

Dirassat & Abhath

The Arabic Journal of Human
and Social Sciences



مجلة دراسات وأبحاث

المجلة العربية في العلوم الإنسانية
والاجتماعية

ISSN: 1112-9751

الولادات القيصرية في الجزائر الحجم والمحددات

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للتوليد وأمراض النساء

"مريم بوعتورة - باتنة"

د.علي العكروف

جامعة باتنة 1

الولادات القيصرية في الجزائر الحجم والمحددات

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للتوليد وأمراض النساء

"مريم بوعتورة - باتنة"

د.علي العكروف

جامعة باتنة 1

ملخص

الهدف: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر بعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات على طريقة وضعهن لمولودهن ، طبيعية كانت أم قيصرية، بعيادة التوليد وأمراض النساء لمدينة باتنة (شرق الجزائر). تصميم الدراسة: تم جمع البيانات من خلال عينة غير عشوائية والتي بلغ عدد عناصرها 518 امرأة. وقد تم الاستعانة باختبارين لفحص فرضيات الدراسة (معامل التوافق و معامل الاقتران). النتائج: كشفت الدراسة الميدانية أن نسبة إجراء العملية القيصرية بلغ 22.8 % بين جميع الولادات. و ترتبط هذه الأخير، من جهة بشكل كبير ، بسن الأمهات ومستواهن التعليمي و وسط إقامتهن، ومن جهة أخرى أبرزت النتائج عدم خضوع الولادة عبر القيصرية للنشاط المهني للأمهات. الكلمات الدالة: الجزائر ; العملية القيصرية ; الولادة الطبيعية ; خصائص الأمهات.

Abstract

Objective: The study aimed to determine the impact of the social and demographic characteristics of the mothers on cesarean section in the city of Batna East of Algiers).

Study Design: Data was collected through a cross sectional survey from of a proportionate non-probability sample of 518 women delivering in the maternity in Batna.

Methods: compatibility coefficient and pairing coefficient.

Results:

- Caesarean section rate was 22.8 % of all births.
- Cesarean delivery was significantly associated with maternal age, education level, and the stratum of residence.
- The relationship is weak between occupation and cesarean section.

Keywords: Algeria; Cesarean section; birth canal; maternal characteristics.

مقدمة

تعود أول عملية قيصرية بالمفهوم الحديثة للألماني فرديناند أدولف كيرر (Ferdinand A. Kehrler)¹ سنة 1881. هذا الأسلوب يستخدم اليوم - و بدرجات متفاوتة - في جميع أنحاء العالم. إذ انتقلت نسبة الولادات القيصرية في السنوات الأربعين 40 الماضية، من حوالي 1 من أصل 20 ولادة إلى حوالي 1 من أصل 3 ولادات². ففي الصين على سبيل المثال ارتفعت بشكل كبير جدا خلال العقدين الأخيرين، إذ انتقلت من 3.4% في عام 1988 إلى 58% في عام 2010 ، وهو أعلى معدل في العالم اليوم³. كما تشير البيانات المتاحة لسنة 2008 أن اللجوء للقيصريات مرتفع جدا في كل من البرازيل (45.9%) وإيطاليا (38.2%) وإيران (41.9%)⁴.

وبذلك تكون هذه النسب قد تجاوزت الحاجة الطبية تجاوزاً كبيراً، إذ تتصح منظمة الصحة العالمية بأن لا تتعدى نسبة القيصريات 15% من مجموع عمليات الوضع⁵.

وكانت نسبة القيصرية حسب مصادر نفس المنظمة المستقاة من خلال إحصائيات 137 دولة، كما يلي:

- 54 دولة أقل من 10% .

- 14 دولة بين 10% و 15% .

- 69 دولة فوق 15%⁶.

وعليه فإن أكثر 50% من الدول لا تلتزم

بتوصيات منظمة الصحة العالمية.

ومن أهم العوامل التي أدت إلى زيادة اللجوء لهذه الممارسة نجد ، من جهة زيادة العرض الذي أصبح متوفر في العيادات لما ينتج عنه من

أرباح مادية ، ومن جهة أخرى زيادة الطلب ، إذ تطلب بعض النساء القيصرية دون داع طبي ، وهذا ما يسمى ب "الولادة القيصرية التي تجري بطلب من الأم"⁷ لأنهن يخشين عواقب الولادة الطبيعية.

