلي الأيمن قد تكون مصابة بالغثيان، ويعد الشك في الإصابة بمتلازمة هيلب حالة طارئة هذه الحالة تشكل تهديدا على حياة الأم وبالتالي يجب اجراء عملية قيصرية طارئة على الفور.

- **ضائقة جنينية حادة قبل الدخول:** وقد زادت مسؤوليتها عن معدل الولادة القيصرية مع ظهور تخطيط القلب يمثل حاليا أقل من 10% من المؤشرات القيصرية بسبب المعرفة الأفضل بتفسير التتبع ودراسة الرقم الهيدروجيني يظل الحبل المتدلي مؤشرا لا جدال فيه لأنه غالبا ما يرتبط بمعاناة الجنين الحاد هذا مؤشر على عملية قيصرية طارئة شديدة ما لم يكن الطفل ميتا.²

¹ Maltau, JM, Chapter 16 Blodning i siste Del av svangerskapet. In Bergsjø, P. Maltau, J.M. Molne, K. Nesheim, B.I. Obstetikk og Gynekologi, Gyldendal norske forlag, Second edition, first circulation 2010, p176.

² Maltau, JM and Oian, P. Chapter 15 Sykdom hos mor svangerskapet. In Bergsjø, P. Maltau, J.M. Molne, K. Nesheim, B.I. Obstetikk og Gynekologi, Gyldendal norske forlag. Second edition first circulation 2010, p164.

- العملية القيصرية بعد الوفاة: حيث انه في حين وفاة الأم الحامل وإن كانت هناك

إمكانية لإنقاذ جنينها يستدعي ذلك التدخل وإجراء الجراحة، وتستند العملية القيصرية

بعد الوفاة الى بعض المبادئ التي سنها دوغلاس:

➤ حمل ما لا يقل عن 28-29 أسبوعا.

➤ لا يزيد التأخير عن 20 دقيقة بعد وفاة الأم.

➤ يجب ان يستمر إنعاش الأم حتى نهاية التدخل.¹

✚ اكتشاف مشاكل مرضية في غرفة الولادة منها:

- ضائقة جنينية أثناء المخاض: تحدث الضائقة الجنينية الحادة أثناء المخاض التي

بدورها تؤدي إلى تعقيد معاناة الجنين المزمنة، وهي نقص الأكسجة التي تهدد حياة

الجنين وصحته ومستقبله الوظيفي أو النفسي يتجلى ذلك في العديد من الأعراض

أهمها انبعاث العقي السميك في السائل الأمينوسي وتغيير معدل ضربات قلب الجنين

وتغيير التوازن الحمضي القاعدي حيث يتم تشخيص الضائقة الجنينية من خلال

تقييم ظهور السائل الأمينوسي والاستماع إلى BDCFs باستخدام سماعة الطبيب

وجدير بالذكر تدلي الحبل النابض يظل مؤشرا مطلقا لأنه غالبا ما يرتبط بضائقة

جنينية حادة²

- المخاض المطول/ المتعسر: المخاض المطول هو عندما تتجاوز مدة المخاض 24

ساعة قد يكون هذا بسبب طول كامن مطول (أكثر من 20 ساعة بالنسبة لأول ولادة

أو أكثر من 14 ساعة بالنسبة للنساء سابقات الولادة) أو بسبب تأخر ونقص توسع

عق الرحم في المرحلة النشطة من المخاض، "ففي المخاض المطول يمكن ان

تحدث ضائقة الجنين وسيحتاج الطفل إلى المراقبة إذا كان هناك أي مؤشر على أن

الطفل يعاني يجب ان يشرع في استخدام ملقط أو فراغ أو عملية قيصرية طارئة

¹ Douglas GR, Stromme WB, *Cesarean section*, Third edition. New York: Appleton century crafts 1976, P70.

²Waniez P, Wurtz P et Brustlein V. *L'abus du recours à la césarienne au Brésil : dimensions géographiques d'une aberration médicale. Cahiers Santé. 2006; 16 (1), p 21.*

حسب الحالة،¹ ويرجع المخاض المطول إلى عسر الولادة الديناميكي والميكانيكي منها ما هو:

أ- من أصل الأم: ويمكن تحديد المؤشرات من أصل الأم كما يلي:

- الحوض العظمي: اذ يتشوه الحوض المصاب بانخفاض العجز بين عظم الحرقفة.
- رضوض الحوض مع الكالس الكبير.
- عموما تضيق الحوض بجميع اقطاره حيث تم اكتشافه بالكامل في الفحص السريري.
- الحوض المحدود: عند الفحص المهبلّي يتم الوصول إلى الرعن في الغالبية العظمى من الحالات.²
- عدم كفاية تقلصات الرحم أو نقص الحركة التي تتميز بانقباضات الرحم ذات التردد المنخفض (اقل من 3 وحدات عمل لكل 10 دقائق).
- الانقباضات الرحمية الزائدة أو فرط الحركة يتم تحديدها من خلال الانقباضات رحم متكرر بشكل غير طبيعي (أكثر من 6 وحدات عمل لكل 10 دقائق).
- قلة الارتخاء بين تقلصات الرحم أو ارتفاع ضغط الدم الملحوظ عن طريق الانقباضات الدائمة.
- تشوهات في النظم أو عدم انتظام ضربات القلب وتتجلى في تقلصات أكثر أو أقل انتظاما مع ألم شديد، كذلك عدم وجود تمدد لعنق الرحم أو تمدد ثابت يعرف بأنه إيقاف تمدد بنفس القيمة لمدة ساعتين على الأقل.³

ب- من أصل الجنين:

- العرض المستعرض: الوضع المستعرض للجنين موجود في حوالي 2 من كل 1000 ولادة تكون كاملة او مستعرضة جزئيا هذه الحالة أكثر شيوعا عند النساء متعددات الولادة، وفي حالات الحمل المتعدد عادة ما تمر الحالة عندما تبدأ الولادة بالطفل يدير رأسه للأسفل بسبب الانقباضات.

¹Gurung et all, **Prevalence and Outcome of Caesarean Section at Gandaki Medical College Teaching Hospital and Research Centre, Pokhara, Nepal, J-GMC-N | Volume 09 | Issue 02 | July-December 2016, p2.**

² Vokaer R., Barrat J., Bossart H.ET Coll. Disproportions foeto-pelviennes, **La grossesse ET l'accouchement dystocique, traité d'obstétrique**, ed2, Masson 1985, p429.

³ Merger Merchaoui J. Fekih M.A, Sfar R, **Précis d'obstétrique**, Masson, Paris, 1989, p267.

- **العرض المركب:** يعرف العرض المركب بأنه عرض لأطراف الجنين جنبا إلى جنب مع جزء التقديم يحدث في 1 إلى 700 إلى 1 إلى 1000 من الولادات وهو أكثر شيوعا عندما لا يشغل الجنين الحوض بالكامل بسبب انخفاض الوزن عند الولادة أو تعدد الحمل أو كثرة السائل السلوي أو إذا كان هناك حوض كبير إذا لم يتم حل العرض التقديمي تلقائيا فيستوجب عملية قيصرية.¹

- **التقديم المقعدي:** تقل نسبة حدوث التقديم المقعدي مع زيادة عمر الحمل، وتبلغ نسبة انتشار الأطفال في وضع المقعد 3-4 من الولادات عند الأوان في وقت مبكر من الحمل يكون العديد من الأطفال مقعدين لكن معظمهم يتحولون قبل الولادة إذا لم يستمر الطفل، فمن الممكن تجربة نسخة رأسية خارجية، "تظهر بعض الدراسات عددا أقل من المضاعفات على الطفل أثناء الولادة."²

ج- العملية القيصرية الاختيارية:

تسمى أيضا العملية القيصرية المخططة حيث يتم الاتفاق بين طبيب النساء والتوليد مع المرأة حولها دون شارة طبية ويتم اللجوء إلى هذا النوع من العملية القيصرية: **بالنسبة للمرأة:** وتختار المرأة الولادة القيصرية على الولادة المهبلية للأسباب التالية:

- الخوف من الولادة.

- الخوف المتعلق بالجنس أو النشاط الجنسي.
- الخوف من مضاعفات الولادة مثل سلس البول والتبول والبراز، وعواقبها على الصحة.

- الخوف من فقدان السيطرة أثناء الولادة المهبلية.

- الخوف من نقص الدعم أثناء المخاض.

- تجربة إيجابية لولادة قيصرية سابقة.

- النظر للعملية القيصرية على أنها مودة ويجب تجربتها.³

¹ Lansac. J, op, cit, p 423.

² Vokaer R., Barrat J., Bossart H.ET Coll, op, cit, p 423.

³ Alexandra bouchard, **le féminin à l'épreuve de l'accouchement (le cas des césariennes sur demande maternelle)**, université Sorbonne paris, psychologie, thèse en vue de l'obtention du grade de docteur, année 2018, pp 63-64.

بالنسبة للطبيب:

يختار الطبيب العملية القيصرية على الولادة المهبلية وفقا للأسباب التالية:

- العملية تدر دخلا زائدا عليه.
- بعض الأطباء المنشغلين يفضلون ولادة قيصرية محددة على اتصال طارئ في منتصف الليل.
- بسبب النقص الحاد في عدد الأطباء ذوي الخبرة في التعامل مع حالات الحمل غير الطبيعي وكذا التعقيدات التي يمكن أن تحدث في أثناء الولادة الطبيعية.
- قد يدفع تجنب العملية القيصرية الطبيب للوقوع فيما يسمى الإهمال الطبي وما يتبعه من المساءلات القانونية عن المضاعفات والمخاطر التي تتعرض لها الحامل ولا يمكن تصنيفها ضمن "الأخطاء الطبية لإجراء العملية القيصرية عوضا عن الولادة الطبيعية".¹

مع ذلك هناك حجة موازية بين علماء الاجتماع مفادها أن قرار إجراء العملية القيصرية غالبا ما يتأثر بشدة بالعوامل غير الطبية والتي تعمل جنبا إلى جنب مع المحددات الطبية، فقد وجد الباحثون علاقة قوية بين زيادة تسليم القسم القيصري والعوامل الاجتماعية والديمغرافية فالتغييرات في خصائص السكان تزيد ارتفاع معدلات العمليات القيصرية وتشمل هذه العوامل تأخر سن الحمل الأول، وكبر السن عند الولادة خاصة سن الأم عند الولادة الأولى، إضافة إلى ذلك قد أشارت الدراسات إلى أنه في حالة البلدان المتقدمة فإن تفضيل الأطباء لهذا الإجراء الجراحي إلى جانب مطالب النساء هو المسؤول عن الاتجاه المتزايد اذ تشير المعدلات المختلفة للولادة القيصرية في المستشفيات العامة والخاصة إلى أن العوامل غير الطبية مثل المكاسب الاقتصادية وضغوط الممارسة الخاصة قد تحفز الأطباء على إجراء الولادات الجراحية، كما أن مكان الإقامة يرتبط بزيادة العمليات القيصرية المتعلقة بالسياق الثقافي، ومما لا شك فيه للثقافة في مختلف المجتمعات دور في طبيعة الولادة على سبيل المثال في الصين يعد اختيار تاريخ ولادة الطفل على أساس الحظ والمصير لمستقبل الطفل من قبل بعض الأشخاص أحد التفسيرات لجدولة العمليات القيصرية، وفي نفس السياق حيث قام جادون وماهايني وغلبيزي (2019) بمراجعة الأدبيات من إقليم شرق

¹ سويح سايح، العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم، مرجع سابق، ص ص 187-188.

متوسط لمنظمة الصحة العالمية لاكتشاف التباينات في الأقسام القيصرية بين الدول الأعضاء فيها البالغ عددها 22 دولة وجدوا أن الأعراف الثقافية المعتقدات الصحية التقليدية بما في ذلك المواقف تجاه الخدمات الصحية والقيم الثقافية والاجتماعية والعائلية تؤثر على اختيار المرأة للولادة القيصرية على سبيل المثال يمكن أن يكون النظام الأبوي في هذه المناطق حيث يتخذ الأزواج والآباء والأمهات قراراتهم مسؤولاً عن قدرة المرأة المحدودة على اتخاذ القرار في طلب الرعاية الصحية، وغالبا ما يقال إن سلطة اتخاذ القرار في المنزل والسعي للحصول على رعاية صحية طبية مرتبطان بارتفاع مستوى تعليم الأم ودخل الأسرة.¹

4. خطوات وتقنيات العملية القيصرية:

أولاً: التحضير للتدخل:

- التحضير النفسي للولادة: تصنف الولادة القيصرية ضمن التدخلات الجراحية الكبرى وأما الإعداد النفسي للمخاض كل شيء يعتمد على نفس حالة المفهوم الذي دفع طبيب التوليد ليكون قادراً على اتخاذ قرار اجتياز عملية قيصرية.
- تجهيز المريض لغرفة العمليات: إزالة طلاء الأظافر والمجوهرات وحلاقة العانة والاستحمام واللباس الخاص.
- تركيب جهاز قياس ضغط الدم والتسريب.
- التثبيت على المنضدة مجردة كلياً أو جزئياً في موضعها ممدودة (مع أو بدون ربط الذراعين).
- وضع القسطرة البولية وتركيب مجال التشغيل.
- توفير الظروف المطلوبة للتعقيم والتطهير إذ تعتبر غرفة العمليات المجهزة جيداً والمعزولة والمتصلة أو المرتبطة بخدمة الإنعاش القوية ذات أهمية قصوى للتدخل الجراحي الجيد، طاولة التشغيل مناسبة، ضوء كاف وغير مغطاة بالظلال وبالتالي فإن ضوء التشغيل الجيد صالح عادة في غرفة العمليات الجيدة.²

¹ Potter J E, E Berquó, I Perpétuo, L F Ondina, K Hopkins, R S Marta, C Maria, Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study, British Medical Journal, velum 323,17 November 2001, p 1155.

² Ben Ameer Hafssa, Nabti Sadia, Césarienne, op-cit, p39.

ثانيا: التحضير للتخدير:

استشارة ما قبل التخدير إلزامية لجميع المرضى يمكن النظر في اختيار طريقة التخدير مع المريض حسب ظروف الولادة الطبية ورغباته، يتم جمع عناصر ما قبل الجراحة وبعدها في وثيقة التخدير يشمل التقييم البيولوجي قبل التخدير تحديدا مزدوجا للمجموعة: النمط الظاهري لكريات الدم الحمراء والبحث عن الرصاصات غير المنتظمة وتعداد الدم والصفائح الدموية وتقييم التخثر، ويشمل الدواء المسبق مضاد للحموضة عن طريق الفم ومزيل القلق من نوع الهيدروكسي زين، يتم تنفيذ قائمة المراجعة واليقظة الطبية في وحدة التوليد خاصة في حالة الطوارئ لأن خطر الخطأ يتضاعف، كما تتوفر أجهزة المراقبة أثناء العملية، وتحتوي بعض الفرق على علبة طوارئ مكونة من محاقن جاهزة لعامل الحث الوريدي، ومرخي العضلات الاوكسيتوسين في بعض الأحيان يضاف الأيفيدرين والأتروبين¹. وجدير بالذكر أن الخطر الرئيسي للولادة القيصرية هو التخدير وعليه:

- يجب أن يكون هناك تعاون أفضل بين طبيب التوليد وطبيب التخدير.
- ابلاغ طبيب التخدير عن سير العمل وتقدمه وعن أي مضاعفات وصعوبات.
- يعتمد نوع التخدير على ظروف الولادة وعلم أمراض الأم وعادات أطباء التخدير.
- يتم إجراء الجزء الأول من العملية القيصرية قبل خلع الطفل دائما تحت تأثير التخدير الخفيف، بصرف النظر عن التخدير العام يمكن إجراء التخدير الموضعي التاجي (التخدير النخاعي) فوق الجافية.
- غالبا ما يتم إجراء العملية القيصرية في حالات الطوارئ فهي لا تدعم الارتجال في اللحظة الأخيرة يجب أن يتقن طبيب التخدير التقنيات المختلفة حيث أنه هناك حاجة إلى تعاون أفضل بين الفريق الجراحي لإنقاذ الزوجين الأم والطفل².

ثالثا: اختيار التقنية التشغيلية:

يعتمد الاختيار بين الأساليب الفنية المختلفة للعملية القيصرية على الظروف الخاصة بكل مريض ولكل جراح ولكل حالة تمرين يجب أخذها في الاعتبار، تشمل هذه الحالات عمر الحمل وأمراض التوليد قبل الولادة أو حولها والسمنة عند الأم والتاريخ الجراحي وتمزق الأغشية وبدء المخاض وبيان العملية القيصرية ودرجة إلحاحها ونوع

¹ Ben Aneur Hafssa, Nabti Sadia, op, cit, p40.

² Racinet Cl, Favier M. **La césarienne**, Masson, Paris, 1984, p 185.

التخدير وخبرة الجراح واستخدام المضادات الحيوية، و موقع الممارسة علاوة على ذلك فإن العديد من الإيماءات الفنية التي يتم إجراؤها أثناء الولادة القيصرية ليس لها أساس علمي واضح مما يترك مجالاً واسعاً للابتكار¹، وجدير بالذكر يتم تصنيف تقنيات الولادة القيصرية المختلفة وفقاً لما إذا كانت الطريقة بطنية أم مهبلية، سواء كان الاقتراب من الرحم شفافاً أم خارج الصفاق، يمكن أن يكون نهج الرحم الشفاف جسدياً (دلالة محدودة جداً) أو قطاعياً تتضمن العملية القيصرية المقطعية: شق طولي أو عرضي، يحتوي الجزء السفلي على بعض الميزات الخاصة منها:

- لا يلتصق الصفاق ولا المثانة التي تغطي الوجه الأمامي بالقوة يمكن فصل السطح الأمامي للرحم على مستوى الجزء السفلي بسهولة عن غلافه المصلي ويسمح بسهولة دفع المثانة إلى أسفل بعد مستوى الانقسام.
- الجزء السفلي رقيق وليس عضلياً جداً، وليس مقلصاً جداً كما أنه ليس شديد الأوعية الدموية.
- تم تطوير الجزء السفلي بالكامل فقط خلال العمل.

هذه الخصائص الخاصة تجعل الجزء السفلي من الرحم بالنسبة للجسم منطقة مفضلة لاستئصال الرحم هذا ما يفسر اختيار تقنية العمليات القيصرية القطعية في الواقع،² ومنه فإن أنواع الشق في العملية القيصرية هي:

🚩 الشق المستعرض:

أ- شق فانينستيل pfannenstiel:

لا يزال شق pfannenstiel فوق العانة هو الطريقة التقليدية للفتح الجداري عند إجراء عملية قيصرية مقطعية، وهو يسمح بالوصول إلى فجوة المرأة إلى 15 ملم من السرة، حيث أنه في هذا الشق يجب أن يكون الطول الإجمالي لشق الجلد حوالي 12 إلى 14 سم يظل بعيداً جداً عن الأشواك الحرقفية الأمامية العلوية، كما يتم فصل النقاط القصوى للشق بثلاثة سماكات من الإصبع يقع على ارتفاع حوالي 3 سم فوق الحافة العلوية للعانة، وأسفل الحد الأعلى من الشعر يتم إجراء الشق إما أفقياً أو بطريقة مقوسة مع تقعر طفيف متفوق غالباً ما يكون من السهل متابعة طيات الجلد التي تتبنى هذا الترتيب تلقائياً من الناحية العملية

¹ Ben Aneur Hafssa, Nabti Sadia, op, cit, p40.

² PARENTS, la césarienne étape par étape, PARENTS 2023, par :

يمكن جعله مستعرضا تماما عن طريق ممارسة سحب متوسط في اتجاه القمة في نفس الوقت مع يد المشغل الحرة بعد تحرير هذا الشق يتخذ الشق ترتيبا مقوسا تلقائيا، حيث يتم إجراء شق الجلد من اليسار إلى اليمين ويكون الطبيب على يسار المريضة والعكس بالعكس عند المشغل على اليمين كما يتم شق النسيج الخلوي تحت الجلد بشكل غير مباشر للأعلى باستخدام مشرط كهربائي¹.

ب- شق جويل كوهين Joël Cohen:

اقترح هذا الشق المستعرض في السبعينات كنهج لاستئصال الرحم، وتم تمديده لعملية قيصرية من قبل ستارك في مستشفى مسجاف لاداخ في القدس، حيث يتم إجراء شق الجلد حوالي 3 سم تحت الخط الذي يربط بين الشوكة الحرقفية الأمامية المتفوقة على عرض متغير على الأقل 12 سم يتم قطع النسيج الخلوي تحت الجلد بشكل مستعرض وصولا إلى السكتة الدماغية فقط في الجزء الأوسط وينطبق الشيء نفسه على شق صفاق عضلات المستقيم الذي يزيد طولها عن 2 سم تقريبا للسماح بإدخال إصبعي السبابة للجراح ثم يتم تنفيذ مسارات متباينة في الاتجاه القحفي، بعد ذلك يقوم كل من المشغل ومساعدته بإدخال السبابة والأصبع الأوسط أسفل عضلات المستقيم وممارسة شد عرضي يكفي لفصل العناصر الجدارية وإعطاء ضوء كاف لاستخراج الجنين يتمتع هذا الشق الجذاب بميزة أكيدة تتمثل في كونه سريعا وليس شديدا النزيف ومع ذلك فإن الشق الذي يتم الحصول عليه يكون أحيانا غير كاف لسهولة الاستخراج غير الرضخي للجنين وقد يتطلب بعد ذلك شقا عضليا إضافيا.²

✚ الشق العمودي:

أ- شق خط الوسط:

عملية شق البطن تحت السرة سريعة وسهلة ذات حد أدنى من النزيف يمكن استخدامه في حالات الإلحاح الشديد أو السمنة لدى الأمهات أو الصعوبات المتوقعة في الوصول إلى الرحم وخلق الجنين، المؤشر الحقيقي الوحيد لهذا الشق هو اصلاح ندبة

www.Parents.Fr/accouchement/accoucher/la-césarienne/la-césarienne-etape-par-etape-7241

اطلعت عليه بتاريخ 2022/12/29 على الساعة 7:23

²Lansac J, Descamps P, Goffinet F. **Pratique de l'accouchement**. 6th ed. France 2016. p600.

خط الوسط الأمامي المعيبة من الناحية التجميلية أو الوظيفية، يتم بعد ذلك إجراء شق الصفاق من أسفل إلى أعلى عموديا متجاوزا حدود شق الجلد يقع فوق الانبساط بين العضلات المستقيمة، ثم ينضم إلى بروتوكول فصل العضلات وفتح الصفاق المكشوف بالفعل بالنسبة للمرأة البدينة يمكن إجراء شق خط الوسط عن طريق خفض السبلة الدهنية إلى الأسفل بواسطة ملقط شد يوضع على جانبي خط الوسط فوق العانة.

ب- شق براميدين paramédiane:

وجد Guillou وآخرون في دراسة مستقبلية فرقا مهما فيما يتعلق بالعدوى ومضاعفات الجهاز التنفسي والتفكك لصالح شق المسعف ومع ذلك فهي تمارس بشكل استثنائي.¹

رابعا: فتح الرحم:

بعد تحديد الشق وتطبيقه يتم اجراء بضع الرحم على مستوى الجزء السفلي حيث تكون الأنسجة أنحف، إنها منطقة تنزف قليلا في حالة عدم وجود أمراض مضافة، بالإضافة إلى ذلك تكون ندبة الرحم اقوى من خياطته خلال الحمل التالي وبالتالي فإن التسليم في المستقبل بالوسائل الطبيعية أمر ممكن حالما يتم شق الرحم يقوم طبيب النساء بتوسيع الشق بالأصابع وكسر كيس الماء.

خامسا: قلع الجنين:

يتم إخراج الطفل من الرأس إلى القدمين حسب العرض، ويتم وضع جلد الطفل مع الأم لبضع دقائق ملحوظة إذا كانت الأم قد خضعت بالفعل لعملية قيصرية فقد يستغرق الإجراء وقتا أطول قليلا بسبب وجود حدوث اندماج خاصة بين الرحم والمثانة،² ويمثل هذا الاستخراج وقتا خطيرا:

- للطفل المعرض لخطر الصدمة إذا كان لا يتم احترام ميكانيكا التوليد.
- بالنسبة للأم خاصة في حالات الآفات الرحمية الخطيرة مع نزيف وعقائيل مستقبلية مثل الندبة الهشة ولتقليل المخاطر يجب:

¹ Merge R, Lévy J, Melchior J. **Précis d'Obstétrique**. 6th ed. Paris 2001. p597.

²PARENTS, la césarienne étape par étape, PARENTS 2023, par :

www.Parents.Fr/accouchement/accoucher/la-césarienne/la-césarienne-etape-par-etape-7241

- إدخال اليد في بضع الرحم متجاوزة قطب الجنين دون خلق مستوى انقسام كاذب بإيماءة غير ملائمة لا ترفع الحافة السفلية لبضع الرحم.
 - تحديد مظهر الجنين بوضوح لفهم آليات الطرد من خلال بضع الرحم.¹
- سادسا: الإغلاق:

- بعد الولادة يقوم طبيب التوليد بإزالة المشيمة ثم يتحقق من أن تجويف الرحم فارغ ويغلقه، يمكن للجراح أن يقرر جعله خارجيا لخياطته بسهولة أكبر أو يتركه في تجويف البطن كقاعدة عامة لا يتم اغلاق الصفاق الحشوي الذي يغطي الرحم والمثانة، ثم اغلاق داء الصفاق ويتم خياطة جلد البطن من جانبه وفقا للممارسين بخيوط قابلة للامتصاص أم لا أو بخيوط دبابيس، أما بالنسبة للخياطة:
- لقد ثبت ان تقنية الخياطة خارج المخاطية توفر ندبة ذات جودة أفضل من الخياطة في مستويين خياطة الصفاق والجلد.
 - ويوصي باستخدام ابر مثبتة بخيوط قابلة للامتصاص يتم إجراء الغرز بغرز منفصلة متباعدة عن بعضها البعض بحوالي 1 سم بدءا من زوايا شق الرحم²

5. مخاطر الولادة القيصرية:

على الرغم من أن تشخيص العملية القيصرية جيد حاليا لأنه استفاد من التقدم التقني والتعقيم والعلاج بالمضادات الحيوية وما إلى ذلك فإن الوفيات ليست ولن تكون صفرا من المعروف أن العملية القيصرية وهي عملية جراحية يتم إجراؤها تحت التخدير تحمل مخاطر حدوث مضاعفات قد تصل إلى حد الوفاة وفقا لشبكة التوعية القيصرية (ICAN) فإن معدل وفيات الأمهات في الولادات القيصرية أعلى بثمانى مرات من معدل وفيات الأمهات في الولادات المهبلية بالإضافة إلى ذلك لا تزال مخاطر الإصابة بالعدوى والأضرار التي لا رجعة فيها للجهاز البولي التناسلي للأنثى مرتفعة، علاوة على ذلك فإن المراضة بعد الولادة

¹Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK. **Anesthesia in Obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects.** Second Edition. Butterworths, New York, 1986, p 325.

²PARENTS, la césarienne étape par étape, PARENTS 2023, par :

www.Parents.Fr/accouchement/accoucher/la-césarienne/la-césarienne-etape-par-etape-7241

اطلعت عليه بتاريخ 2022/12/29 على الساعة 7:23

القيصرية ليست مهمة ومن هنا تأتي أهمية وزن المؤشرات بعناية،¹ ومنه فإن مخاطر هذه الأخيرة هي:

أ- مخاطر العملية القيصرية للأم:

* على المدى القصير:

- مضاعفات التخدير إذ تعد متلازمة مندلسون أكثر شيوعا اثناء الولادة القيصرية.
- نزيف اثناء العملية: يمكن ان يكون للولادة القيصرية مضاعفات النزيف مرتبط ب:
 - ✚ العوامل العامة: اضطرابات التخثر.
 - ✚ العوامل المحلية: من أصل مشيمي ومن أصل رحمي.
- الآفات الصادمة قبل الجراحة أو في كل عملية جراحية، القصور الذاتي للرحم، في أو بعد الجراحة.
- يمكن ان تؤدي الصعوبات في السيطرة على النزيف إلى ربط الشرايين الخثارية أو حتى استئصال الرحم من أجل الإرقاء.²
- العدوى: يزداد الخطر الإجمالي للإصابة بعدوى ما بعد الولادة القيصرية مقارنة بالولادة المهبلية.
- الحمى: الأسباب الثلاثة الرئيسية لحمى ما بعد الولادة القيصرية هي التهاب بطانة الرحم وعدوى الجرح والتهاب الوريد الخثاري (التهاب الوريد الخثاري المبيض) و (التهاب الوريد الخثاري العميق في الحوض).
- النتائج النفسية: أفادت بعض الدراسات أن النساء اللواتي يلدن بعملية قيصرية يعبرون عن رضى أقل عن تجربة الولادة ويقل احتمال الرضاعة الطبيعية وأخذها لفترة أطول قبل أول تفاعل لهن مع المولود فالساعة الأولى من الولادة التي يطلق عليها بالساعة الذهبية وهي أولى ساعات التقاء الأم بطفلها ولمسها له الجلد بالجلد

¹Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, centre fédéral d'expertise des soins de santé belgain Health care knowledge centre, **césariennes planifiées : quelles conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant ?**, kce report 275bs, 2016, p 7.

² Coulibaly Abou, **Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au Faso**, université de Ouagadougou, unité de formation et de recherche en sciences de la sante (UFR-SDS) section médecine, thèse Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine, année 2012, p21.

ما يعيب عن العملية القيصرية انها تحرم معظم الأمهات من هذه الساعة المميزة،
"بالإضافة إلى ذلك تتمتع بعض النساء بقوة مشاعر للخسارة والفشل والغضب.¹

- ألم ما بعد الجراحة.
- إصابة الجرح والرحم.
- إصابات المثانة والأمعاء والتهابات المسالك البولية.
- القبول في العناية المركزة أثناء الاستشفاء بعد الولادة.
- العودة إلى المستشفى بعد الخروج من الولادة.
- الجلطات الدموية العميقة والانسداد الرئوي.
- وفيات الأمهات.

* على المدى البعيد:

- مشاكل الالتصاق التي يمكن أن تسبب ألما متواصلا في مكان الإصابة.
- الندبة وأثناء ممارسة الجنس بالإضافة إلى التسبب في مشاكل معوية خطيرة.
- مشاكل في الحمل اللاحق.
- الحمل خارج الرحم.
- المشيمة الملتصقة.
- انفصال المشيمة المبكر في الحمل التالي.
- تمزق الرحم.

ب- مخاطر العملية القيصرية للطفل:

* على المدى القصير:

- صعوبات إنعاش الجنين جراء مضاعفات المخاض قبل العملية القيصرية.
- هناك مراضة مرتبطة بمؤشر العملية القيصرية ولكنها خاصة بالولادة القيصرية في الواقع يكون معدل حدوث الضائقة التنفسية أعلى من 3 إلى 4 مرات أثناء الولادة

¹ Larsson, C. Saltvedt, S. Wiklund, I. Pahlen, S. Andolf, E. **Estimation of blood loss after caesarean section and vaginal delivery has low validity with a tendency to exaggeration.** Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2006; 85(12), P8.

القيصرية مقارنة بالولادة المهبلية السبب الرئيسي هو تأخر ارتشاف السائل الرئوي، والنتيجة عن بعض الأدوية المخدرة.¹

- مشاكل تنفسية عابرة خاصة إذا أجريت العملية القيصرية قبل 39 أسبوعا من الحمل.

* على المدى البعيد:

- مراضة الأطفال حديثي الولادة ليست صفرا غالبا ما تحدث الصدمات الخطيرة مثل كسر عظم العضد أو شلل الضفيرة العضدية في حالة الولادة القيصرية الطارئة بسبب تسرع الطبيب أو جهله بآليات التوليد أثناء قطع الطفل، وتعود هذه المضاعفات عموما على جهل ميكانيكا التوليد أثناء استخراج.

- الحساسية.²

- كما تبين أن زيادة خطر الإصابة بنقص السكر في الدم تكون مضاعفة خلال عملية قيصرية مخططة و4 مرات خلال عملية قيصرية طارئة يتم قبول الأطفال حديثي الولادة في وحدات إنعاش حديثي الولادة أيضا أكثر تواتر، في دراسة نيو وآخرون في عام 2013م كشفت عن زيادة بنسبة 20% في مخاطر الإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل مرض السكري من النوع الأول والربو...³

¹Karlström, LindgrenH, Hildingsson, **Maternal and infant out come after caesarean section without recorded medical indication: findings from Swedish case- control study.** BJOG, 2013, p86.

² Hélène Langlois, SOGC, Julie Bonapace, consultant, Nils Chaillet, University de Sherbrooke Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle, Robert Gauthier, CHU HSJ, Jean-Marie Moutquin, CHUS, INESSS, Vyta Senikas SOGC, La césarienne, janvier 2014, p 7.

³NeuJ, RushingJ .**Caesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis.** Clin Perinatal, 2011, p324.

6. العناية بالمرأة أثناء العملية القيصرية وبعدها:

* في المستشفى:

- تتطلب عملية الولادة القيصرية عادة الإقامة في المستشفى لمدة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام حيث يناقش الطبيب مع المريضة الخيارات المتاحة لتخفيف الألم.
- ما أن تبدأ آثار التخدير في التلاشي يطلب من المريضة بشرب السوائل والمشي فالسوائل تساعد المثانة على البدء في العمل كذلك المشي يساعد على منع حدوث الإمساك والتخثر الوريدي العميق.
- يقوم فريق الرعاية الصحية المسؤول عن العملية القيصرية بمراقبة حالة جرح المريضة والتأكد من عدم وجود مؤشرات للإصابة بالالتهابات ومن المحتمل أن تزال قسطرة المثانة في أقرب وقت.
- يمكن للأم بدء الرضاعة الطبيعية فور أن تصبح مستعدة حتى وإن كان ذلك في غرفة التوليد من جهة أخرى تقوم الممرضة بتعليم الأم وضع الرضاعة وطريقة إمساكها لطفلها حتى تشعر بالراحة، بالمقابل يحدد فريق الرعاية الصحية المتابع لها الأدوية التي ستتناولها لتخفيف ألم ما بعد الجراحة مع وضع الرضاعة الطبيعية في الحسبان.
- يمنع الأكل حتى تبدأ الأمعاء في العمل، ويعرف ذلك بخروج الغازات.

* في المنزل:

- يجب الحصول على قسط كاف من النوم والراحة خلال مدة الشفاء ومحاولة النوم عندما ينام الطفل.
- تجنب صعود ونزول السلالم قد المستطاع.
- يجب تجنب حمل أي أشياء ثقيلة يزيد وزنها عن وزن الطفل الرضيع.
- يجب الإمساك بالبطن موضع جرح العملية عند السعال أو العطس¹.
- يجب الحفاظ على مكان الجرح جافا إذ يمكن تغطيته بقطعة من الشاش إذا كانت الملابس تسبب حكة للجرح، لكن لا بد من تغيير الشاش يوميا للحفاظ على مكان الجرح جافا ونظيفا.

¹ فريق مايو كلينيك، التعافي من ولادة قيصرية: ما المتوقع، مايو كلينيك، مارس 2023، على الرابط <https://mayoclinic.org> طلعت عليه بتاريخ 2023/04/12 على الساعة 11:13

- الاستحمام اليومي للحفاظ على نظافة جرح الولادة القيصرية واستخدام الماء الدافئ والصابون برفق دون تدليك وفرك مع الانتباه أن الاستحمام يحدث عقب الزيارة الأولى للطبيب والاطمئنان على الجرح أما قبلها فلا يجب الاستحمام مطلقاً.
- اتباع نظام غذائي صحي: يساعد الحفاظ على نظام غذائي صحي جسم الأم على التعافي بشكل جيد كما ينصح بتتبع وجبات مغذية بدلاً من الوجبات المليئة بالسعرات الحرارية يمكن أيضاً طلب المشورة الغذائية من اختصاصي تغذية معتمد خلال فترة ما بعد العملية القيصرية فهو يساعد في تخطيط النظام الغذائي وفقاً للسعرات الحرارية والعناصر المطلوبة أثناء الرضاعة الطبيعية.¹
- كلما زادت الحركة وكلما انتظمت التمرينات الرياضية كان الشفاء أسرع.
- إذا حدث نزف أكثر من الدورة الشهرية العادية يجب إبلاغ الطبيب فوراً.
- والملاحظ هنا أن إفرازات المهبل تكون دموية في أول الأمر ثم بالتدرج تصبح مائية وإذا وجدت أن الإفراز له رائحة يجب إبلاغ الطبيب فوراً لأنه علامة على وجود التهاب.
- متابعة مظهر الجرح مكان العملية فلا يجب أن يكون أحمر، بالإضافة إلى متابعة الحرارة لأن المفروض ألا ترتفع درجة حرارته.
- الثدي يجب أن يظل على طبيعته ويجب إبلاغ الطبيب فور حدوث أي تغيير في طبيعته.
- يجب الاهتمام بشرب السوائل في حالة إرضاع المولود.²

¹ ستاب نيوز، أفضل طرق ونصائح العناية بالجسم بعد الولادة القيصرية، STEP NEWS، 2020 على الرابط: <https://stepagency-sy.net> اطلعت بتاريخ 2023/04/12 على الساعة 11:13

² أبو الغار محمد، المرأة في غرفة العمليات، ط1، دار الكتب العربية، القاهرة، 2012، ص 87.

7. تباين واختلاف نسب العمليات القيصرية في مناطق العالم:

الجدول(6): معدلات العمليات القيصرية في البلدان المصنفة حسب المجموعات الجغرافية

للأم المتحدة عام 2018

المنطقة الجغرافية/ المنطقة الفرعية	عدد الدول	معدل العملية القيصرية %	المنطقة الجغرافية/ المنطقة الفرعية	عدد الدول	معدل العملية القيصرية %
افريقيا	44	9.2 (5.2-13.2)	جنوب أوروبا	11	30.1 (27.5-32.7)
شمال افريقيا	5	32 (5.9-58.2)	أوروبا الغربية	7	24.2 (18.3-30.2)
افريقيا جنوب الصحراء الكبرى	39	5 (3.5-6.6)	الأمريكتان	25	39.3 (34.6-44)
آسيا	40	23.1 (19.9-26.3)	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	23	42.8 (37.6-48)
آسيا الوسطى	5	12.5 (6.5-18.4)	أمريكا الشمالية	2	31.6 (20.5-42.8)
شرق آسيا	5	33.7 (27.3-40.1)	أوقيانوسيا	7	21.4 (6.6-36.2)
جنوب شرق آسيا	8	15.9 (9.6-22.3)	استراليا ونيوزيلندا	2	33.5 (1.9-65.1)
جنوب آسيا	7	19 (13.7-24.3)	ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا	5	3.6 (0.7-6.6)
غرب آسيا	15	31.7 (22.7-40.6)	المجموع العالمي		21.1 (18.8-23.3)
أوروبا	38	25.7 (23.4-28)	البلدان متقدمة نموا		27.2 (25.2-29.2)
أوروبا الشرقية	10	25 (18.7-31.3)	البلدان متوسطة نمو		24.2 (20.9-27.5)
شمال أوروبا	10	25.3 (21.5-29.1)	البلدان منخفضة نمو		8.2 (5.2-11.2)

Source: Ana Pilar Betran, ET all, op-cit,p4.

من خلال الجدول تم تقسيم دول العالم إلى خمس مناطق جغرافية (إفريقيا، آسيا، أوروبا، الأمريكتين، أوقيانوسيا)، كل منطقة جغرافية تحتوي على مناطق فرعية وبالمقابل كل منطقة فرعية تحتوي مجموعة من الدول، ويتضح جليا أن أعلى متوسط لنسبة الولادة القيصرية حسب المناطق الجغرافية هي الأمريكتان بنسبة 39.3%، بحد أدنى 34.6% وحد أعلى 44%، بمنطقتين فرعيتين و25 دولة، تليها على التوالي أوروبا، آسيا، أوقيانوسيا، إفريقيا، بمتوسط نسب (25.3%، 23.1%، 21.4%، 9.2%)، وجدير للملاحظة أن هذه النسب

بطبيعة الحال لا تعكس واقع الدول ولا يسعنا الحكم على جميع دول منطقة جغرافية بارتفاع أو انخفاض نسبة العملية القيصرية فمثلا منطقة إفريقيا تتذيل الترتيب لكن من الدول المنتمية إلى المنطقة الفرعية فيها ألا وهي شمال إفريقيا يصل فيها معدل العملية القيصرية إلى 58.2%، على النقيض من ذلك أوقيانوسيا التي تسبق إفريقيا في الترتيب فإنها تحتوي على أصغر معدل للعملية القيصرية في منطقتها الفرعية (ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا) بحد أدنى 0.7% كما تم أيضا تحديد متوسط نسب العمليات القيصرية على حسب مستوى نمو الدخل في العالم (متقدم، متوسط، منخفض) فكانت أعلى نسبة في الدول المتقدمة 27.2% بمجموع 45 دولة، تليها الدول متوسطة النمو بنسبة 24.2% بمجموع 50 دولة أخيرا الدول منخفضة الدخل أو النمو بنسبة 8.2% و39 دولة، ما يمكن استنتاجه من هذه المعطيات أن أسباب وتطور معدلات العمليات القيصرية تختلف على حسب السياق الاقتصادي إذ أن وتيرة وأسباب هذه الأخيرة تختلف باختلاف نوع الدول متقدمة الدخل كانت أو منخفضة الدخل وعليه سنحاول إيضاح هذه النقطة كآلاتي:

- البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط:

في هذه البلدان ترجع الزيادة في معدلات العمليات القيصرية إلى محددتين رئيسيين: التغيير في الممارسات الطبية وزيادة الطلب على العمليات القيصرية من قبل النساء، حيث إن تحسين طرق التشخيص والمعرفة الأفضل لعوامل الخطر المرتبطة بأمراض التوليد والجنين جعل من الممكن تحديد حالات الحمل عالية الخطورة بشكل أفضل واللجوء بشكل متكرر إلى الولادة القيصرية المجدولة، في الواقع حتى لو كانت الولادة القيصرية تتطوي على مخاطر أكثر من الولادة المهبلية فإن العملية القيصرية الطارئة أثناء المخاض تتطوي على مخاطر أكثر من العملية القيصرية المخطط لها، لذلك غالبا ما تستخدم هذه الحجة لتبرير العملية القيصرية الطارئة المخطط لها في سياق الحمل عالي الخطورة.¹

في سياق البلدان الغنية غالبا ما يشار إلى المخاوف بشأن التقاضي أو الدعاوي القضائية كعامل مهم في زيادة معدل العمليات القيصرية علاوة على ذلك نادرا ما يتم انتقاد الأطباء من قبل أقرانهم أو المرضى بسبب تدخلات غير ضرورية ولكن غالبا ما يتم انتقادهم

¹Bragg F, Cromwell DA, Edozien LC, Gurol-Urganci I, Mahmood TA, Templeton A, Et al. Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting formaternal and clinical risk: cross sectional study. BMJ. 2010 Oct p6.

بسبب عدم التدخل خاصة إذا كانت النتيجة النهائية للأم والطفل سيئة نتيجة لذلك يعتقد العديد من الممارسين أنه من الأفضل أن يتم انتقادك بسبب زيادة عدد الولادات القيصرية بدلا من مقاضاتك لعدم التدخل، بالإضافة إلى ذلك أدت التحسينات في تقنيات الجراحة والتخدير التي قللت بشكل كبير من خطر حدوث مضاعفات ما بعد الجراحة إلى تغيير تصور مقدمي الرعاية والنساء الذين ينظرون بشكل متزايد إلى العملية القيصرية كإجراء آمن لا يوجد فيه خطر حيث تطالب النساء بشكل متزايد بحقهن في إختيار طريقة الولادة، ويعترف حاليا بطلب المرضى للولادة القيصرية كأحد محددات الزيادة في معدلات الولادة القيصرية وتجدر الإشارة إلى أن المرضى الذين يطلبون الولادة القيصرية هم في الغالب من الطبقات الاجتماعية الأكثر ثراء مع مستوى عالي من التعليم ولديهم تأمين طبي خاص هذا الطلب مرتبط بأسباب الراحة الاجتماعية والتخطيط للولادة الآمنة، والرغبة في منع الحمل الدائم.¹

من ناحية أخرى لوحظ تغيير في السلوك بين النساء في الصين ساهمت سياسة الطفل الواحد في زيادة وتيرة العمليات القيصرية، والتي ينظر إليها على أنها الطريقة الأكثر أمانا للولادة كما ساهمت عوامل ثقافية أخرى مثل أهمية إختيار تاريخ الولادة في زيادة معدلات العمليات القيصرية الاختيارية، في أمريكا اللاتينية أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية ظاهرة المودا في زيادة معدلات العملية القيصرية حيث ينظر حاليا إلى الولادة المهبلية على أنها قديمة، بالإضافة إلى الرغبة في منع الحمل كما يعد إغلاق (ربط البوق) أثناء الإجراء عاملا محفزا للعديد من النساء، فمن المدهش أن النساء في هذه البلدان اليوم أقل عرضة للولادة بشكل طبيعي عما كان عليه الحال قبل عقود.²

- البلدان منخفضة الدخل:

في هذه البلدان كانت الزيادة في معدلات الولادة القيصرية أقل مما هي عليه في المناطق الأخرى بالنسبة لمعظم البلدان في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ظلت المعدلات أقل من 5% في عام 2014م تحت هذا الحد، وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن العديد من النساء لم يستقن من التدخل عندما كن بحاجة إليه، أما في بعض البلدان زادت معدلات

¹ Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(4), p453.

² Aminu M, Utz B, Halim A, van den Broek N. Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Apr5; 14:130p9.

الولادة القيصرية المنخفضة بشكل كبير لعدة أسباب أهمها رفع الحاجز المالي، وفي الواقع في إطار مكافحة وفيات الأمهات والوفيات المحيطة بالولادة نفذت بعض الدول سياسات لدعم رعاية التوليد في حالة الطوارئ وحديثي الولادة، في بوركينا فاسو تم دعوة الولادة القيصرية بنسبة 80% من عام 2006م حتى عام 2016م عندما قررت الدولة جعلها مجانية تماما ارتفعت المعدلات في هذا البلد.¹

في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تعزى المعدلات المرتفعة للولادات القيصرية في بعض المستشفيات إلى نقص المعرفة أو عدم استخدام أدلة الممارسة الجيدة ولا سيما لرعاية المرضى الذين لديهم تاريخ من العمليات القيصرية أو الذين تعرضوا للولادة، المخاض المطول أو الألم القاتل أثناء المخاض وبالفعل فقد ثبت أن الافتقار إلى المعرفة واستخدام أدلة الممارسات الجيدة فيما يتعلق بإدارة المخاض والولادة فضلا عن الطرق البديلة مثل الاستخراج بالأدوات وبضع الفرج، هي أصل المعدل المفرط للولادة القيصرية الطارئة في هذه البلدان كما أن التدريب الغير الكافي للمهنيين الصحيين عامل مساهم في زيادة معدلات الولادات القيصرية في المستشفيات، وقد أظهرت دراسة أجريت في بوركينا فاسو حيث يتم إجراء العمليات القيصرية من قبل أطباء التوليد ولكن أيضا من قبل الممارسين العاميين والممرضات المدربين في جراحة الطوارئ أن أقل الموظفين المؤهلين لديهم مخاطر أعلى للإشارة إلى الولادة القيصرية بشكل غير صحيح، في بعض البلدان مثل السنغال ساهمت الموارد المالية الممنوحة للمستشفيات لممارسة الولادة القيصرية في إطار سياسة الدعم أيضا في زيادة معدلاتها.²

ما يمكن استنتاجه بشأن الولادة القيصرية: ارتفعت معدلات الولادة القيصرية في جميع أنحاء العالم إلى مستويات غير مسبقة على الرغم من استمرار وجود فجوات كبيرة بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل وبالفعل فإن معدلات الولادات القيصرية الحالية باستثناء البلدان منخفضة الدخل أعلى من عتبة 10% التي أوصت بها منظمة

¹ Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P. **Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: across-sectional epidemiological survey.** BMC Pregnancy Childbirth. 2012, p6.

² Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. **Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania.** BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Feb 12; 14:68, p7.

الصحة العالمية وأن محددات معدلات هذه الأخيرة المتزايدة متعددة العوامل والمعرفة بها ضرورية لتوجيه السياسات والاستراتيجيات الهادفة إلى تحسين استخدام العملية القيصرية.

