

واقع الولادات القيصرية في الجزائر حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 The reality of caesarean sections in Algeria according to the MICS 2019

صالي محمد

جامعة قاصدي مرباح بورقلة (الجزائر)، sali.mo@univ-ouargla.dz

تاريخ النشر: 2022/10/10

تاريخ القبول: 2022/09/16

تاريخ الاستلام: 2022/04/19

ملخص:

شهد العالم ارتفاعا كبيرا في نسبة الولادات التي تتم بعمليات قيصرية، حيث كان اللجوء إلى الولادة القيصرية في الماضي يقتصر على حالات تعثر الولادة وعسر المخاض، إلا أنها باتت اليوم إجراء شائعا جداً، إلى الحد الذي يثير قلق الجهات الصحية حسب تقارير منظمة الصحة العالمية، والغريب أن كثيراً من الحوامل هن من تطلبن تلك العمليات عند ولادتهن في العيادات الخاصة، هرباً من آلام المخاض وأوجاع الولادة، رغم أثارها الجانبية مُستقبلاً على صحة الأم.

وقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة ارتفاعاً ملحوظاً في الولادات القيصرية والتي تعدت المعدل المحدد عالمياً، ووصلت إلى 30 بالمائة من حوامل الجزائر ولدن بالعملية القيصرية، وهو معدل مرتفع جداً".

نود من خلال مقالنا هذا التطرق إلى واقع الولادات القيصرية في الجزائر وأهم الأسباب التي أدت إلى هذا الارتفاع بالاعتماد على قاعدة المعطيات المتعلقة بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019.

كلمات مفتاحية: الولادات القيصرية - الجزائر - المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

Abstract:

The world has seen a significant increase in the proportion of caesarean sections, where in the past the use of caesarean section was limited to cases of birth failure and labor difficulty, but today it is a very common procedure, to the extent that health authorities are concerned, according to who reports, and strangely many pregnant women request these operations when they are born in private clinics, to escape the pain of labor and birth pains, despite their future side effects on the health of the mother.

In recent years, Algeria has seen a marked increase in caesarean sections, which have exceeded the globally set rate, reaching 30 percent of Algerian pregnant women born by caesarean section, which is a very high rate."

In this article, we would like to address the reality of caesarean sections in Algeria and the most important reasons for this rise based on the 2019 MICS database.

Keywords: Caesarean sections - Algeria - Mic Cluster Survey 2019.

مقدمة:

وصفتها منظمة الصحة العالمية بـ"الوباء"، لتكون الوباء الوحيد الذي يختار مرضاه الإصابة به، إنها "الولادة القيصرية" التي تسجل نسبا مرتفعة في غالبية دول العالم، في إقبال النساء عليها كطريقة آمنة لولادة أطفالهن، حتى أصبحت في كثير من دول العالم هي القاعدة، بينما "الولادة الطبيعية" هي الاستثناء، كما أصبحت تعد واحدة من العمليات الجراحية الأكثر شيوعا في العالم، فقد يؤدي عدم إجراء الولادة القيصرية في الوقت المناسب الذي تظهر فيه مضاعفات الولادة الى تعريض حياة الام وطفلها إلى الخطر، حيث تواجه العديد من النساء هذا الوضع المحفوف بالمخاطر، خاصة في البلدان الفقيرة التي تعاني أنظمتها الصحية من ضعف في التأطير البشري المؤهل وعدم القدرة على تلبية احتياجات جميع النساء الحوامل، وعلى الرغم من أنها يمكن أن تنقذ حياة الام وجنينها، إلا أنه غالبا ما يتم إجراء العملية القيصرية من دون الحاجة إلى المساعدة الطبية، الأمر الذي يعرض النساء وأطفالهن للخطر والوقوع في مشاكل صحية على المديين القصير والطويل فيما بعد.

يشكل استمرار ارتفاع معدلات الولادة القيصرية، خاصة في البلدان مرتفعة ومتوسطة الدخل، مصدر قلق عالمي للصحة العامة، وسعيًا من منظمة الصحة العالمية الى الحد من التفاوت بين الأمم فيما يتعلق بالعمليات القيصرية، حددت في عام 1985 معدلا مثاليا لذلك يتراوح بين 10 – 15% بقصد تحسين صحة الأمهات والأطفال على النحو الأمثل، وحظي ما يرتجى من فوائد محتملة للعمليات القيصرية متعلقة بأرواح الأمهات والرضع في حالات الطوارئ بقبول عالمي في الممارسات الطبية، غير أنه ليس ثمة بيانات حتى الان حسب منظمة الصحة العلمية تعود بفوائد تلك الاجراء بالنسبة للسيدات أو الرضع إذ لم تدعو إليه الحاجة الطبية.

لقد شهدت معدلات الولادات القيصرية ارتفاعا على مدى العقود الماضية وفقا لتقديرات الحديثة لمنظمة الصحة العالمية التي تغطي 150 بلدا، حيث قدر معدل الولادات القيصرية بـ 21% سنة 2018 والذي يختلف من بلد لآخر، بمتوسط يتراوح من 01% الى 58% (Boerma T., and all, 2018, p.1343) ، كما تضاعف معدل الولادات القيصرية ثلاث مرات تقريبا خلال فترة زمنية تقدر بربع قرن، لينتقل من 6.7% سنة 1990 الى 19.1% سنة 2014 وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية، وتتراوح النسبة بين 06% و27.5% في الأقاليم الأقل نموا والأقاليم الأكثر نموا على التوالي وفقا لتقديرات نفس السنة.

هناك فروق كبيرة جدا في معدلات الولادات القيصريّة في العالم حسب احصائيات سنة 2019 أيضا، فحسب منظمة الصحة العالمية فإن معدل الولادة القيصريّة يتراوح بين 01% الى 58% في جميع انحاء العالم، وهناك 28 دولة لديها ارقام منخفضة بشكل خاص ولا تزيد المعدلات بها عن 05%. وثلاثة ارباعها في افريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث لوحظ أدنى المعدلات في النيجر وتشاد واثيوبيا ومدغشقر وتيمور الشرقية (أقل من 02%). ومن بين الدول التي بها معدلات أقل كذلك، نجد مالي (02%)، نيجيريا (03%)، افغانستان (03%) والكونغو (03%).

ترتفع معدلات الولادة القيصريّة تدريجيا مع ارتفاع مستوى التنمية والتطور، حيث توجد أكثر من 100 دولة يزيد المعدل فيها عن 15% الذي تدعو منظمة الصحة العالمية لعدم تجاوزه، 43 منها سجلت معدلات تجاوزت 30%. هذه المجموعة الأخيرة من الدول غير متجانسة جغرافيا، حيث نجد عدد من الدول الأوروبية مثل قبرص (57%)، جورجيا (41%)، رومانيا (40%)، إيطاليا (35%)، وأكثر من نصفها موجود في أمريكا اللاتينية التي لها تاريخ طويل مع الولادات القيصريّة، حيث تتقدم جمهورية الدومينيكان بمعدل (58%)، تليها على وجه الخصوص البرازيل بمعدل (55%)، الشيلي (50%)، والاكوادور (49%)، كما تجدر ملاحظة ظهور بعض الدول في الشرق الأوسط التي تعرف معدلات مرتفعة كتركيا ولبنان وإيران التي يتراوح المعدل فيها بين 46% الى 48% وكذلك دول شرق آسيا مثل كوريا الجنوبية (39%) والصين (35%). (Dumont A, Guilmoto C.Z., 2019)

تبقى الأرقام متضاربة في الجزائر، والتي تشهد ارتفاعا ملحوظا في معدل الولادات القيصريّة كغيرها من البلدان في العالم، حيث كان المعدل 06% حسب نتائج المسح الوطني حول صحة الام والطفل لسنة 1992، ليشهد ارتفاعا متتاليا بعدها، حيث قدر بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-3 لسنة 2006 بـ 08%. ليرتفع بعدها الى الضعف في ظرف 06 سنوات فقط بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-4 لسنة 2013/2012 ليصل الى 16%. ليقفز بعدها الى معدل 24.8% حسب آخر مسح عنقودي متعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019.