رغم أن هذه العملية ساهمت - منذ مطلع القرن العشرين إلى حدود السبعينات منه- و بشكل لافت للانتباه في خفض معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة على حد سواء، إلا أن بعض الدراسات الحديثة (2014) أبرزت أن احتمال وفيات الأمهات في الولايات المتحدة يزيد بكثير بين السيدات اللواتي وضعن بالقيصرية (13.3 لكل 100000 مولود حيا) مقارنة بنظيرتهن اللواتي وضعن عبر المسلك العادي (3.6 كل 100000 مولود حيا)⁸. كما أن احتمال وفاة الأطفال الرضع يزيد بمرة ونصف عند المواليد عبر القيصرية (سواء المخططة وغير المخططة) مقارنة بالولادات الطبيعية⁹.

على غرار باقي دول العالم، فإن الدول العربية شهدت بدورها ارتفاع في استخدام أسلوب الولادة القيصرية، إلا أن الظاهرة تتميز بنسبة المعطيات الإحصائية، وان وجدت فالكثير منها يفتقد للدقة. إذ أنه لا توجد إحصائيات عن العوامل والأسباب - سواء الطبية أو الاجتماعية- التي تقف وراء ارتفاع معدلات هذه الممارسة و لا على الآثار المترتبة عنها.

إلا أن بعض الدول قطعت شوطا لا بأس به في رصد قاعدة بيانات حول القيصريات ، على غرار لبنان ومصر والسعودية . ففي السعودية مثلا

إدراك علاقة طبيعة وضع المواليد ببعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات. و اتجهنا إلى تقسيمه إلى محورين أساسيين. حيث تطرقنا في المحور الأول للخطوات المنهجية المتبعة، ثم تم عرض نتائج المتوصل إليها في المحور الثاني.

أولاً-المقاربة المنهجية للدراسة

1 - أسئلة الدراسة

نسعى من خلال البحث الحالي الإجابة على أربعة أسئلة، جاءت كالآتي:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في طريقة وضع الأمهات لمولدهن حسب عمرهن؟
- 2- هل توجد فروق ترقى إلى الدلالة الإحصائية في طريقة وضع الأمهات لمولدهن حسب مستواهن التعليمي؟

- 3- هل توجد فروق جوهريّة في طريقة وضع الأمهات لمولدهن حسب حالتهم الشخصية؟
- 4- هل توجد فروق جوهريّة في طريقة وضع الأمهات لمولدهن حسب وسط إقامتهم؟

2 -فرضيات الدراسة

في ضوء التساؤلات السابقة الذكر تتبثق مجموعة من الفروض، والتي تسعى الدراسة لفحصها واختبارها، وتم صياغتها على شكل فرضيات إثبات أو بديلة، بمعنى أن كلها تعني وجود علاقة دالة إحصائية سواء أكانت هذه العلاقة عكسية أم طردية بين المتغيرات قيد الدراسة، وجاءت على النحو الآتي:

- 1- كلما ارتفع سن الأمهات كلما زاد احتمال خضوعهن للعملية القيصرية من أجل وضع مولودهن.

،فإن نسبة العمليات القيصرية تجاوزت المعدل الطبيعي الذي أقرته منظمة الصحة العالمية، حيث وصل بحسب الإحصائيات الرسمية لوزارة الصحة نحو 59 ألف عملية في المستشفيات الحكومية من أصل 265 ألف ولادة¹⁰، أي بنسبة تقدر ب 22.3 %. أما في مصر فتشير معطيات المستشفى الجامعي للقاهرة لسنة 2008 أن نسبة القيصريات بلغت 37.8 % من مجموع الولادات.¹¹

وكشفت دراسة أجريت سنة 2004 على 18 دولة عربية أن أربع منها كانت معدلات الولادة القيصرية فيها أقل من 5%، في حين أن ثلاثة بلدان فقط لديها معدلات أعلى من 15%. وكانت 11 دولة المتبقية ذات معدلات ولادة قيصرية تتراوح بين 5% و 15 %¹².