8. تطور العملية القيصرية في دول العالم:

1.8. تطور العملية القيصرية في الدول المتقدمة:

1.1.8. تطور العملية القيصرية في أميركا:

بين عامي 1996 و2006 تطورت معدلات العملية القيصرية في أميركا من 20.7% إلى 31.1% وقد ارتفع المعدل الإجمالي للولادات القيصرية في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة 60% من عام 1996 إلى غاية عام 2009 من 20.7% إلى 32.9%، انخفض عام 2010 إلى 32.8% واستمر بالانخفاض بشكل مرئي إلى 32.7% في عام 2013، أي ما يقرب واحد من كل ثلاثة ولادات ويترجم بـ 1.4 مليون ولادة قيصرية سنويا مما جعلها من الجراحات الكبرى والأكثر شيوعا في الولايات المتحدة، وبالموازاة كان هناك جهد كبير في السنوات الأخيرة للحد من حدوث الولادة القيصرية غير الطبية المشار إليها والتحريض من المخاض مع تركيز اهتمام خاص على الولادات تحت 39 أسبوعا من الحمل وتشمل الجهود المبذولة للحد من هذه الولادات إرشادات جديدة من الكونجرس الأمريكي لأطباء التوليد وأطباء النساء ومبادرات لتحسين جودة رعاية ما حول الولادة وتغييرات في سياسات المستشفى لعدم السماح بالعملية القيصرية الاختيارية لأقل من 39 أسبوع من الحمل.¹

من ناحية أخرى استمر معدل العملية القيصرية في الانخفاض إلى أن وصل عتبة 31.7% سنة 2019 قبل أن يعاود الارتفاع إلى 31.8% سنة 2020 و32.1% سنة 2021، ويشير تقرير (JAMA Health forum) أن معظم الولادات القيصرية كل عام (حوالي 3 من 5 نساء) هي ولادة قيصرية أولية وأن 4 من كل 5 نساء خضعن لولادة قيصرية أولية سيستمرون في إجراء عملية قيصرية أخرى للولادات الفرعية، وعلى الرغم من أن الجراحة يمكن أن تنقذ حياة كل من الأمهات والأطفال حديثي الولادة لم تجد الدراسات دليلا واضحا على أن الزيادة في معدل الولادات القيصرية قد ترافقت مع تحسينات في

¹ Michelle J.K. Osterman, M.H.S, **Changes in Primary and Repeat Cesarean Delivery: United States, 2016–2021**, Vital Statistics Rapid Release, Report No. 21 July 2022, p1.

مرضاة ووفيات الأمهات أو حديثي الولادة في الواقع بالمقارنة بالولادة المهبلية ترتبط الولادة القيصرية بارتفاع مخاطر حدوث مضاعفات الأمهات.¹

كما فحص تقرير NCHS الجديد اتجاهات في الولادات الأولية والولادات القيصرية المتكررة من 2016 إلى 2021 بناء على بيانات من جميع شهادات الميلاد المسجلة للمقيمين في الولايات الخمسين ومقاطعة كولومبيا كما تم كذلك النظر في التغييرات الأخيرة (من 2016 إلى 2019) في معدلات الإجراء حسب عمر الأم والعرق والأصل من أصل إسباني وعمر الحمل ودولة الإقامة فوفقا للتقرير تذبذب معدل الولادة القيصرية الأولية بشكل طفيف من عام 2016 إلى عام 2021 ارتفع بنسبة 4%، ثم من 21.6% سنة 2019 إلى 22.4% سنة 2021 وهو أعلى معدل تم الإبلاغ عنه منذ أن توافرت بيانات وطنية قابلة للمقارنة، في المقابل تكرر الولادة القيصرية انخفض المعدل من 87.6% إلى 86.2% (بمتوسط 0.6% كل عام) من 2016 إلى 2019 ثم انخفض إلى 85.9% عام 2021، كما يشير التقرير إلى أن الزيادات في معدلات العمليات القيصرية الأولية حدثت في النساء الأصغر من 40 سنة بين عامي 2019 و2021، ارتفعت المعدلات بنسبة 4% للنساء في العشرينات إلى 20% للنساء اللواتي تتراوح اعمارهن بين (20 و 24 عاما)، وإلى 21% لمن تتراوح اعمارهن (بين 25 و 29 عاما) و2% بين النساء اللواتي تتراوح اعمارهن بين (30 و 34) بنسبة 22.7%، و1% للنساء ما بين (35 و 39 سنة) بنسبة 26.2%، بالإضافة إلى ذلك زادت معدلات الولادة القيصرية لأول مرة لمعظم المجموعات العرقية وذوي الأصول الاسبانية بين عامي 2019 و2021 حيث تراوحت من 3% للنساء الآسيويات غير اللاتينيين (من 23.3% إلى 23.9%) والنساء البيض غير اللاتينيين (من 21.3% إلى 21.9%) إلى 14% لنساء هواي الأصليين وغيرهم من سكان المحيط الهادي (من 19.8% إلى 22.6%) في المقابل فإن معدلات الولادة القيصرية المتكررة انخفضت بشكل طفيف (أقل من 1%) للنساء البيض وغير اللاتينيين، كما زادت معدلات الولادة القيصرية لأول مرة خلال هذه الفترة بنسبة 3% إلى 5% للولادات في جميع أعمار الحمل 40 أسبوعا أو أقل بالإضافة إلى ذلك زادت معدلات الولادة القيصرية بنسبة 2% للولادات في أقل من 34 أسبوعا (من 86.2% إلى 87.5%).

¹ Joan. Stephenson, **Rate of First-time Cesarean Deliveries on the Rise in the US**, JAMA Health Forum. 2022; 3(7) 4 p1.

كما أنه قد كانت هناك اختلافات إقليمية في معدلات الولادة القيصرية بين عامي 2019 و2021 حدثت زيادات الولادات القيصرية الأولية في 31 ولاية ومقاطعة كولومبيا تراوحت من 1% في ولاية بنسلفانيا إلى 17% في ألاسكا، بينما انخفضت المعدلات في ولايتين (كانساس، ونيوجيرسي)، زادت الولادات القيصرية المتكررة بنسبة 1% إلى 2% في ولاية كونيتيكت وواشنطن، وانخفضت بنسبة 2% أو أقل في 7% في ولايات (ألاباما، كاليفورنيا، فلوريدا، جورجيا، كنتاكي، ونيوجيرسي وويست فيرجينيا)، ويتوقع تقرير NCHS أن الولادة القيصرية الشاملة من المرجح ان تستمر في الارتفاع.¹

2.1.8. تطور العملية القيصرية في الصين:

في عام 1988 بلغ معدل الولادات القيصرية في الصين 3.4% فقط ولكنه زاد بسرعة كبيرة بعد عام 1990 فاستنادا لأربع دراسات استقصائية صينية عن الخدمات الصحية التي أجريت في 1993، 1998، 2003، 2008 ارتفع معدل المواليد بالعملية القيصرية من 14.9% إلى 64.1% في المناطق الحضرية ومن 15% إلى 21.6% في المناطق الريفية بين 1993 و2008، علاوة على ذلك عند نسبة 46.2% تم الإبلاغ عن أن الصين لديها أعلى معدل ولادة قيصرية في مسح شامل لمنظمة الصحة العالمية اجري في 2007-2008، بناء على الأدلة المتاحة فإن اللجنة الصحية الصينية والمهنيون الطبيون يعملون على خفض معدل الولادة القيصرية خاصة منها الغير موجهة طبيا فقد بذلت الحكومة الصحية جهودا كبيرة لخفض هذه المعدلات وتعزيز الولادة المهبلية من خلال اطلاق عدد من البرامج المختلفة، وقد أفادت آخر دراسة أن المعدل الإجمالي للولادة القيصرية في الصين كان 34.9% في عام 2014 وبالمقابل كان هناك انخفاض في بعض المدن الكبرى ما بين 2008 و2014.²

وفي عام 2014 كانت معدلات العمليات القيصرية في المدن الكبرى وفي المناطق الحضرية والريفية على التوالي 48% و42% و31%، هذا التفاوت بين المناطق يشير على أن الصين لم تتوفر على تحليلات تفصيلية حول وباء الولادة القيصرية فيها وما هو المعدل

¹ Joan. Stephenson, op-cit, p2.

² Jie Yan, ET all, **the trend of caesarean birth rate changes in China after 'universal two-child policy' era: a population-based study in 2013–2018**, BMC Medicine (2020) 18:249, p2.

المناسب، فلم يتم معالجته بشكل كاف فالتتمية الاقتصادية في الصين غير متساوية عبر المناطق وهو ما يعكس التفاوت الكبير الذي لا يزال في قياسات صحة الأم والطفل بالإضافة إلى ذلك بعد تنفيذ السياسة الشاملة للأطفال في عام 2015 تغيرت خصائص المرأة الحامل وقد تتغير أكثر بعد تنفيذ سياسة الأطفال الثلاثة.¹

ووفقا لنموذج الصحة العالمية بلغ معدل الولادة القيصرية في 2015-2016 نسبة 38.9% حيث تم إيجاد 14.1% من النساء كان لهن عملية قيصرية سابقة وكان الرحم مشوبا بالندوب بنسبة تصل إلى 38.2% من جميع العمليات القيصرية، بالمقابل كان طلب الأم هو السبب الثاني الأكثر شيوعا للعمليات القيصرية وتجدر الإشارة إلى أنه يمثل ما يقرب من 10% من جميع العمليات القيصرية، وإن أكثر من 80% من حالات الحمل المتعددة و90% من النساء اللواتي لهن ندبة رحمية أو وضعية غير اعتيادية للجنين تم ولادتهن عن طريق العملية القيصرية.²

أما في عام 2018 بلغ معدل الولادة القيصرية في الصين 36.7% وعلى الرغم من أن هذا المعدل أقل من معدلات السنوات السابقة إلا أنه لا يزال أعلى بكثير من المعدل الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية في حدود 10%-15%.³

3.2.8. تطور العملية القيصرية في فرنسا:

فرنسا كغيرها من دول العالم والدول الأوروبية لم تسلم من زيادات معدلات العمليات القيصرية خلال نهاية القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين فقد شهدت هذه الأخيرة ارتفاعات مستمرة فمنذ عام 1980 تضاعف معدل العملية القيصرية بمقدار الضعف تقريبا،⁴ إذ يوضح الجدول التالي تطور معدلات هذه الأخيرة من سنة 1981 إلى غاية سنة 2003، والجدول التالي يوضح تطور وتيرة معدل العملية القيصرية خلال العقدين الماضيين:

¹ Y Zhang, an AP Betran, **What is an appropriate caesarean delivery rate for China: a multicentre survey**, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology published by John Wiley & Sons Ltd, 2021, p138.

² Y Zhang, an AP Betran, op-cit, p145.

³ Ruibin Deng , Xian Tang, Jiaxiu Liu, Yuwen Gao, and Xiaoni Zhong, **Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China**, BMC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:384, p2

⁴Karine Sizgoric & Sonia Heimann Membres du CA et animatrices Association Césarine, **Deux fois plus de césariennes en 20 ans ! Que s'est-il passé ? Quelles conséquences ?**, p1.

الجدول (7): معدل العملية القيصرية في فرنسا من 1981 إلى 2003

السنة	المعدل العام %	المعدلات الأولية%
1981	10.9	-
1991	14	-
1995	15.9	18
2001	18	-
2003	20	23.5

Source : Karine Sizgoric & Sonia Heimann Membres du CA et animatrices Association Césarine, op -cit, p1.

تشير الأدبيات إلى عدة أسباب لتفسير الزيادة الحالية في عدد الولادات القيصرية على مستوى دولة فرنسا فعوامل الخطر الأكثر شيوعاً للأم هي ارتفاع عمر الأم وعدد حالات الحمل المتعددة بسبب تقنيات الإنجاب بمساعدة طبية والخداج والعملاقة وزيادة مؤشر كتلة الجسم للأم (BMI) وتاريخ الولادة القيصرية، وأخيراً يذكر أيضاً خوف المرأة من الولادة المهبلية وطلبها للعملية القيصرية للراحة.¹

في دراسة أجراها DREES لخص فيها الاختلافات في توزيع الولادات القيصرية ووجد أن 42.5% منها تم إجراؤها بناءً على طلب الأم دون سبب طبي.² أما تقرير المراقبة الطبية في فرنسا الصادر في ديسمبر 2010 من قبل (FHF) يصرح أنه في عام 2009 كان معدل العمليات القيصرية 20.23% لما مجموعه 779322 ولادة،³ ووفقاً لتقرير Euro-Persistât لعام 2015 فإن معدل العملية القيصرية في فرنسا يتراوح ما بين 18.4% و 21.6% إذ احتلت فرنسا سنة 2015 المرتبة السابعة من أصل 31 دولة أوروبية بمقدار عملية قيصرية واحدة لكل خمس مواليد مما يصنفها في مجموعة الدول ذات المعدلات المنخفضة،⁴ أما تطور نسبة الولادة القيصرية لسنتي 2016 و 2021 فكانت حسب المسح الوطني لفرنسا لعام 2021 بنسبتي 20.3% و 20.9% على التوالي.¹

¹ HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, **Hétérogénéité des pratiques en France**, janvier 2001, p1.

² HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, op-cit, p2.

³ Réalisé en collaboration avec des professionnels de La santé et de la médecine, sous la direction du Docteur Pierrick HORDÉ, **Césarienne - Accouchement par césarienne**, issu de Journal des Femmes Santé, juin 2016, p5.

⁴ Fichbach Elodie, **Comparaison de l'évaluation des pratique de césarienne dans une maternité de type III et une maternité de type IIA d'un même CHU à la Classification**

ما يمكن تمييزه عن تطور معدلات العملية القيصرية أنها ضلت تقريبا ثابتة من سنة 2003 و2021 في حدود 20% وهذا يعزى بتكثيف الدولة الفرنسية إلى مزيد من الرعاية الصحية للأمهات وتخطيط شامل لخفض معدلات هذه الأخيرة.

2.8. العملية القيصرية في الدول العربية والإسلامية

1.2.8. العملية القيصرية في إيران:

زادت العمليات القيصرية في الجمهورية الإسلامية الإيرانية بشكل حاد في الآونة الأخيرة حيث وجدت طهران معدلا متوسطا للولادة القيصرية بنسبة 3.1% في الفترة (1983-1967) إذ بلغ المعدل أعتاب 35% سنة 2000²، كما قد أظهرت تقارير وزارة الصحة الإيرانية أن معدلات العملية القيصرية كانت 40.7% في عام 2005، أما في سنة 2014 فقد وصلت النسبة إلى حوالي 53%³، وهذا الرقم أدنى من نسب العمليات القيصرية التي تتم في القطاع الخاص فقد بلغت النسبة فيها عتبة 90% من نفس السنة، فهذا الوضع الأكثر إثارة للقلق في إيران مما أدى إلى تنفيذ فيها برنامج يسمى خطة تطور الرعاية الصحية منذ 4 ماي 2014 من أجل تحقيق أهداف منظمة الصحة العالمية وكانت إحدى أهم حزم هذه الخطة هي الترويج للولادة المهبلية وكان من المتوقع أنه بحلول نهاية سنة 2014 سينخفض معدل العملية القيصرية إلى 10% فقد كانت إيران ثاني أعلى دولة في العالم من حيث ارتفاع معدلات هذه الأخيرة في بداية المشروع إلا أن هذا المشروع لم يحقق الغاية المرادة⁴ ففي دراسة أجريت خلال عام 2016 على النساء الحوامل في طهران أبلغت

de robson en 2019 sur une population de patientes porteuses de fœtus vivant et viables, op-cit, p31.

¹ L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : Équipe de recherche en Épidémiologie

Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (Epopée) *Hélène Crinelle, Nathalie Lelong, Camille Le Ray, Enquête Nationale Périnatale Rapport 2021, les naissances, le suivi à deux mois et les établissements situation et évolution depuis 2016*, France, octobre 2022, p134.

² F. Bahadori, S. Hakimi M. Heidarzade, *The trend of caesarean delivery in the Islamic Republic of Iran*, Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale, Vol. 19 Supplement 3 2013, p69.

³ Maryam Pourshirazi, ET all, *Caesarean delivery in Iran: a population based analysis using the Robson classification system*, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2022) 22:185, p2.

⁴ Faranak Rooeintan, Parviz Aghaei Borzabad, Abbas Yazdanpanah, *The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015*, *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842), 2016, p 3077.

عن معدل 72% للعملية القيصرية وذلك نظرا لأن معظم الولادات في إيران لا تستند إلى مؤشرات سريرية.¹

من ناحية أخرى أظهرت دراسة أجريت في إيران سنة 2019 أن معدل الانتشار العام للولادة القيصرية كان 48% للتعليم العالي والتعدد الكبير والقيام بعملية قيصرية لتلقي الرعاية السريرية في فترة الحمل من المستشفى أو أطباء خاصين وكانت العوامل الأساسية المؤثرة هي الاجتماعية والديمغرافية كما تعتبر تجربة الولادة القيصرية السابقة وضيق الجنين من الأسباب الرئيسية للولادة القيصرية بالإضافة إلى الخوف من آلام الولادة الطبيعية ونصائح الطبيب الغير السريرية.²

2.2.8. العملية القيصرية في مصر:

شهدت معدلات الولادة القيصرية زيادة مطردة في مصر من أقل من 5% في عام 1992 إلى حوالي 10% سنة 2000، و 52% سنة 2014 وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع معدلات الجراحة سنة 2014 كلف نظام الرعاية الصحية المصرية 46 مليون دولار.³

وفي دراسة قام بها باحثون في مصر سنة 2018 في ثمان مستشفيات من بين 8080 امرأة تم تسليم 5006 عملية قيصرية خضعت 57% منهم لعملية قيصرية سابقة وفي الوقت نفسه 14% كانوا يلدون قبل الموعد وكان 8% منهم حالات حمل طبيعية ولكن هناك حاجة إلى تحريض المخاض الذي كان غير ناجح مما يتطلب في النهاية إجراء عملية قيصرية.

خلصت دراسة أجريت في عام 2019 إلى أن توزيع معدلات الولادة القيصرية يختلف ويتم التحكم فيه من خلال مستويات متعددة بما في ذلك المستوى التعليمي وبالنسبة للنساء ذوات التعليم الثانوي تصل هذه النسبة إلى 58% مقابل 37% للنساء غير المتعلمات، ومن حيث مستوى المعيشة فإن نسبة النساء في المناطق الحضرية أعلى حيث تصل إلى 60%، وفي المناطق الريفية تبلغ 48%، بشكل عام كانت الأمهات اللاتي خضعن لثلاث عمليات جراحية أو أكثر من ذلك أكثر عرضة لإجراء ولادة قيصرية، ولكن في مصر كان العكس

¹ Sorayya Kheirouri ET all, **Rate and determinants of caesarean delivery in northwest of Iran: descriptive results from public health records**, Progress in Nutrition 2019; Vol. 21, Supplement, p95.

² Maryam Pourshirazi, op-cit, p5.

³ Mohamed Kandil, **the Skyrocketing rate of Cesarean section in Egypt**, Glob Drugs Therap, 2018, Volume 3(4): 1-1, p1.

صحيحاً حيث كانت النساء اللاتي لهن طفلان أو أقل عرضة للولادة القيصرية مرتين أكثر من النساء اللواتي لهن عدد أكبر من الأطفال.

حسب بيانات وكالة الإحصاء المصرية إن 72% من الولادات في مصر تتم عن طريق العملية القيصرية سنة 2021، وهذا المعدل يمثل أكثر من ثلاثة أضعاف المعدل العالمي الذي حددته منظمة الصحة العالمية، حيث أن مصر واحدة من خمس الدول التي يفوق فيها عدد العمليات القيصرية الولادات الطبيعية.¹

3.2.8. العملية القيصرية في إندونيسيا:

في إندونيسيا ارتفع معدل العملية القيصرية من 2% عام 1991 إلى 16% سنة 2012 حيث أفادت دراسة أجريت في إندونيسيا أن النساء الغنيات والمتعلمات جيداً كن أكثر عرضة لإجراء عملية قيصرية بنسبة 11.2% و 20% على التوالي في عام 2012 وقد كان السبب الأكثر شيوعاً لهذا النوع من الولادة في إندونيسيا من الإبلاغ عن المستشفيات في عام 2005 هو سوء التمثيل إذ يمثل هذا الأخير 5.5% من جميع الولادات في حين يمثل طلب الأم دون إشارة طبية 2.2% من جميع الولادات.²

وقد بلغت النسبة الإجمالية للولادات القيصرية في إندونيسيا 19.08%، وهذا المعدل أكبر من المعدل الذي حدده المجتمع الدولي، وكانت العوامل التي أثرت في الولادة القيصرية في إندونيسيا سنة 2017 هي انخفاض مؤشر الثروة بالإضافة إلى العوامل المركبة المتمثلة في التكافؤ وفترة الولادة كذلك الفاصل بين الولادة حيث أن مؤشرات الثروة العالية والمنخفضة لها تأثير مختلف في العملية القيصرية ففي مؤشر الثروة المنخفض تأثرت الأمهات بينما لم تتأثر في مؤشر الثروة المرتفع، فقد كان لدى الأمهات المصابات بمؤشر ثروة منخفض فرصة 0.89 للخضوع إلى العملية القيصرية في حين أن الأمهات ذوات مؤشر الثروة المرتفع كن أكثر عرضة 1.04 مرة للخضوع للجراحة القيصرية مقارنة بالأمهات ذوات مؤشر الثروة المعتدل وقد كانت هذه النتائج متماشية مع البحث الذي أجراه بوتري وهيردياتي الذي وجد أن مؤشر الثروة الأعلى يؤدي إلى فرصة أكبر للولادة القيصرية وترجع النسبة

¹ إبراهيم الطيب، مصر أعلى دول العالم في الولادات القيصرية، المصري اليوم، مارس 2023، على الرابط:

<http://www.almasryalyoum.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023 /04/12

² Sage Wyatt, Permata Silitonga, Esty Febriani, and Qian Long, **Factors associated with rising C-section rate in Indonesia: findings from the Indonesian demographic and health surveys from 1998 – 2017**, Duke Kunshan University 2stikku September 21, 2020, p3.

المرتفعة من الولادات القيصرية لدى الأمهات ذوات مؤشر الثروة المرتفع إلى أن العملية القيصرية باهضة الثمن وتتطلب مستويات أكثر تعقيدا من رعاية التوليد، من ناحية أخرى لم يؤثر الحمل المتعدد على معدلات الولادة القيصرية في إندونيسيا سنة 2017 فقد كانت فرصة حدوث ولادة قيصرية للأم الحامل بطفلين (توأمان) أعلى بمقدار 1.17 مرة من الأم التي كانت حامل بطفل واحد.¹

9. تطور العملية القيصرية في الجزائر:

كما ذكرنا سابقا زادت معدلات الولادات القيصرية بشكل كبير في جميع أنحاء العالم خلال العقد الماضي وخاصة في البلدان النامية، في الواقع قفز معدل العمليات القيصرية من 7% في عام 1990 إلى 19% عام 2014 ويبدو ان لهذه الزيادة ما يبررها إلى مستوى معين إذ يمكن للولادة القيصرية تحسين الرعاية لبعض النساء الحوامل ويمكنها أيضا ضمان صحتهن وصحة مولودهم الجديد،² فالجزائر في أقل من ثلاثين سنة تضاعف فيها معدل العملية القيصرية حوالي 4 أضعاف خلال سنة 1992 كانت تقدر بنسبة 6.3%،³ أما في سنة 2019 فقد وصل معدل العملية القيصرية في الجزائر أعتاب 24.8%،⁴ والجدول التالي يوضح تطور معدلات العملية القيصرية في الجزائر خلال هذه الفترة:

¹ Septiana Lazasniti , Putri Bungsu Machmud , Sudarto Ronoatmodjo, **factors that influence cesarean section deliveries in Indonesia**, JURNAL BERKALA EPIDEMIOLOGI Volume 8 Nomor 2 (2020) p105

² Mohammad Abu-Zaineh et all, **Cesarean Section Epidemic : The Algerian Case**, dialogues économiques, septembre 2021, par ligne <https://www.dialogueseconomiques.fr>

اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/17 على الساعة 6.30

³ Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue arabe, **Enquête algérienne sur la santé maternelle et infantile 1992**, Algérie 1994, p164

⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6)**, op.cit, p 180.

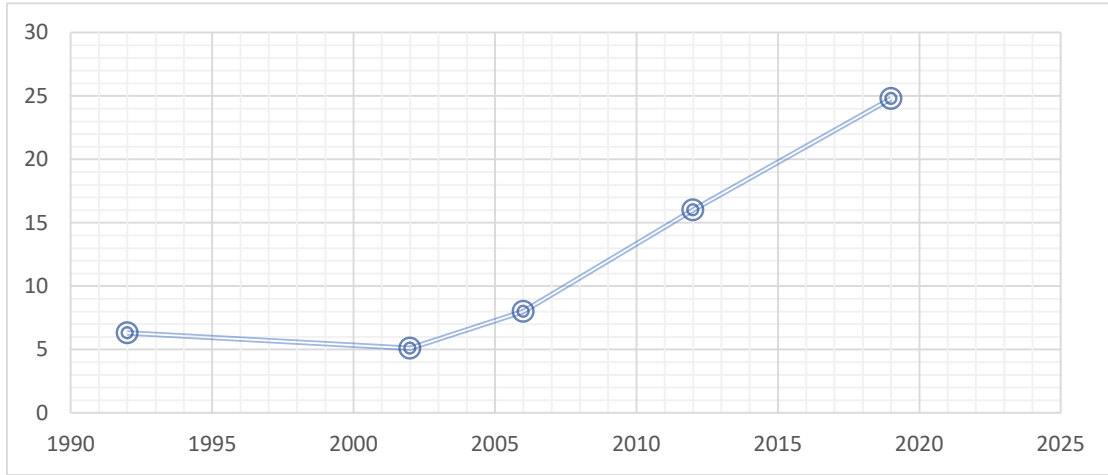
الجدول (8): تطور العملية القيصرية في الجزائر في الفترة (1992-2019)

السنة	معدل العملية القيصرية %	السنة	معدل العملية القيصرية %
1992	6.3	2012	16
2002	5.1	2019	24.8
2006	8		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

- 1- Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue arabe, **Enquête algérienne sur la santé maternelle et infantile 1992**, Algérie 1994, p164.
- 2- وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات، **عولمة السياسات والبرامج السكان-بعض مؤشرات الرصد والتقييم-المسح عن صحة الأسرة 2002**، الجزائر، ص46
- 3- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS3)**, op.cit., p 128.
- 4- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4)**, op.cit., p 141.
- 5- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6)**, op.cit., p 180.

الشكل (4): نسب العملية القيصرية في الجزائر (1992-2019)



المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الجدول 8

من نتائج الجدول (8) والشكل (4) يتضح أن نسبة العملية القيصرية في الجزائر زادت بوتيرة متزايدة بداية من 6.3% سنة 1992، شهدت هذه النسبة انخفاض طفيف سنة 2002 والمقدرة بـ 5.1% ولكنها ما لبثت في العودة للارتفاع بشكل مضاعف إلى أن وصلت إلى حوالي أربعة اضعاف أي 24.8% سنة 2019 وقد ارجعت هذه الزيادة الرهيبة إلى عوامل ديمغرافية واجتماعية فبال تعاون بين وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني

للإحصائيات تم توضيح العلاقة بين العملية القيصرية وهذه العوامل (سن الأم، المستوى التعليمي، المنطقة الجغرافية ومكان الإقامة) والتي سوف نعرضها كآلاتي:

أ- المنطقة الجغرافية وطبيعة الإقامة:

الجدول (9): تطور العملية القيصرية من خلال المنطقة الجغرافية وطبيعة الإقامة:

المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6)	المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4)	مسح صحة الأم والطفل 1992	خلفية المبحوثات	
النسبة المئوية %				
27.8	17.1	7.0	شمال الوسط	المناطق الإقليمية
29.8	21.4	4.8	شمال شرق	
25.0	19.4	7.7	شمال غرب	
16.0	10.7	5.1	مرتفعات الوسط	
27.2	14.6	4.2	مرتفعات الشرق	
18.6	12.0	7.7	الهضاب العليا الغربية	
17.1	10.1	6.3	الجنوب	
26.6	17.8	6.9	حضري	مكان
22.5	13.2	5.7	ريفية	الإقامة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992 بنسخته الفرنسية ص 64، و (MICS4) ص 141، و (MICS6) ص 180.

يتضح لنا من الجدول (9) أن مسح صحة الأم والطفل لسنة 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورتيه الرابعة والسادسة يشيروا مليا إلى وجود علاقة وثيقة بين الولادة عن طريق العملية القيصرية ومكان إقامة المرأة الحامل المقبلة على الولادة فقد أوضح الجدول أعلاه أن أعلى نسبة على مستوى المسح الوطني لصحة الأم والطفل كانت من نصيب منطقة الشمال الغربي والهضاب العليا بنسبة 7.7%، في حين أنه على مستوى المسحين العنقودين (MICS4) و (MICS6) تشهدها منطقة الشرق الشمالي بنسبة 21.4% و 29.8% على التوالي وأن هذه النسبة تقل كلما اتجهنا نحو الجنوب فقد بلغت أقصى الجنوب نسبة 10,1% و 17.1% على التوالي، أما في المسح الوطني لصحة الأم والطفل فأدنى نسبة

كانت في مرتفعات الوسط بنسبة 5.1%، كما قد سجلت نسبة الولادات القيصرية في المناطق الحضرية لسنة 2002 نسبة 6.9% مقابل 5.7% في المناطق الريفية، كذلك لسنتي 2012-2013 نسبة 17.8% أعلى منها في المناطق الريفية 13.2%، كما سجلت نسبة هذه الأخيرة في المناطق الحضرية لسنتي 2018-2019 نسبة 26.6% مقابل 22.5% في المناطق الريفية، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أنه كلما زادت درجة تحضر الأم كلما زاد إقبالها لوضع مولودها عن طريق العملية القيصرية.

ب- سن الأم:

الجدول (10): تطور العملية القيصرية في الجزائر من خلال سن الأم

المسح الوطني حول صحة الأم والطفل 1992					
النسبة %		خلفية المبحوثات		النسبة %	
6	34-30	عمر الأم عند الولادة	8.0	اقل من 20 سنة	عمر الأم عند الولادة
6.1	أكثر من 35 سنة		6.5	24-20	
			6.7	29-25	
المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6)			المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4)		
النسبة %		خلفية المبحوثات		النسبة %	
18.4	اقل من 20 سنة	عمر الأم عند الولادة	12.0	اقل من 20 سنة	عمر الأم عند الولادة
24.4	34-20		15.4	34-20	
26.5	49-35		18.1	49-35	

المصدر: من إعداد الباحثة من خلال المسح الوطني حول صحة الأم والطفل، والمسح

العنقودين (MICS4) و (MICS6)

من خلال الجدول (10) اتضح جليا وجود علاقة بين سن الأم ومعدل العملية القيصرية ففي المسح الوطني حول صحة الأم والطفل نتائجه أوضحت أن النساء الأقل سنا واللواتي يبلغن أقل من 20 سنة هن أكثر عرضة للعملية القيصرية بنسبة 8% في حين الفئات العمرية الأخرى كانت بنسب متقاربة حوالي 6%، أما من خلال المسح العنقودين (MICS4) و (MICS6) فقد ورد عنهما أنه كلما تقدمت المرأة في العمر كلما كانت أكثر عرضة للعملية القيصرية ففي الفئات العمرية أقل 20 سنة و 34-20 و 49-35 كانت النسبة 12%، 15.4%، 18.1% على التوالي خلال سنة 2012، أما في سنة 2019 فقد

كانت نسبة العملية القيصرية لنفس الفئات العمرية 18.4%، 24.4%، 26.5%، ومن خلال هذه المسوح الثلاثة يتضح وجود علاقة بين سن الأم واقبالها على إجراء العملية القيصرية ففي السن الصغيرة تكون الأم أقل خبرة ويسعنا القول تكون أول تجربة لدى معظمهن أما في السن المتقدمة تكون الأم أكثر عرضة لحدوث المضاعفات المصاحبة للحمل مما يؤثر على طبيعة ولادتها.

ت- المستوى التعليمي:

الجدول (11): تطور العمليات القيصرية في الجزائر من خلال المستوى التعليمي للمرأة:

المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6)	المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4)	مسح صحة الأم والطفل 1992	خلفية المبحوثات	
النسبة المئوية %				
18.0	8.4	5.0	دون مستوى	المستوى التعليمي
21.3	14.8	8.3	ابتدائي	
24.3	14.4	6.5	متوسط	
26.6	18.9	10	ثانوي	
29.8	26.3	-	جامعي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992 بنسخته الفرنسية ص 64، و (MICS4) ص 141، و (MICS6) ص 180.

يتضح لنا من خلال الجدول (11) أن توزيع نسب الولادات القيصرية لدى النساء الحوامل (15-49 سنة) غير متساو في كل من المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 1992 والمسحين العنقوديين (MICS4 2012-2013) و (MICS6 2018-2019) فقد كانت أعلى نسبة من نصيب النساء اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي على مستوى المسح الوطني لصحة الأم والطفل بنسبة 10% ثم يليها مستوى ابتدائي، متوسط، دون المستوى على الترتيب بنسب 8.3%، 6.5%، 5% على التوالي، أما فيما يخص المسحين العنقوديين فكانت أعلى نسبة في المستوى الجامعي بنسبة 26.3% و 29.8% على التوالي، ثم تليها نسبة 18.9% و 26.6% على التوالي عند المستوى الثانوي، تليها نسبي 14.4% و 24.3% بالنسبة لمستوى متوسط، ثم نسبي 14.8% و 21.3% على التوالي عند المستوى الابتدائي، وأخيرا نسبة 8.4% و 18% بالنساء اللواتي لا يعرفن لا القراءة ولا

الكتابة، كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة الولادات القيصرية في تطور وارتفاع ملحوظ مع مرور الزمن فمن خلال المسح العنقودي (MICS4 2012-2013) كانت النسبة على العموم 16%،¹ في حين من خلال المسح العنقودي (MICS6 2018-2019) ارتفعت لتصل إلى 24.8%،² وبطبيعة الحال مس هذا الارتفاع المستوى التعليمي ما بين هذين الفترتين، فلا بد من الإشارة إلى أن المستويات الثلاث (لا تعرف القراءة ولا الكتابة/ المستوى الابتدائي/ المستوى المتوسط) ازدادت بحوالي الضعف وهذا دليل على زيادة وعي وثقافة الأمهات المقبلات على الولادة وحريرتهم في تنظيم نسلهم مع اختيارهن لطريقة وضعهن لمولودهن، وبالرجوع إلى العلاقة بين المستوى التعليمي والولادة القيصرية فنتائج الجدول (11) تشير إلى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت معه نسبة الولادات القيصرية، وتفسيرا على ذلك يمكن إرجاعها إلى أنه كلما كان المستوى التعليمي أعلى ينتج عنه زيادة عدد النساء العاملات، وبالتالي يكون مجمل وقتهن وجهدهن في العمل، إذ يلجأن إلى تنظيم نسلهم من أجل تنظيم حياتهن اليومية بين العمل والإنجاب وتربية أولادهن، وبما أن الولادة بالعملية القيصرية تحدد عدد المواليد إذ لا يفوق 4 أولاد وعلى خلاف ذلك النساء اللواتي مستواهن منخفض يكن أغلبهن ماكاتات في البيت فتكون لهن فرصة أكثر للإنجاب والعناية بأطفالهن ما يجعلهن يتجنبن الولادة بالعملية القيصرية إلا للضرورة.

من ناحية أخرى في دراسة قام بها أحسن زناتي ومروان القيس أوضحوا أن عدد الولادات القيصرية في الجزائر في القطاع الخاص أعلى بكثير من القطاع العام، وإن 7% فقط من النساء اللواتي أنجن في مؤسسة عامة خضعن لعملية قيصرية، بينما ارتفع هذا العدد إلى 53% في القطاع الخاص ففي هذا الصدد كشف الباحثون عن وجود علاقة قوية بين مكان الولادة ونوعها حيث أن المرأة التي تلد في عيادة خاصة لديها احتمالية أعلى بنسبة 34% لإجراء عملية قيصرية في مواجهة هذه الحقيقة يبدو أن المحددات الغير الطبية تؤخذ في عين الاعتبار عندما يقرر الممارسون إجراء عملية قيصرية، حيث أن هناك بعض العوامل تزيد من احتمالية الوقوع في هذه الأخيرة مثل حجم الطفل وسكري الحمل والوذمة في القطاع العام ومع ذلك بالمقابل لم يلاحظ أي ارتباط على الإطلاق في القطاع الخاص وبالتالي فإن

¹Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS-4)**, op.cit., p143

²Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS-6)**, op.cit., p180

العمليات القيصرية التي تقوم بها مؤسسات الرعاية الصحية الخاصة غالباً ما تكون غير مبررة طبياً علاوة على ذلك تجدر الإشارة إلى أن القسم القيصري هو ممارسة تتطوي على مخاطر ومضاعفات محتملة وهو أمر نادراً ما يتم نقله من قبل المتخصصين الطبيين.¹

*** تطور العملية القيصرية في ولاية سطيف:**

ولاية سطيف شأنها شأن ولايات الجزائر الأخرى والمجتمعات الدولية فقد شهدت هي كذلك زيادة ملحوظة في معدلات العملية القيصرية سواء في القطاع العام أو الخاص وهو ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (12): تطور العملية القيصرية في ولاية سطيف في الفترة 2013-2021

السنوات	عدد الولادات	عدد العمليات القيصرية	نسبة العملية القيصرية %
2013	47645	9127	19.15
2014	51854	10422	20.09
2015	52635	10397	19.75
2016	54785	10538	19.23
2017	54535	11832	21.69
2018	53338	11046	20.70
2019	53250	11382	21.37
2020	49715	11626	23.38
2021	46489	12859	27.66

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف

يتضح من الجدول (12) أن نسبة العمليات القيصرية خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي 2013-2021 أي لمدة 9 سنوات شهدت ارتفاع مستمر ومتذبذب تارة بالزيادة وتارة بالنقصان وبالموازاة مع المعدل الوطني للعملية القيصرية في هذه الفترة كانت معدلات العملية القيصرية في ولاية سطيف جميعها أعلى من المعدل الوطني، وجدير للملاحظة أن معدل هذه الأخيرة كان يقدر ما بين 19% و21% خلال السنوات 2013-2019، في

¹Mohammad Abu-Zaineh et all, **Cesarean Section Epidemic : The Algerian Case**, dialogues économiques, septembre 2021, par ligne <https://www.dialogueseconomiques.fr>

حين خلال سنتي 2020 و2021 شهد ارتفاع ملحوظ قدر ب 23.38% و27.66% على التوالي وهو بذلك أعلى من المعدل الوطني العام، وأعلى من المعدل الذي صرح به المجتمع الدولي بحوالي الضعف، لكن السؤال الذي يطرح نفسه هل معدل العملية القيصرية على مستوى سطيف هو متواز بين القطاع العام والخاص فهذه النقطة قد أثارت جدلا على المستوى العالمي والمحلي ومنه سنتطرق لعرض معدلات العملية القيصرية بين القطاع العام والخاص في الجدول التالي:

الجدول (13): تطور العملية القيصرية بين القطاع العام والقطاع الخاص لولاية سطيف 2021-2019

سنة 2021			سنة 2020			سنة 2019			المؤسسة	القطاع
نسبة cés%	عدد cés	مجموع الولادات	نسبة cés%	عدد cés	مجموع الولادات	نسبة cés%	عدد cés	مجموع الولادات		
20.44	2379	11636	24.32	3711	15259	19.61	3678	18748	المركز الاستشفائي الجامعي CHU	القطاع العام
9.17	525	5722	11.10	776	6986	14.48	1288	8678	العلمة EHS	
17.19	418	2334	18.66	629	3370	16.67	589	3533	بوقة EPH	
25.57	675	2639	13.79	224	1623	18.37	579	3151	عين أزآل EH	
41.75	1633	3911	39.47	1016	2574	42.77	1013	2368	مصحة الهضاب	القطاع الخاص
32.15	1159	3604	24.25	803	3283	20.26	514	2537	مصحة المنصف	
27.84	544	1954	27.71	778	2807	27.72	664	2395	مصحة زميت	
35.70	1523	4266	33.98	1459	4293	30.01	1079	3596	مصحة شوقي وأشواق	
25.24	1758	6965	23.38	1036	4431	29.34	948	3231	مصحة البابور	

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف

يبين الجدول (13) توزيع معدلات العمليات القيصرية في القطاعين الخاص والعام حيث يظهر جليا تباين في التوزيع ما بين القطاعين، بالنسبة للقطاع العام في سنة 2019 تراوحت معدلات العمليات القيصرية بين حوالي 14% و19% أما في سنة 2020 فتراوحت

المعدلات بين 11% وحوالي 24% وفيما يخص سنة 2021 فكانت معدلات العملية القيصرية من 9% إلى 25%، في حين في القطاع الخاص كانت معدلات العملية القيصرية تمثل حوالي ضعف القطاع العام فكانت في سنة 2019 تتراوح بين 20% و42% أما سنة 2020 فهي بين 23% و39% وأخيرا سنة 2021 تراوحت بين 25% و41%، ما يمكن استنتاجه من هذا التوزيع المتباين أنه على مستوى القطاع الخاص توجد ممارسات غير طبية للقسم القيصري كما أشرنا سابقا في دراسة أحسن زناتي ومروان القيس إذ أصبحت هذه الأخيرة تجرى لعامل ربحي واقتصادي، فتحولت لتجارة أكثر مما كانت بحاجة طبية عند الضرورة ولدواعي إنقاذ حياة الأم والطفل ومن جهة أخرى تجرى لطلب الأم دون دواعي طبية تحت ذريعة المودا أو التقليد الأعمى لمن حولها ممن مروا بتجربة العملية القيصرية دون إدراك منهن للآثار الجانبية لها ومضاعفاتها على المدى القصير والطويل سواء بالنسبة للأم أو الطفل، فعلى الحكومات والمختصين في هذا المجال الالتفات لهذا الوضع ومحاولة تداركه قبل التفاقم أكثر لأنه في تزايد مستمر إذ أصبح يشبه الوباء في انتشاره.

خلاصة:

تعتبر الولادة القيصرية في جميع أنحاء العالم واحدة من أكبر العمليات الجراحية شيوعاً في مجال التوليد الحديث، وتهدف هذه الجراحة إلى إنقاذ حياة الأمهات والأطفال حديثي الولادة كما هو الحال في حالات عسر الولادة والظهور المقعدي والولادات المتعددة وانخفاض أو ارتفاع متوقع للوزن عند الولادة وضيق الجنين لكن الولادات القيصرية التي أجريت دون إشارة طبية تعرض الأمهات والرضع لخطر النتائج غير المواتية على سبيل المثال بالمقارنة مع الولادة القيصرية ترتبط هي الأخرى بزيادة خطر نقل الدم واستئصال الرحم ووفيات الأمهات والأطفال، تمزق الرحم المشيمة الملتصقة وانزياح المشيمة في الحمل اللاحق بالإضافة إلى ذلك فإن الولادات القيصرية تكلف أكثر وتتطلب دخول المستشفى لفترة أطول من الولادات المهبلية.

فالعلمية القيصرية أصبحت عملية رائجة جداً نظراً لسهولةتها ولتقبل المرأة وذويها لها وتغير شروط الوضع والدوافع الموجبة لإجرائها وكذلك تحسن شروط الاستشفاء وتقدم فن الجراحة مما سهل كثيراً مهمة الطبيب في اتخاذ قراره، كل هذا أدى إلى زيادة انتشار هذه العمليات حتى وأنها أصبحت موداً فالكديد من العمليات تجرى دون دواعٍ طبية، ويتم التركيز بشكل خاص على جدولة الولادات لراحة الطبيب أو المريض فضلاً عن التقليل من استخدام الولادات المساعدة (أكواب الشفط، الملقط) خوفاً من الإجراءات القانونية للأخطاء الطبية المحتملة وقد شهد معدل إجراء العملية القيصرية ارتفاعاً سريعاً إذ تضاعف أكبر من خمس مرات ووصل إلى أكبر من 20% من نسبة الولادات الطبيعية هذا بالنسبة للجزائر.

**الباب الثاني: الإطار الميداني
للدراسة**

الفصل الأول:

عرض وتحليل بيانات السجل
وخصائص أفراد العينة

تمهيد:

نقوم في هذا الفصل بعرض نتائج البيانات المتحصل عليها من السجل الطبي للنساء اللواتي أجريهن عملية قيصرية وتتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة على مستوى مستشفى الأم والطفل لولاية سطيف (CHU) إضافة إلى إبراز صفات ومميزات العينة التي تم اختيارها خلال هذا البحث من خلال الاستبيانات البالغ عددها 300 استبيان التي وزعت على نساء نفس الولاية وبنفس الشروط (أجريهن عملية قيصرية على الأقل خلال حياتهن الإنجابية والبالغ عمرهن 15-49 سنة) ، وهذا للسماح للقارئ أن يتعرف على مجتمع بحثنا ومميزاته، فكل عينة بحث لها خصائص خاصة بها، تكون في الغالب سبب التفرقة بين كل مجتمع وآخر، وسبب تباين النتائج المتحصل عليها في كل دراسة.

1- عرض وتحليل نتائج بيانات السجل الخاص بالنساء اللواتي أجرين العملية القيصرية

بمستشفى الطفل والأم خلال سنة 2021:

دراستنا كما أشرنا سابقا قد اعتمدت على أسلوبين من البيانات الأول توزيع استبيانات على المبحوثات المقيمات بولاية سطيف طبعا منهن اللواتي مررن بتجربة العملية القيصرية، والثاني والذي يعتبر أداة داعمة لبيانات الأسلوب الأول ألا وهو تحليل السجل الطبي الخاص بالنساء اللواتي أجرين العملية القيصرية على مستوى مستشفى الأم والطفل -الباز- ولاية سطيف (CHU)، حيث بلغ عدد العمليات القيصرية 2379 عملية خلال سنة 2021 وجدير للذكر هذا الأخير يتوفر على ثلاث متغيرات هي: سن المرأة، مكان إقامتها، والسبب الصحي وراء إجراء العملية القيصرية، وعليه سنحاول طرح علاقة هذه المتغيرات بالولادة القيصرية فيما يلي:

1- 1 فئات سن الأم:

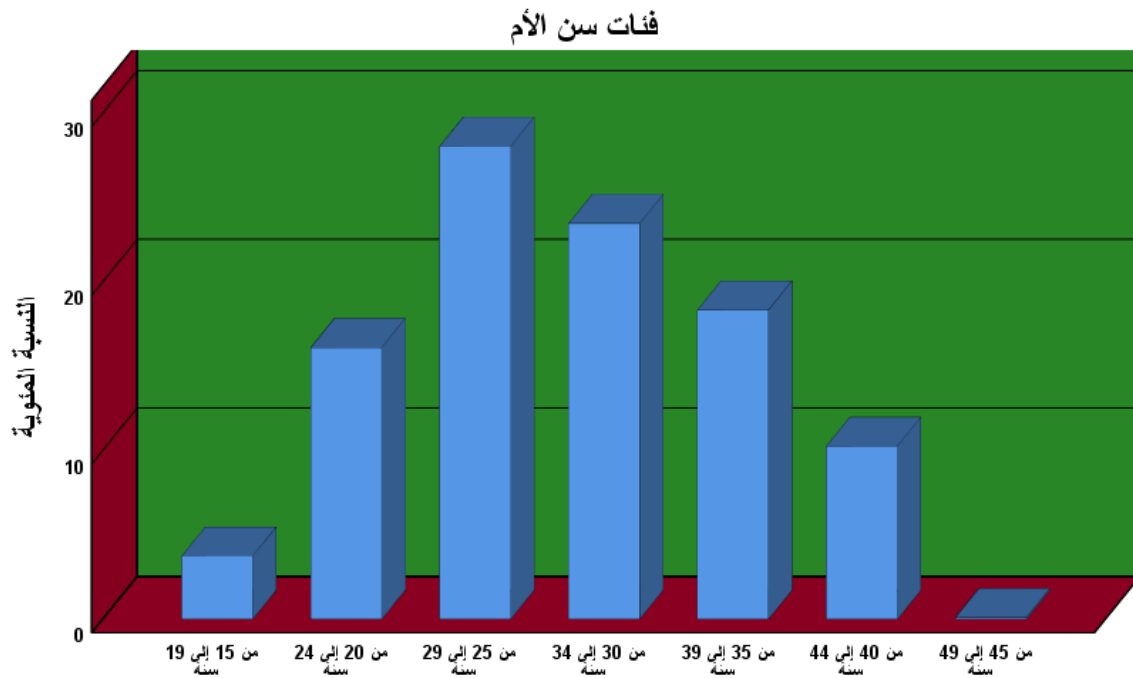
تراوحت أعمار عينة النساء على مستوى السجل من 17 إلى 45 سنة وقد قمنا بتقسيمهن على فئات عمرية خماسية بداية من 15 كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (14): التكرارات والنسب المئوية لمتغير فئات سن الأم

النسبة %	التكرار	فئات سن الأم
3.7	89	19-15
16.1	383	24-20
28	667	29-25
23.5	558	34-30
18.3	436	39-35
10.3	244	44-40
0.1	2	49-45
100	2379	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (5): أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير فئات سن الأم



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS من خلال قراءتنا للجدول رقم (14) والشكل (5) نجد أن بيانات السجل غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير فئات سن الام، حيث نجد عدد النساء اللواتي أعمارهن 25 - 29 سنة بمجموع 667 امرأة ونسبة 28%، وهي النسبة الأعلى، تليها النساء ذوات الفئات العمرية على الترتيب 30 - 34 سنة بـ 558 امرأة بنسبة 23.5%، والفئة 35-39 سنة بمجموع 436 امرأة ونسبة 18.3%، الفئة العمري 20-24 سنة بمجموع 383 امرأة ونسبة 16.1%، وتليها فئة النساء اللواتي أعمارهن 40-44 سنة بمجموع 244 امرأة ونسبة 10.3%، بعدها الفئة العمرية 15 - 19 سنة بمجموع 89 امرأة ونسبة 3.7%، وأخيرا فئة النساء اللواتي أعمارهن 45-49 سنة بمجموع امرأتين ونسبة 0.1%، وهي النسبة الأقل، في حين بلغت قيمة العمر المتوسط للنسوة 30.46 سنة طبعا هذا لم يكن مقصودا كوننا اعتمدنا على كل النساء المتزوجات في سن الإنجاب واللواتي لهن عملية قيصرية على الأقل، وهذا لدليل على الارتفاع المحسوس في سن الزواج، إذ عموما في السن الأقل من 20 سنة قد تكون الفتاة لاتزال في مرحلة الدراسة سواء بالمدارس أو الجامعات أو حتى بمراكز التكوين المهني، أما عن العمر الوسيط لأفراد عينتنا فقد بلغ 30 سنة، والعمر المنوالي 28 سنة، وبلغت قيمة انحراف اعمار النسوة 6.39 سنة، بتباين 40.83 سنة، ومدى 29 سنة.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية للفئة العمرية 25-29 سنة، وهذه النتائج متوافقة مع دراسة الباحثين بن عمور حفصة ونابتي سادية اللواتي توصلتا إلى أن أعلى فئة عمرية من النساء اللواتي يخضعن للعملية القيصرية في دراستهما هي الفئة 25-30 سنة بنسبة 33.59%¹، ويمكن تفسير هاته النتائج بأن نسبة الزواج مرتفعة لدى الإناث في عمر العشرينات في المجتمع الجزائري كما أشرنا سابقا في حديثنا عن العمر المتوسط لأفراد عينتنا، ومنه تكون نسبة الولادات مرتفعة لهذه الفئة على غيرها من الفئات الأخرى، "ففي دراسة الدكتور بوحفص سومية التي توصلت إلى أن سن الأمهات عند الإنجاب لأول مرة كان على مستوى الفئة العمرية 25-29 بالدرجة الأولى بنسبة 26.7% وتليها الفئة العمرية 30-34 بنسبة 24.4% وبعدها الفئة العمرية 35-39 بنسبة 15.6%"²، وعندما نأتي إلى تفسير ارتفاع نسبة العمليات القيصرية في هذه الفئة بالتحديد، فيرجع ذلك إلى أن المرأة بصفة خاصة تعاني صعوبات عند الولادة الأولى ويتعذر عليها ولادة طبيعية بالأخص في إنجاب المولود الأول الذي غالبا ما يكون في هذه الفئة العمرية، وكذا من كانت لها عملية قيصرية سابقة أو أكثر مما يدفعها إلى ولادة غير طبيعية، بالإضافة إلى ارتفاع النسبة في الفئتين العمريتين على التوالي 30-34 و 35-39 فيمكن تفسير هذه النتائج بأن أغليبتهن لهن على الأقل عملية قيصرية سابقة، أو أنهن حملن بعد مدة طويلة من الزواج، بالإضافة إلى كبر السن والمضاعفات التي تنجم عنه.