وبناء على التنبيه الذي تلقته الجزائر من منظمة الصحة العالمية جراء هذا الارتفاع المستمر في معدلات الولادة القيصريّة خلال 10 سنوات الأخيرة خاصة (قبل سنة 2019)، فتحت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات الجزائرية تحقيقا بشأن الارتفاع الملحوظ في الولادات عن طريق العمليات القيصريّة، مشيرة إلى أنها فتحت هذا التحقيق نظرا لتحول هذا الأمر من نشاط طبي إلى نشاط تجاري يحقق مداخيل هامة في القطاع الخاص.

وتفيد إحصائيات وزارة الصحة الجزائرية بأن عدد العمليات القيصرية التي تخضع لها النساء الجزائريات تجاوزت 490 ألف عملية من أصل قرابة مليون و200 ألف ولادة مسجلة سنويا سنة 2019، أي ما يعادل نسبة 45% من مجمل عمليات الولادة، وتكشف هذه الإحصائيات أن معظم عمليات الولادة القيصرية تجري في القطاع الخاص، وهو ما يستدعي التحقيق للوقوف على الأسباب، حيث أعلن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، محمد ميراوي في ندوة صحفية نشطها بتاريخ 2019/06/30 على هامش لقاء جمعه بمديري الصحة والسكان لولايات الوطن، أن الوزارة فتحت تحقيقا لتحديد الاسباب الحقيقية الكامنة وراء تفشي هذه الظاهرة التي اعتبرها ب"الأمر غير المقبول"، وفي هذا الشأن، أبرز الوزير أن مصالحه "لا تتدخل في القرار الطبي الخاص بهذا النوع من العمليات"، غير أن مساعي الوزارة ترمي إلى معالجة ما وصفه بـ "الخلل"، مشيرا الى أن "المداخيل المالية للعمليات القيصرية تعد من ضمن أسباب تفشي هذه الظاهرة وذلك حسب النتائج الأولية للتحقيق، علاوة على نقص الموارد البشرية وتكوين الطاقم الطبي على مستوى بعض هذه العيادات (وكالة الانباء الجزائرية، www.aps.dz ، 2019).

كما ألزمت الدولة العيادات الخاصة بعدم تجاوز سعر الولادة العادية للمؤمنات وزوجات المؤمنات اجتماعيا حدا معيناً، مع تسقيف أسعار الولادات في العيادات الخاصة وتكفل هيئات الضمان الاجتماعي بتسديد الفواتير المتعلقة بها. وجاء هذا بعد صدور مرسوم تنفيذي⁽¹⁾ في الجريدة الرسمية محددًا لأسعار عمليات التوليد بمختلف أنواعها والتي تغطيها الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة وعيادات التوليد قصد التكفل بالولادة بتاريخ 24 مارس 2020 حول الولادة العادية والولادة القيصرية في العيادات الخاصة بأسعار مسقفة للمؤمنات اجتماعيا أو زوجات المؤمنات اجتماعيا، وأوضح المرسوم أن سعر عمليات التوليد يتراوح بين 25000 و60000 دينار جزائري، وذلك حسب نوعية عمليات الوضع، ووفق المرسوم التنفيذي فإن الولادة البسيطة بكيفية طبيعية حددت قيمتها بـ 25 ألف دج في حين أن الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال عملية لقط الجنين حددت قيمتها بـ 35 ألف دج، أما الولادة البسيطة بكيفية طبيعية مع التخدير الموضعي ما فوق الجافية فحدد بـ 35 ألف دج والولادة الخاصة بالتوأم 45 ألف دج، والولادة القصيرة البسيطة 50 ألف دج، والولادة القيصرية على رحم يحتوى على ندبات بـ 50 ألف دج، والولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي تعانين من

أمراض إضافية لا سيما ارتفاع ضغط الدم والسكري بما فيه ذلك التكفل بالأدوية المتناولة 60 ألف دج.

سنتناول من خلال ورقتنا البحثية هذه ونتطرق الى واقع الولادات القيصرية في الجزائر وأهم العوامل التي تساهم في هذا الارتفاع بالاعتماد على قواعد بيانات المسوح المتاحة، والتركيز على قاعدة المعطيات المتعلقة بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019، والتي تتوفر على البيانات اللازمة التي تمكن من ذلك، وعلى ضوء ما سبق نطرح التساؤل التالي:

- ما هو واقع الولادات القيصرية في الجزائر؟، وما هي أهم العوامل التي أدت الى هذا الارتفاع المتزايد في معدلاتها؟
- ولتبسيط التساؤل المطروح سابقا، نطرح التساؤلات التالية:
- ما هو واقع الولادات القيصرية في الجزائر بناء على مسح Mics-6 لسنة 2019؟
- ما هي الخصائص السوسيوديمغرافية للنساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية في الجزائر؟
- ما هي الخصائص الاقتصادية للنساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية في الجزائر؟

1. أهداف الدراسة:

يعد التزايد المستمر لمعدل الولادات القيصرية في الجزائر أمرا ملفتا للانتباه، وداعيا الى ضرورة البحث في هذه الوضعية التي أصبحت تقلق الكثير من دول العالم، حيث سنسعى من خلال هذه الورقة البحثية لتسليط الضوء على واقع الولادة القيصرية في الجزائر بناء على ما توفر من بيانات للمسوح التي تمت مع تركيز الاهتمام على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019، من خلال ابراز أهم العوامل السوسيوديمغرافية والاقتصادية التي تدفع إلى ارتفاع هذه المعدلات، وتوزيعها الجغرافي، والإجراءات المتخذة للحد من هذه الظاهرة.

2. تحديد المفاهيم:

العملية القيصرية: هي إجراء جراحي يمكن أن يقي، وعلى نحو فعال، من وفيات الأمهات وحديثي الولادة عند استخدامه لدواع طبية (WHO, 2018). كما تعرف الولادة القيصرية بأنها نوع من أنواع الولادة غير الطبيعية، وفيها يقوم الجراح بعملية جراحية، حيث يتم فيها شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذر الولادة الطبيعية، ويقوم بإجرائها جراح متخصص وهو «جراح التوليد». الجراحة القيصرية هي عملية جراحية حيث يتم إحداث شق أو أكثر في بطن الأم

والرحم لإنجاب طفل أو أكثر. يتم تنفيذ هذه العملية عندما تعرض الولادة المهبلية حياة الطفل أو الأم أو صحتها للخطر، وكذلك قد يتم إجراؤها عند الطلب بدون سبب طبي. (Finger C , 2003,p. 628)

3. تطور معدل الولادات القيصيرية في الجزائر:

لم يكن هناك اهتماما كبيرا جدا في السابق بالولادات القيصيرية في الجزائر بالنظر إلى أنها كانت تجرى للحاجة الطبية في الغالب، وهو ما جعل الحصول على ارقام متعلقة بها أمرا صعبا، ولأجل الإحاطة بها وإعطاء صورة مختصرة عن تطور أرقام ومعدلات الولادات القيصيرية في الجزائر، تم اللجوء إلى قواعد البيانات المتوفرة للمسوح التي تم اجراؤها في الجزائر. بالرجوع الى التقارير الخاصة بالمسوح التي تم اجراؤها في الجزائر، لم نجد اهتماما بالتطرق للولادات القيصيرية في تقرير مسح صحة الام والطفل لسنة 2002، كما وجدنا إشارة إلى بعض النسب العامة في تقرير المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-3 لسنة 2006، في حين أن تقرير المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-4 لسنة 2012 تطرق الى الولادات القيصيرية بنوع من التفصيل، ونفس الشيء تم ملاحظته في تقرير المسح العنقودي المتعدد المتغيرات Mics-6 لسنة 2019، حيث تم إعطاء أهمية بالغة للموضوع وتفصيل أكثر فيما تعلق بالولادات القيصيرية. وعليه سنحاول اللجوء الى تقارير وقواعد البيانات للتطرق لاهم المؤشرات المتعلقة بالولادات القيصيرية من خلال هذه المسوح الثلاثة (2002، 2006 و2012) محاولين إعطاء صورة عن واقع الولادات القيصيرية وفق ما أتيج من متغيرات. بالنسبة المسح الجزائري حول صحة الاسرة 2002، فلقد تم انشاء المشروع العربي لصحة الاسرة بهدف تمكين أصحاب القرار في البلدان العربية المهتمة بتنفيذه من الحصول على المعلومات الأساسية من أجل التجسيد، تقييم ومتابعة سياسات الصحة والسكان (وزارة الصحة واصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، 2002، ص.5)، كما جاءت المسوح المتعددة المتغيرات لتحقيق الأهداف التي تعني بالحفاظ على صحة الام والطفل والحصول على أهم المؤشرات التي تساعد في اتخاذ القرارات، وعليه سنعرض اهم المتغيرات التي تم الحصول عليها اعتمادا على قواعد البيانات وتقارير المسوح وفق ما يلي:

1.3. طبيعة الولادة في الجزائر:

تعد عملية الولادة مرحلة مهمة تأتي تتويجا لفترة الحمل، وتكون بخروج الجنين الناضج قابل للحياة خارج رحم أمه، وتختلف طرق الولادة حسب الوضعية الصحية للأم والجنين أو لكليهما،

وفي العادة إما أن تكون الولادة طبيعية أو عن طريق العملية القيصرية، حيث أن هناك عدة دواعي تدفع لإجراء هذا النوع من الجراحة، ومن أهمها: مضاعفات المخاض والعوامل التي تعيق الولادة الطبيعية عبر المهبل كطول مدة المخاض، أو تمزق جدار الرحم أو زيادة في ضغط الدم لدى الأم أو الطفل بعد تمزق الغشاء السلوي، زيادة في معدل ضربات القلب لدى الأم أو الطفل، مشاكل في المشيمة، أو عدم فعالية طلق الولادة بعد مرور عدة ساعات على بدئها، أو مجيء الجنين بالعرض وتعذر الولادة بشكل طبيعي، كذلك تعسر الولادة بسبب كبر حجم الجنين وزيادة وزنه (أكثر من 4 كغ) وضيق حوض الأم، إضافة لمشاكل في الحبل السري كالأوعية المتقدمة، أو فشل الولادة بالأدوات (باستخدام الملقط أو المحجم) حيث أن ولادة قد تتم بواسطة هذه الأدوات وإن لم تفلح تتحول الحالة إلى العملية القيصرية. كما يمكن اللجوء إلى هذا النوع من الجراحة بناء على مضاعفات أخرى للحمل أو أمراض تعاني منها الأم كحدوث مقدمات الارتعاج للمرأة الحامل، تعدد المواليد (حمل المرأة لأكثر من جنين داخل الرحم)، أو إصابة الأم بالإيدز أو بأحد الأمراض المتنقلة جنسيا والتي قد تنتقل إلى الجنين خلال الولادة الطبيعية عبر المهبل، تمزق سابق لجدار الرحم أو جراحة قيصرية سابقة. 0 كما أن هناك دواعي أخرى تحتم اللجوء لهذا النوع من الولادات كنقص مهارة التوليد بالحالة الطبيعية لدى أخصائي التوليد أو الاستخدام غير الجيد للتكنولوجيا خاصة في الفحوص خلال فترة الحمل، وغيرها من الأسباب المتعددة التي تهدد حياة الام والجنين.

سنستعرض حاليا توزيع نسب طبيعة الولادة في الجزائر حسب المسوح التي تم ذكرها سابقا:

جدول 1

توزيع نسب طبيعة الولادة حسب قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و 2012)

Mics-4 2012	Mics-3 2006	Papfam 2002	طبيعة الولادة
79.6	90.9	92.2	ولادة طبيعية
4.1	1.6	2.0	بالملقط أو المحجم
16.2	7.5	5.8	ولادة قيصرية
100.0	100	100	المجموع

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و 2012).

يتضح من خلال الجدول 1 أن اغلب الولادات كانت عادية أو طبيعية، مع تراجع نسبتها حسب المسح العنقودي لسنة 2012 إلى 79.6% لصالح الولادات القيصرية، حيث شهدت هذه الأخيرة تزايدا مستمرا، حيث انتقلت من 5.8% حسب مسح 2002 إلى 7.5% حسب Mics-3 لسنة 2006، لتنتقل إلى ضعف نسبتها والتي بلغت 16.2% حسب Mics-4 لسنة 2012، وقد تجاوزت

بذلك الحد الأقصى الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية المحدد بـ 15%، ونظرا لارتفاع المستمر لمعدلات الولادات القيصرية في المسوح السابقة، تم اعطاء أهمية أكبر لها في هذا المسح العنقودي (Mics-4)، حيث تم تخصيص سؤال خاص لهذا النوع من الولادات، إضافة الى التطرق للخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية.

2.3. الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية:

سنعرض أهم الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء (15-49 سنة) وكانت لهن ولادة قيصرية والتي تم الحصول عليها من قاعدة البيانات الخاصة بالمسوح وفق ما يلي:

جدول 2

الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي سنهن بين (15-49) سنة وكانت ولادتهن قيصرية 0

Mics-4 2012	Mics-3 2006	Papfam 2002	المتغيرات 00	
وسط الإقامة				
17.8	9.0	6.4	حضر	
13.2	5.7	4.8	ريف	
مكان الولادة خلال السنتين الاخيرتين قبل المسح				
13.0	7.5	5.4	مستشفى/مركز امومة	
	2.1	1.9	مصحة متعددة الخدمات/ مركز صحي	
51.8	26.4	20.0	القطاع الخاص	
الإقليم الجغرافي				
17.1	9.5	6.8	شمال	شمال وسط
21.4	6.9	5.5	شرق	شمال شرق
19.4	7.6	6.5	غرب	شمال غرب
10.7	/	/	الهضاب العليا وسط	
14.6	/	/	الهضاب العليا شرق	
12.0	/	/	الهضاب العليا غرب	
10.1	3.3	2.2	جنوب	الجنوب
العمر عند تاريخ المسح				
12.0	2.8	0.0	أقل من 20 سنة	
15.4	7.4	11.1	من 20 الى 34 سنة	
18.1	7.7	17.0	من 35 الى 49 سنة	
المستوى التعليمي				
8.4	4.5	/	بدون مستوى	
14.8	6.5	8.8	ابتدائي	
14.4	8.1	13.3	متوسط	
18.9	10.5	11.2	ثانوي	
26.3	13.5	5.0	جامعي	
مستوى الرفاه				
13.2	5.6	/	الأكثر فقرا	

15.9	5.8	/	فقير
15.6	6.3	/	متوسط
15.1	9.1	/	غني
21.1	11.4	/	الأكثر غني
الحالة الفردية			
/	11.6	23.8	تشتغل
/	7.1	11.7	لا تشتغل

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و2012).

تعتبر الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية مهمة من حيث إعطاء صورة عن واقع الظاهرة وأهم المتغيرات التي تميزها، حيث يتضح من خلال المعطيات في الجدول 2 أن هناك ارتفاعا مستمرا في نسبة الولادات القيصرية في الحضر والريف وحسب الأقاليم الجغرافية بالنسبة للنساء اللواتي كانت ولادتهن بالعملية القيصرية، مع ملاحظة ارتفاع النسب في أقاليم شمال مقارنة ببقية الأقاليم، أما أعلى النسب لهذه الفئة من النساء حسب المسوح الثلاثة فكانت في الفئة العمرية من (35 – 39) سنة، والتي قدرت في المسح العنقودي Mics-4 بـ 18.1%، بالنسبة للمستوى التعليمي يمكن القول أن أعلى النسب كانت لدى النساء اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي وجامعي، مع تسجيل ارتفاع كبير بالنسبة للنساء من فئة المستوى الجامعي حيث تضاعفت نسبتهن إلى 05 اضعاف وانتقلت من 5.0% في مسح سنة 2002 إلى 26.3% في مسح 2012.