في الجزائر الأرقام تبقى متضاربة إلا أنها توحى- بما لا يدع مجال للشك -أن معدل الولادة القيصرية في ارتفاع مستمر، إذ بلغت نسبة الولادات القيصرية 6 % سنة 1992 حسب نتائج المسح الوطني حول صحة الأم والطفل¹³، في حين جاءت نتائج المسوح الوطنية المتعددة المؤشرات لتقدر ذات النسبة ب 8 % سنة 2006¹⁴. و 16 % سنة 2012 / 2013¹⁵. وفي دراسة أجريت سنة 2009 على عينة بلغ قوامها 1024 امرأة في عيادة حكومية شرق الجزائر تبين أن 18.5 % من هؤلاء النساء وضعن مولودهن عبر العملية القيصرية¹⁶.

في هذا الإطار جاء هذا البحث الميداني للمساهمة ولو بقسط متواضع في إبراز مدى انتشار أسلوب الوضع عبر القيصريات في الجزائر، هذا من جهة، ومن جهة أخرى محاولة

2- كلما ارتفع المستوى التعليمي للسيدات كلما زاد اللجوء للعملية القيصرية من أجل الوضع.

3- يزيد الوضع عن طريق القيصرات بين السيدات العاملات مقارنة بنظيرتهن الماكثات بالبيت.

4- إن الوضع عبر المسلك العادي يزيد بين السيدات المنحدرات من الريف مقارنة بالسيدات الوسط الحضري.

3- أهداف الدراسة

تسعى الدراسة لاختبار تأثير مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، والمتمثلة في العمر والمستوى التعليمي والوضع المهني ووسط الإقامة باعتبارها متغيرات مستقلة للدراسة على طريقة وضع الأمهات لمولدهن بوصفها متغير تابع.

4- أهمية الدراسة

إن أهمية البحث الحالي تكمن ، من جهة ، في التعرف على نسبة الوضع عبر العملية القيصرية، ومن جهة أخرى، الكشف على مدى ارتباط هذه الممارسة ببعض الخصائص الاجتماعية للأمهات.

5- منهجية البحث

بسبب طبيعة الموضوع، والذي يستهدف التعرف على العلاقة السببية بين متغيرين، فإنه كان من الضروري علينا أن نعتمد على منهج المسح بوصفه جهدا علميا منظما يمكن الباحث من الحصول على بيانات ومعلومات عن الظاهرة المدروسة¹⁷.

6 -مجالات البحث الميداني

لقد تم إتباع مجموعة من الخطوات من أجل الحصول على العينة مناسبة للدراسة، تمثلت فيما يلي:

1- المجتمع الأصلي للدراسة و الذي نسعى إلى الحصول على عينة ممثلة له هو مجموعة من النساء اللواتي وضعن مولودا حيا.

2-تم اختيار المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في التوليد وأمراض النساء "مريم بعتورة"، والتي تقع في وسط مدينة باتنة، والتي تعتبر وحداتها سهلت الوصول إليها.

3-لم يكن مجدياً عملياً أن نطبق على مجتمع البحث العينة العشوائية، إذ تم اللجوء إلى العينة غير الاحتمالية، حيث اعتمدت الدراسة على المسح الشامل لكل الأمهات اللاتي وضعن مولودا حيا خلال أسبوعين متتاليين في العيادة، والممتدة من 3 جوان إلى 18 جوان لسنة 2013.

4-تم رصد عينة غرضيه خلال هذه الفترة شملت 518 سيدة.

7- أدوات الدراسة

لقد تم استخدام أداة المقابلة لجمع البيانات، كونها التقنية الأكثر ملائمة لهذا النوع من المواضيع، على اعتبار أن نسبة الأمية لازالت مرتفعة بين أوساط النساء في الجزائر.

وشملت الاستمارة خمسة أسئلة تضمنت كل من سن السيدات المبحوثات ومستوى تعليمهن ووضعهن المهني ووسط إقامتهن. كما تضمنت أسئلة الاستمارة سؤال خامس تمحور حول طريقة وضع الأم لابنها (مسلك عادي أو قيصرية).

8 -تفريغ البيانات

تم معالجة بيانات الاستمارة من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية رقم 20 (SPSS20). واختبار العلاقة بين المتغيرات المختلفة، قمنا باستخدام كل من معامل الارتان ومعامل التوافق .

9 - تعريف المفاهيم**الولادة الطبيعية:**

تعتبر الولادة الطبيعية أكثر أنواع الولادات شيوعا. وهي الإخراج التلقائي من خلال قناة الولادة الطبيعية birth canal لجنين واحد أو أكثر ناضج . وتحدث عادة بعد 40 أسبوع بداية من فترة الحيض الأخيرة قبل الحمل¹⁸.

الولادة القيصرية:

الولادة القيصرية هي عملية جراحية لإخراج الطفل من الرحم بواسطة إجراء شق أفقي في أسفل البطن. يتم تنفيذ العملية في الحالات التي يكون فيها الطفل في حالة الخطر وظهور علامات الضيق. من المقبول إجراء الجراحة بداية من الأسبوع الثامن و العشرين من الحمل، وذلك عندما تكون هناك احتمالات جيدة لبقاء المولود على قيد الحياة¹⁹.

ثانيا :مناقشة نتائج البحث الميداني**1 - الخصائص الديمغرافية والاجتماعية لأفراد العينة**

يتضح من خلال معطيات الجدول 1 أن عينة الدراسة بلغ عدد المبحوثات فيها 518 امرأة تقع أعمارهن بين 15 و 49 سنة كاملة، و ما يفوق ثلاثة أرباع (81.5%) أفراد العينة تنحصر أعمارهم بين 20 سنة و 34 سنة. و طبقا لنفس

البيانات فإن ما يقارب ثلث(31.3 %) السيدات المبحوثات تقع أعمارهن في الفئة العمرية 25-29 سنة، ثم تليها الفئة 20-24 سنة ب 22.2 %، أما اللواتي تقع أعمارهن بين 30 و34 سنة فبلغت 26.3 %. واحتل أفراد الفئة العمرية 45-49 سنة المرتبة الأخيرة بنسبة بلغت 0.6 %.

وقد بلغ الوسط الحسابي لأعمار السيدات 29.02 سنة، وهو يعبر عن متوسط سن الأمهات عند الإنجاب.

وتبين معطيات ذات الجدول أن السيدات ذوات مستوى تعليمي ابتدائي فأكثر بلغت نسبتها 91.9 % من مجموع أفراد العينة، أي أن 9 سيدات من أصل 10 ترددن على المدرسة، فيما بلغت نسبة السيدات الأميات 8.1%.

وجاء توزيع المستوى التعليمي لأفراد العينة على الترتيب التصاعدي الآتي: 12.7% ذوات مستوى ابتدائي، تليها السيدات الجامعيات والحاصلات على شهادة جامعية بنسبة 24.5%، ثم تليها السيدات ذوات المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 24.7%، وسجلت أعلى نسبة عند السيدات ذوات المستوى التعليمي الثانوي، حيث بلغت 29.9 %.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أيضا أن نسبة مرتفعة من السيدات عاطلات عن العمل، حيث قدرت نسبة اللواتي يمارسن نشاط مهني عشر المبحوثات (14.1%) فقط (73 عاملة)، بينما بلغت نسبة السيدات غير العاملات (الماكثات بالبيت) 85.9%.

الجدول 1 : توزيع أفراد العينة حسب بعض الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية

العدد	%	
الفئات العمرية		
19-15	9	1.7
24-20	115	22.2
29-25	116	31.3
34-30	136	26.3
39-35	72	13.9
44-40	21	4.1
49-45	3	0.6
المستوى التعليمي		
أمي	42	8.1
ابتدائي	66	12.7
متوسط	128	24.7
ثانوي	155	29.9
عالي	127	24.5
الحالة الشخصية		
مشتغلة	73	14.1
غير مشغلة	445	85.9
وسط الإقامة		
حضري	413	79.7
ريفي	105	20.3
طريقة الوضع		
قيصرية	118	22.8
مسلك عادي	400	77.2

وأفرزت عينة الدراسة الميدانية أن نسبة النساء القاطنات في الوسط الحضري بلغت 79.7% من مجموع أفرادها، بينما بلغت نسبة المنحدرات من الوسط الريفي 20.3%.

وكشفت المعطيات أن نسبة الوضع عن طريق العملية القيصرية بلغت 22.8% من مجموع الولادات، وهي بذلك في زيادة مستمرة إذا ما قرنت بالسنوات السابقة. وهو الاتجاه السائد في الكثير من البلدان فعلى سبيل المثال انتقلت نسبة القيصرات في الولايات المتحدة من 23% سنة 1989 إلى 33% سنة 2011²⁰.

2 - عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين الخصائص الشخصية وطريقة وضع الأمهات لمولدهن

1- طريقة الوضع وسن السيدات

الجدول 2 : توزيع السيدات حسب طريقة الوضع وحسب العمر

المجموع طريقة الوضع المستوى التعليمي

مسلك عادي قيصرية

42 32 10 أمي

66 47 19 ابتدائي

128 99 29 متوسط

155 118 37 ثانوي

127 104 23 عالي

518 400 118 المجموع

إن معطيات الجدول 2 والشكل 1 تبرز أن نسبة الوضع عن طريق العملية القيصرية تزداد مع ارتفاع العمر، فإذا كانت النسبة منخفضة عند الفئة العمرية 15-24 سنة (14.5%)، فإنها ترتفع إلى 24.8% عند الفئة العمرية 25-34 سنة، لتلامس 27.1% عند العمر 35-49 سنة. وقد أشار معامل التوافق إلى ارتفاع العلاقة بين المتغيرين إلى مستوى الدلالة الإحصائية ($Cc=0.164, p=0.026$).

ومن خلال التحليل الإحصائي لنفس المعطيات يتضح أن متوسط سن الأمهات اللواتي خضعن للعملية القيصرية عند الوضع أكبر بكثير (30.9 سنة) إذا ما قورن بالذي تم ملاحظته عند نظيرتهن اللواتي وضعن عبر المسلك العادي (27.4 سنة). وتتفق هذه النتائج مع الكثير من البحوث التي أكدت ارتباط سن الأمهات بمضاعفات الحمل والولادة. حيث أن الانعكاسات

واحتلت شريحة السيدات ذوات المستوى العالي المرتبة الأخيرة بنسبة قيصرات بلغت 18.1%. رغم هذا التذبذب في نسبة اللجوء إلى القيصرية حسب المستوى التعليمي للأمهات، فإن اختبار معامل التوافق أشار أن العلاقة القائمة بين المتغيرين عكسية و تحمل الدلالة الإحصائية عند مستوى 0.006 (معامل التوافق = 0.118) أي كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما قل اللجوء للعمليات القيصرية.

وقد جاءت هذه النتيجة عكس ما توصلت إليه بعض الدراسات والتي أكدت أن النساء الثريات وذوات المستوى التعليمي الجيد يفضلن الولادة القيصرية على الولادة الطبيعية لاعتقادهن بأنها أكثر أماناً وخالية من الألم والقلق.²³

3- طريقة الوضع والحالة الشخصية للسيدات

يوضح الجدول 4 أن نسبة الوضع عن طريق العملية القيصرية عند الأمهات غير المشتغلات (22.0%) تقل عن نظيرتها عند الأمهات العاملات (27.4%). وقد بين معامل الاقتران أن الارتباط بين المتغيرين ضعيف ($Ca=0.169$).

الجدول 4: توزيع السيدات حسب طريقة الوضع

وحسب النشاط المهني

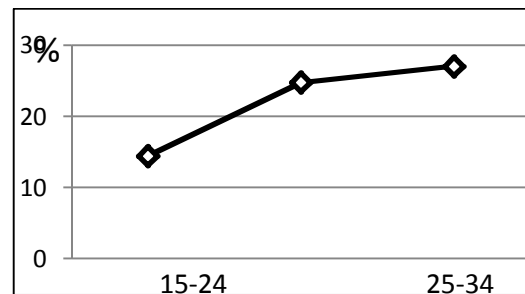
المجموع	طريقة الوضع		النشاط المهني
	مسلك عادي	قيصرية	
445	347	98	غير مشغلة
73	53	20	مشغلة
518	400	118	المجموع

السلبية للحمل تتزايد على صحة الأمهات كلما تقدمن في السن الشيء الذي يصاحبه في كثير من الأحيان اللجوء إلى العملية القيصرية للحد من هذه المخاطر.²¹

في هذا المضمار كشفت دراسة يابانية حديثة، شملت 3245 امرأة وضعت مولوداً حياً، أن الوضع عبر القيصرات يزيد بأكثر من مرتين بين النساء ذوات 35 سنة فأكثر (26.6%) مقارنة بالأمهات الأقل من 29 سنة (12.7%)²².

الشكل 1: التوزيع النسبي للعمليات القيصرية

حسب سن السيدات



المصدر: الجدول 2

2 - طريقة الوضع والمستوى التعليمي للسيدات

يبدو مثير للاهتمام دراسة مدى ارتباط المستوى التعليمي للأمهات بلجوئهن إلى العملية القيصرية، على اعتبار أن الأم لها الحق في إبداء رأيها حول اللجوء إلى العملية القيصرية أو ما يسمى القيصرية عند الطلب.

وجاءت معطيات الجدول 3 لتوضح أن أعلى نسبة للوضع عن طريق العملية القيصرية بلغت 23.8% بين السيدات الأميات. وكانت بقية النسب على الوجه التالي: 28.7% عند السيدات ذوات المستوى الابتدائي، تليها السيدات ذوات المستوى الثانوي بـ 23.9%، ثم تليها السيدات ذوات المستوى التعليمي المتوسط بـ 22.6%،

4- طريقة الوضع ووسط الإقامة

يوضح الجدول 5 التباين الواضح في نسبة الوضع عن طريق القيصرية بين أمهات الوسط الحضري (21.8%) وأمهات الوسط الريفي (26.7%). وقد دل معامل الاقتران إلى أن العلاقة بين المتغيرين متوسطة ($Ca=0.322$).

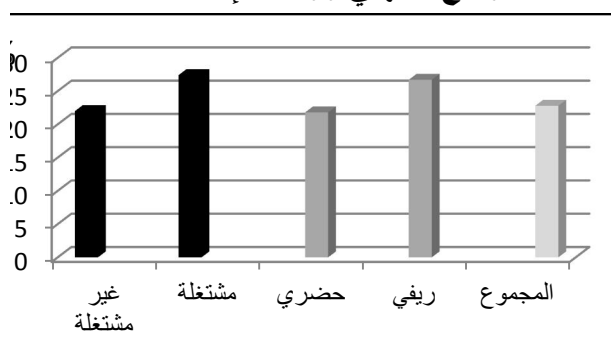
الجدول 5: توزيع السيدات حسب طريقة الوضع

وحسب وسط الإقامة

المجموع	طريقة الوضع		وسط الإقامة
	مسلوك عادي	قيصرية	
413	323	90	حضري
105	77	28	ريفي
518	400	118	المجموع

الشكل 2 : التوزيع النسبي للقيصريات حسب

الوضع المهني ووسط الإقامة



المصدر: الجدولين 3 و 4

الخاتمة

لقد جاءت هذه الدراسة الميدانية البحتة لكشف النقاب على مدى تأثير بعض المحددات الاجتماعية على ممارسة هامة جدا، ألا وهي طريقة وضع الأمهات لمولدهن في الجزائر. واعتمدت الدراسة على عينة غير عشوائية واسعة من المبحوثات ضمت 518 سيدة. هذا، وقد بلغت نسبة الوضع عبر القيصرية 22.8% من مجموع عدد عمليات الوضع.

وأهم ما يمكن عرضه في إطار النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة، يتلخص في النقاط التالية :

1- تظهر نتائج معطيات الجدول 2 والشكل 1 أن نسبة الوضع عن طريق العملية القيصرية تزداد مع ارتفاع العمر، فإذا كانت النسبة القيصرية 14.5% عند الفئة العمرية 15-24 سنة، فإنها لامست 27.1% عند العمر 35-49 سنة. وهذه النتائج كانت منتظرة وتأكد الفرضية الأولى من البحث، والتي مفادها أن للعمر تأثير قوى على مستويات اللجوء الأطباء للعمليات القيصرية.

2- شهدت عملية الوضع تذبذب حسب المستوى التعليمي للأمهات، إلا أن هذا الأخير أدى دور مؤثرا في تحديد لجوء الطبيب من عدمه للعملية القيصرية، فتحليل نتائج الجدول 3 بينت انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما قل اللجوء للعمليات القيصرية.

إن نسبة الوضع عن طريق القيصريات بلغت 28.5% بين السيدات الأميات. وكانت بقية النسب على الوجه التالي: 20.9% عند السيدات ذوات المستوى الابتدائي، و 18.5% بين وسط الجامعيات.

وجاءت هذه النتائج عكس ما توقعته الفرضية الثانية، التي جاء فيها انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما زاد اللجوء للعمليات القيصرية.

3- دلت معطيات الجداول 4 أن متغير الحالة الشخصية للسيدات لم يؤثر تأثيرا جوهريا في إقبال أو امتناع الطبيب عن اللجوء للقيصريات.

4- أبرزت النتائج وجود فروق معنوية في طريقة الوضع بالقيصرية بين السيدات حسب وسط الإقامة، حيث بلغت نسبة الولادة عن طريق القيصرية 21.8% بين أمهات الوسط الحضري، بينما تجاوزت 26.7% بين أمهات الوسط الريفي (الجدول 5) وعليه، فإن هذه النتائج دعمت الفرضية الرابعة والمتعلقة بخضوع طريقة وضع لوسط الإقامة.

الهوامش

¹ طبيب ألماني مختص في أمراض النساء والتوليد. ولد سنة 1837 وتوفي سنة 1914

² Cunningham FG, et al. (2010). Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. In Williams Obstetrics, 23rd ed. New York. Pp. 544-564.

³ Eileen Wang (2015). Choice, Control and Childbirth: Cesarean Deliveries on Maternal Request in Shanghai, China. Pen libraries. University of Pennsylvania. P7.

⁴ World health organization. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Geneva. P18.

⁵ World Health Organization . (2015). Statement on Cesarean Section Rates. Genova. P2.

⁶ World health organization. (2010). Op cit. P15.

⁷ Eileen Wang. Op cit. P7.

⁸ Aaron B et al . (2014) . Safe prevention of the primary cesarean delivery. The American journal of Obstetrics and Gynecology. Vol 210. p181.

⁹ Marian F et al (2006) . Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk," United States, 1998-2001 Birth Cohorts. National Library of Medicine. Maryland. V 33. Pp175-176.

¹⁰

http://www.aleqt.com/2013/01/22/article_726559.html

¹¹ Alaa-Eldin Ebrashy et al . (2011). Cesarean Section In A University and General Tertiary Hospitals in Cairo; Egypt: Rates, Indications and Limits. Kasr Al-Aini Journal Of Obstetrics & Gynecology .Cairo.Vol. 2. Issue 1, April 2011 .P 21.

¹² Jurdi R, Khawaja M.(2004). Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study. Health Policy Plan. Oxford journals . Oxford university. Vol 19(2) . Pp101-110.

¹³ الديوان الوطني للإحصائيات (1994). جامعة الدول العربية. المسح الوطني حول صحة الأم والطفل. الجزائر. ص 163 .

¹⁴ الديوان الوطني للإحصائيات (2008). المسح الوطني المتعدد المؤشرات. الجزائر. ص 123.

¹⁵ وزارة الصحة والسكان (2015) . المسح الوطني

المتعدد المؤشرات. الجزائر. ص 9.

¹⁶ العكروف علي (2015) . الخصائص الديموغرافية و

الاجتماعية للأمهات وأثرها على طريقة وضعهن لمولدهن. مجلة الحوار الثقافي. جامعة مستغانم. عدد ربيع وصيف 2015. ص 165.

¹⁷ سمير محمد حسين (1976). بحوث

الإعلام. الأسس والمبادئ. عالم الكتب. القاهرة. ص 127.

¹⁸ Steven Abman H. William W. Fox .Richard A. Polin. (2011). Fetal and neonatal physiology. Elsevier Saunders. Philadelphia. Vol 1. Pp 46-47.

¹⁹ Finger C . (2003). "Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for Caesareans in the belief that it is a practical solution". National Library of Medicine. Maryland. Vol 362, No. 9384. August 2003. P628.

²⁰ Aaron B et al. Op cid. P180.

²¹ Fédération hospitalière de France. (2010). Etude sur les césariennes. Paris. p7.

²² Kyoko Yoshioka-Maeda et al. (2016). Cesarean section by maternal age group among singleton deliveries and primiparous Japanese women. Journal List BMC Pregnancy and Childbirth. Vol 16. London. P3.

²³ Feng, XL; Wang, Y; An, L; Ronsmans, C. (2014) Cesarean section in the People's Republic of China: current perspectives. International Journal of Women's Health. Vol 6. P67.