¹ Ben Ameer Hafssa, Nabti Sadia, *Césarienne*, op-cit, p80.

² بوحفص سومية، الرعاية الصحية للأمهات الحوامل في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة، دراسة ميدانية لعينة الأمهات (15-49) من دائرة عين صالح -ولاية تمنراست، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع والسكان، جامعة الجزائر 2، 2012، ص 175.

1-2- مكان الإقامة:

الجدول (15): التكرارات والنسب المئوية لمتغير مكان الإقامة

النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
54.2	1289	حضر
45.8	1090	ريف
100	2379	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (6): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير مكان الإقامة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS من خلال قراءتنا للجدول رقم (15) والشكل (6) نجد أن بيانات السجل غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير مكان الإقامة، حيث نجد عدد النساء اللواتي يقمن في المناطق الحضرية هن 1289 امرأة بنسبة 54.2%، وهي النسبة الأعلى، وتليها عدد النساء اللواتي يقمن في المناطق الريفية بحوالي 1090 امرأة ما يوافق نسبة 45.8% وهي النسبة الأقل، وهاته النتائج تتوافق مع نتائج دراسة دراسة إسرائ الرواشد وآخرون التي أشارت أن أغلب النساء اللواتي أجريين العملية القيصرية كن مقيمات في المحافظات الحضرية أولها عمان عاصمة الأردن بنسبة 37.1%¹.

¹ Israa Al-Rawashdeh, **Disparities in Cesarean Section among Women in Jordan: Analysis of the 2017-2018 Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS) Data**, op-cite, p12.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية عند النساء المقيمت في الحضر مقارنة بنساء الريف، ويعود ذلك أولاً لاختلاف البنية الفيزيولوجية فيما بينهما، واختلاف ثقافتهن حول الرعاية الصحية الإنجابية وكذا السلوك الإنجابي، فالمرأة في الحضر تميل للزواج في سن متأخرة مما ينعكس على خصوبتها وتحمل في عمر متأخر مما يؤثر سلباً بالدرجة الأولى على سيرورة الحمل ويخلق فيه تعقيدات ومضاعفات هذا من جهة، ثانياً المرأة في الحضر تخصص معظم وقتها للدراسة والعمل فهي في الغالب تكون أعلى مستوى من المرأة الريفية في التعليم وبالتالي لا يكون لها متسع من الوقت لإنجاب عدد أكبر من الأطفال، إضافة إلى ذلك بما أنها تميل للدراسة والعمل يكون وضعها الاقتصادي لابس به مما يشجعها على الإقبال على العملية القيصرية دون تردد، على عكس نظيرتها المرأة الريفية التي تغادر مقاعد الدراسة في سن مبكرة وتزوج ما يجعل شغلها الشاغل هو إنجاب الأطفال وتربيتهم، فالحمل في سن مبكر تكون خصوبة المرأة في أوجها مما يسمح بحمل سليم دون تعقيدات في الغالب، إضافة إلى ذلك لازالت بعض العادات في الأرياف تشجع على إنجاب عدد أكبر من المواليد نتيجة أن أغلبية نساء الريف ماكنات في البيت فتكون لهن فرصة أكثر للإنجاب والعناية بأطفالهن زد إلى ذلك معتقداتهن وثقافتهن أن كثرة الأولاد تجلب الرزق وتساعد الحفاظ على زواجهن من التفكك، وبما أن الولادة بالعملية القيصرية تحدد عدد المواليد الذي يستوجب ألا يفوق 4 عمليات فهذا يجعل المرأة الراغبة في انجاب عدد أكبر من الأولاد تتفادها وتلجأ إلى ولادة طبيعية وهذا ما يبرر ارتفاع هذه الأخيرة في الحضر عن الريف.

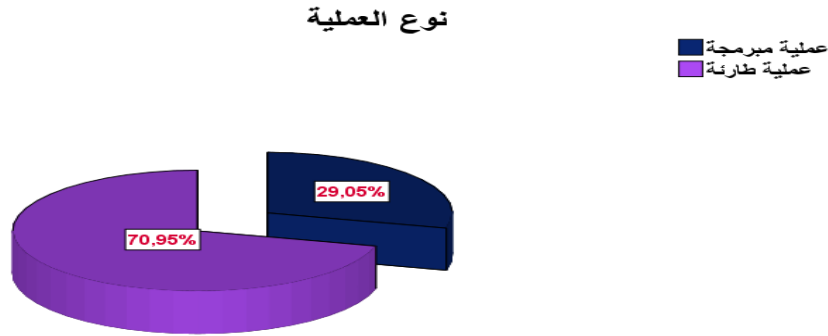
1 - 3- نوع العملية:

الجدول (16): التكرارات والنسب المئوية لمتغير نوع العملية

النسبة %	التكرار	نوع العملية
29.05	691	عملية مبرمجة
70.95	1688	عملية طارئة
100	2379	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (7): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع العملية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (16) والشكل (7) نجد أن بيانات السجل غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير نوع العملية، حيث نجد عدد النساء اللواتي أجريهن عملية قيصرية طارئة يمثلن 1688 امرأة بنسبة 70.95%، وتليها عدد النساء اللواتي أجريهن عملية قيصرية مبرمجة بمجموع 691 امرأة ونسبة 29.05%، وهي النسبة الأقل.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية الطارئة، فمن خلال اقترابنا من أحد أطباء النساء والتوليد الخاص بمستشفى الأم والطفل -الباز- متسائلين عن تباين توزيع نسب العملية القيصرية من خلال نوعها أفادنا أنه هناك تعليمات صارمة تستدعي إجراء العملية القيصرية إلا لدواعي طبية فالتى يتم برمجها مسبقا قبل موعد الولادة تكون نتيجة لحدوث مشاكل صحية أثناء الحمل ولوجود عمليات قيصرية سابقة تعرض حياة الأم والجنين أثناء الولادة الطبيعية، أما عن العمليات الطارئة فقد أفادنا هذا الأخير أنها تتم

على ثلاثة أنواع بحسب توقيتها التي تجرى فيه: العملية الطارئة قبل الأوان والتي تكون قبل موعد الولادة وتكون نتيجة لمشاكل صحية خاصة بالأم كحدوث نزيف مفاجئ أو تمزق الغشاء قبل موعد الولادة، ومشاكل صحية خاصة بالجنين كتوقف نموه داخل الرحم أو نفاذ الماء الأمينوسي، العملية القيصرية الطارئة أثناء موعد الولادة ومنها ما تتم قبل بدء المخاض كذلك للمشاكل الصحية خاصة بالأم والجنين، ومنها من تتم خلال المخاض وتكون نتيجة لمضاعفات ومشاكل الولادة الطبيعية على كل من الأم والجنين كطول مدة المخاض أو الضائقة الجنينية، وأخيرا العملية القيصرية الطارئة بعد الأوان وهي التي تتم بعد تجاوز المدة المحددة لعمر الحمل وعدم ظهور علامات الولادة الطبيعية فتبرمج عملية قيصرية طارئة لحماية لصحة الجنين وأمه، باختصار العملية القيصرية المبرمجة يكون التحكم فيها مسبقا وضبط موعدها نتيجة لتحديد المشكل الصحي أو سبب تعذر الولادة الطبيعية، على عكس الطارئة التي تأتي فجأة أو من غير المتوقع فهي تختلف من امرأة لأخرى من حيث طبيعتها وتوقيتها، وجدير للإشارة أنه يصعب حصرها مسبقا كنظيرتها المبرمجة هذا ما جعلها تكون بأعداد أكبر منها بكثير وإن لم نقل حتى الضعف أو أكثر من ذلك.

1-4- سبب إجراء العملية القيصرية حسب مكان الإقامة:

الجدول (17): سبب إجراء العملية القيصرية حسب مكان الإقامة

المجموع		ريف		حضر		مكان الإقامة سبب إجراء العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
28.6	680	29.36	320	27.93	360	الأمراض المزمنة
0.9	21	0.55	6	1.16	15	سن الأم
5.2	124	5.96	65	4.58	59	نفاذ الماء الأميوسي
2.2	52	2.11	23	2.25	29	الحمل بتوأم
10.3	246	10.83	118	9.93	128	التأخر عن موعد الولادة
1.3	31	1.38	15	1.24	16	احتمال الولادة قبل الموعد
3.24	77	3.21	35	3.26	42	الخوف على صحة الجنين
0.5	11	0.46	5	0.47	6	الخوف من ألم الولادة المهبلية
1	24	1.38	15	0.7	9	الخوف من التأثيرات الجانبية
3	71	3.39	37	2.64	34	تأخر الحمل
0.6	14	0.46	5	0.7	9	تباطؤ نبضات الجنين
1.6	38	0.73	8	2.33	30	تحرك المشيمة من مكانها
8	191	7.25	79	8.69	112	تمزق الرحم أثناء الولادة
0.8	20	0.83	9	0.85	11	جنين متوفى داخل الرحم
3.15	75	2.11	23	4.03	52	عدم انفتاح عنق الرحم
0.7	16	0.92	10	0.47	6	كبر حجم الجنين
1.8	44	1.83	20	1.86	24	خروج المشيمة قبل الجنين
12.9	307	13.21	144	12.65	163	عمليات قيصرية سابقة
2.4	56	2.48	27	2.25	29	نقص الصفائح الدموية
3.5	84	2.94	32	4.03	52	وضعية غير اعتيادية للجنين
1.5	37	1.65	18	1.47	19	تخثر الدم
3.4	80	2.94	32	3.72	48	نزيف حاد للأم
1.4	34	1.47	16	1.4	18	طول مدة الولادة وعدم خروج الجنين
1.9	46	2.57	28	1.4	18	انزلاق الحبل السري
100	2379	100	1090	100	1289	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج السجل الطبي ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (17) تبين لدينا وجود 21 سبب لإجراء العملية القيصرية حيث أن غالبية النساء كان سبب إجرائهن للعملية القيصرية هو إصابتهن بالأمراض المزمنة بحوالي 680 امرأة بنسبة 28.6%، تليها نسبة النسوة اللواتي كان سبب إجرائهن للعملية القيصرية هو عمليات قيصرية سابقة بمجموع 307 امرأة ونسبة 12.9%، باقي الأسباب كانت تنازليا بالتدرج إلى غاية النسوة اللواتي كان سبب إجرائهن للعملية القيصرية هو

الخوف من ألم الولادة المهبلية بمجموع 11 امرأة ونسبة 0.5% وهي النسبة الأقل من بين إجمالي مختلف الأسباب التي تناولها الجدول الأخير.

عند ربطنا هذا المتغير بمتغير الإقامة ظهر جليا نفس ترتيب نسب الأسباب الخاصة بالعملية القيصرية لكن اتضح وجود اختلاف في قيمة نسبها باختلاف نوع الإقامة التي تنتمي إليه المرأة فكانت أغلبها مرتفعة في الريف عن الحضر كالأمراض المزمنة بنسبة 29.36% مقابل 27.93% ونفاذ الماء الأمينوسي بنسبة 5.96% مقابل 4.58%، والتأخر عن موعد الولادة بنسبة 10.83% مقابل 9.93%، والعمليات القيصرية السابقة بنسبة 13.21% مقابل 12.65%، ومنها كانت مرتفعة في الحضر عن الريف كسن الأم بنسبة 1.16% مقابل 0.55%، ونزيف حاد للأم 3.72% مقابل 2.94%، وعدم انفتاح عنق الرحم بنسبة 4.03% مقابل 2.94%، ويرجع هذا الاختلاف باختلاف طبيعة الرعاية والثقافة الصحية للمرأة أثناء مسيرتها الإنجابية ما بين الحضر والريف فكما هو معلوم المدينة تتوفر على الهياكل الصحية الأساسية مما يسهل على المرأة العناية بصحتها الإنجابية ما يجنبها عدم الوقوع في المشاكل الصحية قدر الإمكان أو التقليل من حدتها، على عكس نظيرتها التي تقطن في الريف فمن جهة بعد المسافة عن مراكز الرعاية ومن جهة الثقافة السائدة في استشارة كبار السن ومن مررن بالتجربة، ففي دراسة بوحفص سومية أشارت أن نسبة الرعاية بالنسبة للنساء الحضر بلغت 88.8% مقابل 61.6% في الريف،¹ فمثلا الأمراض المزمنة وغيرها من الأمراض التي تصاحب الحمل لو لاقت الرعاية الضرورية والطاقت البشرية المتمكنة لتم السيطرة عليها، وهذا ما لاحظنا ارتفاعه في الريف عن الحضر، إضافة إلى الرعاية الصحية أثناء الحمل فإن ثقافة وطبيعة تفكير النساء كذلك تختلف باختلاف نوع إقامتهن فمثلا بالنسبة لمسألة الزواج والإنجاب النساء الحضريات يملن إلى الزواج والإنجاب في سن أكبر من النساء الريفيات فهن ينشغلن بالدراسة والحياة العملية وهذا ما لمسناه في ارتفاع نسبة سبب سن المرأة في الحضر، ولكن على العموم تبقى أسباب العملية القيصرية تقريبا نفسها سواء في الحضر أو الريف فقط يكمن الاختلاف في درجة تعقيد السبب بين هذين الأخيرتين.

¹بوحفص سومية، مرجع سابق، ص 193.

1-5- نوع العملية القيصرية حسب فئات سن الأم:

الجدول (18): نوع العملية القيصرية حسب فئات سن الأم

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية فئات سن الأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	89	30.4	27	69.6	62	19-15
100	383	35.8	137	64.2	246	24-20
100	667	30.7	205	69.3	462	29-25
100	558	27.6	154	72.4	404	34-30
100	436	22.5	98	77.5	338	39-35
100	244	28.7	70	71.3	174	44-40
100	2	0	0	100	2	49-45
100	2379	29.05	691	70.95	1688	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج السجل الطبي وبرنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (18) نلاحظ أن أغلب النسوة أجرين عملية القيصرية طارئة وهن 1688 امرأة بنسبة 70.95%، مقابل 691 امرأة خضعت لعملية قيصرية مبرمجة أي ما يعادل نسبة 29.05%.

عند ادخالنا لمتغير الفئات العمرية للنساء على نوع العملية القيصرية كان هناك اختلاف في التوزيع النسب بين الفئات العمرية ما بين الطارئة والمبرمجة، فعلى مستوى العمليات القيصرية المبرمجة كانت النسبة الأعلى من نصيب الفئة العمرية 24-20 بنسبة 35.8% تليها الفئات العمرية على الترتيب 29-25، 19-15، 44-40، 34-30، 39-35 بنسب على التوالي 30.7%، 30.4%، 28.7%، 27.6%، 22.5%، وأخيرا الفئة العمرية 45-49 بدون أية عملية مبرمجة، بالمقابل العمليات القيصرية الطارئة كانت أعلى نسبة فيها من نصيب الفئة العمرية 49-45 بنسبة كاملة 100% تليها الفئات العمرية على الترتيب 35-39، 34-30، 44-40، 19-15، 29-25، 24-20، بنسب على التوالي 77.5%، 72.4%، 71.3%، 69.6%، 69.3%، 64.2%، ولتفسير هذه النتائج فبالنسبة للعمليات المبرمجة كانت مرتفعة في الفئة العمرية 24-20 والفئة 29-25 وقد أشرنا سابقا أنه في هاتين الفئتين تكون غالبية الولادات لأول مرة فقد اقتربنا من إحدى القابلات حول سبب البرمجة لهتين الفئتين بالتحديد أفادت أنه هاته الأخيرة تكون أول تجربة لهن ففي حالات

الولادة لأول مرة يتوقع حدوث مضاعفات أثناء الولادة من جهة لجهل المرأة بماهية الولادة ومن جهة أخرى لخوض جسمهن التجربة لأول مرة مما يؤدي عدم تصرفهن بما يليق بسيرورة الولادة مما ينجم بالسلب عن صحتهم وصحة جنينهن، زد إلى ذلك قلة خبرة الطاقم الطبي وخوفهم من المضاعفات التي تحدث خلال الولادة الطبيعية خاصة للنساء اللواتي لهن أول تجربة مما تجعلهن يتجنبون الولادة العادية، إضافة إلى ذلك ممكن أن تكون نساء ضمن هاتين الفئتين لهن عمليات قيصرية سابقة أو تاريخ صحي سيء مع الولادة السابقة وعليه يتم في أغلب الأحيان وإن لم نقل دائما برمجة عملية قيصرية مسبقا، في حين في الولادة القيصرية الطارئة كانت النسب مرتفعة في كل من الفئات العمرية المتقدمة والصغيرة وهذا إن دل يدل على أن صغر سن الأم أو سنهن المتقدم يؤديان إلى مشاكل صحية وتعقيدات تنعكس على سيرورة حملها مما يعرض حياتها وحياة المولود للخطر، ما ينتج عنه التدخل العاجل وإجراء عملية قيصرية طارئة.

2- عرض وتحليل خصائص أفراد العينة بناء على نتائج الاستبيان:

إن معالم أي دراسة لا تتضح إلا إذا كان الباحث على دراية بكيفية تحديد خصائص عناصرها فهي التي تنير طريق البحث، فمن خلال تفصيل الخصائص يسهل تحديد المؤشرات المرتبطة وكذا دراسة العلاقة فيما بينهم، وعليه في هذا العنصر سنقوم بعرض خصائص عينة بحثنا من فئات العمر، وطبيعة الإقامة وكذا نوع المسكن وأخيرا عرض الخصائص الاقتصادية والوضعية المهنية:

2-1 فئات السن:

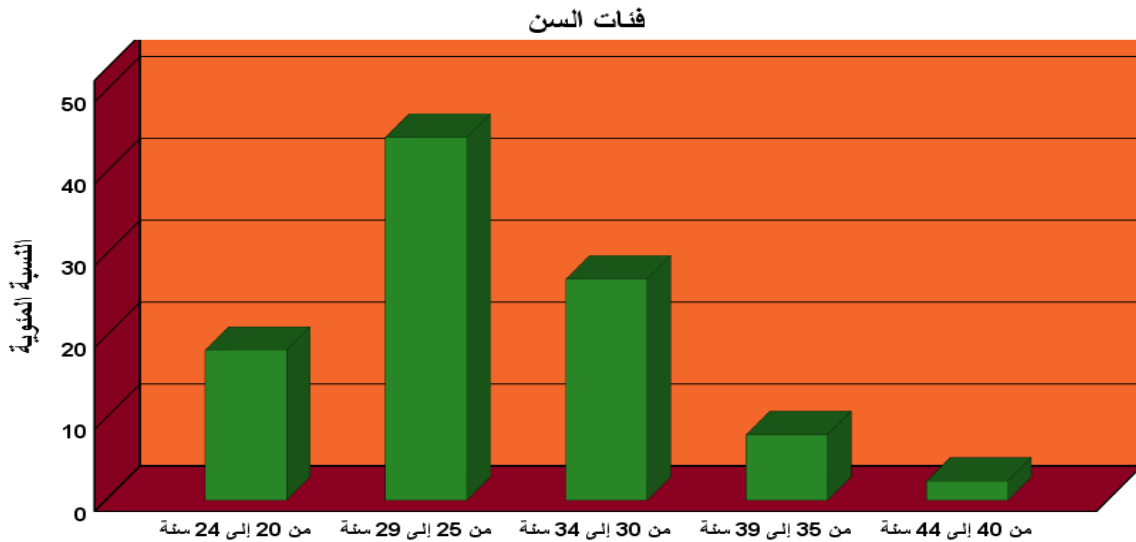
إن المجال البشري لدراستنا العام هو ما بين 15-49 سنة وبما أننا استخدمنا أداتين كان أفراد العينة في السجل الطبي ما بين 17 و44 سنة، في حين أفراد عينة الاستبيان فكانت الأعمار تتراوح ما بين 20 و43 سنة وعليه اضطررنا لتقسيم الفئات العمرية لأفراد العينة الخاصة بالاستبيان إلى فئات خماسية بداية من سن 20 سنة:

الجدول (19): فئات السن لأفراد العينة

النسبة %	التكرار	فئات سن الأم
18.3	55	24-20
44.3	133	29-25
27	81	34-30
8	24	39-35
2.3	7	44-40
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (8): أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير فئات العم



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

في هذا المحور قد عرضنا العمر الحالي لأفراد عينتها بغض النظر عن العمر الذي أجرين فيه العملية القيصرية حيث قسمناهن إلى فئات عمرية خماسية بداية من السن 20 إلى غاية 44 وهذا توازيا مع الأعمار التي تحصلنا عليها، ومن خلال قراءتنا للجدول رقم (19) والشكل رقم (8) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير فئات السن، حيث نجد عدد النساء اللواتي أعمارهن 29-25 سنة هن 133 امرأة بنسبة 44.3% وهي النسبة الأعلى، تليها عدد النساء اللواتي أعمارهن 34-30 سنة هن 81 امرأة بنسبة 27%، وتليها عدد النساء اللواتي أعمارهن 24-20 سنة هن 55 امرأة بنسبة 18.3%، وتليها عدد النساء اللواتي أعمارهن 39-35 سنة هن 24 امرأة بنسبة 8%، وتليها

عدد النساء اللواتي أعمارهن 40-44 سنة هن 7 نسوة بنسبة 2.3%، في حين بلغت قيمة العمر المتوسط للنسوة 28.65 سنة، والعمر الوسيط 28 سنة، والعمر المنوالي 27 سنة، وبلغت قيمة انحراف أعمار النسوة 4.39 سنة، بتباين 19.31 سنة، ومدى 20 سنة. يعود ارتفاع النسبة في الفئة العمرية 25-29 كون أن الفتيات الجزائريات أصبحن أكثر اهتماما بالدراسة وبالتالي يتأخر زواجهن إلى سن العشرينات على عكس ما كان عليه في الماضي يتزوجن في سن أقل من 20 سنة، فمتوسط سن الزواج لأفراد عينتنا بلغ 23.92 سنة وبالتالي النساء في الفئة العمرية 25-29 عموما هن المعنيات بالزواج وإنجاب المولود الأول فقد كان متوسط سن الإنجاب لأفراد عينتنا هو 25.93 سنة بوسيط 26 سنة ومدى 27 سنة (انظر الملحق 3) ومما لا شك فيه أن المرأة التي تلد لأول مرة تكون أكثر احتمالا لمروها بالعملية القيصرية نتيجة أن جسمها وبالتحديد الحوض الذي يكون ضيقا نوعا ما مما يصعب عليها عملية الولادة الطبيعية، ومن ناحية أخرى قد تكون منهن من مرت بعملية قيصرية سابقة أو تعقيدات صحية أثناء ولادة سابقة أثرت في الحمل التالي، باختصار في هذه الفئة إما أن تكون أول حمل للمرأة أو يكون لها تاريخ طبي مع ولادة سابقة انعكس على الحمل التالي.

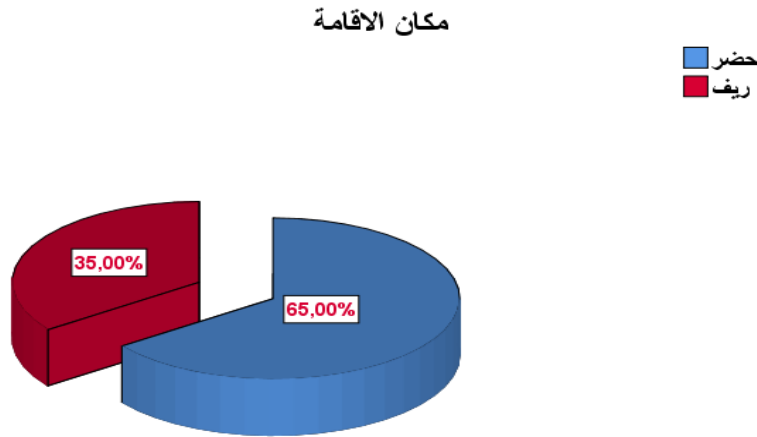
2-2- مكان الإقامة:

الجدول (20): توزيع أفراد العينة حسب مكان إقامتهم

النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
65	195	حضر
35	105	ريف
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل البياني (9): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير مكان الإقامة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS من خلال قراءتنا للجدول رقم (20) والشكل رقم (9) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير مكان الإقامة، حيث نجد عدد النساء اللواتي يقمن في المناطق الحضرية هن 195 امرأة بنسبة 65% وهي النسبة الأعلى، وتليها عدد النساء اللواتي يقمن في المناطق الريفية هن 105 امرأة بنسبة 35%، وهي النسبة الأقل.

هذه النتائج تتشابه مع نتائج السجل الطبي من خلال الجدول رقم (15)، ونتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) التي كانت تتم فيه 26.6% من العمليات القيصرية في الحضر مقابل 22.5% منها في الريف،¹ وإن التباين في نسب هذه الأخيرة بين المدينة والريف يؤكد اختلاف نظرة الأم باختلاف مكان الإقامة، خاصة حياتها الإنجابية سواء من حيث تحديد أولوياتها في الإنجاب وطبيعته وكذا العمر المحدد له، فتشير الدراسات السكانية الى أن لمكان الإقامة دورا مهما في تباين الخصوبة البشرية، والسلوك الإنجابي، وإذا القينا نظرة سريعة على المعدلات في العالم بشكل عام فإنه يتضح فوراً أن معدل الولادة يقل كلما ارتفع مستوى التحضر، وعلى العكس من ذلك ترتفع معدلات الولادة في المناطق الريفية، وتبلغ تباينات المواليد والخصوبة في سكان الريف والحضر حدما الأقصى في البلدان الصناعية المتقدمة، وتزداد اختلافات المواليد والخصوبة بين الريف والحضر اتساعا مع مرور الزمن بسبب الانخفاض السريع لمعدلات الخصوبة في المناطق الحضرية عنها في

¹Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6)**, op.cit., p 180.

المناطق الريفية،¹ فهذا يؤدي إلى اختلاف العقلية والذهنيات في موضوع الولادة وتحديد النسل فكما أشرنا سابقا المرأة الريفية تميل إلى إنجاب عدد أكثر من الأطفال مما يجعلها تتفادى قدر الإمكان العملية القيصرية فهي تحتم عليها عدد معين من الولادات، على عكس المرأة في المدينة التي تعطي للعمل أولوية بالدرجة الأولى على حساب حياتها الإنجابية باختصار كلما كان عدد الولادات أقل لا يستدعي من النساء التفكير حتى في نوع الولادة التي يخضعن لها، وإضافة إلى ذلك فإن الزواج في سن متأخر وبعض من أنواع العمل التي تمارسها المرأة تؤثر في الحمل وتخلق فيه مشاكل وتعقيدات تؤدي به في نهاية المطاف إلى الولادة عن طريق الجراحة هذا ما يجعلها تحدث بنسب أكبر من النساء الريفيات.

2-3- نوع المسكن:

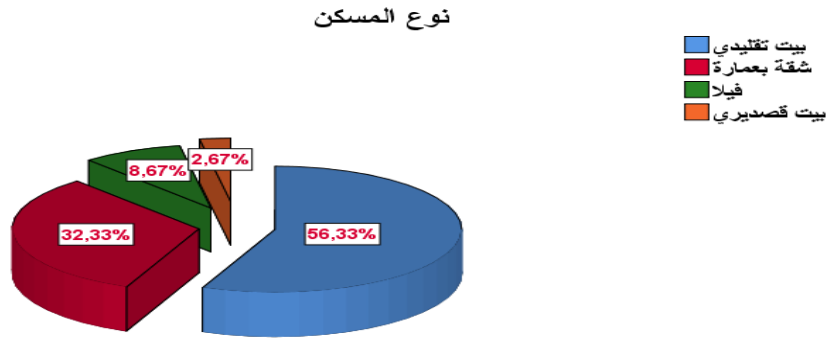
الجدول (21): نوع المسكن لأفراد العينة

النسبة %	التكرار	نوع المسكن
56.3	169	بيت تقليدي
32.3	97	شقة بعامة
8.7	26	فيلا
2.7	8	بيت قصديري
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

¹ فراس عباس فاضل ونادية صباح محمود، السلوك الإنجابي للمرأة الريفية والحضرية (دراسة اجتماعية)، مجلة أداب الرافدين، العدد 75، 2018، ص ص 679-680.

الشكل البياني (10): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع المسكن



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

تكمن أهمية عرض خصائص أفراد عينتنا من حيث متغير نوع المسكن في تأثير العوامل الاجتماعية والبيئية على عدة جوانب متعلقة بمستوى معيشة الأمهات وعن حالتهم الصحية، وقد أحصينا أربع أنواع من المساكن: (بيت تقليدي، شقة في عمارة، بيت شخصي من نوع فلة، وأخيرا بيت قصديري)، حيث نجد عدد النساء اللواتي يقيمن في بيوت تقليدية هن 169 امرأة بنسبة 56.3%، وهي النسبة الأعلى، و تليها عدد النساء اللواتي يقيمن في شقة بعمارة هن 97 امرأة بنسبة 32.3%، و تليها عدد النساء اللواتي يقيمن في فيلا هن 26 امرأة بنسبة 8.7%، و تليها عدد النساء اللواتي يقيمن في بيوت قصديريه هن 8 امرأة بنسبة 2.7%، وهي النسبة الأقل، فحالة المسكن كلما كانت أفضل كلما دل ذلك على ظروف معيشية أفضل وفرص أكبر لعناية ورعاية صحية بالأم الحامل طيل فترة حملها.

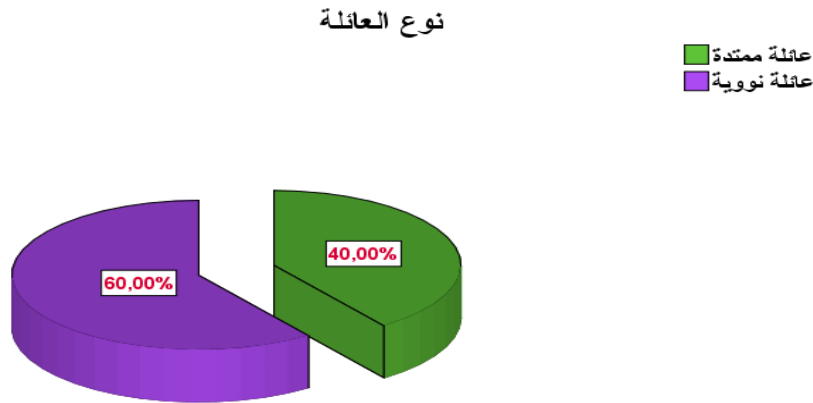
2- 4- نوع العائلة:

الجدول (22): التكرارات والنسب المئوية لمتغير نوع العائلة

النسبة %	التكرار	نوع العائلة
40	120	ممتدة
60	180	نووية
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل البياني (11): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير نوع العائلة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS من خلال قراءتنا للجدول رقم (22) والشكل البياني رقم (11) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير نوع العائلة، حيث نجد عدد النساء اللواتي عائلتهن نووية هن 180 امرأة بنسبة 60%، وهي النسبة الأعلى، و تليها عدد النساء اللواتي عائلتهن ممتدة بمجموع 120 امرأة ما يعادل نسبة 40%، وهي النسبة الأقل، فجل الدراسات المنجزة تثبت نفس النتائج التي تحصلنا عليها فيما يخص متغير نوع العائلة، وهو ميل الأزواج للعيش في أسر نووية وهذه الظاهرة طبعاً مرتبطة بالتغيرات التي شهدتها مجتمعنا في العقود الأخيرة على غرار المجتمعات الأخرى، فهناك نظرية تركيب العائلة التي صيغت من طرف عالم الاجتماع قوود W.J. good عام 1963 والتي تنص " على أن التصنيع والتحضير عملاً على تدمير وتكسير نظام العائلة الممتدة، التي يتم ضمن أطرها وضع القرارات والترتيبات بخصوص الزواج، والإنجاب كما يتم ضمن نطاقها كافة العمليات الاقتصادية والاجتماعية لأفراد الأسرة، على خلاف ما يجري في العائلة النووية المستقلة، التي تضع عادة قراراتها من قبل الزوجين نفسها سواء قبل الزواج أو بعده، وتخضع قراراتها عادة لمفهوم الانتقاء والاختيار في مواضيع تتعلق بالزواج،... بقرارات الحمل والزواج وغيرها"،¹ أما ما يمكن استنتاجه عن ارتفاع نسبة العملية القيسرية في الأسر النووية عن نظيرتها الممتدة ففي الأولى يقع عبأ المنزل كله على الأم وحدها ما ينعكس على حملها

¹منير عبد الله كرادشة، علم السكان، الديموغرافيا الاجتماعية، ط1، عالم الكتب الحديث، الأردن، 2001، ص162.

على عكس الثانية يكون فيها العمل مشترك، إضافة إلى ذلك ففي بعض الأسر الممتدة لا تزال الوالدة تتحكم حتى في طبيعة وسيرورة حمل كنانها فتوجهن إلى الإقبال على الولادة الطبيعية بحكم أنها قد مرت بتجربة الولادة الطبيعية وأنها تراها الأفضل والقيصرية مجرد مودا لا داعي لها.

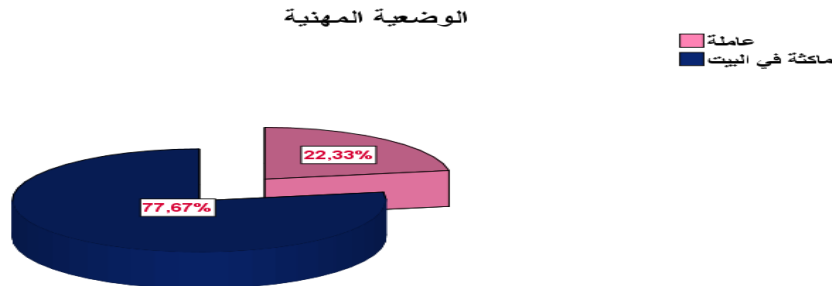
2-5- الوضعية المهنية:

الجدول رقم (23): التكرارات والنسب المئوية لمتغير الوضعية المهنية

النسبة %	التكرار	الوضعية المهنية
22.3	67	عاملة
77.7	233	ماكثة في البيت
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل البياني (12): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الوضعية المهنية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (23) والشكل البياني رقم (12) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الوضعية المهنية، حيث نجد عدد النساء الماكثات في البيت هن 233 امرأة بنسبة 77.7%، وهي النسبة الأعلى، وتليها عدد النساء العاملات هن 67 امرأة بنسبة 22.3%، وهي النسبة الأقل.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية عند النساء الماكثات في البيت، ويمكن تفسير هذا بعدم عملهن مما يؤدي بتدني المستوى الاقتصادي لهن وبالتالي عدم قدرتهن على المتابعة الصحية لحملهن مما يتعذر عليهن من اكتشاف

المضاعفات والمشاكل الصحية التي تصاحب حملهن وبالتالي عدم السيطرة على الوضع مما يستدعي إلى اللجوء إلى إجراء عملية قيصرية.

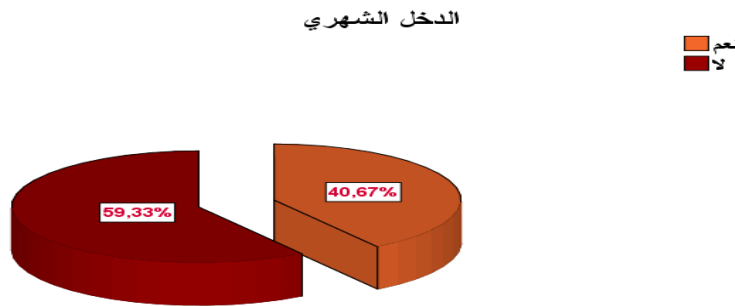
2- 6- الدخل الشهري:

الجدول (24): التكرارات والنسب المئوية لمتغير الدخل الشهري

النسبة %	التكرار	الدخل الشهري
40.7	*122	نعم
59.3	178	لا
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS *بالرغم من أن 67 امرأة فقط أجابت أنها عاملة إلا أننا وجدنا 122 امرأة لها دخل شهري ويرجع ذلك إلى أنه هناك منهن من تتقاضين منحة البطالة ومنهن من يحصلن على راتب شهري من طرف أحد أقاربهن مثلاً.

الشكل البياني (13): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الدخل الشهري



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS من خلال قراءة الجدول رقم (24) والشكل البياني رقم (13) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الدخل الشهري، حيث نجد عدد النساء اللواتي لا يوجد لهن دخل شهري هن 178 امرأة بنسبة 59.3%، وهي النسبة الأعلى، وتليها عدد النساء اللواتي لهن دخل شهري هن 122 امرأة بنسبة 40.7%، وهي النسبة الأقل. نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية عند النساء اللواتي ليس لهن دخل شهري، فهذا يؤكد ما توصلنا إليه سابقاً في الجدول رقم (23) من حيث الوضعية

المهنية للأمهات، فالوضع الاقتصادي له علاقة بالعملية القيصرية فجدير للذكر كلما كان الوضع الاقتصادي للأم الحامل ميسور الحال كلما سهل عليها متابعة ورعاية حملها في أحسن الظروف وتفادي المشكلات التي تعترضه.

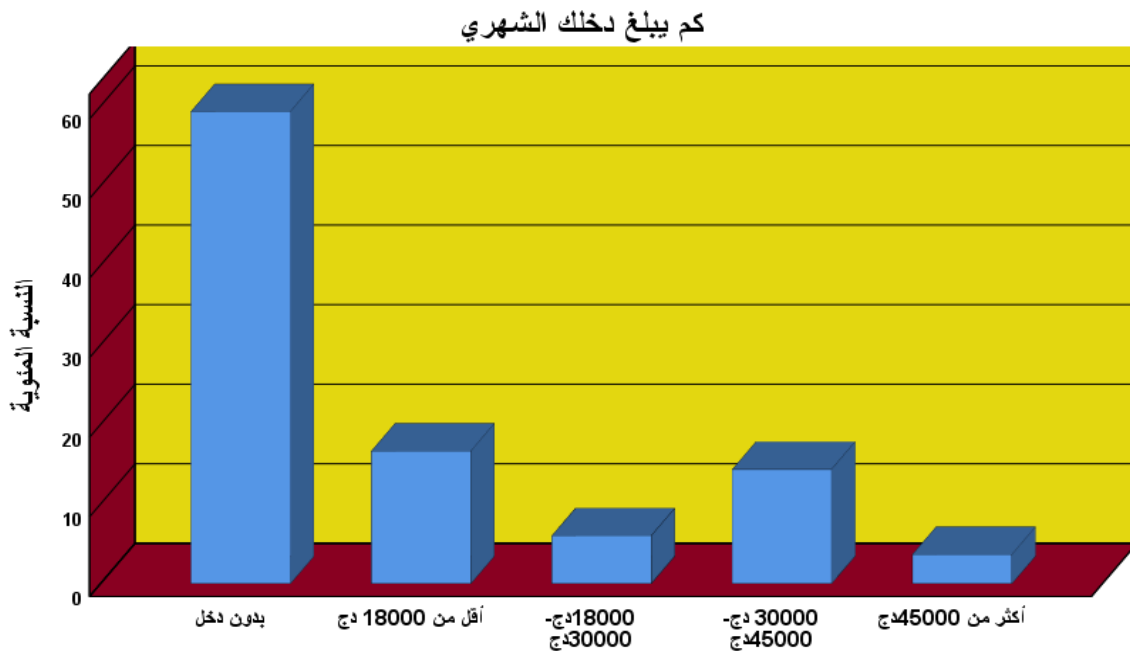
2-7- قيمة الدخل الشهري الخاص بالمبحوثات:

الجدول (25): التكرارات والنسب المئوية لمتغير الدخل الشهري

النسبة %	التكرار	الدخل الشهري
59.3	178	بدون دخل
16.7	50	أقل من 18000 دج
6	18	18000 دج-30000 دج
14.3	43	30000 دج-45000 دج
3.7	11	أكثر من 45000 دج
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل البياني (14): أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير دخلك الشهري



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (25) والشكل رقم (14) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الدخل الشهري للنساء المبحوثات، حيث نجد عدد النساء اللواتي لهن دخل شهري أقل من 18000 دج هن 50 امرأة بنسبة 16.7%، وهي النسبة الأعلى، تليها

عدد النساء اللواتي لهن دخل شهري من 30000 إلى 45000 دج هن 43 امرأة بنسبة 14.3% وتليها عدد النساء اللواتي لهن دخل شهري من 18000 إلى 30000 دج هن 18 امرأة بنسبة 6%، وتليها عدد النساء اللواتي يلدن دخل شهري أكثر من 45000 دج هن 11 امرأة بنسبة 3.7%، وهي النسبة الأقل.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية لفئة النساء اللواتي لهن دخل شهري أقل من 18000 دج، فكلما كان الوضع الاقتصادي أضعف كلما تدنى مستوى الرعاية الصحية خلال فترة الحمل وبالتالي زيادة مضاعفات ومشكلات الحمل وهذا يؤكد ما تناولناه سابقاً في كل من الجدولين (23-24) فيما يخص الوضعية المهنية للأم وعن امتلاكها لدخل شهري من عدمه.

2- 8- الوضعية المهنية للزوج:

الجدول (26): التكرارات والنسب المئوية لمتغير الوضعية المهنية للزوج

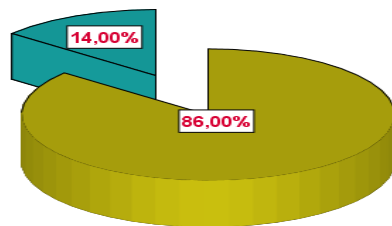
النسبة %	التكرار	الوضعية المهنية للزوج
86	258	عامل
0	0	متقاعد
14	42	بطل
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (15): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير الوضعية المهنية للزوج

الوضعية المهنية لزوجك

عامل
بطل



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (26) والشكل البياني رقم (15) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الوضعية المهنية للزوج، حيث نجد عدد النساء اللواتي أزواجهن عمال هن 258 امرأة بنسبة 86%، وهي النسبة الأعلى، وتليها عدد النساء اللواتي أزواجهن بطالين هن 42 امرأة بنسبة 14%، وتليها النسبة المنعدمة من النساء اللواتي أزواجهن متقاعدتين، وهي النسبة الأقل.

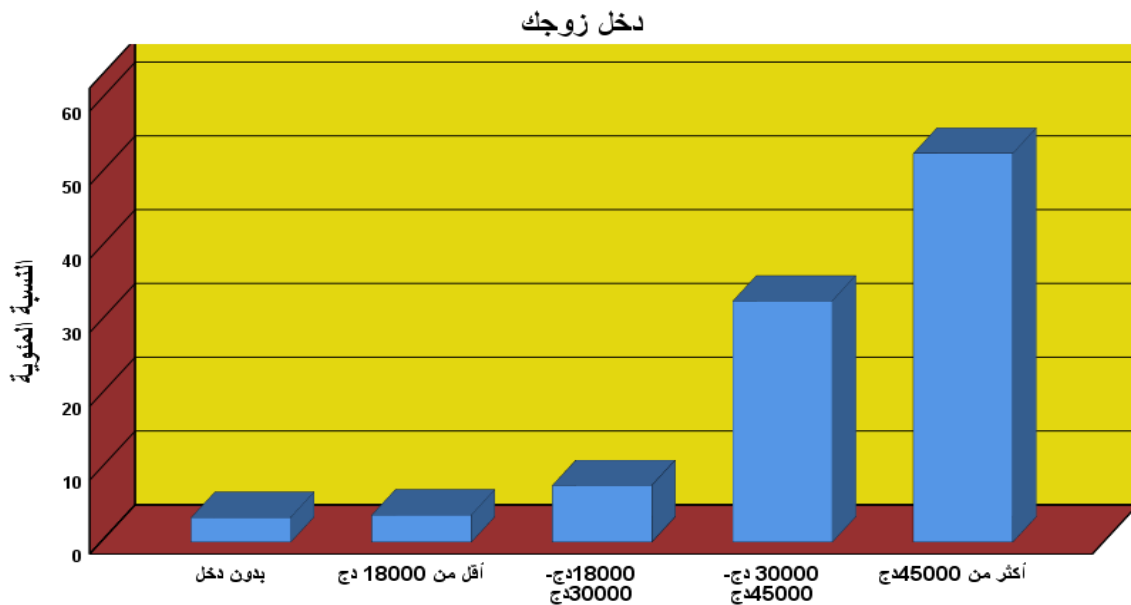
2-9- الدخل الشهري للزوج:

الجدول (27): التكرارات والنسب المئوية لمتغير دخل الزوج

النسبة %	التكرار	الدخل الشهري للزوج
3.3	10	بدون دخل
3.7	11	أقل من 18000 دج
7.7	23	18000 دج-30000 دج
32.7	98	30000 دج-45000 دج
52.7	158	أكثر من 45000 دج
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

الشكل (16): أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب متغير دخل الزوج



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول رقم (27) والشكل البياني رقم (16) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير دخل الزوج، حيث نجد عدد النساء اللواتي لدى أزواجهن دخل شهري أكثر من 45000 دج هن 158 امرأة بنسبة 52.7%، وهي النسبة الأعلى، تليها عدد النساء اللواتي لدى أزواجهن دخل شهري من 30000 إلى 45000 دج هن 98 امرأة بنسبة 32.7% وتليها عدد النساء اللواتي لدى أزواجهن دخل شهري من 18000 إلى 30000 دج هن 23 امرأة بنسبة 7.7%، وتليها عدد النساء اللواتي لدى أزواجهن دخل شهري أقل من 18000 دج هن 11 امرأة بنسبة 3.7%، وتليها عدد النساء اللواتي لا يوجد دخل شهري لدى أزواجهن هن 10 امرأة بنسبة 3.3%، وهي النسبة الأقل.

نستنتج من خلال هذه النتائج ارتفاع نسبة إجراء العمليات القيصرية لفئة النساء اللواتي لدى أزواجهن دخل شهري أكثر من 45000 دج، ومنه يمكن تفسير هذه النتائج أن النساء عندما تكون أوضاعهن الاقتصادية لا بأس بها يفضلن إجراء العملية القيصرية ولا يتعرضن لآلام الولادة الطبيعية، فهي الطريق السهل والمختصر بالنسبة لهن، حتى وإن بعض الأزواج هم من يختارون العملية القيصرية لزوجاتهن خوفاً عليهن مما يعترضهن أثناء الولادة الطبيعية وعن التغييرات الفيزيولوجية التي تنجم عنها.

