

Share-Net

منصة المعرفة
للسحة الجنسية والانجابية - الأردن



ملخص سياسات

الحد من عمليات الولادات القيصرية الاختيارية
بدون مبررات طبية في الأردن

2024

Share-Net
منصة المعرفة
لصحة الجنسية والانجابية - الأردن



ملخص سياسات

الحد من عمليات الولادات القيصريّة الاختيارية
بدون مبررات طبيّة في الأردن



لترشيد اللجوء إلى العمليات القيصرية واقتصارها على الحالات التي تستدعيها الضرورة الطبية، وبمشاركة لجنة من الخبراء ممثلين عن وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية الأردنية ومستشفى الجامعة الأردنية ومشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية، واستند في تشخيصه للمشكلة واقتراح بدائل معالجتها على الأدلة العلمية المتحصلة من الدراسات والإحصائيات الوطنية بالإضافة إلى مقابلات مركزة مع المعنيين.

وقيمّ الملخص أربع بدائل للحد من عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية في الأردن، ووجد أن جميعها تسهم في الحد من عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية في الأردن وهي :

- تمكين النساء وتعزيز الوعي لديهنّ حول منافع الولادة الطبيعية، والتأثيرات السلبية للولادات القيصرية غير الضرورية، وتجنب مخاطر تكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى، عبر حملات تستهدف الأفراد والمجتمعات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والعيادات الخاصة.

- الزامية تطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية ونظام مراجعة النظراء السريرية (Peer Review) وتجنب التوليد بعملية قيصرية غير ضرورية للحمل الأول من أجل الحد من وجود رصيد كبير من الأمهات اللواتي سيكن مرشحات لعملية قيصرية لحملهن الثاني، بالإضافة إلى تطبيق نظام صارم للتدقيق والتقييم للحصول على مراجعة دقيقة للنتائج.

- زيادة المحفّزات المالية للقائمين على الولادة المهبلية.

- تخفيف آلام الولادة المهبلية بما يضمن تأمين وسائل لتخفيف الألم بما فيها التخدير فوق الجافية.

ويقترح الملخص تشكيل لجنة وطنية برئاسة وزارة الصحة يشارك فيها بالإضافة إلى وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات التعليمية، ومجلس اعتماد المؤسسات الصحية وجمعية المستشفيات الخاصة لمتابعة تنفيذ السياسات المقترحة.

في حين أن العملية القيصرية يمكن أن تكون عملية جراحية أساسية ومنقذة للحياة، ويوصى بها في الحالات التي تشكل فيه الولادة المهبلية خطر على الأم أو الطفل أو كليهما، إلا أنها اليوم لا تُجرى جميعها لأسباب طبية، فقد ارتفع معدل الولادات القيصرية من 5.6% عام 1990 إلى 42.8% عام 2023، ويشير مسح السكان والأسرية 2017 إلى أنه تم اتخاذ قرار إجراء عملية الولادة القيصرية في 20% من الولادات قبل بداية المخاض، بينما لم يتم اتخاذ القرار إلا بعد بداية المخاض في 6% من الولادات، ويشير الفرق الكبير بين الولادات القيصرية المخطط لها وتلك غير المخطط لها إلى أن نسبة كبيرة من هذا النوع من العمليات غير ضرورية، وتشير التقارير السنوية الإحصائية لوزارة الصحة للفترة ما بين 2005-2022 إلى ارتفاع معدل الولادات القيصرية في مستشفيات وزارة الصحة لتصل إلى 34% عام 2022، وهو يفوق المتوسط العالمي والبالغ (21%) لنفس الفترة، ويتجاوز المعدل المثالي الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية والبالغ 15%.

إن ارتفاع معدل الولادات القيصرية، وارتفاع نسبة المواليد الذين يدخلون وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة في المستشفيات يحمل عبئاً كبيراً على الأطفال حديثي الولادة، وعلى مرافق الرعاية الصحية والأسر، إلى جانب العواقب على الأم، إذ تشير النتائج الواردة في التقارير الوطنية الأربعة لوفيات الأمهات (2018-2021) حول وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة أن وفيات الأمهات بعمليات قيصرية شكلت خلال هذه الفترة ما بين (71%-84%) من وفيات الأمهات بحالة ولادة قيصرية مقابل ما يعادل (16%-29%) بولادة مهبلية، واعتبر تقرير عام 2020 أنه على الرغم من أن الولادة القيصرية إجراء جراحي يمكن أن ينقذ حياة الأجنة والأمهات، إلا أن العملية القيصرية غير الضرورية طبياً ترتبط بخطر أعلى لوفيات الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة مقارنة بالولادة المهبلية.

تم إعداد هذا الملخص من قبل المجلس الأعلى للسكان وشير-نت الأردن بهدف تهيئة بيئة سياسات ملائمة



غير السريرية للحد من العمليات القيصرية غير الضرورية، وأوصت باستخدام مجموعات روبسون العشرة في تصنيف الحوامل² للتقليل من العمليات القيصرية.

وضمن إطار استجابة المجلس الأعلى للسكان وشير-نت الأردن إلى عنونة هذه القضية في الاستراتيجية الوطنية لأردنية للصحة الإنجابية والجنسية 2020-2030، وتوصيات التقارير الوطنية لوفيات الأمهات في الأردن، والمساهمة في تحقيق التزامات الحكومة الأردنية في خفض وفيات الأمهات وفق أهداف التنمية المستدامة والتزامات الأردن في قمة نيروبي +ICPD25؛ تم إعداد هذا الملخص للسياسات بهدف تهيئة بيئة سياسات ملائمة لترشيد اللجوء إلى العمليات القيصرية واقتصارها على الحالات التي تستدعيها الضرورة الطبية، وشارك في إعداد هذا الملخص لجنة شكلها المجلس من الخبراء الممارسين ذوي الصلة من المؤسسات الوطنية، وتم تنفيذ لقاءات العصف الذهني مع صناع القرار وممثلين عن الجهات المقدمة للخدمات كوسيلة قيمة لحل المشكلات ووضع بدائل حلول للمشكلة.

ويقدم هذا الملخص تحليلاً لمشكلة تزايد عمليات الولادة القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية في الأردن ودراسة أبعاد هذه المشكلة من واقع الأدلة العلمية التي أفرزتها مجموعة من الدراسات والأبحاث الوطنية التي تناولت الموضوع وأثرها على نظام الرعاية الصحية وصحة الأم والأطفال حديثي الولادة. حيث تم تحليل المشكلة باستخدام مخطط السبب والتأثير الذي يهدف إلى حصر جميع الأسباب التي قد تؤدي إلى المشكلة المراد حلها والوصول إلى السبب أو الأسباب الحقيقية. بالإضافة إلى تقديم التوصيات المبنية على الأدلة والبراهين العلمية وكذلك توصيات لجنة الخبراء الممارسين ذوي الصلة من المؤسسات الوطنية التي تم مقابلتها خلال جلسات العصف الذهني للحد من نسبة عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية.

في حين أن العملية القيصرية يمكن أن تكون عملية جراحية أساسية ومنقذة للحياة، ويوصى بها في الحالات التي تشكل فيه الولادة المهبلية خطر على الأم أو الطفل أو كليهما، إلا أنها اليوم لا تُجرى جميعها لأسباب طبية، فقد ارتفعت معدلات الولادة القيصرية على مستوى العالم بشكل ملحوظ من حوالي 7% في عام 1990 إلى 21% للفترة 2010-2018، متجاوزة المعدل المثالي المقبول للعمليات القيصرية والذي يبلغ حوالي 10% إلى 15%، مدعومة بالتزايد السريع في معدل العمليات القيصرية بدون مبررات طبية، وما يسمى "العملية القيصرية بناءً على طلب الأم".

وفقاً لدراسة لمنظمة الصحة العالمية¹ إذا استمر هذا الاتجاه، فمن المرجح بحلول عام 2030 أن يصل معدل الولادات القيصرية على مستوى العالم إلى 28.5% وأن تكون أعلى المعدلات في شرق آسيا 63%، أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي 54%، وغرب آسيا 50%، وشمال إفريقيا 48%، جنوب أوروبا 47% وأستراليا ونيوزيلندا 45%. ولم يكن الأردن بعيداً عن هذا الاتجاه العالمي في ارتفاع معدلات الولادات القيصرية، فقد ارتفعت من 5.7% للفترة 1985-1990 إلى 25.8% للفترة 2013-2018، حيث يعتبر معدله واحداً من أعلى معدلات الولادة القيصرية في العالم، فهو يفوق المتوسط العالمي والبالغ (21%) لنفس الفترة، ويتجاوز المعدل المثالي الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية، وفي غياب التدخلات الفعالة لعكس هذا الاتجاه، سنواجه سيناريو معقد مع المراضة والوفيات للأمهات مع ما يصاحب ذلك من استخدام مفرط للإجراء الجراحي الذي يستنزف الموارد المالية.

