وزارة التعليم العالـــي و البحــث العلمـــــــــي

جامعــة أبو القاسم سعد الله – الجــزائر 2 –

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

تخصص ديموغرافيا

العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على ظهور سرطان الثدي عند المرأة البالغة 40 سنة فأقل

دراسة ميدانية على مستوى العيادة الاستشفائية الجامعية لبوفريزي

الأستاذ زيغوت أمين للوقاية ومعالجة الأمراض المزمنة بالجزائر العاصمة

رسالة لنيل شهادة الماجستير تخصص ديموغرافيا

من إعداد الطالبة: تحت إشراف الأستاذة:

نادية خورته **د. سي الطيب فاطمة الزهراء**

السنة الدراسية 2017-2018

إهـــــــداء

إلى والديا اللذين ربيان على تقدير و حب العلم

إلى زوجي وأبنائي

الذين وقفوا إلى جنبي وشجعوني بصبرهم، بتسامحهم وبمساعدتهم،

بدعمهم المتواصل والامتناهي

إلى كل أفراد العائلة الكبيرة الذين منحوني الثقة في المواصلة والتأكيد على
ضرورة إتمام المذكرة بالنظر إلى أهمية موضوعها
إلى كل من ساهم وساعد في إنجاز هذا العمل

كلمة شكر

الحمد والشكر لله رب العالمين الذي من علي بالقدرة والتوفيق وسدد خطايا لإنجاز هذه الدراسة.
وأتوجه بالشكر الخالص وجزيل العرفان إلى أستاذتي الموقرة "سي الطيب فاطمة الزهراء" المشرفة على هذا العمل التي ما فتئت عبر نصائحها وتوجيهاتها ودعمها من إنارة طريقي وتمكيني من الوصول إلى المبتغى وإتمام هذه الدراسة.

كما لا يفوتني، بهذه المناسبة، التقدم بجزيل الشكر إلى كل الأساتذة الذين سهروا على تكويننا وساهموا في صقل قدراتنا العلمية.

والشكر الخالص إلى كل مسئولي، موظفي وعمال المؤسسات، المراكز والهيئات وكذا الأطباء والأخصائيين الذين لم يبخلوا علينا من تقديم التسهيلات والإجابة عن تساؤلاتنا للوصول والتأكد من المعلومة.
ونخص بالذكر:
-المؤسسة الإستشفائية لبوفريزي وعلى رأسها البروفيسور "أوكال" وكذا المريضات اللاتي قابلتهن،
-الدكتورة "سمية أولمان" المختصة في أمراض الثدي والسرطان،
-الدكاترة المختصين في أمراض النساء: "ميكاوشة، بوخاري وملوحي".
-البروفيسور "حمودة" والدكتورة "بوتقجيرات" من المعهد الوطني للصحة العمومية.

مـــحـــتـــوى البـحـث:

المقدمة

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي

1- الإشكالية.....07

2- الفرضيات.....12

3- تحديد المفاهيم.....13

4- المنهجية المتبعة

1.4- المنهج المستعمل في الدراسة.....19

2.4- التقنية المستعملة.....19

3.4- مجالات الدراسة.....20

5- الدراسات السابقة.....20

الفصل الثاني: ظاهرة الانتشار السريع لسرطان الثدي

تمهيد.....29

1- الصورة الرمزية للثدي.....29

2- أنواع سرطان الثدي.....30

3- سرطان الثدي في الدول المتقدمة.....34

4- سرطان الثدي في الدول النامية.....43

5- سرطان الثدي في الجزائر.....48

خلاصة.....54

الفصل الثالث: التغيرات السوسيوديموغرايفة وسرطان الثدي

تمهيد.....56
1- عوامل الخطر لسرطان الثدي.....57
2- التغيرات الديموغرافية وسرطان الثدي.....60
1.2- الزواج.....60
2.2- الإنجاب.....72
3.2- استعمال وسائل منع الحمل.....69
3- التغيرات السوسيولوجية وسرطان الثدي.....78
1.3-المكانة الاجتماعية للمرأة الجزائرية.....78
2.3- العوامل المساهمة في تغير المكانة الاجتماعية للمرأة،
وعلاقتها بسرطان الثدي 80
خلاصة.....84

الباب الثاني: الإطار الميداني

الفصل الرابع : خصائص المبحوثات

- تمهيد.....87
1- خصائص العينة.....88
- الاستنتاج.....106

الفصل الخامس: تأثير تأخر سن الزواج على ظهور سرطان الثدي.

- تمهيد.....109
1- تأثير سن الزواج على السلوك الإنجابي للمرأة و ظهور سرطان
الثدي.....110
-الاستنتاج.....131

الفصل السادس: تأثير الاستعمال الهرموني على ظهور سرطان الثدي.

- تمهيد.....135

1- استعمال وسائل منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى
وعلاقتها بالإصابة بسرطان الثدي 136
- الاستنتاج.....153

-الفصل السابع: تأثير المكانة الاجتماعية للمرأة على ظهور سرطان الثدي
- تمهيد..... 156
1- المكانة الاجتماعية المكتسبة وعلاقتها بظهور بسرطان
الثدي عند الأربعين سنة فاقل.....157
- الاستنتاج.....190
- الاستنتاج العام 194
- الخاتمة.....200
- قائمة المراجع
- الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	معدل الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 امرأة حسب المنطقة الجغرافية و السنة	36
2	معدل الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 . امرأة في بعض الدول الغربية	37
3	معدلات الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 امرأة في بعض الدول العربية سنة 2010	49
4	توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب السن بالجزائر العاصمة سنة 2012	51
5	تطور متوسط سن الزواج الأول بين 1948-2006 للجنسين بالجزائر	66
6	تطور متوسط عدد الأطفال في الجزائر بين 1970-2015	70
7	معدل استعمال وسائل منع الحمل بأنواعها بين 1686-2012	74
8	توزيع مستعملات وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي ومكان الإقامة والسنة	75
9	توزيع المبحوثات حسب السن عند التحقيق	88
10	توزيع المبحوثات حسب إنجابهن للأطفال	92
11	توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات	92
12	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	93
13	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية	93

14	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للزوج	94
15	توزيع المبحوثات حسب الدخل الشهري للأسرة	95
16	توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن	97
17	توزيع المبحوثات حسب نوع ملكية المسكن	98
18	توزيع المبحوثات حسب السن عند البلوغ	101
19	توزيع المبحوثات حسب الوزن قبل الإصابة بالمرض	101
20	توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة	102
21	توزيع المبحوثات حسب استعمالهن للأدوية الهرمونية	103
22	عن مدى تعرض المبحوثات للفحص بالأشعة جهة الصدر	103
23	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج والسن عند اكتشاف المرض	110
24	توزيع أفراد العينة حسب السن عند إنجاب أول طفل والسن عند اكتشاف المرض	113
25	توزيع أفراد العينة حسب السن عند إنجاب آخر طفل والسن عند اكتشاف المرض	115
26	توزيع افراد العينة حسب عدد الولادات والسن عند اكتشاف المرض	118
27	توزيع أفراد العينة حسب إنجابهن للأطفال والسن عند اكتشاف المرض	120
28	توزيع أفراد العينة حسب رتبة طفلهن، مدة إرضاعهن له والسن عند اكتشاف المرض	122
29	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة احد الأقارب بالسرطان	125
30	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة احد الأقارب من الدرجة الأولى والثانية بسرطان الثدي، الرحم القولون أو البرستاتة	127
31	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة قريبة بورم حميد في الثدي	129

32	توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لوسائل منع الحمل والسن عن اكتشاف المرض	136
33	توزيع المبحوثات حسب استعمالهن للأدوية الهرمونية والسن عند اكتشاف المرض	137
34	توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة والسن عند اكتشاف المرض	138
35	توزيع المبحوثات حسب الشخص الذي وصف الحبوب والسن عند اكتشاف المرض	140
36	توزيع المبحوثات حسب تسجيلهن لفترة راحة أثناء استعمال الحبوب والسن عند إكتشاف المرض	142
37	توزيع المبحوثات حسب نوع الحبوب المستعملة والسن عند اكتشاف المرض.	144
38	توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة، استعمالهن للأدوية الهرمونية ووجود قريب مصاب بالسرطان.	146
39	توزيع المبحوثات حسب استعمالهن للأدوية الهرمونية، حالتهن العائلية ووجود قريب من الدرجة الأولى أو الثانية أصيب بالسرطان	149
40	توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل، وللأدوية الهرمونية والسن عند اكتشاف المرض.	151
41	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية والسن عند اكتشاف المرض	157
42	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية والسن عند اكتشاف المرض	159
43	توزيع المبحوثات حسب الحالة الزواجية ومدى الشعور بالضغط المستمر	161
44	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية ومدى الشعور بالضغط المستمر	163
45	توزيع المبحوثات حسب نوع المهنة ومدى الشعور بالضغط المستمر.	167
46	توزيع المبحوثات حسب وقت عملهن ومدى شعورهن بالضغط	169

	المستمر	
47	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية ،عدد مرات تناولهن للأكل خارج البيت والسن عند اكتشاف المرض	172
48	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية ، عدد مرات تناولهن للأكل خارج البيت والسن عند اكتشاف المرض	175
49	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية، مدى معانتهن من السمنة أو الزيادة في الوزن والسن عند اكتشاف المرض.	177
50	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية، مدى معانتهن من السمنة أو الزيادة في الوزن والسن عند اكتشاف المرض.	179
51	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية، مدى استعمالهن للهاتف النقال والسن عند اكتشاف المرض.	181
52	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية، مدى استعمالهن للهاتف النقال والسن عند اكتشاف المرض.	184
53	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية ، مدى استعمالهن لمزيل العرق أو الرائحة والسن عند اكتشاف المرض.	186
54	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية ، مدى استعمالهن لمزيل العرق أو الرائحة والسن عند اكتشاف المرض.	188

قائمة الرسومات البيانية

الرقم	العنوان	الصفحة
1	اعمد عن توزيع السرطانات في العالم حسب معدلات الإصابات والوفيات ل100000 امرأة	33
2	دائرة عن توزيع سرطان الثدي في العالم حسب السن و الوضع الاقتصادي	39
3	أعمدة عن نسب الإصابات الجديدة عند نساء لم يتجاوزن الـ35 سنة في بعض دول العالم	41
4	توزيع حالات سرطان الثدي حسب رباعيات السن بسطيف بين 1999 و2007	52
5	دائرة نسبية عن توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة	89
6	أعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية	90
7	مضلع تكراري يبين توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول	91
8	اسطوانة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب مدى التوفير من الدخل الشهري	96
9	مدرج تكراري عن سن المبحوثات عند اكتشاف المرض	99
10	أعمدة عن توزيع المبحوثات حسب وجود قريب من الدرجة الأولى والثانية أصيب بسرطان ذات صلة بسرطان الثدي	100
11	مستطيل بياني يوضح توزيع المبحوثات حسب الأغذية المتناولة	104

مـــــقـــــدمـــــة

مـقـدمـة

ارتبط المرض بصفة مباشرة بالعلوم الطبية التي انصب اهتمامها على الجانب الفسيولوجي والبيولوجي منه ولقد تمكن من حل الكثير من المعضلات الصحية، لكن البشرية عرفت انتشارا لما يسمى بالأمراض المزمنة تبرزها عوامل متباينة يمكن اكتشافها من خلال مؤشرات مشتركة في تاريخ حياة المصابين بالاعتماد على علوم أخرى كعلم الاجتماع، ومن بين هذه الانحرافات التي تميز بها عصرنا السرطان بكل أنواعه.

يعد السرطان من بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم، و من بين المسببات الأولى للوفيات، و يعرف هذا الداء تزايدا مستمرا و منحنى تصاعديا في عدد المصابين به، من دون أي تمييز بين الدول المتقدمة و تلك السائرة في طريق النمو، ما عدا في وتيرة الذيوع التي تختلف من منطقة لأخرى عبر العالم.

و الجزائر حالها حال باق الدول النامية تسجل ارتفاعا مستمرا في هذا المرض و في ضحاياه. فيعتبر سرطان الرئة الأكثر انتشارا عند الرجال، و يحتل سرطان الثدي الصدارة عند النساء.

فقد أظهرت سجلات السرطان بالجزائر ارتفاعا مخيفا في نسبة حالات الإصابة بسرطان الثدي سنويا، كما كشفت عن انخفاض السن عند الإصابة به مقارنة بالدول المتقدمة، إذ يبلغ متوسط سن المصابات الـ 60 سنة بهذه الدول، في حين يبلغ متوسط عمر النساء المصابات بهذا الداء بالجزائر الـ 47 سنة[1] مما حتم على إدراج سرطان الثدي ضمن الأخطار المهددة للصحة العمومية و الأخطر من ذلك فان سببه المباشر غير معروف رغم إبراز العديد من الدراسات لارتباطه بعوامل مختلفة كالمجتمع و البيئة والمستوى المعيشي وغيرها.

1-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Registre des tumeurs d'Alger, année 2012, p12.

فتفسيرات الإصابة بسرطان الثدي تتعدى المنطق الطبي وتحتاج إلى نوع آخر من التحليل. هذا ما دفعنا إلى التركيز على دراسة هذا الداء من الجانب السوسيوديموغرافي و تسليط الضوء على انخفاض السن عند الإصابة به كظاهرة جديدة تمس بمجتمعنا، وعليه فقد ارتأينا التركيز على مجتمع النساء المصابات به في سن مبكرة لاكتشاف خصائصهن.

و سيكون ذلك من خلال الأبواب و الفصول التالية:

باب أول عن الإطار النظري للدراسة و فيه: فصل منهجي عرضنا فيه إشكالية البحث و الفرضيات التي رأيناها مناسبة للإجابة عن التساؤلات المطروحة، كما اقترحنا المنهج و التقنيات التي ستستعمل للتحقق من الفرضيات. و في الأخير قدمنا عرضا موجزا لبعض الدراسات السابقة حول الموضوع.

في الفصل الثاني، تحدثنا عن ظاهرة انتشار سرطان الثدي في الدول المتقدمة و الدول النامية و في الجزائر حتى نقارن بينها لنكتشف أوجه التشابه و الاختلاف و ما يميز الجزائر عن غيرها من الدول فيما يخص هذا المرض.

الفصل الثالث، تمحور حول التغيرات السوسيوديموغرافية التي طرأت على للمرأة الجزائرية والتي قد تؤثر في ظهور المرض حددناها اعتمادا على عوامل عرفت تحولات كبيرة وهي: الزواج، الخصوبة، استعمال موانع الحمل وعمل المرأة خارج البيت.

الباب الثاني و الأخير يشمل الجانب الميداني من الدراسة و سيحتوي على الفصول التالية:

-فصل عن خصائص المبحوثات،

-فصل عن علاقة المرض بالسلوك الانجابي الإنجابي،

-فصل عن علاقة المرض بالاستعمال الهرموني، منها حبوب منع الحمل،

- فصل عن علاقة المرض بالمكانة الاجتماعية للمبحوثات.

و في الأخير عرض للنتائج المتوصل إليها.

الباب الأول

الإطار النظري للدراسة

الفصـــــــل الأول:

الإطـــــار المنـهـجي

1-الإشكالية

2-الفرضيات

3-تحديد المفاهيم

4-المنهجية المتبعة

5-الدراسات السابقة

1- الإشـــكـــاليـــة

سرطان الثدي هو أكثر السرطانات انتشارا عند المرأة بالجزائر منذ نهاية التسعينات و بداية الألفينيات (معدل سرطان الثدي: 70.2 ، سرطان القالون18.3 ، الغدة الدرقية 15.6)[1] وعدد المصابات به في ارتفاع مستمر وسريع. ففي عام 2000 و بالجزائر العاصمة كان المعدل السنوي للحالات الجديدة لـ 100000 امرأة 19. ولقد صنفت الجزائر خلال هذه الفترة بين الدول الضعيفة من حيث عدد الإصابات. ارتفع المعدل إلى 48.6 حالة جديدة عام 2007 [2]، لنصل بهذا إلى ما كانت عليه الدول الأوروبية في التسعينات، في الوقت الذي تسجل فيه هذه الأخيرة بداية في انخفاض نسبة الإصابات و يفسر ذلك بعض الباحثين بالتراجع في استعمال الأدوية الهرمونية التي توصف للمرأة في سن اليأس، في حين لم يتوقف الوضع عند هذا الحد بالجزائر، فالمعدلات في تصاعد سريع وهي مرشحة للارتفاع أكثر، ففي عام 2012 سجل معدل 70.2 حالة جديدة [3] وهو معدل مماثل لذاك المسجل في بعض الدول المتقدمة *.

وحسب معطيات المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019 يبلغ مجموع عدد الحالات الجديدة المسجلة على مستوى كل القطر 11000 مريضة [4] ، والى جانب التزايد السريع في عدد الحالات يعرف هذا المرض في بلادنا ميزة أخرى والمتمثلة في انخفاض السن عند الإصابة به مقارنة بما هو عليه في الدول المتقدمة ،

1- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, op.cit, p 10.

2- ibid, p11

3- ibid, p 11.

4- République Algérienne démocratique et populaire, plan national de lutte contre le cancer 2015-2019, ANDS, octobre 2014, p21

*أنضر الجدول رقم 2 ص 35 .

فحسب معطيات سجل السرطان لعام 2012 للجزائر العاصمة، بلغ متوسط السن عند الإصابة بسرطان الثدي 47 سنة، فأكبر نسبة مسجلة من حيث العدد تنتمي إلى الفئتين العمريتين (40-44) و (45-49) بنسبة 16.5% و19.6% على الترتيب.[1]

وهو متوسط منخفض جدا مقارنة بذاك المسجل في الدول الأوربية والذي يفوت الستين سنة وهو يعني أيضا أن 50% من الحالات وقعت قبل هذا السن [2] إذ سجلت حالات لنساء في الثلاثينات و العشرينات، فتأثير هذا المرض عند المرأة مرتفع و يمثل واقع إيبدميولوجي، ليس له تفسيرات مقنعة، ويستوجب البحث عن محدداته التي يمكن إبراز البعض منها من خلال الخصائص الديموغرافية للجزائر.

فقد شهد بلدنا بسبب التغيرات الاجتماعية، الثقافية و الاقتصادية ارتفاعا في متوسط السن عند الزواج الأول، حيث كان بالنسبة للنساء 18 سنة عام 1966 و 23.7 سنة عام 1987 [3] ليصل إلى 33.3 سنة عام 2006 [4]. ويقابل ارتفاع السن عند الزواج حتما ارتفاعا في العمر لدى ولادة أول طفل وحتى إلى إنجاب أطفال بعد الخمسة والثلاثون سنة، هذه العوامل حددت من عوامل الخطورة بالنسبة لسرطان الثدي.

1- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, op.cit, p12.

2- République Algérienne Démocratique et Populaire, plan national de lutte contre le cancer 2015-2019, op.cit, p21.

3- tradition matrimoniales dans les sociétés arabes, bulletin population et société, N 198 janvier 1986,p28

4- ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, ONS, enquête national a indicateurs multiple MICS3, rapport préliminaire 2007, p55

كما لجأت المرأة، من أجل تنظيم نسلها، إلى استعمال وسائل منع الحمل أين تظل"الحبوب" الوسيلة الأكثر شيوعا إذ انتقلت نسبة استعمالها من 26.4% عام 1986 [1] إلى 43.8 % عام 2012 [2].

و قد ربطت دراسات كثيرة، كالتي قام بها المركز الدولي للبحث عن السرطان و معهد "فراد هاتشنسون" لأبحاث السرطان بأمريكا، بين إصابة النساء تحت سن الخمسين بسرطان الثدي و تناول أنواع من حبوب منع الحمل أي الحبوب الكلاسيكية (oeustroprogestatifs combinés) [3] .

من ناحية أخرى فالهدف الأول من استعمال وسائل منع الحمل هو التباعد بين الولادات أو تحديدها ما يؤدي إلى انخفاضها وقد حدد هو الآخر كعامل من عوامل الخطورة في سرطان الثدي.

هذا والى جانب التغيرات الديموغرافية فقد عرف المجتمع الجزائري تغيرات في العوامل الاجتماعية المحددة لمكانة المرأة كتعليمها، دخولها عالم الشغل وانتشار العنوسة، فكون الأسرة مشروعا مرغوبا فيه أساسه الزواج ونموذجا من نماذج التنظيم الاجتماعي والنفسي والمحدد لمكانة المرأة في المجتمعين التقليدي والمعاصر، بات عدم تحقيقه من مسببات السلوك الإنحرافي الجسدي والنفسي.

وسعي المرأة للوصول إلى مكانة اجتماعية أرقى باشتغالها يساهم في زيادة الإنتاج وتحسين دخل الأسرة، إلا انه لا يخلو من السلبيات، فالعمل لساعات طويلة وتعدد الأدوار والمسؤوليات يسفر عنه تغير في النمط المعيشي (تغير في العادات الغذائية، الابتعاد عن الرضاعة الطبيعية...) و هي أيضا عوامل ضغط تؤدي إلى القلق و الاكتئاب والأرق...

1- المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة 1986

1- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, UNICEF et autres, enquête par grappes a indicateurs multiples, mics 2012-2013, Algérie 2015,p130.

3- http://www. ahewar.org

وعامل الضغط مؤشر يرتبط بامراض مختلفة، فالعديد من الدراسات و البحوث أثبتت وجود علاقة بين القلق و ظهور أمراض عديدة وهي اضطراب النوم، أمراض القلب والشرايين، هشاشة العظام، الحساسية، السكري، الأمراض الجلدية، السمنة، ارتفاع الكولسترول في الدم، التهاب المفاصل، وكذلك السرطان، وهذا حسب: (Stora, 1988 ; Roques, 2001; Pépin, 1991 ;Bourque et Charlebois, 1990.)[1]، وفي تحليلهم لمجموعة من الدراسات والصادرة عن" Health psychog " عام 1999 توصل McKenna وآخرون إلى إيجاد صلة وثيقة بين الأحداث الماضية المسببة للقلق وظهور سرطان الثدي[2].

وإلى جانب عامل الضغط الذي تتعرض له المرأة وخاصة العاملة، فقد تسفر عن التغيرات في مكانتها الاجتماعية اختلافات بين امرأة وأخرى في حدة التعرض لعوامل الخطر المؤدية إلى ظهور سرطان الثدي والى الارتفاع في حالاته باختلاف المرتبة التي بلغتها اجتماعيا، كاستعمالها للوسائل الحديثة للاتصال أي الهاتف النقال الذي قلل من تنقل الأشخاص ومن حركتهم وزاد من تعرضهم للتيارات الكهرومغنطيسية، وحتى في طرق التجميل إذ تخلت المرأة عن استعمال المواد الطبيعية واستبدلتها بمستحضرات كيماوية لا تخلو من الأخطار.

من خلال هذا العرض المتنوع للتغيرات التي طرأت على المرأة الجزائرية في مجالات عدة ارتأينا البحث في العلاقة التي تربط هذه الأولى بظهور داء سرطان الثدي عند النساء البالغات 40 سنة فأقل، فالبحث في أسباب المرض وكيفية انتشاره في مجتمع ما من أهم المنضورات البحثية المتعلقة بالصحة إذ تساعد في الكشف عن معلومات متصلة بالمرضى قد تخفي وراءها أسباب العلل. وكان هذا التوجه منطلقا لوضع تساؤل عام:

1- Widad Cherkaoui, Nathalie Montargot, et autres, Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc, revue question(s) de management, N° 0, septembre 2012, p 47 .

2- Othman Amami, Rim Akrout et autres, Psychogenèse du cancer, revue L'information psychiatrique, 2006/8 (Volume 82), p 685.

" فما هي العوامل السوسيوديموغرافية التي أدت إلى ارتفاع نسبة الإصابة بسرطان الثدي وإلى انخفاض السن عند الإصابة به؟"

ومنه تتفرع الأسئلة الجزئية التالية:

1- ما مدى تأثير تأخر سن الزواج الأول على ظهور سرطان الثدي عند الأربعين سنة فاقل؟

2- ما علاقة استعمال الأدوية الهرمونية المرتبطة بخصوبة المرأة وعلاجات أخرى بظهور سرطان الثدي وفي سن لا يتعدى الأربعين سنة؟

3- ما تأثير المركز الاجتماعي للمرأة في تفاقم حالات الإصابة بسرطان الثدي؟

و في هذا السياق ولإعطاء تفسيرا للإشكال المطروح سنقترح فرضيات يتم التأكد على مدى صحتها ميدانيا.

2- الفرضيات:

1- كلما ارتفع السن عند الزواج الأول زاد احتمال الإصابة بسرطان الثدي.في سن لا يتعدى الأربعون سنة

2- استعمال العلاجات الهرمونية (لتنظيم النسل كحبوب منع الحمل أو لأغراض علاجية من اجل الإنجاب و تنظيم الدورة الشهرية أو لعلاج البشرة) تساهم في انتشار سرطان الثدي.عند المرأة البالغة أربعين سنة فاقل

3- للسلوكات غير الصحية الناجمة عن مكانة المرأة الاجتماعية، دور في ارتفاع عدد إصاباتها بسرطان الثدي عند سن الأربعين سنة فأقل.

3- تحديد المفاهيم:

1- سرطان الثدي:

تعبر كلمة السرطان عن مجموعة من الأمراض التي تتميز بتكاثر لا متناهي للخلايا التي يمكنها تفادي الموت المبرمج، ما يؤدي إلى تشكيل خلايا زائدة وقادرة على الانتشار في كل الجسم، فالسرطان يمكن أن يظهر في اي عضو من أعضائه أو في اي نسيج من أنسجته ما يعني أن أنواعه متعددة[1]. و بمعنى آخر تنمو الكثير من الخلايا في الجسم في وقت واحد، ولكنّ الجسم يحرص على أن يكون عدد الخلايا المتكاثرة يوازي عدد الخلايا التي تموت، ويظهر السرطان حين تنمو الخلايا وتتكاثر بسرعة أكبر من الطبيعي، و تتمكن من تفادي آلية الجسم التي تتحكم بنموّ الخلايا. ويؤدي ذلك إلى كتلة سرطانية (ورم بشكل أساسي)، يكبر حجمها أكثر فأكثر في حال عدم معالجتها، ذلك أن الخلايا تستمر في الانشطار والتكاثر. و في حال استمرت الكتلة في النموّ، فقد تطور بعض الخلايا القدرة على الابتعاد عنها إلى مناطق أخرى من الجسم حيث تنمو لتكوّن أوراماً أخرى، فيما يعرف بـ «النقيلة» أي انتشار السرطان في الجسم.[2].

أما عن سرطان الثدي فينمو من الخلايا التي تشكل بطانة فصوص الثدي و القنوات وتعرف بالخلايا اللابدة أو غير الغازية.[3]

إلى جانب التعريف الطبي فسرطان الثدي مرتبط بعوامل اجتماعية و ديموغرافية اعتبرت من محدداته إذ تؤثر في ظهوره كالسن والإنجاب والمكانة الاجتماعية والمستوى المعيشي وهي تفسر أيضا المسار المرضي للمصابة من خلال تفاعلها مع بيئتها الاجتماعية.

1- Maryse Delehedde, que sait-on du cancer ?, EDP sciences, 2006, p 5.

2- مايك ديكسون، سرطان الثدي، ترجمة: هنادي مزبودي، الرياض، 2013، ص 4.

3- نفس المرجع، ص 64.

2- العوامل الاجتماعية:

هي مجموعة العوامل ذات الطابع الاجتماعي التي تلعب دورا هاما في تحديد صحة الفرد "فالدلائل على أسباب المرض قد تم التوصل إليها عن طريق ملاحظة العادات و أنماط التفاعل والعرف لدى جماعات معينة، أكثر من ذلك فإن حلول مشكلات المجتمع مع المرض قد تحققت من خلال ملاحظة سلوك أفراد المجتمع"[1]

ولقد تم تقسيم هذه العوامل كالأتي:

1.2- المكانة الاجتماعية:

تشير المكانة الاجتماعية إلى موقع مناسب لشخص على معيار متميز يستطيع الأشخاص مشاهدته أو ملاحظته أو على تدرج القيم الاجتماعية.[2]

وحسب د محمد الجوهري فمن الأيسر أن نصف الوضع بأنه مكان محدد يشغله الفرد في بناء جماعة معينة، والمرتبة عبارة عن وصف إضافي لتلك المكانة داخل الجماعة أو خارجها. أمّا المكانة فتدل- بطريقة مجردة وإجمالية - على كيفية تصرف الشخص الذي يشغل هذا الوضع في التصور المثالي (أي على نحو ما ينبغي أن يكون)[3].

وعن مكانة المرأة الجزائرية يشير الدكتور علي كواوسي بلوغها، أواخر الثمانينات، أعلى مكانة وهي رب الأسرة (ménage) بعد نهاية خصوبتها، وتأتي مكانة الأم في المرتبة الثانية من حيث الأهمية.[4]

1- محمد علي محمد، سناء حسنين الخولي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، الطبعة الرابعة، دار المسيرة، 2015، ص187.

2- معن خليل العمر، معجم علم الاجتماع المعاصر، الشروق،2000، ص400.

3- محمد الجوهري، المدخل إلى علم الاجتماع، جامعة القاهرة، 2007، ص104.

4-Ali Kouaouci, familles, femmes et contraception, CENEAP FNUAP, 1992, p197.

لكن المجتمع الجزائري عرف تحولات وتغيرات، نتج عنها تغيرات في مكانة المرأة نتيجة تعليمها واشتغالها. فالمفهوم الإجرائي الذي نقصده هو تلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى ارتقاء المرأة من عدمه في السلم الاجتماعي والتي يمكن أن تكون ذات آثار إيجابية أو سلبية على صحة المرأة وقد حددناها بعمل المرأة وحالتها العائلية.

1- عمل المرأة:

هو أحد أهم التغيرات الاجتماعية التي عرفتها المجتمعات لما له من إيجابيات على المستوى الاقتصادي و سلبيات على أفراد الأسرة وكذلك على صحة المرأة: "فبالرغم من التغير في مركز المرأة الذي صاحب التغير إلا أن ذلك لم يكن في صالحها دائما لما للتقاليد من وطأة مثل الاعتقاد بأن الأعمال المنزلية يجب أن تقوم بها المرأة"[1].

والمرأة العاملة خارج البيت هي: "تلك المرأة التي تعمل خارج المنزل و تحصل على أجر مادي مقابل عمل و هي التي تقوم بدورين أساسيين في الحياة، دور ربة البيت و دور الموظفة".[2]

فنقصد بعمل المرأة في بحثنا هذا، تلك المهن التي تعرضها لعوامل قد تؤدي إلى ظهور سرطان الثدي كالضغوطات و القلق المستمر وتعدد المسؤوليات داخل و خارج المنزل و عدم توفر الظروف الملائمة للعمل بأريحية مثل:

- بعد المسافة بين العمل و المنزل
- قضاء ساعات كثيرة خارج البيت
- القيام بالأعمال المنزلية لحالها دون مساعدة الزوج أو الأبناء
- العناية بالأطفال لوحدها (أكلهم، لبسهم، دروسهم، إيصالهم إلى مدارسهم،...إلخ).

1- سناء الخولي، التغير الاجتماعي و التحديث، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 219.

2- كاميليا عبد الفتاح، سيكولوجية المرأة العاملة ، دار النهضة العربية، بيروت،1984، ص 106.

ب- حالتها العائلية:

تتحدد الحالة العائلية للمرأة إما بكونها: عازبة، متزوجة، مطلقة أو أرملة، فالزواج ليس إلا عملية اشتراك رجل وامرأة في إقامة نظام مدني للحياة المشتركة بينهما لبناء أسرة بموجب عقد زواج مدني وديني ضمن إطار قائم على التكافل والتعاون وعلى تقاسم الأعمال والمسؤوليات بالتساوي"[1] وانخفاض عدد الزيجات يعني ارتفاع في نسبة العزوبة التي أصبحت من المشكلات البارزة التي تعانى منها الفتاة فلا تتضح مكانتها الاجتماعية إلا بعد زواجها وإنجابها. فللزواج إيجابيات على الصحة النفسية والجسدية، وعدم التمكن من بلوغه أو التأخر في تحقيقه ينجر عنه اضطرابات على كلا الجانبين.

3-العوامل الديموغرافية:

لقد حددت العوامل الديموغرافية التالية كعوامل خطورة لها صلة بسرطان الثدي عند المرأة:

1.3- السن:

يعد السن من الخصائص الأساسية في البنية السكانية ونعبر عنه بالسنة الفعلية أو التامة، وهو كذلك السن عند آخر عيد ميلاد.[2]

وسوف نتحدث في هذا البحث عن المرأة الشابة و الذي حدد سنها في بعض الدراسات بأقل من 40 سنة أو أقل من 35 سنة [3]. وحدد بهذه الطريقة لعدم بلوغ المرأة سن اليأس، مرحلة تتعرض فيها لتأثير عوامل هرمونية داخلية كتغير كمية إنتاج الجسم لهرمون الأستروجين وعوامل هرمونية خارجية والمتمثلة في استعمال أدوية هرمونية لمكافحة أعراض انقطاع الطمث والتي ساهمت بشكل كبير في انتشار سرطان الثدي بعد سن الخمسين. فانصب اهتمامنا على فئات عمرية صغيرة والتي لم تتاثر بمثل هكذا عوامل.

1- عبد الرحمان الوافي، الإنسان من الطفولة إلى الزواج، دار هومة ، الجزائر، 2008 ، ص66.

2- dictionnaire démographique multilingue, seconde édition unifiée, volume français, p 65.

3-A Bendib, H.Guendouz et autres, cancer du sein de la femme de moins de 35 ans, 32ème journée de la SFSPM, Strasbourg, 2010, sans page.

3-2-السن عند الزواج:

عامة لا يسمح بالزواج قبل بلوغ السن الأدنى له الذي يختلف حسب الجنس و حسب المجتمعات باختلاف القوانين و العادات، ففي مجتمعنا حدد قانونيا بـ 18 سنة، و كانت المرأة الجزائرية تتزوج في سن متوسطه 18 سنة ولكن بسبب تعلمها و مشاركتها في العمل خارج البيت بدأ هذا السن يرتفع، وما يعنينا في هذا البحث هو الاستمرار في الارتفاع و الذي نتج عنه تأخر كبير في سن الزواج الأول.

3-3- السن عند الإنجاب:

هو السن الذي تلد فيه المرأة أول ولادة تامة و هو مرتبط بالسن عند الزواج فأي تأخر في هذا الأخير يعني تأخر في الإنجاب. و يمكن أن يكون تأخر السن عند إنجاب الطفل الأول ناتج أيضا عن عقم مؤقت.

3-4- عدد الولادات:

و هي مجموع الأحمال التي وقعت في تاريخ المرأة الإنجابي والمنتهية بولادة سواء كانت حية أم ميتة.

4- العلاجات الهرمونية:

الهرمون كلمة إغريقية تعني المنشط أو المثير ومستعملة في الفيزيولوجيا الحيوانية للتعبير عن وسيط كيميائي تفرزه أنسجة خاصة يقوم بوظيفة على أعضاء بعيدة عن مكان إنتاجه بالانتقال عبر الدورة الدموية[1].

1- Jean-Francois Morot-Gaudry, Roger Prat et autres, biologie végétale, DUNOD, 2017, p 7.

والهرمونات تستخلص من الحيوانات والنباتات وتدخل في صناعة الأدوية وأنواعها متعددة، وقد انصب اهتمامنا خاصة حول أدوية تحتوي على هرمونات كالبروجيسترول والأستروجين تستعملها المرأة عموما من أجل تنظيم أو تحديد النسل أو للإنجاب في حالة العقم ولتنظيم العادة الشهرية في حالة اضطرابها وكذلك لعلاج مشاكل البشرة كحب الشباب. وأهمها:

- حبوب منع الحمل:

وهي وسيلة من وسائل منع الحمل و هي الأكثر استعمالا عند النساء، "تتيح وسائل منع الحمل الهرمونية طريقة آمنة وفعالة لمنع الحمل لملايين المستخدمات. وتعمل طرق منع الحمل الهرمونية بواسطة التأثير على أجهزة الجسم وتتكون بصورة أساسية من بروجستين متحد مع إستروجين أو من بروجستين فقط. "[1]

و ما يهمنا في بحثنا هو نوع الحبوب المستعملة، مدة استعمالها و طريقة الحصول عليها.

1- فتحية تركي، أوشا مالهوتراز، الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية، الطبعة الثالثة، 2004، ص 76.

4- المنهجية المتبعة

1.4 المنهج المستعمل في الدراسة:

إن الهدف من هذا البحث هو جمع معلومات تمكننا من التعرف على خصائص و مميزات أفراد العينة المدروسة قبل إصابتهم بالمرض كالحالة الزواجية والفردية والسلوك الإنجابي لمعرفة مدى تأثيرها على الظاهرة المدروسة و مدى ارتباطها بها.

و للوصول إلى أهداف هذه الدراسة كان المنهج المناسب لذلك هو المنهج الوصفي "إذ يعالج البحث الوصفي موقفا يتطلب أسلوبا للملاحظة أو وسيلة أساسية لجمع البيانات و يحتاج في نفس الوقت إلى انتقاء جمهوره بعناية و رسم حدوده بوضوح يمكنه من جمع البيانات. و يستلزم الأمر بعد ذلك تنظيم هذه البيانات و عرضها بطريقة مرتبة و منسقة حتى يمكن استخلاص نتائج ثابتة و دقيقة و صادقة" [1]

ولا يقتصر المنهج الوصفي على التعرف على معالم الظاهرة وتحديد أسباب وجودها وإنما يشمل تحليل البيانات وقياسها وتفسيرها والتوصل إلى وصف دقيق للظاهرة ونتائجها.[2]

2.4 التقنية المستعملة:

أ- الاستمارة بالمقابلة:

إن المنهج المتبع في هذا البحث و الأفراد المعنيين به يفرضان علينا استعمال الاستمارة بالمقابلة لوظيفتها الفعالة في جمع المعطيات فهي "وجيز أسئلة يطرحها المستجوب الذي يقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المستجوب"[3]

و لاحتواء عينة البحث على نساء دون مستوى أو بمستوى تعليمي منخفض، و لسوء الحالة النفسية للمبحوثات و كذا الحالة المرضية سنستعمل هذه التقنية تفاديا للأخطاء أو رفض الإجابة عن أسئلة الاستمارة.

1- محمد عاطف غيث، علي عبد الرزاق جبلي و آخرون. البحث العلمي و الاجتماعي "تصميم خطة و تنفيذها"، دار المعرفة الجامعية، 1997، ص 191.

2- نبيل مسيعد، مناهج البحث، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باجي مختار، عنابة، ص24

3- موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر ب صحراوي، ك بوسون و آخرون، دار القصبة، الجزائر 2006، ص 206.

3.4- مجالات الدراسة:

ا-**المجال المكاني:** تم إجراء دراستنا ميدانيا في " العيادة الإستشفائية الجامعية "الأستاذ زيغوت أمين" للوقاية ومعالجة الأمراض المزمنة،الموجودة ببوفريزي والتابعة لمستشفى بني مسوس بالعاصمة. ووقع اختيارنا لهذا المكان بسبب التسهيلات التي وفرها لنا مسؤول العيادة للحصول على المعلومة ولتخصص العيادة بمرض السرطان فقط، حيث يتوافد إليه مرضى مصابين بمختلف أنواع السرطان من اجل إجراء فحوصات طبية أو لتلقي العلاج الكيماوي.

ب- المجال الزمني: كانت بداية البحث الميداني في أوائل شهر مارس 2016 واستمرت إلى منتصف شهر مايو من نفس السنة. كنا نتردد على مكان البحث يوميا عدى أيام العطلة الأسبوعية.

ج-المجال البشري: لصعوبة تحديد عدد النساء المصابات بسرطان الثدي و اللائي لا يتعدى عمرهن 40 سنة، لخروج بعضهن عن الظاهرة بسبب الوفاة أو تغيير مكان العلاج، ودخول أخريات بصفة مستمرة إلى الظاهرة ، كانت "العينة المكانية" المناسبة للوصول إلى المبحوثات.وبعد التردد اليومي إلى مكان البحث خلال شهري مارس وأفريل تمكنا من مقابلة 135 امرأة.

5- الدراسات السابقة:

1- دراسة " لمارك إيسبي "[1] بعنوان "إيبدميولوجيا و سرطان الثدي" أعدها بعرض وتحليل معطيات مجموعة من الدراسات:

ا- دراسة إسترجاعية على مجموعة من النساء ينقسمن إلى فئة المصابات بمرض السرطان و فئة غير المصابات بالمرض لاكتشاف الفرق في عوامل الخطورة المعروفة أو المحتملة بين الفئتين.

1- Marc Espié, Epidémiologie et cancer du sein, Centre des maladies du sein, Hôpital St Louis, sans année. (www.epidemiologie du cancer du sein. Espie).

ب- دراسة تتبعية: باختيار عينة و متابعتها عبر الزمن لاكتشاف السرطانات التي ستظهر.

ج- دراسة بالتدخل: أي اختيار عينتين عشوائيا و تغيير أحد عوامل البيئة المحيطة لعينة واحدة فقط.

د- دراسة تعتمد على مدى الإرتباط بين المتغيرات: لتأكيد تأثر عينة من المهاجرين من بلد يقل فيه عدد المصابين إلى بلد يكثر فيه عدد المصابين، حيث أصبح المهاجرون بعد جيل واحد يتميزون بنفس نسبة الإصابة لسكان البلد المضيف.

ي- تحليل مجموعة من الدراسات التي أقيمت حول نفس الموضوع لتأكيد صحة النتائج الإحصائية.

و قد جاءت نتائج عمل "مارك إيسبي" على النحو التالي:

- سرطان الثدي منتشر في الدول المتقدمة عنه في الدول النامية و هذا راجع للعامل الديموغرافي المتمثل في ارتفاع نسبة الشيخوخة عند الأولى.

- ارتفاع نسبة الوفيات بالدول النامية جراء هذا الداء مقارنة بالدول المتقدمة راجع إلى اهتمام هذه الأخيرة بالكشف المبكر.

- السن عند الإصابة بسرطان الثدي منخفض بالدول النامية عنه بالدول المتقدمة.

فيما يخص نتيجة الدراسة القائمة على الارتباط، خلاصتها أن الهجرة سمحت بإبراز مدى تأثير البيئة على سرطان الثدي، فالمهاجرون يكتسبون نفس مستوى خطورة الإصابة للبلد المضيف بعد جيل واحد.

بالنسبة لعوامل الخطورة توصل الباحث بعد تحليل 47 دراسة عن الموضوع إلى ما يلي:

- ينخفض خطر الإصابة بسرطان الثدي بنسبة 7% بعد كل ولادة.
- كلما صغر سن المرأة عند الحمل كلما انخفض خطر الإصابة بهذا المرض بنسبة 3% لكل سنة.
- كل سنة كاملة من الرضاعة الطبيعية تخفض من نسبة الإصابة بـ 4.3% .
- السمنة تقلل من خطر الإصابة قبل سن اليأس و تزيد منه بعد بلوغه.

و كنتيجة عامة للدراسة يستخلص الباحث أن الزيادة المستمرة لعدد المصابات بسرطان الثدي ليست راجعة فقط للشيخوخة و تطور التشخيص و إنما أيضا للنمط المعيشي و المحيط البيئي.

2- دراسة لقينيل ب. .Guénel P وفيلنوف س.Vileneuve S[1] اهتمت بالبحث عن العلاقة بين سرطان الثدي والمهن، اعتمادا على معطيات دراستي مركز الصحة والأبحاث الطبية بفرنسا INSERM.

الأولى أجريت بين عامي 1995 و1979 وتمحورت حول السرطانات النادرة، من بينها سرطان الثدي عند الرجال. إذ احتوت العينة المبحوثة على أشخاص مصابين وغير مصابين من دول عديدة من أوروبا كالدنمرك، السويد، فرنسا، ايطاليا، ألمانيا...

أما الثانية فأجريت بين سنتي 2005 و 2007 عن سرطان الثدي عند النساء وهي أيضا دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات به.

إن المعلومات المستنبطة من الدراستين متنوعة حيث احتوت الاستمارة المستعملة على أسئلة حول الخصائص السوسيوديموغرافية، الأمراض التي أصيب بها المبحوث، إضافة إلى استمارات ذات أسئلة مفصلة ودقيقة خاصة بالمهن الممارسة من قبل وبالمهن المتميزة بالتعرض المستمر للمواد المسرطنة.

1- Guénel P, Vileuneuve S, profession et exposition professionnelles aux solvants organiques, saint-maurice, institut de veille sanitaire, 2013.

استخلص الباحثان من تحليلهما للدراسة الخاصة بالرجال النتائج التالية:

– ارتفاع نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند الميكانيكيين لاحتواء الوقود والمحروقات على مواد مسرطنة.

–ارتفاعها أيضا عند الصباغين لتعرضهم لمواد كيميائية مسرطنة، والعاملين في صناعة الحطب في مراحله الأولى بسبب الجزيئات المتطايرة منه.

– نسبة الإصابة مرتفعة أيضا عند العاملين بقطاع الصحة كونهم كثيري التعرض للأشعة ومواد أخرى مسرطنة وحتى بسبب العمل الليلي.

ومن الدراسة الخاصة بالنساء، أين أخذ بعين الاعتبار أيضا عوامل أخرى كمرحلة سن اليأس والأنواع المختلفة لسرطان الثدي، استخلصت النتائج التالية:

– ارتفاع نسبة الإصابة عند الممرضات لنفس الأسباب المذكورة سابقا بالنسبة للرجال العاملين بالصحة.

– ارتفاعها أيضا عند العاملات في صناعة المنتجات البلاستيكية، والنسيج والخياطة، دائما لاحتواء المادة الأولية على مسرطنات.

أفرزت هذه الدراسة العلاقة الوثيقة بين المهن التي تعرض صاحبها للمواد المسرطنة والإصابة بسرطان الثدي عند كلا الجنسين.

3- دراسة قامت بها "نعيمة بديد"[1] لنيل شهادة الدكتوراه على عينة من نساء مصابات و غير مصابات بغية المقارنة بين المجموعتين بهدف دراسة العوامل المؤدية إلى سرطان الثدي من خلال الكشف عن علاقته بالعادات الغذائية و بالنمط المعيشي.

حددت الباحثة مؤشرات النمط المعيشي كما يلي: السمنة، الزيادة في الوزن، ممارسة نشاط حركي و المكانة السوسيوإقتصادية و الثقافية.

كما حددت العادات الغذائية كما يلي: محتوى الوجبات، توزيعها خلال اليوم، المعدل الغذائي لكل مجموعة غذائية و عوامل بيولوجية أخرى متعلقة بتخصص الباحثة.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

لخصت نتائج الدراسة السوسيوإقتصادية في تميز المريضات بمستوى تعليمي و براتب شهري منخفضين مقارنة بغير المصابات، أما عن الحجم الأسري فمتقارب عند الفئتين.

و ترتفع نسبة العاملات عند فئة الغير مصابات بالمقارنة بفئة المصابات.

كما تمثلت نتائج الدراسة المتعلقة بالتغذية في فقر فطور الصباح من الأغذية الطاقوية، كثرة تناول اللحوم الحمراء و الدهون، قلة استهلاك اللحوم البيضاء و زيادة وزن المصابات مقارنة بغير المصابات.

و كنتيجة عامة تستخلص الباحثة أن العامل الجيني و البيئي و النمط المعيشي ذات صلة بسرطان الثدي.

1- Naima Badid, stress oxydatif et profil nutritionnel chez une population de femmes atteintes de cancer du sein dans la région de Tlemcen entre 2005 et 2010, thèse de doctorat, université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen département de biologie, 2010.

4- دراسة قام بها مجموعة من الباحثين عن "سرطان الثدي عند المرأة الشابة في شمال إفريقيا[1] تطرقوا فيها إلى حدة و خصائص هذا المرض في العالم و في الدول العربية ليقارنوا بينها و بين دول شمال إفريقيا.

في الجزء الأول من الدراسة نجد عرض لتطور سرطان الثدي عند النساء عامة ثم عند الفئة الشابة خاصة و التي حدد سنها بـ 35 أو 40 سنة فأقل داخل الإطار الديموغرافي الذي تتميز به المنطقة.

و في الجزء الثاني مناقشة و عرض العوامل التي يمكن أن تؤثر في حدة سرطان الثدي عند المرأة الشابة في شمال إفريقيا وكذا لمعطيات مختلف السجلات و الدراسات الخاصة بالموضوع في هذه المنطقة.

يستنتج من هذه الدراسة أن سرطان الثدي هو أكثر السرطانات انتشارا لدى النساء بشمال إفريقيا إلا أن نسبته تنخفض مرتين أو ثلاثة مرات مقارنة بالدول الغربية، وهو يظهر في سن مبكر جدا (8% إلى 12% في سن أقل من 40 و 35 سنة) و يكتشف في مراحله المتأخرة.

