# Briefing Note

## الحد من نسبة الولادات القيصرية الغير ضرورية في لبنان

K2P Briefing Notes quickly and effectively advise policymakers and stakeholders about a pressing public issue by bringing together global research evidence and local evidence. K2P Briefing Notes are prepared to aid policymakers and other stakeholders in managing urgent public health issues. K2P Briefing Notes describe priority issues, synthesize context-specific evidence, and offer recommendations for action.

K2P

# Briefing Note

## + Included

**Description** of a priority issue

**Synthesis** of contextualized evidence

**Recommendations** for addressing the issue

## × Not Included

Does not conduct a **comprehensive review of the literature** but relies on a quick assessment of databases

Faculty of Health Sciences
Knowledge to Policy | K2P | Center

مذكرة موجزة للسياسات العامة

# الحد من نسبة الولادات القيصرية الغير ضرورية في لبنان

Knowledge to Policy Center

**المؤلفون**

فاطمة موسوي, ريما نقاش, ديانا جمال، فادي الجردلي.

**التمويل**

تلقى هذا العمل تمويل جزئي من مركز بحوث التنمية الدولية (IDRC)

**مراجعة الجدارة**

تخضع المذكرات الموجزة للسياسات العامة إلى آليات مراجعة الجدارة، حيث تقيم جهات المراجعة المذكرة بناءً على معايير ومبادئ توجيهية محددة لتحديد الجدارة.

**الإحالة**

عند استخدام هذه المذكرة، يجب الإحالة إليها على الشكل التالي:

Moussawi F, Nakkash R, Jamal D, El-Jardali F. K2P Briefing Note: Reducing Rates of Unnecessary Cesarean Sections in Lebanon. Knowledge to Policy (K2P) Center. Beirut, Lebanon; June 2015.

## لائحة المحتويات


نبذة موجزة 8

الهدف 10

المشكلة 10

خلفية عامة والوضع الحالي 12

إلى ماذا تشير البيّنات؟ 17

التوصيات 21

# Speaking Notes

# نبذة موجزة

- شهدت السنوات الأخيرة إرتفاعاً ملحوظاً في نسبة الولادات القيصرية التي بلغت ما يقارب 44% من إجمالي الولادات في لبنان. ويترافق هذا الإرتفاع مع إرتفاع في المشاكل المتعلقة بصحة الأم ونقص في الخطط المالية المتعلقة بالخدمات الصحية.
- قد تؤدي الولادات القيصرية الغير ضرورية إلى نتائج صحية خطيرة وتعقيدات عند الأمهات والأطفال الحديثي الولادة.
- في حال عدم اجراءها بالشكل المناسب، تؤدي الولادات القيصرية الغير ضرورية إلى ارتفاع ملحوظ في الشقوق الجراحية في الأعضاء الداخلية وذلك عن طريق الخطأ، بالإضافة إلى عمليات إستئصال الرحم عند الأمهات. أما الأطفال الحديثي الولادة، الولادات القيصرية الغير ضرورية، يمكن أن تسبّب صعوبات في التنفس، مشاكل في الجهاز الهضمي، والدخول إلى قسم الرعاية المركزة لحديثي الولادة.
- إن مسببات هذا الإرتفاع في لبنان تتضمن: سيطرة القطاع الخاص على تأمين الخدمات الطبية، الممارسة الطبية الغير منظمة، إستخدام الولادات القيصرية كممارسة طبية وقائية، إنخفاض مشاركة القابلات القانونيات في عملية الولادة، ضعف مساءلة الأطباء، ووجود معلومات خاطئة حول الولادات القيصرية عند النساء.
- تتضمن التوصيات المبنية على الأدلة والبراهين العلمية للحد من نسبة الولادات القيصرية ما يلي:
  - تعزيز الوعي حول الآثار السيئة للولادات القيصرية الغير ضرورية والحالات التي تتطلب مثل هذه الولادات عبر حملات تستهدف الأفراد والمجتمعات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والعيادات الخاصة .
  - تقديم تغطية مالية تشمل تخفيف الألم خلال الولادات الطبيعية وزيادة المحفّزات المالية لهذه الولادات.
  - تأمين درجة مشاركة أعلى للقابلات القانونيات في عملية التوليد في المستشفيات بالإضافة إلى تحسين مهاراتهنّ ومدخولهنّ.
  - وضع سياسة تقضي بإلزامية الحصول على رأيٍ ثانٍ بالإضافة إلى مراجعة دقيقة للنتائج، تطبيق نظام صارم للتدقيق والحصول على مراجعة دقيقة للنتائج.
  - يوصى بربط الإلتزام بهذه السياسة والممارسات بنظام الإعتماد وجعلها معياراً في النظام في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

# Content

## الهدف

تهدف هذه المذكرة الموجزة إلى تقييم ودراسة نسبة الولادات القيصرية المرتفعة في لبنان، العوامل المؤثرة في هذه النسبة، وتأثيرها على نظام الرعاية الصحية وصحة الأم والأطفال الحديثي الولادة. كذلك، تهدف المذكرة إلى تقديم التوصيات المبنية على الأدلة والبراهين العلمية للحد من نسبة الولادات القيصرية الغير ضرورية وبالتالي تحسين الحالة الصحية للأم والطفل.