تحليل نتائج بيانات السجل وخصائص أفراد العينة:

- بلغت نسبة العمليات القيصرية أوجها في الفئتين العمرتين 25-29 و 30-34 بنسبتي 28%، 23,5%، في حين بلغ العمر المتوسط للنساء اللواتي تم دراستهن على مستوى السجل الطبي 30.6 سنة، وهذا نظير لإرتفاع سن الزواج في المجتمع الجزائري وكذا ارتفاع سن الانجاب خلفا لانشغال الفتيات بالدراسة والعمل على ما كن عليه في فترات سابقة.
- كانت نسبة العمليات القيصرية مرتفعة في الحضر مقارنة بالريف إذ بلغت نسبة 54.2% مقابل 45.4%، لكن عند إدخالنا متغير السبب الصحي لإجراء العملية القيصرية ظهر جليا اختلاف نسبة السبب باختلاف طبيعة الإقامة حضر أم ريف فمنها ما شهدت ارتفاع في الريف كالأمراض المزمنة كانت بنسبة 29.36% مقابل 27.93%، ومنها من كانت مرتفعة في الحضر كسبب العمر 1.66% مقابل 0.55%، ويعود هذا الاختلاف أولا الريف يشهد نقص في عدد اليد البشرية والهياكل الصحية في مجال الصحة الإنجابية وبالتالي تراجع الرعاية الصحية أثناء الحمل مما يخلق مشاكل صحية، وثانيا اتجاه سن الزواج والانجاب في الحضر إلى سن متقدمة من العمر على عكس الريف وذلك نتيجة لانشغال المرأة الحضرية برفع المستوى التعليمي والاقتصادي وبالتالي الحمل والانجاب في مراحل متقدمة من السن مما يخلق مشكلة السن أثناء الولادة.
- أما عن نوع العملية القيصرية فكانت الطارئة منها تقدر بأكثر من ضعف العمليات المبرمجة بنسبة 70.95% مقابل 29.05%، في حين أنه عند إدخالنا لمتغير الفئات العمرية كان هناك اختلاف وتبان في نسب العمليات القيصرية باختلاف نوعها ففي العمليات الطارئة كانت أعلى نسبة في الفئات العمرية الكبيرة كالفئة العمرية 45-49 التي بلغت فيها النسبة الكاملة 100% والفئة العمرية 15-19 التي بلغت 69.6% وهذا دليل على أن السن المبكر والمتأخر يزيدان من نسبة الوقوع في مضاعفات صحية أثناء الحمل مما يستدعي عملية قيصرية طارئة، أما عن نوع العملية القيصرية المبرمجة فقد كانت أكثر في الفئات العمرية الصغيرة 15-19، 20-24، 25-29 بنسب على التوالي 30.4%، 35.8%، 30.7%، ويرجع في هذه الفئات غالبية النساء تكون لهن أول

تجربة حمل وولادة مما يعني زيادة خوفهن وارتباكهن من الولادة الطبيعية ما يجعل أخصائي التوليد في الغالب يضع خطة للعملية القيصرية مسبقاً.

أما عن خصائص أفراد عينتنا من الاستبيان:

- بالنسبة لخصائص فئات العمر كانت غالبية أفراد عينتنا ينتمين إلى الفئة العمرية 25-29 بنسبة 44.3%، أما عن الخصائص الاجتماعية من مكان إقامة ونوع المسكن وكذا نوع الأسرة، فكان النصيب الأكبر لنساء الحضر بنسبة 65% مقابل 35%، في حين عن نوع المسكن غالبيةهن يقيم في بيت تقليدي بنسبة 56.3%، وأخيراً بالنسبة لنوع الأسرة كذلك كانت أغلب النساء ينتمين إلى أسر نووية بنسبة 60% مقابل 40%.
- في حين الخصائص الاقتصادية لأفراد عينتنا كانت 77.7% منهن ماكنات في البيت مقابل 22.3% عاملات، بالمقابل كانت 40.7% منهن يمتلكن دخل فردي خاص بهن، وقد بلغت قيمة الدخل أقل من 18000 دج أعلى نسبة بنسبة 16.67%، أما عن الوضع المهني لأزواجهن كان 86% منهم عاملين، في حين عن الدخل الشهري الذي يتقاضونه فقد بلغ الدخل أكبر 45000 دج أعلى نسبة بحوالي 52.7%.

الفصل الثاني:

عرض وتحليل معطيات جداول

الفرضية الأولى

في هذا الفصل قمنا بدراسة وعرض نتائج الفرضية الأولى التي تنص على: "الخصائص الديمغرافية للمرأة الحامل تقودها إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية"، حيث أنه لدراسة هذه الفرضية قمنا بتقسيمها إلى مؤشرات فرعية كفئات سن الأمهات عند العملية القيصرية وعند زواجهن الأول، وكذا المدة بين زواجهن وحملهن الأول، إضافة إلى نوع ولاداتهن (طبيعية/ قيصرية)، وعلاقة هذه المؤشرات بخصائص العملية القيصرية منها:

أ- فئات سن الأم:

الجدول (28): العلاقة بين الفئات العمرية ونوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	55	34.55	19	65.45	36	فئات سن الأم 24-20
100	133	48.87	65	51.13	68	29-25
100	81	33.33	27	66.67	54	34-30
100	24	50	12	50	12	39-35
100	7	100	7	0	0	44-40
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يوضح الجدول الأخير العلاقة بين عمر الأمهات عند إجرائهن العملية القيصرية ونوعها حيث 56.67% منهن كانت عمليتهن طارئة وبالمقابل 43.33% منهن كانت مبرمجة وهي نتائج تتقارب مع النتائج التي تحصلنا عليها سابقا من السجل الطبي من خلال الجدول رقم (16).

وعند ادخالنا متغير السن كان توزيع النساء على فئات السن غير متساو في كلا النوعين سواء العمليات الطارئة أو المبرمجة، حيث بالنسبة للنوع الأول ألا هو العمليات القيصرية الطارئة كانت أعلى نسبة في الفئة العمرية 30-34 بنسبة 66.67%، تليها الفئات العمرية على التوالي 20-24، 25-29، 35-39 بنسب على الترتيب 65.45%، 51.13%، 50%، أما عن الفئة العمرية الأخيرة 40-44 فهي منعدمة الحالات، أما عن النوع الثاني كانت أعلى نسبة في الفئة العمرية المتقدمة 40-44 بالنسبة الكاملة 100%

تليها الفئات العمرية على التوالي: 35-39، 25-29، 20-24، 30-34، بنسب على التوالي: 50%، 48.87%، 34.55%، 33.33%.

جدير للملاحظة حتى مع ادخالنا متغير السن كانت النتائج قريبة جدا من نتائج السجل الطبي حيث يرجع تفسير هذه النتائج أولا بالنسبة للعمليات الطارئة فهي على العموم يتم إجرائها دون سابق إنذار بسبب تطور مضاعفات ومشاكل صحية تهدد حياة كل من الأم وجنينها وقد كانت على مستوى الفئتين العمريتين 30-34 و 20-24 وما يمكن ايضاحه عن هذين الفئتين بالضبط كونهن أن غالبيةهن لهن أول تجربة للحمل كما أشرنا سابقا أن سن زواج الفتاة الجزائرية ارتفع إلى سن العشرينات وعليه فصاحبات التجربة الأولى من الحمل يكن أقل دراية ووعي بالمراقبة الجيدة للحمل والتحضير المناسب للولادة هذا من جهة، وارتباكهن النفسي لخوفهن مما هن مقبلون عليه واما سيواجهونه هذا ما يؤثر على حملهن فمثلا عن ذلك طيلة الحمل يتم التتبع الالكتروني لضربات قلب الجنين فأى حالة انفعالية في الأم تعود عليه بالدرجة الأولى فحالة الأم الانفعالية الشديدة تؤدي إلى إفراز مواد كيميائية سامة تنتقل إلى الجنين، و غالبا ما تحدث ضائقة تنفسية أو تباطؤ في ضربات قلبه، أو حدوث تشوهات خلقية وتأثير في طبيعة حركته داخل الرحم مما يستدعي التدخل عاجلا، إضافة إلى ذلك صغيرات السن تكون بنيتهن الجسدية ضعيفة مما يؤدي إلى صعوبة حملهن وحصول مضاعفات مفاجئة خلاله كمشاكل في المشيمة أو تمزق الغشاء قبل الأوان، وأخيرا بالنسبة الفئة العمرية 30-34 فنجد من لها أول تجربة ولادة أو كان لها عمليات قيصرية سابقة أو تجربة سيئة سابقة امتدت آثارها حتى الحمل التالي، كحدوث نزيف وتمزقات في الغشاء والرحم، ففي دراسة سلجا بيلاي وآخرون التي أجريت في سلطنة عمان على 50 عملية قيصرية طارئة كانت 48% من السيدات حملهن الأول، 66% منهن كانوا في الفئة العمرية 21-30، وإن أكثر دواعي إجراء العملية القيصرية الطارئة كانت لعدم الاطمئنان لتخطيط قلب الجنين أثناء الولادة بنسبة 40%¹، أما عند الحديث عن العمليات المبرمجة فقد كانت بنسبة كاملة على الفئات العمرية المتقدمة، فأغلب الدراسات أشارت أن الحمل في سن متقدمة يخلق مضاعفات صحية تهدد حياة الأم والجنين أثناء الولادة الطبيعية، فدراسة خليل سنجلكي حول عمر الأم ونتائج الحمل السلبية خلصت

¹Silja A. Pillai, et all, **Decisions to Perform Emergency Caesarean Sections at a University Hospital Do obstetricians agree?**, Sultan Qaboos University Med J, February 2016, Vol. 16, Iss. One, p2.

بنتيجة: أن عمر الأم المتقدم يرتبط بزيادة خطر حدوث مجموعة واسعة من نتائج الحمل السلبية بما فيها تسمم الحمل، والولادة القيصرية¹، وبالتالي يتم اتخاذ قرار العملية القيصرية، ضف إلى ذلك يتم برمجة الولادة القيصرية بالنسبة للفئة العمرية الأخرى من خلال تقدير حجم الحوض ووزن الجنين مسبقاً زد إلى ذلك سوابق لعمليات قيصرية سابقة، إضافة إلى العمليات القيصرية الاختيارية نتيجة لمخاوف الأمهات من آلام الولادة المهبلية وما ينتج عنها، فهي تتم دون دواعي صحية.

لتأكيد العلاقة بين فئات عمر الأمهات ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها قمنا بتطبيق اختبار كاف تربيع للاستقلالية حيث وجدناه 16.278 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.003 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين سن المبحوثات ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها (طارئة/ مبرمجة).

الجدول (29): العلاقة بين الفئات العمرية وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إجمالي العملية القيصرية فئات سن الأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	55	7.27	4	63.64	35	29.09	16	24-20
100	133	6.77	9	77.44	103	15.79	21	29-25
100	81	9.88	8	66.67	54	23.46	19	34-30
100	24	0	0	75	18	25	6	39-35
100	7	0	0	0	0	100	7	44-40
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول أثر عمر الأم في موعد الولادة حيث أن الاتجاه العام له نحو 70% من العمليات القيصرية تتم في أثناء موعد الولادة، ثم 23% منها تجرى قبل موعد الولادة وأخيراً 7% من العمليات القيصرية تجرى بعد فوات موعد الولادة.

¹ A. khalil, A. syngelaki, **maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study**, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013, p639.

عند إدخالنا متغير سن الأم عند الولادة كان توزيع نسب العملية القيصرية متباين بين الفئات العمرية بالنسبة للحالات الثلاث، فعلى مستوى الولادات القيصرية التي تجرى قبل موعد الولادة المحدد كانت النسبة الأكبر من نصيب الفئة العمرية 40-44 بنسبة 100% تليها الفئات العمرية على الترتيب 20-24، 35-39، 30-34، بنسب على التوالي: 29.09%، 25%، 23.46%، وأخيرا الفئة العمرية 25-29 بنسبة 15.79%، في حين العمليات التي تجرى في موعد الولادة فكانت مرتفعة على مستوى الفئات العمرية الصغيرة حيث كانت أعلى نسبة في الفئة العمرية 25-29 بنسبة 77.44% تليها الفئات العمرية على الترتيب 35-39، 30-34، 20-24، بنسب على التوالي 75%، 66.67%، 63.64% وبالمقابل انعدمت في الفئة العمرية المتقدمة 40-44، وأخيرا فيما يخص العمليات القيصرية التي تجرى بعد فوات موعد الولادة كذلك كانت على مستوى الفئات العمرية الصغيرة وشهدت أعلى نسبة في الفئة العمرية 30-34 بنسبة 9.88% تليها الفئة العمرية 20-24 بنسبة 7.27%، وأخيرا الفئة العمرية 25-29 بنسبة 6.77%، في حين الفئات المتبقية انعدمت فيها بداية من 35 وفما فوق.

فالعلاقة القيصرية التي تتم قبل موعد الولادة منها ما هو مبرمج وعادة ما تبرمج في الفئات العمرية المتقدمة والتي تكون عن طريق المتابعة المستمرة طيلة فترة الحمل، ومنها ما هو طارئ، والعمليات التي تتم أثناء موعد الولادة غالبيتها تكون طارئة خاصة بالنسبة للنساء اللواتي لهن أول تجربة حمل فهن دائما يعانين من حوض ضيق وعدم انفتاحه وطول مدة المخاض فوق المعتاد مما يؤدي إلى حدوث تمزقات وارتفاع ضغط الأم أو ارتفاع مستوى البروتين، أما عن الجنين يصبح أكثر عرضة لضائقة جنينية حادة إضافة إلى احتمال شربه الماء الأمينوسي أو التفاف الحبل السري حوله مما يؤدي بحياتها للخطر لولا التدخل العاجل وإجراء عملية جراحية، وأخيرا العمليات التي تتم بعد فوات موعد الولادة تكون في مجملها طارئة نظرا لتجاوز المدة المحددة للحمل وانعكاسها على حياة الجنين من خلال نفاذ الماء الأمينوسي أو تغير لونه أو حتى وجود فائض فيه زائد عن اللزوم مما يستدعي التدخل بعملية قيصرية لإنقاذ حياته، ولتأكيد العلاقة بين فئات سن الأمهات وموعد الولادة قمنا بحساب كاف تربيع للاستقلالية: وجدناه 31.616 عند درجة حرية 8 وبلغ مستوى الدلالة

sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود

علاقة بين سن الأم الحامل وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (30): العلاقة بين الفئات العمرية ومتى تم التأكد من الحاجة لإجراء العملية

القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية فئات سن الأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	55	21.82	12	78.18	43	24-20
100	133	31.58	42	68.42	91	29-25
100	81	41.98	34	58.02	47	34-30
100	24	20.83	5	79.17	19	39-35
100	7	0	0	100	7	44-40
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يعتبر هذا الجدول مكملًا للجدول (30) فهو يبين العلاقة بين سن الأم ومتى يتم تأكيد حاجتها للعملية القيصرية بالنسبة للمخاض فنتائجه تشير على العموم أن 69% من الأمهات تتأكد حاجتهن للعملية القيصرية قبل بدء المخاض في المقابل 31% منهن تتبن حاجتهن للعملية القيصرية بعد بدء المخاض.

في حين عند إدخالنا متغير فئات السن يتضح جليا تباين توزيع عدد الأمهات بين الفئات العمرية، حيث أن العمليات التي تجرى قبل بدء المخاض كانت في الفئة العمرية 44-40 بأعلى نسبة بنسبة 100%، تليها الفئات العمرية على الترتيب 39-35، 20-24، 29-25، 34-30، بنسب على التوالي 79.17%، 78.18%، 68.42%، 58.02%، أما العمليات التي تجرى بعد بدء المخاض فأعلى نسبة كانت من نصيب الفئة العمرية 34-30 بنسبة 41.98%، تليها الفئات العمرية على الترتيب: 29-25، 24-20، 39-35، بنسب على التوالي: 31.58%، 21.82%، 20.83%، أما عن الفئة العمرية 44-40 فلا توجد فيها ولا عملية قيصرية بعد بدء المخاض.

إن العمليات التي تتم قبل المخاض تكون في مجملها مبرمجة كحالة الأمهات المتقدمات في السن التي كانت فيها النسبة الكاملة، أو اللواتي اخترن بناءا على رغبتهم

دون دواعي طبية، إضافة إلى ذلك العمليات القيصرية الطارئة فارتفاع نسبة العملية القيصرية قبل بدء المخاض في الفئة العمرية 15-19 يؤكد لنا أن كل العمليات التي تتم قبل المخاض ليست لدواعي طبية فهذه الفئة كان حملهن في سن مبكرة وتكون لهن قابلية للولادة العادية فالنسبة التي تمت فيها مبالغ فيها تقودنا للشك في دواعيها الطبية، وإن العمليات التي تتم بعد بدء المخاض تكون طارئة نتيجة لحدوث مضاعفات صحية في أثناء الولادة الطبيعية كطول مدة المخاض وعدم انفتاح الحوض، أو ضائقة جنينية وهو ينطبق على الفئتين العمريتين 25-29 و 30-34 التي تكون غالبيتهن لهن أول تجربة، وهذا ما أشرنا إليه في الجدول رقم (29).

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 11.055 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.026 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين عمر الأم الحامل عند إجرائها للعملية القيصرية ومتى يتم تأكيد حاجتها لها بالنسبة للمخاض (قبل/ بعد بدء المخاض).

الجدول (31): العلاقة بين الفئات العمرية ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية فئات سن الأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	55	50.91	28	49.09	27	24-20
100	133	42.11	56	57.89	77	29-25
100	81	66.67	54	33.33	27	34-30
100	24	66.67	16	33.33	8	39-35
100	7	57.14	4	42.86	3	44-40
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (31) أثر فئات سن الأم في مكان إجراء العملية القيصرية حيث أن الاتجاه العام للجدول تمثله النسبة 52.67% من العمليات القيصرية في المستشفيات العامة مقابل 47.33% من العمليات في المستشفيات والمصحات الخاصة.

عند ادخالنا لمتغير فئات السن يظهر جليا تباين توزيع المبحوثات بين القطاعين العام والخاص من خلال اعمارهن، فعلى مستوى القطاع العام كانت أعلى نسبة للفئتين العمريتين 30-34 و 35-39 بنسبة 66.67% تليها الفئات العمرية بالترتيب 40-44، 20-24، وأخيرا الفئة 25-29 بنسب على التوالي 57.14%، 50.91%، 42.11%، في حين على

مستوى القطاع الخاص كانت النسبة الأعلى من نصيب الفئة العمرية 25-29 بنسبة 57.89% تليها الفئات العمرية على الترتيب 20-24، 40-44 بنسب 49.09%، 42.86% وأخيرا الفئتين العمريتين 30-34 و35-39 بنفس النسبة بنسبة 33.33%.

جدير بالذكر كما تناولنا سابقا النساء اللواتي يخترن العملية القيصرية الاختيارية يفضلن الذهاب للعيادات الخاصة وهذا ما يظهر ارتفاع النسبة في الفئة العمرية 25-29، في حين في العيادات العامة تكون فيها الولادات المبرمجة منها ما تكون للفئات العمرية المتقدمة ومنها ما يكون نتيجة لسوابق حملية أو لظروف صحية متفاقمة تستدعي بقاء الأم في المستشفى لغاية انقاص حدة المضاعفات وإجراء عملية قيصرية، ومنها ما تكون طارئة كالنزيف الحاد وارتفاع ضغط الدم، وتسم الحمل التي تستدعي التدخل العاجل وكما أشرنا في الجدول (30) الطارئة تكون قبل بدء المخاض أو في أثناءه.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 14.331 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.006 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين فئات سن الأمهات والمكان الذي يخضعن فيه للعملية القيصرية.

الجدول (32): علاقة الفئات العمرية للمبحوثات بأفضلية العملية القيصرية بالنسبة لهن:

المجموع		لا		نعم		أفضلية العملية القيصرية فئات سن الأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	55	69.09	38	30.91	17	24-20
100	133	33.08	44	66.92	89	29-25
100	81	56.79	46	43.21	35	34-30
100	24	25	6	75	18	39-35
100	7	42.86	3	57.14	4	44-40
100	300	45.67	137	54.33	163	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (32) العلاقة بين فئات سن الأمهات ونظرتهم للعملية القيصرية هل هي الأفضل أو الولادة الطبيعية حيث أجابت 54.33% بنعم في حين 45.67% منهن فضلن الولادة الطبيعية.

أما عند ادخال متغير العمر اتضح اختلاف وجهات نظر الأمهات باختلاف أعمارهن حيث بالنسبة للواتي فضلن العملية القيصرية كانت للفئة العمرية 35-39 أعلى نسبة ب 75%، تليها الفئات العمرية على التوالي 25-29، 40-44، 30-34، 20-24 بنسب

على التوالي 66.92%، 57.14%، 43.21%، 30.91%، في حين النساء اللواتي فضلن الولادة الطبيعية كانت الفئة العمرية 20-24 تستحوذ على أعلى نسبة بنسبة 69.09% تليها الفئات العمرية على الترتيب 30-34، 40-44، 25-29، 35-39 بنسب على التوالي 56.79%، 42.86%، 33.08%، 25%.

إن الأمهات اللواتي فضلن العملية القيصرية في أغلب الفئات العمرية السالفة الذكر المرتفعة النسبة تكون لهن أكثر من عملية قيصرية ولم يواجهن مشاكل فيها، فإجاباتهن كانت في مجملها أن الولادة بهذه الطريقة كانت مريحة وسريعة، ومنهن من كانت عملياتهن طارئة بعد الخوذ في غمار آلام الولادة الطبيعية حتى آخر لحظة فبحكم تجربتهن لنوعي الولادة في آن واحد اتضح لهن أن آلام الولادة القيصرية أرحم بكثير من آلام الولادة المهبلية، وأخيرا من كانت لهن فويا مسبقا من الولادة الطبيعية ويرين الراحة في العملية القيصرية، بالمقابل إن أغلب النساء اللواتي كانت نظرتهم سلبية للولادة القيصرية في مجملهن كانت لهن أول تجربة وعانين لمضاعفات هذه الأخيرة أثناءها أو بعدها، فأجبت المبحوثات صرحت قائلة "لو علمت أنني أبقى أعاني من آلام ظهري لاخترت الولادة الطبيعية التي لها آلام مؤقتة تنتهي في يومها" وأخرى قالت: "أحسست أنني دخلت لمذبحة كل شيء مرعب وشعرت جيدا كيف كانوا يقطعوني بالسكين أتمنى أنني لا أعيد هذه التجربة"، في حين أخريات أجبن أن العملية القيصرية حرمتهن من لقاء أبنائهم في الساعة الأولى بعد الولادة والتي هي أثنى ساعة للقاء الأم بوليدها من حيث التلامس الجلدي بينهما والحنان فهي يطلق عليها بالساعة الذهبية، إضافة إلى ذلك بعض المبحوثات قالوا أن العملية القيصرية حرمتهن من حمل أطفالهن وإرضاعهن.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 28.844 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين سن المبحوثات ونظرتهم الإيجابية للعملية القيصرية.

سن الأمهات عند الزواج

الجدول (33): العلاقة بين الفئات العمرية عند الزواج ومكان العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية فئات السن عند الزواج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	37	45.95	17	54.05	20	19-15
100	120	60.83	73	39.17	47	24-20
100	124	44.35	55	55.65	69	29-25
100	19	68.42	13	31.58	6	34-30
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول الأخير العلاقة بين سن الأم عند أول زواجها وعلاقته بنوع المؤسسة الاستشفائية التي تجري فيها العملية القيصرية، حيث أن الاتجاه العام لهذا الجدول نحو 47.33% من النساء تمت عمليتهن على مستوى المصحات الخاصة، في حين باقي النساء اللواتي تعادل نسبتهن 52.67% أجرين الولادة القيصرية على مستوى المؤسسات العمومية. بالمقابل عند إدخالنا متغير السن عند الزواج تبينت النسب واختلفت باختلاف الفئات العمرية فعلى مستوى القطاع الخاص كانت النسبة الأكبر من نصيب الفئة العمرية 25-29 بنسبة 55.65% تليها الفئات العمرية على التوالي: 15-20، 20-24، 30-34 بنسب على التوالي 54.05%، 39.17%، 31.58%، أما عن القطاع العام فقد بلغت أعلى نسبة فيه 68.42% من النساء اللواتي تزوجن في العمر 30-34، تليها الفئة العمرية 20-24 بنسبة 60.83%، ثم الفئة العمرية 15-20 بنسبة 45.95% وأخيرا الفئة العمرية 25-29 بنسبة 44.35%.

بالنسبة للقطاع الخاص كما أشرنا سابقا أغلب العمليات تكون دون دواعي صحية وبالنظر إلى الفئات العمرية التي تتزوج فيها النساء بالمعنى المرأة التي تتزوج في العشرينات احتمال كبير يكون حملها في فترة العشرينات فولادتها تكون في عمر متوسط وهذا ما أشارت إليه نتائجنا فقد بلغ متوسط السن عند الخضوع للعملية القيصرية لأول مرة 25.93 (انظر الملحق 3)، وهو عمر تكون فيه مشاكل الحمل قليلة وبالتالي قابلية المرأة للولادة الطبيعية، وهذا يتعارض مع فئة النساء اللواتي تزوجن في عمر ما بين 25-29 ما يشير إلى تدخل العامل الاختياري في طريقة ولادتهن، أما الفئات الأخرى فهي فعلا في الغالب تحتاج ولادة قيصرية وهي قليلة مقارنة بالقطاع العام فما هو ملاحظ فيه كانت النساء اللواتي تزوجن في

عمر متأخر أكثر عرضة للعملية القيصرية فتأخر سن الزواج يؤدي إلى تقارب فترات الحمل ما يؤدي إلى مشاكل ومضاعفات وبالتالي حاجتهن فعلا للعملية القيصرية التي تكون محددة مسبقا وفي غالب الأحيان يتم قبولهن في المؤسسات العمومية على عكس اللواتي يفضلنها دون دواعي طبية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 9.209 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.027 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين سن المبحوثات عند الزواج الأول والقطاع الصحي الذي اجرين فيه العملية القيصرية.

الجدول (34): العلاقة بين الفئات العمرية عند الزواج أول مرة وتوقيت إجراء العملية

القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية فئات السن عند الزواج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	37	0	0	72.97	27	27.03	10	19-15
100	120	10.83	13	75	90	14.17	17	24-20
100	124	3.23	4	68.55	85	28.23	35	29-25
100	19	21.05	4	42.11	8	36.84	7	34-30
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (34) العلاقة بين عمر الأم عند الزواج لأول مرة وفترة إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة حيث أن 70% من العمليات كانت أثناء موعد الولادة و23% منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة وأخيرا 7% من النساء خضعن لعملية قيصرية بعد فوات موعد الولادة.

أما عند إدخالنا لمتغير السن عند الزواج لأول مرة تباين توزيع الأمهات من فئة عمرية لأخرى وبحسب موعد الولادة، حيث أنه بالنسبة للنساء اللواتي أجرين العملية القيصرية قبل موعد الولادة كانت أعمارهن عند الزواج الأول بأعلى نسبة في الفئة العمرية 30-34 بنسبة 36.84%، تليها الفئة العمرية 25-29 بنسبة 28.23% ثم الفئة العمرية 15-20 بنسبة 27.03% وأخيرا الفئة العمرية 20-24 بنسبة 14.17%، أما بالنسبة للنساء اللواتي خضعن للعملية القيصرية خلال موعد الولادة فقد كانت غالبيتهن ينتمين إلى الفئة العمرية

24-20 عند زواجهن لأول مرة بنسبة 75%، تليها الفئة العمرية 15-20 بنسبة 72.97%، ثم الفئة العمرية 25-29 بنسبة 68.55% وأخيرا الفئة العمرية 30-34 بنسبة 42.11%، في المقابل إن النساء اللواتي كانت عملياتهن بعد فوات موعد الولادة كانت الغالبية على مستوى النساء اللواتي تزوجن لأول مرة من ضمن الفئة العمرية 30-34 بنسبة 21.05% ثم الفئة العمرية 20-24 بنسبة 10.83% وأخيرا النساء اللواتي تزوجن في عمر 25-29 بنسبة 3.23% وهذا التوزيع يؤكد التحليل السابق للجدول رقم (33)، فالعمليات التي تتم قبل وأثناء موعد الولادة تكون متباينة ما بين مبرمجة، اختيارية، طارئة، فهذا الجدول يشير إلى ارتفاع العمليات القيصرية فيها في كل من الفئتين العمريتين 25-29، و30-34، هذا ما يقودنا للقول تغلب عليها العمليات المبرمجة.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 23.004 عند درجة حرية 6 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين سن النساء عند زواجهن لأول مرة وتوقيت العملية القيصرية التي خضعن لها بالنسبة لموعد الولادة.

أ- المدة بين الزواج وتاريخ الحمل الأول

الجدول (35): توزيع المبحوثات حسب مدة حملهن بعد زواجهن الأول وعلاقته بنوع القطاع الذي أجريين فيه العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	96	59.37	57	40.63	39	المدة بين الزواج وتاريخ الحمل الأول أقل من 6 أشهر
100	122	42.62	52	57.38	70	من 6 إلى 12 شهر
100	82	59.76	49	40.24	33	أكثر من 12 شهر
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يدرس الجدول رقم (35) المدة بين تاريخ الزواج لأول مرة والحمل الأول للمبحوثات وعلاقته بنوع المؤسسة التي خضعن فيها للعملية القيصرية حيث أن الاتجاه العام للجدول كان 52.67% من النساء قاموا بالعملية القيصرية في القطاع العمومي و47.33% منهن كانت عملياتهن على مستوى القطاع الخاص.

أما عند إدخالنا لمتغير المدة ما بين الزواج الأول والحمل لأول مرة كانت بالنسبة للقطاع الخاص النساء اللواتي كانت مدة حملهن من 6 أشهر إلى سنة أعلى نسبة ب 57.38%، تليها النساء اللواتي كان حملهن في أقل من 6 أشهر من الزواج بنسبة 40.63%، وأخيرا النساء اللواتي كانت مدة حملهن من عام وأكثر بعد الزواج بنسبة 40.24%، أما عن العمليات القيصرية التي أجريت في القطاع العام فكانت أعلى نسبة للنساء اللواتي كانت مدة حملهن بعد الزواج تفوق السنة بنسبة 59.76%، تليها النساء اللواتي فترة أقل من 6 أشهر من الزواج بنسبة 59.37%، وأخيرا النساء اللواتي بلغت فترة حملهن من 6 أشهر إلى سنة بعد الزواج بنسبة 42.62%.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 8.323 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.016 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه فهو دال احصائيا وعليه يتضح وجود علاقة بين مدة الحمل الأول بعد الزواج ونوع المؤسسة التي تجرى فيها العملية القيصرية عامة كانت أم خاصة.

إن التباين في توزيع نسب العمليات القيصرية بين القطاعين من حيث المدة التي تفصل بين الزواج وأول حمل، يقودنا للقول أنه كلما تأخر حمل الأم بعد الزواج كلما نتج عنه تعقيدات ومضاعفات صحية، ولتفصيل أكثر للعلاقة بين المدة المستغرقة من أول زواج إلى أول حمل وإجراء العمليات القيصرية قمنا بدراسة الجدول التالي:

الجدول (36): علاقة المدة ما بين الزواج والحمل الأول ومتى تتأكد الحاجة إلى العملية

القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية المدة بين الزواج وتاريخ الحمل الأول
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	96	23.96	23	76.04	73	أقل من 6 أشهر
100	122	29.51	36	70.49	86	من 6 إلى 12 شهر
100	82	41.46	34	58.54	48	أكثر من 12 شهر
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر من نتائج الجدول (36) أن غالبية النساء كان حملهن في فترة ما بين 6 أشهر لسنة بمجموع 122 امرأة فهو يبين علاقة المدة بين الزواج والحمل الأول بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض حيث أن الاتجاه العام للجدول 69% من النساء كانت عملياتهن قبل بدء المخاض في المقابل 31% منهن كانت بعد بدء المخاض.

وعند ادخالنا متغير المدة ما بين الزواج والحمل الأول كانت النساء اللواتي حملن في فترة لا تتجاوز 6 أشهر تستحوذ على أعلى نسبة من العمليات التي تجرى قبل بدء المخاض بنسبة 76.04%، تليها النساء اللواتي كانت مدة حملهن بعد الزواج من 6 أشهر إلى سنة كاملة بنسبة 70.49% وأخيرا النساء اللواتي حملن في مدة تفوق سنة بنسبة 58.54%، في حين النساء اللواتي كانت عملياتهن بعد البدء في المخاض كان حمل غالبيةهن في مدة أكثر سنة من الزواج بنسبة 41.46%، تليها النساء اللواتي كانت مدة حملهن في مدة 6 أشهر إلى سنة بعد الزواج بنسبة 29.51%، وأخيرا النساء اللواتي حملن في أقل من ستة أشهر من الزواج بنسبة 23.96%.

كما أشرنا سابقا العمليات القيصرية التي تجرى قبل المخاض في العموم تكون ما بين طارئة ومبرمجة، في حين عند بدء المخاض تكون كلها طارئة وعند مطابقة هذه الأخيرة بمدة الحمل بعد الزواج فالنساء اللواتي كان حملهن من 6 أشهر فما فوق هن أكثر إقبالا على العمليات القيصرية بصفة عامة بمجموع 202 امرأة من أفراد عيبتنا، و70 منهن كانت طارئة أي بعد بدء المخاض، وهذه النتائج تتوافق مع النتائج التي تحصلنا عليها في السجل

الطبي من خلال الجدول (17) ومنه كلما كانت مدة الحمل بعد الزواج أطول كلما زادت تعقيدات الحمل، ما يؤدي إلى اللجوء للعملية القيصرية في نهاية المطاف.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 6.549 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.038 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه فهو دال إحصائياً وعليه تتأكد علاقة المدة بين الزواج الأول والحمل الأول بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض (قبل/ بعد بدء المخاض).

ب- نوع إجمالي الولادات لدى المبحوثات

الجدول (37): العلاقة بين المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية ولادات طبيعية وولادات قيصرية
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	42	66.67	28	33.33	14	نعم
100	258	50.39	130	49.61	128	لا
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر الجدول رقم (37) علاقة النساء اللواتي لهن عملية قيصرية وولادة طبيعية ومكان العملية القيصرية الأخيرة، حيث أن 52.67% من العمليات كانت في المؤسسات العمومية مقابل 47.33% منها في مصحات خاصة.

لكن عند إدخالنا متغير الخضوع إلى عمليات قيصرية وطبيعية يتباين توزيع النساء حيث أن اللواتي صرحن بأنهن خضعن لكل من الولادة الطبيعية والقيصرية 33.33% منهن كانت عملياتهن في العيادات الخاصة و66.67% في المؤسسات العمومية، وبالمقابل اللواتي أجبن ب لا كانت 47.33% منهن في العيادات الخاصة و52.67% في العيادات العامة.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته 0.153- ومستوى الدلالة sig 0.007 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الأمهات اللواتي لهن ولادات طبيعية وولادات قيصرية بمكان إجرائهن للعملية القيصرية الأخيرة لهن، ولتوضيح هذه العلاقة بأكثر دقة تطرقنا لدراسة العلاقة بين النساء اللواتي مررن بتجربة نوعي الولادة

(طبيعية-قيصرية) بتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة وذلك في الجدول التالي:

الجدول (38): يبين علاقة المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة بتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية ولادات طبيعية وولادات قيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	42	0	0	59.52	25	40.48	17	نعم
100	258	8.14	21	71.71	185	20.16	52	لا
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (38) العلاقة بين المبحوثات اللواتي لهن ولادات طبيعية وقيصرية بموعد إجراء العملية القيصرية حيث الاتجاه العام لهذا الأخير نحو 70% من العمليات كانت أثناء موعد الولادة تليها 23% من العمليات قبل موعد الولادة وأخيرا 7% من العمليات تمت بعد فوات موعد الولادة.

في حين عند إدخالنا متغير خضوع المرأة لولادات طبيعية وولادات قيصرية شهد توزيع المبحوثات اختلاف باختلاف كل من موعد الولادة وإجراء ولادات طبيعية وقيصرية من غيره، حيث بالنسبة للنساء اللواتي لهن ولادات طبيعية وقيصرية كانت 40.4% من العمليات تتم قبل موعد الولادة، و 59.52% منهن تمت أثناء موعد الولادة، وغياب أي عملية بعد فوات موعد الولادة، أما عن النساء اللواتي لهن فقط عمليات قيصرية كانت 20.16% من العمليات تتم قبل موعد الولادة و 71.71% منها تتم في موعد الولادة وأخيرا 8.14% من العمليات تمت بعد فوات موعد الولادة.

ما يبرر توزيع العمليات القيصرية للنساء اللواتي جربن نوعي الولادة (العادية/ القيصرية) بالنسبة للولادات المبكرة منها ما تكون طارئة ومنها حالات كانت لها تعقيدات ومضاعفات في الولادة السابقة وبالتالي عدم تحمل صحة الأم للخوذ في الولادة الطبيعية إذ يتم تحديد موعد للعملية مسبقا، وأخيرا بالنسبة للتي تتم في الموعد وهي الولادات التي تكون فيها فرص وآمال أن تكون طبيعية لكنها تتحول لعملية قيصرية طارئة كانفتاح جرح العملية السابقة بسبب انقباضات الولادة، أو أن تكون المرأة في نهاية الحمل ولم تظهر عليها علامات الولادة

فينصح بالتدخل وبرمجة العملية قبل فوات الأوان لأن ذلك يزيد من حدة التعقيدات على صحة الأم والطفل.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 10.669 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.005 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه فهو دال إحصائياً وعليه يتضح جليا وجود علاقة بين النساء اللواتي لهن ولادات طبيعية وولادات قيصرية بتوقيت آخر عملية قيصرية لهن، ولتأكيد النتائج التي تحصلنا عليها فيما يخص علاقة تجربة الولادات الطبيعية والقيصرية لنفس المرأة بتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة تطرقنا كذلك لعلاقتها بنوع الولادة في الجدول التالي:

الجدول(39): علاقة المبحوثات اللواتي مررن بنوعي الولادة بنوع العملية القيصرية التي خضعن لها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية ولادات طبيعية وولادات قيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	42	26.19	11	73.81	31	نعم
100	258	46.12	119	53.88	139	لا
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول (39) علاقة المبحوثات اللواتي لهن ولادات طبيعية وولادات قيصرية بنوع العملية القيصرية الأخيرة التي خضعن لها، حيث أن الاتجاه العام للجدول نحو 56.67% من العمليات طارئة مقابل 43.33% عمليات مبرمجة.

وعند ادخالنا لمتغير الخضوع لولادات طبيعية وولادات قيصرية، كان لدى النساء اللواتي أجبن بنعم 73.33% من العمليات طارئة مقابل 26.19% من العمليات مبرمجة، أما عند النساء اللواتي أجبن ب لا كانت 53.88% خضعن لعمليات طارئة مقابل 46.12% من العمليات مبرمجة.

في نفس السياق من خلال إجابات المبحوثات عن رتبة مولودهن عن طريق العملية القيصرية تعددت الإجابات (انظر الملحق 4) حيث 4 نساء كانت ولادتهن الأولى طبيعية وبعدها قيصرية بنسبة 1.33%، 3 منهن كانت لهن ولادتين طبيعيتين والثالثة قيصرية بنسبة

1%، و2 منهن سبق وأن كان لهن 3 ولادات طبيعية والرابعة قيصرية بنسبة 0.67%، و8 نساء كانت ولادتهن الأولى والثانية طبيعية في حين الثالثة والرابعة قيصرية بنسبة 2.67%، وبالمقابل هناك 10 نساء ولادتهن الأولى والثالثة قيصرية ما يعني ولادتهن الثانية كانت طبيعية بنسبة 3.33%، هذا ما يبرر ارتفاع نسبة العمليات القيصرية عند النساء اللواتي مررن بتجربتي الولادة عن غير نظيرتهن اللواتي جربن فقط العملية القيصرية وكما أشرنا في الجدول رقم (38) غالبا ما تكون هناك آمال للولادة الطبيعية حتى للحظة الأخيرة من الحمل ولكن ما تلبث وأن تتطور مضاعفات وتعقيدات تحول دون الولادة طبيعيا والخضوع لعملية قيصرية طارئة وهذا ما نلمسه في ارتفاع النسبة في هذه الأخيرة حيث منها ما تكون ولادة قيصرية بعد تجربة ولادة طبيعية، ومنها تكون قيصرية بعدها طبيعية لكن ما تلبث أن تعود لمسارها الأول المتمثل في الجراحي، لكن تجدر الإشارة إلى أنه يمكن أن تكون بعد العملية القيصرية ولادة طبيعية وألا نسلم أبدا بأخذ سبب إجراء عملية قيصرية سابقة من الأسباب القوية للاستمرار في الولادات القيصرية اللاحقة فيجب التريث والتشجيع للولادة الطبيعية، واللجوء إلى القيصرية إلا في حالات الضرورة والطوارئ.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته -0.140 ومستوى الدلالة $\text{sig } 0.016$ وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الأمهات اللواتي خضعن للولادات طبيعية وولادات قيصرية ونوع العملية القيصرية الأخيرة التي تم إجرائها لهن.

نتائج الفرضية الأولى:

من خلال الجداول السابقة التي تتناول مجموعة من العوامل الديمغرافية التي تتعلق بالأمومة توصلنا إلى النتائج التالية:

سن الأم عند الولادة القيصرية:

- كانت غالبية العمليات القيصرية عند النساء اللواتي أعمارهن 25-29 بمجموع 133 امرأة، تليها اللواتي أعمارهن 30-34 بمجموع 81 امرأة، وقد كانت 56.67% من العمليات طارئة فيها 66.67% من النساء عمرهن ضمن الفئة العمرية 30-34، و65.45% منهن في الفئة العمرية 20-24، في المقابل 43.33% من الولادات القيصرية كانت مبرمجة أعلى نسبة فيها كانت للنساء المتدمات في العمر 40-44 بنسبة 100%.

- كانت 70% من الولادات القيصرية تتم في الموعد أكبر قيمة فيها للفئة العمرية 25-29 بنسبة 77.44%، و23% من العمليات تتم مبكراً أعلى فئة عمرية فيها 40-44 بنسبة 100%، وأخيراً 7% من العمليات تتم بعد فوات موعد الولادة أعلى فئة عمرية فيها 30-34 بنسبة 9.88%.

- بلغت نسبة النساء اللواتي تأكدت حاجتهن للعملية القيصرية قبل بدء المخاض 69% بالمقابل كانت أعلى نسبة للفئة العمرية 40-44 بنسبة 100% والفئتين 20-24، 24-35 بنسبة 39% على التوالي 78.18% و79.17%، أما عن النساء اللواتي تأكدت حاجتهن للعملية القيصرية بعد بدء المخاض بلغت نسبتهن 31%، حيث 41.98% منهن كانوا من الفئة العمرية 30-34.

- غالبية العمليات القيصرية تمت على مستوى المستشفيات العمومية بنسبة 52.67%، بالنسبة للفئات العمرية كانت في مقدمتها الفئتين 30-34 و35-39 بنسبة 66.67%، في حين 47.33% من الولادات كانت في المؤسسات الخاصة وقد بلغت ذروتها في الفئة العمرية 20-24 بنسبة 49.09%.

- من ناحية وجهة نظر الأمهات حول العملية القيصرية 54.33% منهن فضلنها غالبيةن كانوا في الفئة العمرية 35-39 بنسبة 75%، في حين 45.67% من النساء فضلن الولادة الطبيعية وتمركز غالبيةن في الفئة العمرية 20-24 بنسبة 69.09%.

ومنه فإن عمر الأم عند الولادة له علاقة بالعملية القيصرية، حيث النساء ذوات العمر الصغير والمتقدم يعانين من مشاكل اثناء الحمل والولادة أكثر من باقي النساء، إضافة إلى ذلك عمر الأم يؤثر في العملية القيصرية في عدة جوانب: مكان إجرائها، نوعها، توقيتها بالنسبة لموعد الولادة، وكذا تأكيد حاجتها بالنسبة للمخاض.

سن الأمهات عند الزواج:

- كان عمر غالبية النساء اللواتي تزوجن لأول مرة ما بين 20-24 و 25-29 بمجموع على التوالي 120 و 124 امرأة، كانت النساء اللواتي تزوجن في الفئتين العمريتين 15-20 و 20 و 25-29 أكثر إقبالا على المستشفيات الخاصة بنسبتي على التوالي 54.05% و 55.65، في حين الفئات العمرية الأكثر إقبالا على المستشفيات العمومية فهما الفئة 20-24 بنسبة 60.83%، والفئة 30-34 بنسبة 68.42%.

- النساء اللواتي تزوجن لأول مرة في عمر 15-20 و 25-29 كانوا الأكثر إقبالا على العملية القيصرية في موعد الولادة، في حين الولادات القيصرية المبكرة والمتأخرة كانت أعلى لدى النساء اللواتي تزوجن في عمر متقدم 30-34 بنسبتي على التوالي 36.84% و 21.05%.

المدة بين تاريخ الزواج والحمل الأول:

- بلغ مجموع النساء اللواتي كانت فترة حملهن 6 أشهر فما فوق 202، هذا ما يؤكد لنا أنه كلما طالت مدة الحمل الأول بعد الزواج كلما زادت التعقيدات الصحية فيه وفي الولادة الطبيعية.

وبالتالي تتأكد الفرضية الأولى التي مفادها: تؤدي العوامل الديمغرافية بالمرأة الحامل إلى الولادة عن طريق العملية القيصرية.

الفصل الثالث:

عرض وتحليل معطيات جداول

الفرضية الثانية

وفي هذا الفصل قمنا بدراسة الفرضية الثانية التي تنص على: " القيم الاجتماعية السائدة والمحيط الذي تنشأ فيه الحوامل على علاقة في الولادة عن طريق العملية القيصرية"، ولدراسة هذه الفرضية بأكثر دقة قمنا بتقسيمها إلى مؤشرات فرعية منها خصائص المستوى التعليمي لأفراد العينة وأزواجهن، ودراسة تأثير البيئة (أي الأفراد المحيطين) التي نشأت فيه الأمهات الحوامل، وأخيرا ثقافة الأمهات في تحصيل ومصدر معلوماتهن حول العملية القيصرية:

أ- تأثير المستوى التعليمي:

للمستوى التعليمي أثره الخاص في التأثير في شخصية الأفراد وتوجيه أفكارهم، لأنه يفتح أمام الإنسان آفاقاً واسعة ومجالات لم يكن ليبلغها لولا تعليمه، حيث يرى الشخص المتعلم الأمور والمواقف بشكل مختلف عن الشخص الغير المتعلم، لأنه يتصرف بشكل مختلف ويخطط عن كثب، اعتماداً على مستوى التعليم الذي تم تحقيقه، وفي ثنايا هذا المحور نعرض تأثير المستوى التعليمي للأم والزوج على طبيعة الولادة التي تمر بها:

الجدول (40): علاقة المستوى الدراسي للأم بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		اتمام العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي للأم
100	5	0	0	100	5	0	0	ابتدائي
100	65	6.15	4	80	52	13.85	9	متوسط
100	93	8.60	8	56.99	53	34.41	32	ثانوي
100	137	6.57	9	72.99	100	20.44	28	جامعي
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول (40) أن أفراد عينتنا في مجملهم ذوات المستوى الجامعي بمجموع 137 امرأة، تليها النساء اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بمجموع 93 امرأة، ثم المستوى المتوسط بمجموع 65 امرأة، وأخيرا 5 نساء لهن مستوى ابتدائي، أما عن الاتجاه العام للجدول فهو 70% من العمليات كانت في أثناء موعد الولادة، تليها 23% من العمليات مبكرة، وأخيرا 7% من العمليات كانت متأخرة.

وعند إدخالنا متغير المستوى التعليمي اتضح جليا اختلاف توزيع النساء على توقيت العملية القيصرية باختلاف مستواهن التعليمي، فبالنسبة للعمليات التي تتم قبل موعد الولادة كان أعلى مستوى من نصيب النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي بنسبة 34.41%، تليها

النساء الجامعيات بنسبة 20.44%، وأخيرا المستوى المتوسط بنسبة 13.85%، بالمقابل العمليات التي تمت في موعد الولادة كان أعلى مستوى فيها الابتدائي بنسبة 100%، يليه المستوى المتوسط بنسبة 80%، ثم المستوى الجامعي بنسبة 72.99%، وأخيرا المستوى الثانوي بنسبة 34.41%، أما العمليات القيصرية المتأخرة كان أعلى مستوى فيها من نصيب المستوى الثانوي بنسبة 8.60%، يليه المستوى الجامعي بنسبة 6.57%، وأخيرا المستوى المتوسط بنسبة 6.15%.

فمن خلال النتائج والنسب المشار إليها في الجدول السابق يظهر لنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما زاد اقبالهن على الولادة عن طريق العملية القيصرية وهي متوافقة مع النتائج المشار إليها في المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الرابعة، حيث أشار أن نسبة العمليات القيصرية على مدار مختلف مستويات التعليمي تبلغ أقصاها في المستوى الأخير ألا وهو المستوى الجامعي بنسبة 26.3% مقابل نسبة 8.4% في أدنى مستوى،¹ كذلك كان للمسح العنقودي السادس نفس الاتجاه في النتائج حيث أعلى نسبة للنساء الجامعيات بنسبة 29.8% مقابل نسبة 18% في أدنى مستوى²، فهناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم المرأة وخصوبتها فكلما ارتفع الأول أدى إلى انخفاض الثاني وهذا ما أشارت إليه الدكتورة كواش في أطروحتها حيث بلغ متوسط إنجاب الأمهات ذوات المستوى الابتدائي بمعدل 5.6 لكل امرأة وينخفض كلما ارتفع المستوى فمتوسط الإنجاب للمستوى الجامعي بلغ 1,5 طفل لكل امرأة،³ وعليه فإقبال النساء الأعلى مستوى على عدد أطفال أقل نتيجة لانشغالهن بحياتهن العلمية والعملية أكثر من الحياة الإنجابية وبالتالي لا يهتم بنوع الولادة التي يخضعن إليها فبالنسبة لهن الطريق السهل والمختصر هو الأفضل، في حين ذوات المستوى الضعيف فلهن متسع من الوقت أكثر لحياتهن الزوجية خاصة الإنجابية وغالبا ما يفضلن إنجاب أكبر عدد من الأطفال مما يجعلهن يتجنبن العملية القيصرية قدر الإمكان، وعند الحديث عن تباين الأمهات بتباين مستوى تعليمهن فيما يخص

¹Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4)**, op.cit., p 141.

²Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6)**, op.cit., p 178.

³كواش زهرة، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات الأمهات الحوامل والأطفال (دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والموليد الموتي والموليد الجدد)، مرجع سابق، ص259.

الوقت الذي يخضعن فيه للعملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، فالنساء المتعلمات تكن أكثر وعيا وإدراكا بالمتابعة الصحية خلال فترة حملهن، وهذا ما توصلت اليه الدكتورة آسيا شريف في دراستها: كلما زاد المستوى العلمي كلما زادت المتابعة الصحية للحوامل وقد بلغت هذه الأخيرة بالنسبة للنساء ذوات المستوى التعليمي ثانوي فما فوق نسبة 100% مقابل 76.19% للأمية،¹ وهو ما يخلق تباين فيما يخص تحديد موعد العملية القيصرية.

ولتأكيد العلاقة قمنا بحساب كاف تربيع للاستقلالية حيث وجدناه 13.961 عند درجة حرية 6 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.030 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المستوى الدراسي للأم وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (41): علاقة المستوى التعليمي للأم ومتى تأكدت حاجتها للعملية القيصرية بالنسبة لتطور المخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية المستوى الدراسي للأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	5	60	3	40	2	ابتدائي
100	65	36.92	24	63.08	41	متوسط
100	93	40.86	38	59.14	55	ثانوي
100	137	20.44	28	79.56	109	جامعي
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (41) العلاقة بين المستوى التعليمي للأمهات ومتى تتأكد حاجتهن إلى إجراء العملية القيصرية بالنسبة لتطور المخاض، حيث أن الاتجاه العام لهذا الجدول نحو 69% من العمليات تمت قبل بدء المخاض و31% من العمليات تمت بعد البدء في المخاض وتقلصات الولادة.

وعند إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأم تباين توزيع الأمهات بتباين المستوى الدراسي، حيث أن الأمهات اللواتي كانت عملياتهن تتم قبل بدء المخاض 79.56% منهن

¹آسيا شريف، واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2005، ص187.

جامعات، تليها اللواتي مستواهن متوسط بنسبة 63.08%، ثم اللواتي مستواهن ثانوي بنسبة 59.14%، وأخيرا المستوى الابتدائي بنسبة 40%، أما عن اللواتي تمت عملياتهن بعد بدء المخاض كانت اللواتي لهن مستوى ابتدائي في مقدمة الترتيب بنسبة 60%، تليها اللواتي مستواهن ثانوي بنسبة 40.86%، ثم المستوى المتوسط بنسبة 36.92%، وأخيرا الجامعيات بنسبة 20.44%.

فما يتضح من النسب الأخيرة في الجدول (41) عموما أن العمليات القيصرية تتم قبل بدء المخاض في كل المستويات التعليمية، لكن من جهة أخرى في الغالب كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كانت العملية القيصرية التي تتم قبل بدء المخاض أعلى من التي تتم في أثناء بدئه، ويمكن ارجاع ذلك كما أشرنا في تحليل الجدول (40) ترتبط المتابعة الصحية بالمستوى التعليمي إذ ترتفع بارتفاعه والتي بدورها تسمح بتحديد التعقيدات التي تصيب الحمل والولادة الطبيعية مسبقا، وإضافة إلى ذلك النساء المتعلمات في الغالب معظمهن عاملات ويفضّلن القيصرية فوضعهن المادي يسمح لهن بذلك فمن جهة المتابعة الصحية المستمرة تكشف إن كن بحاجة إلى العملية القيصرية قبل موعدها ومن جهة أخرى اختيارهن لها دون دواعي طبية مما يسمح ببرمجة عملياتهن القيصرية غالبا قبل بدء المخاض، وهذا لا يعني أن كل ولادات هذه الفئة تكون مبرمجة فهناك من تكون عملياتهن طارئة نتيجة لضغوطات العمل والارهاق، وبالموازاة نجد نوات المستوى الابتدائي غالبيةن عملياتهن تكون بعد بدء المخاض والتي تكون لظروف طارئة تظهر خلال ولادتهن، ويعود ذلك لقلة المتابعة الصحية في حملهن مما يتعذر عنهن معرفة سيرورته والمشاكل التي تعترضه، إضافة إلى قلة معارفهن وبحثهن حول حيثيات الحمل والولادة بسبب تراجع مستواهن التعليمي، زد إلى ذلك ميلهن إلى إنجاب عدد أكبر من الأطفال ما يدفعهن لتجنب العملية القيصرية حتى آخر لحظة وعدم إمكانية ولادتهن طبيعيا هذا ما يفسر ارتفاع عملياتهن بعد بدء المخاض وغالبا ما تكون في مجملها طارئة، ولتأكيد العلاقة بين المستوى الدراسي للأمهات وتوقيت العملية القيصرية التي يخضعن لها قمنا بتطبيق اختبار كاف تربيع للاستقلالية كالتالي: وجدناه 14.404 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig

0.002 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المستوى الدراسي للأم وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لتطور المخاض.

الجدول (42): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع العملية القيصرية التي تخضع لها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية المستوى الدراسي للأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	5	40	2	60	3	ابتدائي
100	65	50.77	33	49.23	32	متوسط
100	93	25.81	24	74.19	69	ثانوي
100	137	51.82	71	48.18	66	جامعي
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر الجدول (42) علاقة مستوى الدراسي للأم بنوع العملية القيصرية التي تخضع لها حيث أن اتجاهه العام نحو 56.67% من العمليات القيصرية طارئة مقابل 43.33% من العمليات مبرمجة، لكن عند إدخالنا متغير المستوى التعليمي تبين توزيع الأمهات، حيث بالنسبة للعمليات القيصرية الطارئة كانت غالبية من مستوى ثانوي بنسبة 74.19%، تليها اللواتي مستواهن ابتدائي بنسبة 60%، ثم المستوى المتوسط بنسبة 49.23%، وأخيرا المستوى الجامعي بنسبة 48.18%، أما عن العمليات القيصرية المبرمجة كانت تتم بصفة أكبر من نصيب الجامعيات بنسبة 51.82%، تليها صاحبات المستوى المتوسط بنسبة 50.77%، ثم المستوى الابتدائي بنسبة 40%، وأخيرا المستوى الثانوي بنسبة 25.81%.

كما يظهر من الجدول (42) توزيع متذبذب لتوزيع نسب العمليات القيصرية بين أنواعها (طارئة/مبرمجة) من خلال متغير المستوى الدراسي للأمهات لكن في الغالب نوات المستوى العالي كانت عملياتهن مبرمجة على عكس نوات المنخفض التي كانت طارئة وهذا ما أشرنا إليه في تحليل الجدولين (40) و(41)، ويرجع ارتفاع نسب العمليات المبرمجة في المستوى التعليمي الأعلى كون أن المرأة المتعلمة تكون أكثر كفاءة في تسيير مرحلة حملها وأكثر متابعة وبالتالي تكشف التعقيدات قبل تطورها وتبرمج لها عملية قيصرية فإحدى المبحوثات من المستوى الجامعي أفادت: "من حملي أصبحت أرى نفسي طيبة فقد حفظت

كل أسماء أدوية الحوامل واستعمالاتها" وهذا يعكس استخدام مستواها التعليمي في حياتها الإيجابية فهي تكتسب الخبرة من خلال البحث تعرف ما هو مسموح عن ما هو ممنوع وتفهم كل رد فعل عكسي عن حملها مما يسمح لها التقرب من أخصائي التوليد فور ظهور أي تهديد على حملها وعلى صحتها دون تقاعس، على غرار ذوات الأدنى مستوى فهن أقل كفاءة من حيث التنظيم ومن حيث رصد المعلومات حول الولادة فهن في الغالب يعتمدن على نصائح أقاربهن ممن سبقنهن في تجربة الولادة ولا يتابعن حملهن باستمرار مقارنة بذوات المستوى العالي، فقلة كفاءتهن وفهمهن للحمل وشروطه قد تجعلهن يتبعن نظام وخطط تعود بالسلب عليه هذا من جهة، وعدم المتابعة المستمرة فتجعل التعقيدات الصحية تحدث على حين فجأة دون سابق إنذار مما يجعلها أكثر عرضة للعملية القيصرية الطارئة.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 17.143 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المستوى الدراسي للأم وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (43): علاقة المستوى التعليمي للأم بوجهة نظرتهن حول العملية القيصرية

المجموع		لا		نعم		أفضلية العملية القيصرية المستوى الدراسي للأم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	5	100	5	0	0	ابتدائي
100	65	36.92	24	63.08	41	متوسط
100	93	67.74	63	32.26	30	ثانوي
100	137	32.85	45	67.15	92	جامعي
100	300	45.67	137	54.33	163	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول (43) العلاقة بين المستوى الدراسي للأم ونظرتها للعملية القيصرية هل هي الأفضل أم الولادة الطبيعية، حيث اتجاهاه العام نحو 54.33% من النساء فضلن العملية القيصرية في حين 45.67% منهن فضلن الولادة الطبيعية، أما عند إدخالنا متغير المستوى التعليمي للأم اختلفت وجهات نظر الأمهات باختلاف مستواهن الدراسي حيث

بالنسبة اللواتي فضلن العملية القيصرية كانت غالبتهن ذوات مستوى جامعي بنسبة 67.15%، تليها اللواتي مستواهن متوسط بنسبة 63.08%، وأخيرا المستوى الثانوي بنسبة 32.26%، بالمقابل اللواتي فضلن الولادة الطبيعية كانت في مقدمتهن اللواتي مستواهن ابتدائي بنسبة كاملة، تليها اللواتي لهن مستوى ثانوي بنسبة 67.74%، ثم المستوى المتوسط بنسبة 36.92%، وأخيرا الجامعيات بنسبة 32.85%.

إن نتائج الجدول الأخير تؤكد ما توصلنا اليه في الجداول (40، 41، 42)، وهو كلما ارتفع المستوى التعليمي تميل الأمهات إلى اختيار العملية القيصرية، على عكس ذوات المستوى المتدني التي تميل إلى الولادة الطبيعية، بحكم أن لهن فراغ كبير من الوقت فيخصصه لإنجاب عدد أكبر من الأطفال ونظرا لأن العملية القيصرية يحذر أن لا تتجاوز أربع مرات لكل امرأة فهي تفرض عدد محدد من الأولاد وبالتالي كل من تفكر في إنجاب أكثر من أربع أطفال تركز على الولادة الطبيعية، على عكس ذوات المستوى العالي فهن يفضلن إنجاب عدد أقل من الأطفال نظيرا لانشغالهن بالحياة العلمية والعملية فمن ناحية لا يكن لهن وقت كثير للحياة الإيجابية ومن ناحية أخرى انشغالهن بالتعليم والعمل يؤدي بهن للزواج متأخرا مما يكون حملهن الأول في سن متقدمة من العمر مما يخلق تعقيدات ومشاكل فيه وكما أشرنا في نتائج الجدول (28) كلما ارتفع عمر الحمل كلما زادت فرص العمليات القيصرية، فالأطباء في هذه الحالة يبرمجون عمليات قيصرية مسبقا، لأن الولادة الطبيعية التي تتحول إلى عملية قيصرية طارئة تكون خطيرة بمقدار الضعف عن باقي فئات العمر الأخرى.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 35.292 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المستوى الدراسي للأم ووجهة نظرهن حول العملية القيصرية.

الجدول (44): يبين علاقة المستوى الدراسي للزوج بمكان إجراء العملية القيصرية للزوجة

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية المستوى الدراسي للزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	1	100	1	0	0	ابتدائي
100	17	76.46	13	23.53	4	متوسط
100	91	64.84	59	35.16	32	ثانوي
100	191	44.50	85	55.50	106	جامعي
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول (44) أن غالبية الأزواج ينتمون إلى المستوى الجامعي بمجموع 191 فرد، يليه 91 فرد ضمن المستوى الثانوي، ثم 17 فرد ذوي المستوى المتوسط، وأخيراً زوج واحد ذو مستوى ابتدائي، كما أن الاتجاه العام لهذا الجدول نحو 52.67% من العمليات القيصرية تمت على مستوى المؤسسات الاستشفائية العامة مقابل 47.33% من العمليات تمت في العيادات والمصحات الخاصة.

عند إدخالنا متغير المستوى الدراسي للزوج بالنسبة للقطاع كانت 100% من النساء اللواتي خضعن للعملية القيصرية أزواجهن ينتمون إلى المستوى الابتدائي، يليه زوجات أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 70.33%، ثم المستوى المتوسط بنسبة 47.06% وأخيراً المستوى الجامعي بنسبة 44.50%، أما عن القطاع الخاص كانت أعلى نسبة لدى النساء اللواتي أزواجهن ذو مستوى جامعي بنسبة 55.50%، يليها أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 52.94%، وأخيراً أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 29.67%.

ما يمكن استنتاجه من نتائج الجدول الأخير كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما زاد اقبال زوجته على إجراء العملية القيصرية على مستوى المصحات الخاصة، وبالموازاة كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج اقبلت زوجته على الولادة القيصرية في العيادات العامة، فارتفاع المستوى التعليمي ينجم عنه زيادة وعي وثقافة الزوج حول ماهية الحمل والتغيرات التي تطرأ على زوجته في فترة الحمل وبالتالي معرفة الظروف الملائمة والمناسبة لمرور الحمل في أحسن الظروف، فيجعله ذلك يعمل على توفير كل ما تحتاجه زوجته من رعاية إضافة إلى ذلك يزودها بنصائح ومعلومات عن طريق بحثه مما يساهم في مرور الحمل في أحسن الظروف هذا من جهة، أما من الجهة الثانية بزيادة المستوى الدراسي تزيد

مستويات المهن التي يشغلها الزوج وبالتالي تحسن الظروف الاقتصادية مما يجعله يختار العيادة الخاصة لتجري فيها زوجته الولادة القيصرية فما يشاع أن العيادات العامة خدماتها سيئة مقارنة بالعيادات الخاصة مما يجعله يختار المصحات الخاصة لولادة زوجته في أحسن الظروف، وفي سياق آخر كما أشرنا في النتائج السابقة العمليات القيصرية التي تجرى في العيادات الخاصة يغلب عليها الطابع الاقتصادي أكثر من الطبي، مما يدل على عدم وجود تعقيدات صحية تستدعي ذلك هذا ما يؤكد على تأثير مستوى التعليمي المرتفع للزوج، في حين في حالة ما إذا كان مستواه متدني خاصة إذا كان هناك فجوة بينه وبين زوجته فذلك يخلق بالدرجة الأولى صراع نفسي بين الزوجين وعدم التوافق الفكري مما ينعكس على نفسية الأم خلال الحمل ويؤثر في سيرورته وهذا ما أشارت إليه نتائج الجدول (44) فالأزواج ذو المستوى الابتدائي كانت عمليات زوجاتهم كلها في القطاع العمومي الذي من سياسته لا تجرى العملية القيصرية إلا لدواعي طبية هذا ما يؤكد تدني المستوى ينعكس عليه تأثيرات سلبية على الحمل.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 17.608 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المستوى الدراسي للزوج ونوع المؤسسة الصحية التي تجرى فيها العملية القيصرية.

أ- تأثير البيئة التي تنشأ فيها النساء الحوامل

الجدول (45): علاقة الضغوطات التي تتعرض لها الأمهات أثناء حملهن بنوع المؤسسة

التي يخضعن فيها للعملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية الضغوطات اثناء الحمل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	249	57.43	143	42.57	106	نعم
100	51	29.41	15	70.59	36	لا
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

حيث من خلال الجدول (45) يظهر أن 249 امرأة تعرضت لضغوطات خلال فترة الحمل، مقابل 51 امرأة لم تتعرض لأي نوع من الضغوطات، أما عن اتجاه الجدول العام فقد كان 52.76% من العمليات في القطاع العام، و47.33% من العمليات تمت في

القطاع الخاص في حين عند ادخالنا لمتغير التعرض للضغوطات أثناء الحمل كانت 57.43% من النساء اللواتي تعرضن لضغوطات تجرى عملياتهن على مستوى المستشفيات العامة مقابل 42.57 من النساء كانت عملياتهن في عيادات خاصة، في حين أن النساء اللواتي لم يتعرضن لأي نوع من الضغوطات 70.59% تمت عملياتهن في القطاع الخاص مقابل 29.41% منهن في القطاع العام.

أصبحت المشاكل التي تصيب المرأة في المحيط التي تنشأ فيه خاصة في فترة حملها ظاهرة اجتماعية متفاقمة وتقريبا لا يخلوا أي بيت من أي مشاحنات أو نقاشات، فنتائج الجدول (45) تؤكد ذلك حيث افراد بحثنا اللواتي تعرضن لضغوطات تمثل حوالى 5 أضعاف اللواتي لم يتعرضن لضغوطات وهذا الفارق جد ثقيل وكبير، حيث غالبية اللواتي تعرضن لضغوطات كانت عملياتهن في المؤسسات العامة ما يعني أنه فعلا كانت هناك دواعي صحية تستوجب ذلك أي أن الضغوطات من أي جهة كانت قد خلفت تعقيدات مست بصحة الأم وطفلها، في المقابل اللواتي لم يتعرضن لأي ضغط كان مسار حملهن في ظروف جيدة وكن أكثر اقبالا على العيادات الخاصة التي في الغالب تكون فيها العمليات المبرمجة والاختيارية متاحة أكثر من نظيرتها في القطاع العام.

ولتأكيد العلاقة قمنا بحساب معامل فاي حيث وجدناه -0.151 بمستوى دلالة sig 0.009 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الضغوطات التي تتعرض لها أثناء حملها ونوع المؤسسة الصحية التي تخضع فيها لعملية قيصرية

الجدول (46): العلاقة بين الضغوطات التي تحدث خلال الحمل وتوقيت العملية القيصرية

بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية الضغوطات أثناء الحمل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	249	7.63	19	65.86	164	26.51	66	نعم
100	51	1.96	2	72.55	36	25.49	13	لا
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول أعلاه العلاقة بين الضغوطات التي تتعرض لها الحوامل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، حيث إن اللواتي تعرضن لضغوطات خلال فترة حملهن 65.86% منهن خضعن للعملية القيصرية في موعد الولادة، تليها 26.51% منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة، وأخيرا 7.63% كانوا بعد موعد الولاد، في المقابل اللواتي لم يعانين أي ضغط 72.55% منهن كانت عملياتهن في موعد الولادة، ثم 25.49% منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة، وأخيرا 1.88% منهن بعد فوات الأوان.

بالنسبة لتوقيت العملية القيصرية بين النساء اللواتي تعرضن لضغوطات أثناء حملهن واللواتي لم يتعرضن لأي ضغوطات إنها شبه متقاربة، لكن تارة تكون نسب الأولى أعلى من الثانية، فيما يخص العمليات التي تجرى قبل موعد الولادة كانت أعلى في الأولى فغالبا العمليات التي تجرى قبل موعد الولادة تكون نظيرا لتفاهم تعقيدات صحية قاهرة تستدعي التدخل العاجل، أما بالنسبة للعمليات التي تجرى في موعد الولادة فهي تشير لمرور الحمل بظروف جيدة لغاية موعد الولادة وتكون عادة مبرمجة أو اختيارية وفي بعض الأحيان طارئة نتيجة لمضاعفات الولادة الطبيعية كانت أعلى بالنسبة للحالة الثانية، وجدير للذكر أن العمليات التي تكون في موعد الولادة تكون مبرمجة نوعا ما فارتفاع العمليات القيصرية للنساء اللواتي مر حملهن دون ضغط في موعد الولادة يتوافق مع نتائج الجدول (45) اللواتي كانت غالبيةهن ولادتهن في العيادات الخاصة إذ يسعنا القول أن النساء في الحالة الثانية كانت غالبية عملياتهن مبرمجة دون دواعي طبية، وفي الختام تأثر الضغوطات التي تصيب المرأة الحامل خلال فترة حملها على سيرورته ونوع الولادة التي تخضع لها وتوقيتها.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 35.292 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الضغوطات التي تتعرض لها النساء الحوامل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة إلى موعد الولادة.

الجدول (47): العلاقة بين على أي مستوى تكون الضغوطات التي تتعرض لها الحوامل ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها للعملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية الضغوطات على مستوى اللواتي لم يتعرضن لضغوطات العائلة محيط العمل الجيران الأصدقاء المجموع
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	51	27.45	14	72.55	37	
100	153	60.78	93	39.22	60	
100	48	33.33	16	66.67	32	
100	33	75.75	25	24.25	8	
100	15	66.67	10	33.33	5	
100	300	52.67	158	47.33	142	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS من الجدول (47) يتضح أن الضغوطات التي تعرضت لها المبحوثات خلال فترة حملهن كانت في مجملها على مستوى العائلة بمجموع 153 امرأة، تليها اللواتي تعرضن لضغوطات على مستوى عملهن بمجموع 48 امرأة، ثم على مستوى الجيران بمجموع 33، وأخيرا الضغوطات من قبل الأصدقاء بمجموع 15 امرأة، أما من حيث العلاقة بين مستوى هذه الأخيرة ونوع المؤسسة الصحية التي تخضع فيها الأمهات للعملية القيصرية كان توزيعهن كالتالي: بالنسبة للضغوطات على مستوى العائلة 60.78% منهن كانت عملياتهن على مستوى القطاع العام مقابل 39.22% منهن على مستوى القطاع الخاص، أما على مستوى محيط العمل 66.67% منهن خضعن لعمليات قيصرية في مصحات خاصة مقابل 33.33% في المستشفيات العامة، في حين الضغوطات من طرف الجيران 75.75% من النساء كانت عملياتهن في القطاع الخاص مقابل 24.25% في القطاع العام، أما اللواتي كانت لهن مشاكل مع صديقاتهن فمعظم عملياتهن تمت بالقطاع العام بنسبة 66.67% مقابل 33.33% منهن في القطاع الخاص.

ما يمكن استخلاصه من الجدول الأخير أن المحيط التي تنشأ فيه المرأة الحامل والتفاعلات التي تتم بينها وبين أفرادها (العائلة، الأصدقاء، الجيران، محيط العمل)، تؤثر في سيرورة حملها فهذه التفاعلات تنعكس بالدرجة الأولى على نفسية الأم مما يخلق فيها حالة من الانفعالية تؤثر في الحمل والجنين، هذا من جهة، وتختلف هذه التفاعلات لضغوطات تؤثر في نوع المؤسسة الصحية التي تجري فيها الأم العملية القيصرية هذا من جهة ثانية، فمعظم النساء اللواتي تعرضن لضغوطات مهما اختلف مصدرها كانت عملياتهن في القطاع العام ما يؤكد فعلا وجود مبررات صحية لذلك، فقط النساء اللواتي أثر عليهن محيط العمل كانت ولادتهن في عيادات خاصة وذلك نظيرا لتحسن وضعهن الاقتصادي وكفالة الضمان الاجتماعي لتكاليف الولادة هذا ما يدفعهن لاختيار العيادات الخاصة، وما يؤكد فعلا تأثير التعرض للضغوطات في نوع المؤسسة الصحية للنساء اللواتي لم يتعرضن له كانوا أكثر من ضعفهن في القطاع الخاص مما يعني مرور حملهن في ظروف جيدة وكانت عملياتهن اختيارية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 15.417 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.004 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين نوع المشاكل التي تتعرض لها الأمهات الحوامل خلال مدة حملهن ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها للعملية القيصرية.

الجدول (48): العلاقة بين العمليات القيصرية في محيط الأمهات وتوقيت العمليات القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية العمليات القيصرية في محيط الحامل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	276	26.09	72	73.91	204	نعم
100	24	87.5	21	12.5	3	لا
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول (48) العلاقة بين وجود عمليات قيصرية في محيط الحوامل والتوقيت الذي يخضعن فيه لها بالنسبة للمخاض حيث 276 امرأة كانت هناك ولادة قيصرية في محيطهن 73.91% منهن كانت عملياتهن قبل بدء المخاض و26.09% كانت بعد

المخاض، مقابل 24 امرأة لا توجد ولادات قيصرية حولهن 87.5% منهن كانت بعد بدء المخاض و 12.5% منهن خضعن للعملية القيصرية قبل بدء المخاض.

عادة ما تكون العمليات القيصرية التي تتم قبل بدء المخاض ما بين مبرمجة وطارئة ونتائج الجدول الأخير تشير إلى أن غالبية النساء اللواتي كانت هناك عمليات قيصرية في محيطهن سواء في العائلة أو الجيران أو الصديقات أو محيط العمل بالنسبة للعاملات عملياتهن كانت قبل بدء المخاض، وجدير بالذكر أنا الحوامل وخاصة لأول مرة يحاولن الاستفادة من تجارب من سبقهن ممن يحطن بهن وهذا ينعكس عليهن وعلى نوع الولادة التي يجرينها، أولاً يعتمدن على توجيهات المحيطين بهن كيف تابعن حملهن وهذا خطأ فالبنية الجسمية تختلف من امرأة لأخرى وليس كل توجيه أو سلوك سليم فمنها ما ينعكس بالسلب على الحمل وينجم عنه عملية قيصرية طارئة، ثانياً تفتت ظاهرة التقليد الأعمى في وسط النساء فالمرأة لما ترى امرأة أخرى خضعت لعملية قيصرية تقلدها وتخضع لعملية قيصرية مبرمجة دون دواعي طبية، وبالتالي هناك علاقة تأثيرية بين المرأة الحامل والمحيطين بيها فيما يخص نوع الولادة التي تخضع لها وتوقيتها.

فلتأكيد هذه العلاقة قمنا بتطبيق اختبار معامل فاي آليا إذ وجدناه 0.360 بمستوى دلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن هناك علاقة بين العمليات القيصرية التي تكون في محيط الأمهات الحوامل وتوقيت العمليات القيصرية التي يخضعن لها بالنسبة للمخاض.

الجدول (49): العلاقة بين العمليات القيصرية التي تكون في محيط الأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية هل توجد عمليات قيصرية في محيطك
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	276	47.10	130	52.90	146	نعم
100	24	0	0	100	24	لا
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يظهر الجدول (49) العلاقة بين العمليات القيصرية في محيط أفراد عينة بحثنا ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها حيث أن 52.90% من النساء اللواتي كانت لهن

عمليات قيصرية في محيطهن كانت عملياتهن طارئة و 47.10% منهن كانت مبرمجة، في حين اللواتي لم يكن هناك ولادات قيصرية في محيطهن كانت كل عملياتهن طارئة بنسبة 100%.

من الجدول الأخير إن النساء اللواتي كان في محيطهن عمليات قيصرية كانت عملياتهن موزعة ما بين طارئة ومبرمجة وهذه النتائج تتوافق مع التحليل الذي أشرنا إليه في الجدول (48)، فالنساء اللواتي تكون في محيطهن أخريات سبقهن في تجربة الحمل والولادة مباشرة يذهبن إليهن ويسألهن معتمدين على تجربتهن التي مررن بها وتوجيهاتهن سواء في كيفية الرعاية أثناء الحمل أو نوع الولادة، فالنصائح والتوجيهات التي يتحصلن عليها هي سلاح ذو حدين من ناحية تسمح لهن بكسب خبرة وتوجيهات تسهل عليهن تنظيم حملهن ورعايته إضافة إلى تفادي ما يضره، ومن ناحية أخرى قد لا تتوافق هذه التوجيهات مع حالتهم فتعقد حملهن فينجم عنه عملية قيصرية طارئة، وجدير للذكر أن التي يكون لها فكرة عن الحمل وما يتطلب أحسن من التي ليس لها أي معلومة فهي تسير نحو المجهول ولا تكون على دراية كيف تتعامل معه وعن ما يسيء له وهذا ما نلمسه في ارتفاع العمليات القيصرية الطارئة عند اللواتي لا يوجد في محيطهن أي عملية قيصرية، إضافة إلى كل هذا فالتقليد أيضا يلعب دورا في نوع العملية القيصرية هذا ما نلمسه في العمليات القيصرية المبرمجة التي تكون منها الاختيارية دون إشارة طبية، وكانت موجودة فقط عند النساء اللواتي في محيطهن عمليات قيصرية، وهذا ما يؤكد تأثير المحيط التي تنشأ فيه الحامل في نوع ولادتها وطبيعتها.

عند حساب معامل فاي وجدناه 0.258 بمستوى دلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي تتأكد وجود علاقة بين وجود عمليات قيصرية في محيط الأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها.

ب- ثقافة الأمهات الحوامل حول الولادة القيصرية

الجدول (50): العلاقة بين ثقافة الأمهات حول العملية القيصرية ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها لها

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية مصدر المعلومات حول الولادة القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	95	65.26	62	34.74	33	الانترنت
100	90	58.89	53	41.11	37	الاقارب
100	36	22.22	8	77.78	28	الاصدقاء
100	43	44.19	19	55.81	24	الطبيب
100	36	44.44	16	55.56	20	وسائل الاعلام
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (50) العلاقة بين المصادر التي تعتمد عليها الأمهات الحوامل حول ثقافتهن فيما يخص العملية القيصرية ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها لها، حيث أن أغلبهن اعتمدن على الإنترنت بمجموع 95 امرأة منهن 34.74% امرأة تمت عمليتهن في القطاع الخاص و65.26% كانت في القطاع العام، تليها اللواتي اعتمدن على نصائح وتجارب أقاربهن بمجموع 90 امرأة منهن 41.11% خضعن للعملية في عيادات خاصة و58.89% منهن في مستشفيات عامة، تليها اللواتي اعتمدن على الطبيب في تطوير معلوماتهن بمجموع 43 امرأة 55.81% منهن تمت ولادتهن في القطاع الخاص و44.19% تمت في القطاع العام، ثم اللواتي اعتمدن على الأصدقاء بمجموع 36 امرأة منهن 77.78% تمت عملياتهن في عيادات خاصة و22.22% في مؤسسات صحية عامة، وأخيرا اللواتي اعتمدن على وسائل الإعلام بمجموع 36 امرأة منهن 55.56% خضعن للعملية القيصرية في القطاع الخاص و44.44% في القطاع العمومي.

خلال فترة الحمل كل امرأة تختار جهة معينة أو أفراد في تحصيل المعلومات وعن ظروف الولادة، لكن المعلومات تختلف باختلاف مصدرها فمنها من تكون مغلوبة أو وجهة نظر خاطئة خاصة بالنسبة للواتي يعتمدن على الانترنت واقوال المجربين من أقارب وأصدقاء، فالبنية الفيزيولوجية تختلف من امرأة لأخرى، والنظام التي تتبعه امرأة ما أو

تجربتها قد لا تتناسب مع امرأة أخرى وهذا خطأ تقع فيه أغلب النساء وهذا ما أشارت إليه نتائج الجدولين (48 و 49) فيما يخص تأثير المحيط الذي تنشأ فيه المرأة الحامل على حملها وطبيعة ولادتها وبالرجوع لنتائج الجدول (50) اللواتي اعتمدن على الانترنت والأقارب أجرت غالبيةن عملياتهن في القطاع العام ما يشير لوجود تعقيدات صحية فعلا، في حين اللواتي اعتمدن على صديقاتهم ووسائل الإعلام والطبيب كانت أغلبهن في القطاع الخاص الذي غالبا ما تجرى فيه العمليات القيصرية دون دواعي طبية، فبالنسبة للإعلام والصديقات له دور فعال في اختيار الأم أو ما يسمى التقليد الأعمى ترى صديقاتها أو في برامج إعلامية نساء خضعن لعملية قيصرية فتقول أنا أيضا أجربها وهذا ما يسمى بالتقليد الأعمى دون دواعي طبية، بالنسبة للطبيب فأغلب الأطباء حولوا هذه الممارسة إلى ممارسة ربحية أكثر من صحية فعدد من المبحوثات صرحن عند المتابعة الصحية عند أطبائهم فرضن عليهن العملية القيصرية حتى وأنهم وجهوهم إلى العيادات الخاصة التي يشتغلون فيها أو إلى عيادات أصدقائهم.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 43.046 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.004 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة من حيث مصدر المعلومات التي تخص العملية القيصرية التي تأتي بها الأمهات الحوامل ونوع المؤسسة التي يلدن فيها

الجدول (51): العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل ومتى

يتم تأكيد حاجتهن للعملية القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية مصدر المعلومات حول الولادة القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	95	36.84	35	63.16	60	الأنترنت
100	90	35.56	32	64.44	58	الأقارب
100	36	0	0	100	36	الأصدقاء
100	43	30.23	13	69.77	30	الطبيب
100	36	36.11	13	63.89	23	وسائل الإعلام
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر من الجدول (51) النساء اللواتي اعتمدن في جمع معلوماتهن عن الولادة القيصرية 63.16% منهن تأكدت حاجتهن لها قبل المخاض و36.84% تأكدت بعد بدء المخاض، أما اللواتي اعتمدن على تجارب ومعلومات الأقارب 64.44% منهن تأكدت حاجتهن للعملية القيصرية قبل بدء المخاض و35.56% بعد بدئه، في حين اللواتي اعتمدن على صديقاتهن كلهن تأكدت عملياتهن قبل بدء المخاض بنسبة 100%، أما اللواتي اعتمدن على معلوماتهن من الطبيب 69.77% منهن تأكدت حاجتهن للعملية القيصرية قبل المخاض مقابل 30.23% بعد بدئه، وأخيرا اللواتي اعتمدن على وسائل الإعلام 63.89% منهن اتضح حاجتهن للعمليات القيصرية قبل ظهور علامات الولادة الطبيعية مقابل 36.11% منهن كانت بعد بدء الولادة.

حيث هذه النتائج تؤكد ما أشرنا إليه في الجدول (50) فالعمليات التي تتم قبل المخاض منها ما تكون مبرمجة لدواعي صحية، أو مبرمجة بدون دواعي صحية وفي حالتنا كانت كل الحالات مرتفعة النسبة في العمليات التي تتم قبل المخاض، لكن عند التقصي أكثر للعمليات التي تتم بعد المخاض والتي تكون في مجملها طارئة نجد أعلى نسبة عند اللواتي اعتمدن الانترنت ووسائل الإعلام تليها اللواتي على تجارب الأقارب، وأخيرا على توجيهات الطبيب، ما يقودنا للقول إن اللواتي اعتمدن على صديقاتهن كان مجرد تقليد لهن، وبالتالي التأكيد على العلاقة القائمة بين مصدر معلومات الأمهات حول الولادة القيصرية وطبيعتها.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 19.014 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين مصدر المعلومات حول العملية القيصرية للأمهات ومتى تأكيد حاجتهن للعملية القيصرية بالنسبة لظهور علامات الولادة من عدمها.

الجدول (52): العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	مصدر المعلومات حول الولادة القيصرية
100	95	36.84	35	63.16	60	الأنترانت
100	90	31.11	28	68.89	62	الأقارب
100	36	80.56	29	19.44	7	الأصدقاء
100	43	32.56	14	67.44	29	الطبيب
100	36	66.67	24	33.33	12	وسائل الإعلام
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر من الجدول (52) أن النساء اللواتي اعتمدن على الانترنت في تحصيل معلوماتهن حول الولادة القيصرية 63.16% منهن كانت عملياتهن طارئة مقابل 36.84% مبرمجة، أما اللواتي اعتمدن على الأقارب 68.89% منهن كانت ولادتهن طارئة مقابل 31.11% مبرمجة، في حين اللواتي اعتمدن على الأصدقاء 80.56% منهن عملية مبرمجة و19.44% منهن خضعن لعملية قيصرية طارئة، أما اللواتي اعتمدن على الطبيب 67.44% كانت عملياتهن طارئة مقابل 32.56% مبرمجة، وأخيرا اللواتي اعتمدن على وسائل الإعلام 66.67% مبرمجة مقابل 33.33% منهن خضعن لعملية قيصرية طارئة.

وهذه النتائج تؤكد التحليلات المتوصل إليها في الجدولين (50 و51)، فارتفاع نسب العمليات المبرمجة لدى النساء اللواتي اعتمدن على الأصدقاء يؤكد أنها كانت مجرد عمليات اختيارية تقليد لا غير، في حين ارتفاع العمليات الطارئة لدى اللواتي اعتمدن على تجارب ونصائح الأقارب وكذا على معلومات الانترنت التي لا تكون دوما صحيحة يؤكد على

التوجيه الخاطئ الذي اتبعته الأم وأثره عليها المتمثل في الخضوع لعملية قيصرية طارئة وهو ما يتوافق مع نتائج الجداول (48، 49) فيما يخص تأثير المحيطين بالمرأة في حملها وكيفية ولادتها، أما بالنسبة للطبيب فهو يحدد مسبقا التعقيدات الصحية قبل أو فور حدوثها مما يبرمج ولادة قيصرية طارئة، وهذا لا يعني أن العمليات التي يشير اليها الطبيب كلها لدواعي صحية فمن العمليات المبرمجة عادة ما تكون لدواعي ربحية او لقلّة خبرة الطبيب مما يختار القيصرية خوفا من المتابعة القضائية في حال حدوث مضاعفات يصعب السيطرة عليها خلال الولادة الطبيعية للأم.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 35.429 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة مصدر المعلومات حول الولادة القيصرية لأمهات الحوامل ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها

الجدول (53): العلاقة بين مصدر معلومات حول العملية القيصرية للأمهات الحوامل وجهة نظرهن لها

المجموع		لا		نعم		أفضلية العملية القيصرية مصدر المعلومات حول الولادة القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	95	69.47	66	30.53	29	الانترنت
100	90	47.78	43	52.22	47	الأقارب
100	36	0	0	100	36	الأصدقاء
100	43	51.16	22	48.84	21	الطبيب
100	36	16.67	6	83.33	30	وسائل الاعلام
100	300	45.67	137	54.33	163	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (53) النساء اللواتي اعتمدن على الانترنت في تجميع معلوماتهن حول الولادة القيصرية 30.29% منهن فضلنها على عكس 60.47% منهن اللواتي فضلن الولادة الطبيعية، أما اللواتي اعتمدن على الأقارب 52.22% منهن كن ترين أنها أحسن مقابل 47.78% منهن ترينها أنها الأسوء، في حين اللواتي اعتمدن على صديقاتهن كلهن

فضلن العملية القيصرية، واللواتي اعتمدن على الطبيب 48.84% منهن اخترن الولادة القيصرية أحسن مقابل 51.16% منهن صرحن أن الولادة الطبيعية أفضل، وأخيرا اللواتي اعتمدن على وسائل الإعلام 83.33% منهن ترين أن الولادة الجراحية أفضل مقابل 16.67% منهن فضلن الولادة العادية.

إن النساء اللواتي اعتمدن على نصائح الأقارب وصديقاتهن ووسائل الإعلام فضلن العملية القيصرية نظرا للتأثير المباشر لهذه المصادر في تفكير الأم وإن لم نقل تكون أكثر تفاعل معهم وتقليدا لما مروا به وهذا ما أشارت إليه كل من نتائج الجداول (48، 49، 50، 51). عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 64.845 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين من اين تتحصل الأم الحامل على معلوماتها حول العملية القيصرية ووجهة نظرها لها.

الجدول (54): العلاقة بين كيفية اختيار العملية القيصرية ونوع المؤسسة الصحية التي تجرى فيها

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية هل كان اختيارك للعملية القيصرية بناءا على رغبتك
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	22	31.82	7	68.18	15	الطبيب
100	270	55.93	151	44.07	119	نصائح المحيطين بك
100	8	0	0	100	8	المجموع
100	300	52.67	158	47.33	142	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر الجدول (54) أن غالبية العمليات القيصرية لأفراد عينتنا كانت بناءا على قرار الطبيب بمجموع 270 امرأة ، تليها مجموع العمليات التي كانت بناءا على رغبة النساء ب22 امرأة، وأخيرا التي تمت بناءا نصائح المحيطين بمجموع 8 نساء، وإن اللواتي كانت عملياتهن بقرار من الطبيب 44.07% منهن كانت في القطاع الخاص مقابل 55.93% في القطاع العمومي، أما اللواتي كانت ولادتهن القيصرية بناءا على رغبتهن 68.18% منهن كانت على مستوى العيادات الخاصة مقابل 31.82% في المؤسسات العامة، وأخيرا اللواتي

اجرين العملية القيصرية بناء على نصائح المحيطين كانت كلهن في عيادات خاصة بنسبة 100%.

إن النساء اللواتي اخترن العملية القيصرية برغبتهن واعتمادا على نصائح المحيطين بهن كانوا أكثر اقبالا على المؤسسات الصحية الخاصة ما يؤكد ثانيا أن العيادات الخاصة تحبذ إجراء العمليات القيصرية الاختيارية دون دواعي طبية، وهنا تتأكد العلاقة بين من يسهم في اختيار الأم لنوع ولادتها ونوع المؤسسة الصحية التي تتم فيها عمليتها. عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 13.888 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين كيفية تم اختيار للعملية القيصرية للأم ونوع المؤسسة التي تخضع فيها للعملية القيصرية.

الجدول(55): العلاقة بين كيف كان اختيار العملية القيصرية ومتى تم التأكد من الحاجة إليها

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		التأكد من الحاجة للعملية القيصرية هل كان اختيارك للعملية القيصرية بناء على رغبتك الطبيب نصائح المحيطين بك المجموع
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	22	13.64	3	86.36	19	رغبتك
100	270	33.33	90	66.67	180	الطبيب
100	8	0	0	100	8	نصائح المحيطين بك
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يظهر الجدول (55) أن النساء اللواتي كانت عملياتهن بقرار من الطبيب 66.67% منهن تم التأكد منها قبل المخاض مقابل 33.33% تأكد من حاجتها بعد بدء المخاض، أما النساء اللواتي اخترن الولادة القيصرية برغبتهن 86.36% منهن تأكدت حاجتهن للعملية القيصرية قبل ظهور علامات الولادة الطبيعية مقابل 23.64% منهن بعد ظهور علامات الولادة، وأخيرا اللواتي اخترن بناء على نصائح الآخرين كل عملياتهن تأكدت قبل بدء المخاض بنسبة 100%.

نتائج الجدول (55) تبين أن غالبية العمليات التي تتم قبل بدء المخاض تكون مبرمجة بدون دواعي طبية من خلال اختيار المريضات أو توجيه الطبيب لذلك لدواعي ربحية، وهذا ما يتضح من خلال ارتفاع نسبة العمليات القيصرية على مستوى النساء اللواتي اخترن

بناء على نصائح المحيطين بهن أو من خلال رغبتهن في ذلك، ولا يسعنا القول إن العمليات التي تكون بناء على قرار الطبيب التي تتم قبل المخاض أن كلها دون دواعي طبية فهناك فعلا عمليات قيصرية تستدعي إجرائها.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 7.382 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.025 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين كيفية اختيار العملية القيصرية للأم والحامل ومتى يتم التأكيد منها بالنسبة للمخاض.

الجدول (56): العلاقة بين من ساهم في اختيار الأم للعملية القيصرية ونوعها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية هل كان اختيارك للعملية القيصرية بناء على رغبتك الطبيب نصائح المحيطين بك المجموع
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	22	86.36	19	13.64	3	رغبتك
100	270	38.15	103	61.85	167	الطبيب
100	8	100	8	0	0	نصائح المحيطين بك
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول (56) أن النساء اللواتي اخترن الولادة القيصرية برغبتهن 86.36% منهن كانت عملياتهن مبرمجة مقابل 13.65% طارئة، أما اللواتي كانت عملياتهن بقرار من الطبيب 61.85% كانت طارئة مقابل 38.15% مبرمجة، وأخيرا اللواتي اعتمدن على نصائح الآخرين كل عملياتهن كانت مبرمجة بنسبة 100%.

فنوعية الولادة التي تخضع لها الأم تسمح بتحديد أكثر دقة لنتائج الجدول (55)، فإن النساء اللواتي اخترن العملية القيصرية برغبتهن ومن خلال نصائح المحيطين بهن كانت أغلب عملياتهن وإن لم نقل كلها مبرمجة ما يؤكد على أنها اختيارية، في حين فيما يخص التي كانت اعتمادا على الطبيب انقسمت ما بين طارئة ومبرمجة وهذا ما أشرنا إليه في السابق، احتمال غير مستبعد ان نجد عمليات قيصرية دون دواعي طبية بقرار من الطبيب، وهذا ما توصلنا إليه في نتائج الجداول (48، 49) فيما يخص تأثير المحيطين بالمرأة الحامل في نوعية عملياتها، وكذا نتائج الجداول (50، 51، 52) فيما يخص مصادر معلومات الأم الحامل حول الولادة القيصرية، وبالتالي فإن المحيط التي تنشأ فيه المرأة

الحامل والتفاعل الذي يتم بينها وبين أفرادها له علاقة بالعملية القيصرية التي تخضع لها ونوعها.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 30.007 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الكيفية التي تختار فيها الحوامل الولادة القيصرية ونوعها.

الجدول(57): العلاقة بين اختيار العملية القيصرية ووجهة نظر الأمهات لها

المجموع		لا		نعم		أفضلية العملية القيصرية هل كان اختيارك للعملية القيصرية بناء على
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	22	45.45	10	54.55	12	رغبتك
100	270	47.04	127	52.96	143	الطبيب
100	8	0	0	100	8	نصائح المحيطين بك
100	300	45.67	137	54.33	163	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (57) من النساء اللواتي كانت ولادتهن عن طريقة الجراحة بقرار منهن صرح 54.55% من مجموعهن أن العملية القيصرية أفضل مقابل 45.45% اللواتي فضلن الولادة الطبيعية، أما اللواتي كانت عملياتهن بقرار من الطبيب 52.96% فضلنها مقابل 47.04% يرون الولادة العادية وأحسن، وأخيرا اللواتي اعتمدن على نصائح المحيطين بهن في اختيارهم كلهن فضلن العملية القيصرية عن الولادة الطبيعية.

أغلب المبحوثات فضلن العملية القيصرية ولكن عند ادخال متغير من يسهم في اختيار العملية القيصرية تباينت النسب حيث كانت مرتفعة عند اللواتي اخترنها من خلال نصائح المحيطين بهن وبناء على رغبتهم مقارنة بالتي كانت بقرار من الطبيب، وهذا ما يؤكد أن النساء وخاصة الحوامل منهن يتأثر بالدرجة الأولى بمن يحيطون بهن.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 6.929 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة كيف يتم اختيار العملية القيصرية للنساء الحوامل ووجهة نظرهن لها

نتائج الفرضية الثانية:

من خلال نتائج الجداول السابقة التي تتناول العوامل الاجتماعية التي تؤثر في النساء الحوامل توصلنا إلى النتائج التالية:

المستوى التعليمي:

- كانت العمليات القيصرية مرتفعة عند الجامعيات بمجموع 137 امرأة، تليها النساء اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بمجموع 93 امرأة، ثم المستوى المتوسط بمجموع 65 امرأة، وأخيرا 5 نساء لهن مستوى ابتدائي، أما عن توقيت إجرائها بالنسبة لموعد الولادة، فيما يخص العمليات القيصرية التي تتم أثناء موعد الولادة كانت أعلى نسبة عند اللواتي مستواهن ابتدائي، في حين العمليات التي تتم قبل موعد الولادة كانت مرتفعة عند نوات المستوى الثانوي والجامعي.

- كلما زاد المستوى التعليمي كلما زاد الإقبال على العمليات القيصرية التي يتم التأكيد منها قبل بدء المخاض فقد بلغت نسبة 79.56% للجامعيات مقابل 40% لذوات المستوى الابتدائي.

- هناك علاقة عكسية بين المستوى الدراسي للأمهات ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها، فكلما انخفض المستوى زاد الإقبال على العمليات القيصرية الطارئة، حيث أن اللواتي مستواهن الدراسي ابتدائي 60% منهن كانت عملياتهن طارئة، مقابل 48.18% لدى الجامعيات.

- الجامعيات كانوا أكثر تفضيلا للعملية القيصرية عن الولادة الطبيعية بنسبة 67.15%، على عكس نوات المستوى الابتدائي كلهن فضلن الولادة الطبيعية بنسبة 100% فهن لهن متسع أكثر من نظيراتهن المتعلمات وبالتالي يوجهن انشغالهن في الحياة الإنجابية وإنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال مما يدفعهن لرفض العملية القيصرية فهي تحدد نسل الأمهات ويوجد مقدار أعلى لا يمكن تجاوزه على غرار الولادة العادية التي لا يحدد فيها حد أعلى من المواليد.

- النساء اللواتي كان المستوى التعليمي لأزواجهن جامعي كانوا أكثر عرضة للعملية القيصرية بمجموع 191، أما عن نوع المؤسسة الصحية التي خضعن فيها للعملية القيصرية فنجد أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كانت العمليات على مستوى القطاع الخاص تتم بصفة أكثر عن غيرها، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أزواجهن

جامعيين وأجرين العملية القيصرية في القطاع الخاص نسبة 55.55%، مقابل 0% لدى النساء اللواتي أزواجهن مستوى ابتدائي.