كما يرتبط سرطان الثدي عند المرأة الشابة بعوامل عدة كالعامل الجيني و البيئي و عوامل ديموغرافية كتأخر السن عند الزواج و التأخر في إنجاب الطفل الأول (بعد 30 سنة).

1-Y.Belkacmi, H.Boussen et autres, Epidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du nord, 32ème journées de la SFSPM, Strasbourg, novembre 2010.

5- دراسة حول سرطان الثدي عند النساء أقل من 35 سنة: و هي عبارة عن دراسة إسترجاعية على 612 حالة سجلت ما بين 1995 -2004 بمركز بيير و ماري كوري. و الهدف منها هو إيضاح الجانب الإكلينيكي و العلاجي لسرطان الثدي عند هذه الفئة العمرية و كذا نتائجه، و من بين ما توصل إليه البروفيسور بن ديب [1] صاحب هذه الدراسة أن:

- متوسط سن هذه العينة قدر بـ 30,4 سنة.
- 24% من الإصابات بسرطان الثدي يتميزن بزيادة في الوزن و 6,4% بالسمنة.
- 40,68% منهن لم ينجبن أطفالا.
- 49,7% من المبحوثات استعملن حبوب منع الحمل لمدة يصل متوسطها إلى أربعة سنوات.
- 11,4% يتميزن بتاريخ عائلي ذو إصابة بسرطان الثدي.
- 8,5% من المريضات أصبن بسرطان الثدي أثناء الحمل.

1- A. Bendib, Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans, 32ème journées de la SFSPM, Strasbourg 2010.

6- أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه من إعداد "محسن عبد النور"[1] حول نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، وهي دراسة سوسيولوجية حول هذا الداء تهدف إلى فهم المسار المرضي والعلاجي وكيفية تسييره من طرف المريضة من خلال تفاعلها مع الفرقة المعالجة الأسرة وشبكة الدعم الاجتماعي، ولقد أجراها على عينة متكونة من 15 امرأة و5 أطباء وهما عينتين تطوعيتين من مركز "بيار و ماري كيري" بالعاصمة ، معتمدا على المنهج الكيفي لفهم الوقائع واستكشافها ومستخدما تقنيات لجمع وتحليل المعطيات بدءا بالملاحظة المباشرة والمقابلة والتي كانت نصف موجهة مع الأطباء وأيضا تتبعية مع المريضات والممتدة بين سنتي 2010 و2014.أما تقنيات التحليل فقد استعمل تقنية تحليل المحتوى والتي تتطابق مع الدراسات الكيفية.

ولقد توصل الباحث إلى أن:

عمل تسيير مرض سرطان الثدي عند المرأة غالبا ما يتسم في بداية الأمر بالرفض وبعد ذلك ينتقل إلى القبول ويصل فيما بعد إلى الرضوخ ويدخل في تحديد نماذجه المصابة في حد ذاتها، أسرتها والفرقة المعالجة، مجتمع المصابات بسرطان الثدي وشبكة الدعم الاجتماعي، وان الانتقال من نموذج إلى آخر يتحدد وفق التمثلات الاجتماعية والدينية ورأسمال الثقافي والاقتصادي للمصابة ووفق التفاوض القائم بين مختلف الفاعلين في هذا المسار المرضي والعلاجي.

1- عبد النور محسن، نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، 2015/2014.

الـفــصل الــثـــــــانـــــي

ظاهرة الانتشار السريع لسرطان الثدي

تمهيد

1- الصورة الرمزية للثدي

2- أنواع سرطان الثدي

3- سرطان الثدي في الدول المتقدمة

4- سرطان الثدي في الدول النامية

5- سرطان الثدي في الجزائر

خلاصة

ظاهرة الانتشار السريع لسرطان الثدي

تمهيد

تعرفت البشرية على مرض سرطان الثدي منذ القدم وذلك لسهولة تبيان بعض أعراضه بالعين المجردة أو بالملامسة عكس ما هو عليه الحال في السرطانات الداخلية.

إن المصريين القدامى هم أول من وصف هذا الداء في كتاباتهم القديمة التي تعود إلى 1600 سنة قبل الميلاد، ويعتبر أب الطب "ايبوقريط" أول من أطلق عليه اسم carcinos باليونانية[1] أي السرطان بالعربية.

و لقد عانت المرأة كثيرا من هذا المرض في هذه الأزمنة الغابرة، إذ لم يكن العلاج المتوفر سوى اللجوء إلى الاستئصال الجذري للثدي دون أي تخدير مما أدى في معظم الحالات إلى الوفاة كنتيجة حتمية. كما كان ولا يزال يعتبر السرطان من بين الطابوهات لدى غالبية الناس الذين يربطون المرض عامة بالعقاب الإلهي أو بالسحر.

وقبل الخوض في وصف تطور هذه الحالة الوبائية سنتطرق إلى عرض للمفهوم الاجتماعي للثدي ولأنواع السرطانات التي تصيبه.

1- الصورة الرمزية للثدي:

*الثدي رمز للأمومة، فهو منبع للحياة و منبع للدفء والأمان فمن خلاله يكتشف الطفل ما يحيط به وهو على صدر أمه ويعوضه ما كان يربطه بها وهو في بطنها اي الحبل السري ليتصل بها وهو خارجها عن طريق الثدي، ويمثل الثدي أيضا الغذاء الأول لحديثي الولادة فبه يكبر وينمو الرضيع ويتحصل على صحة جيدة دون نفقات ودون جهد.

1-Jack Rouessé, une histoire du cancer du sein, springer-verlag France, 2011, p21.

*والثدي رمز للأنوثة، فعندما تصبح الفتاة الصغيرة امرأة وعند تطور صدرها، تكتشف المرأة جسدها وتتيقن بإمكاناتها الأنثوية. وللثدي دور مهم في الصورة المعبرة عن جسد المرأة وعن أنوثتها. لكن الأنوثة لا تنحصر في الخصائص الفيزيولوجية بل تتعداها إلى الكيفية الإدراكية لجسدها التي تتأثر بالعوامل الثقافية و الاجتماعية للوسط

*والثدي أيضا رمز للجنس فيمثل الثديين عند الرجل والمرأة الجمال، وإحدى محركات الرغبة الجنسية[1] وتعرضه لمرض كالسرطان لا يخلو من تابعيات وآثار سلبية على الأسرة.

2- أنواع سرطان الثدي:

سرطان الثدي ليس مجرد مرض واحد يعالج بطريقة واحدة ذات معيار ثابت، بل ثمة أنواع متعددة من سرطان الثدي، وجوانب عدة للمرض تساهم في تحديد العلاج الملائم و مدى درجة خطورة المرض.

والعوامل التي يجب أخذها في عين الإعتبار هي حجم الورم، شكل الورم تحت المجهر، إذا انتشر الورم إلى العقد الليمفاوية، إذا كان السرطان يرتبط بالهرمون، إذا كان على سطح السرطان عوامل نمو أو إذا كان إيجابيا لناحية جين (HER2).

ويمكن تصنيف سرطان الثدي كما يلي :

أ- **السرطان غير الغازي**، إذ ينمو سرطان الثدي من الخلايا التي تشكل بطانة فصوص الثدي (أوراق شجرة الثدي) والقنوات (الأغصان). و تعرف الخلايا السرطانية التي تنحصر في الفصوص أو القنوات بـ "الخلايا اللابدة" أو "غير الغازية".

وتعرف هذه الخلايا في بعض الأحيان بالخلايا السابقة للسرطان، ويمكن أن تقسم إلى نوعين استنادا إلى شكلها تحت المجهر، و النوعان هما:

1-Natalie Baise, Nicolas Mounier et autres, féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie, revue bull cancer, 2008, p 852.

- سرطانة لابدة في القنوات، وفي حال ترك هذا النوع من دون علاج، قد تنتشر الخلايا السرطانية وتخرج من القنوات إلى الأنسجة المحيطة، لتتحول إلى سرطان غازي فعليا. وعلى الرغم من أنه من المحبذ معالجة السرطانة اللابدة في القنوات للحد من نموها قبل أن تتحول إلى سرطان غازي، إلا أنه في حال استئصالها كلها، لا يمكن أن تسبب أي أذى.
- السرطانة اللابدة في الفصيصية أو الورم الفصيصي، ويكون في حالة وجود فرط في التنسج ففيما يزداد عدد طبقات الخلايا تمتد فصيصة الثدي ويزداد حجمها، ولا تعني الإصابة بهذه الحال أنك مصابة بالسرطان، ولكنها تزيد خطر إصابتك بهذا المرض في وقت لاحق من الحياة.

ب- السرطانات الغازية، فيعتبر السرطان غازيا في حال تجاوزت الخلايا القنوات والفصيصات إلى النسيج المحيط بهما. ويمكن للسرطان غير الغازي أن يصبح غازيا في حال عدم معالجته.

وتتمتع السرطنات الغازية بقدرة على الإنتشار محليا داخل الثدي وقد تدخل إلى القنوات الليمفاوية وتمتد إلى الغدد الليمفاوية، عادة تحت الإبط. ويعتبر هذا المكان الأكثر شيوعا لانتشار سرطان الثدي.

وأحيانا تصل خلايا السرطان الغازي إلى مجرى الدم، من الغدد الليمفاوية أو من خلال نموها في الأوعية الدموية في الثدي. وما أن تصل هذه الخلايا إلى مجرى الدم، تتمكن من الانتشار في أي مكان من الجسم، وغالبا ما تصيب العظام والرئتين والكبد والدماغ.

ج- سرطان الثدي الالتهابي، حيث تسبب الخلايا السرطانية تورما في كامل الثدي، إذ تكبر الخلايا وتسد الشبكات الليمفاوية في الثدي والبشرة ونتيجة ذلك يبدو الثدي متورما ومحمرا ومشتعلا.[1]

1 – مايك ديكسون، مرجع سابق، ص ص 63-84.

ولقد صنف سرطان الثدي بين السرطانات الأنثوية مع كل من سرطان عنق الرحم والمبيض والرحم والمهبل والفرج، ورغم مساسه بالرجال إلا أن حالاته نادرة جدا. ولم يكن السرطان بكل أنواعه من بين الأوبئة الأكثر انتشارا حتى أواخر القرن الـ20، أين سمح التطور الطبي وتحسين الظروف المعيشة إلى التقليل من العديد من الأمراض و الأوبئة التي كانت السبب الرئيسي للوفيات ليحل السرطان محلها بكل أنواعه.[1]

و لقد ظهرت عبر العصور محاولات عدة لفهم سرطان الثدي وإيجاد علاج له، ورغم التطور الطبي الذي حقق انجازات كبيرة في معالجة هذا الداء، حيث سجل انخفاض نسبي في الوفيات الناجمة عنه، إلا أن عدد النساء المصابات به في ارتفاع مستمر عبر العالم، "ففي الفترة الممتدة بين 1980-2010 قدر معدل التزايد السنوي بـ 3.1%"[2].

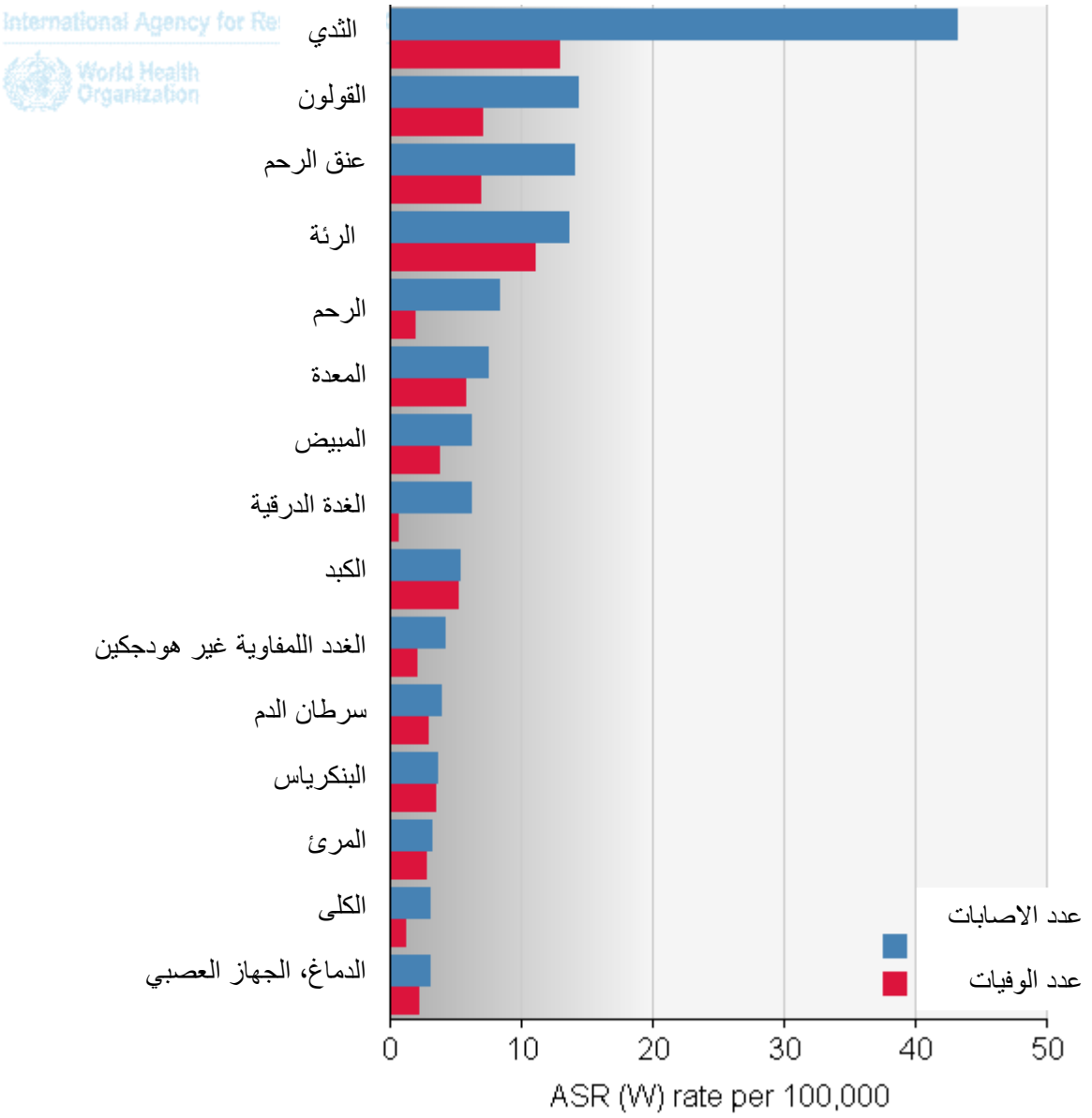
وحسب معطيات Globocan لعام 2012 وصلت نسبة الإصابة به إلى 11.9% ليكون بذلك ثاني أكثر السرطانات انتشارا بعد سرطان الرئة (13 %). وتشير آخر التقديرات إلى أن امرأة من كل ثمانية نساء مهددة بهذا المرض[3]. بهذا لا يزال أول السرطانات الأنثوية كما يظهر ذلك الشكل 1 من حيث عدد الحالات الجديدة واخطر من هذا في ارتفاع عدد الأرواح التي يحصدها وخاصة في الدول النامية، فالبقاء على قيد الحياة يتوقف على الكشف المبكر إلا أن قلة وعي النساء بالمرض، قلة وسائل الكشف بالمستشفيات وغلائه بالعيادات الخاصة يحول دون ذلك.

1- Jack Rouessé, op.cit, p24.

2-Marc Espié, op.cit, sans page.

3- www.GLOBOCAN 2012

الشكل1: **توزيع السرطانات في العالم حسب معدلات الإصابات والوفيات لـ100000 امرأة**



المصدر: www.globocan 2012

3- سرطان الثدي في الدول المتقدمة

1.3 التطور في عدد الحالات

لم يكن عدد الإصابات بسرطان الثدي في كل الدول الغربية جدير بالذكر مقارنة مع سرطان الرحم الذي كان يتعداه بالضعف إلى غاية القرن العشرين و حتى سنة 1940.

وعند نزول عدد الإصابات بسرطان الرحم، بفضل انتشار و تعميم عامل النظافة و انخفاض عدد الولادات وتوفير الوسائل للكشف عنه، أصبح سرطان الثدي بعد الارتفاع الذي عرفه و يعرفه إلى يومنا هذا في عدد المريضات أولى السرطانات التي تصيب النساء[1]

و تتمركز أعلى مستويات الإصابة به عالميا في الدول المتقدمة ونسبته في تزايد مستمر منذ أكثر من 40 سنة، فالخطر النسبي لاحتمال الإصابة به Risque relatif (rr) يختلف باختلاف سنة الميلاد، إذ قدر بـ 0.69 للنساء المولودات عام 1913 و بـ1.17 للمولودات عام 1933 و بـ 1.80 للواتي ولدن سنة 1953. [2] فكلما تقدمنا في الزمن ارتفع احتمال الإصابة بهذا الداء عالميا، وخاصة بالدول المتقدمة.

1- Jack Rouessé, op. cit, p25.

2- M. Espié, A-S.Hamy et autres, Epidémiologie du cancer du sein, revue EMC-Gynécologie, 2012, p2.

ففي الفترة الممتدة ما بين 1990-2002 وحسب الجدول رقم 1 سجلت دول شمال أمريكا، التي تعتبر أكثر الدول تقدما مقارنة بالمناطق الأخرى من العالم، أكبر المعدلات إذ عرفت ارتفاعا في عدد الحالات الجديدة خلال هذه الفترة أين انتقلت من 86.3 حالة لكل 100000 امرأة سنة 2002 إلى 99.4 حالة سنة 2012. و لقد ظلت هذه المنطقة في صدارة الدول المتقدمة بمعدل 91.6، إلا أنها سجلت انخفاضا في الحالات الحديثة بمعدل 7.8 خلال 10 سنوات.

و قد ربطت العديد من الدراسات هذا التطور الايجابي مع التراجع في استعمال الأدوية الهرمونية التي توصف للبالغات سن اليأس بعد اكتشاف علاقتها بظهور سرطان الثدي، مما أدى في التسعينات إلى تراجع الأطباء عن وصف هذه الأدوية.

و لقد كانت الولايات المتحدة الأمريكية السباقة إلى التفطن لهذا الترابط و التحذير من اللجوء لهذا النوع من الأدوية، ما سمح بملاحظة انخفاض منتظم في عدد حالات الإصابات الجديدة بين سنوات 1999 حتى 2005 ويخص هذا الانخفاض على وجه التحديد الفئة العمرية التي تبلغ 50 سنة فما فوق. و لقد لوحظ نفس التراجع في عدد الحالات الجديدة لدى نفس الفئة العمرية عند الدول التي تبنت نفس العزوف عن الأدوية الهرمونية، كفرنسا التي عرفت تراجعا ملموسا في عدد الإصابات الجديدة بهذا الداء منذ بداية الألفينيات [1]

1- Patrick Arveux, Aurelie Bertaut, épidémiologie du cancer du sein, revue du praticien, vol.63, décembre 2013,p 1363.

الجدول رقم 1 : **معدل الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 امرأة حسب المنطقة الجغرافية و السنة**

المنطقة	السنة			
	*1990	**2002	***2008	****2012
إفريقيا الشرقية	18.6	19.5	19.3	30.4
إفريقيا الوسطى	13.6	-	21.3	26.8
إفريقيا الشمالية	25	23.2	32.7	43.2
إفريقيا الغربية	31.5	27.8	31.8	38.6
أمريكا الوسطى	25.5	25.9	26	32.8
أمريكا الجنوبية	-	46	44	52.1
أمريكا الشمالية	**86.3**	**99.4**	76.7	**91.6**
أوربا الشمالية	68.3	82.5	84	89.4
أوروبا الغربية	**67.3**	**84.6**	**89.9**	**91.1**
أوروبا الجنوبية	49.5			74.5
آسيا الشرقية				27
آسيا الغربية				42.8

المصدر : * D Maxwell Parkin, Paola pizani et autres, estimates of the world incidence of 25 major cancers in1990, publication of the international union against cancer, 1999, p833

**D Max Parkin, Fredsi Baray et autre, global cancer statistics 2002, CAcancer J.Clin 2005, p86

Jacques Ferlay, Hai.Rim Shin et autres, estimates of worldwide burden of cancer in 2008, international journal cancer n 127, 2010, p2903. * www.globocan 2012

و رغم التراجع المسجل في عدد الحالات الجديدة، تبقى الدول المتقدمة في الصدارة من حيث عدد الإصابات و نخص بالذكر دول شمال أمريكا وشمال أوربا وغربها أين تتموقع الدول الأكثر تطورا و تصنيعا مثل الدانمرك (105)، إسلندا (96.3)، المملكة المتحدة (95)، الولايات المتحدة الأمريكية (92.9)، ما يكشف عن مدى ارتباط هذه الظاهرة بدرجة الإزدهار و التقدم و النمط المعيشي المتبع بهذه الدول.

جدول رقم 2 : **معدل الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 . امرأة في بعض الدول الغربية**

البلد	المعدل
بلجيكا	111.9
الدانمرك	105
إسلندا	96.3
المملكة المتحدة	95
فرنسا	89.7
اسبانيا	67.3
ايطاليا	91.3
الولايات المتحدة الأمريكية	92.9
كندا	79.8
روسيا	45.6
استراليا	86
اليابان	51.5
الصين	22.1

المصدر : Globocan 2012

تشمل الدول الأكثر تصنيعا المنطقة التي تتواجد بها أعلى معدلات الإصابة بسرطان الثدي، إلا أنه تسجل بعض الاستثناءات كاليابان التي بلغ بها معدل الإصابة 16 حالة جديدة فقط لكل 100000 امرأة عام 2002 [1]، فهذه الدولة تتميز بتمسك شعبها بعاداته و تقاليده المعيشية و الغذائية رغم التقدم المحرز من جهة، و بقلة استعمال النساء لحبوب منع الحمل التي كانت محظورة قانونا إلى وقت ليس ببعيد لاقتناع السلطات اليابانية بمضرتها من جهة أخرى. إلا انه عرف المعدل ارتفعا إلى 51.1 حالة جديدة لكل 100000 امرأة عام 2012 ورغم هذا يعد من بين أخفض المعدلات المسجلة بالدول المتقدمة إلى جانب الصين التي لا يتعدى معدل الإصابة عندها 22.5 وهو من أخفض المعدلات المسجلة في الدول المصنعة.

ورغم الاستمرار النسبي في انخفاض عدد الحالات الجديدة في الدول المتقدمة، يبقى سرطان الثدي السبب الأول في وفيات النساء عندها و حتى في مناطق أخرى من المعمورة، حيث أضحى من أهم الأخطار على الصحة العمومية، كما يوصف لدى بعض الأخصائيين بالوباء الذي يتعين علينا محاربته بكافة الوسائل المتاحة.

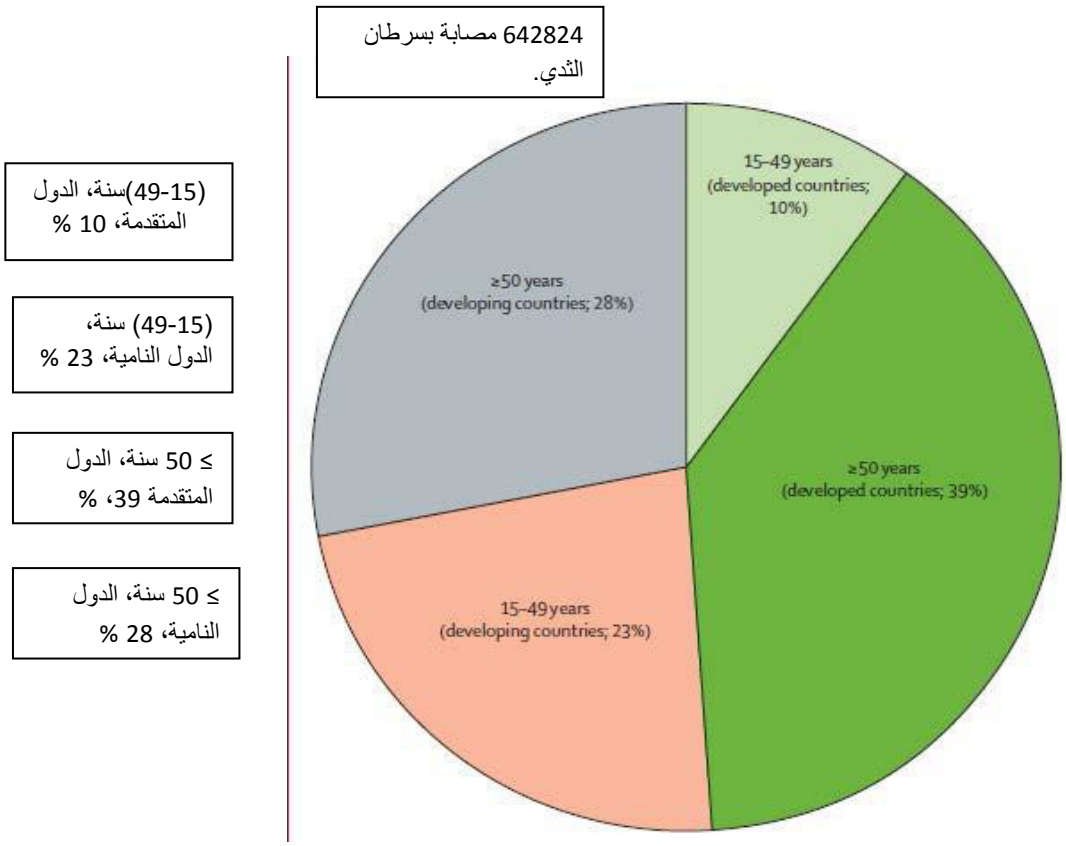
3. 2- السن عند الإصابة

تتميز الدول المتقدمة بارتفاع متوسط السن عند إصابة المرأة بسرطان الثدي ففي انجلترا مثلا وما بين 2008 – 2010 ، 45% من الحالات تنتمي إلى الفئة العمرية 65 سنة فأكثر.[1] و في فرنسا، في عام 2008 بلغ متوسط السن عند الإصابة 61 سنة.[2]

1-H.Sancho Garnier, les cancers du sein dans le monde, 30eme journées de la SFSPM, La Baule, novembre 2008, p 22.

إلى جانب الصلة الوثيقة بين انتشار هذا الداء و النمو الاقتصادي هناك علاقة أكيدة ما بين هذين العاملين الأخيرين و سن المرأة. فمن الشكل رقم 2 يتبين أن 3/2 من الحالات في العالم أي 67% يبلغ سنهن خمسون سنة فأكثر و يتمركز معظمهن في الدول المتقدمة بنسبة 39%، و عليه فارتفاع أمل الحياة من العوامل التي أدت إلى ارتفاع نسبة المصابات بسرطان الثدي عند هذه الفئة العمرية.

الشكل رقم 2 : **توزيع سرطان الثدي في العالم حسب السن و الوضع الاقتصادي**



المصدر:

www.MH Forouzanfar, Lancet 2011.

يحدث العكس في الدول النامية حيث تنخفض عدد الحالات وينخفض كذلك السن عند الإصابة، ف 23% من المصابات بسرطان الثدي ينتمين إلى الفئة العمرية (15 – 49) سنة مقابل 10% في الدول المتقدمة.

3 3- سرطان الثدي في الفئة العمرية 40 سنة فاقل

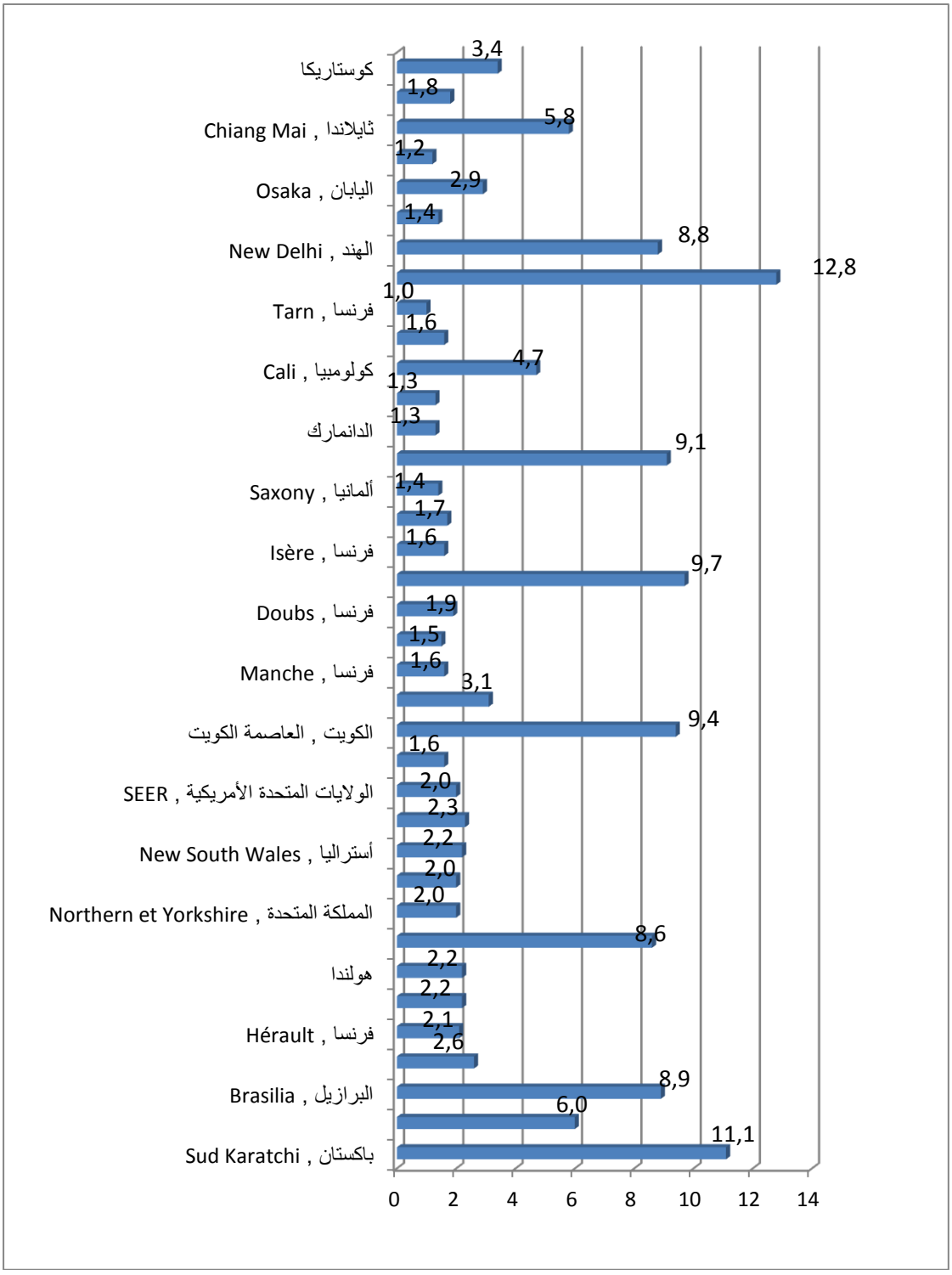
من المعروف أن سرطان الثدي يصيب المرأة المتقدمة في السن إلا انه يظهر أيضا عند النساء الشابات لكن بنسب منخفضة تعرف هي الأخرى في السنوات الأخيرة منحنى تصاعديا مخيفا خاصة في الدول النامية.

ويتميز هذا المرض عند هذه الفئة العمرية بصعوبة تشخيصه لكثافة نسيج الثدي من جهة وظهوره في سن قليلا ما يفكر حتى الأطباء في إمكانية الإصابة به من جهة أخرى.

و هو يتميز بشراسته وسرعة انتشاره و عدم قابليته للاستجابة للعلاج إلا نادرا مما ينجم عنه ارتفاعا في الوفيات و هذا راجع إلى اكتشافه في مراحله الأخيرة، فالفحص الماموغرافي لا ينصح به الأطباء إلا بعد سن الأربعين.

إلى جانب آثاره الجسمانية على المرأة فله أيضا آثار نفسانية واجتماعية لكونه يظهر في مرحلة البناء المهني و الأسري. ففي هذا السن تكون المرأة في أوج عطائها ومثل هذا المرض يشكل عائقا أمام طموحاتها في ميدان العمل ويؤثر سلبيا على دورها كأم وكزوجة.

الشكل رقم3: **نسب الإصابات الجديدة عند نساء لم يتجاوزن 35 سنة في بعض دول العالم**



المصدر:أنجزنا الرسم البياني أعلاه بالاعتماد على معطيات المرجع التالي:

F.Molinié, L.Daubisse et autres, Epidémiologie du cancer du sein de la femme jeune, 32eme journée de la SFSPM, stasbourg 2010, p34.

وعلى الرغم من انتشار سرطان الثدي في الدول المتقدمة تنخفض نسبه عند الفئة العمرية اقل من 40 سنة ففي كندا مثلا تسجل سنويا من بين مجموع الحالات الجديدة 7% حالة عند نساء لا يتعدى سنهن الأربعين عاما [1] أما في فرنسا وفي سنة 2005 لم تتجاوز هذه النسبة عند نفس الفئة 4.8% [2].

وفي مقال "ف.مولني وآخرون" حول ايبديميلوجية سرطان الثدي عند النساء الصغيرات سنا واعتمادا على المرجع المعنون "سرطان الثدي في القارات الخمس ("cancer incidence in five cantinents" Vol IX ") [3] ابرز في الفترة الممتدة بين سنتي 1998-2002 أن معظم الدول المتقدمة التي عرفت انتشارا واسعا لسرطان الثدي خاصة عند اللواتي يتعدى سنهن الخمسين، سجلت معدلات منخفضة عند النساء البالغات اقل من35 سنة كالولايات المتحدة الأمريكية (2.0)، ألمانيا (1.4)، الدنمرك (1.3) اليابان (2.9).

1- institut de recherche en santé du canada, atelier possibilité de recherche pour aborder le cancer du sein chez les jeunes femmes, Montréal le 13 et 14 septembre 2012. (www.cihr-irsc.gc.ca/f/46283.html).

2- F.Molinié, L.Daubisse et autres, Epidémiologie du cancer du sein de la femme jeune, 32eme journée de la SFSPM, stasbourg 2010, p36.

3- idem, p34.

4- سرطان الثدي في الدول النامية

1.4- التطور في عدد الحالات

رغم ارتفاع نسبة انتشار سرطان الثدي في الدول المتقدمة، فإن نساء العالم الثالث تعاني أيضا من هذا الداء الذي لا زال يواصل الارتفاع في نسبه وسرعة انتشاره، مما يثير القلق و يجلب الاهتمام ويطرح التساؤل حول البحث عن فهم مثل هكذا ظاهرة، فقبل سنوات فقط أي في التسعينات كان سرطان الرحم هو الأكثر شيوعا، إلا أن السنوات الأخيرة عرفت ارتفاعا مخيفا في معدلات سرطان الثدي في معظم الدول السائرة في طريق النمو، إذ أصبح السبب الرئيسي في وفيات النساء. و حسب الوكالة الدولية لبحوث السرطان IACR ينخفض عدد سرطانات الثدي في الدول النامية عن المتقدمة بـ 2 أو 3 مرات [1] ، لكن نسبة التزايد ترتفع في الدول النامية عن المتقدمة، ففي عام 2008 سجل معدل 66.4 حالة لكل 100000 امرأة مقابل 27.3 فقط في الدول المتقدمة [2]، فأكثر الحالات الجديدة تظهر في الدول النامية.

لكن المعطيات الإحصائية المتوفرة عن سرطان الثدي في هذه الدول تظل محدودة و مستمدة من مجموعة من السجلات الجهوية للسرطانات، فهي لا تملك سجلات لكل جهات الوطن أو سجل عام يلم بكل الأرقام المتعلقة بكل قطر.

1- Y.Belcacémi, H.Boussen et autres, op.cit, p66.

2-A.Mahmene, M.Hamdi cherif, Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, SAOM 2012, p6.

إن اختلاف الوضع في الدول النامية عنه في الدول المتقدمة من حيث نوع السرطانات الأكثر انتشارا، والعدد والسن وكذا المرحلة التي يشخص فيها الداء، والوفيات الناجمة عنه يعود إلى الاختلاف في الظروف الاقتصادية والاجتماعية بين المنطقتين.

ففي مناطق إفريقيا التابعة لمنضمة الصحة العالمية l'Afrique de l'oms و حسب معطيات globocan 2008 فإن سرطان الرحم هو الأكثر انتشارا بنسبة 23.8% ليأتي بعده سرطان الثدي بنسبة 21.3% وتكثر هذه السرطانات في المناطق الحضرية حيث الكثافة السكانية العالية [1] في حين يعد سرطان الثدي الأول في شمال و جنوب إفريقيا أين تتمركز الدول الأكثر تطورا في هذه القارة.

و لقد سجلت جنوب إفريقيا سنة 2008 أكبر المعدلات بالقارة والذي بلغ 38.1 حالة لكل 100000 امرأة ويعود ذلك إلى وجود نسبة عالية من النساء البيض [2]، فقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين هذا المرض ولون البشرة، ففي أمريكا، أين تتعدد الأعراق، كان سرطان الثدي أكثر انتشارا عند النساء البيض إلا أن نسب الإصابة به في الوقت الحالي قد أصبحت متقاربة جدا بين كل الأعراق. و نحن لا نعتقد بأن لون البشرة هو السبب في الفارق الموجود، لكن الاختلافات في المستوى المعيشي وأنماط الحياة بين السكان البيض وأصحاب البشرة السمراء هو السبب الرئيسي لوجود فارق في نسبة الإصابة بين الفئتين، فسرطان الثدي يرتبط أساسا بالمركز الاجتماعي و الاقتصادي للمرأة، الذي يغير من النمط المعيشي ومن السلوك الإنجابي وهكذا فالنساء البيض يتعرض أكثر من غيرهن لعوامل الخطورة كتأخر السن عند إنجاب الطفل الأول، السمنة، انخفاض عدد الأطفال ونوعية الغذاء ....

1- OMS, interventions clés de prévention et lutte anticancéreuses en vue de réduire la charge cancéreuse dans la région africaine de l'OMS, Brazzaville 2012, p4

2-American Cancer Society, Cancer in Africa, Atlanta: American Cancer Society, 2011, p6.

كما بينت دراسات مختلفة ظهور نفس مستوى الخطر الذي تواجهه الأمريكيات عند النساء الإفريقيات والآسيويات اللائي هجرن إلى أمريكا بعد مرور 20 سنة عن الإقامة بها. وتؤكد هذه الاستنتاجات الاعتقاد السائد أن الأسباب الرئيسية لإصابة المرأة بسرطان الثدي ذات صلة وثيقة بأسلوب العيش والبيئة.

ونظرا لاستمرار التحولات السوسيواقتصادية و الديموغرافية، في الوقت الحالي، في العديد من الدول الإفريقية، وحسب معطيات Globocan 2012، أصبح سرطان الثدي الأول فيها من حيث عدد الحالات والوفيات عند النساء، فقد سجلت 133890 إصابة بهذا الداء أي ما يعادل 36.2 حالة جديدة لكل 100000 امرأة [1] قاريا.

ولقد ارتفع معدل الإصابة بدول إفريقيا الشمالية سنة 2012 إلى 43.2، حيث سجلت زيادة بمعدل 10.5 حالة جديدة خلال أربع سنوات. كما عرفت جنوب إفريقيا أعلى النسب على مستوى القارة سنة 2008، حيث سجلت 38.9 حالة لـ100000 امرأة و ذلك سنة 2012، فمعدل الزيادة خلال هذه الفترة ضعيف، ومن الممكن أن يكون هذا ذات صلة بانخفاض عدد الحالات عند البالغات سن اليأس خاصة عند السكان البيض للتراجع عن استعمال الأدوية الهرمونية، إلا أننا لا نملك معطيات تؤكد ذلك.

وتتميز دول إفريقيا الوسطى بأضعف النسب من حيث الإصابات إذ قدر عدد الحالات الجديدة سنة 2012 بـ 26.8 لـ100000 امرأة.

1-www Globocan 2012

4 2- السن عند الإصابة.

إن الاختلاف الآخر والهام بين القطبين المتقدم و النامي هو انخفاض السن عند الإصابة بسرطان الثدي في هذا الأخير، إذ بلغ متوسط السن عند الإصابة في الدول العربية سنة 2008، 48 سنة [1] و هو منخفض بـ 12 عام مقارنة بسن إصابة المرأة الغربية والتي يفوق متوسط سنها عند الإصابة 60 سنة.

كما يربط العديد من الباحثين بين انخفاض السن عند الإصابة بسرطان الثدي وانخفاض أمل الحياة عند المرأة في الدول النامية، لكن هذا الاستنتاج لا ينطبق على جميع الدول، فالجزائر التي سجلت ارتفاعا في أمل الحياة والذي بلغ 76.4 سنة عند الرجال و77.8 سنة عند النساء [2] وذلك سنة2015، تعرف انخفاضا في متوسط السن عند الإصابة بسرطان الثدي.

1 - Hesahm Najjar, Alexandra Easson Age at diagnosis of breast cancer in Arab nations, international journal of surgery, n°8, 2010, p 450.

2-ONS, démographie Algérienne 2015, n°740, p 3.

3.4- سرطان الثدي في الفئة العمرية 40 سنة فأقل

كما ترتفع نسبة إصابة النساء الصغيرات سنا والمنتمية للفئة العمرية 40 سنة فأقل في الدول النامية عن المتقدمة. فما بين 1998-2002 و كما هو موضح في الشكل رقم 3، بلغ معدل عدد الحالات الجديدة لـ 100000 امرأة في الفئة العمرية اقل من 35 سنة في باكستان بجنوب كراشي 11.1 و9.4 بالكويت العاصمة و8.8 بنيودلهي بالهند واكبر معدل كان بالجزائر، بسطيف إذ بلغ 12.8.

في سنة 2008 وفي دول المغرب العربي تراوحت نسبة الإصابة في الفئات العمرية أقل من35 وأقل من40 سنة ما بين 7% إلى 22 % [1] في حين قدرت بـ 4.8. %في فرنسا سنة 2005 [2]بينما تسجل بكندا سنويا 1500 حالة جديدة اي ما يعادل نسبة7% عند نفس الفئة العمرية [3].

1-Y.Belkacemi, H.Boussen et autre, op.cit, p62.

2- F.Molinié, L.Daubisse et autres, op.cit, p36.

3- Institut de recherche en sante du canada, op.cit, sans page. (www.cihr-irsc.gc.ca/f/46283.html)

5 – سرطان الثدي في الجزائر

1.5 التطور في عدد الحالات

عرفت الجزائر نفس المراحل التي مرت بها معظم الدول النامية من حيث تطور عدد الحالات، فبعدما كان سرطان الرحم الأول في سرطانات النساء وطنيا بدأ سرطان الثدي في الانتشار حتى بات خطر يهدد الصحة العمومية لسرعة انتشاره ولارتفاع عدد الوفيات الناجمة عنه.

ففي سنة 2002 سجلت 6000 حالة جديدة.
أما في سنة 2008 ،فتم تسجيل 8000 حالة جديدة[1].
و يبلغ حاليا عدد الحالات الجديدة 11000 [2].

حتى سنة 2008 صنفت الجزائر ضمن الدول ذات المعدلات الضعيفة حيث سجلت معدلا لا يفوت 25.8 لـ 100000 امرأة ليتضاعف معدل الإصابات تقريبا مرتين عام 2012 ليصل إلى 48.5 حالة لـ 100000 امرأة.
وتحتل الجزائر في إفريقيا المرتبة الرابعة بعد كل من جزر موريس (64.2) نيجيريا (50.4) ومصر (49.5).

ويعتبر المعدل المسجل عالميا ذا قيمة متوسطة إذا ما قورن بما هو مسجل في بعض الدول خاصة منها المتقدمة مثل بلجيكا (111.9) الدانمرك (105)، إسلندا (96.3)، المملكة المتحدة (95) و الولايات المتحدة الأمريكية (92.9).

1- A.Barkat, Epidémiologie du cancer du sein, 7éme congrès SAERM, ALGER, 14-15/03/2009.

2- plan national cancer 2015-2019, op.cit, p58.

جدول رقم 3: **معدلات الإصابة بسرطان الثدي لـ 100000 امرأة في بعض الدول العربية سنة 2010**

الدولة	معدل الإصابات
لبنان	78.7
الأردن	61
سوريا	52.5
مصر	49.5
الجزائر	48.5
المغرب	40.8
الإمارات	39.2
تونس	31.8
العربية السعودية	29.5
عمان	26
ليبيا	24.1

المصدر: www.globocan 2012

مقارنة بالدول العربية فإن الجزائر تحتل المرتبة الخامسة بعد كل من لبنان، الأردن، سوريا و مصر، هذه الدول الأربعة التي تتميز عن غيرها من الدول العربية بوجود نسبة مرتفعة من المسحيين مما يجعل المرأة العربية المسيحية أكثر ميولا للنمط المعيشي الغربي عن غيرها من النساء العربيات المسلمات.

ولافتقار الجزائر لسجل وطني للسرطان، سنعتمد على معطيات بعض السجلات الجهوية لوصف هذه الظاهرة في بعض مناطق الوطن.

ا- بسطيف

عام 1993 كان سرطان الرحم الأكثر انتشارا عند النساء بسطيف وضواحيها بنسبة 15.1% وسرطان الثدي الثالث بنسبة 10.3 %، ليبدأ هذا الأخير في الارتفاع خلال الفترة الممتدة بين سنتي 1993-1997 إذ بلغت نسبته 22.2%، أي ما يعادل 17 حالة جديدة لـ 100000 امرأة و224 حالة لـ 100000 امرأة بين سنتي 2006 -2008 ليصبح بذلك السرطان الأول حسب سجل السرطان لمدينة سطيف.

ب- بالجزائر العاصمة

إن سجل السرطانات لولاية الجزائر يضم أيضا كل من ولايتي بومرداس وتيبازا وبهذا فان معطياته تخص الولايات الثلاثة مجتمعة.

لقد سجلت الجزائر العاصمة نفس الوتيرة في ازدياد الحالات المرضية حيث تم إحصاء معدل سنوي قدره 14.5 حالة جديدة لكل 100000 امرأة سنة 1993، ارتفع المعدل إلى 19 حالة جديدة عام 2000 والى48.6 حالة لـ 100000 امرأة عام 2007 ليستمر الارتفاع في عدد الحالات ليصل سنة 2010 المعدل السنوي إلى 65.7 لـ 100000 امرأة و 70.2، سنة 2012. [2]

أما بين 1993- 2012 فقد تضاعف عدد سرطانات الثدي بأكثر من ثلاث مرات وتجدر الإشارة إلى أن عدد سرطانات الثدي المسجلة بالجزائر العاصمة تفوق تلك المسجلة بسطيف.

و الملاحظ أن هذا التطور يتزامن والتغيرات التي طرأت على النمط المعيشي للمرأة، التي عرفت منذ التسعينات انخفاض في عدد الولادات و ارتفاعا في السن عند

1- mahmane a, Hamdi Cherif et autres, op.cit p17.

2- ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, registre des tumeurs d'Alger, 2012, p 11.

الزواج وعند الإنجاب لأول طفل، كما عرفت ارتفاعا في استعمال حبوب منع الحمل إلى جانب التغيرات في النموذج الحياتي، في المحيط البيئي، في أمل الحياة...التي تعتبر كلها عناصر حددتها دراسات مختلفة كعوامل خطورة مؤدية إلى سرطان الثدي.

2.5 السن عند الإصابة:

كما هو الحال في الدول النامية فان المرأة في الجزائر تصاب بسرطان الثدي في سن مبكرة، إذ بلغ متوسط السن عند الإصابة به سنة 2012 "47 سنة". فمعظم الحالات المسجلة تنتمي إلى الفئة العمرية (45 – 49) بنسبة 19.6 %. وهذا المتوسط منخفض عن الذي سجل عند المرأة الغربية بـ13 سنة.

