

جامعة الجزائر 2
أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تأثير الأمراض النسائية على خصوبتهن

دراسة ميدانية لعينة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب
على مستوى مصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى
مصطفى باشا الجامعي وبعيادة خاصة بالجزائر العاصمة

مذكرة مقدّمة لنيل شهادة الماجستير تخصص ديمغرافيا

تحت إشراف:

د. تكفي كلثوم

إعداد الطالبة:

بن عامر هاجر

السنة الجامعية:

2016-2015

جامعة الجزائر 2
أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تأثير الأمراض النسائية على خصوبتهن

دراسة ميدانية لعينة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب
على مستوى مصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى
مصطفى باشا الجامعي وبعيادة خاصة بالجزائر العاصمة

مذكرة مقدّمة لنيل شهادة الماجستير تخصص ديمغرافيا

تحت إشراف:

د. تكفي كلثوم

إعداد الطالبة:

بن عامر هاجر

السنة الجامعية:

2016-2015

كلمة شكر

أشكر الله عزّ وجلّ وأحمده على توفيقه لي لإتمام هذا العمل.

في البدء أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذتي ومشرفتي الفاضلة الأستاذة الدكتورّة تكفي كلثوم على توجيهاتها ومتابعتها خطوات البحث منذ أن كان الموضوع فكرة وعنوانا إلى أن بلغ هذا العمل التمام وأصبح رسالة، فلها مني كل الشكر والتقدير والعرفان.

كما أتوجه بالشكر إلى كافة أستاذتي الفضلاء في قسم علم الاجتماع لاسيما أستاذة تخصّص ديمغرافيا الذين رافقونا طوال كل هذه السنوات ولم يبخلوا علينا بتوجيهاتهم ونصائحهم.

وأتقدم بشكري الجزيل إلى أستاذتي الموقرين في لجنة المناقشة رئاسة وأعضاء لتفضلهم علي بقبول مناقشة هذه الرسالة، فهم أهل لسد خللها وتقويم معوجها وتهذيب نتواتها والإبانة عن مواطن القصور فيها، سائلة الله الكريم أن يثيبهم عني خيرا.

لا يفوتني أن أشكر أيضا جميع القائمين على المكتبات التي تزودت منها مادة هذا البحث وأشكر كل من ساعدني وأعانني على إنجازها، فلهم في النفس منزلة وإن لم يسعفه المقام لذكرهم، فهم أهل للفضل والخير والشكر.

إهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى جدتي الغالية ووالداتي العزيزان وإلى

نور عيناوي عتيقة والزهرة وحببتنا قلبي لبنى ومروة وإلى رياض

وهشام وأعمامي الأعماء محمّد، مولود، ربيع وخاصة جمال، إلى عمّاتي

حورية وفتيحة وعائلتهما بوهان خاصة توأم الرّوح فريدة ورفيق

الدّرب منير وكل أفراد عائلتي وكل الأصدقاء أخصّ بالذّكر رفيقة

دربي مزارى حبيبة وعائلتها، إلى الأستاذ والصّديق عيرش مهدي

الذي لم يبخل عليّ يوماً بتوجيهاته، إلى كل من أحب وإلى كل

الطّلبة.

محتويات البحث

الصفحة	المحتوى
أ-ج	مقدمة
110-6	الإطار المنهجي والنظري للبحث
26-6	الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث
20-6	أ. تحديد موضوع البحث
6	1- الإشكالية
8	2- الفرضيات
9	3- تحديد المفاهيم
13	4- الدراسات السابقة
26-20	ب. المنهج المتبع والتعريف بميدان العينة
20	1- منهج البحث
21	2- مجالات البحث
24	3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات
25	4- معالجة المعطيات
55-28	الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع
28	تمهيد
37-28	أ. ماهية الخصوبة
28	1- تعريف الخصوبة
29	2- طرق قياسها
33	3- مُحَدِّدَاتُهَا

55-37	II. البعد الديمغرافي للخصوبة
37	1- نمو سكاني العالم واتجاهاته
42	2- نظرية التحول الديمغرافي
43	3- لمحة عن السياسات السكانية
44	4- الوضعية الديمغرافية في الجزائر
51	5- السياسة السكانية في الجزائر
55	استنتاج
84-57	الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء
57	تمهيد
61-57	I. البنية التشريحية للجهاز التناسلي الأنثوي
57	1- المبيض
58	2- الأنبوب الرحمي
59	3- الرحم
60	4- المهبل
60	5- الفرج
61	6- الثدي
84-61	II. أمراض الجهاز الإنجابي
61	1- اضطرابات الدورة الشهرية
64	2- الأمراض الالتهابية
66	3- الأورام الحميدة و الخبيثة
73	4- التشوهات التكوينية للجهاز التناسلي الأنثوي
74	5- الأمراض المنقولة جنسيا
79	6- حالات الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي
84	استنتاج
109-86	الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية
86	تمهيد

92-86	1. أثر الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي على الخصوبة والعوامل السوسيواقتصادية والخدماتية المؤثرة في الكشف المبكر عنها
86	1- مضاعفات عدم الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي
87	2- العوامل المؤثرة على عملية الإسراع في إجراء الفحص الطبي
109-93	II. استراتيجية الدولة الجزائرية لتحسين الصحة الإنجابية
93	1- تطور السياسة الصحية في الجزائر
105	2- أهم برامج مكافحة أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي
109	استنتاج
215-112	الإطار الميداني للبحث
128-112	الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة
112	تمهيد
112	I. الخصائص الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية لوحدات العينة
122	II. أمراض الجهاز الإنجابي المنتشرة بين وحدات العينة
127	استنتاج
154-130	الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها
130	تمهيد
131	I. المستوى التعليمي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
143	II. علاقة طبيعة نشاط المرأة بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
153	استنتاج
181-156	الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها
156	تمهيد
157	I. مستوى الدخل وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
169	II. علاقة كفاية الدخل بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
179	استنتاج

211-183	الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة
183	تمهيد
184	أ. توفر الخدمات الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة
192	ب. سهولة الحصول على الخدمة الصحية ودورها في الكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
201	ج. الرضا عن الخدمة الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة
209	استنتاج
212	الاستنتاج العام
217	الخاتمة
	المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
40	تطور عدد سكان العالم	جدول رقم 1
46	تطور عدد سكان الجزائر من سنة 1856 إلى 1966	جدول رقم 2
48	تطور معدّل المواليد الخام في الجزائر 1967-2015	جدول رقم 3
49	تطور معدّل الوفيات الخام في الجزائر 1967-2015	جدول رقم 4
50	تطور عدد سكان الجزائر ومعدّلات النمو السنوي 1966-2015	جدول رقم 5
51	تطور عدد النساء في سنّ الانجاب 1966-2008	جدول رقم 6
96	تطور عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان 1963-1973	جدول رقم 7
98	تطور عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان 1974-1986	جدول رقم 8
98	تطور عدد الهياكل الصحية 1974-1986	جدول رقم 9
101	تطور عدد الأطباء والصيدالة و جراحى الأسنان 1987-2003	جدول رقم 10
102	تطور عدد الهياكل الصحية 1987-2003	جدول رقم 11
103	الهياكل الاستشفائية العامة لسنة 2012	جدول رقم 12
104	هياكل مؤسسات الصحة الجوارية لسنة 2012	جدول رقم 13
104	عدد الهياكل الصحية في القطاع الخاص لسنة 2012	جدول رقم 14
112	توزيع وحدات العينة حسب السنّ	جدول رقم 15
114	توزيع وحدات العينة حسب السنّ عند إنجاب الطّفل الأوّل	جدول رقم 16
117	توزيع وحدات العينة حسب مستواهنّ التعليمي	جدول رقم 17
118	توزيع وحدات العينة حسب طبيعة النشاط اليومي	جدول رقم 18
120	توزيع وحدات العينة حسب قيمة الدّخل	جدول رقم 19
122	توزيع وحدات العينة حسب مدى اضطراب دورتهنّ الشهرية	جدول رقم 20
123	توزيع وحدات العينة حسب نوع اضطراب دورتهنّ الشهرية	جدول رقم 21
126	توزيع وحدات العينة حسب وسيلة منع الحمل المستعملة	جدول رقم 22

126	توزيع وحدات العينة حسب سبب اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل	جدول رقم 23
131	علاقة المستوى التعليمي بدرجة الفعل إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية	جدول رقم 24
134	علاقة المستوى التعليمي بمدى الإسراع في إجراء الكشف الطبي	جدول رقم 25
138	العلاقة بين المستوى التعليمي، مدى الإسراع في إجراء الكشف وتأثير الخصوبة بعد الإصابة	جدول رقم 26
140	العلاقة بين المستوى التعليمي ومدّة التأخر عن الكشف	جدول رقم 27
141	العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ومدّة تأخرها عن الكشف بتأثير خصوبتها بعد الإصابة	جدول رقم 28
143	علاقة طبيعة النشاط بدرجة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة	جدول رقم 29
145	العلاقة بين طبيعة النشاط، نوع اضطراب الدورة ودرجة الفعل جزاء حدوث الاضطراب	جدول رقم 30
146	العلاقة بين طبيعة النشاط ومدى الإسراع في إجراء الكشف الطبي	جدول رقم 31
148	علاقة طبيعة النشاط، نوع الإصابة ومدى الإسراع في إجراء الكشف	جدول رقم 32
149	العلاقة بين طبيعة النشاط، مدى الإسراع في إجراء الكشف الطبي وتأثير الخصوبة بعد الإصابة	جدول رقم 33
150	العلاقة بين طبيعة النشاط ومدّة التأخر عن الكشف	جدول رقم 34
152	علاقة طبيعة نشاط المرأة، مدّة التأخر عن الكشف وتأثير خصوبتها بعد الإصابة	جدول رقم 35
157	علاقة مستوى الدّخل بدرجة الفعل إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية	جدول رقم 36
159	العلاقة بين مستوى الدّخل والإسراع في إجراء الكشف الطبي	جدول رقم 37
162	العلاقة بين مستوى الدّخل، نوع الإصابة والإسراع في إجراء الفحص الطبي	جدول رقم 38
164	العلاقة بين مستوى الدّخل، الإسراع في إجراء الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 39
165	العلاقة بين الدّخل ومدّة التأخر عن الكشف	جدول رقم 40

167	علاقة مستوى الدّخل، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 41
169	علاقة كفاية الدّخل بردّة الفعل جزاء حدوث اضطراب الدّورة	جدول رقم 42
171	علاقة كفاية الدّخل ونوع الاضطراب بردّة الفعل جزاء حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة	جدول رقم 43
172	علاقة كفاية الدّخل بالإسراع في إجراء الكشف الطّبي	جدول رقم 44
174	العلاقة بين كفاية الدّخل، نوع الإصابة وإجراء الكشف الطّبي	جدول رقم 45
175	العلاقة بين كفاية الدّخل، الإسراع في الكشف وتأثير الخصوبة بعد الإصابة	جدول رقم 46
177	العلاقة بين مدى كفاية الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف	جدول رقم 47
178	علاقة مدى كفاية الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف بتأثير الخصوبة	جدول رقم 48
184	العلاقة بين مدى توقّر الخدمة الصحيّة وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة	جدول رقم 49
186	العلاقة بين مدى توقّر الخدمة الصحيّة والإسراع في إجراء الكشف الطّبي	جدول رقم 50
188	العلاقة بين مدى توقّر الخدمة الصحيّة، الإسراع في الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 51
190	العلاقة بين مدى توقّر الخدمة الصحيّة ومدّة التأخّر عن الكشف	جدول رقم 52
191	العلاقة بين مدى توقّر الخدمة الصحيّة، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 53
193	العلاقة بين سهولة الحصول على الخدمة الصحيّة وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة	جدول رقم 54
195	العلاقة بين سهولة الحصول على الخدمة الصحيّة والإسراع في إجراء الكشف الطّبي	جدول رقم 55
197	العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة، الإسراع في الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 56
198	العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحيّة ومدّة التأخّر عن الكشف	جدول رقم 57
200	العلاقة بين سهولة الحصول على الخدمة الصحيّة، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثير الخصوبة	جدول رقم 58

202	العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية وردة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية	جدول رقم 59
204	العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية والإسراع في إجراء الكشف الطبّي	جدول رقم 60
205	العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية، الإسراع في إجراء الكشف الطبّي وتأثر الخصوبة	جدول رقم 61
207	العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية ومدّة التأخّر عن الكشف	جدول رقم 62
208	العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثر الخصوبة	جدول رقم 63

قائمة الأشكال البيانية

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
113	مدرج تكراري يبين توزيع وحدات العينة حسب السن عند الزواج	1
115	دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب الفترة التي تفصل بين الولادات	2
115	أعمدة بيانية تمثل توزيع وحدات العينة حسب عدد أفراد الأسرة	3
116	دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب نوع المسكن الذي تقطن فيه	4
118	مستطيل نسبي يمثل توزيع وحدات العينة حسب نوع المهنة	5
119	أعمدة بيانية تمثل توزيع وحدات العينة حسب مصادر دخل أسرهن	6
121	مستطيل نسبي يمثل توزيع وحدات العينة حسب مدى كفاية الدخل	7
123	دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب نوع الإصابة	8
124	دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب نوع الالتهاب	9
125	دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب حادث الحمل الذي وقع لهن	10

مقدمة

مقدمة:

نتكلم عن ظاهرة الخصوبة في كل مرة ندرس فيها التناسل الإنساني بالنسبة للنساء اللواتي تتجنبن أطفالاً.¹ تخضع هذه الظاهرة لترابط تأثير مجموعة واسعة من العوامل وهي بذلك تختلف من حيث مستوياتها من مجتمع إلى آخر ومن مجموعة سكانية لأخرى داخل المجتمع الواحد، فهي عنصراً مهماً من العناصر التي تحكم أي مجتمع من حيث نموه، تركيبه، استمراره وتجديده. ونظراً لأهميتها هذه، شكّلت دراسة الخصوبة والعوامل المحددة لها محوراً هاماً في الفكر السكاني وحظيت باهتمام الكثير من الباحثين.

تعتبر العوامل البيولوجية من أهم العوامل المؤثرة في الخصوبة، فتحسّن صحّة المرأة والعناية الطبية يزيد من خصوبتها الطبيعية، لأنّ المرأة المتمتعة بصحة جيدة مثلاً تصبح أكثر قابلية على حمل الجنين واكتمال نموه، في المقابل قد تتعرّض المرأة خلال مراحل متعدّدة من حياتها للإصابة بعدّة أمراض كالأمراض التناسلية التي تؤثر في مستويات الخصوبة لديها وقد تُعرّضها للإصابة بالعقم.²

للكشف المبكر عن الأمراض أهمية بالغة في تدارك الإصابة قبل وصولها إلى مراحل متقدّمة والحدّ من الضّرر المترتّب عنها بمعالجتها، أمّا تغافل أو تجاهل الأمر يزيد المرض تعقيداً وما لذلك من تأثير على الصحة، في هذا الصّدّد تناولت عدّة دراسات موضوع اللّجوء إلى الفحص الطّبي والعوامل المؤثرة فيه كالعوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية... الخ.

انطلاقاً من ذلك قمنا بتناول موضوع تأثير أمراض النساء على خصوبتهنّ وأدرجناه ضمن السياق الديمغرافي والاجتماعي من خلال إلقاء الضّوء على العوامل المؤثرة على عملية الكشف المبكر للإصابة ومنه على الخصوبة. وعليه يكمن السّبب في اختيار هذا الموضوع والهدف الأساسي من إجراء هذا البحث في معرفة وتوضيح الدور

¹ رولان بريسا، التحليل السكاني المفاهيم والطرق والنتائج، تر: رياض ربيع، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص 243.

² GUILLON, M. SZTOKMAN, N. (2004), Géographie mondiale de la population, 2^{ème} édition, éd. Ellipse, Paris, p49.

الذي تلعبه العوامل الاجتماعية، الاقتصادية وكذا الخدمات الصحية المُقدّمة للمرأة على عملية الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي وكيفية انعكاس ذلك على الخصوبة.

جاء هذا العمل على شكل جزأين نظري وميداني مُمثّلين في ثمانية فصول كما يلي:

الجزء النظري تضمّن أربعة فصول انفرد أولها بالأسس المنهجية للبحث، فتضمّن كل ما يتعلق بتحديد موضوع البحث من إشكالية، فرضيات، تحديد المفاهيم وبعض الدراسات السابقة، وكذا المنهج المُتبّع في الدراسة، العينة وكيفية اختيارها وتحديد مجالات البحث وكيفية جمع ومعالجة المعطيات.

جاء الفصل الثاني تحت عنوان الخصوبة، حقيقة وواقع إذ تطرّقنا فيه إلى ماهية هذه الظاهرة وشرح طرق قياسها، ثم قمنا بعد ذلك بإعطاء الصورة الرقمية لها من خلال عرض نمو سكاني العالم واتّجاهاته وركّزنا على الوضعية الديمغرافية في الجزائر بإعطاء صورة عن تطوّر معدّلات المواليد، الوفيات وتطوّر عدد السكان قبل وبعد الاستقلال، وختمنا الفصل بإدراج السياسة السكانية المُنتهجة في الجزائر منذ الاستقلال.

خصّصنا الفصل الثالث لأمراض الجهاز الإنجابي فقمنا في البدء بالتّعريف بأعضاء الجهاز التناسلي الأنثوي، ثم أشرنا بعد ذلك إلى أهم الأمراض التي تصيب كل عضو أنواعها، أسبابها، أعراضها... الخ ومضاعفات تطوّر الإصابة بالبعض منها على الخصوبة، وختمنا الفصل بعرض الأمراض النسائية التي تتمثّل في سرطانات الجهاز الإنجابي والأمراض المنقولة جنسيا في صورتها الرقمية في العالم وفي الجزائر.

آخر فصل من الجزء النظري قمنا بتخصيصه لعرض بعض محدّدات الخصوبة والعوامل المؤثّرة على الاكتشاف المبكر للمرض ومعالجته، وفي الختام تطرّقنا إلى السياسة الصحية في الجزائر وأهم البرامج التي قامت بها الدّولة الجزائرية لمواجهة أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي والمتمثّلة في السرطان والأمراض المنقولة جنسيا.

الجزء الثاني من هذا البحث يتعلّق بتحليل نتائج الدراسة الميدانية وتضمّن أربع فصول كل منها مُرفقة باستنتاج جزئي:

الفصل الخامس خُصِّص لعرض خصائص العينة محاولين بذلك إبراز أهم الخصائص الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية لوحدات العينة وأمراض الجهاز الإنجابي الأكثر انتشاراً بينها محاولين تقديم فهم أفضل عن مجتمع الدراسة.

الفصل السادس حاولنا فيه إبراز دور المكانة الاجتماعية للمرأة في الكشف المبكر للمرض وكيفية تأثير ذلك على الخصوبة.

الفصل السابع قمنا فيه بعرض البيانات التي تبين تأثير المستوى المعيشي للمرأة على عملية الكشف المبكر للمرض ومنه على الخصوبة.

الفصل الثامن خصصناه لتوضيح العلاقة بين الخدمات الصحية المقدمة للمرأة، الكشف المبكر عن الإصابة وانعكاس ذلك على الخصوبة.

جاء في آخر هذه الدراسة استنتاج عام قمنا فيه بتقديم النتائج التي خلص إليها البحث الميداني وخاتمة حوصلنا فيها كل ما جاء في هذه الدراسة.

الإطار المنهجي والنظري للبحث

الفصل الأول

الأسس المنهجية للبحث

أ. تحديد موضوع البحث

- 1- الإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- تحديد المفاهيم
- 4- الدراسات السابقة

ب. المنهج المتبع والتعريف بميدان العينة

- 1- منهج البحث
- 2- مجالات البحث
- 3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات
- 4- معالجة المعطيات

1. تحديد موضوع البحث:

1- الإشكالية:

السكان باعتبارهم كتلة بشرية وجسم عضوي متحرك يعمل على تجديد نفسه بالتناسل والإنجاب، يُقدّم إليه أعداد جديدة هم المواليد وينتقل أفرادهم إلى فئات السن المختلفة سنة بعد أخرى، فيشَبّ الأطفال ويهرم الشباب ويموت الشيخوخة.¹ فالخصوبة هي العملية المُعقّدة المسؤولة عن الاستمرار الحيوي للمجتمع.²

تؤثّر في مستويات الخصوبة لدى المرأة عدّة عوامل، ديمغرافية كنمط التركيب العمري للسكان الذي يحدّد نسبة الفئات المُنجبة في المجتمع، واجتماعية كارتفاع السن عند الزواج أو انخفاضه والذي بدوره يخضع لتأثير عامل التّعليم ممّا ينعكس على الخصوبة، إذ أنّ مستويات هذه الأخيرة تتناسب تناسباً عكسياً مع مستويات الهرم التعليمي، كما تُعدّ مُساهمة المرأة في العمل من الأمور المهمّة التي تُحدّد مستوى الخصوبة لديها. هذا فضلاً عن دور العادات والتقاليد والمعتقدات الدينية السائدة في تباين مستويات الخصوبة، كقيمة كل من الأبناء والنساء في المجتمع، تفضيلات الإنجاب وحجم الأسرة المثالي... الخ. من جهة أخرى غالباً ما ترتبط المحدّدات الاقتصادية المتمثلة في مستوى معيشة الفرد أو متوسط دخله بمستوى الخصوبة بعلاقة عكسية، فبصفة عامّة الأسر ذات الدّخل المرتفع تقل مواليدها بصورة واضحة. هذا على غرار العوامل البيولوجية المؤثّرة في مستويات الخصوبة من خلال تأثيرها على الصحة الإنجابية،³ هذه الأخيرة التي عُرّفت على أنّها حالة من اكتمال السلامة البدنية، العقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وليس فقط الخلو من الأمراض والإعاقة.⁴

¹ عبد الرزاق جليبي، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط4، 1999، ص 221.

² سالم علي الشواورة، محمود عبد الله الحبيس، جغرافيا السكان، مدخل إلى علم السكان، دار صفاء، الأردن، ط1، 2001، ص 239.

³ فايز محمّد العيسوي، أسس جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص ص 204-205.

⁴ Nations Unies. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement Caire 5-13 septembre 1994, New York, 1995, p 38.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

من هنا فان تفشي الأمراض خاصة تلك المتعلقة بالجهاز التناسلي تؤثر في الصحة الإنجابية وتدني مستويات الخصوبة لدى النساء المصابات، فقد تمّ التوصل إلى أنّ الخصوبة في إفريقيا الوسطى كالكونغو، الزائير، الغابون، الكاميرون تتميز بارتفاع عدد النساء العقيمات أو اللاتي لا تُنجبن أكثر من طفل أو طفلين ويعود العامل الرئيسي المُسبب لذلك إلى انتشار أمراض الجهاز التناسلي، في حين تحسّن الوضع الصحي في عدد من بلدان العالم الثالث في العشرين أو الثلاث الأخيرة أدى إلى ارتفاع خصوبتهن بفضل تراجع عدد حالات العقم.¹

يلعب الكشف عن المرض في مراحله الأولى دورا في تدارك الإصابة قبل وصولها إلى مراحل متقدّمة مما يُساعد على العلاج الفوري ومنع حدوث مضاعفات،² فعلى سبيل المثال ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإنّ العدوى المنقولة جنسيا والتي تظل دون علاج تُخلّف آثارا وخيمة على الصحة الإنجابية ويُمثّل بعضها أهم أسباب الإصابة بالعقم الذي يمكن تفاديه. كما أنّه في حالة عدم الكشف المبكر يمكن أن تؤدي الإصابة ببعض أنواع الفيروسات إلى ظهور أشكال سرطانية تناسلية لاسيما سرطان عنق الرحم الذي يُعدّ من أكثر السرطانات التي تصيب الجهاز التناسلي الأنثوي.³

تتحكم في عملية الكشف المبكر عن الإصابة قبل وصولها إلى مراحل متقدمة ومعالجتها والتي تؤثر في مستويات الخصوبة عدّة عوامل، كالمستوى التعليمي للمرأة ووضعها الاجتماعي، فالحالة التعليمية المنخفضة وما يتعلّق بها من جهل ترتبط بانخفاض المستوى الصحي في المجتمع، حيث أنّ انخفاض المستوى التعليمي يؤثر على اكتساب المعلومات الصحية والعمل بموجبها،⁴ في حين أنّ ارتفاعه يساهم في رفع الوعي الصحي لديها، من جهة أخرى يؤثر المستوى الاقتصادي للأسرة في عملية الكشف عن

¹ GUILLON, M. SZTOKMAN, N. Op.cit. P 49.

² سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 39.

³ OMS. Infections sexuellement transmissibles, aide-mémoire n°110, 2015, in : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>.

⁴ يعقوب يوسف الكندري، الثقافة الصحية والمرضى، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، لجنة التأليف والتعريب والنشر، الكويت، 2003، ص 165.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

المرض بالخضوع للفحص والشفاء منه باللجوء للعلاج، إذ يُسبب الفقر عدم حصول النساء على الكفاية من الخدمات الصحية.¹ كما أنّ نوعية هذه الخدمات المُقدّمة من طرف المؤسسات الصحية تؤثر في مدى توجّه النساء لهذه المرافق بغية الكشف عن حالتهم الصحية ممّا ينعكس على مستوى خصوبتهن.²

بناءً على ما تمّ عرضه تتبادر إلى ذهننا التساؤلات التالية: هل للمركز الاجتماعي للمرأة دوراً في تدارك الإصابة بالكشف عنها والخضوع للعلاج وكيف يؤثر ذلك في الخصوبة؟ هل للمستوى المعيشي للمريضة دور في اللجوء إلى الفحص والعلاج وكيف ينعكس ذلك على الخصوبة؟ وهل لنوعية الخدمات الصحية المُقدّمة في المرافق الصحية دور في اكتشاف المرض ومعالجته وما هو تأثير ذلك على خصوبة النساء المصابات؟

2- الفرضيات :

انبثقت عن التساؤلات التي تمّ طرحها الفرضيات التالية:

◀ كلما ارتفع المركز الاجتماعي للمرأة كلما كانت عملية اكتشاف المرض ومعالجته مبكراً ممّا ينعكس إيجاباً على خصوبتها.

◀ ارتفاع المستوى المعيشي للمصابة يؤدي إلى كبح انتشار المرض ومعالجته مبكراً ممّا ينعكس إيجاباً على خصوبتها.

◀ رداءة الخدمات الصحية تؤدي إلى التأخر عن اكتشاف المرض ومعالجته مبكراً ممّا ينعكس سلباً على خصوبة المرأة.

¹ جودي ل جاكوبسون، صحّة المرأة في فترة الإنجاب (الخطر الكامن)، تر: أحمد عبد الله، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، ط1، 1993، ص 16.

² نفس المرجع، ص ص 36-37.

3- تحديد المفاهيم :

يعتبر تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية من الخطوات الأساسية ومن ضروريات البحث العلمي، فذلك يساعد كثيرا على توضيح الإطار النظري والتحليلي للموضوع.

المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة تختلف من مجتمع لآخر ومن فترة زمنية لأخرى، لذلك كان لابد من وضعها في إطارها الصحيح وضبط معانيها بشكل دقيق لإبعاد أي غموض قد يحيط بمسار البحث، وذلك كما يلي:

3-1- المركز الاجتماعي:

عُرّف على أنه المركز أو المنصب الذي يحتله الفرد والذي يُحدّد واجباته وحقوقه الاجتماعية، والفرد الواحد في المجتمع يحتل عدة أدوار اجتماعية والمركز الاجتماعي هو العلامة أو الإشارة التي تُحدّد طبيعة الدور الاجتماعي.¹

وعُرّف أيضا على أنه الوضع الذي يشغله الشخص في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين، وقد يُحدّد هذا الوضع: الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة.²

كما عرّفه كذلك أحمد زكي بدوي على أنه المركز الذي يشغله الفرد في جماعة، ويرتبط بكل مركز أدوار مُحدّده يقوم بها الفرد طبقا لقواعد سلوكية مقررة. قد يكون المركز الاجتماعي منسوبا أو مفروضا لا يستطيع الفرد أن يُغيّر منه وهو يرتبط عادة بمولد الشخص أو أصله أو نسبه أو جنسه أو ديانتته. كما قد يكون المركز الاجتماعي مكتسبا وهو المركز الذي يصل إليه الفرد بمجهوده أو قدرته الشخصية.³

¹ فاروق مداس، قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار منى، الجزائر، 2003، ص 253.

² محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، السنة غير مذكورة، ص 440.

³ أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978، ص 410.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

المفهوم الإجرائي:

حدّدتنا المركز الاجتماعي للمرأة في هذه الدراسة بمستواها التعليمي وطبيعة نشاطها اليومي.

3-2- المستوى المعيشي:

يتحدّد مستوى المعيشة بمقدار السلع والخدمات التي يستطيع الفرد أو الأسرة أو الفئة الاجتماعية أو الشعب كله الحصول عليها، هذا المقدار من السلع يتحدّد بدوره وفقا لدرجة التقدّم الحضاري أو التكوين الطبقي للمجتمع والوظيفة الاجتماعية للسلع والخدمات، ويُقاس مستوى المعيشة على أساس متوسط ما يحصل عليه الفرد من السلع والخدمات.¹

المفهوم الإجرائي:

نقصد بالمستوى المعيشي في دراستنا هذه مستوى الدّخل الشّهري للأسرة ومدى كفايته لتغطية مختلف المستلزمات الصحية.

3-3- الخدمات الصحية:

هي العمليات المهنية والجهود العملية المُمارسة في المؤسسة الطبية، يقوم بها فريق عمل يشمل كل من الطّبيب، هيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي، تهدف بالمريض إلى الاستفادة الكاملة من العلاج الطّبي والتكيف في البيئة الاجتماعية.²

كم عُرّفت على أنّها مجموع الخدمات العلاجية أو التشخيصية التي يُقدّمها أحد أعضاء الفريق الطّبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص

¹ نفس المرجع، ص 407.

² إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 34.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

مريض أو العناية التمريضية التي تقدّمها الممرضة للمريض أو التحاليل التشخيصية التي يُقدّمها فني المختبر لشخص ما أو عدّة أشخاص.¹

المفهوم الإجرائي:

استُخدم مفهوم الخدمات الصحية في هذا البحث للإشارة إلى الخدمات التشخيصية والعلاجية المُقدّمة للمرأة في المؤسسة الصحية، وحددنا نوعية هذه الخدمات بثلاثة عناصر تتمثل في مدى توفّر الخدمة الصحية من خلال توفّر المراكز الصحية في منطقة سكن المصابة وسهولة الوصول إليها، وسهولة الحصول على الخدمة الصحية بها وأخيرا مدى رضا المبحوثات عنها.*

3-4- المرض:

يُعرّف على أنّه حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسديا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المُحددة للشخصية الإنسانية... هذا الانحراف أيضا انحرافا نسبيا وليس انحرافا مطلقا... لذلك مفهوم المرض أيضا مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر ومن موقف لآخر.²

يُعرّف أيضا على أنه حالة من حالات التغير غير السوي في بناء أو وظيفة أي جزء من أجزاء الإنسان، ويمكن الاستدلال على وجود المرض بواسطة ظهور علامات وإشارات خاصة تدل على الإصابة، ومن الممكن الكشف عنه بواسطة بعض التحليلات الطبية.³

ويُعرّف كذلك على أنه مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطراب الجسم أو أحد أجزائه تنبئها قد يحدث مرض، فهو عملية متطورة منذ بدء السبب حتى ظهور مضاعفات. قد

¹ عبد المجيد الشّاعر وآخرون، علم الاجتماع الطّبيّ، دار اليازوري العلمية للنشر والتّوزيع، الأردن، ط1، 2000، ص 90.

* لتفاصيل أكثر أنظر الفصل الرابع ص ص 89 - 93.

² سلوى عثمان الصديقي، رمضان السيد، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 23.

³ يعقوب يوسف الكندري، مرجع سبق ذكره، ص 36.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

يكون التطور حاد وسريع وقد يكون بطيء ومزمن، والمرض قد يحدث على شكل وباء أو قد يكون مستوطنا أو يظهر على شكل حالات انفرادية.¹ والكشف المبكر للمرض هو اكتشاف الحالات المرضية في أوارها الأولى.²

المفهوم الإجرائي:

نقصد بمفهوم المرض في دراستنا تلك التغيرات التي تطرأ على أحد مناطق الجهاز التناسلي للمرأة مُسببة اختلالا في وظائفه، بالتالي استخدام هذا المفهوم ما هو إلا للدلالة عن الأمراض النسائية التي يُعرفها عبد المنعم المصطفى على أنها: " تلك الأمراض التي تُصيب النساء فقط في أحد أعضائهن التناسلية".³ تشمل هذه الأمراض كل من اضطرابات الدورة الشهرية، الالتهابات، الأورام الرّحمية، الأكياس المبيضية، السرطان والتشوّهات الخلقية للجهاز التناسلي الأنثوي.*

3-5- الخصوبة:

يجب التمييز بين مفهوم الإنجاب الفعلي (Fertilité) الذي يعني حالات الولادة التي تحدث فعلا وينتج عنها مواليد أحياء للنساء في سن الحمل وكثيرا ما يُستعمل تعبير الخصوبة في هذا المعنى، ولكن الخصوبة (Fécondité) تعني في الحقيقة القدرة على الحمل أو إمكانية الحمل أو الخصوبة الاحتمالية الكامنة بيولوجيا والتي تتمثل في أنّ المرأة يمكن أن تتجب إذا تزوّجت مثلا.⁴ فهي القدرة الجسمية على الإنجاب في جماعة سكانية معينة.⁵*

¹ أيمن مزاهرة، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية، عمان، 2003، ص 33.

² سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص 38.

³ عبد المنعم مصطفى، أمراض النساء وموانع الحمل والولادة والعناية بالأطفال، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط1، 1987، ص 37.

* لتفاصيل أكثر عن هذه الأمراض أنظر الفصل الثالث ص ص 61-74.

⁴ أحمد علي إسماعيل، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، دار الثقافة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط7، 1989، ص 65.

⁵ علياء شكري وآخرون، دراسات في علم السكان، مطبعة العمرانية للأوقفت، الجيزة، 2006، ص 135.

* لتفاصيل أكثر عن هذه الظاهرة أنظر الفصل الثاني ص ص 28-37.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

المفهوم الإجرائي:

نقصد بهذا المفهوم في بحثنا حدوث حمل أو إنجاب بعد الإصابة أو قُدرة المرأة على الحمل والإنجاب بعد الإصابة (الشفاء التام من المرض بحيث يكون الجهاز التناسلي خال من أي خلل وظيفي نتج عن الإصابة وقد يُعيق عملية الإنجاب وذلك من خلال نتائج الفحص الطبي).

4- الدراسات السابقة:

نذكر بعض الدراسات التي لها علاقة بموضوع دراستنا، وهذا من خلال طرح أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

4-1- المسح الوطني لصحة الأسرة 2002:

قام بإنجاز المسح الوطني لصحة الأسرة كل من الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة. لقد أُعدَّ هذا المشروع بهدف:

- تمكين السلطات العمومية من الحصول على المعلومات الأساسية من أجل تطبيق ومتابعة وتقييم سياسات الصحة والسكان.
- المساهمة في تحسين وتعزيز البرامج الصحية خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية من خلال تحديث وإثراء قاعدة البيانات المتوفرة.
- توفير الأدوات الضرورية من أجل تطبيق سياسات جهوية في مجال الصحة.
- توفير المؤشرات بهدف تمكين المقارنة مع البلدان العربية وتقييم الجهود الواجب بذلها في مجال صحة السكان.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

وبلغ حجم العينة الكلي حوالي 20400 أسرة. تمت عملية جمع البيانات من الميدان بالاعتماد على 5 استمارات لجمع البيانات:

• استمارة حول ظروف السكن والمميزات العامة للأسرة.

• استمارة حول الصحة الإنجابية لدى النساء بين 15-49 سنة.

• استمارة حول النساء بعد سن الإنجاب.

• استمارة حول اتجاهات وسلوك الشباب.

• استمارة حول الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن.

توصل المسح إلى النتائج التي نذكر من بينها النتائج المرتبطة بموضوع بحثنا:

• بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 2,4 طفل/امرأة (50% من السيدات أنجبن طفلهن الأول قبل تعديهن السن الـ 22).

• مسّت ظاهرة فقدان الحمل 8,9% من مجمل حالات الحمل التي حدثت خلال الـ 5 سنوات السابقة للمسح.

• تعاني 6,5% من النساء في سن الإنجاب من أعراض سقوط الرحم. 64,7% منهنّ قمن باستشارة طبية و35,3% لم يقمن بذلك. تُعدّ التكلفة المرتفعة من أهم أسباب عدم القيام بالمشورة الطبية وذلك لأكثر من نصف السيدات و16,5% أرجعن ذلك لعدم توفّر الخدمة.

• 11,3% من النساء يعانين من مضاعفات التهاب عنق الرحم، قامت 64% منهن باستشارة طبية وأرجعت 54,3% من اللواتي لم يقمن بذلك إلى التكلفة المرتفعة.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

تمثلت الأعراض في إفرازات مهبلية حادة وغير مألوفة صاحب ذلك مضاعفات كالهرش والحساسية حول الجهاز التناسلي لدى 66,3% من السيدات وإفرازات ذات رائحة كريهة في 62,3% من الحالات وآلام حادة أسفل البطن لدى 55,6% من الحالات.

• تعاني 8,1% من النساء من عدم انتظام الدورة، 6,7% من آلام حادة ومُعقدة، 5,3% منهن عانين من نزيف غير عادي و4,8% منهن عانين من نزيف دام أكثر من 7 أيام وهذا خلال 3 أشهر سابقة للمسح.

• 60% من النساء توجهن إلى العيادات الخاصة بغية المشورة الطبية، 18% منهن قصدن العيادات المتعددة الخدمات ومراكز العلاج العمومية.

إنّ الحصول على المال الكافي للعلاج واقتناء الدواء وبعد المراكز الصحية من أهمّ العوائق التي تحول دون الحصول على العلاج والنصائح الطبية.

• صرّح عدد قليل من النساء أنهن أصبن بمرض من الأمراض المنقولة جنسيا خلال 12 شهر الأخيرة التي سبقت المسح، إذ بلغت نسبة النساء اللاتي أصبن بالفطار 1,3% كما قدرت نسبة اللواتي عانين من مرض السيلان حوالي 0,4% و0,1% من مجموع النساء عانين من نوع آخر من هذه الأمراض. 75% من المصابات تلقين استشارة طبية أمّا معظم اللواتي لم يقمن بذلك أرجعن السبب إلى ارتفاع تكلفة العلاج بنسبة 56% و20% أرجعن السبب لعدم توفر الخدمات.¹

4-2- المسح الجزائري المتعدد المؤشرات 2006:

تم إنجاز المسح الجزائري 2006 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات بالتعاون مع اليونيسيف ومنظمات أخرى.

أهداف هذا المسح تتمثل في تقديم معلومات أساسية لتنفيذ، رصد وتقييم السياسات الموجّهة للطفل والأم، تحديث وإثراء قواعد البيانات الموجودة، ووضع مؤشرات للمقارنة مع

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2004.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

الدول الأخرى وتقييم الجهود اللازمة لتحسين وضع هاتين الفئتين من السكان ومتابعة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

تُمثّل النساء بين 15-49 سنة والأطفال الأقل من 5 سنوات الفئتين المستهدفتين من السكان في المسح. بلغ حجم العينة الكلي 29478 أسرة. تمّ بذلك الاعتماد على 3 استمارات لجمع البيانات هي:

• استبيان لجمع المعلومات عن ظروف السكن والخصائص الديمغرافية والاجتماعية والصحية لجميع أفراد الأسرة.

• استبيان لكل امرأة يتراوح عمرها بين 15-49 عاما.

• استبيان خاص بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات.

من بين أهم النتائج المتوصّل إليها والمرتبطة بموضوع بحثنا نذكر:

• 44,3% من مجموع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة متزوجات، وبالتالي بلغ متوسط السن عند الزواج الأول 29,8 سنة.

• بلغ السن المتوسط للأمومة حوالي 31,02 سنة وبلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 2,27 طفل/امرأة.

• قيام السيدات 15-49 سنة بالخضوع للاستشارة الطبية قبل وبعد الولادة يرتفع بارتفاع المستوى التعليمي وكذا المستوى المعيشي.

• فيما يخص مدى معرفة الأمراض المنقولة جنسيا، 89% من السيدات 15-49 سنة سمعن عن الإيدز، نسبة المعرفة ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي والمستوى المعيشي. كما أنّ معرفة طرق الوقاية منها ترتفع بارتفاع كل من المستوى التعليمي للمرأة ومستواها المعيشي.¹

¹ MSPRH, ONS. Enquête nationale à indicateurs multiples 2006 (mics3), Alger, 2008.

4-3- المسح الجزائري المتعدد المؤشرات 2012:

تم إنجاز المسح الجزائري 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع اليونيسيف ومنظمات أخرى.

تتمثل أهداف إجراء هذا المسح على المستوى الدولي في تحديث أهداف الألفية للتنمية، تحديث أهداف عالم جدير بالأطفال (الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة +5 في عام 2007 و 2011)، المساهمة في تقييم المبادرة العامة العدّ التنازلي حتى 2015" على وجه الخصوص أهداف الألفية للتنمية 4 و 5 المتمثلة في تخفيض معدّل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات وتحسين صحة الأمهات وتحديث الأهداف الرئيسية الأخرى بما في ذلك تلك المتعلقة بمراس الإيدز والملاريا.

أما على المستوى الوطني، تمثّلت أهداف المسح في تحديث قاعدة بيانات مؤشرات التنمية بما في ذلك تلك المتعلقة بالأطفال والنساء، تقييم العجز الحاصل في كل مجال وتحديد مجالات جديدة ذات أولوية، توفير قائمة من المؤشرات لبرامج التنمية، السعي لتحقيق أهداف الألفية للتنمية وتوفير مؤشرات بهدف إجراء المقارنة الدولية.

بلغ حجم العينة 28000 أسرة، لقد تمّ الاعتماد على 3 استمارات لجمع البيانات هي:

• استبيان خاص بالمسكن يتضمّن أسئلة متعلّقة بعدد أفراد الأسر، التربية، النشاط الاقتصادي للأشخاص البالغين 15 سنة فأكثر، الأمراض المزمنة للأشخاص البالغين 15 سنة فأكثر، الإعاقة، المياه والصرف الصحي، خصائص المسكن، الوفيات العامة، عمالة الأطفال ... إلخ.

• استبيان خاص بالنساء في سن الانجاب 15-49 سنة يتضمن أسئلة حول المرأة، الزوجية، وفيات الأطفال، أعراض الأمراض، منع الحمل، فيروس نقص المناعة البشرية/ السيدا ... إلخ.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

• استبيان خاص بالأطفال الأقل من 5 سنوات يتضمن أسئلة حول عمر الطفل، تسجيل المواليد، الرضاعة الطبيعية، رعاية الأطفال المرضى، التطعيم ... إلخ.

من أهم النتائج المتوصل إليها، من بينها:

• 49% من النساء المبحوثات بين 15-49 سنة متزوجات 86% منهن سبق لهن الانجاب في حين أنّ 14% منهن لم ينجبن.

• قدر المؤشر التركيبي للخصوبة بـ 2,7% طفل/امرأة، هذا المؤشر يرتفع بانخفاض المستوى التعليمي للمرأة والعكس صحيح كما أنه يتناسب تناسباً عكسياً مع المستوى المعيشي للأسر.

• لجوء السيدات إلى الفحص الطبي قبل وبعد الولادة يرتفع بارتفاع المستوى التعليمي والمعيشي.

• 42% من النساء في سن الانجاب بلغن مستوى تعليم ثانوي فأكثر في المقابل 14% منهن غير متعلّقات.

• 85% من النساء المبحوثات تعرفن مرض الإيدز، ترتفع نسبة المعرفة بارتفاع المستوى التعليمي، كما أنها تكون مرتفعة لدى النساء اللواتي تتمتعن بمستوى معيشي مرتفع.¹

4-4- دراسة قامت بها دكتورة في علم الاجتماع (Amélie Brigitte Lompo)

بجامعة نانت الفرنسية تحت عنوان:

Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : Le cas des femmes YADSE dans la région nord.

أُجريت هذه الدراسة بمستشفى بمنطقة (Yatengo) بشمال بوركينا فاسو، تمثلت معالم الإشكالية وكذا أهداف الدراسة في البحث في العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر في اللجوء إلى الفحص الطبي (الكشف المبكر للمرض)، وبذلك اعتمدت الباحثة على دراسة

¹ MSPRH, ONS. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (mics4), Alger, 2016.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

حالات بلغ عددها 115 حالة. توصلت إلى نتائج مسّت عدّة جوانب كالوثوق في الطّب التقليدي، عدم القدرة على اتّخاذ القرار في الأسرة، نوع الأسرة، مكانة المرأة داخل الأسرة... الخ، إلى جانب تأثير المستوى التعليمي للمرأة ووضعها الاقتصادي وكذا الخدمات الصحية في اللّجوء إلى الفحص والتي نذكر منها:

• يلعب المستوى التعليمي للمرأة دوراً في اللّجوء إلى الفحص حيث ترتفع نسبة هذا الأخير بارتفاعه، وأنّ عدم اللّجوء إليه يرجع إلى عدم معرفة المصابة لطبيعة المرض، مسبباته وأعراضه ومن ثمّ اللّجوء إلى الفحص لدى المرأة الغير متعلّمة يرتبط بشدّة الأعراض (كالشّعور بالآلام مثلاً).

• اللّجوء إلى الفحص الطّبي مرتفع في حالة الارتياح المالي للأسرة، في حين أنّ عدم إجراء الفحص يرجع إلى انخفاض الدّخل. (التأخّر عن الفحص يؤدّي إلى وصول المرض إلى مرحلة متقدّمة تستلزم تكاليف علاج أكثر ارتفاعاً ممّا كانت تستلزم لو تمّ الكشف عن المرض في أوانه).

• عدم توفّر الخدمة الصحية بالقدر الكافي يُعتبر من عوامل عدم اللّجوء إلى الفحص الطّبي ويشمل ذلك بُعد المؤسسة الصحية عن مكان إقامة المصابة ونقص أو التّوزيع الغير عادل للهياكل الصحية وكذا الخوف من سوء الاستقبال والمعاملة، حيث تبيّن أنّ اللّائي لديهن وسيط بالمؤسسة الصحيّة يُقبلن على الكشف لكونه ضمان لهنّ أنه سيتم استقبالهن بصفة لائقة.

في العموم لطبيعة الإصابات وشدّة الأعراض المُلاحظة دور في اللّجوء إلى الفحص: النّساء يُقبلن على الفحص الطّبي متى يصل المرض إلى مراحل متقدّمة أين تكون الأعراض أكثر شدّة وفي العموم تكون الوضعية الصحية مُتدهورة، فإن كانت الأعراض خفيفة تعتبرها المصابات عادية وتنتظر زوالها إلا أنّ الوضع يتفاقم إثر ذلك (مثال على

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

ذلك امرأة عانت من سقوط الرّحم ولم تلجأ إلى الفحص إلى أن تدهورت صحتها ولم تصبح قادرة على المشي من شدة الآلام).¹

II. المنهج المتّبع والتعريف بميدان العينة:

1- منهج البحث:

" تعتمد صحة أي بحث علمي بدرجة كبيرة على المنهج المُستعمل والكيفية التي استُعمل وفقها لدراسة الواقع"،² والمنهج هو طريقة البحث التي يعتمدها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتبية أو الحقلية وتصنيفها وتحليلها وتنظيرها، والبحث الواحد لا يعتمد على منهج مُحدّد بل يعتمد على عدّة مناهج تُعين الباحث في جمع البيانات المطلوبة.³ فكل بحث علمي يركز على منهجية معينة تتحدّد تبعاً لمشكلة البحث ونوع الموضوع المُراد دراسته، وعليه فالمنهج المُعتمد في هذه الدّراسة هو المنهج الكميّ، فالمناهج الكميّة تهدف في الأساس إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة، قد تكون هذه القياسات من الطراز الترتيبي مثل: أكثر من، أقل من، أو عدديّة وذلك باستعمال الحساب. أغلبية البحوث في العلوم الإنسانيّة تستعمل القياس، وكذلك الأمر حينما يتم استعمال المؤشرات، النسب، المتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الإحصاء بصفة عامة.⁴

إذن المنهج الكمي يعتمد على المنهج الإحصائي، ويعني هذا الأخير "تجميع المادة العلمية تجميعاً كميّاً، وهو بذلك يعكس نتائج البحث العلمي في صورة رياضية بالأرقام

¹ LOMPO, A. B. « Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes YADSE dans la région nord », thèse de doctorat en sociologie, université de NANTES, France, 2013.

² موريس أنجريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر: بوزيدي صحراوي وآخرون، دار القصبّة، الجزائر، 2006، ص 36.

³ إحسان محمد الحسن، مناهج البحث العلمي، دار وائل، الأردن، ط1، 2005، ص 11.

⁴ موريس أنجريس، مرجع سبق ذكره، ص 100.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

والرسوم البيانية"¹، والباحث الاجتماعي يستخدم الطرق الإحصائية كرموز ومؤشرات لقيم وظواهر وعلاقات معينة يقوم الباحث بتفسيرها وتحليلها.²

2- مجالات البحث:

2-1- المجال البشري (العينة وكيفية اختيارها):

باعتبار أنه من غير الممكن دراسة كل وحدات مجتمع البحث، استلزم ذلك منا اتباع أسلوب المعاينة، عُرِّفت هذه الأخيرة حسب موريس أنجرس على أنها "مجموعة من العمليات تهدف إلى بناء عينة تمثيلية لمجتمع البحث المُستهدف". أمّا العينة "هي ذلك الجزء من مجتمع البحث الذي سنجع من خلاله المعطيات في ميدان العلم. نتطّلع أن تسمح لنا العينة المتكونة من بعض العشرات، المئات، أو الآلاف من العناصر، وذلك حسب الحالة، والمأخوذة من مجتمع بحث مُعيّن بالوصول إلى التّقدّيرات التي يمكن تعميمها على كل مجتمع البحث الأصلي".³

نظرا لعدم وجود قاعدة صبر واضحة، جاءت عيّنتنا مكانية قصدية، فاعتمدنا على النساء المتوافدات إلى مصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى مصطفى باشا الجامعي والمتوافدات للعيادة الخاصة لأمراض النساء والتوليد ببلدية المدنية، حيث تمّ انتقاء وحدات العينة بصفة عمدية وفق شروط تتمثّل في أن تكون المرأة متزوجة وفي سنّ الإنجاب (يتراوح عمرها بين 15-49 سنة) وأن تكون تُعاني أو قد عانت خلال 5 سنوات السابقة للتحقيق كأقصى تقدير من أي مرض في جهازها التناسلي. فقُدّر حجم عيّنتنا بـ 130 ونظرا لعدم استيفاء بعض الاستمارات على المعلومات الأساسية الواجب جمعها من الميدان بسبب عدم رغبة المبحوثات مواصلة المقابلة تمّ إلغاؤها.

¹ حسين عبد الحميد أحمد رشوان، العلم والبحث العلمي، دراسة في مناهج العلوم، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2004، ص 170.

² خليل عمر معين، مناهج البحث العلمي في علم الاجتماع، دار الشروق، عمان، ط1، 2004، ص 81.

³ موريس أنجرس، مرجع سبق ذكره، ص 301.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

تمّ تحديد مدّة 5 سنوات كحد أقصى لزمّن وقوع الإصابة للحصول على معلومات أكثر دقّة وتجنّب وجود فارق كبير بين زمن وقوع الإصابة ومختلف البيانات المُصرّح بها وقت إجراء البحث.¹

2-2- المجال المكاني:

إنّ عملية جمع البيانات من الميدان تمّت بالجزائر العاصمة، في قطاعين صحّيين مختلفين خاصّ وعام حتى تشتمل العينة على النساء من مختلف المستويات الاقتصادية والمراكز الاجتماعية. وعليه قمنا بإجراء البحث الميداني بكل من مصلحة أمراض النساء والتّوليد بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، اخترنا هذا المكان لسهولة التنقّل إليه ولتوافد المصابات عليه بصفة كبيرة. كما أُجري البحث على مستوى عيادة خاصّة بأمراض النساء والتوليد ببلدية المدنية، وقع اختيارنا على هذه العيادة لقربها من مكان إقامتنا وسهولة التنقّل إليها، وكان ذلك بعدما أن توجّهنا لعيادة خاصّة ببلدية المرادية لكن رفض المسؤولون السّماح لنا بإجراء البحث الميداني بها.

2-3- المجال الزمني:

زمن إجراء هذا البحث بدأ من لحظة بداية جمع المراجع المتعلقة بالموضوع إلى غاية الانتهاء من جمع البيانات من الميدان والخروج بالنتائج.

• المدة المستغرقة في جمع البيانات من الميدان: قمنا بالتوجّه في البداية إلى مصلحة أمراض النّساء والتّوليد بمستشفى مصطفى باشا الجامعي وحصلنا على الموافقة المبدئية لإجراء البحث الميداني بالمصلحة وذلك بعد مقابلة البروفسور عدّاد (رئيس المصلحة) وشرحنا له موضوع الدّراسة والمعلومات الواجب جمعها من الميدان، فسمح لنا بالقيام بالبحث بالمصلحة مع طبيبة نسائية واحدة فقط، فأمرنا أيضا بالحصول على موافقتها

¹ NKURENZIZA, M. « Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi, déterminants et motivations », thèse de doctorat en sciences politiques et sociales (démographie), faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, université catholique de Louvain, Belgique, 2014, p 101.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

والتي بدورها أعطت لنا الإذن بإجراء المقابلة مع المتوافدات للفحص يوم الأحد فقط من الساعة 9 صباحا إلى الساعة 13 سا زوالا (اليوم الذي تقوم فيه باستقبال المرضى لإجراء الفحص). في حال تغيّبها أو خروجها في عطلة لم يكن بوسعنا العمل مع طبيبة أخرى أو التّجول في المصلحة والتّحدّث مع المرضى وهي تعليمات أمليت علينا من قبل المسؤولين بالمصلحة، هذا ما أخذ منا وقتا أطول في جمع البيانات من الميدان. أمّا في العيادة الخاصة وبعد حصولنا على الموافقة بإجراء البحث الميداني بها، تمّ السّماح لنا بمقابلة المرضى من الاثنين إلى الخميس خلال الفترة الصباحية فقط، للإشارة توقّفنا عن العمل في العيادة مدّة شهر لأخذ الطبيبة عطلة.

ولأنّ المرور بمرحلة التجريب الميداني للاستمارة لابدّ منه بُغية التّأكد من وجود كل الأسئلة التي تخدم فرضيات البحث، ومدى تسلسلها، تمّ تجريب الاستمارة على 10 مبحوثات فكان ذلك كافيا لإعادة صياغة بعض الأسئلة، إعادة ترتيبها، إضافة البعض وحذف البعض الآخر. استغرقت هذه العملية مدّة أسبوع من 19 أبريل 2015 إلى غاية 26 أبريل 2015.

بعد تعديل الاستمارة، شرع في توزيعها انطلاقا من تاريخ 3 ماي 2015 إلى غاية 15 ديسمبر 2015 أي خلال حوالي 7 أشهر. كان لنا في كلّ مرّة نملا فيها الاستمارة من انتظار كل مريضة من الانتهاء من إجراء الفحص للقيام بطرح الأسئلة عليها، وهي تعليمات أمليت علينا من قبل المصالح المعنية، أمّا المدّة المستغرقة لملا الاستمارة الواحدة تراوحت في المتوسط من 10 دقائق إلى 15 دقيقة حسب درجة فهم المبحوثة للأسئلة وسرعة حصولنا على الإجابة.

المشكل الذي صادفنا خلال هذا البحث الميداني كان في أنّ العديد من المبحوثات يقبلن إجراء المقابلة ولكن عندما يحين دور الواحدة منهن وتفرغ منه فإنها تُغيّر رأيها بعدم إجراء المقابلة أو منهن من يشرعن في إجراء المقابلة ولكن لا يواصلنها بحجة عدم الرّغبة في ترك الزوج ينتظر أو انشغالات أخرى وهذا ما سبّب ضياع الكثير من الوقت، كما أنّ

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

منهن من رفضن إجراء المقابلة من الأساس ومنهن من لم يتمكن من استجوابهن لأنّ حالتهم الصحية لم تكن تسمح بذلك.

• المدة المستغرقة في تفرغ البيانات إلى استخلاص نتائج البحث: امتدت حوالي شهرين كاملين حيث قمنا بتفريغ كل الاستمارات بالاعتماد على نظام الـ SPSS ومراجعتها للتأكد من صحة المعلومات التي قمنا بإدخالها ثم استخراج الجداول الخاصة بكل فصل من فصول الجانب الميداني وتحليلها والخروج بنتائج الدراسة.

3- الأدوات المستعملة في جمع البيانات:

اعتمدنا في دراستنا هذه لجمع البيانات من الميدان على تقنية الاستمارة بالمقابلة. التي هي "وجيز أسئلة يطرحها المستجوب الذي يقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المستجوب".¹

تسمح لنا هذه التقنية بتفادي الأخطاء التي قد تقع فيها المبحوثة أثناء ملئها للاستمارة بمفردها كتأويل مفهوم بعض الأسئلة إلى عكس ما تذهب إليه وعدم الدقة في الإجابات، كما تمكن هذه التقنية بتسجيل بعض الملاحظات التي تدعم أجوبة المبحوثات وتثري الموضوع أكثر.

تضمّ استمارة البحث 60 سؤال منها التي حدّدتنا فيها الاقتراحات للإجابة فجاءت مغلقة، ومنها من جاءت نصف مغلقة ومنها التي تركنا فيها حرية الإجابة للمبحوثة فجاءت مفتوحة وهي موزعة على 5 محاور هي كالاتي:

- بيانات أولية لعينة البحث.
- بيانات خاصة بالمركز الاجتماعي.
- بيانات خاصة بالمستوى المعيشي.

¹ موريس أنجريس، مرجع سبق ذكره، ص 206.

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

- بيانات خاصة بنوعية الخدمات الصحية.
- بيانات خاصة بالأمراض النسائية والخصوبة.

4- معالجة المعطيات:

4-1- الاعتماد على تقنية الـ SPSS:

قمنا بعد جمع المعلومات من الميدان بالمرور إلى مرحلة تفريغها بالاستعانة بالحقبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، تُستخدم هذه التقنية عادة في جميع البحوث العلمية التي تشمل على العديد من البيانات الرقمية، اشتمالها تقريبا على معظم الاختبارات الإحصائية وقدرتها الفائقة في معالجة البيانات وتوافقها مع معظم البرمجيات المشهورة جعل منها أداة فاعلة لتحليل شتى أنواع البحوث العلمية. بالتالي تُمكننا هذه التقنية من توفير الوقت والجهد والوصول إلى نتائج دقيقة.

4-2- المقاييس الإحصائية الموظفة في الدراسة:

استخدام المقاييس الإحصائية في البحث ضرورة لا بُدّ منها، من المقاييس الإحصائية التي قمنا بتوظيفها في هذه الدراسة تلك التي تُمكننا من معرفة مكان انتشار الظاهرة وارتكازها وشملت المتوسط الحسابي الذي يُقاس بجمع كل عناصر المجموعة ثم قسمة النتيجة على عدد عناصر المجموعة والمنوال الذي قُمنّا بتحديد انطلاقا من القيمة الأكثر انتشارا أو بمعنى آخر القيمة التي تتكرر أكثر من غيرها.

