

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر - 2 - أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم الإجتماع و الديموغرافيا

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الإجتماع الديموغرافي

بعنوان :

العوامل السوسيو ديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة

في مرحلة ما بعد سن الإنجاب (50 – 59) سنة

دراسة ميدانية في بلدية الرويبة - ولاية الجزائر - لعينة من النساء

البالغات من العمر ما بين (50 – 59) سنة

تحت إشراف

أ . د جويذة عميرة

من إعداد الطالبة :

سامية بونفة

السنة الدراسية 2017 – 2018

كلمة شكر

عرفانا منا لجميل كل من مد لنا يد المعاونة و المساعدة و ساهم في إنجاز هذه الرسالة
نتقدم بخالص تشكراتنا إلى:

الأستاذة المشرفة الدكتورة جويده عميرة التي شرفتنا بكل تواضع و روح و مسؤولية
الإشراف على هذا البحث المتواضع ، فلم تبخل علينا بتوجيهاتها و إرشاداتها القيمة
فوفرت لنا كل ما أمكن لإنجاز هذا البحث شكرا لك على كل ما قدمته لنا من

مساعدة و توجيه و تشجيع.

كما نتقدم بجزيل الشكر و العرفان لكل أساتذة علم الإجتماع تخصص ديموغرافيا على
تشجيعهم و نصائح القيمة طيلة مشوار الدراسة و لا أنسى تشكراتي الخاصة لأمي
الحبيبة و زوجي محمد و أختي نعيمة على مساعدتهم و دعمهم لي لإتمام هذه الرسالة .
و إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد حتى بالكلمة الطيبة .

إهداء

قال الله تعالى: " ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن و فصاله في عامين

أن أشكر لي و لوالديك إلي المصير" . الآية 14 سورة النمل .

أهدي عملي هذا إلي التي تألمت لأرتاح إلي التي ترمقني بعين الحنان مساء

صباح إلي التي ألبستني ثوب الحياة وشاح ، إلي التي لم تبخل يوماً بالدعاء لي في

الأحزان و الأفراح إلي أمي الغالية حفظها الله .

جعل لي لكل ضيق مخرج و لكل باب مفتاح إلي أبي رمز النضال الذي صبر

علي السنين الطوال رعاه الله جل علاه .

إلي أختي و سندي و حبيبتي نعيمة و أخي أحمد و أولاده و قررة العين عبد القادر ،

نصيرة و أولادها إيمان ، نور الهدى ، منير ، إلي كل أخوالي و خالاتي و أولادهم .

إلي شريك حياتي محمد و لؤلؤة حياتي إبنني و حبيبي خير الدين و كتكوتي عبد

الرؤوف إلي من تمنيت حضوره في هذا اليوم لكن لا مرد لقضاء الله و قدره أخي منير

رحمه الله و جعل مثواه الجنة إلي كل أخوالي و خالاتي و أولادهم .

إلي كل زملائي و زميلاتي في المشوار الدراسي خاصة نيسة و نورة و

مريم كما لا أنسى الأخت شهرة علي مساعدتها لي .

الفهرس

مقدمة..... أ

الباب الأول : الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول : الإقتراب المنهجي

- أولا – الإشكالية..... 2
- ثانيا – الفرضيات..... 5
- ثالثا – تحديد المفاهيم الأساسية..... 6
- رابعا - أسباب إختيار الموضوع و الهدف منه..... 10
- خامسا – الدراسات السابقة..... 11
- سادسا – المنهجية المستعملة في البحث 21
- 6 - 1 - المنهج المتبع..... 21
- 6 - 2 – التقنية المستعملة..... 22
- 6 - 3 – تحديد مجالات البحث 22

الفصل الثاني: التصورات الإجتماعية للمرأة خلال مرحلة سن اليأس

- تمهيد..... 25
- المبحث الأول : مكانة و دور المرأة خلال مرحلة سن اليأس .
- أولا – المكانة الإجتماعية للمرأة فيما بعد سن اليأس 26
- ثانيا – الأدوار الإجتماعية للمرأة في المجتمعات العربية..... 30
- ثالثا – مكانة المرأة في العائلة الجزائرية 31
- رابعا – دور المرأة في العائلة الجزائرية..... 32

المبحث الثاني : التصورات الإجتماعية و الطبية لصحة المرأة خلال مرحلة سن اليأس .

أولاً – النموذج الإجتماعي و الطبي للمرأة خلال مرحلة سن اليأس35

ثانياً – المدخل الإنتربولوجي للصحة خلال مرحلة سن اليأس36

ثالثاً – الإحتياجات الصحية الخاصة بالنساء.....38

رابعاً – المتابعة الطبية الضرورية للنساء خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب40

خامساً - العوامل المؤثرة على الصحة44

المبحث الثالث : الصحة و مؤثراتها الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية .

أولاً – الصحة و علاقتها بالمعرفة و المعتقدات و الإتجاهات السلوكية47

ثانياً – تأثير العادات الموروثة على صحة المرأة.....49

ثالثاً – الصحة و علاقتها بالتنمية الإجتماعية و الإقتصادية50

رابعاً – تأثير الوضعية الإقتصادية على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب....62

خامساً - المستوى الإقتصادي للمرأة و الإقبال على الخدمات الصحية63

الخلاصة.....66

الفصل الثالث : الإتجاهات الديموغرافية و الصحية

تمهيد.....68

المبحث الأول – الوضع الديموغرافي و الصحي في الجزائر .

أولاً – الوضعية الديموغرافية في الجزائر.....69

ثانياً – الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب72

ثالثاً - الوضع الصحي في الجزائر.....76

رابعاً – الوضعية الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة79

خامساً – معوقات التنمية الصحية في الجزائر.....88

المبحث الثاني – الصحة الإنجابية و خصائصها .

- أولا – الصحة الإنجابية و علاقتها ببعض المحددات الديموغرافية92
- ثانيا- الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية.....97
- رابعا – العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية.....98
- خامسا – خصوصيات الرعاية الطبية في الصحة الإنجابية.....99
- سادسا – دواعي الإهتمام بالصحة الإنجابية..... 100

المبحث الثالث : الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة

- أولا – السياسة السكانية.....103
- 1-1 – السياسة السكانية و الصحة الإنجابية.....103
- 1-2 – استراتيجيات السياسة السكانية في مجال الصحة الإنجابية.....103
- ثانيا- تنظيم الأسرة في الوطن العربي.....105
- ثالثا - الصحة الإنجابية ضمن السياسة السكانية في الجزائر108
- رابعا- الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة.....110
- خامسا – أهمية تنظيم الأسرة.....112
- خلاصة.....115

الفصل الرابع : مرحلة سن اليأس مميزاتا و أعراضها و طرق علاجها

تمهيد

.....117

المبحث الأول : مميزات مرحلة سن اليأس

- أولا –أسباب حدوث سن اليأس.....118
- ثانيا – الحكمة من سن اليأس.....118
- ثالثا – العوامل المحددة للسن بالنسبة لسن اليأس.....120
- رابعا – أنواع سن اليأس.....128

المبحث الثاني : المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس .

- أولا – الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس134
- ثانيا – المشكلات الصحية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب143
- ثالثا - الإتجاهات تجاه علاج أعراض سن اليأس.....145
- رابعا – العلاج الضروري للمرأة في مرحلة سن اليأس148
- خامسا – دور العيادة لسن اليأس.....150
- سادسا – الطب البديل و علاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة151

المبحث الثالث : المرأة و علاقاتها الإجتماعية في مرحلة سن اليأس

- أولا – موقف الثقافات المختلفة من المرأة في سن اليأس154
- ثانيا- المرأة في سن اليأس و العلاقات الزوجية.....156
- ثالثا – أثر التقاعد و الإحباط المهني للزوج على المرأة في سن اليأس157
- رابعا – الإنتقال الجنسي بعد مرحلة سن اليأس.....158
- خامسا – الإنتقال الإيجابي للمرأة بعد مرحلة سن اليأس.....159
- خلاصة.....162

الباب الثاني : الإطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس : تحليل نتائج الدراسة

- تمهيد.....165
- خصائص العينة.....166
- المبحث الأول : تحليل نتائج الفرضية الأولى (تأثير السن عند أول زواج على صحة المرأة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب).....182
- المبحث الثاني : تحليل نتائج الفرضية الثانية(تأثير معارف المرأة حول مرحلة سن اليأس على صحتها خلال تلك المرحلة)210

المبحث الثالث : تحليل نتائج الفرضية الثالثة (إساءة معاملة الزوج لزوجته ستؤثر على صحتها خلال تلك مرحلة سن اليأس.....	231
المبحث الرابع : تحليل نتائج الفرضية الرابعة (ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة سيؤثر على صحتها خلال مرحلة سن اليأس).....	250
الخاتمة.....	276
قائمة المراجع.....	281
الملاحق.....	291

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	ص
1	توزيع النساء المتزوجات (15 – 49) سنة وفقا لاستعمالهن إحدى وسائل منع الحمل سواء كانت حديثة أو تقليدية سنة 2013 .	55
2	توزيع النساء المتزوجات ما بين 15 – 49 سنة وفقا لاستعمالهن لوسائل منع الحمل	56
3	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر عبر السنوات	70
4	تطور بنية سكان الجزائر حسب الفئات العمرية من خلال التعدادات الخمسة	71
5	تطور أمل الحياة عند الولادة عند الإناث	72
6	يبين تطور عدد النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر	73
7	يبين آفاق تطور فئة النساء في سن ما بعد الإنجاب خلال سنتي 2015 و 2020 حسب الفرضية المنخفضة	74
8	توزيع النساء في مرحلة نهاية الخصوبة 50 – 59 سنة في الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 1998	75
9	توزيع النساء في مرحلة نهاية الخصوبة 50 – 59 سنة في الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 2008 .	75
10	يبين نسب أهم الأمراض المزمنة لسنة 2013	78
11	توزيع أهم الأمراض المزمنة بين الجنسين لسنة 2013	79
12	يمثل توزيع النسبي للسيدات (50 – 59) سنة حسب بعض الخصائص	80
13	يمثل التوزيع النسبي للسيدات (50 – 59) سنة حسب بقاء الدورة الشهرية و انتظامها و استعمال علاج هرموني و توقيت بداية تناوله و السن	81
14	بين توزيع النساء ما بين (50 – 59) سنة حسب مدى القيام بالفحص الطبي النسائي و مكان إجراءه و كذا سبب عدم القيام بالفحص الطبي	83
15	يبين توزيع النساء (50 – 59) سنة حسب إجراء المسحة المهبلية و مكان إجرائها و سبب عدم إجرائها و هذا خلال العام السابق للمسح	84
16	توزيع المبعوثات حسب الأعراض و المشاكل الصحية التي تتعرضن لها في مرحلة ما بعد الخصوبة و كذا سبب عدم إجراء الفحص الطبي .	85

87	يبين التوزيع النسبي اتجاه و رأي المبحوثات نحو مرحلة نهاية الخصوبة	17
121	يمثل تقديرات العمر في سن اليأس من دراسات مختارة	18
166	توزيع أفراد العينة حسب السن	19
167	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	20
169	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	21
170	توزيع أفراد العينة حسب المجال المهني	22
171	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية	23
172	توزيع أفراد العينة حسب السن عند أول زواج	24
173	توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج	25
175	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	26
176	توزيع أفراد العينة حسب عدد الحمل	27
177	توزيع أفراد العينة عدد الأطفال الأحياء	28
178	توزيع أفراد العينة حسب سن الحيض	29
179	توزيع أفراد العينة حسب توقف الحيض	30
179	توزيع أفراد العينة حسب سن توقف الحيض	31
181	توزيع أفراد العينة حسب وجود نوبات حر	32
183	العلاقة بين سن المرأة عند أول زواج و مدى تعرضها للبهات الساخنة	33
185	العلاقة بين سن المرأة عند أول زواج و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	34
187	العلاقة بين سن المرأة عند أول حمل و مدى شعورها بآلام في الثديين	35
188	العلاقة بين سن المرأة عند أول حمل و نوع وسيلة الحمل المستعملة في السابق بمدى شعورها بآلام في الثديين	36
191	العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	37
192	العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى تعرضها لكسور في العظام	38
193	العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى وجود مشاكل نفسية	39

195	العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	40
197	العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و نوع المشاكل الصحية التي تعاني منها	41
198	العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء المنجب من طرف المرأة و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	42
200	العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء المنجب من طرف المرأة و مدى تعرضها لكسور في العظام	43
201	العلاقة بين مدة الزواج التي قضتها المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	44
203	العلاقة بين سن المرأة عند آخر الحمل و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	45
205	العلاقة بين عدد الإجهادات التي حصلت للمرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	46
206	العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل التي استعملتها المرأة في السابق و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	47
211	يوضح العلاقة بين مدى قيام المرأة بفحوصات دورية لدى الطبيب و مدى شعورها بالتهبات الساخنة	48
212	يبين العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	49
213	العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية لدى الطبيب و مدى تعرضها لكسور في مرحلة نهاية الخصوبة	50
214	يبين العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية لدى الطبيب و مدى وجود المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة خلال فترة نهاية الخصوبة	51
215	العلاقة بين معارف المرأة عن مرحلة سن اليأس و مدى شعورها بالتهبات الساخنة	52
216	يوضح العلاقة بين معارف المرأة و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	53
217	العلاقة بين معارف المرأة حول مرحلة نهاية الخصوبة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال تلك الفترة	54
218	العلاقة بين معارف المرأة عن مرحلة سن اليأس و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها في تلك الفترة	55
220	العلاقة بين تناول المرأة للعلاج الهرموني و مدى شعورها بنوبات الحر	56
221	العلاقة بين تناول المرأة للعلاج الهرموني و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	57
222	العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	58
223	العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	59
224	العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة و نوع المشاكل الصحية التي تعاني منها	60
225	العلاقة بين رأي المرأة فيما يجب أن تتفاده خلال مرحلة نهاية الخصوبة و مدى شعورها بنوبات الحر في تلك الفترة	61
227	العلاقة بين رأي المرأة فيما يجب أن تتفاده خلال مرحلة سن اليأس و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل	62
250	العلاقة بين رأي المرأة فيما يجب أن تتفاده في مرحلة سن اليأس و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها في تلك الفترة	63

232	العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى شعورها بالهبات الساخنة	64
234	العلاقة بين تلقي المرأة لمساعدات من طرف الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة	65
235	العلاقة بين اصطحاب المرأة للترويح من طرف الزوج و مدى الشعور بالهبات الساخنة	66
236	العلاقة بين وجود مضايقات و متاعب يسببها الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة	67
237	العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى وجود مشاكل نفسية	68
238	العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال تلك الفترة	69
240	العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة	70
241	العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	71
242	العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى وجود مشاكل صحية	72
243	العلاقة بين استماع الزوج لنصائح الزوجة و مدى شعورها بالهبات الساخنة	73
244	العلاقة بين استماع الزوج لنصائح الزوجة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	74
245	العلاقة بين الحالة العملية للزوج و مدى شعور المرأة بالهبات الساخنة	75
246	العلاقة بين الحالة العملية للزوج و وجود مشاكل نفسية تعاني منها المرأة	76
251	العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى شعورها بنوبات الحر	77
252	العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى شعورها بالآلام في الظهر و المفاصل	78
254	العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	79
255	العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	80
257	العلاقة بين عمل المرأة و مدى شعورها بالهبات الساخنة	81
258	العلاقة بين عمل المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	82
259	يبين العلاقة بين دخل الأسرة و مدى شعور المرأة بالهبات الساخنة	83
260	العلاقة بين دخل الأسرة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها المرأة	84
262	العلاقة بين دخل الأسرة و نوع المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة في تلك المرحلة	85
263	العلاقة بين دخل الأسرة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها المرأة	86
265	العلاقة بين المجال المهني للمرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	87

266	العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و مدى شعورها بنوبات الحر	88
267	العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	89
268	العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	90
269	العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى شعورها بنوبات الحر	91
270	العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها	92
272	العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها	93

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن	167
2	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	168
3	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة العملية	169
4	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة	170
5	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية	171
6	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن عند أول زواج	173
7	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج	174
8	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	175
9	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد الحمل	176
10	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال الأحياء	177
11	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سن الحيض	178
12	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سن توقف الحيض	180
13	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب وجود نوبات حر	181

مقدمة

"تتمتع المرأة بصحة جيدة في كل مراحل حياتها من بين أهم النقاط التي أكدت عليها المؤتمرات العالمية الخاصة بالسكان ، حيث ركزت على ضرورة تبني سياسات صحية فعالة مع توفير أقصى خدمات الرعاية الصحية للمرأة ، وكذا القيام بمسوح و دراسات معمقة من أجل معرفة كل احتياجاتها الصحية ، و السعي إلى إيفائها ، و هذا لما يكتسبه دورها الإنجابي و التربوي من أهمية بالغة داخل أسرتها و في مجتمعها ككل ."¹

غير أن الإهتمام الأكبر انصب على المرحلة الإنجابية للمرأة في حين أهملت مرحلة لا تقل أهمية عن المرحلة الإنجابية ألا و هي سن اليأس من الإنجاب أو كما يطلق عليها فترة ما بعد الخصوبة

فالتوقف التدريجي للنشاط الهرموني للمبويضين تنتهي الوظيفة البيولوجية للمرأة وتقبل على فترة جديدة من حياتها يعترئها بعض التغيرات البيولوجية و النفسية و الإجتماعية و تظهر عليها بعض المشاكل الصحية المتعلقة بالطمث فتتدهور حالتها الصحية و تصبح أكثر عرضة للأورام و السرطانات ، و تبدأ أمراض الشيخوخة في الظهور و يحدث الترهل في جسمها بوجه عام و تتراكم الشحوم في بعض نواحيه و يبذوا الإجهاد عليها من أقل مجهود فيخفق القلب و تحدث الآلام في الظهر و هشاشة العظام و التي قد تصل إلى الكسر ، مما يعيقها من أداء واجباتها الزوجية ، المنزلية ، التربوية ، والتزاماتها اتجاه المجتمع ككل.

"هذا وقد قدرت الإحصاءات العالمية أنه توجد 280 مليون امرأة في سن 50 سنة فما فوق في الدول المتقدمة مقابل 550 مليون في الدول النامية عام 2010 و بحلول 2050 سوف يشكلن حوالي 19 بالمئة من إجمالي سكان العالم"² ، "أما في الجزائر فقد قدر عدد النساء اللواتي تبلغ أعمارهن ما بين (50 – 59) سنة حوالي 2.9 مليون امرأة و تتنبأ التقديرات بوجود 4 ملايين امرأة في فترة ما بعد الخصوبة بحلول سنة 2020 ."³

¹ - هندومة محمد أنور حامد . سن اليأس عند المرأة ، المكتبة الجامعية ، القاهرة، 2006 ، بدون طبعة ، ص 10 .

² - Gertchen Astevens , Golin Mathers . globale mortality trends and partterns in older women , Bultain world health organ, 2013 , pp 630 – 639

³ -ONS , L'Algerie en quelques chiffres Résultats : 2013 -2014 , N° 44 , Alger , 2014 , p 10 .

"يعتبر موضوع معاشة المرأة لمرحلة ما بعد سن الإنجاب من بين المواضيع التي يتم التحدث إليها بطريقة محتشمة إذا يرتبط بهذه المسألة أكثر من غيرها بما يسمى بالحس الثقافي في الوسط الحضري و المجتمعي ، إذ يعد من أحد المعوقات الملموسة التي تحول دون إستفادة المرأة من صحته فثمة صعوبات علمية و ثقافية ذات تأثير على السلوك الصحي و معرفة واقع صحة النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة ."¹

على الرغم من أهمية موضوع سن اليأس كمرحلة عمرية تمر بها كل المرأة إلا أن الملاحظ أنه لم ينل الحظ الكافي من الإنتباه الطبي السيكولوجي حيث لم يعطي مقدموا الخدمات الصحية ببساطة الطمث أولوية بوصفه مسألة تتعلق بالصحة الإنجابية رغم أن هذا الأمر بدأ يتغير و بدأت بعض البلدان النامية مثل الشيلي ببرامج لإدماج المعلومات و الخدمات المتعلقة بانقطاع الطمث و في نظمها الصحية و مع ازدياد عدد المسنين في البلدان النامية عامة و الجزائر خاصة يمكن أن نتوقع مزيدا من الإهتمام بصحة النساء في مرحلة سن اليأس .

فحين نتطرق لموضوع العوامل السوسيو ديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب فإن جملة من الدوافع تكون وراء هذا الإختيار أهمها الإرتفاع المتزايد للنساء المصابات بأمراض سرطانية خاصة سرطان الرحم و الثدي بعد سن الخمسين في الجزائر بالإضافة إلى سرطان عنق الرحم ، كل هذه الأمراض أصبحت تحصد المئات من النساء سنويا إضافة إلى المشاكل النفسية و الإجتماعية و الصحية التي تعيشها هذه الشريحة من المجتمع و التي لا يمكن تهملها و لا عزلها بل لابد من معرفة العوامل الميطة بالمرأة و التي تؤثر على ممارستها الصحية و مدى وعيها بكل أعراض هذه المرحلة العمرية و معاشتها لها عن سياقها الإجتماعي .

1 – آسيا شريف . واقع و معاشة المرأة لمرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر ، المؤتمر السنوي السادس و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية المشكلات و السياسات ، معهد التخطيط القومي ، المركز الديموغرافي ، القاهرة ، 2006 ، ص 2 .

وفي الأخير هناك حقيقة يجب أن نعترف بها وهي أن حياة المرأة لا تنتهي بانتهاء عمر الإنجاب و التربية و التعليم لذلك يجب الإهتمام بشكل خاص إلى ما يحدث لها في مرحلة ما بعد سن الإنجاب خاصة التي تطرأ أو تحدث لها على المستوى الصحي أو النفسي و لهذا لابد من تقديم الرعاية الصحية الضرورية و اللازمة في هذه الفترة من مراحل عمرها باعتبارها انطلاقة جديدة تستطيع من خلالها تقديم عطاءات لصالحها و لصالح أسرتها و بالتأكيد سيكون هذا لصالح مجتمعها خاصة بعد تحررها من قيود الحمل و الإنجاب و الولادة و تربية الأطفال كل هذا يجعلنا نتناول بعض المحاور التي تمس مجمل الموضوع من خلال الفصول التي تتضمنها دراستنا و قد قسمنا البحث إلى بايين اثنين هما :

الباب لأول : خصصناه للجانب النظري للدراسة و يحتوي على أربعة فصول

الفصل الأول : تناولنا فيه الإطار المنهجي للدراسة الذي يضمن الإشكالية المطروحة في بحثنا و الفرضيات ، تحديد المفاهيم الأساسية ، أهداف و صعوبات البحث، كما تطرقنا لبعض الدراسات السابقة وفي الأخير كان لزاما علينا وكأي باحث علم التعريف بالمنهج و التقنيات المستعملة في بحثنا.

الفصل الثاني : إرتأينا فيه الحديث عن مكانة المرأة الإجتماعية و كذا أدوارها في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في المجتمعات العربية و لاسيما في الجزائر كما لم يفتنا التطرق لمؤثرات الصحة الإجتماعية و الثقافية و الإقتصادية حتى نضع القارئ في الصورة .

الفصل الثالث : رأينا أنه من الضروري تناول الوضعية الديموغرافية و الصحية في الجزائر فتطرقنا للوضع الصحي ، السياسة الصحية و كذا بعض المؤشرات الديموغرافية و خاصة تلك المؤثرة في صحة المرأة ، كما لا يمكننا أن الخوض في مرحلة سن اليأس دون الحديث عن الصحة الإنجابية و خصائصها باعتبارها جزء أساسي من الصحة العامة تعكس المستوى الصحي للرجل و المرأة في سن الإنجاب و ما بعده.

الفصل الرابع : لا يمكن أن يكتمل الموضوع دون أن نتطرق لمرحلة سن اليأس مميزاتها أعراضها و كذا خصائصها .

الباب الثاني : تناولنا فيه الجانب الميداني للدراسة و احتوى على فصل واحد عالجا فيه العوامل المؤثرة في صحة المرأة أثناء مرحلة سن اليأس تمثلت هذه العوامل في التاريخ الإنجابي للمرأة، مدى وعيها بخصائص مرحلة سن اليأس كما عالجا نقطة مهمة وهي نوع معاملة الزوج لزوجته و هي تجتاز فترة انقطاع الطمث و نوع العلاقة الزوجية التي تربطه بشريكة حياته و أخيرا تطرقنا للمركز الإجتماعي للمرأة و مدى تأثيره على صحتها في مرحلة سن اليأس هذا ودعمنا القراءة الإحصائية والسوسولوجية بمقاييس النزعة المركزية و مقاييس التشتت و كذا مقاييس الارتباط و مقاييس اختبار الفرضيات كما لخصنا الجداول في رسومات بيانية و ختمنا هذه الدراسة بطرح و مناقشة أهم النتائج المحصل عليها من خلال البحث

الإطار النظري للدراسة

أولا - الإشكالية :

إن صحة المرأة هي رفايتها الكلية و التي لا تحدها العوامل البيولوجية و لا الإنجابية فحسب و إنما تتحدد أيضا بتأثيرات العمل و التغذية و عوامل أخرى كوضعها في المجتمع و تعليمها و استقلالها الإقتصادي بصرف النظر عن سنها ، فالصحة غير مقترنة بمرحلة عمرية دون سواها ، كما كان و لحقبة طويلة من الزمن التركيز على الفئة العمرية 15-49 سنة و التي عنيت ببرامج الرعاية الصحية ، الأمومة الآمنة و الصحة الإنجابية ، مما همش جوانب عديدة من صحتها إذ بقيت تعيشها في صمت رهيب و مطبق و كأنما اختزل دورها على الجانب البيولوجي المتمثل في الإنجاب فقط و بانقضائه ينتهي حقها في برامج الرعاية الصحية و في التمتع بصحتها ، غير أن هناك حقيقة أخرى وهي إقبال المرأة على فترة جديدة من حياتها تعد مرحلة انتقالية هامة تعرف عادة بسن اليأس .

"عندما تتعدى المرأة سن الخمسين تمر بمرحلة لا مناص منها هي سن اليأس كما ذكرنا سابقا لكن هذه المرحلة ليست مرضا كما يعتقد البعض بل هي ظاهرة فيزيولوجية طبيعية ناجمة عن النقص التدريجي في وظائف المبيضين تحصل لجميع النساء دون استثناء كما لا تخلو شأنها شأن باقي المراحل وجود تغيرات فيسيولوجية و بيولوجية و سيكولوجية تؤثر تأثيرا مباشرا في سلوك المرأة مع من حولها وعلى مكانتها الإجتماعية و لهذا فهو حدث في حياة كل امرأة بعد منتصف العمر تقريبا ."¹

إن فترة ما بعد سن الإنجاب كما تسمى أيضا تعتبر مرحلة انتقالية هامة في حياة كل امرأة حيث تعيش خلالها بعض التغيرات الجسمانية و النفسية ، و تعاني من بعض المشكلات الصحية مثل ضعف العضلات و المفاصل و ارتفاع ضغط الدم حيث "بين المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 أن حوالي 5 بالمئة من السيدات في سن ما بين (50-59) سنة قد تعرضن لكسر خلال العام الذي سبق المسح و أن 8.8 بالمئة قامت بعمل أشعة"²

1 - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق_، ص 8 .

2- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 ، التقرير الرئيسي ، الديوان الوطني للإحصائيات ، الجزائر 2003 ، ص 165 .

"سينية على أي جزء من عظام الجسم و حوالي 26 بالمئة من الحالات أظهرت وجود كسور في العظام ، أما فيما يخص المشكلات المتعلقة بانقطاع الطمث صرحت سيدتان من كل ثلاث سيدات بأنهن يعانين من مشكل واحد على الأقل مرتبط بفترة انقطاع الطمث وتشمل هذه المشكلات آلام في الظهر بنسبة 44.6 بالمئة و آلام في المفاصل بنسبة 3. 46 بالمئة و خفقان سريع في القلب بنسبة 37.1 بالمئة".¹

لقد تنطرق أيضا المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 إلى أهم العوامل التي تؤثر على مدى إقبال النساء في فترة نهاية الخصوبة على خدمات الرعاية الصحية و كذا أهم احتياجاتهن الصحية في هذه الفترة من عمرهن حيث كشف أن "ثلثي النساء في فترة ما بعد الخصوبة يعانين من مشكل صحي على الأقل يتعلق بانقطاع الطمث، أما فيما يخص المراقبة الطبية فلقد كشف نفس المسح أن 86.5 بالمئة من السيدات لم يقمن بإجراء فحص طبي نسائي خلال العام السابق للمسح و هن من الفئة العمرية 50 – 54 سنة ، أما اللواتي ينتمين للفئة العمرية 55 – 59 سنة فهن لا يجرين هذا الفحص بنسبة 90.6 بالمئة و تحتل الريفيات أكبر نسبة في هذا".²

من خلال ما سبق قوله نستخلص أنه من الخطأ رؤية مرحلة سن اليأس على أساس بيولوجي فقط حيث أن الإستجابة لأعراض سن اليأس تتأثر بعوامل عديدة من بينها البيئة الإجتماعية و الثقافية ، فالمجتمع الذي تعيش فيه المرأة و تحتك فيه ذا أهمية بالغة للطريقة التي يتم توافقها مع سن اليأس ، كما أن البيئة التي تجد الأنثى نفسها فيها خلال مرحلة توقف الطمث يكون لها تأثير بالغ الأهمية لاستجابتها لظهور بعض الأعراض البيولوجية و السيكولوجية فمرحلة ما بعد سن الإنجاب تعتبر عملية معقدة و مركبة من تفاعل عوامل ثقافية و سيكولوجية و بيولوجية و اجتماعية و يمكن أن تكون حتى ديموغرافية فعلى سبيل المثال قد يكون للتاريخ الإنجابي للمرأة كالإنجاب في سن مبكر أو متأخر و عدد الحمل و كذا الفترات الوجيزة بين حمل و آخر الأثر الواضح على صحة المرأة خلال فترة توقف الطمث حيث أن وجود خصوبة مرتفعة غير متحكم فيها و حالات الحمل المتقاربة و المتكررة تعد من

¹ - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . نفس المرجع السابق ، ص 165 .

² - نفس المرجع ، ص- ص 163 – 168 .

أهم الأسباب الرئيسية المسؤولة عن الكثير من الأمراض التي تعاني منها الأمهات في فترة الخصوبة و قد تستمر أو تتفاقم خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب ، ضف إلى ذلك عدم توافر الخلفية التثقيفية المسبقة لما تمر به المرأة في هذه السن مما يزيد من مشاكل سن اليأس و يجعلها أكثر تعقيدا فمعارف و معلومات المرأة التي تملكها حول مرحلة سن اليأس سيجعلها تتخذ سلوكا معيناً اتجاه صحتها لما تمر به من عوارض خلال تلك المرحلة سيجنبها كثيراً من الممارسات الضارة بصحتها فالمرأة المتعلمة و الواعية أكثر احتمالاً للإستفادة من الخدمات الصحية.

هذا ويلعب الزوج أيضاً دوراً هاماً في اجتياز المرأة مرحلة سن اليأس و هي تتمتع بصحة جيدة و ذلك بدعمها و مساعدتها و توفير الحماية لها و كذا عدم اختزال وجودها في التربية و الإنجاب و العمل مما يعيد للمرأة ثقتها بنفسها و يساعدها على التعامل بمشاعرها السلبية الآنية و الماضية هذا و لا يمكننا أن ندرس موضوع الصحة لاسيما صحة المرأة دون التطرق للمركز الاجتماعي الذي تشغله المرأة في المجتمع فمثلاً التعليم و العمل بالنسبة للمرأة سيجعلها أكثر احتمالاً للإستفادة من الخدمات الصحية و كذا ستتجنب الكثير من الممارسات الضارة بصحتها.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية المصاحبة لمرحلة ما بعد سن الإنجاب و درجة شدتها تتأثر إلى حد بعيد بمجموعة من العوامل الاجتماعية و الثقافية و الإقتصادية ، فكيف يمكن لهذه العوامل السابقة الذكر أن تؤثر على صحة المرأة ؟

***الأسئلة الجزئية :**

1 - هل للسن عند أول زواج عند المرأة تأثير على صحتها خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب ؟

2 - هل لمعارف المرأة بخصائص مرحلة ما بعد سن الإنجاب تأثير على صحتها خلال تلك المرحلة ؟

3 - هل لنوع معاملة الزوج زوجته خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب تأثير على صحتها خلال تلك المرحلة ؟

4 - هل للمركز الاجتماعي للمرأة تأثير على صحتها خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب ؟

ثانيا - الفرضيات :

- 1 - كلما ارتفع أو انخفض سن المرأة عند أول زواج و لم تنظم ولاداتها زادت صحتها سوءا خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب.
- 2 - كلما قلت معارف المرأة بميزات مرحلة ما بعد سن الإنجاب زادت صحتها سوءا خلال تلك الفترة
- 3 - كلما كانت معاملة الزوج لزوجته سيئة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب زادت صحتها سوءا أثناء اجتيازها لتلك الفترة من العمر .
- 4 - كلما ارتفع المركز الإجتماعي للمرأة خلال ما بعد سن الإنجاب زادت صحتها سوءا أثناء اجتيازها لتلك الفترة من العمر .

ثالثا - تحديد المفاهيم :

3-1 - سن اليأس:

أ - لغة :

"تعني توقف Pausis وتعني شهر Men تشتق كلمة سن اليأس من الكلمتين اليونانيتين Ménopause بمعنى توقف الحيض الشهري.

أما مرادفات سن اليأس فهي الأياس، الإياس، سن توقف الطمث، اليأس من المحيض نهاية الخصوبة، مرحلة ما بعد الإنجاب.¹

ب - إصطلاحا :

"يعني سن اليأس السن الذي تتوقف فيه الطمث و تنقطع الدورة الشهرية في حياة المرأة بفعل توقف المبيض عن إنتاج الهرمونات الأنثوية (الإستروجين و البروجسترون) مع تقدم العمر و بذلك لا تستطيع المرأة الإنجاب حيث تفقد قدرتها الفيزيولوجية على التوالد و التناسل وعلى هذا الأساس جاءت تسمية هذه المرحلة العمرية بسن اليأس كون المرأة خلالها تكون يائسة من الإنجاب هذا من جهة و من جهة أخرى يربط هذا المصطلح المتداول سن اليأس بما جاء في القرآن الكريم "و اللاتي ينسن من المحيض" (سورة الطلاق الآية 4) أي اللاتي انتهى الحيض لديهن بلا رجعة.²

إن المقصود بسن اليأس في بحثنا هذا هو دخول المرأة لمرحلة عمرية جديدة تفقد خلالها القدرة على الإنجاب و التوالد و هذا لا يعني أبدا فقدان الرغبة في الحياة أو انتهاء مهام المرأة و أدوارها اتجاه أسرتها و مجتمعها كما يعتقد البعض .

1- هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق، ص 40 .

2 - نادية رمسيس فرح . حياة المرأة و صحتها ، دار الجيل سينا للنشر ، القاهرة ، 1992 ، بدون طبعة ، ص 169 .

3 - 2 - سن توقف الحيض:

"يختلف السن الذي ينقطع فيه الطمث لكن عادة ما يحدد بالفترة ما بين 45 - 50 سنة رغم أن بعض النساء تستمر تحيض حتى بلوغهن سن 55 سنة أو يحدث مبكرا ب عشرين عاما من حدوثه الطبيعي أي ابتداءا من سن 35 سنة و أن نسبة 15 بالمئة من كل النساء يمكن أن يتقدم أو يتأخر بهن سن اليأس حتى سن 60 سنة.¹"

* التعريف الإجرائي :

لا يمكن تحديد السن الذي يتوقف فيه الطمث فغالبا ما يحصل هذا بصورة تدريجية حيث يحدث عدم انتظام في الدورة الشهرية في السنة التي تسبق سن اليأس إذ تحدث الدورة الشهرية على فترات متقاربة ثم تبدأ بالتباعد كل شهرين أو أكثر و لكن أحيانا تصل المرأة إلى سن اليأس بصورة فجائية حيث تنقطع الدورة الشهرية فجأة بعد شهر أو سنوات من الدورات المنتظمة غير أن المعتاد عليه أن متوسط العمر الذي يتوقف فيه الطمث لدى النساء هو سن الخمسين ومنه اخترنا النساء اللواتي تعشن مرحلة سن اليأس و من منتميات للفئة العمرية (50 - 59) سنة و هو التحديد الذي تقوم عليه أغلب البحوث .

3-3- الصحة:

"عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة تعريفا أخذ به كل العاملين في مجالات الصحة العامة وخلاصة هذا التعريف أن الصحة هي حالة السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و الإجتماعية و ليست مجرد الخلو من المرض و العجز.²"

و انطلاقا من هذا التعريف سنحاول البحث عن الوضع الصحي الذي تكون عليه المرأة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب و هذا من الناحية النفسية و البدنية و الإجتماعية باعتبارها المكونات الأساسية لتمتع الفرد بالصحة .

¹ - نادية رمسيس فرح . نفس المرجع السابق ، ص 8 .

² - بهاء الدين سلامة . الصحة و التربية الصحية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2007 ، بدون طبعة ، ص 17 .

3-4 - الصحة الإنجابية:

"الصحة الإنجابية كما عرفتها منظمة الصحة العالمية هي حالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته و ليس مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة هذا و تبدأ الصحة الإنجابية من مرحلة الطفولة مرورا بسن المراهقة إلى سن الإنجاب ثم ما بعد سنوات الإنجاب لأن فترات الحياة تتواصل و يبني بعضها على بعض لاسيما و إن تعلق الأمر بالمرأة."¹

أما الصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب فتعني في هذه المرحلة تقديم خدمات للمرأة بعد اجتيازها العمر الإنجابي و تعني بالأخص في ما يلي:

- المشورة عن التغيرات الفسيولوجية .

- الوقاية من هشاشة العظام.

- الوقاية من الأمراض (سرطان الثدي ، سرطان عنق الرحم ...) .

- الكشف الدوري .

- علاج الأعراض المصاحبة لانقطاع الدورة الشهرية .

إن مفهوم الصحة الإنجابية واسع و لا يمكن حصره في فقرة و لكننا سنتطرق في بحثنا هذا إلى بعض الأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة كالزواج المبكر ، الإنجاب المبكر ، الإنجاب المتأخر ، مدى ممارسة استعمال وسائل منع الحمل أثناء فترة الخصوبة .

3-5 - تنظيم الأسرة:

"تنظيم الأسرة هو التخطيط لتوقيت الإنجاب بحيث يكون هناك فترة زمنية مناسبة بين حمل و آخر و ذلك باستخدام وسائل تنظيمية مناسبة و هذا دون أي تأثيرات صحية أو اجتماعية سلبية على صحة الأم مع مراعاة القدرة الإخصابية و هي من 18 - 35 سنة."²

¹ - صندوق الأمم المتحدة . تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، نيويورك ، 1994 ، ص 38 .

² - زين بدران و أيمن مزاهرة . رعاية الأم و الطفل ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، 2008 ، ط1، ص 21 .

3- 6 - المركز الإجتماعي:

"المركز الإجتماعي هو المركز الذي يشغله الفرد في جماعة و يرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها طبقا لقواعد سلوكية مقررة ، و قد يكون المركز الإجتماعي منسوبا أو مفروضا . و الدور الإجتماعي هو المركز أو المنصب الذي يحتله الفرد و الذي يحدد واجباته و حقوقه الإجتماعية ، و الفرد الواحد في المجتمع يأخذ عدة أدوار اجتماعية و المركز الإجتماعي و العلامة أو الإشارة التي تحدد طبيعة الدور الإجتماعي ... إلخ"¹

"و عرف أيضا على أنه الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية في النسق الإجتماعي بالنسبة للآخرين ، و قد يحدد هذا الوضع الحقوق و الواجبات و أنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة و مدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة."²

"و عرفه أحمد زكي بدوي على أنه المركز الذي يشغله الفرد في جماعة (أب ، ابن ، مدرس رئيس ، مرؤوس) و يرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها الفرد طبقا لقواعد سلوكية مقررة و قد يكون المركز الإجتماعي منسوبا أو مفروضا لا يستطيع الفرد أن يغير منه و هو يرتبط عادة بمولد الشخص أو أصله أو نسبه أو جنسه أو ديانته ، كما قد يكون المركز الإجتماعي مكتسبا و هو المركز الذي يصل إليه الفرد بمجهوده أو قدرته الشخصية."³

التعريف الإجرائي : أما في بحثنا فنقصد به المركز الإجتماعي الذي تحتله المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب من مشاركتها في العمل خارج البيت و مقدار دخل أسرتها و كذا مستوى تعليمها.

¹ - فاروق مداس . قاموس مصطلحات علم الاجتماع ، دار منى ، الجزائر ، 2003 ، بدون طبعة ، ص 253 .
² - محمد عاطف غيث . قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، بدون طبعة ، ص 70 .
³ - أحمد زكي بدوي . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت ، 1978 ، ص 410 .

رابعا - أسباب إختيار الموضوع و الهدف منه :

4 - 1 - أسباب إختيار الموضوع

لقد أصبح للمرأة دور إيجابي في جميع ميادين الحياة لذلك لابد من الإهتمام بصحتها لاسيما إن تقدم بها العمر و مرحلة سن اليأس هي مرحلة من المراحل العمرية التي تمر بها المرأة لذا من الضروري التعرف على الصعوبات و المشاكل التي تواجهها في هذه الفترة من أجل تقديم الرعاية اللازمة لها.

إن هذا النوع من المواضيع يعاني الكثير من الإهمال حيث لم ينل الحظ الكافي من الإنتباه الطبي والسيكولوجي والإجتماعي كما نجد نقصا وقصورا في الإحصائيات المتعلقة بالصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب فجل الدراسات و البحوث سلطت الضوء على جوانب أخرى من حياة المرأة كالخصوبة و الحمل و الولادة الرعاية أثناء فترة الحمل و النفاس وفيات الأمهات و الأمراض النسائية بالإضافة إلى مواضيع أخرى كالتغيرات السيكولوجية في بداية البلوغ و المراهقة و لكن علاج مشاكل المرأة البدنية و النفسية و الإجتماعية بعد انقطاع الطمث قد أهمل إلى حد بعيد من طرف العلماء و الباحثين .

4 - 2 - الهدف من اختيار الموضوع:

يهدف هذا البحث إلى معرفة صحة النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب باعتبارها مرحلة مهمة في حياة المرأة و ذلك من خلال التطرق للعوامل البيولوجية و الفسيولوجية و النفسية و الإجتماعية و الثقافية للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث حيث ترتبط ارتباطا وثيقا ببعضها البعض و يؤثر كل منها على الآخر فسن اليأس ليس حدثا فسيولوجيا محضا و لكنه حدث نفسي و اجتماعي و اقتصادي كما أننا من خلال اختيار هذا الموضوع إلى تقديم نظرة شاملة حول صحة المرأة خلال مرحلة سن اليأس .

خامسا - الدراسات السابقة :

كما ذكرنا سابقا فإن صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب لم يلق الحظ الكافي في الكثير من الدراسات و البحوث سواء التي أقيمت في الوطن العربي عموما أو في الجزائر خصوصا و ما استخلصناه من فترة التوثيق و البحث هو أن أغلب الدراسات التي تناولت موضوع سن اليأس هي طبية أكثر منها سيكولوجية غير أن الدراسات التي تطرقت إلى واقع و معاشة المرأة لمرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر تكاد تعد على الأصابع و لعل أهمها المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 .

5-1 - المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 :

سعت الجزائر دائما إلى تحقيق المزيد من التنمية في القطاعات المختلفة منها الإقتصادية و الإجتماعية و الصحية و حرصا منها على تطوير الخدمات الصحية على مستوى شرائح المجتمع من أطفال و أمهات و مسنين فقامت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بإبرام إتفاقية مع جامعة الدول العربية لإنجاز المسح الجزائري حول صحة الأسرة عام 2002 و يدخل ذلك في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة .

" تناول المسح الجزائري لصحة الأسرة عدة قضايا أهمها الصحة الإنجابية، إحتياجات الشباب و المراهقين و وفيات الأمهات و الرعاية الصحية و الإجتماعية لكبار السن لاسيما المرأة و للإشارة تعد الجزائر البلد الوحيد الذي اهتم بفئة النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب حيث شمل 1642 سيدة في الفئة العمرية 50 - 59 سنة من بينها 57 بالمئة تنتمي إلى عمر 50 - 54 سنة في حين 43 بالمئة تنتمي للفئة العمرية 55 - 59 سنة ، كما وجدت نسبة 63 بالمئة منهن تعشن في مناطق حضرية و 37 بالمئة في مناطق ريفية " ¹ كما سلط المسح الضوء على بعض الجوانب الصحية و الإجتماعية و الديموغرافية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة .

¹ - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . المرجع السابق ، ص ص 4-7 .

"لقد تحصل المسح على نتائج هامة تتعلق بصحة للمرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب حيث سئلت المبحوثات عن حالتهم الصحية انطلاقا من مدى تعرضهن إلى الفحوصات الطبية خلال فترة نهاية الخصوبة ، اتضح أن 13.7 بالمئة من النساء 50 – 54 سنة قد أجريين فحصا طبيا نسائيا واحدا على الأقل خلال العام السابق على المسح و تنخفض نسبة الفحص عند الفئة العمرية 55 – 59 سنة بنسبة 9.4 بالمئة ، ضف إلى ذلك أكثر من نصفهن اتجهن إلى الطبيب الخاص ب 58 بالمئة منهن 16 بالمئة اتجهن إلى المستشفى أو مركز أمومة من أجل إجراء فحوصات طبية ، 15.6 بالمئة بمصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي ، 10.9 بالمئة بمصحة خاصة."¹

كما سلف و أن ذكرنا أن سن اليأس في الإنجاب يعد مرحلة فيزيولوجية يمكن أن ترافقها بعض الإضطرابات و المشاكل الصحية التي يمكن أن تعالج بكل طمأنينة وقت الحاجة فالمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 قد تحصل على نتائج هامة في هذا السياق سنتطرق إليها بالتفصيل في الفصل الثالث .

5 – 2 - دراسة للدكتورة آسيا شريف بعنوان واقع و معاشة المرأة لمرحلة ما بعد سن الإنجاب:

ورقة بحثية تسلط الضوء على صحة المرأة و واقع معاشتها لمرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر و محاولة توفير أهم الخدمات المطلوبة التي يمكن تقديمها مع تحديد أولوياتها و هذا من أجل توعية و معرفة أبعاد الصحة الإنجابية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب و كذا انعكاساتها على المرأة و على المستوى العائلي.

لقد حملت هذه الدراسة عنوان " واقع و معاشة النساء مرحلة سن ما بعد الإنجاب في الجزائر " دراسة حالة تم تنفيذها سنة 2006 مع الإعتماد على نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 و كان الإشكال المطروح في هذه الدراسة يدور حول :

¹ - نفس المرجع ، ص 125 .

1- " واقع الصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب .

2 – أهم المشاكل الصحية و النفسية و الإجتماعية التي تصافها المرأة أثناء مرحلة ما بعد

سن الإنجاب .

3- كيفية معايشة المرأة لمرحلة مهاية الخصوبة و احتياجاتها اتجاه هذه المرحلة العمرية .

لقد اعتمدت الباحثة في هذه الورقة البحثية على دراسة حالة من خلال إجراء مقابلات لمجموعة من النساء عددهن 10 ينتمين إلى الفئة العمرية 52 – 59 سنة منهن دون مستوى تعليمي (أميات) و منهن ذات مستوى تعليمي ابتدائي ، متوسط و حالة واحدة جامعية ، غير عاملات بنسبة 6 بالمئة و البقية عاملات ، أنجب ما بين 5 إلى 10 أطفال حيث تزوجن في سن مبكرة ما بين 15 – 17 سنة و حالة واحدة تزوجت و عمرها 14 سنة ، استعملت الباحثة المقابلة المتعمقة فالأسئلة كانت مفتوحة حيث جعلت من المقابلة ودية ومريحة فأتاحت للمبحوثات فرصة التحدث بارتياح عن حياتهن الإنجابية و كذا عن حياتها في مرحلة ما بعد سن الإنجاب ، كما تطرقت إلى أهم الأعراض المرضية و المشاكل النفسية و الجسمانية و الإجتماعية التي تعرضن لها ، و تم ختم المقابلة بمعرفة أهم الإحتياجات التي يمكن للمراكز الصحية توفيرها لهن

***أهداف الدراسة :**

تهدف الورقة البحثية إلى تقديم رصد لواقع و معايشة المرأة لمرحلة سن اليأس بما فيها انقطاع الدورة الشهرية و كيفية المواجهة في حالة التعرض إلى بعض الأعراض الشائعة كهبات ساخنة وباردة ، أرق ، الزيادة أو النقصان في الوزن ، اضطرابات جنسية، آلام مفصلية و عظمية ، اضطرابات نفسية من سرعة في الغضب و القلق ، تذبذب مستمر في أوقات الدورة الشهرية و غيرها من الأعراض التي تتفاوت من امرأة إلى أخرى كما تتأثر بطبيعة و شخصية المرأة و علاقتها بالمحيط الإجتماعي و الأسري و هناك من لم تتعرض لأي نوع من الأعراض السابقة الذكر"¹

¹ - أسيا شريف ، المرجع السابق ، ص- ص 3 – 10 .

هذا و سنختصر أهداف الدراسة في ثلاث نقاط كالآتي:

- 1 - الكشف عن واقع و معاشية النساء مرحلة ما بعد سن الإنجاب .
- 2 - التعرف على معارف و اتجاهات النساء لبعض أعراض مرحلة نهاية الخصوبة و انعكاساتها على مستوى المحيط الأسري .
- 3 - تحديد أولويات الخدمات المطلوب تقديمها في مجال الصحة الإنجابية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب

***أهم نتائج الدراسة :**

بعد قيام الباحثة بتحليل مضمون كل حالة مع إعطاء ملخص و نظرة شاملة حول معاشية الحالات العشر لمرحلة سن اليأس من الإنجاب مدعمة ببعض التصريحات التي أدلت بها المبحوثات توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- 1 - تبين أن كل المبحوثات لم تجرين أي فحص أثناء معاشتهن مرحلة سن اليأس من الإنجاب إلا حالة واحدة و هذا دليل على انعدام دور الخدمات الإجتماعية و الصحية .
 - 2 - أن أغلبية المبحوثات لا تعلمن بتفاصيل مرحلة انقطاع الطمث .
 - 3 - جل النساء تعانين من قلة المعرفة و الإهتمام بالأبعاد الإجتماعية و النفسية و الصحية لمرحلة سن اليأس من الإنجاب ، فهناك من تراه حالة مرضية و هناك من تراه انتقال من مرحلة الشباب و النشاط إلى مرحلة العجز و الشيخوخة.¹
- و تساءلت الباحثة بعد هذه النتائج عن سبب غياب دور الخدمة الإجتماعية و الطبية التي من خلالها تستفيد المرأة من العلاج و كذا وقايتها من الأمراض بفضل نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية ، كما تساءلت عن سبب غياب دور وسائل الإعلام في توعية و إرشاد النساء في اجتيازهن لمرحلة نهاية الخصوبة و انعكاساتها عليهن .

¹ - نفس المرجع ، ص 15 .

و ختمت الباحثة دراستها بجملة من التوصيات تتلخص في النقاط التالية:

1 - " إجراء مسح كمية و دراسات كيفية حول ظاهرة سن اليأس من الإنجاب مما تساعد على صياغة برامج وقائية من بينها التوعية و التعرف أكثر على المشاكل التي تواجه النساء في هذه المرحلة من العمر.

2 - زيادة الطلب على خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب و ذلك من خلال تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة و نشر التوعية الصحية فيما يخص هذه المرحلة.

3 - تزويد النساء بالثقافة الصحية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب ، حتى يكن أكثر استعدادا لها و معايشة المرحلة بكل طمأنينة.

4 - حماية حقوق المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب قانونيا .

5 - أهمية إدراك الأطباء و كل أعوان الصحة لدور العوامل الإجتماعية و الثقافية و النفسية في معايشة النساء مرحلة انقطاع الطمث و خلق اتجاهات إيجابية نحو هذه المرحلة العمرية .

6 - إدماج التوعية و التربية الصحية في مجال الصحة الإنجابية و الجنسية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في البرامج التعليمية.

7 - التأكيد على دور الزوج في العناية و العطاء و الرعاية و الحنان الذي تحتاجه الزوجات في اجتيازهن مرحلة سن اليأس من الإنجاب.

8 - إنشاء الشبكات الإقليمية للمعلومات حول الحالة الصحية للمرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب و ربطها بشبكة الأنترنت.¹

5 - 3 - دراسة للدكتورة عمارة سامية:

تحمل هذه الدراسة عنوان "السلوكات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة" و تم تنفيذها على عينة من النساء في سن ما بعد الإنجاب ببلدية القليعة و هذا سنة 2011 و كان الإشكال المطروح في هذه الدراسة يدور حول :

¹ - نفس المرجع ، ص 16 .

1 - "تأثير المستوى الثقافي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة على سلوكياتها الصحية في هذه المرحلة العمرية .

2 - تأثير الوضع المادي الأسري للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة على سلوكياتها الصحية في هذه المرحلة العمرية.

3 - دور الأسرة في توعية المرأة صحيا و مدى مساعدة أسرتها لها في انتهاج سلوكيات و ممارسات صحية سليمة".¹

لقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الإستمارة بالمقابلة على 300 امرأة في سن ما بعد الإنجاب لا يتجاوز سنهن 59 سنة تحديدا من 45 - 59 سنة ، و انقطعت الدورة الشهرية بصفة نهائية على الأقل سنتين من إجراء التحقيق النهائي ، إذ تتوزع مفردات العينة حسب السن 47 مبحوثة أعمارهم ما بين 45 - 49 سنة و 136 مبحوثة أعمارهن تتراوح ما بين 50 - 54 سنة و أخيرا 117 مبحوثة تتراوح أعمارهن ما بين 55 - 59 سنة و حسب مقر السكن كانت 226 حضرية و 74 ريفية أما عن المستوى التعليمي للمبحوثات فقد وجد 108 لديها مستوى ابتدائي و 96 أمية بينما 46 لديها مستوى متوسط و 31 و 19 لديها مستوى ثانوي و جامعي على التوالي ، أما فيما يخص عملهن فقد كانت 233 منهن لا تعمل و 67 تعمل

أهداف الدراسة:

1- "معرفة أهمية السلوكيات و الممارسات الصحية في حياة المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة و كذا الكشف عن مدى تأثير العوامل الإجتماعية و الثقافية ، الإقتصادية و الديموغرافية على هذه السلوكيات و الممارسات لدى المرأة.

2 - توضيح ماهية المستلزمات و الخدمات التي تحتاجها المرأة لضمان تحسين أحوالها الصحية لكي تكون قادرة على المشاركة في عملية بناء المجتمع خاصة و أن توقعات العمر لدى المرأة تشير بأنها سوف تعيش أكثر من 30 سنة في المتوسط بعد سن الإنجاب".²

¹-سامية عمارة .السلوكيات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، أطروحة دكتوراة، جامعة الجزائر 2 ، 2013 ، ص 8 .

²- نفس المرجع ، ص 3 .

3 - "تحديد ماهية البرامج الوقائية والعلاجية التي تتطلبها المرأة لكي تتمتع بالصحة التي تمكنها من أداء أدوارها اتجاه أسرتها و مجتمعا .
4 - توفير دراسة سوسيو ديموغرافية عن هذه المشكلة و تكون انطلاقة لأبحاث أخرى متعلقة بالصحة و السكان ."¹

أما أهم النتائج التي تحصلت عليها الباحثة فكانت كالتالي:

1 - "إن المستوى التعليمي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة يؤثر على اكتساب و توفير المعلومات الصحية للنساء فكما ارتفع المستوى التعليمي لهن كلما زادت درجة وعيهن و معارفهن الصحية و بالتالي اكتسبن سلوكات صحية في هذه المرحلة العمرية .
2 - للعامل المادي دور في تحديد السلوكات و الممارسات الصحية عند المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة فكما تحسن نمط المعيشة للمرأة كلما زاد احتمال ارتفاع مستواها الصحي .
3 - الدعم المادي و المعنوي من طرف الوسط الأسري يؤثر على مدى إقبال المرأة في نهاية الخصوبة على الممارسات و السلوكات الصحية و أنه كلما قل هذا الدعم الأسري كلما قل إقبال المرأة في هذه المرحلة على الفحوصات الصحية .

و قد خلصت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات نلخصها في النقاط التالية:

1 - ضرورة إلمام المرأة بثقافة صحية و بالعوامل و المعطيات التي تجنبها المشاكل الصحية كالسرطان في نهاية فترة الخصوبة.
2 - ضرورة تكثيف الدراسات العلمية و إجراء المسوح الكمية و الكيفية للإحاطة بكل إحتياجات المرأة أهم المشاكل التي تواجهها في مرحلة نهاية الخصوبة .
3 - وضع الدولة و المسؤولين برامج وقائية تمكن المرأة من تفادي الأمراض المنتشرة في هذه المرحلة خاصة السرطان بإنشاء المراكز الصحية المتخصصة و تكثيف برامج إعلامية توعوية مخصصة للمرأة في نهاية مرحلة خصوبتها."²

1 - نفس المرجع ، ص 3 .

2- نفس المرجع ، ص ص 324 - 334 .

4 - " توفير الخدمات الصحية و الطبية مجانا و تقديم التسهيلات في الخدمات الإجتماعية للنساء لإجراء الفحوصات الطبية

5 - التأكيد على المزيد من العناية و الرعاية من طرف أفراد الأسرة للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة و خاصة الزوج لمساعدتها على اجتيازها بكل طمأنينة و دون معاناة.¹

5 - 4 - دراسة للدكتور هندومة محمد أنور حامد:

هي دراسة تحت عنوان سن اليأس عند المرأة حاولت الباحثة فيها التطرق إلى إشكالية سن اليأس عند المرأة حيث ركزت على التغيرات البيولوجية و الفيزيولوجية و السيكولوجية للمرأة في هذه الفترة و مدى ارتباطها بالقيم الإجتماعية و الثقافية السائدة و في هذا الصدد طرحت الباحثة مجموعة من التساؤلات أهمها:

- 1 - "مدى اتفاق حالات الدراسة مع العوامل المحددة للسن بالنسبة لسن اليأس .
 - 2 - مدى اختلاف أنماط سن اليأس لدى حالات الدراسة و أسباب ذلك .
 - 3 - أثر سن اليأس كمرحلة عمرية على العلاقة الإجتماعية للزوجين .
 - 4 - أثر سن اليأس كمرحلة عمرية على العلاقة الجنسية للزوجين .
 - 5 - مدى تأثير سن اليأس على علاقة المرأة بأولادها و أحفادها و زوجات الأبناء و الوالدين و الجيران و كذا الصديقات.
 - 6 - كيفية شغل المرأة لوقت فراغها في هذه المرحلة في الأنشطة افجتماعية المختلفة .
- و للإجابة عن هذه الأسئلة قامت الباحثة ببناء فرضية واحدة أساسية و تتمثل في أنه توجد علاقة بين القيم الثقافية و الإجتماعية و بين مرحلة سن اليأس.²

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على دراسة حالة و التي تعتبر من أهم المناهج المستعملة في البحوث الأنثروبولوجية و الإجتماعية حيث تكون مجتمع البحث من 25 حالة من أنماط مختلفة من المجتمع المصري ، ذات طابع ثقافي و اجتماعي مختلفة متمثلة في المجتمع البدوي و الريفي و كذا الحضري ، و من بين الأدوات المستخدمة من طرف الباحثة، المقابلة و كذا الملاحظة التي استعملت كأداة لجمع البيانات الأولية عن مجتمع البحث و قد استغرقت

¹ - نفس المرجع ، ص 334 .

² - هندومة محمد أنور حامد ، المرجع السابق ، ص ص 17 - 18 .

هذه الدراسة الميدانية حوالي سنة و10 أشهر ابتداءً من فيفري 1991 إلى غاية شهر ديسمبر 1992.

نتائج الدراسة :

أسفرت الدراسة من خلال التحقق من صحة الفرضية و الإجابة عن التساؤلات المختلفة عن النتائج التالية:

1 - "يحدث سن اليأس الطبيعي ما بين 45 - 50 سنة بنسبة عالية لدى الحضريات تليهن البدويات ثم الريفيات ، أما عن سن اليأس المبكر قبل سن 40 سنة يرتفع في المجتمع الريفي ثم الحضري و لا يوجد في المجتمع البدوي ، أما فيما يخص سن اليأس المتأخر الذي يتمثل في توقف الحيض بعد 55 سنة يرتفع في المجتمع البدوي يليه المجتمع الحضري و لم يظهر المجتمع الريفي . 2 - بينت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد السن بالنسبة لسن اليأس غير أن هذه الدراسة لم تتوصل إلى صحة كثير من هذه العوامل منها :

- تأثير العوامل الوراثية و العائلية في سن انقطاع الطمث .

- تأثير سن ما بعد الأربعين على تأخر سن اليأس .

- تأثير استخدام وسائل منع الحمل لفترة طويلة على تأخر سن اليأس .

- تأثير الحالة الزوجية للمرأة على سن اليأس .

- تأثير عدد الأولاد على سن اليأس .

- تأثير مهنة و وظيفة المرأة على سن اليأس .

كما توصلت الدراسة إلى وجود أعراض و مشاكل صحية تعاني منها المرأة بنسب متفاوتة مثل هبوط الرحم ، الإلتهابات المهبلية و الأعراض البولية، كما أكدت حالات الدراسة في المجتمعات الثلاثة (بدوي ، ريفي ، حضري) على ارتباط وثيق بين مرحلة انقطاع الطمث و ألم في الظهر و مفاصل الجسم ، و حدوث أعراض هضمية في فترة سن اليأس مثل فقد الشهية ، عصر الهضم ، الإسهال ... إلخ ، ضعف البصر عند النساء ، حدوث عرض التعب و الأرق و التغيير في نمط النوم و كذا الصداع الناتج عن الفورات الحرارية و العرق و التبول المتكرر أثناء النوم.¹

¹ - نفس المرجع ، ص 406 .

- هذا و لم توضح الدراسة وجود ارتباط وثيق بين مرحلة سن اليأس و :
- التغيرات التي تحدث في الشعرة ضعف السمع عند النساء.
 - صحة زيادة الوزن عند المرأة في هذه المرحلة العمرية.
 - حدوث عرض الدوار و الإغماء و خفقان القلب بنسبة قليلة.
 - وجود اضطرابات نفسية شديدة ما عدا بعض التقلبات المزاجية و العصبية من الإكتئاب و ضيق الصدر.
- إضافة إلى ذلك أكدت حالات الدراسة عدم وجود عيادات متخصصة لسن اليأس و أن المبحوثات لم تدركن أن بعض تلك العوارض ناتجة عن توقف الحيض.
- الحضريات أكثر لجوءا لعلاج بعض الأعراض السيكولوجية مثل : الأرق و الصداع.
 - لجوء بعض النساء للعلاج الهرموني دون استشارة الطبيب.
 - إن نظرة و موقف المجتمع و الأسرة من المرأة في مرحلة سن اليأس تتفق أحيانا و تختلف أحيانا من مجتمع لآخر و يتضح ذلك من خلال:
- تزيد مكانة و قيمة المرأة في هذه المرحلة في جميع الأوساط (الريفي، البدوي، الحضري) فهي تستمد مكانتها من كينها الأسري و ما يقدمه الأبناء من طاعة و احترام.
 - هناك من يقدم الحرية الكاملة للمرأة و التجول و السير و الخروج و هناك يضع عليها قيود
 - تغير في نمط الملابس عند النساء في هذه المرحلة العمرية.
 - عدم تحرر المرأة في هذه المرحلة العمرية في التحدث عن موضوعات الجنس.
 - زيادة الإحترام من طرف الرؤساء للنساء العاملات و الموظفات في المجتمع الحضري بسبب كبر سنهن و الأقدمية و عوامل صحية بصرف النظر عن سن اليأس.
 - ليس لهذه المرحلة العمرية تأثير على العلاقة الإجتماعية بين الزوجين، على عكس العلاقة الجنسية فقد اختلفت الآراء فيها ، فهناك من يقرن هبوط الرغبة الجنسية مع وجود آلام أثناء الجماع بينما هناك من يقرن بزيادة الشهوة الجنسية في هذه المرحلة.¹

¹ نفس المرجع ، ص ص 410 - 430 .

سادسا - المنهجية المتبعة :

6 - 1 - المنهج المتبع :

"إن مجموع المساعي التي يعتمدها الباحث تكشف و بمعنى واسع عن تصوره للبحث أو لمنهجه .

ولهذا يمكننا القول أن قيمة أي بحث هي متوقفة على المنهجية التي يتبعها الباحث في بحثه لغرض الوصول إلى نتائج أكثر موضوعية و دقة ممكنة و التي يحكم على مصداقيتها من خلال المنهج الذي اتبعه و التقنيات التي استعملها .
يقصد بالمنهجية مجموعة من المعارف و الأساليب التي تتعلق بعملية البحث و افتراضاته ضمن حقل دراسي و تعني المنهجية جمع المعلومات و تحليلها و قياسها و استخدامها و تقسيمها.¹

و طبيعة و خصوصية الموضوع الذي نحن بصدد البحث فيه ، فرضت علينا تطبيق " المنهج الكمي في التحليل و الذي يقوم على المنهج الإحصائي إذ يركز على توضيح البيانات التي يجمعها الباحث و يصفها و صفا كميًا دقيقًا فالمنهج الكمي هو مجموعة من الإجراءات المستعملة لقياس الظواهر ، فمعظم الأبحاث في العلوم الإنسانية تستعمل هذا القياس و ذلك عندما يتعلق الأمر باستخدام المؤشرات ، المعدلات و المتوسطات أي عموما الأدوات الإحصائية.²
و لقد قمنا بتوظيف المنهج الإحصائي في بحثنا كوننا بصدد وصف و تحليل و كذا تفسير العوامل السوسيو ديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب و أهم الإحتياجات الصحية التي تحتاجها المرأة في هذه الفترة من حياتها ، كل هذا يحتاج إلى المنهج الكمي الإحصائي الذي سنقوم بواسطته بجمع و تصنيف المعطيات الكمية من الميدان و تفريغها و كذلك تبويبها في جداول إحصائية و الذي يسمح لنا بقراءتها إحصائيا و سوسولوجيا مع حساب بعض المعاملات بهدف معرفة درجة العلاقة بين المتغيرات و ارتباطها و بالتالي الوصول إلى تحليل الفرضيات و التأكد من صحتها أو عدمه .

¹ - فيصل السالم . قاموس التحليل الإجتماعي ، دار المثلث للطباعة و النشر ، بيروت ، 1997 ، ط 1 ، ص 107 .

² - Maurice Anjers . Initiation Pratique a la Méthologie des Sciences humaines , Casbah , Alger , 1997 , p 31 .

6 - 2 - التقنية المستعملة :

لقد استعملنا تقنية الإستمارة التي تعد من أهم أدوات جمع المعطيات من الميدان حيث تتم بطرح الأسئلة مباشرة على المبحوثات و قد لجأنا إلى الإستمارة بالمقابلة نظرا لوجود فئة معتبرة من النساء الأميات و النساء اللواتي يتقن اللغة العربية في هذا السن ، كما رأينا أن هذا النوع من التقنيات أنسب للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات و البيانات و بأكثر دقة لأن هذه المعلومات هي أساس تحليلي للفرضيات السابقة و من خلال الإستمارة بالمقابلة قمنا بالإتصال مباشرة بعينة البحث مع قراءة الأسئلة عليهم و تدوين الإجابة مباشرة و قد تضمنت الإستمارة عدة محاور و هي :

المحور الأول : يتكون من أسئلة خاصة بالبيانات الشخصية كالسن و الحالة الزوجية و كذا المستوى التعليمي .

المحور الثاني : يتكون من أسئلة خاصة بالمستوى المعيشي و الإقتصادي للمرأة كدخل الأسرة و نوعية السكن.

المحور الثالث : يتكون من أسئلة خاصة بمرحلة ما بعد سن الإنجاب كالمشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة.

المحور الرابع : يحتوي هذا المحور على بيانات خاصة بالعلاقة التي تجمع الزوج بزوجته و دوره في اجتيازها مرحلة ما بعد سن الإنجاب .

هذا و احتوت استمارتنا على أسئلة مفتوحة و أخرى مغلقة .

6 - 3 - مجالات البحث :

"نظرا لصعوبة الحصر الشامل لكل النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة تماشيا مع الإمكانيات المادية والوقت المحدد استعملنا أسلوب العينة وطريقة العينات لا تدرس جميع وحدات البحث بل تدرس جزء صغير من مجتمع البحث بعد اختياره بطريقة عشوائية أو منتظمة"¹

¹ - إحسان محمد الحسن - الأسس العلمية لمنهج البحث الإجتماعي ، دار الطلعة ، لبنان ، 1982 ، ص 49 .

و في بحثنا هذا سنعتمد على الطريقة الغير احتمالية نظرا لعدم وجود قاعدة بيانات للمجتمع الذي نحن بصدد دراسته و نوع العينة المختارة هي "العينة العرضية أي العمدية التي تمثل أبسط أساليب اختيار العينات حيث لا يراعي أفرادها أي نظام بل يتم اختيارهم بطريقة عرضية ومرتجلة فيقوم الباحث باختيار أفراد بحثه من خلال ما يصادفه من أفراد المجتمع"¹

أ - المجال البشري :

وقد اخترنا في بحثنا النساء اللواتي يتراوح سنهن ما بين 50-59 سنة واللائي يعشن مرحلة سن اليأس سواء انقطع عليهن الحيض أم لا أو أصبحت الدورة الشهرية غير منتظمة ، و قد قدر حجم العينة 200 امرأة .

ب - المجال المكاني:

أجري البحث الميداني في بلدية الريبة التابعة لولاية الجزائر حيث تبلغ مساحتها حوالي 4325 كلم² و يبلغ عدد سكانها حوالي 59228 نسمة .
و قصدنا لبحثنا عينة من نساء بلدية الرويبة المتوافدات إلى الأماكن العامة ، المساجد ، مراكز محو الأمية و المؤسسات الصحية المختلفة و كذا المرافق العامة .

ج - المجال الزمني:

بعد قيامنا بالبحث الإستطلاعي لاختيار الإستمارة لأهميته في إعداد البحوث العلمية و مدى وضوح الأسئلة و دقتها في الحصول على المعلومات الميدانية التي تخدم أغراض البحث المحددة ، حيث توجهنا إلى ميدان البحث و المتمثل في مرفق عام متواجد ببلدية الرويبة غالبا ما تجلس فيه العائلات حيث قمنا باستجواب 14 امرأة و لقد دام البحث الإستطلاعي ستة أيام من 14 ديسمبر إلى غاية 20 ديسمبر من سنة 2016 و عليه تم تعديل بعض الأسئلة من الإستمارة .

أما فيما يخص التحقيق النهائي فقد كان ابتداء من 5 جانفي 2017 إلى غاية 10 أفريل من سنة 2017 و خلال هذه المدة تم استجواب 200 امرأة في سن 50 - 59 سنة و لقد كان متوسط عدد المستجوبات في اليوم حوالي 7 إلى 8 امرأة .

1-سامية محمد جابر وآخرون .البحث العلمي الاجتماعي (لغته و مداخله و مناهجه و طرائقه)، دار المعرفة الجامعية ،مصر ، 1998 ، ص 319

الفصل الثاني

التصورات الإجتماعية للمرأة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب
المبحث الأول : مكانة و دور المرأة خلال مرحلة سن اليأس

أولا - المكانة الإجتماعية للمرأة فيما بعد سن اليأس

أ - مكانة المرأة في جنوب شرق آسيا

ب- مكانة المرأة في الدول الغربية.

ج - مكانة المرأة في الدول العربية .

ثانيا - الأدوار الإجتماعية للمرأة في المجتمعات العربية .

ثالثا - مكانة المرأة في العائلة الجزائرية .

رابعا - دور المرأة في العائلة الجزائرية .

تمهيد:

الصحة هدف حيوي لأمن الإنسان و سلامته من دونها لن تتمكن الشعوب من بلوغ التنمية المنشودة و في هذا الإطار لازالت الدول العربية تشهد وضعاً صحياً متدنياً مقارنة بالدول الصناعية ذلك لأن أنظمة الصحة غالباً ما يكبلها العجز البيروقراطي و تدني القدرة المهنية و نقص التمويل مع تعاضم الأخطار الصحية جراء انتشار أمراض معدية جديدة .

على الرغم من أن العمر المتوقع قد ازداد و انخفضت وفيات الأطفال الرضع بين العاميين 2002 و 2006 فقد شهدت المؤشرات الأخرى ركوداً و يظهر التفاوت في مجال الصحة بوضوح بين بلد و آخر و داخل البلد الواحد كما تتسم البيانات الصحية بالقصور و النقص و غالباً بعدم المصادقية ما يجعل من الصعب رسم السياسات الصحية الفعالة أو وضع برامج أو الوصول إلى المحتاجين في حين تستمر الممارسات الضارة المتجذرة في أعماق التقاليد و العادات الموروثة في المجتمع في التسبب بتدهور المستويات الصحية بين النساء ، هذا و تبقى المرأة العربية عامة و الجزائرية خاصة تحتاج إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة لها في مرحلة نهاية الخصوبة فتوعيتها و تثقيفها الصحي هي أمور لا بد منها لتلتزم بها المرأة بالمتابعة الطبية المهمة لها و التي تساعد على الإطمئنان من جهة على صحتها و من جهة أخرى للكشف المبكر لنوع من الأمراض التي قد تصيبها ، إضافة إلى تبصيرها في نوعية العلاج الذي يساعد في الحفاظ على حيويتها و نشاطها ، و الذي لا يأتي إلا بمعرفة مكانة المرأة الإجتماعية و وضعيتها الإجتماعية و الإقتصادية و التي تؤثر إما سلباً أو إيجاباً على إقبالها على برامج الخدمات الصحية التي تحتاجها.

و سنتطرق في هذا الفصل إلى مكانة المرأة الإجتماعية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب بالإضافة إلى علاقة المؤثرات الإجتماعية و الإقتصادية بالصحة في المجتمع عموماً و صحة المرأة خصوصاً .