الجدول رقم 4: **توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب السن بالجزائر العاصمة سنة 2012**

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المائوية	% المجمعة
19-15	2	0.2	0.2
24-20	5	0.4	0.6
29-25	15	1.3	1.9
34-30	51	4.5	6.4
39-35	111	9.7	16.1
44-40	188	16.5	32.6
49-45	224	19.6	52.2
54-50	154	13.5	65.7
59-55	115	10.1	75.7
64-60	80	7	82.7
69-65	84	7.4	90.1
74-70	50	4.4	94.5
79-75	52	4.6	99
84-80	11	1	100
المجموع	1142	100	

المصدر:

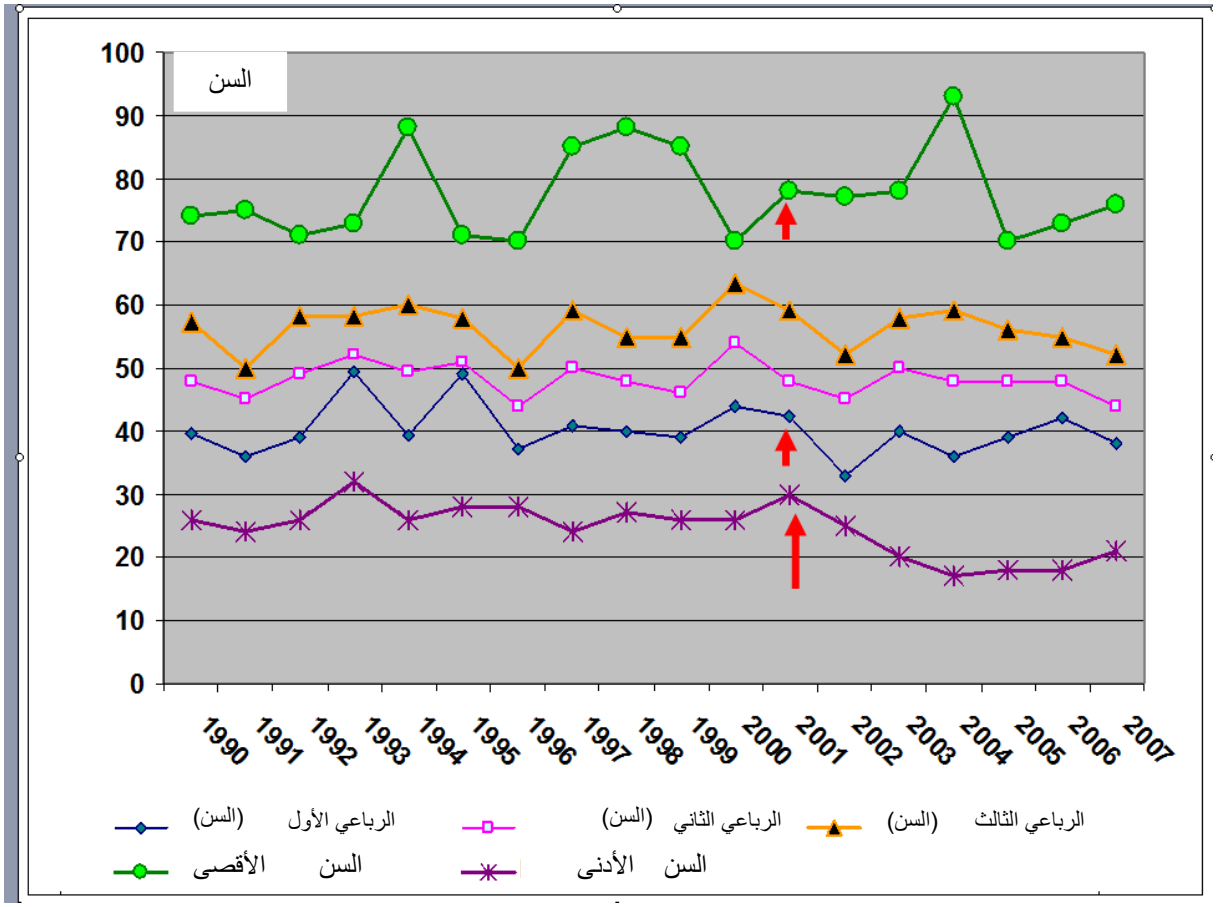
ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, registre des tumeurs d'Alger 2012, p12 .

بدأت تظهر الحالات الأولى لسرطان الثدي في الفئة (15-19) سنة بنسبة ضئيلة جدا. ترتفع عدد الحالات لتصل ذروتها في الفئة (65-69) سنة ثم تبدأ في الانخفاض. نفس الوتيرة تسجل في دول كثيرة كون سرطان الثدي يمس النساء بين 45 و 60 سنة وقليلا ما تمرض به الشابات أو المسنات، ولو أن الفترة الأخيرة شاهدت ارتفاعا في الحالات الجديدة عند اللاتي يقل أعمارهن عن 40 سنة.

3.5 سرطان الثدي في الفئة العمرية 40 سنة فأقل:

تكمن خصوصية سرطان الثدي في الجزائر كونه يمس نساء شابات تقل أعمارهن عن 40 سنة بنسب متزايدة من سنة لأخرى فالشكل رقم 4 يبرز أن ¼ من الحالات المسجلة، أي ما يعادل 25%، في سنة 2000 من هذه الفئة العمرية وذلك حسب سجل سطيف للسرطانات.

الشكل رقم 4 : **توزيع حالات سرطان الثدي حسب رباعيات السن بسطيف بين 1999 و2007**



المصدر: سجل السرطانات لسطيف سنة 2006 .

وعن سجل السرطانات للعاصمة لسنة 2012 بلغت نسبة الإصابة 16.1% عند اللواتي يقل عمرهن عن 40 سنة.

إن معطيات مختلف السجلات متباينة، لكن و حسب تصريحات رئيس مركز بيير و ماري كوري لعلاج السرطانات فقد ارتفعت هذه النسبة عند نفس الفئة إلى 35% [1]، فسرطان الثدي يمس النساء البالغات سن اليأس كما يمس الصغيرات سنا، فانخفاض متوسط السن عند الإصابة به إلى 47 سنة يعني أن 50 % من الحالات حدثت قبل هذا السن[2]. وما يثير القلق هي نسبة الزيادة التي بلغت 10% خلال 15 سنة، في حين كان هذا المرض لا يكاد يذكر في سنوات مضت عند هذه الفئة العمرية.

1- www.almes-center.com/heatth /473-3000-9000

2- plan national cancer 2015-2019, op.cit, p21.

خلاصة:

وصف مرض السرطان عموما وسرطان الثدي خصوصا بمرض الأغنياء فهو واسع الانتشار في الدول الغنية والمتطورة كما يصيب نساء يتجاوزن الخمسون سنة بعد بلوغ سن اليأس لأسباب هرمونية خاصة منها ارتفاع كمية الاستروجين بالجسم والتي تزداد بكميات أكثر بعد تناول بعض الأدوية الهرمونية.

عوامل أخرى بيئية، اجتماعية وديموغرافيا ساهمت في ارتفاع أعداد الإصابات بسرطان الثدي في كل أنحاء العالم إذ شاهدت بعض الدول النامية اقتراب معدلات الإصابة بهذا الداء بتلك المسجلة في الدول المتقدمة.

ويعتبر المختصين في الميدان الطبي أن سرطان الثدي في بعض الدول النامية يتميز بارتفاع انتشاره لدى الفئات الشابة كما هو الحال في الجزائر.

الـــفـــصـــل الـــثالـــــث

التغيرات السوسيوديموغرافية وسرطان الثدي

تمهيد

1- عوامل الخطر لسرطان الثدي

2- التغيرات الديموغرافية وسرطان الثدي

3- التغيرات السوسيولوجية وسرطان الثدي

خلاصة

التغيرات السوسيوديموغرافية و سرطان الثدي

تمهيد

إن البحث في أسباب سرطان الثدي لا يزال محل اهتمام المراكز المختصة ونتائج الدراسات مختلفة ومنها من ربطته بالتغيرات الاجتماعية والديموغرافية كتأخر السن عند الزواج الذي يؤدي لا محالة إلى إنجاب أول طفل في سن متأخرة، بالإضافة إلى مساهمة المرأة في البناء والتشييد عبر تعلمها وولوجها عالم الشغل مما ساهم و يساهم في انخفاض عدد الولادات وبالتالي انخفاض متوسط عدد الأطفال باللجوء المفرط إلى استعمال وسائل منع الحمل. كما تتعرض المرأة العاملة لعوامل متعلقة ببيئة العمل تصنف كعوامل خطورة في ظهور سرطان الثدي. إلى جانب هذه العوامل يدرج الارتفاع في أمل الحياة الناتج عن التحسن في الظروف المعيشية بين العوامل المساهمة في ارتفاع نسب الإصابة بسرطان الثدي.

ومما سلف ذكره سنتطرق في هذا الفصل إلى التغيرات السوسيوديموغرافية الحاصلة في مجتمعنا والتي قد تكون سببا في ارتفاع نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند الصغيرات سنا وهن نساء لم يبلغن بعد سن اليأس ولا يتعدى عمرهن الأربعين سنة.

1-عوامل الخطر لسرطان الثدي:

تعددت العوامل المرتبطة بظهور سرطان الثدي منها ما يمكن للمرأة التحكم فيه كبعض العوامل الخارجية ومنها عوامل داخلية لا يمكن السيطرة عليها. وعامل الخطر مؤشر يزيد من احتمال إصابة الشخص بالمرض دون غيره وتعدد العوامل عند المرأة لا يعني بالضرورة إصابتها به فنساء كثيرات يتميزن بنفس الخصائص إلا أن المرض يظهر عند بعضهن ولا يظهر عند الأخريات، فللبنية الفسيولوجية وللمناعة أدوار بالغة الأهمية في مقاومة الأمراض.

تشير "د.نجلاء عاطف خليل أن البشر يزيدون من احتمال الإصابة بالمرض بشكل غير متعمد من خلال تعريض أنفسهم أو الآخرين لعوامل الخطر سواء الذاتية أو الخارجية المنشأ بمعنى أن السلوك الإنساني قد يمثل عامل خطر للمرض، وتشير أيضا وعن نفس المرجع أن الأنتروبولوجيون يلعبون دورا واضحا وحاسما في فهم أسباب المرض من خلال تعريف عوامل الخطر ووصف نماذج السلوك الإنساني وربطها بالتوزيع الاجتماعي للمرض وفهم السلوكيات الإنسانية المروجة للمرض في السياق الاجتماعي و الثقافي.[1] فالاختلافات بين منطقة وأخرى في انتشار سرطان الثدي يعود إلى اختلاف في مدى تعرض النساء لعوامل الخطر الداخلية والخارجية باختلاف سلوكيات وعادات الشعوب.

1- نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، المكتبة الأنجلومصرية، 2006، ص152.

1.1- عوامل الخطر الداخلية لسرطان الثدي:

- البلوغ المبكر قبل 12 سنة و التأخر في انقطاع الحيض بعد 50 سنة ترفع نسبيا من خطورة الإصابة بسرطان الثدي بسبب التعرض المبكر و لفترة طويلة لهرمون الأستروجين[1]. والاختلاف في سن ظهور الطمث وانقطاعه والمعتبر عامل هرموني داخلي يرتبط بعوامل خارجية متعلقة بالنمط المعيشي كنوع الغذاء والحركة والنشاط والتي تحفز النمو السريع للجسم، فهناك تشابك وتداخل في عوامل الخطر المؤدية إلى المرض.

- التاريخ العائلي: 10 % من الإصابات بسرطان الثدي راجعة إلى شذوذ جيني ينتقل عبر الأجيال عن طريق الوراثة كشذوذ في جينات BRCA1, BRCA2[2]، فوجود قريب، خاصة من الدرجة الأولى (الأم، الأخت، الابنة)، مصاب في الثدي أو المبيض يرفع من احتمال التعرض للداء، ويمكن إدراج هذا العامل ضمن العوامل الخارجية إذ يمكن أن تختص عائلة ما بظهور السرطانات بسبب البيئة وطريقة العيش.

- ظهور أورام حميدة في الثدي خاصة عندما يسجل نمو مفرط لخلايا الثدي تختلف عن الخلايا العادية.

- ارتفاع كثافة نسيج الثدي عامل ذات أهمية في ظهور المرض، 30 % من اللواتي اكتشف فيهن المرض يتميزن بكثافة تفوق العادية بـ 50 %.

- السن والجنس، إذ يظهر سرطان الثدي خاصة عند الإناث ونادرا ما يكون عند الرجال، ويكون في الغالب عند سن متقدمة بعد الخمسين أو الستين حسب الانتماء الجغرافي، ونسبه منخفضة عند النساء اللواتي لم يبلغن سن الأربعين إلا أنها في ارتفاع مستمر خلال الأعوام الأخيرة.

1- مايك ديك، نفس المرجع، ص9.

2- نفس المرجع، ص17.

2.1- عوامل الخطر الخارجية لسرطان الثدي:

- الإنجاب: إن انخفاض متوسط عدد الأبناء وارتفاع السن عند إنجاب الطفل الأول قد صنفت من بين العوامل التي ينتج عنها ارتفاع خطر الإصابة بسرطان الثدي.

- الرضاعة الطبيعية من التصرفات التي تحمي المرأة، تزداد فائدة الرضاعة في حال كانت الأم بعمر صغير واستمرت بالإرضاع لفترة طويلة[1].

- النمط المعيشي الغربي عنصر هام وأساسي في الزيادة السريعة والمخيفة التي أدت إلى وصف سرطان الثدي عند المرأة بالوباء، خاصة في الدول المتقدمة، فنوع الغذاء الشائع والذي يبدأ تناوله منذ الطفولة، وقلة الحركة والتدخين والكحول والسمنة التي تظهر خاصة بعد سن اليأس أو عند المراهق، كلها عناصر تساهم في الزيادة في خطر الإصابة.

- استعمال موانع الحمل الهرمونية خاصة منها الحبوب يرفع من خطر الإصابة بسرطان الثدي إلى 25%. وينخفض خطر الإصابة بعد التوقف عن استعمالها ليزول تماما بعد 10 سنوات.

- العلاجات الهرمونية THS التي توصف عند بلوغ المرأة سن اليأس مصنفة هي الأخرى ضمن عوامل الخطورة المرتفعة التأثير.[2]

1- مايك ديك، نفس المرجع ، ص15.

2- André Nkonjock, Parviz Ghadirian, op.cit, p176.

2-التغيرات الديموغرافية و سرطان الثدي:

1.2- الزواج:

1.1.2- تعريفه:

لما خلق أول إنسان خلق له الله من نفسه زوجه ليسكن إليها وليحققا استمرارية الحياة عن طريق التكاثر ولتكوين أسرة في إطار منضم وفق قواعد حددها الدين والعادات، فللزواج صلة وطيدة بالقيم، بالقانون، بالمرأة وبالأسرة فهو الركيزة الأساسية التي تبنى عليها الأسرة والمجتمع والتي من خلالها يحدد دور كل فرد وكذا مكانته الاجتماعية.

وحسب عبد العزيز سعد في كتابه "الزواج والطلاق في قانون الأسرة الجزائري" فالزواج ليس إلا عملية اشتراك رجل وامرأة في إقامة نظام مدني للحياة المشتركة بينهما لبناء أسرة بموجب عقد زواج مدني وديني ضمن إطار قائم على التكافل والتعاون وعلى تقاسم الأعمال والمسؤوليات بالتساوي".[1]

2.1.2- قيمة الزواج:

ا- القيمة الاجتماعية للزواج:

إن التعريف القانوني والديني للزواج يسمح لنا استنتاج أهميته وقيمته، فكل المجتمعات تفرض على معظم أفرادها الزواج لإنشاء خليته الأساسية (الأسرة)، وكل مجتمع ينتظر من هذه الأخيرة تصرفات معينة، حيث حدد لكل واحد من أفرادها مجموعة من الأدوار و السلوكيات، "فهنالك بعض المجتمعات التي لا تنتظر من المرأة أي إنتاج مادي، فإنتاجها الوحيد يكمن في خصوبتها"[2] مثل ما هو عليه الحال في

1- عبد الرحمان الوافي، الإنسان من الطفولة إلى الزواج، ، دار هومة ، الجزائر، 2008، ص66.

2- Robert Gubble, Société et procréation, édition de l'université bruxel, 1981, p14.

المجتمعات القديمة و التقليدية المتميزة بالأسرة الممتدة، أين يتحدد المركز الاجتماعي للمرأة بزواجها و إنجابها للذكر، مما يتيح لها إمكانية الانتقال إلى مكانة أفضل بعد زواج هذا الأخير فتعتلي المهام القيادية و تفوض الأشغال المنزلية والمهام الدنيا إلى الزوجة التي اختارتها لابنها.

ورغم التغيرات التي عرفتها المرأة بتعلمها و دخولها مجال العمل خارج البيت وكذا التحولات التي طرأت على تركيبة الأسرة التي انتقلت من النمط الممتد إلى النووي، الذي مكن الزوجة أن تكون سيدة بيتها، تسيره كما تشاء دون الانصياع إلى أوامر أم الزوج، احتفظ الزواج على قيمته التقليدية. "فتبقى الأسرة مشروعا مرغوبا فيه ونموذجا من نماذج التنظيم الاجتماعي والنفسي، وهذا بالرغم من الحداثة المطالب بها أو المتخيلة والتغيرات التي أثرت على تنظيمها، فالزواج الذي لا يزال يبدو أول خطوة اجتماعية في بنائها، يبقى الرغبة الأولى للشباب والشابات من جميع الثقافات"[1]. فمهما حقق الفرد نجاحات علمية وعملية يبقى الزواج والإنجاب عنصران ذات أهمية للارتقاء في السلم الاجتماعي وللاندماج والشعور بالانتماء الاجتماعي.

والفتاة التي وصلت سنا معينا ولم تتزوج، أطلق عليها في مجتمعنا مصطلح "البايرة" تشبيها لها بالأرض البور التي لا إنتاج لها فينضر إليها نضرة نقص، ما يولد لديها شعورا بالعزلة وعدم الاستقرار والقلق والفراغ، خاصة إذا كانت الفتاة ماكثة بالبيت ما قد يؤدي إلى ظهور أمراض نفسية و فسيولوجية.

1- بدرة معتصم – ميموني، ترجمة صورية مولوجي – قروجي، الأسرة ممارسات ورهانات مجتمعية، مجلة إنسانيات، عدد59 ، جانفي مارس 2013 ، ص 7 .

ب- القيمة الصحية للزواج:

يعتبر علماء النفس الزواج عاملا هاما في التوازن النفسي، ففي دراسة أجريت على 34500 شخص تبين أن الزواج يساعد على الاستقرار النفسي، ويخفض من احتمال الإصابة بالاكتئاب. وارتكزت الدراسة على مسح لمنظمة الصحة العالمية للصحة النفسية في جميع البلدان النامية والمتقدمة، أجري على مدى العقد الماضي

و جاءت بعض الدراسات لتؤكد على ضرورة "إشباع" الجانب العاطفي لدى الإنسان ليتمتع بصحة أفضل، فأكدوا أن المتزوجين أكثر سعادة ويتمتعون بجهاز مناعي أقوى من أولئك الذين فضلوا العيش وحيدين من دون زوجة و جاء في دراسة حديثة أن المتزوجين في صحة أفضل من تلك التي يتمتع بها العزاب، رغم أن الرجال المتزوجين أكثر عرضة لزيادة الوزن أو البدانة من العزاب، وقد بين ذلك في إحصاء قام به المركز القومي لإحصاءات الصحة[1].

وحسب نتائج دراسة أجريت بكندا حول أمل الحياة فان المتزوجين أفضل صحة وأطول عمرا من العزاب وقد يعود ذلك إلى الأبوة والأمومة إذ يزداد اهتمام الأفراد بنوعية الحياة مع وجود الأولاد، إضافة إلى الدعم والعطف الذي يكنه الأولاد لآبائهم في مرحلة الشيخوخة، فهذه العناصر ذات أهمية لصحة جيدة كما أبرزته الدراسات[2].

1- www.kaheel7.com/ar

2-François Nault, Roger Roberge et autres, Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe, l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada, Cahiers québécois de démographie, n 252, 1996, p 253.

فإلى جانب الدوافع والأسباب الاجتماعية يتزوج الفرد أيضا لأغراض نفسية صنفت كالأتي:

- طبيعية نفسية وتتجلى في:

- إشباع الغريزة الجنسية بما فيها من حنان وعطف، - الميل إلى الطرف الآخر مع تبادل مشاعر العطف، - الشعور بالراحة الجسدية و النفسية، - إثبات القدرة على الإنجاب.

- دوافع نفسية اجتماعية تتمثل في:

- الأمن النفسي الاجتماعي، - عدم الشعور بالعزلة، - الطمأنينة النفسية الاجتماعية - القضاء على وقت الفراغ.[1]

1- عبد الرحمان الوافي، نفس المرجع السابق، ص67.

3.1.2 – تطور السن عند الزواج في الجزائر:

لقد حددنا الزواج كعامل ديموغرافي واجتماعي قد يساهم و يؤثر في ظهور سرطان الثدي لارتباطه المباشر بالإنجاب، فتأخر السن عند الزواج ينتج عنه حتما تأخر في سن إنجاب الطفل الأول وانخفاض في عدد الأطفال، فالزواج ظاهرة ديموغرافية يهتم بدراستها العديد من الديموغرافيين بالاعتماد على مجموعة من المقاييس و المؤشرات الكمية التي تساعد في فهم و تفسير التغيرات التي تطرأ عليها، نذكر من بينها الحالة الزواجية (السكان المتزوجون، السكان المطلقون، السكان المترملون.....) ويعتبر السن عند الزواج الأول حدثا غير متجدد يرتبط ببداية مرحلة الإنجاب خاصة في المجتمعات الإسلامية النابذة والرافضة لأي ولادة خارج إطار الزواج، ويتحدد وفق معايير دينية أو قانونية تختلف باختلاف المجتمعات.

ويعكس مؤشر متوسط السن عند الزواج الأول الحالة الاجتماعية والاقتصادية، إذ يتغير بتغير هذين العاملين، فأي ارتفاع له ينتج عامة عن تدهور في الأوضاع الاقتصادية أو تغير في القيم الاجتماعية. ففي المجتمع الجزائري التقليدي وبالتحديد في المرحلة الاستعمارية (97 الى99)% من السكان متزوجين على الأقل مرة واحدة. فالعزوبة كانت تقريبا منعدمة والسن عند الزواج منخفض وحسب التعداد السكاني لأعوام 1911-1948-1954 انتقل متوسطه المقاس بطريقة حاجنال Hajnal عند الإناث من17.6 سنة إلى 20 سنة لينخفض مجددا الى19.6 سنة ويستمر هذا الانخفاض ليسجل بعد الاستقلال متوسط قدره 18.3 سنة عام 1966 أما عند الذكور وفي نفس السنوات كان على التوالي (26.5 – 25.8 – 25.2) سنة [1]

1-kamel Kateb, Polygamie et répudiation dans le marché matrimoniale algérien pendant la période coloniale, cahier québécois de démographie, vol 29, n 1, 2000, p15.

وتجدر الإشارة أنه في الفترة الاستعمارية لم تكن التعدادات السكانية شاملة لكل الوطن بل كانت منحصرة على بعض المدن، فإهمال جهات كثيرة، خاصة الريفية يقلل من صحة المعلومات المستخرجة منه، فمتوسط السن عند الزواج الأول آنذاك منخفض مقارنة بهذه المعطيات كون الزواج في الريف يتم مبكرا عنه في المدينة.

إن الانخفاض الذي سجل في هذا المتوسط بعد سنة 1966، وضعية طبيعية ناجمة عن انتهاء الحرب لكن ابتداء من السبعينات لم يتوقف عن الارتفاع.

جدول رقم 5 : **تطور متوسط سن الزواج الأول من 1948 إلى 2006 للجنسين في الجزائر.**

السنة	متوسط السن عند الزواج الأول	
	الذكور	الإناث
1948	25.8	20.8
1954	25.2	19.6
1966	23.8	18.3
1970	24.4	19.3
1977 *	25.3	20.9
1984	27.4	22.1
1985	27.6	22.2
1987	27.7	23.7
1992	30.2	25.8
1998	31.3	27.6
2002**	33	29.6
2006***	33.3	29.9
2008****	33	29.3

المصدر:

traditions matrimoniales dans les sociétés arabes, bulletin population et société, N 198 janvier 1986, p28.

*ONS, Annuaire statistique de l'Algérie, résultat 2002-2004, édition 2006 N 22, p31.

**enquête Algérie sur la santé de la famille 2002.

*** ministère de la santé et de la population, ONS, MICS3, rapport préliminaire 2007, p55.

****RGPH 2008, p7.

بالنسبة للإناث انتقل متوسط السن عند الزواج الأول من 20.9 سنة عام 1977 إلى 23.7 سنة عام 1987 أي بزيادة قدرها 2.8 سنة خلال 10 سنوات. ثم إلى 27.6 سنة عام 1998 و 29.9 سنة عام 2006. فبين 1987-1998 سجلت أكبر زيادة له عند الإناث بـ (3.9 سنة).

تعددت العوامل المؤثرة على متوسط السن عند الزواج إلا أن شدتها متباينة، حسبما أبرزته الباحثة "زاهية واضح بديدي" في دراستها لهذا الموضوع حيث لاحظت الاختلافات الموجودة في مختلف جهات الوطن من حضر وريف وبين الشمال و الجنوب وكذا الغرب والشرق، أين بينت الباحثة أن التعليم يفسر 36 % من هذا التباين. فالولايات التي عرفت أكبر نسب تمدرس للنساء سواء من حيث العدد أو المستوى التعليمي، سجلت أيضا أكبر سن عند زواج النساء و الرجال على حد سواء وذلك خلال الفترة الممتدة من 1987 إلى 1998.

أما العامل الثاني الذي يفسر الاختلافات في متوسط سن الزواج بنسبة 19% فهو يشمل كل من التحضر، الضغط الديموغرافي و المستوى المعيشي[1] التي تعد عناصر ترتب عنها مشاكل اجتماعية كالبطالة و أزمة السكن... مما شكل عائق أمام الإقبال على الزواج.

1- Zahia Ouadah-Bedidi, Avoir 30 ans et être encore célibataire : une catégorie émergente en Algérie, revue Autrepart, 2005/2, n° 34, p39.

وحتى معطيات مختلف الإحصائيات والتحقيقات تثبت مدى تأثير التعليم على سن الزواج الأول إذ بلغ متوسطه أقصى حد له سنة 2006 عند ذوات المستوى التعليمي العالي ليصل إلى 33.1 سنة.

وفي الوقت الذي شهدت فيه الجزائر ارتفاعا كبيرا في سن الزواج إذ تعدى 29 سنة في التسعينات، عرفت أيضا نفس الفترة ارتفاعا في عدد النساء المصابات بسرطان الثدي، فحسب معطيات سجل "سطيف" احتل هذا الداء المرتبة الأولى بين سرطانات النساء في الفترة الممتدة بين 1993-1997 بمعدل 17 حالة جديدة لـ 100000 امرأة.

كما لوحظ نفس التطور في سجل السرطان للجزائر العاصمة أين سجلت 20 حالة جديدة لـ 100000 امرأة وهذا عام 1955.

وابتداء من سنة 2000 بدأ تسجيل ارتفاع عدد الإصابات بسرطان الثدي في الفئة العمرية (40 سنة فأقل) والتي تمثل 1/4 مجموع الحالات وقد عرفت هذه الفترة استمرارا في تأخر سن الزواج وارتفاع في نسب العزوبة.

4.1.2 – تأخر السن عند الزواج و سرطان الثدي:

إن الزواج في سن متأخر يعني إنجاب أول طفل في سن متأخر أيضا ودراسات عديدة بينت الارتباط الوشيك بين هذا العامل الأخير وظهور سرطان الثدي، فحسب "ماك ماهون MacMahon" إذا قارننا بين المرأة التي لم تنجب والتي أتمت حملها الأول قبل سن العشرين ينخفض الخطر النسبي للإصابة بالمرض rr: risque (relatif) عند هذه الأخيرة إذ يساوي 0.5 .

وترتفع هذه القيمة عند النساء اللواتي يضعن طفلهن الأول بعد بلوغهن 35 سنة مقارنة باللواتي لم ينجبن فتصل إلى 1.2. و تؤكد معظم الدراسات هذه العلاقة إذ توصل كل من "ليد layde " و"اويرتز Ewertz " إلى rr مساويا لـ 1.5 عند اللواتي يحملن بعد سن الـ35 مقارنة بالمرأة التي تحمل لأول مرة في سن العشرين.

كما استنتج " تريكبولوس Trichopoulos " ارتفاعا في خطر الإصابة يصل إلى 3.5% لكل عام إضافي في السن عند الحمل الأول.

ويشير " كلافل شبلان Clavel Chapelan " إلى ارتفاع rr إلى 1.63 قبل سن اليأس في حالة إنجاب أول طفل بعد 30 سنة.[1]

فكلما تأخرت المرأة عن الزواج زاد احتمال إصابتها بسرطان الثدي أولا لعدم إنجابها، ثانيا لإنجابها في سن متأخر أي بعد 30 سنة ثم لعدم أو لقلة إرضاعها حيث اعتبرت الرضاعة الطبيعية عامل يحمي المرأة من سرطان الثدي.

1- Marc Espié, A.S Hamy et autre, op.cit, p3.

2.2-الإنجاب:

الأبوة و الأمومة خاصيتان طبيعيتان أورثهما الله في البشرية جمعاء تبرز قيمتهما في المكانة التي تكتسبها المرأة بعد إنجابها لطفلها الأول، فتصرفات المرأة اتجاه الإنجاب تحددها نسق القيم الاجتماعية التي تفرضها الجماعة على الفرد.

إلا أن المرأة حاليا تعرف عدة تغيرات بتعلمها و اقتحامها ميدان الشغل إلى جانب الرجل ما غيّر من وضعها و مكانتها الاجتماعية و انجرّ عنه تغيرا في قيمة الإنجاب الذي يظهر جليا في الانخفاض الكبير في متوسط عدد الأطفال لكل امرأة.

1.2.2- تطور الخصوبة بالجزائر:

جدول رقم.6 **:تطور متوسط عدد الأطفال في الجزائر بين 1970-2015.**

السنة	متوسط عدد الأطفال
1970	7.80
1980	6.9
1985	4.5
*1990	3.97
2000	2.8
2008	2.84
2010	2.87
2012	3.02
2015	3.1

المصدر :بيانات الديوان الوطني للإحصاء

*- ONS, revue démographie algérienne, n 740, année 2015, p5.

كانت خصوبة المرأة الجزائرية مرتفعة حتى الثمانينات إذ انتقل متوسط عدد الأطفال لكل امرأة من 7.80 سنة 1970 إلى 4.50 سنة 1985. استمر الانخفاض حتى سنة 2002 حيث سجل أدنى حد له بمتوسط 2.4 طفل و هذا راجع لعوامل مختلفة، أهمها ارتفاع سن الزواج، التعليم، عمل المرأة وانتشار استعمال وسائل منع الحمل.

بعد ذلك يعود متوسط عدد الأطفال لكل امرأة إلى الارتفاع نسبيا منذ 2005 (2.81 طفل) ليستمر في الصعود ليصل إلى 3.1 طفل عام 2015 (انخفاض طفيف في سن الزواج سن الزواج، انخفاض استعمال وسائل منع الحمل).

2.2.2 -الإنجاب وسرطان الثدي:

لقد حددنا الزواج كعامل ديموغرافي قد يساهم و يؤثر في ظهور سرطان الثدي لارتباطه المباشر بالإنجاب، فتأخر السن عند الزواج ينتج عنه حتما تأخر في سن إنجاب الطفل الأول وانخفاض في عدد الأطفال.

ويعتبر ارتفاع عدد الأطفال مع إنجابهم في سن مبكر عامل يحمي من ظهور سرطان الثدي كما بينت ذلك العديد من الدراسات إذ سجل خطرا نسبيا rr مساويا لـ 0.5 عند النساء اللواتي أنجبن 5 أطفال مقارنة باللواتي أنجبن طفلا أو طفلين واللواتي لم ينجبن أي طفل. و قد سجل "روزيرو-بكسبي Rosero-Bixby " انخفاضا في خطر الإصابة بـ 9% عند كل طفل يولد مع الأخذ بعين الاعتبار سن المرأة عند أول ولادة. وهناك من يتحدث عن ارتفاع خطر الإصابة عند أي ولادة تحدث عند بلوغ المرأة 38 سنة وذلك مهما كانت رتبة المولود[1] من الناحية العلمية فان الحمل يلعب دورا وقائيا على المدى البعيد فتصبح الغدة الثديية اقل تأثرا بالعوامل المسرطنة.

1- Marc Espié, A.S Hamy et autre, op.cit, p3.

3.2- استعمال وسائل منع الحمل:

موانع الحمل متعددة منها الميكانيكية كاللولب والطرق التقليدية والواقي الذكري والأنثوي ومنها أيضا الهرمونية كالحبوب والحقن واللولب الهرموني وكذا الطريقة الجراحية من اجل التعقيم. فهي تستعمل لعدم الإنجاب و لأغراض أخرى طبية خاصة منها حبوب منع الحمل المستخدمة لغرض تجميلي وكحل للتخلص من حب الشباب أو لعلاج الاضطرابات التي تحدث في الدورة الشهرية وان كانت فترة استعمالها قصيرة إلا أنها ذات آثار جانبية في حالة عدم الإنجاب كظهور سرطان الثدي كما أشارت إلى ذلك بعض الدراسات.

و يعتبر استعمال موانع الحمل حل للحد من النمو الديموغرافي السريع، تبنته الجزائر حيث "فتح أول مركز (للتباعد بين الولادات وليس للتنظيم العائلي) بمستشفى مصطفى باشا سنة 1967 والممول من طرف صندوق الأمم المتحدة للسكان FNUAP . أدرج هذا البرنامج في كل نشاطات مراكز حماية الأم والطفل PMI . ونضرا للحالة الإستعجالية الناتجة عن الانفجار الديموغرافي الذي عرفته البلاد، ولقلة الأطباء، كلفت القابلات بمنح النساء وسيلة ما لمنع الحمل دون فحص طبي وأحيانا دون حتى قياس للضغط".[1] توسّع استعمال موانع الحمل في أرجاء الوطن ونتج عن ذلك فعلا انخفاضا كبيرا في متوسط عدد الأطفال، كما نتج عن استعمالها العشوائي أيضا انتشارا لبعض الأمراض لدى النساء.

إن الإحصائيات الموجودة عن استعمال وسائل منع الحمل في بلادنا تخص المتزوجون الذين يلجئون إليها بغية التباعد بين الولادات أو الحد منها، إلاّ أن استعمالها يكون حتى عند غير المتزوجين خاصة بعد التأخر الذي سجل في الزواج وارتفاع نسبة العزوبة و كذا لسهولة اقتنائها.

1- Abdelkader Benotmane, Jaqueline des forts et autres Etique, espacement des naissances et maitrise de la fécondité , journal international de bioéthique, 2002, p80.

1.3.2.- تطور استعمال موانع الحمل بالجزائر:

إن استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر بين 1967-1971 كان ضعيفا جدا إذ بلغ 8 % [1] فقط.

وخلال 10 سنوات أي في سنة 1982 ارتفعت إلى 28% [2] وساهم في ذلك مراكز حماية الأم و الطفل المنشاة في بعض المستشفيات، فالجزائر بقيت معارضة لأي برنامج للتنظيم العائلي فكانت من الدول التي ترى أنّ ذلك سيكون حتما نتيجة للتنمية الاقتصادية كما عبرت عنه في مؤتمر بوخارست للسكان عام 1974. وبقيت على هذا الحال حتى عام 1983 حيث تفطّنت الحكومة إلى وجود مشكل سكاني والمتمثل في الانفجار الديموغرافي وبدأت باتخاذ إجراءات من اجل الحد من ارتفاع معدل النمو السكاني. وبهذا واصلت نسب استعمال موانع الحمل في الارتفاع إذ بلغت 50.8 % عام 1992 [3].

1-Ali Kouaouci, Essai de reconstitution de pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987, Revue population, n 4, 1993, p 870.

.2-AARDES, Enquête sociodémographique, la régulation des naissances, direction générale de plan et des études économique, vol 5 Alger, 1967, p870.

3- ibid, p 870.

جدول رقم 7 : **معدل استعمال وسائل منع الحمل بأنواعها بين 1686 -2012**

السنة / الوسيلة المستعملة	1986*	1992**	2002***	2006****	2012*****
الحبوب	26.4	38.7	45.5	45.9	43.8
اللولب	2.1	2.4	3.0	2.3	2.2
الواقي	0.5	0.7	1.2	2.3	1.9
الحقن	0.6	0.1	1.8	1.4	0.1
وسائل أخرى	2.1	1.3	1.1	1.4	
مجموع الوسائل الحديثة	31.1	43.1	50.8	52	47.9
العزل	3.1	1.7	1.7	3.3	3.7
الرضاعة	-	4.1	0.9	1.9	
الامتناع الدوري	1	1.6	2.2	4.1	3.9
مجموع الوسائل التقليدية	4.4	7.7	5.4	9.4	9.2
المجموع	35.5	50.8	56.2	61.4	57.1

المصدر: -*المسح الوطني للخصوبة ENAF 1986 - ** المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل PAPCHILD 1992 - ***المسح الخاص بصحة الأسرة PAPFAM 2002.- ****المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3 2006 . - *****المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 MICS4

أهم ما يلفت الانتباه هو:

- سرعة الزيادة في استعمال وسائل منع الحمل منذ 1986 إلى 2006 إذ في مدة 20 سنة ازدادت النسبة بـ 25.9 % في الفترة ذاتها شهدت الجزائر سرعة في زيادة الإصابات بسرطان الثدي عند النساء.

– بينما كانت الوسائل التقليدية الأكثر استعمالا، شهدت فترة التسعينات ارتفاعا في استعمال الوسائل "الحديثة" لتصبح الحبوب الوسيلة الأكثر رواجا لتنتقل من 26.4% عام 1986 إلى 38.7% عام 1992 و45.9% عام 2006. ويلاحظ انخفاض نسبي في معدل الاستعمال بنسبة 4.3 عام 2012 ربما يعود ذلك إلى بداية وعي النساء بالآثار الجانبية الخطيرة لحبوب منع الحمل منها سرطان الثدي.

جدول رقم 8: **استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي ومكان الإقامة**

الوسيلة		الحبوب		اللولب		الواقي		الطرق التقليدية		كل الطرق	
السنة		2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
مكان الاقامة	حضر	44.6	41.9	2.9	2.9	3.0	2.5	10.5	9.6	62.5	57.7
	ريف	47.5	44.9	1.6	1.1	1.6	0.9	8.0	8.7	59.9	56.1
المستوى التعليمي	أمي	45.3	44.0	1.7	0.9	9	0.3	7.5	6.5	57.2	52.4
	ابتدائي	46.2	45.0	2.4	1.4	1.9	1.1	9.9	8.8	62.1	57.1
	متوسط	46.7	43.9	2.6	2.9	2.4	1.8	9.6	9.4	62.2	58.7
	ثانوي	47.4	42.4	2.7	3.0	4.6	2.9	11.6	11.2	66.9	60.6
	جامعي	39.5	35.2	4.5	2.5	6.0	4.7	11.7	11.3	62.9	54.7
المجموع		45.9	43.0	2.3	2.2	2.3	1.9	9.4	9.2	61.4	57.1

المصدر:– المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات2012 mics4 –المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات mics3 2006

من المعروف انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة ارتفعت نسبة استعمالها لوسائل منع الحمل من أجل الحد من خصوبتها، ففي سنة 2006 قدرت النسبة بـ 66.9% عند ذوات المستوى التعليمي الثانوي ومن بينهن 47.4% يستعملن الحبوب.

تنخفض نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند ذوات المستوى الجامعي إلى 62.9% كما تنخفض نسبة استعمالهن للحبوب فتصل إلى 39.5% في حين نجد أن النساء ذوات المستوى المرتفع (الثانوي والجامعي) الأكثر استعمالا للطرق التقليدية بنسبة 11.6 و11.7 حسب الترتيب. وأزواجهن أكثر استعمالا للواقي (4.6% و6%). وفي سنة 2012 لوحظ التطور ذاته إلى جانب الانخفاض في الاستعمال الكلي لمختلف الطرق في جميع المستويات التعليمية وفي الحضر والريف

هذه الاختلافات والتغيرات قد تدل على وعي المرأة بالأضرار التي تسببها الوسائل الهرمونية وخاصة الحبوب، فانخفاض استعمالها يظهر جليا كلما ارتقينا في السلم الاجتماعي، أي عند المرأة الحضرية والمرأة الجامعية.

وقد يكون هذا الانخفاض انعكاسا لتأخر سن زواج الجامعيات وخوفهنّ من استعمال موانع الحمل الحديثة التي قد تؤثر على قدرتهنّ على الإنجاب، فقدرة الإنجاب تقل مع التقدم في السن، خاصة عند الاقتراب من الأربعين أو ربما لوعيهن بمخاطر الحبوب على صحتهن.

2.3.2- وسائل منع الحمل وسرطان الثدي:

هناك دراسات كثيرة تثبت وجود علاقة بين وسائل منع الحمل الهرمونية، خاصة منها الحبوب وظهور سرطان الثدي عند المرأة وإن كانت قيمة خطر الإصابة rr منخفض، ومعظمها تتحدث عن إصابة قبل 45 سنة مع اختلافات حسب مدة استهلاكها خاصة قبل إنجاب أول طفل، فنتائج تحليل 54 دراسة meta-analyse والمنشورة عام 1966 توصلت إلى rr=1.07 وارتفاع في قيمته إلى 1.22 في حالة استعمال الحبوب قبل 20 سنة.

وفي دراسة أخرى تتبعيه prospective أجريت على 103027 امرأة بالنرويج والسويد بين سنتي 1991 و 1999 أصيبت إثنائها 1008 امرأة بسرطان الثدي قدر rr بـ 1.6 عند مستعملات حبوب منع الحمل المتكونة من بروجستين progestative وبـ 1.5 عند استعمال حبوب مركبة من بروجستين واسترجين estroprogestative .

وفي الدراسة التي أجريت سنة 1977 على نساء تناولن الحبوب لمدة لا تقل عن 6 أشهر سجل rr قدره 1.3، عند اللواتي يبلغن 45 سنة و1.8 عند اللواتي يقل عمرهن عن 35 سنة، أما عن الدراسة التي أجريت عام 2006 على نساء لم يبلغن سن اليأس، تبين ارتفاع خطر الإصابة عند اللواتي تناولن الحبوب قبل إنجاب الطفل الأول عن اللواتي تناولنها بعد إنجاب أول طفل من 1.19 إلى 1.52 [1].

كما ربطت دراسة قام بها المركز الدولي للبحث عن السرطان و معهد "فراد هاتشنسون" لأبحاث السرطان بأمريكا بين إصابة النساء تحت سن الخمسين بسرطان الثدي و تناول أنواع من حبوب منع الحمل أي الحبوب الكلاسيكية (oeustroprogestatifs combinés)[2]

ومن خلال عرضنا لهذه الدراسات نلاحظ اختلاف خطر الإصابة بسرطان الثدي عند النساء المستعملات لحبوب منع الحمل:

- باختلاف السن عند بداية استعمالها إذ كلما انخفض هذا الأخير ارتفع خطر الإصابة،
- باستعمالها للحبوب قبل إنجاب الطفل الأول فيرتفع خطر الإصابة في هذه الحالة،
- اختلاف خطر الإصابة باختلاف نوع الحبوب المستعملة.
- اختلاف خطر الإصابة باختلاف مدة استهلاكها.

1- Marc Espié, A.S Hamy et autre,op.cit p5

2- http://www. ahewar.org

3- التغيرات السوسيولوجية و سرطان الثدي:

1.3- المكانة الاجتماعية للمرأة الجزائرية:

تعتبر المرأة عضوا أساسيا وفعالا في تركيبة البنية الأسرية وفي تحقيق استمرارها واستقرارها. وارتكازا على بنيتها المورفولوجيه وصفاتها الطبيعية أسدي لها الدور الإنجابي و التربوي باعتبارهما، خاصة في المجتمع التقليدي، المهمتين الرئيسيتين التي تتمحور حولها كافة أنشطتها ليلقى على عاتقها كل الأشغال المنزلية.

وبسبب النظام الأبوي السائد يمارس الزوج على زوجته السلطة المطلقة فلا رأي لها ولا قرار تتخذه. وتبقى المرأة على حالها حتى تزويجها ابنها فتمارس بدورها سلطتها على زوجة الابن فمحددات مكانة المرأة في المجتمع التقليدي تتمحور في:

ا- الزواج

ب- الإنجاب وخاصة إنجاب الذكر

ج- تزويج الابن وممارسة السلطة على زوجته

فكلما انتقلت المرأة من مرحلة إلى أخرى ارتقت في السلم الاجتماعي. ولا تبلغ اعلي مستوى إلا بعد نهاية خصوبتها أي بين (45 – 54) سنة[1].

و للتنشئة الاجتماعية دورا هاما في تلقين المرأة دورها وتحديد مركزها الاجتماعي، "ففي الطفولة المبكرة يظهر النمط الجنسي ويتعلم كل من الجنسين المعايير والقيم والاتجاهات المرتبطة بجنسه مما يؤدي إلى اختلافات البنين عن البنات في بعض أنماط السلوك. ويرى بعض الآباء أن هناك بعض سمات السلوك الاجتماعي تليق بالبنين مثل الشجاعة و القوة الجسمية والسيطرة...ويرون أن هناك بعض السمات تليق بالبنات مثل الإتكالية والسلبية والوقار الاجتماعي.[2] .

1- Ali Kouaouci, op.cit, p195.

2- حامد زهران، علم النفس الاجتماعي، دار الهنا للطباعة، 1984، ص274.

انطلاقا من هذه الاختلافات بين الجنسين تهيئ الفتاة منذ الصغر للأعمال المنزلية وتربى على احترام وطاعة الذكر من جد وأب وأخ بينما يعد الذكر للعمل الخارجي وتحمل المسؤولية وممارسة السلطة على أخته منذ الصغر. وهذا النوع من التنشئة الاجتماعية الذي يكون منذ نعومة الأظافر من شأنه أن يطبع شخصية الفرد ويجعله راض عن وضعه ودوره الاجتماعي ما لم تتدخل عوامل أخرى في تنشئته كالمدرسة و وسائل الإعلام وظهور عناصر جديدة من شانها أن تغير من مكانة المرأة كتعليم الفتاة ثم دخولها عالم الشغل.

إن العائلة الجزائرية باعتبارها عائلة تقليدية كما تبرز ذلك الإحصائيات حيث يشير "مصطفى بوتفنوشت" أنه في سنة 1966، 2/3 من السكان يعيشون في عائلة ممتدة أي ما يعادل 68.8 %[1]. وتؤكد ذلك أيضا الباحثة."شريفة حجيج" التي ترى أن العائلة الممتدة عرفت تفككا ثم عملية إعادة تركيب، فعملية الانتقال إلى الأسرة النووية عرف نوع من التراجع بسبب الأوضاع الاقتصادية والأمنية وبالخصوص أزمة السكن [2] فتنشئة الفتاة الجزائرية مازال يتم في إطار عائلة تتكون من أسرتين أو أكثر، ما يعزز غرس القيم التقليدية، فعلى الرغم من بلوغ المرأة مستويات تعليمية عالية يبقى الزواج و الإنجاب ضروريان لاكتساب مكانة في المجتمع، إلا أن طريقة الارتقاء في السلم الاجتماعي عرفت تحولات ناتجة عن ولوج المرأة بنسب كبيرة جدا إلى التعليم ثم إلى ميدان العمل الخارجي بنسب تبقى ضعيفة. فالمركز الجديد للمرأة جعلها شخصا متعدد المهام، تتحمل مسؤوليات داخل وخارج المنزل.

1-Mostefa Boutefnouchet, la famille algérienne, évolution et caractéristique, société national d'édition et de diffusion, Alger 1982, p37.

2- Cherifa Hadjij, famille, logement, propriété a Alger, revue Insaniyat, n 4 1998, p103.

2.3-العوامل المساهمة في تغير مكانة المرأة الجزائرية وعلاقتها بسرطان الثدي:

1.2.3 التعليم:

إن مجانية وإجبارية التعليم ساهما بشكل كبير في ارتفاع عدد المتعلمين عند الجنسين، فبينما كانت نسبة بلوغ المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي مرتفعة عند الذكور، انقلبت الأمور حاليا إذ تفوقت الإناث على الذكور، ففي العام الدراسي 2009-2010، وحسب وزارة التربية والتعليم فان 85.25% من المتمدرسين في الطور الثانوي إناث.

إلا أنه لا يمكن الربط بين تعليم المرأة وارتفاع نسب الإصابة بسرطان الثدي لمساهمة التعليم بدرجة عالية في وعي المرأة بمختلف المجالات على غرار الجانب الصحي، إلا أنه عامل نتج عنه دخول المرأة عالم الشغل وتعدد مسؤولياتها ما يؤثر سلبيا على صحتها. كما أدى إلى تأخر في سن الزواج، قد تحدثنا سابقا عن قيمة الزواج الاجتماعية وانعكاساته على الصحة.

2.2.3 العمل خارج البيت:

لعب عمل المرأة خارج البيت دورا هاما في التغيير من مكانتها الاجتماعية حيث مكنها من المشاركة في تحسين الوضع المادي للأسرة واكتساب نوع من الاستقلالية (المادية) وهو فرصة للخروج من البيت لإثبات الذات. وتبقى مشاركة المرأة للرجل في هذا المجال محتشمة رغم الارتفاع النسبي له عبر الزمن إذ انتقلت نسبة النساء المشتغلات عام 1977 من 5.92 % إلى 8.8 % عام 1987 وسجلت بعدها زيادة معتبرة بنسبة 6.8 % عام 1997 حيث بلغت نسبة النساء المشتغلات 15.6 % .كما سجلت تقريبا النسبة ذاتها عام 2007 أي ما يعادل 15.7 % [1].

1- الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011 .

وحسب نتائج المسح الوطني حول الشغل لأبريل 2016 [1] وصلت هذه النسبة الى18.9%، و من المتوقع أن يعرف ولوج المرأة عالم الشغل استمرارا في الزيادة خاصة بعد التفوق الذي حققته عن الذكور في التعليم في كلا الطورين الثانوي والجامعي.

كما تشتغل المرأة في مجالات معينة، يفرضها عليها أولا تركيبتها البيولوجية ثم العادات والتقاليد التي تستحسن عمل المرأة نفسها وتمس بالطفل خاصة، منها الطب والتعليم، فحسب نفس المصدر2.7% يشتغلن في الزراعة، 1.8 في البناء والأشغال العمومية، 19.2 في الصناعة، ويرتكز معظم نشاطهن حول التجارة والخدمات التي يندرج ضمنها كل من الطب و التعليم.

1.2.2.3 عمل المرأة وسرطان الثدي:

يمكن لعمل المرأة أن يعود بالفائدة عليها وعلى المجتمع باعتبارها عضو فعال لما تمتلكه من خصوصيات تمتاز بها عن الرجال، خاصة منها الصبر. فالدول الأكثر تقدما تتميز عن غيرها من الدول بالوجود المرتفع للمرأة في الحياة العامة. فلابد من إشراكها في تحقيق التنمية حتى لا تبقى عالة على المجتمع. ومع صعوبة وغلاء المعيشة ظهرت الحاجة الملحة لدخل الزوجة في مساعدة الزوج لتلبية حاجيات الأسرة التي تغيرت وتعددت مع التغير الاجتماعي والاقتصادي.

إلى جانب الدوافع الاقتصادية هناك دوافع ذاتية خاصة بالمرأة "فقد بينت نتائج البحوث المختلفة وجود دوافع أخرى تدفع المرأة الحديثة إلى الخروج للعمل، أهم هذه الدوافع التحصيل والاستمتاع بالعمل مع الرغبة في تأكيد الذات وكذلك ما يحققه العمل من حياة اجتماعية[2] .

1- ONS, activité, emploie et chômage en avril 2016, n 748, p121.

2- كاميليا عبد الفتاح، المرجع السابق، ص86.

إن الايجابيات السالف ذكرها من شأنها أن تقابلها سلبيات ما لم تتوفر الظروف الملائمة لعمل المرأة، وتظهر معالمها جليا على أفراد الأسرة وعلى صحة المرأة ذاتها. فغياب المرأة عن البيت يؤدي إلى إهمال الأطفال والزوج مما ساهم جزئيا، ربما، في بروز فارق أخلاقي بين الجيل الماضي والحالي وكذلك في ارتفاع نسبة الطلاق.

"وقد أشارت دراسة لفريق من الباحثين في المركز الوطني للبحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية إلى أنّ النساء الجزائريات يتأقلمن مع مختلف التغيرات الحاصلة في المجتمع، و في مختلف المستويات الاقتصادية، الاجتماعية والعائلية. ولكن ثمّة مجموعة من المشاكل تعترض المرأة الجزائرية، فحسب ذات الدراسة فإن العديد من الصّعوبات تمسّ بحياتهن وتثير شعورا من القلق لديهنّ، و يمكن حصر أهم هذه الصعوبات في الوسط المهني كالنقل و التحرّش وعدم المساواة في الأجر والترقية، ونقص دور الحضانة إضافة إلى تلك المشاكل المرتبطة بالوسط العائلي بسبب ما تتعرض إليه كثير من النساء من مختلف مظاهر العنف الزوجي[1] .

أضف إلى ذلك ما يسببه تعدد المهام و المسؤوليات من إرهاق و ضغوطات يومية و قلق يؤثر سلبيا على صحة المرأة حيث ابرز التحقيق الوطني حول الصحة لعام 2005 أن المرأة أكثر قلقا من الرجل وان 65% من الجزائريين يرجعون قلقهم إلى المسؤوليات والالتزامات العائلية[2]. وتعدد الأدوار يؤثر أيضا على النمط المعيشي فتلجأ المرأة إلى تحضير الوجبات السهلة والسريعة والتي تكون غالبا غير صحية، أو إلى تناول وجبة الغذاء خارج البيت إذا ما كان مكان عملها بعيدا عن مقر إقامتها، زيادة على القلق الناتج عن ازدحام الطرقات ونقص عدد ساعات النوم، فالقلق عامل ربطته دراسات عديدة بسرطان الثدي، ففي دراسة تتبعيه بين عامي 1982 و 1996 على 10808 امرأة قام بها lillberg and al كشفت أن التعرض المستمر للقلق الحاد يساهم في الإصابة بسرطان الثدي[3].

1-http://www.crasc.dz/insaniyat/index.php/ar

2 INSP, transition épidémiologique et système de santé, projet TAHINA, enquête national santé, novembre 2007, p184.

3- http://arabic.rt.com

كما ربطت بعض الدراسات ظهور سرطان الثدي عند المرأة بعملها خارج البيت مع التنبيه إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار للعوامل الأخرى الديموغرافية والبيئية عند التطرق إلى هذا الجانب، فيشير البعض إلى ارتفاع نسبته عند اللواتي يشغلن مراكز عالية لكن ذلك لا يعود فقط إلى طبيعة عملهن لكن أيضا إلى تأخرهن عن إنجاب الطفل الأول فطول مدة تعلمهن أدى إلى تأخرهن عن الزواج وعن الإنجاب.

ففي فرنسا مثلا يتحدث "جينيل بسكال" في دراسته عن سرطان الثدي والمهنة الممارسة عند الرجل والمرأة عن تزامن ارتفاع عدد المصابات به في نهاية السبعينات وارتفاع عدد النساء العاملات إذ كانت 60% من اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (25-49) يمارسن مهنة ما[1].

كما يوضح تعدد الدراسات التي تشير إلى ارتباط ارتفاع خطورة الإصابة به بمهن معينة كالعاملات بقطاع الصحة حيث تشتغل المرأة ليلا، فالتعرض للضوء ليلا يؤدي إلى انخفاض إنتاج مادة "الملاتونين" بالجسم وينتج عن ذلك ارتفاع في إنتاج"الاستروجين" كما يؤدي العمل ليلا إلى اضطراب في جينات الساعة البيولوجية مما يحدث تداخل في التحكم في الدورة الخلوية كما بينت ذلك العديد من الدراسات[2]

وترتفع خطورة الإصابة بسرطان الثدي عند العاملات بالمكتبات ومصانع النسيج فهن عرضة للغبار الناتج عن بعض المواد واللواتي يشتغلن بمراكز الفحص بالأشعة والمخابر فيتعرضن للمواد الكيمائية والأشعة، وكذلك العاملات بالتعليم، هذه المهنة التي تتطلب الصبر بسبب الضغط اليومي كما أن المعلم في اتصال دائم بالغبار الناتج عن استعمال الطباشير، و كذا العاملات في البحرية أي في البواخر و الكثيرات التنقل لكثرة التعرض لتغير في التوقيت.

1- Pascal Guénel, Sara Villeneuve, op.cit, p10.

2- Marc Espié, op.cit,.p11.

أما عن العاملات بقطاع الزراعة فنسبة إصابتهن بسرطان الثدي منخفضة لكنها ترتفع عند اللواتي يستعملن المبيدات pesticides كما بينت ذلك دراسة امريكية[1].

خلاصة:

تعددت العوامل التي تؤثر في ظهور سرطان الثدي من بيئية واجتماعية وديموغرافية وجسدية... إلا أن غالبيتها تنصب في منطلق أو منبع واحد ووحيد هو التطور والعصرنة.

سعى الإنسان للوصول إلى حياة أفضل واستخدم كل السبل لبلوغ هدفه دون التفكير في عواقبها، أراد الحد من نسله فاستعمل أدوية ذات أثار سلبية على صحته، أراد الرفع من إنتاجه فلجأ إلى وسائل ملوثة لبيئته ولمنتوجه.

سعت المرأة للعمل الخارجي وجعلته من أولوياتها قبل الزواج فنتج عن ذلك تأخر في بناء الأسرة وفي بداية خصوبتها وحدت من عدد ولاداتها ما عرضها للعديد من الأمراض كالضغط الدموي وسرطان الثدي....

1- ibid, p11.

البـــــاب الثـــــاني

الإطار الميداني للدراسة

الفـــصـــل الـــرابـــع

خصائص العينة

تمهيد

1-الخصائص السوسيوديموغرافية

2-المستوى المعيشي

3-مدى التعرض لعوامل الخطورة الداخلية والخارجية

الاستنتاج

تمهيد

يعتبر الاستيعاب النظري الجيد لموضوع البحث قاعدة أساسية للعمل التطبيقي فبمعطيات الأول يبنى الثاني وعلى هذا الأساس تكون نتائج الجانب التطبيقي تارة مدعمة للنتائج المتوصل إليها في دراسات سابقة، وتارة أخرى مكملة لها وذلك بالتطرق إلى متغيرات جديدة تستوجب تفسيرا وتبيانا.

وفيما يخص موضوع هذا البحث والمتمثل في سرطان الثدي عند نساء يبلغ سنهن بين الأربعين سنة فأقل وحددناه كذلك لعدم بلوغهن سن اليأس للاختلافات الموجودة بين هذه الفئة والبالغات سن اليأس، سواء من الجانب الجسماني أو النفساني وكذا السوسيوديموغرافي. وربطنا هذا المتغير بمتغيرات أخرى سوسيولوجية وديموغرافية قد تطرقنا إليها بالتفصيل في الجانب النظري من الدراسة، محاولة لفهم ما يكمن وراء تفاقم الإصابات بهذا الاعتلال وخاصة عند هذه الفئة من النساء.

وكانت نتيجة هذا الربط الذي تم بفضل برنامج spss مجموعة من الجداول المتعلقة بكل فرضية، وقبل الخوض في تحليلها سنتطرق أولا إلى سرد مميزات أفراد العينة التي معظمها، حددتها الدراسات كعوامل مؤدية إلى سرطان الثدي، كالخصائص السوسيوديموغرافية (السن، السن عند إنجاب أول وآخر طفل، الحالة الزواجية...) ، المستوى المعيشي (دخل الأسرة، نوع السكن ...) ومدى تعرض المبحوثات لعوامل خطورة داخلية وخارجية (السمنة، البلوغ المبكر، الفحص الإشعاعي لجهة الصدر، الماضي العائلي للمرض...).

خصائص العينة

وقسمناها إلى ثلاث خصائص ذات صلة بمرض سرطان الثدي وتمثلت في الخاصية السوسيوديموغرافية والمستوى المعيشي و مدى التعرض لبعض عوامل الخطر الداخلية والخارجية.

1- الخصائص السوسيوديموغرافية.

جدول رقم 9 : **توزيع المبحوثات حسب السن عند التحقيق.**

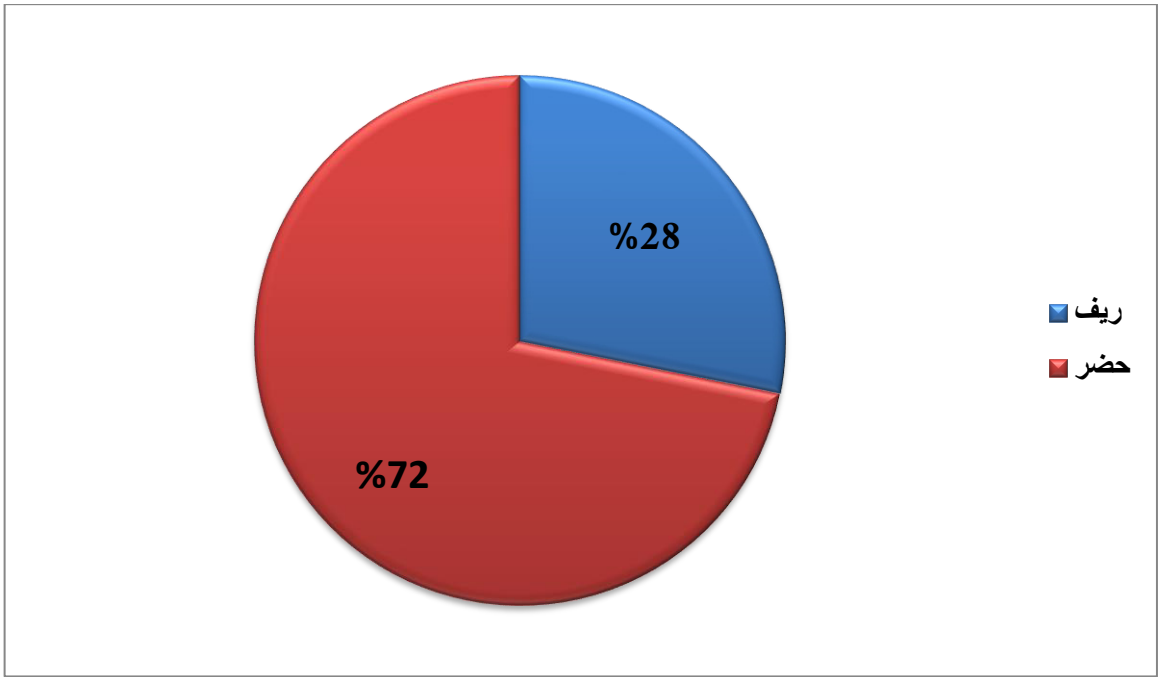
سن المبحوثة	التكرار ك	%
29-25	3	2.2
34-30	15	11.2
39-35	45	33.6
44-40	57	42.5
49-45	12	9
54-50	2	1.5
المجموع	*134	100

يبين الجدول رقم 9 أن حالات الإصابة بسرطان الثدي قبل العمر 30 سنة قليلة وتبدأ في الارتفاع بعده حيث سجلت أعلى نسب لسن المبحوثات أثناء إجراء التحقيق في الفئات العمرية 35-39 سنة و 40-44 سنة وهي 33.6% و42.5% على التوالي.

* هناك مبحوثة لم تصرح بسنها.

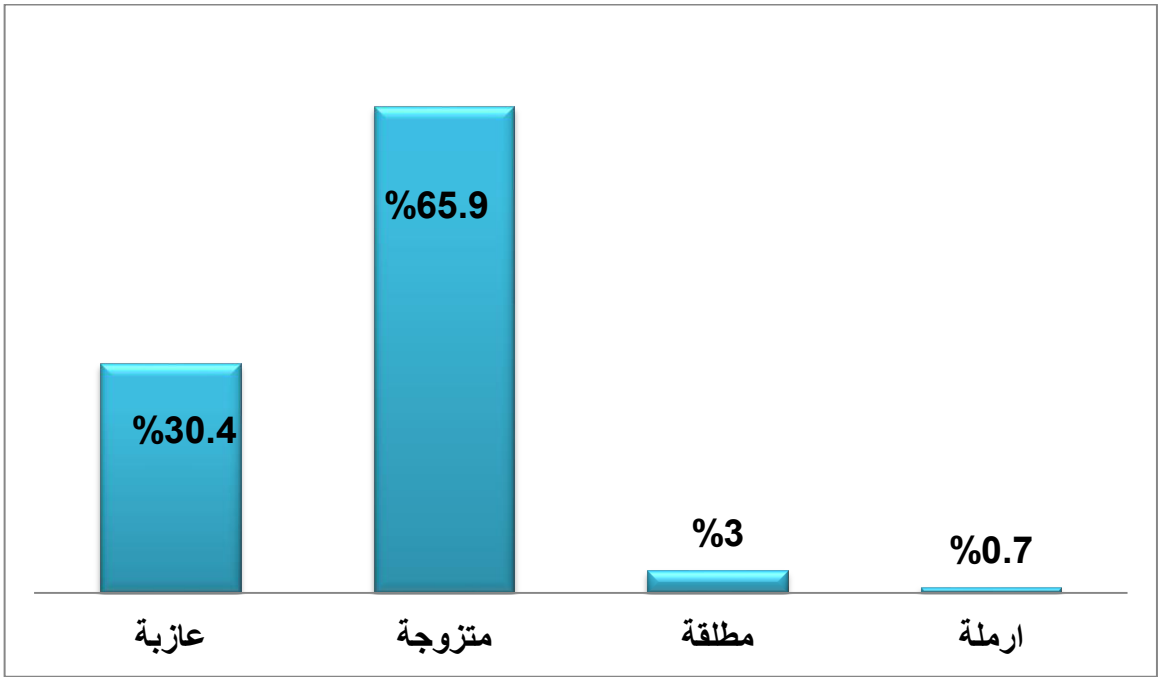
و ما دامت هذه الدراسة محصورة في نساء أصبن بسرطان الثدي في عمر محدد لا يفوت الأربعين سنة، فكثيرا ما يكون السن أثناء التحقيق أكبر من السن عند الإصابة أو عند اكتشاف المرض. وعليه فإن نسب الإصابة عند المعنيات منخفضة جدا لتصل إلى 1.5% و9% بالنظر إلى الفئة العمرية التي صاروا ينتمون إليها وهي على التوالي 50-54 سنة و 45-49 سنة، فإن المعنيات قد أصبن بالسرطان في سن الأربعين أو قبله، فمنهن من شفين من المرض ومنهن أيضا من شفين وعاودهن المرض بعد مرور بضعة سنين.

رسم بياني رقم 5 : **دائرة نسبية عن توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة.**



إن الاستنتاج المستخلص من الدائرة البيانية أن أعلى نسبة من المصابات وهي 72% يعشن في مناطق حضرية و28% فقط يعشن في الريف، مما يبرز بوضوح مدى ارتباط المرض بالنمط المعيشي، إذ تتميز حياة المرأة في الريف بالبساطة وكثرة الحركة وبالغذاء الصحي ما يجعلها أقل عرضة لعوامل الخطورة ذات الصلة بسرطان الثدي.

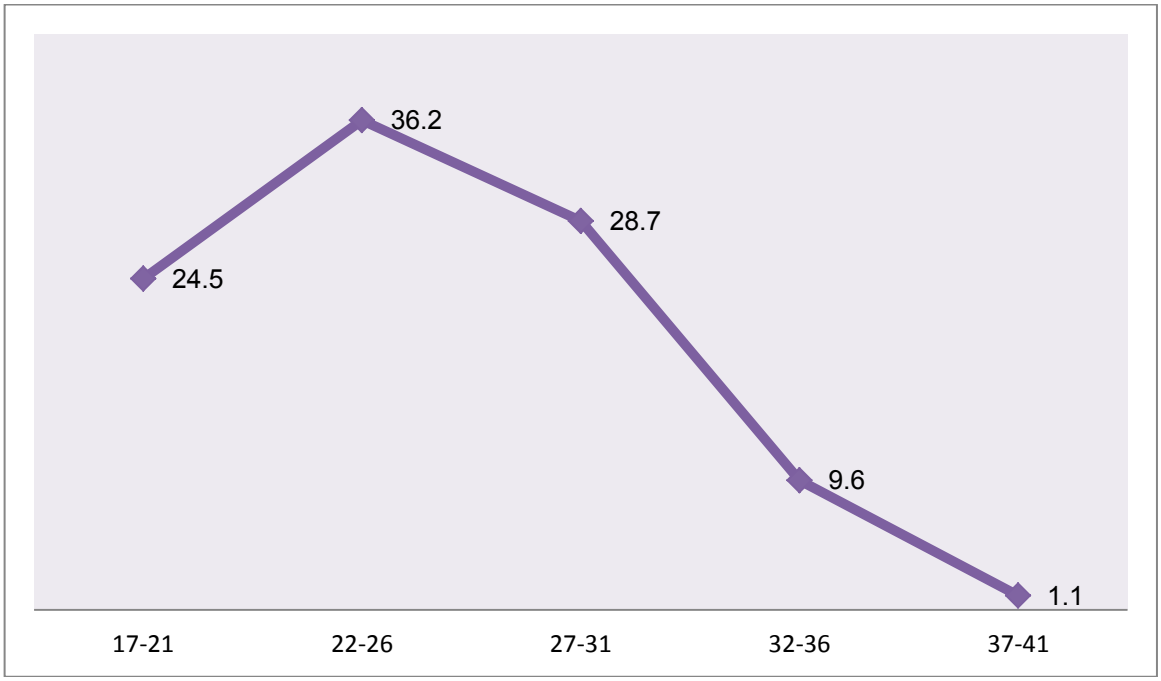
رسم بياني رقم 6: **أعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية.**



إن معظم أفراد عينة بحثنا عبارة عن نساء متزوجات بنسبة 65.9% ثم تليها العازبات بنسبة 30.4%، ولعامل السن دخل في هكذا توزيع فالعازبات عموما أقل سنا من المتزوجات والسرطان أكثر ظهورا كلما تقدم سن المرأة، هذا ما يفسر ارتفاعه عند النساء المتزوجات.

والعينة لا تخلو من الأرامل و المطلقات إلا أن نسبها ضئيلة جدا وهي على الترتيب 0،7% و3%.

الشكل رقم 7 : **مضلع تكراري يبين توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول.**



الزواج عامل ديموغرافي واجتماعي بينت العديد من الدراسات علاقة تأخر سن حدوثه بظهور سرطان الثدي كما وضحنا ذلك عند تطرقنا للتغيرات السوسيوديموغرافية وعلاقتها بهذا الداء (أنضر الصفحة 69).

لكن المتزوجات واللاتي يمثلن أعلى نسبة من المبحوثات لم يعرفن تأخرا كبيرا في سن الزواج حيث 36.2% وهي أعلى نسبة تزوجن بين 22 و 26 سنة، ثم تليها اللواتي تزوجن بين 27 و 31 سنة إذ قدرت نسبتهن بـ28.7%.

إلا أن العازبات لم يدخلن في هذا الجدول ومتوسط سنهن أثناء التحقيق قد بلغ 39.75 سنة، وهذا يعني أنهن يعرفن فعلا تأخرا في الدخول في الزواج. ما يرفع من نسبة تأخر الزواج عامة.

جدول رقم 10: **توزيع المبحوثات حسب إنجابهن للأطفال**

هل لديك أطفال	ك	%
نعم	84	89.4
لا	10	10.6
المجموع	*.94	100

جدول رقم 11: **توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات**

عدد الولادات	ك	%
2-1	35	41.7
4-3	41	48.8
6-5	6	7.1
8-7	2	2.4
المجموع	** 84	100

نلاحظ من الجدولين السابقين أن 89.4% من النساء أنجبن على الأقل طفلا، بينهن 48.8% أنجبن بين 3 و4 أطفال و 41.7% أنجبن بين 1 و2 أطفال، أما أصغر نسبة والمتمثلة في 2.4% فسجلت عند اللواتي أنجبن بين 7 و8 أطفال. وبالتالي بلغ متوسط عدد الولادات في العينة المبحوثة 2.9، كما نسجل أن 10.6% من أفراد العينة يعانين من العقم، فعامل الخطورة المتعلق بانخفاض عدد الولادات أو عدم الإنجاب واضح.

للإشارة فإن متوسط سن المبحوثات قدر بـ 39.5 سنة، وهذا يعني أن عددا كبيرا منهن اقتربن من مرحلة نهاية الخصوبة وربما قد بلغنها بسبب الآثار الجانبية للعلاج ومن بينها انقطاع الطمث.

*يمثل مجموع النساء المتزوجات.

**يمثل مجموع النساء اللواتي أنجبن أطفالا.

جدول رقم 12 : **توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي**

المستوى التعليمي	ك	%
أمي	5	3.7
ابتدائي	14	10.4
متوسط	40	29.6
ثانوي	44	32.6
جامعي	32	23.7
المجموع	135	100

من خلال قراءة الجدول أعلاه نجد أن أغلبية النساء المستجوبات ذات مستوى تعليمي ثانوي بنسبة 32.6% ومستوى تعليمي متوسط بنسبة 29.6%. كما نسجل نسبة لا بأس بها من النساء ذوات مستوى تعليمي عالي أي 23.7%. أما عن الأميات فعددهن قليل جدا. و هذه النتيجة تتطابق مع المعطيات الوطنية حول تعليم المرأة، ويمكن تعليل ذلك بصغر سن أغلب النساء، فمن الجدول رقم 9 نستخلص أن 47% منهن يقل عمرهن عن 40 سنة ما أتاح لهن فرصة الاستفادة من قانون مجانية وإجبارية التعليم للذكور والإناث.

جدول رقم 13 : **توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية**

الحالة الفردية	ك	%
عاملة*	64	47.4
ماكثة بالبيت	71	52.6
المجموع	135	100

*"تتمثل في التي مازالت تعمل يوم التحقيق والتي عملت من قبل وتوقفت عن العمل كون ما يهمنا هو مدى تعرض هؤلاء لعوامل الخطر المرتبطة بسرطان الثدي والناتجة عن العمل خارج البيت.

يخص الجدول أعلاه الوضع المهني للمرأة قبل إصابتها بالمرض إذ تفرز معطياته تقارب نسبة اللواتي اشتغلن من قبل واللواتي مازلن يشتغلن والبالغة 47.4% باللواتي لم يعملن أبدا والمقدرة ب52.6%، فاشتغال المرأة خارج البيت من أهم مظاهر التغير في المجتمع الجزائري وهو عنصر حاضر بصفة معتبرة في هذه العينة. وقد بيننا كيف يمكن لهذا العامل أن يؤثر في ظهور سرطان الثدي بطريقة مباشرة بالتعرض للمواد المسرطنة ويكون التأثير أيضا بطريقة غير مباشرة.

2- المستوى المعيشي

لتحديد المستوى المعيشي لأفراد العينة اعتمدنا على بعض المؤشرات التي رأيناها مناسبة وأهملنا البعض الآخر حتى لا تمل المريضة من طول وكثرة الأسئلة. وتتمحور جلها حول الحالة الفردية للزوج، دخل الأسرة والمسكن.

جدول رقم 14 : **توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للزوج**

الحالة الفردية للزوج	ك	%
يعمل	71	75.5
لا يعمل	3	3.2
متقاعد	2	2.1
عمل غير دائم	14	14.9
دون إجابة	4	4.3
المجموع	94 *	100

*السؤال يعني المتزوجات فقط.

75.5% من النساء وهي أكبر نسبة صرحن أن أزواجهن يشتغلون بصفة دائمة فهذه الأسر تعرف استقرارا مادي بفضل المدخول الشهري أو اليومي في حال المهن الحرة.

14.9% من الأزواج عملهم غير دائم وهذا يعني أنهم غير مستقرين ماديا وكثيرا ما يبقون دون دخل.

نسبة منخفضة من الأزواج والمتمثلة في 3.2% دون عمل وحسب أقوال زوجاتهم فهم يعيشون بفضل المساعدات المادية المقدمة من أهل الزوج أو أهل الزوجة والجدول الموالي سيمدنا بتفاصيل أكثر دقة عن الوضع المادي لأسر المبحوثات

جدول رقم 15: **توزيع المبحوثات حسب الدخل الشهري للأسرة**

الدخل الشهري	ك	%
اقل من 18000	22	16.3
30000-18000	47	34.8
60000-30000	31	23
أكثر من 60000	22	16.3
دون دخل	3	2.2
دون إجابة	10	7.4
المجموع	135	100

حسب تصريحات المختصون بالشؤون الاقتصادية في البلاد، لا يمكن للأسرة الجزائرية أن تلبي كل احتياجاتها المادية في حالة ما إذا قل دخلها الشهري عن 60000 دينار جزائري. ففي عام 2011 بلغ متوسط المصاريف الشهرية للأسرة الجزائرية 59716 دج وحددت قيمتها بالمناطق الحضرية ب62215 دج وتنخفض الى54334 دج بالمناطق الريفية[1].

1-ONS, enquête sur les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages, collections statistiques n 183, série s : statistiques sociales, p39.

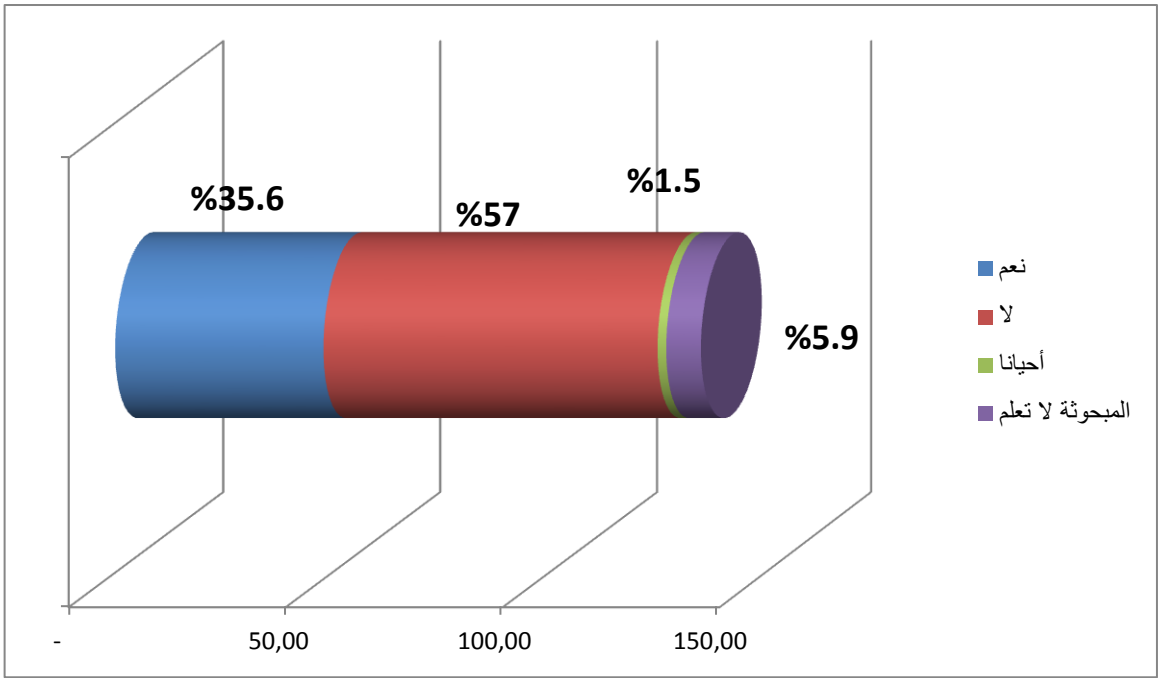
و في هذه العينة، يتراوح الدخل الشهري لأكبر عدد من الأسر والبالغ نسبتها 34.8% بين 18000 و 30000 د ج.

16.3% من الأسر لا يصل دخلها إلى الحد الأدنى والمحدد بـ 18000 دينار جزائري فهي تعيش ظروفا مادية صعبة للغاية.

نفس النسبة أي 16.3% تمثل الأسر التي تتقاضى 60000 د ج فأكثر.

من هذه المعطيات نستنتج أن مقولة "السرطان مرض الأغنياء" لا تنطبق على عينة بحثنا. والشكل الموالي يدعم هذا الاستنتاج.

الشكل رقم 8: **اسطوانة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب مدى التوفير من الدخل الشهري.**



فمن خلال تمعننا في هذه الأرقام لاحظنا أن أعلى نسبة وهي 57% تخص الأسر التي لا تستطيع توفير أي مبلغ من دخلها، فحسب تصريح العديد من المستجوبات كثيرا ما ينتهي المصروف الشهري قبل نهاية الشهر مما يضطرهم للتوجه للتدين أو طلب المساعدة من الأقارب.

جدول رقم 16 : **توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن.**

نوع المسكن	ك	%
شقة	74	54.8
فيلا	23	17.0
بيت تقليدي	30	22.2
بيت قصديري	7	5.2
إقامة داخلية	1	0.7
المجموع	135	100

فيما يتعلق بنوع السكن والذي يبرز من مظهره الخارجي والداخلي درجة الرفاهية نجد أن نسبة عالية من النساء، أي 54.8 يقطن في شقق لكون معظمهن يعشن في مناطق حضرية كما هو مبين في الشكل رقم 5، تليها نسبة 22.2% والممثلة عموما بالنساء الريفيات إذ يتميز الريف بانتشار البيوت التقليدية.

أما عن المسكن الذي يعبر فعلا عن الرفاهية والمتمثل في فيلا، نسبة قليلة (17.2%) يعشن فيه. والنوع الشائع عندنا هو فيلا من عدة طوابق (شبه عمارة) لعائلة من عدة أسر، تحتل كل أسرة طابق لتعيش حياة مستقلة، وفي حقيقة الأمر الأسرة تعيش في شقة.

نسبة ضئيلة أي 5.2% تعيش في نوع السكن الذي يعبر غالبا عن الفقر والمتمثل في البيوت القصديرية.

جدول رقم 17 : **توزيع المبحوثات حسب نوع ملكية المسكن.**

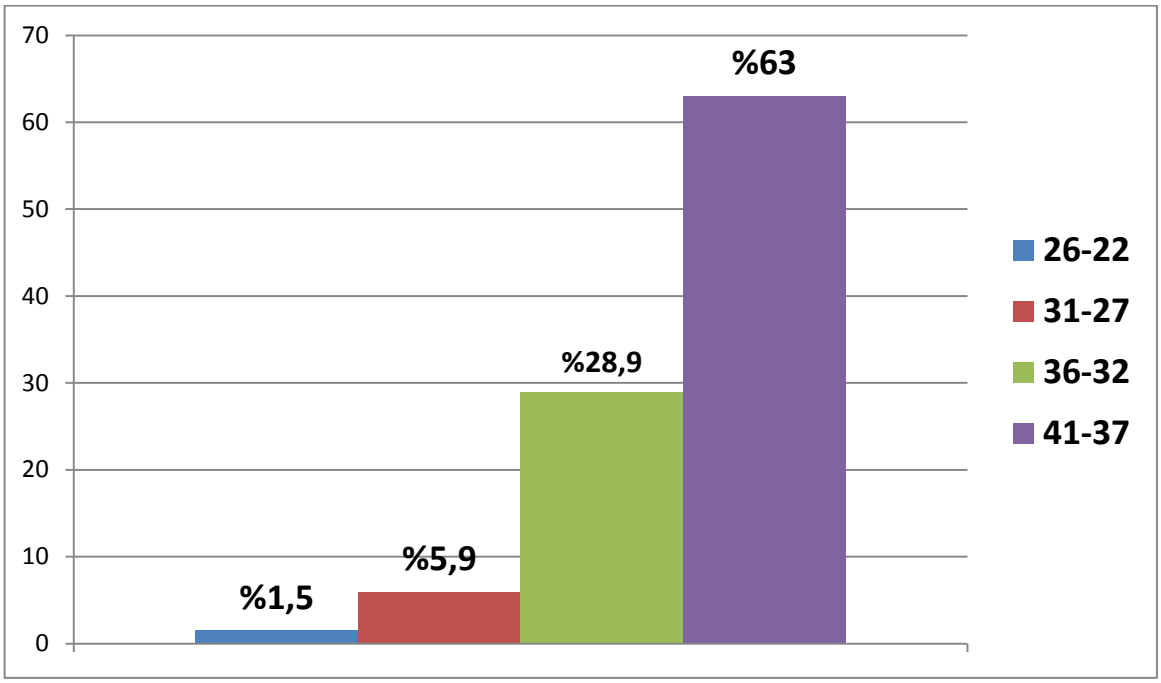
الوضعية	ك	%
عشوائي	7	5.2
ملك خاص	111	82.2
إيجار	15	11.1
سكن وضيفي	2	1.5
المجموع	135	100

نسبة مرتفعة من أفراد العينة والبالغة 82.2% صرحن أن المساكن التي يقطنون بها تعود ملكيتها لأسرهم. 11.1% فقط يعيشون بمساكن مستأجرة و 5.2% بمساكن عشوائية وهي عبارة عن بيوت قصديرية. فيمكن القول أن المعنيات من اسر لا تعرف مشكل السكن على الأقل بامتلاكها له وبغض النضر علن مساحته وعدد أفراد الأسرة.

3- مدى التعرض لعوامل خطورة داخلية وخارجية

ا- عوامل خطورة داخلية

الشكل رقم 9: **مدرج تكراري عن سن المبحوثات عند اكتشاف المرض.**



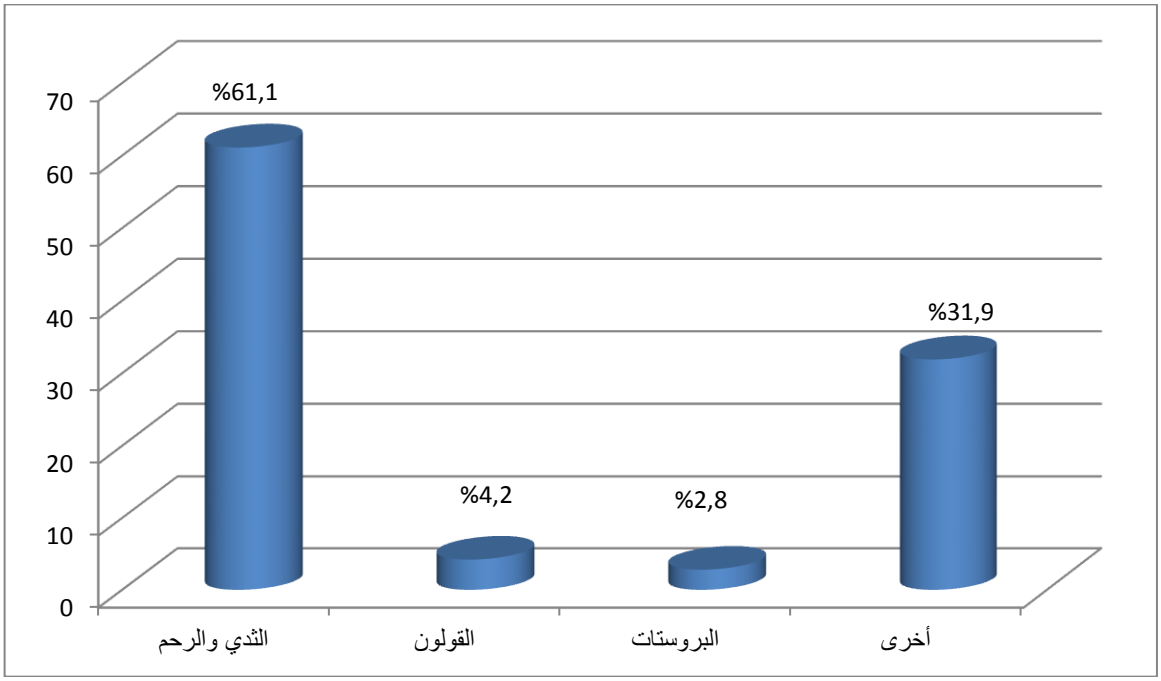
السن عامل ديموغرافي يرتبط ارتباطا وثيقا بسرطان الثدي فمن هذا الشكل نلاحظ أن 63% من المبحوثات اكتشفن مرضهن بين بين 37 و40 سنة تامة، وأنه كلما انخفض السن قل عدد الإصابات به، فنسبة اللائي اكتشفن المرض بين 32-36 سنة تصل إلى 28.6%، ويستمر عدد الحالات في الانخفاض حتى يصل إلى أدنى حد له والمتمثل في نسبة 1.5% والخاصة باللواتي اكتشفن مرضهن بين 22-26 سنة.

وعند حسابنا لمتوسط السن عند اكتشاف المرض وجدناه مساويا لـ 36.72 سنة.

فهذا الجدول يؤكد و يعزز نتائج الدراسات التي بينت أن عدد الإصابة بسرطان الثدي يرتفع بارتفاع السن ومن بين أسباب ذلك التغير الهرموني الذي يحدث بالجسم في المراحل المختلفة من حيات المرأة كمرحلة الخصوبة ومرحلة ما بعد الخصوبة.

والشكل الموالي يبرز التاريخ العائلي الخاص بالمرض

الشكل رقم 10: **أعمدة عن توزيع المبحوثات حسب وجود قريب من الدرجة الأولى والثانية أصيب بسرطان ذات صلة بسرطان الثدي.**



61.1% من المبحوثات لديهن قريبة من الدرجة الأولى أو الثانية أو الاثنين معا أصيبت بسرطان الثدي والرحم وهي تمثل أعلى نسبة، أما عن سرطانات البروستاتة والقولون فنسبها ضعيفة جدا.

32.4% هي نسبة الأقارب من الدرجة الأولى أو الثانية أو الاثنين معا والذين أصيبوا بأنواع مختلفة من السرطانات باستثناء السرطانات المذكورة سابقا

إذن في عينة هذا البحث يظهر جليا تأثير العامل الوراثي والذي لا يمكن تأكيده إلا عن طريق التحاليل. و كذلك تأثير الوسط البيئي والنمط المعيشي، فالتعرض لنفس المؤثرات البيئية وإتباع نفس العادات الغذائية اللاصحية تفرز اعتلالات في جماعة ما، والإثبات على هذا الجانب يتطلب دراسة أعمق.

التاريخ العائلي الخاص بالسرطانات حاضر بقوة في هذه العينة.

جدول رقم 18 : **توزيع المبحوثات حسب السن عند البلوغ.**

السن عند البلوغ	ك	%
11سنة فاقل	9	6.7
12سنة فأكثر	126	93.3
المجموع	135	100

إن أغلبية نساء العينة ونسبتهن 93.3 ظهر لديهن الطمث عند بلوغهن 12 سنة وأكثر و6.7 فقط بلغن قبل هذا السن.

والدراسات تشير إلى وجود خطورة الإصابة بسرطان الثدي في حالة بلوغ الفتاة قبل 12 سنة وبالتالي نزيل تماما ارتباط هذا العامل مع الحالة المرضية للمبحوثات.

ب- عوامل الخطورة الخارجية

جدول رقم 19: **توزيع المبحوثات حسب الوزن قبل الإصابة بالمرض.**

المريضة عانت من زيادة في الوزن أو سمنة	ك	%
نعم	45	33.3
لا	90	66.7
المجموع	135	100

نلاحظ من معطيات هذا الجدول أن 66.1% من أفراد العينة صرحن بعدم التعرض للسمنة أو للزيادة في الوزن مقابل 33.3% ممن تعرضن لهذا العامل، إلا أنه لا يمكن الحكم اعتمادا على التصريحات لان المظهر الخارجي مسألة نسبية فهناك من يرى أن حجمه طبيعي رغم زيادة وزنه والعكس صحيح.

وعموما ربط العديد من الباحثين بين وزن المرأة وظهور سرطان الثدي حيث تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن أثر زيادة الوزن يكون في مرحلة سن اليأس وبأن هذا العامل يلعب دورا ايجابيا قبل بلوغ هذه المرحلة إذ يحمي من الإصابة به.

وإذا افترضنا أن إجابات المبحوثات صحيحة فإن عامل الحماية توفر فقط عند 33.3% من النساء كون مجموع الحالات لم يبلغن سن اليأس قبل المرض، وهذه النسبة تتقارب جدا مع تلك التي توصل إليها مجموعة من الأطباء الجزائريين عند دراستهم لسرطان الثدي عند المرأة البالغة 35 سنة فأقل وهي 30.4% (أنضر الدراسات السابقة الصفحة 26).

جدول رقم 20: **توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة**

نوع الوسيلة المستعملة	ك	%
الحبوب	67	95.7
اللولب	2	2.9
الواقي	1	1.4
المجموع	70*	100

بلغت نسبة النساء المتزوجات والمستعملات لحبوب منع الحمل 95.7% ثم تليها ومن بعيد النساء المستعملات للولب بنسبة 2.9% ومن يستعمل أزواجهن الواقي بنسبة 1.4%.

فالمبحوثات اعتمدن على حبوب منع الحمل من اجل تنظيم أو الحد من نسلهن.ولقد تعددت الدراسات التي ربطت بين هذه الوسيلة والزيادة التي شاهدتها معظم دول العالم في أعداد سرطانات الثدي لاحتوائها على الهرمونات خاصة منها الحبوب المركبة من هرموني البروجسترول والاستروجين معا.

* السؤال خاص بالمتزوجات المستعملات لوسائل منع الحمل وهو يقبل أكثر من إجابة

جدول رقم 21: **توزيع المبحوثات حسب استعمالهن للأدوية الهرمونية.**

استعمال الأدوية الهرمونية	ك	%
استعملتها	52	38.5
لم تستعملها	83	61.5
المجموع	135	100

نلاحظ من معطيات الجدول أن أكثر من نصف أفراد العينة (61.5%) لم يستعملن أدوية هرمونية، مقابل أكثر من الثلث (38.5%) لجأن إلى الأدوية الهرمونية سواء من اجل الإنجاب أو لأغراض تجميلية كحل لمشاكل البشرة أو للعلاج خاصة في حالات عدم انتظام العادة الشهرة.

فإلى جانب استعمال حبوب منع الحمل المحتوية على هرمونات نسبة معتبرة من النساء استعملن أدوية أخرى هرمونية.

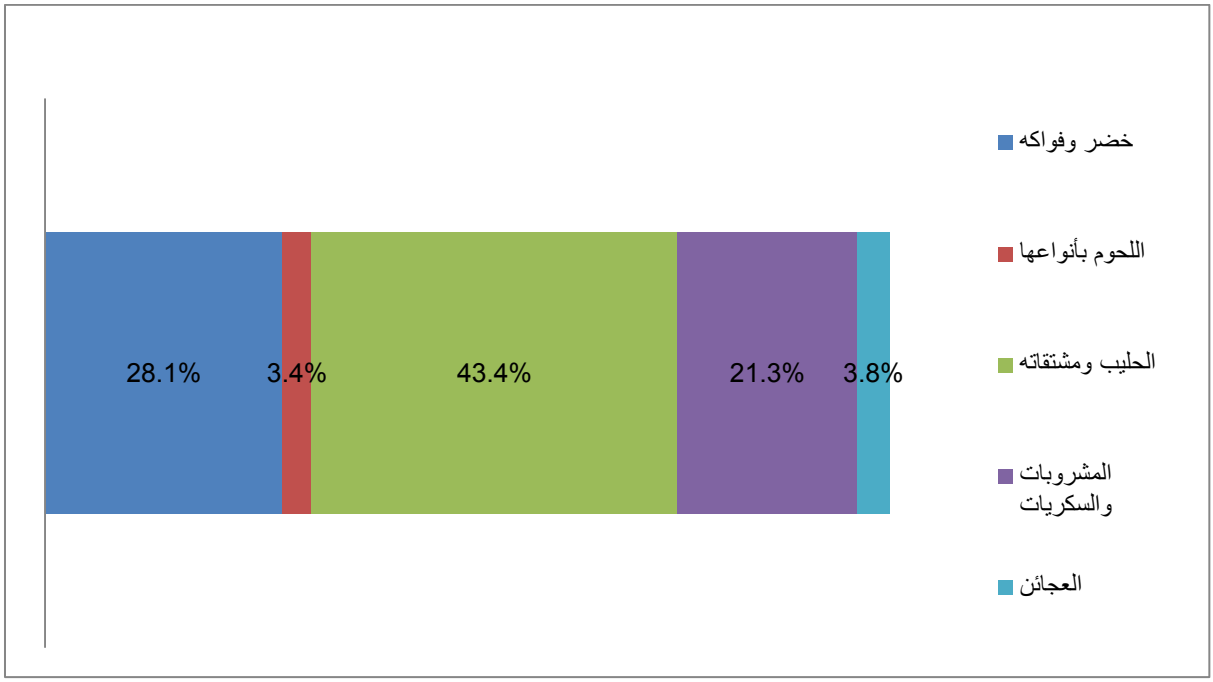
جدول رقم 22: **عن مدى تعرض المبحوثات للفحص بالأشعة جهة الصدر.**

تعرضت للفحص	ك	%
نعم	48	35.6
لا	87	64.4
المجموع	135	100

تمثل أعلى نسبة والمقدرة بـ 64.4% النساء اللواتي لم يتعرضن للأشعة تقابلها نسبة 35.6% وتخص نساء أجرين على الأقل مرة واحدة الفحص بالأشعة جهة الصدر وقد اثبت علميا أن تكرار هذا الفعل يعرض الشخص إلى الإصابة للسرطانات بسبب التعرض للأشعة.ولقد لوحظ مثلا بألمانيا سنة 1919 حالات لنساء أصبن بسرطان الثدي بعد التعرض للاشعاعات[1].

1- Jaque rouéssé, ibid, p69

شكل رقم 11: **مستطيل بياني يوضح توزيع المبحوثات حسب الأغذية المتناولة.**



تظهر معطيات المستطيل البياني أن الغذاء الأكثر تناولا عند هذه العينة هو الحليب ومشتقاته بنسبة 43.3% فأثناء المقابلات التي أجريناها تبين أن معظم النساء يتناولن هذا النوع من الغذاء مرتين في اليوم، صباحا ومساءا،وهذه ممارسة تتماشى وعادات مجتمعنا الغذائية.