أضف إلى ذلك مقاييس الارتباط لاختبار وقياس العلاقة بين متغيرات الفرضيات المطروحة في البحث. وعليه تمّ الاعتماد على اختبار كاف تربيع X^2 للاستقلالية بمتغيرين، معامل التوافق ومعامل الاقتران.

أمّا تحديد طول الفئات فقد تمّ بالتّباع الخطوات التالية:

الفصل الأول: الأسس المنهجية للبحث

- حساب المدى المطلق (الفرق بين أكبر قيمة وأصغر قيمة) ثم تقسيم النتيجة على عدد الفئات المرغوب فيه للحصول على طول الفئة.
- يجب التأكد من أن الرقم المتحصل عليه يغطي المدى المطلق بضرب طول الفئة في عدد الفئات، فإن لم يغطي يُختار تصنيف آخر.¹

¹ جريدة عميرة، التحليل الإحصائي في البحوث الاجتماعية، دار جونا للنشر والتوزيع، القاهرة، 2014، ص 25.

الفصل الثاني

الخصوبة حقيقة وواقع

تمهيد

I. ماهية الخصوبة

1- تعريف الخصوبة

2- طرق قياسها

3- مُحدّداتها

II. البعد الديمغرافي للخصوبة

1- نمو سكان العالم واتجاهاته

2- نظرية التحوّل الديمغرافي

3- لمحة عن السياسات السكّانية

4- الوضعية الديمغرافية في الجزائر

5- السياسة السكّانية في الجزائر

استنتاج

تمهيد:

عندما نقول على مجتمع ما أنه مُرتفع الخصوبة فذلك يعني أنّ معظم نساء هذا المجتمع يُنجبن أطفالاً، ونقصد بالمجتمع المُنخفض الخصوبة ذلك المجتمع الذي تُنجب فيه معظم النساء عدداً قليلاً من الأطفال، وعليه فمصطلح الخصوبة يُشير إلى المستوى الفعلي للإنجاب في جماعة سكانية معينة. هذا ما سنوضحه في بداية هذا الفصل من خلال التطرق إلى ماهية الخصوبة التي أدرجنا فيها التعريف بهذه الظاهرة وشرح طرق قياسها إلى العوامل المؤثرة بها، لنقوم بعد ذلك بإعطاء الصورة الرقمية لها من خلال عرض نموّ سكان العالم واتجاهاته وفي الأخير أدرجنا الوضعية الديمغرافية والسياسة السكانية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا.

1. ماهية الخصوبة:

1- تعريف الخصوبة:

لقد سبق لنا وأن تطرّقنا إلى تعريف مصطلح الخصوبة وذلك في الفصل الأول من هذه المذكرة، وأشرنا إلى ضرورة التفرقة بين مصطلح الخصوبة (Fertilité) الذي يُشير إلى حدوث عملية الإنجاب عند المرأة حيث معدّل المواليد أحد مقاييسها، ولفظ القدرة على الإنجاب (Fécondité) الذي يعني قدرة المرأة على التكاثر طول فترة التّبويض.¹ ولكن بصفة عامّة الفكرة الجوهرية في دراسة موضوع الخصوبة هي المستوى الفعلي للإنجاب في جماعة سكانية معينة ويتحدّد هذا المستوى في ضوء أعداد الولادات الحية التي تمّت.² فحسب رولان بريسا الخصوبة في الاستخدام الديمغرافي تتعلق بالمعدّل الفعلي للمواليد، فخصوبة المرأة تعني عدد الأطفال المولودين من قبل هذه الأخيرة، إذن الخصوبة هي تأكيد الإخصاب وهذا الأخير يعني القدرة على الإنجاب.³ وحسب محمد عاطف غيث فإنّ

¹ فايز محمّد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 182.

² علياء شكري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 135.

³ PRESSAT, R. (1979), *Dictionnaire de démographie*, éd. PUF, Paris, p 31.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الخصوبة في الاستخدام الديمغرافي تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد وتشير أحيانا إلى القدرة على إنجاب الأطفال.¹

2- طرق قياسها:

الهدف الأساسي من مقاييس الخصوبة هو تقدير ومعرفة عدد الأطفال الذين تتجنبهم النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة أي طول مدة حياتهن الإنجابية.

تأخذ مقاييس الخصوبة شكلين:

- مقاييس الفترة التي تقيس معدّلات الخصوبة خلال فترة زمنية معينة، حيث يتم من خلاله رصد الأحداث الحيوية التي تجري خلال هذه الفترة، فيتم حساب معدّلات الخصوبة لمجموعة من النساء في سنة معينة.

- مقاييس الفوج التي تعتمد على متابعة الأحداث الحيوية لفوج النساء خلال عدد من السنين، وذلك بتتبّع سلوك الخصوبة لمجموعة من النساء خلال فترة حياتهن الإنجابية.²

فيما يلي سيتم عرض مقاييس الفترة فقط، لكن قبل ذلك لابدّ من التطرّق إلى مصطلح يستعمل بشكل واسع في علم السكّان ألا وهو "معدّل". هذا الأخير عبارة عن مقياس لتكرار ظهور الأحداث في مجتمع ما، يُحسب هذا التكرار على شكل نسبة عدد الأحداث (وفيات، مواليد...) الواقعة خلال فترة من الزمن إلى عدد السكان المناسب.³ فهو يُشير عموماً إلى متوسط عدد الأحداث التي تشكّل الظاهرة المدروسة لسنة ما في فترة ملاحظة الأفراد الذين تمسّهم هذه الظاهرة. صيغته كالتالي:

¹ محمد عاطف غيث، مرجع سبق ذكره، ص 186.

² منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديمغرافيا الاجتماعية، عالم الكتاب الحديث، الأردن، ط1، 2010، ص 87.

³ رولان بريسا، مرجع سبق ذكره، ص 134.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

$$\text{معدل} = \frac{\text{عدد الأحداث المسجلة في فترة الملاحظة}^1}{\text{متوسط عدد السكان} \times \text{فترة الملاحظة}}$$

2-1- معدل المواليد الخام:

هو حاصل قسمة عدد الولادات الحية في سنة معينة على عدد السكان في منتصف السنة مضروباً في 1000، يُعبّر عليه بالعلاقة التالية:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد الولادات الحية}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000^2$$

إنّ حساب معدل المواليد يمكن من قياس مقدرة السكان على التكاثر، إجراء الدراسات المقارنة بين الدول إذا ما تشابهت خصائص السكان فيها من حيث الجنس والعمر وإجراء الدراسات المقارنة ضمن القطر الواحد لفترتين مختلفتين إذا ما بقيت خصائص السكان دون تغيير كبير.³

2-2- معدل الخصوبة العام:

من أهم عيوب المقياس السابق كونه ينسب المواليد إلى السكان كلّهم، وعليه فقد استُنبط مقياس آخر للخصوبة ينسب المواليد إلى الإناث في سن الحمل (15-49 سنة)، صيغته كالتالي:

$$\text{معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{عدد الإناث في سن الحمل (15-49 سنة) في منتصف العام}} \times 1000$$

هذا المعدل يستبعد تأثير الاختلافات الناجمة عن قلة الذكور أو كثرتهم في المجتمع نتيجة الهجرة، ومعدل الخصوبة العام أعلى من معدل المواليد الخام بحوالي الربع إلى

¹ VANDESCHRIK, C. (2004), *Analyse Démographique*, 3^{ème} édition, éd. Academia-Bruylant, Louvain la neuve- Belgique, pp52-53.

² BEITONE, A. Et autres. (2012), *Sciences sociales*, 7^{ème} édition, éd. Dalloz, Paris, p 42.

³ عبد علي الخفاف، *جغرافيا السكان (أسس عامة)*، دار الفكر، الأردن، ط1، 1999، ص 152.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الخمس في المجتمع نفسه لأنّ النساء في سن الحمل يشكّلن عادة ما بين ربع مجموع السّكان إلى الخمس.¹

2-3- معدل الخصوبة حسب فئات السن:

يقصد به عدد المواليد الأحياء الذين تضعهم النساء من فئة عمرية معينة على عدد النساء في تلك الفئة العمرية للسنة نفسها مضروباً في ألف، صيغته هي كالتالي:

$$\text{معدل الخصوبة لفئة معينة} = \frac{\text{عدد الأطفال لنساء في فئة عمرية معينة في سنة ما}}{\text{عدد النساء في نفس الفئة و نفس السنة}} \times 1000^2$$

2-4- معدل الخصوبة الكلية:

بجمع معدّلات الخصوبة حسب فئات السن وضرب الناتج في اتّساع فئة العمر (غالباً ما تكون 5 سنوات) الكل مقسوماً على 1000 نحصل على معدّل الخصوبة الكلية أو ما يسمّى أيضاً المؤشّر التركيبي للخصوبة ويعني متوسط عدد المواليد الذين يمكن للمرأة الواحدة أن تتجهم طوال فترة قدرتها على الإنجاب 15-49 سنة، يُعبّر عنه بطفل لكل امرأة، صيغته كالتالي:

$$\text{معدّل الخصوبة الكلي} = \frac{\text{مج معدّلات الخصوبة العمرية} \times 5^3}{1000}$$

2-5- معدل الخصوبة الشرعية وغير الشرعية:

إنّ معدّل الخصوبة الشرعية يأخذ بعين الاعتبار الولادات التي تمّت للنساء المتزوجات، بحسب وفق الطريقة التالية:

$$\text{معدّل الخصوبة الشرعية} = \frac{\text{عدد الولادات الشرعية في سنة ما}}{\text{عدد النساء المتزوجات في تلك السنة}} \times 1000$$

¹ فايز محمّد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 183.

² VANDESCHRIK, C. Op.cit. P 62.

³ BEITONE, A. Et autres. Op.cit. P 43.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

يمكن حساب هذا المعدل لفئة عمرية معينة بأخذ الولادات التي تمت للنساء المتزوجات في فئة عمرية ما في سنة ما على عدد النساء المتزوجات في نفس الفئة ونفس السنة وضرب الناتج $\times 1000$.

بالمقابل يأخذ معدل الخصوبة غير شرعية بعين الاعتبار الولادات التي تمت للنساء الغير متزوجات، يحسب كما يلي:

$$\text{معدل الخصوبة غير الشرعية} = \frac{\text{عدد الولادات غير الشرعية في سنة ما}}{\text{عدد النساء غير المتزوجات في تلك السنة}} \times 1000$$

يمكن حساب هذا المعدل لفئة عمرية معينة بأخذ الولادات التي تمت للنساء غير متزوجات في فئة عمرية ما في سنة ما على عدد النساء غير المتزوجات في نفس الفئة ونفس السنة وضرب الناتج $\times 1000$ ¹.

2-6- المعدل الخام للتكاثر:

يفترض هذا المقياس أنّ كافة الإناث القادرات على الحمل والإنجاب ستعشن طوال فترة الإنجاب 15-49 سنة بالتالي يُحسب من خلال ضرب معدل الخصوبة الكلية في نسبة الذكورة $(\frac{100}{105+100}) = 0,488$. يمكن صياغته على النحو الآتي:

$$\text{معدل التكاثر الخام} = \text{معدل الخصوبة الكلي} \times 0,488$$
²

2-7- المعدل الصافي للتكاثر:

يحسب المعدل الخام للتكاثر دون الأخذ بعين الاعتبار تأثير الوفيات غير أنّ الأمهات تتوفين قبل بلوغ الـ 50 من العمر، لذلك فإنّ هذا المعدل أكثر دقة ويُعرّف على أنّه عدد الإناث اللاتي ستخلف كل أم في الجيل اللاحق.

¹ VANDESCHRIK, C. Op.cit. P 68.

² ROUSSEL, L. GANI, L. (1973), Analyse démographique Exercices et problèmes, éd. Armand Colin, Paris, p 84.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

يحسب من خلال حساب المعدّل الخام للتكاثر وحساب احتمال البقاء على قيد الحياة إلى غاية بلوغ السن المتوسطّ للأمومة.

يُعبر عن المعدّل الخام للتكاثر بالصياغة التّالية:

$$\text{المعدّل الصافي للتكاثر} = \text{المعدّل الخام للتكاثر} \times \text{احتمال البقاء}^1$$

2-8- نسبة الأطفال إلى النساء:

يتمّ التحصّل عليه بقسمة عدد الأطفال الذين يقلّ عمرهم عن 5 سنوات على عدد النساء في سن الإنجاب. يُصاغ قانون حساب هذا المعدّل كما يلي:

$$\text{نسبة الأطفال إلى النساء} = \frac{\text{عدد الأطفال 0-4 سنوات}}{\text{عدد النساء 15-49 سنة}} \times 1000^2$$

3- محدداتها:

تباين مستويات الخصوبة من مكان إلى آخر ومن مجموعة سكانية إلى أخرى داخل المجتمع الواحد، هذا الاختلاف ينجم عن مجموعة من المحدّات ديمغرافية، اجتماعية، اقتصادية ... وحتى سياسية.³

3-1- العوامل الديمغرافية:

يُعدّ كل من التركيب العمري والنوعي للسكان ومكان الإقامة ريفي أو حضري من العوامل المهمّة التي تتحكّم في معدّلات المواليد في أي مكان، فالتركيب العمري للسكان يُحدّد نسبة الفئات المُنجبة في المجتمع ومن ثمّ تتحدّد مستويات الخصوبة العمريّة الخاصّة، ومعدّلات المواليد أكثر ارتفاعاً في المجتمعات التي تزيد بها نسبة الشباب من المجتمعات الهرمة التي يخرج منها المهاجرون الذكور لفترة زمنية للعمل في هجرة مؤقتة والتي تنخفض

1 Ibid. P 85.

2 سالم علي الشاورة، محمود عبد الله الحبيس، مرجع سبق ذكره، ص 248.

3 فايز محمّد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

معدّلات مواليدها بوضوح.¹ كما أنّ للبيئة الحضرية تأثير في خفض الخصوبة، فالسكن في المناطق الحضرية مرتبط بارتفاع مستوى المعيشة وانتشار التعليم والخدمات الصحية، لكن الزيادة الكبيرة للمهاجرين إلى المدن أدّى إلى البطالة والضغط على الخدمات الصحية والتعليمية ما أبقى معدّلات الخصوبة على حالها، كما أنّ المهاجرون الجدد غالباً ما يُحافظون على ارتباطات قويّة بالريف خصوصاً فيما يتعلّق بالرّصيد الثقافي والمعتقدات الدينية وما يتعلّق بالخصوبة والعقم.²

2-3- العوامل الاجتماعية:

يُعدّ متوسط العمر عند الزواج أحد العوامل المهمّة المؤثّرة في معدّل الخصوبة، تُلاحظ علاقة عكسية بين السن عند الزواج ومستوى الخصوبة، ففي المجتمعات التي يسود فيها الزواج المبكّر ترتفع فيها معدّلات المواليد في حين تقل لدى النساء اللّاتي تزوّجن في سن متأخّرة إذ تملن إلى أنجاب عدد أقل من الأطفال.³ فعمر المرأة عند الزواج يُؤثر على طول فترة الإنجاب كون أنّ زواجها في سن مبكّرة يزيد من الفترة التي تكون فيها معرضة للحمل والإنجاب في حين تأخّر سن الزواج يؤدّي إلى صعوبة وصولها إلى المراحل الإنجابية المرتفعة بسرعة حيث تتعرّض هؤلاء السيدات لمخاطر العقم الثانوي الطبيعي.⁴

يتضح تأثير التعليم على تأخّر سن الزواج بين الإناث، فمعظم الإناث اللّائي يلتحقن بالتعليم لا يتزوّجن إلاّ بعد الانتهاء من الدراسة الجامعية أو الثانوية. عموماً هناك علاقة عكسية بين التعليم والخصوبة، ويجب أن يُوضع في الاعتبار أنّ التعليم ليس مجرد الإلمام بالقراءة والكتابة ولكن التعليم الذي يؤثّر في تناقص مستويات الخصوبة هو الذي يأخذ في اعتباره فهم الجوانب الحضارية والثقافية ويقصد به التعليم الجامعي ومن هنا تتناقص معدّلات الخصوبة كلّما تقدّمت مراحل التعليم،⁵ كما أنّ للتعليم دور في تحطيم الاعتقادات

¹ نفس المرجع، ص 205.

² منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره، ص ص 124-125.

³ GUILLON, M. SZTOKMAN, N. Op.cit. P 49.

⁴ منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره، ص 128.

⁵ فايز محمد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص ص 206-208.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

والعادات التقليدية ويُقدّم صوراً عن أنماط حياة جديدة تتنافس ووجود الأطفال¹ كما يُوسّع مدارك الفرد بحيث يمكنه الإلمام بجميع جوانب مشاكله الاقتصادية والاجتماعية ويُحدّد مركزه بالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه ويعرف مسؤولياته اتجاه الأولاد الذين سيجيئ بهم إلى الحياة² ومن هنا يتّجه إلى تنظيم نسله والتحكّم اختيارياً في حجم أسرته.³

تُعدّ مساهمة المرأة في العمل من الأمور المهمّة التي تحدّد من مستوى الخصوبة، إذ أنّ العمل لا يعطي لها الفرصة الكاملة للاهتمام بعدد كبير من الأبناء ويضيف عليها عبئاً أكبر، ممّا يجعلها تقبل على تنظيم الأسرة، كما أنّ نجاح المرأة في عملها خارج المنزل يجعلها تؤجّل الإنجاب أو تزيد الفترات بين إنجاب الطفل التالي والسابق وتقلّ رغبتها دائماً في إنجاب عدد أكبر من الأطفال.⁴

تتأثر الخصوبة أيضاً بالعادات والتقاليد السائدة في المجتمع فمن المجتمعات من تشجع على التناسل ومنها من تعتبر الأطفال عبئاً اقتصادياً فلا تشجّع على إنجاب الكثير منهم.⁵ يُسهم مثلاً انتشار نمط الأسرة الممتدة في الريف في التقليل من عبء التنشئة الاجتماعية الذي يتحمّله الوالدان ويجعل تربية الأطفال مُشاعة بين عدد كبير من البالغين في نطاق هذه الأسرة ويجعل الأم تقتصر مسؤوليتها الأسرية في الإنجاب ويُخلّصها من الشعور بالتنافر بين الأدوار أو بالضغط الاجتماعي التي قد تشعر بها في نطاق الأسرة، ونتيجة مشاركتها في غير ذلك من النشاطات خارج نطاقها كما هو الحال في المجتمع الحضري، بهذا تتحدّد مكانة المرأة في الأسرة والمجتمع ككل بناءً على ما تقوم به من أدوار باعتبارها زوجة وأم و ترتبط هذه المكانة بوظيفتها الإنجابية في الأسرة ويعدد الأطفال الذكور الذين تنجبهم في حياتها إذ ترتفع مكانة الزوجة الخصيبة التي استطاعت إنجاب العدد

¹ عبد الله إبراهيم، المسألة السكانية وقضية تنظيم الأسرة في البلدان العربية، المركز الثقافي العربي، بيروت، ط1، 1994، ص 190.

² يسرى الجوهري، جغرافية السكان، منشأة المعارف، الإسكندرية، ط2، 1976، ص 148.

³ سلوى عثمان الصديقي، الأسرة والسكان من منظور اجتماعي وديني، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 299.

⁴ فايز محمد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 206.

⁵ أحمد علي إسماعيل، مرجع سبق ذكره، ص 66.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الكبير من الذكور ممّا يحفّز على الإنجاب ويزيد من معدّل الخصوبة،¹ هذا إضافة إلى تأثير التعاليم الدينية كالحضّ على الزواج وإكثار النسل والترغيب فيه وتكريه الطلاق في الخصوبة.²

3-3- العوامل الاقتصادية:

من بين العوامل الاقتصادية التي تؤثر في الخصوبة مستوى معيشة الفرد أو متوسط دخله. إنّ العلاقة بين الخصوبة والدخل غالبا ما تكون عكسية، فالأسر ذات الدخل المرتفع تقل معدّلات مواليدها بصورة واضحة. بصفة عامّة الفقير الذي يملك القليل من المال لتحقيق طموحاته هو أكثر الناس إنجابا، الفرد من الطبقة الوسطى الذي يملك رغبة عارمة في تحقيق طموحاته ودخله لا يسعفه ذو مستوى متوسط في الخصوبة، أمّا الفرد الغني والذي يمتلك أعلى دخل تنخفض خصوبته إلى مستويات دنيا. من ثمّ سادت المقولة " الدول الغنية تزداد ثروة، و الفقيرة تزداد أطفالا"،³ فبينما كان يُنظر إلى الأطفال على أنهم مصدر رزق أصبح ينظر إليهم كمصدر تكلفة ونفقة متزايدة، كما أنّ دخل الأفراد يلزمه تغير كبير في أذواقهم ورغباتهم وتطلّعاتهم الذاتية وجعلهم أكثر رغبة في الرفاهة، وقد أسهم الدّخل في زيادة معارف الأفراد بشكل يتناقض مع كثرة الإنجاب.⁴

3-4- العوامل السياسية:

تلعب الحكومات دورا مهما في تغيير مستويات الخصوبة، فقد يكون الدور غير مباشر من خلال توفير الخدمات الاقتصادية والاجتماعية ودفع عجلة التنمية، ممّا يؤدي إلى تحسين أحوال السكان الصحية والاجتماعية ما يؤدي إلى خفض الخصوبة، أصبحت سياسة التنمية هي المدخل الأفضل لخفض معدّلات المواليد في كثير من بلدان العالم النامي، حيث يسهم انتشار التعليم والوعي الصحي والوقائي في تقبل الأمهات سياسة

¹ عبد الرزاق جليبي، مرجع سبق ذكره، ص ص 233-234.

² سلوى عثمان الصديقي، الأسرة والسكان من منظور اجتماعي وديني، مرجع سبق ذكره، ص ص 161-162.

³ فايز محمد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 210.

⁴ منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره، ص ص 125-126.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

تخفيض معدل المواليد، في حين يكون الدور المباشر من خلال تبني الحكومة سياسة سكانية محدّدة تتفق ومصالحها القومية. وقد تلعب الظروف السياسية دورا في خفض معدّلات المواليد كدخول الدولة في حرب.¹

II. البعد الديمغرافي للخصوبة:

1- نمو سكان العالم واتجاهاته:

عدد سكّان العالم القديم غير معروف على وجه الدّقة والشّمول إذ أنّ التعدادات السكانية لم تكن معروفة في أي دولة من دول العالم قبل عام 1800 وإن حصلت في البعض منها فقد كانت غير شاملة، غير تفصيلية وغير دقيقة. إنّ تعدادات السّكان للعصور القديمة تعتمد على إشارات قليلة متناثرة وعلى بيانات افتراضية للأخصائيين من الباحثين وكلّما توغلنا في القدم قلّت البيانات وضعفت الدلائل، لذلك فإنّ التّقدّيرات التي وضعت لمثل تلك الفترات التاريخية هي أقرب إلى التّخمين الذي يُوضع بالاعتماد على بعض القرائن الواقعة مثل الحروب أو وصف الموت والمزارع إلى غير ذلك، ورغم الصعوبات فقد حاول الباحثون جمع الكثير من الظواهر التي تُعين على تخمين عدد السكّان في الماضي.²

1-1- نمو سكّان العالم قبل 1650:

توجد تقديرات لسكّان العالم قبل عام 1650 ولكنها عرضة لكثير من النقد، كما أنّها تختلف من مصدر إلى آخر.

منذ 10000 سنة قبل الميلاد إلى غاية بداية العصر المسيحي ظلّ عدد سكّان العالم مستقرّا فلم يتجاوز 10 ملايين (ن) ليبدأ عدد السكّان في التزايد تدريجيا بعد ذلك،³

¹ فايز محمّد العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 211.

² عبد علي الخفاف، مرجع سبق ذكره، ص 127.

³ BEITONE, A. Et autres. Op.cit. P 58.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

يذكر كولن كلارك أنّ سكّان العالم في الـ 14م قد بلغ 256 مليون (ن)، في عام 350م قُدّر بـ 254 مليون (ن) ثمّ بـ 237 مليون (ن) عام 600 للميلاد، هذا التناقص سببه انخفاض عدد سكّان أوروبا إلى حوالي 28 مليوناً ثمّ إلى 19 مليوناً في التاريخين المذكورين. في عام 800 للميلاد وصل عدد سكّان العالم إلى 261 مليون (ن) ثمّ إلى 280 مليون (ن) سنة 1000م وإلى 384 مليون (ن) عام 1200، تناقص هذا العدد في عام 1340 إلى 378 مليون (ن)، غالباً ما كانت الأوبئة والمجاعات مصدر هذا التناقص. سنة 1500م بلغ عدد سكّان العالم 427 مليون (ن) وبعد 100 سنة قُدّر بـ 498 مليون (ن).¹

الزيادة الطبيعية قبل عام 1650 اتّسمت بالبطء فلم تزد عن 0,5% سنوياً، يُعزى هذا البطء من جهة إلى انخفاض نسبة المواليد الناتجة عن عدّة عوامل منها قلة معاشرّة الزوجة، استباحة الرّق، الإجهاض، تحريم الزواج من اثنين لأسباب دينية واجتماعية، تأجيل سن الزواج أو العزوف عنه كليّة ومن جهة أخرى إلى كثرة الوفيات الرّاجعة إلى انتشار الأمراض، الأوبئة، المجاعات، الحروب، الكوارث الطبيعية وواد البنات.²

1-2- نمو سكّان العالم ما بين 1650 - 1830:

لقد اختلف تقدير العلماء لسكّان العالم فيما قبل بداية القرن الـ 20 و يعدّ تقدير كل من كارسوندرز وولكوكس أبرز هذه التقديرات، فقُدّر الأوّل عدد سكّان العالم سنة 1650 بنحو 545 مليون (ن)، في حين قدّره الثّاني بنحو 470 مليون (ن) في نفس التاريخ،³ وقد تميّزت هذه المرحلة بانخفاض معدّلات الزيادة الطبيعية التي وحسب أرقام كارسوندرز لم تتعدّ 3% بين 1650 إلى 1750 ثمّ ازدادت في منتصف القرن 18م حتّى نهايته إلى 5,4% وإن كان يوجد تفاوت في معدّلات النمو السكاني على مستوى القارّات فقد كانت قارّة آسيا أعلى في معدّلاتها من أوروبا إلى غاية سنة 1750 لتنعكس الصورة فيما بعد.

¹ أحمد علي إسماعيل، مرجع سبق ذكره، ص ص 171-172.

² سالم علي الشواورة، محمود عبد الله الحبيس، مرجع سبق ذكره، ص ص 79-80.

³ فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، ص 125.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

أدت تجارة الرقيق في إفريقيا إلى استنزاف الزيادة السكانية بها، في حين أنّ الزيادة السكانية في العالم الجديد فكان مصدرها الهجرة من أوروبا إلى جانب الرقيق من إفريقيا.¹

فُدّر عدد سكّان العالم عام 1750 بـ 628 مليون (ن) وانتقل بعد 50 عاما أي في سنة 1800 إلى 906 مليون (ن)² ووصل إلى المليار الأول عام 1830.³

1-3- نمو سكّان العالم ما بين 1830-1950:

بدأت معدّلات الزيادة السكانية في الارتفاع على مستوى العالم خلال النصف الأول من القرن 19م فوصلت إلى 5% وكانت في أوروبا أعلى ما يكون فوصلت إلى 7% وذلك لانتشار أساليب الوقاية والرعاية الصحية قبل بقية قارات العالم ممّا أدى إلى انخفاض معدّلات الوفيات في أوروبا قبل غيرها بينما ظلّت معدّلات المواليد مرتفعة، بالتالي ارتفعت معدّلات الزيادة الطبيعية حتّى وصلت 12% قرب منتصف القرن 19م⁴ حيث بلغ عدد سكّان العالم عام 1850 حوالي 1171 مليون (ن) وانتقل إلى حوالي 1608 مليون (ن) عام 1900.⁵ لم يصل عدد السكّان إلى المليار الثاني إلّا في سنة 1930 أي تضاعف في مدّة 100 سنة.⁶

¹ أحمد علي إسماعيل، مرجع سبق ذكره، ص 176.

² يسرى الجوهري، مرجع سبق ذكره، ص 112.

³ سالم علي الشواورة، محمود عبد الله الحبيس، مرجع سبق ذكره، ص 79.

⁴ نفس المرجع، ص 177.

⁵ يسرى الجوهري، مرجع سبق ذكره، ص 112.

⁶ منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره، ص 179.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

1-4- نمو سكاني العالم من 1950 إلى يومنا هذا:

الجدول (1): تطوّر عدد سكاني العالم:¹

الفترة	عدد السكان (بالملايين)
500م	207
1000م	253
1250م	417
1500م	461
1750م	771
1800م	954
1850م	1241
1950م	2530
1985م	4845
1992م	5479
2002م	6215
2015م*	7324

فلم ينتقل سكاني العالم من مليار ن إلى المليارين إلاّ بعد انقضاء 100 سنة (1830-1930)، ثمّ تضاعف في مدّة 30 سنة ليبلغ 3 مليار ن، ثمّ بعد مرور 15 سنة بلغ المليار الرابع، وبعد 11 سنة بلغ المليار الخامس ثمّ بعد 13 سنة بلغ المليار السادس وأخيرا بعد مرور 12 سنة وصلت البشرية إلى المليار السابع.²

كما سبق إيضاحه سالفا النمو السكاني في العالم كان بطيئا للغاية حتّى أوائل القرن الـ 20 وهذا ناتج بطبيعة الحال عن ارتفاع مستوى الوفيات، هذا الأخير يرجع بدوره إلى مجموعة من العوامل البيئية، فلم تسلم قارات العالم القديم من المجاعات الناتجة عن الكوارث

¹ أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدرين:

GUILLON, M. SZTOKMAN, N. Op.cit. P 9.

* INED. (2015), « Tous les pays du monde », in : **Population et société**, Paris, N° 525, p 2.

² منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره، ص ص 179-180.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الطبيعية مثل الفيضانات أو نقص الأمطار لعدة سنوات متتالية فترتب عن ذلك تناقص عدد السكان حتى أن بعض المناطق فقدت سكانها تماما في أعقاب حدوث هذه الظواهر. كانت الأمراض والأوبئة تعقب المجاعات بدرجات متفاوتة، من أبرز هذه الأمراض التيفويد، الجدري والسل وغيرها التي كانت تقضي على الأطفال قبل إتمامهم السنة الأولى من العمر ولم يسلم الباقي منهم بعد ذلك من أمراض أخرى مثل الحصبة، السعال الديكي، الحمى القرمزية والدفتيريا وغيرها التي كانت تؤدي بنسبة ليست صغيرة من السكان. أما الأوبئة التي كان لها أثر كبير على نمو سكان العالم أشهرها مرض الطاعون أو ما أسمى الموت الأسود الذي انتشر في قارة أوروبا في الفترة 1348-1350 وأدى إلى تناقص عدد سكانها. الحروب هي الأخرى كان لها أثر في تأخير نمو السكان لما تحدثه من خسائر بشرية ومجاعات تؤدي إلى تزايد عدد الوفيات هذا من جهة ومن جهة أخرى تؤدي إلى انخفاض معدل المواليد بسبب التعبئة الضخمة للشباب في القوات المسلحة مما أدى إلى ابتعاد البعض عن زواجهم وتأخير سن الزواج للبعض الآخر.¹

تضافرت مجموعة من العوامل أدت إلى التزايد السكاني الكبير الذي شهده العالم في العصر الحديث أبرزها الثورة الزراعية في وسائل الإنتاج الزراعي وأساليبه في المجتمعات المختلفة، وقد واكب هذه الثورة الزراعية انقلاب صناعي في القرن 18 ما أدى إلى زيادة قدرة الإنسان على إنتاج الغذاء وتطوير وسائل النقل، فكان لتطور الأساليب الجديدة في الزراعة والصناعة والنقل وكذا الاستقرار السياسي النسبي من العوامل الهامة التي أدت إلى تزايد سكان الغرب في الفترة ما بين 1650-1850. عموما بتحسّن الظروف الصحية انخفضت الوفيات وارتفع أمل الحياة مما أدى إلى ارتفاع عدد السكان.²

¹ فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، مرجع سبق ذكره، ص ص 130-136.

² فتحي محمد أبو عيانة، جغرافيا السكن والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص ص 119-120.

2- نظرية التحوّل الديمغرافي:

أدت دراسة النمو السكاني إلى محاولة تقسيمه إلى مراحل رئيسية أو دورات ديمغرافية تتميز كل منها بسمات خاصة معتمدة على تطوّر المواليد والوفيات، تعرف هذه النظرية بنظرية التحوّل الديمغرافي.¹

يُقصد بالتحوّل الديمغرافي الانتقال من نظام ديمغرافي يتميز بولادات مرتفعة ووفيات مرتفعة ونمو طبيعي منخفض إلى نظام ديمغرافي يتميز بولادات منخفضة ووفيات منخفضة ونمو طبيعي منخفض، خلال هذه المرحلة الانتقالية تبدأ الوفيات بالانخفاض أولاً في حين يتأخّر انخفاض الولادات بحيث ترتفع معدّلات النمو الطبيعي، أمّا في المرحلة الأخيرة يتباطأ نمو السكّان أو يندم و يصل بالتالي عدد السكّان إلى حالة من الاستقرار.² ارتفاع الوفيات في المرحلة الأولى كان ناتجا أساسا عن تعرّض السكّان للأوبئة والمجاعات وعموما هي ناتجة عن التخلف الصحي والاجتماعي السائد،³ أمّا انخفاضها في المرحلة الثانية يرجع إلى تحسّن الخدمات الصحية وخاصة تحسّن طرق معالجة الأمراض المعدية التي كانت تُعدّ من أهم الأسباب الرئيسية لارتفاع معدّلات الوفاة، وينتج عن الفجوة بين معدّلات المواليد والوفيات ارتفاع معدّلات النمو السكاني،⁴ لذلك فإنّ ديناميكية الانفجار السكاني ترجع في الأساس إلى الهبوط الكبير في معدّلات الوفيات نتيجة السيطرة على أسبابها،⁵ أمّا انخفاض الخصوبة فيما بعد ذلك - في المرحلة الثالثة- يرجع إلى استجابتها إلى تغييرات بنائية متباينة نتيجة عملية التحديث.⁶

¹ نفس المرجع، ص 123.

² BEITONE, A. Et autres. Op.cit. P 57.

³ فتحي محمد أبو عيانة، جغرافيا السكّن والسكّان، مرجع سبق ذكره، ص ص 124-125.

⁴ مصطفى خلف عبد الجواد، علم اجتماع السكّان، دار الميسرة، الأردن، ط1، 2009، ص 31.

⁵ فتحي محمد أبو عيانة، جغرافيا السكّن والسكّان، مرجع سبق ذكره، ص 126.

⁶ مصطفى خلف عبد الجواد، مرجع سبق ذكره، ص 32.

3- لمحة عن السياسات السكانية:

كان للمجتمعات البشرية منذ أقدم العصور عادات وسلوكيات وأساليب ذات طبيعة ديمغرافية كانت تمارسها لشعورها أنها تحقق لها الحياة الأفضل، لعلّ هذه السلوكيات تمثل انعكاسا للواقع الاقتصادي والبناء الاجتماعي والقيمي لهذه المجتمعات، فمنها التي كانت تخشى كثرة العدد وقلة مصادر العيش فتركن إلى تحديد نسلها بأساليب عدّة، ومن هذه المجتمعات ما أحست بفيض أسباب العيش وبالحاجة إلى كثرة العدد لبقائها والدفاع عن ذاتها أو لأجل التوسّع وتسليط نفوذها إلى جهات جديدة فشجعت على النسل والانجاب.

يتّسم عالمنا اليوم بالنضج السياسي حيث تتطوي فيه المجتمعات البشرية الصغيرة والكبيرة كافة تحت نظم سياسية وفي وحدات سياسية هي دول العالم وإنّ لجميع هذه الدول سياسات سكانية سواء كانت معلنة أم سياسات اقتصادية اجتماعية ذات تأثيرات ديمغرافية معروفة وهي بالتالي سياسات سكانية غير معلنة.

كان ولا يزال مفهوم السياسة السكانية يرتبط بحركة تنظيم النسل فأدى هذا الربط إلى تقسيم السياسة السكانية في اتجاهين رئيسيين:

• سياسة التكاثر: تدعو إلى إطلاق النسل وزيادة السكّان وتكاثرهم

• سياسة التحديد: تدعو إلى تحديد النسل وضبطه.

عموما السياسة السكانية هي جميع الإجراءات والتشريعات التي تتبناها الدولة بهدف التأثير على السلوك الديمغرافي لأفراد المجتمع السكاني. هكذا لا بدّ وأنّ للسياسة السكانية تأثيراتها على أسس الواقع الديمغرافي للمجتمع، تلك الأسس كما يُحددها الأدب الديمغرافي: التوزيع الجغرافي للسكّان، تنمية السكّان، تركيب وتكوين السكّان والحركة المكانية للسكّان.¹

¹ عبد علي الخفاف، مرجع سبق ذكره، ص ص 255-260.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

4- الوضعية الديمغرافية في الجزائر:

4-1- تقديرات عدد سكان الجزائر قبل الاستقلال:

4-1-1- تطوّر معدّل المواليد:

شهدت معدّلات المواليد قبل سنة 1962 تذبذبا وعدم الثبات والوضوح في الاتجاه، ترتفع تارة وتعود للانخفاض من جديد، إذ تراوحت في منتصف الثلاثينات بين 35-39% ثم ارتفعت في بداية الأربعينات إلى 41% لتتخفّف في النصف الثاني من العقد المذكور إلى 33% ثمّ عادت إلى الارتفاع في النصف الأوّل من الخمسينات إذ تراوحت بين 40-42% وانخفضت إلى 31% في النصف الثاني من نفس العقد. عرف معدّل المواليد بعد سنة 1962 ارتفاعا ملحوظا وصل إلى 45% واستمرّ على هذا النمط إلى غاية سنة 1966 حيث بعد هذه السنة بدأ بالانخفاض تدريجيا.

يعود الانخفاض في معدّلات المواليد قبل سنة 1962 إلى عوامل تاريخية واقتصادية مرّت بها البلاد كالفقر، الأمراض والأوبئة، المجاعة التي انتشرت في الثلاثينات مع ظهور الأزمة الاقتصادية العالمية، القتل الجماعي المنظم من طرف السلطات الاستعمارية واتباع سياسة التهجير سنة 1949 أضف إلى ذلك الحرب التحريرية (1954-1962)، هذا إلى جانب عدم توقّر الرّعاية الصحية وانخفاض مستوى المعيشة، ومن جهة أخرى النقص في تسجيل المواليد لعدم توقّر المكاتب المختصّة بالإحصاءات الحيوية بمراكز التجمّعات السكانية وكذا عدم وعي السكان وتقديرهم لأهمية الإحصاءات وتخوفهم منها.¹

4-1-2- تطوّر معدّل الوفيات:

لم يقلّ معدّل الوفيات في الجزائر عن 22% بين سنتي 1940-1946، بعد سنة 1948 انخفض إلى 12-14% واستمرّ على هذا المستوى إلى غاية سنة 1958 (معدّل

¹ السعيد مربيغي، التغيرات السكانية في الجزائر 1936-1966، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص ص 129-

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

وفاة ثابت تقريبا بين 1948-1958) ليعود إلى الارتفاع بين 1959-1961 لينخفض تدريجيا بعد الاستقلال.

يُعزى ارتفاع معدّل الوفيات إلى عدّة عوامل منها فترة الحرب العالمية الثانية، تجنيد الشباب في الجيش والتّقتيل الجماعي الذي مارسته السلطات الاستعمارية سنة 1945، الحرب التحريرية، كما كان هناك نقص في تسجيل الوفيات خلال فترة الحرب خاصّة بعد 1956 بسبب المشاكل التي واجهها السكّان نتيجة التبليغ عن الوفاة، أضف إلى ذلك انتشار المجاعة والأمراض.¹

4-1-3- تطوّر عدد السكّان:

تراوح مجموع عدد سكّان الجزائر سنة 1830 من مليون إلى مليوني ونصف مليون نسمة، كما قدّره البعض الآخر بثلاثة ملايين نسمة.

إنه من الصّعب تحديد عدد السكّان في هذه المرحلة حيث أنّه لا يمكن الاعتماد على المصادر الرئيسية لجمع البيانات المتمثّلة في الحالة المدنية والتعداد بسبب النقص الذي كان يشوبهما. أُدخل نظام الحالة المدنية الى الجزائر سنة 1882، حيث لم يكن يُصرّح بالبيانات الخاصة بالولادات والوفيات بانتظام وشفافية، ممّا خلق فارق بين عدد الولادات المُصرّح بها وعدد الولادات التي تمّت فعلا وبين عدد الوفيات المُصرّح بها والوفيات التي حدثت فعلا. بالنّسبة للتعدادات في الجزائر ابتداء من سنة 1856، صحّة المعلومات خصوصا المتعلّقة بالعنصر النّسوي من الصّعب التحكّم فيها ومنه عدم الدقّة وصحّة البيانات المتعلّقة بالتطوّر العددي للسكّان ككل.²

¹ نفس المرجع، ص ص 143-145.

² REINHARD, M. Et autres. (1968), Histoire générale de la population mondiale, 3^{ème} édition, éd. Mont-chrestien saint-jaques, Paris, pp 445-446.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

بصفة عامة التعدادات التي أقيمت في الجزائر قبل سنة 1966 ورغم ما ميّزها من عيوب إلا أنّها وفّرت معلومات حول التطوّر العددي للسكان خلال قرن من الزمن.¹ فيما يلي عرض لتطوّر عدد السكان الأصليين والأجانب منذ سنة 1856 إلى 1966.

جدول (2): تطوّر عدد سكان الجزائر من سنة 1856 إلى غاية 1966:²

الفترة	عدد السكان الأصليين (ن)	عدد المعمرين (ن)	المجموع (ن)
1856	2307049	3000	2310049
1861	2732851	5000	2737851
1866	2652072	4000	2656072
1872	2125052	9000	2134052
1876	2462936	16000	2478936
1881	2842497	18000	2860497
1886	3264879	22338	3287217
1891	3559687	17376	3577063
1896	3764076	17022	3781098
1901	4063060	26090	4089150
1906	4447149	30639	4477788
1911	4711276	29250	4740526
1921	4890756	32430	4923186
1926	5115980	34776	5150756
1931	5548236	40078	5588314
1936	6160930	40214	6201144
1948	7611777	67301	7679078
1954	8364652	84680	8449332
1966	11905500	112200	12017700

¹ BOUISRI, A. De LAMAZE, F.P. (1971), « La population algérienne d'après le recensement 1966 », in : **Population**, n°1, 26^e année, INED, Paris, p 25.

² أنجز هذا الجدول اعتمادا على معطيات مأخوذة من مصدر:

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

إنّ تطوّر عدد السكّان المسلمين كان بطيئاً لعدّة أسباب منها الجفاف، قلّة المحاصيل و رداءتها، الأمراض التناسلية، الملاريا والأوبئة... الخ، فانتقل عدد سكّان الجزائر من 2,7 مليون نسمة سنة 1861 إلى 2,1 مليون نسمة سنة 1871 في حين أنّ عدد المعمّرين كان يتزايد، هذا النقص راجع لمرور الجزائر في الفترة 1866-1870 بأزمة جفاف، غزو الجراد، الجوع، الكوليرا والتيفوس.¹

تضاعف عدد سكّان الجزائر في الفترة الممتدّة بين 1936-1966 فانتقل عددهم من 6.201.144 نسمة إلى 12.101.994 نسمة أي بزيادة قدرها 6 ملايين نسمة خلال 30 سنة بعدما أن انتقل معدّل النمو من 1,8% في الفترة 1936-1948 إلى 3,5% في الفترة 1954-1966.²

4-2- تطور عدد سكّان الجزائر بعد الاستقلال:

4-2-1- تطوّر معدّلات المواليد:

شهد معدّل المواليد الخام مباشرة بعد الاستقلال ارتفاعا شديدا فتجاوز 47% واستمرّ على هذا النمط إلى غاية 1966 ليبدأ بعدها بالانخفاض التدريجي. يعود الارتفاع في معدّلات المواليد إلى توقّف الحرب وعودة المجنّدين سواء الذين كانوا في جيش التحرير الوطني أو الذين جُنّدوا إجباريا في الجيش الفرنسي وإطلاق صراح المساجين واستقرار الأمن والنظام ممّا أدّى إلى ارتفاع معدّلات الزواج وانخفاض معدّلات الطلاق والافتراق والعزوبة النهائية والترمّل، إلى جانب تحسّن الظروف الاقتصادية والصحية وإقبال السكّان على تسجيل الوقائع الحيوية بعد الاستقلال خاصّة المواليد لوجود حوافر مادية وزوال الخوف وانتشار الوعي بين السكّان. أمّا الانخفاض فيعود إلى التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي طرأت على الجزائر بعد الاستقلال كانتشار التعليم ومجانّيته والتشجيع عليه ممّا أدّى إلى تأخير الزواج بين الشباب وزوال النظرة القديمة نحو الزواج على أنه وسيلة لإنجاب

¹ REINHARD, M. Et autres. Op.cit. PP 445-446.

² السعيد مربيبي، مرجع سبق ذكره، ص 115.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الأطفال لمساعدة ذويهم، ارتفاع درجة التحضر، ازدياد الهجرة من الريف إلى المدن ...
إلخ.¹

جدول (3): تطوّر معدّل المواليد الخام في الجزائر 1967-2015:²

السنة	معدّل المواليد الخام (‰)
1967	50,12
1977	45,02
1987	34,60
1997	22,51
2002	19,68
*2008	23,62
*2012	26,08
*2015	26,03

4-2-2- تطور معدّل الوفيات:

شهد معدّل الوفيات انخفاضا ملحوظا بعد سنة 1962، يُعزى هذا الانخفاض إلى اهتمام الدولة بالرعاية الصحيّة وتقديم الخدمات الطبية بالمجان وانتشار المراكز الصحيّة والمستشفيات في أنحاء البلاد وتحسّن المستوى المعيشي.³

نعرض تطوّر معدّلات الوفيات الخامّة من خلال الجدول التالي:

¹ نفس المرجع، ص ص 125-136.

² أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدرين:

ONS. Rétrospective statistique 1962-2011, Alger, p 3.

* ONS. Démographie algérienne 2015, in : données statistiques n° 740, Alger, 2015, p 5.

³ السعيد مريبيعي، مرجع سبق ذكره، ص ص 143-145.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

جدول(4): تطوّر معدّل الوفيات الخام في الجزائر 1967-2015:¹

السنة	معدّل الوفيات الخام (%)
1967	15,87
1977	14,36
1987	6,97
1997	6,12
2002	4,41
*2008	4,42
*2012	4,53
*2015	4,57

4-2-3- تطوّر عدد السكّان:

واصل عدد سكّان الجزائر ارتفاعه غداة الاستقلال ارتفاعا متواصلا نتيجة انخفاض معدّل الوفيات وثبات معدّل المواليد مرتفعا ومنه ارتفاع معدّل الزيادة الطبيعية، ذلك لمرور البلاد بفترة إعادة اعتبار إلى الزواج والانجاب كما هو الشأن بالنسبة إلى الفترات التي تلي الحروب²، نتيجة هذا النمو دخلت الجزائر في المرحلة الثانية من مراحل التحوّل الديمغرافي التي تتميز بارتفاع معدّلات المواليد وانخفاض معدّلات الوفيات³.

لعرض تطوّر عدد سكّان الجزائر من الاستقلال إلى يومنا هذا نستعين بالجدول التّالي:

¹ أنجز هذا الجدول اعتمادا على معطيات أخذت من المرجعين:

ONS. Rétrospective statistique 1962-2011, op.cit. P 3.

*ONS. Démographie algérienne 2015, op.cit. p 5.

² علي قواوصي، السياسة السكّانية في الجزائر نشأتها و تطوّرهما 1962-1994، الاتحاد الدّولي لتنظيم الأسرة إقليم العالم العربي، تونس، 1994، ص 8.

³ HEMAL, A. HAFFAD, T. (1999), « La transition de la fécondité en Algérie », in : Sciences humaines, N° 12, p 63.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

جدول (5): تطوّر عدد سكّان الجزائر ومعدّلات النمو السنوي 1966-2015:¹

السنة	عدد السكّان بالآلاف	معدّل النمو (%)
1966	12096	3,5
1970	13309	3,37
1974	15164	3,14
1978	17600	3,29
1982	19883	3,15
1986	22512	2,74
1990	25022	2,49
1994	27496	2,17
1998	29507	1,57
2002	31357	1,53
2008	34591	2,03
*2012	37495	2,16
*2015	39963	2,15

بلغ عدد سكّان الجزائر مع مطلع سنة 2016 حوالي 40,4 مليون نسمة، هذا الارتفاع نتج أساسا عن الزيادة المعتبرة لحجم الولادات الحية، فقد شهدت سنة 2015 1040000 ولادة حية وهي السنة الثانية على التوالي التي تجاوز فيها حجم الولادات عتبة المليون، حيث بلغت سنة 2014 1014000 ولادة حية، كما بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة ارتفاعا 3,1 طفل/امرأة سنة 2015، في حين قُدّر بـ 2,4 طفل/امرأة مع مطلع الألفية. للإشارة فإنّ الفئة التي شهدت أعلى معدّلات الانجاب لسنة 2015 هي الفئة العمرية 30-34 سنة، حيث بلغ معدّل الخصوبة الخاص بهذه الفئة العمرية 167,4% وتراوح متوسط

¹ أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدرين:

ONS. *Rétrospective Statistique 1962-2011*, op.cit. PP 3-34.

* ONS. *Démographie algérienne 2015*, op.cit. P 5.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

العمر عند الانجاب في حدود 31,8 سنة. ومن المُرجَّح أنّ عدد السكّان سيبلغ 41,2 مليون نسمة بحلول جانفي 2017.¹

4-2-4- تطور حجم الفئة النسوية في سنّ الانجاب:

فيما يخص حجم الفئة النسوية في سنّ الانجاب فقد عرف ارتفاعا مستمرًا منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، فقد بلغ عدد النساء في سنّ الانجاب لسنة 2015 حوالي 10,8 مليون امرأة،² في حين لم يتجاوز 2,5 مليون نسمة سنة 1966 وهذا ما تبيّنه معطيات الجدول التالي:

جدول (6): تطور عدد النساء في سنّ الانجاب 1966-2008:³

السنة	حجم الفئة النسوية 15-49 سنة (ن)	نسبتها إلى مجموع السكّان (%)
1966	2493471	20,61
1977	3439446	21,41
1987	5092933	22,26
1998	7564841	25,73
2008	9858000	28,50

5- السياسة السكانية في الجزائر:

بدأت المسألة السكانية تقلق بال المجموعة الدولية حوالي سنة 1950م، يوم اكتشف الخبراء أنّ مجموع سكّان العالم قد تضاعف خلال نصف قرن وأنّ هذا المجموع من الممكن أن يتضاعف من جديد قبل نهاية القرن الـ 20.

تزعّمت الإدارة الأمريكية في الفترة 1960-1980 الجهود الدولية في مجال البحوث من خلال تبنّيها رسميا استراتيجية دولية في مجال السكان وسط جوّ من القلق بسبب القنبلة

¹ Ibid. PP 1-16.

² Ibid. P 13.

³ أنجز هذا الجدول اعتمادا على معطيات أُخذت من المصدر:

ONS. Rétrospectives démographiques 1966-2011, op.cit. PP 35-49.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

السكانية للعالم الثالث. تم تحفيز بلدان العالم الثالث لتتبع سياسة سكانية من خلال المؤسسات الأمريكية ومن خلال الصناديق الخاصة عن طريق وكالة التعاون الأمريكية وأصبح تخفيض النمو السكاني شرطا للحصول على المساعدة الأمريكية، نظرا لاحتياجاتها لمثل تلك المساعدات سارعت عدة بلدان سائرة في طريق النمو إلى تبني سياسات سكانية على درجات متفاوتة من النجاح.

تجددت عدة مجموعات حول القضايا السكانية بما فيها الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات الذي كان قد صادق في مؤتمره الأول سنة 1966 على لائحة خاصة بتنظيم الأسرة، دعا فيها الحكومة إلى تشجيع استعمال وسائل منع الحمل من أجل حماية صحة الأم والطفل، كما كُلفت كتابة الدولة للتخطيط بتحديد سياسة الجزائر في مجال السكان وإدراجها ضمن مخطط التنمية الرباعي 1973/70، كما أنجز تقرير من طرف لجنة وزارية عام 1968 حول سياسة الانجاب تحت عنوان "الضرورة الملحة لتنظيم الأسرة" وكان يدافع بوضوح عن فكرة إنشاء شبكة وطنية لمراكز تنظيم الأسرة، كما أعدت الإدارة العامة للتخطيط والدراسات الاقتصادية التابعة لكتابة الدولة للتخطيط سنة 1968 تقرير بعنوان "انعكاس الانفجار الديمغرافي على مسألتي السكن والبناء" جاء فيه أن سياسة تنظيم الأسرة من شأنها أن تساهم بشكل هام في حل أزمة السكن، غير أنه لم يتم تبني سياسة سكانية وإنما تم السماح بتنظيم الأسرة لأسباب صحية من خلال فتح قسم لتنظيم الأسرة في مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة سنة 1967 وصدور فتوى تبيح استعمال وسائل منع الحمل، ذلك لرفض الحكومة أن يفرض عليها تصور غربي للسياسات السكانية وبمناسبة المخطط الرباعي الأول 1973/70 تم الاعلان رسميا عن موقف الحكومة من المسألة السكانية "سوف يتم حل مشاكل السكان من خلال التنمية الاقتصادية". بعقد المؤتمر العالمي للسكان في بوخاريسست عام 1974 قامت الجزائر بالتشديد على موضوع التنمية ودفع بالقضايا السكانية إلى المرتبة الثانية،¹ اعتبارا أن السبب في المشاكل التي كانت قائمة إنما هي ناتجة عن العامل الاقتصادي وليس العامل الديمغرافي.²

¹ علي قواوصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 5-45.

² HEMAL, A. HAFAD, T. Op.cit. P 64.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

بالرغم من الموقف المضاد لاعتماد سياسة سكانية، فقد تمّ تهيئة الشروط المناسبة لتغيير السلوكيات في مجال الانجاب منذ بداية السبعينات. بالفعل فإنّ السعي وراء إدماج سياسة منع الحمل في المصالح الصحية القاعدية تركزت عام 1974 وأدّت إلى انطلاق البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة/ تباعد الولادات (PMI.EN) بهدف تحسين صحّة الأم والطفل عن طريق الوقاية من الحوامل المتعددة والمتقاربة. على غرار هذا البرنامج تمّ فتح 440 مركز خاص بحماية الأمومة والطفولة/ تباعد الولادات بين سنتي 1974-1983.¹

واجهت الجزائر سنة 1980 سلسلة من المصاعب الاقتصادية والاجتماعية، في ظل هذه الظروف تمّ تبني سياسة سكانية للتحكم في النمو الديمغرافي سنة 1983 وحتى هذا الوقت كانت أنشطة تنظيم الأسرة تمثل أحد محاور البرنامج الوطني للحدّ من وفيات الأطفال. تتمحور السياسة المتبنّاة حول 3 أهداف رئيسية تتمثل في تطوير أنشطة المبادعة بين الولادات، تطوير الدراسات والأبحاث حول العوامل المؤثرة في الانجاب وتطوير أنشطة الإعلام والتحسيس والتربية في مجال تنظيم الأسرة.²

لم يكن لإطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي الأثر المباشر والفعال في خفض مستويات الخصوبة وإنما ساهم في انتشار فكرة إيجابية عن استعمال وسائل منع الحمل خصوصا بعد صدور فتوى تبيح ذلك سنة 1982، إذ أنّ الأسباب التي تقف وراء تغيير السلوك الإنجابي (ارتفاع الخصوبة أو انخفاضها) تتمثل في التغيرات الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية التي يشهدها المجتمع، ونجاعة سياسة تنظيم النسل ترتبط بعدة عوامل كرفع المستوى الصحي والتعليمي، وضع المرأة ومشاركتها في سوق العمل ... إلخ. عموما انخفاض أو ارتفاع مستويات الخصوبة في الجزائر تعلّق بارتفاع أو انخفاض السن عند الزواج الأوّل.³

¹ MSPRH. Politique nationale de la population à l'horizon 2010, Alger, 2002, p 32.

² علي قواوصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 5-45.

³ OUADAH BEDIDI, Z. VALLIN, J. Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : Une histoire paradoxale, documents de travail 186, éd. INED, Paris, 2012, pp 8-16.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

بانعقاد مؤتمر مكسيكو للسكان عام 1984 غيرت الجزائر موقفها تماما على ما كان عليه في مؤتمر بوخاربيست 1974، حيث قام الوفد الجزائري بقيادة زهور أونيسي بالترويج بحماسة لفائدة البرامج السكانية كشرط من شروط التنمية،¹ وصرحت الجزائر في المؤتمر أنّ العامل الديمغرافي هو السبب الذي يقف وراء التخلف.²

واجهت الجزائر ابتداء من 1986 صعوبات متعدّدة الأشكال كارتفاع المديونية الخارجية وبالتالي تراجع في الانجازات الحاصلة وعدم الاستقرار الاجتماعي والسياسي ... في تلك الفترة أهملت السياسة السكانية من النقاشات.³

لقد تمّ تدعيم سياسة السكان بعد تأسيس وزارة الصحة والسكان 1992، فعززت نشاطات الصحة الانجابية التي كانت تهدف إلى توسيع سهولة تقديم الخدمات والعلاجات ذات النوعية في ميدان التنظيم العائلي، وكذلك في الميادين المرتبطة بها مثل التكفل بالأمومة والأمراض الأخرى التي تُعدّ من أسباب اعتلال ووفيات النساء في سن الانجاب، كما قد تمّ توسيع شبكة الهياكل القاعدية العمومية التي تساهم في عرض وسائل منع الحمل وذلك بإدماج هذا النشاط في المصالح التوليدية ومصالح طب النساء الخاصة بالتوليد على مستوى المؤسسات الاستشفائية.⁴

تُعدّ السياسة السكانية في الجزائر من استراتيجيات التنمية الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية، الغاية منها هي تحقيق التوازن بين الموارد البشرية والموارد الاقتصادية والبيئة لتحسين نوعية حياة الجميع واللجوء إلى التنظيم العائلي يقوم على مبدأ الاختيار الفردي.

أهداف السياسة السكانية التي سُطرت لآفاق 2010 تمثلت عموما في الوصول إلى مؤشر تركيبتي للخصوبة 2,1 طفل/امرأة، رفع نسبة استعمال وسائل منع الحمل إلى 70% لاسيما منها الوسائل الفموية، تقليص معدّل وفيات الأمومة إلى أقل من 100 وفاة لكل 100 ألف ولادة، تقليص معدّل وفيات الأطفال الرضع إلى 25% ورفع أمل الحياة عند الولادة على

¹ علي قواوصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 5-45.

² HEMAL, A. HAFFAD, T. Op.cit. P 64.

³ علي قواوصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 5-45.

⁴ MSPRH. Politique nationale de la population à l'horizon 2010, op.cit. P 31.