## المشكلة

لقد ارتفعت نسبة الولادات القيصرية بشكلٍ كبير خلال العقدين الأخيرين على المستوى العالمي. وقد تبيّن أن الولادات القيصرية التي تتم عادةً لإنقاذ حياة الأم والطفل الحديث الولادة، تتم حالياً بشكلٍ متزايد من دون وجود أسباب طبية واضحة أو لأسباب غير طبية كطلب الأم و/أو الخوف من ألم الولادة في عددٍ من المستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية لذوي الدخل المتوسط والمرتفع بحسب مختلف المراجعات المنهجية (Penna & Arulkumaran, 2003; Mazzoni et al., 2010; Torloni et al., 2011; Khunpradit et al., 2011). كذلك، تعتبر نسبة الولادات القيصرية في لبنان من أعلى النسب في المنطقة العربية (Jurdi & Khawaja, 2004; Kabakian et al., 2007; WHO, 2010). وتبيّن الدراسات اللبنانية أن هذه النسبة إرتفعت بشكلٍ خطير منذ أوائل التسعينات إذ بلغت 33% من إجمالي الولادات في العام 1996، 35% في العام 2004، وأكثر من 40.8% في العام 2008 بحسب معلومات تم جمعها من خلال عينات من المستشفيات المحلية (Abdallah et al, 2004; DeJong et al., 2010; Mroue, 2011). وبيّنت أرقام وزارة الصحة العامة في العام 2013 أنّ نسبة الولادات القيصرية بلغت 44-45% من إجمالي الولادات التي تغطيها الوزارة. في المقابل، وبالتزامن مع الأزمة السورية، تبيّن أرقام المفوضية السامية للأمم المتّحدة لشؤون اللاجئين الخاصة بالنساء السوريات اللاجئات اللواتي تم إدخالهن إلى المستشفيات اللبنانية للولادة، (تم تجميع المعلومات من هذه المستشفيات) أنه في العام 2013 بلغت نسبة الولادات القيصرية 35% من إجمالي الولادات، وهي أعلى من النسبة المُسجّلة في سوريا (23% من إجمالي الولادات) (Huster, 2013). هذا الأمر يدل أن نسبة الولادات القيصرية ما زال على ارتفاع مقارنةً بالنسبة المقبولة عالمياً بحسب منظمة الصحة العالمية (15% من إجمالي الولادات). بحسب آخر دراسات منظمة الصحة العالمية، فإن ارتفاع نسبة الولادات القيصرية إلى 10% تؤدي إلى انخفاض نسبة وفيات الأمهات والأطفال الحديثي الولادة. بالمقابل، فإن ارتفاع الولادات القيصرية إلى نسبة تزيد عن 10% لا ترتبط بانخفاض في معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة. لكن التقرير نفسه يقول أن

منظمة الصحة العالمية ليس لديها توصية معينة حول نسبة معيّنة للولادات القيصرية على مستوى السكان إنما باتت تنصح بالتركيز على حاجات النساء الطبية والمؤشرات التي تستدعي اللجوء إلى هذه العملية (WHO, 2015).

أما الولادات المهبلية بعد الولادات القيصرية، التي هي على ارتفاع في الدول التي هي في طور النمو والتي تؤدي إلى خفض نسبة الولادات القيصرية المتتالية، نسبتها في لبنان لا تتعدى 7% من إجمالي الولادات. تشير هذه النسبة المتدنية بأن النساء اللواتي يخضعنَ للولادة القيصرية في مرحلة أولى هن أكثر عرضة للخضوع لولادات قيصرية فيما بعد لرفض معظم الأطباء إجراء الولادات المهبلية بعد الولادات القيصرية (WHO, 2010).

تؤدي الولادات القيصرية الغير ضرورية إلى مخاطر صحية كبرى وتعقيدات جمة للأمهات والأطفال الحديثي الولادة بالإضافة إلى تشكيل ضغط كبير على نظام الرعاية الصحية (Porreco & Thorp, 1996; Leone et al., 2008; Jabir, 2010). وتشير العديد من المراجعات المنهجية أن الولادات القيصرية الغير ضرورية تؤدي إلى زيادة المخاطر الصحية كالحاجة إلى العلاج بالمضادات الحيوية (Smaill & Gyte, 2010)، الدخول إلى قسم الرعاية المركزة لحديثي الولادة (Hannah et al., 2000; Stutchfield et al., 2005)، عمليات نقل الدم (Rouse et al., 2006)، عمليات استئصال الرحم (Rooney et al., 2005; Whiteman et al., 2006)، وأحياناً الموت (Kacmar et al., 2003; Rooney et al., 2005). كما تتضمن التعقيدات أيضاً: النزف خلال الجراحة، التهابات في المسالك البولية، تلف المثانة، الألم في الرحم، إصابات في المسالك البولية والتناسلية ، النزيف، آلام الظهر، الجلطات الدموية والسكتة القلبية (Carayol et al., 2008; Mazzoni et al., 2010; Khunpradit et al. 2011; Lavender et al., 2012; Main et al., 2012; Huster, 2013; Teixeira et al., 2013).

مراجعات منهجية أخرى أظهرت أن تأثير الولادات القيصرية الغير ضرورية على صحة الأطفال الحديثي الولادة كما على المراحل التالية من حياة الطفل ترتبط بشكلٍ كبير بزيادة الوزن والسمنة المفرطة عند الأطفال (Li et al, 2013; Huh et al., 2012; Barros et al., 2012)، وبالمشاكل التنفسية كارتفاع ضغط الدم الرئوي والربو، وبالتلف الدماغي في بعض الأحيان (Main et al., 2012; Zanardo et al., 2004; MacDorman, 2008). كما تبيّن وجود صلة بين الولادات القيصرية وانخفاض معدلات الرضاعة الطبيعية مما يحرم الطفل من منافع ومغذيات حليب الأم (Rowe-Murray & Fisher, 2002; Zanardo et al., 2010; Merten et al., 2007; Labbok & Taylor, 2008).

# خلفية عامة والوضع الحالي

هناك عدد من العوامل على مستويات الحوكمة، المال، وتقديم الخدمات تساهم جميعها بزيادة الولادات القيصرية غير الضرورية.

جدول 1 **عوامل الحوكمة التي تؤثر على معدلات الولادات القيصرية في لبنان**

| العوامل | الوضع الراهن في لبنان |
|---|---|
| القطاع الخاص | يسيطر القطاع الصحي الخاص بشكلٍ ملحوظ على عملية إدارة الخدمات، موارد الرعاية الصحية، ووضع المبادئ التوجيهية مما يؤدي إلى خفض قدرة الإدارات العامة كوزارة الصحة العامة على تنظيم مختلف معايير الرعاية الصحية بشكلٍ فعّال. (Sfeir, 2007; Osman et al., 2009; Kabakian et al., 2013) |
| غياب المبادئ التوجيهية الوطنية | لا توجد مبادئ توجيهية ومعايير وطنية تتعلق برعاية التوليد والأمومة في المؤسسات الصحية الأساسية (Kabakian et al., 2007; Ammar, 2009; Arawi & Nassar, 2011) |
| تنوع المدارس الطبية | ساهم التنوع في كليات الطب في لبنان واختلاف الخلفيات الأكاديمية عند الأطباء اللبنانيين في تبرير الإختلاف في الممارسات وذلك في ظل غياب المعايير الطبية الموحّدة في مجال الرعاية الصحية للأمهات (Carayol et al., 2008; Mroue, 2011) |
| معارضة أصحاب المصالح الأقوياء | معظم أطباء التوليد ونقابة الأطباء – الذين هم من أقوى السلطات في المجال الطبي اللبناني – يعارضون وضع قواعد موحدة بهدف تخفيض معدلات الولادات القيصرية غير الضرورية في البلاد (Kabakian et al., 2007) |
| غياب القانون | لا يوجد اي قانون، مشروع قانون، قواعد تشريعية أو حكومية لتخفيض معدلات الولادات القيصرية في لبنان (Kabakian et al., 2007; Mroue, 2011, Abdallah et al., 2004) |
| الحاجة إلى تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية | على الرغم من التقدم الملحوظ في عمل نظام الرعاية الصحية الأولية في لبنان (MoPH, 2009; El Jardali et al., 2013)، لا تزال هناك حاجة دائمة إلى نظام رعاية ما قبل الولادة للأمهات وبرامج التحضير للولادة في مراكز لرعاية الصحية الأولية في لبنان (WHO EMRO, 2014) |
| الممارسة الطبية غير المنظّمة | بحسب عدد من الدراسات، هناك ارتفاع ملحوظ غير منظم في عدد الأطباء والممارسات الطبية (DeJong et al., 2010; Osman, 2009) |
| غياب قانون لحماية أطباء التوليد | لا يوجد إطار قانوني في لبنان لحماية أطباء التوليد والأطباء النسائيين في حال حدوث مشاكل صحية للأمهات خلال عملية الولادة (Khayat & Campbell, 2000) |

جدول 2 **العوامل المالية التي تؤثر على معدلات الولادات القيصرية في لبنان**

| العوامل | الوضع الراهن في لبنان |
|---|---|
| وجود التأمين الصحي | إن النساء اللواتي لديهن تأمين صحي لديهنّ احتمال أكبر للخضوع إلى الولادة |

| العوامل | الوضع الراهن في لبنان |
|---|---|
| | القيصرية من النساء اللواتي لا يملكن التأمين الصحي (Tamim et al., 2007; Carayol et al., 2008) |
| كلفة أعلى وإفادة أكبر للمستشفيات | تؤمن الولادات القيصرية أرباحاً مرتفعة للمستشفيات نتيجة إشغال الأسرّة وطول فترة الإقامة بعد الولادات القيصرية، مما يؤدي إلى إفادة مالية أكبر للمستشفيات وإلى ارتفاع نسبة الولادات القيصرية. (Hsu et al., 2008; Hou et al., 2014; Mroue, 2011) |
| إرتفاع سعر وإيرادات العملية | إن تغطية الولادات القيصرية من قبل وزارة الصحة العامة، صندوق الضمان الوطني الإجتماعي (80K)، خطط التأمين الصحي ونسبة السداد للأطباء في لبنان هي أعلى من تغطية الولادات المهبلية (60K) مما يؤدي إلى ارتفاع رغبة مقدمي الخدمات الصحية في القيام بالولادات القيصرية (Mroue, 2011; Kabakian et al., 2007; Huster, 2013, Tamim et al., 2007) |
| أولويات مالية أخرى لشركات التأمين | لقد أظهرت شركات التأمين الكبرى إهتمامها بخفض نسبة الولادات القيصرية. إلا أن خفض العمليات الجراحية الكبرى كعمليات القلب المفتوح هي أكثر إفادة من حيث خفض التكاليف بالنسبة لهذه الشركات. لذلك لا تقوم الشركات بالضغط من أجل خفض الولادات القيصرية إذ أنها لا تشكل أولوية بالنسبة لها (Kabakian et al., 2007; Mroue, 2011) |
| المنافسة بين شركات التأمين | تفرض المنافسة بين شركات التأمين في لبنان على تلك الشركات أن تقبل بطلبات المريض والملاحظ بأن نسبة كبيرة من النساء اللبنانيات يطلبنَ الحصول على تغطية للولادات القيصرية. (Kabakian et al., 2007; Mroue, 2011; Tamim et al., 2007) |
| غياب التغطية لتخدير فوق الجافية | لا تقوم وزارة الصحة العامة ولا صندوق الضمان الوطني الاجتماعي بتغطية نفقات الوسائل المخفضة للألم كالتخدير الفوق الجافية مما يزيد طلب النساء للولادات القيصرية وذلك خوفاً من الألم (Kabakian et al. 2007) |
| نظام القسائم للاجئات | إن نظام "القسائم للولادات" الذي تعتمده مفوضية الأمم المتحدة للاجئين يؤدي إلى زيادة طلب اللاجئات السوريات في لبنان للولادات القيصرية علماً أنهن كنّ يلدنَ من خلال الولادات المهبلية في سوريا (Huster, 2013) |