فيما يتعلق بمكان الولادة، فنلاحظ أن هناك تزايدا مستمرا في الولادات القيصرية في القطاع الخاص، حيث انتقت نسبتها من 20.0% في مسح سنة 2002 إلى 26.4% في مسح سنة 2006 إلى أكثر من الضعف في مسح سنة 2012 حيث قدرت بـ 51.8%، وهو ما يدل على تفضيل القطاع الخاص الذي أصبح يستقطب هذا النوع من الولادات نظرا لأنها مريحة من حيث الوقت والمال، حيث أن الولادة الطبيعية الواحدة قد تستغرق من 10 إلى 16 ساعة وهو الوقت الذي يكفي لإجراء 16 عملية ولادة قيصرية، كما قد يفسر أيضا باختيار النساء لهذا القطاع الذي يلبي رغباتهن في تفادي آلام المخاض والولادة من خلال اختيار هذا النوع من الولادة.

فيما تعلق بالجانب الاقتصادي لهذه الفئة من النساء، نلاحظ انخفاضاً في نسبة اللواتي تشتغلن مقارنة بين مسح سنة 2002 و2006، كما يمكن القول أن النساء من فئة "غني" و "أكثر غني" كانت نسبتهن الأكبر بين مسحي 2006 و2012، حيث قدرت نسبهما في مسح 2012 بـ 15.1% و21.1% على التوالي، وهو ما يمكن إضافته كتفسير لارتفاع نسبة العمليات القيصرية في القطاع الخاص من فئة النساء الأكثر رفاها اقتصاديا.

3.3. الرعاية الصحية قبل الولادة للنساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية:

صحة الأم هو مصطلح يشير إلى العناية بصحة المرأة والحفاظ على سلامتها ابتداء من فترة التخطيط للحمل، وأثناء فترة الحمل، وحتى وقت الولادة وفترة ما بعد الولادة، وتشمل العناية بصحة الأم الجوانب الصحية، الجسدية، العقلية، العاطفية والاجتماعية، وتهدف إلى جعل كل تجربة حمل وولادة تمر بها النساء تجربة إيجابية يتم خلالها الحرص على سلامة ورعاية كل من الأم والطفل، مع بذل كافة الجهود للوقاية من أي مخاطر ومضاعفات قد تتعرض لها الأم خلال مرحلة الحمل والولادة، وفترة ما بعد الولادة، لذلك فإن تتبع الحمل من خلال سلسلة الفحوصات أمر ضروري وغاية في الأهمية للام وجنينها.

1.3.3. الفحوصات خلال فترة الحمل:

بمجرد حدوث الحمل، فإنه من المهم الاستمرار بمتابعة صحة الأم جسدياً ونفسياً خلال أشهر الحمل للحفاظ على سلامتها وسلامة الجنين ومعالجة أي طارئ طبي بشكل مبكر، وذلك من خلال الالتزام بجدول زيارات الطبيب الدورية، والقيام بالفحوصات اللازمة بطلب من الطبيب، إضافة إلى مساعدة الأم الحامل بالتخلص أو إدارة أعراض الحمل الشائعة كالغثيان الصباحي، وآلام الظهر، والمشاكل في النوم، بالإضافة إلى إرشادها في الجوانب التي لها دور تقليل خطر بعض مضاعفات الحمل وتسهيل الولادة، وأيضا العناية بالتغذية، حيث تزداد الحاجة إلى الفيتامينات والمعادن، كما تعتبر ممارسة النشاط البدني أثناء الحمل عاملا مهما في الحفاظ والعناية بصحة الأم، وما لم يوجد مانع طبي، فإن ممارسة بعض الأنشطة البدنية له فوائد مختلفة للحامل، لذا سنتناول مدى تلقي الفحوصات خلال فترة الحمل للنساء اللواتي كانت لهن عملية قيصرية وفق ما يلي:

جدول 3

توزيع النساء اللواتي اعمارهن بين (15-49) سنة وولادتهن قيصرية حسب تلقيهن للفحوصات خلال فترة الحمل.

المتغير	Papfam 2002	Mics-3 2006	Mics-4 2012
لم يتلقين رعاية صحية خلال فترة الحمل	2.6	3.0	/
تلقين فحوصات خلال فترة الحمل عند:	/	/	16.8
طبيب	7.4	8.6	17.2
قابلة/ممرضة	4.5	6.9	12.7
أخرى	0.0	0.0	18.6

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و2012).

يتضح أن نسبة من لم يتلقين رعاية صحية خلال فترة الحمل من النساء في سن الانجاب اللواتي كان لهن ولادة قيصرية تراوحت بين 2.6% و3.0% في مسحي سنة 2002 و2006 على التوالي، وهو ما قد يعرض الام أو حتى الجنين لأخطار مفاجئة قد لا تحمد عقباها، وبالرجوع الى قاعدة بيانات مسح 2002 بخصوص سبب عدم تلقي الرعاية الصحية، كانت نسبة 16.7% من هؤلاء النسوة ذكرن بأنهن لا يعانين من مشاكل صحية، وهو من الأخطاء التي قد ترتكبها بعض النسوة في عدم متابعة وضعهن الصحي ووضع جنينهن، كما أن نسبة 12.5% منهن ذكرن أسباب أخرى، أما تلقي الرعاية الصحية فكانت النسبة الأكبر لدى الطبيب وكانت في تزايد من مسح لآخر، تأتي بعدها القابلة/الممرضة بنسب أقل وبنفس وتيرة الزيادة.

2.3.3. أسباب الفحص الأول خلال فترة الحمل:

تعددت الأسباب التي دفعت النساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية للقيام بالفحوصات خلال فترة الحمل، وبالتركيز على السبب الذي دفعهن للقيام بالفحص الأول حسب المسوح نجد ما يلي:

جدول 4

توزيع النساء اللواتي اعمارهن (15-49) سنة ولهن ولادة قيصرية حسب سبب الفحص الأول خلال فترة الحمل.

Mics-4 2012	Mics-3 2006	Papfam 2002	سبب الفحص الاول
18.3	9.1	7.7	معرفة إذا كانت المرأة حامل
16.5	7.5	4.6	فحص صحة الطفل
14.5	8.8	6.1	ضمان حمل جيد
17.4	6.3	5.5	مضاعفات صحية
/	4.1	6.7	فحص روتيني
11.8	6.8	0.0	الحفاظ على الحمل
9.7	0.0	0.0	أخرى

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و2012).

في الغالب ما يكون الفحص الأول في الثلاث أشهر الأولى من الحمل، حيث يتم البحث والتأكد من وجود الحمل لدى الكثير من النساء، الأمر الذي يدفعهن للقيام به. ومن خلال السؤال المباشر الموجه لفئة النساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية بخصوص سبب إجراء الفحص الأول، نجد أن أعلى النسب في المسوح الثلاثة تشير الى أن النسوة أجرين الفحص الأول لمعرفة وجود الحمل، ونسبتهن كانت في الارتفاع من مسح لآخر، حيث انتقلت من 7.7% في مسح سنة 2002 الى 18.3%

في مسح سنة 2012، في حين تم ذكر أسباب أخرى اختلفت نسبتها من مسح لآخر كفحص صحة الطفل، ضمان حمل جيد، مضاعفات صحية نتيجة الحمل، أو في إطار الفحص الروتيني، وهناك من أجري الفحص الأول للحفاظ على الحمل.

3.3.3. عدد الفحوصات خلال فترة الحمل:

تعد الفحوصات مهمة جدا خلال فترة الحمل، حيث تتمثل في متابعة تطور الحمل أولا بأول والتأكد من نمو الجنين بشكل سليم، و متابعة الحالة الصحية للأم بشكل عام من حيث الوزن وقياسات ضغط الدم وغير ذلك، و أيضا متابعة الحالة الصحية للأم قبل الولادة لتحديد شكل الولادة ونوعها ووقتها إن كانت قيصرية، إضافة لمتابعة أي آلام تتعرض لها أو أي مشكلة تقع فيها قد تتطلب التدخل السريع، و نفس الشيء بالنسبة للجنين الذي يحتاج الى متابعة أي مشكلات يتعرض لها أو تتطلب التدخل أثناء الحمل أو بعد الولادة.