أولا - المكانة الاجتماعية للمرأة فيما بعد سن اليأس:

إن انتهاء السنوات الإنجابية يشكل تغيرا مهما بالنسبة للمرأة و تزداد أهميته عندما تحدد قيمتهن بأدوارهن الإنجابية بالدرجة الرئيسية وتوفر بعض المجتمعات فرصا ومركزا جديدا للمرأة ضمن الأسرة في ذلك الوقت فإذا كان تاريخها الإنجابي يلبي المعايير في مجتمعات ربما ينزل هذا الأخير من المنزلة الاجتماعية لأخريات .

"إن المكانة الاجتماعية التي تصبو إليها المرأة عندما تصل إلى مرحلة سن اليأس من الإنجاب تختلف من مجتمع لآخر ف ومن ثقافة لأخرى كما رأينا سابقا بل وأحيانا داخل الثقافة الواحدة ففي بعض المجتمعات تكفأ المرأة لبلوغها هذا السن ويتمثل هذا في الهند وجنوب شرق آسيا ودول الشرق الأقصى وفي بعض القبائل الإفريقية أين تبلغ المرأة مكانة اجتماعية و شخصية مرموقة بينما في المجتمعات العربية حيث تعيش النساء و كأنهن معاقبات لوصولهن مرحلة سن اليأس لكونهن لم يعدن صغيرات أي أن هناك رفضا سوسيوثقافي و فقد للقيمة الأسرية و الاجتماعية و الثقافية وتوجد حوالي 10 بالمائة من النساء في هذه الأقطار تنزعجن بهذا الانتقال من مرحلة التناسل إلى مرحلة اللاتناسل في صورة معاناة شديدة من الأعراض الفسيولوجية والبيولوجية و كذلك السيكلوجية كالصداع والدوار و الهبات الساخنة .

وغير معروف ما إذا كانت هناك عقبات متشابهة تمر بها النساء في المجتمعات الغيرغربية إلا أنه ما توفر من دراسات عن تلك المجتمعات تؤكد على عدم وجود مثل تلك العقبات الشديدة بل تمر النساء ببلوغهن نهاية السنوات الإنجابية بتغيرات إيجابية من الحياة متضمنة التحرر من القيود والتحريمات أو زيادة السلطة و فرص للإنجاز أو لفعل أشياء حرم منها سابقا أو إنتحال أدوار متغيرة و متنوعة في الحياة والتقدير والتمايز لذاتيتهن.¹

¹ - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 195 .

وعلى هذا فإن مرحلة سن اليأس من الإنجاب و ما تحمله من تغيرات فسيولوجية تمثل صعوبة خاصة للنساء اللاتي يعشن في مجتمعات تتركز القيمة على الشباب والجمال الجسمي والجادبية الجنسية أي تأكيد قوي على ثقافة تحبذ السن الصغير وإن الإهتمام بأدوات الزينة والملبس و السير على أحداث خطوط الموضة في الأزياء ، وتصحيح صورة الشباب شغل النساء الشاغل في تلك الفترة و لا يرين أي وضع إيجابي في سن اليأس من الإنجاب بل يتذكرن أنهن أصبحن غير صغيرات و بالتالي يمثل لهن ضرر أو أذى تحت هذه الظروف وعلى الرغم من بساطة هذه الأشياء إلا أنها تصبح شغلها الشاغل في تلك الفترة ولا يرين أي وضع إيجابي في سن اليأس بل يتذكرن فقط أنهن أصبحن غير صغيرات و بالتالي يمثل لهن ضرر أو أذى تحت هذه الظروف و الملابس نتيجة لشعورهن بفقد الصفات التي كفلت أو ضمننت من قبل قبولهن الإجتماعي و التقدير لذاتهن ولهذا فإن النساء في تلك الثقافات يذهلن عندما يعرفن أن هناك مجتمعات توقر المرأة اليائسة من الإنجاب و تقيمها لمعرفتها وحكمتها وبصيرة عقلها وفطنتها¹ ولإيضاح الاختلاف الثقافي في النظرة إلى المرأة فيما بعد سن اليأس من الإنجاب سنتناول بعض المجتمعات الشرقية و الغربية و كذا العربية فيما يلي:

أ - المكانة الإجتماعية للمرأة في منطقة جنوب شرق آسيا :

"إن لحظة سن اليأس من الإنجاب بمنطقة جنوب شرق آسيا تأتي بإحداث تغير جوهري في طبيعة المرأة متمثلا في فقد اثنين من خواص ذاتية جنسها و أوثقتها و أن هذا الإنتقال الفسيولوجي قد يكون شعائريا أو رمزيا و عن استخدام مرحلة سن اليأس من الإنجاب كقاعدة أو معيار ضروري لمدى أهلية أو صلاحية للأدوار الإجتماعية أو الشعائرية ، ففي الحقيقة يبدو بوضوح تام أن انتقال المكانة الإجتماعية التي تصاحب سن اليأس من الإنجاب كاكْتساب قوة زائدة أو سلطة الإستقلال الذاتي تكون مرتبطة في هذا مع العمليات التطورية للعائلة بدلا من العمر الزمني و القدرة التناسلية أو الجنسية وأن التمييزات الواضحة للأغراض الشعائرية بين كل من الهندوس و البوذيين ، وعلى فإن هناك قيمة ثقافية إجتماعية للمرأة²

¹ - نفس المرجع ، ص ص 195 - 196 .

² نفس المرجع ، ص 214 .

"التي وصلت سن اليأس من الإنجاب و التي أنجزت بنجاح هذه المكانة لإنجابها عدد من الأولاد ، فلا تحتاج أن تأسف لبلوغه ا تلك المرحلة فالقيمة الثقافية و الإجتماعية على اتصال وثيق بعدم الجنس في جنوب شرق آسيا في مرحلة سن اليأس من الإنجاب و ترتبط إلى حد بعيد بالأبنية الثقافية حيث تشير **جوديت براون** في مثال عن تلك المجتمعات وجود اتصال وثيق بارز بين العفة الجنسية للمرأة فيما بعد سن اليأس من الإنجاب ودور الأنظمة الإجتماعية التي رسمت لتقييد المرأة صغيرة السن بالعزلة في عائلتها المنزلية إلا أن ذكر كل من **ماندلبوم 1970** و **داكوبسون 1977** أن تلك الحدود على حرية النساء تقل تدريجيا مع اقتراب سن اليأس من الإنجاب.

بينما للمرأة الصينية و اليابانية فإن مكانتهما الإجتماعية تعتمد دائما على آبائهما و أزواجهما و قليلا على أولادهما و في حالات نادرة على نفسيهما و لكنه عندما تصل إلى سن اليأس من الإنجاب تأخذ دور الحماة فليس لديها مكانة مماثلة للرجال بالنظر لتقدمهما في السن ، و لن يتوقع أن يصبح لديهما أي تقدم في القوة و السيادة لأن قيمة الأنوثة المبكرة عندما كانت صغيرة و على درجة من الجمال و القدرة على الإنجاب فالنساء لديهن سبب كاف لتصور مدى القلق من الفترة التي يصبحن فيها كبارا في السن ، و على درجة من القبح و في عوز مالي معتقد في العمر و العقم ، و على ذلك الأساس ينظر إلى سن اليأس من الإنجاب كمدخل لكبر السن و الذي تمر به المرأة من خلاله بمرحلة الخطر في حياتها و ما يعترئها من مجموعة من الأعراض الجسمية ، سواء كانت صغيرة أو كبيرة متمثلة في الفوران و الإلتهابات الشديدة و سرطان الثدي

ب - مكانة المرأة الإجتماعية في المجتمعات الغربية:

يكاد يختلف الوضع في الثقافات و المجتمعات الغربية في المكانة الإجتماعية التي تكتسبها المرأة في هذه المرحلة العمرية و ذلك من خلال التأكيد على ثقافة تحبيذ السن الصغير و المفاتن الجنسية للمرأة و على ضوء هذه الدلالة تحمل النساء اتجاهات سلبية نحو هذه المرحلة العمرية ففي المجتمع الأمريكي مثلا تمر غالبية النساء بأعراض سن اليأس من الإنجاب أن 10 بالمئة منهن يعانين من التعب الشديد و شدة تلك الأعراض و أن الهبوط في الجاذبية¹

¹ نفس المرجع ، ص 215 .

"الجسمية التي تصاحب سن اليأس من الإنجاب تمثل مصدر كبير للصدمة لديهن و لقد ناقش الباحث بيل على النساء تحمل شبح تلك المرحلة العمرية كمقدمة لتقدم السن و تخوفا من الشيخوخة عامة حيث يحرمهن مجتمعهن من العديد من الحقوق في تلك المرحلة لذا يخفين حقيقة أعمارهن و يتمنين تأخير علامة فئتهن الإجتماعية حتى المرأة العاملة التي فرضا لديها الدور الذي يؤمنها من التهديد فيما بعد منتصف العمر .

ج - مكانة المرأة في المجتمعات العربية :

تمثل فترة ما بعد الخصوبة للنساء العربيات تغيرا إيجابيا في حياتهن و ذلك لأن لديهن اتجاهات أكثر إيجابية اتجاه أزمة منتصف العمر و أن علاقة الزوجين هي نقطة اختلاف الأكثر أهمية بين كثير من الثقافات ، فالمرأة العربية لديها درجة كبيرة من التوقعي إظهار زوجها اهتماما كبيرا بها بعد هذه السن .

و لنضرب مثلا لدى المكنة الإجتماعية التي تصل إليها المرأة في تلك المرحلة العمرية ، ففي المملكة العربية السعودية و في ضوء معتقداتهم السائدة و التي تركز على مفهوم القوامة للرجال ، بينما تفتقر النساء لهذه المكانة و بالتالي ينعكس على أدائهن للطقوس و الشعائر الدينية و يتوقع أن تمارس النساء القوامة في حدود ضيقة فقط و هي ضبط سلوكهن و تسيير أمور حياتهن العائلية و علاقاتهن مع الآخرين و بث الحب و الإهتمام بأزواجهن و لكن مع وصول النساء إلى هاته المرحلة العمرية فإنهن يحرزن على نصيبهن الكامل من المشورة و القوامة و يعتقدن أنهن يتساوين مع الرجل تقريبا و لذلك فإن هذه الرؤية تركز على الطبيعة الجسمية للنساء وفقا للحالة البيولوجية لهن التي تضعهن في حالة تدنيس شعائري تحرمهن تحريما مؤقتا من الواجبات الدينية من صلاة و عبادات أخرى و ما تحوي من عفة و ضمان و كفالة و لا تأتي إلا بعد سن اليأس من الإنجاب.¹

¹ - نفس المرجع ، ص ص 217 - 219 .

ثانيا - الأدوار الإجتماعية للمرأة العربية :

يصور للمرأة العربية أدوار مختلفة مع تفاوت كبير و شديد في درجة الإهتمام و التركيز فهذه الأدوار تتفاوت إلى حد ما حسب طبيعة المستويات الإجتماعية و الثقافية و الإقتصادية التي تتواجد فيه المرأة ، و من أدوارها الرئيسية نذكر منها:

*دورها كأنتى:

"يبرز دورها كأنتى في مقدمة الأدوار التي تظهر فيها المرأة ، و يظهرها أنها أنثى قبل أن تكون أي شئى آخر ، و بالتالي فإن الحقيقة الأساسية في حياتها كونها أنثى و الحقيقة الثانية هي أن هذه الأنثى ليست قيمة جمالية بذاتها بل هي موضوع للرجل ، ففضية المرأة في جوهرها قضية إنسانية اجتماعية بمعنى أنها لا تنفصل عن قضية الرجل و الحقيقة الثالثة المرتبطة بالحقيقة الأولى أيضا هي ارتباط مفهوم الأنوثة و تحديده و قصره على الجسد فقط و استبعاد المقومات الأخرى لمفهوم الأنوثة الواسع و الشامل ، فأنوثة المرأة مسألة مرتبطة فقط بجمال جسدها كأنتى (كموضوع للجنس و الشهوة و المتعة وإشباع الغرائز) و محصورة فيه".¹

*دورها كزوجة :

" أبرز الإسلام دورها كشريكة للرجل في حياته ، فجعلها موضع لاحترام الزوج و تكريمه و جعل بينهما رباطا متينا من المودة و الرحمة.

هذا و قد قدمت صورة المرأة في الدول العربية بصورة الزوجة من خلال:

- صورة الزوجة الخاضعة للرجل.

- صورة الزوجة التابعة للرجل.

- الرجل هو الطرف الأقوى في المعادلة و في العقد.

- لا نستطيع أن نتصور المرأة دون أن تكون زوجة و أما و أنه دورها و قدرها هو محور

حياتها حتى قبل الزواج ، و هو تدعيم حياتها الزوجية فهي الحياة التي توفر لها الإستقرار.²

1- أديب خضير . صورة المرأة في الإعلام العربي ، دار الأيام للطباعة و النشر و التوزيع ، الجزائر ، الطبعة الأولى ، 1999 ، ص 49 .
2- سهير كامل أحمد . دراسات في سيكولوجية المرأة ، مركز الإسكندرية للكتاب ، مصر ، 1998 ، ص 15 .

*دورها كأم :

"- هذا الدور من حياة المرأة هو واحد من الأدوار التي تحقق فيها وجودها الإنساني، و تشبع فيه عواطفها و غرائزها النامية و المتطورة ، فنجد هناك علماء اجتماعيون لم يروا في قضية المرأة إلا من خلال بعض الظواهر الجزئية كالزواج ، الإنجاب و لم يتعدوها إلى تركيبة العلاقة الإجتماعية (الوظيفة الأساسية للأم هي الإنجاب) .

– الأم رمز للعطاء والحياة و التفاني و التضحية أو هي أيضا رمز للتنشئة والتربية و التجديد و الإستمرارية لذلك كرمها الإسلام تكريما لم تحظ به غيرمها من الأمهات ."¹

ثالثا – مكانة المرأة في العائلة الجزائرية:

إن الحديث عن المرأة الجزائرية و محاولة فهم مكانتها ودورها في العائلة الجزائرية التقليدية يقتضي منا الرجوع إلى المجتمع ككل بحيث أن تحديد المكانة التي تتمتع بها و دورها و مركزها الإجتماعي لا يتم إلا حسب طبيعة النظام السائد والذي يعتبر جزء لا يتجزأ منه، هذا من جهة و من جهة أخرى من حيث علاقتها بالرجل الذي يعتبر المحرك الرئيسي لكل من العائلة و المجتمع ، مما يجعلنا نقول بأن العائلة الجزائرية تتميز بكونها ذات نظام أبوي و بالتالي تعرف بتمييزها الجنسي ، على أساس أن لكل من الذكر و الأنثى مكانة اجتماعية و أدوار اجتماعية مختلفة و متباينة.

"أما فيما يخص مكانة المرأة فإن الصورة التي تتكون لدى الملاحظ يتبين من خلالها أنها لا تساوي أي شيء، كما أنه ليس لديها الحق في التعبير و لا تتمتع بالحرية المعنوية و الجنسية . فقيمتها تعتبر عديمة ، ضف إلى ذلك أنها مسلوبة من حقها في التعبير ، و أنها ليست حرة في حياتها ، بحيث أن المرأة مطبوعة بعدم النضج و الجمود و السلبية، و هذا مهما كانت مكانتها أو نوع العلاقات التي تربطها بالمجتمع ، كما أنها أي المرأة تعد فردا ثانويا و مهمشة اجتماعيا و قاصرة."²

1- سعيد عاشور . المرأة و المؤسسات الاجتماعية في الحضارة العربية ، دار المعارف للطباعة و النشر ، تونس ، بدون ذكر السنة ، ص

²- Lemine Aicha . Les femmes arabes parlent , Ordalie des voix , nouvelles société des éditions ENERE ,Paries,1983,p 19 .

فالمرأة إذن تلحق بها جملة من الصفات التي تعتبر سلبية و لا أثر للإيجابية فيها و هذا من خلال المكانة التي تحتلها و الأدوار التي أسندت لها في المجتمع بصفة عامة و العائلة بصفة خاصة و كذا نوع العلاقات التي تقيمها مع الجميع و التي تجعلها تحتل مكانة متدنية مقارنة بمكانة الرجل ، و عليه فإن المرأة كفرد لا وجود لها فهي تعاني من التهميش الإجتماعي لأنها لا تلعب أدوار مثلما هو الحال بالنسبة للرجل الذي يشغل أدوار كبيرة كالدور الإقتصادي الإجتماعي و السياسي في المجتمع ، أما تفسير هذا فيمكن إرجاعه إلى ثقافة هذا الأخير أي الرجل التي جعلت المجتمع ينقسم إلى مجتمعين متنافرين و متناقضين و هما مجتمع رجالي و آخر نسائي ، و فسح بذلك المجال لتجعل من المرأة سجين و حبيسة البيت ، و بالتالي أقصيت من الحياة الإجتماعية ، و عليه فإن دور و مكانة المرأة في الحياة العائلية الإجتماعية خاضعة لطبيعة النسق الإجتماعي التقليدي.

رابعاً - دور المرأة الجزائرية في العائلة الجزائرية:

إن المكانة الإجتماعية التي تحتلها المرأة في العائلة الجزائرية التقليدية جعلتها تحتل الصف الثاني ، و هذا لأن دورها في أخذ القرارات إزاء بعض القضايا المتعلقة بصفة مباشرة أو غير مباشرة بالعائلة يبقى محدودا جدا لأن أخذ القرارات يعد مجالا خاصا بالرجل الذي يمارس القوة و الضغط عليها كزوج ، أب أو أخ.

"إن العائلة الجزائرية التقليدية لا تعترف بالمرأة بصفتها فتاة أو متزوجة، و إنما المكانة التي تفر لها هي مكانة الأم و التي تعد بمثابة المرحلة الحاسمة في حياتها كونها عانت الحرمان من حقوقها بسبب وضعيتها كامرأة.

فالمرأة غير مقبولة اجتماعيا إلا و فقط إذا كانت أما ، و لا يعترف بها الرجل إلا في حالة الأمومة ، و عليه فلا يمكنها أن تلعب دورها الإجتماعي و لا أن تحتل وضعية معترف بها و لا أن تملك من السلطة التي يتمتع بها الرجل إلا إذا كانت أما ، كما أن دورها الأساسي يقتصر فقط على الإنجاب و الذي يسعى و يهدف إلى استمرارية النسل و الحفاظ على إسم العائلة و ما تملكه من تراث جماعي ، و لضمان ذلك يجب عليها أن تنجب الذكور."¹

¹ -Gaudion Attilio, La révolution des femmes en islam, Paries, 1975, p 71 .

"هذا من جهة و من جهة أخرى فهذا يعني للمرأة الضمان ضد الطلاق و تعدد الزوجات و تعزيز مكانتها في العائلة ضف إلى ذلك أن دورها يتمثل في تربية الأطفال والإعتناء بهم و تلبية حاجات الزوج و و خدمته و الحفاظ على تقاليد العائلة و غرسها في الأجيال ، بمعنى نقل ثقافة المجتمع لهم و ترسيخها لهم عن طريق عملية التنشئة الإجتماعية لأن العادة تقتضي أن تكون هي الحارسة على ثقافة المجتمع ، أما فيما يخص تنافس النساء فيما بينهن لإنجاب الذكور ، فهذا راجع لكون المرأة الولود تحظى بقيمة و مكانة إجتماعية مقارنة مع المرأة العاقر.

فالمرأة إذن تكتسب الإحترام و التشريف إلا و فقط إذا كانت أما ، و على وجه الخصوص أما للذكور، كما أن شخصيتها تكتمل بهذه الصفة، بحيث أن الأهمية الكبيرة و المعطاة لخصوبة المرأة تجعل العقيمة أو تلك التي لا تنجب سوى البنات في حالة عدم الإستقرار، فالأمومة هي الوظيفة الإجتماعية المعترف بها في المجتمع الجزائري و أن بقاء المرأة في بيت زوجها يتحدد بعملية الإنجاب أما تدعيمه فيكون حسب عدد الأطفال الذين تنجبهم ولا سيما الذكور منهم ، فبعد الإنجاب ترقى في السلم الإجتماعي ، بالتالي تطمح لأداء دور اجتماعي آخر يتمثل في دور الحماة.¹

¹-Bouhdiba Abdelwaheb ,La sexualité en Islam , Paries , 1980 , p 265 .

المبحث الثاني

التصورات الإجتماعية و الطبية لصحة المرأة خلال مرحلة سن اليأس

- أولا - النموذج الإجتماعي و الطبي للمرأة في مرحلة سن اليأس .
- ثانيا - المدخل الأنتربولوجي للصحة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب .
- ثالثا - الإحتياجات الصحية الخاصة بالنساء .
- رابعا - المتابعة الطبية الضرورية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب .
- خامسا - العوامل المؤثرة في الصحة .

أولا - النموذج الإجتماعي و الطبي لمرحلة سن اليأس عند المرأة :

إن الدراسة الطبية لهذه السنوات يمكن أن تلقي الضوء على ميول و نزعات طبيعية معينة و كذلك في اتجاهات معينة و كذلك في اتجاهات المرأة البيئية ، و لقد برهن حديثا لوك سنة 1972 في الإشارة لسن اليأس في سلسلة مقابلاته مع أطباء النساء على أنه يمثل كلا من فقد فيسيولوجي و سيكولوجي.

"فسن اليأس كفقء فيسيولوجي حيث يشير أكلي 1979 إلى أن الجهاز التناسلي المتحكم في جسم الأنثى يميل إلى الفشل و التعطل و أن قليلا من الإهتمام الطبي قد قدم له، بل و أن علاج سن اليأس كان أكثر حداثة من علاج الإنجاب و لم يكن منتشرًا باتساع ضمن المهنة الطبية فمن المقبول عامة أن الإنجاب يتطلب إشرافا طبييا رغم وجود اختلاف رأي الممارسين عن كيفية إدارته و لكن يستمر عديد منهم ينظر لسن اليأس كحدث طبيعي و يدار بطريقة فردية و لهذا فالتعريف بسن اليأس كحدث ليس فيسيولوجيا فحسب و إنما يشتمل على أكثر من فقد للقوة التناسلية حيث تفقد النساء الحماية الخاصة التي تقدمها صفاتهن الهرمونية عوامل الخطر و الشرايين من ناحية و تعرض أعضائهن التناسلية لخطر السرطان من ناحية أخرى ففسيولوجيا تصبح المرأة معرضة للعديد من الأمراض .

أما عن سن اليأس كفقء سيكولوجي فقد أثير جدال نظري حول تعريف سن اليأس كحدث فقد سيكولوجي لدى كل من فريديان و ديتش 1945 و تفسيراتهما عن معنى سن اليأس حيث تنبثق علميا من النظرية التي تؤكد أن معنى حياة المرأة في قدرتها على إنجاب الأطفال و أن فقد تلك القدرة يؤدي إلى فقد معنى الحياة و على هذا فإن تفسير فريديان لتلك النظرية يحول دون تقديم الرعاية للمرأة في سن اليأس بينما كلمات ديتش تتمثل في أنها تبلغ نهايتها الطبيعية أي موتها الجزئي في تلك الفترة و ما يعرضها دورها الأساسي في الحياة".¹

1 - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 40 .

ثانياً- المدخل الأنتربولوجي للصحة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب :

"إذا ما تطرقنا للمدخل الأنتربولوجي للصحة عموماً فإن هذا المنظور يهتم بدراسة العلاقة بين أساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الإستجابات للمرض، و ينهض ذلك على افراض مبدئي مفاده أن النماذج الثقافية و الأساليب النمطية للحياة تؤثر تأثيراً كبيراً في تصورنا للمرض و استجابتنا له و تعبيرنا عنه.

إن المناخ الثقافي يحدد بدرجة كبيرة ما نعتبره حالات مرضية و الأسباب التي نسببها أي هذه الحالات و الأشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة في تقييمها و تحديدها .

و في هذا الصدد تشير الدراسات الأنتربولوجية أن ثقافة المجتمع تؤثر في كل الأحوال على نمو الفرد و تطوره و اكتساب أساليب الحياة و تحديد الأهداف و التطلعات و عوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد و أساليب استجابته لهذه الأخطار و توافقه معها .

حقيقة أن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة وتظل تلك الحقيقة مسألة بالغة الأهمية ، فأنواع الأمراض و الوفيات و أنواعها في المجتمع تتأثر كثيراً بالتقييم المتصلة بتنظيم الأسرة و العمل.

و لعل تأثير الإطار الثقافي في النواحي الصحية يتضح بشكل أكبر في برامج الصحة العامة التي كشفت عن ضرورة الإهتمام بالعوامل الثقافية خاصة إذا كنا إزاء إقناع الناس بتجنب ثقافة معينة في بعض الممارسات الصحية.¹

إن الأمثلة التي تقدم عن منتصف الحياة من جانب دراسات و تقارير الأنتربولوجيين تختلف عن بعضها البعض و التفسير المباشر يكمن في الإختلافات بين المجتمعات بدلاً من رؤية كل عالم لسنوات منتصف الحياة، فالمرأة الأمريكية بشمال أمريكا من الطبقة المتوسطة في تلك المرحلة العمرية ولذا فالإدراك يجب أن يعطى للإختلافات التي تنجم عن الطريقة التي يتبعها كل نظام عرفياً في تحديد أمثلة أو نماذج لنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب

¹ نفس المرجع ، ص 51 .

"إن الآراء النظرية للأنثروبولوجيين كما يذكرها كوبر سنة 1973 يميلون لبناء أمثلتهم إما بصورة رمزية أو بصورة تتضمن العلاقات الإجتماعية بينما تترك النواحي الفسيولوجية ضمناً و يذكر كل من بورديو عام 1977 و روي عام 1975 و بول عام 1981 أن بعض التقارير للنساء فيما بعد منتصف العمر تركز على تضمينات سن اليأس للمكانة الإجتماعية والشعائرية للمرأة ويعالج سن اليأس كمسلم به دون الأخذ بعين الاعتبار للصفة الفسيولوجية لسن اليأس كما لم يدرك الأنثروبولوجيون الغموض الملازم في تجربة النساء في حالة مرورهن من حالة اللإياس إلى سن اليأس.

منذ زمن بعيد كانت و لازالت الفكرة المتفشية عند الناس على أن سن اليأس هو مرحلة من العمر تتصف بالمزاجية و الإضطراب النفسي والقلق و شكاوى كثيرة من أوجاع و آلام في الجسم من أسباب طبية عضوية ، أو من أسباب نفسية أو حتى خيالية ، و قد تكون هناك حقيقة علمية وراء تلك المعتقدات الشائعة بيد أن هناك أمراضاً نفسية معروفة تبدأ بالظهور في سن الخمسين و ما بعده ، و قد تتميز تلك الأمراض أو الإضطرابات النفسية بأعراض خاصة تكون ملاحظة أكثر عند النساء و تكون نادرة عند الرجال ولكن احتمال وجود أعراض مماثلة عند الرجال ممكنة على الرغم من ندرتها.¹

إن وجود فكرة إرتباط انقطاع الخصوبة بوجود أعراض نفسية سيئة عند المرأة قد تكون صحيحة في حدود معينة و لكنها بالتأكيد لا تعني بأن مرحلة سن اليأس تتلازم بالضرورة بوجود أعراض الإكتئاب أو القلق و اضطراب المزاج و هناك أكثر من دليل على أن وجود تلك الأعراض قد لا يكون ناتجاً عن التغيرات الفسيولوجية ، بل و بسبب ما يحمله المجتمع نفسه من أهمية الشباب و جمال شكل المرأة في سنوات عمرها المبكرة ، أما في المجتمعات التي لا تركز كثيراً على هذا الموضوع فإن النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب لا يعانين على الأكثر من أي أعراض نفسية ، فهناك ملاحظة و هي أن أكثر النساء في الهند من الطبقة الفقيرة أو فوق الفقيرة أو حتى المتوسطة يكن أكثر قوة و ثقة من الناحية النفسية في سن انقطاع الخصوبة ، و يعتقد علماء الاجتماع في الهند أن رواج ذلك في المجتمع الهندي و يرجع ذلك لإعطاء القيادة في الأسرة للأم

1- نفس المرجع ، ص 51

ثالثاً - الإحتياجات الصحية الخاصة بالنساء :

عموماً تحتاج المرأة في كل مراحل حياتها إلى نوع خاص من الخدمات يفرضها عليها نوعها البشري ، حيث تعاني غالبية سكان البلدان النامية من ارتفاع في معدل الأمراض السارية و من مشكلات صحية أخرى كما أنها تعيش في بيئة تهدد الصحة بالخطر و الإحتياجات الصحية العامة للرجال والنساء واحدة في هذا الشأن ، غير أن لكل من الرجال و النساء مشكلاتهم الخاصة إلى جانب هذه الإحتياجات المشتركة فالرجال يتعرضون بدرجة أعلى من النساء لعدد من المشاكل الصحية التي ترتبط عادة بضغوط العمل ، و تغير أساليب العيش أو الإجهاد فيتعرضون للحوادث أو الإصابة بسرطان الرئة وأمراض القلب و أمراض الأوعية الدموية و الأمراض المهنية ، غير أن تغير أساليب العيش لدى النساء قد يضعهن على قدر مساوٍ من التعرض لنفس هذه المشاكل و سنذكر بعضاً من هذه الإحتياجات الخاصة بالمرأة:

أ - إحتياجات خاصة بالإنجاب : (الحمل ، الوضع ، الرضاعة الطبيعية تنشئة الطفل) .

"ترتبط الإحتياجات الصحية بالمرأة بالدرجة الأولى بالإنجاب فعملية الحمل و الوضع و الرضاعة الطبيعية و عملية تنشئة الطفل هي عمليات صحية و طبيعية في حد ذاتها، و لكن تكون العناصر الضرورية غير كافية تتحول هذه العمليات إلى مشاكل ، وتوحي الأدلة بأن ذلك يحدث بتواتر فظيع ومروع، و قد يؤدي الإفتقار إلى الرعاية اللازمة إلى نتائج خطيرة و وخيمة ستأثر لا محال على الأسرة و المجتمع

ب - إحتياجات خاصة لمعالجة سوء التغذية : (فقر الدم التغذوي) .

تعتبر سوء التغذية مشكل خطير و لاسيما عند المرأة التي حملت عدة مرات و في فترات متقاربة جداً حيث تؤثر حالة المرأة الغذائية بدورها على فرص الوضع الطبيعي و إنجاب طفل ذووزن مناسب وكذلك قدرة المرأة على إرضاع طفلها رضاعة طبيعية دون الإضرار بصحتها هي"¹.

¹ - جمال غيلان . دور المنظمات في دعم صحة المرأة ، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة ، 2000 ، ص 6 .

"إن فقر الدم التغذوي منتشر بين النساء في سن الإنجاب و يسهم بدرجة ملحوظة في إصابة الأمهات بالأمراض و وفياتهن و بخاصة في الدول النامية و يقدر أن ثلثين من النساء الحوامل و نصف النساء الغير حوامل يعانين من فقر الدم التغذوي الذي يشكل خطورة على صحة الأم و الجنين ، حيث يؤثر على الصحة النفسية و البدنية للمرأة و يعرضها بالمرض و العدوى

ت - التثقيف الصحي:

المرأة بحاجة إلى التثقيف الصحي ضد الممارسات التقليدية الخاطئة في مجتمعنا و بعض العادات و التقاليد السيئة أثناء الحمل و الولادة، حيث المرأة هي مركز الارتكاز في المجتمع. في مرحلة ما بعد الخصوبة تعد البرامج التعليمية و التثقيفية عن هذه المرحلة ضرورية جدا لتفسير و توضيح الإتجاهات الإيجابية و لتصحيح الصورة الخاطئة عن المرحلة، حيث تزود المرأة بالمعلومات التي تتعلق بالوظيفة الفسيولوجية لأعضائهن التناسلية مما يساعدهن على الإدراك و التوعية بالفترة المحددة لسنوات تناسلهن و إعدادهن لسنوات انتقالية.¹

"و لهذا الغرض أنشأت جماعات سميت بجماعات الدعم المتبادل في مصر و تقوم هذه الجماعات بتقليل اعتماد النساء على الأطباء وكذا دراسة أحوالهن الإجتماعية والقضاء على عزلتهن و توضيح مشاكلهن الطبية و الإجتماعية و النفسية و ذلك للتخفيف من حدة المرض و تعليمهن في شكل برامج تثقيفية و إرشادهن لتقبل هذه المرحلة العمرية .

و يلعب التثقيف الصحي دور هام في تزويد المرأة بقدر كاف من المعلومات الثقافية عن طريق وسائل متعددة من بينها الطبيب المعالج و الممرضة التي تلعب دور كبير و إيجابي في جماعة العلاج للتزويد بالمعلومات الإرشادية لها.²

¹ - نفس المرجع ،ص - ص 6 - 7 .

² - هنومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 255 .

ت - التوعية بمخاطر الصحة المهنية :

"لقد أثبتت الدراسات إلى أن المرأة التي تقوم بأعمال ثقيلة و تتحمل أعباء جمة أثناء الحمل يقل وزنها عن النساء الأخريات بدرجة كبيرة كما يقل وزن المواليد و يؤدي ذلك إلى زيادة نسبة الوفيات ، و هنا يأتي دور اختيار المهنة المناسبة و اجتناب تلك التي تؤدي إلى الأخطار من قريب أو بعيد.

ح - التوعية بخطر أمراض السرطان :

تواجه المرأة عدة أنواع من السرطانات الخاصة مثل سرطان عنق الرحم الثدي و المبايض و قد بدأت هذه الأنواع في الإنتشار و التزايد بشكل أثار انتباه الإختصاصيين ."¹

رابعاً - المتابعة الطبية الضرورية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة :

"يقدم الطب للمرأة رعاية صحية جيدة سواء على صعيد الوقاية أو التشخيص فلقد أصبح الطب يمتلك تقنيات متقدمة للمرض و تقنيات في أغلب الحالات غير مؤلمة ، هذا الأمر في غاية الأهمية لأن التشخيص المبكر يحول دون تطور المرض ، كما يجنب المرأة خاصة في مرحلة ما بعد الخصوبة العمليات الجراحية الإستئصالية ، فمن باب الوقاية من الأمراض النسائية هناك مجموعة من الكشوفات و الفحوصات الطبية الضرورية للحفاظ على صحة المرأة و كالتالي:

أ - الكشف الدوري :

هو زيارة النساء بصفة دورية كل سنة على الأقل الطبيب، مما يجنبهن عدة أخطار يمكن أن تؤدي بحياتهن ، من أهمها الأورام التي تصيب الرحم و أورام الحوض و أورام الثدي و أورام المبيضين ، فعلى سبيل المثال لو أخذنا أخطر الأورام التي تصيب المرأة و أكثرها حدوثاً هو ورم سرطاني لعنق الرحم،فسنجد أن المرأة لو ذهبت للكشف الدوري في كل سنة فإن الطبيب سيعرف إذا كانت هذه السيدة سيحدث لها الورم بعد خمسة أو عشرة أعوام و السر وراء ذلك هو حدوث هذا الورم يسبقه حدوث بعض التغيرات في الخلايا ."²

¹ - جمال غيلان. المرجع السابق ، ص 7 .

² - غسان الزهيري .المرجع الصحي للعائلة ، دار العلم للملايين ، لبنان ، 1995 ، بدون طبعة ، ص 84 .

"و تبدأ السيدة في إجراء الكشف الدوري ابتداءً من بلوغها سن الثلاثين بحيث يستمر إلى بعد الخمسين و لابد لكل سيدة أن تتوجه إلى طبيبها كل سنة ليجري لها الكشف الدوري و هذا الكشف يتضمن كشفاً عاملاً على القلب و الصدر مع تحليل شاملة للدم و الكولسترول و الدهونات و الدم و السكري و غيرها من التحليلات لكي يتمكن الطبيب من معرفة ما إذا كانت المرأة مصابة بمرض ما.¹"

ب- الفحص الطبي النسائي :

"إن الفحص الطبي النسائي عمل أساسي من الناحية الوقائية إذ لا يجوز إهماله أو الإستغناء عنه و الحال أن السرطانات النسائية بما فيها سرطان الثدي تشكل نصف الأرام الخبيثة التي تصيب المرأة لذا لا ينبغي الإستهانة بالكشف الطبي النسائي و إجراء بعض الفحوصات الدورية التي تشكل ضماناً للمرأة مثل الفحص المخبري للمسحة المهبلية و كذلك التصوير الشعاعي للثدي.

الفحص الطبي النسائي مطلوب في مرحلة ما بعد الخصوبة أكثر من أي وقت مضى ، ففي هذه المرحلة بالتحديد تظهر معظم المشكلات المتعلقة بالأمراض النسائية ، فبعد سن اليأس من الإنجاب يجب الإستمرار في إجراء إختبار للكشف عن السرطان و إجراء صورة شعاعية للثدي كل 18 شهر، و الكشف الطبي النسائي بشكل منتظم ضروري جداً بالنسبة للمرأة التي تتابع علاجاً هرمونياً تعويضياً ، بذلك يمكنها تفادي الكثير من الحالات السرطانية القاتلة باكتشافها منذ البداية.²"

و يمكن القول أن عدد الطبيبات النسائيات أصبح اليوم يساوي عدد الأطباء في هذا المجال لذلك تستطيع المرأة أن تقصد طبيبة مختصة إذا كانت تتخرج من عرض نفسها على طبيب و في طب الأمراض النسائية كما في الطب العام من الأفضل استمرار علاقة المريض بطبيبه الخاص و عدم الإنتقال إلى طبيب آخر دون أسباب موجبة و ذلك للإعتبارات التالية :

1- نفس المرجع ، ص- ص 84 – 85 .

2-ماري كلود دولاهاي . دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ، شركة دار الفراشة للنشر ، بيروت ، 2000 ، بدون طبعة، ص-ص 271-

- من خلال المعرفة و الحوار تتولد الثقة فتتخلى المرأة عن خجلها و تحفظاتها و تطرح كل الأسئلة التي تهمها.

– مع دوام العلاقة يتكون لدى الطبيب ملف كامل عن المريض و بذلك يستطيع اتخاذ القرارات السريعة في حالات طارئة.

– من خلال المتابعة الدقيقة لأحوال المريض يستطيع الطبيب اكتشاف أي مرض بالسرعة المطلوبة.

من المهم جدا أن تشعر المرأة بالإرتياح مع الطبيب النسائي المعالج ، فإذا لم تستطع إقامة حوار مريح من اللقاء الأول بإمكانها تغيير الطبيب لأنها في حاجة إلى طبيب تصارحه بكل مشكلاتها الصحية الدقيقة ، و يتم الكشف الطبي النسائي عبر الإجراءات التالية :

الإجراء الأول : في أول زيارة تقوم بها المرأة للطبيبة النسائية تقوم هذه الأخيرة بمعرفة السيرة الذاتية للمريضة، من الناحية الصحية ووضعها الصحي العام خلال المراحل الماضية خصوصا فيما يتعلق بالأمراض النسائية و حول الأمراض التي أصابت أهلها و التي يمكن أن تكون وراثية مثل السكري و ضغط الشرايين ، و كذلك حول ما إذا كانت إحدى نساء العائلة قد أصيبت بسرطان الثدي أو إحدى سرطانات الجهاز التناسلي .

الإجراء الثاني : الذي تقوم به الطبيبة النسائية بفحص بالمنظار الطبي حيث تأخذ الطبيبة عينة من الإفرازات المهبلية لفحصها تحت المجهر و تحديد أنواع عديدة من الجراثيم الموجودة و لا يستغرق الفحص بالمنظار إلا عدة دقائق، بالإضافة إلى إجراء كل من :

- **المسحة المهبلية :** هو الفحص بواسطة الكوليرسكوب و هو المكبر المجهرى الذي يقوم بتكبير حجم عنق رحم المرأة إلى 15 ضعف عن حجمه العادي و عندئذ يكتشف التغيرات التي يحدث في خلايا عنق الرحم ، قبل أن يحدث الورم السرطاني ب 5 أعوام أو 10 أعوام و قد نجد هذه التغيرات موجودة في جزء لا يزيد حجمه عن عدة ميليمترات و بكل سهولة تتم عندئذ إزالة هذه الميليمترات من عنق الرحم بالكي أو الإستئصال ، فمن خلال المسحة المهبلية التي نأخذها من المهبل أين تتجمع فيه الخلايا النازلة من جسم الرحم و بفحص¹

¹ - غسان الجوهري . المرجع السابق ، ص 86 .

"مجموعة من الخلايا تتكون لدينا فكرة واضحة عن عنق الرحم نفسه و هل توجد فيه خلايا نشيطة قد تؤدي إلى حدوث السرطان.

و في حالة قيام المرأة بهذه المسحة المهبلية يمكن اكتشاف هذا الورم الذي يصيب الرحم في حالة مبكرة جدا و في التي نسميها قبل السرطان فنجد أن التغيرات قد حدثت في عنق الرحم لكنها لم تمتد إلى الأنسجة المحيطة به عندئذ بعملية بسيطة جدا يتم استئصال هذا الجزء من عنق الرحم و بذلك نقي هذه السيدة من حدوث ورم سرطاني قد يؤدي إلى وفاتها.¹

"الفحص الذاتي للثديين : يتأثر الثديان بالإختلاف الهرموني الذي يمكن أن يجعلهما حساسين مفرطين في الثقل و في الإمتلاء مؤلمين عند اللمس فيجب فعلى كل امرأة أن تعرف ثدييها حق المعرفة ، فيوصى بالقيام بالفحص الذاتي لكل امرأة فوق العشرين من العمر مرة في الشهر بعد بداية الدورة الشهرية بخمسة أيام إلى سبعة و في سن اليأس من الإنجاب يجب على المرأة أن تفحص ثدييها و هذا عن طريق التصوير الشعاعي للثديين و يتم ذلك بواسطة جهاز يدعى سينوغراف و هذا الفحص غير مؤلم و هو ضروري لاكتشاف السرطان .

كما توصي جمعية السرطان الأمريكية بوجوب إجراء فحص طبي سنوي للثديين لكل امرأة تجاوزت عامها الخامسة و الثلاثين، فعندما تبلغ المرأة سن الأربعين يجب أن تجري تصوير شعاعي للثديين و هو يعطي صورة لثدي المرأة في حالته الطبيعية للمقارنة مع اختبارات المسح اللاحقة ، أما إذا كان في عائلة المرأة تاريخ من الإصابة بسرطان الثدي و عنها وجب أن تخضع المرأة لهذا الفحص كل سنة أو سنتين و عند بلوغها سن الخمسين من العمر تبدأ بإجرائه سنويا بهدف الكشف المبكر عن الورم السرطاني.²

¹ - نفس المرجع ، ص 278 .

² - ليسبي هيكين . الصحة النسائية ، الدار العربية للعلوم ، لبنان ، 2005 ، ط 1 ، ص 24

خامسا - العوامل المؤثرة على الصحة :

إن المدخل الطبيعي نحو التطور والرفاهية للإنسان لا بد أن يمر عبر بوابة الصحة و العافية إذ بدونها يصعب الإستمتاع بالحياة ، كما أن اعتلال الصحة يكدر صفو الحياة .
إن الفرد الذي يتمتع بالصحة هو كل من كان صحيح البدن خاليا من المرض أو العجز قادرا على التعليم و اكتساب الخبرات والعمل والإنتاج وفي نفس الوقت متمتعاً بالإستقرار النفسي و يستطيع أن يتحمل تبعات الحياة و يواجه مصاعبها و متطلباتها ويكون قادرا على التعامل مع الآخرين و كسب صداقتهم و محبتهم و التأثير فيهم عارفا بمسؤولياته متمتعاً بحقوقه و باكتمال صحة الفرد البدنية و النفسية و الإجتماعية يصبح عاملا مؤثرا في تقدم المجتمع و رفاهيته و تطوره غير أن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد مستوى صحة الفرد و نوجزها فيما يلي:

أ - عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض:

"يعرف المسبب النوعي بالعنصر أو المادة سواء كان حيا أو غير حي ، و جميع مسببات الأمراض ترتبط بنظريتين ، نظرية السبب الواحد للمرض و نظرية الأسباب المتعددة و في نظرية السبب الواحد يكون المرض ناتجا من سبب واحد و بناءا عليه يظهر المرض، فمثلا مرض السل ينتج من ميكروب السل أما نظرية الأسباب المتعددة فهي تقوم على أن المرض ناتج من عدة أسباب اجتمعت و تفاعلت فأدت إلى ظهور المرض،و على ذلك فإن المستوى الصحي في المجتمع غير ثابت بل هو في حالة ديناميكية متحركة ، لأن المرض ينتج من تفاعل عدة قوى ، و يكون المستوى الصحي محصلة أو نتيجة التفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل ، فإذا تغلبت الحالة أو العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية و إذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت حالة الصحة و السلامة ، و من أهم المسببات النوعية للأمراض نجد المسببات النفسية و الإجتماعية و هي الأمراض الناتجة عن الضغط العصبي و النفسي بسبب مشكلات الحياة الحديثة و المشكلات الناتجة عن الأعباء الأسرية و المهنية و عدم الشعور بالأمان و الطمأنينة و كذلك تلك التي تنتج من عدم التوازن الوجداني."¹

ب - العوامل البيئية و الثقافية و الإجتماعية :

و تشمل بصفة عامة ما يلي:

"المستوى الإقتصادي الذي يؤثر في كفاية الغذاء و المسكن و التعليم بالإضافة إلى المستوى التعليمي و هو يؤثر في الوعي الصحي و السلوك الصحي فانتشار الأمية خاصة بين أوساط النساء يؤدي إلى افتقارهن للوعي الصحي بأهمية الرعاية الطبية كما نجد أيضا كثافة السكان و هي تؤثر في العادات و التقاليد الممارسة من طرف تجمع سكاني معين و كذا الإزدحام و الضوضاء بالإضافة للخدمات الصحية و مدى توافرها أو قصورها و الإقبال عليها."¹

هذا و تتحمل المرأة معظم عبء سوء الصحة و ذلك لعدة أسباب منها الحمل و الإنجاب و التربية بالإضافة إلى توقف الدورة الشهرية أي دخول المرأة مرحلة سن اليأس حيث تعيش خلالها تغيرات فسيولوجية و بيولوجية و سيكولوجية التي تؤثر تأثيرا مباشرا على سلوك المرأة و صحتها كما أن تدني مكانتها في الأسرة و المجتمع العربي عامة و الجزائري خاصة يجعلها غير مسموح لها و غير قادرة على اتخاذ القرار في البحث عن الرعاية الصحية التي تتطلبها مما يزيد من تدهور صحتها.

إن المستوى الصحي العام للنساء في الوطن العربي يتميز بالتدهور و التراجع فالمرأة العربية منذ ولادتها تواجه سلسلة من المشاكل الصحية التي تؤدي بها إلى الفقر و الإعتلال الصحي و حتى نتجاوز هذا الوضع الصحي يتطلب الأمر وجود تدابير صحية بالإضافة إلى تدابير لتحسين وضع المرأة الإجتماعي و الإقتصادي برفع معدل التعليم و توفير المزيد من الفرص لزيادة الدخل و القضاء على الممارسات الضارة و إعلاء المكانة الإجتماعية و على برامج صحة الأم أن تشمل الرعاية لها في جميع المراحل العمرية كرضيعة و طفلة و مراهقة و كامرأة أثناء فترة الإنجاب و ما بعدها (فترة ما بعد سن الإنجاب) لأن صحة الأمهات تبدأ من و هي طفلة .

1 - نفس المرجع ، ص 55 .

المبحث الثالث

الصحة و مؤثراتها الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية

أولا - الصحة و علاقتها بالمعرفة و المعتقدات و الإتجاهات السلوكية

ثانيا - تأثير العادات الموروثة على صحة المرأة.

ثالثا - الصحة و علاقتها بالتنمية الإجتماعية و الإقتصادية.

رابعا - تأثير الوضعية الإقتصادية على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب .

خامسا - المستوى الإقتصادي للمرأة و الإقبال على الخدمة الصحية .

أولا - الصحة و علاقتها بالمعرفة و المعتقدات و الإتجاهات السلوكية :

"يتأثر السلوك الصحي للناس تأثرا بالغا بمعارفهم الصحية و بكيفية تعاطيهم لأمر الصحة و المخاطر المرتبطة بها ، بالإضافة إلى الأنماط الثقافية التي تتعدد داخل إطار المجتمع الواحد حيث لكل منها درجة معينة في قدرتها على القبول أو رفض بعض الإتجاهات و المعتقدات و القيم ، ولذلك وجب أن يضع أي برنامج صحي شامل تغيير هذه القيم و المعتقدات في المجتمع و يتطلب البرنامج الصحي و نوعية الأفراد حيث تحسين صحتهم معناه ارتقاءهم في السلم الإجتماعي و زيادة رفاهيتهم و تحسن مستوى معيشتهم ، و أن الرعاية الصحية الطبية تقوم على أساس الإقناع و التعبير عن طريق الوسائل السمعية و البصرية ."¹

يعتبر الإعلام أحد عناصر التحديث في المجتمع حيث أن تطوره يسمح للفرد بتوسيع مداركه و خياله كما يمكن الدول من تعبئة سكانها و توجيههم نحو قيم و أدوار و عقائد سياسية و اجتماعية و اقتصادية مرغوبة ، فقد شهد القرن الماضي و السنوات التي تلتها تطورات متسارعة على مستوى تكنولوجية الإتصال و المعلوماتية سواء على مستوى التجهيزات أو البرامج (التلفزيون و القنوات الفضائية - الراديو و الجرائد...) من حيث الأداء و الإنتاجية و توسيع الإستعمال أصبح لهذه الوسائل و منها بالأخص الراديو و التلفزيون دور شمولي يتعدى مداه و سرعة الإستجابة إليه ما يمكن أن يتم بثه من خلال المؤسسات التعليمية المختلفة و هذا لقدرتها على المخاطبة عن بعد بالصوت و الصورة ، فهي قادرة على تجاوز الحدود الجغرافية و بهذا تستطيع مخاطبة كل فئات المجتمع المختلفة حتى أولئك الذين يجهلون القراءة و الكتابة في آن واحد فالإعلام اليوم يوظف الترفيه و التسلية و التثقيف لأداء رسالة إيصال فكرة و تشكيل عقل و صناعة ذوق عام و زراعة اهتمام معينة .

1 - صندوق الأمم المتحدة ، تحديات أمن الإنسان ، نيويورك ، 2009 ، ص 40 .

"بالرغم من التطور العلمي و التكنولوجي الحاصل في الإعلام و الإتصال و رغم تعدد المواضيع التي يتم التطرق إليها لإفادة أفراد المجتمع لاسيما المرأة خصوصا تلك التي تتعلق بالصحة إلا أن هناك بعض المواضيع التي يصعب التطرق إليها جهرا كموضوع سن اليأس في الإنجاب حيث يتم التحدث إليه بطريقة محتشمة إذ يرتبط بهذه المسألة أكثر من غيرها بما يسمى **بالحس الثقافي في الوسط الأسري و المجتمعي** إذ يعد من أهم المعوقات الملموسة التي تحول دون استفادة المرأة من الصحة الإنجابية مرحلة ما بعد سن الإنجاب فثمة صعوبات علمية و ثقافية ذات تأثير في السلوك الصحي و معرفة واقع صحة النساء في مرحلة سن اليأس في الإنجاب ، حيث نجد نقصا كبيرا في الدراسات و الأبحاث فجل الدراسات سلطت أنظارها حول المرأة في مرحلة الإنجاب ، و حول المراضة و وفيات الأمهات و لهذا نجد العديد من النساء في مرحلة انقطاع الطمث يعانين من مشاكل نفسية و اجتماعية و صحية بما فيها ارتفاع الحرارة بشكل غير منتظم، هشاشة العظام، آلام المفاصل سقوط الشعر، مشاكل على مستوى القلب و الشرايين، اضطرابات نفسية و جنسية و غيرها.¹"

و حتى نخفف من معاناة النساء خلال هذه المرحلة العمرية لا بد من توعيتهن بما يجب القيام به و ما يجب تفاديه و لن نتوصل لهذا إلا بالتعليم و التثقيف و الإتصال و يلعب الإعلام دورا كبيرا في هذا المجال نظرا للإعتبارات التي سبق ذكرها فعلى سبيل المثال هناك نساء كثيرات لا تدركن أن للأنشطة الرياضية لها الأثر الإيجابي في مرحلة سن اليأس فممارسة التمارين الرياضية مهمة لسلامة العظام و الوقاية من أمراض القلب حيث أن ممارسة الرياضة مرتبطة بنقصان الوزن و انخفاض ضغط الدم و انخفاض مستوى الكوليسترول في الدم حيث وجد أن النساء الأكثر حيوية و اللاتي يمارسن الرياضة بصور منتظمة أقل عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم و السكري و أقل عرضة للإصابة بأعراض سن اليأس حيث تسهم الرياضة في التقليل من الكآبة و تحسين حالة النوم إضافة إلى تقليل العرق و الحرارة التي تشعر بها النساء في سن اليأس و أبسط أنواع الرياضة و التي يمكن ممارستها من قبل جميع النساء هي المشي حيث وجد أن المشي لمدة ساعة كل أسبوع تقلل من نسبة الإصابة بأمراض القلب إلى النصف بالإضافة إلى اتجاهات سلوكية و معارف أخرى لها تأثير على

1-أسيا شريف. المرجع السابق، ص- ص 1 - 2 .

صحة المرأة خلال مرحلة سن اليأس كالعادات الغذائية حيث تعد أحد العوامل التي تفسر الاختلاف في أعراض سن اليأس و النساء الأقل عرضة للإصابة بكسور الحوض و هشاشة العظام هن من الدول الآسيوية ، حيث يحتوي الغذاء الآسيوي على كمية عالية من مادة الإيتواستروجين حوالي 200 ملغ يوميا في الغذاء الآسيوي مقارنة ب 5 ملغ يوميا في غذاء الدول الغربية.

بقدر بساطة هذه العادات و المعارف و الاتجاهات السلوكية بقدر تأثيرها على الصحة لذا و جب على المرأة التخلي عن بعضها و التمسك ببعضها الآخر حتى تجتاز مرحلة ما بعد سن الإنجاب و هي موفورة الصحة و العطاء.

ثانيا - تأثير العادات الموروثة على صحة المرأة :

الصحة العامة كما أسلفنا الذكر لا تتأثر فقط بالأوضاع الإقتصادية و الإستقرار الإجتماعي و السياسي، و بكفاءة النظم الصحية و نوعيتها ، و إنما تتأثر كذلك بمجموع المعتقدات و القيم السائدة في المجتمع و التي تترك آثارها في توجيهات المواطنين إزاء الصحة و الدرجة التي ينتفعون بها من المرافق و الإجراءات الصحية و الطبية.

"تؤثر بعض المعتقدات و الممارسات الشائعة في صحة المرأة و يتجسد ذلك في تفضيل المجتمع الراسخ و المتجذر للمواليد الذكور و ما يترتب عن ذلك من آثار متعددة الجوانب و في الممارسة المؤذية المتمثلة في تشويه الأعضاء التناسلية التي ينجر على إثرها عدة معاناة و تعقيدات نفسية و اجتماعية تستمر و تتواصل و يمكن أن تتفاقم خلال مراحل العمر القادمة خاصة بالنسبة للمرأة فعادة يستقبل الوليد الذكر في العائلات العربية الأكثر فقرا بصورة خاصة بالإبتهاج و الترحاب أما مولد الأنثى فقد يعد حدثا يحزن العائلة بأكملها و تترك الأم ضحية شفقة الأقارب."¹

ويدل مثل هذا الإستقبال السلبي للوليد على موقف ذوي دلالة قد يفضي على إهمال و تجاهل قاسيين من جانب الأبوين في سنوات الطفولة الأولى و ما بعدها، و من جوانب التمييز الذي ينطوي على تأثير سلبي على صحة المرأة هو الموقف الشائع الذي يرى أن تعليم الفتى أهم من تعليم الفتاة و من النتائج الصارخة على مثل هذا التحيز أن ثلثي الأميين هم من الإناث

1- صندوق الأمم المتحدة . تحديات أمن الإنسان ، المرجع السابق ، ص 41 .

في منطقة يعاني فيها الأمية واحد من كل ثلاثة أشخاص ، "وفي العام 2005 كان يقدر نحو 40 بالمائة من النساء العربيات لا يعرفن القراءة والكتابة والأمية تقوص صحة النساء لأنها تحول دون اطلاعهن على المبادئ الأساسية للصحة و النظافة و النظام الغذائي و هذا يضع صحة المرأة وعافيتها في وضع حرج ، يضاف لذلك أن الأمية و درجة المعرفة المتدنية تساهم في ترسيخ العادات و الممارسات المضرة بالصحة التي قد تضيء إلى الوفاة ، هذه العادات و الممارسات تشمل على سبيل المثال الحمل في مرحلة مبكرة جدا أو متأخرة جدا من العمر ما يهدد بمخطر جديدة على صحة المرأة و سنتطرق لهذا الموضوع بالتفصيل في الفصل التالي

إن الموروث الثقافي والإجتماعي قد يلحق بالنساء مجموعة من الأضرار حيث ترغم المرأة أحيانا على العيش في أوضاع غير مناسبة و تحرم من الرعاية الصحية المقبولة أو يتم تجاهل احتياجاتها الحية الإيجابية عن طريق تنظيم فترات الحمل و الحد من عدد الولادات التي تسهم في تدمير حالتها الصحية و تقصر من عمرها حيث يميل الناس في الثقافة الإسلامية و العربية إلى الإكثار من النسل و سنوضح هذه الأمور في العناوين اللاحقة .

ثالثا - الصحة و علاقتها بالتنمية الإجتماعية و الإقتصادية :

هناك توافق على أن الصحة تشكل ركنا من أركان التنمية البشرية لأنها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني فصححة الفرد في المجتمع هي الغاية التي يسعى إليها لتحقيقها المخططون ذلك لأن الأصحاء من الناس هم أكثر قدرة على الإسهام في التنمية الإجتماعية و الإقتصادية و لذا فإن الفرد في المجتمع بحاجة ماسة إلى الرعاية و العناية لينشأ صحيح الجسم و العقل، قادرا على أن يسهم في تنمية مجتمعه، فتؤدي الصحة في حالات المرض و الإصابة و العجز من شأنه أن يقوص القدرات الإنسانية الأساسية.¹

1 - نفس المرجع ، ص - ص 41 - 42 .

"وقد يفضي إلى انتكاسات كارثية للأفراد والجماعات و الإقتصادات و في هذا السياق حققت البلدان العربية على مدى العقود الأربعة الماضية تقدما مشهودا في مجال الحد من مسببات الوفاة الطبيعية ومن ثم إطالة العمر ويظهر هذا في ارتفاع متوسط العمر المتوقع و انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع غير أن الصحة بمفهومها الواسع - حالة الكمال البدني و العقلي و الإجتماعي - ليست مضمونة لجميع المواطنين في البلدان العربية و هذا يعود للعوامل السوسيو ديموغرافية التي تعد أكبر محددات الصحة ، فكلما هبط مستوى الخصوبة وارتفع الدخل و شاخ السكان وازداد الزحف نحو المدن و تغيرت أيضا مرتسمات الأوبئة بازدياد عبئ الأمراض غير السارية و الحوادث و سائر الأسباب الخارجية ، و ازدياد تعليم النساء."¹

كل هذا له وقع على الأوضاع الصحية و على مدى الإنتفاع بالرعاية الصحية فعلى سبيل المثال يلعب المستوى الإقتصادي دورا هاما في تحديد درجة الصحة و المرض فهو يحدد المستوى الغذائي و طبيعة المسكن و الإزدحام و مستوى صحة البيئة و كذلك يحدد المستوى الإقتصادي قدرة المجتمع على تقديم الخدمات الصحية اللازمة في مختلف المناطق .

و انطلاقا مما سبق ذكره استخلصنا أن هناك علاقة تأثير متبادلة بين الصحة و التنمية فلا مناص من أن توفير الصحة للأفراد سيؤدي لبلوغ تنمية شاملة بكل ما لهذا المفهوم من أبعاد اقتصادية و اجتماعية و بيئية و العكس صحيح.

من خلال ما سبق ذكره لاحظنا أن الصحة تؤثر و تتأثر بمجموعة من العوامل الاقتصادية و الإجتماعية و على هذا الأساس سنخصص هذا الجزء للتعرف على أهم المؤشرات التي لها علاقة بتلك العوامل و هي:

3-1 - تنظيم الولادات:

إن توفير الخدمات الخاصة بتنظيم النسل هي الخطوة الأولى لتخفيض الخصوبة في أي مجتمع سكاني و هذا ما عمدت إليه الجزائر حيث فتحت أول مركز لتباعد الولادات في 1967 وبدأ تنظيم النسل ينتشر بين أوساط السكان شيئا فشيئا ليضم عددا كبيرا بين الأزواج و بالرغم من النتائج المحققة في هذا المجال إلا أن مشكلة تنظيم الأسرة تبقى عسيرة التناول

1 - نفس المرجع ص ص 42 - 43 .

في مجتمعنا الجزائري لأن أفرادهم يعملون على أفكار و معتقدات موروثية تقف حاجزا أمام تنظيم الأسرة حيث تسود مجتمعنا عادات و قيم تؤثر بشكل واضح على هذه العملية فظاهرة إنجاب الأطفال و توقيت إنجابهم ظاهرة تبدو و كأنها فردية خاصة بالزوجين نفسها إلا أن هناك عوامل خارجية تؤثر عليها و تتحكم فيها بالدرجة الأولى و رغم أن العملية الإنجابية تخص كلا من الزوجين حيث الرجل بيولوجيا يقدم جزءا كبير من مادته الوراثية لكن العبء الأكبر للعملية الإنجابية يقع على عاتق المرأة كونها تتحمل العبء الجسماني و آلام الإنجاب بالإضافة إلى الرعاية و التربية و نظرا لهذه الإعتبارات وجد ما نسميه بالعنف الصحي فهو واحد من أشكال العنف الإجتماعي الذي تعانيه نساء كثيرات فإكراه المرأة على العيش في أوضاع غير مناسبة أو حرمانها من الرعاية الصحية المقبولة أو تجاهل احتياجاتها الصحية الإنجابية عن طريق تنظيم فترات الحمل و الحد من عدد الولادات قد تسهم في تدمير حالتها الصحية و تقصر من عمرها وربما نجد مثل هذا السلوك المضر بالصحة عند الشعوب العربية و الإسلامية، صحيح أن عواقب ذلك لا يشكل نوعا من أنواع العنف المدبر ضد المرأة غير أنها توضح جانبا من الأضرار التي يلحقها الموروث الثقافي و الإجتماعي بالنساء و المهم هنا إذا كانت الرغبة في الإكثار من الأطفال مشتركة بين الزوج و الزوجة و ما إذا كان ذلك لا يؤثر سلبا على صحة المرأة.

إن برامج تنظيم الأسرة في جميع أنحاء العالم في مفترق الطرق و ازدياد الوعي بالخسائر البشرية التي يسببها المرض و العجز الدائم و حتى الموت لأسباب تتعلق بالإنجاب في جميع أنحاء العالم يؤكد الحاجة لا إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة فحسب وإنما أيضا إلى توسيع نطاقها و قد كشفت الإستقصاءات الرائدة أن النساء في القرى الريفية يواجهن عبئا ثقيلًا من المرض و العجز المتعلق بالإنجاب و معظمه يستمر بلا علاج وكشفت الملاحظات عن وجود عقبات عديدة اجتماعية و طبية تعترض الحصول على رعاية كافية في نطاق البرامج الموجودة و كذا وجود مجموعة من العقبات التي تعترض النساء في الحصول على وسائل منع الحمل و يمكن إيجاز هذه العوامل المعيقة في ما يلي :

أ - النمط الإجتماعي و الثقافة المحلية :

"دائما حبذت المرأة الولود و نبذت المرأة العقيم في كل المجتمعات فعملية الإنجاب هي أساس من الأسس التي تبنى عليها استمرارية النسل و كذا كيان الأسرة و هي دعامة في تشكيل المرأة.

زيادة على هذا فإن العامل الديني والذي يمكن دمجها في الثقافة المحلية يلعب دورا فعالا في التأثير على السلوك الإيجابي فهناك شرائح من المجتمع التي تعترض عملية تنظيم الأسرة و يقول عبد الحميد الغزالي أنها تتنافى مع مبادئ الدين و أن الأديان بصفة عامة تدعوا إلى رعاية العائلة و احترامها احتراماً يكاد يكون مقدسا.

ب - المؤثرات النفسية:

إذا أخذنا جانب المرأة فإنه لإتمام ذاتها يتمثل في تأدية عملية الإنجاب و يلعب هذا دورا هاما من الناحية النفسية بحيث تحس بنوع من الترحيب لمتطلباتها و اهتماما لشخصيتها داخل المجتمع كما ورد على لسان نفيسة زردومي حيث قالت : إلى جانب استقرار المرأة النفسي بعدم عقمها فهي وسيلتها الوحيدة لأن تكون موضع اهتمام و عناية حيث أنها تنتهز فرصة حملها لكي تفرض مطالبها التي تنفذ في أغلب الأحيان

ج - النقص المعرفي في المجال الطبي:

بالرغم من التقدم الطبي الذي حضي به المجال الطبي على مر العصور إلا أنه لوحظ من خلال الدراسات التي أقيمت على مختلف المجتمعات أن هناك نقص كبير في مجال المعلومات الطبية، و أن عدد كبير من أفراد المجتمع لهم معرفة جد محدودة في مجال الصحة و بالتالي ليست لديهم معلومات كافية حول الفوائد الصحية التي تعود على الزوجين خاصة على الزوجة باعتبارها تتحمل عبئ الإنجاب و التربية.¹

أما العوامل المساعدة في عملية تنظيم الولادات فهي :

¹ - Naffisa Zerdoumi , enfants d hier , naspero , paris , 1970 , p 66 .

أ - توفر وسائل منع الحمل:

لسنوات عديدة لم تكن هناك وسائل فعلية سهلة الإستعمال و متوفرة بشكل واضح للتحكم في الخصوبة و كذا النسل و لطالما احتل الإجهاض مكانة كبيرة في هذه العملية في الكثير من المجتمعات بغض النظر على أنه عملية غير شرعية و لا حتى أخلاقية فهي تتسبب في أخطار عدة أهمها:

- يهلك عدد غير معلوم من أفراد البشر قبل أن يخرجوا إلى النور .

- يذهب عدد لا بأس به من الأمهات ضحية الموت أثناء عملية الإجهاض .

- بالإجهاض تتعرض المرأة لعدة مؤثرات مرضية لا يستهان بها يمكن أن تستمر لعدة سنوات ، و نتيجة لكل هذا أظهرت الطرق الحديثة لمنع الحمل و أحدثت لها الدعاية التامة لنشر كل المعلومات عنها على أوسع نطاق و بذلك بذلت الجهود لتوفيرها بمبالغ عقلانية حتى تتيح المجال و الفرصة أمام كل الأسر لشرائها .

ب - التغيرات الإقتصادية و الإجتماعية :

ترتبط التغيرات الإقتصادية و الإجتماعية التي يشهدها مجتمع ما علاقة وطيدة بالسلوك و المواقف التي يتخذها الأفراد و تساهم هذه التغيرات إلى حد كبير في تحديد هذه المواقف فعلى سبيل المثال أدى التصنيع الحاصل إلى تسهيل قبول فكرة تنظيم النسل كما أن الإتجاه نحو الإقامة في المدن وارتفاع مستوى المعيشة و انتشار التعليم و تحريم العمل على الأطفال و تدني نسبة وفياتهم و اشتغال المرأة كلها محددات أثرت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على عملية تنظيم الأسرة و مدى انتشارها .

إن الحمل و الولادة في فترات متقاربة تهلك صحة الأم و تسبب أمراض مختلفة قد تستمر مع تقدم العمر و هذا ما أشرنا إليه فيما سبق و يبقى الهدف من استعمال وسائل منع الحمل هو التحكم في الفترات بين كل ولادة و أخرى و فيما يلي سنستعرض جدولاً يعطينا فكرة عن مدى استعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات في سن 15 - 49 سنة .

جدول رقم 1 : يمثل توزيع النساء المتزوجات (15 – 49) سنة وفقا لاستعمالهن إحدى وسائل منع الحمل سواء كانت حديثة أو تقليدية سنة 2013 .

عدد النساء	إستعمال أي وسيلة سواء تقليدية أو حديثة	إستعمال وسيلة تقليدية	إستعمال وسيلة حديثة	الوسيلة السن
189	28.7	1.7	27	19 – 15
1738	45.2	6.1	39.1	24 – 20
3572	55.8	8.6	47.2	29 - 25
3877	62.4	9.3	53.1	34 - 30
3364	67.0	11.1	55.9	39 – 35
3214	63.5	19.7	52.8	44 – 40
2980	42.5	8.5	34.0	49 – 45

Source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. Enquête Algérienne sur suivi de la situation de enfants et des femmes 2012- 2013 , MICS 4, Alger 2013 , p 13 .

يمكننا أن نلاحظ من الأرقام الظاهرة في الجدول الإنتشار الواسع لوسائل منع الحمل بين أوساط النساء المتزوجات لاسيما الحديثة منها و هذا ما تبينه النسب الظاهرة في الجدول و ربما يعود هذا لكون وسائل منع الحمل الحديثة أكثر ضمانا لعدم حصول حمل منها عن التقليدية و يبدو أن فئة النساء ذوات السن 35 – 39 سنة أكثر استعمالا بنسبة 55.9 بالمائة و مع هذا تبقى النسب مرتفعة أيضا عند الفئات العمرية الأخرى كفئة 30 – 34 سنة بنسبة 53.1 بالمائة و كذا نسبة 52.8 بالمائة عند فئة 40 – 44 سنة .

و لتدعيم ما قيل سنتطرق لاستعمال النساء المتزوجات في سن 15 – 49 لأنواع معينة من وسائل منع الحمل وهذا من خلال الجدول الآتي :

جدول رقم 2 : يمثل توزيع النساء المتزوجات ما بين 15 – 49 سنة وفقا لاستعمالهن وسائل منع الحمل.

ريف	حضر	المنطقة الوسيلة
43.9	42.3	لا تستعمل أي وسيلة
0.5	0.6	لولب أنثوي
0.0	0.0	لولب ذكري
0.1	0.1	الحقن
44.9	41.9	حبوب
0.0	0.0	واقى أنثوي
0.9	2.5	واقى ذكري
3.3	4.2	كريمات
1.8	1.6	الرضاعة
0.1	0.0	أخرى

source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière . **Enquête**

Algérienne sur suivi de la situation des enfants et des femmes , 2012- 2013 , MICS 4, Alger, 2013, p130 .

إن أغلبية النساء الجزائريات المتزوجات اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين (15 – 49) سنة يستعملن وسائل منع الحمل و تعتبر الحبوب أكثر الوسائل معرفة و استعمالا و هذا بنسبة 44.9 بالمائة بالنسبة للريف و 41.9 بالمائة بالنسبة للحضر .

كما تبين أيضا تأثير تعلم المرأة على السلوك الإيجابي فحسب دراسة قامت بها منظمة الأمم المتحدة فهي مرتبطة بانخفاض الخصوبة من جهة و المباعدة بين الولادات و هذا وعيا منها بمدى تأثير ذلك على صحتها مستقبلا، و من جهة يحفزها على العمل و الدخول لسوق العمل الذي يساهم في التنمية.

فالمرأة الجزائرية لم يفتها هذا فكما وضحت المسوحات والتحقيقات أن المرأة المتعلمة تختلف عن غيرها في مجال المباعدة بين الولادات و كذا استعمال وسائل منع الحمل فكلما كانت المرأة واعية كانت حريصة على استعمالها ونبذ الطرق التقليدية و كذا السعي للوصول إلى أحدث الوسائل و أمنها و أفضلها بالنسبة للصحة.

3-2 - تأثير التعليم و الوعي على الصحة :

"يلعب التعليم دورا كبيرا في توسيع مبدأ التحديث و هذا بسبب قدرته على تغيير المعتقدات التقليدية و المواقف و الإتجاهات البالية فضلا على قدرته على تغيير سلوك الأفراد و لاسيما إن تعلق الأمر بالمرأة.

إذا كنا قادرين على تمكين المرأة من التحكم في حياتهن فإننا سنكون قادرين على إيجاد بيئة أكثر دعما للنساء ، و يبدأ التمكين مع التعليم فهو أفضل استثمار نستطيع القيام به ابتداء من الفتيات القادرات على الإنتظام في المدرسة الابتدائية و انتهاء بتعليم النساء القراءة و الكتابة و توفير التنقيف في مجال الصحة العامة و مع بقاء الكثير مما يجب عمله أخذت العديد من الدول تحقق تقدما في هذا الإتجاه ففي الأردن مثلا يتطوع طلاب كلية التمريض من الجامعة الأردنية لتنقيف النساء و الفتيات حول صحة المرأة و تظهر الدراسات الواحدة تلو الأخرى أن النساء المتعلمات أفضل إعدادا و تجهيزا للحصول على دخل لدعم أسرهن وأكثر استثمار¹

¹ - صندوق الأمم المتحدة . وضع الأطفال في العالم 1999 ، نيويورك ، 1999 ، ص 12 .

"في منح الرعاية الصحية لأطفالهن و أنهن أكثر ميلا للمشاركة في الحياة المدنية و للدعوة إلى إدخال تحسينات على مستوى المجتمع المحلي و من المحتمل أيضا أن تكون الأمهات المتعلقات أكثر استعدادا للسعي إلى الحصول على الرعاية الصحية لأنفسهن ، كما أنه من المحتمل أيضا أن تؤخر الفتيات المتعلقات الزواج و بالتالي قليلا ما يصبحن حوامل و هن ما يزلن صغيرات في السن مقارنة بالفتيات الغير المتعلقات كذلك فإن التعليم أمر جوهري بالنسبة إلى تأمين حقوق المرأة يعزز تأثير المرأة في وضع القرارات الأسرية و يفتح الفرص أمامها للمشاركة في الأمور السياسية و الإقتصادية مما يحسن كثيرا في وضعيتها الصحية بما فيها الإجتماعية و النفسية البدنية ، و بصورة مبسطة فإن تغيير مسار حاضر الفتيات يمكن أن يغير مسار مستقبلهن ذلك لأن التعليم يزيد من وعي المرأة بأهمية الرعاية لنفسها مما يجنبها الكثير من المشاكل و الأخطار الصحية ."¹

أما فيما يتعلق بمرحلة سن اليأس فترتبط الأعراض بدرجة كبيرة بنضج و وعي المرأة و قبولها للمراحل المختلفة من عمرها و تصورها لعملية التقدم في السن و قدرتها على تغيير اهتماماتها و أدوارها مع التغيرات الفسيولوجية الطبيعية كما أن المرأة الغير واعية تبدو متوترة و منزعة و غير قادرة على مواكبة المرحلة لذلك تكثر من الشكوى كنوع من طلب النجدة و هي أحيانا تبالغ في الحديث عن الأعراض .

وفيما يتعلق بالعلاج فإن معرفة المرأة و وعيها بطبيعة التغيرات في هذه المرحلة سيساعدها على قبولها و التعايش معها مما يجعلها أقل عرضة للإضطراب و ربما تحتاج لبعض جلسات العلاج النفسي الضروري الذي يبدد مخاوفها و يقلل من شعورها بالوحدة و انعدام الدور و يفتح أمامها آفاق واسعة للمشاركة الأسرية بحيث تبتعد عن اختزال وجودها في الحمل و الولادة و الدورة الشهرية و تعيد إليها ثققتها بنفسها على التعامل مع مشاعرها السلبية الآنية و الماضية فمن الخطأ الجسيم أن تنظر المرأة لهذه المرحلة على أنها عبء أو تربطها بالضرورة بأمراض و فقدان لبعض أوجه الحياة و مهاجها، و إنما هي مرحلة تحتاج لإدراك و وعي و تفهم ، و ربما تكون هذه المرحلة محطة مناسبة لإعادة تنظيم حياتها بصورة أكثر توازنا .

¹ - نفس المرجع، ص 12 .

إن ترقية المرأة تبقى مرتبطة إلى حد بعيد بتحسين مستويات الصحة لديها و لن يحصل هذا إلا بتقليص مستوى الأمية عند النساء وكذا التقليص من التسرب المدرسي الذي يمس خاصة الإناث و في الجزائر عرفت معدلات الأمية انخفاضا مستمرا وهذا نتيجة السياسة الإجبارية و مجانية التعليم حيث كان لها آثار إيجابية في تطوير المستوى التعليمي من جهة و تقليص حجم الأمية من جهة أخرى .

3 - 3 - المستوى الإقتصادي للمرأة و تأثيره على صحتها:

أ - الدخل و علاقته بالصحة:

"الربط بين الصحة و الدخل عامل أساسي ، فالفقراء يرون أن انعدام الدخل يعني لهم عدم الإستقرار و القلق و العار و المهانة و العجز كما يدرك الفقراء الأبعاد المتعددة للصحة حيث تحدد الصحة الجيدة بأنها مكون أساسي من مكونات الحياة الجيدة و في وصفهم للرفاه يمكن تحديد ثلاث أنواع وهي: الرفاه المادي و يعبر عنه غالبا بمعنى الكفاية أما الرفاه البدني وهو أن يكون المرء قويا وصحيح الجسم بالإضافة إلى الرفاه الإجتماعي ويشمل أن يكون للمرء أولاد و يقوم على رعايتهم واحترام الذات و الأمن و الثقة بالمستقبل و حرية الإختيار و التصرف و القدرة على مساعدة الآخرين و منه فإن الفقر يؤدي إلى إضعاف الصحة و الصحة المتدهورة تؤدي إلى الفقر حيث تصبح حلقة مفرغة و هذا ما ينطبق على الأسرة المعاشة و المرأة حيث كشفت بعض البحوث أنه كلما قل دخل المرأة قل احتمال سعيها للحصول على الرعاية الصحية ، و لكن القيود المفروضة على المرأة تحد أيضا من وصولها إلى هذه الرعاية ففي 44 بلدا تناولتها البحوث يقوم أكثر من ثلاث أرباع النساء بزيارة طبيب أو ممرضة و لكن الخدمات العالية التكلفة ليست في متناول المرأة الفقيرة. هذا و يعتبر إنجاب الأطفال في مرحلة مبكرة من الزواج يساعد على تحديد الرفاه الإجتماعي وهو توقع يكاد يكون عاما لدى الفقراء ففي البلدان النامية أكثر من 90 بالمائة من الولادات تحدث في السنة الأولى من الزواج."¹

1 - صندوق الأمم المتحدة للسكان . حالة سكان العالم 2002 ، الناس و الفقر و الإمكانيات ، نيويورك ، 2002 ، ص 33 .

ب - المستوى المعيشي و علاقته بالصحة :

لقد شهد القطاع الإقتصادي في السنوات الأخيرة عدة هزات تسببت في إدخال البلاد في أزمة اقتصادية حادة كان بدايتها مع انهيار أسعار المحروقات في منتصف الثمانينات و صاحب ذلك انخفاض الدينار ، لتدخل بعدها البلاد في عهد الإصلاحات و أهمها الاقتصادية حيث أبرمت السلطات الجزائرية اتفاقية مع صندوق النقد الدولي حول إعادة الجدولة و كذا تحرير الأسعار و تجميد الأجور .

إن كل هذه الإنعكاسات السلبية للأزمة الاقتصادية على الأسرة قد تمكنت من التأثير بشدة على قرارات المرأة في استغلال الخدمات المتاحة للصحة الإنجابية و ذلك بارتفاع تكاليف الخدمات

"إن التدهور في مستوى المعيشة قد زاد حدة نظرا لارتفاع معدل البطالة الذي انتقل من 21.4 بالمئة في سنة 1987 إلى 26 بالمئة سنة 1996 أما بحلول سنة 2003 تقلصت النسبة إلى 23.72 بالمئة ثم 17.65 بالمئة سنة 2004 و استمرت في الإنخفاض لتصبح 12.3 بالمئة سنة 2006" ¹ ثم 9.8 بالمئة سنة 2013* .

"إن انتشار الفقر يعرقل أيضا تحسين ظروف المسكن و بالتالي يساهم في تردي الأوضاع الصحية داخل المسكن حيث تلعب دورا كبيرا في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم و للمرأة على وجه الخصوص كما انتقلت العائلة الجزائرية من نمط الأسرة الأحادية في سكن حضاري إلى الرجوع إلى الأسرة الكبيرة في محيط غير حضاري حيث يتواجد الأولياء و الأبناء المتزوجين و العزاب في غياب مسكن مناسب هذه العوامل المجهولة في التحاليل السياسية لصالح العائلة تجعل من هذه الأخيرة في حالة وجودها غير مناسبة كما و نوعا" ²

¹ - المجلس الإقتصادي و الإجتماعي . الإستراتيجية الوطنية للطفولة و المرأة , الجزائر , 2007 , ص 30 .
² - المجلس الإقتصادي و الإجتماعي . نفس المرجع السابق , ص 30 .
*QNS . L'Algerie en quelque chiffres résultats 2011 – 2013 , N°44 , Alger , 2013 , p 4 .

ج - عمل المرأة و علاقته بالصحة:

يعد الفراغ الذي تعيشه المرأة خلال مرحلة سن اليأس من المسببات الرئيسية للقلق و التوتر و الإكتئاب نظرا لشعورها بانتهاء مهامها المتمثلة في الإنجاب و التربية ، فالتغيرات الفسيولوجية لا تعمل في فراغ و إنما يظهر تأثيرها سلبا أو إيجابا من خلال السياق النفسي و الإجتماعي الذي تعيشه المرأة و يمكن أن يكون العمل أحد الحلول المناسبة لاجتياز مرحلة سن اليأس في ظروف حسنة و هذا عن طريق تخفيف الأعراض فالمرأة العاملة تشعر أنها قادرة على العطاء و الإنتاج كما أن المرأة التي مرت بالمراحل العمرية السابقة بشكل ناجح و متوازن مثل مرحلة المراهقة و الزواج و الحمل فإنها ستمر غالبا بمرحلة ما بعد انقطاع الطمث بشكل آمن أما المرأة التي عانت اضطرابات في تلك المرحلة أو عانت صعوبات نفسية و اجتماعية كثيرة في حياتها و تفقد الثقة في نفسها و تفقد الشعور بالرضا فإنها ستكون معرضة للإضطراب بشكل واضح و المرأة التي جعلت كل كيانها في الحمل و الولادة و ليس لها جوانب أو نجاحات شخصية أخرى تدعمها فإنها يحتمل أن تعاني فراغا هائلا حين يكبر أبناءها و يمكن أن يتركوا المنزل مما يؤثر سلبا على صحتها النفسية و الإجتماعية و البدنية و المرأة المحبطة في علاقتها الزوجية يحتمل أن تعاني بشكل كبير في هذه المرحلة.

هذا و قد أثبتت كثير من الدراسات أن خروج المرأة للعمل كانت له الدوافع الحقيقية إليه الحاجة الإقتصادية كما أن خروج المرأة للعمل سببا في تغيير مكانتها الإجتماعية داخل الأسرة و في المجتمع الكبير أيضا، فالعمل الحديث أعطى للمرأة شعورا بالطمأنينة و الحرية الإقتصادية بصفته موردا منظما للدخل العائد من عملها .

رابعاً - تأثير الوضعية الاقتصادية على صحة المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة

إن التغييرات الأساسية الحاصلة بواقع المرأة الاقتصادية بالتالي التغييرات الطارئة على أدائها خاصة في العقود الثلاثة المنصرمة ، إذ بدأت بالمشاركة الاقتصادية الفاعلة في الأنشطة غير التقليدية أي الزراعية ، حيث تدل المؤشرات من منظمات العمل العربية و الدولية أن نسبة المشاركة في النشاط الاقتصادي قد تضاعفت تقريبا عما كانت عليه في السابق ، و تنوعت هذه المشاركة لتطال كافة الأنشطة الاقتصادية التي كانت حكرًا في السابق على الرجال فقط و شاركت المرأة في كافة أنواع المهن و التخصصات كالطب و الهندسة و الإدارة و التعليم و غيرها.

"تلعب الطبقة الاجتماعية دورا بالغ الأهمية أيضا في تحديد ظهور بعض الأعراض كرد فعل في تلك المرحلة العمرية حيث يبداوا القلق من العلامات الأكثر شيوعا بين نساء الطبقة المتوسطة و المرتفعة أكثر من نساء الطبقة الكادحة ، فالمرأة المحرومة اقتصاديا تكون أكثر إيمانا بالقضاء و القدر بالنسبة لتلك المرحلة و لن تقدر على القيام بعمليات التجميل الباهضة التكاليف ، ففي بحث أجري على عينة من النساء في بلجيكا أظهر أن أعراض سن اليأس من الإنجاب لا تقتصر على طبقة معينة و لكن على العكس من ذلك فإن الظروف الاجتماعية و الاقتصادية المحيطة بالمرأة لها التأثير الكبير عليها."¹

"كما أثرت معيشة المرأة العصرية في انخفاض الأعراض التي تلقاها عند بلوغ مرحلة سن اليأس من الإنجاب ، فلا شك أن اتجاه المرأة للتعليم و العمل ساعدها كثيرا على التغلب على كثير من الأعراض النفسية و العقلية التي يمكن أن تتعرض لها عندما تبلغ مرحلة سن اليأس من الإنجاب و هذه الحياة تمنح المرأة نوعا من التعويض عن إحساس داخلي بأنها لم تعد المرأة التي كانت قبل أن تنتقل إلى طور انقطاع الطمث ، فالنشاط التي تتسم به به حياة المرأة العصرية يشعرها بأنها قادرة على العطاء و الإنتاج ، و هذا له دوره في التأثير على صحتها النفسية و العقلية خلال هذه المرحلة العمرية الحرجة."²

¹ - هندومة أنور محمد حامد . المرجع السابق ، ص 252 .

² - سامي محمود . لا للشيخوخة المبكرة ، الدار المصرية للنشر و التوزيع ، مصر ، 1993 ، ط 1 ، ص 100 .

خامسا - المستوى الإقتصادي للمرأة و الإقبال على الخدمات الصحية :

إن الطبقات الإجتماعية تختلف تبعا لمجموعة من العوامل الإجتماعية و الإقتصادية و الوظيفية و يجب أن ندرك أن هناك علاقة وثيقة و ربط كبير بين الطبقة الإجتماعية و شكل و نوع الخدمات الصحية المطلوبة و الخدمات الصحية المقدمة لذلك تتباين الخدمات الصحية .
إن معايير و أسس الإنتماء لطبقات المجتمع يمكن اختصارها في ما يلي :

أ - العوامل الموضوعية : " و تشمل الثقافة و التربية و مستوى الدخل و الملكية و المهنة و منطقة الإقامة و السكن.

ب - العوامل الذاتية : و تشمل مجموع القيم و الإتجاهات و السلوكات و اهداف الأفراد .
و ما لا شك فيه أن هناك تأثيرا للطبقة الإجتماعية على السلوكات و الممارسات الصحية و على نوعية الخدمات الصحية التي تطلبها المرأة لاسيما في سن ما بعد الإنجاب إذ أن البناء الطبقي في المجتمعات الريفية مثلا يختلف عن المجتمعات الحضرية ، و غالبا فإن الخدمات الصحية المتوفرة في المجتمع الحضري تكون بشكل نوعي أفضل من تلك الخدمات المتوفرة في المجتمع الريفي ، كما أن النساء يطلبن خدمات صحية بمستوى نوعي أفضل .

و لقد بينت الدراسات و الأبحاث الإجتماعية - الإقتصادية بأن هناك تأثير واضح للطبقة الإجتماعية على الصحة ، فتوفر البيئة الصحية المناسبة و ارتفاع المستوى الثقافي و الوعي الصحي ، و توفر الخدمات الصحية و ارتفاع معدل دخل الفرد و توفر وسائل المواصلات و الإتصال يقلل من نسبة الأمراض و المشاكل الصحية في المجتمع ، لاسيما المشاكل الجسمية و النفسية التي تعاني منها المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة .¹

فغالبا ما تتصف النساء في مرحلة نهاية الخصوبة من نوات المستوى الإقتصادي المنخفض ببعض السمات الغالبة على معظم ذوي الطبقة الإجتماعية الدنيا التي ينتمين إليها حيث تنتشر لديهم الكثير من الأمراض و كذلك قلة اللجوء و الإقبال على برامج الخدمة الصحية أي الرعاية و كثيرا ما تلجأ النساء على الإقبال على الخدمات الحكومية المجانية و كذلك

1-- محمد عصام طريبة ، شادي أحمد أبو خضرا . أساسيات في علم الإجتماع الطبي ، دار حمو رابي للنشر ، عمان ، 2009 ، ط 1 ص 180 .

"اعتمادهن على العلاج المجاني الذي يكون أقل جودة و قد يضطر المريض إلى الإنتظار للحصول عليه مما يزيد الحالة سوءا و كذلك عدم الإلتزام الكامل بوصايا الطبيب و عدم متابعة العلاج بسبب الأوضاع الإجتماعية و الإقتصادية و كذلك كثرة اللجوء إلى الخدمات الصحية الغير رسمية كالطب الشعبي و الحجامه و السحر و كذا الإستشفاء بالأولياء ، كم أن أصحاب الطبقة العليا يتصرفن بعكس أصحاب الطبقة الدنيا فالأمراض قليلة الإنتشار لديهن و اللجوء للخدمة الصحية يكون سريعا سواء الحكومية أو الخاصة و الإلتزام الجيد للوصايا الطبية و قلة اللجوء للخدمات الصحية الغير رسمية و كذلك أصحاب الطبقة الوسطى يتسمن بصفات أحيانا تشابه صفات الطبقة الدنيا.

كذلك فإن العامل المادي و الإقتصادي يلعب دورا رئيسيا في تحديد أنماط السلوكات و الممارسات الصحية التي يتبعها الأفراد في حياتهم اليومية ، بما فيهم النساء في سن ما بعد سن الإنجاب و من البديهيات المعترف بها اليوم وجود علاقة ثابتة بين المستوى الإقتصادي و المستوى الصحي في أي مجتمع كان ، فكلما ارتفع دخل الفرد و تحسن نمطه المعيشي كلما ارتفع مستواه الصحي ، و العكس صحيح فانخفاض المستوى الإقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات يكون له أثر كبير على السلوكات و الممارسات الصحية للأفراد.¹

كما أن نسبة انتشار الأمراض تزداد في المجتمعات و الأسر الفقيرة ، لأن انخفاض المستوى المعيشي يتبعه عادة انخفاض في المستوى الصحي، كما أن المجتمعات الفقيرة بشكل عام لا تنفق كثيرا على برامج الخدمات الصحية ، سواء كانت برامج خدمات وقائية أو علاجية بما يتناسب مع احتياجات الأفراد، مما يتسبب عنه انتشار الأمراض في المجتمع، فبعض الدراسات في أمريكا و أوروبا حول الصحة وجدت أن ذوي المستوى المنخفض يستغلون الخدمات الصحية بنيب أقل من الذين مستواهم الإقتصادي عالي ، و هذا يرجع إلى تكاليف العلاج الباهضة حيث أن الكثير من ذوي المستوى الإقتصادي المنخفض لا يحملون تأمينات صحية و بذلك يترددون على الطبيب بنسب أقل ، و يمكن القول بأن النساء ذوات المستوى المعيشي المنخفض لا يستجبن للأعراض المرضية و لا يسعين للعلاج الطبي نظرا لسوء حالتهم المادية لهذا السبب يضطرون إلى ممارسة سلوكات و عادات غير صحية كممارسة و صفات

1 - نفس المرجع ، ص 180 .

شعبية تقليدية بدلا من اللجوء إلى الطبيب لأن هذا السلوك الأخير سيكلفهن الكثير من المال عكس النساء ذوات المستوى المادي المرتفع و المتوسط فهن غالبا ما يتصفن بسرعة و كثرة استشارة الأطباء و تنفيذ الإرشادات الطبية ، فالمرأة التي تنتمي لأسرة فقيرة لا تقوى على تلبية متطلباتها اليومية فعادة ما تلجأ إلى العلاج الطبيعي عندما تتعرض إلى أحد أعراض مرحلة نهاية الخصوبة أو إحدى المشاكل الصحية ، فتجري الفحوصات و الإستشارات في مستشفيات و عيادات عمومية مجانية بسبب عدم توفر المال الكافي ، بينما نجد العكس عند النساء ذوات المستوى المعيشي المرتفع أو المتوسط فهن يتلقين الرعاية من طرف أفراد أسرهن حيث بمجرد شعورهن بالآلام المرضية تقدم لهن الخدمات الحية .

خلاصة:

إن تنفيذ الإستراتيجيات التي تهتم بسهولة الوصول إلى الرعاية الصحية للأم تعتمد أساسا على مكانة المرأة في المجتمع لأن هذه الإستراتيجيات تحتاج إلى إلتزام الحكومة و المجتمع لتوفير المصادر التي تؤكد على سلامة المرأة طوال حياتها و هذه السياسات يصعب تنفيذها إذا لم تكن المرأة في مكانة لاتخاذ القرارات ووضعها للتنفيذ ولذا إن تقدير المجتمع و أفرادها لقيمة المرأة و صحتها لنفسها هو أمر يتطلب توفير التعليم و إعطاء الفرص للتبوء مناصب قيادية عليا حتى تستطيع المرأة دفع عجلة التنمية و من ثم نستطيع الوقوف و تحقيق متطلبات حياتها الأساسية فإذن لا بد أن تقوم التدابير التعزيزية على منهج شمولي لتحسين نوعية حياة المرأة و هذا يتطلب بالإضافة إلى التدابير الصحية تدابير لتحسين وضع المرأة الإجتماعي و الإقتصادي برفع معدل التعليم و توفير المزيد من الفرص لزيادة الدخل و القضاء على الممارسات الضارة و إعلاء المكانة الإجتماعية و على برامج صحة المرأة أن تشمل الرعاية لها في جميع المراحل كرضيعة و طفلة و مراهقة و كامرأة أثناء فترة الحمل لأن صحة المرأة تبدأ من و هي طفلة فمن المهم توجيه صحة المرأة ليس أثناء الحمل فقط بل و مدى حياتها .

الفصل الثالث

الإتجاهات الديموغرافية و الصحية

تمهيد

المبحث الأول : الوضع الديموغرافي و الصحي في الجزائر

أولا – الوضعية الديموغرافية في الجزائر.

ثانيا – الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب .

ثالثا – الوضع الصحي في الجزائر .

رابعا- الوضعية الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة حسب المسح الجزائري لصحة

الأسرة 2002 .

تمهيد :

تؤكد وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع و على هذا الأساس ينبغي تعزيزها ودعمها على نحو أفضل من خلال عدة تدخلات وأحدها الحصول على الرعاية الصحية والإنجابية العالية النوعية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية لهدف خفض معدلات الوفاة و المراضة بين أفرادها وحثت الحكومات على الرعاية الصحية الإنجابية لجميع الأعمار وذلك في أقرب وقت ممكن و في موعد لا يتجاوز 2015 ، كما أكد برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن لكل إنسان حق في التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية و العقلية و على الدول أن تتخذ جميع التدابير المناسبة لكي تكفل ذلك على أساس المساواة بين الرجل و المرأة و حصول الجميع على مختلف خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تشمل تنظيم الأسرة و الصحة الجنسية و ينبغي أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر و لكل الأزواج حق أساسي في أن يقرروا بحرية و مسؤولية عدد أطفالهم و التباعد بينهم و أن يحصلوا على المعلومات و التثقيف و الوسائل لبلوغ ذلك و يبدو أن موضوع تنظيم الأسرة حاز على قدر كبير من الإهتمام حيث أن أكثر من 95 بالمئة من سكان العالم النامي يعيشون اليوم في بلدان تؤيد برامج تنظيم الأسرة تأييدا مباشرا و هذه البرامج أنشئت بدوافع مختلفة منها تحسين صحة الأم و تمكين الأزواج من تنظيم خصوبتهم و خفض النمو السكاني في استجابة للإهتمامات الوطنية و الدولية .

أولا - الوضعية الديموغرافية في الجزائر :

تميزت الفترة ما بعد الإستقلال في الجزائر بتغيرات ديموغرافية هامة أثرت على الديناميكية الشاملة للسكان بعد فترة نمو ديموغرافي سريع دى إلى تضاعف عدد السكان في أقل من ربع قرن تلتها أواخر الثمانينات فترة انتقال الخصوبة التي تم التماس تأثيراتها و التي يستوجب تدعيمها في العشرية المقبلة.

إن الخصوبة التي تعد من مستلزمات الولادة عرفت انخفاضا محسوسا منذ الإستقلال لاسيما خلال عشرية التسعينيات حيث انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة (متوسط عدد الأطفال عند النساء حسب كل الحالات الزوجية) من " 7.8 أطفال لكل امرأة في سنة 1970 إلى 7 أطفال في سنة 1980 ليصل إلى 2.54 طفلا في سنة 2000 أي انخفض ب 4 أطفال بين سنتي 1980 – 2000 مقابل طفل واحد بين سنتي 1970 – 1980 هذا و قد واصل المؤشر التركيبي للخصوبة في الإنخفاض ليسجل معدل 2.81 طفل لكل امرأة في عام 2008¹ أما في السنوات الأخيرة " 2012 و 2013 فقد عرف هذا المعدل ارتفاعا معتبرا وصل إلى 3.02 و 2.93 على التوالي.

صحيح أن مؤشر الخصوبة الكلي قد شهد ارتفاعا في سنة 2014 ليلبغ 3.03 طفل لكل امرأة إلا أننا نجد في المقابل متوسط العمر عند الإنجاب يواصل في الإنخفاض بالوتيرة المعهودة و التي بلغت 0.1 سنة في كل عام ليلبغ 31.3 سنة².

وفيما يلي سنستعرض تطور المؤشر التركيبي للخصوبة خلال السنوات في الجزائر

¹ CENAP. **politiques démographiques et transition de la fécondité en afrique** , n °74 ,Alger , décembre 2008, p2

² - ONS . **Démographie Algérienne 2014** , in données statistiques , n °690 , Alger , 2015 , p 2 .

جدول رقم 3 : يمثل تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر عبر السنوات .

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة
1970	7.8	2010	2.87
1980	6.9	2011	2.87
1990	4.5	2012	3.02
2000	2.40	2013	2.93
2008	2.81	2014	3.03

source :Mistère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. enquête algérienne sur suivi de la situation des enfants et des femmes 2013 , Misc4 , Alger,2013 , p114 .

من خلال الجدول السابق يمكننا أن نلاحظ التراجع المستمر في المؤشر التركيبي للخصوبة من سنة لأخرى إلى غاية سنة 2008 أين لم نلمس تغييرا كبيرا في المعدل و إنما عرف نوعا من الزيادة حتى لو كانت طفيفة و هذا ليس بعيدا عن مجتمع عرف كثيرا من التغيرات و التحولات التي أثرت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على ظاهرة الخصوبة فالعوامل المتحكمة في الإنجاب معقدة ومتشابكة منها ما هو اقتصادي،اجتماعي و ثقافي و منها ما هو ديموغرافي و بيولوجي لكن سنحاول التركيز على العامل الديموغرافي ذلك لأننا بصدد الكشف عن موضوع العوامل المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب .

فالمرأة تمر بمراحل ثلاث وهي مرحلة البلوغ و المراهقة و فترة الإنجاب و سن اليأس و قد ينتج عن تلك المراحل أحداث قد تواجه المرأة أثناء حياتها وتترك بصماتها الواضحة على سلوكها و ما يعقب ذلك من تغيرات بيولوجية و فيسيولوجية و اجتماعية أيضا ، فالمشاكل الصحية التي تأتي في وقت لاحق يمكن أن تبدأ من أوضاع سابقة .

إن السنوات القادمة ستنتميز بتغيرات هامة في البنية العمرية و ذلك بتطور فئة المسنين في الجزائر و بالتالي مراجعة ظاهرة الشيخوخة و في الجدول التالي سنوضح تطور بنية سكان الجزائر حسب الفئات العمرية الكبيرة .

جدول رقم 4 : تطور بنية سكان الجزائر حسب الفئات العمرية من خلال التعدادات الخمسة.

السنة	1966	1977	1987	1998	*2008
الفئات العمرية					
أقل من 20 سنة	57.37	58.24	55.02	48.27	38.78
20- 59 سنة	35.94	35.96	39.23	45.14	53.83
60 سنة فما فوق	6.70	5.80	5.75	6.59	7.39
المجموع	100	100	100	100	100

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات . السياسة الوطنية لأفاق 2010 ،تقرير اللجنة الوطنية للسكان ديسمبر 2001 ، ص 13 .

*ONS . Annuaire i statistique de l Alger ,N°19 ,Alger,2011 ,p 8 .

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ انخفاض مستمر في الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بالمقابل نلاحظ تزايد مستمر للفئتين العمريتين 20 – 59 سنة و فئة 60 سنة فما فوق حيث بلغت هذه الأخيرة 5.75 بالمئة سنة 1987 لتصل إلى 7.39 بالمئة سنة 2008 مما يدل على اتساع القاعدة في الهرم و هو مؤشر يعلن عن شيخوخة مرتفعة مستقبلا و بالتالي سيكون لها الأثر الواضح في مجال الصحة و الخدمة الإجتماعية إذ لابد من تطوير برامج الوقاية من الأمراض المتكررة عند فئة المسنين (60 سنة فأكثر) كأمرض القلب السكري إلخ ، و الشروع في تكوين متخصصين في أمراض الشيخوخة و توفير خدمات اجتماعية و صحية بالبيت و المجتمع ككل ، بالإضافة إلى تعزيز التضامن بين الأجيال حتى يكون هناك وعي بأهمية رعاية هذه الفئة الحساسة من المجتمع و مكافحة انسحاب العائلات و التخلي عن مسؤوليتهم اتجاه الأشخاص المسنين.

إن ارتفاع فئة المسنين في الجزائر كان سببه المباشر و الرئيسي هو ارتفاع أمل الحياة عند الولادة و بما أن موضوع بحثنا هو المرأة و كل ما يتعلق بصحتها فسننظرق لأمل الحياة عند الولادة عند الإناث و هذا في الجدول الآتي:

جدول رقم 5 : تطور أمل الحياة عند الولادة عند الإناث .

السنوات	أمل الحياة	السنوات	أمل الحياة
1970	52.8	1998	72.9
1980	58.8	2002	74.4
1991	64.2	*2011	75

Source Ministère de la santé de la population de la réforme hospitalière . **population et développement en Algérie** , Rapport Natiaol , Décembre 200 3, p 19

*WWW .ined.fr

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أمل الحياة عند الولادة في ارتفاع متزايد إذ كان 52.8 سنة عام 1970 ليصل إلى 75 سنة عام 2011 و هذا يعود للتطور الذي عرفته الجزائر في شتى مجالات الحياة لاسيما الصحة وتراجع العديد من الأمراض التي كانت تفتك بالجزائريين

ثانيا - الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب:

بما أن موضوع بحثنا يتعلق بالنساء اللواتي هن في مرحلة ما بعد سن الإنجاب كان لزاما علينا التطرق إلى وضعيتهن الديموغرافية و يبقى المصدر الوحيد الذي بين أيدينا هو المسح الوطني لصحة الأم و الطفل لعام 2002 حيث كشف هذا الأخير عن خصوبة النساء اللواتي يجتزن مرحلة انقطاع الطمث و كانت أهم النتائج كالاتي:

"تبين أن حوالي 84 بالمائة من السيدات لديهن ما بين 7 و 11 مولودا حيا و هو يشير إلى مستوى مرتفع لخصوبة هذه الفئة مقارنة بالسيدات في سن الإنجاب حاليا و تشير البيانات أن عدد المواليد أحياء يزيد لدى سيدات الريف عنها لدى سيدات الحضر كما يتناقص مع المستوى التعليمي للسيدة كما بينت نتائج المسح أن حوالي 13 بالمائة من السيدات (50 - 59) سنة قد حدثت لها حالة إجهاض واحدة مقابل 9 بالمائة تعرضت لحدثان إجهاض و أن حوالي 8 بالمائة من حالات الحمل انتهت بمولود ميت واحد مقابل 7.6 بالمائة انتهت بمولودين ميتين ."¹

1 - وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . المرجع السابق, ص 164 .

لقد ركزت أغلب الأبحاث و الدراسات على فئة النساء في مرحلة الإنجاب أي ما بين سن 15 – 49 سنة و نادرا ما تقدم أهمية لبقية الأعمار خاصة النساء في نهاية الخصوبة و التي حددت ديموغرافيا ب 50 سنة فما فوق رغم أن عدد كبير من النساء أصبحن يعشن تقريبا ثلاثين سنة في المتوسط بعد هذا السن، وأن مسؤوليتهن اتجاه أسرهن و مجتمعهن ككل لا تنهي ببلوغهن هذا السن بل تستمرن في العطاء و بهذا أردنا معرفة تطور عدد النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر .

جدول رقم 6 : يبين تطور عدد النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر

السنوات	المجموع الكلي للنساء	التكرار	النسبة بالمئة
1966	6023140	320855	5,33
1977	8072042	402252	4,98
1987	11307872	622083	5,50
1998	14541505	750199	5,16
2008	17090007	1196083	7,00
*2010	17773000	1313000	7,39
*2014	19313112	1532930	7,94

Source : FNUAP,CENEAP. **Transition démographique et structure familiale**, Mai , 2001 , p 61 .

*ONS . **L' Agerie en quelques chiffres** , résultats 2011 – 2013 , N° 44 , ONS ,Alger ,
edition 2014 ,p 10 .

من خلال الجدول يتبين لنا أن عدد النساء التي وصلن مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر يتزايد مع السنوات حيث بلغت نسبة نسبة 7,94 بالمئة سنة 2014 بعدما كانت 4,98 بالمئة سنة 1977 و قدر هذا النمو بفارق ثلاث نقاط مما يتطلب توفير المزيد من الخدمات الصحية الموجهة لهاته الشريحة من المجتمع و الذي يكفل لها التمتع بصحة بدنية و نفسية و عقلية كاملة و ذلك عن طريق برامج توعوية صحية لتمكين النساء من اختيار الطريقة المناسبة للعلاج.

إن هذا التزايد المستمر في فئة النساء في سن ما بعد الإنجاب في المجتمع الجزائري يتطلب عدم تهميش هذه الفئة ووضع خطط استراتيجية وسياسات لرعاية هذه الفئة اجتماعيا واقتصاديا وصحيا ، نفس الشيء كما كان يهتم بها في فترة الإنجاب .

هذا و سنتطرق لآفاق تطور فئة النساء في سن ما بعد الإنجاب خلال سنتي 2015 و 2020 في الجدول التالي :

جدول رقم 7 : آفاق تطور فئة النساء في سن ما بعد الإنجاب خلال سنتي 2015 و 2020 حسب الفرضية المنخفضة.
الوحدة بالآلاف

السنة فئات السن	2015		2020	
	التكرار	النسبة بالمئة	التكرار	النسبة بالمئة
54 -50	960	4.95	1140	5.49
59- 55	731	3.77	959	4.62

Source : ONS Démographie ,projection de la population1 990 – 2020 collections statistiques N°66 , Alger ,p 43.

يتبين لنا من خلال الجدول أن فئة النساء في سن ما بعد الإنجاب يرتقب أن تسجل أرقاما مرتفعة مستقبلا وذلك حسب الفرضية المنخفضة لسنتي 2015 و 2020 حيث يحتمل أن يبلغ عدد النساء في سنة 2020 حوالي 1.14 مليون امرأة في الفئة العمرية 50 – 54 سنة مقابل 959 ألف امرأة في الفئة العمرية 55 – 59 سنة.

و سترتب عن هذا الزيادة في الأرقام و النسب ، ضرورة توفير المزيد من الحاجيات الإقتصادية و الإجتماعية و خاصة الصحة لهذه الفئة من السكان ، هذا و قد تطرقنا أيضا للحالة الزوجية للنساء في سن ما بعد الإنجاب .

* الحالة الزوجية للنساء في سن ما بعد الإنجاب : إن الحالة الزوجية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة لها تأثيراتها في تحليل السلوكات و الممارسات الصحية عند هذه الفئة ، و بهذا أردنا معرفة تطور النمط العام للزوجية عند هاته الفئة في مجتمعنا و هذا ما سنبيئه في الجدول الآتي :

جدول رقم 8: يبين توزيع النساء في مرحلة نهاية الخصوبة 50 – 59 سنة في الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 1998 .

الحالة الزوجية		المتزوجات		الأرامل		المطلقات		العازبات		المجموع	
فئات السن	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
54-50	321836	82,3	49646	12,7	12392	3,17	6833	1,75	3908788	100	
59- 55	26540	75,17	73813	20,9	9722	2,75	4100	1,16	353173	100	

المصدر : وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات ، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010 ، ديسمبر 2001 ، ص 19 .

جدول رقم 9: يبين توزيع النساء في مرحلة نهاية الخصوبة 50 – 59 سنة في الجزائر حسب تعداد 2008 .

الحالة الزوجية		المتزوجات		الأرامل		المطلقات		العازبات		المجموع	
فئات السن	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
54-50	543395	81,8	69087	10,4	23915	3,6	27236	4,1	664297	100	
59- 55	399348	77,4	85132	16,5	17542	3,4	13415	2,6	515953	100	

source : ONS . les principaux résultats du sondage 1 /10 éme decembre , Resensment général de la population et de habitat , collection statistique, N °142 ,ONS , Alger ,2008, p 80 .

من خلال الجدولين رقم 6 و 7 نلاحظ أن نمطية الحالة الزوجية قد تغيرت بين التعدادين 1998 و 2008 حيث ارتفعت نسبة النساء العازبات في الفئة العمرية 50 – 59 سنة من 1,75 بالمئة عام 1998 إلى 4,1 بالمئة عام 2008 أما بالنسبة للفئة العمرية 55 – 59

سنة فقد بلغت النسبة 2,6 بالمئة سنة 2008 بعدما كانت تبلغ 1,16 بالمئة سنة 1998 و هذا ما يؤكد زيادة نسبة العزوبة النهائية للنساء في الجزائر أما المطلقات فقد ارتفعت نسبتهم كذلك حيث وصلت إلى 3,4 بالمئة في الفئة العمرية 55 - 59 سنة عام 2008 بعدما كانت 2,75 بالمئة عام 1998 .

أما بالنسبة للأرامل فقد كانت نسبتهم في الفئة العمرية 55 - 59 سنة 20.9 بالمئة سنة 1998 لتصبح 16.5 بالمئة سنة 2008 و هذا يعود لارتفاع أمل الحياة عند الرجال ،في حين وجدنا المتزوجات تكاد تتقارب النسب بينهم في كلا السنتين فمثلا وجدنا نسبة 82.3 بالمئة تمثلها المتزوجات في سن 50 – 54 سنة وهذا عام 1998 و تقابلها نسبة 81.8 بالمئة عند نفس الفئة العمرية سنة 2008 .

ثالثا - الوضع الصحي في الجزائر :

لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات سواء في تلك المتقدمة أو المتخلفة و ذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة و أحد مؤشراتنا على حد سواء ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية فالتنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الإجتماعية و الإقتصادية حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين و تطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها ذلك أن الإنسان المكتمل صحيا هو القادر على بناء تنمية صحية و مستدامة.

و في هذا السياق اهتمت الجزائر كغيرها من الدول العربية بصحة سكانها وأحرزت تقدما هائلا لاسيما في معدلات الوفيات التي عرفت هذه الأخيرة تقلصا هاما خلال العشرية الثلاث الأخيرة.

"لقد قدر المعدل الخام للوفيات ب 6.03 بالألف سنة 1990 و انتقل إلى 4.59 بالألف سنة 2000 ثم 4.37 بالألف ليصبح 4.44 بالألف سنة 2014 كما أن حجم الوفيات في كل الأعمار شهد انخفاضا محسوسا بحيث انتقل من 151000 وفاة سنة 1990 إلى 140000 وفاة سنة 2000 ثم 174000 وفاة سنة 2014 و هذا بالرغم من تضاعف عدد الأطفال أما أمل الحياة الذي يشكل في نفس الوقت مؤشرا للصحة و مؤشرا للتنمية سجل هو الآخر ارتفاعا محسوسا طيلة السنوات الماضية فبعدها كان 66.9 سنة في عام 1990 أصبح يجاور 75.5 سنة عام 2009 ليصبح 77.2 سنة 2014"¹ و لا ننسى أن نشير إلى أمل الحياة عند الولادة الذي يبقى مرتبطا بشدة بوفيات الرضع بسبب الأثر الهام الذي تشكله هذه الظاهرة في بنية الوفيات و يتضح للعيان أن وفيات الرضع انخفضت جليا منذ الإستقلال" من 46.8 بالألف سنة 1990 إلى 36.9 بالألف سنة 2000 لتصل إلى 24.8 بالألف في سنة 2009 لتتخفص إلى 22 بالألف سنة 2014."²

"هذا و قد شهدت الجزائر تغيرا واضحا في الهيكلة المرضية بفعل الإرتفاع في الأمراض المتنقلة والأمراض المزمنة فمن خلال احصائيات وزارة الصحة والسكان نجد ظهور العديد من الأمراض المزمنة كداء السكري و الأمراض القلبية , السرطان و الأمراض العقلية كما لا ننسى أن هناك ارتفاع في الأمراض المتنقلة عبر المياه كالتيفوئيد , الديقثيريا , البوحمرن و غيرها الناتجة أساسا من أزمة السكن و ارتفاع مستويات الفقر و ضعف المؤسسات الإجتماعية و الصحية للقيام بدورها كما أن مرض السرطان أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في الجزائر ذلك أن في كل سنة يتم إحصاء 30000 حالة جديدة بارتفاع يقدر ب 50 بالمئة مقارنة بالعشرية الماضية هذا ما يدل على ضعف النظام الصحي الذي مازال يبحث عن سياسة عامة لرفع المستوى الصحي للجزائريين"³.

¹- ONS . **Démographie Algérienne 2013**, in Données statistiques , n°658 ,ONS , Alger , 2014 .

² - الديوان الوطني للإحصائيات ، **ديموغرافيا الجزائر 2014** ، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر ، 2015 ، ص 3 .
³- بومعروف الياس ، عماري عمار . **من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر** ، مجلة الباحث ، العدد 07 ، 2009-2010 ، ص 32 .

و لتوضيح أكثر لدينا الجدول التالي الذي يبين لنا درجة تمركز أهم الأمراض المزمنة
جدول رقم 10 : يبين لنا نسب أهم الأمراض المزمنة لسنة 2013 .

أهم الأمراض المزمنة	النسبة
الضغط الدموي	5.6
السكري	2.9
الربو	1.3
أمراض قلبية	1.2
السرطان	0.2
أمراض مزمنة أخرى	1.7

source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière . enquête

algérienne sur suivi de la situation des enfants et des femmes 2013 , Misc 4 ,Alger , 2013 ,

p233.

من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ أن أكثر الأمراض المزمنة انتشارا هو مرض الضغط
الدموي بنسبة 5.6 بالمائة وربما يعود هذا لمشاكل و ضغوطات الحياة اليومية التي يعيشها
الجزائريون و التي ينجم عنها القلق و التوتر مما يتسبب في حدوث أمراض عديدة و ليس
الضغط الدموي فقط فيا ترى من أكثر الجنسين تأثرا بمتاعب الحياة و مشاكلها هل الذكور أم
الإناث ؟ هذا ما سنجيب عليه من خلال نتائج الجدول الآتي :

جدول رقم 11: يمثل توزيع أهم الأمراض المزمنة بين الجنسين لسنة 2013 .

الجنس	ذكور	إناث
أهم الأمراض المزمنة		
أمراض الضغط الدموي	3.7	7,5
السكري	2.8	3
الربو	1.1	1.4
أمراض قلبية	0.8	1
السرطان	0.2	0.2

source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière . enquête

algérienne sur suivi de la situation des enfants et des femmes 2013 , Misc 4 ,Alger , 2013 , p233.

يمكننا أن نلاحظ جليا من خلال نتائج الجدول أن النساء هن أكثر إصابة بالأمراض لاسيما الضغط الدموي و هذا بنسبة 7.5 بالمائة و قد يعود هذا لحساسية المرأة و عدم امتلاكها القدرة الكافية لمواجهة مشاكل الحياة بالإضافة إلى تحملها الجزء الأكبر من أعباء التربية إبتداء من الحمل إلى غاية أن يكبر الأطفال و يمكن أن تتواصل مهامها حتى يتزوج الأبناء.

للإشارة تعد الجزائر البلد الوحيد الذي اهتم بفئة النساء ما بعد سن الإنجاب 50 – 59 سنة حيث سلط الضوء على بعض الجوانب الصحية و السوسيوديموغرافية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة و لأكثر تفاصيل حول هذا الموضوع سنتطرق للعنوان الآتي :

رابعا - **الوضعية الصحية للنساء ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 :**

لقد كان المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 المسح الوحيد الذي قدم لنا قاعدة بيانات تفصيلية ، من الناحية الكمية و الكيفية ، حول صحة النساء في الجزائر في مرحلة ما بعد الخصوبة ، حيث تضمنت أهداف المسح الجزائري لصحة الأسرة دراسة بعض جوانب

الصحة الإنجابية للنساء (50 – 59) سنة و التي تمثل ما بعد سن الإنجاب لاعتبارها مرحلة انتقالية هامة في حياة المرأة حيث تعيش بعض التغيرات الجسمانية و النفسية و تعاني من بعض المشكلات الصحية مثل ضعف العضلات و المفاصل و ارتفاع الضغط الدموي .
و فيما يلي سنستعرض أهم الخصائص الإجتماعية و الديموغرافية للمبحوثات اللاتي انصب عليهن التحقيق عام 2002 .

جدول رقم 12 : يمثل التوزيع النسبي للسيدات (50 – 59) سنة حسب بعض الخصائص

النسبة بالمئة	الخصائص	
56.8	54 – 50	الفئات العمرية
43.2	59- 55	
63.0	حضر	مكان الإقامة
37.0	ريف	
82.0	متزوجة	الحالة الزوجية
14.0	أرملة	
3.6	مطلقة	
0.2	منفصلة	
75.5	أمية	المستوى التعليمي
13.8	تعرف القراءة و الكتابة	
3.3	ابتدائي	
6.4	إعدادي	
0.8	ثانوي أو أعلى	

المصدر : وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي 2002 الجزائر ، 2004 ، ص 160 .

يتبين لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول أن حوالي 56.8 بالمئة من المبحوثات تنتمين للفئة العمرية (50 – 54) سنة تقابلها نسبة 43.2 بالمئة من المبحوثات اللواتي تنتمين للفئة العمرية (55 – 59) سنة ، أما بالنسبة لمكان الإقامة فهناك نسبة 63 بالمئة حضريات بينما هناك 37 بالمئة ريفيات ، في حين كانت المتزوجات تمثلن أعلى نسبة ب 82 بالمئة ، كما احتلت الأميات أكبر نسبة ب 75.5 بالمئة .

جدول رقم 13: التوزيع النسبي للسيدات (50 – 59) سنة حسب بقاء الدورة الشهرية و انتظامها و استعمال علاج هرموني و توقيت بداية تناوله و السن .

الفئات العمرية		54 – 50	59 – 55
الدورة الشهرية	مازالت الدورة الشهرية	% 27	%4
	انقطعت الدورة الشهرية	% 73	%96
انتظام الدورة الشهرية	دورة منتظمة	%74.3	%39.3
	دورة غير منتظمة	%23	%57.6
استعمال العلاج الهرموني	تأخذ علاج	%5	%1.6
	لا تأخذ علاج	%95	%98.4
مدة العلاج الهرموني	أقل من سنة	%38	%25.8
	1 - 5 سنوات	%33.8	%51,8
	أكثر من 5 سنوات	%26.7	%22.4
	غير مبين	%1.5	%0
إجمالي		%100	%100

المصدر : وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي 2002 الجزائر ، 2004 ، ص 160 .

* الدورة الشهرية و العلاج الهرموني : يبين الجدول رقم 13 أن حوالي 27 بالمئة من السيدات (50 – 59) سنة مازلن يحضن مقابل 4 بالمئة فقط من السيدات في الفئة العمرية (55 – 59) سنة ، و حول انتظام الدورة الشهرية يشير نفس الجدول على أن الدورة منتظمة لدى حوالي 74 بالمئة من السيدات (50 – 54) سنة مقابل 39 بالمئة من السيدات في الفئة العمرية (55 – 59) سنة ، أما فيما يخص العلاج الهرموني الذي يوصف للنساء للتخفيف من أعراض مرحلة نهاية الخصوبة و خاصة الهبات الساخنة فهذا العلاج تعويضي عن هرمون الإستروجين الطبيعي الذي توقف المبيضين عن إفرازه ، فرغم كل هذه الأهمية إلا أن النساء في المرحلة العمرية 50 – 55 سنة لا يتناولنه إلا بنسب ضئيلة جدا كما هو مبين في الجدول أعلاه فقد وجدنا نسبة لا تتعدى 5 بالمئة من السيدات في الفئة العمرية (50 – 54) سنة تتلقى علاجا هرمونيا بينما تبلغ هذه النسبة 1.6 بالمئة ضمن الفئة العمرية (55 – 59) سنة ، أما بالنسبة لمدة العلاج الهرموني يلاحظ أن حوالي 38 بالمئة من السيدات (50 – 54) سنة تتابع العلاج منذ أقل من سنة و حوالي 34 بالمئة تتراوح مدة العلاج بين سنة واحدة و خمس سنوات بينما حوالي 27 بالمئة يأخذن العلاج لمدة تزيد عن الخمس سنوات ، و تبلغ هذه النسب عند السيدات اللوات تتراوح أعمارهن ما بين (54 – 59) سنة حوالي 25.8 بالمئة ، 51.8 بالمئة ، 22.4 بالمئة .

* القيام بإجراء فحوصات طبية نسائية :

جدول رقم 14 : يبين توزيع النساء ما بين (50 – 59) سنة حسب مدى القيام بالفحص الطبي النسائي و مكان إجراءه و كذا سبب عدم القيام بالفحص الطبي .

النسبة%	التكرار		
11.5	190	قامت بفحص طبي نسائي مرة واحدة على الأقل	القيام بفحص طبي نسائي
88.5	1452	لم تقم بفحص طبي نسائي	
16	263	مستشفى	مكان إجراء الفحص
15.6	256	مصحة متعددة التخصصات	
57.5	944	طبيب خاص	
10.9	179	مصحة خاصة	
72.6	1192	ليس لديها مشكل صحي	سبب عدم إجراء الفحص الطبي
40.3	662	ليس لديها وعي بإجراء الفحص	
12.7	209	التكلفة مرتفعة	
3.1	51	الخدمات غير متوفرة	
2.2	36	منزعة	

المصدر : وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي 2002 الجزائر ، 2004 ، ص 165

أظهرت نتائج الجدول رقم 14 أن 11.5 بالمئة من السيدات (50 – 59) سنة قد أجرين فحصا طبيا نسائيا واحدا على الأقل خلال العام السابق للمسح مقابل 88.45 بالمئة من السيدات لم يجرين الفحص الطبي النسائي ، و حول مكان إجراء الفحص فقد وجد حوالي 58 بالمئة أجرين فحص طبي عند طبيب خاص ، 16 بالمئة بمستشفى أو مركز أمومة ، 15.6 بالمئة بمصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي ، 10.9 بالمئة بمصحة خاصة ، أما عن سبب عدم القيام بفحص نسائي فكن يمثلن 76 بالمئة من المبحوثات أرجعن السبب إلى عدم وجود مشكلات صحية و حوالي 30 بالمئة من الحالات كانت بسبب عدم علمهن بأهمية هذه الفحوصات و لم يصرح باعتبار ارتفاع التكلفة يبيبا لعدم إجراء الفحص إلا حوالي 14 بالمئة من الحالات

*إجراء المسحة المهبلية:

جدول رقم 15 : يبين توزيع النساء حسب إجراء المسحة المهبلية و مكان إجرائها و كذا سبب عدم إجرائها و هذا خلال العام السابق للمسح .

النسبة%	التكرار		
4.7	77	أجرت المسحة المهبلية	إجراء المسحة المهبلية
95.3	1565	لم تجر المسحة المهبلية	
25.2	414	مستشفى	مكان إجراء المسحة المهبلية
17.4	286	مصحة متعددة التخصصات	
29.9	491	طبيب خاص	
20.6	338	مصحة خاصة	
72.6	1192	ليس لديها مشكل صحي	سبب عدم إجراء المسحة المهبلية
12.7	209	ليس لديها و عي بإجراء الفحص	
3.1	51	التكلفة مرتفعة	
2.2	36	منزعة	
1.2	20	هي أو الزوج مشغول	

المصدر : وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي 2002 الجزائر ، 2004 ، ص 165 .

توضح نتائج الجدول رقم 15 أن 95.3 بالمئة من السيدات في الفئة العمرية 50 – 59 سنة لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية مقابل 4.70 بالمئة فقط يجرينها و توضح البيانات كذلك أن الطبيب الخاص قام بإجراء حوالي 25 بالمئة من الحالات في المستشفى و حوالي 21 بالمئة في مصحة خاصة و حوالي 17 بالمئة في مصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي ، اما حول أسباب عدم قيام السيدات بإجراء تحليل للمسحة المهبلية فتوضح أن 73 بالمئة من السيدات اللاتي لم تقمن بعمل مسحة مهبلية أرجعن سبب ذلك إلى عدم وجود مشكلة صحية لديهن و حوالي 40 بالمئة بسبب جهلن بأهمية التحليل و حوالي 13 بالمئة نتيجة ارتفاع التكلفة .

* **المشاكل الصحية** : لقد ذكرنا سابقا أهم الأعراض و المشاكل الصحية التي تتعرض لها المرأة خلال مرحلة انقطاع الطمث بينما هناك اعراض مرضية أخرى متعلقة بهذه الفترة العمرية قد تطرق لها المسح و سنجزها في الجدول التالي :

جدول رقم 16: يبين توزيع المبحوثات حسب الأعراض و المشاكل الصحية التي يتعرضن إليها في مرحلة ما بعد الخصوبة وكذا سبب عدم إجراء الفحص الطبي .

النسبة بالمئة	التكرار		
17,97	1113	اضطرابات عصبية	أعراض مرضية متعلقة بمرحلة انقطاع الطمث
16,52	1026	اضطرابات في النوم	
15,54	965	القلق	
12,27	762	شعور بالوحدة	
7,57	470	تغير في المزاج	
4,73	294	الإنعزال عن الأسرة	
32,94	591	ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	سبب عدم إجراء الفحص حول الأعراض
37,51	673	الخدمات غير متوفرة	
7,58	136	التكلفة مرتفعة	
21,96	394	عدم وجود مشكل صحي يحتاج لفحص	

source : Ministère de la santé de la population et la reforme hospitalière ,O NS. **enquête**

algérienne sur la santé de la famille 2002 ,Alger ,200 3 , p168

من خلال الجدول السابق يظهر لنا أن حوالي 17.97 بالمئة من المبحوثات لديهن اضطرابات عصبية و 16.5 بالمئة اضطرابات في النوم و نسبة قليلة من المبحوثات 4.73 بالمئة لا ترغبن في العمل ، أما عن سبب عدم إجراء الفحوص الطبية لدى الطبيب فأغلب المبحوثات صرحن بعدم وجود الخدمات بنسبة 37.5 بالمئة و نسبة 32,5 بالمئة ليست لديها أهمية بإجراء الفحص الطبي.

إضافة إلى معطيات الجدول رقم 16 بينت نتائج المسح كذلك "أن حوالي 5 بالمئة من السيدات (50 – 59) سنة قد تعرضن لكسر خلال العام السابق على المسح و أن 8.8 بالمئة قامت ببأشعة سينية على أي جزء من عظام الجسم و أن حوالي 26 بالمئة من الحالات أظهرت وجود كسور في العظام و حول المشكلات المتعلقة بانقطاع الطمث صرحت سيدتلن من كل ثلاثة سيدات بأنهن يعانين من مشكل واحد على الأقل يرتبط بفترة انقطاع الطمث ، و تشمل هذه المشكلات آلام في الظهر بنسبة 44.6 بالمئة ، آلام في المفاصل بنسبة 46.3 بالمئة سقوط الشعر بنسبة 29.4 بالمئة ، خفقان القلب بنسبة 37.1 بالمئة ز الجفاف المهبلي بنسبة 23.6 بالمئة ن كما توضح أيضا أن 72 بالمئة تعانين من نوبات الحر و 48 بالمئة تعانين من فقدان الذاكرة ، و حول تغيير وزنهن فقد صرحت 42.2 بالمئة أن وزنهن قد نقص و 21.8 بالمئة وزنهن زاد في حين 25 بالمئة صرحن بعدم تغير الوزن.¹

¹- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . المرجع السابق ، ص 165 .

*بعض الآراء و الإتجاهات حول فترة انقطاع الطمث :

جدول رقم 17 : يبين التوزيع النسبي اتجاه و رأي المبحوثات نحو مرحلة نهاية الخصوبة.

النسبة المئوية	رأي المبحوثات حول المرحلة
19.2	لا تعلم
29.5	غير سارة
33.5	سارة جزئيا
18.5	سارة جدا

المصدر : وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و آخرون . المسح الجزائري لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي 2002 الجزائر ، 2004 ، ص 170 .

يوضح الجدول رقم 13 تباين في آراء و اتجاهات السيدات (50 – 59) سنة حول فترة انقطاع الطمث ، حيث ترى حوالي 18.5 بالمئة أنها فترة سارة جدا و حوالي 33.5 بالمئة ترى أنها فترة سارة جزئيا و حوالي 29.5 بالمئة ترى أنها فترة غير سارة .

خامسا - معوقات التنمية الصحية في الجزائر :

على الرغم من الجهود التي قامت بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى للسكان إلا أنها تبقى محدودة بالنظر للجهودات التي بذلتها البلدان الأخرى ويمكن إجمال هذه المعوقات في

5-1 - ضعف تمويل القطاع الصحي:

على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة و حتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي , فحسب مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة بالنسبة للعالم أجمع ،" إذ يمثل نصيب الصحة 13.1 بالمئة سنة 1999 ليرتفع إلى 15.2% سنة 2003 كما أنه في معظم الدول المتقدمة يتراوح هذا المؤشر فيما بين 9 بالمائة و 15.2 بالمائة ففي ألمانيا مثلا تتراوح نسبة نفقات الخدمات الصحية من 10.8 بالمائة إلى 11 بالمائة للفترة الممتدة من 1999 إلى سنة 2003 بينما صرفت فرنسا سنة 2003 ما يعادل 13.1 بالمائة من ناتجها المحلي على الخدمات الصحية أما في الجزائر فإنه لم يتجاوز هذا المؤشر 3.8 بالمائة وهو أقل من الجارتين المغرب و تونس اللتان تجاوز معدل إنفاقهما على الخدمات الصحية 5 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي و أقل مما هو لدى متوسط الدول العربية في حين نجد أن الإنفاق الصحي للدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية , ألمانيا, فرنسا و سويسرا يفوق نظيره في الدول العربية وهذا ما يعكس عدم الإهتمام الذي توليه الجزائر للجانب الصحي مقارنة بالدول الأخرى فمستوى تمويل القطاع الصحي الوطني مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة و حتى في الدول العربية.¹

1- نفس المرجع ، ص32 .

5- 2 - قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية:

بالنظر إلى الإرتفاع المتزايد في عدد السكان في عدد الجزائر فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية حيث شهد عدد السكان ارتفاعا "من 30416000 نسمة سنة 2000 إلى 31848000 نسمة سنة 2003 بنسبة تقدر ب 4.07 بالمائة في حين نجد أن ارتفاع الهياكل الصحية لم يتجاوز حدود 2.8 بالمائة فالمراكز الإستشفائية لم يتغير فقط حجمها منذ سنة 2000 و إنما عرفت انخفاضا في عدد الأسر هذا من جهة و من جهة أخرى تشهد الجزائر سوءا لتوزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني فالعاصمة تستحوذ على 55 بالمائة من الهياكل الصحية في حين لا يتعد ذلك في الشرق 22 بالمائة، الغرب نسبة 20 بالمائة بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2 بالمائة و الجنوب الغربي 1 بالمائة .

4- 3 - معوقات مرتبطة ببيئة القطاع الصحي:

تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد و ما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر و يمكن ذكر الخصائص التالية للوضع البيئي في الجزائر:

- انحسار الغلاف النباتي و زيادة التصحر.

- النضوب السريع للموارد المائية السطحية و الباطنية بسبب الإستغلال المفرط لها لا سيما في السنوات الأخيرة بسبب فترة الجفاف و قد بلغت نسبة السكان المحرومون من الإمكانية المستدامة للوصول إلى مصدر مياه 15 بالمائة سنة 2004 بينما كانت تمثل 13 بالمائة سنة 2002

- تدهور البيئة الساحلية و البحرية.

- التلوث الصناعي بسبب المصانع الغير مراقبة.

- الزيادة المفرطة في التعمير و البناء نتيجة الضغط الديموغرافي و ما نتج عنه من مشاكل حضرية .¹

كل هذه العوامل أثرت سلبا على حياة و صحة الجزائريين فقد شهدت الجزائر في الآونة الأخيرة ارتفاعا حادا في أمراض التيفوئيد بسبب اختلاط مياه المجاري بالمياه الصالحة للشرب, ارتفاعا في حالات التسمم الغذائي , ارتفاعا في أمراض الجهاز التنفسي و أمراض القلب و الأوعية الدموية و ارتفاعا في حوادث المرورإلخ .

5 - 4 - ارتفاع معدل الفقر و البطالة و سوء توزيع الدخل :

"تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية 2007 لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية المرتبة 104 بمعدل تنمية بشرية يبلغ 0.733 عام 2005 بعدما كانت تحتل المرتبة 108 في سنة 2002 و هذا بمعدل 0.704 حيث تحتل الجزائر المراتب الأخيرة للبلدان ذات تنمية بشرية متوسطة أما فيما يخص الفقر فإن الجزائر تحتل المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة 21.5 بالمئة أما معدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد في اليوم فقد بلغت 2 بالمئة خلال الفترة (1999- 2005) و 14.4 بالمئة بالنسبة للسكان الذين يعيشون ب 2 دولار في اليوم لنفس الفترة من جانب آخر فإن عدد السكان الذين يعيشون تحت عتبة الفقر حسب تقرير التنمية البشرية سنة 2007 فقد بلغ 22.6 بالمئة من عدد السكان مقابل 12 بالمئة سنة 1988 فمستوى الفقر ارتفع بشكل كبير خلال العشرية الأخيرة أين تراجعت القدرة الشرائية للمواطن محدود الدخل , فالفقر يؤدي إلى عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تفشي الأمراض ."¹

بالرغم مما قيل عن موضوع الصحة في الجزائر و ما يعانيه من مشاكل و معوقات إلا أن الحكومة الجزائرية أولت إهتماما بجانب صحة المرأة حيث جاء توقيع وثيقة مشروع صحة الأسرة بينها و بين جامعة الدول العربية و تم تنفيذه سنة 2002 و تناول المسح الجزائري حول صحة الأسرة عدة قضايا أهمها الصحة الإنجابية , وفيات الأمهات ... إلخ .

المبحث الثاني

الصحة الإيجابية و خصائصها

أولا - الصحة الإيجابية و علاقتها ببعض المحددات الديموغرافية

ثانيا - الفئات المستهدفة بالصحة الإيجابية.

ثالثا - العوامل المؤثرة في الصحة الإيجابية.

رابع - خصوصيات الرعاية الطبية في الصحة الإيجابية.

خامسا - دواعي الإهتمام بالصحة الإيجابية .

أولا - الصحة الإنجابية و علاقتها ببعض المحددات الديموغرافية :

و على الرغم من وجود تعاريف مختلفة للصحة الإنجابية تداولها كثير من المتخصصين و المفكرين إلا أن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية 1994 الذي عرفها على أنها "حالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته و ليس مجرد الخلو من المرض و الإعاقة " و لذا تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية مأمونة و قدرتهم على الإنجاب و حريرتهم في تقرير الإنجاب و موعد تواتره و يشمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل و المرأة في استخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة و الفعالة و الميسورة و المقبولة في نظرهما و أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها و التي لا تتعارض مع القانون و على الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل و الولادة و ما بعد مرحلة الإنجاب و كذلك للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة.

تتأثر الصحة عموما و الصحة الإنجابية خصوصا بمجموعة من المحددات الديموغرافية التي نذكر منها :

أ - متوسط السن عند الزواج الأول :

يعتبر انخفاض سن المرأة عند الزواج من العوامل المؤثرة في رفع الخصوبة لديها ، فمن الناحية النظرية و العلمية فإن ارتفاع سن الزواج يؤثر على مستوى الخصوبة مما يعني ضياع عدد من السنوات التي قد تستثمر في إنجاب الأطفال فإذا كان المتوسط يبلغ 18 سنة فإن متوسط عدد السنوات المفقودة من فترة الإنجاب يكون حوالي 3 سنوات و يكون مستوى الخصوبة متأثر وفق هذا الحد.

و عليه نخلص إلى أنه كلما تأخر سن الزواج أو قل الإقبال عليه بسبب الظروف الإقتصادية و الإجتماعية انخفضت معدلات الولادات و انخفضت بذلك الخصوبة حيث يساهم سن الزواج الأول في تحديد الحياة الإنجابية و غالبا ما يكون له دور كبير في تحديد الوضعية الصحية للمرأة هذا عن طريق الإنجاب المبكر أو المتأخر حيث أكدت الكثير من الدراسات

و التقارير على وجود أخطار تهدد صحة المرأة في سن مبكر أو في سن متأخر و يمكن أن تظهر هذه الأخطار على المدى القريب أو البعيد مع التقدم في العمر .

"أما السن عند أول زواج فقد أظهرت نتائج المسح الذي أجري بالجزائر أن نصف السيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن الإنجاب قد وضعن أول مولود حي لهن قبل تعديهن 22 سنة من العمر ومن خلال مقارنة بيانات 1992 يظهر لنا ارتفاعا عما كان عليه منذ 10 سنوات وهو أمر منتظما دما قد شهدنا ارتفاعا في سن الزواج ، و مما تجدر الإشارة إليه تراجع فئة السيدات اللاتي وضعن أول مولود لهن دون سن العشرين من 40.4 بالمائة إلى 22.5 بالمائة بينما نشاهد ارتفاع نسبة السيدات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن 25 سنة فما فوق لتبلغ حوالي الضعف مما كانت عليه 15.4 بالمائة إلى 28.4 بالمائة و لعل ما يمكن الإشارة إليه هي نسبة اللاتي أنجبن لأول مرة و قد تجاوزن 29 سنة من العمر حيث تمثل هذه الفئة 7 بالمائة من مجمل السيدات."¹

ب - الإنجاب المبكر :

"كثيرا ما تواجه المرأة صغيرة السن ضغوطات قوية لبدء الإنجاب بعد الزواج مباشرة وفي الثقافات التي يتوقع فيها من المتزوجين حديثا أن يبدؤوا في تكوين أسرة فورا قد يصبح الزواج أكثر أمنا بإنجاب طفل مبكرا كذلك يمكن أن يتحطم الزواج نتيجة لعدم الحمل أو في بعض الحالات لعدم إنجاب ذكر كأول مولود."²

¹ - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و آخرون . المرجع السابق، ص 116

² - صندوق الأمم المتحدة . حالة سكان العالم 1998 ، المرجع السابق ، ص 25 .

"وأما فيما يتعلق بصحة الفتاة في هذا العمر فيؤكد الأطباء أن سن البلوغ لدى الفتاة يتراوح بين 9 و 16 سنة إلا أن البلوغ الأول لا يعني أبداً أن رحم الفتاة جاهز لاستقبال الجنين لأنه يحتاج بين 5 و 8 سنوات لإتمام الدورة الإباضية في شكلها الكامل ، و إذا تم الزواج قبل هذه الدورة قد يعتقد أنها غير قادرة على الإنجاب فتحصل المشكلات التي منها الطلاق أو تعدد الزوجات .

و من المشكلات الصحية التي قد تتعرض لها الفتاة أثناء المراهقة ما يسمى تسم الحمل و تعرضها إلى الإصابة بسرطان عنق الرحم بسبب حساسية الأنسجة الداخلية إضافة إلى جهل الفتاة بكيفية الحمل و التعامل معه و كيفية التصرف مع آلام الولادة جميعها قد تسبب إشكالات مرضية عديدة ."¹

هذا وقد "بلغت نسبة الولادات لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 15 و 19 سنة 48 ولادة لكل 1000 امرأة تمت في العالم ككل عام 2006 مما يمثل انخفاضا ضئيلا عن نسبة 51 ولادة حية لكل 1000 امرأة تم تسجيلها في عام 2000 .

يبدو أن الزواج المبكر ينتج عنه الإنجاب المبكر والخصوبة العالية و عواقب أخرى ذكرت سابقا كما تبين من الدراسات أن الزواج المبكر و كثرة تعدد الإنجاب عاملان مساعدان على انتشار سرطان عنق الرحم بين النساء ففي دراسة حديثة بالبحرين وجد أن 70 بالمائة من النساء المصابات بسرطان عنق الرحم قد تزوجن قبل بلوغهن سن العشرين عاما كما بينت أيضا هذه الدراسة أن 75 بالمائة منهن ذوات خصوبة عالية 5 – 12 ولادة ."²

و لذا فإن الزواج المبكر و ما ينتج عنه من إنجاب مبكر و كذا كثرة في الإنجاب يؤثر عكسيا على صحة المرأة و قد يزيد الوضع سوءا مع التقدم في السن نظرا لحصول مشاكل صحية أخرى .

1- نفس المرجع ، ص 25 .

2 - منظمة الصحة العالمية . الإحصاءات الصحية العالمية ، نيويورك ، 2009 ، ص 11 .

مع أن الزيجات المبكرة آخذة في التناقص في البلدان العربية فإن أعداد الإناث اللواتي يتم تزويجهن في سنوات المراهقة مازالت مرتفعة في بعض البلدان ووفقا " لأحدث البيانات المتاحة بين العامين 1978 و 2006 تقدر منظمة الأمم المتحدة للطفولة " اليونيسيف " أن نسبة النساء في الفئة العمرية 20 - 24 سنة و اللواتي تزوجن قبل سن الثامنة عشر كانت 45 بالمائة في الصومال و 37 بالمائة في اليمن وموريتانيا و 30 بالمائة في جزر القمر و 27 بالمائة في السودان و راوحت النسب بين 10 بالمائة في تونس و 5 بالمائة في جيبوتي و 2 بالمائة في الجزائر .

إن الإنجاب المبكر لا يؤدي فقط لمشاكل صحية بل له دور كبير في بروز بعض المشاكل الإجتماعية حيث أشارت الدراسات إلى أنه غالبا ما يفضي إلى الطلاق و التفكك العائلي و تربية سيئة للأطفال بالإضافة إلى عدم مواصلة الفتاة لتعليمها.¹

ج - الإنجاب المتأخر:

" يستمر عدد من السيدات المسلمات في إنجاب الأطفال بعد سن الخامسة و الثلاثين و بعد سن الأربعين و قريبا من سن اليأس غير أن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين والثلاثين و تتزايد خطورته بعد الخامسة و الثلاثين ، و ما يحدث في جسم المرأة من تغيرات أثناء الحمل و ما يبذل من مجهود و ما يفقد من دم أثناء الولادة يستلزم قوة و قد يقول البعض أن المرأة قد يمكنها الإنجاب حتى سن الخامسة و الأربعين لكن لا يمكن لجسمها المتقدم في العمر أن يتحمل عملية الحمل و الولادة و بالذات عندما تبدأ الأوعية الدموية في فقد مرونتها و يبدأ ضغط الدم في الإرتفاع و يتعذر إيقاف النزيف الذي يتوقف تلقائيا و بسهولة في السن الصغير ثم من يتحمل في سن الشيخوخة مسؤولية تقويم طفل و رعايته² مما يعيق كثيرا اهتمام المرأة بصحتها إذ تعتبر مرحلة سن اليأس عن الإنجاب محطة عمرية هامة تحتاج فيها المرأة لرعاية صحية و اجتماعية و نفسية إذ تصاحب تلك المرحلة أعراض و أمراض مزعجة قد تتفاقم إن لم تجد أو تلقى المرأة العناية و الرعاية بأنواعها الطبية و الإجتماعية

1-صندوق الأمم المتحدة ، تقرير التنمية الإنسانية العربية . تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، المرجع السابق، ص- 7-8

2- هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 52 .

د - تباعد الولادات :

"إن تباعد الولادات من أهم السبل وأكثرها فعالية لتحسين صحة الأم و هذا غير معروف لدى كثير من الأسر العربية فالولادات المتقاربة التي لا يفصلها فارق زمني كاف (سنتان) تعد سببا في هلاك العديد من النساء و غالبا ما تؤدي للإصابة بالعجز الدائم."¹

إن المباشرة بين الولادات يقلل من مخاطر الحمل بتمكينه من تأخير الإنجاب إلى أن تصبح الأم مستعدة له و من وقف الإنجاب قبل أن يتسبب عمرها و كثرة مرات الحمل في جعل إنجابها مرة أخرى محفوفًا بمخاطر شديدة و باختصار فإن المرأة التي تنظم نسلها تحمي نفسها من الحمل ذوي المخاطر (الحمل المبكر و الحمل المتأخر) و أيضا الحمل الغير مرغوب الذي ينتج عنه الإجهاض الغير الآمن و ما يليه من مضاعفات خطيرة على المرأة قد تصيبها بالعجز الدائم .

و صفوة القول أن النساء اللواتي يؤخرن حملهن حتى سن 20 سنة أو بعده واللواتي ينظمن بين ولادة أطفالهن بما لا يقل عن سنتين و اللواتي يعمدن إلى الحد من عدد أطفالهن و يتجنبن الحمل بعد الخامسة و الثلاثين يتمتعن بصحة أفضل و تحسن أيضا هذه الخيارات الفرص المتاحة لكسب الدخل خارج البيت و تحسين مركزها الاجتماعي و مواصلة تعليمها و عندما يحصل هذا فقد بينت الدراسات الإستقصائية أن صحة المرأة الجسدية و النفسية و الاجتماعي تكون عادة أفضل.

¹ - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية الوطنية .التربية السكانية ، مطبعة فضالة ، المغرب ، 1997 ، ص 33 .

ثانيا - الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية :

الحق في الصحة يقتضي الرعاية الصحية و الحماية من الأمراض المعدية ، فالصحة الإنجابية و ما يتفرع منها من حقوق هي أحد جوانب الحق في الصحة الذي تعترف به الإتفاقيات الدولية و الدساتير الوطنية و التشريعات لكل إنسان فالمادة 12 من المعهد الدولي للحقوق الثقافية و الإقتصادية و الإجتماعية تدعو الدول الأطراف إلى أن تقر لكل إنسان بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية و العقلية يمكن بلوغه و عليه يمكن تصنيف الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية كما يلي :

- " الرجل و المرأة في سن الإنجاب لرفع المستوى الصحي لهما .
 - المراهقون و الشباب لتجنيبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي إلى انتشار الأمراض المتنقلة بالجنس ليجهزوا أنفسهم و مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي سيشكلونها .
 - الطفل بعد الولادة للحفاظ على صحته و بقاءه و حمايته و نمائه .
 - النساء ما بعد سن الإنجاب للوقاية من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي .
- من خلا ما جاء يبدو أن جميع البشر رجالا و نساء و من جميع الأعمار يحتاجون للصحة الإنجابية بشكل أو بآخر غير أنه ولعدة أسباب تتحمل المرأة معظم عبء سوء الصحة كونها التي تتحمل أعباء الإنجاب و الولادة و لذا وضع المهتمون بشؤون المرأة تعريفا يخص الصحة الإنجابية للأنثى " قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها و ما بعدها بكرامة و أن تملك إرادتها في الحمل و أن يتوفر لها الحمل و الإنجاب الناجحان وهي في منأى عن أمراض النساء و مخاطرها " من خلال هذا التعريف نستنتج أن الصحة الإنجابية للمرأة لا تتعلق بمرحلة المراهقة و الحمل و الولادة أي بمرحلة الإنجاب فقط و إنما تتعداها إلى مرحلة أخرى وهي مرحلة اللانجاب أين تفقد المرأة قدرتها على التوالد وقد سبق وأن عرفنا الصحة الإنجابية للمرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب.¹

¹ نفس المرجع ، ص 23 .

ثالثا - العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية :

الصحة الإنجابية تؤثر و تتأثر بحالة المجتمع الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية فهي تتأثر سلبا بانتشار الأمية و البطالة و بتقاليد المجتمع و بعاداته و معتقداته و قيمه كما تتأثر بالبيئة الأسرية و العلاقات المتشابكة بين أفرادها كعلاقة الأم مع الأب و علاقة كليهما بالأبناء و البنات و علاقة الإخوة ذكورا و إناثا كما تتأثر الصحة الإنجابية بمكانة المرأة في المجتمع ففي كثير من أنحاء العالم يتعرض النساء للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية و الحصول على الرعاية الصحية حيث تؤكد المادة 12 من الإتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة إللتزام الدول الأطراف في الإتفاقية بأن تسوى بين الرجل و المرأة في الرعاية الصحية بما يقتضيه ذلك في بعض الدول من ضرورة أن تتخذ جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة و تعترف في الرعاية الصحية على قدم المساواة مع الرجل ، فالمادة العاشرة من الدستور المصري تنص على أن الدولة تكفل حماية الأمومة و الطفولة و ترعى النشأ و الشباب و توفر لهم الظروف المناسبة لتمكينهم و تطويرهم هذا و تساوي المادة 40 من الدستور بين الرجل و المرأة في الحقوق و الواجبات .

إن القوانين الوطنية تدعم حق المرأة في الصحة بصفة عامة و الصحة الإنجابية بصفة خاصة لكن هناك بعض المعوقات التي تحد من فعالية النصوص القانونية في ضمان تمتع المرأة بمتطلبات الصحة الإنجابية منها أن سياسات تنظيم الأسرة تهتم فقط بالحد من الإنجاب و ليس بحماية المرأة جسديا و نفسيا لضمان صحة الإنجاب ، و منها أيضا الإطار الإجتماعي و الثقافي للأسرة العربية الذي يحدد دور المرأة في المجتمع بقدرتها الإنجابية و يشجع على بعض الممارسات الضارة بصحة المرأة الإنجابية و أخيرا تتأثر الصحة الإنجابية بمدى توافر خدمات صحية ذات جودة عالية لتلبي الإحتياجات الصحية للفئات المختلفة و يسهل الوصول إليها .

رابعاً - خصوصيات الرعاية الطبية في الصحة الإنجابية :

"تستوجب التفاعل و التكامل بين الطب والأخلاقيات و القانون و موثيق حقوق الإنسان فلا يوجد مجتمع في الماضي أو في الحاضر و لا يوجد قانون و لا يوجد دين و لا توجد فلسفة أخلاقية اتخذت موقف الحياد السلبي و التام من أمور الجنس و الإنجاب و لم تحاول التنظيم و القيود التي قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على الصحة الإنجابية و زاد ذلك مبادئ حقوق الإنسان كما أن الرعاية الطبية في الصحة الإنجابية لا يمكن أن تقدم إلا في إطارات تحكمها أخلاقيات مزاوله المهنة و تقاليد المجتمع و التي يشكل الدين الجزء الأكبر منها في الكثير من المجتمعات كما يحكمها أيضاً قانون البلد سواء القانون المحلي أو ما ارتبطت به البلد من المواثيق الدولية لحقوق الإنسان و يواجه القانون في هذا الشأن ثلاث مسؤوليات و هي :

المسؤولية الأولى : هي مسؤولية اتجاه مرضاه أو متلقي خدماته و كيف يكون تصرفه في مواقف لا تتضح فيها حدود الإطار المجتمعي المقبول أو المسموح .

المسؤولية الثانية : هي مسؤولية اتجاه المهنة و الخدمات الصحية و كيف يكون تصرفه في مواقف يرى فيها قصوراً يجب التنبيه على إصلاحها .

المسؤولية الثالثة : فهي مسؤولية اجتماعية و هي أن يوضح من الناحية العلمية الأمور التي تستدعي تدخلاً من المجتمع أو تغييراً فيما استقر من أوضاع و أن يكون مدافعاً عن الإرتفاع بمستوى الصحة الإنجابية.¹

هذا و تتراجع مستويات الصحة الإنجابية في البلدان العربية لاسيما عند المرأة و تكمن الأسباب فيما يلي:

- انتهاج طبي حيوي ضيق يقوم على العناية العلاجية في المستشفيات حيث يركز على معالجة الأمراض و الإصابات العادية.

- غياب الروابط بين القطاعات التي تساعد على إدخال المحددات الصحية الغير مباشرة كما لا تعترف الأنظمة الصحية العربية بدور بعض العوامل الهامة مثل وجود التعليم و الوعي و شموليته و تمكين المرأة و مقتضيات الإنصاف الإجتماعي و الإقتصادي كما لا تظهر بوضوح التوجه العقلي اللازم للتعامل مع عوامل رئيسية مثل الجنوسة و الطبقة

¹ - نفس المرجع ، ص 30 .

الإجتماعية و الهوية و هي العناصر التي تترك آثارا واضحة في الأوضاع الصحية و أمن الإنسان

– وجود مستشفيات ذات تقنيات غير عالية و الساعية إلى الربح المادي والتي تقدم المعالجة بكلفة عالية وفق أحدث الأساليب و لكن لأقلية من المواطنين الأثرياء .

سادسا - دواعي الإهتمام بالصحة الإيجابية :

من أهم الدوافع التي جعلت العالم ككل يهتم بالصحة الإيجابية هي كالتالي :

"أ – دافع الصحة: تمثل المشاكل الطبية المتعلقة بالصحة الإيجابية نسبة كبيرة من إجمالي العبئ المرضي على السيدات في سن الإنجاب و ما بعده ، كما أن هناك تباينا صارخا في مستويات الصحة الإيجابية بين الفقراء والأغنياء في العالم أكثر من أي دلالات صحية أخرى و على سبيل المثال فإن 99 بالمائة من وفيات الأمهات تقع في العالم النامي .

ب- دافع التنمية : الصحة الإيجابية مكون هام و ضروري من مكونات التنمية و يظهر هذا في مثالين هامين على المستوى العالمي فالمثال الأول يتمثل في الإهتمام الكبير الذي حظيت به الصحة الإيجابية في مؤتمر الأمم المتحدة للسكان و التنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994 و هو ليس مؤتمرا طبيا والمثال الثاني هو أن أهداف التنمية للألفية الثالثة التي تبنتها حكومات العالم و كانت ثمانية أهداف فقط ثلاث أهداف منها هي أهداف للصحة الإيجابية.¹

لقد أشارت الدكتورة راجحة إبراهيم في محاضرة ألقته بإحدى المؤتمرات التي عقدت بالأردن من أجل المرأة و صحتها الإيجابية إلى العلاقة بين صحة المرأة و التنمية كما سلطت الضوء فيها الوضع الإجتماعي و أثره على صحة المرأة و أيضا إلى أهمية الرعاية التي يجب أن تقدمها الدولة و المجتمع و بينت ذلك من خلال المقارنة بين عدد الوفيات والأمراض التي تتعرض لها المرأة طوال فترة حياتها في إفريقيا و تلك التي تحصل في الدول المتقدمة كما نادى إلى تمكين المرأة من مفهوم الصحة الإيجابية و زيادة الوعي و ذلك كفيل بتغيير تلك الأرقام المرعبة و أضافت تعتبر مشاكل الصحة الإيجابية هي السبب الرئيسي لانحلال صحة المرأة و معاناتها على نطاق العالم و معالجة هذه المسألة تصبح مسألة عدالة إجتماعية

¹-عزالدين عثمان حسن ، المرجع السابق ، ص 21 .

و أخلاقية ، وفي الأخير " نشير إلى أن مسألة الصحة الإنجابية في مرحلة سن اليأس لم تلقى بعد الإهتمام الطبي و السيكولوجي و الإجتماعي اللازمين والدليل على هذا عدم الإشارة على هذه المرحلة المهمة في حياة المرأة في الكثير من المسوحات العربية ما عدا المسح الجزائري لصحة الأم و الطفل 2002 الذي سلط الضوء على هذه المرحلة باعتبار المرأة فرد من المجتمع لها الحق في التمتع بصحة جيدة ما بعد سن 50 سنة فما فوق ، إذ نلاحظ بعض النساء من تتفاجئن بمعاناتهن من مشاكل صحية كالجفاف المهبلي هرش مهبلي، ألم في الثديين حرقان عند التبول فكل هذه المشاكل من حق المرأة التعرف عليها من أجل معالجتها .

ج - دافع حقوق الإنسان : بالإضافة إلى الجانب الصحي و التنموي السابقين هناك اهتمام بالصحة الإنجابية من منظور حقوق الإنسان و المواثيق الدولية المقننة لها.¹

المبحث الثالث

الصحة الإيجابية و تنظيم الأسرة

أولا - السياسات السكانية.

1-1 السياسة السكانية و الصحة الإيجابية

1 - 2 إستراتيجيات السياسة السكانية في مجال الصحة الإيجابية .

ثانيا - تنظيم الأسرة في الوطن العربي

ثالثا - الصحة السكانية ضمن الصحة الإيجابية في الجزائر.

رابعا - الصحة الإيجابية و تنظيم الأسرة.

خامسا - أهمية تنظيم الأسرة.

أولا - السياسة السكانية :

يمكن تعريف السياسة السكانية بانها عمل مدروس يقصد بها التأثير على المسار أو الإتجاه الديموغرافي و يكون هذا العمل متعمدا أو مخططا له و مؤخرا أصبح للصحة الإنجابية تأثيرا بالغ الأهمية على السكان عامة و على المرأة خاصة فما علاقة السياسة السكانية بالصحة الإنجابية ؟

1 - 1 السياسة السكانية و الصحة الإنجابية :

لقد وفرت برامج تنظيم الأسرة و غيرها لملايين النساء في العالم الثالث وسائل منع الحمل و التي لولا ذلك لما توفرت لهن إلا أن الإتجاه إلى إغفال بعض الجوانب الأخرى المتعلقة بصحة المرأة الإنجابية قد أدى إلى الإقلال أو منع التواصل لإنجاز فعال في مجال استخدام وسائل منع الحمل على نطاق واسع، و على سبيل المثال فقد كان استخدام وسائل منع الحمل سبب عدم تقديم المشورة الكافية و التوقف عن الإستخدام بسبب الآثار الجانبية أو الإصابة بالتهاب من بين الأسباب الشائعة في العالم الثالث.

"تحتاج المشكلة السكانية و حلولها الممكنة إلى دراسة دقيقة و إلى إعادة تعريفها فاستخدام مدخل الصحة الإنجابية مع وضع المرأة في مراكز عالية قد يكون من شأنه أن يدعم إنجازات خدمات تنظيم الأسرة و البرامج الصحية القائمة بينما يساعد المرأة على الحصول على الصحة و اعتبار الذات و الحقوق الأساسية.

1 - 2 إستراتيجيات السياسة السكانية في مجال الصحة الإنجابية :

تم الإعتراف بالنمو السكاني في العالم الثالث كمشكلة خطيرة في الولايات المتحدة من جانب و بعض بلاد العالم الثالث في أوائل الستينات وكانت الإستراتيجية الأولية التي طرحت للحد من معدل المواليد هي تصنيع و توزيع وسائل حديثة لمنع الحمل خلال برامج تنظيم الأسرة و بتمويل أساسي في البداية من الولايات المتحدة و حكومات غربية أخرى و حديثا بتمويل من حكومات العالم الثالث و بهيئات دولية كبرى للتنمية.¹

1-أدريان جومان و آخرون ، ترجمة سيد رمضان هدارة و نادية خير حافظ . ما وراء الأرقام في السكان و الإستهلاك و البيئة ، الجمعية المصرية للنشر و التوزيع ، القاهرة ، 1994 ، ص 155 .

حاولت برامج تنظيم الأسرة توفير وسائل منع الحمل لأكثر عدد ممكن من المتزوجين في سن الخصوبة ، و بصفة عامة نظرت هذه البرامج للمرأة على أنها منتجة لعدد كبير من اللازم من الأطفال و قاست إنجازاتها بعدد المقبلين لوسائل منع الحمل .

" وقد شملت بعض البرامج الإضافية الأخرى صحة الأم و الطفل و حماية الطفل و أخيرا مشروع الأمومة الآمنة و كل من هذه المشروعات يعترف على الأقل من الناحية النظرية بأن تنظيم الأسرة هو مفتاح إنجاحها في تحقيق أهدافها إلا أن برامج صحة الأم و الطفل كانت تتجه أكثر للتركيز على صحة الطفل و تقديم الرعاية الصحية للأم كوسيلة للوصول لهذا الهدف بدلا من أن تكون صحة الأم هي الهدف في حد ذاتها .

منذ عام 1987 بدأت العناية تتجه للأم ذاتها من خلال مشروع الأمومة الآمنة و الذي يحرص للحد من حالات الوفاة و المرض المرتبطين بفترة الخصوبة حتى تتمكن المرأة من مواصلة حياتها بصحة و عافية .

و اليوم نجد أن معظم بلاد العالم الثالث لديها برامج بتنظيم الأسرة كإجراء للحد من السكان أو كإجراء صحي هادف للتقليل من عبء الأمراض التي قد تصاب بها المرأة و قد تم ابتكار عدة وسائل لمنع الحمل لكن مع هذا يبقى القليل من البرامج التي تعترف أو تقدم خدمات لعلاج المشاكل الصحية الإنجابية التي تؤثر في القرار الخاص بالإنجاب بشكل مباشر أو غير مباشر و مثال ذلك العقم و الأمراض التي تنتقل عدواها عن طريق الجنس كما لا تقدم الخدمات الصحية للفتيات في سنوات التكوين من سنة 15 إلى 25 سنة حيث تكون الثقافة الصحية و الغذائية و الجنسية هامة لإعدادهن لعلاقة زوجية و حمل سليم عند بلوغهن سن الرشد.¹

1 - نفس المرجع ، ص 155 .

" يعتبر تأمين الوصول الشامل إلى معلومات وخدمات الصحة الإنجابية و الجنسية ذات النوعية الرفيعة بحد ذاته هدفا هاما من أهداف السياسة و لكنه يعود بفوائد على مجالات أخرى كما يعزز تحسين الصحة الإنجابية الفرص الاقتصادية و الإجتماعية و السياسية المتاحة للمرأة كما يساهم تحسين الصحة الإنجابية في إبطاء النمو السكاني المتسارع مما يؤدي إلى التعجيل بالنمو الاقتصادي و كذا التقليل من الضرر الذي يحتمل أن يلحق بالبيئة.¹

أخيرا تجدر الإشارة إلى أن ترقية المرأة يبقى شرط أساسي في نجاح أي سياسة سكانية مهما كان نوعها و ترقيتها مثل ما هي مرتبطة بتحسين مستويات الصحة فهي مرتبطة أيضا بتدعيم مساهمتها في التنمية الاقتصادية و الإجتماعية فتحسين وضعية المرأة لم تعد تدرك كوسيلة إضافية لتعجيل التحول الديموغرافي فقط و لكن أيضا كبعد لا يمكن تفاديه في استراتيجية التنمية بغض النظر على تلبية الإحتياجات العملية و العادية التي نذكر منها على سبيل المثال التعليم و توفر العلاج ... إلخ و تم التأكيد على وجه الخصوص على ضرورة تلبية احتياجاتهن الإستراتيجية و لاسيما القضاء على الحواجز المؤسسية و الثقافية التي تعيقهن على نيل الموارد و التحكم فيها.

ثانيا - تنظيم الأسرة في العالم العربي :

"من خلال المسألة الديموغرافية في العالم النامي بصفة عامة و في الدول العربية بصفة خاصة و كذلك جملة المشاكل الناجمة عنها يأتي التساؤل حول مشاريع تنظيم الأسرة كحل من الحلول المطلوبة للتخفيف من آثار القضايا السكنية على الأوضاع الاقتصادية و الإجتماعية و على نوعية حياة الأفراد و الجماعات و في هذا الباب لابد من التذكير بأن تنظيم الأسرة و جميع المشاريع و الإستراتيجيات المرتبطة بها ما هو إلا إسهام أو حل من الحلول أو المعالجات المطلوبة و من الخطأ أن مشاريع تنظيم الأسرة هو الحل الوحيد و الجذري و الشامل للتغلب على الإشكاليات الناجمة عن التزايد الديموغرافي و انعكاساتها على مختلف الأصعدة المذكورة ."²

1- صندوق الأمم المتحدة للسكان . حالة السكان و التنمية ، المرجع السابق ، ص 9 .

2 - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية و التعليم . السكان و بدائل المستقبل ، المرجع السابق ، ص 31 .

و تتلخص البرامج الوطنية لتنظيم الأسرة في توفير المعرفة و الخدمات الطبية و وسائل تنظيم الحمل للأزواج الذين يرغبون في استخدامها وتستند معظم هذه البرامج إلى الإعراف بحق الأبوين في تقرير عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم و باستخدام إحدى الوسائل المعروفة في تنظيم الأسرة للمباعدة بين الولادات و تربط كافة هذه البرامج هذا المفهوم للتنظيم بقضية صحة الأم و إيجاد التوازن بين موارد الأسرة و دخلها و عدد أفرادها .

"لقد نص تقرير الدول الأعضاء في منظمة الدول المتحدة على أن من حق جميع الأزواج و الأفراد أن يقرروا بحرية و مسؤولية عدد الأطفال الذين ينجبونهم و فترات المباعدة بينهم كما أن من حقهم نيل رعاية صحية تناسلية و جنسية سليمة بالإضافة إلى نيل المعلومات و كذا الثقافة و الوسائل التي تمكنهم من تحقيق الأهداف .

و الجدير بالذكر أنه لا توجد في الوطن العربي أية دولة تتدخل في حرية الأسرة في اتخاذ قراراتها المتعلقة بالإنجاب كما هو الحال بالنسبة لدول أخرى كالصين حيث تفرض الدولة حدا أقصى لعدد الأبناء لا ينبغي تجاوزه ، و يمكن الجزم بأن جميع تنظيمات الأسرة في الوطن العربي على سبيل المثال مازالت فتية إذ انطلقت في العمل في أوائل الستينات و لم تكن معروفة في معظم الأقطار العربية و عمليا لم تكن هناك برامج لتنظيم الأسرة حتى مع بدائل النمو السكاني لكن الحكومات العربية مدركة للمشاكل التي تنتج عن التزايد السكاني لكن مع بداية الثمانينات ربطت معظم الحكومات العربية تنظيم الأسرة بجهدا التنموي ، و بصفة عامة فإن معظم النشاطات الفعلية لجمعيات تنظيم الأسرة ما تزال متفاوتة من قطر لآخر.¹

و على العموم فإن أغلب الدراسات التي أجريت لتقويم مدى فعالية البرامج الحكومية لتنظيم الأسرة تشير إلى أن آثارها الديموغرافية محدودة لأسباب تتعلق بحساسية الأفراد لخصوصية هذه القضية ولخلفيتهم الثقافية ومعتقداتهم الدينية بالإضافة إلى عوامل أخرى تتصل بالبرامج نفسها من حيث انتشار الخدمات التي تقدمها و نوعيتها و خصائص السكان المستفيدين من الخدمات و تشير نتائج الدراسة التي أجريت ول في بعض الدول العربية لقياس بعض تأثير البرامج و التغييرات التنموية في السكان إلى أهمية التعليم و مستوى الإنجاب عند النساء

¹ - نفس المرجع ، ص 32 .

المتزوجات ، كما أوضحت هذه الدراسة أيضا وجود علاقة سلبية بين مستوى الإنجاب و
اقتصاد المرأة

كما توصلت دراسات أخرى إلى أن مستوى الإنخفاض في الإنجاب يصل إلى حده الأدنى
في الدول التي تجمع بين برامج التنمية الشاملة و برامج تنظيم الأسرة إذ اتضح أن هذه
البرامج كانت فعالة من حيث تغيير أنماط الخصوبة تغيرا كبيرا في غضون فترات لا
تتجاوز عقد واحد من الزمن في بعض الحالات عندما تقترن بتحسينات في الصحة و التعليم
و مركز المرأة و أيضا الوصول إلى أسواق العمل.

"هذا و قد حظيت تسعيرة الوسائل في برنامج تنظيم الأسرة باهتمام متزايد فقد بدأ الإتجاه
واضحا لرفع أسعارها نظرا لتوسع برامج تنظيم الأسرة منذ الثمانينات و وجود ندرة نسبية
في الموارد المتاحة للصرف منها و ذلك بالمقارنة بالطلب المتزايد في البلاد النامية و قد
قامت الجهات المانحة بتوجيه النصح بشدة للبرامج كي ترفع أسعار الوسائل و خدمات
تنظيم الأسرة حتى يمكنهم الوفاء بأكبر قدر ممكن من تكاليف البرنامج و تجدر الإشارة إلى
أن مصر قد حققت نجاحا ملحوظا في الترويج لوسائل تنظيم الأسرة فقد ازدادت نسبة
السيدات المتزوجات اللواتي تستعملن وسائل منع الحمل بغض النظر عن نوعها من 24
بالمائة إلى 48 بالمائة سنة 1995."¹

"فمثلا يحتل حجم السكان في الباكستان المرتبة السابعة على مستوى العالم و بذلك يعرقل
عملية التنمية الاقتصادية و الإجتماعية في البلاد و تقدم دراسة وصفية بسيطة لاستراتيجيات
برنامج تنظيم الأسرة و فحص أهدافه و الإشارة إلى آثاره أسبابه و توضح الدراسة أن البرنامج
قد حقق تقدما حيث ازدادت باستمرار نسبة انتشار استعمال وسائل منع الحمل منذ بدء نشاطه
كما ارتفعت نسبة المعرفة بالوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة إلى 82 بالمائة خلال الفترة
1993 و 1999 و قد وصل معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة إلى 29.5 بالمائة بسبب
تطبيق سياسة قومية متعددة الأبعاد أما في تونس فقد ارتفعت نسبة استعمال وسائل منع
الحمل من 41.1 بالمائة سنة 1983 إلى 59.7 بالمائة سنة 1994 ثم 61.2 بالمائة سنة"²

¹ - نفس المرجع ، ص 73 .

2 - المركز الدولي الإسلامي للدراسات و البحوث السكانية . المرجع السابق ، ص 92 .

"1997 و بالنسبة لإيران فقد بلغت نسبة المتزوجات المستعملات لوسائل منع الحمل 74 بالمائة سنة 2000 بعدما كانت 37 بالمائة سنة 1976"¹

و نفس الشيء لبقية الدول العربية و الإسلامية حيث شهدت جميعها ارتفاعا في نسبة المستعملات لوسائل منع الحمل و هذا نتيجة البرامج و السياسة المعتمدة من طرف الدولة و الهادفة إلى تحسين صحة الأم من جهة و التقليل من النمو السكاني من جهة أخرى .

ثالثا - الصحة الإنجابية ضمن السياسة السكانية في الجزائر :

"إن الصبغة التي ميزت عشرية التسعينيات في ميدان السكان هي تجاوز الإطار الصارم للتنظيم العائلي و إدماج البعد الواسع للصحة الإنجابية ، في هذا السياق فإن نشاط تنظيم المواليد يجب أن يتم بصفة متوازنة مع النشاطات الأخرى التي تستهدف الأم و الطفل كالكشف عن سرطان الرحم و الوقاية من أي أشكال العنف ، إن ترقية الصحة الإنجابية تجد مبررها في كون التحسنات كانت أكثر سرعة في مجال التحكم في الخصوبة منه في مجال التقليل من الإعتلال الذي يصيب الأم.

إن مقاربة الصحة الإنجابية أدت إلى تدعيم العلاقة بين التنظيم العائلي و حماية الأمومة على حد سواء بواسطة إنشاء مراكز التنظيم العائلي في مصالح التوليد أو تدعيم التكفل بالحمل عن طريق تكوين المستخدمين ، الإعلام و الإتصال و أخيرا عقلنة المصالح .

فيما يتعلق بالجوانب الأخرى للصحة الإنجابية فتجدر الإشارة إلى أن إنطلاق برنامج يهدف إلى الكشف عن سرطان الرحم لاسيما الكشف عن الجروح ما قبل السرطانية و السرطانية لعنق الرحم التي تشكل السبب الهام في الإعتلال النسوي و لهذا الغرض تم إنجاز دورات تكوينية لنشاطات الكشف"²

1- المركز الدولي الإسلامي للدراسات و البحوث السكانية . نفس المرجع السابق ، ص 92 .
2- المركز الوطني للدراسات و التحليل الخاصة بالتخطيط . تقرير الورشة الأولى لمشروع تطوير الإحصاءات المصنفة حسب النوع الإجتماعي في الجزائر ، الجزائر ، ماي 1999 ، ص 44 .

يتضح جليا أن السياسات السكانية خلال الثلاثين السنة الماضية قد انتقلت من مرحلة الإعتقاد على الطرق الكمية التي كانت تهدف إلى التقليل من وتيرة النمو الديموغرافي اتجاه نظرة أكثر نوعية تركز على التنمية البشرية وتوازن العلاقات العائلية التي تضم بالطبع المساواة بين الرجل و المرأة

"إن البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي في الجزائر كما هو متبين في سن 1983 قد أدخل في برامجه العملية الإنشغالات المرتبطة بتحسين وضعية المرأة من خلال الجهاز التربوي و إدماجها في النشاط الإقتصادي و فيما يخص النشاطات المتصلة بالجهاز التربوي تم تسجيل بالخصوص ضمان شروط التدريس المطول للنساء خاصة في الريف بغية مكافحة الأفكار السلبية المسبقة القائمة على الجنس، هكذا فإن ترقية المرأة انسحمت مع هدف التحكم في النمو الديموغرافي إلا أنه في سنوات الثمانينات لم تكن هناك برامج أو مشاريع تستهدف بصفة خاصة النساء في تدعيم تدخلهن في عملية التنمية و رفع لجوئهن إلى استعمال وسائل منع الحمل."¹

و أخيرا تجدر الإشارة إلى أن الجزائر بذلت جهودا كبيرة في مجال الصحة الإنجابية لاسيما المتعلقة بفترة الخصوبة حيث نفذت الكثير من البرامج و الإجراءات التي من شأنها تحسين صحة المرأة إلا أن خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية الموجهة للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب تبقى قليلة و نادرة فمن الخطأ الإعتقاد أن دور المرأة في المجتمع قد انتهى بانتهاء الإنجاب إذ تبقى عنصرا فعالا و مساهما في التنمية الإجتماعية و الإقتصادية مهما كانت الفترة التي تعيشها .

1 - نفس المرجع ، ص 44 .

رابعاً - الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة :

"تتوقف الصحة الإنجابية على قدرة المرأة على ممارسة حقها في أن تقرر بمسؤولية و بكل حرية عدد أطفالها و فترات المباحة بين إنجابهم و لقد كان تنظيم الأسرة من أعظم موقف نجاح التنمية و مع ذلك نجد ما يربو على 350 مليون امرأة لا يملكن خيار استخدام وسائل مأمونة و فعالة لمنع الحمل و تريد 120 مليون امرأة على الأقل استخدام وسائل منع الحمل"¹ و لكنهن يفتقرن إلى إمكانية الحصول على المعلومات و الخدمات اللازمة أو يفتقرن إلى دعم أزواجهن و مجتمعاتهن المحلية و يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان برامج تنظيم الأسرة الطوعية التي تجعل الأسر أوفر صحة و أصغر حجماً و تمكن المرأة بحيث تستطيع أن تختار و تشجع الرجل على القيام بدور مسؤول كشريك مهتم .

يعتبر العمل على تقليص الخصوبة و التزايد السكاني مساهمة هامة في بلوغ الأهداف التنموية كالرفع من الدخل الفردي و تعتبر برامج التخطيط العائلي من أهم مكونات البرامج الصحية الوطنية و نظراً لكون صحة الأم تتأثر بعدد الولادات و التباعد بينها فإن التمكن من تحديد النسل قد يمثل عنصراً مهماً من عناصر البرامج الصحية الفعالة و يعتبر التمكن من وسائل منع الحمل حق من حقوق الإنسان يمكن الأفراد من التعرف على مدى تأثير الإنجاب على رفاهيتهم الخاصة و التصرف تبعاً لذلك ، إن هذا المنظور سائد بالأخص في الدول المتقدمة لكنه يآثر كذلك في تفكير حكومات دول نامية كثيرة هذا و تبقى برامج التخطيط العائلي في هذه الدول وثيقة الصلة بما يحدث في الدول المصنعة فالتكنولوجيا الخاصة بوسائل منع الحمل و المستعملة في هذه البرامج خرجت من مختبرات الدول المصنعة كما كانت هذه الدول مصدر التحفيز و الدعم السياسي ولا تزال مصدراً لحصة هامة من الدعم المالي لبرامج التخطيط العائلي"² أما فيما يخص الإطار العام لهذه البرامج في الدول النامية فهناك اختلافات من حيث الدعم السياسي لدى الحكومات و من حيث الإستراتيجيات الأساسية و من حيث طرق منع الحمل و وسائلها الموضوعة رهن إشارة الراغبين في استعمالها و كذا من حيث أعداد الراغبين في الإستعمال التي تلبى طلباتهم و نسبة السكان

¹ - صندوق الأمم المتحدة . السكان و البيئة و التنمية ، المرجع السابق ، ص 10 .

1 - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية و التعليم . السكان و بدائل المستقبل ، المرجع السابق ، ص 63 .

الذين يتم الوصول إليهم بغض النظر عن الفوارق الموجودة بين مختلف جهات البلاد و بالأخص بين العالم القروي و العالم الحضري

إن خدمات تنظيم الأسرة عنصر أساسي من عناصر الرعاية الإنجابية وأنقذت أرواح الملايين من النساء كما حمت صحتهم و غالبا ما يكون لها تأثير بعيد المدى على مستقبل المرأة سواء داخل الأسرة أو داخل المجتمع الكبير فكثرة الأطفال يحد كثيرا من حرية المرأة و يزيد من مسؤولياتها و اهتماماتها مما يؤدي بها إلى عدم الإهتمام بنفسها و كذا عدم توفير الرعاية الصحية التي تحتاجها في مرحلة نهاية الخصوبة مما يزيد من معاناتها النفسية و الإجتماعية و الجسدية لذلك يمكننا القول أن توفير الرعاية الطبية و النفسية و الإنجابية أثناء فترة الخصوبة سيكون له دور إيجابي أو سلبي على صحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب.

هذا و هناك معايير يمكن من خلالها تنظيم الأسرة و هي:

-تأجيل سن الزواج بحيث لا يتم الزواج في سن مبكرة فتزداد المشاكل الصحية و قد تزداد فترة الخصوبة.

-تنظيم العلاقة الجنسية بحيث يتم تنظيم النسل بالإمتناع عن ممارسة العملية الجنسية حسب الحاجة

تنظيم عملية الإخصاب عن طريق:

- عدم تكوين الخلايا الجنسية باستعمال الهرمونات (حبوب منع الحمل).
- عدم إتمام العلاقة الجنسية أثناء فترة الخصوبة (استخدام فترة الأمان).
- استخدام حواجز آلية كالحاجز المهبلي و الواقي الذكري أو الأنتوي .
- استخدام الحوائل الكيميائية للقضاء على الخلايا الجنسية بصورة موضوعية كأقراص منع الحمل المهبليّة.

تستخدم وسائل متعددة لتنظم النسل و عملية الإنجاب و لكل وسيلة إيجابياتها و سلبياتها و لكن بصفة عامة يجب توافر معايير و شروط للإختيار و المفاضلة بين هذه الوسائل منها :

- 1 - مدى تمتع الوسيلة بدرجة من السلامة بحيث لا تضر بالصحة العامة سواء للزوجة .
- 2 - درجة كفاءة الوسيلة و نجاحها في أداء الهدف منها .

3- مدى قدرة الناس على استخدامها سواء من ناحية الثمن الشرائي أو من ناحية

صعوبة أو سهولة الإستخدام

و أخيرا تجدر الإشارة إلى أن وسائل منع الحمل عديدة و متنوعة منها ما هو حديث و منها ما هو تقليدي كما أن هناك وسائل و أساليب خاصة بالمرأة و أخرى خاصة بالرجل إلا أن النساء هن الأكثر استعمالا لوسائل منع الحمل لاسيما الحبوب و هذه الظاهرة منتشرة خاصة في مجتمعاتنا الإسلامية العربية حيث يعود قرار عدم الإنجاب أو دم إضافة طفل آخر للرجل غير أن مسألة التطبيق غالبا ما تعود للمرأة .

رابعا - أهمية تنظيم الأسرة :

بالإضافة إلى الأهمية القومية لتنظيم الأسرة في تحقيق التنمية الوطنية الإقتصادية و البشرية و الإجتماعية بصفة عامة هناك أهمية خاصة تعود على الأسرة بصورة مباشرة .

أ - الأهمية الإجتماعية:

"يؤدي تنظيم الأسرة و الإنجاب دورا اجتماعيا كبيرا للأسرة و يقيها الكثير من المشكلات حيث الأم التي لديها عدد كبير من الأطفال يحد ذلك من نشاطها و علاقاتها الإجتماعية و بالتالي لا تستطيع أن تحيا حياة زوجية اجتماعية سليمة علاوة على انشغالها بأطفالها يجعلها تنشغل عن زوجها مما يؤثر على العلاقة الزوجية و إحساس الزوج بالإهمال له من جانب الزوجة كما أن زيادة عدد الأطفال قد يجعل من الصعوبة قيام الأم بخدمتهم جميعا مما يؤثر على تربيتهم و رعايتهم الرعاية الإيجابية و لاسيما عندما يزداد بها العمر و تصبح عاجزة عن القيام بأدوارها و واجباتها اتجاه جميع الأبناء كما أن ازدحام المساكن و عدم توافر المساكن التي تتسع لعدد كبير من الأطفال يؤثر على سلوكهم و قد يحيطهم بمعلومات عن الجنس لا تتناسب مع أعمارهم و قد يدفعهم هذا إلى سلوك غير لائق بالإضافة إلى عدم قدرة الآباء على القيام بمسؤوليات الأبناء و إشباع حاجاتهم مما يؤثر على العلاقة الأسرية سواء كان هذا بين الزوج و الزوجة أو بينهما و بين الأبناء مما يؤثر على قدرتهم على الضبط و ممارسة سلطتهم كأباء مما يؤدي إلى زيادة المشكلات الإجتماعية"¹

1 - سلوى عثمان الصديقي .مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية من منظور الخدمات الإجتماعية المكتب الجامعي الحديث ،الإسكندرية ،2002 ،ص - ص 280 - 285 .

ب - الأهمية الاقتصادية :

إن تنظيم الأسرة له مردود قومي و مردود أسري عل البناء الإقتصادي ككل فعلى المستوى المجتمعي نجد أن زيادة السكان يؤثر على كل برامج التنمية و مساراتها ، فالزيادة الغير متوازنة مع الإمكانيات تؤدي إلى القصور الواضح في جميع مجالات الحياة الصحية و التعليمية و الغذائية و الإسكانية و المواصلات.... إلخ "كما يؤثر على مستوى الإنتاج و مستوى المعيشة كما أن زيادة نسبة عمالة المرأة و حصولها على إجازات الحمل و الرضاعة و رعاية الأطفال يؤثر أيضا على إنتاجية المنشآت و المؤسسات سواء كانت على المستوى الأهلي أو الحكومي كما أن الأم التي تعمل و تترك أبناءها تصاب بحالة من القلق الدائم مما يؤثر على أدائها الوظيفي أما على المستوى الأسري تتأثر اقتصاديات الأسرة بعدد الأبناء حيث يتناسب متوسط نصيب الفرد من دخل الأسرة مع عدد أفرادها مما يؤثر على مستوى السكن و الغذاء و التعليم و الصحة لأفراد الأسرة ككل.

ج - الأهمية الطبية :

يؤثر تكرار الحمل و الولادة على الحالة الصحية للأم بصفة عامة و على حالتها المظهرية بصفة خاصة حيث يؤدي إلى ترهل الجسم كما أنه يؤدي إلى سقوط الرحم و جدران المهبل و بالتالي يؤثر على العلاقة الزوجية و العملية الجنسية ، بالإضافة إلى استنفاد رصيد الأم من المواد الهامة للجسم من حديد و كالسيوم مما يؤثر على عظام المرأة بصفة عامة و كذا حدوث إوجاج الحوض و الإصابة بمرض هشاشة العظام و يظهر هذا المرض خاصة في مرحلة سن اليأس عند المرأة كما ينتج عن تكرار الحمل و الولادة انفجار الرحم الذي يؤدي إلى الوفاة و زيادة نسبة تسمم الحمل و النزيف و ارتخاء جدران البطن و الفتق و خلافه بالإضافة إلى ما جاء فإن تكرار الحمل يؤدي إلى التهابات المرارة و التهاب المبيضين التي قد تحدث أثناء الولادة كما يحدث التهاب عنق الرحم (القرحة) و أحيانا سرطان عنق الرحم بالإضافة إلى إصابة الأم بسوء التغذية ، الهزال كما أن بعض الأمهات يحاولن إجهاض أنفسهن بالطرق البدائية مما يعرض الأم للخطر بسبب ما يحدثه ذلك من التهابات و نزيف الرحم.¹

¹ - نفس المرجع ، ص 286 .

د - الأهمية الدينية :

"لم ينص القرآن الكريم صراحة على تحريم تنظيم الأسرة بل هناك ما يجند و يؤكد تنظيم الأسرة في القرآن و الأحاديث النبوية الشريفة و من النصوص القرآنية نذكر " لا يكلف الله نفسا إلا وسعها " يريد الله بكم اليسر و لا يريد بكم العسر "، " و ما جعل لكم في الدين من حرج "، " و لينفق كل ذو سعة من سعته و من قدر عليه رزقه فلينفق مما آتاه الله لا يكلف الله نفسا إلا ما آتاها " و الوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة " و من الأحاديث الشريفة " لأن تذر ورتثك أغنياء خير من أن تذرهم عالة يتكفون الناس " " جهد البلاء كثرة العيال مع قلة الشيء " و " حق الولد على الولد أن يعلمه الكتابة و السباحة و الرماية و ألا يرزقه إلا طيبا " و يؤكد كل الأئمة أن تنظيم الأسرة لا يحرم لما فيه من التيسير على الناس و دفع الحرج.¹

¹ - نفس المرجع ، ص 286 .

الخلاصة :

إن الهدف الأساسي للتنمية هو إيجاد الأوضاع المعيشية التي تمكن أفراد المجتمع من التمتع بطول العمر و الصحة و الحياة الإبداعية.

لقد رفع الإسلام من مكانة المرأة وأعلى من شأنها بصورة ملموسة وذلك من خلال الحقوق التي أعطاها إياها و من أبرز الحقوق التي كفلها الإسلام للمرأة حقها في الصحة وذلك حتى تعيش حياة مستقرة و تتمتع بالحقوق مما يحقق الأمن و الإستقرار و النمو الأسري على أسس قوية بعيدة عن السلبيات النفسية و المؤثرات العضوية أو الصحية .

إن المعالجة طويلة المدى تهدف لتحسين نوعية حياة المرأة و تبدأ من فترة الصبا في حياة البنت و هذا يتطلب التعاون بين قطاعات عديدة تهتم برعاية المرأة .

من خلال ما سبق ذكره تبين أن هناك عوامل عديدة تؤثر على مستويات المراضة و الوفيات بين النساء ، فالظروف القاسية التي تعيشها المرأة في الدول النامية منذ ولادتها و هي تواجه سلسلة من العوائق الإجتماعية و الثقافية و الإقتصادية و الصحية تؤدي بها إلى التعرض إلى المرض و حتى الوفاة ، كما أن الأمراض النسائية لها علاقة وطيدة و غير مباشرة بوضع المرأة في المجتمع لأن النهوض بالصحة يجب أن يعنى بالتعليم و التنقيف و الإرشاد لتشجيع السلوك الذي يؤدي في النهاية إلى الرفع من مستوى الصحة الإيجابية في جميع أطوار الحياة .

الفصل الثالث:

مرحلة سن اليأس مميزات وأعراضها وطرق علاجها

تمهيد:

المبحث الأول: مميزات مرحلة سن اليأس.

أولاً: أسباب حدوث سن اليأس.

ثانياً: الحكمة من سن اليأس.

ثالثاً: العوامل المحددة لسن بالنسبة لسن اليأس.

رابعاً: أنواع سن اليأس.

تمهيد:

تنطلق مسألة الاهتمام بالمرأة من جانب المكانة التي تحتلها في الأسرة والمجتمع فهي تعد نصف المجتمع بأكمله و نظرا لهذه الأهمية التي تحظى بها المرأة أصبح السعي للمحافظة على صحتها شرطا أساسيا لضمان مساهمتها في التنمية إنتاجا وابتكارا وإبداعا.

عندما يتعلق الأمر بالمرأة فإن الحديث يتناولها كفرد في المجتمع بغض النظر على المجتمع فالمرأة مترامية الأطراف وهي المحور الأساسي في المجتمع حيث من خلالها المنتمية له تتم العديد من العلاقات الاجتماعية كالزواج والمصاهرة كما تم الاعتراف ولأول مرة بالدور الثلاثي الذي تلعبه المرأة من خلال الإنتاج و التسيير الجماعي و كذا الإنجاب و هذه الميزة الأخيرة التي تتصف بها المرأة وحدها تعد من ابرز و أكثر المراحل في دورة حياتها إذ بها تؤكد قدرتها على الإنجاب و تثبت مكانتها في الأسرة و المجتمع لكن هذا يكون في عمر متوسط تحقق فيه غريزتها الأمومية ووجودها الفردي داخل الأسرة حيث يمتد هذا العمر ما بين (15- 49) سنة و يعرف عادة بسن الإخصاب ولكن هناك حقيقة أخرى و هي أن حياة المرأة لاتنتهي بانتهاء الدور الإنجابي بل إنها تقبل على فترة جديدة صارمة من حياتها تعد مرحلة انتقالية هامة تعرف بمرحلة انقطاع الطمث أو مرحلة سن اليأس وهي مرحلة طبيعية عادية تستمر عدة سنوات قد تتراوح مدتها ما بين (50 - 59) سنة لكن يختلف هذا السن من سيدة إلى أخرى ومن بلد لآخر، فبتوقف الوظيفة الطبيعية للمرأة المتمثلة في الإنجاب تطرأ عليها تغيرات عديدة مواكبة لسنها و تصبح تعيش بعض التغيرات الجسمانية و النفسية والاجتماعية والاقتصادية والعاطفية وتعاني من بعض المشكلات الصحية كضعف العضلات و المفاصل وأيضا ارتفاع ضغط الدم كما سنرى في هذا المبحث.

أولاً - أسباب حدوث سن اليأس عند المرأة:

"يحدث سن اليأس نتيجة لحدوث تغيرات في نظام الغدد الصماء وخاصة كلا من غدة الهيپوتلامس النخامية والمبيض و التوقف التدريجي للمبيضين عن إنتاج الهرمونات التي تضبط دورة الحيض وتلك العملية تأخذ عادة سنة أو أكثر وتوجد دائما بعض الأعراض قبل التوقف النهائي للدورة الحيضية ولهذا يحدث سن اليأس لسببين هما:

- إخفاء بويضات المبيض المستجيبة للهرمون المنبه للمنسل.

- الجريبات البدائية المستمرة لا توضح علامات النورغم تزايد إفرازات الهرمون المنبه للمنسل و هذا يوضح أن الجريبات المستمرة لم تعد تستجيب للهرمون المنبه للمنسل و التي قد تنشأ من النقص الهرموني.

ثانيا- الحكمة من مرحلة سن اليأس :

إن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين و الثلاثين و تزداد خطورته بعد الخامسة والثلاثين وما يحدث في جسم المرأة من تغيرات أثناء الحمل وما يبذل من مجهود وما يفقد من دم أثناء الولادة يستلزم قوة ، و قد يقول البعض أن المرأة يمكنها الإنجاب حتى سن الخامسة والأربعين سنة وهذا أدى إلى التفكير من الحكمة لهذا التوقف الإلهي إذ كان لا بد من أن يتوقف أحد الزوجين عن الإنجاب حتى لا يحدث حمل في سن متقدمة ¹ لأن جسم المرأة المتقدم في السن لا يتحمل عملية الحمل و الولادة بالذات عندما تبدأ الأوعية الدموية في فقد مرونتها و يبدأ ضغط الدم في الارتفاع ويتعذر إيقاف النزيف الذي يتوقف تلقائيا و بسهولة في السن الصغير ثم من يتحمل في سن الشيخوخة مسؤولية تقويم الطفل و رعايته و تربيته ، و غالبا ما يعيش هذا الطفل يتيما ومن هنا للتوقف عن الإنجاب حكمة ينبغي أن نتعلمها و نستفيد منها ، فعمر الأم له دور فعال في الحفاظ على صحتها من جهة و بقاء الطفل بصحة جيدة من جهة أخرى فالسيدات اللاتي تقع أعمارهن ما بين الثامنة عشر والخامسة و الثلاثين لديهن بيئة رحيمة على درجة عالية من الكفاءة بالإضافة إلى ولادة بمضاعفات أقل بكثير من

1 - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ،ص- ص 16 - 44 .

السيدات اللاتي تقع أعمارهن ما بين الثامنة عشرة و الخامسة و الثلاثين لديهن بيئة رحيمة على درجة عالية من الكفاءة بالإضافة إلى ولادة بمضاعفات أقل بكثير من السيدات اللاتي تقل أعمارهن عن الثامنة عشرة أو تزيد على الخامسة و الثلاثين حيث تكثر حالات تسمم الحمل بعد هذه السن مما يؤثر على نمو الجنين أو تشوه بعض أجزائه.

"إن سن اليأس يجب أن يكون مفيدا للمرأة فكل شيء في الطبيعة يكون له غرض و غاية فهناك من النساء من توافقن على أن سن اليأس يمثل ترحيبا لهن فهو تخلص من متاعب الحيض و حماية من المخاطر الحقيقية لإنجاب طفل في نهاية الحياة لأن التفسير الواضح عن سن اليأس أنه بعد سن معين يصبح من الخطورة و الضرر على المرأة أن تحمل وتلد وتربي الأطفال وهكذا فان القوة النافعة أو الخبرة للتطور تحميها إزاء هذا الخطر يجعل الحمل مستحيلا في هذه السن، ربما ترتبط العملية التطورية ارتباطا وثيقا بالتكاثر (التناسل) فلماذا تفقد النساء قدرتهن على التناسل بما أن التطور مرتبط بالتكاثر؟ و لماذا تفقد أيضا قدرتها على التناسل رغم أنها سوف تعيش أكثر من ثلاثين عاما على قيد الحياة؟ إلا أن البيولوجيا التطورية تقدم لنا إجابة ذا تفسير مقنع لهذا، فالجسم البشري يصبح ضعيفا مع العمر ولذا فاستمرار عملية الإنجاب لدى النساء تعرضهن للخطر وأن تلك العملية لا تؤثر في الرجال رغم وجود الاهتمام الحالي بما يمكن تسميته بسن اليأس لدى الرجال إلا أن الرجال لا يعتبرون موضوعا حقيقيا لأي تغير جسماني مساوي لما يحدث للنساء ويبقى أغلبهن قادرات بيولوجيا على التكاثر كل حياتهن كما لا يواجهن أي مخاطر كبيرة بالتناسل في منتصف العمر أوفي مرحلة متأخرة"¹

¹ - نفس المرجع، ص45.

ثالثاً- العوامل المحددة للسن بالنسبة لسن اليأس:

هناك مجموعة من العوامل المؤثرة في تحديد السن بالنسبة لسن اليأس وهي:

1- الجغرافية و السلالة:

يقترح فلنت 1967 أن إمكانية دور السلالة والأنماط العائلية و العوامل الجغرافية في تحديد سن اليأس غير واضحة فعلى سبيل المثال متوسط العمر لسن اليأس من أصل أوروبي يقدر بحوالي 50.78 سنة وأن هذا السن يماثل العمر الذي سجل للمرأة بجنوب إفريقيا ، و يبدأ في سن 50 سنة عند الهنديات الحمر في شمال أمريكا و 40 سنة عند الصينيات وفي سن (30 - 40) سنة عند الزنجيات ومن (30 - 35) عند بعض الشعوب في شرق سيبيريا وفي تقرير من منظمة الصحة العالمية عن تقديرات العمر بالنسبة لسن اليأس من أقطار مختلفة " ¹

كما في الجدول التالي :

¹- أمين رويحة. المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس ، دار القلم ، بيروت ، 1974، ط1 ، ص23.

جدول رقم 18 : يمثل تقديرات العمر في سن اليأس من دراسات مختارة.

السلالة	القطر	متوسط السن بالنسبة لسن اليأس	سنة الدراسة
قوقازية	اسكتلندا	50.1	1970
قوقازية	إنجلترا	50.78	1975
قوقازية	الولايات المتحدة	50.02	1966
زنجية	الولايات المتحدة	49.31	1966
قوقازية	ألمانيا	49.02	1972
قوقازية	فنلندا	49.8	1961
قوقازية	إسرائيل	49.5	1963
قوقازية	نيوزيلندا	50.7	1967
قوقازية	جنوب إفريقيا	50.4	1971

المصدر: أمين رويحة. المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس، دار القلم ، بيروت، 1974، ط 1 ، ص 23 .

عن منظمة الصحة العالمية.

2- الوراثة والعائلة :

"قد تؤثر العوامل الوراثية و الأنماط العائلية في تحديد السن بالنسبة لسن اليأس ففي دراسة أقيمت بمصر وبسؤال الحالات في مجتمع الدراسة عن سن انقطاع الطمث لدى أمهاتهن كعامل وراثي فقد أجمعت بعضهن سواء في المجتمع البدوي أو الحضري أنهن لم يتذكرن ذلك أو يخجلن من سؤالهن ومنهن من توفيت أمهاتهن قبل وصولهن إلى سن انقطاع الطمث أما من تذكرن أعمار أمهاتهن عند انقطاع الطمث فلم يكن هناك ارتباط بين انقطاع الحيض لهن و لأمهاتهن بل وجدت منهن من تأخر سن اليأس عن أمهاتهن أو سبقن أمهاتهن في ذلك ولكي يثبت هذا العامل فلا بد من إجراءه على أعداد كبيرة من الحالات بالإضافة إلى قدرتهن على التذكر

3 - سن الحيض:

توجد اختلافات في الآراء فيما يتعلق بسن الحيض وارتباطه بسن اليأس فللآتي يحضن في سن مبكر يمكن أن يحدث لهن تأخر في سن اليأس فعلى سبيل المثال من يحضن في سن العاشرة فغالبا ما يستمر الحيض لهن حتى سن 55 سنة بينما من يحضن في سن السادسة عشر أو السابعة عشر فمن المحتمل أن يتوقف الحيض لهن في سن الأربعين كما أن النساء ذات الحيض الأحمر اللون يتأخر لديهن انقطاع الحيض عن ذات الحيض الأصفر اللون إلا أنه رغم تلك الأدلة إلا أنها قليلة و يصعب الاعتماد عليها والدليل على ذلك لم يجد مكينلي ارتباطا بين عمر الحيض و سن اليأس لدى الشعوب ذات التغذية الأفضل كما أجرى ولسن بحثا على 324 أنثى من اللاتي تواريخ حيضهن قد سجلت من أيام الدراسة في أعوام (1934 - 1938) ثم أعمارهن في سن اليأس الطبيعي لهن فكان متوسط العمر لحيضهن 13.9 سنة و سن اليأس كان 49.50 سنة والمدة الزمنية للحياة الحوضية تبلغ 35.9 سنة إلا أنه توصل إلى أن العمر في الحيض على طول الحياة الحوضية تأثير طفيف و لقد أظهرت إحدى الدراسات الميدانية من خلال عدد المقابلات التي أجريت في مصر عكس ما سبق¹

قوله وهو أن سن الحيض المبكر يتبعه تأخر لسن اليأس وخاصة في كل من المجتمع البدوي والريفي ففي المجتمع البدوي وجد تأخر لسن الحيض حتى 12-14 سنة ورغم ذلك فغالبيةهن امتد سن اليأس لديهن حتى بعد سن الخمسين أما في المجتمع الريفي فأغلبهم حضن في سن مبكرة من 10-11 سنة ومع ذلك فأغلبهن قد حدث لهن سن يأس قبل سنه الطبيعي أو حتى في موعده المحدد علمياً أما في المجتمع الحضري فقد وجد ارتباطاً بين سن الحيض ما بين 12-16 سنة سن اليأس كان في موعده الطبيعي .

4- سن الحمل:

"أشار إرنستر 1981 وجود صلة وثيقة بين الحمل بعد سن الأربعين و تأخر سن اليأس ولكن دراسات أخرى لم تجد علاقة ذات أهمية بين الإثنين واتضح من الدراسة الميدانية أيضاً عدم وجود تلك العلاقة و الدليل على ذلك في المجتمع الريفي حيث إنجابهن لأطفالهن في سن مبكرة نظراً لزوجهن ورغم هذا أيضاً استمرارهن أيضاً في الإنجاب حتى قبل انقطاع الحيض بفترة قصيرة ومع ذلك لم يتأخر لأغلبهن انقطاع الحيض أما في المجتمع الحضري فإن أغلب الحالات قد توقفت عن الإنجاب قبل وصولهن لسن الأربعين و لذلك لم يتمكن بعد التأكد من هذا العامل وأغلبهن قد توقفت لديهن الحيض في سنه الطبيعي وعلى هذا لم توضح الدراسة الميدانية وجود علاقة بين سن الحيض و سن اليأس."¹

1 - نفس المرجع ، ص 24 .

5- مدى استخدام حبوب منع الحمل الفموية:

إن استخدام حبوب منع الحمل الفموية لفترة طويلة قد تشارك أحيانا في التأخير من سن اليأس ولكن أشار براند إلى أن ذلك العامل ليس ذا أهمية كبيرة عندما درست أعداد كبيرة من النساء المستخدمات له فترة طويلة وعلى الرغم من عدم وجود أدلة للإعتقاد في أن حبوب منع الحمل الفموية سوف تأخر في سن اليأس إلا أن بعض أطباء النساء الأمريكيين ينصحون بأن الحبوب التي تستمر النساء في تناولها أثناء وبعد سن اليأس قد تساعد على إبقاء الأعضاء التناسلية في حالة حيوية ولهذا تؤخر بعض النواحي من عملية كبر السن الفيزيولوجية نظرا لاحتوائها على الهرمونات فهي تساعد أيضا في معالجة أعراض سن اليأس.

6- الحالة الزوجية:

لاحظ كل من برانيد ولتيرت أن المرأة الغير متزوجة لديها سن يأس مبكر عن المتزوجة كما أن كلا من الأرملة والمطلقة لا يمتد بها سن اليأس لفترة طويلة كما وجد أيضا في دراسة على عينة من النساء تبلغ 736 سيدة في الأعمار ما بين 45 و55 سنة و يقمن بالقرب من لندن في سنة 1965 فيما يتعلق بمتوسط العمر بالنسبة لسن اليأس وكان من أهم نتائج تلك الدراسة تأخر سن اليأس بدرجة ملحوظة لدى النساء المتزوجات منذ فترة قصيرة عن غير المتزوجات أو المتزوجات منذ فترة طويلة ، فالزواج المبكر والإسراف في العملية الجنسية قد يؤدي إلى سن يأس مبكر و لكن هذا العامل لا يمكن التأكد من صدقه إذا كان حجم العينة صغير .

7- الإنجاب:

"لقد أشار جاسزمان 1969 أن الارتباط بين الإنجاب و السن بالنسبة لسن اليأس يكون معقداً وغير واضح بل وقرر أنه ليس هناك علاقة بين إنجاب الأطفال و سن اليأس بينما يكون هناك ارتباط إيجابي بين كثرة عدد الأطفال وتأخر سن اليأس حيث برهنت على ذلك أبحاث في كل من بريطانيا و المكسيك وخاصة لدى النساء في المكانة الاجتماعية و الاقتصادية العليا بينما لا يتأخر بالنسبة لذوات المكانة الاجتماعية و الاقتصادية المنخفضة وفي دراسة أخرى توضح أن العمر بالنسبة للحيض يكون أقل عند النساء العاقرات و من المحتمل أن يتأخر لديهن سن اليأس عن النساء الولودات ولقد أظهرت نفس الدراسة التي أجريت في مصر عن عدم وجود علاقة بين عدد الأولاد و تأخر سن اليأس ففي المجتمع الريفي حيث أنجبت النساء عدداً من الأولاد قد وصل أكثر من عشرة ورغم هذا لم يتأخر سن اليأس وكذلك في المجتمع البدوي أما في المجتمع الحضري فهناك من أنجبت طفلين ورغم هذا تأخر لديهن سن اليأس ومنه نستنتج أنه لا توجد علاقة بين الإنجاب(كثرة الإنتاج)وبين تأخر سن اليأس لدى المرأة"¹

8- الحالة الاجتماعية والاقتصادية:

" قد تختلف الدراسات و جهات النظر المدروسة من طرف علماء النفس و كذا علماء الاجتماع في إيجاد علاقة بين سن اليأس و الطبقة الاجتماعية و الاقتصادية حيث أشار تومبسون 1972 إلى عدم وجود صلة بين اليأس والطبقة الاجتماعية و الاقتصادية كما قرر من ورستر وماكماهون 1966 أن العمر بالنسبة لسن اليأس لا يعتمد على الحالة الاقتصادية والاجتماعية مثل الدخل و المستوى التعليمي للمرأة إلا أنه من ناحية أخرى هناك بعض الدراسات وجدت أن النساء ذات الدخل المنخفض يحدث لهن سن يأس مبكر عن النساء ذات الدخل المرتفع حيث أشار فان كيب 1974 في دراسة تتكون من 448 سيدة حضرية حيث"² أثبتت أن المرأة في الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية المنخفضة أكثر معاناة من حدوث سن يأس مبكر عند المرأة في الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية العليا و في دراسة أخرى عن

¹ - نفس المرجع ، ص 25 .

² - هندومة محمد أنور حامد. المرجع السابق ، ص 78 .

تحديد السن بالنسبة لسن اليأس بجامعة علي عينة من النساء قوامها 501 سيدة فإن حوالي 25 بالمائة منهن يحدث لهن سن يأس قبل سن 41 سنة بينما الغالبية العظمى يحدث لهن سن يأس ما بين سن 45 و52 سنة وأن العمر المتوسط لمعظم النساء يتحدد بسن 47 سنة حيث ارتبط بمتوسط المكانة الاجتماعية و الإقتصادية العليا و التحصيل العلمي حيث يوجد اختلاف ملحوظ بين الفئات المتعلمة والفئات الغير متعلمة بالنسبة لحدوث سن يأس مبكر ولهذا يوضح أن فترة الخصوبة الفعلية تكون أعلى لدى النساء من المكانة الاجتماعية و الإقتصادية العليا وعلى هذا فكلما كانت المكانة الاجتماعية و الإقتصادية عليا كلما تأخر السن بالنسبة لسن اليأس حيث التمتع بالصحة الجيدة كالتغذية السليمة والرعاية الطبية مما يؤدي لاستطالة الحيض.

10- التغذية:

"إن المادة التاريخية عن التغذية والنمو الجسمي والتناسلي في منتصف القرن التاسع عشر في بريطانيا تقترح أن سوء التغذية والعمل الشاق قد يؤدي إلى حد أدنى من الخصوبة لزوجات الطبقة العاملة حيث تغذية تلك الطبقة غير مناسبة في الكمية والنوعية خاصة النساء مما يؤثر على طول القامة ووزن الجسم وعلى الحيض المتأخر والمبكر بالإضافة إلى فترة غير خصبة قبل سن اليأس كما أن نسبة عالية من الفتيات اللاتي يقمن بتدريبات جسمية عنيفة كالجري و السباحة و الرياضة الجنازية أو الرقص قد يؤدي هذا إلى انقطاع الطمث بطرق غير سوية وبالتالي عدم الخصوبة مثل المرأة الأقل من الوزن الطبيعي وخاصة إذا لم تحصل على احتياجاتها من التغذية السليمة فهناك اختلافات ملحوظة في مستوى الخصوبة الطبيعية للشعوب التي لا تستخدم وسائل منع الحمل قد ينشأ من سوء التغذية والعمل الجسمي الشاق فالنساء من الشعوب الفقيرة غذائيا لديهن سن حيض متأخر وسن يأس مبكر من هؤلاء اللاتي من شعوب ذات أغذية أفضل."¹

1- هندومة محمد أنور حامد. نفس المرجع السابق ، ص 26 .

"ففي دراسة أجريت في بابواغينيا الجديدة على نساء ذات تغذية أقل ونساء ذات تغذية أفضل فكان متوسط عمر سن اليأس لدى المجموعة الأولى 43.6 سنة بينما لدى المجموعة الثانية 47.3 سنة تماثلها دراسة أخرى أجريت بين نساء جنوب إفريقيا السود بالمناطق الريفية حيث التغذية العامة غير مرضية و النساء السود الحضريات حيث التغذية العامة غير مرضية والنساء السود الحضريات حيث التغذية الأفضل ففي المناطق الريفية الغذاء يحتوي على القليل من الدهن وارتفاع لألياف الحمية و بالتالي ذات تأثير على متوسط أعمار سن اليأس وعلى هذا فقد قرر أرمسترونج 1981 أن متوسط العمر بالنسبة لسن اليأس الطبيعي يمثل 44.7 سنة لدى النساء اللواتي يركزن في غذائهن على النباتات بينما وجدت لدى الفئة الثانية من النساء أن سن اليأس يصل لديهن إلى 47.9 سنة و أن معظم النساء في العالم النامي يقترب طعامهن من النباتي وعلى هذا يتطلب الأمر معلومات أكثر لتقدير الأطعمة المختلفة للسكان في علاقتها بالنسبة للسن في وقت سن اليأس".¹

11- الحالة الصحية:

إن تأثير الحالة الصحية على العمر بالنسبة لسن اليأس غير واضح إلا أن بعض الدراسات توضح أن سن اليأس قد يتأخر لدى النساء المصابات بسرطان الرحم و الثدي وكذلك الأورام الليفية و مرض السكري لكن تلك الأدلة ليست قاطعة و مع هذا فإن النساء اللاتي يتمتعن بصحة جيدة تكون لديهن فترة خصوبة أطول و تأخر في سن اليأس.

¹ - نفس المرجع ، ص 26.

12- التدخين:

"يمثل التدخين أحد العوامل الأكثر تأثيراً في تحديد السن بالنسبة لسن اليأس سواء في الماضي أو في الحاضر حيث أن كثرة التدخين يؤدي إلى سن يأس مبكر وهذا ما توصل إليه كل من جيك و بورتر عام 1988 حيث أن هذا المتغير يرتبط إلى حد بعيد بالوزن فقد وجدت بعض الأدلة على أن زيادة كمية الأنسجة الدهنية قد تؤخر السن بالنسبة لسن اليأس و أن التأثيرات السامة للتدخين تؤثر في سن مبكر و أن الأمر لا يقتصر على المدخنات حتى لحظة حدوث سن اليأس بل أيضاً على اللاتي توقفن عن التدخين منذ فترة و في إحدى الدراسات التي أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية على كل من المدخنات وغير المدخنات فإن متوسط سن اليأس كما أشار كوجمان 1980 للمدخنات حوالي 47.6 سنة و 49.4 سنة لغير المدخنات ولكي يتحقق هذا العامل لا بد أن يجري على أعداد كبيرة من الحالات."¹

رابعاً- أنواع سن اليأس:

تقرر معظم الإحصائيات في الكتب الطبية أن سن اليأس يحدث لحوالي 50 بالمائة من النساء في الأعمار ما بين 50 و 45 سنة وأقل من 25 بالمائة يبلغن سن اليأس قبل سن 45 سنة بينما 25 بالمائة منهن يستمر الحيض لسنوات عديدة بعد سن 50 سنة وفي ضوء ذلك يمكن تقسيم سن اليأس على أسس طبية إلى الأنواع التالية:

أ- سن اليأس الطبيعي:

"يحدث هذا النوع في السن الطبيعي له وهو ما بين 45 و 55 سنة حيث معظم النساء من سن اليأس مع حدوث تغيير لنمط حيضهن بتقدمها أسبوعاً أو تأخرها إلى فقد دورة أو أكثر مع اختلاف في كمية النزف عن المؤلف وقد وضح من دراسة حالات في مجتمع دراسة بمصر عن سن انقطاع الحيض لدى النساء فقد وجدت غالبيةهن في المجتمع الحضري قد توقف²

¹- أمين رويحة. نفس المرجع السابق ، ص 57 .

²- هندومة محمد أنور حامد. نفس المرجع السابق ، ص 66 .

"الحيض لديهن في السن الطبيعي له ما بين 42 و 52 سنة وكانت نسبتهم 22 بالمائة منهن قد تجاوزن سن الثانية و الخمسين بنسبة 7 بالمائة أو أقل من الأربعين بنسبة 4 بالمائة أما في المجتمع الريفي فإن الغالبية العظمى منهن قد توقف الحيض لديهن إبتداء من سن 37 سنة إلى سن 43 سنة بنسبة 26 بالمائة وقلة توقف لديهن الحيض في سن 46 سنة بنسبة 8 بالمائة أما في المجتمع البدوي فإن الغالبية العظمى منهن تجاوزن سن انقطاع الحيض لديهن سن 50 سنة أي إبتداء من 55 سنة بنسبة 24 بالمائة وقلة توقف الحيض لديهن في سن 44 سنة بنسبة 9 بالمائة أي أن معظمهن لم يقعن في فئة سن اليأس الطبيعي وتوجد أربعة أنماط حيضية عامة مع تغير الحياة مع اختلافات فردية واسعة ومعظم النساء تتبع واحدة أو أخرى من هذه الأنماط.

النمط الأول : الإقلال التدريجي للتدفق بدون انتظار حيث تستمر الدورات حتى تتناقص تدريجيا في الكمية لشهور أو سنوات.

النمط الثاني: ربما يمثل النمط الأكثر شيوعا لسن اليأس وهو عدم الإنتظام في التوقيت مع فقد للفقرات.

النمط الثالث: عدم الإنتظام في التوقيت وكمية التدفق أيضا.

النمط الرابع: التوقف الفجائي للنزف الدوري بدون سابق إنذار أو صعوبة ويحدث عادة نتيجة لبعض الصدمات كالحزن أو كارثة تلحق بالأسرة كفقْد المرأة فيما بعد العمر لزوجها فجأة و لكن لم يفهم لحد الآن الدور الذي تلعبه الأزمة النفسية و الحزن عن انقطاع الدورة فجأة فهناك بعض النساء لم تمر بتقلب نفسي أو انفعالي ويتوقف لديهن الحيض فجأة و تلك النسوة يعانين بشدة للإضطرابات التي ترافق سن اليأس.¹

ويجب الإشارة هنا إلى أنه يحدث غالبا أن النساء عندما يقتربن من سن الأربعين يعتقدن أنهن بلغن سن اليأس و خاصة إذا انقطعت الدورة لعدة شهور و بالتالي يمتنعن عن تناول وسائل منع الحمل و غالبا ما يجدن أنفسهن حوامل أو منهن من يتراخين في احتراسهن المألوف

¹- نفس المرجع ، ص - ص 66 - 69

" ويعتقدن في قلة حدوث الحمل وبالتأكيد أن وسائل منع الحمل التي كانت تؤخذ على فترات أو فترة الأمان لدى البعض تصبح عديمة الجدوى لأنه ليس هناك أحد يمكن أن يقدر مع أي انقطاع للدورة أو أي فترة بالذات يتم حدوث الحمل وعلى هذا يجب على المرأة التي لا ترغب في الحمل أثناء تغير الحياة إتباع إحدى الوسيلتين:

- الإمتناع الكامل عن الجماع الجنسي لشهور أو لسنوات عديدة.

- اللجوء لبعض وسائل منع الحمل الفعالة.

وعلى هذا تنصح جمعية تنظيم الأسرة بأن توقف النساء وسائل منع الحمل بعد انقضاء سنتين من توقف الحيض للتي قبل سن الخمسين و لسنة كاملة لمن تجاوزت سن الخمسين.¹

ب - سن اليأس قبل الأوان:

"و يحدث قبل سن الأربعين و تشير الإحصائيات أن 15 بالمئة من النساء يكن يائسات من المحيض في عمر 44 سنة ، و يمكن أن ينتج هذا النوع من السن المبكر إلى صدمة نفسية أو إلى تناول بعض الأدوية أو الخضوع للعلاج الكيميائي"² " و من أسبابه كذلك حالة الإصابة بمرض فقدان الشهية ، و ما ينتج عن هذا المرض من تدهور حاد في صحة الفتاة، و انخفاض وزنها و بالتالي ضعف قدرتها على أداء وظائفها الحيوية منها الطمث أو التبويض و يطلق على عرض انقطاع الطمث في هذه الحالة إشارة إلى توقف الحيض Aménorrhée

فقدان الشهية العصبي يصاحبه أيضا صعوبات جنسية و فقدان الرغبة الجنسية جراء الهزال مع انخفاض معدلات إفراز هرمون الإستروجين"³

¹ - نفس المرجع، ص66.

² - ماري كلود دو لاهاي . المرجع السابق ، ص 77 .

³ - عبد الرحمن محمد العيسوي . الوقاية من الاضطرابات النفسية و سبل علاجها ، هلا للنشر و التوزيع ن الجيزة ، 2008 ، ط 1 ، ص 164 .

"في دراسة أجريت بالأردن عن مدى حدوث سن يأس ميكروجد أن أعلى نسبة لحدوثه تكون في المجتمع الريفي و ذلك بنسبة 26 بالمائة و قد وصل ببعضهن إلى توقف الحيض في سن 37 سنة وربما يرجع ذلك لعوامل بيئية و للمجهود البدني الذي أدى ببعضهن إلى إحداث تلف الرحم بينما لا يتعدى سوى 4 بالمائة بالمجتمع الحضري و بدون أسباب و ربما يرجع إلى ضعف المبيضين لديهن حيث لم تنجب بعضهن إلا بعد انقضاء فترة زمنية بعد زواجهن أو بعضهن لم ينجبن سوى طفل أو طفلين و دون استعمال لوسائل منع الحمل طوال حياتهم و لم تظهر الدراسة الميدانية حدوث هذا النوع من سن اليأس.¹

ج - سن اليأس الإصطناعي:

"يحدث هذا النوع لدى النساء اللاتي أجريت لهن عمليات استئصال للمبيض أو الرحم دون إزالة للمبيضين فاللاتي أستأصل لهن المبيضان فسرعان ما يحدث لهن سن اليأس فور إجراء العملية مباشرة بينما في حالة استئصال الرحم مع إبقاء المبيضين يحدث لهن سن يأس بأعراضه المعتادة حتى السن الطبيعي لحدوثه كما أن التعرض لأشعة اكس الصينية و المعالجة بإشعاع الراديوم للأعضاء التناسلية قد يؤدي إلى هذا النوع من سن اليأس.

عندما يتم استئصال مبيض المرأة بالجراحة فإن هذه الأخيرة ستواجه نقطة تحول رئيسية مهما كان سنها فإذا أزيل الرحم و بقي المبيض فإنها ستختبر من ناحية واحدة من التحول الرئيسي و هي الإنقطاع النهائي للنزف الحيضي و بما أن المبيضين موجودان فستظل تتمتع بفوائد هرموناتها الجنيصة و ميزاتهما ، و عند استئصال الرحم يعتمد بعض الأطباء انسياقا مع العادة إلى استئصال المبيضين و هذا الإجراء غير مرغوب فيه متى قل عمر المرأة عن عمر 45 سنة إذا كان المبيضين سليمين فعلى الأقل يتم الإبقاء عليهما لتوفير الإستروجين.²

¹ - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ،ص69.

² -ديفيد زوريفيك . دليل المرأة الطبي ، دار الأفاق ، بيروت ، 1991 ، ط 10 ، ص -ص 211 - 212 .

د - سن اليأس المتأخر:

"يتمثل هذا النوع في توقف الحيض فوق سن 55 سنة فالبلوغ المبكر يتبعه توقف مبكر للحيض بينما المتأخر يتبعه تأخر لسن اليأس ، فوقت البلوغ وسن اليأس ينسب أحيانا للصفة السلاية بالإضافة إلى العوامل الوراثية كما رأينا سابقا ، فتأخر أو تقدم سن اليأس يمكن أن يحدث لدى أعضاء عديدة من العائلة كما يشير سن اليأس المتأخر للدور المستمر لنشاط المبيض أثناء النصف الثاني من دورة التناسل."¹

وأخيرا تجدر الإشارة إلى أنه مهما اختلف نوع سن اليأس إلا أنه يبقى دائما المرحلة أو الفترة العمرية التي تفقد فيها المرأة قدرتها على الإنجاب وبذلك تدخل مرحلة اللاتناسل.

¹ - هندومة محمد أنور حامد. نفس المرجع السابق، ص-ص 71-72.

المبحث الثاني

المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس

أولا - الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس.

ثانيا - المشاكل الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة

ثالثا - الإتجاهات تجاه علاج سن اليأس.

رابع - العلاج الضروري للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة .

خامسا - دور العيادة لسن اليأس.

سدسا - الطب البديل وعلاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة.

أولاً: الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس:

"انقطاع الطمث لا يحدث فجأة و لكن تحدث أعراض * تظهر تدريجيا نتيجة الاختلاف في معدل انتاج الهرمونات و يزيد وضوحها بالتدرج.¹"

"وقد تعاني بعض النساء من أعراض شديدة و متباينة ، أما أخريات فقد تعاني من أعراض خفيفة ، و نادرا ما تمر هذه الفترة من العمر على بعض النساء من دون أعراض.²"

"لقد واجهت دراسة الأعراض المصاحبة لسن اليأس حتى بداية عام 1980 صعوبات كثيرة حين كانت تدون تلك الأعراض دون أي محاولة للتفسير والشرح ، بالإضافة إلى صعوبات فهم الباحثين لميدان البحث كما كان الأطباء في حيرة من أسباب تلك الأعراض ومدى فعالية تأثير علاجها الذي يتم على أساس تجريبي لا على أسس علمية سليمة نتيجة للنقص في المادة العلمية المتعلقة بسن اليأس و حتى المعلومات المتاحة قد أظهرت نقصا خطيرا في عينة المرضى و منهج البحث و على وجه الخصوص لم تكن هناك معلومات منشورة تتعلق بالتأثيرات المبكرة و المتأخرة عن استئصال كل من الرحم و المبيض و إفراز الإستروجين بالإضافة إلى النقص في التغيرات المتعلقة بالغدد الصماء فيما بعد سن اليأس وفي استخدام الإستروجين كعلاج و أخيرا النقص في دور المشاركة الإجتماعية و الثقافية في تشكيل الأعراض ، لذا يمكن القول بكل بساطة أنه قبل عام 1973 لم يكن هناك تحديد واضحا للأعراض الخاصة بمرحلة سن اليأس عند المرأة إلى أن عقد المؤتمر الدولي في هذا العام عن سن اليأس بجنوب فرنسا تحت إشراف منظمة الصحة العالمية حيث تم تصنيف الأعراض المصاحبة لسن اليأس على أساس تجريبي وتلقائي و سيكولوجي وأيضي³"

وتوصلوا إلى أن تلك الأعراض و مضاعفتها تنبثق من ثلاثة مكونات رئيسية وهي:

* الأعراض : العرض من وجهة النظر الطبية يعتبر علامة مرشدة و إشارة لتشخيص المرض .

1-كارول تركنجتون ، سوزان بروبيست .الدليل الغير رسمي لصحة المرأة ، مكتبة جرير للنشر ، الرياض ، د س ، ط 1 ، ص 62 .

²-جعفر قناوي .سن اليأس عند الرجل و المرأة المرحلة الذهبية من العمر ، هلا للنشر و التوزيع ، مصر ، 2004 ، ط 1 ، ص 45 .

³-هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 96 .

1- " نقص النشاط المبيضي الذي يصاحب النقص الهرموني حيث ينتج عنه أعراض مبكرة و متأخرة.

2 - العوامل الثقافية و الإجتماعية المحددة لبيئة المرأة حيث أن تلك الأعراض لا تعتمد فقط على حجم ومقدار نقص الإستروجين بل إن الخلفية الثقافية و الإجتماعية للمرأة تؤثر في قدرتها على مدى مقاومة عملية كبر السن الطبيعية و التعامل مع التعقيدات النفسية لتغيير الحياة كما أنه من الصعب فصل الأعراض الناتجة عن نقص الإستروجين عن أعراض كبر السن ومدى تأثير المشاكل العائلية على المرأة فيما بعد منتصف العمر.

3 - عوامل سيكولوجية وتعتمد على طبيعة شخصية المرأة وإن تنوع وتعدد الأعراض يكون نتاجا لتفاعل تلك المكونات الثلاثة والتي تعني أن طبيعة وحدوث تلك الأعراض إنما يرتبط بالإختلاف التعليمي و الإجتماعي و الإقتصادي و السلالي و الجماعات السكانية و تكون هذه التصنيفات بمثابة تأكيد على أهمية البحث عن السبب الحقيقي وراء تلك الأعراض.

فمن وجهة النظر الفسيولوجية فإن تلك الأعراض ترجع إلى ثلاث متغيرات هي:

- مرحلة الشيخوخة و تتمثل في عدم قدرة المبيض على الاستمرار في وظيفته و دور الغدة النخامية في إفراز هرمونها المثير للمبيض لنقص الإستروجين والبروجسترون.

- فقد الإفراز المبيضي (تغيرات في مستويات الدم الهرموني) كما يحدث اضطراب وعدم توازن في غدد صماء أخرى كالدرقية.

- تغيرات في توازن الملح و الماء أي تغيرات في التركيب الكيميائي لسوائل الجسم وينشأ من تغيرات غددية كما يمكن إرجاعها لعوامل سيكولوجية و لكن لا تقاس بنفس دقة التغيرات الكيميائية وهكذا فإن كل جزء من أجزاء الجسم يتعرض لمثل هذا التغير الهرموني الذي يؤثر على أجهزة الجسم.¹

¹- نفس المرجع ، ص-ص95-96.

هذا وتنقسم تلك الأعراض إلى مجموعتين هما:

1-1 أعراض بيولوجية: تنقسم تلك الأعراض إلى مجموعتين هما :

"- أعراض مبكرة تتمثل في انقطاع الطمث أو عدم انتظامه و الفوران.

- أعراض متأخرة وهي أكثر تعقيدا وتنتج من التغير الأيضي الذي يحدث في أنسجة محددة و يمكن أن نلخص تلك الأعراض فيما يلي:

- الأعراض التناسلية والهيكل العظمي والجلد و الأغشية المخاطية وكذا جفاف الشعر أو فقده وغير ذلك.

1-2 - أعراض سيكولوجية:

أ- **انقطاع الطمث:** يمثل انقطاع الطمث أحد الملامح التعريفية والواقعية لمرحلة سن اليأس كما يعتبره الطابع الخارجي و الواضح لتلك المرحلة العمرية حيث التوقف التدريجي أو الفجائي للدورة الحいضية ، كما أن التغير في الوظيفة الحいضية يعتبر الدليل الطبي الأول لسن اليأس على الرغم من الإقلال التدريجي للخصوبة قد يبدأ من سن الخامسة والثلاثين و قد تعاني بعض النساء من الفوران إلا أن التغيرات في الوظيفة الحいضية قد تكون وفقا لواحدة أو أكثر من أنماط توقف الحいض.

ب - **الفوران:** ينظر للفوران على أنه العلامة الحقيقية المميزة لسن اليأس فقط وأنه من أكثر الأعراض التي تصيب النساء في سن اليأس و الأكثر تكرارا بالرغم من أنه يحدث بنسب ما بين 75 بالمائة و85 بالمائة لدى النساء ولبعض الوقت¹، "و تستمر عادة أعوام طويلة في مرحلة ما بعد الخصوبة و نادرا ما تشتكي النساء من الهبات الساخنة بعد عشرون سنة من توقف الطمث و التوقف عن العلاج الهرموني و هي مرتبطة بالدرجة الأولى بمستوى الهرمونات في جسم المرأة و خاصة نقص معدل هرمون الإستروجين في الدم."²

¹- نفس المرجع ، ص 97 .

² - Maurice taubaine .la ménopause ,hermane éditeurs des sciences et des arts , Paris, 1993 , p 2 .

"إن مصطلح كل من التورد الساخن و الفوران (التوهج الساخن) يستخدمان غالبا ليحل أحدهما محل الآخر ، فبعض المؤلفين يشيرون للتوهج الساخن كشعور ذاتي تمر به المرأة قبل قياس التغير الفسيولوجي بينما التورد يختلف حدوثه طبقا لنمط سن اليأس وقت حدوثه حيث يحدث للنساء في سن اليأس الطبيعي بحوالي 75 بالمائة بينما تتراوح ما بين 37 بالمائة و50 بالمائة لدى النساء اللاتي يتعرضن لاستئصال المبيض قبل سن اليأس ويوصف الفوران بالشعور بالحرارة (سخونة) في الوجه و الرقبة و الصدر يتبعه عرق شديد وأحيانا رعشة أو قشعريرة مصحوبة بخفقان مع بقع حمراء على الجلد و قد تختلف النساء من حيث شعورهن بهذا الأمر فقد تشعر البعض بالسخونة في أيديهن وتعاني أخريات من الفوران الساخن في كل أجسادهن مع ظهور لون قرمزي على الوجه مع انتشار لهذا اللون على الصدر بينما تشعر أخريات ببدا الحرارة من أقدامهن مع امتداد لهذا الإحساس إلى قمم رؤوسهن ، كما تلاحظ بعضهن رطوبة على راحتي اليدين و الرقبة مع عرق غزير قد يتسرب من ملابسهن و فراشهن ليلا وقد تصل شدة الحرارة لبعضهن إلى درجة خلع الملابس ليلا مع فتح النوافذ ثم يتلوها برودة شديدة قد تحتاج لتغطية أكثر من غلق النوافذ مما يؤدي إلى اضطراب كل ليلة وتعب شديد وإنهاك كل صباح ، وعلى هذا فإن الفوران والعرق الليلي تخلف حدثهما واحدة لأخرى ، وعلى الرغم من فجائية لحظة وقوع الفوران إلا أنه يوجد غالبا شعور بلحظة اقترابه قبل حدوثه."¹

إن البراهين الحديثة تشير إلى أن بداية نوبات الفوران تحدث مباشرة بعد اختفاء هرمون الجسم الأصفر ولكن هذا الاحتمال لا يؤكد بالضرورة تلك العلاقة السببية ، كما أظهرت دراسة أخرى أن السيدات ذوات الفورات الساخنة الشديدة لديهن مستويات منخفضة من الإستروجين بالمقارنة مع اللاتي لا تحدث لهن تلك الفورات و لذلك بلا شك فإن الفوران قد ينشأ من تداخل عوامل متشابكة تشتمل على نقص الإستروجين والتغيرات في بعض أجهزة الإرسال العصبية.

¹-هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص - ص 105 - 106

2 - الأعراض المتأخرة:

"توجد تغيرات ملحوظة في الأعضاء التناسلية لدى النساء بعد سن اليأس وتحدث تدريجيا كما يعترها كثير من التعقيد نتيجة التغيرات الأيضية التي تحدث في الأنسجة المحددة لأعضاء الحوض ونشير هنا إلى بعض التغيرات التي تصيب الجهاز التناسلي.

أ - **المبيضان** : إذ يتراجع حجمهما إلى الثلث تقريبا و تتراجع قدرتهما على إفراز الهرمونات الجنسية وترتكز الغدة النخامية لنقص عيار هذه الهرمونات في الدم فتزيد من إفراز الهرمونات المحرصة للمبيضين¹.

"يبدأ صغر المبيض في الحجم ابتداء من سن الثلاثين و يتضاعف بعد سن الخمسين و الستين حيث يحتوي كل مبيض على 700000 من الجريبات الصغيرة فهذا العدد يقل إلى النصف تقريبا من اللحظة الأولى للحيض و يستمر معدل الإقلال خلال حياة التناسل و قليلا ما يستمر حتى سن اليأس ، و لقد ذكر بيترز 1976 أن الجريبات الباقية تكون أقل استجابة للهرمونات النخامية أو للهرمون المنبه للمنسل النخامي ، ولهذا يحدث أثناء سن اليأس انخفاض تدريجي في عدد الجريبات المبيضة الناضجة مع هبوط مواز للمبيضين عن إفراز هرمون الإستروجين ونتيجة لهذا ينكمشان ويقل حجمهما ويضمران فعادة يقدر حجم المبيض قبل سن اليأس بحوالي 3.5 سم في العرض و بسمك 1.5 سم تقريبا و بعد مرور سنتين من سن اليأس يقل هذا الحجم إلى 2 سم في الطول و 0.5 سم في العرض و يستمر هذا المعدل في الإنخفاض حتى تصبح مقاييس المبيض 1.5 سم"².

¹-عصام الحمصي . الموسوعة الطبية الموجزة ، دار الرشيد ، دمشق ، بدون سنة ، بدون طبعة ، ص 195 .

²- هندومة محمد أنور حامد . نفس المرجع السابق ، ص 106 .

ب - الرحم:

"توضح بنية الرحم تغيرات نوعية مع الحيض والدورة التناسلية وسن اليأس وفيما بعده حيث يقل الوزن من حوالي 40 غرام إلى ما بين 15 و 10 غرام ، كما يحدث أيضا صغر في حجم الرحم مع انكماش وتقلص لبطانته كما تنكمش الدورة الدموية في الرحم وبتغيير لونه فيصبح باهتا نتيجة قلة الدم الذي يصل إليه كما يحدث ارتخاء في أربطة الرحم و العضلات الضابطة لقاع الحوض الأمر الذي يؤدي إلى هبوط الرحم وارتخاء جدار المهبل الخلفي وخلالها يهبط المستقيم أو الأمعاء ويحدث هبوط كل من الرحم و المهبل عادة لدى النساء اللاتي أنجبن عددا من الأطفال أو ممن سبق لهن تكرار الحمل على فترات قصيرة بين الحمل والآخر ودون أن تمارس التمارين الرياضية لتقوية تلك العضلات بعد ولادتهن وقد تحدث قرحة في عنق الرحم في هذه الفترة من عمر المرأة نتيجة الالتهابات المتكررة.

ج - المهبل:

مع تغير الحياة يقل السطح المهبلي حيث يتعرض بعد سن اليأس لكثير من التغيرات المتمثلة في فقد المرونة مع التزايد للنسيج الضام تحت الغشاء المخاطي مع قصر تدريجي للمهبل و ضيق له وفقد أيضا لتجاعيده وضمور لجلده مع جفاف وقلة لوعائيته كما تختفي بعد سن اليأس الإفرازات الحمضية التي تغطي جدار المهبل لحمايته بدرجة معقولة من الجراثيم و الطفيليات الضارة مما تجعله أكثر عرضة للتلوث.

وعليه فإن بعض هذه التغيرات السابقة قد تمنع أو تقلل من استمرار الجماع المنظم ، وعلى الرغم مما قيل عن الأعراض التي تصيب المهبل بعد سن اليأس إلا أننا قد لا نجد لها صدى أثناء قيامنا بدراسة ميدانية عن مرحلة سن اليأس عند المرأة حيث لا تتعرف كثير من النساء على مثل هذه الأعراض و إن تعرفت عليها قد لا تهتم لها.¹

¹ - هندومة محمد أنور حامد. نفس المرجع السابق ، ص- 106-107.

هذا وتوجد أعراض أخرى تتعرض لها المرأة خلال مرحلة سن اليأس والتي تطرأ على الفرج والغدد الثديية بالإضافة إلى إصابات في الأعضاء التناسلية حيث يوجد اعتقاد خاطئ أن هناك ارتباط بين تغير الحياة و حدوث السرطان و لكن ربما يبدوا في الحقيقة أن حدوث سرطان الأعضاء التناسلية يكون في تلك الفترة ولذا فإن سن اليأس يمثل بداية لفترة غير مرضية لغالبية حالات السرطان لدى النساء وقد يتسبب في اضطرابات غددية و سوف نشير بإيجاز عن داء السرطان لكل من الرحم والثدي.

1 - سرطان الرحم: ينشأ السرطان في مختلف الأعضاء التناسلية الأنثوية فهي على أشدها في عنق الرحم حيث تمثل 20 بالمائة ثم الثدي 15 بالمائة يليه جسم الرحم بحوالي 6 بالمائة و المبيض 5 بالمائة أما قناة فالوب فهي ضئيلة جدا وأن الإصابة بالسرطان يمكن أن تحدث في أي عمر ولكن السن الأكثر حدوثا فيه ما يفوق سن الخامسة والثلاثين.

2 - سرطان الثدي: إن نسبة الإصابة بسرطان الثدي تأتي في المرتبة الثانية بالنسبة لإصابة عنق الرحم حيث كثيرا ما تشكوا المرأة في سن اليأس من عقد مؤلمة في ثديها وهي في الغالب إنتفاخات صغيرة أو كبيرة في أنسجة غدة الثدي أو توسعات في أقنعة الحليب يمكن أن يتحول إلى سرطان وهناك تغيرات قد تشاهدها المرأة على الثدي عند الإصابة بالسرطان منها إفراز أو دم من الحلمة مع انكماش لها.¹

بالإضافة إلى ما سبق ذكره هناك أعراض أخرى تعاني منها المرأة خلال مرحلة انقطاع الحيض وسنعرضها باختصار.

¹ - نفس المرجع ، ص 155 .

الأعراض البولية :

"كثير من النساء يشتكين من حدوث تغيرات في التبول حيث تبدأ من بداية مرحلة انقطاع الطمث و تسمى بسلس البول التوتري و عدم القدرة على السيطرة على البول خاصة أثناء التوتر و الإنفعال أو الضغوط العصبية أو العضلية (أثناء العطس ، الجري ، الضحك ...) و تشعر النساء بالحاجة إلى الذهاب للحمام طوال الوقت و تشكوا أخريات من وجود آلام أثناء عملية التبول ، و يرجع سلس البول التوتري إلى أن العضلات المحيطة بالمثانة البولية و مجرى البول في الإرتخاء و عندما يضعف جدار المهبل بسبب نقص الإستروجين فإنه لا يتمكن من تثبيت المثانة البولية مما يجعلها تسقط من مكانها و بدون تأثير الداعم من جدار المهبل و تأثر العضلات ، فإن أقل ضغط نتيجة للعطس أو السعال يمكن أن يؤدي إلى نزول كمية قليلة من البول."¹

إن كل تلك الأعراض ناتجة عن نقص الإستروجين ولذلك فهي تستجيب للعلاج الهرموني إن قامت به المرأة للتخلص من مشاكلها.

- الأعراض المصاحبة للهيكل العظمي في سن اليأس:

" للتغيرات الهرمونية التي تصاحب سن اليأس والذي يعتبر من أهم الإضطرابات المصاحبة لهذه الفترة العمرية و غالبا ما يتسم بانخفاض في كم العظام بدون أي تغير في المكونات الكيميائية و يحدث هذا الفقد بصورة غير منتظمة في الهيكل العظمي.

يمثل لين العظام خطورة بالغة على المرأة بعد سن اليأس من المحتمل أن تكسر عظامها بسهولة إذا وقعت و يحدث الفقد للمكون المعدني لدى كل الأفراد أثناء كبر السن فمثلا عند النساء يبدأ فقد حجم العظام بعد سن الثلاثين بينما للرجال بعد سن الأربعين."²

¹ - كارول تركنجوتون ، سوزان برويست . المرجع السابق ، ص 130 .

² - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 118 .

" بالإضافة إلى تلك الاختلافات الجنسية يوجد أيضا اختلافات سلالية في ظهور هذا النوع من الأعراض فهو أعلى حدوثا لدى الجنس الأبيض يليهن الشرقيات و أخيرا الجنس الأسود كما أن لحجم الجسم علاقة وثيقة بلين العظام فالمرأة النحيلة تبدو أكثر عرضة للإصابة بلين العظام من المرأة البدنية يضاف إلى ذلك أن الجلوس و الإسترخاء وعدم القيام بنشاط قد يسبب فقد للكالسيوم من العظام".¹

إن فترة سن اليأس لا تقتصر فقط على الأعراض البيولوجية كما سبق وإن أشرنا و إنما تعاني المرأة خلالها من اضطرابات مزاجية ونفسية يمكن تحليلها فيما يلي:

- الأعراض السيكولوجية واضطرابات المزاج:

على الرغم مما هو مشاع بين الناس فإنه لم تثبت البحوث العلمية أن سن انقطاع الخصوبة بحد ذاته لا يزيد بالضرورة عن احتمال ظهور الأعراض الإكتئابية عند المرأة مع الاعتراف بأن بعض النساء يتعرضن للإكتئاب و للإضطرابات المزاجية الأخرى عندما يصلن إلى هذا السن خصوصا إذا كن يعانين من موجات الحر والتغيرات في حركات الأوعية الدموية فقد تبين أن وجود موجات الحر و العرق البارد يزيد من احتمال وجود اضطرابات المزاج و الإكتئاب وذلك لسبب غير واضح ، كما أن القلق و الإكتئاب يخفان و يذهبان تدريجيا باختفاء تلك الأعراض من موجات حر وغيرها وكذلك يرتبط احتمال وجود اضطرابات المزاج مع وجود تاريخ للإكتئاب أو أي أمراض نفسية أخرى مرتبطة بأحداث الحمل و الولادة أو أي اضطراب متعلق بالنشاط التناسلي مثل المزاجية المصاحبة لحبوب منع الحمل أو المزاجية المصاحبة للعادة الشهرية أي إذا كان هناك تاريخ مرض للإكتئاب أثناء مدة الحمل أو بعد الولادة فإن ذلك يعرض المرأة لأن تعاني في فترة سن انقطاع الخصوبة كما علينا أيضا أن لا ننسى أن المشكلات الحياتية وكروب الحياة لها أثرها أيضا فمثلا حدوث الطلاق أو زواج الزوج بامرأة أخرى أو وفاته أو فقدان أحد الأبناء أو مجرد وجود مصاعب شديدة في تربية الأبناء وتكوين أسرة كل ذلك له دور كبير في تسبب أو على الأقل في ظهور الإضطرابات النفسية المصاحبة لفترة سن اليأس ، ولعل من المناسب أن نذكر أن الأبحاث الطبية النفسية

¹- نفس المرجع ، ص 155 .

وجدت أن فقدان أحد الأبوين في هذه المرحلة العمرية لا يسبب أي اضطراب في المزاج كذلك لا يوجد تأثير سلبي كبير عندما يكبر الأبناء ويتركون بيت الأسرة الكبير، أما إذا كانت المرأة تعاني من اضطرابات نفسية في حياتها التي سبقت سن انقطاع الخصوبة فإن تلك الحالة سوف تزيد في هذه المرحلة ، كذلك يزيد وجود الأمراض العضوية مثل القلب أو السكري أو الضغط .

ثانيا - المشاكل الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة:

تتعرض المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى مجموعة من الأمراض و المشاكل الصحية التي تؤثر سلبا عليها و على معاشتها لتلك المرحلة العمرية الحرجة و من بين تلك الأمر أو المشاكل نذكر:

- 2 - 1 - ارتفاع ضغط الدم :** يرتفع ضغط الدم في مرحلة سن اليأس من الإنجاب و هذا الارتفاع لا تعرف أسبابه حتى الآن و يحدث في فترات قصيرة و يتأرجح بين الارتفاع و الهبوط عدة درجات إلا أنه هناك دراسات قاست مستويات ضغط الدم الشرياني ل 716 سيدة نيجيرية في الأعمار ما بين (35 - 54) سنة ذكرت أن متوسط مستويات ضغط الدم الأعلى بالنسبة للنساء في سن اليأس عن نظيرتها فيما قبل من سن اليأس من الإنجاب .¹
- 2 - 2 - مرض القلب الوعائي :** يسبب هذا المرض من خطر الوفاة إلى 21 بالمئة من النساء في هذا السن و إن معدل حدوث مرض القلب التاجي و الشرياني يتزايد مع التقدم في السن في كل الشعوب و الأجناس و أقل وضوحا في جماعات العمر فيما قبل سن اليأس من الإنجاب و ان معدل إصابة الذكور بهذه الفئة من الأمراض تبلغ ثلثي حدوثها بالنسبة للنساء .
- 2- 3 - مرض هشاشة العظام :** العظام ليست بنيانا قاسيا و إنما هي نسيج حي و طول فترة الحياة تتلاشى أنسجة العظام القديمة و تحل محلها أنسجة عظمية جديدة ، و يكون بناء العظام الجديد أسرع في فترتي العظام تفوق سرعة بنائها و بالتالي تتناقص كمية العظم في الهيكل العظمي و هذا التناقص في كمية العظم داخل الهيكل العظمي يصبح أكثر شدة عندما يتوقف²

¹ - نفس المرجع ، ص 136 .

² - أمين رويحة . المرجع السابق ، ص 187 .

"إفراز هرمون الإستروجين في إطار عملية الإنخفاض النسيجي العظمي عند المرأة ، كما أن هشاشة العظام تكون أكثر شيوعا عند المرأة لأن كثافة العظام لدى الرجال أكبر منها لدى النساء".¹

2 - 4 - المشاكل الجنسية : "هناك نوعان من المشاكل الجنسية يظهران في سن اليأس من الإنجاب و هما : ألم الجماع الجنسي و فقدان الرغبة الجنسية.

و يرجع ألم الجماع الجنسي في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى رقة جدار المهبل و جفافه و ضموره مما يجعله غير قادر على التكيف بسهولة مع العضو الذكري ، و تكون المشكلة أشد سوءا بسبب اختلاف الرجال في التعامل مع زوجاتهم و في كيفية إثارتهم الكاملة حتى يصبح المهبل زلقا جيد التزييت بفعل إفرازات المرأة قبل محاولة الإيلاج .

و من الممكن أن يكون الجماع في فترة سن اليأس من الإنجاب مخيبا للأمل في تحقيق الرغبة المرجوة ، و من ناحية أخرى فإن بعض السيدات اللاتي تجاوزن الأربعين عاما ينتابهن الشعور بالذنب لاستمرار نشاطهن الجنسي في ذلك العمر ومثل هذا القلق يمكن أن يحول دون الإثارة الجنسية و من الصعب إلقاء اللوم كاملا على انقطاع الطمث ، ففقد الشهوة الجنسية يمكن أن يكون نتيجة عدم توافق بين العقل و القلب و الهرمونات.²

2- 5 - الآلام أسفل الظهر المزمنة : "يعتبر ألم أسفل الظهر المستمر مشكلا صحيا شائعا يمر به أغلب الناس لبعض الوقت لكن يبدوا أن النساء أكثر عرضة له للتأثيرات الهرمونية و التغيرات في الوضع أثناء الحمل و أمراض النساء عموما .

2 - 6 - أمراض المفاصل و العضلات : و في مقدمتها الإصابة بالروماتيزم العضلي فهو كثيرا ما يحدث في مرحلة سن اليأس من الإنجاب نتيجة التعرق الشديد و التعرض للبرد يسبب الشعور بالآلام المختلفة ، فبعد أن يبدأ المبيضان في التوقف عن أداء مهمتهما تصبح الأربطة أكثر استرخاء و تقل قوة العضلة و تظهر أنواع من الأوجاع و الألم في الكتف"³

¹ - نفس المرجع ، ص 187 .

² - جون ستند ، مرجريت توم ، تر سيد علي منصوره . سن اليأس ، دار الشروق ، مصر ، 1993 ، بدون طبعة ، ص - ص 25 - 29 . .

³ - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 120 .

"والمرفقين ومفاصل الأيدي و يفقد الكالسيوم نتيجة لهبوط مناسب للإستروجين وترق العظام وتكون أكثر عرضة للكسرو يرجع سبب تقوس العمود الفقري الذي يظهر أحيانا بعد سن اليأس من الإنجاب إلى نقص الكالسيوم من عظام العمود الفقري بين الرقبة و لوح الكتف.¹"

أخيرا تجدر الإشارة إلى أن انخفاض المستوى الثقافي للمرأة يلعب دورا كبيرا في ظهور تلك الأعراض سواء البيولوجية أو السيكولوجية وهذه الملاحظة مهمة لأن المرأة المثقفة أقل عرضة بكثير من المرأة الغير مثقفة وربما كان ذلك بسبب أن المرأة المثقفة عندها من منافع عملها و ثقافتها ما يقلل من اعتمادها على دورها الجنسي بينما لا تملك المرأة الغير مثقفة في الغالب غير دور الزوجة و الأم في هذه الحياة فتمتد وصلت سن انقطاع الخصوبة توقف دورها أو قل كأم لكبر أبنائها وقلت رغبة الزوج الجنسية فيه لتغير شكلها وجاذبيتها وهذا ما كنا قد أشرنا إليه فيما سبق حين ربطنا الوعي والتعليم بالصحة عموما وصحة المرأة خلال فترة سن اليأس.

ثالثا - الإتجاهات تجاه علاج سن اليأس:

الإتجاه الأول : " يعتبر سن اليأس حدثا طبيعيا و أعراضه سوف تشفى تلقائيا و ليس هناك ضرورة تتطلب العلاج ولقد أجريت مناقشات عديدة عن سن اليأس إذا كان ظاهرة طبيعية أم مرضية من بينها الحديث الذي أجري عن طريق إذاعة بي بي سي لجماعة من النساء حيث دار النقاش حول عدم معالجة سن اليأس هرمونيا لأنه ظاهرة طبيعية تحدث لجميع النساء وأن الطبيعة لا تفعل أي شيء دون سبب و لهذا فهو أمر حتمي وليس نتاج المجتمع كما يجب على المرأة ألا تعتقد أن لمرحلة سن اليأس نتائج سيئة و إذا حدث هذا فإنما يرجع للموقف الإجتماعي للمرأة و للإختلاف الثقافي في نظرتة لسن اليأس فالمعتقدات المبكرة بأن سن اليأس يعتبر فترة ضرر وأذى إلى حد بعيد في حياة المرأة و لكن على العكس من ذلك فإن أغلب النساء تمر بأعراض قليلة في سن اليأس ولا يمثل لهن أزمة بل إحساس متزايد من الصفاء والهدوء والسعادة وتذكر ماري سشارلين أن كلا من البلوغ والحمل والولادة وسن²

¹ - نفس المرجع ، ص 120 .
² - نفس المرجع ، ص - ص 85 - 86

اليأس يجب أن ينظر إليها النساء و الأطباء و الممرضات على أنها عمليات طبيعية ولا ينتج عنها أمراض بينما الكتب الطبية المتخصصة تنقل آراء مناقضة لهذا نظرا لتعاملها مع حالات مرضية في الحمل والإنجاب بالإضافة إلى آراء بعض الأطباء حول الأنوثة والنظريات.

الطبية التي تؤكد أن الأنثى تعاني من إضرابات بيولوجية وسيكولوجية في مرحلة سن اليأس ولازال الجدل مستمرا حول أن كل الأشياء الطبيعية يجب أن تكون مفيدة.

2- الإتجاه الثاني: " يعتبر سن اليأس مرض النقص أو العجز للمبيضين و توصف الأدوية منذ البداية كالعقاقير ومضادات الإكتئاب والتي تعتبر ضارة بسن اليأس وعلى الرغم من هذا إلا أن 3 بالمائة من النساء في بريطانيا يتناولن تلك الأنواع من العقاقير رغم النصائح الطبية المقدمة المتوفرة والتقارير التي لم تظهر أي تحسن.

3- الإتجاه الثالث : و هو الأكثر تقدما و يتمثل في استخدام الإستروجين كمساعدة في علاج أعراض سن اليأس ولقد توافق الأطباء مع هذا الإتجاه في وصف الإستروجين كعلاج مناسب و ذلك للتخفيف من الأعراض بالإضافة أيضا لهرمون البروجسترون و لأي مشاكل في المستقبل كما اتفق أطباء النساء والتوليد بجامعة أمريكا على أن المرأة التي تعطي جرعات مناسبة من هرمون الإستروجين ليس فقط أثناء مرحلة سن اليأس ولكن فيما بعد أيضا سوف يؤخر من لحظة حدوث التغيرات في الجلد مثلا وتحفظ بجمالها لوقت أطول من التي لا تأخذ هذا العلاج بصورة سليمة"¹.

تجدر الإشارة إلى أن العلاجات الهرمونية في سن اليأس مازالت موضع جدال حاد في الأوساط الطبية و بين أوساط النساء أنفسهن فقبل عقد من الزمن كان يتم تشجيع النساء على تناول الهرمونات لحماية أنفسهن من مرض القلب وإبقاء أدمغتهن يقظة وعظامهن قوية لكن كل ذلك تغير عام 2002 عندما أجرت معاهد الصحة القومية فجأة دراسة كبيرة عن العلاج الهرموني بعنوان مبادرة الصحة النسائية فقد أظهرت النتائج الأولية أن النساء اللواتي يتناولن هرمون الإستروجين و البروجسترون أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي و الجلطات

¹- نفس المرجع، ص - ص85 - 86.

الدماغية وكذا التخثرات الدموية و النوبات القلبية و قد صدم هذا الخبر الملايين من النساء اللواتي كن يتناولن الهرمونات.

بعد نتائج مبادرة الصحة النسائية تراجعت نسبة استعمال الهرمونات إلى حد كبير و فقدت النساء ثقتهن بهذا النوع من العلاج ولجأن إلى علاجات طبيعية لأعراض سن اليأس لكن سلامة تلك العلاجات البديلة و فعاليتها لم تدرس عن كثب و بالتالي يجب الإفتراض أنها تنطوي على مخاطر توارى مخاطر العلاجات الهرمونية التي وافقت عليها إدارة الأغذية والعقاقير وهنا نلفت انتباه النساء اللواتي مازلن يتابعن العلاجات الهرمونية التقليدية إلى نتائج دراسة حديثة أظهرت ترابطا بين انخفاض نسبة تناول الهرمونات والتراجع الغير متوقع في معدلات سرطان الثدي وقد أثبتت عدة أسئلة عن تلك الأدوية وعليهن ألا يتوقعن أجوبة واضحة عما قريب لأن الباحثين مازالوا يجهلون الكثير عن الهرمونات بما في ذلك منافعها ومخاطرها بالنسبة لكل امرأة.

بعض الأطباء مازالوا يعتقدون أن العلماء سيثبتون ذات يوم أن الإستروجين أو حتى نسخة اصطناعية منه كافية لكسر سنوات الشيخوخة لكن في الوقت الحاضر قلة منهم يرون أن الهرمونات لا يجب أن تكون أول علاج تجربته النساء اللواتي في سن اليأس للتخفيف من الأعراض ربما باستثناء اللواتي يبلغن سن اليأس قبل الـ 51 من العمر بكثير بدلا من ذلك يقول الأطباء أن النساء يجب أن يبذلن قصارى جهودهن لتفادي الأدوية من خلال إحداث تغييرات في نمط حياتهن ثبت أنها تساعدن مثل زيادة النشاط الجسدي و الحد من الإجهاد النفسي ، تخفيف الوزن و الإقلاع عن التدخين و إن اختارت المرأة العلاج بالهرمونات ننصحها بأخذ أقل جرعة فعالة ممكنة لأقصر فترة ممكنة.

غالبا ما تواجهنا مشاكل صحية عديدة نتعرض لها في كل مرحلة من حياتنا نظرا للتغيرات الهرمونية التي تطرأ على الجسم ومرحلة سن اليأس كغيرها من المراحل العمرية التي بحث فيها العلماء والأطباء منذ زمن وسنتعرف على تاريخ علاج أعراض سن اليأس في العنصر التالي:

رابعاً - العلاج الضروري للنساء في مرحلة ما بعد سمن الإنجاب :

من المعروف أنه حتى العصور الوسطى لم يكن شيء يعرف عن بنية و شكل و موضع الأعضاء المهمة كالرحم و المبيضين فقد كانت سرية حتى بذل أقصى جهد للكشف و التحليل عنها ، هذا و تنقسم أنماط العلاج إلى ثلاثة و هي:

أ- علاج الظواهر: "يرمي هذا العلاج إلى حل المشكلات الأكثر إزعاجاً مثل الهبات الحرارية و الأرق ، و يمكن عقترانه بعلاج هرموني أساسي ، لأن علاج الظواهر يقتصر على تخفيف الإضطرابات القائمة في حينها.

ب - العلاجات التناوبية : و هدفها كبح الإضطرابات الناشئة على مدى طويل ، مثل حالة ترقق العظام و تلجأ إلى مثل هذه العلاجات النساء اللواتي لا يستطعن الإستفادة من العلاج الهرموني لأسباب طبية أو اللواتي يرفضن ذلك العلاج.

ج -العلاج الهرموني : و هو علاج أساسي لترقق العظام يقوم على تعويض الجسم نقص الإستروجين و البروجسترون الناجم عن توقف عمل المبيض.¹

هذا وسنذكر أهم الطرق والعلاجات التي يمكن للمرأة أن تستعملها في مرحلة سن اليأس وهي

1 - العلاج الغذائي : "تشير الدكتورة ميلي كاين إلى أنه بالرغم من أن بعض النساء يمكن أن يستفدن من العلاج بالهرمونات البديلة و الأفضل أن يكون العلاج قصير المدى و بالهرمونات الطبيعية و تقول " كطبيبة كنت دائماً أوّمن بأن العلاج بالهرمونات البديلة يجب أن يكون الملجأ الأخير للمائة التي تمر بفترة انقطاع الحيض النهائي و قد أكدت أنه يجب اللجوء إلى هذا العلاج كاحتمال أخير بعد الأخذ بعين الإعتبار الحالة الصحية العامة و النظام الغذائي و نمط الحياة و هي العوامل التي يمكن أن تلعب دوراً في ظهور الأعراض التي ترافق انقطاع الطمث ."² و على هذا الأساس فإن أفضل طريقة للتعامل مع مرحلة نهاية الخصوبة و السنوات التي تليها هي تحسين صحة المرأة إلى أقصى الحدود و يعني هذا تناول الطعام

¹-ماري كلود دولاهاي . المرجع السابق ، ص 90 .

²-كاترين ونتي دادامو بيتر ، تر هشام نصر . صحة المرأة بعد الأربعين بحسب فئات الدم ، 1995 ، بدون طبعة ، ص - ص 34 - 35 .

المناسب و الغني بالهرمونات الطبيعية الموجودة في الأغذية، وممارسة الرياضة و التقليل من الضغوطات التي تتعرض لها المرأة وتجنب السموم الكيميائية الموجودة في البيئة المحيطة بها

2 - العلاج بالصوم : "الصوم حسب ما أكدته التجارب والإختبارات يعتبر أفضل وسيلة ليس لعلاج اضطرابات سن اليأس من الإنجاب فحسب بل لمحاربة جميع اضطرابات الشيخوخة بوجه عام ، فالصوم يخفف كل عبء جسماني و نفسي و يقي الجسم من الرواسب الضارة كما يزيل التجمعات الدهنية في سائر أنحاء الجسم ويكافح السمنة المزعجة في سن الشيخوخة فالصائم بالرغم من امتناعه التمتع لعدة أيام عن الغذاء فإنه يشعر بنشاط جسماني و انفتاح نفسي¹

3 - العلاج بالأعشاب : " إن إجراء بعض التغييرات في نمط الغذاء و كذلك الإستعانة بفوائد

بعض الأعشاب يمكن أن يخفف لدرجة كبيرة من متاعب مرحلة نهاية الخصوبة و مضاعفاتها ، فصحیح أن المبيض يتوقف عن إفراز هرمون الإستروجين لكن الغدة الكظرية (فوق الكلية) تظل تنتج لكن بكميات طفيفة جدا ، و وجد أن عشب الجينسينغ يحفز و يقوي الغدة الكظرية على إنتاج المزيد و كذلك عشب الشمر و العرقسوس و الينسون و كذلك عشبة المريمية التي تساهم في التقليل من غزارة العرق التي تعاني منه المرأة في هذه المرحلة².

4 - ممارسة الرياضة : " بدخول مرحلة ما بعد الخصوبة أو اقتراب هذه المرحلة يصبح لممارسة الرياضة أهمية كبيرة ، حيث تعد وسيلة فعالة لحماية العظام ضد الهشاشة و توفير الوقاية من أمراض القلب و لمقاومة المتاعب النفسية التي تتخلل هذه المرحلة و أفضل هذه الرياضات و أبسطها رياضة المشي و العدو، التنس، السباحة حيث من المستحسن أن تمارس المرأة نوع من هذه الرياضات بمعدل لا يقل عن ثلاث مرات أسبوعيا و لمدة نصف ساعة في المرة الواحدة³.

5 - العلاج الإجتماعي و النفسي : " يجب أن يلتجأ إلى هذا النوع من العلاج قبل تقع الأعراض المرضية فهو علاج وقاية أكثر منه علاج شفاء⁴.

¹-أمين رويحة . المرجع السابق ، ص 214 .

²-أيمن الحسيني . موسوعة الطب الشعبي و الطب البديل ، دار الطلائع ، القاهرة ، 2005 ، دون طبعة ، ص 133-134 .

³-ماري كلود دو لاهاي . المرجع السابق ، ص 135 .

⁴-جورج حنا . المرجع السابق ، ص 200 .

"معرفة المرأة بطبيعة التغيرات في هذه المرحلة العمرية و من ثم مساعدتها على قبولها و التعايش معها يجعلها أقل عرضة للإضطرابات ، فتحتاج المرأة إلى بعض جلسات العلاج النفسي الفردي الذي يبدد مخاوفها و يقلل من شعورها بالوحدة و انعدام الدور الاجتماعي و يفتح أمامها آفاق واسعة للمشاركة الأسرية بحيث تبتعد عن اختزال وجودها في الحمل و الولادة و الدورة الشهرية ."¹

خامسا: دور العيادة لعلاج أعراض مرحلة سن اليأس:

"لقد وصف بوتيان قيمة عيادة سن اليأس في التركيز و التحكم للعلاج بالإستروجين حيث لخص الفوائد التالية:

- تخدم عيادة سن اليأس النساء بعد منتصف العمر و الأكبر سنا من فائدة طبية و برامج تخطيط العائلة والإنجاب و عمل الفحوص الطبية الجسمانية بوجه عام وذلك لأنه في الزيادة الأولى للعيادة تتم بعض الإجراءات الأولية كالتاريخ الطبي و الوزن و ضغط الدم و الكشف عن الثدي و أعضاء الحوض.

- برامج لإتقاء خطر سرطان الثدي وداء البول السكري.

- مكان لتجمع كل التخصصات الطبية و شبه الطبية (باطنيون و نفسانيون و سوسولوجيون و أطباء تغذية و أطباء نساء و محللون نفسانيون) بحيث تتوافق تلك التخصصات معا في إيجاد حل لأي مشكلة سواء طبية أو غيرها وجميعهم موجودون لإبداء المشورة في محاولة لمعالجة المرأة من جميع النواحي بدلا من الإقتصار على معالجة النقص الهرموني.

- توضيح و تقديم مدى الدور الفعال للعلاج بالإستروجين للأعراض الناجمة عن النقص الهرموني كألم الظهر و الصداع و فقد الطاقة و النشاط و التهاب المفاصل و في بعض الأحيان قد تكون بعض النساء محظوظات بدرجة كبيرة لعدم تأثرهن بهبوط المبيضين و على هذا فإن الطبيب لا يدفعهن للعلاج ولكن في نفس الوقت يمكن أن تعاني المرأة في سن اليأس من"²

¹-محمد عبد الفتاح مهدي. الصحة النفسية عند المرأة، سنتر للنشر، الإسكندرية، 2004، بدون طبعة، ص 141 .
²هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 199 .

"التدمير الطويل المدى و الذي ينعكس أيضا وبدرجة متساوية على عائلتها ولهذا فإن هرمون الإستروجين يمكن أن لا تحصى فوائده التي تعود على تلك النساء.

- تقوم تلك العيادات بدور في تقديم البرامج التعليمية وذلك بإيضاح المعلومة الأفضل للمريضة مع المشاركة في تغيير الإتجاهات تجاه سن اليأس إلى الأفضل.

- القيام بالأبحاث المستمرة للوقوف على مدى جدوى التأثير للأدوية الهرمونية ولقد أصدرت تصريحات حكومية على لسان منظمات رسمية بالولايات المتحدة الأمريكية للتأثير على -اتجاهات الأطباء وذلك في تحذيرهم عن وصفهم لتلك العقاقير بالإضافة إلى صدور قوانين تحكم علاقة الطبيب بالمريضة.¹ ..

سادسا: الطب البديل وعلاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة:

تجدر الإشارة إلى أن هناك ما يسمى بالطب البديل وعلاقته بسن اليأس حيث أصبح الطب البديل شائع الإستعمال في علاج أعراض سن اليأس حيث وجد 21 بالمائة من النساء في سن اليأس يستعملن الطب البديل مع الهرمونات البديلة.

يضم الطب البديل التداوي بالأعشاب ، لكن الإعتقاد الخاطئ و السائد أن كل شيء طبيعي غير مضر والواقع أن بعض الأعشاب تحتوي على مواد كيميائية معينة قد تكون مضره حيث يجب إستعمال الأعشاب بحذر وعدم استعمالها من قبل النساء المصابات بالسرطان وأعراض تخثر الدم و مثال هذه الأعشاب زيوت مستخرجة من زهرة الربيع حيث تقلل من آلام الثدي كما يوجد أيضا الوخز بالإبر الذي يقلل من أعراض سن اليأس مثل الحرارة و التعرق ويستمر تأثيرها لمدة ثلاثة أشهر و هي فعالة في علاج أعراض سن اليأس عند النساء اللواتي لديهن إصابة سابقة بسرطان الثدي.

في الوقت الذي يصاب فيه مزاج المرأة بالحدة نتيجة أعراض سن اليأس كما ذكرنا سابقا حيث يبدأ هذا مع دخول المرأة لعالم ما بعد عمر ال45 عاما وبسبب الهبات الساخنة المصحوبة بنوبات عرق ليلي تجعل الزوجات يشتكين من حرارة تغلي في أجسادهن نصحت دراسة

¹ - نفس المرجع ، ص -ص 199 - 200 .

غذائية مصرية بضرورة تناول مشروب "الشمندر" الذي يمكنه إطفاء الشعور بهذه الهبات الساخنة ويجعل المرأة أكثر هدوءا و استقرارا وأكثر اعتدالا في المزاج خلال هذه المرحلة الهامة من العمر.

"ويقول أستاذ علوم و تكنولوجيا الأغذية بجامعة أسيوط الدكتور فوزي عبد القادر للشرق الأوسط إن هذه السن مصحوبة بنقص هرمون الإستروجين الذي يعد رمز الأنوثة من دون منافس ويمثل ما بين 50 و 70 نانو غرام لكل مليلتر بلازما للمرأة الغير حامل إلا أنه يتبدل حين تدخل المرأة إلى ما بعد الخامسة و الأربعين عاما من عمرها إذ يقال عندئذ أنها بلغت سن اليأس ولا مجال لإنكار هذه الحقيقة أو رفض هذا المسمى لأن الإصطلاح هو الأعمق و الأدق وكذلك الأوفق في هذه الحالة حيث تئس المرأة من الإنجاب و ليس من الحياة.

كما جاءت بعض الدراسات التي تحت النساء اللواتي يعانين من اضطرابات انقطاع الطمث أو سن اليأس على تناول حبات فول الصويا المتوفرة على شاكلة الفول السوداني (الفتق) لأنه يساعد على مقاومة نوبات الطفح الجلدي الحاد وقالت الدراسة أنها تابعت 60 امرأة اتبعت نظاما غذائيا يحتوي على نسبة منخفضة من الدهون المشبعة مع تناول نصف كوب من حبوب الصويا المحمصه بصورة يومية و لاحظت الدراسة أن نسبة الإصابة بالطفح الجلدي تراجعت بنسبة 27 بالمائة في حين أن النساء اللاتي تناولن حبوب الصويا و قمن بممارسة التدريبات الرياضية لمدة 4 أو 5 ساعات في الأسبوع تراجعت نسبة الطفح لديهن إلى النصف تقريبا.¹

¹ - www ,SAWTUNA ,NET

المبحث الثالث:

المرأة وعلاقتها الإجتماعية في مرحلة سن اليأس .

أولاً: موقف الثقافات المختلفة من المرأة في سن اليأس.

ثانياً: المرأة في سن اليأس والعلاقات الزوجية .

ثالثاً : أثر التقاعد والإحباط المهني للزوج على المرأة في سن اليأس.

رابعاً – الإنتقال الجنسي للمرأة في مرحلة سن اليأس .

خامساً – الإنتقال الإنجابي للمرأة في مرحلة سن اليأس.

أولاً- موقف الثقافات المختلفة من المرأة في سن اليأس:

تشكل التوقعات الثقافية جزءاً متكاملاً مع العوامل السيكولوجية الاجتماعية في عرض سن اليأس فمن غير الصحيح رؤية تلك المرحلة على أساس بيولوجي فقط حيث أن الإستجابة لسن اليأس تتأثر بعوامل عديدة من بينها البيئة الاجتماعية والثقافية ولهذا فإن المرأة سوف تكشف عن أعراض في الإستجابة للتغيرات النسيجية الهادفة أو المقصودة، ولكن المجتمع الذي تعيش فيه المرأة وتتحرك وتعمل فيه يكون ذا أهمية بالغة للطريقة التي يتم بها توافقها مع سن اليأس كما أن البيئة التي تجد الأنثى نفسها فيها خلال سن اليأس يكون لها تأثير بالغ الأهمية لاستجابتها لظهور بعض الأعراض البيولوجية والفسولوجية والسيكولوجية التي سبق وأن تناولناها في المبحث الثاني.

"ففي بعض المجتمعات قد لا تعاني المرأة من تلك الأعراض وإذ ظهرت فإنها لا تبدو إلا في صورة بسيطة وفي مجتمعات أخرى تبدو تلك الأعراض في صورة معتدلة بينما في مجتمعات ثالثة قد تعاني المرأة معاناة شديدة مما يضطرها للذهاب إلى الأطباء المعالجين والمسئول عن هذا هو المجتمع وثقافته السائدة به ففي بعض المجتمعات قد تكفأ المرأة لبلوغها سن اليأس أو لنهاية فترة الخصوبة وذلك في شكل تزايد القيمة والمكانة بينما في مجتمعات أخرى هناك تأثير حقيقي لمعاقبتها.

إن الكتابات عن هذا الموضوع من التقارير الطبية والمصادر الأنثوية يشتركان في نفس الإتجاه ونجد كلا منهما يرى أن الأعراض التي تمر بها المرأة أثناء سن اليأس تنبثق بشكل رئيسي من أصول سيكولوجية أو بالأحرى من الفسيولوجية ولكن سن اليأس يمثل عملية معقدة أو مركبة من تفاعل عوامل ثقافية وسيكولوجية وبيولوجية وأيضاً اجتماعية"¹، فعلى سبيل المثال الهبات الساخنة التي تعاني منها المرأة تتطلب تفسيرات سوسيوثقافية في بعض المجتمعات فالباحث في سن اليأس يجب أن يكون من خلال العوامل البيوثقافية وذلك مثل التغذية وأنماط الخصوبة والإختلافات الوراثية وعليه فإن كل ثقافة فرعية تنظر لسن اليأس

1 - أحمد عيسى. صحة المرأة في أدوار حياتها، دار الرائد العربي، لبنان، 1985، ط 3، ص 163 .

كمزيج من المكاسب وكذا الخسائر ولكن هذا المزيج يختلف باختلاف الجماعات العرقية حيث ينظر إليه "الأوروبيون على أنه يمثل هبوطا محتملا للصحة النفسية بينماعلق اليهود الشرقيون على أنه الهبوط في الصحة الجسمية أما العرب المسلمون يشعرون بوجود بعض الهبوط في العلاقات الزوجية من هنا فإن الإستجابة لسن اليأس قد تتشكل بالأصل العرقي حيث تشمل كل الثقافات على طرق مقياسية ومعيارية لرد الفعل للتغيرات الفسيولوجية عن دورة الحياة البيولوجية لكن هذه الإستجابات تختلف في الكثافة والنوع من ثقافة لأخرى كما تختلف اتجاهات الثقافات تجاه سن اليأس وفي كيفية معاملة النساء في تلك المرحلة ويتوقف هذا على ما تقدمه من قيمة للآخرين .

وعلى هذا فإن العوامل البيولوجية تمثل أحد المتطلبات في المجال الثقافي وأكثر في الإستجابة للنواحي الثقافية من عوامل أخرى وإن كل ثقافة تتضمن استجابات عرقية و معتقدات تتناول كل المراحل العمرية من ميلاد و بلوغ و حمل و كبر السن و قدرة جنسية و سن اليأس ثم الموت"¹

كما أن هناك اختلافات و تشابهات ثقافية فيما يتعلق بالحالة البيولوجية للحياة البشرية و إن تبجيل و احترام المرأة فيما بعد سن اليأس يبدو عاليا في الثقافات التي تتغير ببطء على عكس ما يحدث في المجتمعات التي تتغير بسرعة ، إلا أن كبر السن عند الرجل و سن اليأس عند المرأة قد يكون وقتا أفضل لأحد الجنسين منه للآخر ففي بعض المجتمعات نجد أن سن اليأس يحدد ثقافيا كوقت لحلول الكآبة و اليأس.

1- نفس المرجع ، ص 163 .

ثانيا. المرأة في سن اليأس والعلاقات الزوجية:

إن الأعراض البيولوجية والفسيوولوجية والسيكولوجية التي تمر بها المرأة في سن اليأس لها أكبر الأثر في "علاقتها بزوجها و بردود الأفعال تجاه البيئة الإجتماعية التي تعيش فيها ، فقد تنجح بعض النساء في إخفاء دخولهن مرحلة تغير الحياة بكل ما لديهن من محاولات وذلك بالتظاهر بالصغر وعدم التحدث عن الإعتلال الجسمي إلا أن بعض النسوة يفشلن في محاولة لإخفاء أعراضهن وخاصة على أزواجهن حيث لا يمكن تجنب إدراك الأزواج للتوافق الفسيولوجي الذي تتعرض له زوجاتهم و أن هذا التوافق يتطلب قدرا من الفهم و الصبر و القدرة على الإحتمال الذي تحتاج له المرأة و بنفس القدر أثناء الشهور الأولى من حملها لمعاناتها من الغثيان و الثقل المرهق في الشهور الأخيرة و لهذا فالمرأة ليست كائنا للمتعة و الشراب أو لعبة للهو و التسلية بل تحتاج أيضا أثناء سن اليأس لمشاركة وجدانية و عطف و تقدير و مراعاة لمشاعرها وظروفها وما يحدث للمرأة في تلك المرحلة مثل ما يحدث لأي شخص يتعرض لتعب طبيعي ووقتي وبقدر من الفهم لطبيعة هذا التغير فمن الممكن أن تمر تلك المرحلة دون أن تترك أي ميول عصبية.

تشير **ميريم لينكولن** إلى أنه إذا عرف الأزواج الكثير عن سن اليأس فسوف يفهمون زوجاتهم أفضل و رغم أن لكل امرأة معانات خلال تغير الحياة إلا أنه من المعروف أن اجتيازها تلك المتاعب يتوقف على الزوج و مدى المساعدات التي يقدمها لها.¹

يلعب الأزواج دور بالغ الأهمية في بث الثقة و الطمأنينة في نفوس زوجاتهم إلى حد يجعل المتاعب الجسمية و الحقائق العقلية التي تحدث لهن أثناء تغير الحياة و عندما يشارك الزوج معاناة و هموم زوجته يمكن أن تواجه هذه الأخيرة بصورة عادية و ثقة معقولة تلك المرحلة فالإتصال الغير متكامل و عدم الفهم و فقد الإهتمام و الإنتباه و التعلق قد يزيد من الإضطرابات الفسيولوجية الخفيفة كخفقان القلب و هذا يكون حقيقة سلوك المرأة اليائسة التي تشعر أنها ستكون مهجورة فبهذه الطريقة تحاول أن ترجع أو تعيد المودة بينها وبين زوجها ، و على هذا يجب على الزوج أن يقترب من زوجته في تلك الفترة و ذلك بالذهاب معها إلى الطبيب

¹ هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 263 .

المعالج مثلا حيث يناقش معه المضاعفات و الأعراض مباشرة حتى يتمكن من الفهم الجيد للحدود الطبية ولكي يقف الأزواج على الطبيعة العاطفية أو النفسية للأعراض عندما لا توجد أسباب عضوية فاستمرار تواجد الزوجين معا ومزيد من الإهتمام من جانب الزوج يهدئ أو يسكن من مخاوف المرأة تجاه أعراضها و يمكن أن يكون العلاج الحقيقي لمتطلباتها تلك العلاقة الجنسية التي تجمعها بزوجها.

ثالثا - أثر التقاعد والإحباط المهني للزوج على المرأة في سن اليأس:

"إن تقاعد الزوج عن العمل يعني عادة نقصا في دخل الأسرة إلى أكثر من النصف و فقد لأصدقاء العمل إلا أنه من الممكن أن يكون إشارة لعودة العلاقة بين الزوجين وفرصة لتقدير أنشطتهما العامة المشتركة و المنفصلة واختيار الأنشطة التي يرغبها في استمرارها و أخرى جديدة لممارستها و متابعتها في السنوات الأخيرة من حياتهما و عليه فقد توجد علاقة بين التقاعد و العلاقة الزوجية حيث يؤثر كل منهما في الآخر بطرق مختلفة و التأثير الحقيقي للتقاعد على الزواج يعتمد علاقة ما قبل التقاعد فقد افترض بروباكر 1985 أن التقاعد سوف يشبع كلا من النوعيات الإيجابية و السلبية للعلاقة داخل الزوجات كما يمد بفرص للصحة لم تكن موجودة عندما كان أحد الزوجين أو كلاهما يعملان و قد يتزامن تقاعد الزوجين معا حيث ترغب المرأة المتزوجة بالتقاعد مبكرا عن المرأة الغير متزوجة نظرا لأنه من الطبيعي أن تكون الزوجات أصغر سنا من الأزواج ففي كثير من الأحيان يتقاعد الزوج قبل الزوجة و هي في تلك الفترة تكون في نهاية الأربعينيات و بداية الخمسينيات و مرورها بمتغيرات أخرى كسن اليأس و رحيل الأبناء بالإضافة لتقاعد الزوج إلا أنه من ناحية أخرى قد يمثل وقتا إضافيا يزيد من التوتر والنزاع بين الزوجين اللذين لم يستمتعا بالتواجد معا ويتبع التقاعد أيضا تغيرا في أنماط الإنفاق إلى حد كبير وذلك لنقص دخول الأزواج و عليه فقد درس هيل عينة من الزوجات اللاتي تقاعد أزواجهن حديثا حيث ذكرت الزوجات بعض النواحي الإيجابية للتقاعد كالزيادة الصحية و المرونة و الوقت المفيد في الأنشطة المرغوبة"¹

1 - نفس المرجع ، ص 271.

أما النواحي السلبية للتقاعد فتتمثل في المشاكل المالية وتدهور صحة الزوج و يقترح **دونا هيو** أنه في بعض الحالات قد تجد المرأة صعوبة أكثر لتقبل تقاعد زوجها و حيث توجد دراسات توضح نسبة من النساء لم يرغبن في تقاعد أزواجهن لاعتقادهن بزيادة أعمالهن و أعبائهن المنزلية.

وعلى هذا فالتقاعد يمثل شكلا جديدا للحياة الإجتماعية وقد يكون له تعقيدات على العلاقات الزوجية و الأدوار نظرا لتقاعد الرجل وقضائه معظم وقته في البيت مع زوجته.

رابعا - الإنتقال الجنسي للمرأة بعد مرحلة سن اليأس:

"كثير من النساء في مرحلة سن اليأس يقل نشاطهن الجنسي و تقل كذلك الرغبة في الجنس ويكون السبب في ذلك هو التغيرات الجسمية و الفسيولوجية في الجهاز التناسلي ، فانخفاض نسبة هرمون الإستروجين يتسبب كما ذكرنا في ضمور خلايا الجهاز التناسلي في الرحم وفي المهبل و كذلك الإلتهابات التي تصيب هذا الجهاز و من الممكن التغلب على هذه المشاكل باستعمال هرمون الإستروجين و لكن في الحدود المعقولة حيث يأخذ على شكل حبوب أو مرهم دهني ليوضع في المناطق الجنسية مباشرة مما يسمح بتحفيز الجهاز التناسلي و يعالج الضمور الذي يصيبه ، أما قلة الرغبة الجنسية فيمكن معالجتها باستعمال هرمون التسترون وهو هرمون ذكري بالدرجة الأولى و لكنه المسئول عن تحفيز الرغبة الجنسية عند الرجل والمرأة على حد سواء."¹

لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نعزو كل أو حتى معظم الإضطرابات الجنسية عند المرأة في سن انقطاع الخصوبة إلى أسباب عضوية و فيزيولوجية بل هناك أسباب أخرى ففي هذا السن تكثر الأمراض العضوية كالسكري و الضغط كما تكثر الأمراض النفسية كالإكتئاب وغيره و يجب أن لا ننسى الإختلافات الزوجية كما أن رغبة الزوج في زوجته قد تتغير في هذا السن وفي الغالب لن يفصح الزوج عن ذلك التغير بصراحة ، كما أن هناك حقيقة قد

1 - منى الصواف . المرجع السابق ، ص 104 .

تغيب عنا وهي أنه في كثير من الأحيان يكون العجز أو الإشكال الجنسي في الزوج نفسه
ولسبب ما تشعر المرأة أنها هي المقصرة سواء أكان ذلك عن وعي منها كمحاولة لحماية
الزوج من الحرج أو عن غير وعي منها واعتقادها الحقيقي بأنها هي صاحبة المشكلة وغالبا
مانجد مثل هذه الحالات من المشاكل في مجتمعنا العربي.

ومن هنا نرى أن الطبيب إذا أراد أن يقيم الوظيفة الجنسية في هذا السن عليه أن يضع في
الحسبان العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية بالإضافة إلى العوامل العضوية.

خامسا - الإنتقال الإيجابي للمرأة في سن اليأس:

ربما كانت مقولة سن اليأس تعبير غير دقيق عن مرحلة طبيعية تمر بها كل امرأة و المعنى
الحقيقي لهذه المرحلة هو توقف المرأة عن الدورة الشهرية التي مرت بها خلال سنوات
حياتها التي كانت خلالها في حالة فيسيولوجية تكيف مبيض المرأة من أن يكون قابلا
للإخصاب وبالتالي تكون مؤهلة للحمل و الولادة وعليه فالمقصود من عبارة سن اليأس عدم
قدرة المرأة على الإخصاب والإنجاب لحكمة إلهية في ذلك و ليس كما يعتقد البعض أنها
نهاية الحياة وفي هذا الإتجاه رفض كثير من الاختصاصيين و العلماء و حتى النساء تسمية
تلك المرحلة العمرية بسن اليأس و ليس هذا فقط بل تحدث بعض النساء الحكمة من التوقف
عن الإنجاب في سن معين و سنتعرف أكثر على هذه النقطة فيما يلي.

أثارت ظاهرة لجوء النساء اللواتي تجاوزن الخمسين من العمر إلى الإنجاب عبر عمليات
التخصيب جدالا واسعا إذ رأى البعض أنها ظاهرة خطيرة لأن النساء اللواتي يقدمن على ذلك
يكن في سن متأخرة قد لا تأهلن للعناية بالأطفال فيما رأى آخرون أن متوسط عمر المرأة
في عدة دول مثل أمريكا يصل إلى 80 سنة مما يعني أن المرأة حينما تنجب بعد سن اليأس
فتكون حينها بلغت أكثر من نصف عمرها.

"أوضح تشارلز الطبيب في عيادة مايو كلينيك كيفية إجراء مثل هذه العمليات إذ تقوم السيدة التي تسعى نحوى تخصيب نفسها بعد سن اليأس بأخذ بويضة خاصة بها ويتم بعد ذلك إجراء فحوصات عليها لمعرفة إن كانت غير مصابة بأمراض مثل داء السكري أو السمنة أو غيرها وبناءا على نتائج تلك الإختبارات يتم تقرير إذا ما كانت جاهزة لإجراء مثل هذه العملية أم لا. وردا على الإعتراضات ذكر أخصائون بعمليات التخصيب أن الأمور ليست بهذه البساطة فعادة ما تجرى هذه العمليات ويتم قبولها أو رفضها بناءا على كل حالة منفردة و بالتالي لا يمكن التعميم حول هذه القضية و يرى بعض العلماء أن هناك من النساء مازلن قويات وبصحة جيدة بالرغم من تجاوزهن سن اليأس و لذلك فهن قادرات على الإنجاب و العناية بالأطفال.

وقال **جون جاين** في إحدى عيادات التخصيب بولاية كاليفورنيا أن النساء اللواتي يبلغن الأربعين أو الخمسين من العمر في أيامنا هذه لسن كالواتي بلغن نفس العمر في الماضي فهن يتناولن أغذية صحية ، فالمرأة التي تبلغ 45 سنة بالكاد تكون قد وصلت إلى منتصف عمرها في وقتنا الحالي.

أظهر مسح حول هذه القضية أجراه مركز "**جونسون أند جونسون**" الأمريكي للعناية بالأطفال أن سبعة من كل عشرة أمهات تم استجوابهن حول هذه المسألة و أكدن ضرورة أن تقوم السلطات الحكومية بسن قوانين وأنظمة صارمة حول علاجات التخصيب عند النساء فيما بعد سن اليأس في الوقت الذي اعتبر نصف الأمهات اللاتي شملتهن عينة البحث أن لإنجاب النساء بعد هذه المرحلة العمرية هو أمر مضر بمصلحة الأطفال.¹

¹ - هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص266 .

إن هذه القضية لا تزال عالقة بين أخذ ورد من الناحية العلمية و الأخلاقية ولكنها من الناحية الطبية باتت أمرا ممكنا مما قد يغير من شكل العائلة وعلاقات الآباء بالأبناء بصورة كبيرة مع بروز مثل هذه الظاهرة وبالتالي يرى خبراء إجتماعيون أنه يجب الإنتظار لرؤية مدى نجاح مثل هذه الحالات و تجدر الإشارة إلى أن هذه الضارة لم تلقى بعد صدى في وطننا العربي نظرا للإعتبارات الإجتماعية و العادات السائدة حيث ينتظر من المرأة في ذلك السن أن تكون جدة وليس أما جديدة .

خلاصة:

هناك فترتان مهمتان في حياة العديد من النساء تتضافر فيها الآثار الضارة لكل من الفقر وانعدام المساواة معا وهما الأمومة والشيخوخة إلا أن هذه المرحلة الأخيرة لا يمكن أن تمر إلا بالمرور بعبء سن اليأس حيث تواجه النساء خلالها تمييزا مضاعفا قائما على أساس النوع الاجتماعي والعمر باعتبار المرأة اليائسة من الحيض تعد يائسة من الحياة أيضا وغير قادرة على العطاء وبالتالي لا توجد فائدة من وجودها وهذا ما ناقشناه في المبحث الأخير حيث تختلف مكانة المرأة في سن اليأس من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى.

عندما تدخل المرأة في خريف العمر تمر بمرحلة لا مناص منها وهي مرحلة سن اليأس وهذه الأخيرة ليست مرضا كما يعتقد البعض أو نهاية للحياة بل هي ظاهرة فسيولوجية طبيعية ناجمة عن النقص التدريجي في وظائف المبيضين وتحصل لجميع النساء من دون استثناء ولعل تسمية هذه الفترة بسن اليأس تعود لكون المرأة خلالها يائسة من الإنجاب ولكن هذه العبارة فيها نوع من الإجحاف في حق المرأة وكثيرا ما يسبب لها الإحباط بمجرد سماعها لها كما يعطي لها انطباعا أنها أصبحت مهملة وقد يزيد من مشكلاتها النفسية والجسدية كما رأينا وأخيرا نقول أنه من الخطأ الجسيم أن تنظر المرأة لهذه المرحلة على أنها عبء وتربطها بالضرورة بأمراض أو فقدان لبعض أوجه الحياة ومباهجها وإنما هي مرحلة تحتاج لكثير من الوعي والإدراك من قبل المرأة و مزيدا من الاهتمام من قبل الزوج والأسرة وهذا حتى تمر هذه المرحلة دون أن تشعر بها المرأة.

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس

تمهيد:

أولاً- خصائص العينة.

ثانياً- تحليل نتائج الفرضية الأولى .

ثالثاً- تحليل نتائج الفرضية الثانية.

رابعاً- تحليل نتائج الفرضية الثالثة.

خامساً- تحليل نتائج الفرضية الرابعة.

تمهيد

قبل الشروع في تقديم الجداول و قراءتها إحصائيا و من ثم تحليلها وهذا حسب فرضيات بحثنا لابد أولا من إعطاء نظرة أو صورة عامة عن أفراد العينة التي قام البحث عليها. إن لكل عينة بحث خصائص تتميز بها عن غيرها تكون في الغالب سبب التفرقة بين مجتمع وآخر وسببا في تبيان النتائج المتحصل عليها في كل دراسة كما أن الهدف من التطرق إلى هذا النوع من الجداول هو السماح للقارئ بأن يتعرف على مجتمع بحثنا و مميزاته مما يساعده على فهم أفضل للموضوع.

إذن سنحاول في هذا الفصل عرض المعلومات الوصفية لأفراد عينتنا وذلك بالاعتماد على بعض المتغيرات الهامة والأساسية مثل:

السن ، المستوى التعليمي ، السن عند الزواج الأول ، مدة الزواج ، عدد الأطفال ، الدخل الشهري، عدد الحمول.....الخ.

و أخيرا سنحاول في هذا الفصل تحليل و تفسير الفرضيات الأربع التي صغناها و تبيان معناها إحصائيا واجتماعيا مستدلين في ذلك على الجانب النظري، فمن خلال دراستنا الميدانية سنحاول الإلمام بالعوامل السوسيو ديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة حساسة كمرحلة ما بعد سن الإنجاب وذلك عن طريق قبول أو نفي كل فرضية وفي الأخير سنلخص كل النتائج التي توصلنا إليها في استنتاج عام يكون بمثابة القاعدة التي تركز عليها دراستنا.

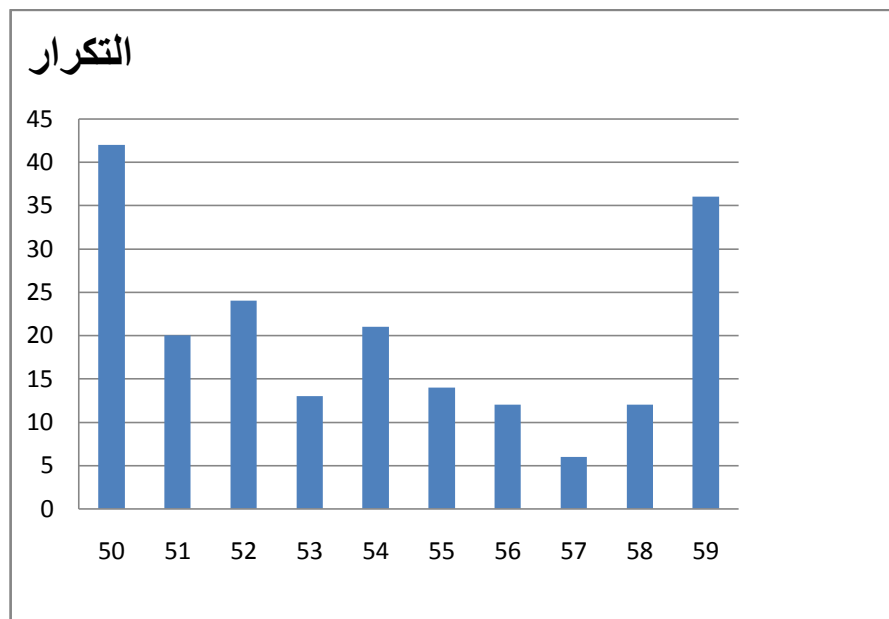
أولاً: خصائص العينة.

جدول رقم 19: توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
50	42	21
51	20	10
52	24	12
53	13	6.5
54	21	10.5
55	14	7
56	12	6
57	6	3
58	12	6
59	36	18
المجموع	200	100

من خلال الجدول نلاحظ أن 21 بالمائة من أفراد العينة تبلغ أعمارهن 50 سنة و 18 سنة ممن لديهن 59 سنة ثم 12 بالمائة ممن تبلغ أعمارهن 52 سنة ثم 10.5 بالمائة ممن تبلغ أعمارهن 54 سنة بعده وجدنا نسبة 10 بالمائة من أفراد العينة تبلغ أعمارهن 51 بالمائة تليها نسبة 7 بالمائة من المبحوثات اللواتي يبلغ من العمر 55 بالمائة بعدها وجدنا نسبة 6.5 بالمائة من المبحوثات أعمارهن تبلغ 53 سنة و نسبة 6 بالمائة تمثلها النساء اللواتي أعمارهن 56 بالمائة و 58 سنة وأخيراً وجدنا نسبة 3 بالمائة تمثلها المبحوثات اللواتي تبلغ أعمارهن 57 سنة وعند حسابنا للوسيط وجدناه 54.5 سنة.

شكل رقم 1 : أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن.



جدول رقم 20: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
30.5	61	أمي
31.5	63	ابتدائي
8.5	17	متوسط
15.5	31	ثانوي
14	28	جامعي
100	200	المجموع

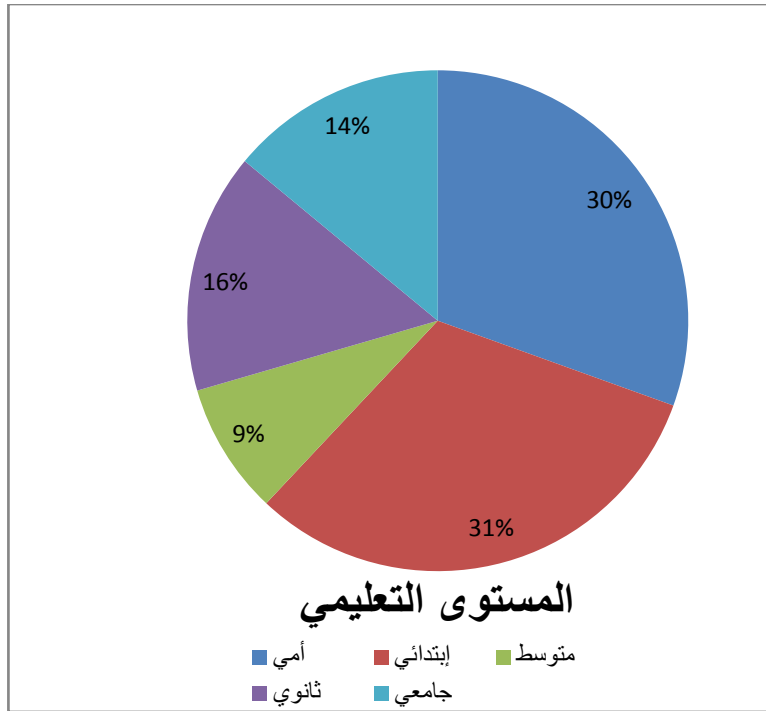
نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن أغلب أفراد عينتنا لديهم مستوى تعليمي متدني حيث وجدنا نسبة 32.5 بالمائة من المبحوثات ذوات مستوى تعليمي ابتدائي ونسبة 30.5 بالمائة تمثلها المبحوثات اللواتي ليس لديهن أي مستوى تعليمي بمعنى أميات تليها نسبيتي 15.5 بالمائة

و14 بالمائة من المبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي و جامعي على اللواتي وأخيرا وجدنا نسبة بسيطة ممثلة في 8.5 بالمائة من النساء ذكرن أن لديهن مستوى تعليمي متوسط.

يمكننا أن نلاحظ من الجدول أن المنوال هو ابتدائي لأن أكبر تكرار يقابله هو 63.

إن أغلب المبحوثات لديهن مستوى تعليمي منخفض كما تبين النتائج المتحصل عليها في الجدول وهذا ما أشرنا إليه في الجانب النظري "حيث تتعرض الإناث إلى التمييز من قبل الأهالي بسبب الموقف الشائع أن تعليم الفتى أهم من تعليم الفتاة لاسيما في الماضي و من النتائج الصارخة على هذا الحيز أن ثلثي الأميين هم من الإناث في منطقة تعاني فيها الأمية واحد من كل ثلاث أشخاص ويكفي أن نذكر أن في عام 2005 كان يقدر نحو 40 بالمائة من النساء لا يعرفن القراءة والكتابة".¹

شكل رقم 2: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.



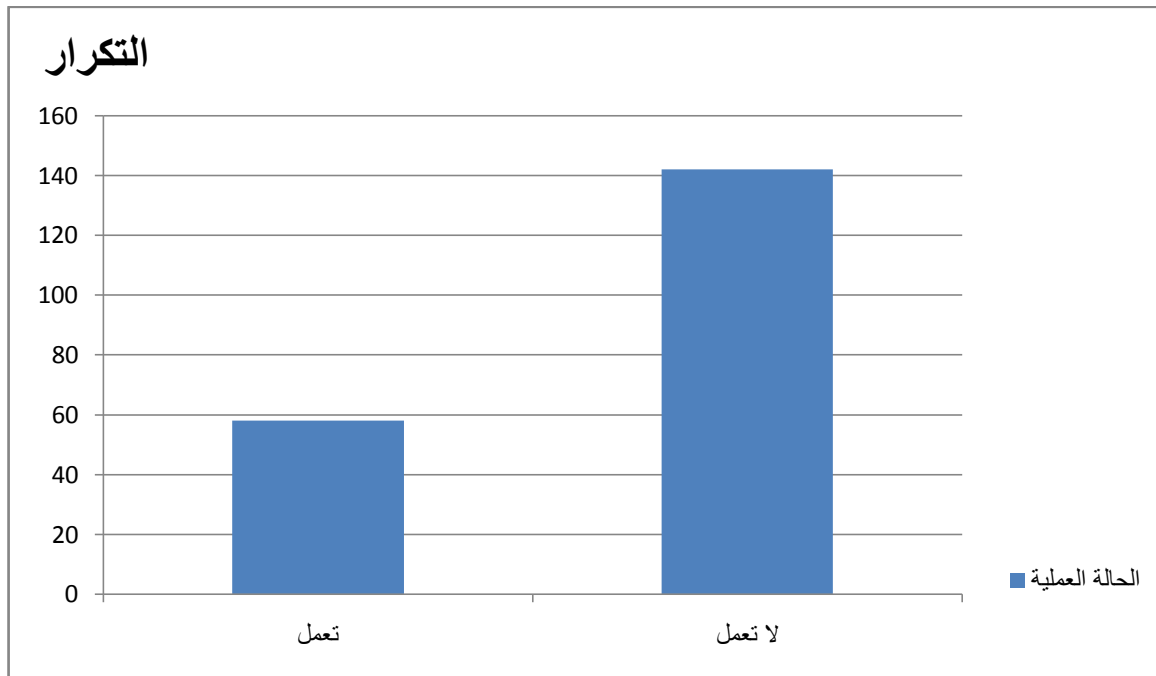
¹ صندوق الأمم المتحدة، تقرير التنمية العربية، المرجع السابق، ص41.

جدول رقم 21 : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية.

الحالة العملية	التكرار	النسبة
تعمل	58	29
لا تعمل	142	71
المجموع	200	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أن 71 بالمائة من أفراد عينتنا لا تعملن مقابل 29 بالمائة تعملن وبذلك نلاحظ أن مجتمع بحثنا تغلب عليه النساء الماكثات بالبيت. وبحسابنا للمتوسط الحسابي وجدناه 100.

شكل رقم 3: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة العملية.



هذا وقد تطرقنا إلى نوع المهنة التي تمارسها تلك النسوة فتحصلنا على النتائج التالية:

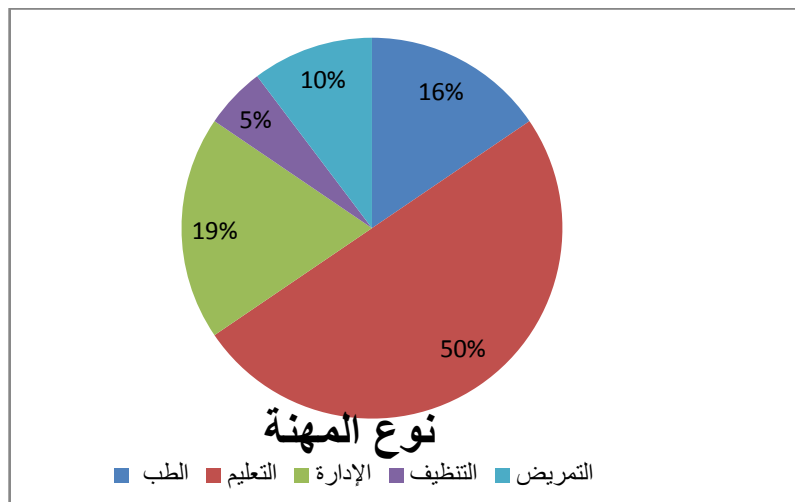
جدول رقم 22: توزيع أفراد العينة حسب المجال المهني .

النسبة المئوية	التكرار	المجال المهني
15.5	9	الطب
50	29	التعليم
19	11	الإدارة
5.2	3	التنظيف
10.3	6	التمريض
100	58	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن مهنة التعليم أخذت أعلى نسبة بـ 50 بالمئة ثم العمل بالإدارة بنسبة 19 بالمئة تليها مهنة الطب بنسبة 15.5 وبعدها نجد العمل بالتمريض تمثل 10.3 بالمئة وفي الأخير وجدنا نسبة 5.2 بالمئة تمثلها مهنة التنظيف في المؤسسات.

من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ ان المنوال هو مهنة التعليم لأنها تقابل أكبر تكرار وهو 29.

شكل رقم 4 : دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة.



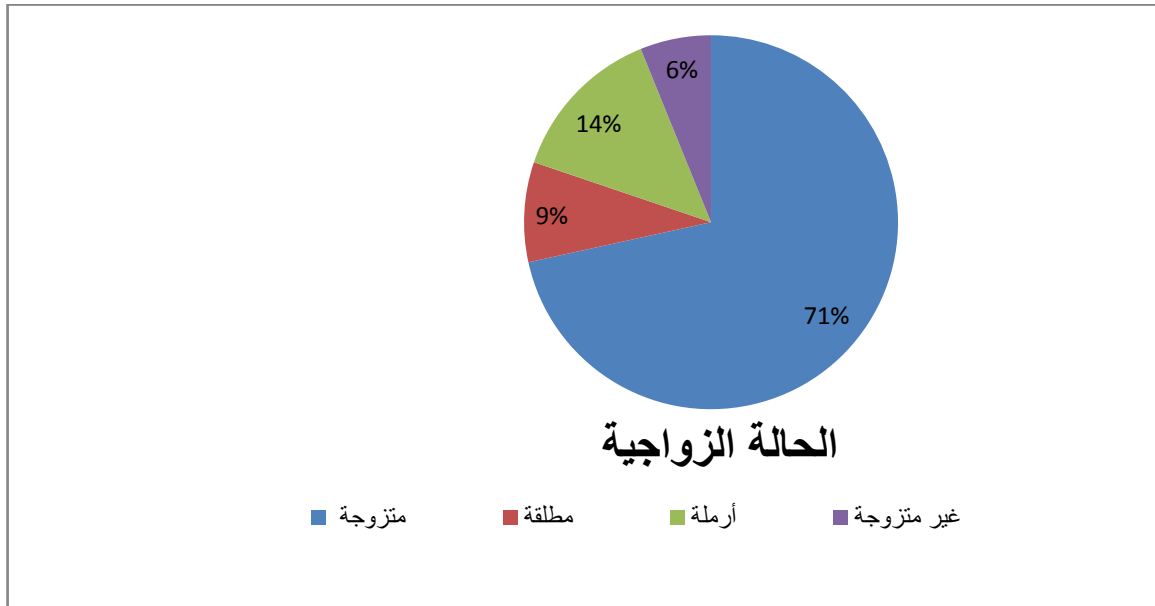
جدول رقم 23: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية.

الحالة الزوجية	التكرار	النسبة
متزوجة	141	71,2
مطلقة	17	8,6
أرملة	27	13,6
غير متزوجة	15	6,1
المجموع	200	100

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد عينتنا متزوجات بنسبة كبيرة 71.2 بالمائة تليها فئة النساء الأراامل بنسبة 13.6 بالمائة و بعدها النساء المطلقات بنسبة 8.6 بالمائة وفي الأخير وجدنا نسبة 6.1 بالمائة تمثلها النساء الغير متزوجات.

يمكننا أن نلاحظ في الجدول أن المنوال هو النساء المتزوجات لأنها تقابل أكبر تكرار 141.

شكل رقم 5: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية.



جدول رقم 24 : توزيع أفراد العينة حسب السن عند أول زواج .

فئات السن	التكرار	النسبة
14-10	16	8.6
19-15	70	37.8
24-20	52	28.1
29-25	32	17.3
34-30	9	4.9
39-35	6	3.2
المجموع	185 ¹	100

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب أفراد العينة تزوجت ما بين 15 و 19 سنة بنسبة 37.8 بالمئة تليها فئة اللواتي تزوجن ما بين 20 و 24 سنة بنسبة 28.1 بالمائة ثم 17.3 بالمائة تزوجن ما بين 25 و 29 سنة تليها نسبة 8.6 بالمائة تزوجن ما بين 10 و 14 سنة ثم نسبة 4.9 بالمائة من المبحوثات اللواتي تزوجن ما بين 30 و 34 سنة و أخيرا نسبة 3.2 بالمائة من المبحوثات تزوجن ما بين 35 و 39 سنة وبهذا كان متوسط السن عند أول زواج يقدر ب 19.9 سنة .

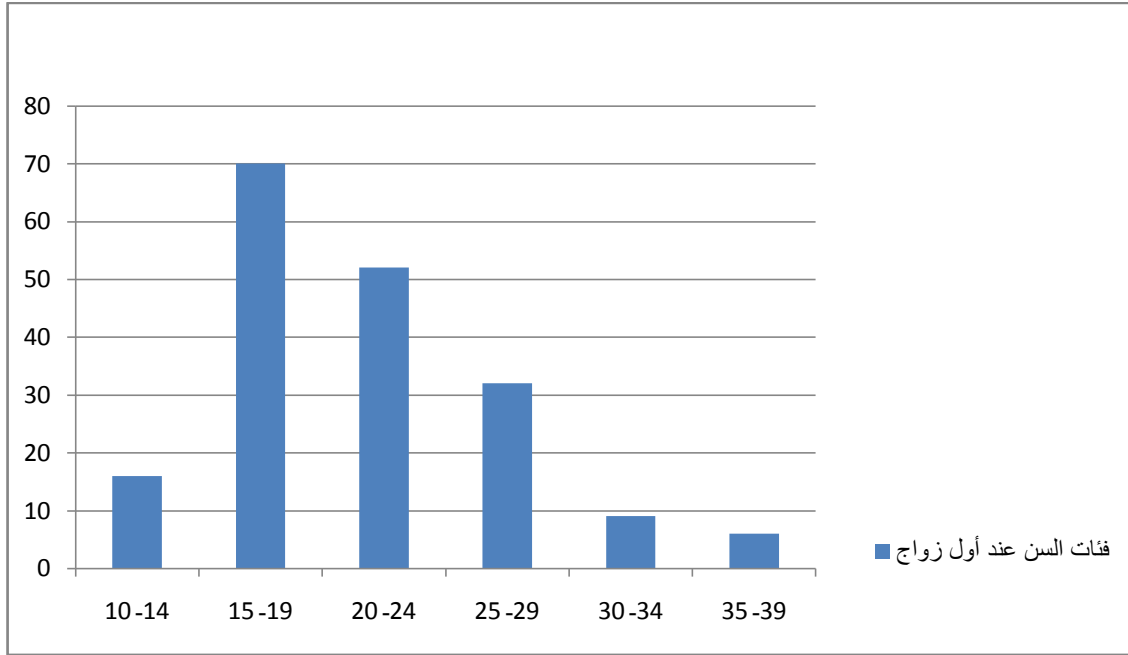
بما أن المبحوثات اللواتي تم استجوابهن تتراوح أعمارهن ما بين 50 و 59 سنة إذن هن ينتمين لجيل الخمسينات وعليه فقد كان " متوسط السن عند أول زواج خلال تلك السنوات يتراوح ما بين 19 و 20 سنة فقد قدر على سبيل المثال سنة 1954 ب 19.6 سنة ."²

وهذا يتطابق مع متوسط السن عند أول زواج الذي يمثل عينتنا.

1- إن المقصود بالمجموع 185 هو كل من المبحوثات المتزوجات والمطلقات والأرامل حيث استثنينا النساء الغير المتزوجات والذي وصل عددهن إلى 15 امرأة.

²:الديوان الوطني للإحصائيات، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، المرجع السابق، ص 1

شكل رقم 6: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن عند أول زواج.



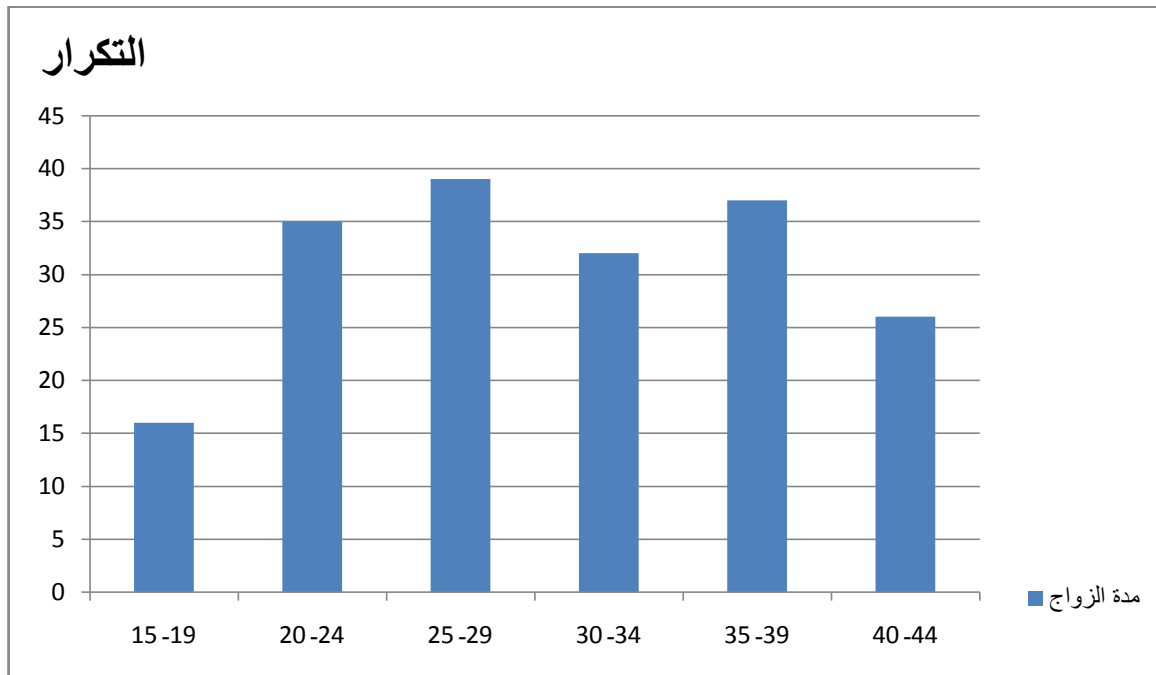
جدول رقم 25: توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج.

النسبة	التكرار	المدة
8.6	16	19-15
18.9	35	24-20
21.1	39	29-25
17.3	32	34-30
20	37	39-35
14.1	26	44-40
100	185	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن اغلب أفراد عينتنا تتراوح مدة زواجهم ما بين 25 و 29 سنة و ذلك بنسبة 21.1 بالمئة ثم نسبة 18.9 بالمئة من المبحوثات اللواتي تتراوح مدة زواجهم ما بين 20 و 24 سنة وتليها نسبة 17.3 بالمئة تمثلها فئة النساء اللواتي وصلت مدة زواجهم ما بين 30 و 34 سنة بعدها نسبة 14.1 بالمئة ممن تراوحت مدة زواجهم ما بين 40 و 44 سنة وأخيرا وجدنا نسبة صغيرة تقدر بـ 8.5 بالمئة تمثلها المبحوثات اللواتي تراوحت مدة زواجهم ما بين 15 و 19 سنة.

وبهذا كان المتوسط الحسابي يساوي 30.2 سنة.

شكل رقم 7: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج.

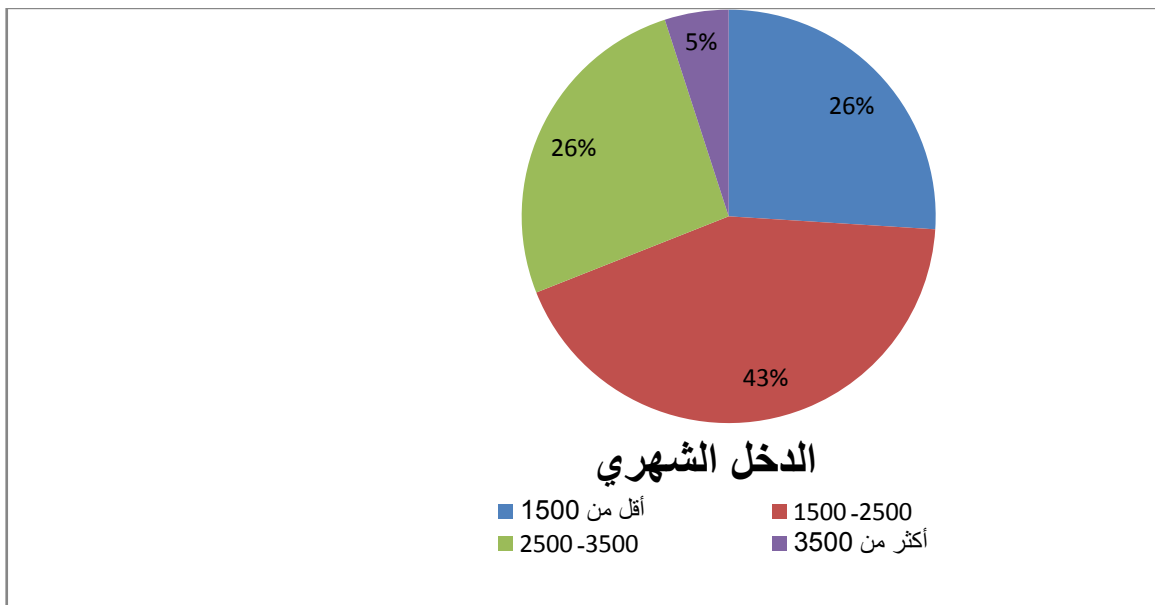


جدول رقم 26: توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري.

النسبة	التكرار	الدخل الشهري
26	52	أقل من 15000
43	86	15000 - 25000
26	52	25000-35000
5	10	أكثر من 35000
100	200	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن 43 بالمائة من المبحوثات أجابت بأن دخل أسرهن يتراوح ما بين 15000 و25000 دج، بينما وجدنا نسبة 26 بالمائة تمثلها كل من فئتي المبحوثات اللواتي أجبن بأن دخل أسرهن يتراوح ما بين 25000 و35000 دج وأقل من 15000 دج و أخيرا صرحت فئة قليلة من المبحوثات أن دخل أسرهن أكثر من 35000 دج وذلك بنسبة 5 بالمائة وبهذا وجدنا الوسيط يساوي 5581.4 دج

شكل رقم 8: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري.



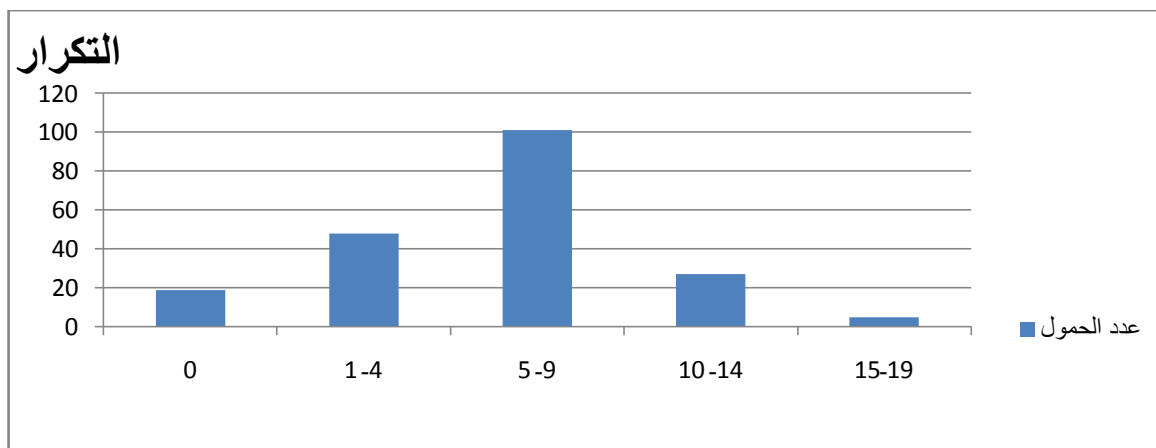
جدول رقم 27 : توزيع أفراد العينة حسب عدد الحمل.

عدد الحمل	التكرار	النسبة
0	19	9.5
1-4	48	24
5-9	101	50.5
10-14	27	13.5
15-19	5	2.5
المجموع	200	100

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول أن 50.5 بالمائة من المبحوثات بلغت عدد أحمالهن ما بين (5-9) مرات تليها فئة المبحوثات اللواتي حملن ما بين (1-4) مرات بنسبة 24 بالمائة ثم مجموعة من المبحوثات صرحت أنهن حملن ما بين (10-14) مرة بنسبة 13.5 بالمائة أما اللواتي لم تحملن قط فكانت نسبتهن 9.5 بالمائة و في الأخير وجدنا نسبة صغيرة جدا تمثلها النساء اللواتي حملن ما بين (15-19) مرة بنسبة 2.5 بالمائة .

وعند حسابنا للمنوال وجدناه يساوي 6.6 حمل.

شكل رقم 9: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد الحمل.



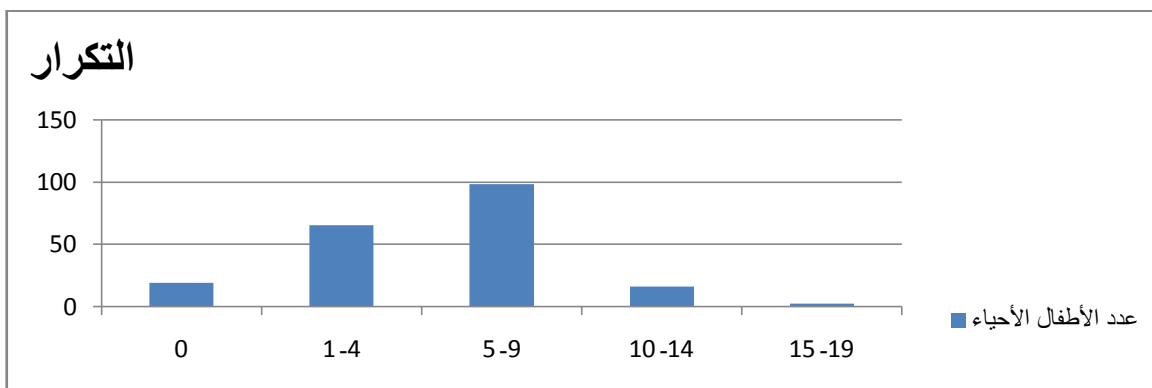
جدول رقم 28: توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال الأحياء.

عدد الأطفال الأحياء	التكرار	النسبة
0	19	10
1-4	65	32
5-9	98	49
10-14	16	8
15-19	2	1
المجموع	200	100

من خلال الجدول نلاحظ أن تقريبا نصف أفراد عينتنا لديها أطفال أحياء ما بين (5-9) وذلك بنسبة 49 بالمائة مقابل 32 بالمائة لديها ما بين (1-4) أطفال أحياء تليها نسبة 10 بالمائة من المبحوثات صرحت أنه ليس لديهن أطفال أحياء بينما نجد نسبتي 8 بالمائة و 1 بالمائة من المبحوثات صرحن أنهن أنجبن ما بين (10-14) و(15-19) أطفال أحياء .

وبهذا وجدنا المتوسط الحسابي يساوي 5.37 طفل حي.

شكل رقم 10: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال الأحياء.



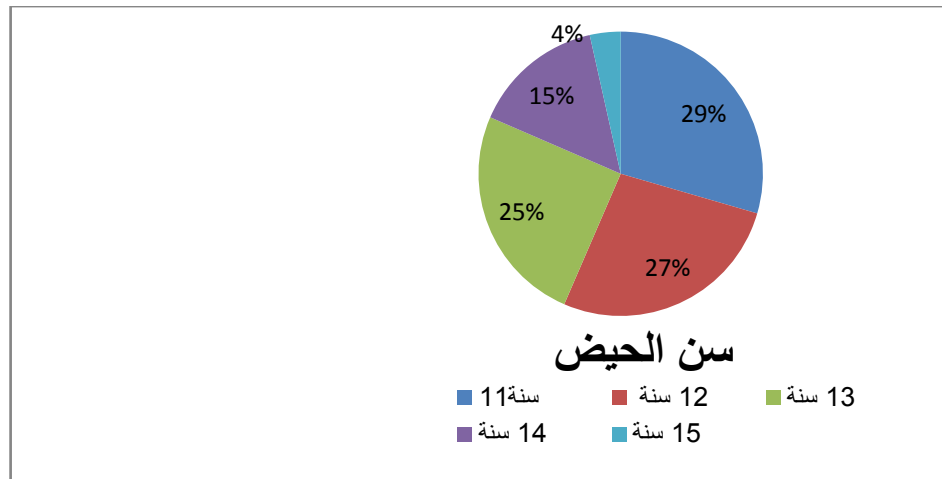
جدول رقم 29 : توزيع أفراد العينة حسب سن الحيض.

سن الحيض	التكرار	النسبة
11	59	29.5
12	54	27
13	50	25
14	30	15
15	7	3.5
المجموع	200	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن أغلب أفراد عينتنا حضن لأول مرة في سن 11 سنة بنسبة 29.5 بالمائة ثم مجموعة من المبحوثات صرحت أنهن حضن في سن 12 سنة وذلك بنسبة 27 بالمائة تليها نسبة 25 بالمائة ممن حضن لأول مرة في سن 13 سنة بينما وجدنا نسبتي 15 و 3.5 بالمائة بالنسبة للواتي حضن لأول مرة في سن 14 و 15 سنة على التوالي.

وعليه فالمنوال هو 11 لأنه يقابل أكبر تكرار.

شكل رقم 11: دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سن الحيض.



جدول رقم 30: توزيع أفراد العينة حسب توقف الحيض.

النسبة المئوية	التكرار	توقف الحيض
62	124	توقف
38	76	لم يتوقف
100	200	المجموع

من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ أن أغلب أفراد عينتنا توقف لديها الحيض بنسبة 62 بالمائة مقابل 38 بالمائة من المبحوثات قد صرحن أن الحيض لم يتوقف عندها.

من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ أن المنوال هو توقف الحيض لأنه يقابل أكبر تكرار.

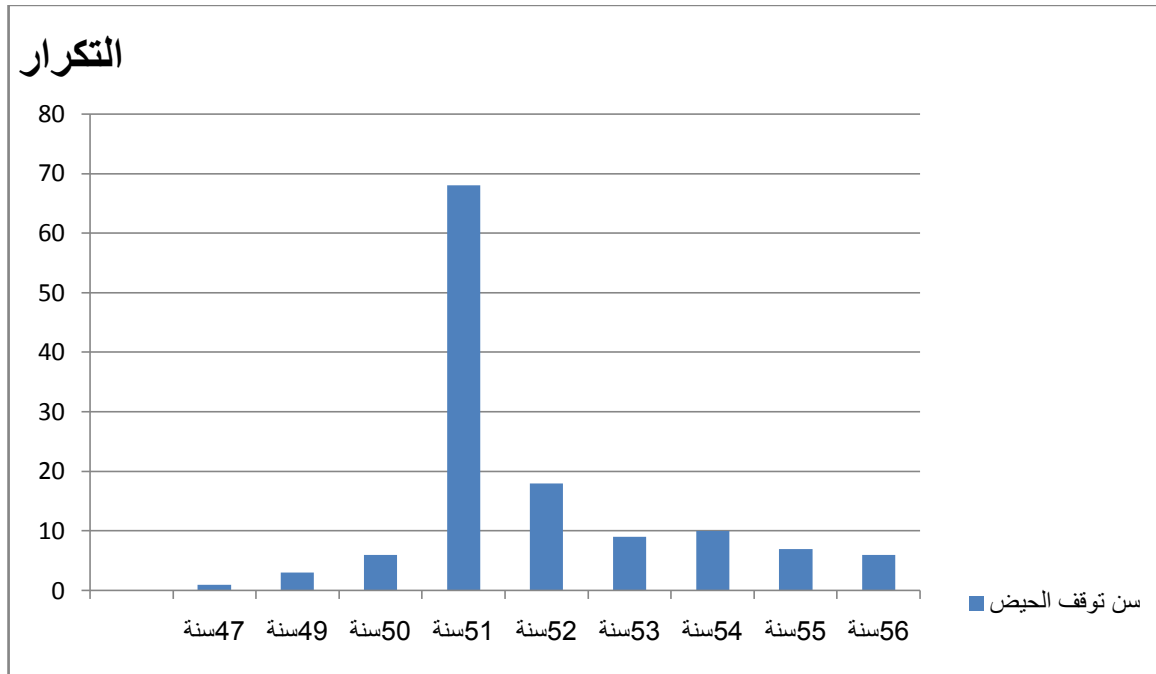
جدول رقم 31 : توزيع أفراد العينة حسب سن توقف الحيض.

النسبة المئوية	التكرار	السن
0,80	1	47
2,41	3	49
4,83	6	50
54,8	68	51
14,5	18	52
7,25	9	53
8,06	10	54
5,64	7	55
4,83	6	56
100	124	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أكثر من نصف أفراد عينتنا قد توقف لديها الحيض في سن 51 سنة وذلك بنسبة 54,8 بالمائة تلتها نسبة 14,5 بالمائة من المبحوثات توقف لديها الحيض في سن 52 كما وجدنا مجموعة من المبحوثات صرحن أنهن لم يحضن بعد سن 54 سنة بنسبة 8,06 بالمائة تلتها نسبة 7,25 بالمائة ممن توقف لديهن الحيض في سن 53 سنة ثم 5,64 بالمائة من المبحوثات توقف لديهن الحيض في سن 55 سنة كما وجدنا نسبة 4,83 بالمائة من المبحوثات ممن توقف لديهن الحيض في سن 50 سنة و 56 سنة و أخيرا وجدنا نسبتين صغيرتين قدرتا ب 2,4 بالمائة و 0,80 بالمائة تمثلها كل من المبحوثات اللواتي توقف لدهن الحيض في سن 49 سنة و 47 سنة على التوالي.

وعليه فالمنوال يساوي 51 سنة لأنه يقابل أكبر تكرار.

شكل رقم 12: أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سن توقف الحيض.

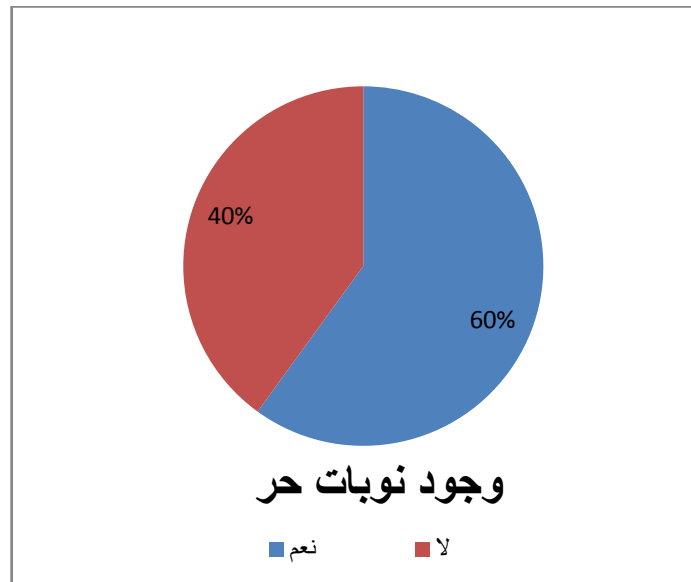


جدول رقم 32: توزيع أفراد العينة حسب وجود نوبات حر.

وجود نوبات حر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	120	60
لا	80	40
المجموع	200	100

من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ أن أغلب أفراد عينتنا صرحت أنها تحس بنوبات حر وذلك بنسبة 60 بالمائة مقابل 40 بالمائة من المبحوثات صرحن أنهن لا يحسن بنوبات حر. وعليه فالمنوال هو نعم لأنه يقابل أكبر تكرار وهو 120.

شكل رقم 13: دائرة تمثل توزيع أفراد العينة حسب وجود نوبات حر.



ثانياً: تحليل نتائج الفرضية الأولى .

تمهيد:

إن فحو فرضيتنا الأولى يدور حول التاريخ الإنجابي للمرأة كالسن عند أول زواج و مدى تأثيره على عدد حالات الحمل، السن عند أول حمل، السن عند آخر حمل ، المدة الفاصلة بين آخر ولادتين وكذا نوع الوسيلة المستعملة لمنع الحمل.

وبهذا قمنا بربط هذه المؤشرات للمتغير المستقل بمؤشرات المتغير التابع وكانت كالتالي:
شعور المرأة بالهبات الساخنة ،الشعور بآلام في الظهر والمفاصل ومدى تعرضها لكسور في العظام خلال تلك المرحلة الحساسة ، شعور المرأة بآلام في الثديين ، وجود مشاكل نفسية كالاكتئاب ، وجود مشاكل صحية أخرى ونوع هذه المشاكل إن وجدت .

جدول رقم 33: العلاقة بين سن المرأة عند أول زواج ومدى تعرضها للهبات الساخنة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة السن عند أول زواج
%	ك	%	ك	%	ك	
100	16	31,2	5	68,8	11	14 - 10
100	70	32,9	23	67,1	47	19 - 15
100	52	40,4	21	59,6	31	24 - 20
100	32	59,3	19	40,6	13	29 - 25
100	9	44,4	4	55,5	5	34 - 30
100	6	16,7	1	83,3	5	39 - 35
100	¹ 185	39,5	73	60,5	112	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي صرحن أنهن يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,5 بالمائة مقابل 39,5 بالمائة من المبحوثات لا يشعرن بالهبات الساخنة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو السن عند أول زواج نلاحظ أن اللواتي تزوجن في سن (39 - 35) سنة يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 83,3 بالمائة مقابل 68,8 بالمائة للواتي تزوجن في سن (14 - 10) سنة ونفس الشيء بالنسبة للواتي تزوجن في سن (19 - 15) سنة و (24 - 20) سنة أي يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 67,1 بالمائة و 59,6 بالمائة على التوالي في حين وجدنا الفئة التي تزوجت لأول مرة في سن (29 - 25) سنة لا تشعر بالهبات الساخنة بنسبة 59,3 بالمائة.

¹ - نقصد بالمجموع 185 عدد المبحوثات المتزوجات و الأراامل و المطلقات حيث استثنينا العازبات .

يمكننا أن نلاحظ من الجدول أن النساء المتزوجات في سن متأخرة يشعرن بالهبات الساخنة أكثر من غيرهن وعليه توجد علاقة بين المتغيرين و الدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه (+ 0,98) أي علاقة طردية قوية بين المتغيرين بمعنى كلما ارتفع السن عند أول زواج كلما شعرت المرأة بالهبات الساخنة.

تعتبر الهبات الساخنة من الرموز الشائعة السيئة لسن اليأس وهي تدهم المرأة بشكل مفاجئ هذا وقد صرحت لي المبحوثات أنهن تعانين كثيرا من الهبات الساخنة إلى درجة أن بعضهن عبرن عن هذا بـ " تحكمني هذيك الساخنة غير في الليل حتى نلقى حوايجي مشمخين " وأخريات " رححت للطبيب على هذي الساخنة و مادارلي والو " و أخريات " نحس بالحمان حتى في زمان الشتاء".

"إن أغلب النساء اللاتي يحيين حياة طبيعية تتقبلن مرحلة انقطاع الطمث ببساطة، ذلك لأن الإنسان يسعد بكل مرحلة من مراحل عمره، لكن بعض العوانس يصبين بشكوى دائمة (بدون مرض أو علة مرضية) و ذلك لشدة اهتمامهن بأمر الزواج و حرمانهن منه و هذه الشكوى ليست محصورة في عرض واحد بل تتناول أمور أخرى كثيرة مثل وجع الرأس و ألم في الأطراف و البطن ، و تعب لأبسط الحركات مع عدم الإقتدار على الأعمال المنزلية ، ضيق في النفس و شعور بارتخاء المفاصل أو طمث نزيفي مما يزيد من اعتقاد المصابة أن مرضها خطير لا يشفى منه"¹، وعليه فالمرأة التي تعرضت لمثل هذه الإضطرابات و تزوجت في سن متأخرة قد تعاني أكثر من غيرها من الهبات الساخنة لا سيما و إن وجدت نفسها مجبرة على القبول بهذا الزواج هروبا من مشكل العنوسة و من نظرة المجتمع لهن و يمكننا أن نلاحظ من خلال المعطيات الموضحة في الجدول أن فئة المبحوثات المتزوجات في سن متأخرة 35 – 39 سنة كن أكثر عرضة للهبات الساخنة و هذا بنسبة عالية قدرت بـ 83,3 بالمئة .

¹-أمانى مسعود. العنوسة(أسبابها وتأثيرها على المرأة)، التكوين للتأليف و الترجمة ، دمشق ، 2007 ، بدون طبعة ، ص 59 .

جدول رقم 34 : العلاقة بين سن المرأة عند أول زواج و مدى شعورها بآلام في الظهر والمفاصل.

المجموع		لا تشعر		تشعر		وجود آلام في الظهر و المفاصل السن عند أول زواج
%	ك	%	ك	%	ك	
100	16	18,8	3	81,2	13	14 - 10
100	70	28,6	20	71,4	50	19 - 15
100	52	42	22	58	30	24 - 20
100	32	53,1	17	46,9	15	29 - 25
100	9	33,3	3	66,7	6	34 - 30
100	6	83,3	5	16,7	1	39 - 35
100	185	41,6	77	58,4	115	المجموع

حسب القراءة الإحصائية للجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو اللواتي يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل بنسبة 58,4 بالمائة مقابل 41,6 لا يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل.

و عند إدخالنا لمتغير السن عند أول زواج نلاحظ أنه كلما انخفض هذا الأخير زاد احتمال شعور المرأة بآلام في الظهر والمفاصل حيث قدرت أعلى نسبة ب81,2 بالمائة عند اللواتي تزوجن في سن منخفض ما بين (10 - 14) سنة في حين وجدنا نسبة كبيرة جدا 83,3 بالمائة تمثلها فئة المبحوثات اللواتي تزوجن في سن متأخرة (35 - 39) سنة حيث صرحن أنهن لا يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل أما فئة المبحوثات اللواتي تزوجن لأول مرة في سن (15 - 19) سنة و(30 - 34) سنة و(20 - 24) سنة فقد صرحن أنهن يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل بالنسب التالية 71,4 بالمائة و66,7 بالمائة و58 بالمائة على التوالي بينما

وجدنا فئة المبحوثات اللواتي تزوجن لأول مرة في سن (25 - 29) سنة لا تشعرن بآلام بنسبة 53,1 بالمائة.

ومنه يمكننا القول أنه توجد علاقة بين متغير السن عند الزواج الأول ومتغير شعور المرأة بآلام في الظهر والمفاصل والدليل على هذا هو معامل التوافق الذي وجدناه يساوي +0,75 أي علاقة طردية قوية

من البديهي أن انخفاض سن المرأة عند الزواج يؤدي إلى ارتفاع الخصوبة لديها حيث تحاول إثبات وجودها وأنوثتها عن طريق الحمل وإنجاب أكبر عدد من الأطفال، و حتى نثبت هذا انظر الجدول رقم 1 في الملحق رقم 2 الذي وضعنا فيه العلاقة بين السن عند أول زواج وعدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة خلال فترة خصوبتها ومن خلال نتائجه سنحاول إعطاء تفسير علمي للنتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 34 .

" يعتبر ألم أسفل الظهر المستمر مشكلا صحيا شائعا يمر به أغلب الناس لبعض الوقت لكن يبدو أن النساء أكثر عرضة له للتأثيرات الهرمونية والتغيرات في الوضع أثناء الحمل وأمراض النساء عموما"¹.

من بين العلامات التي تمتاز بها مرحلة سن اليأس هي اضطرابات تشمل العظام و المفاصل نتيجة ضياع الثروة المعدنية و لعل أحد أسباب هذا الضياع هو تكرار الحمل والولادة مرات عدة تفوق قدرة المرأة فلاشك أن هذا يؤثر على الحالة الصحية للأم بصفة عامة وعلى حالتها المظهرية بصفة خاصة حيث يؤدي إلى ترهل الجسم كما أنه يؤدي إلى سقوط الرحم و جدران المهبل بالإضافة إلى استنزاف رصيد الأم من المواد الهامة من حديد و كالسيوم مما يؤثر على عظام الأم بصفة عامة مما يسبب لها آلاما في العظام و المفاصل خصوصا في فقرات الظهر والحوض وتزداد نسبة التعرض للكسور كلما توغلت المرأة في خريف العمر ويمكن أن تنجم تلك الكسور عن حركات بسيطة قد تقوم بها المرأة (قد أشرنا إلى جميع هذه التفاصيل في الجانب النظري في عنصر أهمية تنظيم الأسرة) و لكن مع هذا لا يمكن تجاهل حقيقة علمية وهي فقدان الكالسيوم نتيجة لهبوط مناسب الإستروجين حيث ترق العظام وتكون

¹-هندومة محمد أنور حامد . المرجع السابق ، ص 120 .

أكثر عرضة للكسر و يرجع سبب تقوس العمود الفقري الذي يظهر أحيانا بعد سن اليأس من الإنجاب إلى نقص الكالسيوم من عظام العمود الفقري بين الرقبة ولوح الكتف.

جدول رقم 35: العلاقة بين سن المرأة عند أول حمل و مدى شعورها بآلام في الثديين.

وجود آلام في السن الثديين عند أول حمل		توجد آلام		لا توجد آلام		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
19 - 15	23	36,5	40	63,5	63	100	
24 - 20	21	35	39	65	60	100	
29 - 25	22	51,2	21	48,8	43	100	
34 - 30	7	46,7	8	53,3	15	100	
المجموع	73	40,3	108	59,7	181 ¹	100	

من الجدول أعلاه يمكننا أن نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 59,7% مقابل 40,3% صرحن أنهن يشعرن بتلك الآلام .

وعند إدخالنا لمتغير السن عند أول حمل وجدنا نسبة 65% تمثلها فئة المبحوثات اللواتي لا يشعرن بآلام في الثديين وحملهن لأول مرة في سن (20 - 24) سنة و نفس الشيء بالنسبة للواتي حملن في سن (15 - 19) سنة وذلك بنسبة 63,5% أما اللواتي حملن في سن (30 - 34) سنة فأیضا لا يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 53,3% في حين وجدنا فئة المبحوثات اللواتي حملن في سن (25 - 29) سنة يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 51,2% .

من خلال الجدول نلاحظ أنه كلما ارتفع السن عند أول حمل زادت نسبة شعور المرأة بآلام في الثديين وعليه توجد علاقة بين المتغيرين و الدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0,29 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

¹ - نقصد بالمجموع 181: المبحوثات اللواتي حملن فقط حيث استثنينا العازبات و فئة المبحوثات اللواتي تزوجن ولم يحملن.

لقد لاحظنا في الجدول أن النساء اللواتي حملن في سن مبكرة كن أقل عرضة للآلام في الثديين فهل لوسائل منع الحمل المستعملة من طرف المرأة في فترة خصوبتها دور في ذلك؟.

سنجيب عن هذا السؤال من خلال الجدول الآتي.

جدول رقم 36: العلاقة بين سن المرأة عند أول حمل ونوع وسيلة منع الحمل التي استعملتها في السابق بمدى شعورها بالآلام في الثديين .

المجموع		لا توجد آلام		توجد آلام		وجود آلام في الثديين	
%	ك	%	ك	%	ك	نوع الوسيلة المستعملة	السن عند أول حمل
100	30	60	18	40	12	حبوب	19 - 15
100	10	50	5	50	5	لولب	
100	23	73,9	17	26,1	6	رضاعة	
100	63	63,5	40	36,5	23	المجموع	
100	37	67,6	25	32,4	12	حبوب	24 - 20
100	8	50	4	50	4	لولب	
100	15	66,6	10	33,3	5	رضاعة	
100	60	65	39	35	21	المجموع	
100	32	50	16	50	16	حبوب	29 - 25
100	8	37,5	3	62,5	5	لولب	
100	3	66,6	2	33,3	1	رضاعة	
100	43	48,8	21	51,2	22	المجموع	
100	11	54,5	6	45,5	5	حبوب	34 - 30
100	-	-	-	-	-	لولب	
100	4	50	2	50	2	رضاعة	
100	15	53,3	8	46,7	7	المجموع	
100	181	59,7	108	40,3	73	المجموع العام	

كما رأينا سابقا فإن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 59,7% مقابل 40,3% يشعرن بآلام في الثديين و كما رأينا أيضا أن أعلى نسبة هي 65% تمثلها النساء اللواتي حملن لأول مرة في سن منخفضة (20 - 24) سنة ولا يشعرن بآلام في الثديين ونفس الشيء بالنسبة للواتي حملن في سن (15 - 19) سنة بنسبة 63,5% وتراجع النسب كلما ارتفع السن عند أول حمل حيث وجدنا النسب التالية 53,3% و 48,8% تمثلها كل من النساء اللواتي كان أول حمل لهن في سن (30 - 34) سنة و(25 - 29) سنة على التوالي.

وعند إدخالنا لمتغير ثالث رائر على هذه العلاقة الأولية ألا وهو نوع وسيلة منع الحمل التي كانت مستعملة لاحظنا أن النساء اللواتي حملن لأول مرة في سن (15 - 19) سنة و استعملن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل لا يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 73,9% مقابل 60% أيضا لا يشنكين من آلام واستعملن الحبوب أما اللواتي استعملن اللولب فنصفهن لا يشعرن بآلام في الثديين والنصف الآخر لديها تلك الآلام في المقابل وجدنا اللواتي حملن لأول مرة في سن (20 - 24) سنة فوجدنا بنسبة 67,6% تمثلها المبحوثات اللواتي استعملن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل ولا يشعرن بآلام في الثديين وكذلك وجدنا نسبة 66,6% تمثلها المبحوثات المستعملات للرضاعة الطبيعية ولا يشعرن بآلام في الثديين أما اللواتي استعملن اللولب فنصفهن لا يشعرن بآلام و النصف الآخر لديها تلك الآلام في حين وجدنا النساء اللواتي حملن لأول مرة في سن (25 - 29) سنة فنسبة 66,6% منهن لا يشعرن بآلام في الثديين ممن استعملن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل ، أما اللواتي استعملن اللولب و الحبوب فقد وجدنا أنهن يعانين من آلام في الثديين بنسبة 62,5% و 50% على التوالي وأخيرا صرحت فئة المبحوثات اللواتي حملن لأول مرة في سن (30 - 34) سنة ممن استعملن الحبوب أنهن لا يشعرن بآلام في الثديين بنسبة 54,5% مقابل 50% من المستعملات للرضاعة الطبيعية و لا يشعرن أيضا بآلام في الثديين.

مما لا شك فيه أن الرضاعة الطبيعية تحمي الأم من بعض الأورام لاسيما سرطان الثدي فقد لاحظنا أن النساء اللواتي استعملن هذه الوسيلة كن أقل عرضة للشعور بآلام في الثديين فجميع العلماء يتفقون أن للرضاعة الطبيعية فوائد جمة تعود على الأم.

"لا بد أن نشير إلى أن سرطان الثدي قد يصيب الرجال إلا أنه أكثر أنواع السرطانات انتشارا بين النساء وتحدث 80% من الإصابات بعد سن الأربعين وهناك عوامل عديدة تلعب دورا في حدوث هذا المرض منها الوراثية، تناول الدهون، السمنة، التدخين إلا أن الخلل الهرموني بعد سن الأربعين يشكل أحد العوامل المهمة لذا على المرأة الإنتباه من أي تغيرات قد تصيب الثدي مثل ظهور أي تضخم في جزء من الثدي ، خروج أي إفرازات من الحلمة بصورة غير اعتيادية ، تغير في ملمس أو لون جلد الثديين و الأهم هو عدم الإستخفاف بتلك الآلام و القيام بفحوصات دورية للثديين.

كما تكون المرأة العانس أكثر عرضة لأورام الثدي الخبيثة التي تحدث في مرحلة ما بعد الخصوبة بينما تكون المرأة المتزوجة المنجبة أقل عرضة حيث أن الرضاعة الطبيعية تقي المرأة من التعرض للسرطانات.¹

¹-أماني المسعود . المرجع السابق ، ص 60 .

جدول رقم 37: العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى شعورها بآلام في الظهر والمفاصل.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بآلام في الظهر و المفاصل عدد حالات الحمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	19	57,9	11	42,1	8	0
100	48	45,8	22	54,2	26	4 - 1
100	101	39,6	40	60,4	61	9 - 5
100	27	14,8	4	85,2	23	14 - 10
100	5	20	1	80	4	19 - 15
100	200	39	78	61	122	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل بنسبة 61 بالمائة مقابل 39 بالمائة لا يشعرن بآلام.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو عدد حالات الحمل وجدنا اللواتي حملن ما بين 10 - 14 مرة يشعرن بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة كبيرة قدرت بـ 85,2 بالمائة وكذلك الحال بالنسبة للواتي حملن ما بين (15 - 19) مرة وذلك بنسبة 80 بالمائة وتراجع النسب عند اللواتي يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل لتقل إلى 60,4 بالمائة و 54,2 بالمائة وهذا عند اللواتي حملن ما بين (5 و 19) مرة و (1 - 4) مرات على التوالي في حين نجد اللواتي لم يحملن قط نسبة كبيرة منهن لا يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل وذلك بنسبة 57,9 بالمائة. وبحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,22 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

مما لا شك فيه أن الحمل المتكرر سيؤثر على صحة المرأة البدنية خاصة إن لم تحضر المرأة نفسها لمرحلة الحمل بصورة جيدة نفسيا و اجتماعيا و تغذويا لما له الأثر الكبير على صحتها فقد لمسنا من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه تأثير عدد حالات الحمل على شعور المرأة بآلام في الظهر والمفاصل حيث وجدنا المبحوثات اللواتي حملن ما بين (10-14) مرة و كذا (15 – 19) مرة أكثر عرضة لآلام الظهر و المفاصل بنسبة 85,2 بالمئة و 80 بالمئة على التوالي مما يدفعنا للقول أن المرأة التي تكون خصوبتها مرتفعة ستعرض للعديد من المشاكل الصحية كما رأينا الجدول.

لقد رأينا في الجدول رقم 37 كيف لعدد حالات الحمل أن تؤثر على شعور المرأة بآلام في الظهر والمفاصل فهل يكون لهذا المتغير المستقل أي عدد حالات الحمل تأثير على تعرض المرأة لكسور ؟ هذا ما سنعرفه من خلال الجدول الآتي :

جدول رقم 38: العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى تعرضها لكسور أو أشباه كسور.

المجموع		لا		نعم		حدوث كسور عدد حالات الحمل
ك	%	ك	%	ك	%	
19	100	16	84,2	3	15,8	0
48	100	37	77	11	23	1 - 4
101	100	71	70,3	30	29,7	5 - 9
27	100	19	70,4	8	29,6	10 - 14
5	100	1	20	4	80	15 - 19
200	100	144	72	56	28	المجموع

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لم تحصل لهن كسور أو أشباه كسور وذلك بنسبة 72 بالمئة مقابل 28 بالمئة تعرضن لكسور.

وعند إدخالها للمتغير المستقل ألا وهو عدد حالات الحمل لاحظنا أن اللواتي لم يحملن قط لم يتعرضن لكسور وذلك بنسبة كبيرة قدرت ب 84,2 أما اللواتي حملن ما بين (1 - 4) مرات و (5 - 9) مرات ، (10 - 14) مرة فأغلبهن لم يتعرضن لكسور وهذا بالنسب التالية 77 بالمائة و70,3 بالمائة 70,4 بالمائة على التوالي في المقابل وجدنا أغلب النساء اللواتي تراوحت عدد مرات حملهن ما بين (15 - 19) مرة تعرضت لكسور بنسبة 80 بالمائة مقابل 20 بالمائة فقط لم يتعرضن لكسور

ومنه يمكننا القول أن هناك علاقة بين عدد حالات الحمل و حدوث كسور أو أشباه كسور في العظام حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0,24 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين. إن عدد حالات الحمل تؤثر على صحة المرأة فكما رأينا في الجدول رقم 37 أنه كلما ارتفعت عدد حالات الحمل زاد شعور المرأة بآلام في الظهر و المفاصل و عليه وجدنا المبحوثات اللواتي حملن مرات عدة (15 – 19) مرة أكثر عرضة للإصابة بكسور في العظام و ذلك بنسبة 80 بالمائة نظرا لفقدان ثروة الكالسيوم جراء الحمل المتكرر .

جدول رقم 39: العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية عدد حالات الحمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	19	21,1	4	78,9	15	0
100	48	75	36	25	12	4 - 1
100	101	62,4	63	37,6	38	9 - 5
100	27	59,3	16	40,7	11	14 - 10
100	5	80	4	20	1	19 - 5
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

نلاحظ من خلال أرقام الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5 بالمائة مقابل 38,5 بالمائة لديهن تلك المشاكل.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو عدد حالات الحمل وجدنا النساء اللواتي حملن من (15 - 19) مرة لا يعانين من مشاكل نفسية وذلك بنسبة 80 بالمائة مقابل 78,9 بالمائة من المبحوثات اللواتي لم يحملن قط وهن يعانين من مشاكل نفسية في حين نجد فئة المبحوثات اللواتي أنجبن مابين (1 - 4) مرة و (5 - 9) مرة و (10 - 14) مرة لا يعانين من مشاكل نفسية وذلك وفقا للنسب التالية 75 بالمائة و62,4 بالمائة و59,3 بالمائة على التوالي.

وعليه هناك علاقة بين المتغيرين و الدليل على هذا هو حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0,30 أي علاقة طردية منخفضة بين عدد حالات الحمل ووجود مشاكل نفسية .

من خلال معطيات الجدول يمكننا أن نقول أن المرأة التي لم تستطع تحقيق أمومتها عن طريق الإنجاب تعاني كثيرا من الناحية النفسية فدورها كأم هو واحد من الأدوار التي تحقق به وجودها الإنساني وتشبع عواطفها وغرائزها النامية و المتطورة فالمرأة في مرحلة سن اليأس تقل حظوظها إن لم تنعدم في الحمل و الإنجاب و بالتالي يكون لزاما عليها تقبل واقعها الجديد من دون أولاد و لنا أن نتصور الحالة النفسية التي تكون عليها المرأة التي لم تحقق وظيفتها الطبيعية المتمثلة في الإنجاب لاسيما إن كانت في مرحلة سن اليأس (اليأس من الإنجاب ليس من الحياة)

جدول رقم 40: العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية ¹
ك	%	ك	%	ك	%	صحية ¹ عدد حالات الحمل
19	100	9	47,4	10	52,6	0
48	100	18	37,5	30	62,5	4 - 1
101	100	42	41,6	59	58,4	9 - 5
27	100	11	40,7	16	59,3	14 - 10
5	100	1	20	4	80	19 - 15
200	100	81	40,5	119	59,5	المجموع

من الأرقام المبينة في الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي يعانين من مشاكل صحية في مرحلة سن اليأس بنسبة 59,5 بالمائة مقابل 40,5 بالمائة لا يعانين مشكل صحي.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل عدد حالات الحمل وجدنا أكبر نسبة وهي 80 بالمائة تمثلها المبحوثات اللواتي حملن ما بين (15 - 19) مرة صرحن أنهن يعانين من مشاكل صحية تليها فئة المبحوثات اللواتي حملن ما بين (1 - 4) مرات و اللواتي يعانين أيضا من مشاكل صحية بنسبة 62,5 بالمائة ونفس الشيء عند بقية الفئات أي اللواتي حملن ما بين (10 - 14) مرة و(5 - 9) مرات و اللواتي لم يحملن قط حيث صرحن أنهن لا يعانين من مشاكل صحية بنسبة 59,3 بالمائة و58,4 بالمائة و52,6 على التوالي.

¹- نقصد بالمشاكل الصحية الأمراض المزمنة أو غيرها التي قد تعاني منها المرأة في مرحلة سن اليأس وليس الأعراض المصاحبة لهذه المرحلة.

و عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,07 أي علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين تتعرض المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى مجموعة من الأمراض و المشاكل الصحية التي تؤثر سلبا عليها وعلى معاشتها لتلك المرحلة العمرية الحرجة ، ومن بين تلك المشاكل أو الأمراض نذكر آلام الظهر والمفاصل ، ضغط الدم ، هشاشة العظام ، سرطان الثدي ، ارتفاع نسبة الكوليسترول ، نقص الرؤية.....الخ.

إن هذه المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة منها ما هو مرتبط بمرحلة سن اليأس ومنها ما هو مرتبط بتقدم المرأة في العمر ومنها ما هو مرتبط بالتاريخ الإنجابي للمرأة كما رأينا سابقا، وعلى هذا الأساس لم نلاحظ فروقا كبيرة في النتائج بين اللواتي حملن ما بين (15 - 19) مرة أو اللواتي لم يحملن قط ، بالإضافة إلى العوامل الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية التي لها تأثير أيضا على صحة المرأة ، فقد توصل المؤتمر الدولي لعام 2006 المنعقد في جنوب فرنسا تحت إشراف منظمة الصحة العالمية إذ تم تصنيف الأعراض المصاحبة لفترة ما بعد الخصوبة ، و أيضا توصلوا إلى أن تلك الأعراض و مضاعفاتها تنبثق عن ثلاث مكونات أساسية:

1 - نقص النشاط المبيضي الذي يصحب النقص الهرموني حيث ينتج عنه أعراض مبكرة و أخرى متأخرة.

2 - العوامل الثقافية و الإجتماعية المحددة لبيئة المرأة حيث أن تلك الأعراض لا تعتمد على حجم و مقدار نقص الإستروجين بل إن الخلفية الإجتماعية و الثقافية للمرأة تؤثر على قدرتها على مقاومة عملية كبر السن الطبيعية ، و التعامل مع التعقيدات النفسية لتغير الحياة كما أنه من الصعب فصل الأعراض الناتجة عن نقص الإستروجين عن أعراض كبر السن و مدى تأثير المشاكل الإجتماعية و العائلية على المرأة في منتصف العمر .

3 - عوامل سيكولوجية تعتمد على طبيعة و شخصية المرأة و تجربتها .

فإن تنوع و تعدد الأعراض يكون نتاجا لتفاعل تلك المكونات الثلاثة و التي تعني أن طبيعة و حدوث تلك الأعراض إنما ترتبط بالاختلاف التعليمي و الإجتماعي و الإقتصادي و السلالي

ولذلك وجدنا العلاقة بين متغير عدد حالات الحمل و متغير وجود مشاكل صحية علاقة ضعيفة جدا تكاد تنعدم.

هذا وسنبين نوع المشاكل الصحية التي قد تعاني منها النساء في مرحلة سن اليأس كما سنحاول الإجابة عن السؤال التالي: هل لعدد حالات الحمل تأثير على نوع المشاكل الصحية؟.

جدول رقم 41: العلاقة بين عدد حالات الحمل التي حصلت للمرأة ونوع المشاكل الصحية

التي تعاني منها.

نوع المشاكل الصحية	ضغط الدم		السكر		ضغط الدم + السكر		القلب		سرطان الثدي		كولسترول		مشاكل أخرى ¹		المجموع	عدد حالات الحمل
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
0	-	-	2	20	-	-	2	2	20	2	6	60	-	10	100	
4 - 1	12	40	9	30	2	2,7	2	6,7	1	3,3	4	13,3	-	30	100	
9 - 5	25	42,4	13	22	5	8,5	2	3,4	4	6,8	8	13,6	2	3,4	100	
14 - 19	3	18,8	6	37,5	1	6,3	-	-	6	37,5	-	-	-	16	100	
19 - 15	1	25	1	25	1	25	-	-	-	-	-	-	1	25	100	
المجموع	41	34,5	31	26,1	9	7,6	4	3,4	13	10,9	18	15,1	3	2,5	100	² 119

من الجدول أعلاه يتبين لنا أن أغلب أفراد العينة يعانون من ضغط الدم بنسبة 34,5 بالمائة مقابل 2,5 بالمائة لديهم مشاكل أخرى.

وعند إدخالنا لمتغير عدد حالات الحمل وجدنا أغلب المبحوثات اللواتي لم يحملن قط يعانين من ارتفاع الكولسترول بنسبة 60 بالمائة مقابل 42,4 بالمائة من النساء اللواتي حملن ما بين (5 - 9) مرات ممن يعانين من ارتفاع في ضغط الدم و أيضا بالنسبة للواتي حملن ما بين (1 - 4) مرات بنسبة 40 بالمائة أما اللواتي حملن ما بين (10 - 14) مرة فوجدنا أنهن يعانين من مرض سرطان الثدي ومرض السكري وذلك بنسبة 37,5 بالمائة على حد سواء.

¹-مشاكل أخرى متمثلة في نقص الرؤية، فقر الدم، المرارة

²-نقصد بالمجموع 119 المبحوثات اللواتي يعانين من مشاكل صحية المذكورة في الجدول أعلاه

لقد ذكرنا سابقا أن المرأة في مرحلة سن اليأس تتعرض لمجموعة من الأمراض و المشاكل الصحية وأغلب هذه الأمراض لا يعرف سببها إلا إذا كانت هناك علاقة مباشرة بمرحلة سن اليأس كمرض هشاشة العظام والذي سببه الرئيسي هو دخول المرأة لمرحلة انقطاع الطمث فبعد سن 35 تزيد سرعة تلاشي العظام تفوق سرعة بنائها وبالتالي تتناقص كمية العظم في الهيكل تدريجيا وهذا التناقص في كمية العظام داخل الهيكل يصبح أكثر شدة عندما يتوقف إفراز هرمون الإستروجين عند المرأة.

وعلى هذا الأساس كانت النتائج متباينة في الجدول بين اللواتي لم يحملن أبدا و بين اللواتي حملن أكثر من مرة فبغض النظر عن عدد الحمل فممكن أن تكون هذه الأخيرة سببا في معاناة المرأة من مرض معين لكن أبدا ليس السبب الوحيد في ذلك وعلى هذا الأساس وجدنا معامل التوافق يساوي 0,12 أي علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين.

جدول رقم 42: العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء المنجب من طرف المرأة و مدى شعورها بآلام في الظهر والمفاصل.

المجموع		لا تشعر بآلام		تشعر بآلام		آلام في الظهر و المفاصل عدد الأطفال الأحياء
%	ك	%	ك	%	ك	
100	19	57,9	11	42,1	8	0
100	65	53,8	35	46,2	30	1 - 4
100	98	26,5	26	73,5	72	5 - 9
100	16	37,5	6	62,5	10	10 - 14
100	2	-	-	100	2	15 - 19
100	200	39	78	61	122	المجموع

من خلال معطيات الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي تشعرن بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 61 بالمائة مقابل 39 بالمائة لا تشعرن بآلام .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل عدد الأطفال الأحياء نلاحظ أن جميع المبحوثات اللواتي أنجبن عدد كبير من الأطفال (15 - 19) طفل حي يعانين من آلام في الظهر و المفاصل وذلك بنسبة 100 بالمئة و تتراجع النسب لتصل إلى 73,5 بالمئة و 62,5 بالمئة بالنسبة للواتي أنجبن ما بين (5 - 9) طفل حي و (10 - 14) طفل حي على التوالي بينما وجدنا اللواتي لم تتجن أطفال و اللواتي لديهن ما بين (1 - 4) طفل حي لا يعانين من آلام في الظهر و المفاصل وذلك بنسبة 57.9 بالمئة و 53.8 بالمئة على التوالي ومنه وجدنا معامل التوافق يساوي 0,28 أي علاقة طردية منخفضة بين متغير عدد الأطفال الأحياء و متغير الشعور بآلام في الظهر و المفاصل.

إن شعور المرأة بآلام في الظهر و المفاصل يعود للإعتبارات التي ذكرناه سابقا ضف إلى ذلك عدد الأطفال الكبير الذي سيضاعف من مهام المرأة و يزيد لها تعباً و إرهاقاً فتهمل نفسها خاصة من حيث التغذية السليمة و توفير ما يحتاجه جسمها من مواد معدنية هامة تمكنها من مواصلة حياتها و هي تتمتع بصحة جيدة ، و هذا ما لاحظناه في الجدول أعلاه حيث وجدنا المبحوثات اللواتي لديهن أطفال أحياء ما بين 14 – 19 طفل يعانين من آلام في الظهر و المفاصل بنسبة 100 بالمئة.

و لمزيد من التوضيح سنتطرق لنتائج الجدول الآتي :

جدول رقم 43: العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء المنجب من طرف المرأة و مدى تعرضها لكسور في العظام.

المجموع		لم تتعرض		تعرضت		التعرض عدد لكسور الأطفال الأحياء
%	ك	%	ك	%	ك	
100	19	100	19	-	-	0
100	65	73,8	48	26,2	17	4 - 1
100	98	69,4	68	30,6	30	9 - 5
100	16	56,3	9	43,7	7	14 - 10
100	2	-	-	100	2	19 - 15
100	200	72	144	28	56	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لم تتعرض لكسور في العظام بنسبة 72 بالمائة مقابل 28 بالمائة تعرضن لكسور وعند إدخالنا لمتغير عدد الأطفال الأحياء وجدنا اللواتي لديهن ما بين (15 - 19) طفل حي تعرضن لكسور بنسبة 100 بالمائة مقابل 100 بالمائة من المبحوثات اللواتي ليس لديهن طفل حي لم يتعرضن لكسور في العظام بينما اللواتي لديهن من (1 - 4) طفل حي و(5 - 9) طفل حي و(10 - 14) طفل حي أيضا لم يتعرضن لكسور وذلك وفقا للنسب التالية 73,8 بالمائة و69,4 بالمائة و 56,3 بالمائة على التوالي.

من خلال معطيات الجدول يمكننا أن نلاحظ أن نسبة تعرض المرأة لكسور تزداد بازدياد عدد الأطفال الأحياء وعليه فقد وجدنا معامل التوافق يساوي 0,29 مما يدل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

"تحدث الكسور في عدة مواقع في الهيكل العظمي ، و أهم هذه المواقع هي عظمة الساعد و فقرات الظهر و فقرات المقدمة العليا للساق و يتصاعد معدل نقصان كثافة العظام بعد انقطاع الطمث بسبب الزيادة في نقصان محتوى الكالسيوم في العظام ، و يمكن أن يصل معدل فقدان كثافة العظام الفقرية خلال السنوات الخمس التالية لإنقطاع الطمث الطبيعي إلى 5 بالمئة كل عام و بعد إزالة المبيضين يمكن أن يصل إلى 7 – 9 بالمئة في السنة."¹

من خلال ما سبق ذكره يمكننا أن نستنتج أن مادة الكالسيوم ضرورية جدا كونها أساسية في بناء العظم لذلك لا بد على المرأة أن تنتهج أسلوبا للتغذية يكون صحيا يبدأ من مرحلة خصوبتها خاصة أثناء فترات حملها لاسيما إن كانت كثيرة و متكررة كما لاسيما إن لتتفادى الكثير من الأمراض و المشاكل الصحية و يمكننا أن نلاحظ هذا من خلال النتائج المبينة في الجدول حيث تعرضت جميع المبحوثات اللواتي لديهن أطفال أحياء ما بين 14- 19 طفلا لكسور أي بنسبة 100 بالمئة .

جدول رقم 44: العلاقة بين مدة الزواج التي قضتها المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية.

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية	مدة الزواج
%	ك	%	ك	%	ك		
100	16	43,8	7	56,2	9		19 - 15
100	35	62,9	22	37,1	13		24 - 20
100	39	64,1	25	35,9	14		29 - 25
100	32	68,8	22	31,2	10		34 - 30
100	37	67,6	25	32,4	12		39 - 35
100	26	61,5	16	38,5	10		44 - 40
100	185	63,2	117	36,8	68		المجموع

¹ - أحمد فضيل ، المرجع السابق ، ص 39

عند إطلاعنا على معطيات الجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثات لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 63,2% مقابل 36,8% يعانين من مشاكل نفسية وعند إدخالنا لمتغير مدة الزواج وجدنا اللواتي تراوحت مدة زواجهن ما بين (30 - 34) سنة و(35 - 39) سنة لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 68,8% و 67,6% على التوالي وكذلك الحال بالنسبة للواتي تراوحت مدة زواجهن ما بين (25 - 29) سنة و(20 - 24) سنة ، (40 - 44) سنة بنسبة 64,1% و62,9% ، 61,5% على التوالي أما اللواتي تراوحت مدة زواجهن ما بين (15 - 19) سنة فيعانين من مشاكل نفسية بنسبة 56,2%.

إن النساء اللواتي مضى على زواجهن مدة قليلة نوعا ما يعني أنهن تزوجن في سن متأخرة ويمكن أن نلاحظ في الجدول أن هؤلاء يعانين من مشاكل نفسية أكثر من غيرهن كالتذمر والقلق و الاكتئاب فقد صرحت لي أغلب المبحوثات أن الظروف قد أجبرتهم على مثل هذا الزواج نظرا للسن التي وصلن إليه حيث تقل حظوظهن للزواج من الشخص المناسب حيث وجدنا فئة من المبحوثات لديهن مشاكل مع أولاد أزواجهن وهن غير مرتاحات أو سعيدات في زواجهن كما وجدنا فئة أخرى من النساء المطلقات أو الأرامل و بالتالي لم يمضي على زواجهن مدة طويلة وهن يعانين كثيرا من التذمر نظرا لفقدان السند الإجتماعي و المتمثل في الزوج و بالتالي تظطر المرأة لتربية الأبناء و مواجهة متاعب الحياة لوحدها مما يثقل كاهلها و يشعرها بالضيق و الإكتئاب لاسيما في مرحلة نهاية الخصوبة .

وعليه توجد علاقة بين متغير مدة الزواج و متغير وجود مشاكل نفسية لذلك وجدنا معامل التوافق يساوي 0,34 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

جدول رقم 45: العلاقة بين سن المرأة عند آخر حمل و وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل السن صحية عند آخر حمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	13	53,9	7	46,1	6	29 - 25
100	45	44,4	20	55,5	25	34 - 30
100	53	39,6	21	60,4	32	39 - 35
100	48	39,6	19	60,4	29	44 - 40
100	22	27,3	6	72,7	16	49 - 45
100	¹ 181	40,3	73	59,7	108	المجموع

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشتكين من وجود مشاكل صحية بنسبة 59,7 % مقابل 40,3 % لا توجد لديهن مشاكل صحية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو السن عند آخر حمل وجدنا النسب ترتفع كلما ارتفع السن حيث صرحت المبحوثات اللواتي كان آخر حملهن في سن (45 - 49) سنة أن لديهن مشاكل صحية بنسبة 72,7 % و نفس الشيء بالنسبة للواتي حملن آخر مرة في سن (35 - 39) سنة و(40 - 44) سنة فوجدنا نسبة 60,4 % لكل منهما أما اللواتي حملن آخر مرة في سن (30 - 34) سنة فكان أيضا يشتكين من وجود مشاكل صحية بنسبة 55,5 % في المقابل وجد اللواتي حملن آخر مرة في سن (25 - 29) سنة فنسبة 53,9 % منهن لا يشتكين من وجود مشاكل صحية

¹- نعني بالمجموع 181 عدد المبحوثات اللواتي حملن أي استنتينا 19 حالة لم يحصل لها حمل.

إن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين و الثلاثين و تتزايد خطورته بعد الخامسة و الثلاثين و ما يحدث في جسم المرأة من تغيرات أثناء الحمل و ما يبذل من مجهود و ما يفقد من دم أثناء الولادة يستلزم قوة و لا يمكن لجسمها المتقدم في السن أن يتحمل عملية الحمل و الولادة و بالذات عندما تبدأ الأوعية الدموية في فقد مرونتها و يبدأ ضغط الدم في الإرتفاع و يتعذر إيقاف النزيف الذي يتوقف تلقائياً و بسهولة في السن الصغيرة ثم من يتحمل في سن الشيخوخة مسؤولية تقويم الطفل و رعايته مما يعيق كثيراً اهتمام المرأة بصحتها إذ تعتبر مرحلة سن اليأس عن الإنجاب محطة عمرية هامة تحتاج فيها المرأة لرعاية صحية اجتماعية و نفسية إذ تصاحب تلك المرحلة أعراض و أمراض مزعجة قد تتفاقم إن لم تجد أو تلقى المرأة العناية و الرعاية بأنواعها الطبية و الاجتماعية و النفسية و على هذا الأساس كنا نلاحظ في الجدول أنه كلما ارتفع السن عند آخر حمل صرحت لنا المبحوثات أنه توجد مشاكل صحية و قد تتنوع هذه الأخيرة بتنوع العوامل المؤثرة في الصحة منها الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية فالسن عند آخر حمل هو أحد الأسباب التي قد تؤثر على صحة المرأة لكنه أبداً ليس الوحيد و لذلك وجدنا معامل التوافق يساوي 0,14 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

لقد رأينا في الجدول رقم 45 كيف للسن عند آخر حمل تأثير على وجود مشاكل صحية عند المرأة فكيف لهذا المتغير أن يؤثر على رأيها في مرحلة سن اليأس؟.

هذا ما سنعرفه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 46: العلاقة بين عدد الإجهاضات التي حصلت للمرأة و وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية عدد الإجهاضات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	40	50	20	50	20	مرة
100	30	30	9	70	21	مرتان
100	12	41,6	5	58,3	7	ثلاث مرات
100	4	25	1	75	3	أربع مرات
100	86	40,7	35	59,3	51	المجموع

من خلال أرقام الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يعانين من مشاكل صحية بنسبة 59,3% مقابل 40,7% ليست لديهن مشاكل صحية.

وعند إدخالنا لمتغير عدد مرات الإجهاض وجدنا اللواتي أجهضن أربع مرات يعانين من مشاكل صحية بنسبة 75% ونفس الشيء بالنسبة للواتي أجهضن مرتان بنسبة 70% و كذلك اللواتي أجهضن ثلاث مرات بنسبة 58,3% أما اللواتي أجهضن مرة واحدة فوجدنا نصفهن أي 50% لديهن مشاكل صحية والنصف الآخر ليس لديهن مشاكل صحية.

مما لا شك فيه أن الإجهاض يعتبر خطرا على صحة الأم بغض النظر عن توقف الحمل وفقدان الجنين ولاسيما إن تكرر الأمر مرات عدة فقد وجدنا اللواتي أجهضن مرة واحدة يعانين من مشاكل صحية بنسبة 50% وهي أصغر نسبة في حين اللواتي أجهضن أربع مرات فقد كانت النسبة 75% وهي أكبر نسبة ومع هذا لا يمكننا الجزم بأن الإجهاض هو السبب الرئيسي والوحيد في وجود مشاكل صحية قد تعاني منها المرأة في مرحلة سن اليأس بحكم التغيرات البيولوجية و الإجتماعية التي تحكم هذه المرحلة العمرية وعلى هذا الأساس وجدنا معامل التوافق يساوي 0,20 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

جدول رقم 47: العلاقة بين نوع وسيلة الحمل المستعملة من طرف المرأة في السابق و وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية نوع الوسيلة المستعملة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	120	40	48	60	72	حبوب
100	20	40	8	60	12	لولب
100	41	43,0	18	56,0	23	رضاعة
100	181	40,9	74	59,1	107	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59,1% مقابل 40,9% ليست لديهن مشاكل صحية.

وعند إدخالنا لمتغير نوع وسيلة الحمل المستعملة وجدنا اللواتي استعملن الحبوب و اللولب يعانين من مشاكل صحية بنسبة 60% على حد سواء مقابل 56,0% ممن استعملن الرضاعة الطبيعية.

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أنه مهما اختلفت الوسيلة المستعملة لمنع الحمل إلا و كانت المرأة تعاني من مشاكل صحية كونها في مرحلة حساسة نتيجة عوامل بيولوجية تتعلق بنقص هرمون الإستروجين وما يسببه من اضطرابات وكذا، عوامل ثقافية و يمكن أن تكون إقتصادية ، لكن الملفت للانتباه في الجدول أن النساء المستعملات للرضاعة الطبيعية كن أقل عرضة للمشاكل الصحية من غيرهن إذ تبقى هذه الوسيلة أحسن الطرق و أمنها على صحة الأم وفي نفس الوقت لا يمكن اعتبارها الوسيلة الوحيدة التي تبقى وتحمي المرأة من الأمراض وعلى هذا الأساس وجدنا معامل التوافق يساوي 0,10 أي علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين .

الإستنتاج العام للفرضية:

تمر المرأة بمراحل ثلاث تشكل نمط تكوينها وأسلوب حياتها وهي مرحلة البلوغ ، المراهقة وفترة الإنجاب وسن اليأس وقد ينتج عن تلك المراحل أحداث قد تواجه المرأة أثناء حياتها وتترك بصماتها الواضحة على سلوك المرأة وما يعقبها من تغيرات بيولوجية و فسيولوجية واجتماعية أيضا.

من أهم العلامات التي تمتاز بها مرحلة انقطاع الطمث هي نوبات الحرارة التي تنتاب المرأة من حين لآخر خاصة في الليل إلى درجة التعرق الغزير وهذا ما وجدنا في بحثنا حيث صرحت 60% من المبحوثات أنها تتعرض للهبات الساخنة وهذا ليس كل شيء فقد وجدنا علاقة طردية قوية بين السن عند أول زواج والشعور بالهبات الساخنة حيث كلما ارتفع السن كلما شعرت المرأة بنوبات الحرارة إذ وجدنا نسبة 83,3% تمثلها المبحوثات اللواتي تزوجن لأول مرة في سن متأخرة (35 - 39) سنة يشعرن بالهبات الساخنة .

من أهم النتائج التي توصلنا إليها أيضا أثناء اختبارنا لهذه الفرضية أن السن عند أول زواج له تأثير على صحة المرأة، فعلى سبيل المثال وجدنا المتزوجات في سن مبكرة (10 - 14) سنة أكثر عرضة للشعور بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 81,2% مقابل 83,3% من المتزوجات في سن متأخرة (35 - 39) سنة لا يشعرن بتلك الآلام كما وجدنا علاقة قوية بين المتغيرين أثناء حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه 0,75 و بالتالي كلما انخفض السن عند أول زواج زادت معه شعور المرأة بآلام في الظهر و المفاصل كما اختبرنا أيضا العلاقة بين السن عند أول زواج وعدد حالات الحمل فوجدنا علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين أي أن انخفاض السن يؤدي إلى ارتفاع الخصوبة لدى المرأة حيث تحاول إثبات وجودها وأنوثتها عن طريق الحمل وإنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال حيث وجدنا اللواتي تزوجن في سن مبكرة (10 - 14) سنة وصلت عدد مرات أحماهن (15 - 19) مرة بنسبة 25% وتنعدم النسبة كلما ارتفع السن عند أول زواج ، و من ثم كانت هذه الفئة أي التي حملت ما بين (15 - 19) مرة أكثر الفئات شعورا بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 80% مقابل

42,1% بالنسبة للواتي لم يحملن قط كما لاحظنا أيضا أنه كلما ارتفعت عدد مرات الحمل ازدادت نسبة تعرض المرأة لكسور في العظام فقد وجدنا نسبة 80% ممن تعرضت لكسور عند اللواتي حملن (15 - 19) مرة مقابل 15,8% عند اللواتي لم تحملن قط وهذا قد يكون بسبب فقدان ثروة الكالسيوم جراء الحمل المتكرر وحتى نؤكد ما قيل وجدنا المبحوثات اللواتي لديهن عدد أطفال أحياء ما بين (15 - 19) طفل يعانين من آلام في الظهر و المفاصل بنسبة 100% مقابل 42,1% فقط ممن ليس لديهن أطفال أحياء كما وجدنا أيضا تعرض الفئة الأولى لكسور بنسبة 100% مقابل 100% من اللواتي لم تحمل قط لم تتعرض لكسور فالجهد المبذول في الحمل و الإنجاب و من ثم في التربية سوف يحد من اهتمام المرأة بنفسها وبصحتها مما يؤدي إلى تعرضها للعديد من الأمراض التي تتفاقم مع تقدمها في العمر وهذا ليس السبب كل شيء فقد وجدنا النساء اللواتي لم يحملن قط يعانين أكثر من غيرهن من مشاكل نفسية بنسبة 78,9% وهذا أمر طبيعي في مجتمع ما زال يعترف بأن الأمومة هي الوظيفة الاجتماعية والحتمية لكل امرأة.

تتميز مرحلة سن اليأس تتعرض المرأة لمشاكل صحية عديدة منها : ارتفاع ضغط الدم ارتفاع نسبة الدهون ، السمنة ، هشاشة العظام ، آلام أسفل الظهر وآلام المفاصل ، سرطان الرحم ، سرطان الثدي..... الخ و على هذا الأساس وجدنا نسبة 59,5% من المبحوثات يعانين من مشاكل صحية وهذا مهما اختلفت عدد حالات الحمل فمثلا لم نلاحظ فروقا كبيرة بين اللواتي حملن (15 - 19) مرة وبين اللواتي لم يحملن قط ذلك لأن الصحة في حد ذاتها تؤثر وى تتأثر بعوامل بيولوجية و ثقافية و اقتصادية كما لم تظهر أيضا علاقة واضحة بين عدد الحمل ونوع المشاكل التي قد تعاني منها المرأة.

لقد أردنا أثناء اختبارنا لهذه الفرضية اختبار كل المؤشرات الديمغرافية ووقعها على صحة المرأة في مرحلة سن اليأس فتطرقنا إلى مدة الزواج و علاقته بوجود مشاكل نفسية فوجدنا اللواتي كانت مدة زواجهن مدة قصيرة (15 - 19) سنة أكثر عرضة للمشاكل النفسية بنسبة 56,2% مقابل 61,5% من المبحوثات التي وصلت مدة زواجهن (40 - 44) سنة وهن لا يعانين من مشاكل نفسية .

هذا وقد وجدنا نسبة لايأس بها في بحثنا تعاني من الآم في الثديين بنسبة 40,3 % وعند محاولتنا معرفة سبب ذلك توصلنا إلى أن المستعملات للرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل في فترة الخصوبة كن أقل تعرضا لتلك الآلام على مستوى الثديين فعلى سبيل المثال وجدنا نسبة 73,9 % تمثلها النساء اللواتي حملن لأول مرة في سن مبكرة (15 - 19) سنة واستعملن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل هن لا يشعرن بالآام في الثديين و نفس الملاحظة بالنسبة للواتي حملن في سن (20 - 24) سنة و (25 - 29) سنة بنسبة 66,6 % على حد سواء أما اللواتي حملن لأول مرة في سن (30 - 34) سنة فأيضاً لا يشعرن بالآام في الثديين بنسبة 50% وكل هذه النسب الكبيرة تجعلنا نثني على أهمية الرضاعة الطبيعية في تجنب المرأة الكثير من الآلام والأمراض .

لطالما حذر الأطباء من خطورة الحمل في سن متأخرة بالنسبة للمرأة إذ يمكن أن يعرض حياتها للخطر ولهذا السبب حاولنا معرفة ما إذا للسّن عند آخر حمل علاقة بوجود مشاكل صحية لدى المرأة فوجدنا نسبة 72,7% تمثلها المبحوثات اللواتي حملن لآخر مرة في سن متأخرة (45 - 49) سنة و يعانين من مشاكل صحية وهي أكبر النسب كما كانت هذه الفئة أكثر الفئات سرورا بمرحلة سن اليأس بنسبة 63,6% عكس اللواتي حملن لآخر مرة في سن (25 - 29) سنة حيث كن غير مسرورات بمرحلة سن اليأس 30,7 % كما تطرقنا أيضا لعامل الإجهاض وتأثيره على صحة المرأة فوجدنا أكبر نسبة 75% تمثلها اللواتي أجهضن أربع مرات و هن يعانين من مشاكل صحية و تتراجع النسب كلما انخفضت عدد حالات الإجهاض لتصل إلى 50% عن اللواتي أجهضن مرة واحدة مما يدفعنا للقول أن الإجهاض يؤثر على صحة المرأة مسيبالها مشاكل صحية .

وأخيرا نستنتج أن هناك بعض المؤشرات التي تتعلق بالتاريخ الإنجابي للمرأة تؤثر على صحتها في مرحلة سن اليأس.

ثالثا - تحليل نتائج الفرضية الثانية:

تمهيد:

تأسست الفرضية الثانية والقائلة بأن كلما انخفض وعي المرأة بمميزات وخصائص مرحلة سن اليأس زادت صحتها سوءا خلال تلك المرحلة وعليه سنحاول تحليل و تفسير الفرضية التي صغناها وهذا إحصائيا واجتماعيا حيث سنسعى للإلمام بالمؤشرات المتعلقة بوعي المرأة وبهذا كانت مؤشرات المتغير المستقل كالتالي:

- مدى القيام بفحوصات دورية لدى الطبيب .

- معارف ومكتسبات المرأة حول مرحلة سن اليأس.

- مدى ممارسة التمارين الرياضية.

أما مؤشرات المتغير التابع فكانت كالتالي:

- التعرض للهبات الساخنة.

- وجود آلام في الظهر والمفاصل.

- وجود مشاكل نفسية.

- وجود مشاكل صحية.

جدول رقم 48 : العلاقة بين مدى قيام المرأة بفحوصات دورية لدى الطبيب و مدى شعورها بالهبات الساخنة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		التعرض للهبات الساخنة القيام بالفحوصات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	110	32.7	36	67.3	74	تقوم
100	90	48.9	44	51.1	46	لا تقوم
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60 بالمئة مقابل 40 بالمئة لا تشعرن بها . و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية لدى الطبيب وجدنا نسبة 67.3 بالمئة ممن تجرين الفحوصات الدورية تشعرن بالهبات الساخنة في حين كانت 51.1 بالمئة من المبحوثات اللواتي لا تقمن بالفحوصات الدورية أيضا تشعرن بالهبات الساخنة .

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستخلص أن هناك علاقة بين المتغيرين و الدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل الإقتران الذي وجدناه يساوي 0.17 أي هناك علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

بالرغم من قيام المرأة بالفحوصات الدورية لدى الطبيب كما يظهر لنا من خلال النتائج في الجدول أعلاه إلا أن الملاحظ أن نسبة كبيرة من المبحوثات تعانين من الهبات الساخنة و هذا يعود لكون الغرض من هذه الفحوصات هو متابعة العلاج لأن المبحوثة مصابة بمرض معين حيث وجدنا نسبة 62 بالمئة منهن(أنظر الجول رقم 2 في الملحق رقم 2) تقوم بالكشف

و الفحص الدوري بغرض المتابعة عند الطبيب الذي يطلب منها تحاليل و صور أشعة في كل مرة للعلاج .

جدول رقم 49 : العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بآلام في الظهر و المفاصل القيام بالفحوصات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	110	44.6	49	55.4	61	تقوم
100	90	32.3	29	67.7	61	لا تقوم
100	200	39	80	61	122	المجموع

يمكننا أن نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن آلام في الظهر و المفاصل بنسبة 61 بالمئة مقبل 39 بالمئة فقط ليست لديهن آلام

و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية وجدنا نسبة كبيرة منهن 67.7 بالمئة لا تقمن بالفحوصات و تعانين من آلام في الظهر و المفاصل في حين وجدنا نسبة 55.4 بالمئة تمثلها فئة المبحوثات اللواتي تعانين من آلام في الظهر و المفاصل و تقمن بالفحوصات الدورية .

و بحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يساوي - 0.25 أي أن هناك علاقة عكسية منخفضة بينها متغير مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية و شعورها بآلام في الظهر و المفاصل .
يمكننا أن نلمس أهمية القيام بالفحوصات الدورية لدى الطبيب إذ لاحظنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثات اللواتي لا تقمن بالفحوصات الدورية تعانين من آلام في الظهر و المفاصل .

جدول رقم 50 : العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية لدى الطبيب و مدى تعرضها لكسور في مرحلة نهاية الخصوبة .

المجموع		لم تتعرض لكسور		تعرضت لكسور		التعرض لكسور
%	ك	%	ك	%	ك	القيام بالفحوصات
100	110	70	78	30	33	تقوم
100	90	74.5	67	25	23	لا تقوم
100	200	72	144	28	56	المجموع

يتوضح لنا من خلال الأرقام المبينة في الجدول أعلاه أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لم تتعرض لكسور بنسبة 72 بالمئة مقابل 28 بالمئة من المبحوثات تعرضت لكسور و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية و جدنا نسبة كبيرة قدرت ب 74.5 بالمئة ممن لم تقم بالفحوصات و لم تتعرض لكسور و نفس الشيء بالنسبة للواتي قمن بالفحوصات الدورية بنسبة 70 بالمئة.

و بحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يقدر ب 0.11 دليل على أن هناك علاقة ضعيفة بين المتغيريين

إن وصول المرأة لمرحلة نهاية الخصوبة لا يعني دائما تعرضها لكسور في العظام في كل الأحوال فقد تتجاوز هذه الفترة و هي سليمة معافاة من الأمراض و الأسقام و لهذا السبب لم نجد للفحوصات الدورية دور كبير في عدم تعرض المرأة للكسور حيث لاحظنا أنه سواء قامت المبحوثة أو لم تقم بالفحوصات الدورية فنسبتهم كبيرة ممن لم تتعرض لكسور و بالتالي كانت العلاقة بين المتغيريين ضعيفة.

جدول رقم 51 : العلاقة بين مدى قيام المرأة بالفحوص الدورية لدى الطبيب و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها المرأة خلال فترة نهاية الخصوبة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية القيام بالفحوصات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	110	28.8	25	77.2	85	تقوم
100	90	62.2	56	37.7	34	لا تقوم
100	200	40.5	81	59.5	119	المجموع

يتبين لنا من خلال الأرقام الموضحة في الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59.5 بالمئة مقابل 40.5 بالمئة ليست لديهن مشاكل صحية

و بإدخالنا للمغير المستقل مدى قيام المرأة بالفحوصات الدورية وجدنا نسبة كبير منهن 77.2 بالمئة تقمن بالفحوصات الدورية و لديها مشاكل صحية في المقابل كانت الفئة التي لا تقوم بالفحوص الدورية لا تعاني من مشاكل صحية بنسبة 62.2 بالمئة .

وبحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يساوي 0.69 دليل على أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين

لقد ذكرنا سابقا أن أغلب المبحوثات 62 بالمئة يقمن بالفحوصات الدورية لغرض متابعة العلاج (أنظر الجدول رقم 2 في الملحق رقم 2) و على هذا الأساس وجدنا نسبة كبيرة 77.2 بالمئة تقمن بالفحوصات الدورية و هن تعانين من مشكل صحي بمعنى المبحوثات غير واعيات بأهمية و دور الفحوص الطبية التي تجربونها في تفادي العديد من الأمراض .

جدول رقم 52 : العلاقة بين معارف المرأة عن مرحلة سن اليأس و مدى شعورها بالهبات الساخنة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة معارف المرأة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	61	36.1	22	63.9	39	انقطاع العادة الشهرية
100	48	43.7	21	56.2	27	تصبح المرأة عجوزا
100	22	45.6	10	54.4	12	تغير في الهرمونات
100	22	27.3	6	72.7	16	السخانة بزاف
100	37	37.9	14	62.1	23	فقدان الحيوية
100	6	66.6	4	33.3	2	لا تتجب أطفال
100	4	75	3	25	1	لا أدري
100	200	40	80	60	120	المجموع

يمكننا أن نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60 بالمئة مقابل 40 بالمئة فقط لا تشعرن بتلك الهبات.

و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو معارف المرأة حول مرحلة سن اليأس وجدنا نسبة 63.9 بالمئة من المبحوثات اللواتي ترين في مرحلة نهاية الخصوبة هي انقطاع الدورة الشهرية تعانين من الهبات الساخنة و نفس الشيء عند اللواتي ترين ما تمرن به هو السخانة بزاف وفقدان للحيوية بنسبة 72.7 بالمئة و 62.1 بالمئة على التوالي أما في المقابل فوجدنا فئة المبحوثات اللواتي ليس لديهن معلومات عن مرحلة نهاية الخصوبة لا يعانين من الهبات الساخنة بنسبة 75 بالمئة و 66.6 بالمئة عند اللواتي ترين في المرحلة التوقف عن إنجاب الأطفال

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.22 مما يدل على أن هناك علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

من المؤكد أن المرأة التي تعاني من مشكل ما ستبني عليه أفكارا معينة و هذا ما لمسناه في الجدول من خلال النتائج التي تحصلنا عليها إذ كانت فئة البحوث اللواتي ترين في مرحلة نهاية الخصوبة هي الساخنة بزاف أكثر الفئات معاناة من الهبات الساخنة بنسبة 75 بالمئة و هي نسبة كبيرة و بالتالي معارف المبحوثات حول هذه المرحلة كانت نابعة من معاناتهن و ليس وعيا منهن ،مما يجعلنا نؤكد على ضرورة نشر الوعي في أوساط النساء .
و لتأكيد ما سبق قوله سنتطرق لنتائج الجدول الآتي :

جدول رقم 53 : العلاقة بين معارف المرأة حول مرحلة نهاية الخصوبة و مدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بآلام في الظهر معارف و المفاصل المرأة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	61	63	39	36	22	انقطاع العادة الشهرية
100	48	33.3	16	66.6	32	تصبح المرأة عجوزا
100	22	42.9	7	68.1	15	تغير في الهرمونات
100	22	33.5	8	66.5	14	الساخنة بزاف
100	37	55.5	21	44.4	16	فقدان الحيوية
100	6	60	4	40	2	لا تنجب أطفال
100	4	75	3	25	1	لا أدري
100	200	39	78	61	122	المجموع

من خلال الأرقام الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 61 بالمئة مقابل 39 بالمئة لا تشعرن بآلام

و بإدخالنا للمتغير المستقل آل و هو معارف المرحلة حول مرحلة نهاية الخصوبة وجدنا نسبة كبيرة من المبحوثات اللواتي لا يعانين من آلام في الظهر و المفاصل تعرفن عن مرحلة نهاية الخصوبة بأنها انقطاع في الدورة الشهرية و ذلك بنسبة 63 بالمئة و نفس الفئة أي ليس لديها

آلام لا تعرف شيئاً عن المرحلة و ذلك بنسبة 75 بالمئة ، أما اللواتي تعانين من آلام في الظهر و المفاصل فكن من الفئات التالية : اللواتي تعرفن عن مرحلة نهاية الخصوبة بتغير في الهرمونات و بالسخانة بزاف و كذلك تصبح المرأة عجوزا و كانت نسبهن 68.1 بالمئة 66.6 بالمئة و 66.5 بالمئة على التوالي.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر ب 0.67 مما يدل على أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

جدول رقم 54 : العلاقة بين معارف المرأة حول مرحلة نهاية الخصوبة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال تلك الفترة .

المجموع		لا توجد		توجد		مدى وجود مشاكل معارف صحية المرأة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	61	44.3	27	55.7	34	انقطاع العادة الشهرية
100	48	47	23	52	25	تصبح المرأة عجوزا
100	22	36.3	8	63.6	14	تغير في الهرمونات
100	22	18.2	4	81.8	18	السخانة بزاف
100	37	40.5	15	95.4	22	فقدان الحيوية
100	6	16.6	1	83.3	5	لا تنجب أطفال
100	4	75	3	25	1	لا أدري
100	200	40.5	81	59.5	119	المجموع

من خلال الأرقام المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59.5 بالمئة مقابل 40.5 بالمئة ليست لديهن مشاكل صحية

و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو معارف المرأة حول مرحلة نهاية الخصوبة وجدنا فئة المبحوثات اللواتي تعرفن عن مرحلة نهاية الخصوبة بأنها فقدان الحيوية ، عدم قدرة المرأة على إنجاب الأطفال و السخانة بزاف كلهن يعانين من مشاكل صحية بنسب كبير كالتالي :

95.4 بالمئة، 83.3 بالمئة و 81.8 بالمئة أما في المقابل فقد وجدنا أكبر نسبة ممن لا تعانين من مشاكل صحية ليست لديهن معارف عن مرحلة نهاية الخصوبة و ذلك بنسبة 75 بالمئة . و بحسابنا لمعمل التوافق وجدناه يقدر ب 0.10 أي أن هناك علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين

في بعض الأحيان قد تجتاز المرأة مرحلة سن اليأس وهي تعاني من أمراض أو مجموعة من المشاكل الصحية و يكون سببها إما بيولوجيا أو اجتماعيا أو حتى اقتصاديا فلم نلمس مثلا دور الوعي في هذا الجدول في تجنب المرأة التعرض لمشاكل صحية و الدليل على هذا معامل التوافق الذي كان ضعيفا بين المتغيرين يكاد يعدم .

جدول رقم 55: العلاقة بين معارف المرأة عن مرحلة سن اليأس ومدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها في تلك الفترة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل معارف نفسية المرأة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	61	62,3	38	37,7	23	انقطاع العادة الشهرية
100	48	52,1	25	47,9	23	تصبح المرأة عجوزا
100	22	77,3	17	22,7	5	تغير في الهرمونات
100	22	31,8	7	68,2	15	السخانة بزاف
100	37	75,7	28	24,3	9	فقدان الحيوية
100	6	83,4	5	16,6	1	لا تتجب أطفال
100	4	75	3	25	1	لا أدري
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

نلاحظ من خلال الأرقام المبينة في الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5% مقابل 38,5% ذكرا العكس.

وعند ربطنا بين ما تعرفه المرأة عن مرحلة سن اليأس ووجود مشاكل نفسية وجدنا المبحوثات اللواتي ذكرن أن مرحلة سن اليأس تعني الساخنة بزاف (الهبات الساخنة) يعانين أكثر من غيرهن من المشاكل النفسية بنسبة 68,2% مقابل هذا لاحظنا أن المبحوثات اللواتي يعرفن عن مرحلة سن اليأس أن المرأة لا تستطيع إنجاب الأطفال لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 83,4% ونفس الشيء بالنسبة للواتي يرين أن مرحلة سن اليأس هي فقدان للحياة وتغير في الهرمونات بنسبة 75,7% و 77,3% على التوالي أما اللواتي فسرنا مرحلة سن اليأس على أنها انقطاع العادة الشهرية وتصبح المرأة فيها كبيرة فوصلت نسبتهم 62,3% و 52,1%

من خلال القراءة الإحصائية يمكننا أن نستنتج بأنه توجد علاقة بين ما تعرفه المرأة عن مرحلة سن اليأس ووجود مشاكل نفسية إذ وجدنا معامل التوافق يساوي 0,31 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

تعاني أكثر من نصف السيدات خلال مرحلة سن اليأس من الهبات الساخنة المحرقة جسديا ونفسيا حيث تنبعث أولا من ثديي المرأة صاعدة إلى رقبتها متجمعة في وجهها والأهم من ذلك أنها تكون مصحوبة بعرق غزير تصفه المرأة بأنه يشبه الماء الحار يصب على رأسها ووجهها وأن هذه الهبات الساخنة تزور المرأة وهي تغط في نومها وتجعلها تنهض مذعورة وقد تصاب بضيق وخجل شديدين يذهبان النوم من عينيها حتى الصباح وتخشى تكراره كل ليلة فتهرب من النوم مما يقودها إلى الدخول في طور الاكتئاب بهبوط حالتها النفسية إلى مستويات مرضية في حالات كثيرة وهذا ما يفسر النتيجة التي توصلنا إليها في الجدول أعلاه.

جدول رقم 56: العلاقة بين تناول المرأة للعلاج الهرموني و مدى شعورها بنوبات الحرارة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بنوبات الحر تناول علاج هرموني
%	ك	%	ك	%	ك	
100	44	45,4	20	54,5	24	تتناول
100	156	38,5	60	61,5	96	لا تتناول
100	200	40	80	60	120	المجموع

من خلال الأرقام المبين في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60% مقابل 40% فقط لا تشعرن بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو تناول العلاج الهرموني وجدنا اللواتي لا تتناول العلاج الهرموني تشعرن بنوبات الحر بنسبة 61,5% مقابل 54,5% ممن تناولن العلاج الهرموني وتشعرن أيضا بنوبات الحر.

وبحسابنا لمعامل الاقتران وجدناه يساوي -0,14 أي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين.

وحتى نفسر هذه النتيجة سنتطرق للجدول التالي الذي سنبرز فيه العلاقة بين تناول العلاج الهرموني ووجود مشاكل نفسية ومن ثم سنحاول الربط بين النتيجتين.

جدول رقم 57: العلاقة بين تناول المرأة للعلاج الهرموني و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها.

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل تناول علاج هرموني نفسي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	44	65,9	29	34,1	15	تناول
100	156	60,3	94	39,7	62	لا تتناول
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من خلال الأرقام المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5% مقابل 38,5% لديهن مشاكل نفسية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل تناول العلاج الهرموني لاحظنا نسبة 65,9% تمثلها النساء اللواتي تناولن العلاج ولا توجد لديهن مشاكل نفسية و نفس الشيء عند اللواتي لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 60,3%.

و بحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يساوي -0,12 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين

لقد كثر الحديث في الآونة الأخيرة عن العلاج الهرموني و هو علاج أساسي لترقق العظام يقوم على تعويض الجسم من نقص الإستروجين و البروجسترون الناجم عن توقف عمل المبيضين و هو يؤخذ بجرعات مناسبة في مرحلة سن اليأس غير أن هذا النوع من العلاج يساعد المرأة في التخفيف من أعراض مرحلة سن اليأس و ليس معالجتها والقضاء عليها بصفة نهائية وهذا ما تجهله كثير من النساء¹ وعلى هذا الأساس لم نلمس تأثيرا كبيرا لتناول العلاج الهرموني على شعور المرأة بنوبات الحرفي الجدول رقم 54 و وجود مشاكل

¹-ماري كلود دو هاري . المرجع السابق ، ص 90.

نفسية في الجدول رقم 55 حيث كانت النسب متقاربة بين التي تتناول والتي لا تتناول ما يفسر حصولنا على علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين في كلا الجدولين

جدول رقم 58: العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها.

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية ممارسة الرياضة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	69,6	32	30,4	14	تمارس
100	154	59,1	91	40,9	63	لا تمارس
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من الأرقام الموضحة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا تمارسن الرياضة بنسبة 61,5% مقابل 38,5% تمارسن.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ممارسة الرياضة وجدنا اللواتي تقوم بالتمارين الرياضية لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 69,6% مقابل 59,1% ممن تمارسن التمارين الرياضية.

و عند حسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يساوي -0,23 أي علاقة عكسية منخفضة بين المتغيرين.

سندعم النتائج الموجودة في الجدول أعلاه بجدول أخرى نربط فيها متغير ممارسة الرياضة بمؤشرات أخرى تتعلق بالمتغير التابع و من ثم سنعطي تفسير للنتائج المتحصل عليها .

جدول رقم 59: العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل	
%	ك	%	ك	%	ك	صحية	ممارسة الرياضة
100	46	73,9	34	26,1	12	تمارس	
100	154	30,5	47	69,5	107	لا تمارس	
100	200	40,5	81	59,5	119	المجموع	

من خلال الأرقام الموضحة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يعانين من مشاكل صحية بنسبة 59,5% مقابل 40,5% ليست لديهن مشاكل صحية وعن إدخالنا للمتغير المستقل ممارسة الرياضة وجدنا أغلبية المبحوثات اللواتي تمارسن الرياضة لا تعانين من مشاكل صحية بنسبة 73,9% عكس اللواتي لا تمارسن التمارين الرياضية حيث وجدناهن يعانين من مشاكل صحية بنسبة 69,5%.

من خلال النتائج المبينة في الجدول نؤكد ما قيل عن الرياضة وفوائدها والدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل الإقتران الذي وجدناه يساوي - 0,73 أي علاقة عكسية قوية بين المتغيرين.

جدول رقم 60: العلاقة بين ممارسة المرأة للرياضة ونوع المشاكل الصحية التي تعاني منها .

نوع المشاكل الصحية	ضغط الدم		السكر		ضغط الدم + السكر		القلب		سرطان الثدي		الكوليسترول		أخرى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ممارسة الرياضة	11	38	5	17,2	2	6,8	2	6,8	2	6,8	6	20,6	1	3,4	29	100
لا تمارس	30	34	26	28,8	7	7,8	2	2,2	11	12,2	12	13,3	2	2,2	90	100
المجموع	41	34,5	31	26,1	9	7,6	4	3,4	13	10,9	18	19,1	3	2,5	119	100

من خلال الأرقام المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يعانين من ضغط الدم بنسبة 34,5% مقابل 2,5% لديهم مشاكل صحية أخرى.

و بإدخالنا للمتغير المستقل ممارسة الرياضة وجدنا نسبة 38% ممن تمارسن الرياضة يعانين من ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم مقابل 34% لا تمارسن الرياضة، كما وجدنا أيضا نسبة 20,6% من المبحوثات اللواتي يمارسن الرياضة يعانين من ارتفاع الكوليسترول مقابل 13,3% ممن لا تمارسن الرياضة.

يمكننا أن نلمس من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أهمية الرياضة حيث صرحت لي كثير من المبحوثات أن الطبيب نصحها بممارسة الرياضة حتى في المنزل مع قلة الإمكانيات ولهذا لاحظنا أكثر الفئات المصابات مثلا بارتفاع ضغط الدم كن من الممارسات للرياضة فهذه الأخيرة تساعد على التخفيف من حدة المرض و مع هذا وجدنا علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين وذلك بحسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه 0,20 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين

جدول رقم 61 : العلاقة بين رأي المرأة في ما يجب أن تتفاداه خلال مرحلة نهاية الخصوبة و مدى شعورها بنوبات الحر في تلك الفترة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بنوبات الرأي الحر
%		%		%	ك	
100	97	38,1	37	61,9	60	التوتر و القلق
100	75	42,7	32	57,3	43	المأكولات المالحة و السكريات
100	28	39,3	11	60,7	17	الغضب
100	200	40	80	60	120	المجموع

يمكننا أن نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60 بالمئة مقابل 40 لا تشتكين من تلك الهبات

و عند إدخالنا للمتغير المستقل رأي المرأة فيما يجب أن تتفاداه خلال مرحلة سن اليأس وجدنا اللواتي يرين أنه يجب تفادي التوتر و القلق خلال هذه المرحلة تشعرن بنوبات الحر بنسبة 61,9 بالمئة تليها نسبة 60,7 بالمئة و 57,3 بالمئة تمثلها كل من المبحوثات اللواتي ترين أنه يجب تفادي الغضب و المأكولات المالحة و السكريات و هن أيضا يشعرن بنوبات الحر. و عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,10 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

"إن التقلبات المزاجية و الإنفعالات الشديدة يعدان من العلامات التقليدية لمرحلة سن اليأس و يوجد ثلاث من كل خمسة نساء يعبرن عن معاناتهن من القلق و التهيج أو العصبية خلال هاته المرحلة ، فحوالي 58 بالمئة يقرن أنهن يعانين من التقلبات المزاجية و مع تأرجح مستويات الهرمونات فمن الطبيعي أن تشعر المرأة بالتوتر و التهيج و سهولة البكاء و يؤثر هرمونا الإستروجين و البروجسترون على بعض الكيمائيات المخية المتحكمة في الإحساس بالنوم و كثير من الأحاسيس العاطفية المتنوعة و نقصها يقلل من قدرة المرأة على مواجهة المشكلات التي يمكنها مواجهتها بسهولة في الظروف العادية" ¹ وعلى هذا الأساس كانت النتائج متقاربة في الجدول فجميع الفئات تشعر بالهبات الساخنة مهما كان رأيها كما أن المبحوثات تعلمن وتدركن أن القلق و التوتر وكذا الغضب و تناول مأكولات مالحة و سكريات هي أمور تضر بصحة المرأة خاصة مع تقدمها في السن بالإضافة إلى إصابة بعضهن بأمراض تحتم عليهن متابعة نظام غذائي معين (المصابات بضغط الدم ، الكولسترول، مرض السكري...) لكن الأمر الذي لم تدركه أو تعيه المبحوثات هو ربط هذه الأمور بمرحلة سن اليأس و ما يجب أن تتفاداه خلال هذه الفترة حتى تخفف عن نفسها بعض الأعراض التي أهمها الهبات الحرارية و على هذا الأساس وجدنا علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين

و لتأكيد ما قيل سنتطرق لنتائج الجدول الآتي :

¹-ماري كلوددولاهاي ، المرجع السابق ، ص 84 .

جدول رقم 62 : العلاقة بين رأي المرأة في ما يجب أن تتفاداه خلال مرحلة نهاية ومدى شعورها بآلام في الظهر و المفاصل في تلك الفترة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بآلام في الظهر و المفاصل الرأي
%		%		%	ك	
100	97	60.8	59	39.1	38	التوتر و القلق
100	75	60	45	40	30	المأكولات المالحة و السكريات
100	28	50	14	50	14	الغضب
100	200	39	78	61	122	المجموع

من خلال ما تبينه الأرقام الظاهرة في الجدول أعلاه نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعن بآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 61 بالمئة بالمقابل وجدنا 39 بالمئة لا تشعن بتلك الآلام.

و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو رأي المرأة فيما يجب أن تتفاده خلال مرحلة نهاية الخصوبة وجدنا نسبة كبيرة ممن ترين تفادي التوتر والقلق و كذا المأكولات المالحة و السكريات لا تعانين من آلام في الظهر و المفاصل و ذلك بنسبة 60.8 بالمئة و 60 بالمئة على التوالي، بينما اللواتي ترين أنه لا بد من تفادي الغضب فنصفهن تعاني من آلام في الظهر و المفاصل و نصفهن ليست لديهن تلك الآلام.

وبحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يقدر ب 0,37 مما يدل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

مما لا شك فيه أن المرأة دائما تبحث عن راحتها في جميع مراحل حياتها فبتجنب التوتر و القلق و كذا المأكولات المالحة و السكريات من الأمور التي تساعد المرأة على أن تتجاوز مرحلة سن اليأس وهي تتمتع بصحة جيدة و هذا ما لاحظناه في الجدول إذ رأينا جميع الفئات كانت نسبتها متقاربة ممن لا تشعرن بالآلام في الظهر و المفاصل .

جدول رقم 63 : العلاقة بين رأي المرأة فيما يجب أن تتفاداه خلال هذه المرحلة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها في تلك الفترة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية الرأي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	97	44	33	66	64	التوتر و القلق
100	75	45,3	34	54,7	41	المأكولات المالحة و السكريات
100	28	50	14	50	14	الغضب
100	200	40.5	81	59,5	119	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59,5 بالمئة مقابل 40,5 بالمئة لا يعانين من أي مشكل صحي

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو رأي المرأة فيما يجب أن تتفاداه وجدنا المبحوثات اللواتي يرين أنه يجب تفادي التوتر و القلق خلال مرحلة انقطاع الطمث يعانين من مشاكل صحية بنسبة 66 بالمئة و نفس الشيء بالنسبة للواتي يرين أن ما يجب تفاديه خلال هذه المرحلة هو تناول المأكولات المالحة و السكريات و كذا الغضب بنسبة 54,7 بالمئة و 50 بالمئة على التوالي

و عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,14 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين تتعرض المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى مجموعة من الأمراض و المشاكل الصحية التي تؤثر سلبا عليها و على معاشتها لتلك المرحلة العمرية الحرجة غير أن هذه المشاكل

ترتبط ارتباطا وثيقا بمجموعة من العوامل البيولوجية و الثقافية و الاقتصادية و يؤثر كل منها على الآخر و لهذا لم نجد فروقا كبيرة بين من تعي أن التوتر و القلق يسبب مشاكل صحية مثلا و بين من تعي أن الغضب أيضا يسبب مشاكل صحية و بالتالي وجدنا علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الإستنتاج العام للفرضية :

إن الهدف من إجراء الفحوصات الدورية هو الكشف المبكر للأمراض من جهة والتخفيف من حدة المشاكل الصحية من جهة أخرى فمثلا وجدنا الغير محافظات على القيام بالفحوصات الدورية أكثر عرضة للهبات الساخنة بنسبة 51.1 بالمئة كما كن أكثر شعورا بالآلام في الظهر والمفاصل بنسبة 67.6 % مقابل 32.3 % ممن لا تشعرن بتلك الآلام مما يدل على قلة وعي بين أوساط النساء بأهمية الفحوصات الدورية فقد صرحن أغلب المبحوثات أن الغرض من القيام بالفحوصات هو متابعة العلاج فقط بنسبة 62% في حين كان لمعارف المرأة عن مرحلة سن اليأس تأثير أيضا صحتها إذا وجدنا أكثر الفئات شعورا بالهبات الساخنة هن اللواتي تعرفن عن مرحلة نهاية الخصوبة أنها الساخنة بزاف مما يدل على عمق معاناة المرأة في هذه الفترة العمرية من هذا المشكل كما وجدنا هؤلاء أقل عرضة للمشاكل النفسية بنسبة 77,3 % ، كما تطرقنا لنقطة هامة ألا وهي تناول العلاج الهرموني فوجدنا اللواتي صرحن أنهن يتناولن يشعرن بنوبات الحر بنسبة 54,5% مقابل 61,5% لا يتناولن العلاج كما وجدنا نسبة 65,9% ممن يتناولن العلاج لا يعانين من مشاكل نفسية مقابل 60,3% ممن لا تتناولن ولقد ذكرنا بأن هذا النوع من العلاج يساعد المرأة على التخفيف من أعراض وأمراض مرحلة سن اليأس وليس القضاء عليها.

وأخيرا ناقشنا نقطة هامة ألا وهي ممارسة الرياضة غير أننا لاحظنا قلة اهتمام النساء بهذا الموضوع والدليل على هذا 46 مبحوثة من مجموع 200 فقط تمارس التمارين الرياضية وقد لمسنا تأثير هذه الأخيرة على صحة المرأة من خلال النتائج المتحصل حيث صرحت 69,6 % من اللواتي تمارسن الرياضة أنها لا تعاني من مشاكل نفسية كما لاحظنا أيضا أن اللواتي تمارسن الرياضة لا تعانين من مشاكل صحية بنسبة 73,9% مقابل 69,5% ممن لا تمارسن الرياضة تعانين من مشاكل صحية.

من خلال ما سبق ذكره نستنتج أن لوعي المرأة ومستوى تحصيلها العلمي تأثير على صحتها في مرحلة سن اليأس.

رابعاً - تحليل نتائج الفرضية الثالثة :

تمهيد:

لا يمكن أن يكتمل الموضوع دون التأكيد على أهمية المشكلات والكره المتعلقة بالحياة الأسرية والاجتماعية ، فالمرأة في هذا السن تمر بكثير من التغيرات الحياتية و حتى تتأقلم معها ولا تتأثر على صحتها يجب على الزوج أن يقوم بدوره ويمنحها العطف والرعاية وكنا قد أشرنا إلى هذه النقطة في الجانب النظري .

و حتى تكتمل الصورة حاولنا اختبار هذه الفرضية ومن ثم تحليلها للتأكد من صحتها وانطلاقاً من هذا حددنا بعض مؤشرات المتغير المستقل التي كانت كالتالي:

- نوع العلاقة الزوجية التي أخذت القيم الآتية: علاقة طبيعية، علاقة متميزة، علاقة متذبذبة.

- مدى مساعدة الزوج لزوجته ، اصطحاب الزوج لزوجته للخروج ، إستماع الزوج لنصائح زوجته ، وجود صعوبة في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج .

- الحالة العملية للزوج والتي أخذت القيم الآتية: عامل، عاطل عن العمل، متقاعد.

ولقد ربطنا هذه المؤشرات بمؤشرات المتغير التابع التي كانت كالتالي:

- الشعور بالهبات الساخنة.

- وجود مشاكل نفسية.

- وجود مشاكل صحية .

جدول رقم 64: العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى شعورها بالهبات الساخنة.

المجموع	لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة
	ك	%	ك	%	
100	85	34,1	29	65,9	طبيعية العلاقة الزوجية
100	34	61,8	21	38,2	طبيعية متميزة
100	22	27,3	6	72,7	متذبذبة
100	¹ 141	39,7	56	60,3	المجموع

نلاحظ من خلال أرقام الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3 % مقابل 39,7 % لا تشعر بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع العلاقة الزوجية وجدنا السيدات اللواتي تربطن علاقة متذبذبة بأزواجهن صرحن أنهن يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 72,7 % ونفس الشيء بالنسبة للواتي تربطن علاقة طبيعية بأزواجهن بنسبة 65,9 % في المقابل وجدنا السيدات اللواتي صرحن أن علاقتهن بأزواجهن متميزة فأغلبهن لا يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 61,8 %

من خلال القراءة الإحصائية نلاحظ أنه توجد علاقة بين المتغيرين إذ قدر معامل التوافق ب 0,24 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين نوع العلاقة الزوجية و الشعور بالهبات الساخنة.

¹-نقصد بالمجموع 141 هو المبحوثات المتزوجات فقط حيث استثنينا العازبات و المطلقات و الأرمال .

تعاني أغلب النساء في مرحلة سن اليأس من الهبات الساخنة كما ذكرنا في تحليلاتنا السابقة لكن شدتها قد تختلف من امرأة لأخرى ويمكن ملاحظة هذا من خلال النتائج الموضحة في الجدول حيث وجدنا النساء ذوات العلاقة المتذبذبة بأزواجهن يشكين أكثر من غيرهن من الهبات الساخنة.

لا بد أن نشير إلى أن النوبات الحرارية التي تشعر بها المرأة في مرحلة انقطاع الطمث هي نتيجة مباشرة لنقص هرمون الإستروجين في الجسم إلا أن شدتها قد تختلف باختلاف الإستجابة الشخصية للمرأة وهذا يعود للظروف التي تعيشها والجو العائلي المحيط بها فعلى سبيل المثال يصاحب مرحلة سن اليأس تغيرات في العلاقة الزوجية حيث يشكل انقطاع الطمث انخفاض في النشاط الجنسي سواء ساءت العلاقة في هذه المرحلة أم كانت أصلا سيئة، فالنتيجة واحدة وهي شعور المرأة بالتوتر و الإضطراب مما يفقدها الثقة في نفسها كما ستفتقد الشعور بالأمان و الإطمئنان وربما تحس بفقدان القيمة الذاتية لأن حياتها قد انتهت بانتهاء مهامها الإنجابية والتربوية، و بالرغم أن كل امرأة لها معاناة خلا تغير حياتها إلا أنه من المعروف أن اجتيازها تلك المتاعب يتوقف على الزوج و مدى المساعدات التي سيقدمها لزوجته فكما يقول أحد الفلاسفة زوج فاضل يصنع زوجة فاضلة و لكن قد ينسى الزوج هذه الحقبلة أحيانا .

وعليه فالمرأة التي تعيش ظروف عائلية سيئة ستكون معرضة أكثر لاضطرابات وأعراض مرحلة سن اليأس بشكل واضح كما جاء في بعض الدراسات

مما سبق ذكره لاحظنا أن تدهور العلاقة الزوجية يزيد من شعور المرأة بنوبات الحر مما يدل على الدور الكبير الذي يلعبه الزوج في مرحلة سن اليأس وحتى ندعم ما قيل سنستعرض نتائج الجدول التالي.

جدول رقم 65: العلاقة بين تلقي المرأة لمساعدات من طرف الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة خلال تلك الفترة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة تلقى مساعدات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	71	47,9	34	52,2	37	تتلقى
100	70	31,4	22	68,6	48	لا تتلقى
100	141	39,7	56	60,3	85	المجموع

كما ذكرنا سابقا فإن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3% مقابل 39,7% لا تشعرن بها .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو تلقي مساعدات من طرف الزوج لاحظنا أن اللواتي لا تتلقين مساعدات تعانين من الهبات الساخنة بنسبة 68,6% مقابل 52,1% لمن تتلقين مساعدات من طرف الزوج.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أنه توجد علاقة بين المتغيرين حيث وجدنا معامل الإقتران يساوي - 0,33 أي علاقة عكسية منخفضة بين مدى تلقي الزوجة لمساعدات من طرف الزوج والشعور بالهبات الساخنة.

يلعب الزوج دورا بالغ الأهمية في بث الثقة و الطمأنينة في نفس الزوجة إلى حد يجعل المتاعب الجسمية والحقائق العلمية التي تحدث لها أثناء تغير الحياة تخف وعندما يشارك الزوج معاناة وهموم زوجته يمكن أن تواجه هذه الأخيرة بصورة عادية وثقة معقولة تلك المرحلة وعليه يجب على الزوج أن يقترب من زوجته وذلك بالذهاب معها إلى الطبيب المعالج مثلا حيث يناقش معه الأعراض و المضاعفات مباشرة حتى يتمكن من الفهم الجيد للحدود الطبية فاستمرار الزوجين معا ومزيد من الاهتمام من طرف الزوج يهدئ ويسكن من

مخاوف المرأة اتجاه أعراضها ويمكن أن يكون العلاج الحقيقي لمتطلبات تلك العلاقة الحسنة التي تجمعها بزوجها.

هذا و سندعم ما سبق قوله في الجدول التالي.

جدول رقم 66: العلاقة بين اصطحاب المرأة للترويح عن نفسها من طرف الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة اصطحاب المرأة للترويح
%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	43,8	29	56,2	37	يسطحبها زوجها
100	75	36	37	64	48	لا يسطحبها
100	141	39,7	56	60,3	85	المجموع

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3% مقابل 39,7% لا تشعرن بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل اصطحاب الزوجة للترويح والزيارة من طرف الزوج لاحظنا اللواتي لا يتم اصطحابها تشعر بالهبات الساخنة بنسبة 64% مقابل 56,2% لمن يتم اصطحابهن.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستخلص أنه توجد علاقة بين اصطحاب الزوج لزوجته للترويح والزيارة والشعور بالهبات الساخنة حيث وجدنا معامل الإقتران يساوي -0,15 دليل على وجود علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين

"إن الإتصال الغير كامل وعدم الفهم وفقد الإهتمام و الإنتباه قد يزيد من الإضطرابات الفسيولوجية الخفيفة كخفقان القلب الذي تستخدمه المرأة كذريعة للمعاناة النفسية خوفا من انقطاع الحب، و هذا يكون حقيقة سلوك المرأة اليائسة و لذا على الزوج التقرب من زوجته في تلك الفترة وذلك بالذهاب معها للطبيب المعالج حيث يناقش معه المضاعفات و الأعراض مباشرة حتى يتمكن من الفهم الجيد للحدود الطبية و لكي يقف الأزواج على الطبيعة العاطفية أو النفسية للأعراض ، فمن الأمور التي ينصح بها الأطباء المرأة في مرحلة سن اليأس هو الابتعاد عن الضغوطات التي تسبب لها التوتر والقلق وربما الاكتئاب وهذا حتى تجتاز تلك المرحلة دون أن تشعر باضطراباتها وأعراضها وقد يكون للزوج دورا أو فضلا في هذا من خلال اصطحاب زوجته للترويح وتغيير الجو."¹

هذا وسنرى أيضا إن وجدت مضايقات يتسبب فيها الزوج لزوجته و مدى تأثيرها على شعور المرأة بالهبات الساخنة من خلال الجدول التالي.

جدول رقم 67 : العلاقة بين وجود مضايقات ومتاعب يسببها الزوج لزوجته و مدى شعورها بالهبات الساخنة خلال تلك الفترة .

الشعور بالهبات الساخنة وجود مضايقات		لا تشعر		تشعر		المجموع
ك	%	ك	%	ك	%	%
28	63,7	16	36,3	44	100	توجد
57	58,7	40	41,3	97	100	لا توجد
85	60,3	56	39,7	141	100	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3% مقابل 39,7% لا تشعرن بها.

¹-هندومة محمد أنور حامل. المرجع السابق ، ص 262 .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل وجود مضايقات من طرف الزوج وجدنا اللواتي صرحن أن الزوج يتسبب لهن في مضايقات ومتاعب يعانين من الهبات الساخنة بنسبة 63,7 % مقابل 58,7 % ممن صرحن أن الزوج لا يتسبب لهن في مضايقات.

وبحسابنا لمعامل الإقتران وجدناه يساوي 0,10 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

لقد جاء هذا الجدول ليكمل ما قيل في السابق بالرغم من ضعف العلاقة بين المتغيرين إلا أننا يمكن أن نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أن السيدات اللواتي يعانين من مضايقات من طرف الزوج كن أكثر عرضة للشعور بالهبات الساخنة من غيرهن مما يؤكد على دور الزوج وأهميته في اجتياز المرأة لمرحلة سن اليأس وهي تتمتع بصحة نفسية وجسدية جيدة.

جدول رقم 68: العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية طبيعة العلاقة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	85	74,1	63	25,9	22	طبيعية
100	34	67,6	23	32,4	11	متميزة
100	22	45,6	10	54,4	12	متذبذبة
100	141	68,1	96	31,9	45	المجموع

من خلال الأرقام المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة اللواتي لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 68,1 % مقابل 31,9 % لمن لديهن مشاكل نفسية وعند إدخالنا

للمتغير المستقل ألا وهو العلاقة الزوجية وجدنا أغلب المبحوثات ذوات العلاقة المتذبذبة تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 54,4 % في وجدنا أغلب المبحوثات ذوات العلاقة الطبيعية والتميزة لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 74,1% و 67,6% على التوالي. من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أنه توجد علاقة بين المتغيرين حيث قدر معامل التوافق ب 0,22 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين نوع العلاقة الزوجية و وجود مشاكل نفسية.

من المحتمل أن تعاني المرأة في مرحلة سن اليأس من التوتر والقلق النفسي الذي قد يتزايد ويصل إلى حد الاكتئاب وربما يزداد الأمر سوءاً إن لم تجد المرأة الجو العائلي المناسب الذي يتم من خلال استجلاب الدعم والراحة النفسية و الأمان و استعانة ثقتها بنفسها ويساهم الزوج بقسط كبير في توفير هذا الجو بالنسبة للمرأة التي تعاني من مشاكل نفسية وربما يكون أحسن علاج يقدم لها في تلك الفترة الحساسة وقد رأينا في الجدول أعلاه كيف للعلاقة المتذبذبة أن تزيد من معاناة المرأة النفسية .

جدول رقم 69 : العلاقة بين ما تراه المرأة حول طبيعة علاقتها الزوجية و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال تلك الفترة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية طبيعية العلاقة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	85	41.2	35	58.8	50	طبيعية
100	34	44.1	15	55.8	19	تميزة
100	22	22.8	5	77,2	17	متذبذبة
100	141	39.1	55	60.9	86	المجموع

من خلال الأرقام المبيّنة في الجدول أعلاه يظهر لنا أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 60.9 بالمئة مقابل 39.1 بالمئة ليست لديهن مشاكل صحية

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو طبيعة العلاقة الزوجية وجدنا ذوات العلاقة المتذبذبة أكثر معاناة من المشاكل الصحية بنسبة كبيرة قدرت ب 77.2 بالمئة تليها ذوات العلاقة الطبيعية بنسبة 58.8 بالمئة و أخيرا وجدنا ذوات العلاقة المتميزة أقل معاناة بنسبة 55.8 بالمئة

و بذلك وجدنا معامل الإقتران يقدر ب 0.10 دليل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين .

إن الأعراض البيولوجية و السيكلوجية التي تمر بها المرأة في سن اليأس من الإنجاب لها أكبر الأثر في علاقتها الزوجية ، و بردود أفعالها اتجاه البيئة الإجتماعية التي تعيش فيها فتحتاج المرأة لمشاركة وجدانية و عطف و تقدير و مراعاة لمشاعرها و ظروفها و خاصة من طرف الزوج و المقربين.

و عليه فمن الطبيعي جدا أن تتدهور صحة المرأة في مرحلة سن اليأس إن كانت فاقدة للأمان والاطمئنان بسبب تدهور العلاقة الزوجية حيث تحتاج المرأة خلال تلك الفترة لمزيد من الدعم النفسي و المعنوي الذي يبدها مخاوفها و يقلل من شعورها بالوحدة وانعدام الدور مما يغير من نظرتها السلبية لمرحلة انقطاع الطمث وربما يفتح أمامها آفاق واسعة للمشاركة الأسرية و الإجتماعية ، فالزوج يعتبر من أهم الأشخاص الذين تعتمد عليهم المرأة في حياتها لاسيما إن ضاقت بها الحياة بمشاكلها و همومها ، و هذا ملاحظناه في الجدول .

جدول رقم 70: العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى شعورها بالهبات الساخنة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة وجود صعوبات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	53	44	18	66	35	نعم
100	80	43,7	35	56,3	45	لا
100	8	37,5	3	62,5	5	أحيانا
100	141	39,7	56	60,3	85	المجموع

من خلا النتائج المبينة في الجدول يتضح لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3 بالمئة مقابل 39,7 بالمئة .

و عند إدخالنا للمتغير المستقل و هو إذا ما كانت هناك صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج وجدنا اللواتي اشتكين من وجودها يعانين من الهبات الساخنة بنسبة 66 بالمئة بينما اللواتي صرحن بأنه أحيانا توجد صعوبة فيشعرن أيضا بالهبات الساخنة بنسبة 62,3 بالمئة أما اللواتي لا تجدن صعوبة فيعانين من نوبات الحر بنسبة 56,3 بالمئة .

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,10 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين

إن استمرار تواجد الزوجين معا ومزيد من الإهتمام والانتباه من جانب الزوج تهدئ أو تسكن من مخاوف الزوجة وأعراضها و إن قدرته على تغيير علاقته بها إلى الأفضل يمكن أن يكون العلاج الحقيقي لمتطلباتها الصحية ، فكثير من النساء تشتكين من إهمال الزوج لها و عدم اهتمامه بهاو بالتالي تشعر المرأة بعدم أهميتها و بانتهاء دورها و مهامها و منه ستفقد الثقة في نفسها ما يعرضها للشعور أكثر من غيرها بأعراض مرحلة سن اليأس و لعل أهمها و أشهرها النوبات الحرارية و النتائج الموضحة في الجدول خير دليل على هذا .

جدول رقم 71 : العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى وجود مشاكل نفسية .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية
%	ك	%	ك	%	ك	وجود صعوبات
100	53	56,6	30	43,4	23	نعم
100	80	77,5	62	22,5	18	لا
100	8	50	4	50	4	أحيانا
100	141	68,1	96	31,9	45	المجموع

من خلا الأرقام الموضحة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 68,1 بالمئة مقابل 31,9 بالمئة .

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و جدنا اللواتي صرحن بعدم وجود هذه الصعوبات لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة كبيرة قدرت ب 77,5 بالمئة كما وجدنا اللواتي صرحن بوجود هاته الصعوبات أيضا لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 56,6 بالمئة.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,25 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين

قبل ارتباط الرجل بالمرأة عاش كل منهما حياة مختلفة في أسلوب الحياة الإجتماعية و كذلك لما لديهما من تجارب و خبرات في مرحلتي الطفولة و المراهقة أكبر الأثر في تشكيل شخصيتهما و بزواجهما يشكلان شبكة من العلاقات الشخصية المتداخلة رغم بزوغ الإهتمامات الفردية و منه لا بد على كل منهما أن يهتم بالآخر و بمتطلباته حتى تستمر الحياة بينهما و يستطيعان تحقيق أهدافهما الفردية و المشتركة ، فإن وجدت المرأة الإهتمام من

طرف زوجها و مد لها يد المساعدة فمن المؤكد أنها ستجتاز مرحلة انقطاع الطمث و هي تتمتع بصحة نفسية جيدة فالعلاقات الإجتماعية السيئة تؤثر عليها في تلك المرحلة بل و تزيد من إحساسها بالأعراض المرضية.

هذا و سندعم ما قيل بنتائج الجدول التالي :

جدول رقم 72 : العلاقة بين وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال تلك الفترة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية وجود صعوبات
%	ك	%	ك	%	ك	
100	53	28.3	15	71.7	38	نعم
100	80	44	36	55	44	لا
100	8	50	4	50	4	أحيانا
100-	141	39.1	55	60.9	86	المجموع

من خلال الأرقام الموضحة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تعانين من مشاكل صحية بنسبة 60.9 بالمئة مقابل 39.1 بالمئة .

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو وجود صعوبات في تحقيق رغبات الزوجة من طرف الزوج و جدنا اللواتي صرحن بوجود هذه الصعوبات تعانين من مشاكل صحية بنسبة كبيرة قدرت ب 71.7 بالمئة كما وجدنا اللواتي صرحن بعدم وجود هاته الصعوبات أيضا يعانين من مشاكل صحية بنسبة 55 بالمئة ، أما اللواتي أجابت بأحيانا فنصفهن تعاني من مشاكل صحية أير بنسبة 50 بالمئة و النصف الآخر لا يعاني من تلك المشاكل.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,10 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

إن العوامل البيولوجية و الفزيولوجية و الإجتماعية و الثقافية و النفسية للمرأة في سن اليأس لا تعمل في فراغ و إنما ترتبط ببعضها البعض حيث يؤثر كل منها على الآخر فسن اليأس ليس حدثا فيسيولوجيا محضا و لكنه حدث نفسي و اجتماعي و اقتصادي و اعتباره مسألة نسائية بحثة اعتبارا قاصرا .

و عليه فمن خلال الإتجاه العام للجدول يبدو أن المرأة عموما تعاني من مشاكل صحية ، لكن تبقى الظروف المحيطة بها تلعب دورا في تحسين حالتها الصحية وقد لاحظنا الأغلبية الساحقة من المبحوثات اللواتي تجدن صعوبات مع أزواجهن يعانين من مشاكل صحية و هو أمر طبيعي بالنسبة لهذه الفئة لأنها تعيش ضغوطات و مشاكل حياتية ساهمت في ترجع صحتهن .

جدول رقم 73 : العلاقة بين استماع الزوج لنصائح زوجته ومدى شعور المرأة بالهبات الساخنة .

المجموع –عاني		لا تشعر		تشعر		وجود هبات ساخنة الإستماع للنصائح
ك	%	ك	%	ك	%	
37	100	18	48,6	19	51,4	نعم
47	100	20	42,6	27	57,4	لا
57	100	18	31,6	39	68,4	أحيانا
141	100	56	39,7	85	60,3	المجموع

يتضح لنا من خلا النتائج المبينة في الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,3 بالمئة مقابل 39,7 بالمئة .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل مدى استماع الزوج لنصائح زوجته وجدنا المبحوثات اللواتي صرحن بأحيانا يستمع الزوج لنصائحهن يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 68,3 بالمئة كما

وجدنا نفس الشيء بالنسبة للواتي صرحن بعدم استماع الزوج للنصائح بنسبة 57,4 بالمئة أما اللواتي يستمع الزوج لنصائحهن فقد وجدنا 51,4 بالمئة منهن تعاني من الهبات الساخنة. و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,14 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

لقد ذكرنا سابقا أن من أهم الأعراض التي تعاني منها المرأة خلال مرحلة نهاية الخصوبة هو الشعور بالنوبات الحرارية التي تختلف شدتها من امرأة إلى أخرى و يمكننا أن نلاحظ هذا من خلال الأرقام المبينة في الجدول غير أن المؤكد بأن المرأة التي تعيش في جو عائلي يحترمها و يقدرها من خلال الأخذ برأيها و الإستماع لما تحتاجه لاسيما من طرف الزوج ستتجاوز أعراض مرحلة سن اليأس .

جدول رقم 74 : العلاقة بين استماع الزوج لنصائح زوجته و مدى وجود مشاكل نفسية .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية الإستماع للنصائح
%	ك	%	ك	%	ك	
100	37	91,9	34	8,1	3	نعم
100	47	49	23	51	24	لا
100	57	68,4	39	31,6	18	أحيانا
100	141	68,1	96	31,9	45	المجموع

يتضح لنا من الجدول بأن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 68,1 بالمئة مقابل 31,9 بالمئة.

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو مدى استماع الزوج لنصائح زوجته وجدنا نسبة كبيرة من المبحوثات اللواتي صرحن بأن أزواجهن يستمعن لنصائحهن لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 91,9 بالمئة و نفس الشيء بالنسبة للواتي صرحن ب أحيانا يستمع الزوج للنصائح بنسبة

68,4 بالمئة في اللواتي صرحن بأن الزوج لا يستمع للنصائح فلهذهن مشاكل نفسية
بنسبة 51 بالمئة

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,45 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة
بين المتغيرين .

إن ما تحتاجه المرأة خلال مرحلة نهاية الخصوبة هو الحب و رد الإعتبار لها لما قدمته من
مجهودات في تربية الأبناء و الإهتمام بالزوج وكذا الإعتناء بالمنزل و عدم اختزال وجودها
في الإنجاب فقط و هذا حتى تحس بذاتها و كيانها فالمرأة المهمشة في أسرتها خاصة من
طرف الزوج ستشعر لا محالة بعدم وجودها و من ثم بالإكتئاب و عليه ستعاني أكثر من
غيرها من إعتلالات نفسية .

جدول رقم 75: العلاقة بين الحالة العملية للزوج وشعور المرأة بالهبات الساخنة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة الحالة العملية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	84	45,2	38	54,8	46	يعمل
100	6	33,4	2	66,6	4	لا يعمل
100	51	31,4	16	68,6	35	متقاعد
100	141	39,7	56	60,3	85	المجموع

إن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو فئة السيدات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة
بنسبة 60,3% مقابل 39,7% لا تشعرن بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الحالة العملية للزوج لاحظنا أن اللواتي صرحن أن
أزواجهن متقاعدين وعاطلين عن العمل يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 68,6% و 66,6%
على التوالي مقابل 54,8% ممن صرحن أن أزواجهن يعملن ويشعرن أيضا بالهبات
الساخنة.

ومنه توجد علاقة بين الحالة العملية للزوج و الشعور بالهبات الساخنة حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0,11 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

إن النواحي السلبية للتقاعد تتمثل في المشاكل المالية و صحة الزوج ويقترح دوناهيو أنه في بعض الحالات قد تجد المرأة صعوبة أكثر لتقبل تقاعد الزوج من قبلها لتقاعدتها هي حيث توجد دراسات توضح أن نسبة من النساء لا ترغبن في تقاعد أزواجهن لإعتقادهن بزيادة الأعباء المنزلية و على هذا فالتقاعد يمثل شكلا جديدا للحياة الإجتماعية و قد يكون له تعقيدات على العلاقات الزوجية و الأدوار نظرا لتقاعد الزوج و قضائه معظم وقته في البيت مع زوجته¹ ، ضف إلى ذلك التدهور المادي والمشكلات الإقتصادية داخل الأسرة التي قد تزيد من توتر المرأة مما يفقدها الشعور بالرضا ومن ثم ستكون معرضة أكثر لاضطرابات مرحلة انقطاع الطمث لاسيما النوبات الحرارية .

جدول رقم 76: العلاقة بين الحالة العملية للزوج و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها المرأة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية الحالة العملية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	84	73,9	62	26,1	22	يعمل
100	6	50	3	50	3	لا يعمل
100	51	60,8	31	39,2	20	متقاعد
100	141	68,1	96	31,9	45	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يمكننا أن نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة السيدات اللواتي ليس لديهن مشاكل نفسية بنسبة 68,1% مقابل 31,9% ممن تعانين وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الحالة العملية للزوج وجدنا السيدات اللواتي لا يعمل أزواجهن يعانين من مشاكل

¹ - هندومة محمد أنور حامل المرجع السابق ، ص 272 .

نفسية بنسبة 50 % مقابل 50 % ليست لديهن مشاكل نفسية أما السيدات اللواتي يعملن أزواجهن والمتقاعدين فهن أيضا لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 73,9 % و 60,8 % على التوالي

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج وجود علاقة بين الحالة العملية للزوج و وجود مشاكل نفسية إذ وجدنا معامل التوافق يساوي 0,14 دليل على أن هناك علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

إن بقاء الزوج دون عمل يعني عادة تدهور الحالة المادية للأسرة هذا من ناحية و من ناحية أخرى قد يجد الزوج وقتا إضافيا للبقاء في المنزل مما يزيد من التوتر والنزاع بين الزوجين وهذا قد يؤدي إلى مشاكل نفسية تعاني منها المرأة و الأمر ينطبق على الزوجات اللواتي صرحن أن أزواجهن متقاعدين إذ وجدنا نسبة لا بأس بها 39,2 % تعاني من مشاكل نفسية فقد تجد المرأة صعوبة في تقبل تقاعد الزوج لاعتقاد بعض النساء بزيادة الأعمال و الأعباء المنزلية ولكن من الممكن أن يكون تقاعد الزوج إشارة لعودة العلاقة بين الزوجين و فرصة لتقدير أنشطتها العامة والمشاركة والمنفصلة.

الإستنتاج العام للفرضية:

تتوقف الوظيفة الطبيعية للمرأة والمتمثلة في الإنجاب تطراً عليها تغيرات عديدة مواكبة لسنها وتصبح تعيش بعض التغيرات الجسمانية والنفسية والاجتماعية و الاقتصادية و كذا العاطفية وحتى تجتاز المرأة مرحلة سن اليأس وهي تتمتع بصحة بدنية ونفسية جيدة لا بد أن تلقى الدعم والتحفيز والرعاية من جميع أفراد الأسرة لاسيما الزوج الذي يجب أن يكون على دراية بخصائص هذه المرحلة الفسيولوجية الطبيعية التي تتوافق كما قلنا مع تغيرات الصعيد الجسدي والنفسي والأسري ، فلا يشعرها بأنها لم تعد امرأة أو أنثى بانتهاء دورها الإنجابي.

أولا يجب أن نشير إلى أن النوبات الحرارية التي تشعر بها المرأة في مرحلة انقطاع الطمث سببها المباشر هو نقص الهرمون الأنثوي الإستروجين في الجسم إلا أن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية المحيطة بالمرأة لها دور أيضا في مضاعفة أعراض وأمراض مرحلة سن اليأس ولمزيد من التوضيحات سنستعرض النتائج التالية:

- لاحظنا السيدات اللواتي تربطنهن علاقة متذبذبة بأزواجهن يشعرن أكثر من غيرهن بالهبات الساخنة بنسبة 72,7% مقابل 61,8% من ذوات العلاقة المتميزة لا تشعرن بالهبات الساخنة كما وجدنا أيضا فئة من المبحوثات اللواتي لا تتلقى مساعدة من طرف أزواجهن تشعر بنوبات الحر بنسبة 68,6% مقابل 52,1% ممن تتلقى مساعدات كما لاحظنا فئة المبحوثات اللواتي لا يصطحبها زوجها للزيارة والترفيه تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 64% مقابل 56,2% ممن يصطحبها زوجها وحتى ندعم أكثر ما جاء قوله وجدنا السيدات اللواتي يتعرضن لمضايقات من طرف الزوج تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 63,7% مقابل 58,7% ممن لا تتعرض لمضايقات.

لقد حاولنا من خلال اختبار هذه الفرضية إبراز مدى تأثير طبيعة العلاقة الزوجية على صحة المرأة النفسية فوجدنا ذوات العلاقة الزوجية المتذبذبة يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 54,4% مقابل 67,6% من ذوات العلاقة المتميزة لا يعانين من مشاكل نفسية .

كما وجدنا فئة من المبحوثات اللواتي يجدن صعوبة في تحقيق رغباتهن من طرف الزوج يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 66 بالمئة و من ثم تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 43,7 بالمئة بالإضافة إلى فئة أخرى من المبحوثات اللواتي صرحن أن أزواجهن لا يستمعن لنصائحهن يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 57,4 بالمئة ومنه كن أكثر معاناة من المشاكل النفسية بنسبة 51 بالمئة .

وأخيرا وجدنا للحالة العملية للزوج تأثير على الحالة الصحية للمرأة بما فيها النفسية حيث لاحظنا فئة السيدات اللواتي صرحن أن أزواجهن عاطلين عن العمل يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 66,6% ونفس الشيء بالنسبة للمتقاعدین أزواجهم بنسبة 68,6% و منه وجدنا الفئة الأولى تعاني من مشاكل نفسية بنسبة 50% وفسرنا هذا بتدهور الحالة المادية للأسرة وكذا وجود وقت فراغ بالنسبة للزوج يقضيه في المنزل مما ينتج عنه مزيد من التوتر و النزاع بين الزوجين.

وأخيرا نستنتج أن المرأة المحبطة في علاقتها الزوجية ستعاني أكثر من غيرها من أعراض مرحلة سن اليأس وأن للزوج دور مهم في اجتياز المرأة لتلك المرحلة العمرية بكل هدوء وأمان.

خامسا: تحليل نتائج الفرضية الرابعة.

تمهيد:

لقد افترضنا من خلال هاته الفرضية الأخيرة أن ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة المتمثل في المستوى التعليمي ، الدخل الإجمالي للأسرة و كذا ممارستها لمهنة ما ونوعية تلك المهنة و الطبقة الاجتماعية، كلها متغيرات قد تؤثر في صحة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة كما يمكن أن تؤثر في إقبالها على خدمات الرعاية الصحية للنساء في هذه المرحلة العمرية. فقمنا بربط هذه المؤشرات المتعلقة بالمتغير المستقل بمؤشرات المتغير التابع والمتمثلة في: الشعور بالهبات الساخنة ، وجود مشاكل نفسية ، وجود مشاكل صحية ، نوع المشاكل الصحية .

جدول رقم 77: العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى شعورها بالهبات الساخنة .

المجموع		لا تشعر		تشعر		شعور المرأة
%	ك	%	ك	%	ك	بنوبات الحرارة المستوى التعليمي
100	61	39,3	24	60,7	37	أمي
100	63	33,3	21	66,7	42	ابتدائي
100	17	64,7	11	35,3	6	متوسط
100	31	45,1	14	54,8	17	ثانوي
100	28	35,7	10	64,3	18	جامعي
100	200	40	80	60	120	المجموع

إن القراءة الإحصائية للجدول تبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بنوبات الحرارة بنسبة 60% مقابل 40% لا تتتابهن تلك النوبات.

و عند إدخالنا للمتغير المستقل المستوى التعليمي نلاحظ أن المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي يشعرن بنوبات الحرارة بنسبة 66,7% و نفس الشيء بالنسبة للجامعيات بنسبة 64,3% مقابل هذا وجدنا ذوات المستوى التعليمي المتوسط لا يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 35,3% أما الأميات وذات المستوى الثانوي فيشعرن بنوبات آخر نسبة 60,7% و 54,8% على التوالي

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يظهر لنا أنه توجد علاقة بين المتغيرين حيث قدر معامل التوافق ب 0,19 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

إن المستوى الصحي لأي بلد يقاس بالمستوى الثقافي و النضج الإجتماعي ، و ذلك من خلال المراقبة الطبية المنتظمة و اتباع التعليمات الصحية التي تقدمها الخدمات و المؤسسات الصحية و عليه يلعب التعليم دورا كبيرا في توسيع مبدأ التحديث و هذا بسبب قدرته على تغيير المعتقدات التقليدية و المواقف البالية فضلا على قدرته على تغيير سلوك الأفراد لاسيما وإن تعلق الأمر بالمرأة، حيث ترتبط الأعراض التي تتعرض لها المرأة في مرحلة سن اليأس بدرجة كبيرة بنضج ووعي المرأة وقبولها للمراحل المختلفة من عمرها و تصورهما لعملية التقدم في السن وقدرتها على أن تغير من اهتماماتها وأدوارها مع التغيرات الفسيولوجية الطبيعية كما أن المرأة الغير واعية تبدو متوترة ومنزعجة وغير قادرة على مواكبة المرحلة فالتعليم يساعد المرأة على التخفيف من الأعراض التي قد تعيشها المرأة في مرحلة سن اليأس كما يجنبها تلك الأعراض والدليل على ذلك وجدنا ذوات المستوى التعليمي الابتدائي يشتمكين من الهبات الساخنة بنسبة 66,7% .

جدول رقم 78 : العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى شعورها بالآلام في الظهر و المفاصل.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالآلام في الظهر والمفاصل المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	61	24,6	15	75,4	46	أمي
100	63	22,3	15	77,7	48	ابتدائي
100	17	64,7	11	35,3	6	متوسط
100	31	48,4	15	51,6	16	ثانوي
100	28	58,6	22	41,4	6	جامعي
100	200	39	78	61	122	المجموع

إن القراءة الإحصائية للجدول توضح لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرن بآلام في الظهر والمفاصل بنسبة 61% مقابل 39% لا يشعرن بتلك الآلام.

وعند إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي وجدنا ذوات المستوى التعليمي المنخفض من ابتدائي وأميات يعانين من آلام في الظهر والمفاصل بنسبة 77,7% و 75,4% على التوالي في المقابل وجدنا ذوات المستوى التعليمي المتوسط والجامعي والثانوي لا يعانين من آلام في الظهر والمفاصل بنسبة 64,7% و 58,6% و 48,4% على التوالي.

مما لا شك فيه أن المستوى التعليمي يؤثر في الوعي الصحي و السلوك الصحي فالأمية تقوص صحة الإنسان لأنها تحول دون إطلاعهن على المبادئ الأساسية للصحة و النظافة و النظام الغذائي وهذا ما يضع عافية المرأة و أسرتها في حرج كما يلعب التعليم دورا بالغ الأهمية في توسيع مبدأ التحديث و هذا بسبب قدرته على تغيير المعتقدات التقليدية و المواقف و الإتجاهات البالية فضلا على قدرته على تغيير سلوك الأفراد و لاسيما إن تعلق الأمر بالمرأة ، ولعل النتائج الموضحة في الجدول تؤكد ما قيل حيث كانت النساء ذوات المستوى التعليمي المنخفض أكثر معاناة من آلام في الظهر و المفاصل عكس النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع.

ومنه نستنتج وجود علاقة بين المستوى التعليمي وشعور المرأة بآلام في الظهر و المفاصل والدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل التوافق الذي يساوي 0,40 أي علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

جدول رقم 79: العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ووجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع	لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية	
	ك	%	ك	%	ك	%
المستوى التعليمي						
أمي	61	59,1	36	40,9	25	100
ابتدائي	63	54	34	46	29	100
متوسط	17	64,7	11	35,3	6	100
ثانوي	31	67,7	21	32,3	10	100
جامعي	28	75	21	25	7	100
المجموع	200	61,5	123	38,5	77	100

من خلال الأرقام المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات التي لا توجد لديهن مشاكل نفسية بنسبة 61,5% مقابل 38,5% تعانين من مشاكل نفسية.

وعند إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي وجدنا ذوات المستوى التعليمي العالي من الجامعات والثانويات لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 75% و 67,7% على التوالي وتراجع النسب كلما انخفض المستوى التعليمي حيث وجدنا ذوات المستوى المتوسط و الابتدائي و الأميات لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 64,7% و 54% و 59,1%.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يمكننا القول أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي و وجود مشاكل نفسية حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0,28 أي علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

ترتبط الأعراض التي تعاني منها المرأة في مرحلة سن اليأس بدرجة كبيرة بنضج ووعي المرأة و قبولها للمراحل المختلفة من عمرها و تصورها لعملية التقدم في السن و قدرتها على تغير اهتماماتها و أدوارها مع التغيرات الفسيولوجية الطبيعية كما أن المرأة الغير واعية تبدوا منزعة و متوترة و غير قادرة على مواكبة المرحلة لذلك تكثر من الشكوى كنوع من طلب النجدة و هي أحيانا تبالغ في الحديث عن الأعراض ، حيث تعاني نساء كثيرات في مرحلة سن اليأس من اضطراب شديد في المزاج و الأرق و الاكتئاب ولقد وجد أن المرأة التي ليس لها نجاحات شخصية أو جوانب تدعمها فإنها يحتمل أن تعاني فراغا هائلا حين يكبر الأبناء و يتركون المنزل و لا تجد شيئا تفعله و لعل الارتقاء في التحصيل الدراسي هو أحد النجاحات و الدعائم التي تقلل من الاضطرابات النفسية للمرأة في مرحلة سن اليأس.

جدول رقم 80: العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها خلال فترة نهاية الخصوبة .

المشاكل الصحية	توجد		لا توجد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	37	60,7	24	39,3	61	100
ابتدائي	38	60,3	25	39,7	63	100
متوسط	8	47	9	52	17	100
ثانوي	17	54,8	13	41,9	31	100
جامعي	19	67,8	9	32,2	28	100
المجموع	119	59,5	81	40,5	200	100

من خلال النتائج المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشتكين من وجود مشاكل صحية بنسبة 59,5% مقابل 40,5% ليست لديهن مشاكل صحية.

وعند إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي لاحظنا أن النسب متقاربة بين ذوات المستوى التعليمي المرتفع و المتدني فقد وجدنا الجامعيات والأميات يعانين من مشاكل صحية بنسبة 67,8 % و 60,7 % على التوالي ونفس الشيء بالنسبة لذوات المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي بنسبة 60,3 % و 54,8 % على التوالي في حين وجدنا المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المتوسط لا يعانين من مشاكل صحية بنسبة 52 %.

من خلال النتائج المبينة في الجدول لم نلاحظ فرقا كبيرة بين المبحوثات ذوات المستوى التعليمي العالي والمتدني إذ أن جميع النساء معرضات للإصابة بمجموعة من الأمراض والأعراض تكون مصاحبة لمرحلة سن اليأس ويمكننا أن نفسر هذا بغياب الوعي لدى المبحوثات للمحافظة على صحتهن فليس كل امرأة متعلمة و متحصلة على شهادات واعية وبالتالي وجدنا معامل التوافق يساوي 0,12 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

يجب أن تعلم المرأة أن مرحلة سن اليأس ما هي إلا انتقال بيولوجي من سن الخصوبة إلى مرحلة عدم القدرة على الإنجاب والسبب غالبا ما يكون انتهاء عدد البويضات الموجودة في المبيض وبالتالي توقف المبيض عن إنتاج هرمون الإستروجين كما يجب أن تعرف المرأة وتستوعب أن مرحلة سن اليأس تصاحبها مجموعة من الأعراض كما تزداد خلالها نسبة الإصابة ببعض الأمراض كهشاشة العظام ، أمراض القلب و الشرايين ، أورام الثديين ، أورام الرحم و المبيض السرطانية غير أننا لم نلمس ولذلك يجب على المرأة أن تكون أكثر وعيا بضرورة المحافظة على الفحص الدوري وذلك لضمان صحة سليمة .

جدول رقم 81: العلاقة بين عمل المرأة و مدى شعورها بالهبات الساخنة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة العمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	40,4	23	59,6	34	تعمل
100	143	39,9	57	60,1	86	لا تعمل
100	200	40	80	60	120	المجموع

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرون بالهبات الساخنة بنسبة 60% مقابل 40% لا يشعرون بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ممارسة مهنة ما وجدنا فئة المبحوثات اللواتي لا تمارسن أي مهنة تشعر بالهبات الساخنة بنسبة 60,1% مقابل 59,6% ممن لا تمارس مهنة.

ما يلاحظ من الجدول أنه لا يكاد يوجد فرق بين من تمارس مهنة و التي لا تمارس إذ أن الأغلبية منهن تشعر بالهبات الساخنة فكما ذكرنا سابقا فإن السبب المباشر في حدوث هذه الأخيرة هو النقص المباشر للهرمون الأنثوي الإستروجين غير أن الظروف الإجتماعية والضغوطات التي قد تعيشها المرأة في مرحلة سن اليأس لها تأثير أيضا على شعورها بالهبات الساخنة ولا يخفى علينا أن المرأة العاملة خارج المنزل تلقى صعوبات ومن المرجح أن تكون لها مشاكل وضغوطات في العمل ضف إلى ذلك مسؤولية الأبناء والزوج .

وعلى هذا الأساس لم تلمس تأثير العمل فكل من المجموعتين تشعر بالهبات الساخنة حيث وجدنا معامل الإقتران - 0,01 دليل على أن هناك علاقة ضعيفة جدا بين المتغيرين تكاد تنعدم.

من خلال النتائج التي وردت في الجدول لم نلاحظ تأثير العمل على شعور المرأة بالهبات الساخنة فهل سيكون له تأثير على نفسياتها؟ هذا ما سنلاحظه في الجدول الآتي.

جدول رقم 82: العلاقة بين عمل المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	70,2	40	29,8	17	العمل تعمل
100	143	58,1	83	41,9	60	لا تعمل
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يمكننا أن نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5% مقابل 38,5% لديهن مشاكل نفسية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل العمل وجدنا العائلات لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 70,2% مقابل 58,1% ممن لا تعملن

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أنه توجد علاقة بين المتغيرين و الدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل الإقتران - 0,26 دليل على وجود علاقة عكسية منخفضة بين المتغيرين.

يمكننا أن نلاحظ من خلال الجدول أن الغالبية الساحقة من العاملات ليست لديهن مشاكل نفسية وهذا يدل على أهمية العمل في حياة المرأة الذي يدعمها ويساعدها على تعزيز مكانتها الإجتماعية والأسرية فالمرأة العاملة لا تحصر اهتمامها بالإنجاب و التربية فقط عكس المرأة الماكثة في البيت التي قد ترى بأن انتهاء سنواتها الإنجابية يعني انتهاء دورها في الحياة مما يعزز المشاعر السلبية فيها ويزيد من مشاكلها النفسية .

جدول رقم 83: العلاقة بين دخل الأسرة و مدى شعور المرأة بالهبات الساخنة.

المجموع		لا تشعر		تشعر		الشعور بالهبات الساخنة دخل الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	41	29,3	12	70,7	29	أقل من 15000
100	54	42,6	23	57,4	31	25000 - 15000
100	48	43,8	21	56,2	27	35000 - 25000
100	57	42,1	24	57,9	33	أكثر من 35000
100	200	40	80	60	120	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60% مقابل 40% ممن لا تشعرن بها.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو دخل الأسرة لاحظنا فئة المبحوثات اللواتي صرحن أن دخل أسرهن أقل من 15000 دج يشعرن أكثر من غيرهن بالهبات الساخنة بنسبة 70,7% ونفس الشيء بالنسبة للواتي يتراوح دخل أسرهن ما بين (15000 - 25000) دج و (25000 - 35000) دج بنسبة 57,4% و 56,2% على التوالي وكذلك الحال بالنسبة للمبحوثات اللواتي يتراوح دخل أسرهن أكثر من 35000 دج فيشعرن أيضا بالهبات الساخنة بنسبة 57,9%.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أنه توجد علاقة بين المتغيرين و الدليل على ذلك هو حسابنا لمعامل التوافق الذي قدر ب 0,54 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين دخل الأسرة و شعور المرأة بالهبات الساخنة.

إن سن اليأس يمثل عملية معقدة و مركبة من تفاعل عوامل ثقافية وسيكولوجية وبيولوجية وأيضاً اجتماعية ، فعلى سبيل المثال الهبات الساخنة التي تعاني منها المرأة تتطلب تفسيرات سوسيو ثقافية ، فالبحت في سن اليأس يجب أن يكون من خلال العوامل البيوثقافية و البيواقتصادية ، فتدهور الوضع المادي للأسرة سيشعر المرأة بالإحباط مما يجعلها أكثر عرضة للأعراض مرحلة سن اليأس كما أن الأوضاع المعيشية السيئة التي تعيش فيها المرأة قد تؤثر على صحتها كما لاحظنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أن المبحوثات ذوات الدخل الضعيف أقل من 15000 كن أكثر عرضة للشعور بالهبات الساخنة .

جدول رقم 84: العلاقة بين دخل الأسرة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها المرأة .

وجود مشاكل صحية دخل الأسرة		لا توجد		توجد		المجموع
ك	%	ك	%	ك	%	ك
أقل من 15000	27	14	34,1	41	100	100
15000 - 25000	34	20	37,1	54	100	100
25000 - 35000	29	19	39,6	48	100	100
أكثر من 35000	23	28	49,1	57	100	100
المجموع	119	81	40,5	200	100	100

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي تشتكين من وجود مشاكل صحية بنسبة 59,5 % مقابل 40,5 % ليست لديهن مشاكل صحية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو دخل الأسرة وجدنا النسب متقاربة بين ذوات الدخل المرتفع وذوات الدخل المنخفض غير أن فئة المبحوثات اللواتي صرحن أن دخل أسرهن أقل من 15000 دج كن أكثر الفئات تصريحا بوجود مشاكل صحية بنسبة 65,9 % و تتراجع

النسب كلما ارتفع الدخل وتراجع النسب كلما ارتفع الدخل حيث كانت كالتالي 62,9 % و 60,4% و 50,9% تمثلها الفئات التالية : ذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج و(25000 - 35000) دج وأكثر من 35000 دج على التوالي من خلال القراءة الإحصائية للجدول يمكننا أن نلاحظ أنه أن هناك علاقة بين دخل الأسرة و وجود مشاكل صحية حيث وجدنا معامل التوافق يقدر ب0,12 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

انطلاقاً من المعطيات السابقة يمكننا القول بأن المستوى المادي والإقتصادي المتميز بالفقر وصعوبة ظروف المعيشة لقلّة الدخل ، وكثرة مطالب وحاجيات الأسرة وعدم توفر أو ضيق المسكن يزيد من احتمال إهمال المرأة في هذه المرحلة العمرية لحالتها الصحية وتأخرها في العلاج ، فللمستوى المعيشي بعد اجتماعي وتأثير مباشر على اكتساب المعلومات الصحية وترجمتها إلى سلوكيات صحية، فالدخل الأسري له دور فعال في تلبية الإحتياجات الإجتماعية والصحية وسد متطلبات الحياة من غذاء ومسكن وملبس والضروريات الصحية. إن العامل المادي و الإقتصادي يلعب دوراً رئيسياً في تحديد أنماط السلوكيات و الممارسات الصحية التي يتبعها الأفراد في حياتهم اليومية بما فيهم النساء في سن ما بعد الإنجاب . ومن البديهيات المعترف بها اليوم وجود علاقة ثابتة بين المستوى الإقتصادي و المستوى الصحي في أي مجتمع كان فكلما ارتفع دخل الفرد وتحسن نمطه المعيشي كلما ارتفع مستواه الصحي والعكس صحيح ، فانخفاض المستوى الإقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات يكون له أثر كبير على السلوكيات والممارسات الصحية للأفراد وعليه يمكننا القول أن النساء ذوات المستوى المعيشي المنخفض لا يستجبن للأعراض المرضية ولا يسعين للعلاج الطبي نظراً لسوء حالتهم المادية عكس النساء ذوات المستوى المادي المرتفع والمتوسط فهن غالباً ما يتصفن بسرعة وكثرة استشارة الأطباء وتنفيذ الإرشادات الطبية.

لقد رأينا في الجدول أعلاه تأثير دخل الأسرة على وجود مشاكل صحية فما هي هذه المشاكل الصحية التي قد تعاني منها المرأة في هذه المرحلة العمرية ؟ وكيف للدخل أن يؤثر عليها ؟

جدول رقم 85: العلاقة بين دخل الأسرة ونوع المشاكل الصحية التي قد تعاني منها المرأة في تلك المرحلة.

المجموع	مشاكل أخرى		الكوليسترول		سرطان الثدي		القلب		ضغط الدم+السكر		السكر		ضغط الدم		نوع المشاكل الصحية دخل الأسرة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	27	7,4	2	11,1	3	7,4	2	3,7	1	11,1	3	29,6	8	29,6	8	أقل من 15000
100	35	-	-	8,5	3	14,2	5	5,7	2	8,5	3	25,7	9	37,1	13	15000 - 25000
100	32	31	1	18,7	6	12,5	4	3,1	1	6,2	2	2,5	8	31,2	10	25000 - 35000
100	25	-	-	24	6	8	2	-	-	4	1	24	6	40	10	أكثر من 35000
100	119	2,5	3	15,1	18	10,9	13	3,4	4	7,6	9	26,1	31	34,5	41	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات المصابات بارتفاع وانخفاض ضغط الدم بنسبة 34,5 % مقابل 2,5 % من السيدات لديهن مشاكل صحية أخرى غير المذكورة في الجدول.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو دخل الأسرة لاحظنا ذوات الدخل الأكثر من 35000 دج مصابات بارتفاع أو انخفاض ضغط الدم بنسبة 40 % و نفس الشيء بالنسبة لذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج وما بين (25000 - 35000) دج بنسبة 37,1 % و 31,2 % أما اللواتي صرحن أن دخل أسرهن أقل من 15000 دج فيعانين أيضا من هذا المرض لكن بنسبة 29,6 % وهي نفس النسبة التي تعاني منها هذه الفئة بمرض السكري أما ذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج فتعانين أيضا من مرض السكري بنسبة 25,7 %.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يمكننا أن نلاحظ أنه توجد علاقة بين المتغيرين و الدليل

على هذا هو حسابنا لمعامل التوافق الذي قدر ب 0,37 دليل على أن هناك علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

من البديهي أن تتعرض المرأة في مرحلة سن اليأس لمجموعة من الأعراض و الأمراض نتيجة التغيرات البيولوجية والفسولوجية التي تحدث في جسمها ومن بين هذه الأمراض ارتفاع ضغط الدم حيث يرتفع في سن اليأس من الإنجاب وهذا الإرتفاع لا تعرف أسبابه حتى الآن ويحدث في فترات قصيرة ويتأرجح بين الإرتفاع والهبوط عدة درجات وعلى هذا الأساس لا يمكننا الجزم بأن دخل الأسرة هو العامل الوحيد المؤثر في إصابة المرأة بهذا المرض فحتى ذوات الدخل المرتفع و المتوسط يعانين من هذا المرض كما نلاحظ في الجدول غير أن ذوات الدخل الأقل من 15000 دج كن أيضا أكثر الفئات المصابات بمرض السكري و كذلك ضغط الدم و السكري معا مما يدعم ما قلناه سابقا عن تأثير المستوى الاقتصادي و الدخل الأسري على صحة المرأة وبالتالي فقد وجدنا علاقة بين دخل الأسرة ونوع المشاكل الصحية التي تحدث للمرأة في مرحلة سن اليأس

ويمكن أن ندعم ما جاء قوله من خلال الجدول رقم 6 في الملحق رقم 2 .

جدول رقم 86: العلاقة بين دخل الأسرة ووجود مشاكل نفسية تعاني منها المرأة خلال مرحلة سن اليأس .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية دخل الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	41	34,1	14	65,9	27	أقل من 15000
100	54	62,9	34	37,1	20	15000 - 25000
100	48	62,5	30	37,5	18	25000 - 35000
100	57	78,9	45	21,1	12	أكثر من 35000
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من خلال النتائج المبين في الجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5% مقابل 38,5% لديهن مشاكل نفسية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل لاحظنا ذوات الدخل الأقل من 15000 دج كن أكثر عرضة للمشاكل النفسية بنسبة 65,9% مقابل هذا وجدنا ذوات الدخل المرتفع الأكثر من 35000 دج لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 78,9% و نفس الشيء بالنسبة لذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج و(25000 - 35000) دج بنسبة 62,9% و 62,5% على التوالي. من خلال القراءة الإحصائية للجدول يمكننا القول أن هناك علاقة بين دخل الأسرة و وجود مشاكل نفسية لدى المرأة حيث وجدنا معامل التوافق يقدر ب0,37 دليل على أن هناك علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

كما لاحظنا تأثير الدخل على صحة المرأة الجسدية من خلال الجداول السابقة يمكننا أن نلاحظ تأثيره أيضا على نفسية المرأة من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه حيث وجدنا ذوات الدخل المنخفض الأقل من 15000 دج كن أكثر تصريحا بوجود مشاكل نفسية فالتدهور المادي للأسرة وعدم سد متطلبات وحاجيات الحياة المتزايدة سيؤثر سلبا على مزاج وعقلية المرأة فقد بينت نتائج الأبحاث والدراسات الإجتماعية - الإقتصادية بأن هناك تأثير واضح للطبقة الإجتماعية على الصحة ، فتوفر البيئة الصحية المناسبة و توفر الخدمات الصحية وارتفاع معدل دخل الفرد وتوفر المواصلات و الاتصال يقلل من نسبة الأمراض والمشاكل الصحية في المجتمع لاسيما المشاكل الجسمية والنفسية التي تعاني منها المرأة في مرحلة بعد الخصوبة.

هذا و سندعم ما قيل من خلال الجدول رقم 7 في الملحق رقم 2 .

جدول رقم 87: العلاقة بين نوع المهنة التي تمارسها المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية نوع المهنة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	9	66,7	6	33,3	3	طبيبة
100	28	64,3	18	35,7	10	أستاذة
100	11	90,9	10	9,1	1	عاملة بالإدارة
100	3	33,3	1	66,7	2	منظفة
100	6	50	3	50	3	ممرضة
100	57	66,7	38	33,3	19	المجموع

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول يظهر أن اتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 66,7% مقابل 33,3% لديهن مشاكل نفسية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو نوع العمل الممتهن من قبل المرأة وجدنا العاملات بالإدارة ليس لديهن مشاكل نفسية بنسبة 90,9% ونفس الشيء بالنسبة للطبيبات والأساتذة و الممرضات بنسبة 66,7% و 64,3% و 50% على التوالي بينما العاملات بالتنظيف فقد وجدنا نسبة 66,7% منهن تعانين من مشاكل نفسية.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أن هناك علاقة بين المتغيرين إذ قدر معامل التوافق ب 0,29 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

إن الدخل المرتفعة تعد عاملا أساسيا لتجنب الفقر حيث تعد المشاركة في سوق العمل أكثر العوامل أهمية لتحقيق الإستقرار الإقتصادي و الوصول إلى مستويات معيشية ملائمة لأفراد المجتمع يمكن معها إشباع حاجاتهم الأساسية ، أما الدخل المنخفضة فإنها تساعد على زيادة الفقر مثل انخفاض مستويات المعيشة و عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية ، فعدم توفر العمل المناسب بالنسبة للمرأة سيؤدي إلى عدم حصولها على أجر ملائم و منه التوقع بمزيد من سوء الصحة سواء البدنية أو النفسية كما لاحظنا في الجدول أعلاه .

جدول رقم 88 : العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و وجود نوبات الحر .

وجود نوبات الحر		توجد		لا توجد		المجموع	
كفاية الدخل		ك	%	ك	%	ك	%
نعم		37	56,1	29	43,9	66	100
لا		43	64,2	24	35,8	67	100
نوعا ما		40	59,7	27	40,3	67	100
المجموع		120	60	80	40	200	100

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول يمكننا أن نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يعانين من نوبات الحر بنسبة 60 بالمئة مقابل 40 بالمئة ليست لديهن تلك النوبات.

و بإدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة وجدنا أكبر نسبة كانت 64,2 بالمئة تمثلها فئة المبحوثات اللواتي صرحن بأن الدخل لا يكفي لسد حاجياتهن و هن يشتكين من الهبات الساخنة تليها فئة المبحوثات اللواتي صرحن بنوعا ما بنسبة 59,7 بالمئة و أخيرا وجدنا نسبة 56,1 بالمئة تمثلها المبحوثات اللواتي صرحن بأن الدخل يكفي لسد حاجياتهن و هن أيضا يشتكين من الهبات الساخنة.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,10 دليل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين .

من خلال النتائج المبينة في الجدول يمكننا أن نلاحظ أن جميع الفئات تعاني من نوبات الحر وهذا يعود لنقص هرمون البروجسترون في جسم المرأة مما يجعلها تحس بمجموعة من الأعراض أهمها الهبات الساخنة خلال تلك المرحلة العمرية و هذا ما يفسر ضعف العلاقة بين المتغيرين غير أن المتفق عليه أن تلك الأعراض قد تختلف شدتها من امرأة لأخرى حسب وضعيتها الإقتصادية و الثقافية و الإقتصادية و حتى الأسرية ، فالملفت للإنتباه أن المبحوثات اللواتي لا يكفي دخلهن لسد حاجياتهن أكثر معاناة بنوبات الحر أكثر من غيرهن فالعامل المادي و الإقتصادي يلعب دورا رئيسيا في تحديد أنماط السلوكات و الممارسات الصحية التي يتبعها الأفراد في حياتهم اليومية بما فيهم النساء في سن ما بعد الإنجاب فالأوضاع المعيشية السيئة التي تعيشها المرأة ستؤثر لا محالة على صحتها البدنية و كذا النفسية

جدول رقم 89 : العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و وجود مشاكل صحية.

وجود مشاكل صحية كفاية الدخل		لا توجد		توجد		المجموع
نعم	لا	نوعا ما	المجموع	ك	%	
40	44	35	119	26	60,6	66
23	44	35	119	32	52,2	67
81	119	119	200	40,5	59,5	200

من خلال النتائج المبينة في الجدول توضح أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59,5 بالمئة مقابل 40,5 بالمئة ليس لديهن مشاكل صحية . و عند إدخالنا للمتغير المستقل مدى كفاية الدخل وجدنا فئة المبحوثات اللواتي صرحن بأن نالدخل لا يكفي لسد حاجياتهن يعانين من مشاكل صحية بنسبة 65,7 بالمئة في حين وجدنا

اللواتي صرحن بنعم و نوعا ما يكفي الدخل فكن يعانين أيضا من مشاكل صحية بنسبة 60,6 بالمئة و 52,2 بالمئة على التوالي.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجنا يساوي 0,12 دليل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين . من خلال الأرقام الملاحظة في الجدول يمكننا أن نلاحظ أن فئة المبحوثات اللواتي لا يكفي دخل أسرهن لسد حاجياتهن كن أكثر تصرّحا من غيرهن بوجود مشاكل صحية مما يفسر دائما العلاقة بين الظروف الإقتصادية و الأوضاع الصحية ، فالمرأة التي تعيش أوضاع مادية متدهورة بحيث لا تستطيع تلبية جميع حاجياتها و متطلباتها المادية و المعنوية ستكون لا محالة غير قادرة على حماية نفسها من الأمراض التي قد تفتك بها لا سيما في مرحلة سن اليأس أين تحتاج لرعاية خاصة.

لقد لاحظنا في الجدول أعلاه كيف للدخل الغير كافي لسد حاجيات المرأة أن يؤثر على صحتها و ذلك بوجود مشاكل صحية فهل سيكون له ذات التأثير على نفسياتها و هذا ما سنلاحظه من خلال النتائج المبينة في الجدول التالي :

جدول رقم 90: العلاقة بين مدى كفاية الدخل لسد حاجيات المرأة و وجود مشاكل نفسية.

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية كفاية الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	66	78,8	52	21,2	14	نعم
100	67	47,8	32	52,2	35	لا
100	67	58.2	39	41,8	28	نوعا ما
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من خلال المعطيات المبينة في الجدول نلاحظ أن إتجاهها العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5 بالمئة مقابل 38,5 بالمئة .

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو مدى كفاية الدخل وجدنا أكبر نسبة هي 78,8 بالمئة و تمثلها فئة المبحوثات اللواتي يكفي دخل أسرهن لسد حاجياتهن و هن لا يعانين من مشاكل نفسية في حين وجدنا نسبة 52,2 بالمئة تمثلها فئة المبحوثات اللواتي لا يكفي الدخل لسد حاجياتهن و هن يعانين من مشاكل نفسية.

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,25 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين

من خلال النتائج المبينة في الجدول يمكننا أن نؤكد على العلاقة بين الصحة و الفقر من خلال التأكيد على تحسين المستويات الصحية يجب أن يكون بالضرورة متزامنا مع التحسن في المجالات المعيشية ، فتحليل السياسة الصحية لا يمكن التعامل معها بمعزل عن العوامل الاقتصادية و الإجتماعية ، فالفقر قد يؤدي بالمرأة للإكتئاب و سوء حالتها النفسية مما يدفعها في بعض الأحيان للإنتحار.

جدول رقم 91: يمثل العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى وجود نوبات الحر .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود نوبات الحر الطبقة الإجتماعية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	27,4	17	72,6	45	فقيرة
100	94	34,1	32	65,9	62	متوسطة
100	44	70,5	31	29,5	13	غنية
100	200	40	80	60	120	المجموع

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي يشعرون بنوبات الحر بنسبة 60 بالمئة مقابل 40 بالمئة لا تشعرون بتلك النوبات .
و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المبحوثة وجدنا

الفقيرات أكثر شعورا بنوبات الحر بنسبة كبيرة قدرت ب 72,6 بالمئة و نفس الشيء بالنسبة للواتي ينتمين للطبقة المتوسطة بنسبة 65,9 بالمئة في حين المبحوثات اللواتي ينتمين للطبقة الغنية كن لا يشعرن بنوبات الحر بنسبة كبيرة قدرت 70.5 بالمئة .
و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,35 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .

لقد بينت نتائج الأبحاث الدراسات الإجتماعية – الإقتصادية بأن هناك تأثير واضح للطبقة الإجتماعية على الصحة ، فتوفر البيئة الصحية المناسبة و ارتفاع المستوى المعيشي و المستوى الثقافي و الوعي الصحي و توفر الخدمات الصحية و ارتفاع معدل دخل الفرد و توفر وسائل المواصلات و الإتصال يقلل من نسبة الأمراض و المشاكل الصحية لاسيما المشاكل الجسمية و النفسية التي تعاني منها المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة ، وهذا ما يمكننا ملاحظته من خلال النتائج المبينة في الجدول إذ وجدنا فئة المبحوثات الفقيرات أكثر شعورا بالهبات الساخنة فالأوضاع المادية المتردية التي تعيشها هاته الفئة ستوترها و تزيد من قلقها مما يؤثر على صحتها البدنية و النفسية و يجعلها تعيش فترة نهاية الخصوبة و هي تعاني أكثر من غيرها من أعراض تلك المرحلة العمرية لاسيما نوبات الحر .

جدول رقم 92: العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية نوع الطبقة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	33,9	21	66,1	41	فقيرة
100	94	37,2	35	62,8	59	متوسطة
100	44	56,2	25	43,2	19	غنية
100	200	40,5	81	59,5	119	المجموع

من خلال المعطيات الموضحة في الجدول نلاحظ أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لديهن مشاكل صحية بنسبة 59,5 بالمئة مقابل 40,5 بالمئة ليست لديهن مشاكل صحية

و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا و هو نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المبحوثة وجدنا الفقيرات أكثر تصريحا بوجود مشاكل صحية بنسبة 66,1 بالمئة تليها فئة البحوث اللواتي ينتمين للفئة المتوسطة بنسبة 62,8 بالمئة في حين وجدنا فئة المبحوثات الغنيات لا يعانون من مشاكل صحية بنسبة 56,2 بالمئة.

و عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,18 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين

من البديهيات المعترف بها اليوم هو وجود علاقة ثابتة بين المستوى الإقتصادي و المستوى الصحي في أي مجتمع كان فكلما ارتفع دخل الفرد و تحسن نمطه المعيشي كلما ارتفع مستواه الصحي و العكس صحيح فانخفاض المستوى الإقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات يكون له أثر كبير على السلوكات و الممارسات الصحية للأفراد كما أن نسبة انتشار الأمراض تزداد في المجتمعات و الأسر الفقيرة لأن انخفاض المستوى الإقتصادي يتبعه عادة انخفاض في مستوى الصحة و هذا ما نلمسه من خلال النتائج الواردة في الجدول فالنساء ذوات المستوى المعيشي المنخفض لا يستجبن للأعراض المرضية ولا يسعين للعلاج الطبي نظرا لسوء حالتهم المادية لهذا السبب يضطرون إلى ممارسات سلوكيات و عادات غير صحية كممارسة وصفات شعبية تقليدية بدلا من اللجوء للطبيب لأن هذا السلوك الأخير سيكلفهن الكثير من المال مما يعقد من سوء حالتهم الصحية عكس النساء ذوات المستوى المادي المرتفع و المتوسط فهن غالبا ما يتصفن بسرعة و كثرة استشارة الأطباء و تنفيذ الإرشادات الطبية مما يحسن من حالتهم الصحية و يجنبهن الكثير من الأمراض والأعراض لاسيما في مرحلة نهاية الخصوبة.

جدول رقم 93 : العلاقة بين نوع الطبقة الإجتماعية التي تنتمي إليها المرأة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية نوع الطبقة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	62	32,3	20	67,7	42	فقيرة
100	94	73,4	69	26,6	25	متوسطة
100	44	77,3	34	22,7	10	غنية
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتضح أن إتجاهه العام يتجه نحو فئة المبحوثات اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 61,5 بالمئة مقابل 38,5 بالمئة لديهن مشاكل نفسية .
و عند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع الطبقة الإجتماعية وجدنا نسبة كبيرة قدرت ب 77,3 بالمئة من المبحوثات اللواتي ينتمين للطبقة الغنية لا يعانين من مشاكل نفسية و نفس الشيء بالنسبة لذوات المستوى المتوسط بنسبة 73,4 بالمئة أما الفقيرا فكن أكثر تصريحا بوجود مشاكل نفسية بنسبة 67,6 بالمئة .

و بحسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,38 دليل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين

إن المرأة التي تنتمي لأسرة فقيرة فهي لا تقوى على تلبية متطلباتها المادية و حتى المعنوية و تعيش دائما في قلق و توتر مما يشعرها بالضيق و أحيانا بالكآبة و بالتالي ستكون معرضة أكثر لاضطرابات نفسية شديدة ستؤثر على صحتها و صحة أسرتها ، فالمستوى المادي و الإقتصادي المتميز بالفقر و صعوبة ظروف المعيشة لقلة الدخل و كثرة مطالب و حاجيات الأسرة سيزيد من احتمال إهمال المرأة في هذه المرحلة العمرية لحالتها الصحية بما فيها النفسية و تأخرها في العلاج .

الإستنتاج العام للفرضية

على ما يبدو أن صحة المرأة تتأثر بمستوى تحصيلها العلمي، فالأمية ودرجة المعرفة المتدنية تساهم في ترسيخ العادات والممارسات المضرة بالصحة التي قد تضيء إلى الوفاة.

يعد التعليم من المحددات الهامة للصحة وخاصة تعليم النساء حيث له وقع على مدى الإنتفاع بالرعاية الصحية وعلى الأوضاع الصحية هذا وقد حاولنا في الفرضية اختبار مؤشر التعليم ومعرفة مدى تأثيره على صحة المرأة في مرحلة سن اليأس وقد حصلنا على النتائج التالية: 75,4% و 77,7% من ذوات المستوى التعليمي الأمي والإبتدائي صرحن أنهن يشعرن بالآلام في الظهر و المفاصل عكس الجامعيات اللواتي لا يشعرن بالآلام بنسبة 58,6% بالإضافة إلى هذا وجدنا للتعليم تأثير على الحالة النفسية للمرأة في مرحلة انقطاع الطمث حيث صرحت ذوات المستوى التعليمي الجامعي والثانوي أنهن لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 75% و 67,7% على التوالي ، فالمرأة المتعلمة و الواعية تتقبل التعايش مع هذه المرحلة الجديدة حيث توفر الظروف المناسبة و الملائمة لهذا الإنتقال الجديد و بالتالي تكون أقل عرضة للاكتئاب والقلق والتوتر ومن ثم أكثر رضا بوضعيتها الجديدة .

لقد تطرقنا أيضا لتأثير العمل على صحة المرأة فوجدنا العاملات و الغير عاملات جميعهن يشعرن بالهبات الساخنة دون استثناء ففئة المبحوثات العاملات صرحن أنهن يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 60,1% و نفس الشيء بالنسبة لغير العاملات بنسبة 59,6% و أوعزنا هذا للضغوطات و المشاكل التي تعيشها كلا الفئتين سواء داخل المنزل أو خارجه باعتبار سن اليأس هو حدث اجتماعي فسيولوجي أما عن وجود مشاكل نفسية لدى المرأة فقد وجدنا العاملات لا تعانين منها بنسبة كبيرة قدرت ب 70,2% مقابل 58,1% بالنسبة لغير العاملات فالعمل مهم بالنسبة للمرأة إذ يدعمها ويعزز من مكانتها الإجتماعية والأسرية و يكسبها أجرا خاصا بها مما يمنحها الثقة في نفسها و يعزز المشاعر الإيجابية في نفسياتها و تصبح بذلك قادرة على تجاوز مرحلة سن اليأس وهي تتمتع بصحة نفسية جيدة.

إن النقطة الثانية التي أثرناها خلال تحليلنا لهذه الفرضية هو دخل الأسرة فوجدنا ذوات الدخل الأقل من 15000 دج كن أكثر عرضة للشعور بالهبات الساخنة بنسبة 70,7% ونفس الشيء بالنسبة لذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج وهذا بنسبة 57,4% و ليس هذا فقط فقد وجدنا ذوات الدخل المرتفع والمتوسط أي أكثر من 35000 دج و ما بين (25000 - 35000) دج أكثر إقبالا لإجراء الفحوصات الدورية لدى الطبيب و ذلك بنسبة 63,1% و 56,2% على التوالي .

إن المستوى المادي والإقتصادي المتميز بالفقر وضعف الدخل يؤثر كثيرا على صحة المرأة النفسية والجسدية لا سيما في مرحلة سن اليأس فقد لاحظنا ذوات الدخل أقل من 15000 دج و ما بين (15000 - 25000) دج أكثر عرضة للإصابة بأمراض و مشاكل صحية بنسبة 65,9% و 62,9% على التوالي وقد دعمنا هذا بجدول لاحظنا فيه أن المبحوثات اللواتي صرحن أن دخل أسرهن ضعيف تعانين من مشاكل صحية أكثر من غيرهن بنسبة 67,9% كما تعاني هذه الطبقة من مشاكل نفسية أيضا حيث وجدنا ذوات الدخل أقل من 15000 دج أكثر تصريحا بوجود مشاكل نفسية بنسبة 65,9% مقابل 78,9% من ذوات الدخل أكثر من 35000 دج لا تعانين من مشاكل نفسية وحتى نؤكد ما قلناه وجدنا ذوات الدخل الضعيف لديهن مشاكل نفسية بنسبة 57,1% مقابل 80% من ذوات الدخل العالي لا تعانين من سوء الصحة النفسية .

من النقاط التي أثرناها أيضا أثناء تحليلنا لهذه الفرضية هي نوع من العمل الذي تمارسه المرأة ومدى تأثيره على صحتها فوجدنا فئة العاملات بالإدارة والطبيبات وكذا الأساتذة لا يشتكين من وجود مشاكل نفسية بنسبة 90,9% و 66,7% و 64,3% على التوالي عكس العاملات بالتنظيف أين تعانين من مشاكل نفسية بنسبة 66,7% .

وأخيرا تطرقنا لنقطة هامة ألا وهي الطبقة الإجتماعية و تأثيره على صحة المرأة فوجدنا الطبقة الفقيرة تعاني من نوبات الحرنسبة 72,6 بالمئة مقابل 70,5 بالمئة من الطبقة الغنية لاتعاني من نوبات الحر كما وجدنا الطبقة الفقيرة تعاني من مشاكل نفسية بنسبة 67,7 بالمئة مقابل 77,3 بالمئة من الطبقة الغنية لا تعاني من مشاكل نفسية و عليه كانت الطبقة الفقيرة غير مسرورة بمرحلة ما بعد سن الإنجاب و ذلك بنسبة 69,3 بالمئة .
يمكننا القول أن المركز الإجتماعي للمرأة من مستوى تعليمي عمل ودخل يؤثر كثيرا على صحتها الجسدية والنفسية في مرحلة سن اليأس.

الخاتمة:

لنتصور بحثنا يحاول قياس صحة المرأة العربية انطلاقاً من سبر آراء لعينة ممثلة وتساءل فيه المرأة المستجوبة "هل أنت في حالة كاملة من الرفاهية البدنية والنفسية والاجتماعية؟" إن ما نخشاه هو أننا سنكتشف أنه لا توجد امرأة إيجابية واحدة في الوطن العربي ولا في أي مكان على سطح الأرض حيث أنه لا يمكن لأي إنسان أن يكون في حالة كاملة من الرفاه الجسمي والنفسي.

والواقع أننا نمر بحالات متواصلة التغيير للجسم والنفس بحكم تعرضنا طوال الوقت لتأثيرات متقلبة ولضغوطات هائلة من محيط طبيعي متغير وخطير ومحيط اجتماعي تتوفر فيه كل معطيات الصحة وكل معطيات المرض. ومن البديهي أن تولد هذه الضغوطات حالات ضعف عابرة للجسم مثل الإصابة بالزكام أو حالة من الألم النفسي الطبيعي مثل حداد الأم على موت رضيعها أو حالة من التراجع في المكانة الاجتماعية مثل التقاعد أو تراجعاً فيزيولوجياً في الطاقات والقدرات وعليه يمكن القول أنه يصلح لتعريف السعادة لا الصحة.

وفي هذا البحث تناولنا الموضوع من باب التركيز على العوامل المؤثرة في صحة المرأة تاركين قياس مؤشرات التمتع بالصحة لوزارة الصحة والجامعات العربية.

للمرأة وضعيات صحية مختلفة فمنذ بلوغها مروراً بالزواج وحتى وصولها إلى ما يسمى بسن اليأس تمر بمراحل عديدة قد تتعرض فيها لاضطرابات صحية لها علاقة بالطمث ولعل أشهر هذه الاضطرابات المتعلقة بانتهاء الدورة الشهرية ولهذا خضنا في موضوع العوامل المؤثرة في صحة المرأة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب.

ويمكن إيجاز النتائج المتحصل عليها في الأخير انطلاقاً من فكرة أن المشاكل الصحية التي تأتي في وقت لاحق يمكن أن تبدأ من أوضاع سابقة كما كالحمل والإنجاب وسوء التغذية للأم خلال فترة حملها.....الخ.

حاولنا في هذا البحث الرجوع للتاريخ الإنجابي للمرأة فكان السن عند أول زواج من أهم المؤشرات التي تطرقنا إليها أثناء اختبارنا للفرضية الأولى حين وجدنا علاقة طردية قوية بينه وبين شعور المرأة بالهبات الساخنة حيث كلما ارتفع السن عند أول زواج كلما شعرت المرأة بنوبات الحرارة وعندما أردنا معرفة السبب ارتأينا ربط علاقة ثلاثية بين السن عند أول زواج ووجود مشاكل نفسية قد تعاني منها المرأة و الشعور بالهبات الساخنة فوجدنا النساء اللواتي يعانين من مشاكل نفسية كن أكثر تعرضا للهبات الساخنة و هذا مهما اختلف السن عند أول الزواج مما يدفعنا للقول أن العوامل النفسية والاجتماعية للمرأة في مرحلة سن اليأس لا تعمل في فراغ فسن اليأس ليس حدثا فسيولوجيا محضا وإنما هو حدث نفسي واجتماعي واقتصادي وكل هذه الأحداث تؤثر وتتأثر ببعضها البعض.

من أهم النتائج التي تحصلنا عليها أثناء اختبارنا للفرضية الأولى أن السن عند أول زواج له تأثير على صحة المرأة فعلى سبيل المثال وجدنا المتزوجات في سن مبكرة (10 - 14) سنة أكثر عرضة للشعور بالألم في الظهر و المفاصل بنسبة 81,2 % مقابل 83,3 % من المتزوجات في سن متأخرة (35 - 39) سنة لا يشعرن بتلك الآلام كما اختبرنا العلاقة بين السن عند أول زواج وعدد حالات الحمل فوجدنا علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين أي أن انخفاض السن عند أول زواج يؤدي إلى ارتفاع الخصوبة لدى المرأة حيث تحاول إثبات وجودها وأنوثتها عن طريق الحمل وإنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال .

من بين المؤشرات الديمغرافية التي وجدناها تؤثر على صحة المرأة هي مدة الزواج فلاحظنا وجود مشاكل نفسية عند اللواتي كانت مدة زواجهن قصيرة (15 - 19) سنة بنسبة 56,2 % مقابل 61,5 % من المبحوثات اللواتي وصلت مدة زواجهن (40 - 44) سنة لا تعانين من مشاكل نفسية.

لقد وجدنا نسبة لا بأس بها في بحثنا تعاني من الآلام في الثديين 40,3 % وعند محاولتنا معرفة سبب ذلك توصلنا إلى أن المستعملات للرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل في فترة الخصوبة كن أقل عرضة لتلك الآلام على مستوى الثديين مما يجعلنا نؤكد على أهمية الرضاعة الطبيعية ودورها الفعال في المحافظة على صحة الأم إذ جميع المؤشرات

الديمغرافية المذكورة سابقا كان لها الأثر الواضح في صحة المرأة في مرحلة سن اليأس بالرغم من اختلاف درجة التأثير.

إن الهدف من إجراء الفحوصات الدورية هو الكشف المبكر للأمراض من جهة والتخفيف من حدة المشاكل الصحية من جهة أخرى فمثلا وجدنا الغير محافظات على القيام بالفحوصات الدورية أكثر عرضة للهبات الساخنة بنسبة 51.1 بالمئة كما كن أكثر شعورا بآلام في الظهر والمفاصل بنسبة 67.6 % مقابل 32.3 % ممن لا تشعرن بتلك الآلام مما يدل على قلة وعي بين أوساط النساء بأهمية الفحوصات الدورية فقد صرحن أغلب المبحوثات أن الغرض من القيام بالفحوصات هو متابعة العلاج فقط بنسبة 62% في حين كان لمعارف المرأة عن مرحلة سن اليأس تأثير أيضا صحتها إذا وجدنا أكثر الفئات شعورا بالهبات الساخنة هن اللواتي تعرفن عن مرحلة نهاية الخصوبة أنها الساخنة بزاف مما يدل على عمق معاناة المرأة في هذه الفترة العمرية من هذا المشكل كما وجدنا هؤلاء أقل عرضة للمشاكل النفسية بنسبة 77,3 %، كما تطرقنا لنقطة هامة ألا وهي تناول العلاج الهرموني فوجدنا اللواتي صرحن أنهن يتناولن يشعرن بنوبات الحر بنسبة 54,5% مقابل 61,5% لا يتناولن العلاج كما وجدنا نسبة 65,9% ممن يتناولن العلاج لا يعانين من مشاكل نفسية مقابل 60,3% ممن لا تتناولن ولقد ذكرنا بأن هذا النوع من العلاج يساعد المرأة على التخفيف من أعراض وأمراض مرحلة سن اليأس وليس القضاء عليها.

من الأشخاص الذين لهم دور كبير في اجتياز المرأة مرحلة سن اليأس و هي تتمتع بصحة جيدة هو الزوج وهذا هو مضمون فرضيتنا الثالثة الذي ينص على دعم المحيط الأسري للمرأة في تلك المرحلة حيث لاحظنا المبحوثات نوات العلاقة المتذبذبة مع الزوج أكثر النساء شعورا بالهبات الساخنة بنسبة 72,7% مقابل 61,8% من نوات العلاقة المتميزة لا تشعرن بالهبات الساخنة وليس هذا فقط فقد لاحظنا من خلال تحليلنا للفرضية أن نظرة المرأة لمرحلة سن اليأس تتأثر بالأجواء العائلية المحيطة بها حيث وجدنا المبحوثات نوات العلاقة المتذبذبة ترين أن مرحلة سن اليأس هي فترة بداية الشيخوخة بنسبة كبيرة بلغت 95,4% في حين

وجدنا أغلب المبحوثات ذوات العلاقة المتميزة والطبيعية ترين عكس هذا بنسبة 70,6% و54,1% على التوالي.

وهذا ليس كل شيء فقد أثرنا في هذه الفرضية الحالة العملية للزوج فوجدنا فئة السيدات اللواتي صرحن أن أزواجهن عاطلين عن العمل يشعرن بالهبات الساخنة بنسبة 66,6% ونفس الشيء بالنسبة للمتقاعدات أزواجهن بنسبة 68,6% و من ثم وجدنا فئة المبحوثات العاطلة أزواجهن عن العمل غير مسرورة بمرحلة سن اليأس بنسبة 83,3% وفسرنا هذا بتدهور الحالة المادية للأسرة وكذا وجود وقت فراغ بالنسبة للزوج يقضيه في المنزل مما ينتج عنه مزيد من التوتر والنزاع بين الزوجين

أما فيما يخص فرضية البحث الرابعة والتي نصت على أن المركز الاجتماعي للمرأة يؤثر على صحتها خلال مرحلة سن اليأس فقد وجدنا التعليم من المؤشرات الهامة المحددة لمستوى الصحة بالنسبة للمرأة في مرحلة سن اليأس ، فكانت فئة الأميات تشعرن بالآلام في الظهر و المفاصل بنسبة 75,4% عكس الجامعيات اللواتي لا يشعرن بتلك الآلام بنسبة 55,6% كما وجدنا الجامعيات وذوات المستوى التعليمي الثانوي لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 75% و67,7% على التوالي .

من خلال النتائج المذكورة آنفا يمكننا أن نلمس دور التعليم في حياة المرأة و كيف يمكن أن يجنبها الكثير من الأمراض والأضرار ولكن لا يكفي هذا إذ لابد من التوعية التي تبقى وسيلة مهمة للمحافظة على صحة وحياة المرأة في جميع مراحلها العمرية وهذا الذي لم نجده في بحثنا حيث كانت أغلب المبحوثات غير واعيات لما يحدث لهن من أعراض وأمراض بل وغير مهتمات بإجراء الفحوصات لدى الطبيب ومن ثم يعانين في صمت دون وجود مساعدة سواء من طرف الأسرة أو من طرف المجتمع.

وأهم نقطة أثرناها أثناء تحليلنا لهذه الفرضية هو عمل المرأة فقد وجدنا فئة المبحوثات العاملات لا يعانين من مشاكل نفسية بنسبة 70,2% مقابل 58,1% بالنسبة لغير العاملات فالعمل مهم بالنسبة للمرأة إذ يدعمها ويعزز من مكانتها الاجتماعية والأسرية ويكسبها

أجرا خاصا بها مما يمنحها الثقة في نفسها و يعزز المشاعر الإيجابية في نفسيته وتصبح بذلك قادرة على تجاوز مرحلة سن اليأس وهي تتمتع بصحة نفسية جيدة

والنقطة الهامة الثانية التي أثرناها أثناء تحليلنا للفرضية الرابعة وهي دخل الأسرة فوجدنا ذوات الدخل الأقل من 15000 دج كن أكثر عرضة للشعور بالهبات الساخنة بنسبة 70,7% ونفس الشيء بالنسبة لذوات الدخل ما بين (15000 - 25000) دج وهذا بنسبة 57,4% مما يدفعنا للقول أن المستوى المادي والإقتصادي للأسرة يساهم كثيرا في تحسين أو سوء صحة المرأة لا سيما في مرحلة سن اليأس والنتيجة المهمة التي توصلنا إليها من خلال بحثنا أن النساء في مرحلة سن اليأس في مرحلة ما بعد الخصوبة يعانين في صمت رهيب من مختلف الأعراض و الأمراض و أيضا الإضطرابات التي تصاحب هذه المرحلة العمرية إضافة إلى الجهل بكل تلك الأعراض وبكل الفحوصات الضرورية للإطمئنان على صحتهم ومن ثم نجد ضرورة الإرتقاء باحتياجات الصحة الخاصة بالمرأة و تكثيف حملات التوعية حول ضرورة إجراء الفحوص الطبية المهمة والتي تساهم في اجتياز النساء لهاته المرحلة في صحة وافرة.

هذا وسنحاول ختام بحثنا هذا بأهم التوصيات.

- الحث والتوعية والتعرف على حجم المشكلات التي تواجه النساء في مرحلة سن اليأس.
- المطالبة بمزيد من الرعاية من جانب أفراد الأسرة في سن اليأس خاصة الزوج والأبناء.
- عمل خطة متكاملة لرعاية السيدات طبييا ونفسيا خلال فترة سن اليأس الحرجة.
- تزويد النساء بثقافة صحية في مجال سن اليأس في الإنجاب وانعكاساته عليهن بما في ذلك الصحية والنفسية والإجتماعية وأهم الأعراض التي قد تصادفها.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية.

أ - الكتب:

- 1- إسماعيل و آخرون. التصورات الإجتماعية و معاناة الفئات الدنيا، دار الهدى، الجزائر 2004.
- 2 - بستان محمد . مناهج التربية الصحية ، دار القلم ، الكويت، 1981، ط 1 .
- 3 - جلبي علي عبد الرزاق وآخرون . البحث العلمي (لغته ، مداخله ، مناهجه ، طرائقه) دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000 ، بدون طبعة .
- 4 - جومان أدريان وآخرون ، ترجمة سيد رمضان هدارة ونادية خير حافظ ، ما وراء الأرقام في السكان و الإستهلاك و البيئة ، الجمعية المصرية للنشر و التوزيع، القاهرة، 1994 بدون طبعة .
- 5 - الجمعي عصام . الموسوعة الموجزة ، دار الرشيد ، دمشق ، بدون سنة ، بدون طبعة .
- 6 - حنا جورج . المرأة جسد وروح ، دار الثقافة ، بيروت ، 1987، بدون طبعة .
- 7 - الحسيني أيمن . أسرار المرأة وحياتها الخاصة الصحية و النفسية ، دار الهدى للطباعة والنشر و التوزيع ، عين مليلة ، الجزائر ، السنة غير مذكورة .
- 8 - الحمصي عصام ، الموسوعة الطبية الموجزة ، دار الرشيد ، دمشق ن بدون سنة ، بدون طبعة .
- 9 - حافظ علي يوسف . كيف تفكر المرأة، الأهرام، القاهرة، ، 1983، ط 1 .
- 10 - الخوري سميح . دليل المرأة في حملها وأمراضها ، دار الفارس للنشر و التوزيع عمان الأردن ، 1995، ط 1 .

- 11 - ربحي مصطفى عليان و غنيم عثمان محمد . مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق ، دار الصفاء للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن ، 2000 ، بدون طبعة .
- 12 - رويحة أمين. المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس ، دار القلم، بيروت، 1974 ، ط 1
- 13 - رمضان أيوب فوزية . دراسات في علم الاجتماع الطبي ، مكتبة النهضة ، الشرق القاهرة ، 1985 ، بدون طبعة .
- 14 - رشوان حسين عبد الحميد . دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض دراسة علم الاجتماع ، المكتب الجامعي الحديث ، 1988. ، بدون طبعة .
- 15 - رمسيس فرح نادية . حياة المرأة وصحتها ، دار الجيل سينا للنشر ، القاهرة ، 1992 بدون طبعة
- 16- زروني رشيد . مناهج وأدوات البحث في العلوم الاجتماعية ، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ، عين مليلة ، الجزائر ، 2007 ، ط 1.
- 17 - زورفيك ديفيد . دليل المرأة الطبي دار، الأفاق بيروت ، 1991 ، ط 10 .
- 18 - سلامة بهاء الدين . الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، بدون طبعة
- 19 - ستند جون ، مرجريت ، تر سيد علي رمضان ، سن اليأس ، دار الشروق ، مصر 1993 ، بدون طبعة.
- 20 - شري محمد . الوقاية الصحية ، دار الفكر العربي للطباعة والنشر ، بيروت، 1992 ط 1
- 21 - شعلة شكيب . المرأة العربية والإعلام ، موقع البلاغ ، مصر ، 2006 ، بدون طبعة .
- 22 - الصديقي سلوى عثمان . مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمات الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2002 ، بدون طبعة .

- 23 - الصواف منى وقتيبة الحلبي وعادل صادق. علم الإجتماع الطبي ، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ، 2002، ط 1 .
- 24 - الصواف منى وقتيبة الحلبي وعادل صادق . الصحة النفسية للمرأة العربية ، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ، السنة غير مذكورة، ط 1 .
- 25 - الطاوي محمد محمد . أساليب إعداد و توثيق البحوث العلمية ، المكتبة الأكاديمية القاهرة ، 1995، بدون طبعة.
- 26 – طربية محمد عصام ، شادي أحمد أبو خظرا . أساسيات في علم الإجتماع الطبي ، دار حمو رابي للنشر ، عمان 2009 ، ط 1 .
- 27 - عبد الحميد و أبو الرب يوسف و قطاش رشدي . علم الإجتماع الطبي ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2000، بدون طبعة .
- 28 - العماري عبد الكريم . أمراض النساء والوقاية منها ، مكتبة المعارف، الرباط ، بدون ذكر السنة، ط 1 .
- 29 - عاشور سعيد . المرأة و المؤسسات الإجتماعية في الحضارة العربية ، دار المعارف للطباعة والنشر سوسة ، تونس ، السنة غير مذكورة، بدون طبعة .
- 30 - عثمان حسن عز الدين . الصحة الإنجابية من الناحية الطبية و القانونية والأخلاقية العين السخنة ، أبريل 2007، بدون طبعة .
- 31 - عاطف غين محمد . قاموس علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، بدون ذكر السنة ، بدون طبعة .
- 32 - عيسى أحمد . صحة المرأة في أدوار حياتها، دار الرائد العربي، لبنان، 1985 ، ط 1
- 33- غيلان جمال. دور المنظمات في دعم صحة المرأة، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، 2000، بدون طبعة .

- 34 - فضة علي أسعد . علم الإجتماع التربوي ، جامعة دمشق للنشر والتوزيع ، سوريا 1999، بدون طبعة .
- 35 - قناوي جعفر . سن اليأس عند الرجل والمرأة المرحلة الذهبية من العمر، هلا للنشر والتوزيع ، شركة الجلالة للطباعة، 2004، ط 1 .
- 36 -ماري كلود دولاهاي . دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ، شركة دار الفراشة للنشر ، بيروت ، 2000 ، بدون طبعة.
- 37 - محمد العيسوي عبد الرحمن . الوقاية من الإضطرابات النفسية و سبل علاجها ، هلا للنشر و التوزيع ، الجيزة ، 2008 ، ط 1.
- 38 - محمد علي فاطمة عثمان . القيادة النسائية في عالم متغير ، الملتقى المصري للإبداع والتنمية ، توزيع سنتر للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، السنة غير مذكورة.
- 39 - محمود سامي . لا للشيخوخة المبكرة ، الدار المصرية للنشر و التوزيع ، مصر، 1993 ، ط 1 .
- 40 - مزاهرة أيمن، علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2002، ط 1
- 41 - مزاهرة أيمن وزين بدران . رعاية الأم و الطفل ، دار المسيرة للنشر و التوزيع 2008، ط 1 .
- 41 - المليحي إبراهيم عبد الهادي . التحليل الإقتصادي و الإستثمار في المجالات الطبية دار الكتاب الحديث ، الجزائر ، 2009، بدون طبعة .
- 42 - المليحي ابراهيم عبد الهادي . الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية المكتبة الجامعية الجديدة ، الإسكندرية ، 2006، بدون طبعة .
- 43- مارك ألبى جون و تايلر جون ، ترجمة حرار رتيبة . الدليل الطبي للمرأة ، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ، عين مليلة ، الجزائر ، السنة غير مذكورة.

- 44 - الميكاوي علي . علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1996، بدون طبعة .
- 45 - معن خليل عمر . علم اجتماع الأسرة ، دار الشروق للنشر والتوزيع بيروت ، لبنان 2004، ط 1.
- 46 - مسعود أمانى . الغنوسة (أسبابها وتأثيرها على المرأة) ، دمشق ، 2007 ، بدون طبعة .
- 47 - هندومة محمد أنور حامد ، سن اليأس عند المرأة ، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2006، بدون طبعة .
- ب - المعاجم والقواسيم.
- 48 - بدوي أحمد زكي . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت، 1978، ط 1 .
- 49 - بدوي أحمد زكي . معجم مصطلحات الرعاية و التنمية الاجتماعية ، دار الكتاب المصري، ، القاهرة ، 1987، ط 1.
- 50 - ممدوح زكي و الدنشاوي عز الدين و عقيل عبد الرحمان . المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية ، دار المريخ للنشر الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 1989، بدون طبعة .
- 51- مان ميشال . موسوعة العلوم الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، 1999 ط 1
- 52- غيث محمد عاطف . قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية دون ذكر السنة ، بدون طبعة .

53 - الساليم فيصل . قاموس التحليل الإجتماعي ، دار المثلث للطباعة والنشر، بيروت، 1997، ط 1 .

ج - دراسات تقارير ووثائق:

54 - الديوان الوطني للإحصائيات ، تقرير اللجنة الوطنية للسكان. السياسة الوطنية لآفاق **2010** ، الجزائر ، ديسمبر 2001

55 - صندوق الأمم المتحدة ، تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، القاهرة 5 - 13 سبتمبر 1994 ، نيويورك ، السنة غير مذكورة.

56 - صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة ، مشروع لتسهيل المعلومات عن المرأة في التنمية ورقة مقدمة إلى الحلقة النقاشية حول المرأة في إطار تسهيل مصادر المعلومات نيويورك ، أبريل 2000.

57 - صندوق الأمم المتحدة للسكان ، حالة سكان العالم 1998 ، نيويورك ، 1998.

58 - صندوق الأمم المتحدة ، تقرير التنمية العربية ، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية ، نيويورك ، 2009.

59 - صندوق الأمم المتحدة ، وضع الأطفال في العالم 1999 ، نيويورك ، 1999.

60 - صندوق الأمم المتحدة ، حالة السكان والتنمية المستدامة ، نيويورك ، 1999.

61 - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية الوطنية ، التربية السكانية ، مطبعة فضالة المغرب ، 1997.

62 - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية الوطنية والتعليم ، الكتاب المرجعي في الإتصال السكاني ، تونس ، 1998.

63 - صندوق الأمم المتحدة ، وزارة التربية والتعليم ، السكان وبدائل المستقبل ، مطبعة النجاح الجديدة ، الدار البيضاء ، 1996.

64 - المجلس الدستوري والاجتماعي. الاستراتيجية الوطنية للطفولة والمرأة ، الجزائر ، 2007.

65 - المجلس الوطني للسكان. الصحة الإيجابية و الحقوق الإيجابية ، جمهورية اليمن ، 2006.

66 - المركز الدولي للإسلامي للدراسات والبحوث السكانية . المؤتمر الدولي عن السكان والصحة الإيجابية في العالم الإسلامي ، القاهرة ، فيفري 1998.

67 - المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالتخطيط . تقرير الورشة الأولى لمشروع تطور الإحصاءات المصنفة حسب النوع الإجتماعي في الجزائر ، الجزائر ، ماي 1999.

68 - منظمة الصحة العالمية . الإحصاءات الصحية العالمية ، نيويورك ، 2009.

69 - FNUAP . حالة سكان العالم 2002 الناس والفقر والإمكانيات ، نيويورك ، 2002.

د - الرسائل والأطروحات :

70 - عميرة جويده . المشروع الإيجابي بين وعى والسلوك الحقيقي ، أطروحة دكتوراه جامعة الجزائر ، الجزائر ، 2005.

71 - عمارة سامية . السلوكات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة ، أطروحات دكتوراه ، جامعة الجزائر 2 ، 2013.

ه - الندوات والمجلات:

72 - شريف آسيا . واقع ومعايشة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر، المؤتمر السنوي السادس والثلاثون لقضايا السكان والتنمية ، المشكلات والسياسات ، 12 - 14 ديسمبر 2006 ، معتمد التخطيط القومي ، المركز الديمغرافي ، الجزائر ، 2006.

73 - صقر عصام ، إضطرابات الحيث.....لكل مشكلة علاج ، مجلة القبس ، العدد 340
السنة 10 سبتمبر 2010.

74 - مانع عمار . الدلالات الإجتماعية لعمل المرأة الجزائرية ، المجلة العربية لعلم الاجتماع
العدد 2 ، 2008 .

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية.

75 - behnam(djamchid),bouraoui(sakaina).familles musulmanes et
modernité,le défi des traditions ,publisud , paris , 1986 .

76 - bouhdiba(abdelwahab) . la sexualité en islam , puf , paris , 1985.

77 - Bouhdiba(abdelwahab) . culture et societè , puf , paris 1985

78 - lemsine(Aicha) . les femmes arabes parlent , ordalie des voix
nouvelle societè des èditins ENERE , paris , 1983.

79 - lamoureux . recherche et méthodologie en sciences humains
éditions canada 1999 .

80 - naffisa zerdoumi. enfants d hier , naspero , paris , 1970.

ثالثا : دراسات تقارير ووثائق.

81 - CENEAP. politiques démographique et transition de la
féconditéen Afrique , N° 74 ,Alger , décembre 2006.-

82 -Ministère de la santè de la population et de la réform
hospitalière Enquête Algérienne sur suivi de la situation des
enfants des femmes , 2006, Mix3 , Alger , 2007.

83 - Nadia Atout et Rachid Benkhilil. **lespacement des naissances** – CENEAP-1999.

84 - ONS. **enquête nationale a indicateur multiples Mix3** , Algerie 2003.

85 - ONS. **collections statistique sèrie statistique sociale** , enquête emploi auprès des ménages 2005 , Alger , 2006

86- ONS. **Démographie Algérienne 2009** , N° 554 , Alger, 2009 .

87- ONS. **Démographie Algérienne 2013**, in Données statistiques, N° 658 , Alger, 2014 .

88- ONS .**Démographie Algérienne 2014** , N° 690 , Alger, 2015.

89 - ONS .**Résultats Du Recensement généraux de population et de l'habitant 2008** , in collection statistique ,n ,Alger, 2009.

رابعاً: المراجع من الأنترنت.

1 - www.rofof.net

2 - [www. Sawtuna.net](http://www.Sawtuna.net)

3 - www. Who.int /entity / nml /countries /dza ar.pdf.

الملاحق

ملحق رقم 1 :

إستمارة خاصة بصحة المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب .

1 - بيانات خاصة بالمرأة.

1 - ما هو سنك

2 - ما هو مستواك التعليمي: 1 - أمي 2- ابتدائي 3 - متوسط

4 - ثانوي 5 - جامعي

3 - هل تمارسين مهنة الآن: 1 - نعم 2 - لا

إذا كان الجواب بنعم ما نوع المهنة التي تمارسينها:

4 - كم كان سنك عند أول زواج:

5 - ما هي مدة زواجك:

6 - ما هو المستوى التعليمي للزوج: 1 - أمي 2 - ابتدائي 3 - متوسط

4 - ثانوي 5 - جامعي

7 - هل زوجك الآن : 1 - يعمل 2 - لا يعمل 3- متقاعد

8 - هل أنت الآن: 1 - متزوج 2 - مطلق 3- أرملة

4 - منفصل 5 - غير متزوج

9 - أين تقنين: 1 - بمنطقة ريفيا 2 - بمنطقة حضرية

10 - ما هو عدد أطفالك الأحياء: 1 - ذكور 2 - إناث

11 - ما هو دخل أسرتك: 1 - ضعيف 2 - متوسط 3- عالي

2 - بيانات خاصة بالمستوى المعيشي والإقتصادي للمرأة .

12 - ما هو مقدار الدخل الشهري 1 - أقل من 10000 دج

2 - من 10000 إلى 15000 دج

3 - من 15000 إلى 20000 دج

4 - أكثر من 20000 دج

13 - ما نوع السكن الذي تعيش فيه 1 - بيت تقليدي 2- شقة

3 - فيلا 4 - آخ

14 - بأي صفة تسكنين فيه 1 - فوضوي 2 - مؤجل 3 - ملكية خاصة

4 - مسكن وظيفي 5 - ملكية جماعية

15 - كم عدد الأطفال الذين يسكنون فيه

16 - ما هو عدد غرف البيت

17 - هل يكفي دخل الأسرة لتأمين حاجيات المرأة 1 - نعم 2 - 3 - نوعا ما

18 - هل تملكين الوسائل التالية: 1 - تلفاز 2 - آلة طبخ 3 - ثلاجة

4 - آلة غسيل 5 - سيارة 6 - مكيف 7 - جهاز كمبيوتر

3 - بيانات خاصة بفترة الإنجاب:

19 - كم عدد حالات الحمل التي حصلت لك

20 - كم كان سنك عند أول حمل

21 - كم كان سنك عند آخر حمل

22 - ما هي المدة الفاصلة بين تاريخ الزواج وأول ولادة

23 - ما هي المدة الفاصلة بين آخر ولادتين

24 - حسب رأيك ما هي الفترة المناسبة بين ولادتين

25 - هل استعملت إحدى وسائل منع الحمل في فترة إنجابك 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان الجواب بنعم ما هي

26 - حسب رأيك ما هي الفائدة من تنظيم الأسرة

27 - هل تستعملين حالياً إحدى وسائل منع الحمل : 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان نعم ما هي

28 - ما هو عدد ولادتك 1 - الولادات الحية 2 - الولادات الميتة

3 - الإجهاضات 4 - الأطفال المتوفين

29 - هل في جميع الحمل كنت تزورين الطبيب 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان لا لماذا

4 - بيانات خاصة بمرحلة ما بعد سن الإنجاب:

31 - كم كان عمرك عندما بدأت معك الدورة الشهرية

32 - هل توقفت لديك العادة الشهرية 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان نعم في أي سن حصل هذا

33 - هل كانت الدورة الشهرية تأتيك بانتظام: 1 - منتظمة 2 - غير منتظمة

34 - هل تحسین بنوبات حرارة أو سخونة في جسمك: 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان نعم هل استشرت طبيب: 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان لا لماذا.....

35 - هل تعاني من آلام في المفاصل والظهر: 1 - نعم 2 - لا

36 - هل حدثت لك كسور أو إشتباه كسور في العظام: 1 - نعم 2 - لا

37 - هل قمت بأشعة سينية على العمود الفقري أو على أي جزء من عظام الجسم

1 - نعم 2 - لا

38 - هل أظهرت الأشعة أي كسور: 1 - نعم 2 - لا

39 - هل تحس بالام في الثديين: 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان نعم هل استشرت الطبيب: 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان نعم ماذا أخبرك.....

40 - هل زاد وزنك أم تغير 1- زال 2 - نقص 3 - لم يتغير

4 - لا أعرف

41 - هل تعاني من مشاكل نفسية كالاكتئاب 1 - نعم 2 - لا

42 - هل تعاني من صحية أخرى: 1- نعم 2 - لا

- إذا كان نعم ما هي هذه المشاكل.....

5 - بيانات خاصة بوعي المرأة بفترة ما بعد سن الإنجاب.

43 - هل تقومين بفحوصات دورية لدى الطبيب 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان لا لماذا.....

- إذا كان نعم ما الغرض من قيامك بهذه الفحوصات

44 - هل تتناولين الآن أي علاج به هرمونات وصفها لك الطبيب: 1- نعم 2- لا

45 - إذا كان نعم منذ متى بدأت هذا العلاج

46 - هل تقومين بفحوصات دورية للتدخين: 1 - نعم 2 - لا

- إذا كان لا لماذا.....

47 - هل تمارسين التمارين الرياضية 1 - نعم 2 - لا

48 - في رأيك ما الذي يجب أن تتفاداه المرأة في هذا السن حتى تحافظ على صحتها

.....

49 - هل تعلمين أن المرأة في هذه المرحلة معرضة للإصابة ب:

1 - هشاشة العظام 2 - سرطان الثدي 3 - سرطان الرحم

50 - مع من تقومين بأشغال المنزل 1 - وحدك 2 - بمساعدة البنات

51 - ما الذي تعرفينه عن مرحلة ما بعد سن الإنجاب.....

52 - من أين لك بهذه المعلومات: 1 - التلفاز 2 - الكتب

3 - المجلات والجرائد 4 - الأصدقاء 5 - الزوج 6 - آخر

6 - بيانات خاصة بدور الزوج في اجتياز المرأة لمرحلة سن اليأس.

53 - هل تتلقين مساعدات من طرف الزوج 1 - نعم 2 - لا

54 - هل يصاحبك زوجك للخروج للترويح أو الزيارة: 1 - نعم 2 - لا

55 - هل يسبب لك زوجك مضايقات أو متاعب 1 - نعم 2 - لا

56 - كيف تصفين علاقة زوجك معك في هذا السن:.....

1 - علاقة طبيعية 2 - علاقة متميز 3 - علاقة متذبذبة

57 - هل تواجهين صعوبة مع زوجك في تحقيق رغباتك 1 - نعم 2 - لا

58 - هل يستمتع زوجك لأرائك ونصائحك و يتقبلها 1 - نعم 2 - لا 3 - أحياناً

59 - حسب رأيك هل فترة انقطاع الطمث هي فترة للمرأة :

1 - سارة جداً 2 - سارة جزئياً

3 - غير سار 4 - لا أعرف

60 - هل توافقين على المقولات التالية:

1 - فترة توقف الحيض هي فترة بداية الشيخوخة 1 - نعم 2 - لا

2 - فترة توقف الحيض هي فترة ازدهار المرأة 1 2 - لا

3 - فترة توقف الحيض يعني أن المرأة لم يعد لها دور في الحياة 1 - نعم 2 - لا

4 - بعد توقف الحيض لم تعد امرأة تامة 1 - نعم 2 - لا

5 - بعد الخمسين تتحسن العلاقة مع زوجها وأطفالها 1 - نعم 2 - لا

6 - شعور المرأة عندما تصبح جدة شعور سار: 1 - نعم 2 - لا

ملحق رقم 2 :

جدول رقم 1 : العلاقة بين سن المرأة عند أول زواج و عدد الحمل التي حصلت لها .

المجموع		19-15		14-10		9-5		4-1		0		عدد الحمل السن عند أول زواج
	ك		ك		ك		ك		ك		ك	
100	16	25	4	43,8	7	31,2	5	-	-	-	-	14-10
100	70	1,4	1	24,3	17	55,7	39	15,7	11	2,9	2	19-15
100	52	-	-	5,8	3	57,7	30	34,6	18	2	1	24-20
100	32	-	-	-	-	62,5	20	34,4	11	3,2	1	29-25
100	9	-	-	-	-	44,4	4	55,5	5	-	-	34-30
100	6	-	-	-	-	50	3	50	3	-	-	39-35
100	185	2,7	5	14,6	27	54,6	101	26	48	2,2	4	المجموع

جدول رقم 2: توزيع أفراد العينة حسب الغرض من القيام بالفحوصات الدورية لدى الطبيب.

الغرض	التكرار	النسبة
متابعة العلاج	62	56,4
للكشف عن الأمراض مبكرا	40	36,4
للكشف عن سبب الآلام	8	7,3
المجموع	110	100

جدول رقم 3: يوضح توزيع أفراد العينة حسب سبب عدم القيام بالفحوصات الدورية.

السبب	التكرار	النسبة
لا أرى ضرورة للقيام بفحوصات	58	64,4
ليس لدي المال	32	35,6
المجموع	90	100

جدول رقم 4: يمثل توزيع أفراد العينة حسب سبب عدم القيام بالفحوصات الدورية للثديين.

السبب	التكرار	النسبة
ليس لدي آلام	96	71,6
ليس لدي المال	38	28,4
المجموع	134	100

جدول رقم 5: العلاقة بين المهنة التي تمارسها المرأة ورأيها حول مرحلة توقف الحيض أنه لم يعد لها دور في الحياة.

الرأي ممارسة مهنة	لها دور		ليس لها دور		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
تمارس مهنة	15	26,3	42	73,7	57	100
لا تمارس مهنة	15	10,5	138	89,5	143	100
المجموع	30	15	170	85	200	100

جدول رقم 6: العلاقة بين طبيعة دخل الأسرة و مدى وجود مشاكل صحية تعاني منها المرأة .

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل صحية طبيعة دخل الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	56	32,1	18	67,9	38	ضعيف
100	89	43,8	39	56,2	50	متوسط
100	55	43,7	24	56,4	31	عالي
100	200	40,5	81	59,5	119	المجموع

جدول رقم 7: العلاقة بين طبيعة دخل الأسرة و مدى وجود مشاكل نفسية تعاني منها المرأة.

المجموع		لا توجد		توجد		وجود مشاكل نفسية طبيعة دخل الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	56	42,9	24	57,1	32	ضعيف
100	89	61,8	55	38,2	34	متوسط
100	55	80	44	20	11	عالي
100	200	61,5	123	38,5	77	المجموع

جدول رقم 8: العلاقة بين طبيعة دخل الأسرة و رأي المرأة حول مرحلة سن الأيا س .

المجموع		لا أعرف		غير سارة		سارة جزئيا		سارة جدا		الرأي طبيعة دخل الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	56	10,7	6	48,2	27	32,1	18	8,9	5	ضعيف
100	89	13,5	12	32,6	29	37,1	33	16,8	15	متوسط
100	55	3,6	2	21,8	12	58,2	32	16,4	9	عالي
100	200	10	20	34	68	41,5	83	14,5	29	المجموع

ملحق رقم 3 : الطبقة الإجتماعية.

لتعيين الطبقة الإجتماعية في عينتنا قمنا بالتالي:

$$1 - \text{حساب كثافة المسكن} = \frac{\text{عدد الأفراد}}{\text{عدد الغرف}}$$

عدد الغرف

2 - ومنه نضيف النتيجة إلى عدد الوسائل التي تمتلكها الأسرة و من ثم يتم تحديد الطبقة

الإجتماعي كالتالي : 1 - 7 أسرة فقيرة

8 - 13 أسرة متوسطة

14 فأكثر أسرة غنية