### جدول 3 **العوامل المتعلقة بتقديم الخدمات التي تؤثر على معدلات الولادات القيصرية في لبنان**

| العوامل | الوضع الراهن في لبنان |
|---|---|
| تدني مستوى خدمات الرعاية الصحية للأمهات | لا تزال بعض الممارسات المتعلقة بالتوليد معتمدة على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية قد صنفت هذه الممارسات على أنها غير ضرورية وأحياناً مؤذية، بالإضافة إلى عدم كفاية خدمات الرعاية الصحية (Khayat & Campbell, 2000; Tamim et al., 2007; Kabakian et al., 2013; WHO, 2010; Mroue, 2011) |
| النقص في القابلات القانونيات ومحدودية دورهن | هناك نقص كبير في عدد القابلات القانونيات في لبنان ونقص في استخدام خدماتهن في الثقافة اللبنانية (Kabakian, 2007; Ammar, 2009; DeJong, 2010; Huster, 2013). كما لا يتم إشراك القابلات القانونيات بشكلٍ كبير في |

| العوامل | الوضع الراهن في لبنان |
|---|---|
| | الولادات التي تتم في المستشفيات وهنّ لا يحصلنَ على أجورٍ كافية ( Abou Malham, 2015) |
| الملاءمة في الوقت | يشكل الوقت عامل ملاءمة: ترتفع نسبة الولادات القيصرية خلال أيام الأسبوع مقارنةً مع أيام نهاية الأسبوع وذلك لتجنب الإنقطاع في الجدول و لتجنب حالات الطوارئ (Carayol et al., 2008) |
| الملاءمة للاجئات | ينطبق هذه السبب أيضاً على ارتفاع نسبة الولادات القيصرية لدى اللاجئات السوريات إذ أن ملاءمة الوقت تشكل عنصراً أساسياً لطلب إجراء ولادة قيصرية (Huster, 2013) |
| زيادة عدد الأطباء بشكلٍ كبير | هناك عدد كبير من أطباء التوليد العاملين في المستشفيات والعيادات الخاصة مقابل محدودية عدد النساء الساعيات للحصول على خدمات رعاية ما بعد الولادة. وقد أدى هذا الأمر إلى نشوء مناخ تنافسي بين الأطباء بهدف الحصول على أكبر عدد من المرضى وبالتالي إلى زيادة الممارسات الملائمة للوقت ومن بينها الولادات القيصرية. |
| الطلب من قبَل النساء | يفسر الطلب من قبل النساء الزيادة الكبيرة في نسبة الولادات القيصرية وهو أمرٌ يرتبط بالمفاهيم الخاطئة المتعلقة بعمليات الولادة القيصرية، ظروفها، ونتائجها بالإضافة إلى ضعف التثقيف والتحضير في فترة ما قبل الولادة (Kabakian et al., 2013; Mroue, 2011) |
| الممارسات في كليات الطب | معظم كليات الطب لا تدرب طلابها على الولادات المهبلية الفعالة بل تفضل أن تدربهم على الولادات القيصرية مما يؤدي إلى خفض قدرة وخبرة أطباء التوليد على إجراء الولادات المهبلية ( Tamim et al., 2007; Kabakian et al., 2007) |
| بيئة الممارسة الطبية | إن ميل بعض أطباء التوليد إلى إجراء العمليات القيصرية وزيادة الطلب عليها من قبل النساء يشجع أطباء التوليد الآخرين على ألا يرفضوا إجراء هذه العمليات عند الطلب (Carayol et al., 2008; Tamim et al., 2007) |
| ممارسة الطب الوقائي | في رعاية التوليد، 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 وقائي ضد سوء الإدارة ( Cavalieri et al., 2014) |

على الرغم من المعدلات المرتفعة، فإن الدراسات اللبنانية المنشورة في هذا الإطار تتناول الأسباب الكامنة وراء الولادات القيصرية الإختيارية في ظل انخفاض الحلول المقترحة وغياب الدراسات عن التعقيدات الناجمة عن هذه الولادات في لبنان. على الرغم من غياب هكذا دراسات، إلا أنّ نتائج الدراسات العالمية يمكن أن تشمل النظام الصحي اللبناني (Carayol et al., 2008) بما في ذلك ارتفاع معدل التعقيدات لدى الأم بشكلٍ ملحوظ، المشاكل التنفسية عند الأطفال الحديثي الولادة، وارتفاع معدلات دخول الأطفال إلى قسم العناية، بالإضافة إلى زيادة مهمة في معدلات السمنة والوزن الزائد لدى الأطفال وحتى سنّ متقدمة. ترتفع أيضاً معدلات الأشخاص

الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب والشرايين والمشاكل التنفسية كالربو، وارتفاع ضغط الدم الرئوي في لبنان (WHO, 2011). إن كافة هذه التعقيدات الصحية تزيد من المصاريف والتكلفة التي كان من الممكن تجنبها (WHO, 2010).