وضمن هذا السياق – ولضبط إجراء العمليات القيصرية - أعدت وزارة الصحة بالتعاون مع USAID المبادئ التوجيهية الوطنية لدعم الولادات المهبلية وتقليل عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية، كما قدمت منظمة الصحة العالمية توصياتها العالمية في التدخلات

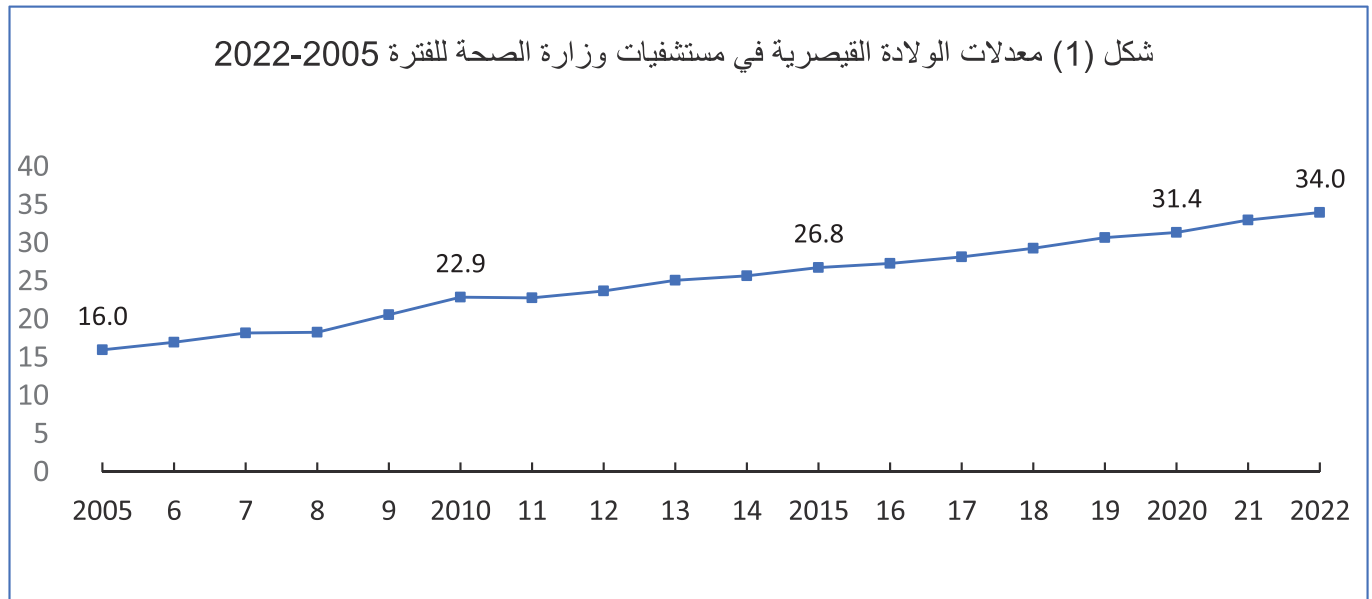
1 <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

2 نظام روبسون لتصنيف جميع النساء اللواتي هن في مرحلة الولادة إلى واحدة من عشرة مجموعات على أساس الخصائص التي يمكن تحديدها بسهولة. مثل عدد حالات الحمل السابقة، أو ما إذا كان رأس الطفل من الأسفل، وعمر الحمل، وندبات الرحم السابقة، وعدد الأطفال وكيف بدأت الأم الولادة.



تشير نتائج مسح السكان والصحة الأسرية³ إلى أن نسبة المواليد الذين ولدوا بعملية جراحية قيصرية ارتفعت من 5.6% عام 1990 إلى 25.8% عام 2017، وإلى 42.8% عام 2023.

تشير التقارير السنوية الإحصائية لوزارة الصحة⁴ للفترة ما بين 2005-2022 أيضاً إلى ارتفاع معدل الولادات القيصرية في مستشفيات وزارة كما هو مبين في الشكل (1)، وهي تفوق المتوسط العالمي والبالغ (21%) لنفس الفترة، ويتجاوز المعدل المثالي الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية والبالغ 15%.



كان 26%، وأنه تم اتخاذ قرار إجراء عملية الولادة القيصرية في 20% من الولادات قبل بداية المخاض، بينما لم يتم اتخاذ القرار إلا بعد بداية المخاض في 6% من الولادات، ويشير الفرق الكبير بين الولادات القيصرية المخطط لها وتلك غير المخطط لها إلى أن نسبة كبيرة من هذا النوع من العمليات غير مطلوبة أو غير ضرورية.

وبينت دراسة أخرى بعنوان "تأثير العمليات القيصرية على نتائج حديثي الولادة في مستشفى جامعي في الأردن⁷، بالاستناد إلى مراجعة للسجلات الطبية لجميع النساء والأطفال الذين تم توليدهم عن طريق العمليات القيصرية خلال الفترة من كانون ثاني 2016 إلى تموز 2017، أنه تم

وكشفت دراسة بعنوان "طلب الأم للولادة القيصرية؛ إشارة قوية أو نافذة للمضاعفات؛ تجربة مستشفى تعليمي⁵"، حقيقتين مهمتين هما زيادة ملحوظة في نسبة النساء الحوامل اللواتي يلدن عن طريق العمليات القيصرية مقارنة بالولادة المهبلية بنسبة 54% مقابل 45.6%، وأن العمليات القيصرية السابقة (عمليتين فأكثر) تصدرت قائمة مبررات العمليات القيصرية في المستشفى (28.9%)، ويليهما في المرتبة الثانية طلب الأم بنسبة (22.78%) من إجمالي الولادات عام 2022.

كما أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية⁶ 2017-2018 أن معدل الولادة القيصرية بين كل الولادات

³ دائرة الإحصاءات العامة، مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 1990، 2017-2018، 2023.

⁴ وزارة الصحة، التقارير السنوية الإحصائية للسنوات 2017 ولغاية 2022

⁵ Kamil Mosa Fram, and others, Maternal request for cesarean delivery; a solid indication or a window for complications; a teaching hospital experience, Obstetrics & Gynecology International Journal, Volume 14 Issue 2 - 2023

⁶ دائرة الإحصاءات العامة، 2019. مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2017-2018

⁷ Wasim Khasawneh¹, Nail Obeidat², Dawood Yusef¹ and Jomana W. Alsulaiman, The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan, Khasawneh et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:335. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03027-2>

إلى 5 سنوات من عمر الطفل وكانت أعلى نسبة للإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والفيروسات الأخرى.

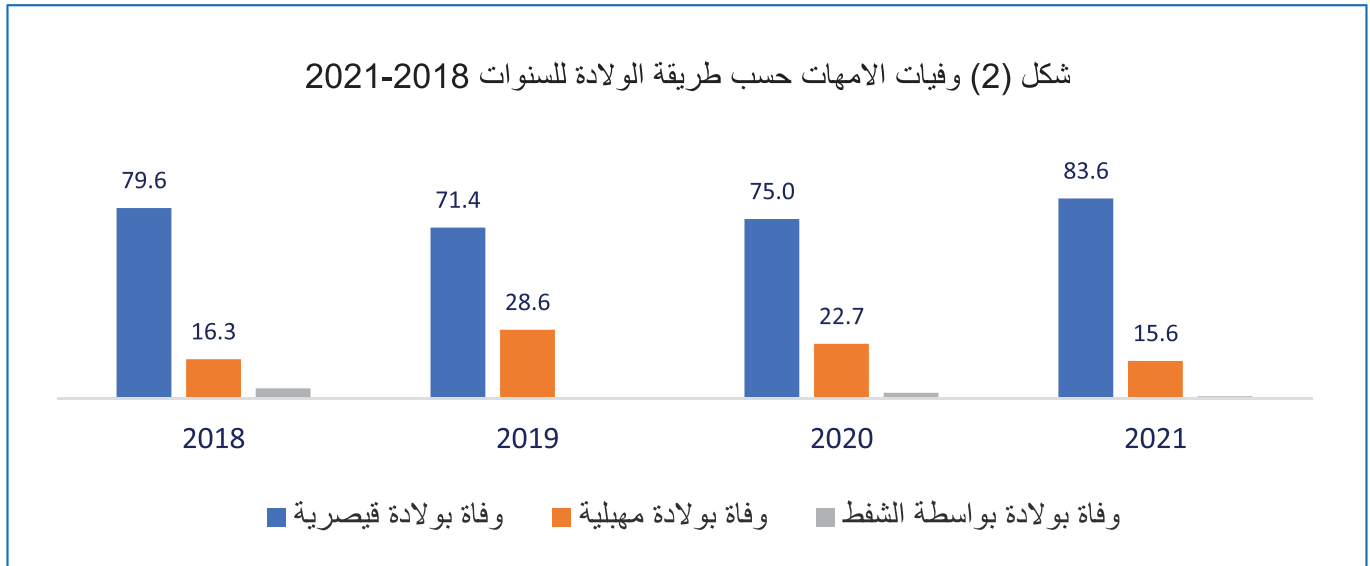
وخلصت دراسة⁹ بعنوان "الارتباطات بين الولادات القيصرية والرضاعة الطبيعية في الشرق الأوسط" إلى ارتباط الولادات القيصرية بزيادة خطر تأخر بدء الرضاعة الطبيعية وكذلك التوقف المبكر عن الرضاعة الطبيعية الحصرية.

وتشير النتائج الواردة في التقارير الوطنية الأربعة لوفيات الأمهات¹⁰ (2018-2021) حول وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة أن وفيات الأمهات بعمليات قيصرية خلال هذه الفترة شكلت ما بين (71%-84%) من وفيات الأمهات بحالة ولادة قيصرية مقابل ما يعادل (16%-29%) بولادة مهبلية خلال نفس الفترة، واعتبر تقرير عام 2020 أنه على الرغم من أن الولادة القيصرية إجراء جراحي يمكن أن ينقذ حياة الأجنة والأمهات، إلا أن العملية القيصرية غير الضرورية طبيًا ترتبط بخطر أعلى لوفيات الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة ومقارنة بالولادة المهبلية، وأوصى التقرير بضرورة تعزيز البرنامج الوطني لتقليل عمليات الولادة القيصرية غير الضرورية في ضوء الاتجاه المتزايد للولادات القيصرية في الأردن.

إجراء 2595 ولادة قيصرية خلال 18 شهراً، وبما نسبته 50.5% من إجمالي الولادات، وكانت عمليات الولادات القيصرية إجراءً اختيارياً لـ 60% من الولادات القيصرية وإجراءً طارئاً لـ 40% منها، ودخلت 30% من الولادات القيصرية وحدة العناية الحثيثة لحديثي الولادة، وخلصت الدراسة إلى أن ارتفاع معدل الولادات القيصرية، وارتفاع نسبة المواليد الذين يدخلون وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة في المستشفى إلى جانب العواقب الناتجة للأم والوليد، يحمل هذا عبئاً كبيراً على الأطفال حديثي الولادة ومرافق الرعاية الصحية والأسر المعنية.

كما بينت دراسة حملت عنوان "علاقة طريقة الولادة بخطر دخول المستشفى بسبب العدوى في مرحلة الطفولة"⁸ أنه لدى الأطفال المولودين عن طريق الولادة القيصرية الاختيارية خطر دخول المستشفى مرتبط بالعدوى وبنسبة تزيد عن 13% مقارنة بالأطفال المولودين عن طريق المهبل، وبنسبة تزيد 9% لدى الأطفال المولودين بعملية قيصرية طارئة مقارنة بالأطفال المولودين عن طريق المهبل، وفسرت ذلك بسبب الاختلافات في التعرض الميكروبي الأولي حسب طريقة الولادة، واستمرت المخاطر المتزايدة

شكل (2) وفيات الامهات حسب طريقة الولادة للسنوات 2018-2021



8 Miller JE, Goldacre R, Moore HC, Zeltzer J, Knight M, Morris C, et al. (2020) Mode of birth and risk of infection-related hospitalization in childhood: A population cohort study of 7.17 million births from 4 high-income countries. PLoS Med 17(11): e1003429. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003429>.

9 Miho Soden, Hannah Tappis, Gilbert Burnham and Mija Ververs, Associations between caesarean births and breastfeeding in the Middle East: a scoping review, EMHJ – Vol. 27 No. 9 – 2021

10 Ministry of Health, Jordan's National Maternal Mortality Report 2018,2019,2020, 2021.

وغير ذلك من المضاعفات قصيرة الأمد. وبالإضافة إلى ذلك، فقد ارتبطت العمليات القيصرية على المدى الطويل، بحدوث مضاعفات من قبيل تمزق الرحم، والتشققات المشيمة، والحمل خارج الرحم، والعدوى، واستئصال الرحم، والالتصاقات داخل البطن في الحمل التالي، وقد أدى هذا الاستخدام غير الرشيد لذلك الإجراء إلى زيادة معدلات المضاعفات المرتبطة به، وفي واقع الأمر فإن ثلاثة من الأسباب الستة الرئيسية المؤدية إلى وفيات الأمهات وهي النزيف، والعدوى، ومضاعفات التخدير أصبحت ترتبط الآن بالجراحة القيصرية.

وتنوه منظمة الصحة العالمية¹¹ إلى مخاطر الاستخدام المفرط لعمليات الولادة القيصرية لارتباطها بمخاطر صحية قصيرة وأخرى طويلة الأمد على الأم، قد تمتد آثارها إلى سنوات طويلة تتجاوز الولادة الحالية، وقد تؤثر على حالات حملها في المستقبل، كما ترتبط المعدلات المرتفعة للعمليات القيصرية بتكاليف باهظة للحصول على الرعاية الصحية، كما تزيد العمليات القيصرية من احتمال الحاجة إلى نقل الدم، وخطر حدوث مضاعفات من جراء التخدير، وإصابة الأعضاء، والعدوى، وضيق التنفس لدى حديثي الولادة،

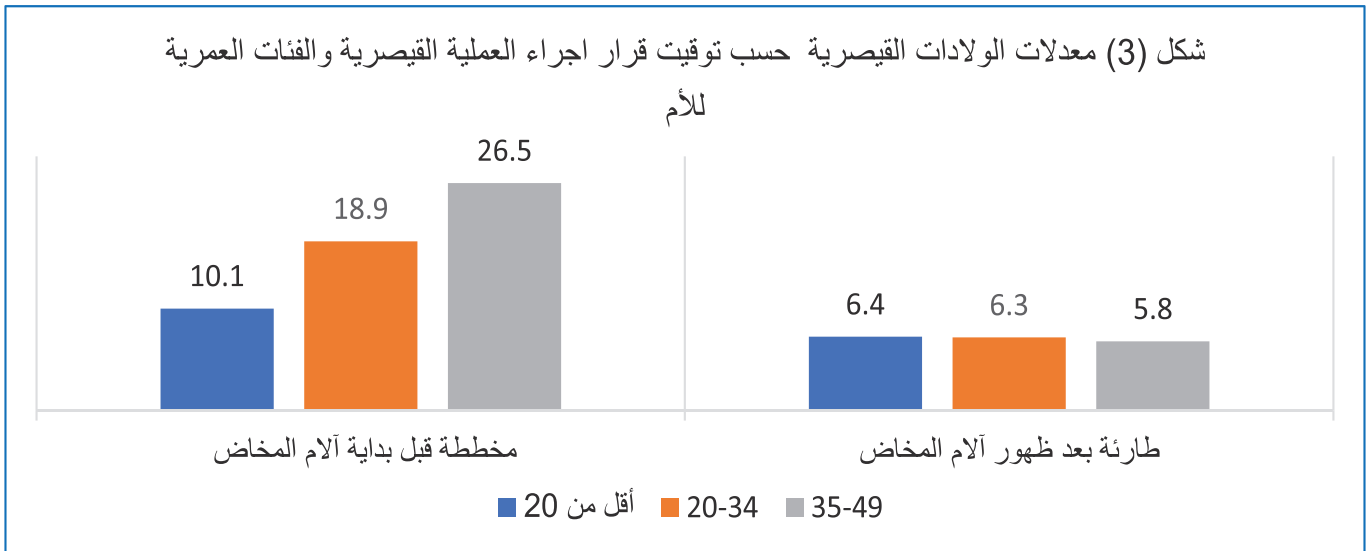
ثالثاً: سياق المشكلة

1: الخصائص العامة

لقد كان لدى النساء دون سن العشرين أدنى معدلات ولادة قيصرية (10.1%) مقارنة بالفئات الأخرى الأكبر سناً (18.9% للفئة العمرية 20 - 34 سنة و26.5% للفئة العمرية 35 - 49 سنة)، على عكس العمليات القيصرية الطارئة التي لا ترتبط بالعمر كما هو مبين في الشكل (3).

تقدم نتائج مسح السكان والصحة الأسرية 2017-2018 وصفاً للخصائص الأساسية حسب توقيت القرار بإجراء العملية القيصرية، ومن أبرز ما جاء في ذلك :

● تتباين معدلات العمليات القيصرية المخطط لها قبل بداية آلام المخاض حسب الفئات العمرية للأم



تعتبر الولادة القيصرية المخطط لها أكثر شيوعاً في مستشفيات القطاع الخاص، فقد بلغ المعدل (23%) في مستشفيات القطاع الخاص مقابل (18.4%) في مرافق

● تتباين معدلات الولادات القيصرية المخطط لها قبل بداية آلام المخاض حسب المرفق الصحي الذي تمت فيه عملية الولادة

11 منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، اللجنة الإقليمية للشرق المتوسط، الاستخدام الأمثل للعمليات القيصرية من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة في الإقليم، 2018

ارتفع معدل الولادات القيصرية المخطط لها لدى الأمهات الأردنيات (20.4%) مقابل (15% للأمهات السوريات و 17.8% للأمهات من جنسيات أخرى).

2: أسباب طلب الأمهات الولادة القيصرية

• خلصت دراسة بعنوان " طلب الأم للولادة القيصرية دون مبرر طبي، دراسة نوعية في الأردن¹³ "، إلى تحديد خمسة أسباب للولادة القيصرية الاختيارية دون مبررات طبية تعكس بمجملها عدم وجود خيار مستنير للسيدة الحامل:

- الخوف من عملية الولادة المهبلية: اعتبرت الأمهات

الولادة المهبلية عملية مؤلمة بتعدد الإجراءات المؤلمة مثل الانقباضات الاصطناعية والفحص المهبل، وأبدن خوفاً من الأعراض مثل فشل التقدم بالولادة، والنزيف وإصابة المولود.

- مخاوف بشأن الحياة الجنسية في المستقبل: توقعت

الأمهات التأثير الضار المحتمل للولادة المهبلية على الرغبة الجنسية والعلاقة الحميمة مع أزواجهن.

- الحاجة إلى ولادة إنسانية : توقع الأمهات تعرضهن

لمواقف سلبية أثناء المخاض من مقدمي الرعاية الصحية باستنادهن على تجارب قريبات ولدن عن طريق المهبل وتلقين معاملة سيئة من مقدمي الرعاية الصحية.

- أسباب شخصية : تتعلق بالحفاظ على اللياقة الجسدية،

واختيار تاريخ محدد للولادة يرتبط بالزوجين.

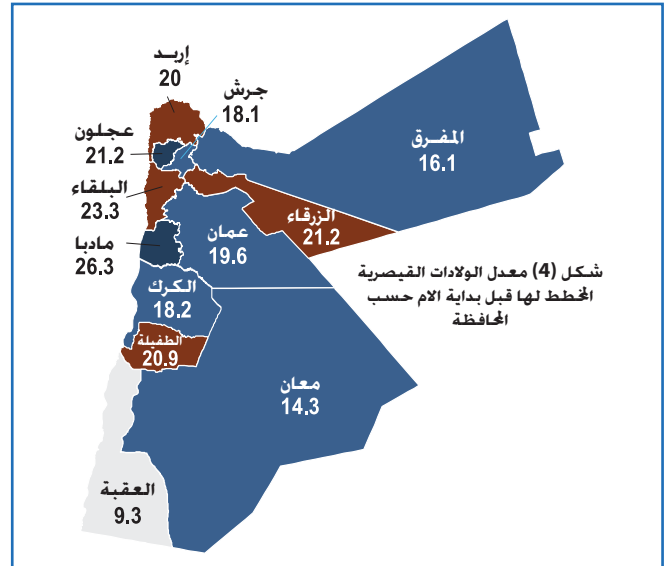
- عملية صنع القرار: اتخذت معظم النساء قرارهن بناءً

على تفاعلهن مع سياقهن الاجتماعي، فكان قرارهن يعتمد على تجارب عاشوها أقاربهم وأصدقائهم، كما تم دعمها وتشجيعها من قبل أفراد الأسرة وخاصة الزوج.

القطاع العام، في حين لم يختلف المعدل كثيراً في عمليات الولادة القيصرية الطارئة فقد بلغ 6.6% مقابل 6.2% في مرافق القطاع العام. وعلى العموم (أي بغض النظر عن العملية مخطط لها أم لا) كما خلصت إليه دراسة¹² حللت ما مجموعه 2.8 مليون سجل ولادة في الأردن في الفترة ما بين 1982 و2017. إن معدلات الولادات القيصرية كانت الأعلى في المستشفيات التعليمية 40.4%، يليها مستشفيات القطاع الخاص 39.1%، والمستشفيات العسكرية 36.1% والمستشفيات الحكومية 27.4%.

• تتباين معدلات الولادات القيصرية المخطط لها قبل بداية آلام المخاض حسب المنطقة الجغرافية

كما هو مبين في الشكل (4)، سجلت محافظة مادبا أعلى معدل للولادات القيصرية المخطط لها قبل بداية آلام المخاض (26.3%)، تليها محافظات البلقاء والزرقاء وعجلون والطفيلة واربد، بينما سجلت محافظة العقبة أدنى معدل (9.3%)، وبينهما محافظات العاصمة والكرك وجرش والمفرق ومعان.



• تتباين معدل الولادات القيصرية المخطط لها قبل بداية آلام المخاض حسب جنسية الأم

¹² Abdel-Fattah Salem, Department of Obstetrics and Genecology, Mu'tah University, Trends in Caesarean section deliveries in Jordan from 1982 to 2017: retrospective analyses of annual hospital reports, EMHJ – Vol. 27 No. 2 – 2021: 195-201

¹³ R. Hatamleh, S. Abujilban and A.J. Al-Shraideh et al., Maternal request for cesarian birth without medical indication in a group of healthy women: A qualitative study in Jordan, / Midwifery 79 (2019) 102543, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661381930230X?via%3Dihub>

رابعاً: مراجعة وتقييم المشهد السياساتي / الإجرائي للمشكلة

للأطباء هي أعلى من تغطية الولادات المهبلية مما يؤدي إلى ارتفاع رغبة مقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص في القيام بالولادات القيصرية.

- غياب التغطية لتخدير فوق الجافية¹⁴: لا تقوم وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الخاصة بتقديم إجراء التخدير فوق الجافية لعدم توفر عدد كافٍ من أطباء التخدير، وعدم تغطية شركات التأمين الخاص نفقات هذا النوع من التخدير التي تتراوح ما بين 150 - 300 دينار، مما يزيد من طلب النساء للولادات القيصرية وذلك خوفاً من الألم.

3. عوامل متعلقة بتقديم الخدمات

- النقص في عدد القابلات القانونيات في الأردن يؤدي إلى استدعائهن للطبيب والحث نحو الولادات القيصرية بحجة أن الولادات متعسرة والأمهات يعانين من آلام مخاض شديدة، للتخلص من الأعباء التي تلقوها الأمهات عليهن خلال ساعات المخاض.

- زيادة الطلب من قبل النساء على الولادات القيصرية وهو أمر يرتبط بالمفاهيم الخاطئة المتعلقة بعمليات الولادة القيصرية، ظروفها، ونتائجها بالإضافة إلى ضعف التثقيف والتحضير في فترة ما قبل الولادة.

- الممارسات في المستشفيات التعليمية والاختصاص العالي حيث أنه خلال فترة التدريب في برامج الإقامة لا يتم التركيز على الولادات المهبلية الفعالة بل يتم التركيز على الولادات القيصرية مما يؤدي إلى خفض قدرة وخبرة أطباء التوليد على إجراء الولادات المهبلية.

- ميل بعض أطباء التوليد إلى إجراء العمليات القيصرية وزيادة الطلب عليها من قبل النساء يشجع أطباء التوليد الآخرين على أن لا يرفضوا إجراء هذه العمليات عند الطلب. - يمارس الأطباء " الطب الدفاعي " لتجنب التعقيدات التي قد تنتج عن الولادات المهبلية حتى في غياب الأسباب التي تستدعي ذلك، وغالباً ما يقومون بإجراء العمليات القيصرية كإجراء للحماية من قانون المسائلة الطبية.

من خلال لقاءات العصف الذهني التي تم عقدها مع لجنة الخبراء الممارسين ذوي الصلة من المؤسسات الوطنية وأطباء اختصاص النسائية والتوليد من المستشفيات، يمكن تصنيف المشهد السياسي أو الإجرائي للمشكلة إلى عوامل تتعلق بالحكومة، وعوامل أخرى تتعلق بالكلفة المالية، وعوامل لها علاقة بتقديم الخدمات.

1. عوامل الحكومة

- توجد مبادئ توجيهية ومعايير وطنية موحدة تتعلق برعاية التوليد والأمومة في المؤسسات الصحية مقررة من معالي وزير الصحة، لكن لا يوجد إلزامية للمؤسسات بتطبيقها ولا يوجد مراقبة على مدى الالتزام بالتطبيق. - معظم المستشفيات الخاصة لا تضع محددات للعمل على تخفيض معدلات الولادات القيصرية غير الضرورية. - لا يوجد أي قانون، أو تعليمات حكومية لتقييد معدلات عمليات الولادات القيصرية الاختيارية.

- لا يوجد إطار قانوني في الأردن لحماية أطباء التوليد والنسائية في حال حدوث مشاكل صحية للأمهات خلال عملية الولادة المهبلية.

- متطلبات اعتماد المستشفيات وبرامج التميز لم تستدرك موضوع التقييد بالحد من العمليات القيصرية الاختيارية، ومدى الالتزام بتنفيذ الإرشادات الوطنية التي تتعلق برعاية التوليد والأمومة.

2. عوامل مالية

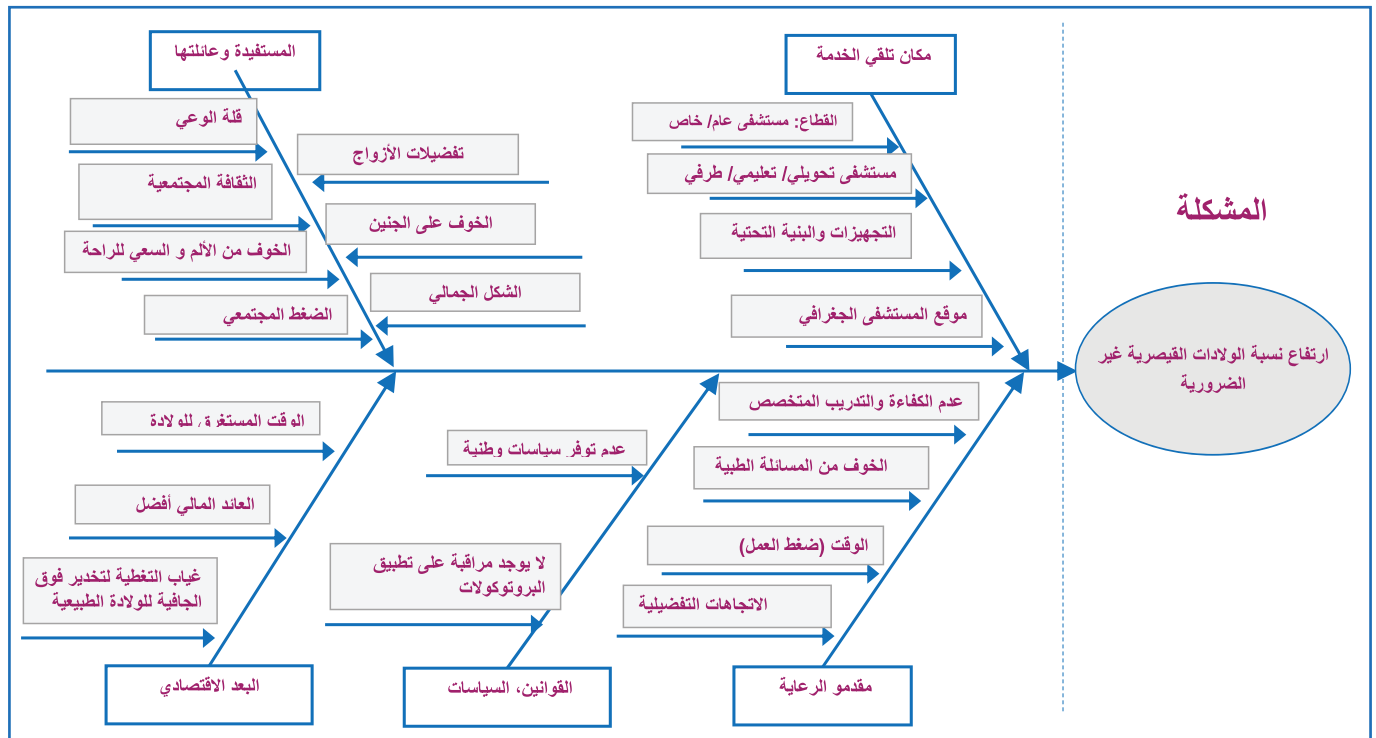
- كلفة أعلى وإفادة أكبر للمستشفيات: تؤمن الولادات القيصرية أرباحاً مرتفعة للمستشفيات نتيجة إشغال الأسرة وغرف العمليات وأسرّة الخداج وطول فترة الإقامة بعد الولادات القيصرية للأمهات.

- ارتفاع سعر وإيرادات العملية: إن تغطية الولادات القيصرية من قبل شركات التأمين الصحي ونسبة السداد

14 تخدير فوق الجافية: هي طريقة شائعة لتسكين الألم أثناء المخاض والولادة. ويتضمن هذا الإجراء وضع أنبوب رفيع ومرن من البلاستيك (قسطرة) في منطقة أسفل الظهر باستخدام إبرة خاصة. وبمجرد وضع القسطرة. يتم إعطاء خليط من المخدر الموضعي (دواء للألم) ومسكن قوي للألم للمساعدة في الحد من ألم المخاض طوال فترة الولادة باستخدام مضخة مبرمجة.



لوقوف على الأسباب الجذرية لزيادة نسبة عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية في الأردن إلى إجمالي الولادات فقد تم عقد مجموعة تركيز بحضور مجموعة من الخبراء، وقد استخدمت منهجية العصف الذهني لتحديد الأسباب الجذرية لارتفاع نسبة الولادات القيصرية الاختيارية دون دواعي طبية باستخدام مخطط إيشيكاوا أو ما يعرف بمخطط السبب والنتيجة (مخطط السمكة) حيث تم تحديد خمسة محاور تندرج تحتها الأسباب الجذرية وهي مكان تلقي الخدمة، والمستفيدة وعائلتها والمجتمع، الرعاية ونظام الرعاية الصحية، والقوانين والسياسات، والبعد الاقتصادي. وجرى تحديد الأسباب الجذرية تحت كل محور من المحاور كما يبينه الشكل التالي :



القيصرية غير الضرورية، والحد من تكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى، وذلك عبر حملات تستهدف الأفراد والمجتمعات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والعيادات الخاصة.

البديل الثاني: الزامية تطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية ونظام مراجعة النظراء السريرية* (Peer Review) وتجنب التوليد بعملية قيصرية غير ضرورية للحمل الأول من أجل الحد من وجود رصيد كبير من الأمهات اللواتي سيكن مرشحات لعملية قيصرية لحملهن الثاني، بالإضافة إلى

في ضوء ما تقدم يطرح هذا الملخص بدائل السياسات التالية لتخفيض المعدل المرتفع غير المقبول الحالي للولادات القيصرية وتعزيز الالتزام الصارم من قبل الكوادر الصحية بتطبيق المبادئ التوجيهية الوطنية وتوصيات منظمة الصحة العالمية في دعم الولادات المهبلية وتقليل عمليات الولادات القيصرية، وتجنب أي تحيز في اختيار طريقة الولادة.

البديل الأول: تمكين النساء وتعزيز الوعي لديهن حول منافع الولادة الطبيعية، والتأثيرات السلبية للولادات

* مراجعة النظراء السريرية: العملية التي يقوم بها اختصاصي و الرعاية الصحية بتقييم الأداء السريري لبعضهم بعضاً الغرض الأساسي منها هو تحسين جودة وسلامة الرعاية و أيضاً تقليل مسؤولية سوء الممارسة غير المباشرة للمؤسسة وتلبية المتطلبات التنظيمية، و تدعم العمليات الأخرى التي تطبقها مؤسسات الرعاية الصحية، للتحقق من أن الأطباء يتمتعون بالكفاءة، ويمارسون داخل حدود المعايير المقبولة مهنيًا

- إطلاق برامج وحملات توعية تستهدف السيدات الحوامل وأسرهن حول فوائد الولادة الطبيعية ومخاطر إجراء عمليات الولادة القيصرية دون مبررات طبية، والتعرض لتكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى، لتمكين المرأة الحامل من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن طريقة الولادة.

- إعطاء دروس في الاسترخاء، والتحصير للولادة.
- تقديم مفهوم دعم ال Doulas في الأردن الذي يتكون من تقديم الدعم العاطفي والجسدي والمعلوماتي للنساء الحوامل قبل الولادة وأثناءها وبعدها من قبل محترفين مدربين وقد أظهرت الأبحاث أن دعمهم يرتبط بانخفاض مدة المخاض، وحالات الولادة القيصرية.
- تضمين المساقات ذات العلاقة في التخصصات الطبية (الطب، التمريض والقبالة) سبل تقديم المشورة للنساء الحوامل.

ومن الجدير بالذكر إن مساعدة النساء على القيام بخيارات مستنيرة فيما يتعلق بنوع الولادة أثبتت فعالية متوسطة في خفض الولادات القيصرية الاختيارية في كل من البرازيل وإيران والمكسيك¹⁶.

إيجابيات البديل :

1. نتائج سريعة نسبياً، أي أن مردوده قصير الأجل ويساهم في تمكين المرأة الحامل من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن طريقة الولادة.
2. ستنعكس نتائجه على الأجيال القادمة.
3. كبدل ممكن النظر إليه كجزء من المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية غير الربحية والقطاع الخاص في تقليل نسبة المراضة والوفيات.
4. ربط برامج وحملات التوعية وقيام طبيب النسائية والطاقي الطبي بتقديم التوعية المناسبة للمرأة الحامل

تطبيق نظام صارم للتدقيق والتقييم للحصول على مراجعة دقيقة للنتائج.

البديل الثالث: زيادة المحفزات المالية للقائمين على الولادة المهبلية.

البديل الرابع : تخفيف آلام الولادة المهبلية بما يضمن تأمين وسائل لتخفيف الألم بما فيها التخدير فوق الجافية.

سابعاً: تحليل بدائل السياسات

1 السياسة الأولى : تمكين النساء وتعزيز الوعي لديهن حول منافع الولادة الطبيعية، والتأثيرات السلبية للولادات القيصرية غير الضرورية

ويشمل ذلك أيضاً التوعية بالحد من تكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى، وذلك عبر حملات تستهدف الأفراد والمجتمعات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والعيادات الخاصة .

إن عملية رفع درجة الوعي لدى النساء الحوامل عبر تحسين معرفتهن خلال فترة ما قبل الولادة حول فوائد الولادة الطبيعية ومخاطر إجراء عمليات الولادة القيصرية دون مبررات طبية قد ساهمت في تخفيض معدلات الولادات القيصرية الاختيارية في بلدان مختلفة مثل (البرازيل، إيران، البرتغال، الولايات المتحدة، تشيلي، هولندا، المملكة المتحدة، تايلاند، المكسيك) من خلال تحسين القرارات المتعلقة بنوع الولادة وتصحيح المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالولادات القيصرية¹⁵.

تشمل مداخلات هذا البديل تبني مجموعة من الأساليب والأدوات :

- تضمين مشورة حول فوائد الولادة الطبيعية ومخاطر إجراء عمليات الولادة القيصرية دون مبررات طبية في الدلائل الإرشادية وبروتوكولات رعاية الحمل المعمول بها.

¹⁵ (Khunpradit et al. 2011; Hartmann et al., 2012; WHO, 2010; WHO; 2012; Rossignol et al., 2013; Simpson, Newman & Chirino, 2010; Kottwitz, 2014; Marshall, Spiby & McCormick, 2015; Campero et al., 2004; ACOG; 2014; Mawson, 2002; Baradran et al., 2006; Ayres De Campos et al., 2015; Bastani et al., 2006; Hanvoravongchai et al., 2000).

¹⁶ Mehdizadeh, 2005; ElFerink, 2002, WHO, 2012; Bastani, 2006.

مراجعة الولادات ومؤشرات كل منها لتحديد الولادات القيصرية الضرورية وغير الضرورية ومتابعة المعدلات المرتفعة وفقاً للمبادئ التوجيهية السريرية الوطنية، وتفعيل قانون المسائلة الطبية فإذا تم التأكد طبياً من أنه كان من الممكن ولادة الأم طبيعياً لكن الطبيب أجرى عملية قيصرية يتم محاسبة الطبيب الذي يقوم بإجراء العملية، وينصح بشدة أن يكون امتثال المستشفيات لهذه السياسات إلزامي لتحقيق حالة الاعتماد.

قد أثبت هذا البديل فعاليته في المستشفيات العامة والخاصة في بلدان مختلفة مثل (البرازيل، إيران، البرتغال، الولايات المتحدة، تايلاند)¹⁷.

أما بالنسبة لتقييم ومتابعة هذه الإجراءات بعد وضعها، فيمكن أن يتم تحت إشراف وزارة الصحة، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.

إيجابيات البديل :

- يعتبر بديل منخفض التكلفة نسبياً.
- يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليل نسبة المراضة والوفيات.
- ربط الإجراءات بعد وضعها مع شركات التأمين حيث تتحمل الأم تكلفة العملية القيصرية إذا كانت بناء على طلبها ولا تتحمل التكلفة جهة التأمين.

محددات البديل:

التزام كبير من وزارة الصحة ومجلس اعتماد المؤسسات الصحية لتقييم ومتابعة هذه الإجراءات.

السياسة الثالثة : زيادة الحوافز المالية للقائمين على الولادة المهبلية، وإعادة النظر في تسعيرة الولادة المهبلية.

3

بأنظمة الاعتماد في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
5. خفض اعداد الولادات القيصرية التالية للولادة القيصرية الاولى.

محددات البديل:

1. الحاجة لطاقت مناسبة من الموظفين لتأمين الفعالية على المدى البعيد.
2. التزام كبير من وزارة الصحة نحو تثقيف الأمهات من خلال إطلاق حملات توعوية.

السياسة الثانية : الزامية تطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية ونظام مراجعة النظراء السريرية (Peer Review).

2

ويشمل ذلك ايضا تجنب التوليد بعملية قيصرية غير ضرورية للحمل الأول من أجل الحد من وجود رصيد كبير من الأمهات اللواتي سيكن مرشحات لعملية قيصرية لحملهن الثاني، بالإضافة إلى تطبيق نظام صارم للتدقيق والتقييم للحصول على مراجعة دقيقة للنتائج.

إن تطبيق سياسة تقضي بإلزام المستشفيات العامة والخاصة بالالتزام بنظام مراجعة النظراء السريرية والتي تشمل قيام اخصائيي الرعاية الصحية بتقييم الأداء السريري لبعضهم البعض بغرض تحسين جودة وسلامة الرعاية والتحقق من أن الأطباء يتمتعون بالكفاءة، ويمارسون داخل حدود المعايير المقبولة مهنيًا. حيث يوصى بأن يكون الطبيب المراجع يتمتع بمؤهلات مساوية أو أعلى من مؤهلات الطبيب الأول وأن يتم اختياره من قبل قسم التوليد وأن يكون سبق ووافق على اتباع المبادئ التوجيهية السريرية .

¹⁷ Liu & Sia, 2004; Lasnet et al., 2014; Chaillet et al., 2007; Naidoo & Moodley, 2009; Scarella et al., 2011; Venditelli et al., 2014; Mohammadi, Essen & Kallestal, 2012; Catling-Paull et al., 2011; Hanvoravongchai et al., 2000.

الولادات القيصرية الاختيارية، لذا يجب وضع نظام يؤمن التغطية المادية لتخدير فوق الجافية في مستشفيات القطاع الخاص وإلزام مستشفيات القطاع العام والمستشفيات التعليمية بتطبيق بروتوكول الولادة المهبليّة باستخدام التخدير فوق الجافية لرفع معدل الولادات الطبيعية أو المهبليّة عند النساء اللواتي يشعرون بالخوف من ألم الولادة.

قد أثبت هذا البديل فعالية متوسطة في خفض الولادات القيصرية الاختيارية في بلدان مختلفة مثل (البرازيل، المكسيك، البرتغال، الولايات المتحدة، وهولندا)¹⁹.

إيجابيات البديل :

- بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية من الأطباء والممرضات والقابلات وأخصائي التخدير على أفضل الممارسات للولادة المهبليّة واستخدام تقنيات تحفيز الولادة الطبيعيّة.
- تقييم حالات الولادة واستخدام معايير مبنية على الأدلة لتخاذ قرار بشأن العملية القيصرية.
- التدريب على تقديم حقنة - Epidural Anesthesia Injection لتفادي ألم المخاض وألم الولادة كإجراء آمن ومحفز للولادة المهبليّة.

محددات البديل:

- الحاجة لطاقت مناسبة من الموظفين لتأمين الفعالية على المدى البعيد.
- التزام كبير من وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية نحو بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية من الأطباء وأخصائي التخدير على تقديم حقنة . Epidural Anesthesia Injection

على المستوى المادي، من المهم زيادة الحافز المالي للأطباء لإجراء الولادات المهبليّة بدل الولادات القيصرية، وكذلك الأطباء الذين يحققون نسب ومعدلات أعلى للولادة الطبيعيّة.

كما يتوجب مراجعة تسعيرة الولادة المهبليّة مع الأخذ بعين الاعتبار الوقت الطويل والجهد الذي تحتاجه الولادة المهبليّة مقارنة بالولادة القيصرية، وهذا الأمر يتطلب تنسيقاً كبيراً بين جمعية المستشفيات الخاصة وشركات التأمين، ورقابة صارمة من قبل وزارة الصحة.

تم وضع وتنفيذ هذه المداخلات في عدد من البلدان ذات الأوضاع الاجتماعيّة والاقتصاديّة والأنظمة الصحيّة المختلفة كالولايات المتحدة، الصين، تاوان، تشيلي، المكسيك، البرازيل، وإيران¹⁸.

إيجابيات البديل :

خفض عامل الحافز المالي عبر مساواة التكلفة بين الإجراءين.

محددات البديل:

التزام كبير من وزارة الصحة وجمعية المستشفيات الخاصة وشركات التأمين.

4 السياسة الرابعة : تأمين وسائل لتخفيف آلام الولادة المهبليّة بما فيها التخدير فوق الجافية.

إن التخدير فوق الجافية يخفف الشعور بالخوف من الألم خلال الولادة والذي يعتبر عاملاً أساسياً لطلب الولادة القيصرية. حيث أن استخدام التخدير فوق الجافية رفع معدل الولادات الطبيعيّة أو المهبليّة عند النساء اللواتي يشعرون بالخوف من ألم الولادة وأثبت فعالية متوسطة في خفض

¹⁸ WHO, 2012; Hartmann et al., 2012; Main et al., 2012; Yazdizadeh et al., 2011

¹⁹ (AlThabe et al., 2004; Eltzschig et al., 2003; Liu & Sia, 2004; CIVHC, 2014; McCourt et al., 2007; Keogh et al., 2006; Benhamou et al., 2002; Somuah, Smyth & Jones, 2011).



الأول من أجل الحد من وجود رصيد كبير من الأمهات اللواتي سيكن مرشحات لعملية قيصرية لحمهن الثاني، بالإضافة إلى تطبيق نظام صارم للتدقيق والتقييم للحصول على مراجعة دقيقة للنتائج"، حيث أنه منخفض التكلفة نسبياً ويساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليل نسبة المراضة والوفيات. أما بالنسبة للبديل الثالث وهو زيادة الحوافز المالية للفائمين على الولادة المهبلية، وإعادة النظر في تسعيرة الولادة المهبلية أن تحقيقه يرتبط بالتزام وزارة الصحة وجمعية المستشفيات الخاصة وشركات التأمين لزيادة الحافز المالي للأطباء لإجراء الولادات المهبلية.

كما أن البديل الرابع الذي يشمل تأمين وسائل لتخفيف آلام الولادة المهبلية بما فيها التخدير فوق الجافية من الممكن تنفيذه عند النساء اللواتي يشعرن بالخوف من ألم الولادة لرفع معدل الولادات الطبيعية لديهن حيث يتم التركيز على بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية.

إن تبني هذه البدائل يتطلب تشكيل لجنة وطنية من قبل الحكومة، تتكون من جميع الجهات ذات العلاقة في القطاع العام والخاص والتطوعي كوزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، جمعية المستشفيات الخاصة، وتكون مهمته متابعة تنفيذ الإجراءات المبينة في الجدول التالي :

باستعراض بدائل السياسات الأربعة سابقة الذكر، يتضح مدى أهميتها جميعاً للحد من عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية في الأردن، وعلى الرغم من القناعة الكاملة بأن جميع هذه السياسات إنما تكمل بعضها البعض، وتخدم الهدف النهائي وهو الحد من عمليات الولادات القيصرية الاختيارية بدون مبررات طبية، إلا أن هذه البدائل لا تخلو من بعض المحددات، فمثلاً البديل الثالث يحتاج إلى التزام كبير من وزارة الصحة وجمعية المستشفيات الخاصة وشركات التأمين لزيادة الحافز المالي للأطباء لإجراء الولادات المهبلية، والبديل الرابع يعد برنامجاً طويل الأجل ويحتاج إلى الاستدامة كي يحقق الفائدة المرجوة منه.

ويقتضي الأمر العمل على البدائل الأربعة حيث أن البديل الأول "تمكين النساء وتعزيز الوعي لديهن حول منافع الولادة الطبيعية، والتأثيرات السلبية للولادات القيصرية غير الضرورية، والحد من تكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى" على أساس أن تحقيقه ممكن في الأجل القصير والاستفادة من عائدته سريع نسبياً، كما أنه يساهم في تمكين المرأة الحامل من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن طريقة الولادة ونتائجه ستعكس على الأجيال القادمة، والبديل الثاني الذي يشمل "الإلزامية تطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية ونظام مراجعة النظراء السريرية، وتجنب التوليد بعملية قيصرية للحمل

السياسة المقترحة	الإجراء	الجهة المعنية بالتنفيذ
- تمكين النساء وتعزيز الوعي لديهن حول منافع الولادة الطبيعية، والتأثيرات السلبية للولادات القيصرية غير الضرورية، والحد من تكرار الولادة القيصرية بعد الولادة القيصرية الأولى، وذلك عبر حملات تستهدف الأفراد والمجتمعات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والعيادات الخاصة.	- تطوير وتنفيذ خطة إعلامية لنشر الوعي لدى النساء الحوامل عبر تحسين معرفتهن خلال فترة ما قبل الولادة حول فوائد الولادة الطبيعية ومخاطر إجراء عمليات الولادة القيصرية دون مبررات طبية. - توفير طاقم عمل مؤهل ومدرب لتنفيذ الحملات التوعوية.	- وزارة الصحة. - منظمات المجتمع المدني التي تستقبل الحوامل.
	- ربط برامج وحملات التوعية بأنظمة الاعتماد في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.	مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.

السياسة المقترحة	الإجراء	الجهة المعنية بالتنفيذ
	- تمويل الحملات التوعوية.	الجهات المانحة (منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية).
	- تضمين المساقات ذات العلاقة في التخصصات الطبية (الطب، التمريض والقبالة) سبل تقديم المشورة للنساء الحوامل.	وزارة التعليم العالي.
- الزامية تطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية ونظام مراجعة النظراء السريرية وتجنب التوليد بعملية قيصرية غير ضرورية للحمل الأول من أجل الحد من وجود رصيد كبير من الأمهات اللواتي سيكن مرشحات لعملية قيصرية لحملهن الثاني، بالإضافة إلى تطبيق نظام صارم للتحقيق والتقييم للحصول على مراجعة دقيقة للنتائج.	- إلزام جميع المستشفيات بتطبيق المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية.	وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، جمعية المستشفيات الخاصة، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
	- تفعيل قانون المسائلة الطبية.	
	- إلزام جميع المستشفيات تطبيق نظام صارم للتحقيق السريري.	
	- إلزام جميع المستشفيات تطبيق نظام مراجعة النظراء السريرية (Peer Review).	
	- بناء قدرات العاملين على آليات التحقيق والتقييم.	
	- المراقبة المستمرة وإعطاء التغذية الراجعة.	وزارة الصحة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
	- زيادة الحافز المالي للأطباء لإجراء الولادات المهبلية بعد الولادات القيصرية، وكذلك الأطباء الذين يحققون نسب ومعدلات أعلى للولادة الطبيعية.	وزارة الصحة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
	- مراجعة تسعيرة الولادة المهبلية مع الأخذ بعين الاعتبار الوقت الطويل والجهد الذي تحتاجه الولادة المهبلية مقارنة بالولادة القيصرية.	وزارة الصحة، والتأمين الصحي شركات التأمين جمعية المستشفيات الخاصة.
	- بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية من الأطباء والممرضات والقابلات وأخصائي التخدير على أفضل الممارسات.	وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، المستشفيات الجامعية.
	- التدريب على تقديم حقنة التخدير فوق الجافية Epidural Anesthesia Injection	
	- وضع ارشادات توجيهية وبروتوكولات سريرية لإجراء حقنة التخدير فوق الجافية Epidural Anesthesia Injection	
	- توفير الأدوات والمعدات الضرورية لتقديم الخدمة.	
تأمين وسائل لتخفيف آلام الولادة المهبلية بما فيها التخدير فوق الجافية.		



1. وزارة الصحة التقارير السنوية الإحصائية السنوات 2017 ولغاية 2022.
2. مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 1990، 2017-2018، 2023.
3. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، اللجنة الإقليمية للشرق المتوسط، الاستخدام الأمثل للعمليات القيصرية من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة في الإقليم، 2018.
4. Al-Rawashdeh, Israa, Ibrahim Kharboush, and Waqar Al-Kubaisy. 2020. Disparities in Cesarean Section among Women in Jordan: Analysis of the 2017-18 Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS).
5. Data. DHS Working Paper No. 167. Rockville, MD, USA: ICF. Abdel-Fattah Salem, Department of Obstetrics and Gynecology, Mu'tah University, Trends in Caesarean section deliveries in Jordan from 1982 to 2017: retrospective analyses of annual hospital reports, EMHJ – Vol. 27 No. 2 – 2021: 195-201.
6. AquelPoyatos- Leon and others, Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis, Acta ObstetGynecol Scand 2015; 94:1039–104, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.12675>.
7. Batieha AM, Al-Daradkah SA, Khader YS, Basha A, Sabet F, et al. (2017) Cesarean Section: Incidence, Causes, Associated Factors and Outcomes: A National Prospective Study from Jordan. GynecolObstet Case Rep Vol.3: No.3:55. doi:10.21767/2471-8165.1000055.
8. Kamil Mosa Fram, and others, Maternal request for cesarean delivery; a solid indication or a window for complications; a teaching hospital experience, Obstetrics & Gynecology International Journal, Volume 14 Issue 2 – 2023.
9. Karem H. Alzoubi, PhD, Basheer Y. Khassawneh, MD, Basil Obeidat, MBBS, MRCOG, Suzan S. Asfoor, MSc, and Sayer I. Al-azzam, PharmD, MSc, Awareness of patients who undergo cesarean section about venous thromboembolism prophylaxis, JOURNAL OF VASCULAR NURSING, 2013 ,Vol. XXXI No. 1, www.jvascnurs.net.
10. Ministry of Health and USAID, 2020, National Guidelines to Support Vaginal Births and Reduce Primary Cesarean Section Deliveries, <https://www.moh.gov.jo/FBV4.0/Root Storage/AR/EB Info Page العمليات القيصرية.pdf>.
11. Ministry of Health, Jordan's National Maternal Mortality Report 2018,2019,2020, 2021.
12. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
13. <https://www.researchgate.net/publication/352426194> Trends and projections of caesarean section_rate s Global and regional estimates.

14. Miller JE, Goldacre R, Moore HC, Zeltzer J, Knight M, Morris C, et al. (2020) Mode of birth and risk of infection-related hospitalization in childhood: A population cohort study of 7.17 million births from 4 high-income countries. *PLoS Med* 17(11): e1003429. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003429>.
15. R. Hatamleh, S. Abujiaban and A.J. Al-Shraideh et al., Maternal request for cesarian birth without medical indication in a group of healthy women: A qualitative study in Jordan, / *Midwifery* 79 (2019) 102543, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661381930230X?via%3Dihub>.
16. Sawsan Abu Hammad, and others, 2021, Caesarean section delivery from maternal perspective: An exploratory study in Jordan, *Clinical Practice*, Volume 75. Issue 8 ,2021, <https://doi.org/10.1111/ijcp.14349>.
17. Sam Lataifeh¹, Faheem Zayed¹, Oqba Al-Kuran¹, Lama Al-Mehaisen¹, Wadah Khriesat & Yousef Khader, Jordanian Obstetricians' Personal Preference Regarding Mode Of Delivery, *Acta Obstetrica Et Gynecologica*. 2009; 88: 733736.
18. Wasim Khasawneh¹, Nail Obeidat², Dawood Yusef¹ and Jomana W. Alsulaiman, The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan, Khasawneh et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2020) 20:335, <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03027-2>.
19. World Health Organization 2017, Robson Classification: Implementation Manual, <https://robsonclassification-platform.shr.org/>.
20. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary cesarean sections 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>.
21. Wasim Khasawneh¹, Nail Obeidat², Dawood Yusef¹ and Jomana W. Alsulaiman, The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan, Khasawneh et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2020) 20:335. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03027-2>.
22. WHO, 2012; Hartmann et al., 2012; Main et al., 2012; Yazdizadeh et al., 2011.
23. AlThabe et al., 2004; Eltzschig et al., 2003; Liu & Sia, 2004; CIVHC, 2014; McCourt et al., 2007; Keogh et al., 2006; Benhamou et al., 2002; Somuah, Smyth & Jones, 2011.
24. Abdel-Fattah Salem, Department of Obstetrics and Gynecology, Mu'tah University, Trends in Caesarean section deliveries in Jordan from 1982 to 2017: retrospective analyses of annual hospital reports, *EMHJ* – Vol. 27 No. 2 – 2021: 195-201.
25. Liu & Sia, 2004; Lasnet et al., 2014; Chaillet et al., 2007; Naidoo & Moodley, 2009; Scarella et al., 2011; Venditelli et al., 2014; Mohammadi, Essen & Kallestål, 2012; Catling-Paull et al., 2011; Hanvoravongchai et al., 2000.



الاسم	الوظيفة	الجهة	الجهة المعنية بالتنفيذ
د. عبد المانع احمد عبدالرحيم السليمات	رئيس اختصاص النسائية والتوليد	وزارة الصحة	عضو في اللجنة المشكلة في شير-نت الأردن
أ.د. اسما الباشا	رئيس قسم النسائية والتوليد	مستشفى الجامعة الأردنية	عضو في اللجنة المشكلة في شير-نت الأردن
العقيد الطبيب عماد الدين صالح الشرع	رئيس اختصاص النسائية والتوليد	الخدمات الطبية الملكية	عضو في اللجنة المشكلة في شير-نت الأردن
السيدة هبة ابو شندي	مسؤول تقني	مشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية الممول من الوكالة الأمريكية	عضو في اللجنة المشكلة في شير-نت الأردن
د. عمر صلاحات	مستشار نسائية وتوليد	مستشفى خاص	عضو في مجموعة العصف الذهني
د. ريم الخالدي	طبيب مقيم - نسائية وتوليد	مستشفى خاص	عضو في مجموعة العصف الذهني
الفاضلة ميسلون السوالقة	منسق جودة	الخدمات الطبية الملكية	عضو في مجموعة العصف الذهني
الفاضلة دعاء أبو حطب	مسؤول تمريض - نسائية وتوليد	مستشفى خاص	عضو في مجموعة العصف الذهني

Share-Net

منصة المعرفة
للصحة الجنسية والانجابية - الأردن



<https://share-net-jordan.org.jo/>

[f](https://www.facebook.com/shareNetJordan) <https://www.facebook.com/shareNetJordan>

[t](https://twitter.com/shareneto) <https://twitter.com/shareneto>

[i](https://www.instagram.com/share_net_jo/) https://www.instagram.com/share_net_jo/

[in](https://www.linkedin.com/in/share-net-jordan-9703a41a1/) <https://www.linkedin.com/in/share-net-jordan-9703a41a1/>



عمان - شارع المدينة المنورة

شارع فائق حدادين - مبني رقم 13

هاتف : 00962-6-5560748

فاكس: 00962-6-5519210

ص.ب 5118 عمان 11183 الأردن

www.hpc.org.jo

[f](https://www.facebook.com/hpcjo) [Facebook.com/hpcjo](https://www.facebook.com/hpcjo)

[t](https://twitter.com/HPC_jordan) [Twitter@HPC_jordan](https://twitter.com/HPC_jordan)

[yt](https://www.youtube.com/hpcpromise) [Youtube.com/hpcpromise](https://www.youtube.com/hpcpromise)

[in](https://www.linkedin.com/in/hpcjo) [linkedin.com/in/hpcjo](https://www.linkedin.com/in/hpcjo)

[i](https://www.instagram.com/Hpcjo) <https://www.instagram.com/Hpcjo>