جدول 5

عدد الفحوصات خلال فترة الحمل للنساء اللواتي سنهن بين (15-49) سنة وكانت ولادتهن قيصرية

Mics-4 2012	Mics-3 2006	Papfam 2002	عدد الفحوصات
5.3	2.4	0.8	01
14.2	3.3	3.7	02
11.5	5.9	4.4	03
14.4	7.7	7.4	04
17.2	9.1	7.4	05
21.8	12.2	10.5	06
19.2	13.7	12.9	07
27.5	13.6	15.5	08
28.6	17.9	15.5	09
25.8	12.8	17.2	10
23.9	26.41	13.3	أكثر من 10
16.9	8.9	2.3	لا تعلم

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قواعد بيانات المسوح (2002، 2006 و2012).

إن المرأة الحامل يجب أن تتابع مع طبييها المعالج بصورة مستمرة من خلال عدة فحوصات وتحاليل، وذلك في فترات مختلفة من الحمل، كما أن هذه المتابعة قد تختلف من سيدة لأخرى حسب الحالة الصحية لكل سيدة، لأن السيدات اللاتي تعانين من مرض مزمن تكون متابعة الحمل لديهن مختلفة من جهة أنهم قد يحتجن لفريق طبي في تخصصات متنوعة وكذلك عدد مرات

الفحوصات تزيد، كما أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي له دور في عدد الفحوصات بالنظر لارتفاع ثمنها، وعدم استطاعة كل فئات المجتمع القيام بالعديد منها.

يتضح من خلال الجدول 5 أن عدد الفحوصات المصرح بها في المسوح الثلاثة تتراوح أعلى نسبها بين 08 الى 10 فحوصات، بنسب تراوحت بين 15.5% الى 17.2% في مسح 2002 و 12.8% الى 17.9% في مسح سنة 2006، ثم 25.8% الى 28.6% في مسح سنة 2012.

وفي الغالب كانت النسب المتعلقة بعدد الفحوصات خلال فترة الحمل في تزايد من مسح لآخر، مع تسجيل نسب لا بأس بها ممن كانت لهن فحوصات أقل، وقد يرجع ذلك لظروفهن الصحية من عدم معاناتهن من أي أعراض صحية جانبية كما تم ذكره سابقا، أو نظرا لوضعهن الاجتماعي والاقتصادي الذي يجبرهن على التقيد بعدد محدد من الفحوصات الضرورية فقط.

4. واقع الولادات القيصريّة في الجزائر من خلال مسح (Mics6) لسنة 2019:

تناول المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 (Mics6) الولادات القيصريّة بأكثر تفصيل مقارنة بالمسوح الأخرى، نظرا للتزايد المستمر في معدلاتها ومؤشراتها، الأمر الذي استوجب تسليط الضوء أكثر عليها لمعرفة مسبباتها وسبل التقليل منها إلا لضرورة طبية، وعليه سنتناول واقع الولادات القيصريّة حسب معطيات هذا المسح. بالعودة الى قاعدة بيانات المسح، يتضح أن معدل الولادات القيصريّة في ارتفاع مقارنة بالمسوح السابقة، حيث بلغ نسبة 24.8% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بما حددته منظمة الصحة العالمية بأن لا يتجاوز 15%، مما يستدعي البحث في الأسباب والدواعي لذلك.

1.4 الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي كانت ولادتهن قيصريّة:

سنتطرق لبعض الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي سنهن بين (15-49) سنة وكانت لهن ولادة قيصريّة وفق ما هو متاح في قاعدة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات وفق ما يلي:

جدول 6

الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي سنهن بين (15-49) سنة وكانت لهن ولادة قيصريّة حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019.

المتغيرات	النسبة (%)	المتغيرات	النسبة (%)
المستوى التعليمي		وسط الإقامة	
بدون مستوى/ تحضيري	18.0	حضر	26.6

21.3	ابتدائي
24.3	متوسط
26.6	ثانوي
29.8	جامعي
الحالة الفردية	
32.3	تشتغل
24.4	لا تشتغل
مستوى الرفاه	
16.9	الأكثر فقرا
26.4	فقير
24.2	متوسط
26.2	غني
33.8	الأكثر غني

22.5	ريف
مكان الولادة خلال السنتين الاخيرتين قبل المسح	
25.2	مؤسسة صحية
19.9	القطاع العمومي
65.9	القطاع الخاص
الإقليم الجغرافي	
27.8	شمال وسط
29.8	شمال شرق
25.0	شمال غرب
16.0	الهضاب العليا وسط
27.2	الهضاب العليا شرق
18.6	الهضاب العليا غرب
17.1	الجنوب
العمر عند أحدث (آخر) ولادة	
18.4	أقل من 20 سنة
24.4	20 – 34 سنة
26.5	35 – 49 سنة

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019.

يتضح من خلال المعطيات في الجدول 6 أن نسبة الولادات القيصرية في الحضر والتي قدرت بـ 26.6% أكبر منها في الريف بفارق 04 نقاط، أما حسب الأقاليم الجغرافية، فإن أعلى النسب سجلت بإقليم شمال شرق و شمال وسط بنسب 29.8% و 27.8% على التوالي، وأقل نسبة سجلت بإقليم الجنوب و قدرت بـ 17.1%، كما أن الفئة العمرية (35 – 39 سنة) سجلت أعلى نسبة من الولادات القيصرية (26.5%)، كما أن الملفت للانتباه نسبة النساء اللواتي كان سنهن أقل من 20 سنة واللواتي يكن في الغالب أقل عددا سجلن نسبة مرتفعة بخصوص الولادة القيصرية بلغت 18.4%، فيما يتعلق بالمستوى التعليمي فإن أعلى نسبة سجلت لدى النساء اللواتي مستواهن جامعي تليها اللواتي مستواهن ثانوي بنسب قدرت بـ 29.8% و 26.6% على التوالي، و هي نفس الملاحظة المسجلة في المسوح الأخرى التي تم تناولها، أما ما تعلق بمكان الولادة، فإن نسبة 25.2% منها كانت بالمؤسسات الصحية، غير أن الملاحظ أن نسبة الولادات القيصرية في القطاع الخاص مرتفعة بأكثر من 03 أضعاف مقارنة بالقطاع العمومي و قدرت نسبتها بـ 65.9%، و هي نسبة مرتفعة مقارنة بما تم تسجيله في المسوح السابقة، حيث أنه من بين الأسباب التي تقف وراء

اختيار المختصين للجراحة بدلا من الولادة الطبيعية، هي الخوف من التعقيدات والمضاعفات التي تلي الوضع الطبيعي، وكذا ربح الوقت والمال خاصة في القطاع الخاص، ونظرا أيضا لأن الولادة الطبيعية قد تأخذ الكثير من الوقت مقارنة بالعملية القيصرية، كما يمكن ارجاعه الى رغبة النساء في الولادة القيصرية تفاديا لآلام المخاض والولادة.

فيما يتعلق بمستوى الرفاه، فإن أعلى نسبة سجلت لدى فئة "غني جدا"، وهو ما ينعكس على ارتفاع نسبة الولادات القيصرية في القطاع الخاص، كما تم تسجيل أقل نسبة لمستوى الرفاه لدى هذه الفئة من النساء "الأكثر فقرا" بنسبة 16.9%.

2.4. الرعاية الصحية قبل الولادة للنساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية:

تعد الرعاية الصحية خلال فترة الحمل أمرا ضروريا وهاما، خاصة بالنسبة للنساء اللواتي لهن مضاعفات صحية، والهدف منها الحفاظ على صحة الأم وجنينها ومتابعة تطور الحمل وإمكانية التدخل في حالة دعت الضرورة لذلك.