الفصل الثاني: الخصوبة حقيقة وواقع

الأقل 72 سنة لكلا الجنسين. يستلزم بلوغ ذلك تعميم الولوج إلى خدمات الصحة الإنجابية، القضاء على الفوارق بين الجنسين في مجال التعليم والعمل، تعزيز مشاركة المرأة في التنمية والقضاء على مختلف الفوارق بين الريف والحضر.¹

الاستنتاج:

إذن الخصوبة هي العملية التي تضمن بقاء المجتمع البشري تؤثر فيها عدّة عوامل، كالحروب والمجاعات والأمراض التي خفّضت مستويات الخصوبة السكانية في الجزائر خلال الاستعمار ورفعت من مستوى الوفيات فنتج عن ذلك نمو سكاني بطيء أو مُتناقص أحيانا، في حين أنّ استتباب الأمن وارتفاع مستوى المعيشة وانتشار التعليم والرعاية الصحيّة ومجانيتها عوامل وأخرى رفعت من مستويات المواليد وخفضت من مستويات الوفيات ما أدّى إلى ارتفاع عدد السكان في الجزائر وبالتالي دخولها في المرحلة الثانية من التحوّل الديمغرافي. في العموم ارتفاع أو انخفاض الخصوبة في الجزائر ارتبط بصفة أساسية بانخفاض أو ارتفاع السن عند الزواج.

¹ Ibid. P 51.

الفصل الثالث

أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

تمهيد

I. البنية التشريحية للجهاز التناسلي الأنثوي

- 1- المبيض
- 2- الأنبوب الرحمي
- 3- الرحم
- 4- المهبل
- 5- الفرج
- 6- الثدي

II. أمراض الجهاز الإنجابي

- 1- اضطرابات الدورة الشهرية
- 2- الأمراض الالتهابية
- 3- الأورام الحميدة والخبیثة
- 4- التشوهات التكوينية للجهاز التناسلي
- 5- الأمراض المنقولة جنسيا
- 6- حالات الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي

استنتاج

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

تمهيد:

لفهم الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي للمرأة والضرر الذي تلحقه بالعضو المُصاب وبالتالي فهم كيفية تأثير ذلك على الخصوبة، لا بُدّ من معرفة تشريح وفيزيولوجية هذه الأعضاء التناسلية. وعليه ارتأينا أن نعرض في بداية هذا الفصل البنية التشريحية لأعضاء الجهاز التناسلي الأنثوي وإبراز أهمية كل عضو التي تظهر من خلال بنيته الوظيفية، ثمّ التطرّق لأهم أمراض الجهاز الإنجابي وأثرها على الخصوبة مع عرض وجيز للإحصائيات المتوفرة عن البعض منها في العالم والجزائر.

1. البنية التشريحية لأعضاء التناسلية الأنثوية:

يتألف الجهاز التناسلي في المرأة من غدّتين هما المبيضان ومن مجرى طويل يبدأ من جوار كل مبيض وهو ما يسمّى بقناة فالوب*، فالرّحم فالمهبل وينتهي على الجلد بتشكلات تدعى الفرج، تقع كل هذه الأعضاء في جوف عظمي يدعى الحوض¹ ويدخل الثدي ضمن الأعضاء الثانوية لأجهزة التكاثر الأنثوية.^{2**}

1- المبيض:

هو الغدة الجنسية في الأنثى، يوجد مبيضان أيمن وأيسر، يقع كل واحد منهما على جانبي الرّحم. يشبه في شكله لوزة كبيرة، سطحه تتخلّله عدّة نتوءات، يتراوح متوسط طوله 4 سم وعرضه 2 سم ويزن تقريبا بين 6-8 غ.³ يتكوّن من طبقتين لب وقشرة، اللّب عبارة عن نواة مركزية غنية بالأوعية الدّموية التي تتوضّع بين نسيج ضام عضلي

* له عدّة تسميات أخرى: كالأنبوب الرّحمي، القناة الرّحمية، البوق، النّفير.

¹ عماد الدين تنوخي وآخرون، الأمراض النسائية، منشورات جامعة دمشق، دمشق، 1997/1996، ص 9.

² عبد المنعم مصطفى، الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط1، 1987، ص 5.

** أنظر الملحق رقم 2.

³ BORSALI, A. (1994), Votre futur bébé de A à Z, éd. Dahleb, Alger, p 18.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

وهو الجزء الأكبر من المبيض، أمّا القشرة فهي عبارة عن طبقة بيضاء سطحية رقيقة سمكها يتراوح بين 0,25-1 ملم مولدة للبويضات.¹

يقوم المبيض من البلوغ إلى سن اليأس بوظيفتين تتمثل الأولى في إنتاج البويضات مرّة كل شهر والثانية في إفراز الهرمونات الضرورية لحدوث الدورة المبيضية والرحمية (الدورة الشهرية).² نتيجة عمل معقد ومتكامل بين المبيض والغدة النخامية* تنمو البويضة وتتضج وتُقذف من على سطح المبيض مُتّجهة إلى الرحم الذي يُهيئ لاستقبالها بعد تلقيحها وإلاّ فإنّ بطانة الرحم السميقة تتحلّل، فيقوم الرحم بقذف الخلايا والإفرازات والدّماء والبويضة التي لم تُخصّب إلى خارج الجسم عن طريق المهبل وهذا على شكل طمث (الدورة الشهرية) وهو دليل مادّي على أن البويضة لم تُخصّب. عند نهاية فترة الطمث يعود الرحم إلى حالته الطبيعية وتبدأ عملية تبويض جديدة.³

2- الأنبوب الرحمي (قناتي فالوب):

توجد قناتان واحدة لكل جهة يتراوح طول الواحدة منها من 10 إلى 14 سم، عبارة عن مجريان أسطوانيا الشّكل تقريبا، يبدأ كل منهما من جوف الرحم ويخرج من إحدى زاويتيهِ العلويتين ويزداد قطره تدريجيا وينفتح إلى جانب المبيض بشكل شرائح مختلفة الطول (يسمى هنا الصيوان) تلتقف البويضة عند نزولها من المبيض. يتألف جدار النّفيران من عضلات مغطّاة بغشاء داخلي يحتوي على خلايا تتموّج باستمرار باتجاه الرحم لمساعدة البويضة التي تكون قد خُصّبت في الجزء المنحني من هذه القناة على العبور إلى مكان تعشيشها في جوف الرحم.⁴

¹ حكمت عبد الكريم فريحات، تشریح جسم الإنسان، دار الشروق، الأردن، ط1، 1996، ص 189.

² BORSALI, A. Op.cit. P 18.

* الغدة النخامية هي غدة صغيرة الحجم يبلغ قطرها 1 سم ووزنها 0,5 غ توجد في أسفل قاعدة الدماغ.

³ سنيتلا أبلوم، نادينا كافينوكي، انقطاع الطمث، تر: نعيمة محمّد عيد، مؤسسة الخانجي، القاهرة، 1968، ص ص 30-33.

⁴ BORSALI, A. Op.cit. PP 15-16

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

3- الرحم:

عضو عضلي مُجَوَّف يبلغ متوسط طوله 6,5 سم ومتوسط عرضه في أوسع مكان هو قاعدته 4 سم، وزنه حوالي 50 غم.¹ شكله مخروط مُسطح من الأمام للخلف ذروته مفتوحة في المهبل، يُقسَّم تحت منتصفه بقليل بتضييق دائري يسمَّى المضيق إلى قسمين: أحدهما علوي مثلث يسمَّى جسم الرحم والثاني سفلي أسطواني تقريبا يسمَّى عنق الرحم. اتجاهه في الحالة الطبيعية يكون بحالة انعطاف وانقلاب أماميين.²

3-1- جسم الرحم:

يُؤلف أكثر من ثلثي الرحم، شكله بصورة عامة مثلث قاعدته متجهة إلى الأعلى. يتكوّن جسم الرحم من جدارين أمامي وخلفي، تجويف وبطانة. الجدار عبارة عن عضلات لا إرادية متينة وقوية تُخنها حوالي 1 سم أو أكثر قليلا. الفراغ الموجود بين الجدارين عبارة عن شق يُسمَّى تجويف الرحم تبلغ سعته حوالي 3-6 سم. يتّصل تجويف الرحم بقناة عنق الرحم من الأسفل ومن الأعلى يتّصل بالأنبوبين الرحميين عند زاويتي القاعدة.

تجويف الرحم مُبطّن بغشاء معقد التركيب يسمَّى بطانة الرحم، من أبرز خواصه تأثره بهرمونات المبيض وانسلاخه ونزوله مع دم الحيض شهريا. يُعدّ مسكن للجنين إلى غاية اكتمال نموّه، عندها تتقلّص عضلات الرحم لتدفعه إلى العالم الخارجي (الولادة).³

3-2- عنق الرحم:

هو القسم المُتضيق من الرحم، يتألف من تجويف أسطواني يندفع في فجوة المهبل منحنيا إلى الأمام قليلا.⁴ معدل طوله 3 سم، توجد في جدار العنق عُدد تُفرز مواد مخاطية، طبيعة هذه الأخيرة تختلف باختلاف أدوار العادة الشهرية ذلك لما لها من أهمية

¹ Ibid. P 15.

² عماد الدين تنوخي، مرجع سبق ذكره، ص ص 10-11.

³ على الأمير، مرشد حواء الصحي، دار الهدى، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص ص 28-30.

⁴ عبد المنعم مصطفى، الأمراض الجلدية والتاسلية والعقم، مرجع سبق ذكره، ص 20.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

وظيفية خاصة. هذا الإفراز موجود دائماً في الأحوال الاعتيادية، يعمل كسدّاد للمحافظة على تجويف الرحم من الجراثيم الخارجية، كما أن ضيق القناة واحتوائها على المواد المخاطية من العوامل المهمة للمحافظة على سلامة تجويف الرحم وتجويف البطن.¹ يُعدّ عنق الرحم قناة لخروج الحيض، ومدخلا لدخول الخلايا المنوية لتخصيب البويضة وهو القناة التي من خلالها يولد الطفل بعد توسعه عند الوضع.²

4- المهبل:

عبارة عن قناة عضلية تمتد من فتحة المهبل إلى عنق الرحم يتراوح طولها بين 7-10 سم. يتألف المهبل من غشاء مخاطي داخلي يتّصل بغشاء الرحم ومن طبقة عضلية، سهل التمدّد والتوسع. يكون المهبل عادة رطبا بفعل مادة حلبيّة تتضج باستمرار من الأوعية الدموية اللّمفاوية* التي تغدّي جدرانه بغزارة. هذه المادّة تحتوي على نوع من الجراثيم تسمّى بالجراثيم المهبليّة، يُفرز بعضها حامضا من شأنه القضاء على الميكروبات التي تدخل المهبل خاصة أثناء الحمل، إذا نقصت حموضة المهبل سيكون سهلا على الجراثيم أن تنمو بسرعة وتعيش فتنسبّب التهابا فيه، أمّا إذا زادت حموضة المهبل فلن يتسنى للخلايا المنوية الحركة بسهولة والعيش في المهبل ممّا يعيق تخصيب البويضة.³

5- الفرج:

تتوارى الأعضاء التناسلية الخارجية للمرأة خلف طبقتين شحميّتين تُدعيان الشفران الكبيران يتوارى خلفهما الشفران الصغيران وكلّهما تغطّي الفتحة البولية والفتحة المهبليّة، حول هذه الأخيرة توجد مجموعة من الغدد الدهنية.⁴

¹ علي الأمير، مرجع سبق ذكره، ص ص 30-32.

² عبد المنعم مصطفى، الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم، مرجع سبق ذكره، ص ص 20-22.

* اللّمف: سائل شفاف يشبه في تركيبه الدّم غير أنّه لا يحتوي على خلايا دم حمراء وإنّما على خلايا دم بيضاء.

³ سبيرو فاخوري، تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة، دار العلم للملايين، لبنان، ط6، 1984، ص ص 48-49.

⁴ موسى الخطيب، موسوعة المرأة الصحية، دار المعارف، القاهرة، 2006، ص 7.

6- الثدي:

عضو نصف كروي يوجد على جانبي الجهة الأمامية للصدر، يبلغ قطره في المتوسط 12 سم وعمقه 6 سم.¹ يتكوّن الثدي من غُدّة تُنتج الحليب ومن مجموعة عُنيبات مُتجمّعة على شكل فُصوص تفتح في فُنيّات تتحد هذه الأخيرة لتكوّن في النهاية القنوات الناقلة للحليب التي يبلغ عددها من 15-20 قناة تفتح على سطح الحلمة على شكل ثقب، كما يتكوّن من نسيج ضام ودهون، تتخلله أوعية دمويّة ولمفاويّة. يخضع الثدي لتأثير الهرمونات المبيضية خلال الدورة الشهرية وعلى مدى المرحلة التناسلية من حياة المرأة.² توجد في مساحة الثدي الوسطى منطقة مستديرة تسمّى الهالة (Aréole) يتراوح قطرها 2-4 سم، وفي وسطها يوجد الحلمة (Mamelon)، هذه الأخيرة أسطوانية مخروطية الشكل، يتراوح طولها بين 1-2 سم، طرفها به عدة ثقب يتراوح عددها بين 15 و 20 ثقبا صغيرا وهي نافذة للقناة الحليبية التي يخرج منها حليب الرّضاعة.³ كما تحتوي الهالة على غدد دهنيّة تحافظ على مرونة الحلمة.⁴

II. أمراض الجهاز الإنجابي:

1- اضطرابات الدورة الشهرية:

يحدث الطّمث في فترات منتظمة ما استمر ربيع البلوغ الجنسي، تتراوح الفترة بين طمّين عموما 4 أسابيع من نزول الحيض إلى أن يعاود إلى الظهور.⁵ تتكرّر الدّورة الشهرية خلال سنوات الخصوبة لدى الأنثى في الظروف العادية تبدأ هذه الدورة في عدم الانتظام باقتراب سن اليأس إلى أن تتوقف نهائيا وينقطع الطمّث.⁶

¹ BORSALI, A. Op.cit. P 126.

² EI HASSAR. (2006), Le sain, éd. Dar El Gharb, Oran, pp 12-14.

³ محمد رفعت، المرأة، مؤسسة عزّ الدين للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 1986، ص ص 43-44.

⁴ هاني عرموش، دليل الأسرة الطبي المصوّر، دار النفائس، دمشق، ط3، 2005، ص 778.

⁵ محمد رفعت، الزوجة سر السعادة الزوجية، مؤسسة عز الدين، بيروت، 1983، ص 73.

⁶ ستيليا أبلوم، نادينا كافينوكي، مرجع سبق ذكره، ص ص 32-33.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

للحيض جملة من الاضطرابات، فإمّا ينقطع نزوله وإمّا أن يتعسّر وإمّا أن يزيد عن حدّه الطبيعي.¹

1-1- عسر الطمث (Dysménorrhée):

يُقصد بها تلك الآلام الشديدة التي تتجاوز حدود المألوف. أسبابها قد تعود لوجود اضطرابات هرمونية أو تشوّهات في الرحم، أمّا إذا حدثت هذه الآلام عند المرأة التي لم تشكو منها من قبل فقد يكون سبب ذلك مرضي كسقوط الرحم مثلاً.²

1-2- انقطاع الطمث (Aménorrhée):

قد يكون انقطاع الطمث أولي إن لم تحدث الدورة الشهرية مطلقاً رغم وصول الفتاة إلى ما بعد سن البلوغ حيث يكون السبب العيوب الخلقية في أحد أعضاء الجهاز التناسلي،³ أمّا انقطاع الطمث الثانوي هو انقطاع العادة الشهرية عن الظهور بعدما أن كانت موجودة من ذي قبل. يكون هذا الغياب فيزيولوجياً بعد وضع الحمل، بعد حدوث إجهاض وعند الأشهر الأولى من الإرضاع،⁴ أمّا الحالات الأخرى التي ينقطع فيها بشكل مرضي فكثيرة، منها حالات الضعف العام، أمراض الغدد الداخلية (كثرة إفرازات الغدة النخامية مثلاً تؤدي إلى نزيف رحمي متبوع بانقطاع الطمث وقلة إفرازاتها تؤدي إلى انقطاع الطمث)،⁵ التهابات المبايض أو إزالتها جراحياً أو تعرّضها لعلاج الأشعة أو العلاج الكيماوي لعلاج مرض السرطان، إزالة الرّحم جراحياً أو هتك الغشاء المبطن للرحم أو الضمور الشديد للغشاء المبطن للرحم... الخ.⁶

¹ أحمد عيسى، صحة المرأة في أدوار حياتها، دار الرائد العربي، بيروت، ط3، 1985، ص 34.

² عصام الحمصي، الموسوعة الطبية الموجزة، مؤسسة الإيمان، بيروت، السنة غير مذكورة، ص ص 193-194.

³ محمد رفعت، الزوجة سر السعادة الزوجية، مرجع سبق ذكره، ص ص 100-103.

⁴ مراد بوزيت، أمراض النساء من البلوغ إلى الشيخوخة، ش.ذ.م.م أذار، العلمة، السنة غير مذكورة، ص 43.

⁵ محمد رفعت، الزوجة سر السعادة الزوجية، مرجع سبق ذكره، ص 102.

⁶ محمود أبو الرّب، كيف نعالج العقم؟، دار عالم الثقافة، الأردن، ط1، 2006، ص ص 24-27.

1-3- النزف الطمثي (Hyperménorrhée):

هو إشارة تنذر بوجود نوع من الاضطراب أو المرض في الجهاز التناسلي أو الغدة الأنثوية أو فيما هو أخطر من ذلك. له أسباب معينة وله 4 صور تتمثل كل منها في:

• زيادة كمية الدم التي تنزل كل شهر أو ازدياد في عدد الأيام التي ينزل فيها الدم عن المعدل الطبيعي، يكون السبب غالبا من الرحم.

• نزول الكمية الطبيعية من الدم في غير ميعادها (كل 2 أو 3 أسابيع)، المسئول غالبا عن هذا الاضطراب المبيض.

• تتبلور هذه الصورة باندماج الصورتين السابقتين حيث يتم نزول الطمث بكمية غزيرة زائدة عن المعدل الطبيعي ويجيء في فترات متقاربة. السبب في هذه الحالة مرض أو اضطراب في كل من الرحم والمبايض معا وغالبا ما نرى هذه الصورة في حالة احتقان الأعضاء التناسلية الأنثوية والالتهابات المختلفة.

• نزول كمية غير طبيعية من الدم وفي أوقات غير منتظمة، غالبا ما يكون ذلك نتيجة لاضطراب شديد في المبايض أو لوجود التهابات عنيفة في الأعضاء التناسلية وأحيانا ما يكون ناتجا عن أورام حميدة أو خبيثة في الجهاز التناسلي. هذه الصورة من العلامات التي تنذر بوجود حمل غير طبيعي (حالات الإجهاض أو الحمل خارج الرحم).

في العموم، غالبية الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان بالإرهاك تضعف الطمث وتقلل كميته، كما قد تسبب الأمراض الحادة اضطرابا في نظام الدورة الشهرية وتوقيتها الطبيعي. أما التشوهات الخلقية، التهابات الجهاز التناسلي، بعض أورام المبايض الحميدة أو الخبيثة والأورام التي تصيب أي جزء من أجزاء الجهاز التناسلي (كالأورام الرحمية) تُسبب نزفا رحميا.¹ يمكن اعتبار نزف الطمث دليلا على وجود شح في

¹ محمد رفعت، المرأة، مرجع سبق ذكره، ص ص 192-197.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

هرمونات المبيض ووجود ضعف في عضلات الرحم لا تقوى معه على خنق الأوعية الدموية وإيقاف النزيف منها.¹

2- الأمراض الالتهابية:

الالتهاب هو ارتكاس الأنسجة الحية اتجاه الأذية، هو تفاعل حركي متكامل يسعى إلى حصر وإزالة العامل المؤذي وإعادة الأنسجة إلى الحالة الطبيعية إن أمكن.

من مظاهره الاحمرار، الانتفاخ، الحرارة، الألم وتشوش العمل الوظيفي للعضو المصاب.² يحدث في أي عضو نتيجة الإصابة بميكروب أو عوامل أخرى.³

2-1- التهاب المبيض:

الالتهاب عندما يصيب المبيض يشكّل حوله طبقة سميكة من الخلايا والأنسجة المريضة فتجعل من الصعب جدًا انطلاق البويضات من على سطحه، كما أنّ البويضات نفسها لا تتضح لأن التوازن الهرموني في إفرازات المبيض معطل مما يُسبب حدوث اضطراب الدورة الشهرية كأن تنقطع مثلا وقد يصحّب التهاب المبيض تشكّل أكياس مبيضية.⁴

2-2- التهاب البوق:

يحصل عادة بسبب انتشار الجراثيم من التهاب في المهبل أو في الرحم إلى أحد النقيبين أو كلاهما، ممّا قد يُسبب آلاما شديدة أسفل البطن أحادية أو ثنائية الجانب وارتفاع درجة الحرارة.⁵

¹ أمين رويحة، المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، دار القلم، بيروت، ط1، 1974، ص 58.

² حكمت عبد الكريم فريجات وآخرون، مبادئ في الجراحة، دار الفكر، الأردن، السنة غير منكرة، ص 9.

³ محمّد رفعت، المرأة، مرجع سبق ذكره، ص 139.

⁴ سبيرو فاخوري، العقم عند الرجال والنساء (أسبابه وعلاجه)، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1979، ص ص 269 - 278.

⁵ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 195.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

2-3- التهاب الرحم:

2-3-1- التهاب بطانة الرحم:

التهاب الغشاء الداخلي للرحم غالبا ما يحدث نتيجة الإصابة بمرض السيّلان وقد يكون نتيجة اعتيادية تتبع عملية وضع أو إجهاض. تتميز أعراضه بحمّى، ألم موضعي، إفرازات ذات رائحة كريهة.¹

2-3-2- التهاب عنق الرحم:

يصاب عنق الرحم بالتهابات مزمنة تسبّب فيه تقرّحات ذات لون أحمر، والتي تسبّب بدورها مع الزمن تورّما في عنق الرحم وتُدوبا عميقة فيه جاعلة منه مرتعا خصبا للجراثيم ومنه الانتقال إلى الرحم والبوقين، كما أن التهابات عنق الرحم المزمنة تسبّب مع الزمن نموّا فوضويا في خلايا الرحم تكون مع الزمن مكانا ملائما لنشوء الأورام السرطانية. يتظاهر من خلال إفرازات مهبلية غير عادية ذات رائحة كريهة.² أهم أسباب التهاب عنق الرحم الإصابة بالسيّلان، الأمراض الفطرية والأمراض الطفيلية.³

2-4- التهاب المهبل:

يكون المهبل في الحالة الطبيعية بفضل وسطه الحامضي محميّا من غزو الجراثيم، فإذا ما اختلّ هذا الوسط بسبب اضطراب هرموني مثلا (كما هو الحال أثناء الحمل أو أثناء تناول حبوب منع الحمل) أو كانت العوامل الممرضة الغازية كبيرة العدد حدث التهاب فيه. تختلف أعراض التهاب المهبل حسب العامل الممرض فقد تكون عبارة عن إفرازات بيضاء لزجة إضافة إلى حكة وحرقة، إفرازات سائلة رغوية مع حرقة شديدة في المهبل وألم شديد أثناء الاتصال الجنسي وحرقة أثناء التبول، إفرازات قيحية لزجة

¹ عبد المنعم مصطفى، الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم، مرجع سبق ذكره، ص 152.

² سبيرو فاخوري، العقم عند الرجال والنساء (أسبابه وعلاجه)، مرجع سبق ذكره، ص 226.

³ عبد الحسين بيزم، الجنس في حياة كل إنسان دراسة طبية، اجتماعية، صحية ونفسية، دار الهدى، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص 83.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

صفراء أو خضراء اللون مع حكة فرجية وحرقة أثناء التبول أو إفرازات عديمة اللون أو صفراء أو خضراء.¹

2-5- التهاب الفرج (غدة بارثولين):

هو التهاب جرثومي يتظاهر بتورم مؤلم وحيد الجانب على الجزء السفلي للشفر الكبير والصغير، يُعالج بالمضادات الحيوية، في حال تشكل خراج يُفجر جراحيا.²

2-6- التهاب الثدي:

غالبا ما يحدث بعد الولادة، ينشأ عن دخول الجراثيم عبر تشققات الحلمة، يتظاهر بألم واحمرار الثدي مع ارتفاع درجة الحرارة، أما الالتهاب الذي يحدث خارج أوقات الحمل والإرضاع فقد يخفي وراءه سرطان في الثدي.³

3- الأورام الحميدة والخبيثة:

تنمو خلايا غير طبيعية بدلا من تعويض الخلايا التالفة فقط وتتكاثر بشكل كبير ودون توقف، فتطغى على العضو المصاب مشكلة ما يُسمى بالورم. ينتج عن هذا الخل نوعان من الأورام: حميدة وخبيثة.⁴

¹ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 200-201.

² موسى الخطيب، مرجع سبق ذكره، ص 17.

³ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

⁴ نصيرة زميرلين، السرطان- سرطان الثدي- وقاية وشفاء... رحلة مع أخصائية نفسانية، دار الخلدونية، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص 14.

* لتفاصيل أكثر أنظر الملحق 3.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

3-1-1- أورام المبيض:

3-1-1-3- أورام المبيض الحميدة:

الورم الحميد في المبيض يمكن أن يكون على مختلف الأحجام كما يمكن أن يكون به كيسا يتجمّع بداخله سائل مصلي، من بين أعراضه اختلال مواعيد الحيض، ويمكن أن يحدث نزيف وقد لا تظهر أعراض.¹

الأكياس المبيضية هي أكثر أورام المبيض شيوعا، إنّ الكيسة المشكّلة لهذا الورم مختلفة الأحجام، تحتوي على كمّيات من السوائل المصلية أو المخاطية. تتمثل أعراضه في الزيادة التدريجية في حجم البطن، في حالة انفصال الكيسة تحدث آلام شديدة مترافقة مع توتر جدار البطن مع تدهور الحالة العامة. علاجه يتم باستئصال الورم مع محاولة الحفاظ على المبيضين. أمّا الورم الحبيبي هو ورم مفرز لهرمون الأستروجين*، قد يكون سليما أو خبيثا، يؤدي إلى حدوث نزيف طمثي مُتقطع، يترتّب عن الإصابة به استئصال المبيض، وإن كان خبيثا يُستأصل كل من المبيض والرحم.²

3-1-2- سرطان المبيض:

معظم سرطانات المبيض تنمو في القشرة الخارجية التي تغطّي المبيض، بعضها ينمو في الخلايا التي تقوم بإفراز البويضات والبعض الآخر ينمو في الأنسجة التي تقوم بإفراز الهرمونات.³ هو من أخطر السرطانات التي تصيب المرأة لأن اكتشافه مُبكرا يُعدّ مشكلة أساسية وذلك لعدم ظهور أعراض تُنذر بوجوده، فغالبا ما يُشخّص في مراحل متأخرة من خلال التّضخم الذي يظهر في أحد المبيضين.⁴ إن كانت له أعراض فنتمّنل

¹ أمين رويحة، مرجع سبق ذكره، ص ص 194-195.

* هرمون جنسي أنثوي يُفرزه المبيض.

² عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 196.

³ يوسف أحمد الشرفاء، الوقاية من أمراض السرطان والتّخلص من سموم الجسم بطريقة شاولين الصينية، دار عالم الثقافة، الأردن، ط1، 2008، ص 24.

⁴ Fondation contre le cancer. Les cancers de l'ovaire, brochure, Bruxelles, sans date, p 14.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

في اضطرابات الجهاز الهضمي، نقص الوزن، اضطرابات الدورة الشهرية (نزيف)، العقم.¹ يحدث غالبا بعد 40 سنة حيث يكون الكشف الدوري كل 6 أشهر لا بدّ منه.² الجراحة هي حجر الأساس في معالجة سرطان المبيض وكذلك المعالجة الكيميائية.³

3-2- سرطان بوق فالوب:

هذا النوع من السرطانات نادر الحدوث، ولا يمكن الاستدلال على وجوده بسهولة لأنّ نزيفه يسيل داخل تجويف البطن.⁴ يصيب النساء بعد 50 سنة عموما والعديمت الولادة أو اللاتي عانين من العقم، معظم كما أنّ الأورام التي تصيب البوقان هي انتقالية من سرطان مبيضي. قد تتظاهر أعراضه بحدوث نزيف أو ألم بطني سفلي يترتب عن الإصابة به استئصال تام للبوقين، المبيضين والرحم.⁵

3-3- أورام الرحم:

3-3-1- الأورام العضلية الليفية:

تنشأ عن العضلة الرحمية فتسمى أورام عضلية ليفية (Fibrome) وتنشأ من بطانة الرحم فتدعى بالبوليبات (Polype).⁶

الأورام العضلية الليفية مكونة من أنسجة عضلية وليفية، تنشأ في جدار الرحم في صورة نتوء قد يكون بحجم رأس الدبوس ويزداد الحجم ببطء وقد يصل إلى حجم البرتقالة الصغيرة. قد يكون الورم العضلي الليفي ورما واحدا قائما بذاته أو أوراما متعددة.

¹ OSTIGUY, G. (2006), « Le cancer ovarien ou l'assassin qui murmure à l'oreille des femmes », in : *Le médecin du Québec*, volume 41, n°4, Québec, p 53.

² محمد رفعت، المرأة، مرجع سبق ذكره، ص 190.

³ ستيوارت كمبل، أش مونجو، *طب النساء بقلم عشرة أساتذة*، تر: محمد السنوسي، صادق فرعون، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، ط 27، 2007، ص 176.

⁴ أمين رويحة، مرجع سبق ذكره، ص 201.

⁵ ستيوارت كمبل، أش مونجو، مرجع سبق ذكره، ص ص 186-187.

⁶ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 198.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

حدوثه أكثر انتشارا لدى السيدات اللواتي لم ينجبن إطلاقا أو أنجبن جميع أطفالهن وهنّ في سن صغيرة وتوقّفن بعدها عن الإنجاب ولدى السيدات اللواتي تعانين من التهابات بالرحم أو البوقين، إذ أنّ هذه الالتهابات تسبّب احتقانا في المبيضين وزيادة هرمون الأستروجين الذي له دور كبير في المساعدة على نمو هذه الأورام. إن حدثت أعراض فتتمثّل في النزيف متبوع أو لا بتضخّم حجم البطن.¹

3-3-2- سرطان الرحم:

3-3-2-1- سرطان بطانة الرحم:

هو سرطان ينشأ نتيجة النمو الغير منتظم لخلايا بطانة الرحم، أعراضه تتمثّل عموما في نزيف رحمي غير عادي مع تغيرات في الدورة الشهرية وآلام. هناك عدّة عوامل تزيد خطر الإصابة بهذا الداء كإصابات سابقة بأورام ليفية بالرحم، نساء عانين من تعدّد الحويصلات في المبيضين، نساء لم يحملن على الإطلاق أو أصبن بالعقم لأي سبب من الأسباب، بدء الدورة الشهرية مبكّرا أو انقطاع سن اليأس في سن متأخرة، أخذ حبوب منع الحمل لعلاج أعراض انقطاع الطمث، نساء تعانين من أمراض أخرى كالسمنة، السكري، ضغط الدّم، أنيميا... الخ.²

تؤدي الإصابة به إلى إزالة جسم الرحم وعنقه مع إمكانية الإبقاء على المبايض إذا كانت المرأة شابة، وتُستعمل المعالجة الإشعاعية إذا امتدّ السرطان داخل الجسم.³

3-3-2-2- سرطان عنق الرحم:

يبدأ سرطان عنق الرحم بالتكوّن في الطبقة السطحية من الخلايا التي تكوّن غطاء عنق الرحم ويبقى محصورا في هذه الطبقة لفترات متفاوتة، هذا التجمّع من الخلايا

¹ محمّد رفعت، المرأة، مرجع سبق ذكره، ص ص 200-201.

² يوسف أحمد الشرفاء، مرجع سبق ذكره، ص 26.

³ غسان ناظم الزهيري، المرجع الصحّي للعائلة (مرجع عملي مبسّط لمختلف الأمراض وكيفية الوقاية منها ومعالجتها)، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1995، ص 612.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

السرطانية قد يظل في حالة كمون لعدة سنوات دون أن يطرأ عليه أي تغيير وقد يختفي أحيانا دون علاج على أنه في حالات أخرى لا تلبث الخلايا السرطانية المحصورة أن تتطلق من إسارها وهنا تظهر أهمية الكشف المبكر.¹

يصيب النساء اللواتي يتراوح سنهنّ بين 40-50 سنة، العوامل التي تزيد خطر الإصابة به تتمثل عموما في الالتهابات المهبليّة والعنقية المزمنة، التبدّل في الأنسجة المخاطية جرّاء الاضطرابات الهرمونية، سوء الحال الاغذائي في عنق الرحم، علاقات جنسية باكرة وتبديل أكثر من شريك،² نساء منتميات إلى الطبقات الفقيرة، نساء أنجبين في سن مبكرة جدا أو أنجبين 3 أطفال وأكثر قبل بلوغ سن الـ 30 وعدم العناية بصحة الجهاز التناسلي.³ كما أن الإصابة بالفيروس الحليمي البشري (Papillomavirus Humain (HPV)) تؤدي إلى حدوث سرطان عنق الرحم.⁴

في مراحله الأولى لا تظهر له أعراض ما يجعل إجراء فحص PAP ضروريا.⁵ أمّا إن ظهرت أعراض فعالبا ما تتمثل في إفرازات غير عادية أو قد يكون لونها وردي أو بنيّ، نزيف بين الطّموث تكون كميته قليلة حيث أنّ النّزيف القوي بين الطّموث غالبا ما يكون إشارة عن أمراض أخرى كأورام الرّحم الحيدة أو الخبيثة، آلام عند الاتّصال الجنسي.⁶

¹ تشارلز س كامبيرون، فحص الخلايا أمل جديد في مكافحة السرطان، تر: زكريا فهمي، مؤسسة الخانجي، القاهرة، 1967، ص13.

² غسان ناظم الزهيري، مرجع سبق ذكره، ص 77.

³ محمّد رفعت، قاموس المرأة الطبي للصحة والجمال، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1994، ص 230.

⁴ AYOUB, S. (2012), Recueil de conférence en médecine interne, tome2, 5341^{ème} édition, éd. Office des publications universitaires, Alger, p 85.

⁵ مالكوم شوارتز، السرطان ما هو؟ أنواعه محاربتة، تر: عماد أبو سعد، الدار العربية للعلوم، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط1، 1988، ص 103.

⁶ La ligue contre les cancers. Les cancers de l'appareil génital féminin (col et corps de l'utérus, ovaires), brochure, Paris, 2009, pp 9-10.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

3-4- سرطان المهبل:

يُعلن عن وجوده بنزيف أثناء الاتصال الجنسي أو إفرازات مُدَمَّمة من المهبل،¹ الشعور بكتلة في المهبل، آلام في الحوض ... إلخ. العوامل التي تزيد خطر الإصابة به هي نفسها التي تزيد خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم.²

3-5- أورام الفرج:

3-5-1- الأورام الثؤلولية (Verrue génitale):

يسببها الفيروس الحليمي البشري (HPV) الذي ينتقل عبر الاتصال الجنسي، تسبب الثآليل التناسلية سرطان عنق الرحم. حجم وعدد الثآليل يزداد لعدة عوامل منها الحمل، الخمد المناعي، الإصابة بالمشعرات المهبليّة وداء المبيضات. متعددة الأشكال والهيئات تظهر الثآليل على مدخل القناة التناسلية وقد تمتد إلى المهبل وعنق الرحم.³ فإذا ظهرت في مدخل المهبل غدا إخصاب البويضة مستحيلا لعدم إمكانية حدوث الاتصال الجنسي.⁴

3-5-2- سرطان الفرج:

سرطان نادر تزداد نسبة خطورة الإصابة به بالتقدم في السن (غالبا بعد 65 سنة)، غالبا ليست له أعراض وإن كانت فتمثل في وجود كتلة، قرحة، حكة، نزيف وإفرازات مهبليّة، العلاج يكون باستئصال الفرج.⁵

¹ أمين رويحة، مرجع سبق ذكره، ص 200.

² SHARAGYANI, F. (2006), « Les autres cancers gynécologiques ... la vulve et le vagin », in : **Le médecin du Québec**, volume 41, n°4, Québec, p 68.

³ عبد اللطيف ياسين، الأمراض التي تنتقل بالجنس (علاجها والوقاية منها)، دار الطبع غير مذكورة، دمشق، 1993، ص ص 122-199.

⁴ موسى الخطيب، مرجع سبق ذكره، ص 16.

⁵ SHARAGYANI, F. Op.cit. PP 67-68.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

3-6- أورام الثدي:

3-6-1- أورام الثدي السليمة:

تنشأ إمّا على حساب أفنية الحليب فتكون كيسية أو على حساب النسيج الضام فتكون ليفية، على العموم تتظاهر هذه الأورام على شكل كتلة في الثدي ويجب دائماً إجراء الفحص الطبي لتفريقها عن الأورام الخبيثة، وقد يستدعي الأمر إجراء تصوير للثدي (Mammographie) أو خزعة (Biopsie).¹

3-6-2- سرطان الثدي:

لسبب مجهول، قد يصاب ثدي المرأة بورم خبيث، في بادئ الأمر ينحصر الورم في نسيج الثدي فقط، ويبدأ بالنمو حتى يصل قطراً كتلته حوالي 20 ملم أو أكثر، عندها تأخذ بعض الخلايا السرطانية بالانفصال عنه والانتقال إلى أجزاء و أعضاء أخرى من الجسم، حيث يستقر بها المقام لتنمو مشكلة أورام سرطانية جديدة، يصيب هذا الورم بشكل عام أحد الثديين، إلا أنه في حوالي (10%) من الحالات ينمو في الثديين معاً.²

من العوامل التي تزيد من خطر الإصابة به تناول حبوب منع الحمل لمدة طويلة، بلوغ مبكر، بقاء الدورة الشهرية بالرغم من تجاوز 50 سنة، بلوغ سن اليأس، وراثته المرض عن الأقارب، الإصابة بأورام ثديية حميدة في السابق... الخ.³ أضف إلى ذلك تقدم المرأة في السن، والتي لم تلد أو كانت ولادتها الأولى في سن متأخرة (بعد سن 35 سنة).⁴

أعراضه تتمثل في وجود كتل في الثدي وانتفاخه، وجود تغير في شكل جلد الثدي الطبيعي، احمرار وسخونة جلد الثدي، اختلاف في حجم الثديين، تغير لون أو شكل

¹ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص ص 203-204.

² هاني عرموش، مرجع سبق ذكره، ص 780.

³ هيام رزق، معصومة علامة، أسرار الشفاء من السرطان، دار القلم، بيروت، 2006، ص ص 26-27.

⁴ FERRANDEZ, J.C. SERIN, D. (1996), Rééducation et cancer du sein, éd. Masson, Paris, p 4.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

الحلمة، تغير وضعية أو اتجاه الحلمة أو خروج إفرازات غير طبيعية منها (خراج، دم).¹ تعتبر ملاحظة المرأة لثدييها من وقت لآخر هي أنسب وسيلة للكشف عن الأورام في مراحلها المبكرة حيث يجدي العلاج.^{2*}

قد يُعالج بإزالة بسيطة للورم والنسيج الصدري المحيط به إلى إزالة الثدي بأكمله.³ وقد يتلو هذه العملية معالجة شعاعية للقضاء على الخلايا السرطانية الباقية، أمّا في حالة وصول السرطان إلى مراحل متقدمة فلا بدّ من إشراك جميع أنواع المعالجة من جراحية، شعاعية، هرمونية ودوائية معاً.⁴

4- التشوهات التكوينية للجهاز التناسلي الأنثوي:

- هبوط الأعضاء التناسلية في الحوض نحو الأسفل: يمكن لهبوط الرحم أن يتدرج في شدّته إلى أن يصل إلى درجة سقوط الرحم حيث يبرز فيها الرحم جزئياً أو كلياً إلى خارج الفرج. في سقوط الرحم ينقلب المهبل إلى الخارج ويزول انحناء الرحم فيصبح طولانياً.⁵ تحدث إثر ذلك التهابات مهبلية ناتجة عن احتكاك الغشاء المهبل بالملابس الداخلية.⁶

- العيوب التكوينية في الرحم تكون نتيجة لعدم التصاق القناتين المكوّنتين للرحم، أو عدم زوال الحاجز الذي يفصل بينهما، ينتج عن ذلك رحمان منفصلان عن قناتي مهبل منفصلتين، أو أن يكون الالتصاق غير كامل فيكون الرحم تفاحي الشكل وإذا تأخر نمو ناحية عن الأخرى ينتج عنه رحم بناحية كاملة وأخرى غير كاملة.⁷

¹ نصيرة زميرلين، مرجع سبق ذكره، ص ص 40-46.

² هيام رزق، معصومة علامة، مرجع سبق ذكره، ص 28.

* تقنية الفحص الذاتي للثدي تتدرج ضمن الملحق 4.

³ مالكوم شوارتز، مرجع سبق ذكره، ص 98.

⁴ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 205.

⁵ أمين رويحة، مرجع سبق ذكره، ص ص 38-39.

⁶ محمّد رفعت، المرأة، مرجع سبق ذكره، ص 174.

⁷ سبيرو فاخوري، العقم عند الرجال والنساء أسبابه وعلاجه، مرجع سبق ذكره، ص ص 235-238.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

- داء البطانة الرحمية (Endométriose): أو ما يسمّى انتباز رحمي بطاني يعني وجود جزر من بطانة الرحم في أماكن أخرى من الجسم غير جوف الرحم كسطح الرحم الخارجي، المبيض، المهبل، المثانة أو الأمعاء. نفس التغيرات التي تطرأ على بطانة الرحم تطرأ على هذه الجزر أي أنها تتضخم أثناء الدورة و تنزف أثناء الطمث، غالبا ما تكون محاطة بمحفظة لذلك لا تسبب آلاما إلا عندما تبلغ حجما معينًا فقط.¹

5- الأمراض المنقولة جنسيا:

الأمراض المنقولة جنسيا تسبب عموما التهاب المسالك البولية والأعضاء التناسلية مصحوبة بتضخم العقد اللمفاوية.²

5-1- السيلان (Gonorrhée):

من أقدم الأمراض الزهرية تسببه جرثومة صغيرة تنتقل من شخص مصاب إلى شخص سليم عن طريق الاتصال الجنسي ونادرا بطرق أخرى، كما ينتقل السيلان من الأم المصابة إلى عيون وليدها أثناء الولادة.

يغطي عنق الرحم طبقة واحدة من الخلايا لذا يسهل على جرثومة السيلان اختراقها أين تتكاثر بسرعة كبيرة، أما المهبل الناضج الذي يغطي بعدة طبقات من الخلايا يجعلها غير قادرة على اختراقه بسرعة.³ تظهر أعراض المرض بعد يومين أو ثلاثة أيام من الاتصال الجنسي أو بعد أسبوعين أو أكثر كما قد لا تظهر أعراض مطلقا، إن كانت فتتمثل في إفرازات بيضاء في أول الأمر ثم يتغير لونها إلى أصفر، أخضر فقيحي، زيادة عدد مرات التبول والشعور بألم و ارتفاع درجة الحرارة.

يسبب السيلان حدوث التهاب في الأعضاء التناسلية والبولية قد يمتدّ الالتهاب إلى الرحم، الأبواق ومنها إلى المبيضين والحوض فتتأثر الوظيفة الإنجابية إثر ذلك نتيجة التهاب

¹ عصام الحمصي، مرجع سبق ذكره، ص 197.

² AYOUB, S. Op.cit. P 79.

³ عبد اللطيف ياسين، مرجع سبق ذكره، ص ص 74-76.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

المبيضين وتوقف عملية التبويض كل شهر والتهاب البوقان وانسدادهما نتيجة التليّف الحاصل بعد الالتهاب.¹

5-2- داء المتدثرات (Chlamydias):

تسبّب المرض جرثومة تنتقل عبر الاتصال الجنسي فتؤدّي إلى حدوث التهابات في المجرى البولي والتناسلي. تظهر الأعراض بعد مدّة تتراوح بين 3-30 يوم كما قد لا تظهر أعراض.² و إن كانت فتمثّل عموماً في إفرازات مهبلية، وجود احتقان و التهاب في عنق الرحم، التهاب الفرج و المهبل مع وجود إفرازات مهبلية قوية، شعور بحرقّة... الخ. قد يمتدّ الالتهاب إلى الأعضاء التناسلية الأعلى ما يؤدّي إلى التهاب النقيير، بتطوّر الالتهاب يحدث العقم.³

5-3- القرحة الرخوة (Cancroïde):

مرض جنسي يصيب الجهاز التناسلي، يتميز بوجود قرحة رخوة مصحوبة بتضخّم العقد اللمفاوية الأربية.* تبدأ الأعراض في الظهور بشكل حبيبة مؤلمة على الجهاز التناسلي أو ما حوله سرعان ما تتفتح وتنقرح، وقد تغزوها ميكروبات أخرى ما يسبّب تآكلاً شديداً للأنسجة. قد تكون القرحة منفردة أو متعدّدة، قطرها حوالي 30 مم تتوضّع عادة على الفرج أو أحد الأشجار الكبيرة أو في منطقة العجان، كما تتضخّم العقد اللمفاوية في المنطقة الأربية وتصبح مؤلمة.⁴

¹ نبيل صبحي الطويل، الأمراض الجنسية، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط3، 1984، ص ص 24-27.

² AYOUB, S. Op.cit. P 81.

³ غسان ناظم الزهيري، مرجع سبق ذكره، ص 87.

* المنطقة الأربية أي في الثنية بين الفخذ والبطن.

⁴ محمّد علي البار، الأمراض الجنسية (أسبابها وعلاجها)، دار المنامة، جدّة، ط4، 1987، ص ص 363-365.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

5-4- الهربس التناسلي (Herpès génital):*

يسببه فيروس الهربس، وهو على نوعين 1 و 2، والنوع الثاني هو في الغالب سبب الإصابة في الأعضاء الجنسية أو ما حولها. يدخل الفيروس الجلد والأغشية المخاطية ويتوضع فيها وينمو داخل الخلايا. يؤدي إلى ظهور حويصلات متفرقة أو مجتمعة فيها سائل مصلي يتحول بعد أيام إلى قيح ثم تقرح وينتهي بالشفاء بعد أسابيع دون أن يترك ندوبا. يصاحب هذه الأعراض في الجلد أو الأغشية المخاطية حكة وألم والتهابات في المهبل وعنق الرحم ما يسبب ألم عند التبول بسبب مرور البول على التقرح الخارجي. وقد تظهر أعراض أخرى كحمى، توعك عام، صداع، آلام مفصلية وتضخم العقد اللمفاوية في المنطقة الأربية.¹

إصابة عنق الرحم به تسبب قروحا سرعان ما تندمل لتعود من جديد ما يؤدي إلى الإصابة بسرطان عنق الرحم. في كثير من الحالات يضعف الهربس المقاومة الطبيعية الموجودة في الجهاز التناسلي ما يؤدي إلى نمو وتكاثر الفطريات.

يسبب الإجهاض وينتقل غالبا إلى المولود بعد انفجار جيب المياه أثناء الولادة، عند إصابة المولود به ينتج عن ذلك إصابات بالغة في أدمغتهم، الجهاز العصبي، الكبد وتحدث الوفاة.²

5-5- داء المشعرات (Trichomonas):

يسببه طفيلي وحيد الخلية يدعى المشعرة المهبلية، ينتقل من خلال الاتصال الجنسي، يسبب هذا الطفيلي التهاب المهبل وعنق الرحم. في كثير من الأحيان يرتبط ظهوره بوجود السيلان أو الأمراض التناسلية الأخرى.

* له عدة تسميات أخرى كالقوباء، النملة، الحلا، العقبولة.

¹ نبييل صبحي الطويل، مرجع سبق ذكره، ص ص 93-94.

² محمد علي البار، مرجع سبق ذكره، ص ص 250-258.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

تظهر الأعراض بعد 4-28 يوم من الإصابة، تتمثل في وجود ضائعات مهبلية رغوية ذات رائحة كريهة، احتقان الفرج، المهبل وعنق الرحم، حكة وألم في الفرج مما يُسبب حرقة أثناء التبول مما يجعل عملية الاتصال الجنسي مستحيلة. كما قد يصحب ذلك وجود طفح جلدي على الفرج وما صاحبه من أعضاء وتضخم واحتقان في الشفرين الكبيرين والصغيرين... الخ.¹

5-6- السفلس (Syphilis):*

مرض خمجي تسببه الجرثومة الملتوية اللولبية الشاحبة، ينتقل بالعدوى المباشرة من خلال الاتصال الجنسي، العض، نقل الدم، الإرضاع ويُسمى السفلس المكتسب أو ينتقل أثناء الحياة الجنينية ويسمى السفلس الولادي.² تدوم فترة الحضانة في المتوسط 3 أسابيع وتظهر الأعراض على ثلاث مراحل:

• الدّور الأول (السفلس الأوّلي): تظهر على الأعضاء التناسلية أو الأغشية المخاطية الأخرى قرحة سطحية، غير مؤلمة، حدودها واضحة، نظيفة، قاعدتها متورّمة. كما تنتضّم العقد اللمفاوية الأربية أحادية الجانب أو من الجانبين، غير مؤلمة وغير مصحوبة بالتهاب.³

• الدّور الثاني (السفلس الثانوي): إنّ السفلس المهمل يدخل بعد 6 أسابيع من ظهور القرحة في دور الانتشار، تعمّ هذه الآفات البدن كله وتصيب مختلف الأعضاء الأخرى من الجسم، كما قد تصاب العضوية بارتفاع درجة الحرارة والصداع والانحطاط العام والآلام العظيمة.⁴

¹ نفس المرجع، ص ص 392-394.

* له تسميات أخرى: الإفرنجي، الزهري.

² حكمت عبد الكريم فريجات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 33.

³ AYOUB, S. Op.cit. P 83.

⁴ حكمت عبد الكريم فريجات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 35.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

• الدور الثالث (السفلس المتأخر): في هذه المرحلة تصاب مختلف الأحشاء، القلب والأوعية الدموية، العظام، كما قد يصاب الجهاز العصبي، تحدث آلام على مستوى الأطراف و الشلل العام.¹

المرأة المصابة بالزهري إن كانت حاملا فإنها غالبا ما تجهض أو تلد طفلا ميتا أو حيا يموت بعد زمن قليل أو قد يعيش زمنا لكنه مصاب بأعراض الزهري الوراثي. من مؤثرات الوراثة الزهرية إصابة الطفل بعيوب خلقية تصيب الجمجمة، الأسنان، الفكين، وقد تصيب النظر أو الأنف أو السمع، وقد تُصيب المخ فينشأ عنها خلل في القوى العقلية، كما قد تصيب أعضاء أخرى من الجسم.²

5-7- السيدا (SIDA):

السيدا أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة، هو المرحلة الأكثر تقدما و الأشد من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، تتميز بضعف فاعلية الجهاز المناعي مما يعزز الإصابة بأنواع من العدوى الانتهازية* والسرطانات.³ يختبئ الفيروس في الخلايا المناعية ويبقى داخلها ولا يقوم بأي عمل وعندما يضعف الجسم جراء إصابته بالبكتيريا والالتهابات المتعددة، يبدأ بالتكاثر داخل الخلية المناعية حتى تضطرب كليا فيهلكها.⁴

تظهر الأعراض على مراحل:

• المرحلة الأولى: تدوم من عدة أيام إلى عدة أسابيع تظهر أعراض كحمى، أحيانا التهاب السحايا، التهاب اللوزتين، التهاب الكبد... الخ. البعض تظهر عليهم أعراض تشبه أعراض الإصابة بأنفلونزا، تدوم هذه الأعراض من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع بعد الإصابة. غالبية المصابين لا تظهر عليهم أعراض تدل على المرض لفترة غالبا ما تكون طويلة.

¹ AYOUB, S. Op.cit. P 84.

² أحمد عيسى، مرجع سبق ذكره، ص ص 57-58.

* سميت انتهازية لأنها تتطور لما يكون الجهاز المناعي ضعيف.

³ SKARNA, M. R. (1999), SIDA : Ce qu'il faut savoir sur cette redoutable maladie, sans maison d'édition, sans pays, p 10.

⁴ غسان ناظم الزهيري، مرجع سبق ذكره، ص 98.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

• المرحلة الثانية: تظهر أعراض كالتعب الشديد، إسهال، التهابات رئوية متكررة، آفات جلدية... الخ (السيدا يتحدّد بمعناه الدقيق من خلال الإصابة بالأمراض الانتهازية والأورام).

• في المرحلة الثالثة تتدهور الحالة العامة مع نقص مستمر في الوزن، تعب شديد، الموت جرّاء العدوى بالأمراض الانتهازية أو الأورام أو كل منهما. فالموت لا يسببه فيروس نقص المناعة المكتسبة مباشرة ولكن تسببه الإصابة بالأمراض الانتهازية.

ينتقل السيدا عبر الاتّصال الجنسي بشخص مصاب، استعمال أدوات غير معقمة أو من خلال نقل الدم ومن الأم إلى الوليد سواء قبل أو بعد الولادة من خلال عملية الإرضاع.¹

6- حالات الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي:

6-1- سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي:

سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطانات النسائية شيوعا في العالم، بلغت نسبة الإصابة والوفاة به سنة 2008 22,9% و 13,7% على التوالي من مجموع الإصابات والوفيات التي يتسبب فيها السرطان.² ارتفعت هذه النسب عام 2012 فبلغت 25,1% و 14,7% على الترتيب من مجموع الإصابات والوفيات السرطانية.³ على المستوى القارّي، أوروبا تشهد أعلى معدلات الإصابة ارتفاعا غير أن إفريقيا هي التي تشهد أعلى معدلات الوفاة، هذا يدلّ على تأخّر تشخيص المرض والحصول على العلاج المناسب فبوصول المرض إلى مراحل متقدمة تكون نسبة الشفاء ضئيلة.⁴

¹ SKARNA, M. R. Op.cit. PP 10 -23.

² WHO, IARC. GLOBOCAN2008: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2008, Lyon, sans date.

³ WHO, IARC. GLOBOCAN2012: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, 2012, in: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

⁴ OMS, CIRC. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14.1 millions de nouveaux cas en 2012 : l'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses, communique de presse n°223, Lyon, décembre2013, p 2.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

في الجزائر، قُدِّر عدد الإصابات سنة 2012 بـ 8177 حالة مُتسبِّبا في حدوث 2839 حالة وفاة أي بنسب قيمها على التوالي 38% و 25,9% من مجموع الإصابات والوفيات السرطانية.¹ وبالجزائر العاصمة انتقل عدد حالات الإصابة من 526 حالة إصابة أي بنسبة 29,7% من مجموع السرطانات التي تصيب النساء سنة 2003² إلى 1142 حالة إصابة جديدة سنة 2012 أي بنسبة 39,4% من مجموع الإصابات السرطانية.³

انخفض عدد حالات الإصابة والوفاة بسرطان عنق الرحم في العالم سنة 2012، بعدما أن تسبَّب سنة 2008 في إصابة 530232 امرأة أي بنسبة 8,8% من مجموع الإصابات السرطانية مُخلفًا 275008 حالة وفاة أي بنسبة 8,2% من مجموع الوفيات السرطانية،⁴ أصاب سنة 2012 527672 امرأة وتسبَّب بوفاة 265672 حالة بنسب قيمها على التوالي 7,9% و 7,5% من مجموع الإصابات والوفيات السرطانية (حوالي 85% من العبء العالمي يحدث في البلدان النامية).

سرطان عنق الرحم هو ثالث أكثر أنواع السرطانات التي تصيب الجهاز التناسلي الأنثوي على مستوى الوطن، فقد قُدِّر عدد حالات الإصابة به سنة 2012 بـ 1288 حالة أي بنسبة 6% من مجموع السرطانات التي تصيب النساء، وتسبَّب في حدوث 510 حالة وفاة أي بنسبة 4,7% من مجموع الوفيات السرطانية.⁵ عرف سرطان عنق الرحم في الجزائر العاصمة تراجعا في معدّلات الإصابة خلال السنوات الأخيرة، إذ انتقل معدّل الإصابة من 7,5% سنة 2003⁶ إلى 4,1% سنة 2012.⁷

تُقَدَّر نسب الإصابة والوفاة بسرطان بطانة الرحم في العالم عام 2012 بـ 4,8% و 2,1% على الترتيب من مجموع الإصابات والوفيات السرطانية.

¹ WHO, IARC. GLOBOCAN2012, op.cit.

² MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2003, Alger, sans date, P 4.

³ MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2012, Alger, 2015, p 10.

⁴ WHO, IARC. GLOBOCAN2008, op.cit.

⁵ WHO, IARC. GLOBOCAN2012, op.cit.

⁶ MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2003, op.cit. P 4.

⁷ MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2012, op.cit. P 10.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

إن نسبة الإصابة بهذا النوع من السرطان في الجزائر منخفضة مقارنة بالسرطانات الأخرى التي تصيب النساء لاسيما التي تخصّ الجهاز التناسلي الأنثوي. بلغت عدد حالات الإصابة به عام 2012 255 حالة أي بنسبة 1% من مجموع الإصابات السرطانية، كما أنّ عدد الوفيات الناتجة عن الإصابة به منخفض إذ لم تتعدّ 55 حالة وفاة سنة 2012 أي بنسبة 0,5% من مجموع الوفيات السرطانية.¹ كما يتنوّع ترتيب السرطانات العشر الأكثر انتشارا لدى النساء في الجزائر العاصمة لسنة 2012، فقد تمّ تسجيل في السنة السالفة الذكر حوالي 67 حالة إصابة جديدة أي ما يعادل نسبة 2,3% من مجموع الإصابات السرطانية.²

تسبّب سرطان المبيض في العالم سنة 2012 في إصابة 238719 امرأة، أي بنسبة 3,6% من مجموع الإصابات السرطانية وقُدّرت نسبة الوفاة بـ 4,3% من مجموع الوفيات السرطانية.

في الجزائر، قُدّرت نسبة الإصابة به سنة 2012 بـ 3,8% من مجموع الإصابات السرطانية أي ما يعادل 821 حالة إصابة، أمّا عدد الوفيات الناجمة عنه فقد بلغت 548 حالة وفاة أي بنسبة 5% من مجموع الوفيات السرطانية.³ بلغت نسبة الإصابة بهذا النوع من السرطانات في الجزائر العاصمة سنة 2012 حوالي 99 إصابة جديدة أي بنسبة 3,4% من مجموع الإصابات السرطانية.⁴

6-2- الأمراض المنقولة جنسيا:

أكثر من 30 نوع من البكتيريا، الفيروسات والطفيليات تسبّب الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا. يُسجّل سنويا في جميع أنحاء العالم أكثر من 340 حالة جديدة من العدوى المنقولة جنسيا والتي يمكن علاجها الناجمة عن الزهري، السيلان، الكلاميديا والمشعرات المهبليّة لدى الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15-49 سنة. أكبر

¹ WHO, IARC. GLOBOCAN2012, op.cit.

² MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2012, op.cit. P 10.

³ WHO, IARC. GLOBOCAN2012, op.cit.

⁴ MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2012, op.cit, p 10.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

نسبة إصابة سجّلت في آسيا الجنوبية ثم إفريقيا السوداء، أمريكا اللاتينية فمنطقة البحر الكاريبي.

