

التدخلات بالعمليات القيصرية في الجزائر - مقارنة أنثروبولوجية طبية Cesarean section procedures in Algeria - A medical anthropological approach

خالد خواني¹

¹ خالد خواني، جامعة الشهيد حمّـة لخضر بالوادي- الجزائر، khaledkhouani@gmail.com

تاريخ الاستلام : 2021/05/06 ؛ تاريخ القبول : 2021/10/29

ملخص : ينظر للمرأة الحامل يُنظر للمرأة الحامل في ثقافتنا المحلية الجزائرية وكأنها مريضة، فتُعامل معاملة المريض، في ضعفه والشفقة عليه واختيار غذاء خاص به إلخ، وفي نفس الوقت تحرص العائلة والأم الحامل على سلامة جنينها منذ شهوره الأولى، فصارت زيارة أخصائي النساء والتوليد دورية إلى أن تضع الأم مولودها. وما لفت انتباهنا، أن أغلبية الولادات تتم بالعمليات القيصرية سواء في المستشفيات العمومية أو العيادات الخاصة.

تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على هذه الظاهرة من الناحية الإحصائية، وهل لثقافة المرأة الصحية دور في تفشي هذا النوع من العمليات، أم الضرورة الصحية للمرأة والجنين يقتضي التدخل بالعملية القيصرية، أم هو نوع من البنفس في قطاع الصحة. كلها تساؤلات يحاول الباحث إيجاد إجابات لها في هذه الورقة البحثية يتكامل خلالها الجانب الإحصائي، الأنثروبولوجي، والاجتماعي
الكلمات المفتاحية: عملية قيصرية، ثقافة، صحة، مرض، ثقافة صحة ومرض، أنثروبولوجيا طبية.

Abstract : The pregnant woman is considered in our local Algerian culture as if she were sick, so she is treated like the patient, in her weakness, compassion towards her, the choice of her own food, etc. at the same time, the family and the mother-to-be care about the safety of her fetus from her first months, Thus, the visit to the obstetrician and the gynecologist became regular until the delivery of the mother. What caught our attention is that the majority of deliveries have taken place by caesarean section, whether in public hospitals or private clinics.

The study aims to shed light on this phenomenon from a statistical point of view, Does the medical culture of the woman have a role in the diffusion of this type of operation, or the medical imperative for the woman and the fetus which requires a cesarean intervention, or is it some kind of business in the health sector? all are questions to which the researcher tries to find answers in this article, through which the statistical, anthropological, health and social aspects are integrated.

Keywords: Caesarean section, culture, health, disease, health and disease culture, medical anthropology.

* المؤلف المرسل.

1- مقدمة

تعتبر الولادة القيصرية من أكثر العمليات انتشارا في العالم سواء في مجال الجراحة بشكل عام أو في مجال طب النساء و التوليد بشكل خاص، يتم من خلالها إخراج الجنين من الرحم عن طريق فتح بطن الأم. ويمكن تصنيف العمليات القيصرية إلى عمليات مبرمجة التي تمثل الثلثين بينما الثلث الآخر عبارة عن حالات استعجالية.

تعددت أسباب الولادة بهذه العملية من بينها وجود سوابق لعمليات قيصرية، الحالة الصحية للجنين ووضعيته داخل الرحم، صحة وطبيعة الأم. مدى توفر المعدات والعوامل المساعدة على استخدامها، إلى جانب رغبة الأم الولادة بالعملية القيصرية وجهلها بمضاعفاتها، وكذلك تفضيل الطاقم الجراحي لها هروبا من المتابعة الطبية الشرعية في حالة وفاة الأم أو جنينها بالولادة الطبيعية.

تعد العمليات القيصرية من أكثر التدخلات الجراحية المتبعة على المستوى العالمي في قطاع الصحة، خاصة في الحالات المستعصية أي في حالات الخطورة على المرأة الحامل أو على جنينها.

حددت منظمة الصحة العالمية منذ سنة 1985 بأن النسبة المثلى للتدخلات بالعمليات القيصرية تتراوح ما بين 10 و 15% من إجمالي حالات الولادة، إلا أن عددها في تزايد حسب إحصائيات مصالح الأمومة والطفولة بالمستشفيات الجزائرية متجاوزا الحد الأمثل. مما جعلنا نطرح التساؤل التالي: ماهي الأسباب التي جعلت نسبة التدخلات بالعمليات القيصرية في ارتفاع متزايد خاصة في العيادات الخاصة؟ هل السبب موضوعي أي الضرورة الصحية للأم والجنين تفرد التدخل بالعملية القيصرية؟ أم راجع لرغبة الأم؟ حيث صارت الأمهات يفضلن العملية القيصرية لأنها تجرى تحت التخدير ولا يتحملن أوجاع الوضع (العامل الثقافي)، أم هي البنزسة على حساب صحة المواطنين خاصة في العيادات الخاصة؟ علماً أن كلفة العملية القيصرية تبلغ ثلاث أضعاف كلفة في حالة الوضع بالطريقة العادية في العيادات الخاصة.

تكمن أهمية الدراسة في تسليط الضوء على ظاهرة تعيشها كافة المجتمعات عامة في مستشفياتها، وبالتالي الوقوف على العوامل المساعدة على ذلك من خلال تناول الإحصائيات التي تبرز تطور وتزايد حالات العمليات القيصرية، و أما الهدف الأساسي فيبرز عن طريق العمل على خفض هذا النوع من الجراحات بالحد من العوامل (المادية والمعنوية) المؤدية لاستخدام التدخل بالعملية القيصرية إلا وفق الضرورة الصحية للأم وجنينها.

2- المفاهيم الأساسية المرتبطة بالدراسة:

1.1. العملية القيصرية:

حسب الروايات التي حلت بعض الأساطير الرومانية، يعود أصل مصطلح القيصرية إلى أول قيصر في العهد الروماني (Julius Césars) الذي ولد بعملية جراحية. حسب Friedrich Osiander عاشت أم القيصر عدة سنوات بعد العملية الجراحية وبالتالي اعتبرت هذه العملية الجراحية قد حققت نجاحا

لا نظير له، لأن العمليات الجراحية خلال هذه المرحلة غالبية أصحابها قد يتوفون بعد مدة قصيرة.
(Dumont & Morel, 1968)

ولكن الفرضية الأكثر موضوعية ما أورده Pundel أن مصطلح Césarienne مشتق من caedère الذي يعني couper (القص). استخدم المصطلح لأول مرة من طرف François Rousset في مؤلف نشر بباريس سنة 1581 بعنوان La tradition عرض فيه هذا المصطلح مشتقا من الأساطير ولا يمت بالحقائق التاريخية. (Cira ru Vigneron, Guyen Tonlung, & Elhaik, 1979)

العملية القيصرية هي تدخل جراحي الغرض منه إخراج الجنين من رحم الأم بعد عملية إحداث شق أو فتح للرحم (hystérotomie) على مستوى أسفل البطن. (Racinet & Favier, 1984)

2.2 . الأنثروبولوجيا الطبية:

ظهر هذا التخصص في بداية القرن العشرين ، اهتم عموماً بدراسة ثقافة الصحة والمرض، أي دراسة كلية مقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض وطرق الرعاية الصحية (زرقة، 2018، 143)، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم انطلاقاً من إدراك ما للثقافة من دور وتأثير على قضايا الصحة والمرض.

تهتم الأنثروبولوجيا الطبية بدراسة أثر الثقافة على الصحة والمرض من خلال:

- تعمل الثقافة على تحديد منشأ المرض، تطوره، انتشاره الجغرافي، والحد من انتشاره.
- مساهمة الثقافة في صناعة تمثلات الصحة والمرض لدى الفرد، وطرق الوقاية والعلاج المتبعة من الأمراض.
- تعمل الثقافة على إبراز مفهوم المرض والاستجابة له، فما يعتبر مرض في ثقافة اجتماعية ما، قد لا يكون كذلك بالنسبة لجماعات أخرى.
- تعمل الثقافة على ترسيخ قناعات لدى الأفراد من جدوى الطب الحديث، وبالتالي تحديد السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث ودرجة التفاعل والاستجابة مع أساليبه. (زرقة، 2018، 145)
- مساهمة الثقافة في تحديد نمط التغذية لأن الصحة مرتبطة بالثقافة الغذائية.
- طرق إدارة المستشفيات باعتبارها مؤسسات صحية تحدد العلاقة بين الإدارة، الطبيب، الممرض والمريض، حيث تساهم الثقافة في تحديد دور كل عنصر مشكّل لهذا القطاع حسب المركز الذي يحتله.
- مساهمة الثقافة في تحديد الوظيفة الصحية في طابعها الإنساني أو الآلي، حيث يختلف تعامل المعالج (الطبيب، الممرض) مع المريض (الإنسان) عن تعامله مع الآلة (الميكانيكي).
- أخذ الاتجاه الحديث في الأنثروبولوجيا الطبية بالاتجاه الثقافي للرعاية الفيزيقية والعقلية للأفراد داخل سياقهم الاجتماعي.

3. المعطيات الديموغرافية:

1.3. معطيات حول نسبة وفيات الأمهات أثناء الوضع:

تعتبر مرحلة الوضع حساسة ومهمة في حياة الأم الحامل وبذلك اتخاذ قرار العملية القيصرية يعود حسب الحالة الصحية للأم ووضعية الجنين.

الجدول 01: يبين نسبة وفيات الأمهات أثناء الوضع في الجزائر لكل 100 000 ولادة حية.

السنة	وفيات الأمهات	السنة	وفيات الأمهات
1992	210	2007	88.9
1996	174	2009	81.4
1999	117	2010	81.4
2001	113.8	2011	73.9
2004	99.5	2013	66.9
2005	96.5	2015	57.5
2006	92.6		

المصدر: مديرية الصحة العمومية الجزائرية 2015



مخطط 1: يمثل قراءة للجدول 01

الجدول 2: عدد حالات الأمهات المتوفات أثناء الولادة لكل 100000

مولود حي في البلدان المتوسطة: (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

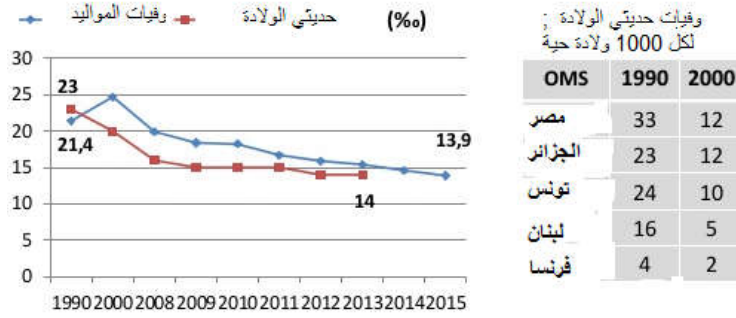
البلد المتوسطي	1990	2000	2013
المغرب	310	200	120
الجزائر	160	120	89
مصر	120	75	45
تونس	91	65	46
لبنان	64	37	16
ليبيا	31	21	15
فرنسا	12	9	9
اسبانيا	7	5	4

المصدر: معطيات المنظمة العالمية للصحة 2014.

الجدول 3: حالات وفيات المواليد أثناء وحديثي الولادة بالجزائر (%). (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

السنة	ولادة جنين ميت	حديثي الولادة
1990	21.4	23
2000	25	20
2008	20	16
2009	18	15
2010	17	15
2011	16	15
2012	15.8	14.9
2013	15	14
2014	14	
2015	13.9	

نلاحظ أن أكبر عدد من الولادات لأجنة ميتين كان سنة 2000، ثم بدأ العدد يتناقص تدريجياً.



مخطط 2: الوفيات حديثي الولادة بالجزائر (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

الملاحظ في المخطط 2 أن وفيات المواليد في الجزائر كان مرتفعا خلال فترة 1990 - 2000 ثم بدأ تراجع العدد من 23 حالة وفاة سنة 1990 إلى ما يقارب 14 حلة سنة 2015، ولكن يبقى الرقم مرتفع مقارنة بالدول المجاورة لنا وجد مرتفع مقارنة بالدول المتقدمة في مجال الرعاية الصحية كفرنسا مثلا كما يوضحه الجدول المقابل للمخطط 2.

2.3. معطيات حول نسب العمليات القيصرية حسب عدد الولادات:

تفاوتت نسب التدخلات بالعمليات القيصرية بالمستشفيات الجزائرية، ولكن يبقى العدد متجاوزا الحد الموصى به عالميا في القطاع الصحي.

الجدول 4: العمليات القيصرية بالجزائر تقييم احصائي ببعض المستشفيات خلال خمس سنوات (2012-2008): (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

النسبة (%)	العمليات القيصرية	عدد الولادات	المستشفى / الحالات
29,6	24 819	83 875	عنابة
19,5	10 596	53 366	بلكور
24	12 445	51 351	سيدي بلعباس
26,9	10 950	40 721	مصطفى باشا
25,3	9 905	39 183	بارنت
25	9 265	37 650	زرالدة
23,2	8 428	36 282	القبة
25,3	9 873	29 150	بني مسوس
22	6 316	28 677	باينيم
25,67	102 697	400 005	المجموع

الملاحظ حسب معطيات الجدول 4، أن معدل نسبة العمليات القيصرية بالمستشفيات الجزائرية يقارب 26 (%) يفوق المعدل الموصى به دوليا الذي لا يتجاوز 15 (%).

سُجّل بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل بتلمسان خلال الفترة ما بين 01 جانفي إلى غاية 31 ديسمبر 2017 4290 ملف للولادة القيصرية، حيث بلغت نسبة الولادات القيصرية 34.54%، تراوحت مدة الحمل من 37-41 أسبوع، أما متوسط عمر اللواتي ولدن بالعملية القيصرية هو 32 سنة. (Ben ameur & Nabti, 2017 , 91)

أجريت دراسة تخرج في كلية الطب بجامعة بجاية للموسم الجامعي 2018-2019، والتي بيّنت أن خلال الفترة الممتدة ما بين 01 جانفي 2019 إلى غاية 31 مارس 2019 بلغت حالات الولادات 2511 فتجاوزت نسبة العمليات القيصرية فيها 24%، كما هو مبين في الجدول التالي: (Sid Abdelkader & Rahmani, 2019, 143-153)

الجدول 5: طريقة التوليد بالمستشفى الجامعي ببجاية 01-31 مارس 2019

طريقة الولادة	العدد	النسبة %
طبيعية	1902	75.75
عملية قيصرية	609	24.25
المجموع	2511	100

3.3. معطيات حول نسب العمليات القيصرية حسب الفئات العمرية للأمهات:

أما التوزيع حسب عمر الأمهات اللواتي ولدن بالعمليات القيصرية فجلهن تراوح عمرهن ما بين 25-35 سنة (66%) حسب ما يظهر في الجدول 06 التالي:

الجدول 6: نسبة العمليات القيصرية حسب الفئات العمرية للأمهات

الفئة العمرية	العدد	النسبة %
[25-15]	21	3.44
[35-25]	400	65.68
[45-35]	182	29.88
45<	6	0.98
المجموع	609	100

وغالبيتهم أكملن مدة الحمل (75.86%) 41 أسبوع فترة الحمل الطبيعية، كما بيّنت الفحوصات الطبية قبل اجراء العمليات القيصرية أن 58 أم منهن يعانين من أمراض مزمنة (9.52%).

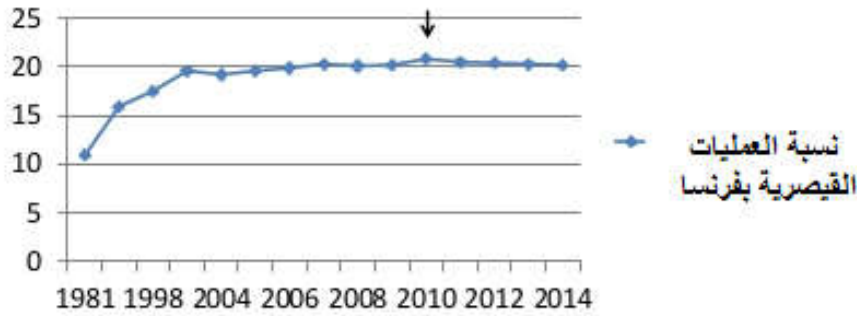
4.3. العمليات القيصرية في القطاع العام والقطاع الخاص:

تختلف الاستراتيجية الصحية في القطاع العام عنه في القطاع الخاص، فالقطاع الخاص يغلب عليه الفكر التجاري متجاوزا أو متحايلا على القوانين المتعامل بها في القطاع الصحي؛ فما يوضحه الجدول 07 هناك فرق شاسع في نسبة التدخلات بالعمليات القيصرية بين القطاع العام (24.42%) والقطاع الخاص (41%)، حتى في الدول المتقدمة أين توجد صرامة في احترام القوانين وحقوق الإنسان إلا أن ذهنية القطاع الخاص المادية هي نفسها في كل القطاعات مع فارق الخدمات المقدمة، حسب معطيات الجدول 07 القطاع الخاص في فرنسا التدخلات بالعمليات القيصرية به يفوق أربع مرات في القطاع العام.

الجدول 7: العمليات القيصرية في القطاع العام والقطاع الخاص: (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

القطاع الخاص	القطاع العام	بالجزائر العاصمة لكل 108112 ولادة
41%	24.42%	بفرنسا لكل 15 ولادة بالعملية القيصرية
12 ولادة	3 ولادات	

أما نسب تطور العمليات القيصرية بفرنسا فهي موضحة في المخطط 03:



مخطط 3: تطوّر التدخلات الجراحية بالعمليات القيصرية بالمستشفيات الفرنسية. (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

تحليل المخطط:

- من 1981-2004 ارتفاع ملحوظ.
- من 2004-2014 استقرار في نسبة العمليات القيصرية لم تتجاوز 20%.
- خلال 2010 ارتفعت النسبة إلى 20.8% ثم تراجعت خلال 2012 إلى 20.2%

5.3. مقارنة بين الدول الأقل والأكثر تدخلا بالعمليات القيصرية:

الجدول 8: دراسة مقارنة بين الدول الأقل والأكثر تدخلا بالعمليات القيصرية

النسبة	السنة	البلد	البلدان الأكثر نسبة	النسبة	السنة	البلد	البلدان الأقل نسبة
%46	2014	المكسيك		%15.31	2014	ايسلندا	
%51.13	2014	تركيا	%15.6	2010	هولندا		
%52	2014	مصر	%15.77	2014	فنلندا		
%54	2011	الصين	%16.9	2014	السويد		

تحليل للجدول:

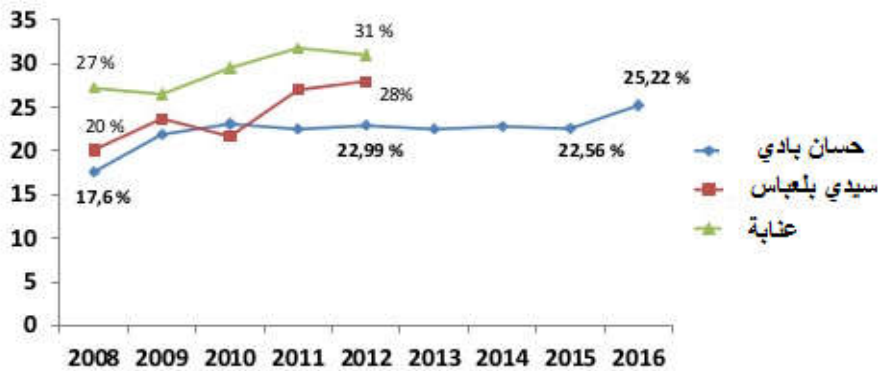
الملاحظ أن الدول التي بها مستوى الرفاهية مرتفع التدخلات بالعمليات القيصرية منخفض (15.3-16.5%)، وقد يكون العزوف عن الزواج أو تحديد النسل أحد الأسباب الرئيسية، والملاحظ عن هذه الدول نسبة الشيخوخة مرتفع.

أما الدول التي بها كثافة سكانية مرتفعة ومستوى الرفاهية منخفض التدخلات بالعمليات القيصرية مرتفع جدا (46-56%).

6.3. العمليات القيصرية بمصالح الأمم المتحدة والمستشفيات الجزائرية للثلاث الجهات الوطنية:

شرق/وسط/غرب:

تختلف كل منطقة عن أخرى من جهات الوطن ثقافيا سواء على مستوى المواطنين وحتى على مستوى القطاعات المؤسساتية، وهذا ما ينعكس على نوعية الخدمات الصحية موضوع الدراسة مما يخلق تفاوتاً في نسب التدخلات بالعمليات القيصرية بالجهات الثلاث (شرق-وسط-غرب).



مخطط 4: تقييم مؤشرات العمليات القيصرية بمصالح الأمم المتحدة والمستشفيات الجزائرية للثلاث

الجهات الوطنية: شرق/وسط/غرب (Tayebi, Djenaoui, Kouri, & Sadat, 2017)

تحليل المخطط:

- الجهة الشرقية الأكثر تدخلا بالعمليات القيصرية (27% ---- 31%).
- جهة الوسط الأقل تدخلا بالعمليات القيصرية (17.6% ---- 25.22%).
- جهة الغرب: تذبذب بين الانخفاض (20%) ثم الارتفاع (24%) ثم الانخفاض (20.8%) ثم الارتفاع (26--28%).

4. المقاربة الأنثروبولوجية والعوامل المساعدة على ارتفاع التدخلات بالعمليات القيصرية:

كانت عملية الوضع للأمهات قديما تتم بمساهمة المجتمع المحيط بها (القابلة [الداية] الأسرة، الأقارب والجيران)، وبالتالي تصنف عملية الوضع بالبيت ضمن الولادات بالطرق التقليدية وغالبا كانت تخضع لعامل غياب أقرب مستشفى أو وسائل النقل أو الكلفة.

يلعب عامل التحضير النفسي للمرأة الحامل دورا مهما في مساعدتها على الوضع، فالكل محيط بها دلالة على الاهتمام بها ورعايتها والحرص على صحتها، فقبل موعد الوضع تتصح الحامل بالمشي لمسافات معتبرة والحركة، إلى جانب الذهاب إلى حمام القرية لأن حرارته تسهل عملية الوضع.

في مجتمعنا الجزائري عندما تضع الأم الحامل مولودها كل النساء الذين يحيطون بها أو يزورنها فأول عبارة يرددونها "الحمد لله على السلاك" للدلالة على خطورة الوضعية، أو الذين يرددونها مروا على نفس الحالة ويعرفون صعوبة الوضعية. وحتى في تشريعنا الإسلامي في حالة وفاة المرأة النفس فتعد شهيدة عند الله لشدة معاناتها أثناء الوضع وصبرها حينها. ففي الأثر أن رجلا كان يطوف الكعبة حاملا أمه على ظهره فرآه عمر بن الخطاب فسأله الرجل: هل وفيت حقها، فرد عليه عمر: ولا طلقة واحدة من طلقاتها أثناء الوضع.

خلال فترة مضت حوالي 30 أو 40 سنة أغلب أمهاتنا وضعن في بيوتهن على يد قابلة القرية أو الحي، حتى معتقداتنا كانت عامل مساعد على ذلك منها أن المرأة الحامل يجب أن تضع في بيتها حتى لا تصيبها العين هي و مولودها، وحتى المولود إذا كان ذكرا تكحل عيناه ويستتر عن أعين الناس، والمحيط بالأم الحامل يكون من أقاربها.

بعض التبريرات تستخدم من طرف الأم الحامل لعدم الوضع خارج بيتها منها: "زوجي غائب ولا أخرج بدون علمه"، "لا أترك أولادي وحدهم إذا لم يكن الوضع الأول"، بمعنى "لا أقدر أو لا أريد الخروج من بيتي"، "أنا معتادة على الوضع في بيتي".

كان يسود خلالها مبررات أن النساء الحوامل يمتن بالمستشفى مستدلين على حقائق متداولة نتجت عنها الخوف من المستشفى، منها سوء الاستقبال به، الطاقم الطبي والشبه الطبي غير معروف للأم الحامل (الخوف أو عدم الثقة في الغريب)، عكس الأسرة والأقارب الذين يحيطون بالأم في حالة الوضع (نوع من الثقة والاطمئنان في البيت بحضور العائلة المقربون)، إلى جانب أن بمصلحة التوليد بالمستشفى يوجد ضمن الطاقم الطبي رجال (تفضيل وجود المرأة عن الرجل في هذه الحالة)، المرأة الحامل توضع

على طاولة مرتفعة في قاعة الجراحة، عكس في بينها توضع على سرير أرضي منخفض في وضعية الوضع والذين يشاهدونها من الأسرة فريق جالس وفريق واقف محترمين المشهد، أما في قاعة الجراحة الكل يشاهدها رجال ونساء كلهم أجنب دون حس إنساني للمشهد أو احترام للخصوصية، فيه مقولة تتردد في المستشفى تقام عمليات الوضع التي تحوّل المرأة عقيماً..

فالملاحظ في مستشفياتنا انعدام التحضير النفسي للأم الحامل من طرف القابلات إما لقلة عددهن أو توجيههن لوظائف أخرى (التمريض مثلا في مصالح أخرى) أو لانعدام الضمير المهني لديهن، كثرة حالات الأمهات المقبلات على الوضع بالمصلحة فبالتالي ليس بمقدور الطاقم الطبي التكفل بهن كلهن على أكمل وجه، فالعيادات الجوارية عندما يعجزن على التوليد (نقص الإمكانيات، الحالة حرجة، محدودية الطاقم الطبي المتخصص) يوجهن الأمهات إلى مصلحة الأمومة بالمستشفى الجامعي وتكون عملية الوضع عامة بالعملية القيصرية.

فالعوامل المساعدة على ممارسة أو تفضيل العمليات القيصرية نذكرها كالاتي:

- تطور المعدات الجراحية (التقنيات الجراحية، الأدوات المطهرة والمضادات الحيوية، مواد التخدير، إمكانية نقل الدم في الحالات الحرجة للأم والجنين)؛
- تطور وسائل الإنعاش؛
- عمر الزوجة أو الأم الحامل، حيث تزداد مع تقدم سن الأم الحامل؛
- ضعف حالات الحمل ، مما يجعل العائلة تفضل التدخل بالعملية القيصرية لإنقاذ الجنين والأم؛
- تكرر حالات الحمل بعد العملية القيصرية الأولى؛
- في حالات الشك أو الخوف من المتابعة الطبية - القضائية يفضل الجراح التدخل بالعملية القيصرية عوض المخاطرة بصحة الأم وجنينها؛
- أغلب العمليات القيصرية هي عمليات مبرمجة سابقا من طرف الطبيب المختص المتابع لفترة الحمل للأم، فهو الذي يحدّد اليوم التقريبي للوضع والطريقة الأنسب؛
- في جل العيادات الخاصة على المستوى العالمي يمارسن العمليات القيصرية بنسب مرتفعة مقارنة بعيادات القطاع العام، فإذا علمنا أن كلفة العملية القيصرية تتفاوت من عيادة لأخرى فتحددها إدارة العيادة أو الطبيب الجراح لمريضه (غالبا الكلفة التي يحددها الطبيب مرتفعة مقارنة بكلفة إدارة العيادة)؛
- كلفة العملية القيصرية تتراوح ما بين 65 و80 ألف دج بعيادتنا الخاصة بل قد تبلغ حتى 120 ألف دج حسب طبيعة الخدمات المقدّمة، وهذا أهم تحوّل نحو ممارسة العمليات القيصرية وارتفاع نسبها خاصة في العيادات الخاصة، وهذا ما جعل أحد وزراء الصحة بالجزائر يتدخل شخصيا للحد من ارتفاع نسب التدخلات بالعمليات القيصرية إلا للضرورة الملحة ودعا لفتح تحقيقات ما يخص هذا النوع من الجراحات خاصة في العيادات الخاصة.

5. الخلاصة:

حسب المعطيات الإحصائية ارتفعت نسبة التدخلات بالعمليات القيصرية وتجاوزت 15%، ولذا يجب العمل على خفضها خاصة الغير الضرورية منها إذ لا يمكن اعتبارها كأول حل في حالات الوضع، تتدهور الخدمات الصحية وتتعدم أخلاقيات المهنة الطبية كلما ارتفعت نسبة التدخلات بالعمليات القيصرية فتصير سمعة القطاع الصحي العام منه أو الخاص عرضة للبزينة والبحث عن الحلول السهلة فتصبح صحة الأمهات رهينة ممارسات لا مسئولة تغيب عنها أخلاقيات الطب نستثني من ذلك الضرورة الصحية التي تستلزم العملية القيصرية حفاظا على صحة الأم وجنينها، كما أن الرقابة الصارمة على القطاعات الصحية والعيادات الخاصة قد تحد من هذه التدخلات .

كما أن الأم قد تكون طرفا في تفضيل العملية القيصرية عن الوضع الطبيعي خوفا من آلامه، فعملية التحضير النفسي للأم الحامل من طرف الأسرة والقابلة في المستشفى جد مهم قد يجنبها العملية القيصرية ومضاعفاتها، كما توجد عادات جد مهمة تحضر الأم الحامل قبل الذهاب إلى المستشفى للوضع كالتوجه نحو الحمامات الساخنة لتسهيل عملية الوضع وعدم التسرع للذهاب إلى المستشفى إلا باستشارة الطبيب المختص المتابع لصحة الأم الحامل.

- الإحالات والمراجع :

- دليلة زرقه. (2018). أنثروبولوجيا الصحة والمرض. *مجلة متون*،. المجلد العاشر، العدد الأول، ص 141-156.

- Ben ameur, H., & Nabti, S. (2017). *Césarienne, mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine*. Tlemcen: CHU Tlemcen.
- Ciraru Vigneron, N., Guyen Tonlung, R., & Elhaik, S. (1979). Evolution des indications de césariennes Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la maternité de l'Hopital Louis Mourier. *Revue de la littérature Gynécol Obstét. Louis* .
- Dumont, M., & Morel, P. (1968). *Histoire de l'Obstétrique et de la Gynécologie*. Lyon: 5ème édition.
- Racinet, C., & Favier, M. (1984). *Lacésarienne: indications, techniques, complications*. Paris: Masson.
- Sid Abdelkader, C., & Rahmani, S. (2019). *Les césariennes, Thèse de doctorat*. Béjaia: CHU Béjaia.
- Tayebi, Y., Djenaoui, T., Kouri, I., & Sadat, N. (2017). La césarienne, Hopital Hassan Badi. *ARGOPC 22 & 23 Septembre*. El Harrach - Alger.