صحيح أن الحليب في حالته الطبيعية مادة غنية بمواد ضرورية للجسم كالكالسيوم والفيتامينات، لكن الحليب المستهلك في بلادنا مستورد على شكل بودرة مشكوك في نوعيته وحتى في مكوناته حسب تصريحات العديد من المختصين في الصحة والتغذية، وظف إلى احتواء الكثير من مشتقاته كالمارغرين والأجبان الطرية على الأحماض الذهنية المشبعة les acides gras saturés والتي ربطتها بعض الدراسات بظهور سرطان الثدي،"كالتي نشرها "بويد "boyd عام 2003 [1]

1- M Espié, A-S Hamy et autres, op.cit, p8.

إن النسبة الثانية والمقدرة ب 28.1%، متعلقة بنساء يعتمدن في غذائهن على الخضار والفواكه بصورة دائمة، وهي أغذية غنية بمواد متنوعة يحتاج إليها الجسم وخاصة منها الألياف التي ثبت دورها الفعال في الحماية من الأمراض كالسرطانات.

كذلك نسبة 21.3% لا يستغنين عن المشروبات (المشروبات الغازية والعصائر المصنعة)،هذه المواد التي تضر بدرجة كبيرة صحة الإنسان لاحتوائها على إضافات غذائية ومواد حافظة، صنفت من بين العناصر المسرطنة ولدخول كميات كبيرة من السكر في تركيبتها، هذه المادة التي صارت تنعت بالسم الأبيض لتسببها للعديد من الأمراض كما أظهرت بعض الدراسات ارتفاع خطر الإصابة بسرطان الثدي عند اللواتي يكثرن من استهلاك السكر[1].

إن نسبة قليلة من نساء العينة يكثرن من استهلاك العجائن واللحوم وهي على الترتيب 3.8% و3.2% وهي نسب ضعيفة جدا.

1- ibid, p9.

الاستنتاج:

إن الخصائص المتعلقة بمجموعة ما دون غيرها تسمح لنا بإقامة الصلة بين أفرادها والاعتلال. واهم ما يمكن استنتاجه مما تم عرضه عن خصائص العينة المدروسة هو كالأتي:

1- تميز المبحوثات ببعض الخصائص السوسيوديموغرافية والمتمثلة في:

* ارتفاع سنهن أثناء البحث الميداني والبالغ متوسطه 39.5 سنة عن سنهن عند اكتشاف المرض والبالغ متوسطه 36.7 كون الدراسة تتمحور حول المصابات بسرطان الثدي عند الأربعين سنة فاقل.

* قدوم معظمهن من مناطق حضرية بنسبة 79.1%

*غالبية النساء متزوجات بنسبة 65.9% من بينها 36.2% تزوجن بين 22-26 سنة و 10.7% تزوجن عند 32سنة فأكثر، إلى جانب العازبات واللاتي بلغت نسبتهن 30.4% وبلغ متوسط سنهن 39.4 سنة وهذا يعني أن عامل التأخر عن الزواج حاضر في العينة المدروسة.

*89.4% من المتزوجات أنجبن أطفالا وقدر متوسط عدد الأطفال المنجبين بـ 2.9 وهو عدد منخفض وهذا يعني غياب الحماية التي يوفرها إنجاب الأطفال من الإصابة بسرطان الثدي.

* تتميز المبحوثات بارتفاع في المستوى التعليمي حيث بلغت نسبة اللاتي درسن حتى المستوى الثانوي 32.6% وذوات المستوى الجامعي 23.7% وهكذا فان نسبة المشتغلات معتبرة وقدرت بـ 47.7%.

2- مقولة السرطان مرض الأغنياء مستبعدة في هذه الدراسة فرغم اشتغال معظم أزواج المبحوثات بصفة دائمة وبنسبة 75.5% إلا أن الدخل الشهري للكثير من الأسر يتراوح بين 18000-30000 دج وبنسبة 34.8% وهو بعيد عن متوسط المصاريف الشهرية للأسرة الجزائرية والمقدر ب59716 دج.

- إن 54.4% من اسر المبحوثات تمتلك شقق وغالبيتها اي ما يعادل 82.2% ملك خاص.

ومن المعطيات المتعلقة بالدخل والمسكن يمكن القول أن المستوى المعيشي للمبحوثات مقارب للمتوسط.

3- إن أفراد العينة يتميزن بخصائص سوسيوديموغرافة ذكرناها آنفا حددت من بين عوامل الخطورة بالنسبة لسرطان الثدي، إلى جانب تعرضهن لعوامل أخرى داخلية كوجود نسبة مرتفعة من قريبات من الدرجة الأولى والثانية أصبن بالسرطان من بينهن 61.1% أصبن بسرطان الثدي أو بسرطان الرحم وكثيرا ما يكون هذا راجع لوجود جينات مسببة للمرض تتوارث عبر الأجيال. أو لعوامل خارجية متعلقة بالنمط المعيشي كقلة الحركة ونوع الغذاء إذ 33.3% عانين من السمنة أو زيادة في الوزن، إلى جانب الاستعمال الهرموني فنسبة 95.7% من وسائل منع الحمل المستعملة عبارة عن حبوب منع الحمل والمحتوية على هرمونات، وكذلك نسبة 38.5% من نساء العينة استعملن أدوية أخرى هرمونية.

نسبة 35.6% تعرضن للفحص بالأشعة ناحية الصدر وقبل المرض على الأقل مرة واحدة إلى جانب كل هذا فان 43.4% من المبحوثات يكثرن من تناول الحليب ومشتقاته والغنية بالأحماض الدهنية المشبعة

الفـــصـــــل الخامس

تحليل الفرضية الأولى

تأثير تأخر سن الزواج على ظهور سرطان الثدي.

تـــمهـيـد

1- تأثير سن الزواج على السلوك الإنجابي للمرأة
و ظهور سرطان الثدي.

الاستـنتـاج

تمـهيـد:

بحثا عن العوامل السوسيوديموغرافية التي قد تساهم في ارتفاع عدد الإصابات بسرطان الثدي سنحاول التحقق من صحة الفرضية الأولى التي فحواها :

"**كلما ارتفع السن عند الزواج الأول زاد احتمال الإصابة بسرطان الثدي.في سن لا يتعدى الأربعون سنة**"

وذلك بالإجابة على أسئلة بها مجموعة من مؤشرات تسمح لنا قياس درجة تدخل المتغير المستقل والمتعلق بتأخر سن الزواج الأول الذي يتبعه حتما تأخر السن عند إنجاب أول طفل، في تفاقم الظاهرة المدروسة والخاصة بالإصابة بسرطان الثدي في سن الأربعين فما تحت أي قبل بلوغ المرأة سن اليأس.

وتمثلت مجموعة الأسئلة فيما يلي:

– أين تتمركز الإصابات في العينة المدروسة هل عند المتزوجات في سن مبكر أم في سن متأخر أم عند اللواتي لم يتزوجن بعد؟

–هل تتميز نساء العينة بسلوك إنجابي يشمل على تصرفات قد حددت كعوامل خطورة تؤدي إلى الإصابة بسرطان الثدي كما بينت ذلك العديد من الدراسات وهل لهكذا تصرف علاقة بتأخر سن الزواج؟. أي:

* هل لتأخر سن الزواج تأثيرا على إنجاب الأطفال، الرضاعة الطبيعية، عدد الأولاد المنجبين، السن عند إنجاب أول وآخر طفل إلى وقت إجراء البحث الميداني؟ وما علاقة العوامل المذكورة آنفا بالسن عند الاصابة بسرطان الثدي؟

*هل يساهم تأخر سن الزواج في حالة تداخله مع عوامل أخرى كظهور سرطانات أو أورام حميدة بالعائلة في ظهور سرطان الثدي في العينة المدروسة؟.

والإجابة على هذه التساؤلات ستكون بالاعتماد على تحليل مجموعة من الجداول والمقاييس الإحصائية.

1- تأثير سن الزواج على السلوك الإنجابي للمرأة و ظهور سرطان الثدي

الجدول رقم 23: **توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / السن عند الزواج الأول	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	-		-	-	9	39.1	14	60.9	23	100
26-22	1	2.9	6	17.6	5	14.7	22	64.7	34	100
31-27	1	3.7	1	3.7	11	40.7	14	51.9	27	100
36-32	-	-	-	-	3	33.3	6	**66.7**	9	100
41-37	-	-	-	-	1	**100**	-	-	1	100
المجموع	2	2.1	7	7.4	29	30.9	56	59.6	*94	100

* 94 هو عدد النساء المتزوجات في العينة المبحوثة.

إن الاتجاه العام للجدول رقم 23 يتجه نحو 59.6% من النساء اكتشفن مرضهن عندما كان سنهن بين 37 و41 سنة وتليها نسبة 30.9% وهن نساء اكتشفن مرضهن بين32 و36 سنة. أما عن أدنى نسبة والبالغة 2.1% فتمثلت في اللواتي يتراوح سنهن بين 22 و26 سنة عند اكتشاف المرض.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول نلاحظ أن النساء اللائي تأخر زواجهن إلى غاية 37-41 سنة أصبن بالمرض قبل زواجهن أي عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 100%، تليها نسبة اللواتي تزوجن بين 32-36 سنة واكتشفن المرض بين 37-41 سنة وقد بلغت 66.7% أما عن أدنى نسبة والبالغة 51.9% فتمثلت في اللواتي تزوجن بين 27-31 سنة. و هؤلاء قد أصبن بالمرض بعد مرور بضعة أعوام عن زواجهن أي عند بلوغهن 37-41 سنة. وارتفاع النسبة عند المتزوجات مبكرا أي قبل بلوغهن 25 سنة والبالغة 64.5% يؤكد وجود عوامل أخرى غير تأخر سن الزواج الأول ساهمت في بروز المرض عند هذه الفئة من النساء قد تتوضح لاحقا.

فنسبة الإصابة بسرطان الثدي في العينة المدروسة مرتفعة عند المتزوجات في سن متأخر، وبما أن هذا الجدول يتعلق بالمتزوجات فإننا قد أهملنا فئة العازبات واللواتي يمثلن 30.8% أي ما يقارب ثلث العينة، فهن يعرفن حقا تأخرا عن الزواج حيث بلغ متوسط سنهن عند استجوابهن 39.7 سنة، أما عن متوسط سنهن عند اكتشاف المرض فقد بلغ 37.5 سنة (أنضر الملاحق رقم 2 و 3).

وظاهرة تأخر الزواج التي تعرفها البلاد منذ التسعينات تكون أحيانا إرادية فيؤخر الشباب زواجهم إلى غاية إتمام تعليمهم واثبات ذاتهم، لكن كثيرا ما تنتج عن أسباب لا إرادية فرضتها الأوضاع الاقتصادية المتدنية وما يلحقها من بطالة وأزمة سكن...

فالزواج في سن متأخر أو البقاء دون زواج رغم تقدم العمر حددت من بين عوامل الخطورة التي تساهم في ظهور سرطان الثدي، وهذا ليس بالأمر الجديد إذ أشار الطبيب برناردينو رمازيني "Bernardino Ramazzini" الذي عاش بين 1633-1714 إلى تفشي سرطان الثدي والرحم عند الرهبانيات لعزوفهن عن الزواج ويعيد السبب إلى العامل النفسي [1] ولقد بيننا في الفصل الخاص بالتغيرات السوسيوديموغرافية وعلاقتها بسرطان الثدي كيف يحقق الزواج الاستقرار النفسي وكيف تؤدي طول مدة العزوبة إلى انحرافات فسيولوجية ونفسية.

أما عن الآثار الجسدية التي تنجم عن تأخر الزواج فتعود إلى طول تعرض المرأة لهرمون الأستروجين، احد المتسببات في الإصابة بسرطان الثدي، الذي يرتفع إفرازه أثناء الطمث ويقل مع انقطاع هذا الأخير في فترة الحمل، مع انعدام الحماية التي توفرها كل ولادة ورضاعة كل طفل.

ومن البديهي أن يؤدي تأخر سن الزواج إلى تأخر في السن عند إنجاب الطفل الأول،فما علاقة هذا الاخير بالسن عند الاصابة بسرطان الثدي؟ .

1- Jacques Rouessé, idem, p 49.

جدول رقم 24: **توزيع أفراد العينة حسب السن عند إنجاب أول طفل والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / السن عند إنجاب أول طفل	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
20-18	-	-	3	37.5	5	62.5	8	100
23-21	1	6.3	4	25.0	11	68.8	16	100
26-24	3	18.3	4	25.0	9	56.3	16	100
29-27	2	9.2	7	31.8	13	59.1	22	100
32-30	1	6.7	7	46.7	7	46.7	15	100
35-33	-	-	1	25.0	3	**75.0**	4	100
38-36	-	-	1	33.3	2	66.7	3	100
المجموع	7	8.3	27	32.1	50	56.5	*84	100

يتبين من الجدول أن الاتجاه العام يتجه نحو 56.5% من أفراد العينة اكتشفن مرضهن بين37 و41 سنة، وتليها نسبة 32.1% والمتمثلة في اللواتي تراوح سنهن بين 32 و36 سنة عند اكتشافهن للمرض. أما عن اصغر نسبة وهي 8.3% فقد احتوت نساء أصبن بسرطان الثدي بين 27 و31 سنة. وتجدر الإشارة أن الفئة 22-26 سنة لم تدرج ضمن هذه المجموعة لعدم إنجاب المبحوثات المنتمية إليها أطفالا.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في سن المرأة عند إنجابها لأول طفل اتضح أن أعلى نسبة وهي 75% خاصة بنساء أنجبن طفلهن الأول في سن متأخر أي بين 33 و35 سنة ونسبة 66.7% أنجبنه بين 36 و38 سنة.

*84 هو عدد المتزوجات اللواتي أنجبن طفلا.

كما كان الحال عند المتزوجات مبكرا فإن نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند اللواتي أنجبن طفلهن الأول بين 18-20 سنة و21-23 سنة مرتفعة وهي على التوالي 62.5% و68.8%، لكنها اقل من نسبة اللواتي تأخر زواجهن، ولقد سجلت أدنى النسب في الفئات العمرية المتوسطة إذ بلغت46.7% عند من تزوجن بين 30 و32 سنة.

فيمكن القول أن النساء اللواتي أنجبن طفلهن الأول في سن متأخر أي بعد 30 سنة أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي وبأمراض أخرى إذ كلما تقدم عمر الشخص كلما ضعف جسده. والحمل في هكذا عمر يعرض المرأة لمخاطر صحية ويضعفها وربما هذا ما يفسر ظهور سرطان الثدي في بعض الحالات أثناء الحمل.

وتأخر السن عند إنجاب أول طفل يكون إما بسبب العقم فتوصف للمرأة أدوية هرمونية لمساعدتها على الحمل لكنها لا تخلو من الآثار الجانبية، فحسب تصريحات بعض المختصين في أمراض الثدي والسرطانات، الذين قمنا بمقابلتهم،: "تساهم الأدوية الهرمونية في بروز سرطان الثدي" وحتى الدراسات بينت أن تناول أدوية هرمونية خاصة قبل إنجاب أول طفل تشكل عامل خطورة ذو أهمية.

فتأخر إنجاب أول طفل يرتبط بتأخر السن عند الزواج الأول فمن الملحق رقم 29 يتبين أن 100% هي نسبة النساء اللواتي تأخر زواجهن إلى 37-41 سنة وأنجبن طفلهن الأول عند 36-38 سنة وتليها نسبة 66.7% والمتمثلة في نساء تزوجن بين32-36 سنة وأنجبن طفلهن الأول عند 33-35 سنة، أما عن المتزوجات في سن مبكر أي بين 17-21 سنة فقد أنجبن طفلهن الأول بين 21-23 سنة بنسبة 45.5%، فنلاحظ وجود تقارب بين سن الزواج الأول والسن عند إنجاب أول طفل إذ تسرع المرأة مباشرة بعد الزواج إلى الحمل لإثبات قدرتها على الإنجاب فالحالات التي عرفت تأخرا في الإنجاب كان معظمها بسبب تأخر زواجها وليس العقم المؤقت هو السبب.

بعد إبراز نوعية العلاقة بين السن عند الزواج الأول والسن عند إنجاب أول طفل بالمرض فما علاقة هذا الأخير بالسن عند إنجاب آخر طفل؟

جدول رقم 25: **السن عند إنجاب آخر طفل والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / السن عند إنجاب آخر طفل	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
28-26	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	100
31-29	1	9.1	6	54.5	4	36.4	11	100
34-32	0	-	10	43.5	13	56.5	23	100
37-35	2	8.7	4	17.4	17	73.9	23	100
40-38	-	-	-	-	8	100	8	100
المجموع	4	5.6	22	30.6	46	63.9	*72	100

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام له يتجه نحو 63.9 % من النساء اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة، تليها نسبة 30.6% والمتعلقة بنساء اكتشفن مرضهن في سن 32-36 سنة، أما عن أدنى نسبة وهي 5.6% فتمثل نساء اكتشفن مرضهن في سن أصغر أي بين 27-31 سنة.

* 72 هو عدد النساء اللواتي صرحن بسنهن عند إنجاب آخر طفل

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتعلق بالسن عند إنجاب آخر طفل، نلاحظ أن المبحوثات اللواتي تأخر إنجابهن له إلى غاية 38-40 سنة اكتشفن مرضهن عند 37-41 سنة بنسبة 100%، تليها اللواتي أنجبنه بين 35-37 سنة بنسبة 73.9% تتجه هذه النسب إلى الانخفاض كلما انخفض سن المرأة عند إنجابها لآخر طفل باستثناء الفئة الأولى إذ تصل إلى 56.5% عند اللواتي أنجبنه بين 32-34 سنة وإلى 36.4% عند اللواتي أنجبنه في سن 29-31 سنة.

فالنساء اللواتي استمر إنجابهن للأطفال إلى ما بعد 35 سنة أو 38 سنة أكثر عرضة لسرطان الثدي عن غيرهن، فالإنجاب في عمر متقدم من عوامل الخطورة ليس فقط بالنسبة لسرطان الثدي بل لأمراض عديدة، ولقد عرفت المرأة في مجتمعنا ارتفاعا كبيرا في متوسط السن عند الزواج الأول والذي بلغ 29.3 سنة حسب الإحصاء السكاني لعام 2008 ما يؤخر من إنجابها لطفلها الأول والإسراع في إنجاب أطفال آخرين دون التباعد بينهم وهذا يؤدي إلى إرهاقها جسديا ونفسيا وينعكس هذا الأمر سلبيا على صحتها، إلى جانب الاستمرار في الإنجاب إلى سن متأخر يتعدى أحيانا الأربعين. فمن الملحق رقم 30 اتضح أن 75 % من المتزوجات بين 32 و36 سنة أنجبن آخر طفل عند 35 سنة فأكثر، 63.3% من المتزوجات بين 22 و26 سنة أنجبن آخر طفل لهن قبل بلوغ 35 سنة.

أما عن النساء اللواتي تزوجن في سن مبكر أي بين 17-21 سنة فلقد تميزن بتوزيع متساو بين المرحلتين ف 50% أنجبن آخر طفل قبل 35 سنة، وتقابلها 50% من اللواتي أنجبنه بعد 35 سنة وإذا دققنا النضر في الملحق رقم 31 نجد أن أكبر عدد من الولادات والبالغ 8 أطفال ينتمي إلى نساء من هذه الفئة، فنصف افراد هذه المجموعة بدأن الإنجاب في سن مبكر ولم يتوقفن عنه رغم بلوغ الـ35 سنة، في حين سجلت اللواتي تزوجن في سن متوسط، بين 22 و26 سنة أدنى نسبة والبالغة 37.7%.

من خلال هذه المعطيات نستخلص أن الزواج المبكر والزواج المتأخر بالعينة المدروسة، عاملين أديا إلى إنجاب أطفال بعد 35 سنة، ومثل هذا السلوك الإنجابي فرضته على المرأة الظروف الاجتماعية والاقتصادية السائدة فقل ما يكون التأخر في الإنجاب وخاصة أول طفل اختياري لما لهذا الأخير من قيمة اجتماعية ونفسية.

ولقد بينت دراسات عدة الآثار السلبية لمثل هذا السلوك على صحة المرأة عموما كالإصابة بسكري الحمل أو ارتفاع ضغط الدم وعلى ظهور سرطان الثدي بالأخص، كما أشرنا إلى ذلك في الصفحة 68 إذ يعتبر إنجاب طفل مهما كانت رتبته بعد 35 سنة في بعض البحوث، وبعد 38 سنة حسب بحوث أخرى، أكثر تأثيرا في ظهور سرطان الثدي عن عدم الإنجاب أو عن إنجاب أول طفل بعد الثلاثين سنة.

إلا أن كثرة الأولاد شريطة إنجابهم قبل 35 سنة يمثل عامل حماية بالنسبة لسرطان الثدي وهذا ما سنتطرق إليه فيما يلي

جدول رقم 26: **توزيع أفراد العينة حسب عدد الولادات والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / عدد الولادات	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
2-1	7	20	12	34.3	16	47.5	35	100
4-3	0	0.0	14	34.1	27	65.9	32	100
6-5	0	0.0	1	16.7	5	83.3	6	100
8-7	0	0.0	0	0.0	2	100	2	100
المجموع	7	8.3	27	32.1	50	59.5	*84	100

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام له يتجه نحو 59.5% من النساء اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة، تليها نسبة 32.1% والمتعلقة بنساء اكتشفن مرضهن في سن 32-36 سنة، أما عن أدنى نسبة وهي 8.3% فتمثل نساء اكتشفن مرضهن في سن أصغر أي بين 27-31 سنة.

و عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في عدد الأولاد المنجبين لاحظنا أن أعلى نسبة والبالغة 100% تخص نساء أنجبن بين 7-8 أطفالا واكتشفن مرضهن بين37-41 سنة، وتستمر النسب في الانخفاض عند هذه الفئة العمرية بانخفاض عدد الأولاد المنجبين لتصل الى 47.5% عند المبحوثات اللواتي أنجبن بين 1 إلى 2 اطفالا.

*84 هو عدد النساء اللواتي أنجبن أطفالا

أما عن أدنى النسب والبالغة 6.3% و 9.1% فهي تخص على الترتيب نساء تزوجن بين 22- 26 سنة وأنجبن بين 5 و6 أطفال ونساء تزوجن بين 17-21 سنة وأنجبن بين 7 إلى 8 أطفال.

فنستنتج من هذه المعطيات أنه كلما ارتفع عدد الأطفال المنجبين ارتفعت نسبة النساء المصابات بسرطان الثدي في العينة المدروسة وهذه النتيجة لا تنطبق مع ما توصلت إليه مختلف الدراسات والأبحاث العلمية.

وعليه ننفي وجود علاقة بين الاصابة بسرطان الثدي عند الاربعون سنة فاقل وعدد الاطفال المنجبين.

إن الزواج في سن متأخر حتى وإن ارتفع عدد الأطفال المنجبين قد يشكل عامل خطورة في هذه العينة فالدراسات أظهرت وكما سبق لنا ذكره أن إنجاب أول طفل بعد 30 سنة وإنجاب أطفال بعد 35 أو 38 سنة يساهم في ظهور سرطان الثدي.

وكل ولادة تحدث قبل الثلاثين توفر حماية منه لمدة معينة اختلف في تحديدها الباحثين، فماذا عن النساء اللواتي لم ينجبن أطفالا، هل هناك علاقة بين المشاكل المتعلقة بخصوبتهن ووضعهن الصحي الحالي؟.

جدول رقم 27: **توزيع أفراد العينة حسب إنجابهن للأطفال والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / أنجبت أطفالا	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	-	-	7	8.3	27	32.1	50	59.5	84	100
لا	2	20.0	-	-	2	20.0	6	60.0	10	100
المجموع	2	2.1	7	7.4	29	30.9	56	59.6	*94	100

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي اكتشفن مرضهن عند 37-41 سنة بنسبة 59.6%، تليها 30.9% منهن اكتشفنه عند 32-36 سنة، كما قدرت أدنى نسبة بـ 2.21% وتمثلت في نساء اكتشفن مرضهن بين 22-26 سنة.

لما أدرجنا المتغير المستقل والخاص بالإنجاب أو عدمه لاحظنا أن اكبر نسبة وهي 60% متعلقة بنساء لم ينجبن أطفالا واكتشفن المرض عند 37-41 سنة، نسبة أخرى ليست ببعيدة عن الأولى وهي 59.5% تمثلت في نساء أنجبن أطفالا وأصبن بالمرض في نفس الفئة العمرية فهذا يعني أن التوزيع بين المنجبات وغير المنجبات عند هذه الفئة العمرية يقترب إلى التساوي رغم ارتفاعه عند غير المنجبات.

حددت الدراسات عدم إنجاب الأطفال من العوامل المساهمة في ظهور سرطان الثدي لغياب الحماية من الإصابة به والتي يوفرها كل وضع مولود جديد. إلى جانب تعرض هاته النساء لتناول الأدوية الهرمونية لمدة طويلة والتي توصف لهن قصد إيجاد حل للمشكلة ومساعدتهن على الحمل.

*94 هو مجموع النساء المتزوجات

وظف إلى ذلك تدهور حالتهن النفسية والتي تعتبر من العوامل المساهمة في انتشار السرطانات وما أكثره في هذا العصر بسبب طول انتظار المولود، فلا تكتمل هيئة الأسرة إلا بالأطفال وانعدامهم يضر بوحدتها ويحدث خللا في وظائفها، والمرأة تولد ومعها غريزة الأم وتكبر ويكبر معها رغبة أداء دور الأم، وإصابتها بالعقم يشكل عائقا أمام بلوغ هدفها ويعرضها للضغوطات الممارسة من الزوج وأسرته فلا تكتمل صورتها وقيمتها كامرأة إلا بعد إثبات قدرتها على الإنجاب ما يهدد استقرار واكتمال زواجها ويحدث لديها حالة من القلق والتوتر المستمرين.

وفي ضل غياب الإحصائيات حول العقم في الجزائر لا يمكننا تقديم أرقاما عنه لكن المختصين في الميدان ومن بينهم الأطباء الأخصائيين في أمراض النساء يلاحظون تزايد الأزواج الذين يقصدونهم بسبب هذا المشكل، وأكيد أن من بين العوامل المساهمة في عقم النساء تأخر سن الزواج حيث تتجه قدرة المرأة على الإنجاب ابتداء من 25 سنة نحو الانخفاض وتستمر على هذا النحو إلى توقفها نهائيا عند بلوغها سن اليأس.

تبين من الجداول السابقة أثر تأخر سن الزواج على السلوك الإنجابي لأفراد العينة وكيف يمكن لمختلف هذه العوامل أن تتداخل وتتسبب في ظهور سرطان الثدي، فهل لنفس المتغير فاعلية على عنصر هام اعتبر من عوامل الحماية من سرطان الثدي ألا وهو الرضاعة الطبيعية. هذا ما سنحاول إبرازه من الجدول الموالي.

جدول رقم 28 : **توزيع أفراد العينة حسب رتبة طفلهن، مدة إرضاعهن له والسن عند اكتشاف المرض**

رتبة الطفل		السن عند اكتشاف المرض / مدة الرضاعة	31-27		36-32		41-37		المجموع	
			ك	%	ك	%			ك	%
	1	12شهرا فاقل	12	30.8	13	33.3	14	35.9	39	100
		اكثر من12 شهر	12	35.3	5	14.7	17	50.0	34	100
		المجموع	**24**	**32.9**	**18**	**24.6**	**31**	**42.5**	**73**	**100**
	2	12شهرا فاقل	18	48.7	11	29.7	8	21.6	37	100
		اكثر من12 شهر	9	31.0	15	51.7	5	17.2	29	100
		المجموع	**27**	**40.9**	**26**	**39.4**	**13**	**19.7**	**66**	**100**
	3	12شهرا فاقل	2	11.1	6	33.3	10	55.6	18	100
		اكثر من12 شهر	5	20.8	12	50	7	29.2	24	100
		المجموع	**7**	**16.7**	**18**	**42.8**	**17**	**40.5**	**42**	**100**
	4	12شهرا فاقل	2	28.6	1	14.3	4	57.1	7	100
		اكثر من12 شهر	1	20.0	2	40.0	2	40.0	5	100
		المجموع	**3**	**25.0**	**3**	**25.0**	**6**	**50.0**	**12**	**100**
	5	12شهرا فاقل	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100
		اكثر من12 شهر	0	0.00	1	100	0	0.00	1	100
		المجموع	**1**	**20.0**	**1**	**20.0**	**3**	**60.0**	**5**	**100**
		المجموع	62	31.3	66	33.3	70	35.4	*198	100

إن الاتجاه العام للجدول رقم 28 يتجه نحو 35.4% من المصابات بالمرض عند 37-41 سنة ثم تليها من أصبن بالمرض عند 32-36 سنة بنسبة 33.3%، وعن ادنى نسبة فقد سجلت عند من أصبن بالمرض عند بلوغهن 27-31 سنة وذلك بنسبة 31.3 % .

* العدد اكبر من مجموع النساء اللواتي انجذبن أطفالا لان الرضاعة تتكرر عند أكثر من طفل واحد.

بعد إدخال المتغير المستقل والمتمثل في رتبة الطفل الذي تم إرضاعه تبين أن اكبر نسبة وهي 60% تمثل نساء أصبن بالمرض في سن 37-41 سنة وارضعن طفلهن الخامس، وتليها نسبة 50% والمتمثلة في نساء أصبن بالمرض عند نفس الفئة العمرية وارضعن طفلهن الرابع، أما عن اصغر نسبة والبالغة 19.7% فقد ارضعن طفلهن الثاني، فنلاحظ انخفاض النسب بانخفاض رتبة الطفل الذي تم إرضاعه وهذا لا يعكس الحقيقة التي توصلت إليها الأبحاث والقائلة بان الرضاعة عامل حماية من سرطان الثدي.

و بعد إدخالنا للمتغير الرائز والخاص بمدة الرضاعة تبين أن الحالات تتمركز عند من ارضعن أطفالهن لسنة أو اقل بتسجيل أعلى النسب عند الطفل الثاني والثالث والخامس في حين تنخفض النسب عند ارتفاع مدة الرضاعة إلى أكثر من سنة، فيمكن القول أن مدة الرضاعة عند الكثير من المبحوثات لا تتعدى السنة الواحدة، كما تقل بانخفاض رتبة المولود، وعموما فإن حماية الرضاعة من الإصابة بسرطان الثدي لا تكون إلا إذا طالت مدتها إلى الحولين وكثر عدد الأولاد المنجبين والمرضعين، وحسب معطيات التحقيق العنقودي المتعدد المؤشرات لأعوام 2012-2013 فإن 89.5% من الجزائريات ارضعن أولادهن رضاعة طبيعية [1] ،لكن هذه النسبة تتغير عند إدخال مدة الرضاعة إذ تنخفض إلى 3% عند الأطفال البالغين 6 أشهر والمرضعين فقط بحليب أمهم كما تصل نسبة البالغين 22-23 شهرا والمرضعين رضاعة طبيعية 23%.[2] وهي نسبة ضئيلة جدا فرغم دراية المرأة بفوائد الرضاعة الطبيعية خاصة على صحتها وصحة الرضيع، فقل ما تتمها لتصل الحولين إما للمعتقد السائد حول إفساد الرضاعة لشكل المرأة وهذا أمر خاطئ إذ تساهم الرضاعة بشكل ناجع في إنقاص الوزن، أو بسبب اشتغال المرأة وعودتها إلى عملها بعد انقضاء عطلة الولادة التي لا تدوم سوى 3 أشهر ما يضطرها إلى إيقاف الرضاعة الطبيعية أو الحد منها والاعتماد أكثر على الحليب الاصطناعي.

1- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, enquête par grappe a indicateurs multiples MICS 2012-2013, p 66.

2- ibid, p 69.

ومن الملحق رقم32 يتضح أن أكبر نسبة وهي 100% تمثلت في مبحوثات أرضعن أولادهن وتزوجن بين 17 و21 سنة، ثم تليها نسبة 96.9% وهي تخص نساء أرضعن أولادهن وتزوجن بين 22 و26 سنة، أما عن أدنى نسبة فسجلت عند نساء أرضعن أولادهن وتزوجن بين 32 و36 سنة وهي 66.7%، فكلما ارتفع السن عند الزواج انخفضت نسبة المرضعات رضاعة طبيعية، ومرة أخرى يتدخل عنصر "تأخر سن الزواج" ليقلص من الرضاعة الطبيعية هذه الأخيرة وحسب "ماك ديكسون"، مختص في علاج سرطان الثدي بانجلترا، تزداد فائدتها في حال كانت الأم في سن صغير واستمرت بالإرضاع لفترة طويلة[1].

كما أثبتت دراسات هامة تمت بقيادة جمعيات السرطان الخيرية بأمريكا بالتعاون مع كلية الطب بجامعة واشنطن ومستشفى جبل سيناء بنيويورك والتي شملت 27 دراسة سابقة وتتبعت حالة أكثر من 750000 امرأة وغطت أربعة قارات، أن الرضاعة الطبيعية لها آثار أكبر من أن توصف على سرطان الثدي، حيث تخفض من مخاطر سرطان الثدي الغازي بنسبة 10% و تصل هذه النسبة إلى 20% في الأنواع الأكثر عدوانية من هذا المرض.[2]

فنستخلص من هذه المعطيات أنه رغم البروز القوي لعامل الرضاعة في عينة البحث إلا أنه لم يوفر لهن الحماية الكافية حتى لا يصبن بهذا الداء لوجود عوامل أخرى تنقص من فاعليته كمدة الرضاعة وكذا التعرض لعوامل خطورة أخرى متعددة، سبق أن أثبتنا وجود البعض منها من خلال تحليلنا للجداول السابقة.

1- ماك ديكسون، مرجع سابق، ص15

2- www.nok6a.net

ولبروز الاستعداد العائلي للإصابة بمختلف السرطانات أي وجود تاريخ مرضي عائلي للسرطان في العينة المدروسة، أردنا معرفة إذا ما كان لتأخر سن الزواج دور في الإصابة بسرطان الثدي في هذه الحالة اي هل يؤدي تداخل العنصرين إلى ظهور سرطان الثدي عند الأربعين سنة فأقل؟.

جدول رقم 29: **توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة احد الأقارب بالسرطان**

لديها قريب أصيب بالسرطان / السن عند الزواج	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	16	69.6	7	30.4	23	100
26-22	18	52.9	16	47.1	34	100
31-27	17	63.0	10	37.0	27	100
36-32	4	44.4	5	55.6	9	100
41-37	-	-	1	100	1	100
المجموع	55	58.5	39	41.5	*94	100

*يمثل 94 عدد النساء المتزوجات

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو 58.5% من النساء المتزوجات لديهن قريب مصاب أو أصيب من قبل بسرطان ما مقابل 41.5% ليس لديهن في العائلة من أصيب بالسرطان.

وعند إدخال المتغير المستقل، المتمثل في السن عند الزواج، سجلت أعلى نسبة عند اللواتي تزوجن في سن مبكر أي بين 17 و21 سنة ولديهن قريب اصيب بالسرطان حيث بلغت 69.6%.

أما عن أدنى نسبة والبالغة 44.4% فسجلت عند نساء تأخرن في الزواج ولديهن قريب أصيب بالسرطان، إذ تزوجن بين 32 و36 سنة.

فمن خلال هذه المعطيات نلاحظ وجود علاقة اضطرادية بين السن المبكر عند الزواج ووجود أحد الأقارب مصابا بالسرطان مع ارتفاع احتمال الإصابة بسرطان الثدي، فكلما توفرا هذان العنصران لدى المبحوثات كلما ازداد احتمال ظهور سرطان الثدي، وسنحاول تفسير هذا الترابط في تحليلنا للجدول الموالي.

جدول رقم 30: **توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة احد الأقارب من الدرجة الأولى والثانية بسرطان الثدي، الرحم القولون أو البرستاتة.**

نوع السرطان / السن عند الزواج	الثدي و الرحم		القولون		البروستاتة		أخرى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	10	62.5	1	6.25	2	12.5	3	18.75	16	100
26-22	10	52.63	2	10.53	-		7	36.84	19	100
31-27	12	70.59	-	-	-		5	29.41	17	100
36-32	2	50.0	-	-	-		2	50.0	4	100
المجموع	34	60.71	3	5.36	2	3.57	17	30.35	*56	100

توضح لنا معطيات الجدول السابق اتجاهه العام نحو نساء لديهن قريبة أو أكثر من الدرجة الأولى أو الثانية أصيبت بسرطان الثدي أو الرحم بنسبة 60.71% ثم تليها نسبة 30.35% وتعني نساء لديهن قريب (ذكور وإناث) أصيب بأنواع أخرى من السرطانات باستثناء من لديهن أقارب أصيبوا بالقولون والبروستاتة فكانت نسبتهن على الترتيب 5.63% و3.57%. وتم إدراج هذين السرطانيين على حدا لتحدث بعض الدراسات عن وجود علاقة تربطهما بظهور سرطان الثدي عند قريبة من الدرجة الأولى والثانية لوجود جينات مشتركة، مؤدية إلى هذه الاعتلالات، لكن نسبها منخفضة جدا عند العينة المبحوثة.

* 56 هو عدد النساء المتزوجات اللواتي لديهن قريب مصاب بالسرطان.

وعند إدراج المتغير المستقل وهو السن عند الزواج الأول، اتضح أن أعلى نسبة خاصة باللواتي لديهن قريبة واحدة على الأقل مصابة بسرطان الثدي أو الرحم وتزوجن بين 27-31 سنة، قدرت بـ70.59% وتليها اللواتي تزوجن بين 17-21 سنة ونسبتها 62.5% في حين سجلت أصغر نسبة عند المتزوجات بين 32 و36 سنة وهي 50%.

هنا أيضا تظهر بصفة نسبية علاقة سرطان الثدي بالتاريخ العائلي والزواج المبكر وقد يعود ذلك إلى تعرض المتزوجات مبكرا ولمدة طويلة للأدوية الهرمونية، خاصة منها حبوب منع الحمل مع وجود قابلية الإصابة بالمرض إذ 59.6% من المتزوجات صرحن بوجود قريب مصاب بالسرطان وهي نسبة مرتفعة، وذلك إما لتواجد جينات مثل BRCA1 وBRCA2 عند المعنيات، حيث بينت الدراسات أنه بين 5% إلى 10% من سرطانات الثدي سببها عامل وراثي، أو بسبب البيئة والنمط المعيشي الخاص بهذه الأسر كتلوث محيطها بمواد مسرطنة، والنمط الغذائي المتبع من طرفها.

من النتائج المستخلصة من الجدولين السابقين وفي حالة وجود تاريخ مرضي عائلي فان تأخر سن الزواج عند العينة المبحوثة لم يساهم بشكل واضح في بروز سرطان الثدي في سن مبكر أي في الأربعين سنة وأقل، لكن لوجود قريب من الدرجة الأولى أو الثانية مصاب بسرطان الثدي أو الرحم في الأربعين أو الخمسين يؤدي فعلا إلى ظهور نفس الاعتلال عند الشخص في سن مبكر أي في الربعينات أو الثلاثينات أو العشرينات.

انطلاقا من هذا الاستنتاج نتسائل، هل في حالة تأخر سن الزواج ووجود قريبة مصابة بورم حميد دخل في ظهور سرطان الثدي في سن مبكر؟.

جدول رقم 31: **توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج وإصابة قريبة بورم حميد في الثدي.**

لديها قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي / السن عند الزواج	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	6	26.1	17	73.9	23	100
26-22	13	38.2	21	61.8	34	100
31-27	13	48.1	14	51.9	27	100
36-32	5	55.6	4	44.4	9	100
41-37	-	-	1	100	1	100
المجموع	37	39.4	57	60.6	*94	100

إن أكبر عدد من النساء المتزوجات في العينة المدروسة والبالغة نسبتهن 60.6% ليس لديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي مقابل 39.4% ممن لديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي.

* 94 هو مجموع المتزوجات

عند إدخال المتغير المستقل الخاص بالسن عند الزواج وبالنسبة للواتي لديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي فأعلى نسبة سجلت عند المتزوجات في سن متأخر أي بين 32 و36 سنة والبالغة 55.6% وتليها نسبة 48.1% وهن نساء تزوجن بين 27 و31 سنة. تستمر النسب في الانخفاض لتصل أدناها عند المتزوجات بين 17 و21 سنة 26.1%، فكلما ارتفع السن عند الزواج الأول ارتفعت نسبة المصابات بسرطان الثدي ولديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي، يحدث العكس عند اللواتي أجبن بعدم وجود قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي إذ كلما تقدم السن عند الزواج كلما انخفضت نسبتهن إذ انتقلت من 73.9% عند المتزوجات بين 17 و21 سنة إلى 44.4% عند المتزوجات بين 32 و36 سنة.

فمن خلال المعطيات التي سردناها عن هذا الجدول يمكن القول أن تأخر سن الزواج مع وجود قريبة عانت من ورم حميد في الثدي يؤدي إلى الإسراع في ظهور سرطان الثدي والإصابة به قبل الأربعين، والعديد من الدراسات أشارت إلى إمكانية الإصابة بسرطان الثدي في حالة اكتشاف أورام حميدة في ثدي المرأة، لكن لم نجد دراسة تربط بين هذه الحالة المرضية والتاريخ المرضي العائلي للأورام الحميدة فلا يمكن إعطاء التفسير العلمي لهذه الحالة، إلا انه من الأسباب الرئيسية للأورام الحميدة حدوث اضطرابات هرمونية أو التهابات وهي كثيرة الانتشار عند مستعملات حبوب منع الحمل واللواتي تعالجن بالهرمونات البديلة.

وسوف يتمحور الفصل الموالي حول العلاقة بين هذين العاملين وسرطان الثدي.

الاستنتاج:

بعد تحليلنا لجداول الفرضية الأولى استخلصنا ما يلي:

– معظم المبحوثات اكتشفن مرضهن بين 37 و41 سنة بنسبة 59.6% مع وجود تباينات باختلاف السن عند الزواج الأول، فاللواتي تأخر زواجهن أصبن بالمرض قبله أي عند بلوغهن 32–36 سنة بنسبة 100%، تليها اللواتي تزوجن بين 32–36 سنة وقد بلغت 66.7%، ثم من تزوجن في سن مبكر، ولقد سجلت أدنى النسب عند اللواتي تزوجن في سن متوسط، أضف إلى اللواتي تزوجن في سن متأخر العازبات، إذ يمثلن 30.8% من المبحوثات أي ما يقارب ثلث العينة، فهن يعرفن تأخرا عن الزواج حيث بلغ متوسط سنهن عند استجوابهن 39.7 سنة، أما عن متوسط سنهن عند اكتشاف المرض فقد بلغ 37.5 سنة.

فنستخلص أن التأخر عن الزواج قد يؤدي إلى الإصابة بسرطان الثدي قبل سن اليأس.

– أعلى نسبة وهي 75% خاصة بنساء أنجبن طفلهن الأول في سن متأخر أي بين 33 و35 سنة ونسبة 66.7% أنجبنه بين 36 و38 سنة.

– وجود اختلافات في السن عند إنجاب الطفل الأول باختلاف السن عند الزواج الأول فأعلى نسبة وهي 100% خاصة بنساء أنجبن طفلهن الأول في سن متأخر اي بين 36 و38 سنة، وتأخر زواجهن إلى 37–41 سنة و66.7% أنجبنه بين 33 و35 سنة وتأخر زواجهن إلى غاية 32–36 سنة .

– كما أدى تقدم السن عند أول زواج إلى إنجاب آخر طفل في عمر متقدم نسبيا إذ 75% من المتزوجات بين 32 و36 سنة أنجبن آخر طفل لهن عند بلوغهن 35 سنة فأكثر.

– إن المبحوثات اللواتي تأخر إنجابهن لأخر طفل إلى غاية 38–40 سنة اكتشفن مرضهن عند 37–41 سنة بنسبة 100%، تليها اللواتي أنجبنه بين 35–37 سنة بنسبة 73.9%، وبلغت أدنى نسبة 36.4% و سجلت عند اللواتي أنجبنه في سن 29–31 سنة. فالنساء اللواتي استمر إنجابهن للأطفال إلى ما بعد 35 سنة أو 38 سنة أكثر عرضة لسرطان الثدي عن غيرهن.

– فيما يخص علاقة المرض بعدد الأطفال المنجبين فان أعلى نسبة والبالغة 100% تخص نساء تزوجن بين 37–41 سنة وأنجبن بين طفل إلى طفلين،.وتليها اللواتي تزوجن بين 32–36 سنة وأنجبن بين 3 إلى 4 أطفال، أما عن أدنى النسب والبالغة 6.3% و 9.1% فهي تخص على الترتيب نساء تزوجن بين 22– 26 سنة وأنجبن بين 5 و6 أطفال ونساء تزوجن بين 17–21 سنة وأنجبن بين 7 إلى 8 أطفال.

فكلما تزوجت المرأة في سن مبكر، ارتفع عدد الولادات وقلت عدد الإصابات بسرطان الثدي.

– وحتى لعدم الإنجاب علاقة بالمرض إذ تبين أن اكبر نسبة وهي 60% متعلقة بنساء لم ينجبن أطفالا واكتشفن المرض عند 37–41 سنة.

تبين أن الحالات تتمركز عند من ارضعن أطفالهن لسنة أو اقل بتسجيل أعلى النسب عند الطفل الثاني والثالث والخامس في حين تنخفض النسب عند ارتفاع مدة الرضاعة إلى أكثر من سنة، فيمكن القول أن مدة الرضاعة عند الكثير من المبحوثات لا تتعدى السنة الواحدة، كما تقل بانخفاض رتبة المولود

– 91.7% من نساء العينة ارضعن أولادهن مقابل 8.3% فقط من اللواتي لم يرضعن أولادهن. إلا أننا لاحظنا اختلافات في نسب المرضعات باختلاف السن عند الزواج إذ تقل كلما ارتفع هذا الأخير، فأكبر نسبة وهي 100% تمثلت في اللواتي

أرضعن أولادهن وتزوجن بين 17 و21 سنة، أما عن أدنى نسبة فسجلت عند نساء أرضعن أولادهن وتزوجن بين 32 و36 سنة وهي 66.7%.

– إن 58.5% من النساء المتزوجات لديهن قريب مصاب أو أصيب من قبل بالسرطان. إذ سجلت أدنى نسبة والبالغة 44.4% عند نساء لديهن قريب مصاب بالسرطان تزوجن بين 32 و36 سنة، بالمقابل سجلت أعلى نسبة عند اللواتي تزوجن في سن مبكر أي بين 17 و21 سنة حيث بلغت 69.6%.

فتأخر سن الزواج لم يؤثر على ظهور المرض في حالة وجود إصابات بالسرطان في العائلة نفس الاستنتاج توصلنا إليه بعد إدراج نوعية السرطان ودرجة قرابة المصاب توضح لنا أن أدنى نسبة تمثلت في نساء لديهن قريب أو أكثر من الدرجة الأولى أو الثانية أصيب بسرطان الثدي أو الرحم وتزوجن في سن متأخر أي بين 32 و36 سنة وهي 50%.

– إن أكبر عدد من النساء المتزوجات في العينة المدروسة ليس لديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي وذلك بنسبة 60.6%، إلا أننا خلصنا إلى ارتفاع نسبة المصابات بسرطان الثدي ولديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي بارتفاع السن عند الزواج إذ انتقلت من 26.1%، عند المتزوجات بين 17 و21 سنة إلى 55.6% عند المتزوجات في سن متأخر أي بين 32 و36 سنة.

فيمكن القول أن تأخر سن الزواج مع وجود قريبة عانت من ورم حميد في الثدي قد يؤدي إلى الإسراع في ظهور سرطان الثدي في سن الأربعين أو أقل.

الفـــصـــــل الســـــادس

تحليل الفرضية الثانية

تأثير الاستعمال الهرموني على ظهور سرطان الثدي

تمهيد

1- استعمال وسائل منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى وعلاقتها بالإصابة بسرطان الثدي عند الأربعون سنة فاقل

الاستنتاج

تمهيد

كثر الجدل والحديث في السنوات الأخيرة عن حبوب منع الحمل ومدى ارتباطها بالارتفاع المريع في عدد الإصابات بسرطان الثدي واختلفت نتائج الدراسات وآراء الأطباء ومختلف الأخصائيين في المجال بين نافي ومؤكد أو مؤيد للفكرة، خاصة وان هكذا نقاش يمس بمصير شركات كبيرة مختصة في صناعة الأدوية.