1.2.4. الفحوصات خلال فترة الحمل:

سنتناول مدى تلقي الفحوصات خلال فترة الحمل للنساء اللواتي سنهن بين (15-49 سنة) وكانت لهن ولادة قيصرية وفق ما يلي:

جدول 7

توزيع النساء اللواتي اعمارهن بين (15-49) سنة وولادتهن قيصرية حسب تلقيهن للفحوصات خلال فترة الحمل.

النسبة (%)	المتغير
25.7	تلقين فحوصات خلال فترة الحمل عند:
26.2	طبيب
23.6	قابلة
32.3	ممرضة
27.4	أخرى
25.3	بدون اجابة

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019.

بلغت نسبة النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية وتلقين رعاية صحية خلال فترة الحمل 25.7%، حيث أنهن صرحن أنهن تلقين فحوصات عند مختلف المشرفين الصحيين (طبيب، قابلة، ممرضة،...)، كما كانت نسبة اللواتي لم يجبن بـ 25.3%.

2.2.4. أسباب الفحص الأول خلال فترة الحمل:

من خلال تناول الأسباب التي دفعت هذه الفئة من النساء للقيام بالفحص الأول خلال فترة

الحمل، نجد ما يلي:

جدول 8

توزيع النساء اللواتي اعمارهن (15-49) سنة ولهن ولادة قيصرية حسب سبب الفحص الأول خلال فترة الحمل.

النسبة (%)	سبب الفحص الاول
27.8	ضمان ما إذا كانت المرأة حاملا
24.1	فحص صحة الطفل
21.2	ضمان حمل جيد
26.0	مضاعفات صحية
14.7	تحضيرا للولادة
14.7	أخرى

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019.

نلاحظ أن أعلى نسبة لقيام هؤلاء النسوة بالفحص الأول هو معرفة ما إذا كانت المرأة حاملا بنسبة قدرت بـ 27.8%، وهو السبب نفسه الأعلى في المسوح السابقة، تليها المضاعفات الصحية التي تكون قد تعرضن لها بنسبة بلغت 26.0%، تليها أسباب أخرى من فحص صحة الطفل والمحافظة على الحمل وغيرها من الأسباب الأخرى التي دفعتهم للقيام بالفحص الأول.

3.2.4. عدد الفحوصات خلال فترة الحمل:

بخصوص عدد الفحوصات التي تم القيام بها خلال فترة الحمل، تم خلال المسح العنقودي

المتعدد المؤشرات لسنة 2019 (Mics-6) التفصيل أكثر فيها، حيث تم تقسيمها حسب كل ثلاثي.

جدول 9

توزيع النساء اللواتي اعمارهن (15-49) سنة ولهن ولادة قيصرية حسب عدد الفحوصات في كل ثلاثي خلال فترة الحمل.

عدد الفحوصات	الثلاثي الاول	الثلاثي الثاني	الثلاثي الثالث
لم تقم باي فحص	18.2	18.4	8.5
01 – 03 فحص	25.3	25.8	25.3
أكثر من 04 فحوصات	39.5	41.7	36.7

المصدر: من اعداد الباحث بناء على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019.

يتضح أن نسبة النساء من هذه الفئة من قمن بأكثر من 04 فحوصات خلال كل الثلاثيات كانت الأكبر، وتراوحت بين 36.7% الى 41.7%، أعلاها كانت في الثلاثي الثاني، تليها نسبة من قمن

بفحص واحد الى ثلاثة فحوصات والتي كانت تقريبا في حدود 25% ، في حين هناك نسبة من هذه الفئة من النساء من لم يقمن باي فحص خلال الثلاثي الأول والثاني كانت نسبتهن في حدود 18% لتتناقص في الثلاثي الثالث الى النصف، ويمكن ارجاع ذلك الى عدم معاناتهن من أي مضاعفات صحية، أو لاكتفائهن بعدد معين من الفحوصات نظرا لوضعهن الاجتماعي والاقتصادي.

3.4. طبيعة العمليات القيصرية (طارئة أو مبرمجة):

يتم اللجوء إلى إجراء العملية القيصرية حينما تكون الولادة الطبيعية متعذرة حيث تحمل مخاطرة للأم أو الطفل لكن ليست كل الحالات تتطلب إجراء العملية القيصرية بشكل إجباري، بل يظل قرار إجرائها في العديد من الحالات بيد طبيب التوليد، حيث تختلف طبيعة الولادات القيصرية، فقد تكون هناك ضرورة ملحة للجوء لهذا النوع من العمليات لإنقاذ الام أو الطفل أو كليهما معا للعديد من الأسباب التي تدفع الطاقم الطبي لاتخاذ هذا القرار والتي تم ذكرها سابقا، كما قد تكون العملية القيصرية مبرمجة من قبل لنفس الدواعي، أو بطلب من النساء لتفادي آلام المخاض والولادة بتفضيلهم لهذا النوع من الولادات و اللجوء في الغالب للمقطع الخاص.

وعليه سنستعرض توزيع نسب النساء اللواتي سنهن بين (15 – 49 سنة) وكان لهن خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح ولادة قيصرية طارئة و/أو مبرمجة، ونسب العمليات القيصرية المبرمجة حسب من اتخذ القرار لإجراء العملية القيصرية حسب بعض الخصائص:

جدول 10

الخصائص السوسيوديمغرافية والاقتصادية للنساء اللواتي اعمارهن 15-49 سنة وكانت لهن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح وولادتهن قيصرية حسب برمجة الولادة القيصرية.

مجموع النساء اللواتي كانت لهن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح وولادتهن كانت بعملية قيصرية مبرمجة	نسبة النساء اللواتي كانت ولادتهن القيصرية مبرمجة بقرار من:		النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية	نسبة النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية			المتغيرات	
	المرأة نفسها	الطبيب		لا تدر	مبرمجة	ولادة في حالة مستعجلة		
830	3.1	96.4	1420	0.2	58.5	40.2	المجموع	
509	3.0	96.7	864	0.3	59.0	39.4	حضر	وسط الإقامة
321	3.1	96.0	557	0.0	57.7	41.3	ريف	
277	0.0	100.0	493	0.3	56.2	42.2	شمال وسط	الإقليم الجغرافي
147	3.7	94.9	238	0.3	61.9	37.3	شمال شرق	
152	4.9	93.5	214	0.0	70.8	26.8	شمال غرب	
36	1.0	99.0	76	0.5	46.9	52.0	الهضاب العليا وسط	

123	6.1	93.9	230	0.0	53.6	46.0	الهضاب العليا شرق	
30	7.5	92.5	52	0.0	58.2	37.8	الهضاب العليا غرب	
65	3.6	96.4	117	0.0	55.8	43.7	الجنوب	
3	/	/	11	/	/	/	19 – 15	السن
56	0.0	100.0	152	0.0	36.9	61.3	24 – 20	
180	2.9	95.4	350	0.3	51.6	47.6	29 – 25	
275	4.0	95.5	429	0.4	64.2	34.4	34 – 30	
213	3.1	96.9	334	0.0	63.7	34.3	39 – 35	
86	3.0	97.0	126	0.0	68.2	30.8	44 – 40	
16	/	/	18	/	/	/	49 – 45	
64	0.8	97.8	113	0.0	57.0	38.0	بدون مستوى/ تحضيري	المستوى التعليمي
100	2.3	97.7	179	0.0	55.9	41.0	ابتدائي	
259	1.5	98.5	433	0.4	59.8	38.8	متوسط	
211	3.0	96.3	350	0.0	60.3	39.3	ثانوي	
196	6.2	92.7	346	0.2	56.8	43.0	جامعي	
123	6.6	93.4	200	0.4	61.5	38.1	تشتغل	الحالة الفردية
707	2.4	96.9	1220	0.2	58.0	40.5	لا تشتغل	
567	1.8	98.2	986	0.2	57.5	41.3	القطاع العمومي	مكان الولادة
263	5.8	92.5	434	0.2	60.7	37.6	القطاع الخاص	
131	2.5	96.9	225	0.2	58.1	39.6	الأكثر فقرا	مستوى الرفاه الاقتصادي
186	0.5	99.5	347	0.4	53.6	44.8	فقير	
164	3.6	96.4	280	0.0	58.4	39.5	متوسط	
171	5.8	93.0	275	0.3	62.1	37.5	الغني	
179	3.1	96.1	293	0.0	61.0	38.3	الأكثر غنى	

المصدر: من اعداد الباحث بناء على تقرير المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019، ص.187.

نلاحظ على العموم فيما يتعلق بالنساء اللواتي سنهن بين 15 و 49 سنة واللواتي كانت لهن ولادة حية خلال السنيتين اللتين تسبقان المسح وولادتهن كانت قيصرية أن طبيعة الولادة التي كانت "مبرمجة" هي الأعلى نسبة والتي قدرت بـ 58.5% وهي نسبة مرتفعة، تليها الولادة في حالة مستعجلة بنسبة قدرت بـ 40.2%، كما أن قرار طبيعة الولادة في الحالتين كان من طرف الطبيب بنسبة قدرت بـ 96.4%، وأن نسبة النساء اللواتي هن من اخترن العملية القيصرية قد قدرت بـ 3.1%.

فيما يتعلق بالمتغيرات الأخرى، و فيما يخص وسط الإقامة فلا توجد فروق كبيرة بين الوسطين حضر وريف، أما ما تعلق بتوزيع طبيعة الولادات حسب الأقاليم الجغرافية، فنلاحظ ان إقليم الهضاب العليا وسط و الهضاب العليا شرق سجلا أعلى نسب من الولادات القيصرية في "حالة مستعجلة" بنسب قدرت بـ 52.0% و 46.0% على التوالي، وأن أقل نسبة كانت في إقليم شمال غرب بنسبة 26.8%، فيما نلاحظ ان أعلى نسبة للولادات القيصرية "المبرمجة" كانت بإقليم

الشمال الغربي بنسبة كبيرة قدرت بـ 70.8% تليها إقليم شمال شرق بنسبة 61.9%، وهي نسب مرتفعة، وفي كل هذه الحالات كان قرار العملية القيصرية للطبيب بنسب تراوحت بين 92 إلى 100%، أما من اخترن الولادة بالعملية القيصرية بأنفسهن فكانت أعلى نسبة بإقليم الهضاب العليا غرب يليه أقيم الهضاب العليا شرق بنسب قدرت بـ 7.5% و 6.1% على التوالي.

فيما يتعلق بعمر هؤلاء النسوة اللواتي كانت ولادتهن بالعملية القيصرية، فإن أعلى نسبة للولادات القيصرية التي كانت مستعجلة كانت في الفئة العمرية (20-24 سنة) بنسبة قدرت بـ 61.3%، وهو ما يرجح أن تكون ولادتهن الأولى غالبا أو سبق لهن وأن كانت لهن ولادة قيصرية، وهي الفئة التي سجلت أقل نسبة في العمليات القيصرية المبرمجة بنسبة 36.9%، وأيضا أقل نسبة من النساء اللواتي كن هن من قررن الولادة القيصرية بنسبة 2.9%.

فيما تعلق بالمستوى التعليمي لهذه الفئة من النساء، نلاحظ أن النساء اللواتي كان مستواه التعليمي جامعي كن الأعلى نسبة في اتخاذ قرار العملية القيصرية بنسبة بلغت 6.2%، ونسبة اتخاذ القرار من الطرف الطبيب هي الأقل بنسبة بلغت 92.7%، مما يمكن من القول إن للمستوى التعليمي دور في اتخاذ قرار الولادة القيصرية.

فيما يتعلق بمكان الولادة، فإن نسبة العمليات المبرمجة في القطاع الخاص كانت الأكبر بنسبة بلغت 60.7%، في حين سجلت العمليات المستعجلة بهذا القطاع أقل نسبة بـ 37.6%، وهو ما يمكننا من القول بأن حالات الاستعجال تدفع في الغالب إلى التوجه للقطاع العام، وبخصوص قرار الولادة القيصرية من طرف النساء أنفسهن في العمليات المبرمجة كانت النسبة في القطاع الخاص الأكبر وبلغت 5.8%، وقرار الطبيب كان الأقل نسبة و قدرت بـ 92.5%.

أما ما تعلق بالجانب الاقتصادي لهذه الفئة، فإن نسبة المشتغلات اللواتي كانت لهن عملية قيصرية مبرمجة كانت الأكبر بنسبة قدرت بـ 61.5%، وأنهن هن من سجلن أعلى نسبة في اتخاذ قرار برمجة الولادة القيصرية بنسبة قدرت بـ 6.6%، أما ما تعلق بالرفاه الاقتصادي فإن أعلى نسبة من اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية مبرمجة كانت لدى النساء اللواتي مستواه "غني" و"أكثر غني" بنسب بلغت 62.1% و 61.0%، كما أن قرار العملية القيصرية كان لدى النساء الغنيات بنسبة بلغت 5.8%، وهو ما يمكن من القول أن للوضع الاقتصادي دور في اتخاذ قرار الولادة القيصرية في القطاع الخاص.

4.4. اتخاذ قرار العملية القيصرية قبل/بعد أيام الولادة:

ستعرض نسب النساء اللواتي سنهن بين (15-49) سنة وكانت ولادتهن قيصرية حسب وقت

اتخاذ القرار قبل/ بعد بداية أيام الولادة، وفق النتائج المسجلة في الجدول الموالي:

جدول 11

التوزيع النسبي للنساء 15-49 سنة اللواتي كان لهن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين وولادتهن قيصرية حسب وقت اتخاذ قرار الولادة القيصرية.

المجموع	اتخاذ قرار الولادة القيصرية بعد بداية أيام الولادة	اتخاذ قرار الولادة القيصرية قبل بداية أيام الولادة	المتغيرات
24.8	7.8	17.0	المجموع
26.6	8.0	18.6	حضر
22.5	7.6	14.9	ريف
27.8	9.2	18.6	شمال وسط
29.8	8.1	21.7	شمال شرق
25.0	5.7	19.3	شمال غرب
16.0	6.5	9.5	الهضاب العليا وسط
27.2	9.7	17.5	الهضاب العليا شرق
18.6	6.3	12.3	الهضاب العليا غرب
17.1	5.7	11.4	الجنوب
18.4	6.4	12.0	أقل من 20 سنة
24.4	8.2	16.2	20 – 34 سنة
26.5	6.8	19.6	35 – 49 سنة
18.0	5.5	12.5	بدون مستوى/ تحضيري
21.3	6.5	14.8	ابتدائي
24.3	7.7	16.6	متوسط
26.6	8.6	17.9	ثانوي
29.8	9.3	20.5	جامعي
31.3	9.5	21.8	لها مشاكل صحية
24.6	7.8	16.8	ليس لها مشاكل صحية
9.4	4.7	4.8	لا توجد
17.7	6.7	11.0	عدد الفحوصات الطبية 1 – 3 فحص
28.3	8.4	19.9	أكثر من 04 فحوصات
39.1	10.2	29.0	أكثر من 08 فحوصات
25.2	7.9	17.3	مؤسسة صحية
19.9	6.5	13.3	القطاع العمومي
65.9	18.5	47.4	القطاع الخاص
16.9	5.3	11.6	الأكثر فقرا
26.4	10.3	16.1	فقير
24.2	7.0	17.1	متوسط

26.2	8.1	18.2	الغني	
33.8	8.7	25.1	الأكثر غنى	

المصدر: من اعداد الباحث بناء على تقرير المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics-6 لسنة 2019، ص 180 - 181.

يعد قرار طبيعة الولادة مهم جدا، ويكون ذلك بالنظر للوضع الصحية للأم وكذا المولود، وحفاظا عليهما معا يتم اتخاذ القرار المناسب لطبيعة الولادة في الوقت المناسب، وعليه ومن خلال معطيات الجدول 11 نلاحظ أن اتخاذ قرار الولادة القيصرية كان في الغالب وفي كل الحالات قبل بداية آلام الولادة بنسبة بلغت 17.0% مقارنة باتخاذ القرار بعد بداية آلام الولادة الذي كانت نسبته 7.8%، وهو ما يدعم ارتفاع نسبة الولادات القيصرية المبرمجة، كما يمكن القول أن أعلى نسبة في اتخاذ القرار قبل بداية آلام الولادة كان لدى الفئة العمرية 35-49 سنة، وأن هؤلاء النسوة كن يعانين من مشاكل صحية بنسبة بلغت 21.8%، أي أن وضعهن الصحي هو في الغالب السبب الذي دفعهن لذلك، كما أن دور الفحوصات الطبية قبل الولادة كان واضحا، حيث أن النساء اللواتي كانت لهن فحوصات طبية أكثر كان نسبة قرار الولادة قبل بداية آلامها الأعلى في الغالب، وفيما يتعلق بمكان الولادة، نلاحظ أن قرار الولادة قبل بداية آلامها كان مرتفعا جدا في القطاع الخاص بنسبة بلغت 47.4%.

خاتمة:

ارتفعت الولادات القيصرية بشكل مفرط في جميع انحاء العالم بالرغم من آثارها على صحة الام فيما بعد، الا أن الافتراط في اللجوء اليها جعل منظمة الصحة العالمية تدق ناقوس الخطر وتصفها بالوباء الذي يختار الاصحاء الإصابة به، لذا تم اسداء عديد التوصيات لمكافحة إساءة استخدام العمليات القيصرية دون مبرر طبي، وهو أمر موجود في العديد من البلدان النامية، كما اوصت المنظمة بضرورة وجود رفقة مختارة أثناء المخاض والولادة.

شهدت الولادات القيصرية في الجزائر تزايدا ملحوظا، خاصة مع بداية الالفية الحالية، والتي وصلت الى حدود 25% حسب آخر مسح عنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019، يمكن إرجاعه لنقص الوعي بالثقافة الطبية للمجتمع من جهة خاصة النساء الحوامل، والتجاوزات التي تحدث من قبل أهل المهنة من جهة أخرى، حيث ومن خلال ما تم تناوله بناء على قواعد البيانات للمسوح، فإن الارتفاع المخيف في الولادات القيصرية، راجع بالدرجة الأولى إلى التكفل السيء بالحوامل والمتابعة خلال فترة الحمل، واتضح ذلك جليا في أسباب وعدد الفحوصات التي تم

اجراؤها خلال فترة الحمل، إضافة الى اقتصار تلك الفحوصات في الغالب على الاشعة وقياس الوزن والضغط الدموي، كما أن الأمر قد يعود لقلّة الخبرة من المشرفين على عملية الولادة، حيث لا تكلف في بعض الحالات القابلة والأخصائية نفسيهما محاولة توليد الحوامل بطريقة طبيعية وبذل الجهد وتضييع الوقت، مما يدفع للتوجه للولادة القيصرية دون محاولة من القائمين لتوليدها بطريقة طبيعية، وهذا ما يتطلب إعادة النظر في طرق التحسيس لتدارك الامر، من خلال العمل على ضرورة الاهتمام أكثر بالجانب التوعوي من خلال استغلال كل الوسائل التواصلية المتاحة بكل أنواعها قصد ابراز أهمية هذه الفحوصات في الحفاظ على صحة الام والطفل، كما أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأمهات له دور في ذلك، مما يستوجب إعادة النظر في تخفيف أعباء وتكاليف هذه الفحوصات خاصة بالنسبة للنساء من الفئات الاجتماعية الفقيرة مثل الذي قامت به الوزارة الوصية في ضبط تكاليف الولادة في القطاع الخاص، وأيضا يجب العمل على تحسين المستوى وتكوين المشرفين على الولادة بشكل افضل للتقليل من الولادات القيصرية إلا تلك المتعلقة بضرورة طبية، من خلال تقديم تدابير بسيطة مثل التواصل الجيد والدعم وتعاطف العاملين في مجال الرعاية الصحية.

كما أن التوجه إلى القطاع الخاص الذي أصبح ملفتا للانتباه يتطلب البحث والتدقيق في أسبابه أكثر من خلال تكثيف الزيارات التفتيشية وتقديم إحصاءاته للوزارة الوصية للمتابعة، حيث أن الموضحة الجديدة أصبحت تتمثل في تخويف الحوامل من الولادة الطبيعية خاصة اللواتي يعانين من مشاكل صحية، مما يدفعهن لتفضيل الولادة القيصرية، التي من المفروض هي آخر الحلول خاصة للواتي يعانين من أمراض مزمنة أو مشاكل صحية، وهو ما جعل هذا النوع من الجراحة تكون دون مبرر طبي في بعض الحالات وحلا سريعا وبديلا يزيح على المختصين أمور عدة والتي من بينها تمكين الحامل من الوضع دون عناء آلام المخاض والولادة، وأصبحت ذات طابع تجاري أكثر تحقيقا للربح في الوقت والجهد والمال، والمطلوب في هذه الحالة العمل على التقليل منها أكثر بإشراك الأطباء المختصين في التوليد الذين لهم قرار الولادة بالعملية القيصرية والبحث معهم في سبل خفض معدلاتها، مع إمكانية وضع قاعدة معطيات تحت اشراف الوزارة تخص النساء اللواتي كانت لهن ولادة قيصرية للمتابعة سواء في القطاع العام أو الخاص، مع تكثيف عمليات الرقابة والمتابعة للتصدي للاستخدام المتزايد للعمليات القيصرية دون دواع طبية.

كما تبين أن بعض الولادات القيصرية عادة ما تكون في القطاع الخاص، كنوع من التفاخر والوجاهة الاجتماعية من طرف بعض الفئات من النساء اللواتي هن من يطلبنها خاصة من ذوات الوضع الاقتصادي الجيد واللواتي مستواهن التعليمي أعلى، لاعتبارها أكثر أمانا مقارنة بالولادة الطبيعية، وهو ما يستدعي العمل على تقديم توجيهات وتوعية النساء من الآثار المترتبة على هذا النوع من الولادات من طرف المختصين والمشرفين في القطاع الصحي، والعمل على تبني سياسة توعوية من طرف الوزارة الوصية، وأن اللجوء إليها يكون لضرورة ودواعي طبية فقط، كما أن المتضرر الأكبر في هذه الحالة هو المرأة بحيث وبالرغم من تخلصها من آلام المخاض والولادة، إلا أنها تجد بعد الولادة القيصرية معاناة كبيرة على غرار الآلام الحادة التي تلازم الجرح الذي يبطنها والضعف الذي بجسدها، إضافة إلى الأدوية المكلفة وعجزها عن الحركة لفترة معتبرة، لتتضرر المرأة بذلك أكثر مقارنة مع وضع حملها بشكل طبيعي وعادي.

الهوامش:

(1) المرسوم التنفيذي رقم 20-60 مؤرخ في 19 رجب عام 1441 الموافق لـ 14 مارس 2020، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لتكفل بالولادة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، ص. ص. 4-8.

قائمة المراجع والمصادر:

1. وزارة الصحة واصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري لصحة الاسرة 2002، التقرير الرئيسي، الجزائر.
2. Boerma T., and all, (2018), Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, The Lancet, N 92(10155): PP1341-1348.
3. Dumont A, Guilamoto C.Z, (2019), Trop et pas assez à la fois : le double Fardeau de la césarienne, INED Editions, population & sociétés, Septembre, N° 581.
4. Finger C (2003) ، "Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for Caesareans in the belief that it is a practical solution", Lancet, N 362 (9384): 628.
5. Ministère de la sante, de la population et de la reforme Hospitalière, (2020), Enquête par grappes à indicateur multiples (MICS) 2019, Rapport final des résultats, Algérie.
6. WHO, (2015), WHO Statement on Caesarean Section Rates, Geneva, Switzerland.
7. WHO, (2018), WHO recommendation on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
8. وكالة الانباء الجزائرية، (www.aps.dz) ، اطلع عليه بتاريخ 2021/11/17.
9. "Caesarean Section", www.stanfordchildrens.org , Retrieved 4-11-2020.