ملايين من حالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا يسببها بصفة رئيسية فيروس نقص المناعة المكتسبة، فيروس الهريس، الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد نوع B. هذه الأمراض تنقل كاهل الصحة والاقتصاد خاصة في البلدان النامية إذ تمثل 17% من الخسائر الاقتصادية بسبب المشاكل الصحية. الإصابة بفيروس التهاب الكبد B يسبب 350 مليون حالة إصابة بالتهاب الكبد المزمن ومليون وفاة ناجمة عن تليّف الكبد أو سرطان الكبد. يسبب فيروس الورم الحليمي البشري 500 ألف حالة إصابة بسرطان عنق الرحم أكثر حالات الإصابة تحدث في البلدان الأقلّ نموا. أمّا العدوى بفيروس الهريس البسيط نمط 2 يمثل السبب الرئيسي للتقرّحات التناسلية في البلدان النامية، ترتفع نسبة الإصابة به لدى النساء وكلّما تقدّم السنّ، إذ بلغت نسبة النساء الحاملات للفيروس في إفريقيا السوداء 30-80% و بين 20-40% في أمريكا اللاتينية، 10-30% في آسيا و 19% في الولايات المتحدة الأمريكية، تلعب الإصابة بفيروس الهريس دورا في الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة.¹ فيما يخص مرض الإيدز، بلغ عدد الأشخاص الحاملين لفيروس الإيدز في العالم عام 2014 حوالي 36,9 مليون شخص، منهم 2 مليون إصابة جديدة و 2,1 مليون حالة وفاة جرّاء الإصابة بالإيدز.²

بالنسبة لانتشار وباء السيدا في الجزائر، فإنّه ومنذ ظهور أول حالة عام 1985 إلى غاية 31 ديسمبر 2012، بلغ مجموع عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري 6144 حامل للفيروس و 1365 حالة إيدز،³ وفي 2013/06/30 وصل عدد المصابين بفيروس الـ VIH وعدد المصابين بالإيدز 6472 و 1422 على الترتيب.⁴ الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة هي الفئة 25-49 سنة وأصبحت الفئة النسوية المصابة تمثل

¹ OMS. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015 Rompre la chaine de transmission, Genève, 2007, pp 3-4.

² ONUSIDA. Fiche d'information 2014, p 1.

³ MSPRH. Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2013-2015, éd. ANDS, Alger, 2013, p 13.

⁴ MSPRH, ONS. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (MICS4), op.cit. P 202.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

نصف عدد حالات مجموع الإصابات بعدما أن كانت تمثل 1/3 من مجموع الإصابات سابقاً.¹

أظهرت نتائج المسح الوطني المتعدّد المؤشّرات (MICS4) أنّ نسبة النساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللّاتي سمعن عن مرض الإيدز بلغت 85%، يرتفع مستوى المعرفة في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، كما ترتفع نسبة المعرفة لدى النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع وكذا لدى النساء اللّواتي تتمتّعن برفاه اقتصادي.

فيما يخص معرفة طرق الوقاية من مرض الإيدز، فإنّ نسبة النساء اللّواتي تعرفن كلا من طرق الوقاية الرئيسية المتمثّلة في كون الشريك الجنسي مخلص وسليم من المرض واستعمال الواقي الذكري عند الاتصال الجنسي بلغت 46%، في حين قدّرت نسبة المعرفة بالطريقة الأولى فقط 71% و 49% ممّن تعرفن الطريقة الثانية فقط وترتفع نسبة المعرفة كلّما ارتفع المستوى التعليمي والاقتصادي للمرأة. عموماً 9% من النساء لديهن معرفة شاملة للوقاية من المرض. بالنسبة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، فإنّ نسبة النساء اللّاتي تعرفن الطرق الثلاث لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل والمتمثّلة في أثناء الحمل، أثناء الولادة وأثناء الرّضاعة ترتفع كلّما ارتفع المستوى التعليمي والاقتصادي للمرأة وقدّرت بـ 39% في المقابل 11% من النساء اللّواتي شملتهن العينة لا تعرفن أيّاً من الطرق السالفة الذّكر. بلغت نسبة المعرفة بأنّ الفيروس ينتقل من الأم إلى الطفل خلال الحمل 67%، وانتقاله خلال الولادة 53% وأثناء الرضاعة 51%.²

¹ MSPRH. Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2013-2015. Op.cit. P 14.

² MSPRH, ONS. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (MICS4). Op.cit. PP 202-206.

الفصل الثالث: أمراض الجهاز الإنجابي وانتشارها بين أوساط النساء

استنتاج:

نستخلص من هذا الفصل أنّ المرأة تتعرض نتيجة عدّة عوامل إلى الإصابة بالعديد من الأمراض على مستوى جهازها التناسلي والتي تحدّ من وظيفتها الإنجابية، حيث تصبح هذه الأمراض وسيلة لتنظيم النسل من خلال كونها سببا في تباعد الولادات أو تحديده من خلال التسبّب في إصابة المرأة بالعقم الأولي أو الثانوي.

معرفة المرأة لهذه الأمراض، مُسبباتها وأعراض الإصابة بها وتداركها قبل أن تصل إلى مراحل متقدّمة هو السّلاح الأنجع ضد الضرر المترتّب عن الإصابة بها، إذ يُجدي العلاج في المراحل المبكّرة من ظهور المرض.

الفصل الرابع

تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

تمهيد

1. أثر الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي على الخصوبة والعوامل السوسيواقتصادية والخدماتية المؤثرة على الكشف المبكر عنها

- 1- مضاعفات عدم الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي
- 2- العوامل المؤثرة على عملية الإسراع في إجراء الفحص الطبي

II. استراتيجية الدولة الجزائرية لتحسين الصحة الإنجابية

- 1- تطور السياسة الصحية في الجزائر
- 2- أهم برامج مكافحة أمراض الجهاز التناسلي

استنتاج

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

تمهيد:

تُعدّ العوامل البيولوجية من أهمّ العوامل المؤثرة في الخصوبة، فقد تتعرّض المرأة للعقم الأوّلي أو الثانوي الناتج عن الإصابة بالأمراض التناسلية. هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في الإسراع في إجراء الفحص الطّبي والتي تناولنا جزء منها فقط حسب ما يخدم موضوع البحث، فاقترنا على إبراز دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية أضف إلى ذلك جودة الخدمات الصحية في اكتشاف المرض قبل استفحاله ومنه التأثير على سلامة الجهاز الإنجابي. وانطلاقاً من ذلك قمنا بعرض السياسة الصحية في الجزائر وآخر البرامج التي ترمي إلى مكافحة أمراض الجهاز الإنجابي المتمثلة في السرطان والأمراض المنقولة جنسياً.

1. أثر الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي على الخصوبة والعوامل السوسيواقتصادية والخدماتية المؤثرة في الكشف المبكر عنها:

1- مضاغفات عدم الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي:

تؤدّي الإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي إلى التأثير في خصوبة المرأة، تختلف درجة هذا التأثير حسب نوع الالتهاب، فمثلاً الالتهاب الفرجي أو المهبلي قد يُسببان العقم لأنّهما يُعيقان الوطاء، زيادة على ذلك قد يمنع الالتهاب المهبلي الإخصاب لأنّ المواد المُفرزة جرّاء الالتهاب تقتل الحيوانات المنوية. كما هو الحال بالنسبة للالتهاب الرّحمي الحاد الذي يمنع الإخصاب لأنّ المواد القحيحة المُفرزة تُفسد المنى، أمّا الالتهاب الرّحمي المزمن فقد يجوز ألاّ يمنع الإخصاب ولكن في الغالب إن حدث حمل فإنّه يتسبّب في حدوث إجهاض. فنادي فالوب إذا حدث التهاب بهما يسبّب ذلك العقم جرّاء انسدادهما، أمّا التهاب المبيض فيتسبّب في حدوث العقم إذا منع ذلك تكوين البويضات أو انفجار الحويصلات المُحتوية عليها.¹

¹ أحمد عيسى، مرجع سبق ذكره، ص ص 81-82.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

من جهة أخرى تُؤثر الإصابة بالأورام المبيضية الحميدة على الخصوبة بتسببها في انقطاع عملية التبويض وحدوث اضطراب الدورة (غالباً يحدث نزيف طمثي مُتقطع)، كما هو الحال بالنسبة للأورام الرحمية التي قد تتسبب في حدوث إجهاض أو العقم الثانوي وذلك حسب أحجامها ومواقعها. أما وضع الرحم، عنقه أو المهبل الغير طبيعي والعيوب التكوينية بكل منها تُؤدّي إلى الإصابة بالعقم.¹

فيما يخص سرطانات الجهاز التناسلي فكأنها تؤثر على الخصوبة من خلال ما تستدعيه معالجتها من تدخّل جراحي لاستئصال العضو المصاب أضف إلى ذلك أنواع المعالجة الأخرى (شعاعية، كيميائية).²

يترتّب عن التأخّر أو عدم علاج الأمراض المنقولة جنسيا نتائج وخيمة كالعقم، الحمل خارج الرحم، سرطان عنق الرحم، وفاة الجنين... الخ. حيث في حالة غياب العلاج، العدوى الناتجة عن السيلان والكلاميديا لدى النساء تسبّب التهاب الحوض في 40% من الحالات وربع الحالات تُصاب بالعقم. الزهري الغير المُعالج لدى المرأة الحامل يتسبّب في 25% من الحالات بولادات ميّنة وفي 14% من حالات وفيات حديثي الولادة أي يتسبّب بنسبة 40% من حالات وفيات ما حول الولادة والإصابة بالعدوى الناجمة عن الزهري، فيروس الهريس تزيد من احتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة.³

2- العوامل المؤثرة على عملية الإسراع في إجراء الفحص الطبي:

2-1- علاقة تعليم المرأة واقتحامها لمجال العمل بالكشف المبكر للمرض:

يرتبط التّعليم بعلاقة إيجابية مع الوضع الصحيّ للمرأة، إذ يُمكنها من استيعاب الحقائق والإرشادات الصحية والعمل بموجبها لتجنّب السلوكات الخاطئة التي قد تُعرّضها

¹ سبيرو فاخوري، العقم عند الرجال والنساء أسبابه علاجه، مرجع سبق ذكره، ص ص 228-240.

² ماكوم شوارتز، مرجع سبق ذكره، ص ص 65-73.

³ OMS. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015 Rompre la chaine de transmission, op.cit. P 1.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

للإصابة بالأمراض.¹ هذا فضلا عن إسهام المستوى التعليمي للمرأة في حصولها على مناصب شغل ترفع المستوى المعيشي لديها ممّا يسهم في رفع مستواها الصحيّ. فخرج المرأة للعمل والمنصب الذي تشغله يرفع مستواها الصحيّ حيث يكسبها استقلالية مالية ويرفع من مستواها المعيشي ممّا يمكنها من اللّجوء إلى الفحص متى كان الأمر ضرورياً.²

2-2- تأثير المستوى المعيشي للمرأة على اللّجوء إلى الفحص الطبيّ:

العلاقة التي تربط المستوى المعيشي المتمثّل في الدّخل والصحة تسير في اتجاهين، فمن جهة يؤدّي الدّخل المنخفض إلى انخفاض المستوى الصحيّ ومن جهة أخرى يؤدّي تدهور الوضعية الصحية إلى الفقر.³

يرتبط المستوى المعيشي المنخفض للمرأة ومستواها الصحيّ بعلاقة سلبية حيث أنّ عدم الكفاية المالية لدفع المستلزمات الصحية تؤدّي إلى عدم اللّجوء إلى المؤسّسات الصحية لإجراء الفحص والعلاج.⁴

2-3- نوعية الخدمات الصحية المقدّمة للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض:

2-3-1- الرعاية الصحية والخدمة الصحية:

الرعاية الصحية هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تُقدّمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسّسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع،⁵ بهدف رفع المستوى

¹ أحمد محمّد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار الميسرة، الأردن، ط1، 2009، ص ص 233-234.

² NKURUNZIZA, M. Op.cit. PP 72-74.

³ WAGSTAFF, A. (2002), « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », in : **Le bulletin de l'organisation mondiale de la santé**, recueil d'article n°7, Genève, p 97.

⁴ NKURUNZIZA, M. Op.cit. P 69.

⁵ عبد المجيد الشّاعر وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 83.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

الصحي للمجتمع والحيلولة دون انتشار الأمراض من خلال الكشف المبكر عنها لتقديم العلاج ومنع حدوث مضاعفات¹ ولتحقيق ذلك يقوم النظام الصحي بوظيفتين:

- ضمان تقديم خدمات صحية نوعية للأفراد خاصة النساء وضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن، ذلك وبشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أية عوائق تحدّ من الوصول إليها. هذه الخدمات تشكّل من وجهة نظر الفرد الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية وغالبا ما يحكم على كفاءة النظام الصحي ككل ونجاحه من خلال مدى توفير هذه الخدمات.

- التركيز على إنقاص معدّلات الوفيات ومعدّلات حدوث الأمراض في المجتمع، على المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال تقديم الخدمة الصحية للأفراد المتوافدين إلى المؤسسات طلبا لها، إلّا أنّ أثر هذه الخدمات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى هامشيا ومحدودا حيث يقتصر دورها على الأغلب على تشخيص ومعالجة المرض قبل استفحاله لأولئك الأفراد، لذلك فإنّ مسؤولية تحقيق هذا الهدف على المستوى الجماعي تقع على عاتق مؤسسات خدمات الرعاية الصحية الأخرى التي تقوم بتصميم وتخطيط وتقديم الخدمات الصحية من خلال البرامج الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع (الرعاية الصحية).²

إنّ يجب التفرقة بين الرعاية الصحية التي هي عبارة عن خدمات موجهة للمجتمع ككل أو مجموعات محدّدة من السكان والتي تشمل:

- خدمات الارتقاء بالصحة الموجهة نحو بناء سلوكيات صحيحة إيجابية لدى الأفراد (خدمات التنقيف الصحي).
- خدمات الصحة العامة التي تهتم بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها، عزل حالات الإصابة بالأمراض وعلاجها، خدمات رعاية

¹ تالا قطيشات وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2002، ص 22.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2008، ص 61.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

الأم والطفل، الإحصاءات الحيوية والصحية، تقييم وتنمية الموارد المتاحة والأبحاث العلمية في المجال الصحي.

• خدمات صحة البيئة الموجهة نحو توفير البيئة الصحية والسليمة للأفراد وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي.

والخدمات الصحية (خدمات الرعاية الطبية) التي تشير إلى الخدمة التي تُقدّم للفرد فيما يتعلّق بصحته والمحافظة عليها حيث تركز خدمات الرعاية الطبية على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة (الرعاية الصحية) التي تركز على صحة المجتمع ككل. لا تقتصر هذه الخدمات على رعاية المرضى الذين تظهر عليهم أعراض مرضية أو ما يُعرف بخدمات التشخيص والعلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداءً من خدمات ترقية الصحة، الوقاية من الأمراض، الكشف المبكر عنها وتشخيصها وعلاجها انتهاءً بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرضى.¹

2-3-2 - مستويات الخدمات الصحية:

- **خدمات صحية أولية:** يتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية الأولية والمستوصفات والوحدات الصحية وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة الصحية. الحالات المرضية التي تتطلب خدمات من مستوى أعلى تُحوّل إلى المستوى الذي يليها.

- **خدمات صحية ثانوية:** هي خدمات يقدمها الأخصائيين مثل أخصائي أمراض النساء والتوليد، حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية المُحوّلة من الطبيب العام في المستوى الأول.

¹ نفس المرجع، ص ص 62-66.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

- خدمات صحية ذات الدرجة الثالثة: هي خدمات على درجة عالية من التخصص كالجراحات المستعصية (جراحة الأعصاب مثلاً) تُقدّم في مراكز طبية متخصصة بدرجة عالية جداً، عادة ما يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات مُحوّلة من قبل أطباء أخصائيين في الخدمة الصحية الثانوية.¹

2-3-3- محددات جودة الخدمات الصحية:

- تواجد الخدمات: يشير إلى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد، يُقاس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية التي تقدّم الخدمات لهؤلاء السكان (عدد الأطباء، الممرضات، الصيادلة...).

- سهولة منال الخدمة: يشير إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بعين الاعتبار العوائق التي تحدّ من استعماليتهم لها.

- شمولية الرعاية: وذلك بتوفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة ويشمل ذلك خدمات ترقية الصحة، خدمات الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها، خدمات التشخيص والعلاج أضف إلى ذلك خدمات التأهيل الاجتماعي.

- استمرارية الرعاية: يشير إلى المدى الذي يتم معه تلقّي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق وبتتابع مستمر بما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

- كفاءة الخدمة: يشير إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة.

- جودة الخدمات: لهذا المفهوم جانبين:

¹ أحمد فايز النحاس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 2000، ص ص

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

- فنية الرعاية أو الجانب المعرفي والتكنولوجي ويمثل الكفاءة المهنية لمزوّدي الخدمات الطبية ويشمل ذلك الكفاءة العلمية والعملية والمهارات التي يتمتّع بها المهنيين الصحيين.
- فن الرعاية أو الجانب السلوكي ويُشير إلى سلوكيات مُقدّمي الخدمات الطبية وكيفية تعاملهم مع المريض.¹

2-3-4- نقص جودة الخدمات الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض:

نقص جودة الخدمات الصحية يؤثر في عملية اكتشاف المرض ومعالجته كسوء تنظيم وتنسيق خدمات الرعاية الطبية الذي يؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجّب عليه التوجّه إليه للحصول على الخدمة الصحية المناسبة، الأمر الذي ينتج عنه تأخّر الفرد وإهماله في طلب الخدمة وتشخيص وعلاج حالته.

أمّا عدم توفر الخدمة بالكم الكافي لتلبية الاحتياجات إضافة إلى عدم توفر بعضها في كل الأوقات، أو سوء توزيع الخدمة بين المناطق الجغرافية وعدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى مراكز الخدمات تؤدي إلى عدم تمكن الفرد من الوصول إلى الخدمة الصحية والانتفاع بها.

أضف إلى ذلك كيفية تعامل مقدّمي الخدمات الطبية مع المريض يؤثر على سلوكياته فيما يتعلّق بالصحة والمرض وعلى سلوك طلب الخدمة أو التأخير في طلبها والسعي للحصول عليها والانتفاع بها أو عدم طلب الخدمة أو التأخير في طلبها.² وهذا ما يمكن إسقاطه على النساء طالبات الخدمة الصحية فيما يخصّ صحة جهازهن الإنجابي.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 75-81.

² نفس المرجع، ص ص 76-82.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

II. استراتيجية الدولة الجزائرية لتحسين الصحة الإنجابية:

1- تطور السياسة الصحية في الجزائر:

1-1- الوضع الصحي في الجزائر قبل الاستقلال:

كانت الوضعية الصحية للجزائر قبل الاستقلال متردية جدا، إذ كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد والاسهال ... إلخ. هذه الأمراض نتجت عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين الذين كانوا مُهمّشين من طرف المستعمر، فمثلا نسبة الوفيات عند الأطفال كانت من أعلى النسب في العالم والقليل هم المواطنين الذين كان لهم الحق في العلاج العام والمتخصّص. فالمستشفيات والأطباء كانوا متركزين في المناطق التي كان يتواجد فيها المحتل بكثافة، أمّا المناطق الريفية فكانت أمور مرضاها تُسير بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها كانت تفتقر لأدنى المراكز الصحية، وبلغت الأرقام فقد سجّل لكل 10 ملايين نسمة قرابة 300 طبيب فقط.¹

مرّت السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال بـ 4 مراحل، المرحلة الأولى من 1962-1972، المرحلة الثانية من 1973-1986، المرحلة الثالثة من 1987-2003 والمرحلة الأخيرة من 2004 إلى غاية سنة 2014.²

فيما يلي سيتم التطرّق في بادئ الأمر إلى الوضع الصحي ثمّ السياسة الصحية وذلك في كل مرحلة من المراحل الأربعة.

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة، الأردن، ط1، 2012، ص 189.

² MSPRH. Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, éd. ANDS, Alger, 2014, p 23.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

1-2- الفترة ما بين سنتي 1962-1973:

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحّية متردّية ومتدهورة، حيث كان النظام الصحّي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، وهران وقسنطينة، ويتمثّل خاصّة في الطّب العمومي الذي كان يتم في المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات تقدّم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطّب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، من جهة أخرى هناك الطّب الخاص الذي كان يسهر عليه 600 طبيب يعملون في عيادات خاصّة جلّهم من الأجانب.¹

بلغ عدد الأطّباء في هذه المرحلة 1378 طبيب منهم 364 جزائري، 216 صيدلي منهم 186 جزائري، 171 جراح أسنان منهم 86 جزائري و 4834 عامل في السلك شبه طبيّ.² كان لهذا العدد المنخفض تلبية مختلف الاحتياجات الصحية لما يزيد عن 9 ملايين نسمة، إذ كان لا بدّ من تقديم الرّعاية الصحية لملايين من المشرّدين أو ضحايا العزل لفترات طويلة في المناطق التي دمرتها الحرب وكان من الضروري أيضا الإسراع في تنفيذ تدابير الوقاية والعلاج فيما يخص الأمراض المتقلّبة الأكثر انتشارا والمتمثّلة في الدّفثيريا، التيتانوس، السّعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة، السّل، التيفوئيد، التيفوس، الملاريا... أضف إلى ذلك سوء التغذية التي كان يعاني منها السكّان لاسيما الأم والطفل.³

فلقد تميّزت هذه الفترة بارتفاع معدّل وفيات الأطفال إذ تجاوز هذا الأخير 180% وأمل الحياة لم يتجاوز 50 سنة. إنّ تفشّي الأمراض المعدية كالسلّ، الملاريا، حمّى التيفوئيد، التراخوما كان السبب الرئيسي للوفاة والإعاقة.

خلال هذه المرحلة تمثّلت أهداف السياسة الصحّية في:

¹ نور الدّين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 192.

² MSPRH. Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, op.cit. P 23.

³ CHAOUI, F. Et autres. (2012), Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie Défis nationaux et enjeux partagés, éd. Les notes IPEMED, Paris, p 47.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

• ضمان التوزيع الجيد والعاقل للكيان الطبي لضمان حصول الجميع على الخدمات الطبية.

• محاربة الوفيات والاعتلالات الناتجة عن الأمراض المعدية من خلال إطلاق برامج وطنية للصحة العمومية.¹

• إعادة إنعاش الهياكل الصحية التي خلفها الاستعمار التي تدهورت جزاء الحرب والتي تقنقر إلى الكيان الطبي الذي كان غالبية من الفرنسيين.

• تعبئة الموارد البشرية المحلية - تكوين مساعدين طبيين - والدعوة للتعاون الأجنبي.

• تعبئة الموارد المالية اللازمة في بلد لم يتجاوز فيه الناتج المحلي الاجمالي 400 دولار للفرد الواحد.

لتطبيق هذه المبادئ التوجيهية، سنتت الحكومة القوانين التالية:

• 1964: إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية المكلف بالقيام بالأعمال والدراسات والبحوث في مجال الصحة العامة اللازمة لتطوير البرامج الصحية وتعزيز الصحة.

• 1965: وضع برامج وطنية لمكافحة الملاريا، الترخوما والسل بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة.

• 1966: صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة.

• 1969: إنشاء الصيدلة المركزية الجزائرية التي تتولى السيطرة على استيراد، إنتاج وتوزيع الأدوية.² كما تم في هذه السنة صدور أمران مهمان، الأول ينص على ضمان مجانية الفحص، الوقاية والعلاج من مرض السل، والثاني ينص على إجبارية ومجانية

¹ MSPRH, INSP. Analyse des causes de décès année 2002, Alger, 2008, pp 23-24.

² CHAOU, F. Et autres. Op.cit. P 48.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

التلقيح ضد عدّة أمراض تشمل كل من الجدري، الدفتيريا(الخناق)، السعال الديكي، التيتانوس(الكزاز)، شلل الأطفال ولقاح BCG.¹

• 1972: تعميم التطعيم ضد شلل الأطفال عن طريق الفموي.²

هذه المرحلة امتازت بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية أضف إلى ذلك القطاع الطبي الخاص الذي يقدم علاج ذو طابع ليبرالي في العيادات الخاصة. مع بداية المخطّط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964 وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966 من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي وكذلك إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967-1969.³

عموماً تميّز النظام الصحي في هذه الفترة بما تظهره معطيات الجول الآتي:

جدول (7): تطوّر عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان 1963-1973:⁴

السنة	عدد الأطباء	عدد السكّان لكل طبيب (ن)	الصيدالة	عدد السكّان لكل صيدلي (ن)	عدد جراحي الأسنان	عدد السكان لكل جراح أسنان (ن)
1963	1319	7922	204	51225	151	69205
1968	1613	8029	247	52433	195	66415
1973	2467	5938	396	36992	372	39379

¹ MSPRH, INSP. Analyse des causes de décès année 2002, op.cit. P 24.

² CHAOU, F. Et autres. Op.cit. PP 47-48.

³ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص ص 193-194.

⁴ أنجز هذا الجدول اعتماداً على المعطيات المأخوذة من المصدر:

ONS. Rétrospective démographique. Op.cit. PP 111-113.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

1-3- الفترة ما بين سنتي 1973-1986:

إنّ تأميم النفط عام 1972 أدى إلى تحسّن دخل الدولة ممّا مكّنها من إطلاق برامج تنموية واسعة، فيما يخص مجال الصحة ترجمت هذه البرامج بعدد من القرارات السياسية.¹ تميّزت هذه المرحلة بضمان مجانيّة العلاج على مستوى هياكل الصحة العامّة ابتداء من سنة 1974، ما سمح بتغطية صحيّة شاملة للسكان فيما يخص الوقاية والعلاج.²

لقد كان قرار مجانيّة الطب خطوة أولى لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحيّ وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، ذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانيّة النظام الصحيّ الوطني، انطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمّة وطنية لا بدّ من اتّخاذ إجراءات مهمّة وحاسمة من أجل تدعيمها خاصّة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

تطوّر النظام الصحيّ في هذه الفترة تطوّراً كبيراً، ففيما يخصّ الموارد البشرية تزايد عدد الأطباء الجزائريين نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية والتي أعطت ثمارها، وكذلك بالنسبة للسلك الشبه الطبّي الذي عرف بدوره تطوّراً ملحوظاً، لكن في المقابل شهدت الموارد البشرية عدّة مشكلات كهجرة الأدمغة خاصة الأطباء، تركز الإطارات الطبيّة في المدن الكبرى، عدم التوازن في التخصصات منها الطبية... إلخ.³

أمّا فيما يخص الموارد المادية فقد تم في هذه المرحلة بناء أكثر من 40 مستشفى ممّا أدّى إلى تحسين التغطية الطبيّة.⁴

¹ CHAOUI, F. Et autres. Op.cit. P 48.

² MSPRH, INSP. Analyse des causes de décès année 2002, op.cit. P 24.

³ نور الدّين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص ص 195-197.

⁴ MSPRH. Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, op.cit. P 24.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

للإيضاح ما سبق ذكره عن النظام الصحي في هذه الفترة نستعين بالجدولين الآتيين:

جدول (8): تطوّر عدد الأطباء والصيدالة وجراحي الأسنان في الفترة 1974-1986:¹

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب (ن)	عدد الصيدالة	عدد السكان لكل صيدلي (ن)	عدد جراحي الأسنان	عدد السكان لكل جراح أسنان (ن)
1974	2672	5675	542	27978	494	30696
1979	6346	2855	1051	17240	1426	12706
1984	12132	1746	1286	16474	2435	8700
1986	15361	1466	1584	14212	3754	5997

جدول (9): تطوّر عدد الهياكل الصحية 1974-1986:²

السنة	مستشفيات	مراكز صحية	عيادات متعدّدة الخدمات	قاعات العلاج
1974	143	558	106	1402
1979	182	747	175	1422
1984	197	869	279	2197
1986	238	1025	359	2574

بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، منذ عام 1975 شرع فريق عمل متعدّد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي، هكذا فقد تمّ تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية كمكافحة الأمراض المتقلّبة وغير متقلّبة كمرض السرطان، القلب... إلخ وكذا

¹ أنجز هذا الجدول اعتماداً على المعطيات المأخوذة من المصدر:

ONS. *Rétrospective démographique*, pp 111-113.

² أنجز هذا الجدول اعتماداً على المعطيات المأخوذة من المصدر:

Ibid. P 114.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

المشاكل المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها. ¹ أطلق عام 1984 البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال هذا بالتعاون مع اليونيسيف.²

1-4- الفترة ما بين سنتي 1987-2003:

من جانب انتشار الأمراض الوبائية، فإنّ البلد قد دخل في مرحلة انتقالية تتميز بانخفاض ملحوظ في حالات الإصابة بالأمراض المعدية التي كانت مستوطنة سابقا كالمalaria، الكوليرا، الحصبة، الجفاف الحاد لدى الرضيع... الخ، في المقابل أمراض عديدة كانت قليلة الانتشار فيما قبل ارتفعت حالات الإصابة بها كارتفاع ضغط الدّم، أمراض القلب والأوعية الدموية، السكري، السرطان، الأمراض التنفسية المزمنة، أمراض عقلية... الخ.

إنّ الأزمة الاقتصادية التي حدثت في فترة الثمانينات أثّرت سلبا على التطور الاجتماعي والاقتصادي للبلاد. فسجّل استياء المستخدمين والعاملين في مجال الصحة ونقص في الأدوية و مواد أخرى ضرورية للعلاج.³

• 1986-1987: واجهت الدولة في هذه الفترة صعوبة في تسيير الهياكل الصحية من حيث التجهيزات والصيانة هذا ما قادها إلى خوصصة الممارسة الطبية، وفي 1990 سمحت بفتح عيادات خاصة.⁴

• 1988: وضع لوحة مراقبة خاصة بالصحة بهدف جمع المعلومات حول عمل الهياكل الصحية.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص ص 195-197.

² CHAOUÏ, F. Et autres. Op.cit. P 50.

³ MSPRH, INSP. Analyse des causes de décès année 2002, op.cit. P 24.

⁴ MSPRH, ENSSP. Colloque international sur les politiques de santé, Le système national de santé 1962 à nos jours, Alger, 2014, p 7.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

- 1989: نشر أول إحصائيات صحية من طرف مديرية التخطيط وسيتم نشر هذه الإحصائيات بصفة منتظمة سنويا إلى غاية 2004 إذ ومنذ هذه الأخيرة لم تعد تنشر بصفة منتظمة. كما شهدت هذه السنة إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية ونظمت مديرية الوقاية لوزارة الصحة والسكان بالتعاون مع اليونيسيف مسح حول وفيات الأطفال والأمهات.
- 1990: في هذه السنة قام المعهد الوطني للصحة العمومية بإنجاز تحقيق حول الصحة وأقيم مؤتمر وطني لإصلاح النظام الصحي.
- 1992: في إطار المشروع العربي من أجل الطفولة تم تنظيم تحقيق حول صحة الأم والطفل بالجزائر بمساهمة من وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية.
- 1993: إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية قبل طرحها في السوق.
- 1994: تحويل معهد باستور الجزائر إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري. إنشاء الصيدلة المركزية للمستشفيات.
- 1995: إنشاء الوكالة الوطنية لتنمية البحوث في ميدان الصحة والوكالة الوطنية للدم والوكالة الوطنية للتوثيق في مجال الصحة. تنظيم انجاز مسح متعدد المؤشرات حول وفيات الأطفال من طرف مديرية الوقاية لوزارة الصحة والسكان برعاية اليونيسيف.
- 1996: إنشاء 5 مناطق صحية (وسط، شرق، غرب، جنوب شرق، جنوب غرب) وإنشاء المعهد الوطني للتربية والتكوين الشبه طبي.
- 1998: إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل الصيدلانية والمركز الوطني للتسمم.
- 1999: أجرى المعهد الوطني للصحة العمومية تحقيق حول وفيات الأمهات.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

- 2000: انجاز المسح الثاني المتعدد المؤشرات حول وفيات الأطفال، بمساهمة اليونيسيف وبتنظيم من طرف مديرية الوقاية لوزارة الصحة والسكان.
- 2001: تنصيب مجلس وطني للإصلاح المستشفيات الذي وضع تقرير أولي في 2002 وتقرير نهائي 2003.
- 2002: إجراء تحقيق وطني حول صحة الأسرة من طرف مديرية السكان لوزارة الصحة والسكان وتنظيم ثاني مؤتمر افريقي للمحاربة التدخين.
- 2002-2003-2004: نشر سنوي لإحصائيات خاصة بصحة الجزائريين والجزائريات.¹

في هذه الفترة تميّز النظام الصحي بما يلي:

جدول(10): تطوّر عدد الأطباء و الصيادلة وجراحي الأسنان 1987-2003:²

السنة	عدد الأطباء	عدد السكّان لكل طبيب (ن)	عدد الصيادلة	عدد السكّان لكل صيدلي (ن)	عدد جراحي الأسنان	عدد السكّان لكل جراح (ن)
1987	17760	1303	1752	13207	5648	4097
1992	25304	1038	2984	8804	7833	3354
1997	28344	1025	4022	7222	7966	3646
2003	36347	876	5705	5582	8651	3681

¹ CHAOUI, F. Et autres. Op.cit. PP 51-54.

² أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدر:

ONS. Rétrospective démographique, op.cit. PP 111-113.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

جدول (11): تطوّر عدد الهياكل الصحيّة 1987-2003:¹

السنة	مستشفيات	مراكز صحية	عيادات متعدّدة الخدمات	قاعات العلاج
1987	261	1205	412	2693
1992	263	1117	451	3848
1997	223	1110	462	3601
2003	275	1285	516	4412

1-5- الفترة ما بين سنتي 2004-2014:

تميّزت هذه الفترة بتحسّن ملحوظ في موارد قطاع الصحة نتيجة ارتفاع الميزانية المخصصة لهذا الأخير. شهدت هذه الفترة إنشاء مستشفيات واقتناء معدّات طبية هامّة.

• 2007: إعادة تنظيم الهياكل الصحية وإنشاء مؤسّسات استشفائية عامّة ومؤسّسات الصحة الجوارية.

• 2008: تعديل قانون 85-05 المتضمن تأسيس الوكالة الوطنية للمنتجات الصيدلانية، ومع ذلك فإنّ مرسوم تأسيس الوكالة المخطط حسب هذا التعديل لم يصدر بعد.

• 2009: أخذ التدابير المبدئية المشجعة على توزيع الأدوية المصنعة محليا.

• 2010: تتصيب لجنة مكلفة بوضع قانون صحي جديد وأخرى لإصلاح التعليم الشبه طبّي ولجنة لإعداد بطاقة صحية جديدة.

• 2011: اعتماد خطة وطنية لمواجهة السرطان.²

¹ أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدر:

Ibid. P 114.

² CHAOU, F. Et autres. Op.cit. PP 54-55.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

• النظام الصحيّ حاليا:

أمّا عن الطاقم الطبيّ لسنة 2012، فقد قدّر عدد الأطباء العاملين في القطاع العام 41993 وعدد الأطباء العاملين في القطاع الخاص 29940، منهم 10442 طبيب مختص يعمل في القطاع العام و8864 طبيب مختص يعمل في القطاع الخاص، أمّا عدد الأطباء العموميين العاملين في القطاع العام 23516 وعددهم في القطاع الخاص 6458، فيما يخصّ عدد أطباء الأسنان العاملين في القطاع العام يقدر بـ 7035 وعددهم في القطاع الخاص 5441، وأخيرا عدد الصيادلة العاملين لدى القطاع العام 1000 و9177 لدى الخواص.¹

فيما يتعلّق بعدد الهياكل الصحية في القطاع العام لسنة 2012 فهي تتمثّل فيما يلي:

جدول (12): الهياكل الاستشفائية العامّة لسنة 2012:²

عدد الأسرة	العدد	الهياكل الصحية
34705	197	المؤسّسات الاستشفائية
759	1	المؤسّسات الاستشفائية الجامعية
12312	14	المراكز الاستشفائية الجامعية
10863	66	المؤسّسات الاستشفائية المتخصصة

¹ MSPRH. Situation démographique et sanitaire (2000-2014), Alger, 2014, P 14.

² أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدر:

Ibid. PP 19-21.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

جدول (13): هياكل مؤسسات الصحة الجوارية لسنة 2012:¹

العدد	الهياكل الصحية
1601	العيادات المتعددة الخدمات
5545	قاعات العلاج
129	مراكز غسل الكلى
1737	وحدات الفحص والمتابعة (الصحة المدرسية)
60	مراكز الفحص الطوعي للإيدز
10	المراكز المرجعية للإيدز

أما عدد الهياكل الصحية في القطاع الخاص لسنة 2012 فهي تتمثل فيما يلي:

جدول (14): عدد الهياكل الصحية في القطاع الخاص لسنة 2012:²

العدد	الهياكل الصحية
224	العيادات الطبية الجراحية
38	قاعات الطبية
6776	عيادات الفحص المختصة
6335	عيادات الفحص العامة
5368	عيادات جراحة الأسنان
9135	الصيدليات
514	مخابر التحاليل الطبية

¹ أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدر:

Ibid. P 19.

² أنجز هذا الجدول اعتمادا على المعطيات المأخوذة من المصدر:

Ibid. P 20.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

2- أهم برامج مكافحة أمراض الجهاز التناسلي:

نظرا لدخول الجزائر في مرحلة أصبح فيها معدّل الإصابة بالأمراض الغير معدية مرتفعا،* أصبحت تشارك في البرامج العالمية للحدّ من العوامل التي ترفع خطر الإصابة بهذه الأمراض. ذلك من خلال الانضمام إلى نهج منظمة الصحة العالمية الخاص بالأمراض الغير معدية مراقبتها والحماية منها.¹

1-2- المخطّط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019:

بذلت الجزائر منذ الاستقلال جهودا هائلة لتعزيز الصحة خاصة خلال 15 سنة الماضية في مجال السرطان، فاستثمرت لمكافحته موارد مالية كبيرة، بنى تحتية، معدّات وموارد بشرية.

هذا المخطّط يندرج ضمن الخطة التنموية لبرنامج رئيس الجمهورية. تمّ البدء في أنجازه في مارس 2014 من قبل مختصين صحيين بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمعهد الوطني للصحة العمومية.

الهدف من هذا المخطّط هو تخفيض نسبة الإصابة والوفيات الناتجة بسبب السرطان، تحسين طرق الوقاية من العوامل المؤدية إلى الإصابة بالسرطان وتحسين وضع المريض أثناء وبعد العلاج مع ضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.

يرتكز هذا المخطّط على 8 محاور استراتيجية هي كالتالي:

1- تحسين طرق الوقاية ضد عوامل الخطر: وقد تمّ التركيز في هذا المحور على مكافحة التبغ من خلال تخفيض نسبة التدخين خاصة لدى الشباب، تعزيز الحماية من التعرّض

* عد إلى مراحل السياسة الصحية ص 93 من هذا الفصل.

¹ MSPRH. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2014-2018, éd. ANEP, Alger, 2014, p 13.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

لدخان التبغ، إنشاء بيئات مواتية لخفض الطلب على التبغ، توفير المساعدات للإقلاع عن التدخين وإنشاء جهات مراقبة التدخين وعواقبه.

2- تحسين سبل الكشف عن بعض أنواع السرطانات: سلط الضوء في هذا المحور على علاج سرطان الثدي، وأهمية التشخيص المبكر للمرض باعتبار أن الاكتشاف المبكر للمرض يزيد كثيرا من فرص العلاج الناجح. بذلك فقد جهّزت المرافق المعنية بالأجهزة الضرورية لإجراء الفحص والطاقت الطبيّ اللازم وكذا إنشاء لجنة من الخبراء لتنظيم الفحص وتشجيع النساء على القيام بالتشخيص المبكر من خلال إطلاق حملات إعلامية.

فيما يخص سرطان عنق الرحم، منذ سنة 1997 اعتمدت الجزائر المخطط الوطني للكشف عن سرطان عنق الرحم من خلال التشخيص الخلوي وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة. الاستراتيجية الوطنية المعتمدة عام 2001 سمحت بإمكانية إجراء الفحص في جميع الهياكل الصحية الأساسية وبالتالي فتح وحدات الفحص عبر 48 ولاية غير أنه وبعد تقييم نتائج هذا البرنامج سنة 2014 تبين أنها لم ترق إلى مستوى الأهداف المسطرة وبهذا فقد تمّ تعزيز البرنامج الوطني للوقاية من سرطان عنق الرحم وإعادة تنشيطه، ولأنه في كثير من الأحيان يشخص سرطان عنق الرحم في مراحل متقدمة، تمّ التركيز على أهمية الكشف المبكر لضمان علاج أكثر فاعلية.

3- تحسين تشخيص السرطان: تمّ التركيز على علم الأمراض التشريحي ذلك أنه السبيل الوحيد لاكتشاف السرطان، نوعه، المرحلة التي وصل إليها ومتابعة تطوره. فلا بدّ من رفع الموارد المالية لتدعيم هذا التخصص مع تعزيز المهارات البشرية وتحسين الأداء ما يسمح برعاية أفضل للمرضى ووصف العلاج الأنجع لهم. أضف إلى ذلك إثراء الاختبارات البيولوجية بإدخال أساليب جديدة خاصة بالسرطان كعلم الأحياء الجزيئي وعلم الوراثة التي هي في طليعة التقدّم في هذه المجالات.

4- تنشيط العلاج: خصوصا العلاج بالأشعة وما يتطلّب من معدّات متطورة.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

5- تنظيم عملية توجيه، مرافقة ومتابعة المريض: لقد أولي الاهتمام إلى وحدات الاستماع والتوجيه المخصصة لتقديم الدعم النفسي للمرضى وأسرههم وتسهيل الوصول إلى مراكز التشخيص وعلاج السرطان.

6- تطوير نظام المعلومات والاتصال في مجال السرطان: سلّك الضوء على سجلات السرطان (Registre des tumeurs) لمراقبة مدى انتشاره.

7- تعزيز التكوين والأبحاث حول السرطان: ذلك من خلال تحسين تكوين الأطراف الفاعلة في سلسلة الرعاية في مجال علم الأورام وترقية البحوث في مجال السرطان في كل من وزارة الصحة والجامعة.

8- تعزيز الموارد المالية لعلاج السرطان: ففتح عدّة مراكز استشفائية جامعية ومراكز مكافحة السرطان مع معدّات حديثة إلخ، يتطلّب تعبئة كبيرة من الموارد المالية.¹

2-2- البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا/ الإيدز:

منذ ظهور أوّل حالة للسيدا عام 1985، وعلى الرغم من الانتشار المنخفض لهذا الوباء سارعت الجزائر لمكافحته وأدرج ذلك ضمن أولويات الصحة العمومية. ترجمت هذه المكافحة بالتزام الجزائر دوليا للسعي إلى تحقيق الأهداف المسطرة من قبل الأمم المتحدة وتكثيف الجهود للقضاء على فيروس نقص المناعة البشرية. إنّ الجهود التي قامت بها الجزائر لا يمكن إنكارها دليل على ذلك بقاء نسبة انتشار الفيروس منخفضة (في حدود 0,1%).²

هذه الجهود تمثّلت في:

¹ MSPRH. Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, op.cit. PP 5-130.

² MSPRH. Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/SIDA en Algérie, Période considérée : 2012/2013, Alger, 2014, pp 5-10.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

- 1989: إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا/ فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز والمختبر الوطني المرجعي للإيدز.
- 1991: إقرار المراقبة الإجبارية للتبرع بالدم والأعضاء.
- 1995: إنشاء الوكالة الوطنية للدم المسئولة عن مأمونية نقل الدم.
- 1996: بدء إنشاء المراكز المرجعية للإيدز التي بلغ عددها 9.
- 2000: التزام الجزائر بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (OMD).
- 2001: تأكيد على التزام الجزائر بتعزيز مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/ السيدا في أبوجا (نيجيريا) ثم بنيويورك خلال الجمعية العامة للأمم المتحدة.
- 2006-2011: التزام الجزائر بالإبلاغ عن فيروس نقص المناعة البشري/ السيدا.
- أنّ الخطة الوطنية الاستراتيجية لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا/ السيدا للفترة 2013/2015، أنجزت من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع اليونسيف والأمم المتحدة لمكافحة السيدا. هذه الخطة ما هي إلا ترجمة لالتزام الجزائر الدولي بشأن الإعلان السياسي عن فيروس نقص المناعة المكتسبة الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة حول الإيدز في جوان 2011. فهي أذن نتيجة منطقية للإجراءات المتخذة لتنفيذ التزام الجزائر الدولي لمكافحة هذا الوباء بما في ذلك إدماج الأهداف التنموية للألفية (OMD). هذه الخطة الوطنية الاستراتيجية 2013-2015 هي امتداد للخطة السابقة 2008-2012، تهدف إلى:
- خفض الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية.
- القضاء على انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

الفصل الرابع: تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة ودور الدولة في تحسين الصحة الإنجابية

• خفض معدّل الوفيات الناجمة عن الإيدز وتخفيف الأثر الاجتماعي والاقتصادي لفيروس نقص المناعة المكتسبة على الأسر والجماعات المتضرّرة.

خدمات الفحص متوقّرة في 60 مركز فحص بمؤسسات الصحة الجوارية للوطن.¹

الاستنتاج:

نتيجة لتفاعل عدّة عوامل، أصبحت وتيرة الإصابة بأمراض الجهاز التناسلي الأنثوي في العالم وفي الجزائر على حدّ سواء في ارتفاع مستمر لاسيما منها السرطان، فأضحى خطرا يهدّد الصحة العمومية وأصبحت مكافحته من أولويات الدولة. كون أنّه لا توجد وسيلة لتفادي الإصابة بهذا المرض، فإنّ تركيز السلطات المعنية بات منصبًا حول عملية التشخيص والاكتشاف المبكر للمرض والتشجيع عليه من خلال الحملات التوعوية ورفع الوعي الصحيّ لدى المرأة فتصبح قادرة على التعرّف على العلامات المنذرة وثانيا بالوقاية من عوامل الخطر، فعملية التوعية والتنقيف الصحي للنساء تُعتبر الوسيلة الفعّالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التنقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب مع مستوى تفكيره، بحيث يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة له وجعله متعاونًا مع ما يجري حوله من أمور صحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى من خلال توفير الأجهزة والمعدّات اللاّزمة وكذا الكيان الطّبيّ لجعل عملية الفحص متاحة للمواطنين.

¹ MSPRH. Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2013/2015, op.cit. PP 7-17.

الإطار الميداني للبحث

الفصل الخامس

خصائص أفراد العينة

تمهيد

١. الخصائص الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية لوحدات العينة

٢. أمراض الجهاز الإنجابي المنتشرة بين وحدات العينة

استنتاج

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

تمهيد:

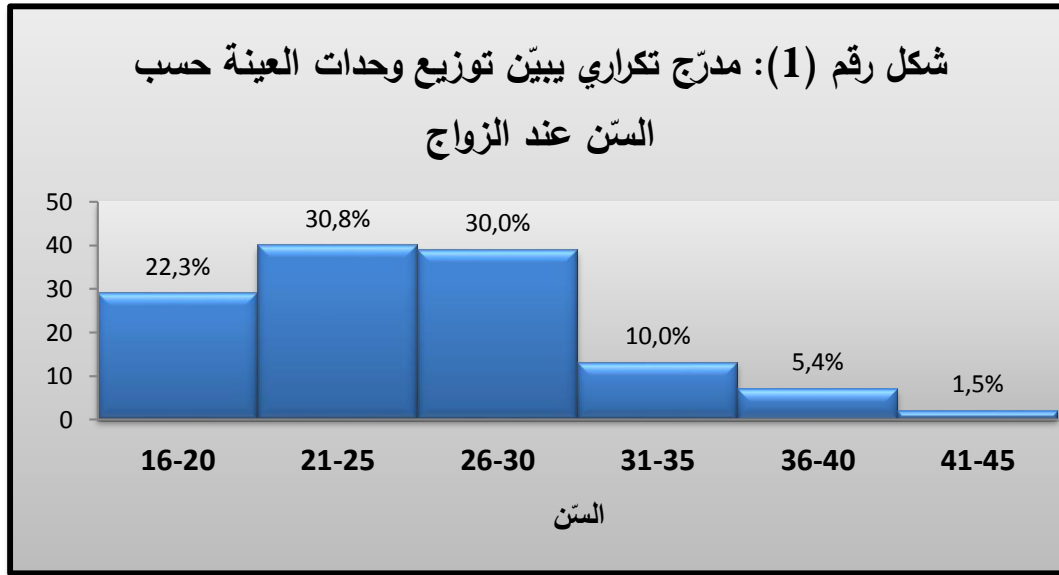
بعد انتهائنا من عملية ملء الاستمارات وتفرغ البيانات المُجمّعة بالاستعانة بنظام الـ SPSS وقبل عرض الجداول الخاصة بتحليل فرضيات البحث، لا بُدّ في بادئ الأمر من تسليط الضوء على أهمّ مميّزات وحدات العينة، الهدف من ذلك يتمثّل في فهم أفضل عن مجتمع الدّراسة. لذلك سيتضمّن هذا الفصل مجموعة من الجداول البسيطة وبعض الأشكال البيانية الخاصة بمتغيّرات تتمثّل في سنّ المبحوثات، السنّ عند الزواج الأوّل... الخ مع عرض البيانات الخاصة بأمراض الجهاز الإنجابي المنتشرة بين وحدات العينة.

1. الخصائص الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية لوحدات العينة:

جدول رقم (15): توزيع وحدات العينة حسب السنّ:

السنّ	ك	%
24-20	5	3,8
29-25	22	16,9
34-30	25	19,2
39-35	23	17,7
44-40	29	22,3
49-45	26	20,0
المجموع	130	100

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول نلاحظ أنّ جلّ وحدات العينة يتمركز سنهنّ في الفئة العمرية 44-40 سنة وذلك بنسبة 22,3% في المقابل لا تمثّل نسبة اللواتي يتراوح سنهنّ بين 24-20 سنة إلاّ 3,8% من الحجم الكلي للعينة. في العموم 57,6% من السيدات اللاتي شملتهنّ عينة البحث لا يتجاوز سنهنّ 39 سنة أمّا متوسط السنّ فقد قُدّر بـ 36,9 سنة.



يتضح من خلال معطيات الشكل البياني الذي بين أيدينا أنّ جلّ النساء اللواتي شملتهنّ عينة البحث قد تزوّجن في سن يتراوح بين 21-25 سنة وذلك بنسبة 30,8%، ثم نجد السيدات اللواتي تزوّجن في سن يتراوح بين 26-30 سنة بنسبة 30% لتتخفّف النسب بعد ذلك حيث أدناها قيمتها 1,5% تمثّل حالتها في سن يتراوح بين 41-45 سنة، وعليه حوالي نصف وحدات العينة أي بنسبة 53,1% قد تزوّجن في سن لم يتجاوز الـ 25 سنة وبلغ متوسط السن عند الزواج الأوّل 25,5 سنة.

للإشارة فإنّ كل السيدات اللواتي شملتهنّ العينة صرّحن أنّ هذا زواجهنّ الأوّل، فيما يخصّ مدّة الزواج فمعظمهنّ حديثات العهد بالزواج إذ تتراوح مدّة زواجهن بين 0-4 سنة بنسبة 29,2%، تليها نسبة السيدات اللواتي مضى على زواجهنّ 10-14 سنة قيمتها 20,8%، تتناقص النسب في الفترات الأخرى لتبلغ أدنى قيمة لها لدى السيدات اللواتي مضى على زواجهن 25-29 سنة المساوية لـ 3,8%*.

من بين 130 سيّدة شملتها عينة بحثنا صرّحت 88 سيّدة أنّ لها أطفال أي بنسبة 67,7% في حين 42 سيّدة صرّحت عكس ذلك أي بنسبة 32,3%. فيما يخصّ السن عند إنجاب الطّفّل الأوّل نعرض الجدول التالي:

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 1.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

جدول رقم (16): يبين توزيع وحدات العينة حسب سنهنّ عند إنجاب الطفل الأول:

السّن	ك	%
21-17	22	25,0
26-22	32	36,4
31-27	25	28,4
36-32	8	9,1
41-37	1	1,1
المجموع	88*	100

من خلال القراءة الإحصائية لمعطيات الجدول نلاحظ أنّ أغلب السيّدات أنجبن طفلهنّ الأول في سنّ يتراوح بين 22-26 سنة وذلك بنسبة 36,4% لتليها الفئة العمرية 27-31 سنة بنسبة 28,4%، كما أنّ ربع السيّدات اللائي شملتهنّ العينة قد أنجبن في سنّ يتراوح بين 17-21 سنة في حين أنّ أدنى النّسب قد تمّ تسجيلها في الفئتين العمريّتين 32-36 سنة و 37-41 سنة بالنّسب 9,1 و 1,1% على التّرتيب، وعليه قمنا بحساب متوسطّ السنّ عند إنجاب الطفل الأول لأفراد العينة قدرّت قيمته بـ 25,3 سنة.

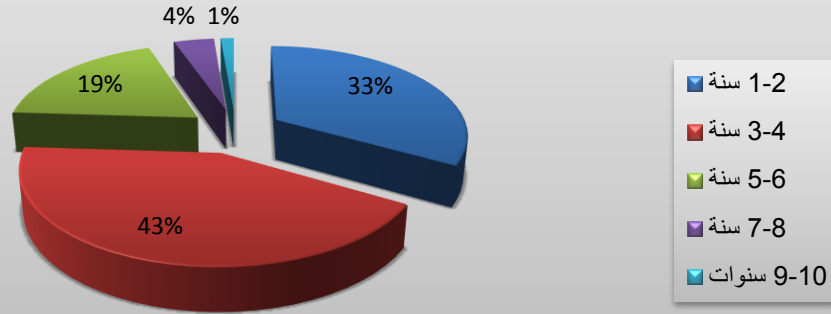
عن عدد الأطفال المنجبين، 31,8% من السيّدات اللّواتي سبق لهنّ الإنجاب صرّحن بأنّ لديهنّ 3 أطفال وهي بذلك تمثّل القيمة المنوالية لهذا التوزيع تليها بعد ذلك النسبة الممثّلة للنساء اللّواتي أنجبن طفلين والمقدّرة بـ 29,5%، فالنّسبتين الممثّلتين للسيّدات اللّواتي لهنّ طفل واحد و 4 أطفال قيمتهما 20,5% و 13,6% على الترتيب لتأتي في الأخير النّسب المُمثّلة للنساء اللّواتي يبلغ عدد أطفالهنّ 5 و 6 أطفال والمقدّرة بـ 2,3% لكل منهما.*

* 88: عدد السيّدات اللّواتي سبق لهنّ إنجاب طفل حي.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 2.

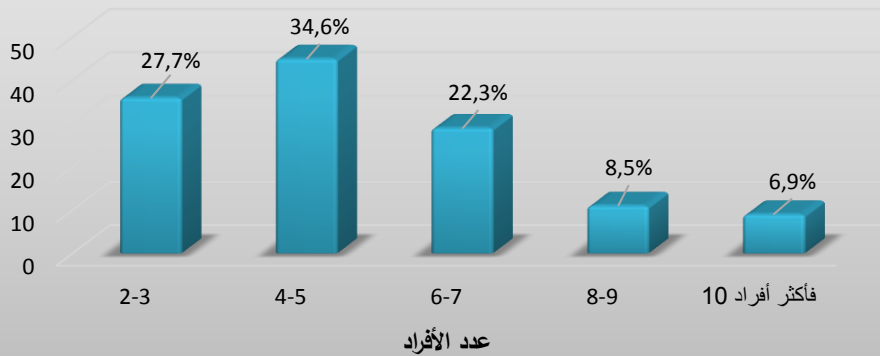
الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

شكل رقم (2): دائرة نسبية تمثل توزيع وحدات العينة حسب الفترة التي تفصل بين الولادات



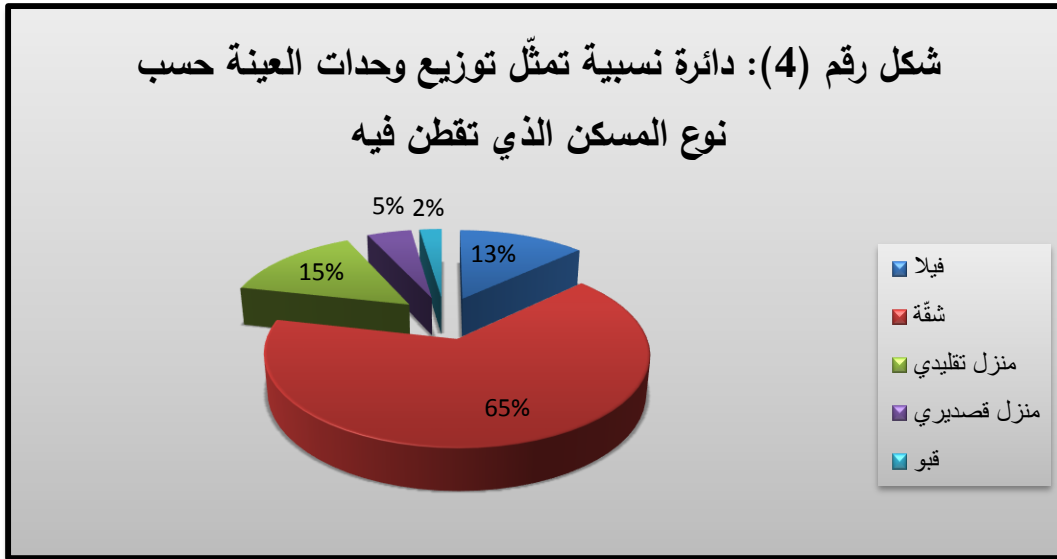
فيما يخصّ الفترة التي تفصل بين الولادات فتفاوتت قيمتها من سنة و 10 سنوات، نلاحظ من خلال ما يبيّنه الشكل البياني أعلاه أنّ القيمة المنوالية للتوزيع تتمثّل في نسبة النساء اللّاتي أجبن بأنّ الفترة التي تفصل بين ولاداتهن تتراوح من 3 إلى 4 سنوات بنسبة 42,7% وأدنى نسبة سجّلت قيمتها 1,3% تمثّل نسبة النساء اللّاتي أجبن بأنّ الفترة التي تفصل بين ولادة وأخرى تمتدّ من 9 إلى 10 سنوات.

شكل رقم (3): أعمدة بيانية تبين توزيع وحدات العينة حسب عدد أفراد الأسرة



الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

استناداً إلى ما بيّنه الشكل البياني (3)، معظم الأسر التي تنتمي إليها وحدات العينة يبلغ عدد أفرادها بين 4 و 5 أفراد بنسبة 34,6% وهي تمثل بذلك القيمة المنوالية للتوزيع، تأتي في المرتبة الثانية الأسر التي يتراوح عدد أفرادها بين 2-3 أفراد نسبتها 27,7%، ثم الأسر التي تتكوّن من 6-7 أفراد بنسبة 22,3%، أمّا أدنى النّسب هي تلك التي تمثّل الأسر التي يبلغ حجمها بين 8-9 أفراد واللّائي يتجاوز عدد أفرادها 10 أفراد قيمها على التوالي 8,5% و 6,9%. هذا ومع العلم أنّ غالبية وحدات العينة ينتمين إلى أسر نووية بنسبة 63,1% بينما 36,9% منهم ينتمين إلى أسر ممتدّة، 8,3% منهم من يقمن مع أهاليهنّ مقابل 91,7% منهم يقمن مع أهالي أزواجهن*.