تأثير البيئة التي تنشأ فيها النساء الحوامل:

- 249 امرأة من أفراد عينتنا تعرضن لضغوطات مقابل 51 امرأة لم تتعرض لأي ضغط، حيث اللواتي تعرضن لضغوطات كانوا أكثر اقبالا على المستشفيات العامة بنسبة 57.43%، مقابل 29.41% للواتي لم يتعرضن لأي ضغوطات.

- من نوع الضغوطات التي تعرضت لها النساء خلال فترة حملهن كانت على الترتيب: على مستوى العائلة بمجموع 153 امرأة، تليها اللواتي تعرضن لضغوطات على مستوى عملهن بمجموع 48 امرأة، ثم على مستوى الجيران بمجموع 33 امرأة، وأخيرا الضغوطات من قبل الأصدقاء بمجموع 15 امرأة، وجدير للذكر أن النساء اللواتي تعرضن للضغوطات كانت في الغالب عملياتهن تجرى في مؤسسات عامة حيث 73.91% منهن كانت عملياتهن قبل بدء المخاض، على عكس اللواتي لم يعانين من أي مشاكل طيلة حملهن كانت على مستوى العيادات الخاصة.

ثقافة الأمهات حول معلومات العملية القيصرية:

- كانت الأمهات تعتمد في تحصيل معلوماتهن عن الولادة القيصرية بصفة كبيرة على الانترنت بمجموع 95 امرأة تليها اللواتي يعتمدن على الأقارب بمجموع 90 امرأة، ثم اللواتي يعتمدن على الطبيب بمجموع 43 امرأة، وأخيرا نفس القيمة للواتي يعتمدن على الأصدقاء ووسائل الإعلام بمجموع 36 امرأة، وجدير للذكر أنه كلما اختلف مصدر المعلومات للأم كلما اختلف وتباين توقيت العملية القيصرية ونوعها وكذا نوع المؤسسة الصحية التي تجرى فيها من امرأة إلى أخرى.

- كانت العمليات التي تجرى للنساء أغلبها بقرار طبي بمجموع 270 حالة، تتبعها اللواتي اخترنها بناء على رغبتهن بمجموع 22 حالة، وأخيرا اللواتي اخترنها بناء على نصائح المحيطين بهن، وإن اختلف طريقة أو من يسهم في اختيار الولادة القيصرية للأم أثر في طبيعة نوع الولادة (طارئة/مبرمجة)، توقيتها، نوع المؤسسة التي تجرى فيها، وأخيرا وجهة نظر النساء لها.

الفصل الرابع:

عرض وتحليل معطيات جداول

الفرضية الثالثة

في هذا الفصل نقوم بدراسة الفرضية الثالثة التي تنص على: "الأوضاع الصحية للمرأة الحامل وجنينها خلال فترة الحمل تجعلها تلد عن طريق العملية القيصرية"، ولدراسة هذه الفرضية بشكل أعمق قمنا بتقسيمها لمؤشرات فرعية منها ما يتعلق بالخصائص الصحية للأم، تنظيم النسل وخصائص الحمل، خصائص الجنين، وأخيرا الرعاية الصحية بعدها:

أ- الخصائص الصحية للأم

الجدول (58): العلاقة بين كتلة جسم الأمهات ا ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية كتلة الجسم
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	5	60	3	40	2	أقل من 18.5
100	112	42.86	48	57.14	64	من 18.5 إلى 24.9
100	116	52.59	61	47.41	55	من 25 إلى 29.9
100	67	68.66	46	31.34	21	أكثر من 30
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول (58) أن كتلة الجسم لأفراد عينتنا متمركزة في الفئتين 25-29.9 كغ/م² و 18.5-24.9 كغ/م² بمجموع 116 امرأة و 112 امرأة على التوالي، تليها كتلة الجسم أكثر من 30 كغ/م² بمجموع 67 امرأة وأخيرا كتلة الجسم أقل من 18.5 كغ/م² بمجموع 5 نساء وعند ربطنا هذا المتغير بمكان إجراء العملية القيصرية أغلب الحالات كانت مرتفعة في القطاع العام وكانت على الترتيب الكتلة الحجمية أكثر من 30 كغ/م²، أقل من 18.5 كغ/م²، وأخيرا 25-29.9 كغ/م² بنسب على التوالي 68.66%، 60%، 52.59%، في حين العمليات التي تتم في القطاع الخاص أعلى نسبة فيها كانت في الكتلة الحجمية 18.5-24.9 كغ/م² بنسبة 57.14%، بالمقابل إن متوسط كتلة الجسم لمجموعة دراستنا قد بلغ 25.85 كغ/م².

حيث أن مؤشر كتلة الجسم BMI للمرأة الحامل يؤثر بشكل كبير على الحمل والتعقيدات التي تنشأ خلاله، ويتم حسابه بقسمة الوزن على مربع الطول، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية المؤشر أقل 18.5 كغ/م² يعبر عن نقص الوزن، و 18.5-24.9 كغ/م² الوزن الطبيعي،

25-29.9 كلغ/م² يعبر عن زيادة الوزن، وأخيرا أكثر من 30 كلغ/م² يعبر على البدانة،¹ وبما أن متوسط مؤشر كتلة الجسم لأفراد عينتنا بلغ 26.27 كلغ/م² فهذا يدل على أنهم يميلون إلى زيادة الوزن نوعا ما، وإن ارتفاع نسب العمليات القيصرية في القطاع العام للنساء ذوات BMI أقل من 18.5 كلغ/م² وأكثر من 25 كلغ/م² يقودنا للقول أنه كل من الوزن النحيف والبدانة ينعكسان سلبا على الحمل مما يؤدي إلى خلق تعقيدات فيه وللجوء إلى العملية القيصرية، ففي دراسة لؤي حسن توصل إلى: "تترافق زيادة الوزن والبدانة الوالدية مع زيادة خطر حدوث العديد من النتائج السلبية والاختلالات الحملية مثل ما قبل الارجاع، سكري الحمل، تمزق الأغشية المبكر والحاجة إلى العملية القيصرية، كذلك يترافق نقص الوزن مع زيادة حدوث العديد من النتائج السلبية على الحمل مثل الولادة المبكرة وتفكك المشيمة إضافة إلى ولادة طفل صغير.²

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 11.486 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.009 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الكتلة الحجمية للأم ومكان إجراء العملية القيصرية. ولتأكيد العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم للأمهات والعملية القيصرية سنقوم بتحديد وقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة وفقا لمتغير كتلة الجسم من خلال:

¹ حسن لؤي، تأثير مشعر كتلة الجسم الوالدي قبل الحمل على نتائج الحمل، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية المجلد 40 العدد 6، 2018، ص 39.
² نفس المرجع، ص 50.

الجدول (59): علاقة كتلة جسم الأمهات بوقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد

الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إجراء العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	5	0	0	40	2	60	3	أقل من 18.5
100	112	8.04	9	73.21	82	18.75	21	من 18.5 إلى 25
100	116	5.17	6	75.86	88	18.97	22	من 25 إلى 30
100	67	8.96	6	56.72	38	34.33	23	أكثر من 30
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من الجدول الأخير عند ربط متغير الكتلة الحجمية للأمهات بوقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة كانت غالبية الحالات مرتفعة في العمليات التي تتم أثناء موعد الولادة وهي موزعة على التوالي الكتلة الحجمية 25-30 كلغ/م²، 18.5-25 كلغ/م²، أكثر من 30 كلغ/م² بنسب على الترتيب 75.86%، 73.21%، 56.72%، أما العمليات التي تتم قبل موعد الولادة بلغت أقصاها على مستوى الكتلة الحجمية أقل من 18.5 كلغ/م² بنسبة 60%، وأخيرا العمليات التي تتم بعد فوات موعد الولادة فهي منعدمة في الكتلة الحجمية أقل من 18.5 كلغ/م² وشبه متقاربة في باقي الكتل الحجمية للأمهات. بالنسبة للعمليات التي تتم قبل موعد الولادة والتي تكون في العادة طارئة أو مبرمجة لتفاد ظروف صحية تهدد بحياة كل من الأم والمولود مما يتعذر اكمال الحمل وانهاؤه قبل موعد الولادة بعملية قيصرية، وقد كانت الجراحات القيصرية التي تتم قبل موعد الولادة مرتفعة عند النساء ذوات BMI أقل من 18.5 كلغ/م² بنسبة 60% وأكثر من 30 كلغ/م² بنسبة 34.33%، وهذا ما يتوافق مع نتائج الجدول رقم (58) كلما كان وزن المرأة نحيفا أو بدينا كلما زادت فرص الوقوع في العملية القيصرية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 12.923 عند درجة حرية 6 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.044 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الكتلة الحجمية للأمهات ومتى يتم إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (60): علاقة الأمراض المزمنة التي تعاني منها الأم ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية تعانين من أمراض مزمنة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	38	68.43	26	31.57	12	نعم
100	262	50.38	132	49.62	130	لا
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يمثل الجدول رقم (60) العلاقة بين الأمراض المزمنة التي تعاني منها الأمهات الحوامل بنوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها للعملية القيصرية، حيث أن 262 منهن لا يعانين من أي مرض مزمن مقابل 38 امرأة مصابة بأمراض مزمنة، من جهة أخرى عند ادخال متغير الإصابة بالأمراض المزمنة على نوع المؤسسة الصحية ظهر جليا تباين توزيع في نسب العمليات القيصرية على إثر الإصابة بالمرض المزمن، فبالنسبة للأمهات اللواتي لا يعانين من أي مرض 50.38% منهن كانت عملياتهن في القطاع العمومي مقابل 49.62% في القطاع الخاص، في حين اللواتي صرحن أنهن يعانين من مجموعة من الأمراض المزمنة أو أحدها 68.43% منهن كانت عملياتهن في المستشفيات العمومية مقابل 31.57% منهن في العيادات الخاصة.

النساء اللواتي كانوا يعانين من أمراض مزمنة كانت أغلب عملياتهن في العيادات العامة، حيث نتائج السجل الطبي أوضحت ذلك من خلال الجدول رقم (17) كانت الأمراض المزمنة من أكثر الأسباب شيوعا لإجراء العملية القيصرية على مستوى مستشفى الطفل والأم لولاية سطيف بنسبة 28.6%، وتفسيرا لذلك هناك بعضا من الأمراض المزمنة تستدعي المراقبة الطبية المستمرة والعناية الخاصة مما يحتم على الأمهات بقاء مدة في المستشفى قبل الولادة بأيام والعيادات الخاصة لا تتوفر فيها هذه الرعاية، فأحدى المبحوثات كانت تعاني من فقر دم حاد صرحت أن ذلك جعلها ترقد في المستشفى 8 أيام من أجل إمدادها بالدم ومن ثم أجرت العملية القيصرية، فهي كانت تعاني من تعب وصداع شديد ولا

تقوى على الحركة بسبب فقر الدم مما استدعي إمدادها للدم والمقويات في المستشفى، من ناحية أخرى ارتفاع ضغط الدم الذي كان تعاني منه غالبية النساء اللواتي تمت دراستهن وعادة ما يتحول هذا الأخير إلى تسمم حملي مما يهدد حياة الجنين لولا التدخل في الوقت المناسب بعملية قيصرية، وبالتالي الأمراض المزمنة تزيد من حدة التعقيدات أثناء الحمل مما يزيد الإقبال على إجراء العمليات القيصرية.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته 0.120 - ومستوى الدلالة 0.037 sig وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين المرض المزمن التي تعاني منه الأم الحامل ونوع المؤسسة الصحية التي تخضع فيها للعملية القيصرية. لتأكيد العلاقة بين العمليات القيصرية والأمراض المزمنة ارتأينا أن نحدد وقت إجرائها بالنسبة لموعد الولادة فهذا الأخير يعطينا صورة عن خطورتها وتحديد الطارئة منها من المبرمجة، وذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول (61): العلاقة بين الأمراض المزمنة وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	38	10.53	4	34.21	13	55.26	21	مصابة بأمراض مزمنة
100	262	6.49	17	75.19	197	18.32	48	نعم
100	300	7	21	70	210	23	69	لا
								المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

نلاحظ الاتجاه العام للجدول (61) نحو 70% من العمليات تتم أثناء موعد الولادة تليها 23% من العمليات تتم مبكرا أو ما يسمى بالولادة المبكرة، وأخيرا 7% من العمليات تتم بعد فوات موعد الولادة.

عند ادخالنا متغير الإصابة بالأمراض المزمنة الأمهات السليمات منه 75.19% منهن كانت عملياتهن أثناء موعد الولادة تليها 18.32% منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة وأخيرا 6.49% كانت عملياتهن بعد فوات موعد الولادة، في حين اللواتي صرحن أنهن مصابات بمرض مزمن بغض النظر إن كن مصابات به قبل الحمل أو تمت الإصابة به خلال الحمل 55.26% منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة تليها 34.21% من العمليات تمت خلال موعد الولادة وأخيرا 10.53% كانت عملياتهن بعد فوات موعد الولادة.

مما سبق يمكن القول أن الأمراض المزمنة التي تترافق مع حمل الأمهات سواء كانت مصابة بها مسبقاً أو نتيجة للتغيرات التي تطرأ عليهن خلال الحمل تزيد من حدة التعقيدات الصحية التي تنعكس على صحة الأم وبنيتها بالدرجة الأولى كفقر الدم مثلاً فهو يؤدي إلى النحافة، وعلى عكس من ذلك فإن السكري عادة ما يؤدي إلى سمنة الأمهات وعملقة أطفالهن في الرحم، وكما أشرنا في الجدولين (58، 59) يلعب وزن الأم دوراً مهماً في صحة حملها ونوع ولادتها، فالأمراض تؤثر بالدرجة الأولى على بنية الأم وصحتها وتنعكس على الحمل والجنين، فالتعقيدات التي تتفاقم جراء الأمراض المزمنة كما أشرنا في الجدول (60) تؤدي في الغالب إلى إيقاف الحمل بصورة مستعجلة قبل اكتماله واستقاء موعد الولادة وهذا ما نلمسه في ارتفاع العمليات القيصرية قبل موعد الولادة للأمهات اللواتي تعاني أمراضاً مزمنة كما تجدر الإشارة إلى أن الأمراض المزمنة التي وجدناها في أفراد عينيتنا هي: ارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض القلب، الغدة الدرقية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 28.427 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الأمراض المزمنة التي تعاني منها الحوامل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (62): العلاقة بين الرحم المنتدب وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	هل لديك رحم منتدب
100	32	0	0	46.86	15	53.13	17	نعم
100	268	7.83	21	72.77	195	19.40	52	لا
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول الأخير العلاقة بين النساء اللواتي يعانين من رحم منتدب وتوقيت العملية القيصرية التي يجريها بالنسبة لموعد الولادة، حيث أن غالبية أفراد عينتنا كان لهن رحم سليم بمجموع 268 امرأة 72.77% منهن كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة، و19.40% كانت عملياتهن مبكراً، وأخيراً 7.83% كانت عملياتهن بعد فوات موعد الولادة، في حين النساء اللواتي كان يعانين من رحم منتدب قدر عددهن بـ 32 امرأة 53.13%

منهن كانت عملياتهن قبل موعد الولادة، و46.86% منهن كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة.

الرحم المنتدب هو عبارة عن ندبة أو شق في الرحم نتيجة لتشوه فيه أو عملية جراحية سابقة على مستواه سواء كانت قيصرية أو لغرض آخر فتترك أثر فيه مما يستدعي العناية اللازمة به، وما نلتسمه من الجدول الأخير أن النساء اللواتي يعانين من رحم منتدب في الغالب تبرمج لهن عمليات قيصرية قبل موعد الولادة وذلك خوفاً على رحمهن من عدم تحمل تقلصات وانقباضات الولادة الطبيعية مما يؤدي إلى انفتاحه وتمزقه على مستوى الندبة، فهو أكثر عرضة للتمزقات مقارنة بالرحم السليم، إضافة إلى ذلك إذا حدث وتمت المجازفة بالولادة الطبيعية أي مضاعفات فيها فهي تهدد حياة الأم حتى ولو تم الإسراع بعملية قيصرية طارئة فهي الأخرى تكون آثارها الجانبية ضعف آثار العملية القيصرية المبرمجة، وعليه إن النساء ذوات الرحم المنتدب الولادة الطبيعية خطر على حياتهن فمن الضروري إجراء لهن عملية قيصرية قبل بداية المخاض وبداية تقلصات الولادة الطبيعية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية) وجدناه 19.378 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الأمهات اللواتي رحمهن منتدب وتوقيت العملية القيصرية التي يخضعن لها.

الجدول (63): العلاقة بين الاضطرابات الصحية خلال فترة الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية التعرض لاضطرابات صحية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	186	57.53	107	42.47	79	نعم
100	114	44.74	51	55.26	63	لا
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (63) العلاقة بين الاضطرابات الصحية التي تصيب الأمهات خلال فترة حملهن ومكان إجراء العملية القيصرية، حيث أن غالبية الأمهات صرحن بأنهن عانين من اضطرابات صحية خلال حملهن بمجموع 186 امرأة 57.53% منهن كانت عملياتهن في القطاع العام مقابل 42.47% منهن كانت عملياتهن في القطاع الخاص، في المقابل 114

امرأة صرحت بأن حملهن مر في ظروف سليمة 55.26% منهن كانت عملياتهن على مستوى القطاع الخاص مقابل 44.74% في القطاع العام.

النساء اللواتي تعرضن لاضطرابات صحية خلال فترة حملهن أكبر نسبة منهن كانت عملياتهن القيصرية على مستوى المستشفيات العمومية، مما يشير أن الاضطرابات الصحية تنعكس سلبا على السير الحسن للحمل، وتختلف هذه الاضطرابات باختلاف درجة تعقيدها للحمل، فمنها ما تكون جد خطيرة تلزم المرأة للمكوث في المستشفى كنزيف الدم الحاد فإحدى المبحوثات صرحت أنها اضطرت للبقاء في المستشفى الحكومي لمدة تزيد عن 8 أيام لتعرضها لنزيف حاد مما انعكس على بنيتها الفيزيولوجية لدرجة لم تعد لها قدرة على الوقوف إلا بعد تلقيها رعاية خاصة ومتابعتها إلى غاية تحسن وضعها ودخولها لغرفة العمليات، والاضطرابات التي تنجم عن الأمراض المزمنة فمن الجدول (60) النساء اللواتي تعانين من هذه الأخيرة أغلبهن كانت عملياتهن في القطاع العام، إضافة إلى ذلك من الاضطرابات الصحية المتسببة في إجراء العملية القيصرية والتي لمسناها في السجل الطبي من خلال الجدول رقم (17) وتصريحات مبحوثاتنا: الأمراض المزمنة، انزياح المشيمة من مكانها، نزيف حاد، تخثر الدم، نقص الصفائح الدموية، نفاذ الماء الأمينوسي كلها هذه اضطرابات تصاحب الحمل ومنها ما ترقد الأم في المستشفى عدة أيام وحتى عدة أسابيع هذا ما جعل النسب تتباين بين القطاعين.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته -0.124 ومستوى الدلالة $\text{sig } 0.031$ وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الضغوطات التي المرأة الحامل خلال فترة حملها ونوع المؤسسة الصحية التي تجري فيها العملية القيصرية.

الجدول (64): العلاقة بين الاضطرابات الصحية اثناء الحمل ونوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	186	32.24	60	67.74	126	نعم
100	114	61.41	70	38.59	44	لا
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يعرض الجدول (64) العلاقة بين الاضطرابات الصحية المصاحبة للحمل ونوع العملية القيصرية، حيث أن الأمهات التي تعرضن لهذه الأخيرة 67.74% منهن كانت عملياتهن طارئة مقابل 32.24% كانت مبرمجة، في حين اللواتي لم يتعرضن لأي اضطرابات صحية خلال حملهن 61.41% منهن كانت عملياتهن مبرمجة مقابل 38.59% طارئة.

إن الاضطرابات الصحية التي تصاحب الحمل في مجملها تنعكس سلبا عليه مما تنشأ خطورة على حياة كل من الأم والجنين، فمنها ما يمكن السيطرة عليها ومدارتها لغاية برمجة لها عملية القيصرية في نهاية المطاف كارتفاع ضغط الدم وسكري الحمل وفقر الدم، لكن في أغلب الأحيان هذه الأخيرة تتفاقم على حين غرة مما تؤدي إلى عملية قيصرية طارئة دون سابق إنذار وهذا ما تشير إليه نتائج الجدول بارتفاع نسب العمليات القيصرية الطارئة بالنسبة للنساء اللواتي تعرضن لاضطرابات صحية كتمزق الغشاء أو انفصال المشيمة وهبوطها، حدوث نزيف حاد، تقاوم ارتفاع ضغط إلى تسمم حملي، أو ما يتعلق بالجنين كتغير وتوقف نبضات قلبه، إضافة إلى ذلك اخضرار لون الماء الأمينوسي وفي حالات أخرى تؤدي إلى نفاذه، كل هذه الاضطرابات السالفة الذكر تزيد من احتمالية العملية القيصرية خاصة الطارئة منها.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته -0.285 ومستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الاضطرابات الصحية المصاحبة للحمل ونوع العملية القيصرية التي تجرى للأمهات.

أ- تنظيم النسل وخصائص الحمل:

الجدول (65): العلاقة بين وسيلة تنظيم النسل ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	85	54.12	46	45.88	39	وسيلة التباعد بين حمل وتالي الإجابة ب لا
100	35	28.57	10	71.43	25	الرضاعة
100	106	64.16	68	35.84	38	حبوب منع الحمل
100	15	20	3	80	12	الواقى
100	40	45	18	55	22	العزل
100	19	68.43	13	31.57	6	الشريحة
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول (65) العلاقة بين الوسيلة التي تعتمدها الأمهات في المباشرة بين حملهن ونوع المؤسسة الصحية التي تخضعن فيها للعملية القيصرية، فتعددت الوسائل التي تستخدمها الأمهات في تنظيم نسلهن وعند ربط هذا المتغير بمكان إجراء العملية القيصرية تباين توزيع نسب العمليات القيصرية بين القطاعين بحسب الوسيلة المتبعة، حيث أن غالبية أفراد عينتها يستخدمون حبوب منع الحمل بمجموع 106 امرأة 64.16% منهن كانت عملياتهن بالقطاع العام مقابل 35.84% في القطاع الخاص، تليها النساء اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة في المباشرة بين حملهن بمجموع 85 امرأة 54.12% منهن كانت عملياتهن على مستوى مستشفيات عامة مقابل 45.88% في عيادات خاصة، تليها اللواتي يعتمدن العزل في تنظيم نسلهن بمجموع 40 امرأة 55% منهن كانت تجرى جراحتهن القيصرية في مصحات خاصة مقابل 45% منهن تمت عملياتهن في عيادات عامة، ثم النساء اللواتي اعتمدن على الرضاعة الطبيعية في المباشرة بين ولادتهن بمجموع 35 امرأة 71.43% منهن تمت ولادتهن في القطاع الخاص مقابل 28.57% منهن في القطاع العام، تليها اللواتي يعتمدن على الشريحة بمجموع 19 امرأة وقد أجرت 68.43% منهن عملياتهن في المستشفيات العامة مقابل 31.57% منهن في العيادات الخاصة، وأخيرا اللواتي

يستخدمن الواقي الذكري بمجموع 15 امرأة حيث 80% منهن كانت عملياتهن في القطاع الخاص مقابل 20% منهن في القطاع العمومي.

إن ارتفاع نسب العمليات القيصرية في القطاع العام بالنسبة للنساء اللواتي استخدمن وسيلتي الشريحة وحبوب منع الحمل يقودنا للقول أن لهما أعراض جانبية للصحة الإنجابية للأمهات تنعكس على حملهن اللاحق، فالأولى تمنع الحمل أدنى تقدير سنة كاملة وما أشرنا إليه في الجدولين (34 و 35) كلما تأخر الحمل زادت التعقيدات الصحية المصاحبة له، إضافة إلى ذلك من أسباب العملية القيصرية التي وجدناهم في السجل الطبي من خلال الجدول رقم (17) والجدولين (35 و 36) هي تأخر الحمل، فطول الحمل له انعكاسات سلبية هذا من جهة وتعمل هذه الشريحة من جهة أخرى على تغيير نمط فرز هرمون الأستروجين وفي الغالب تؤدي إلى السمنة التي هي الأخرى تزيد من فرص العملية القيصرية وقد تناولناها في الجدولين (58 و 59) وإضافة إلى ذلك يمكن أن ينجم عنها تكيس المبايض، أما عن الوسيلة الثانية فهي عبارة عن مواد كيميائية غير طبيعية تؤثر في مورفولوجية وبنية المرأة ومع الإفراط فيها تؤدي إلى تكاثر الفيروسات السرطانية خاصة في الرحم فينجم عنها تعقيدات تمس بسيرورة الحمل، فمن خلال دراسة الأستاذة كواش توصلت إلى أن 66% من النساء اللواتي يستخدمن حبوب منع الحمل يعانين من مشاكل صحية منها 40% للنساء اللواتي يعانين الضغط الدموي و12% للنساء اللواتي يعانين من مشاكل في الرحم و10% للنساء اللواتي يعانين من فقر الدم أما بقية النسبة فهي مقسمة بين النساء اللواتي يعانين من السكري وأمراض القلب وتسمم الدم.¹

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 23.958 عند درجة حرية 5 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الوسيلة التي تعتمد عليها الأمهات في المباشرة بين ولادتهن ونوع المؤسسة الصحية التي يخضعن فيها للعملية القيصرية

¹ كواش زهرة، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات الحوامل والأطفال (دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والمواليد الموتي والمواليد الجدد)، مرجع سابق، ص180.

الجدول (66): العلاقة بين الوسيلة المعتمدة في تنظيم النسل وتوقيت العملية القيصرية

بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية وسيلة التباعد بين حمل وتالي
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	85	0	0	74.12	63	25.88	22	الإجابة ب لا
100	35	0	0	77.15	27	22.85	8	الرضاعة
100	106	4.72	5	66.98	71	28.30	30	حبوب منع الحمل
100	15	0	0	100	15	0	0	الواقى
100	40	40	16	52.5	21	7.5	3	العزل
100	19	0	0	68.43	13	31.57	6	الشريحة
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (66) العلاقة بين الوسيلة المتبعة في المباشرة بين حمل وتالي وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، حيث اللواتي اعتمدن على الرضاعة الطبيعية 77.15% منهن كانت عملياتهن أثناء موعد الولادة و22.85% منهن تمت قبل موعدها، واللواتي اعتمدن على حبوب منع الحمل 66.98% منهن تمت جراحتهن في أثناء موعد الولادة تليها 28.30% منهن تمت مبكراً وأخيراً 4.72% تمت جراحتهن بعد فوات موعد الولادة، في حين أن النساء اللواتي اعتمدن على وسيلة الواقى الذكري كل عملياتهن تمت في أثناء موعد الولادة الطبيعي، أما بالنسبة للواتي اعتمدن على العزل 52.5% منهن كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة تليها 40% من العمليات تمت بعد فوات موعد الولادة وأخيراً 7.5% منهن تمت عملياتهن مبكراً، أما عن النساء اللواتي اعتمدن على وسيلة الشريحة الطبية غالبيةهن كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة بنسبة 68.43% تليها 31.57% من العمليات التي تمت قبل موعد الولادة الطبيعي.

تتوافق نتائج هذا الجدول مع تحليلنا السابق لنتائج الجدول (65) من خلال ارتفاع نسبة العمليات القيصرية التي تتم قبل موعد الولادة والتي عادة ما يجريها أخصائي التوليد لإنهاء الحمل مبكراً لخطورة الوضع وتفاقم المضاعفات عند النساء اللواتي يستخدمن الشريحة وحبوب منع الحمل، في المقابل النساء اللواتي تستخدمن باقي وسائل منع الحمل الطبيعية كانت عملياتهن أغلبها في الموقت المحدد للولادة ما يؤكد أن الوسائل الغير الطبيعية

المستخدمة لمنع الحمل سلبياتها أكثر من إيجابياتها، فهي تنعكس على صحة الأم والجنين بل وتمتد حتى لتؤثر في الحمل التالي.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 99.233 عند درجة حرية 10 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين الوسيلة المعتمد عليها في المباشرة بين حمل وتالي وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (67): العلاقة بين الوسيلة المعتمد عليها في تحديد النسل ونوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية وسيلة التباعد بين حمل وتالي الإجابة ب لا
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	85	47.06	40	52.94	45	الرضاعة
100	35	62.68	22	37.14	13	حبوب منع الحمل
100	106	33.02	35	66.98	71	الوقاي
100	15	66.67	10	33.33	5	العزل
100	40	42.5	17	57.5	23	الشريحة
100	19	31.11	6	68.48	13	المجموع
100	300	43.33	130	56.67	170	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (67) العلاقة بين الوسيلة التي تعتمدها الأمهات في تنظيم نسلهم ونوع العملية القيصرية التي يجرينها، حيث كانت نسب العمليات القيصرية الطارئة مرتفعة على العموم فكانت على الترتيب: الشريحة الطبية، حبوب منع الحمل، العزل، اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة للمباشرة بنسب على التوالي: 68.48%، 66.98%، 57.5%، 52.94% مقابل نسب العمليات المبرمجة على التوالي 31.11%، 33.02%، 42.5%، 47.06%، أما اللواتي اعتمدن على الوقاي الذكري والرضاعة الطبيعية فكانت أغلب عملياتهن مبرمجة بنسب على التوالي 66.67%، 62.68% مقابل عمليات طارئة بنسب 33.33% و37.14%.

استحوذت نسب العمليات القيصرية الطارئة للنساء اللواتي يستخدمن وسيلتي الشريحة وحبوب منع الحمل يقودنا للقول فعلا أن وسائل منع الحمل الغير الطبيعية تزيد من احتمالية

إجراء العملية القيصرية، ففي دراسة أنس صبري أبو علي أشار إلى أن استخدام حبوب منع الحمل ولفترات طويلة تحمل معها أضرار ومشاكل كبيرة منها تأثيره على القلب والدورة الدموية مثل ارتفاع ضغط الدم وفي حالات نادرة تؤدي إلى سرطان الرحم وسرطان الثدي، كذلك قد تؤدي إلى الحمل خارج الرحم واضطرابات في السمع والبصر وتنشيط نمو أورام خبيثة غير مكتشفة في الجسم.¹

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 20.957 عند درجة حرية 5 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وسيلة منع الحمل ونوع العملية القيصرية التي تخضع لها الأمهات.

الجدول (68): العلاقة بين نوع الحمل ومكان العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية	نوع الحمل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
100	281	51.25	144	48.75	137		أحادي
100	15	73.34	11	26.66	4		ثنائي
100	4	75	3	25	1		ثلاثي
100	300	52.67	158	47.33	142		المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (68) العلاقة بين نوع الحمل ومكان إجراء العمليات القيصرية، حيث أن غالبية المبحوثات كان حملهن أحادي بمجموع 281 امرأة 51.25% منهن كانت عملياتهن في القطاع الخاص مقابل 48.75% في القطاع العمومي، تليها النسائي اللواتي كان حملهن ثنائي بمجموع 15 امرأة 73.34% منهن كانت جراحتهن في المؤسسات الصحية العامة مقابل 26.66% منهن كانت جراحتهن في العيادات الخاصة، وأخيرا اللواتي كان حملهن ثلاثي بمجموع 4 نساء 75% منهن كانت عملياتهن في القطاع العمومي مقابل 25% في القطاع الخاص.

بالنسبة لحالات الحمل بتوائم اثنين أو أكثر من ذلك تكون هناك احتمالية جد ضعيفة للولادة طبيعيا، فغالبا ما يكون أحد الأجنة في وضع الولادة والثاني يكون على عكسه مما يصعب خروجه، وحتى وإن كانوا الاثنين في وضع الولادة دائما ما ينقلب الثاني في أثناء

¹ أنس صبري أبو علي، دراسة مقارنة بين حبوب منع الحمل واللولب الرحمي للنساء، مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية، العدد 35، 2019، ص 78.

الولادة مما يجعل الأطباء أكثر تخوفاً في هذه الحالة ودائماً ما يفضلون الولادة عن طريق الجراحة وهو متفق عليه تقريباً عند الجميع، فهي فعلاً تستدعي العملية القيصرية وبالرجوع لنتائج الجدول أعلاه النساء اللواتي حملن ثنائي وثلاثي كانت نسب العمليات القيصرية لهن في القطاع العام أكثر من القطاع الخاص، فهي حالات حقيقة بحاجة لعملية القيصرية ويتم برمجتها مسبقاً عن طريق طبيب التوليد الذي تتابعه الحامل بإرسالها مع توصية إلى المستشفيات الحكومية وبالتالي لا يردونهن ما يجعل عددهن أعلى من القطاع الخاص، وهذا ما وجدناه من تحليلنا للسجل الطبي لمستشفى الأم والطفل من الجدول (17) الحمل بالتوائم أحد الأسباب التي تؤدي إلى العملية القيصرية بنسبة 2.2%.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 8.412 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.015 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بنوع الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية.

الجدول(69): العلاقة بين عمر الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية

المجموع		عامة		خاصة		مكان العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	23	73.92	17	26.08	6	عمر الحمل أقل من 37 أسبوع
100	49	34.70	17	65.30	32	أسبوع 37
100	198	53.53	106	47.47	94	أسبوع 37-40
100	30	66.67	20	33.33	10	أكبر من 40 أسبوع
100	300	52.67	158	47.33	142	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول الأخير العلاقة بين عمر الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية، ويتضح جلياً أن غالبية المبحوثات كان عمر حملهن ما بين 37-40 أسبوع بمجموع 198 امرأة 53.53% منهن كانت عملياتهن في القطاع العام مقابل 47.47% في القطاع الخاص، تليها النساء اللواتي كان عمر حملهن 37 أسبوع بمجموع 49 امرأة 65.30% منهن كانت عملياتهن في القطاع الخاص مقابل 34.70% في القطاع العام، تليها النساء اللواتي كان عمر حملهن أكبر من 40 أسبوع حيث أن 66.67% من مجموعهن تمت ولادتهن القيصرية في المستشفيات العامة مقابل 33.33% منهن تمت في العيادات الخاصة، وأخيراً النساء اللواتي كان عمر حملهن أقل من 37 أسبوع بمجموع 23 امرأة 73.92% منهن

كانت عملياتهن في القطاع العام مقابل 26.08% في القطاع الخاص، وهذه النتائج تتشابه نوعا ما مع نتائج دراسة الباحثين بن عمور حفصة ونابتي سادية التي خلصت ب: كان الحمل الكامل المدة 37-40 أسبوع الأعلى نسبة بنسبة 51.72%، والخداج أي الولادة قبل الأوان بنسبة 24.32%، أما عن حالات إنقاذ الأم والجنين دون إغفال إطالة الحمل فقد بلغت نسبة 23.96%¹.

عادة ما يكون العمر الطبيعي للحمل 38 أسبوع إلى 40 أسبوع ولكن في حالات شاذة قد تكون الولادة قبل هذه المدة المحددة علميا وطبيا وما يطلق عليها بالولادة المبكرة نتيجة لتفاقم تعقيدات صحية أدت إلى إنهاء الحمل قبل اكتماله، وفي حالات أخرى قد تتجاوز مدة الحمل 40 أسبوع ويحدث ما يسمى بالولادة المتأخرة، بالعودة إلى نتائج الجدول الأخير نجد نسب العمليات القيصرية عند عمري الحمل أقل من 37 أسبوع وأكبر من 40 أسبوع مرتفعة في القطاع العام عن باقي نظيراتها من أعمار الحمل المتبقية، ما يلفتنا للقول أن لكل من الولادة المبكرة والمتأخرة مخاطر تعود على صحة الأم والجنين مما يزيد من احتمالية العملية القيصرية وهذا ما سنتناوله لاحقا بالتفصيل، من جهة أخرى بالنسبة للعمليات القيصرية التي تتم في العيادات الخاصة كانت أعلى نسبة لعمر الحمل 37 أسبوع هذا ما يثير الشك في دواعيها الطبية فعلا، فقد أصبحت النساء تغزوهن ثقافة الراحة من الحمل واختيار العملية القيصرية لإنهائه فهو بالنسبة لهن عبء، فأحد أطباء التوليد في مستشفى الأم والطفل الحكومي الذي تمت فيه دراستنا قال: "أصبحت الكثير من النساء يطلبن منه إجراء العملية القيصرية قبل موعد الولادة دون دواعي طبية، وأضاف في إحدى المرات جاءته مريضة بحجة أن الماء الأمينوسي نفذ وضروري إجراء ولادة قيصرية عاجلا حسب ما قاله لها الطبيب الذي يتابع حملها وقد كانت في الأسبوع 36 ونصف وعند معاينتها وجدها سليمة وبالإمكان اكمال الحمل حتى موعد الولادة، وعندما أعلمها أنه لا يمكن إجراء العملية وبإمكانها الاستمرار في حملها حتى موعد الولادة الفعلي لم يعجبها ذلك، ردت عليه: "أنا الحمل متعبني نحوس نريح منوا في أقرب وقت"، وسحبت ملفها منه متجهة إلى العيادة الخاصة وبالفعل قامت بعملية قيصرية هناك.

¹ Ben Ameer Hafssa, Nabti Sadia, *Césarienne*, op-cit, p80.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 11.610 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.009 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين عمر الحمل ومكان إجراء العملية القيصرية.

الجدول(70): العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		توقيت العملية القيصرية
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	23	0	0	8.70	2	91.30	21	أقل من 37 أسبوع
100	49	0	0	69.39	34	30.61	15	أسبوع 37
100	198	0	0	83.33	165	16.67	33	أسبوع 37-40
100	30	70	21	30	9	0	0	أكبر من 40 أسبوع
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (70) العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة المحدد من طرف أخصائي النساء والتوليد حيث أن النساء اللواتي كان عمر حملهن أقل من 37 أسبوع 91.30% منهن عملياتهن كانت قبل موعد الولادة مقابل 8.70% في موعد الولادة، أما الأمهات اللواتي كان حملهن حوالي 37 أسبوع 69.39% كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة مقابل 30.61% قبل موعد الولادة، في حين اللواتي كان ما بين 37-40 أسبوع 83.33% منهن كانت ولادتهن في موعد الولادة، وأخيرا الأمهات التي عمر حملهن أكبر من 40 أسبوع 70% منهن كانت عملياتهن بعد فوات موعد الولادة مقابل 30% منهن كانت ولادتهن القيصرية أثناء موعد الولادة.

من خلال إيضاح العمليات التي تتم بالنسبة لموعد الولادة نلاحظ أن العمليات التي تتم قبل موعد الولادة كانت تقريبا شبه كاملة بالنسبة لعمر الحمل أقل من 37 أسبوع يعني بالمختصر هناك تعقيدات أدت لإنهاء الحمل مبكرا ولا يمكننا القول أن كل العمليات في هذه الحالة طارئة فمنها ما هو طارئ ومنها ما هو مبرمج، ومن أكثر التعقيدات الأكثر شيوعا في هذه الحالة: انفصال المشيمة وهبوطها قبل موعد الولادة، تمزق الغشاء، توقف الجنين عن النمو، نفاذ الماء الأمينوسي، في حين العمليات التي تتم في موعد الولادة فقد كانت مرتفعة

عند أعمار الحمل المكتملة نوعاً ما، وأخيراً العمليات التي تتم بعد فوات الأوان كانت أعلى نسبة عند عمر الحمل أكبر من 40 أسبوع فهو يتجاوز موعد الولادة المحدد طبياً دون ظهور علامات الولادة مما يعود بمخاطر على كل من الأم والجنين ما يستدعي التدخل بعملية قيصرية قبل تفاقم الوضع.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 264.837 عند درجة حرية 6 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (71): العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		وقت العملية القيصرية عمر الحمل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	23	13.04	3	86.96	20	أقل من 37 أسبوع
100	49	12.25	6	87.75	43	أسبوع 37
100	198	39.40	78	60.60	120	أسبوع 37-40
100	30	20	6	80	24	أكبر من 40 أسبوع
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (71) العلاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لظهور علامات الولادة (المخاض)، حيث بالنسبة للأمهات اللواتي كان عمر حملهن أقل من 37 أسبوع 86.96% منهن كانت عملياتهن قبل بدء المخاض مقابل 13.04% منهن تمت عملياتهن بعد بدء المخاض، في حين أن اللواتي كان عمر حملهن حوالي 37 أسبوع 87.75% منهن كانت عملياتهن قبل ظهور علامات الولادة مقابل 12.25% من العمليات تمت بعد ظهور علامات الولادة، أما عن اللواتي كان حملهن ما بين 37 و 40 أسبوع 60.60% منهن كانت عملياتهن قبل بدء المخاض مقابل 39.40% بعد بدء المخاض، وأخيراً النساء اللواتي كان حملهن أكبر من 40 أسبوع 80% منهن كانت عملياتهن قبل ظهور علامات الولادة العادية 20% منهن تمت جراحتهن بعد ظهور علامات الولادة.

على العموم غالبية العمليات القيصرية التي تتم قبل بدء المخاض نسبياً مرتفعة بالنسبة للحالات الأربع لعمر الحمل، ففي العمر المبكر والمتأخر قد بلغت أوجها ما يؤكد

فعلا زيادة التعقيدات الصحية في هذين الحاليتين فيمكننا القول أنه في مجملها كانت طارئة، في حين أن ارتفاع النسبة في الحمل ذو العمر 37 أسبوع والعمر 37-40 أسبوع لا يمكننا القطع باليقين أنه كانت في معظمها طارئة أو أنها تمت لدواعي الطبية وهذا ما سيتضح لاحقا من خلال تحديد نوع العملية القيصرية التي تجريها الأمهات.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 21.913 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين عمر الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض.

الجدول (72): العلاقة بين عمر الحمل ونوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية عمر الحمل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	23	8.70	2	91.30	21	أقل من 37 أسبوع
100	49	53.06	26	46.93	23	37 أسبوع
100	198	47.47	92	53.53	106	أسبوع 37-40
100	30	33.33	10	66.67	20	أكبر من 40 أسبوع
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول الأخير العلاقة بين عمر الحمل ونوع العملية القيصرية، حيث كانت أعلى نسبة من نصيب العمليات القيصرية الطارئة في غالبية الأعمار وبالتحديد عند النساء اللواتي عمر حملهن أقل من 37 أسبوع بنسبة 91.30% تليها التوالي عمر حملهن أكبر من 40 أسبوع و37 أسبوع بنسب على الترتيب 66.67%، 53.53%، في حين العمليات القيصرية المبرمجة كانت أعلى نسبة على مستوى النساء اللواتي كان عمر حملهن 37 أسبوع بنسبة 53.06%.

فمن خلال تحديد نوع العملية القيصرية (طارئة/ مبرمجة) وعلاقتها بمتغير عمر الحمل يسمح لنا بالإشارة للحالات التي فعلا تزيد من حدة المشاكل الصحية للحمل من الحالات المشوشة التي تكون دون دواعي طبية ونتيجة لثقافة التقليد الأعمى واختيار الراحة الآنية دون دراية عن الآثار الجانبية اللاحقة، فنسب العمليات القيصرية الطارئة كانت مرتفعة عند عمر الحمل 37 أسبوع وأكثر من 40 أسبوع وذلك لوجود ما يهدد حياة الأم وجنينها، وعليه العمليات القيصرية التي تتم في عمر الحمل المبكر والمتأخر تكون نتيجة لتعقيدات قاهرة

وهذا ما أشرنا إليه في الجداول (69، 70، 71)، وبالعودة لعمر الحمل 37 أسبوع نجد العمليات المبرمجة أعلى من نظيرتها الطارئة ما يشير إلى غلبة الطابع الاختياري دون دواعي طبية.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية 8.946 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.030 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين عمر الحمل ونوع العملية القيصرية.

الجدول(73): العلاقة بين اللقاحات التي تتم خلال الحمل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة

لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إتمام العملية القيصرية اللقاحات
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	180	6.12	11	65.55	118	28.33	51	نعم
100	120	8.33	10	76.67	92	15	18	لا
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (73) العلاقة بين اللقاحات الخاصة بالحمل التي تجريها الأمهات وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، حيث أن غالبية الأمهات أجرين التلقيحات بمجموع 180 امرأة 65.55% منهن كانت عملياتهن في الموعد الطبيعي للولادة و28.33% منهن تم إجراء جراحتهن مبكراً وأخيراً 6.12% منهن كانت ولادتهن القيصرية بعد فوات موعد الولادة، في المقابل صرحت 120 امرأة أنهن لم يقمن بأي تلقيح خلال حملهن 76.67% منهن كانت عملياتهن أثناء موعد الولادة و15% منهن كانت قبل موعد الولادة وأخيراً 8.33% منهن خضعن للعملية القيصرية بعد فوات موعد الولادة.

إن غالبية الأمهات تلقين التلقيح خلال فترة حملهن، أما عند ربط هذا المتغير بتوقيت العملية بالنسبة لموعد الولادة، نجد نسبة العمليات القيصرية التي تتم في أثناء موعد الولادة مرتفعة بالنسبة للحالتين، لكن كانت أعلى عند النساء اللواتي لم يتعرضن للتلقيح، وإن العمليات التي تتم في موعد الولادة تكون غالبيتها طارئة وبالتالي إن عدم التلقيح خلال الحمل يؤدي إلى مشاكل صحية تنعكس على الحمل، فخلال مرحلة الحمل تكون مناعة الأم جد منخفضة والتلقيح يمنحها تحصيناً ضد الفيروسات خاصة الحصبة الألمانية، فغياب التلقيح يجعل

جسم الأم مستعدا لاستقبال الأجسام الغريبة والتي يمكن أن تنتقل إلى الجنين عبر الدم بواسطة المشيمة ما يؤدي إلى خلق تعقيدات خاصة في أثناء الولادة.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 7.343 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.025 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين اللقاحات التي تجريها المرأة الحامل وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

ب- خصائص الجنين:

الجدول (74): العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		اثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		توقيت العملية القيصرية	وضعية الجنين
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
100	255	8.23	21	70.59	180	21.17	54	بالرأس	
100	27	0	0	77.78	21	22.22	6	مقعد	
100	18	0	0	50	9	50	9	مائل	
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (74) العلاقة بين وضعية الجنين في رحم الأم وعلاقته بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، حيث كانت غالبية النسب مرتفعة بالنسبة للعمليات القيصرية التي تتم أثناء موعد الولادة في الحالات الثلاثة لكن بنسب متباينة ومتفاوتة وكانت على التوالي الوضعية المقعدية، بالرأس، مائل بنسب على الترتيب 77.78%، 70.59%، 50%، أما العمليات التي تتم قبل موعد الولادة فكانت على التوالي وضع مائل، مقعد، بالرأس بنسب على الترتيب 50%، 22.22%، 21.17%، وأخيرا العمليات التي تتم بعد فوات موعد الولادة كانت على مستوى الوضعية بالرأس فقط بنسبة 8.23%.

الوضع المناسب للولادة الطبيعية هو لما يكون وضع الجنين بالرأس أي أن رأسه نحو الأسفل باتجاه فتحة الرحم وهذا ما يسهل خروجه، أما الأوضاع الأخرى (مائل/ مقعد) تصعب عملية الولادة مما يؤدي إلى طول مدتها وتعسرها ما ينعكس على صحة الأم ومولودها، أما عن العمليات القيصرية فكانت مرتفعة في الحالات الثلاث عند موعد الولادة،

وكما أشرنا سابقا العمليات التي تتم في موعد الولادة تكون: مبرمجة، طارئة، اختيارية، فبالنسبة للوضعين الرأسي والمائل أجابنا أخصائي التوليد المفروض تكون فيها عملية قيصرية لا غبار عليها لكنهم ينتظرون حتى موعد الولادة للفصل في القرار على أمل أن يغير الجنين وضعيته فمن طبيعته الحركة المستمرة، من جانب آخر أشار أن الوضع الرأسي خلال موعد الولادة يمكن أن يتغير لوضع غير اعتيادي مما يصعب خروج الجنين والاضطرار لعملية قيصرية طارئة في هذا الوضع.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 11.061 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.026 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية لموعد الولادة. **الجدول (75):** العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		توقيت العملية القيصرية وضعية الجنين
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	255	33.73	86	66.27	169	بالرأس
100	27	11.11	3	88.89	24	مقعدي
100	18	22.22	4	77.78	14	مائل
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يظهر من الجدول (75) العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض، حيث يتضح للعيان أنه في كل الحالات تكون العمليات التي تتم قبل المخاض أكبر منها التي تتم بعده ولكن بنسب متفاوتة، وهي على التوالي وضع مقعدي، مائل، بالرأس بنسب على الترتيب 88.89%، 77.78%، 66.27%.

كانت العمليات القيصرية التي تتم قبل المخاض مرتفعة في وضعيات الجنين الثلاث لكن بنسب متفاوتة، حيث أنها كانت مرتفعة للغاية في الوضعين المقعدي والمائل، وهو ما يتوافق مع تحليلنا لنتائج الجدول (74)، فسواء الوضع المقعدي أو المائل كلاهما غير مناسبين لخروج الجنين من الرحم عبر المسار الطبيعي، فالوضع المقعدي يجعل رأس الطفل متجها نحو الأعلى بدلا من الأسفل لخروجه، مما يزيد من خطر تعلقه في قناة الولادة

بالإضافة إلى خطر انقطاع الأوكسجين عليه ما يهدد حياته للخطر، أما عن الوضع المائل فإتساع الممر لمرور الجنين لا يسمح مما يطول من مدة الولادة واحتمال تعرض الجنين لضائقة جنينية حادة وأمه لتمزقات في الرحم والحوض ونزيف، وهذا ما يجعل الأطباء في الوضعين المقدي والمائل مباشرة يقررون عملية قيصرية، وإن من أسباب العمليات القيصرية في السجل الطبي الذي درسناه من خلال الجدول (17) كانت بسبب وضعية غير اعتيادية للجنين بنسبة 3.5%، وهو ما يؤكد خطورة الولادة العادية في هذين الوضعين لتعسر خروج الجنين.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 6.527 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.038 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وضعية الجنين في رحم الأم ومتى يتم إجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض.