وبما أن الانتشار الواسع لاستعمال موانع الحمل وعلى رأسها الحبوب يتزامن مع بداية ارتفاع عدد السرطانات في بلادنا لهذا أردنا أن تكون هذه الورقة البحثية مساحة لتسليط الضوء ولفتح النقاش حول هذا الجانب باقتراحنا للفرضية التي مفادها: **استعمال العلاجات الهرمونية (لتنظيم النسل كحبوب منع الحمل أو لأغراض علاجية من اجل الإنجاب و تنظيم الدورة الشهرية أو لعلاج البشرة) تساهم في انتشار سرطان الثدي في سن الأربعين فاقل.**

وللتحقق من هذه الفرضية وضعنا مجموعة من المؤشرات الخاصة بالمتغير المستقل والمتمثلة في :

- نوع وسيلة منع الحمل المستعملة.
- طريقة استعمال حبوب منع الحمل وحددنها بـ :

* مصدرها * تسجيل فترة راحة

*طول مدة استعمالها *نوع حبوب منع الحمل المستعملة.

– الاستعمال الهرموني من وسائل منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى.

ربطنا هذه المؤشرات بمؤشرات المتغير التابع والمتعلق بالعوامل المساهمة في ظهور سرطان الثدي ولقد اعتمدنا على نتائج بعض الدراسات في تحديدها والمتمثلة في:

– عامل السن والمحدد هنا بالسن عند اكتشاف المرض.

– وجود أقارب مصابون بالسرطان.

وكانت نتيجة الربط بين مختلف المؤشرات مجموعة من الجداول، من شان تحليلها أن يؤكد أو ينفي الفرضية.

1- استعمال وسائل منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى وعلاقتها بالإصابة بسرطان الثدي

جدول رقم 32: **توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لوسائل منع الحمل والسن عند اكتشاف المرض.**

السن عند اكتشاف المرض / استعملت موانع الحمل	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	-	-	5	7.2	21	30.4	43	62.3	69	100
لا	3	12.0	4	16.0	9	36.0	9	36.0	25	100
المجموع	3	3.1	9	9.6	30	31.9	52	55.4	*94	100

يتبين من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو من اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 55.4%، وتليها نسبة 31.9% والمتمثلة في اللواتي اكتشفن مرضهن عند 32-36 سنة، أما عن أدنى نسبة والبالغة 3.1% فتمثل اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 22-26 سنة.

بعد إدخال المتغير المستقل والمتعلق بمدى استعمال افراد العينة لوسائل منع الحمل اتضح ان العلى نسبة والبالغة 62.3% تخص نساء استعملن وسيلة ما لمنع الحمل واكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 37-41 سنة، وتقابلها نسبة تتعدى ثلث أفراد العينة بـ 3% والبالغة 36.0%.

هذه النتائج تبين الانتشار الواسع لاستعمال موانع الحمل عند المبحوثات ولقد بينا في الجانب النظري العلاقة بين هذه الأخيرة بالإصابة بسرطان الثدي وبالخصوص الهرمونية منها كحبوب منع الحمل، اللاصقات الجلدية، حقنة منع الحمل، الحلقة المهبلية واللولب الهرموني .

* يمثل مجموع التزوجات.

إلا أن تلك الوسائل المذكورة ليست المصدر الوحيد للهرمونات التي يتلقاها الجسم لهذا سنتطرق في الجدول الموالي إلى استعمال الأدوية الهرمونية الأخرى عند هذه الشريحة من النساء.

جدول رقم 33: **توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لأدوية هرمونية غير موانع الحمل والسن عند اكتشاف المرض.**

السن عند اكتشاف المرض / استعملت أدويةهرمونية	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	2	3.9	4	7.8	15	29.4	29	56.9	51	100
لا	-	-	4	4.8	24	28.9	55	66.3	83	100
المجموع	2	1.5	8	5.9	39	29.1	84	62.7	*134	100

إن اتجاه الجدول أعلاه يتجه نحو 62.7% من المبحوثات اللواتي اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 37-41 سنة ، تليها من اكتشفن المرض بين 32 و 36 سنة بنسبة اقل بكثير اي 29.1%، وأدنى نسبة سجلت عند من اكتشفن مرضهن عند الفئة العمرية 22-26 سنة والبالغة 1.5%.

بعد إدراج المتغير المستقل والمتمثل في استعمال أدوية هرمونية غير حبوب منع الحمل من عدمه، لاحظنا أن النساء اللواتي لم تستعمل أدوية هرمونية وأصبن بسرطان الثدي عند بلوغهن 37-41 سنة يمثلن اعلي نسبة، اي 66.3%، في المقابل سجلت اللواتي استعملن الأدوية الهرمونية عند نفس الفئة العمرية نسبة اقل، اي 56.9% .

مبحوثة واحدة لم تصرح بسنها

لكن إذا دققنا النضر في الفئات العمرية الأخرى نجد أن النسب ترتفع عند النساء اللواتي استعملن الأدوية الهرمونية مقارنة باللاتي لم يستعملنها وهذا كلما انخفض السن عند الإصابة بالمرض، من هنا نستنتج أن الاستعمال الهرموني دون وسائل منع الحمل كان أكثر تأثيرا عند من أصبن بسرطان الثدي في سن مبكر اي في العشرينات أو في بداية الثلاثينات، وهؤلاء أكثر لجوءا لهذه الأدوية بسبب الغرض من ذلك، حيث تستعملها الفتيات والشابات لحل مشاكل متعلقة بالبشرة خاصة منها حب الشباب أو لتنظيم العادة الشهرية في حال اضطرابها.

ولانتشار استعمال موانع الحمل في العينة المبحوثة سنحاول فهم مدى تأثير مختلف أنواعها بالإصابة بهذا الداء من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم 34: **توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / وسيلة منع الحمل المستعملة	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الحبوب	5	7.5	21	31.3	41	61.2	67	100
اللولب	-	-	1	50.0	1	50.0	2	100
الواقي	-	-	-	-	1	100	1	100
المجموع	5	7.1	22	31.4	43	61.4	70*	100

*السؤال يقبل أكثر من إجابة.

يتبين من الجدول السابق اتجاهه العام نحو من اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 61.4%، تليها من اكتشفن المرض بين 32 و 36 سنة، وأدنى نسبة سجلت عند من اكتشفن مرضهن عند الفئة العمرية 27-31 سنة والبالغة 7.1%.

لما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في وسيلة منع الحمل المستعملة وفي نفس الاتجاه، لاحظنا تسجيل أعلى نسبة عند من استعمل زوجها الواقي والبالغة 100%، تليها المبحوثات اللواتي اعتمدن على الحبوب لتنظيم أو تحديد نسلهن بنسبة 61.2%، وفي الأخير سجلت أدنى نسبة عند مستعملات اللولب والبالغة 50%.

فيما يخص الزوج المستعمل للولب فلا يمكن ربط هذه الوسيلة بسرطان الثدي فاستعماله يكون من طرف الذكر ولا يحتوي على هرمونات وان كانت له أثار سلبية ستظهر على مستوى الجهاز التناسلي، وعدد مستعمليه في العينة المدروسة شخص واحد ما أدى إلى بلوغ النسبة 100%، وبهذا نستنتج أن الوسيلة الأكثر استعمالا عند الفئة 37-41 هي الحبوب وهي أيضا الوسيلة الوحيدة المستعملة عند اصغر فئة عمرية وكذلك الوسيلة الوحيدة الهرمونية المستعملة لدى المبحوثات والتي تحدثت الدراسات عن إمكانية ارتباطها بسرطان الثدي خاصة إذا طالت مدة الاستعمال الأمر الذي تبين في تحليلنا للجدول رقم 37.

ولكون حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر استعمالا عند المبحوثات والساري حولها، المعتقد بمساهمتها في ارتفاع عدد الإصابات بسرطان الثدي في العالم، سنبحث في طريقة استعمالهن لها، لهذا سنتطرق في الجدول الموالي إلى هذا العامل الأخير وسوف نربطه بمصدر الحبوب المستخدمة أي طريقة توجه المبحوثة إلى نوع دون غيره.

وفي الجدول الموالي سنرى إن كان لمصدر الحبوب المستعملة تأثيرا على السن عند الإصابة بالمرض.

جدول رقم 35: **توزيع المبحوثات حسب الشخص الذي وصف أو نصح باستعمال حبوب منع الحمل والسن عند اكتشاف المرض.**

السن عند اكتشاف المرض / الشخص الذي وصف الحبوب	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مختص (طبيب-قابلة)	4	6.9	19	32.8	35	60.3	58	100
قريبة او صديقة	1	11.1	2	22.2	6	66.7	9	100
المجموع	5	7.5	21	31.3	41	61.2	67	100

يتبين من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 61.2%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 7.5%، وسجلت أدنى نسبة عند من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 27-31 سنة والبالغة 7.5%.

لما ربطنا هذا الاتجاه بالمتغير المستقل والمتمثل في مصدر حبوب منع الحمل اتضح أن اكبر نسبة من المريضات وهي 66.7% استعملنها دون استشارة الطبيب وتقابلها نسبة 60.3% ممن وصفها لهن الطبيب او القابلة.

فنلاحظ وجود واسع للاستعمال العشوائي لحبوب منع الحمل ما قد يؤثر في الإصابة بسرطان الثدي فلكل دواء طريقة استعماله وشروط صحية وجسمانية لوصفه لا يكتشفها إلا الطبيب وعدم مراعاتها تنعكس سلبيا على صحة المستهلك، ومن بين هذه الشروط تسجيل فترة راحة أثناء استعمال حبوب منع الحمل للخفض من مدة استعمالها و من أثارها السلبية، فمن الملحق رقم 33 تبين اتجاهه العام نحو 44.8%

* يمثل النساء اللواتي استعملن حبوب منع الحمل .

و عند ربط مدة استعمال حبوب منع الحمل بمصدرها، لاحظنا تسجيل أعلى نسبة وهي 66.7% لدى اللواتي استخدمنها دون استشارة طبية ولمدة تتجاوز الخمس سنوات، تتبعها اللواتي وصفت لهن من طرف الطبيب واستخدمنها خلال نفس الفترة بنسبة اقل اي 41.4%، وتتجه هذه النسب إلى الانخفاض، سواء وصفها الطبيب أم استعملتها المرأة من تلقاء نفسها، بانخفاض مدة الاستعمال.

وبهذا و من خلال هذا العرض الإحصائي نستنتج أن للعلاج الذاتي تأثير سلبي على صحة الفرد وخاصة إذا تعلق الأمر بأدوية هرمونية كحبوب منع الحمل، فمن بين التصرفات الغير صحية اقتناء بعض النساء لنوع ما من الحبوب لمجرد سماع قريبة لها أو صديقة أو أي امرأة تتحدث عن ايجابياتها وبأنها لم تترك فيها آثارا سلبية.وهذا الأمر يعكس ايضا عدم أداء بعض الصيدليين لمهامهم على أحسن وجه إذ تحول عملهم إلى مجرد نشاط تجاري، فيكفي أن ينطق الزبون اسم الدواء ودون إظهار وصفة الطبيب ليتحصل عليه ما ساهم في انتشار الاستعمال العشوائي للأدوية ومن بينها الحبوب، فلكل امرأة تركيبة فسيولوجية خاصة وعلى هذا الأساس توصف لها وسيلة منع الحمل تتلائم وخصوصيتها، لكن الوعي بهذا الشأن غير عام فرغم تعلم المرأة مازال إلى يومنا هذا من تستهلك حبوب منع الحمل بطريقة عشوائية، سواء فيما تعلق الأمر بالتوجه لنوع ما أو حتى بمدة استهلاكها، فهنالك من تستعملها لسنوات .

وهذا الأمر يعكس ايضا عدم أداء بعض الصيدليين لمهامهم على أحسن وجه إذ تحول عملهم إلى مجرد نشاط تجاري، فيكفي أن ينطق الزبون اسم الدواء ودون إظهار وصفة الطبيب ليتحصل عليه ما ساهم في انتشار الاستعمال العشوائي للأدوية ومن بينها الحبوب، فلكل امرأة تركيبة فسيولوجية خاصة وعلى هذا الأساس توصف لها وسيلة منع الحمل تتلائم وخصوصيتها، لكن الوعي بهذا الشأن غير عام فرغم تعلم المرأة مازال إلى يومنا هذا من تستهلك حبوب منع الحمل بطريقة عشوائية، سواء فيما تعلق الأمر بالتوجه لنوع ما أو حتى بمدة استهلاكها، فهنالك من تستعملها لسنوات طويلة دون تسجيل فترة راحة أو استبدالها بوسيلة أخرى، هذا ما سنتعرض إليه في الجدول الموالي.

جدول رقم 36: **توزيع المبحوثات حسب تسجيلهن لفترة راحة أثناء استعمال الحبوب والسن عند اكتشاف المرض.**

السن عند اكتشاف المرض / سجلت فترة راحة أثناء استعمال الحبوب	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	2	6.7	6	20	22	73.3	30	100
لا	3	8.1	15	40.5	19	51.4	37	100
المجموع	5	7.5	21	31.3	41	61.2	67	100

يتبيّن من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 61.2%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 7.5%، وسجلت أدنى نسبة عند من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 27-31 سنة والبالغة 7.5%.

بعد ربط اتجاه الجدول بالمتغير المستقل والخاص بتسجيل فترة راحة طوال مدة استعمال حبوب منع الحمل، نلاحظ أن اكبر نسبة والمقدرة بـ 73.3% اتخذن فترة راحة أثناء استعمالها لها بالمقابل نسبة اقل والبالغة 51.4% لم يسجلن فترة راحة طول مدة استعمالهن لها.

والملحق رقم 24 يظهر لنا أن 62.5% من النساء اللواتي لم يسجلن فترة راحة طول مدة تناولهن للحبوب والتي تجاوزت الخمس سنوات، لم يزرن طبيب النساء، فالكشف الدوري يساعد المرأة على اكتشاف العلل في بدايتها أو تجنبها، كما يسمح لها التغيير في نوع الحبوب حتى الوصول إلى النوع الذي يلائم بنيتها الجسمانية أو التوقف عن استعمالاها تماما والاعتماد على وسيلة أخرى لمنع الحمل، لكن الوضع المادي يحول دون ذلك، إذ رأينا في الجزء الخاص بخصائص العينة أن الدخل الشهري لأكبر عدد من الأسر والبالغ نسبتها 34.8% يتراوح بين 18000 و 30000 د ج، لهذا تستغني المرأة عن مواعدها مع الطبيب لادخار المبالغ النقدية المخصصة للزيارة وتحويله لاقتناء ضروريات المعيشة. أضف إلى ذلك الجهل بالآثار الجانبية للدواء

الناتج عن عدم الاطلاع على النشرة المرافقة له، والجهل بمثل هذه الأمور يساهم في ارتفاع مدة استعمال موانع الحمل دون تسجيل فترة راحة

لكن رغم كل هذه التصرفات الغير صحية نجد أن معطيات هذا الجدول تنفي وجود علاقة واضحة بين تسجيل المبحوثات لفترة راحة أثناء تناولهن لحبوب منع الحمل والسن عند اكتشاف المرض ، فعند حسابنا لمعامل الارتباط وجدناه مساويا 0.2، رغم تأكيد العديد من الدراسات ذلك فالأبحاث تشير إلى ارتفاع خطر الإصابة بسرطان الثدي مع ارتفاع مدة استهلاك الحبوب حيث يشير "برينتون Brinton" سنة 1997 إلى نتائج دراسة أجريت على نساء مصابات وغير مصابات بسرطان الثدي ولا يتعدى سنهن 45 سنة، ومن بين نتائجها وفي حالة استهلاك حبوب منع الحمل لأكثر من 6 أشهر بلوغ الخطورة النسبية rr 1.3 وارتفاعها إلى 1.8 عند اللواتي يقل عمرهن عن 35[1] سنة، كما تشير الدراسات إلى زوال الخطر بعد عشر سنوات من التوقف عن تناولها، فتنضم هذه النساء إلى الخطر العادي للإصابة بسرطان الثدي الشبيه باللواتي لم يتناولنها طيلة حياتهن.

ولتركيز الدراسات الحديثة على نوع الحبوب وعلاقتها بسرطان الثدي ارتأينا التطرق إلى هذا الجانب لأهميته وذلك من خلال الجدول التالي

1– Marc Espié, A.S Hamy et autre,op.cit p5

جدول رقم 37 : **توزيع المبحوثات حسب نوع الحبوب المستعملة والسن عند اكتشاف المرض.**

السن عند اكتشاف المرض / نوع الحبوب	31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مركبة	3	5.9	15	29.4	33	64.7	51	100
بسيطة	3	13.1	13	56.5	7	30.4	23	100
المجموع	6	8.1	28	37.8	40	54.1	*74	100

إن الاتجاه العام للجدول أعلاه يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 54.1%، تليها من اكتشفنه بين 32 و36 سنة بنسبة اقل بكثير والبالغة 37.8%، أما عن أدنى نسبة فقد سجلت عند من اكتشفن مرضهن عند الفئة العمرية 27-31 سنة والمقدرة ب 8.1%.

بعد ربط هذا الاتجاه بالمتغير المستقل والمتمثل في نوع حبوب منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثة نلاحظ تسجيل أعلى نسبة عند اللواتي استعملن حبوب منع الحمل المركبة من هرموني الاوستروجين والبروجستيرول وأصبن بالمرض بين 37 و41 سنة والمقدرة بـ 64.7%، تليها نسبة اقل والبالغة 56.5%، وقد تمثلت فيمن استعملن حبوب منع الحمل المكونة من بروجستين فقط واكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة، ونلاحظ انخفاض مستعملات الحبوب المركبة عند اصغر فئة عمرية لاكتشاف الإصابة بالمرض إذ سجلن أدنى نسبة والبالغة 5.9%.

فنستنتج مما قدمنه من عرض إحصائي، إمكانية وجود تأثير لنوع حبوب منع الحمل على السن عند الإصابة بالمرض أو اكتشافه ما يظهر جليا عند اكبر فئة عمرية باستخدامها لحبوب منع الحمل المركبة، ولعل انخفاض نسب هؤلاء في الفئات

* السؤال يقبل أكثر من إجابة

العمرية الصغيرة ناتج عن انخفاض مدة استعمالها فالتأثير السلبي لأي دواء على جسم الإنسان يظهر مع مرور الوقت.

وعموما فانه ينصح بعدم استعمال حبوب منع الحمل في حالة وجود أقارب أصيبوا بالسرطان وبالأخص سرطان الثدي، كحبوب diane 34 (أنضر الملحق رقم 16)، لهذا سنتعرف على كيفية توزيع المبحوثات عند الربط بين الاستعمال الهرموني والتاريخ المرضي للعائلة بالاعتماد على الجدول الموالي.

جدول رقم 38: **توزيع المبحوثات حسب وسيلة منع الحمل المستعملة، استعمالهن للأدوية الهرمونية ووجود قريب مصاب بالسرطان.**

		لها قريب مصاب بالسرطان / استعملت أدوية هرمونية	نعم		لا		المجموع	
			ك	%	ك	%	ك	%
الوسيلة المستعملة	الحبوب	نعم	15	71.4	6	28.6	21	100
		لا	23	50.0	23	50.0	46	100
		المجموع	38	56.7	29	43.3	67	100
	اللولب	نعم	2	100	-	-	2	100
		لا	1	100	-	-	1	100
		المجموع	3	100	-	-	3	100
	الواقي	نعم	-	-	-	-	-	-
		لا	1	100	-	-	1	100
		المجموع	1	100	-	-	1	100
	المجموع	نعم	17	73.9	6	26.1	23	100
		لا	25	52.1	23	47.9	48	100
		المجموع	42	59.2	29	40.8	*71	100

* هو مجموع النساء اللواتي لديهن قريب مصاب بالسرطان واستعملن وسيلة ما لمنع الحمل

يتجه الاتجاه العام للجدول رقم 38 إلى المبحوثات اللواتي لديهن قريب مصاب بالسرطان بجميع أنواعه بنسبة 59.2% ، تقابلها اللواتي ليس لديهن قريب مصاب بالسرطان بنسبة 40.8%.

وعند ربط هذا الاتجاه بالمتغير المستقل الأول، والمتمثل في نوع وسيلة منع الحمل المستعملة، نلاحظ أن 100% من مستعملات اللولب وكذلك 100% ممن استعمل أزواجهن الواقي، لديهن قريب مصاب بالسرطان. وعن مستعملات حبوب منع الحمل وهي الوسيلة الهرمونية الوحيدة المستخدمة عند هذه العينة، نلاحظ أن نسبة معتبرة منهن وهي 56.7% لديهن قريب مصاب بالسرطان، مقابل 43.3% ممن ليس لديهن قريب مصاب بالسرطان.

ولتفسير أوسع للاستعمال الهرموني أدخلنا المتغير الرائز والمتمثل في استعمال أدوية هرمونية أثناء علاج اعتلالات مختلفة، فلاحظنا أن 100% ممن استعملن اللولب، استعملن كذلك أدوية هرمونية لأغراض علاجية أو تجميلية أو للإنجاب ولديهن قريب أصيب بالسرطان.

100% هي نسبة اللواتي اعتمدن على الواقي لتنظيم النسل ولم يستعملن أدوية هرمونية من قبل لكن لديهن قريب أصيب بالسرطان.

وفيما يخص من استعملن حبوب منع الحمل والأدوية الهرمونية، نجد أن 71.4% لديهن قريب أصيب بالسرطان، وبالمقابل، نسبة أقل وهي 50% تمثل اللواتي استعملن حبوب منع الحمل لكنهن لم يتعاطين أدوية هرمونية للعلاج من مرض ما، وفي الوقت ذاته لديهن في العائلة من أصيب بالسرطان، وكذلك نسبة أقل بكثير وهي 28.6% تمثل من استعملن حبوب منع الحمل وأدوية هرمونية وليس لديهن قريب أصيب بالسرطان.

فمن خلال ما سبق، يمكن أن يكون للاستعمال الهرموني علاقة بظهور المرض خاصة عند تعدده، ولعل ارتفاع نسبة من استعملن حبوب منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى عن اللائي استعملن الأولى فقط دليل على ذلك، فارتفاع كمية الهرمونات المستهلكة تسبب مشاكل صحية قد تم ذكرها آنفا. واللجوء إلى الأدوية الهرمونية قبل الزواج وكما هو الحال في العينة المبحوثة لارتفاع استعمالها عند العازبات (أنضر الملحق رقم 9) من أحد أهم العوامل المؤدية إلى سرطان الثدي خاصة إذا طالت مدة استهلاكها.

وإن كانت الأدوية الهرمونية وحبوب منع الحمل مرتبطة بظهور سرطان الثدي فإن للتاريخ المرضي العائلي تأثير أقوى على الاستعمال الهرموني، إذ لاحظنا انخفاض النسب عند من ليس لديهن قريب مصاب بالسرطان رغم استعمالهن لحبوب منع الحمل وللأدوية الهرمونية، وعموما ينصح بعدم استعمال مثل هذه الأدوية في هذه الحالة.

ولعل احتمال الإصابة بهذا الداء يختلف باختلاف نوع السرطان المتكرر في العائلة ومدى تناول المبحوثة للهرمونات خاصة قبل إنجاب أول طفل لهذا سنتطرق في الجدول الموالي إلى هذا الجانب مع الأخذ بعين الاعتبار فئة العازبات كونهن لم ينجبن بعد.

جدول رقم 39: **توزيع المبحوثات حسب استعمالهن للأدوية الهرمونية، حالتهن العائلية ووجود قريب من الدرجة الأولى أو الثانية أصيب بالسرطان**

استعملت أدوية هرمونية	نوع السرطان الذي أصيبوا به / الحالة العائلية	الثدي والرحم		القولون		البروستاتة		أخرى		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	عازبة	4	50.0	–	–	–	–	4	50.0	8	100
	متزوجة او تزوجت من قبل	14	56.0	2	8.0	1	4.0	8	32.0	25	100
	المجموع	18	54.5	2	6.1	1	3.0	12	36.4	33	100
لا	عازبة	6	75.0	–	–	–	–	2	25.0	8	100
	متزوجة أو تزوجت من قبل	20	64.5	1	3.2	1	3.2	9	29.0	31	100
	المجموع	26	66.6	1	2.6	1	2.6	11	28.2	39	100
المجموع		44	61.1	3	4.2	2	2.8	23	31.9	72*	100

* يمثل مجموع النساء اللواتي استعملن أدوية هرمونية من متزوجات وعازبات ولديهن قريب من الدرجة الأولى والثانية مصاب بالسرطان

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو سرطاني الثدي والرحم كأول السرطانات انتشارا عند أقارب المبحوثات بنسبة 61.1%، تليها سرطانات أخرى بنسبة 31.9%، أما عن سرطاني القولون والبروستاتة فوجودهما قليل جدا حيث يمثلا النسب التالية على الترتيب : 4.2% و2.8%.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في استعمال المبحوثات للأدوية الهرمونية لغرض العلاج من أمراض مختلفة، نجد أن اللواتي لم يستعملنها، لديهن على الأقل قريب مصاب بسرطان الثدي أو الرحم بنسبة 66.6%، في حين تنخفض هذه النسبة إلى 54.5% عند من استعملن أدوية هرمونية ولديهن على الأقل قريب مصاب بسرطان الثدي أو الرحم.

عند إدراج متغير آخر رائز والمتمثل في الحالة الفردية للمبحوثات نلاحظ ارتفاع نسبة العازبات اللواتي لم يلجأن للتداوي بالأدوية الهرمونية ولديهن على الأقل قريب أصيب بسرطان الثدي أو الرحم عن اللواتي تداوين بها ولديهن على الأقل قريب أصيب بسرطان الثدي أو الرحم حيث بلغت عند الأولى 75% وعند الثانية 50%. الأمر ذاته مسجل عند المتزوجات إذ بلغت نسبة اللواتي لم يستعملن أدوية هرمونية ولديهن على الأقل قريب أصيب بسرطان الثدي أو الرحم 64.5% في حين تنخفض نسبة اللواتي استعملن أدوية هرمونية ولديهن على الأقل قريب أصيب بسرطان الثدي أو الرحم إلى 56%.

فنستنتج أن تأثير الاستعمال الهرموني غير حبوب منع الحمل على ظهور المرض ضعيف فمدة استعمالها في الحالات المذكورة من طرف المبحوثات لم تتعدى بعض الأشهر خاصة عندما يتعلق الأمر باضطراب العادة الشهرية وهو السبب الأكثر انتشارا كما هو مبين في الملحق 8.

وللتاريخ المرضي العائلي اثر أكبر في الإصابة بالسرطان ولعل أرقام الجدول دليل على ذلك لارتفاع نسب اللواتي لديهن قريبة مصابة بسرطان الثدي والرحم وذلك مهما استعملت أم لم تستعمل أدوية هرمونية ومهما كانت حالتها الفردية، تزوجت أم بقيت عزباء.

وللتأكد من هذه الاستنتاجات سنبحث في العلاقة بين الاستعمال الهرموني من حبوب منع الحمل وأدوية أخرى والسن عند اكتشاف المرض.

جدول رقم 40: **توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل، وللأدوية الهرمونية والسن عند اكتشاف المرض.**

استعملت حبوب منع الحمل	السن عند اكتشاف المرض / استعملت أدوية هرمونية	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	نعم	-	-	2	9.5	6	28.6	13	61.9	21	100
	لا	-	-	3	6.5	15	32.6	28	60.9	46	100
	المجموع	-	-	5	7.5	21	31.3	41	61.2	67	100
لا	نعم	2	6.3	2	6.3	9	28.1	19	59.4	32	100
	لا	-	-	2	5.7	9	25.7	24	68.6	35	100
	المجموع	2	3.0	4	5.9	18	26.9	43	64.2	67	100
المجموع	نعم	2	3.8	4	7.5	15	28.3	32	60.4	53	100
	لا	-	-	5	6.2	24	29.6	52	64.2	81	100
	المجموع	2	1.5	9	6.7	39	29.1	84	62.7	134	100

يتضح من خلال الجدول الموضح سابقا اتجاهه نحو المبحوثات اللواتي اكتشفن مرضهن عند سن 37-41 سنة بنسبة 62.7%، وبلغت أدنى نسبة 1.5% وتمثلت في اللواتي اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند سن 22-26 سنة.

وبإدخال المتغير المستقل والخاص بمدى استعمال المبحوثات لحبوب منع الحمل لاحظنا ارتفاع نسبة اللواتي لم يستعملنها (يتعلق الأمر بالمتزوجات والعازبات) واكتشفن مرضهن عند سن 37-41 سنة إذ بلغت 64.2% مقارنة باللواتي استعملنها والبالغة نسبتهن 61.2%، اي بفارق 3%.

ولمعرفة شاملة وأدق للاستعمال الهرموني لدى نساء العينة أدخلنا المتغير الرائز المتمثل في مدى استعمالهن للأدوية الهرمونية، فلاحظنا عند نفس الاتجاه، ارتفاع طفيف للواتي استعملن حبوب منع الحمل واستعملن أيضا من قبل أدوية أخرى هرمونية (61.9%) مقارنة باللواتي استعملن حبوب منع الحمل ولم يستعملن أدوية أخرى هرمونية (60.9%)، اي بفارق 1%.ويتعلق الأمر في هذه الحالة بالمتزوجات فقط.

أما عن اللواتي لم يستعملن حبوب منع الحمل من متزوجات وعازبات فنلاحظ ارتفاع نسبة اللواتي لم يستعملن أدوية أخرى هرمونية، وهي أعلى نسبة مسجلة بهذا الجدول والمقدرة بـ 68.6%، مقابل نسبة اقل عند من استعملن فقط أدوية هرمونية واللاتي مثلن أدنى نسبة وهي 59.4%.

فتأثير الاستعمال الهرموني من وسائل منع الحمل وأدوية على الإصابة بسرطان الثدي عند الأربعين سنة فاقل، بارز بنسبة ضئيلة فقط في حالة استعمال حبوب منع الحمل مع أدوية هرمونية أخرى، وغير واضح عند استعمال أدوية أخرى هرمونية غير الحبوب. وحتى تأثيرهما على السن عند الإصابة لم يظهر رغم الحضور العشوائي لاستعمال حبوب منع الحمل كما تبين ذلك في الجداول السابقة ويؤكد هذه النتائج معامل ارتباط التوافق لمتغيري الاستعمال الهرموني الكلي والسن عند اكتشاف المرض حيث وجدنه مساويا صفر، ما يعني عدم وجود علاقة بينهما.

الاستنتاج

من خلال تحليل جداول الفرضية الثانية استنتجنا النقاط أساسية التالية:

– انتشار استعمال حبوب منع الحمل لمدة طويلة وهي الوسيلة الهرمونية الوحيدة المستعملة من طرف المبحوثات، إذ 44.8% استعملن الحبوب لمدة تفوت الخمس سنوات ولقد أثبتت الدراسات ارتباطها بسرطان الثدي خاصة عند ارتفاع مدة استعمالها واتخاذها كمانع من الإنجاب قبل أول طفل.

– انتشار الاستعمال العشوائي لحبوب منع الحمل إذ توصلنا إلى أن 66.7% من المبحوثات استعملن حبوب منع الحمل دون استشارة الطبيب واكتشفن المرض عند سن 37–41 سنة، ومعظم هؤلاء وبنسبة 66.7%، تناولنها لمدة تتجاوز الخمس سنوات.

– تسجيل أعلى نسبة عند اللواتي استعملن حبوب منع الحمل المركبة من هرموني الاوستروجين والبروجستيرول وأصبن بالمرض بين 37 و41 سنة والمقدرة بـ 64.7%، تليها نسبة اقل والبالغة 56.5%ونسبة مرتفعة من المبحوثات استهلكن حبوب منع الحمل المركبة من هرموني الأوستروجين والبروجيستيرون لمدة تفوق الخمس سنوات، والمقدرة بـ 49.0%.

–لم نلحظ تأثيرا للعوامل المذكورة على السن عند الإصابة بالمرض، لكن وبعد ربط هذا الأخير بنوع حبوب منع الحمل المستعملة لاحظنا تسجيل أعلى نسبة عند اللواتي استعملن حبوب منع الحمل المركبة من هرموني الاوستروجين والبروجستيرول وأصبن بالمرض بين 37 و41 سنة والمقدرة بـ 64.7%.

– إن معظم من استعملن حبوب منع الحمل والأدوية الهرمونية لديهن قريب أصيب بالسرطان وذلك بنسبة 71.4%، وهي أعلى بكثير من نسبة اللواتي استعملن الحبوب ولم يستعملن أدوية هرمونية والبالغة 50%، ما قد يدل على وجود علاقة بين الإكثار في استعمال الأدوية الهرمونية وسرطان الثدي في حالة وجود تاريخ مرضي

بالعائلة وتأثير هذا العنصر الأخير أقوى في ظهور المرض حيث سجلنا انخفاض نسبة اللواتي ليس لديهن قريب مصاب بالسرطان رغم تناولهن للحبوب وللأدوية الهرمونية وهي 28.6%.

– لم نجد تأثير للاستعمال الهرموني غير حبوب منع الحمل على ظهور المرض في حالة وجود قريب مصاب بسرطان الثدي أو الرحم إذ ترتفع نسب اللواتي لم يستعملنها من متزوجات وعازبات (66.6%) عن اللواتي استعملنها (54.5%) ما يدل على قوة تأثير التاريخ العائلي للمرض عن تأثير الاستعمال الهرموني من أدوية وموانع الحمل.

– عندما تم الربط بين الاستعمال الهرموني من حبوب منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى بالسن عند اكتشاف المرض استنتجنا ارتفاع نسبة اللواتي لم يستعملنها ما يعني عدم وجود علاقة بين المتغيرين وان وجدت فهي ضعيفة.

الفـــصـــــل الســـــابع

تحليل الفرضية الثالثة

تأثير سلوكات المرأة غير الصحية الناجمة عن مكانتها الاجتماعية على التعرض للضغوطات وظهور سرطان الثدي

تمهيد

1- المكانة الاجتماعية المكتسبة وعلاقتها بظهور سرطان الثدي عند الأربعين سنة فأقل

الاستنتاج

تمهيد

في إطار التحقق من الفرضية القائلة:" **لسلوكات المرأة غير الصحية الناجمة عن مكانتها الاجتماعية دور في تعرضها لضغوطات وفي ارتفاع عدد إصابتها بسرطان الثدي عند سن الأربعين سنة فأقل**".، سنتطرق إلى العلاقة بين بعض المتغيرات المحددة للمكانة الاجتماعية للمرأة والتغيرات أو التحولات التي طرأت عليها نتيجة التعليم والعمل خارج البيت، وما أفرزه هذان العاملان من عوامل أخرى كالتعرض للضغوطات المستمرة وللاستعمالات المتكررة للتكنولوجيات الحديثة وبالتحديد الهاتف النقال وتغيرات في طريقة التجميل باستعمال مستحضرات مكونة من مواد كيماوية وسيصب اهتمامنا حول مزيل العرق، وتغيرات أيضا في نوعية الأكل وفي الوزن ذات ، كلها عوامل ذات صلة مباشرة بالصحة الفسيولوجية.

ولقد حددنا المكانة الاجتماعية للمرأة بـ:

- حالتها العائلية
- حالتها الفردية.

اختلفت نتائج الدراسات بين النافية والمؤيدة لتأثير العناصر المذكورة آنفا على ظهور السرطانات وسوف يكون توجهنا نحو المؤيدين بقولنا أن الفئات الشابة والتي حددناها بالمرأة البالغة 40 سنة فاقل كثيرة التعرض لهذه العوامل وسنتحقق من ذلك بتحليل مجموعة من الجداول.

1- المكانة الاجتماعية المكتسبة وعلاقتها بظهور سرطان الثدي عند الأربعين سنة فأقل

جدول رقم 41: **توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / الحالة العائلية	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عازبة	-	-	1	2.5	10	25.0	29	72.5	40	100
متزوجة	2	2.2	7	7.9	27	30.3	53	59.6	89	100
مطلقة	-	-	-	-	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	*134	100

إن الاتجاه العام للجدول أعلاه يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

وعند ربط هذا الاتجاه بالمتغير المستقل والخاص بالحالة العائلية للمبحوثة، نلاحظ تسجيل أعلى النسب عند الأرامل والعازبات اللواتي اكتشفن المرض عند بلوغهن 37-41 سنة، إذ بلغت 100% عند الأولى، و 72.5% عند الثانية، أما عن أدنى النسب فقد سجلت عند المتزوجات والمطلقات وهي على الترتيب 59.6% و50%.

ويتبين أيضا من نفس الجدول ارتفاع نسب المتزوجات عن العازبات بانخفاض السن عند اكتشاف المرض، ففي الفئة 32-36 سنة بلغت نسبة المتزوجات 30.3% وانخفضت إلى 25% عند العازبات. وفي الفئة العمرية 22-26 سجلت نسبة 2.2%

* مبحوثة واحدة لم تصرح بسنها عند اكتشاف المرض.

عند المتزوجات في حين انعدمت العازبات فيها.

فمن خلال الاختلاف الكبير للنسب بين العازبات والمتزوجات والأرامل وكذا المطلقات، يمكن استخلاص وجود علاقة بين الحالة العائلية وصحة المرأة، فما يميز الأرامل، اللاتي يمثلن هنا أعلى نسبة، هو الميول إلى الانطباع السلبي عن الحياة والشعور بالوحدة والملل وارتفاع حالات الانهيار العصبي مقارنة بالمتزوجات[1]، فالانتقال إلى الترمل يترتب عنه تبعات عديدة، فإلى جانب فقدان رب الأسرة، تفقد الأرملة القدرة على إدارة أوضاع الأسرة على مستويات الدخل والإنفاق على الغذاء والكساء والتعليم والصحة، فتجد الأرملة نفسها أمام وضع يتطلب القوة والدعم لتخطيه، وإن لم يتوفر هذان الشرطين، انعكس الوضع سلبيا على صحة المرأة. وعندما أراد الطبيب "لورانس لوشان" Lawrence LeShan" الربط بين السرطان والاكتئاب ارتكز على فكرة أن الأرامل أكثر معاناة من المطلقات والمطلقات أكثر معاناة من المتزوجات والأقل اكتئابا هن العازبات[2]. إلا أن الطبيب يتحدث عن مجتمع يختلف عن مجتمعنا من حيث القيم خاصة فيما يتعلق بالزواج والعزوبة.

ولعل ارتفاع نسبة العازبات في الجدول أعلاه دليل على وجود اختلافات بين صحتهن وصحة المتزوجات وهناك دراسات أشارت إلى ذلك مع اختلاف في من توصلت إلى وضع صحي أفضل للمتزوجات ومن توصلت إلى عكس ذلك. وإذا كان يصح أن للعازبات وقت للاهتمام بصحتهن إلا أن عدم الزواج، خاصة إن لم يكن اختياري، فإنه ينعكس سلبيا على صحتهن النفسية وتظهر فيما بعد تبعاته على الصحة الفسيولوجية وبالخصوص مع مرور السنين، فالعينة المدروسة تبين ارتفاع نسب العازبات المصابات بسرطان الثدي عن المتزوجات عند أكبر فئة عمرية عند اكتشاف المرض، في حين تنخفض نسبها عن نسب المتزوجات عند الفئات العمرية الأخرى، فالخوف والقلق من العنوسة يزداد مع بلوغ عمر متقدم ولقد أشرنا في الجزء النظري إلى علاقة الضغط والقلق بظهور أمراض مختلفة من بينها سرطان الثدي.

1-Christiane Delbés, Joëlle Gaymu, le choc du veuvage a l'orée de la vieillesse, revue Population, 2002/6, Vol. 57,p 900-904.
2- Jaques Rouessé, ibid, p57.

جدول رقم 42: **توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية والسن عند اكتشاف المرض**

السن عند اكتشاف المرض / الحالة الفردية	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عاملة	1	1.6	3	4.7	19	29.7	41	64.1	64	100
ماكثة بالبيت	1	1.4	5	7.1	20	28.6	44	62.9	70	100
المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	58	63.4	134	100

يتبين من الجدول أعلاه أن معظم النساء اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن، لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5% والتي تمثل من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

وبإدراج المتغير المستقل والخاص بالحالة الفردية للمبحوثات نلاحظ أن 64.1% ممن اكتشفن مرضهن في سن 34-37 سنة عبارة عن عاملات تقابلها الماكثات بالبيت بنسبة أقل (62.9%).

وارتفاع نسبة العاملات مرتبط بالتغير الذي شاهدته المرأة بتزايد دخولها إلى عالم الشغل، مما انجر عنه تغير في النمط المعيشي وخاصة العادات الغذائية منه (سنتطرق إلى هذا العامل لاحقا) والتي تبين علميا مدى ارتباطها بظهور السرطانات وكذا تغير في خصائصها الديموغرافية، فالمرأة العاملة في غالبية الأوقات تكون ذات مستوى تعليمي مرتفع ولا تتزوج إلا بعد انتهائها من الدراسة وحصولها على عمل مما يؤدي إلى تأخر زواجها، وهذا الوضع يسفر عنه انخفاض في عدد الأولاد المنجبين

* مبحوثة واحدة لم تصرح بسنها عند اكتشاف المرض.

وتأخر السن عند إنجاب أول طفل وكذا آخر طفل، ولقد حددت هذه العوامل من بين مسببات سرطان الثدي، فمن الجدول الموجود بالملحق رقم 27 يتبين أن 64.7% من الجامعيات أنجبن طفلهن الأول بين 27 و29 سنة، بالمقابل أنجبت 50% من الأميات طفلهن الأول عند بلوغهن 21-23 سنة.

إلى جانب التغيرات الديموغرافية التي تعرفها المرأة العاملة، هنالك أيضا عوامل نفسية اعتبرت انعكاسا للضغوطات المتكررة الناتجة عن تعدد مهامها، خاصة إن كانت متزوجة، والتي تنتج، أيضا، عن عوامل أخرى ذات صلة مباشرة بظروف العمل وسنتحقق من هذا الأمر من خلال الجداول اللاحقة.

إن تعدد المهام ليس المصدر الوحيد للضغط بل هناك عوامل أخرى اجتماعية، كالمكانة التي اكتسبتها المرأة في المجتمع، فكل فرد يسعى إلى الارتقاء في السلم الاجتماعي، ولعدم بلوغ أعلى المراتب وحتى بلوغها آثار سلبية، كالشعور بالنقص وعدم الرضا أو الشعور بإهمال جوانب أخرى من الحياة كتربية الأولاد، ما يولد التوتر والقلق...ولهذا سنحاول معرفة المكانة التي اكتسبتها المبحوثات وربطها بمؤشر للكثير من الامراض في عصرنا هذا كالسرطانات الا وهو الشعور بالضغط اليومي.

جدول رقم 43: **توزيع المبحوثات حسب الحالة الزواجية ومدى الشعور بالضغط الدائم**

تشعر بالضغط الدائم / الحالة العائلية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
عازبة	22	53.7	19	46.3	41	100
متزوجة	32	36.0	57	64.0	89	100
مطلقة	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	-	-	1	100	1	100
المجموع	56	41.5	79	58.5	135	100

يتبين من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو المبحوثات اللواتي لا يشعرن بالضغط اليومي بنسبة 58.5% بالمقابل تبلغ نسبة اللواتي يشعرن بالضغط اليومي 41.5%.

بعد الربط بين مدى الشعور بالضغط والحالة العائلية للمبحوثة اتضح أن الأرامل وهي شخص واحد في حالة العينة المدروسة، والمتزوجات أقل شعورا للضغط عن غيرهن من العازبات والمطلقات، إذ صرحت الأولى بعدم تعرضها للضغط المستمر مسجلة نسبة 100%، كما بلغت نسبة المتزوجات اللواتي لا يتعرضن للضغط المستمر 64%، بالمقابل صرحت 53.7% من العازبات بتعرضهن الدائم للضغط وتليها المطلقات بنسبة 50%.

من هذه المعطيات نستنتج ارتفاع الشعور بالضغط عند المطلقات والعازبات، ونقطة الاشتراك بينهما عدم وجود الزوج فهن يعانين من الوحدة ومن ضغوطات المجتمع الذي يستحسن وضع المرأة المتزوجة. "فالمطلقات والأرامل أكثر عرضة لصراع الدور وهذا راجع لعدة عوامل منها تحمل المسؤولية والأعباء المعيشية وعدم وجود السند خصوصا من طرف الزوج..."[1]

1- سمير بن موسى، صراع الدور وعلاقته بالضغوط لدى المرأة العاملة، مجلة العلوم الإنسانية، العدد الثالث، جوان 2015، ص 165.

وعن العازبات ورغم ارتفاع نسبة العاملات لديهن والبالغة 61% كما هو مبين في الملحق رقم 17 إلا أنهن لم يحققن بعد ما يوفر لهن الاستقرار والتوازن النفسي أي الزواج، لهذا تتميز المتزوجات في هذه العينة بقلة الشعور بالضغط لتوفر السند أي الزوج ونقص الأعباء خاصة المادية والتي تعتبر في مجتمعنا من مسؤولية الرجل لهذا تقل لديهن الضغوطات خاصة منها الاجتماعية وذلك ببلوغهن أول وأهم دور أسند للمرأة بحكم طبيعتها الفسيولوجية وهو دور الأم.

ورغم قلة الشعور بالضغط عند المتزوجات والمولد لعوامل أخرى مسببة لمختلف الأمراض كما أشرنا إليه سابقا، إلا أن هؤلاء (ويمثلن نسبة 65.9%) أكثر عرضة لعوامل أخرى مسببة لسرطان الثدي خاصة منها حبوب منع الحمل وكذلك نسبة لا يستهان بها من المتزوجات عاملات (أنضر نفس الملحق)، ما يعرضهن لعوامل أخرى مسببة للسرطان في الوسط المهني.

إن بحثنا في عنصر الضغط عند المبحوثات نابع من اتجاهات الدراسات الحديثة لإيجاد صلة له بازدياد الإصابات بمختلف السرطانات "فالسرطان مرض متعدد الأسباب ومن بين العوامل المنسبة إليه والباقية في محل النقاش، السوسيولوجية والنفسية، والتطورات الحديثة في علم المناعة العصبية Neuroimmunologie، تدعم الفرضية الرابطة بين مرض السرطان والجانب النفسي للشخص: فالخلية جزء من نضام معقد يتضمن العديد من آليات للاتصال وتداخلات بين الجهاز العصبي المركزي وأنظمة الغدد الصماء وكذا أنظمة الجهاز المناعي وهذه الأخيرة تشترك في المستقبلات والوسطاء ما يدل على أن الدماغ يلعب دور منضم للاستجابة المناعية، والنشاط الدائم لمحور الغدة النخامية الأدرينالية أثناء القلق والاكتئاب قد يقلل من الاستجابة المناعية ما يؤدي إلى ظهور وتطور بعض السرطانات[1]".

1- Othman Amami, Rim Akrout et autres, opcit, p 684.

وفي الجدول الموالي سنتطرق إلى عمل المرأة خارج البيت وتسببه للضغط المستمر.

جدول رقم 44: **توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية ومدى الشعور بالضغط الدائم.**

تشعر بالضغط الدائم / الحالة الفردية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
عاملة	43	67.2	21	32.8	64	100
ماكثة بالبيت	13	18.3	58	81.7	71	100
المجموع	56	41.5	79	58.5	135	100

يتبين من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو المبحوثات اللواتي لا يشعرن بالضغط اليومي بنسبة 58.5% بالمقابل تبلغ نسبة اللواتي يشعرن بالضغط الدائم 41.5%.

لما تم إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة الفردية للمبحوثات ظهر التباين الكبير الموجود بين العاملات والماكثات بالبيت حيث تتميز هذه الأخيرة بعدم الشعور بالضغط المستمر وذلك بنسبة 81.7% مقابل 32.8% فقط عند العاملات، فهن يتميزن بشعورهن الدائم بالضغط وذلك بنسبة 67.2% مقابل نسبة أقل بكثير عند الماكثات بالبيت والبالغة 18.3%.

وللتأكد من وجود علاقة بين هذين المتغيرين قمنا بحساب كا^2 حيث بلغت قيمتها 41.99 عند درجة حرية 1 وهي أكبر من كا^2 الجدولية والتي حددناها عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني وجود علاقة بين الحالة الفردية ومدى الشعور بالضغط اليومي. ولمعرفة نوع هذه العلاقة قمنا بحساب معامل الاقتران والبالغ 0.8، وهذا دال عن وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين. ولقد لاحظنا في الجدول رقم 42 ارتفاع

نسب العاملات عن نسب الماكثات بالبيت عند معظم الفئات العمرية الخاصة بالسن عند اكتشاف المرض، ما يعكس الاختلافات الصحية الموجودة بين هاتين المجموعتين.

فمن هذه المعطيات نستنتج التأثير القوي للحالة الفردية على مدى التعرض للضغوطات، فخروج المرأة إلى العمل يمكن أن يخفف من المشاعر السلبية فيحقق لها خاصة استقلالا ماديا وفرصة للارتقاء وللوصول إلى مكانة اجتماعية أفضل، كما يمكن أن يحصل العكس إن لم تتحصل المرأة على العمل المناسب وإن لم تتوفر الظروف الملائمة للعمل في أريحية، كالمواصلات وروضات لأبنائها إلى جانب التعرض اليومي لازدحام الطرقات وضغوطات العمل، فسينتج حتما عن هكذا ظروف عدم التوفيق بين العمل الخارجي والواجبات المنزلية ما يولد الضغط اليومي، فإلى جانب اشتغال المرأة لساعات خارج البيت تعود إلى المنزل لتواصل العمل لكن هذه المرة دون راتب، للاعتناء بالبيت والأولاد والزوج وأحيانا بأسرة الزوج إن كانت تعيش مع أهله، فحسب المسح الوطني حول استخدام الوقت، تقضي النساء ما يقارب الخمس ساعات أي 4.7 ساعات في الأعمال المنزلية[1]، وهذا يعني أن التي تخرج من عملها مساءا، تواصل العمل بالبيت إلى وقت متأخر، ما يزيد من شعورها بالإرهاق وحتى بالقلق في حالة عدم القيام بكل الأعمال، فحسب نفس المصدر السابق 32.3% من النساء العاملات يعتقدن أنه ليس لديهن الوقت لانجاز كل ما يرغبن فيه مقابل 15.9% فقط من الماكثات بالبيت[2].

1- الديوان الوطني للإحصاء، المسح الوطني حول استخدام الوقت، الجزائر ،2012، ص28.

2 – نفس المرجع، ص 81.

يقل الشعور بالضغط اليومي عند الماكثات بالبيت رغم التغيرات التي طرأت على هؤلاء بأدائهن لمهام جديدة شكلت حسب تصريح بعضهن مصادر للضغط فحسب الملحق رقم 23 ، لاحظنا تسجيل أعلى نسبة عند النساء اللواتي تأخذ على عاتقهن مهمة شراء لوازم البيت ودفع مختلف الفواتير، حيث صرحن بشعورهن بضغط يومي، ولقد بلغت نسبتهم 75%. في حين لاحظنا انخفاض نسبة النساء المرافقات لأبنائهن يوميا إلى مدارسهم، أين صرحن بشعورهن بضغط مستمر بنسبة 40%، ولقد توزعت النساء اللواتي يقمن بالاعتناء بأشخاص مسنين، وهم على العموم الوالدين أو والدا الزوج، بالتساوي بين من يتعرضن للضغط والقلق اليومي ومن لا يتعرضن له، أي بنسبة 50% لكل فئة.

فالملاحظ في مجتمعنا تخلي بعض الأزواج عن بعض الأدوار التي كانت في وقت ما من مهامهم لتتبناها المرأة كالتسوق ودفع الفواتير، وفي حالات كثيرة تقوم بها المرأة بمحض إرادتها حتى تثبت لنفسها ولمحيطها عن قدرتها على القيام بأدوار مختلفة، أو ربما، اعتبرتها فرصة للخروج من المنزل، لكن الملاحظ هو تصريح النساء اللاتي تعددت أدوارهن بتعرضهن للضغط بسبب تلك المهام، فبالنسبة لدفع الفواتير (ليست بمهمة يومية) لكن طول الطوابير يسبب فعلا القلق، أما عن شراء لوازم البيت فالقلق الذي يسببه يمكن أن يكون ناتجا عن غلاء المعيشة والتخطيط لكيفية تسيير راتب الزوج ليكفي الشهر كله.

وفي الواقع فخروج المرأة الماكثة بالبيت للقيام ببعض المهام فرصة للتغيير والترويح عن النفس، فمرافقة الأبناء إلى المدرسة يسمح لها بمقابلة أمهات أخريات لتبادل الحديث ، وهنا نجد أن غالبية نساء العينة صرحن أن هذه المهمة لا تسبب لهن ضغوطات.

ومن المؤكد أن العمل خارج البيت وكما هو مبين من الجدول أعلاه مولد هام للضغوطات، فيرى "كويك وكويك" أن أسباب الضغط المهني تتمثل في أربع مجموعات رئيسية منها ما يتعلق بمطالب المهنة ومنها ما يتعلق بمطالب الدور وأخرى متعلقة بمطالب بيئة العمل وأخرى تتعلق بالعلاقة الشخصية في بيئة العمل[1].

وما من شك أن التعرض للضغوطات ولعوامل أخرى مسرطنة يختلف باختلاف نوع المهنة الممارسة والتي تندرج ضمن مطالب المهن وهذا ما سنراه في الجدول الموالي.

1- عمر مصطفى محمد النعاس، الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية، الطبعة الأولى، جامعة 7 أكتوبر، مصر، 2008، ص 34.

جدول رقم 45: **توزيع المبحوثات حسب نوع المهنة ومدى الشعور بالضغط الدائم.**

تشعر بالضغط الدائم / نوع المهنة	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
إطار	13	92.9	1	7.1	14	100
موظفة	22	71.0	9	29.0	31	100
مهنة حرة	8	47.1	9	52.9	16	100
المجموع	43	69.4	19	30.6	62*	100

نلاحظ من الجدول أعلاه اتجاهه العام نحو المبحوثات اللواتي صرحن بشعورهن بضغط يومي بنسبة 69.4% ، مقابل اللواتي لا يشعرن بضغط يومي بنسبة 30.6%.

وبعد ربط هذا الاتجاه بالمتغير المستقل والمتمثل في نوع المهنة الممارسة، نلاحظ تسجيل النساء اللواتي يشغلن منصب إطار ويشعرن بالضغوطات يوميا أعلى نسبة والمقدرة بـ 92.9%، ثم تليها الموظفات اللواتي يشعرن بالضغط اليومي بنسبة 71%، و في الأخير تسجل النساء المشتغلات بمهن حرة وصرحن بشعورهن بضغط يومي، أدنى نسبة والبالغة 47.1%.

تتفاوت المهن في طبيعتها من حيث المسؤولية والثقل الوظيفي الذي يكون أحيانا أكبر أو أقل من قدرات الشخص مما يجعله من مصادر الضغط في كلتا الحالتين، فالإطار يمكن أن يشغل منصب تكثر فيه المسؤوليات واتخاذ القرارات ومن بين المناصب الممتهنة من طرف المبحوثات : رئيسة مصلحة، مستشارة التشغيل، التعليم، محامية، مفتشة الرقابة، وهذه كلها مهن تعرض صاحبها للضغوطات.

*مبحوثتان لم تصرحا بمهنتهما

والعمل لـ 8 ساعات يوميا عامل آخر يسبب الضغط فنلاحظ من الملحق رقم 19 تسجيل أعلى نسبة عند اللواتي يعملن بين 5 إلى 8 ساعات يوميا ويشعرن بالضغط المستمر والبالغة 63.2%، كما نلاحظ انخفاض نسبة من يعملن لأكثر من 8 ساعات عن من يعملن بين 5 و8 ساعات و صرحن بالشعور الدائم بالضغط، وهذا يعني أن لظروف العمل دور وكذا لنوع العمل دور وتأثير أكبر، فكما أشرنا إليه، ترتفع عدد ساعات العمل عند من يشتغلن في الأعمال الحرة كالخياطة والتجارة وصنع الحلويات وما يميزهن عن غيرهن هو حرية إدارة وقت العمل واختيار مكان العمل، فالكثير منهن يعملن ببيوتهن ما يصرف عنهن الكثير من الضغوطات بداية من ازدحام الطرقات وعدم التفاهم أحيانا مع زملاء أو رؤساء العمل بالإضافة إلى الصعوبة في تحقيق التوازن بين العمل الخارجي وواجبات أخرى منزلية.

كما ارتبطت بعض المهن بالإصابة بالسرطان كالتي يكثر فيها الاستعمالات الكيماوية والتعرض للأشعة ولقد أشرنا إلى هذا في الجزء الخاص بالدراسات السابقة. وفي هذه العينة تمثلت في نساء يشتغلن بمخابر للتحاليل الطبية والممرضات ومساعدة طبيب أسنان ومهندسة دولة في الكيمياء وهي أيضا تعمل بالمخبر.

يزيد تأثير التعرض لمختلف العوامل المسرطنة ومنها الضغوطات بارتفاع عدد السنين المنقضية في العمل كما هو مبين في الملحق رقم 22 إذ يظهر جليا ارتفاع نسب اللواتي يشعرن بالضغط بصفة دائمة بارتفاع عدد الأعوام التي قضتها المرأة في العمل، إذ بلغت 47.6% عند اللائي اشتغلن لمدة تتراوح بين سنة واحدة و6 سنوات، وارتفعت إلى 75% عند اللائي اشتغلن لمدة تتراوح بين 7 و12 سنة. كما تستمر النسب في الارتفاع إلى أن تصل إلى أقصى حد لها والبالغ 100% الذي سجل عند اللائي اشتغلن لمدة تتراوح بين 19 و24 سنة وكذا عند اللائي اشتغلن لمدة تتراوح بين 25 و30 سنة.

وبهذا يمكن القول أن لطول المدة المنقضية في العمل وعدد ساعاته ونوعه تأثيرا سلبيا على صحة المرأة النفسية، ما ينعكس بالسلب أيضا على صحتها الفسيولوجية إذ مع مرور السنين تدخل المرأة في نوع من الروتين كما تتراكم لديها ضغوطات وتعب سنين عديدة منقضية في العمل.

ولوقت العمل تأثير سلبي أيضا على صحة المرأة ولهذا سنتطرق إلى هذا الجانب من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 46: **توزيع المبحوثات حسب وقت عملهن ومدى شعورهن بالضغط الدائم.**

تشعر بالضغط الدائم / وقت العمل	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نهارا	35	67.3	17	32.7	52	100
ليلا	3	100	-	-	3	100
ليلا ونهارا	5	62.5	3	37.5	8	100
المجموع	43	68.3	20	31.7	63	100

إن الاتجاه العام للجدول أعلاه يتجه نحو 68.3% من النساء العاملات اللواتي يشعرن بالضغط المستمر مقابل 31.7% من اللواتي لا يشعرن بضغط دائم.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل تبين لنا أن كل المشتغلات ليلا يتعرضن للضغط الدائم وذلك بنسبة 100%، تليها نسبة 67.3%، والتي تمثل النساء العاملات بالنهار فقط، وعن أدنى نسبة، فقد سجلت عند اللواتي يعملن أحيانا بالليل وأحيانا أخرى بالنهار وهي ليست ببعيدة عن سابقتها إذ بلغت 62.5%.

* واحدة لم تصرح بوقت عملها

وفيما يخص بعض المهن التي تستوجب المداومة ليلا، وفي حالة عينة البحث، تمثلت في العاملات في السلك الطبي من ممرضات وطبيبات، وهناك مهن أخرى يتم فيها تقسيم وقت العمل بين الليل والنهار وتمثلت خاصة في العاملات في المهن الحرة كاللاتي يعملن بالخياطة وصنع الحلويات، حيث تكثر عندهن الطلبات في بعض المواسم خاصة بقدوم الأعراس فتضطر العاملة هنا إلى الاستمرار في العمل إلى أوقات متأخرة من الليل أو القيام بالأعمال المنزلية نهارا ومزاولة حرفتها ليلا رغم انخفاض عدد العاملات ليلا واللواتي يوزعن عملهن بين الليل والنهار بالنسبة لمجموع المشتغلات في العينة المدروسة والبالغة نسبتهن 12.9 إلا أن الشعور بالضغط مرتفع جدا لديهن.

وما يمكن استخلاصه من القراءة الإحصائية للجدول أن العمل ليلا يمكن أن يؤثر سلبيا على الصحة النفسية للمرأة بسبب عدم الاعتناء بالأطفال والزوج مما يولد لديها شعورا بالتقصير ينجر عنه إحساسا بالقلق، يضاف إليه نضرة المجتمع الذي لا يستحسن خروج المرأة ليلا. كما حذر الباحثون من الاضطرابات الجسدية التي يسببها العمل ليلا إذ تشير " آني جوليفي Annie Jolivet " إلى آثار العمل الليلي على الفرد على المدى القريب والبعيد وصنفتها على النحو التالي: – اضطراب النوم وكثرة الغفوات، التعب واضطراب المزاج والقلق والانهيار العصبي خاصة عند النساء،– عدم استقرار أوقات الأكل مع سوء التغذية ينجم عنه أمراض في الجهاز الهضمي والسمنة وارتفاع ضغط الدم والسكري من النوع الثاني، – احتمال الإصابة بأمراض القلب والسرطان، – قلة فاعلية الأدوية خاصة على الأمراض المزمنة، – تأثير سلبي على الحياة العملية والزوجية وعلى العلاقة مع الأولاد وكثرة الأخطاء والحوادث في العمل [1]

دراسات أخرى كاللاتي قام بها " هانسن Hansen " عام 2006 و" دافيس ومريك Davis et Merick " عام 2006 تؤكد أن العمل الليلي يتسبب في العديد من السرطانات[2].

1- Annie Jolivet, Pénibilité du travail : la loi de 2010 et ses usages par les acteurs sociaux, La Revue de l'Ires, n° 70, 2011/3, p 39.
2-Diane B. Boivin, Comment réduire les effets négatifs du travail de nuit sur la santé et la performance?, revue Gestion, Vol. 35, 2010, p 48.

وعموما فخروج المرأة من أجل الدراسة والعمل أو للقيام بأدوار أخرى نتجت عنه تغيرات في النمط المعيشي، من أهمها تغيرات في التغذية كالأكل خارج البيت والذي ثبت تأثيره السلبي على الصحة، فهل من اختلافات في اللجوء إلى مثل هذا السلوك بين أفراد العينة؟

جدول رقم 47: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن الفردية، عدد مرات الأكل خارج البيت في الاسبوع وسنهن عند اكتشاف المرض.**

الحالة الفردية	السن عند اكتشاف المرض / عدد مرات الأكل خارج البيت	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	1-2 مرة	-	-	1	7.1	3	21.4	10	71.4	14	100
	3 مرات فاكثر	-	-	2	5.3	11	28.9	25	65.8	38	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	1	8.3	-	-	5	41.7	6	50.0	12	100
	المجموع	1	1.5	3	4.7	19	29.7	41	64.1	64	100
ماكثة بالبيت	1-2 مرة	-	-	-	-	4	50.0	4	50.0	8	100
	3 مرات فأكثر	1	14.3	-	-	3	42.8	3	42.8	7	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	-	-	5	9.1	13	23.6	37	67.3	55	
	المجموع	1	1.4	5	7.1	20	28.6	44	62.8	70	100
المجموع	1-2 مرة	-	-	1	4.5	7	31.8	14	63.6	22	100
	3 مرات فاكثر	1	2.2	2	4.4	14	31.1	28	62.2	45	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	1	1.5	5	7.5	18	26.9	43	64.1	67	
	المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134*	100

*مبحوثة واحدة لم تصرح بسنها عند اكتشاف المرض

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

عند ادخالنا للمتغيرين المستقل والرائز والمتمثلين في في الحالة الفردية والاكل خارج البيت من عدمه، لاحظنا تسجيل اعلى نسبة و البالغة 71.4% عند المبحوثات اللواتي يعملن ويتناولن اكلهن خارج البيت من مرة الى مرتين في الاسبوع وهؤلاء اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة، وبالمقابل وفي نفس الاتجاه نلاحظ تسجيل نسبة مرتفعة والبالغة 67.3 عند الماكثات بالبيت واللواتي لا يتناولن او نادرا ما يتناولن اكلهن خارج البيت.

ونستنتج من هذه المعطيات الإحصائية، مدى تأثير عمل المرأة على نوع غذائها، إذ تضطر للتوجه نحو المطاعم وخاصة المختصة في الأكل السريع لاقتناء غذائها، وهذا راجع لبعد المسافة بين مكان العمل والمنزل ولازدحام الطرقات التي تصعب أكثر عملية التنقل، وكما نعلم فولوج المرأة عالم الشغل ناتج عن تعلمها و ترتفع فرصها في العمل بارتفاع مستواها التعليمي وهذا ما يفسر ارتفاع نسب الأكل خارج البيت بارتفاع المستوى التعليمي، هذا من جهة ومن جهة أخرى وكما هو مبين في الملحق رقم 17 فإن معظم العازبات والمطلقات عاملات إذ بلغت نسبهن على الترتيب 61% و75% ما يفسر أيضا ارتفاع من يأكلن خارج البيت عند هؤلاء كما هو مبين كذلك في الجدولين السابقين.

وهناك بعض العوامل التي تجعل المرأة مضطرة للجوء إلى مثل هذا التصرف كالدراسة في مؤسسة بعيدة عن المنزل لا توفر خدمة الإطعام، فالشأن ذاته ينطبق على المرأة العاملة في مكان بعيد المسافة عن منزلها، غير أنه يمكن تفادي هذه الأسباب لو كانت النساء تعي أضرار الوجبات السريعة على صحتها وعملت إلى تبني

نضام غذائي صحي بالتركيز على وجبة فطور الصباح بجعلها الوجبة الرئيسية في اليوم والاكتفاء بتناول فواكه في الغذاء، غير أن السائد في مجتمعنا هو تهميش هذه الوجبة عبر تناول في غالب الأحيان مجرد كوب قهوة، كما يمكن لهن تحضير وجبات خفيفة لتناولها وقت الغذاء مع مراعاة شروط الحفظ.

وللوجبة السريعة أضرار وخيمة لاحتوائها على أطعمة سريعة التحضير تعتمد أساسا على المقليات ومواد مضافة كيميائية وهي أيضا غنية بالدهون، فالمواظبة عليها يسبب حتما العديد من الأمراض كضغط الدم وإرباكات بالمعدة وخاصة السمنة التي تم ربطها بأمراض عديدة من بينها السرطانات. فالصندوق العالمي للبحث في السرطانات World Cancer Research Fund (WCRF) الذي يقوم بجمع نتائج الدراسات للوصول إلى توافق وإجماع عالمي حول العلاقة بين السرطان والتغذية، يصدر تقارير متحينة بصفة منتظمة، اعتبرت كمرجع علمي في هذا المجال، كما يقوم بعرض المعطيات العلمية حول العلاقة بين السرطان والتغذية موضحا درجة صحتها حسب التقييم الخاص بكل علاقة. ولقد توصل إلى إمكانية تفادي ثلث السرطانات عن طريق الوقاية أي بإتباع نمط غذائي مناسب والخفض من عدد الإصابات في بعض السرطانات إلى النصف كسرطان الرحم عند النساء[1].

ولإعطاء إيضاحات أكثر حول هذا العامل سنسلط الضوء على هذا الجانب بربطه بالحالة العائلية للمبحوثة.

1- Chantal Julia, La nutrition, un enjeu essentiel de santé, revue Les Tribunes de la santé, n° 49, 2015/4, p.26

جدول رقم 48: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن العائلية، عدد مرات الأكل خارج البيت في الأسبوع وسنهن عند اكتشاف المرض**

الحالة العائلية	السن عند اكتشاف المرض / عدد مرات الأكل خارج البيت	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوجة	1-2 مرة	–	–	–	–	4	30.8	9	69.2	13	100
	3 مرات فأكثر	1	4.3	2	8.7	10	43.5	10	43.5	23	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	1	1.9	5	9.4	13	24.5	34	64.2	53	100
	المجموع	2	2.2	7	7.9	27	30.3	53	59.6	89	100
عازبة	1-2 مرة	–	–	–	–	2	40.0	3	60.0	5	100
	3 مرات فأكثر	–	–	1	6.7	2	13.3	12	80.0	15	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	–	–	–	–	6	30.0	14	70.0	20	100
	المجموع	-	-	1	2.5	10	25.0	29	72.5	40	100
مطلقة	1-2 مرة	-	-	-	-	-	-	–			–
	3 مرات فاكثر	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	-	-	-	-	2	26.9	1	64.1	3	100
	المجموع	-	-	-	-	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت							1	100	1	100
المجموع	المجموع	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
	1-2 مرة	–	–	–	–	6	33.3	12	66.7	18	100
	3 مرات فاكثر	1	2.6	3	7.9	12	31.6	22	57.9	38	100
	لا أو نادرا ما تأكل خارج البيت	1	1.3	5	6.4	21	26.9	51	65.4	78	100
المجموع		2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134	100

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

بعد إدخال المتغيرين المستقل والرائز والمتمثلين في الحالة العائلية والأكل خارج البيت على هذا الاتجاه أي على تمركز الإصابات في الفئة العمرية لاكتشافه 37-41، تبين لنا تسجيل أعلى النسب لدى المطلقات والعازبات اللواتي يتناولن أكلهن خارج البيت ثلاث مرات فأكثر في الأسبوع، أي 100% عند الأولى و80% عند الثانية بينما سجلت المتزوجات اللواتي يتناولن الأكل خارج البيت ثلاث مرات فأكثر ادنى نسبة والبالغة 43.5% .

من خلال هذا العرض الإحصائي نستنتج أن اللجوء إلى الأكل خارج البيت شائع أكثر عند نساء يتميزن بغياب الزوج وكذا الأولاد بالنسبة للعازبات، فالزوج دافع لتحضير غذاء متنوع ومختلف بين يوم وآخر ويجبر المرأة حتى وإن كانت عاملة أن تعود للمنزل لإطعام الأسرة، فحتى وجود الأولاد يستلزم تحضير الطعام والأكل بالبيت إلا أن هؤلاء يعتمدون على أكلات سهلة وسريعة التحضير وفي حالات كثيرة يتواجدون وقت الأكل بروضات الأطفال أو بمدارس خاصة توفر لهم الأكل وهو توجه الكثير من النساء العاملات. أما العازبات فهن يتمتعن بحرية أكثر لقلة المسؤوليات الأسرية وهن أكثر ميولا للخروج مع الصديقات وزميلات العمل أو الدراسة وتقاسم وجبة الغذاء في الخارج .

ولقد أفرزت التغيرات التي طرأت على النمط المعيشي في مجتمعنا ومنها الغذائية مظاهر عدة كانتشار السمنة والتي حددت كحالة مرضية ينتج عنها العديد من الإعتلالات الصحية كالسرطانات، لهذا أردنا تسليط الضوء على هذا الجانب للبحث عن مدى علاقته بالإصابة بسرطان الثدي عند الأربعين سنة فاقل.

جدول رقم 49: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن الفردية، مدى معانتهن من السمنة أو الزيادة في الوزن وسنهن عند اكتشاف المرض**

الحالة الفردية	السن عند اكتشاف المرض / عانت من زيادة في الوزن او السمنة	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	نعم	-	-	1	5.3	6	31.6	12	63.1	19	100
	لا	1	2.2	2	4.4	13	28.9	29	64.4	45	100
	المجموع	1	1.5	3	4.7	19	29.7	41	64.1	64	100
ماكثة بالبيت	نعم	-	-	2	8.7	7	30.4	14	60.7	23	100
	لا	1	2.1	3	6.4	13	27.6	30	63.8	47	100
	المجموع	1	1.4	5	7.1	20	28.6	44	62.8	70	100
المجموع	نعم	-	-	3	5.7	13	24.5	26	49.1	53	100
	لا	2	2.5	5	6.2	26	32.1	59	72.8	81	100
	المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134	100

يتبين من الجدول الموضح أعلاه اتجاهه العام نحو النساء اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

بعد إدخال المتغيرين المستقل والرائز والمتمثلين في الحالة الفردية للمريضة ومدى تعرضها للسمنة أو الزيادة في الوزن على هذا الاتجاه يتضح لنا التقارب الموجود في نسب النساء العاملات اللواتي عانين من السمنة قبل المرض والنساء العاملات اللواتي لم يعانينا منها رغم ارتفاعها قليلا عند هذه الأخيرة (64.4% مقابل63.1%)، هذا من جهة، من جهة أخرى نلاحظ تسجيل أعلى النسب عند المبحوثات اللواتي لم تعاني من السمنة أو الزيادة في الوزن سواء كانت المرأة عاملة أو ماكثة بالبيت .

فالنتائج المتوصل إليها لا تنطبق مع ما هو شائع عندنا من انتشار لظاهرة السمنة خاصة عند النساء، فحسب التحقيق الوطني حول الصحة لعام 2005 بلغت نسبة الأشخاص البالغ سنهم (35-70) سنة والذين يعانون منها 50.9% من بينهم نسبة 66.52%، نساء[1].

إن الدراسات التي ربطت بين السمنة وسرطان الثدي تعتبر هذه الأولى عامل خطورة عند النساء البالغات سن اليأس وعامل حماية قبل هذا السن لكثرة دورات غياب الإباضة في سن المراهقة[2] ونساء العينة المدروسة شابات لا يتعدى سنهن الأربعين ولم يبلغن بعد سن اليأس وإذا عملنا بنتائج الدراسات فعامل الحماية متوفر عند الكثير منهن.

1-INSP, Enquête national santé résumé, novembre 2007, p12.

2- Patrick Arveux, Aurélie Bertaut, op.cit, p 1364.

جدول رقم 50: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن العائلية، مدى معانتهن من السمنة أو الزيادة في الوزن وسنهن عند اكتشاف المرض**

الحالة العائلية	السن عند اكتشاف المرض / عانت من السمنة	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوجة	نعم	–	–	3	10.3	8	27.6	18	62.1	29	100
	لا	2	3.3	4	6.7	19	31.7	35	58.3	60	100
	المجموع	2	2.2	7	7.9	27	30.3	53	59.6	89	100
عازبة	نعم	–	–	–	–	5	41.7	7	58.3	12	100
	لا	–	–	1	3.6	5	17.8	22	78.6	28	100
	المجموع	-	-	1	2.5	10	25.0	29	72.5	40	100
مطلقة	نعم	-	-	-	-	1	33.3	2	66.7	3	100
	لا	-	-	-	-	1	100	–	–	1	100
	المجموع	-	-	-	-	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	لا							1	100	1	100
المجموع	المجموع	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
	نعم	–	–	3	6.8	14	31.8	27	61.4	44	100
	لا	2	2.2	5	5.5	25	27.8	58	64.4	90	100
المجموع		2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134	100

من الجدول أعلاه يتبين لنا أن غالبية المبحوثات اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة وذلك بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

وبربط اتجاه نفس الجدول بالتغير المستقل، أي بالحالة العائلية للمريضة وبالمتغير الرائز أي بمدى معاناتها من زيادة في الوزن أو السمنة، لاحظنا تسجيل اكبر نسبة عند الأرامل اللواتي لم تعاني من سمنة أو زيادة في الوزن واكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة والبالغة 100%، وعند المطلقات اللواتي لم تعاني من سمنة أو زيادة في الوزن لكن اكتشفن مرضهن في سن اصغر أي عند الفئة العمرية 32-36 سنة والبالغة أيضا 100% وتليها العازبات اللواتي لم تعاني من سمنة أو زيادة في الوزن واكتشفن مرضهن عند نفس الفئة العمرية بنسبة 78.6%.

يختلف الأمر عند المتزوجات حيث ترتفع عندهن نسبة من عانين من سمنة أو زيادة في الوزن مقارنة بمن صرحن بعدم المعانات منها (62.1% مقابل 58.3 %) وقد يكون هذا ذات صلة بإنجابها للأطفال فهذا العامل الديموغرافي يلعب دورا في زيادة وزن المرأة، إذ تشير الدراسات إلى زيادة وزن المرأة مع كل طفل منجب، وحسب الدراسة التي أجريت بإيران والصادرة نتائجها عام 2008، فان وزن المرأة يزداد بنسبة 18% عند كل طفل اضافي[1]، والشائع هو وجود اختلاف بين خصوبة المرأة العاملة والماكثة بالبيت فاشتغال المرأة خاصة إذا اقترن بتعليمها وتدريبها يؤدي إلى الإقلال من الإنجاب ليزول التناقض لصالح دورها الجديد كامرأة عاملة،[2] ما يفسر النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 49 بارتفاع نسبة العاملات اللواتي لم تعاني من السمنة.

فمن هذه المعطيات نستنتج أن العازبات والمطلقات والأرامل أكثر تعرضا لأحد عوامل الخطورة المؤدية إلى ظهور سرطان الثدي ألا وهو النحافة إذ وكما اشرنا إليه سابقا فالزيادة في الوزن أو السمنة يمثلان احد عوامل الحماية من هذا الداء عند الشابات، وبالتالي فان للحالة العائلية تأثيرا على هذا العامل عند العينة المبحوثة.

1- Enayatollah Bakhsi,Mohammad Réza Eshraghian et autres, the positive association between number of children and obesity in iranien women and men Licensse BioMed central Ltd, 2008, sans page.

2- سلوى عثمان الصديقي، قضايا الأسرة والسكان، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص 363.

جدول رقم 51: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن الفردية، مدى استعمالهن اليومي للهاتف النقال والسن عند اكتشاف المرض.**

الحالة الفردية	السن عند اكتشاف المرض / مدة استعمال الهاتف النقال في اليوم	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	اقل من 15 دقيقة	-	-	1	6.2	2	12.5	13	81.3	16	100
	15 دقيقة فأكثر	-	-	2	5.7	15	42.9	18	51.4	35	100
	لا أو نادرا ما تستعمله	1	7.7	-	-	2	15.4	10	76.9	13	100
	المجموع	1	1.5	3	4.7	19	29.7	41	64.1	64	100
ماكثة بالبيت	اقل من 15 دقيقة	1	2.9	1	2.9	8	23.6	24	70.6	34	100
	15 دقيقة فأكثر	-	-	1	10.0	4	40.0	5	50.0	10	100
	لا أو نادرا	-	-	3	11.5	8	30.8	15	57.7	26	
	المجموع	1	1.4	5	7.1	20	28.6	44	62.8	70	100
المجموع	اقل من 15 دقيقة	1	2.0	2	4.0	10	20.0	37	74.0	50	100
	15 دقيقة فأكثر	-	-	3	6.7	19	42.2	23	51.1	45	100
	لا أو نادرا	1	2.6	3	7.7	10	25.6	25	64.1	39	
	المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134	100

من الجدول أعلاه يتبين لنا أن غالبية المبحوثات اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة وذلك بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

* مبحوثة واحدة لم تصرح بسنها عند اكتشاف المرض.

عند إدخال المتغير المستقل والخاص بعمل المرأة من عدمه والمتغير الرائز والخاص بمدة استعمال الهاتف النقال من عدم استعماله على هذا الاتجاه والمتمثل في النساء اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة، تبين لنا أن العاملات أكثر استعمالا له عن الماكثات بالبيت ولمدة تقل عن 15 دقيقة في اليوم بنسبة81.3% عند الأولى مقابل 70.6% عند الثانية، كما لاحظنا انخفاض السن عند اكتشاف المرض عند من تجاوز استعمالهن للهاتف النقال الـ 15 دقيقة كما هو الحال في الفئة العمرية 32-36 سنة (42.9 عند العاملات و 40 عند الماكثات بالبيت) ما قد يدل على أن كثرة التعرض للمجالات الكهرومغنطيسية، والهاتف النقال احد مصادرها، يعجل من إصابة المرأة بهذا الداء .

وعن الأسباب التي تجعل المرأة العاملة الأكثر استعمالا للهاتف النقال نجد الجانب المادي، بامتلاكها لأجر شهري يسمح لها بتعبئة رصيدها كلما شاءت، وهناك جوانب أخرى مرتبطة بظروف العمل ونوعه كاتخاذه وسيلة لانجاز بعض المهام فكما شاع استعمال الهاتف النقال إلى درجة الاعتماد عليه في مجالات عديدة ، تعددت أيضا استعمالات هذا الأخير كالمكالمات والانترنيت والكاميرا والمنبه، فإلى جانب كونه من أهم وسائل الاتصال والتسلية، يعتمد عليه أيضا للتعامل في بعض المهن، و من معطيات الجدول السابق نستنتج انتشار استعمال الهاتف النقال في العينة المبحوثة مع وجود اختلافات في مدة المكالمات اليومية وتكرارها على مدار الأسبوع، فولوج المرأة الواسع لعالم الشغل ، يجعلها تغيب لساعات عن أفراد أسرتها وهذا الأخير يسهل لها الاتصال بهم وتفقد أحوالهم، وهناك بعض المبحوثات اللواتي صرحن باستعماله من أجل العمل كاللواتي يشغلن وظائف مهمة تستلزم ذلك وحتى بعض النساء اللواتي يشغلن مهن حرة صرحن بتكرار استعمالهن له لعشرات المرات في اليوم الواحد لتلقي الطلبات. إلى جانب مهن تكثر فيها أوقات الفراغ تملئها المرأة بالمكالمات الهاتفية ومهن أخرى تقوم بها وهي تتكلم بالهاتف النقال.

لا تزال الدراسات قائمة حول استعمال الهاتف النقال وظهور بعض الأمراض (آثار سامة على الجينات، السرطانات، أمراض في الجهاز العصبي، ضعف الجهاز المناعي، اضطراب في نضام القلب والأوعية الدموية)[1] ونتائج الأبحاث الصادرة إلى يومنا هذا تبقى متناقضة، إلا أن المركز العالمي للبحث حول السرطانات "CIRC" حدده من العناصر التي قد تؤدي إلى ظهورها[2].

و "استجابة لشواغل الجماهير والحكومات أنشأت منظمة الصحة العالمية المشروع الدولي الخاص بالمجالات الكهرومغناطيسية في عام 1996 من أجل تقييم البيّنات العلمية على الآثار الصحية الضارّة التي قد تحدث جرّاء التعرّض للمجالات الكهرومغناطيسية.

كما تعمل المنظمة، بشكل دوري، على تحديد وتشجيع الأولويات البحثية فيما يخص مجالات التردّد الراديوي والصحة بغية سدّ الثغرات المعرفية القائمة من خلال برامجها البحثية." [3]

ولبقاء الشك قائما عن وجود علاقة بين الهاتف النقال وظهور بعض السرطانات أصدرت بعض الهيئات تعليمات عن طريقة استعماله للتقليل من امتصاص الجسم للأشعة الكهرومغناطيسية الصادرة عنه كإبعاده عنه واستخدام السماعات السلكية أو مكبر الصوت أثناء المكالمات وعدم إجراء مكالمات في أماكن مغلقة كالمصاعد والسيارات أو منخفضة التغطية، والحد منها ومن مدتها، وإن لم يوجد دليل قاطع عن الأضرار الصحية للهاتف المحمول إلا أنه قلل من العلاقات الاجتماعية بتعويضه للزيارات العائلية وتقليله من الحركة خاصة لدى الأطفال ما سينجر عنه بالتأكيد انتشارا واسعا للسمنة وما ينعكس عنها من أضرار صحية.

1- Caroline Deblander, Nathalie Schiffino et Louis Eeckhoudt, Gouvernance et incertitude de la téléphonie mobile : Le cas de la Belgique, Revue Gouvernance, vol 9, n 1, 2012, p5.

2- idem, p8.

3- المنضمة العالمية للصحة، المجالات الكهرومغناطيسية والصحة العمومية: الهواتف النقالة، صحيفة وقائع رقم 193، أكتوبر 2014.

جدول رقم 52: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن العائلية، مدى استعمالهن للهاتف النقال والسن عند اكتشاف المرض.**

الحالة العائلية	السن عند اكتشاف المرض / مدة استعمال الهاتف النقال في اليوم	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوجة	اقل من 15 دقيقة	1	2.6	2	5.1	10	25.6	26	66.7	39	100
	15 دقيقة فأكثر	–	–	2	8.3	10	41.7	12	50.0	24	100
	لا أو نادرا ما تستعمله	1	3.8	3	11.5	7	26.9	15	57.7	26	100
	المجموع	2	2.2	7	7.9	27	30.3	53	59.6	89	100
عازبة	اقل من 15 دقيقة			1	9.1	1	9.1	9	81.8	11	100
	15 دقيقة فأكثر	–	–	–	–	5	7.8	13	72.2	18	100
	لا أو نادرا ما تستعمله	–	–	–	–	4	36.4	7	63.6	11	100
	المجموع	-	-	1	2.5	10	25.0	29	72.5	40	100
مطلقة	اقل من 15 دقيقة	-	-	-	-	-	-	–	–		
	15 دقيقة فأكثر	-	-	-	-	1	100	–	–	1	100
	لا أو نادرا ما تستعمله	-	-	-	-	1	33.3	2	66.7	3	100
	المجموع	-	-	-	-	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	اقل من 15 دقيقة							1	100	1	100
المجموع	المجموع	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
	اقل من 15 دقيقة	1	1.9	3	5.9	11	21.5	34	66.7	51	100
	15 دقيقة فأكثر	–	–	2	4.6	16	37.2	25	58.1	43	100
	لا أو نادرا ما تستعمله	1	2.5	3	7.5	12	30.0	33	82.5	40	100
المجموع		**2**	**1.5**	**8**	**6.0**	**39**	**29.1**	**85**	**63.4**	**134**	**100**

من الجدول السابق يتبين لنا أن غالبية المبحوثات اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة وذلك بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

بعد إدخال المتغيرين المستقل والرائز يتبين لنا أن المطلقات المستعملات للهاتف النقال لمدة تفوت الـ 15 في دقيقة اليوم اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 100%، تليها العازبات المستعملات للهاتف النقال لمدة تقل عن الـ 15 دقيقة واكتشفن مرضهن في سن اكبر اي عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 81.8%، وتتميز المتزوجات والأرامل المصابات بالمرض عند الفئات المذكورة آنفا بانخفاض استعمالهن للهاتف النقال مقارنة بغيرهن من عازبات ومطلقات.

نستنتج من هذه المعطيات مدى ارتباط استعمال الهاتف النقال بتوفر وقت فراغ لدى المرأة، وقلة استعماله من عدمه لدى المتزوجات يعود إلى كثرة وتعدد المسؤوليات الملقاة عليهن ، أما ارتفاع عدد العازبات اللواتي يستعملن الهاتف النقال فيعود أيضا إلى توفر أوقات فراغ حتى وإن كن عاملات، فهن، بعد عودتهن من العمل، لا يقمن سوى بأعمال منزلية بسيطة من باب مساعدة الأم فقط كغسل الأواني مثلا. والهاتف النقال كوسيلة اتصال فعالة جدا تستعمل من طرف هؤلاء للتعارف بشبان قصد الزواج، فقد صرحت لنا العديد من العازبات بقضائهن أوقات طويلة تعد بالساعات وهن يتحدثن به مع من ينتظرن أن يصبح يوما شريك الحياة، وعليه فهن يواظبن على إبقاء الهاتف إلى جانبهن طول الوقت ووضعه في حامل الثديين أو تحت الوسادة وهنا تكمن الخطورة حسب الخبراء في مجال الطب.

جدول رقم 53: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن الفردية، مدى استعمالهن لمزيل العرق او الرائحة والسن عند اكتشاف المرض.**

الحالة الفردية	السن عند اكتشاف المرض / متعودة على استعمال مزيل العرق او الرائحة	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	نعم	1	1.9	2	3.9	17	33.3	31	60.8	51	100
	لا	-	-	1	7.7	2	15.4	10	76.9	13	100
	المجموع	1	1.5	3	4.7	19	29.7	41	64.1	64	100
ماكثة بالبيت	نعم	1	1.9	3	5.9	15	29.4	32	62.7	51	100
	لا	-	-	2	10.5	5	26.3	12	63.2	19	100
	المجموع	1	1.4	5	7.1	20	28.6	44	62.8	70	100
المجموع	نعم	-	-	5	5.0	32	32.0	63	63.0	100	100
	لا	2	5.9	3	8.8	7	20.6	22	64.7	34	100
	المجموع	2	1.5	8	6.0	39	29.1	85	63.4	134*	100

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36 سنة بنسبة 29.1%، وتستمر النسب في الانخفاض بانخفاض السن لتسجل أدنى نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

بعد إدخال المتغير المستقل والمتمثل في الحالة الفردية للمبحوثة مع المتغير الرائز والمتمثل في استعمال مزيل العرق أو الرائحة من عدمه على هذا الاتجاه تبين لنا

أن الماكثات بالبيت أكثر استعمالا له وهؤلاء قد اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة، بنسبة 62.7% عند الأولى مقابل 60.8% عند الثانية، وباستثناء الفئة العمرية 27-31 سنة، نلاحظ ارتفاع نسبة اللواتي يستعملن مزيل العرق عن نسبة اللواتي لا يستعملنه سواء كانت المرأة عاملة أو ماكثة بالبيت فمثلا في الفئة العمرة 32-36 سنة بلغت نسبة العملات المستعملات لمزيل العرق 33.3% وتنخفض إلى 15.4% عند من لا يستعملنه وهذا قد يدل على دور هذا العامل في الإصابة بالمرض في سن اصغر.

من هذه الأرقام نستنتج أن المكوث بالبيت هو السبب الأقوى لاستعمال مزيل العرق أو الرائحة علما أن نسبة مرتفعة من المتزوجات وهي 59.6%، لا يعملن كما هو مبين في الملحق رقم 17 ونسبة منخفضة منهن وهي 19.1% اعتدن الخروج لأداء مختلف المهام كالتسوق وإيصال الأبناء إلى مدارسهم، ومن ثم نقول أن أول دافع لاستعمال المبحوثات لمزيل العرق هو نيل رضا الزوج ثم تأتي أسباب أخرى كالعمل الخارجي بالنسبة للعازبات واللاتي بلغت نسبة العاملات لديهن 61%.

واستعمال مزيل العرق أو الرائحة منتشر عند كل الفئات إذ عرفت المرأة الجزائرية تغيرا في طريقة تجميلها، بينما كانت تعتمد على المواد الطبيعية تخلت على هذه الأخيرة للجوء إلى مستحضرات سهلة الاستعمال وكثيرة الانتشار في الأسواق إلا أن مكوناتها لا تخلو من الأضرار كما هو حال مزيل العرق لاسيما وإن كان هذا المنتوج غنيا بالألمنيوم والمعتبر مادة مسرطنة يمتصها الجسم بعد الوضع، وصحيح أن الدراسات لم تجد علاقة واضحة بين مزيل العرق وسرطان الثدي إلا أن الباحثين يحذرون من استعمال بعض الأنواع المحتوية على الألمنيوم والبارين والدراسات ما زالت قائمة حول هذا الشأن.

جدول رقم 54: **توزيع المبحوثات حسب حالتهن العائلية، مدى استعمالهن لمزيل العرق أو الرائحة والسن عند اكتشاف المرض.**

الحالة العائلية	السن عند اكتشاف المرض / تستعمل مزيل العرق	26-22		31-27		36-32		41-37		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوجة	نعم	2	2.9	5	7.2	20	28.9	42	60.9	69	100
	لا	–	–	2	10.0	7	35.0	11	55.0	20	100
	المجموع	2	2.2	7	7.9	27	30.3	53	59.6	89	100
عازبة	نعم	–	–	1	3.8	5	19.2	21	80.7	26	100
	لا	–	–	–	–	5	38.5	8	61.5	13	100
	المجموع	-	-	1	2.5	10	25.0	29	72.5	40	100
مطلقة	نعم	-	-	-	-	1	33.3	2	66.7	3	100
	لا	-	-	-	-	1	100	–	–	1	100
	المجموع	-	-	-	-	2	50.0	2	50.0	4	100
أرملة	لا							1	100	1	100
المجموع	المجموع	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
	نعم	2	2.0	6	6.1	26	26.3	65	65.6	99	100
	لا	–	–	2	5.7	13	37.1	20	57.1	35	100
المجموع		**2**	**1.5**	**8**	**6.0**	**39**	**29.1**	**85**	**63.4**	**134 ***	**100**

إن الاتجاه العام للجدول السابق يتجه نحو من اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 63.4%، تليها اللواتي اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 32-36

نسبة والبالغة 1.5%، والتي تخص من اكتشفن المرض عند بلوغهن 22-26 سنة.

وبعد إدراج المتغير المستقل والمتمثل في الحالة العائلية للمبحوثة مع المتغير الرائز والمتمثل في استعمال مزيل العرق أو الرائحة من عدمه على هذا الاتجاه، تبين لنا بوضوح أن العازبات المستعملات لمزيل العرق اكتشفن المرض عند بلوغهن 37-41 سنة بنسبة 80.7% ، وعند نفس الفئة العمرية نلاحظ أن نسبة المتزوجات المستعملات له اكبر من نسبة من لا يستعملنه (60.9% مقابل 55.0 %) لكن تبقى دائما العازبات في مقدمة الترتيب، هذا من جهة من جهة أخرى وعند الفئات العمرية الأخرى أي الأصغر من الفئة المذكورة نلاحظ انخفاض النسب عند من يستعملن مزيل العرق مقارنة بمن لا يستعملنه سواء كانت المرأة متزوجة أم عازبة وهذا بارز خاصة ودائما في الفئة العمرية 32-37 سنة وهذا الاستنتاج يتناقض مع نتائج الجدول السابق، فلا يمكن أن نجزم بوجود علاقة بين استعمال مزيل العرق بانخفاض السن عند الإصابة بسرطان الثدي.

الاستنتاج

– استنتجنا من تحليلنا للفرضية الثالثة تمركز الإصابات عند الفئة العمرية لاكتشاف المرض 37–41 سنة مع تسجيل أعلى النسب عند الأرامل والعازبات ، إذ بلغت 100% عند الأولى، و 72.5% عند الثانية، يمكن استخلاص وجود علاقة بين الحالة العائلية وصحة المرأة، فما يميز الأرامل، اللاتي يمثلن هنا أعلى نسبة، هو الميول إلى الانطباع السلبي عن الحياة والشعور بالوحدة والملل وارتفاع حالات الانهيار العصبي مقارنة بالمتزوجات.

–64.0% ممن اكتشفن مرضهن في سن 34–37 سنة عبارة عن عاملات تقابلها الماكثات بالبيت بنسبة أقل (62.9%).وهذا يدل على وجود اختلافات في التعرض لعوامل الخطورة المؤدية لسرطان الثدي إذ:

– بلغت نسبة المتزوجات اللواتي لا يتعرضن للضغط المستمر 64%، بالمقابل صرحت 53.7% من العازبات بتعرضهن الدائم للضغط وتليها المطلقات بنسبة 50%.

– تتميز العاملات بشعورهن الدائم بالضغط وذلك بنسبة 67.2% مقابل نسبة أقل بكثير عند الماكثات بالبيت والبالغة 18.3%.

– لاحظنا تسجيل أعلى نسبة و البالغة 71.4% عند المبحوثات اللواتي يعملن ويتناولن أكلهن خارج البيت من مرة إلى مرتين في الأسبوع وهؤلاء اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37–41 سنة، وبالمقابل وفي نفس الاتجاه نلاحظ تسجيل نسبة مرتفعة والبالغة 67.3 عند الماكثات بالبيت واللواتي لا يتناولن أو نادرا ما يتناولن أكلهن خارج البيت.

– تبين لنا تسجيل أعلى النسب لدى المطلقات والعازبات اللواتي يتناولن أكلهن خارج البيت ثلاث مرات فأكثر في الأسبوع، أي 100% عند الأولى و80% عند الثانية بينما سجلت المتزوجات اللواتي يتناولن الأكل خارج البيت ثلاث مرات فأكثر ادنى نسبة والبالغة 43.5% .

– تعتبر السمنة أو الزيادة في الوزن عامل حماية من المرض قبل سن الأربعين وقد تبين لنا من العينة المبحوثة ارتفاع نسبة من عانين من سمنة أو زيادة في الوزن عند المنزوجات مقارنة بمن صرحن بعدم المعانات منها (62.1% مقابل 58.3 %).

– العاملات أكثر استعمالا للهاتف النقال عن الماكثات بالبيت ولمدة تقل عن 15 دقيقة بنسبة81.3% عند الأولى مقابل 70.6% عند الثانية.

– إن المطلقات المستعملات للهاتف النقال لمدة تفوت الـ 15 في اليوم دقيقة اكتشفن إصابتهن بسرطان الثدي عند بلوغهن 32–36 سنة بنسبة 100%، تليها العازبات المستعملات للهاتف النقال لمدة تقل عن الـ 15 دقيقة واكتشفن مرضهن في سن اكبر اي عند بلوغهن 37–41 سنة بنسبة 81.8%، وتتميز المتزوجات والأرامل المصابات بالمرض عند الفئات المذكورة آنفا بانخفاض استعمالهن للهاتف النقال مقارنة بغيرهن من عازبات ومطلقات.

– تبين لنا أن الماكثات بالبيت أكثر استعمالا لمزيل العرق أو الرائحة من العاملات، وهؤلاء قد اكتشفن مرضهن عند بلوغهن 37–41 سنة، بنسبة 62.7% عند الأولى مقابل 60.8% عند الثانية.

– تبين لنا بوضوح أن العازبات المستعملات لمزيل العرق اكتشفن المرض عند بلوغهن 37–41 سنة بنسبة 80.7% ، وعند نفس الفئة العمرية نلاحظ أن نسبة المتزوجات المستعملات له اكبر من نسبة من لا يستعملنه (60.9% مقابل 55.0 %).

الاستنتاج العام

الاستنتاج الـــعـــام

إن الفرضيات الثلاثة الخاصة بالدراسة يدور فحواها حول العوامل السوسيولوجية والديموغرافية التي قد تساهم في تفاقم وازدياد عدد الإصابات بسرطان الثدي عند النساء اللواتي لم يبلغن بعد سن اليأس، وقد تمثل العامل الأول في تأخر السن عند الزواج الأول ومن هذا المنطلق كانت صياغة الفرضية الأولى على النحو التالي: "كلما ارتفع السن عند الزواج الأول زاد احتمال الإصابة بسرطان الثدي.في سن لا يتعدى الأربعون سنة".

ولقد ارتبط سرطان الثدي لدى المرأة بتأخر زواجها لما يفرزه هذا الأخير من عناصر أخرى حددت كعوامل خطورة لهذا المرض، فبعد تحليلنا لمختلف الجداول وبدءا بالجدول الرابط بين السن عند الزواج والسن عند اكتشاف المرض تبين تسجيل أعلى النسب عند المبحوثات اللواتي تأخر زواجهن إلى ما بعد الثلاثون سنة، أضف إليهن العازبات اللواتي يمثلن أكثر من ربع أفراد العينة ويتعدى متوسط سنهن عند اكتشاف المرض خمسة وثلاثين سنة، ما يعني أنهن يعرفن تأخرا كبيرا عن الزواج.

وتأثير تأخر الزواج على ظهور مثل هذا الاعتلال يكون:

أولا عبر تأخر السن عند إنجاب أول طفل إلى ما بعد الثلاثون سنة وهو حال أفراد عينتنا بتسجيل من تأخر زواجهن أعلى النسب أو عدم الإنجاب رغم تقدم العمر فرغم انخفاض عدد هؤلاء تبين بعد الربط بين هذا العامل والسن عند اكتشاف المرض تسجيل أعلى نسبة عند النسوة اللواتي لم ينجبن أطفالا.

ثانيا بالاستمرار في إنجاب الأطفال بعد 35 سنة وهو كذلك حال من تأخر زواجهن.

ثالثا بانخفاض عدد الأطفال المنجبين عند من تأخر زواجهن مقارنة باللواتي تزوجن في سن مبكر.

رابعا تبين أن اللواتي تأخر زواجهن، اقل إرضاعا لأطفالهن بتسجيلهن أدني النسب.

ولقد سجلت هؤلاء أعلى النسب فيما يخص من أصبن بالمرض عند 37-41 سنة.

وفي الأخير لم نجد علاقة بين تأخر سن الزواج ووجود قريب مصاب بالسرطان مهما كان نوعه إلا انه قد يكون للعامل الأول تأثير على ظهور المرض في حالة وجود قريبة مصابة بورم حميد في الثدي إذ تبين لنا انه كلما ارتفع السن عند الزواج الأول ارتفعت نسبة المصابات بسرطان الثدي ولديهن قريبة أصيبت بورم حميد في الثدي.

من خلال ما سردنه من معطيات نخلص إلى أن تأخر السن عند الزواج الأول يجعل المرأة أكثر عرضة لمختلف عوامل الخطورة الديموغرافية والتي أثبتت العديد من الدراسات مدى ارتباطها بظهور سرطان الثدي، وبهذا نقول أن الفرضية الأولى قد تحققت.

عند معالجتنا للفرضية الثانية القائلة أن استعمال العلاجات الهرمونية (لتنظيم النسل كحبوب منع الحمل أو لأغراض علاجية من اجل الإنجاب و تنظيم الدورة الشهرية أو لعلاج البشرة) تساهم في انتشار سرطان الثدي.في سن الأربعين فاقل، توصلنا إلى أن غالبية المتزوجات استعملن الحبوب لتنظيم النسل، وهي وسيلة هرمونية مع طول مدة استعمالها لأكثر من خمس سنوات، كما التمسنا انتشار استعمال

المبحوثات من متزوجات وعازبات للأدوية الهرمونية لأغراض مختلفة منها علاج اضطرابات الدورة الشهرية ومشاكل البشرة أو العقم.

عندما أردنا تبيان العلاقة بين طريقة استعمال حبوب منع الحمل والاعتلال، وجدنا أن نسبة مرتفعة من النساء استعملن الحبوب دون أن يصفها الطبيب ولمدة تفوت الخمس سنوات، وبان غالبية اللواتي لم يتخذن فترة راحة أثناء تناول الحبوب واصلنا استهلاكها لمدة طويلة تتعدى الخمس سنوات و لم تكن لهن متابعة عند طبيبة النساء، فهذه الاستنتاجات تدل على انتشار الاستعمال العشوائي لحبوب منع الحمل عند المبحوثات ولما ربطنا هذه المتغيرات بالسن عند اكتشاف المرض لم نتوصل إلى وجود علاقة واضحة بينها.

ولما أردنا معرفة تأثير نوع الحبوب المستعملة على الإصابة بالمرض اتضح أن اكبر نسبة من النساء اعتمدن على الحبوب المركبة من هرموني البروجسترول والاستروجين ولمدة تتعدى الخمس سنوات ولما ربطنا بين نوع الحبوب والسن عند اكتشاف المرض تبين أن غالبيتهن استعملن النوع المركب واكتشفن المرض عند بلوغهن 37-41 سنة، ما يجعلنا نقول أن لنوع الحبوب المستعملة من طرف المرأة دور في ظهور سرطان الثدي عند الأربعين سنة فأقل.

وعن علاقة الاستعمال الهرموني في حالة وجود قريب مصاب بالسرطان، توصلنا إلى أن معظم من استعملن الحبوب مع أدوية هرمونية أخرى لديهن قريب مصاب بالسرطان، ما قد يدل على وجود علاقة بين الإكثار في استعمال الأدوية الهرمونية وسرطان الثدي في حالة وجود تاريخ مرضي بالعائلة، وتأثير هذا العنصر الأخير أقوى في ظهور المرض حيث سجلنا انخفاض نسبة اللواتي ليس لديهن قريب مصاب بالسرطان رغم تناولهن للحبوب وللأدوية الهرمونية.

وعندما تم الربط بين الاستعمال الهرموني من حبوب منع الحمل وأدوية هرمونية أخرى بالسن عند اكتشاف المرض استنتجنا تقارب النسب بين من استعملنها واللواتي لم يستعملنها أو اللواتي استعملن الأولى دون الثانية أو العكس، ما يعني عدم وجود علاقة بين المتغيرين وان وجدت فهي ضعيفة جدا.

وبالتالي نقول رغم انتشار الاستعمال الهرموني من أدوية وحبوب من العمل وخاصة منها المركبة، ورغم وجود الاستعمال العشوائي لحبوب منع الحمل لدى المبحوثات لكن لم نجد تأثيرا لهذه المؤشرات على الإصابة بسرطان الثدي عند الأربعين سنة وأقل، ومنه نستنتج أن الفرضية الثانية لم تتحقق.

ولما قمنا بتحليل الجداول الإرتباطية للفرضية الثالثة القائلة بأن لسلوكات المرأة غير الصحية الناجمة عن مكانتها الاجتماعية دور في تعرضها لضغوطات وفي ارتفاع عدد إصابتها بسرطان الثدي عند سن الأربعين سنة فأقل ، توصلنا إلى تمركز الإصابات بالمرض عند الفئة العمرية 37-41 سنة مع وجود اختلافات ناتجة عن الحالة العائلية حيث اكتشفت غالبية العازبات والأرامل مرضهن عند هذا السن، كما خلصنا إلى وجود تباينات ناتجة عن الحالة الفردية للمرأة بتمركز العاملات المصابات بالمرض عند هذه الفئة العمرية.

إن هذه التباينات راجعة إلى التفاوت في مدى التعرض لعوامل خطورة ذات صلة بسرطان الثدي إذ وجدنا أن العاملات والعازبات أكثر عرضة للضغط المستمر، لأسباب مرتبطة بظروف العمل عند الأولى وبنضرة المجتمع للعانس عند الثانية.

فالشعور بالضغط من أحد العوامل المفسرة لتمركز إصابات الفئة 37-41 سنة لدى العازبات والعاملات.

ولما بحثنا في تأثير نوعية الغذاء وبالتحديد في مدى التعرض للأكل خارج البيت توصلنا إلى أن النساء العاملات وكذا المطلقات والعازبات أكثر اعتيادا من غيرهن على الاكل خارج البيت

كما انصب اهتمامنا حول عامل السمنة أو الزيادة في الوزن والذي حدد في حالة عينتنا كعامل حماية من المرض، إذ تبين لنا أن المتزوجات أكثر عرضة للسمنة وربما هذا ما يفسر انخفاض نسبتهن في الفئة العمرية التي تتمركز فيها الإصابات اي عند الفئة 37-39 سنة، مقارنة بنسبة العازبات.

هذا ويعتبر التعرض للمجالات الكهرومغناطيسية من بين مسببات السرطانات والهاتف النقال من بين مصادرها، وعند تحليلنا لمختلف الجداول الخاصة بهذا العامل، اتضح لنا أن العازبات والمطلقات أكثر استعمالا له ، ومن المؤكد أن للحالة الفردية تأثيرا على مدى استعمال الهاتف النقال إذ توصلنا إلى أن العاملات المستعملة له أكثر من الماكثات بالبيت، ومن هنا نقول أن العازبات والعاملات أكثر تعرضا للمجالات الكهرومغناطيسية.

وبتطرقنا إلى مدى استعمال المبحوثات لمزيل العرق أو الرائحة اتضح لنا الانتشار الواسع لاستعماله لدى المبحوثات ولما أدرجن العوامل المحددة للمكانة الاجتماعية للمرأة توصلنا إلى أن العازبات هن الأكثر اعتيادا على استعماله ، وبإدخال الحالة الفردية للمرأة تبين لنا أن الماكثات بالبيت هن الأكثر اعتيادا على استعمال مزيل الرائحة أو العرق.

وبتعرض العاملات والعازبات أكثر من غيرهن لمعظم عوامل الخطورة المدروسة يمكن القول بان الفرضية الثالثة قد تحققت.

الخـــاتـمــة

الخاتـمـــة

إن معرفة الكيفية التي تتوزع بها الأمراض بين أفراد المجتمع يساعد على اكتشاف أسبابها وبالتالي الحد منه بتركيز الجهود الوقائية والعلاجية على الجماعة التي لديها نفس خصائص الجماعة المصابة بالاعتلال. ولوجود عدد متزايد بصفة مخيفة لسرطان الثدي عبر المعمورة وتميز بعض الدول، منها الجزائر بانتشاره عند نساء شابات لا يتعدى عمرهن الأربعون سنة، انصب اهتمامنا على هؤلاء محاولين اكتشاف خصائصهن الديموغرافية والاجتماعية وعلاقتها ببعض محددات المرض التي تعددت فالسرطان من الأمراض المزمنة التي لا يسببها عاملا وحيدا بل هو محصلة لتفاعل عوامل متعددة.

ولقد تم تحديدنا للعوامل المؤثرة على ظهور المرض انطلاقا من أهم التغيرات التي عرفتها المرأة بمجتمعنا كتأخر سن الزواج والانتشار الواسع لاستعمال موانع الحمل وكذا التغير في المكانة الاجتماعية للمرأة، إذ توصلنا فعلا إلى تمركزه عند من تأخر سنهن عند الزواج الأول وعند العازبات اللواتي يعرفن تأخرا كبيرا عن الزواج، كما لمسنا مدى تعرض هؤلاء لمختلف عوامل الخطورة الخاصة بالمرض كإنجاب أول طفل بعد الثلاثون سنة والاستمرار في الإنجاب إلى سن متقدم وانخفاض عدد الأبناء وانخفاض إرضاعهن لهم مقارنة باللواتي تزوجن في سن مبكر.

ورغم أننا لم نتوصل في هذه الدراسة إلى وجود علاقة واضحة بين الاستعمال الهرموني من وسائل منع الحمل وأدوية أخرى هرمونية على الإصابة بسرطان الثدي في سن لا يتعدى الأربعون، إلا أننا لاحظنا جهل النساء بوجود علاقة قد أثبتتها بعض الدراسات بين هذا العامل الطبي وظهور المرض أو أمراض أخرى وهذا يعني إن المرأة قل ما تلجأ إلى قراءة نشرة الدواء، وحتى الأطباء قل ما يمدون المريض بمعلومات عن

الدواء الذي يصفونه ونادرا ما تسأل المرأة عن الماضي العائلي الخاص بالسرطان قبل توجيهها نحو حبوب منع الحمل.

كما أن للمكانة الاجتماعية للمرأة دور في إصابتها بهذا الاعتلال إذ توصلنا إلى وجود اختلافات في تعرض المرأة لبعض العوامل المؤدية إلى الإصابة بالسرطان باختلاف مكانتها الاجتماعية فالعازبات والعاملات أكثر من غيرهن من ماكثات بالبيت ومتزوجات أو مطلقات وأرامل شعورا بالضغط المستمر، وأكثر تناولا للأكل خارج البيت، وأكثر استعمالا للهاتف النقال والذي يعرضهن لمجال كهرومغنطيسي مسرطن، فالمرض ما هو إلا انعكاس لتكرار أو الإفراط في بعض التصرفات .

من هذا المنطلق ارتأينا تقديم بعض التوصيات التي من شانها أن تقلل من هذا الاعتلال وذلك بـ:

– القيام بحملات توعية في الأوساط الشابة كالطالبات في الثانويات والجامعات خاصة وانه قل ما تفكر الفتاة في إمكانية إصابتها بهكذا مرض في سن مبكر، من خلالها يتم التعريف بالعوامل التي تساهم في ظهور المرض وبكيفية القيام بالكشف الذاتي.

– إجبار الأطباء في البحث في الماضي العائلي لبعض الأمراض قبل وصف بعض الأدوية.

وفي الأخير نأمل أن تتواصل الدراسات حول مختلف السرطانات عامة وسرطان الثدي خاصة، ولما لمسنه من ارتفاع في نسبة الأقارب المصابون بالسرطانات لدى المبحوثات نود أن تتجه اهتمامات الطلبة نحوها والبحث في مختلف العوامل التي تجعل أسرة أكثر عرضة للمرض عن غيرها.

قـــائمـة المراجـع

قـائـمـة الـمـراجـع

المراجع باللغة العربية

I- الكتب

1- أنجرس موريس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تر ب صحراوي، ك بوسون و آخرون، دار القصبة، الجزائر 2004 – 2006.

2- الجوهري محمد ، المدخل إلى علم الاجتماع، جامعة القاهرة، 2007.

3- خليل نجلاء عاطف ، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، المكتبة الأنجلومصرية، 2006.

4- الخولي سناء ، التغير الاجتماعي و التحديث، دار المعرفة الجامعية، 2003.

5- ديكسون مايك ،سرطان الثدي، ترجمة: هنادي مزبودي، الرياض، 2013.

6- زهران حامد ، علم النفس الاجتماعي، دار الهنا للطباعة، 1984

7- الصديقي سلوى عثمان، قضايا الأسرة والسكان، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دط، 2001.

8- عبد الفتاح كاميليا، سيكولوجية المرأة العاملة ، دار النهضة العربية، بيروت،1984.

9- غيث محمد عاطف ، جبلي علي عبد الرزاق و آخرون. البحث العلمي و الاجتماعي "تصميم خطة و تنفيذها، دار المعرفة الجامعية، 1997.

10- محمد محمد علي، الخولي سناء حسنين وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط الرابعة، دار المسيرة، 2015.

11- مسيعد نبيل، مناهج البحث، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باجي مختار، عنابة.

12- النعاس عمر مصطفى محمد، الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية، الطبعة الأولى، جامعة 7 أكتوبر، مصر، 2008.

13- الوافي عبد الرحمان ، الإنسان من الطفولة إلى الزواج، دار هومة ، الجزائر، 2008.

II- المعاجم

14- خليل العمر معن، معجم علم الاجتماع المعاصر، الشروق،2000.

III- التقارير والدوريات والمجلات

15- بن موسى سمير ، صراع الدور وعلاقته بالضغوط لدى المرأة العاملة، مجلة العلوم الإنسانية، العدد الثالث، جوان 2015.

16- تركي فتحية ، أوشا مالهوتراز، الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية، ط الثالثة، 2004.

17- الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011.

18- معتصم بدرة – ميموني، ترجمة مولوجي صورية – قروجي، الأسرة ممارسات ورهانات مجتمعية، مجلة إنسانيات، عدد59 ،جانفي مارس 2013.

19- المنضمة العالمية للصحة، المجالات الكهرومغناطيسية والصحة العمومية: الهواتف النقالة، صحيفة وقائع رقم 193، أكتوبر 2014.

20- المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة 1986.

IV-أطروحات الدكتوراه

21- محسن عبد النور، نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة أبو القاسم سعد الله قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، 2015/2014.

المراجع باللغات الأجنبية

I- ouvrages

22- boutefnouchet mostefa, la famille algérienne, évolution et caractéristique, société national d'édition et de diffusion, Alger 1982.

23- Delehedde Maryse, que sait-on du cancer?, EDP sciences,2006.

24- Gubble Robert, Société et procréation, édition de l'université bruxel, 1981.

25- Kouaouci Ali, familles, femmes et contraception, CENEAP FNUAP, 1992.

26- Morot-Gaudry Jean-Francois, Prat Roger et autres, biologie végétale, DUNOD, 2017.

27- Rouessé Jack, une histoire du cancer du sein, springer-verlag France 2011.

II- Rapports, revues et périodiques

28-AARDES, Enquête sociodémographique, la régulation des naissances, direction générale de plan et des études économique, vol 5, Alger, 1967.

29- Amami Othman, Akrout Rim et autres, Psychogenèse du cancer, revue L'information psychiatrique, Vol 82, 2006/8.

30-American Cancer Society, Cancer in Africa, Atlanta: American Cancer Society, 2011.

31- Arveux Patrick, Bertaut Aurelie, épidémiologie du cancer du sein, revue du praticien, vol.63, décembre 2013.

32- Baise Natalie, Mounier Nicolas et autres, féminité et cancer du sein, approche particuliere de l'annonce en cancérologie, bull cancer 2008.

33- Bajos Natalie, Rozaud-Cornabas Myléne et autres, la crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ?, revue population et société, n 511, mai 2014.

34- Barkat A., Epidémiologie du cancer du sein, 7éme congrès SAERM 14-15/03/2009 Alger.

35- Bakhsi Enayatollah, Eshraghian Mohammad Réza et autres, the positive association between number of children and obesity in iranien women and men Licensse BioMed central Ltd, 2008.

36- Belkacmi Y., Boussen H. et autres, Epidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du nord, 32ème journées de la SFSPM, Strasbourg, novembre 2010.

37- Bendib A, cancer du sein de la femme de moins de 35 ans, 32ème journée de la SFSPM, Strasbourg, 2010.

38- Benotmane Abdelkader, des forts Jaqueline et autres Etique, espacement des naissances et maitrise de la fécondité, journal international de bioéthique, 2002.

39- Boivin Diane B., Comment réduire les effets négatifs du travail de nuit sur la santé et la performance?, revue Gestion, Vol. 35, 2010.

40- Bulletin population et société, tradition matrimoniales dans les sociétés arabes, N 198 janvier 1986.

41- Chantal Julia, La nutrition, un enjeu essentiel de santé, revue Les Tribunes de la santé, n° 49, 2015/4.

42- Cherkaoui Widad, Montargot Nathalie, et autres Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc, revue question(s) de management, n° 0, septembre 2012.

43- Deblander Caroline, Schiffino Nathalie et autres, Gouvernance et incertitude de la téléphonie mobile : Le cas de la Belgique, Revue Gouvernance, vol 9, n 1, 2012.

44- Espié M., Hamy A-S. et autres, Epidémiologie du cancer du sein, revue EMC-Gynécologie,2012.

45- Guénel P, Vileuneuve S, profession et exposition professionnelles aux solvants organiques, saint-maurice, institut de veille sanitaire, 2013.

46- hadjij Cherifa, famille, logement, propriété a Alger, revue Insaniyat, n 4 1998.
47-INSP, transition épidémiologique et système de santé, projet TAHINA, enquête national santé, novembre 2007.
48- INSP, Enquête national santé résumé, novembre 2007.

49- Jolivet Annie, Pénibilité du travail : la loi de 2010 et ses usages par les acteurs sociaux, La Revue de l'Ires 2011/3 n° 70.
50- Kateb kamel, Polygamie et répudiation dans le marché matrimoniale algérien pendant la période coloniale, cahier québécois de démographie, vol 29, n 1, 2000.
51- Kouaouci Ali, Essai de reconstitution de pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987, Revue population, n 4, 1993.

52- ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, ONS, enquête national a indicateurs multiple MICS3, rapport préliminaire 2007.
53- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, UNICEF et al, enquête par grappes a indicateurs multiples, mics 2012-2013, Algérie 2015.
54-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière Registre des tumeurs d'Alger, année 2012.

55- Molinié F., Daubisse L. et autres, Epidémiologie du cancer du sein de la femme jeune, 32eme journée de la SFSPM, stasbourg, 2010.
56- Najjar Hesahm, Easson Alexandra Age at diagnosis of breast cancer in Arab nations, international journal of surgery, n°8, 2010.

57- Nault François, Roberge Roger et autres, Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe,l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada, Cahiers québécois de démographie, n 252, 1996.
58- Nkonjock André, Ghadirian Parviz, facteur de risque du cancer du sein, revue médecine sciences, n 21, 2005.
59- OMS, interventions clés de prévention et lutte anticancéreuses en vue de réduire la charge cancéreuse dans la région africaine de l'OMS, Brazzaville 2012.
60- Ouadah-Bedidi Zahia, Avoir 30 ans et être encore célibataire : une catégorie émergente en Algérie, revue Autrepart, 2005/2, n° 34.
61- ONS, enquête sur les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages, collections statistiques n 183, série s : statistiques sociales.
62- ONS, activité, emploie et chômage en avril 2016, n 748.
63- République Algérienne démocratique et populaire, plan national de lutte contre le cancer 2015-2019, ANDS, octobre 2014.
64- Sancho Garnier H., les cancers du sein dans le monde, 30eme journées de la SFSPM, La Baule, novembre 2008.

III- dictionnaires

65- dictionnaire démographique multilingue, seconde édition unifiée, volume français.

IV- Théses

66- Badid Naima, stress oxydatif et profil nutritionnel chez une population de femme atteintes de cancer du sein dans la région de Tlemcen entre 2005 et 2010, thèse de doctorat, université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen département de biologie, 2010.

V- Sites d'internet

67- institut de recherche en santé du canada, atelier possibilité de recherche pour aborder le cancer du sein chez les jeunes femmes, Montréal le 13 et14 septembre 2012. (www.cihr-irsc.gc.ca/f/46283.html)

68- http://www. ahewar.org

69- www.globocan 2012

70- www.almes-center.com/health /473-3000-9000

71- www kaheel7.com/ar

72-http://www.crasc.dz/insaniyat/index.php/ar

73- www.nok6a.net

74- Marc Espié, Epidémiologie et cancer du sein, Centre des maladies du sein, Hôpital St Louis, sans année.(www.epidemiologie du cancer du sein. Espie)

-

الـــمـــلاحـــق

الملحق رقم 1

استـمـارة المـقـابلـة

البيانات الواردة في الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض علمية

I بيانات شخصية
1- السن .....
2- مكان الإقامة..... مدة الإقامة.....
3- إن أقمت في منطقة أخرى فمن هي؟..... مدة الإقامة بها.....
4- هل أنت: عازبة ☐ متزوجة ☐ مطلقة ☐ أرملة ☐
5- إن كنت متزوجة فكم كان عمرك عند الزواج؟.....
6- كم هي مدة زواجك؟.....
7- المستوى التعليمي؟ أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
8- المستوى التعليمي للزوج؟ أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
9- هل يعمل زوجك؟ نعم ☐ لا ☐ متقاعد ☐ عمل غير دائم ☐
II بيانات عن السلوك الإنجابي
10-هل لديك أطفال؟ نعم ☐ لا ☐

11-إن كان نعم في أي سن أنجبت الطفل الأول؟.....

ما هو سنه؟.....

12- في أي سن أنجبت آخر طفل؟.....

ما هو سنه؟.....

13- عدد الأطفال.....

14- عدد الأحمال.....

15- عدد الولادات.....

16- هل حدث أن أجهضت ؟ نعم ☐ لا ☐

إن كان نعم كم عددها؟.....

17-هل أجهضت قبل الطفل الأول؟ نعم ☐ لا ☐

كم كان عددها.؟.....

18- المدة بين الولادات بالأشهر؟ .....

بين الأولى و الثانية؟.....

الثانية و الثالثة؟.....الثالثة و الرابعة؟.....

الرابعة و الخامسة.....الخامسة والسادسة.....

19- هل أرضعت أطفالك؟ نعم ☐ لا ☐

- مدة إرضاع كل طفل؟ -الأول.....الثاني.....

الثالث.....الرابع.....

الخامس .....السادس.....

III بيانات عن استعمال وسائل منع الحمل

20- هل استعملت وسائل منع الحمل؟ نعم ☐ لا ☐

- إن كان نعم، ما هي الوسيلة المستعملة؟ المدة بالأشهر

الحبوب ☐ مدة الاستعمال..... اللولب ☐ مدة الاستعمال.....

الواقي ☐ مدة الاستعمال..... اللولب الهرموني ☐ مدة الاستعمال أخرى

مدة الاستعمال
21- السن عند بداية استعمالها؟ .....
22- إن استعملت الحبوب، فما اسمها؟ ....
23- هل استعملتها قبل الطفل الأول؟ نعم ☐ لا ☐ ان كان نعم ما هي مدة استعمالها .....
24- هل استعملتها قبل الزواج؟ نعم ☐ لا ☐ إن كان نعم كم كانت مدة الاستعمال؟ .....
25- هل وصفها لك الطبيب ؟ نعم ☐ لا ☐ -هل نصحتك باستعمالها النساء؟ نعم☐ لا ☐ -من تكون؟.....
26- هل كانت لك فترة توقف في استعمال الحبوب؟ نعم ☐ لا ☐ - إن كان نعم كم كانت مدة التوقف؟..... -هل كان توقف في فترة الحمل فقط؟ نعم ☐ لا ☐
27-إن لم تتوقفي عن استعمالها هل كانت لك متابعة عند طبيبة النساء في هذه الفترة؟ نعم ☐ لا ☐
IV بيانات عن نشاط المرأة
28- هل أنت عاملة؟ ☐ ماكثة بالبيت؟ ☐ طالبة؟ ☐ متقاعدة ☐
29- إن كنت تعملين فما هو عملك؟..... - مدة ممارستك له.....
30- عدد ساعات عملك؟.....
31- أوقات العمل؟ نهارا ☐ ليلا ☐
32-ما هي المدة التي تقضينها يوميا خارج البيت؟.....
33- ما هي المسافة بين المنزل و مكان العمل؟ قريبة ☐ بعيدة☐ -ما هي المدة المستغرقة للوصول إلى العمل؟.....
34 هل تشعرين بضغط يومي نعم ☐ لا ☐

بسبب:

-عملك ☐ -اعتناؤك بالأطفال ☐

-اعتناؤك بالبيت ☐ -المواصلات ☐

-أخرى.....

.....

35-إن كنت لا تعملين هل لديك وظائف خارج البيت؟ نعم ☐.....لا..☐

ما هي؟.....

36-هل تسبب لك ضغط أو قلق يومي؟ نعم ☐.....لا..☐

V بيانات خاصة بالمستوى المعيشي

37-ما هو دخل أسرتك الشهري؟ .اقل

من 18000دج☐ بين 18000-30000 ☐

30000-60000☐ أكثر من 60000☐

38- هل يوفر شيئا منه؟ نعم☐ لا☐

39-هل تسكنين في: شقة ☐ فيلا ☐

بيت تقليدي ☐ بيت قصديري ☐

- هل هي؟: ملك خاص ☐ إيجار ☐

40- كم عدد غرف السكن؟.....

41- كم عدد أفراد الآسرة؟.....

VI بيانات خاصة بظهور المرض

42- سنك عند اكتشاف المرض؟.....

-كيف اكتشفت المرض؟.....

43- هل أصيب احد أقاربك بالسرطان؟ نعم ☐ لا.. ☐

إن كان نعم من هم؟.....

44- ما نوع السرطان الذي أصيبوا به؟.....

.....

45-هل أصيب احد أقاربك بورم حميد في الثدي نعم ☐ لا ☐

VII خصوصيات عن المريضة

46- كم كان سنك عند البلوغ؟.....

47- هل عانيت من السمنة؟ نعم ☐ لا ☐

48- هل تناولت: -الكحول ☐ -السجارة ☐ -المخدرات ☐

49- هل أنت متعودة على استعمال مزيل الرائحة او العرق نعم ☐ لا ☐

50- ما هي مدة استعمالك للهاتف النقال يوميا؟.....

51- هل استعملت أدوية هرمونية لأغراض: تجميلية نعم ☐.....لا☐

للعلاج نعم☐ لا☐

للإنجاب نعم☐ لا☐

- ما هي؟.....

- مدة استعمالها.....

52- كم مرة تتناولين؟:

- الخضار في اليوم.....في الأسبوع.....

-الفواكه في اليوم.....في الأسبوع.....

- اللحوم في اليوم.....في الأسبوع.....

-الحليب ومشتقاته في اليوم.....في الأسبوع.....

- العجائن في اليوم.....في الأسبوع.....

السكريات في اليوم.....في الأسبوع.....

المشروبات في اليوم.....في الأسبوع.....

53- كم مرة في الأسبوع تأكلين خارج البيت؟.....

54-هل تعرضت قبل المرض للفحص بالأشعة في الصدر نعم ☐ لا☐

الملحق رقم 2:

جدول عن سن العازبات عند الإصابة بالمرض

السن	ك	%
31-27	1	2.4
36-32	10	24.4
41-37	29	72.5
المجموع	40	100

متوسط سنهن عند اكتشاف المرض المرض 37.5 سنة

الملحق رقم 3:

توزيع العازبات حسب سنهن أثناء استجوابهن

السن	ك	%
30-26	1	2.5
35-31	7	17.5
40-36	14	35.0
45-41	14	35.0
50-46	3	7.5
55-51	1	2.5
المجموع	*40	100

متوسط سن العازبات أثناء التحقيق هو39.75 سنة

الملحق رقم4:

توزيع المبحوثات حسب سنهن عند إنجاب أول طفل

السن عند إنجاب أول طفل	ك	%
20-18	8	9.5
23-21	16	19
26-24	16	19
29-27	22	26.2
32-30	15	17.9
35-33	4	4.8
38-36	3	3.6
المجموع	84 *	100

الملحق رقم 5:

توزيع المبحوثات حسب السن عند إنجاب آخر طفل

السن	ك	%
قبل 35 سنة	41	56.9
35 سنة فاكثر	31	43.1
المجموع	72	100

الملحق رقم6:

عن سن المتزوجات اللواتي لم ينجبن أطفالا

السن	ك	%
34-25	2	20.0
44-35	5	50.0
54-45	3	30.0
المجموع	10	100

متوسط سنهن 40.5 سنة

الملحق رقم 7:

توزيع المتزوجات اللواتي لم ينجبن أطفالا حسب السن عند اكتشاف المرض

السن	ك	%
30-26	2	20.0
35-31	1	10.0
40-36	7	70.0
المجموع	10	100

متوسط سنهن عند اكتشاف المرض 35.5 سنة

الملحق رقم8

جدول عن توزيع أفراد العينة حسب الغرض من استعمال الأدوية الهرمونية

الغرض من استعمال الادوية الهرمونية	ك	%
علاج مشاكل البشرة	17	26.1
تنظيم الدورة الشهرية	33	50.8
الإنجاب	15	23.1
أخرى	–	–
المجموع	65	100

الملحق رقم 9

جدول عن توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية واستعمالهن للأدوية الهرمونية

هل استعملت أدوية هرمونية / الحالة الزواجية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
عازبة	17	41.5	24	58.5	41	100
متزوجة	35	37.2	59	62.8	94	100
المجموع	52	38.5	83	61.5	135	100

الملحق رقم 10:

توزيع مستعملات وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة واستعمالهن للأدوية الهرمونية

استعملت أدوية هرمونية / وسيلة منع الحمل المستعملة	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
الحبوب	21	31.3	46	68.7	67	100
اللولب	1	50.0	1	50.0	2	100
الواقي	0	-	1	100	1	100
المجموع	22	31.4	48	68.6	*70	100

ملحق رقم 11

توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل

استعملت وسائل منع الحمل	ك	%
نعم	69	73.4
لا	25	26.6
المجموع	94	100

ملحق رقم 12

توزيع المبحوثات حسب السن عند بداية استعمال موانع الحمل

السن عند بداية استعمال موانع الحمل	ك	%
21-17	11	16.4
26-22	19	28.4
31-27	29	43.3
36-32	7	10.4
41-37	1	1.5
المجموع	67	100

ملحق رقم 13

جدول عن نوع حبوب منع الحمل المستعملة.

نوع الحبوب	ك	%
مركبة	49	64.5
أحادية الهرمون	27	35.5
المجموع	76	100

ملحق رقم 14

قائمة الحبوب المستعملة من طرف المبحوثات

اسم الحبوب	نوعها
مارفلون marvelon	مركبة
سرازيت sirazette	بسيطة
ميندريل minidrile	مركبة
مرسلون.....mercilon	مركبة
ميكروفال microval	بسيطة
ميليان meliane	مركبة
اديبال adépal	مركبة
ميكروجينون microgynon	مركبة
اورغامتريل orgametril	مركبة
اكسلوتن exluton	مركبة

تم تحديد نوع الحبوب بالاستعانة بنشرة الدواء وبالانترنيت.

ملحق رقم 15

توزيع المبحوثات حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل قبل إنجاب الطفل الأول وقبل الزواج مع الغرض من استعمالهن للادوية الهرمونية

	الغرض من استعمال الأدوية الهرمونية / استعملت الحبوب قبل الزواج		تجميلي		للعلاج		للإنجاب		المجموع	
			ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
استعملت الحبوب قبل الطفل الاول	نعم	نعم	1	100	–	–	–	–	1	100
		لا	–	–	2	50.0	2	50.0	4	100
	لا	نعم	–	–	2	100	–	–	2	100
		لا	4	22.2	9	50	5	27.8	18	100
المجموع			5	20.0	13	52	7	28	25	100

ملحق رقم 16

1. QU'EST-CE QUE DIANE-35 ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ

Diane-35 est utilise pour traiter des maladies de peau telles que l'acne, associee ou non a une peau tres grasse, et la pilosite excessive chez les femmes en age de procreer. En raison de ses proprietes contraceptives, le medicament devra vous etre prescrit uniquement si votre medecin considere qu'un traitement par un contraceptif hormonal est approprie. Vous ne devez prendre Diane-35 que si les autres traitements anti-acneiques, notamment les traitements locaux et les antibiotiques, n'ont pas permis d'ameliorer votre maladie de peau.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DIANE-35

Ne prenez jamais Diane-35

Si l'une des situations suivantes vous concerne, signalez-le a votre medecin avant de commencer a utiliser Diane-35. Votre medecin pourra alors vous conseiller d'utiliser un autre
traitement:

· si vous etes **allergique** aux substances actives ou a l'un des autres composants contenus dans ce medicament (mentionnes dans la rubrique 6).

· si vous utilisez un autre **contraceptif** hormonal

· si vous avez (ou avez deja eu) un **caillot sanguin** dans la jambe (thrombose), dans le poumon (embolie pulmonaire) ou dans une autre partie du corps

· si vous avez (ou avez deja eu) une maladie pouvant etre le signe precurseur d'une crise cardiaque (p. ex., une angine de poitrine provoquant une douleur intense dans la poitrine) ou un ≪**mini-accident vasculaire cérébral** ≫(accident ischemique transitoire)

· si vous avez (ou avez deja eu) une **crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral**

· si vous avez une maladie pouvant augmenter le risque de **caillot sanguin** dans les arteres, telle que :

o **diabète associé à une atteinte des vaisseaux sanguins**

o **pression artérielle** tres elevee

o taux de **graisses dans le sang** tres eleve (cholesterol ou triglycerides)

· si vous avez des problemes de **coagulation sanguine** (p. ex., un deficit en proteine C)

· si vous avez (ou avez deja eu) des **migraines avec des troubles de la vision**

· si vous presentez de **l'ictère** (coloration jaune de la peau) ou souffrez d'une grave maladie du foie.

· si vous avez ou avez eu un **cancer susceptible de se développer sous l'influence des hormones sexuelles** (par ex. cancer du sein ou cancer des organes genitaux).

· si vous avez ou avez eu une **tumeur** benigne ou maligne **du foie**.

· si vous presentez des **hémorragies vaginales** de cause indeterminee.

· si vous etes **enceinte** ou pensez que vous pourriez etre enceinte.

· si vous **allaitez**

ملحق رقم 17

جدول عن توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية والحالة الفردية

الحالة الفردية / الحالة العائلية	عاملة		ماكثة بالبيت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
عازبة	25	61.0	16	39.0	41	100
متزوجة	36	40.4	53	59.6	89	100
مطلقة	3	75.0	1	25.0	4	100
أرملة	–	–	1	100	1	100
المجموع	64	47.4	71	52.6	135	100

ملحق رقم 18:

توزيع المبحوثات حسب مدى القرب أو البعد عن مكان العمل والشعور اليومي بالضغط

تشعر يوميا بالضغط / البعد عن مكان العمل	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
قريبة	24	72.7	9	27.3	33	100
بعيدة	17	77.3	5	22.7	22	100
المجموع	41	74.5	14	25.5	55	100

ملحق رقم 19

توزيع العاملات حسب عدد ساعات العمل وشعورهن بالضغط

هل تشعر بالضغط يوميا / عدد ساعات العمل	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 5 ساعات	8	40.0	3	60.0	11	100
5-8 ساعات	29	63.2	13	36.2	42	100
أكثر من 8 ساعات	5	50.0	1	50.0	6	100
المجموع	42	57.7	17	42.3	*59	100

ملحق رقم 20

توزيع الماكثات بالبيت القائمات بأدوار أخرى حسب مستواهن التعليمي وسنهن ومدى شعورهن بالضغط.

تشعر بضغط يومي / المستوى التعليمي	نعم		لا		المجموع	
	ك		ك		ك	100
أمي	2	100	–	–	2	100
إبتدائي	1	50.0	1	50.0	2	100
متوسط	2	33.3	4	66.7	6	100
ثانوي	1	16.7	5	83.3	6	100
جامعي	–	–	1	100	1	100
المجموع	6	35.3	11	64.7	17*	100

ملحق رقم 21

جدول عن توزيع المبحوثات العاملات حسب عدد السنين المنقضية في العمل وشعورهن بالضغط

تشعر بالضغط يوميا / عدد السنين المنقضية في العمل	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
6-1	10	47.6	11	52.4	21	100
12-7	18	75.0	6	25.0	24	100
18-13	10	90.9	1	9.1	11	100
24-19	2	100	-	-	2	100
30-25	2	100	-	-	2	100
المجموع	42	70.0	18	30.0	*60	100

ملحق رقم 22

جدول عن توزيع الماكثات بالبيت القائمات بأدوار أخرى حسب مستواهن التعليمي ومدى شعورهن بالضغط.

تشعر بضغط يومي / المستوى التعليمي	نعم		لا		المجموع	
	ك		ك		ك	100
أمي	2	100	–	–	2	100
إبتدائي	1	50.0	1	50.0	2	100
متوسط	2	33.3	4	66.7	6	100
ثانوي	1	16.7	5	83.3	6	100
جامعي	–	–	1	100	1	100
المجموع	6	35.3	11	64.7	17*	100

ملحق رقم 23

توزيع الماكثات بالبيت حسب مهام أخرى يقمن بها غير الأعمال المنزلية ومدى شعورهن بالضغط

تشعر بضغط يومي / نوعية المهام الأخرى	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
مرافقة الأبناء إلى المدرسة	4	40.0	6	60.0	10	100
شراء لوازم البيت ودفع الفواتير	3	75.0	1	25.0	4	
الاعتناء بمسنين من الأسرة	1	50.0	1	50.0	2	100
أخرى	1	25.0	3	75	4	
المجموع	9	45.0	11	55.0	*20	

ملحق رقم 24

توزيع مستعملات الحبوب دون فترة استراحة حسب مدة استعمالها والمتابعة الطبية

مدة الاستعمال / كانت لها متابعة طبية	اقل من سنة		1-5		أكثر من 5 سنوات		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	-	-	7	53.8	6	46.2	13	100
لا	2	8.3	7	29.2	15	62.5	24	100
المجموع	2	5.4	14	37.8	21	56.7	*37	100

ملحق رقم 25

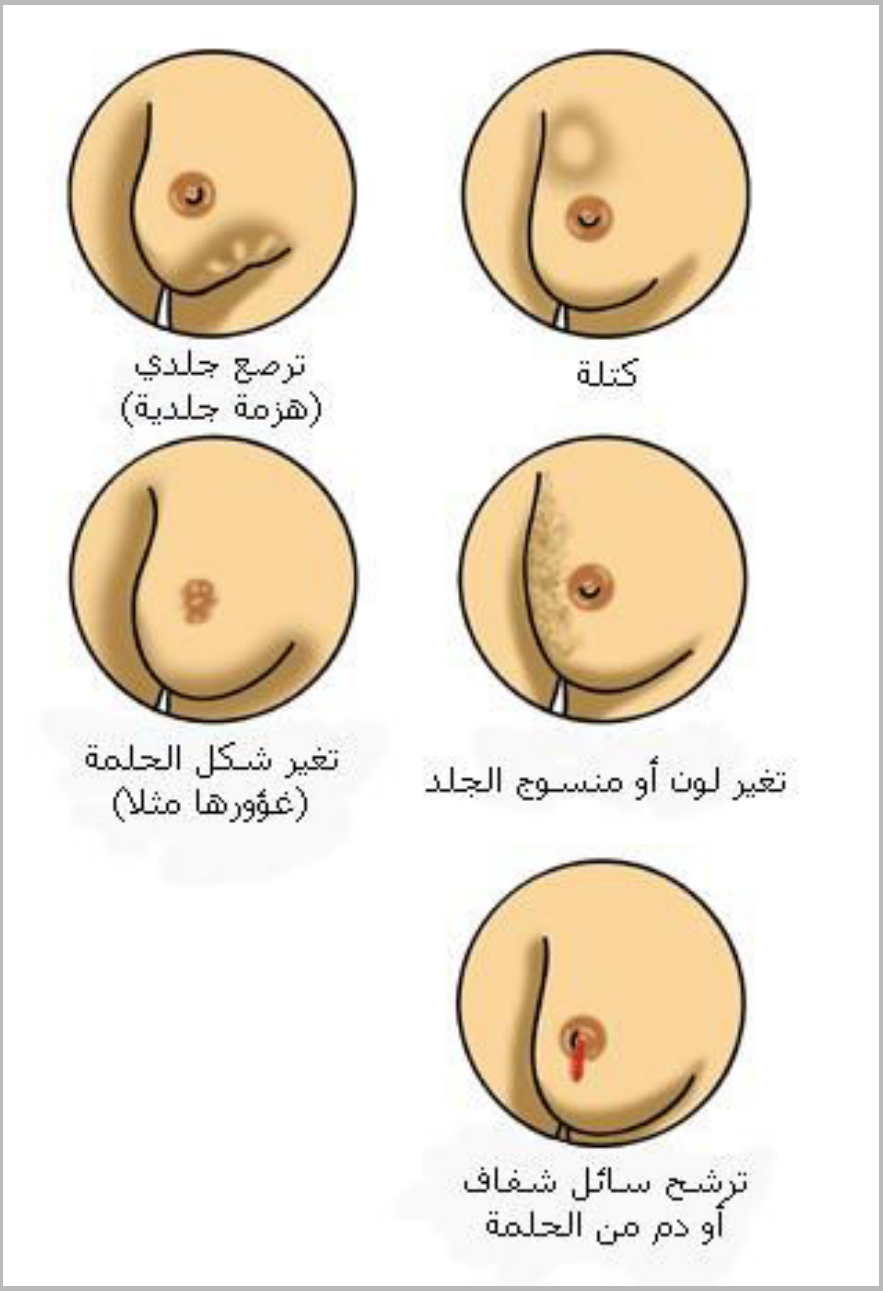
توزيع افرد العينة حسب تناولهن للكحول، السجارة، والمخدرات.

هل تناولت	ك	%
الكحول	1	0.7
السيجارة	2	1.5
المخدرات	0	0
لم تتناولها	132	97.8
المجموع	135	100

ملحق رقم 26

الاعراض والعلامات لسرطان الثدى :

معظم هذه الاعراض يمكن حدوثها فى أمراض للثدى غير سرطانية ووجود هذه الاعراض لا يجزم بجود سرطان



ملحق رقم 27

السن عند إنجاب أول طفل / المستوى التعليمي	20-18	23-21	26-24	29-27	32-30	35-33	38-36	المجموع
أمي	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
ابتدائي	1	2	2	2	1	0	0	8
	12.5	25.0	25.0	25.0	12.5	0.0	0.0	100
متوسط	4	9	4	2	7	1	1	28
	14.3	32.1	14.3	7.1	25.0	3.6	3.6	100
ثانوي	3	4	8	7	4	2	1	29
	10.3	13.8	27.6	24.1	13.8	6.9	3.4	100
جامعي	0	0	1	11	3	1	1	17
	0.0	0.0	5.9	64.7	17.6	5.9	5.9	100
المجموع	8	16	16	22	15	4	3	84
	9.5	19.0	19.0	22.6	17.9	4.8	3.6	100

الملحق رقم 28

		الحالة الفردية		المجموع
		عاملة	ماكثة بالبيت	
المستوى التعليمي	أمي	1	4	5
		20,0%	80,0%	100,0%
	ابتدائي	3	11	14
	ا	21,4%	78,6%	100,0%
	متوسط	11	29	40
		27,5%	72,5%	100,0%
	ثانوي	24	20	44
		54,5%	45,5%	100,0%
	جامعي	25	7	32
		78,1%	21,9%	100,0%
المجموع		64	71	135
		47,4%	52,6%	100,0%

الملحق رقم 29:

السن عند إنجاب أول طفل / السن عند الزواج الأول	20-18	23-21	26-24	29-27	32-30	35-33	38-36	المجموع
21-17	8 %36.4	10 **%45.5**	3 13.6	-	1 %4.5	-	-	22 100
26-22	-	6 %18.8	13 **%40.6**	13 **%40.6**	-	-	-	32 100
31-27	-	-	-	9 %39.1	13 **%56.5**	-	1 %4.3	23 100
36-32	-	-	-	-	1 %16.7	4 **66.7**	1 %16.7	6 100
41-37	-	-	-	-	-	-	1 **%100**	1 100
المجموع	8 %9.5	16 %19.0	16 %19.0	22 %26.2	15 %17.9	4 %4.8	3 %3.6	*84 100

الملحق رقم30

السن عند إنجاب آخر طفل / السن عند الزواج الأول	اقل من 35 سنة		35سنة فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	10	50	10	50	20	100
26-22	19	63.3	11	37.7	30	100
31-27	11	61.3	7	38.9	18	100
36-32	1	25.0	3	75.0	4	100
المجموع	41	56.9	31	43.0	*72	100

الملحق رقم31

عدد الولادات / السن عند الزواج	2-1		4-3		6-5		8-7		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	4	18.2	12	54.5	4	18.2	2	9.1	22	100
26-22	16	50.0	14	43.8	2	6.3	-	-	32	100
31-27	12	52.2	11	47.8	-	-	_	-	23	100
36-32	2	33.3	4	66.7	-	-	-	-	6	100
41-37	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
المجموع	35	41.7	41	48.8	6	7.1	2	2.4	*84	100

الملحق رقم32

هل أرضعت أطفالك / سنك عند الزواج	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
21-17	22	100	-	-	22	100
26-22	31	96.9	1	3.1	32	100
31-27	20	87.0	3	13.0	23	100
36-32	4	66.7	2	33.3	6	100
41-37	-	-	1	100	1	100
المجموع	77	91.7	7	8.3	*84	100

الملحق رقم33

مدة الاستعمال / الشخص الذي وصف الحبوب	اقل من سنة		5-1		اكثر من 5 سنوات		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مختص	14	24.1	20	34.5	24	41.4	58	100
قربة او صديقة	1	11.1	2	22.2	6	66.7	9	100
المجموع	15	22.4	22	32.8	24	44.8	*67	100

الملحق رقم34

مدة استعمال الحبوب / سجلت فترة راحة أثناء استعمال الحبوب	اقل من سنة		1-5 سنوات		اكثر من 5 سنوات		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	12	40.0	7	23.3	11	36.7	30	100
لا	2	5.4	14	37.8	21	56.8	37	100
المجموع	14	20.9	21	31.3	32	47.8	*67	100

الملحق رقم35

مدة استعمال الحبوب / نوعها	أقل من سنة		1-5		أكثر من 5 سنوات		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مركبة	10	18.9	17	32.1	26	49.0	53	100
أحادية	4	17.4	9	39.1	10	43.5	23	100
المجموع	14	18.4	26	34.2	36	47.4	*76	100