الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

عوامل خطورة حدوث ولادة قيصرية إسعافية لدى النساء الحوامل في مشفى الزهراوي: دراسة حالة شاهد

Risk factors for emergency cesarean delivery among pregnant women at Al-Zahrawi Hospital: a case-control study

بحث علمي أعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبة
تقى ياسر الحمصي

بإشراف الأُستاذ الدكتور
كنعان صلاح الدين السقا

2026- 2025

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الجامعة السورية الخاصة لإتاحة الفرصة لإجراء هذا البحث في بيئة علميه مميزة، ولما قدمته من دعم متواصل وموارد قيمه ساهمت في إنجاز الدراسة.

وأخص بالشكر والامتنان هذا البحث الأستاذ الدكتور كنعان، المشرف على توجيهاته السديدة وإشرافه الدقيق وتشجيعه المستمر الذي كان له الأثر الكبير في إنجاز هذا العمل بالصورة المثلى.

كما أعرب عن تقديري وامتناني لجميع الأساتذة الافاضل على ما قدموه من علم وخبرة، ولما أتاحوه من مناقشات غنيه وأفكار قيمه ساعدت في صقل هذا البحث.

ولا يفوتني أن أشكر أصدقائي وزملائي ورفاقي على دعمهم المستمر وتشجيعهم ومساندتهم العملية والمعنوية طوال فترة الدراسة، مما ساهم في تجاوز التحديات وتحقيق هذا الإنجاز.

وأخيرا أتقدم بالأمنان لكل من ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في إنجاز هذا البحث، راجيا أن يكون هذا العمل إضافة علميه مفيدة في مجال البحث العلمي.

الدكتورة: تقى ياسر الحمصي

قائمة المحتويات:

الفصل الأول: المقدمة النظرية.....7

1.1المفاهيم الأساسية للولادة الطبيعية و القيصرية: 7
1.2خلفية عامة حول الولادة القيصرية 8
1.3 أنواع الولادة القيصرية.....9
1.4 أهمية القيصرية الإسعافية ودواعيها 9
1.5 المضاعفات الصحية للولادة القيصرية.....10
1.5.1مضاعفات الأم 10
1.5.2مضاعفات الجنين 10
1.6 الأنظمة التصنيفية السريرية المهمة 10
1.7مبررات إجراء الدراسة.....11
1.8المصطلحات الأساسية وتعريفاتها 11
الفصل الثاني: عوامل الخطورة والآليات المرضية والتوصيات العالمية 12
2.1عوامل الخطورة المؤدية للقيصرية الإسعافية 12
1.1. 2عوامل متعلقة بالأم 12
1.2. 2عوامل متعلقة بالحمل 12
1.3. 2عوامل مرتبطة بالمخاض والجنين 12
2.2الآليات المرضية لحدوث القيصرية الإسعافية.....13
2.3العوامل الاجتماعية والسلوكية 14
الفصل الثالث: استعراض الأدبيات السابقة والإطار المفاهيمي.....15
3.1 إحصائيات ومعدلات الولادة القيصرية 15
3.2 الدراسات العربية 15
3.3الدراسات العالمية.....15
3.4 الدراسات السورية 16
3.5 الفجوات المعرفية المستخلصة.....16
3.6 استراتيجيات تقليل القيصرية غير الضرورية.....17
4.1أهمية الدراسة 19
4.2أهداف الدراسة.....19
4.4الطرائق والمواد 20
4.4.1تصميم الدراسة 20
4.4.2مكان الدراسة ومدة البحث 20
4.4.4 المتغيرات المدروسة 22
4.4.5التحليل الإحصائي 22
النتائج: 24
5.1خصائص الأمهات.....24
5.2الخصائص المتعلقة بالمخاض.....24
5.3نتائج الجنين والوليد 25

5.4استطبابات القيصرية الإسعافية 25
5.5العوامل المتنبئة بالقيصرية الإسعافية (الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات) 26
عوامل مرتبطة بالأم 26
عوامل مرتبطة بالمخاض 26
عوامل أخرى 27
المناقشة 37
6.1عوامل متعلقة بالأم 38
6.2القيصرية السابقة 38
6.3عوامل مرتبطة بالمخاض 38
6.4تألم الجنين 39
6.5نتائج حديثي الولادة 39
6.6دراسة مشابهة في سوريا 39
6.7نقاط القوة والضعف في الدراسة 40
الخلاصة: 41
التوصيات: 42
المراجع: 43

الملخص باللغة الإنجليزية:

Background:

Emergency caesarean section (CS) is associated with increased maternal and neonatal morbidity, yet evidence from Syria remains limited. Identifying predictors of emergency CS is essential to improving intrapartum care in resource-constrained settings.

Methods:

A case–control study of 295 women was conducted from July to October 2025 in a government hospital in Damascus. Term, singleton, cephalic pregnancies presenting in spontaneous labor were included. Cases were women undergoing emergency CS (n = 100), and controls were vaginal deliveries (n = 195). Maternal, intrapartum, and fetal characteristics were extracted from medical records. Independent predictors were identified using multivariable logistic regression.

Results:

Higher maternal BMI increased the odds of emergency CS, including overweight (AOR 3.16; 95% CI 1.27–7.84) and obesity (AOR 2.64; 95% CI 1.26–5.53). Previous CS was the strongest predictor (AOR 36.74; 95% CI 16.78–80.45), with a clear dose–response across one, two, and three prior CS. Hypertension or preeclampsia (AOR 3.88; 95% CI 1.01–14.94), latent-phase admission (AOR 15.88; 95% CI 5.28–47.76), and fetal distress (AOR 28.12; 95% CI 7.50–105.49) were also significant contributors. Greater cervical dilation, effacement, and labor augmentation were protective.

Conclusion:

Emergency CS in this setting is driven by identifiable maternal and intrapartum factors. Strengthening antenatal risk assessment, improving labor triage, enhancing fetal monitoring, and expanding safe VBAC/TOLAC services may reduce avoidable emergency CS in low-resource environments.

Keywords: Emergency Caesarean Section; Risk Factors; Previous Caesarean Section; Fetal Distress, Case–Control Study

الملخص باللغة العربية:

الخلفية:

ترتبط العملية القيصرية الإسعافية بزيادة المراضة لدى الأمهات والمواليد، إلا أن البيانات المتوفرة من سوريا لا تزال

محدودة. ويعدّ تحديد العوامل المتنبئة بالقيصرية الإسعافية أمرًا ضروريًا لتحسين الرعاية أثناء المخاض في البيئات ذات الموارد المحدودة

مواد و الطرائق:

أُجريت دراسة حالة–شاهد شملت 295 امرأة بين تموز/يوليو وتشرين الأول/أكتوبر 2025 في أحد المستشفيات الحكومية بدمشق. شملت الدراسة الحمول المفردة، بالرأس، كاملة النمو، والتي بدأت المخاض تلقائيًا. شملت حالات الدراسة النساء اللواتي خضعن لقيصرية إسعافية (100 امرأة)، بينما كانت مجموعة الشواهد من النساء اللواتي ولدن ولادة مهبلية (195 امرأة). جُمعت البيانات المتعلقة بالعوامل الأمومية والمخاضة والجنينية من السجلات الطبية، وتم تحديد العوامل المتنبئة المستقلة باستخدام الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات

النتائج:

ارتبط ارتفاع مؤشر كتلة الجسم بزيادة احتمال اللجوء إلى القيصرية الإسعافية، سواء في حالة زيادة الوزن (AOR 3.16؛ 95% CI 1.27–7.84) أو السمنة (AOR 2.64؛ 95% CI 1.26–5.53). وكانت القيصرية السابقة أقوى العوامل المتنبئة (AOR\ 36.74؛ 95% CI 16.78–80.45) مع وجود علاقة واضحة بين عدد القيصريات السابقة وارتفاع احتمال القيصرية الإسعافية. كما ارتبط كلّ من ارتفاع ضغط الدم أو متلازمة ما قبل الارجاج (AOR 3.88؛ 95% CI 1.01–14.94)، والقبول في مرحلة الكمون (AOR 15.88؛ 95% CI 5.28–47.76)، وكرب الجنين (AOR 28.12؛ 95% CI 7.50–105.49) بزيادة كبيرة في الاحتمال. وفي المقابل، كان كلّ من زيادة اتساع عنق الرحم، وازدياد الامحاء، وتحريض المخاض عوامل وقائية.

الخلاصة:

تتأثر القيصرية الإسعافية في هذا السياق بعوامل أمومية ومخاضيّة يمكن التعرّف إليها. إن تعزيز تقييم المخاطر خلال الحمل، وتحسين فرز النساء عند الدخول للمخاض، وتطوير مراقبة الجنين، وتوسيع خدمات الولادة بعد القيصرية (محاولة الولادة بعد القيصرية) الآمنة قد يقلل من القيصريات الإسعافية القابلة للتجنب في البيئات محدودة الموارد.

الكلمات المفتاحية :القيصرية الإسعافية؛ عوامل الخطر؛ القيصرية السابقة؛ كرب الجنين؛ دراسة حالة–شاهد

الدراسة النظرية

الفصل الأول: المقدمة النظرية

1.1 المفاهيم الأساسية للولادة الطبيعية و القيصرية:

المخاض العملية الطبيعية التي يمر بها جسم المرأة استعداداً للولادة، وتتضمن انقباضات رحمية منتظمة

وقوية لدفع الجنين والمشيمة خارج الرحم

وفقًا لتصنيف American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)،

يُقسم المخاض عادةً إلى ثلاث مراحل رئيسية

المرحلة الأولى(First Stage of Labor)

تبدأ من بداية التقلصات المنتظمة حتى اكتمال اتساع عنق الرحم إلى 10 سم.

وتنقسم بدورها إلى مرحلتين فرعيتين:

- **طور الكمون (Latent Phase)** توسع عنق الرحم حتى حوالي 6سم، والتقلصات تكون أخف وأقل انتظامًا.
- **الطور الفعّال(Active Phase)** : يبدأ عادةً من 6سم حتى 10 سم مع تقلصات أقوى وأكثر تقاربًا.

المرحلة الثانية(Second Stage of Labor)

تبدأ من اكتمال اتساع عنق الرحم (10 سم) وتنتهي بـ خروج الجنين.

المرحلة الثالثة(Third Stage of Labor)

تبدأ بعد ولادة الجنين وتنتهي بـ خروج المشيمة

الولادة القيصرية: إجراء جراحي يتم خلاله توليد الجنين عبر شق جراحي في جدار البطن والرحم.

1.2 خلفية عامة حول الولادة القيصرية

تعتبر الولادة القيصرية (Cesarean Section / C-section) من أكثر الإجراءات الجراحية شيوعًا في التوليد على مستوى العالم، تشير تقارير منظمة الصحة العالمية WHO إلى ارتفاع معدلات الولادة القيصرية عالميًا من حوالي 6.7٪ عام 1990 إلى أكثر من 19٪ في عام 2014(1)، مع تفاوت واضح بين الدول المتقدمة والنامية(2) .

1.3 أنواع الولادة القيصرية

تقسَم الولادة القيصرية إلى نوعين رئيسيين بحسب توقيت الإجراء والدواعي السريرية، هما: القيصرية المخططة (Elective) والقيصرية الإسعافية أو الطارئة(Emergency)

تُجرى القيصرية المخططة قبل بدء المخاض، وغالبًا ما تكون أكثر أمانًا نظرًا لاستقرار الحالة السريرية لكل من الأم والجنين، بالإضافة إلى إمكانية التحضير المسبق للعملية

أما القيصرية الإسعافية فتُتخذ خلال المخاض نتيجة حدوث مضاعفات طارئة مثل عسرة المخاض (Dystocia)، أو اضطراب نبضات الجنين(Fetal distress) ، أو انفصال المشيمة (Placental abruption)، أو تسمم الحمل الشديد(Severe preeclampsia) ، وهي حالات تستدعي تدخلاً جراحيًا سريعًا للحفاظ على سلامة الأم والجنين (3) (4)

1.4 أهمية القيصرية الإسعافية ودواعيها

تمثل القيصرية الإسعافية نسبة مهمة من جميع العمليات القيصرية، حيث تتراوح معدلاتها عالميًا بين 10٪ و25٪ حسب السياق والمستشفى (5)

القيصرية الطارئة مرتبطة بمضاعفات أعلى للأم والجنين بسبب قصر وقت التحضير وصعوبة التخدير وزيادة النزف (6)

من أبرز استطباباتتها (Indications) اضطرابات نبض الجنين غير الطبيعية (Abnormal fetal heart rate patterns)، فشل تقدم المخاض(Failure to progress) ، تدلي الحبل السري (Umbilical cord prolapse)، انفصال المشيمة(Placental abruption) ، ومجيئات معيبة للجنين (Malpresentation)، ومضاعفات الحمل مثل تسمم الحمل (Preeclampsia) .

1.5 المضاعفات الصحية للولادة القيصرية

1.5.1مضاعفات الأم

تشمل مضاعفات الولادة القيصرية للأم الانتانات، النزف، إصابات جراحية، ومشاكل في التعافي بعد العملية.

كما ترتفع احتمالية الإصابة بجلطات الدم(Thromboembolism) ومشاكل المشيمة في الحمول التالية (6)

1.5.2 مضاعفات الجنين

تشمل مضاعفات الولادة القيصرية للمواليد صعوبات التنفس(Respiratory distress) ، انخفاض التكيف مع الحياة خارج الرحم، وزيادة احتمالية دخول وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة(7)

1.6 الأنظمة التصنيفية السريرية المهمة

ونظرًا لتأثير القيصرية، ولا سيما الإسعافية، على صحة الأم والجنين، طُوّرت أنظمة تصنيفية تهدف إلى تحليل معدلات القيصرية وفهم مساهمة الفئات المختلفة من النساء في ارتفاع هذه المعدلات.

تصنيف روبسون:(Robson Classification)

يُعد تصنيف روبسون نظامًا معياريًا مستخدمًا عالميًا لتحليل ومراقبة معدلات الولادة القيصرية وتقسيم النساء إلى مجموعات متجانسة بناءً على خمس متغيرات أساسية: **عدد الولادات السابقة، عدد الأجنة، وجود ولادة قيصرية سابقة، بداية المخاض، وعمر الحمل**. يهدف هذا التصنيف إلى تحديد المجموعات السكانية التي تسهم أكثر في ارتفاع معدل الولادة القيصرية وتسهيل المقارنة بين المستشفيات والبلدان، كما يساعد في تقييم جودة الرعاية وتحديد الفئات التي يمكن توجيه سياسات خفض القيصرية نحوها (Robson Classification Manual, WHO) .

أهمية تطبيقه:

استخدام هذا النظام في المستشفيات أظهر قدرته على تحديد المجموعات التي تسهم أكثر في معدل القيصرية،

مثل النساء ذوات الولادات السابقة أو الحمل المتعدد، مما يمكن الخدمات الصحية من تصميم تدخلات مستهدفة لتحسين النتائج وتقليل القيصرية غير الضرورية.

1.7مبررات إجراء الدراسة

على الرغم من الدراسات العالمية، هناك نقص في الدراسات العربية التي تحدد عوامل الخطر للقيصرية الإسعافية في المستشفيات المحلية مثل مشفى الزهراوي(8).

دراسة حالة–شاهد (*Case–Control Study*) ستساعد في تحديد العوامل المستقلة بعد ضبط المتغيرات، مما يسهم في تحسين رعاية الحوامل، مراقبة المخاض، واتخاذ القرارات المناسبة بشأن طريقة الولادة(9)

1.8 المصطلحات الأساسية وتعريفاتها

- الولادة القيصرية المخططة :(Elective Cesarean Section) عملية قيصرية مجدولة قبل بدء المخاض.
- الولادة القيصرية الإسعافية :(Emergency Cesarean Section) عملية قيصرية يتم اتخاذ القرار بها أثناء المخاض بسبب مضاعفات مفاجئة.
- عسرة المخاض :(Dystocia / Failure to Progress) صعوبة أو بطء تقدم الولادة الطبيعية.
- اضطراب نبضات الجنين :(Non-reassuring Fetal Heart Rate Patterns) تغييرات في معدل ضربات قلب الجنين تشير إلى تألم جنينية.
- تحريض المخاض :(Labor Induction) استخدام طرق دوائية أو ميكانيكية لبدء المخاض.
- الوزن الزائد للجنين :(Fetal Macrosomia) وزن الجنين ≤ 4 كجم عند الولادة.

الفصل الثاني: عوامل الخطورة والآليات المرضية والتوصيات العالمية

2.1 عوامل الخطورة المؤدية للقيصرية الإسعافية

2.1.1 عوامل متعلقة بالأم

- تقدم عمر الأم (>35 سنة) يزيد من احتمال الحاجة للقيصرية الإسعافية بسبب صعوبة المخاض أو اضطرابات الجنين (10–12)
- ارتفاع مؤشر كتلة الجسم أو السمنة يزيد من مخاطر عسرة المخاض والولادة القيصرية الطارئة (13,14)
- الأمراض المزمنة المصاحبة للحمل مثل ارتفاع ضغط الدم أو السكري تزيد من الحاجة للقيصرية الإسعافية(15,16).

2.1.2 عوامل متعلقة بالحمل

ضعف أو تأخر الرعاية قبل الولادة (*Antenatal Care*) يرتبط بزيادة خطر المضاعفات التي تؤدي إلى قيصرية إسعافية (17)

مضاعفات الحمل مثل تسمم الحمل(*Preeclampsia*) ، تمزق الأغشية المبكر (*Premature Rupture of Membranes - PROM*)، وقلة السائل الأمنيوسي (*Oligohydramnios*) ترتبط بزيادة معدلات القيصرية الطارئة(18,19)

2.1.3 عوامل مرتبطة بالمخاض والجنين

- عسرة المخاض أو فشل تقدمه (*Dystocia / Failure to Progress*) أحد أهم الأسباب المؤدية للقيصرية الإسعافية، خاصة في الحوامل لأول مرة (*Nulliparous Women*) (20–22)
- اضطراب نبضات الجنين (*Non-reassuring Fetal Heart Rate Patterns*) يمثل سببًا رئيسيًا عالميًا للقيصرية الطارئة(4)
- تحريض المخاض (*Labor Induction*) في عنق رحم غير ملائم (*Unfavorable Bishop*

(*Score*يزيد من احتمال القيصرية الطارئة(23)

- الوزن الزائد للجنين (*Fetal Macrosomia*) يرتبط بزيادة احتمال القيصرية الطارئة، خاصة عند النساء ذوات وزن أو مؤشر كتلة جسم مرتفع(20,24,25).

2.2 الآليات المرضية لحدوث القيصرية الإسعافية

تعدّ القيصرية الإسعافية نتاجًا لعدة آليات فيزيولوجية ومرضية معقدة تؤثر على سير المخاض الطبيعي وتؤدي إلى فشل تقدم المخاض (labor dystocia) أو تهديد لحالة الجنين يستلزم تدخلاً سريعًا .يُعرَّف فشل تقدم المخاض أو عسرة المخاض بأنه تباطؤ أو توقف في اتساع عنق الرحم أو نزول الجنين، ويرتبط بتغيرات في وظيفة الرحم والتقلصات وعدم التوافق بين حجم الجنين وحوض الأم، ما يجعله أحد أكثر الأسباب شيوعًا للولادة القيصرية غير المخططة في النساء اللاتي يدخلن المخاض الطبيعي. الدراسات تشير إلى أن عوامل متعددة، مثل ضعف التقلصات الرحمية، اختلال التحفيز الهرموني، وضعية الجنين غير المثالية، واختلال التناسق بين حجم الجنين وحوض الأم، تُسهم في هذه الظاهرة المرضية المعقدة. هذه الاختلالات الفيزيولوجية تُضعف فعالية تقدم المخاض، مما يؤدي إلى تباطؤ اتساع عنق الرحم وعدم نزول الجنين، وبالتالي زيادة احتمالات اتخاذ قرار القيصرية الإسعافية(26)

كما يرتبط زيادة كتلة الجسم لدى الأم (السمنة) باضطرابات في سير المخاض نتيجة لعدد من التغيرات الفيزيولوجية، منها ضعف التقلصات، بطء اتساع عنق الرحم، وعدم التوافق بين متطلبات الانقباض وبيئة الرحم. السمنة أيضًا تزيد من مخاطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم الحملي، السكري الحملي، ووظيفة مشيمية غير مثالية، وهو ما قد يؤدي إلى زيادة الضغط على الجنين ونقص التروية أثناء الانقباضات، ما يزيد شدة التألم الجنينية ويحفّز اتخاذ قرار الجراحة الطارئة(27)

في حالات اضطرابات نبضات قلب الجنين(Fetal distress) ، يعكس النمط غير الطبيعي لمعدل نبضات القلب الجنيني غالبًا نقص الأكسجة الجنينية (hypoxia) الناتجة عن تراجع التروية المشيمية خلال

الانقباضات المتكررة أو المطوّلة. هذا النقص في الأوكسجين يمكن أن يحدث نتيجة زيادة الضغط على الحبل السري أو ضعف تدفق الدم المشيمي، مما يهدد حالة الجنين ويستدعي تدخلًا جراحيًا سريعًا للحفاظ على سلامته. تُظهر الأدلة السريرية أن التعرف المبكر على هذه التغيرات في المراقبة الجنينية والربط بين نمط نبضات القلب والتروية

المشيمية أمرٌ حاسم لمنع المضاعفات العصبية والوفاة الجنينية

بالإضافة إلى ذلك، فإن تمزق الأغشية المبكر (PROM) قد يؤدي إلى تسلل ميكروبات إلى التجويف الرحمي وحدوث التهاب الأغشية(chorioamnionitis) ، ما يؤثر في البيئة الرحميّة ويغيّر من قدرة الرحم على الاستمرار في المخاض الطبيعي، ويزيد من خطر انتان وتغيرات في وظيفة الانقباضات .الالتهاب الرحمي يزيد من احتمالات فشل تقدم المخاض وتهديد الجنين، مما يجعل القرار الجراحي الطارئ أكثر ضرورة(4).

تظهِر هذه الآليات — ضعف التقلصات الرحمية، اضطرابات التروية المشيمية، التألم الجنينية، والالتهاب الرحمي — تفاعلاً متشابكًا يؤدي غالبًا إلى اضطرابات في المخاض ومتطلبات إنقاذيه طارئة تتطلب القيصرية الإسعافية للحفاظ على صحة الأم والجنين في السياق العلاجي الحديث(26)

2.3العوامل الاجتماعية والسلوكية

إضافة إلى العوامل السريرية، تشير الأدبيات إلى دور متزايد للعوامل الاجتماعية والسلوكية في اختلاف معدلات الولادة القيصرية بين المجتمعات. وتشمل هذه العوامل التفضيل الشخصي للأم للقيصرية، والخوف من ألم الولادة الطبيعية، ونقص الوعي حول فوائد الولادة المهبلية، إضافة إلى تأثير المستوى التعليمي والاقتصادي للأم على خياراتها المتعلقة بطريقة الولادة. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن التدخلات التعليمية والدعم النفسي أثناء الحمل يمكن أن تقلل من معدلات القيصرية غير الضرورية عبر تعزيز ثقة الأم بقدرتها على الولادة الطبيعية.

الفصل الثالث: استعراض الأدبيات السابقة والإطار المفاهيمي

3.1 إحصائيات ومعدلات الولادة القيصرية

تشير الدراسات العالمية إلى زيادة ملحوظة في معدلات الولادة القيصرية خلال العقود الأخيرة، حيث بلغت النسبة حوالي 19.1٪ في 2014 مقارنةً بـ 6.7٪ في 1990. تختلف هذه النسب بين الدول المتقدمة والنامية نتيجة لاختلاف البنية الصحية، الثقافة المجتمعية، ومستوى الوصول إلى خدمات الرعاية قبل الولادة(1)

3.2 الدراسات العربية

أظهرت دراسات عربية من مصر والسعودية والأردن والعراق والمغرب أن عوامل مثل تقدم عمر الأم، السمنة، وتسمم الحمل ترتبط بزيادة احتمال الولادة القيصرية الإسعافية(8,16).

في مصر، بينت دراسة حالة–شاهد أن ضعف الرعاية قبل الولادة يمثل عامل خطر مستقل للقيصرية الطارئة(8).

وفي السعودية، وجدت دراسة واسعة أن السمنة وارتفاع ضغط الدم الحملي من أهم العوامل المؤدية للقيصرية غير المخططة(9)

أما في الأردن، فقد تبين أن اضطرابات نبض الجنين هي السبب الأكثر شيوعًا للقيصرية الطارئة خاصة عند الولادة الأولى(28) .

وفي العراق والمغرب، ثبت أن عسرة المخاض وسوء متابعة الحمل كانت من أبرز دوافع القيصرية الطارئة(29,30).

3.3 الدراسات العالمية

تشير الدراسات العالمية إلى ارتفاع مستمر في معدلات القيصرية، حيث وصلت في الولايات المتحدة إلى نحو 31%، بينما تشكّل القيصرية الطارئة قرابة 15% من الولادات(31).

وفي المملكة المتحدة تبلغ نسبة القيصرية الإسعافية نحو 17% خاصة عند وجود اضطراب في مخطط نبض الجنين(32) .

أما البرازيل، التي تُعد من أعلى الدول عالميًا، فتتجاوز فيها نسبة القيصرية 55%، ويرتبط تحريض المخاض بعنق رحم غير ناضج بزيادة القيصرية الطارئة(33) .

وفي الهند والصين، فإن أبرز أسباب القيصرية الطارئة هي الولادة الأولى، الوزن الزائد للجنين، وتفاوت جودة الرعاية الصحية(34,35)

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن القيصرية الطارئة ترتبط بمضاعفات أعلى بسبب قصر وقت التحضير وارتفاع النزف وصعوبة التخدير(36).

3.4 الدراسات السورية

تشير الدراسات السورية إلى أن الأسباب الأكثر شيوعًا للقيصرية الطارئة هي عسرة المخاض، اضطراب نبضات الجنين، الوزن الزائد للجنين، وتحريض المخاض بعنق رحم غير ناضج(37,38).

كما تبيّن أن نقص التثقيف حول الولادة الطبيعية والقبول المتأخر في المخاض ونقص الكادر الخبير قد ساهم في ارتفاع المعدلات(38).

وفي بعض المستشفيات التعليمية، لوحظ تأثير مهم للمتابعة غير الكافية لنمط نبض الجنين(37)

3.5 الفجوات المعرفية المستخلصة

تظهر مراجعة الأدبيات وجود فجوات واضحة، منها:

1. قلة الدراسات العربية والسورية التي تحدد عوامل الخطر المستقلة للقيصرية الطارئة باستخدام نماذج إحصائية متعددة المتغيرات.
2. غياب دراسات مقارنة بين مستشفيات متعددة في سوريا.
3. محدودية الدراسات التي تربط العوامل الاجتماعية والسلوكية بالقيصرية الطارئة.

4. نقص البحث حول تأثير الظروف الاقتصادية والصحية العامة على نتائج الحمل.

3.6 استراتيجيات تقليل القيصرية غير الضرورية

تشير الإرشادات العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد (ACOG) والكلية الملكية البريطانية (RCOG) إلى مجموعة من الاستراتيجيات الفعّالة للحد من الولادات القيصرية غير الضرورية. تبدأ هذه الاستراتيجيات بتحسين جودة الرعاية قبل الولادة من خلال الكشف المبكر عن عوامل الخطر وإدارتها بشكل مناسب، بما في ذلك متابعة الحمل المنتظمة والتقييم المستمر لصحة الأم والجنين. كما تركز على تثقيف الحوامل حول فوائد الولادة الطبيعية وأهمية الاستعداد النفسي للمخاض، مما يساهم في تقليل القلق والخوف المرتبطين بالولادة.

على مستوى الممارسة السريرية، تشمل الاستراتيجيات تدريب الطاقم الطبي على إدارة عسرة المخاض واستخدام بروتوكولات معيارية لتحريض المخاض، مع الاعتماد على أدوات تقييم جاهزية عنق الرحم مثل مقياس بيشوب (Bishop Score) لضمان اختيار الوقت الأنسب للتحريض وزيادة فرص الولادة المهبلية الناجحة. بالإضافة إلى ذلك، يُعد نظام تصنيف روبسون (Robson Classification System) أداة مهمة لمراقبة وتحليل معدلات القيصرية بين المجموعات المختلفة من الحوامل، مما يتيح تحديد الفئات التي يمكن توجيه التدخلات الوقائية نحوها.

وقد أظهرت الدراسات أن الجمع بين هذه الاستراتيجيات المتكاملة يقلل من معدل القيصرية غير الضرورية بشكل ملحوظ دون التأثير السلبي على صحة الأم أو الجنين، كما يساهم في تحسين تجربة المخاض بشكل عام.

القسم العملي

4.1 أهمية الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على عوامل الخطر المرتبطة بالولادة القيصرية الإسعافية لدي حوامل في مخاض عفوي في المستشفيات المحلية، خصوصًا في سياق مشفى الزهراوي.

تكمن أهمية الدراسة في:

- تحسين رعاية الحوامل أثناء المخاض.
- تقليل المضاعفات المرتبطة بالولادة القيصرية لكل من الأم والجنين.
- توفير بيانات محلية موثوقة لدعم صنع القرار الطبي في المستشفيات.
- المساهمة في وضع سياسات واستراتيجيات لتقليل القيصرية غير الضرورية.

4.2 أهداف الدراسة

الهدف العام:

- تحديد العوامل المستقلة التي تؤثر على الحاجة للولادة القيصرية الإسعافية في المستشفيات المحلية.

الأهداف الفرعية:

1. تقييم العلاقة بين العوامل المتعلقة بالأم (Maternal Factors) مثل العمر، مؤشر كتلة الجسم، والأمراض المزمنة، وبين الولادة القيصرية الطارئة.
2. دراسة تأثير العوامل المتعلقة بالحمل (Pregnancy-related Factors) مثل تسمم الحمل، ضعف الرعاية قبل الولادة، و PROMعلى حدوث القيصرية الطارئة.
3. تحليل عوامل المخاض والجنين (Labor and Fetal Factors) مثل عسرة المخاض، اضطراب نبض الجنين، تحريض المخاض، ووزن الجنين على احتمالية القيصرية.
4. تقديم توصيات لتحسين إدارة المخاض والولادة وتقليل القيصرية غير الضرورية.

4.4 الطرائق والمواد

4.4.1 تصميم الدراسة

تم اعتماد دراسة حالة–شاهد (Case–Control Study) لتحديد العوامل المستقلة المرتبطة بالولادة القيصرية الإسعافية(Emergency Cesarean Section) .

- **المجموعة الأولى :(Cases)** النساء اللواتي خضعن للولادة القيصرية الطارئة.
- **المجموعة الثانية :(Controls)** النساء اللواتي ولدن ولادة طبيعية خلال نفس الفترة والمستشفى.

4.4.2 مكان الدراسة ومدة البحث

- المستشفى :مشفى الزهراوي(Al-Zahrawi Hospital) .
- الفترة الزمنية :من تموز حتى تشرين الأول.

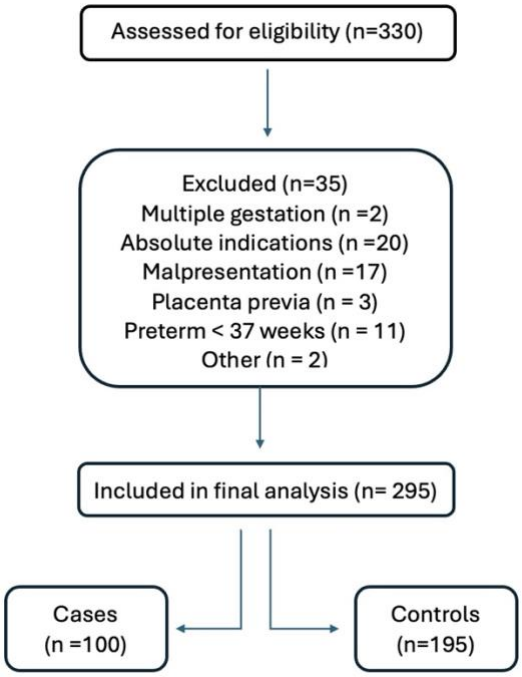
4.4.3 عينة الدراسة

- شملت الدراسة جميع النساء اللواتي أتممن الحمل بعمر حملي أكثر من 37 أسبوعًا(>37) .
- اقتصر الاشتمال على النساء اللواتي تم قبولهن في جناح الولادة أثناء المخاض العفوي.
- تضمنت الدراسة حالات الحمل بـ جنين واحد فقط(Singleton pregnancy) .
- اقتصرت العينة على الحالات ذات وضعية رأسية للجنين(Cephalic presentation) .

معايير الاستبعاد(Exclusion Criteria)

- الولادة القيصرية المخططة.
- حالات المخاض المبكر (37> أسبوعًا) .
- الحالات التي تعاني من أمراض خطيرة غير مرتبطة بالحمل تؤثر على سير المخاض.

- تم استبعاد النساء اللواتي لديهن حالات تستدعي تدخلاً جراحيًا مخططًا وفوريًا، بما في ذلك: المشيمة المنزاحة(Placenta previa) ، والوضعيات غير الطبيعية للجنين(Malpresentation) ، وتدلي الحبل السري(Umbilical cord prolapse) ، وحالات الحمل المتعدد(Multiple gestation) .



رسم توضيحي 1 معايير الاستبعاد (Exclusion Criteria)

حجم العينة (Sample Size) نظرًا للطبيعة الاستعادية للدراسة، فقد شملت العينة جميع النساء اللواتي استوفين معايير الاشتمال خلال فترة الدراسة الممتدة من تموز إلى تشرين الأول 2025، وبلغ عددهن 295 مشاركة.

ويُعد هذا الحجم كافيًا إحصائيًا لإجراء تحليل الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات، حيث يحقق قاعدة وجود ما لا يقل عن 10 أحداث (Events) لكل متغير مُدرج في النموذج، مما يعزز من موثوقية التقديرات الإحصائية واستقرار النموذج.

4.4.4 المتغيرات المدروسة

عوامل أمومية	عوامل مخاضية	عوامل جنينية ونتائج مرتبطة بالولادة
• عمر الأم • BMI • عدد مرات الحمل • عدد الولادات • وجود قيصرية سابقة • عدد القيصريات السابقة • اضطرابات ارتفاع ضغط الدم • السكري/السكري الحملي • التدخين	• PROM • نسبة امحاء عنق الرحم • اتساع عنق الرحم (سم) • مرحلة المخاض عند الدخول • تعزيز المخاض • مجيئ الجنين • خصائص السائل الأمنيوسي • موقع المشيمة	• تألم الجنين • وزن الولادة (كغ) • علامة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة • دخول العناية المشددة لحديثي الولادة NICU

4.4.5التحليل الإحصائي

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج **SPSS** أو **R** وفق منهجية إحصائية متعددة الخطوات. تم إجراء اختبارات الفروق المناسبة، حيث استُخدم اختبار **Chi-square** للمتغيرات الاسمية، بينما استُخدم **t-test** لتحليل الفروقات بين المتوسطات في المتغيرات المستمرة.

كما جرى تطبيق **الانحدار اللوجستي (Logistic Regression)** بهدف تحديد العوامل المستقلة المرتبطة بالولادة القيصرية الطارئة بعد ضبط المتغيرات المربكة المحتملة.

اعتمدت الدراسة مستوى دلالة إحصائية مقداره $p < 0.05$.

التعامل مع البيانات المفقودة:

تم التعامل مع القيم المفقودة لبعض المتغيرات، ولا سيما مؤشر كتلة الجسم(BMI) ، باستخدام أسلوب

الاستبعاد القائم على الحالة(Listwise Deletion) ، حيث أُدرجت في نماذج الانحدار اللوجستي الحالات التي توفرت لديها القيم اللازمة للتحليل فقط. ونظرًا للطبيعة الاستعادية للدراسة واعتمادها على السجلات الطبية الورقية، لم يكن بالإمكان استكمال القيم المفقودة. وقد أُخذ ذلك بعين الاعتبار عند تفسير النتائج.

النتائج:

شمل التحليل 295 **امرأة**، من بينهن 100 **حالة** خضعت لولادة قيصرية إسعافية و **195مجموعة** شاهد ولدن ولادة مهبلية. يعرض هذا الفصل النتائج بصورة منظمة تشمل خصائص الأمهات، خصائص المخاض، نتائج الوليد، دواعي القيصرية الإسعافية، والمتنبئات الإحصائية.

5.1 خصائص الأمهات

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين. فقد كان متوسط عمر الأمهات أعلى في مجموعة القيصرية الإسعافية (27 سنة) مقارنة بمجموعة الولادة المهبلية (24 سنة $p = 0.042$)كما كانت زيادة الوزن والسمنة أكثر شيوعًا في مجموعة الحالات، حيث بلغت نسبتهما (28% و15%) مقارنة بـ (14.9% و6.7%) في مجموعة الشاهد، مما يعكس ارتباطًا معنويًا واضحًا($p = 0.003$).

ظهر وجود قيصرية سابقة كأقوى العوامل المرتبطة بالقيصرية الإسعافية، حيث وُجدت لدى 64 **%**من الحالات مقابل 4.6 **%** فقط في مجموعة الشاهد ($p < 0.001$) .

كما كانت اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، بما فيها تسمم الحملي، أكثر انتشارًا في مجموعة الحالات (16% مقابل 5.6%). في المقابل، لم تظهر فروق معنوية فيما يتعلق بالسكري، التدخين، عدد مرات الحمل، أو عدد الولادات.

5.2 الخصائص المتعلقة بالمخاض

كانت أغلبية الحالات (93%) في مرحلة الكمون من المخاض عند الدخول إلى المستشفى مقارنة بـ 27.7% فقط في مجموعة الشواهد، مما يشير إلى ارتباط قوي بين دخول المخاض مبكرًا وزيادة احتمال القيصرية الإسعافي($p < 0.001$) .

لوحظ بطء في تقدم المخاض لدى الحالات، حيث كان:

- **اتساع عنق الرحم** أقل بشكل واضح (2 سم مقابل 7 سم) .
- **امحاء عنق الرحم** أقل (60% مقابل 75%) ($p < 0.001$) لكلاهما.

كما كان التعزيز الدوائي للمخاض باستخدام الأوكسيتوسين منخفضًا بشكل ملحوظ في مجموعة الحالات (10% مقابل 43.6%) مع دلالة إحصائية عالية، مما يطرح احتمال أن التعزيز قد يلعب دورًا وقائيًا.

سُجلت فروق مهمة في صفات السائل الأمنيوسي ووجود سائل غير عقيم، في حين لم تُلاحظ فروق معنوية في موقع المشيمة.

5.3 نتائج الجنين والوليد

كانت إصابات **تألم الجنين** أعلى بكثير بين الحالات (29%) مقارنة بمجموعة الشواهد (6.2%) . ($p < 0.001$)

كما كان متوسط **وزن الولادة** أقل في مجموعة القيصرية الإسعافية (3000 غ) مقارنة بمجموعة الضبط (3200 غ)، مع دلالة إحصائية.

رغم ذلك، لم تظهر فروق معنوية في:

- درجات أبغار عند 1 و5 دقائق،
- دخول حديثي الولادة إلى وحدة العناية المركزة،
- أو معدلات وفيات المواليد.

وتشير هذه النتائج إلى أن التدخل الإسعافي غالبًا ما منع حدوث تدهور كبير في نتائج الوليد.

5.4 دواعي القيصرية الإسعافية

أظهرت النتائج أن القيصرية السابقة كانت الداعي الأكثر شيوعًا بنسبة 63 **%** تلتها:

- تألم الجنين (13%)
- عدم التناسب الحوضي الرأسي (9%)
- تمزق الأغشية المبكر لأكثر من 24 ساعة (8%)
- فشل التقدم في المخاض (6%)
- تسمم الحمل (1%)

ويوضح هذا التوزع العبء الكبير للقيصرية المتكررة وأهميتها كعامل مؤثر في الممارسات السريرية.

5.5 العوامل المتنبئة بالقيصرية الإسعافية (الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات)

عوامل مرتبطة بالأم

- زيادة الوزن: AOR3.16
- السمنة: AOR2.64
- القيصرية السابقة: أقوى المتنبئات (AOR 36.74)
  - قيصرية سابقة واحدة: 9.09
  - قيصريتان سابقتان: 75.44
  - ثلاث قيصريات سابقة: 76.33
- ارتفاع ضغط الدم/تسمم الحمل: AOR3.88

عوامل مرتبطة بالمخاض

- دخول المخاض في مرحلة الكمون: AOR15.88
- تألم الجنين: AOR28.12
- اتساع عنق الرحم: عامل وقائي (AOR0.91)

- امحاء عنق الرحم: عامل وقائي (AOR 0.46)
- التعزيز الدوائي للمخاض: عامل وقائي (AOR 0.27)

عوامل أخرى

- وزن المولود كان مرتبطًا بشكل طفيف لكنه ذو مغزى إحصائي (AOR 0.998)

الجدول 1 :الخصائص الأمومية لعينة الدراسة

المتغير	الفئة	الوسيط / النسبة المئوية(%)
عمر الأم (سنوات)		25 (21-28)
مؤشر كتلة الجسم عند الولادة	طبيعي	71 (24.1%)
	زيادة وزن	57 (19.3%)
	سمنة	28 (9.5%)
	نقص وزن	2 (0.7%)
	بيانات مفقودة	137 (46.4%)
عدد مرات الحمل		3 (2-4)
عدد الولادات		1.5 (1-2)
قيصرية سابقة	نعم	73 (24.7%)
	لا	222 (75.3%)
عدد القيصريات سابقة	0	222 (75.3%)
	1	36 (12.2%)
	2	29 (9.8%)
	3	8 (2.7%)
ارتفاع ضغط الدم	نعم	27 (9.2%)
	لا	268 (90.8%)
السكري /السكري الحملي	نعم	4 (1.4%)
	لا	291 (98.6%)
التدخين	نعم	37 (12.5%)
	لا	258 (87.5%)

الجدول 2 .خصائص المخاض لدى النساء المشاركات

المتغير	الفئة	الوسيط / النسبة المئوية(%)
مرحلة المخاض	نشطة	148 (50.2%)
	كمون	147 (49.8%)
اتساع عنق الرحم (سم)		5 (2-8)
امحاء عنق الرحم (٪)		70 (60-75)
تمزق الأغشية المبكر	نعم	60 (20.3%)
	لا	235 (79.7%)
تحريض المخاض	نعم	95 (32.2%)
	لا	200 (67.8%)
صفات السائل الأمنيوسي	دموي	2 (0.6%)
	صافي	107 (36.3%)
	عقي	35 (11.9%)
	قلة السائل	33 (11.2%)
	غير محدد	109 (36.9%)
	زيادة السائل	9 (3.1%)
موقع المشيمة	أمامية	121 (41%)
	قاعية	112 (38%)
	جانبية	35 (11.9%)
	خلفية	26 (8.8%)
	مشيمة منخفضة	1 (0.3%)

الجدول 3 .الأحداث أثناء المخاض

المتغير	الفئة	الوسيط / النسبة المئوية(%)
تألمالجنين	نعم	41 (13.9%)
	لا	254 (86.1%)
استطبابات القيصرية	عدم توافق جنيني حوضي (CPD)	8 (2.7%)
	فشل تقدم المخاض	6 (2.7%)
	تألم جنيني	13 (4.4%)
	تسمم حملي	1 (0.3%)
	قيصرية سابقة	63 (21.4%)
	Prom>24	8 (2.7%)
نقل الدم	نعم	13 (4.4%)
	لا	282 (95.6%)

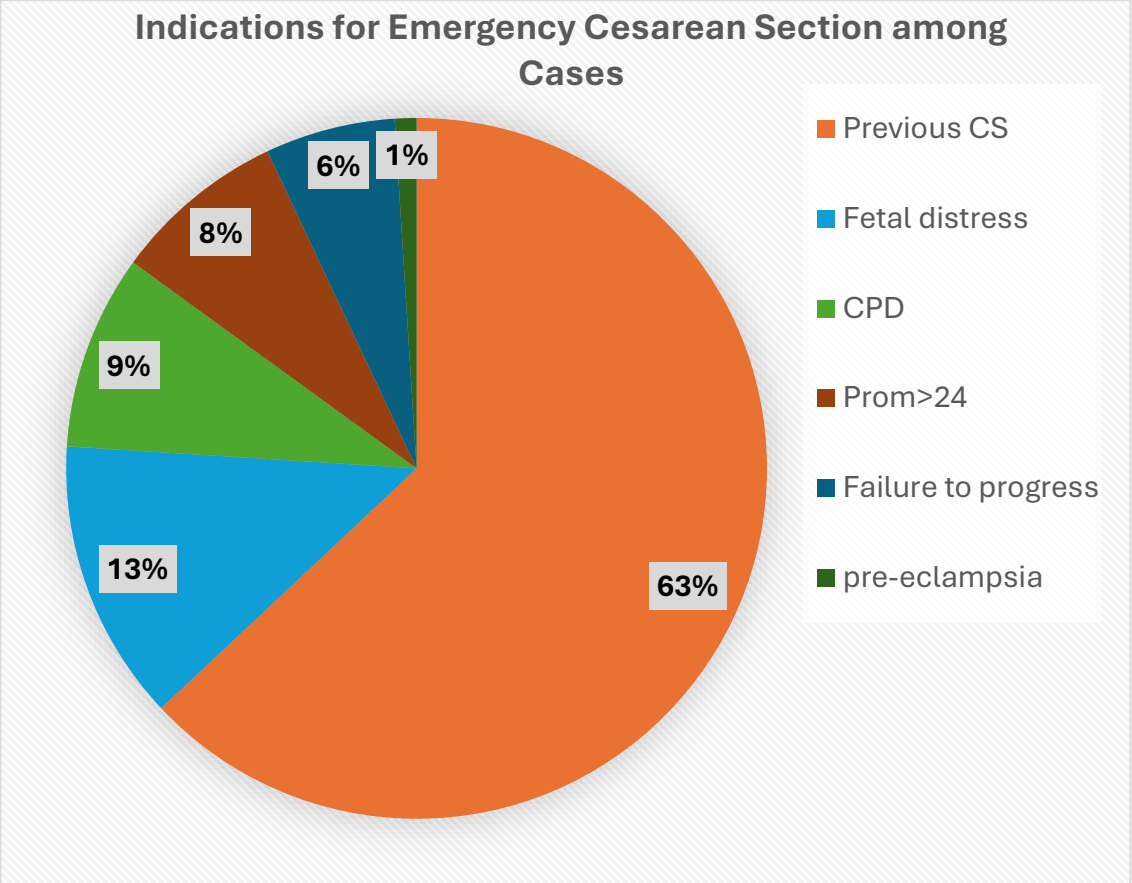


Figure 1 Indications for emergency cesarean section among cases

الجدول 4 .خصائص حديثي الولادة لعينة الدراسة

المتغير	الفئة	الوسيط / النسبة المئوية(%)
طريقة الولادة	قيصريه إسعافيه (حالات)	100 (33.9%)
	ولادة المهبلية (شواهد)	195 (66.1%)
نتائج حديثي الولادة	حي	295 (100%)
	متوفى	0 (0%)
درجة أبغار (دقيقة واحدة)		7 (7-8)
درجة أبغار (5 دقائق)		9 (9-9)
الحاجة لوحدة العناية المركزة	نعم	9 (3.1%)
	لا	286 (96.9%)
تشوهات خلقية	نعم	8 (2.7%)
	لا	287 (97.3%)

وزن الولادة (غ)		3100 (2900-3500)

الجدول 5 .المقارنة بين الحالات والشواهد حسب الخصائص الأمومية

المتغير	الفئة	النتيجة		الدلالة الإحصائية
		الشواهد	الحالات	
عمر الأم		24 (21-27)	27 (21-30)	0.042*
مؤشر كتلة الجسم عند الولادة	طبيعي	52 (26.7%)	19 (19%)	0.003*
	زيادة وزن	29 (14.9%)	28 (28%)	
	سمنة	13 (6.7%)	15 (15%)	
	نقص وزن	2 (1%)	0 (0%)	
	بيانات مفقودة	99 (50.8%)	38 (38%)	
عدد مرات الحمل		3 (2-4)	3 (1-4)	0.298
عدد الولادات		1 (1-2)	1 (1-2)	0.264
قيصرية سابقة	نعم	9 (4.6%)	64 (64%)	0.000*
	لا	186 (4.6%)	36 (36%)	
عدد القيصريات سابقة	0	186 (95.4%)	36 (36%)	0.000*
	1	8 (4.1%)	28 (28%)	
	2	1 (0.5%)	28 (28%)	
	3	0 (0%)	8 (8%)	
ارتفاع الضغط الشرياني / تسمم الحملي	نعم	11 (5.6%)	16 (16%)	0.04*
	لا	184 (94.4%)	84 (84%)	
السكري /السكري الحملي	نعم	4 (2.1%)	0 (0%)	0.189
	لا	291 (79.9%)	100 (100%)	
التدخين	نعم	21 (10.8%)	16 (16%)	0.137
	لا	174 (89.2%)	84 (84%)	

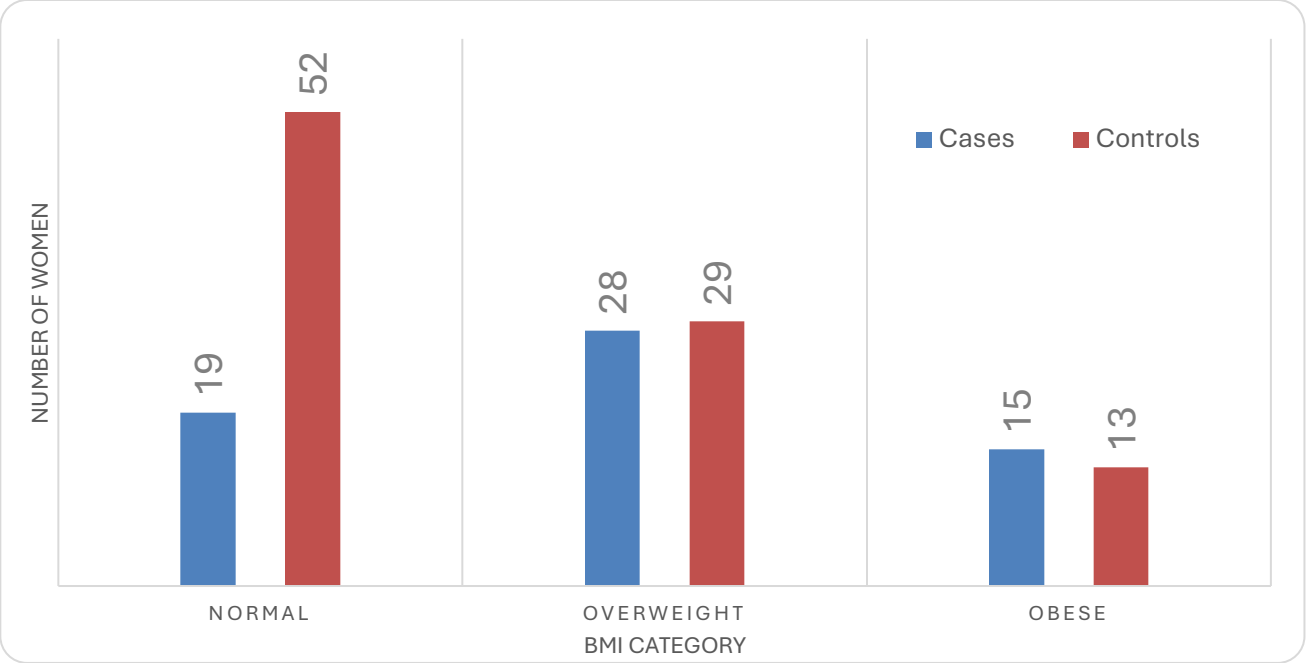


Figure 2. Distribution of BMI categories among cases and controls

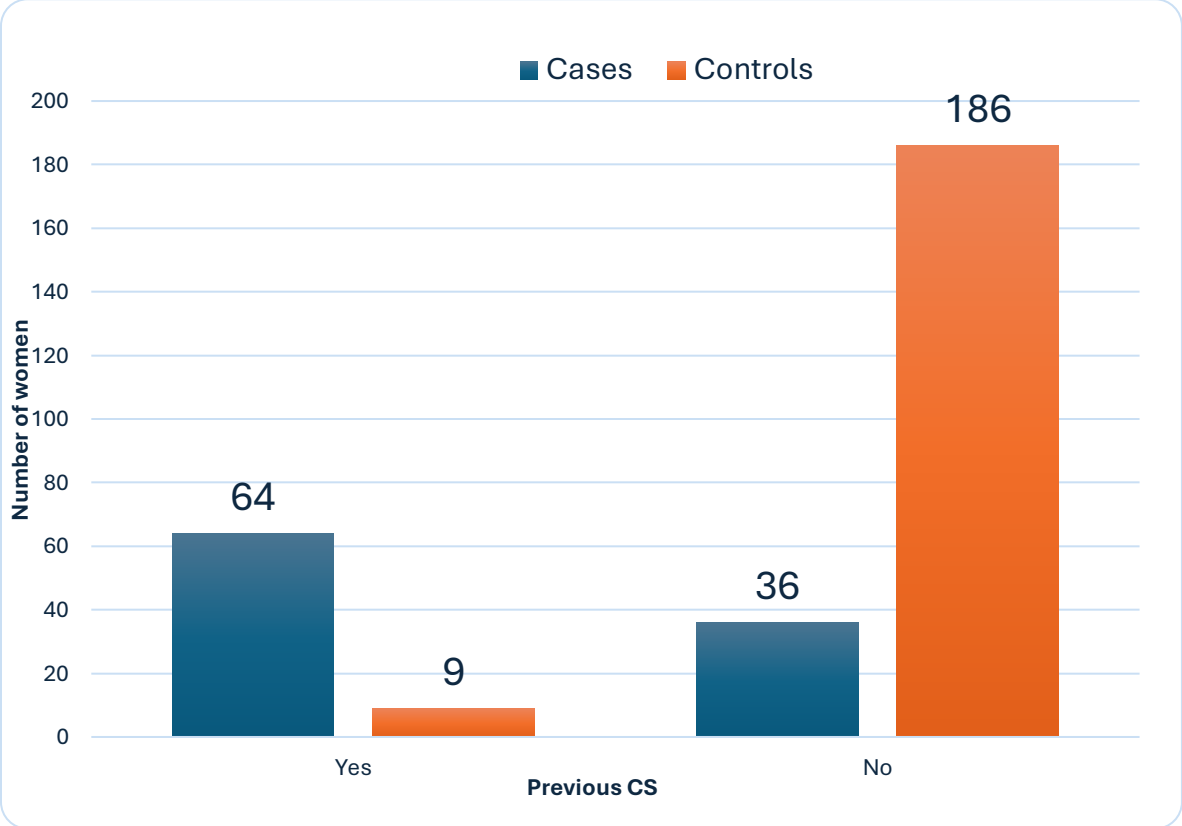


Figure 3 History of previous cesarean section among cases and controls

الجدول 6 .المقارنة بين الحالات والشواهد حسب خصائص المخاض

المتغير	الفئة	النتيجة		الدلالة الإحصائية
		الشواهد	الحالات	
مرحلة المخاض	نشطة	141 (72.3%)	7 (7%)	0.000*
	كمون	54 (27.7%)	93 (93%)	
اتساع عنق الرحم (سم)		7 (5-8)	2 (2-3)	0.000*
امحاء عنق الرحم (٪)		75 (65-75)	60 (60-65)	0.000*
تمزق الأغشية المبكر	نعم	36 (18.5%)	24 (24%)	0.167
	لا	159 (81.5%)	76 (76%)	
تحريض المخاض	نعم	85 (43.6%)	10 (10%)	0.000*
	لا	110 (56.4%)	90 (90%)	
صفات السائل الأمنيوسي	دموي	2 (1%)	0 (0%)	0.000*
	صافي	95 (48.7%)	12 (12%)	
	عقي	31 (15.9%)	4 (4%)	
	قلة السائل	17 (8.7%)	16 (16%)	
	غير محدد	43 (22.1%)	66 (66%)	
	زيادة السائل	7 (3.6%)	2 (2%)	
موقع المشيمة	أمامية	84 (43.1%)	37 (37%)	0.307
	قاعية	72 (36.9%)	40 (40%)	
	جانبية	25 (12.8%)	10 (10%)	
	خلفية	13 (6.7%)	13 (13%)	
	مشيمة منخفضة	1 (0.5%)	0 (0%)	

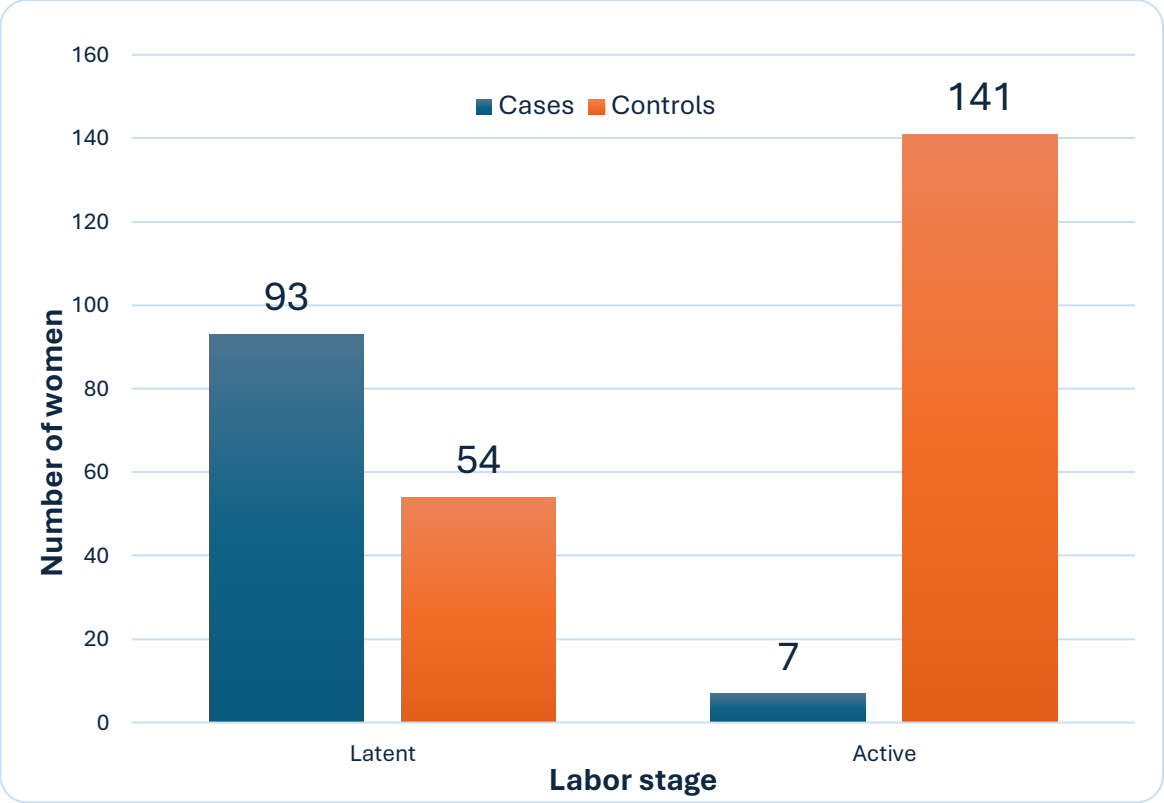


Figure 4 Labor stage at admission among cases and controls

الجدول 7 .المقارنة بين الحالات والشواهد حسب أحداث المخاض

المتغير	الفئة	النتيجة		الدلالة الإحصائية
		الشواهد	الحالات	
الجنين تألم	نعم	12 (6.2%)	29 (29%)	0.000*
	لا	183 (93.8%)	71 (71%)	
نقل الدم	نعم	4 (2.1%)	9 (9%)	0.009*
	لا	191 (97.9%)	91 (91%)	

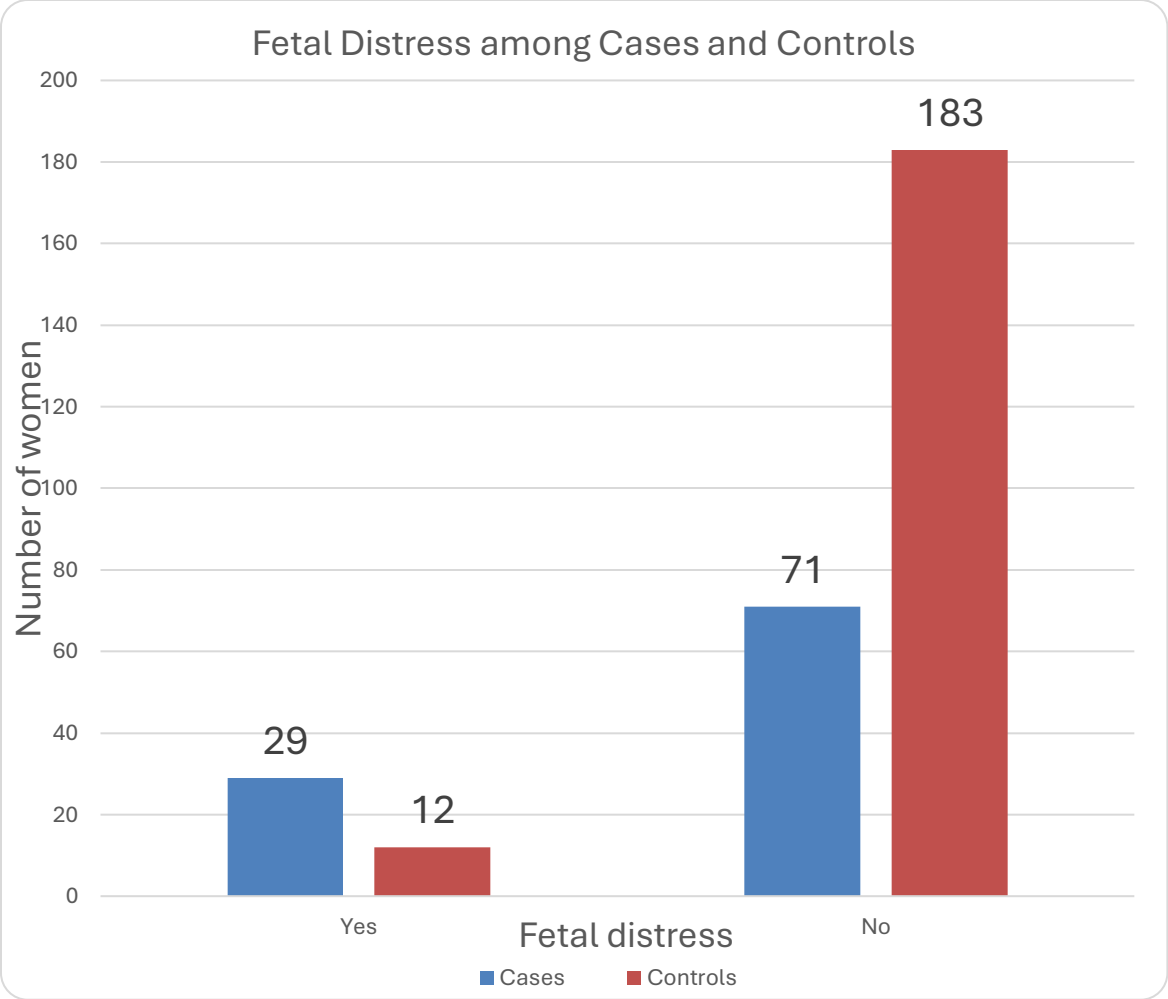


Figure 5 Frequency of fetal distress among cases and controls

الجدول 8 .المقارنة بين الحالات والشواهد حسب نتائج حديثي الولادة

المتغير	الفئة	النتيجة		الدلالة الإحصائية
		الشواهد	الحالات	
درجة أبغار (دقيقة واحدة)		8 (7-8)	7 (7-8)	0.591
درجة أبغار (5 دقائق)		9 (9-9)	9 (9-9)	0.352
الحاجة لوحدة العناية المركزة	نعم	8 (4.1%)	1 (1%)	0.131
	لا	187 (95.9%)	99 (99%)	
تشوهات خلقية	نعم	4 (2.1%)	4 (4%)	0.268
	لا	191 (97.9%)	96 (96%)	
وزن الولادة (غ)		3200 (3000-3500)	3000 (2600-3000)	0.000*

الجدول 9 .تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي لمتنبئات الولادة القيصرية الإسعافية

المتغير	B	S.E.	wald	Adjusted OR	95%CI		قيمة P
					Upper	Lower	
عمر الأم	0.038	0.02	3.59	1.039	1.081	0.999	0.058
زيادة وزن	1.150	.464	6.137	3.158	7.843	1.271	0.013*
سمنة	.972	.377	6.647	2.642	5.531	1.262	0.010*
نقص وزن	-20.196-	28420.722	.000	.000	.	.000	0.999
قيصرية سابقة	3.604	.400	81.231	36.741	80.447	16.780	0.000*
قيصريه سابقه واحده	2.207	.424	27.073	9.090	20.877	3.958	0.000*
قيصريتان سابقتان	4.323	1.027	17.721	75.444	564.707	10.079	0.000*
ثلاث قيصريات سابقه	6.412	1.531	18.361	76.331	675.65	12.663	0.000*
ارتفاع ضغط الشرياني	1.355	.688	3.878	3.878	14.939	1.006	0.049*
التدخين	.238	.863	.076	1.268	6.883	.234	0.783
مرحلة المخاض	2.765	.562	24.216	15.879	47.762	5.279	0.000*
اتساع (سم) عنق الرحم	-0.769-	0.147	27.44	0.905	0.999	0.820	0.000*
امحاء (٪) عنق الرحم	-0.100-	.050	3.895	0.463	0.618	0.348	0.048*
تمزق الأغشية المبكر	-.842-	.661	1.621	.431	1.575	.118	0.203
تحريض المخاض	-1.326-	.585	5.148	.265	.835	.084	0.023*
قلة السائل	.149	.707	.045	1.161	4.641	.291	0.833
عقي	.004	.852	.000	1.004	5.334	.189	0.000*
استسقاء امنيوسي	.324	1.044	.096	1.382	10.693	.179	0.096
تألم جنيني	3.337	.675	24.468	28.123	105.495	7.497	0.000*
وزن (غ) الولادة	-.002-	.000	38.051	.998	.998	.997	0.001*

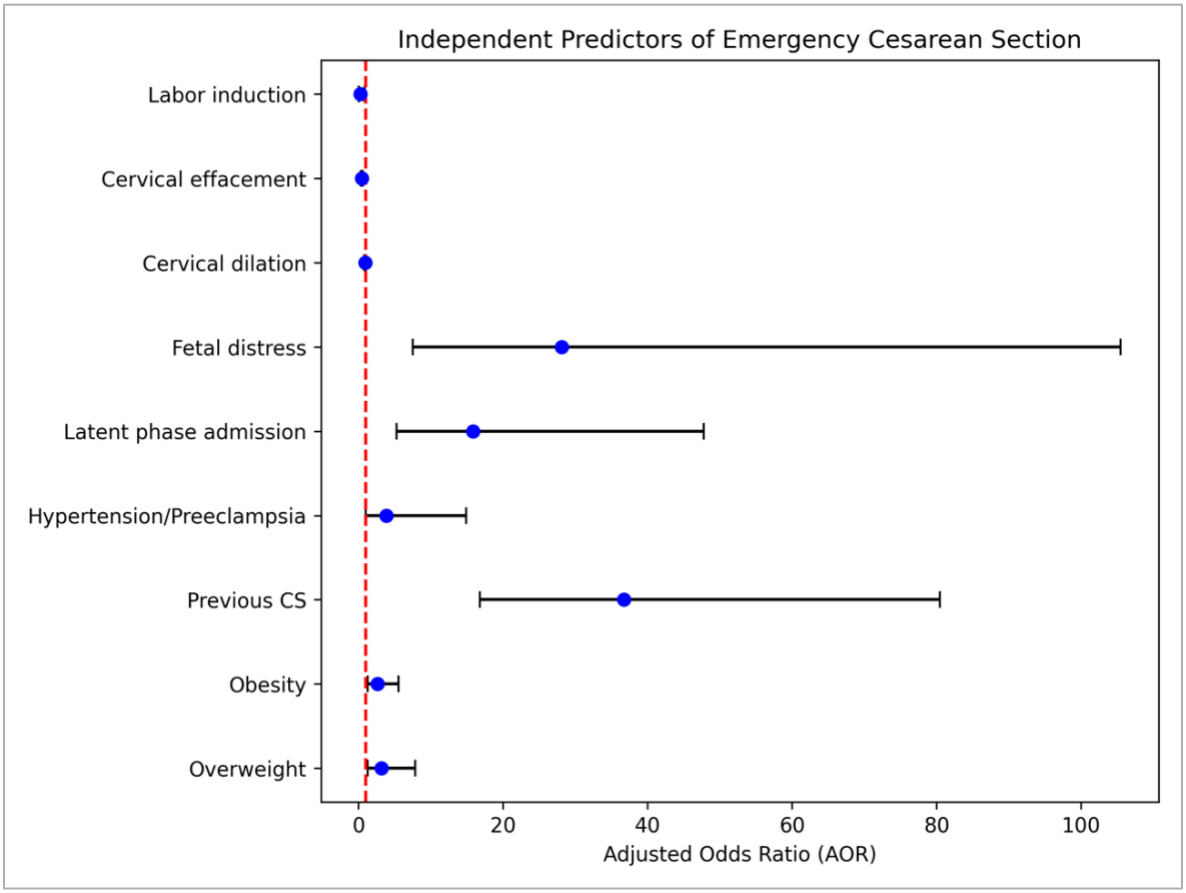


Figure 6 Forest plot of independent predictors of emergency cesarean Section showing adjusted odds ratios (AOR) with 95% confidence intervals.

المناقشة

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطر المرتبطة بالولادة القيصرية الإسعافية لدى النساء. وقد أظهرت النتائج وجود عدة عوامل مرتبطة بشكل واضح بزيادة احتمالية اللجوء إلى القيصرية الإسعافية، وهو ما يتوافق مع الأدبيات العالمية والإقليمية.

6.1 عوامل متعلقة بالأم

أظهرت الدراسة أن زيادة الوزن والسمنة تُعد من أبرز العوامل المؤثرة، حيث زادت احتمالية القيصرية الإسعافية بين النساء ذوات الوزن الزائد والسمنة مقارنة بغيرهن. تتوافق هذه النتائج مع نتائج دراسات في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وأستراليا، حيث تبين أن السمنة تزيد من عسرة المخاض وضعف استجابة عنق الرحم، إضافة إلى زيادة معدل تألم الجنين(22,39)

كما أشارت الدراسة إلى أن ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل عامل مهم يزيد من اللجوء للقيصرية الإسعافية، وهو ما تدعمه دراسات في الهند ومصر التي أظهرت أن الاضطرابات الوعائية تؤثر على تروية المشيمة وتزيد من مخاطر المضاعفات الأمومية والجنينية، مما يدفع إلى استخدام القيصرية كإجراء وقائي(3,40).

6.2 القيصرية السابقة

كانت القيصرية السابقة أقوى العوامل المتنبئة بالولادة القيصرية الإسعافية. إذ زادت احتمالية القيصرية بشكل كبير لدى النساء اللواتي خضعن لعملية واحدة أو أكثر سابقًا. تظهر هذه النتيجة تحديًا مهمًا في الممارسة السريرية، خاصةً في البلدان التي ترتفع فيها معدلات القيصرية، حيث تصبح القيصرية المتكررة أمرًا شائعًا.

6.3 عوامل مرتبطة بالمخاض

كان لدخول المرأة في مرحلة الكمون (Latent Phase) تأثير قوي على احتمال القيصرية الإسعافية. إذ أظهرت النساء اللواتي دخلن المخاض في مرحلة مبكرة معدلات أعلى بكثير من القيصرية مقارنة باللواتي

دخلن في المرحلة النشطة، وهو ما أكدته دراسات في الولايات المتحدة وكندا(41).

كما ظهر بطء التقدم في المخاض من خلال قلة اتساع عنق الرحم والامحاء كعاملين مهمين، حيث ارتبط كلاهما بزيادة احتمال القيصرية الإسعافية. وهذا يتوافق مع نتائج مراجعات ودراسات حديثة أُجريت في فرنسا وألمانيا، والتي أكدت على الدور المحوري لعوامل عنق الرحم في تحديد مسار الولادة(41).

6.4 تألم الجنين

ارتبطت تألم الجنين (Fetal Distress) بشكل وثيق بالقيصرية الإسعافية، وكانت من أقوى المتنبئات. هذا يتفق مع الأدبيات التي تشير إلى أن اضطرابات نبضات الجنين تُعد مؤشرًا عاجلًا للتدخل حفاظًا على سلامة الجنين(42).

6.5 نتائج حديثي الولادة

على الرغم من ارتفاع نسب القيصرية الإسعافية، لم تُظهر الدراسة فروقًا ذات دلالة إحصائية في درجات أبغار أو معدل دخول حديثي الولادة للعناية المركزة. هذا يشير إلى أن اتخاذ القرار بالتدخل الجراحي كان مناسبًا وفي الوقت المناسب، مما حدّ من حدوث مضاعفات سلبية على الوليد، وهو ما تدعمه نتائج دراسات من دول إسكندنافية وكندا(2).

6.6 دراسة مشابهة في سوريا

كما تتماشى نتائج دراستنا مع دراسة سورية منشورة تناولت معدلات الولادة القيصرية وعواملها في مستشفيات حلب ودمشق، حيث وجدت أن نحو 47.4٪ من الولادات كانت قيصرية في تلك المراكز، مع أن أغلبها كان بسبب دوافع طبية، وكانت القيصرية المتكررة وتألم الجنين من أبرز الدواعي. وتشير هذه الدراسة إلى اختلافات تركيبية في خصائص السكان بين مدينتي دمشق وحلب، مما يعكس تأثير السياق المحلي والعوامل الصحية والاجتماعية على معدلات القيصرية، ويؤكد أهمية تحليل العوامل المؤثرة في سياقات

مختلفة داخل نفس البلد. ومع أن تصميمها كان مقطعيًا(Cross-Sectional) ، فإنها توفر خلفية وطنية جيدة يمكن مقارنتها بنتائج دراستنا التي استخدمت تصميم حالة–شاهد لتحديد العوامل المستقلة للقيصرية الإسعافية في عينة محددة من النساء(43)

6.7 نقاط القوة والضعف في الدراسة

نقاط القوة:

- استخدام تصميم دراسة حالة–شاهد(Case–Control) ، وهو تصميم مناسب لتحديد العوامل المرتبطة بالولادة القيصرية الإسعافية.
- تُعد هذه الدراسة من الدراسات التحليلية القليلة في سوريا التي تناولت محددات القيصرية الإسعافية، مما يسد فجوة مهمة في البحث العلمي المحلي.
- الاعتماد على سجلات طبية دقيقة ومراجعة تفصيلية للملفات، مما أتاح جمع بيانات سريرية مهمة.
- حصر العينة في حالات حمل مكتمل، جنين واحد، وضعية رأسية، ومخاض عفوي، مما قلل من التباين وزاد من دقة تقييم عوامل الخطر أثناء المخاض.
- تضمين متغيرات خاصة بسير المخاض مثل اتساع عنق الرحم، الامحاء، مرحلة المخاض عند الدخول، تعزيز المخاض، وحالة الجنين، وهي متغيرات غالباً ما تكون غير متوفرة في دراسات البيئات محدودة الموارد.
- استخدام تحليل متعدد المتغيرات (الانحدار اللوجستي)، مما ساعد على ضبط العوامل المربكة وتحديد المتنبئات المستقلة للولادة القيصرية الإسعافية، وبالتالي تعزيز المصداقية الداخلية للدراسة.

نقاط الضعف:

- أُجريت الدراسة في مستشفى واحد فقط، مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج على بقية مستشفيات

سوريا أو المنطقة.

- الطبيعة الاستعادية للدراسة والاعتماد على السجلات الورقية الطبية أديا إلى نقص في بعض البيانات، ومن أبرز محدودات الدراسة وجود نسبة مرتفعة من القيم المفقودة لمؤشر كتلة الجسم (BMI)، والتي بلغت نحو 46.4%. ويُحتمل أن يكون هذا الفقدان غير عشوائي، إذ غالبًا لا يتم توثيق الوزن والطول في حالات القبول الإسعافي أو خلال فترات الضغط السريري. وقد يؤدي ذلك إلى تقليل دقة تقدير العلاقة بين BMI والقيصرية الإسعافية. ومع ذلك، ظل مؤشر كتلة الجسم متنبئًا ذا دلالة إحصائية في التحليل متعدد المتغيرات، مما يدعم وجود ارتباط حقيقي رغم هذه المحدودية.
- لم يتم تقييم بعض العوامل السلوكية والنفسية، مثل الدعم النفسي للأم أو الخوف من الولادة، والتي قد يكون لها دور في اتخاذ قرار القيصرية الإسعافية.

الخلاصة:

أظهرت هذه الدراسة أن الولادة القيصرية الإسعافية في مشفى الزهراوي تتأثر بمجموعة من العوامل القابلة للتعرّف المبكر، والتي ترتبط بالحالة الصحية للأم وسير المخاض وتقييم وضع الجنين. وتؤكد النتائج أهمية تحسين القرارات السريرية خلال مراحل الرعاية المختلفة للحمل والولادة من أجل الحد من التدخلات الجراحية الطارئة غير الضرورية.

كما تشير المعطيات إلى أن تحسين جودة الرعاية السابقة للولادة، والتنظيم الأفضل لدخول الحوامل إلى أقسام الولادة، إضافة إلى تعزيز مهارات الطاقم الطبي في متابعة المخاض، يمكن أن يسهم في تحسين نتائج الولادة لكل من الأم والوليد.

التوصيات:

- تعزيز برامج المتابعة السابقة للولادة مع التركيز على الكشف المبكر عن الحالات عالية الخطورة.
- تطوير آليات فرز دقيقة عند القبول في جناح الولادة لضمان إدخال الحوامل في المرحلة المناسبة من المخاض.
- توحيد بروتوكولات مراقبة تطور المخاض وتقييم تقدم عنق الرحم وفق معايير محدثة.
- تحسين وتحديث وسائل مراقبة الجنين أثناء المخاض وضمان تدريب الكوادر على تفسيرها بشكل صحيح.
- دعم تطبيق سياسات واضحة للولادة المهبلية بعد القيصرية (VBAC) عند توفر الشروط السريرية الملائمة.
- إدراج برامج تثقيف صحي للحوامل حول مسار الولادة الطبيعية ومخاطر القيصرية المتكررة.
- تشجيع إجراء دراسات مستقبلية متعددة المراكز في سوريا لتوسيع قاعدة البيانات وتحسين قابلية تعميم النتائج.

ختامًا، تسهم نتائج هذه الدراسة في تقديم أساس علمي يمكن أن يدعم تطوير الممارسات التوليدية في المشافي السورية، ويعزز سلامة الأم والجنين في البيئات محدودة الموارد.

المراجع:

1. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2):e0148343.
2. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. Health Sci Rep [Internet]. 2023 May 1;6(5):e1274. Available from: https://doi.org/10.1002/hsr2.1274
3. Nikolova Z, Sandeva M, Uchikova E, Kirkova-Bogdanova A, Taneva D, Vladimirova M, et al. Impact of Maternal Overweight and Obesity on Pregnancy Outcomes Following Cesarean Delivery: A Retrospective Cohort Study. In: Healthcare. MDPI; 2025. p. 1893.
4. Samer Samir Alemam. Emergency Cesarean Section: Critical Indications and Clinical Considerations in Modern Obstetrics. EC Gynaecol. 2025;14(3):1–3.
5. World Health Organization. WHO global survey on maternal and perinatal health: monitoring caesarean section rates. Geneva; 2021.
6. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev Saude Publica. 2017;51:105.
7. Słabuszewska-Jóźwiak A, Szymański JK, Ciebiera M, Sarecka-Hujar B, Jakiel G. Pediatrics consequences of caesarean section—a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):8031.
8. Abd Elatay NB, Hathout HM, Gabr HM. Prevalence of Cesarean section delivery and associated risk factors. The Egyptian Family Medicine Journal. 2021;5(1):40–51.
9. Wahabi H, Fayed A, Elmorshedy H, Esmaeil SA, Amer YS, Saeed E, et al. Prediction of emergency cesarean section using detectable maternal and fetal characteristics among Saudi women. Int J

Womens Health. 2023;1283–93.
10. Yaman FK, Ezveci H, Dogru S, Harmanci MS, Bahçeci P, Gezginç K. The impact of advanced maternal age on pregnancy complications and neonatal outcomes. J Clin Med. 2025;14(15):5387.
11. Veenstra J, Cohen Z, Korteweg FJ, van der Ham DP, Kuppens SM, Kroese JA, et al. Unplanned cesarean sections in advanced maternal age: A predictive model. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024;103(5):927–37.
12. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. PLoS One. 2019;14(1):e0210655.
13. Ammitzbøll ILA, Andersen BR, Lange KHW, Clausen T, Løkkegaard ECL. Risk factors for and consequences of difficult fetal extraction in emergency caesarean section. A retrospective registry-based cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2023;283:74–80.
14. Iqbal I, Ain NU, Mazhar S. Risk factors for failed labour induction and subsequent CS in low-resource settings: Bishop score, high BMI, comorbidities. BIOLOGICAL AND CLINICAL SCIENCES RESEARCH JOURNAL. 2025 May 31;6(5):197–200.
15. Boriboonhirunsarn D, Waiyanikorn R. Emergency cesarean section rate between women with gestational diabetes and normal pregnant women. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(1):64–7.
16. Wahabi H, Fayed A, Elmorshedy H, Esmaeil SA, Amer YS, Saeed E, et al. Prediction of emergency cesarean section using detectable maternal and fetal characteristics among Saudi women. Int J Womens Health. 2023;1283–93.
17. Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. BMJ Open. 2017;7(11):e017122.
18. Wang YW, Chen Y, Zhang YJ. Risk factors combine in a complex manner in assessment for macrosomia. BMC Public Health. 2023;23(1):271.

19. Wahabi H, Elmorshedy H, Bakhsh H, Ahmed S, AlSubki RE, Aburasyin AS, et al. Predictors and outcomes of premature rupture of membranes among pregnant women admitted to a teaching Hospital in Saudi Arabia: a cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):850.
20. Bao J, Guan P. The effect of maternal and fetal weight on the risk of emergency cesarean section in nulliparous women. Medicine. 2025;104(3):e41095.
21. Bjorklund J, Wiberg-Itzel E, Wallstrom T. Is there an increased risk of cesarean section in obese women after induction of labor? A retrospective cohort study. PLoS One. 2022;17(2):e0263685.
22. Brizan JB, Amabebe E. Maternal obesity as a risk factor for caesarean delivery in Sub-Saharan Africa: A systematic review. 2022;12(6):906.
23. Meena S, Kaushal A, Shrama A. Risk factors for cesarean delivery following induction of labor in nulliparous women at term: A case-control study.
24. Campbell S. Fetal macrosomia: a problem in need of a policy. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2014;43(1).
25. Beta J, Khan N, Khalil A, Fiolna M, Ramadan G, Akolekar R. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2019;54(3):308–18.
26. Kissler K, Hurt KJ. The Pathophysiology of Labor Dystocia: Theme with Variations. Reproductive Sciences [Internet]. 2023;30(3):729–42. Available from: https://doi.org/10.1007/s43032-022-01018-6
27. Almutairi FS, Alsaykhan AM, Almatrood AA, Almatrood A. Obesity prevalence and its impact on maternal and neonatal outcomes in pregnant women: a systematic review. Cureus. 2024;16(12).
28. Al-Mahameed A. Emergency Cesarean Section among Nulliparous Women in Jordan: Risk Factors and Outcomes. J Obstet Gynecol Res. 2020;46(7):7–1120.
29. Ameen A. Determinants of emergency cesarean delivery in Iraq: a

cross-sectional study. Int J Womens Health. 2021;14:701–9.
30. Derdak M. Maternal obesity and cesarean outcomes in Morocco. Tunis Med. 2025;103(8):1016–23.
31. CDC. Births [Internet]. 2022. Final data in the United States. National Vital Statistics Reports.
32. NHS Maternity Statistics. [Internet]. 2023. Emergency Cesarean Section Rates in the UK.
33. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal M do C. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. PLoS One. 2016;11(4):e0153396.
34. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and determinants of cesarean section: A cross-sectional study. Int J Appl Basic Med Res. 2020;10(4):280–5.
35. Deng R, Tang X, Liu J, Gao Y, Zhong X. Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):384.
36. WHO Report (World Health Organization) [Internet]. 2023. Caesarean section rates and health outcomes.
37. Abdulrazzak M, Alshaghel MM, Alhashemi M, Mayo W, Oubari S, Jamal BR, et al. Prevalence and Risk Factors Associated With Cesarean Section in Syria: A Cross-Sectional Study of the Two Largest Health Centers. Health Sci Rep. 2025;8(4):e70604.
38. Bashour H, Abdulsalam A, Al Faisal W, Cheikha S. Patterns and determinants of maternity care in Damascus. Eastern Mediterranean health journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-ṣiḥḥīyah li-sharq al-mutawassiṭ. 2007 Jan 1;14:595–604.
39. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. Obesity Reviews [Internet]. 2007 Sep 1;8(5):385–94. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00397.x
40. Frykman J, Nilsson E, Wiberg-Itzel E, Wallstrom T. May the indication for a previous cesarean section affect the outcome at trial of labor in women with induction of labor? A retrospective cohort

study. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2025 Jan 1;104(1):194–202. Available from: https://doi.org/10.1111/aogs.15005
41. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women and Birth. 2018;31(4):313–8.
42. He X, Zeng X, Troendle J, Ahlberg M, Tilden EL, Souza JP, et al. New insights on labor progression: a systematic review. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2023 May 1;228(5):S1063–94. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1299
43. Abdulrazzak M, Alshaghel MM, Alhashemi M, Mayo W, Oubari S, Jamal BR, et al. Prevalence and Risk Factors Associated With Cesarean Section in Syria: A Cross-Sectional Study of the Two Largest Health Centers. Health Sci Rep. 2025;8(4):e70604.