عند طرحنا للسؤال المتعلّق بنوع المسكن الذي تشغله وحدات العينة، تبين أنّ القيمة المنوالية للتوزيع تتمثّل في نسبة السيّدات اللّواتي يملكن مسكن من نوع شقة قيمتها 65,4% تليها بفارق كبير نسبة السيّدات اللّواتي يسكنّ في منازل تقليدية وفيلات مُقدّرة بـ 14,6% و 13,1% على التّرتيب ونسبة قليلة منهم يسكنّ في منازل قصديرية وأقبية وذلك بنسبة 4,6% و 2,3% على التّرتيب.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 3.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

فيما يتعلّق بصفة ملكيّة المسكن، أكثر بقليل من منتصف أفراد عيّنتنا يقطنون بسكنات ذات ملكية مشتركة وذلك بنسبة 53,8% وأكثر من ربع عدد أفراد العينة بقليل يقطنون بسكنات تعود ملكيتها إليهم بنسبة قيمتها 26,9%، في حين 10% من أفراد العينة يعيشون بسكنات مستأجرة و 6,9% منهم اتخذوا من أملاك الدولة سكنا لهم وأخيرا تمّ تسجيل نسبة بسيطة من أفراد العينة الذين يعيشون في مساكن وظيفية قيمتها 2,3%.*

جدول رقم (17): يبين توزيع وحدات العينة حسب مستواهنّ التعليمي:

المستوى التعليمي	ك	%
ابتدائي	13	10,0
متوسّط	35	26,9
ثانوي	50	38,5
جامعي	32	24,6
المجموع	130	100,0

الجدول الذي بين أيدينا يمثّل توزيع وحدات العينة حسب مستواهنّ التعليمي والذي من خلاله يظهر جلياً أنّ أكبر نسبة تتّجه نحو السيّدات ذوات المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 38,5% وبالتالي تمثّل هذه الفئة القيمة المنوالية للتوزيع، تأتي في المرتبة الثانية السيّدات ذوات المستوى التعليمي المتوسّط حيث يُمثّلن نسبة 26,9%، ثمّ السيّدات اللواتي بلغن المستوى الجامعي بنسبة 24,6% لنجد في آخر الترتيب السيّدات اللواتي لم يتعدّين المرحلة الابتدائية بنسبة 10%.

للإشارة فإنّ معظم أزواج المبحوثات ذوي مستوى تعليمي متوسّط وثنائي بنسبة متساوية قيمتها 33,8%، ثمّ نجد الجامعيين بنسبة 19,2% أمّا ذوي المستوى الابتدائي فيمثّلون أدنى نسبة قيمتها 13,1%.*

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 4.

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 5.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

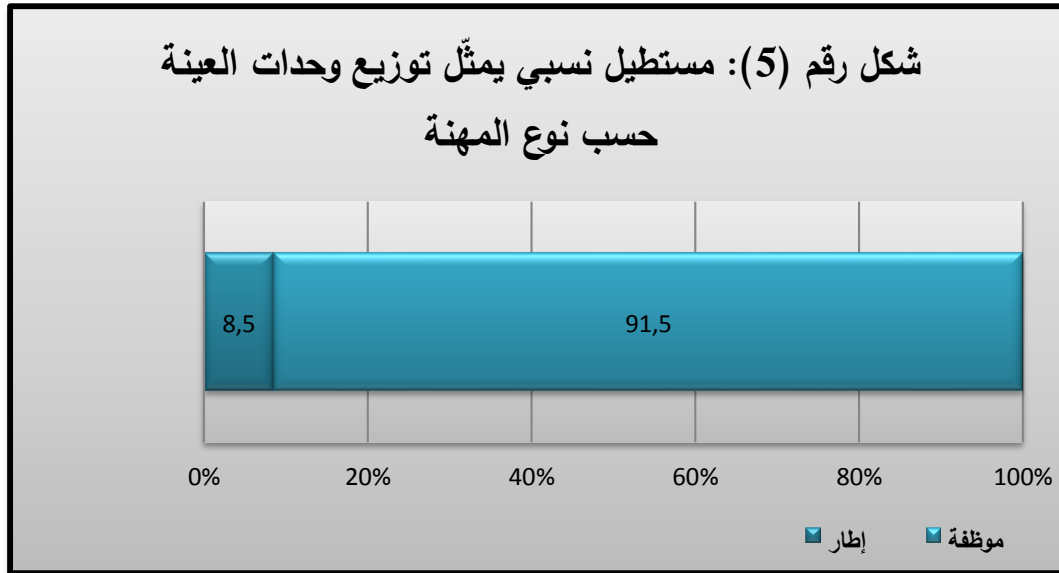
جدول رقم (18): توزيع وحدات العينة حسب طبيعة نشاطهنّ اليومي:

طبيعة النشاط	ك	%
عاملة	47	36,2
ماكثة بالبيت	83	63,8
المجموع	130	100,0

نلاحظ من خلال ما تبيّنه معطيات الجدول أنّ معظم السيّدات اللواتي شملتهنّ عينة البحث ماكثات بالبيت وذلك بنسبة 63,8%، أمّا العاملات فقد مثّلتن 36,2% من مجموع وحدات العينة.

أمّا فيما يخصّ طبيعة النّشاط اليومي للأزواج وجدنا غالبيتهم عاملين وذلك بنسبة 95,4% في حين 3,1% منهم بطّالين و 1,5% منهم متقاعدين*.

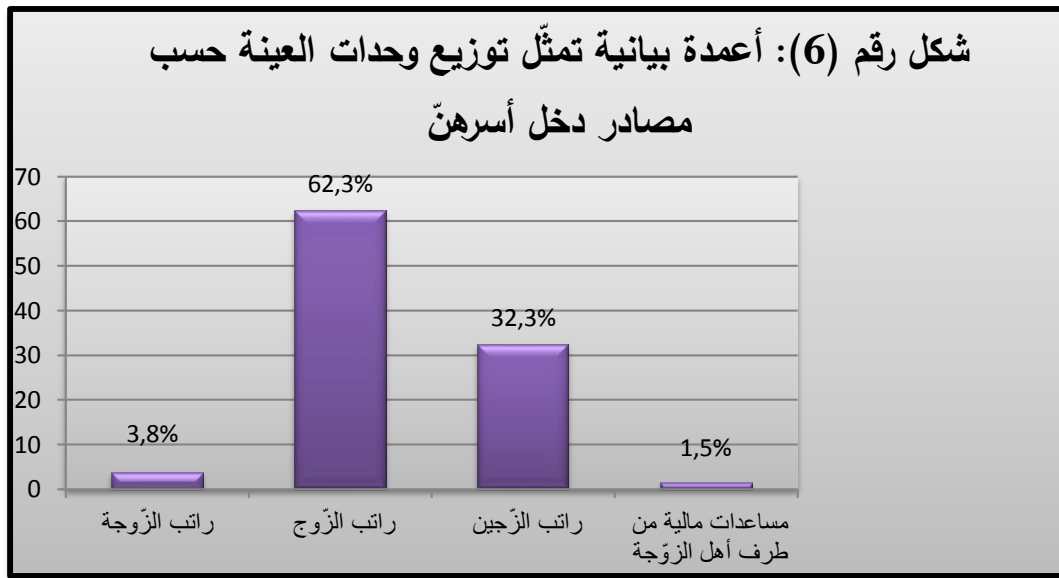
في السّؤال المتعلّق بنوع المهنة تحصّلنا على النتائج المبينة في الشّكل البياني الآتي:



* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 6.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

تبيّن معطيات الشكل البياني أنّ الأغلبية الساحقة من العاملات موظّفات بنسبة 91,5% مقابل 8,5% منهنّ إيطارات. إنّ نوع المهن التي صنّفنا أصحابها على أساس أنّهم إيطارات شملت المهندسات، الأطباء والمتحصّلات على شهادة الدكتوراه في اختصاص ما. للإشارة فإنّ 6,5% من أزواج المبحوثات العاملين إيطارات، 65,3% منهم موظّفين و28,2% منهم أصحاب مهن حرّة.*



في طرح السؤال المتعلّق بمصادر دخل الأسرة، صرّحت 81 سيّدة أنّ مصادر دخل أسرهنّ تتمثّل في راتب الزوج وذلك بنسبة 62,3%، كما صرّحت 42 سيّدة أنّ مصادر دخل الأسرة تتمثّل في مجموع رواتب كل من الزوج والزوجة بنسبة 32,3%، أمّا نسبة السيدات اللواتي صرّحن أنّ مصادر دخل أسرهنّ تتمثّل في راتبهنّ فقط فقد قدرت بـ 3,8% كما تمّ تسجيل نسبة بسيطة جدّاً مقدّرة بـ 1,5% تمثّل السيدات اللواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ عبارة عن إعانات مالية مقدّمة شهرياً من طرف أهاليهنّ.

بعد التّعريف على المصادر الأساسية للدخل قمنا بطرح السؤال المتعلّق عما إذا كانت هناك مصادر أخرى للدخل كالعائدات المالية المترتبة عن كراء محلات... الخ، فوجد أنّ غالبية وحدات العينة أي بنسبة 94,6% لا يملكن مصادر إضافية للدخل في حين 5,4%

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 7.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

منهنّ من يملكن مصادر أخرى للدّخل تتمثّل في العائدات المترتبة عن كراء محلات وذلك بنسبة 42,9%، كما أنّ 28,6% من المصادر الإضافية للدّخل تمثّلت في ممارسة نشاط حرّ إضافة إلى العمل الرئيسي ومنهنّ من أجبن أنّ مصادر الدّخل الإضافية تمثّلت في المنح وعائدات أرض زراعية بنسبة متساوية قيمتها 14,3%.*

أمّا عن قيمة الدّخل، أدنى قيمة تمّ تسجيلها لا تزيد عن 20000 دج وأعلى قيمة تتجاوز 40000 دج. فيما يخصّ الحاليتين اللّتين صرّحتا أنّ دخل الأسرة هو عبارة مساعدات مالية مخصّصة من قبل أهاليهما شهريا تمّ تصنيفهما ضمن الأسر اللّواتي لا يتجاوز دخلهنّ 20000 دج. بالتّالي جاءت البيانات موزّعة على النّحو الآتي:

جدول رقم (19): توزيع وحدات العينة حسب قيمة دخل الأسرة:

قيمة الدّخل	ك	%
أقل من 20000 دج	8	6,2
بين 20000-40000 دج	44	33,8
أكثر من 40000 دج	78	60,0
المجموع	130	100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أنّ القيمة المنوالية للتوزيع تتمثّل في نسبة السيّدات اللّواتي يتجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج التي بلغت 60,0%، تليها بفارق كبير نسبة السيّدات اللّواتي يتراوح دخل أسرهنّ بين 20000 دج و 40000 دج قيمتها 33,8%، لنجد في الأخير نسبة بسيطة تمثّل السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ لم يتجاوز 20000 دج قيمتها 6,2%.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 8.



فُمنّا بعد التعرف على قيمة الدخل الشهري لأسر المبحوثات بطرح سؤال فيما إذا كان ذلك الدخل يكفي لتلبية الاحتياجات الصحية للمبحوثات فأجابت 79 من مجموع 130 سيّدة شملتها عينة البحث أنّ الدخل الشهري للأسرة كاف لتلبية حاجياتها الضرورية خاصة منها الصحية وذلك بنسبة 60,8% في حين 51 سيّدة أجابت عكس ذلك أي بنسبة 39,2% وهذا ما بيّنته معطيات الشكل البياني أعلاه.

أهم أسباب عدم كفاية الدخل تعود لكونه قليل لا يُغطّي كل المستلزمات أضف إلى ذلك غلاء التكاليف الطبية وذلك بنسبة 80,4%، النسبة التي تمثّل السيّدات اللواتي صرّحن أنّ الدخل لا يكفي بسبب كثرة الأشخاص المعالين بلغت 11,8%، أمّا 7,8% منهنّ صرّحن أنّ الدخل لا يكفي وذلك بسبب عدم رغبة الزوج بالتكفّل بمصاريف الأسرة.

أمّا فيما يتعلّق بقيام وحدات العينة بتخصيص جزء من الدخل للمصاريف الصحية، وُجد أنّ 46,2% من السيّدات اللواتي شملتهنّ العينة يقمن بتخصيص جزء من الدخل الشهري لتلبية الاحتياجات الصحية في حين أنّ النسبة المتبقية أي 53,8% لا يقمن بذلك.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

II. أمراض الجهاز الإنجابي المنتشرة بين وحدات العينة:

رأينا في الفصل الثالث من هذه المذكرة أنّ اضطراب الدورة الشهرية (انقطاع، عسر أو نزيف الطمث) ما هو إلاّ عبارة عن إشارة تنذر بوجود اضطراب أو مرض في الجهاز التناسلي، وعليه قمنا في بادئ الأمر بسؤال وحدات العينة عن سنهنّ عند البلوغ فتبيّن أنّ غالبيتهم بلغن في السنّ الـ 12 سنة بنسبة 29,2% مقابل أدنى قيمة تمثّل السيّدات اللواتي بلغن في سن الـ 16 سنة بنسبة 7,7%، وأكثر من نصف السيّدات أي بنسبة 70,8% قد بلغن في عمر لا يتجاوز 13 سنة.*

قمنا بعد ذلك بسؤال المبحوثات عمّا إذا تعرّضن لاضطراب الدورة الشهرية فجاءت الإجابات على النحو الذي يبيّنه الجدول التالي:

جدول رقم (20): توزيع وحدات العينة حسب مدى حدوث اضطراب دورتهنّ الشهرية:

حدوث اضطراب الدورة الشهرية	ك	%
نعم	95	73,1
لا	35	26,9
المجموع	130	100

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول نلاحظ أنّ غالبية المبحوثات عانين من اضطراب الدورة وذلك بنسبة 73,1%، في المقابل 35 من بين 130 سيّدة صرّحن أنّه لم تحدث لهنّ أيّة اضطرابات في دورتهنّ الشهرية وذلك بنسبة 26,9%، أمّا وعند طرحنا للسؤال المتعلّق بطبيعة هذا الاضطراب حصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 9.

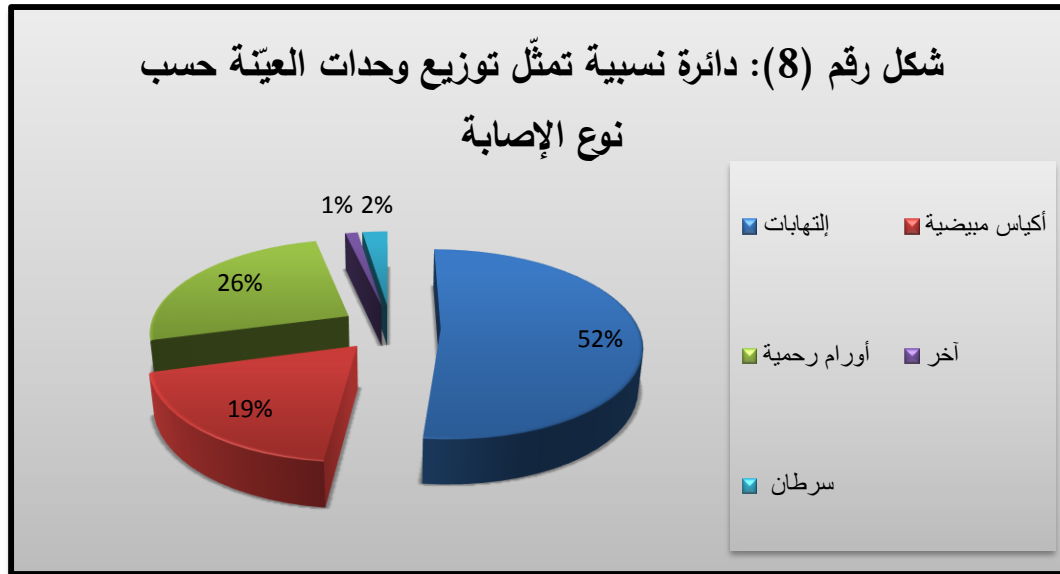
الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

جدول رقم (21): توزيع وحدات العينة حسب نوع اضطراب دورتهن الشهرية:

نوع الاضطراب	ك	%
نزف طمئي	55	39,9
انقطاع الطمث	35	25,4
عسر الطمث	48	34,8
المجموع	•138	100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أنّ النزيف هو الاضطراب الطمئي الشائع في أوساط السيّدات اللواتي عانين من اضطرابات في دورتهن الشهرية بنسبة وذلك بنسبة 39,9%، أمّا عسر الطمث فقد مسّ 34,8% منهنّ، كما أنّ انقطاع الطمث حدث لـ 25,4% وهو بذلك الاضطراب الأقل شيوعاً بين أوساط السيّدات اللواتي عانين من اضطراب الطمث.

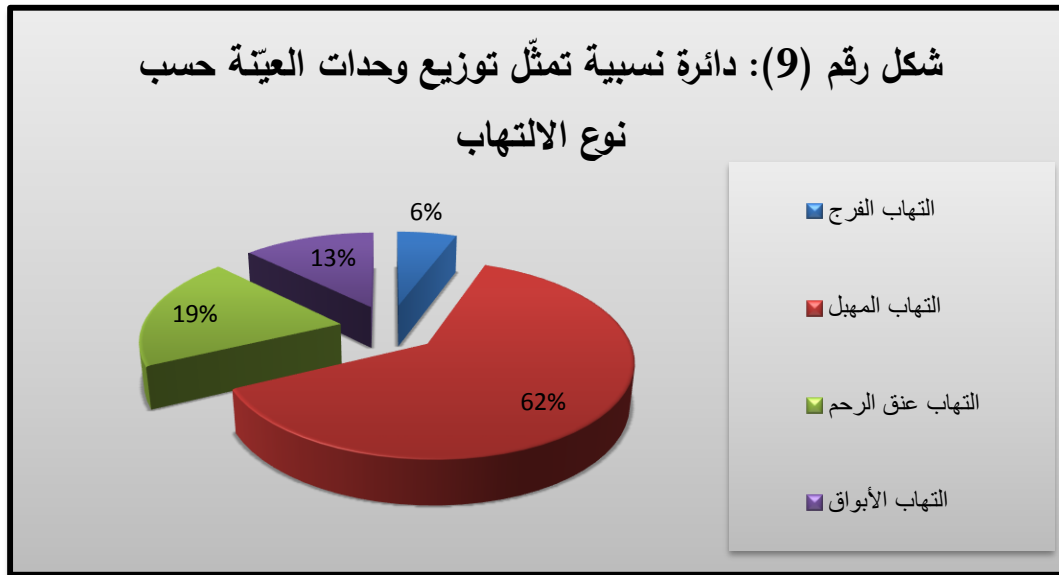
ننتقل الآن إلى أمراض الجهاز الإنجابي المنتشرة في أوساط وحدات البحث والمبيّنة في الشكل البياني التّالي:



• 138: عدد السيّدات اللواتي عانين من أحد أنواع اضطرابات الدّورة الشهرية أو أكثر.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

تشير معطيات هذا الشكل البياني إلى أن أكثر السيدات اللواتي شملتهن عينة البحث قد تعرّضن للالتهابات بنسبة 51,8%، تأتي في المرتبة الثانية بفارق كبير عن القيمة المنوالية للتوزيع الأورام الرحمية بنسبة 25,6% ثم الأكياس المبيضية وذلك بنسبة 19,0%، ثم تنخفض نسب الإصابة بباقي أمراض الجهاز الإنجابي إذ لم نسجّل سوى 4 حالات إصابة بمرض السرطان ونوعه سرطان الثدي أي بنسبة 2,4%، وفي الأخير تمّ تسجيل حالة واحدة للإصابة بمرض انتباز بطاني رحمي (Endométriose)* وحالة واحدة للإصابة بتشوّه خلقي لأحد أعضاء الجهاز الإنجابي، تمثل هذا التشوّه في وجود حاجز في جسم الرحم أدى إلى تقسيم هذا الأخير إلى جزأين (Utérus cloisonné).

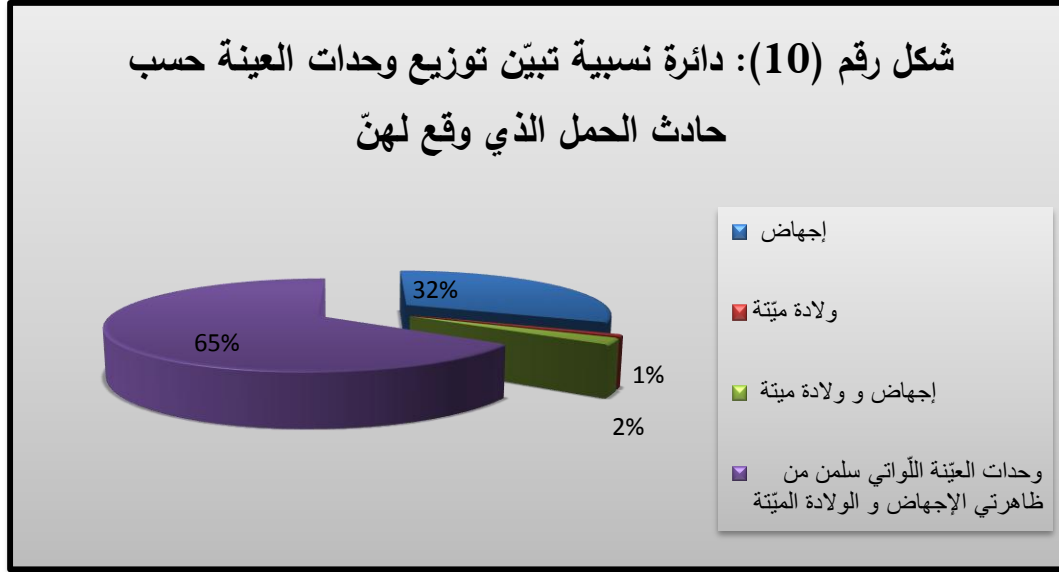


نلاحظ من خلال معطيات الشكل البياني أعلاه أن أكثر أنواع الالتهابات انتشاراً بين وحدات العينة تتمثل في الالتهابات المهبلية التي مسّت 62,1% من السيدات اللواتي صرّحن أنّهنّ قد عانين من التهاب في أحد أعضائهن التناسلية، التهاب عنق الرحم مثل 19,5% من مجموع الإصابات الالتهابية، للإشارة 11 من بين 17 سيّدة مصابة بالتهاب عنق الرحم تبين أنّ سبب الالتهاب هو الإصابة بالفيروس الحليمي البشري (HPV)، أمّا

* راجع الفصل الثالث ص 74.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

التهاب الأبواق فقد مثل 12,6% من مجموع الإصابات الالتهابية وفي الأخير نجد التهاب الفرج الذي تذيّل الترتيب بنسبة 5,7% من مجموع الإصابات الالتهابية.



فيما يخصّ حوادث الحمل، صرّحت 45 امرأة من بين 130 أنّهنّ قد تعرّضن لإجهاض أو ولادة ميّنة أو الاثنين معا وذلك بنسبة 34,6%. تشير معطيات الشكل البياني أعلاه أنّ ظاهرة الإجهاض قد مسّت 31,5% من وحدات العينة (حيث تسبّبت الأورام الرحمية بحدوث 3 حالات إجهاض أي بنسبة 7,3% والالتهابات تسبّبت في حدوث حالات إجهاض بنسبة 4,9% كما أدّت الإصابة بسرطان ووجود حاجز في جسم الرحم إلى حدوث إجهاض بنسبة متساوية بلغت 2,4%)، كما قد تمّ تسجيل حالة واحدة لحدوث ولادة ميّنة بنسبة 0,8%، غير أنّ حدوث الظاهرتين معا قد مسّ 2,3% من أفراد عيّنتنا.

عند طرحنا للسؤال المتعلّق باستعمال وسائل منع الحمل صرّحت 98 سيّدة أي 75,4% من السيّدات أنّهنّ تستعملن على الأقل وسيلة من وسائل منع الحمل مقابل 32 سيّدة أي 24,6% منهنّ صرّحن عكس ذلك.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

جدول رقم (22): توزيع وحدات العينة حسب وسيلة منع الحمل المستعملة:

وسيلة منع الحمل المستعملة	التكرار	%
الحبوب	69	53,9
اللؤلؤ	14	10,9
الواقى الذكري/ الكريم الموضعي	24	18,8
الطرق الطبيعية (العدّ أو العزل)	21	16,4
المجموع	•128	100

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أنّ أكثر وسيلة منع حمل مستعملة هي الحبوب بنسبة 53,9%، يأتي الواقى الذكري/ الكريم الموضعي في المرتبة الثانية بنسبة 18,8% فالطرق الطبيعية المتمثلة في العدّ والعزل بنسبة 16,4% ثمّ اللؤلؤ في المرتبة الأخيرة فنسبة استعماله لم تتجاوز 10,9%.

هذه النتائج التي تمّ التوصل إليها تقترب من تلك التي تمّ التوصل إليها في آخر مسح متعدّد المؤشّرات، إذ أفادت نتائج المسح أن أغلبية النساء المبحوثات تستعملن الحبوب في حين أنّ نسبة استعمال اللؤلؤ منخفضة جدا. من جهة أخرى وُجد أنّ نسبة معتبرة من النساء تستعملن الطرق التقليدية بنسبة 9% على رأسها طريقة العزل والعدّ بنسبة استعمال مقدّرة بـ 4% لكلا من الطريقتين.¹

جدول رقم (23): توزيع وحدات العينة حسب سبب اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل:

سبب اللجوء إلى استعمال و.م.ح	ك	%
عدم الرّغبة في الإنجاب مجددا	51	52,0
للمباعدة بين الولادات	27	27,6
لمعالجة مرض ما	20	20,4
المجموع	••98	100

• 128: النساء المستعملات لأكثر من وسيلة من وسائل منع الحمل.

¹ MSPRH, ONS, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (mics4)*. Op.cit. P 130.

•• 98: النساء اللواتي يستعملن منع الحمل.

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

يتضح من خلال معطيات هذا الجدول أنّ 52,0% من السيدات المستعملات لوسائل منع الحمل تستعملنها بغية عدم الإنجاب وللمباعدة بين الولادات بنسبة 27,6% أمّا اللواتي تستعملنها بغية العلاج فقد بلغت نسبتهم 20,4%.

عن الرغبة في الإنجاب، أجابت 55,4% من السيدات أنّهن تتوين الإنجاب مجدداً في حين صرّحت 32,3% منهنّ أنّهن لا تتوين الإنجاب مجدداً مع تسجيل 12,3% من السيدات من صرّحن أنّهنّ ترذن الإنجاب لكن لا تستطعن.

عند طرح السؤال المتعلق بسبب عدم الرغبة في الإنجاب، صرّحت 51,0% منهنّ أنّهنّ لا ترذن الإنجاب مجدداً لأنّهن وصلن إلى العدد المرغوب في أنجابه من الأطفال، 19,6% منهنّ لا ترذن الإنجاب مجدداً حفاظاً على الصّحة، ثمّ 15,7% منهنّ لا ترذن الإنجاب مجدداً لأنّهنّ قد تقدّمن في السنّ أو أنّ وضعهنّ الصحي لا يسمح بذلك وأخيراً 13,7% منهنّ صرّحن أنّ سبب عدم الرغبة في الإنجاب مجدداً راجع إلى أنّ الوضع المعيشي هو الذي يفرض توقيف النّسل.

الاستنتاج:

من خلال النتائج التي تمّ طرحها نخلص إلى أنّ العينة المأخوذة تغلب عليها الفئة العمرية 40-44 سنة بنسبة 22,3% (بلغ متوسط السنّ 36,9 سنة)، وغالبيةنّ تزوّجن في سن يتراوح بين 21-25 سنة وذلك بنسبة 30,8% فبلغ متوسط السن عند الزواج 25,5 سنة، كما أنّ معظم السيدات اللواتي شملتهن العينة مضى على زواجهنّ 0-4 سنوات و67,7% منهنّ لديهنّ أطفال، أمّا فيما يخصّ السنّ عند إنجاب الطّفل الأوّل فالفئة المنوالية تمثّلت في 22-26 سنة بنسبة 36,4% (متوسط السنّ بلغ 25,3 سنة) وغالبيةنّ أنجبن 3 أطفال بنسبة 31,8%.

وجدنا أنّ أغلب وحدات العينة ذوات مستوى تعليمي مرتفع إذ أنّ أكثر من نصف السيدات اللواتي شملهن عينة البحث (63,1%) ذوات مستوى تعليمي ثانوي وجامعي. أمّا

الفصل الخامس: خصائص أفراد العينة

نسبة خروج المرأة إلى ميدان العمل مثلت 36,2% حيث معظمهنّ موظّفات (91,5%) أمّا الماكثات بالبيت فقد مثلن 63,8%.

أغلبية وحدات العينة تمثّلت مصادر دخل أسرهنّ في راتب الزوج بنسبة 62,3%. عن قيمة الدّخل أكبر نسبة بلغت 60,0% تمثّل السيّدات اللّواتي تجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج مقابل 6,2% من السيّدات دخل أسرهنّ لم يتجاوز 20000 دج.

60,8% من وحدات العينة يعتبر الدّخل الشّهري للأسرة كاف لتلبية الحاجيات الضّروية خاصّة منها الصحية في حين 39,2% أجبن عكس ذلك. 80,4% من بين السيّدات اللّواتي أجبن بأنّ الدّخل لا يكفي صرّحن أنّ السّبب في ذلك كون الدّخل قليل لا يُغطّي كلّ المستلزمات مع غلاء التّكاليف الطّبية، وعليه 53,8% من وحدات العينة لا يقمن بتخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية.

73,1% من وحدات البحث تعرّضن لاضطراب الدّورة الشهرية والنزيف هو أكثر اضطرابات الدّورة الشهرية شيوعا (39,9%).

أكثر أمراض الجهاز الإنجابي انتشارا بين أوساط أفراد العينة تتمثّل في الالتهابات بنسبة 51,8% غالبيتها التهابات مهبلية بنسبة 62,1%، ثمّ الأورام الرحمية بنسبة 25,6%، فالأكياس المبيضية بنسبة 19,0%، وقد تمّ تسجيل نسبة بسيطة للإصابة بالسرطان (سرطان الثدي) قيمتها 2,4% وفي الأخير تمّ تسجيل حالة واحدة لتشوّه أحد أعضاء الجهاز الإنجابي (حاجز في جسم الرحم) وحالة واحدة أيضا تتمثّل في انتباز بطاني رحمي. للإشارة فإنّ 30,8% من وحدات العينة تعرّضن لحوادث الحمل. كما أنّ 75,4% من السيّدات يستعملن على الأقل وسيلة من وسائل منع الحمل (أغلبها حبوب بنسبة 53,9%) وتُعدّ عدم الرّغبة في الإنجاب هي الدّافع وراء استعمالها.

الفصل السادس

المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تمهيد

1. المستوى التعليمي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
2. علاقة طبيعة نشاط المرأة بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة

استنتاج

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تمهيد:

عادة تتمتع المرأة التي نالت قدرًا كبيرًا من التعليم بصحة أفضل حيث أنّ للمستوى التعليمي دورا في إكسابها الوعي الصحي الذي يظهر من خلال تعاملها مع صحتها، هذا ما سنكتشفه من خلال الجزء الأول من هذا الفصل الذي نتناول فيه المستوى التعليمي للمرأة وكيفية تأثيره على الكشف المبكر للمرض ومدى تأثير ذلك على خصوبتها، أمّا الجزء الثاني فقد تناولنا فيه طبيعة نشاط المرأة وكيفية تأثيره على الكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة، وعليه قمنا بربط العلاقات التالية:

◀ المستوى التعليمي للمرأة وردّة فعلها إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية، ثمّ إدخال بعد ذلك متغيّر رانز متمثّل في نوع الاضطراب الحاصل.

◀ المستوى التعليمي للمرأة وسرعة الكشف عن أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي ثمّ إدخال بعد ذلك متغيّر رانز متمثّل في نوع الإصابة.

◀ المستوى التعليمي، مدى الإسراع في إجراء الكشف الطبّي وتأثر الخصوبة بعد الإصابة.

◀ المستوى التعليمي للمرأة، مدّة التأخّر عن الكشف ثمّ ربطهما بتأثر الخصوبة بعد الإصابة.

◀ طبيعة نشاط المرأة وردّة الفعل إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية، ثمّ إدخال بعد ذلك متغيّر رانز متمثّل في نوع الاضطراب الحاصل.

◀ طبيعة نشاط المرأة وسرعة الكشف عن أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي ثمّ إدخال بعد ذلك متغيّر رانز متمثّل في نوع الإصابة.

◀ طبيعة النشاط، مدى الإسراع في إجراء الكشف الطبّي وتأثر الخصوبة بعد الإصابة.

◀ طبيعة نشاط المرأة ومدّة تأخرها عن الكشف ثمّ ربطهما بتأثر الخصوبة بعد الإصابة.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

1. المستوى التعليمي وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة:

جدول رقم (24): علاقة المستوى التعليمي بردة الفعل إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية:

المجموع		إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب		اللجوء إلى الطب البديل		تجاهل الأمر وعدم إجراء الفحص		إجراء الفحص الطبي مباشرة		ردّة الفعل	
										المستوى التعليمي	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	10	40,0	4	-	-	-	-	60,0	6	ابتدائي	
100	24	8,3	2	12,5	3	20,8	5	58,3	14	متوسط	
100	40	12,5	5	12,5	5	10,0	4	65,0	26	ثانوي	
100	21	14,3	3	19,0	4	9,5	2	57,1	12	جامعي	
100	*95	14,7	14	12,6	12	11,6	11	61,1	58	المجموع	

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيدات اللاتي أجريّن الفحص مباشرة عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية بنسبة 61,1% مقابل 11,6% ممّن تجاهلن الأمر.

عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للمرأة، نلاحظ أنّ نسبة السيدات اللواتي ذهبن لإجراء الفحص الطبي فور حدوث اضطراب في دورتهنّ الشهرية متقاربة نوعاً ما وذلك على اختلاف المستويات التعليمية، إلاّ أنّه في حالة تجاهل حدوث الاضطراب نلاحظ أنّ النسب تتّجه إلى الانخفاض بارتفاع المستوى التعليمي، نجدها مقدّرة

• 95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في دورتهنّ الشهرية.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

ب 20,8% لدى ذوات المستوى التعليمي المتوسط في حين لم تتجاوز لدى الجامعيات 9,5%.

يُعزى ارتفاع نسبة السيدات اللواتي لجأن إلى الفحص الطبي نتيجة اضطراب دورتهن الشهرية باختلاف مستواهّن التعليمي إلى كون نزف الطمث هو الاضطراب الأكثر شيوعاً لدى السيدات،* فهو العرض الأكثر أهمية إذ يلفت انتباه المرأة من خلال كمية الدم الغير عادية أو زيادة مدة نزول الدم أو كليهما معا* مما يدفعها إلى الفحص، كما أنّ المرأة على دراية أنّها كلّما توانت عن اللجوء إلى الفحص لإيقاف النزيف كلّما هدد ذلك صحتها.

بعد حساب كا² التي قيمتها 9,679 ومقارنة ب كا² الجدولية التي قيمتها 16,919 عند درجة حرية = 9 ومستوى دلالة 5% إذن كا² المحسوبة > كا² الجدولية، وعليه نقبل فرضية العدم أي توجد استقلالية بين كل من المستوى التعليمي للمرأة وردة فعلها عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية.

يظهر جلياً أنّ تأثير المستوى التعليمي للمرأة على ردة فعلها عند اضطراب دورتها الشهرية غير واضح، حيث أنّ نوع الاضطراب هو الآخر يؤثر على ردة الفعل. بالتالي لتوضيح هذه العلاقة قمنا بإدخال متغيّر رائر يتمثل في نوع اضطراب الدورة الشهرية، كما أنّ ذلك يُمكننا من مقارنة ردة الفعل لسيدات ذوات مستويات تعليمية مختلفة حدث لهنّ نفس نوع الاضطراب.

تبيّن من ربط العلاقة بين كل من المستوى التعليمي للمرأة، نوع الاضطراب الحاصل وردة فعلها، أنّ نسبة السيدات اللاتي لجأن إلى الفحص الطبي مباشرة تتجه إلى الارتفاع بارتفاع المستوى التعليمي، إذ بلغت 61,5% لدى السيدات ذوات المستوى الابتدائي مقابل 66,7% لدى الجامعيات، من جهة أخرى وُجد أنّ نسبة السيدات اللواتي تأخرن عن إجراء الفحص

* أنظر الفصل 5 جدول رقم 21 ص 123.

** أنظر الفصل الثالث ص ص 63-64.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

الطبي تتخضع بصفة عامة بارتفاع المستوى التعليمي، إذ تمّ تسجيل نسبة 38,5% لدى ذوات المستوى التعليمي الابتدائي في حين بلغت 13,3% لدى الجامعيات، كما أنّ نسبة السيدات اللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب تتخضع نسبتهنّ بصفة ملحوظة بارتفاع المستوى التعليمي حيث قُدرت لدى ذوات المستوى الابتدائي والجامعي 22,2% و 6,7% على الترتيب، في الأخير تمّ تسجيل نسبة بسيطة تمثل السيدات اللواتي لجأن إلى الطرق التقليدية لعلاج الاضطراب (عسر الطمث) ترتفع هذه النسبة بارتفاع المستوى التعليمي، إذ تمّ تسجيل أعلى نسبة بين الجامعيات قيمتها 13,3%.

عند إدخال المتغير الرّائز المتمثّل في نوع الاضطراب الحاصل، تبين أنّ غالبية اللواتي لجأن إلى الفحص مباشرة عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية ووصلن إلى المرحلة الجامعية قد حدث لهنّ نزيف بنسبة 81,8% كما هو الحال بالنسبة للمستويات التعليمية الأخرى (نرى بأنّ نسبة الفحص الفوري عن حدوث نزيف ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي)، في المقابل نجد أنّ غالبية اللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب ولم يتعدّين المرحلة المتوسطة حدث لهنّ انقطاع الطمث بنسبة 37,5% كما هو الحال بالنسبة للمستويات التعليمية الأخرى (نسبة تجاهل انقطاع الطمث تتخضع بارتفاع المستوى التعليمي).*

إذن نستخلص أنّه إلى جانب تأثير المستوى التعليمي على ردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة، لنوع الاضطراب الحاصل أهمية في عملية الإسراع في الكشف، ونقصد بالتحديد التّرف الطّمثي الذي غالبا ما يُثير مخاوف المرأة مقارنة بالاضطرابات الأخرى التي قد لا تكثر لحدوثها كانقطاع الطمث، الذي ورغم قلّة خطورته مقارنة بالنزيف إلا أنّه يؤثّر سلبا على الخصوبة خصوصا في حال تجاهل حدوثه، إذ غالبا ما يكون سببه مرضي يتعلّق بالمبيض كوجود خلل في إفراز الهرمونات أو حدوث التهاب فيه، كما قد يكون سبب

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 10.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

حدوثه لا يتعلّق بالجهاز التناسلي تحديداً وإنما بأمراض أخرى كقِلّة إفرازات بعض الغدد،** ومهما يكن السبب فحدوثه يعني عدم حدوث إباضة وبالتالي تتأثر سلباً الخصوبة.

ننتقل الآن إلى ربط العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ومدى إصرعها في إجراء الكشف إثر ملاحظة أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي من خلال الجدول التالي:

جدول (25): علاقة المستوى التعليمي بمدى الإصرع في إجراء الكشف الطبّي:

المجموع		لا		نعم		الإصرع في إجراء الكشف الطبّي المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	14	50,0	7	50,0	7	ابتدائي
100	31	58,1	18	41,9	13	متوسط
100	46	28,3	13	71,7	33	ثانوي
100	29	27,6	8	72,4	21	جامعي
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللاتي أسرعن في إجراء الفحص الطبّي عند ملاحظة أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ قد تأخّرن عن إجراء الفحص.

لمعرفة تأثير المستوى التعليمي على مدى الإصرع في إجراء الكشف الطبّي إثر ملاحظة أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي، نلاحظ أنّ نسبة الإصرع في إجراء الفحص ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي، فلم تتجاوز 50,0% لدى السيّدات ذوات المستوى الابتدائي والمتوسط في حين أنّها فُدرت بين أوساط السيّدات ذوات المستوى التعليمي المرتفع الثانوي والجامعي بـ 71,7% و 72,4% على الترتيب. العكس تمّ ملاحظته فيما يخصّ التأخّر عن إجراء الفحص حيث تتّجه النسب عموماً إلى الانخفاض بارتفاع المستوى

** عد إلى الفصل الثالث، ص 62.

• 120: عدد السيّدات اللواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور الأعراض.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

التعليمي، قُدرت لدى السيدات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط بـ 50,0% و58,1% على الترتيب في حين لم تتجاوز 28,3% و27,6% على التوالي لدى ذوات المستوى الثانوي والجامعي.

نلاحظ إذن وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ومدى لجوئها إلى الفحص الطبي فور اكتشاف الإصابة، ما يُعزّز هذا الطرح هو أنه بعد حساب χ^2 التي قيمتها 9,303 وهي أكبر من χ^2 الجدولية التي قيمتها 7,815 عند مستوى دلالة 5% ودرجة حرية = 3 إذن فعلا هناك علاقة بين المتغيرين أما عن قيمتها فهي طردية ضعيفة قليلا على اعتبار أن قيمة معامل التوافق $\approx 0,3$.

لجوء المرأة إلى إجراء الفحص الطبي في المراحل الأولى من الإصابة يجعلها تُدركها إن كانت خطيرة أو منعها من أن تصبح خطيرة بتلقي العلاج المناسب، على اعتبار أن التأخر في معالجة إصابة بسيطة قد يؤدي إلى تطورها وبالتالي الضرر المترتب عن ذلك يكون أكبر وما لذلك من التأثير السلبي على الخصوبة.

للمستوى التعليمي للمرأة دورا في مدى إصراعها في إجراء الكشف الطبي، يظهر هذا الدور خاصة عندما تكون الأعراض غير مقلقة، فشدة الأعراض غالبا ما تدفع المرأة إلى الإسراع في الفحص. وعي المرأة بضرورة إجراء الكشف الطبي حتى وإن كانت الأعراض خفيفة هو العامل الأساسي في الاكتشاف المبكر للمرض ومعالجته قبل استفحاله لأن وعيها هذا (الذي تكتسبه خصوصا إن كانت متعلمة) يجعلها مُدركة أن هناك من الإصابات الخطيرة من قد تكون أعراضها خفيفة، كما أن من الإصابات المتفاوتة الخطورة من تشترك في نفس الأعراض نعطي مثلا على ذلك، الورم الحميد والخبيث في الرحم اللذان ورغم تفاوت درجة خطورة الأول عن الثاني إلا أنهما يتسببان في حدوث اضطراب الدورة (نزيف)*.

* عد إلى الفصل 3 ص ص 68-69.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

وبما أنّ للعرض المُشاهد دوراً في عملية اكتشاف المرض ومعالجته، ارتأينا أن نربط العلاقة بين كل من المستوى التعليمي للمرأة، نوع الإصابة ومدى الإسراع في الكشف الطبي بُغية التأكد من العلاقة السابقة، فلاحظنا بالإضافة إلى ما تمّ التوصل إليه من خلال الجدول رقم (25) وبعد إدخال المتغيّر الرّائز المتمثّل في نوع الإصابة، لاحظنا أنّ نسبة اللّجوء الفوري للفحص لدى الجامعيّات مرتفعة في حالة الإصابة بسرطان والأورام الرحمية حيث بلغت 100,0% و 80,0% على الترتيب، أمّا في المستويات التعليمية الأخرى نجد أنّ نسبة الكشف مرتفعة في الحالة الإصابة بالأكياس المبيضية التي بلغت نسبة الفحص عنها في المستويين التعليميين الثانوي والمتوسّط 85,7% و 100,0% على الترتيب، أمّا في المستوى التعليمي الأدنى تمّ تسجيل حالة إصابة بسرطان تمّ الكشف عنها إضافة إلى تسجيل نسبة كشف مقدّرة بـ 60,0% عن الإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي.*

هذه النتائج تدعّم ما سبق قوله عن تأثير الأعراض المُلاحظة في سرعة الكشف، إذ من المُلاحظ أنّ نسبة الكشف عن الأورام الرّحمية والأكياس المبيضية مرتفعة، هذا راجع لتسبّب الإصابة الأولى غالباً في حدوث نزيف وتسبّب الثانية في حدوث اضطرابات الدّورة (نزيف، انقطاع أو الإثنتين معاً).** لذا فإنّ العرض المُشاهد هو الآخر يؤثّر على ردة الفعل، وبالتالي غالباً ما تكون نسبة الكشف عن هذه الأمراض مرتفعة. يظهر الفارق في الإصابات التي غالباً ما تكون أعراضها أقلّ حدّة وأقلّ إزعاج كما هو الحال بالنسبة للالتهابات التي غالباً ما تكشف عن وجودها من خلال شعور المرأة بحكّة وحرقة أو تلاحظ وجود إفرازات مهبلية (Pertes vaginales) غير عادية، فالحالات التي يتسبّب فيها الالتهاب بحدوث نزيف غالباً ما يكون موضع هذا الالتهاب عنق الرّحم،*** هنا يظهر تأثير المستوى التعليمي للمرأة أين نجد أعلى نسب الكشف مسجّلة بين الجامعيّات بنسبة 73,3% مقابل 26,1% سجّلت بين السيّدات ذوات المستوى التعليمي المتوسّط.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 11.

** أنظر الملحق 5 الجدولين رقم 12-13.

*** أنظر الملحق 5 الجداول رقم 14، 1-14، 2-14.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

في العموم المرأة المتعلّمة تعي جيّدا خطورة التهاون عن إجراء الفحص كاعتبار الحالة المرضية خفيفة لا تستدعي القلق أو أن تنتظر زوال الأعراض، ما يدعّم قولنا هذا هو ما توصّلنا إليه من نتائج عند ربط العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وسبب تأخرها عن الفحص فتبيّن أنّ 54,3% من السيّدات اللواتي تأخّرن عن الفحص صرّحن أنّ السبب في ذلك يعود إلى اعتبار الأمر عرضي وستزول الأعراض بمرور الوقت وبالتالي لا يتطلّب الأمر استشارة طبيّة، حيث وجدنا غالبيةهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي بنسبة 85,7%، كما بلغت نسبة السيّدات اللواتي تجاهلن الذهاب للفحص واللواتي تأخّرن عن الفحص لأنّهن لم يجدن الوقت لذلك 17,4% و 13,0% على الترتيب جُلّهن ذوات مستوى ثانوي، أمّا اللواتي لم تقصدن الفحص نتيجة أخذهنّ دواء وصف من قبل من طرف الطّبيب أو اعتبرن أنّ أعراض الإصابة هي أمر عادي يرجع لاقتراب سنّ اليأس فقد بلغت نسبتهنّ 10,9% و 4,3% على الترتيب حيث نجد أكثرهن جامعيّات.* للإشارة فإنّ العرض الملاحظ في الحالة الأخيرة هو نزف الطّمث غير أنّ الورم اللّيفي كان السبب في حدوث هذا التّزيف.

هذه النتائج تقترب من تلك التي توصّلت إليها الدّكتورة Amélie Brigitte Lompo في دراستها، حيث توصّلت إلى أنّ النساء اللواتي لا يُقبلن على الفحص في بداية ظهور المرض ينتظرن زوال الأعراض خصوصا إن كانت لا تستدعي القلق، وهذا نتيجة عدم معرفتهنّ للمرض، فالمستوى التعليمي للمرأة يُحدّد تعاملها مع صحتّها من خلال توجّهها للقطاع الصحيّ طلبا للخدمة الصحية وبالتالي نسبة الفحص ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي.¹

ننتقل الآن إلى إبراز تأثير المستوى التعليمي للمرأة وسرعة لجوئها إلى الفحص على خصوبتها من خلال ما يبيّنه الجدول التّالي:

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 15.

¹ LOMPO, A. B. op.cit. PP 160-202.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (26): العلاقة بين المستوى التعليمي، مدى الإسراع في إجراء الكشف وتأثر الخصوبة بعد الإصابة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة الإسراع في الكشف	المستوى التعليمي
		%	ك	%	ك		
100	7	71,4	5	28,6	2	نعم	ابتدائي
100	7	28,6	2	71,4	5	لا	
100	14	50,0	7	50,0	7	المجموع الجزئي	
100	13	76,9	10	23,1	3	نعم	متوسط
100	18	50,0	9	50,0	9	لا	
100	31	61,3	19	38,7	12	المجموع الجزئي	
100	33	78,8	26	21,2	7	نعم	ثانوي
100	13	15,4	2	84,6	11	لا	
100	46	60,9	28	39,1	18	المجموع الجزئي	
100	21	76,2	16	23,8	5	نعم	جامعي
100	8	50,0	4	50,0	4	لا	
100	29	69,0	20	31,0	9	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بسبب حدوث الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% ممّن أثرت إصابتهنّ على الخصوبة.

بإدخال متغيّر المستوى التعليمي نلاحظ أنّ نسبة اللّواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة تتّجه إلى الارتفاع بارتفاعه، إذ نجدها عند جامعيّات مُقدّرة بـ 69,0% في حين لم تتجاوز 50,0% لدى ذوات المستوى الابتدائي. والعكس صحيح حيث فيما يخصّ السيّدات

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور أعراض.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

اللواتي تأثرت خصوبتهن بعد الإصابة، نلاحظ أن النسبة تتخضع بارتفاع المستوى التعليمي فأكبر قيمة لها بلغت 50,0% لدى السيدات ذوات المستوى الابتدائي في حين أن أدناها سُجّلت لدى الجامعيات فُدرت بـ 31%.

عند إدخال متغيّر الإسراع في الكشف عن الإصابة، نلاحظ أن غالبية اللواتي لم تؤثر الإصابة على خصوبتهن ومستواهنّ التعليمي جامعي قد أسرعن في إجراء الكشف الطبي بنسبة 76,2% كما هو الحال بالنسبة للمستويات التعليمية الأخرى (نسبة الإسراع في الكشف مرتفعة)، في حين أن معظم السيدات ذوات المستوى الابتدائي اللواتي تأثرت خصوبتهنّ إثر الإصابة قد تأخرن عن الفحص بنسبة 71,4% ونفس الشيء تمّ ملاحظته في المستويات التعليمية الأخرى (نسبة التأخر عن الكشف مرتفعة).

نستخلص من خلال هذه النتائج أن هناك تأثير للمستوى التعليمي في عملية الكشف المبكر للإصابة وبالتالي تداركها قبل أن تلحق الضرر بالعضو المصاب وما لذلك من تأثير على خصوبة المرأة، إذ وبصفة عامّة كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما زاد الإسراع في الكشف ممّا ينعكس إيجاباً على الخصوبة والعكس صحيح.

تجدد بنا الإشارة إلى أنّ هناك من الإصابات من تؤثر سلباً في خصوبة المرأة رغم اللجوء الفوري للفحص ذلك لعدّة اعتبارات كمكان الإصابة، سرعة تطورها أو تطورها بدون ظهور أعراض مُنذرة بوجودها والخلل الوظيفي الذي تُلحقه بالعضو المصاب أضف إلى ذلك المدة المستغرقة في علاجها.

زيادة على ذلك هناك من السيدات من صرّحن أنّهنّ أسرعن في الكشف بعد ملاحظتهن لأعراض المرض، لكن في الحقيقة قمن بالكشف بعد أن تطوّر المرض متى يتظاهر بأعراض أكثر حدّة، حيث إن كان وأن ظهرت أعراض قبل ذلك لم ينتبهن لها لعدم امتلاكهن معلومات تجعلهن يستدلن على وجوده.

لتبيين كيفية تأثير المستوى التعليمي على مدة التأخر عن الكشف نعرض الجدول التالي:

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (27): العلاقة بين المستوى التعليمي ومدّة التأخر عن الكشف:

المجموع		5-1 سنوات		6-12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدة المستوى التعليمي
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	7	28,6	2	14,3	1	57,1	4	ابتدائي
100	18	11,1	2	5,6	1	83,3	15	متوسط
100	13	7,7	1	7,7	1	84,6	11	ثانوي
100	8	-	-	-	-	100,0	8	جامعي
100	*46	10,9	5	6,5	3	82,6	38	المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللواتي تأخّرن عن الفحص في مدّة لا تتجاوز 6 أشهر بنسبة 82,6% أين نجد أكبر نسبة مسجّلة تمثّل السيّدات الجامعيّات بنسبة 100%، تتّجه النسبة إلى الانخفاض بانخفاض المستوى التعليمي حيث أصغر نسبة سجّلت لدى السيّدات ذوات المستوى الابتدائي قيمتها 57,1%. العكس تمّ ملاحظته في حالة التأخر عن الكشف مدّة تتراوح بين 1-5 سنوات التي تمثّل نسبة 10,9% أين تنخفض النسب بارتفاع المستوى التعليمي، إذ بلغت لدى السيّدات ذوات المستوى الابتدائي والثانوي 28,6% و 7,7% على الترتيب. في الأخير 6,5% من السيّدات اللواتي تأخّرن عن إجراء الفحص بعد مدّة تتراوح من 6 إلى 12 شهر من ملاحظة أعراض الإصابة، أكبر نسبة تمّ تسجيلها بين السيّدات ذوات المستوى الابتدائي بقيمة 14,3% وأصغرها سجّلت لدى السيّدات ذوات المستوى الثانوي حيث بلغت 7,7%.

لقد سبق لنا وأن أشرنا إلى إنّ إدراك بواكر المرض يسهّل عملية العلاج، أمّا تغافل وتجاهل الأمر يزيد المرض تعقيداً، وعليه قمنا بربط العلاقة بين كل من المستوى التعليمي للمرأة ومدّة التأخر عن الكشف بتأثر الخصوبة من خلال الجدول التالي:

• 46: عدد السيّدات اللواتي تأخّرن عن الفحص بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (28): العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ومدّة تأخرها عن الكشف بتأثر خصوبتها بعد الإصابة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة مدّة التأخر عن الكشف	المستوى التعليمي
100	4	25,0	1	75,0	3	أقل من 6 أشهر	ابتدائي
100	1	100,0	1	-	-	6-12 شهر	
100	2	-	-	100,0	2	1-5 سنوات	
100	7	28,6	2	71,4	5	المجموع الجزئي	
100	15	60,0	9	40,0	6	أقل من 6 أشهر	متوسط
100	1	-	-	100,0	1	6-12 شهر	
100	2	-	-	100,0	2	1-5 سنوات	
100	18	50,0	9	50,0	9	المجموع الجزئي	
100	11	18,2	2	81,8	9	أقل من 6 أشهر	ثانوي
100	1	-	-	100,0	1	6-12 شهر	
100	1	-	-	100,0	1	1-5 سنوات	
100	13	15,4	2	84,6	11	المجموع الجزئي	
100	8	50,0	4	50,0	4	أقل من 6 أشهر	جامعي
100	8	50,0	4	50,0	4	المجموع الجزئي	
100	*46	37,0	17	63,0	29	المجموع	

نلاحظ من خلال الاتجاه العام للجدول أنّه يتّجه نحو اللائي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة بسبب تأخرهن عن الكشف بنسبة 63,0% في حين 37,0% لم يحدث لهنّ ذلك.

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

لمعرفة تأثير المستوى التعليمي، نلاحظ أنّ نسبة اللاتي تأثرت خصوبتهنّ إثر الإصابة مختلفة باختلاف المستوى التعليمي فنجدها ترتفع تارة وتخفض تارة أخرى أعلى نسبة بلغت 84,6% لدى ذوات المستوى الثانوي وأدناها 50,0% سجّلت بين أوساط السيدات ذوات المستوى المتوسط والجامعي.

بإدخال المتغير الرّائز المتمثّل في مدّة التأخّر عن الكشف، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ ومستواهنّ التعليمي ثانوي تأخرن عن الكشف مدّة 6-12 شهر و 1-5 سنوات بنسبة متساوية بلغت 100,0%. نلاحظ في العموم وعلى اختلاف المستويات التعليمية، أنّه كلّما تجاوزت المدّة 6 أشهر كلّما تأثرت الخصوبة بنسبة 100,0%. والعكس صحيح حيث غالبية اللواتي لم تؤثر الإصابة على خصوبتهن ومستواهنّ التعليمي جامعي ومتوسّط لم تتجاوز مدّة تأخرهنّ على الكشف مدّة 6 أشهر.

بصفة عامّة، كلّما زاد التأخّر عن الكشف كلّما أثر ذلك سلبا على الخصوبة حيث تصبح الإصابة أكثر تعقيدا والضرر المترتب يكون أكبر، هناك من الإصابات التي وبالرغم من تأخر المصابات عن الفحص إلا أنّها لم تؤثر على خصوبتهنّ ذلك كما سبق لنا وأنّ أشرنا إليه يرجع لعدّة اعتبارات كمكان الإصابة ونوعها.

على اعتبار أنّ المستوى التعليمي يلعب دورا في إكساب المرأة معلومات حول ما يهددها من أخطار صحية، فإنّ المتعلمين يميلون للأخذ بالاختيارات الأفضل بالنسبة لصحتهم والتي تقلّل من فرص تعرضهم للمخاطر الصحية بالأخص الأمراض المنقولة جنسيا وعلى رأسها الإيدز، وهم أسرع إلى تغيير سلوكهم عند ظهور تهديدات جديدة لصحتهم. هذا إلى جانب عوامل أخرى نذكر على سبيل المثال دور وسائل الإعلام في تزويد المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحيّة والمساهمة في زيادة المعرفة التي ترفع من الوعي الصحيّ ممّا يؤثر في سلوك الفرد اتجاه صحّته. وعليه فيما يخصّ مدى معرفة الأمراض المنقولة جنسيا فقد لاحظنا أنّ نسبة المعرفة بهذه الأمراض مرتفعة حيث بلغت

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

94,6% كلهن على معرفة بالإيدز، معرفة هذه الأمراض وعدد أكبر منها ومعرفة طرق انتقالها ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي والنعكس صحيح.*

هذه النتائج تقترب من تلك التي تمّ التوصل إليها في نتائج آخر مسح وطني المتعدد المؤشرات حيث وُجد أنّ 85,0% من النساء في سنّ الإنجاب اللواتي شملهنّ المسح سمعن عن الإيدز وترتفع هذه النسبة ونسبة معرفة طرق انتقاله ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي.¹

ننتقل الآن إلى إبراز دور طبيعة نشاط المرأة على عملية الكشف المبكر للمرض وكيفية تأثير ذلك على الخصوبة من خلال ما يلي:

II. علاقة طبيعة النشاط المرأة بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة:

بالرّبط بين طبيعة النشاط وردّة الفعل جرّاء حدوث اضطراب الدورة الشهرية تحصّلنا على الجدول التالي:

جدول رقم (29): علاقة طبيعة النشاط بردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة:

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب		اللجوء إلى الطب البديل		تجاهل الأمر وعدم إجراء الفحص		إجراء الفحص الطبي مباشرة		ردّة الفعل الطبيعية النشاط	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	32	12,5	4	3,1	1	15,6	5	68,8	22	عاملة
100	63	15,9	10	17,5	11	9,5	6	57,1	36	ماكنة في البيت
100	95*	14,7	14	12,6	12	11,6	11	61,1	58	المجموع

* عد إلى الملحق 5 الجدول رقم 16، 1-16، 2-16، 3-16.

¹ MSPRH, ONS, MICS4, op.cit. P 202.

• 95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في الدورة الشهرية.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي أُجريت الفحص فور حدوث الاضطراب بنسبة 61,1% مقابل 11,6% من السيّدات لم يقمن بالفحص.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في طبيعة النّشاط اليومي نلاحظ أنّ أكبر نسبة فحص نجدها عند السيّدات اللّواتي يعملن بنسبة 68,8%، في حين بلغت 57,1% لدى السيّدات الماكثات في البيت، كما نلاحظ أنّ نسبة العاملات اللّواتي تجاهلن حدوث الاضطراب أكبر من نسبة السيّدات الماكثات في البيت بنسب قيمها 15,6% و 9,5% على التّرتيب.

نلاحظ عدم وضوح العلاقة بين المتغيّرين، وعليه بعد حساب χ^2 التي قيمتها 4,768 مقارنة ب χ^2 الجدولية تساوي 7,815 عند درجة حرّية = 3 ومستوى دلالة 5%، بما أنّ χ^2 المحسوبة > χ^2 الجدولية إذن هناك استقلالية بين نوع النّشاط وردّة الفعل جزّاء حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة.