بالإضافة إلى هذه التعقيدات الصحية وتكلفتها، فإن الولادات القيصرية الغير ضرورية هي في حد ذاتها ممارسات طبية تزيد الأعباء المادية على النظام الصحي من أجل تدابير لا داعي لها. للولادات القيصرية آثارٍ سلبية على نظام الرعاية الصحية بالنظر إلى الموارد المخصصة مقارنةً مع الولادات المهبلية ( Belizan et al., 1999; WHO, 2010; Huster, 2013). لا توجد بيانات حديثة في لبنان حول تكاليف الولادات القيصرية أو الولادات القيصرية الإختيارية. إلا أن مفوضية الأمم المتحدة للسكان أنفقت في العام 2013 1.4 مليون دولار أميركي على 2244 ولادة قيصرية فيما اُنفق المبلغ نفسه على 4131 ولادة مهبلية مما أدى إلى اقتطاع الأموال من إجراءات طبية أخرى أساسية للاجئات في لبنان (Huster, 2013). إنّ هذه التكلفة المرتفعة تنعكس عالمياً إذ بيّنت منظمة الصحة العالمية أن 18.5 مليون ولادة قيصرية تتم سنوياً في العالم بكلفة 2.32 مليار دولار أميركي.

على الرغم من أن وزارة الصحة العامة قد أطلقت في العام 2011 حملة حول صحة الأم في مراكز الصحة الأولية لمعالجة مختلف المشاكل المتعلقة بصحة الأم (MoPH, 2011) إلا أنّ المداخلات التي حصلت على المستويين العام والخاص ما زالت ضئيلة، غير منظمة، ولا تعالج مسببات المشكلة الرئيسية (Huster et al., 2013)

**2004**

- دراسة حول أسباب الولادات القيصرية في لبنان (Abdallah et al)

**2007**

- دراسة حول السياسات التي تشجع الولادات القيصرية ووضع مقترحات لخفض هذا المعدل
- دراسة حول المتغيرات المتنبئة بالولادات القيصرية في تسع مستشفيات في بيروت (Tamim et al)

**2008**

- دراسة جديدة حول أسباب الولادات القيصرية في مناطق لبنانية مختلفة (Carayol et al)

**2010**

- دراسة حول الصحة النفسية للأم والطفل بيّنت أن نسبة الولادات القيصرية في لبنان بلغت 40.8% (DeJong et al.)
- تقرير حول معدلات الولادات القيصرية في البلاد العربية ولبنان وضعته منظمة الصحة العالمية

**2011**

- تقرير منشور وضعه مروّة (Mroue) لدراسة العوامل المؤثرة على ارتفاع معدل الولادات القيصرية في لبنان والإجراءات المقترحة لخفض هذا المعدل
- أطلقت وزارة الصحة برنامج لرعاية الأم في مختلق مراكز الصحة الأولية

**2012**

- تقرير حول معدلات الولادات القيصرية في البلاد العربية ولبنان وضعته منظمة الصحة العالمية

**2013**

- دراسة تحت عنوان "ألمي كان أكبر من سعادتي" حول تجارب مع الولادة القيصرية الاختيارية (Kabakian et al)
- دراسة حول معدلات الولادة القيصرية المرتفعة عند اللاجئين السوريين في لبنان (Huster et al). وقد استطلعت هذه الدراسة أسباب الولادات القيصرية في لبنان بشكل عام

**2015**

- مقالات صحفية وعدد من المواقع على الإنترنت ذكرت معدلات الولادات القيصرية غير الضرورية بالإضافة إلى مختلف المحددات (The Daily Star, 2015). كما ركزت مقالاتٍ أخرى على الاستخفاف بدور القابلات القانونيات في لبنان (Abou Malham, 2015)

**الرسم الأول جدول زمني بالدراسات والنشاطات المُنجزة حول موضوع معدلات الولادات القيصرية المرتفعة في لبنان**

## إلى ماذا تشير البيّنات؟

تم وضع مداخلات متعددة تتعلق بالسياسات أو بالمنظمات في عدد من البلدان لخفض معدلات الولادات القيصرية.

إستهدفت هذه المداخلات ثلاث مستويات:

**المستوى الفردي** (النساء الحوامل وأسرهن): عبر تقديم التثقيف والدعم خلال فترة ما قبل الولادة وذلك لتحسين القرارات المتعلقة بنوع الولادة ولتغيير المواقف وتصحيح المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالولادات القيصرية (Chaillet et al., 2007; Rauk, 2010; Althabe et al. 2006; Gambel & Creedy, 2001; Bastani et al., 2006). إن عملية رفع درجة الوعي لدى النساء الحوامل عبر تحسين معرفتهن حول أهمية خفض الولادات القيصرية الغير ضرورية قد ساهمت في تخفيض معدلات الولادات القيصرية الإختيارية في مختلف البلدان وذلك بحسب المراجعات المنهجية (Chaillet & Dumont, 2007; Bastani et al., 2006; Baradaran, 2006).

**المستوى المؤسسي**: عبر تطبيق سياسة إلزامية الحصول على رأي طبي ثانٍ (Althabe et al., 2004). إلّا أن هذه السياسة اثبتت أنها أكثر فعالية عندما يتم تطبيقها بالتوازي مع عمليات لتدقيق والتقييم وإبداءالرأي (Villar et al., 2006; Catling-Paull et al., 2011). كما أن إشراك القابلات القانونيات في عملية الولادة في المستشفيات وتمكينهن على قيادة هذه عملية التوليد في حال كانت آمنة ساهم في خفض العمليات القيصرية الأولية بشكلٍ ملحوظ (Beigi et al., 2009; McLachlan et al., 2012).

**المستوى المادي**: تقديم الحوافز للقيام بالولادات المهبلية والولادات المهبلية بعد الولادات القيصرية لتشجيع الأطباء على استبدال الولادات القيصرية بها (Gruber et al., 1999; Lo, 2008).

- تم وضع وتنفيذ هذه المداخلات في عدد من البلدان ذات الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية والأنظمة الصحية المختلفة كالولايات المتحدة، الصين، تايوان، تشيلي، المكسيك، البرازيل، وإيران. إن البلدان ذات الدخل المتوسط-المرتفع كلبنان إعتمدت الرأي الثاني الإلزامي، مراجعة النظراء، التدقيق والتقييم وإبداءالرأي وأنظمة المراجعة في اجتماعات الأقسام في

المستشفيات. وقد تبيّن أن هذه المداخلات لا تتطلب تكلفة مرتفعة إلا أنها تتطلب التزاماً كبيراً من قبل المنظمات الصحية (WHO, 2012; Hartmann et al., 2012; Main et al., 2012; Yazdizadeh et al., 2011)

- قام البرازيل – البلد الذي شهد معدلات مرتفعة من الولادات القيصرية الغير ضرورية في العقدين الماضيين – بتطبيق سياسة الرأي الثاني الإلزامي بالإضافة إلى التدقيق والتقييم وإبداءالرأي (Main, 1999; Landon et al., 2004; Cecatti et al., 2005). كما استخدم البرازيل أيضاً إستراتيجية الممارسة الطبية ضمن فريق لتخفيف الضغط الذي يتعرض له الأطباء. وساهمت هذه المداخلات بخفض معدلات الولادات القيصرية بشكلٍ ملحوظ. كذلك، فإن استراتيجية أخرى استهدفت شركات التأمين لتقديم عوائق لأطباء التوليد الذين يقومون بالولادات القيصرية الغير ضرورية أدت إلى تخفيض معدلات الولادات القيصرية الأولية غير الضرورية في البرازيل (Hopkins & Amaral, 2005)

جدول 4 **التدخلات المبنية على الأدلة**

| مجالات العمل | التدخل | الأساس المنطقي | البلدان | المراجع |
|---|---|---|---|---|
| المستوى المؤسساتي/ التنظيمي | وضع سياسة لإلزامية الحصول على رأيٍ طبي ثانٍ عند احتمال إجراء ولادة قيصرية | ← التأكد من وجود داعٍ طبي للولادة القيصرية<br>← تفادي الإفراط في استخدام هذا الإجراء وفي اعتماد الإجراءات الطبية خلال الولادات<br>← *أثبت فعاليته حين اقترن بنظام تدقيق صارم في المستشفيات الخاصة والعامة | البرازيل (UMI)، إيران (UMI)، تشيلي (UMI)، كوريا الجنوبية، البرتغال، الولايات المتحدة | (Belizan et al., 1999; AlThabe et al., 2004; Khunpradit et al. 2011; WHO, 2012; Main et al., 2012; Porter & Bhattacharya, 2006; Mawson, 2002; Ayres De Campos et al., 2015). |
| | وضع سياسة للممارسة الطبية ضمن فريق بين الأطباء | ← تخفيض ضغوطات الوقت التي يواجهها الأطباء مما يؤدي إلى خفض عدد الولادات المحددة ضمن جدول زمنيّ محدد<br>← التقليل من أهمية عنصر الملاءمة عند كل إجراء الولادة القيصرية | البرازيل (UMI)، هولاندا، الولايات المتحدة | (Hopkins & Amaral, 2005; WHO, 2011; Liang et al., 2004). |

| مجالات العمل | التدخل | الأساس المنطقي | البلدان | المراجع |
|---|---|---|---|---|
| | | ← *أثبت فعاليته في المستشفيات العامة | | |
| | وضع نظام لمراجعة الزملاء، إبداءالرأي ونظام التدقيق والتقييم | ← مراجعة الولادات ومؤشرات كلٍ منها لتحديد الولادات القيصرية الضرورية وغير الضرورية ولمتابعة المعدلات المرتفعة<br>← *أثبت فعاليته في المستشفيات العامة والخاصة | البرازيل (UMI)، إيران (UMI)، البرتغال (UMI)، تايلند ()UMI ، المكسيك (UMI) الولايات المتحدة | (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). |
| | مشاركة القابلات القانونيات في عملية الولادة في المستشفيات | ← ضمان إضفاء الطابع الإنساني على الولادة وزيادة معدل الولادات الطبيعية الأولية<br>← *أثبت فعاليته في خفض الولادات القيصرية | المملكة المتحدة، البرتغال، تركيا (UMI)، البرازيل (UMI)، المكسيك (UMI)، الولايات المتحدة، إيران (UMI) | (Turan & Kultay, 1995; Belizan et al., 1999; Sakala, 1993; Bastani et al., 2006; Ayres De Campos et al., 2015). |
| المستوى المادي | رفع تكلفة الولادة المهبلية لكي توازي تكلفة الولادة القيصرية | ← خفض عامل الحافز المالي عبر مساواة التكلفة بين الإجراءين<br>← *أثبت فعالية طفيفة في خفض الولادات القيصرية | البرازيل (UMI)، تشيلي (UMI)، المكسيك (UMI)، الصين (UMI)، كوريا الجنوبية (UMI) | (WHO, 2012; Main et al., 2012; CIVHC, 2014; Kozhimannil, Law & Virnig, 2013; Cavalieri et al., 2014; Mawson, 2002; ACOG, 2014; Allin et al., 2005; Lo, 2008). |
| | رفع تكلفة الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية مع التحضير الآمن لهذا الإجراء | ← زيادة الحافز المالي للأطباء لإجراء الولادات المهبلية بعد الولادات القيصرية<br>← *أثبت فعالية طفيفة في خفض الولادات القيصرية | البرازيل (UMI)، البرتغال، الولايات المتحدة | (Cavalieri et al., 2014; Mawson, 2002; Lo, 2008; Huang et al., 2012). |
| | تأمين وسائل لتخفيف الألم بما فيها التخدير | ← على الرغم من أن المرأة التي تخضع للتخدير الفوق الجافية قد ينتهي بها الأمر | البرتغال المكسيك (UMI)، البرازيل (UMI)، الولايات | (AlThabe et al., 2004; Eltzschig et al., 2003; Liu & Sia, 2004; |

| مجالات العمل | التدخل | الأساس المنطقي | البلدان | المراجع |
|---|---|---|---|---|
| | فوق الجافية | بالخضوع لولادة قيصرية، إلا أن تخدير فوق الجافية يخفف الشعور بالخوف من الألم خلال الولادة وهو عامل أساسي لطلب الولادة القيصرية.<br>← رفع معدل الولادات الطبيعية أو المهبلية عند النساء اللواتي يشعرن بالخوف من ألم الولادة<br>← *أثبت فعالية متوسطة في خفض الولادات القيصرية الإختيارية | المتحدة وهولندا | CIVHC, 2014; McCourt et al., 2007; Keogh et al., 2006; Benhamou et al., 2002; Somuah, Smyth & Jones, 2011). |
| المستوى الفردي | وضع نظام يقوم برفع درجة الوعي في فترة ما قبل الولادة، بالإضافة إلى إعطاء دروس في الإسترخاء، والتحضير للولادة كما تزويد النساء بالأدوات الخاصة (كالمنشورات والكتيبات) | ← رفع درجة الوعي لدى النساء حول منافع الولادة الطبيعية، نتائج الولادة القيصرية، والحالات التي تستدعي الخضوع لها<br>← * ساهمت في خفض معدل الولادات القيصرية بشكل ملحوظ في حالات الحمل المنخفضة المخاطر | البرازيل (UMI)، إيران (UMI)، البرتغال، الولايات المتحدة، تشيلي (UMI)، هولندا، المملكة المتحدة، تايلاند (UMI)، المكسيك (UMI) | (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). |
| | وضع نظام دعم للنساء في فترة ما قبل الولادة | ← مساعدة النساء على القيام بخيارات مستنيرة في ما يتعلق بنوع الولادة<br>← *أثبت فعالية متوسطة في خفض الولادات القيصرية الإختيارية | إيران (UMI)، البرازيل (UMI)، المكسيك (UMI) | (Mehdizadeh, 2005; ElFerink, 2002, WHO, 2012; Bastani, 2006). |

# Recommendations

# التوصيات

## المستوى الفردي

### التوصية الأولى:

يوصى بأن تطلق وزارة الصحة العامة - بالتعاون مع قسم أمراض النساء والتوليد في المستشفيات الخاصة والعامة، العيادات ومراكز الرعاية الصحية الأولية (خاصة تلك المراكز التي تبنّت حملة صحة الأم التي أطلقت عام 2011) – دورات تثقيفية للنساء الحوامل للتحضير على الولادة. يوصى بأن تتضمن هذه الاستراتيجية تزويد النساء بأدوات تثقيفية لرفع مستوى الوعي لديهن حول منافع الولادة المهبلية، الحالات التي تستدعي الخضوع للولادة القيصرية، ونتائج الخضوع لولادة قيصرية إختيارية أو غير ضرورية. ويوصى بأن تكون هذه الدورات مجانية لكي تستطيع النساء من مختلف الطبقات الإجتماعية الخضوع لها مما يتجاوب مع المخاوف التي عبرت عنها منظمة الصحة العالمية في العام 2012 حول تكلفة الدورات التثقيفية وتوفرهن للنساء اللواتي يعانين من انخفاض الوسائل المادية كما شددت المنظمة على تقديم هذه الدورات مجاناً (منظمة الصحة العالمية، 2012). في المقابل، يوصى بأن يتم ربط هذه الدورات بأنظمة الإعتماد في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية. بحسب الجردلي (El Jardali et al. 2014)، فإن حصول مراكز الرعاية الصحية الأولية في لبنان على الإعتماد هي خطوة أساسية لمعالجة الإحتياجات الصحية للسكان. أما التحدي الرئيسي الذي يواجه هذه الاستراتيجية، فهو الحاجة لطاقم مناسب من الموظفين لتأمين الفعالية على المدى البعيد. إلا أن عزم وزارة الصحة العامة على تأمين التثقيف للأمهات من خلال الحملة التثقيفية التي أُطلقت في مراكز الرعاية الصحية في العام 2011 هو من الأمور التي تسهّل هذه الإستراتيجية.

## المستوى المادي

### التوصية الثانية:

على المستوى المادي، من المهم وضع نظام يؤمن التغطية المادية لتخدير فوق الجافية (بما أنها الوسيلة الأساسية المستخدمة لتسكين الألم في لبنان) من قبل وزارة الصحة العامة وصندوق الضمان الوطني الاجتماعي (بما أن الوزارة والصندوق هما مصدرا التأمين لغالبية اللبنانيين). كما يوصى بتعديل تكلفة الولادة المهبلية التي تكلف 60K مقارنةً مع 90K للولادة القيصرية. إن هذه العملية تؤمن حافزاً مادياً يوازي الحافز المادي للولادة القيصرية الذي يدفع العديد من الأطباء إلى القيام بهذه العمليات القيصرية. بالإضافة إلى هذه الإصلاحات يوصى بأن يقوم صندوق الضمان الوطني الاجتماعي، ووزارة الصحة العامة، وشركات التأمين الخاصة

بوضع مبادئ توجيهية موحدة لإعادة تسديد قيمة الولادات القيصرية المدفوعة تحت إشراف وزارة الصحة العامة. كما يوصى بأن يقوم صندوق الضمان الوطني الاجتماعي، ووزارة الصحة العامة، وشركات التأمين الخاصة بمراجعة الأسباب الموجبة للقيام بالولادات القيصرية في المستشفيات قبل الموافقة على إعادة التسديد. هذا الأمر يتطلب تنسيقاً كبيراً بين الجهات الثلاث، ورقابة صارمة على عملية إعادة التسديد.

### المستوى المؤسساتي

#### التوصية الثالثة:

ضمان مشاركة أكبر للقابلات القانونيات في الولادات التي تحدث في المستشفيات اللبنانية وهذا يستدعي منح رواتب أعلى للقابلات، تحسين وتطوير مهاراتهن وأساليبهن، تمكينهن من القيام بولادات آمنة، وتحسين أوضاعهن وتواصلهن مع النساء في المستشفيات. إن إشراك القابلات القانونيات بشكلٍ أكبر في عملية الولادة في المستشفيات العامة والخاصة هو أمرٌ أساسي لزيادة معدل الولادات الطبيعية وبالتالي تحسين صحة الأم وظروف الولادة. أما التحدي الأساسي فهو النقص في القابلات القانونيات وغياب الثقة في دور القابلات في المجتمع اللبناني وقدرتهن على القيام بعملية الولادة. إلا أن تقديم الحوافز كزيادة الرواتب وتحسين الحالة الوظيفية يمكن أن يؤدي إلى زيادة عدد القابلات القانونيات في لبنان على المدى البعيد. كما ان تثقيف الأمهات بشكلٍ جيد يمكنه أن يغيّر من نظرة النساء للقابلات القانونيات قبل وخلال عملية الولادة.

#### التوصية الرابعة:

تطبيق سياسة تقضي بإلزام كل طبيب بالحصول على رأيٍ طبيٍ ثانٍ قبل الشروع بعملية الولادة القيصرية بالإضافة إلى مراجعة العملية في وقتٍ لاحق وتقييم الولادات القيصرية التي يجري تنفيذها في المستشفى. يوصى بأن يكون الطبيب الثاني عاملاً في المستشفى ذاته ويتمتع بمؤهلات مساوية أو أعلى من مؤهلات الطبيب الأول وأن يتم اختياره من قبل قسم التوليد وأن يكون سبق ووافق على اتباع المبادئ التوجيهية السريرية. بعد ذلك، ينبغي الحصول على كشف على النتائج أو مراجعة النتائج من قبل أربعة أطباء وممرضة يقومون بمراجعة تقارير الولادة وتقييم الأسباب التي استوجبت القيام بالولادات القيصرية بالإضافة إلى جودة الرعاية المقدمة للأم. كما ينبغي أن يقوم الفريق المسؤول عن مراجعة النتائج بتزويد المستشفى بتقرير حول النتائج والتوصيات. ينصح بشدة أن يكون امتثال المستشفيات لهذه السياسات إلزامياً لتحقيق حالة الاعتماد من قبل وزارة الصحة العامة علماً أن منظمة الصحة العالمية صرّحت بأن نظام الإعتماد يمكنه أن يتطرق لمسألة

معدلات الولادات القيصرية المرتفعة عبر وضع المعايير والمبادئ التوجيهية الخاصة برعاية الأمومة في مراكز الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2014). أما بالنسبة لتقييم ومتابعة هذه الإجراءات بعد وضعها، فيمكن أن يتم تحت إشراف وزارة الصحة العامة، الأطراف المعنية بالتأمين، ونقابة المستشفيات.

Knowledge to Policy Center draws on an unparalleled breadth of synthesized evidence and context-specific knowledge to impact policy agendas and action. K2P does not restrict itself to research evidence but draws on and integrates multiple types and levels of knowledge to inform policy including grey literature, opinions and expertise of stakeholders.

Knowledge to Policy (K2P) Center
Faculty of Health Sciences
American University of Beirut
Riad El Solh, Beirut 1107 2020
Beirut, Lebanon
+961 1 350 000 ext. 2942-2943
www.aub.edu.lb/K2P
K2P@aub.edu.lb

Follow us
Facebook Knowledge-to-Policy-K2P-Center
Twitter @K2PCenter

Knowledge
to Policy
Center