الجدول(76): علاقة وضعية الجنين في الرحم بنوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية وضعية الجنين
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	255	40.40	103	59.60	152	بالرأس
100	27	66.67	18	33.33	9	مقدي
100	118	50	9	50	9	مائل
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يتضح من الجدول (76) العلاقة بين وضعية الجنين في الرحم ونوع العملية القيصرية، حيث بالنسبة للعمليات الطارئة أعلى نسبة فيها كانت لوضعية الرأس بنسبة 59.60% تليها وضعية مائلة بنسبة 50% وأخيرا وضعية مقعية بنسبة 33.33%، في المقابل العمليات القيصرية المبرمجة كانت الوضعية المقعية تستحوذ على أعلى نسبة بنسبة 66.67%، ثم وضعية مائلة بنسبة 50%، وأخيرا وضعية الرأس بنسبة 40.40%.

عادة ما يتم برمجة العمليات القيصرية في حالة ما إذا كانت وضعية الجنين غير اعتيادية في الرحم فهي تجعل ولادته عسيرة هذا من جهة وطول مدتها دون خروجه من جهة أخرى ما يؤدي إلى شربه الماء الأمينوسي أو تعرضه لضائقة جنينية حادة هذا بالنسبة

للجنين، أما عن الأم في هذه الحالات يكون جهدها مضاعف نتيجة لتعسر الولادة وطولها دون خروج الجنين ما يؤدي إلى إرهاق جسمها واحتمالية حدوث لها نزيف حاد وتمزقات في المهبل والرحم إضافة إلى ارتفاع ضغط الدم ما يهدد حياتها للخطر، ولتجنب هذا السيناريو يقوم أخصائي التوليد ببرمجة عملية قيصرية في أوضاع الجنين الغير الاعتيادية، وهذا ما نلتمسه في ارتفاع نسب العمليات المبرمجة للوضعين المقعدي والمائل، وهو ما يؤكد نتائج الجدولين (74، و75).

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 8.946 عند درجة حرية 3 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.030 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وضعية الجنين في الرحم ونوع العملية القيصرية.

الجدول (77): علاقة وزن المولود بتوقيت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		توقيت العملية لقيصرية وزن المولود
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	17	17.65	3	29.41	5	52.94	9	أقل من 2500 غ
100	257	7	18	73.93	190	19.07	49	2500 غ-4000 غ
100	26	0	0	57.69	15	42.31	11	أكثر من 4000 غ
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (77) العلاقة بين وزن الجنين ومتى يتم إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة، حيث أنه في غالبية الحالات كان الوزن يتراوح ما بين 2500 غ-4000 غ بمجموع 257 حالة، يليها الذين وزنهم أكبر من 4000 غ ب 26 حالة، وأخيرا الذين وزنهم أقل من 2500 غ ب 17 حالة، أما عن توقيت العمليات القيصرية كانت معظمها تتم في أثناء موعد الولادة بالنسبة للوزن 2500 غ-4000 غ والوزن أكثر من 4000 غ بنسبتي على الترتيب 73.93% و 57.69%، في حين العمليات التي تتم قبل موعد الولادة كان الوزن أقل من 2500 غ في مقدمتها بنسبة 52.94% يليه الوزن أكثر من 4000 غ بنسبة 43.31%، ثم الوزن 2500 غ-4000 غ بنسبة 19.07%، وأخيرا العمليات التي تتم بعد فوات الأوان كانت فقط في الوزن أقل من 2500 غ والوزن 2500 غ-4000 غ بنسبتي على التوالي 17.65%، و 7%.

ما هو متفق عليه عالميا وطبيا الوزن المثالي للجنين أثناء الولادة هو 2500غ-4000غ، ما قل عن ذلك يؤدي إلى ازدياد طفل خديج ضعيف البنية لا يرقى تحمل مراحل الولادة العادية، وما زاد عن الحد المتفق عليه يؤدي إلى ما يسمى بالعملاقة ويكون في هذه الحالة مولود كبير الحجم مقارنة برحم أمه، فبالنسبة للوزن أقل من 2500غ كانت العمليات القيصرية التي تتم قبل موعد الولادة أعلى من نظيراتها ويمكن إرجاعها إلى أن الأطفال الخدج عادة ما يتوقفون عن النمو خلال الحمل ما يهدد بحياتهم للخطر ويستدعي التدخل قبل موعد الولادة هذا من جهة إضافة إلى أن بنيتهم الضعيفة لا تقوى على المرور الطبيعي للولادة، أما بالنسبة لحالة الوزن أكبر من 4000غ فقد كانت غالبيتها في أثناء موعد الولادة وعادة ما يتم برمجتها خوفا على صحة الأم خاصة إذا كان الحمل لأول مرة فالمرأة يكون حوضها في هذه الحالة ضيق جدا لا يتسع لحجم الجنين مما يعرضه لتمزقات وطول مدة المخاض ما ينعكس سلبا على صحة الأم ومولودها.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 22.273 عند درجة حرية 4 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وزن الجنين ومتى تتم العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة.

الجدول (78): العلاقة بين وزن الجنين وتوقيت إجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض

المجموع		بعد بدء المخاض		قبل بدء المخاض		إجراء العملية القيصرية وزن المولود
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	17	23.55	4	76.45	13	أقل من 2500غ
100	257	34.63	89	65.37	168	2500غ-4000غ
100	26	0	0	100	26	أكثر من 4000غ
100	300	31	93	69	207	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يمثل الجدول (78) العلاقة بين وزن الجنين وتوقيت العملية القيصرية بالنسبة للمخاض، وقد كانت أعلى النسب في العمليات التي تتم قبل المخاض في الحالات الثلاث، أعلى نسبة للذين وزنهم أكثر من 4000غ بنسبة 100% ثم وزن أقل من 2500غ ووزن 2500غ-4000غ على التوالي بنسبتي 76.45% و65.37%، أما عن العمليات التي تتم بعد بدء المخاض فقد كانت في وزني 2500غ-4000غ وأقل من 2500غ بنسبتي 34.63% و23.55% على الترتيب.

إن العمليات التي تتم قبل المخاض كانت مرتفعة بالنسبة للأطفال الخدج، وكبار الوزن أو ما يسمى بالعملاقة، فكلا الحالتين مرتبطتين ببنية المرأة فبالنسبة للحالة الأولى الوزن المنخفض تكون في الغالب أمهاتهن تعانين نحافة حادة ونقص التغذية بالإضافة إلى الأمراض المزمنة كفقير الدم، أما الحالة الثانية لعملاقة الجنين عادة ما تكون أمهاتهن تتمتعن ببنية جيدة وإن لم نقل يكن يعانين من البدانة والأمراض المزمنة كالسكري، فكل من الجدولين (58) و(59) أشارا إلى أن كل من الوزن الزائد والمنخفض يأتزان في محصول الحمل، فهذا ينتج عليه جنين إما نحيف جدا أو وزنه فوق المعتاد مما يزيد من حدة خطورة التعقيدات الصحية التي تمنع سير الولادة في ظروفها الطبيعية، ففي دراسة سحر حسن وآخرون توصلوا إلى نتيجة مفادها أن لوزن الجنين في المجموعات الوزنية الأكثر من 4000 غ أهمية كبيرة في تحديد طريقة الولادة حيث تزداد نسبة القيصرية باستطباب عدم تقدم المخاض.¹

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 13.708 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وزن الجنين وقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة للمخاض.

الجدول (79): العلاقة بين وزن المولود ونوع العملية القيصرية

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية وزن المولود
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	17	5.88	1	94.12	16	أقل من 2500 غ
100	257	41.63	107	58.37	150	2500 غ-4000 غ
100	26	84.62	22	15.38	4	أكثر من 4000 غ
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS يبين الجدول الأخير العلاقة بين وزن المولود ونوع العملية القيصرية التي تجريها الأم، وقد كانت العمليات القيصرية الطارئة مرتفعة عند وزن أقل من 2500 غ ووزن 2500 غ-4000 غ بنسبتي على الترتيب 94.12% و 58.37%، أما في العمليات القيصرية المبرمجة كانت مرتفعة عند وزن أكثر من 4000 غ بنسبة 84.62%.

¹سحر حسن، العلاقة بين وزن الجنين وعدم تقدم المخاض لدى الخروسات بتمام الحمل، مجلة جامعة تشرين، العلوم الصحية، المجلد 42، العدد 4، 2020، ص245.

تتوافق نتائج هذا الجدول مع التحليلات التي قدمناها في الجدول (78) فارتفاع العمليات القيصرية الطارئة بالنسبة للوزن أقل من 2500 غ يدل على تقاوم تعقيدات صحية خلال الحمل على حين غفلة عادة ما يكثر في هذه الحالة توقف الجنين عن النمو، كذلك تغلب هذه الحالات للنساء اللواتي يعانين من نحافة حادة وسوء التغذية خلال فترة الحمل، من جانب آخر كانت العمليات القيصرية فيما يخص الوزن أكثر من 4000 غ في مجملها مبرمجة وذلك نتيجة لعملة الجنين وأثاره على حوض الرحم في حال مروره منه خاصة المرأة التي تحمل لأول مرة يكون حوضها جد ضيق مقارنة بالنساء متعددات الولادة.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 24.729 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وزن الجنين ونوع العملية القيصرية

ت- الرعاية الطبية بعد العملية القيصرية

الجدول (80): العلاقة بين الرعاية الصحية بعد العملية القيصرية ووقت إجرائها بالنسبة لموعد الولادة

المجموع		بعد فوات موعد الولادة		أثناء موعد الولادة		قبل موعد الولادة		إجراء العملية القيصرية الرعاية الصحية بعد العملية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	287	5.92	17	71.43	205	22.65	65	نعم
100	13	30.77	4	38.46	5	30.77	4	لا
100	300	7	21	70	210	23	69	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يظهر من الجدول الأخير العلاقة بين وقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة والرعاية الصحية بعدها، حيث كل النساء على العموم خضعن لرعاية صحية بمجموع 287 امرأة 71.43% منهن كانت عملياتهن في أثناء موعد الولادة، تليها 22.65% منهن كانت عملياتهن مبكراً وأخيراً 5.92% منهن تمت عملياتهن بعد فوات أوان الولادة، في المقابل 13 امرأة لم تخضع للرعاية الطبية كانت عملياتهن حوالي 30% بالنسبة لكل موعد ولادة.

إن نتائج الجدول الأخير تشير إلى وعي الأمهات وحرصهن على المتابعة الصحية ما بعد العملية القيصرية، من جهة تغيير كمادات الجرح وغسله في الأيام الأولى من العملية ومن جهة أخرى كما هو معلوم سواء كانت العملية في المستشفيات الحكومية أو الخاصة

هناك زيارات روتينية للمكان التي تمت فيه لمعاينة الجرح ومدى تعافيه وعموما تبرمج هذه الزيارات كل 15 يوم أو كل شهر حتى التأكد النهائي من التعافي، أما بالنسبة لمتغير الرعاية الصحية ووقت العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة نجد أعلى نسبة على مستوى العمليات التي تتم في أثناء موعد الولادة والتي غالبا ما تكون طارئة ما يؤزم الوضع ويكون تعقيد في العملية أكثر من أي وضع آخر مما تتطلب الأم في هذه الحالة رعاية ومتابعة خاصة.

عند حساب كاف تربيع للاستقلالية وجدناه 13.255 عند درجة حرية 2 وبلغ مستوى الدلالة sig 0.001 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين وقت إجراء العملية القيصرية بالنسبة لموعد الولادة بالمتابعة الصحية بعدها.

الجدول (81): علاقة المتابعة الصحية بعد العملية القيصرية بنوعها

المجموع		مبرمجة		طارئة		نوع العملية القيصرية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	الرعاية الصحية بعد العملية
100	287	40.77	117	59.23	170	نعم
100	13	100	13	0	0	لا
100	300	43.33	130	56.67	170	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

يبين الجدول (81) العلاقة بين المتابعة الصحية ونوع العملية القيصرية حيث اللواتي تلقين الرعاية الطبية بعد عملية قيصرية كانت معظم عملياتهن طارئة بنسبة 59.23%. في المقابل اللواتي لم يتلقين الرعاية الصحية بعد العملية القيصرية كل عملياتهن كانت مبرمجة بنسبة 100%.

إن العمليات القيصرية الطارئة كانت لها أعلى نسبة فيما يخص الرعاية الصحية بعدها وهذا يؤكد نتائج الجدول (80)، فالعمليات القيصرية الطارئة تكون غير مخطط لها، فلا تكون لا المرأة ولا الجراحين مهيين لها، إضافة إلى التعقيدات التي أدت لها هناك العامل النفسي للأم والجراح مما يزيد من تعقيد العملية، وهذا ما يتطلب رعاية خاصة بعدها.

عند حساب معامل فاي وجدنا قيمته -0.243 ومستوى الدلالة sig 0.000 وبالتالي فهي أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 ومنه يتضح وجود علاقة بين نوع العملية القيصرية والرعاية الصحية بعدها.

نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال تحليل نتائج الجداول التي تدرس العوامل الصحية المرتبطة بالعملية القيصرية توصلنا إلى النتائج التالية:

الخصائص الصحية للأم:

- بلغ متوسط كتلة الجسم BMI لأفراد عينتنا 26.27 كلغ/ م² ما يشير أنهم في مجملهم يعانون من السمنة نوعا ما، بالمقابل كلما كان الوزن مرتفعا كلما زاد عدد العمليات القيصرية خاصة الطارئة منها التي تتم قبل موعد الولادة.

- الأمهات اللواتي يعانين من أمراض مزمنة هن أكثر عرضة للعمليات القيصرية وبالأخص العمليات التي تتم قبل موعد الولادة حيث قدرت نسبة العمليات القيصرية فيها ب 55.26%.

- إن النساء اللواتي لهن رحم منتدب تشكل الولادة الطبيعية خطرا على حياتهن وبالتالي في هذه الحالات يتم برمجة عمليات قيصرية مسبقا، وتتم قبل موعد الولادة بنسبة 53.13%.

- الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات صحية خلال حملهن ينتهي بهن المطاف بعملية قيصرية خاصة الطارئة منها.

تنظيم النسل وخصائص الحمل:

- استخدام وسائل منع الحمل الغير الطبيعية والإفراط فيها ينعكس سلبا على صحة الأمهات وحملهن كحبوب منع الحمل والشريحة، كما وتؤدي إلى تعقيدات صحية على مستوى الحمل التالي مما ينتج عنه ارتفاع العمليات القيصرية خاصة التي تتم قبل موعد الولادة وبالتحديد الطارئة.

- إن نوع الحمل على ارتباط وثيق مع العملية القيصرية، فالحمل بأكثر من جنين حتى ولو مر دون مشاكل احتمالية الولادة الطبيعية فيه ضئيلة جدا، وبالتالي كلما تعدد الحمل كلما زادت فرص العمليات القيصرية وعلى العموم تكون المبرمجة منها أكبر من الطارئة لدراية الأطباء بخطورة الوضع مسبقا.

- يتم تحديد نوع الولادة بناءا على عمر الحمل حيث العمر الأنسب للولادة الطبيعية هو ما بين 37-40 أسبوع، في حين العمرين أقل من 37 أسبوع و 40 أسبوع غالبا ما يكونان

مرتبطان بمخاطر تهدد كل من حياة الأم والطفل ما يستدعي اللجوء إلى العمليات القيصرية ما بين طارئة ومبرمجة لإنقاذ ما يمكن إنقاذه.

- عدم تلقي اللقاحات اللازمة خلال فترة الحمل يؤدي إلى عدم تحصين الأمهات ضد الفيروسات وبالتالي احتمالية نقلها للجنين ما يزيد من تعقيدات الحمل واللجوء إلى العملية القيصرية خاصة أثناء موعد الولادة.

خصائص الجنين:

- إن الوضعية الغير الاعتيادية للجنين في رحم الأم تؤدي إلى إجراء العملية القيصرية خاصة الوضعية المقعدية والمائلة.

- يتحدد نوع ولادة الأمهات بمقدار وزن الجنين، حيث أن الوزن الطبيعي هو 2500غ-4000غ تكون فيه حظوظ أكبر للولادة الطبيعية، أما خلال الوزن أقل 2500غ وأكثر 4000غ غالبا ما تكون فيها العمليات القيصرية هي الخيار الوحيد للخروج بأقل أضرار ففي الوزن الأول يكون الجنين ضعيف البنية لا يتحمل مراحل الولادة العادية والمرور عبر الحوض وغالبا ما تكون العمليات في هذا الوزن طارئة نتيجة لتوقف نموه عند هذا الحد، أما في الوزن الثاني الأكثر من 4000غ فنتيجة لعملاقة الجنين وعدم كفاية حوض أمه لمروره في الحالة العادية يتم برمجة العملية القيصرية مسبقا.

- تقريبا كل الأمهات تلقين الرعاية الطبية بعد العملية القيصرية خاصة اللواتي كانت عملياتهن طارئة ومرت بظروف صعبة كانت لهن أعلى نسبة من الرعاية.

الاستنتاج العام

من خلال البيانات التي تحصلنا عليها من تحليل السجل الطبي الخاص بالنساء اللواتي خضعن للعملية القيصرية سنة 2021 بولاية سطيف على مستوى مستشفى الأم والطفل- الباز-، ومن خلال العينة التي تحصلنا عليها من مجتمع البحث بالطريقة القصدية والتي سمحت لنا بملء 300 استمارة مع النساء اللواتي مررن بتجربة العملية القيصرية واللواتي أعمارهن مجملة في أداتي بحثنا ما بين 15 و49، تحصلنا على النتائج التالية:

فيما يخص بيانات السجل توصلنا إلى أن أغلب السيدات اللواتي خضعن لعمليات قيصرية سنة 2021 في ولاية سطيف وفي المستشفى الجامعي (الأم والطفل -الباز-) ينتمين إلى الفئتين العمريتين 25-29 و30-34 بنسبتي على التوالي 28%، 23,5%، وتجدر الإشارة إلى أن العمر المتوسط لهن بلغ 30.6 سنة، إضافة إلى ذلك كانت نسبة العمليات القيصرية للنساء المقيمات في الحضر أعلى من الريفيات بنسبة 54.2% مقابل 45.8%، أما عن أسباب الولادة بالعملية القيصرية التي طرحها فكانت 21 سبب بنسب متفاوتة ومتباينة خاصة ما بين الحضر والريف، عموما كانت أعلى نسبة للأمراض المزمنة بنسبة 29.36%، أما فيما يخص نوع العملية القيصرية كانت الطارئة منها تقدر بأكثر من ضعف العمليات المبرمجة بنسبة 70.95% مقابل 29.05%، في حين أنه عند ادخالنا لمتغير الفئات العمرية كان هناك اختلاف وتبان في نسب العمليات القيصرية باختلاف نوعها ففي العمليات الطارئة كانت أعلى نسبة في الفئات العمرية الكبيرة كالفئة العمرية 45-49 التي بلغت فيها النسبة الكاملة 100% والفئة العمرية 15-19 التي بلغت 69.6% ومما لا شك فيه السن المبكر والمتأخر يزيدان من نسبة الوقوع في مضاعفات صحية أثناء الحمل مما يستدعي عملية قيصرية طارئة، أما عن نوع العملية القيصرية المبرمجة فقد كانت أكثر في الفئات العمرية الصغيرة 20-24، 25-29 بنسب على التوالي 35.8%، 30.7%.

أما عن مميزات أفراد العينة: كانت غالبيةهن ينتمين إلى الفئة العمرية 25-29 بنسبة 44.3%، فضلا عن ذلك خصائصهم الاجتماعية: من مكان إقامة ونوع المسكن وكذا نوع الأسرة، فكان النصيب الأكبر لنساء الحضر بنسبة 65% مقابل 35%، في حين نوع المسكن غالبيةهن يقمن في بيت تقليدي بنسبة 56.3%، وأخيرا بالنسبة لنوع الأسرة كذلك كانت أغلب النساء ينتمين إلى أسر نووية بنسبة 60% مقابل 40%، وخصائصهم الاقتصادية كانت 77.7% منهن ماكثات في البيت مقابل 22.3% عاملات، في حين

40.7% منهن يملكن دخل فردي خاص بهن، وقد بلغت قيمة الدخل أقل من 18000 دج أعلى نسبة بنسبة 16.67%، أما عن الوضع المهني لأزواجهن كان 86% منهم عاملين، في حين عن الدخل الشهري الذي يتقاضونه فقد بلغ الدخل أكبر 45000 دج أعلى نسبة بحوالي 52.7%.

أما عن تحليلنا لبيانات الاستبيان توصلنا إلى النتائج التالية:

*** العوامل الديمغرافية تدفع بالمرأة الحامل لإجراء العملية القيصرية:**

عند دراستنا لخصائص الأم الديمغرافية من: السن عند: الزواج وعند إجراء العملية القيصرية، إضافة إلى المدة الفاصلة بين الزواج الأول والحمل، وكذا نوع الولادات وعند ربط هذه الخصائص بالعملية القيصرية وجدناها على علاقة معها حيث: كانت غالبية العمليات القيصرية في النساء اللواتي أعمارهن 25-29 و 30-34، وجدير للذكر تتباين نسب العمليات القيصرية بين الفئات العمرية بتباين خصائص هذه الأخيرة فمثلا فيما يخص النوع كانت العمليات القيصرية الطارئة تتم بنسب كبيرة في الفئتين 30-34 و 20-24 بنسبتي 66.67% و 65.45% وكانت المبرمجة تتم بشكل كبير عند المتقدمات في العمر أي الفئة العمرية 40-44 بنسبة 100%، أما العمليات القيصرية بالنسبة لموعد الولادة كانت تتم عموما في موعد الولادة بنسبة 70%، لكن عند ادخال متغير العمر وجدنا الفئات العمرية المتقدمة كل عملياتها تتم قبل موعد الولادة 40-44 بنسبة 100% على عكس الفئات العمرية الأخرى التي كانت تتم ما بين قبل وأثناء وبعد الولادة، وجدير للذكر ذوات العمر الصغير كانوا أكثر عرضة للعمليات التي تتم في أثناء المخاض ومنه يتضح أن عمر الأم عند الولادة له علاقة بالعملية القيصرية، حيث النساء ذوات العمر الصغير والمتقدم يعانين من مشاكل أثناء الحمل والولادة أكثر من نظيرتهن من النساء في الأعمار الأخرى، إضافة إلى ذلك عمر الأم يؤثر في العملية القيصرية في عدة جوانب: مكان إجرائها، نوعها، توقيتها بالنسبة لموعد الولادة، وكذا متى تتأكد حاجتها بالنسبة للمخاض.

من حيث سن الأمهات عند الزواج: كانت غالبيتهن يتزوجن عند العمر 20-24 و 25-29 بمجموع 120 و 124 امرأة، وكانت النساء اللواتي تزوجن في سن 25-29 و 15-20 أكثر إقبالا على المستشفيات الخاصة بنسبتي على التوالي 55.65% و 54.05% على عكس اللواتي تزوجن في سن 30-34 و 20-24 كانوا أكثر إقبالا على المستشفيات العمومية بنسبتي 68.42% و 60.83%، فالنساء اللواتي تزوجن لأول مرة خلال العمر

15-20 و 25-29 كانوا الأكثر اقبالاً على العملية القيصرية في موعد الولادة، في حين الولادات القيصرية المبكرة والمتأخرة كانت أعلى لدى النساء اللواتي تزوجن في عمر متقدم 30-34 بنسبة 36.84%.

من ناحية أخرى بلغ مجموع النساء اللواتي كانت فترة حملهن 6 أشهر فما فوق 202، هذا ما يؤكد كلما طالت مدة الحمل بعد الزواج كلما زادت تعقيدات الحمل والولادة الطبيعية.
* تؤدي العوامل الاجتماعية للولادة عن طريق العملية القيصرية:

في دراستنا كانت العمليات القيصرية مرتفعة عند الجامعيات بمجموع 137 امرأة، تليها النساء اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي بمجموع 93 امرأة، ثم المستوى المتوسط بمجموع 65 امرأة، وأخيراً 5 نساء لهن مستوى ابتدائي، كما توصلنا أيضاً إلى أنه كلما زاد المستوى التعليمي كلما زاد الإقبال على العمليات القيصرية التي يتم التأكيد منها قبل بدء المخاض فقد بلغت نسبة 79.56% للجامعيات مقابل 40% لذوات المستوى الابتدائي إضافة إلى ذلك هناك علاقة عكسية بين المستوى الدراسي للأمهات ونوع العملية القيصرية التي يخضعن لها، فكلما انخفض المستوى التعليمي زاد الإقبال على العمليات القيصرية الطارئة، حيث أن اللواتي مستواهن الدراسي ابتدائي 60% منهن كانت عملياتهن طارئة، مقابل 48.18% لدى الجامعيات، فالجامعيات كانوا أكثر تفضيلاً للعملية القيصرية عن الولادة الطبيعية بنسبة 67.15% ما جعل عملياتهن تكون مبرمجة أكثر من الطارئة على عكس ذوات المستوى الابتدائي كلهن فضلن الولادة الطبيعية بنسبة 100%.

من ناحية أخرى عن المحيط الذي تنشأ فيه الأمهات صرحت 249 امرأة أنهن تعرضن لضغوطات انعكست على حملهن كانت هذه على عدة مستويات كالتالي: على مستوى العائلة بمجموع 153 امرأة، تليها اللواتي تعرضن لضغوطات على مستوى عملهن بمجموع 48 امرأة، ثم على مستوى الجيران بمجموع 33 امرأة، وأخيراً الضغوطات من قبل الأصدقاء بمجموع 15، وجدير للذكر أن النساء اللواتي تعرضن للضغوطات كانت في الغالب عملياتهن تجرى في مؤسسات عامة حيث 73.91% منهن كانت عملياتهن تتم قبل بدء المخاض، على عكس اللواتي لم يعانين أي مشاكل طيلة حملن كانت عملياتهن تتم على مستوى العيادات الخاصة.

كانت الأمهات تعتمد في تحصيل معلوماتهن عن الولادة القيصرية بصفة كبيرة على الانترنت بمجموع 95 امرأة تليها اللواتي يعتمدن على الأقارب بمجموع 90 امرأة، ثم اللواتي يعتمدن على الطبيب بمجموع 43 امرأة، وأخيرا نفس القيمة للواتي يعتمدن على الأصدقاء ووسائل الإعلام بمجموع 36 امرأة، حيث كلما اختلف مصدر المعلومات للأم كلما اختلف وتباين توقيت العملية القيصرية ونوعها وكذا نوع المؤسسة الصحية التي تجرى فيها من امرأة إلى أخرى، ولا ننسى طبيعة اختيار العملية القيصرية للأمهات حيث كانت غالبيتها تجرى بقرار طبي بمجموع 270 حالة، تتبعها اللواتي اخترنها بناءا على رغبتهن بمجموع 22 حالة، وأخيرا اللواتي اخترنها بناءا على نصائح المحيطين، وإن اختلف طريقة أو من يسهم في اختيار الولادة القيصرية للأم أثر في طبيعة نوع الولادة (طارئة/مبرمجة)، توقيتها، وحتى نوع المؤسسة التي تجرى فيها، وأخيرا وجهة نظر النساء لها.

* العوامل الصحية تجعل المرأة الحامل تلد بالعملية القيصرية:

من الخصائص الصحية لأفراد عينتنا كانوا يميلون للسمنة نوعا ما حيث بلغ متوسط كتلة جسمهن BMI 26.27 كلغ/م² وخلصت دراستنا إلى أنه كلما كان الوزن مرتفعا أو منخفضا كثيرا أدى إلى ارتفاع العمليات القيصرية خاصة الطارئة منها التي تتم قبل موعد الولادة، إضافة إلى ذلك النساء اللواتي يعانين من الأمراض المزمنة والرحم المنتدب هن أكثر عرضة للعمليات القيصرية وبالأخص العمليات التي تتم قبل موعد الولادة حيث قدرت نسبة العمليات القيصرية فيها ب 55.26% و 53.13%.

أما عن وسائل تنظيم النسل وجدنا الغير طبيعية منها كحبوب منع الحمل والشريحة تنعكس سلبا على صحة الأمهات وتؤدي إلى تعقيدات صحية على مستوى الحمل التالي مما ينتج عنه ارتفاع العمليات القيصرية خاصة التي تتم قبل موعد الولادة وبالتحديد الطارئة. من ناحية أخرى إن نوع الحمل على ارتباط وثيق مع العملية القيصرية، فالحمل بأكثر من جنين حتى ولو مر دون مشاكل احتمالية الولادة الطبيعية فيه ضئيلة جدا، وبالتالي كلما تعدد الحمل كلما زادت فرص العمليات القيصرية وعلى العموم تكون المبرمجة منها أكبر من الطارئة لدراية الأطباء بخطورة الوضع مسبقا، كما ويتم تحديد نوع الولادة بناءا على عمر الحمل حيث العمر الأنسب للولادة الطبيعية هو ما بين 37-40 أسبوع، في حين العمرين أقل من 37 أسبوع و40 أسبوع غالبا ما يكونان مرتبطان بمخاطر تهدد كل من حياة الأم

والطفل ما يستدعي اللجوء إلى العمليات القيصرية ما بين طارئة ومبرمجة لإنقاذ ما يمكن إنقاذه.

عدم تلقي اللقاحات اللازمة خلال فترة الحمل يؤدي إلى عدم تحصين الأمهات ضد الفيروسات وبالتالي احتمالية نقلها للجنين ما يزيد من تعقيدات الحمل واللجوء إلى العملية القيصرية خاصة أثناء موعد الولادة.

بالنسبة لخصائص الجنين الصحية التي ترتبط بالعملية القيصرية خلصت دراستنا إلى:

- إن الوضعية الغير الاعتيادية للجنين في رحم الأم تؤدي إلى إجراء العملية القيصرية خاصة الوضعية المقعدية والمائلة.
- يتحدد نوع ولادة الأمهات بمقدار وزن الجنين، حيث أن الوزن الطبيعي هو 2500غ-4000غ تكون فيه حظوظ للولادة الطبيعية، أما خلال الوزن أقل 2500غ وأكثر 4000غ غالبا ما تكون فيها العمليات القيصرية هي الخيار الوحيد للخروج بأقل أضرار ففي الوزن الأول يكون الجنين ضعيف البنية لا يتحمل مراحل الولادة العادية والمرور عبر الحوض وغالبا ما تكون العمليات في هذا الوزن طارئة نتيجة لتوقف نموه عند هذا الحد، أما الوزن الثاني فهو نتيجة لعملة الجنين وعدم كفاية حوض أمه لمروره في الحالة العادية فيتم برمجة العملية القيصرية مسبقا.

الخاتمة

تعتبر الولادة القيصرية في جميع أنحاء العالم واحدة من أكبر العمليات الجراحية شيوعاً في مجال التوليد الحديث، وتهدف هذه الجراحة إلى إنقاذ حياة الأمهات والأطفال حديثي الولادة كما هو الحال في حالات عسر الولادة والظهور المقعدي والولادات المتعددة وانخفاض أو ارتفاع متوقع للوزن عند الولادة وضيق الجنين لكن الولادات القيصرية التي أجريت دون إشارة طبية تعرض الأمهات والرضع لخطر النتائج الغير المواتية على سبيل المثال بالمقارنة مع الولادة القيصرية ترتبط الولادة القيصرية بزيادة خطر نقل الدم واستئصال الرحم ووفيات الأمهات والأطفال، تمزق الرحم المشيمة الملتصقة وانزياح المشيمة في الحمل اللاحق بالإضافة إلى ذلك فإن الولادات القيصرية تكلف أكثر وتتطلب دخول المستشفى لفترة أطول من الولادات المهبلية.

وتفسر هذه المخاطر سبب اعتبار القسم القيصري عند الطلب رفاهية باهضة الثمن وخطيرة، إذ أن الأدلة الحالية تحذر بشدة من عمليات الولادة القيصرية الغير ضرورية، وعلى الرغم من التوصيات والتحذيرات المختلفة بشأن مخاطر الولادة القيصرية فقد ضلت معدلاتها تتزايد باستمرار وعالمياً لا سيما في البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع لتصل لمعدلات وبائية حيث في بعض البلدان الزيادة في العملية القيصرية لا تظهر المعدلات علامات على التباطؤ لقد اصبح هذا الارتفاع مصدر قلق كبير للصحة العامة وسبباً للنقاش في جميع أنحاء العالم حيث أن الأسباب الجذرية لهذه الزيادة الهائلة ليست مفهومة حتى الآن وغالباً ما تعزى إلى التفاعل المعقد بين مختلف الحكومات والجهات الحكومية، المؤسسات الصحية ذات الديناميكيات الأسرية والاجتماعية بما في ذلك في بعض الأحيان عوامل هامشية مثل الموضة والإعلام.

وإن ما لمسناه من دراستنا أن الجزائر واكبت دول العالم فيما يخص الزيادة في معدلات العملية القيصرية التي بلغت أعتاب 24.8%، ومن ناحية أخرى فمن النتائج التي توصلنا إليها أن عدداً من العوامل مرتبطة بزيادة معدلات العمليات القيصرية: العوامل الديمغرافية وتشمل عمر الأم خاصة في وقت الولادة الأولى، تأخر سن الحمل الأول، إضافة إلى مكان الإقامة (حضر/ريف)، والعوامل الاجتماعية: كالمستوى التعليمي والمعيشي، إضافة إلى تأثير المحيط وأفراده في الحامل، أما عن العوامل الطبية منها ما هو مرتبط بالأم

مثل السمنة لدى الأمهات والحمل المتعدد، الأمراض المزمنة، وتأثير وسائل منع الحمل، ومنها ما تكون لأسباب جنينية إذ كانت المؤشرات الأكثر شيوعاً هي: وزن الجنين عند الولادة، وضعيته في الرحم، عدم تناسق رأسي الحوض، وضيق تنفس الجنين، والولادة القيصرية السابقة كما لا يسعنا أن ننسى العملية القيصرية الاختيارية التي أصبحت ظاهرة من جهة تفتت في وسط الأطباء الذين أخرجوها من مسارها الطبي وشروطها لأغراضهم الربحية وراحتهم، كذلك ومن جهة النساء اللواتي أصبحن يخترنها بدون دواعي طبية تحت ذريعة الراحة القيصرية دون إدراك منهن عواقبها سواء على المدى القصير أو الطويل، وإن أهم الاقتراحات التي نراها يمكن أن تقلل من ارتفاع الاتجاه المتزايد في معدلات العملية القيصرية من خلال دراستنا هذه هي:

- من الضروري تقديم المشورة بشأن الولادة الطبيعية أثناء رعاية ما قبل الولادة لتقليل الخوف وانعدام الأمن لدى النساء إذ أن الخوف من الولادة الطبيعية يزيد من مخاطر ارتفاع معدلات الولادة القيصرية.
 - تخصيص أطباء متخصصين ومتمرسين ومدربين خلال الولادة المهبلية من شأنه أن يخفض من معدلات العملية القيصرية.
 - يجب مراعاة تأثير المهنيين الصحيين في قرار العملية القيصرية فمن المهم تأهيل هؤلاء المهنيين والممارسات السريرية لتقليل معدلات العمل الجراحي للولادة.
 - على الأفراد والمنظمات والهيئات الإدارية الأخرى العمل لضمان إجراء البحوث لتوفير قاعدة معرفية أفضل لتوجيه القرارات المتعلقة بالولادة القيصرية ولتشجيع التغييرات السياسية التي تقلل بشكل آمن من معدل الولادة القيصرية.
- وفي الختام إن أصبنا فمن الله وإن أخطأنا فمنا، نأمل أن تفتح دراستنا مجالاً للدراسات المستقبلية المتعمقة في هذا الموضوع الحساس الذي أثار جدلاً في المجتمع الدولي والمحلي.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1. القرآن الكريم

المراجع باللغة العربية:

1-الكتب:

2. إبراهيم يوسف، العناية بالحامل، ط1، دار القلم، بيروت، 1971.
3. أبو نصري جميل، موسوعة أسرتنا السعيدة (دليل الحمل والولادة والإرضاع)، ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 2020.
4. الأشقر أحمد، علم السكان، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية .عمان، 2009.
5. إسلام عبد الرحمن محمد، ذوي الإعاقة الحركية (المشاركة الوالدية وبرامج التأهيل المجتمعي)، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2018.
6. إسماعيل إبراهيم، مناهج البحوث الإعلامية، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2017.
7. عدلي أميرة، الحماية الجنائية للجنين في ظل التقنيات المستحدثة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007.
8. جندل جاسم محمد، موسوعة المرأة، ط1، دار الكتب العلمية، لبنان 2011.
9. الجبالي حمزة، موسوعة الأم والطفل الحديثة، ط1، دار الأسرة للإعلام ودار عالم الثقافة للنشر، الأردن، 2016.
10. جواد كاظم عيسى، صحة الأم في فترة الحمل وما بعد الحمل، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي، عمان، 2013.
11. قارليلي جورج وموزر آن ماري، بانتظار الحدث السعيد حقائق ومعلومات عن الحمل والولادة، ت معصومة المبارك، ط1، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت 1989.
12. حافظ نوزت، رعاية الأم والطفل، ط1، جامعة دمشق، دمشق، 2003.
13. حسني حسين ريس وآخرون، أنت وطفلك (حلول مقترحة للمشكلات الصحية التي قد تواجهها الأم وطفلها)، ط1، دار وجوه للنشر والتوزيع، الرياض، 2016.
14. رشوان حسين عبد الحميد، دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية -دراسة في علم الاجتماع الحضري، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2004.

15. نظيرة حسين ومجيد إقبال، **تمرير النساء والتوليد**، هيئة التعليم التقني، 1999.
16. سمير خلود، **كيف تتمتعين بحملك**، ط1، دار الخلود للنشر والتوزيع، القاهرة 2013.
17. رويحة أمين، **المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس**، د1، دار القلم، بيروت، 1986.
18. قدسية رازم، **الاحتمالات والإحصاء**، د.ط، الجامعة الافتراضية السورية، سوريا، 2018.
19. الشريجي رياض، **موسوعة الأم والطفل**، ط1، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2015.
20. زلزلة محمد، **تغذية الطفل ومشاكلها**، ط1، دار الراوي، بيروت، 2000.
21. عبد الرازي سعاد، **صحة الأم**، ط1، جامعة بغداد، بغداد 1981.
22. القاضي سعيد إسماعيل، **التربية الجسمية للأبناء والآباء**، ط1، المنهل، القاهرة 2012.
23. الزهراوي سلطان سعيد، **استراتيجيات التدخل المبكر**، ط1، دار اليازوري العلمية، عمان، 2022.
24. عطا الله سليمان محمود، **علم النفس الجنائي**، ط1، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
25. سميح نجيب، **دليل المرأة في حملها وأمراضها**، ط1، دار الوفاق المؤسسة العربية للدراسات والنشر، مصر، 2016.
26. الشاذلي محمود خليل وآخرون، **طب المجتمع**، ط2، أكاديمية إنترناشيونال، لبنان، 2011.
27. لمامة عاطف، **الحمل والولادة (أسرار ومتاعب كيف نواجهها)**، ط1، منتدى سور الأزبكية، مصر، 2001.
28. دويدار عبد الفتاح محمد، **سيكولوجية النمو والارتقاء**، دار المعرفة العربية جامعتي الإسكندرية، مصر، 1996.
29. الصفدي عصام حمدي، **مبادئ علم وبائيات الصحة**، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
30. سعيد غادة، **التغذية السليمة للأم الحامل والطفل في مراحله الأولى**، د ط، وكالة الصحافة العربية، مصر، 2021.

31. بزّي فاروق، مبادئ الطب الوقائي في صحة الأمومة والطفولة، ط1، دار الفارابي، بيروت، 2013.
32. العراقي فاطمة، الحمل من الألف إلى الياء، ط1، وكالة الصحافة العربية، مصر، 2016.
33. سبيتان فتحي ذياب، أسس تربية الطفل، ط1، الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
34. أبو حطب فؤاد وصادق آمال، نمو الإنسان (من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين)، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، 2008.
35. السيد فؤاد بهي، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط2، دار الفكر، القاهرة، 2008.
36. مرعي فؤاد، الحمل والولادة، ط2، دار الحكايات، لبنان، 2003.
37. فيرادويا جينا، (علم التوليد)، الجزء الثاني، دار الطباعة والنشر، الاتحاد السوفياتي - موسكو، 1984.
38. عويضة كامل محمد محمد، علم نفس النمو - جزء 22- / سلسلة علم النفس، د ط، دار الكتب العلمية، بيروت، 1996.
39. لين عبد الكريم، لست تفاحة، ط1، مشاعل الكربي، الرياض 2019.
40. حلمي ماجدة، حمل بلا متاعب، ط2، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، 2006.
41. أبو الغار محمد، المرأة في غرفة العمليات، ط1، دار الكتب العربية، القاهرة، 2012.
42. الفوزان محمد بن أحمد والرقاص خالد بن ناهس، أسس التربية الخاصة، ط1، العبيكان للنشر، الرياض، 2009، ص ص 51-52.
43. عثمان محمد رأفت، نقل وزرع الأعضاء، بحث مقدم في مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية الثالث عشر في 10 مارس 2009.
44. محمد عبد الظاهر الطيب وآخرون، مرحلة ما قبل الميلاد، د.ط، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1986.
45. البار محمد علي، خلق الإنسان بين الطب والقرآن، الطبعة الرابعة، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض 1983.

46. اسماعيل محمد عماد الدين، **الطفل من الحمل إلى الرشد**، ط1 ، دار الفكر، عمان، 2009 الرياض، 2002.
47. عبد الله محمد محمود، **عناية الإسلام بالطفولة حتى قبل الإنجاب**، ط1، دار أمواج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
48. السروجي محمود، **موسوعة الأم والطفل**، د ط، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، د س.
49. ملحم سامي محمد، **علم نفس النمو، دورة حياة الإنسان**، ط1، دار الفكر، الأردن، 2004.
50. عبد الجليل منى شرف، **رعاية الأم والطفل**، ط1، مكتبة بستان المعرفة، الإسكندرية، 2006.
51. كرادشة منير عبدا لله، **علم السكان، الديموغرافيا الاجتماعية**، ط1 ، عالم الكتب الحديث، لأردن، 2001 .
52. المقبل ندى بنت تركي، **الحمل الكاذب والآثار الفقهية المترتبة عليه**، مجلة الدراسات العربية، كلية دار العلوم-جامعة المنيا، 2020.
53. رقبان نعمة مصطفى، **نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق**، ط1، مكتبة البستان للمعرفة للطبع والتوزيع، الإسكندرية، 2004.
54. نورمان سميث، **الحمل**، ترجمة مارك عبود، ط1، دار المؤلف، الرياض، 2013.
55. رزق هيام وعلامة معصومة، **أسرار التخلص من السكري**، د ط، دار القلم للطبع والنشر والتوزيع، بيروت/لبنان، 2016.
56. رزق هيام، **دليل الحمل والانجاب**، ط1، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت/لبنان، 2005.
57. وسام إسماعيل، **الحمل والارضاع**، ط3، دار الإرشاد للنشر، سوريا، 2008.
58. شاهين ياسمين والجمال شيماء، **أنا حامل (دليل المرأة الحامل)**، ط1، دار داون، مصر، 2014.
59. قراقزة يوسف وآخرون، **العناية التمريضية السريرية (امراض النسائية والتوليد)**، د.ط، دار اليازوري العملية، عمان، 2016، ص32.

2- كتب المنهجية:

60. بوحوش، عمار؛ الذنبيات، محمد محمود، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.
61. راسم محمد الجمال، مقدمة في مناهج البحث في الدراسات الإعلامية، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، القاهرة، 1999.
62. ربحي مصطفى عليان، البحث العلمي (أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته)، بيت الأفكار الدولية، الأردن.
63. زرواتي رشيد، البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2004.
64. قنديجلي عامر إبراهيم، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، ط2، دار اليازوري العلمية، عمان، 2008.
65. صابر فاطمة عوض، ميرفت علي خفاجة، أسس ومبادئ البحث العلمي، ط1، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، الإسكندرية، 2002.
66. السماك محمد أزهر سعيد، طرق البحث العلمي (أسس وتطبيقات)، ط1، دار ابن الأثير للطبع والنشر، جامعة الموصل، العراق، 2008.
67. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي (النظرية والتطبيق)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
68. أنجرس موريس، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، دار القصبه للنشر، حيدرة الجزائر، 2004.

3- المعاجم والقواميس:

69. ابن منظور جمال الدين أبو الفضل، لسان العرب، دار بيروت، 1970.
70. بدوي أحمد زكي، معجم المصطلحات، الرعاية والتنمية الاجتماعية، ط1، دار الكتاب المصري، القاهرة، دار الكتاب اللبناني، بيروت، 1987.
71. البستاني فؤاد، منجد الطلاب، ط13، دار المشرق، بيروت، 1975.
72. مسعدي محمود، "القاموس الجديد للطلاب"، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991.

73. مصلح الصالح، الشامل-قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار الكتب، الرياض، 1999.

4-المجلات والدوريات:

74. مرموري البشير، ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوبة (بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى ابن سينا أدرار)، مجلة رفوف-مخبر المخطوطات - جامعة أدرار، المجلد 11، العدد 1، 2023، ص782.

75. أبو علي أنس صبري، دراسة مقارنة بين حبوب منع الحمل واللؤلؤ الرحمي للنساء، مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية، العدد 35، 2019.

76. حسن سحر، العلاقة بين وزن الجنين وعدم تقدم المخاض لدى الخروسات بتمام الحمل، مجلة جامعة تشرين، العلوم الصحية، المجلد 42، العدد 4، 2020.

77. فاضل فراس عباس ومحمود نادية صباح، السلوك الإيجابي للمرأة الريفية والحضرية (دراسة اجتماعية)، مجلة آداب الرافدين، العدد 75، 2018.

78. حسن لؤي، تأثير مشعر كتلة الجسم الوالدي قبل الحمل على نتائج الحمل، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية المجلد 40 العدد 6، 2018.

79. الجوهري غادة متولي، فقر الدم أثناء الحمل، جريدة الرياض، العدد 16679، 2014.

5- المنشورات التقارير:

80. الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التقارير الدورية الجمعية الثالثة والرابعة للدول الأطراف اللجنة المعنية على التمييز ضد المرأة النظر في التقارير المتقدمة من دول الأطراف بموجب المادة 18 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فرنسا، 24 ماي 2010.

81. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 05-438 مؤرخ في 8 شوال عام 1426هـ الموافق ل 10 نوفمبر 2005، الجريدة الرسمية، العدد 75، الصادر بتاريخ 18 شوال 1426هـ الموافق ل 20 نوفمبر 2005.

82. المجلس العربي للطفولة والتنمية، التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي 2002، العدد الثامن، دار نوبار للطباعة، مصر، 2003، ص121.
83. مديرية الصحة والسكان لولاية سطيف.
84. مستشفى الأم والطفل -الباز-، دليل المريض.
85. مصلحة مستخدمي مستشفى الأم والطفل -الباز-.
86. منظمة أطباء بلا حدود، الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة، دليل عملي للقبالات والأطباء المدربين في مجال التوليد والعاملين بالرعاية الصحية ممن يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية، 2017.
87. منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، الصحة الإنجابية، أبريل 2004.
88. وزارة التخطيط والتنمية المحلية، مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية وآخرون، تقييم أداء المحافظات نحو تحقيق أهداف الألفية، مصر، 2006.
89. وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر، 2001.
90. الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية (+15)، الجزائر، 2009.
- 6- الرسائل والاطروحات الجامعية:**
91. شريف آسيا، واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2005.
92. بوحفص سومية، الرعاية الصحية للأمهات الحوامل في فترة الحمل وأثناء بعد الولادة، دراسة ميدانية لعينة الأمهات (15-49) من دائرة عين صالح ولاية تمنراست، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع والسكان، جامعة الجزائر 2، 2012.
93. سويح سايح، العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤدية للعملية القيصرية وأثرها على صحة الأم، أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2016-2017.

94. الشيخ صالح بشير، الحماية الجنائية للجنين في ضوء الممارسات الطبية الحديثة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون فرع العقود والمسؤولية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2010-2011.
95. كواش زهرة، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات الحوامل والأطفال (دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والمواليد الموتي والمواليد الجدد)، أطروحة الدكتوراه في الديمغرافيا، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2006.
96. لجناف عبد الرزاق، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر (دراسة ميدانية معطيات 1992)، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد القياسي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2012.
97. سليمان نبيل، دراسة تصميم وتنفيذ مشروع نظام معلومات جغرافي SIG لتسيير المجال - حالة: ولاية سطيف، مذكرة ماجستير في التهيئة العمرانية الإقليمية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009.
98. الهمص صالح إسماعيل عبد الله، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية في قطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية التربية، فلسطين، الجامعة الإسلامية غزة، 2010.

المراجع باللغة الأجنبية:

1 - الكتب:

99. Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK. **Anesthesia in Obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects**. Second Edition. Butterworths, New York, 1986.
100. COI for the Department of health, **the pregnancy book (your complete guide to: A healthy pregnancy, labour and childbirth the first weeks with new baby)**, ed1, Crown copyright, UK, 2010, p28.
101. Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes board on health sciences policy, Richard E. Behrman and Adrienne stith butler, **preterm birth (cause, consequence and prevention)**, ed1, the national academy of sciences, united states of America, 2007.
102. Douglas GR, Stromme WB, **Cesarean section**, Third edition. New York: Appleton century crafts 1976.
103. Dr domart -dj, Nouveau la rousse médicale, libraire la rousse Paris, 1990.

104. Sophie Blanchard, Arielle Fontaine, Karine Garcia-Lebailly, Sabine Paysant, Annie sirven, Delphine Verdon, **La césarienne que toute femme enceinte devrait savoir**, haute Autorité de Santé, France cedex, 2013, p 4
105. Gharekhani, p, Sadatian, A, **Principles of pregnancy and delivery**. 5th Edition, Noor Danesh ; Tehar, 2009.
106. Lansac J, Berger C, Magnin G. **Obstétrique pour le praticien**, 3 ed, Masson, Paris, 1997.
107. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H, **Pratique de l'accouchement**, 3 ed. Masson, Paris, 2001.
108. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. **Pratique de l'accouchement**. 6th ed. France 2016.
109. Lansac J, Pierre. F, **La césarienne Pratique de l'accouchement**, 4ème édition, Masson, paris.
110. M. Favier, **Historique** In « *La césarienne* », Edit1, SAURAMPS Montpellier, 2002.
111. *Maltau, JM and Øian, P. Chapter 15 Sykdom hos mor svangerskapet. In Bergsjø, P. Maltau, J.M. Molne, K. Nesheim, B.I. Obstetikk og Gynekologi, Gyldendal norske forlag. Second edition first circulation 2010.*
112. *Maltau, JM, Chapter 16 Blodning i siste Del av svangerskapet. In Bergsjø, P. Maltau, J.M. Molne, K. Nesheim, B.I. Obstetikk og Gynekologi, Gyldendal norske forlag, Second edition, first circulation 2010.*
113. Merge R, Lévy J, Melchior J. **Précis d'Obstétrique**. 6th ed. Paris 2001.
114. Merger Merchaoui J. Fekih M.A, Sfar R, **Précis d'obstétrique**, Masson, Paris, 1989.
115. Odent, M, **césariennes : questions, effet, enjeux**, Alerte face à la banalisation barret-sur-Méouge : le souffle d'or, 2005.
116. Racinet C, Favier M, **La césarienne : indications, techniques, complications**, Masson, Paris, 1984, p46.
117. Racinet Cl, Favier M. **La césarienne**, Masson, Paris, 1984.
118. Racinet, C., Vendittelli F, **La Césarienne : Une approche fondée sur les faits**, 2éd, entièrement actualisée, Sauramps médical, 2013.
119. Schaal, J.-P, **Mécanique et techniques obstétricales**, 4e éd, Montpellier : Sauramps médical, 2012.
120. Simpsons and others, **Obstetric – normal and problem Pregnancies**, 4th edition, united states of America, Churchill, Livingstone Inc, 2002. Leroy, F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : De Boeck Supérieur. 2002.
121. Vincenzo Berghella, **Preterm Birth Prevention and Management**, ed1, Blackwell Publishing, USA, 2010.
122. Vokaer R. **Traité d'obstétrique La grossesse normale et l'accouchement eutocique**, Masson, Paris, 1983.

123. Vokaer R., Barrat J., Bossart H. ET Coll. Disproportions foeto-pelviennes, **La grossesse ET l'accouchement dystocique, traité d'obstétrique**, ed2, Masson 1985.

-2 القواميس والمعاجم:

124. **Dictionnaire Le Petit Larousse** de la médecine en 5000 articles, Paris.
125. Larousse, 2010.

-3 المجلات والدوريات:

126. A. khalil, A. syngelaki, **maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study**, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013.
127. Aaisha Amjad, **Factors associated with caesarean deliveries among childbearing women in Pakistan: Secondary analysis of data from the Demographic and Health Survey, 2012–2013**, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:113.
128. ACOG, ACOG committee opinion no. 559, **Caesarean delivery on maternal request**, *Obstet Gynecol*, volume 121(4), 2013.
129. Aminu M, Utz B, Halim A, van den Broek N. **Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh**. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Apr5; 14:130.
130. Ana Pilar Betran, ET all, **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**, Betran AP, *et al. BMJ Global Health* 2021.
131. Aubord Y., Le Meur Y., Grandjean M.H., Baudet J.H, **Histoire de l'opération césarienne**, *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1995.
132. Betran AP ET all, **the increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014**. *PloS One*.2016.
133. Bragg F, Cromwell DA, Edozien LC, Gurol-Urganci I, Mahmood TA, Templeton A, Et al. **Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting formaternal and clinical risk: cross sectional study**. *BMJ*. 2010 Oct.
134. Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P. **Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: across-sectional epidemiological survey**. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012.
135. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. **Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania**. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014Feb 12; 14:68.
136. D. Todman, **A history of caesarean section**, From ancient world to the modern era *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 47, Issue 5, 2007.
137. F. Bahadori, S. Hakimi M. Heidarzade, **The trend of caesarean delivery in the Islamic Republic of Iran**, *Eastern Mediterranean*

- Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale, Vol. 19 Supplement 3 2013.
138. Faranak Rooeintan, Parviz Aghaei Borzabad, Abbas Yazdanpanah, **The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015**, *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842), 2016.
 139. Ferid A. Abubeker, Biruck Gashawbeza1, ET all, **Analysis of caesarean section rates using Robson ten-group classification system in tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study**, *BMC Pregnancy and Childbirth*, (2020) 20:767.
 140. Florica M., Stephansson O, Nordstrom L, **Indications associated with increased caesarean section rates in a Swedish hospital**. *Int. J. Gynaecol. Obstet*, 2006.
 141. Ghazala A. Choudhary, **The Effects of Repeated Caesarean Sections on Maternal and Fetal Outcomes**, *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences* | Vol. 3 | Issue 1 | January 2015 |.
 142. Gurung et al, **Prevalence and Outcome of Caesarean Section at Gandaki Medical College Teaching Hospital and Research Centre, Pokhara, Nepal**, *J-GMC-N* | Volume 09 | Issue 02 | July-December 2016.
 143. J.dellotte, O.mialon, L. d'angelo, **une brève histoire de la césarienne – A brief history of Caesarea section**, *La lettre du gynécologue – n°321 – avril 2007*.
 144. Jie Yan, ET all, **the trend of caesarean birth rate changes in China after ‘universal two-child policy’ era: a population-based study in 2013–2018**, *BMC Medicine* (2020) 18:249.
 145. Joan. Stephenson, **Rate of First-time Cesarean Deliveries on the Rise in the US**, *JAMA Health Forum*. 2022, 3(7) four.
 146. Karlström A, Lindgren H, Hildingsson, **Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study**. *BJOG*, 2013, p86.
 147. Larsson, C. Saltvedt, S. Wiklund, I. Pahlen, S. Andolf, E. **Estimation of blood loss after caesarean section and vaginal delivery has low validity with a tendency to exaggeration**, *Acta Obstetrica ET Gynecologica Scandinavica*. 2006, 85(12).
 148. Malabary, OT. Balayla, J, **The effect of pelvic size on caesarean delivery**, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* Volume 25, Issue 3. June 2012,
 149. Maryam Pourshirazi, ET all, **Caesarean delivery in Iran: a population based analysis using the Robson classification system**, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2022) 22:185.
 150. Mohamed Kandil, **the Skyrocketing rate of Cesarean section in Egypt**, *Glob Drugs Therap*, 2018, Volume 3(4): 1-1.

151. Potter J E, E Berquó, I Perpétuo, L F Ondina, K Hopkins, R S Marta, C Maria, **Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study**, British Medical Journal, volume 323, 17 November 2001.
152. Réalisé en collaboration avec des professionnels de La santé et de la médecine, sous la direction du Docteur Pierrick HORDÉ, **Césarienne - Accouchement par césarienne**, issu de Journal des Femmes Santé, juin 2016.
153. Ruibin Deng , Xian Tang, Jiaxiu Liu, Yuwen Gao, and Xiaoni Zhong, **Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China**, BMC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:384.
154. S. A. Uzoigwe, **Developments in caesarean section techniques**, a review Nigerian Journal of Medicine, Vol. 15, No. 1, Jan. 2006.
155. S. Lurie, M. Glezerman, **The history of caesarean technique**, Am J Obstet Gynecology, Vol 189, Issue 6, Dec 2003.
156. Septiana Lazasniti, Putri Bungsu Machmud, Sudarto Ronoatmodjo, **factors that influence cesarean section deliveries in Indonesia**, JURNAL BERKALA EPIDEMIOLOGI Volume 8 Nomor 2 (2020).
157. Silja A. Pillai, et all, **Decisions to Perform Emergency Cesarean Sections at a University Hospital Do obstetricians agree?**, Sultan Qaboos University Med J, February 2016, Vol. 16, Iss. One.
158. Silver, RM. Landon, MB. Rouse, DJ. Leveno, KJ. ET all, **maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean deliveries**, Obstetrics & Gynecologie, 2006, 107(6):1226.
159. Sorayya Kheirouri ET all, **Rate and determinants of caesarean delivery in northwest of Iran: descriptive results from public health records**, Progress in Nutrition 2019, Vol. 21, Supplement.
160. Sulochana Dhakal-Rai¹, Edwin van Teijlingen¹, Pramod Regmi¹, ET all, **Classification of Caesarean Section: A Scoping Review of the Robson classification**, NJOG. Jan-Jun. 2021, 16(32).
161. Vilma Tapia¹, Ana Pilar Betran, Gustavo F. Gonzales, **Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification Syste**, PLOS ONE /journal. Pone. February 3, 2016.
162. Vogel JP et al, **on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicounty surveys**, Lancet Global Health, (3) (5), 2015.
163. Wiklund I, Edman G, Andolf E. **Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(4).

164. Y Zhang, an AP Betran, **What is an appropriate caesarean delivery rate for China: a multicentre survey**, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology published by John Wiley & Sons Ltd, 2021.

4 - المنشورات والتقارير:

165. Alain Espeset, **histoire de la césarienne**, 7° congres de gynecologie obstetrique & reproduction de la côte d'azur –hôtel negro _ Nice- 17 septembre 2010.
166. D. Trolle, **A summary of the development of obstetrics, gynaecology and pediatrics at the University of Copenhagen** Dan Med Bull, 1979.
167. Delahay. Marie-Claude, **guide pratique de la femme enceinte, Rotolito Lombard, Paris, 2003.**
168. Fédéral kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, centre fédéral d'expertise des soins de santé belgain Health care knowledge centre, **césariennes planifiées : quelles conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant ?**, kce report 275bs, 2016.
169. Gélis, j, **la sage – femme ou le médecin**, fayard, paris, 1988.
170. Hadjam. H, **Guide médicale de la famille**. Alger. EDC Omega, 2000.
171. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, **Hétérogénéité des pratiques en France**, janvier 2001.
172. Hélène Langlois, SOGC, Julie Bonapace, consultante, Nils Chaillet, Université de Sherbrooke Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle, Robert Gauthier, CHU HSJ, Jean-Marie Moutquin, CHUS, INESSS, Vyta Senikas SOGC, **La césarienne**, janvier 2014.
173. Israa Al-Rawashdeh, **Disparities in Cesarean Section among Women in Jordan: Analysis of the 2017-2018 Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS) Data**, United States Agency for International Development, 2020.
174. Karine Sizgoric & Sonia Heimann Membres du CA et animatrices Association Césarine, **Deux fois plus de césariennes en 20 ans ! Que s'est-il passé ? Quelles conséquences ?**.
175. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (Epopée) *Hélène Crinelle, Nathalie Lelong, Camille Le Ray*, **Enquête Nationale Périnatale Rapport 2021, les naissances, le suivi à deux mois et les établissements situation et évolution depuis 2016**, France, octobre 2022.
176. Michelle J.K. Osterman, **M.H.S, Changes in Primary and Repeat Cesarean Delivery: United States, 2016–2021**, Vital Statistics Rapid Release, Report No. 21 July 2022.
177. Ministère de la Santé de la Population , & de la Réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-3) 2006 – 2008.**

178. 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.
179. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS-6) 2018-2019**, suivi de la situation des enfants et des femmes, rapport final, Algérie, 2020.
180. Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue arabe, **Enquête algérienne sur la santé maternelle et infantile 1992**, Algérie 1994.
181. Neu J, Rushing J. **Caesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis**. Clin Perinatal, 2011.
182. Public Health Agency of Canada, **Your guide to a Healthy Pregnancy**, Canada, July 2022.
183. R.A.D.P. Décret n°69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire gratuit de la tuberculose, journal officiel, n°59, du 11 juillet 1969.
184. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Programme National Périnatalité (Programme triennal 2006-2009)**, Alger, 2006.
185. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, **Programme National Périnatalité (Programme quinquennal 2016-2020)**, Alger, 2015.
186. Sage Wyatt, Permata Silitonga, Esty Febriani, and Qian Long, **Factors associated with rising C-section rate in Indonesia: findings from the Indonesian demographic and health surveys from 1998 – 2017**, Duke Kunshan University 2stikku September 21, 2020.
187. Sanger M. **My work in reference to the caesarean operation**, a word in protest in reply to Dr Henry J Garrigues Am. J. Obstet. Dis. Woman Child 1887.
188. Sewell J.E, **Caesarean section a brief history an exhibition on the history of caesarean section**, the National Library of Medicine 30 Avril 1993 to 31 Aout 1993. American college of obstetricians and gynecologists, Washington, DC, 1993.
189. Waniez P, Wurtz P et Brustlein V. **L'abus du recours à la césarienne au Brésil : dimensions géographiques d'une aberration médicale**. *Cahiers Santé*. 2006.

5 - الرسائل والأطروحات الجامعية:

190. Alexandra bouchard, **le féminin à l'épreuve de l'accouchement (le cas des césariennes sur demande maternelle)**, université Sorbonne paris, psychologie, thèse en vue de l'obtention du grade de docteur, année 2018.

191. Augustin Koudnoaga Zongo, **Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique sub-saharienne ?**, Université Pierre et Marie Curie, Epidémiologie, thèse Pour obtenir Le grande de Docteur, Paris, année 2015.
192. Ben Ameer Hafssa, Nabti Sadia, **Césarienne**, Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen Département de Médecine, Etablissement Hospitalo – Universitaire Spécialisé mère et enfant- Tlemcen, thèse pour D'obtention du doctorat en Médecine, année 2017-2018.
193. Coulibaly Abou, **Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au Faso**, université de Ouagadougou, unité de formation et de recherche en sciences de la sante (UFR-SDS) section médecine, thèse Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine, année 2012.
194. Daniel Dami Dembélé, **Les complication de la césarienne dans Le service de gynecologie-obstetrique du chu Gabriel toure, université des sciences des techniques et des technologies de Bamako**, faculté de médecine et d'odontostomatologie, thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine, année 2018.
195. Fichbach Elodie, **Comparaison de l'évaluation des pratique de césarienne dans une maternité de type III et une maternité de type IIA d'un même CHU à la Classification de robson en 2019 sur une population de patientes porteuses de fœtus vivant et viables**, université de Strasbourg, faculté de médecine thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine, année 2021.
196. Imane Tahila, **Les indications de la cesarienne expérience du service de Gynecoobdtetrique B au sein du CHU Mohamed VI durant 2 ans (2009-2010)**, Université Cadi ayyad faculté médecine et de pharmacie, marrakech, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, année 2010.
197. Kamate Malaki, **morbidity peropératoire de la césarienne en urgence au centre de sante de référence du commun cv du district de Bamako**, université des sciences, des technique et des technologies de Bamako, faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), thèse pour obtenir le grande de docteur en médecine, année 2020.
198. Koamigan Evado Amoussou, **Pathologies associées à La grossesse à la maternité du centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo : étude des aspects épidémiologique, clinique et pronostique**, université d'Ouagadougou, unité de formation et de recherche en sciences de la santé, thèse pour l'obtention de docteur médecine, année 2003.
199. *Malick Drame*, **Contribution à L'étude de La Césarienne Dans le centre de sante de référence de Dioila, 2012**, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB), thèse Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, année 2012.

200. Mohammed Mahmoud Rashid Bakir, **Management of Labor and Women's Perception of cesarean Section Delivery in two Ramallah Hospitals**, B.Sc. Medical Technology, Al-Quds University, Palestine, this these is submitted in Fulfillment of Requirement for the Degree of master in public Health (Health Management), année 2003.
201. Soufiane berhili, **la césarienne prophylactique expérience de la maternité deorangers (à propos de 290 cas)**, université Mohammed v – Soussi, faculté de médecine et de pharmacie –rabat-, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, année 2009.
202. Teissier-Quartidi C. **Histoire de la césarienne du Moyen-âge à nos jours en France**, thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine, Faculté de Médecine de Marseille, paris, 1997.
203. Wendyam Charles Paulin Didier KABORE, **Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest**, Université pierre et marie curie, spécialité épidémiologie école doctorale pierre louis de sante publique (ed393) : épidémiologie et sciences de l'information biomédicale, thèse Pour obtenir le grade de Docteur, année 2017.
204. Youssouf Diarra, **Evaluation de la qualité de la césarienne au centre de sante de référence de kenieba 2018-2019**, Université des Sciences, des Techniques et des Technologie, République du mali Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, année 2019.

6- المواقع الإلكترونية:

205. الطبي، العناية بصحة الأم أثناء الحمل وبعد الولادة، altibbi، 2021، على الرابط: <https://altibbi.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/05/21 على 22:45.
206. الكونسلتو، الحمل خارج الرحم، الكونسلتو، على الرابط: <https://www.elconsolto.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/12 على الساعة 6:45.
207. الميادين، الحمل العنقودي ... نمو غير طبيعي داخل الرحم، الميادين، 2021، على الرابط: <https://www.almaydeen.net> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/12 على الساعة 7:00.
208. الطبي، الولادة المبكرة، الطبي، 2021، على الرابط: <https://altibbi.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/23 على الساعة 20:00.
209. إبراهيم الطيب، مصر أعلى دول العالم في الولادات القيصرية، المصري اليوم، مارس 2023، على الرابط: <http://www.almasryalyoum.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023 /04/12

210. إسكندر بن عيلة، الولادة القيصرية، Dr SkANDER BEN ALAYA، 2022، على الرابط <https://www.gynecologue-tunis.com/ar> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/31 على الساعة 13:09.
211. نغم قاسم، الولادة القيصرية: مضاعفات قد تعانيها الأم وطفلها مدى الحياة، بي بي سي نيوز عربي، ماي 2022، على الرابط <https://www.bbc.com/arabic/middleeast> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/31 على الساعة 13:02.
212. سبوتنيك عربي، "الولادة القيصرية" ... الوباء المفضل لنساء العالم العربي"، SPUTNIK عربي، 2018، على الرابط <https://sputnikarabic.ae> اطلعت عليه بتاريخ 2022/12/25، على الساعة 6:39.
213. ستاب نيوز، أفضل طرق ونصائح ل العناية بالجسم بعد الولادة القيصرية، STEP NEWS، 2020 على الرابط: <https://stepagency-sy.net> اطلعت عليه بتاريخ 2023/04/12 على الساعة 11:13.
214. سوبر ماما، ما أسباب الولادة المتعسرة؟ وما أضرارها على الجنين؟، سوبر ماما، 2019، على الرابط: <https://www.supermama.me> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/24 على ساعة 10:38.
215. فريق مايو كلينيك، التعافي من ولادة قيصرية: ما المتوقع، مايو كلينيك، مارس 2023، على الرابط <https://mayoclinic.org> اطلعت عليه بتاريخ 2023/04/12 على الساعة 11:13.
216. وابنتيد، الولادة المبكرة، webted، 2021، على الرابط <https://webted.com> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/23 على الساعة 20:15.
217. Mohammad Abu-Zaineh et all, **Cesarean Section Epidemic : The Algerian Case**, dialogues économiques, septembre 2021, par ligne <https://www.dialogueseconomiques.fr> اطلعت عليه بتاريخ 2023/03/17 على الساعة 6:30.
218. PARENTS, la césarienne étape par étape, PARENTS 2023, par : www.Parents.Fr/accouchement/accoucher/la-césarienne/la-césarienne-etape-par-etape-7241 اطلعت عليه بتاريخ 2022/12/29 على الساعة 7:23

الملاحق

ملحق 01

استمارة البحث:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2_ أبو القاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: السكان والصحة

هذه الاستمارة معدة لغرض التحضير لإعداد رسالة الدكتوراه حول موضوع "العوامل السوسيوديموغرافية والصحية المرتبطة بالعملية القيصرية (دراسة ميدانية على عينة من النساء بالقطاع الصحي بمدينة سطيف)" وعليه أرجو منكم الإجابة على الأسئلة الموجودة فيا لاستمارة المقدمة إليكم، وأعدكم بأن المعلومات المدونة تبقى سرية وتستعمل لأغراض علمية فقط.

البيانات الشخصية:

1- ما هو سنك:

2- مكان الإقامة: حضر ريف 3- نوع المسكن الذين تقيمون فيه: بيت تقليدي شقة بعمارة فيلا بيت قصديري 4- نوع العائلة التي تنتمين إليها: عائلة ممتدة عائلة نووية 5- ماهي وضعيتك المهنية: عاملة مأكثة في البيت 6- هل تمتلكين دخل شهري خاص بك: نعم لا

7- إذا كانت الإجابة نعم كم يبلغ دخلك الشهري:

أقل من 18000 دج 18000 دج-30000 دج 30000 دج-45000 دج أكثر من 45000 دج

- 8- ما هي الوضعية المهنية لزوجك: عامل متقاعد بطال
- 9- ما هو دخل زوجك: بدون دخل أقل من 18000 دج 18000 دج-30000 دج 30000 دج-45000 دج أكثر من 45000 دج

المحددات الديمغرافية:

- 10- ما هو سن زوجك
- 11- ما هو سنك عند زواجك
- 12- كم دامت المدة بين زواجك وتاريخ حملك الاول
- 13- كم كان سنك عند أول ولادة قيصرية لك
- 14- ما هو سنك عند آخر ولادة قيصرية لك
- 15- هل لديك ولادات طبيعية وولادات قيصرية: نعم لا
- 16- إذا كانت الإجابة نعم حددي عدد: الولادة الطبيعية الولادة القيصرية
- 17- عدد اولادك: ذكور إناث
- 18- ماهي رتبة المولود الذي ولد بالعملية القيصرية:

المحددات الاجتماعية للمرأة المرتبطة بالعملية القيصرية:

- 19- ما هو مستواك الدراسي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 20- ما هو المستوى الدراسي لزوجك: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 21- هل تعرضت لضغوطات اثناء حملك انعكست عليه مما جعلك تلدين عن طريق العملية القيصرية: نعم لا
- 22- إذا كانت الإجابة نعم هل هذه الضغوطات على مستوى: العائلة محيط العمل الجيران الأصدقاء أخرى
- إذا كانت الإجابة أخرى حددي الضغط الذي تعرضت له
- 23- هل توجد عمليات قيصرية في محيطك: نعم لا
- 24- إذا كانت الإجابة نعم هل توجد على مستوى: العائلة محيط العمل صديقات الجيران

- 25- كيف تحصلت على معلوماتك حول الولادة القيصرية: الانترنت الأقارب
الأصدقاء الطبيب وسائل الإعلام آخر

إذا كانت الإجابة آخر حددي من اين تحصلت على معلوماتك حول العملية القيصرية:

.....

- 26- هل كان اختيارك للعملية القيصرية بناء على: رغبتك رغبة زوجك
الطبيب نصائح المحيطين بك آخر

إذا كانت الإجابة آخر حددي سبب اختيارك للعملية القيصرية:

.....

- 27- إذا كانت الإجابة بناء على رغبتك هل كان ذلك بسبب:

تجنب آلام المخاض الخوف من المضاعفات المحتملة للولادة المهبلية

المحددات الصحية للمرأة المرتبطة العملية القيصرية:

- 28- ما هو طولك:

- 29- ما هو وزنك:

- 30- هل تعانيين من أمراض مزمنة: نعم لا

- 31- إذا كانت الإجابة نعم هل المرض الذي تعانيين منه: ضغط الدم داء السكري

مرض الكلى مرض القلب آخر

إذا كانت الإجابة آخر حددي المرض المزمن الذي تعانيين منه:

- 32- هل تقومين بالمباعدة إنجاب اولادك: نعم لا

- 33- إذا كانت الإجابة نعم ما هي الوسيلة التي تتبعينها في المباعدة بين حمل وتالي:

الرضاعة حبوب منع الحمل الواقي

العزل أخرى

إذا كانت الإجابة أخرى حددي الوسيلة التي تعتمدينها:

- 34- هل لديك رحم منتدب: (uterus cicatriciel): نعم لا

- 35- هل تعرضت لاضطرابات صحية خلال فترة حملك: نعم لا

- 36- إذا كانت الإجابة نعم هل هي: أمراض في المشيمة ضغط الدم داء السكري
الكلى فقر الدم نفاذ الماء الأمنيوسي

ملاحظة يمكن اختيار أكثر من إجابة

- 37- كم مرة زرتي اخصائي التوليد خلال فترة حملك:
- 38- هل تلقيت اللقاحات الخاصة بالحمل: نعم لا
- 39- ما هو نوع حملك: أحادي ثنائي ثلاثي
- 40- كم دامت مدة حملك: أقل من 37 أسبوع 37 أسبوع
- 37-40 أسبوع أكبر من 40 أسبوع
- 41- كيف كانت وضعية جنينك: بالرأس مقعدي مائل
- 42- كم كان وزن مولودك: أقل من 2500 غ 2500-4000 غ
أكثر من 4000 غ

- 43- هل تعرضت لأثار جانبية للعملية القيصرية: نعم لا
- 44- إذا كانت الإجابة نعم هل هذه الأثار هي: نزيف التهابات
مضاعفات التخدير إصابة الجنين أخرى
- إذا الإجابة أخرى حددي الأثار الجانبية التي اصابتك خلال العملية
القيصرية.....

- 45- هل قمت بالرعاية الصحية بعد العملية القيصرية:
- 46- كم دامت مدة بقاءك في المستشفى بعد العملية القيصرية:

محور العملية القيصرية:

- 47- هل لديك عمليات قيصرية سابقة: نعم لا
- 48- إذا كانت الإجابة نعم كم عدد العمليات القيصرية التي اجريتها:
1 2 3 4
- 49- هل العملية القيصرية التي اجريتها كانت في عيادة: خاصة عامة
- 50- هل العملية القيصرية التي خضعت لها تمت:
قبل موعد الولادة اثناء موعد الولادة بعد فوات موعد الولادة

51- في العملية القيصرية الأولى متى تأكدت حاجتك إلى القيام بعملية قيصرية:

قبل بدء المخاض بعد بدء المخاض

52- هل العملية القيصرية التي خضعت لها كانت: مبرمجة طارئة

53- إذا كان الجواب طارئة هل كانت: بسببك انت ام بسبب الجنين

54- ما هو سبب دخولك لعملية قيصرية طارئة:

55- ما هي نظرتك حول العملية القيصرية هل هي أحسن من الولادة الطبيعية:

نعم لا

56- إذا كانت الإجابة نعم فمن أي جانب ترين العملية القيصرية أفضل من الولادة الطبيعية:

.....

.....

وإذا كانت الإجابة لا فمن أي جانب ترين الولادة الطبيعية أفضل:

.....

شكرا على حسن تعاونكن

ملحق 02

نموذج من السجل الطبي لمستشفى الأم والطفل - الباز - ولاية سطيف

*République Algérienne Démocratique Et Populaire**Ministère De La Sante De La Population Et De La Reforme Hospitalière**Centre Hospitalo-Universitaire De Setif**Unité Mère Et Enfant El Baez**Situation Des GHR en milieu Hospitalier Mois (Janvier-Décembre) 2021*

N	Age	commune	motifs dadmission	devenir
1	23/09/1994	bir el arch	MAP	CESARIENNE
2	10/11/1988	hammem esokhna	Utc	CESARIENNE
3	23/06/1992	cite hachemi	MAP	CESARIENNE
4	01/09/1987	LARARSA	RPM	CESARIENNE
5	02/12/1994	DEHAMCHA	UC	CESARIENNE
6	11/05/1994	CITE 400 LOG EL EULMA	Hta	CESARIENNE
7	06/02/1995	AIN ABESSA	DDt	CESARIENNE
8	04/03/1993	ABID ALI	UB	CESARIENNE
9	07/12/1981	CHOUF LEKDAD	HTA	CESARIENNE
10	09/04/1983	beni houciné	GG RPM	CESARIENNE
11	22/09/1998	c/chikh elaifa	DDT	CESARIENNE
12	22/05/1981	C/YAHYAOUI C 02 DX 63	UBC	CESARIENNE
13	20/07/1980	dehamcha	RPM	CESARIENNE
14	27/02/1991	ouled khelouf	UC+DDT	CESARIENNE
15	08/01/1996	BNI AZIZ	DDT	CESARIENNE
16	11/07/1982	LANASSER	ANEMIE	CESARIENNE
17	05/03/1986	farmatou	DDT	CESARIENNE
18	24/03/1990	HAMMA	OLIGO	CESARIENNE
19	02/02/1989	ain abassa	RPM	CESARIENNE
20	26/11/1989	AIN MOUS		CESARIENNE
21	06/03/1994	ROSFA	MAP+UBC	CESARIENNE
22	14/03/1984	AIN AZEL	MIU	CESARIENNE
23	21/11/1997	CITE YAHIAOUI RUE ZABAT RAMDANE	DDT	CESARIENNE
24	26/01/1991	EL EULMA	AMIOSTENIE	CESARIENNE
25	24/11/1984	12 RUE EL MOUDJAHIDINE BENI AZIZ	UB	CESARIENNE
26	14/01/1981	MEZLOUG		CESARIENNE
27	15/01/1982	BAIDHA BORDJ	MIU +HTA	CESARIENNE
28	04/10/1987	HAMMA	RPM	CESARIENNE
29	28/12/1989	ammoucha	RPM	
30	03/12/1973	BIR LAARCHE	HTA+MAP	CESARIENNE
31	12/12/1994	BOUANDES	DDT	CESARIENNE
32	26/01/1988	BOUGAA	DIABET	CESARIENNE
33	06/03/1991	CHOUF LEKDED	RPM	CESARIENNE
34	23/04/1981	cite gasria	MAP	CESARIENNE
35	16/05/1987	CITE BEL AIR LOT 24 N 05	HTA	CESARIENNE
36	16/09/1989	ain abassa	HTA	CESARIENNE
37	30/08/1997	GUELLAL	UC +MACROSOMIE	CESARIENNE
38	09/12/1991	CITE 500 LOGT	MACROSOMIE	CESARIENNE
39	15/03/1988	AMOUCHA	DDT	CESARIENNE
40	15/06/1985	HAMMAM ESSOUKHNA	RPM	CESARIENNE
41	24/08/1983	BIR HADDADA		CESARIENNE
42	27/03/1989	TADJENANET	RPM	CESARIENNE
43	26/08/1982	CITE KAABOUB	UBC	CESARIENNE
44	06/08/1982	GUIGBA	OLIGOAMINIOSE	CESARIENNE
45	03/08/1985	AIN ARNAT		CESARIENNE

46	28/07/1993	CITE EL BEZ	HYDRO	CESARIENNE
47	04/03/1986	GUELTA ZERGA	UBC	CESARIENNE
48	16/05/1973	GUEDJAL	MAP	CESARIENNE
49	31/07/1993	C/KENATRA OUAD SAREK ELEULMA	HTA	CESARIENNE
50	25/09/1977	cite 300 logt 04 n 175	RPM	CESARIENNE
51	09/10/1991	219 LOGT MEZLOUG	OLIGO	CESARIENNE
52	22/07/1992	C/05 JUI	GG+RPM	CESARIENNE
53	17/12/1997	FARMATOU	HTA	CESARIENNE
54	18/09/1989	OULED ADDOUANE	DDT	CESARIENNE
55	12/09/1993	guellal	HTA	CESARIENNE
56	12/10/1988	ouled boutara ain oulmane		CESARIENNE
57	23/04/1991	BAZER SAKHRA	OLIGO	CESARIENNE
58	01/01/1988	OUED EL BARED		CESARIENNE
59	10/01/2000	MEZLOUG		CESARIENNE
60	13/12/1987	beni aziz	HTA	CESARIENNE
61	23/06/1992	cite hachemi	MAP+HTA	CESARIENNE
62	22/01/1985	BAZER SAKHRA	MAP	CESARIENNE
63	22/10/1987	AIN AZEL	UC	CESARIENNE
64	12/09/1991	ouled saber	RPM	CESARIENNE
65	31/10/1995	guelta zerga	HTA	CESARIENNE
66	09/11/1997	elhamia setif	DDT	CESARIENNE
67	18/02/1986	cite mabouda		CESARIENNE
68	04/08/1983	el eulma	RPM	CESARIENNE
69	23/05/1998	kasr lebtal	DDT	CESARIENNE
70	27/11/1986	cite maabouda	HTA	CESARIENNE
71	22/05/1986	ouled saber	rpm	CESARIENNE
72	19/06/1987	cite belaire	Anemie+UC	CESARIENNE
73	14/10/1977	tizin' bechar		CESARIENNE
74	07/04/1994	CITE 800 LOGT EL EULMA	HTA	CESARIENNE
75	25/04/2001	guidjel	RPM	CESARIENNE
76	20/01/1984	Msila	UBC	CESARIENNE
77	26/06/1991	GUEDJEL		CESARIENNE
78	18/05/1985	ain trig	DDT	CESARIENNE
79	16/10/1989	cite el asouar	RPM	CESARIENNE
80	15/07/1984	ain tebinet	ANEMIE+MAP	CESARIENNE
81	12/04/1993	OULED ADOUANE	RPM+MAP	CESARIENNE
82	02/01/1998	BOUANDAS	DDT	CESARIENNE
83	01/06/1986	DJEMILA	HTA+MAP	CESARIENNE
84	22/05/1987	BENI OURTILANE	DDT	CESARIENNE
85	28/11/1983	TAYA	DDT	CESARIENNE
86	06/03/2002	CITE 400 LOGT	PP	CESARIENNE
87	27/02/1984	OULED ADOUANE	RPM	CESARIENNE
88	05/11/1986	CITE HACHEMI COP 08 MAI 45 N 06	RPM +UC	CESARIENNE
89	28/01/1988	SALAH BAY	RPM	CESARIENNE
90	20/07/1984	OULED ADOUANE	DIABET	CESARIENNE
91	02/12/1995	26 COP EL HIDHABN 05 RUE KHALFAOUI BOUZID	DDT	CESARIENNE
92	01/10/1995	BABOR	UC	CESARIENNE
93	02/02/1986	CITE YAHIAOUI	HTA	CESARIENNE
94	31/07/1983	TALA IFACENE	MAP	CESARIENNE
95	26/05/1994	GUELLAL	RPM	CESARIENNE
96	23/07/1986	GUELTA ZERGA	HTA+MAP	CESARIENNE
97	26/07/1992	TELLA	MAP	CESARIENNE
98	09/12/1991	BENI AZIZ	OLIGOAMINIOS	CESARIENNE
99	21/06/1986	CITE MOUALEF MOHAMED 400 LOGTS BT B 4 N 157	MAP	CESARIENNE
100	08/04/1993	AIN OULMENE CIYTE 21LOG	RPM+DDT	CESARIENNE
101	11/06/1991	AIN EL KEBIRA	UTC	CESARIENNE
102	28/05/2000	AIN LAHDJAR	macrosomie	CESARIENNE
103	15/10/1996	AMOUCHA		CESARIENNE
104	01/10/1991	TIZI N EBCHAR		CESARIENNE
105	17/10/1981	AIN ABESSA	map	CESARIENNE
106	27/04/1989	AIN ARNAT	diabet	CESARIENNE
107	13/04/1999	AIN TRIG N 181	rpm	CESARIENNE
108	19/04/1979	CITE YAHIAOUI RUE BAA MOUSSA	rpm	CESARIENNE
109	05/03/1986	MAAOUIA	diabet	CESARIENNE

110	06/05/1984	HAMMAM ESOKHNA		CESARIENNE
111	09/05/1982	elourissia	OLIGO	CESARIENNE
112	26/03/1984	cite YAHIAOUI	P+DE ,	CESARIENNE
113	06/08/1995	ELEULMA	UBC+RPM	CESARIENNE
114	27/04/1994	DJEMILA	MAP	CESARIENNE
115	15/12/1986	EL EULMA	map	CESARIENNE
116	14/02/1997	DRAA KBILA	ddt	CESARIENNE
117	21/08/1993	SALEH BEY		CESARIENNE
118	17/07/1988	lehchichia	rpm	CESARIENNE
119	23/04/1988	bir labiedh	diabet	CESARIENNE
120	27/11/1983	ain sebt setif	p siege	CESARIENNE
121	16/04/1988	ain oulmene	ddt	CESARIENNE
122	17/11/1979	ain rnet	prime siege	CESARIENNE
123	02/06/1983	hammem sokhna	ddt	CESARIENNE
124	04/09/1989	o9ouyled saber	rpm	CESARIENNE
125	21/01/1994	bouhaira ain arnat	hta	CESARIENNE
126	28/03/1982	dehamcha	hta	CESARIENNE
127	02/03/1988	ouled adouane	Uc	CESARIENNE
128	16/02/1988	ain oulmene	mtu	CESARIENNE
129	01/04/1993	cite kaaboub rue sebti laid	map	CESARIENNE
130	07/03/1990	tadjenant	hta	CESARIENNE
131	28/05/1985	ain lahdjar	rpm	CESARIENNE
132	10/05/1985	EL HACI SETIF	oligo	CESARIENNE
133	06/09/1997	maafar	Uc	CESARIENNE
134	06/03/1995	beidha bordj	ddt	CESARIENNE
135	07/12/1984	el ouricia	map	CESARIENNE
136	18/08/1984	ain oulmene	rpm	CESARIENNE
137	03/03/1997	babor	map	CESARIENNE
138	31/12/1995	babor	DDT	CESARIENNE
139	26/06/1994	C/311 LOGT AIN AZEL	Map	CESARIENNE
140	11/01/1993	DRAA KEBILA	RPM	CESARIENNE
141	26/01/1995	AIN ERNET SETIF	DDT	CESARIENNE
142	27/11/1996	AIN OULMANE	ddt	CESARIENNE
143	24/05/1978	AIN AZAL	UBC+MAP	CESARIENNE
144	19/03/1978	AIN AZAL	UTC	CESARIENNE
145	16/10/1992	AIN ABESSA		CESARIENNE
146	09/08/1988	BENI FOUUDA	RPM	CESARIENNE
147	30/10/1990	AIN ABESSA	ANEMIE	CESARIENNE
148	29/09/1982	RAS EL MA	RPM	CESARIENNE
149	03/12/1973	DJEMILA		CESARIENNE
150	01/10/1988	cite yahiaoui 20 rue belaid mouhamed setif	RPM	CESARIENNE
151	23/11/1984	AIN ARNAT	diabet	CESARIENNE
152	14/01/1977	BEIDHA BORDJ	RPM	CESARIENNE
153	20/09/1989	MEDJZ SFA	P-PADOLIG	CESARIENNE
154	16/09/1983	ouled barhem	MAP	CESARIENNE
155	12/08/1992	sidi embarek	HTA	CESARIENNE
156	14/08/1989	beni aziz	HTA	CESARIENNE
157	27/02/1991	cite 90 logt el eulma	HTA	CESARIENNE
158	03/03/1982	serdj el ghoul	DEPASSEMENT	CESARIENNE
159	29/09/1990	hemalat ouled saber	RPM	CESARIENNE
160	09/08/1998	c/chikh elaifa	MAP	CESARIENNE
161	23/04/1990	el eulma	MAP	CESARIENNE
162	27/05/1983	guedjel	ddt	CESARIENNE
163	27/12/1994	tadjnent	MACROSOMI	CESARIENNE
164	23/09/1994	20 rue benboulaid mostapha	OLIGO	CESARIENNE
165	29/05/1990	AIN AZEL	RPM	CESARIENNE
166	03/02/1998	CITE HACHEMI RUE HAREF TAYEB	HYDROCEPHALE	CESARIENNE
167	14/06/1990	bir elareche	UC+DOUFRANCE FRONTALE	CESARIENNE
168	04/04/1998	ain arnat	SOUFRANCE FRONTALE	CESARIENNE
169	15/06/1996	ain el kebira	RPM	CESARIENNE
170	25/02/1984	MEZLOUG SETIF	UTC+DIABET	CESARIENNE
171	05/08/1987	cite 500 log	RPM	CESARIENNE
172	18/06/1980	el eulma	RPM+INFERTILITE	CESARIENNE
173	26/09/1985	tizenbechar	MAP	CESARIENNE
174	14/10/1992	bazer sekhra	DDT	CESARIENNE
175	23/07/1986	GUELTA ZERGA	HTA	CESARIENNE
176	14/03/1992	el eulma	UC	CESARIENNE

ملحق 03

بعض مخرجات spss:

أ- مخرجات معطيات السجل:

فئات سن الأم

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide من 15 إلى 19 سنة	89	3,7	3,7	3,7
من 20 إلى 24 سنة	383	16,1	16,1	19,8
من 25 إلى 29 سنة	667	28,0	28,0	47,9
من 30 إلى 34 سنة	558	23,5	23,5	71,3
من 35 إلى 39 سنة	436	18,3	18,3	89,7
من 40 إلى 44 سنة	244	10,3	10,3	99,9
من 45 إلى 49 سنة	2	,1	,1	100,0
Total	2379	100,0	100,0	

نوع العملية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide عملية مبرمجة	691	29,0	29,0	29,0
عملية طارئة	1688	71,0	71,0	100,0
Total	2379	100,0	100,0	

مكان الإقامة

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide حضر	1289	54,2	54,2	54,2
ريف	1090	45,8	45,8	100,0
Total	2379	100,0	100,0	

	السبب	Fréquence	السبب		Pourcentage cumulé
			Pourcentage e	Pourcentage valide	
Valid e	الأمراض المزمنة	680	28,6	28,6	28,6
	سن الأم	21	,9	,9	29,5
	نفاذ الماء الأمينوسي	124	5,2	5,2	34,7
	الحمل بتوأم	52	2,2	2,2	36,9
	التأخر عن موعد الولادة	246	10,3	10,3	47,2
	احتمال الولادة قبل الموعد	31	1,3	1,3	48,5
	الخوف على صحة الجنين	77	3,2	3,2	51,7
	الخوف من ألم الولادة المهبليّة	11	,5	,5	52,2
	الخوف من التأثيرات الجانبية	24	1,0	1,0	53,2
	تأخر الحمل	71	3,0	3,0	56,2
	تباطؤ نبضات الجنين	14	,6	,6	56,8
	تحرك المشيمة من مكانها	38	1,6	1,6	58,4
	تمزق الرحم أثناء الولادة	191	8,0	8,0	66,4
	جنين متوفي داخل الرحم	20	,8	,8	67,3
	عدم انفتاح عنق الرحم	75	3,2	3,2	70,4
	كبير حجم الجنين	16	,7	,7	71,1
	خروج المشيمة قبل الجنين	44	1,8	1,8	72,9
	عمليات قيصرية سابقة	307	12,9	12,9	85,8
	نقص الصفائح الدموية	56	2,4	2,4	88,2
	وضعية غير اعتيادية للجنين	84	3,5	3,5	91,7
تخثر الدم	37	1,6	1,6	93,3	
نزيف حاد للأم	80	3,4	3,4	96,6	
طول مدة الولادة وعدم خروج الجنين	34	1,4	1,4	98,1	
إنزلاق الحبل السري	46	1,9	1,9	100,0	
Total		2379	100,0	100,0	

الإقامة مكان * السبب Tableau croisé

Effectif

السبب	الإقامة مكان		Total
	حضر	ريف	
الأمراض المزمنة	360	320	680
سن الأم	15	6	21
نفاذ الماء الأمينوسي	59	65	124
الحمل بتوأم	29	23	52
التأخر عن موعد الولادة	128	118	246
احتمال الولادة قبل الموعد	16	15	31
الخوف على صحة الجنين	42	35	77
الخوف من ألم الولادة المهبلية	6	5	11
الخوف من التأثيرات الجانبية	9	15	24
تأخر الحمل	34	37	71
تباطؤ نبضات الجنين	9	5	14
تحرك المشيمة من مكانها	30	8	38
تمزق الرحم أثناء الولادة	112	79	191
جنين متوفي داخل الرحم	11	9	20
عدم انفتاح عنق الرحم	52	23	75
كبر حجم الجنين	6	10	16
خروج المشيمة قبل الجنين	24	20	44
عمليات قيصرية سابقة	163	144	307
نقص الصفائح الدموية	29	27	56
وضعية غير اعتيادية للجنين	52	32	84
تخثر الدم	19	18	37
نزيف حاد للأم	48	32	80
طول مدة الولادة وعدم خروج الجنين	18	16	34
إنزلاق الحبل السري	18	28	46
Total	1289	1090	2379

ب- مخرجات الاستبيان:

		فئات السن			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	من 20 إلى 24 سنة	55	18,3	18,3	18,3
	من 25 إلى 29 سنة	133	44,3	44,3	62,7
	من 30 إلى 34 سنة	81	27,0	27,0	89,7
	من 35 إلى 39 سنة	24	8,0	8,0	97,7
	من 40 إلى 44 سنة	7	2,3	2,3	100,0
Total		300	100,0	100,0	

Statistiques		السن
N	Valide	300
	Manquant	0
Moyenne		28,65
Médiane		28,00
Mode		27
Ecart type		4,394
Variance		19,311
Plage		20

		مكان الإقامة			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	حضر	195	65,0	65,0	65,0
	ريف	105	35,0	35,0	100,0
Total		300	100,0	100,0	

		نوع المسكن			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بيت تقليدي	169	56,3	56,3	56,3
	شقة بعمارة	97	32,3	32,3	88,7
	فيلا	26	8,7	8,7	97,3
	بيت قصديري	8	2,7	2,7	100,0
Total		300	100,0	100,0	

Tableau croisé المستوى الدراسي لزوجك * العملية القيصرية التي أجريتها كانت في عيادة

Tableau croisé مستواك الدراسي * العملية القيصرية التي خضعت لها تمت

Effectif	المستوى الدراسي لزوجك	العملية القيصرية التي أجريتها كانت في عيادة		Total
		خاصة	عامة	
	ابتدائي	0	1	1
	متوسط	9	8	17
	ثانوي	27	64	91
	جامعي	106	85	191
Total		142	158	300

Effectif	مستواك الدراسي	العملية القيصرية التي خضعت لها تمت			Total
		قبل موعد الولادة	اثناء موعد الولادة	بعد فوات موعد الولادة	
	ابتدائي	0	5	0	5
	متوسط	9	52	4	65
	ثانوي	32	53	8	93
	جامعي	28	100	9	137
Total		69	210	21	300

Tableau croisé الضغوطات اثناء حملك * العملية القيصرية التي خضعت لها تمت

Effectif

	العملية القيصرية التي خضعت لها تمت			Total
	قبل موعد الولادة	اثناء موعد الولادة	بعد فوات موعد الولادة	
نعم الضغوطات اثناء حملك	28	94	18	140
لا	41	116	3	160
Total	69	210	21	300

Statistiques

الحجمية الكتلة

N	Valide	300
	Manquant	0
Moyenne		26,2757
Médiane		25,7300
Mode		23,89 ^a
Ecart type		3,92682
Variance		15,420
Plage		16,96

a. Présence de plusieurs modes. La plus petite valeur est affichée.

Tableau croisé كيف تحصلت على معلوماتك حول الولادة القيصرية * العملية القيصرية الأولى متى تأكدت حاجتك إلى القيام بعملية قيصرية

Effectif

	العملية القيصرية الأولى متى تأكدت حاجتك إلى القيام بعملية قيصرية		Total
	قبل بدء المخاض	بعد بدء المخاض	
كيف تحصلت على معلوماتك حول الولادة القيصرية	60	35	95
الانترنت	58	32	90
الأقارب	36	0	36
الأصدقاء	30	13	43
الطبيب	23	13	36
وسائل الاعلام			
Total	207	93	300

Statistiques

N	Valide	سنك عند أول ولادة قيصرية	سنك عند سنك	الزواج عند سنك
		سن زوجك	300	300
	Manquant	0	0	0
Moyenne		35,02	25,93	23,92
Médiane		34,00	26,00	24,00
Mode		31	27	26
Ecart type		5,634	3,628	3,357
Variance		31,742	13,162	11,268
Plage		25	16	14

ملحق 04

جدول يبين: رتبة المواليد الذين ولدوا بالعملية القيصرية

النسبة %	التكرار	رتبة المواليد الذين ولدوا بالعملية القيصرية
3.67	11	الأولى
39.67	119	الأولى والثانية
1.33	4	الثانية
5	15	الثانية والثالثة
1	3	الثالثة
3.33	10	الثالثة والأولى
0.67	2	الرابعة
2.67	8	الرابعة والثالثة
26.33	79	الأولى والثانية والثالثة
16.33	49	الأولى والثانية والثالثة والرابعة
100	300	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS