

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوبة

بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

**The phenomenon of caesarean section and its repercussions on fertility
A field study at the Maternity and Childhood Department at Ben Sina
Hospital in Adrar**

الدكتور: البشير مرموري

Dr: Bachir MERMOURI

جامعة أدرار (الجزائر)، bac.mermouri@univ-adrar.edu.dz

تاريخ النشر: 2023/01/22

تاريخ القبول: 2022/12/25

تاريخ الاستلام: 2022/09/23

الملخص: بداية من الثمانينيات ومنظمة الصحة العالمية تحمل شعار* من أجل ولادة أقل خطرا* داعية إلى الاهتمام أكثر بالنساء الحوامل والأطفال، وتقديم الرعاية اللازمة لصد أي مخاطر قد تعترضهم من وفيات وأمراض وغيرها. ومنذ ذلك الحين وموضوع الولادة القيصرية ظل فارضا نفسه كحل لتحقيق جودة عالية في مجال التوليد وصحة الأمومة والطفولة، وتبعاً لذلك ازدادت العمليات القيصرية في العالم على الرغم مما تتركه من آثار جانبية. وبالنسبة للجزائر فالبيانات الشحيحة توحى على أن ظاهرة الولادة القيصرية في تزايد مستمر، أدى إلى ظهور انعكاسات صحية واجتماعية، بعضها يمس مباشرة مستويات الخصوبة، كانهخفاضها المترام مع ارتفاع حالات الولادة بالجراحة القيصرية وأيضاً تنامي ثقافة تنظيم النسل وظهور بوادر لتحديد النسل كإجراء يرى البعض لزومه. وكان السبيل للوصول إلى هذه النتائج هو إتباع المنهج الوصفي في تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من عينة الدراسة المتمثلة في النساء المنجبات بالعملية القيصرية في مستشفى بن سينا بأدرار، كما تتمثل الأدوات المستخدمة في الاستبيان والمقابلة.

الكلمات المفتاحية: الولادة القيصرية؛ الخصوبة؛ العملية القيصرية؛ الإنجاب؛ تنظيم النسل.

Abstract: Beginning in the eighties, the World Health Organization carried a slogan for less risky childbirth, it is calling for more attention to pregnant women and children, and to provide the necessary care to repel any risks they might face in terms of deaths, diseases and others.

Since then, the theme of caesarean section has been imposing itself as a solution to achieve high quality in the field of obstetrics, maternal and child health. Accordingly the caesarean section has increased in the world despite its side effects,

As for Algeria, the scarce data suggest that the phenomenon of caesarean section is increasing continuously, which it has led to the emergence of health and social repercussions, some of them directly affect fertility levels and what is related to it. The way to reach these results was to follow the qualitative approach in analyzing the data obtained from the study sample of women giving birth by caesarean section at Ben Sina Hospital in Adrar, and the tools used are the questionnaire and the interview.

keywords: cesarean delivery ; fertility; caesarean section; childbirth; birth control.

1-مقدمة:

كان الحمل والتوليد قديما يشكلان خطرا على صحة المرأة وحياتها، وذلك تبعا للإمكانيات الضعيفة التي كانت متوفرة آنذاك والظروف الاجتماعية الصعبة التي يعيشها السكان، إلا أنه في الحقيقة إلى يومنا هذا ومازلنا نسمع عن معاناة النساء من أخطار يتعرضن لها عند حملهن أو ولادتهن في بعض الأقطار، التي مازالت عالقة في وحل التخلف والفتن والصراع الطائفي والهيمنة الخارجية، وهذا ما أدى بالمجتمع الدولي أن يولي أهمية فائقة لهذا الموضوع ويفرغ له جهودا من شأنها البحث والدراسة والمزيد من العناية بالمرأة الحامل والطفل.

فمنذ سنة 1986 ومنظمة الصحة العالمية تحمل شعار* من أجل ولادة أقل خطرا*، حيث قامت بمبادرات عدة من أجل تجسيد هذا الشعار، ولعل أبرزها تلك الجلسات التي تعقدتها بصفة دورية بالتنسيق مع مختلف فعاليات المجتمع الدولي، لتبثق عنها توصيات هامة تحمل دعوات صريحة للاهتمام أكثر بالنساء الحوامل والأطفال، وتقديم الرعاية اللازمة لصد أي مخاطر قد تعترضهم من وفيات وأمراض وبائية وغيرها.

وهنا ظهر موضوع الولادة القيصرية، فارضا نفسه كحل لتحقيق جودة عالية في مجال التوليد وصحة الأمومة والطفولة، ومن ذلك الحين ازدادت العمليات القيصرية على المستوى العالمي بشقيه المتقدم والنامي، على الرغم مما تتركه من آثار سلبية على صحة المرأة إلا أنها لا تعدو أن تكون أعظم من إيجابياتها المحققة خصوصا إذا كانت مبرمجة طبيا.

فمنذ السبعينات وظاهرة الولادة القيصرية تتزايد بشكل واضح خاصة في البلدان المتوسطة والعالية الدخل، وفي الفترة 1990 إلى 2014 عرفت فيها المعدلات على مستوى العالم ارتفاعا ب 12,4% أي انتقال من 6,7% إلى 19,1%، وسجل هذا التزايد أكثر في أمريكا اللاتينية والكريبي أي من 22,8% إلى 42,2% وبمعدل تزايد سنوي 2,6%، وأيضا سجل في آسيا حيث انتقل من 4,4% إلى 19,5% وبمعدل تزايد سنوي 6,4% (Charles, 2017, pp. 19-20)

وما بين 2000 و 2015 تضاعف تقريبا معدل الولادة القيصرية في العالم، حيث انتقل من 12% إلى 21% في 15 بلد وإلى 40% من مجموع الولادات في أماكن أخرى مثل البرازيل ومصر وتركيا وإيران، ليكون من كل خمس ولادات وولادة قيصرية.(Le figaro, 2018)

وحاليا وإلى غاية 2020 فإن معدل الولادة القيصرية يتراوح بين 1% و 58% في العالم، حيث يسجل انخفاضا وهو في حدود 5% في البلدان النامية لإفريقيا جنوب الصحراء مثل مالي 2% والنيجر 3% والكونغو 5%، وبصفة مغايرة يتجاوز المعدل 30% في البلدان الأوروبية مثل جورجيا 41% ورومانيا 40% وإيطاليا

35%، ونجده مرتفعا جدا في بلدان أمريكا اللاتينية وعلى رأسها جمهورية الدومينيكا التي بلغ المعدل فيها 58% والبرازيل 55% والشيلي 50%. (Dument & Christophe, 2020, p. 4).

ومع تزايد الظاهرة الملحوظ، فمنذ سنة 2015 إلى الآن والمنظمة العالمية للصحة لم تدع إلى تسقيف العمليات القيصرية وإنما إلى جعلها متوفرة بشكل لائق لكل امرأة هي في حاجة ماسة إليها، إلا أنها ألمحت على أن المعدل المقبول لا يتجاوز 15% من مجموع الولادات. (WHO, 2015)

وبالنسبة للجزائر فالبيانات الشحيحة توحي على أن ظاهرة الولادة القيصريّة في انتشار مستمر بين النساء من جميع الأصناف، سواء الساكنات في الريف أم في الحضر، وفي مختلف الأعمار والمستويات التعليمية، ودواعي الانتشار كثيرة منها رغبة المرأة ووضعية الجنين وقرار الطبيب.

ومعدلات الولادة القيصريّة في الجزائر شهدت تزايدا ملحوظا يفوق المعدل النظري العالمي 15% من مجموع الولادات، حيث انتقلت من 8% سنة 2006 (الديوان الوطني للإحصائيات، 2008، صفحة 123) إلى 16% سنة 2012 (وزارة الصحة والسكان، 2015، صفحة 9) ويقدرها بعض الأخصائيين حاليا بـ 30% (نادية، 2018) من إجمالي الولادات في السنة.

وحسب دراسة أجريت سنة 2017 على عينة قدرها 518 امرأة، وجد أن عدد المنجبات بالعملية القيصرية يبلغ 118 امرأة (علي، 2017، صفحة 314) أي بمعدل 22,78% من مجموع المنجبات، وهو معدل يؤكد ما تشير إليه البيانات السابقة.

أدى هذا التزايد المستمر في معدلات الولادة القيصريّة إلى ظهور انعكاسات صحية واجتماعية، منها تلك المضاعفات التي تظهر على صحة الأم بعد الولادة وتلزمها لفترة معينة، وكذا حرمان الطفل من الرضاعة الطبيعية ولو لفترة، وأيضا تغير في رغبة الأم في الإنجاب مرة ثانية وخاصة إذا كانت المضاعفات خطيرة تلزم المرأة إطالة فترة الحمل أو منع تكراره، وبالتالي هذا يمس مباشرة مستويات الخصوبة.

وهنا يأتي هذا البحث الديموغرافي بالتساؤل التالي: ماهي الولادة القيصريّة وما انعكاسات هذه الظاهرة على خصوبة المرأة؟ وللإجابة عن هذا التساؤل وضعنا الفرضية التالية: تنتشر ظاهرة الولادة القيصريّة بشكل يجعلها تتسبب في انعكاسات على خصوبة المرأة.

ويهدف هذا البحث إلى التعريف بظاهرة الولادة القيصريّة التي ظلت تتطور في الآونة الأخيرة بشكل مثير للجدل، والكشف عن انعكاساتها على الخصوبة، مما تطلب الأمر النزول إلى الميدان من أجل ملاحظتها ودراستها

وتحليل متغيراتها، فكان المنهج المتبع المنهج الوصفي باستخدام أداتي المقابلة والاستبيان لجمع البيانات والعرض الجدولي والنسب الإحصائية، وكانت الخطة التالية التي تتضمن ثلاث مباحث، أولها التطرق إلى مفهوم الظاهرة وأسبابها وثانيها تطور الظاهرة على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي وآخرها عرض لمجريات الدراسة الميدانية ونتائجها.

وتكمن أهمية دراسة موضوع الولادة القيصرية في أمرين اثنين: أولاً كون الدراسة تساهم إلى جانب المبادرات المبذولة في المجال الصحي في فهم الظاهرة وترقية الثقافة الصحية للمرأة والمجتمع عموماً، وثانيهما أن هذه الدراسة تظل سندا لأبحاث علمية في مجال صحة المرأة والطفل وسندا لأصحاب القرار في اتخاذ الإجراءات اللازمة لترقية صحة الطفل والمرأة.

وأخيراً دون أن أنسى ذكر أهم الصعوبات التي واجهتني والمتمثلة في شح البيانات وندرة الدراسات عن الموضوع وصعوبة فهم بعض المصطلحات الطبية المتخصصة جداً.

2- مفهوم الولادة القيصرية وتطورها:

2-1- تعريف الولادة وأنواعها:

2-1-1- تعريف الولادة

الولادة اصطلاحاً هي عملية بيولوجية ونفسية تشترك فيها عدة أعضاء من جسم المرأة، لإخراج الجنين خارج الجسم بعدما كان جزءاً لا يتجزأ من جسم أمه مدة 9 أشهر.

والولادة هي مرحلة انتهاء الحمل بخروج الطفل من رحم الأم عن طريق المهبل، أي عند اقتراب موعد الولادة يبدأ ظهور إشارات تدل على انتهاء الحمل وبدء الولادة، حيث يمكن أن تشعر الأم بتحريك الطفل إلى أسفل الحوض ويبدأ الجسم بالاستعداد للولادة مع حدوث بعض التغيرات في عنق الرحم وقد لا تشعر الأم بها. (الموقع الطبي، 2021)

ويعرفها الأطباء على أنها الوضع الطبيعي لخروج الجنين والمشيمة عن طريق ممر الولادة وذلك ابتداء من الشهر التاسع.

ويطلق على الولادة المخاض ويعني قذف محصول الحمل (الجنين والمشيمة والغشاء مع السائل الأمنيوسي إلى خارج الجسم)، وهناك ثلاثة أعراض تدل على بدء المخاض وهي:

- طلق الولادة وتقلصات الرحم المتقطعة والمتكررة والمتزايدة بالمدة وبالشدة.

- انفجار كيس المياه ونزول السائل من المهبل.

- ظهور آثار الدم، وهي إفرازات مخاطية تخرج من عنق الرحم ممزوجة بدم خفيف عند بدء توسعه. (شهبر، 2021)

2-1-2- أنواع الولادة

هناك نوعان أساسيان للولادة وهما:

- الولادة العادية (الطبيعية): وهي التي تتم بشكل طبيعي وتلقائي دون الحاجة لعملية جراحية (الموقع الطبي، 2021)، يكون فيها رحم الأم وجنينها في وضع طبيعي، حيث يهبط الجنين مدفوعا بقوة انقباض عضلات الرحم وقوة العصر والضغط برفق في بطن الأم، وتستغرق هذه الولادة من 6 إلى 8 ساعات من بدء الولادة، مع علمنا أن ولادة السيدة البكر تحتاج إلى وقت أطول من ولادة السيدة الثيب.

- الولادة القيصرية: هي الولادة التي لا تتم بشكل تلقائي وإنما تحتاج إلى عملية جراحية، (الموقع الطبي، 2021) معنى ذلك أنها عمل جراحي لإخراج الجنين من رحم أمه، وذلك لظروف خاصة، وعادة ما يلجأ فيها إلى شق البطن. (Diarra, 2019, p. 19) أو حتى شق المهبل، كل ذلك لبلوغ الجنين وإخراجه حيا دون إلحاق أي ضرر للأم.

- وإذا ما كانت العملية شاقة لا هي طبيعية ولا هي قيصرية نطلق عليها الولادة العسيرة، إنها عملية انحراف سير المخاض الطبيعي قليلا أو في حال كان أمده طويلا أو مؤلما جدا، فإذا تجاوز المخاض 14 ساعة يعتبر شاقا، ولهذه الولادة أسباب تعود إما إلى قوة الاندفاع الذاتي للرحم أم إلى وضعية وحجم الجنين أثناء الولادة.

2-2- الولادة القيصرية:

2-2-1- مفهوم الولادة القيصرية:

تعني كلمة قيصرية في القاموس الطبي فتح قيصري (فتح الرحم بالعملية القيصرية) وهي عملية جراحية لإخراج الطفل من الرحم بواسطة إجراء شق في أسفل البطن، يتم تنفيذ العملية في الحالات التي يكون فيها الطفل في حالة الخطر وظهور علامات الضيق، ومن المقبول إجراء الجراحة من الأسبوع الـ 28 من الحمل وعندما تكون هناك احتمالات جيدة لبقاء المولود الخدج على قيد الحياة. (واب طب، 2021)

إذن فالولادة القيصرية هي إخراج الطفل قادرا على الحياة، ولها طريقتان وهي: شق الرحم، فقد يشق البطن للوصول إلى الرحم، وقد يشق المهبل للوصول إليه، ولكن شق المهبل قليل ونادر، وتبقى الطريقة الشائعة هي شق

البطن لبلوغ الرحم وإخراج الطفل، يتم تنفيذ هذه العملية عندما تعرض الولادة المهبلية حياة الطفل أو الأم أو صحتها للخطر، وكذلك قد يتم إجراؤها عند الطلب بدون سبب طبي.

يرجع تاريخ الولادة القيصرية إلى زمن قديم، يعود إلى التاريخ الروماني التقليدي، ذلك أن ملك روما الثاني نيمالبمبليوس (762-715 ق.م) أمر بتصريح عدم دفن المرأة الميتة خلال الولادة إلا بعد إخراج الجنين، وظل هذا التصريح قانونا منه اشتق مصطلح العملية القيصرية. (حمدي، 2021)

ازداد العمل في إجراء العملية القيصرية في القرن السادس عشر، لكنه واجه صعوبات السيطرة على النزف والتلوث وعدم وجود التخدير، وبقيت نسبة الوفيات عالية حتى بداية القرن التاسع عشر. (حمدي، 2021)

ولما كانت الولادة القيصرية تهدف أساسا إلى إنقاذ حياة الأم والطفل، إلا أنها الآن ظلت أكثر انتشارا من ذي قبل، حيث ارتفعت معدلات الولادة القيصرية في بلدان الشمال وأيضا في بعض بلدان الجنوب، هذا ما دفع بالدول إلى جعل الاستراتيجية الحالية تتجه نحو تحسين إجراء هذا النوع من الولادة، لتجنب الآثار السلبية من جرائها وكذا اللجوء إلى العمليات القيصرية من غير مبرر طبي أو من دون تخطيط مسبق. (Koudnoaga, 2015, p. 29)

وطالما أن الولادة القيصرية تهدف إلى إنقاذ الحياة، وبالتالي فلا يمكن إجراؤها إلا في ظروف حسنة وشروط صحية معينة، وذلك تقاديا لأي أخطار قد تنجم عنها، وهذه الظروف والشروط أقل توفرا في بلدان الجنوب وبالتالي يستحسن عدم اللجوء إلى الولادة القيصرية إلا عند الضرورة القصوى أو على الأقل تجنب العمليات غير المبررة منها. (Koudnoaga, 2015, p. 30)

وفيما يتعلق بأنواع الولادة القيصرية فمن حيث وقت إجرائها فهناك ثلاثة أنواع هي كالتالي: (Trogooff, 2016, p. 2)

- الولادة القيصرية المبرمجة وهي التي يتم تحديد إجرائها قبل يوم وأكثر من ذلك، ولا تتم إلا في اليوم الذي برمجت فيه.
 - الولادة القيصرية أثناء أوقات العمل الرسمية وهي التي يتم إجراؤها وقت عمل المؤسسة الاستشفائية، وهنا يظل شكل الولادة غير مهم.
 - الولادة القيصرية المستعجلة وهي التي يتم إجراؤها خارج أوقات العمل.
- وعلى هذا فإن المعدل العام للولادة القيصرية يأخذ بعين الاعتبار كل العمليات القيصرية التي أجريت، سواء التي تمت وقت العمل أو خارجه ويعني الوقت المستعجل.

هذا من حيث إجرائها وأما من حيث الخصائص الطبية فهناك ثلاثة أصناف، حيث يتحدد كل صنف

بجملة من المرتكزات والمزايا ويمكن تلخيصها في ثلاثة أنساق هي: (Koudnoaga, 2015, p. 30)

- أنساق التصنيف المرتكزة على المؤثرات الطبية
- أنساق التصنيف المرتكزة على درجة خطورة العملية
- أنساق التصنيف المرتكزة على خصائص المرضى.

وهذه المرتكزات الثلاث تلخص لنا مجمل المؤشرات والأبعاد التي يمكن العودة إليها حين تفسير ظاهرة

الولادة القيصرية وتحليلها علميا، بشكل يفضي في الأخير إلى نتائج تكون سندا لاتخاذ أي إجراء اجتماعي ميداني.

2-2-2- أسباب اللجوء إلى الولادة القيصرية:

على العموم تكون عملية الولادة القيصرية لازمة إذا كان حوض المرأة ضيقا أو لسبب آخر مثل وجود

أورام في الحوض تسده، أو مجيء الطفل بوضع غير مستعرض، وأيضا تأتي هذه العملية لعلاج مشكلتين خطيرتين من عواقب نهاية الحمل تتمثلان في انفصال المشيمة قبل الأوان وهبوطها قبل الجنين ووقف التسمم الشديد السريع الذي يهدد بحدوث تشنجات الولادة.

وعموما فإن الحالات التي تجرى فيها الولادة القيصرية تتمثل في الحمل بعمر متقدم وعند الوزن الزائد

والوضعية غير السليمة للجنين في الرحم أو وجود أكثر من جنين في آن واحد إلى جانب ذلك إن سبق للمرأة أن أجريت عليها الجراحة القيصرية، إضافة لذلك قد نجد نساء يفضلن هذا النوع من الجراحة تقاديا لآلام الولادة أو لأسباب أخرى لا تستدعي إجرائها بشكل ضروري. (ويب طب، 2021)

وفي حالات أخرى ينصح بالولادة القيصرية إذا كانت الأم تعاني من حالات صحية مثل مشاكل القلب

المعقدة وارتفاع ضغط الدم الذي يتطلب الولادة المبكرة أو الإصابة التي يمكن أن تنتقل إلى الطفل أثناء الولادة المهبلية مثل الهريس التناسلي أو فيروس نقص المناعة البشرية.

ومع التقدم العلمي والطبي غدت العملية القيصرية آمنة ولا تشكل أي خطر على الحياة ولكنها في حالات

قليلة تحتم على المرأة أن تلد في المرات التالية بنفس الطريقة بسبب انفتاح الجرح عند حصول المخاض، بينما نجد نساء كثيرات حملن وولدن بطريقة طبيعية في المرة التالية. (ويب طب، 2021)

3- تطور ظاهرة الولادة القيصرية:

3-1- إحصائيات عامة حول الظاهرة:

إن ندرة الدراسات والأبحاث حول ظاهرة الولادة القيصرية إما أن يعود إلى نقص الإحصائيات والبيانات الكافية حول الظاهرة، وإما إلى عدم الاهتمام بالظاهرة، فكلا الأمرين يثبت مدى صعوبة اقتحام الظاهرة بدراساتها كما يشكك في مصداقية النتائج المتوصل إليها في الأخير، وأيا كان فلا مجال للتراجع عن البحث في ظاهرة أكد الأطباء على أهميتها وخطورتها وانعكاساتها الواضحة في المجتمع مثل ظاهرة الولادة القيصرية.

فمذ ثمانينات القرن الماضي وعلى المستوى العالمي فإن الولادة بالعملية القيصرية باتت في تزايد مستمر إلى حد الآن، وهذا التزايد يشهد في البلاد النامية والمتقدمة المتميزة بالدخل المتوسط إلى العالي، ويقبل في البلدان الأقل نمواً والمنخفضة الدخل، تتجاوز نسبة هذا النوع من الولادة 15% من جملة الولادات. (Bossoyt, 2017, p. 12)

ومن سنة 1970 إلى 2003 فإن معدل الولادة القيصرية تزايد عموماً من 7% إلى 25% مع متوسط تزايد سنوي يقدر بـ 4% وهذا إلى غاية سنة 2014، (Charles, 2017, p. 17) ومن سنة 1990 إلى 2014 فإن هذا المعدل تزايد بنسبة 12,4% على مستوى العالم أي من 6,7% إلى 19,1%، والبلدان التي شهدت أعلى معدلات التزايد هي: بلدان من أمريكا اللاتينية والكرائبي (من 22,8% إلى 42,2%) مع معدل تزايد سنوي يقدر بـ 2,6%، ومن آسيا (من 4,4% إلى 19,5%) مع معدل تزايد سنوي يقدر بـ 6,4%. (Charles, 2017, p. 19)

وإذا صنفنا أعلى معدلات التزايد في ظاهرة الولادة القيصرية حسب القارات وفي سنة 2014، السنة التي توفرت لدي بيانات عنها سنجد ما يلي:

1. أمريكا اللاتينية والكرائبي: البرازيل (55,6%)، جمهورية الدومينيكا (56,4%).
2. إفريقيا: مصر (51,8%).
3. آسيا: إيران (47,9%)، تركيا (47,5%).
4. أوروبا: إيطاليا (38,1%).
5. أمريكا الشمالية: الولايات المتحدة الأمريكية (32,8%).
6. أقيانوسيا: نيوزيلندا الجديدة (33,4%). (Charles, 2017, p. 19)

بينما لو انتقلنا إلى دول إفريقيا جنوب الصحراء لنجد الأمر يختلف تماما عن دول الشمال، حيث تشهد هي الأخرى تزايدا في معدلات الولادة القيصرية لكنها طفيفة جدا، إذ كان الفارق في التزايد بين سنتي 1990 و2014 هو 1,2%، أي انتقل من 2,3% إلى 3,5%، وهذا التزايد المنخفض مرده إلى ضعف المنظومة الصحية ونقص الإمكانيات الطبية عموما، فمن بين البلدان هذه: زمبيا، النيجر، بوركينافاسو، التي عرفت أدنى نسب التزايد في معدلات الولادة القيصرية كما تبين الأرقام التالية على التوالي: (2,6 إلى 3%)، (0,9 إلى 1,4%)، (1,3 إلى 1,9%) (Charles, 2017, p. 21).

3-2- ملاحظات واستنتاجات حول تزايد الظاهرة:

لقد توصلت المنظمة العالمية للصحة بعد دراستها لظاهرة الولادة القيصرية وتطورها إلى جملة من الاستنتاجات، وقد ذكرها الباحث الفرنسي سوسيل بونت في دراسته لإبديميولوجية الولادة القيصرية في فرنسا للفترة 2008/2014 (Bossoyt, 2017, pp. 12-13) وتشير هذه الاستنتاجات إلى جوانب مهمة تحيط بالظاهرة كفترة الولادة وشروط العملية والآثار الجانبية وغير ذلك، ويمكن تلخيصها في الآتي:

- لقد نجحت العمليات القيصرية في إنقاذ حياة الأمهات وموالدهن، لكن ليس خارج الفحص الطبي اللازم والمبرر لإجرائها، معنى ذلك أن نجاح أي عملية مقرون بالمتابعة الطبية المستمرة وملاحظات الطبيب.
- إن معدلات الولادة القيصرية المرتفعة عن 10% من المنجبات لا تتعلق بتاتا بانخفاض معدلات وفيات الأمهات أو موالدهن، معنى ذلك أن معدلات الوفيات لها علاقة مباشرة بالأوضاع الصحية للمرأة ولظروف إجراء العملية لا بالعملية بحد ذاتها.
- يمكن أن تتسبب عمليات الولادة القيصرية في مضاعفات جانبية للمرأة، وقد تصل إلى الوفيات أحيانا في البيئات التي لا تتوفر فيها الشروط الصحية والطبية اللازمة، فصحة بيئة التطبيب شرط هام وأساسي في الحقيقة لإنجاح أي عملية وبخاصة إذا تعلق بالتوليد.
- لم يكن بالإمكان تسقيف معدلات الولادة القيصرية، طالما أن العمليات ظلت في متناول كل النساء اللواتي يرغبن في إجرائها، وهذا بطبيعة الحال يدفع بالمعدلات نحو الارتفاع، زيادة على ذلك فإن الجراحة القيصرية تتمتع بمزايا أهمها ضمان سلامة المولود وأمه.
- لا تخلو العمليات القيصرية من آثار سلبية ومضاعفات جانبية تتركها في المرأة، سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية لا محال أن تحديدها متوقف على الأبحاث والدراسات الميدانية المتكررة.

إلى جانب هذه الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة السابق ذكرها، فقد جاء في دراسة م. وانديام في دراسته محددات الولادة القيصرية أن ارتفاع معدلات الولادة القيصرية يعود إلى أن أغلب الحالات التي تتم في المستشفيات كانت بدون دواعي طبية، مما قد يسبب ضررا للأُم ولمولودها، ويبلغ عدد حالات الولادة القيصرية 18,5 مليون في العالم، ثلث هذا العدد يتم دون دواعي طبية. (Charles, 2017, p. 18)

كما جاء في نفس الدراسة أن هناك علاقة قائمة بين تزايد عمليات الولادة القيصرية والوضعيات الاقتصادية للبلدان، حيث استطاع أن يميز بين ثلاث وضعيات اقتصادية هي: بلدان عالية الدخل حيث الموارد المالية الهائلة وبلدان متوسطة الدخل حيث تلجأ إلى سياسات صحية مهتمة بجانب الأمومة والطفولة وبلدان منخفضة الدخل حيث تعاني من هشاشة قطاعها الصحي مما يشكل عائقا أمام عدد هائل من الأمهات، وهذه الوضعيات الثلاث باتت محددا هاما لعمليات الولادة القيصرية. (Charles, 2017, p. 21)

ومما خلص إليه الباحث أوكست وأوندوكا في دراسته حول الولادة القيصرية في البلدان الإفريقية أن سياسة مجانية الولادة القيصرية كانت وراء ارتفاع المعدلات في المؤسسات الاستشفائية، حيث وجد أن أغلب البلدان الإفريقية الفرونكوفونية تبنت سياسات استعجالية خاصة في التوليد وفي رعاية حديثي الولادة ابتداء من 2005، وعلى سبيل المثال مالي والنيجر والسنغال. (Koudnoaga, 2015, p. 39)

وفيما يخص توقيت إجراء العمليات القيصرية فقد وجد بينيديكت كولن في دراسته التوليد في فرنسا أن معدل الولادة القيصرية قبل العمل (أي خارج أوقات العمل الرسمية) انتقل في الفترة 1995- 2010 من 8,5% إلى 10,9%، ووجد أن هنالك اختلافات كبيرة في هذه المعدلات بين البلدان عموما وبين البلدان الأوروبية خاصة، حيث كانت المعدلات في بلدان شمال أوروبا ضعيفة (أي أن العمليات القيصرية المجرأة أغلبها مبرمجة)، وعلى سبيل المثال في سنة 2010 كان المعدل قبل العمل 6,6% في النرويج وفنلندا، بينما بلغ 24,9% في إيطاليا. (Caulin, 2013, p. 165)

وفيما يتعلق بنوع الولادة قد توصل الباحث كميل لو راي في دراسته تطور مؤشرات العملية القيصرية إلى أن الولادة الطبيعية هي الأكثر تفضيلا عند النساء، مع أن معدل الولادة القيصرية المفروضة على المرأة أكثر ازديادا في فرنسا خاصة، وأشار إلى أن دراسة أجريت في فرنسا وجدوا من بين 800 ألف ولادة في العام أن من بين 5 نساء امرأة أنجبت بطريقة الولادة القيصرية. (Ray, 2015, pp. 39-46)

4- ظاهرة الولادة القيصرية بمنطقة أدرار:

4-1- التعريف بمجريات الدراسة الميدانية:

بعد إتمام خطة البحث وتحرير الجانب النظري، توجهت إلى الميدان وبالضبط إلى مصلحة الأمومة والطفولة بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بأدرار ابن سينا لإجراء المقابلة مع مسؤولي المصلحة وتوزيع الاستبيان على أفراد العينة المتمثلين في النساء اللواتي أنجبن على الأقل مرة بالجراحة القيصرية، وما تم أنني أجريت مقابلة مع الطبيبة الكويبة المختصة في أمراض النساء والحمل التي بحد ذاتها وجهتني إلى الممرضات القابلات للنساء وعلى رأسهم الممرضة ب. هاجر وذلك يوم الأربعاء 24 فبراير 2021 زوالا.

وتهدف هذه المقابلة استطلاع الميدان وفهم ظاهرة الولادة بالجراحة القيصرية، بمعرفة كفاءاتها وأسبابها ونتائجها ومضاعفاتها على الأم والطفل المولود، إلى جانب تمكني من تحديد نوع عينة الدراسة. فبعدما تبين لي أن عدد النساء المعنيات بالدراسة لا يتجاوز عدهن 50 لجأت مباشرة إلى المسح الشامل كسبيل لجمع البيانات عن هذه الظاهرة.

كما يهدف الاستبيان إلى جمع المادة العلمية اللازمة حول حجم وتوزيع الظاهرة وما يمكن أن ينجر عنها من انعكاسات تمس خصوبة المرأة، ولذا تضمن ثلاثة محاور هي: البيانات الشخصية عن المرأة وعن محيطها الأسري، ثم بيانات حول صحة المرأة وأخيرا بيانات عن الولادة بالجراحة القيصرية وتبعاتها.

ونظرا للظروف الوطنية والعالمية الحرجة المتمثلة في الإجراءات الصحية الاحترازية مع انتشار وباء الكورونا لم أتمكن من توزيع الاستبيان شخصيا على النساء، لذا اضطررت أن أستعين بالممرضات وأكلفهن بتوزيعها على النساء المتواجدات في قسم الأمومة، إما أنهن أجرين الجراحة القيصرية حديثا، أو أنهن قدمن للمتابعة الطبية بعد إتمام إجراءاتها. استغرقت عملية التوزيع والجمع ثلاثة أسابيع، أي أنني استرجعتها يوم 11 مارس 2021، وكان عددها 38 استمارة، ويعني أن هناك من امتنع عن ملئها.

ففي الفترة 20 مارس 2021 إلى بداية أبريل قمت بفرز البيانات ثم شرعت بعد ذلك في تفريغها وتبويبها اعتمادا على برنامج SPSS، الذي مكنتني من الوصول إلى النتائج النهائية لهذه الدراسة التي تعد من الدراسات الاجتماعية القليلة جدا في موضوع الولادة بالعملية القيصرية، أما عن المنهج المعتمد فكان المنهج الوصفي الذي يتلاءم جدا مع الموضوع والذي أردت من خلاله وصف هذه الظاهرة التي شاع انتشارها زمانا ومكانا، ونحن نجعل

كثيرا من حقائقها وانعكاساتها الديموغرافية خاصة، ولذا كان الهدف الأساسي لهذه الدراسة الإجابة عن تساؤل مفاده: ماهي انعكاسات الولادة القيصرية على الخصوبة؟

وبالفعل بعد تمام الدراسة توصلت إلى وصف هام للظاهرة موضوع الدراسة وهذا ما سيتضح في المطالب

اللاحقة.

4-2- الخصائص الديموغرافية للعينة:

أولها الخصائص الإحصائية لعمر المرأة الجدول (1)

جدول 1. الخصائص الإحصائية لعمر المرأة

عمر ك عند آخر مولود	عمر ك عند أول مولود	عمر ك عند زواجك الأول	عمر ك حاليا	
29	38	38	38	عدد الإجابات
9	0	0	0	الإجابات الناقصة
30,79	25,11	23,79	31,45	المتوسط
20	17	16	20	أقل قيمة
42	36	35	47	أكبر قيمة

يبلغ متوسط أعمار النساء (أفراد العينة) 31,45 سنة، حيث تتراوح الأعمار حسب الجدول (1) بين 20 سنة و 47 سنة، كما يبلغ متوسط عمر المرأة عند زواجها الأول 23,79 سنة، وهي سن متأخرة إذا نظرنا إلى السابق، وهي لا تعبر إلا عن عوامل متعددة كانت وراء هذا التأخر ولعل أهمها اهتمام البنت بمواصلة تعليمها وتكوينها، وهذا ما يؤخر بدوره سن الإنجاب، وهكذا نجد أن متوسط عمر المرأة عند أول مولود يبلغ 25,11 سنة، ومتوسط عمرها عند آخر مولود هو 30,79 سنة، لذا فمن دون أي شك ستتأثر معدلات الخصوبة وتعرف انخفاضا لها من جراء ذلك.

وعن الخصائص الإحصائية لعدد أفراد الأسرة فجدولنا الجدول (2)

جدول 2 . الخصائص الإحصائية لعدد أفراد الأسرة

عدد الأبناء الذكور	عدد الأبناء الإناث	عدد أفراد الأسرة	
38	38	38	عدد الإجابات
0	0	0	الإجابات الناقصة

ظاهرة الولادة القيصريّة وانعكاساتها على الخصوبة
 بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

1.13	1,42	4,47	المتوسط
0	0	3	أقل قيمة
7	4	8	أكبر قيمة

إن بيانات الجدول (2) تؤكد ما سبق تبيانه، حيث نلاحظ أن متوسط عدد الأبناء ذكورا وإناثا في الأسرة الواحدة لا يتعدى 3,55 طفل، وفي غالب الأسر لا يتعدى عدد أفرادها 4,47 فرد في المتوسط، و3 أفراد كمنوال لها، وهو عدد منخفض مقارنة عما كان عليه في العقد السابق في منطقة أدرار.

وعن المستوى التعليمي للمرأة وللزوج في بيانات الجدولين (3) و(4) توضح ذلك.

جدول 3 . المستوى التعليمي للمرأة

الإجابة	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	1	4	4	12	15	36	2	38
النسبة	6،	10،	10,5	31,6	39,5	94,7	5,3	100

جدول 4 . المستوى التعليمي للزوج

الإجابة	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	1	5	18	9	33	5	38
النسبة	2,6	13,2	47,4	23,7	86,8	13,2	100

من خلال الجدولين (3) و(4) يتضح لنا أن الإناث أكثر اهتماما بمواصلة الدراسة من الذكور، حيث تقدر نسبة الإناث المسجلة في مستوى التعليم جامعي بـ 39,5% بينما لا تتعدى 24% عند الذكور، وهي حقيقة نلمسها في الميدان، حيث تسيطر نسب الإناث على الذكور في أغلب ميادين العلم والبحث أو حتى في الوظائف العمومية التي تتطلب المستوى التعليمي العالي كالتدريس والإدارة والصحة، وهذا يعكس مدى التغيير الكبير الحاصل في وعي الأفراد بضرورة عدم التفريق بين الجنسين في ممارسة حق التعليم وغيره من الحقوق.

وبالتالي فبقدر ما تسعى المرأة لإيجاد مكانة لائقة بها في مجال التعليم والتكوين والاستقرار في الشغل، بقدر ما يجعلها تتأخر عن سن الزواج والإنجاب وتندنى نسبة خصوبتها بالتبع.

وفيما يتعلق بالمهن التي يمتهنها كل من الزوجة أو الزوج، فلدينا بيانات الجدولين (5) و(6)

جدول 5 . مهنة الزوجة

الإجابة	ماكثة في البيت	الوظيف العمومي	مهن حرة	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	9	18	2	29	9	38
النسبة	23,7	47,4	5,3	76,3	23,7	100

جدول 6 . مهنة الزوج

الإجابة	متقاعد	وظيف عمومي	مهن حرة	أخرى	المجموع
العدد	1	20	16	1	38
النسبة	2,6	52,6	42,1	2,6	100

يتضح من الجدول (5) أن نسبة النساء المشتغلات أكبر بكثير من نسبة النساء الماكثات في البيوت، وأن نسبة النساء المشتغلات في الوظيف العمومي المقدر بـ 47,40% التي يشتغل أغلبهن في المهن التي تتطلب الكفاءة، وهذا لدليل يكشف لنا مدى اهتمام المرأة بالتعليم من أجل اقتحام ميدان الشغل، والدولة الآن تسعى جاهدة إلى إدماج النساء الماكثات في البيت في ميدان الشغل لتظل المرأة مساوية للرجل على التمام.

أما عن أزواج هؤلاء النساء فأغلبيتهم الساحقة تشتغل في مؤسسات الدولة العمومية أو يمتهنون المهن الحرة كالتجارة والفلحة والحرف الجدول (6).

وجاء سؤال الإقامة ليكشف لنا حجم النساء المستفيدات من خدمات المدينة فكان الجدول (7) التالي:

جدول 7 . إقامة الزوجة

الإجابة	ريف	حضر	المجموع
العدد	10	28	38
النسبة	26,3	73,7	100

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوصية
 بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

تشير أرقام الجدول (7) إلى أن ما يقارب الثلثين من النساء يقمن في الحضر، وهذا ما يتيح لهن الفرص أكثر لمواصلة تكوينهن واندماجهن في الحياة المهنية، والاستفادة من خدمات المدينة المتوفرة من رعاية صحية مستمرة ومراكز لأطفال الحضانة وغيرها.

3-4- الوضعية الصحية للمرأة:

فيما يخص الوضعية الصحية للمرأة تبين لنا بيانات الجدولين (8) و(9) مدى معاناة النساء من أمراض ومدى اعتيادهن زيارة الطبيب المختص.

جدول 8 . معاناة المرأة من أمراض

الإجابة	نعم	لا	المجموع
العدد	10	28	38
النسبة	26,3	73,7	100

جدول 9 . اعتياد الأم على زيارة طبيب النساء

الإجابة	نعم	لا	المجموع
العدد	29	9	38
النسبة	76,3	23,7	100

من بيانات الجدول (8) والجدول (9) يتضح لنا أن النساء يمتلكن ثقافة صحية جعلتهن أقل معاناة من أمراض قد تؤثر سلبا في ولادتهن، وذلك أن نسبة 73,7% منهن لا تعانين من أي مرض الجدول (8)، وأن نسبة 76,3% منهن تعتنن زيارة الطبيب لإجراء فحوصات وخاصة فترة حملهن التي تتطلب الكثير من العناية لتجنب أي مضاعفات قد تحصل أثناء الحمل الجدول (9).

ولما استجوبت الأمهات عن النصائح التي يقدمها لهن الطبيب، كانت البيانات التالية الجدول (10).

جدول 10 . نصائح الطبيب للأم

الإجابة	تحديد النسل	تنظيم النسل	أشياء أخرى	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	2	21	6	29	9	38
النسبة	5,3	55,3	15,8	76,3	23,7	100

الملاحظ في الجدول (10) أن ما نسبته 55,3% من النساء المستجوبات تصرحن أن الطبيب كان ينصحهن بتنظيم النسل، وهذا في الحقيقة يتوافق مع سياسة الدول السكانية التي تهدف إلى تنظيم النسل لضبط معدلات الخصوبة التي شهدت في العقد الماضي نوعا من الارتفاع، وهذا مع أن الجزائر تعتبر من البلدان الفتيّة ديموغرافيا، وذلك أن نسبة الشباب والأطفال تتعدى 60% حسب الإحصائيات الأخيرة.

وعن وعي النساء بالثقافة الصحية ومدى استجابتهن للنصائح المقدمة لهن كانت بيانات الجدول (11).

جدول 11 . تنفيذ الأم لتوجيهات الطبيب

الإجابة	نعم	لا	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	31	6	37	1	38
النسبة	81,6	15,8	97,4	2,6	100

إن بيانات الجدول (11) تؤكد فعلا وعي النساء بالثقافة الصحية، حيث أن أكثر من 80% منهن تفنذن

توجيهات الطبيب وتلتزم بالاحتياجات الصحية ضمانا لحمل مريح وإنجاب موفق دون مشقة.

وفيما يتعلق بنوع الولادة المفضلة لدى المستجوبات كانت بيانات الجدول (12).

جدول 12 . نوع الولادة المفضل لدى الأم

الإجابة	الولادة الطبيعية	الولادة القيصرية	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	30	7	37	1	38
النسبة	78,9	18,4	97,4	2,6	100

إن ما يفوق 78% من النساء المستجوبات تفضلن الولادة الطبيعية بينما لا تتعدى اللواتي تفضلن الولادة

القيصرية 19%، وهذا أكد ما توصل إليه الباحث كميل لو راي، وذلك أن بالولادة الطبيعية سرعان ما تتعافى المرأة بعد وضع جنينها وتسترجع كامل قوتها على عكس اللواتي تلدن بالجراحة القيصرية فإنهن تخضعن للمتابعة الطبية المستمرة بعد إجراء العملية لتضميد الجراح ومعالجة الأعراض الظاهرة حسب ما أفادتني به القابلة (هاجر، 2021) في مقابلة بقسم الأمومة والطفولة.

ولما سئلت النساء عن سبب اختيارهن لأي نوع من نوعي الولادة كانت إجابتهن متباينة، فعن اللاتي فضلن الولادة الطبيعية رأينها أقل خطورة من الولادة القيصرية وأنها مناسبة لتجنبيهن مضاعفاتها وآثار التخدير والتهابات على مستوى الحوض، وأن الشفاء والتعافي منها سريعة، وأنها تشعرهن بمعنى الأمومة أكثر من غيرها.

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوصية
 بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

أما اللواتي فضلن الولادة القيصرية فلأنها تقلل من شعورهن بآلام المخاض الكبيرة ومصاعب الولادة الطبيعية، ولأنها حتمية إذا كانت المرأة تعاني من أمراض مزمنة مثل أمراض القلب والروماتيزم والعين، ولأنها حتمية أيضا إذا تعلق الأمر بإنقاذ المولود حينما يكون في وضع حرج.

4-4- الولادة القيصرية والإنجاب:

لقد طرح على المستجوبات سؤالين يتعلقان بالولادة القيصرية وبعدها مرات الولادة بالعملية القيصرية بعد أول إجراء لها، فكانت بيانات الجدولين (13) و(14).

جدول 13 . عدد مرات الإنجاب بالجراحة القيصرية

الإجابة	مرة	مرتان	ثلاث مرات	أربع مرات	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	27	9	0	1	37	1	38
النسبة	71,1	23,7	0	2,6	97,4	2,6	100%

جدول 14 . عدد مرات الإنجاب بعد أول جراحة قيصرية

الإجابة	ولا مرة	مرة	مرتان	ثلاث مرات	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	19	9	0	1	29	9	38
النسبة	50	23,7	0	2,6	76,3	23,7	100%

تبين نتائج الجدول (13) أن ما نسبته 71,1% من النساء أنجبن مرة واحدة بالجراحة القيصرية وأن 23,7% أنجبن مرتين بنفس العملية، وإذا قرأنا نتائج الجدول (14) سنلاحظ أن هناك تأثير للولادة القيصرية على عدد ما ستجبه المرأة بعد ذلك بنفس العملية وبالتالي وجدنا نسبة 50% من النساء اللواتي لم ينجنن بالجراحة القيصرية بعد أن سبق لهن الإنجاب بها، ويوجد سوى 23,7% اللواتي أنجبن مرة واحدة بنفس العملية، وهذا يجعلنا نتساءل عما إذا كانت هناك فئات نسائية لجأت إلى تحديد النسل أم أنها لما تعافت بعد الإنجاب الأول لجأت إلى الولادة الطبيعية بعد ذلك.

إن بيانات الجدول (15) تشير إلى توزيع الولادات القيصرية حسب التركيبة الحضرية، وهو كما يلي:

جدول 15 . تأثير بيئة السكن على الإنجاب بالجراحة القيصرية

	إنجابك بالجراحة القيصرية			Total
	1	2	4	
سكن ريف	10	0	0	10
Effectif				
الزوجة	27.0%	.0%	.0%	27.0%
% du				
total				
حضر	17	9	1	27
Effectif				
% du	45.9%	24.3%	2.7%	73.0%
total				
Total	27	9	1	37
Effectif				
% du	73.0%	24.3%	2.7%	100.0%
total				

والملاحظ حسب بيانات الجدول (15) المزدوج أن توزيع عدد حالات الإنجاب بالجراحة القيصرية يختلف كثيرا في التركيبة الحضرية أي بين الريف والحضر، حيث تظهر البيانات أن النساء اللواتي يسكن في الحضر واللواتي ولدن مرة واحدة بهذا النوع من الجراحة سجلن 45,9% من مجموع الحالات، واللواتي ولدن مرتين 24,3% واللواتي ولدن أكثر من ذلك 2,7%، بينما الطرف الآخر أي اللواتي يسكن في الريف واللواتي ولدن مرة واحدة بنفس العملية لم يسجلن سوى 27% من مجموع الحالات، ولم يسجلن أي نسب أخرى في حالات تكرار العملية.

وعن رغبة النساء في الولادة بالطريقة القيصرية، كانت أجوبتهن كالتالي الجدول (16).

جدول 16 . سبب اللجوء إلى الولادة القيصرية

الإجابة	رغبتك	آلام المخاض	قرار الطبيب	أسباب أخرى	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	3	1	26	3	33	5	38
النسبة	7,9	2,6	68,4	7,9	86,8	13,2	%100

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوبة
بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

واضح جدا أن النساء لم تكن أغليبتهن ترغب في الولادة القيصرية كما تقدم لنا ذلك لولا أن قرار الطبيب هو الذي يلزمهن بذلك كما تشير نتائج الجدول (16)، حيث نجد نسبة 68,4% من النساء المستجوبات أو 78,8% إذا استثنينا من العينة اللواتي ذكرن أسبابا أخرى، أجريت لهن الجراحة القيصرية بقرار طبي، وقد تكون الدواعي لإجراء العملية موضوعية ومقبولة اجتماعيا، إلا أنها قد لا تكون كذلك إذا ارتبطت بمصالح خاصة وكانت ذاتية، أي أن القصد منها قد يكون الريح المادي ونحن نعلم أن العملية القيصرية تذر ربحا أكبر مما إذا كانت طبيعية.

وعن عدد الأطفال الذين تود الأمهات إنجابهم قبل وبعد الولادة بالطريقة القيصرية، بينت نتائج الجدولين (17) و(18) ما يلي:

جدول 17 . عدد الأطفال الذين ترغبين إنجابهم قبل ولادتك القيصرية

الإجابة	2	3	4	5	6	10	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	4	6	11	5	1	1	28	10	38
النسبة	10,5	15,8	28,9	13,2	2,6	2,6	73,7	26,3	100%

جدول 18 . عدد الأطفال الذين تودين إنجابهم بعد ولادتك القيصرية

الإجابة	0	1	2	3	4	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	4	5	6	7	7	29	9	38
النسبة	10,5	13,2	15,8	18,4	18,4	76,3	23,7	100%

إن عدد الأطفال الذين ترغب النساء إنجابهن وذلك قبل أن تجربن الولادة القيصرية هو أربعة أطفال أي بنسبة 28,9%، وإذا استثنينا الحالات اللواتي لم يجبن عن السؤال فإن النسبة تصل إلى 39,3%، ويليه من ترغب في ثلاثة أطفال بنسبة 21,4% الجدول (17). أي أن ما نسبته 75% من النساء اللواتي ترغبن إنجاب أطفال لا يتجاوز عددهم الأربعة.

بينما الأمر يختلف عند النساء بعد إجرائهن الولادة القيصرية، حيث نجد أن عدد الأطفال الذين ترغب إنجابهم لا يتعدى الثلاثة بنسبة 75,9% من مجموع المستجوبات الجدول (18) مستثنين في ذلك اللواتي لم يجبن على السؤال، وهذا له دلالاته الطبية، حيث أن المرأة عندما تلد بالطريقة القيصرية فإن حظوظ ولادتها بالطريقة الطبيعية تتلاشى وبالتالي فلا تتمكن من الإنجاب مرات عديدة (أقصى تقدير 3 أطفال) بالطريقة القيصرية.

وفي الجدول التالي (19) سنرى ما إذا كان الطبيب يحذر المرأة التي أنجبت بالطريقة القيصرية عن تكرار الحمل.

جدول 19 . بعد ولادتك القيصرية هل حذررك الأطباء من الحمل مرة أخرى

الإجابة	نعم	لا	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	10	24	34	4	38
النسبة	26,3	63,2	89,5	10,5	100%

وفيما يتعلق بتكرار الحمل بعد الجراحة القيصرية فإن الأطباء لم يحذروا المرأة بذلك حسب الاستجواب وذلك بنسبة 63,2%، إلا أن المعروف لديهم هو تأكيدهم المستمر على تنظيم النسل والتباعد بين الولادات وخاصة إذا تعلق الأمر بهذا النوع من الجراحة، الذي لا تتحملة المرأة أو قد لا تتجح العملية إذا تعدى الثلاث، حسب ما أفادتني به القابلة المستجوبة في مستشفى بن سينا بأدرار (الجدول 19).

وعن سؤال الأضرار المترتبة عن الولادة القيصرية بعد الاستجواب تحصلنا على بيانات الجدول (20).

جدول 20 . هل بين لك الأطباء الأضرار المترتبة عن الولادة القيصرية

الإجابة	نعم	لا	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	25	10	35	3	38
النسبة	65,8	26,3	92,1	7,9	100%

صرحت النساء على أن الأطباء كانوا يبينون لهن الأضرار المترتبة عن الولادة القيصرية وذلك بنسبة 65,8% (الجدول 20)، ولأخذ الاحتياطات اللازمة عند ممارسة الرياضة أو القيام بالأشغال وإتباع النظام الغذائي المناسب، من أجل سلامتهن وسلامة أطفالهن المولودين بالجراحة القيصرية.

وفيما يخص تعرض النساء المنجبات بالعملية القيصرية لأضرار، أو تعرض مواليدهن كانت البيانات التالية الواردة في الجدولين (21) و(22).

جدول 21 . هل تعرضت لمضاعفات خطيرة بعد الولادة القيصرية

الإجابة	نعم	لا	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	7	26	33	5	38
النسبة	18,4	68,4	86,8	13,2	100%

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوية
 بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

جدول 22 . هل تعرض طفلك لمضاعفات خطيرة بعد الولادة القيصرية

الإجابة	نعم	لا	المجموع	الناقص	المجموع
العدد	4	31	35	3	38
النسبة	10,5	81,6	92,1	7,9	100%

إن نتائج الجدول (21) الجدول (22) تبين أن لا مضاعفات صحية كثيرة مسجلة بعد إجراء النساء الولادة القيصرية سواء للمرأة أو للطفل المولود، إلا في حالات معدودة جدا، وذلك أن نسبة النساء اللواتي تعرضن لمضاعفات صحية بعد ولادتهن تقارب 20%، بينما اللواتي لم يتعرضن فإن نسبتهن تقارب 70%، وإذا استثنينا الغير مجيبات للسؤال فإن نسبتهن تقارب 80%.

نفس الشيء بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا لمضاعفات خطيرة لا يتجاوز عددهم حسب تصريحات النساء المستجوبات 11%.

على الرغم أن الطب الحديث قطع شوطا كبيرا في مجال الجراحة ونجح نجاحا باهرا في مجال الولادة والعمليات القيصرية، مع ذلك يظل تخوف النساء من العملية باق، وهذا يتوافق مع نتائج الجدول (12) التي تؤكد أن النساء يفضلن أكثر الولادة الطبيعية عن الولادة القيصرية.

ولما طلب من النساء اللواتي مررن بعملية الولادة القيصرية أن يقدمن نصائح للنساء المقبلات على الإنجاب، كانت إجابتهن متوافقة كثيرا مع نصائح الأطباء أو مع السياسة السكانية التي تنتهجها الدولة، ويمكن حوصلتها في الجدول التالي:

جدول 23 . النصائح الموجهة من طرف النساء للمقبلات على الإنجاب

النصائح	عدد الإجابات	النسبة المئوية
الولادة الطبيعية	18	24,32
التباعد بين الولادات وتنظيم النسل	30	40,54
تحديد النسل	2	2,70
المجال المفضل لعدد الأطفال (2-5)	10	13,51
الولادة القيصرية	2	2,70
العناية بصحة الأم	12	16,21

74	%100	مجموع الإجابات
----	------	----------------

يظهر في الجدول (23) أن الاهتمام الأول للنساء فيما يخص النصائح التي يقدمنها للمقبلات على الإنجاب هو التباعد بين الولادات وتنظيم النسل وهذا بنسبة 40,54% من مجموع الإجابات، وذلك أن التباعد يحافظ على البنية الصحية للمرأة ويمنح للطفل الفترة الكاملة للرضاعة ويدعم السياسة السكانية للدولة التي تسعى لتحقيق نموذج المجتمع المستقر ديموغرافيا، وتأتي الولادة الطبيعية في المرتبة الثانية من اهتمامات النساء وهذا بنسبة 24,32% وذلك أن الأخيرة تجنب المرأة المنجبة وحتى طفلها مضاعفات الولادة القيصرية وبعض الآلام الجانبية التي لا تغادر المرأة إلا بعد أيام وقد تمتد أحيانا.

تأتي العناية بصحة الأم كاهتمام ثالث بنسبة 16,21%، وحسب النصائح التي قدمتها في هذا الخصوص نجد في مقدمتها المتابعة الصحية المستمرة وتجنب الأعمال المنزلية الشاقة التي تعود سلبا لحوض المرأة، ثم انتباه المرأة الحامل إلى المواعيد الطبية واحترامها سواء قبل أو حتى بعد ولادتها، لأن بهذه المواعيد يتمكن الطبيب من مراقبة الحمل ووضعية الجنين ثم اتخاذ الموقف المناسب لسلامة الحامل وجنينها، إلى جانب ذلك التغذية السليمة والتحضير النفسي والبدني وتجنب الوقوع في مشاكل عائلية أثناء الحمل خاصة مما له عواقب وخيمة قد تصل إلى الإجهاض أو أي إعاقة تمس الطفل.

ويحظى اهتمام المرأة بالمجال المفضل لعدد الأطفال بين 2 و 5 أطفال بالمرتبة الرابعة بنسبة 13,51%، وفي حقيقة الأمر أن المجال المفضل يختلف أيضا بين الريف والحضر، حيث لا نجده يتعدى الأربعة أطفال في الحضر بينما في الريف يتعدى الخمسة إلى الستة وأكثر، وللنمط الثقافي علاقة بهذا المجال.

ويظل تحديد النسل وتفضيل الولادة القيصرية في آخر الاهتمامات وهذا بنسبة كل منهما 2,70%، أما عن تحديد النسل فقد يتعارض مع الخلفية الدينية والثقافية للمجتمع الجزائري المسلم الذي يعتقد بقول نبينا الكريم الداعي إلى التكاثر والتناسل، وأما عن الولادة القيصرية فكل النساء تعلم بأضرارها ومضاعفاتها بعد الولادة.

5- استنتاجات

وفيما يلي أهم الاستنتاجات التي تمكنا الوصول إليها بعد هذه الدراسة الميدانية، وهي كالتالي:

- إن انخفاض معدلات وفيات الأمهات أو مواليدهن غير مرتبط بتزايد العمليات القيصرية وإنما بتحسين الأوضاع الصحية للمرأة وبظروف إجراء العملية، حيث أشارت دراسة كودنوغا إلى أن الإستراتيجية الحالية تتجه نحو تحسين إجراء هذا النوع من الولادة لتجنب الآثار السلبية من جرائها، أي لا يمكن إجراؤها إلا في ظروف حسنة وشروط صحية معينة.

ظاهرة الولادة القيصرية وانعكاساتها على الخصوية
بحث ميداني بمصلحة الأمومة والطفولة بمستشفى بن سينا بأدرار

- لم يكن بالإمكان تسقيف معدلات الولادة القيصرية حسب لوائح المنظمة العالمية للصحة، طالما أن العمليات ظلت في متناول كل النساء اللواتي يرغبن في إجرائها، وهذا بطبيعة الحال يدفع بالمعدلات نحو الارتفاع، زيادة على ذلك فإن الجراحة القيصرية تتمتع بمزايا أهمها ضمان سلامة المولود وأمه.
- لا تخلو العمليات القيصرية من آثار سلبية ومضاعفات جانبية تتركها في المرأة حسب بيانات الجدول (21) وحسب ما أكده سوسيل بونت في دراسته لإبديولوجية الولادة القيصرية، سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية لا محال أن تحديدها متوقف على الأبحاث والدراسات الميدانية المتكررة.
- على الرغم من تزايد الظاهرة كما تبين لنا من دراسة وانديام إلا أن ما يفوق 78% من النساء المستجوبات الجدول (12) تفضلن الولادة الطبيعية بينما لا تتعدى اللواتي تفضلن الولادة القيصرية 19%، وهذا التزايد مرده القرار الطبي حسب نتائج الجدول (16).
- تبين نتائج الجدول (13) أن ما نسبته 71,1% من النساء أنجبن مرة واحدة بالجراحة القيصرية وأن 23,7% أنجبن مرتين بنفس العملية، وإذا قرأنا نتائج الجدول (14) سنلاحظ أن هناك تأثير للولادة القيصرية على عدد ما ستجبه المرأة بعد ذلك بنفس العملية وبالتالي وجدنا نسبة 50% من النساء اللواتي لم ينجبن بالجراحة القيصرية بعد أن سبق لهن الإنجاب بها، ويوجد سوى 23,7% اللواتي أنجبن مرة واحدة بنفس العملية، وهذا يجعلنا نتساءل عما إذا كانت هناك فئات نسائية لجأت إلى تحديد النسل أم أنها لما تعافت بعد الإنجاب الأول لجأت إلى الولادة الطبيعية بعد ذلك.
- الملاحظ من بيانات الجدول (15) المزدوج أن توزيع عدد حالات الإنجاب بالجراحة القيصرية يختلف كثيرا بين الريف والحضر، حيث تظهر البيانات أن النساء اللواتي يسكن في الحضر واللواتي ولدن مرة واحدة بهذا النوع من الجراحة سجلن 45,9% من مجموع الحالات، واللواتي ولدن مرتين 24,3% واللواتي ولدن أكثر من ذلك 2,7%، بينما اللواتي يسكن في الريف واللواتي ولدن مرة واحدة بنفس العملية لم يسجلن سوى 27% من مجموع الحالات، ولم يسجلن أي نسب أخرى في حالات تكرار العملية.
- واضح جدا أن النساء لم تكن أغلبيتهن ترغب في الولادة القيصرية كما تقدم لنا ذلك لولا أن قرار الطبيب هو الذي يلزمهن بذلك كما تشير نتائج الجدول (16)، حيث نجد نسبة 68,4% من النساء المستجوبات أو 78,8% إذا استثنينا من العينة اللواتي ذكرن أسبابا أخرى، أجريت لهن الجراحة القيصرية بقرار طبي، وقد تكون الدواعي لإجراء العملية موضوعية ومقبولة اجتماعيا، إلا أنها قد لا تكون كذلك إذا ارتبطت بمصالح

خاصة وكانت ذاتية، أي أن القصد منها قد يكون الريح المادي ونحن نعلم أن العملية القيصرية نذر ربحا أكبر مما إذا كانت طبيعية.

– إن عدد الأطفال الذين ترغب النساء إنجابهم وذلك قبل أن تجرين الولادة القيصرية هو أربعة أطفال أي بنسبة 28,9% ، وإذا استثنينا الحالات اللواتي لم يجبن عن السؤال فإن النسبة تصل إلى 39,3%، ويليها من ترغب في ثلاثة أطفال بنسبة 21,4% (الجدول 17). أي أن ما نسبته 75% من النساء اللواتي ترغبن إنجاب أطفال لا يتجاوز عددهم الأربعة، بينما الأمر يختلف عند النساء بعد إجرائهن الولادة القيصرية، حيث نجد أن عدد الأطفال الذين ترغب إنجابهم لا يتعدى الثلاثة بنسبة 75,9% من مجموع المستجوبات الجدول (18) مستثنين في ذلك اللواتي لم يجبن على السؤال، وهذا له دلالاته الطبية، حيث أن المرأة عندما تلد بالطريقة القيصرية فإن حظوظ ولادتها بالطريقة الطبيعية تتلاشى وبالتالي فلا تتمكن من الإنجاب مرات عديدة (أقصى تقدير 3 أطفال) بالطريقة القيصرية.

– وفيما يتعلق بتكرار الحمل بعد الجراحة القيصرية فإن الأطباء لم يحذروا المرأة بذلك حسب الاستجابات وذلك بنسبة 63,2% (الجدول 19)، إلا أن المعروف لديهم هو تأكيدهم المستمر على تنظيم النسل والتباعد بين الولادات وخاصة إذا تعلق الأمر بهذا النوع من الجراحة، الذي لا تتحملة المرأة أو قد لا تنجح العملية إذا تعدى الثلاث.

– إن نصائح الأطباء للأمهات بضرورة تنظيم النسل الجدول (10) تتوافق تماما مع نصائح الأمهات للمقبلات على الإنجاب الجدول (23)، وهذا بدوره يسير باتجاه سياسة الدولة الرامية إلى تحقيق المرحلة الثالثة من مراحل التحول الديموغرافي.

وما يمكن تقديمه كمقترحات يتمثل في ضرورة التفكير بجد في تنظيم ملتقيات علمية ولقاءات تحسيسية حول ظاهرة الولادة القيصرية، من أجل فهمها أكثر والكشف عن أسبابها ومضاعفاتها، بغية التوصل إلى إيجاد آليات للتحكم فيها أو تطويرها تقنيا وطبيا بشكل يوفر للمرأة المنجب والطفل الراحة والأمان ويجنب عنهما كل الأخطار.

6- الخاتمة:

تمثل ظاهرة الولادة القيصرية إحدى الإشكالات الكبرى في مجال الصحة وإحدى الموضوعات الهامة في الدراسات السكانية، إلا أن تناولها بالبحث والغور في أسباب الظاهرة وانعكاساتها مازال ضئيلا، أو كان تناولها طبيا متخصصا لا يفي بأغراض الدراسة، ولهذا جاءت هذه الدراسة بمقارنتها الديموغرافية لتغطي ولو جانبا لتكون الدافع لأعمال علمية أخرى.

لقد خلصت هذه الدراسة الميدانية إلى نتائج هامة، تؤكد ما ليس فيه شك أن ظاهرة الولادة القيصرية تظل محددا من محددات الخصوبة ومعدلات النمو السكاني ومؤشرا من المؤشرات الصحية للسكان، وذلك أن الظاهرة في تزايد مستمر وفي انتشار رهيب بين كل التركيبات السكانية، بين الريف والحضر وبين مختلف الفئات العمرية لخصوبة المرأة وبين كل المستويات التعليمية، بل حتى الفئات الميسورة اقتصاديا.

ولقد أثبتت النتائج أن نجاح هذه العملية في إنقاذ حياة الأمهات ومواليدهن ليس مقرونا بالعملية بحد ذاتها بقدر ما هو مقرون بالمتابعة الطبية المستمرة وبوفرة البيئة الحسنة للتطبيق.

وقد تبين لنا من البيانات المتحصل عليها ميدانيا أن للظاهرة ارتباط وثيق بخصوبة المرأة، فالمرأة كلما أنجبت بالطريقة القيصرية تقل حظوظها في الإنجاب مرة أخرى، إما بتوجيه طبي أم بوزع ذاتي. وإذا كان الأمر كذلك فنحن نتوقع انتقالا ديموغرافيا سريعا كلما زاد حجم الظاهرة وزادت انعكاساته على السلوك الإيجابي للمرأة.

7- قائمة المراجع:

- قائمة المراجع باللغة العربية:

- الديوان الوطني للإحصائيات. (2008). *المسح الوطني المتعدد المؤشرات*. الجزائر: الديوان الوطني للإحصائيات.
- العكروف علي. (29 12، 2017). *الولادات القيصرية في الجزائر الحجم والمحددات، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاشتشفائية للتوليد وأمراض النساء* مريم بوعتورة بانتة 1**. مجلة دراسات وأبحاث ، الصفحات 308-317.
- الموقع الطبي. (27 10، 2021). *أنواع الولادة ومراحل ولادة الطفل ومسكنات ألم الولادة*. تاريخ الاسترداد 05 12، 2021، من الطبي: <https://altibbi.com/>
- بكرروي هاجر. (24 فيفري، 2021). *ماهية الولادة القيصرية وأسبابها*. (مرموري البشير، المحاور)

- سعدية هادي حمدي. (10 11، 2021). *العملية القيصرية، أسباب ونتائج*. تاريخ الاسترداد 11 21، 2021، من [iasj.net: https://www.iasj.net/iasj/download/a9dcc04d560bbfd1iasj](https://www.iasj.net/iasj/download/a9dcc04d560bbfd1iasj)
- سليمانى نادية. (13 08، 2018). *30% من حوامل الجزائر ولدن بالقيصرية*. تاريخ الاسترداد 11 03، 2021، من الشروق: <https://www.echoroukonline.com/30>
- هنتاهت شهير. (25 10، 2021). *الولادة*. تاريخ الاسترداد 11 02، 2021، من موضوع: [/https://mawdoo3.com](https://mawdoo3.com)
- واب طب. (10 11، 2021). *القاموس الطبي*. تاريخ الاسترداد 12 12، 2021، من [webteb: https://www.webteb.com/terms](https://www.webteb.com/terms)
- وزارة الصحة والسكان. (2015). *المسح الوطني المتعدد المؤشرات*. الجزائر: وزارة الصحة والسكان.
- ويب طب. (10 11، 2021). *الولادة القيصرية*. تاريخ الاسترداد 11 11، 2021، من [webteb: https://www.webteb.com/pregnancy-childbirth/treatment](https://www.webteb.com/pregnancy-childbirth/treatment)

- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Bossoyt, C. B. (2017). *Epidémiologie de la césarienne en France, Analyse de la base nationale du PMSI de 2008 à 2014*. France: Université de Lille 2.
- Caulin, B. (2013). *Accoucher en France prise en charge de la naissance en population générale*. Paris-sud.
- Charles, W. (2017, 11 28). *Thèses soutenues à l'UPMC*. Consulté le 04 03, 2018, sur HAL open science: <https://hal.inria.fr/THESES-UPMC/tel-01756998v1>
- Diarra, Y. (2019, 06 07). *Evaluation de la qualité de la césarienne au centre de sante de référence Kenieba*. Consulté le 10 27, 2021, sur Bibliosanté: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1499>
- Dument, A., & Christophe, G. (2020, 09 01). *Tros et pas assez a la fois, le double facteur de la césarienne*. Consulté le 10 30, 2021, sur Population et Societé: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-11/010079642.pdf
- Koudnoaga, A. (2015). *Comment ameliorer la qualite de la césarienne dans les pays d'Afrique sud-saharienne*. France: Université Pierre et Marie Curie.

- Le figaro. (2018, 10 12). *En 15 ans le nombre de césarienne a doublé dans le monde*. Consulté le 10 30, 2021, sur Le figaro.fr: <https://sante.lefigaro.fr/article/en-15-ans-le-nombre-de-cesariennes-a-double-dans-le-monde/>
- Ray, C. L. (2015). *Evolution des indications de la césarienne*. France: LAENNEC.
- Trogoff, P. d. (2016). *Facteurs associés au taux de césarienne, Etude restrospective entre les maternités du Nord-pas-de-Calais*. France: Université catholique de Lille.
- WHO. (2015, 04 01). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Consulté le 10 30, 2021, sur OMS: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161443>