النتائج المتوصّلة إليها تعود إلى أنّه إلى جانب طبيعة نشاط المرأة، نوع الاضطراب الحاصل هو الآخر يؤثّر في لجوء المرأة إلى الفحص الطّبي من عدمه، وعليه ارتأينا أن نربط بين كل من طبيعة النّشاط، نوع الاضطراب الحاصل وكيفية تأثيرهما على ردّة الفعل، الهدف من ذلك هو توضيح العلاقة السّابقة وحتى يتسنى لنا مقارنة ردّة الفعل لسيّدات حدث لهنّ نفس الاضطراب باختلاف طبيعة النّشاط وذلك وفق الجدول الآتي:

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (30): العلاقة بين طبيعة النشاط، نوع اضطراب الدورة وردة الفعل جزاء حدوث الاضطراب:

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطب البديل	تجاهل الأمر وعدم إجراء الفحص	إجراء الفحص الطبي	ردة الفعل / نوع الاضطراب	طبيعة النشاط
19 %100	2 %10,5	-	-	17 %89,5	نزيف	عاملة
12 %100	2 %16,7	-	2 %16,7	8 %66,7	انقطاع	
11 %100	1 %9,1	1 %9,1	3 %27,3	6 %54,6	عسر	
42 %100	5 %11,9	1 %2,4	5 %11,9	31 %73,8	المجموع الجزئي	
36 %100	10 %27,8	-	3 %8,3	23 %63,9	نزيف	ماكنة في البيت
23 %100	2 %8,7	-	5 %21,7	16 %69,6	انقطاع	
37 %100	3 %8,1	11 %29,7	4 %10,8	19 %51,4	عسر	
96 %100	15 %15,6	11 %11,5	12 %12,5	58 %60,4	المجموع الجزئي	
*138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع	

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيدات اللواتي أجرين الفحص الطبي إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية بنسبة 64,5% مقابل 8,7% منهنّ لجأن إلى الطرق التقليدية أو الطبّ البديل لمعالجة الاضطراب.

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في طبيعة النشاط، نلاحظ أنّ أكبر نسبة لجوء إلى الفحص الطبي فور حدوث الاضطراب نجدها بين العاملات بنسبة 73,8% مقابل 60,4% لدى الماكثات في البيت، من جهة أخرى نجد نسبة السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص مرتفعة لدى الماكثات بالبيت مقارنة بالعاملات بنسب قيمها على التوالي 15,6% و 11,9%

• 138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدورة الشهرية أو أكثر.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

ونفس الملاحظة فيما يتعلّق بتجاهل السيّدات لحدوث الاضطراب إذ نجدها 12,5% لدى الماكثات في البيت ومنخفضة عنها بفارق 0,6 نقطة نسبة العاملات اللواتي تجاهلن حدوث اضطراب الدّورة التي قيمتها 11,9%.

بإدخال المتغيّر الرّائز المتمثّل في نوع الاضطراب الحاصل نلاحظ أنّ غالبية اللّواتي قمن بالفحص الفوري وهنّ عاملات حدث لهنّ نزيف بنسبة 89,5%، أمّا السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص وهنّ ماكثات بالبيت حدث لهنّ نزيف بنسبة 27,8% وجلّ اللّاتي تجاهلن الدّهاب لإجراء الفحص وهنّ ماكثات بالبيت حدث لهنّ انقطاع الطّمث بنسبة 21,7%.

إذن نلاحظ أنّه بعد إدخال نوع الاضطراب ضمن العلاقة السّابقة وتوضّح تأثير طبيعة نشاط المرأة على ردّة فعلها عند حدوث اضطراب الدّورة الشهرية، إذ تبين لنا أنّ نسبة الفحص الفوري مرتفعة لدى العاملات أمّا نسبة التأخّر عن الفحص وتجاهل حدوث الاضطراب مرتفعة لدى السيّدات الماكثات بالبيت.

من خلال ربط العلاقة بين طبيعة النّشاط اليومي وردّة الفعل إزاء ظهور أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي نحصل على الجدول التّالي:

جدول رقم (31): العلاقة بين طبيعة النّشاط ومدى الإسراع في إجراء الكشف الطّبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في الكشف طبيعة النّشاط
		%	ك	%	ك	
100	46	37,0	17	63,0	29	عاملة
100	74	39,2	29	60,8	45	ماكثة بالبيت
100	120*	38,3	46	61,7	74	المجموع

* 120: عدد السيّدات اللّاتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور أعراض.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي قمن بالكشف الفوري إثر ملاحظة أعراض الإصابة بنسبة 61,7% بالمقابل 38,3% تأخّرن عن إجراء الفحص.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في طبيعة نشاط المرأة نلاحظ أنّ نسبة الفحص مرتفعة لدى العاملات حيث بلغت 63,0% في حين نجد أنّ غالبية السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص ماكنات بالبيت بنسبة قيمتها 39,2%.

نلاحظ نوعا ما وجود تقارب في نسب الإسراع في الكشف بين العاملات والماكنات بالبيت، يمكن إرجاع ذلك لتأثير عامل المستوى التعليمي للمرأة إذ وبالرغم من أنّنا وجدناه أكثر ارتفاعا لدى المرأة العاملة مقارنة بالمرأة الماكنة بالبيت، حيث نجد 83,0% من العاملات ذوات مستوى تعليمي مرتفع (38,3% ذوات مستوى ثانوي و 44,7% جامعيات)، إلّا أنّ نصف الماكنات بالبيت (51,9%) ذوات مستوى تعليمي مرتفع (13,3% جامعيات و 38,6% ذوات مستوى ثانوي)*.

بصفة عامّة تفاعل المرأة العاملة أكثر مع أفراد المجتمع (المتواجدين في محيط العمل مثلا) يُمكنها من اكتساب وتبادل معلومات يمكن أن توجّه سلوكها اتّجاه صحّتها، كما أنّ عمل المرأة يُكسبها حرية أكثر واستقلال مالي أكبر ممّا يجعلها أكثر إقبالا على الفحص (تأثير المستوى المعيشي على اللّجوء إلى الفحص الفوري سوف نتطرّق إليه في الفصل الموالي).

باعتبار أنّ نوع الإصابة يؤثر أيضا في ردّة الفعل ارتأينا أن نربط بين طبيعة النّشاط، نوع الإصابة ومدى الإسراع في إجراء الكشف الطّبي من خلال الجدول الآتي:

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 17.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول (32): علاقة طبيعة النشاط، نوع الإصابة ومدى الإسراع في إجراء الكشف:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف نوع الإصابة	طبيعة النشاط
		%	ك	%	ك		
100	22	40,9	9	59,1	13	التهابات	عاملة
100	10	30,0	3	70,0	7	أكياس مبيضية	
100	12	33,3	4	66,7	8	أورام رحمية	
100	2	50,0	1	50,0	1	سرطان	
100	46	37,0	17	63,0	29	المجموع الجزئي	
100	47	46,8	22	53,2	25	التهابات	ماكثة بالبيت
100	9	33,3	3	66,7	6	أكياس مبيضية	
100	16	25,0	4	75,0	12	أورام رحمية	
100	2	-	-	100,0	2	سرطان	
100	74	39,2	29	60,8	45	المجموع الجزئي	
100	*120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

نلاحظ أنّ الجدول يحافظ على اتجاه العام الذي يتّجه نحو السيدات اللواتي قمن بإجراء الكشف الطبّي فور ظهور أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% تأخّر عن إجراء الفحص. بالإضافة إلى ما تمّ التوصل إليه في الجدول رقم (31)، لمعرفة تأثير نوع الإصابة على الكشف نجد أنّ نسبة الكشف الفوري لدى العاملات مرتفعة في حالة الإصابة بأكياس مبيضية بنسبة 70,0%، أمّا الماكثات بالبيت فعلى غرار حالتها الإصابة بالسرطان أين تمّ الكشف الفوري عنهما، نسبة الكشف كانت مرتفعة في حالة الإصابة بالأورام الرحمية أين بلغت 75,0%. في المقابل معظم الماكثات بالبيت لم تقمن بالكشف الفوري إثر ملاحظة أعراض الإصابة بالتهابات بنسبة 46,8%، أمّا العاملات فباستثناء

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور أعراض.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

حالة الإصابة بالسرطان، أكبر نسبة تأخر عن الكشف سُجّلت في حال الإصابة بالتهابات أيضا وذلك بنسبة 40,9%.

هذا يُدعم ما سبق ذكره فيما يتعلّق بأهمية العرض المُشاهد في عملية الإسراع في إجراء الكشف، حيث نجد دائما نسبة الكشف مرتفعة في حالة الإصابة بالأمراض التي تسبّب حدوث نزيف كالأورام الرّحمية والمبيضية.

نبيّن الآن كيفية تأثير طبيعة نشاط المرأة على خصوبتها من خلال تأثيره على مدى إسرارها في إجراء الكشف الطّبي بعد ملاحظتها أعراض الإصابة وذلك من خلال الجدول التّالي:

جدول رقم (33): العلاقة بين طبيعة النشاط، مدى الإسراع في إجراء الكشف الطّبي وتأثر الخصوبة بعد الإصابة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة	
						الإسراع في الكشف	النشاط
%	ك	%	ك	%	ك	نعم	لا
100	29	75,9	22	24,1	7	نعم	عاملة
100	17	47,1	8	52,9	9	لا	
100	46	65,2	30	34,8	16	المجموع الجزئي	
100	45	77,8	35	22,2	10	نعم	ماكثة
100	29	31,0	9	69,0	20	لا	بالبيت
100	74	59,5	44	40,5	30	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور أعراض.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهن بعد حدوث الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% من أثمرت الإصابة في خصوبتهن.

بإدخال متغير طبيعة النشاط نلاحظ أن غالبية السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهن بعد الإصابة عاملات بنسبة 65,2% في حين أن معظم السيدات اللواتي تأثرت خصوبتهن إثر الإصابة مآكثات بالبيت بنسبة 40,5%.

لمعرفة تأثير مدى الإسراع في الكشف نلاحظ أن جلّ اللواتي لم تتأثر خصوبتهن وهن عاملات أسرعن في إجراء الكشف وذلك بنسبة 75,9%، في حين نجد أن تأثر خصوبة معظم المآكثات بالبيت كانت نتيجة تأخرهن عن الكشف بنسبة 69,0%.

في العموم هذه النتائج تبين أهمية الكشف المبكر للإصابة قبل تطورها وتأثيرها سلبا على خصوبة المرأة، إذ أن النطق المبكر إلى علامات وأعراض المرض من شأنه تيسير التشخيص في المراحل المبكرة للإصابة متى يُجدي العلاج كما أن الضرر المترتب عن ذلك يكون أقل.

فيما يلي سنركّز الاهتمام على اللواتي تأخرن عن إجراء الفحص وذلك بربط العلاقة بين طبيعة نشاط المرأة ومدّة تأخرها عن إجراء الكشف الطبّي من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (34): العلاقة بين طبيعة النشاط ومدّة التأخر عن الكشف:

المجموع	5-1 سنوات		6-12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدة طبيعة النشاط	
	%	ك	%	ك	%	ك		
100	17	5,9	1	-	-	94,1	16	عاملة
100	29	13,8	4	10,3	3	75,9	22	مآكثة في البيت
100	46*	10,9	5	6,5	3	82,6	38	المجموع

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول أنّ معظم السيدات تأخرن عن الفحص مدّة لا تزيد عن 6 أشهر بنسبة 82,6% أين تمثّل العاملات أكبر نسبة قيمتها 94,1%، تأتي في المرتبة الثانية السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 1-5 سنوات بنسبة 10,9% أين تمثّل الماكثات في البيت أعلى نسبة قيمتها 13,8% أمّا بالنسبة للسيدات اللواتي تأخرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 6 و12 شهر فمثّلن أدنى نسبة تقدّر بـ 6,5% أين مثّلت الماكثات بالبيت نسبة 10,3%.

من خلال ما تمّ التوصل إليه من نتائج يمكن القول أنّ طبيعة نشاط المرأة تؤثر في ردّة فعلها فيما إذا لاحظت أعراض منذرة عن وجود خلل ما في جهازها التناسلي. عمل المرأة غالبا ما يكون تأثيره إيجابيا على مدى التوجه لإجراء الكشف الفوري للإصابة خصوصا أنّه يكسبها استقلالية مالية، لكن في بعض الأحيان وكما صرّحت به بعض المبحوثات العاملات أنّه بين التزامات العمل ومهام البيت تعيش المرأة ضغوطات حيث لا يتسنى لها حتّى إيجاد وقتا لنفسها ممّا يجعلها تتوانى عن إجراء الفحص إلى أن تصل إلى مرحلة يتحمّم فيها الذهاب لإجراء الكشف، إذ أنّ 29,4% من العاملات من تأخرن عن الفحص لأنّهن لم يجدن الوقت الكافي لذلك.*

ننقل الآن إلى ربط المتغيّرين السابقين بتأثير الخصوبة من خلال الجدول التالي:

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 18.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (35): علاقة طبيعة نشاط المرأة، مدّة التأخر عن الكشف وتأثر خصوبتها بعد الإصابة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة مدّة التأخر عن الكشف	طبيعة النشاط
%	ك	%	ك	%	ك		
100	16	50,0	8	50,0	8	أقل من 6 أشهر	عاملة
100	1	-	-	100,0	1	1-5 سنوات	
100	17	47,1	8	52,9	9	المجموع الجزئي	
100	22	36,4	8	63,6	14	أقل من 6 أشهر	ماكثة بالبيت
100	3	33,3	1	66,7	2	6-12 شهر	
100	4	-	-	100,0	4	1-5 سنوات	
100	29	31,0	9	69,0	20	المجموع الجزئي	
100	46*	37,0	17	63,0	29	المجموع	

نلاحظ من تتبّع الاتجاه العام للجدول أنّ غالبية السيّدات اللّواتي تأخّر عن الكشف تأثرت خصوبتهنّ بنسبة 63,0% مقابل 37,0% منهنّ لم يحدث لهنّ ذلك.

بإدخال متغيّر طبيعة النشاط نلاحظ أنّ جلّ اللّواتي تأثرت خصوبتهنّ ماكثات بالبيت وذلك بنسبة 69,0% والعكس تمّ ملاحظته بالنسبة للّواتي لم تتأثر خصوبتهنّ حيث أغلبيتهنّ عاملات بنسبة 47,1%.

لمعرفة تأثير مدّة التأخر عن الكشف، نلاحظ أنّ غالبية اللّواتي تأثرت خصوبتهنّ ولا تعملن تأخّر عن الكشف مدّة 1-5 سنوات بنسبة 100,0%، أمّا اللّواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة وتعملن تأخّر عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر بنسبة 50,0%.

* 46: عدد السيّدات اللّواتي تأخّر عن الكشف بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

بصفة عامة، كلما زادت مدة التأخر عن الكشف كلما تأثرت الخصوبة حيث بلغت 100,0% في حالة التأخر عن الكشف مدة تزيد عن سنة، فالكشف المبكر للمرض يتيح خيارات علاج أكثر وفرض للشفاء أكبر.

الاستنتاج:

تناولنا في هذا الفصل تأثير المكانة الاجتماعية للمرأة على الكشف المبكر لأمراض الجهاز الإنجابي ومنه تأثير ذلك على خصوبتها، نلخص النتائج التي توصلنا إليها فيما يلي:

- للمستوى التعليمي للمرأة دور في ردة فعلها عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية، حيث بعد إدخال نوع الاضطراب الحاصل كمتغير رانز تبين أنه بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة تزيد نسبة الإقبال على الفحص الفوري حيث بلغ لدى المنتميات إلى المستوى الابتدائي 61,5% أما لدى الجامعيات فقد قُدر بـ 66,7%. وتتخفف نسبة التأخر بارتفاعه إذ بلغت لدى ذوات المستوى الابتدائي 38,5% ولدى ذوات المستوى الجامعي 13,3%، كما هو الحال بالنسبة للواتي تجاهلن حدوث الاضطراب فنجدها لدى ذوات المستوى الابتدائي 22,2% و 6,7% لدى الجامعيات، مع تأثير نوع الاضطراب الحاصل في سرعة الكشف.

- نسبة الإقبال على الفحص الفوري عن أمراض الجهاز الانجابي ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بلغت 50,0% لدى ذوات المستوى الابتدائي و 72,4% لدى الجامعيات، مع تأثير نوع الإصابة في مدى الإسراع في الكشف.

- المستوى التعليمي يؤثر في الإسراع في الكشف ومنه على خصوبة المرأة، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة السيدات اللواتي لم تؤثر الإصابة في خصوبتهن حيث بلغت 50,0% لدى ذوات المستوى الابتدائي (أسرعن في الكشف بنسبة 71,4%)، أما لدى الجامعيات بلغت 69,0% (أسرعن في الكشف بنسبة 76,2%).

الفصل السادس: المكانة الاجتماعية للمرأة وعلاقتها بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

- المستوى التعليمي يؤثر في مدة التأخر عن الكشف ومنه في خصوبة المرأة، على اعتبار أن السيدات ذوات المستوى الابتدائي هنّ الأكثر تأخراً عن الكشف مدة تزيد عن سنة، وأنه كلما زادت مدة التأخر عن الكشف كلما تأثرت سلباً خصوبة المرأة.

- طبيعة نشاط المرأة يؤثر على ردة فعل المبحوثات عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية حيث المرأة العاملة أكثر إقبالا على الفحص الفوري (73,8%) والعكس، إذ الماكثات بالبيت هنّ أكثر تأخراً عن الفحص (15,6%) وأكثر تجاهلاً لحدوث الاضطراب (12,5%)، مع تأثير نوع الاضطراب الحاصل في سرعة الكشف.

- كلما كانت المرأة عاملة كلما زادت نسبة إصراعها في الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي (63,0% لدى العاملات مقابل 60,8% لدى الماكثات بالبيت) والعكس صحيح، مع تأثير نوع الإصابة في مدى الإصراع في الكشف.

- طبيعة نشاط المرأة تؤثر في الإصراع في الكشف ومنه على خصوبة المرأة، فمن لم تتأثر خصوبتهنّ إثر الإصابة أكثرهنّ عاملات (65,2%) حيث أسرعن في الكشف بنسبة 75,9%، وكلما زادت نسبة الإصراع في الكشف كلما قلّ تأثر الخصوبة إثر الإصابة.

- طبيعة النشاط تؤثر في مدة التأخر عن الكشف ومنه في الخصوبة، كون الماكثات بالبيت هنّ الأكثر تأخراً عن الكشف مدة تزيد عن سنة، كما أنّ الإصابة أثرت سلباً على الخصوبة بصورة أقلّ لدى العاملات (52,9%) مقارنة بالماكثات بالبيت اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة بنسبة 69,0%، كما لاحظنا أنّه كلما زادت مدة التأخر عن الكشف كلما تأثرت سلباً خصوبة المرأة (في حالة التأخر مدة تزيد عن سنة بلغت 100,0%).

في العموم نستطيع القول على ضوء ما تقدّم من نتائج أنّ المستوى التعليمي للمرأة وطبيعة نشاطها يؤثران إلى جانب الأعراض المُشاهدة في مدى لجوئها إلى الفحص الفوري للمرض وذلك ينعكس على خصوبتها.

الفصل السابع

المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تمهيد

١. مستوى الدخل وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك
على الخصوبة

٢. علاقة كفاية الدخل بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على
الخصوبة

استنتاج

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تمهيد:

يُعتبر المستوى المعيشي عامل مهمّ جدًّا في صحّة الفرد، وعلى اعتبار أنّ المستوى المعيشي مرتبط أساسًا بقيمة الدّخل الأسري ومدى كفايته أو عدم كفايته لتلبية حاجيات أفراد الأسرة منها الصحية، سيتضمّن هذا الفصل مجموعة من العلاقات التي تربط بين مؤشّرات المستوى المعيشي للمبحوثة والمتمثّلة في مستوى الدّخل ومدى كفايته ومؤشّرات الكشف المبكر للمرض محاولين بذلك قياس صحّة الفرضية الثانية من هذه المذكرة التي جاء فيها أنّ ارتفاع المستوى المعيشي للمصابة يؤدي إلى كبح انتشار المرض ومعالجته مبكرًا مما ينعكس إيجابًا على خصوبتها. وعليه قمنا بربط العلاقة بين كل من:

◀ مستوى الدّخل وردّة فعل المبحوثات إثر حدوث اضطراب الدورة الشهرية، ثمّ إدخال متغيّر رائر متمثّل في نوع الاضطراب الحاصل.

◀ مستوى الدّخل وسرعة الكشف عن أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي، مع إدخال المتغيّر الرائر المتمثّل في نوع الإصابة.

◀ مستوى الدّخل، الإسراع في إجراء الكشف الطّبي وتأثير الخصوبة بعد الإصابة.

◀ مستوى الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف ثمّ ربطهما بتأثير الخصوبة بعد الإصابة.

◀ كفاية الدّخل وردّة فعل المبحوثات إثر حدوث اضطراب في دورتهنّ الشهرية، ثمّ إدخال متغيّر رائر متمثّل في نوع الاضطراب الحاصل.

◀ كفاية الدّخل وسرعة الكشف عن أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي، مع إدخال المتغيّر الرائر المتمثّل في نوع الإصابة.

◀ كفاية الدّخل والإسراع في إجراء الكشف الطّبي وتأثير الخصوبة بعد الإصابة.

◀ كفاية الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف ثمّ ربطهما بتأثير الخصوبة بعد الإصابة.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

1. مستوى الدّخل وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة:

تمخّض عن الرّبط بين مستوى الدّخل وردّة فعل المبحوثات إثر حدوث اضطراب في دورتهنّ الشهرية الجدول التّالي:

جدول رقم (36): علاقة مستوى الدّخل برّدّة الفعل إثر حدوث اضطراب الدّورة الشهرية:

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب		اللجوء إلى الطب البديل		تجاهل الأمر وعدم إجراء الفحص		إجراء الفحص الطبي مباشرة		ردّة الفعل مستوى الدّخل	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	4	25,0	1	-	-	25,0	1	50,0	2	أقل من 20000 دج
100	31	19,4	6	12,9	4	9,7	3	58,1	18	بين 20000- 40000 دج
100	60	11,7	7	13,3	8	11,7	7	63,3	38	أكثر من 40000 دج
100	95*	14,7	14	12,6	12	11,6	11	61,1	58	المجموع

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أنّ اتّجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللواتي قمن بإجراء الفحص فور حدوث الاضطراب بنسبة 61,1% مقابل 11,6% منهنّ تجاهلن حدوث الاضطراب.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في مستوى الدّخل نلاحظ أنّ نسبة اللواتي قمن بالفحص المباشر إثر حدوث اضطراب الدّورة الشهرية ترتفع بارتفاعه، أدنى نسبة قيمتها 50,0% تمّ تسجيلها لدى السيّدات اللواتي دخل أسرهن لا يتجاوز 20000 دج أمّا أعلى قيمة فقد بلغت 63,3% لدى السيّدات اللواتي يفوق دخل أسرهنّ 40000 دج، العكس تمّ

• 95: عدد السيّدات اللواتي عانين من اضطراب في الدّورة الشهرية.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

ملاحظته فيما يخص التأخر عن إجراء الفحص حيث تتخضع النسب بارتفاع مستوى الدخل تم تسجيل أكبر نسبة قيمتها 25,0% لدى السيدات اللواتي لم يتجاوز دخل أسرهن 20000 دج في حين بلغت 11,7% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 40000 دج، بالنسبة إلى اللجوء إلى الطب البديل فقد تم تسجيل نسب متقاربة بين السيدات اللواتي دخل أسرهن يتراوح بين 20000-40000 دج واللواتي يتجاوز دخل أسرهن 40000 دج قدرت النسب 12,9% و 13,3% على الترتيب، أما في حالة تجاهل حدوث اضطراب الدورة نلاحظ بصفة عامة أن النسب تتجه إلى الانخفاض بارتفاع مستوى الدخل فقد تم تسجيل أعلى نسبة قيمتها 25,0% بين السيدات اللواتي لا يتجاوز دخل أسرهن 20000 دج في حين بلغت 11,7% لدى اللواتي يتجاوز دخل أسرهن 40000 دج.

قُدرت كا^2 المحسوبة بـ 2,531 و كا^2 الجدولية عند درجة حرية = 6 و مستوى دلالة 5% قيمتها 12,592، بما أن كا^2 المحسوبة أقل من كا^2 الجدولية إذن نقبل فرضية العدم أي هناك استقلالية بين كل من مستوى الدخل وردة فعل المبحوثات إثر حدوث اضطراب دورتهن الشهرية.

ولأنه تم التوصل سابقاً إلى أن نوع الاضطراب الحاصل له تأثير على سرعة الكشف، قمنا بإدخاله كمتغير رائر ضمن العلاقة السابقة بغية توضيحها أكثر، فتحصلنا على جدول مضاعف التقاطع يُبين العلاقة بين مستوى الدخل، نوع الاضطراب وردة الفعل. فلاحظنا أن نسبة اللجوء إلى الكشف الفوري ترتفع بصفة ملحوظة بارتفاع مستوى الدخل، أدنى نسبة قُدرت بـ 50,0% لدى اللاتي لا يتجاوز دخلهن 20000 دج وأكبر نسبة فحص قيمتها 67,8% تمركزت لدى ذوات دخل يتجاوز 40000 دج، كما أن نسبة كل من السيدات اللواتي تأخرن عن الكشف واللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب تقل بارتفاع مستوى الدخل حيث أعلى النسب تمركزت في فئة الدخل الأقل من 20000 دج بقيمة متساوية قُدرت بـ 25,0% أما أدنى نسب التأخر عن الفحص وتجاهل حدوث الاضطراب سُجلت لدى الجامعيات قيمها على التوالي 12,6% و 10,3%.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

من خلال تأثير نوع الاضطراب الحاصل لاحظنا أنّ نسبة السيدات اللواتي لجأن إلى إجراء الفحص الطبي مباشرة بعد حدوث الاضطراب ودخل أسرهنّ يزيد عن 40000 دج أكثر ارتفاعا في حالة حدوث نزيف ذلك بنسبة 78,8% كما هو الحال بالنسبة للسيدات اللواتي يتراوح دخل أسرهنّ بين 20000 و 40000 دج حيث بلغت نسبة الكشف عن النزف الطمّثي 65,0%، أمّا السيدات اللواتي يقلّ دخل أسرهنّ عن 20000 دج كُشفن عن حدوث النزف الطمّثي وعسر الطمّث بنسب متساوية بلغت 50%*.

النتائج المتحصّلة عليها تتفق مع تلك التي تمّ التوصل إليها فيما سبق عن تدخّل نوع الاضطراب الحاصل في عملية الإسراع في الكشف، وأنّه كلّما كان الاضطراب نزيف كلّما تمّ اللجوء إلى الفحص من الوهلة الأولى من حدوث الإضطراب.

في العموم اللجوء إلى الكشف الطبي يرتبط بمدى القدرة على دفع تكاليف الفحص والعلاج، فغالبا ما تتحاشى المبحوثات المنتميات إلى أسر دخلها منخفض القيام بالفحص إن لم تكن حاجة ماسّة لذلك خشية اضطراب ميزانية الأسرة أو بسبب عدم توفّر المال الكافي لدفع المستحقّات التي تتطلبها عملية الفحص والعلاج.

جدول رقم (37): العلاقة بين مستوى الدّخل والإسراع في إجراء الكشف الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف الطبي
						مستوى الدّخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	5	60,0	3	40,0	2	أقل من 20000 دج
100	44	50,0	22	50,0	22	20000-40000 دج
100	71	29,6	21	70,4	50	أكثر من 40000 دج
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 19.

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور الأعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللّواتي أجريّن الفحص الطّبي فور ظهور أعراض المرض بنسبة 61,7% مقابل 38,3% تصرّفن عكس ذلك.

بإدخال متغيّر مستوى الدّخل نلاحظ أنّ نسبة السيّدات اللّواتي أسرعن بإجراء الكشف الطّبي تتّجه إلى الارتفاع بارتفاعه، أدنى نسبة تمّ تسجيلها في أوساط السيّدات اللّواتي يقلّ دخل أسرهنّ عن 20000 دج حيث بلغت 40,0%، في حين أكبر قيمة سجّلت لدى السيّدات اللّواتي يتجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج بلغت 70,4%. من جهة أخرى تتّجه نسبة السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الكشف إلى الانخفاض بارتفاع الدّخل، أعلى قيمة بلغت 60,0% لدى السيّدات اللّواتي تنتمين إلى أسر لا يتجاوز دخلها 20000 دج وأدنى نسبة تمّ تسجيلها تمثّل السيّدات اللّواتي دخل أسرهنّ يتجاوز 40000 دج قيمتها 29,6%.

رغم ملاحظتنا لتأثير مستوى الدّخل على مدى إسراع المبحوثة في إجراء الكشف الطّبي إلاّ أنّه وبعد حساب كا² التي قيمتها 5,828 مقارنة بـ كا² الجدولية التي قيمتها 5,991 عند درجة حرية = 2 و مستوى دلالة 5% إذن كا² المحسوبة أقل من كا² الجدولية، استنتجنا أنّ هناك استقلالية بين المتغيّرين، قد يعود ذلك ربّما لكون العيّنة غير احتمالية.

على ضوء التحليل الإحصائي للجدول أعلاه يمكن تفسير النتائج التي تمّ التوصل إليها فيما يخصّ ارتفاع نسبة الفحص لدى المنتميات إلى مستويات الدّخل العليا على أساس أنّ الارتياح المالي للمرأة ذات الدّخل المرتفع يجعلها غالبا ما تلجأ إلى إجراء الفحص الطّبي دون التّفكير في المصاريف اللاّزمة لذلك.

تجدر بنا الإشارة إلى أنّ من السيّدات اللّواتي تنتمين إلى أسر ذوات دخل منخفض من صرّحن أنّهنّ وبالرغم من قلّة الدّخل إلاّ أنّهنّ تقمن بالاستشارة الطبية وتلقّي العلاج إن كان الأمر ضروري ويتطلّب الإسراع في ذلك (إذن لنوع الإصابة تأثير على إسراع المبحوثة في إجراء الفحص وهذا ما سنراه من خلال الجدول الموالي)، فإن لم يتوفّر المال الكافي

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تلجأ إلى الاقتراض سواء من أحد أفراد الأسرة أو أشخاص آخرين، لكن فيما عدا ذلك غالباً ما تتحاشين الذهاب لإجراء الفحص الطبي لعدم توفر السبل لتوفير المال اللازم للقيام بالفحص أو تلقي العلاج حتى يصل بهن المرض إلى مرحلة يتحتم فيها قيامهن بالفحص وما لذلك من تأثير سلبي على خصوبتهن (هذا ما سنبيّنه من خلال خلال قياس العلاقة بين مستوى الدخل، مدة التأخر عن الكشف ومدى تأثر القدرة على الإنجاب في أحد الجداول أسفله).

لتوضيح العلاقة السابقة قمنا بإدخال متغير رائر يتمثل في نوع الإصابة، فتحصلنا على جدول مضاعف التقاطع يضم كل من مستوى الدخل الشهري، نوع الإصابة ومدى القيام بالفحص الفوري إثر اكتشاف أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي وهو كالتالي:

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (38): العلاقة بين مستوى الدخل، نوع الإصابة والإسراع في إجراء الفحص الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الفحص نوع الإصابة	مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك		
100	2	100	2	-	-	التهابات	أقل من 20000 دج
100	1	-	-	100	1	أكياس مبيضية	
100	1	100	1	-	-	أورام رحمية	
100	1	-	-	100	1	سرطان	
100	5	60,0	3	40,0	2	المجموع الجزئي	
100	26	65,4	17	34,6	9	التهابات	بين 20000 - 40000 دج
100	3	33,3	1	66,7	2	أكياس مبيضية	
100	15	26,7	4	73,3	11	أورام رحمية	
100	44	50,0	22	50,0	22	المجموع الجزئي	
100	41	29,3	12	70,7	29	التهابات	أكثر من 40000 دج
100	15	33,3	5	66,7	10	أكياس مبيضية	
100	12	25,0	3	75,0	9	أورام رحمية	
100	3	33,3	1	66,7	2	سرطان	
100	71	29,6	21	70,4	50	المجموع الجزئي	
100	*120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

نلاحظ أنّ الجدول يحافظ على اتجاهه العام الذي يتّجه نحو السيدات اللواتي أجريّن الفحص الطبي عند اكتشاف أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مدعّم من قبل اللواتي دخل

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

أسرهنّ يفوق 40000 دج بنسبة 70,4%، مقابل 38,3% منهنّ لم تقمن بذلك حيث أعلى نسبة سجّلت بين أوساط السيّدات ذوات الدّخل الأقل من 20000 دج بنسبة 60,0%.

بإدخال متغيّر نوع الإصابة نلاحظ أنّ معظم السيّدات اللّواتي أسرعن في إجراء الفحص الطّبيّ ودخل أسرهنّ يتجاوز 40000 دج أُصبن بأورام رحمية بنسبة 75,0%، كما هو الحال بالنّسبة للمنتميات إلى مستوى دخل يتراوح بين 20000-40000 دج حيث نلاحظ أيضاً أنّ أكبر نسب اللّجوء إلى الفحص سجّلت في حالة الإصابة بأورام رحمية بنسبة 73,3%، أمّا السيّدات اللّواتي لا يتجاوز دخل أسرهنّ 20000 دج فقد أُجرين الكشف الطّبيّ الفوري في حالة الإصابة بأكياس مبيضية وسرطان بنسبة متساوية بلغت 100%. من جهة أخرى نلاحظ أنّ أغلب السيّدات اللّواتي لم يقمن بالفحص الطّبيّ فور ملاحظة أعراض الإصابة ولا يتجاوز دخل أسرهنّ 20000 دج أُصبن بالالتهابات وأورام رحمية بنسبة متساوية قيمتها 100%، أمّا المنتميات إلى دخل يتراوح بين 20000-40000 دج فقد تأخّرن عن الكشف في حالة الإصابة بالتهابات حيث بلغت نسبتهنّ 65,4% والسيّدات اللّواتي يتجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج تأخّرن عن الفحص في حالة الإصابة بسرطان وبأكياس مبيضية بنسب متساوية مقدّرة بـ 33,3%.

ما تمّ التوصل إليه من نتائج يُدعم ما سبق قوله عند تحليل نتائج الجدول السّابق، إذ بإدخال نوع الإصابة توضّح تأثير مستوى الدّخل، باعتبار أنّه على عكس الإصابات الخطرة التي غالباً ما يكون تأثير عامل العرض المشاهد هو الطّاعي على عملية إجراء الكشف من عدمه، في حالة ما إذا كانت الإصابة غير خطيرة والأعراض المشاهدة غير مقلقة - كما هو الحال في حالة الإصابة بالالتهابات - هنا يظهر تأثير عامل مستوى الدّخل إلى جانب عوامل أخرى في مدى اللّجوء إلى الفحص، حيث نسب الكشف عن الإصابات التي غالباً ما تتسبّب في انقطاع أو نزف الطّمث تتفاوت من مستوى دخل لآخر في حين نسبة اللّجوء إلى الفحص في حالة الإصابات الأقل خطورة (الالتهابات) مرتفعة لدى مستويات الدّخل العليا (70,7%).

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

الحرص على استشارة الطبيب من الوهلة الأولى من ظهور أعراض الإصابة من شأنه تسهيل عملية العلاج وما لذلك من أثر على الخصوبة، وإبراز تأثير دخل الأسرة على الكشف المبكر للمرض ومنه على خصوبة المرأة نستعين بالجدول التالي:

جدول رقم (39): العلاقة بين مستوى الدخل، الإسراع في إجراء الكشف وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة الإسراع في الكشف	مستوى الدخل
%	ك	%	ك	%	ك		
100	2	50,0	1	50,0	1	نعم	أقل من 20000 دج
100	3	33,3	1	66,7	2	لا	
100	5	40,0	2	60,0	3	المجموع الجزئي	
100	22	72,7	16	27,3	6	نعم	-20000
100	22	36,4	8	63,6	14	لا	40000 دج
100	44	54,5	24	45,5	20	المجموع الجزئي	
100	50	80,0	40	20,0	10	نعم	أكثر من 40000 دج
100	21	38,1	8	61,9	13	لا	
100	71	67,6	48	32,4	23	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنه يتجه نحو السيدات اللواتي صرّحن أنّ الإصابة لم تؤثر على خصوبتهن بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ أثرت الإصابة في خصوبتهنّ.

بإدخال متغير الدخل نلاحظ أنّ اللاتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة تتجه نسبتهن إلى الانخفاض بارتفاع مستوى الدخل والعكس صحيح، حيث غالبية السيدات اللواتي لم

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

تتأثر خصوبتهنّ ينتمين إلى أسر يتجاوز دخلها 40000 دج بنسبة 67,6% مقابل 40,0% من بين السيدات اللواتي لا يتجاوز دخل أسرهنّ 20000 دج. من جهة أخرى معظم السيدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة تنتمين إلى أسر لا يتجاوز دخلها 20000 دج بنسبة 60,0% مقابل 32,4% تنتمين إلى أسر يتجاوز دخلها 40000 دج.

بإدخال المتغير الرّائز المتمثّل في مدى الإسراع في إجراء الكشف الطّبي نلاحظ أنّ غالبية السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة واللواتي يتجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج قد أسرعن في إجراء الكشف بنسبة 80,0%، في حين أنّ معظم السيدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة واللواتي تنتمين إلى أسر لم يتجاوز دخلها 20000 دج قد تأخرن عن الكشف الطّبي بنسبة 66,7%.

إذن بارتفاع مستوى الدّخل ترتفع نسبة السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ أين ترتفع نسبة الفحص الفوري للإصابة والعكس صحيح.

فيما يلي سنركّز على اللواتي تأخرن عن إجراء الفحص الطّبي، فقمنا بربط متغير مدّة التّأخر عن الكشف ومتغير مستوى الدّخل، النتائج نعرضها من خلال الجدول التّالي:

جدول رقم (40): العلاقة بين الدّخل ومدّة التّأخر عن الكشف:

المجموع	5-1 سنوات		6-12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدة مستوى الدّخل	
	%	ك	%	ك	%	ك		
100	3	66,7	2	-	-	33,3	1	أقل من 20000 دج
100	22	9,1	2	4,5	1	86,4	19	20000-40000 دج
100	21	4,7	1	9,5	2	85,7	18	أكثر من 40000 دج
100	46	10,9	5	6,5	3	82,6	38	المجموع

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

من تتبّع الاتجاه العام للجدول يتّضح أنّه يتّجه نحو اللّواتي تأخّر عن إجراء الفحص مدّة لا تزيد عن 6 أشهر بنسبة 82,6% مقابل 6,5% منهنّ أجريّن الفحص بعد انقضاء مدّة تتراوح بين 6-12 شهر.

بإدخال متغيّر مستوى الدّخل نلاحظ أنّ نسبة السيّدات اللّواتي قمن بإجراء الفحص بعد انقضاء شهر إلى 6 أشهر من زمن ملاحظة أعراض الإصابة تتّجه عموماً إلى الارتفاع بارتفاع مستوى الدّخل حيث بلغت لدى السيّدات اللّواتي لا يتجاوز دخل أسرهنّ 20000 دج قيمتها 33,3% في حين قدّرت بـ 85,7% بين أوساط السيّدات اللّواتي دخل أسرهنّ يتجاوز 40000 دج. العكس تمّ ملاحظته بالنسبة للسيّدات اللّواتي تأخّر عن الفحص مدّة تراوحت بين سنة و 5 سنوات أين نجد أنّ أكبر نسبة مسجّلة بلغت 66,7% تمثّل السيّدات اللّواتي لا يتجاوز دخل أسرهنّ 20000 دج في حين أنّ السيّدات اللّواتي يتجاوز دخل أسرهنّ 40000 دج لم يمثّلن سوى 4,7%.

على اعتبار أنّ المستوى المعيشي المنخفض لا يفي بالاحتياجات الصحية ممّا يؤثّر على قيام المبحوثة بالكشف الفوري للمرض وتحمل تكاليف العلاج، فقد توصلنا من خلال ربط العلاقة بين مستوى الدّخل وأسباب التأخّر عن الفحص إلى أنّ غالبية اللّاتي تأخّر عن الفحص بسبب تجاهلهنّ اللّجوء إلى الفحص دخل أسرهنّ لا يتجاوز 20000 دج (66,7%).*

التأخّر في القيام بالفحص يؤدّي إلى تعقّد الإصابة ممّا ينعكس سلباً على الخصوبة وهذا ما سنكتشفه من خلال الجدول التّالي:

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 20.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (41): علاقة مستوى الدخل، مدة التأخر عن الكشف وتأثير الخصوبة:

المجموع	لا		نعم		تأثير الخصوبة مدة التأخر عن الكشف	مستوى الدخل
	%	ك	%	ك		
100	1	100,0	1	-	-	أقل من 20000دج
100	2	-	-	100,0	2	أقل من 6 أشهر
100	3	33,3	1	66,7	2	1-5 سنوات
100	13	38,5	5	61,5	8	المجموع الجزئي
100	7	42,9	3	57,1	4	أقل من 6 أشهر
100	2	-	-	100	2	6-12 شهر
100	22	36,4	8	63,6	14	أقل من 6 أشهر
100	18	44,4	8	55,6	10	6-12 شهر
100	2	-	-	100,0	2	1-5 سنوات
100	1	-	-	100,0	1	المجموع الجزئي
100	21	38,1	8	61,9	13	أكثر من 40000دج
100	46	37,0	17	63,0	29	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول الذي بين أيدينا أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة نتيجة التأخر عن الفحص بنسبة 63,0% مقابل 37,0% منهنّ لم يحدث لهنّ ذلك.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في مستوى الدخل نلاحظ أنّ نسبة اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة تقلّ بارتفاع مستوى الدخل، حيث بلغت 66,7% في فئة الدخل الأقل من 20000دج في حين بلغت 61,9% في حال تجاوز الدخل 40000دج والعكس صحيح، حيث تتّجه نسبة اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة إلى الارتفاع بارتفاع

• 46: عدد السيّدات اللواتي تأخرن عن الكشف بعد ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

مستوى الدخل نجدها في فئة الدخل الأقل من 20000 دج مقدرة بـ 33,3% في حين بلغت 38,1% في فئة الدخل الذي يزيد عن 40000 دج.

لمعرفة تأثير مدة التأخر عن الكشف، نلاحظ أنّ غالبية السيدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ ويقلّ دخل أسرهنّ عن 20000 دج تأخرن عن الكشف مدة تتراوح بين 1-5 سنوات بنسبة 100,0%، في المقابل نلاحظ أنّ غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة وينتمين إلى فئة دخل تتجاوز 40000 دج لم تتجاوز مدة تأخرهن عن الفحص 6 أشهر وذلك بنسبة 44,4%.

إذن كلّما زادت مدة التأخر عن الكشف كلّما تأثرت خصوبة المرأة، حيث وكما بيّنته نتائج الجدول أعلاه أنّه كلّما تجاوزت مدة التأخر عن الكشف سنة كلّما تأثرت الخصوبة بنسبة 100,0%.

وعليه يمكن القول أنّه إلى جانب تأثير العرض المشاهد، يلعب مستوى الدخل دورا هامًا في مدى التوجّه لإجراء الفحص، فالمرأة الميسورة الحال ماديًا لا تهتمّها تكاليف العلاج بقدر ما يهتمّها الشفاء من المرض.

ممّا لا شكّ فيه أنّ للأمراض ارتباط مباشر أو غير مباشر بالمستوى المعيشي، حيث انخفاض هذا الأخير يؤدي إلى حرمان الأسرة من القدرة على تلبية احتياجاتها الصحية وبالتالي تفاقم المشاكل الصحية وتدني المستوى الصحي. ما يُدعم قولنا هذا هو أنّه تمّ التوصل إلى أنّ عدم اللجوء إلى الفحص يرجع إلى ضعف أو انخفاض دخل المرأة ممّا يجعل الإصابة تتطور وتصل إلى مراحل متقدّمة ممّا يتطلّب رعاية طبية وعلاج أطول وتكاليف علاج أكثر ارتفاعا ممّا كانت ستكون عليه لم تمّ الإسراع في الكشف.¹

¹ LOMPO, A. B. Op.cit. P 211.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

فيما يخص مدى معرفة الأمراض المنقولة جنسيا نلاحظ أن نسبة المعرفة مرتفعة مهما بلغ مستوى الدخل، ونسبة معرفة عدد أكبر منها وطرق انتقالها ترتفع بارتفاع مستوى الدخل، والعكس صحيح.*

ما يُدعم هذه النتائج هو ما تمّ التوصل إليه في آخر مسح وطني متعدد المؤشرات، إذ وُجد أن نسبة معرفة الإيدز مرتفعة لدى السيدات ذوات المستوى المعيشي المرتفع كما هو الحال بالنسبة للآتي يعرفن طرق انتقاله وعددها.¹

II. علاقة كفاية الدخل بالكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة:

ننتقل الآن إلى ربط العلاقة بين مدى كفاية الدخل وردة فعل السيدات عند حدوث اضطراب دورتهن الشهرية بالاستعانة بالجدول التالي:

جدول رقم (42): علاقة كفاية الدخل بردة الفعل جراء حدوث اضطراب الدورة:

ردّة الفعل كفاية الدخل	إجراء الفحص الطبي مباشرة	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	اللجوء إلى الطبّ البديل	إجراء الفحص بملاحظة دوام الاضطراب	المجموع
نعم	35 %61,4	6 %10,5	7 %12,3	9 %15,8	57 %100
لا	23 %60,5	5 %13,2	5 %13,2	5 %13,2	38 %100
المجموع	58 %61,1	11 %11,6	12 %12,6	14 %14,7	95 %100

* عد إلى الملحق 4 جدول رقم 21، 21-1، 21-2، 21-3.

¹ MSPRH, ONS, MICS4, op.cit. P 202.

• 95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في الدورة الشهرية.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي أُجرين الفحص الطّبي بنسبة 61,1% مقابل 11,6% من تجاهلن حدوثه.

بإدخال المتغيّر المتمثّل في كفاية الدّخل نلاحظ أنّ نسب الفحص مرتفعة قليلا لدى السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخل الأسرة يكفي لسدّ الاحتياجات الضرورية منها الصحية حيث بلغت 61,4% مقارنة بالسيّدات اللّواتي صرّحن عكس ذلك إذ قدّرت نسبة لجوئهنّ إلى الفحص بـ 60,5%. فيما يخصّ تجاهل السيّدات لحدوث اضطراب دورتهن الشهرية نجد أعلى نسبة مقدّرة بـ 13,2% مسجّلة بين أوساط السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ الدّخل غير كاف وأدنى نسبة مقدّرة بـ 10,5% مسجّلة لدى السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ الدّخل يكفي لسدّ احتياجاتهن الضرورية منها الصحية.

إذن كفاية الدّخل تدلّ على الارتياح المالي للأسرة وهذا ما يُسهّل على المريضة القيام بالكشف عن المرض قبل وصوله لمرحلة يستعصي معها العلاج وما لذلك من تأثير على خصوبتها. أمّا في حالة عدم كفايته يجعل المريضة تتخوّف من تكاليف الفحص والعلاج ممّا يؤدّي بها الأمر إلى تجاهل الإصابة أو تلجأ إلى الطّبيب في حالة تأزم الوضع الصحيّ.

جلّ المبحوثات اللّواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ كاف يُخصّصن جزء من الدّخل للمصاريف الصحية. في هذا الصّدق قمنا بربط العلاقة بين مدى تخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة، فتبيّن أنّ أكبر نسب اللّجوء إلى الفحص الفوري سجّلت لدى السيّدات اللّواتي قُمن بتخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية (64,4%)، أمّا في حالة التأخّر عن الكشف وتجاهل الأمر، فنجد معظمهنّ لا يقمن بتخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية بنسب قيمها على التّوالي 16,0% و14,0%*.

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 22.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

باعتبار أن نوع الاضطراب الحاصل يؤثر أيضا في ردة الفعل نستعين بالجدول التالي:

جدول رقم (43): علاقة كفاية الدّخل ونوع الاضطراب برّدّة الفعل جزاء حدوث اضطراب الدّورة الشهرية:

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطبّ البديل	تجاهل الأمر	إجراء الفحص الطبي	ردّة الفعل نوع الاضطراب	كفاية الدّخل
35 %100	9 %25,7	-	1 %2,9	25 %71,4	نزيف	نعم
20 %100	1 %5,0	-	3 %15,0	16 %80,0	انقطاع	
30 %100	3 %10,0	7 %23,3	4 %13,3	16 %53,3	عسر	
85 %100	13 %15,3	7 %8,2	8 %9,4	57 %67,1	المجموع الجزئي	
20 %100	3 %15,0	-	2 %10,0	15 %75,0	نزيف	لا
15 %100	3 %20,0	-	4 %26,7	8 %53,3	انقطاع	
18 %100	1 %5,6	5 %27,8	3 %16,7	9 %50,0	عسر	
53 %100	7 %13,2	5 %9,4	9 %17,0	32 %60,4	المجموع الجزئي	
*138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع	

نلاحظ أنّ الجدول يحافظ على اتّجاهه العام، حيث يتّجه دائما نحو السيّدات اللّواتي أجريّن الفحص الطبي بنسبة 64,5%، مقابل 8,7% من السيّدات من لجأن إلى الطّبّ البديل لمعالجة الاضطراب الحاصل. يظهر تأثير مدى كفاية الدّخل من خلال تسجيل أكبر نسبة لجوء إلى الفحص بين أوساط السيّدات اللّواتي يعتبر دخل أسرهنّ كاف لتلبية الاحتياجات الضرورية منها الصحية بنسبة 67,1% مقابل 60,4% من السيّدات اللّواتي يعدّ دخل أسرهنّ غير كاف. العكس لاحظناه فيما يخصّ تجاهل حدوث الاضطراب نجد

• 138: عدد السيّدات اللّواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدّورة الشهرية أو أكثر.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

أعلى نسبة مسجلة في أوساط السيدات اللواتي دخل أسرهن غير كاف بنسبة 17,0% بينما سُجّلت نسبة قيمتها 9,4% لدى السيدات اللواتي دخل أسرهن كاف.

بإدخال متغير نوع الاضطراب الحاصل نلاحظ أنّ أغلبية السيدات اللواتي أسرعن في الكشف ودخل أسرهن كاف حدث لهنّ انقطاع الطمث بنسبة 80,0%، أمّا غالبية السيدات اللواتي صرّحن عكس ذلك فقد أسرعن في الفحص نتيجة حدوث النزف الطمثي بنسبة 75,0%. في المقابل غالبية اللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب ودخل أسرهن غير كاف تجاهلن حدوث انقطاع الطمث بنسبة 26,7% واللواتي دخل أسرهن كاف تجاهلن حدوث انقطاع الطمث أيضا وذلك بنسبة 15,0%.

النتائج التي توصلنا إليها تتوافق مع تلك التي تمّ التوصل إليها في الفصل السابق من ناحية مدى تأثير نوع الاضطراب الحاصل على ردة فعل المرأة. فالإزعاج أو القلق الذي يسببه النزيف مثلا يجعل المرأة على الرغم من كون الدّخل قليل تلجأ إلى الفحص فحسب قول إحداهن " أدبر وأحبر المهم إجراء الفحص والتأكد من أنني لا أعاني من مرض خطير".

جدول رقم (44): علاقة كفاية الدّخل بالإسراع في إجراء الكشف الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف الطبي كفاية الدّخل
		%	ك	%	ك	
100	72	33,3	24	66,7	48	نعم
100	48	45,8	22	54,2	26	لا
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن إصابة واحدة على الأقل من خلال ظهور الأعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوصيتها

من تتبّع الاتجاه العام للجدول نلاحظ أنّ غالبية وحدات العينة أسرع في إجراء الكشف الطبيّ نتيجة اكتشاف أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% لم يقم بذلك.

عند إدخال متغيّر كفاية الدّخل نلاحظ أنّ أكثر السيّدات لجوءاً إلى الفحص الطبيّ دخل أسرهنّ كاف لسدّ احتياجاتهنّ الضرورية خصوصاً الصحية بنسبة قيمتها 66,7% أمّا السيّدات اللّواتي لا يكفي دخل أسرهنّ لتلبية الاحتياجات الضرورية منها الصحية فقد مثّلن نسبة 54,2%. العكس تمّ ملاحظته فيما يخصّ عدم الإقبال السّريع على الكشف أين أكبر نسبة تمّ تسجيلها بين السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ غير كاف بنسبة 45,8% في حين سجّلت نسبة قيمتها 33,3% تمثّل السيّدات اللّواتي صرّحن عكس ذلك أي بفارق ما يقارب 12 نقطة عن سابقتها.

إنّ كفاية الدّخل يجعل الأسرة قادرة على تحمّل مصاريف الفحص والعلاج، كما أنّه يسمح للأسرة بتخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية، وفي هذا الصّدقنا بربط العلاقة بين بين تخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية ومدى الإسراع في إجراء الكشف الطبيّ، فتبيّن أنّ غالبية المبحوثات اللّواتي أسرعن في الكشف قمن بتخصيص جزء من ميزانية الأسرة للمصاريف الصحية بنسبة 73,6% والعكس صحيح، حيث أنّ معظم اللّواتي تأخّرن عن إجراء الفحص لم يقمن بتخصيص المصاريف الصحية وذلك بنسبة 47,8%*.

لتوضيح كيفية تأثير مدى كفاية الدّخل من عدمه على مدى الإسراع في إجراء الفحص بأخذ بعين الاعتبار مدى خطورة الإصابة قمن بالاستعانة بالجدول التّالي:

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 23.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (45): العلاقة بين كفاية الدّخل، نوع الإصابة وإجراء الكشف الطّبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف نوع الإصابة	كفاية الدّخل
%	ك	%	ك	%	ك		
100	39	35,9	14	64,1	25	التهابات	نعم
100	13	30,8	4	69,2	9	أكياس مبيضية	
100	11	36,4	5	63,6	13	أورام رحمية	
100	2	50	1	50	1	سرطان	
100	72	33,3	24	66,7	48	المجموع الجزئي	
100	30	56,7	17	43,3	13	التهابات	لا
100	6	33,3	2	66,7	4	أكياس مبيضية	
100	10	30,0	3	70,0	7	أورام رحمية	
100	2	-	-	100	2	سرطان	
100	48	45,8	22	54,2	26	المجموع الجزئي	
100	*120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

نلاحظ أنّ الجدول يحافظ على اتّجاهه العام حيث يتّجه نحو السيّدات اللّواتي قمن بإجراء الفحص الطّبي فور اكتشاف أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مدعّمة من قبل السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ كاف لتلبية احتياجاتهنّ الضّروية منها الصحية قيمتها 66,7%، في المقابل 38,3% من السيّدات لم تقمن بالكشف أكثرهنّ دخل أسرهنّ غير كاف بنسبة 45,8%.

بإدخال المتغير الرّائز المتمثّل في نوع الإصابة نلاحظ أنّ أكبر نسب الفحص التي تمّ تسجيلها لدى السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ كاف حدثت في حالات الإصابة

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

بأكياس مبيضية (2,69%) من جهة أخرى نلاحظ أنّ أكثر السيّدات اللّواتي يعتبر دخل أسرهنّ غير كاف تجاهلن الإصابة بالالتهابات إذ بلغت 56,7%.

إنّ الكيفية التي تكشف بها الإصابة عن وجودها لها أيما أثر في ردّة فعل المرأة إثر ما تُلاحظه من أعراض، فحدّة هذه الأخيرة غالبا ما تدفع بها إلى إجراء الفحص كما هو الحال بالنسبة للأورام الرحمية والأكياس المبيضية التي غالبا ما تكشف عن وجودها من خلال حدوث اضطراب الدّورة الشهرية. الفارق يظهر في الإصابات الأقل خطورة والمتمثلة في الالتهابات إذ أكبر نسب اللّجوء إلى الفحص سجّلت بين السيّدات اللّواتي دخل أسرهنّ كاف في حين أنّ أكبر نسبة تجاهل حدوث الالتهابات سجّلت بين السيّدات اللّواتي دخل أسرهنّ غير كاف. هنا يظهر تأثير قلّة الدّخل على القدرة على الحصول على الخدمات الصحية، فكون الإصابة غير خطيرة والدّخل قليل يجعلان المرأة تتغاضى عن الدّهاب إلى الفحص.

جدول رقم (46): العلاقة بين كفاية الدّخل، الإسراع في الكشف وتأثير الخصوبة بعد الإصابة:

المجموع		لا		نعم		تأثير الخصوبة	
						الإسراع في الكشف	كفاية الدّخل
%	ك	%	ك	%	ك	نعم	لا
100	48	77,1	37	22,9	11	نعم	نعم
100	24	29,2	7	70,8	17	لا	
100	72	61,1	44	38,9	28	المجموع الجزئي	
100	26	76,9	20	23,1	6	نعم	لا
100	22	45,5	10	54,5	12	لا	
100	48	62,5	30	37,5	18	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ الإصابة لم تؤثر على خصوبتهنّ بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ صرّحن عكس ذلك.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في كفاية الدّخل نلاحظ أنّ نسب السيّدات اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ بعد الإصابة متقاربة بين من صرّحن أنّ الدّخل كاف ومن صرّحن عكس ذلك، هناك ارتفاع طفيف لنسبة السيّدات اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ وصرّحن أنّ دخل الأسرة غير كاف حيث بلغت 62,5% تقلّ عنها بفارق 1,4 نقطة نسبة اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ بعد الإصابة ودخل أسرهنّ كاف والعكس صحيح.

بإدخال المتغيّر الرّائز المتمثّل في مدى الإسراع في الكشف نلاحظ أنّ غالبية اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ ودخل أسرهنّ غير كاف أسرعن في إجراء الكشف بنسبة 76,9% والعكس صحيح، حيث غالبية اللّواتي تأثّرت خصوبتهنّ ودخل أسرهنّ كاف تأخّرن عن الفحص بنسبة مُقدّرة بـ 70,8%.

يمكن تفسير ما تمّ التوصل إليه من نتائج أنّه وبالرغم من عدم كفاية الدّخل، في حالة الإصابات التي تُنذر أعراضها بخطرها غالبا ما تلجأ المرأة إلى الفحص الطّبي وبالتالي تدارك الإصابة قبل أن تؤثر في خصوبتها، من جهة أخرى من الإصابات من تكون أعراضها خفيفة لا تعكس خطورتها بالقدر الكافي الذي يدفع بالمصابة إلى الإسراع في إجراء الكشف فقد لا تتنبّه لها (هنا يدخل وعيها الصحي)، أضف إلى ذلك أنّ من الحالات التي ورغم التأخّر عن الكشف إلا أنّ الإصابة لم تؤثر في خصوبة المبحوثة وهناك العكس إذ ورغم الكشف الفوري للإصابة إلا أنّها تؤثر في خصوبة المرأة.

ننتقل الآن إلى المبحوثات اللّواتي تأخّرن عن الكشف ونبدأ إذن بربط العلاقة بين مدى كفاية الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف، نعرض النتائج المُتوصّل إليها من خلال الجدول التّالي:

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (47): العلاقة بين مدى كفاية الدّخل ومدّة التأخّر عن الكشف:

المجموع		1 - 5 سنوات		6 - 12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدّة	كفاية الدّخل
		%	ك	%	ك	%	ك		
100	23	4,3	1	8,7	2	87,0	20		نعم
100	23	17,4	4	4,4	1	78,3	18		لا
100	46*	10,9	5	6,5	3	82,6	38		المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص مدّة تقلّ عن 6 أشهر بنسبة 82,6% في المقابل تمّ تسجيل 6,5% من السيّدات من تأخّرن عن الكشف مدّة تتراوح بين 6 و 12 شهر.

من خلال إدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في كفاية الدّخل نلاحظ أنّ أغلبية السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص خلال مدّة لا تزيد عن 6 أشهر تنتمين إلى أسر دخلها كاف بنسبة 87,0%، في حين نجد أنّ غالبية السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 1-5 سنوات تنتمين إلى أسر دخلها غير كاف بنسبة 17,4%، كما نجد نسب التأخّر عن الفحص مدّة تتراوح بين 6-12 شهر منخفضة بلغت أكبر قيمة لها لدى السيّدات اللّواتي صرّحن أنّ دخلهنّ كاف 8,7%.

• 46: عدد السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص رغم ظهور أعراض الإصابة.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

جدول رقم (48): علاقة مدى كفاية الدّخل ومدة التأخّر عن الكشف بتأثر الخصوبة:

المجموع	لا		نعم		مدى كفاية الدّخل	تأثر الخصوبة مدة التأخّر عن الكشف
	%	ك	%	ك		
100	21	33,3	7	66,7	14	أقل من 6 أشهر
100	2	-	-	100,0	2	6-12 شهر
100	1	-	-	100,0	1	1-5 سنوات
100	24	29,2	7	70,8	17	المجموع الجزئي
100	17	52,9	9	47,1	8	أقل من 6 أشهر
100	1	100,0	1	-	-	6-12 شهر
100	4	-	-	100,0	4	1-5 سنوات
100	22	45,5	10	54,5	12	المجموع الجزئي
100	46*	37,0	17	63,0	29	المجموع

يتّضح من القراءة الأولى لهذا الجدول أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو اللواتي تأثرت خصوبتهنّ نتيجة تأخرهنّ عن الكشف بنسبة 63,0% مقابل 37,0% منهنّ لم يحدث لهنّ ذلك.

بإدخال متغيّر كفاية الدّخل، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ دخل أسرهنّ كاف بنسبة 70,8%، في حين أنّ غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ دخل أسرهنّ غير كاف لتلبية احتياجاتهنّ الصحية بنسبة 45,5%.

لمعرفة تأثير مدة التأخّر عن الكشف نلاحظ أنّ معظم اللواتي تأثرت خصوبتهنّ ودخلهنّ كاف تأخرنّ عن الكشف مدة 6-12 شهر ومدة 1-5 سنوات بنسبة 100,0%، أمّا اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ ودخل أسرهنّ غير كاف، على غرار حالة واحدة تأخرت عن

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرنّ عن الكشف.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

الكشف مدّة تتراوح بين 6-12 شهر ولم تتأثر خصوبتها، نجد 52,9% منهنّ تأخرن عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر ولم تتأثر خصوبتهنّ.

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أنّ خصوبة المرأة تتأثر سلبيًا كلّما زادت مدّة التأخر عن الكشف. يمكن تفسير كون اللواتي دخلن أسرهنّ كاف هنّ اللواتي تأثرت خصوبتهنّ أكثر مقارنة باللواتي دخلن أسرهنّ غير كاف لتأثير عوامل أخرى على غرار كفاية دخل أسرهنّ على عملية الإسراع في الكشف كالمستوى التعليمي، طبيعة النشاط ونوع الإصابة.

لقد أسفرت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 فيما يتعلّق بعوائق تلقّي النساء المتزوّجات في سنّ الإنجاب المشورة الطبية هو عدم الحصول على المال الكافي للكشف و العلاج بنسبة 43,9%¹.

الاستنتاج:

في نهاية هذا الفصل نُخصّص ما تمّ التوصل إليه من نتائج في النقاط التالية:

- بارتفاع مستوى الدّخل تزيد نسبة الإقبال على الفحص الفوري لاضطرابات الدّورة الشهرية حيث أعلى نسبة سجّلت لدى اللواتي يتجاوز دخلهنّ 40000 دج بلغت 67,8%، في حين تنخفض نسبة التأخر عن الكشف بارتفاع الدّخل إذ لم تتجاوز 12,6% لدى اللواتي يفوق دخل أسرهنّ 40000 دج، كما هو الحال بالنسبة للواتي تجاهلن حدوث الاضطراب حيث أدنى نسبة سجّلت قُدّرت بـ 10,3% لدى اللواتي يتجاوز دخلهنّ 40000 دج، مع تأثير نوع الاضطراب الحاصل في سرعة الكشف.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص 155-156.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر

للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

- سرعة الكشف عن أمراض الجهاز الانجابي ترتفع بارتفاع الدّخل حيث انتقلت من 40,0% لدى اللّواتي دخل أسرهنّ لا يتجاوز 20000 دج إلى 70,4% لدى اللّواتي يتجاوز دخلهنّ 40000 دج، والعكس صحيح، مع تأثير نوع الإصابة في مدى الإسراع في الكشف.

- مستوى الدّخل يؤثّر في الإسراع في الكشف ومنه على خصوبة المرأة، حيث كلّما ارتفع الدّخل كلّما ارتفعت نسبة السيّدات اللّواتي لم تؤثّر الإصابة في خصوبتهنّ (67,6% لدى اللّواتي يفوق دخلهنّ 40000 دج) حيث تكون نسبة الكشف الفوري مرتفعة (80,0%) والعكس صحيح.

- ذوات الدّخل الأدنى هنّ الأكثر تأخراً عن الكشف مدّة تزيد عن سنة، وعليه مستوى الدّخل يؤثّر في مدّة التأخّر عن الكشف ومنه في خصوبة المرأة حيث بارتفاعه تنخفض نسبة السيّدات اللّواتي أثرت الإصابة على خصوبتهنّ (بلغت 66,7% لدى المنتميات إلى فئة الدّخل الأقل من 20000 دج في حين بلغت 61,9% لدى اللّواتي يتجاوز دخلهنّ 40000 دج)، كما لاحظنا أنّه كلّما زادت مدّة التأخّر عن الكشف كلّما تأثرت سلباً خصوبة المرأة.

- اللّواتي دخل أسرهنّ كاف هنّ الأكثر إقبالا على الفحص الفوري لاضطراب الدّورة الشّهريّة (67,1%) والعكس فيما يخص تجاهل الاضطراب حيث نجد أغلبية السيّدات دخلهنّ غير كاف (17,0%)، مع تأثير نوع الاضطراب الحاصل في سرعة الكشف.

- اللّواتي دخل أسرهنّ كاف أكثر إسراعاً في إجراء الفحص الطّبي (66,7%) والعكس صحيح، مع تأثير نوع الإصابة في مدى الإسراع في الكشف.

- المبحوثات اللّواتي دخلهنّ غير كاف هنّ من لم تتأثّر خصوبتهنّ إثر الإصابة (62,5%) حيث أسرعن في الكشف بنسبة 76,9%. في العموم كلّما زادت نسبة الإسراع في الكشف كلّما قلّ تأثر الخصوبة إثر الإصابة.

الفصل السابع: المستوى المعيشي للمرأة وعلاقته بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على خصوبتها

- مدى كفاية الدخل يؤثر في مدّة التأخّر عن الكشف كون اللّواتي دخل أسرهنّ غير كاف هنّ الأكثر تأخّرا عن الكشف مدّة تزيد عن سنة (17,4%).

- غالبية اللّواتي تأثرت خصوبتهنّ دخل أسرهنّ كاف (70,8%) وبلغت نسبة التأثّر 100,0% في حال التأخّر عن الفحص مدّة تزيد عن 6 أشهر (كلّما زادت مدّة التأخّر عن الكشف كلّما تأثرت سلبا خصوبة المرأة).

على ضوء ما تقدّم من نتائج يمكننا القول المستوى المعيشي للمرأة يلعب دورا في الكشف المبكر للمرض ممّا ينعكس على خصوبتها.

الفصل الثامن

الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

تمهيد

1. توفر الخدمات الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة
2. سهولة الحصول على الخدمة الصحية ودورها في الكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة
3. الرضا عن الخدمة الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة

استنتاج

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

تمهيد:

إنّ رفع جودة الخدمات المقدّمة للمرأة على مستوى الهياكل الصحية تعود بالنّفع على صحتّها ذلك بالتعرّف المبكّر على الأمراض والحيلولة دون انتشارها ووصولها لمرحلة قد يستعصي فيها العلاج، هذا بالإضافة إلى بناء ثقة بينها وبين الجهاز الصحيّ وضمان رضاها عن الخدمة الصحية، فنوعية الخدمات الصحية المقدّمة للمرأة في قطاع الفحص لها دور في اكتشاف المرض مبكّراً ومعالجته أو العكس، هذا ما سنكتشفه من خلال هذا الفصل الذي يتضمّن جداول تربط من خلالها العلاقة بين كل من مدى توفّر الخدمة الصحية، سهولة الحصول عليها ورضا المبحوثات عنها بمؤشّرات الكشف المبكر للمرض، محاولين بذلك قياس الفرضية الثالثة التي جاء فيها أنّ رداءة الخدمات الصحية تؤدّي إلى التآخّر عن اكتشاف المرض ومعالجته مبكراً ممّا ينعكس سلباً على خصوبة المرأة، وعليه قمنا بربط كل من مدى توفّر الخدمة الصحية، سهولة الحصول عليها ورضا المبحوثات عنها بـ:

◀ ردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة مع إدخال متغيّر رائر متمثّل في نوع الاضطراب الحاصل.

◀ مدى الإسراع في الكشف عند الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي ثمّ إدخال متغيّر نوع الإصابة.

◀ مدى الإسراع في الكشف، ثمّ ربط العلاقة بتأثر القدرة على الإنجاب.

◀ مدّة التآخّر عن الكشف الطّبي، ثمّ ربط العلاقة بتأثر القدرة على الإنجاب.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

1. توفر الخدمات الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة:

قمنا بسؤال المبحوثات عن مدى توفر الخدمة الصحية بمنطقة سكنهنّ وذلك من خلال معرفة توفر المنطقة على مختلف الهياكل الصحية من مستشفى، مؤسسات للصحة الجوارية ومراكز الفحص... الخ وكذا توفر مُقدّمي هذه الخدمة، فأجابت 73,1% من وحدات العينة أنّ الخدمة الصحية غير متوفرة بالقدر الكافي لتغطية الاحتياجات الصحية للمواطنین مستدلّات بذلك بظاهرة الاكتظاظ التي تعتري المؤسسات الصحية في حين 26,9% منهنّ أجبين عكس ذلك.*

جدول رقم (49): العلاقة بين مدى توفر الخدمة الصحية وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة:

ردّة الفعل توفر الخدمة الصحية	إجراء الفحص الطبي مباشرة	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	اللّجوء إلى الطّب البديل	إجراء الفحص بملاحظة دوام الاضطراب	المجموع
متوفرة بالقدر الكافي	20 %76,9	4 %15,4	2 %7,7	-	26 %100
غير متوفرة بالقدر الكافي	38 %55,1	7 %10,1	10 %14,5	14 %20,3	69 %100
المجموع	58 %61,1	11 %11,6	12 %12,6	14 %14,7	95 %100

* عد إلى الملحق 5 جدول رقم 24.

• 95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في دورتهنّ الشّهريّة.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض

وانعكاس ذلك على الخصوبة

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي قمن بإجراء الفحص الطّبي فور حدوث اضطراب الدّورة بنسبة 61,1% في حين أنّ 11,6% منهنّ تجاهلن حدوثه.

عند إدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في توفّر الخدمة الصحية في منطقة سكن المصابة، نلاحظ أنّ نسبة اللّاتي أسرعن في إجراء الكشف الطّبي فور حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة أكثر ارتفاعا في حالة توفّر الخدمة الصحية بالقدر الكافي بمنطقة سكنهنّ حيث بلغت 76,9% مقابل 55,1% من السيّدات اللّواتي صرّحن عكس ذلك. من جهة أخرى نجد أنّ غالبية السيّدات اللّواتي تأخّرن عن الفحص الطّبي لاضطراب الدّورة واللّواتي لجأن إلى الطّب البديل صرّحن أنّ الخدمة الصحية في منطقة سكنهنّ غير متوفّرة بالقدر الكافي وذلك بنسبة 20,3% و 14,5% على التّرتيب، ولاحظنا أيضا أنّ غالبية اللّواتي تجاهلن حدوث الاضطراب أجبن بأنّ الخدمة الصحية متوفّرة بالقدر الكافي وذلك بنسبة 15,4%.

على العموم ثبت أنّ هناك علاقة بين الهياكل الصحية المتوفّرة وردّة فعل المبحوثة إثر اضطراب دورتها الشّهريّة، ما يُعزّز هذا الطّرح هو أنّه بحساب Ka^2 التي قيمتها 7,891 هي أكبر من Ka^2 الجدولية التي قيمتها 7,815 عند درجة حرية = 3 ومستوى دلالة 5% وبالتالي نُقر بوجود علاقة بين المتغيّرين، أمّا عن درجة الارتباط بينهما نستطيع القول أنّها طردية ضعيفة قليلا على اعتبار أنّ معامل ارتباط التّوافق = 0,28.

لتوضيح هذه العلاقة أكثر قمنا بإدخال متغيّر رانز متمثّل في نوع الاضطراب، فتحصّلنا على جدول مُضاعف التّقاطع ربطنا فيه العلاقة بين كل من توفّر الخدمة الصحية، نوع الاضطراب الحاصل مع ردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهريّة، فتبيّن من خلال القراءة الإحصائية للجدول أنّ أكبر نسبة إجراء الفحص الفوري (79,5%) لدى اللّواتي أجبن بأنّ الخدمة الصحية متوفّرة بالقدر الكافي، أعلى نسب التأخّر عن الفحص واللّجوء إلى الطّب البديل سُجّلت بين أوساط اللّواتي صرّحن عكس ذلك بنسب قيمها على التّوالي

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

20,2% و 10,1% أما أكبر نسبة تجاهل الاضطراب (15,4%) فسُجّلت بين أوساط اللواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية تغطّي الطّلب عليها. لمعرفة تأثير نوع الاضطراب الحاصل، جُلّ اللّاتي قمن بالكشف الفوري وصرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي حدث لهنّ نزيف بنسبة 92,3% كما هو الحال بالنّسبة للّاتي صرّحن عكس ذلك، في المقابل غالبية اللّواتي تجاهلن حدوث الاضطراب ويرين أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي حدث لهنّ انقطاع كما هو الحال بالنّسبة للّواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي وذلك بنسبة متساوية بلغت 20,0%*.

هذه النتائج تُدعّم ما توصلنا إليه سابقا عن دور العرض المشاهد في ردّة الفعل، حيث يُعدّ النزيف الاضطراب الذي يثير مخاوف المرأة ممّا يدفعها إلى الفحص.

جدول رقم (50): العلاقة بين توقّر الخدمة الصحية والإسراع في إجراء الكشف الطّبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف توقّر الخدمة الصحية
		%	ك	%	ك	
100	35	22,9	8	77,1	27	متوقّرة بالقدر الكافي
100	85	44,7	38	55,3	47	غير متوقّرة بالقدر الكافي
100	120*	38,3	46	61,7	74	المجموع

من خلال قراءتنا الأولى لهذا الجدول نلاحظ أنّ اتّجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللّواتي قمن بالكشف الطّبي عند ملاحظة أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ لم تقمن بذلك.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 25.

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في مدى توفر الخدمة الصحية نلاحظ أنّ غالبية السيّدات اللّواتي قمن بالفحص الطّبي صرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي بنسبة 77,1% في المقابل نجد أنّ معظم السيّدات اللّواتي صرّحن عكس ذلك تأخّرن عن الفحص بنسبة 44,7%.

من هنا نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين الدليل على ذلك هو أنّه عند حسابنا لـ χ^2 وجدناها تُقدّر بـ 5 وهي أكبر من χ^2 الجدولية التي قدّرت بـ 3,841 عند درجة حريّة = 1 ومستوى دلالة 5%. أمّا عن قيمة هذه العلاقة، فنستطيع القول أنّها طردية متوسّطة بين المتغيرين على اعتبار أنّ قيمة معامل الاقتران = 0,46.

للتوضيح أكثر قمنا بربط العلاقة بين كل من مدى توفر الخدمة الصحية في منطقة سكن المصابة، نوع الإصابة ومدى الإسراع في الكشف، إضافة إلى نتائج الجدول (50)، عند إدخال متغير نوع الإصابة، لاحظنا أنّ نسبة الإسراع في الفحص لدى اللّواتي صرّحن بوجود خدمة صحية بوفرة مرتفعة في حال الإصابة بسرطان وأورام رحمية بنسبة متساوية بلغت 100,0%، من جهة أخرى جّلّ اللّواتي تأخّرن عن الفحص وصرّحن بأنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي حدث لهنّ التهاب بنسبة 52,2%*.

ننتقل الآن إلى ربط العلاقة بين كل من مدى توفر الخدمة الصحية، مدى الإسراع في الكشف ومدى تأثر القدرة على الإنجاب من خلال الجدول التّالي:

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 26.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (51): العلاقة بين توفر الخدمة الصحية، مدى الإسراع في الكشف ومدى تأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة الإسراع في إجراء الكشف	توفر الخدمة الصحية
		%	ك	%	ك		
100	27	74,1	20	25,9	7	نعم	متوفرة بالقدر الكافي
100	8	62,5	5	37,5	3	لا	
100	35	71,4	25	28,6	10	المجموع الجزئي	
100	47	78,7	37	21,3	10	نعم	غير متوفرة بالقدر الكافي
100	38	31,6	12	68,4	26	لا	
100	85	57,6	49	42,4	36	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

من تتبّع الاتجاه العام للجدول نلاحظ أنّ أغلبية السيدات لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ من حدث لهنّ العكس.

بإدخال المتغيّر المستقلّ المتمثّل في مدى توفر الخدمة الصحية، نلاحظ أنّ أكثر السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ إثر الإصابة أجبن بأنّ الخدمة الصحية متوفرة بالقدر الكافي بنسبة 71,4% في حين أنّ غالبية السيدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ إثر الإصابة صرّحن أنّ الخدمة الصحية المتوفرة لا تكفي بنسبة 42,4%.

بإدخال المتغيّر الرّائز المتمثّل في مدى الإسراع في الكشف، نلاحظ أنّ غالبية السيدات اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ وأجبن بأنّ الخدمة الصحية متوفرة بالكمّ المطلوب

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

أسرعن في الكشف بنسبة 74,1%، في حين أنّ معظم السيدات اللواتي أثرت الإصابة في خصوبتهنّ وصرّحن عكس ذلك قد تأخّرن عن الكشف بنسبة 68,4%.

إنّ توفّر الخدمات الصحية بما يلائم حجم الطلب عليها له من الأهمية لتأثيره على الاكتشاف المرض قبل استفحاله وما لذلك من تأثير على الخصوبة، إذ توفّر أكبر عدد من المرافق الصحية يضمن تقديم أكبر عدد من الخدمات بمختلف أنواعها ممّا يُسهّل للمرأة الحصول على الخدمة الصحية التي تتمثّل في الخضوع للفحص والعلاج قبل تطوّر الإصابة وتفادي الضرر الذي كان سيتربّط عنها لو تُركت بدون علاج وما لذلك من أثر على الخصوبة.

توفّر الخدمات الصحية في المجتمع يؤثّر في صحة الأفراد، فتوافر المنشآت الصحية من مستشفيات، وحدات ومراكز صحية وكذلك الأطباء وهيئات التمريض والأجهزة والمعدّات والعقاقير والأدوية يعمل على رفع المستوى الصحيّ للأفراد،¹ حيث أنّ توفّر الهياكل الصحية والمعدّات يدفع بالمريض بالتوجّه إلى المؤسسة الصحية لإجراء الفحص.²

بالحديث عن أهميّة تدارك الإصابة قبل استفحاله حيث ذلك غالبا ما يؤثّر سلبا على الخصوبة، ارتأينا أن نخصّص الجدولين المواليين للواتي تأخّرن عن الكشف كما يلي:

¹ بهاء الدين إبراهيم سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص 240.

² Agence nationale de la statistique et de la démographie, Ministère de la santé et de l'action sociale. Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé 2012-2013, Sénégal, 2013, p 10.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (52): العلاقة بين توفر الخدمة الصحية ومدّة التأخر عن الكشف:

المجموع		1-5 سنوات		6-12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدة توفّر الخدمة الصحية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	8	-	-	-	-	100	8	متوفّرة بالقدر الكافي
100	38	13,2	5	7,9	3	78,9	30	غير متوفّرة بالقدر الكافي
100	*46	10,9	5	6,5	3	60,9	38	المجموع

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللواتي تأخّرن عن الكشف مدّة لا تتجاوز 6 أشهر بنسبة 60,9% مقابل 6,5% منهنّ تأخّرن عن إجراء الكشف مدّة تتراوح بين 6-12 شهر.

بإدخال متغيّر توفّر الخدمة الصحية نلاحظ أنّ جلّ اللواتي صرّحن أنّهنّ تأخّرن عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر أجبنا بأنّ الخدمة الصحية متوفّرة بالقدر الكافي وذلك بنسبة 100%، أمّا فيما يخصّ اللواتي تأخّرن عن الكشف من 6 إلى 12 شهر ومن سنة إلى 5 سنوات هنّ سيّدات صرّحن عكس ذلك حيث بلغت نسبتهنّ على التوالي 7,9% و13,2%.

كما سبق وأنّ أشرنا إليه، كلّما زادت مدّة التأخر عن الكشف كلّما أثر ذلك سلبيًا على الخصوبة، لإبراز إذن مدى تأثير خصوبة المرأة نتيجة تأخرها عن الكشف وذلك من خلال ربط العلاقة بين مدى توفّر الخدمة الصحية في منطقة سكن المصابة، مدّة التأخر عن الكشف ومدى تأثير الخصوبة نستعين بالجدول التالي:

• 46: عدد السيّدات اللواتي تأخّرن عن الفحص رغم ظهور أعراض الإصابة.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (53): العلاقة بين توفّر الخدمة الصحية، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة مدّة التأخّر عن الكشف	توفّر الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	8	62,5	5	37,5	3	أقل من 6 أشهر	متوفّرة بالقدر الكافي
100	8	62,5	5	37,5	3	المجموع الجزئي	
100	30	36,7	11	63,3	19	أقل من 6 أشهر	غير متوفّرة بالقدر الكافي
100	3	33,3	1	66,7	2	6-12 شهر	
100	5	-	-	100,0	5	1-5 سنوات	
100	38	31,6	12	68,4	26	المجموع الجزئي	
100	*46	37,0	17	63,0	29	المجموع	

من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا نلاحظ أنّ اتّجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بنسبة 63,0% مقابل 37,0% منهنّ لم يحدث لهنّ ذلك.

لمعرفة تأثير المتغيّر المستقل المتمثّل في توفّر الخدمة الصحية بمنطقة سكن المصابة نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ أجبن بأنّ الخدمة الصحية غير متوفّرة بالقدر الكافي بنسبة 68,4%، في حين نجد غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ صرّحن عكس ذلك حيث بلغت نسبتهنّ 62,5%.

بإدخال المتغيّر الرّائز المتمثّل في مدّة التأخّر عن الكشف، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ وصرّحن بأنّ الخدمة الصحية غير متوفّرة بالقدر الكافي قد تأخّرن عن

• 46: عدد السيّدات اللواتي تأخّرن عن الكشف.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

الكشف مدّة تتراوح من سنة إلى 5 سنوات بنسبة 100,0%، في حين نجد اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ وأجبن بأنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي تأخّر عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر بنسبة 62,5%.

من خلال ما تمّ التوصل إليه من نتائج يمكن القول أنّ توفّر المرافق الصحية يضمن تقديم عدد أكبر من الخدمات التشخيصية والعلاجية ومنه تغطية الاحتياجات الصحية للمواطن، وعليه هذا الأخير سوف لن يجد صعوبة في الحصول على هذه الخدمات ولن يتوانى عن التوجّه إلى المؤسسات الصحية الأمر الذي يؤدي إلى اكتشاف المرض في أوانه وتقديم العلاج المناسب.

في هذا الصّدّد ولتبيين أهميّة ما أتينا على ذكره حول أهمية توفّر الخدمة الصحية، وحسب ما خلصت إليه نتائج المسح الجزائري حول صحّة الأسرة 2002، أنّ من العوائق التي يمكن أن تحول دون تلقّي السيدات المتزوّجات اللاتي هنّ في سن الإنجاب الرّعاية الصحية اللاّزمة هو بعد المصلحة الصحية وذلك بنسبة 28,6%، اضطرارهنّ لركوب المواصلات بنسبة 27,7% أمّا 14,7% منهنّ صرّحن أنّ عدم توفّر طبيبة نساء هو السّبب في عدم تلقّي الرّعاية.¹

II. سهولة الحصول على الخدمة الصحية ودورها في الكشف المبكر للمرض وتأثير ذلك على الخصوبة:

قمنا بسؤال المبحوثات حول القطاع الذي غالبا ما يتوجّهنّ إليه لإجراء الفحص عن أمراض الجهاز الإنجابي، فوجدنا أنّ غالبيةهنّ يقصدن القطاع الخاص لإجراء الفحص الطّبي وذلك بنسبة 65,4% مقابل 34,6% منهنّ قصدن القطاع العام.*

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص 155-156.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 27.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

في هذا الصدد قمنا بسؤال المبحوثات عن فيما إذا كنَّ يحصلن على الخدمة الصحية بسهولة، فأجابت 64,6% منهنَّ أنهنَّ غالبا ما يجدن سهولة في ذلك، 21,5% أجرين بأنَّهنَّ أحيانا ما يجدن سهولة في ذلك و 13,8% نادرا ما يجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية.*

جدول رقم (54): العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية وردة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية:

ردة الفعل	إجراء الفحص الطبي مباشرة	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	اللجوء إلى الطب البديل	إجراء الفحص بملاحظة دوام الاضطراب	المجموع
غالباً	40 %66,7	6 %10,0	7 %11,7	7 %11,7	60 %100,0
أحيانا	14 %63,6	2 %9,1	2 %9,1	4 %18,2	22 %100,0
نادرا	4 %30,8	3 %23,1	3 %23,1	3 %23,1	13 %100,0
المجموع	58 %61,1	11 %11,6	12 %12,6	14 %14,7	95 %100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا، نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو اللاتي قمن بإجراء الفحص مباشرة بعد حدوث اضطراب الدورة بنسبة 61,1% مقابل 11,6% تجاهلن حدوث الاضطراب.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 28.

• 95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في دورتهنَّ الشهرية.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض

وانعكاس ذلك على الخصوبة

بإدخال المتغير المستقل المتمثل في سهولة منال الخدمة الصحية، نلاحظ أنّ نسبة إجراء الفحص الطبي مباشرة مرتفعة كلّما وجدت المبحوثات سهولة في الحصول على الخدمة الصحية، حيث نجدها لدى اللواتي صرّحن أنّهن وجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية 66,7% في حين بلغت 30,8% لدى اللواتي أجبن بأنهنّ نادرا ما وجدت سهولة في الحصول عليها. العكس لاحظناه بالنسبة للواتي تأخّرن عن الفحص واللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب، إذ تنخفض نسبتهنّ كلّما وجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية.

رغم ملاحظتنا لتأثير مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية في ردّة الفعل، على اعتبار أنّه كلّما وجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية كلّما ارتفعت نسبة اللّجوء إلى الفحص الفوري وبالمقابل انخفضت نسبة التأخّر عن الفحص وتجاهل حدوث الاضطراب، لكن بعد حساب كا² التي قيمتها 6,578 ومقارنة بـ كا² الجدولية التي قيمتها 12,592 عند درجة حرية = 6 ومستوى دلالة 5% وبما أنّ كا² المحسوبة أقل من كا² الجدولية، إذن نُقرّ بوجود استقلالية بين كل من مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية وردّة فعل المبحوثة عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهرية. لتوضيح العلاقة قمنا بإدخال متغير رانز يتمثل في نوع الاضطراب الحاصل، فتحصّلنا على جدول مضاعف التقاطع يربط العلاقة بين مدى سهولة منال الخدمة الصحية، الاضطراب الحاصل ومدى تأثيرهما على ردّة فعل المبحوثة عند حدوث اضطراب الدّورة الشّهرية.

لاحظنا أنّ نسبة الفحص الفوري ترتفع كلّما وجدت المبحوثة سهولة في الحصول على الخدمة الصحية أعلى نسبة فُدرت بـ 71,8% سجّلت لدى اللواتي غالبا ما وجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية في حين بلغت 38,1% لدى اللواتي صرّحن عكس ذلك. أمّا فيما يخصّ اللواتي تأخّرن عن الكشف واللواتي تجاهلن حدوث الاضطراب فنسبتهنّ ترتفع كلّما وجدت صعوبة في الحصول على الخدمة الصحية كما هو الحال بالنسبة للواتي

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

لجان إلى الطبّ البديل لمعالجة عسر الطمث. أمّا بالنسبة لتأثير نوع الاضطراب الحاصل ففي العموم نسب الفحص مرتفعة أكثر لما يكون نوع الاضطراب نزيه أو انقطاع الطمث.*
جدول رقم (55): العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية والإسراع في إجراء الكشف الطبّي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	79	30,4	24	69,6	55	غالباً
100	25	40,0	10	60,0	15	أحياناً
100	16	75,0	12	25,0	4	نادراً
100	*120	38,3	46	61,7	74	المجموع

من تتبّع الاتجاه العام للجدول يتّضح أنّ غالبية المبحوثات أسرعن في إجراء الكشف الطبّي بنسبة 61,7% مقابل 38,3% تصرّفن عكس ذلك.

بإدخال متغيّر سهولة منال الخدمة الصحية، نلاحظ أنّ نسبة الإسراع في الكشف ترتفع كلّما وُجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية حيث جّل اللواتي قمن بالإسراع في الكشف غالباً ما وجدن سهولة في منال الخدمة الصحية بنسبة 69,6% في حين بلغت لدى اللواتي وجدن صعوبة في ذلك 25,0% والعكس صحيح، أين وجدنا 75,0% من اللواتي لم يسرعن في الكشف وجدن صعوبة في الحصول على خدمة صحية في حين بلغت 30,4% لدى اللواتي صرّحن عكس ذلك.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 29.

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

اختبار كا² يُثبت وجود علاقة بين المتغيرين على اعتبار أنّ كا² المحسوبة التي قيمتها 11,252 أكبر من كا² الجدولية التي قيمتها 5,991 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، أمّا عن درجة هذه العلاقة فهي طردية متوسطة بين المتغيرين على اعتبار أنّ قيمة معامل ارتباط التوافق = 0,65.

وبعد إدخال المتغير الرّائز المتمثّل في نوع الإصابة ضمن العلاقة السابقة، وإضافة إلى ما سبق التوصل إليه من خلال نتائج الجدول (55)، لاحظنا بصفة عامّة أنّ نسب إجراء الفحص أكثر ارتفاعاً في حالة الإصابة بأورام رحمية، أمّا نسب التأخّر عن الكشف مرتفعة في حالة الإصابة بالتهابات وأكياس مبيضية.*

كما سبق وأن توصلنا إليه، تسبّب الأورام الرّحمية في حدوث التّزيف لذا نسبة الفحص عنها مرتفعة غالباً، (دور العرض المشاهد له أهمية في التّوجّه إلى الفحص).

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 30.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (56): العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية، الإسراع في الكشف وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة الإسراع في الكشف	مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
100	55	70,9	39	29,1	16	نعم	غالباً
100	24	29,2	7	70,8	17	لا	
100	79	58,2	46	41,8	33	المجموع الجزئي	
100	15	100,0	15	-	-	نعم	أحياناً
100	10	50,0	5	50,0	5	لا	
100	25	80,0	20	20,0	5	المجموع الجزئي	
100	4	75,0	3	25,0	1	نعم	نادراً
100	12	41,7	5	58,3	7	لا	
100	16	50,0	8	50,0	8	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

نلاحظ أنّ الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% لم يحدث لهنّ ذلك.

بإدخال المتغير المستقل المتمثّل في سهولة الحصول على الخدمة الصحية، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة صرّحن أنّهنّ أحياناً ما تجدن سهولة في الحصول على خدمة صحية بنسبة 80,0%، أمّا اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة فجلّهنّ نادراً ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية وذلك بنسبة 50,0%.

• 120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

لمعرفة تأثير الإسراع في الكشف، نلاحظ أنّ معظم اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ وأحيانا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية قد أسرعن في الكشف بنسبة 100,0%، أمّ اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة ونادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية فغالبيةهنّ تأخرن عن الفحص بنسبة 58,3%.

كلّما تأخّرت المبحوثات عن الفحص كلّما تأثرت سلبا خصوبتهنّ والعكس صحيح، ولسهولة منال الخدمة الصحية دور في الإسراع في الفحص حسب ما يبيّنه الجدول التالي:

جدول رقم (57): العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية ومدّة التأخر عن الكشف:

المجموع		5-1 سنوات		6-12 شهر		أقل من 6 أشهر		المدة مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	24	8,3	2	4,2	1	87,5	21	غالباً
100	10	10,0	1	10,0	1	80,0	8	أحيانا
100	12	16,7	2	8,3	1	75,0	9	نادرا
100	*46	10,9	5	6,5	3	60,9	38	المجموع

نلاحظ من تتبّع الاتجاه العام للجدول أنّ غالبية المبحوثات تأخرن عن الكشف مدّة تقلّ عن 6 أشهر بنسبة 60,9% مقابل 6,5% تأخرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 6-12 شهر.

بإدخال متغيّر سهولة الحصول على الخدمة الصحية، نلاحظ أنّ نسبة اللواتي لم تأخرن عن الكشف مدّة لا تتجاوز 6 أشهر تتّجه إلى الارتفاع كلّما وُجدت سهولة في الحصول على الخدمة الصحية حيث أعلى نسبة قُدّرت بـ 87,5% لدى اللواتي وجدن سهولة

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص رغم ظهور أعراض الإصابة.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

في الحصول على الخدمة الصحية. العكس لاحظناه فيما يخصّ اللواتي تأخرن عن الكشف مدّة تتراوح من سنة إلى 5 سنوات أين مثّلت اللواتي نادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية أعلى قيمة قُدّرت بـ 16,7% وفي الأخير معظم اللواتي تأخرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 6-12 شهر صرّحن أنّهنّ أحيانا ما يجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية وذلك بنسبة 10,0%.

مما لا شكّ فيه أنّ التأخر عن الكشف يؤثّر سلبا على الخصوبة، في هذا الصّدّد قمنا بربط العلاقة بين كل من سهولة الحصول على الخدمة الصحية، مدّة التأخر عن الكشف وتأثّر الخصوبة فتحصّلنا على الجدول التالي:

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (58): العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية، مدّة التأخر عن الكشف وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة مدّة التأخر عن الكشف	مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	21	33,3	7	66,7	14	أقل من 6 أشهر	غالباً
100	1	-	-	100,0	1	6-12 شهر	
100	2	-	-	100,0	2	1-5 سنوات	
100	24	29,2	7	70,8	17	المجموع الجزئي	
100	8	50,0	4	50,0	4	أقل من 6 أشهر	أحياناً
100	1	100,0	1	-	-	6-12 شهر	
100	1	-	-	100,0	1	1-5 سنوات	
100	10	50,0	5	50,0	5	المجموع الجزئي	
100	9	55,6	5	44,4	4	أقل من 6 أشهر	نادراً
100	1	-	-	100,0	1	6-12 شهر	
100	2	-	-	100,0	2	1-5 سنوات	
100	12	41,7	5	58,3	7	المجموع الجزئي	
100	*46	37,0	17	63,0	29	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة بنسبة 63,0% مقابل 37,0% منهنّ لم تتأثر خصوبتهنّ.

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الكشف.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض

وانعكاس ذلك على الخصوبة

بإدخال متغير مدى سهولة الحصول على الخدمات الصحية، نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ صرّحن أنّهنّ غالباً ما يجدن سهولة في الحصول على الخدمات الصحية بنسبة 70,8%، أمّا اللواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ فغالبيةهنّ صرّحن أنّهنّ أحياناً ما يجدن سهولة في الحصول على الخدمات الصحية وذلك بنسبة 50,0%.

بإدخال متغير مدى الإسراع في الكشف، نلاحظ أنّ معظم اللواتي تأثرت خصوبتهنّ وصرّحن أنّهنّ غالباً ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمات الصحية تأخّرن عن الكشف مدّة تتراوح بين 6-12 شهر وبين 1-5 سنوات بنسبة متساوية بلغت 100,0% في حين أنّ اللواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ بعد الإصابة وصرّحن أنّهنّ غالباً ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية تأخّرن عن الكشف مدّة لا تتجاوز 6 أشهر بنسبة 33,3%.

III. الرضا عن الخدمة الصحية وتأثيرها على الكشف المبكر للمرض والخصوبة:

أكثر المبحوثات استحسنانا للخدمة الصحية في القطاع الخاص عنه في القطاع العام حيث 42,2% من المبحوثات اللواتي تقصدن القطاع العام للفحص ترين أنّ الخدمة الصحية المقدّمة فيه جيّدة في حين 69,4% من السيّدات المتوافدات إلى القطاع الخاص لإجراء الفحص ترين أنّ الخدمة الصحية المقدّمة فيه جيّدة.*

65,4% من السيّدات من ترين أنّ الخدمة الصحية في القطاع العام ليست جيّدة لوجود نقائص تتمثّل في الفوضى، الاكتظاظ، الوساطة وسوء معاملة المرضى، أمّا السيّدات اللواتي أجبنا أنّ نقائص الخدمة الصحية في القطاع العام تتمثّل في نقص النظافة على مستوى المؤسسات الصحية ونقص الأجهزة الضرورية وكذا نقائص متعلّقة بقلّة كفاءة الأطباء على مستوى القطاع العام بلغت نسبتهنّ 34,6%.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 31.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

أما المبحوثات اللواتي أُجبن بأنّ الخدمة الصحية على مستوى القطاع الخاص تعاني من نقائص تتمثّل جُلّها في كون هدف العيادات الخاصّة جني المال وأنّ تكاليف الفحص مرتفعة بنسبة متساوية مقدّرة بـ 30,8%، 15,4% من السيّدات صرّحن أنّ الأطباء في العيادات الخاصّة لا يقومون بمتابعة المرضى الذين يشرفون على علاجهم ونجد أخيرا السيّدات اللواتي ترين أنّ الخدمة الصحية في القطاع الخاص ليست جيّدة بسبب نقص كفاءة الأطباء بهو كذا سوء معاملة المرضى وذلك بنسب متساوية قدّرت بـ 11,5%*.

في هذا الصّدّد قمنا بربط العلاقة بين رضا المبحوثات عن الخدمة الصحية المقدّمة في قطاع الفحص ومدى تأثيرها عن ردّة فعلهنّ عند حدوث اضطراب الدّورة الشهرية وفق الجدول التّالي:

جدول رقم (59): العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة الشهرية:

ردّة الفعل الرضا عن الخدمة الصحية	إجراء الفحص الطبي مباشر	تجاهل الأمر	اللّجوء إلى الطبّ البديل	إجراء الفحص بملاحظة دوام الاضطراب	المجموع
نعم	39 %66,1	6 %10,2	8 %13,6	6 %10,2	59 %100
لا	19 %52,8	5 %13,9	4 %11,1	8 %22,2	36 %100
المجموع	58 %61,1	11 %11,6	12 %12,6	14 %14,7	95 %100

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 32.

• 95: عدد السيّدات اللواتي عانين من اضطراب في دورتهنّ الشهرية.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللواتي قمن بإجراء الفحص الطّبي إثر حدوث اضطراب الدّورة الشهرية بنسبة 61,1% مقابل 11,6% منهنّ من تجاهلن حدوث الاضطراب.

بإدخال متغيّر رضا المبحوثات عن الخدمة الصحية المقدّمة في قطاع الفحص، نلاحظ أنّ أكثر المبحوثات لجوءاً للفحص الطّبي صرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 66,1% في حين أنّها بلغت 52,8% لدى السيّدات اللواتي صرّحن عكس ذلك. من جهة أخرى نلاحظ أنّ معظم السيّدات اللواتي تأخّرن عن الكشف واللّواتي تجاهلن حدوث الاضطراب صرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ بنسب قيمها على التوالي 22,2% و 13,9%.

اختبار كا² أثبت عدم وجود علاقة بين المتغيّرين، حيث كا² المحسوبة التي قيمتها 3,22 أقل من كا² الجدولية التي قيمتها عند درجة حرية = 3 و مستوى دلالة 5% تُقدّر بـ 7,815. وعليه لتوضيح العلاقة السابقة ولأنّنا توصلنا إلى أنّ نوع الاضطراب الحاصل له دخل في ردّة الفعل الحاصلة، ارتأينا أن نربط العلاقة بين كل من رضا المبحوثات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ في قطاع الفحص، نوع الاضطراب الحاصل وردّة الفعل عند حدوث اضطراب الدّورة. فلاحظنا أنّ نسبة الفحص الفوري مرتفعة أكثر لدى اللّواتي صرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ في قطاع الفحص (69,8%)، العكس تمّ ملاحظته بالنسبة للّواتي تأخّرن عن الفحص واللّواتي تجاهلن حدوث الإضراب حيث ترتفع النسب لدى اللّواتي صرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ في قطاع الفحص نجدها على التوالي 21,2% و 15,4%، وبإدخال متغيّر نوع الاضطراب الحاصل لاحظنا أنّ نسب الفحص أكثر ارتفاعاً في حالة حدوث انقطاع أو نزيف*.

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 33.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (60): العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية والإسراع في إجراء الكشف الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في إجراء الكشف الرضا عن الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	23,9	17	76,1	54	نعم
100	49	59,2	29	40,8	20	لا
100	*120	38,3	46	61,7	74	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو السيّدات اللّواتي قمن بإجراء الكشف عند ملاحظة أعراض الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ لم تقمن بذلك.

عند إدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في الرّضا عن الخدمة الصحية نلاحظ أنّ أكثر السيّدات لجوءاً إلى الفحص فور ملاحظة أعراض الإصابة صرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 76,1%. في المقابل نجد أنّ معظم اللّواتي لم يُسرعن في إجراء الكشف الطبي صرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 59,2%.

باعتبار أنّ كا² المحسوبة التي قيمتها 15,546 أكبر من كا² الجدولية التي قيمتها 3,841 عند درجة حرية = 1 ومستوى دلالة 5% إذن هناك علاقة بين المتغيرين، أمّا عن قيمة هذه العلاقة فبعد حساب معامل الاقتران الذي قيمته 0,64، يمكن القول أنّ هناك علاقة طردية متوسطة بين كل من مدى الرّضا عن الخدمات الصحية المقدّمة في قطاع

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

الفحص ومدى إجراء الفحص الطبّي مباشرة عند ملاحظة أعراض الإصابة بأمراض الجهاز الإنجابي.

أدخلنا ضمن هذه العلاقة متغيّر رائر يتمثّل في نوع الإصابة، فبتبيّن إضافة إلى ما سبق قولة في التحليل السّابق وفيما يخصّ تأثير نوع الإصابة، بالنّسبة للّواتي أسرعن في الكشف وصرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ في قطاع الفحص لجأن إلى الكشف الفوري على اختلاف نوع الإصابة (بلغت في المتوسّط 75,7%)، أمّا اللّواتي صرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية أسرعن في الكشف عن الأورام الرحمية (63,6%) وأكثر تأخراً عن الفحص في حالة الإصابة بالتهاب.*

جدول رقم (61): العلاقة بين الرّضا عن الخدمة الصحية، الإسراع في إجراء الكشف الطبّي وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة الإسراع في إجراء الكشف	الرضا عن الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	54	77,8	42	22,2	12	نعم	نعم
100	17	35,3	6	64,7	11	لا	
100	71	67,6	48	32,4	23	المجموع الجزئي	
100	20	75,0	15	25,0	5	نعم	لا
100	29	37,9	11	62,1	18	لا	
100	49	53,1	26	46,9	23	المجموع الجزئي	
100	*120	61,7	74	38,3	46	المجموع	

* أنظر الملحق 5 جدول رقم 34.

• 120: عدد السيّدات اللّواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتّجه نحو السيّدات اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ إثر الإصابة بنسبة 61,7% مقابل 38,3% منهنّ حدث لهنّ العكس.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في الرّضا عن الخدمات الصحية المقدّمة في قطاع الفحص، نلاحظ أنّ غالبية السيّدات اللّواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ بعد الإصابة صرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ بنسبة 67,6% حيث معظمهنّ لم تتأخّرن عن إجراء الكشف الطّبي عند ملاحظة أعراض الإصابة بنسبة 77,8%. من جهة أخرى نلاحظ أنّ غالبية السيّدات اللّواتي تأثّرت خصوبتهنّ إثر الإصابة صرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمات الصحية المقدّمة في قطاع الفحص بنسبة 46,9% حيث أكثرهنّ قد تأخّرن عن إجراء الكشف الطّبي بنسبة 62,1%.

بالإضافة إلى مدى توفّر الخدمة الصحية ومدى سهولة الحصول عليها، الرّضى عن هذه الخدمة له دور في اكتشاف المرض في مراحله الأولى وما لذلك من تأثير على الخصوبة وهذا ما ظهر جلياً من خلال معطيات الجدول أعلاه.

وما يُؤكّد على أنّ سوء الخدمة الصحية يؤدي إلى نقص اللّجوء إلى المؤسّسة الصحية، هو النتائج التي توصّلت إليها الدّكتورة Amélie Brigitte Lompo، التي مفادها أنّ من النساء من لا تقصدن المؤسّسة الصحية للفحص خوفاً من سوء المعاملة والاستقبال حتّى يصل بهنّ المرض إلى مرحلة متقدّمة لا يجدن عندها خياراً آخر سوى الذهاب لإجراء الفحص.¹

وعليه نبرز تأثير الرّضا عن الخدمة الصحية المقدّمة في قطاع الفحص على مدّة التّأخّر عن الكشف من خلال الجدول التّالي:

¹ LOMPO, A. B. Op.cit. p 181.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (62): العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية ومدّة التأخر عن الكشف:

المجموع		5-1 سنوات		6-12 شهر		1-6 أشهر		المدة الرضا عن الخدمة الصحية
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	17	5,9	1	-	-	94,1	16	نعم
100	29	13,8	4	10,3	3	75,9	22	لا
100	*46	10,9	5	6,5	3	60,9	38	المجموع

يظهر من خلال الجدول أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو التأخر عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر بنسبة 60,9% مقابل 6,5% من السيدات من تأخرن عن الكشف مدّة تتراوح بين 6-12 شهر.

بإدخال المتغيّر المستقل المتمثّل في الرضا عن الخدمات الصحية، نلاحظ أنّ غالبية السيدات اللواتي تأخرن عن الكشف مدّة لا تزيد عن 6 أشهر راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة إليهنّ وذلك بنسبة 94,1%، أمّا السيدات اللواتي تأخرن عن الكشف مدّة تتراوح بين سنة و5 سنوات فمعظمهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 13,8% كما هو الحال في حالة التأخر عن الكشف مدّة تتراوح بين 6-12 شهر أين نجد 10,3% من السيدات اللواتي لم ترضين عن الخدمة الصحية المقدّمة في قطاع الفحص. لإبراز مدى تأثير ذلك على خصوبة المرأة نستعين بالجدول التالي:

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص رغم ظهور أعراض الإصابة.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

جدول رقم (63): العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية، مدّة التأخّر عن الكشف وتأثر الخصوبة:

المجموع		لا		نعم		تأثر الخصوبة مدّة التأخّر عن الكشف	الرضا عن الخدمة الصحية
		%	ك	%	ك		
100	16	37,5	6	62,5	10	أقل من 6 أشهر	نعم
100	1	-	-	100,0	1	1-5 سنوات	
100	17	35,3	6	64,7	11	المجموع الجزئي	
100	22	45,5	10	54,5	12	أقل من 6 أشهر	لا
100	3	33,3	1	66,7	2	6-12 شهر	
100	4	-	-	100,0	4	1-5 سنوات	
100	12	37,9	11	62,1	18	المجموع الجزئي	
100	46	37,0	17	63,0	29	المجموع	

من خلال القراءة الإحصائية للجدول الذي بين أيدينا نلاحظ أنّ اتجاهه العام يتّجه نحو اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بنسبة 63,0% مقابل 29,0% منهنّ لم يحدث لهنّ ذلك.

بإدخال متغيّر الرضا عن الخدمة الصحية نلاحظ أنّ جلّ اللواتي تأثرت خصوبتهنّ بعد الإصابة راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة في قطاع الفحص وذلك بنسبة 64,7% أمّا اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة فمعظمهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 37,9%.

بإدخال متغيّر مدّة التأخّر عن الكشف نلاحظ أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ وصرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية تأخّرن عن الفحص مدّة تتراوح بين 1-5

• 46: عدد السيدات اللواتي تأخّرن عن الكشف.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض وانعكاس ذلك على الخصوبة

سنوات بنسبة 100,0%، أمّا اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ وصرّحن أنّهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية تأخّرن عن الكشف مدّة لا تتجاوز 6 أشهر وذلك بنسبة 45,5%.

الاستنتاج:

في الأخير نُدرج أهمّ النتائج التي خلصنا إليها في هذا الفصل في النقاط التالية:

- بتوقّر الخدمة الصحية يزداد الإقبال على الكشف الفوري عند حدوث اضطراب الدّورة الشهرية حيث أعلى نسبة سُجّلت لدى اللواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي بنسبة 76,9%.

- نسبة الإسراع في الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي أكثر ارتفاعاً لدى اللواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي (77,1%) والعكس صحيح، حيث أغلبية اللواتي تأخّرن عن الفحص صرّحن أنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي (44,7%)، وعليه غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة صرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي بنسبة 71,4% حيث أكثرهنّ أسرعن في إجراء الفحص بنسبة 74,1% والعكس صحيح، فغالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ صرّحن أنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي (42,4%) حيث تأخّرن عن الفحص بنسبة 68,4%.

- السيّدات اللواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي هنّ أكثر من تأخّرن عن الفحص مدّة تزيد عن سنة، وعليه عند ربط توقّر الخدمة الصحية بمنطقة سكن المصابة ومدّة التأخّر عن الكشف بتأثر الخصوبة، لاحظنا أنّ جلّ اللواتي تأثرت خصوبتهنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي بمنطقة سكنهنّ (68,4%) ولمّا بلغت مدّة التأخّر عن الكشف 1-5 سنوات بلغت نسبة تأثر الخصوبة 100,0%، والعكس حيث وجدنا أنّ غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ صرّحن أنّ الخدمة الصحية متوقّرة بالقدر الكافي (62,5%) حيث تأخّرن عن الفحص مدّة لم تتجاوز 1-6 أشهر (62,5%).

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض

وانعكاس ذلك على الخصوبة

- كلما وجدت المبحوثات سهولة في الحصول على الخدمة الصحية كلما ازداد الإقبال على الكشف الفوري عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية حيث تم تسجيل أعلى نسبة لدى اللواتي صرّحن أنّهنّ غالبا ما وجدن سهولة في منال الخدمة بنسبة 66,7%.

- نسبة الإسراع في الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي أكثر ارتفاعا لدى اللواتي صرّحن أنّهنّ غالبا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية (69,6%) وتتنخفض لدى اللواتي أحيانا أو نادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية بنسب قيمها على التوالي 60,0% و 25,0% والعكس صحيح. وعليه غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ بعد الإصابة صرّحن أنّهنّ أحيانا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية بنسبة 80,0% حيث أسرعن في إجراء الفحص بنسبة 100,0%، كما وجدنا أنّ غالبية اللواتي تأثرت خصوبتهنّ صرّحن أنّهنّ نادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية (50,0%) حيث تأخرن عن الفحص بنسبة 58,3%.

- السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص مدّة أكثر من سنة جلّهنّ صرّحن أنّهنّ نادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية، وعليه عند ربط سهولة الحصول على الخدمة الصحية ومدّة التأخر عن الكشف بتأثر الخصوبة، لاحظنا أنّ جلّ اللواتي تأثرت خصوبتهنّ غالبا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية (70,8%) ولمّا تجاوزت مدّة التأخر عن الكشف 6 أشهر بلغت نسبة تأثر الخصوبة 100,0%، في حين غالبية اللواتي لم تتأثر خصوبتهنّ صرّحن أنّهنّ أحيانا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية (50,0%) حيث تأخرن عن الفحص مدّة لم تتجاوز 6 أشهر و 1-5 سنوات بنسبة 100,0%.

- الإقبال على الكشف الفوري عند حدوث اضطراب الدورة الشهرية أكثر ارتفاعا لدى اللواتي صرّحن أنّهنّ راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 66,1% والعكس تمّ ملاحظته في حالة تجاهل الاضطراب أين نجد غالبية السيدات غير راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ.

الفصل الثامن: الخدمات الصحية وعلاقتها بالكشف المبكر للمرض

وانعكاس ذلك على الخصوبة

- نسبة الإسراع في الكشف عن أمراض الجهاز الإنجابي أكثر ارتفاعاً لدى اللواتي صرّحن أنهنّ راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ (76,1%) والعكس صحيح، حيث أغلبية اللواتي تأخّرن عن الفحص صرّحن أنهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية (59,2%)، وعليه غالبية اللواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ بعد الإصابة صرّحن أنهنّ راضيات عن الخدمة الصحية بنسبة 67,6% حيث أكثرهنّ أسرعن في إجراء الفحص بنسبة 77,8% وغالبية اللواتي تأثّرت خصوبتهنّ صرّحن أنهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية (46,9%) حيث تأخّرن عن الفحص بنسبة 62,1%.

- السيّدات الغير راضيات عن الخدمة الصحية المقدّمة لهنّ هنّ أكثر من تأخّرن عن الفحص مدّة تزيد عن سنة، وعليه عند ربط الرضا عن الخدمة الصحية ومدّة التأخّر عن الكشف بتأثّر الخصوبة، لاحظنا أنّ جلّ اللواتي تأثّرت خصوبتهنّ راضيات عن الخدمة الصحية (64,7%) ولمّا بلغت مدّة التأخّر عن الكشف 1-5 سنوات بلغت نسبة تأثّر الخصوبة 100,0%، والعكس حيث وجدنا أنّ غالبية اللواتي لم تتأثّر خصوبتهنّ صرّحن أنهنّ غير راضيات عن الخدمة الصحية (37,9%) حيث تأخّرن عن الفحص مدّة لم تتجاوز 1-6 أشهر (45,5%).

في العموم يمكن القول أنّ توفّر الخدمة الصحية، سهولة الحصول عليها والرضا عنها تؤثر في مدى توجّه المصابات للفحص ممّا يزيد من الكشف المبكر للمرض ولذلك انعكاس إيجابي على الخصوبة.

الاستنتاج العام:

أثارت الدراسة التي نحن بصدد عرض نتائجها موضوع تأثير الأمراض النسائية على الخصوبة، التي حاولنا من خلالها إبراز دور المكانة الاجتماعية للمرأة ووضعها المعيشي وكذا دور الخدمات الصحية في عملية الكشف المبكر لهذه الأمراض وكيف ينعكس ذلك على خصوبتها. فتوصلنا من خلال تحليلنا لنتائج البحث الميداني إلى ما يلي:

ترتبط المكانة الاجتماعية للمرأة التي حددناها بالمستوى التعليمي وطبيعة النشاط مع الخصوبة بعلاقة إيجابية من خلال تأثيرها على عملية الكشف المبكر للمرض، إذ توصلنا إلى أنّ للمستوى التعليمي للمرأة دورا في اكتشاف المرض ومعالجته مبكرا مما ينعكس إيجابا على خصوبتها، فوجدنا أنّ أعلى نسب الفحص الفوري سُجّلت لدى ذوات المستويات التعليمية المرتفعة، هذا إلى جانب تأثير الأعراض المُلاحظة على الإسراع في الكشف، فالأعراض التي تُسبب الخوف والارتباك للمرأة عموما هي التي تدفع بها إلى الفحص الفوري كما هو الحال بالنسبة لحدوث نزف الطمث مثلا، أمّا إن كانت الأعراض غير مقلقة نجد أنّ نسبة الفحص الفوري ترتفع كلّما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، هذا إن دلّ على شيء فإنّما يدلّ على درايتها بأنّ التواني عن فحص إصابة غير خطيرة قد يجعل منها خطيرة، فالمرأة المتعلّمة غالبا ما نجدها تعتني أكثر بوضعها الصحي وتتفاعل أكثر مع الأطباء وتسعى لتطبيق الإرشادات الخاصّة بالعلاج والوقاية وهي أكثر استيعابا للحقائق الصحية وبالتالي نجدها أكثر إسراعا في الكشف. وعليه خلصنا إلى أنّ تأثر الخصوبة سلبا إثر الإصابة يكون أقلّ كلّما تمّ الإسراع في الكشف وهذا الأخير يزيد نسبته كلّما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة. لتدعيم النتائج التي توصلنا إليها ركّزنا الاهتمام على اللواتي تأخرن في إجراء الفحص، فلاحظنا أنّ المرأة ذات المستوى التعليمي المنخفض هي الأكثر تأخرا عن

الفحص مدّة تزيد عن سنة وذلك ما يؤثر على الخصوبة، على اعتبار أنّ نسبة تأثر هذه الأخيرة سلبيًا إثر الإصابة تبلغ 100,0% عندما تتجاوز مدّة التأخر عن الفحص سنة.

من جهة أخرى طبيعة نشاط المرأة يؤثر على عملية الإسراع في الكشف ومنه على خصوبتها، حيث توصلنا إلى أنّ المرأة العاملة أكثر إقبالًا على الفحص الفوري مقارنةً بالمرأة الماكثة بالبيت وبالتالي تأثر الخصوبة سلبيًا إثر الإصابة كان أقلّ لدى المرأة العاملة، كما أنّ المرأة الماكثة بالبيت هي الأكثر تأخرًا عن الفحص مدّة تزيد عن سنة متى يكون تأثر الخصوبة إثر الإصابة 100,0% مقارنةً بالمرأة العاملة.

يرتبط المستوى المعيشي للمرأة الذي يتجلى في مستوى الدّخل وكفايته لتلبية الاحتياجات الصحية مع الخصوبة بعلاقة إيجابية من خلال التأثير في عملية الكشف المبكر للمرض، إذ تبين أنّه بارتفاع مستوى الدّخل تزيد نسبة الإقبال على الكشف الفوري والعكس صحيح، وبالتالي كلّما ارتفع الدّخل قلّ تأثر الخصوبة سلبيًا إثر الإصابة، كما توصلنا إلى أنّ السيّدات نتيجة دخلهنّ المنخفض وخشية التكاليف يتجاهلن الإصابة فكّن أكثر من تأخرن عن الفحص مدّة تزيد عن سنة وبالتالي كنّ أكثر من تأثرت خصوبتهنّ سلبيًا إثر ذلك. من جهة أخرى وجدنا أنّ عدم كفاية الدّخل لتلبية الاحتياجات الصحية يُعدّ من عوائق القيام بالفحص الفوري على اعتبار أنّ السيّدات اللواتي صرّحن أنّ دخل أسرهنّ كاف لتلبية احتياجاتهن الصحية هنّ الأكثر إقبالًا على الفحص، غير أنّهنّ أكثر من تأثرت خصوبتهنّ سلبيًا بعد الإصابة، أضف إلى ذلك السيّدات اللاتي دخل أسرهنّ غير كاف كنّ أكثر من تأخرن عن الكشف مدّة تزيد عن سنة غير أنّ تأثر خصوبتهنّ نتيجة التأخر عن الفحص كان أقلّ مقارنةً باللواتي دخلهن كاف لتغطية المستلزمات الصحية، فأرجعنا ذلك لعدّة اعتبارات تتمثّل في طبيعة الإصابة ودرجة خطورتها مثلًا... الخ، من هذا كلّه يتّضح أنّ المستوى المعيشي المرتفع يدفع المريضة إلى الإسراع في الكشف، هذا دون إغفال دور

الإصابة في عملية الإسراع في الكشف بالإصابات التي تتسبب في حدوث نزيف أو آلام مثلا غالبا ما تدفع بالمصابة إلى إجراء الكشف الطبي، أما نسبة الكشف عن الأمراض الأقل خطورة كالتهابات مثلا نجدها أكثر ارتفاعا لدى السيدات الميسورات الحال.

تطرقتنا في الأخير إلى نوعية الخدمات الصحية ودورها في عملية اكتشاف المرض مبكرا وانعكاس ذلك على الخصوبة. فمن جانب مدى توقّر الخدمات الصحية، تبين أنه السيدات اللواتي صرّحن أنّ الخدمات الصحية متوقّرة بالقدر الذي يلائم الطلب هنّ الأكثر إسراعا في الكشف وبالتالي كنّ أقلّ من تأثّرت خصوبتهنّ سلبا إثر الإصابة والعكس صحيح، كما أنّ اللواتي صرّحن أنّ الخدمة الصحية غير متوقّرة بالقدر الكافي هنّ من تأخّرن عن الفحص مدّة تزيد عن سنة وبالتالي كنّ أكثر من تأثّرت خصوبتهنّ سلبا إثر التأخّر عن الفحص.

كلّما وجدت المرأة سهولة في الحصول على الخدمة الصحية كلّما زاد إقبالها على الفحص وبالتالي تأثّرت خصوبتها سلبا إثر الإصابة كان أقلّ والعكس صحيح، أضف إلى ذلك أنّ السيدات اللواتي نادرا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية هنّ من تأخّرن عن الكشف مدّة أطول غير تأثّرت خصوبتهنّ نتيجة التأخّر عن الفحص كان أقلّ مقارنة باللواتي غالبا ما وجدن سهولة في الحصول على الخدمة الصحية.

للرّضا عن الخدمات الصحية دور في اكتشاف المرض ومعالجته ممّا ينعكس إيجابا على خصوبة المرأة، فاللّاتي صرّحن أنهن راضيات عن الخدمات الصحية المقدّمة لهنّ هنّ من أسرعن في إجراء الفحص وبالتالي تأثّرت خصوبتهنّ سلبا إثر الإصابة كان أقلّ. أضف إلى ذلك السيدات الغير راضيات عن الخدمات الصحية المقدّمة لهنّ هنّ أكثر من تأخّرن عن الفحص مدّة أطول غير أنهنّ أقلّ من تأثّرت خصوبتهنّ سلبا نتيجة التأخّر عن الفحص.

وأخيرا يمكن القول أنّ العوامل الاجتماعية والاقتصادية وكذا الخدمات الصحية تؤثر بصفة مترابطة في عملية الكشف المبكر للمرض، هذا إلى جانب تأثير نوع الإصابة وطبيعة الأعراض المشاهدة في التوجّه الفوري لإجراء الفحص.

إضافة إلى ما تمّ التوصل إليه، ما لاحظنا من خلال حديثنا مع المبحوثات هو قلّة إلمامهنّ بالحقائق الصحية التي تخصّ جهازهنّ التناسلي ومختلف الأمراض التي قد تصيبه مسبباتها، أعراضها... الخ، والعوامل التي تزيد خطر الإصابة بها.

الخطمة

الخاتمة:

لإدراك صحة جيّدة والمحافظة عليها يجب الإلمام بالمعلومات الأساسية حول الجسم، كيفية عمله وأدائه لوظائفه المختلفة والأمراض التي قد تصيب العضوية، ونحن في دراستنا هذه تناولنا جزءا من هذه العضوية يتمثل في الجهاز التناسلي الأنثوي، واهتمنا بأهم الأمراض التي قد تصيبه مُبرزين تأثيرها على العضو المصاب والخلل الوظيفي الذي تُلحقه به، مُلقين بذلك الضّوء على أهمية الكشف المبكر لها من خلال التعرّف على الأعراض التي تشير إلى وجودها.

تُعدّ الأمراض النسائية من أهم العوامل البيولوجية التي تؤثر في مستويات الخصوبة لدى المرأة، فقد تلعب دورا في منع الحمل فتؤدّي إلى تنظيم نسلها من خلال دورها في تباعد الولادات أو تحديده من خلال إصابتها بالعمم. الكشف في الحقبة المبكرة عن الإصابة بهذه الأمراض والذي تتحكّم فيه عدّة عوامل اجتماعية، اقتصادية وخدماتية... الخ، من شأنه إيقاف المضاعفات التي قد تلحق بالمريضة متى يُجدي العلاج وما لذلك من أثر إيجابي على خصوبتها، في حين أنّ السيّدات المتأخّرات عن الكشف والعلاج غالبا ما تضعف خصوبتهنّ وقد يؤدّي بهنّ الأمر إلى الإصابة بالعمم.

المراجع

المراجع باللغة العربية

1- الكتب:

- 1- إبراهيم عبد الله، المسألة السكانية وقضية تنظيم الأسرة في البلدان العربية، المركز الثقافي العربي، بيروت، ط1، 1994.
- 2- أبلوم ستيل، كافينوكي نادينا، انقطاع الطمث، تر: عيد محمد نعيمة، مؤسسة الخانجي، القاهرة، 1968.
- 3- أبو الزب محمود، كيف نعالج العقم، دار عالم الثقافة، عمان الأردن، ط1، 2006.
- 4- أبو عيانة فتحي محمد، جغرافيا السكن والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 5- أبو عيانة فتحي محمد، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، 1985.
- 6- إسماعيل أحمد علي، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، دار الثقافة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط7، 1989.
- 7- الأمير علي، مرشد حواء الصحي، دار الهدى، الجزائر، السنة غير مذكورة.
- 8- أنجرس موريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر: صحراوي بوزيدي، بوشرف كمال، سبعون سعيد، دار القصب، الجزائر، 2006.
- 9- البار محمد علي، الأمراض الجنسية (أسبابها وعلاجها)، دار المنامة، جدة السعودية، ط4، 1987.
- 10- بدح أحمد محمد، ماهرة أيمن سليمان، بدران حسن زين، الثقافة الصحية، دار الميسرة، الأردن، ط1، 2009.
- 11- بريسا رولان، التحليل السكاني المفاهيم والطرق والنتائج، تر: رياض ربيع، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون الجزائر، دون سنة.
- 12- بوزيت مراد، أمراض النساء من البلوغ إلى الشيخوخة، ش.ذ.م.م أذار، العلة، السنة غير مذكورة.
- 13- بيرم عبد الحسين، الجنس في حياة كل إنسان دراسة طبية- اجتماعية- صحية- نفسية، دار الهدى، عين مليلة الجزائر، السنة غير مذكورة.

قائمة المراجع

- 14- تتوخي عماد الدين، شيخة صلاح، السقا كنعان، ياسمينه محمد نذير، كردي بشار، زيان مروان، طالب جميل، غيبة جعفر، أبو طوق عزام، الحسواني محمد، الأمراض النسائية، منشورات جامعة دمشق، دمشق، 1996-1997.
- 15- جاكوبسون جودي. ل، صحة المرأة في فترة الإنجاب، الخطر الكامن، تر: عبد الله أحمد، الجمعية المصرية لتشر والثقافة العالمية، القاهرة، ط1، 1993.
- 16- جلبي عبد الرزاق، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط4، 1999.
- 17- الجوهري يسرى، جغرافية السكان، منشأة المعارف، الإسكندرية، ط2، 1976.
- 18- حاروش نور الدين، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة، الأردن، ط1، 2012.
- 19- الحمصي عصام، الموسوعة الطبيّة الموجزة، مؤسّسة الإيمان، بيروت، السنة غير مذكورة.
- 20- الخطيب موسى، موسوعة المرأة الصحية، دار المعارف، القاهرة، 2006.
- 21- الخفاف عبد علي، جغرافيا السكان (أسس عامة)، دار الفكر، الأردن، ط1، 1999.
- 22- خلف عبد الجواد مصطفى، علم اجتماع السكان، دار الميسرة، عمان الأردن، ط1، 2009.
- 23- رزق هيام، علامة معصومة، أسرار الشفاء من السرطان، دار القلم، بيروت، 2006.
- رشوان حسين عبد الحميد أحمد، العلم والبحث العلمي، دراسة في مناهج العلوم، المكتب الجامعي للحديث، الإسكندرية، 2004.
- 24- رفعت محمّد، الزوجة سر السعادة الزوجية، مؤسّسة عز الدين، بيروت، 1983.
- 25- رفعت محمّد، المرأة، مؤسّسة عزّ الدين، بيروت، ط1، 1986.
- 26- رفعت محمّد، قاموس المرأة الطبي للصحة والجمال، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1994.
- 27- رويحة أمين، المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، دار القلم، بيروت، ط1، 1974.
- 28- زميرلين نصيرة، السرطان- سرطان الثدي- وقاية وشفاء... رحلة مع أخصائية نفسانية، دار الخلدونية، القبة، السنة غير مذكورة.

قائمة المراجع

- 29- الزهيري غسان ناظم، المرجع الصحي للعائلة، (مرجع عملي مبسط لمختلف الأمراض وكيفية الوقاية منها ومعالجتها)، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1995.
- 30- الشاعر عبد المجيد، أبو الرّب يوسف، قطّاش رشدي، علم الاجتماع الطّبي، دار اليازوري العلمية، الأردن، ط1، 2000.
- 31- الشرفاء يوسف أحمد، الوقاية من أمراض السرطان والتّخلص من سموم الجسم بطريقة شاولين الصينية، دار عالم الثقافة، الأردن، ط1، 2008.
- 32- شكري علياء، الخولي حسن، عفيفي السيّد، خلف مصطفى، لؤلؤ عبد الله، الجوهري محمّد، دراسات في علم السكان، مطبعة العمرانية للأوفست، الجيزة، 2006.
- 33- شوارتز مالكوم، السرطان ما هو؟ أنواعه محاربتة، تر: عماد أبو سعد، الدار العربية للعلوم، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان، ط1، 1988.
- 34- الشواورة سالم علي، الحبيس محمود عبد الله، جغرافيا السكان، مدخل إلى علم السكان، دار صفاء، عمان الأردن، ط1، 2001.
- 35- الصديقي سلوى عثمان، السيّد رمضان، الصحة العامّة والرّعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
- 36- الصديقي سلوى عثمان، الأسرة والسكّان من منظور اجتماعي وديني، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.
- 37- الصديقي سلوى عثمان، مدخل في الصحة العامّة والرّعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعيّة، المكتب الجامعي للحديث، الإسكندرية، 2002.
- 38- الطويل نبيل صبحي، الأمراض الجنسية، مؤسسة الرسالة، بيروت لبنان، ط3، 1984.
- 39- عرموش هاني، دليل الأسرة الطبي المصوّر، دار النفائس، دمشق، ط3، 2005.
- 40- عميرة جويّدة، التّحليل الإحصائي في البحوث الاجتماعيّة، دار جوانا، القاهرة، 2014.
- 41- العيسوي فايز محمّد، أسس جغرافية السكّان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.
- 42- عيسى أحمد، صحة المرأة في أدوار حياتها، دار الرائد العربي، بيروت لبنان، ط3، 1985.
- 43- فاخوري سبيرو، العقم عند الرجال والنساء (أسبابه وعلاجه)، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1979.

قائمة المراجع

- 44- فاخوري سيبرو، تنظيم الحمل بالوسائل العلمية الحديثة، دار العلم للملايين، بيروت لبنان، ط6، 1984.
- 45- فريحات حكمت عبد الكريم، الخطيب عماد إبراهيم، الشّاعر عبد المجيد مصطفى، مبادئ في الجراحة، دار الفكر، الأردن، السنة غير مذكورة.
- 46- فريحات حكمت عبد الكريم، تشريح جسم الإنسان، دار الشروق، الأردن، ط1، 1996.
- 47- قطيشات تالا، البياري نهلة، أباطة إبراهيم، نزال شذى، عبد الرّحيم منى، مبادئ في الصحة والسلامة العامّة، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2002.
- 48- قواصي علي، السياسة السكّانية في الجزائر نشأتها وتطوّرها 1962-1994، الاتحاد الدّولي لتنظيم الأسرة إقليم العالم العربي، تونس، 1994.
- 49- كامرون تشارلز س، فحص الخلايا أمل جديد في مكافحة السرطان، تر: زكريا فهمي، مؤسسة الخانجي، القاهرة، 1967.
- 50- كرادشة منير عبد الله، علم السكان الديمغرافيا الاجتماعية، عالم الكتاب الحديث، الأردن، ط1، 2010.
- 51- كمب بل ستيوارت، مونجو أش، طب النساء بقلم عشرة أساتذة، تر: السنوسي محمد السنوسي محمد، فرعون صادق، المركز العربي، دمشق، ط27، 2007.
- 52- الكندري يعقوب يوسف، الثقافة الصّحة والمرض، رؤية جديدة في الأنتروبولوجيا المعاصرة، لجنة التّأليف والتّعريب والنّشر، الكويت، 2003.
- 53- محمّد الحسن إحسان، مناهج البحث العلمي، دار وائل، الأردن، ط1، 2005.
- 54- مربيعي السّعيد، التغيرات السكانية في الجزائر 1936-1966، المؤسّسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984.
- 55- مزاهرة أيمن، علم اجتماع الصّحة، دار اليازوري العلمية، عمان، 2003.
- 56- مصطفى عبد المنعم، الأمراض الجلدية والتناسلية والعقم، المؤسّسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط1، 1987.
- 57- مصطفى عبد المنعم، أمراض النساء وموانع الحمل والولادة والعناية بالأطفال، المؤسّسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط1، 1987.
- 58- معين خليل عمر، مناهج البحث العلمي في علم الاجتماع، دار الشّروق، عمان، ط1، 2004.

قائمة المراجع

- 59- المليجي إبراهيم عبد الهادي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
- 60- النحاس أحمد فايز، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، بيروت، ط1، 2000.
- 61- نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2008.
- 62- ياسين عبد الطيف، الأمراض التي تنتقل بالجنس (علاجها والوقاية منها)، دار الطبع غير مذكورة، دمشق، 1993.

2- التّحقيقات والمسوح:

- 63- جامعة الدّول العربية، وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات، الدّيون الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صّحة الأسرة 2002، الجزائر، 2004.

3- القواميس:

- 64- بدوي أحمد زكي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978.
- 65- غيث محمّد عاطف، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، السنة غير مذكورة.
- 66- مدّاس فاروق، قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار منى، الجزائر، 2003.

المراجع باللغة الفرنسية

1- Les ouvrages :

- 67- AYOUB SORAYA. (2012), Recueil de conférence en médecine interne, tome2, 5341^{ème} édition, éd. Office des publications universitaires, Alger.
- 68- BEITONE, ALAIN. DOLLO, CHRISTOPHE. GERVASONI, JAQUES. (2012), Sciences sociales, 7^{ème} édition, éd. Dalloz, Paris.
- 69- BORSALI, ABDOU. (1994), Votre futur bébé de A à Z, éd. Dahleb, Houssein Dey Alger.
- 70- CHAOUI, FARID. LEGROS, MICHELLE. ACHOUR, NOUREDDINE. FIKRI BENBRAHIM, NOUREDDINE. GRANGAUD, JEAN PAULE. (2012), Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie Défis nationaux et enjeux partagés, éd. Les notes IPEMED, Paris.

- 71- EL HASSAR, SANS PRENOM. (2006), Le sain, éd. Dar El Gharb, Oran.
- 72- FERRANDEZ JEAN CLAUDE. SERIN DANIEL. (1996), Rééducation et cancer du sein, éd. Masson, Paris.
- 73- GUILLON, MICHELLE. SZTOKMAN, NICOLE. (2004), Géographie mondiale de la population, 2^{ème} édition, éd. Ellipse, Paris.
- 74- NETTER ALBERT, REYNIER JAQUES, CHARDIER PIERRE. Face au cancer du sein- monographie du collège de médecines des hôpitaux de paris-, paris, 1973.
- 75- REINHARD, MARCEL. ARMENGAUD, ANDRE. DUPAQUIER, JAQUES. (1968), Histoire générale de la population mondiale, 3^{ème} édition, éd. Mont- chrestien saint- jaques, Paris.
- 76- ROUSSEL, LOUIS. GANI, LEON. (1973), Analyse démographique Exercices et problèmes, éd. Armand Colin, Paris.
- 77- SKARNA, MOHAND. RASHID. (1999), SIDA : Ce qu'il faut savoir sur cette redoutable maladie, sans maison d'édition.
- 78- VANDESCHRICK, CHRISTOPHE. (2004), Analyse Démographique, 3^{ème} édition, éd. Academia-Bruylant, Louvain la neuve- Belgique.

2- Revues :

- 79- BOUISRI, ABDELLAZIZ. DE LAMAZE, FRANCOIS. PRADEL. La population algérienne d'après le recensement 1966, in : **Population**, n°1, 26^e année, INED, Paris, 1971.
- 80- HEMAL, ALI, HAFFAD, TAHAR. La transition de la fécondité en Algérie, in : **Sciences humaines**, N° 12, 1999.
- 81- Institut National des Etudes Démographiques. Tous les pays du monde, in : **Population et société**, Paris, N° 525, septembre 2015.
- 82- OSTIGUY, GENEVIEVE. (2006), « Le cancer ovarien ou l'assassin qui murmure à l'oreille des femmes », in : **Le médecin du Québec**, volume 41, n°4, Québec.
- 83- SHARAGYANI, FERIEL. (2006), « Les autres cancers gynécologiques ... la vulve et le vagin », in : **Le médecin du Québec**, volume 41, n°4, Québec.
- 84- WAGSTAFF, ADAM. (2002), « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », in : **Le bulletin de l'organisation mondiale de la santé**, recueil d'article n°7, Genève.

3- Colloques, enquêtes, rapports et bulletins :

- 85- Agence nationale de la statistique et de la démographie, Ministère de la santé et de l'action sociale. Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé 2012-2013, Sénégal, 2013.
- 86- FNUAP. Etat de la population mondiale 2011, New York, 2011.
- 87- Fondation contre le cancer. Les cancers de l'ovaire, brochure, Bruxelles, sans date.
- 88- La ligue contre les cancers. Les cancers de l'appareil génital féminin (col et corps de l'utérus, ovaires), brochure, Paris, 2009.
- 89- MSPRH, ENSSP. Colloque international sur les politiques de santé, Le système national de santé 1962 à nos jours, Alger, (2014).
- 90- MSPRH, INSP. Analyse des causes de décès année 2002, Alger, 2008.
- 91- MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2003, Alger.
- 92- MSPRH, INSP. Registre des tumeurs d'Alger année 2012, Alger, 2015.
- 93- MSPRH, ONS. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006 (MICS3), Algérie, 2008.
- 94- MSPRH, ONS. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (MICS4), Algérie, 2015.
- 95- MSPRH, Politique nationale de la population à l'horizon 2010, Alger, 2002.
- 96- MSPRH. Plan national cancer 2015-2019, nouvelle vision stratégique concentrée sur le malade, éd. ANDS, Alger, 2014.
- 97- MSPRH. Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2013/2015, éd. ANDS, Alger, 2013.
- 98- MSPRH. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2014-2018, éd. Anep, Rouiba, Alger, 2014.
- 99- MSPRH. Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/SIDA en Algérie, Période considérée : 2012/2013, Alger, 2014.
- 100- MSPRH. Situation démographique et sanitaire (2000-2014), 2014.
- 101- Nations Unies. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement Caire 5-13 septembre 1994, New York, 1995.
- 102- OMS, CIRC. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14.1 millions de nouveaux cas en 2012 : l'augmentation

marquée du cancer du sein demande des réponses, communique de presse n°223, Lyon, Genève, décembre2013.

103- OMS. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015 Rompre la chaine de transmission.

104- OMS. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015 Rompre la chaine de transmission, Genève, 2007.

105- ONS. Démographie algérienne 2015, in : Données Statistiques, n°740, Alger, 2015.

106- ONS. Rétrospective statistique 1962-2011, Alger.

107- ONUSIDA. Fiche d'information 2014.

108- OUADAH BEDIDI, ZAHIA. VALLIN, JAQUES. Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : Une histoire paradoxale, documents de travail 186, éd. INED, Paris.

109- WHO, IARC. GLOBOCAN2008 Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2008, Lyon.

4- Dictionnaire :

110- PRESSAT ROLAND. (1979), Dictionnaire de démographie, éd. PUF, Paris.

5- Thèses :

111- LOMPO, AMELIE. BRIGITTE. « **Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes YADSE dans la région nord** », thèse de doctorat en sociologie, université de NANTES, France, 2013.

112- NKURENZIZA, MEDIATRICE. « **Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi, déterminants et motivations** », thèse de doctorat en sciences politiques et sociales (démographie), faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, université catholique de Louvain, Belgique, 2014.

6- Les sites web :

113- OMS. Infections sexuellement transmissibles, aide mémoire n°110, in : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>, 2015.

114- WHO, IARC. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, in : http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, 2012.

الملاحق

الملحق (1)

استمارة مقابلة

1. بيانات أولية:

- 1- ما هو سنك؟ _____
- 2- ما نوع الوحدة السكنية التي تقيمين بها؟
فيلا شقة منزل تقليدي منزل قصديري آخر
3- هل ملكية المسكن:
خاصة مشتركة مستأجر سكن وظيفي حالة أخرى
4- ما نوع أسرتك؟ نووية ممتدة
5- إذا كان الجواب ممتدة، فهل تقيمين مع:
أهلك أهل الزوج أشخاص آخرين من هم؟
6- كم عدد أفراد الأسرة؟ _____

2. المركز الاجتماعي للمبحوثة:

- 7- ما هو مستواك التعليمي؟
أمية تقرأ وتكتب ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
8- هل أنت: طالبة عاملة بطالة متقاعدة مأكثة بالبيت
9* إذا كنت تعملين فهل أنت؟ إطار موظفة ذات مهنة حرة أخرى
10- ما هو المستوى التعليمي للزوج؟
أمي يقرأ ويكتب ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
11- هل زوجك: طالب عامل بطل متقاعد آخر
12* إذا كان يعمل فما هي مهنته؟ إطار موظف ذو مهنة حرة أخرى

3. المستوى المعيشي للمبحوثة:

- 13- ما هي مصادر دخل الأسرة؟ عملك عمل الزوج شخص آخر، من؟
14- هل هناك مصادر أخرى للدخل؟ نعم لا
15- كم يقدر الدخل الشهري للأسرة؟
أقل من 20000 20000-40000 أكثر من 40000
16- هل دخل الأسرة كاف لتلبية احتياجاتها المختلفة منها الصحية؟ نعم لا
17* إذا كان الجواب لا، فلماذا؟
18- هل يوفر شيء من الدخل للمصاريف الصحية؟ نعم لا

4. نوعية الخدمات الصحية:

- 19- هل هناك وفرة من الخدمات الصحية بمنطقة سكنك (هياكل صحية، أطباء، صيادلة،... الخ)؟ نعم لا
20- هل تجدين سهولة في الحصول على الخدمات الصحية؟ نعم لا
21- ما هو قطاع الفحص الذي غالبا ما تتوجهين إليه؟ القطاع العام القطاع الخاص
22* إذا كان في القطاع العام، فما سبب اختياره؟ هل لكون:

الملحق (1)

الوضع المادي لا يسمح بالذهاب لمصحة خاصة عدم الثقة في مصداقية الفحوص وكفاءة الأطباء في المصحات الخاصة لديك وسيط سهل لك المهمة سبب آخر

23* إذا كان في القطاع الخاص، فما سبب قصده، هل لـ

قلة أطباء النساء في القطاع العام الفحوصات المقدمة في القطاع العام غير دقيقة تعطل الأجهزة طول الفترة التي تستغرقها المواعيد في القطاع العام سبب آخر

24- ما رأيك في الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام؟ جيدة متوسطة سيئة

25* إن لم تكن جيدة فما سبب ذلك؟

26- ما رأيك في الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص؟ جيدة متوسطة سيئة

27* إن لم تكن جيدة فما سبب ذلك؟

28- هل أنت راضية عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟ نعم لا نوعا ما

5. الأمراض النسائية والخصوبة

29- كم كان سنك عند البلوغ؟ _____

30- هل تعرضت لمشاكل في دورتك الشهرية؟ نعم لا

31* إذا كان الجواب نعم، فهل عانيت من: نزيف انقطاع عسر الطمث

32* كيف كانت ردة فعلك؟ الذهاب لإجراء فحص طبي اللجوء إلى الطّب البديل تجاهل وإخفاء المشكل

آخر، كيف؟

33- كم كان سنك عند الزواج الأول؟ _____

34- ما هي مدة الزواج الحالي؟ _____

35- هل لديك أطفال؟ نعم لا

36* إذا كان الجواب نعم، فكم عددهم؟ _____

37* كم كان سنك عند أول حمل؟ _____

38* إذا تجاوز عدد الأحمال حمل واحد، فما هي المدة الفاصلة بين حمل وآخر؟ _____

39* هل ترغبين في الإنجاب مجددا؟ نعم لا

40- هل سبق وأن انتهت حالات الحمل بإجهاض؟ نعم لا

41* إذا كان الجواب نعم فما سبب ذلك؟

42- هل سبق وأن انتهت حالات الحمل بولادة ميتة؟ نعم لا

43* إذا كان الجواب نعم فما سبب في ذلك؟

44- هل تستعملين وسائل منع الحمل؟ نعم لا

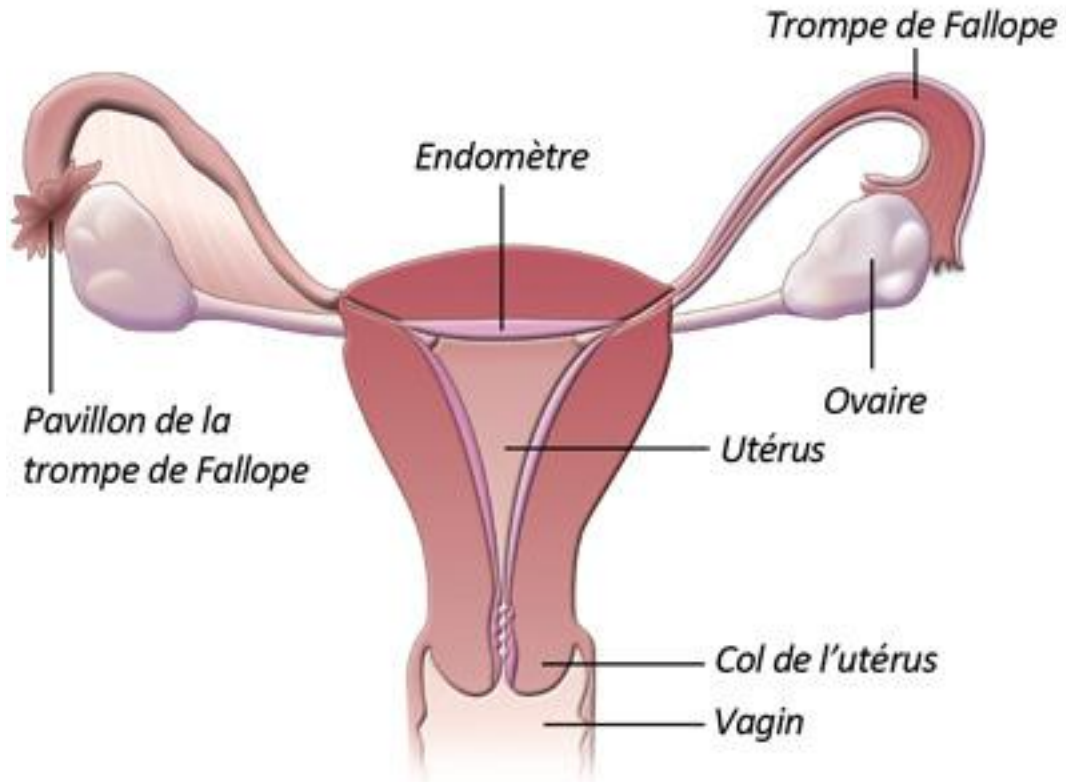
45* إذا كان الجواب نعم، فما نوعها؟

الملحق (1)

- 46* ما هو سبب استعمال وسائل منع الحمل؟ عدم الرغبة في الإنجاب الوضع المعيشي لا يسمح بالإنجاب مجدداً
المحافظة على الصحة لغرض العلاج آخر ما هو؟
- 47- هل تعرضت لأحد الأمراض التناسلية التالية:
التهابات أكياس مبيضية أورام رحمية سرطان تشوه في أحد الأعضاء التناسلية أخرى
ما هي؟
- 48* إذا أصبت بالتهابات فما نوعها؟
- 49* إذا أصبت بسرطان فما نوعه؟
- 50* إذا أصبت بتشوه في أحد الأعضاء التناسلية فما نوعه؟
- 51- كيف اكتشفت الإصابة؟ ظهور أعراض دالة على المرض صدفة عند الكشف الطبي أخرى؟
كيف؟
- 52* إذا كان الجواب من خلال ظهور أعراض المرض، فما هي؟
- 53* هل قصدت طبيب مختص فور اكتشاف أعراض المرض؟ نعم لا
- 54* إذا كان الجواب لا، فكم استغرقت من وقت للكشف؟
- 55* ما هو سبب التأخير عن الكشف؟
- 56- هل بعد الإصابة؟ حدث حمل إنجاب الفحص الطبي أكد أنه لا توجد عوائق تحدّ من إمكانية
الإنجاب بعد الإصابة الفحص الطبي أكد أنّ الإصابة خلّفت عوائق تحدّ من عملية الإنجاب
- 57- هل لديك معلومات عن الأمراض المنقولة جنسياً؟ نعم لا
- 58* إذا كان الجواب نعم فما هي الأمراض التي تعرفينها؟
- 59* هل تعرفين سبل الوقاية منها؟ نعم لا
- 60* إذا كان الجواب نعم، فكيف ذلك؟

الملحق (2)

الجهاز التناسلي الأنثوي



الملحق (3)

• الفرق بين الورم الحميد والخبيث:

- نمو الورم الحميد عادة يكون بطيء بينما الخبيث نموه يكون سريعاً.
- الورم الحميد يبقى ضمن منطقة محددة ولا تنتشر بالجسم، بينما الورم الخبيث تمرّ خلاياه السرطانية عبر الدّم واللّمف وتجاويف الجسم حتّى تصل إلى مناطق بعيدة ويكوّن ورماً جديداً (Métastases).
- يكون الورم الحميد محاطاً بمحفظة تفصله عن الأنسجة المحيطة، أمّا الخبيث لا حدود واضحة له ولا يمكن تمييزه بسهولة عن الأنسجة المحيطة به كما أنه لا يوجد له غشاء فاصل.
- قد يضغط الورم الحميد على الأنسجة المحيطة دون اختراقها أو اختراق الأوعية الدموية، الخبيث يضغط ويخترق ويحطّم وينتشر داخل الأوعية الدموية.
- خلايا الورم الحميد طبيعية لا توجد بها صفات سرطانية وخلايا الورم الخبيث غير طبيعية بها صفات سرطانية.
- استئصال الورم الحميد كافٍ للعلاج وعموماً لا يرجع بعد الاستئصال، في حالة الورم الخبيث لا يكفي الاستئصال لأن الورم قد يرجع ثانية بعد استئصاله.

الملحق (4)

كيفية إجراء الفحص الذاتي:

إن أفضل الأوقات لإجراء الفحص الذاتي هو اليوم الأول من كل شهر، وخلال الأسبوع الأول من انقضاء الدورة الشهرية، حيث تختفي أعراض قد تحسّ بها المرأة قبل حدوثها بأسبوع تقريبا. هناك ثلاث وضعيات للفحص الذاتي:

1- فحص يجرى بعد الاستحمام، حيث يحتفظ الجلد برطوبته وليونته، وذلك بـ:

- رفع اليد اليمنى ووضعها خلف الرقبة بحيث يتمدد الثدي.
- بسط أصابع اليد اليسرى فوق الثدي الأيمن وإجراء حركات دائرية ولطيفة فوق كل جزء من أجزاء الثدي الأيمن.
- ملاحظة وجود أي كتل أو أورام باللمسة والضغط على الحلمة.

2- الوقوف أمام المرأة لمراقبة الفوارق بين الثديين، من ناحية الحجم أو أي تغيرات أخرى، هذا من خلال:

- وضع الذراعين على الجانبين ثم يرفعان بحيث يكون الكفين خلف الرأس.
 - مراقبة أي تغيرات في شكل الحلمة، كالانكماش بالجلد وبروز تورم أو تجاوبف.
- 3- **وضعية الاستلقاء:** هذه الوضعية قائمة على تنفيذ عدة خطوات مفيدة وهي:

- التمدد على السرير.
- وضع اليد اليمنى على الجبهة وثني كوع اليد اليمنى قليلا نحو الأمام.
- تنفيذ حركات مستديرة حول حلمة الثدي بواسطة اليد اليسرى.
- تنفيذ نفس الخطوات مع الثدي الأيسر.

الملحق (5)

جدول 1: مدة الزواج

مدة الزواج بالسنوات	ك	%
4-0	38	29,2
9-5	22	16,9
14-10	27	20,8
19-15	16	12,3
24-20	22	16,9
29-25	5	3,8
المجموع	130	100,0

جدول 2: عدد الأطفال المنجبين

عدد الأطفال	ك	%
1	18	20,5
2	26	29,5
3	28	31,8
4	12	13,6
5	2	2,3
6	2	2,3
المجموع	88	100,0

88: عدد السيدات اللواتي سبق لهنّ إنجاب طفل حي.

جدول 3: نوع الأسر

نوع الأسرة	ك	%	
نووية	82	63,1	
ممتدة	أهل الزوج	44	91,7
	أهل الزوجة	4	8,3
المجموع	48	36,9	
المجموع	130	100,0	

جدول 4: صفة ملكية المسكن

صفة ملكية المسكن	ك	%
خاصة	35	26,9
مشتركة	70	53,8
سكن وظيفي	3	2,3
مُستأجر	13	10,0
بدون ملكية	9	6,9
المجموع	130	100,0

جدول 5: المستوى التعليمي للأزواج

المستوى التعليمي	ك	%
ابتدائي	17	13,1
متوسط	44	33,8
ثانوي	44	33,8
جامعي	25	19,2
المجموع	130	100,0

جدول 6: طبيعة النشاط اليومي للأزواج

طبيعة النشاط	ك	%
عامل	124	95,4
بطل	4	3,1
متقاعد	2	1,5
المجموع	130	100,0

جدول 7: نوع مهنة الأزواج

نوع المهنة	ك	%
إطار	8	6,5
موظف	81	65,3
ذو مهنة حرة	35	28,2
المجموع	124	100,0

124: عدد الأزواج العاملين.

جدول 8: حسب نوع المصادر الإضافية للدخل

المصادر الإضافية للدخل	ك	%
كراء محلات	3	42,9
ممارسة نشاط إضافي	2	28,6
بنسيون	1	14,3
عائدات أرض زراعية	1	14,3
المجموع	7	100,0

7: المبحوثات اللواتي يملكن مصادر إضافية للدخل

الملحق (5)

جدول 9: السن عند البلوغ:

السن عند البلوغ	ك	%
11	19	14,6
12	38	29,2
13	35	26,9
14	17	13,1
15	11	8,5
16	10	7,7
المجموع	130	100,0

جدول رقم 12: أعراض الأورام الرحمية

الأعراض	ك	%
نزيف مصحوب أو لا بانتفاخ البطن	19	67,9
اضطراب الدورة مصحوب أو لا بالآلام	5	17,9
آلام أو نزيف بعد الاتصال الجنسي	2	7,1
آلام في البطن	2	7,1
المجموع	28	100,0

28: الإصابات بالأورام الرحمية المكتشفة من خلال أعراض

جدول رقم 13: أعراض الأكياس المبيضية:

الأعراض	ك	%
اضطراب الدورة مصحوبة أو لا بالآلام	8	42,1
آلام وإفرازات مهبلية غير عادية	11	57,9
المجموع	19	100,0

19: الإصابات بالأكياس المبيضية المكتشفة من خلال أعراض.

جدول رقم 14: أعراض التهاب عنق الرحم:

الأعراض	ك	%
إفرازات مهبلية غير عادية	3	27,3
شعور بحكة وحرقة مصحوبة بضائعات	2	18,2
نزيف بعد الاتصال الجنسي مصحوب بحكة وحرقة وإفرازات مهبلية غير عادية	3	27,3
نزيف عند الاتصال الجنسي مصحوب بالآلام	3	27,3
المجموع	11	100,0

11: الإصابات بالتهاب عنق الرحم المكتشفة من خلال أعراض

جدول رقم 14-1: أعراض التهاب المهبل:

الأعراض	ك	%
إفرازات مهبلية غير عادية	6	11,3
شعور بحكة وحرقة	24	45,3
حكة وحرقة + إفرازات مهبلية غير عادية	19	35,8
شعور بحكة وحرقة + آلام	2	3,8
آلام عند الاتصال الجنسي مصحوب أو لا بإفرازات	2	3,8
المجموع	53	100,0

53: عدد الإصابات بالتهاب المهبل المكتشفة من خلال أعراض.

جدول 14-2: أعراض التهاب الفرج:

الأعراض	ك	%
آلام عند الاتصال الجنسي	2	40,0
آلام موضعية	1	20,0
كتلة في الفرج	2	40,0
المجموع	5	100,0

5: حالات التهاب الفرج المكتشفة من خلال ظهور أعراض.

جدول 24: توفّر الخدمة الصحية:

نوع المرافق الصحية	ك	%
متوفرة بالقدر الكافي	35	26,9
غير متوفرة بالقدر الكافي	95	73,1
المجموع	130	100

جدول 27: قطاع الفحص:

قطاع الفحص	ك	%
عام	45	34,6
خاص	85	65,4
المجموع	130	100

الملحق (5)

جدول 28: مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية

ك	%	مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
84	64,6	غالبًا
28	21,5	أحيانًا
18	13,8	نادرًا
130	100	المجموع

جدول 31: جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام

ك	%	جودة الخدمة الصحية
19	42,2	جيدة
26	57,8	متوسطة
45	100	المجموع

45: عدد السيدات اللواتي يقصدن القطاع العام للفحص.

جدول 31-1: نوعية الخدمات الصحية في القطاع الخاص

ك	%	جودة الخدمة الصحية
59	69,4	جيدة
26	30,6	متوسطة
85	100	المجموع

85: عدد السيدات اللواتي يقصدن القطاع الخاص للفحص.

جدول 32: نقائص الخدمة الصحية في القطاع العام:

ك	%	النقائص
9	34,6	نقائص متعلّقة بنظافة المؤسسة الصحية و توفرها على الأجهزة الضرورية
17	65,4	نقائص متعلّقة بمعاملة المرضى وسوء التنظيم
26	100	المجموع

26: عدد السيدات اللواتي ترين أنّ الخدمة الصحية في

قطاع الفحص ليست جيّدة.

جدول رقم 32-1: نقائص الخدمة الصحية في القطاع الخاص

ك	%	نقائص الخدمة الصحية في القطاع الخاص
8	30,8	عدم التشخيص الجيد هدفهم المال
8	30,8	غلاء تكاليف الفحص
4	15,4	عدم المتابعة الطبية
3	11,5	نقص كفاءة الأطباء
3	11,5	سوء المعاملة
26	100	المجموع

26: عدد السيدات اللواتي ترين أنّ الخدمة الصحية في

قطاع الفحص ليست جيّدة.

الملحق (5)

جدول (10): علاقة المستوى التعليمي ونوع اضطراب الدورة الشهرية بردة الفعل:

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطب البديل	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	إجراء الفحص الطبي مباشرة	ردة الفعل / نوع الاضطراب	المستوى التعليمي
9 %100	3 %33,3	-	-	6 %66,7	نزيف	ابتدائي
1 %100	1 %100,0	-	-	-	انقطاع	
3 %100	1 %33,3	-	-	2 %66,7	عسر	
13 %100	5 %38,5	-	-	8 %61,5	المجموع الجزئي	
14 %100	2 %14,3	-	2 %14,3	10 %71,4	نزيف	متوسط
8 %100	-	-	3 %37,5	5 %62,5	انقطاع	
14 %100	-	3 %21,4	3 %21,4	8 %57,1	عسر	
36 %100	2 %5,6	3 %8,3	8 %22,2	23 %63,9	المجموع الجزئي	
21 %100	5 %23,8	-	1 %4,8	15 %71,4	نزيف	ثانوي
18 %100	2 %11,1	-	3 %16,7	13 %72,2	انقطاع	
20 %100	2 %10,0	5 %25,0	3 %15,0	10 %50,0	عسر	
59 %100	9 %15,3	5 %8,5	7 %11,9	38 %64,4	المجموع الجزئي	
11 %100	2 %18,2	-	-	9 %81,8	نزيف	جامعي
8 %100	1 %12,5	-	1 %12,5	6 %75,0	انقطاع	
11 %100	1 %9,1	4 %36,4	1 %9,1	5 %45,5	عسر	
30 %100	4 %13,3	4 %13,3	2 %6,7	20 %66,7	المجموع الجزئي	
138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع	

138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدورة الشهرية أو أكثر .

الملحق (5)

جدول رقم (11): علاقة المستوى التعليمي ونوع الإصابة بمدى الإسراع في إجراء الكشف الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في الكشف نوع الإصابة	المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك		
100	5	40,0	2	60,0	3	التهابات	ابتدائي
100	2	100	2	-	-	أكياس مبيضية	
100	6	50,0	3	50,0	3	أورام رحمية	
100	1	-	-	100	1	سرطان	
100	14	50,0	7	50,0	7	المجموع الجزئي	
100	23	73,9	17	26,1	6	التهابات	متوسط
100	3	-	-	100,0	3	أكياس مبيضية	
100	5	20,0	1	80,0	4	أورام رحمية	
100	31	58,1	18	41,9	13	المجموع الجزئي	
100	26	30,8	8	69,2	18	التهابات	ثانوي
100	7	14,3	1	85,7	6	أكياس مبيضية	
100	12	25,0	3	75,0	9	أورام رحمية	
100	1	100,0	1	-	-	سرطان	
100	46	28,3	13	71,7	33	المجموع الجزئي	
100	15	26,7	4	73,3	11	التهابات	جامعي
100	7	42,9	3	57,1	4	أكياس مبيضية	
100	5	20,0	1	80,0	4	أورام رحمية	
100	2	-	-	100,0	2	سرطان	
100	29	27,6	8	72,4	21	المجموع الجزئي	
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الملحق (5)

جدول رقم 15: العلاقة بين المستوى التعليمي - سبب التأخر عن الفحص:

المجموع	اعتبار الأعراض راجعة لاقتراب سن اليأس	لم يكن هناك الوقت الكافي	أخذ دواء وُصف من قبل	تجاهل الأمر	اعتبار الأمر عادي	الأسباب المستوى التعليمي
7 %100,0	-	-	-	1 %14,3	6 %85,7	ابتدائي
18 %100,0	-	2 %11,1	1 %5,6	4 %22,2	11 %61,1	متوسط
13 %100,0	1 %7,7	3 %23,1	2 %15,4	3 %23,1	4 %30,8	ثانوي
8 %100,0	1 %12,5	1 %12,5	2 %25,0	-	4 %50,0	جامعي
46 %100,0	2 %4,3	6 %13,0	5 %10,9	8 %17,4	25 %54,3	المجموع

46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص.

جدول رقم 16: العلاقة بين المستوى التعليمي - مدى معرفة الأمراض المنقولة جنسيا.

المجموع	لا		نعم		مدى معرفة المستوى التعليمي
	ك	%	ك	%	
100	13	23,1	3	76,9	10 ابتدائي
100	35	2,9	1	97,1	34 متوسط
100	50	6,0	3	94,0	47 ثانوي
100	32	-	-	100	32 جامعي
100	130	5,4	7	94,6	123 المجموع

جدول رقم 16-1: العلاقة بين المستوى التعليمي - عدد الأمراض المنقولة جنسيا المعروفة.

المجموع	3 أنواع فأكثر		نوعين		نوع واحد فقط		العدد المستوى التعليمي
	ك	%	ك	%	ك	%	
100	10	-	-	-	10	100	10 ابتدائي
100	34	-	-	2,9	1	97,1	33 متوسط
100	47	4,3	2	9,8	4	87,2	41 ثانوي
100	32	6,3	2	18,8	6	75,0	24 جامعي
100	123	3,3	4	8,9	11	87,8	108 المجموع

123: عدد السيدات اللواتي يعرفن طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

الملحق (5)

جدول رقم 16-2: العلاقة بين المستوى التعليمي - مدى معرفة طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

المجموع		لا		نعم		مدى المعرفة المستوى التعليمي
		%	ك	%	ك	
100	10	-	-	100	10	ابتدائي
100	34	29,4	10	70,6	24	متوسط
100	47	6,4	3	93,6	44	ثانوي
100	32	3,1	1	96,9	31	جامعي
100	123	11,4	14	88,6	109	المجموع

123: عدد السيدات اللواتي يعرفن طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

جدول رقم 16-3: العلاقة بين المستوى التعليمي - طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا المعروفة.

المجموع		الطريقتين معا		إحدى الطريقتين		طرق الانتقال م. التعليمي
		%	ك	%	ك	
100	10	20,0	2	80,0	8	ابتدائي
100	24	37,5	9	62,5	15	متوسط
100	44	47,7	21	52,3	23	ثانوي
100	31	67,7	21	32,3	10	جامعي
100	109	48,6	53	51,4	56	المجموع

109: عدد السيدات اللواتي تعرفن طريقة واحدة على الأقل من طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

جدول رقم 17: توزيع وحدات العينة حسب طبيعة النشاط - المستوى التعليمي.

المجموع	المستوى التعليمي					طبيعة النشاط
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي		
47	21	18	5	3		عاملة
%100,0	%44,7	%38,3	%10,6	%6,4		
83	11	32	30	10		ماكثة بالبيت
%100,0	%13,3	%38,6	%36,1	%12,0		
130	32	50	35	13		المجموع
%100,0	%24,6	%38,5	%26,9	%10,0		

الملحق (5)

جدول رقم 18: العلاقة بين طبيعة النشاط - سبب التأخر عن الفحص

المجموع	اعتبار الأعراض راجعة لاقتراب سن اليأس	لم يكن هناك الوقت الكافي	أخذ دواء وُصف من قبل	تجاهل الأمر	اعتبار الأمر عادي	الأسباب طبيعية النشاط
17 %100,0	2 %11,8	5 %29,4	1 %5,9	3 %17,6	6 %35,3	عاملة
29 %100,0	-	1 %3,4	4 %13,8	5 %17,2	19 %65,5	ماكثة بالبيت
46 %100,0	2 %4,3	6 %13,0	5 %10,9	8 %17,4	25 %54,3	المجموع

46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص.

جدول رقم 19: علاقة الدخّل ونوع اضطراب الدورة برّدة الفعل إثر حدوثه

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطبّ البديل	تجاهل الأمر	إجراء الفحص الطبي مباشرة	رّدة الفعل نوع الاضطراب	مستوى الدخّل
2 %100	1 %50,0	-	-	1 %50,0	نزيف	أقل من 20000 دج
2 %100	-	-	1 %50,0	1 %50,0	عسر	
4 %100	1 %25,0	-	1 %25,0	2 %50,0		المجموع الجزئي
20 %100	5 %25,0	-	2 %10,0	13 %65,0	نزيف	بين 20000-40000 دج
11 %100	2 %18,2	-	3 %27,3	6 %54,5	انقطاع	
16 %100	1 %6,3	4 %25,0	2 %12,5	9 %56,3	عسر	
47 %100	8 %17,0	4 %8,5	7 %14,9	28 %59,6		المجموع الجزئي
33 %100	6 %18,2	-	1 %3,0	26 %78,8	نزيف	أكثر من 40000 دج
24 %100	2 %8,3	-	4 %16,7	18 %75,0	انقطاع	
30 %100	3 %10,0	8 26,7	4 %13,3	15 %50,0	عسر	
87 %100	11 %12,6	8 %9,2	9 %10,3	59 %67,8		المجموع الجزئي
138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5		المجموع

138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدورة الشهرية أو أكثر.

الملحق (5)

جدول رقم 20: العلاقة بين مستوى الدخل - أسباب التأخر عن الفحص

المجموع	اعتبار الأعراض راجعة لاقترب سن اليأس	لم يكن هناك الوقت الكافي	أخذ دواء وُصف من قبل	تجاهل الأمر	اعتبار الأمر عادي	الأسباب
						مستوى الدخل
3 %100,0	-	-	-	2 %66,7	1 %33,3	أقل من 20000 دج
22 %100,0	-	3 %13,6	1 %4,5	4 %18,2	14 %63,6	بين 20000-40000 دج
21 100,0	2 %9,5	3 %14,3	4 %19,0	2 %9,5	10 %47,6	أكثر من 40000 دج
46 %100,0	2 %4,3	6 %13,0	5 %10,9	8 %17,4	25 %54,3	المجموع

46: عدد السيدات اللواتي تأخرن عن الفحص.

جدول رقم 21: العلاقة بين مستوى الدخل - مدى معرفة الأمراض المنقولة جنسيا

المجموع	لا		نعم		مدى معرفة مستوى الدخل
	%	ك	%	ك	
100	8	-	100,0	8	أقل من 20000 دج
100	44	11,4	88,6	39	20000-40000 دج
100	78	2,6	97,4	76	أكثر من 40000 دج
100	130	5,4	94,6	123	المجموع

جدول رقم 21-1: العلاقة بين مستوى الدخل - عدد الأمراض المنقولة جنسيا المعروفة.

المجموع	3 أنواع فأكثر		نوعين		نوع واحد فقط		العدد
	%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	-	-	-	100	8	أقل من 20000 دج
100	39	-	2,6	1	97,4	38	20000-40000 دج
100	76	5,3	13,2	10	81,6	62	أكثر من 40000 دج
100	123	3,3	8,9	11	87,8	108	المجموع

123: عدد السيدات اللواتي يعرفن طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

الملحق (5)

جدول رقم 21-2: العلاقة بين مستوى الدخل - مدى معرفة طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

المجموع		لا		نعم		مدى المعرفة مستوى الدخل
		%	ك	%	ك	
100	8	37,5	3	62,5	5	أقل من 20000 دج
100	39	15,4	6	84,6	33	20000-40000 دج
100	76	6,6	5	93,4	71	أكثر من 40000 دج
100	123	11,4	14	88,6	109	المجموع

123: عدد السيدات اللواتي يعرفن طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا.

جدول 21-3: العلاقة بين مستوى الدخل - طرق انتقال الأمراض المنقولة جنسيا المعروفة.

المجموع		الطريقتين معا		إحدى الطريقتين		طرق الانتقال مستوى الدخل
		%	ك	%	ك	
100	5	40,0	2	60,0	3	أقل من 20000 دج
100	33	51,5	17	48,9	16	20000-40000 دج
100	71	47,9	34	52,1	37	أكثر من 40000 دج
100	109	48,6	53	51,4	56	المجموع

109: عدد السيدات اللواتي تعرفن طريقة واحدة على الأقل من طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

جدول 22: العلاقة بين تخصيص جزء من الدخل للمصاريف الصحية - ردة الفعل عند حدوث اضطراب الدورة:

المجموع	إجراء الفحص بملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطب البديل	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	إجراء الفحص الطبي مباشرة	ردّة الفعل
					تخصيص جزء من الدخل
45	6	6	4	29	نعم
%100,0	%13,3	%13,3	%8,9	%64,4	
50	8	6	7	29	لا
%100,0	%16,0	%12,0	%14,0	%58,0	
95	14	12	11	85	المجموع
%100,0	%14,7	%12,6	%11,6	%61,1	

95: عدد السيدات اللواتي عانين من اضطراب في الدورة الشهرية.

الملحق (5)

جدول 23: العلاقة بين تخصيص جزء من الدّخل للمصاريف الصحية- الإسراع في الكشف الطبي:

المجموع	لا	نعم	الإسراع في الكشف
			تخصيص جزء من الدّخل
53 %100,0	14 %26,4	39 %73,6	نعم
67 %100,0	32 %47,8	35 %52,2	لا
120 %100,0	46 %38,3	74 %61,7	المجموع

120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

جدول 25: العلاقة بين توفّر الخدمة الصحية ونوع اضطراب الدّورة- ردّة الفعل

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطبّ البديل	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	إجراء الفحص الطبي مباشرة	ردّة الفعل	توفّر الخدمة الصحية بالقدر الكافي
					نوع الاضطراب	
42 %100	12 %28,6	-	2 %4,8	28 %66,7	نزيف	لا غير متوفّرة بالقدر الكافي
20 %100	4 %20,0	-	4 %20,0	12 %60,0	انقطاع	
37 %100	4 %10,8	10 %27,0	5 %13,5	18 %21,6	عسر	
99 %100	20 %20,2	10 %10,1	11 %11,1	58 %58,6	المجموع الجزئي	
13 %100	-	-	1 %7,7	12 %92,3	نزيف	نعم متوفّرة بالقدر الكافي
15 %100	-	-	3 %20,0	12 %80,0	انقطاع	
11 %100	-	2 %18,2	2 %18,2	7 %63,6	عسر	
39 %100	-	2 %5,1	6 %15,4	31 %79,5	المجموع الجزئي	
138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع	

138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدّورة الشهرية أو أكثر.

الملحق (5)

جدول 26: العلاقة بين توفّر الخدمة الصحية، نوع الإصابة- الإسراع في الكشف الطبي

المجموع		لا		نعم		الإسراع في الكشف نوع الإصابة	توفّر الخدمة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	46	52,2	24	47,8	22	التهابات	لا غير متوفّرة بالقدر الكافي
100	13	38,5	5	61,5	8	أكياس مبيضية	
100	24	33,3	8	66,7	16	أورام رحمية	
100	2	50,0	1	50,0	1	سرطان	
100	85	44,7	38	55,3	47	المجموع الجزئي	
100	23	30,4	7	69,6	16	التهابات	نعم متوفّرة بالقدر الكافي
100	6	16,7	1	83,3	5	أكياس مبيضية	
100	4	-	-	100,0	4	أورام رحمية	
100	2	-	-	100,0	2	سرطان	
100	35	22,9	8	77,1	27	المجموع الجزئي	
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الملحق (5)

جدول 29: العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية، نوع الاضطراب - ردة الفعل

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطب البديل	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	إجراء الفحص الطبي مباشرة	ردّة الفعل نوع الاضطراب	مدى سهولة الحصول على الخدمة
35 %100	7 %20,0	-	-	28 %80,0	نزيف	غالباً
22 %100	1 %4,5	-	3 %13,6	18 %81,8	انقطاع	
28 %100	2 %7,1	7 25,0	4 %14,3	15 %53,6	عسر	
85 %100	10 %11,8	7 %8,2	7 %8,2	61 %71,8	المجموع الجزئي	
12 %100	2 %16,7	-	1 %8,3	9 %75,0	نزيف	أحياناً
8 %100	2 %25,0	-	2 %25,0	4 %50,0	انقطاع	
12 %100	2 %16,7	2 %16,7	1 %8,3	7 %58,3	عسر	
32 %100	6 %18,8	2 %6,3	4 %12,5	20 %62,5	المجموع الجزئي	
8 %100	3 %37,5	-	2 %25,0	3 %37,5	نزيف	نادراً
5 %100	1 %20,0	-	2 %40,0	2 %40,0	انقطاع	
8 %100	-	3 %37,5	2 %25,0	3 %37,5	عسر	
21 %100	4 %19,0	3 %14,3	6 %28,6	8 %38,1	المجموع الجزئي	
138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع	

138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدورة الشهرية أو أكثر.

الملحق (5)

جدول 30: العلاقة بين مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية، نوع الإصابة والإسراع في إجراء الكشف الطبي:

المجموع		لا		نعم		الإسراع في الكشف نوع الإصابة	مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية
100	41	34,1	14	65,9	27	التهابات	غالباً
100	16	25,0	4	75,0	12	أكياس مبيضية	
100	18	27,8	5	72,2	13	أورام رحمية	
100	4	25,0	1	75,0	3	سرطان	
100	79	30,4	24	69,6	55	المجموع الجزئي	
100	16	43,8	7	56,3	9	التهابات	أحياناً
100	2	50,0	1	50,0	1	أكياس مبيضية	
100	7	28,6	2	71,4	5	أورام رحمية	
100	25	40,0	10	60,0	15	المجموع الجزئي	
100	12	83,3	10	16,7	2	التهابات	نادراً
100	1	100	1	-	-	أكياس مبيضية	
100	3	33,3	1	66,7	2	أورام رحمية	
100	16	75,0	12	25,0	4	المجموع الجزئي	
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع	

120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الملحق (5)

جدول 33: العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية ونوع اضطراب الدورة- ردة الفعل

المجموع	إجراء الفحص الطبي بعد ملاحظة دوام الاضطراب	اللجوء إلى الطب البديل	تجاهل الأمر وعدم القيام بالفحص	إجراء الفحص الطبي مباشرة	ردة الفعل		الرضا عن الخدمة الصحية
					نوع الاضطراب		
34 %100	6 %17,6	-	1 %2,9	27 %79,4	نزيف	نعم	
20 %100	1 %5,0	-	3 %15,0	16 %80,0	انقطاع		
32 %100	2 %6,3	8 %25,0	5 %15,6	17 %53,1	عسر		
86 %100	9 %10,5	8 %9,3	9 %10,5	60 %69,8	المجموع الجزئي		
21 %100	6 %28,6	-	2 %9,5	13 %61,9	نزيف	لا	
15 %100	3 %20,0	-	4 %26,7	8 %53,3	انقطاع		
16 %100	2 %12,5	4 %25,0	2 %12,5	8 %50,0	عسر		
52 %100	11 %21,2	4 %7,7	8 %15,4	29 %55,8	المجموع الجزئي		
138 %100	20 %14,5	12 %8,7	17 %12,3	89 %64,5	المجموع		

138: عدد السيدات اللواتي أصبن بنوع من أنواع اضطرابات الدورة الشهرية أو أكثر.

جدول 34 العلاقة بين الرضا عن الخدمة الصحية، نوع الإصابة- الإسراع في الكشف الطبي

المجموع		لا		نعم		الإسراع في الكشف		الرضا عن الخدمة الصحية
						نوع الإصابة		
%	ك	%	ك	%	ك			
100	38	23,7	9	76,3	29	التهابات		نعم
100	12	25,0	3	75,0	9	أكياس مبيضية		
100	17	23,5	4	76,5	13	أورام رحمية		
100	4	25,0	1	75,0	3	سرطان		
100	71	23,9	17	76,1	54	المجموع الجزئي		
100	31	71,0	22	29,0	9	التهابات		لا
100	7	42,9	3	57,1	4	أكياس مبيضية		
100	11	36,4	4	63,6	7	أورام رحمية		
100	49	59,2	29	40,8	20	المجموع الجزئي		
100	120	38,3	46	61,7	74	المجموع		

120: عدد السيدات اللواتي اكتشفن الإصابة من خلال ظهور أعراض.

الملحق (6)

قائمة الاختصارات (ACRONYMES)

CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer	الوكالة الدولية لأبحاث السرطان
ESSP	Ecole Supérieure de Sciences Politiques	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية
IARC	International Agency for Research on Cancer	الوكالة الدولية لأبحاث السرطان
INED	Institut National d'Etudes Démographiques	المعهد الوطني للدراسات الديمغرافية
INSP	Institut National de Santé Publique	المعهد الوطني للصحة العمومية
MSPRH	Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	منظمة الصحة العالمية
ONS	Office National des Statistiques	الديوان الوطني للإحصائيات
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية