

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

دراسة ميدانية لعينة نساء في مرحلة ما بعد الخصوبة من ولاية بومرداس

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

تخصص ديموغرافيا

تحت إشراف :

د. نور الدين عيساني

من إعداد الطالبة:

سايح مريم

السنة الجامعية: 2016/2015

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

دراسة ميدانية لعينة نساء في مرحلة ما بعد الخصوبة من ولاية بومرداس

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

تخصص ديموغرافيا

من إعداد الطالبة:

تحت إشراف :

سايح مريم

د. نور الدين عيساني

السنة الجامعية: 2016/2015



إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى:

من سهرت ودفعتني رغم عثراتي المتواصلة

أمي الغالية

من بقيت رسائله خالدة تحثني على مواصلة الاجتهاد

أبي العزيز رحمه الله

من دعموني رغم ياسي إخوتي

أسماء ، مليكة ، علي ، صادق ، حمزة

من أمنت بي

خالتي عائشة

كل صديقاتي

نيسة ، سميرة ، نورة ، هاجر ، حبيبة ، هناء ، لامية

كل من انتظر سقوطي فخبت ظنه

أخر حلم في صدري

أهدي عملي

مريم

شكر

قال رسول الله ﷺ: «لَا يَشْكُرُ اللَّهَ مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ»
أشكر الله سبحانه وتعالى على سعة رحمته وعلى توفيقه.

أشكر أستاذي المشرف الدكتور عيساني نور الدين
على ريادة صدره و توجيهاته القيمة لإكمال إنجاز بحثي.
أشكر أستاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة عميرة.
جريدة على نصائحها الثمينة التي ساعدتني كثيرا.
أشكر نفسي على مواصلة العمل رغم التحديات الكثيرة.
أشكر كل من ساهم في إنجاز هذه المذكرة فاصيهم
ودانيمهم .

الفهرس

مقدمة

الباب الأول : الإطار النظري والمنهجي للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- | | |
|----|------------------------------|
| 3. | 1.الإشكالية |
| 5 | 2.الفرضيات . |
| 6 | 3.تحديد المفاهيم. |
| 9 | 4.المنهج المتبع . |
| 10 | 5.تقنيات جمع البيانات. |
| 11 | 6. مجالات البحث |
| 13 | 7-الدراسات السابقة ونتائجها. |

الفصل الثاني : طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

- | | |
|----|---|
| 24 | تمهيد. |
| 25 | المبحث الأول: مرحلة ما بعد الخصوبة، أنواعها ومحدداتها ، الحكمة منها. |
| 37 | المبحث الثاني : أعراض واضطرابات مرحلة ما بعد الخصوبة. |
| 51 | المبحث الثالث :المشاكل الصحية والاتجاهات نحو العلاج في مرحلة ما بعد الخصوبة . |
| 62 | خلاصة |

الفصل الثالث: الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

- | | |
|----|--|
| 64 | تمهيد |
| 65 | المبحث الأول : صحة المرأة في الجزائر |
| 81 | المبحث الثاني : الرعاية الصحية اللازمة للنساء عن مرحلة ما بعد الخصوبة. |
| 96 | المبحث الثالث: تأثير الوضع الاجتماعي و الاقتصادي للمرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة. |

109

خلاصة.

الباب الثاني: الإطار الميداني للدارسة

112

الفصل الرابع: خصائص العينة و تحليل الفرضية الأولى.

170.

الفصل الخامس: تحليل الفرضية الثانية

216

الفصل السادس: تحليل الفرضية الثالثة.

268

الاستنتاج العام .

272

الخاتمة

المراجع .

الملاحق.

فهرس الجداول

رقم	الجدول	ص
01	التوزيع النسبي للسيدات (50-59 سنة) حسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية	66
02	التوزيع النسبي للسيدات (50-59 سنة) حسب بقاء الدورة الشهرية و انتظامها و استعمال علاج هرموني و توقيت بداية تناوله و السن	67
03	يبين توزيع النساء ما بين 50-59 سنة حسب مدى القيام بالفحص الطبي النسائي	68
04	يبين توزيع النساء حسب إجراء المسحة المهبلية خلال العام السابق للمسح:	70
05	توزيع النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة حسب اجرائهن فحوصات الثدي	71
06	يبين توزيع المبحوثات حسب الأعراض والمشاكل الصحية التي يتعرضن إليها في مرحلة ما بعد الخصوبة	73
07	التوزيع النسبي اتجاه ورأي المبحوثات نحو مرحلة ما بعد الخصوبة	75
08	يبين تطور عدد النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر	75
09	يبين توزيع النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة 50-59 سنة في الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 1998	79
10	يبين توزيع النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة 50-59 سنة في الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 2008	79
11	توزيع أفراد العينة حسب السن	113
12	يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية	114
13	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	115
14	يبين توزيع افراد العينة حسب الأصل الجغرافي	116
15	يبين توزيع افراد العينة حسب الحالة المهنية	117
16	توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة	118
17	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	119
18	يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة انقطاع الطمث	120
19	يبين توزيع أفراد العينة حسب المعاناة من أعراض انقطاع الطمث	120
20	يبين توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض	121
21	يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	122
22	يبين توزيع أفراد العينة حسب احتياجاتهن	123
23	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مدى قيامهن باستشارة حول أعراض انقطاع	125
24	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومكان قيامهن باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	126
25	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و أسباب عدم قيامهن باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	127
26	يبين العلاقة بين الحالة المهنية لمبحوثات و مدى القيام بالكشف النسائي	128
27	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مكان القيام بالكشف النسائي	130
28	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و سبب عدم القيام بالكشف النسائي	131
29	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات والقيام بالمسحة المهبلية	132
30	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومكان القيام بالمسحة المهبلية	133

فهرس الجداول

134	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات وسبب عدم إجراء المسحة المهبلية	31
135	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات والقيام بفحص الثدي	32
136	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات و مدى إجرائهنللأشعة على الثديين	33
137	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات و سبب عدم إجرائهن فحص الثدي	34
138	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات ومكان إجرائهن فحص الثدي	35
139	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبجوثات و مدى تناولهن العلاج الهرموني	36
140	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وقيام المبجوثات بكشف طبي النسائي	37
141	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم قيام المبجوثات بكشف طبي نسائي	38
142	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومكان قيام المبجوثات بالكشف الطبي النسائي	39
143	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومدى إجراء المبجوثات للمسحة المهبلية	40
144	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم إجراء المبجوثاتللمسحة المهبلية	41
145	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومكان إجراء المبجوثاتللمسحة المهبلية	42
146	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومدى إجراء المبجوثاتللفحص على الثديين	43
147	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومدى إجراء المبجوثات للفحص على الثديين	44
148	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومدى إجراء المبجوثات للأشعة على الثديين	45
149	يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم إجراء المبجوثات للفحص على الثديين	46
150	يبين العلاقة بين الدخل الاجمالي للأسرة ومدى تناول المبجوثات للعلاج الهرموني	47
151	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات والقيام باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	48
152	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات وسبب عدم القيام باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	49
153	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات و القيام بكشف الطبي النسائي	50
154	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات و سبب عدم القيام بكشف الطبي النسائي	51
155	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات ومدى إجرائهن للمسحة المهبلية	52
156	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات وسبب عدم إجرائهنللمسحة المهبلية	53
157	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات ومدى إجرائهن الفحص الطبي على الثدي	54
158	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات و سبب عدم إجرائهن الفحص الطبي على الثدي	55
159	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات ومدى إجرائهنللأشعة على الثدي	56
160	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبجوثات ومدى تلقيهن للعلاج الهرموني	57
171	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبجوثات وقيامهن بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	58
172	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبجوثات وسبب عدم قيامهن بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث	59
173	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبجوثات وقيامهن بالكشف الطبي النسائي	60
174	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبجوثات وسبب عدم قيامهن بالكشف الطبي النسائي	61
175	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى إجراء المبجوثات المسحة المهبلية	62
176	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وسبب عدم إجراء المبجوثات المسحة المهبلية	63

— فهرس الجداول

177	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى إجراء المبحوثات لفحص الثدي	64
178	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وسبب عدم إجراء المبحوثات لفحص الثدي	65
180	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات والقيام بالأشعة على الثدي	66
181	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات والقيام بتناول العلاج الهرموني	67
183	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات ووجود الدعم الأسري	68
184	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري وتلقي الاستشارة	69
186	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري القيام بالكشف الطبي النسائي	70
188	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري والقيام بالمسحة المهبلية	71
189	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري والقيام بفحص الثدي	72
191	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري والقيام بالأشعة على الثدي	73
193	يبين العلاقة بين الحالة الزوجية وتلقي الدعم الأسري والقيام بتناول العلاج الهرموني	74
195	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج وتلقي الاستشارة	75
196	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج وتلقي الاستشارة	76
197	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج والقيام بالكشف الطبي النسائي	77
197	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج والقيام بالكشف الطبي النسائي	78
298	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج والقيام بالمسحة المهبلية	79
199	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج والقيام بالمسحة المهبلية	80
200	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج القيام بفحص الثدي	81
201	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج القيام بفحص الثدي	82
202	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج القيام بالكشف الطبي النسائي	83
203	يبين العلاقة بين نوعية تغير العلاقة بالزوج القيام بالأشعة على الثدي	84
203	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج القيام بتناول العلاج الهرموني	85
204	يبين العلاقة بين مدى تغير العلاقة بالزوج القيام بالكشف الطبي النسائي	86
205	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات إتجاه المرحلة وتلقي الاستشارة.	87
206	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات اتجاه المرحلة وتلقي الكشف الطبي النسائي	88
206	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات اتجاه المرحلة وتلقي المسحة المهبلية	89
207	يبين العلاقة بين إتجاه المبحوثات نحو المرحلة وتلقي فحص الثدي	90
208	يبين العلاقة بين إتجاه المبحوثات نحو المرحلة وتلقي الأشعة على الثدي	91
209	يبين العلاقة بين إتجاه المبحوثات حيال المرحلة وتلقي العلاج الهرموني	92
217	يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن و مدى تلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث	93
218	يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات وتلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث	94
219	يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن والقيام بالكشف الطبي النسائي	95

فهرس الجداول

220	يبين العلاقة بين نوع مرض مزمن لدى المبحوثات القيام بالكشف الطبي النسائي	96
221	يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن وإجراء المسحة المهبلية	97
222	يبين العلاقة بين وجود مرض مزمن لدى المبحوثات القيام بالمسحة المهبلية	98
223	يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن والقيام بفحص الثدي	99
224	يبين العلاقة بين نوع مرض مزمن لدى المبحوثات والقيام بفحص الثدي	100
225	يبين العلاقة بين وجود مرض مزمن لدى المبحوثات وإجراء الأشعة على الثدي	101
226	يبين العلاقة بين نوع مرض مزمن لدى المبحوثات والقيام بالأشعة على الثدي	102
227	يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن وتناول العلاج الهرموني	104
228	يبين العلاقة بين نوع مرض مزمن لدى المبحوثات والقيام بتناول العلاج الهرموني	105
229	يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات وكيفية تلقي العلاج .	106
230	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي الاستشارة	107
231	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور والقيام بالكشف الطبي النسائي	108
232	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي المسحة المهبلية	109
232	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي فحص الثدي	110
233	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي الأشعة على الثدي	111
234	يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتناول العلاج الهرموني	112
235	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالاستشارة بخصوص أعراض إنقطاع الطمث	113
236	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات القيام بالكشف النسائي	114
238	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالمسحة المهبلية	115
239	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات وتلقي فحص الثدي	116
240	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات الأشعة على الثدي	117
242	يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إنقطاع الطمث لدى المبحوثات القيام بتناول العلاج الهرموني	118
243	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات وتلقي الاستشارة بخصوص أعراض إنقطاع الطمث	119
244	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات القيام بالكشف الطبي النسائي	120
245	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات وتلقي المسحة المهبلية	121
246	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات القيام بفحص الثدي	122
247	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالأشعة على الثدي	123
248	يبين العلاقة بين سن إنقطاع الطمث لدى المبحوثات وتناول العلاج الهرموني	124
249	يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديها وتلقي الاستشارة بخصوص أعراض إنقطاع الطمث	125
250	يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن و القيام بالكشف النسائي	126
251	يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بالمسحة المهبلية	127

— فهرس الجداول

252	يبين العلاقة رأى المبحوثات فى سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بفحص الثدي	128
253	يبين العلاقة رأى المبحوثات فى سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بالاشعة على الثدي	129
253	يبين العلاقة رأى المبحوثات فى سبب المشاكل الصحية لديهن تناول العلاج الهرموني	130
254	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث وتلقى الاستشارة بخصوص تلك الأعراض	131
255	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث والقيام بكشف طبي نسائي	132
256	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث وتلقى المسحة المهبلية	133
257	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث والقيام بفحص الثدي	134
258	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث والقيام بالاشعة على الثدي	135
259	يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث و تناول العلاج الهرموني	136

_____ قائمة الأشكال

قائمة الأشكال :

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
76	تطور نسبة النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة 50-59 سنة من إجمالي عدد النساء عبر السنوات في الجزائر.	1
114	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن	2
116	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	3
116	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الأصل الجغرافي	4
117	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	5
118	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة	6
119	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الإجمالي	7
121	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المعاناة من أعراض انقطاع الطمث	8
122	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض	9
123	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	10

قائمة الملاحق:

العنوان	رقم الملحق
يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمرأة ورأيها حول وجود دور لها في الحياة	01
يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومدى علمهن بوجود العلاج الهرموني	02
يبين العلاقة بين نوعية المهنة للمبحوثات ومكان تلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث	03
يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات والعلم بوجود فحص ذاتي للثدي	04
يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات والعلم بوجود العلاج الهرموني	05
يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى قيام المبحوثات بفحص الثدي والمعاناة من مرض	06
يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى معرفة المبحوثات بوجود العلاج الهرموني	07
استمارة البحث الميداني	08

مقدمة

لقد حظى موضوع صحة المرأة باهتمام متنامي في العقدين الأخيرين من خلال مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية عام 1994 م ، وما تبعه من مؤتمرات أهمها مؤتمر بيكين 1995 م و المؤتمر الخامس للمرأة ما بعد بيكين عام 2000 م في نيويورك . حيث تشكل المرأة كميًا نصف عدد البالغين و كذا تلت القوة العاملة الرسمية من سكان العالم، وقد تزايد الوعي بأن تعزيز صحة المرأة وإشراكها في برامج الرعاية الصحية مفتاحان أساسيان لتحقيق هدف توفير الصحة للجميع .

فصحة المرأة هي رفايتها الكلية والتي لا تحدها العوامل البيولوجية ولا الإنجابية فحسب و إنما تتحدد أيضا بتأثيرات العمل والتغذية وعوامل أخرى كوضعها في المجتمع وتعليمها واستقلالها الاقتصادي 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 والتي عنيت ببرامج الرعاية الصحية ، الأمومة الآمنة والصحة الإنجابية، مما همش جوانب عديدة من صحتها إذ بقيت تعيشها في صمت رهيب ومطبق وكأنما اختزل دورها على الجانب البيولوجي المتمثل في الإنجاب فقط وبانقضائه ينتهي حقها في برامج الرعاية الصحية وفي تمتعها بصحتها .

كما لا يجب أن ننسى أنه لكل مرحلة من مراحل حياة المرأة خصوصيتها حيث لا يمكن إهمال أو التغاضي عن مرحلة الطفولة للفتاة وما تحتاجه من خدمات وقائية أثناء الرضاعة وقبل وأثناء الدراسة وحول المراهقة وقبل الزواج من تثقيف صحي وفحوصات طبية وبعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية حتى بعد مرحلة الإنجاب ورعايتها وحمايتها من أعراض سن اليأس والشيوخوخة فالصحة والرعاية للمرأة تبدأ منذ أن تكون الفتاة في رحم الأم ،لذا فرعايتها أمراض روريكيتنج بأطفالا أصحاء ورعايتهم يؤدي إل بناء مجتمع صحي متكامل¹.

¹صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة مشروع لتسهيل المعلومات عن المرأة في التنمية: ورقة مقدمة إلى الحلقة النقاشية حول صحة المرأة في إطار تسهيل مصادر المعلومات، نيويورك، أبريل 2000، ص 2.

هذا و يعتبر موضوع معايشة المرأة لمرحلة ما بعد الخصوبة من بين المواضيع التي يتم التحدث إليها بطريقه محتشمة إذ يرتبط بهذه المسألة أكثر من غيرها بما يسمى بالحس الثقافي في الوسط الأسري والمجتمعي ، إذ يعد من أحد المعوقات الملموسة التي تحول دون الاستفادة المرأة من صحتها في هذه المرحلة ، فثمة صعوبات علمية وثقافية ذات تأثير على السلوك الصحي ومعرفة واقع صحة النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة².

فبالتوقف التدريجي للنشاط الهرموني للمبويضين تنتهي الوظيفة البيولوجية للمرأة وتقبل على فترة جديدة من حياتها يعترها بعض التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية وتظهر عليها بعض المشاكل الصحية المتعلقة بانقطاع الطمث فتتدهور حالتها الصحية وتصبح أكثر عرضة للأورام والسرطانات ، وتبدأ أمراض الشيخوخة في الظهور ويحدث الترهل في جسمها بوجه عام وتتراكم الشحوم في بعض نواحيه ويبدو الإجهاد عليها من أقل مجهود فيخفق القلب وتحدث الآلام في الظهر وهشاشة العظام والتي قد تصل إلى الكسر³ مما يعيقها عن أداء واجباتها الزوجية ، المنزلية ، التربوية والتزاماتها اتجاه المجتمع ككل .

وتحتاج المرأة في هذه مرحلة إلى الإقبال على برامج الرعاية الصحية بهدف التخفيف من الأعراض المصاحبة لها وهذا بإجراء كل الفحوصات المهمة منها ، الفحص النسائي العام، إجراء المسحة المهبلية و القيام بفحص الثديين وتناول العلاج الهرموني. وتحتاج كذلك إلى دعم الأسري والمجتمعي تلعبه المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها في تعميق الوعي الصحي والاجتماعي وتزويد من معارفهن للوقاية من الأمراض والمشاكل الصحية التي تتعرض إليها المرأة ، وتمكينها من التعامل والتعايش معها بهدف تحسين صحتها وبالتالي معايشه لائقة تضمن لهن حياة آمنة.

²- أسيا شريف:واقع ومعايشة النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر، المؤتمر السنوي السادس و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية ،المشكلات و السياسات،12-14ديسمبر 2006، معهد التخطيط القومي، المركز الديمغرافي، ص02.

³حسن عبد الحميد أحمد رشوان :علم اجتماع المرأة ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر ، 1998 ، الطبعة الأولى ، ص 42.

فحين نتطرق لموضوع الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة فإن جملة من الدوافع تكون وراء هذا الاختيار أهمها الارتفاع المتزايد للنساء المصابات بأمراض السرطانية خاصة سرطان الرحم والثدي بعد سن الخمسين في الجزائر والذي يحصد منهن المئات سنويا أضافه إلى المشاكل النفسية والاجتماعية والصحية التي تعيشها هذه الشريحة من المجتمع والتي لا يمكن عزلها عن سياقها الاجتماعي وتأثير العوامل المحيطة بالمرأة على ممارساتها الصحية والاهتمام بصحتها ووعيها بكل أعراض هاته المرحلة ومعايشتها لها .

وقد هدفت دراستنا إلى إزاحة الستار على الواقع الصحي للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة وأهم العوامل الاجتماعية والصحية التي تؤثر على مدى الإقبال على برامج الخدمات الصحية لمعرفة أهم الاحتياجات الصحية لهن وأهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة من صحتهن في هذه المرحلة العمرية.

وعلى هذا الأساس ارتأينا أن نعالج موضوعنا من أجل بلوغ الهدف المنشود حيث قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى قسمين :

•الباب الأول : خصصناه للجانب النظري للدراسة وتضمن ثلاثة فصول :

- الفصل الأول : يحتوي على الجانب المنهجي للدراسة والذي تضمن الإشكالية المطروحة بحثنا والفرضيات ، تحديد المفاهيم الأساسية ،المنهج المتبع ، تقنيات جمع البيانات ، تحديد مجالات البحث و أخيرا الدراسات السابقة ونتائجها.

- الفصل الثاني:خصصناه لدراسة طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة كمدخل عام للتعريف بالظاهرة المدروسة حيث قسمنا هذا الفصل إلى ثلاث مباحث تطرقنا في المبحث الأول إلى مرحلة ما بعد الخصوبة من حيث المراحل والأنواع ثم تطرقنا في المبحث الثاني إلى أهم الأعراض والاضطرابات المصاحبة لهاته المرحلة خصوصا الأعراض الفيزيولوجية والبيولوجية والأعراض السيكولوجية أما المبحث الثالث فتطرقنا إلى الحياة الاجتماعية للمرأة في هذه المرحلة والعلاقات الأسرية والتمثيل الاجتماعي لها.

- **الفصل الثالث :** فخصصناه لدراسة الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة وقسمناه إلى ثلاث مباحث فالمبحث الأول تناول فيه صحة المرأة في الجزائر وكذلك الوضعية الصحية للنساء في الجزائر وأخيرا الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة .

أما المبحث الثاني فكان حول الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة والاحتياجات الصحية الضرورية للمرأة في هاته المرحلة وكذا المتابعة الطبية الضرورية للنساء والعلاج اضطرابات المصاحبة لهاته المرحلة أما المبحث الثالث فتناول تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي على النساء في هاته المرحلة العمرية .

• **الباب الثاني:** فقد خصص هذا الباب إلى الدراسة الميدانية وهو يحتوي بدوره على ثلاثة فصول هي: الفصل الرابع فقد تناولنا فيه تقديم خصائص و مميزات أفراد العينة ، وتطرقنا كذلك فيه إلى الفرضية الأولى من خلال إبراز نتائجها في شكل جداول تم تحليلها إحصائيا و سوسيولوجيا ، وأخيرا وضعنا استنتاج جزئي للفصل. و الفصل الخامس تطرقنا فيه إلى الفرضية الثانية من خلال إبراز نتائجها في كل جداول مزوده بتحليل إحصائية و سوسيولوجيا ، و وضع في الأخير استنتاج جزئي أما الفصل السادس فقمنا في هذا الفصل في معالجه الفرضية الثالث من خلال إبراز نتائجها بشكل جداول بتحليل إحصائية و سوسيولوجيا أخيرا استنتاج جزئي للفصل. ثم ختمنا هذه الدراسة باستنتاج عام للفرضيات و خاتمه للموضوع مع وضع مجموعة من الاقتراحات، وأخيرا قائمة للمراجع و الملاحق.

المباني الأول

الإطار النظري

والمنهجي للدارسة

الفصل الأول

الإطار المنهجي

للدّراسة

1. الإشكالية:

تمتع المرأة بصحة جيدة في كل مراحل حياتها من بين أهم النقاط التي أكدت عليها المؤتمرات العالمية الخاصة بالسكان، حيث ركزت على ضرورة تبني الدول سياسات صحية فعالة مع توفير أقصى خدمات الرعاية الصحية للمرأة، وكذلك القيام بمسوحو دراسات معمقة من أجل معرفة كل احتياجاتها الصحية ، والسعي إلى إيفائها، وهذا لما يكتسبه دورها الإيجابي والتربوي من أهميه بالغة داخل أسرتها وفي مجتمعها ككل . غير أن الاهتمام الأكبر انصب على المرحلة الإيجابية للمرأة، في حين أهملت مرحلة لا تقل أهميه عن المرحلة الإيجابية ألا وهي سن اليأس من الإنجاب أو كما يطلق عليها فترة ما بعد الخصوبة.

ولقد جاء في تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن توقعات العمر لدى المرأة هو عيشها لأكثر من 25 سنة بعد وصولها لفترة ما بعد الخصوبة ففي سنة 2000 قدرت الإحصاءات أن اثنتين أو ثلاث نساء امتدت حياتهن نحو 30عام بعد هذه المرحلة، وأن هذه الزيادة في أمل الحياة تستوجب تحسين نوعية الحياة لهؤلاء النساء وأيضا استحقاقهن لرعاية أفضل صحيا وجسميا وسيكولوجيا¹.

وكذا قدرت الإحصاءات العالمية أن 280 مليون امرأة في سن 50 سنة فما فوق في الدول المتقدمة مقابل 550 مليون في الدول النامية وبحلول 2050 سوف يشكلن حوالي 19% من إجمالي سكان العالم². أما في الجزائر فقد قدرت إحصائيات السكان لعام 2008 حوالي 2.4 مليون امرأة في فترة ما بعد الخصوبة أي بنسبة 14.57% من المجموع الكلي للإناث،و أنه هناك 100000 امرأة تبلغ هذا السن سنويا وتتبيئ التقديرات بوجود 4 ملايين امرأة في فترة ما بعد الخصوبة بحلول سنة 2020³.

¹ هندومه محمد أنور حامد: سن اليأس عند المرأة، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002، ص10.

²Gertchen Astevens ,Golin Mathers : **globale mortality trends and partterns in older women** ,Bultain world health organ, 2013,91,pp 630-639.

³ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière Direction de la population : **Enquête Algérien sur la santé de la famille Analyses Approfondies** ، ، 2002p237.

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

ولمعرفة أهم العوامل التي تؤثر على مدى إقبال النساء في فترة نهاية الخصوبة على خدمات الرعاية الصحية و أهم احتياجاتهن الصحية في هذه الفترة من عمرهن أجري المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 و الذي يعتبر المسح الوحيد المتطرق للحالة الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر بنوع من التفصيل والذي 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% من السيدات لم يقمن بإجراء فحص طبي نسائي خلال العام السابق للمسح وهن من الفئة العمرية 50-54 سنة، أما اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية 55-59 سنة فهن لا يجرين هذا الفحص بنسبة 90.6% وتحتل الريفيات أكبر نسبة في هذا ، وكذلك الأمر بالنسبة لباقي الفحوص الأخرى مثل فحص الثديين والمسحة المهبلية وتناول العلاج الهرموني فنسبة اللواتي لم يجرينها تمثل أكبر حصة من ذلك وعندما سئلن عن سبب عدم إجراء الفحوص اللازمة أرجعت المبحوثات سبب ذلك إلى غلاء التكلفة وكذلك إلى عدم وجود ضرورة تستدعي ذلك¹.

وقد قدرت في الجزائر نسبة الإصابة بسرطان عنق الرحم عام 2007 77.6% من مجموع الإصابات السرطانية و قد ارتفعت عام 2008 إلى 9.3% أي ما يعادل 1398 حالة جديدة و هو المسؤول عن وفاة 797 حالة أي 7.8% من مجموع الوفيات السرطانية، إضافة إلى سرطان الثدي الذي يعتبر من أكثر أنواع السرطانات النسائية شيوعا خاصة في مرحلة ما بعد الخصوبة ، حيث قدرت عدد الإصابات الجديدة عام 2008 حوالي 1384155 أي بنسبة 22.9% من مجموع الإصابات السرطانية مسببا 458503 حالة وفاة أي بنسبة 13.7% من مجموع الوفيات السرطانية²، إلا أن نتائج هذا المسح الخاص بالأسرة كشف عن الإقبال الضعيف للنساء في هذه الفترة العمرية الحساسة على خدمات الرعاية الصحية (المراقبة الطبية المستمرة وإجراء الفحوص الدورية) من امرأة إلى أخرى وهذا حسب عدة عوامل تتدرج

¹وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات: الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية ، المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002م، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2004، ص ص 163-168.

²www.who.int/entity/nmh/countries/dza_ar.pdf

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

تحت الإطار الثقافي والاجتماعي والاقتصادي و الصحي وهذا ما يدفعنا للوقوف على بعض جوانبه من خلال بحثنا هذا محاولين الإجابة بذلك على التساؤل التالي :

ما مدى تأثير العوامل الاجتماعية والصحية على إقبال النساء في فترة ما بعد الخصوبة على خدمات الرعاية الصحية ؟.

وللإجابة على هذا التساؤل نضع الفرضيات التالية:

2. الفرضيات:

ومن خلال ما سبق تتبلور لدينا الفرضيات التالية:

1. ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة يزيد من إقبالها على خدمات الرعاية الصحية في فترة ما بعد الخصوبة.

2. كلما كانت المرأة متزوجة زاد إقبالها على خدمات الرعاية الصحية في فترة ما بعد الخصوبة.

3. المشاكل الصحية والأعراض التي تعاني منها المرأة تزيد من إقبالها على خدمات الرعاية الصحية في فترة ما بعد الخصوبة.

3. تحديد المفاهيم :

1.3. مرحلة ما بعد الخصوبة :

مرحلة ما بعد الخصوبة أو نهاية الخصوبة هي مرحلة ككل المراحل العمرية التي تمر بها المرأة والمصطلح عليه باسم سن اليأس ، ولكن تعتبر هذه التسمية الأخيرة تسمية خاطئة أطلقت على هذه المرحلة لكونها تسمية تحمل ظلالة سلبية حولها ، إلا أن تسمية سن اليأس جاءت من قوله تعالى « وَاللَّائِي يَيْسُنَّ مِنَ الْمَحِيضِ مِنْ نِسَائِكُمْ...»سورة الطلاق :آية 4، حيث تياس المرأة من عودة الحيض بعد انقطاعه ويعني التوقف النهائي للدورة الشهرية.

ويعرفها قاموس ويبشر اكسفورد المختصر بـ «الهبوط التدريجي للقوى الحيوية وما يصاحبها من أعراض كفقْد الأئوثة ، ويعد مدخلا لمرحلة كبر السن .».

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

ونهاية الخصوبة هي مرحلة فسيولوجية في حياة المرأة تحصل تدريجياً ما بين 45-50 سنة في المتوسط ، وهذا التحديد لم يتغير منذ بداية الدراسات حول هذا الموضوع. وتعرفه منظمة الصحة العالمية مرحلة نهاية الخصوبة بأنها :«توقف نهائي للدورة الشهرية نتيجة فقدان النشاط البويضي»¹ .

•التعريف الإجرائي :

ونقصد بمرحلة ما بعد الخصوبة في بحثنا هذا هي المرحلة التي تصلها المرأة عندما ينقطع عنها الحيض ابتداءً من سن 50-59 سنة وتبدأ تطراً عليها التغيرات الهرمونية والفسيولوجية التي تحدث بسبب انقطاع الحيض .ونشير كذلك أننا استعملنا في بحثنا مرادف آخر لمفهوم مرحلة ما بعد الخصوبة وهو مرحلة سن اليأس من الإنجاب .

2.3.الرعاية الصحية:

يشير هذا المفهوم إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية ، وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض².

وتعرف كذلك بأنها مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها ولجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها³ .

¹ هندومة محمد أنور حامد ،المرجع السابق، ص 39 - 40 .

² عبد المحي محمود حسن صالح،المرجع السابق ، ص 20

2 مصطفى القمش، خليل المعاينة : مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى، الأردن، 2000، ص 15.

• التعريف الإجرائي:

والرعاية الصحية التي نحن بصدها في بحثنا هذا تصب في مجمل الخدمات الطبية التي تقدمها المراكز والمؤسسات الصحية والفحوصات الطبية التي تحتاجها المرأة لتتمتع في مرحلة ما بعد الخصوبة بصحتها بكل طمأنينة.

3.3. المركز الاجتماعي:

المركز الاجتماعي هو المركز الذي يشغله الفرد في جماعة ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها طبقا لقواعد سلوكية المقررة، وقد يكون المركز الاجتماعي منسوبا أو مفروضا.

والدور الاجتماعي هو المركز أو المنصب الذي يحتله الفرد والذي يحدد واجباته وحقوقه الاجتماعية، والفرد الواحد في المجتمع يحتل عدة ادوار اجتماعية والمركز الاجتماعي و العلامة أو الإشارة التي تحدد طبيعة الدور الاجتماعي....¹ وعرف أيضا انه الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين ، وقد يحدد هذا الوضع : الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقة بالأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة² . وعرفه أحمد زكي البدوي على انه المركز الذي يشغله الفرد في جماعه (أب ، ابن ، مدرس ، رئيس ، مرسوم) ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها الفرد طبقا لقواعد سلوكية مقررة ، وقد يكون المركز الاجتماعي منسوبا أو مفروضا لا يستطيع الفرد أن يغير منه وهو يرتبط عادة بمولد الشخص أو أصله أو نسبه أو جنسه أو ديانتته. كما قد يكون المركز الاجتماعي مكتسبا وهو المركز الذي يصل إليه الفرد بمجهوده أو قدرته الشخصية³ .

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

² محمد عاطف غيث: قاموس علم اجتماع، دار المعرفة الجامعية ، دون طبعة، مصر ، دون سنة ، ص440

³أحمد زكي بدوي :معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، انجليزي، فرنسي ، عربي ، مكتبة لبنان ، دون طبعة ، بيروت 1978، ص 410.

• **التعريف الإجرائي:** أما في بحثنا هذا فنقصد به المركز الاجتماعي الذي تحتله المرأة في سن ما بعد الخصوبة من خروجها للعمل ودخل أسرتها الإجمالي وكذلك مستوى تعليمها .

4.3. الحالة الزوجية:

هو وضع الشخص وفقا لتشريعات الأحوال الشخصية وقوانين الزواج والطلاق المعمول بها في الدولة أي حالة الفرد من ناحية ارتباطه بعقد اجتماعي مع شخص آخر ويندرج تحتها الحالات الآتية:

أ. **لم يتزوج:** حالة الفرد البالغ من العمر 15 سنة فأكثر ولم يدخل طرفا في عقد الزواج وفقا للقانون السائد.

ب. **متزوج:** حالة الفرد البالغ من العمر 15 سنة فأكثر المرتبط بعقد زواج واحد على الأقل ساري المفعول وفقا للقانون والعرف السائد سواء أكان الطرف الثاني (الزوج / الزوجة) مقيما مع الطرف الأول أو غير مقيم.

ت. **مطلق:** حالة الفرد البالغ من العمر 15 سنة فأكثر الذي انفصم آخر زواج له بالطلاق ولا يرتبط بعد هذا الانفصام بأي عقد آخر ساري المفعول .

ث. **أرمل:** حالة الفرد البالغ من العمر 15 سنة فأكثر انفصم آخر زواج له بوفاة الطرف الآخر ولا يرتبط بعد هذا الانفصام بأي عقد زواج آخر ساري المفعول ¹.
أما المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات في عرف الحالة الزوجية على أنها: "يصنف السكان بالنظر إليها وحينئذ لا يدخل في صنف العزاب إلا الذين لم يتزوجوا قط كما يفرق بين الأشخاص المتزوجين وقد يجتمع الناس جميعا من متزوجين ومطلقين وأرامل ومفارقين . "

• **المفهوم الإجرائي:** ومن خلال التعريفات ارتأينا لبحثنا قصدنا بالحالة الزوجية للمرأة في سن ما بعد الخصوبة كافة النساء التي وصلن سن 50 سنة فما فوق عازبات كن أم متزوجات أم مطلقات أم أرامل .

¹<http://www.paci.gov.kw/stat/en/index.php/2013-07-02-06-05-37>

5.3. الحالة الصحية:

• المفهوم الإجرائي:

نقصد بالحالة الصحية في بحثنا هذا رصد الوضعية الصحية للمرأة في هذه المرحلة العمرية وذلك من خلال جميع الاضطرابات والمشاكل الصحية الناتجة عن الأمراض المزمنة التي تعاني منها المرأة .

4. المنهج المتبع:

تعتبر المنهجية التي يتبعها الباحث لتقصي المعلومات والمعطيات الدقيقة، أهم خطوات البحث إذ ترتبط مصداقية هذه المعلومات بالمنهج والتقنية المستعملة قصد بلوغ نتائج موضوعية. وإن طبيعة الموضوع والأهداف المرجوة من الدراسة تفرض على الباحث اختيار المنهج المناسب وهو "عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة وهو مجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك".¹

وطبيعة وخصوصية الموضوع الذي نحن بصدد البحث فيه ، فرضت علينا تطبيق المنهج الكمي في التحليل والذي يقوم على المنهج الإحصائي إذ يركز على توضيح البيانات التي يجمعها الباحث ويصفها وصفا كميا دقيقا فالمنهج الكمي هو «مجموعة من الإجراءات المستعملة لقياس الظواهر ، فمعظم الأبحاث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس وذلك عندما يتعلق الأمر باستخدام المؤشرات ، المعدلات والمتوسطات أي عموما الأدوات الإحصائية». ²

ولقد قمنا بتوظيف المنهج الإحصائي في بحثنا كوننا بصدد وصف وتحليل وكذا تفسير العوامل المؤثرة على إقبال المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة على برامج الرعاية الصحية وأهم الاحتياجات الصحية التي تحتاجها المرأة في هذه الفترة من حياتها ، كل

¹ محمد العبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 1999، ص 35.

² Maurice Anjers: Initiation Pratique à la Méthodologie des Sciences Humaines, Casbah.

Alger. 1997.P31.

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

هذا يحتاج إلى المنهج الكمي الإحصائي الذي سنقوم بواسطته بجمع وتصنيف المعطيات الكمية من الميدان وتفرغها وكذلك تبويبها في جداول إحصائية والذي يسمح لنا بقراءتها إحصائيا وسوسولوجيا مع حساب المعاملات بهدف معرفة درجة العلاقة بين المتغيرات وارتباطها وبالتالي الوصول إلى تحليل الفرضيات والتأكد من صحتها أو عدمه.

5. تقنيات جمع البيانات:

قصد الوصول إلى بيانات موضوعية تتسم بالدقة استعملنا لجمع المعطيات من الميدان الاستمارة الاستثنائية التي تحتوي غالبا على عدة أسئلة منها ما هو مفتوح ومنها ما هو مغلق ومنها ما هو عام و ما هو متخصص .

فالاستمارة هي قائمة مصممة لتحقيق غرض معين ، يمكن عن طريقها الحصول على معلومات من المستجوبين حول موضوعات تتعلق بخصائصهم الموضوعية وسلوكهم في ماضيهم وحاضرهم واتجاهاتهم وما يعتقدونه من قيم وعقائد ، وتعرض الاستمارة عادة الأسئلة من الأسئلة الأبسط ذات طابع الواقعي ثم تتقدم إلى الأسئلة المعقدة ذات الطابع الذاتي والخاص .¹

والاستمارة بالمقابلة ما لجأنا إليه في بحثنا هذا حيث تتم بطرح الأسئلة مباشرة على النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة وتدوين الإجابات عنهن وهذا بهدف التدقيق في تحصيل المعلومات. وكذلك كونها تتلاءم مع المنهج الكمي . إضافة إلى أننا قمنا بتوزيع بعض الاستمارات على النساء اللواتي تعرفن القراءة والكتابة قصد ملئها مع توضيح لبعض الأسئلة التي التبس عليهن فهمها وذلك لضمان الدقة في الإجابة على كل الأسئلة المطروحة .

وتتكون استمارة بحثنا من أسئلة مقسمة إلى عدة محاور :

¹ميشال مان: موسوعة العلوم الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الطبعة الأولى ، الإسكندرية ، 1999، ص 581.

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

-**المحور الأول:** يتكون من أسئلة البيانات الشخصية. وتتضمن أسئلة السن والحالة الزوجية وكذا المستوى التعليمي .

-**المحور الثاني:** يتكون من أسئلة عن المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة وكذلك نوعية الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة من فحوص وبرامج صحية مخصصة لها.

-**المحور الثالث:** يتكون من أسئلة المكانة الاجتماعية للمرأة. وتتضمن أسئلة تخص العمل ونوعيته ودخل الأسرة ونوعية السكن ونوعية العلاقات الأسرية وكذا احتياجاتها وشعورها اتجاه هذه المرحلة .

6. مجالات البحث:

نظرا لصعوبة الحصر الشامل لكل النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة تماشيا مع الإمكانيات المادية والوقت المحدد استعملنا أسلوب العينة.

وطريقه العينات لا تدرس جميع وحدات البحث بل تدرس جزء صغير من مجتمع البحث بعد اختياره بطريقة منتظمة أو عشوائية¹.

وفي بحثنا هذا سنعتمد على الطريقة الغير احتمالية نظرا لعدم وجود قاعدة بيانات لمجتمع الذي نحن بصدد دراسته ونوع 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 مفردات بحثه من خلال ما يصادفه من أفراد المجتمع².

1.6. المجال البشري:

وقد اخترنا في بحثنا النساء اللواتي يتراوح سنهن ما بين 50-59 سنة واللائي انقطع الطمث لديهن منذ سنة على الأقل من قبل إجراء البحث الميداني وقد قدر حجم العينة 201 امرأة .

¹إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، د ط، لبنان، 1982، ص49 .
²سامية محمد جابر وآخرون: البحث العلمي الاجتماعي (لغته ومداخله ومناهجه وطرائقه) ، دار المعرفة الجامعية، د ط ، مصر، 1998، ص319.

2.6. المجال المكاني:

أجري البحث الميداني في ولاية بومرداس ، تقع في الشمال المركزي للجزائر ، تبلغ مساحتها 1456,16 كم² ويبلغ عدد سكانها حسب تعداد 2008 حوالي 801068 نسمة تحدها غربا ولاية الجزائر ومن الجنوب الغربي ولاية البليدة أما من الشرق ولايتي تيزي وزو والبويرة ومن الشمال البحر الأبيض المتوسط¹ .
وقصدنا لبحثنا عينة من نساء ولاية بومرداس المتوافدات إلى الأماكن العامة، المساجد، مراكز محو الأمية، والمؤسسات الصحية المختلفة.

3.6. المجال الزمني:

بعد قيامنا بالبحث الاستطلاعي لاختبار الاستمارة لأهميته في اعداد البحوث العلمية ومدى وضوح الأسئلة ودقتها في الحصول على المعلومات الميدانية التي تخدم أعراض البحث المحددة .حيث توجهنا إلى ميدان البحث والمتمثل في مركز لمحو الأمية المتواجد قرب مقر سكننا ببومرداس ، حيث قمنا باستجواب 10 نساء ولقد دام البحث الاستطلاعي يومين من 9 مارس إلى غاية 10 مارس 2015 وعليه تم تعديل بعض الأسئلة من الاستمارة وتأكدنا من وضوح باقي الأسئلة.

أما فيما يخص التحقيق النهائي فقد كان ابتداء من 20 مارس 2015 وانتهى في 10 جوان وخلال هذه المدة تم استجواب 201 امرأة ولقد كان متوسط عدد المستجوبات في اليوم 8 إلى 9 نساء والمدة المستغرقة في ملأ الاستمارة للمبحوثة 30 الى 35 دقيقة بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي منخفض نوعا ما أو أميات وما أكثرهن في وسط هذه الشريحة العمرية ولقد قمنا بتبسيط الأسئلة للتقريب الفهم بهدف استيعاب السؤال بغية الحصول على إجابات دقيقة نوعا ما .

7. الدراسات السابقة:

¹<http://www.wilaya-boumerdes.dz/>

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

من الدراسات القليلة التي تناولت صحة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة باعتبار التركيز الأكبر للدراسات ينصب على المرأة ولكن في مرحلة خصوبتها بينما عند توقفها عن خدمة النوع والتناسل يقل الإهتمام كثيرا بها. و سنتطرق الى عدة دراسات حول موضوع صحة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة من كل جوانبها الصحية والاجتماعية و النفسية والإقتصادية . و من أجل ذلك قمنا بتصنيف الدراسات إلى قسمين :

-القسم الأول : الدراسات على مستوى التراب الوطني .

-القسم الثاني : دراسات خاصة بباحثين منها المنشورة و غير المنشورة.

1.7. الدراسات السابقة على المستوى الوطني: (المسح الجزائري لصحة المرأة عام 2002):

اهتمت الجزائر بمجال ترقية صحة المرأة والأسرة مما جعلها توقع وثيقة مشروع الصحة الأسرة بين الحكومة الجزائرية وجامعة الدول العربية وتم تنفيذه سنة 2002، وجاء هذا الأخير استمرارا للمشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي أنجز عام 1992، وقد وفر المسح الجزائري قاعدة من البيانات والمعطيات التفصيلية الحديثة سعيا إلى تحقيق الأهداف الإنمائية وتطوير الأوضاع الاجتماعية والصحية للأسرة، إضافة إلى مساعدة الباحثين ومعدّي البرامج على تحليل ومتابعة وتقييم السياسات الصحية والاجتماعية ومقارنتها مع بلدان أخرى وقعت معها الجزائر من أجل إنجاز المشروع العربي لصحة الأسرة، وقد تناول المسح الجزائري لصحة الأسرة عدد من المواضيع أهمها الصحة الإنجابية ووفيات الأمهات، وصحة النساء في مرحلة انقطاع الطمث ، احتياجات الشباب والمراهقين والرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن .

ولقد كان المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002 هو الوحيد الذي سلط الضوء على بعض الجوانب الصحية و الاجتماعية و الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب حيث شمل 1642 سيدة في الفئة العمرية 50-59 سنة من بينها 57% تنتمي إلى عمر 50-54 سنة في حين 43% تنتمي إلى فئة عمر 55-59 سنة تعيش في مناطق حضرية في حين 37% في مناطق ريفية .

2.7. دراسات خاصة بباحثين منها المنشورة و غير المنشورة:

1.2.7. دراسات منشورة:

- دراسة الدكتور آسيا شريف :

تحمل هذه الدراسة عنوان " واقع ومعايشة النساء مرحلة سن ما بعد الإنجاب في الجزائر " دراسة حالة تم تنفيذها سنة 2006 مع الاعتماد على نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 وكان الإشكال المطروح في هذه الدراسة يدور حول :

1. واقع الصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب .
2. أهم المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية التي تصادفها المرأة أثناء مرحلة ما بعد سن الإنجاب.
3. كيفية معيشة المرأة لمرحلة نهاية الخصوبة واحتياجاتها اتجاه هذه المرحلة¹.

• أهداف الدراسة:

1. الكشف عن واقع ومعايشة النساء مرحلة ما بعد الإنجاب.
 2. التعرف على معارف واتجاهات النساء لبعض أعراض نهاية الخصوبة وانعكاساتها على مستوى المحيط الأسري .
 3. تحديد أولويات الخدمات المطلوب تقديمها في مجال الصحة الإنجابية للنساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب.
- لقد اعتمدت هذه 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 بدون مستوى تعليمي (أميات) ومنهن نوات مستوى تعليمي ابتدائي ، متوسط وحالة واحدة جامعية . غير عاملات حوالي 6% ، والبقية عاملات ، أنجبن ما بين 5 إلى 10 أطفال حيث تزوجن في سن مبكرة ما بين 15-17 سنة وحالة واحدة تزوجت وعمرها 14 سنة .

واستعملت الباحثة المقابلة المتعمقة للأسئلة كانت مفتوحة حيث جعلت من المقابلة ودية ومريحة، حيث أتاحت للمبحوثات فرصة التحدث بارتياح عن حياتهن الإنجابية

¹ آسيا شريف، المرجع السابق ، ص 3

وكذا عن حياتها ما بعد سن الإنجاب، كما تطرقت إليهم الأعراض المرضية والمشاكل النفسية والجسمانية والاجتماعية التي تعرضن إليها، وتم ختم تلك المقابلة بمعرفة أهم الاحتياجات التي يمكن للمراكز الصحية توفيرها لهن¹.

• أهم نتائج الدراسة :

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

1. تبين أن كل المبحوثات لم تجربين أي فحص أثناء معاشتهن مرحلة سن اليأس من الإنجاب إلا حالة واحدة، و هذا دليل على انعدام دور الخدمات الاجتماعية و الصحية.

2. إن أغلبية المبحوثات لا تعلمن بتفاصيل مرحلة انقطاع الطمث.

3. جل النساء تعانين من قلة المعرفة و الاهتمام بالأبعاد الاجتماعية و النفسية و الصحية لمرحلة سن اليأس من الإنجاب² ، فهناك من تراه حالة مرضية و هناك من تراه انتقال من مرحلة الشباب و النشط إلى مرحلة العجز و الشيخوخة.

و تساءلت الباحثة بعد هذه النتائج ، عن سبب غياب دور الخدمة الاجتماعية و الطبية التي من خلالها تستفيد المرأة في العلاج و العناية الصحية و كذا وقايتها من الأمراض بفضل نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية، و كما تساءلت عن سبب غياب دور وسائل الإعلام في توعية و إرشاد النساء في اجتيازهن لمرحلة نهاية الخصوبة وانعكاساتها عليهن³.

وختمت الباحثة دراستها بمجموعة من التوصيات تتلخص في النقاط التالية :

1. إجراء مسح كمية ودراسات كيفية حول ظاهرة سن اليأس من الإنجاب مما تساعد على صياغة برامج وقائية من بينها التوعية والتعرف أكثر على المشاكل التي تواجه النساء في هذه المرحلة العمرية.

1- اسيا شريف ، المرجع السابق، ص 10.

2- نفس المرجع، ص 14

3- نفس المرجع، ص 15

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

2. زيادة الطلب على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ما بعد سن الإنجاب وذلك من خلال تصحيح المفاهيم الخاطئة ونشر التوعية الصحية فيما يخص هذه المرحلة .
3. تزويد النساء بالثقافة الصحية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب ، حتى يكن أكثر استعدادا لها ومعايشة المرحلة بكل طمأنينة .
4. حماية حقوق المرأة في مرحلة ما بعد سن الإنجاب قانونيا .
5. أهمية إدراك الأطباء وكل أعوان الصحة لدور العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية في معايشة النساء مرحلة انقطاع الطمث و أثاره الوعي وخلق اتجاهات ايجابية نحو هذه المرحلة.
6. إدماج التوعية والتربية الصحية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية ما بعد سن الإنجاب في البرامج التعليمية.
7. تأكيد دور الزوج في العناية والعتاء والرعاية والحنان الذي تحتاجه الزوجات في اجتيازهن مرحلة سن اليأس من الإنجاب .
8. إنشاء الشبكات الإقليمية للمعلومات حول الحالة الصحية للمرأة ما بعد سن الإنجاب وربطها بشبكة الانترنت¹.

2.2.7. دراسات غير منشورة:

- دراسة الدكتورة عمارة سامية :

تحمل هذه الدراسة عنوان "السلوكات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة دراسة ميدانية لعينة من النساء في سن ما بعد الإنجاب ببلديه القليعة " تم تنفيذها في 2011 وكان الإشكال المطروح في هذه الدراسة يدور حول :

1. تأثير المستوى الثقافي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة على سلوكاتها الصحية في هذه المرحلة العمرية .
2. تأثير الوضع المادي الأسري للمرأة مرحلة نهاية الخصوبة على سلوكاتها الصحية في هذه المرحلة العمرية .

¹نفس المرجع،ص16

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

3. دور الأسرة في توعية المرأة صحيا ومدى مساعدة أسرتها لها في انتهاج سلوكيات وممارسات صحية سليمة¹.

• أهداف الدراسة :

1. معرفة أهمية السلوكيات والممارسات الصحية في حياة المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة، وكذا الكشف عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية والديموغرافية على هذه السلوكيات والممارسات الصحية لدى المرأة.

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

3. تحديد ماهية البرامج الوقائية والعلاجية، التي تتطلبها المرأة لكي تتمتع بالصحة التي تمكنها من أداء أدوارها و الإنتاجية والخدمة الاجتماعية .

4. توفير دراسة سوسيو - ديموغرافية عن هذه المشكلة وتكون انطلاقة لأبحاث تخصص جديد مستقبلا على مستوى جامعة الجزائر²، المتعلقة بالصحة والسكان². ولقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الاستمارة بالمقابلة على 300 امرأة في سن ما بعد الإنجاب لا يتجاوز سنهن 59 سنة تحديدا من 45-59 سنة، وانقطعت الدورة الشهرية بصفه نهائية على الأقل سنتين من إجراء التحقيق النهائي، إذ تتوزع مفردات العينة حسب السن 47 من 45-49 سنة و 136 امرأة 50-54 سنة و أخيرا 117 امرأة من 55-59 سنة، وحسب مقر السكن كانت 226 حضرية و 74 ريفية أما عن المستوى التعليمي للمبحوثات فقد 108 لديها مستوى ابتدائي و 96 أمية بينما 46 لديها مستوى متوسط و 31 و 19 لديها مستوى ثانوي وجامعي على التوالي، أما فيما يخص عملهن فقد كانت 233 منهن لا تعمل بينما 67 تعمل .

¹عمارة سامية: السلوكيات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، أطروحة دكتوراة، جامعة الجزائر 2، 2013، ص8.
²نفس المرجع، ص3.

• أهم نتائج الدراسة:

1. أن المستوى التعليمي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة يؤثر على اكتساب وتوفير المعلومات الصحية للنساء فكلما ارتفع المستوى التعليمي لهن كلما زادت درجة وعيهن ومعارفهن الصحية وبالتالي اكتسبهن سلوكيات صحية في هذه المرحلة العمرية .
 2. للعامل المادي دور في تحديد السلوكيات والممارسات الصحية عند المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة فكلما تحسن نمط المعيشة للمرأة كلما زاد احتمال ارتفاع مستواها الصحي.
 3. الدعم المادي والمعنوي من طرف الوسط الأسري تأثير على مدى إقبال المرأة في نهاية الخصوبة على الممارسات و السلوكيات الصحية وانه كلما قل هذا الدعم الأسري كلما قل إقبال المرأة في هذه المرحلة على الفحوصات الصحية.
- وفي ختام الدراسة أكدت الباحثة على دور وسائل الإعلام في نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية للوقاية من الأمراض والمشاكل الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة¹.

وقد خلصت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات تتلخص في النقاط التالية:

1. ضرورة إلمام المرأة بثقافة صحية وبالعوامل والمعطيات التي تجنبها المشاكل الصحية كالسرطان في نهاية فترة الخصوبة وممارسه السلوكيات الصحية .
2. ضرورة تكثيف الدراسات العلمية وإجراء المسوح الكمية والكيفية الإحاطة بكل احتياجات المرأة وأهم 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 وتكثيف برامج إعلامية توعوية مخصصة للمرأة في نهاية مرحلة خصوبتها .
4. توفير الخدمات الصحية والطبية مجاناً و تقديم التسهيلات في الخدمات الاجتماعية للنساء لإجراء فحوصات الطبيب.
5. التأكيد على المزيد من العناية والرعاية من طرف أفراد الأسرة للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة وخاصة الزوج لمساعدتها على اجتيازها بكل طمأنينة ودون معاناة¹.

¹ نفس المرجع، ص 324.

- دراسة الدكتور هندومة محمد أنور حامد:

وهي دراسة تحت عنوان "سن اليأس عند المرأة" حاولت الباحثة فيها التطرق إلى إشكالية سن اليأس عند المرأة ، حيث ركزت على التغيرات البيولوجية و الفيزيولوجية والسيكولوجية للمرأة في هذه الفترة ومدى ارتباطها بالقيم الاجتماعية والثقافية السائدة.

وفي هذا الصدد طرحت الباحثة مجموعه من الأسئلة أهمها:

- 1.مدى اتفاق حالات الدراسة في 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 الاجتماعية بين الزوجين.
- 4.أثر سن اليأس كمرحلة عمرية على العلاقة الجنسية بين الزوجين.
- 5.مدى تأثير سن اليأس على علاقة المرأة بأولادها و أحفادها و زوجات الأبناء و والداها و جارتها و صديقاتها.
- 6.كيفية شغل المرأة لوقت فراغها في هذه المرحلة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة.

و للإجابة عن هذه الأسئلة ، قامت الباحثة ببناء فرضية واحدة أساسية و تتمثل في أنه: «توجد علاقة بين القيم الثقافية و الاجتماعية وبين مرحلة سن اليأس عند المرأة»².

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على دراسة حالة و التي تعتبر من أهم المناهج المستعملة في البحوث الأنثروبولوجية و الاجتماعية حيث تكون مجتمع البحث من 25 حالة من أنماط مختلفة من المجتمع المصري ، ذات طابع ثقافي و اجتماعي مختلفة متمثلة في المجتمع البدوي، الريفي و 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 هذه الدراسة

¹نفس المرجع،ص334.

²-هندومه محمد أنورحامد،المرجع السابق،ص ص 17-18.

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

الميدانية حوالي سنة و 10 أشهر ابتداء 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 ، بينما فيما يخص سن اليأس المتأخر الذي يتمثل في توقف الحيض بعد 55 سنة يرتفع في المجتمع البدوي يليه الحضري و لم يظهر المجتمع الريفي.

2. بينت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد السن بالنسبة لسن اليأس غير أن هذه الدراسة الميدانية لم تتوصل إلى صحة كثير من هذه العوامل منها:

- تأثير العوامل الوراثية و العائلية في سن انقطاع الطمث.
- تأثير سن ما بعد سن 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.
- تأتي مهنة و وظيفة المرأة على سن اليأس.

3. و توصلت الدراسة إلى وجود أعراض و مشاكل صحية تعاني منها المرأة بنسب متفاوتة مثل هبوط الرحم، الالتهابات المهبالية و الأعراض البولية.

4. أكدت حالات الدراسة في المجتمعات الثلاث (بدوي، ريفي وحضري) على وجود ارتباط وثيق بين مرحلة:

- انقطاع الدورة وألم الظهر و مفاصل الجسم.
- حدوث أعراض هضميه في فتره سن اليأس ، مثل فقد الشهية ، عصر الهضم ، الإسهال ... الخ.

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

- 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 و المتكرر و أثناء الليل .
- 5.لم توضح حالات الدراسة وجود ارتباط وثيق بين مرحله سن اليأس و :
 - التغيرات التي تحدث في الشعر و ضعف السمع عند النساء.
 - صحة زيادة الوزن عند المرأة في هذه المرحلة العمرية.
 - حدوث عرض الدوار و الإغماء و التتميل و خفقان القلب بنسبه قليلة.
 - وجود اضطرابات نفسيه شديدة ما عدا بعض التقلبات المزاجية و العصبية من الاكتئاب و ضيق الصدر.
- 6.إضافة إلى ذلك أكدت حالات الدراسة عدم وجود عيادات متخصصة لسن اليأس و أن المبحوثات لم تدركن أن بعض تلك الأعراض ناتجة عن توقف الحيض.
- 7.الحضريات أكثر لجوء لعلاج بعض الأعراض السيكولوجية مثل : الأرق و الصداع.....الخ
- 8.لجوء بعض النساء للعلاج الهرموني دون استشاره الطبيب.
- 9.إن نظرة و موقف المجتمع و الأسرة من المرأة في سن اليأس تتفق أحيانا و تختلف من مجتمع لآخر، و يتضح ذلك من خلال:
 - تزايد مكانة و قيمة المرأة في هذه المرحلة في جميع الأوساط(الريفي ،البدوي ، الحضري)، فهي تستمد مكانتها من كيانها الأسري و ما يقدمه الأبناء من طاعة و احترام.
 - هناك من يقدم الحرية الكاملة للمرأة و التجول و السير و الخروج و هناك من يضع عليها قيود.
 - تغير في نمط الملابس عند النساء في هذه المرحلة العمرية .
 - عدم وجود للمجالس العرفية للنساء أو يكون لهم دور فيها.
 - عدم تحرر المرأة في هذه المرحلة في الحديث عن موضوعات الجنس .

الفصل الأول — الإطار المنهجي للدراسة

-زيادة الاحترام 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 الاجتماعية بين الزوجين ، على عكس العلاقة الجنسية فقد اختلفت الآراء فيها، فهناك من يقرن هبوط الرغبة الجنسية مع وجود الأم أثناء الجماع بينما هناك من يقرن بزيادة للشهوة الجنسية في هذه المرحلة¹.

¹ نفس المرجع ، ص ص 410-430 .

الفصل الثاني

طبيعة مرحلة ما بعد

الخصوبة

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

تمهيد:

تعيش المرأة أكثر من ثلثي حياتها في مرحلة ما بعد الخصوبة والتناسل، و كغيرها من المراحل العمرية تمر المرأة ببعض الاضطرابات و الأعراض التي تختلف شدتها حسب مجموعة من العوامل و المحددات و التي تؤثر في حياتها الاجتماعية و الأسرية ، و التي تلعب دورا هاما في حياة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة و من خلال هذا الفصل سوف نتطرق بالتفصيل في طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة و أهم التغيرات الهرمونية و الاضطرابات الجسمية التي تصادف المرأة و كذلك مجموعة المشاكل الصحية الناجمة عن التوقف النهائي للنشاط المبيضي لها وأهم الاتجاهات الحديثة نحو علاج الاضطرابات المصاحبة لهاته المرحلة العمرية .

المبحث الأول: مرحلة ما بعد الخصوبة الحكمة منها وأنواعها

1.1 الحكمة من مرحلة ما بعد الخصوبة

إن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين والثلاثين وتزداد خطورته بعد الخامسة والثلاثين و يحدث في جسم المرأة من تغيرات أثناء الحمل وما يبذل من مجهود وما يفقد من دم أثناء الولادة يستلزم قوة ، وقد يقول البعض أن المرأة يمكنها الإنجاب حتى سن الخامسة والأربعين سنة وهذا أدى إلى التفكير أنه من الحكمة وجود هذا التوقف الإلهي إذ كان لابد من توقف أحد الزوجين عن الإنجاب، حتى لا يحدث حمل في سن متقدم لأن جسم المرأة المتقدمة في السن لا يتحمل عملية الحمل والولادة بالذات عندما تبدأ الأوعية الدموية ف فقد مرونتها ويبدأ ضغط الدم في الارتفاع ويتعذر إيقاف النزيف الذي يتوقف تلقائياً وبسهولة في السن الصغير .

ثم من يتحمل في سن الشيخوخة مسؤولية تقويم الطف لورعايته عندما يشب، وغالبا ما يعيش هذا الطفل يتيما ومن هنا للتوقف عن الإنجاب حكمة ينبغي أن نعلمها فإذا أوقفنا الحمل مبكرا عن سن انقطاع الحيض فإن الاستفادة من الحكمة الإلهية أكثر فأكثر ولهذا فإن عمر الأم يشارك مشاركة فعالة في الحفاظ على صحتها من جهة وبقاء الطفل بصحة جيدة من جهة أخرى، فالسيدات اللاتي تقع أعمارهن ما بين الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين لديهن بيئة رحمة على درجة عالية من الكفاءة بالإضافة إلى ولادة بمضاعفات أقل بكثير من السيدات اللاتي تقع أعمارهن عن الثامنة عشرة أو تزيد على الخامسة والثلاثين، حيث تكثر حالات تسمم الحمل بعد هذه السن، مما يؤثر على نمو الجنين أو تشوه بعض أجزائه، أو ولادة مبكرة لطفل أقل بكثير من المعدل الطبيعي له، مما قد يؤثر على نموه بعد الولادة ، وكذلك وفاة الجنين داخل الرحم كما يعتبر مرض داون أحد المخاطر الأخرى التي يتعرض لها الأطفال من الأمهات الأكبر سنا .

إن سن اليأس من الإنجاب يجب أن يكون مفيدا للمرأة فكل شيء في الطبيعة، يكون له غرض وغاية فهنا كمن النساء نترحب بسن اليأس من الإنجاب فهو تخلص لهن من متاعب الحيض وحماية من المخاطر الحقيقية لإنجاب طفل في نهاية الحياة،

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

فالتفسير الواضح عن سن اليأس من الإنجاب أنه بع دسن معين يصبح من الخطورة على المرأة أن تحمل وتلد وتربي الأطفال وهكذا فإن القوة النافعة أو الخيرة للتطور، تحميها إزاء هذا الخطر بجعل الحمل مستحيلا في هذه السن، ربما ترتبط العملية التطورية ارتباطا وثيقا بالتكاثر (التناسل) فلماذا تفقد النساء قدرتهن على التناسل بمأن التطور مرتبط بالتكاثر؟ ولماذا تفقد أيض اقدرتهن على التناسل رغم أنهن سوف تعشن أكثر من ثلاثين عاما على قيد الحياة؟ إلا أن البيولوجيا التطورية تقدم لنا إجابة وتفسير مقنع لهذا، فالجسم البشري يصبح ضعيفامع العمر ولذا فاستمرار عملية الإنجاب لدى النساء تعرضهن للخطر كما أن 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 أغلبهم قادرا بيولوجيا على التكاثر كل حياتهم كما لاي واجهون أي مخاطر كبيرة بالتناسل في منتصف العمر أوفي مرحلة متأخرة¹.

2.1 أنواع مرحلة ما بعد الخصوبة:

تحدث مرحلة ما بعد الخصوبة لحوالي 50% من النساء في الأعمار ما بين 50-54 سنة و أقل من 25% من النساء بلغنها قبل سن 45 سنة و 25% منهن يستمر الحيض لديهن لسنوات عديدة قبل سن 50 سنة . و في ضوء ذلك يمكن تقسيم هذه المرحلة على أسس طبية إلى الأنواع التالية :

1.2.1 مرحلة ما بعد الخصوبة الطبيعي: يحدث هذا النوع في السن الطبيعي

له و هو ما بين 45-50 سنة حيث تقترب معظم النساء من سن انقطاع الطمث و اليأس النهائي من الإنجاب مع حدوث تغير في نمط حيضهن و ذلك بتقديم مواعده بأسبوع أو تأخره إلى فقد الدورة أو أكثر مع الاختلاف في كمية النزف عن المألوف .

و توجد أربعة أنماط حيضية عامة تبدو مع تغير الحياة مع اختلافات فردية واسعة فمعظم النساء تتبع واحدة أو أكثر من هذه الأنماط التالية:

¹ هندومة محمد أنور حامد، المرجع السابق، ص ص51-53.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

- **النمط الأول:** الاختلال التدريجي للتدفق بدون انتظار حيث تستمر الدورات حتى تتناقص تدريجياً في الكمية لشهور أو لسنوات.
 - **النمط الثاني:** ربما يمثل النمط الأكثر شيوعاً لسن نهاية الإنسال وهو عدم انتظام التوقيت مع فقد للفترات.
 - **النمط الثالث:** عدم انتظام التوقيت وكمية التدفق أيضاً.
 - **النمط الرابع:** التوقف الفجائي للنزف الدوري بدون سابق إنذار أو صعوبة يحدث عادة نتيجة لبعض الصدمات كالحزن أو كارثة تلحق بالأسرة¹.
- ### 2.2.1 مرحلة ما بعد الخصوبة المبكر (قبل الأوان):

و يحدث قبل سن الأربعين و تشير الإحصائيات أن 15% من النساء يكن يائسات من المحيض في عمر 44 سنة. ويمكن أن ينتج هذا النوع من السن المبكر إلى صدمة نفسية أو إلى تناول بعض الأدوية أو الخضوع للعلاج الكيميائي² ، ومن أسبابه كذلك ، حالة الإصابة بمرض فقدان الشهية العصبي ، وما ينتج عن هذا المرض من فقدان حاد في صحة الفتاة، وانخفاض وزنها وبالتالي ضعف قدرتها على أداء وظائفها الحيوية منها الطمث أو التبويض ويطلق على عرض انقطاع الطمث في هذه الحالة المرضية Aménorrhée إشارة إلى انقطاع الطمث لثالث دورات متتالية ولكن فقدان الشهية العصبي يصاحبه أيضاً صعوبات جنسية وفقدان الرغبة الجنسية جراء الهزال مع انخفاض معدلات إفراز هرمون الاستروجين³.

ويرجع كذلك إلى الفشل المبيضي الأولي، حيث تفشل المبيضات في إنتاج البويضات و الهرمونات و لكن السبب في ذلك غير واضح و بل يرجع إلى تفاعل عدة جوانب منها ما هو بيئي و منها ما هو وراثي و فيروسات و التهاب الغدد النكفية و عقاقير و تعرض لأشعة إكس و عوامل الحصانة حيث تنمو لبعض النساء مضادات للنسيج المبيضي في رد فعل للحصانة الذاتية و قد تتعرض تلك النساء لأعراض و

¹ نفس المرجع ، ص ص 66-69.

² ماري كلود دولاهاي: دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ، شركة دار الفراشة للنشر ، دون طبعة، بيروت ، 2000 ، ص 77.

³ عبد الرحمان محمد العيسوي: الوقاية من الاضطرابات النفسية وسبل علاجها، هلا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى ، الجيزة ، 2008 ،

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

اضطرابات بيوكيميائية أكثر تطرفا ، كما أن النتائج البيولوجية تصبح مدمرة لهن لقلقهن على إنجاب الأطفال¹.

3.2.1 مرحلة ما بعد الخصوبة الجراحي:

و يحدث نتيجة لعملية جراحية أجرتها المرأة باستئصال المبيض أو عمليات جراحية أخرى أو بسبب تناولها لأدوية معينة، وقد يحدث كذلك عند التعرض لأشعة إكس السينية و المعالجة بإشعاع الراديوم للأعضاء التناسلية².

وهو واحد في أثره وتأثيره المسبب عن استئصال المبيض بالجراحة ومتى أزيلت هذه الأعضاء فإن المرأة ستواجه نقطة تحول رئيسية مهما كان سنها فإذا ما أزيل الرحم وبقي المبيض فإنها ستختبر ناحية واحدة من التحول الرئيسي ، وهي الانقطاع النهائي للنفز الحيضي وبمأن المبيضين موجودان فستظل تتمتع بفوائد هرموناتها الجنسية وميزاتها.

وعند استئصال الرحم يعتمد بعض الأطباء انسياقا مع العادة إلى استئصال المبيضين وهذا الإجراء مذموم خاصة متى قل عمر المرأة المعنية عن 45 سنة ، إذا كان المبيضين سليمين فعلى الأقل يجب أن يستبقى لتوفير الاستروجين³.

4.2.1 مرحلة ما بعد الخصوبة المتأخر:

تشير إحصائيات أن 99 % من النساء يتأخر لديهن انقطاع الطمث إلى 55 سنة⁴، و يرجع ذلك إلى البلوغ المتأخر يؤدي إلى تأخر سن انقطاع الطمث ، إضافة إلى عوامل وراثية.

¹ هندومة محمد انور حامد ،المرجع السابق ، ص ص 69-70

² نفس المرجع ، ص71.

³ ديفيد زورفيك: دليل المرأة الطبي ، دار الأفاق، الطبعة العاشرة ، بيروت ، 1991، ص ص 211-212.

⁴ ماري كلود دولاهاي ،مرجع سابق ، ص76.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

3.1 محددات سن لمرحلة ما بعد الخصوبة:

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

1.3.1 الجغرافية و السلالة:

يقترح فلنت 1967م أن إمكانية دور السلالة والأنماط العائلية والعوامل الجغرافية في تحديد سن اليأس من الإنجاب غير واضحة فعلى سبيل المثال متوسط العمر لسن اليأس من الإنجاب من أصل أوروبي يقدر بحوالي 50-78 سنة وأن هذا لسن يماثل العمر الذي سجل للمرأة بجنوب إفريقيا، ويبدأ من سن 50 سنة عند الهنديات الحمر في شمال أمريكا و 40 سنة عند الصينيات وفي سن 35 عند بعض الشعوب في شرق سيبيريا ومن 35 إلى 40 سنة عند الزنجيات¹.

2.3.1 الوراثة والعائلة:

قد تؤثر العوامل الوراثية والأنماط العائلية في تحديد السن بالنسبة لسن اليأس من الإنجاب، 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 ذلكاً و يخجلن من سؤالهن، ومنهن من توفي أمهاتهن قبل وصولهن إلى سن انقطاع الطمث، أما من تذكرن أعمار أمهاتهن عند انقطاع الطمث، فلم يكن هناك ارتباط بين انقطاع الحيض لهن ولأمهاتهن، بل وجدت منهن من تأخر سن اليأس عن أمهاتهن أو سبقن أمهاتهن في ذلك ولكي يثبت هذا العامل فلا بد من إجرائه على أعداد كبيرة من الحالات بالإضافة إلى قدرتهن على التذكر.

3.3.1 سن الحيض:

¹ هندومة محمد أنور حامد، مرجع سابق، ص 72.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

توجد اختلافات في الآراء في ما يتعلق بسن الحيض وارتباطه بسن اليأس من الإنجاب فاللأئي يحضن في سن مبكر يمكن أن يحدث لهن تأخر في سن اليأس من الانجاب فعل 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 المحتم لأن يتوقف الحيض لهن في سن الأربعين، كما أن النساء ذات الحيض الأحمر اللون يتأخر لديهن انقطاع الحيض عن ذات الحيض الأصفر اللون.

إلأنه رغم تلك الأدلة إلا أنها قليلة ويصعب الاعتماد عليها والدليل على ذلك لم يجد مكنلى سنة 1976م ارتباطا بين عمر الحيض وس ناليأس لدى الشعوب ذات التغذية الأفضل كما أجرى هون بحثا سنة 1978 م على 324 أنثى من اللأئي تواريخ حيضهن قد سجلت من أيام الدراسة في أعوام (1934م-1938م) ثم أعمارهن في سن اليأس الطبيعي لهن فكان متوسط العمر لحيضهن 13.9 سنة وسن اليأس كان 49.5 سنة والمدة الزمنية للحياة الحيضية تبلغ 35.9 سنة، إلأنه توصل إلى أن تأثير العمر في الحيض على طول الحياة الحيضية تأثير طفيف، ولقد أظهرت إحدى الدراسات الميدانية من خلال عدد المقابلات الت أجريت في مصر عكس ماسبق 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 و 14 سنة ورغم ذلك فغالبيتهم امتد سن اليأس لديهن حتى بعد سن الخمسين أما في المجتمع الريفي فأغلبهن حضن في سن مبكرة من 11 و 10 سنة، ومع ذلك فأغلبهن قد حدث لهن سن يأس قبل سنه الطبيعي أو حتى في موعده المحدد علميا. أما في المجتمع الحضري فقد وجد ارتباطا بين سن الحيض ما بين 12 و 16 سنة سن اليأس كان في موعده الطبيعي¹.

4.3.1 سن الحمل :

¹ نفس المرجع ، ص ص 74-75.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

أشار إرنسترسنة 1981م بوجود صلة وثيقة بين الحمل بعد سن الأربعين وتأخر سن اليأس ولكن دراسات أخرى لم تجد علاقة ذات أهمية بين الاثنين واتضح من الدراسة الميدانية أيضا عدم وجود تلك العلاقة والدليل على ذلك في المجتمع الريفي حيث إنجابهن لأطفالهن في سن مبكرة نظر الزوجين ورغم هذا أيضا استمرارهن أيضا في الإنجاب حتى قبل انقطاع الحيض بفترة قصيرة ومع ذلك لم يتأخر لأغلبهن انقطاع الحيض أما في المجتمع الحضري فإن أغلب الحالات تقدر توقفت عن الإنجاب قبل وصولهن لسن الأربعين ولذلك 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 وسن اليأس.

5.3.1 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 سنة 1987م إلى أن ذلك العامل ليس ذا أهمية كبيرة فعندما درست أعداد كبيرة من النساء المستخدمات له فترة طويلة وعلى الرغم من عدم وجود أدلة للاعتقاد في أن حبوب منع الحمل الفموية سوف تؤخر 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 الفسيولوجية نظرا لاحتوائها على الهرمونات فهي تساعد أيضا في معالجة أعراض سن اليأس.

6.3.1 الحالة الزوجية: لاحظ كلمنب رانيدولتيرت سنة 1978م أن المرأة غير

المتزوجة لديها سن يأس مبكر عن المتزوجة كما أن كلامن الأرملة والمطلقة لايمتد بها سن اليأس لفترة طويلة كما وجد أيضا في دراسة على عينته من النساء تبلغ 736 سيدة في الأعمار ما بين 45 و 55 سنة ويقمن بالقرب من لندن في سنة 1965 م 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 غيرالمتزوجات

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

أوالمتروجات منذ فترة طويلة ،فألزواج المبكر والإسراف في العملية الجنسية قديؤدي إلى سن يأس مبكرولكن هذاالعامل لايمكن التأكد من صدقهاإذاكان حجم العينة صغير¹ .

7.3.1 وزن الجسم: توضح بعض الدراسات الأمريكية أن المرأة الرفيعة قد

يحدث لها سن يأس مبكر فالميكانيزم المحتمل هنا أن المرأة البدينة ذات مستويات عالية من الأستروجين ممايطيل من فترة حدوث سن اليأس.

8.3.1 الإنجاب: لقد أشار جاسزمان 1969 م أن الارتباط بين الإنجاب والسن

بالنسبة لسن اليأس يكون معقداً، وليس واضح وقرر أنه ليس هناك علاقةبين إنجابالأطفال وسن اليأس بينما يكون هناك ارتباط إيجابي بين كثرة عددالأطفال وفي دراسة أخرى توضح أن العمر بالنسبة للحيض يكون أقل عندالنساءالعاقرات ومن المحتمل أن يتأخر لديهن سن اليأس عن النساء الولودات.

ولقد أظهرت نفس الدراسة التي أجريت في مصر عن عدم وجود علاقة بين عدد الأولاد وتأخر سن اليأس ففي المجتمع الريفي حيث أنجبت النساء عددا من الأولاد قد وصل أكثر من عشرة ورغم هذا لم يتأخر سن اليأس وكذلك في المجتمع البدوي أما في المجتمع الحضري فهناك من أنجب نطفلين ورغم هذا تأخر لديهن سن اليأس ومن هنا نستنتج أن هؤلاء توجد علاقة بين الإنجاب (كثرة الإنجاب) وبين تأخر سن اليأس لدى المرأة.

9.3.1 الحالة الاجتماعية و الاقتصادية:

قد تختلف الدراسات ووجهات النظر المدروسة من طرف علماء النفس وكذا علماء الاجتماع في إيجاد علاقة بين سن اليأس والطبقة الاجتماعية والاقتصادية حيث أشار تومبسون 1972 م إلى عدم وجود صلة بين سن اليأس والطبقة الاجتماعية والاقتصادية كما قرر كلمنورستر وماكماهون 1966 م أن العمر بالنسبة لسن اليأس لا

¹ نفس المرجع ، ص 77.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

يعتمد على الحالة الاقتصادية والاجتماعية مثل الدخل والمستوى 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 فانكيب 1974 م في دراسة تتكون من 448 سيدة حضرية حيث أثبتت أن المرأة في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة أكثر معاناة من حدوث سن يأس مبكر عن المرأة في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا ، وفي دراسة أخرى عن تحديد السن بالنسبة لسن اليأس بجامعة كاليفورنيا عينة من 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 و 52 سنة وأن العمر المتوسط لمعظم النساء يتحدد بسن 47 سنة حيث ارتبط بمستوى المكانة الاجتماعية والاقتصادية العليا والتحصيل 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 والاقتصادية العليا، وعلى هذا فكلما كانت المكانة الاجتماعية والاقتصادية عليا كلما تأخر السن بالنسبة لسن اليأس حيث التمتع بالصحة الجيدة كالتغذية السليمة والرعاية الطبية مما يؤدي لاستطالة الحيض.

وفي حين إذ نظرنا إلى هذا العامل على ضوء الدراسة التي أجريت في مصر فيكاد يتفق إلى حد ما في مجتمعات الدراسة الثلاثة ففي المجتمع الريفي وجد أن مستوى معيشة غالبية الحالات ما بين المتوسط وكذلك المنخفض. ولذا فربما يرجع ذلك إلى عدم تحسن الظروف الحياتية والمعيشية وانعكاس ذلك على سن مبكر لغالبية النساء، أما في المجتمع البدوي فمستواهم المعيشي مرتفع مما انعكس على تأخر سن اليأس لمعظم الحالات، أما في المجتمع الحضري ونظرا لأن معظم الحالات التي تم دراستها يقع ما بين فئة الموظفين العاملات أو ربات البيوت من المستويات الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة، وقلة من المستويات الاجتماعية والاقتصادية العالية فربما يرجع ذلك إلى

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

أن غالبيةهن حدث لهن سن يأس في سنه الطبيعي ولم يظهر تأثير هذا العامل بشكل ملحوظ¹.

10.3.1 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 والسباحة والرياضة الجنازية أو الرقص قد يؤدي هذا إلى انقطاع الطمث بطريقة غيرسوية ، 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 تغذية أفضل. ففي دراسة أجريت في بابوا بغينيا 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 والنساء السود الحضريات حيث التغذية سليمة أفضل التغذية العامة غير مرضية والنساء السود الحضريات حيث التغذية الأفضل ففي المناطق الريفية فالغذاء يحتوي على قليل من الدهن وارتفاع لألياف الحمية وبالتالي ذات تأثير على متوسط أعمار سن اليأس وعلى هذا فقد قرأ رأمسترونج 1981م أن متوسط أن متوسط العمر بالنسبة لسن اليأس الطبيعي مثل 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 وأن معظم النساء في العالم النامي يقترب

¹ نفس المرجع، ص ص 79-80.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

طعامهن من النباتي وعلى هذا يتطلب الأمر معلومات كثر لتقدير الأطعمة المختلفة للسكان في علاقتها بالنسب فللسن في وقت سن اليأس.

11.3.1 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 بمرض سرطان الرحم والثدي وكذلك الأورام الليفية ومرض السكري، لكن تلك الأدلة ليست قاطعة ومع هذا فإن النساء اللاتي يتمتعن بصحة جيدة تكون لديهن فترة خصوبة أطول وتأخر في سن اليأس.

12.3.1 التدخين: يمثل التدخين أحد العوامل الأكثر تأثيراً في تحديد السن

بالنسبة لسن اليأس سواء في الماضي أوفي الحاضر، حيث أن كثرة التدخين يؤدي إلى سن يأس مبكر وهذا ما توصل إليها كل من جيكوبورتر عام 1988 م 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، وأن التأثيرات السامة للتدخين تؤثر في سن مبكر وأن الأمر لا يقتصر على المدخنات بل حتى لحظة حدوث سن اليأس بل أيضاً على اللاتي توقفن عن التدخين منذ فترة وفي إحدى الدراسات التي أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية على كل من المدخنات وغير المدخنات فإن متوسط سن ليأس كما أشاركوجمان 1980 م للمدخنات حوالي 47.6 سنة و 49.4 سنة لغير المدخنات ولكي يتحقق هذا العامل لابد أن يجري على أعداد كبيرة من الحالات.

13.3.1 المهنة أو الوظيفة:

إنه من الصعب تقدير متغير العمل خارج البيت لأنه يبدو مجتمعاً مع أشياء أخرى كالحالة الزوجية كما أشار كل من براندوليهرت 1978 م إلى أنه يؤدي إلى حدوث سن يأس مبكر كما قرر كل من ماجيورسكيوجاسزمان 1975 م أن عمل المرأة بالزراعة والأعمال المنزلية قد يؤخر من حدوث سن اليأس عن العاملات يدوياً

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

بالمصانع أو في فئات مهنية أخرى حيث يحدث لهن سن يأس مبكر ولكن لا يجب الجزم بصحة هذه العلاقة إذ لا بد أن يكون حجم العينة كبير حتى تتمكن من وضع نتائج مرضية.

14.3.1 عوامل بيئية:

كالمناخ والمرتفعات إذ يعتقد بعض العلماء رغم اختلاف آرائهم في هذا الصدد بأن الإقليم الحار يؤخر موعد بداية سن اليأس في حين يؤكد بعضهم الآخر عكس ذلك ولكن يوجد تقرير وحيد إلى أن النساء اللاتي يعشن في المرتفعات العالية، يبدو أنه يحدث لهن سن يأس مبكر عن اللاتي يعشن في ارتفاع أقل من 1000 ممثالاً¹.

المبحث الثاني: الأعراض والاضطرابات المصاحبة لمرحلة ما بعد الخصوبة.

1.2 أعراض مرحلة ما بعد الخصوبة:

¹ هندومة محمد حامد أنور، مرجع سابق، ص 85.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

انقطاع الطمث لا يحدث فجأة و لكن تحدث أعراض* تظهر تدريجياً نتيجة الاختلاف في معدل إنتاج الهرمونات و يزيد وضوحها بالتدريج¹.

و قد تعاني بعض النساء في هذه السن من أعراض شديدة و متباينة ، أما أخريات فقد يعانين من أعراض خفيفة، و نادراً ما تمر هذه الفترة من العمر على بعض النساء بدون أعراض².

فقد توصل مجموعة من الباحثين خلال المؤتمر الدولي لعام 2006 م المنعقد في جنوب فرنسا تحت إشراف منظمة الصحة العالمية إذ تم تصنيف الأعراض المصاحبة لفترة ما بعد الخصوبة، و أيضاً توصلوا إلى أن تلك الأعراض و مضاعفاتها تنبثق عن ثلاثة مكونات رئيسية:

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

2. العوامل الثقافية و الاجتماعية المحددة لبيئة المرأة حيث إن تلك الأعراض لا تعتمد فقط على حجم، و مقدار نقص الاستروجين بل إن الخلفية الاجتماعية 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 الاستروجين عن أعراض كبر السن و مدى تأثير المشاكل الاجتماعية و العائلية على المرأة فيما بعد منتصف العمر³.

3. عوامل سيكولوجية تعتمد على طبيعة شخصية المرأة و تجربتها. فإن تنوع و تعدد الأعراض يكون ناتجاً لتفاعل تلك المكونات الثلاثة و التي تعني أن طبيعة و حدوث تلك الأعراض إنما ترتبط بالاختلاف التعليمي و الاجتماعي و الاقتصادي و السلافي و الجماعات السكانية .

*الأعراض: العرض من وجهة نظر الطبية يعتبر علامة مرشدة وإشارة لتشخيص المرض.

¹كارول تركنجتون ، سوزان بروبست:الدليل غير رسمي صحة المرأة، مكتبة جرير للنشر ، الطبعة الأولى ، الرياض ، د س ، ص62.

² جعفر قناوي:سن اليأس عند الرجل والمرأة المرحلة الذهبية من العمر، هلا للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى، مصر، 2004، ص 45.

³ هندومة محمد أنورحامد ،مرجع سابق ، ص 96.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

و تنقسم تلك الأعراض إلى مجموعتين:

1.1.2 الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية:

و تنقسم بدورها إلى أعراض مبكرة و أخرى متأخرة فالأعراض المبكرة تتمثل في انقطاع الطمث و عدم انتظامه و الفوران (الهبات الساخنة).

و الأعراض المتأخرة و هي أكثر تعقيدا و تنتج عن التغير الأيضي الذي يحدث في أنسجة محددة و يمكن أن تلخص تلك الأعراض فيما يلي:

-الأعراض البولتناسلية.

-الهيكل العظمي.

-الجلد و الأغشية المخاطية.

-جفاف الشعر أو فقده و غير ذلك¹.

قبل أن تبدأ التفصيل في الأعراض يجب أن نتطرق على طبيعة التغيرات الهرمونية التي تحدث في مرحلة ما بعد الخصوبة .

• التغيرات الهرمونية في مرحلة ما بعد الخصوبة:

الهرمونات هي التي تكون لكل إنسان شخصيته الخاصة ، فلا عجب أن تكون مرحلة عبور الإنسان من الشباب إلى الكبر (مرحلة انقطاع الطمث) من أهم مراحل حياته ، لأن السلسلة الهرمونية تعترها في هذه المرحلة تبدلات في حلقاتها و

¹ هندومة محمد انور حامد ، مرجع سابق ، ص ص 96-98.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

ترابطها وهي بمثابة ثورة انقلابية تبدل الكثير من مجاري الحياة النفسية و الجسمانية معا¹.

الهرمونات إفرازات لغدد خاصة في جسم الإنسان ، تتكون في موضع محدد من الجسم و تحدث في مواضع أخرى بعيدة عن موضع تكونها تأثيرات و تبدلات حاسمة و الغدد التي تفرز الهرمونات في الجسم و التي تسمى بالغدد الصماء هي الغدد النخامية في الدماغ و الغدد الدرقية في الرقبة ، و الغدد التيموسية في الصدر و الغدة الكظرية و الغدة التاجية فوق الكلى و غدة البنكرياس في البطن و الغدد التناسلية و ما يهمنا من تلك الغدد الغدة التناسلية عند الأنثى فهي تفرز نوعين من الهرمونات، هرمون الجريبيني أو الفولينكولين و هرمون الجسم الأصفر أو اللواتين فالهرمون الأنثوي الذي يمنح الأنثى طابعها و مظهرها الأنثوي الخاص أما دورات الحيض فيشتترك في إعدادها و تنظيمها الهرموني معا، ففي سن انقطاع الطمث يتوقف إفراز هرمون الجريبيني تدريجيا هي المبيض و بذلك تبدلات و اضطرابات نفسية و جسمية وعلى هذا الأساس تحدث تغيرات كبيرة في كل من هرمون الاستروجين و البروجستيرون و الاندروجين و الهرمون المنبه للغدد أو المنسل نظرا لتوقف النشاط الجريبيني المبيضي لكنه غير معروف كيف تصبح هذه الأعراض بمثابة مصاحبات لبدء نهاية الدورة² و فيما يلي عرض لأهم تلك الهرمونات:

أ. هرمون الأستروجين:

ينتج جسم المرأة ثلاثة مركبات أستروجينية هي الأسترايول، الأسترون، الأستريول. فالأسترايول هو الأستروجين الأقوى وهو عند النساء الهرمون المسؤول عن نمو الثدي و بطانة الرحم و بلوغ العظام الطويلة حجمها النهائي و ظهور الخصائص الجنسية الثانوية، ينتج معظم الأسترايول في المبيض و تنتج كمية ثانوية منه في الغدة الكظرية ، بعد انقطاع الطمث. ترتفع مستويات الأسترون ، الأسترايول هو الأضعف بين أنواع

¹ أمين رويحة: المرأة في سن الاخصاب و سن اليأس، دار القلم ، الطبعة الأولى، بيروت، 1974، ص167.

² نفس المرجع، صص168-169.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الاستروجين الثلاثة ، وهو ينتج بشكل حصوي تقريبا أثناء الحمل و الاستروجين الأساسي الذي يتم إنتاجه في الجنين البشري¹ .

ومستويات الاستروجين لا تهبط إلى نقطة الصفر في سن انقطاع الطمث بل هي عملية تدريجية و لذلك فإن استئصال المبيض جراحيا قد يحرم المرأة عموما من مصدر الهرمونات فور إجراء العملية بعكس ما يحدث للمرأة فيما بعد سن انقطاع الطمث. يوجد اختلافات فردية في التغيرات الهرمونية خلال سن انقطاع الطمث و خاصة الاستروجين فهي اختلافات طبعا لحساب تقدير النسيج الدهني الذي يبدو كعامل محدد كبير لمستويات الاستروجين، حيث أن حجم الدهن يكون ذو صلة بالإنتاج الزائد للاستروجين و لهذا يمثل سن انقطاع الطمث للنساء البدينات فترة سهلة و ليست عسيرة كالنحيفات حيث لديهن مستويات أعلى من الاستروجين في النسيج الدهني.

و لهذا الهرمون درجة عالية من الأهمية لدورة الكبر في ظهور الأعراض البيولوجية والفيسيولوجية، وبالتالي عن مدى التفاعل بين الحالة البسيكولوجية و التغير الفيزيولوجي حيث أن نقص إنتاج الاستروجين يشارك في ظهور الانفعالات و العواطف السلبية و هو ما سوف نشير إليه فيما بعد .

و عن مدى دور الاستروجين في ظهور أعراض انقطاع الطمث فقد ظهرت دراسات عديدة عن مدى استخدامه كعلاج و ذلك بإعادته لنساء فيما بعد سن انقطاع الطمث قد يخفف أو حتى يجنب النساء من أعراض سن انقطاع الطمث².

ب. البروجسترون:

هو هرمون نسائي يفرزه الجسم الأصفر بعد الإباضة ، وهو يحضر بطانة الرحم لاستقبال البويضة الملقحة عند انقطاع الطمث تتدنى مستويات البروجسترون لتقارب الصفر، يمكن لهذا التدني أن يسبب العديد من الأعراض التي ترافق انقطاع الطمث كما يمكن أن يلعب دورا في الخلل الذي يطال عملية الايض وفي هشاشة العظم³.

¹ كاترين ويتني ، المرجع السابق، ص 21.

² هندومة محمد أنور حامد: المرجع السابق، ص ص 99-100.

³ كاترين ويتني: المرجع السابق، ص 22.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

ت. الأندروجين:

أثناء حياة التتاسل للأنثى فإن الأندروجين المبيضي الأولي يكون أندروستيرون حيث ينتج من الجريبات النامية ، ومع أن انقطاع الطمث يقل معدل الأندروستيرون تقريبا إلى نصف التركيز لمرحلة التتاسل بحيث يتراوح 1.5 مليجرام كل 24 ساعة لدى النساء بعد سن انقطاع الطمث¹.

ث. التستوستيرون:

بالرغم من أنه يعتبر هرمونا ذكريا إلا أن كميات قليلة منه يتم إنتاجها في المبيض و في الغدة الكظرية لدى النساء ، يساعد التستوستيرون في بناء العضلات و العظام كما أنه مسؤول عن الحفاظ على الرغبة الجنسية.

ح. الهرمون المنبه للقتد أو المنسل:

عند الأخذ في الاعتبار لمستويات المنبه للمنسل أثناء الانتقال لسن انقطاع الطمث فإن الموقف يكون أكثر تعقيدا كما كان يعتقد من قبل حيث يتضح الهرمون المنبه للجريب ومع اقتراب المرأة من سن انقطاع الطمث يزداد إفرازه ثم مع تزايد السن بعد سن انقطاع الطمث فان مستويات الهرمون المنبه للجريب تبدأ في الهبوط مقارنة بمرحلة ما قبل الانقطاع بينما ترتفع مستويات هرمون الجسم الأصفر ولكن بصورة أقل ملاحظة في الخمس سنوات فيما بعد سن انقطاع الطمث وتقل مع تقدم السنوات².

أولا: الأعراض المبكرة :

أ. تغيرات الطمث:

يصبح الطمث لدى المرأة عند دخولها مرحلة ما بعد الخصوبة أقل انتظاما فقد تتباعد فترات الطمث أو يصبح الطمث أقل من حيث الكمية، وبعض النساء يلاحظن أن الطمث تتغير من شهر لآخر وهذا هو أكثر الأعراض شيوعا، أما إذا تقاربت مدة الدورات الطمثية أو كان الطمث أكثر كثافة فهذا يعد غير طبيعي وعلى المرأة استشارة الطبيب للتأكد من عدم إصابتها بسرطان بطانة الرحم ، فقصر فترات الطمث قد يكون

¹ كارول تركنجتون ، سوزان بروبيست :الدليل غير رسمي صحة المرأة، ص 627.

² هندومة محمد انور حامد ، المرجع السابق ، ص ص104-106.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

علامة على عدم حدوث التبويض ، فالتبويض يحدث عادة في منتصف الدورة الشهرية فكلما انخفض كمية الاستروجين في الجسم قل عدد الأيام السابقة على منتصف الطمث وفي نفس الوقت فإن الاستروجين تقل كميته فتتفاوت عدد الأيام التي تلي منتصف الطمث وانخفاض مستوى كل من الهرمونيين يكون له تأثير قوي على الطمثوغياب بعض فترات الطمث هو أمر غير قليل الحدوث إذ هناك بعض الشهور التي لا يحدث فيها التبويض ، وهذا معناه عدم إنتاج هرمون البروجيستيرون ، وبالتالي سقوط بطانة الرحم .

ب. الهبات الساخنة : الهبات الحرارية هي التجليات الأكثر ظهور في مرحلة ما بعد الخصوبة وتحدث لدى ثلاث نساء من بين أربع نساء في مرحلة ما بعد الخصوبة الطبيعي أو تحدث عند 100% عند النساء ذوات سن انقطاع الطمث الجراحي (استئصال الجراحي للمبيضين) وقد تظهر قبل انقطاع الطمث النهائي ، وتستمر عادة أعوام طويلة في مرحلة ما بعد الخصوبة ونادرا ما تشتكي النساء من الهبات الحرارية الساخنة بعد عشرون سنة من توقف الطمث والتوقف عن العلاج الهرموني وهي مرتبطة بالدرجة الأولى بمستوى الهرمونات في جسم المرأة وخاصة نقص معدل هرمون الاسترديول في الدم ¹.

ليس لهذه الهبات الساخنة عواقب فزيولوجية مهمة ولكنها تعوق نشاط الطبيعي للمرأة لأنها تحدث في أي وقت من النهار أو الليل خلال دقيقتين يحمر الوجه والعنق ويتصبب منها العرق في الليل.

تكون الهبات الحرارية طارئة غير متوقعة ، ويكفي لحدوثها انفعال بسيط على اثر مفاجأة أو ضغط نفسي وهي تسبب معاناة فعلية ، لذلك يجب بعض المسكنات إضافة إلى العلاج الهرموني للتعويض عن نقص الهرمونات المسببة للهبات الحرارية ².

ثانياً: الأعراض المتأخرة:

أ. المجال التناسلي: هناك تغيرات تمس الجهاز التناسلي للمرأة يحدث في سن انقطاع الطمث وتظهر هذه التغيرات في ما يلي:

¹Maurice taubraine: la ménopause, hermane éditeurs des sciences et des arts , Paris.1993.p28.

²ماري كلود دولاهاي : دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ، ص 79.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

1. المبيضان :

إذ يتراجع حجمهما إلى الثلث تقريبا وتتناقص قدرتهما تدريجيا على إفراز الهرمونات الجنسية وترتكس الغدة النخامية لنقص عيار هذه الهرمونات في الدم فتزيد من إفراز الهرمونات المحرصة للمبيض¹.

فالمبيضان يفقدان قدرتهما على العمل ويضمران ولا يعودان قادرين على عملية التبويض وبالتالي يفقد قوته التناسلية ولو كان ذلك فقط لما كانت المصيبة لان كثيرات من النساء ينتظرن بفارغ الصبر الوقت الذي يرتحن فيه من وسواس الحمل والولادة ولكن هناك ما هو أكثر أهمية وهو توقف عمل المبيضين وظهورهما وما يرافقه من توقف إفراز الداخلي وبفقدان هذا الإفراز يتأثر الجسم بمجموعه ولاسيما الجهاز العصبي².

2. الرحم :

تحدث تغيرات نوعية مع الطمث وسن انقطاع الطمث وفيما بعده حيث يقل الوزن من حوالي 40 جرام إلى ما بين 10 إلى 15 جرام ويتقدم السنوات يصل حجمه إلى 30 مليجرام كما يحدث أيضا صغر حجم الرحم مع انكماش وتقلص لبطانته كما تتكمش أيضا الدورة الدموية في الرحم ويتغير لونه ويصبح باهتا نتيجة قلة الدم الذي يصل إليه وقد يحدث نتيجة لهذا الضمور التهاب في الغشاء المبطن للرحم وذلك لقلة الخلايا الدفاعية ضد البكتيريا في هذا السن ، ومع توقف للنشاط الجريبي وقلة المثير الهرمون لبطانة الرحم مما يؤدي إلى ضمور النسيج الرحمي والعنق حيث عادة ما يقل في الحجم وينقلص بعد سن انقطاع الطمث³ . فينكمش الرحم وعنقه وتتحول معظم عضلة الرحم إلى نسيج ليفي⁴ .

كما يحدث ارتخاء في أربطة الرحم والعضلات الضابطة لقاع الحوض الأمر الذي يؤدي إلى هبوط الرحم وارتخاء جدار المهبل الأمامي وخلالها تهبط المثانة وارتخاء

¹ عصام الحمصي: الموسوعة الطبية الموجزة ، دار الرشيد ، دون طبعة، دمشق ، دون سنة ، ص 195.

² جورج حنا: المرأة جسد وروح ، دار الثقافة ، دون طبعة ، بيروت ، 1987 ، ص 136.

³ حامد أنور هندومة: سن اليأس عند المرأة ، ص 111.

⁴ محمد رفعت: المرأة، مؤسسة عز الدين ، الطبعة الثانية ، بيروت ، 1992 ، ص 283.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدار المهبل الخلفي وخلالها يهبط المستقيم أو الأمعاء ويحدث هبوط كل من الرحم والمهبل عادة لدى النساء اللاتي أنجبن عددا كبيرا من الأطفال¹.

3. **المهبل:** بعد بضع سنوات من دخول المرأة مرحلة ما بعد الخصوبة وانقطاع الطمث لديها يطرأ على الأعضاء التناسلية الخارجية تراجع صحي ناتج أساسا عن غياب الاستروجين فالمشفران الكبيران كما الصغيران يصبحان رقيقين وأكثر شحوبا ، البظر يصبح أكثر حساسية مما يجعل إثارته غير مستحبة ، كما يصبح جدار المهبل أكثر جفافا وكما تصبح الإفرازات المهبلية أقل حموضة وهذا يفتح الباب لحالات العدوى المهبلية ، وفي نهاية المطاف يصبح المهبل ذاته أقصر وأضيق².

4. **تغيرات الثديين:** إن العوز الهرموني هو سبب ضمور القنوات الثديية وانتفاخاتها التي تشكل الغدة الثديية فيميل الثديين إلى الرجوع إلى حالة ما قبل البلوغ ، ولكنها يحتفظان بحجمهما نتيجة الدهن الذي تكسب فيهما³.

ب التغيرات البولية: كثير من النساء يشتكين من حدوث تغيرات في التبول حيث تبدأ من بداية مرحلة انقطاع الطمث، وتسمى سلس البول التوتري وعدم القدرة على السيطرة على البول في أثناء التوتر والانفعال أو الضغوط العصبية أو العضلية (أثناء العطس، الضحك، الجري.... مثلا) وتشعر النساء بالحاجة إلى الذهاب إلى الحمام طوال الوقت وتشكو أخريات من وجود الآلام أثناء عملية التبول ، ويرجع سلس البول التوتري إلى إن العضلات المحيطة بالمثانة البولية ومجرى البول تبدأ في الارتخاء وعندما يضعف جدار المهبل بسبب نقص الاستروجين ، فإنه لا يتمكن من تثبيت المثانة البولية مما يجعلها تسقط من مكانها وبدون تأثير الداعم من جدار المهبل وتأثر عضلات، فإن أقل ضغط نتيجة للعطس والسعال يمكن أن يؤدي إلى نزول كمية ولو قليلة من البول.

¹هندومة محمد أنور حامد:مرجع سابق، ص 112.

²كارول تركنتون ، سوزان برويست :الدليل غير رسمي صحة المرأة، ص 630.

³ ماري كلود دولاهاي:دليل المرأة من سن المراهقة الى سن اليأس ، ص 86.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

والنساء اللاتي أجريت لهن عملية استئصال الرحم قد يعانين أحيانا سلس البول بسبب غياب الرحم يترك المثانة ومجرى البول بغير دعم كما أن الجراحة نفسها في حالات قليلة وقد تسبب تلفا في أنسجة المسالك البولية.

وعلاوة على ذلك فإن الانخفاض في مستويات الاستروجين يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغيرات في مجرى البول تشبه إلى حد كبير تلك التي تحدث في المهبل ، مما يؤدي إلى تقجير مشكلة سلس البول وزيادة تدهورها ، وان حالات العدوى والالتهابات البولية تحدث نتيجة لانخفاض الاستروجين حيث توجد في مجرى البول مستقبلات للاستروجين وبغير هذا الهرمون فإن مجرى البول يمكن أن يتعرض للضمور كما يحدث للمهبل ، وعندما يحدث توقف وضعف بجدار مجرى البول فإنه يصبح أكثر عرضة للإصابة بالعدوى¹.

ت.الأعراض المصاحبة للهيكل العظمي في سن اليأس:

التغيرات الهرمونية التي تصاحب سن اليأس تعتبر من أهم الاضطرابات المصاحبة لهذه الفترة العمرية ،وغالبا ما يتسم بانخفاض في كمال عظام بدون أي تغير في المكونات الكيميائية ،ويحدث 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 ، ويحدث الفقد للمكون المعدني لدى كل الأفراد أثناء كبر السن فمثلا عند النساء يبدأ فقد حجم العظام بعد سن الثلاثين بينما يحدث للرجال بعد سن الأربعين ، بالإضافة إلى تلك الاختلافات الجنسية يوجد أيضا اختلاف السلالة ، فيظهر هذا النوع من الأعراض فهو أعلى حدوث لدى الجنس الأبيض يليهن الشرقيون وأخيرا 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 والاسترخاء وعدم القيام بنشاط قد يسبب فقد للكالسيوم من العظام².

¹ كارول تركنجتون ، سوزان بروبيست ، المرجع السابق، ص 630.

² هندومة محمد انور حامد: سن اليأس عند المرأة ، ص 118.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

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

2.1.2 الأعراض النفسية المصاحبة لمرحلة ما بعد الخصوبة :

لا شك أنمرحلة نهاية التناسل مرحلة صعبة على الصعيد النفسي فهي تعني بالنسبة لكثير من النساء نهاية الشباب ونهاية القدرة على الإغواء والحب ، أن إحساس المرأة بتغير طارئ على جسمها وحياتها هو في الأساس مشكلات نفسية تبدأ من الانقباض البسيط ويمكن أن تصل إلى الانهيار العصبي ، فلقد كبر الأولاد واخذوا يبتعدون عن البيت ، الشريك الذي اعتاد على زوجته سنوات طويلة لم يعد يظهر الاهتمام السابق ، يضاف إلى ذلك أن زوجته تشعر بالإحباط عندما ترى التجاعيد تغزو وجهها والسمنة تصيب قوامها .

المرأة التي بلغت الخمسين تشعر أنها لم تعد كالسابق ، ولكنها أيضا لم تصبح هرمة ، هذه المرأة تجد صعوبة في التكيف مع المجتمع ، هذا الضيق النفسي يزداد مع التغيرات الهرمونية التي تحدث في فترة ما قبل انقطاع الطمث فأية امرأة لا تستطيع الهروب من هذه الظواهر التي تختلف حدتها بحسب اختلاف شخصية المرأة نفسها وظروف حياتها¹.

ومن بين أهم هذه الأعراض :

أ.الأرق: حوالي اثنين من كل عشر نساء يعانين حالة أرق عند انقطاع الطمث ويعتقد الخبراء إن مشكلات النوم ترجع إلى هبوط مستويات الاستروجين ، وقد تسبب نفس التغيرات الوعائية التي تسبب الهبات الساخنة الأرق أثناء تلك المرحلة وبعد الأرق الليلي المشكلة أخرى تتبع في الغالب الهبات الساخنة ويمكن أن يسبب كل من الهبات

¹ماري كلود دولاهاي :دليل المرأة من المراهقة الى سن اليأس، ص 83.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الساخنة والعرق الليلي حرمانا مزمنا من النوم وهذا يمكن أن يجعل المرأة أكثر تهيجا واشد اكتئاب وأكثر عرضة للنسيان.¹

ب. التوتر العصبيو سرعة الغضب: تتوالى هذه الأعراض حسب المراحل إن التقلبات المزاجية والانفعالات الشديدة يعدان من العلامات التقليدية لمرحلة ما بعد الخصوبة ويوجد ثلاث أقل من كل خمسة نساء يعبرن عن معاناتهن القلق والتهيج أو العصبية خلال هاته المرحلة، فحوالي 58% يقرن أنهن يعانين التقلبات المزاجية ومع تأرجح مستويات الهرمونات فمن الطبيعي أن تشعر المرأة بالتوتر والتهيج وسهولة البكاء ويؤثر هرمونا الاستروجين والبروجيسترون على بعض الكيمياءات المخية المتحكمة في الإحساس بالنوم وكثير من الأحاسيس العاطفية المتنوعة ونقصها ويقلل من قدرة المرأة على مواجهة المشكلات التي كان يمكنها مواجهتها بسهولة في الظروف العادية².

ت. مشكلات التفكير والذاكرة: حيث يصبح التركيز والانتباه أكثر صعوبة وينتج عن ذلك عدم تذكر المرأة شيء فتظن المرأة خطأ أنها بدأت في فقدان الذاكرة فتعد المشكلات الذهنية من أكثر المشكلات المسببة للإزعاج في مرحلة ما بعد الخصوبة وهذا يتضمن الشعور بالارتباك وضعف القدرة التركيز وفقدان الذاكرة ويؤكد بعض الباحثين أن مشكلات التي تصيب القدرة الذهنية قد تكون مرتبطة بشكل وثيق بانخفاض الاستروجين .

ويحتوي المخ تماما مثل الرحم والثديين على مستقبلات الاستروجين وهي المواقع التي يمكن أن تؤثر الهرمونات عن طريقها على الخلايا وكلما كان انخفاض الاستروجين مفاجئا كانت الأعراض أشد وضوحا ولاشك أن بعض المشكلات المتعلقة بالذاكرة والتركيز تعد جزءا لا يتجزأ من مرحلة الشيخوخة ولكن هناك فرق بين مشكلة استعادة المعلومات المخزنة في الذاكرة التي تحدث عند الشيخوخة وبين مشكلة النسيان التي

¹ كارول تركنجتون ، سوزان بروبيست : الدليل غير رسمي صحة المرأة ، ص ص 623 -628.

² ماري كلود دولاهاي ، المرجع السابق ، ص 84.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

تحدث في مرحلة اليأس من المحيض فهذه المشكلة الأخيرة تصيب الذاكرة القصيرة المدى¹.

2.2 الاضطرابات المصاحبة لمرحلة ما بعد الخصوبة:

الاضطرابات التي تصاحب مرحلة ما بعد الخصوبة كثيرة الأنواع حيث أن شدة هذه الاضطرابات تزيد كلما كان ظهور أعراض سن اليأس من الإنجاب فجائي ، كون الجسم غير مهياً لهذه التبدلات الهرمونية ، وكلما كانت تدريجية الظهور كان التوافق ، فأعطي للجسم فرصة

التوافق مع هذه التبدلات الهرمونية ، فتستعيد الارتباطات الهرمونية نوعاً جديداً من التوازن يزيل ما يسببه اختلال التوازن السابق من اضطرابات ، وهناك نوعين من الاضطرابات:

1.2.2 الاضطرابات الطبيعية: هناك من الاضطرابات ما هو طبيعي مع العلم أنه

لا يمكن وضع حدود حادة بين ما يعتبر طبيعي من هذه الاضطرابات و بين ما يتجاوز منها الحدود الطبيعية فيعتبر مرضياً و أكثر ما تشعر به المرأة من أعراض سن اليأس من الإنجاب مثل الهبات الساخنة و التعرق الليلي و تظهر لها أعراض اضطرابات في القلب كخفقان و تسرع النبض ، و كذلك تعاني المرأة في سن اليأس من الإنجاب الشعور بدوار و دوخة و طنين في الأذنين و ثقل في الرأس و ارتباك و تتم في اليدين و القدمين و حرقة و حموضة في المعدة و إمساك و وخزات في الجنب و الخاصرة و قيء و أرق مستعصي ، و إلى جانب هذه الاضطرابات الجسمانية تعاني المرأة في مرحلة سن اليأس من الإنجاب اضطرابات أخرى في النفس كتزعزع المزاج و تقلبات حالات مرح إلى حالة كآبة و العكس ، وتغدو المرأة سهلة الإثارة غريبة الأطوار تميل كثيراً إلى الاستفزاز و كثيراً ما تصبح منهاراً المزاج².

¹ كارول تركنجتون ، سوزان بروبست، المرجع سابق ، ص 630.

¹ أمين رويحة: المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، ص ص 170-171.

2.2.2 الاضطرابات المرضية:

مرحلة ما بعد الخصوبة أو مرحلة سن اليأس من الإنجاب بالنسبة للمرأة نقطة تحول تتعرض فيها طريق الحياة نحو النزول ، إنها المرحلة التي تكون الحياة عندها اجتازت صباحها المبهج و ظهورها المتألق و بدأت باستقبال الليل عبر الغسق ، و كل ما كانت سابقتها من ألوان و مباحج أصبحت ذكريات باهتة للماضي تغرق رويدا رويدا في لجة النسيان.

فالمراة السليمة القوية تصل بدون اضطرابات جسمانية و نفسانية إلى التفاهم مع سن اليأسمن الإنجاب تعترف بحتمية و تزنه بالميزان الصحيح و تلتفت إلى أهداف جديدة في الحياة ، و هنا يصبح تصميمها قدرا لها ن فبعض النسوة لا يتمكن من تقبل الزمن بعد انطفاء الجنس و يعتبرونه بداية لكارثة تعيش فيها مرارة الانحدار و المستقبل أمامهن مظلم ملئ بالتهديدات ، فيصبن بياس يغذيه العجز عن إيجاد وسيلة للخلاص ، فالطريق مغلقة و تتابع الحياة أمامهن جافة و هكذا لا تتوصل المرأة إلى التفاهم مع الوضع الجديد و إلى اتخاذ أهداف جديدة للحياة و يتراءى لهؤلاء النسوة أن انعدام الإثارة الجنسية تعني خفضا للقيم الذاتية ، فيشعرن بتدني الاعتبار لهن، وهكذا يسبب لهن سن اليأس من الإنجاب الكثير من المخاوف و القلاقل ، فليس انعدام الهرمون وحده الذي يحدث زعزعة عند هؤلاء بل عيشهن للانحدار أيضا ، ومثل هذه الأفكار التي تهيئ الاضطرابات مرضية ،فلا تسلم بحتميته و لا تستوعبه الإدراك فيظهر التزعزع في النفس بشكل "الأعراض المرضية " و مما لا شك فيه أن انعدام الهرمونات و ما يرافقه من تبدلات جسمانية يلعبان دورا في هذا الصدد ، ولكنه ليس رئيسيا و هو وحده ليس كافيا لجعل الأعراض مرضية فالمرضية هنا لا تقتصر على الأعراض بحد ذاتها بل تشمل الشخصية كلها وموقفها من التبدلات الجسمانية و النفسية و التخوف من واقعها و من تهديدات احتمالاتها ، و يصل بالتزعزع النفساني إلى مناطق المرض.

المبحث الثالث: مرحلة ما بعد الخصوبة المشاكل الصحية و اتجاهات العلاج

2.3 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 وعلى معايشتها لتلك المرحلة العمرية الحرجة و من بين تلك المشاكل أو الأمراض نذكر:

1.1.3 ارتفاع ضغط الدم: يرتفع ضغط الدم في 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 نيجرية 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

2.1.3 فرط العمل في الغدة الدرقية: إن تسرع النبض أثناء سن اليأس من الإنجاب أهم دليل على وجود إفراط في عمل الغدة الدرقية الذي يثير القلب و لكن هذه الاضطرابات في القلب ليست مستمرة بل متأرجحة كثيرا و يمكن أن تظهر نوباتها

¹ هندومة محمد أنور حامد: المرأة عند سن اليأس ، ص 136.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

أثناء الليل و تسلب المصابة النوم و فيها يكون النبض المتسرع يحافظ على انتظامه ، وقد تحدث في النبض تقطعات في بعض الأحيان و ليس من الضروري أن تكون الغدة الدرقية متضخمة أثناء ذلك فالإفراط في عملها غير مرتبط بضخامة حجمها .

وعندما يحدث نتح في إفراز هرمونات الغدة الدرقية يتجلى بازدياد السمنة، حيث تعتبر المشكلة الأكثر حدوثا و الأكثر إزعاجا للمرأة لأنها تقرب مظهرها العام من الشيخوخة حيث يزيد وزن المرأة بعض كيلوغرامات قبل سن اليأس من الإنجاب و مع حلول سن اليأس تتضاعف الزيادة في الوزن .فبعض النساء يزيد وزنه في هذه الفترة حوالي كيلوغرامين بينما يزيد وزن أخريات حوالي عشر كيلوغرامات خلال سنة واحدة.¹

و المصابات بهذه الاضطرابات أي نتح في إفراز الغدة الدرقية يصبحن بليدات الحس مسترخيات تتضائل عندهن الحيوية الذهنية و الذاكرة و الحيوية بوجه عام . ومن النادر أن يصبن بالتعرق و كثيرا ما يصبن بأمراض جلدية و مفصلية ، كما يتباطأ عندهن القلب و ينخفض ضغط الدم دون تقلبات ، ويتكون عندهن الاستعداد للإصابة بتصلب الشرايين و يصبن كثيرا بالتهاب الأوردة و الدوالي في الساق.²

3.1.3 مرض القلب الوعائي : يسبب هذا المرض خطر الوفاة إلى 21% من

النساء في هذا السن .³ و ان 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 أن معدل إصابة الذكور بهذه الفئة من الأمراض تبلغ ثلثي حدوثها بالنسبة للنساء.

إن مرض القلب في الو.م.أ يكون أقل من في النساء من الرجال أقل مون سن 55 و فرصة موت الرجل بمرض القلب قبل هذا السن تكون أكبر من حدوثه لدى المرأة و ذلك ما بين 10-15 مرة و على هذا فإن مرض القلب ليس فقط اقل تكرار بل أقل

¹ أمين رويحة، المرجع السابق ، ص 187.

² نفس المرجع ، ص 157.

³ محمد فياض : حياة افضل للمرأة ، ص 7.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

خطورة و شدة في المرأة الأصغر سنا ، ولا تبدو هذه الاختلافات النوعية ثابتة عبر البلدان المختلفة و لكن كلما ترتفع نسبية الإصابة بمرض القلب تبدو الفروق النوعية ملحوظة بينما في بلدان أخرى حيث ينخفض معدل الإصابة فالاختلافات النوعية لا تبدو واضحة و على هذا ففي المرحلة العمرية مابين 25-55 سنة فإن معدل الموت من الأزمات القلبية بين الرجال و النساء بنسبة 5/1 في الو.م.أ و 2/1 في ايطاليا و 4/1 في اليابان ثم يختفي بعد ذلك الاختلاف النوعي في السن ، ومن هنا يتضح أن للتنازل وظيفة وقائية للنساء اتجاه مرض القلب الوعائي وهناك نمطان من الدراسات تؤكد ذلك:

■ **النمط الأول:** يهتم و تحديدها إذا كان توقف الوظيفة المبيضة يصاحبه زيادة في حدوث مرض القلب فالأدلة المرضية أوضحت أن هرمونات الأنثى وعلى الأخص الاستروجين قد يحميهم من أمراض القلب في سنوات ما قبل سن اليأس ، وهذا يؤدي إلى احتمالية إن استخدام العلاج بالاستروجين بعد سن اليأس قد يقلل من خطر مشاكل الوعاء القلبي.

■ **النمط الثاني:** فهو عبارة عن دراسات ضابطة تقارن نسبة حدوث مرض القلب التاجي والشرياني لدى النساء اللاتي يتعرضن مبكرا لاستئصال المبيضين قبل سن اليأس، حيث كشفت عن زيادة خطر مرض القلب الوعائي بعد استئصال المبيض. كما يحدث أثناء الهبات الساخنة ارتفاع معدل ضربات القلب عن معدلها الطبيعي بعشرين نبضة كل دقيقة وعلى الرغم من تزايد مرض القلب مع توقف الوظيفة المبيضية إلا أنه لا يوجد دليل قطعي على إن الاستروجين الذي يحمي المرأة قبل سن اليأس من الإنجاب من مرض القلب فالاستروجين العلاجي الذي يعطى للمرأة بعد سن اليأس ذو تأثير على الوعاء القلبي دون تلازم عوامل أخرى تساعد في ذلك كالبروتينات الدهنية وارتفاع ضغط الدم الشرياني ومرض السكري والتدخين والوراثة والسمنة¹.

4.1.3 مرض هشاشة العظام: العظام ليست بنيانا قاسيا ، وإنما هي نسيج حي،

¹ هندومة محمد انور حامد ،المرجع السابق،ص ص 137-139.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

وطول فترة الحياة تتلاشى أنسجة العظام القديمة وتحل محلها أنسجة عظمية جديدة ، ويكون بناء العظام الجديد أسرع في فترتي الطفولة والبلوغ ، أما بعد سن 35 فإن سرعة تلاشي العظام تفوق سرعة بنائها ، وبالتالي تتناقص كمية العظم في الهيكل تدريجياً¹.

هذا التناقص في كمية العظام داخل الهيكل يصبح أكثر شدة عندما يتوقف إفراز هرمون الاستروجين عند المرأة في إطار عملية الانخفاض النسيج العظمي ، عند المرأة ، هذا الانخفاض ف بكثافة النسيج العظمي ينقص ب10 سنوات مسبقاً مقارنة بما يحدث عند الرجل . هشاشة العظام تكون أكثر شيوعاً عند المرأة لثلاثة أسباب فكثافة العظام لدى الرجال أكبر منها لدى النساء ، في العموم أمل الحياة عند النساء مرتفع مقارنة بالرجال وكذلك دور هرمون الاستروجين والذي يؤثر في نقصانه على النسيج العظمي لدى المرأة بعد سن الخمسين².

وتظهر نتائج هذه الهشاشة في العظام في حدوث الكسور في عدة مواقع في الهيكل العظمي ، وأهم هذه المواقع هي عظمة الساعد ، وفقرات الظهر ، وعظام المقعدة العليا للساق ، ويتصاعد معدل نقصان كثافة العظام بعد انقطاع الطمث بسبب الزيادة في نقصان محتوى الكالسيوم في العظام ، ويمكن أن يصل معدل فقدان كثافة العظام الفقرية خلال السنوات الخمس التالية الانقطاع الطمث الطبيعي إلى 5% كل عام وبعد إزالة المبيضين يمكن أن يصل إلى 7-9% في السنة³.

5.1.3 المشاكل الجنسية: هناك نوعان من المشاكل الجنسية يظهران في سن

اليأس من الإنجاب هما : ألم الجماع الجنسي وفقدان الرغبة الجنسية .

ويرجع ألم الجماع الجنسي في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى رقة جدا المهبل وجفافه وضموره مما يجعله غير قادر على التكيف بسهولة مع العضو الذكري ، وتكون المشكلة أشد سوء بسبب اختلاف الرجال في التعامل مع زوجاتهم وفي كيفية إثارتهم

¹ احمد فضيل : المرأة حياة أفضل ، ص 20.

²Maurice Taubiane:La ménopause ,p37.

³أحمد فضيل ، المرجع السابق، ص 39.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الكاملة حتى يصبح المهبل زلقا جيد التزييت بفعل إفرازات المرأة قبل محاولة الايلاج.

ومن الممكن أن يكون الجماع في فترة سن اليأس من الإنجاب مخيبا للأمل في تحقيق الرغبة المرجوة ، وفي زيادة الانزعاج الشيء الذي قد يكون قبوله صعبا ، ومن 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 ومن الصعب جدا إلقاء اللوم كاملا على انقطاع الطمث ، افتقاد الاهتمام بالجماع أي فقد الشهوة الجنسية ، فيرجع السبب في ذلك كما يبدو إلى توافق غير مفهوم تماما بين العقل والقلب و الهرمونات .

إن النساء اللاتي يعانين ألم الجماع بسبب جفاف المهبل سرعان ما يفقدن رغبتهم فيه ، فالألم لا يساوي الجهد المبذول ، وهذه هي أسهل أنواع المشاكل الممكن عالجها لأنها تستجيب خلال أسابيع قليلة إلى جرعة صغيرة من الاستروجين ، أما الصعوبات الناجمة عن الحالات النفسية فهي المشكل الأعظم .

تصل ثقة المرأة في نفسها إلى الحضيض حينما تشعر أنها قد أصبحت أقل جاذبية عند زوجها، فالتهور العام في قدرة المرأة على التغلب على المشاكل وفي الثقة في النفس بالإضافة الى العرق الساخن الذي يوقظها ليال عدة مرات ، جميعها أسباب قوية تجعلها تشعر بأنها أقل تحمسا لما يسفر عنه جماعها حتى مع أعظم الأزواج صبورا وأشداهم هياما بها .

هناك دليل واضح على العالقة بين المناسيب المنخفضة الاستروجين في الدم وبين جفاف المهبل والألم ، لكن رغم أن الشهوة الجنسية للسيدات تتحرك بالهرمون الذكري التستوسترون إلا أنه لا توجد أية عالقة بين انخفاض مناسيب التستوترون وبين فقد الشهوة الجنسية لديهن ، وعلى أية حال فقد تم علاج كثير من المريضات عن طريق زرع أنسجة حية تحتوي على الاستروجين والتستوسترون وهذا غالبا ما يعيد الشهوة الجنسية ، ونؤكد أن هذا العلاج يحول حياة المرأة وعلاقتها إذا توافرت العوامل الأخرى بصورة طبيعية في المحيط العائلي إلى حد معقول أما إذا كان الوفاق بين الزوجين قد

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

صار معدوماً أو كانت هناك مشاكل عائلية أو مرض أو إهمال شخصي فالفرصة ضئيلة في تغلب هذا العلاج على تلك المصاعب¹.

6.1.3 الآلام أسفل الظهر المزمنة: يعتبر ألم أسفل الظهر المستمر مشكلاً

صحيحاً شائعاً يمر به أغلب الناس لبعض الوقت لكن يبدو أن النساء أكثر عرضة له للتأثيرات الهرمونية والتغيرات في الوضع أثناء الحمل وأمراض النساء عموماً وأن ألم الظهر شأنه شأن الألم المفاصل والعضلات ينخفض معدله فيما بعد حيث قورنت دراسة لمراحل عمرية مختلفة ووجد أن هناك انخفاض الآلام الظهر يقل بعد سن 48 سنة لدى النساء².

7.1.3 أمراض المفاصل والعضلات: وفي مقدمتها الإصابة بالروماتيزم العضلي

فهو كثيراً ما يحدث في مرحلة سن اليأس من الإنجاب نتيجة التعرق الشديد والتعرض للبرد يسبب الشعور بالآلام مختلفة³.

فبعد أن يبدأ المبيضان في التوقف عن أداء مهمتهما تصبح الأربطة أكثر استرخاءً، وتقل قوة العضلة، وتظهر أنواع من الأوجاع والألم في صورة أوجاع الظهر والألم في الكتفين والمرفقين ومفاصل الأيدي، ويفقد الكالسيوم نتيجة لهبوط مناسب الاستروجين ترق العظام وتكون أكثر عرضة للكسر ويرجع سبب تقوس العمود الفقري الذي يظهر أحياناً بعد سن اليأس من الإنجاب إلى نقص الكالسيوم من عظام العمود الفقري بين الرقبة ولوح الكتف، ويزداد مثل هذا التقوس نتيجة لتفتت العمود الفقري، وهو لا يشخص في أغلب الأحيان، لأن تتابع الألم الذي تعاني منه السيدات المتقدمات في السن غالباً ما يمر دون أن يفحصها الطبيب، ويظهر الدليل على تفتت العظام في قصر القامة الذي يزيد مع العمر وفي زيادة تقوس العمود الفقري⁴.

8.1.3 أمراض الجلد: وفي مقدمتها التراكبات الدهنية تحت الجلد والتموضعات

¹ جون ستند، مرجريت توم، ترجمة الكميائي سيد علي منصور: سن اليأس، دار الشروق، د ط، مصر، 1993، ص ص 25-29.

² هندومة محمد أنور حامد: سن اليأس عند المرأة، ص 120.

³ أمين رويحة: المرأة من سنالخصاب الى سن اليأس، ص 187.

⁴ جون ستند، مرجريت توم: سن اليأس، ص ص 29-30.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الصبغية (الألوان) في بعض مناطقه التي يمكن أن تحدث في سن اليأس من الإنجاب ، وكذلك ظهور البثور والاحمرار العابر وعلى الأخص أثناء الهبات الساخنة ، وتظهر أحيانا بعض الدمامل وأكثر من ذلك ظهور حكة في مختلف المناطق ، وكما يمكن أن تحدث إصابة الإكزيما وعلى الأخص في الرأس ، وبعض الحالات يظهر في مواعيد الحيض كما كانت في السابق ، طمح جلدي ، كما تظهر ألام عند الكعب نتيجة للتجمعات الدهنية فيه .

9.1.3 أمراض في الدم و استقلاب الغذاء وأعضاء الحواس :تصاب الأعضاء

التي تكون الدم ببعض الاضطرابات في بعض الحالات من سن اليأس من الإنجاب ، ويعتقد أن مرده إلى خلل هرموني فكثيرا ما ينخفض في هذه المرحلة العمرية عدد الكريات الحمر في الدم وكذلك نسبة الهيموغلوبين فيه، وفي بعض الحالات يكون نسبة الخضاب في الدم بأكثر مما هي عليه في انخفاض عدد الكريات الحمر وكذلك يتضاءل عدد الكريات البيض¹.

وقد يكون سن اليأس من الإنجاب منطلقا لحدوث إصابات في أعضاء الحواس ومتمثلة فيما يلي:

أ. حاسة البصر : قد تلاحظ أغلب النساء في منتصف الأربعينات صعوبة قراءة الكتابة الصغيرة ، وذلك نتيجة لنقص في حدة الإبصار مع حدوث إحلال في العين مع عدم القدرة على تغيير هيئة مقلة العين للتوافق مع المسافات المتغيرة مما يؤدي إلى فشل الرؤية كما يحدث التهابات مزمنة في ملتحمة العين وفي أجزاء أخرى منها اضطرابات في العصب البصري نفسه مع انحناء جفني والذي ينشأ من فقد صحة وحيوية العضلة التي ترفع الجفن مع تزايد دموع العين نتيجة لتوقف إفراز الهرمون من الغدتين التناسليتين .

ب. حاسة السمع : في بعض الأحيان قد تجد المرأة صعوبة في السمع أو زيادة في الصمم بعد سن اليأس من الإنجاب .

¹ ايمن رويحة، المرجع السابق، ص ص 187-188.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

ت. **حاسة الشم** : تميل الحاسة الشمية للهبوط مع العمر وقد تتعلق هذا يفقد لخلايا فيالبصلة الشمية للمخ وأيضا نتيجة الاستنشاق مثيرات مثل التبغ ومواد سامة أخرى كما تقل عدد الخلايا الحسية في البطانة الأنفية ويوجد ارتباط بين هرمون الاستروجين وشم بعض الروائح .

ث. **حاسة التذوق** : يقل عدد براعم التذوق في الوظيفة مع السن حيث تبدو لنوعيات التذوق الأربعة الأولية إلى المملح والحلو والمر والحريق ونظرا لإفراز الغدد اللعابية في تلك الفترة ما يؤثر في هبوط حساسية التذوق وجفاف الفم واللسان¹.

10.1.3 **إصابات الأعضاء التناسلية**: يوجد اعتقاد خاطئ مفاده أن هناك ارتباط بين تغير الحياة وحدوث السرطان ، ولكن ربما يبدو في الحقيقة إن سرطان الأعضاء التناسلية للأنتى أحيانا يبدو أثناء تلك الفترة ولذا فإن سن اليأس من الإنجاب يمثلته بداية لفترة غير مرضية لغالبية حالات السرطان وقد يتسبب في اضطرابات².

وسوف نتطرق إلى كل من سرطان الرحم وسرطان الثدي :

أ. **سرطان الرحم** : هو تكاثر فوضوي لبعض الخلايا ويشكل وربما خبيثا ويعتبر سرطان عنق الرحم كثير الانتشار في العالم وأكثر ما يصيب النساء بين 40 و 50 سنة³.

يعتبر النزيف الذي كان يحدث في دورات منتظمة 28 يوم وال يستمر أكثر من 6 أيام يظل يحدث في موعده الطبيعي ولكن عند وجود ورم تطول مدته الأكثر من 6 أيام لأن وجود الورم والتوتر يعيقان تقلص العضلات لإغلاق الأوعية النازفة ، هذا إذا بقي الجلد المخاطي متوتر فقط ولم يحدث نزيف خارج أوقات الحيض أي بين الدورتين فكل نزيف يحدث بين الحيض أو بعد الانقطاع النهائي للحيض في سن اليأس من الإنجاب يستدعي الكشف الطبي بدون إبطاء لمعرفة بواعثه واستدراكه قبل فوات الأوان ، وعلى

¹ هندومة محمد أنور حامد: المرجع السابق، ص ص 130-132.

² نفس المرجع ، ص 116.

³ ماري كلود دولاهاي: دليل المرأة من المراهقة الى سن اليأس، ص 214.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

الأخص لأنه من المحتمل أن يكون نتيجة الإصابة بسرطان مازال مستتر والشفاء منه متعلق باكتشافه مبكرا واستئصاله قبل استفحال أمره.

فنسبة الشفاء في السرطانات 18% فقط في حين تبلغ هذه النسبة 38% في السرطانات التي يمكن التوصل إلى اكتشافها المبكر في الأعضاء التناسلية الداخلية علاوة على ذلك فإن هذه الأعضاء من قناة الرحم حتى الفرج تكون وحدة متصلة، يسيل منها الإفراز والنزيف وبداخلها إلى الخارج ويمكن أن يستدل من التبدلات فيه مبكرا وعلى المرأة التعرف على هذه التبدلات ومراقبة نفسها وعدم اهمال الاهتمام بأي ظاهرة غير طبيعية مهما تراءت لها بسيطة لا تسبب لها أي شكوى بل عليها أن تعرض نفسها على طبيب مختص قبل استفحال الورم واستحالة الشفاء منه¹.

ب. **سرطان الثدي**: يأتي هذا المرض الخبيث في مقدمة السرطانات التي تصيب المرأة وهو في تزايد مستمر ويعتبر عامل السن من العوامل المشجعة لهذا المرض حيث تزداد نسبة الإصابة به بعد سن الأربعين وبصيب امرأة واحدة في كل 15 امرأة عبر العالم ومن بين هؤلاء هناك امرأتان من كل ثالث في سن الخمسين فما فوق .

وكثيرا ما تشكو المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة من عقد مؤلمة في ثديها وهي في الغالب انتفاخات صغيرة أو كبيرة في أنسجة غدة الثدي أو توسعات في أفنعة الحليب يمكن أن يتحول إلى سرطان وهناك تغيرات قد تشاهدها المرأة على الثدي عند الإصابة بالسرطان منها إفرازات أو دم من الحلمة مع انكماشها².

ويتطور سرطان الثدي ببطء ، لذلك يمكن اكتشافه مبكرا وذلك تكون فرص الشفاء منه كبيرة ، ابتداء من سن الأربعين يصبح ضروريا إجراء صورة شعاعية دورية للثدي (mammographie) كتدبير احتياطي يمكننا من اكتشاف المرض في وقت مبكر³.

2.3 الاتجاهات نحو علاج الاضطرابات المصاحبة للمرحلة :

¹ امين رويحة ،المرجع السابق، ص ص 198-199.

²ماري كلود دولاهاي،المرجع السابق ، ص 234.

³ هندومة محمد أنور حامد ،المرجع السابق، ص116.

1.2.3 لمحة تاريخية عن علاج أعراض سن اليأس: من المعروف أنه حتى

العصور الوسطى لم يكن شيء يعرف عن بنية وشكل وموضع الأعضاء المهمة كالرحم والمبيضين فقد كانت سرية حتى بذل أقصى جهد للكشف والتحليل كما لم يعرف أحد سر الغدد الصماء حتى القرن العشرين وأن الدور الدقيق لهرمونات جنس الأنثى لم يكن حلما حتى فترة قليلة من بداية هذا القرن وثمة جزء كبير من هذا الدور استمر أسطوريا.

فالיום ومن خلال مختبرات الباحثين تجري التجارب الفعلية وتحليل الكيمائيات المعقدة ففي عام 1888 م قرر بروانسيكيورد أنه من الممكن إعادة الشباب ذات هودلك بالحقن بالعصارة الخصوبية كما استخدمها أوجست المحاربة الضعف الأنثوي ومع نهاية القرن التاسع عشر كان العلاج المبيضي محدودا بتعاطي دواء خام المبيضين والعصارة المبيضية ومسحوق المبيضين وأقراصه وأن هذه المواد استعملت في حالات سن اليأس الفيسيولوجي والجراحي.

إلأن هناك ثلاثة أحداث تاريخية في تاريخ علاج أعراض سن اليأس وهي:

■ الحادث الأول: كان إنجاز آلن نابلوبريز ووينز في الكيمياء في التوصل إلى هرمون في رحم المرأة ويسمى إسترون.

■ الحادث الثاني: فكان الكاتب المشهور لروبرتويلسون عن التأهيل لأنوثة مستمرة حيث يشتمل على نظرية تدعى الإستروجين كعلاج تعويضي.

■ الحادث الثالث: عبارة عن مقالات رئيسية في المجلات الطبية الإنجليزية صدرت عام 1975 م و التي تهدف للامتزاج بين الإستروجين وسرطان بطانة الرحم فقد كانت المهنة الطبية تقدم اهتماما قليلا بالنسبة للنساء في سن اليأس حتى 1980م وبعد ذلك أصبح يعتبر موضوعا في أمراض النساء التي تستحق اهتماما شديدا من جانب الأطباء البريطانيين أما انتشرت صحف نسائية تدعوا للتحريض على تغيير اتجاهات الأطباء لعلاج أعراض سن اليأس . بالإضافة إلى برامج الراديو والتلفزيون والمقالات في المجلات النسائية والصحف حيث أيقظت النساء وأيضا الأطباء لإمكانية

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

العلاج الهرموني ذا الجرعة المناسبة في التخفيف من أعراض سن اليأس لدى النساء وفي أعقاب ذلك أن شئت أو مستشفى لطب سن اليأس في بريطانيا للعلاج بالتعويض الهرموني ويبدو أن العلاج التدريجي لمشاكل النساء في سن اليأس أصبح تجزءا مقبولا أومسلما به في الممارسة الطبية مع زيادة سريعة في الاهتمام بالنساء في تلك المرحلة مع تحديد تلك المخاطر الناجمة عن هذا العلاج ومحاولة تفاديها حتى لا تتعرض صحة النساء للخطر وتم التوصل إلى كيفية العلاج الأنسب مع إقناع النساء بأهمية العلاج الهرموني مع التركيز على مشاكل نوعية مثل تقرير ما إذ اكانت النساء. وأطباء النساء فالكل يفيد في تقديم المشورة لمحاولة علاج المرأة ككل بدلام نتعويض النقص الهرموني¹.

2.2.3 الاتجاهات نحو العلاج في مرحلة ما بعد الخصوبة:

يوجد ثلاث انماط للاتجاهات نحو العلاج في مرحلة سن اليأس من الإنجاب :

أ. الاتجاه الأول: يعتبر سن اليأس حدثا طبيعيا وأعراضه سوف تشفى تلقائيا وليس 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 BBC لجماعة من النساء حيث دار النقاش حول عدم معالجة سن اليأس هرمونيا لأنه ظاهرة طبيعية فتحدث لجميع النساء ، أن سن اليأس يعتبر فترة ضرر وأذى إلى حد بعيد في حياة المرأة ولكن 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 ماريسشارلين أن كلا من البلوغ والحمل والولادة وسن اليأس يجب أن ينظر إليها النساء والأطباء والممرضات 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 الأئوثة حول أن كل الأشياء الطبيعية يجب أن تكون مفيدة².

¹ نفس المرجع ، ص ص 88- 89.

² هندومة محمد انور حامد ، المرجع السابق، ص ص 85- 86.

الفصل الثاني — طبيعة مرحلة ما بعد الخصوبة

ب. الاتجاه الثاني: ويسلم الرأي الأقل سلبية أن سن اليأس من الإنجاب قد تكون مشكلة ، وقد تحتاج إلى شيء من المعالجة ، وغالبا ما يصف الأطباء الذين يرون هذا الرأي المهدئات والأدوية المضادة للاكتئاب ، وأنا لنعتقد أنها أسوء علاج ممكن له ، فالمريضات مجهدات ويعانين من اللامبالاة ، وتعاطيهن لهذه الأدوية القوية يزيد من العبء الذي يحملنه¹.

ت. الاتجاه الثالث : وهو الأكثر تقدما و يتمثل في استخدام الإستروجين كمساعدة في علاج أعراض سن اليأس ولقد توافق الأطباء مع هذا الاتجاه فيوصف الإستروجين كعلاج مناسب

خلاصة :

من خلال ما ورد سابقا فمرحلة ما بعد الخصوبة بأنواعها ، سواء المبكر والجراحي والذي يخضع الى عدة محددات تتعلق على سبيل المثال لا الحصر بالوراثة والحالة الزوجية الى غير ذلك من المعايير المهمة والتي تلعب دورا مفصليا في حدوث سن اليأس من الإنجاب عند المرأة ، و تتنوع الأعراض التي تصاحب هذه المرحلة في الشكل وفي الشدة من مرأة الى مرأة أخرى حسب عدة عوامل بيئية وثقافية واجتماعية كذلك ، وتنتج عن هذه الأعراض مجموعة من المشاكل الصحية التي تعوق العيش الهانئ للمرأة .

¹جون سنتد، مرغريت ثوم: سن اليأس، ص 32-33.

الفصل الثالث

الرعاية الصحية للنساء

في مرحلة ما بعد

الخصوبة

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

تمهيد:

توفير الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة من بين الأولويات التي تحتاجها المرأة في تلك المرحلة العمرية الصعبة التي تعتبر مرحلة انتقالية إلى الشيخوخة فمعرفة كل الاحتياجات الصحية اللازمة والضرورية لتوعيتها وتنقيفها الصحي لتلتزم هي بالمتابعة الطبية المهمة لها والتي تساعد في الاطمئنان من جهة على صحتها واكتشافها المبكر لنوع من الأمراض التي تصيبها فيه ، إضافة إلى تبصيرها في نوعية العلاج الذي يساعد في الحفاظ على حيويتها ونشاطها ، والذي لا يتأتى إلا بمعرفة مكانة المرأة الاجتماعية وضعيتها الاجتماعية والاقتصادية والتي تؤثر إما سلباً أو إيجاباً على إقبالها على البرامج والخدمات الصحية التي تحتاج إليها .

و خلال هذا الفصل سوف نتطرق إلى صحة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة و كذا وضعيتها الديموغرافية وكذلك الاحتياجات الصحية الضرورية لها، وأخير الوضعية الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على إقبال المرأة في تلك المرحلة العمرية على برامج الرعاية الصحية .

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

المبحث الأول : صحة المرأة في الجزائر

1.3 الوضعية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر :

لقد كان المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002م المسح الوحيد الذي قدم لنا قاعدة بيانات تفصيلية ، من الناحية الكمية والكيفية ، حول صحة النساء في الجزائر في مرحلة ما بعد الخصوبة¹، حيث تضمنت أهدافه دراسة بعض جوانب الصحة للسيدات (50-59) سنة والتي تمثل فترة ما بعد الخصوبة باعتبارها مرحلة انتقالية هامة في حياة المرأة ، حيث تعيش بعض التغيرات الجسمانية والنفسية ، وتعاني من بعض المشكلات الصحية مثل ضعف العضلات والمفاصل وارتفاع ضغط الدم .

1.1.3 خصائص المبحوثات التي انصب عليهن التحقيق : شمل المسح 1642

سيدة في الفئة العمرية (50-59) سنة ويوضح الجدول أدناه أن حوالي 57% تتراوح أعمارهن بين (50-54) سنة وحوالي 43% في الفئة العمرية (55-59) سنة ويعيش في الحضر حوالي 63% منهم مقابل حوالي 37% في الريف ، وتبلغ نسبة الأمية حوالي 76% وحوالي 14% يعرفن القراءة والكتابة .

¹Hassen Souaber5 · Kamel Sait. **LES FEMMES EN AGE DE MENOPAUSE.** analyses approfondies Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002.ALGER .2005.P .224

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدول رقم 01: يمثل التوزيع النسبي للسيدات (50-59) سنة حسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية :

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

المصدر: وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ، الديوان الوطني للإحصائيات ، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري لصحة الأسرة التقرير الرئيسي 2002، الجزائر ، جويلية 2004، ص 160.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدول رقم 02: التوزيع النسبي للسيدات (50-59 سنة) حسب بقاء الدورة الشهرية و انتظامها و استعمال علاج هرموني و توقيت بداية تناوله و السن.

59-55	54-50	الفئات العمرية	
4	27	مازالت الدورة الشهرية	الدورة الشهرية
96	73	انقطعت الدورة الشهرية	
39.3	74.3	دورة منتظمة	انتظامالدورة الشهرية
57.6	23	دورة غير منتظمة	
3.1	2.7	غير مبين	
1.6	5	تأخذ علاج	استعمالالعلاج الهرموني
98.4	95	لا تأخذ علاج	
25.8	38	أقل من سنة	مدةالعلاج الهرموني
51.8	33.8	1-5 سنوات	
22.4	26.7	أكثر من 5 سنوات	
0	1.5	غير مبين	
.100	100	إجمالي	

المصدر: وزارة الصحة واصلاح المستشفيات ، الديوان الوطني للإحصائيات ، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري لصحة الاسرة التقرير الرئيسي 2002، الجزائر ، جويلية 2004، ص 160.

• **الدورة الشهرية والعلاج الهرموني:** يبين الجدول رقم (02) أن حوالي 27% من السيدات (50-54) سنة مازلن يحضن مقابل 4% فقط من السيدات في الفئة العمرية (55-59) ، وحول انتظام الدورة يشير نفس الجدول على أن الدورة منتظمة لدى حوالي 74 % من السيدات (50-54 سنة) مقابل حوالي 39 % بين السيدات في الفئة العمرية (55-59 سنة). أما فيما يخص العلاج الهرموني الذي يوصف للنساء للتخفيف من أعراض نهاية الخصوبة وخاصة الهبات السابقة (كما اشرنا سابقا إليها في الفصل الثاني) فهذا العلاج تعويضي عن هرمون الاستروجين الطبيعي الذي توقف المبيضين عن إفرازه، فرغم كل هذه الأهمية إلا أن النساء في المرحلة العمرية 50-59 سنة لا يتناولنه إلا بنسب ضئيلة جدا كما هو مبين في

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدول¹. إن نسبة ضئيلة لا تتعدى 5% من السيدات المبحوثات (50-54 سنة) تتلقى علاجا هرمونيا بينما تبلغ هذه النسبة 1.6% ضمن (55-59 سنة) ، أما بالنسبة لمدة العلاج الهرموني ، يلاحظ أن حوالي 38% من السيدات (50-54 سنة) تتابع العلاج منذ أقل من سنة وحوالي 34 % تتراوح مدة العلاج بين سنة واحدة وخمس سنوات بينما أن حوالي 27 % يأخذن العلاج لمدة تزيد عن الخمس سنوات. وتبلغ هذه النسب السيدات (50-54 سنة) حوالي 26% ، 52% و22% على الترتيب .

3.1.3 القيام بإجراء فحوصات طبية نسائية :

الجدول رقم 03: يبين توزيع النساء ما بين 50-59 سنة حسب مدى القيام بالفحص الطبي النسائي

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 خاص	
72.6	1192	ليس لديها مشكل صحي	سبب عدم إجراء الفحص الطبي
40.3	662	ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	
12.7	209	التكلفة مرتفعة	
3.1	51	الخدمات غير متوفرة	
2.2	36	منزعجة	
1.2	20	هي أو الزوج مشغول	
1.1	18	خائفة	
4.3	71	آخر	

¹Hassen Souabers · Kamel Sait. **LES FEMMES EN AGE DE MENOPAUSE**. analyses approfondies Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002. ALGER .2005.P 230.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

المصدر: مأخوذ استنادا من : Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière, office nationale des statistiques, **enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2003, p165.

أظهرت نتائج الجدول رقم 03 أن 11.5% من السيدات (50-59 سنة) قد أجرين فحصا طبيا نسائيا واحدا على الأقل خلال العام السابق للمسح مقابل 88.45% من السيدات لم يجرين الفحص الطبي النسائي، وحول مكان إجراء آخر فحص يوضح الشكل رقم 2 أن حوالي 58% من السيدات أجرين فحص عند طبيب خاص، 16% بمستشفى أو مركز أمومة، 15.6% بمصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي، 10.9% بمصحة خاصة .

• سبب عدم القيام بفحص طبي نسائي : ولما سألن عن سبب عدم القيام بفحص نسائي وحسب الجدول رقم 3 وكن يمثلن 76% من المبحوثات، أرجعت السيدات السبب إلى عدم وجود مشكلات صحية، وحوالي 30% من الحالات كانت بسبب عدم علمهن بأهمية هذه الفحوصات ولم يصرح باعتبار ارتفاع التكلفة سببا لعدم إجراء الفحص إلا في حوالي 14% من الحالات¹.

¹ نفس المرجع ، ص 167

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

4.1.3 إجراء المسحة المهبلية:

الجدول رقم 04: يبين توزيع النساء حسب إجراء المسحة المهبلية 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 خاص	
72,6	1192	ليس لديها مشكل صحي	سبب عدم إجراء المسحة المهبلية
12,7	209	ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	
3,1	51	التكلفة مرتفعة	
2,2	36	منزعجة	
1,2	20	هي أو الزوج مشغول	
1,1	18	خائفة	
4,3	70	آخر	

المصدر : اعد الجدول استنادا الى معطيات مستقاة من: Ministère de la santé, de la population et la reforme hospitalière, office nationale des statistiques, **enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2003, p.166.

توضح نتائج الجدول رقم (04) أن 95.30% من السيدات في الفئة العمرية 50-59 لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية مقابل 4.70% فقط يجربنها وتوضح البيانات كذلك أن الطبيب الخاص قام بإجراء حوالي 30% من حالات أجرت تحليل لمسحة مهبلية بينما أجريت حوالي 25% من الحالات في المستشفى وحوالي 21% في مصحة خاصة وحوالي 17% في مصحة متعددة الخدمات أو المركز الصحي.

• **أسباب عدم القيام بمسحة مهبلية:** أما حول أسباب عدم قيام السيدات بإجراء تحليل لا المسحة المهبلية ، يبين الشكل رقم 4 ان 73% من السيدات اللاتي لم

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

تقمن بعمل مسحة مهبلية أرجعن سبب ذلك الى عدم وجود مشكلة صحية لديهن وحوالي 40% بسبب جهلن بأهمية التحليل وحوالي 13% نتيجة ارتفاع التكلفة .

5.1.3 فحص الثديين :

الجدول رقم 05: يبين توزيع النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة حسب اجرائهن فحوصات الثدي:

النسبة	التكرار		
10.5	345	يعرفن هذه الطريقة	معرفة واستعمال الفحص الذاتي للثدي
5.6	183	يستعملن بطريقة منتظمة	
11.4	374	يستعملن بعضها احيان	
40	1313	لا تقمن بها إطلاقا	
79	2594	لا تعرفن هذه الطريقة	
4.7	77	تجري فحص طبي للثدي	إجراء الفحص الطبي للثدي
95.3	1565	لا تجر فحص طبي للثدي	
61.89	1314	عدم وجود مشكل صحي	سبب عدم إجراء الفحص الطبي للثدي
29.15	619	عدم وجود اهمية لإجراء هذا الفحص	
8.94	190	ارتفاع تكلفة الفحص	
5	82	خلال 5 التي سبقت المسح	مدة إجراء الفحص الطبي للثدي
37.9	622	أقل من سنة	
22.2	365	ما بين 1-2 سنة	
21.9	409	ما بين 2-5 سنوات	
25.8	424	مستشفى	مكان إجراء المسحة المهبلية
10	164	مصحة متعددة التخصصات	
31.6	522	طبيب خاص	
16.9	277	مصحة خاص	
65.4	1074	ليس لديها مشكل صحي	سبب عدم اشعة للثدي
34.6	775	ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	

المصدر: أعد الجدول استنادا الى معطيات مستقاة من : Ministère de la santé, de la population et la reforme hospitalière, office nationale des statistiques, **enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2003, P.166-167

أدرج المسح الجزائري حول صحة الأسرة سؤال للسيدات حول قيامهن بفحص ذاتي للثديين بغرض اكتشاف أورام الثدي ، وقد أوضحت النتائج أن 5.6% من السيدات

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

يقمن بذلك بصفة منتظمة (8% في الحضر ، 2% في الريف)، كما صرحت 11.4% أنهن يقمن بذلك بين الحين والآخر و 4% لا يقمن بذلك إطلاقاً ، مع الإشارة أن 79 % لا يعرفن هذه الطريقة ، وتتفاوت هذه النسبة حسب وسط الإقامة لتبلغ 74% في الحضر و 87% في الريف .

وبلغت نسبة من أجرين فحصاً طبياً للتدبير 4.7% قام الطبيب بإجراء فحص 54% من الحالات وتم حوالي 23 % بالمستشفى و 17% في مصحة خاصة . بالنسبة للسيدات اللاتي لم يقمن بإجراء الفحص الطبي للتدبير ، وجد أن أربعة أخماس الحالات كان بسبب عدم وجود مشكلة صحية و حوالي 38% بسبب عدم الوعي بأهمية الفحص وحوالي 12 % بسبب ارتفاع التكلفة المالية للفحص .

وقد قامت سيدة من كل عشرين بعمل أشعة على الثديين خلال العام السابق على المسح ، و أوضحت النتائج أن حوالي 38% من آخر حالة أشعة عملتها السيدة كانت أقل من سنة وحوالي 22% كانت بين سنة وسنتين ، ويوضح الشكل 5 أن حوالي 32% من حالات آخر أشعة خلال العام السابق للمسح تمت لدى طبيب خاص و حوالي 26% بالمستشفى وحوالي 17 % في مصحة خاصة و 12 % في مركز خاص للأشعة .

وقد أجابت ثلثي السيدات اللاتي لم يقمن بأشعة على الثديين بأن ذلك إلى عدم وجود مشكلات صحية وحوالي 48% بسبب عدم علمهن بأهمية هذه الأشعة .

6.1.3 المشاكل الصحية :

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدول رقم 06: يبين توزيع المبحوثات حسب الأعراض والمشاكل الصحية التي يتعرضن إليها في مرحلة ما بعد الخصوبة :

النسبة	التكرار		
24.65	720	الآم في المفاصل	أهم المشاكل الصحية
24.97	732	الآم في الظهر	
20.74	608	خفقان القلب	
16.47	384	سقوط الشعر	
13.25	388	الجفاف المهبلي	
19.16	1190	فورات حرارية	أعراض مرضية متعلقة بمرحلة انقطاع الطمث
17.92	1113	اضطرابات عصبية	
16.52	1026	اضطرابات في النوم	
15.54	965	القلق	
12.27	762	شعور بالوحدة	
7.57	470	تغير في المزاج	
6.25	388	عدم الرغبة في العمل	
4.73	294	الانعزال عن الاسرة	
32.94	591	ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	سبب عدم إجراء الفحص حول الاعراض
37.51	673	التكلفة المرتفعة	
7.58	136	الخدمات غير توفيرة	
21.96	394	عدم وجود مشكل صحي يحتاج لفحص	

المصدر: أعد الجدول استنادا الى معطيات مستقاة من : Ministère de la santé, de la population et la reforme :
hospitalière
,office nationale des statistiques, enquête algérienne sur la santé de la famille 2002,ONS,
Alger,2003,P.168.

إضافة على معطيات الجدول رقم (06) بينت نتائج المسح كذلك أن حوالي 5% من السيدات (50-59 سنة) قد تعرضن لكسر خلال العام السابق على المسح وان 8.8% قامت بعمل أشعة سينية على أي جزء من عظام الجسم و أن حوالي 26% من الحالات أظهرت وجود كسر في العظام .

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

وحول المشكلات المتعلقة بانقطاع الطمث، صرحت سيدتان من كل ثلاثة سيدات بأنهن يعانين من مشكل واحد على الأقل يرتبط بفترة انقطاع الطمث، وتشمل هذه المشكلات آلام في الظهر بنسبة 44.6 % ، آلام في المفاصل بنسبة 46.3 % ، وسقوط الشعر بنسبة 29.4 % ، خفقان سريع في القلب بنسبة 37.1 % والجفاف المهبطي بنسبة 23.6 % . وقد يلاحظ من نتائج المسح أن 46.1 % لم يستشرن أحدا للعلاج أو تلقي النصيحة عن المشاكل المتعلقة بانقطاع الطمث وأن 51.5 % من السيدات استشرن طبيب ، 2 % استشرن قابلة أو ممرضة .

• **أسباب عدم تلقي العلاج بخصوص مشاكل انقطاع الطمث:** يتضح أن ارتفاع تكلفة الكشف كان سببا لحوالي 41 % من الحالات ، و 35.8 % لا تعتقدن أن ذلك يساعد في العلاج ، 23.6 % ترى أن المشكلة لا تستدعي و 8.3 % بسبب عدم توفر الخدمة . ويعرض الشكل رقم (6) أهم المشاكل الصحية والأعراض التي تتعرض لها السيدات في فترة انقطاع الطمث والتي صرح حوالي 85 % من السيدات (50-59) سنة بأنهن تعانين من مشكلة أو عرض يتعلق بفترة انقطاع الطمث ويوضح الشكل أن 72 % تعانين نوبات حرارة و 48 % تعانين فقدان للذاكرة ، 67 % يشعرن بالقلق والتوتر ، 58 % يشعرن بالعصبية و 52.5 % تعانين من اضطراب النوم وحول تغيير وزن السيدات خلال فترة انقطاع الطمث ، صرحت 42.2 % ان وزنهن قد نقص 21.8 % وزنهن قد زاد في حين 25 % صرحن عدم تغير الوزن .

7.1.3 بعض الآراء والاتجاهات حول فترة انقطاع الطمث :

جدول رقم 07: يبين التوزيع النسبي اتجاه ورأي المبحوثات نحو مرحلة ما بعد الخصوبة

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

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

المصدر : اعد الجدول بناء على معطيات مأخوذة من :وزارة الصحة واصلاح المستشفيات ، الديوان الوطني للإحصائيات ، جامعة الدول العربية ، المسح الجزائري لصحة الأسرة التقرير الرئيسي 2002، الجزائر ، جويلية 2004.ص 170.

يوضح الجدول 07 تباين آراء واتجاهات السيدات (50-59 سنة) حول فترة انقطاع الطمث ، حيث ترى حوالي 18.5% أنها فترة جد سارة وحوالي 33.5 % ترى انها فترة سارة جزئيا وحوالي 29.5 % ترى أنها فترة غير سارة .¹

2.3 الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

1.2.3 الوضعية الديموغرافية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر:

جدول رقم 08: يبين تطور عدد النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر

النسبة	التكرار	المجموع الكلي للنساء	السنوات
5,33	320855	6023140	1966
4,98	402252	8072042	1977
5,50	622083	11307872	1987
5,16	750199	14541505	1998
7,00	1196083	17090007	2008
7,39	1313000	17773000	*2010
7,94	1532930	19 313 112	*2014

المصدر: أعد استنادا إلى المصدر: أعد استنادا إلى:

FNUAP,CNEAP, **Transition démographique et structure familiale**, Mai, 2001.

(*) ONS, **Les principaux résultats du sondage au 1/10^{ème} Décembre, Recensement général de la population et de l'habitat**, collections statistiques, N°142, Alger, 2008, p29.

(*)ONS, **L' Algérie en quelques chiffres** ,résultats 2009-2011, n° 42, Alger , édition 2012 , p8.

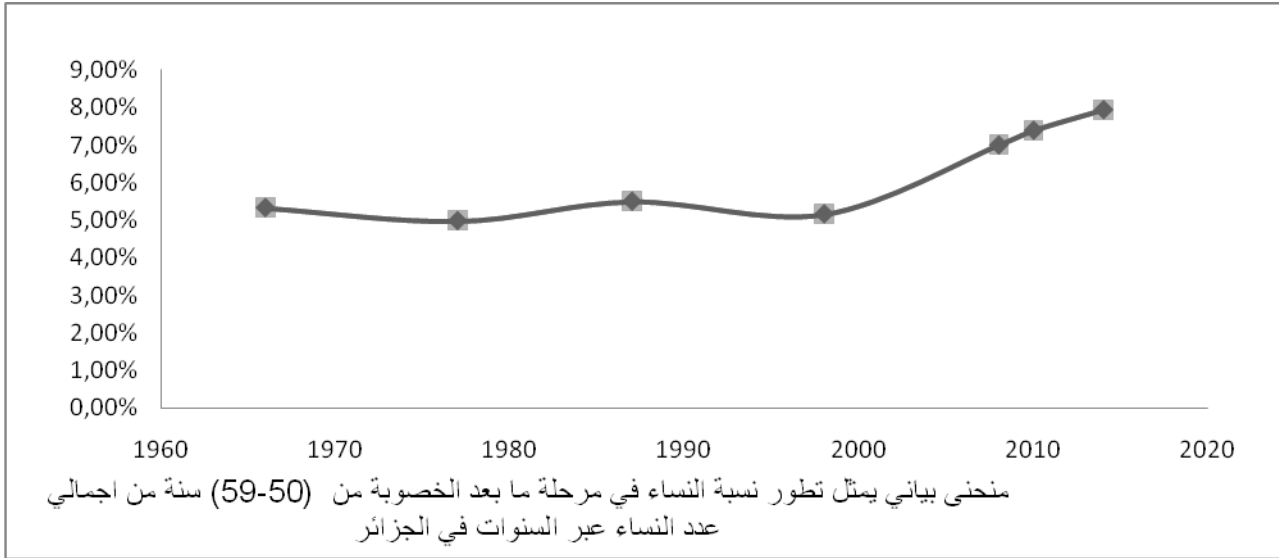
(*) ONS, **Démographie algérienne**, collection statistique, n° 690 , Alger, 2014,p 8

¹ نفس المرجع ، ص 170.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

من خلال الجدول رقم 08 يتبين لنا أن عدد النساء التي وصلن مرحلة الخصوبة في الجزائر يتزايد مع السنوات وتزداد كبر هذه الشريحة من إجمالي النساء حيث بلغت سنة 1977 نسبة 4.98% من إجمالي نسبة الإناث وبلغت سنة 2014 حوالي 7.94% وقدّر هذا النمو بفارق 3 نقاط مما يتطلب توفير زيادة في الخدمات الصحية الموجهة لهاته الشريحة من المجتمع والذي يكفل لها التمتع بصحتها الكاملة وكذلك برامج توعوية صحية لتمكين النساء من اختيار طريقة العلاج المناسبة لهن.

الشكل رقم 01: يمثل منحنى بياني يمثل تطور نسبة النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة من (50-59) سنة من إجمالي عدد النساء عبر السنوات في الجزائر



الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

2.2.3 عدد النساء حسب الحالة الزوجية في مرحلة ما بعد الخصوبة في الجزائر :

الجدول رقم 09: يبين توزيع النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة 50-59 سنة في

الجزائر حسب الحالة الزوجية تعداد 1998

المجموع		غير مصرح		العازبات		المطلقات		الأرامل		المتزوجات		الحالة الزوجية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	فئات السن
100	390788	0.02	81	1.75	6833	3.17	12392	12.7	49646	82.36%	321836	50-54
100	353173	0.04	135	1.16	4100	2.75	9722	20.9	73813	75.17	265403	55-59

المصدر: أعد الجدول استنادا على معطيات مأخوذة من وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010، تقريرا للجنة الوطنية للسكان، ديسمبر 2001، ص 19.

الجدول رقم 10: يبين توزيع النساء في مرحلة ما بع دالخصوبة 50-59 سنة في الجزائر

حسب الحالة لزوجية تعداد 2008

المجموع		غير مصرح		العازبات		المطلقات		الأرامل		المتزوجات		الحالة الزوجية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	فئات السن
100	664297	0.1	664	4.1	27236	3.6	23915	10.4	69087	81.8	543395	50-54
100	515953	0.1	516	2.6	13415	3.4	17542	16.5	85132	77.4	399348	55-59

المصدر: الجدول أعد استنادا على معطيات مأخوذة من ONS ,Les principaux résultats du sondage au 1/10 éme من 1998، Recensement général de la population et de habitat . collection statistique.n°142.Alger. 2008.P08.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

من خلال الجدولين رقم 09 و 10 نلاحظ أن نمطية الحالة الزوجية قد تغيرت بين التعدادين 1998 و 2008 حيث ارتفعت نسبة النساء العازبات في الفئة العمرية 50-54 سنة 1.75% و 54-59 بلغت نسبتها 1.16% في تعداد 1998 وفي سنة 2008 54-50 سنة بلغت نسبتها 4.1% اما 55-59 سنة بلغت 2.6% وهذا ما يؤكد زيادة نسبة العزوبة النهائية في الجزائر للنساء أما المطلقات فقد ارتفعت نسبتهم كذلك حيث ارتفعت نسبة النساء المطلقات في الفئة العمرية 50-54 سنة 3.17% و 54-59 بلغت نسبتها 2.75% في تعداد 1998 وفي سنة 2008 54-50 سنة بلغت نسبتها 3.60% اما 55-59 سنة بلغت 3.40%.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

المبحث الثاني : الرعاية الصحية اللازمة للنساء عن مرحلة ما بعد الخصوبة.

1.2. الاحتياجات الصحية الخاصة بالنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة :

عموماً تحتاج المرأة في كل مراحل حياتها إلى نوع خاص من الخدمات الصحية يفرضها عليها نوعها البشري ومن بين هذه الاحتياجات الصحية ما يلي :

1.1.2. الاحتياجات الصحية الخاصة بالمرأة: تعاني غالبية سكان البلدان النامية من

ارتفاع في معدلات الأمراض السارية ومن مشكلات صحية أخرى كما أنها تعيش في بيئة تهدد الصحة بالمخاطر، والاحتياجات الصحية العامة للرجال والنساء واحدة في هذا الشأن. غير أن لكل من الرجال والنساء مشكلاتهم الخاصة إلى جانب هذه الاحتياجات المشتركة. فالرجال يتعرضون بدرجة أعلى من النساء لعدد من المشاكل الصحية التي ترتبط عادة بضغوط العمل، وتغير أساليب العيش أو الإجهاد كالحوادث وسرطان الرئة وأمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض المهنية، غير أن تغير أساليب العيش لدى النساء قد يضعن على قدر مساو من التعرض لنفس هذه المشاكل، وسنسردها بعضاً من هذه الاحتياجات الخاصة بالمرأة:

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

ترتبط الاحتياجات الصحية بالمرأة بالدرجة الأولى بدورها في الإنجاب. فعملية الحمل والوضع والرضاعة الطبيعية وعملية تنشئة الطفل هي عمليات صحية وطبيعية في حد ذاتها، ولكن عندما تفتقد في البيئة العناصر الحاسمة أو تكون غير كافية تتحول هذه العمليات إلى مشاكل، وتوحي الأدلة بأن ذلك يحدث بتواتر فظيع ومروع. وقد يؤدي الافتقار إلى الرعاية في بعض المراحل الحرجة إلى آثار قاتلة وهي كذلك في هذه الرقعة العزيزة إلى قلوبنا جميعاً¹.

ب. احتياجات خاصة لمعالجة سوء التغذية: (فقر الدم التغذوي) تعتبر سوء التغذية مشكلة خطيرة ولاسيما لدى المرأة التي حملت عدة مرات وفي فترات متقاربة جداً، حيث تؤثر حالة

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

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

المرأة الغذائية بدورها على فرص الوضع الطبيعي وإنجاب طفل ذو وزن مناسب (أكبر من 5.2 كجم) وكذلك على قدرة المرأة على إرضاع طفلها رضاعة طبيعية دون الإضرار بصحتها. إن فقر الدم التغذوي منتشر بين النساء في سن الإنجاب ويسهم بدرجة ملحوظة في إصابة الأمهات بالأمراض ووفياتهن ، وبخاص في البلدان النامية، ويقدر أن ثلثين النساء الحوامل ونصف النساء الغير الحوامل يعانين من فقر الدم التغذوي، الذي يشكل خطورة على صحة الأم والجنين ، حيث يؤثر على الصحة النفسية والبدنية للمرأة ويعرضها للإصابة بالمرض والعدوى.

ت. التثقيف الصحي: المرأة بحاجة رئيسية إلى التثقيف الصحي ضد الممارسات التقليدية الخاطئة في مجتمعنا وبعض العادات والتقاليد السيئة أثناء الحمل والولادة، حيث المرأة هي محور الارتكاز في المجتمع¹.

في مرحلة ما بعد الخصوبة تعد البرامج التعليمية والتثقيفية عن هذه المرحلة ضرورية جدا لتوضيح وتفسير الاتجاهات الايجابية ولتصحيح الصورة الخاطئة عن المرحلة ، حيث تزود المرأة بالمعلومات التي تتعلق بالوظيفة الفسيولوجية لأعضائها التناسلية مما يساعدهن على إدراك والتوعية بالفترة المحددة لسنوات تناسلهن ، وإعدادهن لسنوات انتقالية التي تفصلهن عن سن اليأس من الإنجاب².

ولهذا الغرض أنشأت جماعات سميت بجماعات الدعم المتبادل وتقوم هذه الجماعات بتقليل اعتماد النساء على الأطباء وكذا دراسة أحوالهن الاجتماعية والقضاء على عزلتهن وتوضيح مشاكلهن الطبية والاجتماعية والنفسية وذلك لتخفيف من حدة المرض وتعليمهن في شكل برامج تثقيفية وارشادهن للتقبل هذه المرحلة العمرية .

ويلعب التثقيف الصحي دور هام في تزويد المرأة بقدر كاف من المعلومات الثقافية عن طريق وسائل متعددة من بينها الطبيب المعالج والمرضة التي تلعب دور كبير ايجابي في جماعة العلاج للتزويد بالتعليمات الإرشادية لها³.

¹الدكتور جمال غيلان، المرجع السابق، ص 6-7.

² هندومة محمد أنور حامد، المرجع السابق ، ص 255.

³ نفس المرجع ، ص 255.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

ث. **مخاطر الصحة المهنية:** لقد أثبتت الدراسات إلى أن المرأة التي تقوم بأعمال ثقيلة وتتحمل أعباء جمة أثناء الحليل وزنها عن النساء الأخريات بدرجة كبيرة إذا ما تساوت كمية استهلاك الغذاء كما يقل وزن المواليد ويؤدي ذلك إلى زيادة نسبة الوفيات، وهنا يأتي دور اختيار المهن المناسبة واجتناب تلك التي تؤدي إلى الأخطار من قريب أو بعيد.

ح. **خطر أمراض السرطان:** كما اشرنا في الفصل السابق تواجه المرأة عدة أنواع من السرطانات الخاصة مثل سرطان عنق الرحم والثدي والمبايض، وقد بدأت هذه الأنواع في الزيادة وبشكل آثر انتباه الاختصاصيين¹.

د. **المرأة موردي صحي:** بالإضافة إلى المشاكل الصحية والمرتبطة مع الاحتياجات الخاصة فإن المرأة تتحمل مسؤوليات تعزيزية إضافية تتمثل في إسهامها في تعزيز صحتها ومجتمعها. ويتضح ذلك من تفوقه في أنشطة الرعاية الصحية الأولية في معظم البلدان المتقدمة منها والنامية. فالمرأة تقوم بمهمة التنقيف الصحي وتقوم بتلقي الممارسات الصحية (النظافة، الماء النقي، الغذاء المتوازن) ويكفلن تحصين الأطفال ورعايتهم خلال السنوات الأولى والحرية من عمر الطفل وحملها إلى مراكز الرعاية الصحية إذا ما لزم الأمر. كما تقوم المرأة أيضا برعاية المسنين وعمل القابلات التقليديات كما تقوم بمختلف أنواع التمريض تلك فهي تقدم مساهمة هائلة في الرعاية الصحية الأولية وبخاصة لان القسم الأعظم من العناصر الثمانية الأساسية للرعاية الصحية الأولية تقع كلها في مجال عمل المرأة على مستوى الأسرة.

وبغض النظر عما إذا كان الوضع العام والصحي للمرأة يتحسن بشكل أو بآخر فانا بحاجة ماسة إلى استراتيجيات وخطط من أجل تحقيق مكاسب أكبر، ولا يمثل زيادة الإحساس بالمشاكل التي توجه المرأة، وإدراك الحاجة إلى المزيد من العمل ناتج فرعي لنضال المرأة العام وإنما هو ثمرة تزايد الوعي بأهمية صحة المرأة، وأهمية إشراكها في الرعاية الصحية وهما مفتاحان أساسيان لتحقيقه توفير الصحة للجميع فالكثير من المجتمعات تعتمد بشدة على النساء في تقديم الرعاية الصحية وقد حققت الكثير من الدول

¹الدكتور جمال غيلان، المرجع السابق، ص 7.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

هدف الصحة للجميع ولا تزال بلادنا تتعثّر بالمسير نحو ذلك، فالمرأة لاتواجه مشكلاتها الصحية والإنجابية الخاصة بالمرأة، والحمل والولادة فحسب وإنما هي تضطلع عادة بالقسم الأكبر من رعاية عائلته، فإذا كانت المرأة جاهلة أو تعاني من سوء التغذية أو الإرهاق بسبب كثرة العمل وتحمل عددا كبيرا من الأطفال في عمر مبكر، ما أكث هؤلاء النساء، فإن ذلك كله سيكون على حساب صحتها هي كما هو على حساب صحة عائلتها كاملة، وهذا صحيح بوجه خاص بالنسبة للملايين من النساء اللاتي يواجهن لأمية، والفقر، وسوء الإصحاح وعدم كفاية المرافق الصحية من ناحية وتدني عدد المترددات عليهما من ناحية أخرى إلى جانب عدم توفر الإمكانيات المادية والاقتصادية للوصول إلى هذه مرافق¹.

2.2.3 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 تسمح بتشخيص دقيق للمرض وهي تقنيات في معظم الأحيان 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 الاستئصالية. فمن باب الوقاية من الأمراض النسائية هناك مجموعة من الكشوفات والفحوصات الطبية الضرورية للحفاظ على صحة المرأة وهي كالتالي :

أ. **الكشف الدوري**: هو زيارة السيدات بصفة دورية كل سنة للطبيب ، مما قد يمنع من حياتهن عدة أخطار يمكن أن تؤدي بحياتهن ، من أهمها الأورام التي تصيب الرحم وأورام الحوض وأورام الثدي وأورام المبيضين ، حيث تبين أن بعض الأورام يمكن تلافيتها بنسبة 100 بالمئة وان يمنع حدوثها مستفيدين من التطورات الهائلة التي يشهدها الطب للمرأة ، ولو أخذنا على سبيل المثال أخطر الأورام التي تصيب المرأة وأكثرها حدوثا هو ورم السرطاني لعنق الرحم ، فسنجد أن المرأة لو ذهبت للكشف الدوري في كل سنة ، فإن

¹ نفس المرجع ، ص 8 ،

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الطبيب سيعرف إذا كانت هذه السيدة سيحدث لها الورم بعد خمسة أو عشرة أعوام ، والسر وراء ذلك هو أن حدوث هذا الورم يسبقه حدوث بعض التغيرات في الخلايا . وتبدأ السيدة في إجراء الكشف الدوري اعتباراً من بلوغها سن الثلاثين وبحيث يستمر إلى بعد الخمسين ولا بد لكل سيدة من أن تتوجه إلى طبيبها كل سنة ليجري لها الكشف الدوري وهذا الكشف يتضمن كشفاً عاماً على القلب والصدر مع تحليلات شاملة للدم والكوليسترول والدهنيات والدم والسكري لكي تتمكن الطبيب من معرفة ما إذا كانت الدم مصابة بمرض عام¹.

ب. الفحص الطبي النسائي: إن الفحص الطبي النسائي عمل أساسي من الناحية الوقائية لا يجوز إهماله أو الاستغناء عنه والحال أن السرطانات التناسلية ، بما فيها سرطان الثدي تشكل نصف الأورام الخبيثة التي تصيب المرأة لذلك لا ينبغي الاستهانة بالكشف الطبي النسائي وإجراء بعض الفحوصات الدورية التي تشكل ضماناً للمرأة مثل الفحص المخبري للحكاكة أو ما يطلق بالمسحة المهبلية (frottis) وكذلك التصوير الشعاعي للثدي (mammographie).

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 الاستمرار في إجراء اختبار سنوي للكشف عن سرطان وإجراء صورة شعاعية للثدي كل 18 شهر. والكشف الطبي النسائي بشكل منتظم ضروري جداً بالنسبة للمرأة التي تتابع علاجاً هرمونياً تعويضياً ، بذلك يمكن تفادي الكثير من الحالات السرطانية القاتلة باكتشافها منذ البداية².

و يمكن القول أن عدد الطبيبات النسائيات أصبح اليوم يساوي عدد الأطباء في هذا الاختصاص ، لذلك تستطيع المرأة أن تقصد طبيبة مختصة إذا كانت تتحرج من عرض نفسها على طبيب . و في طب الأمراض النسائية، كما في الطب العام ، من الأفضل

¹ غسان الزهيري: المرجع الصحي للعائلة، دار العلم للملايين ، طبعة أولى ، لبنان ، 1995، ص 84.

² ماري كلود دولاهاي: دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس، ص 271-272.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

استمرار علاقة المريض بطبيبه الخاص وعدم الانتقال إلى طبيب آخر دون أسباب موجبة وذلك للاعتبارات التالية:

- من خلال المعرفة والحوار تتولد الثقة فتتخلى المرأة تدريجيا عن خجلها وتحفظاتها وتطرح.

- من خلال المعرفة والحوار تتولد الثقة فتتخلى المرأة تدريجيا عن خجلها وتحفظاتها وتطرح كل الأسئلة التي تهتمها .

- مع دوام العلاقة يتكون لدى الطبيب ملف كامل عن المريض وبذلك يستطيع اتخاذ القرارات السريعة في حالات الطارئة .

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

من المهم جدا أن تشعر المرأة بالارتياح 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 والحميمة أحيانا .

ويتم الكشف الطبي النسائي عبر الإجراءات التالية :

• **الإجراء الأول:** في أول زيارة تقوم بها المرأة للطبيبة النسائية تقوم بالاستئطاق الشامل للمرأة حول السيرة الذاتية لها ، من الناحية الصحية ووضعها الصحي العام خلال المراحل الماضية من حياتها خصوصا في ما يتعلق بالأمراض النسائية وحول الأمراض التي أصابت أهلها سابقا والتي يمكن أن تكون وراثية مثل السكري والضغط الشرايين ، وكذلك حول ما إذا كانت إحدى نساء العائلة قد أصيبت بسرطان الثدي أو بأحد سرطانات الجهاز التناسلي .

• **الإجراء الثاني:** الذي تقوم به الطبيبة النسائية المعالجة فهو فحص بالمنظار الطبي حيث تأخذ الطبيبة عينة من الإفرازات المهبلية لفحصها تحت المجهر وتحديد انواع وعدد الجراثيم الموجودة ولا يستغرق الفحص بالمنظار إلا عدة دقائق .

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

بالإضافة إلى إجراء كل من :

3.2.2 المسحة المهبليّة: هو الفحص بواسطة الكولبرسكوب وهو المكبر المجهري الذي يقوم بتكبير حجم عنق رحم المرأة إلى 15 ضعف عن حجمه العادي وعندئذ يكتشف التغيرات التي يحدث في خلايا عنق الرحم ، قبل أن يحدث الورم السرطاني ب5 أعوام أو 10 أعوام ، وقد نجد هذه التغيرات موجودة في جزء لا يزيد حجمه عن عدة ميليمترات ويكل سهولة تتم عندئذ إزالة هذه الميليمترات من عنق الرحم بالكي أو استئصال ، فمن خلال المسحة المهبليّة والتي نأخذها من المهبل أين تتجمع فيها الخلايا النازلة من جسم الرحم وبفحص مجموعة من الخلايا تتكون لدينا فكرة واضحة عن عنق الرحم نفسه وهل توجد فيه خلايا نشيطة قد تؤدي إلى حدوث السرطان ¹.

وفي حالة قيام المرأة بهذه المسحة المهبليّة يمكن اكتشاف هذا الورم الذي يصيب الرحم في حالة مبكرة جدا وفي الحالة 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 وبذلك نمنع هذه السيدة من حدوث ورم سرطاني، قد يؤدي إلى وفاتها².

4.2.2 الفحص الذاتي للتدبين: يتأثر الثديان بالاختلاف الهرموني الذي يمكن أن يجعلهما حساسين مفرطين في الثقل وفي الامتلاء مؤلمين عند اللمس ، فيجب على كل امرأة أن تعرف تدبيها حق المعرفة ، شكلهما وملمسهما في الأوقات المختلفة من الشهر لكي تكون واثقة حول ما هو طبيعي لها ، فيوصى بالقيام بالفحص الذاتي لكل امرأة فوق العشرين من العمر مرة في الشهر بعد بداية الدورة الشهرية بخمسة أيام إلى سبعة وفي سن اليأس من الإنجاب يجب على المرأة أن تفحص النساء أثنائهن في نفس الأوقات من الشهر³.

¹ غسان جوهرى، المرجع السابق ، ص 86.

² ماري كلود دولاهاي، المرجع السابق ، ص 271..

³ ليسلي هيكين: الصحة النسائية، الدار العربية للعلوم ، الطبعة الأولى ، لبنان ، 2005 ، ص 24

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

5.2.2 التصوير الشعاعي للثدي: (Mammographie) هو فحص الثدي بالأشعة بواسطة

جهاز يسمى (سينوغراف) وهذا الفحص غير مؤلم ، وهو ضروري لاكتشاف السرطان¹ . كما توصي جمعية السرطان الأمريكية بوجوب إجراء فحص طبي سنوي للثديين لكل امرأة تجاوزت عامها الخامس والثلاثين ، فعندما تبلغ المرأة سن الأربعين يجب أن تجري تصوير شعاعي للثديين .وهو يعطي صورة لثدي المرأة في حالتها الطبيعية للمقارنة مع اختبارات المسح اللاحقة ، أما إذا كان في عائلة المرأة تاريخ من الإصابة بسرطان الثدي وعندها وجب أن تخضع المرأة لهذا الفحص كل سنة أو سنتين حتى بلوغها سن الخمسين من العمر تبدأ بإجرائه سنويا بهدف الكشف المبكر عن الورم السرطاني² .

3.2 العلاج الضروري للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة : أشرنا في الفصل الثاني إلى

مختلف الاتجاهات نحو العلاج في مرحلة ما بعد الخصوبة بين موافق و معارض لها، حسب كونها طبيعية أو مرضية تستدعي المتابعة الطبية، العلاجية و مختلف أنواع العلاجات في هذه المرحلة حسب:

1.3.2 أنماط العلاج في مرحلة ما بعد الخصوبة: و تنقسم إلى ثلاثة أنماط و هي:

أ. علاج الظواهر: يرمي هذا العلاج إلى حل المشكلات الأكثر إزعاجا مثل الهبات الحرارية و الأرق، ويمكن اقترانه بعلاج هرموني أساسي ،لأن العلاج الظواهر يقتصر على تخفيف الاضطرابات القائمة في حينه.

ب. العلاجات التناوبية: وهدفها كبح الاضطرابات الناشئة على مدى طويل ، مثل حالة ترقق العظام وتلجأ إلى هذه العلاجات النساء اللواتي لا يستطعن الإفادة من العلاج الهرموني لأسباب طبية أو اللواتي يرفضن ذلك العلاج.

ت. العلاج الهرموني: وهو علاج أساسي لترقق العظام يقوم على تعويض الجسم عن نقص الاستروجين و البروجستيرون الناجم عن توقف عمل المبيض³.

¹ نفس المرجع ، ص 278.

² ليسلي هيكين ، المرجع السابق ، ص 25.

³ ماري كلود دو لاهاي: دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ،ص 90 .

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

2.3.2. مختلف العلاجات الموجودة:

أ. 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 الأمد ، و بالهرمونات الطبيعية حيث تقول في كتابها *Managing Menopause Naturally* Fefor During And Forever "كطبيبة كنت أؤمن دائما أن العلاج بالهرمونات البديلة يجب أن يكون الملجأ الأخير للمرأة التي تمر في فترة انقطاع الحيض النهائي وقد أكدت أنه يجب اللجوء إلى هذا العلاج كاحتمال أخير بعد الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية العامة و النظام الغذائي و نمط الحياة و هي العوامل التي يمكن أن تلعب دورا في ظهور الأعراض التي ترافق انقطاع الطمث ، فمشكلة الطب التقليدي انه يحاول أن يطبق المعيار ذاته على الناس جميعا، لكن لسوء الحظ ، ليس هناك شخصان متشابهان إلى حد التطابق، لذا يجب أن يؤخذ الشخص و ظروفه الخاصة بعين الاعتبار فيجب على المرأة اختيار طبيب نسائي مستعد للإصغاء إلى المرأة و العمل معها على إيجاد الحل المثالي فإن معظم الأطباء يريدون أن يقدموا ما هو الأفضل لمرضاهم إذن فالمسألة تكن في الحوار مع الطبيب لذا عليها أن تجد طبيبا مستعدا للإصغاء و يمكنها أيضا دراسة احتمال إشراك معالج طبيعي في الفريق الطبي الذي تتعامل معه المرأة.

إن أفضل طريقة للتعامل مع سن انقطاع الطمث و السنوات التي تليه هي تحسين صحة المرأة إلى أقصى الحدود و يعني هذا تناول الطعام المناسب و الغني بالهرمونات الطبيعية الموجودة في الأغذية ، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام ، و التقليل من الضغوطات التي تتعرض لها المرأة و تجنب السموم الكيميائية الموجودة في البيئة المحيطة بها.¹

• الاستروجينات النباتية و البديل الطبي: الاستروجينات النباتية هي مركبات طبيعية موجودة في النباتات و لها الأثر ذاته التي تملكه الاستروجينات التي يفرزها جسد المرأة ، إلا أنه الاستروجينات النباتية أثرها ضعيف من الاستروجينات الأخرى. وهي غير مخزنة

¹كاثرين وتتي دادامو بيتر، تر هشام نصر: صحة المرأة بعد الأربعين بحسب فئات الدم ، ص ص34-35.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

في الجسم كما أن الجسم يستطيع تفتيتها و التخلص منها بسهولة، و هذه الاستروجينات لا تعرض المرأة لخطر الإصابة بالسرطان الذي تعرضها له العلاج بالهرمونات البديلة. هناك دلائل لا بأس بها تشير أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي و أمراض القلب و كسور عظمة الفخذ أقل بين النساء اللواتي يسكن في مناطق مثل جنوب شرق آسيا حيث تنتشر الأطباق الغنية بالاستروجينات النباتية.

تضم الاستروجينات النباتية أكثر من 20 مركب و يمكن العثور عليها في أكثر من 300 نبتة بما في ذلك الأعشاب و الحبوب و الفواكه الفئات الأساسية الثلاث من الاستروجينات الثلاثة المتوفرة في الطعام موجودة بشكل رئيسي في حبوب الصويا و مشتقاتها و في الحمص و غيرها من البقول و كذلك زيوت الحبوب خصوصا في زيت بذور الكتان و النخالة اضافة إلى البرسيم و نبات النفل.

ونشير إلى أن حبوب الصويا هي المصدر الأغنى بالاستروجينات النباتية و يتكون من مواد كيميائية نباتية تتمتع بخصائص شبيهة بخصائص الاستروجين و يساعد في التخلص من الأعراض التي ترافق سن انقطاع الطمث ، كالهبات الحرارية على سبيل المثال و كذلك بروتين الصويا الموجود في الطعام يخفض أيضا من مستويات الكوليسترول فيما يقلل خطر الإصابة بأغراض القلب .و كذلك الدسم و السردين و الخضروات الخضراء و الورقية كالبروكوي و السبانخ كلها تفيد التقليل من هاته الأمراض التي تصاحب هذه المرحلة¹.

ب. **العلاج بالصوم:** الصوم حسب ما أكدته التجارب و الاختبارات يعتبر أفضل وسيلة ليس لعلاج اضطرابات سن اليأس من الانجاب فحسب، بل لمحاربة جميع اضطرابات الشيخوخة بوجه عام أيضا، فالصوم يخفف كل عبء جسماني و نفساني و يقي الجسم من الرواسب الضارة و كما يزيل التجمعات الدهنية في سائر أنحاء الجسم و يكافح السمنة

¹.كاثرين وتتي دادامو بيتر ،تر هشام نصر، المرجع السابق ،صص34-36.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

المزعجة في سن الشيخوخة ، فالصائم بالرغم من امتناعه التام عدة أيام عن الغذاء فإنه يشعر بنشاط جسماني و انفتاح نفسي لا عمد للصائم بهما من قبل الصوم¹.

ت. العلاج بالأعشاب: إن إجراء بعض التغيرات في نمط الغذاء و كذلك الاستعانة بفوائد بعض الأعشاب يمكن أن يخفف بدرجة كبيرة من متاعب مرحلة ما بعد الخصوبة و مضاعفاتها .

فصحيح أن المبيض يتوقف عن إفراز هرمون الاستروجين لكن الغدة الكظرية (فوق الكلية) تظل تنتجها لكن بكميات طفيفة جدا. و وجد أن عشب الجنسينغ يحفز و يقوي الغدة الكظرية على إنتاج المزيد، و خاصة الجنسينغ السيبيري (الروسي) 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.

ث. 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 مرض القلب ، و لمقاومة المتاعب النفسية التي تتخلل هذه المرحلة ، و أفضل هذه الرياضات، و أبسطها رياضة المشي و العدو ، التنس و السباحة حيث من المستحسن أن تمارس المرأة نوع من هذه الرياضات بمعدل لا يقل عن ثلاث مرات أسبوعيا أسبوعياو لمدة نصف ساعة في المرة الواحدة³.

ج. العلاج الاجتماعي و النفسي: يجب أن يلتجأ إلى هذا النوع من العلاج قبل ان تقع الأعراض المرضية فهو علاج ووقاية اكثر منه علاج شفاء⁴.

فمعرفة المرأة بطبيعة التغيرات في هذه المرحلة العمرية و كون هذه التغيرات طبيعية و من ثم مساعدتها على قبولها و التعايش معها يجعلها على أقل عرضة للاضطرابات.

¹أمين رويحة، المرجع السابق،ص214.

²أيمن الحسيني: موسوعة الطب الشعبي و العلاج البديل ، دار الطلائع،د ط ، القاهرة،2005،صص133-134

³ماري كلود دولاهاي : دليل المرأة من المراهقة الى سن اليأس،ص135.

⁴جورج حنا،المرجع سابق ،ص200.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

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 الشهرية¹، فالمرأة أثناء حياتها التناسلية تهمل في نفسها و إذا ولدت انشغلت عن جميع نواحي الحياة بتربية أبنائها و الاعتناء بصحتهم و تثقيفهم و مع أن هذه المشاغل تبقى أولوية اهتماماتها حتى بعد قطعها لمرحلة الشباب ، غير أن مرحلتها الجديدة تتخلص من القسم الأكبر منها ، فالأولاد قد بلغوا سنا يستطيعون معه توفير التعب عن الأم التي حينما يصبح في وسعها الخروج عن نطاق البيت إلى أفق أوسع و لاسيما إذا كان لها من المواهب العقلية و الروحية ما يؤهلها للعمل في ميادين الاجتماع و السياسة و الأعمال الخيرية ، مما يمكنها من إعادة الثقة بنفسها و تساعدها على التعامل مع مشاعرها السلبية الآتية و الماضية². و بعض النساء يمكن أن تحتاج إلى جلسات علاج عائلي يتم من خلاله إعادة تنظيم الأدوار و استعادة التوازن في العلاقات الأسرية و توفير الدعم اللازم لما دون الوقوع في حالة شكوى دائمة أو الاعتمادية الطفيلية و الممارسة اليومية للرياضة مع الانتظام في الصلاة و العبادات كذلك.

إذا كانت هناك أعراض قلق و اكتئاب واضحة فمن المستحب إعطاء الأدوية اللازمة مثل مضادات الاكتئاب و القلق ، كما تلعب الرعاية الاجتماعية للمرأة في هذا السن من طرف زوجها و أبنائها الأثر الكبير في استمرارها النفسي في هذه المرحلة و ما يليها من مراحل و هذا ما يجعلنا نقرب من حكمة الأوامر الإلهية و النبوية للعناية بالأم و البر بها خاصة عند الكبر³.

ذ.العلاج الهرموني البديل: (التعويضي) أغلبية النساء تحاول في بداية مرحلة ما بعد الخصوبة أو سن اليأس من الإنجاب تخفيف أو معالجة الأعراض باللجوء إلى الطب

¹. محمد عبد الفتاح مهدي : الصحة النفسية عند المرأة، سنتر لنشر، د ط ، الاسكندرية، 2004، ص141.

². جورج حنا، المرجع السابق، ص201.

³. محمد عبد الفتاح مهدي، المرجع السابق، ص142.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الشعبي و بأي وسيلة ، لكن العلاج بالهرمون الاستروجيني التعويضي يبقى العلاج الفعال للهبات الحرارية المزعجة و بالإضافة إلى الهرمونات الأخرى.

العلاج الهرموني هو عامة يركز حول البروجستيرون الطبيعي الذي يشابه الاستروجين الذي كان يفرز في جسم المرأة ضد الهبات الحرارية¹.

• **أهمية هذا العلاج** : لا يقتصر دور العلاج الهرموني على التخفيف من الإزعاجات الظاهرة لسن اليأس من الانجاب ، إذ هدفه الأساسي منع الأضرار التي تحصل على المدى الطويل مثل ضمور الأعضاء التناسلية ، أمراض الشرايين و القلب و ترقق العظام.

الإجراءات الضرورية قبل و أثناء العلاج الهرموني : قبل البدء بالعلاج يجب إجراء فحوصات للتحري عن السرطان بصورة شعاعية للثدي Mammographie و إجراء مسحة مهبلية ، أما أثناء العلاج الهرموني فيجب زيارة الطبيب النسائي مرتي في السنة في هذه الأثناء يطلب الطبيب إجراء الفحوص التالية: فحص نسائي كامل، تحليل الدم لتحديد نسبة الدهون و السكر، مراقبة ضغط الدم في الشرايين، إجراء المسحة المهبلية ، صورة شعاعية للثدي كل ثمانية عشر شهر.

وعلينا التذكير أنه يجب على كل امرأة القيام بهذه الفحوص من باب التذكير سواء كانت تتلقى علاجا هرمونيا أو لا ، باعتبار سن الخمسين تصبح احتمالات الإصابة بسرطاني الرحم و الثدي كبيرة.

و يجب أن تبدأ المرأة في مرحلة ما قبل الانقطاع النهائي للطمث عندما تصبح الدورات الشهرية غير منتظمة و ليس هناك و قت محدد لأنه لا ضرر من هذه الهرمونات ذات المصدر الطبيعي خصوصا إذا أخذت بكميات قليلة و مدروسة ، و بإمكان المرأة التوقف

¹.Anntte Kukn,Kathrina Xhissel,**Ménopause en avant pour la deuxième moitié**,Edition Abbott ,Baar,2014,P23.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

متى شاعت و لكن الوقاية الناجحة من ترقق العظم يتطلب الاستمرار فيه لمدة عشر سنوات على الأقل ، ومع التوقف كذلك يعود خطر الإصابة بأمراض القلب و الشرايين .

• محاسن العلاج الهرموني:

1. يزيل الاضطرابات المباشرة كالهبات الحرارية .
2. يتيح للمرأة الحفاظ بحيويتها و بدرجة من الشباب إذ يمنحها مظهر نشط و جلد نظر وتكن أهميته أيضا في كونه يقي من مشكلات خطيرة تظهر على المدى الطويل.
3. الوقاية من هشاشة العظام لأن تعويض الاستروجين يمنع فقدان الكالسيوم من العظام و يحافظ على صلابتها و كذلك يحمي 90% من انضغاط الفقرات، و 50% من الكسور و الشقوق التي تصيب عظم الفخذ ، و هذا النتيجة تحصل عليها المرأة حتى لو بدأت العلاج متأخرة نحو 4 إلى 5 سنوات بعد توقف الحيض.
4. الوقاية من مشكلات القلب و الشرايين: إن الاستروجين يعيد للأوعية الدموية مرونتها و يخفض نسبة الكوليسترول في الدم فيخفف بالتالي من احتمالات تصلب الشرايين .

• الحالات التي يكون ممنوع فيها:

1. سرطان الثدي و الرحم ، الالتهابات الوريدية الحادة مع وجود مشكلات في تخثر الدم و كذلك في حالة وجود ورم ليفي يسبب نزيف و مرض خطير في الكبد ، أما الحالات التي لا يرعب فيه كونه يسبب بعض المضاعفات و بالتالي يكون على المرأة اتخاذ قرارها بمشاركة الطب.
2. مشكلة خطيرة سابقة في الشرايين .
3. ارتفاع ضغط الدم و مرضي السكري الحاد إضافة إلى ارتفاع نسبة الدهون في الدم. و هناك مخاوف من بعض النساء للخضوع عادة للعلاج الهرموني في مرحلة سن اليأس من الإنجاب ، و هو سرطان الثدي و الرحم ، و معلوم أن الهرمونات الأنثوية و لا سيما الاستروجين تزيد من احتمالات حدوث سرطان، و هذا كان صحيح في الماضي

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

قبل عشرين سنة حيث كان العلاج بالاستروجين وحده ، دون موازنته مع البروجسترون تتجو بطانة الرحم و لكنها لا تتسلخ في وقت الحيض، فيبقى في الرحم و تصبح عرضة للتسرطن ،أما اليوم فأن علاج سن اليأس يتم بواسطة الاستروجين و البروجسترون معا، إن هذه الهرمونات الطبيعية إذا أخذت بكميات قليلة و متوازنة فتسمح للمرأة بالحصول على دورات شهرية شبه حقيقية . فالنسبة لسرطان الرحم تبين بوضوح أن المرأة التي لم تتلق العلاج الهرموني تكون عرضة للإصابة بسرطان الرحم، مرتين أكثر من التي تلقت علاجاً صحيحاً متوازناً. أما بالنسبة لسرطان الثدي لم يتبين له تأثير سلبي و لا تأثير ايجابي للعلاج الهرموني فيما يتعلق بهذا السرطان و لكن العلاج الهرموني يمكن أن ينشط سرطان موجود من قبل العلاج ومن هنا يظهر ضرورة إجراء فحوص دورية، بكشف عن وجود السرطان ¹.

المبحث الثالث: تأثير الوضع الاجتماعي و الاقتصادي للمرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة.

1.3 تأثير الوضع الاجتماعي على إقبال النساء في هذه المرحلة على برامج الصحة:

مكانة المرأة الاجتماعية في مختلف المجتمعات والأدوار التي تقوم بها في بيئتها الأسرية وعلاقتها الاجتماعية وخاصة علاقتها بزوجها كلها عوامل توضح لنا وضعية المرأة الاجتماعية ومدى تأثيرها على إقبالها على رعاية صحتها في تلك المرحلة العمرية وفيما يلي توضيح لهاته العوامل نبدأ :

¹. ماري كلود دولاهاي ،المرجع السابق،صص 90- 93.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

1.1.3 المكانة الاجتماعية للمرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة :

إن المكانة الاجتماعية التي تصبو إليها المرأة عندما تصل إلى مرحلة سن اليأس من الإنجاب تختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة إلى ثقافة بل وداخل الثقافة الواحدة ذاتها ففي بعض المجتمعات تكافأ المرأة لبلوغها هذا السن ويتمثل هذا في الأقطار العربية والهند وجنوب شرق آسيا ودول شرق الأقصى وفي بعض القبائل الإفريقية حيث تبلغ مكانة اجتماعية مرموقة بينما في الثقافات الغربية حيث تعاقب المرأة من خلال الإعلانات كونهن لم يعدن صغيرات أي أنه هناك رفض سوسيوثقافي وفقد للقيمة الثقافية فإن حوالي 10 % من النساء الأقطار الصناعية قد تزعج بهذا الانتقال بين مراحل التماسل واللاتماسل في صورة معاناة شديدة من الأعراض الفيزيولوجية والبيولوجية والسيكولوجية كالصداع والدوار وغير معروف ما إذا كانت هناك عقبات متشابهة تمر بها النساء في المجتمعات غير الغربية إلا أنه ما توفر من دراسات عن تلك المجتمعات تؤكد عدم وجود مثل تلك العقبات الشديدة بل تمر النساء ببلوغهن سنوات نهاية إنجابهن للأطفال بتغيرات ايجابية في الحياة متضمنة التحرر من القيود أو التحريمات أو زيادة السلطة وفرص للإنجاز أو لفعل أشياء حرمن منها سابقا أو انتحال أدوار متغيرة ومتنوعة في الحياة والتقدير أو التمايز لذاتيتهن وعلى هذا فإن مرحلة سن اليأس من الإنجاب¹.

وما تحمله من تغيرات فيزيولوجية تمثل صعوبة خاصة للنساء اللاتي يعشن في مجتمعات حيث تركز القيمة على الشباب والجمال الجسمي والجاذبية الجنسية، أي تأكيد قوي على ثقافة تحبذ السن الأصغر، وإن الاهتمام بأدوات الزينة والملبس والسير على خطوط الموضة في الأزياء، وتصحيح صورة الشباب تصبح شغله النساء الشاغل في تلك الفترة، ولا يرين أي وضع ايجابي في سن اليأس من الإنجاب بل يتذكرن فقط أنهم أصبحن غير صغيرات وبالتالي يمثل لهن ضرر أو أدى تحت هذه الظروف أو الملابس نتيجة لشعورهن بفقد الصفات التي كفلت أو ضمننت لهن من قبل قبولهن الاجتماعي والتقدير لذاتيتهن، ولذا فإن نساء تلك المجتمعات توقر المرأة التي وصلت سن اليأس من الإنجاب

¹ هندومة محمد أنور حامد: سن اليأس عند المرأة ، ص 195.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

وتقييمها لمعرفةها وحكمتها وبصيرة عقلها ولإيضاح مكانة المرأة الاجتماعية وبالتالي إظهار الاتجاهات الثقافية للمجتمع نحوها سوف نتطرق إلى بعض المجتمعات الشرقية والغربية وكذا العربية فيما يلي :

أ.مكانة المرأة الاجتماعية في منطقة جنوب شرق آسيا:

إن لحظة سن اليأس من الإنجاب بمنطقة جنوب شرق آسيا تأتي بإحداث تغير جوهري في طبيعة المرأة متمثلاً في فقد اثنين من خواص ذاتية جنسها أنوثتها وأن هذا الانتقال الفسيولوجي قد يكون شعائرياً أو رمزياً وعن استخدام مرحلة سن اليأس من الإنجاب كقاعدة أو معيار ضروري لمدى أهلية أو صلاحية للأدوار الاجتماعية أو الشعائرية، ففي الحقيقة يبدو بوضوح تام أن انتقال المكانة الاجتماعية التي تصاحب سن اليأس من الإنجاب كإكتساب قوة زائدة أو سلطة الاستقلال الذاتي تكون مرتبطة في هذا مع العمليات التطورية للعائلة بدلاً من العمر الزمني والقدرة التناسلية أو الجنسية، وأن التميزات الواضحة للأغراض الشعائرية بين كل من الهندوس و البوذيين . وعلى هذا فهناك قيمة ثقافية اجتماعية للمرأة والتي وصلت سن اليأس من الإنجاب والتي أنجزت بنجاح هذه المكانة لإنجابها لعدد من الأولاد¹.

فلا تحتاج أن تأسف لبلوغها تلك المرحلة فالقيمة الثقافية والاجتماعية على اتصال وثيق بعدم الجنس في جنوب شرق آسيا في مرحلة سن اليأس من الإنجاب وترتبط إلى حد بعيد بالأبنية الثقافية حيث تشير جوديت براون في مثال عن تلك المجتمعات وجود اتصال بارز وثيق بين العفة الجنسية للمرأة فيما بعد سن اليأس من الإنجاب ودور الأنظمة الاجتماعية التي رسمت لتقييد المرأة صغيرة السن بالعزلة في عائلتها المنزلية وتحديد حركتها الجسمية وأنشطتها وجعلها تخضع لسيطرة الذكور من عائلتها إلا أن ذكر كل من مانديبوم 1970 و جاكوبسون 1977 أن تلك الحدود على حرية النساء تقل تدريجياً مع اقتراب سن اليأس من الإنجاب .

¹ نفس المرجع ، ص 209.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

بينما للمرأة الصينية واليابانية فإن مكانتهما الاجتماعية تعتمد دائما على أبائهما وأزواجهما وقليلًا على أولادهما وفي حالات نادرة على نفسيهما ولكنه عندما تصل إلى سن اليأس من الإنجاب ، تأخذ دور الحماة فليس لديها مكانة مماثلة للرجال بالنظر لتقدمها في السن، ولن يتوقع أن يصبح أي تقدم في القوة والسيادة لأن قيمة الأنوثة المبكرة عندما كانت صغيرة وعلى درجة من الجمال، والقدرة على الإنجاب فالنساء لديهن سبب كاف لتصور مدى القلق من الفترة التي يصبحن فيها كبارا في السن، وعلى درجة من القبح وفي عوز مالي مع تقدم العمر والعقم، وعلى ذلك الأساس ينظر إلى سن اليأس من الإنجاب كمدخل لكبر السن، والذي تمر المرأة من خلاله بمرحلة الخطر في حياتها وما يعترئها من مجموعة الأعراض الجسمية ، سواء كانت صغرى أو كبرى متمثلة في الفوران والالتهابات الشديدة وسرطان الثدي والرحم¹.

وفي دراسة أخرى حول المكانة الاجتماعية للمرأة الهندية أجريت من طرف فلينت Flint 1979 أن النساء الهنديات ليس لديهن أعراض سن اليأس من الإنجاب ولا يدرك بالنسبة لهن وإنما ينتظرنه بتلهف والسبب في ذلك هو التخلص من القيود والتحريمات للبردة وهي السترة التي ترتديها المرأة على كل جسمها التي تستمر معهن حتى نهاية سنوات إنجابهن ثم لا يطلب منهن ارتداء الحجاب ويكتسبن مكانة اجتماعية أعلى لأنهن أصبحن غير مدنسات (ملوثات بدم الحيض) كما يحق لهن قدر كبير من الحرية والتحرر كالخروج للتزاور والشرب مع الرجال وإن هذا في حد ذاته مكافأة لبلوغهن سن اليأس من الإنجاب .

ب. مكانة المرأة الاجتماعية في المجتمعات الغربية :

يكاد يختلف الوضع في الثقافات والمجتمعات الغربية في المكانة الاجتماعية التي تكتسبها المرأة في هذه المرحلة العمرية وذلك من خلال التأكيد على ثقافة تحبيذ السن الصغير والمفاتن الجنسية للمرأة وعلى ضوء هذه الدلالة تحمل النساء اتجاهات سلبية نحو هذه المرحلة العمرية .

¹ نفس المرجع ، ص 214.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

ففي المجتمع الأمريكي مثلا تمر غالبية النساء بأعراض سن اليأس من الإنجاب وأن 10% منهن يعانين من التعب الشديد وشدة تلك الأعراض وأن الهبوط في الجاذبية الجسمية التي تصاحب سن اليأس من الإنجاب تمثل مصدر كبير للصدمة لديهن ولقد ناقش الباحث بيل Bell على النساء تحمل شبح تلك المرحلة العمرية كمقدمة لكبر السن. وتخوفا من كبر السن لدى النساء عامة حيث يحرمن المجتمع من عديد من الحقوق في تلك المرحلة لذلك يخفين حقيقة أعمارهن، ويتمنين تأخير علامة فنتهن الاجتماعية حتى المرأة العاملة، والتي فرضا لديها لأدوار تؤمنها من التهديد فيما بعد منتصف العمر¹.

ت.مكانة المرأة الاجتماعية في المجتمعات العربية :

تمثل فترة ما بعد الخصوبة للنساء العربيات تغيرا ايجابيا في حياتهن وذلك لان لديهن اتجاهات أكثر ايجابية اتجاه أزمة منتصف العمر وأن علاقة الزوجين هي نقطة اختلاف الأكثر أهمية بين كثير من الثقافات ، فالمرأة العربية لديها درجة كبيرة من التوقع في إظهار زوجها اهتماما كبيرا بها بعد هذه السن .

ولنضرب مثلا لمدى المكانة الاجتماعية التي تصل إليها المرأة في تلك المرحلة العمرية ،في للمملكة السعودية وفي ضوء معتقداتهم السائدة ، والتي تركز على مفهوم القوامة للرجال بينما تفتقر النساء لهذه المكانة وبالتالي ينعكس على أدائهن للطقوس والشعائر الدينية ويتوقع أن تمارس النساء القوامة في حدود ضيقة فقط وهي ضبط سلوكهن وتسيير أمور حياتهن العائلية وعلاقاتهن مع الآخرين وبث الحب والاهتمام بأزواجهن .

ولكن مع وصول النساء إلى هاته المرحلة العمرية فأنهن يحرزن على نصيبهن الكامل من المشورة والقوامة ويعتقدن أنهن يتساوين مع الرجال تقريبا وذلك فإن هذه الرؤية تركز على الطبيعة الجسمية للنساء وفقا للحالة البيولوجية لهن التي تضعهن في حالة تدنيس شعائري وتحرمهن تحريما مؤقتا من الواجبات الدينية من صلاة وعبادات أخرى وما تحوي من عفة وضمأن وكفالة ولا تتأنى إلا بعد سن اليأس من الإنجاب².

¹نفس المرجع ، ص 215.

²نفس المرجع ، ص ص 217- 219.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

2.1.3 العلاقة الاجتماعية بين الزوجين في مرحلة ما بعد الخصوبة :

إن الأعراض البيولوجية والبيولوجية والسيكولوجية ، التي تمر بها المرأة في سن اليأس من الإنجاب لها أكبر الأثر في علاقتها بزوجها، ويردود أفعالها اتجاه البيئة الاجتماعية التي تعيش فيها ، فتحتاج المرأة لمشاركة وجدانية وعطف وتقدير ومراعاة لمشاعرها وظروفها خاصة من طرف الزوج والمقربين منها .

وتشير ميريم لينكولن Miriam Lincoln في دراستها إلى القول انه إذا عرف الأزواج كثيرا على مرحلة سن اليأس من الإنجاب فسوف يفهمون زوجاتهم أفضل وكذلك أنفسهم وعلى هذا فقد يشعر أغلب الأزواج بهذا الوضع فور تعاملهم مع زوجاتهم ولذا فقد قسمت في كتابها عن تغير الحياة الأزواج إلى ثلاثة أنواع من الأزواج :

• **النوع الأول:** يتجاهل كل متاعب زوجته ومعاناتها بحيث ينتابها شك خفي أن اختيارها له كزوج موضع شك وغير موفق.

• **النوع الثاني :** زوج رقيق كريم ، لين الجانب لزوجته التي تتطلب نوعا من التدليل والإنفاق دون شك فيها ، فهو زوج رقيق الفؤاد.

• **النوع الثالث:** ويشكل غالبية الجنس البشري ممن يكونون على درجة من الحذر والفهم مع شيء من الدعابة والملاطفة ويستطيعون الوصول بزوجاتهم إلى الطريق السليم، فهم يعرفون غريزيا كيف يتفهمون زوجاتهم في هذه المرحلة ، فهم دائما يصفون ما يشبه وصفة الطبيب في تعاملهم مع زوجاتهم فعلى سبيل المثال تذكر ميريم قولها لأحد الأزواج " أنا اعرف سن اليأس بشع ويغيب أذهبي إلى الطبيب غدا ، وسوف يقول لك كل شيء ثم افعلي بالضبط ما يقول وسوف تكونين بخير فأن كل امرأة لا بد أن يحدث لها هذا"¹. ورغم أن كل امرأة تحدث لها معاناة خلال تغير الحياة ، إلا أنه من المعروف ان اجتيازها لتلك المتاعب يتوقف على الزوج ومدى المساعدات التي يقدمها لها ، كما نذكر قول لفيلسوف " زوج فاضل يصنع زوجة فاضلة ولكن قد ينسى الزوج حقيقة هذا أحيانا .

¹ نفس المرجع ، ص 210

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

وإن احساس الأنواع الثلاثة من الأزواج أن فقد الشباب أكثر تدميرا لزوجاتهم من أنفسهم ، إلا أنه يجب أن ينظر الأزواج بصدق وأمانة في مراهيم الخاصة ليلاحظوا أن زوجاتهم لسن فقط هن اللاتي يصبن بتجاعيد حول زاويتي العينين الخارجيتين أو ربما هالات في غير موضعها، بل حتى هم يحدث لهم توافقا فسيولوجيا متأخرا كما يحدث للنساء . وخاصة في نهاية الخمسينيات والستينيات وأحيانا يمر الرجال بأعراض مماثلة لسن اليأس مثل فقد الطاقة والآلام والأوجاع الناتج عن الضعف التدريجي للهرمون الجنسي التستوستيرون وتغيرات في تركيز الهرمونات في الدم وغيرها .

كما أن التغيرات التي تحدث للزوجة تذكر الزوج أنه لم يعد صغيرا، فعندما يفهم الزوجان ماذا يحدث للجسم وللغدد الصماء وكيفية توازن الهرمونات في الدم فمن الممكن التخلص من القلق، وعلى هذا توجد كذلك لدى الزوجين أثناء سنوات منتصف العمر تبني على أجزاء متساوية من الفهم والتقدير والقدرة على الاحتمال ويجب أن تؤخذ يوميا جرعة إضافية من الملاطفة والدعابة وبالصبر يمكن اجتياز مرحلة تغير الحياة أو مرحلة ما بعد الخصوبة بدون معاناة ، ولحسن الحظ فإن الزيجات التي تلتزم بتلك الوصفة في حياتها اليومية تتسم بالهدوء والسعادة .

كما يلعب الأزواج دورا بالغ الأهمية في بث الثقة والطمأنينة في نفوس زوجاتهم إلى حد جعل المتاعب الجسمية والاضطرابات النفسية التي تحدث لهن أثناء هذه المرحلة من العمر فلا تزعزع الأمن والطمأنينة عقولهن وعندما تقتسم أو يشترك فيها الزوجان يمكن أن تواجه بصورة عادية وثقة معقولة ، فالزوج المتفاهم هو الذي يمكن أن يقدر هذا وفقد الانتباه والتعلق قد يزيد من الاضطرابات الفسيولوجية الخفيفة كخفقان القلب الذي تستخدمه المرأة كذريعة للمعاناة النفسية خوفا من انقطاع الحب ، وهذا يكون حقيقة سلوك المرأة اليائسة التي تعيد المودة بينها وبين زوجها ولو بالقوة ، ولذا فعلى الزوج التقرب من زوجته في تلك الفترة وذلك بالذهاب معها إلى الطبيب المعالج حيث يناقش معه المضاعفات والأعراض مباشرة حتى يتمكن من الفهم الجيد للحدود الطبية ولكن يقف الأزواج على الطبيعة العاطفية أو النفسية للأعراض عندما لا يوجد تضمينات عضوية .

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

باستمرار تواجد الزوجين معا يولد نوعا من الاهتمام والانتباه من طرف الزوج تهدئ أو تسكن من مخاوف الزوجة أعراضها أن قدرته على تغيير علاقته بها إلى الأفضل يمكن أن يكون العلاج الحقيقي لمتطلباتها وما كان يسعدها في الماضي لم يد يتفق وعلاقتها الحالية ولكن لم توضح حالات الدراسة التي أجريت في مصر على المجتمعات الثلاثة قيام الأزواج بهذا الدور بل قد يصل الأمر إلى بعض الريفيات ذكرن أن أزواجهن لم يعرفوا بوصولهن إلى سن اليأس من الإنجاب إلا بمحض الصدفة أو أن لم يسألوا على الإطلاق وما يشعرون به زوجاتهن من أعراض في تلك الفترة لم يكن في تصورهن أنها ترتبط بسن اليأس من المحيض خاصة الفوران والآلام الجسمية إلا بعد زهابهن للأطباء وسؤالهن عن الدورة من حيث استمرارها أو انقطاعها ثم نقل بعضهن من هذا التفسير إلى أزواجهن ، بل وقد ذكرت بعض الحالات زهاب الأزواج معهم إلى الأطباء وخاصة إذا استدعى الأمر السفر إلى مناطق أخرى ليس من اجل علاج أعراض سن انقطاع الطمث في حد ذاتها ولكن من اجل الشفاء مما يعانين منه أما حالات البدوية فلا يولي الأزواج اهتماما لتلك الأعراض ويتركون هذا الأمر لهن ولأولادهن الذين يذهبون معهم إلى الأطباء ولنفس الهدف من علاج الريفيات بينما في المجتمع الحضري يكاد يختلف الأمر فدور الأزواج في هذا الصدد فالبعض يكونون على اتصال ومعرفة بهذا ويذهبون مع زوجاتهم للأطباء والبعض الآخر يترك هذا الأمر لهن وخاصة العاملات والموظفات وذلك غالبيتها للأطباء التامين الصحي وإدراكهن لتلك المرحلة العمرية .

3.1.3 أثر التقاعد والإحباط المهني للزوج على المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة :

إن تقاعد الزوج عن العمل يعني عادة نقصا في دخل الأسرة إلى أكثر من النصف وفقد لأصدقاء العمل إلا أنه من الممكن أن يكون إشارة لعودة العلاقة بين الزوجين وفرصة لتقدير أنشطتهما العامة المشتركة والمنفصلة واختيارا لأنشطة التي يرغبان في استمرارها وأخرى جديدة لممارستها ومتابعتها في السنوات الأخيرة من حياتهما وعلى فقد توجد علاقة بين التقاعد والعلاقة الزوجية حيث يؤثر في كل منهما في الآخر بطرق مختلفة والتأثير

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الحقيقي للتقاعد على الزواج يعتمد على علاقة ما قبل التقاعد فقد إفترض بروباكر 1985 أن التقاعد سوف يشبع كلامن النوعيات الإيجابية والسلبية للعلاقة داخلا لزيجات كما يمد بفرص للصحة لم تكن موجودة عندما كان أحد الزوجين أو كلاهما يعملان وقد 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 وهي في تلك الفترة تكون في نهاية الأربعينيات وبداية الخمسينات ومرورها بمتغيرات أخرى كسن اليأس ورحيلا لأبناء بالإضافة لتقاعد الزوج إلا أنه من ناحية أخرى قد يمثل وقت إضافي ايزيد من التوتر والنزاع بينا الزوجين اللذين لم يستمتعا بالتواجد معا ويتبع التقاعد أيضا تغيرا في أنماط الإنفاق إلى حد كبير من وذلك لنقص مدخول الأزواج وعلى هذا فقد درس هيل عينة من الزوجات اللاتي تقاعد أزواجهن حديثا حيث ذكرت الزوجات بعض النواحي الإيجابية للتقاعد كزياد الصحة والمرونة والوقت المفيد في الأنشطة المرغوبة ، أما النواحي السلبية للتقاعد فتتمثل في المشاكل المالية وتدهور صحة الزوج ويقترح **دونا هيو** أنه في بعض الحالات قد تجد المرأة صعوبة أكثر لتقبل تقاعد زوجها وحيث توج دراسات توضح نسبة من النساء لم يرغبن في تقاعد أزواجهن لاعتقادهن بزيادة أعمالهن وأعبائهن المنزلية وعلى هذا فالتقاعد يمثل شكلا جديدا للحياة الاجتماعية وقد يكون له تعقيدات على العلاقات الزوجية والأدوار نظرًا لتقاعد الرجل وقضائه معظم وقته في البيت مع زوجته.¹

4.1.3 الوضعية الاجتماعية للمرأة العانس في مرحلة ما بعد الخصوبة :

إن أغلب النساء اللاتي يحيين حياة طبيعية تتقبلن مرحلة انقطاع الطمث ببساطة ، ذلك أن الإنسان يسعد بكل مرحلة من مراحل عمره ، لكن بعض العوانس يصبين بشكوى دائمة (بدون مرض أو علة مرضية) وذلك لشدة اهتمامهن بأمر الزواج وحرمانهن منه ، وهذه الشكوى ليست محصورة في عرض واحد بل تتناول أمور أخرى كثيرة منها وجع الرأس وألم في الأطراف والبطن ، وتعب لأبسط الحركات مع عدم الاقتدار على الأعمال المنزلية ،

¹ نفس المرجع ، ص ص 259-264.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

ضيق خلق وشعور بارتخاء المفاصل أو طمث نزيفي مما يزيد من اعتقاد المصابة أن مرضها خطير لا يشفى منه .

كما تكون المرأة العانس أكثر عرضة لأورام الثدي الخبيثة التي تحدث في مرحلة ما بعد الخصوبة بينما تكون المرأة المتزوجة المنجبة أقل تعرضا حيث أن الرضاعة الطبيعية تقي المرأة من التعرض للسرطانات¹.

2.3 تأثير الوضعية الاقتصادية على إقبال المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة :

قبل البدء في معرفة تأثير الوضعية الاقتصادية للمرأة على صحتها في هذه المرحلة العمرية وجب علينا التطرق إلى:

1.2.3 الواقع الاقتصادي للمرأة : إن التغيرات الأساسية الحاصلة بواقع المرأة الاقتصادي

بالتالي التغيرات الطارئة على أدوارها خاصة في العقود الثلاثة المنصرمة ، إذ بدأت بالمشاركة الاقتصادية الفاعلة في الأنشطة غير التقليدية (غير الزراعية) ، حيث تدل المؤشرات من منظمات العمل العربية والدولية أن نسبة المشاركة في النشاط الاقتصادي قد تضاعفت تقريبا عما كانت عليه في السابق ، وتتنوع هذه المشاركة لتطال كافة الأنشطة الاقتصادية التي كانت حكرا في السابق على الرجال فقط ، وشاركت المرأة في كافة أنواع المهن والتخصصات كالتطب والهندسة والإدارة والتعليم وغيرها .

وتكمن أهمية مشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية في أوجه عدة ومن أهمها مساهمتها في إحداث النمو والتنمية كطرف فاعل ونشط، كذلك مساهمتها في توفير الدعم المالي لها ولأسرتها ولكن الأهم من ذلك هو انعكاس العمل ونتائجه على المرأة ذاتها فالعمل يؤدي إلى زيادة خبرتها وثقافتها ويعزز ثقتها في نفسها و يمكنها اقتصاديا كما يؤمن لها نوعا من الاستقلالية والحرية الشخصية وبالتالي جعلها مواطنا أكثر وعي وفعالية²

2.2.3 المستوى الاقتصادي للمرأة والإقبال على الخدمة الصحية:

إن الطبقات الاجتماعية تختلف تبعا لمجموعة من العوامل، أهمها العوامل الاجتماعية

¹ أماني مسعود: العنوسة (اسبابها وتأثيرها على المرأة)، التكوين للتأليف والترجمة ، د ط ، دمشق ، 2007، ص ص59-60.
² عبد الحميد محمد علي ، منى ابراهيم قرشي: معاينة المرأة ، مؤسسة طبية للنشر ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2009، ص ص167-168.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

والاقتصادية والوظيفية .ويجب أن ندرك أن هناك علاقة وثيقة وربط كبير بين الطبقة الاجتماعية وشكل ونوع الخدمات الصحية المطلوبة والخدمات الصحية المقدمة، لذلك تتباين الخدمات الصحية .

إن معايير وأسس الانتماء لطبقات المجتمع يمكن اختصارها فيما يلي¹:

أ. **العوامل الموضوعية:** وتشمل الثقافة والتربية ومستوى الدخل والملكية والمهنة ومنطقة الإقامة والسكن .

ب. **العوامل الذاتية :** وتشمل مجموع القيم والاتجاهات والسلوكيات وأهداف الأفراد .

ومما لا شك فيه أن هناك تأثير للطبقة الاجتماعية على السلوكيات والممارسات الصحية وعلى نوعية الخدمات الصحية التي تطلبها المرأة، لاسيما في سن ما بعد الإنجاب . إذ أن البناء الطبقي في المجتمعات الريفية مثلا، يختلف عن المجتمعات الحضرية، وغالبا 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 نتائج الأبحاث والدراسات الاجتماعية -الاقتصادية، بأن هناك تأثير واضح للطبقة الاجتماعية على الصحة، فتوفر البيئة الصحية المناسبة وارتفاع المستوى الثقافي والوعي الصحي، وتوفر الخدمات الصحية وارتفاع معدل دخل الفرد، وتوفر وسائل المواصلات والاتصال يقلل من نسبة الأمراض والمشاكل الصحية في المجتمع، لاسيما المشاكل الجسمية والنفسية التي تعاني منه المرأة في مرحلة بعد الخصوبة .

فغالبا ما تتصف النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة من ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض ببعض السمات الغالبة على معظم ذوي الطبقة الاجتماعية الدنيا التي ينتمين إليها حيث تنتشر لديهم الكثير من الأمراض وكذلك قلة اللجوء والإقبال على برامج الخدمة الصحية (الرعاية) وكثيرا ما تلجأ النساء إلى الإقبال على الخدمات الحكومية المجانية

¹محمد عصام طريبيه، شادي أحمد أبو خضرا: أساسيات في علم الاجتماع الطبي ، دار حمورابي للنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2009، ص

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

وكذلك اعتمادهن على العلاج المجاني الذي قد يكون اقل جودة وقد يضطر المريض الانتظار للحصول عليه مما يضاف من الحالة و كذلك عدم الالتزام الكامل بوصايا الطبية فترة النقاهة متابعة العلاج بسبب أوضاعهن الاقتصادية و الاجتماعية و كذلك كثرة اللجوء إلى الخدمات الصحية الغير الرسمية الطلب الشعبي الحجامه السحر و الاستشفاء بالأولياء و كذلك أصحاب الطبقة العليا فيتصرفن بعكس الطبقة الدنيا فالأمراض قليلة الانتشار لديهن و اللجوء للخدمة الصحية يكون سريعا سواء للحكومية أو الخاصة و الالتزام الجيد بالوصايا الطبية و قلة اللجوء للخدمات الصحية غير الرسمية و...و كذلك أصحاب الطبقة الوسطى فيتصرفن بصفات أحيانا تشابه صفات الطبقة الدنيا.¹

وكذلك فإن العامل المادي والاقتصادي يلعب دورا رئيسيا في تحديد أنماط السلوكيات والممارسات الصحية التي يتبعها الأفراد في حياتهم اليومية، بما فيهم النساء في سن ما بعد الإنجاب. ومن البديهييات المعترف بها اليوم، وجود علاقة ثابتة بين المستوى الاقتصادي والمستوى الصحي في أي مجتمع كان، فكلما ارتفع دخل الفرد وتحسن نمطها المعيشي كلما ارتفع مستواها الصحي، والعكس صحيح فانخفاض المستوى الاقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات، يكون له أثر كبير على السلوكيات والممارسات الصحية للأفراد، كما أن نسبة انتشار الأمراض تزداد في المجتمعات والأسر الفقيرة، لأن انخفاض المستوى الاقتصادي يتبعه عادة انخفاض في مستوى

الصحة. كما أن المجتمعات الفقيرة بشكل عام لا تتفق كثيرا على برامج الخدمات الصحية، سواء كانت برامج خدمات وقائية أو علاجية، بما يتناسب مع احتياجات الأفراد، مما يتسبب عنه انتشار الأمر اضافيا لمجتمع.

حيث يتبع الأفراد في هذه الحالة عادات غير صحية. وغالبا ما يلجؤون إلى ممارسات غير صحية أمريك او أوروبا حول الصحة « لمعالجة أعراضهم ومشاكلهم الصحية، فبعض الدراسات في كل من والمرض والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للسكان، أثبتت أن ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسب أقل من الذين مستواهم

¹ محمد عصام طريبيه، شادي أحمد أبو خضراء، المرجع السابق، ص 180-181.

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

الاقتصادي عالي، وهذا يرجع إلى تكاليف العلاج المرتفعة حيث أن الكثير من ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض لا يحملون تأمينات صحية، وبذلك يترددون على الطبيب بنسب أقل.<

انطلاقاً من المعطيات السابقة الذكر، يمكننا القول بأن المستوى المادي والاقتصادي المتميز بالفقر، وصعوبة ظروف المعيشية لقلة الدخل، وكثرة مطالب وحاجيات الأسرة وعدم توفر أوضاع 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 الاحتياجات الاجتماعية والصحية وسد متطلبات الحياة، من غذاء ومسكن وملبس والضروريات الصحية.¹

• تأثير الوضع الاقتصادي على المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة:

لقد سبق الحديث في الفصل الثاني عن أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية كالتغذية والمهنة والدخل والنواحي الصحية عموماً في تحديد السن بالنسبة لسن اليأس من الإنجاب، كما تلعب الطبقة الاجتماعية دوراً بالغ الأهمية أيضاً في تحديد ظهور الأعراض في رد فعلها لتلك المرحلة العمرية حيث يبدو القلق من الوحدة أكثر شيوعاً بين نساء الطبقة المتوسطة والمرتفعة أكثر من نساء الطبقة الكادحة، فالمرأة المحرومة اقتصادياً تكون أكثر إيماناً بالقضاء والقدر وبالنسبة لتلك المرحلة ولن تقدر على دخول معركة عمليات التجميل الطويلة الأمد الباهظة التكاليف، وفي بحث أجري على عينة من السكان بلجيكا أظهر أن أعراض سن اليأس من الإنجاب لا تقتصر على طبقة معينة ولكن على العكس من ذلك فإن الظروف الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بالمرأة لها التأثير كبير عليها.²

¹ عمارة سامية: السلوكيات الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة، رسالة دكتوراه، الجزائر، 2012-2013، ص 154.

² هندومة أنور محمد حامد، المرجع السابق، ص 252

الفصل الثالث – الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة

كما أنه أثرت معيشة المرأة العصرية في انخفاض الأعراض التي تلقاها عند بلوغ مرحلة سن اليأس من الإنجاب، فلا شك أن اتجاه المرأة للتعليم والعمل قد ساعدها كثيرا على التغلب على كثر من الأعراض النفسية والعقلية، التي يمكن أن تتعرض لها عندي تبلغ سن اليأس من الإنجاب، وهذه الحياة تمنح المرأة نوعا من التعويض عن إحساس داخلي بأنها لم تعد المرأة التي كانت قبل أن تنتقل إلى طور انقطاع الطمث، فالنشاط الذي تتسم حياة المرأة العصرية يشعرها بأنها قادرة على العطاء والإنتاج، وهذا له دوره في التأثير على حياتها النفسية والعقلية خلال هذه المرحلة العمرية الحرجة¹

خلاصة :

من خلال ما سقناه في هذا الفصل من أن الرعاية الصحية التي تحتاجها المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة نابغة عن طبيعة جنسها البشري، فالحاجة على إثرها إلى متابعة طبية والتي تتضمن القيام بعدة فحوص دورية وضرورية لاكتشاف المبكر للأورام السرطانية واتخاذ البدائل العلاجية أيضا لها، خاصة مع ارتفاع نسبة هاته الشريحة في الجزائر مع مرور السنوات، ثم رأينا كذلك تأثير الوضعية الاجتماعية من دعم أسري خاصة الزوج ومساهمته الفعالة في دعم الزوجة في الإقبال على برامج الرعاية الصحية وأهمية العامل الاقتصادي جلي أيضا من خلال تسهيل الحصول على العلاج اللازم

¹ سامي محمود: لا للشيخوخة المبكرة، الطبعة الأولى، الدار المصرية للنشر والتوزيع، د ط، مصر، 1993، ص 100 .

المباج الثاني

الإطار الميداني

للدراسة

الفصل الرابع

خصائص وتحليل

الفرضية الأولى

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

تمهيد :

اشتملت العينة على مجموعة من الخصائص الديموغرافية والاجتماعية حاولنا تحديدها في الفصل التالي ومتطرقين إلى تحليل الفرضية الأولى حيث هدفنا من وضعنا لهذه الأخيرة والتي فحواها ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة يزيد من إقبالها على خدمات الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة، هو معرفة مدى تأثير المركز الاجتماعي للمرأة والمتمثل في مؤشرات تتعلق بالدخل الإجمالي للأسرة ومدى ممارستها لمهنة ما و مستواها التعليمي .

وقمنا بربطها مع مؤشرات المتغير التابع المتعلقة ببرامج الخدمات الصحية الموجهة خصيصا للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة :

- القيام باستشارة بخصوص أعراض نهاية الطمث.
 - القيام بإجراء الفحص النسائي .
 - إجراء المسحة المهبلية.
 - القيام بفحص الثديين .
 - القيام بالأشعة على الثديين
 - تناول العلاج الهرموني .
- وقمنا بتبويب البيانات التي تحصلنا عليها من الميدان في جداول إحصائية وقمنا بتحليلها إحصائيا و سوسيولوجيا لنتأكد من مدى صحتها أو خطأها .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المبحث الأول: خصائص العينة.

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من الخصائص تمثلت فيما يلي :

1.1 الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة :

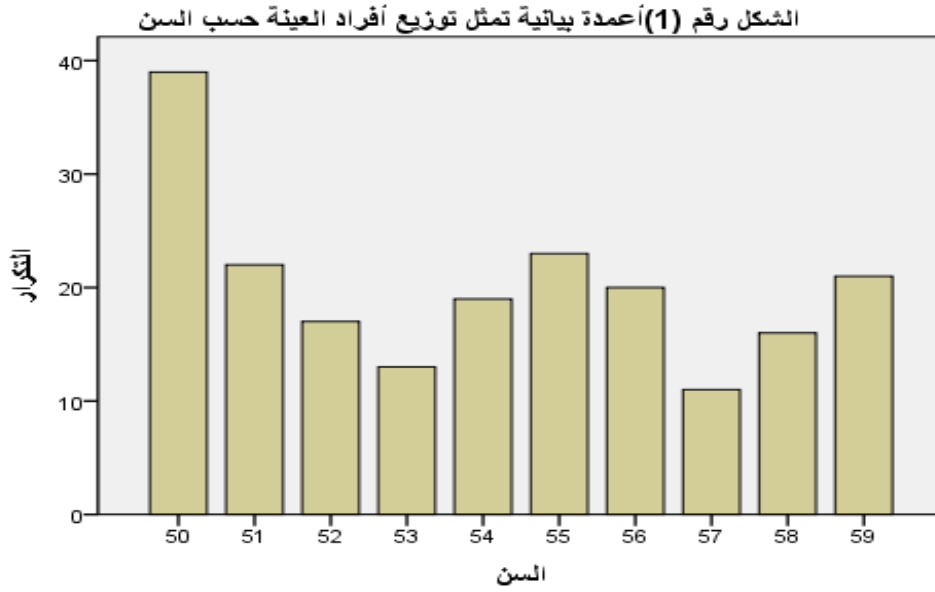
الجدول رقم 11: يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
19.4	39	50
10.9	22	51
8.5	17	52
6.5	13	53
9.5	19	54
11.4	23	55
10.0	20	56
5.5	11	57
8.0	16	58
10.4	21	59
100.0	201	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة 19.4% من حجم العينة أعمارهن 50 سنة وكذلك 11.4% من العينة أعمارهن 55 سنة و 10.9% و 10.4% و 10% تمثل الأعمار 51 و 59 و 56 سنة على التوالي فنسبة 9.5% تمثلت العمر 54 سنة و بعدها 8.5% و 8% مثلت 52 سنة و 55 سنة أما 6.5% و 5.5% فكانت للأعمار 53 و 57 سنة .

أما متوسط السن للعينة النساء المدروسة فكان 53.98 سنة أما العمر الوسيط فقد كان 54 سنة.

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى



الجدول رقم 12: يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الزوجية
5.5	11	عازية
69.7	140	متزوجة
17.9	36	أرملة
7.0	14	مطلقة
100.0	201	المجموع

يظهر جليا من الجدول أن المتزوجات يشكلن 69.7 % من أفراد العينة المدروسة تليها الأرملة بـ 17.9 % فالمطلقات بـ 7% ثم العازيات بـ 5.5 % وقد وافقت هذه خصائص الحالة الزوجية لعينة جزئية مصغرة اشتملت على 201 امرأة بلغت مرحلة ما بعد الخصوبة ، مع خصائص الحالة الزوجية للنساء في الجزائر حسب تعداد 2008 حيث أنه بلغت نسبة 81.8% من النساء في سن 50-54 سنة و 77.4% في سن 55-59 متزوجات و العازيات لا يشكلن سوى 4.1% في

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

سن 50-54 سنة 2.6% من اجمالي الاناث في الجزائر¹. ومنه المنوال كان المتزوجات كونه يقابل أكبر تكرار 140.

2.1 الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة :

الجدول رقم 13: يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
35.3	71	أمي
31.3	63	ابتدائي
14.9	30	متوسط
12.4	25	ثانوي
6.0	12	جامعي
100.0	201	المجموع

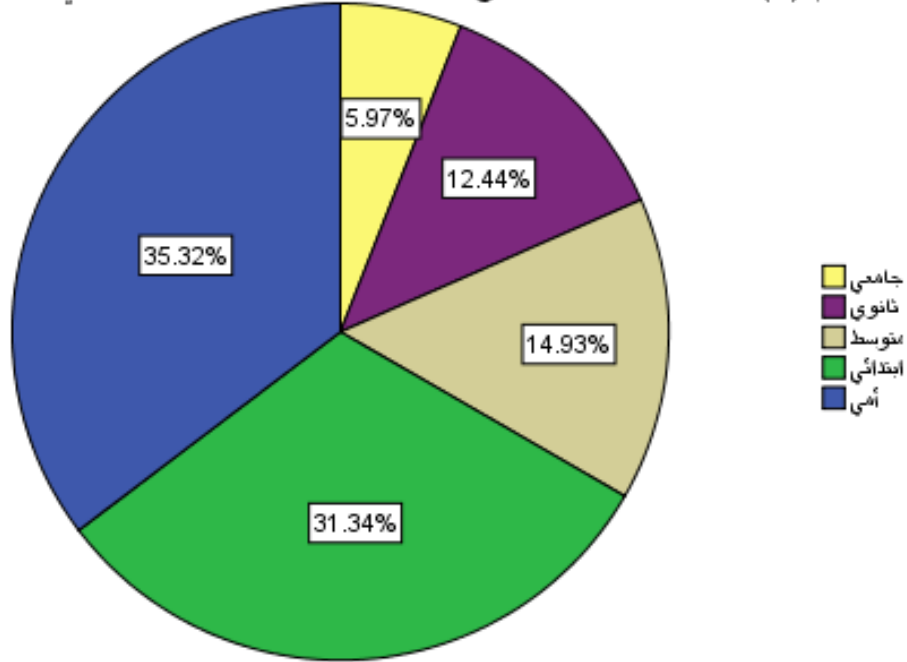
نلاحظ من الجدول أن نسبة النساء ذوي المستوى التعليمي المنخفض يشكلن 35.3% من أفراد العينة المختارة تليهن ذوات المستوى التعليمي الابتدائي بـ 31.3% أما ذوات المستوى التعليمي المتوسط والثانوي فلا يشكلن سوى 14.9% و 12.4% على التوالي فيما تمثل الجامعيات سوى 6% من العينة أما المنوال فكان أمي كونه يقابل أكبر تكرار وهو 71.

ويؤكد الجدول أن أغلبية المبحوثات ليس لديهن مستوى تعليمي

¹ ONS , LES Principaux résultats du sondage au 1/10^{ème} Decembre. Recensement générale de la population et de l'habitat. collection statistique. n°142. Alger. 2008. p08.

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

لشكل رقم (2): دارة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب لمستوى تعليمي

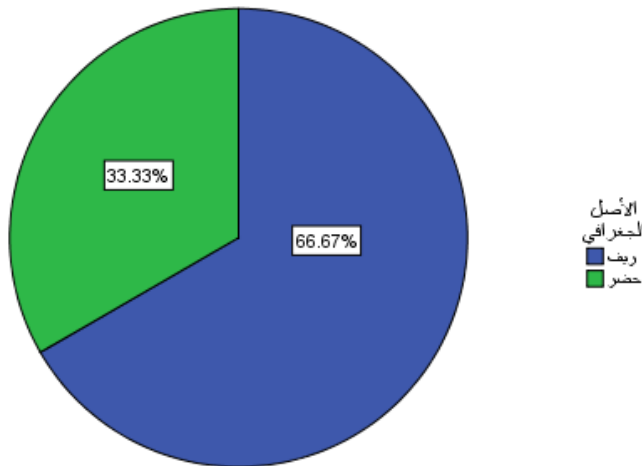


الجدول رقم 14: يبين توزيع افراد العينة حسب الأصل الجغرافي

منطقة السكن	التكرار	النسبة المئوية
حضر	134	66.7
ريف	67	33.3
المجموع	201	100.0

أغلبية المبحوثات من الحضر 66.7% أما الريفيات فتمثلن 33.3% من أفراد العينة

الشكل رقم (3) دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الأصل الجغرافي



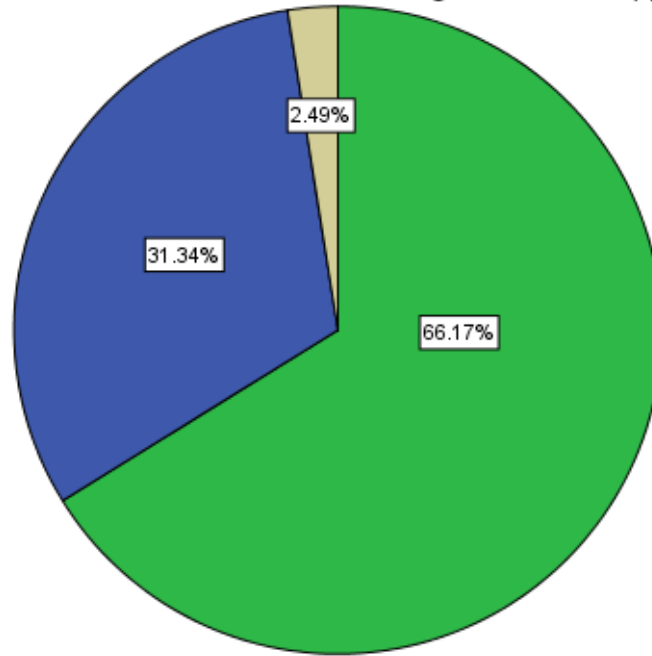
الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

جدول رقم 15: يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة المهنية
31.3	63	تعمل
66.2	133	لا تعمل
2.5	5	متقاعدة
100.0	201	المجموع

من خلال الجدول رقم 15 يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات لا تمارسن أي نشاط بنسبة 66.2% أما العاملات فشكلن 31.3% من المبحوثات وكذلك نسبة المتقاعدات 2.5% فالحالة المهنية للنساء وحسب مؤشرات المركز الاجتماعي وتوضح الجانب الاقتصادي للمبحوثات.

الشكل رقم (4) دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية



الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

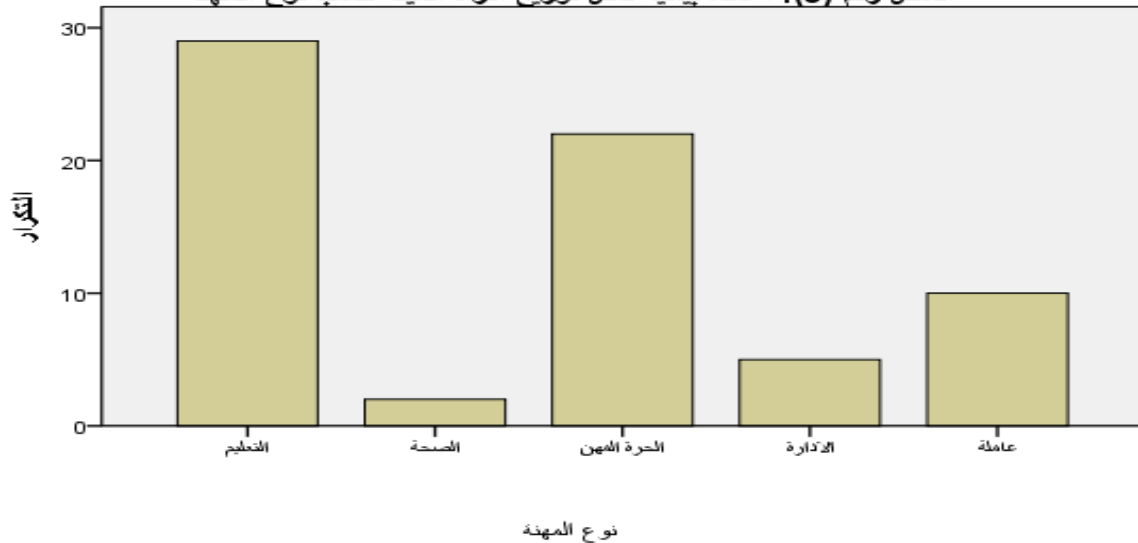
جدول رقم 16: يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة

نوع المهنة	التكرار	النسبة المئوية
سلك التعليم	29	42.6
السلك الطبي	2	2.9
أعمال حرة	22	32.4
اطار اداري	5	7.4
عاملة في التنظيف	10	14.7
المجموع	68	100.0

نلاحظ
ظ
من

الجدول أن 14.4% من نساء العينة المدروسة يعملن في سلك التعليم تليها 10.9% في قطاع الأعمال الحرة كالخياطات أما عاملات التنظيف 5% ونسبة ضئيلة في المهن الأخرى كإطارات الإدارة والسلك الطبي 2.5% و 1% على التوالي . أما المنوال فهو قطاع التعليم كونه يقابل أكبر تكرار 29 .

الشكل رقم (5): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة



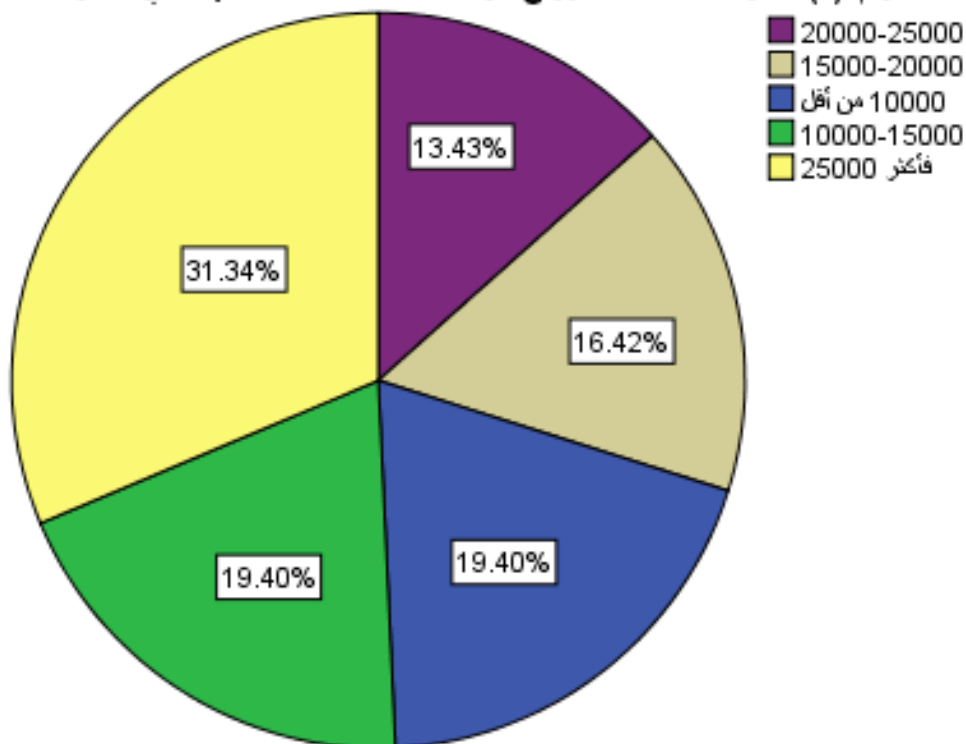
الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

جدول رقم 17: يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري

النسبة المئوية	التكرار	الدخل الشهري دج
19.4	39	أقل من 10000 دج
19.4	39	10000-15000 دج
16.4	33	15000-20000 دج
13.4	27	20000-25000 دج
31.3	63	25000 دج فأكثر
%100.0	201	المجموع

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن ذوات الدخل أكثر من 25000 دج يمثلن نسبة 31.3 % تتبعها ذوات الدخل 20000-25000 دج وتشكل ذوات أقل من 10000 دج وذوات 10000-15000 دج 19.4 % أما ذوات 15000 دج-20000 دج و20000-25000 دج كذلك نسبة 16.4 % و13.4% على التوالي وهذا ما يوضح المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثات.

النسبة رقم (5): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الإجمالي للأسرة



الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

3.1 الخصائص الصحية لأفراد العينة

جدول رقم 18: يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة انقطاع الطمث

النسبة المئوية %	التكرار	مدة توقف الطمث
34.3	69	49-45
38.3	77	54-50
24.4	49	59-55
3.0	6	لا تتذكر
100.0	201	المجموع

من خلال يتضح لنا جليا أن 38.3 % من المبحوثات توقف الطمث لديهن في المرحلة العمرية 54-50 سنة و 34.3% منهن توقف لديهن في 49-45 سنة و 24.4% منهن أيضا 59-55 سنة.

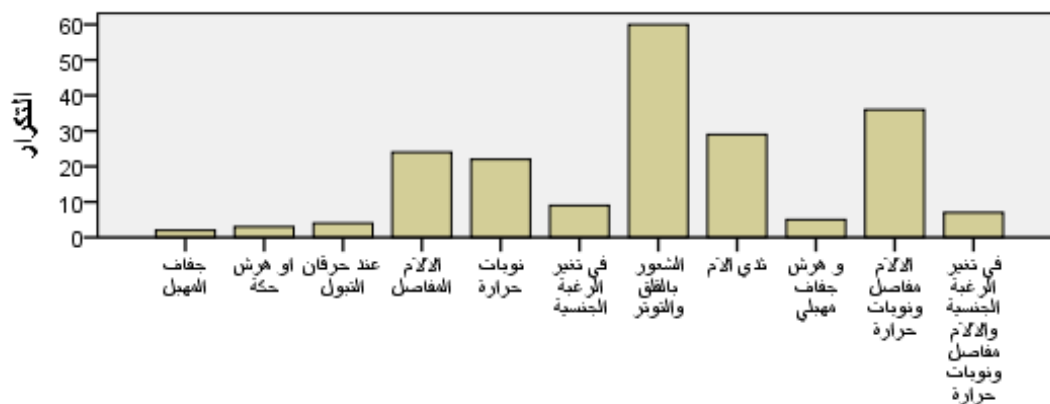
جدول رقم 19: يبين توزيع أفراد العينة حسب المعاناة من أعراض انقطاع الطمث

النسبة المئوية	التكرار	أعراض انقطاع الطمث
1.0	2	جفاف المهبل
1.5	3	هرش أو حكة
2.0	4	حرقان عند التبول
11.9	24	آلام المفاصل
10.9	22	نوبات حرارة
4.5	9	تغير في الرغبة الجنسية
29.9	60	الشعور بالقلق والتوتر
14.4	29	آلام الثدي
2.5	5	هرش و جفاف مهلي
17.9	36	الآم مفاصل ونوبات حرارة
3.5	7	تغير في الرغبة الجنسية وآلام مفاصل ونوبات حرارة
100.0	201	المجموع

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

من خلال الجدول رقم 19 نلاحظ أن من المبحوثات يعانين من عرض واحد أو اثنين من أعراض انقطاع الطمث فنسبة 29.9 % من القلق والتوتر تليها 17.9% يعانين من الآم في المفاصل ونوبات حرارة معا و 14.4 % من المبحوثات يعانين من آلام في الثدي .

الشكل رقم (7): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المعاناة من أعراض انقطاع الطمث



أعراض انقطاع الطمث

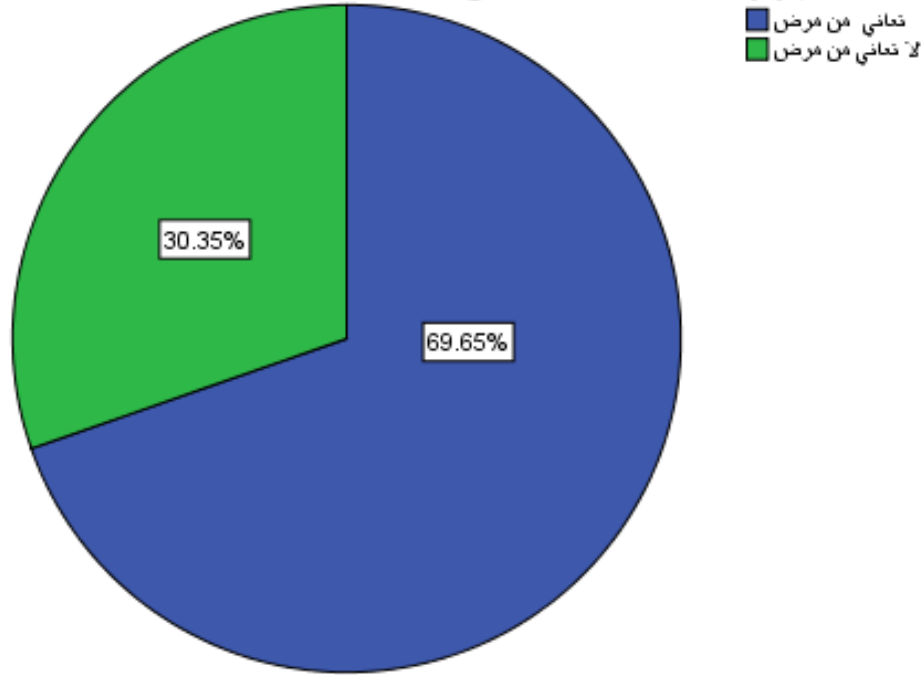
جدول رقم 20: يبين توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض

النسبة المئوية %	التكرار	الإصابة بمرض
69.7	140	مصابة
30.3	61	غير مصابة
100.0	201	+المجموع

من الجدول رقم 20 نلاحظ أن 69.7% من المبحوثات يعانين من مرض في هذه المرحلة العمرية مقابل 30.3% منهن لا تعانين من أي مرض يهدد صحتهن .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الشكل رقم (8): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالمرض



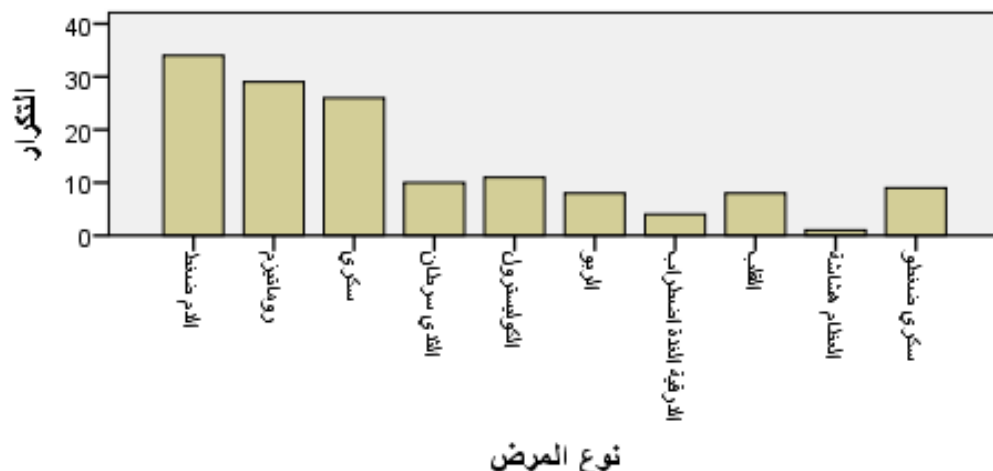
جدول رقم 21: يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

نوع المرض	التكرار	النسبة المئوية
ضغط الدم	34	16,9
روماتيزم	29	14,4
سكري	26	12,9
سرطان الثدي	9	4,5
الكوليسترول	10	5,0
الربو	7	3,5
اضطراب الغدة الدرقية	4	2,0
القلب	8	4,0
هشاشة العظام	1	0,5
ضغط و سكري	9	4,5
المجموع	137	68,2
لا تعاني من أي مرض	64	31,8
المجموع الكلي	201	100,0

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

من خلال الجدول رقم 21 إن مرض ضغط الدم والروماتيزم والسكري وبنسب متقاربة 16.9% و 14.4% و 12.9% هي الأمراض المزمنة الشائعة لدى نساء العينة أما الأمراض الأخرى وبنسب ضئيلة نوعا ما 5%

الشكل رقم (9) أعمدة بيانية يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض



الجدول رقم 22: يبين توزيع أفراد العينة حسب احتياجاتهن

النسبة المئوية	التكرار	احتياجات المبحوثات
10.9	22	الهدوء والاستقرار
39.8	80	الاهتمام والرعاية
13.9	28	الراحة والطمأنينة
6	12	العبادة
5.2	5	السياحة والاستجمام
12.4	25	الابتعاد عن المشاكل الأسرية
14.4	29	الرعاية الطبية المنتظمة
100	201	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم يتبين لنا أن 39.8% من المبحوثات احتياجاتهم الأساسي هو الاهتمام والرعاية من طرف أسرهن وكذلك 14.4% صرحن بأنهن يحتجن الى الرعاية الطبية المنتظمة و 13.9% منهن صرحن أنهن يحتجن الى

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الابتعاد عن المشاكل الاسرية أي ان مجمل احتياجات أفراد عينة الدراسة تتمثل في الاهتمام والهدوء والرعاية الطبية كونهن في مرحلة حساسة من حياتهن.

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المبحث الثاني : تحليل الفرضية الأولى

1.2 علاقة الحالة المهنية للمبحوثات والإقبال على برامج الرعاية الصحية:

الجدول رقم 23: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مدى قيامهن باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لم تقم بالاستشارة		قامت بالاستشارة		قيام باستشارة حول أعراض نهاية الطمث
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الحالة المهنية
100	63	33.3	21	66.7	42	تعمل
100	133	42.9	57	57.1	76	لا تعمل
100	5	60	3	40	2	متقاعدة
100	201	40.3	81	59.7	120	المجموع

بعد ملاحظتنا لمعطيات الجدول رقم 23 يظهر جليا أن اتجاهه العام يتجه نحو القيام باستشارة بنسبة 59.7% مقابل 40.3% لا يقمن باستشارة طبية متعلقة بأعراض انقطاع الطمث .

وبإدخال متغير الحالة المهنية للكشف عن مدى تأثيرها على القيام بالاستشارة حول أعراض نهاية الطمث ، تبين أن المبحوثات التي تمارسن عملا تقن بطلب هذه الاستشارة والتي قدرت ب 66.7% و 57.1% من الغير عاملات يقبلن على الاستشارة بينما 60% من المتقاعدات لا يقمن باستشارة كذلك فرغم ضآلة هذه الفئة في العينة إلا أنهن لا يستشن أحدًا حول الأعراض التي يعانينها بعد انقطاع الطمث عليهن فكونهن ماكنات في البيت وتفرغن لأعمال البيت . أما العاملات بحكم مزاولتهن للعمل و تأثير تلك الأعراض على أدائهن المهني فإنهن يستشن بخصوص تلك الاضطرابات والأعراض التي تعيقهن عن مزاوله أعمالهن خارج البيت وحتى الغير عاملات فإنهن كذلك.

ولما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي -0.43 وهذا يدل انه هناك علاقة عكسية بمتوسطة بين المتغيرين ويؤكد أنه هناك علاقة بين الحالة المهنية للمرأة وقيامها بالاستشارة فكلما كانت المبحوثات متقاعدات وغير عاملات كلما قل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

استشارتهن حول الأعراض المتعلقة بسن اليأس من الإنجاب. ولمعرفة أكثر حول مصدر المعلومة أو بالأحرى مكان تلقي الاستشارة لما تساءلن على مكان تلقي الاستشارة صرحت المبحوثات حسب معطيات الجدول رقم 24 الذي وضح العلاقة بين الحالة المهنية للمرأة ومكان تلقي الاستشارة الطبية توصلنا إلى النتائج كمايلي:

الجدول رقم 24: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومكان قيامهن بتلقي

الاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

المجموع الكلي		لم تستشر		المجموع الجزئي		أقارب		معالجة ذاتية		صيدلي		طبيب		استشارة انقطاع الطمث
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	63	33.3	21	66.7	42	9.5	4	9.5	4	-	-	81.0	34	تعمل
100	103	42.9	57	57.1	76	3.9	3	7.9	6	1.3	1	86.8	66	لا تعمل
100	5	60	3	40.0	2	-	-	-	-	-	-	100	2	متقاعدة
100	201	40.3	81	59.7	120	5.8	7	8.3	10	8	1	85.0	102	المجموع

و لقد وضح الجدول أن 85% من المبحوثات يلجأن إلى طبيب لتلقي الاستشارة الطبية و 8.3% يقمن بمعالجة ذاتية لتلك الأعراض ولم يلجأن إلى الطبيب . ولما أدخلنا متغير الحالة المهنية اكتشفنا أن 100% من المتقاعدات يلجأن إلى طبيب لأخذ الاستشارة و تليه النساء الغير عاملات 86.8% بينما العاملات فمثلن نسبة 81% ممايدل على أن الحالة المهنية لاتؤثر بشكل كبير على المكان الذي تتلقي الاستشارة فالغير عاملات رغم عدم استقلاليتهن المادية عن أزواجهن إلاأنهن اتجهن إلى طبيب لتلقي الاستشارة بخصوصاً أعراض التي تعترين جراء انقطاع الطمث . ولمعرفة الموانع التي حدثت للنساء من اللجوء إلى تلقي الاستشارة وضحت نتائج الجدول رقم 26 الأسباب كمايلي :

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الجدول رقم 25: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات وأسباب عدم قيامهن باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

المجموع		التهاون		اللامبالاة		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا تعتقدن ذلك يساعدك		سبب عدم الاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	21	23.8	05	27.3	6	9.1	2	4.5	1	4.5	1	27.3	6	تعمل
100	57	17.5	10	28.1	16	17	10	5.3	3	10.5	6	21.1	12	لاتعمل
100	3	33.3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	66.7	2	متقاعدة
100	81	19.8	16	26.8	22	14.6	12	4.9	4	8.5	7	24.4	20	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 25 الذي يوضح الأسباب عدم تلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث والتي تؤثر على الحالة النفسية والجسمية في هذه المرحلة الحرجة من الحياة أثبتت معطيات الجدول أن 26.8% من النساء اتجهن إلى ترجيح سبب عدم قيامهن بتلقي الاستشارات الطبية اللازمة هو اللامبالاة، يليه عدم اعتقادهن أن لجوئهن لتلقي الاستشارة سوف يخفف عنهن المعاناة والآلام وذلك بنسبة 24.4% ففي رأيهن أن عدم معرفة السبب أريح لهن وكذلك شعور بعض النسوة بالإحراج من استشارة الطبيب أو أحد من تلك الأعراض التي رأين أنها طبيعية 14.6% فقد عبرت أحد النساء بقولها «علاش نروح نسقي كيماجات العادة في صغري توجعت؟ كترروح ثاننوتجع» .

وعند إدخالنا متغير الحالة المهنية لتتعرف على مدى تأثير الحالة المهنية على أسباب النساء في عدم تلقي الاستشارة تبين لدينا أنه 66.7% من النساء المتقاعدات لا يتلقين الاستشارة بسبب عدم اعتقادهن جدوى ذلك فمكوثن في البيت كما توصلنا إليه سابقا وتفرغهن للبيت لم يترك لهن مجال الاستشارة على صحتهن في حين الغير عاملات وبنسبة 28.1% غير مباليات بالاستشارة. فمبررات التي قدمتها المبحوثات لعدم تلقيهن الاستشارة بخصوص الأعراض التي تعانينها تظهر الإهمال وانخفاض الوعي الصحي لديهن فالاستقلالية المادية والتفرغ التام

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

بالنسبة للمتقاعدات لم يشكل لديهن دافع للاطمنان حول صحتهن في هاته الفترة بل فضلن الاحتفاظ بمتاعبهن الصحية دون اللجوء إلى مورد معلوماتي صحي وكذلك ينطبق الأمر بالنسبة للعاملات وحتى غيرعاملات

الجدول رقم 26: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مدى القيام بالكشف النسائي

المجموع		لم تقم بالكشف		قامت بالكشف		القيام بكشف نسائي
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	42.9	21	57.1	36	تعمل
100	133	54.1	62	45.9	61	لا تعمل
100	5	80	4	20	1	متقاعدة
100	201	51.2	103	48.8	98	المجموع

بعد ملاحظتنا لمعطيات الجدول رقم 26 يتبين لنا جليا أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم القيام بالكشف النسائي وذلك بنسبة 51.2% مقابل 48.8% يقمن بالكشف النسائي . وهذا ما وافقت نتائجه ما توصلت إليه نتائج المسح الجزائري للأسرة سنة 2002 حيث أن 11.5% من السيدات (50-59 سنة) قد اجرين فحصا طبيا نسائيا واحدا على الأقل خلال العام السابق للمسح مقابل 88.45% من السيدات لم يجرين الفحص الطبي النسائي إطلاقا¹.

ولما قمنا بإدخال المتغير الحالة المهنية للكشف عن تأثيرها على مدى إقبال النساء على إجراء الفحص النسائي ، تبين أن المتقاعدات لا يجرينه بنسبة 80%، وكذلك التي لا تعملن بنسبة 54.1% ، في حين النساء التي تعملن فإنهن يقمن به بنسبة 57.1% ، فالعاملات من النساء في هذه المرحلة لديهن استقلالية مادية تمكنهن من الذهاب إلى الطبيب والقيام بكشف نسائي حول صحتهن ، في حين الغير عاملات منهن لا يقمن به وكذلك المتقاعدات انقطاعهن عن العمل انعكس على إجرائهن

¹Ministère de la santé, de la population et la reforme hospitalière, office nationale des statistiques, enquête algérienne sur la santé de la famille 2002, ONS, Alger, 2003, p165

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الكشوفات النسائية وتفضليهن المعاناة في صمت فقد عبرت إحدى السيدات المتقاعدات فقالت « الخدمة منخدموش والطبيب علاش نتعبوا ارواحنا ونروحولوا نصبروا برك» ففي كلامها نوع من اليأس والملل جراء مكوثها المنزل و عدم جدوى الكشوف النسائية لانتهاى وظيفتها الاجتماعية وعندما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي -0.42 وهي علاقة عكسية متوسطة بين المتغيرين. فكلما كانت المبحوثة غير عاملة أو متقاعدة كلما قل لجوئها إلى القيام بالكشف الطبي النسائي فيظهر للوهلة أن للعامل الاقتصادي دور في لجوء المبحوثات للكشف النسائي الدور الإيجابي إن صح القول ولكنه لما قمنا بالاستفسار على علاقة الحالة المهنية للنساء و رأين حول دورهن في مرحلة ما بعد الخصوبة جاء الملحق رقم 1¹. ليؤكد أن المتقاعدات رأين أنهن لا يمكن أي دور في هذه المرحلة ، حيث صرحت المتقاعدات وبنسبة 80% على عدم وجود دور لهن في هذه الحياة بعد انتهاء خدمتهن للنوع من جهة وخدمتهن الاجتماعية المتمثلة في العمل من جهة ثانية. فالإتجاه نحو المرحلة ورأيها في دورهن هو العائق امامهن لتلقي الكشف الطبي النسائي إضافة إلى مجموعة أسباب أخرى نسردها لاحقا .

أما عن مكان إجراء هذه الكشوفات الطبية النسائية والوجهة التي يقصدنها النساء لتلقي الكشوفات النسائية الخاصة لقياس دور العامل الاقتصادي في ذلك أظهر الجدول رقم 27 ما يلي :

¹انظر الملحق رقم 1

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الجدول رقم 27: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مكان القيام بالكشف النسائي

المجموع الجزئي		طبيب خاص		مستشفى		مكان الفحص النسائي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الحالة المهنية
100	36	64.4	25	30.6	11	تعمل
100	61	62.3	38	37.7	23	لا تعمل
100	1	100	1	-	-	متقاعدة
100	98	65.3	64	34.7	34	المجموع

وضحت معطيات الجدول 27 أن الاتجاه نحو الطبيب الخاص لتلقي الفحص النسائي شائع عند أفراد العينة بنسبة 65.3% مقابل 34.7% يترددن على المستشفى لتلقي الفحص النسائي، وهذا ما ذهبت إليه نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 وقد اشرنا إليه في الفصل الثالث ونكتفي بالتذكير بأهم النتائج حيث أن حوالي 58% من السيدات أجرين فحص عند طبيب خاص، 16% بمستشفى أو مركز أمومة، 15.6% بمصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي، 10.9% بمصحة خاصة¹.

أما عند إدخال متغير الحالة المهنية لتبيين تأثيرها على وجهة النساء لتلقي الفحص النسائي ظهر جليا أنه النساء العاملات أكثر إقبالا على الطبيب الخاص والمتقاعدات كذلك بنسبة 64.4% و 100% على التوالي.

وما يدل على ان الحالة المهنية للمبحوثات يؤثر على وجهتهن نحو الطبيب الخاص لتلقي الكشف النسائي، إذ أن الاستقلالية المادية والعمل أثر على الاتجاه للطبيب الخاص أين تتلقى النساء كشوفات فورية و ذات نوعية كذلك .

وقصد التعرف على أسباب التي تقف وراء عدم إقبال نسبة من المبحوثات في هاته المرحلة العمرية نحو إجراء الكشوفات النسائية دعم الجدول رقم 29 بأسباب عدم القيام بالكشف الطبي النسائي وكانت نتائجه كالتالي

¹نتائج المسح الجزائري للأسرة 2002.

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الجدول رقم 28: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات وأسباب عدم القيام بإجراء الفحص النسائي

المجموع	تخوف من تشخيص المرض		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم إجراء الفحص النسائي الحالة المهنية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	26	15.4	4	15.4	4	7.7	2	7.7	2	53.8	14	تعمل
100	73	16.4	12	19.2	14	15.1	11	11	8	38.4	28	لا تعمل
100	4	-	-	-	-	25	1	-	-	75	3	متقاعدة
100	103	15.5	16	17.5	18	13.5	14	9.7	10	43.7	45	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 28 يتبين أن أسباب عدم القيام بزيارة الطبيب النسائي لإجراء الكشف الطبي النسائي هي أن اعتقاد جل النسوة وبنسبة 43.7% أن قيامهن بالفحص لا يجدي نفعا ولن يساعدهن في شيء ولن يحسن من حالتهم الصحية و 17.5% صرحن أنهن محرجات من تلقي الكشف الفحص فضلا إلى أن 15.5% من المبحوثات صرحن أنهن يخفن من تشخيص مرض خطير بحجة أن عدم معرفتهن بالمرض والتشخيص أحسن من العلم بذلك أما من صرحن أن الخدمة غير متوفرة فقد مثلن 13.5% و أما من صرحن أن التكلفة مرتفعة كانت ضئيلة 9.7%.

وقد وافقت هذه النتائج ما توصل إليه مسح الأسرة لسنة 2002 حيث صرحت المبحوثات كذلك أن أسباب عدم قيامهن بالكشف الطبي النسائي هو ليس لديهن مشكل صحي بنسبة 52.76% وليس لديهن وعي بأهمية إجراء الفحص بنسبة 28.84% والتكلفة المرتفعة بنسبة 9.25% أما الخدمات غير متوفرة بنسبة 3.10% إضافة إلى أسباب أخرى ذكرت سابقا .

وعندما قمنا بإدخال المتغير المستقل الحالة المهنية لمعرفة تأثيرها في سبب عدم القيام بالكشف النسائي أظهر الجدول أن 75% من المتقاعدات صرحن عدم جدوى الكشف النسائي إضافة إلى 53.8% من العاملات وحتى الغير عاملات وبنسبة 38.4% وهذا

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

يفسر أن الحالة المهنية لا تتأثر كثيرا في سبب عدم القيام بالكشف النسائي ففي ما يتعلق بالتكلفة المرتفعة الذي يعكس المستوى المعيشي وعدم الكفاية المادية للمرأة، إلا أن الرأي بعدم جدوى العلاج وإهمال صحتهم هو السبب الراجح وراء عدم القيام بالكشف النسائي. **الجدول رقم 29: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومدى القيام بالمسحة المهنية**

المجموع		لم تقم بالمسحة		قامت بالمسحة		قيام بالمسحة المهنية الحالة المهنية
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	69.8	44	30.2	19	تعمل
100	133	90.2	120	9.8	13	لا تعمل
100	5	100	5	-	-	متقاعدة
100	201	84.1	169	15.9	32	المجموع

تظهر لنا معطيات الجدول رقم 29 ومن خلال اتجاهه العام أن 84.1% لا يقمن بإجراء المسحة المهنية مقابل 15.9% يقمن بها وهذا ما وافق ما جاء به نتائج المسح الجزائري للأسرة سنة 2002 حيث أن 95.30% من السيدات في الفئة العمرية 50-59 لا يقمن بإجراء المسحة المهنية مقابل 4.70% فقط ممن تجربنها. ولما أدخلنا المتغير التابع الحالة المهنية للمبحوثات لمعرفة مدى تأثير ممارسة العمل على الإقبال على إجراء المسحة المهنية وجدنا أن 100% من المتقاعدات لا يقمن بإجرائها و 90.2% ممن لا تعملن و 69.8% ممن تعملن لا تقمن بها ولما قسنا درجة الارتباط بين المتغيرين بمعامل التوافق وجدناها تساوي -0.35 ومعناه أنها هناك علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

أي أن مكوث المتقاعدات في البيت وكذا غير العاملات بدافع التفرغ من أعباء العمل خارج البيت لا يقمن بتحليل المسحة المهنية ونفس الشيء بالنسبة للعاملات وهذا دليل واضح على أن عمل المبحوثات ليس دافعا لإجراء المسحة المهنية وقد استفسارنا عن مكان إجراء المسحة رغم ضآلة نسبة المبحوثات حيث مثلن 15.4%

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

فقط من إجمالي العينة لمعرفة العلاقة بين مكان إجراء المسحة المهبلية والحالة المهنية لهن بين الجدول 30 ذلك كما يلي :

الجدول رقم 30: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومكان إجراء المسحة المهبلية

المجموع		طبيب خاص		مستشفى		قيام بالمسحة المهبلية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الحالة المهنية
100	19	52.6	10	47.4	9	تعمل
100	13	76.9	10	23.1	3	لا تعمل
-	-	-	-	-	-	متقاعدة
100	32	62.5	20	37.5	12	المجموع

أظهرت معطيات الجدول 30 أن 62.5% من المبحوثات يلجأن إلى طبيب خاص لإجراء المسحة المهبلية مقابل 37.5% لدى مستشفى عمومي وهنا كذلك تتوافق مع نتائج المسح الجزائري للأسرة لسنة 2002 حيث توضح البيانات كذلك أن حوالي 30% من حالات أجرت تحليل لمسحة مهبلية لدى الطبيب الخاص قام بإجراء بينما أجريت حوالي 25% من الحالات في المستشفى وحوالي 21% في مصحة خاصة وحوالي 17% في مصحة متعددة الخدمات أو المركز الصحي.

وعندنا ربطنا العلاقة بالحالة المهنية انتهينا إلى أن العاملات وغير العاملات وبنسب متتالية نوعا ما 76.9% و 52.6% يلجأن إلى الطبيب الخاص وهذا يفسره نوعية الخدمات في القطاع الخاص لسهولة الحصول عليه والسرعة في إجراءاته بعيدا عن التكلفة . فحسب ما أكدته دراسة أن أسباب اختيار المريض للطبيب وللمستشفى فهي تخضع لاعتبارات منها خطورة المرض و ازدحام العيادة وطول قائمة الانتظار اليومي...¹ فهذا ما يدفع المبحوثات لاختيار الطبيب الخاص لإجراء المسحة المهبلية فغير العاملات يفضلن الطبيب الخاص لنفس الاعتبارات السابقة فالمسألة غير متعلقة بالجانب المادي أكثر ما هي متعلقة بسرعة الحصول على الخدمة مقارنة بالمستشفى

¹محمد عصام طربية ، شادي احمد ابو خظرا : مرجع سابق ، ص 193

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

العام. وللتدقيق في أسباب عدم القيام بالمسحة المهنية أكدت معطيات الجدول رقم 31 مايلي:

الجدول رقم 31: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات وسبب عدم إجراء المسحة المهنية

المجموع	تخوف من تشخيص المرض		مخرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		عدم العلم بالأهمية		سبب عدم إجراء المسحة المهنية الحالة المهنية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	44	11.4	5	29.5	13	11.4	5	9.1	4	38.6	17	تعمل
100	120	10	12	18.3	22	18.3	22	12.5	15	40.8	49	لا تعمل
100	5	-	-	-	-	-	-	-	-	100	5	متقاعدة
100	169	10.1	17	20.7	35	16	27	11.2	19	42	71	المجموع

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أن 42% من المبحوثات لا يقمن بالمسحة المهنية كونهن لا يعرفن أهميتها وكونهن لم يلجأن إلى تلقي الكشف النسائي أيضا و 20.7% منهن مخرجات من القيام بمسحة مهبلية أما 16% فقد صرحن أن الخدمة غير متوفرة و 11.2% أكدن أن التكلفة كانت مرتفعة في حين 10.1% من المبحوثات صرحن بأنهن متخوفات من تشخيص ورم في أعضائهن التناسلية. وعندما أدخلنا الحالة المهنية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيرها في سبب عدم القيام بالمسحة المهنية وجدنا أنه 100% من المتقاعدات صرحن أنهن ليس على علم بأهمية هاته المسحة المهنية ودليل على نقص وعيهن الصحي وكذا 40.8% من غير عاملات و 38.6% من العاملات ليست على وعي بالأهمية من إجراء المسحة المهنية والاكتشاف المبكر للأورام. فعلى اختلاف الحالة المهنية للمبحوثات إلا أن ما طغى على غالبيتهن وجعله العامل المشترك بينهن هو نقص الوعي الصحي والذي يتمظهر في تصريحاتهن بعدم العلم بأهمية المسحة المهنية وكذا إحساسهن بالإحراج. مع الإشارة إلى أن عدم القيام بالكشف الطبي النسائي الدوري للاطمئنان على سلامة

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

أعضائهن التتاسلية هو ما حال دون إجراء المسحة المهبلية وحتى بقية الكشوفات اللازمة ماسوف نتطرق إليه لاحقاً.

جدول رقم 32: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات والقيام بفحصالثدي

المجموع		لم تقم بالفحص		قامت بالفحص		قيام بفحص الثدي الحالة المهنية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	54	34	46	29	تعمل
100	133	56.4	75	43.6	58	لاتعمل
100	5	80	4	20	1	متقاعدة
100	201	56.2	113	43.8	88	المجموع

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 32 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به. وقد ذهبت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة عام 2002 الى أن 95.30% من السيدات في الفئة العمرية 50-59 سنة لا يقمن بفحص طبي للتدبين مقابل 4.70% يقمن به. وعند إدخال متغير الحالة المهنية لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على إجراء فحص الثدي وجدنا أن 80% من النساء المتقاعدات لا يقمن بالفحص و 56.4% من غير العاملات لا يقمن به كذلك أما 46% من العاملات فيقمن به ولما قمنا بحساب معامل التوافق لقياس درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناها علاقة عكسية متوسطة -0.45. وما شابهه في إجراء الأشعة على التدبين حيث أكدت نتائج الجدول رقم 33 مايلي :

الجدول رقم 33: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات مدى إجراء الأشعة

على التدبين

المجموع		لم تقم بالأشعة		قامت بالأشعة		قيام بالأشعة على الثدي الحالة المهنية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	52.4	33	47.6	30	تعمل
100	133	73.7	98	26.3	35	لاتعمل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	5	60	3	40	2	متقاعدة
100	201	66.7	134	33.3	67	المجموع

من الملاحظة الأولى للجدول يظهر لنا أن اتجاهه العام نحو عدم القيام بالأشعة على الثديين بنسبة 66.7% مقابل 33.3% يقمن به .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو الحالة المهنية للكشف عن تأثيره في إقبال النساء على إجراء هذا الكشف المهم والمبكر على أورام سرطانية قد تهدد حياة المرأة وجدنا أن غير العاملات من النساء لا يقمن بالأشعة على الثدي بنسبة 73.7% و 52.4% من العاملات كذلك لا يقمن وحتى المتقاعدات وبنسبة 60% أيضا ولما قسنا درجة الارتباط بين المتغيرين بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي -0.40 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين. أي أن الإقبال الضعيف للمبحوثات على إجراء الكشف الطبي النسائي هو من حرمهن من إجراء فحص الثدي وحتى الأشعة على الثدي مهما كانت الحالة المهنية للمبحوثات ولما استفسرنا على سبب عدم قيام النساء بفحص الثدي جاء الجدول رقم 34 يبين أسباب ذلك كالتالي :

الجدول رقم 34: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و سبب عدم اجراء الفحص على الثدي :

المجموع		التهاون		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا تعتقدن ذلك يساعد		سبب عدم اجراء فحص الثدي الحالة المهنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	34	26.5	9	26.5	9	17.6	6	11.8	4	17.6	6	تعمل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	75	20.3	15	20	15	20	15	14.7	1	25.3	19	لاتعمل
100	4	75	3	-	-	-	-	-	-	25	1	متقاعدة
100	113	23.9	27	21.2	24	18.6	21	13.3	1	23.0	26	المجموع

فمن خلال معطيات الجدول رقم 34 يتضح لنا أن اتجاهه العام نحو التهاون في عدم إجراء فحص الثدي بنسبة 23.9% و 23% من المبحوثات صرحن أنهن لا يرين إجراء فحص الثدي ذو فائدة تساعد بينما 21.2% منهن صرحت أنها محرجة من إجراء هذا الفحص بينما 18.6% و 13.3% من المبحوثات أرجعت سبب ذلك إلى عدم توفر الخدمة والتكلفة مرتفعة. ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية وجدنا أن 75% من المتقاعدات متهاونات في إجراء الفحص و 25.3% من غير العاملات لم يرين جدوى من إجراء الفحص و 26.5% من العاملات يرين أنهن محرجات من أداء الفحص الثدي وهذا يفسره نقص الوعي الصحي بأهمية فحص الثديين في هذه المرحلة العمرية على الأقل مرتين في السنة ومالفتنا انتباهنا من خلال نزولنا للميدان أن النساء المتهاونات في إجراء الفحص يصرحن أنهن يشتكين من الآلام في الثدي ويعلمن أنهن في سن حرجة ومعرضات لخطر السرطان إلا أنهن يفضلن أن يعانين في صمت، ويعترفن بالتهاون والتقصير في حق أنفسهن. فمهما كانت حالتهم المهنية التي توفر للمبحوثات نوعاً من الاستقلالية المادية والمعنوية في الخروج من البيت لزيارة الطبيب وإجراء كل الفحوصات الدورية إلا أن التهاون والتقصير في حق صحتهم ولكي نبين أكثر تأثير الحالة المهنية على مكان إجراء الفحص على الثديين في مجمله بنينا الجدول رقم 35 حيث بينت معطياته ما سيأتي :

المجموع		طبيب خاص		مستشفى		مكان فحص الثدي	الحالة المهنية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	29	62.1	18	37.9	11	تعمل
100	58	67.2	39	32.8	19	لا تعمل
100	1	100	1	-	-	متقاعدة
100	88	65.9	58	34.1	30	المجموع

الجدول رقم 35: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات ومكان إجراء فحص

الثدي

من اتجاهه العام وضحت معطيات الجدول 35 أن 65.9 % من النساء يلجأن إلى الطبيب الخاص مقابل 34.1 % إلى المستشفى للقيام بفحص الثدي وكانت نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة أن وبلغت نسبة من أجرين فحصا طبيا للتدبين ونسبتهن 4.7% حيث قام الطبيب الخاص بإجراء فحص 54% من الحالات وتم حوالي 23 % بالمستشفى و 17% في مصحة خاصة.

وبإدخالنا متغير الحالة المهنية للكشف عن تأثيره على مكان تلقي فحص الثدي اكتشفنا أن 100% من المتقاعدات وجهتهن الطبيب الخاص و 67.2 من غير العاملات و 62.1 من العاملات يقمن بها عند طبيب خاص ويظهر أن ممارسة المبحوثات للعمل لا يؤثر بصفة أساسية على اختيار النساء للطبيب الخاص أو العام بل نوعية الخدمة و سرعتها لدى الطبيب الخاص.

الجدول رقم 36: يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمبحوثات و مدى تناولهن

العلاج الهرموني

المجموع		لم تقم بالعلاج الهرموني		قامت بالعلاج الهرموني		قيام بالعلاج الهرموني الحالة المهنية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	85.7	54	14.3	9	تعمل
100	133	85.7	144	14.3	19	لا تعمل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	5	100	5	-	-	متقاعدة
100	201	86.1	173	13.9	28	المجموع

من خلال ملاحظة الجدول رقم 36 يتوضح لدينا أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم القيام بتناول العلاج الهرموني بنسبة 86.1 % مقابل 13.9% يتناولونه وهذا ما أفادته نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 حيث 96.7% من السيدات في الفئة العمرية 50-59 سنة لا يقمن بتناول العلاج الهرموني اما 3.3% يتناولونه. ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة المهنية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال النساء على تناول العلاج الهرموني للتخفيف من أعراض مرحلة ما بعد الخصوبة والتقليل من وطأة الاضطرابات وجدنا أن 85.7 % من النساء العاملات وغير العاملات لا يقمن به إطلاقاً ومهما اختلفت حالتهم المهنية وحتى 100% من النساء المتقاعدات . ولما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي 0.37 مما يدل على وجود علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين .ولما أردنا معرفة الأسباب عدم الإقبال على العلاج المهم للتخفيف من اعراض واضطرابات هاته المرحلة ولقد أكدت نتائج الجدول رقم 1¹ ومن خلال اتجاهه العام نحو عدم العلم بوجود العلاج الهرموني وذلك بنسبة 51.7 % مقابل 48.3 يعلمن بوجود هذا النوع من العلاج .

أي أن أغلبية النساء لا يعلمن بوجود العلاج الهرموني مهما كانت حالتهم المهنية فالعاملات يعلمن بوجود العلاج الهرموني إلا أنهن لا يقمن بتناوله إلى درجة أن صرحت إحدى المبحوثات بقولها « علابالي بلي مليح ويفيدني بصح راجلي ميستا هلش ننداوى على جالو سوفريت معاه بزاف في صغري » وصرحت أخرى كذلك « سمعت بلي يدير هذاك المرض ربي يحفظنا أنا منشربوش نخاف على روجي » فنقص الوعي بأهمية العلاج والتخوف منه كذلك إضافة إلى خلفيات اجتماعية هي التي حالت دون تناول العلاج الهرموني بغض النظر على الحالة المهنية .

¹انظر الملاحق رقم 1

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

2.2 العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وإقبال المبحوثات على برامج الرعاية

الصحية :

ومن مؤشرات المكانة الاجتماعية الدخل الإجمالي للأسرة التي تمارسها المرأة وقد قمنا بربطها بمؤشرات برامج الرعاية الصحية وقد توصلنا إلى ما يلي :

الجدول رقم 37: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وقيام المبحوثات بكشف طبي النسائي

المجموع		لا		نعم		قيام بالكشف النسائي الدخل الإجمالي للأسرة
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	39	48.7	19	51.3	20	أقل من 10000 دج
100	39	64.1	25	35.9	14	10000-15000 دج
100	33	69.7	23	30.3	10	15000-20000 دج
100	27	51.9	14	48.1	13	20000-25000 دج
100	63	34.9	22	65.1	41	25000 دج فأكثر
100	201	51.2	103	48.8	98	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 37 ، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم إجراء الكشف النسائي بنسبة 51.2% مقابل 48.8% يقمن به. ولما أدخلنا المتغير المستقل الدخل الشهري الإجمالي للأسرة تبين لنا أنه 65.1% من نوات الدخل 25000 دج فأكثر يقمن بالكشف النسائي ، 51.3% ممن دخلهن أقل من 10000 دج يقمن بها أيضا ، أما 69.7% من نوات الدخل 15000-20000 لا يقمن به و64.6% من نوات الدخل 10000-15000 لا يقمن به كذلك.

ولما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي -0.37 مما يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة بين الدخل وإجراء الكشف النسائي فكلما ارتفع دخل الأسرة الإجمالي قل إقبال النساء على إجراء الكشف النسائي وهذا يتأكد في نوات الدخل 10000-15000 و 15000-20000 وحتى 2000-25000. أما نوات الدخل المنخفض أقل من 10000 فيقمن به فربما تعلق الأمر بضرورة إجراء الفحص وشدة المرض مما دفع نوات الدخل المنخفض لإجراء الكشف الطبي النسائي .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

وأما في ما يتعلق بعلاقته دخل المبحوثات الإجمالي للأسرة بأسباب عدم قيام النساء بالكشف النسائي جاءت نتائج الجدول التالي لتؤكد ما يلي :

الجدول رقم 38 يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم قيام المبحوثات بكشف طبي نسائي

المجموع		التهاون		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا تعتقدن ذلك يساعد		سبب عدم اجراء الكشف النسائي الدخل الإجمالي للأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	19	26.3	5	15.8	3	15.8	3	15.8	3	26.3	5	أقل من 10000 دج
100	25	12	2	20	5	12	3	8	2	48	12	10000-15000 دج
100	23	21.7	5	26.1	6	17.4	4	8.7	2	26.1	6	15000-20000 دج
100	15	13.3	2	6.7	1	13.3	2	13.3	2	53.3	8	20000-25000 دج
100	21	4.8	1	14.3	3	9.5	2	4.8	1	66.7	14	25000 دج فأكثر
100	103	15.5	16	17.5	18	13.6	14	9.7	10	43.7	45	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 38 يتضح لنا أن 43.7% من المبحوثات لا يقمن بالكشف النسائي لأنهن لا يرينه يساعد في شيء، أما 17.5% يرين أنهن محرجات من أجراء الكشف و 15.5% يرين أنهن متهاونات في إجراء الكشف النسائي أما 13.6% وجدن الخدمة غير متوفرة في المستشفى أما 9.7% أرجعنه للعامل الاقتصادي وهو غلاء التكلفة ولما ربطناه بمتغير المستقل والمتمثل في الدخل الإجمالي لمعرفة مدى تأثيره على إقبال النساء على إجراء الكشف النسائي وجدنا أن 66.7% من ذوات الدخل المرتفع 25000 دج و 53.3% من ذوات 20000-25000 دج يرين أن الكشف لا يساعدهن في شيء وغير مهم لهن وحتى 48% من ذوات الدخل المنخفض 15000-10000 دج يرين نفس الشيء .

أما غلاء التكلفة فلم يكن العائق الجوهري أمام المبحوثات لإجراء الكشف الطبي النسائي بل نقص الوعي بأهمية الكشف والتهاون وإهمال صحتهن هو ما انعكس على الإحجام على إجراء الكشف.

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

أما عن مكان إجراء الكشف النسائي وعلاقته بدخل النساء فقد جاءنا الجدول 40 بما يلي :

الجدول رقم 39: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومكان قيام المبحوثات بالكشف الطبي النسائي

المجموع		طبيب خاص		مستشفى		مكان الكشف النسائي الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	20	50	10	50	10	أقل من 10000 دج
100	14	85.	12	14.3	2	10000-15000 دج
100	10	30	3	70	7	15000-20000 دج
100	13	53.8	7	46.2	6	20000-25000 دج
100	41	78	32	22	9	25000 دج فأكثر
100	88	65.3	64	34.7	34	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 39 يتضح لنا أن 65.3 % من المبحوثات يقمن بالكشف النسائي لدى طبيب خاص مقارنة بـ 34.7 % منهن يقمن به في المستشفى، وبعدها قمنا بربطه بمتغير الدخل الإجمالي للأسرة اتضح لنا أنه 85.7% من نوات الدخل 10000-15000 دج و 78% من نوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 وكذلك يقمن بها لدى طبيب خاص أما 70 % من نوات الدخل 15000-20000-25000 يقمن بها في المستشفى وهذا دليل على أن الدخل لا يؤثر في وجهة النساء نحو طبيب خاص أو مستشفى لأجراء الكشف النسائي. فذوات الدخل المنخفض أقل من 10000 بنسبة 50% منهن وجهتهن الطبيب الخاص فدخلهن المنخفض لم يؤثر في قرارهن لزيارة طبيب خاص رغم غلاء كلفته مقارنة بالطب المجاني إلا أن شدة المرض وسرعة الحصول على الخدمة هو ما دفعهن لذلك وينطبق الأمر بالنسبة لباقي المستويات .

الجدول رقم 40: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وإجراء المبحوثات للمسحة المهبلية

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المجموع		لا		نعم		قيام بالمسحة المهبلية الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	39	92.3	36	7.7	3	أقل من 10000 دج
100	39	94.9	37	5.1	2	10000-15000 دج
100	33	93.9	31	6.1	2	15000-20000 دج
100	27	88.9	24	11.1	3	20000-25000 دج
100	63	65.1	41	34.9	22	25000 دج فأكثر
100	201	84.1	169	15.9	32	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 40 نلاحظ أن اتجاهه العام نحو عدم إجراء المسحة المهبلية 84.1% مقابل 15.9%، ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو الدخل الإجمالي للأسرة لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على إجراء المسحة المهبلية وجدنا 94.9% من ذوات الدخل 15000-10000 دج و 93.9% من ذوات الدخل 20000-15000 دج لا يقمن بالمسحة المهبلية وأنه مهما كان مستوى الدخل الإجمالي للأسرة فإن المبحوثات لا يجربن المسحة المهبلية و لما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي 0.24 وهي علاقة طردية ضعيفة أي كلما قل الدخل الإجمالي للأسرة كلما قل الإقبال على إجراء المسحة المهبلية ولما قمنا بسؤال المبحوثات حول أسباب عدم القيام بالمسحة المهبلية جاءت نتائج جدول 42 بما يلي:

الجدول رقم 41: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم إجراء المبحوثات للمسحة المهبلية

المجموع	التخوف من	محرجة	الخدمة غ.	التكلفة مرتفعة	لا تعتقدن ذلك	سبب عدم إجراء
---------	-----------	-------	-----------	----------------	---------------	---------------

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

		وجود مرض				متوفرة				يساعد		المسحة المهبلية الدخل الإجمالي للأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	8.3	3	19.4	7	27.8	10	22.2	8	22.2	8	أقل من 10000 دج
100	37	8.1	3	16.2	6	18.9	7	10.8	4	45.9	17	10000-15000 دج
100	31	16.1	5	19.4	6	12.9	4	6.5	2	45.2	14	15000-20000 دج
100	24	8.3	2	29.2	7	-	-	20.8	5	41.7	10	20000-25000 دج
100	41	9.8	4	22	9	14.6	6	-	-	53.7	22	25000 دج فأكثر
100	169	10.1	17	20.7	35	16	27	11.2	19	42	71	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول 41 يظهر جليا أن سبب عدم قيام المسحة المهبلية هو رأي المبحوثات بعدم اعتقادهن أن المسحة المهبلية تساعدن في تحسين صحتهن بنسبة 42% و 20.7% من هن صرحن أنهن محرجات من أجزائها. أما 16% من المبحوثات صرحن بعدم توفر خدمة المسحة المهبلية في المستشفى و 11.2% صرحن بغلاء الكلفة و 10.1% صرحن أنهن متخوفات من تشخيص مرض خطير في أعضائهن التناسلية .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو دخل الأسرة الإجمالي وجدنا أن 53.7% من نوات الدخل 25000 دج فأكثر و أما 45.9% من نوات الدخل 15000-20000 دج و 41.2% من نوات الدخل 20000-25000 دج صرحن كلهن أنهن لا يعتقدن بأهمية المسحة المهبلية ومساعدتهن في شيء، فنقص الوعي بالنسبة لنوات الدخل المرتفع نوعا ما، أما نوات الدخل المنخفض الأقل من 10000 دج بنسبة 27.8%

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

صرحن أن سبب عدم إجرائها للمسحة المهبلية هو عدم توفر الخدمة و22.2% غلاء الكلفة تقف فعلا عائقا أمام المبحوثات لإجراء المسحة المهبلية ، أما عن مكان إجراء المسحة المهبلية وعلاقتها بالدخل الإجمالي للأسرة جاءت نتائج الجدول 42 توضح لنا ما يلي:

الجدول رقم 42: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة ومكان إجراء المبحوثات للمسحة المهبيلة

المجموع		طبيب خاص		مستشفى		مكان قيام بالمسحة المهبلية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الدخل الإجمالي للأسرة
100	3	66.7	2	33.3	1	أقل من 10000 دج
100	2	100	2	-	-	10000-15000 دج
100	2	100	2	-	-	15000-20000 دج
100	3	33.3	1	66.7	2	20000-25000 دج
100	22	59.1	13	40.9	9	25000 دج فأكثر
100	32	62.5	20	37.5	12	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 42 يتضح أن مكان إجراء المسحة المهبلية لدى غالبية النساء هو الطبيب الخاص ب62.5% مقابل 37.5% يقمن بها في المستشفى ولما ربطناه بمتغير الدخل الإجمالي للأسرة وجدنا أنه مهما كان دخل المبحوثات منخفض ف100% من نوات الدخل 10000-15000 دج و 20000-150000 فأنهن يلجان للطبيب الخاص و 66.7% من نوات الدخل الأدنى أقل من 10000 يجريه لدى الطبيب الخاص كذلك أما 59.1% من نوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 فيقمن به لدى طبيب الخاص فالدخل لا يؤثر بصفة مباشرة في اللجوء لطبيب خاص أو مستشفى وإنما سرعة الخدمة وتوفرها لدى الطبيب الخاص مهما كانت كلفتها فشدة المرض واضطرار المبحوثة للقيام بالمسحة هو ما يدفعها للإجراء على الخدمة لدى طبيب خاص لضمان السرعة في التشخيص والدقة كذلك أما نوات الدخل المرتفع فإجرائهن للمسحة المهبلية فقد صرحن أنهن يمتلكن

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

واسطة من معارفهن من تعمل كمرضة أو طبيبة في المستشفى العام وقد سهلت لها اجرائها في المستشفى مع نوعية رفيعة من الاهتمام التي تحظى به فهي تمتلك امتيازاً لا تنتظر في الطابور اليومي، إضافة إلى مجانية العلاج .

الجدول رقم 43: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وإجراء المبحوثات للفحص على الثديين

المجموع		لا		نعم		فحص الثدي الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	39	51.3	20	48.7	19	أقل من 10000 دج
100	39	59	23	41	16	10000-15000 دج
100	33	57.6	19	42.4	14	15000-20000 دج
100	27	63	17	37	10	20000-25000 دج
100	63	54	34	46	29	25000 دج فأكثر
100	201	56.2	113	43.8	88	المجموع

من خلال الجدول رقم 43 فإن اتجاهه العام يتجه نحو عدم إجراء فحص الثدي بنسبة 56.2 و 43.8% يقمن به .

ولما أدخلنا متغير الدخل الإجمالي لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بفحص الثدي فوجدنا أن 63% من ذوات الدخل 20000-25000 دج و 59% من ذوات 15000-10000 لا يقمن به وحتى ذوات الدخل 15000-20000 دج لا يقمن بفحص الثدي بنسبة 57.6 دج ولما قمنا بحساب كا² لمعرفة هل هناك علاقة بين المتغيرين وجدنا كا² المحسوبة تساوي 4.59 وهي أقل من كا² الجدولية التي تساوي 9.488 وهي أكبر من كا² المحسوبة عند مستوى الدلالة 4 ودرجة الحرية 5% وهذا يدل على أنه لا وجود علاقة بين المتغيرين ونقبل فرضية العدم. أي أن الدخل الإجمالي للأسرة لا يؤثر في مدى إقبال المبحوثات على فحص الثدي وإنما هناك متغيرات أخرى .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

ولما سألنا المبحوثات عن مكان إجراء فحص الثدي وعلاقته بدخلهن الاجمالي بنينا الجدول رقم 44 وكانت نتائجه كالتالي :

الجدول رقم 44:يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وإجراء المبحوثاتلفحص على الثديين

المجموع		طبيب خاص		المستشفى		مكان إجراء فحص الثدي الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	19	68.4	13	31.6	6	أقل من 10000 دج
100	16	56.3	9	43.8	9	10000-15000 دج
100	14	71.4	10	28.6	4	15000-20000 دج
100	10	80	8	20	2	20000-25000 دج
100	29	62.1	18	37.9	11	25000 دج فأكثر
100	88	65.9	58	34.1	30	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 44 يتضح أن 65.9% يقمن بالفحص على الثدي عند طبيب خاص أما 34.1 فيقمن بها في مستشفى ولما أدخلنا المتغير المستقل دخل الأسرة الإجمالي لمعرفة مدى تأثيره على وجهة النساء لتلقي الفحص وجدنا أن 80% من ذوات الدخل 25000-20000 دج يقمن به لدى طبيب خاص و 71.4% من ذوات الدخل 20000-15000 دج كذلك و حتى ذوات الدخل المنخفض وبنسبة 56.3% يقمن به عند طبيب خاص

فالدخل يؤثر نسبيا في مدى إقبال النساء على إجراء فحص الثدي في طبيب خاص إضافة إلى مزايا الطبيب الخاص من سرعة ودقة الفحوصات .

الجدول رقم 45:يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وإجراء المبحوثاتللأشعة على

الثديين

المجموع		لا		نعم		إجراء الأشعة على الثديين الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	39	79.5	31	20.5	8	أقل من 10000 دج
100	39	76.	30	23.1	9	10000-15000 دج
100	33	63.	21	36.4	12	15000-20000 دج
100	27	63	17	37	10	20000-25000 دج
100	63	55.6	35	44.4	28	25000 دج فأكثر
100	201	66.7	134	33.3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول 45 والذي يظهر عدم قيام المبحوثات للأشعة على الثدي بنسبة 66.7% مقابل 33.3% . وعند إدخال المتغير المستقل دخل الأسرة الإجمالي وجدنا أن 79.5% من المبحوثات من نوات الدخل المنخفض أقل من 10000 دج لا يقمن به و 76.9% من نوات الدخل 10000-15000 دج وحتى 55.6% من نوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 دج لا يقمن به أي أن متغير الدخل الإجمالي لا يؤثر بصفة مباشرة على تلقي الأشعة على الثدي ، وإنما هناك أسباب تقف وراء ذلك حاولنا معرفتها من خلال معطيات الجدول رقم 46 يوضح سبب عدم إقبال المبحوثات على إجراء الأشعة على ا

الجدول رقم 46: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وسبب عدم إجراء المبحوثات للفحص على الثديين

المجموع		التهاون		مخرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم إجراء فحص الثدي الدخل الإجمالي للأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	20	30	6	25	5	10	2	15	3	20	4	أقل من 10000 دج
100	23	13	3	34.8	8	13	3	13	3	26.1	6	10000-15000 دج

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	19	21.1	4	10.5	2	26.3	5	21.1	4	21.1	4	15000-20000 دج
100	17	23.5	4	5.9	1	29.4	5	17.6	3	23.5	4	20000-25000 دج
100	34	29.4	10	23.5	8	17.6	6	5.9	2	23.5	8	25000 دج فأكثر
100	11	3	27	21.2	24	18.6	21	13.3	15	23	26	المجموع

فمن خلال اتجاه العام للجدول رقم 46 اتضح لنا أن 23.9% من المبحوثات أقررن أنهن متهاونات في أداء الفحص على الثدي و 23% منهن كذلك رأين أن الفحص لن يساعدهن في شيء و 21.2% صرحن كذلك أنهن محرجات من أداء هذا الفحص الضروري وبينما 18.6% و 13.3% رأين أن الخدمة غير متوفرة والتكلفة مرتفعة على التوالي. أما لما أدخلنا المتغير المستقل وهو الدخل الإجمالي للأسرة وجدنا أنه 30% من ذوات الدخل المنخفض أقل من 10000 دج و 29.4% من ذوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 دج صرحن أنهن متهاونات في أداء الفحص أما 34.8% من ذوات الدخل 10000-15000 دج محرجات من أداء الفحص .

فالتهاون وعدم الاعتقاد بمساعدة الفحص للنساء في الاهتمام بصحتهن أو التخفيف عليهن هو الغالب الأعم من أسباب النساء والتي وقفت بينهم وبين إجراء كشف النسائي فحتى الدخل لم يؤثر على إقبالهن بل اتجاهاتهم السلبي نحو العلاج من تهاون وإحراج .

الجدول رقم 47: يبين العلاقة بين الدخل الإجمالي للأسرة وتناول المبحوثات للعلاج الهرموني

المجموع		لا		نعم		العلاج الهرموني الدخل الإجمالي للأسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	39	92.	36	7.7	3	أقل من 10000 دج
100	39	82.	32	17.9	7	10000-15000 دج

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	33	97	32	3	1	15000-20000 دج
100	27	92.	25	7.4	2	20000-25000 دج
100	63	76.	48	23.8	15	25000 دج فأكثر
100	201	86.1	173	13.9	28	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 47 يتضح أن اتجاهه العام نحو عدم تناول العلاج الهرموني بنسبة 86.1% مقابل 13.9% لا يتناولن العلاج الهرموني ولما أدخلنا متغير المستقل الدخل الإجمالي للأسرة لمعرفة مدى تأثيره على تناول النساء للعلاج الهرموني توضح لدينا أن 97% من ذوات الدخل 15000-20000 دج وحتى 92.3% من ذوات الدخل أقل من 10000 دج لا يتناولن العلاج الهرموني ولما قمنا بحساب χ^2 لمعرفة هل هناك علاقة بين المتغيرين توصلنا إلى أن χ^2 الجدولية وهي 9.488 أصغر من χ^2 المحسوبة 12.85 عند مستوى الدلالة 5% ومنه هناك علاقة جوهرية بين المتغيرين ولما قسنا درجة العلاقة بمعامل التوافق وجدناها تساوي 0.71 وهي علاقة طردية قوية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع الدخل الإجمالي للأسرة كلما قل إقبال المبحوثات على تناول العلاج الهرموني .

المبحث الثالث: العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات وإقبالهن على برامج الرعاية الصحية

المجموع		لم تقم بالاستشارة		قامت بالاستشارة		القيام استشارة مستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	تكرار	
100	71	50.7	36	49.3	35	أمي
100	63	42.9	27	57.1	36	ابتدائي
100	30	36.7	11	63.3	19	متوسط
100	25	16	4	84.0	21	ثانوي
100	11	27	3	75	9	جامعي

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

100	201	40.3	81	59.7	120	المجموع
-----	-----	------	----	------	-----	---------

الجدول رقم 48: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات والقيام باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

من خلال إتجاه العام للجدول رقم 48 نحو تلقي الاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث بنسبة 59.7% من المبحوثات قمنا بها ، مقارنة ب40.3% لم تقمن بها . ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو المستوى التعليمي للمبحوثات وجدنا أن 84% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي و 75% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يقمن بها أيضا ، أما الأميات وبنسبة 50.7% لا يقمن بالاستشارة ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.41 وهي علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

ولما سألنا المبحوثات التي لم يقمن بالاستشارة عن أسباب إحجامهن عن الإستشارة فأجبن حسب الجدول رقم 49 كالأتي

الجدول رقم 49: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات وسبب عدم القيام باستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

المجموع	التهاون		اللامبالاة		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم الاستشارة مستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	36	19.4	7	22.8	8	16.7	6	8.3	3	11.1	4	22.2	8	أمي
100	27	18.5	5	29.6	8	11.1	3	3.7	1	11.1	3	25.1	7	ابتدائي
100	11	27.3	3	9.1	1	18.2	2	-	-	-	-	45.5	5	متوسط
100	4	25	1	50	2	25	1	-	-	-	-	-	-	ثانوي
100	3	-	-	100	3	-	-	-	-	-	-	-	-	جامعي
100	81	19.8	16	27.8	22	14.8	12	4.9	4	8.6	7	24.7	20	المجموع

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

من خلال الجدول رقم 49 يتضح لنا أن اتجاهه العام نحو اللامبالاة بالاستشارة المتعلقة بانقطاع الطمث بنسبة 27.8% و عدم اعتقاد المبحوثات بمساعدة الاستشارة لهن في التخفيف من تلك الأعراض وذلك بنسبة 24.7% و 19.8% من المبحوثات صرحن أنهن متهاونات في أداء الاستشارة و 14.8% من المبحوثات صرح كذلك بالإحراج من القيام بها .

ولما ربطناه بالمتغير المستقل وهو المستوى التعليمي وجدنا أن ذوات المستوى الجامعي وبنسبة 100% و 50% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي غير مباليات بالاستشارة و 45.5% من ذوات المستوى المتوسط لا يقمن بالاستشارة كونهن لا يعتقدنها تساعدهن على التخفيف من تلك الأعراض أي أن اللامبالاة والتهاون وعدم اعتقاد مساعدة الاستشارة هي الأسباب الراجحة مهما كان المستوى التعليمي التي وصلت إليه المبحوثات وما يشير بالنقلة الوعيا للصحيوا لإهما لا الواضحا لصحتهن.

الجدول رقم 50: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات و القيام بالكشف

الطبي النسائي

المجموع		لم تقم		قامت		الكشف النسائي المستوى التعليمي
النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	
100	71	64.8	46	35.2	25	أمي
100	63	50.8	32	49.2	31	ابتدائي
100	30	46.7	14	53.3	16	متوسط
100	25	16	4	84	21	ثانوي
100	12	58.3	7	41.7	5	جامعي
100	201	51.2	103	48.8	98	المجموع

من خلال الجدول رقم 50 ومن خلال اتجاهه العام 51.2% من المبحوثات لا يقمن بالكشف النسائي و 48.8% يقمن بها ولما أدخلنا متغير المستوى التعليمي لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات في القيام بالكشف النسائي وجدنا أن 84% من ذوات

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المستوى التعليمي الثانوي قمن بالكشف النسائي أما 58.3% من ذوات المستوى الجامعي و64.8% من المبحوثات الأميات لم يقمن بالكشف النسائي ولما قمنا بحساب معامل التوافق لقياس درجة الارتباط بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.19 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

أما عن أسباب المبحوثات في عدم قيامهن بالكشف الطبي النسائي جاءت نتائج الجدول رقم 51 الآتي بما يلي :

الجدول رقم 51: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات و سبب عدم القيام بكشف الطبي النسائي

المجموع	التخوف		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم إجراء فحص النسائي مستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	45	20	9	24.4	11	15.6	7	11.1	5	28.9	13	أمي
100	32	9.4	3	9.4	3	15.6	5	15.6	5	50	16	ابتدائي
100	15	13.3	2	20	3	13.3	2	-	-	53.3	8	متوسط
100	4	25	1	25	1	-	-	-	-	50	2	ثانوي
100	7	14.3	1	-	-	-	-	-	-	85.7	6	جامعي
100	103	15.5	16	17.5	18	13.6	14	9.7	10	43.7	45	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 51 فإن 43.7% من المبحوثات صرحن أن عدم إجرائهن الكشف الطبي النسائي راجع الى عدم اعتقادهن بمساعدته لهن في تحسين صحتهن و17.5% من المبحوثات صرحت بكونها محرجة من هذا الكشف

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

و15.5% من المبحوثات صرحت أنهن متخوفات من تشخيص أمراض خطيرة لديهن

ولما أدخلنا متغير المستوى التعليمي لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على إجراء الكشف الطبي النسائي فوجدنا أن 85.7% من ذوات المستوى الجامعي و53.3% من ذوات المستوى المتوسط و50% من ذوات المستوى الابتدائي والثانوي لا يرين أن إجراء المسحة يساعدن في تحسين صحتهن ، فالوعي الصحي هو السبب الحقيقي وراء عدم قيام النساء بالكشف الطبي النسائي مهما اختلف مستواهن التعليمي.

الجدول رقم 52: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات ومدى

إجرائهن للمسحة المهبلية

المجموع الجزئي		لا تقوم		تقوم		تلقي المسحة المهبلية المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	تكرار	
100	71	91.5	65	8.5	6	أمي
100	63	92.1	58	7.9	5	ابتدائي
100	30	86.7	26	13.3	4	متوسط
100	25	56	14	44	11	ثانوي
100.	12	50	6	50	6	جامعي
100	201	84.1	169	15.9	32	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 52 نلاحظ أن 84.1% من المبحوثات لا يجرين مسحة مهبلية و15.9% منهن فقط يجرينها ،

ولما أدخلنا المتغير المستقل المستوى التعليمي للمبحوثات وجدنا أنه 92.1% من المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي لا يجرين المسحة المهبلية وكذلك 91.5% من الأميات و86.7% من ذوات المستوى المتوسط و56% من

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

ذوات المستوى الثانوي و50% من ذوات المستوى الجامعي وكلما انخفض المستوى التعليمي كلما نقص الإقبال على إجراء المسحة المهنية ولما قمنا بحساب χ^2 لمعرفة هل هناك علاقة بين المستوى التعليمي وإجراء المسحة المهنية وجدنا χ^2 الجدولية تساوي 9.488 و χ^2 المحسوبة تساوي 31.19 عند مستوى الدلالة 5% أي انه هناك علاقة بين المتغيرين ونرفض فرضية العدم ولمعرفة درجة العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق ووجدناه 0.31 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 53: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات وسبب عدم إجرائهن للمسحة المهنية

المجموع	تخوف من تشخيص أي مرض		مخرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		عدم معرفة الاهمية		سبب عدم إجراء المسحة المهنية مستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	65	9.2	6	20	13	15.4	10	12.3	8	43.1	28	أمي
100	58	12.1	7	13.8	8	19	11	17.2	10	37.9	22	ابتدائي
100	26	3.8	1	38.5	10	15.4	4	3.8	1	38.5	10	متوسط
100	14	14.3	2	14.3	2	14.3	2	-	-	57.1	8	ثانوي
100	6	16.7	1	33.3	2	-	-	-	-	50	3	جامعي
100	169	10	17	20.7	35	16	27	11.2	19	42	71	المجموع

وبعدما قمنا بسؤال المبحوثات عن سبب عدم إجرائهن للمسحة المهنية جاءت إجابتهن كالتالي : من خلال الاتجاه للجدول رقم 56 يتضح لنا أن 42% من المبحوثات صرحن أنهن لسا على علم بأهمية المسحة المهنية و 20.7% منهن صرحن أنهن مخرجات من إجرائها و 16% كذلك صرحن أن الخدمة غير متوفرة لديهن و 11.2% صرحن ان التكلفة مرتفعة وعندما قدمنا بإدخال المتغير المستقل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

لمعرفة مدى تأثيره على اتجاه النساء لإجراء المسحة المهبلية وجدنا أن 57.1% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي صرحن انهن لا يعلمن أهميتها و 50% من ذوات المستوى الجامعي وهذا مايفسر عدم اطلاعهن على المعلومات الطبية و 43.1% من ذوات الأميات كذلك صرحن بعدم معرفتهن لأهميتها أي أن المستوى التعليمي ليس متغير مؤثر في اتجاه المبحوثات نحو إجراء المسحة المهبلية وإنما إهمالهن لصحتهن وتهاونهن في استقاء المعلومات الصحية هو السبب وراء عدم اجراء المسحة المهبلية .

الهرموني وهذا بسبب اتاجههن السلبي نحو العلاج الهرموني وعدم معرفتهن بوجود هذا النوع من العلاج

الجدول رقم 54: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات و اجرائهن للفحص

الطبي على الثدي

المجموع		لا		نعم		تلقت فحص الثدي المستوى التعليمي
النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	
100	71	60.6	43	39.4	28	أمي
100	63	50.8	32	49.2	31	ابتدائي
100	30	73.3	22	26.7	8	متوسط
100	25	44	11	56	14	ثانوي
100	12	41.7	5	58.3	7	جامعي
100	201	56.2	113	43.8	88	المجموع

من خلال الاتجاه للجدول رقم 54 يتضح لنا أن 56.2% من المبحوثات لا يجرين فحص الثدي مقابل 88% يجرينه ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو المستوى التعليمي وجدنا أن 73.3% من ذوات المستوى التعليمي المتوسط لا يجرينها إضافة إلى 60.6% من الأميات و 50.8% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي لا يجرين الفحص على الثدي أما 58.3% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يقمن

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

بها و56% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي يقمن بها ايضا ولما قمنا بحساب معامل التوافق بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.10 وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا بين المتغيرين .ولما سألنا المبحوثات عن سبب عدم قيامهن بالفحص الثدي كانت الاجابة كالتالي :

الجدول رقم 55: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات و سبب عدم اجرائهن للفحص الطبي على الثدي

المجموع	التهاون		محرجة		الخدمة غ. متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم إجراء فحص الثدي المستوى التعليمي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	43	20.9	9	27.9	12	16.3	7	14	6	20.9	9	أمي
100	32	25	8	9.4	3	21.9	7	18.8	6	25	8	ابتدائي
100	22	27.3	6	22.7	5	13.6	3	4.5	1	31.8	7	متوسط
100	11	27.3	3	27.3	3	36.4	4	9.1	1	-	-	ثانوي
100	5	20	1	20	1	-	-	20	1	40	2	جامعي
100	113	23.9	7	21.2	24	18.6	21	13.3	15	23	26	المجموع

من خلال الجدول رقم 55 يتضح لنا جليا من إتجاهه العام أن 23.9 % من المبحوثات أرجعن سبب عدم قيامهن بفحص الثدي إلى التهاون و 23% منهن أرجعن السبب إلى عدم الاعتقاد بمساعدة إجراء الفحص في تحسين صحتهن .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو المستوى التعليمي وجدنا أن 40% من ذوات المستوى الجامعي أرجعن سبب ذلك هو عدم اعتقاد مساعدة الفحص وأهميته و36.4% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي صرحن أن الخدمة غير متوفرة و27.3% من ذوات المستوى الثانوي والمتوسط صرحن أنهن متهاونات في إجرائها أما عن إجراء الأشعة على الثدي فالجدول رقم 56 يوضح لنا مايلي :

الجدول رقم 56: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات ومدى إجرائهن للأشعة على الثدي

المجموع الجزئي		لم تقم		قامت		اشعة الثدي المستوى التعليمي
النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	
100	71	67.6	48	32.4	23	أمي
100	63	71.4	45	28.6	18	ابتدائي
100	30	73.3	22	26.7	8	متوسط
100	26	66	14	44	11	ثانوي
100.	12	.41.7	5	.58.3	7	جامعي
100	201	66.66	134	33.33	67	المجموع

من خلال الجدول رقم 56 تبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم إجراء أشعة على الثدي بنسبة 66.66% مقابل 33.33% ولما أدخلنا متغير المستوى التعليمي لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أن 73.3% من ذوات المستوى التعليمي المتوسط و71.4% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و67.6% من الأميات لا يقمن بالأشعة على الثدي وهذا ما يدعم عدم إجرائهن للفحص على الثدي .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

أما عن علم النساء بوجود الفحص الذاتي للثدي وعلاقته بمستواهن التعليمي أكدت نتائج الجدول رقم 4¹ انه 76% من المبحوثات يعلمن بوجود الفحص الذاتي للثدي مقابل 48 % لا يعلمن بوجوده ولما أدخلنا متغير المستوى التعليمي وجدنا أن 100% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يعلمن بوجوده بينما 70% من الأميات لا يعلمن بوجوده اي ان المستوى التعليمي يلعب دور في اكتساب المعلومات الصحية.

الجدول رقم 57: يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات وتلقيهن العلاج الهرموني

المجموع الجزئي		لم تتلقى		تلقت		تلقى العلاج الهرموني المستوى التعليمي
		النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	
100	71	90.1	64	9.9	7	أمي
100	63	90.5	57	9.5	6	ابتدائي
100	30	90	27	10	3	متوسط
100	25	68	17	32	8	ثانوي
100	12	66.7	8	33.3	4	جامعي
100	201	86.1	173	13.9	28	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 57 يتضح لنا أن اتجاهه العام نحو عدم تناول العلاج الهرموني بنسبة 86.1% مقابل 13.9% يتناولنه ولما قمنا بربطه بمتغير المستوى المعيشي وجدنا أن 90.5% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و 90.2% من الأميات و 90 % من ذوات المستوى التعليمي المتوسط وكذا 68% من ذوات المستوى الثانوي و 66.7% لا يتلقين العلاج الهرموني وهذا بسبب اتجاههن السلبي نحو العلاج الهرموني وعدم معرفتهن بوجود هذا النوع من العلاج وما أكدته

¹انظر الملحق رقم 4

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

الجدول رقم 15 كالتالي حيث أكد الجدول أن الأميات لا يعلمن بوجود العلاج الهرموني بنسبة 57.7% و 54% من ذوات المستوى الابتدائي أيضا لا يعلمن بوجود هذا النوع من العلاج بينما 91.7% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يعلمن بوجوده لكنهن لا يتناولنه خوفا من السرطان الذي سمعن انه يصيب بعد تناول هذا النوع من العلاج .

استنتاج الفرضية الأولى

افترضنا من خلال هاته الفرضية أن ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة المتمثل في الدخل الإجمالي للأسرة وممارستها لمهنة ما و نوعية تلك المهنة وكذا المستوى التعليمي للمرأة في مرحلة الخصوبة ، كلها متغيرات تؤثر في زيادة من إقبالها على خدمات الرعاية الصحية للنساء في هذه المرحلة العمرية .

فقمنا بربطها مع المؤشرات المتعلقة ببرامج الخدمات الصحية الموجهة خصيصا للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة :القيام باستشارة بخصوص أعراض نهاية الطمث القيام بإجراء الفحص النسائي ،إجراء المسحة المهبلية ،القيام بفحص الثديين ،القيام بالأشعة على الثدي وتناول العلاج الهرموني .

بعد قراءتنا للجدول يظهر جليا أن اتجاهها العام يتجه نحو عدم الإقبال على إجراء الفحوصات اللازمة حيث القيام بالكشف النسائي وذلك بنسبة 51.2% مقابل 48.8% يقمن بالكشف النسائي، خلال اتجاهه العام أن 84.1% لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية مقابل 15.9% يقمن بها ، من خلال اتجاه العام للجدول رقم 37 فإنه 55.9% من

¹انظر الملحق رقم 5

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المبحوثات لا يقمن بفحص الثدي مقابل 44.1% يقمن به، التوجه العام نحو عدم القيام بالعلاج الهرموني وبالأغلبية الساحقة 86.8 % مقابل 13.2%، وكذا عدم القيام بالأشعة على الثدي بنسبة 66.7% مقابل 33.3% باستشارة بنسبة 59.7% ، مقابل 40.3% لا يقمن باستشارة طبية متعلقة بأعراض انقطاع الطمث .

وبإدخال متغير الحالة المهنية:

أولاً: للكشف عن مدى تأثيره على القيام بالاستشارة حول أعراض نهاية الطمث ، تبين أن النساء التي تمارس عملاً تقوم بطلب هذه الاستشارة الطبية والتي قدرت بـ 66.7% في حين 42.9% ممن لا تمارسن أي عمل لا تقمن باستشارة أما 60% من المتقاعدات لا يقمن باستشارة طبية وصرحت المبحوثات أن 85% من النساء يلجأن إلى طبيب لتلقي الاستشارة الطبية و 8.3% يقمن بمعالجة ذاتية لتلك الأعراض ولم يلجأن إلى الطبيب، مما يدل على أن الحالة المهنية لا تؤثر بشكل كبير على مكان تلقي الاستشارة وقد تبين أن 26.8% من النساء اتجهن إلى ترجيح سبب عدم قيامهن بتلقي الاستشارات الطبية اللازمة هو اللامبالاة ، يليه عدم اعتقادهن أن لجوئهن لتلقي الاستشارة سوف يخفف عنهن المعاناة والآلام وذلك بنسبة 24.4% ففي رأيهن أن عدم معرفة السبب أريح لهن وكذلك شعور بعض النسوة بالإحراج من استشارة الطبيب أو أحد من تلك الأعراض التي رأين أنها طبيعية 14.6% .

ثانياً: للكشف عن تأثير الحالة المهنية على مدى إقبال النساء على إجراء الفحص النسائي ، تبين أن المتقاعدات لا يجربنه بنسبة 80%، وكذلك التي لا تعملن بنسبة 54.1% ، في حين النساء التي تعملن فإنهن يقمن به بنسبة 57.1% ولما استفسرنا على علاقة الحالة المهنية للنساء و رأيهن حول دورهن في مرحلة ما بعد الخصوبة ليؤكد أن المتقاعدات رأين أنه لا يمكن أي دور في هذه المرحلة ، حيث صرحت المتقاعدات بنسبة 80% عدم وجود دور لهن في هذه الحياة أما عن مكان إجراء

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

هذه الكشوفات الطبية والوجهة التي يقصدنها النساء لتلقي الكشوفات النسائية الخاصة توصلنا الى ان الاتجاه نحو الطبيب الخاص لتلقي الفحص النسائي شائع عند أفراد العينة بنسبة 65.3% مقابل 34.7% يترددن على المستشفى لتلقي الفحص النسائي

وكانت أسباب عدم إقبال النساء في هاته المرحلة العمرية نحو اجراء الكشوفات النسائية اعتقاد جل النسوة وبنسبة 43.7% ان قيامهن بالفحص لا يجدي نفعا ولن يساعدهن في شيء ولا سوف يحسن من حالتهم الصحية و 17.5% صرحن أنهم محرجات من تلقي الكشف الفحص فضلا إلى 15.5% من المبحوثات صرحن أنهم يخفن من تشخيص مرض خطير بحجة أن عدم معرفتهم بالمرض والتشخيص أحسن من العلم بذلك أما من صرحن أن الخدمة غير متوفرة فقد مثلن 13.5% أما من صرحن أن التكلفة مرتفعة كانت ضئيلة 9.7%.

ثالثا: الكشف عن تأثير الحالة المهنية على مدى إقبال النساء على إجراء المسحة المهبلية توصلنا الى أن 100% من المتقاعدات لا يقمن بإجرائها و 90.2% من المبحوثات التي لا تعملن 69.8% ممن تعملن لا تقمن بها أما عن مكان إجرائها فقد توصلنا أن المبحوثات يلجأن إلى طبيب خاص لإجراء المسحة المهبلية مقابل 37.5% لدى مستشفى عمومي وعندنا ربطنا للعلاقة بالحالة المهنية انتهينا إلى أن العاملات وغير العاملات وبنسب متتالية نوعا ما 76.9% و 52.6% يلجأن إلى الطبيب الخاص وهذا يفسره نوعية الخدمات في القطاع الخاص لسهولة الحصول عليه والسرعة في إجرائه بعيدا عن التكلفة. أما عن سبب عدم إجرائها وجدنا أنه 100% من المتقاعدات صرحن أنهم ليس على علم بأهمية هاته المسحة المهبلية ودليل على نقص وعيهم الصحي وكذا 40.8% من الغير عاملات و 38.6% من العاملات ليست على وعي بالأهمية من إجراء المسحة المهبلية والاكتشاف المبكر للأورام .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

رابعاً: الكشف عن تأثير الحالة المهنية على مدى إقبال النساء على إجراء الفحص الثديي توصلنا أن اتجاه البحوثات نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8 % يقمن به وعند إدخال متغير الحالة المهنية لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على إجراء فحص الثدي وجدنا أن 80 % من النساء المتقاعدات لا يقمن بالفحص و 56.4% من غير العاملات لا يقمن بفحص الثدي كذلك أما 46 % من العاملات فيقمن به.

خامساً:الكشف عن تأثير الحالة المهنية على مدى إقبال النساء على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أن الغير عاملات من النساء لا يقمن بالأشعة على الثدي بنسبة 73.7% و 52.4% من العاملات كذلك لا يقمن وحتى المتقاعدات وبنسبة 60% ايضاً أما عن سبب عدم قيام النساء بفحص الثدي وجدنا أن 75% من المتقاعدات متهاونات في إجراء الفحص و 25.3% من غير العاملات لم يرين جدوى من إجراء الفحص و 26.5 من العاملات يرين أنهن محرجات من أداء الفحص أما عن مكان إجراء فحص الثدي فتوصلنا الى 65.9 % من النساء يلجأن إلى الطبيب الخاص مقابل 34.1 % إلى المستشفى للقيام بفحص الثدي وبإدخالنا متغير الحالة المهنية للكشف عن تأثيره على مكان تلقي فحص الثدي اكتشفنا أن 100% من المتقاعدات وجهتهن الطبيب الخاص و 67.2 من غير العاملات و 62.1 من العاملات يقمن بها عند طبيب خاص سادساً : الكشف عن تأثير الحالة المهنية على مدى إقبال النساء على تناول العلاج الهرموني وجدنا أن 85.7 % من النساء العاملات والغير عاملات لا يقمن به إطلاقاً مهما اختلفت حالتهم المهنية و 100% من النساء المتقاعدات لم يقمن بتناول العلاج .

اما عن متغير الدخل الإجمالي للأسرة وعلاقته بمدى الإقبال على برامج الرعاية الصحية فقد توصلنا الى عدم إجراء الكشف النسائي بنسبة 51.2% مقابل 48.8% يقمن به ولما أدخلنا المتغير المستقل الدخل الشهري الإجمالي للأسرة تبين لنا أنه

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

65.1% من ذوات الدخل 25000 دج فأكثر يقمن بالكشف النسائي ، 51.3% ممن دخلهن أقل من 10000 دج يقمن بها أيضا أما 69.7% من ذوات الدخل 15000-20000 لا يقمن به و 64.6% من ذوات الدخل 10000-15000 لا يقمن به كذلك . فكلما انخفض دخل الاسرة الاجمالي قل اقبال النساء على اجراء الكشف النسائي .وأما في ما يتعلق بأسباب عدم قيام النساء بالكشف النسائي وعلاقته بدخلهن الاجمالي توصلنا الى أن 43.7% من المبحوثات لا يقمن بالكشف النسائي لأنهن لا يرينه يساعد في شيء أما 17.5% يرين أنها محرجات من اجراء الكشف و 15.5% يرين انهن متهاونات في إجراء الكشف النسائي أما 13.6% وجدن الخدمة غير متوفرة في المستشفى أما 9.7% ارجعنه للعامل الاقتصادي وهو غلاء التكلفة ولما ربطناه بمتغير المستقل والمتمثل في الدخل الاجمالي لمعرفة مدى تأثيره على اقبال النساء على إجراء الكشف النسائي وجدنا أن 66.7% من ذوات الدخل المرتفع 25000 دج و 53.3% من ذوات 20000-25000 دج يرين أن الكشف لا يساعدهن في شئ وغير مهم لهن وحتى 48% من ذوات الدخل المنخفض 10000-15000 يرين نفس الشيء .أما غلاء التكلفة فلم يكن العائق أمام المبحوثات لإجراء الكشف النسائي بل نقص الوعي بأهمية الكشف والتهاون وإهمال صحتهن أما عن مكان إجراء الكشف النسائي وعلاقته بدخل النساء فقد توصلنا الى أن 65.3% من المبحوثات يقمن بالكشف النسائي لدى طبيب خاص مقارنة ب 34.7% ممن يقمن به في المستشفى ، وبعدها قمنا بربطه بمتغير المستقل الدخل الإجمالي للأسرة اتضح لنا أنه 85.7% من ذوات الدخل 10000-15000 دج و 78% من ذوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 وكذلك يقمن بها لدى طبيب خاص أما 70% من ذوات الدخل 15000-20000 يقمن بها في المستشفى وهذا دليل على أن الدخل لا يؤثر في وجهة النساء نحو طبيب خاص او مستشفى لأجراء الكشف النسائي .

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

وحتى فيما يخص الدخل الاجمالي للأسرة وعلاقته إجراء المسحة المهبلية وجدنا 84.9% وجدنا 94.9% من ذوات الدخل 10000-15000 دج لا يجرين المسحة المهبلية و93.9% من ذوات الدخل 15000-20000 دج لا يقمن بالمسحة المهبلية وأنه مهما كان مستوى الدخل الإجمالي للأسرة فإن المبحوثات لا يجرين المسحة المهبلية أما سببهن في عدم القيام بالمسحة المهبلية توصلنا أن وجدنا أن 53.7% من ذوات الدخل 25000 دج فأكثر و 45.9% من ذوات الدخل 20000-15000 دج و 41.2% من ذوات الدخل 25000-20000 دج صرحن كلهن أنهن لا يعتقدن بأهمية المسحة المهبلية ومساعدتهن في شيء. اما عن مكان اجراء المسحة المهبلية وعلاقتها بالدخل الاجمالي للأسرة وجدنا مهما كان دخل المبحوثات منخفض ف100% من ذوات الدخل 10000-15000 دج و 20000-150000 فأنهن يلجان للطبيب الخاص و 66.7% من ذوات الدخل الادني أقل من 10000 يجريه لدى الطبيب الخاص كذلك أما 59.1% من ذوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 فيقمن به لدى طبيب الخاص

أما فيما يخص كذلك علاقة الدخل الاجمالي الشهري بإجراء الفحص على الثدي وجدنا أن 63% من ذوات الدخل 20000-25000 دج و 59% من ذوات الدخل 10000-15000 لا يقمن به وحتى ذوات الدخل 15000-20000 دج لا يقمن بفحص الثدي أما عن مكان إجرائها وجدنا أن 80% من ذوات الدخل 20000-25000 دج يقمن به لدى طبيب خاص و 71.4% من ذوات الدخل 15000-20000 دج كذلك و حتى ذوات الدخل المنخفض وبنسبة 56.3% يقمن به عند طبيب خاص فالدخل يؤثر نسبيا في مدى إقبال النساء على إجراء فحص الثدي في طبيب خاص إضافة إلى مزايا الطبيب الخاص من سرعة ودقة الفحوصات .

وحتى إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أن 79.5% من المبحوثات من ذوات الدخل المنخفض أقل من 10000 دج لا يقمن به و 76.9% من ذوات الدخل

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

15000-10000 دج وحتى 55.6% من ذوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 دج لا يقمن به أي أن متغير الدخل الإجمالي لا يؤثر بصفة مباشرة على تلقي الأشعة على الثدي، أما عن السبب فتوصلنا الى ان 30% من ذوات الدخل المنخفض أقل من 10000 دج و 29.4% من ذوات الدخل المرتفع أكثر من 25000 دج صرحن أنهن متهاونات في أداء الفحص أما 34.8% من ذوات الدخل 15000-10000 دج صرحن أنهن متهاون وعدم الاعتقاد بمساعدة الفحص للنساء في الاهتمام بصحتهن أو التخفيف عليهن هو الغالب الأعم من أسباب النساء والتي وقفت بينهم وبين إجراء كشف النسائي فحتى الدخل لم يؤثر على إقبالهن بل اتجاهاتهم السلبي نحو العلاج من تهاون وإحراج. أن 97% من ذوات الدخل 20000-15000 دج وحتى 92.3% من ذوات الدخل أقل من 10000 دج لا يتناولن العلاج الهرموني .

أما عن متغير المستوى التعليمي وعلاقته بمدى اقبال المبحوثات على برامج الرعاية الصحية وجدنا بخصوص الاستشارة المتعلقة بإنقطاع الطمث أن 84% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي يقمن بها و 75% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يقمن بها كذلك أما الأميات وبنسبة 50.7% لا يقمن اما هن أسبابهن في عدم الاستشارة توصلنا كذلك إلى أن ذوات المستوى الجامعي وبنسبة 100% و 50% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي غير مباليات بالاستشارة و 45.5% من ذوات المستوى المتوسط لا يقمن بالاستشارة كونهن لا يعتقدنها تساعدن على التخفيف من تلك الأعراض أما عن تأثير المستوى التعليمي في قيام المبحوثات بالكشف النسائي وجدنا أن 84% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي قمن بالكشف النسائي أما 58.3% من ذوات المستوى الجامعي لم يقمن بها و 64.8% من المبحوثات الأميات لا يقمن بالكشف النسائي أما عن سبب عدم قيامهن بالكشف النسائي وجدنا أن 85.7% من ذوات المستوى الجامعي و 53.3% من ذوات المستوى

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

المتوسط و50% من ذوات المستوى الابتدائي والثانوي لا يرين أن إجراء المسحة يساعدن في تحسين صحتهن. أما فيما تأثير المستوى التعليمي في ما يخص إجراء المسحة المهنية وجدنا أنه 92.1% من المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي لا يجرين المسحة المهنية وكذلك 91.5% من الأميات و86.7% من ذوات المستوى المتوسط و56% من ذوات المستوى الثانوي و50% من ذوات المستوى الجامعي وكلما انخفض المستوى التعليمي كلما نقص الإقبال على إجراء المسحة المهنية وسببهن في عدم إجرائها أن 42% من المبحوثات صرحن أنهن لسن على علم بأهمية المسحة المهنية و 20.7% منهن صرحن أنهن محرجات من إجرائها و16% كذلك صرحن أن الخدمة غير متوفرة لديهن و 11.2% صرحن ان التكلفة مرتفعة وعندما قدمنا بإدخال المتغير المستقل لمعرفة مدى تأثيره على اتجاه النساء لإجراء المسحة المهنية وجدنا أن 57.1% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي صرحن انهن لا يعلمن أهميتها و 50% من ذوات المستوى الجامعي وهذا مايفسر عدم اطلاعهن على المعلومات الطبية و 43.1% من ذوات الأميات كذلك صرحن بعدم معرفتهن لأهميتها وحتى بالنسبة لفحص الثدي فتوصلنا أن 73.3% من ذوات المستوى التعليمي المتوسط لا يجرينها إضافة إلى 60.6% من الأميات و50.8% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي لا يجرين الفحص على الثدي أما 58.3% من ذوات المستوى التعليمي الجامعي يقمن بها و56% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي يقمن بها ايضا أما عن سبب عدم إجرائه فتوصلنا إلى أن 40% من ذوات المستوى الجامعي ارجعن سبب ذلك هو عدم اعتقاد مساعدة الفحص واهميته و36.4% من ذوات المستوى التعليمي الثانوي صرحن أن الخدمة غير متوفرة و27.3% من ذوات المستوى الثانوي والمتوسط صرحن أنهن متهاونات في إجرائها. أما فيما يخص إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أن 73.3% من ذوات المستوى التعليمي المتوسط و71.4% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي

الفصل الرابع — خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى

و67.6% من الأميات لا يقمن بالأشعة على الثدي وهذا ما يدعم عدم اجرائهن للفحص على الثدي

وفيما يخص تناول العلاج الهرموني توصلنا أن 90.5% من ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و 90.2 % من الاميات و 90 % من ذوات ذوات المستوى التعليمي المتوسط وكذا 68% من ذوات المستوى الثانوي و66.7% لا يتلقين العلاج

الفصل الخامس

تحليل الفرضية الثانية

تمهيد :

تأسست فرضية البحث الثانية والتي كان فحواها كلما كانت المرأة متزوجة زاد إقبالها على خدمات الرعاية الصحية للنساء في مرحلة ما بعد الخصوبة، على متغيرات تم ضبطها وفق مؤشرات يمكن قياسها كالتالي :

1. المتغير المستقل والذي يتمثل في الحالة الزوجية للمرأة والذي حددناه من خلال

المؤشرات التالية:

- الحالة الزوجية للمرأة عازبة ، متزوجة ، أرملة ، مطلقة.
- وجود الدعم الأسري
- طبيعة العلاقة بالزوج
- اتجاه المرأة حيال مرحلة ما بعد الخصوبة

2. خدمات الرعاية الصحية كمتغير تابع ومؤشراته:

- تلقي الاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث
- القيام بإجراء الفحص النسائي .
- إجراء المسحة المهبيلية .
- القيام بفحص الثديين .
- تناول العلاج الهرموني .

وبناء على البيانات التي حصلنا عليها من الميدان والتي قمنا بتبويبها في جداول إحصائية وقمنا بتحليلها إحصائياً و سوسيوولوجياً لتتأكد من مدى صحتها أو خطأها.

المبحث الأول : الحالة الزوجية وعلاقتها بالإقبال على برامج الرعاية

1.1 الصحية الموجهة للمبحوثات في مرحلة ما بعد الخصوبة :

الجدول رقم 58: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وقيامهن بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لا تقوم		تقوم		القيام بالاستشارة الحالة العائلية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	63.6	7	36.4	4	عازية
100	140	38.6	54	61.4	86	متزوجة
100	36	38.9	14	61.1	22	أرملة
100	14	50	7	50	7	مطلقة
100	201	40.8	82	59.2	119	المجموع

من خلال الجدول رقم 58 تبين لنا أن 59.2% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.8% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للمبحوثات وجدنا أن المتزوجات أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 61.4% والأرامل بنسبة 61.1% و 50% من المطلقات كذلك أما نسبة 63.6% من العازبات لا يقمن بها ، ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير الحالة الزوجية و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.20 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين أي انه كلما كانت المرأة متزوجة كلما زاد اقبالها على الاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث ، حيث شدة تلك الأعراض وتأثيرها على نفسية المبحوثات من قلق وتوتر و تغيرات هرمونية أثرت على حياتهن الزوجية ما دفعهن للاستشارة و لما سألنا المبحوثات عن سبب عدم استشارتهن حول الأعراض التي تعيق حياتهن اليومية أجبن حسب نتائج الجدول رقم 59 كالتالي:

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 59: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وسبب عدم قيامهن بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث:

المجموع	التهاون		اللامبالاة		محرجة		الخدمة غير متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم الاستشارة الحالة الزوجية	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	6	-	-	33.3	2	33.3	2	-	-	16.7	1	16.7	1	عازية
100	55	23.6	13	29.1	16	9.1	5	5.5	3	9.1	5	23.6	13	متزوجة
100	14	21.4	3	21.4	3	28.6	4	-	-	-	-	28.6	4	أرملة
100	7	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	28.6	2	مطلقة
100	82	20.7	17	26.8	22	14.6	12	4.9	4	8.5	7	24.4	20	المجموع

من خلال نتائج الجدول رقم 59 يظهر من خلال اتجاهه العام أنه 26.8% من المبحوثات أقرت أنها لا مبالية بطلب الاستشارة حول تلك الأعراض التي تصاحب مرحلة ما بعد الخصوبة و 20.7% منهن صرحن أنهن متهاونات في ذلك و 24.4% صرحت انها لا تعتقد أن تلقي الاستشارة يفيدها أو يساعدها في تحسين صحتهن أما 14.6% محرجات من طلبها.

ولما أدخلنا متغير الحالة الزوجية لمعرفة تأثيره على عدم تلقي الاستشارة وجدنا أن المطلقات والأرامل وبنسبة 28.6% والمتزوجات بنسبة 23.6% صرحت أنهن لا تعتقد أن الاستشارة تساعدهن أما 33.3% من العازيات صرحن أنهن محرجات ولا مباليات بتلقي الاستشارة . فالمطلقات والأرامل وحتى العازيات لم يروا في الاستشارة أمرا ضروريا كونها لا تساعدهن في شيء وأنهن متهاونات في طلبها.

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 60: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وقيامهن بالكشف الطبي النسائي

المجموع	لم تقم		قامت		القيام بكشف النسائي الحالة العائلية	
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
100	11	36.5	4	63.6	7	عازبة
100	140	53.6	75	46.4	65	متزوجة
100	36	55.6	20	44.4	16	أرملة
100	14	28.6	4	71.4	10	مطلقة
100	201	51.2	103	48.8	98	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 60 يبين اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للكشف عن مدى تأثيره في إقبال المبحوثات على تلقي الكشف الطبي النسائي وجدنا أن 71.4% من المطلقات يتلقين كشفا نسائيا و 63.6% من العازبات يتلقينه كذلك أما 53.6% من المتزوجات و 55.6% من الأراامل لا يتلقينه ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.40 أي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين فكما كانت المرأة متزوجة كلما قل إقبالها على إجراء الكشف الطبي النسائي وقد فسره سؤالنا المبحوثات حول سبب عدم قيامهن بالكشف الطبي النسائي أجبن حسب نتائج الجدول رقم 61 كالتالي:

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 61: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وسبب عدم قيامهن بالكشف الطبي النسائي

المجموع	الخوف من تشخيص المرض		محرجة		الخدمة غ.متوفرة		التكلفة مرتفعة		لا يساعد		سبب عدم تلقي الفحص الحالة العائلية النسائي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	4	25	1	50	2	-	-	-	-	25	1	عازبة
100	75	17.3	13	17.3	13	13.3	10	9.3	7	42.7	32	متزوجة
100	20	10	2	15	3	15	3	3	3	45	9	أرملة
100	4	-	-	-	-	25	1	-	-	75	3	مطلقة
100	103	15.5	16	17.5	18	13.6	14	9.7	10	43.7	45	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 61 يوضح اتجاهه العام أن 43.7% من المبحوثات أرجعن سبب عدم تلقيهن الكشف الطبي النسائي إلى اعتقادهن بعدم مساعدته لهن في شيء و 17.5% منهن صرحن أنه محرجات و 15.5% صرحن أنهن متخوفات من تشخيص مرض خطير و 13.6% منهن كذلك صرحن بأن الخدمة غير متوفرة. ولما أدخلنا متغير الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيره في عدم قيام المبحوثات بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 75% من المطلقات و 45% من الأراامل و 42.7% من المتزوجات صرحن أن الكشف النسائي لا يساعدهن في تحسين صحتهن، أما 50% من العازبات صرحن أنهن محرجات من إجراء الكشف .

فالمترزوجات لا يقبلن على إجراء الكشف الطبي النسائي بسبب قلة الوعي بأهمية الكشف والتهاون والتخوف من تشخيص مرض خطير وكذا الإحراج وكلها دلائل على قلة الوعي الصحي وقلة الاهتمام بصحتهن

الجدول رقم 62: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية لمبحوثات ومدى إجرائهن للمسحة المهبلية

المجموع		لم تقم		قامت		القيام بالمسحة المهبلية الحالة الزوجية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	100	11	-	-	عازية
100	140	81.4	114	18.6	26	متزوجة
100	36	88.9	32	11.1	4	أرملة
100	14	85.7	12	14.3	2	مطلقة
100	201	84.1	169	15.9	32	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 62 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% لا يقمن بها ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل الحالة الزوجية للكشف على مدى تأثيره على إجراء المبحوثات للمسحة المهبلية وجدنا أنه 100% من العازيات لا يقمن بها ، 88.9% من الأراامل و 85.7% من المطلقات وكذلك المتزوجات بنسبة 81.4% . وحين قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة التوافق بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.17- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين . فالعازيات بحكم عدم زواجهن إطلاقاً لا يستطعن القيام بهذه المسحة المهبلية أما المتزوجات فرغم ضرورة إجرائها دورياً إلا انهن لا يقمن بها وبنسبة مرتفعة جداً ، فزواجهن رغم كونهن عامل اختطار للإصابة بالتهاب اعضائهن التناسلية إلا أنهن لا يجرينها ولما سألنهن عن سبب إعراضهن عن إجراء المسحة المهبلية صرحت المبحوثات حسب نتائج الجدول رقم 63 كالتالي:

الجدول رقم 63: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وسبب عدم إجرائهن للمسحة المهبلية

المجموع		الخوف من تشخيص مرض آخر		محرجة		الخدمة غ.متوفرة		التكلفة مرتفعة		الجهل بالأهمية		سبب عدم إجراء بالمسحة الحالة الزوجية المهبلية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	11	-	-	63.6	7	-	-	-	-	36.4	4	عازية
100	114	10.52	12	17.5	20	15.8	18	13.2	15	43	49	متزوجة
100	32	6.25	2	21.9	7	21.9	7	6.3	2	43.8	14	أرملة
100	12	25	3	8.3	1	16.7	2	16.7	2	33.3	4	مطلقة
100	169	10.1	17	20.7	35	16	27	11.2	19	42	71	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 63 نلاحظ أن اتجاهه العام نحو أن سبب عدم إجراء المبحوثات المسحة المهبلية هو الجهل بأهمية المسحة المهبلية بنسبة 42% والإحراج بنسبة 20.7% و عدم توفر الخدمة بنسبة 16% و التخوف من تشخيص مرض خطير بنسبة 10.1%.

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على اتجاه النساء نحو الأعراض على إجراء المسحة المهبلية توصلنا إلى أنه 63.6% من العازيات محرجات من إجراء المسحة المهبلية و 36.4% منهن أيضا يجهلن أهميتها رغم أنهن غير معنيات بإجراء المسحة المهبلية فالعازيات لم تكن لديهن معلومة واضحة حول المسحة المهبلية وأن العازية ليست معنية بإجرائها بل المتزوجات ومن سبق لها الزواج أو أنها أقامت علاقة جنسية واحدة على الأقل هي فقط الملزمة بإجرائها وان سرطان الرحم يهدد حياة المتزوجة أكثر من العازية فالعازية مهددة أكثر بسرطان الثدي .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

فحتى الأرامل وبنسبة 43.8% و المتزوجات وبنسبة 43% يجهلن أهمية المسحة المهبلية أما 25% من المطلقات يتخوفن من تشخيص مرض خطير لديهن ، ويفضلن عدم معرفته، وما يفسر أن أغلبية المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية غير واعيات بأهمية إجراء المسحة المهبلية لتشخيص المبكر للسرطانات التي تهدد حياتهن في هذه المرحلة ، وحتى الاطمئنان على سلامة أعضائهن التناسلية كن غير مباليات ومتخوفات من تشخيص مرض ينغص عليهن صفو حياتهن والبقاء في الجهل بإعتباره كما صرحت أحدهن «صح منين ذاك توجعني كرشي الصغيرة بزاف بصح منروحش للطبيب اندير الفروتي هذا نخاف يلقالى كاش مرض ، منعرفوش خير من نعرف» فتفادي إجراء المسحة المهبلية رغم كل الألم والمعاناة الصامتة دليل على جهل صحي و تهاون في الاهتمام بالصحة ومبدأ الموت في صمت هو ما تطبقه أغلبية ما تخوفن من تشخيص مرض خطير .

الجدول رقم 64: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات ومدى إجرائهن لفحص

الثدي

المجموع		لم تقم		قامت		القيام بفحص الثدي الحالة الزوجية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	45.5	5	54.5	6	عازية
100	140	54.3	76	45.7	64	متزوجة
100	36	66.7	24	33.3	12	أرملة
100	14	57.1	8	42.9	6	مطلقة
100	201	56.2	113	43.8	88	المجموع

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 64 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به. وعندما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 66.7% من الأرامل وإضافة إلى 57.1% من المطلقات و

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

54.3% من المتزوجات صرحن أنهن لا يقمن بفحص على الثدي ، أما العازبات وبنسبة 54.5 % يقمن بفحص الثدي.ولما قمنا بحساب معامل معامل التوافق لنقيس درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.14 - علاقة عكسية ضعيفة جدا فالعازبات يهتمن بإجراء فحص الثدي كونهن متفرغات وليس لديهن أولاد أو أعباء منزلية قد تعيقهن عن إجرائها وقد ذكرت إحدى العازبات أنها زارت المستشفى صدفه ووجدت هناك فحص للثدي بمناسبة يوم تحسيسي عن السرطان فساقها فضولها للقيام به . والدليل أنها لم تقصد زيارة الطبيب لإجراء الفحص الدوري للثدي لفوائده وكون العازبات أكثر عرضة للإصابة بأورام السرطان .

أما عن سبب عدم إجراء الفحص الطبي للثدي فقد جاءت نتائج الجدول رقم 65 كالتالي:

الجدول رقم 65: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وسبب عدم إجرائهن

لفحص الثدي

المجموع	التهاون		محرجة		الخدمة غير متوفرة		تكلفة مرتفعة		لا تعتقده يساعد		سبب عدم القيام بفحص الثدي	الحالة العائلية
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	5	-	-	80	4	-	-	20	1	-	-	عازبة
100	76	26.3	20	15.8	12	22.4	17	13.2	10	22.4	17	متزوجة
100	24	12.5	3	29.2	7	16.7	4	8.3	2	33.3	8	أرملة
100	8	50	4	12.5	1	-	-	25	2	12.5	1	مطلقة
100	113	23.9	27	21.2	24	18.6	21	13.3	15	23.0	26	المجموع

فمن خلال معطيات الجدول رقم 65 يتضح لنا أن اتجاهه العام نحو التهاون في عدم إجراء فحص الثدي بنسبة 23.9% و 23% من المبحوثات صرحن أنهن لا يرين إجراء هذا الفحص ذو فائدة تساعد، بينما 21.2% منهن صرحت أنها محرجة من إجرائه بينما

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

18.6 % و 13.3 % من المبحوثات أرجعت سبب ذلك إلى عدم توفر الخدمة و التكلفة مرتفعة على التوالي .

و لما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في الحالة الزوجية وجدنا أن 80% من العازبات صرحن أنهن محرجات من إجراء فحص الثدي و 50% من المطلقات صرحن أنهن متهاونات و 33.33% من الأرامل صرحن كذلك أن الفحص لا يساعدهن في شئ ولا فائدة منه أما المتزوجات وبنسبة 26.3% صرحن أنهن متهاونات في إجراء هذا الفحص ، فالوعي الصحي والإهمال هو العائق أمام المبحوثات باختلاف

الحالة الزوجية لهن وكذلك تقدير المبحوثات لذواتهن ولصحتهن وقد أرجعت بعض المبحوثات السبب الى أنهن لا يعانين من أي ألم ولا داعي لإجراء هذا الفحص .وهذا ما دعمه الجدول رقم 6¹ تتجه المبحوثات من خلال معطياته نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8 % يقمن به. بعدما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 66.7% من الأرامل وإضافة إلى 57.1 % من المطلقات و 54.3% من المتزوجات صرحن انهن لا يقمن بفحص على الثدي ، أما العازبات وبنسبة 54.5 % يقمن بفحص الثدي. ولدعم ما أشرنا اليه سابقا أن اهمال المبحوثات الواضح لصحتهن نقص الوعي الصحي راجع بالدرجة الأولى إلى التفريط الشديد لصحتهن.

وقد ادخلنا المتغير الرائز وهو المعاناة من مرض ما وتأثيره على قيام المبحوثات بفحص الثدي وجدنا بالنسبة للعازبات 57.1% ممن تعانين من مرض ما تقوم بفحص الثدي ، مقابل 50% ممن لا تعاني من مرض و لا تقوم بالفحص أما بالنسبة للمتزوجات ف55.2 % ممن تعاني من مرض ما ولا تقوم بفحص وحتى 52.9 % ممن تعاني من مرض ما لا تقوم بالفحص الثدي كذلك .

¹انظر الملحق رقم 6

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

أما بالنسبة للأرامل ف69.2 ممن تعاني من مرض ما لا تقوم بفحص الثدي وحتى التي لا تعاني من مرض ما فهي لا تقوم كذلك بنسبة 60% أيضا بالفحص الثدي وأخيرا بالنسبة للمطلقات ونفس الشيء تقريبا 54.5% تعاني مرض ما ولكنها لا تقوم بفحص الثدي و66.7% ممن لا يعانين من مرض ما لا تقم بالفحص الطبي للثدي فنستنتج انه وحتى الإصابة بمرض لم يدفع المبحوثات لزيارة الطبيب النسائي لأجراء فحص الثدي مهما كانت حالتهم الزوجية عدا العازبات .

الجدول رقم 66: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات والقيام بالأشعة

على الثدي

المجموع		لم تقم		قامت		القيام بالأشعة على الثديين الحالة الزوجية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	63.6	7	36.4	4	عازبة
100	140	62.9	88	37.1	52	متزوجة
100	36	75	27	25	9	أرملة
100	14	87.7	12	14.3	2	مطلقة
100	201	66.7	134	33.3	67	المجموع

من خلال معطيات واتجاه العام للجدول رقم 66 تبين أن 66.7% من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3% قمن به . ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أنه 87.7% من المطلقات و75% من الأرامل و63.6% من العازبات و 62.6% من المتزوجات لا يقمن بالأشعة على الثدي وهذا شيء طبيعي نتيجة لإعراضهن على الكشف الطبي النسائي وإجراء الفحص على الثدي .

الجدول رقم 67: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات والقيام بتناول العلاج الهرموني

المجموع		لم تتناول		تناولت		تناول العلاج الهرموني الحالة الزوجية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	100	11	-	-	عازبة
100	140	85	119	15	21	متزوجة
100	36	88.9	32	11.1	4	أرملة
100	14	78.6	11	21.4	3	مطلقة
100	201	86.1	173	13.9	28	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 67 يبين اتجاهه العام تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على تناول العلاج الهرموني للتخفيف عن الأعراض المصاحبة وجدنا أن 100% من العازيات و 88.9% من الأرامل و 85% من المتزوجات و 78.6% من المطلقات لا يتناولن العلاج الهرموني في مرحلة للنهاية الطمث وقد أكد نتائج الجدول رقم 6*1 أن 100% من المبحوثات مهما كانت حالتها الزوجية تعاني على الأقل من عرض من أعراض نهاية انقطاع الطمث رغم ذلك لا يقبلن على تناول العلاج الهرموني لاتجاههن السلبي نحو هذا العلاج وكذلك لعدم معرفتهن بوجود العلاج فحسب نتائج الجدول رقم 27.

حيث يوضح أن 58.3% من الأرامل و 50% من المطلقات من تعرف بوجود العلاج الهرموني أما 55% من المتزوجات صرحن أنهن لا يعلمن بوجود هذا النوع من العلاج ما

* أنظر للملحق رقم 6
2 أنظر الملحق رقم 7

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

يؤكد أن الجهل الصحي أو قلة الوعي الصحي هو ما يعيق استفادة المبحوثات من العلاج الهرموني للتخفيف من أعراض مرحلة انقطاع الطمث .

المبحث الثاني : الحالة الزوجية والدعم الأسري وعلاقتها بإقبال المبحوثات على برامج الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة.
الجدول رقم 68: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات ووجود الدعم الأسري

المجموع		لا تتلقى الدعم الأسري		تتلقى الدعم الأسري		الحالة الزوجية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	11	18.2	2	81.2	9	عازية
100	140	76.4	107	23.6	33	متزوجة
100	36	69.4	25	30.6	11	أرملة
100	14	64.3	9	35.7	5	مطلقة
100	201	71.1	143	28.9	58	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 68 يتضح لنا وبناء على اتجاهه العام أن المبحوثات لا يتلقين دعماً أسرياً بخصوص زيارة الطبيب وإجراء الفحوص اللازمة وذلك بنسبة 71.1% مقابل 28.9% يتلقين دعماً أسرياً .

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل لمعرفة مدى تلقي المبحوثات حسب حالتهم الزوجية للدعم الأسري وقصدنا به الاهتمام الذي يوليه أفراد الأسرة المحيطة بالمبحوثة بشأن صحة المبحوثة سواء كان دعماً مادياً أو معنوياً في حثها ومساعدتها على الوصول إلى برامج الرعاية الصحية، فوجدنا أنه 76.4% من المتزوجات لا يلقين دعماً أسرياً بشأن صحتهم تليها الأرملة بنسبة 69.4% فالمطلقات بنسبة 64.3% بينما العازيات وبنسبة 81.2% منهن يتلقين دعماً أسرياً بشأن صحتهم ولمعرفة مدى تأثير الدعم الأسري على إقبال المبحوثات حسب حالتهم الزوجية لتلقي الاستشارة بشأن الأعراض التي تواجه المبحوثات جاءت نتائج الجداول التالية :

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 69: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري وتلقي الاستشارة

المجموع		لا تستشير		تستشير		تلقي الاستشارة	
%	ك	%	ك	%	ك	تلقي الدعم الاسري	الحالة الزوجية
100	9	44,4	4	55,6	5	تدعم	عازبة
100	2	100	2	-	-	لا تدعم	
100	11	54,5	6	45,5	5	المجموع	
100	33	45,5	15	54,5	18	تدعم	متزوجة
100	107	36,4	39	63,6	68	لا تدعم	
100	140	38,6	54	61,4	86	المجموع	
100	11	45,5	5	54,5	6	تدعم	أرملة
100	25	36	9	64	16	لا تدعم	
100	36	38,9	14	61,1	22	المجموع	
100	5	60	3	40	2	تدعم	مطلقة
100	9	44,4	4	55,6	5	لا تدعم	
100	14	50	7	50	7	المجموع	
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع الكلي	

من خلال نتائج الجدول رقم 69 فإن اتجاهه العام نحو إجراء الاستشارة الصحية بخصوص أعراض انقطاع الطمث بنسبة 59.7% مقابل 40.3% من المبحوثات لا يستشرن بخصوص تلك الأعراض والاضطرابات .

ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للمبحوثات وجدنا أن المتزوجات أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 61.4% والأرامل بنسبة 61.1% و 50% من المطلقات كذلك أما نسبة 63.6% من العازبات لا يقمن بها ولما أضفنا متغيرا رائزا ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية على القيام بالاستشارة وجدنا أن العازبات وبنسبة 100% ممن لا يتلقين دعما ، لا يستشرن بخصوص الأعراض،

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

بينما 55% منهن ممن تجدن دعما اسريا تقمن بالاستشارة وهنا يظهر تأثير الدعم الأسري على دفع العازبات إلى القيام بالاستشارة .

ولكنه بالنسبة للمتزوجات فإن الأمر يختلف تماما حيث ، 63.6% ممن لا تجد دعما أسريا وحتى 54.5% ممن تجد دعما أسريا إلا أنها ، تقوم بطلب الاستشارة الصحية ، إذ يظهر أن الدعم الأسري ذو تأثير ضعيف جدا أو دون أي تأثير يذكر ، وكذلك الحال بالنسبة للأرامل فنسبة 64% ممن يجدن دعما أسريا و54.5% ممن لا يجدن دعما أسريا كذلك يقوم بطلب الاستشارة وحتى المطلقات 60% ممن تجد دعما أسريا تقوم بالاستشارة وكذا 55.5% ممن لا تجدن دعما .

من خلال هذا التحليل الإحصائي يتبين أن الدعم الأسري وباختلاف الحالة الزوجية للمبحوثات عدا العازبات لا يؤثر على إقبالهن على القيام بالاستشارة بخصوص الأعراض التي تصادفهن في هذه المرحلة العمرية .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 70: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري والقيام بالكشف الطبي النسائي

المجموع		لا تقوم		تقوم		تلقي الدعم الأسري	القيام بالكشف النسائي الحالة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	9	44,4	4	55,6	5	تدعم	عازبة
100	2	-	-	100	2	لا تدعم	
100	11	36,4	4	63,6	7	المجموع	
100	33	54,5	18	45,5	15	تدعم	متزوجة
100	107	53,3	57	46,7%	50	لا تدعم	
100	140	53,6	75	46,4	65	المجموع	
100	11	63,6	7	36,4	4	تدعم	أرملة
100	25	52	13	48	12	لا تدعم	
100	36	55,6	20	44,4	16	المجموع	
100	5	40	2	60	3	تدعم	مطلقة
100	9	22,2	2	77,8	7	لا تدعم	
100	14	28,6	4	71,4	10	المجموع	
100	201	51,2	10,3	48,8	98	المجموع الكلي	

من خلال نتائج الجدول رقم 70 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها. ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للكشف عن مدى تأثيره في إقبال المبحوثات على تلقي الكشف الطبي النسائي وجدنا أن 71.4% من المطلقات يتلقين كشفاً نسائياً و 63.6% من العازبات يتلقينه كذلك أما 53.6% من المتزوجات و 55.6% من الأراامل لا يتلقينه.

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

أضفنا متغيراً رائزاً ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالاتهن الزوجية على القيام بالكشف الطبي النسائي الهام جداً في هذه المرحلة العمرية الحساسة فوجدنا أن العازبات والمطلقات بنسبة 100% و 77.8% ممن لا تجدن دعماً أسرياً على التوالي وكذا 55.6% و 60% ممن تجدن دعماً ، يقمن بالكشف الطبي النسائي اللازم في هاته المرحلة العمرية . ولكن الحال يختلف في حالة المتزوجات والأرامل فإنهن وبنسبة 54.5% و 63.6% ممن يجدن دعماً و 53.3% و 52% ممن لا يجدن دعماً أسرياً لا يقمن بالكشف الطبي النسائي .

فالدعم الأسري بالنسبة للمبحوثات مهما كانت حالتها الزوجية لا يؤثر في اقبالها على اجراء الكشوف الطبية بل الوعي الصحي وتقديرهن لذواتهن .

فالدعم الأسري يعتبر عاملاً هاماً لتحفيز المبحوثات للإقبال على اجراء الكشوفات الطبية خاصة المساعدة المعنوية والمادية ولكنها لا تؤثر بشكل واضح على المبحوثات، فالتهاون والإهمال صحتهن تنتشر بين أوساط مجتمع دراستنا على اختلاف حالاتهن الزوجية.

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 71: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري

والقيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لم تقم بالمسحة المهبلية		قامت بالمسحة المهبلية		تلقي الدعم الأسري	القيام بالمسحة المهبلية
%	ك	%	ك	%	ك		الحالة الزوجية
100	9	100	9	-	-	تدعم	عازية
100	2	100	2	-	-	لا تدعم	
100	11	100	11	-	-	المجموع	
100	33	78,8	26	21,2	7	تدعم	متزوجة
100	107	82,2	88	17,8	19	لا تدعم	
100	140	81,4	114	18,6	26	المجموع	
100	11	90,9	10	9,1	1	تدعم	أرملة
100	25	88	22	12	3	لا تدعم	
100	36	88,9	32	11,1	4	المجموع	
100	5	80	4	20	1	تدعم	مطلقة
100	9	88,9	8	11,1	1	لا تدعم	
100	14	85,7	12	14,3	2	المجموع	
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع الكلي	

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 71 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية العظمى وبنسبة 84.1% الى عدم إجراء المسحة المهبلية مقابل 15.9% يجريها.

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل الحالة الزوجية للكشف على مدى تأثيرها على إجراء المبحوثات للمسحة المهبلية وجدنا أنه 100% من العازيات لا يقمن بها ، 88.9% من الأرامل و 85.7% من المطلقات وكذلك المتزوجات بنسبة 81.4%

ولما أضفنا متغيراً رانزاً ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية على القيام بالمسحة المهبلية في هذه المرحلة العمرية الحساسة وجدنا 100% من العازيات ممن يجدن دعماً وممن لا يجدن دعماً لا يقمن بإجراء

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

المسحة المهبلية ونفس الشيء بالنسبة للمبحوثات الاخريات فالمتزوجات 82.2% ممن لا تجدن دعماً و78.8% ممن تجدن دعماً لا يدفعهن للقيام بالمسحة المهبلية وكذا الأرامل وبنسبة 90.9% ممن يجدن دعماً و88% ممن لا يجدن دعماً أسرياً لا يقمن بالمسحة المهبلية وكذلك هو الشأن بالنسبة للمطلقات ف88.9% ممن لا يجدن دعماً أسرياً و80% ممن يجدن دعماً أسرياً لا يقمن بالمسحة المهبلية من خلال التحليل الإحصائي يظهر أن الدعم الأسري لا يؤثر بتاتا على إجراء المسحة المهبلية باختلاف الحالة الزوجية للمبحوثات .

الجدول رقم 72: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري والقيام بفحص الثدي

المجموع		لا تقوم بالفحص الثدي		تقوم بالفحص الثدي		تلقي الدعم الأسري	القيام بفحص الثدي بالحالة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	9	33,3	3	66,7	6	تدعم	عازبة
100	2	100	2	-	-	لا تدعم	
100	11	45,5	5	54,5	6	المجموع	
100	33	51,3	17	48,5	16	تدعم	متزوجة
100	107	55,1	59	44,9	48	لا تدعم	
100	140	54,3	76	45,7	64	المجموع	
100	11	63,6	7	36,4	4	تدعم	أرملة
100	25	68	17	32	8	لا تدعم	
100	36	66,7	24	33,3	12	المجموع	
100	5	60	3	40	2	تدعم	مطلقة
100	9	55,6	5	44,4	4	لا تدعم	
100	14	57,1	8	42,9	6	المجموع	
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع الكلي	

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 72 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به. بعدما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 66.7% من الأرامل وإضافة إلى 57.1% من المطلقات و 54.3% من المتزوجات صرحن أنهن لا يقمن بفحص على الثدي ، أما العازبات وبنسبة 54.5% يقمن بفحص الثدي.

ولما أضفنا متغيراً رائزاً ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية على القيام بفحص الثدي وجدنا أنه المبحوثات وعلى اختلاف الحالة الزوجية لهن لا يقمن بفحص الثدي فالعازبات وبنسبة 66.7% ممن يجدن دعماً و 54.5% ممن لا يجدن دعماً لا يقمن بإجراء الفحص الثدي ونفس الشيء بالنسبة لباقي المبحوثات فالمتزوجات وبنسبة 55.1% ممن لا تجدن دعماً و 51.3% ممن تجدن دعماً لا يدفعهن للقيام بفحص الثدي وكذا الأرامل وبنسبة 68% ممن لا يجدن دعماً و 63.6% ممن يجدن دعماً أسرياً لا يقمن بفحص الثدي وكذلك هو الشأن بالنسبة للمطلقات ف 60% ممن يجدن دعماً أسرياً و 55.6% ممن لا يجدن دعماً أسرياً لا يقمن بفحص الثدي .

فالدعم الأسري كما جاءت به نتائج الجدول السابق لا يؤثر في مدى إقبال المبحوثات على فحص الثدي الدوري المهم لهن وعلى اختلاف حالة المبحوثات الزوجية فوجوده وعدمه بالنسبة لهن سيان .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 73: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري والقيام بالأشعة على الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		تلقي الدعم الاسري	القيام الأشعة على الثدي
%	ك	%	ك	%	ك		الحالة الزوجية
100	9	55,6	5	44,4	4	تدعم	عازبة
100	2	100	2	-	-	لا تدعم	
100	11	63,6	7	36,4	4	المجموع	
100	33	60,6	20	52	13	تدعم	متزوجة
100	107	63,6	68	36,4	39	لا تدعم	
100	140	62,9	88	37,1	52	المجموع	
100	11	63,6	7	36,4	4	تدعم	أرملة
100	25	80	20	20	5	لا تدعم	
100	36	75	27	25	9	المجموع	
100	5	100	5	-	-	تدعم	مطلقة
100	9	77,8	7	22,2	2	لا تدعم	
100	14	85,7	12	14,3	2	المجموع	
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع الكلي	

من خلال معطيات والاتجاه العام للجدول رقم 73 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3% أجريته .
ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أنه 87.7% من المطلقات و 75% من الأرمال و 63.6% من العازبات و 62.6% من المتزوجات .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

ولما أدخلنا متغيرا رائزا ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية على القيام بالأشعة على الثدي وجدنا أنه المبحوثات وعلى اختلاف الحالة الزوجية لهن لا يقمن بالأشعة على الثدي فالعازبات وبنسبة 100% ممن لا تجدن دعما و55.6% ممن يجدن دعما أسريا لا يقمن بإجراء الأشعة على الثديين ونفس الشيء بالنسبة لباقي المبحوثات فالمتزوجات وبنسبة 63.6% ممن لا تجدن دعما و60.6% ممن تجدن دعما أسريا لا يدفعهن للقيام بالأشعة على الثدي وكذا الأرامل وبنسبة 80% ممن لا تجدن دعما و63.6% ممن تجدن دعما أسريا لا يقمن بالأشعة على الثدي ، وكذلك هو الحال بالنسبة للمطلقات فبنسبة 100% ممن يجدن دعما أسريا و77.8% ممن لا تجدن دعما أسريا لا يقمن بالأشعة على الثدي .

ومن خلال ما أوضحه الجدول أن المبحوثات لا يقمن بإجراء الأشعة على الثدي وعلى اختلاف حالتهم الزوجية وسواء تلقى دعما أسريا يحثها على الاهتمام بصحتها وعدم إهمالها ولكن السبب يعود إلى المبحوثات ونقص الوعي الصحي اللازم الذي يضعها أمام الخيارات الطبية اللازمة للحفاظ على سلامتها .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 74: يبين العلاقة بين الحالة الزوجية للمبحوثات وتلقي الدعم الأسري والقيام بتناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تتناول		تتناول		تلقي الدعم من الأسرة	تناول للعلاج الهرموني الحالة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك		
100	9	100	9	-	-	تدعم	عازبة
100	2	100	2	-	-	لا تدعم	
100	11	100	11	-	-	المجموع	
100	33	84,8	28	15,2	5	تدعم	متزوجة
100	107	85	91	15	16	لا تدعم	
100	140	85	119	15	21	المجموع	
100	11	81,8	9	18,2	2	تدعم	أرملة
100	25	92	23	8	2	لا تدعم	
100	36	88,9	32	11,1	4	المجموع	
100	5	100	5	-	-	تدعم	مطلقة
100	9	66,7	6	33,3	3	لا تدعم	
100	14	78,6	11	21,4	3	المجموع	
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع الكلي	

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 74 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو الحالة الزوجية لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على تناول العلاج الهرموني للتخفيف عن الأعراض المصاحبة وجدنا أن 100% من العازبات و 88.9% من الأرامل و 85% من المتزوجات و 78.6% من المطلقات لا يتناولن العلاج الهرموني في مرحلة للنهاية الطمث. ولما أدخلنا متغيراً رانزا ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات باختلاف حالتهم الزوجية على القيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا أنه المبحوثات وعلى اختلاف

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الحالة الزوجية لهن ، لا يقمن بتناول العلاج الهرموني فالعازبات وبنسبة 100 % ممن لا تجدن دعما و 100% ممن يجدن دعما أسريا لا يقمن بتناول العلاج الهرموني ونفس الشيء بالنسبة لباقي المبحوثات فالمتزوجات وبنسبة 85% ممن لا تجدن دعما و 84.8% ممن تجدن دعما أسريا لا يدفعهن للقيام بتناول العلاج الهرموني وكذا الأرامل وبنسبة 92% ممن لا تجدن دعما و 81.8% ممن تجدن دعما أسريا وكذلك هو الحال بالنسبة للمطلقات فبنسبة 100% ممن يجدن دعما أسريا و 66.7% ممن لا تجدن دعما أسريا لا يقمن بتناول العلاج الهرموني.

مما سبق نستنتج أن الدعم الأسري للمبحوثات ومهما كانت الحالة الزوجية لا تدفعهن للقيام بتناول العلاج الهرموني كونهن يملكن اتجاها سلبيا نحوه وجاهلات بأهميته للحفاظ على حيويتهن أطول فترة ممكنة وتبعد فترة الشيخوخة عنهن .

المبحث الثالث : العلاقة بالزوج والاتجاه نحو المرحلة وعلاقته بالإقبال المبحوثات على برامج الرعاية الصحية .

الجدول رقم 75: يبين العلاقة بين مدى تغير علاقة المبحوثات بأزواجهن وتلقي الاستشارة

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		مدى تغير العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	43	39,5	17	60,5	26	تغيرت
100	107	39,3	42	60,7	65	لم تتغير
100	*150	39,3	59	60,7	91	المجموع

من

خلال معطيات الجدول رقم 75 يظهر لنا جليا أن إتجاهه العام نحو تلقي الاستشارة حول الأعراض بنسبة 60.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 39.3% لا يتلقينها .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج¹ لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام باستشارة حول الأعراض وجدنا أنه 60.7% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير و 60.5% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت قامت بالاستشارة حول تلك الأعراض التي تصيبها. ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.005 - وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا، تكاد تكون منعدمة .

* مجموع عدد المتزوجات في العينة 140 في الجدول 150 كون هناك من المطلقات والأرامل من عاشت مرحلة ما بعد الخصوبة واعراضها وزوجها مازال على قيد الحياة والمطلقات كذلك هناك من تطلقت بعد انقطاع الطمث .
¹ قصدنا بمدى تغير العلاقة بالزوج هو احساس الزوجة بتغير علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث عليها وظهور اعراض .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج لومدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على القيام بالاستشارة جاءت نتائج الجدول التالي :

الجدول رقم 76: يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن وتلقي الاستشارة

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تلقي الاستشارة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	تغير العلاقة بالزوج
100	7	28,6	2	71,4	5	تحسنت
100	36	41,7	15	58,3	21	ساعت
100	43	39,5	17	60,5	26	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 76 يظهر أن 60.5% من المبحوثات يقمن بالاستشارة الطبية مقابل 39.5% لا يقمن بها .

ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالاستشارة الصحية وجدنا 71.4% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالاستشارة الطبية وحتى 58.3% من ساعت علاقتها بزوجها تقوم بالاستشارة أيضا .

ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.28 وهي علاقة طردية ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين أي انه كلما تحسنت العلاقة المبحوثة بزوجها كلما زاد إقبالها على القيام بالاستشارة الطبية .

الجدول رقم 77: يبين العلاقة بين مدى تغير علاقة المبحوثات بأزواجهن والقيام بالكشف الطبي النسائي

¹ قصدنا بنوعية التغير هو رأي المرأة فيما كان التغير سلبيا أو ايجابيا مع الزوج .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	مدى التغير في العلاقة بالزوج
100	43	51,2	22	48,8	21	نعم
100	107	53,3	57	46,7	50	لا
100	150	52,7	79	47,3	71	المجموع

من خلال الجدول رقم 77 يظهر لنا جليا أن اتجاهه العام نحو عدم القيام بالكشف الطبي النسائي بنسبة 52.7% من المبحوثات مقابل 47.3% لا يقمن بالكشف الطبي النسائي . ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 53.3% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير و 51.2% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالكشف الطبي النسائي . ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.04 وهي علاقة طردية ضعيفة جدا ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيرها على اقبال المبحوثات على القيام بالكشف الطبي النسائي جاءت نتائج الجدول الاتي :

الجدول رقم 78: يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن والقيام بالكشف الطبي النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	تغير العلاقة بالزوج
100	7	42,9	3	57,1	4	تحسنت
100	36	52,8	19	47,2	17	ساعت
100	43	51,2	22	48,8	21	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 78 يظهر أن 51.2% من المبحوثات لا يقمن بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% لا يقمن بها .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالكشف الطبي النسائي وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالكشف الطبي النسائي بينما 52.8% من ساءت علاقتها بزوجها لا تقوم بالكشف الطبي النسائي. والجدير بالذكر أن العديد من المبحوثات المطلقات صرحت أن زوجها طلقها بسبب دخولها مرحلة ما بعد الخصوبة ولم يتفهم ما تعانیه وأبعد من ذلك تزوج عليها أخرى أصغر منها سناً ، لذلك كنا يتلقين سؤالي بنوع من السخرية والتهكم فسوء معاملة الأزواج لهن لم تشجعهن على زيارة الطبيب لإجراء الكشف الطبي النسائي. فقد صرحت إحداهن «هذاك واش خصني كان يظل ايعيط اعليا ويضربني قدام اولادي مبقاليش نخم في صحتي دوايا تاع السكر ونسائه مرات» ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.20 وهي علاقة طردية ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين أي انه كلما تحسنت العلاقة المبحوثة بزوجها كلما زاد إقبالها على القيام بالاستشارة الطبية .

الجدول رقم 79: يبين العلاقة بين مدى تغير علاقة المبحوثات بأزواجهن والقيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبلية مدى التغير في العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	43	86	37	14	6	نعم
100	107	79,4	85	20,6	22	لا
100	150	81,3	122	18,7	28	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 79 يظهر لنا جليا أن اتجاهه العام نحو عدم القيام بالمسحة المهبلية بنسبة 81.3% من المبحوثات مقابل 18.7% لا يقمن بالمسحة المهبلية .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بالمسحة المهبلية وجدنا أنه 86% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث عليها لم تتغير لا تقوم بالمسحة المهبلية ، و حتى 79.4% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالمسحة المهبلية . ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.23- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيرها على اقبال المبحوثات على القيام بالمسحة المهبلية جاءت نتائج الجدول الآتي :

الجدول رقم 80 :يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبلية تغير العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	7	85,7	6	14,3	1	تحسنت
100	36	86,1	31	13,9	5	ساعت
100	43	86	37	14	6	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 80 يظهر أن 86% من المبحوثات لا يقمن بالمسحة المهبلية مقابل 14% لا يقمن بها .

ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالمسحة المهبلية وجدنا 86.1% ممن ساعت علاقتها بزوجها و حتى 85.7% من تحسنت علاقتها بزوجها لا تقوم كذلك بها . فنفسر ذلك بالإهمال والتهاون وانعدام الوعي بالصحة وبذواتهن هي من تقف وراء عدم القيام بالمسحة المهبلية .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.01 وهي علاقة طردية منعدمة تقريبا بين المتغيرين أي انه لا توجد علاقة بين المتغيرين وهناك متغيرات أقوى من تغير العلاقة بالزوج .

الجدول رقم 81: يبين العلاقة بين مدى تغير علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام بفحص الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		فحص الثدي مدى التغير في العلاقة بالزوج
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	43	60,5	26	39,5	17	نعم
100	107	54,2	58	45,8	49	لا
100	150	56	84	44	66	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم 81 يظهر لنا جليا أن اتجاهه العام نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56% من المبحوثات مقابل 44% لا يقمن به .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بالفحص الثدي وجدنا أنه 60.5% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث عليها قد تغيرت لا تقوم بفحص الثدي، و حتى 54.2% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها لم تتغير لم تقم بفحص الثدي . ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.12 وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا بين المتغيرين .

ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيرها على اقبال المبحوثات على القيام بالفحص على الثدي جاءت نتائج الجدول الاتي :

الجدول رقم 82 : يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام بفحص

الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		فحص الثدي تغير العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	7	42,9	3	57,1	4	تحسنت
100	36	63,9	23	36,1	13	ساعات
100	43	60,5	26	39,5	17	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 82 يظهر أن 60.5% من المبحوثات لا يقمن بالفحص على الثدي مقابل 39.5% يقمن بها .

ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالفحص على الثدي وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بفحص الثدي بينما 63.9% من ساعات علاقتها بزوجها لا تقوم بفحص الثدي .

ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.40 وهي علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين أي انه كلما تحسنت العلاقة المبحوثة بزوجها كلما زاد إقبالها على فحص الثدي .

الجدول رقم 83: يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام بالكشف الطبي النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الاشعة على الثديين مدى التغير في العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	43	58,1	25	41,9	18	نعم
100	107	65,4	70	34,6	37	لا
100	150	63,3	95	36,7	55	المجموع

من خلال الجدول رقم 83 يظهر لنا جليا أن اتجاهه العام نحو القيام بالأشعة على الثدي بنسبة 63.3% من المبحوثات مقابل 36.7% لا يقمن به .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بالأشعة على الثدي وجدنا أنه 65.4% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير لا تقوم بالأشعة على الثدي ، و حتى 58.1% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالأشعة على الثدي . ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.15 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين

ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على القيام بالأشعة على الثدي جاءت نتائج الجدول الاتي :

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم 84: يبين العلاقة بين نوعية علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام بالأشعة

على الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الاشعة الثدي
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	نوع تغير العلاقة بالزوج
100	7	57,1	4	42,9	3	تحسنت
100	36	58,3	21	41,7	15	ساعت
100	43	58,1	25	41,9	18	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 84 يظهر أن 58.1% من المبحوثات لا يقمن بالأشعة على الثدي مقابل 41.9% لا يقمن بها .

ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالأشعة على الثدي وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالأشعة على الثدي بينما 58.3% من ساعت علاقتها بزوجها لا تقوم كذلك بالأشعة على الثدي.

ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.02 وهي علاقة شبه منعدمة بين المتغيرين .

الجدول رقم 85: يبين العلاقة بين مدى تغير علاقة المبحوثات بأزواجهن و القيام

بتناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تناول العلاج الهرموني
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	مدى تغير العلاقة بالزوج
100	43	79,1	34	20,9	9	تغيرت
100	107	86	92	14	15	لم تتغير
100	150	84	126	16	24	المجموع

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

من خلال معطيات الجدول رقم 85 يظهر لنا جليا أن اتجاهه العام نحو عدم القيام بتناول العلاج الهرموني بنسبة 84% من المبحوثات مقابل 16% لا يقمن بتناوله. ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا أنه 86% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير لا تقوم بتناول العلاج الهرموني ، و حتى 79.1% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالمسحة المهبلية .ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.24 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين . ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيرها على اقبال المبحوثات على القيام بتناول العلاج الهرموني جاءت نتائج الجدول الاتي :

الجدول رقم 86: يبين العلاقة بين مدى تغير المبحوثات بأزواجهن و القيام بالكشف

الطبي النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		العلاج الهرموني تغير العلاقة بالزوج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	7	71,4	5	28,6	2	تحسنت
100	36	80,6	29	19,4	7	ساعت
100	43	79,1	34	20,9	9	المجموع

ومن خلال الاتجاه العام للجدول رقم 86 يظهر أن 79.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 20.9% لا يتناولنه . ولما أدخلنا متغير المستقل والذي يتمثل في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بتناول العلاج الهرموني وجدنا 80.6% ممن ساعت علاقتها بزوجها لا تقوم بتناول العلاج بينما 71.4% من تحسنت علاقتها بزوجها لا تقوم بتناول العلاج الهرموني كذلك .

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

فاتجاه المبحوثات نحو العلاج الهرموني هو المتغير المؤثر على إقبالهن على هذا النوع من العلاج.

ولما حسبنا معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.25 وهي علاقة طردية متوسطة ما بين المتغيرين.

الجدول رقم 87: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات إتجاه المرحلة وتلقي الاستشارة.

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تلقي الاستشارة شعور اتجاه المرحلة
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	45,7	43	54,3	51	سيئة
100	93	32,3	30	67,7	63	عادية
100	14	57,1	8	42,9	6	حسنة
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 87 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل الاتجاه نحو المرحلة للمبحوثات للكشف عن مدى تأثير شعور المبحوثات اتجاه مرحلة ما بعد الخصوبة ، على إقبالهن على القيام بالاستشارة الصحية بخصوص الأعراض التي تواجه صحتهن ، وجدنا أن 67.7% ممن يشعرن أنها مرحلة عادية و دون أي تغيير طراً على حياتهن، تقوم وكذا 54.3% ممن صرحت أن المرحلة سيئة تقوم بالاستشارة ايضاً. بينما 57.1% ممن صرحت أن حياتها تحسنت في هذه المرحلة لا تقوم بالاستشارة فاتجاه المبحوثات نحو مرحلة سن اليأس من الإنجاب بالايجاب أو بالسلب لا يؤثر في مدى إقبال المبحوثات على الاستشارة بخصوص الأعراض الاضطرابات التي تواجههن فلما قمنا بحساب معامل التوافق وجدناه يساوي 0.04 وهي علاقة ضعيفة جدا وتكاد تكون منعدمة بين المتغيرين .

الجدول رقم 88: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات اتجاه المرحلة وتلقي الكشف الطبي

النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي شعور اتجاه المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	61,7	58	38,30	36	سيئة
100	93	39,8	37	60,2	56	عادية
100	14	57,1	8	42,9	6	حسنة
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

من خلال الجدول رقم 88 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم به.

ولما أدخلنا المتغير الاتجاه نحو المرحلة للمبحوثات، بهدف الكشف عن مدى تأثيره على إقبالهن على القيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أن 61.7% ممن يشعرن أنها مرحلة سيئة وحتى 57.1% ممن صرحت أن حياتها تحسنت حياتها في هذه المرحلة لا تقوم بالكشف، أما 60.2% ممن صرحت أن المرحلة عادية تقوم بالكشف الطبي النسائي . وهذا يدل أن اتجاه المبحوثات نحو المرحلة سلبا أو إيجابا لا يؤثر على دفعهن إلى القيام أو يمنعهن من القيام بالكشف الطبي النسائي .

الجدول رقم 89: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات اتجاه المرحلة وتلقي المسحة

المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبلية شعور حيال المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	89,4	84	10,6	10	سيئة
100	93	78,5	73	21,5	20	عادية
100	14	85,7	12	14,3	2	حسنة
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 89 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية الساحقة بنسبة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% يقمن بها .

ولما قمنا بإدخال المتغير الاتجاه نحو المرحلة للمبحوثات بهدف الكشف عن مدى تأثيره على إقبالهن على القيام بالمسحة المهبلية وجدنا أن 89.4% ممن تشعن أنها مرحلة سيئة وحتى 85.7% ممن صرحت أن حياتها تحسنت في هذه المرحلة لا تقوم بالمسحة أيضا بينما 78.5% ممن صرحت أن المرحلة عادية لا تقوم بالمسحة المهبلية ، أي أن الاتجاه نحو المرحلة لا يؤثر في إقبال المبحوثات على إجراء المسحة المهبلية

الجدول رقم 90: يبين العلاقة بين اتجاه المبحوثات نحو المرحلة وتلقي فحص الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		فحص الثدي شعور نحو المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	57,40	54	42,6	40	سيئة
100	93	55,9	52	44,1	41	عادية
100	14	50	7	50	7	حسنة
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول رقم 90 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به.

ولما قمنا بإدخال المتغير اتجاه حيال المرحلة للمبحوثات بهدف الكشف عن مدى تأثير شعور المبحوثات اتجاه مرحلة ما بعد الخصوبة على إقبالهن على القيام بالفحص الثدي وجدنا أن 50% ممن يشعن أنها حسنة لا تقوم بفحص الثدي و 57.4% ممن صرحت أنها سيئة في هذه المرحلة لا تقوم بفحص ثديهن أيضا وحتى 55.9% ممن صرحت أن المرحلة عادية لا تقوم بالفحص ، فمهما كان شعور المبحوثات اتجاه هذه المرحلة لا يدفعهن للقيام بفحص الثدي.

الجدول رقم 91: يبين العلاقة بين اتجاه المبحوثات نحو المرحلة وتلقي الأشعة على

الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الأشعة الثدي شعور نحو المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	68,1	64	31,9	30	سيئة
100	93	64,5	60	35,5	33	عادية
100	14	71,4	10	28,6	4	حسنة
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 91 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو

عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3 % .

ولما قمنا بإدخال المتغير الاتجاه حيال المرحلة للمبحوثات بهدف الكشف عن مدى تأثير

شعور المبحوثات اتجاه مرحلة ما بعد الخصوبة على اقبالهن على القيام بالأشعة على

الثدي وجدنا أن 71.4 % ممن يشعرون أنها حسنة لا تقوم بالأشعة على الثدي و 68.1 %

ممن صرحت أنها سيئة في هذه المرحلة لا تقوم بالأشعة على الثدي أيضاً وحتى

64.5 % ممن صرحت أن المرحلة عادية لا تقوم بالأشعة على الثدي.

نفس الشيء بالنسبة لتحليل الأشعة على الثدي فمهما كان شعور المبحوثات اتجاه

المبحوثة انها مرحلة سيئة أو حسنة إلا أنه لا يدفعها للقيام بهذا التحليل .

الجدول رقم 92: يبين العلاقة بين اتجاه المبحوثات حيال المرحلة وتلقي العلاج

الهرموني

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تناول العلاج الهرموني شعور نحو المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	94	89,4	84	10,6	10	سيئة
100	93	82,8	77	17,2	16	عادية
100	14	85,7	12	14,3	2	حسنة
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 92 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% نحو عدم

القيام بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% ممن تتناولنه .

ولما قمنا بإدخال متغير اتجاه المبحوثات نحو المرحلة بهدف الكشف عن مدى تأثيره

على إقبالهن على القيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا أن 89.4% ممن يشعرن أنها

سيئة لا تقمن بتناول العلاج الهرموني و 85.7% ممن صرحت أنها حسنة في هذه

المرحلة لا تقوم كذلك بتناوله أيضا وحتى 82.8% ممن صرحت أن المرحلة عادية لا

تقوم بتناول العلاج الهرموني .

الاستنتاج الجزئي للفرضية الثانية:

هدفت فرضية البحث الثانية إلى معرفة مدى تأثير الحالة الزوجية للمبحوثات في مرحلة ما بعد الخصوبة، في إقبالهن على برامج الرعاية الصحية الموجهة خصيصا لهن، فكانت مؤشرات متغير الحالة الزوجية ومدى وجود الدعم الأسري والاتجاه نحو المرحلة وكذا طبيعة العلاقة بالزوج التي قمنا بربطها بمدى الإقبال على كل من الاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث و القيام بإجراء الفحص النسائي وإجراء المسحة المهبلية، والقيام بفحص الثديين، وأخيرا تناول العلاج الهرموني.

توصلنا حسب ما أظهرته نتائج الجداول السابقة فإن اتجاهها العام يتجه نحو عدم القيام والإقبال على أي من الفحوصات والكشوفات الطبية المتعلقة بمرحلة ما بعد الخصوبة ما عدا الاستشارة الطبية حيث أظهر الجدول الخاص به أن 59.2% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث في مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.8% لا يقمن بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للمبحوثات وجدنا أن المتزوجات أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 61.4% ولما سألنا المبحوثات عن سبب عدم استشارتهن حول الأعراض التي تعيق حياتهن اليومية توصلنا إلى أن التهاون و لا مبالاة بالاستشارة حول تلك الأعراض التي تصاحب مرحلة ما بعد الخصوبة وعدم الاعتقاد بالأهمية، هي الأسباب التي حالت دون اللجوء إلى الاستشارة والمتزوجات بالذات وبنسبة 23.6% صرحن أنهن لا تعتقد أن الاستشارة تساعدن.

أما بقية الكشوفات و المتضمنة الكشف الطبي النسائي والمسحة المهبلية وكذا فحص الثدي والأشعة عليه وتناول العلاج الهرموني فاتجاهات جميع الجداول نحو عدم القيام بها ولما أدخلنا المتغير المستقل الحالة الزوجية للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على تلقي أولًا الكشف الطبي النسائي ف53.6% من المتزوجات لا يتلقين الكشف الطبي

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

النسائي وسببهن في ذلك وبنسبة 42.7% صرحن أن الكشف النسائي لا يساعدهن في تحسين صحتهن. فالمتزوجات لا يقبلن على إجراء الكشف الطبي النسائي بسبب قلة الوعي بأهمية الكشف والتهاون والتخوف من تشخيص مرض خطير وكذا الإحراج وكلها دلائل على قلة الوعي الصحي. ثانيا فيما يتعلق بالمسحة المهبلية فالمتزوجات كذلك لا يقمن بها بنسبة 81.4% وسببهن في ذلك أيضا وبنسبة 43% جهلن بأهمية المسحة وبالنسبة لفحص الثدي كذلك فنسبة 54.3% منهن صرحن أنهن لا يقمن بفحص على الثدي. وسببهن في ذلك بنسبة 26.3% هو التهاون فحتى الإصابة بمرض لم يدفعهن لأجراء فحص الثدي وفيما يخص الأشعة على الثدي فالمتزوجات أيضا وبنسبة 62.6% لا يقمن بالأشعة على الثدي وحتى تناول العلاج الهرموني 85% منهن وهذا لاتجاههن السلبي نحو هذا العلاج وكذلك لعدم معرفتهن بوجوده .

أما فيما يخص الدعم الأسري وعلاقته بإجراء الكشوفات والفحوصات الضرورية في مرحلة ما بعد الخصوبة فبناء على اتجاه العام لأغلبية الجداول فالمبحوثات لا يتلقين دعما اسريا بخصوص دعمهن للزيارة الطبيب وإجراء الفحوص اللازمة وذلك بنسبة 71.1% مقابل 28.9% يتلقين دعما أسريا .

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو الدعم الأسري لمعرفة مدى تلقي المبحوثات حسب حالتهم الزوجية له فوجدنا أنه 76.4% من المتزوجات لا يلقين دعما أسريا بشأن صحتهم و أن المتزوجات أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 61.4% ولما أضفنا متغيرا رائزا ألا هو الدعم الأسري لمعرفة مدى تأثيره على المبحوثات وجدنا أن المتزوجات وبنسبة 63.6% ممن لا تجد دعما اسريا وحتى 54.5% ممن تجد دعما أسريا إلا أنها تقوم بطلب الاستشارة الصحية. أما فيما يتعلق ببقية الفحوصات ففي الكشف الطبي النسائي و فالمتزوجات وبنسبة 52% ممن لا يجدن دعما أسريا لا يقمن بالكشف الطبي النسائي ، اما المسحة المهبلية فالمتزوجات وبنسبة 82.2% ممن لا

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

تجدد دعما و78.8% ممن تجدن دعما لا يدفعهن للقيام بالمسحة المهبلية ، وفي فحص الثدي فالمتزوجات وبنسبة 55.1% ممن لا تجدن دعما و51.3% ممن تجدن دعما لا يدفعهن للقيام بفحص الثدي ، وما تعلق بالأشعة على الثدي فالمتزوجات وبنسبة 63.6% ممن لا تجدن دعما و60.6% ممن تجدن دعما أسريا لا يدفعهن للقيام بالأشعة على الثدي وحتى العلاج الهرموني فالمتزوجات وبنسبة 85% ممن لا تجدن دعما و84.8% ممن تجدن دعما أسريا لا يدفعهن للقيام بتناول العلاج فالدعم الأسري لا يؤثر في مدى إقبال المبحوثات على فحص الثدي الدوري المهم لهن وعلى اختلاف حالة المبحوثات الزوجية .

أما تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام باستشارة حول الأعراض وجدنا أنه 60.7% ممن صرحت إن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير و60.5% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت قامت بالاستشارة حول تلك الأعراض التي تصيبها ، أما نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالاستشارة الصحية وجدنا 71.4% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالاستشارة الطبية وحتى 58.3% من ساءت علاقتها بزوجها تقوم بالاستشارة أيضا .

ولما أدخلنا المتغير المستقل وهو مدى تغير العلاقة بالزوج لمعرفة درجة تأثيرها على اتجاه المبحوثات للقيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 53.3% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير و51.2% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالكشف الطبي النسائي. مهما كانت نوعية نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها للكشف عن مدى تأثيره على قيام المبحوثات بالكشف الطبي النسائي وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالكشف الطبي النسائي بينما 52.8% من ساءت علاقتها بزوجها لا تقوم بالكشف الطبي اما فيما يخص المسحة

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

المهبلية وجدنا أنه 86% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث عليها لم تتغير لا تقوم بالمسحة المهبلية ، و حتى 79.4% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالمسحة المهبلية ومهما كانت نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها وجدنا 86.1% ممن ساءت علاقتها بزوجها و حتى 85.7% من تحسنت علاقتها بزوجها لا تقوم كذلك بها . فنفسر ذلك بالإهمال والتهاون وانعدام الوعي بالصحة وبذواتهن هي من تقف وراء عدم القيام بالمسحة المهبلية ومدى تغير العلاقة بالزوج وعلاقتها بالقيام بالفحص الثديي وجدنا أنه 60.5% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث عليها قد تغيرت لا تقوم بفحص الثديي ، و حتى 54.2% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها لم تتغير لم تقم بفحص الثديي ومهما كان نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيره على قيام المبحوثات بالفحص على الثديي وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بفحص الثديي بينما 63.9% من ساءت علاقتها بزوجها لا تقوم بفحص الثديي فمدى تغير العلاقة بالزوج ، 65.4% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير لا تقوم بالأشعة على الثديي ، و حتى 58.1% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالأشعة على الثديي . ولمعرفة تأثير نوع التغير العلاقة بالزوج ومدى تأثيره في نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها وجدنا 57.1% ممن تحسنت علاقتها بزوجها تقوم بالأشعة على الثديي بينما 58.3% من ساءت علاقتها بزوجها لا تقوم كذلك بالأشعة على الثديي وبالنسبة للعلاج الهرموني ومدى تغير العلاقة بالزوج 86% ممن صرحت ان علاقتها بزوجها بعد انقطاع الطمث لم تتغير لا تقوم بتناول العلاج الهرموني ، و حتى 79.1% ممن صرحت أن علاقتها بزوجها تغيرت لم تقم بالمسحة المهبلية . ومهما كانت نوعية التغير الذي تحسه المبحوثة في زوجها وجدنا 80.6% ممن ساءت علاقتها بزوجها لا تقوم بتناول العلاج بينما 71.4% من تحسنت علاقتها بزوجها لا تقوم بتناول العلاج الهرموني كذلك ، أي

الفصل الخامس — تحليل الفرضية الثانية

مهما كانت العلاقة بالزوج سيئة أم حسنة فلا يؤثر في إقبال المتزوجات على برامج الرعاية الصحية .

أما شعور المبحوثات اتجاه مرحلة ما بعد الخصوبة وعلاقته بإقبالهن على إقبالهن على القيام بالاستشارة الصحية بخصوص الأعراض التي تواجه صحتهن ، وجدنا أن 67.7% ممن يشعرون أنها مرحلة عادية و دون أي تغيير طراً على حياتهن، تقوم وكذا 54.3% ممن صرحت أن المرحلة سيئة تقوم بالاستشارة أيضاً. بينما 57.1% ممن صرحت أن حياتها تحسنت في هذه المرحلة لا تقوم بالاستشارة فاتجاه المبحوثات نحو مرحلة سن اليأس من الإنجاب بالايجاب أو بالسلب لا يؤثر في مدى إقبال المبحوثات على الاستشارة بخصوص الأعراض الاضطرابات التي تواجههن فالالاتجاه نحو المرحلة سلبي أو إيجابيا لا يؤثر على دفعهن إلى القيام أو يمنعهن من القيام بالكشف الطبي النسائي وباقي الفحوصات .

الفصل السادس

تحليل الفرضية الثالثة

تمهيد:

إن ازدواجية معاناة المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة من الاضطرابات والأعراض التي تواجهها إثر انقطاع الطمث من جهة ، وأمراض المزمنة التي اكتسبتها مع مرور السنوات فالضغط والسكري ومرض القلب وكذا الكوليسترول من الأمراض الشائعة في هاته المرحلة العمرية، فتجعل اللجوء إلى العلاج الطبي حتمية لابد منها، للتخفيف أو الشفاء من الأوجاع التي قد تؤدي بحياة المرأة.

وعلى هذا الأساس وضعت فرضية البحث وهي «المشاكل الصحية والأعراض التي تعاني منها المرأة تزيد من إقبالها على خدمات الرعاية الصحية في فترة ما بعد الخصوبة»

اشتملت الفرضية على متغير المستقل والذي يتمثل في المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة والذي حددناه من خلال المؤشرات التالية:

- سن توقف الحيض
- اضطرابات انقطاع الحيض
- وجود مشاكل صحية كهشاشة العظام ،... وجود أمراض مزمنة كالسكري ، ضغط الدم ، السرطان

وربطناه بمتغير تابع تم ضبطه وفق مؤشرات يمكن قياسها كالتالي :

1. من خلال خدمات الرعاية الصحية:

- القيام بإجراء الفحص النسائي .
- إجراء المسحة المهبلية .
- القيام بفحص الثديين .
- تناول العلاج الهرموني .

المبحث الأول : العلاقة بين معاناة المبحوثات من أمراض مزمنة ونوعيتها وعلاقتها بالإقبال على برامج الرعاية الصحية الموجهة لها في مرحلة ما بعد الخصوبة

الجدول رقم 93: يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن و مدى تلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تلقى الاستشارة معاناة من مرض مزمن
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	140	41,4	58	58,6	82	تعاني
100	61	37,7	23	62,3	38	لا تعاني
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 93 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل مدى وجود مرض مزمن لدى المبحوثات، وجدنا أن من لا يعانين من أي مرض مزمن أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 62.3% ثم من يعانين من مرض مزمن بنسبة 58.6% .

و لما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين متغير مدى وجود مرض مزمن و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي -0.077 وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا تكاد تنعدم أي أن لا توجد علاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن و تلقيها الاستشارة الطبية .

وأردنا أيضا معرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على الاستشارة جاءت نتائج الجدول التالي :

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 94: يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات وتلقيهن الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		نوع المرض المزمن
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	34	32,4	11	67,6	23	ضغط الدم
100	29	41,4	12	58,6	17	روماتيزم
100	26	57,7	15	42,3	11	سكري
100	10	10	1	90	9	سرطان الثدي
100	11	27,3	3	72,7	8	الكوليسترول
100	8	62,5	5	37,5	3	الربو
100	4	50	2	50	2	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	25	2	75	6	القلب
100	1	100	1	-	-	هشاشة العظام
100	9	66,7	6	33,3	3	ضغط الدم والسكري
100	140	41,4	58	58,6	82	المجموع

من خلال الجدول رقم 94 تبين لنا أن 58.6% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 41.4% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل نوع المرض المزمن التي تصاب به المبحوثات وجدنا أن المصابات بمرض سرطان الثدي أكثر إقبالاً على تلقي الاستشارة بنسبة 90% وتليها من تعاني بمرض القلب بنسبة 75% و 72.7% من التي تعانين من الكوليسترول و 67.6% ممن يعانين ضغط الدم وكذلك نسبة 58.6% من أصحاب روماتيزم يقمن بالاستشارة ، فالمصابات بسرطان الثدي هنا أكثر إقبالاً على الاستشارة كون الآم الثدي التي تعانيتها

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

المرأة في تلك المرحلة يدفعها للاستشارة . وقد قمنا أيضا بربط كيفية تلقي المبحوثة لعلاجها من مرضها المزمن لمعرفة مدى طلبها للاستشارة.

الجدول رقم 95: يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن والقيام بالكشف

الطبي النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف الطبي النسائي المعاناة من مرض مزمن
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	140	54,3	76	45,7	64	تعاني
100	61	44,3	27	55,7	34	لا تقوم
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

خلال الجدول رقم 95 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل مدى معاناة المبحوثة من مرض مزمن للكشف عن مدى تأثيره في إقبال المبحوثات على تلقي الكشف الطبي النسائي وجدنا أن 55.7% ممن لا تتلقين كشفا نسائيا لا يعانين من أي مرض مزمن و 54.3% ممن تعاني من مرض مزمن يتلقينه ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.20 أي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين أي انه كلما عانت المرأة من مرض ما كلما قل إقبالها على القيام بكشف طبي نسائي .

ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على الكشف الطبي النسائي جاءت نتائج الجدول التالي :

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 96: يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات و القيام بالكشف الطبي النسائي :

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي نوع المرض
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	34	47,1	16	52,9	18	ضغط الدم
100	29	62,1	18	37,9	11	روماتيزم
100	26	57,7	15	42,3	11	سكري
100	10	-	-	100	10	سرطان الثدي
100	11	45,5	5	54,5	6	الكوليسترول
100	11	45,5	5	37,5	3	الربو
100	4	5	2	50	2	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	75	6	25	2	القلب
100	1	100	1	-	-	هشاشة العظام
100	9	55,6	5	44,4	4	ضغط الدم والسكري
100	140	52.15	73	47.85	67	المجموع

خلال الجدول رقم 96 يبين من خلال اتجاهه العام أن 52.15% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 47.85% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل نوعية المرض المزمن للكشف عن مدى تأثيره في إقبال المبحوثات على تلقي الكشف الطبي النسائي وجدنا أن 100% ممن يعانون سرطان الثدي و 54.9% ممن يعانون من الكوليسترول و 52.9% ممن يعانون من الضغط و 50% ممن يعانون اضطراب الغدة الدرقية يتلقين كشفا طبيا نسائيا و 100% ممن يعانون من هشاشة العظام و 75% من مرض القلب و 62.1% تعانين الروماتيزم و 57.7% من السكري و 55.6% يعانون ضغط الدم والسكري معا لا يتلقينه .

نلاحظ أن أغلبية المبحوثات التي يعانون من سرطان الثدي يقمن بالكشف الطبي النسائي .

الجدول رقم 97: يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن وإجراء المسحة المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبلية
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
100	140	84,3	118	15,7	22	تعاني
100	61	83,6	51	16,4	10	لا تعاني
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 97 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% .

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل مدى إصابة المبحوثة بمرض مزمن للكشف على مدى تأثيره على إقبالها على إجراء للمسحة المهبلية وجدنا أنه 84.3% ممن لا يعانين من أي مرض مزمن لا يقمن بها وحتى 83.6% ممن يعانين من مرض مزمن لا يقمن بالمسحة المهبلية . وحين قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة التوافق بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.03- وهي علاقة عكسية ضعيفة جدا وتكاد تنعدم بين المتغيرين .ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على إجراء المسحة المهبلية جاءت نتائج الجدول التالي :

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 98: يبين العلاقة بين وجود مرض مزمن لدى المبحوثات و القيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		نوع المرض
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	34	85,3	29	14,7	5	ضغط الدم
100	29	89,7	26	10,3	3	روماتيزم
100	26	88,5	23	11,5	3	سكري
100	10	50	5	50	5	سرطان الثدي
100	11	100	11	-	-	الكوليسترول
100	8	50	4	50	4	الربو
100	100	50	2	50	2	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	100	8	-	-	القلب
100	1	100	1	-	-	هشاشة العظام
100	9	100	9	-	-	ضغط الدم والسكري
100	140	83.58	117	16.42	23	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 98 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 83.58% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 16.42% .

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل نوع المرض المزمن للكشف على مدى تأثيره على إجراء المبحوثات للمسحة المهبلية وجدنا أنه 100% ممن يعانون من مرض القلب وهشاشة العظام وضغط الدم والسكري والمصابات بالكوليسترول وكذا 89.7% من المصابات بالروماتيزم و 88.5% من مرضى السكري و 85.5% من مرضى ضغط الدم ، فمهما اختلفت نوعية الامراض المزمنة التي تصيب المبحوثات فلا يؤثر في اقبالهن على إجراء المسحة المهبلية وحتى وان تعلق الأمر بسرطان الثدي ف 50% من المصابات بسرطان الثدي لا تقمن بها فالمسألة تتعلق بالوعي الصحي والاهمال الرهيب

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

لصحة المبحوثات فمهما عانت من مشاكل صحية مزمنة تعيقهن لا يدفعهن ذلك الى إجراء المسحة المهبلية .

الجدول رقم 99: يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن والقيام بفحص الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		فحص الثدي المعاناة من مرض مزمن
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	140	57,1	80	42,9	60	تعاني
100	61	54,1	33	45,9	28	لا تعاني
100	201	56,2	113	43.8	88	المجموع

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 99 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به. بعدما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في معاناة المبحوثة من مرض مزمن لمعرفة مدى تأثيره على إقبالها على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 57.1% ممن تعانين من مرض مزمن لا يقمن بفحص الثدي وإضافة إلى 54.1% ممن لا تعانين من أي مرض مزمن صرحن كذلك أنهن لا يقمن بفحص على الثدي ، ولما قمنا بحساب معامل معامل الاقتران لنقيس درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.06 علاقة عكسية ضعيفة جدا توضح انه لا علاقة بين المتغيرين فمعاناة المبحوثة من مرض مزمن لا يدفعها إلى القيام بفحص الطبي للثدي رغم أهميته وإجبارية القيام به.

ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بفحص الثدي جاءت نتائج الجدول التالي :

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 100: يبين العلاقة بين نوع مرض مزمن لدى المبحوثات والقيام بفحص

الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		فحص الثدي نوع المرض
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	34	61,8	21	38,2	13	ضغط الدم
100	29	48,3	14	51,7	15	روماتيزم
100	26	65,4	17	34,6	9	سكري
100	10	-	-	100	10	سرطان الثدي
100	11	81,8	9	18,2	2	الكوليسترول
100	8	7	87,5	12,5	1	الربو
100	4	25	1	75	3	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	50	4	50	4	القلب
100	1	-	-	100	1	هشاشة العظام
100	9	66,7	6	33,3	3	ضغط الدم والسكري
100	140	56,4	79	43,6	61	المجموع

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 100 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.4% مقابل 43.6% يقمن به.

بعدما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في نوع المرض المزمن لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 100% من المصابات بسرطان الثدي وهشاشة العظام وإضافة إلى 75% من المصابات باضطراب الغدة الدرقية و 51.7% من المصابات بالروماتيزم صرحن أنهن يقمن بفحص على الثدي ، أما 81.8% من المصابات بمرض الكوليسترول و 61.8% ممن مريضات ضغط الدم لا يقمن بفحص الثدي.

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

فلاحظ جليا أن من البديهي أن المصابات بسرطان الثدي كلهن يقمن بفحص الثدي لعلاقته بنوع المرض الذي يعانينه أما البقية لا يقمن بفحص الثدي لعدم وجود لديهن ألام في الثدي .

الجدول رقم 101: يبين العلاقة بين وجود مرض مزمن لدى المبحوثات وإجراء الأشعة على الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الأشعة على الثدي المعانة من مرض مزمن
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	140	67,9	95	32,1	45	تعاني
100	61	63,9	39	36,1	22	لا تعاني
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 101 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3 % .

ولما أدخلنا المتغير المستقل معانة المبحوثات من مرض مزمن لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أنه 67.9% ممن تعاني من مرض ما و63.9% ممن لا تعاني من مرض مزمن لا يقمن بالأشعة على الثدي. فنلاحظ أنه مهما اختلفت الحالة الصحية المبحوثة سواء عانت من مرض مزمن أو لم تعاني لا يزيد إقبالها على إجراء الأشعة على الثدي ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لقياس درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.08 وهي علاقة عكسية تكاد تتعدم بين المتغيرين ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بالأشعة على الثدي جاءت نتائج الجدول التالي :

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 102: يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات والقيام بالأشعة على الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		نوع المرض
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	34	76.48	26	23.52	8	ضغط الدم
100	29	34.49	10	65.51	19	روماتيزم
100	26	69.23	18	30.77	8	سكري
100	10	-	-	100	10	سرطان ثدي
100	11	81.8	9	18.2	2	الكوليسترول
100	8	75	6	25	2	الربو
100	4	50	2	50	2	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	62.5	5	37.5	3	القلب
100	1	-	-	100	1	هشاشة العظام
100	9	100	9	-	-	ضغط الدم والسكري
100	140	67.8	95	32.2	45	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 103 تبين أن 67.8 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 32.2 % .

ولما أدخلنا المتغير المستقل نوع المرض التي تعاني منها المبحوثات لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أنه 100% من المصابات بسرطان الثدي هشاشة العظام و 65.51 % من المصابات بالروماتيزم يقمن بالأشعة على الثدي أما 100% من المصابات بمرض الضغط والسكري و 81.8% من المصابات بالكوليسترول لا يقمن بالأشعة على الثدي . ويظهر جليا أن المصابات بسرطان الثدي قمن بإجراء الأشعة على الثدي لطبيعة المرض الذي يستدعي إجراء الأشعة على الثدي .

الجدول رقم 104: يبين العلاقة بين معاناة المبحوثات من مرض مزمن وتناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		العلاج الهرموني
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	المعاناة من مرض مزمن
100	140	85,7	120	14,3	20	تعاني
100	61	86,9	53	13,1	8	لا تعاني
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 104 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل وهو مدى معاناة المبحوثات من مرض مزمن لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن على تناول العلاج الهرموني للتخفيف عن الأعراض المصاحبة وجدنا أن 86.9% ممن لا تعاني من أي مرض مزمن لا تقوم بتناول العلاج الهرموني و85.7% ممن تعانين من العلاج الهرموني ولا يتناولن العلاج الهرموني في مرحلة النهائية الطمث ويظهر من خلال قرائنتنا الإحصائية للجدول أنه مهماً اختلفت الوضعية الصحية للمبحوثة وما تعلق بمرض مزمن لا تقوم بتناول العلاج الهرموني وما دعمه قيامنا بحساب معامل الاقتران لنقيس درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.04 وهي علاقة ضعيفة للغاية بين المتغيرين وتكاد تنعدم أيضا . ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بالأشعة على الثدي جاءت نتائج الجدول التالي :

الجدول رقم 105: يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات والقيام بتناول العلاج الهرموني

المجموع	لا تتلقى	تتلقى	العلاج الهرموني
---------	----------	-------	-----------------

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

نوع المرض		التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
من		4	11,8	30	88,2	34	100
ضغط الدم		3	10,3	26	89,7	29	100
روماتيزم		6	23,1	20	76,9	26	100
كيفية تلقي العلاج		6	23,1	20	76,9	26	100
سكري بانتظام		6	23,1	20	76,9	26	100
نوع المرض		التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
سرطان الكبد		23	67,8,2	11	31,8	34	100
الكوليسترول		17,6		9		11	
ضغط الدم		23	67,8,2	11	31,8	34	100
الربو		-	-	8	100	8	100
اضطراب الغدة الدرقية		2	50	2	50	4	100
القلب		-	-	8	100	8	100
هشاشة العظام		-	-	1	100	1	100
ضغط الدم والسكري		-	-	9	100	9	100
المجموع		21	15	119	85	140	100

خلال الاتجاه العام للجدول رقم 105 تبين أن 85 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم تناول العلاج الهرموني مقابل 15% .
ولما أدخلنا المتغير المستقل نوع المرض التي تعاني منها المبحوثات لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن على تناول العلاج الهرموني وجدنا أنه 100% من المبحوثات التي تعاني من الربو وهشاشة العظام والضغط والسكري لا يقمن بتناول العلاج الهرموني. ويظهر جليا أن اتجاه المبحوثات نحو هذا النوع من العلاج من جعله يؤثر في إقبالهن على تناوله:

الجدول رقم 106: يبين العلاقة بين نوع المرض المزمن لدى المبحوثات وكيفية

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	29	24,1	7	51,7	15	24,1	7	روماتيزم
100	26	15,4	4	46,2	12	38,5	10	سكري
100	10	-	-	-	-	100	10	سرطان الثدي
100	11	9,1	1	54,5	6	36,4	4	الكوليسترول
100	8	25	2	62,5	5	12,5	1	الربو
100	4	-	-	-	-	100	4	اضطراب الغدة الدرقية
100	8	-	-	12,5	1	87,5	7	القلب
100	1	-	-	100	1	-	-	هشاشة العظام
100	9	-	-	66,7	6	33,3	3	ضغط الدم والسكري
100	140	13,6	19	49,3	69	37,1	52	المجموع

تلقي العلاج

من خلال ما سبق يتضح أن مدى معاناة المبحوثات من مرض مزمن ومهما كانت نوعية هذا المرض إلا سرطان الثدي الذي يستجيب طبيعته مع الفحوصات والأشعة الخاصة بالثدي والكشف النسائي ما يضطر بالمبحوثات إلى المتابعة الطبية فأردنا أن نعرف كيف تتلقى المبحوثات لعلاجهن عن مرضهن المزمن؟ بنينا هذا الجدول الذي جاءت نتائجه كالتالي :

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 106 يتضح أن المبحوثات يتجهن بنسبة 49.3% نحو تلقي العلاج بخصوص مرضهن المزمن بطريقة متذبذبة و 37.1% منهن يتلقين العلاج بطريقة منتظمة أما 13.6% منهن فينقلينه بطريقه بطريقة نادرا أي ليست مستمرة في أخذ العلاج والدواء ولما ربطناه بمتغير نوع المرض المعرفة تأثيره على انتظام أو تذبذب المبحوثات في العلاج وجدنا انه 100% من المصابات بسرطان الثدي وكذا مريضات اضطرابات الغدة الدرقية و 87,5% من مريضات القلبيتين علاجهن بطريقة منتظمة فالمرض خطير ويستدعي من النساء انتظام في العلاج أما 100% من مريضات

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

هشاشة العظام و67,6% من المصابات بالضغط الدموي وكذا 66.7% من المصابات بالضغط والسكري فإنهن يتلقين علاجهن بطريقة متذبذبة وهذا دليل على التهاون والاهمال وقلة الوعي الصحي الذي قد يؤدي بحياة المبحوثات . نستنتج أن المبحوثات حتى الأمراض المزمنة قد تكون خطيرة على حياتهن المشخصة لديهن يتهاونون في الاستمرارية في العلاج والانتظام في شرب الدواء وإجراء التحاليل الطبية الخاصة لحفظ صحتهن في هذه المرحلة العمرية فعدم لجوئهن لبرامج الرعاية الصحية اللازمة لمرحلة ما بعد الخصوبة ليس مستغرب إذن فالأولى المتابعة المنتظمة للعلاج من الأمراض المزمنة المشخصة فعليا لديهن . فالمشكلة تتعلق بالوعي الصحي والإهمال للذات . وينطبق الأمر كذلك بالنسبة للمبحوثات التي أصبن بكسور بعد انقطاع الطمث عليهن وهذا ما أظهرته الجداول التالية :

الجدول رقم 107: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي الاستشارة

المجموع		لا تقوم		تقوم		تلقى الاستشارة تعرضت لكسور
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	60	35	21	65	39	نعم
100	141	42,6	60	57,4	81	لا
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 107 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل تعرض للمبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث لديهن وجدنا أن 65% ممن تعرضت لكسور وحتى 57.4% ممن لم تتعرض لكسور تلقت الاستشارة ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين متغير التعرض لكسور و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.16 وهي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 108: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات لكسور والقيام بالكشف الطبي النسائي

المجموع		لا تقوم		تقوم		الكشف الطبي النسائي تعرضت لكسور
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	60	46.7	28	53.3	32	نعم
100	141	53.2	75	46.8	66	لا
100	201	51.2	103	48.8	98	المجموع

خلال الجدول رقم 108 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل تعرض المبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على تلقي الكشف الطبي النسائي وجدنا أن 53.2% ممن لم تتعرض لكسور لا يتلقين كشفا نسائيا بينما 53.3% ممن تعرضن لكسور يقمن به ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.13 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين أي كلما تعرضت المبحوثات للكسر كلما زاد إقبالها على إجراء الفحص الطبي النسائي.

الجدول رقم 109: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي المسحة المهبلية

المجموع		لا تقوم		تقوم		المسحة المهبلية تعرضت لكسور
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	60	85	51	15	9	نعم
100	141	83,7	118	16,3	23	لا

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع
-----	-----	------	-----	------	----	---------

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 109 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% .

ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل يتمثل في تعرض المبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على إجراء المسحة المهبلية وجدنا أن 85% ممن تعرضت لكسور لا يتلقين المسحة المهبلية وحتى 83.3% ممن لم تتعرضن لكسور لا يقمن بها كذلك ولما قمنا بحساب معامل الارتباط لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي -0.04 أي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين تكاد تكون منعدمة بين المتغيرين .

الجدول رقم 110: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي فحص الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		فحص الثدي تعرضت لكسور
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	60	51,7	31	48,3	29	نعم
100	141	58,2	82	41,8	59	لا
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع

نتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 110 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به.

بعدها أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في تعرض المبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أن 58.2% ممن لم تتعرضن لكسور لا يتلقين فحصا للثدي بينما 51.7% ممن تعرضن لكسور لا يقمن به كذلك ولما قمنا بحساب معامل الارتباط 0.13 لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.13 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين

الجدول رقم 111: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتلقي الأشعة على الثدي

المجموع	لا تقوم	تقوم	الأشعة على الثدي
---------	---------	------	------------------

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	تعرضت لكسور
100	60	66,7	40	33,3	20	نعم
100	141	66,7	94	33,3	47	لا
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 111 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3 % .
ولما أدخلنا المتغير المستقل والذي يتمثل في تعرض المبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أن 66.7 % ممن لم تتعرض لكسور لا يتلقين فحصا للثدي بينما 66.7 % ممن تعرضن لكسور لا يقمن به كذلك ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0 أي لا توجد علاقة بين المتغيرين .

الجدول رقم 112: يبين العلاقة بين تعرض المبحوثات للكسور وتناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تقوم		تقوم		العلاج الهرموني تعرضت لكسور
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	60	85	51	15	9	نعم
100	141	86,5	122	13,5	19	لا
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 112 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما قمنا بإدخال المتغير المستقل والذي يتمثل في تعرض المبحوثات لكسور بعد انقطاع الطمث للكشف عن مدى تأثيره في إقبالهن على تناول العلاج الهرموني وجدنا أن 86.1% ممن لم تتعرض لكسور لا يتلقين العلاج الهرموني وحتى 85% ممن تعرضن لكسور لا يقمن بتناوله كذلك ولما قمنا بحساب معامل الاقتران لمعرفة درجة العلاقة بين المتغيرين وجدناه يساوي 0.06 أي علاقة طردية ضعيفة جدا وتكاد تتعدم بين المتغيرين .

المبحث الثاني: العلاقة بين مدى معاناة المبحوثات من أعراض واضطرابات مرحلة ما بعد الخصوبة وعلاقتها بالإقبال على برامج الرعاية الصحية الموجهة لها .
الجدول رقم 113: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض انقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالاستشارة بخصوص تلك الأعراض

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تلقي الاستشارة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	اعراض انقطاع الطمث
100	2	50	1	50	1	جفاف مهبل
100	3	-	-	100	3	هرش أو حكة

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	4	25	1	75	3	حرقان عند التبول
100	24	50	12	50	12	الالام المفاصل
100	22	45,5	10	54,5	12	نوبات حرارة
100	9	55,6	5	44,4	4	تغير في الرغبة الجنسية
100	60	38,3	23	61,7	37	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	31	9	69	20	الآم الثدي
100	5	20	1	80	4	حكة وجفاف مهبلي
100	36	44,4	16	55,6	20	الالام مفاصل ونوبات حرارة
100	7	42,9	3	57,1	4	تغير في الرغبة الجنسية والالام مفاصل ونوبات حرارة
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 113 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على اقبال المبحوثات على القيام بالاستشارة وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 80% ممن تعانين من عرضي الحكة والجفاف المهبلي و 75% يشعرن بحرقان عند التبول و 61.7% تشعرن بالتوتر والقلق و 57.5% ممن تعانين من أكثر من عرض وهو تغير في الرغبة الجنسية والالام في المفاصل ونوبات حرارة و 55.6% ممن تعانين من نوبات حرارة والام مفاصل يقمن بالاستشارة الطبية المتعلقة بتلك الأعراض ،

حيث أننا نلاحظ أن المبحوثات يقبلن على الاستشارة لما يتعلق بتلك الأعراض وخاصة لما تتعدد الأعراض عليهن وبقائهن في حيرة شديدة مما يطرأ على أجسامهن بعد الانقطاع النهائي للطمث . اما المعرضات عن تلقي الاستشارة فالتكتم على تلك الاعراض والتهاون هو من يقف دون استشارة المبحوثة .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 114: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض انقطاع الطمث لدى المبحوثات و القيام بالكشف النسائي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	أعراض انقطاع الطمث
100	2	50	1	50	1	جفاف مهبل
100	3	33,3	1	66,7	2	هرش أوحكة
100	4	50	2	50	2	حرقان عند التبول
100	24	62,5	15	37,5	9	الالام المفاصل
100	22	50	11	50	11	نوبات حرارة
100	9	66,7	6	33,3	3	تغير في الرغبة الجنسية
100	60	46,7	28	53,3	32	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	34,5	10	65,5	19	الام الثدي
100	5	60	3	40	2	حكة وجفاف مهلي
100	36	61,1	22	38,9	14	الالام مفاصل ونوبات حرارة
100	7	57,1	4	42,9	3	تغير في الرغبة الجنسية والالام مفاصل ونوبات حرارة
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

من خلال الجدول رقم 114 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 66.7% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 65.6% ممن تعانين من الام في الثدي و 53.575% يشعرن يقلق والتوتر يقمن بالكشف الطبي النسائي أما و 66.7% تشعرن بالتغير في الرغبة الجنسية و 62% ممن تعانين من الأم في

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

المفاصل و 61.1% ممن تعانين من نوبات حرارة والام مفاصل لا يقمن بالكشف الطبي النسائي.

فإقبال المبحوثات على الكشف الطبي النسائي يتعلق بنوعية العرض وحدته فألام الثدي ونوبات الحرارة والهرش والجفاف المهبلي كلها استدعت حتمية الكشف الطبي النسائي اما الأم المفاصل وتغير الرغبة الجنسية فالإحراج والتهاون ما منع المبحوثات من القيام بها .

الجدول رقم 115: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض إقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبلية اعراض انقطاع الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	2	100	2	-	-	جفاف مهبل
100	3	100	3	-	-	هرش أوحكة
100	4	75	3	25	1	حرقان عند التبول
100	24	91,7	22	8,3	2	الالم المفاصل
100	22	90,9	20	9,1	2	نوبات حرارة
100	9	88,9	8	11,1	1	تغير في الرغبة الجنسية

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	60	76,7	46	23,3	14	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	82,8	24	17,2	5	الام الثدي
100	5	80	4	20	1	حكة وجفاف مهبل
100	36	86,1	31	13,9	5	الالام مفاصل ونوبات حرارة
100	7	85,7	6	14,3	1	تغير في الرغبة الجنسية والالام مفاصل ونوبات حرارة
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 115 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% .

ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بالمسحة المهبلية وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وجفاف مهبل وكذا 91.7% ممن تعانين من الالام في المفاصل و 90.9% يشعرن بنوبات حرارة و 88.9% ممن تعانين من تغير في الرغبة الجنسية لا يقمن باجراء المسحة المهبلية .

فلاحظ من الجدول وما يثير من الغرابة عدم إقبال المبحوثات وبصفة كلية على القيام بالمسحة المهبلية حتى وان تعلق الامر بحكة وهرش وجفاف مهبل وتغير في الرغبة الجنسية ولا يفسره سوى الالام والتهاون وغياب الوعي الصحي لديهن .

الجدول رقم 116: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض انقطاع الطمث لدى المبحوثات

وتلقى فحص الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		فحص الثدي أعراض انقطاع الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	2	50	1	50	1	جفاف مهبل
100	3	100	3	-	-	هرش أو حكة
100	4	50	2	50	2	حرقان عند التبول
100	24	62,5	15	37,5	9	الالام المفاصل

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	22	54,5	12	45,5	10	نوبات حرارة
100	9	66,7	6	33,3	3	تغير في الرغبة الجنسية
100	60	61,7	37	38,3	23	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	37,9	11	62,1	18	الام الثدي
100	5	80	4	20	1	حكة وجفاف مهبلي
100	36	50	18	50	18	الام مفاصل ونوبات حرارة
100	7	57,1	4	42,9	3	تغير في الرغبة الجنسية والالام مفاصل ونوبات حرارة
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع

نتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 116 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به.

ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بفحص الثدي وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 80% ممن تعانين جفاف وهرش مهبلي و66.7% ممن تشعرن بتغير في الرغبة الجنسية و62.5% ممن تعانين من ألام في المفاصل ، لا يقمن بفحص الثدي ، أما 62.7% تشعرن ألم الثدي و 50% ممن تعانين من نوبات حرارة وألام مفاصل يقمن بفحص الثدي .

فإقبال المبحوثات على الكشف الطبي النسائي يتعلق بنوعية العرض وحدته فألام الثدي ونوبات الحرارة استدعت ضرورة القيام بفحص الثدي . أما الأعراض التي احجمت المبحوثات على تلقي الفحص الثدي من اجله فلا يفسره سوى التهاون والإهمال وغياب الوعي الصحي الذي يحفز المبحوثات على القيام بفحص الثدي الدوري المهم في هاته الفترة فشعورهن بألم في الثدي هو ما يحفزهن لإجرائه أما إن تعلق بمعاناة في أجهزة أخرى لا تقوم بفحص ثديها من أجل ذلك .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 117: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض انقطاع الطمث لدى المبحوثات و إجراء الأشعة على الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الأشعة على الثدي اعراض انقطاع الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	2	100	2	-	-	جفاف مهبل
100	3	100	3	-	-	هرش أو حكة
100	4	50	2	50	2	حرقان عند التبول
100	24	70,8	17	29,2	7	الآلم المفاصل
100	22	63,6	14	36,4	8	نوبات حرارة
100	9	88,9	8	11,1	1	تغير في الرغبة الجنسية
100	60	60	36	40	24	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	34,5	10	65.5	19	الآلم الثدي
100	5	60	3	40	2	حكة وجفاف مهبلي
100	29	65,5	19	34,5	10	الآلم مفاصل ونوبات حرارة
100	5	60	3	40	2	تغير في الرغبة الجنسية والآلم مفاصل ونوبات حرارة
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 117 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3 % .

ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بالأشعة على الثدي وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 88.9% ممن تعانين تغير في الرغبة الجنسية و 70.8% ممن تشعرن بالآلم في المفاصل و 65.5% ممن تعانين من آلام في المفاصل ونوبات حرارة ، لا يقمن بالأشعة على الثدي ، أما 65.5% تشعرن ألم الثدي و 50% ممن تعانين حرقان عند التبول يقمن بالأشعة على الثدي .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

مما سبق يتضح أن الآم الثدي استدعى لدى المبحوثات أشعة على الثدي أما بقية الأعراض فلم يدفع المبحوثات للقيام بالأشعة على الثدي مهما كانت حدة العرض ودرجة المعاناة .

الجدول رقم 118: يبين العلاقة بين الشعور بأعراض انقطاع الطمث لدى المبحوثات و القيام بتناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		العلاج الهرموني اعراض انقطاع الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	2	100	2	-	-	جفاف مهبل
100	3	100	3	-	-	هرش أوحكة
100	4	100	4	-	-	حرقان عند التبول
100	24	95,8	23	4,2	1	الآلم المفاصل
100	22	90,9	20	9,1	2	نوبات حرارة
100	9	88,9	8	11,1	1	تغير في الرغبة الجنسية

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	60	78,3	47	21,7	13	الشعور بالقلق والتوتر
100	29	79,3	23	20,7	6	الآم الثدي
100	5	100	5	-	-	حكة وجفاف مهبلي
100	36	91,7	33	8,3	3	الآم مفاصل ونوبات حرارة
100	7	71,4	5	28,6	2	تغير في الرغبة الجنسية والآم مفاصل ونوبات حرارة
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 118 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه .

ولما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وجفاف مهبلي وكذا 91.7%

ممن تعاني من الآم في المفاصل و 95.8% ممن تعاني من الآم في المفاصل و 90.9% يشعرن بنوبات حرارة و 88.9% ممن تعانين من تغير في الرغبة الجنسية

لا يقمن بتناول العلاج الهرموني .

فلاحظ من الجدول وما يثير من الغرابة عدم إقبال المبحوثات وبصفة كلية على القيام بتناول العلاج الهرموني رغم فوائده الجمة للتخفيف من كل الاعراض التي تعاني منها تلك المبحوثات .

الجدول رقم 119: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثات وتلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لم تستشر		استشارة		الاستشارة سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	37.7	26	62.3	43	49-45
100	77	37.7	29	62.3	48	54-50

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	49	46.9	23	53.1	26	59-55
100	6	50	3	50	3	لا تتذكر
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 119 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على إقبالها على الاستشارة المتعلقة بانقطاع الطمث عليها وجدنا أن من انقطع عليهن الطمث في سن 50-54 بنسبة 62.3% تليها من انقطع عليهن في سن 45-49 بنسبة 62.3% وحتى 53.1% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 55-59 يقمن بالاستشارة الطبية ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.25- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

فكلما انقطع الطمث مبكرا على المبحوثات كلما زاد إقبالهن على الاستشارة حول ذلك وخاصة بالنسبة للفئة العمرية 45-50 اللواتي يرغبن في المزيد من الإنجاب أيضا ويحاولن معرفة الأسباب وراء ذلك .

الجدول رقم 120: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثة والقيام بالكشف الطبي النسائي

المجموع		لم تقم		قامت		الكشف الطبي النسائي سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	44.9	31	55.1	38	49-45
100	77	50.5	39	49.4	39	54-50
100	49	63.3	31	36.7	18	59-55
100	6	50	3	50	3	لا تتذكر
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الجدول رقم 120 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على اقبالها على الكشف الطبي النسائي وجدنا أنه من انقطع عليهن الطمث في سن 49-45 بنسبة 55.3% ،تليها من انقطع عليهن في سن 50-54 بنسبة 49.5% وحتى 50% ممن لا تتذكر وقت انقطاع الطمث لديها يقمن بالكشف الطبي النسائي ، بينما من انقطع عليهن في سن 55-59 بنسبة 63.3% لا يقمن بالكشف الطبي النسائي . ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بالكشف الطبي النسائي وجدناه يساوي 0.20- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .فكلما انقطع الطمث مبكرا على المبحوثات كلما زاد اقبالهن على الكشف الطبي النسائي حول ذلك وخاصة بالنسبة للفئة العمرية 45-50 .

الجدول رقم 121: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثات وتلقي

المسحة المهبلية

المجموع		لم تقم		قامت		المسحة المهبلية سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	81.2%	59	18.8	13	49-45
100	77	83.1	64	16.9	13	54-50
100	49	87.8	43	12.2	6	59-55
100	6	100	6	-	-	لا تتذكر
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 134 فإن اتجاه المبحوثات بنسبة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% منهن يجرينها .

ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على اقبالها على المتعلقة بانقطاع الطمث عليها وجدنا أن 100% من المبحوثات التي لم يتذكرن سن انقطاع الحيض عليهن وكذا من انقطع عليهن الطمث في سن 55-59 بنسبة 87.8%، تليها من انقطع عليهن في سن 50-54 بنسبة 83.1% وحتى 81.2% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 45-49 لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية ، ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بالمسحة المهبلية وجدناه يساوي 0.25- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .أي أن مهما اختلف سن انقطاع الطمث عند المبحوثات فأنهن لا يقمن بالمسحة المهبلية .

الجدول رقم 122: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثات و القيام

بفحص الثدي

المجموع		لم تقم		قامت		فحص الثدي سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	52.2	36	47.8	33	49-45
100	77	54.5	42	45.5	35	54-50
100	49	63.7	31	36.7	18	59-55
100	6	50	3	50	3	لا تتذكر
100	201	55,7	112	44,3	89	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 135 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 55.7% مقابل 44.3% يقمن به.

ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على اقبالها على فحص الثدي وجدنا أن من انقطع عليهن الطمث في سن 59-55 بنسبة 63.7%، تليها 54.5% ممن توقف الطمث لديهن ما بين 50-54 سنة وكذلك انقطع عليهن في سن 45-49 بنسبة 52.2% لا يقمن بفحص الثدي . ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بفحص الثدي وجدناه يساوي 0.20- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين فمهما أنقطع الطمث في سن مبكرة أو متأخرة إلا أن المبحوثات لا يقمن بفحص الثدي .

الجدول رقم 123: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثات والقيام بالأشعة

على الثدي

المجموع		لم تقم		قامت		الأشعة على الثدي سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	63.8	44	36.2	25	49-45
100	77	66.2	51	33.8	26	54-50
100	49	67.3	33	32,7	16	59-55
100	6	83,3	5	16,7	1	لا تتذكر
100	201	66,2	133	33,8	68	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 123 تبين أن 66.2 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.8 % .
ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على إقبالها على إجراء أشعة على الثدي وجدنا أن من لا تتذكر متى توقف عنهن الطمث بنسبة 83.3% و من انقطع عليهن الطمث في سن 55-59 بنسبة 67.3% وكذلك انقطع عليهن في سن 50-54 بنسبة 66.2% لا يقمن بالأشعة على الثدي وحتى من انقطع عليهن مبكرا في سن 45-49 سنة بنسبة 63.8 لا يقمن به كذلك ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بإجراء الأشعة على الثدي ، وجدناه يساوي -0.30 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 124: يبين العلاقة بين سن انقطاع الطمث لدى المبحوثات وتناول العلاج الهرموني

المجموع		لم تتناول		تناولت		تناول العلاج الهرموني سن توقف الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	69	78.3	54	21.7	15	49-45
100	77	88.3	68	11.7	9	54-50
100	49	93.9	46	6.1	3	59-55
100	6	83,3	5	16,7	1	لا تتذكر
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 124 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على إقبالها على تناول العلاج الهرموني وجدنا أن من انقطع لديهن الطمث في سن 55-59 وبنسبة 93.9% وكذلك انقطع عليهن في سن 50-54 بنسبة 88.3% و من لا تتذكر متى توقف عنهن الطمث بنسبة 83.3% و من انقطع عليهن الطمث في سن 45-49 و بنسبة 78.3% لا يقمن بتناول العلاج الهرموني . ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير سن انقطاع الطمث و القيام بإجراء الأشعة على الثدي وجدناه يساوي 0.20- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

المبحث الثالث : العلاقة بين اتجاه المبحوثات نحو المرحلة وعلاقتها بالإقبال على برامج الرعاية الصحية الموجهة لها في مرحلة ما بعد الخصوبة
الجدول رقم 125: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديها وتلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث

المجموع		لا تقوم		تقوم		الإستشارة سبب المشاكل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	47	36,2	17	63,8	30	انقطاع الطمث
100	84	34,5	29	65,5	55	حالات مرضية
100	70	50	35	50	35	لا تعرف
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال الجدول رقم 125 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام باستشارات طبية وجدنا أنه 65.5% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية لديهن قامت باستشارة وكذا 63.8% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن أما 50% ممن لم يعرفن سبب هاته المشاكل فقد قمن كذلك بالاستشارة حول تلك المشاكل التي تصيبهن ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.17- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين. ما يؤكد لدينا ان المبحوثات جاهلات بسبب المشاكل التي يعانينها في تلك المرحلة العمرية ومهما اختلف السبب إلا أنهن يقمن بالاستشارة ليتوضح لديهن السبب أكثر .

الجدول رقم 126: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن و القيام بالكشف النسائي :

المجموع		لا تقوم		تقوم		الكشف النسائي سبب المشاكل
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	47	44,7	21	55,3	26	انقطاع الطمث
100	84	48,8	41	51,2	43	حالات مرضية
100	70	58,6	41	41,4	29	لا تعرف
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

خلال الجدول رقم 126 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 55.3% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لانقطاع الطمث لديهن وكذا 51.1% ممن أرجعن السبب إلى حالات مرضية تقمن بالكشف الطبي النسائي أما 58.6% ممن لم يعرفن سبب هاته المشاكل لم يقمن بالكشف الطبي النسائي حول تلك المشاكل التي تصيبهن ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل والقيام بالكشف الطبي النسائي حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.20- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

ما يؤكد لدينا ان المبحوثات الجاهلات بسبب المشاكل لم يقمن بالكشف الطبي النسائي وفضلن البقاء بدون معلومات حول السبب اما من أرجعت السبب الى انقطاع الطمث وخالات مرضية قمن بالكشف الطبي .

الجدول رقم 127: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بالمسحة المهبلية

المجموع		لا تقوم		تقوم		المسحة المهبلية سبب المشاكل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	47	80,9	38	19,1	9	انقطاع الطمث
100	84	81	68	19	16	حالات مرضية
100	70	90	63	10	7	لا تعرف
100	201	84,1	169	15,9	32	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 127 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالمسحة المهبلية وجدنا أنه 90% ممن جهلن سبب المشاكل و 81% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية لديهن وكذا 80.9% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لم تقمن بالمسحة المهبلية .

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل والقيام بالمسحة المهبلية وجدناه يساوي 0.58 وهي علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

ما يؤكد لدينا أن المبحوثات التي تجهلن بسبب المشاكل لم يقمن بالمسحة المهبلية ومهما اختلف رأيهن في سبب المشاكل لم يتجهن بالكلية الى هذا النوع من الكشف .

الجدول رقم 128: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بفحص الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		فحص الثدي سبب المشاكل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	47	51,1	24	48,9	23	انقطاع الطمث
100	84	57,1	48	42,9	36	حالات مرضية
100	70	58,6	41	41,4	29	لا تعرف
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع

تجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 128 نحو عدم قيام المبحوثات بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به. ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بفحص

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الثدي وجدنا 58.6% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية و 57.1% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية وكذا 51.1% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم تقمن بفحص الثدي.

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل والقيام بفحص الثدي لوجدناه يساوي -0.23 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

ما يؤكد لدينا أن المبحوثات التي تجهل بسبب المشاكل لم يقمن بفحص الثدي

الجدول رقم 129: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن والقيام بالأشعة على الثدي

المجموع		لا تقوم		تقوم		الإشعة على الثدي سبب المشاكل
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	47	59,6	28	40,4	19	انقطاع الطمث
100	84	70,2	59	29,8	25	حالات مرضية
100	70	67,1	47	32,9	23	لا تعرف
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 129 تبين أن 66.7 % من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3% .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالأشعة على الثدي وجدنا و70.2% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية و67.1% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية وكذا 59.6% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم تقمن بالأشعة على الثدي ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل والقيام بفحص الثدي فوجدناه يساوي -0.23 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 130: يبين العلاقة رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لديهن و تناول العلاج الهرموني

المجموع		لا تقوم		تقوم		العلاج الهرموني
النسبة %	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة %	التكرار	سبب المشاكل
100%	47	78,7	37	21,3	10	انقطاع الطمث
100	84	88,1	74	11,9	10	حالات مرضية
100	70	88,6	62	11,4	8	لا تعرف
100	201	86.1	173	13.9	28	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 130 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات إلى عدم القيام بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما أدخلنا المتغير المستقل رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا و88.6% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية و88.1% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات وكذا 78.7% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم تقمن بتناول العلاج الهرموني ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير رأي المبحوثات في سبب المشاكل والقيام بتناول العلاج الهرموني ، فوجدناه يساوي -0.20 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

جدول رقم 131: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث وتلقي الاستشارة بخصوص تلك الأعراض

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		تلقي الاستشارة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	شعور عند انقطاع الطمث
100	39	43,6	17	56,4	22	راحة وفرح
100	28	37,9	11	62,1	18	استياء وخوف
100	63	31,7	20	68,3	43	عادية جدا
100	34	35,3	12	64,7	22	حزن وألم
100	36	58,3	21	41,7	15	توتر وقلق
100	201	40,3	81	59,7	120	المجموع

من خلال الجدول رقم 131 تبين لنا أن 59.7% من المبحوثات يقمن بالاستشارة المتعلقة بأعراض انقطاع الطمث مرحلة ما بعد الخصوبة مقابل 40.3% لا يقمن بها ولما أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالاستشارة حول الانقطاع والأعراض كذلك، وجدنا أن من شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك بنسبة 68.3% وكذا 64.7% ممن حزن وتألما لانقطاع الطمث و 62.1% ممن استأن وخفن و 56.4% ممن فرحن وارتحن لانقطاع الطمث قمن بالاستشارة أما نسبة 58.3% ممن شعرن بالقلق والتوتر لم يقمن بالاستشارة .

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0 أي لا يوجد علاقة بين المتغيرين .

الجدول رقم 132: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث القيام بكشف طبي نسائي

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الكشف النسائي شعور حيال المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	39	53,8	21	46,2	18	راحة وفرح
100	29	44,8	13	55,2	16	استياء وخوف
100	63	46	29	54	34	عادية جدا
100	34	47,1	16	52,9	18	حزن وألم
100	36	66,7	24	33,3	12	توتر وقلق
100	201	51,2	103	48,8	98	المجموع

خلال الجدول رقم 132 يبين من خلال اتجاهه العام أن 51.2% من المبحوثات لا تقوم بالكشف الطبي النسائي مقابل 48.8% تقوم بها.

أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالكشف الطبي النسائي ، وجدنا أنه 55.2% ممن استأن وخفن من الانقطاع و 54% ممن شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك وكذا 52.9% ممن حزن وتألما لانقطاع الطمث فمن بالكشف الطبي النسائي اما 66.7% ممن توترن وقلقن لانقطاع الطمث و 53.8% ممن فرحن وارتحن لانقطاع الطمث لم يقمن بالكشف الطبي النسائي.

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بالاستشارة حول أعراض انقطاع الطمث وجدناه يساوي 0.10- وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 133: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث وتلقي

المسحة المهبالية

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		المسحة المهبالية شعور حيال المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	39	84,6	33	15,4	6	راحة وفرح

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

100	29	79,3	23	20,7	6	استياء وخوف
100	63	81	51	19	12	عادية جدا
100	34	91,2	31	8,8	3	حزن وألم
100	36	86,1	31	13,9	5	توتر وقلق
100	201	84.4	169	15,9	32	المجموع

من خلال اتجاه العام للجدول رقم 133 فإن اتجاه المبحوثات وبالأغلبية المطلقة 84.1% لا يجرين المسحة المهبلية مقابل 15.9% .

أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالمسحة المهبلية ، وجدنا أنه 91.2% ممن حزن وتألمنا من انقطاع الطمث لديهن و 86.1% ممن توترن وقلقن وكذا 84.6% ممن فرحن وارتحن منها وكذا 79.3% ممن استأن وخفن من الانقطاع و 81% ممن شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك لم يقمن بالمسحة المهبلية ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بالمسحة المهبلية وجدناه يساوي -0.17 وهي علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين .

الجدول رقم 134: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث والقيام

بفحص الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		فحص الثدي شعور حيال المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	39	74,4	29	25,6	10	راحة وفرح
100	29	41,4	12	58,6	17	استياء وخوف
100	63	49,2	31	50,8	32	عادية جدا
100	34	55,9	19	44,1	15	حزن وألم
100	36	61.1	22	38,9	14	توتر وقلق
100	201	56,2	113	43,8	88	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

تتجه المبحوثات من خلال معطيات الجدول 134 نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.2% مقابل 43.8% يقمن به.

ولما أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بفحص الثدي ، وجدنا أنه 74.4% ممن فرحن وارتحن من انقطاع الطمث و 55.9% ممن حزن وتألما من انقطاع الطمث لديهن لم يتلقين فحص الثدي بينما 58.6% ممن خفن واستأن و 50.8% ممن صرحن انه شعور عادي قمن بفحص الثدي

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بفحص الثدي وجدناه يساوي -0.54 وهي علاقة عكسية متوسطة بين المتغيرين .

الجدول رقم 135: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث والقيام بالأشعة على الثدي

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		الإشعة على الثدي شعور عند انقطاع الطمث
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	39	84,6	33	15,4	6	راحة وفرح
100	29	58,6	17	41,4	12	استياء وخوف
100	63	63,5	40	36,5	23	عادية جدا
100	34	61,8	21	38,2	13	حزن وألم
100	36	63,9	23	36,1	13	توتر وقلق
100	201	66,7	134	33,3	67	المجموع

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 135 تبين أن 66.7% من المبحوثات اتجهن نحو عدم إجراء الأشعة على الثدي مقابل 33.3% .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

ولما أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالأشعة على الثدي ، وجدنا أن 84.6% ممن فرحن وارتحن من انقطاع الطمث 63.9% ممن شعرن بالتوتر والقلق من الانقطاع و 63.5% صرحن ان شعورهن كان عادي و 61.8% ممن حزن وتألما من انقطاع الطمث لديهن او 58.6% ممن خفن واستأن لم يتلقين الأشعة على الثدي.

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بالأشعة على الثدي وجدناه يساوي 0 أي لا توجد علاقة بين المتغيرين .

الجدول رقم 136: يبين العلاقة بين شعور المبحوثات عند انقطاع الطمث و تناول

العلاج الهرموني

المجموع		لا تتلقى		تتلقى		العلاج الهرموني شعور حيال المرحلة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	39	82,1	32	17,9	7	راحة وفرح
100	29	82,8	24	17,2	5	استياء وخوف
100	63	85,7	54	14,3	9	عادية جدا
100	34	85,3	29	14,7	5	حزن وألم
100	36	94,4	34	5,6	2	توتر وقلق
100	201	86,1	173	13,9	28	المجموع

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم 136 تتجه المبحوثات وبنسبة 86.1% من المبحوثات لا يقمن بتناول العلاج الهرموني مقابل 13.9% يتناولنه . ولما أدخلنا المتغير المستقل شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بتناول العلاج الهرموني ، وجدنا أن 94.4% ممن توترن وقلق من انقطاع الطمث 85.7% ممن صرحن انه كان شعور عادي لديهن من الانقطاع و 85.3% ممن حزن وتألما من انقطاع الطمث لديهن و 82.8% ممن خفن واستأن و 82.1% ممن ارتحن وفرحن لانقطاعها لم يقمن بتناول العلاج الهرموني .

ولما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة درجة العلاقة بين متغير شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الطمث لديهن و القيام بتناول العلاج الهرموني وجدناه يساوي 0.54 وهي علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين .

استنتاج الفرضية الثالثة:

وضعت فرضية البحث الثالثة لمعرفة تأثير المشاكل الصحية الناتجة عن أمراض السكري والضغط الدم التي تعانيها المرأة على إقبالها على خدمات الرعاية الصحية في فترة ما بعد الخصوبة فسن توقف الحيض.اضطرابات انقطاع الحيض وكذا وجود مشاكل صحية كهشاشة العظام ،... وجود أمراض مزمنة كالسكري ضغط الدم ، السرطان وقمنا بربطه القيام بإجراء الفحص النسائي .وإجراء المسحة المهبلية.القيام بفحص الثديين . وأخيرا تناول العلاج الهرموني

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

توصلنا حسب ما أكدته نتائج الجداول السابقة فإن اتجاهها العام يتجه نحو عد القيام والإقبال على أي من الفحوصات والكشوفات الطبية المتعلقة بمرحلة ما بعد الخصوبة ما عدا الاستشارة الطبية

فيما يخص بمدى وجود مرض مزمن لدى المبحوثات، وجدنا أن من لا يعانين من أي مرض مزمن أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 62.3% ثم من يعانين من مرض مزمن بنسبة 58.6%. وأردنا أيضا معرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على الاستشارة وجدنا أن المصابات بمرض سرطان الثدي أكثر إقبالا على تلقي الاستشارة بنسبة 90% وتليها من تعاني بمرض القلب بنسبة 75% و 72.7% من التي تعاني من الكوليسترول و 67.6% ممن يعانين ضغط الدم وكذلك نسبة 58.6% من أصحاب روماتيزم يقمن بالاستشارة ، فالمصابات بسرطان الثدي هنا أكثر إقبالا على الاستشارة كون آلام الثدي التي تعانيها المرأة في تلك المرحلة يدفعها للاستشارة . أما الكشف الطبي النسائي و مدى معاناة المبحوثة من مرض إقبال المبحوثات على تلقي هذا النوع من الكشوفات وجدنا أن 55.7% ممن لا تتلقين كشفا نسائيا لا يعانين من أي مرض مزمن و 54.3% ممن تعاني من مرض مزمن ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال نفس الكشف وجدنا أن 100% ممن يعانين سرطان الثدي و 54.9% ممن يعانين من الكوليسترول و 52.9% ممن يعانين من الضغط و 50% ممن يعانين اضطراب الغدة الدرقية يتلقين كشفا طبيا نسائيا و 100% ممن يعانين من هشاشة العظام و 75% من مرض القلب و 62.1% تعانين الروماتيزم و 57.7% من السكري و 55.6% يعانين ضغط الدم والسكري معا لا يتلقينه .

فحتى المسحة المهبلية وعلاقته بمدى إصابة المبحوثة بمرض مزمن للكشف وجدنا أنه 84.3% ممن لا يعانين من أي مرض مزمن لا يقمن بها وحتى 83.6% ممن يعانين من مرض مزمن لا يقمن بالمسحة المهبلية . ومهما كان نوعية المرض المزمن وعلاقته

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

بالإقبال على اجرائها وجدنا أنه 100% ممن يعانون من مرض القلب وهشاشة العظام وضغط الدم والسكري والمصابات بالكوليسترول وكذا 89.7% من المصابات بالروماتيزم و88.5% من مرضى السكري و 85.5% من مرضى ضغط الدم أما معاناة المبحوثة من مرض مزمن وعلاقته بفحص الثدي وجدنا أنه 57.1% ممن يعانون من مرض مزمن لا يقمن بفحص الثدي وإضافة إلى 54.1% ممن لا يعانون من أي مرض مزمن صرحن كذلك أنهن لا يقمن بفحص على الثدي ، ومهما كانت نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بفحص الثدي تتجه المبحوثات نحو عدم القيام بفحص الثدي بنسبة 56.4% مقابل 43.6% يقمن به. المرض المزمن لمعرفة مدى تأثيرها على إقبال المبحوثات على إجراء الفحص الطبي للثدي وجدنا أنه 100% من المصابات بسرطان الثدي وهشاشة العظام وإضافة إلى 75% من المصابات باضطراب الغدة الدرقية و 51.7% من المصابات بالروماتيزم صرحن أنهن يقمن بفحص على الثدي ، أما 81.8% من المصابات بمرض الكوليسترول و 61.8% ممن مريضات ضغط الدم لا يقمن بفحص الثدي.

معاناة المبحوثات من مرض مزمن و مدى تأثيره على إقبالهن على إجراء الأشعة على الثدي وجدنا أنه 67.9% ممن تعاني من مرض ما و 63.9% ممن لا تعاني من مرض مزمن لا يقمن بالأشعة على الثدي. فنلاحظ أنه مهما اختلفت الحالة الصحية المبحوثة سواء عانت من مرض مزمن أو لم تعاني لا يزيد إقبالها على إجراء الأشعة على الثدي أما نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بالأشعة على وجدنا أنه 100% من المصابات بسرطان الثدي هشاشة العظام و 65.51% من المصابات بالروماتيزم يقمن بالأشعة على الثدي أما 100% من المصابات بمرض الضغط والسكري و 81.8% من المصابات بالكوليسترول لا يقمن بالأشعة على الثدي

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

وللكشف ايضا عن مدى معاناة المبحوثات من مرض مزمن و مدى تأثيره على إقبالهن على تناول العلاج الهرموني للتخفيف عن الأعراض المصاحبة وجدنا أن 86.9% ممن لا تعاني من أي مرض مزمن لا تقوم بتناول العلاج الهرموني و 85.7% ممن تعانين من العلاج الهرموني ولا يتناولن العلاج الهرموني في مرحلة للنهاية الطمث ولمعرفة مدى تأثير نوعية المرض المزمن وعلاقته بالإقبال على القيام بالعلاج الهرموني وجدنا أنه 100% من المبحوثات التي تعاني من الربو وهشاشة العظام والضغط والسكري لا يقمن بتناول العلاج الهرموني .ويظهر جليا أن اتجاه المبحوثات نحو هذا النوع من العلاج من جعله يؤثر في إقبالهن على تناوله.

اما عن معاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث لمعرفة مدى تأثيره على اقبال المبحوثات على القيام بالاستشارة وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 80% ممن تعاني من عرضي الحكة والجفاف المهلي و 75% يشعرن بحرقان عند التبول و 61.7% تشعرن بالتوتر والقلق و 57.5% ممن تعانين من أكثر من عرض وهو تغير في الرغبة الجنسية والالام في المفاصل ونوبات حرارة و 55.6% ممن تعانين من نوبات حرارة والام مفاصل يقمن بالاستشارة الطبية المتعلقة بتلك الأعراض ، ومدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 66.7% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 65.6% ممن تعاني من الام في الثدي و 53.575% يشعرن يقلق والتوتر يقمن بالكشف الطبي النسائي أما و 66.7% تشعرن بالتغير في الرغبة الجنسية و 62% ممن تعانين من ألام في المفاصل و 61.1% ممن تعانين من نوبات حرارة والام مفاصل لا يقمن بالكشف الطبي النسائي.

فيما يخص مدى تأثير الاعراض على إقبال المبحوثات على القيام بالمسحة المهبلية وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وجفاف مهلي وكذا 91.7% ممن تعاني من

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

الام في المفاصل و 90.9% يشعرون بنوبات حرارة و 88.9% ممن تعانين من تغير في الرغبة الجنسية لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية .

فمعاناة المبحوثات من عرض من أعراض انقطاع الطمث و مدى تأثيره على إقبال المبحوثات على القيام بفحص الثدي وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 80% ممن تعاني جفاف وهرش مهلبليو 66.7% ممن تشعرن بتغير في الرغبة الجنسية و 62.5% ممن تعانين من ألام في المفاصل ، لا يقمن بفحص الثدي ، أما 62.7% تشعرن ألم الثدي و 50% ممن تعانين من نوبات حرارة وألام مفاصل يقمن بفحص الثدي .

و القيام بالأشعة على الثدي وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وكذا 88.9% ممن تعاني تغير في الرغبة الجنسية و 70.8% ممن تشعرن بألام في المفاصل و 65.5% ممن تعانين من ألام في المفاصل ونوبات حرارة ، لا يقمن بالأشعة على الثدي ، أما 65.5% تشعرن ألم الثدي و 50% ممن تعانين حرقان عند التبول يقمن بالأشعة على الثدي . القيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا أنه 100% ممن تعانين هرش وحكة وجفاف مهلبلي وكذا 91.7% ممن تعاني من الام في المفاصل و 95.8% ممن تعاني من ألام في المفاصل 90.9% يشعرون بنوبات حرارة و 88.9% ممن تعانين من تغير في الرغبة الجنسية لا يقمن بتناول العلاج الهرموني .

فيما يتعلق بسن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على إقبالها على الاستشارة المتعلقة بانقطاع الطمث عليها وجدنا أن من انقطع عليهن الطمث في سن 50-54 بنسبة 63.5% تليها من انقطع عليهن في سن 45-49 بنسبة 63% وحتى 57.8% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 55-59 يقمن بالاستشارة الطبية

سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف عن مدى تأثيره على اقبالها على الكشف الطبي النسائي وجدنا أنه من انقطع عليهن الطمث في سن 50-54 بنسبة 63.5% ،تليها من

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

انقطع عليهن في سن 45-49 بنسبة 63% وحتى 50% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 55-59 يقمن بالكشف الطبي النسائي ، بينما من انقطع عليهن في سن 50-54 بنسبة 61.5% لا يقمن بالكشف الطبي النسائي.

سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف و مدى تأثيره على اقبالها على المتعلقة بانقطاع الطمث عليها وجدنا أن 100% من المبحوثات التي لم يتذكرن سن انقطاع الحيض عليهن وكذا من انقطع عليهن الطمث في سن 50-54 بنسبة 84.6% ،تليها من انقطع عليهن في سن 55-59 بنسبة 83.6% وحتى 81.5% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 45-50 لا يقمن بإجراء المسحة المهبلية

و سن انقطاع الطمث عن المبحوثة و مدى تأثيره على اقبالها على فحص الثدي وجدنا أن من انقطع عليهن الطمث في سن 50-54 بنسبة 51.9% ،تليها من 50% ممن لا تتذكرن سن توقف الطمث وكذلك انقطع عليهن في سن 45-49 بنسبة 48.1% يقمن بالفحص الطبي على الثدي بينما 60% من اللواتي انقطع لديهن الطمث بين 55-59 لا يقمن بفحص الثدي .

سن انقطاع الطمث عن المبحوثة للكشف و مدى تأثيره على إقبالها على إجراء أشعة على الثدي وجدنا أن من لا تتذكر متى توقف عنهن الطمث بنسبة 83.3% و من انقطع عليهن الطمث في سن 45-49 و بنسبة 66.7% وكذلك انقطع عليهن في سن 55-59 بنسبة 67.7% لا يقمن بالأشعة على الثدي .

وسن انقطاع الطمث عن المبحوثة ومدى تأثيره على إقبالها على تناول العلاج الهرموني وجدنا أن من انقطع لديهن الطمث في سن 50-54 وبنسبة 90.4% وكذلك انقطع عليهن في سن 55-59 بنسبة 87.1% و من لا تتذكر متى توقف عنهن الطمث بنسبة 83.3% و من انقطع عليهن الطمث في سن 45-49 و بنسبة 74.1% لا يقمن بتناول العلاج الهرموني.

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام باستشارات طبية وجدنا أنه 65.5% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية لديهن قامت باستشارة وكذا 63.8% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن أما 50% ممن لم يعرفن سبب هاته المشاكل فقد قمن كذلك بالاستشارة حول تلك المشاكل التي تصيبهن .

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالكشف الطبي النسائي وجدنا أنه 55.3% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لانقطاع الطمث لديهن وكذا 51.1% ممن أرجعن السبب إلى حالات مرضية تقمن بالكشف الطبي النسائي أما 58.6% ممن لم يعرفن سبب هاته المشاكل لم يقمن بالكشف الطبي النسائي حول تلك المشاكل التي تصيبهن .

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالمسحة المهبلية وجدنا أنه 90% ممن جهلن سبب المشاكل و 81% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية لديهن وكذا 80.9% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لم تقمن بالمسحة المهبلية .

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بفحص الثدي وجدنا 58.6% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية و 57.1% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية وكذا 51.1% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم قمن بفحص الثدي .

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بالأشعة على الثدي وجدنا و 70.2% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات مرضية

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

و67.1% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية وكذا 59.6% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم تقمن بالأشعة على الثدي .

رأي المبحوثات في سبب المشاكل الصحية لمعرفة مدى تأثيره على إقبالهن للقيام بتناول العلاج الهرموني وجدنا و88.6% ممن جهلن سبب المشاكل الصحية و88.1% ممن أرجعن سبب المشاكل الصحية لحالات وكذا 78.7% ممن أرجعن السبب إلى انقطاع الطمث لديهن لم تقمن بتناول العلاج الهرموني.

شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالاستشارة حول الانقطاع والأعراض كذلك، وجدنا أن من شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك بنسبة 68.3% وكذا 64.7% ممن حزن وتألما لانقطاع الطمث و62.1% ممن استأن وخفن و56.4% ممن فرحن وارتحن لانقطاع الطمث قمن بالاستشارة أما نسبة 58.3% ممن شعرن بالقلق والتوتر لم يقمن بالاستشارة .

شعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالكشف الطبي النسائي ، وجدنا أنه 55.2% ممن استأن وخفن من الانقطاع و 54% ممن شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك وكذا 52.9% ممن حزن وتألما لانقطاع الطمث قمن بالكشف الطبي النسائي اما 66.7% ممن توترن وقلقن لانقطاع الطمث و 53.8% ممن فرحن وارتحن لانقطاع الطمث لم يقمن بالكشف الطبي النسائي .

فشعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بالمسحة المهبالية ، وجدنا أنه 91.2% ممن حزن وتألما من انقطاع الطمث لديهن و86.1% ممن توترن وقلقن وكذا 84.6% ممن فرحن وارتحن منها وكذا 79.3% ممن استأن وخفن من الانقطاع و 81% ممن شعرن بشعور عادي لانقطاع الطمث لتوقعهن ذلك لم يقمن بالمسحة المهبالية .

الفصل السادس — تحليل الفرضية الثالثة

فشعور المبحوثات اتجاه انقطاع الحيض لديهن للكشف على مدى تأثيره على قيامهن بفحص الثدي ، وجدنا أنه 74.4% ممن فرحن وارتحن من انقطاع الطمث و 55.9% ممن حزن وتألما من انقطاع الطمث لديهن لم يتلقين فحص الثدي بينما 58.6% ممن خفن واستأن و 50.8% ممن صرحن انه شعور عادي قمن بفحص الثدي.

الاستنتاج العام :

من خلال بحثنا توصلنا إلى مجموعة من النتائج التي تتعلق بكل فرضية من فرضيات البحث التي عاجلت عاملا من العوامل المؤثرة على إقبال المبحوثات على برامج الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة .

فالفرضية البحث الأولى التي تعلقنا بالمركز الاجتماعي للمبحوثات والتي كانت مؤشراتنا تتمثل في الحالة المهنية للمبحوثات والدخل الإجمالي للأسرة وكذا المستوى التعليمي إلا أننا توصلنا إلى أن كل عامل من هاته العوامل لم يؤثر بصفة قوية في إقبال المبحوثات في مرحلة ما بعد الخصوبة على برامج الرعاية الصحية فالحالة المهنية التي تعتبر دليل على مكانة إجتماعية مرتفعة بالنسبة للعاملات والمتقاعدات باختلاف نوعية المهن التي يمتنها يبقين يؤمن موردا ماليا واحتكاكا إجتماعيا بوسط العمل مقارنة بالماكاتات بالبيت التي يرتبطن ماديا بأزواجهن أو أفراد أسرتهن المعيلين لهن إلا أن الأمر لم يدفعهن للإقبال على برامج الرعاية الصحية الضرورية لهن فالعاملة والماكتة بالبيت وحتى المتقاعدة وبنسب متفاوتة لم تقبلن على إجراء مختلف الكشوفات الطبية عدا الاستشارة الطبية وكانت حجتهم في ذلك التهاون وعدم اعتقاد المساعدة وعدم العلم بالأهمية واللامبالاة والتي تصب في قلة الوعي الصحي وعدم الاهتمام بصحتهن أما الدخل الأسرة رغم كونه عامل مؤثر جدا و فاصل في دفع المبحوثات نحو برامج الرعاية الصحية إلا أن الأمر لم ينطبق على مفردات مجتمع بحثنا فذوات الدخل المنخفض كن يقبلنا أحيانا على إجراء بعض الفحوص أكبر من ذوات الدخل المرتفع وأما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد أثر نوعا ما في إقبال الجامعيات وذوات المستوى الثانوي على الإقبال على بعض

الكشوفات الطبية ما عدا العلاج الهرموني فإتجاههن نحو سلبي للغاية ولم يقبلن عليه بالأغلبية وصرحنا بالتهاون واللامبالاة وتفضيل المعاناة في الصمت .

فرضية البحث لم تتحقق فالمركز الاجتماعي للمبحوثات لم يؤثر بصفة كبيرة على مدى إقبالهن على برامج الرعاية الصحية . عدا المستوى التعليمي وبنسبة متواضعة جدا

فيما يخص فرضية البحث الثانية والتي نصت على كون المتزوجات أكثر إقبالا على برامج الرعاية الصحية من العازبات والمطلقات والأرامل إلا أنه توصلنا من خلال نتائج البحث الميداني أن المتزوجات يقبلن على برامج الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة ولكن ليس لإجراء جميع الكشوفات بل بعضها وأن أسبابهن تتعلق بقلة الوعي الصحي الذي يكاد السبب الجوهري والذي تصب فيه مختلف تبريرات المبحوثات والدعم الأسري أيضا لم يدفع المتزوجات بصفة قوية لإجراء الكشوفات اللازمة وحتى تغير العلاقة بالزوج للأحسن أو الأسوء فإن المتزوجات خاصة لا يلجأن للفحوصات بصفة تلقائية كونهن يفضلن الالتزام بالصمت والتهاون .

أما فيما يخص فرضية البحث الثالثة والمتعلقة بمدى تأثير المشاكل الصحية الناتجة عن أمراض السكري وضغط الدم و..... التي تعانيها المبحوثات على إقبالهن على خدمات الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الخصوبة من سن توقف الطمث و اضطرابات انقطاعه و كذا وجود مشاكل صحية لدى النساء وتعرضهن لكسور فقد توصلنا إلى أن مهما عانت المبحوثات من أمراض مزمنة إلا أن هذا لا يزيد من إقبالهن على تلك البرامج عدى الأمراض الخطيرة كالسرطان فخطورته وشدته يجبر المبحوثات على الإقبال على خدمات الرعاية الصحية فخطورة المرض وشدته هي من تحدد درجة الإقبال أما فيما يخص

المعناة من اضطرابات انقطاع الطمث فالمبحوثات يلجأن الى الطبيب في حالة الاضطرابات الشديدة والتي تشكل لهن ازعاجا شديدا كألام الثدي مثلا أما الاضطرابات الخفيفة حسبهن مهما كانت متكررة ومزعجة يصبرن عليها لتزول لوحدها

وعن سن انقطاع الطمث فكلما كان الانقطاع في سن مبكر دفع المبحوثات الراغبات في المزيد من الإنجاب في معرفة سبب الانقطاع وحتى ارجاع سبب الانقطاع في كونه مرضي أو لأنقطاع الطمث لم يحفز المبحوثات لزيارة الطبيب وحتى شعورهن حيال المرحلة سواء حزن أو فرحن أو أستأن إلا أن سلوكهن تشابه نوعا ما في عدم الاقبال الكبير على برامج الرعاية الصحية

من كل ما سقناه أنفا نتوصل أن مجتمع البحث الذي غلب عليه الطابع الريفي و لعدم تمثيلية عينة بحثنا لم تتحقق أي فرضية من فرضياتنا بصفة مطلقة بل نسبيا فالمركز الاجتماعي المرتفع وزواجية المبحوثات وكذا معاناتهن من أمراض مزمنة لم تكن العوامل التي أثرت بصفة مباشرة على إقبالهن على برامج الرعاية الصحية بل قلة وعيهن الصحي واهمالهن لذواتهن وجهلن بأنفسهن وبإحتياجاتهن الضرورية هو ما وقف حائلا دون الاستفادة فكل واحدة من مبحوثاتنا كانت تفضل أن تعيش هاته المرحلة الحتمية من مراحل حياتها في صمت رهيب تؤثر فيها المعاناة الصحية والنفسية على طلب الاستشارة أو العون الطبي واختيار نوع الخدمة الصحية الملائمة لها .

خاتمة

الخاتمة

الخاتمة :

للمسح الجزائري للأسرة لعام 2002 الفضل الكبير في إزاحة الستار على هاته المرحلة العمرية التي تتسم بنهاية خدمة النوع للمرأة و تحيلها إلى فترة انتقالية تتميز بكثرة الاضطرابات النفسية والعضوية التي تقض مضجع كل امرأة وتجعلها تعاني من آلام تختلف شدتها وخطورتها من واحدة إلى أخرى حسب مجموعة من العوامل التي تتعلق بالحالة الاجتماعية والصحية والديموغرافية والاقتصادية والأخطر من ذلك هو التغيرات الهرمونية الجذرية إن صح التعبير والتي سوف تجعل من المرأة عرضة لخطر الإصابة بأمراض قد تؤدي بحياتها إن شخصت متأخرا أو لم تشخص أصلا وعلى هذا الأساس خصصت خدمات صحية هامة وضرورية لكل امرأة بلغت سن اليأس من الإنجاب وقد

استهدف هذا البحث الميداني الذي أجريناه في الكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية والصحية من مركز اجتماعي وحالة زوجية ومشاكل صحية التي تعاني منها النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة ،على مدى إقبالهن على البرامج الصحية الضرورية لهن والفحوصات اللازمة وكذا العلاج الهرموني للتخفيف من الأعراض المصاحبة لهذه المرحلة الحساسة وقد أظهرت نتائج البحث الميداني ، أن كل عامل من العوامل أثر بطريقة ضعيفة جدا في دفع المبحوثات على إجراء الفحوصات اللازمة لكن يبقى الوعي الصحي من أهم العوامل المؤثرة وبصفة مباشرة في عدم الإقبال على برامج الرعاية الصحية

فالنتيجة المهمة التي توصلنا إليها من خلال بحثنا أن النساء في مرحلة ما بعد الخصوبة يعانين في صمت رهيب من مختلف الأعراض والاضطرابات التي تصاحب هاته المرحلة العمرية إضافة إلى الجهل بكل تلك الأعراض وبكل الفحوصات الضرورية للإطمئنان على صحتهن ومن ثم نجد ضرورة الارتقاء باحتياجات الصحية الخاصة بالمرأة و تكثيف حملات التوعية حول ضرورة إجراء الفحوص الطبية المهمة والتي تساهم في اجتياز النساء لهاته المرحلة في صحة وافرة .

_____ الخاتمة

فالمراة بحاجة ماسة إلى التثقيف الصحي ضد الإهمال والتهميش الذي وضعت نفسها في دائرته وخاصة من خلال السياسات الصحية التي يجب أن تؤخذ في أولوياتها صحة المراة في مرحلة ما بعد الخصوبة وكذا تكثيف الدراسات العلمية التي تتناول مختلف الجوانب التي لم يسعنا المجال إلى التطرق إليها بالترفضيل نظرا إلى سعت الموضوع وأهميته المتزايدة التي تتعلق بالتنمية وإشراك المراة فيها .

قائمة المصادر

والمراجع

_____ قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. المراجع باللغة العربية:

1. الكتب:

- إحسان محمد الحسن ، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي ، دار الطليعة ، لبنان ، 1982.
- إبراهيم طلعت. التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009.
- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية و التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتبة الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2006م.
- أحمد زكي بدوي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، انجليزي، فرنسي ، عربي ، مكتبة لبنان ، بيروت ، دون طبعه ، 1978م.
- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات الرعاية و التنمية الاجتماعية، دار الكتاب المصري، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 1987م.
- أماني مسعود ، العنوسة (اسبابها وتأثيرها على المرأة)، التكوين للتأليف والترجمة ، دمشق ، 2007
- أمين رويحة، المرأة في الخصوبة و سن اليأس، دار القلم، بيروت، الطبعة الأولى، 1974م.
- أيمن الحسيني، موسوعة الطب الشعبي و العلاج البديل ، دار الطلائع، القاهرة ، 2005.
- أيمن مظاهر، الصحة و السلامة العامة، دار الشروق، الأردن، الطبعة الأولى، 2000م .
- أيمن مزاخره وآخرون . علم اجتماع الصحة ، دار اليازوري العلمية للنشر ، عمان ، الطبعة الأولى، 2003.
- بهاء الدين سلامة، الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة ، 2007م
- جمال غيلان ، دور المنظمات في دعم صحة المرأة ، صندوق الامم المتحدة الإنمائي للمرأة ، 2000.
- جورج حنا ، المرأة جسد وروح ، دار الثقافة ، بيروت ، دون طبعة ، 1987
- جون سند و مرغريت توم، سن اليأس، دار الشروق ، الطبعة الأولى، بيروت ، 1983م.

_____ قائمة المراجع

- حسن عبد الحميد أحمد رشوان ، علم اجتماع المرأة ، المكتب الجامعي الحديث ، الطبعة الأولى ، مصر ، 1998.
- زهير الاعرجي . النظام الصحي والسياسة الطبية في الإسلام ، دار المحجة البيضاء ، بيروت ، 1995.
- سامي محمود ، لا للشيخوخة المبكرة ، الطبعة الأولى ،الدار المصرية للنشر والتوزيع ، مصر،1993
- سامية محمد جابر وآخرون ، البحث العلمي الاجتماعي (لغته ومداخله ومناهجه وطرائقه (، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1998.
- سعدى شاكر حمودي ، علم الإحصاء وتطبيقاته في المجالين التربوي والإحصائي ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان، 1985.
- سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان . الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، . مصر، 2004م.
- عبد الحميد محمد علي ، منى ابراهيم قرشي ، معاناة المرأة ، مؤسسة طبية للنشر ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2009
- عبد الرحمان محمد العيسوي ، الوقاية من الاضطرابات النفسية وسبل علاجها ، هلا للنشر والتوزيع ، الجيزة ، الطبعة الأولى ، 2008.
- عبد الكريم العماري ،أمراض النساء و الوقاية منها،مكتبه المعارف،الطبعة الأولى، الرباط،ب س.
- عبد المجيد الشاعر،الرعاية الصحية الأولية ،دار اليازوردي العلمية ،الطبعة الأولى ،عمان،ب س.
- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 2003.
- عصام الحمصي ، الموسوعة الطبية الموجزة ، دار الرشيد ، دمشق ، دون طبعة ، دون سنة .
- غريب سيد أحمد ،الإحصاء و القياس في البحث الاجتماعي،الإسكندرية،1999م

_____ قائمة المراجع

- غسان الزهيري ، المرجع الصحي للعائلة ، دار العلم للملايين ، طبعة أولى ، لبنان ، 1995.
- فاروق مداس ، قاموس مصطلحات علم الاجتماع ، دار منى ، الجزائر ، 2003م.
- كارول تركنجتون ، سوزان برويست ، الدليل غير رسمي صحة المرأة ، مكتبة جرير للنشر ، الطبعة الأولى ، الرياض ،
- ليسلي هيكين ، الصحة النسائية ، الدار العربية للعلوم ، الطبعة الأولى ، لبنان ، 2005 ،
- ليلي أبوحسن ، علم اجتماع الصحة ، دار اليازوردي العلمية ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2003م.
- ماري كلود دولاهاي ، دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس ، شركة دار الفراشة للنشر ، بيروت ، دون طبعة ، 2000
- محمد العبيدات وآخرون . منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات ، دار وائل للنشر ، عمان ، الطبعة الأولى ، 1999.
- محمد رفعت ، المرأة ، مؤسسه عز الدين للطباعة و النشر ، الطبعة الثانية ، بيروت ، 1996م.
- محمد عاطف غيث ، قاموس علم اجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، دون طبعة ، دون سنة.
- محمد عبد الفتاح المهدي ، الصحة النفسية للمرأة ، البياطله سنتر للنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، 2004م.
- محمد عصام طرييه ، شادي أحمد أبو خضرا ، أساسيات في علم الاجتماع الطبي ، دار حمورابي للنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2009 ،
- مصطفى القمش ، خليل المعاينة . مبادئ الصحة العامة ، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الطبعة الأولى ، 2000.
- مصطفى رحي عليان ، عثمان محمد غنيم . مناهج وأساليب البحث العلمي ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الطبعة الأولى ، 2000.
- ميشال مان ، موسوعة العلوم الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، الطبعة الأولى ، 1999.
- نادية رميسي فرح ، حياة المرأة و صحتها ، دار الجبل بيروت ، سينيا للنشر ، القاهرة ، 1992م.

_____ قائمة المراجع

- هندومه محمد أنور حامد. سن اليأس عند المرأة ، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- هيكل عبد العزيز، مبادئ الأساليب الإحصائية، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1974.
- هيئة الأمم المتحدة ، ترجمه عبد المنعم الشافعي ، المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات ، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 1966
- يديفيد زورفيك، دليل المرأة الطبي ، دار الأفاق، الطبعة العاشرة ، بيروت ، 1991 ، ص 211 .

2. الأطروحات والرسائل الجامعية :

- عمارة سامية. السلوكات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة ، أطروحة دكتوراة، جامعة الجزائر 2013، 2م.

3. الدوريات والنشرات والمجلات:

- أسيا شريف "واقع ومعايشة النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر"، المؤتمر السنوي السادس و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية ،المشكلات و السياسات، القاهرة ، 2006

- صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة مشروع لتسهيل المعلومات عن المرأة في التنمية، ورقه مقدمة إلى الحلقة النقاشية حول صحة المرأة في إطار تسهيل مصادر المعلومات. نيويورك، أبريل 2000.

- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،الديوان الوطني للإحصائيات ،جامعة الدول العربية ، المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002م،التقرير الرئيسي،الديوان الوطني للإحصائيات ،الجزائر، 2004م.

- وزاره الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، 1992م،التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994م.
- وقائع منظمه الصحة العالمية،المجلة 32،العدد 6 333-358، 1984م.

II. المراجع باللغة الأجنبية:

.1. ouvrages:

_____ قائمة المراجع

- Alfred Marshall , **principles of economics** , eighth ed . (London the Macmillan press LTD , 1977 cited by.
- Anntte Kukn,Kathrina Xhissel,**Mènopause en avant pour la deuxieme moitié**, édition Abbott ,Baar,2014.
- Mani-josflre Saurel, **La Santé Des Femmes**, Unui Meurs, France ,1996.
- Maurice Anjers. **Initiation Pratique à la Méthodologie des Sciences Humaines** ,Casbah. Alger. 1997.
- Maurice Toubiane ,**La Ménopause**, Hermann Editeurs des Sciences Et Des Arts, Paris,1993.
- Peker D Giude, **Pratique De La Ménopause**, Collection, Bordas, Paris,1986.

2. Revues, enquêtes :

- Gertchen Astevens ,Golin Mathers : **globale mortality trends and partterns in older women** ,Bultain world health organ, 2013.
- Ministère De La Sante et De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Direction De La Population, **Enquête Algérienne Sur La Santé de La Famille Analyses Approfondies**, 2004.

3. مواقع الانترنت:

- www.paci.gov.kw/stat/en/index.php/2013-07-02-06-05-
- www.who.int/entity/nmh/countries/dza_ar.pdf
- www.wilaya-boumerdes.dz/

الملاحق

الملاحق

الملحق رقم 1 : يبين العلاقة بين الحالة المهنية للمرأة ورأيها حول وجود دور لها في الحياة :

المجموع		عدم وجود دور في الحياة		وجود دور في الحياة		الرأي حول وجود دور في الحياة الحالة المهنية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100%	63	77.8	49	22.2	14	تعمل
100	133	105	105	21.1	28	لا تعمل
100	5	80	4	20	1	متقاعدة
100	201	21.4	158	78.6	43	المجموع

الملحق رقم 2 يبين العلاقة بين الحالة المهنية للنساء ومدى علمهن بوجود العلاج الهرموني :

المجموع		لا تعلم بوجوده		تعلم بوجوده		تعلم بوجود العلاج الهرموني
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
100	63	33.3	21	66.7	42	تعمل
100	133	60.9	81	39.1	52	لا تعمل
100	5	40	2	60	3	متقاعدة
100	201	51.7	104	48.3	97	المجموع

الملاحق

الملحق رقم 3 يبين العلاقة بين نوعية المهنة ومكان تلقي الاستشارة بخصوص أعراض انقطاع الطمث :

المجموع		أقارب		معالجة ذاتية		صيدلي		طبيب		استشارة نوع المهنة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
79.3	23	4.3	1	8.7	2	-	-	87	20	سلك التعليم
50	1	-	-	100	1	-	-	-	-	السلك الطبي
50	9	-	-	-	-	-	-	81.8	9	أعمال حرة
80	4	-	-	-	-	-	-	100	4	إطار إداري
50	5	20	1	20	1	-	-	60	3	عاملة في التنظيف
64.7	44	9.1	4	9.1	4	-	-	81.8	36	المجموع

الملحق رقم 4 يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات والعلم بوجود فحص ذاتي للثدي :

المجموع الجزئي		لا		نعم		العلم بوجود فحص ذاتي الثدي المستوى التعليمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
100	70	28.6	20	71.4	50	أمي
100	63	31.7	20	68.3	43	إبتدائي
100	30	16.7	5	83.3	25	متوسط
100	25	12	3	88	22	ثانوي
100.	12	-	-	100	12	جامعي
100	200	48	48	76	152	المجموع

الملاحق

الملحق رقم 5 يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات والعلم بوجود العلاج الهرموني :

المجموع		لا تعلم		تعلم		العلم العلاج الهرموني مستوى تعليمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
100	71	57.7	41	42.3	30	أمي
100	63	54	34	46	29	ابتدائي
100	30	33.3	10	66.7	20	متوسط
100	25	24	6	76	19	ثانوي
100	12	8.3	1	91.7	11	جامعي
100	201	45.8	92	54.2	109	المجموع

الملاحق

الملحق رقم 6 يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى القيام بفحص الثدي والمعاناة من مرض :

المجموع		لا تقوم بفحص الثدي		تقوم بفحص الثدي		المعاناة من مرض	القيام بفحص الثدي
%	ك		ك		ك		الحالة الزوجية
100	7	42,9	3	57,1	4	تعاني من مرض	عازبة
100	4	50	2	50	2	لا تعاني مرض	
100	11	45.5	5	54,5	6	المجموع	المجموع
100	96	55.2	53	44.8	43	تعاني من مرض	متزوجة
100	44	52.3	23	47.7	21	لا تعاني مرض	
100	140	45.3	76	45.7	64	المجموع	المجموع
100	26	69.2	18	30.8	8	تعاني من مرض	أرملة
100	10	60	6	40	4	لا تعاني مرض	
100	36	66.7	24	33.3	12	المجموع	المجموع
100	11	54.5	6	45.5	5	تعاني من مرض	مطلقة
100	3	66.7	2	33.3	1	لا تعاني مرض	
100	14	57.1	8	42.9	6	المجموع	المجموع
100	201	56.2	113	43.8	88	المجموع	المجموع

الملاحق

الملحق رقم 7 : يبين العلاقة بين الحالة الزوجية ومدى معرفة المبحوثات بوجود العلاج الهرموني :

العلم ع.هرموني الحالة العائلية	تعلم		لا تعلم		المجموع	
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
عازبة	54.5	6	45.5	5	100	11
متزوجة	45	63	55	77	100	140
أرملة	58.3	21	41.7	15	100	36
مطلقة	50	7	50	7	100	14
المجموع	48.3	97	51.7	104	100	201

الملحق رقم 8: استمارة البحث الميداني

استمارة البحث

اجب بوضع العلامة X في المكان المناسب :

I-البيانات الشخصية :

1. ما عمرك :
2. في أي سنه ولدت :
3. ما هي حالتك الشخصية : 1- متزوجة 2- أرملة 3- مطلقة عازبة
4. المستوى التعليمي لك : 1-أمي 2- ابتدائي 3-متوسط 4-ثانوي 5-جامعي
5. المستوى التعليمي للزوج : 1-أمي 2- ابتدائي 3-متوسط 4-ثانوي 5-جامعي
6. الإقامة الحالية :الولاية :.....الدائرة :.....البلدية :.....

II. أسئلة حول التاريخ الإنجابي والمشاكل الصحية :

الملاحق

7. منذ متى توقف الحيض عندك:

1- 2- لا تتذكر

8. عندما توقف الحيض عندك ماذا كان شعورك عندها؟

.....-

.....-

9. هل تعرضت لكسور أو أشباه كسور منذ توقف الحيض عندك :

1- نعم 2- لا

10. هل تعانين أو عانيت بعد أن انقطع الحيض من أي مشكل كم المشاكل التالية

1- جفاف المهبل 2- هرش مهبلي-حكة- 3- حرقانا عند التبول 4- آلام

المفاصل

5 - نوبات الحرارة 6-تغير في الرغبة الجنسية

7-الشعور بالقلق و التوتر 8- آلام الثدي

9- أخرى حددي

11. هل استشرت احد للعلاج أو تلقي نصيحة عن هذه المشاكل :

1- نعم 2- لا

أ- إذا كانت الإجابة بنعم من استشرت:

1- طبيب 2-صيدلي 3- معالجة ذاتية

4- أقارب 5- آخر حددي

ب- إذا كانت الإجابة بلا لما لم تستشيرني أحدا لمساعدتك في هذه المشكلة :

الملاحق

- 1- لا تعتقدن ذلك يساعد -1- التكلفة مرتفعة -3- الخدمة غير متوفرة -4
- مخرجة 5 رى حدي

12. هل تتناولين او تناولت أي علاج هرموني كالحقن او الحبوب متعلق بنهاية الحيض

:

- 1- نعم 2- لا

أ- إذا كان الجواب نعم منذ متى بدأت العلاج:

- 1- منذ اقل من سنة 2- من 1-5 سنوات
- 3- اكثر من 5 سنوات

ب- هل كنت تتلقين العلاج بشكل منتظم ؟

- 1- منتظم 2- أحيانا 3- نادرا

13. هل قمت بكشف نسائي منذ انقطاع الحيض - نعم 2- لا

أ- إذا كانت الإجابة بنعم أين ذهبت :

- 1- مستشفى طبيب خاص 1- أخرى حدي

ب- إذا كانت الإجابة بلا لماذا لم تذهبي لتلقي فحص نسائي :

- 1- لا تعتقدن ذلك يساعد 2- التكلفة مرتفعة

- 3- الخدمة غير متوفرة 4- مخرجة

- 5- أخرى حدي

14. هل تقومين بإجراء مسحة مهبلية : 1- نعم 2- لا

إذا كانت الإجابة بنعم أين ذهبت : مستشفى 2- طبيب 3- أخرى حدي

3- أخرى حدي

الملاحق

أ- كم كانت تكلفة هذه المسحة المهبلية :

1- السعر 2- مجاني 3- لا تتذكر

ج- إذا كانت الإجابة بلا لماذا لم تقومي بالمسحة المهبلية :

1- لست على علم بالأهمية 2- التكلفة مرتفعة

3- الخدمة غير متوفرة 4- محرجة

5- أخرى حدي

15. هل تعلمين بوجود فحص ذاتي مبكر لاكتشاف أورام الثدي :

1- نعم 2- لا

16. هل قمت بتلقي فحص الثدي :

1- نعم 2- لا

أ- إذا كانت الإجابة بنعم أين ذهبت :

1- مستشفى 2- طبيب خاص 3- أخرى حدي

ب- إذا كانت الإجابة بلا لماذا لم تذهبي لتلقي فحص للثدي ؟:

1- لا تعتقدين ذلك يساعد 1- التكلفة مرتفعة - الخدمة غير متوفرة 4-

محرجة 5- أخرى حدي

17. هل قمت بإجراء أشعة على الثديين : 1- نعم 2- لا

- إذا كانت الإجابة بنعم هل اكتشفت أن لديك ورم أو سرطان :

1- نعم 2- لا

18. هل تعانين من أي مشاكل في الرحم أو الأعضاء التناسلية :

1- نعم 2- لا

الملاحق

- إذا كانت الإجابة بنعم ما هي نوع هذه المشاكل :
- هل تعانيين حالياً من أي مرض ؟
- أ إذا كان نعم ما نوعه؟

متى بدا هذا المرض؟.....

19. عندما تعرضت للمشاكل السابق ذكرها هل أرجعت سببها إلى :

- 1- انقطاع الحيض 2- حالات مرضية 3- لا تعرف

III. أسئلة حول المكانة الاجتماعية :

20. هل مارست و تمارين أي عمل ؟

- 1- نعم 2- لا 3- متقاعد

- إذا كان نعم ما نوع المهنة:.....

21. هل الزوج يعمل :

- 1- نعم 2- لا 3- متقاعد

-أ إذا كان نعم ما هو دخل الأسرة الإجمالي :

- 1- اقل من 8000 دج 2- 8000 دج- 14000 دج 3- 15000 دج -

- 4- 19000 دج 5- 20000 دج- 25000 دج 6- 26000 دج فأكثر

22. هل علاقتك بزوجك تغيرت بعد انقطاع لحيض: 1- نعم 2- لا

- في حالة الإجابة ب نعم فيما يتمثل التغير :

- هل تشعرين أن علاقتك بأولادك قد تغيرت 1- نعم لا

- في حالة الإجابة ب نعم فيما يتمثل التغير :

23. ما هو شعورك اتجاه هذه المرحلة :

26. حسب رأيك ما هي احتياجات المرأة في هذه المرحلة ؟