جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

رسالة لنيل شهادة الماجيستر في تخصص ديمغرافيا

تحت عنوان:

# دور الوعي الصحي والاجتماعي في الوقاية من سرطان الرحم

دراسة ميدانية لعينة من النساء المتزوجات غير المصابات والمصابات بسرطان الرحم المتبعات - بياريماري كوري وامين زيغود لمكافحة السرطان- الجزائر العاصمة -

تحت إشراف :

إعداد الطالبة: د. زينب فاصولي

زينب زيزي

السنة الجامعية

2018-2017

# كلمة شكر

***اشكر الله واحمده حمدا بليغا يليق بجلال وجهه وعظمة سلطانه الذي منحني الصبر والثبات ووفقني لإتمام هذا البحث.***

***أولا:***

***نتوجه بجزيل الشكر إلى أستاذتنا المحترمة د." فاصولي زينب" التي تكرمت بقبول الإشراف على بحثي المتواضع هذا وتوجهاتها السديدة ونصائحها القيمة للإنجاز هذا البحث.***

***كما أتقدم بشكري الخالص إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد لإتمام هذا العمل واخص جميع الأساتذة الكرام بجامعة العلوم الاجتماعية خاصة الأستاذة القديرة د. " عيزل نعيمة " وأيضا كل من:***

****مديرة المعهد الوطني للصحة العمومية الدكتورة" شاوي".***

****بروفيسور طبيبة النساء والتوليد أمال بن صافة بأولاد فايت.***

****بروفيسور" بن تباك" جراح الأمراض النسائية بمركز الجامعي لمكافحة السرطان "ماري كوري".***

****بروفيسور" اقس" طبيبة النساء بقسم المعالجة بالأشعة والمعالجة الكيميائية بماري كوري.***

# إهداء

***رب اغفر لي ولوالدي ، رب ارحمهما كما ربياني صغيرا .***

***إلى قمة العطاء إلى والديا رحمهما الله وفتح لهما فسيح الجنة والريحان.***

***إلى أخي الوحيد والعزيز زعيم عمار.***

***إلى أختي العزيزة والغائبة عنا حفظها الله "جميلة «إلى إخوتي وأزوجهن.***

***إلى عمتي" موني" حفظها الله وكل أفراد عائلة" زيزي" وطهراوي".***

***إلى أبناء إخوتي :فريال، عبير، أيوب، إبراهيم الخليل، ليلي، بلقاسم، فلاح.***

***إلى أصدقائي وأصحابي في الدراسة إلى أحلي صديقة ورفيقة عمري " ناجية"***

***والى حبيبتي "مايا "وعزيزتي "إيمان نكاح".***

***إلى كل من أحبني وأحببته بكل إخلاص اهدي له ثمرة هذا العمل.***

# الفهرس

الموضوع الصفحة

**مقدمة** .....أ

**الفصل الأول:**

**الإطار المنهجي للدراسة.**

**أولا: الإشكالية والفرضيات.....5**

**ثانيا: ضبط المفاهيم الأساسية للدراسة.....8**

**ثالثا: أسباب اختيار الموضوع.....12**

**رابعا: أهمية الموضوع .....13**

**خامسا: أهداف الدراسة .....13**

**سادسا: عرض أهم نتائج الدراسات السابقة.....14**

**سابعا: المنهجية المتبعة في الدراسة.....17**

**ثامنا: تقنيات البحث.....19**

**تاسعا: المعالجة الإحصائية للبيانات.....20**

## الفصل الثاني:

## دور الوعي الاجتماعي في تشكيل الصحة العامة.


تمهيد .....24

أولا: الوعي الاجتماعي.....24

1-الاتجاهات النظرية لتفسير الوعي الاجتماعي.....24

2 -الإعلام وتشكيل الوعي الاجتماعي.....27

3 -أشكال الوعي الاجتماعي.....28

4 -خصائص الوعي الاجتماعي.....29

ثانيا: علم الاجتماع الطبي.....30

1 -مدخل علم الاجتماع الطبي.....30

2-نقاش حول أهم المفاهيم علم الاجتماع.....31

3-قياس مستويات الصحة ومؤشراتها.....33

ثالثا: العوامل التي تؤدي الى نجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع.....34

1 -أهمية الصحة.....37

2-الصحة والتنمية .....40

3-العوامل التي تقرر مستويات الصحة في المجتمع.....45

خلاصة الفصل.....53

## الفصل الثالث:

## أهمية التثقيف الصحي في نشر الوعي الصحي.


تمهيد.....55

اولا: الثقيف الصحي.....55

1-مفهوم التثقيف الصحي.....55

2 -أهداف التثقيف الصحي.....53

3-وسائل التوعية والتثقيف الصحي.....55

4-مجالات التثقيف الصحي.....59

ثانيا: الوعي الصحي والسلوك الصحي.....61

1-تعريف الوعي الصحي.....61

2-مكونات وجوانب الوعي الصحي.....62

3- أهمية وأهداف الوعي الصحي.....64

4- تعريف السلوك الصحي.....65

5-أنماط ومحددات السلوك الصحي.....65

ثالثا: دور الوعي الصحي في إنشاء التنمية المستدامة.....67

1-الوعي الصحي بأمراض غير السارية وأهداف التنمية المستدامة.....67

2- الوعي الصحي بشؤون الصحة الجنسية والإنجابية وأهداف التنمية المستدامة.....69

3-دور الحكومات في إذكاء الوعي الصحي.....70

4-سبل المضي الى الأمام.....70

خلاصة.....72

## الفصل الرابع: سرطان الرحم

تمهيد.....74

أولا: السرطان.....74

1-نبذة تاريخية عن السرطان.....74

2-تعريف السرطان.....76

3-التغييرات أو الطفرات الجينية وأعراض السرطان.....76

4-العوامل المساعدة على ظهور السرطان.....77

5-أهم السرطانات التناسلية التي تصيب النساء..... 80

ثانيا: سرطان الرحم.....81

1-تعريف سرطان الرحم.....81

2 -أعراض وأسباب سرطان الرحم.....83

3-علاج سرطان الرحم.....84

4-الوقاية من سرطان الرحم .....85

ثالثا: أنواع سرطان الرحم.....86

1-سرطان بطانة الرحم.....89

2-سرطان عنق الرحم.....93

3-سرطان الرحم في العالم.....93

4-الإسترتجيات المتخذة من طرف الهيئات المختصة تجاه السرطان {سرطان عنق الرحم}.....95

5-أهداف التوعية والرعاية الصحية الأولية.....96

خلاصة الفصل.....99

الفصل الخامس: الجانب الميداني للدراسة.

- تمهيد:.....102

- أولا: تحليل الجداول المتعلقة بخصائص العينة.....103

-الإستنتاج..... 115

- ثانيا: تحليل الفرضية الأولى:.....116

-الإستنتاج..... 141

- ثالثا: تحليل الفرضية الثانية :.....143

- الإستنتاج.....165

- رابعا: تحليل الفرضية الثالثة:.....165

- الإستنتاج.....189

- الاستنتاج العام:.....191

- خاتمة:.....198

قائمة المراجع

الملاحق

| رقم الجدول | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم في العالم. | 93 |
| 02 | نسبة الوفاة بسرطان الرحم في الدول العربية. | 94 |
| 03 | توزيع أفراد العينة حسب السن . | 103 |
| 04 | توزيع أفراد العينة حسب حالتهن العائلية. | 104 |
| 05 | توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي. | 105 |
| 06 | توزيع المصابات حسب نوع الإصابة. | 107 |
| 07 | توزيع أفراد العينة حسب نشاطهن اليومي. | 108 |
| 08 | توزيع أفراد العينة حسب نمط السكن. | 109 |
| 09 | توزيع أفراد العينة حسب صنف الاسرة التي ينتمين إليها. | 111 |
| 10 | توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة . | 112 |
| 11 | توزيع أفراد العينة حسب مصدر الفكرة عن أسباب سرطان الرحم. | 113 |
| 12 | توزيع أفراد العينة حسب معاناتهن من أمراض مزمنة. | 114 |
| 13 | علاقة المستوى التعليمي مع مدى ممارسة المشي أو الرياضة. | 117 |
| 14 | علاقة المستوى التعليمي بنوع الغذاء المحضر في المنزل. | 120 |
| 15 | علاقة المستوى التعليمي مع قيام بفحص الرحم . | 123 |

| | | |
|---|---|---|
| 16 | علاقة النشاط اليومي مع سبب زيارة الطبيب | 125 |
| 17 | علاقة الحالة العائلية مع القيام بمسحة عنق الرحم FROTTI. | 128 |
| 18 | علاقة الحالة العائلية بممارسة الرياضة | 130 |
| 19 | علاقة مساندة الزوج بنوع العلاج الذي تخضع له المصابة. | 132 |
| 20 | علاقة صنف الأسرة مع نوعية الغذاء المحضر في المنزل. | 133 |
| 21 | علاقة النشاط اليومي مع نوعية الغذاء المحضر في المنزل. | 136 |
| 22 | علاقة لغة متابعة الحصص الطبية بعدد مرات قيام بفحص الرحم. | 138 |
| 23 | علاقة متابعة الحصص الطبية مع سبب زيارة طبيب النساء. | 143 |
| 24 | علاقة الإجهاض مع سبب زيارة طبيب النساء. | 146 |
| 25 | علاقة مدى استعمال وسائل منع الحمل مع سبب زيارة طبيب النساء. | 148 |
| 26 | علاقة عدد الأبناء مع قيام فحص الرحم . | 151 |
| 27 | علاقة إمكانية الوقاية مع ممارسة الرياضة. | 153 |
| 28 | علاقة إمكانية الوقاية مع قيام بمسحة عنق الرحم . | 155 |
| 29 | علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع استعمال الطب البديل. | 157 |
| 30 | علاقة متابعة الحصص الطبية مع ممارسة الرياضة . | 159 |
| 31 | علاقة وجود فكرة عن أسباب سرطان الرحم مع قيام بمسحة عنق الرحم. | 161 |
| 32 | علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع المدة المستغرقة عند ظهور الأعراض واكتشاف المرض. | 163 |
| 33 | علاقة السن بأعراض المرض . | 163 |
| 34 | علاقة السن بالمدة المستغرقة بين اكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب | 167 |
| 35 | علاقة السن بالوجهة الأول عند اكتشاف أعراض المرض. | 170 |

| | | |
|---|---|---|
| 36 | علاقة السن بنوع الإصابة. | 172 |
| 37 | علاقة المرض المزمن باستخدام الطب البديل. | 173 |
| 38 | علاقة المرض المزمن مع ردة فعل عند إكتشاف المرض. | 175 |
| 39 | علاقة المرض المزمن بنوع العلاج. | 177 |
| 40 | علاقة حدوث إجهاض بنوع الإصابة. | 178 |
| 41 | علاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض. | 179 |
| 42 | علاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة. | 180 |
| 43 | علاقة عدد الأبناء بمرحلة العلاج. | 182 |
| 44 | علاقة الإجهاض بنوع العلاج من المرض. | 183 |
| 45 | علاقة العمر عند إنجاب الطفل الأول بمدة المعاناة من المرض. | 185 |
| 46 | علاقة الإجهاض المتكرر بمرحلة العلاج من المرض. | 186 |
| 47 | علاقة العمر عند إنجاب أخر طفل بمدة المعاناة من المرض. | 187 |

| الرقم | عنوان الشكل البياني | ص |
|---|---|---|
| 01 | أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب حالتهن العائلية . | 105 |
| 02 | أعمدة بيانية تمثل توزيع افراد العينة حسب حالتهن العائلية . | 106 |
| 03 | أعمدة بيانية تمثل توزيع افراد العينة حسب مستواهن التعليمي . . | 108 |
| 04 | دائرة بيانية تمثل توزيع المصابات حسب نوع الإصابة . | 109 |
| 05 | أعمدة بيانية تمثل العينة حسب نشاطهن اليومي . | 110 |
| 06 | أعمدة بياني تمثل افراد العينة حسب نمط السكن . | 111 |
| 07 | أعمدة بيانية تمثل توزيع افراد العينة حسب صنف العائلة . | 112 |

# مقدمة

## مقدمة

الوقاية خير من العلاج، عبارة شائعة، استعملت كثيرا في مجال الصحة وحملات التوعية، وعند التأمل نجد الطريق إلى هذه العبارة ليس سهلاً بل مرَّ بعدة مراحل؛ فعادة ما تكون بداية ظهور المرض في حالات فردية، وبصورة أولية بدائية، ثم يتطور الأمر عبر مسارين:

الأول زيادة الأعراض والآلام عند حالات المصابة والثانية زيادة عدد المصابين بالمرض. وفي كثير من الأحيان يكون للمرض خاصية العدوى والانتقال، وهنا يعظم الاهتمام بالأمر، مما يؤدي إلى بذل الجهود وإنفاق الأموال في مجال علاج الحالات المصابة بالمرض أولاً، وفي مجال دراسة تلك الحالات بحثًا عن أسباب المرض، وأفضل الأدوية الملائمة لعلاجه، مع البحث عن الأمصال الواقية منه لتدارك إصابة حالات جديدة، وبعد المعاناة يتم معرفة أعراض المرض وأطواره وأسبابه وطرق انتقاله، مع تواصل الحملات الإعلامية للتوعية الصحية، وتواصل علاج المصابين، كل هذا مع البحث عن تطوير العلاج والوقاية.

ولأن الوقاية الصحية وسيلة هامة للحيلولة دون الإصابة بأنواع كثيرة من الأمراض ، ويتم بكل بساطة إتباع أساليب سليمة آمنة ، لتجنب معظم الأمراض المعدية كالفيروسات التي تتسبب في الإصابة بالأمراض الخبيثة ، وهنا تكمن **أهمية الوعي الصحي** الذي يعمل على تشكيل سياج يحمي النساء من التعرض للأمراض ، كونهن الفئة الأكثر عرضة للمرض، ووفقا لأبحاث ودراسات طبية فإن بعض السلوكات والعادات وأنماط العيش الصحية يمكن أن تقلل من احتمال نسبة الإصابة بالكثير من الأمراض وخاصة الضغط والسكري، القلب والسرطان ،وهي الأمراض المنتشرة بنسب عالية لدى نساء دول العالم النامي ، الأمر الذي يجعل من الوعي لدى النساء في هذه المفاهيم عاملا مهما في الحد من انتشار هذه الأمراض الشائعة.

**فهل هناك وعي صحي حول أسباب حدوث سرطان الرحم وخطورته لدى النساء الجزائريات المتزوجات؟**

لقد تبلورت الإشكالية حول هذا الموضوع في التساؤل عن نسبة الوعي لدى النساء الجزائريات بخطورة سرطان الرحم على حياتهن ، خصوصا النساء المتزوجات أو سبق لهن أن تزوجن المصابات ، وغير المصابات ، فالعازبات لا يصبن به إلا في حالات نادره جدا ،هذا و قد تضمن هذا التساؤل عدة

تساؤلات ، حول إذا كان لدى السيدة وعي صحي لوقاية نفسها من سرطان الرحم ، كذلك إذا كانتا للرياضة والغذاء الصحي دورا في الوقاية من سرطان الرحم ، أو إذا كان للمستوى التعليمي للمريضة و النشاط اليومي دورا في مدى إقبالها على عملية التشخيص والقيام بالفحوصات الدورية ،كما تساءلنا عن اتجاه الأزواج و الأسرة نحو المريضة عند اكتشافها للمرض.

فحاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على معرفة نسبة الوعي الصحي باعتباره مقياس يقي من حدوث سرطان الرحم، نتيجة تزايد عدد المصابات به من جهة وارتفاع نسب الوفاة بسرطان الرحم الذي يهدد النوع البشري من جهة أخرى، كما سعينا لتناول هذه الظاهرة من عدة زوايا ديمغرافية، اجتماعية واقتصادية.

أخذنا عينة من النساء المصابات وهن في طور العلاج من هذا المرض، المتوافدات الى مركز بيار ماري كوري لمكافحة السرطان، وزيغود أمين مركز المعالجة الكيمياوية، كما اتخذنا جزء من عينتنا الأخر عشوائيا، نساء متزوجات أو سبق لهن أن تزوجن غير المصابات.

وتمت عملية جمع البيانات بالمعهد الوطني للصحة العمومية، حيث تطلب ذلك مدة 5 أشهر بدون توقف فاعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي التحليلي. وقمنا باختبار الفرضيات اعتمادا على التحليل الإحصائي والسوسيولوجي.

وللإلمام بجوانب الموضوع أكثر حصرناها في جانبين النظري والميداني فالأول مقسم إلى أربعة فصول والثاني في فصلين ندرجها حسب الخطة التالية:

**الفصل الأول:** تضمن هذا الفصل الإطار المنهجي للبحث والذي احتوى على أهم الخطوات المنهجية للبحث العلمي من حيث بناء الإشكالية وصياغة الفرضيات، ضبط المفاهيم والمصطلحات، الدراسات السابقة واهم نتائجها، تحديد مجتمع البحث، والمنهج المتبع في الدراسة من حيث جمع البيانات وتحليليها وأخيرا التقنية المستعملة لجمع ومعالجة البيانات إحصائيا.

**الفصل الثاني:** خصصنا هذا الفصل لتسليط الضوء على دور الوعي الاجتماعي في تشكيل الصحة العامة، حيث تطرقنا إلى منظور الاتجاهات لتفسير الوعي الاجتماعي، و أشكال الوعي الاجتماعي

إضافة إلى مفاهيم حول علم الاجتماع الطبي، وصولا إلى العوامل التي تؤدي إلى نجاح الصحة العامة أو فشلها.

**الفصل الثالث:** يحتوي هذا الفصل على أهداف التثقيف مرورا بمفهوم التثقيف ثم وسائل وأساليب التثقيف الصحي، مجالات التثقيف الصحي، وصولا إلى مفهوم الوعي الصحي مكوناته، جوانبه، أهدافه، كما تطرقنا إلى مفهوم السلوك الصحي ومحدداته. وصولا الى دور الوعي الصحي في انشاء التنمية المستدامة.

**الفصل الرابع:** عرضنا في هذا الفصل نبذة تاريخية عن السرطان، عوامله مرورا بأهم السرطانات التي تصيب النساء في العالم ومن ثم التركيز على سرطان الرحم بكل أشكاله ومدى انتشاره في العالم والجزائر وكيفية الوقاية منه.

**الفصل الخامس:** خصصناه للجانب الميداني حيث عرضنا في البداية مختلف خصائص العينة، ثم تطرقنا لدور الوعي الاجتماعي في الوقاية من سرطان الرحم من أجل تحقيق الفرضية الأولى, بعدها الفرضية الثانية هل يلعب الوعي الصحي دورا في قيام المرأة المتزوجة بفحوصات دورية ، ثم الفرضية الثالثة التي تركزت على علاقة المسار الإنجابي للمصابة بسرطان الرحم .

وفي الأخير ختمنا هذه الدراسة بأهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال البحث الميداني.

# الجانب النظري للدراسة

## الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

أولا: الإشكالية والفرضيات.

ثانيا :ضبط المفاهيم الأساسية للدراسة.

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع.

رابعا: أهمية الموضوع

خامسا: أهداف الدراسة

سادسا: عرض أهم نتائج الدراسات السابقة

سابعا: المنهجية المتبعة في الدراسة

ثامنا: تقنيات البحث.

تاسعا :المعالجة الإحصائية للبيانات .

## أولا-الإشكالية والفرضيات:

### 1-الإشكالية:

يعد الوعي الصحي موضوع اهتمام كل دول العالم، خاصة دول العالم المتقدم، حيث تنشر الكثير من الكتيبات وتبث العديد من البرامج الصحية التي تدعم هذا المفهوم، باعتبار أن الصحة أعظم الثروات التي يتمتع بها الإنسان فتزيد إنتاجية عمله وتجعله قادرا على الاستمتاع بحياة خالية من الأمراض والمشكلات الصحية، كما أن التثقيف الصحي بات أمرا ضروريا لكي يتمتع الناس بحياتهم ويصبحوا أكثر وعيا وإدراكا لأخطار الصحة. لذلك نجد خبراء التوعية الصحية يقومون على رفع الوعي الصحي لدى الناس ،حول مختلف الجوانب التي تشمل الصحة العاطفية والبدنية، العقلية وحتى الروحية، فهناك عوامل تؤثر على صحة النساء خصوصا.

فالمرأة تعتبر نصف المجتمع فهي بمثابة المحرك الأساسي لعملية التنمية كما يعتبر الجسد الأنثوي المجال الحيوي الذي يعيد إنتاج النوع البشري، والحمل عملية بيولوجية تؤطرها قواعد ثقافية.

والرحم النشط يمنح للمرأة مكانة وسلطة، خاصة إذا كانت مذكارا أن الحمل يزيل الخوف من العقم ويضمن إستقرار الزواج حيث يقال " المرأة لا تملك قيمتها ككائن إنساني بمجرد إطلالها على العالم بل أن تكون النطفة في رحمها لولادة طفل هو الذي يجعلها تولد كأم، والمرأة العربية تولد من رحمها كأنها تولد نفسها[1]" وعليه الحفاظ على هذا الجسد مطلب غالي الثمن.

فإذا تأثر هذا الأخير بالمرض أو التهميش فإنه سوف ينجم عن ذلك ضرر كبير خاصة إذا أصيب بداء العصر وهو سرطان الرحم الذي يمثل مشكلة صحية مستعصية بفعل حواجز الصمت في المجتمعات المغلقة، مثل مجتمعاتنا العربية. ويعتبر السرطان مرادفا للموت ولأنه يصيب عضوا حساسا في جسم المرأة، فنجد أن ما يتعلق بهذا العضو من فحوصات يكون أمرا مثيرا للحساسية إن لم يكن الرفض

[1]- عبد المجيد العموري بوعزة، من **الطب الى الصحة**: **مقدمات في المرجعية السوسيولوجية** ، جريدة الاتحاد الاشتراكي ع12354 القاهرة ، المنشور 2013/10/26.

المطلق. فلا بد مراعاة طبيعة المجتمع وتركيبته المعقدة وموروثاته الاجتماعية[1] فالسرطان لا يعني الفرد المريض بعينه وإنما أسرة المريض كذلك، فإصابة فرد منها بمرض السرطان يضع الأسرة في أزمة سواء نفسية أو إجتماعية مما يؤثر كذلك على العلاقات الزوجية والأسرية، كما يؤدي إلى تغيرات جوهرية في الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة.

فحسب منشورات هيئة الأمم المتحدة فإن سرطان الرحم بكل أنواعه يتصدر قائمة السرطانات النسائية في العالم المتقدم والنامي على حد سواء، حيث قدرت نسبة سرطان عنق الرحم ب16% ونسبة سرطان بطانة الرحم ب 14%في عام 2014 من مجموع السرطانات النسائية، ويلاحظ ارتفاع معدلات الإصابة بهذا الورم الخبيث نتيجة نقص **الوعي الصحي خاصة في الدول النامية.**

الجزائر على غرار باقي البلدان النامية، لم تكن في معزل عن إنتشار هذا المرض حيث سجلت عام 2014 أكثر من 3000 حالة بنسبة 13,5 % مصابة بسرطانات الرحم منها 2000 حالة مصابة بسرطان عنق الرحم و1000 حالة مصابة بسرطان بطانة الرحم[2].

كما قد أظهرت عدة دراسات أن الوسيلة الوحيدة لتقليل من حدة الوفيات بهذا الورم الخبيث المسبب لسرطان الرحم بأنواعه هو التشخيص المبكر، هذا ما يفسر ارتفاع معدلات الشفاء في البلدان المتقدمة بنسبة 70 %وانخفاضها في البلدان النامية، كل هذا راجع لسبب قلة النشاطات التوعوية في المجتمع حول الصحة، كذلك ارتفاع نسبة الأمية فيها، فالشخص الذي لا يعرف القراءة ولا الكتابة لا يستطيع الاستفادة من الإرشادات الصحية.

وعلى الرغم من الجهود المبذولة من طرف البلدان والمنظمات الدولية على رأسهم هيئة الأمم المتحدة والهيئات التابعة لها كمنظمة الصحة العالمية oms ذلك من خلال عقد المؤتمرات والملتقيات والندوات الدولية والإقليمية من أجل وضع وتنفيذ سياسات إستراتيجية وذلك عن طريق حملات توعوية لمواجهة الداء مع تقديم الدعم المادي من أجل التطعيم ضد الفيروس hpv خصوصا للدول الفقيرة ، التي تعرف

[1]- Berthelot Jean Michel **; Le Corps Est Un Objet Sociologique,** Éditions De L'école Des Hautes Etudes En Sciences Sociales , N2 , Paris , 1985 ,P : 7.

[2] --Insp. Registre Des Tumeurs d'Alger 2014. P ; 11.

ارتفاع في نسبة الإصابة بسرطان عنق الرحم ولم تستطيع التحكم في تطوره بسبب نقص الوعي لدى المرأة ، كون هذا الأخير حافزا جوهريا يدفع بالنساء إلى معرفة أجسامهن والخطر الذي يحدق به[1].

ربما قد يلعب الفضاء الاجتماعي الذي تعيش فيه المرأة دورا في اكتسابها لمختلف المعارف التي تعمل على توعيتها، كذلك الدخل الاسري والاقتصادي لأسرة المريضة يلعب دورا في اضطرابها النفسي مما يزيد من شدة مرضها بسبب التكاليف المادية للعلاج.

هنا قد تضطر المريضة إلى أن تتبع طرق تقليدية للعلاج، مما يزيد في استعصاء حالتها المرضية ونقص إمكانية شفاءها من المرض.

بناءا على ما سبق عرضه يمكن أن نبرز معالم الإشكالية انطلاقا من التساؤل الجوهري الذي هو على النحو التالي:

- هل هناك وعي لدى النساء المتزوجات بمدى خطورة سرطان الرحم على حياتهن ؟

- إلى أي مدى يؤثر الوعي الاجتماعي الذي تمتلكه المرأة المتزوجة على اتخاذها الإجراءات الوقائية ضد سرطان الرحم؟

-هل للوعي الصحي دورا في الوقاية من سرطان الرحم ؟

–إلى أي مدى يؤثر السلوك الإنجابي للنساء المصابات بسرطان الرحم على إهتمامهن بوضعهن الصحي؟

[1] - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، منشورات 2014.

## 2-الفرضيات:

إنطلاقا من التساؤلات المطروحة في الإشكالية نسعى من خلال بحثنا هذا التحقق من الفرضيات التالية:

**- كلما ارتفع الوعي الاجتماعي للنساء المتزوجات كلما زاد اهتمامهن باتخاذ إجراءات وقائية من سرطان الرحم.**

**-ارتفاع الوعي الصحي للمرأة المتزوجة يجعلها تقي نفسها من سرطان الرحم.**

**-تزداد خطورة المرض و يقل الاهتمام بالعلاج من سرطان الرحم عند النساء اللواتي اتبعن سلوك إنجابي غير سليم.**

## ثانيا–ضبط المفاهيم الأساسية للدراسة :

يعد تحديد المفاهيم ومصطلحات الدراسة أحد الطرق المنهجية العامة في تصميم البحث، فالدقة والموضوعية من خصائص العلم التي تميزه عن غيره من المعرفة. ومن مستلزمات الدقة في العلم وضع تعريف واضح ومحدد لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه الباحث في كتاباته ودراساته. فالمفهوم هو عبارة تصور فكري عام وتجريدي لظاهرة أو مجموعة من الظواهر وعلاقتهم ببعضهم البعض ولغرض تجسيد هذه المفاهيم يجب تفكيكها إلى أبعاد تشير إلى مستوى معين من المفهوم وعليه يتعين على الباحث تحديد جملة المفاهيم التي يستخدمها في بناء الإشكالية وكلما اتسم هذا المفهوم بالدقة والوضوح كلما سهل على القارئ معاني الأفكار التي وردت في الدراسة وبالتالي إدراك المحور الذي يدور حوله .حيث تتخلل دراستنا مجموعة من المفاهيم والمصطلحات سنحدد البعض منها تبع لطبيعة الموضوع وإستعمالها الإجرائي في البحث .

1– **الوعي الإجتماعي:** يستخدم مصطلح الوعي بطرق عديدة:

الوعي: يعني التجربة الذاتية أو تجربة ظاهرتيه، والمقصود: كيف تبدو الأشياء في مقابل ما تبدو عليه على نحو موضوعي.

و لوصف شخص أو مخلوق آخر بكونه متيقظاً وحساساً بكونه يدرك شيء ما، وللإشارة إلى خاصية من حالات الذهن مثل الإدراك والإحساس والتفكير والتي تميز هذه الحالات عن حالات الذهن غير الواعية.

ويشير الوعى الاجتماعي إلى " إدراك الإنسان لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً، وهو أساس كل معرفة. كما يشير الوعي إلى الفهم وسلامة الإدراك، ويقصد بهذا الإدراك إدراك الإنسان لنفسه وللبيئة المحيطة به. ولعل هذا يعنى فهم الإنسان لذاته وللآخرين عند تفاعله معهم سعياً لإشباع حاجاته، وقضاء مصالحه وهو مدرك للعلاقات بينه وبين الآخرين والبيئة من خلال المواقف المختلف [1]."

يمكننا تعريف **الوعي الإجتماعي** بأنه: (الصورة الذهنية للفرد عن واقعه الاجتماعي، والمتمثلة في مجموعة الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تعبر عن إدراكه لهذا الواقع، والتي غالباً ما تكون مستمدة من هذا الواقع، ثم تعود لتؤثر في فهم الفرد لهذا الواقع، وتُشكل استجابته تجاهه }

[1] - إبراهيم مذكور واخرون ، **معجم العلوم الإجتماعية** ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، 1975 ، ص : 43.

التعريف الاجرائي : ولقد حددناه في دراستنا بمجموعة من المؤشرات التالية والتي تمثلت في :

– المستوى التعليمي للمبحوثة، –النشاط اليومي،– مهنة المبحوثة.– مهنة الزوج، – سلوك الزوج ، المساندة الزوجية من طرف الزوج ،–مصدر المعرفة بسرطان الرحم ،– لغة متابعة الحصص والإرشادات الطبية .

**2– الوعي الصحي :** يشير تعبير الوعي الصحي إلى القدرة النفسية والأسرية ومجتمعه المحلي على الوصول إلى المعلومات وفهمها والإستفادة منها بطرائق تعزز التمتع بصحة جيدة وتصونها ، وبرغم من استخدام تعاريف مختلفة لمفهوم الوعي الصحي[1] الذي لا يزال مفهوما ناشبا فإن هناك إتفاق على أن معناه لا يقتصر على تمكن الفرد من " قراءة النشرات " أو تحديد لمواعيدها و فهمه للرسوم المثبتة على المواد الغذائية أو " امتثاله لإجراءات يوصيه بها الطبيب كما أن هذا الوعي ليس موردا شخصيا فحسب لأن ارتفاع مستوياته بين صفوف السكان يعود بفوائد إجتماعية أيضا ، وبوسائل تعبئة قدرات المجتمعات المحلية على معالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة.

***التعريف الإجرائي:** لقد حددنا الوعي الصحي بمجموعة من المؤشرات التالية:

فكرة عن أسباب سرطان الرحم ، – قيام بزيارة طبيب النساء من حين إلى أخر ، – سبب زيارة طبيب النساء ،– الوجهة الأولى عند ظهور الأعراض ، – إستخدام الطب البديل أو لا ،– المدة المستغرقة بين إكتشاف المرض وزيارة الطبيب ، – متابعة الحصص وإرشادات طبية ، –الإستفادة من الحصص الصحية أو لا .

**3–الوقاية** :الوقاية: حفظ الشّيء عمّا يؤذيه ويضرّه، والتوقّي: جعل الشّيء وقاية ممّا يخاف" ، الوقاية حفظ الشّيء ممّا يؤذيه ويضرّه[2] .

و يدلّ مفهوم الوقاية الصحيّة في الإسلام على الأساليب الشرعيّة والعلميّة التي أشار إليها القرآن والسنّة النبوية المطهرة لحفظ النّاس من شرور الأمراض والأوبئة، وتحقيق الوقاية الكافية لهم من أيّ أذى ممكّن أن يلحق بهم، ويسبّب لهم المعاناة والألم، (الوقاية خير من العلاج) مقولة نحفظها عن ظهر قلب

[1]- محمد الجوهري واخرون ، **علم الإجتماع ودراسة الإعلام والإتصال** ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ،1992، ص : 290 .
[2]- محمد عبد الرؤوف المناوي ،**معجم المؤلفين** ، القاهرة ، 1988 ، ص : 44 .

ونحصر تطبيقها في الثقافة الصحية إلا أن مفهوم الوقاية والعلاج أبعد من كونهما شعارا صحيا في تغليب الوقاية على العلاج والحث على إخذ الإحتياطات على السلامة الصحية.

الوقاية في قيمتها الفكرية وبعدها الواقعي هي العلم بالشيء وإستباق الحدث والإحاطة به. وأما العلاج فهو علم بعد الوقوع في الخطأ ومؤشر على الجهل بالأشياء التي أفرزت أخطاء استوجب علاجها. حيث أن مستقبل الإنسان الواعد هو استثمار المعلومات التي تمكنه من بناء مستقبل فيه الوقاية تهيمن على العلاج. ولا يتمّ تحقيقه إلاّ بتحقق مفهوم الوقاية الصحيّة في المجتمع [1].

***التعريف الإجرائي** : لقد حددنا الوقاية بمجموعة من المؤشرات : إجراء فحص الرحم من قبل ، – عدد مرات فحص الرحم ، – قيام بعملية مسح عنق الرحم، – المدة بين مسح وأخر ، ممارسة الرياضة ، – نوعية الغذاء المحضر في البيت ، – إمكانية الوقاية من سرطان الرحم ، – كيفية الوقاية من الداء.

بالإضافة إلى مؤشرات أخرى طرحت في الاستمارة ولم تتوفر لدينا إجابة عنها :

كالوزن قبل الإصابة، – تناول الكحول، – ممارسة العلاقة الجنسية غير الشرعية، – أما التدخين كانت هناك إجابة ( مدخنة فقط).

**4– السلوك الإنجابي:** يُعرف السلوك الإنجابي على أنه عملية الإنجاب الفعلية وهي القدرة الفعلية على الإنجاب حيث تختلف عن الخصوبة التي تشير إلى القابلية على الإنجاب، ويُطلق على الشخص عديم القدرة على الإنجاب بإنسان عقيم ويشير (التناسل) أيضا بالقدرة الفعلية على تكاثر الجنس البشري زيادة عدده، وتتأثر هذه القابلية بجملة من العوامل البيولوجية والثقافية[2].

والسلوك الإنجابي (التناسل) بصفة عامة يشير إلى الرغبة أو عدم الرغبة في إنجاب أطفال آخرين لأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية.

---

[1]- مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والإجتماعي ، الإعلان الوزاري –**تنفيذ الأهداف والإلتزامات المتفق عليها دوليا فيما يتعلق بالصحة العامة على الصعيد العالمي** الجزء الرفيع المستوى 2009 .

[2]-د. يونس حمادي علي: **مبادئ علم الديموغرافية، المكتبة الوطنية**، بغداد، 1985, ص127.

ويعرف السلوك الإنجابي بأنه فعل أو حدث تقوم به الأسرة من أجل ولادة أطفال أو أبناء جُدد ينتمون إليها للمساعدة على استمراريتها وتوطيد دعائمها الأساسية التي تعتمد عليها في حاضرها ومستقبلها.

فيُعرف السلوك الإنجابي في كتابه الموسوم (السُكان عِبر التاريخ) بأنه عمل تقوم به الأسرة لإنجاب الصغار الذين تعتمد عليهم في مسيرتها المستقبلية، ومن خلال المصطلحات أعلاه يمكننا أن

نُحلل مفهوم السلوك الإنجابي من خلال كلمتين يتكون منهما المصطلح وهما (السلوك والإنجاب) فالسلوك هو رد فعل أو حدث يقوم به الفرد ويكون مقصوداً ويهدف إلى تحقيق أغراض معينة، أما الإنجاب فهو عملية ولادة الأطفال من الأُسر الشرعية والغير الشرعية، فالإنجاب هو أساس زيادة السكان ويعتمد على الثقافة الإجتماعية التي يحملها أبناء المجتمع[1].

***التعريف الإجرائي:** لقد حددنا السلوك الإنجابي بمجموعة من المؤشرات:

سن البلوغ ، سن الزواج ،-عدد الأطفال ،- المدة بين الولادات ،-عدد مرات جماع الزوج ،-إستعمال وسائل منع الحمل -نوع الوسيلة ، - مدة إستعمالها ، - وصفت من طرف الطبيب أو لا ، -العمر عند إنجاب الطفل الأول، -العمر عند إنجاب أخر طفل، -نوع الولادة ،- الإجهاض،- عدد مرات الإجهاض.

**5- تعريف سرطان الرحم:**

الرحم عضو من الجهاز التناسلي . سرطان الرحم هو السرطان الأكثر شيوعاً في الجهاز التناسلي الأنثوي يقع في الحوض بين المثانة والمُستقيم. يرتبط الرحم بالعالم الخارجي عبر إرتباطه بالمهبل حيث أن عنق الرحم هو الذي يربط الرحم بالمهبل. ووظيفة الرحم هي احتواء الحمل، وهو العضو الذي يكبر فيه الجنين. يتكون جدار الرحم من طبقتين:

- بطانة الرحم : الطبقة الداخلية التي تُبطن جوف الرحم. تتكاثر وتتضخم خلايا بطانة الرحم خلال الشهر لدى الأنثى، وذلك إثر تأثير الهرمونات النسائية على خلايا بطانة الرحم، وخاصةً الاستروجين. عند

[1]-محمود كطّاع عبد الله: **القيم الإجتماعية والإنجاب**، دراسة سوسيو-انثروبولوجية في محافظة الانبار، أطروحة دكتوراه غيرمنشورة، 2004, ص24.

حدوث الدورة الشهرية، فإن مُعظم بطانة الرحم تسقط وتخرج من المهبل، تؤدي لنزيف وإفرازات الدورة الشهرية. إذا ما حملت الانثى ، فإن بطانة الرحم المتضخمة تستقبل الحمل ولا تسقط.

عضلة الرحم : الطبقة الخارجية من جدار الرحم، وتتكون من عدة طبقات عضلية تعمل على تقليص الرحم عند الحاجة.

وقد يُصيب السرطان كل من طبقات الرحم، حيث لسرطان الرحم عدة أنواع، وسرطان عنق الرحم هو الأبرز والأكثر شيوعاً. كما قد تظهر أورام عضلية من طبقة عضل الرحم، إلا أنها حميدة وأقل خطورة[1].

## ثالثا –أسباب إختيار الموضوع :

من أشق الصعاب التي تواجه البحث هو إختيار موضوع يصلح للدراسة العلمية ، وقد يكون لأسباب ذاتية كرغبة الباحث في تجسيد فكرة ما ، أو لأسباب يفرضها الواقع الإجتماعي ، فتكون بمثابة دوافع محفزة على إختيار مواضيع جديرة بالدراسة .وتختفي وراء إختيار هذا الموضوع عدة أسباب ، لكن أهمها :

– قابلية الموضوع للدراسة والبحث معرفيا ومنهجيا.

– قلة الدراسات العلمية المتخصصة، إن لم نقول نذرتها في هذا الموضوع.

– رغبة منا في إعطاء الموضوع الطابع الأكاديمي.

– إدراكنا للحاجة المتزايدة لمكتبة العلوم الاجتماعية إلى مزيد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة التي تصيب في هذا المجال.

–حداثة الموضوع، إذ ربط متغيرات الدراسة بالشكل الذي هي عليه طرحا جديدا يستحق الدراسة والتعمق أكثر، رغم قلة المراجع.

– أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع ، أي جوهر الموضوع مكسب في حد ذاته. الرغبة في تبيان دور الوعي الصحي والاجتماعي معا في الوقاية من سرطان الرحم بكل أنواعه مثله مثل الأمراض الأخرى تؤثر فيه عوامل اجتماعية عديدة من خلال تفاعل المرأة مع بيئتها الاجتماعية كون الظاهرة ملفتة لانتباه

[1]-**Cervical Cancer Health Center**",Webmd. Edited.( Vu 12.12.2016).

خاصة مع انتشار المستمر الذي يشكل خطرا صحيا واجتماعيا وديمغرافيا لأنه يهدد حياة المرأة بدرجة الأولى وبدرجة الثانية النوع البشري.

## رابعا – أهمية الموضوع :

تناولنا في هاته الدراسة النواحي التالية :

– أخذنا عينة من السيدات ( متزوجات أو سبق لهن أن تزوجن )، منهن مصابات بالسرطان الرحم وغير مصابات للقياس نسبة وعيهن بخطورة الداء وكذا الإطلاع على أسبابه ومدى إنتشاره في المجتمع الجزائري.

– أهمية الوعي الصحي والوعي الإجتماعي في التقليل من إنتشار سرطان الرحم بكل أنواعه .

– أما من الناحية العلمية أهمية إجراء دراسات يمكن أن تساهم في فهم طبيعة هذا المتغير وتحديد مدى إنتشاره.

– قلة الدراسات العربية التي تناولت هذا المتغير بالبحث والدراسة .

## خامسا– أهداف الدراسة:

دراستنا هاته تهدف إلى ما يلي :

– تسليط الضوء على هذا الموضوع الذي يعتبر من مواضيع الساعة في الجانب الصحي نتيجة عدد الإصابات المتزايدة في الآونة الأخيرة سواء في العالم أو في الجزائر فبالرغم من تجديد وسائل الإعلام للتوعية ،إلا أن هناك اللامبالاة بإجراء فحوصات دورية التي تقي السيدات من الإصابة بهذا الداء و تأخر عن التشخيص المبكر للمرض عند ظهور أعراض غير طبيعية ، مما يرفع من نسبة الإصابة بسرطان الرحم .

–محاولة فهم وتحليل الظاهرة من مختلف الأبعاد : الديمغرافية ، الاقتصادية ، والاجتماعية.

## سادسا- عرض أهم نتائج الدراسات السابقة :

الدراسات التي تناولت موضوع سرطان الرحم أغلبها دراسات طبية بلغات أجنبية و هناك دراسة واحدة قد تطرقت إلى الأمراض النسائية بدراسة سوسيوديمغرافية حول الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي الأنثوي .

### 1- الأمراض النسائية وإستجابة النساء المصابات للمرض .

( شهرزاد موسي، الأمراض النسائية وإستجابة النساء المصابات للمرض، رسالة ماجيستر علم الإجتماع تخصص ديمغرافيا ، دراسة ميدانية بمصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى اسعد حساني – بني مسوس –، 2007،2008 ) .

من هذه الدراسة تبين لنا أن هناك أنواع عديدة من الأمراض النسائية والأكثر شيوعا هي الأورام الليفية والالتهابات ، وما لفت انتباهنا هو تعدد الاستجابات واختلافها بين المبحوثات ، رغم أنها كباقي الأمراض وربما تكون نسبة الشفاء عندها مرتفعة عن غيرها ، لكن بما أنها أمراض الجهاز التناسلي للمرأة ، فان هذا أدى إلى تباين الاستجابة للمرض سواء من المريضات أو من عائلتهن ومحيطهن الاجتماعي ، ولمعرفة ما إذا كان لبعض العوامل الاجتماعية كالسن ، الحالة العائلية ، المستوى التعليمي والوضعية الشخصية للمريضة ، تأثير على توجيه الاستجابة للمرض الى الايجابية ا والى السلبية ، قمت بتحليلها على شكل فرضيات أجبت عنها عن طريق قراءة وتعليل بيانات الجداول .

### أ – أهم النتائج المتحصل عليها خلال الدراسة:

– الإستجابة للمرض تختلف حسب سن المبحوثات ، فالصغيرات في السن يكون وقع المرض عليهن أشد من غيرهن .

– أن هذه الأمراض تسبب للصغيرات في السن تغير في مجرى حياتهن ، فالقلق الدائم وإخفاء الأمر عن الأهل خاصة عن الأب والإخوة ، وكذا المعاملة السيئة من أفراد العائلة ، يؤدي إلى توتر العلاقة بين المريضة وأسرتها ، هذا ما يقلل من حظوظها في المساعدة والمساندة سواء المادية أو المعنوية .

– لا يجد تأثير كبير للمستوى التعليمي للمريضة على الإستجابة من الأمراض النسائية

– نقص إتصال الأسرة وإعتبار الأمراض النسائية من الطابوهات ، فلا يمكن التحدث عنها في الوسط العائلي ، أدى إلى التأثير سلبا على المريضة مهما بلغ مستواها التعليمي من الناحية النفسية ، من ناحية معاملة الآخرين لها ، فخصوصية هذه الأمراض أدت إلى خصوصية المرافقة والمعاملة ، بمعنى أشمل خصوصية الإستجابة .

– إن تأثير الحالة العائلية على الإستجابة من الأمراض النسائية ، بالغة الأهمية ، فالعازبات أكثر تضررا من غيرهن من جراء إصابتهن بهذه الأمراض .

– التخوف الكبير للعازبة على صحتها ، وجدناها أكثر عزوفا عن إستخدام الطب التقليدي ،لقلة خبرتها ولعدم تحملها لأي خطا قد ينجم من جراء إستخدامه ، لهذا وجدناها تفضل الطب الحديث على الطب الشعبي .

– أما المتزوجات فإنه رغم تأثير المرض عليهن سلبا ، إلا أن العائلة والمحيط الإجتماعي والمجتمع ككل يكون ارحم عليهن من العازبات ، فهذه الأمراض تعتبر أمراض المتزوجات والمنجبات فقط ، كما وجدنا أن ما يضر المتزوجة أكثر من جراء إصابتها هذه هو سوء معاملة الزوج لها .

– الأرامل والمطلقات فهذه الشريحة من المجتمع المهملة وغير المرغوب فيها ، وجدنا أن تعتبر عائق في المجتمع ، خاصة مع تدني المستوى المعيشي لذلك كانت إستجابتهن للمرض ضعيفة.

– تراجع في استخدام الطب التقليدي من المبحوثات، وهذا لعدم الوثوق بنتائجه والتخوف من حدوث نتائج سلبية .

–تراجع التكفل الاجتماعي بالمريض لأسباب اقتصادية ، اجتماعية وثقافية رغم أهميته في مواساة المريضة ومساهمته في رفع معنوياتها .

**2- نماذج تسيير المرض العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي:**

( عبد النور محسن –أطروحة الدكتوراه العلوم – قسم علم الاجتماع – تخصص : تربوي ، دراسة سوسيولوجية لعينة من المصابات بمركز بيار ماري كوري ، 2015 – 2016) .

**أ- أهم النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة :**

لقد أفرز عمل تسيير مرض سرطان الثدي عند المرأة عدة نماذج تسيرية ظهرت من خلال التفاوض بينها وبين مختلف الفاعلين في المسار المرضى والعلاجي ، كما تحدد أيضا هذه النماذج وفق عدة متغيرات كانت بمثابة المحك الحقيقي لتحديد طبيعة ذلك التفاوض وأهمها على الإطلاق نجد التمثيلات الإجتماعية والدنية القائمة حول مرض السرطان ورأسمال الثقافي والإقتصادي لكل مصابة .

- تحديد نموذج التسيير بثلاثة إستراتيجيات وغالبا ما يكون عمل التسيير في بداية الأمر يتسم بالرفض وبعد ذلك ينتقل إلى التقبل ليصل فيما بعد إلى الرضوخ.
- لكل إستراتيجية من هذه الإستراتيجيات عدة دلالات رمزية من شأنها أن تحدد درجة ذلك الرفض أو التقبل أو الرضوخ .
- إستخدام هذه النماذج التسييرية من طرف المصابة بسرطان الثدي لا يقتصر فقط على مرحلة مرضية أو علاجية معينة وإنما يتعدى ذلك ليتجسد في جميع مراحل المسار المرضي والعلاجي منذ ظهور الأعراض الأولى للمرض والى غاية مرحلة النقاهة والمعاينة الطبية الدورية .
- تعتبر الأسرة والفرقة المعالجة وفي مقدمتهم الطبيب من أهم الفاعلين في تحديد نماذج التسيير وفي تحديد الإنتقال من نموذج لأخر وهذا وفق طبيعة التفاوض القائم بين جميع الأطراف.
-
- كلما نجح التفاوض القائم بين المصابة وأسرتها وبين الفرقة المعالجة للإنتقال من مرحلة علاج لأخرى وهذا طبعا مقابل الوعود بالوصول إلى هدف الشفاء .
- الرفض للمرض والتشخيص وللوضعية الضاغطة بصفة عامة سوآءا من طرف المصابة أو سوآءا من طرف أسرتها وبالرغم من هذا الرفض إلا انه هناك تسيير وقد يتجسد هذا الرفض .

- تعتبر التمثيلات الاجتماعية لمرض السرطان من أهم العوامل المحددة لطلب الخدمة الطبية وغالبا يكون تفسير المصابة للمرض من أقوى المحددات المتسببة في تأخير التشخيص النهائي وهذه التمثيلات ما تحمل : الموت ، العار ، العقاب ، والموت الاجتماعي .
- يشكل التشخيص النهائي بمرض سرطان الثدي عند المصابة صدمة قوية قد لا تزول أثارها حتى بعد تخطي بقية مراحل العلاج والوصول إلى مرحلة النقاهة .
- تتعرض الأسرة لنفس المضاعفات الصدمية التي تعرضت لها المصابة كما قد تتعرض لنفس ردود الأفعال التي صدرت من طرف المصابة كعدم ، تقبل التشخيص ، الإغماء وحتى الهجوم اللفظي والبدني ضد أعضاء الفرقة المعالجة .

**سابعا – المنهجية المتبعة في الدراسة :**

لكل ظاهرة أو مشكلة صفات تختلف عن الأخرى وهذه الصفات تفترض على الباحث منهجا معينا لدراسة أو معالجتها ، وبالتالي تعتمد صحة أي بحث علمي بدرجة كبيرة على المنهج المستعمل والكيفية التي أستعمل وفقها لدراسة الواقع ، والمنهج هو طريقة البحث التي يعتمدها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتبية وتصنيفها وتحليليها وتنظيرها ، فالبحث الواحد لا يعتمد على منهج محدد بل يعتمد على عدة مناهج تعين الباحث في جمع البيانات المطلوبة ، فكل بحث علمي يرتكز على منهجية معينة تحدد تبعا لمشكلة البحث في جمع البيانات المطلوبة[1] ، تبعا لمشكلة الموضوع المراد دراسته وبهذا اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهجين التاليين :

**1- المنهج الوصفي التحليلي:**

إن المناهج الوصفية التحليلية تهدف في الأساس إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة [2]، وقد تكون هذه القياسات من الطراز الترتيبي مثل : من أقل أو عددية وذلك باستعمال الحساب، حيث أن أغلبية البحوث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس وكذلك الأمر حينما يتم إستعمال المؤشرات النسب المتوسطات أو الأدوات التي يوفرها علم الإحصاء بصفة عامة . إذن المنهج الوصفي التحليلي يعتمد على المنهج الإحصائي ، ويعني هذا الأخير تجمع المادة العلمية تجمعا علميا وهو بذلك يعكس ، نتائج البحث العلمي

[1،2] - طلعت ابراهيم لطفي ، **أساليب وأدوات البحث الاجتماعي** ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، مصر ،1995، ص،ص: 74، 75 .

والباحث الإجتماعي يستخدم الطرق الإحصائية كرموز ومؤشرات لقيم وظواهر وعلائق معينة يقوم الباحث بتفسيرها وتحليليها و بما أن الدراسة التي يقوم بها تعتمد على عينتنا المختارة عشوائيا فسوف نتطرق لإستعمال المنهجين معا[1] .

**2- العينة وكيفية إختيارها :**

هناك طرق لإختيار جزء من مجتمع والذي سيرتكز حوله البحث المستهدف ،بما أن العينة تختلف حسب نوعية الموضوع المدروس ، وكذا نوعية البيانات المراد جمعها من الميدان بالتالي نوع العينة المناسبة لموضوع بحثنا هي العينة المكانية وطبقت على المصابات ، حيث ضمت الأخيرة 130مبحوثة منهن 65 نساء متزوجات مصابات بمختلف أنواع سرطانات الرحم اللواتي يتلقين العلاج بالأشعة والعلاج الكيماوي

على مستوى مركز الإستشفائي بيار ماري كوري لمكافحة السرطان بمستشفى الجامعي " مصطفى باشا" ومنهن من يتلقين بمركز زيغود أمين.

أما65 الباقية تضمنت مبحوثات غير المصابات " سيدات عاديات من مختلف شرائح المجتمع تم اختيارهن بعينة عشوائية لصعوبة أخذ العينة التمثيلية . " ويعرف هذا النوع من العينة بأنه : من أهم اليات البحث العلمي ، فلا يمكن للباحث القيام بدراسة تجربية او بحث وصفي الا بتحديد الساكنة الإحصائية او العينة التمثيلية . لان العينة التمثلية جزء من المجتمع الأصلي وهي الاحق بالدراسة والبحث والرصد . وبالتالي تستحيل علميا دراسة المجتمع الأصلي برمته ، نظرا لما يشير ذلك من صعوبات جمة بشريا وماديا ،ماليا ،معنويا وعلميا . لذلك يكتفي الباحثون باختيار عينات عشوائية تتمثل فيها بعض الصفات المتكافئة او يختارون عينات طبقية تمثل طبقة اجتماعية معينة .

حيث اخترنهن عشوائيا "شرط أن يكن سيدات " جزء من العائلة و جزء من الشارع ،وجزء أخر من النساء الوافدات لطبيبات النساء والتوليد "عيادة الطبيبة أمال بن صافة بأولاد فايت وطبيبة النساء مليكة بن ناصر ببوزريعة "حتى تحصلنا على العدد الكلي للعينة المراد الحصول عليه.

وقد قمنا باستجواب نساء متزوجات وقدمنا لهن استفسارات التي طرحنها باعتبار عينتنا تضم نساء من مختلف المستويات التعليمية.

[1] - نفس المرجع السابق ، ص : 75 .

## ثامنا – تقنيات البحث:

خلال بحثنا قمنا بالاستعانة بالملاحظة والاستمارة عن طريق المقابلة والوثائق الرسمية .

### 1 – الاستمارة بالمقابلة :

الاستمارة أو الاستبيان هو نموذج يضم مجموعة من الأسئلة التي توجه للأفراد بهدف الحصول على بيانات معينة[1]، فهي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوث خلال عملية المقابلة ، والوسيلة التي تفرض عليه التقيد بموضوع البحث المسموح إجراءه وعدم الخروج عن إطاره العريض ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية[2].

نظرا لخصوصية عينتنا ارتأينا إلى استخدام الاستمارة عن طريق المقابلة ، فجزء معتبر من النساء لا يعرفن الكتابة ولا القراءة ، وللحصول على معلومات عميقة ودقيقة التي يصعب الحصول عليها عن طريق أسئلة موجودة في الأوراق ، بالتالي يستلزم تشكيل علاقة طيبة مع المبحوثات .

المقابلة عبارة عن لقاء يتم بين الشخص المقابل ( الباحث أو من ينوب عنه ) الذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المستجوبين وجها لوجه ، ويقوم الباحث أو المقابل بتسجيل الإجابات على الاستمارات .

### 2 – اختيار عينة البحث :

يشير مصطلح اختيار العينة إلى جمع المعلومات واستخلاص النتائج من السكان والعالم كله ، من خلال دراسة جزء واحد فحسب هو العينة[3].

---

[1]- نفس المرجع السابق ، ص : 81 .

[2]-احسان محمد الحسن ،**الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماع** ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت ، 1982 ، ص :65 .

[3] - عبد الهادي الجوهري ، **قاموس علم الاجتماع** ، المكتب الجامعي الحديث ، ط 2 ، مصر ، 1998 ، ص : 13 .

تمثلت العينة المستخدمة في بحثنا في " العينة المكانية " وقد تم تحديد مكان الدراسة بمصلحة مكافحة السرطان ببيار ماري كوري ومركز زيغود امين ، أين تم استجواب المريضات حول مرضهن ، كونه المكان الأحسن لتواجدهن .

ونظرا لكون دراستنا تبحث في خصوصيات المرأة كثيرا ،قد يسبب إزعاجا لنساءعند غرفة الاستقبال ،لذا فقد ارتأينا إلى استجواب المريضات المتواجدات مصلحة الجراحة والمعالجة بالأشعة والمعالجة الكيماوية .

أخذنا الوقت الكافي لاستجواب كل مبحوثة بكل راحة ، حيث استغرقت إستجواب كل واحدة منهن 30 دقيقة على الأقل ، وقد تمت دراستنا خلال الفترة الممتدة من أوائل سبتمبر 2016 إلى أواخر جانفي 2017 ، حيث كان عدد المستجوبات في اليوم من 3 إلى 4 نساء وفي بعض الأحيان لم نكن نسجل أية حالة نظرا لوجود نفس النساء بتلك المصلحة ، حيث كانت مدة مكوث بعض المريضات مدة أسبوع كامل بعد العملية الجراحية لاستئصال الرحم وهذا بالنسبة لنساء المصابات ،أما النساء العاديات فقط جمعنهن عشوائيا بسرعة وبأقل مجهود من بالنسبة لنساء المصابات التي كانت المهمة صعبة بسبب إصابتهن .

و تتكون الاستمارة74 سؤال (منها2أسئلة مفتوحة) موزعة على 4 محاور مرتبة كما يلي :

-محور البيانات العامة (يضم 11 سؤال).

- محور البيانات المتعلقة بالمستوى المعيشي (يضم 7أسئلة ).

- محور البيانات المتعلقة عن السلوك الإنجابي لدى المرأة (يضم 21 سؤال).

- محور البيانات المتعلقة بالوعي الصحي للسيدة (يضم15 سؤال).

- محور البيانات المتعلقة بمسار المرض ( يضم13سؤال ).

-محور البيانات المتعلقة بوضعية المرأة بعد المرض ( يضم5 أسئلة ).

**تاسعا – المعالجة الإحصائية للبيانات :**

بعد انتهائنا من جمع المادة العلمية والبيانات اللازمة والضرورية من الميدان لجأنا الى مرحلة أو خطوة هامة في البحث العلمي وهي عملية تفريغ وتبويب البيانات المتحصل عليها لتحليلها حيث استعانا في

هذه الخطوات بالبرنامج الإحصائي للتحليل في العلوم الاجتماعي (SPSS') عن طريق بناء جداول بسيطة خاص بخصائص العينة وجداول مركبة التي تبرز العلاقة بين متغيرات الفرضية ، كما وظفنا بعض المعاملات كمعامل **الارتباط والتوافق ، معامل فأي ، معامل كا$^2$ لبرسون**.وفي الأخير تأتي خطوة تحليل البيانات حيث تعتبر خطوة ضرورية في البحث العلمي لأنها تبرز لمسة الباحث من خلال قراءته لما وراء الأرقام أي تنطبق الأرقام الصامتة والتي تظهر الكفاءة العلمية للباحث في مدى تحكمه بموضوع بحثه وكل هذا يدخل ضمن تحليله واستنتاجاته .

## الفصل الثاني :دور الوعي الاجتماعي في تشكيل الصحة العامة

**أولا : الوعي الاجتماعي .**

**ثانيا : علم الإجتماع الطبي .**

**ثالثا: العوامل التي تؤدي الى نجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع .**

**خلاصة الفصل .**

**تمهيد :**

يعتبر الوعي الاجتماعي من الموضوعات السوسيولوجي ذات الأهمية القصوى في حياة الفرد والمجتمعات على السواء ، فالوعي هو نتيجة للتفاعل بين أنفسنا و عالمنا المادي المحيط بنا، و هو يلعب دورا هاما في التطور الاجتماعي سوآءا كان هذا الدور إيجابا أو سلبيا, فالأفكار التي توجد لدى الناس قد تساعد على تطور المجتمع أو تكون عائقا أمام هذا التطور.

فقد نظر لهذا الموضوع من قبل عدة مدارس و اختلفت الأراء بإختلاف الإتجاهات وهذا ما تطرقنا إليه من خلال بحثنا فأصحاب الاتجاه الكلاسيكي يرون أن الوعي أساس الوجود حسب النظرية الوظيفية يؤكدون على الطابع النفسي للظواهر الاجتماعية لأن الوعي الاجتماعي يقوم على هذا الأساس، كما أن هذا التصور تميز عن غيره بفكرة التغير الجدلي الذي ينبع من الصراع بين العناصر المتضادة و المتناقضة , أيضا تطرقنا للوعي الاجتماعي من منظور الماركسيون الجدد وهذا من خلال الاتجاهات المعاصرة و نظرتها للوعي الاجتماعي هذا من جهة, إضافة لذلك ركزنا على مختلف جوانب الوعي الإجتماعي بأهم أشكاله و كيفية تشكله و جميع أسسه التي قام عليها وكذا خصائصه . كما لا ننسى علم الإجتماع الطبي الصحي الذي حددنا فيه كل المفاهيم المتعلقة بذلك, إضافة للنظرة العلمية للمرض.

## اولا : الوعي الإجتماعي .

### 1- مختلف الإتجاهات النظرية لتفسير الوعي الإجتماعي :

#### 1-1- 1-الوعي الإجتماعي من منظور الإتجاهات الكلاسيكية :

تعد قضية الوعي من أهم القضايا التي استحوذت على إهتمام الباحثين في الإتجاه ووقفوا منها مواقف بنائية فالنظرية الوظيفية واسعة الإنتشار في الفكر السوسيولوجي بالرغم من تسليمها بأن الوعي أساس الوجود فإن بعض باحثيها يتجاهلون دور الوعي في تحديد المسارات الفعلية للواقع الإنساني[1] ، كما أننا نجد أن الوظيفيين يؤكدون على الطابع النفسي للظواهر الإجتماعية ويستندون إلى إفتراض سائر العلاقات

[1] - الطلال مؤيد :**الوعي الإنساني من التأمل المجرد إلى الممارسة الثورية** ،دراسات عربية مجلة فكرية اقتصادية تصدر شهريا، عن دار الطليعة ، ع 05 ،بيروت ،1975 ،ص: 42 .

القائمة بين البشر ما هي إلا ظواهر ذات طبيعة فكرية وأن الوعي الإجتماعي يقوم على تلك الروابط ويتمثل في الثقافة الإجتماعية[1] . وبناءا على ما تقدم يمكن التأكيد على أن محددات الوعي الإجتماعي

قد بدأت تتجلى في فكر دوركايم من خلال محاولاته النظرية لتحديد العلاقة بين الوعي وعناصر البناء الاجتماعي وأن العوامل الاقتصادية ليست الوحيدة التي تفرض أشكال الوعي بل أن هناك دور للعوامل الاجتماعية والتماثل والتوحيد التي تفرض أشكال الوعي الاجتماعي هو أكثر المحددات المركزية للواقع الاجتماعي وعلى الإنسان الخضوع والالتزام لذلك الواقع والتأقلم فيه وأن الحياة الاجتماعية ما هي إلا قاعدة لبنية الوعي الجماعي وأن التصورات الجمعية هي مهبط التصورات الفردية [2] ومن جانب أخر اهتم بارسونز بمسألة الوعي من خلال تصوره عن العلم الذي يرى أنه يحاول بناء الواقع معتمدا على رموز تصوره ولا يجب الخلط بينهما وبين الواقع الملموس[3] .

**1-1-2- الوعي الإجتماعي من منظور الماركسية :**

يمكن توضيح الرؤية المادية للوعي الإجتماعي من أعمال ماركس وانجلز والمنهج الجدلي الذي إعتمد عليه في تحليلاتهم الإجتماعية ومن الواضح من قراءة التراث النظري أن ماركس لم يحدد ويخصص أجزاء مستقلة من أعماله من الوعي الإجتماعي ولكنه قدم تصور حول تلك القضية في إطار نظرياته العامة فعلى أساس الإحساسات الواردة عن العالم المادي تتشكل المدركات والأفكار والتصورات بدون ذلك الوجه الموضوعي فإن تلك الإنعكاسات لا يمكن أن تتكون داخل عقل الإنسان فعلى ذلك لا يمكن للعقل بأن يقوم بهذا الإنتاج مستقلا عن تأثير العالم المحيط به. وبناءا على ذلك فإن الوعي الإجتماعي نتاج إجتماعي تاريخي بقياس الوجود الواعي ووجود الناس ،هو حياتهم الفعلية الواقعية كما أن تطور الوعي يرتبط بعلاقاته ،بالأساس الذي يستند عليه دور في الحياة الإجتماعية أو أن الناس بجانب تطورهم لمنتجاتهم المادية فأنهم يطورون تفكيرهم وإنتاجهم الفكري[4] ويتضح مما سبق أن الوعي الإجتماعي في

[1]- عبد الله بوجلال ، **الإعلام وقضايا الوعي الإجتماعي** ، المجلة الجزائرية للإتصال ، ع04 ،الجزائر ، 1990 ،ص : 43 .
[2]- محمود حسن ، إسماعيل ، **التنشئة السياسية** ، دراسة في دور أخبار التلفزيون ، دار النشر للجامعات ، ،القاهرة ،1997،ص: 44 .
[3] - عبد الله بوجلال ، نفس المرجع السابق ، ص :50 .
[4]-Schutg Berger ,Et Autre , **Enological ,Sociologie ,In Charles lemert « Sociologie Traditions** », Newyourk Université Presse 1985, P :189.

الفلسفة الماركسية هو وعي أفراد المجتمع وفئاته ويكون تعبيرا وإنعكاسا للوجود الإجتماعي لهم وتعتبر مكونات البناء القومي من النضم والثقافة بمثابة إنعكاس لذلك الوعي الإجتماعي بل ويعبر عنه .

**1-2- الوعي الاجتماعي من منظور الإتجاهات المعاصرة :**

**1-2-1-الماركسيون الجدد :**

تنطلق الماركسية الجديدة من الإطار التصوري والمنهجي للماركسية الكلاسيكية وتأتي حداثتها من حيث أنها تعيد قراءة الماركسية ومحاولة إظهار مسار عمل القوانين النوعية للتطور الإجتماعي ومن خلال المعطيات التي يقرها الواقع الإجتماعي المتغير في هذا المجتمع أو غيره[1] وتتميز مواقفها بالأسلوب النقدي الراديكالي وقدم مؤسسوها حقائق ولكنها لم تخرج عن الإطار المعرفي والإيديولوجي للنظرية الماركسية الكلاسيكية .

وفي مجال تطوير الوعي الثوري ومتطلبات ذلك التطوير ، ارجع جرامشي ذلك للأفكار التي تعتبر الأساس في عملية تغيير الواقع الفعلي ، ورجع جرامشي فشل المثاليين إلى سيطرة طبقة على أخرى وذلك من خلال القهر والقوة الحقيقية للظلم وذلك من خلال مجموعة من الأكاذيب المظلمة ، وتعتمد في ذلك على وسائل الإعلام في نشرها في تحقيق خضوع الطبقة العاملة للإيدولوجيا البرجوازية[2].

ويذهب جولدمان في تمييزه بين الوعي الإجتماعي والإيدولوجيا ،فالأول هو رؤية شاملة تضع الطبقة في أعلى مراحل قوتها والإيدولوجيا رؤية جزئية مشوهة خاص بطبقة ضعيفة، وحذر جولدمان من خطورة أساليب الإتصال الجماهيري والإعلامي التي قد تحدث وغياب لواقع قاصرا ومحدودا ، ويصعب التعامل معه مستقبلا من خلال ما تقدمه من رؤى مظلة زائفة تخدم طبقات معينة[3].

---

[1]-James Curran ,**Mass Communication - Society** , The Open University Frist Publish , London , 1979, P: 50 .

[2]- عبد المعطي، عبد الباسط ، **الإعلام وتزيف الوعي** ، دار الثقافة الجديدة ، القاهرة ، 1979 ، ص : 215 .

[3]- عبد الله بوجلال ، نفس المرجع السابق ، ص 52 .

**2 –الإعلام وتشكيل الوعي الاجتماعي:**

يشمل الإعلام جميع أوجه النشاط الاتصال التي تعمل على تزويد الإنسان بجميع الحقائق والمعلومات المعرفية ، بإعتبار أن الإتصال هو قوة محركة للمجتمع بحيث يؤدي إلى حركة المجتمع حركة تفاعلية مؤثرة ومتأثرة بها ، وهناك تفاعل بين الإتصال والمجتمع[1] .

ويلفت عبد الباسط عبد المعطي الانتباه إلى أهمية الدور الذي يقوم به الإعلام، يتوقف على طبيعة العالقة بينه وبين النظامين السياسي، والاجتماعي السائدين في أي بلد. ويشير البعض إلى حقيقة أن العملية الإعلامية من خلال وسائل الإعلام ، والثقافة تتحرك من خلال أيديولوجية المجتمع ، فإيديولوجية المجتمع هي مفهوم متغير بمعنى أنه يتحدد وفقا للتيارات الفكرية والثقافية ، والاتجاهات السياسية والثقافية في المجتمع[2] . ويرى مارشال ماكلوهان : إن التحولات في التكنولوجيا لها تأثير الواضح على التنظيم الاجتماعي وعلى المشاعر الإنسانية ، ويتحدد النظام الاجتماعي بطبيعة وسائل الإعلام التي تتم من خلالها عملية الاتصال ، فبدون فهم الأسلوب الذي تعمل بمقتضاه وسائل الإعلام لا نستطيع الوصول إلى المعرفة للكيفية التغيرات الاجتماعية ، والثقافة التي تطرأ على المجتمعات[3] .

ويتزايد دور الوسائل في الوقت الراهن ، مصدرا هاما ، بل وأهم مصدر نأخذ منه معارفنا ومعلوماتنا عن العالم المحيط بنا ، فهي تلعب دورا مؤثرا في تشكيل وعي المواطنين حيث تؤثر هذه الوسائل في الطريقة التي يدرك بها الأفراد والأمور وترسم الصور الذهنية لدى الأفراد عن الدول والقضاياوالأحداث [4].

ويبرز عالم الاجتماع " ميلز " MILLS" خطورة وسائل الإعلام الجماهيرية وكيفية تأثيرها في صياغة ، وتشكيل أفكار الأفراد والتأثير في آرائهم وتكوين وعيهم ، حيث قال " إن جانبا ضئيلا فقط مما تعرفه من حقائق إجتماعية عن العالم قد توصلنا إليه بأنفسنا ، والجانب الأكبر عن طريقه وسائل الإعلام والإتصال الجماهيري .

---

[1]- طه نجم ،**علم الاجتماع المعرفة** ، ، دار المعرفة المعرفة ، ط1 ، الإسكندرية ، 1996 ، ص 153 .

[2]- شكري صابر وأخر ،**الوعيالاجتماعي العربي** ، تحليل سيسولوجي ، مكتبة دار المنار ، غزة ، 2002 ، ص 24، 25 .

[3] - عبد الله بوجلال ، نفس المرجع السابق ، ص : 52

[4] - أحمد العاقد ،**من نسق الإنغلاق إلى نسق الإنفتاح عن التواصل الثقافي القنوات** ، القاهرة ، 1991 ، ص : 68 .

## 3- أشكال الوعي الإجتماعي :

### 3-1- الوعي الإجتماعي:

الوعي الإجتماعي وعي يشمل على إحاطة أفراد المجتمع بمجمل القضايا الإجتماعية والسياسية والإقتصادية وحتى العلمية التي لها دخل في حياتهم[1] .

### 3-2- الوعي السياسي:

إن الحياة الاجتماعية هي المكان الذي يعيش فيه الإنسان ، فهو بحاجة إلى السياسة فالحكم طبيعة في الإنسان لما فيه من طبيعة الإجتماع كما يقول ابن خلدون : " فلا بد من نظم سياسية ينتظم بها أمر العمران البشري " .

فالوعي السياسي خبرة عامة نحتاجها من أجل شؤون المجتمع. كما يلعب الوعي السياسي دورا هاما في إنارة الطريق للممارسة السياسة .

### 3-3- الوعي الإقتصادي:

يعبر الوعي الإقتصادي عن نفسه في التصورات النظرية واليومية مثل: تنظيم وإدارة وسائل الإنتاج على المستوى، وفاعلية البشر وروابطهم في علمية الإنتاج، والتوزيع، والتبادل، والإستهلاك [2].

### 3-4-الوعي الديني:

يمثل الدين جزءا لا يتجزأ من السلوك الإجتماعي وينظر إليه بإعتباره مجموعة من المعتقدات الإلهية والشعائر، و العقايب التي تؤثر في أشكال ودرجات ومستويات الوعي الفردي والجماعي[3].

### 3-5-الوعي الثقافي :

الثقافة في مجملها هي المعرفة والتعليم والوعي بهما يرقى بالفرد إلى مستوى اجتماعي أفضل ، فالوعي الثقافي يعني الوعي بالحياة اليومية بما يشمل من عادات ،تقاليد ،أعراف ،تدين ،أحكام ،تفاعل وصور

---

[1]- عبد الله بوجلال ، نفس المرجع السابق ، ص ،ص : 42،45 .

[2]-James Curran -opcit ;p51.

[3] - عبد المعطي عبد الباسط ، ص، ص : 7 ،8 .

النشاط العام التلقائي المنظم ، وهناك أشكال أخرى من أشكال الوعي وهي الوعي اللاخلقي والوعي القانوني ، والوعي العلمي ، والوعي الجماهيري، والوعي الذات ، والوعي الطبقي [1] .

**4-خصائص الوعي الإجتماعي:**

من خصائص الوعي الإجتماعي المهمة إحاطة بكل الواقع المحيط بالإنسان والمجتمع والطبيعة، ولهذا فهو أكثر شمولا وتنوعا وتعقيدا، وأكثر إرتباطا بالوجود الإجتماعي ككل، في لحظة تاريخية محددة، أما الإيديولوجية فهي إحاطة بالواقع لأمن منظور الوجود ككل، ولكن من منظور وجود طبقة محددة خاصة مصالح هذه الطبقة والتعبير والدفاع عنها.

ويستخدم أغلب علماء علم الإجتماع المعاصر مصطلح الإيديولوجية للإشارة إلى: " نسق الأفكار والأحكام الواضحة والمنظمة بوجه علم، الذي يقوم بوصف وتفسير وتأويل وتبرير وضع الجماعة أو التجمع، الذي يحدد إستنادا إلى قيم معينة، إتجاها محددا للعمل التاريخي للجماعة أو التجمع".

وتعتبر الإيديولوجية وسيلة جبارة لتكوين السيكولوجية الإجتماعية والفردية، فالتأثير الإيديولوجي يقدم للجماهير فهما محدد للحياة الإجتماعية، ويساعدها على إستيعاب أوضاعها، ودورها في التطور الإجتماعي. كما تؤثر الإيديولوجية في الوعي الناس وتحدد إتجاه الآراء وطابع القناعات، سواء لدى الأفراد أو لدى الفئة الإجتماعية ككل وتؤثر الإيديولوجية بتكوينها للعقائد والأفكار في شعور الجماهير والأفراد وإرادتهم، ولا تكون كمال الوعي وحدته مع السلوك إلا عندما تعكس الإيديولوجية حياة المجتمع بصورة صحيحة وأن لا تتناقض معها، ويؤدي التناقض بين الدعاية والإيديولوجية والحياة إلى تأثير تطور الوعي، وإضطراب سلوك الناس.

وتستخدم الأداة الإيديولوجية الضخمة في المجتمعات الطبقية من أجل غاية واحدة، هي بث نظرة في الشعب مقتصرة على الأفكار والأحكام المتبصرة التي تخدم مصالح الرأسماليين[2].

---

[1]-أحمد زايد ، **إعتماد علامة ، التغيير الاجتماعي** ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، 2000 ، ص 222 .

[2]- عبد الله بوجلال ، نفس المرجع السابق ، ص: 48.

## ثانيا: علم الاجتماع الطبي .

### 1- مدخل علم الاجتماع الطبي :

يعتبر علم الاجتماع الطبي مجالا للتداخل العلمي والاعتماد المتبادل بين علوم متعددة ، ولا يستفيد هذا العلم من جهود ودراسات علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي فقط ، بل يستفيد اقتصاديات الصحة أيضا من جهود الباحثين في مجال الطب والصحة العامة وعلماء الأوبئة ، اقتصاديات الصحة الأطباء المهتمين ببحث ودراسة الأدوار التي تؤديها. وعلى هذا فإن علم الاجتماع الطبي يمثل مجالا مشتركا بين الطب وعلم الإجتماع ، ويمثل من ناحية أخرى مجالا للبحث التطبيقي من هذا يعرف " دافيد مكانيك D.MECHANIC "[1] علم الإجتماع الطبي بأنه مجموعة من الجهود الرامية إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية داخل سياقات اللإنساق الطبية و الى الدراسة التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات المرض ورعاية المريض.

وترى ماجدة حافظ أن الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي بالتالي فعلم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الاجتماع والطب ، بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية أما علي الميكاوي فقد عرف علم الاجتماع الطبي على أنه الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي ، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي[2] .

أما حسين عبد الحميد أحمد رشوان أنه يرى أن "علم الاجتماع الطبي يعني بدراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تؤدي إلى الأمراض ، ويهتم بطائفة من الأمراض التي يتعرض لها الفرد إذا عاش في مناخ اجتماعي معين ، كما يعني بالأمراض الاجتماعية التي تسبب مشكلات كالإدمان على المخدرات والخمر ومظاهر النشاط الجنسي المبكر وغيرها ويستخدم علم الاجتماع الطبي المواقع الطبية والصحية في دراسة ظواهر سوسيولوجية ، مثل البناء التنظيمي وعلاقات الدور وقيم الأشخاص العاملين في الميدان الطبي ، وبعبارة أخرى دراسة ميدان الطب كنسق للسلوك.

---

[1]- علي الميكاوي ،**علم الإجتماع الطبي :** مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1996 ، ص:34.
[2]- نفس المرجع السابق ، ص : 35 .

بالنسبة لفوزية رمضان أيوب ، فأنها تعرف علم الاجتماع الطبي أنه فرع من علم الاجتماع العام يدرس ما يدرسه علم الاجتماع في علاقته بالناحية الصحية والطبية في المجتمع ، بمعنى أنه يدرس العلاقات الاجتماعية والتنظيمات الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية التي ترتبط أو تؤثر بالنواحي الطبية والصحية[1].

**2 –نقاش حول أهم مفاهيم علم الإجتماع الطبي :**

تعتبر الصحة والمرض والسلوك المرضي من أهم مفاهيم علم الإجتماع الطبي لهذا نسرد البعض منها .

**2-1-الصحة :**

هناك تعريف سلبي يعتبر أن الصحة هي غياب المرض الظاهر ، وخلو الإنسان من العجز والعلل بالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض ، ولم تبدو عليهم علامات الإعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء ، ولكن هذا المفهوم ضيق للغاية خاصة إذا قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية والذي يذهب إلى أن الصحة هي حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل ، وليس مجرد غياب المرض أو العلة[2].

وهناك منظورات عديدة تفسر مفهوم الصحة كل حسب إتجاهها مثلما سنراه فيما يلي :

أ-**النظرة الطبية العلمية للصحة :** تسمح بالنظر إلى الجسم ككل أو عضو من الأعضاء أو جهاز من أجهزة الجسم على أنه في حالة صحية طبية ، إذا كان يؤدي وظائفه بفعالية مشبعا للحاجات ، مستجيبا لمتطلبات الحياة أو حاجيات البيئة ، سواء في ذلك الإحتياجات الداخلية أو الخارجية ومؤديا دوره في النمو والتكاثر[3].

**ب- النظرة الإجتماعية الطبية :** الصحة هي القدرة الذاتية الضرورية والكافية بدرجة مرضية ، لكي يؤدي الفرد بكفاءة وفعالية الوظائف المتعددة والمتنوعة التي يمكن عليه أن يؤديها في نطاق النظام الإجتماعي الذي يعيش فيه وعلاقته بالبيئة أو البيئات التي يوجد فيها أو يرتبط بها.

---

[1]- فوزية رمضان أيوب ، **دراسات في علم الاجتماع الطبي** ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة ،1985 ، ص : 24.

[2]،[3]- نفس المرجع السابق ،ص 24 ، 25.

**ج – المنظور المجتمعي :** يهتم بالعلاقة بين الصحة والنظم الإجتماعية الأخرى ، فهذا المنظور يعني أساسا لتحليل الأساليب الكيفية ، التي تستخدم بها الصحة لمعالجة المشكلات الموجودة في المجالات الأخرى وللنشاط الإجتماعي .

**د– المنظور الثقافي:** يرى أن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة ، ويظل تلك الحقيقة مسألة بالغة الأهمية ، فأنواع الأمراض ومعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع تتأثر كثيرا بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة والعمل والترويج[1].

**2-2- المرض :**

يعتبر مفهوم المرض مفهوما محوريا في كتابات وأعمال المهتمين بالأمور الصحية والطبية والإجتماعية لهذا نسرد مجموعة من المنظورات التي تفسر معنى المرض في توجيهاتها وإستخداماتها ويعتبر مفهوم المرض مفهوما محوريا في كتابات وأعمال المهتمين بالأمور الصحية والطبية والإجتماعية لهذا نسرد مجموعة من المنظورات التي تفسر معنى المرض في توجيهاتها وإستخداماته.

**أ – النظرة الطبية العلمية للمرض :**

يعني الفشل والإضطراب في عمليات النمو والتطور وأداء الوظائف والتكيف سواء بالنسبة للجسم ككل أو لأي من أعضائه وأجهزته[2].

**ب– المنظور الثقافي :** يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين المضمون أي أساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الإستجابات للمرض ، ويرجع ذلك إلى إفتراض مبدئي مؤداه أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجابتنا له وتعبيرنا عنه[3].

**ج – المنظور الإجتماعي** :على الرغم من أن المنظور الإجتماعي قد يبدو متداخلا مع المنظور الثقافي إلا أنه يفيد في توجيه إهتمامنا نحو متطلبات الحياة الأسرية ، والعمل والأنشطة الإجتماعية بوجه عام تهتم بالكيفية التي يحدث من خلالها التلاؤم بين السمات الإنسانية أو إستجابات الأفراد بين الحياة

---

[1]- محمد علي محمد واخرون ،**دراسات في علم الاجتماع الطبي** ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1989. ص، ص 86 .
[2]- فوزية رمضان أيوب ، نفس المرجع السابق ، ص 42.
[3]- علي ميكاوي ، نفس المرجع السابق ، ص، ص : 65 ، 71.

الإجتماعية والبيئة الطبيعية والإقتصادية ففي أي نسق من أنساق النشاط المجتمعي هناك فرص متاحة للأفراد للتعامل مع البيئة إجتماعية متنوعة[1] .

تربط الصحة العامة بمجالات الخدمة الإجتماعية وأنها علم إجتماعي يربط بعلوم الأحياء والعلوم الطبيعية، وفي الواقع يجب أن يتسع مفهوم الصحة العامة والإجتماعية. ليشمل ما هو أكثر من أعمال وزارة الصحة فيشمل المستوى المعيشي والمستوى التعليمي وظروف العمل والمهن المختلفة وما إليها من عوامل تؤثر على صحة الشعب وبالتالي تؤثر على إنتاجيتهم.

## 3- قياس مستويات الصحة ومؤشراتها :

الصحة العامة صورة من صور الحياة الإجتماعية للمجتمع تؤثر فيها وتتأثر بها لذلك نجد أن المستوى الصحي للمجتمع يتناسب مع مستواه الإجتماعي والإقتصادي ، وفي الواقع يعتمد مستوى المعيشة في المجتمع على عدة مكونات أساسية ترتبط بعضها البعض هذه المكونات بصف أساسية وهي كما وصفتها إحدى لجان الأمم.

- الطعام والتغذية.
- أحوال العمل وحالة عماله.
- الإسكان.
- الضمان الإجتماعي.
- المواصلات.
- التعليم ويشمل القراءة والمهارات .
- مجتمع الإستهلاك و الإدخار.
- الترويج والترقية.
- الحرية الإنسانية .

ويعتمد قياس المعيشة في أي مجتمع على قياس كل هذه المكونات ولكن في الواقع يعتبر قياس أي منها من الصعوبة بمكان إذ أنها كلها مفاهيم نسبية تتغير ظروفها من مجتمع لأخر وكذلك ترتبط بعضها لبعض ارتباط كبيرا مما يؤكد هذا مجموعة الدول النامية بالدول المتقدمة ، فنجد التفاوت واضح بين النواحي الإجتماعية والإقتصادية من ناحية ، والنواحي الصحية من ناحية أخرى[1].

[1]– فوزي رزق علي جاد الله ،**الصحة العامة والرعاية الصحية**، دار المعارف ، اسكندرية ،ص37 .

هذه مقاييس الصحة أما عن مؤشراتها فهي تلك المؤشرات التي تفيد في قياس المستوى الصحي في المجتمع ويستفاد بها في توجيه البرامج الصحية وفي المقارنات الدولية ويمكن تقسيم هذه المؤشرات إلى ثلاث فئات وهي :

**3-1- مؤشرات ترتبط بصحة الافراد او الجماعات وهي تنقسم الى :**

أ- مقاييس ايجابية وتشمل معدل المواليد والخصوبة وطول العمر المتوقع .

ب – مقاييس الوفيات وتشمل معدل الوفيات الخام، ومعدل الوفيات من الأمراض النوعية ومعدلات الإجهاض والمواليد الموتى .

ج – مقاييس الأمراض وتشمل المعدل العام للإصابة والانتشار ، ومعدل الأمراض النوعية

د –مقاييس الأمراض الإجتماعية وتشمل الإنحراف والجريمة والفقر الشديد وإدمان المخدرات والتعصب العنصري[2].

## ثالثا: العوامل التي تؤدي إلى نجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع :

**1- أهمية الصحة :**

تنتشر الأمراض في المجتمعات التي تنخفض فيها مستوى صحة البيئة و**انخفاض الوعي الصحي** بين الأفراد وانتشار العادات الضارة بالصحة ،ولذلك فإن برامج التربية الصحية تهدف لنشر الحقائق الصحية بكيفية حدوث العدوى بهذه الأمراض وطرق الوقاية ومكافحتها ونوعية المواطنين بأنه من الممكن أن يكون الإنسان مصابا بأحد هذه الأمراض دون أن يشعر بأي ألم ودون أن تظهر عليه أي أعراض وأن عليه الكشف الدوري للتأكد من خلوهم من هذه الأمراض وتوعية المواطنين بأهمية التوجيه للعلاج بسرعة[3] ، فمن المعروف أن إنتشار الأمراض في أي مجتمع يرجع إلى عدة عوامل منه :

- سوء البيئة الصحية في المجتمع .
- العادات الصحية السيئة.
- عدم التطعيم ضد هذه الأمراض .

---

[1] - نفس المرجع السابق ، ص : 39 .

[2]- فوزي رزق علي جاد الله ،**الصحة العامة و الرعاية الصحية** ، دار المعارف ، القاهرة ، ص ، ص: 38.

[3]- نفس المرجع السابق ، ص ، ص : 40.

- عدم الإكتشاف المبكر للحالات المرض .

ولقد تم السيطرة على الكثير من هذه الأمراض المعدية مثل الحصبة وغيرها نتيجة إنتشار التطعيم ضد هذه الأمراض ، ولكن لا يزال حتى الآن بعضها يشكل مشكلة صحية خاصة بالأمراض التي تتعلق بسوء البيئة الصحية، أو الأمراض التي لا يوجد بها تطعيم مثل مريض التهاب الكبد الوبائي ويمكن القضاء على هذه الأمراض عن طريق تحسين البيئة الصحية ، وزيادة **الوعي الصحي** بين الناس ، مع المواظبة في التطعيمات المختلفة للمخالطين للمريض[1].

وتعتبر " برامج الصحة العامة " من أهم البرامج التي تهدف إلى التغير في عادات الناس وقيمهم وتقاليدهم فيما يتعلق بالصحة والمرض، وكأي تغير إجتماعي تواجه برامج الصحة العامة عوامل تعوق التغيير وعوامل أخرى تساعده ويمكن بسهولة تصور أن المجتمع يقع تحت وطأة مجموعتين من العوامل فيما يتعلق بالتغيير الصحي:

عوامل تساعد على التغيير وتسمى " قوى التغيير آو الدوافع البرنامج" ، ولنجاح برامج الصحة العامة يجب تشخيص كل هذه العوامل ثم العمل بها وتقوية دوافع التغيير من ناحية وتخفيض آو معادلة عوائق التغيير من ناحية أخرى .

عوامل تعمل على الحفاظ على كل ما كان قائما في المجتمع، أي تعمل على برنامج الصحة العامة الجديد وما يستتبعه من تغير ويمكن تسمية هذه العوامل بإسم "عوائق التغير" آو القوى المضادة للبرنامج[2].

[1]- محمد درويش البرجي ، **التربية الصحية وصحة المجتمع** ، وزارة التربية والتعليم ، 1972 ، ص:90 .
[2]-فوزي علي جاد الله ، نفس المرجع السابق ، ص : 58.

ومن هنا يمكن تحديد عوائق برامج الصحة العامة فيما يلي:

| | |
|---|---|
| **عوائق ثقافية** | ومن أمثلتها التقاليد وهي القيم الثقافية المتوازية التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتقد فيه الآباء والأجداد وهي قوى تعوق كل ماهو جديد وتقف حجر عثرة في سبيله، ومن أمثلة أيضا القدرية، والتمركز الذاتي للثقافة. |
| **عوائق اجتماعية** | ومن أمثلتها قوة تماسك الجماعة، الالتزام بين أفراد الأسرة، الالتزام بين الأصدقاء. |
| **عوائق نفسية** | ومن أمثلة التفاوت في الإدراك، التفاوت في اللغة ويقصد بالأول أن الأفراد أو المجتمع يختلف إدراكهم للأمور عن إدراك القائمين ببرامج الصحة العامة مثل: الطبيب يدرك أن الذباب حشرة ناقلة للكثير من الأمراض المعدية مثل التيفود ولكن الفلاح العادي يدرك أنها كائن حي خلقه الله فالتالي لا يقوم بمكافحتها[2]. |

أما دوافع برامج الصحة العامة تلك التي تعتمد على التجاوب في الحاجات والرغبات النفسية يمكن حصرها فيما يلي:

– الحاجة إلى المراكز الاجتماعية: في هذه الحالة يجب ربط البرنامج بارتفاع المركز الاجتماعي لمن يتجاوب معه[1].

[1] - نفس المرجع السابق ، ص : 59 .

– الكسب المادي: ويعتبر من أهم الحوافز للإقبال على البرنامج من خلال توفير المعونة المجانية[1].

– مواقف التنافس: يظهر فيه تنافس الأفراد في البرنامج أو موقف يعينه فيه.

– التزام الصداقة: العمل على قيام صداقات بين العاملين في الوحدة الصحية وبين أفراد المجتمع فقد يؤدي ذلك إلى تقبلهم للبرنامج إرضاء لأصدقائهم والمحافظة على هذه الصداقة.

– الإغراء الديني: يعتبر الدين من العوامل القوية عند الإنسان فإذا ارتبط العمل الصحي بالنواحي الدنية كان هذا دافعا قويا لإقبال الناس على البرامج العديدة من الأحاديث النبوية و الأيات القرآنية التي تتحدث عن التمسك الصحي[2].

## 1-أهمية الصحة:

1-1- **درجات الصحة:** للصحة درجات أو مستويات تتمثل فيما يلي:

**أ-الصحة المثالية:**

وهي التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية، ونادرا ما يتوفر هذا المستوى، ويعتبر هذا هدف من أهداف الصحة العامة والاجتماعية، بل هو هدف المجتمع بأكمله.

**ب –الصحة الايجابية:**

وهي توفر طاقة إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل، والمؤثرات البديلة والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أعراض، أو علامات مرضية.

**ج –سلامة متوسطة:**

هنا لا تتوفر على طاقة إيجابية من الصحة، بل يتعرض الفرد لمؤشرات سقوط الفرد والمجتمع فريسة للمرض.

**د– المرض غير الظاهر:**

في هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها أو علامات مرضية ظاهرة له.

**هـ –مستوى الاحتضار:**

وفي هذا المستوى تسوء حالته الصحية إلى حد بعيد، مما يصعب على المريض أن يستعيد صحته. مع الملاحظة أن هذه المستويات نسبية، ويصعب قياسها[1].

---

[1]-نفس المرجع السابق، ص: 59 .

[2] - Smce lanSky or ,**Principles Of Community Health** ,London 1961 , vu :16/02/2017

**مفهوم الصحة من ناحية درجتها[1].**

| المثالية | يقارب المثالية (صحة ايجابية) | متوسط السلامة | مرض غير ظاهر | مرض ظاهر | يقارب الموت (يحتضر) | الموت |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | | 50 | 100 | | | |

**2-1 -الصحة العامة:**

الملاحظ من هذا المصطلح تكوينه من كلمتين: الأولى نتيجة وهدف وهي الصحة والثانية العملاء أو المستفيدين وهي العامة بمعنى الناس، لهذا يجب ضرورة دراسة (العامة) حتى الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة، وهذا لا يتأتى إلا بدراسة العلوم الاجتماعية.

وقد ذهب بعض العلماء إلى تعريف الصحة العامة بأنها: علم تشخيص وعلاج المجتمع[2]، وهو ما يؤكد ارتباط الصحة العامة بالعلوم الإجتماعية، ونظرا لأهمية دراسة العلوم الإجتماعية كأساس ضروري لدراسة علم الصحة العامة، ودراسة تفصيلية للمشكلات تؤكد أن الكثير منها تنتج بطرق مباشرة أو غير مباشرة من العوامل غير طبية بل من عوامل ثقافية وعادات وتقاليد، كما أن هذه الأخيرة تعمل على توّطن هذه المشاكل الصحية وإستمرارها في المجتمع[4].

لهذا وتفاديا للمشكلات الصحية التي تنتج من عوامل غير الطبية يمكن الاستعانة بشكل كبير بالعلوم الاجتماعية، ويؤيد هذا الرأي حسين عبد الواحد الشاعر بقوله: "وجدير بالذكر أن علاج المرضى لكي يكون مثمرا. فلا بد أن يراعي فيه الإعتبارات الجديدة في المجال الإجتماعي التي يمكن إستغلالها في

---

[1]، [2]- إقبال مخلوف إبراهيم ،**العمل الإجتماعي في مجال الرعاية الطبية** ، اتجاهات نظرية ، دار المعرفة الجامعية ، اسكندرية، 1991 ،ص ،ص: 48، 49.

[3]-أميرة منصور يوسف، **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1997، ص 22.

[4]-عبد الواحد الشاعر حسين: **الطب الإجتماعي والأمراض المهنية**، الدار القومية للطباعة والنشر، مصر، بدون سنة، ص21.

العلاج، فالمريض والوسط الإجتماعي الذي يحيا فيه ويعمل ضمنه في مجتمع المستشفى التي يصبح عضوا مؤقتا فيه، كلها عوامل هامة يتفاعل، ويؤثر إحداهما على الأخ.

ويعرف الدكتور –ريموند فوسديل– الذي يحمل تجربة مؤسسة " روكفلير " في رفع مستويات العناية الطبية في عالم الصحة العامة بقوله: الصحة العامة جزء لا يتجزأ من العملية الإجتماعية[1].

**1-3-مكونات الصحة:**

للصحة مكونات أساسية لا بد من التكامل فيما بينها نسبيا، حتى يكون الفرد أكثر فاعلية في المجتمع، وتتمثل هذه المكونات فيما يلي:

**أ -الصحة الجسمية:**

وتتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية، وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان على عدة عوامل:

– التغذية، أهمية توزيع أوقات العمل والراحة، نوعية النوم. وللنظافة دور يتمثل في وضع الفرد في أحسن ظروف، تقليل إلى أقصى حد أخطار الإصابة بالأمراض، ولا بد أن تراقب صحة الفرد منذ ولادته وطيلة حياته.

**ب-الصحة النفسية:**

تتمثل في مدى تكيف الفرد في المجتمع الذي يعيش فيه، أي قدرته على التكيف مع البيئة الخارجية.

**ج-الصحة العقلية:**

هي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر، التفكير، ونظرا لأن عبارة (الصحة العقلية) صعبة التعريف لذلك إقترح البعض عدة معايير:

– **المعيار الأول:** التأقلم مع الوسط الاجتماعي يتعلق بإمكانية تحمل الاعتداءات وخيبة الأمل الناجمة عن الوسط الخارجي، وحل المشاكل التي تطرحها الحياة المهنية والعائلية، أوقات الفراغ المسؤوليات الإجتماعية والسياسية، وتفتح وإبتهاج المشاعر (الأحاسيس).

– **المعيار الثاني:** التقبل والتطبيق المنسجم ( .sexualité).

[1]- ولبرشرام : اجهزة الاعلام والتنمية الوطنية ، **دور الإعلام في الدول النامية** ، ترجمة محمد فتحي، دار المعرفة ، القاهرة ،1970 ،ص : 157.

-**المعيار الثالث:** القدرة على السعادة، ويمكن تعريفها بمقدرة الفرد على إستغلال الفترات السعيدة، والنقاط الإيجابية التي تجلبها الحياة دون السقوط في (خطأ) الراحة الدائمة " الغبي السعيد."

**د-الصحة الغذائية:**

الصحة الغذائية هي نوعية الغذاء وسلامته، نظرا لأهمية نمو جسم الإنسان وتجدد خلاياه، كما أن بواسطة الغذاء يحصل الإنسان على الطاقة الحرارية كانت أو كيماوية أو ميكانيكية[1]. ومن المواضيع التي تهتم بها الصحة الغذائية نجد الأغذية العلاجية (التغذية أثناء المرض)، وهي الأغذية المتكاملة ثم تحريره المتناسب مع مرض معين وحالة المريض، وهي أغذية علاجية عامة، وأكثر أنواع الأغذية العلاجية المناسبة لمعظم الحالات المرضية.

أما الأغذية العلاجية الخاصة وهي الأغذية الخاصة بحالات مرضية تقتضي تحديد كمية الغذاء، ونوعيته مما يؤدي إلى منع بعض الأغذية، وإضافة بعض الأغذية الأخرى تبعا لنوعية المرض، وحدته، وحالة المريض[2].

**ه-الصحة الإجتماعية:**

ويقصد بها قدرة الفرد على التكيف مع المحيط الإجتماعي الخارجي وتتمثل في إمكانية تحمل أعباء الحياة الإجتماعية كالفقر الشديد، ولتفادي الوقوع في المشكلات الإجتماعية المختلفة من إنحراف وإجرام، إدمان.

يرى " صبري جرجس " أن الصحة الإجتماعية في بيئة ما مرتبطة إرتباط وثيق بالأوضاع الحضارية السائدة فيها، فهي ترتبط بتاريخها القديم وكيانها الحديث، ومرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها وتراثها الأدبي والعلمي والخلقي والفني، وكذلك بمقوماتها الثقافية والإجتماعية والإقتصادية والصحية، فكل بيئة تختلف إختلافا كبيرا عن الأخرى، بالرغم من كونها تختلف عن بعضها البعض من أصول حضارية مشتركة[3].

**2- الصحة والتنمية:**

إن تحقيق الصحة يعتبر ضرب من الخيال، لأنها ترتبط بأمور كثيرة خارج عن نطاق الفرد أولها الظروف المحيطة بالإنسان، وثانيها الأمور الغيبية المتعلقة بالابتلاء والجزاء، هذا ما يعطي للصحة كمالا لا وجود

---

[1]-عبد القادر حليمي، **وزارة الاعلام والثقافة**، مجلة الثقافة، ع 13، الجزائر ،1973، ص:174 .

[2]– حسان محمد البستاني: إدارة **المستشفيات**، دار النشر والمعرفة، الرياض، 1990، ص: 282.

[3]- حسين عبد الواحد: الطب **الإجتماعي والأمراض المهنية**، دار القومية للطباعة والنشر، مصر ،1987، ص، 22.

له على وجه الأرض، إلا أن هذا لا ينفي محاولات الإنسان منذ وجوده لتحقيق توازنه الصحي، وتحسين صحته.

أما النتائج العلمية المذهلة المتعلقة بالصحة التي خطت خطوات لا يستهان بها من إكتشاف مختلف الأدوية واللقاحات والأجهزة والمعدات الطبية وطرق العلاج، إلا أن هناك تأكيد على عدم عجز الإنسان أمام المرض، مع كل هذا مازال العلم يقف عاجزا أمام بعض الأمراض التي عجز العلم عن إكتشاف علاجها وتبقى في أغلب الأحيان الوقاية هي السبيل الوحيد للحد منها أو منع من إنتشارها.

كل هذا تؤكده أبحاث منظمة الصحة العالمية التي تظهر أن أكبر أسباب الوفيات خلال القرن التاسع عشر قد عادت ،فرغم ما أحرزه العلم من تقدم في جميع المجالات، إلا أنه عرف تباطؤ في مجال الصحة كيف لا وعلاج **السرطان** لا يزال مستعصيا، رغم سهولة علاجه ظل لمدة 100 عام أكبر أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم، ضف إلى هذا التهديد المتنامي لمرض السل على الدول الغربية رغم إرتباطه الوثيق بالفقر، حيث أودت الجراثيم المسببة لأمراض السل والملاريا بحياة 261 ألف إنسان في إفريقيا عام 1989، والكوليرا وغيرها، إلا أنها كيفت أوضاعها الصحية، وأصبحت أكثر مقاومة للأدوية.

**2-1-أهدافها:**

تعتبر الصحة هدف من أهداف التطرق الإجتماعي والإقتصادي فهي " **حق أساسي** " لجميع الشعوب علاوة على أنها وسيلة مهمة، إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات.

لقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره، وفي تصوره أن مهمة العلوم الطبيعية هي علاج المرضى، فإذا إمتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، هذا المفهوم قد تغير في السنوات الأخيرة وخاصة منذ تأسيس منظمة الصحة العالمية، حيث إشتد الجدول حول تجديد "معنى الصحة "[1]، فكان الشائع بين الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي بأنها تعني " خلو الجسم من المرض "، معنى ذلك أن جسم الإنسان خالي من أي علة، وشفي من الداء فذلك معناه أن هذا الجسم سليم.

ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر المنظمة العالمية، واعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة، بجعل دور هذه الأخيرة سلبي لمجرد أنه علاج للداء، ومنذ أن قامت منظمة الصحة العالمية

[1]- اقبال ابراهيم مخلوف ، نفس المرجع السابق ، ص :13 .

بتعريف الصحة بأنها " حالة من اللياقة البدنية والنفسية والإجتماعية الكاملة، وليست مجرد خلو الجسم من المرض أو العجز "، وقد بدأت العلوم الطبية والصحية تأخذ دورا أكثر إيجابية في تحديد أهدافها.

وإمتد مفهوم اللياقة البدنية والنفسية من النفس والبدن إلى الجانب الإجتماعي، أي ربط الفرد بمجتمعه لتصبح علاقته علاقة لياقة.

إن هذا التعريف قصد الرابط بين الإنسان ومجتمعه، فالمقصود باللياقة ليست خلو الجسم من المرض البدني، وإنما كذلك اللياقة النفسية، وتعتبر إقتناع المواطن بأنه جزء من مجتمعه، مما يفرض على هذا الأخير واجبات إجتماعية يجب أن يؤديها، مقابل حقوق يجب أن ينالها[1].

ويعتبر الدور الذي تلعبه الصحة العمومية في التنمية، موضوع شائك شديد الجدل، هذا ما يحتم على وجود برامج صحية من أجل حاجات الإنسان، فتعتبر هذه البرامج أحيانا ضرورية في المناطق التي تكثر فيها الأمراض، بالإضافة إلى عدم التوازن بين التطور الإقتصادي والنمو الديمغرافي.

كل هذا يؤدي إلى بروز مشكلة اللاتوازن بين النمو الديمغرافي والتطور الإقتصادي وحلها لا يمكن في تفضيل إحداهما على الأخر، وإنما يكمن في التوعية بأهمية العلاج وأهمية وجود حلول للتقليل من الزيادة في الولادات[2].

لهذا فالعملية الصحية تتطلب التخطيط والبرمجة، فليس هناك تخطيط صحي طويل المدى أو بمعزل عن المخطط السوسيو إقتصادي للتنمية[3].

ولقد تناولت الدراسة التي أجراها (جونارمبردال )موضوع الصحة بمعزل العناصر الأخرى والمكونة للتنمية، بحيث تؤثر الصحة في العوامل السوسيو إقتصادية، وتتأثر بها مثل الدخل، مستوى المعيشة (خاصة الغذاء) الصحة والتعليم مرتبطان ببعضهما البعض .

فالطفل لا يذهب للدراسة إذا كان يعاني من مشاكل صحية، كما أن الصحة ودرجة (التعليم /التعلم) مرتبطان بدورهما مع المحيط الإجتماعي، و أكدّت الدراسة على ضرورة إقامة إستراتيجية محكمة، لذلك يجب الإعتماد على برامج متكاملة الجوانب الإجتماعية، وبالتالي إمكانية تطوير الزراعة، والإنتاجية الزراعية، إضافة إلى تحسين أساليب التعليم، وبصفة عامة أن تتخلص الناس من حالة الفقر.

---

[1]- طلال بن عابد الاحمدي واخر : **دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية** ، دار النشر والمعرفة ، السعودية ،2000 ، ص :38.[1]

[2]- John Bryan, **Santé Publique Et Développement**, Les Editions Internationales, Paris, 1970, P : 127.

[3]- Luis Paul Aujoulat : **Sante Et Développement On Afrique,** Librairie Armand Colin ; 2eme Tirage, Paris ,1970 ,p ;241.

وتجدر الإشارة إليه هنا أن إقامة مخططات فعالة للصحة العمومية لا تتوقف فقط على تقنية جيدة وظروف ملائمة لتطبيقها، ولكن على إقتصاديات البلد ومدى تقبل عملية التنمية.كما أن عملية التعليم الصحي يجب أن تعتمد على تقنية وظروف إقتصادية عالية وإلا تصبح عملية التنمية لا فائدة منها[1].

مما سبق يتضح جليا أن القدرة على تحسين الصحة يرتبط بالدخل والتعليم، وبالمتغيرات التي تحدتها الثورة والتعليم في سلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، كما أن الصحة تعتبر مؤشر من مؤشرات التقدم والتحضر، فإذا كان إتفاق الدول المتقدمة على الأبحاث الطبية قدره 5,5 مليون دولار سنويا، ناهيك عن توفيرها لكل مستلزمات الصحة للحد من أسباب المرض وتقليل الوفيات، فالأفراد في هذه الدول يموتون بفعل تفاقم **السرطان** والأمراض القلبية الوعائية والأمراض النفسية وغيرها.

حيث يعتبر المستوى الصحي في جميع الدول النامية منخفضا مقارنة بالدول المتقدمة فهذا الإنخفاض تحدده الخصائص التالية[2]:

أ –إرتفاع معدلات الوفيات بالدول المتخلفة، حيث سجل في إفريقيا معدل الوفيات بحوالي 20 في الألف، ويبلغ في أوروبا 10 في الألف، وفي أمريكا الشمالية حوالي 9 في الألف، وهذا يشير إلى وجود خلل في النظام الغذائي وفي الخدمات الصحية.

ب –تعد عملية تقديم الصحة للكبار في الدول النامية من المشكلات الصحية، إضافة إلى مشكلات الصحة للأطفال وخاصة الرضع، كما نجد أن نصف السكان تتراوح أعمارهم ما بين ( 15– 60 ) سنة، وهي الفئة الأكثر إنتاجية، إلا أنها تعاني من نسبة كبيرة من الوفيات بلغت 15 مليون نسمة عام 1990م، مما يؤدي إلى إنتشار أمراض الجهاز التنفسي، الملاريا، الإسهال، الأوعية الدموية، السرطان والأمراض المزمنة الأخرى بما في ذلك الايدز.

ج–إنخفاض نسبة طول العمر، حيث تتراوح في الدول النامية بين (40–55) سنة، فهي ترتفع في البلدان المتقدمة (60–75) سنة مما يؤثر بالسلب على التنمية من خلال أن المجتمعات تفقد أعضاء فاعلين في عملية الإنتاج وهم في سن الإنتاج.

---

[1] - , op.cit , p :242

[2]- ibid ,P ; 243 .

د–سوء الأحوال الصحية (ضيق السكن، مستوى التغذية، عدم توفر المياه النقية ودورات المياه الصالحة، إنتشار الأوبئة والأمراض المختلفة)، حيث تسبب أمراض تلوث المياه في وفاة 35 مليون طفل، وإصابة 750 مليون شخص آخر، (كما يصيب مرض البلهارسيا 300 مليون نسمة ومرض

العمى النهاري 50 مليون نسمة، كما يهدد الملاريا 300 مليون نسمة)، وتعكس هذه الإحصائيات بعض الدلالات والمؤشرات الإجتماعية والإقتصادية الأخرى التي تؤثر عموما على القابلية للعمل والطموح ومستويات الإنتاجية، ونفقات الصحة[1].

هـ–عدم إنتشار الوعي الصحي لدى المواطنين، الشيء الذي يسهّل عملية إنتشار الأوبئة الفتاكة والعدوى على نطاق واسع، ضف إلى هذا الأمية المنتشرة التي تجعل من التثقيف الصحي ضرب المحال، مما يفاقم من تأثيرها بين النساء بدرجة تفوق إنتشارها بين الرجال، وفي أحسن الأحوال يبلغ عدد النساء المتعلمات نصف عدد الرجال المتعلمين.

و–نقص الخدمات الصحية (وخاصة المختصين، الأسرة، المستشفيات وقاعات العلاج، وعدم توفر الأجهزة والأدوية)، مثلا في الدول المتقدمة يخدم الطبيب الواحد أقل من ألف من السكان مقارنة بالدول المتخلفة حيث يخدم الطبيب كل 13 ألف ساكن.

كما لا يفوتا بالذكر الازدحام اليومي على المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها أصبحت " مكانا يتم فيه تبادل الأمراض المعدية ".

ز–انخفاض معدلات الإنفاق على الصحة حيث تنفق الدول النامية من 70–80% من متوسط الإنفاق العام والخاص للصحة على الأغراض الصحية العلاجية، بينما توجه ما بين 10–20% للأغراض الوقائية، والنسبة الباقية 5–10% على الخدمات الصحية والتوعية الصحية الأخرى رغم أن الخدمات الوقائية والرعاية الصحية تعتبر أكثر جدوى من الخدمات العلاجية، دون أن ننسى السياسة الصحية غير المتكافئة بين مختلف جهات الدولة (بين الحضر والريف)[2].

إن الخلل في النظام وقصور الأداء الصحي مشكلة متعددة الجوانب، والاهتمام بمعدلات الصحة يوضح العلاقة القوية بينها وبين طبيعة التنمية الشاملة في المجتمعات النامية. فالصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، كما تتأثر هي بهذه العوامل والمتمثلة في:

[1]- سيدهم، الأساليب **الإقناعية** في الصحافة المكتوبة، جامعة قسنطينة، 2005، ص: 77.
[2]- منظمة الصحة العالمية، مناقشات **الصحة والتنمية، الدورة** الثلاثين، جنيف، 198، ص: 287.

– الدخل، مستويات المعيشة، التغذية، والمستوى التعليمي، لذلك فلا ينبغي أن تفهّم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، فكانت هذه الفكرة أساسية لوجهة نظر" جونارمبردال " التي قام بدراسة مشكلات التنمية في جنوب أسيا، كمحاولة منه لتوضيح مكانة الصحة في عملية التنمية. وقد حذر من المبالغة في تبسيط فهمنا للصحة بواسطة عزلها عن مختلف العوامل الأخرى الاجتماعية والإقتصادية

والسياسية المرتبطة بعملية التنمية، كما إهتم " مبردال " بمضامين هذه العلاقة. لذلك أكد على ضرورة جمع بيانات كافية من مختلف القطاعات الأخرى في المجتمع من أجل التخطيط لصحة أفضل، لاسيما وأن الصحة والمرض يؤثران على توعية القوى العاملة، والمعدلات الإنتاجية، والدخل الفردي والدخل القومي[1].

**3- العوامل التي تقرر مستويات الصحة في المجتمع:**

**3–1–مسببات الأمراض في المجتمع:**

إن ما يعبر عن عوامل أو أسباب المرض لمعرفة الحالة الصحية في أي مجتمع يحتم دراسة العوامل المختلفة التي تحدد المعالم الصحية لهذا المجتمع، قصد التوصل إلى جذور تلك المسببات وهناك نظريتان لمسببات المرض، كما يرى البعض نوجزها كما يلي:

**ا–نظرية السبب (أو العلة) الواحد للمرض:**

نفترض أن المرض ينتج عن سبب واحد محدد، ففي حالة وجود هذا السبب تظهر الحالة المرضية، وذلك مثل مرض السل الذي سببه ميكروب السل.

**ب –نظرية الأسباب (العلة) المتعددة للمريض:**

هذا المفهوم لا يعتبر المستوى الصحي للفرد أو المجتمع في حالة ثابتة، بل يعتبر في حالة حركة ديناميكية، وهذا لأنه ينتج من تفاعل عدة قوى أو عوامل يعمل كل منها في إتجاه، قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق بإكساب الصحة أو فقدها، ويمكن النظر لمسببات المرضى كما يلي[2]:

– عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض.

– عوامل تتعلق بالإنسان العامل.

– عوامل تتعلق بالبيئة.

---

[1]- نفس المرجع السابق، ص: 290.

[2]- اقبال ابراهيم مخلوف، نفس المرجع السابق، ص: 52.

**3-2-العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض:**

يعرف المسبب النوعي بالعنصر أو المادة، (أو قوة وجوده أو غيابه) قد تبدأ أو تستمر عملية مرضية، تنقسم المسببات للأمراض إلى فئات هي[1]:

**أ -المسببات الحيوية:** وهذه قد تكون من فضل حيواني أو نباتي، فالأولى كالحيوانات وحيدة الخلية مثال: الملاريا، أو الحيوانات متعددة الخلايا مثل: ديدان البلهارسيا أو الإنكلستوما أو الأسكاس، والثانية مثل: الفطريات والبكتيريا والفيروسات.

**ب -المسببات الغذائية:** قد تؤدي نتيجة زيادتها أو قلتها في الجسم للأمراض. فالإسراف في تناول أنواع معينة من الأطعمة في بعض البيئات كالدهن الحيواني، وإستهلاك السكريات المكررة والمصنعة، والكولسترول. لذلك أثبتت الدراسات وجود أنواع معينة في المجتمعات التي تتميز بتناولها وإسرافها لمثل هذه الأغذية مما يسبب لهم بأمراض مثال: البدانة – المنتشرة في أمريكا، السرطان في اليابان، وكذلك تسبب قلة الأغذية، أمراض سوء التغذية كما هو الحال في البلدان النامية.

ولعل الطريقة الطبيعية لتنمية عادات غذائية تبدأ من الصبا، لهذا نجد أن الدول المتقدمة تحاول الرجوع إلى الرضاعة الطبيعية، فنجد الدول النامية تسعى إلى إستخدام الطريقة الصناعية (عن طريق الزجاجات) دون مراعاة نظافتها، والتي تزيد من إحتمال حدوث مخاطر صحية، ناسين أن الله عز وجل، خلق اللبن الآدمي للصغار، فهو ملائم لقدرتهم على الهضم، ويحتوي على العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل، فهو يمده بالمناعة ضد أمراض معينة[2].

ونذكر من بين المواد الغذائية، الكربوهيدرات، الدهون، البروتينات، الفيتامينات، المعادن والماء.

**ج -المسببات الكيميائية:** وقد تكون خارجية عن البيئة (مركبات رصاص، غاز الفوسفور وقد تكون داخلية من داخل جسم الإنسان (مواد تتكون في الدم مثل، البول السكري ....)

**د -المسببات الطبيعية:** مثل الحرارة والرطوبة والضوء ...

**هـ-المسببات الميكانيكية:** فيضانات، زلازل، أعاصير، حرائق ...

**و -المسببات الوظيفة:** مثل الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء داخل الجسم كالغدة الدرقية[3].

---

[1]- اميرة منصور يوسف، نفس المرجع السابق، ص:41 .

[2]- احمد الوحيشي واخرون، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلام، بلغاري، 1995، ص : 83 .

[3]- اميرة منصور يوسف، نفس المرجع السابق، ص: 50.

ل-**المسببات النفسية والاجتماعية:** الضغط العاطفي، ضغط الحياة الحديثة، الإحساس بالمسؤولية وعدم الأمان.

م -**الأسباب المتعلقة بالإنسان العائل (المضيف):**وهذه تعمل على مقاومة النوعية، وتتكون من عناصر كثيرة منها:

المقاومة الطبيعية غير النوعية: وهي ليست محددة أمراض بعينه.

مقاومة آلية: مثل: ما يهيئه الجلد، والغشاء المخاطي.

حموضة الإفرازات: مثل: حامض الايدروكلوريك بالمعدة.

خلايا المقاومة: مثل البلعمات الثابتة.

الدم والبلازما: لها قابلية محاربة المسببات النوعية للأمراض بمساعدة مواد خاص.

ز-**المناعة النوعية:** وهي مناعة ضد أمراض معينة، قد تكون مناعة مكتسبة طبيعيا أو مناعة مكتسبة صناعيا.

**3-3-العوامل الوراثية:**

وهي الصفات الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات، هذا ما يدفع إلى وجود إستعداد موروث للمرض مثل المياه البيضاء الوراثية بالعين أو العمى الليلي الوراثي أو الحساسية أو البول السكري[1].

وهي عوامل حسب خصائص الإنسان، إذ أن لكل جنس خصائصه الصحية الوراثية يرثها الخلّف عن السلف. لهذا ترى نظريات علم الإجتماع والنفس أن الإنسان لا يرث سلوكا معينا عن أسلافه، ولكنه يرث خصائص بيولوجية معينة، ومنها لون البشرة لون الشعر، لون العينين، طول أو قصر القامة، فصيلة الدم ... وكذلك بعض الأمراض، طرق أو سبل مقاومتها.

تعد حالة الإنسان الصحية في الواقع نتاج العوامل الوراثية مع غيرها من العوامل المكتسبة مثال: أمراض السكر، ضغط الدم، وبعض أمراض القلب، مرض عدم التجلط، أنواع السرطان، وأمراض عقلية ونفسية[2].

**3-4-العوامل الإجتماعية والعادات:**

أ-عادات إعداد الطعام وتجهيزه.

[1]- اقبال إبراهيم مخلوف، نفس المرجع السابق، ص: 52.

[2]-احمد الوحيشي وآخرون، نفس المرجع السابق، ص: ،78 .

ب-عادات متعلقة بالصحة الشخصية.

ج-شعائر الحفلات الدنية، صلاة وحج.

د-تجمعات ترويجية[3].

هـ-العادات والسلوك الجنسي.

و-العوامل الوظيفية: مثل الإجهاد والسهر.

ن-السن، النوع والعنصر[1]:

**3-5-العوامل البيئية:**

هناك علاقة بين البيئة والعوامل الخارجية التي تؤثر في الإنسان العائل للمرض وبهذا المفهوم يمكن إعتبار المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة. حيث البيئة تؤثر في التفاعل القائم بين المسببات النوعية وبين الإنسان العائل للمرض، فأحيانا تحبذ المسببات النوعية، وأحيانا تعضد الإنسان العائل.

وتتكون البيئة من عدة مجالات:

أ-البيئة الطبيعية: (وهي الحالة الجغرافية، الحالة الجيولوجية، المناخ):

وتشمل العوامل الفيزيائية والكيميائية، وهي المناخ كالحرارة والضوء، الماء، الرياح، التربة والموقع من سطح البحر وخطوط العرض – هل هي أراضي زراعية صحاري، جبال، مناطق ساحلية أم مناطق صناعية (صناعة مناجم، استخراج البترول وما يتبع من صناعات تحويلية)، وتتميز البيئات بمختلف أنشطتها بأمراض خاصة، فالملاريا مثلا ينتشر في المناطق التي تكثر بها الأمطار والمستنقعات وكذا البلهارسيا [2]

كما أن الإقتصاد الصناعي الحديث يعرض الكثير من العاملين إلى الكثير من المواد التي تسبب السرطان فالضجيج المفاجئ مثلا يثير إفراز هرمون الأدرينالين في الدم، فيقلص الشرايين فيرتفع ضغط الدم، كما أن البحوث تشير إلى زيادة نسبة السرطان في الجهاز التنفسي في كثير من البلدان بزيادة عدد السيارات بها كما لا ننسى أضرار الأسلحة الحربية المختلفة منها الكيماوية والبيولوجية والذرية مما يؤدي إلى تدمير وأضرار للأرض والجو، التي في النهاية تسبب الأمراض للإنسان والحيوان والنبات.

إضافة إلى تلوث المياه بسبب المجاري، وفضلات البيوت المختلفة، من زيوت ودهون، ومن المصانع من كيماويات وأصباغ، وغيرها من مواد سامة، ومن أدوية بترولية، وتلوث الجو الغباري الناتج عن

[1]، [2]- اقبال إبراهيم مخلوف، نفس المرجع السابق، ص ،ص: 52 ، 53 .

صناعة الإسمنت، والتلوث الحراري الناتج عن صناعة الصلب وصهر الحديد والمخابر وغيرها. وقد أثبت الدراسات أن 70 % إلى 90% من كل أمراض السرطان سببها البيئة، ومن ثم يمكن منعه، أو على الأقل التخفيف منه عن طريق تنظيم الكيماويات الصناعية في البيئة، ولعل أفضل ما سجل في حياة البشرية، هو رمي بعض الدول المتقدمة، ودفن نفاياتها في دول فقيرة، بالرغم مما تسببه للبيئة الطبيعة للإنسان من أخطار مميتة.

**ب –البيئة البيولوجية:**

وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية {أي العوامل البيولوجية}، وتؤثر في الإمداد بالطعام والعوامل الوسطية في نقل الأمراض، كما تؤثر في عادات الإنسان وعمله.

وهي التي تتناول تأثيرات الكائنات الحية بعضها على بعض، وعلى البيئة بوجه عام، وهي تنقسم إلى:

–كائنات منتجة: تنتج الغذاء، وتضم النباتات الخضراء.

– كائنات مستهلكة: الحيوانات أكلات العشب أو أكلات اللحوم.

– كائنات محللة: تقوم بتحليل أجسام الكائنات الحية بعد موتها لتعيد تحليل مكوناتها في التربة، فهذه الكائنات تؤثر في الإمداد بالطعام، والعوامل الوسيطة في نقل الأمراض، كما تؤثر في عادات الإنسان وعمله. البيئة الاجتماعية:

وتعني هنا علاقة الإنسان بباقي أفراد المجتمع، فتدني وضعف الكثيرين من انتشار الأمراض بيننا هو نتيجة لطريقة حياتنا لبعض عادات وتقاليد ويدخل ضمن البيئة الاجتماعية وعواملها التأثيرية عدة مؤشرات أهمها:

**ج –المستوى التعليمي:** أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم يتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفع المستوى الصحي والعكس صحيح، ففي المجتمعات المتخلفة علميا يوجد مستوى صحي منخفض، وتنتشر فيها الأمراض، فهي قاصرة على تبين أسباب للمرض، وتنفر من مكافحة الأمراض باستعمال الوسائل الحديثة ، فبعض المجتمعات مثلا قاومت تطهير مياه الشرب باستعمال الكلور ، واعتقادا منها أن المياه تكون أكثر صفاء[1] ، وأفضل للصحة دون معالجة ، وفي بعض المجتمعات الإفريقية لا تتناول الفتيات الصغريات الحليب ، لأنهن في نظرة المجتمع يدسسن نتاج البقرة

[1] - نفس المرجع السابق ، ص : 54 .

التي يقدسونها ، ومن جهة فان الجهل والأمية يؤدي إلى عدم إتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن استعمال الدواء ، كميته وموعده والانتظام في أخذ الجرعات [1].

**د-الأسرة والعائلة:**

يشير علماء الإجتماع إلى أن الترتيبات التنظيمية المساهمة في المرض هي أنماط التفاعل الأسري والتنشئة الإجتماعية فمثلا جودة العلاقة بين الطفل وأبويه مهمة جدا لصحة النفسية خاصة مع أمه، فقد أشار الدكتور – لور – إلى أن الأطفال الذين نشأوا في أسر منحرفة يسودها الصراع بين الأولياء هم عرضة للضغط والقلق أي الشد النفسي، هذا ما يسبب إصابتهم بأمراض نفسية وبدنية، كذلك عادة الزواج المبكر في بعض المجتمعات بالنسبة للفتيات خاصة زواج الأقارب.

وضمن البيئة الإجتماعية كذلك نجد العالم اليوم يسوده الخوف والهلع من مرض السيدا " الإيدز " الذي أثبتت أن أسبابه تنشأ من عادات وإنحرافات سيئة، من إدمان للمخدرات عن طريق الحقن، ورد عليها الإنحرافات والشذوذ الجنسي، وكلها عوامل إجتماعية بالدرجة الأولى.

**هـ-المستوى الاقتصادي:**

إن وجود علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع أصبح من البديهيات المعترف بها ، فكلما تحسنت الحالة الاقتصادية ، وارتفع الدخل الفردي ، ارتفع المستوى الصحي وقلت الأمراض والعكس صحيح و يعتبر كلاهما سبب ومسبب في أن واحد ، فالارتفاع بالمستوى الاقتصادي خبر كفيل للارتفاع بالمجتمع صحيا ، هذا وقد أجريت دراسة في إحدى المدن الأمريكية أثبتت أن الأسر ذات الدخل المحدود { أقل من 1000 دولار في السنة }، ترتفع لديها نسبة الأمراض { 66 %} أكثر من الأسر التي دخلها مرتفع أكثر من 1000 دولار في السنة، وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية وضمت سبعون فردا في ست مجموعات وفق لدخل كل فرد في السنة، لهذا تبين أن هناك علاقة طردية بين الوضع الاقتصادي لكل من هذه المجموعات وبين نسبة التعليم ومستوى التغذية. أما وفيات الأطفال الرضع وتوقعات الحياة عند الولادة كلها تتم على المستوى الصحي السائد في هذه المجموعات.

الحالة الاقتصادية للمريض تلعب دور فهو لا يستطيع الحصول على غذاء جيد متكامل، الأمر الذي يجعله ضعيف، غير قادر جسميا على مواجهة الأمراض، لاسيما في المجتمعات الرأسمالية أضف إلى

[1]-احمد الوحيشي وآخرون ، نفس المرجع السابق ، ص : 85 .

ذلك عدم تمكنه من مسكن مناسب وصحي مما يجعله عرضة للقوارض وغيرها من ناقلات الأمراض، كما أن حياة الإنسان المعاصر مليئة بالضغط والقلق المستمر، وهو ما يسبب أمراض جسمية ونفسية كثيرة[1].

وقد أشار الدكتور –كوكرهام–إن الأبحاث التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أثبتت وجود علاقة بين زيادة حوادث أمراض القلب والجلطة وأمراض الكلى والأمراض النفسية ومعدلات وفيات الأطفال وبين زيادة معدلات البطالة.وأسباب الضغط والإجهاد أو ما يسمى حديثا بمرض الشدة أثناء فترات الركود الاقتصادي. فالسعي والكفاح من أجل إشباع الحاجات الضرورية للحياة، ضف إلى ذلك شعور العاطل عن العمل بفقدان الشعور بالإشباع النفسي وفقدانه لمركزه الإجتماعي، هذا الضغط يدعو الكثيرين إلى الهروب من واقعهم شرب الكحول والإدمان على المخدرات، مما يزيد المشكلة سوء، مما يزيد في ظهور الأمراض البدينة والنفسية.

ويجدر بنا الإشارة إلى أنه ليس من السهل ربط العمليات الإجتماعية بالتغير الإقتصادي، فليس هناك علاقة مؤكدة، وذلك لوجود عدة عوامل تتّدخل في وضع حالة هذا الشخص الصحية مثل: متغيرات الجنس الشخصية، التضامن الأسري والإجتماعي، المستوى الإقتصادي، التنشئة الإجتماعية الأصل العرقي.

**و–التغير الإجتماعي والتحضر:**

إرتبط التغير الإجتماعي والتحضر بظهور مشكلات اجتماعية، نفسية وصحية، فقد ظهرت مشكلات إجتماعية مثل: الإجرام والإنحراف، وتفكك الأسر، وتشرد الأطفال، إنتشار العلاقات الجنسية غير الشرعية، تغير شكل بناء الأسرة ووظائفها، تفكك العلاقات الإجتماعية وضعف التضامن الإجتماعي والأسري مما أدى إلى التغيرات في عادات الحياة، وفي الأساليب المعيشة التي كان لها تأثير على جميع سكان العالم فقد دخلت عناصر كيماوية متعددة على طعامنا ولباسنا وشرابنا، فكانت لها أثارا سيئة على صحة أجسامنا.

ويشير الباحثون في علم الإجتماع والنفس إلى أهمية شبكة العلاقات الاجتماعية، فالحالة الصحية للإنسان بمعنى أن تفكك تلك العلاقات بإمكانه أن يؤدي إلى أمراض نفسية وعضوية، وقد قال الدكتور " جيمس لنش " من جامعة " ماري لند " بأمريكا أن أهم الأسباب المؤدية إلى الموت المبكر في أمريكا هو العزلة

[1]- نفس المرجع السابق، ص: 86.

مما يمكن القول بهذا الشأن أن التغير الإجتماعي أو التحضر، قد خفف عن الأفراد أعباء كثيرة لاسيما الحصول على المعلومات، إلا أنه قد خلق جو من الإنعزال بحجة توفر الإنسان المعاصر على كافة إمكانيات الحياة، هنا تظهر أهمية العلاقات الإجتماعية وضروراتها فلا شيء يعوض الإنسان عن بني جنسه – لا انترنت ولا تلفزة ولا أي شيء أخر [1].

ونحن كبشر وكائنات حية نمثل جزءا من هذا العالم، ومسؤولون عن كل ما يحدث من تغيرات نحن أحدثناها ومسؤولون عنها، فلا بد من أن ندفع ثمن تمدننا من توثر في أعصابنا وقلق في نفوسنا وشدة في حياتنا وظهور أمراض خطيرة ومزمنة في أجسامنا ربما نطلق عليها أمراض المدينة أو أمراض العصر[2].

وتجدر الإشارة إليه أن هناك من يرى أن البيئة الإجتماعية تشمل بصفة خاصة المؤشرات التالية:

أ–كثافة السكان وتوزيعه،

ب–المستوى التعليمي،

ج – المستوى الاقتصادي،

د –الاستعدادات الطبيعية والصحية.

ضف إلى ذلك كثافة السكان وتوزيعهم، والاستعدادات الطبيعية والصحية. فبسبب التغير الاجتماعي والتحضر أدى إلى تغير في دور الأسرة والحياة العائلية.

وبناءا على ما تم عرضه سابقا العوامل التي تقرر مستويات الصحة يتضح لنا أن الصحة صورة من صور الحياة الإجتماعية تؤثر فيها وتتأثر بها، تلك المستويات التي تتناسب – إجتماعية كانت أو إقتصادية – مع المستوى الصحي للمجتمع – وكلها مفاهيم نسبية تتغير ظروفها من مجتمع إلى أخر ويرتبط بعضها البعض إرتباطا كبيرا، ومن ذلك نجد التفاوت واضح بين النواحي الإجتماعية والإقتصادية للدول النامية والمتقدمة، فمعظم المكونات الأساسية متوفرة، ولو بنسب متفاوتة قليلا إلا أنها تؤهل أفراد مجتمعاتها لأن يكون مستواهم الصحي عاليا، أو على الأقل متحسن على العكس من الدول النامية[3].

[1] - نفس المرجع السابق، ص: 87 .

[2]، [3]- نفس المرجع السابق، ص: 91.

**خلاصة:**

إن عملية إدراك الإنسان لما يجري من حوله وما يحدث له، تزداد عمقا وإتساعا في الأرض، هذا ما يحدث مع مفهوم الصحة وكيفية إدراكها بإعتبارها حالة من إكتمال السلامة البدنية والعقلية والإجتماعة، بإعتبار المرض " تكيف بيولوجي" إذ أنه تعبير عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية، ومن خلال التجارب الإجتماعية مع مختلف الأمراض التي يعرفها المجتمع.

تتكون من مجموعة الأنساق المفهومة المتعلقة بالمرض وتصبح فيما بعد جزء من فلسفة خاصة بالصحة في المجتمع. ومعنى هذا أنها تربط بين المرض والقالب الإجتماعي لمجموعة القيم السائدة في المجتمع.

ولقد حاولنا في هذا الفصل تحليل الصحة العامة والتي ترتبط بمجالات الخدمة الإجتماعية ، وإنها علم إجتماعي يرتبط بعلوم الأحياء والعلوم الطبيعية، كما أنه يتسع ليشمل ماهو أكثر من أعمال وزارة الصحة، حيث يشمل المستوى المعيشي ومستوى التعليم وظروف العمل والمهن المختلفة، إضافة إلى عوامل تؤثر على صحة المجتمع ، وبالتالي تؤثر على إنتاجيته ، وقد حددنا محاور عديدة للصحة العامة وتناولناها من خلال قياس مستويات الصحة العامة ومؤثراتها.

فهناك عوامل ترتبط بالأفراد والجماعات وعوامل ترتبط بالمجتمع، وتناولنا كذلك الأنماط الإجتماعية والثقافية و تأثيرها على الصحة وهي: الجهل ونقص المعرفة، والمركز الإقتصادي، والمعتقدات الدينية والعوامل الوراثية والبيئية، وكذلك النشاط والجهد والوظيفة أو المهنة.

وللصحة العامة مظاهر تنتشر في الصحة النفسية فقد تناولنا المداخل النظرية التي تحاول تقديم فهم على مسببات الأمراض في المجتمع وذكرنا نظرية السبب الواحد، نظرية الأسباب المتعددة، ومن جهة أخرى قمنا بالتحليل الكافي لمفهوم الوعي الإجتماعي.

وبناء اعلى عرضنا للعوامل التي تقّرر مستويات الصحة، يتضح لنا أن الصحة صورة من صور الحياة الإجتماعية تؤثر فيها وتتأثر بها ، تلك المستويات التي تتناسب – إجتماعية كانت أو إقتصادية – مع المستوى الصحي للمجتمع – وكلها مفاهيم نسبية تتغير ظروفها من مجتمع إلى أخر ويرتبط بعضها البعض إرتباطا كبيرا ، ومن ذلك نجد التفاوت واضح بين النواحي الإجتماعية والإقتصادية للدول النامية

والمتقدمة ، فمعظم المكونات الأساسية متوفرة ، ولو بنسب متفاوتة قليلا إلا أنها تؤهل أفراد مجتمعاتها لأن يكون مستواهم الصحي عاليا ، أو على الأقل متحسن على العكس من الدول النامية

## الفصل الثالث : أهمية التثقيف الصحي في نشر الوعي الصحي

**تمهيد :**

**أولا :التثقيف الصحي .**

**ثانيا : الوعي الصحي والسلوك الصحي .**

**ثالثا : دور الوعي الصحي في إنشاء التنمية المستدامة .**

**خلاصة.**

**تمهيد:**

يعتبر التثقيف الصحي زيادة الوعي الصحي لدى الناس و تطوير معارفهم و ثقافتهم المتعلقة بأمور الصحة العامة، و حتى تعاملهم مع العوارض الصحية المختلفة وطرق الوقاية من الأمراض إضافة إلى السلوكيات الخاطئة عن طريق الإرتقاء بالمعلومات الطبية و الصحية . كل هذا تطرقنا له بالتفصيل في عناصر بحثنا حيث ركزنا على هذا المجال و الدور الذي يلعبه في رفع الوعي الصحي لدى المرأة أيضا على أهم الأهداف التي يسعى لتحقيق نتائج مرضية .

كما تعددت مجالات التثقيف الصحي وتنوعت أساليبه ووسائله وسنتطرق إلى كل العناصر بالتفصيل لاحقا. كما ركزت الدراسة على علاقة الوعي الصحي بالشؤون الصحية الإنجابية والتنمية المستدامة وكل ما يتعلق بالمسار الإنجابي لدى المرأة دراسة تفصيلية من شأنها تحديد نوع هاته العلاقة.

وآخرا وليس أخيرا دور الحكومة في نشر الوعي الصحي وأهم البرامج التي اتبعتها، مشاريع و خطط وسياسات، أخيرا تطرقنا في هذا الفصل لكيفية الوقاية عن طريق التثقيف الصحي و الاجتماعي متمثلا في تعديل السلوك الصحي لوصول إلى حالة صحية أفضل.

## اولا: الثقيف الصحي.

### 1 –مفهوم التثقيف الصحي:

التثقيف الصحي عبارة عن وسيلة فعالة، وأداة رئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع وتعتمد هذه الأداة على أسس علمية وعملية، لما لها من دور في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع، لذلك لقيت هذه العملية إهتمامات متزايدة من الأطباء والعلماء المحدثين[1] .

والتثقيف الصحي هو أحد الفروع الرئيسية ومجال هام من مجالات الصحة العامة، وهو لا يعني مجرد إنتشار المعلومات الصحية المتضمنة في ندوة صحفية أو في فيلم سينمائي، وإنما هدف التثقيف الصحي هو تغير العادات، الإتجاهات والمفاهيم والممارسات الصحية[2].

[1]–مصطفى القمش، **مبادئ الصحة العامة**، تقديم ادم العبلات، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص: 181.

[2] –اقبال إبراهيم مخلوف، نفس المرجع السابق، ص: 191.

وقد تطور مفهوم التثقيف الصحي عبر المراحل التاريخية المختلفة حسب أراء الناس ، ومفاهيمه عن الصحة والمرض ، إبتداءا من الوقت الذي كانت فيه معالجة الأمور الصحية عن طريق الكوادر الصحية

المتخصصة في العيادات والمستشفيات ، ومرورا بالتطور في جميع مجالات الحياة من إكتشافات وإختراعات طبية ، فأصبح أكثر شمولا ، وانتهى بتصاعد المتطلبات الإجتماعية وقيام العلاقات البناءة بين أفراد المجتمع ، وبين القائمين على توفير الرعاية الصحية ، لذلك ظهر التثقيف الصحي واصبح له تعاريف متعددة تشترك جميعها في أن التثقيف الصحي ينصّب أساسا على سلوكيات الأفراد والجماعات

والتثقيف الصحي هو الترجمة لما هو معروف ومألوف عن الصحة، فيما يتعلق بالصحة التامة للفرد أو بسلوك الجماعة عن طريق العملية التنفيذية أو التعليمية [1].

وإستنادا إلى التعريف فإن التثقيف الصحي يتضمن:

- الحقائق الصحية الأساسية.
- الأهداف الصحية للسلوك الصحي.
- العملية التعليمية لتحقيق هذه الأهداف.

كما أن التثقيف الصحي هو جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية. فهو الدعاية الصحية الذي يعني بتحسين السلوك الصحي من خلال مساعدة الناس على فهم سلوكهم، وتشجيعهم على إختيار ما يفضلونه، من أجل حياة صحية سليمة دون إجبارهم على التغير [2] وهناك مجموعة تعاريف نوردها فيما يلي:

–عملية تعليم المجتمع لكيفية حماية أنفسيهم من الأمراض، والمشاكل الصحية.

–عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم وإتجاهاتهم وسلوكاتهم إيجابيا نحو الأفضل في مجال الصحة.

[1]-اقبال إبراهيم مخلوف، نفس المرجع السابق، ص: 192.

[2]- نبيلة بوخبزة ، **الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر** ، المجلة الجزائرية للاتصال ،دار الحكمة ، الجزائر ، ع 16 ، 1997 ، ص :14.

– علم وفن تأثير على الرغبات والسلوكيات في المجتمع، وأداة لكسب ثقتهم وإستقطابهم نحو الأجهزة الصحية والتعاون مع المسؤولين في سبيل وقاية المجتمع من الأمراض، ومحاولة تجنبّها، مما يؤدي الى رفع المستوى الصحي والإجتماعي وتحقيق الحياة السعيدة.

كما يعتبر عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة وتحويلها إلى أنماط سلوكية على مستوى الفرد والمجتمع بإستخدام الأساليب التربوية الحديثة الهادفة لرفع المستوى الصحي والإجتماعي للفرد والمجتمع، والتثقيف الصحي هو إعداد الناس للمحافظة على صحتهم، فهو إدخال تغيّر إيجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض، وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة، ويكون ذلك بالتوجيه إليهم لإستنهاض الهمم، ودفع الوعي الصحي قدما في سبيل نضال بهدف المحافظة على سلامة الأفراد.

ويبدأ هذا التغير في السلوك والمفاهيم من المدرسة والجامعة إلى المصنع والمزرعة والشارع لكي يشمل الشعب بمختلف فئاته العمرية والوظيفية والاجتماعية.

**2–أهداف التثقيف الصحي:**

إن الهدف العام والأعلى لعملية التثقيف الصحي هو تحقيق السعادة للمجتمع عن طريق تحريك الناس للعمل على تحسين أحوالهم من جميع النواحي، وتحقيق السلامة والكفاية البدنية والعقلية والإجتماعية.

الصحة النفسية والتوافق مع المجتمع وتتمثل فيما يلي:

أ –تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا وإجتماعيا وذلك بالإهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه، العلاقات الإنسانية وتنظيم الأسرة.

ب –الأخذ بالأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب على الأفراد إنتهاج الممارسات المطلوبة كيف؟ ولماذا تمارس؟ وكيف أن تؤدى؟ مثال على ذلك: الصحة الشخصية وكيفية المحافظة عليها ورعاية الأمومة والطفولة والأنشطة المرتبطة بالإسعافات الأولية، وأنواع التغذية الصحية[1].

[1] – مصطفى القمش وآخرون، نفس المرجع السابق، ص: 182.

ج –المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والإستمرار في العلاج حتى الشفاء وذلك عن طريق الإستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن. لذلك توفر الدول العديد من الخدمات الصحية، مع إلزامية الأفراد بوجود نشاطات حول عملية التثقيف المختلفة، ومواعيد العمل بها هذا ما يجنب الدول الخسائر الإقتصادية الناجمة عن الإستخدام السيئ، أو الغير المناسب.

يرتبط التثقيف الصحي والخدمات الصحية كل منها بالأخرى تماما. وقد مكّن الدولة من مواجهة مسؤولياتها نحو الرعاية الصحية، والوقائية من الأمراض من خلال ما يلي:

– الخدمات الصحية التي تتضمن كل من الرعاية الصحية الطبية والتثقيف الصحي، ولا بد أن يكمل التثقيف الصحي البرامج الصحية كلها، كما يجب ألا يعتبر فرع منفصل عن الصحة العامة.

يجب أن يعطى إهتمام خاص للتثقيف الصحي في مراكز رعاية الأمومة والطفولة وفي مجال التحكم في الأمراض المعدية، ومجال التحكم في الأمراض المتوطنة وكذا برامج الصحة العقلية[1].

–ترشيد الإنفتاح بالخدمات الصحية والطبية ، والدوائية والغذائية والإجتماعية التي تقدمها الدول لبلوغ هذه الأهداف الأربعة، والهدف العام لعملية التثقيف الصحي لابد من تحقيق الأهداف الأولية التالية:

– تغيير مفاهيم الأهالي فيما يتعلق بصحتهم ومرضهم، وجعل الصحة العامة هدف عندهم.

– الإشتراك والمساهمة بالفعاليات الصحية بنفسهم دون دافع خارجي.

– توضيح أهمية وجهود القائمين على الرعاية الصحية ومؤسساتها، لرفع المستوى الصحي والإجتماعي للمواطنين.

– تعريف المواطنين بالدور الرئيسي، والأعمال التي تقوم بها المؤسسات الصحية مثل: –مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

–تثمين وتقييم الصحة للجميع، وذلك بجعل الصحة غاية وهدفا غاليا في نظر المواطنين.

–تشجيع المواطنين لإنجاح الخدمات الصحية، وتفهمهم لغايات وأهداف الخدمات والمراكز.

[1،2]– نفس المرجع السابق، ص ، ص: 183، 184 .

– تعزيز الأنشطة التي تشجع الناس على التمتع بصحة جيدة، وكيفية المحافظة على الصحة[2].

**3– وسائل وأساليب التوعية والتثقيف الصحي:**

يعتقد العاملين في المجال الصحي أن التثقيف الصحي هو أحد المجالات سهلة التطبيق وسريعة التأثير فعلى المختصين القيام به هو تزويد الناس بالمعلومات الصحيحة وأن يبينوا لهم ما عليهم أن يفعلوا وما هي الممارسات الصحيحة التي تمكنهم من المشاركة في تحسين وضعهم الصحي. وبالتالي إمكانية تغيير قناعاتهم وميولهم ومن ثم تؤدي إلى تعديل سلوكهم وتبني المقترحات التي يقدمها المختصون [1]، والواقع أنه رغم نجاح هذه الفرضية في بعض الأحيان إلا أنها أقل نجاحا في أحيان كثيرة ، فالمعرفة والسلوك لا يرتبطان دائما وخير مثال على ذلك التدخين فبينما يعلم عدد كبير من الناس أن التدخين ضار بالصحة نجدهم يستمرون في التدخين .

وتكمن صعوبة تطبيق برامج التثقيف الصحي بشكل مؤثر وواسع في أنها تتعامل مع السلوك الإنساني المعقد الذي يحدده ويؤثر عليه عددا كبيرا من العوامل البيئية والإجتماعية والثقافية والشخصية[2]، فهو لا يكتفي فقط بإيصال المعرفة إلى الناس بل يجتهد للوصول إلى الهدف الذي يسعى إليه، وهو تغير السلوك الخاطئ إلى سلوك صحي، ولكي تكون رسائلنا الصحية أكثر إقناعا وأقدر على التأثير فإن إختيار الوسائل التي تقدم من خلالها المعلومة الصحية أمر هام جدا[3].

كما أن بلوغ الصحة العامة نفسيا وجسميا في المجتمع يتطلب تعاون جميع القائمين بتوفير الرعاية الصحية لهذا تعتبر وسائل الإعلام والتكنولوجيا وحدها غير كافية لبلوغ أهداف التوعية ويمكن للمثقف الصحي الإتصال بالأهالي عن طريق الإتصال المباشر أو غير المباشر.

**3–1–الإتصال المباشر والطرق المباشرة للتثقيف الصحي:** تتمثل فيما يأتي: –وجود المرسل والمستقبل في مكان واحد بحيث يستطيع كل منهم أن يتبادل الأفكار ويحقق مزيدا من التوافق،

[1] ، [2]–مصطفى القمش واخرون، نفس المرجع السابق، ص: 184، 185 .

[3]– نفس المرجع السابق، ص: 184.

ولذلك تكون هذه الطريقة غالبا أكثر فاعلية، كما أن المحتويات التعليمية أيضا يمكن أن تتقبل تبعا لإهتمامات المستقبلين، كما يشعر بها المثقف نفسه.

–تكون الإستجابة أكبر، والإهتمام أكثر، وكذلك الأمر بالنسبة لعمليات الجذب التي تعتبر هامة جدا في مجال التثقيف الصحي، ولكنها عمليات تتطلب مشاركة أكثر فاعلية من جانب الناس.

**أ_ الطريقة الفردية:**

التثقيف قد يوجه إلى فرد أو جماعة، مفيد جدا في التثقيف الصحي ولكنها تحتاج إلى عدد كبير من المثقفين ولا يمكننا الوصول إلى الفرد وتعليمه. ولكن يمكن إستخدام هذه الطريقة في المناسبات التالية :[1]

إذا ما وجد شخص يعاني من مشكلة صحية خاصة مثلا: الأمراض التناسلية وطبيعة المشكلة هنا إجتماعية ونفسية.

إنشاء الزيارات الخاصة بالخدمات الصحية المختلفة سواء كانت وقائية خلال فترة الوقاية، كما هو الحال في الخدمات الصحية في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الصحة المدرسية، أو عند علاج الأمراض المعدية أو الأمراض الطفيلية، أو في حالة علاج الأمراض غير المعدية خلال الزيارات التي تتم من أجل الخدمات المختلفة بالعيادات أو الزيارات المنزلية. فحينما يرفض الفرد الذي يقاوم اللحاق بركب النشاط الجماعي حيث يتمثل هذا الرفض في وجهة النظر المتعلقة بالسلوك الصحي، هنا على المثقف أن يناقش معه ليبرز له بؤرة إهتمامه الخاصة من وجهة نظره، ويوضحها له.

الطرق الجماعية وتتناول كل من الجانبين التاليين[2] :

المحادثات والمحاضرات حيث يتكلم شخص وينصت الآخرون.

المناقشات الجماعية حيث يناقش الأفراد مع مثقفهم الصحي، مشكلاتهم الصحية. والمناقشات في التثقيف الصحي مثمرة ومفيدة، لأن الأفراد يمكنهم من خلال المناقشة أن يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى مزيد من الفهم والوضوح، كما أن المناقشات سوف تؤدي إلى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب أعضاء الجماعة التي تشعر أن هناك تغير يحدث قد نبع منهم، وليس مفروضا عليهم، كما أن الموافقة والإعتماد الجماعي يعتبرها مأخذ الأحداث أي تغير في السلوك.

---

[1]–مالك شعباني، **دور وسائل الاعلام المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي**، رسالة دكتوراه، جامعة قسنطينة، 2005، ص :195.

[2]–نفس المرجع السابق، ص: 195 .

فأحيانا يكون الناس مقتنعين ببعض الخرافات ولكنهم لا يستطيعون التغير بسبب الأفكار الخاطئة التي تنسب إلى الدين أو التقاليد أو العقائد الخاصة بمجتمعهم، فإذا ما أحسوا أن الجماعة لن تعارض فلن يقاوموا أو يرفضوا التغير. ولكي تكون المناقشة الجماعية صالحة يجب أن تشبع بعض الجوانب النفسية التالية:

لا يسيطر القائد على الجماعة وعليه أن يساعد فقط في المناقشة، ويوضح بعض النقاط ويلخص الأفكار النهائية.

– يجب أن يحترم كل عضو في جماعته، ويشجع على أن يأخذ جانب من المناقشة.

– يجب أن تضع الجماعة خطتها للعمل، وتحدد أهدافها المبتغاة المراد تحقيقها. والطرق الجماعية تتضمن ما يلي:

1. تصنيف المجتمع مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة والمراكز الصحية الريفية وفئات القيادات الخارجية.

2. اجتماعات للمناقشة كما هو معمول به في اجتماعات مجالس الآباء والمدرسين واجتماعات مجالس إدارة الجمعيات العامة والخاصة.

3. تنظيم المجتمع ويعتبر ذلك مفيدا للغاية في مجال التثقيف الصحي، ذلك عن طريق القيام بمشروعات الرسالة الصحية والإجتماعية، حيث يمكن التركيز على بعض المشاكل الملحة ذات الأولوية المتصلة برعاية الأمومة، الطفولة، الصحة المدرسية وتنظيم الأسرة، ومشاكل تلوث البيئة[1].

ومن الواضح أن مشاكل الصحة والمرض إنما هي مشاكل المجتمع كله بجميع أفراده الأصحاء والمرضى في كل ركن من أركان المجتمع وفي أوقات السلم والحرب على السواء.

وإذا كان توفير الخدمات الوقائية والعلاجية ذاتها هو من مسؤوليات الأجهزة الصحية، فإن توعية الناس بما يؤدي إلى حسن استفادتها من هذه الخدمات إنما هي مسؤولية الأطباء ومساعديهم، وهي أيضا في نفس الوقت مسؤولية غيرهم من قيادات المجتمع[2].

الناتج النهائي لأي عملية يتناسب طرديا مع الإمكانيات المتاحة لها كما ونوعا. والهدف الأساسي للتثقيف الصحي هو سعادة الفرد والمجتمع عن طريق التنمية الصحية ذات الإنعكاس المباشر على التنمية الإقتصادية والإجتماعية، لذلك فإن هذه العملية لا تحتمل أن يترك أمرها للعفوية والإرتجال، بل يجب توخي الأسلوب العلمي

[1] ، [2]– نفس المرجع السابق، ص ،ص: 196 ،197 .

من حيث تخطيط وإعداد ،تنفيذ ،متابعة وتقييم أنشطة برنامج التثقيف الصحي في حدود إقتصادية مرتبطة بسياسة الدولة وما يلائم مختلف المستويات الحضارية والثقافية بقطاعات الشعب في المجتمع.

مما سبق يمكن القول أن الإتصال المباشر بنوعيه الفردي والجماعي ذو تأثير قوي اذا نظم بالشكل الصحيح وتم الإعداد له بشكل مناسب من حيث المكان والوقت والأشخاص المستفيدين، ويعتمد على شخصية من يقدم المعلومات وأسلوبه ومهارته ومستوى تدريبه.

**3-2-الإتصال غير المباشر:**

يتم هذا الأسلوب بإستخدام وسائل التواصل كوسيط لتقديم آراء حول التثقيف الصحي الموجه إلى الناس مثل: وسائل الإعلام (المذياع، الصحف، الملصقات، الأفلام السينمائية الثابتة والمتحركة، والمعارض...).

أ. **المصورات والملصقات :** تشتمل على فكرة واحدة، بحيث يتم تعليقها في أماكن بارزة وواضحة، هدفها تعليم المواطنين أساس الممارسة الصحية السليمة.

**ب. المترشح :** صور أو لافتات تستخدم في المحاضرات والندوات عن طريق الأجهزة مثل:( الأوفر هيد بروجيكتر).

**ج. الأفلام الثابتة:** صور شفافة وفوتوغرافية وبيانات وخرائط ورسومات يدوية.

**د . المعارض:** تشتمل على مجسمات ورسومات ولوحات وأدوات ونماذج تتعلق بقضايا صحية.

**هـ-. الوسائل السمعية والبصرية(المذياع،التلفاز):** تعتبر من أفضل وسائل الإعلام والتثقيف الصحي لإستخدام غالبية الناس لها، مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة، والوضوح في الصورة بالإضافة لإختيار الوقت المناسب لبثها. فكرة الإرتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدّخل يهدف إلى مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية والإبتعاد عن السلوكيات السلبية، أما بالنسبة للعامة من غير المختصين فإن الإرتقاء يتضمن توفر المعلومات التي تساعد الناس على تطوير نظام صحي والمحافظة عليه وتوفر المصادر والوسائل التي تساعد الناس على تغير العادات السيئة الضارة بالصحة، لذلك تعتبر وسائل الإعلام فيمكن لها أن تساهم بالإرتقاء بالوضع الصحي من خلال البرامج التثقيفية التي تبيّن للناس المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة.

**و -المطبوعات:** الكتب، النشرات، الصحف، المجلات، ويجب أن تكون معلوماتها بسيطة ومفهومة وأسلوبها شيق حتى يسهل قراءتها وإستيعابها[1].

[1] - حسين حمدي، **مقدمة** في **دراسة وسائل وأساليب الاتصال**، دار الفكر العربي، القاهرة، 1987، ص: 24.

ز-**الأفلام السينمائية المتحركة:** تعتبر من أنجح وسائل الإتصال بالمواطنين وخاصة المتنقلة، لما تتضمنه من عناصر جذابة، ويفضل أن يكون الفيلم ملائما لبيئة الأفراد وواقعهم لذلك يقوم المثقف الصحي بالتعقيب والشرح لما تم مشاهدته[1].

ح-**الوسائل التعليمية:** يمكن إبراز دور المدرسة في عملية التثقيف الصحي بما يلي:

- تعاون المدرسة والوالدين لنقل التوعية الصحية الى البيت.

- تعاون المدرسة مع المؤسسات الصحفية في إقامة المعارض والندوات، وتشكيل اللجان الخاصة بالتوعية.

- قيام الطلبة بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النماذج والملصقات.

- إشتراك المعلمين بمجالات مكافحة الأوبئة، والأمراض السارية.

- تعليم الطلاب كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية، الإسعافات الأولية.

**4 -مجالات التثقيف الصحي:**

**4-1-التثقيف الصحي العام:**

يعني التثقيف الصحي الموجه للمجتمع ككل، وبكافة قطاعاته ويعد من أهم مجالات التثقيف فتعتبر الوسائل المستعملة فيه من مذياع أو تلفاز وغيرها من الوسائل الإعلامية تصل إلى أغلب أفراد المجتمع الموجه له التثقيف من جهة ومن جهة الإطلاع على المشاكل الصحية الدائمة والأولويات منها، لهذا يجب الوفاء بإحتياجات كل الفئات في المجتمع.

من الأولويات الصحية هو حسن إختيار المادة الملائمة وإستعمال اللغة التي يفهمها الناس، ولابد من إنتقاء الطريقة أو الوسيلة المناسبة لكل مجتمع، فالمجتمع البدوي أي القروي يحتاج لأساليب تختلف عن تلك التي تناسب مجتمع المدينة[2].

---

[1]- نفس المرجع السابق ، ص :25 .

[2]- عامر العوضي ، **التثقيف الصحي أداة التعزيز الصحة** ، مجلة تعريب الطب ، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية الكويت ، ع 3، ص : 72.

**4-2-التثقيف الصحي الغذائي:**

يعتبر الغذاء من أهم العوامل التي تؤثر سلبا أو إيجابا عل الحياة الإنسانية، فالإفراط والتفريط في التغذية يؤديان إلى مشاكل صحية، فقلة غذاء الأطفال والأمهات يؤدي إلى ضعف المناعة والنمو، أما الكبار فنقص

الغذاء يؤثر على أدائهم وإنتاجيتهم .

ولأهمية هذا الأخير وما يترتب عن الإفراط والتفريط فيه كان لابد أن يخصص له تثقيف صحي قائم بذاته.

**4-3-التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين:**

يعتبر التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين أمرا لازما في المؤسسات الصحية جميعها من مستشفيات ومراكز صحية، فهو جزء لا يتجزأ من عمل أي مستشفى أو مركز صحي إضافة إلى أنه حق من حقوق المريض أن يقدّم له العلاج. فمن حقه أيضا أن يقدم له النصح والتوعية الصحية اللازمة وأن يزود بالمعلومات التي تفيده[1].

هناك أسباب كثيرة تدعو للحرص على هذا التثقيف الصحي أولها أن الفرصة مواتية ومتاحة لمثل هذا النشاط حيث أن المرضى والمراجعين يأتون بأنفسهم لهذه المؤسسات الصحية مما يسهل الإتصال بهم.

**4-4- التثقيف الصحي في المنزل:**

يعتبر مكانا مثاليا للتثقيف الصحي لأن أصحاب البيت من صغار وكبار يشعرون بالطمأنينة والأمن والراحة في بيوتهم، ويوفر فرصة جيدة لإعطاء الأسر الذين لا يحبون الذهاب للمستشفى أو المركز الصحي ككبار السن، كما يوفر الظروف الواقعية للتوعية حيث يمكن ربط رسالة التثقيف الصحي بمستوى الأسرة الإجتماعي والإقتصادي.

---

[1]، [2]- الصباغي ز، **زاوية الرعاية الصحية الأولية ، التثقيف السهل الممتع**، وزارة الصحة ، ع 73 ، الرياض،2000،ص،ص : 10 ، 11 .

## ثانيا: الوعي الصحي والسلوك الصحي:

### 1 –تعريف الوعي الصحي:

إن مفهوم الوعي الصحي يعني تثقيف الأفراد وإثارة وعيهم بغرض تغيير سلوكهم وعاداتهم الصحية من أجل المساهمة في تطوير الوعي الصحي مثل ممارسة الرياضة والتغذية والعادات السليمة، كما أن مسألة الوعي الصحي والنجاح في تأسيسه لدى الأفراد له علاقة وثيقة بتشكيل جانب مهم في شخصيتهم، وإن ممارسة الأنشطة الصحية تعمل على الوقاية من أهم الأمراض العضوية مثل السكري وأمراض القلب والسمنة. بإعتبار أن الجانب الصحي يشمل جانبين أساسين هما: الثقافة الصحية والتي تتمثل في إكتساب المعارف المعلومات الصحية، والوعي الصحي الذي يتمثل في ممارسة وتطبيق تلك المعارف والمعلومات في الواقع العملي[1] .

ويعرف عليوة سنة1999 الوعي الصحي على أنه ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد، في حين عرفه قنديل سنة 1990 بأنه السلوك الإيجابي الذي يؤثر إيجابيا على الصحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية المتكاملة والتي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكاناته.

والوعي الصحي مفهوم يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأيضا إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي إطار آخر يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقتناع، ويعني أيضا هو تحول تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلاشعور أو تفكير[2].

بمعنى آخر يقصد به الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه، لا أن تبقى المعلومات الصحية كثقافة صحية فقط.

والهدف من الوعي الصحي في أي مجتمع من المجتمعات يتضح من خلال المسلك الذي يسلكه أفراد

[1] ،[2]- بهاء الدين سلامة، **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001، ص، ص: 18 ،19.

المجتمع من أجل نشر الوعي الصحي يتضح من خلال النقاط التالية:

أ- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد ألموا بالمعلومات المتصلة بالمستوى الصحي في مجتمعاتهم، وان يكونوا قد ألموا بالمشكلات الصحية والأمراض المعدية التي تنتشر في مجتمعهم ومعدل الإصابة بها وأسبابها وطرق إنتقالها وأعراضها وطرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها.

ب -أن يكون أفراد هذا المجتمع قد فهموا وأيقنوا أن حل مشاكلهم الصحية والمحافظة على صحتهم، وصحة مجتمعهم فهي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية، فالإنسان نفسه يعتبر موطنا للمرض لنفسه أو لغيره، وإصابة فرد واحد بمرض معين أو إنتشار أي مرض في المجتمع أساسه أصلا تصرف غير صحي لفرد أو أكثر، والمجتمع الذي نريد الوصول إليه بنشر الوعي الصحي بين مواطنيه هو مجتمع يتبع أفراده الإرشادات والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم وممارساتهم بدافع من شعورهم ورغبتهم ويشتركون إشتراكا إيجابيا في حل جميع مشكلاتهم الصحية[2] .

ج -أن يكون أفراد هذا المجتمع قد تعرفوا على الخدمات والمنشآت الصحية في مجتمعهم، وتفهموا الغرض من إنشائها وكفاءتها، وإذا وجدوا أو رأوا أنها غير كافية أو غير مجدية يبذلون كل الجهد في سبيل إنشاء مشروعات صحية جديدة.

**2-مكونات وجوانب الوعي الصحي:**

**2-1-مكونات الوعي الصحي:**

من أهم مكونات الوعي الصحي مجموعة من المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا المشكلات الصحية والأمراض المزمنة، فمكافحة ذلك يعتمد على تغير أنماط حياة وعادات الأفراد السلوكية في مجالات محددة، وحجر الأساس في هذا التغير وهو المعرفة والتي تعني المعرفة الأولية بالعوامل والمسببات التي تؤدي إلى هذه المشكلة الصحية.

والمعرفة الصحية تعني مجموعة المعلومات والخبرات التراكمية التي يحصل عليها الفرد من المصادر الموثوقة حول الحقائق والآراء الصحية والتي تشكل عاملا في الوقاية من المرض[1].

[1]- نفس المرجع السابق، ص 19.

**أ-مصادر المعرفة الصحية:**

- التلقي وهو وصول المعرفة إلى الإنسان نقلا عن مصادر أخرى غير الشخص نفسه منقولة من مصادر مختلفة.

- الملاحظة وهي التي يتوصل إليها الإنسان من الواقع مباشرة بحواسه الخمس.

- التجربة وهي التي من خلال التجارب المرضية التي يمر الإنسان أو غيره وتصب في مخزونه المعرفي فيوظفها للتعرف على الأمراض المستقبلية من خلال الأعراض المرضية السابقة[1].

**2-2-جوانب الوعي الصحي:**

ينبغي أن تشمل عملية التوعية الصحية جميع مجالات الحياة فلا تقتصر على جانب واحد دون غيره فيتعين أن يوفرها المنزل، وهنا تقع على الأم بالذات مسؤولية كبرى في غرس القيم والأداب الصحية في

أبنائها، وتعودهم على السلوك الصحي، و الإلتزام بالنظافة الشخصية والعامة، لذلك على كل المؤسسة أن تلتزم على أداء رسالتها في نشر الوعي الصحي بين طلابها بحيث يشبون على العادات الصحية الجيدة.

وبالمثل فإن لكل من الجامعة والمؤسسات الإعلامية ومؤسسات العمل والإنتاج دورا رئيسيا في بث الوعي الصحي وغرسه وترسيخه وتأصيله في نفوس أبناء المجتمع، بل إن المجتمع برمته مطالب بإن يساهم في نشر الوعي الصحي، وتدريب الناس على الإلتزام بالقواعد الصحية السليمة.

ومن هنا فإن رسالة الوعي الصحي لا يمكن إلقاء مسؤوليتها كلية على المؤسسات الطبية في المجتمع وحدها، إذ لابد من تظافر جميع القوى وتعاونها في هذه المهمة الخطيرة، وأن وسائل التثقيف الصحي لابد أن تتسم بالعمق والشمول، ولا تقتصر على جانب واحد، فإن ما تقدمه المدرسة في هذا الصدد مثلا يهدمه البيت[2].

---

[1]، [2]- علي بن الحسين، **مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثاني ثانوي طبيعي وعلاقته باتجاهاتهم الصحية في المدينة المنورة**، جامعة القرى، السعودية، 1990، ص، ص: 50 ،53 .

إن وسائل نشر الوعي الصحي وتأصيله لا يمكن أن يقتصر على مجرد وسيلة كإصدار نشرة طبية أو وضع ملصقة أو إذاعة برنامج، وإنما لابد أن تشمل كذلك إلى جانب القدوة الحسنة والمثال الطيب الذي يقتدى به.

**3- أهمية وأهداف الوعي الصحي:**

**3-1-أهمية الوعي الصحي:**

للوعي الصحي أهمية كبيرة في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وذلك لأن المجتمع القوي الصحيح يكون من أفراد أقوياء، وتزداد أهمية الوعي الصحي في هذا العصر بالذات بحكم ازدياد الكثافة السكانية في معظم المجتمعات، وإنتشار التلوث البيئي بسبب المصانع والبواخر وزيادة عدد السيارات وما إلى ذلك من آليات تلويث البيئة بما تخرجه من مواد ومخلفات سامة، إضافة إلى العديد من العوامل التي تسبب أمراضا خطيرة كالسرطان[1].

ويتطلب التقدم الهائل الذي أحدثته العلوم الطبية من حيث أساليب الوقاية والعلاج إزدياد وعي الناس الصحي وإلمامهم بالإمكانيات والخدمات التي توفرها الدولة في المجالات الطبية، فالوعي الصحي يؤدي

إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسديا، ولا يخفي أثر طيب في توفير ما قد ينفق من المال العام على الأمراض ومكافحة الأوبئة[2].

**3-2-أهداف الوعي الصحي:** من خلال الوعي الصحي يمكن:

-زيادة وعي الفرد تجاه الأمراض.

-لفت أنظار الناس إلى أهمية الحفاظ على أنماط الحياة الصحية وممارسة الرياضة حيث أن السمنة هي بداية إنتشار جميع الأمراض.

-مكافحة العديد من العادات السيئة كمكافحة ظاهرة التدخين وغيرها من العادات الضارة لما لها من تأثير سيئ على الفرد والمجتمع.

---

[1] - نفس المرجع السابق، ص 54.

[2] - حاسم عامل المراباتي ،**الوعي المعرفي والتنمية المستقبلية**، مجلة آداب البصرة ، ع 42 ، القاهرة ، 2007 .

– إيجاد طريقة فعالة لتوصيل معلومات صحية لعامة الناس بطريقة سهلة وواضحة.

– التدريب الوقائي[1].

**4–تعريف السلوك الصحي:** توجد عدة تعاريف للسلوك الصحي من بينها:

**4–1–تعريف فوشمان:**

يرى أن السلوك الصحي يتمثل في عزو الفرد لمعتقداته، وتوقعاته، اندفاعاته، وإدراكاته لعناصر معرفية وشخصية أخرى، التي من شأنها أن تساعد في الحفاظ على الصحة، تجديدها وتحسينها.

**4–2– تعرف سرافينو:**

هو أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة. ويعود السلوك الصحي إلى نشاطات الأفراد، الجماعات، المنظمات لتحسين إستراتيجيات المواجهة للمرض، وتعزيز وجودة الحياة فهو تصورات إجتماعية، نفسية وإقتصادية حول أشكال سلوك الإنسان يوضع لتحفيز وتحريض الفرد والجماعة لتحسين صحتهم، الوقاية من المرض والتشخيص أو الشفاء من المرض.

ويلاحظ اتفاق قوشمان وسرافينو على أن السلوك الصحي يهدف إلى الحفاظ على الصحة، من أجل الوقاية وتحسين الصحة لهذا يمكن القول أن السلوك الصحي هو كل سلوك يمارسه الفرد بناءا على إعتقاداته إدراكاته وتوقعاته بهدف الحفاظ على الصحة، الوقاية من المرض، التشخيص، تحسين وترقية الصحة.

**5–محددات وأنماط السلوك الصحي:**

**5–1–أنماط السلوك الصحي:** قسم سرافينو sarafino السلوك الصحي إلى:

**أ–البعد الوقائي:** يتضمن الدراسات التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بإنتظام لإجراء الفحوصات الدورية[1].

[1] - نفس المرجع السابق .

**ب-بعد الحفاظ على الصحة:** يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد بالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوح بها.

**ج-بعد الإرتقاء بالصحة:** يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد والإرتقاء بها إلى أعلى المستويات من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم.

**5-2-محددات السلوك الصحي:**

يمكن تقسيم العوامل المحددة للسلوك الصحي إلى عوامل شخصية وعوامل محيطية، وعوامل متداخلة وتتمثل في:

**أ-المحددات المحيطية:**

المحيط الفزيائي: الجو، الماء، المناخ، الأرض، الضوضاء، البرق، العوامل الحرارية، البرودة المعتدلة التي تؤثر في الصحة والسلوكيات الصحية.

المحيط الإجتماعي: زملاء العمل، الأصدقاء، البنية الإجتماعية والجمعيات التي تؤثر في الصحة والسلوك الصحي.

المحيط المهني: الثقافة، المعايير، السياسات، القيم والعوامل المساندة، مواقع العمل التي تشجع أو تعلق السلوكيات الصحية وتؤثر في الحالة الصحية بعدة طرق مختلفة، والمساندة العائلية الصحية وسلوكيات أخرى تكتسب وتشجع في الأسرة.

محيط الجماعة: سياسات الجماعة، التنظيم المنفذ، الأحداث الثقافية التي يمكن أن تؤثر في السلوكيات الصحية وبعض الحالات الصحية[2].

**ب -العوامل الشخصية:**

الوراثة: تحدد نسبيا، كنوع الجسم المقاوم لبعض الأمراض، إضافة إلى الوظائف الأخرى الخاصة بالجسم.

---

[1] - عبد الحق واخرون، **مستوى الوعي الصحي لدى طلبة النجاح الوطنية وجامعة القدس**، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، ع 67، القاهرة، 2012.

[2] – نفس المرجع السابق .

الصحة العقلية: مستويات الصحة العقلية والتكيف الجيد تؤثر في الإتجاهات الصحية الجسمية للفرد.

المعرفة: الوعي بالمشاكل الصحية وأهميتها، من أجل تغيير أسلوب الحياة ليتضمن الصحة الجسمية للفرد.

الإتجاهات: معتقدات الفرد وأحاسيسه سواء صحيحة أو لا، قد تؤثر في السلوك الصحي والحد الأقصى للصحة.

الممارسة / المعايير: هي السلوكيات والمعاير المنتشرة في الجماعات التي تؤثر في سلوكيات العاملين وأعضاء الجماعة.

المهارات: النجاحات المتعددة تساعد الأفراد في تبني أو الحفاظ على السلوكيات الصحية من خلال تطوير المهارات.

إن فهم هذه العوامل المحيطية والشخصية التي تؤثر في الصحة والسلوك الصحي، يمكن مساعدة في تطوير تخطيط برنامج أكثر واقعية لترقية الصحة والوقاية من الأمراض المنتشرة لدى الراشدين والشعوب. كل هذا من أجل بناء برنامج أكثر فعالية لتحسين الصحة بالأخذ بعين الإعتبار العوامل المؤثرة في السلوك الصحي كعوامل تكاملية، إذ أنها تعمل معا في تحديد مستوى الحالة الصحية للفرد فمثلا: طفل

يولد وله إستعداد وراثي للسكري " عامل شخصي " إذا أصيب بصدفة كالتسريح من العمل " عامل محيطي " قد يظهر المرض عنده[1].

## ثالثا: دور الوعي الصحي في انشاء التنمية المستدامة .

**1-الوعي الصحي بالأمراض غير السارية وأهداف التنمية المستدامة:** التزمت الحكومات في الوثيقة الصادرة في عام 2013 عن إجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بالإستعراض والتقييم الشاملين للتقدم المحرز في الوقاية من الأمراض غير السارية غير المعدية ومكافحتها، بما يلي[2]:

[1] – نفس المرجع السابق .

[2] – جمعية الصحة العالمية لتاسعة والخمسون " **الإستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة** جنسيا ومكافحتها 2006 .

مواصلة وضع سياسات عامة وخطط عمل في العديد من القطاعات وتعزيزها وتنفيذها لتعزيز التثقيف الصحي والتوعية بالأمور الصحية، مع التركيز بصفة خاصة على المجموعات السكانية ذات الوعي

الصحي المتدني أو التي تعاني من عدم الوعي بالأمور الصحية. وقد جاء هذا الالتزام في أعقاب إلتزام أخر مماثل في الإعلان السياسي لعام 2011 الصادرة عن إجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة الرفيع المستوى المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وترد التوجيهات المتعلقة بكيفية الوفاء بتلك الإلتزامات المقطوعة في عام 2011 – في سياق وضع برامج وطنية لمكافحة الأمراض غير السارية في خطة العمل العالمية للمنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية، وقد ظهرت التحذيرات الصحية المصورة وخصوصا الموضوعة منها على علب منتجات التبغ " بما فيها أشد الأضرار " ، وأنها تتصدى في الوقت نفسه للتحديات المجابهة في مجال إذكاء الوعي ، وخاصة فيما بين فئات السكان الأدنى وعيا والأطفال والشباب، وغالبا ما تستهدف دوائر صناعة التبغ تلك الفئات نفسها إستهدافا غير متناسب من أجل توسيع نطاق أسواقها ومستهلكي منتجاتها ، لذلك فإن وضع التحذيرات والرسائل الصحية الجيدة التصميم ، على علب منتجات التبغ هو من التدابير السياسية الهامة والمجرية لإذكاء الوعي العام بالأضرار الصحية المترتبة من تعاطي التبغ والحد من إستهلاكه والتصدي لتفاوتاته الصحية[2].

ويؤدي إستخدام التحذيرات الصحية المصورة على منتجات التبغ إلى إذكاء وعي الناس صحيا بالأضرار المترتبة على تعاطي التبغ إلى تحقيق فوائد تتعدى مجال الصحة، وذلك في ضوء العلاقة المتعددة الإتجاهات القائمة بين تعاطي التبغ وأهداف التنمية المستدامة التي تتعدى مجال الصحة في حد ذاته.

وإضافة إلى تحسين الصحة، فإن تلك الفوائد تشمل ما يلي: تقليل إحتمال الوقوع في الفقر " الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة " ، وتحويل إنفاق الأسر من منتجات التبغ إلى الأطعمة المغذية " الهدف 2 من أهداف التنمية المستدامة " منع الفتيات والفتيان من التغيب عن الدوام المدرسة لرعاية أقاربهم المرضى أو تعويض الدخل المفقود من خلال إيجاد عمل " الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة " ، تعظيم إستفادة الفقراء من التحذيرات الصحية المصورة في إطار تقليل التفاوتات وهذا الهدف 4 ،.يجرى وضع[1]

[1] - نفس المرجع السابق .

التحذيرات المصورة على منتجات أخرى مضرة بالصحة ، ومن المتوقع أن تعود بفوائد مماثلة في إطار بلوغ مختلف أهداف التنمية المستدامة ، وإعتمدت اكواردور مثلا إشارات المرور الضوئية في توسيم[1]

الأغذية، بينما قامت مدينة نيويورك بنشر رسوم تحذيرية من واجبات المطاعم الحاوية على كميات مفرطة من الصوديوم.

**2-الوعي الصحي بشؤون الصحة الجنسية والإنجابية وأهداف التنمية المستدامة:**

بإمكان تزويد الفتيات بالمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية ، خصوصا عند تزويدهن بها عند الاقتران مع تدابير إقتصادية تكميلية قبيل تحويل المبالغ النقدية، أن يدعمهن في مجال تأخير بدء النشاط الجنسي وإختيار شركاء " أقل خطورة " وحماية أنفسهن أثناء ممارستهن للجنس، وهو أمر يمكن بدوره أن يحد من خطر تعرضهن للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وفيروس الهربس البسيط من النمط 2 وغيرها من الأمراض المنقولة جنسيا ويحول في الوقت نفسه دون حدوث حالات الحمل غير المرغوب فيها ووقوع الوفيات بين صفوف الأمهات جراء حملهن في سن مبكر، ويعود أيضا تحقيق مستويات أعلى من الوعي هو شكل من أشكال التمكين ، ولاسيما في الحالات التي تقلل فيها العلاقات القائمة على السلطة مثل "إنعدام المساواة بين الجنسين " من قدرة فئات معينة على الوصول إلى المعلومات.

ويوجد العديد من المسارات المحتملة التي يمكن أن تؤدي من خلالها إدخال التحسينات على الوعي الصحي بشؤون الصحة الجنسية والإنجابية إلى الإسهام في تحقيق المساواة بين الجنسين، وذلك بوسائل من قبيل مساعدة الفتيات في المواظبة على الدوام بالمدرسة وتضييق فجوات التعليم بين الجنسين، وتحسين فرص النمو الإقتصادي في المستقبل ويمكن أيضا من خلال تعزيز سبل الحصول على وظائف أفضل وتأخير الحمل[2].

كما يساعد الوعي الصحي بشؤون الصحة الجنسية والإنجابية على كسر أغلال الفقر بين الأجيال.

[1] – نفس المرجع السابق .

[2] – منظمة الصحة العالمية، خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمرض الغير **السارية** ومكافحتها 2012– 2020 .

**3-دور الحكومات في إذكاء الوعي الصحي:**

يمكن إذكاء الوعي الصحي بواسطة توفير المعلومات والتواصل الفعال والتعليم الممنهج، ولا تزال معظم التدخلات المنفذة في مجال التواصل والتثقيف الصحي تركز على صحة الأشخاص وأنماط حياتهم. لذلك ثمة حاجة فعلية إلى تطوير تلك التدخلات وتنفيذها وتقييمها لتحسين المعارف والفهم والقدرة على العمل بشأن المحددات الإجتماعية والإقتصادية والبيئية للصحة[1].

وبإمكان الحكومات أن تعزز دورها القيادي في ميدان وضع السياسات المتعلقة بإذكاء الوعي الصحي وتنفيذها من خلال توفير التمويل المستدام وإقامة المشاريع الخاصة وتنسيق العمل عبر مختلف القطاعات لترصد الوعي الصحي. ويكتسي إذكاء هذا الوعي وقياسه" من حيث مصدر القوة والإحتياجات على حد سواء"، أهمية خاصة في المناطق الأكثر فقرا، بحيث تتمكن بفضله الفئات الضعيفة من السكان في الإنخراط في إتخاذ إجراءات تحسين الصحة في وقت مبكر وبشكل مستدام، سواء في مجال الوقاية من الإصابة بالحالات المرضية الحادة والمزمنة أم في مجال تحسين العلاجات الناجحة والشافية. كما سيؤدي تعزيز عملية صنع القرار على نحو تشاركي وتمثيلي بشأن إذكاء الوعي الصحي وتحقيق الإنصاف على جميع المستويات إلى تدعيم عمل الأفراد والمجتمعات المحلية بشأن الصحة. ومع أن من المرجح أن تكون التدخلات المتعلقة بالوعي الصحي محددة بالسياق السائد إلى حد كبير، فإن بإمكان عملية ونتائج تنفيذها تمكّن صناع القرار في مختلف القطاعات الحكومية من تحسين فهمهم لأهمية الوعي الصحي بالنسبة إلى مجال الصحة والى الأغراض الأساسية لقطاعهم على حد سواء، وهو أمر يمكن أن يعزز الإلتزام بالعمل عبر مختلف القطاعات، وخاصة من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة[2].

**4-سبل المضي إلى الأمام: خطة بشأن السنوات الخمس المقبلة:**

**4-1-الحكومات:** تتولى وضع سياسيات وخطط بشأن إذكاء الوعي الصحي، بوسائل منها توفير التمويل المستدام وتنفيذ التدخلات المنهجية والترصد والعمل عبر مختلف القطاعات، من أجل تحقيق أوضاع

[1] ،[2]- قرار من الأمانة 2015 **المساهمة في التنمية الإجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة** (متابعة المؤتمر العالمي بشأن تحسين الصحة) الوثيقة 27.

مرضية للجميع والوفاء بالإلتزامات المقطوعة لتزويد الناس بأحدث المعلومات الدقيقة وعبر المنحازة بفعل تأثيرها تأثرا غير مسوغ بقطاعات غير قطاع الصحة

**4-2-فئات المجتمع المدني:** تعمل هذه الفئات معا على جمع الخبرات والتجارب والقدرات للإستفادة منها في الجهود المبذولة بشأن التواصل فيما بين المجتمعات المحلية، وإذكاء وعيها الصحي في جميع أنواع الأوساط وطوال العمر.

4-**3-وسائط الإعلام " بما فيها وسائط الإعلام الإجتماعية ":** تقوم هذه الوسائط مقام منصة هامة لبعث الرسائل المتعلقة بإذكاء الوعي الصحي، وتسخير المثالية والحماس للذين يتمتع بهما الشباب وإستفاء عتبة أخلاقية في هذا المضمار يتحقق بموجبها من دقة المعلومات دعما لإعمال حق الناس في الصحة، بدلا من تحركه[1].

**4-4-المؤسسات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة:** تقوم بوضع مبادئ توجيهية وأدوات بشأن التدخلات المتعلقة بإذكاء الوعي الصحي وقياس مستواه، ودعم الحكومات في مجال دمج موضوع إذكاء الوعي الصحي في مختلف القطاعات وبمختلف الوسائل، منها الأمين العام للأمم المتحدة بشأن التعميم والتسريع ودعم السياسات من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة 2.

**4-5 -زعماء المجتمعات المحلية:** يتولى هؤلاء الزعماء تأمين الإتصالات أثناء وقوع المخاطر، خصوصا في أوقات الأزمات، مثلما جرى مؤخرا في الإستجابة لفيروسي الايبولاوزيكا. ويسلم إطار المنظمة الخاص بالإجراءات القطرية عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة بأهمية " تدريب الزعماء على تقنيات دعم المجتمعات المحلية المستنيرة وتمكينها.

**4-6-مؤسسات البحوث والمؤسسات الأكاديمية:** تتولى هذه المؤسسات وضع تحسين أساليب قياس مستوى الوعي الصحي، وتقديم بيانات تثبت النجاح من الأعمال وسياقات نجاحها والأساليب التي تقف وراء نجاحها[2].

[1] -Rima rudd . . [**The Evolving Concept Of Health Literacy. New Directions for Health Literacy Studies]** Journal of Communication in Healthcare .London,2015, P; 7.
[2] -ibid , p :9 .

**خلاصة:**

تغير مفهوم التثقيف الصحي بمفهومه القديم المنحصر على إرشاد المرضى عن كيفية تناول الأدوية والإمتناع عن بعض الأطعمة، بهدف تحسين الحالة الصحية للمرضى لكنه غير كافي، فتطور وأصبح مفهوم التثقيف الصحي والاجتماعي أكثر عمقا وهدفه الأساسي هو رفع المستوى الصحي والاجتماعي للمجتمع، وبالتالي توسعت مجالاته وإدراك أهميته كأساس للوقاية من الأمراض والآفات الإجتماعية وذلك بضبط سلوك الفرد والفهم التام لمفهوم الصحة الحديثة لما يحمله من وعي وإهتمامه بالصحة الشخصية خصوصا للمرأة وهذا سبب بحثنا.

ممارسة التثقيف الصحي له دور كبير في التأثير على حياة الفرد وتغيير اتجاهاته وسلوكياته لما يحمله من أثر بالغ في مكافحة الأمراض، فهو فرصة ملائمة لإرشاد المجتمع والأفراد وتوعيتهم بطرق الإصابة أو العدوى وغيرها من الآفات، كما يجب أن يؤكّد من خلال برامجه المبرمجة حكوميا من أجل ترسيخ الأخلاق الفاضلة وإتباع السلوك السوي لحياة أفضل.

**الفصل الرابع : سرطان الرحم .**

**تمهيد :**

**أولا : السرطان.**

**ثانيا : سرطان الرحم .**

**ثالثا : أنواع سرطان الرحم .**

**خلاصة .**

**تمهيد:**

سرطان الرحم من أخطر السرطانات في العالم لما له من خطورة على المرأة إذ يعتبر أفتك الأمراض ومصنفا من أشدهم ضررا وتهديدا للنساء في العالم، فقد تطرقنا لهذا الموضوع في بحثنا هذا لجل العناصر التي تخدم الموضوع، إذ فتحنا هذا الفصل بنبذة تاريخية عن السرطان منذ ظهوره إلى يومنا هذا، مستدلين بتعريف علمي صحي له، وأيضا تناولنا أهم الأعراض التي تطرأ على المرأة عند الإصابة به بالإضافة الى العوامل المسببة لحدوثه مع تفصيل تام وشرح كافي.

وللسرطان أنواع مختلفة يختلف كل نوع عن الآخر بإختلاف النساء وإختلاف العوامل المسببة لحدوثه، أما بخصوص الطرق اللازمة لعلاجه وأهم الخطوات فتطرقنا له في جزء ذكر فيه كل طرق العلاج والإجراءات اللازمة للوقاية والحماية من كل سرطان حسب نوعه.

حيث ركزنا في بحثنا على السرطان من جانبه الواسع، ومن النطاق العالمي فقد تطرقنا لسرطان الرحم في العالم كإحصائيات.

في الأخير تناولنا أهم الإستراتيجيات المتخذة من طرف الهيئات المختصة تجاه سرطان الرحم للوقاية من هذا المرض، وسبل الحماية والعلاج والتقليل من حدته وانتشاره مستدلين بالمنظمة العالمية للصحة مثالا وأهمية التوعية والرعاية الصحية لهذا الموضوع.

## أولا: السرطان

### 1-نبذة تاريخية عن السرطان:

يعتبر السرطان من الأمراض التي أصابت الإنسان منذ قديم الزمان، وقد كان المصريون القدماء أول من وصف هذا المرض منذ آلاف السنين، كما وصفوا علاجه بالإستئصال الجراحي وكذلك الكي بالنار. ففي العصور القديمة إتصف المرض بالغموض الشديد، وإعتقد الناس أن سببه هو الإصابة بالأرواح الشريرة أو عقاب من السماء، كما إعتقد قدماء الإغريق أن المرض ينتج من إختلال سوائل الجسم، كما ساد الإعتقاد في العصور القديمة بأن المرض غير قابل للشفاء، ولكن حتى في تلك العصور لم تتوقف جهود العلماء عن كشف أسرار المرض ومحاولة علاجه بكافة الطرق[1].

[1]-سهيل سمعات، **الأمراض السرطانية والجراحة العنق والثدي**، منشورات جامعة سوريا، 1996 ، ص: 6.

ففي القرن العاشر الميلادي نصح ابن سينا بإستئصال الأورام كما إكتشف وسائل للتخدير عن طريق الفم كما وصف أبو القاسم الظهراوى في الأندلس العديد من الطرق الجراحية لإستئصال الأورام وقام بتصنيع أكثر من 100 آلة لإستخدامها في تلك العمليات، وقد كان الجراح البريطاني السير بيرسيفال بوت أول من أثبت في القرن الثامن عشر وجود علاقة بين عوامل البيئة والسرطان إذ لاحظ إنتشار سرطان الجلد بين العمال الذين يقومون بتنظيف المداخن وذلك نتيجة التعرض للقطران[1].

وقد كان لعصر النهضة( 1700–1500م) آثره الواضح في إنطلاق الفكر الإنساني وتطور العلوم، كما شهد القرن التاسع عشر إكتشافات علمية هائلة ساعدت الإنسان على الإنتصار في كفاحه المستمر مع مرض السرطان، فقد إكتشف العالم الألماني مولر (1838م) أن السرطان يتكون من خلايا تتكاثر بصورة غير طبيعية وبذلك أزح الستار عن طبيعية هذا المرض، وقد أدى إكتشاف التخدير وطرق التعقيم الحديثة إلى تطور كبير في جراحة السرطان، الآمر الذي مكن الجراح الأمريكي ويليام هالست يد (1891م) من إجراء الإستئصال الجذري الكامل لسرطان الثدي و سرطان عنق الرحم وأثبت لأول مرة أهمية ذلك في شفاء المرضى كما إكتشف العالم الألماني رونتجن ( 1895) أشعة اكس وإكتشفت مدام كوري بفرنسا (1898)الراديوم المشع وتم تطبيق تلك الإكتشافات فورا في تشخيص وعلاج مرض السرطان.

**ورب ضارة نافعة،** فقد تم إكتشاف العلاج الكيميائي للسرطان بمحض الصدفة نتيجة دراسة تأثير الغازات السامة (غاز الخردل) المستعملة في حرب العالمية الأولى (1919م) والثانية(1943م)، فقد لوحظ أن ذلك الغاز يسبب هبوطا حادا في عدد كرات الدم البيضاء للمصابين، الأمر الذي أدى إستعماله بنجاح في علاج سرطانات الدم والغدد الليمفاوية، ومنذ ذلك التاريخ توالت الإكتشافات لمئات من الأدوية الكيميائية ذات الفعالية الكبيرة في علاج السرطان، ولا يزال مجال الإكتشاف والإضافة مستمرا في المستقبل، وفي العصر الحديث تم اكتشاف العلاج البيولوجي والمناعي للأورام واستعمالهما كأسلحة إضافية وفعالة في علاج هذا المرض[1].

---

[1]- نفس المرجع السابق، ص: 8 .

[2]– عبد المنعم، **الأمراض المعدية والغدد الصم والسرطان،** المؤسسة للدراسات والنشر بيروت، ط1، بيروت، 1990، ص: 118 .

## 1- تعريفه:

هو عبارة عن انسجة منقسمة بدون حدود وهذه القدرات هي صفات الورم الخبيث على عكس الورم الحميد، والذي يتميز بنمو محدد وعدم القدرة على الغزو، وليس لهُ القدرة على الإنتقال كما يمكن تطور الورم الحميد إلى سرطان خبيث في بعض الأحيان[1].

يستطيع السرطان أن يصيب كل المراحل العمرية عند الإنسان حتى الأجنة، ولكنه تزيد مخاطر الإصابة به كلما تقدم الإنسان في العمر. ويسبب السرطان الوفاة بنسبة 13% من جميع حالات الوفاة ، يشير مجتمع السرطان الأمريكي ACS إلى موت 7.6 مليون شخص مريض بالسرطان في العالم فيعام2000 كما يصيب السرطان أشكال منه الحيوان والنبات على حد سواءفي الأغلب، يغزي ويحول الخلايا السليمة إلى خلايا سرطانية إلى حدوث تغييرات في المادةالجينية/المورثة .

وقد تسببت هذه التغيرات عوامل مسرطنة مثل: التدخين أو الأشعة أو مواد كيميائية أو أمراض مُعدية (كالإصابة بالفيروسات)، وهناك أيضا عوامل مشجعة لحدوث السرطان مثل حدوث خطأ عشوائي أو طفرة في نسخة الحمض النوويالدنا DNA عند إنقسام الخلية، أو بسبب توريث هذا الخطأ أو الطفرة من الخلية الأم[2]

### 3-التغييرات الجينية وأعراض السرطان:

#### 3-1-التغييرات الجينية في نوعين من الجينات:

أ - **جينات ورمية:**وهي جينات فاعلة في حالة الخلية السرطانية لإكساب الخلية خصائص جديدة، مثل الإفراط في النمو والإنقسام بكثرة، وتساعد الخلية السرطانية بالنمو في ظروف غير عادية.

ب - **مورثات كابحة للورم:**وهي جينات يتم توقيفها في حالة الخلية السرطانية لأنها تعارض تكوينه عن طريق تصحيح أي أخطاء في نسخ الحمض النووي، وتراقب الإنقسام الخلوي، وتعمل على إلتحام الخلايا وعدم تنقلها، كما أنها تساعد الجهاز المناعي على حماية النسيج[2] .

[1،2] – محمد هاشم، **أسباب الأمراض الخبيثة وطرق معالجتها**، دار المعارف، مصر، 2000، ص، ص :23، 24.

يتم تصنيف كل نوع من السرطانات حسب النسيج الذي ينشأ منه السرطان مكان السرطان Location وأقرب خلية سليمة مشابهة للخلية السرطانية هيستولوجية السرطان .Histologie يحدد تشخيص الحالة المصابة نهائياً عن طريق فحص إحصائي الباثولوجي لعينة أو خزعة Biopsie مأخوذة من الورم، على الرغم من إمكانية ظهور الأعراض الخبيثة للورم أو رؤيتها بواسطة التصوير الإشعاعي Radiothérapie

في الوقت الحالي يتم معالجة معظم أمراض السرطان وقد يتم الشفاء منها، هذا يعتمد على نوع السرطان، موقعه ومرحلته. وعند إكتشاف السرطان تبدأ معالجته بالجراحة أو بالعلاج الكيميائي Chimiothérapie والإشعاعي .Radiothérapieبفضل التطور البحثية، أمكن إنتاج أدوية قادرة على استهداف الخلايا السرطانية بتمييزها على المستوى الجزيئي مما يقلل من إحتمال إستهداف الخلايا السليمة.

**3-2-أعراض السرطان:** تُقسم الأعراض إلى ثلاثة أقسام:

**أ -أعراض موضعية** :تكون كتلة أو ظهور ورم غير طبيعي، نزيف، آلام وظهور تقرحات.بعض السرطانات قد تؤدي إلى الصفراء وهي إصفرار العين والجلد كما في سرطان البنكرياس.

**ب -أعراض النقلية:**تضخم العقد الليمفاوية، ظهور كحة ، وتضخم في الكبد وجع في العظام[1].

**ج -أعراض تظهر بجميع الجسد:** انخفاض الوزن، فقدان للشهية، تعب وإرهاق، التعرق خصوصا خلال الليل، حدوث فقر دم[2].

**د-الجهاز المناعي:** عجز الجهاز المناعي داخل الجسم عن مواجهة الخلايا الشاذة الحادة بالتطور والانتشار.

**4- العوامل المساعدة على ظهور السرطان :**

**4-1-العوامل الداخلية:**

-تعرض الحمض النووي بالخلية لعطل طارئ.

[1] -Finding Out About, **Word concer Research** Find 1999.Vu 10/03/2017 .
[2] - Deniau Alexander Et Autres, Tumeurs **Et Lésions Apparentées**, Presse Universitaire De France, Paris, 2001, P03.

-عامل الوراثة بالرغم من عدم ثبوته علميا، وطبيا إلا أن العلماء صنفوه من الأمراض الناتجة عن الوراثة إستنادا إلى أراء علمية وهي:

-أن السرطان ناتج عن خلل يصيب الجينات الوراثية التي يحملها المرء.

-أن جينات الخلايا لا يمكن تغييرها، مما يعزز إحتمال ظهور أورام سرطانية وراثية.

-أن الشفاء من السرطان يتحقق بإيجاد علاج فعال لأمراض الوراثية.

-تركيبة الجسم لاسيما لون البشرة إذ يعتبر الأشخاص الذين يتمتعون بلون بشرة فاتحة أكثر عرضة للإصابة بسرطان الجلد مقارنة مع ذوي البشرة السمراء.

-حمية ابشتاين بار المسببة لنشوء سرطانات بلعوميه أنفية.

-حمى إلتهاب الكبد المسببة لإصابة بسرطان الكبد.

-إلتقاط عدوى فيروسية تكون بداية لسرطان عنق الرحم.

-الإفراط في تناول الحليب ومشتقاته لربما من مسببات سرطان الثدي.

-السن والجنس يعتبر السرطان في الغالب داء أواسط العمر والشيخوخة فهو ناذر بين الأطفال والصغار البالغين (وإنما يزيد عن نصف جميع ضحايا هذا المرض هم ممن تجاوز الخامسة والستين) ويظهر السرطان بين النساء فتكون نسبة إصابتهن به بين سن 20 و40 سنة أكثر من إصابة الرجال بثلاث أضعاف[1].

بينما تكون الحالات السرطانية ينشد ما بين 50و80 نسبة بين الرجال أكثر مما هي عليه عند النساء وتبقى النساء على قيد الحياة فترة أطول من فترة بقاء الرجال، فإن معدلات وفيات السرطان الإجمالية بين الرجال ترتفع بينما هي في انخفاض مستمر عند النساء[2].

ولكن مستويات هذه المعدلات بدأت بالتقارب ويتوقع أنها ستزداد بين النساء في الأيام المقبلة نظرا لإزدياد إقبالهن على التدخين وتعرضهن للمخاطر المهنية.

[1]-Opcit , P 04 .

[2] - محمد طاء، العوامل **التي تسبب حدوث السرطان**، علم الاجتماع الطبي ط 3، بيروت ،2000، ص: 22.

السلالة والمنطقة في حين أن أخطر سرطان يكون مجملا أشد على السود مما هو على البيض. يلاحظ أن معدلاته تختلف حسب نوع السرطان، فتكون نسب حدوث السرطانات التالية بين البيض أعلى من نسب حدوثها بين السود سرطان القولون، المستقيم، الثدي، المثانة، جسم الرحم والمبيض بينما يصاب السود بنسب أعلى بسرطانات المريء ، المعدة، الرئة القصبة **وعنق الرحم.**

**4-2 -العوامل الخارجية:**

**أ-العوامل البيئية:**

- أشعة الشمس: من الشائع جدا أن التعرض لأشعة الشمس المباشرة، ولساعات طويلة يؤدي إلى الإصابة بسرطان الجلد الذي تظهر أعراضه على شكل بقع بنية، بارزة نوعا ما فوق مستوى الجلد الطبيعي.

-عامل التلوث: يعتبر تلوث الهواء من أهم العوامل المسببة للإصابة بالسرطان، نظرا لما تحمله من ملوثات بيئية كالبنزين الذي يدخل إلى الجسم عبر تنشق الهواء إلى جانب الماء إضافة إلى عوامل الوسط المهني الذي يشغله المرء.

و قد أثبت الأطباء و الخبراء أن هناك ما يعرف بالسرطانات الصلبة، التي تصيب الكبد والمعدة و سرطان الجراب هو ناجم عن تنشق سواد الدخان الكحول، وثبت علميا أن معظم المصابين بتشميع و تليف أكبادهم من المدمنين على شرب الكحول إلى جانب حالة مريضة تعرف بالبلهارسيا، التي غالبا ما تؤدي إلى الإصابة بسرطان الكبد، المثانة. والتدخين من أهم العوامل الخارجية المحفزة على الإصابة بسرطان الرئة والمثانة والبنكرياس وهي حالات شائعة بين المدخنين ولو تعمقنا أكثر في عامل البيئة وما تحمله من مواد سامة مسرطنة، لوجدنا أنها تنتقل عبر الهواء إلى الأوعية الشعرية داخل الخلايا ثم تنتشر في جميع أعضاء الجسم وأن هذه المواد السامة تنقسم إلى أكثر من نوع كل منها يحمل خطورته المتميزة عن المادة الأخرى[1].

[1]-Word Health Organization Net **Human Papilloma Virus And Related Cancer In Rwanda .**Genver, .Report2010.

### 4-3-العوامل الاجتماعية و الاقتصادية:

إن المستوى الاقتصادي لأي شعب من الشعوب يؤثر في الأحوال الصحية لهم وفي مدى تطوير الخدمات الصحية والعلاجية ومكافحة السرطان ومكافحة الفقر و الجهل والأمية، لأن ذلك ينعكس بنتيجة إيجابية على الحالة الصحية، ومن المعروف أن المستوى الاقتصادي في الكثير من بلدان العالم التي توصف بالنامية والمتخلفة سيء بدرجة لا تسمح بتحسين المستوى الصحي والمعيشي والغذائي لشعوبها التي تعاني من التلوث البيئي وتفاشي الأمراض والأوبئة المتعلقة بذلك.

كما يلاحظ أن الأشخاص الذين يعيشون في ظل الطبقات الاجتماعية، الاقتصادية المنخفضة يكونون أكثر عرضة لخطر الإصابة بهذا المرض، وقد يكونون منعكس للظروف المحيطة كالعمل في حرف(قذرة) وتعرض إلى المزيد من الأخطار البيئية وتوجد على أية حال بعض السرطانات تخص ذوي الدخل الأعلى منها على سبيل المثال سرطان الثدي[1].

### 5-أهم السرطانات التناسلية التي تصيب النساء في العالم:

هناك العديد من السرطاناتالتي تصيب النساء في العالم، من أهمها نجد سرطان المبيض الذي يحتل المرتبة الأولى بنسبة 23%ثم سرطان القناة البولية بنسبة16% لنصل في المرتبة الثالثة سرطان الرحم بنسبة14%عام 2012وهو موضوع دراستنا من حيث كيف يمكن للمرأة أن تتجنبه.

### 5-1-سرطان المبيض:

تبدأ خلايا المبيض في النمو بطريقة غير منتظمة، مؤدية إلى حدوث أورام المبيض الحميدة أو السرطانية. حيث معظم سرطانات المبيض تنمو في القشرة الخارجية التي تغطي المبيض، وبعضها تنمو في الخلايا التي تقوم بإفرازات البويضات والبعض الآخر ينمو في الأنسجة التي تقوم بإفراز الهرمونات. وتتمثل أعراضه في وجود ورم بالبطن مع الشعور بألم، انتفاخات، عسر الهضم، غثيان، نقص في الوزن الشعور بالضغط على المثانة والأعضاء الموجودة في منطقة البطن، ويصاحبها تغير في طبيعة حركة الأمعاء مثل إمساك وإسهال.

[1] ،[2]-هيام رزق معصومة علامة، **أسرار الشفاء من السرطان**، دار القلم، بيروت، بدون سنة، ص، ص: 11 ،12 .

التشخيص يكون بالفحص المهبلي وفحص المستقيم، البطن. عمل اشعة صوتية للحوض، وعمل منظار من خلال البطن واخد عينة تحت المجهر[1].

**5 -2 - سرطان القناة البولية:**

هو نمو غير متحكم به وغير منتظم للخلايا المبطنة للحالب او المثانة البولية، والذي ينتج عنه تراكم للخلايا مما يسبب انسداد للحالب. وتكون أعراضه وجود دم مع البول، الإحساس المتكرر بالحاجة إلى التبول، ألم في الظهر أو البطن مصحوب بتقلصات في الحالب، ضعف في قوة خروج البول مع حرقان شديد، أنيميا ونقص في الوزن، إجهاد سريع.

والتشخيص يكون بفحص البول، عمل أشعة صوتية للمثانة، عمل أشعة للبطن والظهر، عمل منظار للمثانة فحص عينة من الورم.

الوقاية: الابتعاد عن التدخين، علاج التهابات المسالك البولية، الحرص على عدم الإصابة بالبلهارسيا.

## ثانيا: سرطان الرحم

### 1 - تعريف الرحم:

الرحم عضو أجوف، يشبه الإجاصة في الشكل، ويبلغ قياسه حوالي ثلاث بوصات في الطول، وفيه ثلاث طبقات تعرف الطبقة الداخلية للرحم بإسم بطانة الرحم، تنمو وتثخن بطانة الرحم في كل شهر للتحضير لفترة الحمل، فإذا لم يحصل حمل تتدفق البطانة إلى خارج الجسم، وهذا ما يسمى بفترة الحيض، أما الطبقة الوسطى هي عضلة يمكن أن تنمو بشكل كبير لإستيعاب الحمل، أما الطبقة الخارجية فهي الغطاء الخارجي للرحم، والمعروفة بإسم الطبقة المصلية[2].

[1]-Htt // Glabocan .2008. Iac.Fr, vu; (12/03/20017).
[2] -Michel James،**La Gynécologie** , Presse Universitaire De France 2e Edition ,paris, 1984 ,p:5 .

**يتألف الرحم من ثلاث أجزاء:**

أ–قاع الرحم: هو الجزء العلوي من الرحم.

ب–جسم الرحم: هو الجزء الأوسط من الرحم وهو المكان الذي ينمو فيه الجنين ويبقى حتى الولادة.

والرحم قابل للتمدد في الحجم بشكل كبير، حيث تولد الطبقة الوسطى العضلية من الرحم تقلصات المخاض التي تؤدي إلى ولادة الجنين.

ج–الجزء السفلي الضيق من الرحم يسمى بعنق الرحم: وهو الممر إلى المهبل، كما ينفتح المهبل إلى خارج الجسم بين الإحليل وهي فتحة المثانة والمستقيم[1].

ويعد سرطان الرحم من أكثر السرطانات إنتشارا في الآونة الأخيرة بين النساء في جميع أنحاء العالم بإستثناء الولايات المتحدة، والتي تعتمد فيها النساء بشكل كبير على الفحص الدوري لتجنب هذا المرض فسرطان الرحم من الأمراض السرطانية التي لا يصاحبها في البداية أي شعور بالألم في غالب الأحيان وتتم السيطرة عليه عن طريق القيام بعمليات جراحية، حيث يتم فيها العمل على القضاء على هذه الأورام وذلك من خلال نزعها من رحم المرأة، وفي حال لم يتم الشفاء الكامل فإن الطبيب يقوم باستئصال الرحم بأكمله[2].

أما سرطان عنق الرحم فيحدث عندما تظهر خلايا غير طبيعية على عنق الرحم، وتبدأ في النمو بشكل غير طبيعي. ويمكن أن يعالج بنجاح إذا ما تم اكتشافه مبكرا، وغالبا ما يكشف عنه عبر مسحة عنق الرحم[3].

[1]- Bohbot Issac Et Autres, **Maladie Sexuellement Transmissibles**, Encyclopédie –Médicaux – Chirurgicale, Edition Elsevier Sas, Paris, 1990, P : 13.
[2]- Ibdi. P : 14.
[3]- Fari Michèle ,**Vaginites**, **Encycl.- Médicaux- Chirurgical, Edition** Techniques, Paris, 1990, P : 5.

**2-أعراض سرطان الرحم وأسبابه:**

**2-1-أعراض سرطان الرحم:**

تؤدي التغيرات في خلايا عنق الرحم غير العادية أو الشاذة إلى ظهور بعض الأعراض في حالات نادرة ولكن في حال تفاقمت هذه الأعراض فإنها تتطور لتصبح سرطانا للرحم.

1- نزيف غير طبيعي من المهبل، مثل النزيف بين فترات الطمث، أو بعد ممارسة الجنس، أو بعد بلوغ سن اليأس[1].

2-الم أسفل البطن أو الحوض، حيث أن الكثير من النساء يعانين من الألم في البطن من فترة لأخرى ولكن الألم الذي يكون سببه سرطان الرحم يكون مختلفا لأنه يكون من أسفل البطن أو من الحوض وما يحيط به.

3-الشعور بالألم أثناء العلاقة الجنسية، وأثناء إستخدام الواقي الذكري، يقوم الطبيب بإختبار عنق الرحم وأخذ عينة من الأنسجة إذا ما ظهر نزيف بعد ممارسة الجنس عند المريضة. إفرازات غير طبيعة ملطخة بالدماء، وتختلف عن دماء فترة الطمث، حيث متفرقة ووردية اللون.

**2-2-أسباب سرطان الرحم :**

إن السبب الرئيسي لسرطان الرحم بشكل عام، وعنق الرحم خاصة، هو فيروس يسمى فيروس الورم الحليمي البشري hpv ، والمنتشر بعدة أنواع ولا يعتبر جميعها مسببة لسرطان الرحم ، فبعضها يسبب الثآليل التناسلية وبعضها لا تظهر له أي أعراض ، وتنتقل العدوى عند ممارسة علاقة جنسية مع شخص حامل لهذا الفيروس[2] .

ويوجد الكثير من النساء اللواتي يحملن فيروس الورم الحليمي مدة سنوات دون أن يعلمن بذلك ،ويمكن لهذا الفيروس أن يبقى في الجسم سنوات دون أن يسبب أعراضا ظاهرة، مما قد يسبب الإصابة بسرطان عنق الرحم مع مرور السنوات.

---

[1],-Hamou Chevalier , **Polypes Du Col Utérin Et Cervicites**, Encycl.- Médicaux- Chirurgical , Edition Elsevier Sas , Paris , 1990 , P : 1 .

[2]- Quantin Marylene Et Autres ; **Les Bartholinites , Encycl- Médicaux** – Chirurgical , Edition Elsevier Sas , Paris , 1990 ,P20 .

ولذلك يجب على المرأة المتزوجة أن تقوم بعمل فحص دوري قبل أن يتحول هذا الفيروس إلى سرطان الرحم إذ أن بإستطاعة هذا الفحص أن يكشف عن أي تغييرات في خلايا عنق الرحم، قبل أن تنشأ خلايا سرطانية في عنق الرحم[1].

ولكي يتأكد الطبيب من عدم وجود سرطان في عنق الرحم عند المرأة، ويقوم بطرح أسئلة للمريضة حول التاريخ الطبي للعائلة لهذا المرض، ثم إجراء فحص يشمل فحص مسح العنق، وفحص الحوض وقد يحتاج الطبيب لإجراء العديد من الفحوصات الأخرى، لكي يتمكن من تقييم الحالة بشكل دقيق وتحديد العلاج المناسب لها. ويوجد فحوصات ضرورية لتأكد تشخيص الإصابة بسرطان عنق الرحم، وتشمل:

أ-فحص تنظير للمهبل: وهو أخذ خزعة من أنسجة عنق الرحم، وذلك للكشف عما إذا كان هناك خلايا سرطانية على السطح الخارجي من بطانة عنق الرحم، وتحديد موقعها. عن طريق إجراء خزعة في الغشاء المخاطي لعنق الرحم أو بطانة الرحم، من أجل الكشف عن تواجد خلايا سرطانية في قناة عنق الرحم خزعة مخروطية، وإستئصال الأنسجة عن طريق لولب السلك الكهربائي حيث يتم أخذ عينة من أنسجة عنق الرحم بإستخدام هذه الطرق وفحصها مجهريا، كما يمكن إجراء فحصي الخزعة وتنظير المهبل عبر أنسجة عنق الرحم للمرأة الحامل، وذلك لتأكيد تشخيص الإصابة بسرطان عنق الرحم[2].

**3-علاج سرطان الرحم:**

عندما يكشف عن سرطان عنق الرحم في المراحل المبكرة، تكون إحتمالية الشفاء أكبر لذلك يمكن للمريضة أن تكون قادرة على الحمل والإنجاب بعد إتمام العلاج. ويعتمد العلاج في المراحل المتقدمة على إستئصال الخلايا المتسرطنة التي نمّت. هذا ما يعطي إمكانية للدمج بين الكثير من الطرق

[1]-Fari Michèle. Op.Cit.P : 8.
[2]- Lansac .Magnin Et autres ; **Les Salpingites Aigues Non Tuberculeuse** ; Encycl.- Médicaux-Chirurgical, Edition Techniques, Paris, 1985, P : 1.

العلاجية. كما أن هناك طرق عديدة للعلاج، منها:

**3-1-المعالجة الإشعاعية:** وتكون المعالجة الإشعاعية طريقة نموذجية في مراحل معينة من المرض بسرطان عنق الرحم، وغالبا ما يدمج بين المعالجة الجراحية والمعالجة الإشعاعية. ويتم إستخدام المعالجة الإشعاعية عن طريق موجات ذات أشعة عالية، وذلك للقضاء على الخلايا المسرطنة وتقليل الأورام.

**3-2-المعالجة الكيميائية:** وتتم من خلال تناول أدوية تعمل على قتل الخلايا السرطانية، بحيث تحقن هذه الأدوية عبر الوريد عادة، وتدخل المادة الدوائية للدم وتصل لأي مكان يحتوي على خلايا سرطانية في الجسم. وتستخدم المعالجة الهرمونية للنساء في مراحل متقدمة من إصابتهن بسرطان الرحم.

**3-3-استئصال الرحم:** ويتم ذلك في المراحل المتقدمة للمرض، إذا لم تجد المعالجة الإشعاعية أو الكيميائية يمكن أن يضطر الطبيب إلى استئصال كلا المبيضين، وقناتي فالوب، والغدد اللمفاوية في منطقة الحوض، وذلك للتأكد من إزالة الورم المتسرطن بأكمله. وتشعر الكثير من المريضات بالخوف والذعر للكشف عن سرطان عنق الرحم في مثل هذه الحالات ينصح بالتحدث مع مريضات أخريات شفّين من المرض، مما قد يحسن من شعور المريضة بتحسن[1].

**4-الوقاية من سرطان الرحم:**

يعد فحص مسح عنق الرحم هو الحل الأفضل للكشف عن أي تغيرات قد تحصل في خلايا عنق الرحم، والتي من الممكن أن تسبب السرطان. يضمن الفحص الدوري اكتشاف هذه التغييرات قبل أن تتحول إلى ورم سرطاني.

ولذلك يجب الخضوع لإشراف طبي مستمر، وتلقي العلاج المناسب بعد أي فحص يدل على وجود خلايا غير طبيعة. ولأن الممارسة الجنسية سبب من أسباب الإصابة بسرطان عنق الرحم، فإن الطريقة المثالية للوقاية من سرطان عنق الرحم هي أخذ الإحتياطات اللازمة، مثل الحرص على النظافة العامة، إضافة إلى أن تكون العلاقة الحميمية علاقة آمنة عبر إستعمال الواقي الذكري[2].

[1]- Sasco .**Épidémiologie Du Cancer Du Col De L'utérus** , Edition Elseviers Sas , Paris , 2002 ,P ;1.
[2]-Mazeron Et Autres, La **Primo- Infection Herpétiques**, Edition Techniques, Paris, 1982, P11.

## ثالثا : أنواع سرطان الرحم.

### 1-سرطان بطانة الرحم:

وهو نوع من أنواع السرطانات الرحم، حيث يبدأ سرطان بطانة الرحم في طبقة من الخلايا التي تشكل بطانة الرحم، ويمكن أن تتشكل أنواع أخرى من السرطانات في الرحم ومنها التورم اللحمي في الرحم، ولكنه أقل شيوعا نسبة إلى سرطان الرحم. وفي كثير من الأحيان يكون الكشف عن سرطان بطانة الرحم مبكرا، لأن المرأة تلاحظ وجود نزيف مهبلي غير طبيعي، مما يدفعها لرؤية طبيبها.

وتعتبر النساء فوق سن الخمسين أكثر عرضة للإصابة بسرطان بطانة الرحم مقارنة مع غيرهن، والأعراض عادة ما يتم تشخيصها عن طريق إجراء الخزعة. لذلك يقوم الطبيب بإجراء الإختبار عن طريق أخذ عينة صغيرة من بطانة الرحم ليبحث عن خلايا السرطانية [1].

### 1-1-الأعراض التي يجب أن تتوجه المريضة فورا إلى الطبيب في حال تواجدها:

- النزيف المهبلي غير الطبيعي بعد إنقطاع الطمث، أو النزيف المهبلي بين الحيضتين، هذا العرض هو الأكثر شيوعا من أعراض سرطان بطانة الرحم.

- ورم في منطقة الحوض، الأمر الذي يسبب ألما حادا في هذه المنطقة، وعليه فإن المريضة تشعر بإعاقة عند قيامها بالأعمال اليومية.

- خسارة مفاجئة في الوزن، دون اللجوء إلى إتباع حمية غذائية.

- ألم خلال فترة الجماع، فالسرطان الذي يسبب إنتفاخا في الرحم يغير من حجمه وشكله، وهذا يضاعف الإحتكاك الناتج عن الجماع، مخلفا ألما حادا[2].

[1]- Op,Cit ;P : 12.
[2]-Doufour Philippe, Cancer **De L'endomètre , Encycl.** . Med , Chir Edition Elsevier Sas , Paris , 1998 , P :1

**1-2-الأسباب:**

إن السبب الرئيسي لمعظم الإصابات بأنواع سرطان الرحم هو الإفراز المفرط لهرمون الأستروجين مقارنة بهرمون البروجستيرون في الجسم[1].

وهذا الخلل الهرموني يسبب سمكا في بطانة الرحم، وفي حال إستمرت بطانة الرحم بالتراكم وبقيت على هذا النحو، فإن الخلايا السرطانية تبدأ بالنمو بشكل غير إعتيادي، ويوجد توازن دائم في أجسادنا بشكل عام بين كمية الخلايا الميتة وكمية الخلايا الجديدة التي تنمو بدلا منها، والتي يتم إنتاجها عن طريق عملية الإنقسام.

لكن عند حدوث عملية إنقسام غير منتظمة، يتم من خلالها إنتاج كمية أكبر من الخلايا، مما يتطور إلى ورم سرطاني مع مرور الأيام. ومن الممكن أن تنتشر الخلايا وتصل إلى أعضاء أخرى في الجسم، مما يؤثر على أدائها، كما توجد علاقة وطيدة بين إرتفاع نسبة هرمون الإستروجين مقابل هرمون البروجيسترون وظهور هذه الأورام[2]، كما أن هناك الكثير من العوامل التي تؤدي إلى حدوث عدم التوازن الهرموني هذا ومنها:

أ-العلاج الهرموني من خلال الإستروجين:

يوجد الكثير من النساء اللواتي يتلقين علاجا هرمونيا، بهدف التقليل من الأعراض التي تحدث عند انقطاع الطمث. فإذا كان هناك حاجة لتلقي علاج هرموني، فمن الضروري أن يدمج مع البروجيسترون.

ب-السمنة: يفرز الإستروجين في المبيضين، ويفرز أيضا من خلال أنسجة الجسم الذهنية وكلما كثرت الأنسجة الدهنية في الجسم، كان مستوى إفراز هرمون الإستروجين أكبر.

وكذلك فإن إحتمالية إصابة النساء اللواتي يعانين من السمنة بسرطان الرحم تصل أضعاف إحتمال إصابة النساء غير السمينات.

[1]-Opcit .P : 02.

[2]- سيغموند ستيفن لمر ،**الموسوعة الطبية الكاملة للأسرة** ، تر . انس الرفاعي، دار الثقافة للنشر و التوزيع، قطر، 1987، ص: 936.

ج–الدورة الشهرية غير المنتظمة: إن الدورة الشهرية غير المنتظمة تشير إلى ارتفاع غير سليم في إفراز كميات الإستروجين مقابل البروجيسترون، فالمرأة التي تعاني من اضطرابات الدورة الشهرية تكون أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض عن غيرها من النساء[1].

هناك عوامل أخرى غير مرتبطة بالأستروجين، وقد تزيد من خطر الإصابة بالمرض، مثل: الإصابة بسرطان الثدي، سرطان الأمعاء أو المبيض [2].

**1–3–التشخيص:**

يقوم الطبيب في المراحل الأولى بإجراء فحص مهبلي، يتعرف من خلاله على وجود أي تغييرات في شكل الرحم أو وجود أي كتل فيه، وبإمكانه إجراء تصوير فوق صوتي، ليتيح له قياس ورؤية سمك الرحم. كما أن بإمكان الطبيب أن يأخذ خزعة للمنطقة التي يشك بأنها مصابة بالمرض، والتي يتم من خلالها تحديد مميزات خلايا النسيج المشكوك فيه.

توجد هناك حاجة بعد تشخيص مرض سرطان بطانة الرحم لأجراء فحوص أخرى لتشخيص نوع ومدى انتشار الورم في الرحم أو الجسم بأكمله[3].

ويكون علاج مرض سرطان بطانة الرحم عن طريق عملية جراحية في معظم الأحيان، يتم من خلالها إستئصال الرحم، والمبيضين، والأنابيب الرحمية، والغدد اللمفاوية.

وبالرغم من كونها خطوة ذات عواقب واسعة التأثير، إلا أن هذا هو العلاج الوحيد في كثير من الحالات.

يجب أن تفحص الغدد اللمفاوية الموجودة في المنطقة المصابة، وذلك للتأكد ما إن كان الورم قد انتشر فيها، وإذا ما كان هناك حاجة لإجراء علاجات أخرى.

وفي الحالات التي انتشر فيها المرض إلى الغدد اللمفاوية في المناطق القريبة، تكون هناك شكوك الورم قد انتشرت لأماكن أخرى في جسم المرض، وفي هذه الحالة تكون هناك عملية دمج بين العلاج

---

[1]-Caelos Veo ,**Study On The Prevalence Oh Homan Papillomavirus** In The Anal Canal Of Women With Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade . European Journal Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Biology , ( Septembre 2008), paris ,P : 103.

[2]-**Cervix Cancer Screening**. International Agence For Research On Cancer .Iarc Press, Paris , 2005.

[3]-Ibdi.

الإشعاعي والعملية الجراحية، والعلاج الهرموني أو الكيميائي، وذلك عن طريق هرمون البروجيسترون أو الهرمونات الموجة إلى الغدد التناسلية بكميات كثيرة.

وبالرغم من أن عملية إستئصال الرحم هي الحل الأمثل، إلا أن العلاج الهرموني قد يكون إمكانية نجاحه بشكل كبير عند السيدات الشابات، يمكن القيام بذلك في الحالات المبكرة للمرض كما يعتبر العلاج ناجحا بنسبة 95 % من المصابات، وبالرغم من خشية وجود خلايا سرطانية متنقلة في أماكن أخرى.

الوقاية :رغم إمكانية منع الإصابة بمرض سرطان الرحم في معظم الحالات، إلا أن إتباع بعض الطرق كفيلة بأن تقلل من خطر الإصابة بسرطان بطانة الرحم وهي:

– تلقي علاج مدمج للأستروجين والبروجيسترون، إذ ما تم الإستعانة بالعلاج الهرموني بعد إنقطاع الطمث.

– المحافظة على وزن جسم سليم،مع ممارسة التمارين الرياضية بشكل مستمر، يوميا أو مرتين كل أسبوع على الأقل.

**2 –سرطان عنق الرحم:** الوظيفة الأساسية لعنق الرحم هي تحديد فترة الخصوبة، حيث يتيح فحص عنق الرحم، التنبؤ بأفضل توقيت لممارسة الجماع من أجل الإخصاب في كل شهر، ومعرفة أن التبويض سوف يحدث في توقيت محدد كما يساعد على معرفة إذا كان هناك حمل أم لا.

سرطان عنق الرحم يصيب عنق الرحم، ويحتل المرتبة الثانية من السرطانات بعد سرطان الثدي من حيث الإنتشار بين النساء، هذا المرض لا يسبب ألما وإنما يأتي جراء فيروس hpvفقد يتسبب بخروج سائل بنزيف بسيط. ولكن عندما يتطور إلى مرحلة الورم يصبح وردي اللون ذو رائحة[1].

في المراحل الأولى من ظهور المرض قد يكون استئصال المكان المصاب، ولكن في المراحل المتقدمة قد يجب إزالة الرحم بشكل كامل، وفي بعض الأحيان إستعمال طريقة الليزر التي تستدعي إلى إزالة بعض

الأعضاء المحيطة. وللكشف المبكر عن المرض يجب اللجوء الى إجراء فحص طبي، وذلك بأخذ اللقاح الذي بدوره يقلل من درجة خطر الإصابة بهذا الفيروس[1].

[1] -Programme « **Maladie** » - Objectif N[2] **: Développer La Prévention** ,2011. Disponible Sur : Http // Www. Sécurité – Sociale .Fr / Img/ Pdf/ Vu ; 8/4/2017.

وفي عام 2002 أصيب حوالي 500000 امرأة بهذا المرض وماتت حوالي 273000 امرأة بسببه، فحسب الإحصائيات للأمراض المسببة لوفاة النساء وبشكل خاص الأمراض التي تصيب الأنسجة، احتل هذا الداء المرتبة الأولى كمسبب بنسبة 60 % للوفيات المصابات بأمراض الأنسجة[2].

**2-1-الأسباب الرئيسية :**

إن أغلب المسببات لهذا المرض هو الفيروس hpv من الفيروسات الحليمية وتضم حوالي 200 نوع مختلفة من الفيروسات، قسم كبير من هذه الفيروسات غير ضار معظمها تهاجم الأغشية المخاطية والطبقات القاعدية في الجلد مسببة ظهور دمامل غير مستحبة.

لكن الفئة السادسة عشر والثامنة عشر تكون السبب في حوالي 70 % في الإصابة بهذا السرطان، بدون ضعف الجهاز المناعي والنشاط الجنسي وممارسة الجنس غير الشرعية، كما قد تتسبب هذه العوامل كالتدخين وعدم النظافة الشخصية والإهمال، كذلك الإنجاب والاجهاض المتكرر وعدم القيام بالفحوصات الضرورية، كل هذه الأسباب تلعب دورا في تسبب بهذا النوع من السرطان[3].

**أ-الإصابة بالفيروس hpv:**

الإصابة الأولى بهذا الفيروس تكون في عمر الشباب عن طريق العدوى وعلى الأغلب بسبب العلاقات الجنسية المختلطة، وفي الغالب ما يبقى الفيروس لسنوات عديدة غير فعال أو بمعنى أخر يتعايش بشكل عادي، وبحسب الإحصائيات فإن إحتمالية الإصابة بهذا المرض ترتفع بعد الممارسة الأولى للجنس. وكما ذكرنا سابقا أن تعدد الشركاء في العملية الجنسية وإهمال النظافة العامة من الأسباب القوية للإنتقال الفيروس، كما أنه من الممكن أن تطرأ الإصابة بهذا الفيروس بدون الممارسات الجنسية ولكن بصورة أقل، على سبيل المثال عند الولادة يمكن أن تنتقل إلى الرضيع. كذلك نظريا يمكن أن ينتقل هذا المرض عن

[1]- Bratcher Vikrant Et Autres .**The Impact Of Antiretroviral Therapy On Hpv And Cervical Intraepitheli**al Current And Directions For Future Research .Infectious Agents And Cancer ,New York , 2010 ,P: 8.
[2]- Ibid, P; 9.

طريق الملامسة، وإستخدام الحمامات العامة وما شابه ولكن كل هذه الفرضيات هي في طور الدراسة ولم يمكن حتى الآن إثباتها بشكل قطعي.

وعندما يجد الفيروس نفسه في المكان المناسب والمناخ لمضاعفة حمضه النووي وإنتاج فيروسات جديدة بعمل على تسخير الخلايا، والتي بدورها تهاجم خلايا أخرى سليمة، وذلك لأن الفيروسات لا تستطيع التكاثر وزيادة أعدادها بدون معيل، وفي هذا الحالة تلعب خلايا الرحم أو عنق الرحم دور المعيل.[1]. وفي هذه الحالة يجب على خلايا الرحم أن تكون محرضة للانقسام لكي تنتج إعداد جديدة من الفيروس وبالتحديد في هذه المرحلة يطرأ الخطأ التالي:

الفيروسات المحرضة: تقوم مراكز تنظيم التحكم ذاتي مبرمج لهذه الخلايا، بالانقسام الخلوي وفي سياق متصل يقود هذا الانقسام غير المنتظم إلى الموت، كما أن الفيروس يستطيع أن يزرع صفاته الوراثية في داخل الحمض النووي للخلية مما قد يؤدي إلى انقسامات غير منتظمة. ولا تحتاج إلى تحريض هرموني وكل هذا كافي لبناء الورم السرطاني. في هذه الحالة يستطيع هذا الجهاز اكتشاف الخلايا المصابة بشكل سريع وبوجود جهاز المناعي من أجل القضاء عليه، تجدر الإشارة إلى أن المصابين لم يكونوا قد أصيبوا بالسرطان بعد، وإنما كانوا في طور مهاجمة تلقائي الفيروس للخلايا، وفي بعض الأحيان ينجح الفيروس ولسبب غير معروف حتى الآن في خداع الجهاز المناعي، وقد تستغرق مرحلة تطور العدوى إلى فيروس.

أما النساء اللواتي يصبن بالعدوى 10 إلى 20 عاما بعد الإصابة، وهذا ما يوضح لنا أن أغلب الحالات المصابة تتراوح أعمارها بين 35 والى 40 سنة أي بعد حوالي 10 إلى 20 سنة من مباشرة النشاط الجنسي[2].

كما لا يعتبر التدخين بالضرورة مسببا رئيسيا للمرض ،ولكن تعتبر خطورة الفيروس على المدخنات أكثر من النساء غير المدخنات أو اللواتي لم يدخن قط، والجدير بالذكر هنا أن التدخين يزيد من خطورة الإصابة بسرطان الخلايا الظهارية وليس الخلايا الغدية، وهناك أمور كثيرة تؤثر على ارتفاع خطورته كعدد السجائر المدخنة في اليوم والعمر، كذلك عمر المدخنة عندما بدأت التدخين، فإن المواد الناتجة عن تفكك دخان التبغ والمحرضة للسرطان عند hpv يمكن أن يلاحظ وجودها في الغشاء المخاطي لعنق

[1]- Op.Cit.P ; 10.
[2]-.Momplaisir Franc, Et Autre, **Préventive Cancer Screening In Hiv-Positive Patients**. Aids Care paris , ( 2 Janvier 2000, P : 87 .

الرحم. كما أن الإصابة بفيروس المدخنات يمكن تبقى لفترة أطول مما قد يرفع احتمالات الإصابة بسرطان عنق الرحم[1].

**2-2-وسائل العلاج:**

أ-مسحة عنق الرحم forttis : تساعد إختبار مسحة عنق الرحم على إنقاص نسبة الوفيات من سرطان عنق الرحم، حيث يأخذ سائل من المهبل أو خلايا من عنق الرحم ويتم فحصها بواسطة المجهر، وميزة هذه الطريقة هي اكتشاف سرطان الرحم قبل ظهوره بحوالي 5 إلى 10 سنوات .

ب-الجراحة: تعتبر الطريقة الرئيسية لعلاج سرطان الرحم وهناك عملية استئصال فرعية يتم فيها استئصال الرحم وقناتي فالوب، أما العملية الجراحية الشاملة فتشمل إزالة عنق الرحم أيضا، وفي بعض الحالات يتم إزالة أحد المبيضين أو كليهما.

ج-المعالجة الإشعاعية: وذلك بقذف السرطان بالأشعة أو جسيمات من مواد مشعة مثل الكوبالت 60 والراديوم. ويمكن للنساء إجراء فحص مسحة عنق الرحم كل ثلاث إلى خمس مرات والتقليل من الأطعمة الدسمة يؤدي إلى الوقاية سنوات وعموما المداومة على الرياضة.

[1]-Opcit ; P : 94 .

### 3-سرطان الرحم في العالم :

**الجدول رقم 01: يبين نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم في بعض بلدان العالم.**

| بعض بلدان العالم | نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم% |
|---|---|
| سيبيريا | **%34.4** |
| سلوفانيا | %18.6 |
| فلندا | %12.9 |
| أرجنتين | %30.6 |
| برازيل | **%38.2** |
| كولمبيا | %29.8 |
| أكوادور | %26 |
| مون فيديو | %22.2 |
| الصين | %27 |
| الهند | %25.8 |
| الفتنام | %28.8 |
| تايلاند | %20.9 |
| اليابان | %16 |
| مالي | %35.9 |

Source : Insp. Registre Des Tumeurs 2014, P4

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم ترتفع في الدول النامية، حيث نجد برازيل بنسبة 38.2% تليها المالي بنسبة 35.9% بينما هذه النسب تنخفض في الدول المتقدمة إذ تصل فلندا بنسبة 12.9%.

**الجدول رقم 02: يبين نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم في بعض الدول العربية:**

| الدول العربية | نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم % |
|---|---|
| كويت | %4.6 |
| المملكة السعودية | %3.2 |
| إيران | %2.8 |
| مصر | **%2.7** |
| **الجزائر** | **%12.5** |

Source:Insp , Registre Des Tumeurs 2014 ,P5

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الوفاة بسرطان عنق الرحم، تنخفض كثيرا في الدول العربية عكس الدول الغربية بحيث نجد أن نسبة 2.7 %اختصت بها مصر وهذا يكون راجع إلى عادات المجتمعات (الخضوع لأحكام الدين الإسلامي) أو ربما أن هذه الدول لم تسجل كل الحالات.

أما بالنسبة للجزائر قد بين نفس المصدر عدد المصابات بهذا السرطان قد بلغت من خلال الجدول أنها نسبتها 12.5%، وهذا يستدعي لأخذ استراتيجيات سريعة من أجل التخفيض من الارتفاع المستمر بسبب الإصابة بهذا المرض الخبيث[1].

[1]– منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الدولي، **التوعية والرعاية الصحية**، عام 1978.

**4 –الاستراتيجيات المتخذة من طرف الهيئات المختصة تجاه السرطان (سرطان عنق الرحم):**

**4-1-المنظمة العالمية للصحة:**

صدر عن المؤتمر الدولي الذي قامت به المنظمة العالمية للصحة من أجل التوعية وتحقيق الرعاية الصحية الأولية في عام 1978، وكانت لهجة الإعلان قوية وصريحة جاء فيها:

"نعبر عن الحاجة الماسة لعمل كل الحكومات وكل العاملين بالصحة والتنمية والمجتمع الدولي في سبيل حماية وتعزيز صحة كل الناس في العالم؛ إن الصحة تعني العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض، وهي حق أصلي للإنسان يجب أن ترعاه القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالاشتراك مع القطاع الصحي، وليس من المقبول سياسياً واجتماعيا واقتصاديا إختلال ميزان العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية، وكما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فتعزيز الصحة ضروري أيضاً لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج التوعية الصحية، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف "تحقيق الصحة للجميع"[1] .

وحدد الإعلان هدفاً صحياً لعام 2000 تتعاون عليه الحكومات والمنظمات للوصول إلى حياة بشرية منتجة اقتصاديا واجتماعيا، واعتبر إعلانُ المؤتمر أنَّ التوعية و الرعاية الصحية الأولية هما مفتاحُ تحقيق هذا الهدف الصحي الذي اعتبر جزءًا من التنمية المطلوبة لتحقيق العدل الاجتماعي ، والرعاية الصحية الأولية، فهذا المفهوم يربط بين النظام الصحي والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويشكل أول اتصال للناس بالرعاية الصحية، فتصل الخدمات الصحية إليهم قريباً من أماكن سكنهم وعملهم ، وركز الإعلان[1]على تضافر جهود مختلف القطاعات؛ وبالأخص الزراعة، والتربية الحيوانية، الغذاء، الصناعة والتعليم، والإسكان الاتصالات، وغيرها، لأنه بدون التنسيق الجيد بينها لا يمكن تحقيق الأهداف الصحية وأكد على ضرورة مشاركة جميع الأفراد والمنظمات والحكومات، والاعتماد على الذات للاستفادة من كافة المصادر المحلية والوطنية، ودعم الرعاية الصحية الأولية عبر نظم إحالة متكاملة وفاعلة ومتعاونة، مع إعطاء الأولوية للمحتاجين، واعتبر أن فريق العمل الصحي يشمل الكلَّ: الأطباء، والممرضين الفنيين

[1]-نفس المرجع السابق.

وممارسي الطب الشعبي مؤهلين للاستجابة الكافية لحاجات المجتمع الصحية. وطالب الحكومات كافة بنظم صحية وطنية شاملة، تشمل سياسات واستراتيجيات وخطط وطنية لإطلاق واستمرار خدمات الرعاية الصحية الأولية. واستنهاض الإرادة السياسية والاستعمال الحكيم للموارد المتوفرة، ودعم التعاون الدولي في هذا الاتجاه، وبالأخص لتقديم الدعم الفني إلى الدول النامية لمساعدتها في تطبيق الرعاية الصحية الأولية، وأكد إعلان ألما–آتا واجب الجميع من دول ومنظمات وأفراد في تبني التوعية الصحية على المستوى الوطني والعالمي.

**5–أهداف التوعية والرعاية الصحية الأولية:** تم تحديد عناصر للرعاية الصحية الأولية وهي:

1–التوعية والتثقيف الصحي.

2–الإصلاح البيئي وتوفير مياه الشرب.

3–توفير التغذية الجيدة.

4–خدمات أمومة وطفولة متكاملة.

5–تحصين الأطفال ضد الأمراض الشائعة.

6–مكافحة الأمراض المتوطنة.

7–علاج الأمراض الشائعة.

8–توفير العقاقير (الأدوية) الأساسية.

وقد أطلقت المنظمة العالمية للصحة خطة عمل، التي وضعتها في مجال الأمراض والتي تشمل التدخلات الخاصة بالسرطان عام 2011 بتعاون مع وكالة الدولية لبحوث السرطان، وهي وكالة المنظمة المتخصصة في ميدان السرطان، وأيضا مع وكالات الأمم المتحدة والهيئات الشريكة الأخرى من أجل بلوغ الأهداف التالية[1]:

– زيادة الإلتزام السياسي بالوقاية من السرطان ومكافحته.

– تنسيق وإجراء البحوث التي تتناول مسببات السرطانات البشرية وآليات السرطنة.

[1] -Htt// Www.Who.Int/Puplications/Fr/. ( Vu18/12/2016).

– وضع استراتيجيات علمية للوقاية من السرطان ومكافحته.

– استحداث معارف جديدة ونشر المعارف القائمة لتيسير عملية توصيل النُهج المسندة بالبنيات لمكافحة السرطان وضع معايير وأدوات لتوجيه عملية التخطيط وتنفيذ التدخلات في مجال الوقاية من السرطان والكشف عنه في مراحل مبكّرة وتوفير خدمات العلاج والرعاية.

– تيسير إقامة شبكات واسعة بين الشركاء والخبراء في مجال مكافحة السرطان على الصعيد العالمي والصعيدين الإقليمي والوطني.

–تعزيز النُظم الصحية على الصعيدين الوطني والمحلي من أجل توفير خدمات العلاج والرعاية لمرضى السرطان[1].

–تقديم المساعدة التقنية من أجل نقل أفضل الممارسات في مجال مكافحة السرطان، بسرعة وفعالية إلى البلدان النامية.

وبما أن الجزائر عضو من منظمة الصحة العالميةOMS فلقد عملت مند الاستقلال على بناء هياكل خاصة بقطاع الصحة المخصصة في معالجة السرطانات. فقد أنشئت العديد من المنشآت، وغيرها لكنها لا تكفي بسبب معاناة مرضى السرطان في الجزائر من صعوبات كبيرة من أجل الحصول على العلاج في ظل نقص المراكز المتخصصة والتجهيزات الضرورية، ما يقلص فرص تعافيهم.

– نقص الأطباء المؤهلين في علاج الصحة.

– نقص المراكز المخصصة لعلاج مختلف السرطانات.

وللحد من هدر الأموال في معالجة والمتابعة اتخذت الجزائر مجموعة من التدابير من أجل تحسين القطاع الصحي والمتمثلة في الاستراتيجيات التالية:

**5-1-استراتيجية الوقاية:**

–التشخيص المبكر وذلك عن طريق توعية النساء المتزوجات بضرورة القيام بالمسحة عنق الرحم.

– توفيرالتطعيم ضدّ فيروس الورم الحليمي المسبب (لسرطان عنق الرحم).

[1] - Opcit .

**5-2-تنفيذ برامج التحري:** التحرّي هو السعي، بشكل منهجي، إلى تطبيق اختبار على سكان لا تظهر عليهم أيّة أعراض والغرض من ذلك هو الكشف عن حالات شاذة توحي بوجود سرطانات معيّنة أو حالات سابقة للسرطان وإحالتها بسرعة إلى المرافق المعنية للاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج.

وتضمن **برامج التحري** فعالية خاصة فيما يخص أشكال السرطان الشائعة، توجد بخصوصها اختبار تحري عالي المردود وميسور التكلفة ومقبول ،متاح لمعظم السكان المعرّضين للخطر. وفيما يلي بعض من أساليب التحرّي:

-الفحص البصري باستخدام حمض الاسيتيك لتحري سرطان عنق الرحم.

-اختبار لطاخه بابا نيكولا لتحري سرطان عنق الرحم في الأماكن المتوسطة الدخل والأماكن المرتفعة الدخل.

-تصوير الثدي الإشعاعي لتحري سرطان الثدي في الأماكن المرتفعة الدخل [1].

[1] - موسوعة العربية للوقاية، مؤسسة اعمال للنشر والتوزيع، رياض، 2004.

**خلاصة:**

قد توصلنا في نهاية هذا الفصل إلى جملة من الأفكار المهمة والنتائج التي برزت من خلال مباحث هذا الفصل، حيث حاولنا فيه إعطاء نبذة تاريخية عن مرض السرطان منذ القديم محور إهتمام الإنسان والأطباء لفهمه ووصف العلاج له وهذا ما نجده منذ الحضارات الفرعونية القديمة إلى غاية يومنا هذا مرورا بالحضارة الإسلامية، فمرض السرطان هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تتميز خلاياها بالعدائية وبالنمو والانقسام بشكل غير محدود، وقدرة هذه الخلايا على غزو الأنسجة المجاورة وتدميرها.

وحددنا بعد ذلك أعراض المرض ومنها الأعراض الموضعية والأعراض النقلية، وهي الأعراض التي تظهر بكامل الجسد، ومن العوامل المسببة للمرض، فهي بدورها تنقسم إلى عوامل داخلية وخارجية ومنها العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

كما حاولنا تحديد طرق وأساليب الوقاية من سرطان الرحم على الخصوص، ومنها الفحص الدوري والخضوع لإشراف طبي مستمر ومنتظم، وفي حالة الإصابة يجب تلقي العلاج المناسب بعد اكتشاف وجود خلايا غير طبيعية.

وتحدثنا كذلك على أهم وسائل العلاج الحديث لسرطان الرحم، وذلك لأن هذا المرض هو المسبب الثاني للوفيات بالنسبة للنساء في العالم، كما حددنا الاستراتيجيات المتخذة من طرف الهيئات المختصة اتجاه السرطان من قبل الهيئات العالمية، وكيف يجب أن تستفيد منهم الجزائر من حيث إعداد الاستراتيجية الوقاية وتنفيذ برامج التحري في ذلك.

# الجانب الميداني للدراسة

**الفصل الخامس: الجانب الميداني للدراسة.**

**تمهيد:**

**- أولا: تحليل الجداول المتعلقة بخصائص العينة**

**-الاستنتاج**

**- ثانيا: تحليل الفرضية الأولى.**

**-الاستنتاج.**

**- ثالثا: تحليل الفرضية الثانية.**

**- الاستنتاج.**

**- رابعا: تحليل الفرضية الثالثة.**

**- الاستنتاج.**

**تمهيد :**

من بين المراحل الهامة في البحث العلمي بالنسبة للباحث عند انتهائه من الدراسة النظرية هو الشروع في الدراسة الميدانية والتي لها علاقة وطيدة مع المرحلة الأولى فكلاهما مكملا للأخر. وهنا يمكن للباحث أن يوضح المعطيات التي تحصل عليها من خلال مطالعته لمختلف الأبحاث والدراسات والكتب التي لها علاقة مع موضوع دراسته الموظفة في الجانب النظري من أجل إثراء الجانب الميداني.

ولا يخلو بحث إلا ويمر الباحث بصعوبات تحيطه من جميع الجوانب ومن بين الصعوبات التي وجدناها أثناء نزولنا للميدان:

أولا: صعوبة الدخول الى المراكز الاستشفائية لمكافحة السرطان والمعالجة منه إلا بعدة تراخيص، فلقد كنا نذهب كل يوم تقريبا لمقابلة المسؤول فلا نجده، إما غائب أو مشغول، أو لا يريد المقابلة. وهذا ما جعلنا نتأخر في إنجازنا الجانب الميداني لبحثنا.

ثانيا: موضوع دراستنا جد حساس كوننا تعاملنا مع المصابين مباشرة، فهناك من قبلّت المقابلة وهناك من رفضت ذلك، فتطّلب منا كل مرة مجهود كبير للوصول الى إستجواب عدد عينتنا المطلوبة 65 مصابة.

ثالثا: بعد وقلة الوسائل الحديثة في المركز (المعالجة الكيماوية للسرطان زيغود امين)

-عدم وجود آلاتالكومبيوتر ولا جهات المسؤولة عن الإحصائيات، فعندما طلبنا منهم عدد المرضى في الأعوام الماضية، لم يعطون إلا ( رجيستر كبير)، لم نستطيع فهمه كما يجب الحال كوننا لسن مختصين في المجال . (بمركز المعالجة الكيمياوية زيغود امين)

رابعا: معاناة المرضى من قلة الإمكانيات والانتظار خاصة اللواتي يعالجن بعلاج كيمياوي واللواتي يسكن بعيدا عن المكان، حيث صرحت إحداهن أمينة من ولاية البويرة (في **بعض الأحيان ينتهي الدواء فيتطلب علينا الانتظار لساعات طويلة أو العودة بعد يوم غد**)هذا ما يجعل مرحلة العلاج تمدد مما يجعل المرأة في خطر.

* تصريح أحد المصابات بمركز المعالجة- امين زغوت - .

خامسا: غياب الهيئة المختصة في المعالجة النفسية، من أجل مساعدة المصابين والتخفيف من الم المرض وحدة العلاج.

وقبل الشروع في وضع الجداول الخاصة بتحليل الفرضيات سنقوم بإعطاء صورة عامة عن مميزات عينتنا الديمغرافية (السن، الحالة العائلية)، الاجتماعية، والاقتصادية (المستوى التعليمي، الدخل الشهري للأسرة) وغيرها من الجداول.

فالهدف من التطرق إلى هذا النوع من الجداول البسيطة، هو معرفة أهم خصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي يتميز بها أفراد عينتنا حتى يكون لدينا فهم أفضل وأشمل عن موضوع دراستنا.

## أولا : خصائص العينة .

**جدول رقم 03 : توزيع أفراد العينة حسب السن .**

| فئات السن | المصابات | | غير المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| 24–20 | 6 | 9.2 | – | – |
| 29–25 | 9 | 13.9 | – | – |
| 34–30 | 23 | 35.4 | – | – |
| 39–35 | 5 | 7.7 | – | – |
| 44–40 | 10 | 15.4 | 4 | 6.2 |
| 49–45 | 9 | 13.8 | 24 | 36.9 |
| 50 سنة فأكثر | 3 | 4.6 | 37 | 56.9 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

عند قراءة الجدول رقم (03) نجد أن أكبر نسبة لغير المصابات قد سجلت عند الفئة 30–34سنة بنسبة 35,4 % ، تليها الفئة 40–44 سنة بنسبة 15,4 % ، ثم تأتي النسب الفئات العمرية

المتقاربة إذ بلغت على التوالي 13,9 % , 13,8 % عند الفئات 25–29 سنة ,45–49 سنة و نسبة 9,2 % عند الفئة 20–24 سنة ، ونسبة 7,7 % عند الفئة 35–39 سنة ، أما أخفض نسبة فقد سجلت عند الفئة العمرية 50 سنة فأكثر . وعند انتقلنا الى المصابات وجدنا أن أكبر نسبة قد سجلت عند الفئة العمرية 50 سنة فأكثر ب56,9% ، تليها الفئة 45–49 سنة بنسبة 36,9 % ، أما أخفض نسبة سجلت عند الفئة العمرية 40–44 سنة والتي قدرت ب6.2%.

من خلال التحليل الاحصائي ، نستطيع القول بأن الإصابة بسرطان الرحم تقل في الأعمار الأولى ، لكي تتزايد مع إزدياد السن .

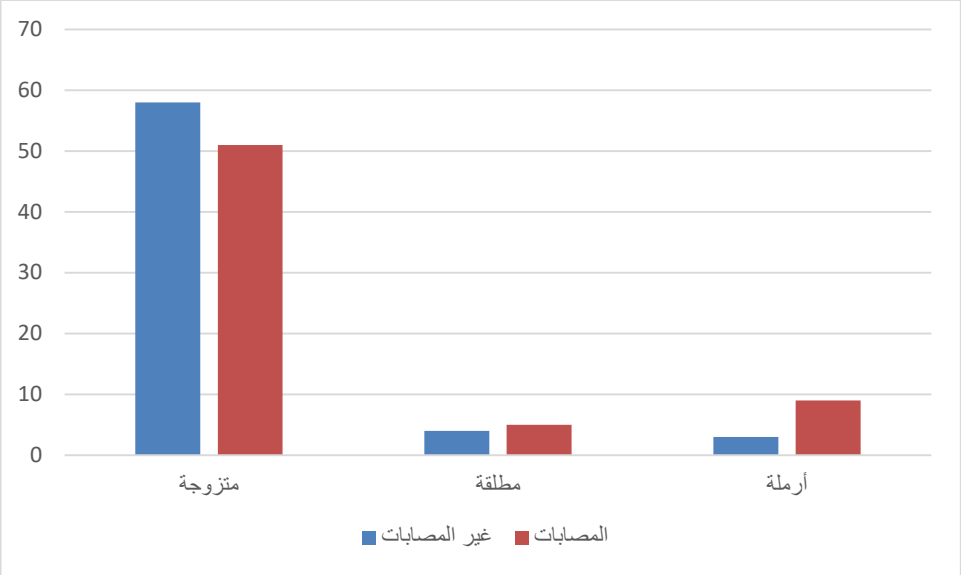
**جدول رقم (04) : توزيع أفراد العينة حسب حالتهن العائلية .**

| الحالة العائلية | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| متزوجة | 58 | 89.2 | 51 | 78.5 |
| مطلقة | 4 | 6.2 | 5 | 7.7 |
| أرملة | 3 | 4.6 | 9 | 13.8 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

سجلنا من خلال الجدول أعلاه أن معظم أفراد عينتنا متزوجات حيث قدرت نسبة النساء المتزوجات غير المصابات ب89,2% ، تليها نسبة 6,2 % مطلقات ، أما الأرامل سجلنا نسبة 4,6 % ، وعند انتقالنا الى المصابات وجدنا أن نسبة 78,5% متزوجات ، تليها نسبة 13,8% سجلنها عند الأرامل أما بنسبة 7,7 % مطلقات .

يمكن التعقيب على النسبة العالية للمتزوجات بردها إلى طبيعة أفراد عينتنا، وهذا ما تبين لنا من خلال الجدول رقم (03) ، فمعظم أفراد العينة قد بلغت سن 30 سنة فما فوق ، هذا السن الذي تكون فيه المرأة في أغلب الأحيان قد مرت إلى المرحلة الثانية من حياتها وهي المرحلة الزوجية التي تشهد فيها تغيرات كبيرة ، ونشاط جنسي . مما يؤدي إلى احتمالية إصابتها بسرطان الرحم إذ لم تقم باللازم لحماية نفسها من هذا الداء .

**رسم البياني رقم 01 : أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب حالتهن العائلية .**




**جدول رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي .**

| المستوى التعليمي | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| أمي | 4 | 6.2 | 28 | 43.1 |
| ابتدائي | 20 | 30.8 | 18 | 27.7 |
| متوسط | 30 | 46.1 | 12 | 18.5 |
| ثانوي | 05 | 7.7 | 07 | 10.7 |
| جامعي | 06 | 9.2 | – | – |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

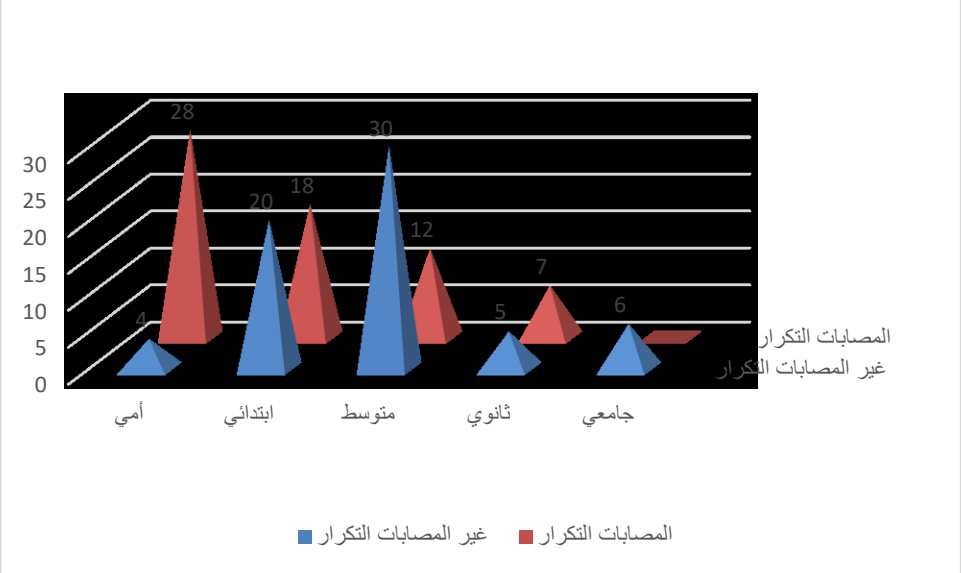
نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن أكبر نسبة لغير المصابات قد سجلت عند المستوى المتوسط بنسبة 46,1% ، تليها نسبة 30,8% ذوات المستوى الإبتدائي ، ثم نسبة ذوات المستوى الجامعي بنسبة

9,2 % ، أما بالنسبة للذوات المستوى الثانوي فقد سجلت نسبة 7,7 % واخفض نسبة كانت لأميات بنسبة 6,2%، وعند انتقالنا الى المصابات وجدنا أن 43,1 % قد سجلت عند الأميات ، تليها نسبة

27,7 % عند ذوات المستوى الابتدائي ، و نسبة 27,7% عند المصابات ، أما بالنسبة للمستوى المتوسط بنسبة 18,5 %، وتنخفض عند المستوى الثانوي بنسبة 10,7 %.

من خلال هذه النتائج نجد أن معظم المستجوبات غير المصابات بنسبة 63,8 % تلقين التعليم حتى ولو كان منخفض وهذا راجع إلى طبيعة افراد عينتنا غير المصابات حيث أن نسبة معتبرة منهن لا يتعدى سنهن 44 سنة ، أما بالنسبة للمصابات فإننا سجلنا 43,1% أميات و56,9% تلقين تعليم منخفض وهذا راجع كذلك إلى طبيعة عينتنا المصابات ،أن نسبة معتبرة منهن يتعدى سن 40 فأكثر .

**رسم البياني رقم 02 : يمثل توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي .**



**جدول رقم (06) : توزيع المصابات حسب نوع الإصابة .**

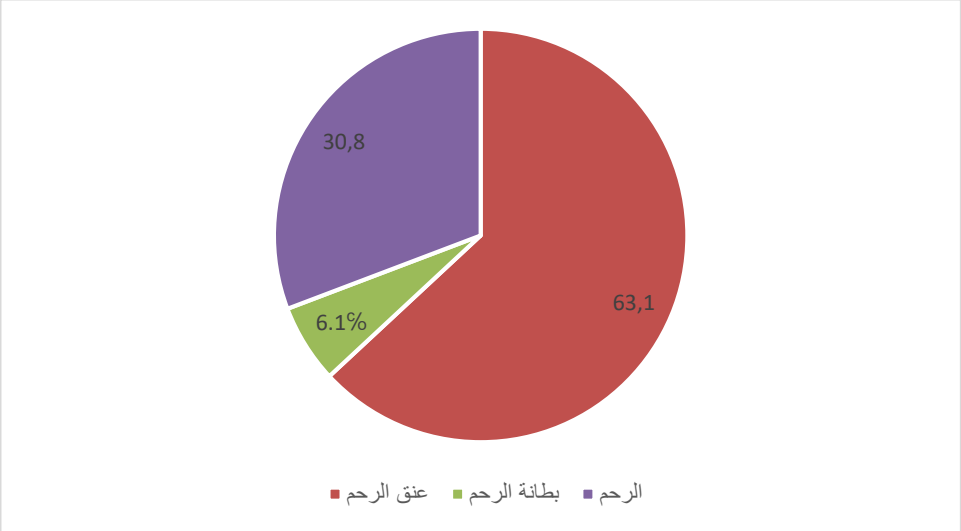
| نوع الإصابة | التكرار | النسبة |
|---|---|---|
| عنق الرحم | 41 | 63.1 |
| بطانة الرحم | 4 | 6.1 |
| الرحم | 20 | 30.8 |
| المجموع | 65 | 100 |

من خلال جدول رقم (06) سجلنا مايلي : أكبر نسبة من النساء 63,1% مصابات بسرطان عنق الرحم تليها نسبة 30,8% مصابات بسرطان الرحم ،أما سرطان بطانة الرحم فقد سجلت بنسبة 6,1%.*

يمكن إرجاع ذلك إلى طبيعة عينتنا ، حيث أن نسبة 63,1 % منهن بلغت40 سنة فأكثر وهو سن تكون فيه معظم النساء متزوجات ومنجبات لعدد من الأطفال إذا حدث لهن إجهاض متكرر في ظل الظروف الصحية والمادية المعاشة في المجتمع هذه العملية التي تسبب للمرأة الكثير من الإصابات الميكروبية و الفيروسية في جهازها التناسلي واضطرابات هرمونية ، مما يؤدي بها إلى الإصابة بسرطان الرحم بكل أنواعه غالبا ما يصاب بها النسوة بعد سن 35 بسبب إصابتهن بفيروس ألحليمي البشري( hpv) المسبب له ، فإذا لم تتم المتابعة والعلاج منه نهائيا يتطور ليصبح سرطانا على مستوى الرحم.

* جدول خاص بالمصابات .

**رسم البياني رقم 03 : يمثل توزيع المصابات حسب نوع الإصابة.**



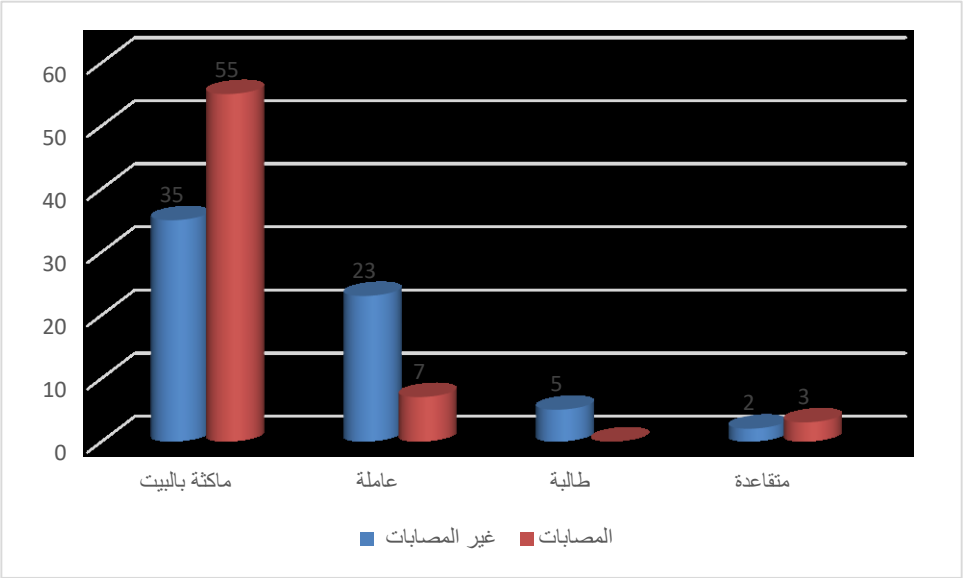

**جدول رقم ( 07) : توزيع أفراد العينة حسب المهن.**

| النشاط اليومي | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| ماكثة بالبيت | 35 | 53.8 | 55 | 84.6 |
| عاملة | 23 | 35.4 | 7 | 10.8 |
| طالبة | 5 | 7.7 | – | – |
| متقاعدة | 2 | 3.1 | 3 | 4.6 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

يبين لنا الجدول رقم (07) أن أغلب افراد عينتنا غير المصابات لا يعملن حيث سجلت 53,8 % تليها نسبة 35,4 % عاملة ، ونسبة 7,7 % طالبة ، وأخفض نسبة قد سجلت عند المتقاعدات بنسبة 3,1 % وعند إنتقالنا الى المصابات وجدنا نسبة 84,6 % ماكثة بالبيت ، تليها نسبة 10,6 % عاملة ونسبة 4,6 % متقاعدة .

ومن هذا التحليل يتضح لنا أن معظم المبحوثات لا يعملن يمكن ارجاع ذلك بسبب مستواهن التعليمي المنخفض .

**رسم البياني رقم 04: يمثل توزيع العينة حسب نشاطهن اليومي.**



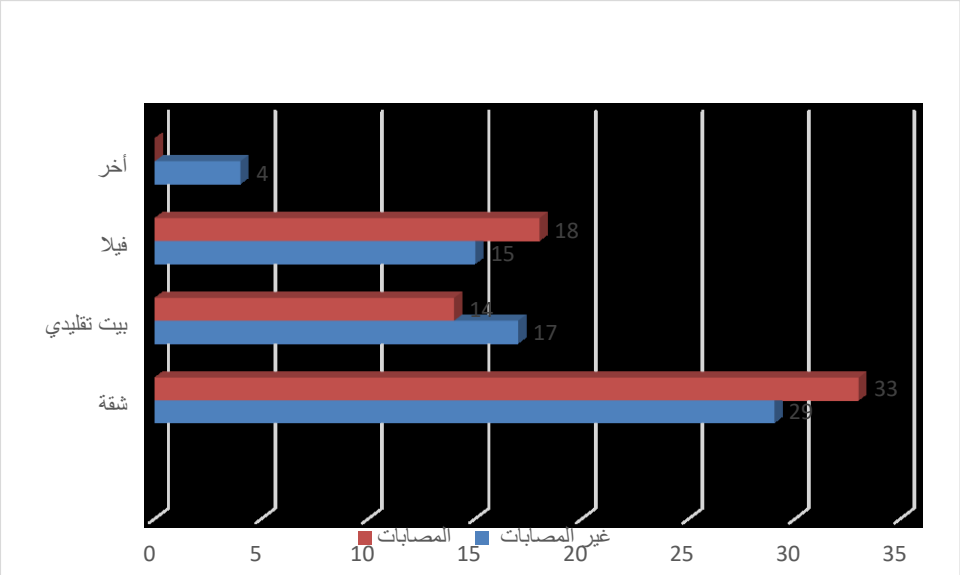

**جدول رقم (08) : توزيع أفراد العينة حسب نمط السكن .**

| نمط السكن | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| شقة | 29 | 44.6 | 33 | 50.8 |
| بيت تقليدي | 17 | 26.15 | 14 | 21.5 |
| فيلا | 15 | 23.1 | 18 | 27.7 |
| أخر | 4 | 6.15 | – | – |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

يبين لنا الجدول رقم (08) أن أكبر نسبة من المبحوثات غير المصابات يقمن في شقق حيث سجلت نسبة 44,6% ، تليها نسبة 26,15 % اللواتي يقمن في بيت تقليدي .ثم تأتي نسبة اللواتي يقمن في فيلات بنسبة 23,1 % ، أما اخفض نسبة قد سجلت عند اللواتي يقمن في اخر بنسبة 6,15 % ، وعند انتقالنا الى المصابات وجدنا أن أكبر نسبة سجلت عند اللواتي يقمن في شقق بنسبة 50,8 % تليها نسبة 27,7 % وتنخفض نسبة قليلا حتى تصل الى 21,5 % عند اللواتي يقمن في فيلا .

أعلى نسبة من أفراد عينتنا مقيمات في شقق ، وهذا راجع إلى كونهن يقمن في مدن العاصمة حسب أقوالهن أين ينتشر هدا النمط من السكن ، أما خارج مدن العاصمة (أنظر الملحق رقم 01 )فإن نمط فيلات وبيت تقليدي هو المنتشر ، بالإضافة إلى كل هذا توجه الطبقة الفقيرة والمتوسطة إلى المستشفيات فحسب نمط السكن وجدنا أن أكبر نسبة عند اللواتي يقمن في بيوت تقليدية ، غير قادرات بشكل مستمر مثلما هو الحال مع النساء المصابات اللواتي يتلقين العلاج.

**رسم البياني رقم05 :يمثل توزيع أفراد العينة حسب نمط السكن**



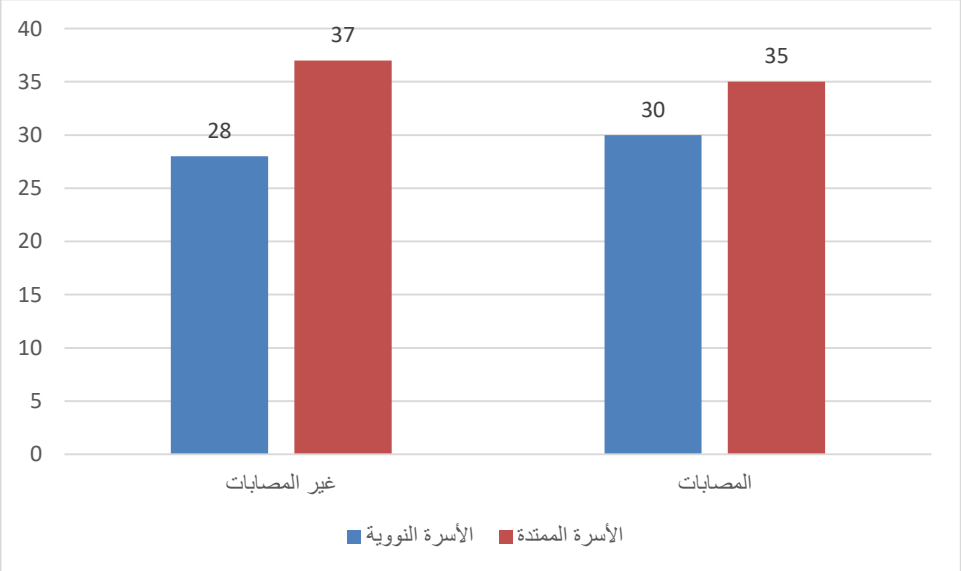
**جدول رقم (09) : توزيع أفراد العينة حسب العائلة التي ينتمين إليها .**

| صنف الأسرة | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| الأسرة النووية | 28 | 43.1 | 30 | 46.2 |
| الأسرة الممتدة | 37 | 56.9 | 35 | 53.8 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

يبين لنا هذا الجدول أن أعلى نسبة قد سجلت عند اللواتي ينتمين الى الأسرة الممتدة بنسبة 56,9 %اما نسبة 43,1 %منهن ينتمين الى الأسرة النووية . وعند انتقالنا الى المصابات وجدنا أن اللواتي ينتمين الى الأسرة الممتدة قد بلغت 53,8 % أما اللواتي ينتمين الى الأسرة النووية فقد سجلت نسبة 46,2 % .

يمكن التعقيب على النسب العالية لنمط الأسرة الممتدة ، كون هذا الأخير الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري.

**رسم البياني رقم 06 :أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب صنف العائلة.**



**جدول رقم 10: توزيع افراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة .**

| الدخل الشهري | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | النسبة | ك | النسبة |
| أقل من 18000 دج | 11 | 16,92 | 05 | 7,69 |
| بين 18000دج – 39999دج | 40 | 61,53 | 35 | 53,84 |
| أكثر من40000 دج | 14 | 21,53 | 25 | 38,46 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

يوضح لنا الجدول أعلاه والذي يمثل الدخل الشهري للأسرة ، بأن أغلبية دخل غير المصابات يتراوح ما بين 18000 – 39999 دج ، حيث قدرت نسبتهن ب61,53 % ، تليها نسبة 21,53% ذوات الدخل أكثر من 40000 دج ، أما الأسر التي دخلها أقل من 18000 دج بلغت نسبتهم 16,92% .

وعند انتقالنا الى المصابات وجدنا ان نسبة 53,84 % يتراوح دخل اسرهن بين 18000 دج –

39999 دج ، تليها نسبة اللواتي يتراوح دخل أسرهن أكثر من 40000 دج قد قدرت ب 38,46 % ، اما اللواتي يقل دخل أسرهن من 18000 دج بلغت نسبتهن 7,69 % .

يتبين لنا من خلال التحليل الإحصائي للجدول أن معظم أسر المبحوثات دخلهن متوسط .

**جدول رقم 11: توزيع أفراد العينة حسب مصدر الفكرة عن أسباب سرطان الرحم*.**

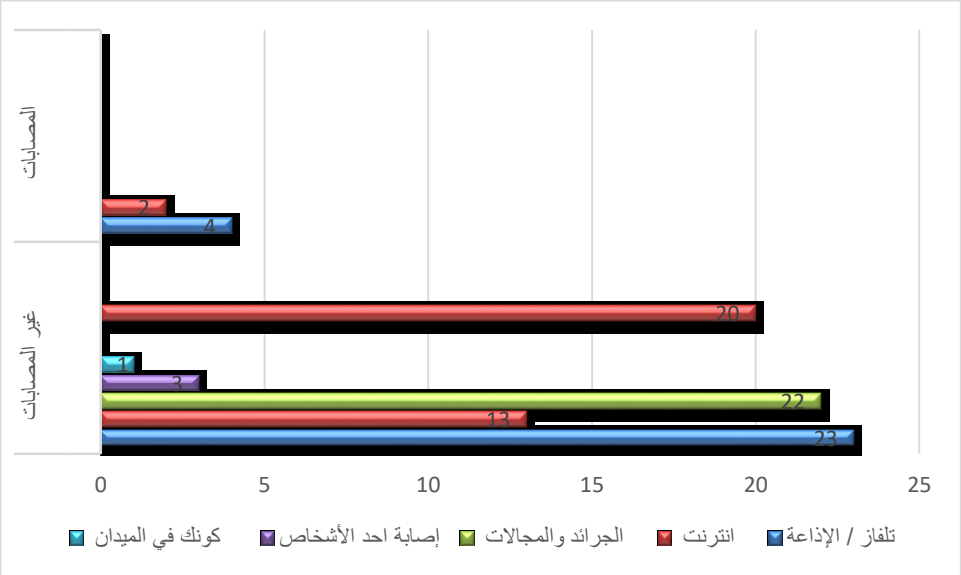
| المصدر | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| تلفاز / الإذاعة | 23 | 35,38 | 04 | 66,66 |
| انترنت | 13 | 20 | 02 | 33,33 |
| الجرائد والمجلات | 22 | 33,84 | – | – |
| إصابة احد الأشخاص | 03 | 4,61 | – | – |
| كونك في الميدان | 01 | 1,54 | – | – |
| المجموع | 65 | 100 | 06 | 100 |

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن معظم المبحوثات غير المصابات كانت مصدر معرفتهن بأسباب سرطان الرحم عبر قنوات التليفزيون والإذاعة حيث سجلت نسبة 35,38 % ، تليها اللواتي كانت مصدر معرفتهن بأسباب سرطان الرحم عن طريق الجرائد والمجالات بنسبة 33,84 % ، أما بالنسبة للواتي كانت لديهن معرفة عن طريق الإنترنت فقد سجلت نسبة 20 % ، مقابل نسبة 4,61 % بالنسبة للواتي كانت لدهن معرفة عن طريف إصابة أحد الأشخاص ، وقد سجلت مبحوثة واحدة لها معرفة بأسباب سرطان الرحم كونها في الميدان . أما بالنسبة للمصابات فقد سجلت أعلى نسبة للواتي كانت لديهن معرفة حول أسباب المرض عن طريق تلفاز والإذاعة بنسبة 66,66 %مقابل 33,33 % اللواتي كانت لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم عن طريق الإنترنت .إلا أن هناك 59 مبحوثة مصابة لم تكن لديها أية فكرة عن أسباب سرطان الرحم.

من هنا يتضح لنا أن وسائل الإعلام لها دور في رفع الوعي الصحي للمراة .

* 59 مصابة لم تكن لديها أية فكرة عن سرطان الرحم .

**رسم البياني رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب مصدر الفكرة عن أسباب سرطان الرحم.**




**جدول رقم12 : توزيع أفراد العينة حسب معاناتهن من مرض مزمن .**

| مرض مزمن | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| الغدة الدرقية | 11 | 45,83 | 21 | 32,30 |
| داء السكري | 06 | 25 | 30 | 46,15 |
| ضغط الدم | 07 | 29,16 | 09 | 13,84 |
| المجموع | 24 | 100 | 65 | 100 |

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من غير المصابات قد بلغت نسبة 45,83 %مصابة بالغدة الدرقية ، تليها 29,19 % مصابة بضغط الدم ، و نسبة 25 % مصابة بداء السكري

أما 41 مبحوثة غير مصابة لا تعانين من أي مرض مزمن .

و بالنسبة للمصابات ف 46,15 %مصابة من داء السكري ، تليها نسبة 32,30 % مصابة بالغدة الدرقية ، مقابل 13,84 % مصابة بضغط الدم .

من خلال التحليل الإحصائي يبين لنا أن كل المصابات يعانين من أمراض مزمنة وهذا ما يجعل جهاز المناعي لديهن ضيف مما جعلهن يصبن بسرطان الرحم.

## الاستنتاج :

وبعد عرضنا للجداول بمميزات عينة دراستنا سنلخص كل ما جاء في هذا الفصل في النقاط :

- أغلبية أفراد عينتنا المصابات بلغن سن 40 سنة فأكثر .
- معظم المبحوثات متزوجات.
- أغلب المصابات مستواهن ضعيف ، أما غير المصابات مستواهن متوسط .
- أغلبية المصابات مصابات بسرطان عنق الرحم حيث قدرة نسبة الإصابة ب 63,1% .
- معظم المبحوثات ماكثات بالبيت خاصة منهن المصابات حيث هناك نسبة معتبرة من غير المصابات عاملات .
- نسبة معتبرة من المبحوثات يقمن في شقق .
- معظم مبحوثاتنا ينتمين إلى الأسر الممتدة .- نسبة معتبرة من غير المصابات لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم وذلك عن طريق التلفاز والإذعة بنسبة 35,38% والجرائد والمجلات بنسبة 33,84% عكس المصابات فأغلبهن لم تكن لديهن أية فكرة عن أسباب سرطان الرحم .
- كل المبحوثات المصابات مصابات بأمراض مزمن.

## ثانيا: تحليل الفرضية الاولى.

من خلال هذا الفصل سنحاول الإجابة على التساؤل الذي طرح في الإشكالية ومنه سنبين كيف يمكن للوعي الاجتماعي الذي حددناه بمجموعة من المؤشرات في دراستنا هذه أن يؤثر على صحة المرأة. حيث سيظهر هذا التأثير حسب الإجابة على التساؤل.

– إلى أي مدى يؤثر مقدار الوعي الاجتماعي الذي تملكه المرأة على اتخاذها الإجراءات الوقائية ضد سرطان الرحم؟

الإجابة على هذا التساؤل سيسمح لنا من إيجاد جواب للفرضية الأولى التي تم طرحها في بداية هذا البحث وهي:

**–كلما ارتفع الوعي الاجتماعي للنساء المتزوجات كلما زاد اهتمامهن باتخاذ الإجراءات الوقائية ضد سرطان الرحم.**

وذلك من خلال عرضنا للجداول التالية.

جدول رقم 13: علاقة المستوى التعليمي مع ممارسة الرياضة.

| ممارسة الرياضة | | امشي يوميا تقريبا | | أمارس | | لا أمارس | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | المستوى التعليمي | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أمي | 01 | 25 | – | – | 03 | 75 | 04 | 100 |
| | ابتدائي | 07 | 35 | – | – | 13 | 65 | 20 | 100 |
| | متوسط | 14 | 46.67 | – | – | 16 | 53.33 | 30 | 100 |
| | ثانوي | – | – | – | – | 05 | 100 | 05 | 100 |
| | جامعي | 03 | 50 | 03 | 50 | – | – | 06 | 100 |
| المجموع | | 25 | 38.46 | 03 | 4.62 | 37 | 56.92 | 65 | 100 |
| المصابات | أمي | 12 | 42.86 | – | – | 16 | 57,14 | 28 | 100 |
| | ابتدائي | 10 | 55.55 | – | – | 08 | 44,44 | 18 | 100 |
| | متوسط | 01 | 8.33 | 01 | 8.33 | 10 | 83.33 | 12 | 100 |
| | ثانوي | – | – | 01 | 14,28 | 06 | 85,71 | 07 | 100 |
| المجموع | | 23 | 35.38 | 02 | 3.08 | 40 | 61.54 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 48 | 36.92 | 05 | 3.85 | 77 | 59.23 | 130 | 100 |

بناء على ما ورد من إحصائيات في الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي لا يمارسن الرياضة، حيث يمثلن 59,23% مقابل 3,85% يمارسن الرياضة ولا يختلف الوضع عند المصابات عن غيرهن، إذ نجد:

بالنسبة لغير المصابات 56,92% منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 4,62% يمارسن الرياضة، أما بالنسبة للمصابات 61,54% لا يمارسن الرياضة مقابل 3,08% يمارسن الرياضة، و لمعرفة مدى

تأثير المستوى التعليمي للمبحوثات على النتائج قمنا بإدخاله كمتغير مستقل فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

75% من المبحوثات الأميات لا يمارسن الرياضة مقابل 25% قلن بأنهن يمشين يوميا تقريبا، وبالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى ابتدائي ف6% قلن بأنهن لا يمارسن أية رياضة مقابل 35% قلن بأنهن يمارسن الرياضة، أما بالنسبة للواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط نجد 53,33% منهن قلن أنهن لا يمارسن الرياضة مقابل نسبة 46,67% قلن بأنهن يمشين يوميا تقريبا.

في حين نجد 100% من المبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي لا يمارسن الرياضة، وبالنسبة للواتي لديهن مستوى جامعي نجد 50% قلن بأنهن يمشين يوميا تقريبا ونسبة مماثلة يمارسن الرياضة.

**بالنسبة للمصابات:**

57,14% من المبحوثات الأميات لم يسبق لهن ممارسة أي رياضة قبل الإصابة مقابل 42,86% قلن بأنهن كن يقمن بالمشي يوميا تقريبا، أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي إبتدائي ف55,55% قلن بأنهن كن يمشين يوميا، ونسبة مقاربة 44,44% قلن بأنهن لم يمارسن الرياضة.

كما نجد 83,33% من المبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط قلن بأنهن لم يمارسن الرياضة مقابل 8,33% قلن بأنهن يمشين يوميا تقريبا ونسبة مماثلة كانت تمارسن الرياضة، وبالنسبة للواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي نجد 85,71% منهن قلن بأنهن لم يمارسن الرياضة مقابل 14,28% قلن بأنهن كن يمشين يوميا تقريبا.

من التحليل السوسيولوجي للجدول نلاحظ أن النساء الجزائريات لا يمارسن الرياضة، رغم أهميتها البالغة في الوقاية من عدة امراض. إذ أنها تنعكس إيجابيا على صحة الجسم والعقل معا، فكما يقول المثل (العقل السليم في الجسم السليم)، ففوائد الرياضة لا تحصى ولا تعد كونها تحافظ على صحة الفرد أثناء ممارسته للنشاط البدني خاصة إذا كان يوميا ولمدة ساعة تقريبا، ففي هذه الحالة يتخلص الجسم من جميع السموم وكثيرا ما ينصح بها الأطباء وخبراء الرياضة، فالحركة كما هو معلوم تنشط الدورة الدموية

وتقوي عضلات الجسم والقلب، فتجعل الجسم قويا كما تجعله جميل ومتناسق بالإضافة إلى محاربة الشيخوخة وإطالة العمر.

وليس هذا فقط فحسب الدراسات التي أجريت أكدت أن الحركة مهمة جدا للقضاء على الخلايا السرطانية بعد الإصابة وقبلها (لأنعدم ممارسة النشاط البدني سبب من أسباب الإصابة بالسرطان).

لكن في الواقع ممارسة الرياضة أو الحركة البدنية عموما يكاد ينعدم بسبب المعوقات التي تجعل المرأة المتزوجة لا تمارس أي نشاط بدني، يعود السبب أيضا إلى الفهم الخاطئ للدين في هذا الموضوع كون المرأة لا يمكنها ممارسة الرياضة خارج المنزل، لأنه يعتبر حرام بالنسبة لبعض المتعصبين، لكن هذا غير صحيح لأن المرأة باستطاعتها القيام بالرياضة خارج منزلها، إذا توفرت الشروط اللازمة دون المساس بالأخلاق والخروج عن الدين بارتدائها ألبسة محتشمة ومناسبة للرياضة في أماكن محافظة كالنوادي والساحات الواسعة و المخصصة للنساء فقط.

كذلك عدم الإلمام بكيفية ممارسة الرياضة، مما يجعل الرياضة بالنسبة لبعض النساء متعبة وصعبة وليس هذا فقط فهناك بعض النساء لا يجدن كفاية من الوقت لقيام بالتمارين الرياضية وهذا ما يجعل معظمهن عرضة للأمراض، فالمرأة المتزوجة لديها العديد من المسؤوليات( كتنظيف المنزل وغسل الملابس، تربية الأطفال، تحضير الطعام ...و غيرها من الواجبات اليومية) خاصة إذا كانت عاملة وهذا ما صرحت به اغلبية المبحوثات اللواتي يعملن، إذ قالت إحداهن بأن ليس لديها وقت فراغ بسبب العمل خارج البيت وداخله، حيث أكدت على أنها تريد ممارسة الرياضة إلا أن التعب ووقتها الضيق لا يسمحان لها بالذهاب إلى النادي الرياضي. هذا الأخير كما هو معروف يتطلب من المرأة مصروف إضافي من دخل الأسرة فكما نعلم أن النوادي الرياضية في هذه الأيام مكلفة نوعا ما، وإذا ما كان دخل الأسرة ضعيفا فلا يمكن للمرأة أن تمارس الرياضة في نادي رياضي.

رغم هذه المعوقات التي تمنع المرأة من ممارسة الرياضة إلا أن المستوى التعليمي يؤثر على ممارسة النشاط البدني، إذ نجد أن اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي فأكثر يمارسن الرياضة، لأنهن واعيات بأهمية النشاط البدني والحركة على حياتهن، والرغبة الدافعة في وقاية أنفسهن من الأمراض عكس اللواتي

لديهن مستوى منخفض فهن يمثلن أكبر نسبة من عينتنا من اللواتي لا يمارسن الرياضة، هذا بسبب عدم وعيهن بالنعمة التي تحدثها الرياضة وهي الصحة والعافية من أمراض خطيرة.

وهنا نستنتج أن المستوى التعليمي يؤثر على ممارسة الرياضة، هذا ما رأيناه في الجدول السابق تأثير المستوى التعليمي على ممارسة الرياضة. سنعالج في الجدول التالي علاقة المستوى التعليمي بنوعية الغذاء المحضر في المنزل.

**جدول رقم 14: علاقة المستوى التعليمي بنوع الغذاء المحضر في المنزل.**

| نوع الغذاء المحضر في المنزل | | غير متوازن | | متوازن نوعا ما | | متوازن | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | المستوى التعليمي | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أمي | 02 | 50 | 02 | 50 | – | – | 04 | 100 |
| | ابتدائي | 03 | 15 | 17 | 85 | – | – | 20 | 100 |
| | متوسط | 02 | 6.66 | 19 | 63.33 | 09 | 30 | 30 | 100 |
| | ثانوي | – | – | – | – | 05 | 100 | 05 | 100 |
| | جامعي | – | – | – | – | 06 | 100 | 06 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 38 | 58.46 | 20 | 30.76 | 65 | 100 |
| المصابات | أمي | 10 | 35,71 | 18 | 64.28 | – | – | 28 | 100 |
| | ابتدائي | – | – | 18 | 100 | – | – | 18 | 100 |
| | متوسط | – | – | 12 | 100 | – | – | 12 | 100 |
| | ثانوي | – | – | 02 | 28.57 | 05 | 71.43 | 07 | 100 |
| المجموع | | 10 | 15.38 | 50 | 76.92 | 05 | 7.69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 17 | 13.07 | 88 | 67.69 | 25 | 19.23 | 130 | 100 |

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتناولن غذاء متوازن نوعا ما بنسبة 67,69% مقابل 13,07% يتناولن غذاء غير متوازن، ومن خلال الدراسة

وجدنا أن 58,46% من المبحوثات غير المصابات يتناولن غداء متوازن نوعا ما مقابل 10,77% يتناولن غذاء غير متوازن.

أما المصابات ف 76,92% منهن كن يتناولن قبل الإصابة غذاء متوازن نوعا ما، مقابل 7,69%كن يتناولن غذاء متوازن.

وعندما احتفظنا بالمستوى التعليمي كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على النتائج السابقة، تحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

50% من الأميات يتناولن غذاءغير متوازن ونسبة مماثلة يتناولن غذاء متوازن نوعا ما.وبالنسبة للواتي لديهن مستوى تعليمي إبتدائي ف85% يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 15% يتناولن غذاء صحي غير متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط ف 63,33% يتناولن غذاء صحي متوازن نوعا ما مقابل 6,66% يتناولن غذاء غير متوازن. بينما نجد 100%يتناولن غذاء متوازن لكل من ذوات المستوى الثانوي والجامعي.

**بالنسبة لسلوك غذاء المصابات قبل الإصابة**

64,28% من الأميات كن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 35,71% يتناولن غذاء غير متوازن

أما بالنسبة للواتي لديهن مستوى تعليمي إبتدائي 100% يتناولن غذاء متوازن نوعا ما، أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط 100%يتناولن غذاء متوازن نوعا ما.

أما المبحوثات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي ف71,43 %كن يتناولن غذاء متوازن مقابل 28,57% يتناولن غذاء متوازن نوعا ما.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أن المجتمع الجزائري يميل إلى الغذاء غير المتوازن نوعا ما لأنه معروف بالأكلات الشعبية، الغنية بالدسم والعجائن، التوابيل ، والحلويات التقليدية المليئة بالسكريات وهذا سلوك غير صحي يؤثر سلبا على صحة الفرد، ولأن المرأة تلعب دورا مهما في هذا الأمر

فغالبا ما تكون المسؤولة عن تحضير الغذاء في المنزل. لأن أغلب المبحوثات متقدمات في السن ومستواهن التعليمي ضعيف، فلا يهتمن كثيرا بالأكل الصحي، فيقمن بتحضير الوجبات التقليدية المعتادة لأفراد الأسرة ،رغم الأهمية الكبيرة للغذاء المتوازن الذي يحتوي على الألياف والبروتينات الموجودة في الخضر والفواكه التي تفيد جسم الإنسان.

بالإضافة إلى سبب تحضيرهن غذاء غير متوازن نوعا ما، إلى أن معظمهن ينتمين إلى أسر متوسطة الدخل والتي لا تسمح بشراء المواد الغذائية الصحية يوميا لغلاء المعيشة، فسعر الخضروات والفواكه كما هو معلوم غير متاح لجميع شرائح المجتمع لشرائها في الآونة الأخيرة، بسبب ارتفاع أسعار المواد الغذائية ونقص القدرة الشرائية لدى المواطن (انظر جدول رقم 10).

كما يميل شباب هذا اليوم إلى الأكلات سريعة التحضير دون مراعاة شروط الغذاء الصحي وهذا الأمر ينطبق خاصة مع العاملات من المبحوثات، اللواتي ليس لديهن الوقت الكافي لتحضير غذاء صحي متوازن رغم وعيين بأهمية الغذاء المتوازن في حياة أفراد أسرهن، فيقمن بشراء الأكل من المطاعم التي تعرف بالأكلات سريعة التحضير (FAST-FOOD) كالبيتزا والسندويشات التي لا تراعي شروط النظافة والطهي أحيانا، وهذا ما يعرض صحة المرأة إلى الخطر والإصابة بالسرطان.

كما أن المستوى التعليمي للمرأة المتزوجة يؤثر على نوعية الغذاء المحضر في المنزل، فذوات المستوى التعليمي المرتفع غير العاملات يمّلن إلى طهي الغذاء المتوازن، هذا راجع دون شك إلى أنهن مثقفات وواعيات بأهمية الأكل المتوازن على حماية الجسم وتزويده بالفيتامينات والطاقة الكافية في محاربة الأمراض، عكس النساء ذوات المستوى التعليمي المنخفض اللواتي يملن إلى تحضير الغذاء المتوازن نوعا ما.

ومن هنا نستنتج أن المستوى التعليمي للمبحوثة يؤثر نوعا ما على نوعية الغذاء المحضر في المنزل.

رأينا في الجدول تأثير المستوى التعليمي على نوعية الغذاء المحضر في المنزل سنعالج في الجدول التالي العلاقة بين المستوى التعليمي مع قيام بفحص الرحم.

**جدول رقم 15: علاقة المستوى التعليمي مع قيام بفحص الرحم.**

| فحص الرحم | | قامت بالفحص | | لم تقم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | المستوى التعليمي | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أمي | 01 | 25 | 03 | 75 | 04 | 100 |
| | ابتدائي | 12 | 60 | 08 | 40 | 20 | 100 |
| | متوسط | 11 | 36.66 | 19 | 63.33 | 30 | 100 |
| | ثانوي | 05 | 100 | - | - | 05 | 100 |
| | جامعي | 06 | 100 | - | - | 06 | 100 |
| المجموع | | 35 | 53.85 | 30 | 46,15 | 65 | 100 |
| المصابات | أمي | 08 | 28.57 | 20 | 71,43 | 28 | 100 |
| | ابتدائي | 06 | 33.33 | 12 | 66,66 | 18 | 100 |
| | متوسط | 12 | 100 | - | - | 12 | 100 |
| | ثانوي | 07 | 100 | - | - | 07 | 100 |
| المجموع | | 33 | 50.77 | 32 | 49.23 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 68 | 52,31 | 62 | 47,69 | 130 | 100 |

من خلال الجدول رقم (15) نلاحظ أن الإتجاه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي قلن بأنهن قمن بفحص الرحم حيث يمثلن 68% مقابل 47,69% منهن لم يقمن بفحص الرحم.

بالنسبة لغير المصابات نجد 53,85% يقمن بفحص الرحم مقابل 46,15%لم قمن بفحص الرحم، أما بالنسبة للمصابات ف50,77% قمن بفحص الرحم 49,23% لم يقمن بفحص الرحم.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج وثباتها احتفظنا بالمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثات فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

75% من المبحوثات دون مستوى التعليمي لم يقمن بفحص الرحم مقابل 25% قمن بفحص الرحم.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى ابتدائي 60% قلن بأنهن قمن بفحص الرحم مقابل 40% قلن بأنهن لم يقمن بفحص الرحم. وبالنسبة للواتي لديهن المستوى التعليمي المتوسط نجد 63,33% لم يقمن بفحص الرحم مقابل 36,66% قمن بفحص الرحم، في حين نجد 100 %من ذوات المستوى الثانوي وذوات المستوى الجامعي قمن بفحص الرحم.

**بالنسبة للمصابات:**

66,66% من المبحوثات اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي لم يقمن بفحص الرحم مقابل 28,57 قمن بالفحص.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن مستوى ابتدائي ف66,66% قلن بأنهن لم يقمن بفحص الرحم مقابل 33,33% قمن بفحص الرحم.

ونجد 100 % من ذوات المستوى المتوسط وذوات المستوى الجامعي قمن بفحص الرحم.

ما يمكننا استخلاصه من المعطيات التي ذكرناها هو أن أغلبية المبحوثات قمن بفحص الرحم، الذي هو عبارة عن صورة إشعاعية للرحم وعادة ما تقوم به المرأة أثناء الحمل أو من أجل الحمل، لكن إذا شك الطبيب بمشكلة ما عند ظهور أعراض غير طبيعية، مثل انتفاخ مصاحب بألم أسفل البطن خارج فترات الحيض، أو بعد سن اليأس. تكيس المبيض، فيطلب من السيدة القيام به للتأكد من صحة رحمها لأنه الكاشف الأولي لوجود مشكلة ما.

وكون أغلبية المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المنخفض، قمن بفحص الرحم أثناء الحمل أو من أجل الحمل فقط. وهذا ما يفسر أن المستوى التعليمي له دور في قيام بفحص الرحم، فذوات المستوى التعليمي المرتفع ثانوي فأكثر، قد قمن بهذا الفحص أثناء الفحوصات الروتينية من أجل الاطمئنان على سلامة الرحم.

ونستنتج من هنا أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على القيام بفحص الرحم.

وبعدما رأينا في الجدول تأثير المستوى التعليمي على قيام بفحص الرحم سنعالج في الجدول التالي العلاقة بين المستوى التعليمي مع سبب زيارة طبيب النساء.

**جدول رقم16: علاقة النشاط اليومي مع سبب زيارة طبيب النساء.**

| سبب زيارة طبيب النساء | | فحوصات روتينية | | التهابات تناسلية | | أثناء الحمل أومن اجل الحمل | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | النشاط اليومي | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | ماكثة | - | - | 30 | 85.71 | 05 | 14.28 | 35 | 100 |
| | عاملة | 14 | 60.87 | - | - | 09 | 39.13 | 23 | 100 |
| | طالبة | - | - | 04 | 80 | 01 | 20 | 05 | 100 |
| | متقاعدة | 01 | 50 | 01 | 50 | - | - | 02 | 100 |
| المجموع | | 15 | 23.08 | 35 | 53.85 | 15 | 23.07 | 65 | 100 |
| المصابات | ماكثة | 03 | 5.45 | 50 | 90.90 | 02 | 3.64 | 55 | 100 |
| | عاملة | 01 | 14.29 | 06 | 85.71 | - | - | 07 | 100 |
| | متقاعدة | 03 | 100 | - | - | - | - | 03 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 56 | 86.15 | 02 | 3.08 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 22 | 16.92 | 91 | 70 | 17 | 9.23 | 130 | 100 |

الإتجاه العام للجدول رقم(16) يتجه نحو المبحوثات اللواتي يزرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات التناسلية حيث يمثلن 91% مقابل 9,23% يزرن طبيب النساء أثناء الحمل ومن أجل الحمل، وبالنسبة لغير المصابات وجدن 53,85% منهن يزرن الطبيب بسبب الإلتهابات التناسلية مقابل 23,07% و23,08% على التوالي يزرن الطبيب من أجل فحوصات روتينية وأثناء الحمل أو من أجل الحمل.

أما المصابات ف 86,15% يزرن الطبيب بسبب الإلتهابات التناسلية مقابل 3,08% يزرن الطبيب من أجل الحمل وأثناء الحمل.

وبغية التأكد من صحة النتائج وثباتها أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في النشاط اليومي للمبحوثات فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

85,71% من اللواتي لا تعملن أي ماكثات بالبيت يزرن الطبيب بسبب الإلتهابات التناسلية مقابل 14,28% منهن يزرن الطبيب أثناء الحمل أومن أجل الحمل.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يعملن 60,87% يزرن الطبيب من أجل فحوصات روتينية مقابل 39,13% يزرنه من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

وبالنسبة للطالبات ف80% منهن يزرن الطبيب بسبب الإلتهابات التناسلية مقابل 20% منهن يزرن الطبيب من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

في حين نجد 50% من المبحوثات المتقاعدات يزرن طبيب النساء من أ جل إجراء فحوصات روتينية ونسبة مماثلة يزرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات التناسلية.

**بالنسبة للمصابات:**

90,90%من المبحوثات الماكثات بالبيت زرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات مقابل 3,64% منهن زرنه من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

أما بالنسبة للعاملات 85,71% زرن الطبيب بسبب الإلتهابات التناسلية مقابل 14,29% زرن الطبيب من أجل فحوصات روتينية.

كما نجد 100% من المبحوثات المتقاعدات زرن طبيب النساء من أجل فحوصات روتينية.

إذن من خلال تحليلينا الإحصائي يتضح لنا أن أعلى نسبة للواتي زرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات التناسلية، والتي هي عبارة عن إفرازات غير طبيعية مصحوبة بحكة وحرقة لا تحتمل كلها

مجرد أعراض أولية لبداية سرطان الرحم، تأتي بسبب تمركز الفيروس المعدي (الحليمي البشري HPV) الذي غالبا ما ينتقل من شخص لآخر وذلك عن طريق جماع الزوجين، جراء عدم النظافة أو أن أحد الزوجين له علاقات أخرى فيكون حاملا له فينتقل الى رحم المرأة ليظهر على شكل أعراض. وإذا لم يتم السيطرة عليه ومعالجته وقت ظهوره فلسوف يتطور ليصبح سرطانا، والمشكل الذي يقع فيه الكثير من النساء المتزوجات اللامبالاة، وعدم اتخاذ الأمر بجدية عند ظهور هذه الأعراض. وذلك بسبب نقص وعييهن وثقافتهن الصحية عن أسباب سرطان الرحم.

فالفيروس الحليمي البشري الذي يظهر على شكل أعراض غير طبيعية خاصة بعد سن اليأس، ثم تختفي هذه الأعراض بشكل مؤقت بدون سابق علاج، بسبب النظافة التي تعتمد عليها المرأة في تلك المرحلة ظننا منها أنها شفيت، مما يجعل السيدة تتجاهلها ولا تقوم بالمفروض القيام به من فحوصات روتينية لتفادي سرطان الرحم.

والمرأة الماكثة بالبيت لا تخرج من المنزل الا لضرورة القصوى أحيانا مما يجعل ثقافتها محددة رغم وجود وسائل الاعلام، الا ان العالم الخارجي له دور في توعيتها، فالمرأة العاملة لها احتكاك خارجي وتتوفر لديها إمكانيات مادية مما تمكنها من استشارة طبيب النساء بدون سبب .

من هنا نستنتج أن النشاط اليومي للمرأة يؤثر على سبب زيارة طبيب النساء، فكلما كانت المرأة متفتحة ومحتكة بالعالم الخارجي مباشرة كلما حمت نفسها من سرطان الرحم.

بعدما رأينا في الجدول علاقة النشاط اليومي للمرأة مع سبب زيارة طبيب النساء سنعالج في الجدول التالي علاقة الحالة العائلية مع القيام بمسحة عنق الرحم.

**جدول رقم17: علاقة الحالة العائلية مع القيام بمسحة عنق الرحم frottis.**

| مسحة عنق الرحم | | قامت | | لم تقم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | الحالة العائلية | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | متزوجة | 18 | 31.03 | 40 | 68.97 | 58 | 100 |
| | مطلقة | 01 | 25 | 03 | 75 | 04 | 100 |
| | أرملة | - | - | 03 | 100 | 03 | 100 |
| **المجموع** | | **19** | **29.23** | **46** | **70.77** | **65** | **100** |
| المصابات | متزوجة | 14 | 27.45 | 37 | 72.55 | 51 | 100 |
| | مطلقة | 05 | 100 | - | - | 05 | 100 |
| | أرملة | 02 | 22.22 | 07 | 77.77 | 09 | 100 |
| **المجموع** | | **21** | **32.31** | **44** | **67.69** | **65** | **100** |
| **المجموع الكلي** | | **40** | **30.77** | **90** | **69.23** | **130** | **100** |

أكبر نسبة في الجدول رقم (17) تمركزت في خانة المبحوثات اللواتي لم يقمن بمسحة عنق الرحم حيث يمثلن 90% من مجموع العينة مقابل 40% منهن قمن بمسحة عنق الرحم.

بالنسبة لغير المصابات نجد 70,77% لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 29,23% قمن بمسحة عنق الرحم.

أما المبحوثات المصابات ف 67,69% لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 32,31% منهن قمن بمسحة عنق الرحم.

ومن أجل التأكد من صحة هذه النتائج أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في الحالة العائلية فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

68,97% من المبحوثات المتزوجات لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 31,03% منهن قمن به، أما المطلقات ف75% منهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 25% منهن قمن به، فحين نجد 100% من الأرامل لم يقمن بمسحة عنق الرحم.

**بالنسبة للمصابات:**

72,55% من المبحوثات المتزوجات لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 27,45% قمن به، فحين نجد 100% من المطلقات لم يقمن بمسحة عنق الرحم.

أما بالنسبة للأرامل ف77,77% منهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 22,22% قمن به ، فمن خلال التحليل السوسيولوجي يتبين لنا أن معظم المبحوثات لم يقمن بمسحة عنق الرحم ، فهي عبارة عن مسحة أو خزعة صغيرة جدا من عنق الرحم يأخذها الطبيب لفحصها إذا شك بوجود خلايا سرطانية ، وهذه المسحة كانت تجرى في المرحلة الأخيرة بعد ظهور الأعراض من أجل التحقق إذ كان هناك خلايا سرطانية أو لا، وغالبا ما تجريه النساء المتزوجات في سن 40 سنة فأكثر، وكون سرطان الرحم عرف انتشارا فادحا في الآونة الأخيرة، أصبح من الممكن إجراء هذه المسحة قبل سن 40 سنة لأن الرحم يخضع لتغيرات هرمونية أثناء الحمل و بعد الولادة ، ومع تقدم سن ، خاصة المرأة التي حدث معها إجهاض متكرر وتلقائي( انظر الملحق رقم 5 ) وهذا كله لتفادي سرطان الرحم بكل أنواعه خاصة سرطان عنق الرحم الذي يعتبر بداية لسرطان الرحم.

إلا أن ما لاحظناه أن الحالة العائلية للمبحوثات لم تؤثر على مدى قيامهن بمسحة عنق الرحم، فالمتزوجات والأرامل أغلبهن لم يقمن بها ربما بسبب عدم ظهور الأعراض أو لم يطلب منهن الطبيب بأجرائها أو خوفهن من إكتشاف المرض، أو ما زلن يعتقدن أن إجراء مسحة عنق الرحم تكون في سن 40 سنة. رغم أن هناك نسبة معتبرة من المطلقات قمن بمسحة عنق الرحم.

ومن هذا كله نستنتج أن الحالة العائلية لا تؤثر على مدى قيام بمسحة عنق الرحم.

بعدما رأينا في الجدول علاقة الحالة العائلية مع قيام بمسحة عنق الرحم سنعالج في الجدول التالي علاقة الحالة العائلية ومدى ممارسة الرياضة.

**جدول رقم18: علاقة الحالة العائلية بممارسة الرياضة.**

| ممارسة الرياضة | | امشي يوميا تقريبا | | أمارس | | لا أمارس | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | الحالة العائلية | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | متزوجة | 25 | 43.10 | – | – | 33 | 56.90 | 58 | 100 |
| | مطلقة | – | – | 01 | 25 | 03 | 75 | 04 | 100 |
| | أرملة | – | – | 02 | 66.66 | 01 | 33.33 | 03 | 100 |
| المجموع | | 25 | 38.46 | 03 | 4.62 | 37 | 56.92 | 65 | 100 |
| المصابات | متزوجة | 14 | 27.45 | – | – | 37 | 72.55 | 51 | 100 |
| | مطلقة | – | – | 02 | 40 | 03 | 60 | 05 | 100 |
| | أرملة | 09 | 100 | – | – | – | – | 09 | 100 |
| المجموع | | 23 | 35.38 | 02 | 3.08 | 40 | 61.54 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 48 | 36.92 | 05 | 3.85 | 77 | 59.23 | 130 | 100 |

بناء على ما ورد من إحصائيات في هذا الجدول رقم (18) نلاحظ أن إتجاهه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي لا يمارسن الرياضة حيث 59,23% مقابل 3,85%يمارسن.

بالنسبة لغير المصابات نجد 56,92% منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 38,46% يمشين يوميا تقريبا أما بالنسبة للمصابات فـ61,54% منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 3,08% يمارسن الرياضة.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج وثباتها احتفظنا بالمتغير المستقل السابق والمتمثل في الحالة العائلية للمبحوثات فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

56,90% من المبحوثات المتزوجات لا يمارسن أية رياضة و 43,10%يمشين يوميا تقريبا، أما بالنسبة للمبحوثات المطلقات ف75% منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 25% يمارسن الرياضة، وبالنسبة للأرامل 66,66% يمارسن الرياضة مقابل 33,33% لا يمارسن أية رياضة.

**بالنسبة للمصابات:**

72,55% من المبحوثات المتزوجات لم يمارسن الرياضة في المقابل 27,45%كن يمشين يوميا تقريبا، أما بالنسبة للمطلقات 60% منهن لم يمارسن الرياضة مقابل 40% منهن مارسن الرياضة. فحين نجد 100% من الأرامل كن تمشي يوميا تقريبا.

من خلال قراءة هذا الجدول لم نجد تأثير واضح للحالة العائلية للمبحوثات على ممارسة الرياضية لأن أغلبية المتزوجات والمطلقات وحتى الأرامل العاملات منهن يعتقدن أن المشي يوميا يعتبر بمحل رياضة، وهذا خطأ لأن المشي إذ لم تتوفر فيه شروط وأسس معيارية، التي حددتها المنظمة العالمية للصحة المشي لكي يكون بمثابة نشاط بدني يساوي فوائد التمارين الرياضة مثل: إختيار ملابس وأحذية مناسبة، ايجاد مكان ملائم وواسع للمشي بسرعة ولمدة أطول والتنفس بعمق.

وإذا لم تتوفر هذه الشروط فلا يعتبر المشي نشاطا بدنيا، وهذا ما صرحت به المبحوثات اللواتي يمشين يوميا تقريبا فهن يعتبرونها رياضة عندما يذهبهن إلى السوق أو للعمل لذلك لا داعي أن يمارسن الرياضة.

ومن هذا كله تبين لنا أن ثقافة المبحوثات محدودة، وغير واعيات كفاية بضرورة ممارسة الرياضة لتفادي الكثير من الأمراض.

بعدما رأينا في الجدول تأثير الحالة العائلية مع مدى ممارسة الرياضة سنعالج في الجدول التالي علاقة نوع العلاج مع المساندة الزوجية.

**جدول رقم 19: علاقة مساندة الزوج بنوع العلاج الذي تخضع له المصابة.**

| نوع العلاج / مساندة الزوج | | بالأشعة | | الكيمياوي | | الكي | | بالأدوية (استئصال الرحم) | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| المصابات | نعم | 03 | 4,92 | 30 | 49,18 | 08 | 13,11 | 20 | 32,79 | 61 | 100 |
| | لا | 02 | 50 | – | – | 02 | 50 | – | – | 04 | 100 |
| المجموع | | 05 | 7,69 | 30 | 46,15 | 10 | 15,38 | 20 | 30,77 | 65 | 100 |

يبين لنا الجدول أعلاه أن الإتجاه العام يكمن في خانة المبحوثات اللواتي يعالجن علاجا كيمياويا حيث يمثلن 46,15% تليها 7,69% من المبحوثات يعالجن بالأشعة.

وعندما أدخلنا المساندة الزوجية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج الذي تخضع له كل مبحوثة وجدنا أن 49,18% من اللواتي يتلقين مساندة من طرف أزوجهن يعالجن علاجا كيمياويا مقابل 13,11% يعالجن بالأشعة والكي.

وبالنسبة للواتي لم يتلقين مساندة من طرف أزوجهن وجدنا 50% يعالجن بالأشعة ونسبة مماثلة يعالجن بالكي.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن أغلبية المصابات تلقين مساندة من طرف أزوجهن كما أن المساندة الزوجية تتأثر مع نوع العلاج، فحسب الإحصائيات تبين لدينا أن كلما كان نوع العلاج صعبا لدى المصابة كلما كانت لديها مساندة زوجية من طرف الزوج، فالمصابات اللواتي يتلقين علاج كيمياوي والذي يعتبر أصعب علاج لأنه يعطى على شكل جرعات كيمياوية تأخذ عن طريق الحقن عبر الوريد لقتل الخلايا السرطانية لكي لا تنمو وتنتشر، فيسبب ذلك ألما حادا للمصابة وهذا ما صرحت به الأخيرة "( أثناء إجرائي ل - la chimiothérapie – ثلاث مرات في الأسبوع في كل مرة أريد الموت ولا

استطيع مواصلة العلاج من شدة الألم لكن عندما أرى زوجي دائما بجانبي ويشجعني على الاستمرار في العلاج ، فأقاوم ذلك الألم )

ومن هذا كله نستنتج أن المساندة الزوجية تؤثر على نوع العلاج.

بعدما رأينا في الجدول علاقة المساندة الزوجية مع نوع العلاج سنعالج في الجدول التالي علاقة صنف الأسرة مع نوعية الغذاء المحضر في المنزل.

**جدول رقم20: علاقة صنف الأسرة مع نوعية الغذاء المحضر في المنزل.**

| نوعية الغذاء المحضر | | غير متوازن | | متوازن نوعا ما | | متوازن | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | صنف الأسرة | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | النووية | 02 | 7.14 | 15 | 53.57 | 11 | 39.28 | 28 | 100 |
| | الممتدة | 05 | 13.51 | 23 | 62.16 | 09 | 24.32 | 37 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 38 | 58.46 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |
| المصابات | النووية | 06 | 20 | 20 | 66.66 | 04 | 13.33 | 30 | 100 |
| | الممتدة | 04 | 11.42 | 30 | 85.71 | 01 | 2.86 | 35 | 100 |
| المجموع | | 10 | 15.38 | 50 | 76.92 | 05 | 7.69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 17 | 13.08 | 88 | 67.69 | 25 | 19.23 | 130 | 100 |

تحليل الجدول رقم (20) يبين لنا أن أعلى نسبة تتمركز في خانة المبحوثات اللواتي يتناولنا غذاء متوازن نوعا ما حيث يمثلن نسبة67,69% مقابل 13,08% يتناولنا غذاء غير متوازن.

و نجد 58,46%من البحوثات غير المصابات يتناولن غذاء متوازن مقابل 10,77% يتناولن غذاء غير متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات المصابات ف76,92%كن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 7,69% تناولن غذاء متوازن .

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليه، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في صنف الأسر للمبحوثات تحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

53,57% من المبحوثات اللواتي ينتمين إلى الأسر النووية يتناولن غذاء متوازن مقابل 7,14% يتناولن غذاء غير متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي ينتمين إلى الأسر الممتدة ف 62,16% يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 13,51% يتناولن غذاء غير متوازن.

**وبالنسبة للمصابات:**

66,66%من المبحوثات ينتمين إلى الأسر النووية كلهن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 13,33% منهن كن يتناولن غذاء متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي ينتمين إلى الأسر الممتدة ف 85,71%كن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 2,86% تناولن غذاء متوازن.

استنادا من التحليل الإحصائي يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات يعتمدن على تحضير الغذاء المتوازن نوعا ما وهذا ما توصلنا إليه في الجدول (14) كون الجزائريات يملن دائما إلى تحضير الأكلات التقليدية غير المتوازنة نوعا ما. إلا أن صنف الأسرة يؤثر نسبيا على ذلك لأن نسبة معتبرة من المبحوثات ينتمين إلى الأسر الممتدة التي تتكون عادة من أسرة كبيرة متكونة من الجد والجدة ،الأبناء ،الأطفال ، و كما هو معروف أن الأسرة الممتدة الجزائرية محافظة جدا على الأصول والتقاليد وذلك باجتماع كل أفراد الأسرة على مائدة واحدة في توقيت واحد ، فيتوجب على الوالدة والتي تكون المسؤولة عن طهي الطعام. التي تربي أولادها على عادات الجيل القديم من أكلات تقليدية بحضور العجائن دائما ، من بينها أكل الخبر الذي يعتبر من أسوء عادات الأسر الجزائرية فهو غذاء أساسي بالدرجة الأولى لهم لأنه مصدر

إشباع ولا يمكن أن يكون غائبا في الوجبات الرئيسة رغم أنه غير صحي، فهو يصنف من العجائن غير المسموح بها بكثرة، خاصة إذا كانت كيفية تحضيرها ليست خاضعة لشروط صحية آمنة وسليمة، كارتفاع نسبة الخمائر الفورية فيها، كما أن الخبز يسبب أحد أمراض العصر وهي السمنة، التي ينجم عنها أمراض خطيرة من بينها سرطان بطانة الرحم، فالمرأة التي تعاني من الوزن الزائد احتمال كبير إصابتها بسرطان بطانة الرحم لأن الشحوم تتكدس مباشرة في البطن، وكون الرحم موجود في البطن فيغلف بهذه الشحوم، مما يجعل نمو خلايا السرطانية سهلا.

نستنتج من أن صنف الأسرة يؤثر نسبيا على نوعية الغذاء المحضر في المنزل، لأن المجتمع الجزائري يميل إلى تناول الغذاء المتوازن نوعا ما.

بعدما رأينا في الجدول تأثير صنف الأسرة على نوع الغذاء المتناول سنعالج في الجدول التالي علاقة النشاط اليومي مع نوعية الغذاء المتناول.

**جدول رقم21 :علاقة النشاط اليومي مع نوعية الغذاء المحضر في المنزل .**

| نوعية الغذاء المحضر في المنزل | | غير متوازن | | متوازن نوعا ما | | متوازن | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | نشاط اليومي | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | ماكثة | - | - | 18 | 51.43 | 17 | 48.57 | 35 | 100 |
| | عاملة | 03 | 13.04 | 20 | 86.96 | - | - | 23 | 100 |
| | طالبة | 04 | 80 | - | - | 01 | 20 | 05 | 100 |
| | متقاعدة | - | - | - | - | 02 | 100 | 02 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 38 | 58.46 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |
| المصابات | ماكثة | 03 | 5.45 | 49 | 89.09 | 03 | 5.45 | 55 | 100 |
| | عاملة | 07 | 100 | - | - | - | - | 07 | 100 |
| | متقاعدة | - | - | 01 | 33.33 | 02 | 66.66 | 03 | 100 |
| المجموع | | 10 | 15.38 | 50 | 76.92 | 05 | 7.69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 17 | 13.08 | 88 | 67.69 | 25 | 19.23 | 130 | 100 |

الإتجاه العام للجدول رقم (21) يتجه نحو المبحوثات اللواتي يتناولن غذاء متوازن نوعا ما حيث يمثلن نسبة67,69% مقابل 13,08% يتناولن غذاء غير متوازن.

ونجد أن 58,46%من المبحوثات غير المصابات يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 10,77% يتناولن غذاء غير متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات المصابات ف76,92%كن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 7,69%تناولن غذاء متوازن.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليه، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية للمبحوثات فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

51,43% من الماكثات في المنزل يتناولن غذاء متوازن نوعا ما ونسبة مقاربة 48,57 % يتناولن غذاء متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات العاملات ف86,96%منهن يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 13,04% يتناولن غذاء غير متوازن.

وبالنسبة للمبحوثات الطالبات ف80% يتناولن غذاء متوازن نوعا ما مقابل 20% يتناولن غذاء متوازن.

فحين نجد 100% من المتقاعدات يتناولن غذاء متوازن.

**وبالنسبة للمصابات:**

89,09% من المبحوثات الماكثات بالبيت كن يتناولن غذاء متوازن مقابل5,45% يتناولن غذاء غير متوازن نسبة مماثلة للواتي يتناولن غذاء متوازن.

كما نجد 100% من العاملات كن يأكلن غذاء غير متوازن.

أما بالنسبة للمبحوثات المتقاعدات ف66,66%كن يتناولن غذاء متوازن مقابل 33,33% تناولن غذاء متوازن نوعا ما.

نستنتج من خلال تحليلينا الإحصائي أن النشاط اليومي للمبحوثات لا يؤثر على نوعية الغذاء المحضر في المنزل.

بعدما رأينا في الجدول علاقة النشاط اليومي بنوعية الغذاء المحضر في المنزل سنعالج في الجدول التالي علاقة لغة متابعة الحصص الطبية مع عدد مرات قيام بفحص الرحم.

**جدول رقم (22): علاقة لغة متابعة الحصص الطبية بعدد مرات قيام بفحص الرحم.**

| عدد مرات | | ولا مرة | | مرة واحدة | | مرتين | | أكثر من مرتين | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | اللغة | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | العربية | 13 | 65 | 04 | 13.79 | – | – | 03 | 15 | 20 | 100 |
| | الفرنسية | – | – | – | – | 04 | 36,36 | 07 | 63,64 | 11 | 100 |
| | متعددة | – | – | – | – | 04 | 80 | 01 | 20 | 05 | 100 |
| | لا تتابع بأي لغة | 17 | 58.62 | 01 | 3.45 | 10 | 34.48 | 01 | 3.44 | 29 | 100 |
| المجموع | | 30 | 46.15 | 05 | 7,69 | 18 | 27.69 | 12 | 18.46 | 65 | 100 |
| المصابات | العربية | 28 | 71,79 | 06 | 15,38 | 04 | 10,26 | 01 | 2,56 | 39 | 100 |
| | الفرنسية | – | – | 04 | 100 | – | – | – | – | 04 | 100 |
| | لا تتابع بأي لغة | 04 | 18.18 | 09 | 40.91 | 05 | 22.73 | 04 | 18.18 | 22 | 100 |
| المجموع | | 32 | 49,23 | 19 | 29,23 | 09 | 13.84 | 05 | 7.69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 62 | 47.69 | 24 | 18,46 | 27 | 20.77 | 17 | 13.07 | 130 | 100 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام يصب في خانة المبحوثات اللواتي لم يقمن بفحص الرحم ولا مرة حيث يمثلن نسبة47.69% مقابل 13.70% قمن بفحص الرحم مرتين.

ونجد أن46.15%من المبحوثات غير المصابات لم يقمن بفحص الرحم ولا مرة مقابل 7,69% قمن به مرة واحدة.

أما بالنسبة للمبحوثات المصابات ف49,23%فلم يقمن بفحص الرحم مقابل 7.69%قمن به أكثر من مرة.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في اللغة المستعملة لمتابعة الحصص الطبية فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

65% من المبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية باللغة العربية لم يقمن بفحص الرحم مقابل نسبة 15% قمن بفحصه أكثر من مرتين.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية باللغة الفرنسية ف63,64% قمن بفحصه أكثر من مرتين مقابل 36,36%قمن بفحصه مرتين فقط.

وبالنسبة للمبحوثات اللواتي يتابعن الحصص بلغات متعددة ف80%قمن بفحصه مرتين مقابل 20%قمن بفحصه أكثر من مرتين.

فحين نجد 58.62%من المبحوثات اللواتي لا يتابعن الحصص الطبية لم يقمن بالفحص و 3.45% قمن بالفحص مرة واحدة، و نسبة مماثلة أكثر من مرتين.

**وبالنسبة للمصابات:**

71.79% من المبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية باللغة العربية لم يقمن بفحص الرحم مقابل 2,56 % قمن بفحصه أكثر من مرتين.

كما نجد 100% من اللواتي تابعن الحصص باللغة الفرنسية قمن بالفحص مرة واحدة.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لا يتابعن الحصص الطبية ف 40.91% منهن قمن بالفحص مرة واحدة مقابل 18.18% قمن به أكثر من مرتين.

من خلال القراءة الإحصائية نلاحظ أن معظم المبحوثات قمن بفحص الرحم أكثر من مرتين. والمحتمل أنهن قمن به أثناء الحمل لفحص الجنين لأنه يعتبر ضروري حاليا من أجل المحافظة على حياة الجنين أو إجهاضه إذا كانت لديه تشوهات خلقية أو جنين غير مكتمل، أو قد يؤدي إلى موت الأم في بعض الحالات.

نسبة معتبرة لم تقم بفحص الرحم ربما بسبب دخل الأسرة المحرج لأن هذا الفحص يمكن القيام به عند طبيب النساء الخاص غالبا بسبب افتقار بعض المستشفيات والعيادات العامة بالأجهزة الضرورية لإجرائه. فالسيدة التي تنتمي إلى أسرة ضعيفة الدخل لا يمكنها القيام به لأنه مكلف نوعا أو لنقصه في الأعوام الماضية لأن أغلبية المصابات يفوق سنهن 40 سنة، فلم تكون هذه الفحوصات شائعة بالنسبة لهن في الأيام السالفة كما هي الآن عليه.

ومن النتائج المتحصل عليها وجدنا أن لغة متابعة الحصص الطبية تؤثر على القيام بفحص الرحم، فاللواتي يتابعن البرامج باللغة العربية معظمهن أجرين الفحص أكثر من مرتين.

فالجزائر تحاول قدر ما استطاع تسليط الضوء على هذه المواضيع عبر جميع وسائل الإعلام والإتصال بجميع اللغات الأجنبية والوطنية من أجل رفع الوعي الصحي والمستوى الثقافي لدى المواطن، بتحديد المرأة التي بدورها تتحكم في المحيط الأسري لتفادي انتشار الأمراض لأنها المنجبة والمربية.

فوسائل الإعلام والإتصال تهدف إلى رفع الوعي الإجتماعي بأهمية الصحة، حيث ثبت حاليا حصص من هذا النوع، وكون المبحوثات مستواهن الدراسي منخفض حيث يتمكن من فهم الحصص الصحية والطبية باللغة العربية إن كانت تستعرض على التلفزة أو الإذاعة، فقد ساعدت بشكل كبير العديد منهن بمتابعة الحصص وإرشادات طبية، فهناك نسبة معتبرة لا يتابعن الحصص بسبب مستواهن التعليمي الضعيف فتكون المصطلحات الطبية بالنسبة لهن غير مفهومة، و خاصة إذا لم يكن لها مرادفات باللغة العربية فيتعين على مقدم البرنامج الصحي إلقائها بلغتها الأصلية ، وهذا ما يفسر مساهمة التعليم في رفع المستوى الثقافي للمرأة .

كما أن كثرة المسؤوليات اليومية والتعب لا يسمحان لهن بحضور حصص طبية صحية يوميا على التلفزة، خاصة الأرامل والمطلقات اللواتي لديهن أبناء يتطلب عليهن القيام بدور الأم والأب معا، هذا ما يؤدي إلى عدم الإستفادة من البرامج الصحية التي تبث على مواقع التواصل الاجتماعي.

ومن خلال هذا يمكن القول أن لغة متابعة الحصص الطبية لا تؤثر على عدد مرات القيام بفحص الرحم.

## إستنتاج الفرضية الأولى:

في نهاية هذا الفصل توصلنا إلى جملة من النتائج التي ترتبط بالفرضية الأولى والتي مفادها:

– كلما ارتفع الوعي الاجتماعي للمرأة المتزوجة كلما زاد اهتمامها بصحتها، بالتالي كان هناك تراجع في نسب المرض بين الجزائريات ومن هنا نذكر أهم النتائج المتحصل عليها كما يلي:

–النساء الجزائريات عموما لا يمارسن الرياضة خاصة إذا تعلق الأمر بالنساء المتزوجات، نظرا للكثير من المعوقات، فللمستوى التعليمي أثر كبير في هذا الجانب، فالنساء اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي فأكثر يمارسن الرياضة لأنهن لديهن وعي بأهمية ممارسة النشاط البدني للوقاية من الأمراض عكس اللواتي لديهن مستوى تعليمي منخفض.

–المستوى التعليمي ليس له علاقة وتأثير كبير على تناول الغذاء المتوازن فكلما ارتفع المستوى التعليمي عند المبحوثات نجدهن يملن إلى طهي الطعام والغذاء المتوازن نوعا ما وهذا راجع الى الظروف المعيشية للمبحوثة كالعمل خارج البيت وضيق الوقت، التعب، رغم وعيها بأهمية الغذاء المتوازن. فالطعام الصحي دليل على الوعي الصحي والعكس صحيح.

–غالبية المبحوثات يقمن بفحوص طبية على الرحم أثناء الحمل ومن أجل الحمل لا غير وهنا نلاحظ أن المستوى التعليمي عامل يؤثر على توجيه النساء لإجراء الفحوص الطبية على الرحم لأن معظم المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المرتفع قمن بفحص الرحم أثناء الفحوصات الدورية خارج فترات الحمل أو من اجله.

–كلما كانت للمرأة علاقات خارج المنزل مثل العمل أو أي نشاط خارجي، كلما سمح لها ذلك بتشكيل وعي صحي يدفعها للقيام بزيارة الطبيب وإجراء الفحوصات اللازمة والروتينية مما يجعلها تحمي نفسها من هذه الأمراض السرطانية.

– هناك علاقة نسبية بين الحالة المدنية للمرأة الجزائرية وقيامها بفحص عنق الرحم، لكشف عن سرطان الرحم وهذا راجع بالأساس لعدم وجود أعراف تستدعي إجراء هذا الكشف الطبي، أو أن الطبيب لم يطلب

منها إجراءه وفي الكثير من الحالات تكون بسبب الخوف، عند اكتشاف المرض أو أن المرأة لازالت تعتقد أن هذا الكشف لا يكون إلا في سن ال 40 سنة فما فوق.

– لا توجد علاقة مباشرة بين الحالة العائلية ومدى ممارسة المرأة للرياضة.

– تقدم المرأة المصابة بسرطان الرحم على العلاج بكل أنواعه، بجعلها تجد المساندة الإنسانية العائلية في ذلك خاصة من طرف الزوج وهذا بشكل كبير جدا.

– طبيعة الأسرة ليس لها علاقة بنوع الغذاء المعتمدة عليه فغالبية الأسرة الممتدة تتناول غذاء متوازن نوعا ما وعادة ما يكون تقليدي، كذلك الأسرة النووية التي يكون غذاءها غالبا معدا في المحلات والمطاعم.

– كلما كانت المرأة تتابع الحصص الطبية خاصة باللغة التي تفهمها، يتشكل لديها وعي صحي كبير هذا الأخير يسمح لها بمباشرة الكشف الطبي والحرص على استمراره بشكل منتظم.

## ثالثا: تحليل الفرضية الثانية .

سنقوم بالإجابة على السؤال المطروح وهو: هل للوعي الصحي دورا في الوقاية من سرطان الرحم؟

ومن خلال تحليل المعطيات والبيانات المتعلقة بالفرضية الثانية والتي صيغت كما يلي:

**ارتفاع الوعي الصحي للمرأة المتزوجة يجعلها تقي نفسها من سرطان الرحم.**

**جدول رقم 23: علاقة متابعة الحصص الطبية مع سبب زيارة طبيب النساء.**

| سبب زيارة طبيب النساء | | فحوصات روتينية | | التهابات تناسلية | | أثناء الحمل ومن اجل الحمل | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | متابعة الحصص الطبية | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أتابع | 13 | 68.42 | 06 | 31.58 | - | - | 19 | 100 |
| | أتابع ولا افهم كثيرا | - | - | 05 | 29,41 | 12 | 70,59 | 17 | 100 |
| | لا أتابع | 02 | 6.90 | 24 | 82.76 | 03 | 10.34 | 29 | 100 |
| المجموع | | 15 | 23.08 | 35 | 53,85 | 15 | 23,08 | 65 | 100 |
| المصابات | أتابع | 04 | 28.57 | 10 | 71.43 | - | - | 14 | 100 |
| | أتابع ولا افهم كثيرا | 03 | 10.34 | 26 | 89.65 | - | - | 29 | 100 |
| | لا أتابع | - | - | 20 | 90.91 | 02 | 9.09 | 22 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 56 | 86.15 | 02 | 3.08 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 22 | 16.92 | 96 | 73.85 | 12 | 9.23 | 130 | 100 |

بناء على ما ورد من إحصائيات في هذا الجدول نلاحظ أن إتجاهه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي يزرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات حيث يمثلن 73,85% مقابل9.23% يزرنه في فترات الحمل ومن أجل الحمل.

فبالنسبة لغير المصابات نجد53,85% منهن كانت زرن طبيب النساء بسبب الإصابة بالتهابات التناسلية مقابل23,08% نسبة متتالية لكل من اللواتي أجرين فحوصات طبية بسبب الحمل او اثناءه ومن اجل فحوصات روتينية.

أما المبحوثات المصابات ف86,15% زرن الطبيب قبل الإصابة بسبب الإلتهابات مقابل3.08% من أجل الحمل و أثناءه.

ومن أجل التأكد من ثبات النتائج المتحصل عليها، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في مدى متابعة المبحوثات للحصص الطبية فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

68,42% من اللواتي يتابعن الحصص الطبية قمن بزيارة الطبيب بسبب فحوصات روتينية مقابل 31,58%يزرن الطبيب بسبب الالتهابات المهبلية.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية ولا يفهمن كثيرا حيث 70,59% يقمن بزيارة الطبيب أثناء الحمل ومن اجل الحمل مقابل 29,41% يقمن بزيارة الطبيب بسبب التهابات التناسلية.

وبالنسبة للمبحوثات اللواتي لا يتابعن الحصص الطبية ف82,76% منهن قمن بزيارة طبيب النساء بسبب التهابات المهبلية مقابل 6,90%قمن بزيارته بسبب فحوصات روتينية.

**وبالنسبة للمصابات:**

71,43 % من المصابات اللواتي كن تتابعن الحصص الطبية زرن الطبيب من أجل الإلتهابات التناسلية مقابل نسبة 28,57%زرنه من أجل فحوصات روتينية.

كما نجد 89,65% من اللواتي كن تتابعن الحصص الطبيبة ولا يفهمن زرن الطبيب بسبب الإلتهابات مقابل 10,34% زرنه من أجل فحوصات روتينية.

كما نجد 90% من اللواتي لم تتابعن الحصص الطبية زرن الطبيب بسبب الإلتهابات مقابل 9,09% يزرنه أثناء الحمل أو من أجل الحمل.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتبين لنا أن معظم افراد عينتنا زرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات التناسلية التي تستوجب بالضرورة الذهاب إلى طبيب النساء .كما وجدنا أن متابعة الحصص الطبية تؤثر على سبب زيارة الطبيب و الدليل أن أغلبية المبحوثات غير المصابات قمن بزيارة طبيب النساء من دون سبب، بهدف إجراء فحوصات روتينية، وهذا راجع لأن مستواهن التعليمي مرتفع وواعيات بضرورة القيام بهذه الفحوصات، نتيجة تتبعهن للحصص الطبية التي تعرض على مواقع التواصل الإجتماعي، فهي تلعب دورا مهم في رفع الوعي الإجتماعي والصحي معا، التي تستهدف الى توعية المرأة بأهمية وقاية نفسها .

والتطور الذي تشهده وسائل الإعلام بتعدد القنوات التلفزيونية، على بث حصص تعرض من خلالها مواضيع الصحة بجميع اللغات، وعّت الكثير من الناس بأهمية الصحة، وكشفت العديد من الأمراض، أسبابها، نتائجها وكيفية الوقاية منها عكس الأعوام الماضية، التي كانت تقل فيها هذه الحصص، إذ يرجع الفضل لهذه الوسائل الإعلامية التي كشفت الأسباب الحقيقة لكل أنواع الأمراض الخبيثة لحماية أنفسنا منها.

وفي الأخير نستنتج أن كلما اتبعت المرأة حصص صحية كلما كانت واعية بأهمية إجراء الفحوصات الروتينية، إذن متابعة الحصص الصحية تؤثر على سبب زيارة طبيب النساء.

بعدما رأينا في الجدول تأثير متابعة الحصص الطبية على سبب زيارة الطبيب سنعالج في الجدول التالي علاقة الإجهاض مع سبب زيارة طبيب النساء.

**جدول رقم24:علاقة الإجهاض مع سبب زيارة طبيب النساء.**

| سبب زيارة طبيب النساء | | فحوصات روتينية | | التهابات | | أثناء الحمل ومن اجل الحمل | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | الإجهاض | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أجهضت | 10 | 62.50 | - | - | 06 | 37.50 | 16 | 100 |
| | لم تجهض | 05 | 10.20 | 35 | 71,43 | 09 | 18,38 | 49 | 100 |
| المجموع | | 15 | 23.07 | 35 | 61.54 | 15 | 15.38 | 65 | 100 |
| المصاب | أجهضت | 05 | 9,43 | 46 | 86.79 | 02 | 3.77 | 53 | 100 |
| | لم تجهض | 02 | 16.66 | 10 | 83.33 | - | - | 12 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 56 | 86.15 | 02 | 3.08 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 22 | 16.92 | 96 | 73.85 | 12 | 9.23 | 130 | 100 |

من الجدول رقم (24) نلاحظ أن أعلى نسبة قد تمركزت عند اللواتي يزرن الطبيب بنسبة 73,85% مقابل نسبة 9,23% للواتي يزرن طبيب النساء اثناء الحمل ومن اجل الحمل.

فبالنسبة لغير المصابات 61,54% منهن زرن الطبيب عند أصبنهن بالتهابات تناسلية مقابل15.38% أجرين فحوصات طبية بسبب الحمل.

أما المبحوثات المصابات86,15% منهن زرن الطبيب بسبب الإلتهابات مقابل3.08% زرنه من أجل الحمل، ومن أجل التأكد من ثبات النتائج المتحصل عليها، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في الإجهاض فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

62,50 % من المبحوثات اللواتي أجهضن يزرن الطبيب بسبب فحوصات روتينية مقابل نسبة 37,50% يزرنه بسبب الإلتهابات تناسلية.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لم يجهضن نجد71,43%منهن يزرن الطبيب من أجل الإلتهابات التناسلية مقابل 10,20% زرنه أثناء الحمل ومن أجله.

**وبالنسبة للمصابات:**

86,79% من المصابات اللواتي أجهضن زرن الطبيب من أجل الإلتهابات مقابل نسبة 3,77%قمن بزيارته من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

كما نجد 83,33% من اللواتي لم يجهضن زرن الطبيب بسبب الإلتهابات مقابل 16,66%زرنه من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

من خلال الإحصائيات التالية يتضح أن زيارة طبيب الأمراض النسائية تكشف الكثير من المعلومات ويجب أن تكون دون سابق إنذار، لأن كما هو معروف أن المرأة المتزوجة بعد الزواج تعرف العديد من التغيرات الهرمونية خاصة بعد الولادة، وهذا ما يتطلب فحوصات روتينية، فإن أغلبية المبحوثات المصابات أجهضن ولم يقمن بفحوصات روتينية كما يجب كل شهر على الأقل.

والإجهاض هو إنتهاء الحمل بخروج أو نزع الجنين من الرحم، قبل أن يصبح قادرا على الحياة، كما تترتب عنه مضاعفات، حيث تعتبر تجربة الإجهاض تجربة أليمة للمرأة فتكون هذه الحالة نتيجة للاضطرابات هرمونية التي يتسبب بها الإجهاض كمثل: النزيف المهبلي غير الطبيعي للأسابيع، ألم البطن، الإصابة بالعدوى والأمراض التناسلية. فإذا أهملت المرأة كل هذه الأعراض بمجرد إختفائها فهي تعرض نفسها بالدرجة الأولى إلى الإصابة بسرطان الرحم بكل أنواعه، وهذا ما أوضحته لنا النتائج الإحصائية.

المبحوثات المصابات أغلبهن أجهضن، ولم يقمن بإجراء فحوصات روتينية كما يجب، لأن معظم المبحوثات مستواهن التعليمي ضعيف (انظر الجدول رقم 5) وغير واعيات بأن الإجهاض هو أيضا يعتبر

من أسباب سرطان عنق الرحم إذ لم يتم الفحص الدوري لرحم المرأة بعد عملية الإجهاض، فهذه العملية معقدة تتبعها أثار سلبية ما يتوجب على السيدة القيام بفحوصات دورية من أجل التأكد ان رحمها قد تخلص من بقايا الجنين تماما. ومن هذا كله نستنتج أن الإجهاض يؤثر على سبب زيارة الطبيب.

بعدما رأينا في الجدول تأثير الإجهاض على سبب زيارة الطبيب سنعالج في الجدول التالي علاقة مدى إستعمال وسائل منع الحمل مع سبب زيارة طبيب النساء.

**جدول رقم25: علاقة مدى استعمال وسائل منع الحمل مع سبب زيارة طبيب النساء.**

| سبب زيارة الطبيب | | فحوصات روتينية | | التهابات مهبلية | | أثناء الحمل ومن اجل الحمل | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | إستعمال و م ح | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | تستعمل | 15 | 27.77 | 31 | 57,41 | 03 | 14,81 | 54 | 100 |
| | لم تستعمل | – | – | 04 | 36.36 | 07 | 63.64 | 11 | 100 |
| المجموع | | 15 | 23,08 | 35 | 53,85 | 15 | 23,08 | 65 | 100 |
| المصابات | تستعمل | 07 | 11.11 | 56 | 88.88 | – | – | 63 | 100 |
| | لم تستعمل | – | – | – | – | 02 | 100 | 02 | 100 |
| المجموع | | 07 | 10.77 | 56 | 86.15 | 02 | 3.08 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 22 | 16.92 | 96 | 73.85 | 12 | 9.23 | 130 | 100 |

يبين لنا الجدول رقم (25) أن الاتجاه العام يتجه نحو اللواتي يزرن الطبيب نسبة 73,85% مقابل 9,23%، فبالنسبة لغير المصابات فنجد53,85% منهن زرن الطبيب بسبب التهابات المهبلية مقابل نسبة مماثلة 23,08 %لكل من اللواتي زرنه من أجل الحمل أو أثناء الحملواللواتي زرنه للقيام بفحوصات روتينية.

أماالمبحوثاتالمصابات86,15 % زرن الطبيب بسبب الإلتهابات، مقابل3.08% زرنه من أجل الحمل، ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها، لذلك أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في مدى إستعمال وسائل منع الحمل فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

57,41% من المبحوثات اللواتي استعملن وسائل منع الحمل يزرن الطبيب بسبب الإلتهابات مقابل نسبة 14,81% يزرنه من أجل الحمل أو أثناء الحمل.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لم يستعملن وسائل منع الحمل ف63,64% يزرن الطبيب من أجل الحمل أو أثناء الحمل مقابل 36,36% يزرنه بسبب الالتهابات المهبلية.

**وبالنسبة للمصابات:**

88,88% من المصابات اللواتي كن قد استعملن وسائل الحمل زرن الطبيب من أجل الالتهابات المهبلية مقابل نسبة 11,11% قمن بزيارته بسبب فحوصات روتينية.

كما نجد 100% من اللواتي لم يستعملن وسائل منع الحمل زرن الطبيب أثناء الحمل أو من أجل الحمل فقط.

من خلال التحليل السوسيولوجي نلاحظ أن معظم المبحوثات زرن طبيب النساء بسبب الإلتهابات التناسلية، و قد استعملن حبوب منع الحمل (انظر ملحق رقم7) التي تستخدم بهدف تنظيم النسل وتأجيل الحمل، وذلك من خلال قدرتها على منع تخصيب البويضة الخاصة بالمرأة، حيث تعتبر هذه الوسيلة من أكثر الوسائل لمنع الحمل انتشارا بين المتزوجين، والسبب في ذلك يعود إلى فعاليتها عند استخدامها بشكل دقيق.

فالدراسات الطبية أكدت أن حبوب منع الحمل تمنع حدوثه بنسبة 99,99%و هي أقوى بكثير عن باقي الوسائل الأخرى التي تمنع حدوث الحمل، إلا أن حبوب منع الحمل لها أضرار وأثار جانبية، كإحتمالية حدوث زيادة في تجلط الدم، إحتمالية تأخر الحمل بعد الإنقطاع عن استعمال الحبوب لفترة، تدفق الدم بين الدورات، حدوث زيادة في الوزن، الشعور بالإكتئاب في بعض الحالات، الشعور بالغثيان، والصداع، القي والإسهال، وكذلك التوتر والعصبية ، خاصة عندما يصبح عمر المرأة فوق 35 عاما ، كما أن الاستمرار في استعمال نفس النوعية و لمدة أطول دون تغييرها يسبب تغيير عدد الهرمونات وتغيير إفرازات الغدد الصماء ، كذلك تنشيط نمو الأورام الخبيثة في الجسم وخصوصا التي تكون لديها أعراض واضحة ، لهذا تكون احتمالية الإصابة بسرطان عنق الرحم كبيرة .

وهذا ما تبين معنا أن معظم المصابات قد استعملناها، ولا يزرن الطبيب إلا للضرورة وهذا يعتبر خطأ لأن تغيير حبوب منع الحمل مطلوب، والإستمرار بتناول نفس النوعية لمدة أطول وبدون استشارة طبيب النساء يسبب أثار وخيمة على المرأة مما يجعلها عرضة للسرطان الرحم.

ومن هذا كله نستنتج أن وسائل منع الحمل خاصة حبوب منع الحمل تؤثر على سبب زيارة طبيب النساء.

بعدما رأينا في ا الجدول تأثير وسائل منع الحمل على سبب زيارة الطبيب سنعالج في الجدول التالي علاقة عدد الأبناء مع قيام بفحص الرحم.

**جدول رقم 26:علاقة عدد الأبناء مع قيام بفحص الرحم .**

| فحص الرحم | | قامت | | لم تقم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | عدد الأبناء | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | 0 | 04 | 100 | - | - | 04 | 100 |
| | 2-1 | 03 | 100 | - | - | 03 | 100 |
| | 4-3 | 16 | 76.19 | 05 | 23,81 | 21 | 100 |
| | 5 فأكثر | 12 | 32.43 | 25 | 67.57 | 37 | 100 |
| المجموع | | 35 | 53.85 | 30 | 46.15 | 65 | 100 |
| المصابات | 2-1 | 05 | 100 | - | - | 05 | 100 |
| | 4-3 | 13 | 50 | 13 | 50 | 26 | 100 |
| | 5 فأكثر | 15 | 44,12 | 19 | 55,88 | 34 | 100 |
| المجموع | | 33 | 50.77 | 32 | 49.23 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 68 | 52.31 | 62 | 47.69 | 130 | 100 |

يوضح لنا الجدول أعلاه أن أعلى نسبة تمركزت في خانة المبحوثات اللواتي قمن بفحص الرحم حيث يمثلن 52,31 % مقابل 47.69% لم يقمن بفحص الرحم.

فبالنسبة لغير المصابات نجد53,85% منهن قمن بفحص الرحم مقابل46.15% لم يقمن بفحص الرحم أما المبحوثات المصابات 50,77% قمن بفحص الرحم، مقابل49,23% لم يقمن به، ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في عدد الأبناء فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

100% من المبحوثات اللواتي ليس لديهن أبناء قمن بفحص الرحم، أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي لديهن طفل أو طفلين 100%قمن بفحص الرحم، وبالنسبة للواتي لديهن ثلاثة أطفال إلى أربعة أطفال ف76,19% منهن قمن بفحص الرحم مقابل 23.81% لم يقمن بفحص الرحم.

كما نجد المبحوثات اللواتي لديهن خمسة أطفال فأكثر 67,57% منهن لم يقمن بفحص الرحم مقابل 32,43 قمن بفحص الرحم.

**وبالنسبة للمصابات:**

100% من المصابات اللواتي لديهن طفلا إلى طفلين قمن بفحص الرحم، واللواتي لديهن ثلاثة أطفال إلى أربعة أطفال ف50% قمن بفحص الرحم نسبة مماثلة للواتي لم يقمن بفحص الرحم.

أما بالنسبة للواتي لديهن أكثر من خمسة أبناء ف 55.88% لم يقمن بفحص الرحم مقابل 44.12% قمن بفحص الرحم.

نستنتج من خلال الجدول أعلاه أن معظم المبحوثات قمن بفحص الرحم كونه الفحص الأولي الذي يكشف عن سلامة الرحم أولا، إلا أن عدد إنجاب الأطفال ليس بالضرورة القيام به كما سبق الذكر والدليل أن اغلبية المبحوثات غير المصابات اللواتي أنجبن منهن أو لم يجبن أطفال قمن به لأن القيام به أصبح في الفترات الأخيرة إجباري خاصة أثناء الحمل أو من أجل الحمل.

رغم ذلك يوجد نسبة معتبرة لم يقمن به، واللواتي أنجبن أكثر من 5 أطفال نظرا لسنهن الكبير، ففي السابق لم يكن متوفرا بشكل ملحوظ فلم يكن متاح بالنسبة لكل النساء.

ومن هذا كله نستخلص أن عدد الأبناء لا يؤثر على فحص الرحم.

بعدما رأينا في الجدول تأثير إنجاب الأبناء على فحص الرحم سنعالج في الجدول التالي علاقة بين إمكانية الوقاية مع ممارسة الرياضة.

**جدول رقم 27: علاقة إمكانية الوقاية مع ممارسة الرياضة.**

| ممارسة الرياضة | | امشي يوميا تقريبا | | أمارس | | لا أمارس | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | إمكانية الوقاية من | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | يمكن | 10 | 58.82 | 03 | 17.65 | 04 | 25.53 | 17 | 100 |
| | لا يمكن | 11 | 52.38 | - | - | 10 | 47.62 | 21 | 100 |
| | لا أدري | 04 | 14.81 | - | - | 23 | 85.18 | 27 | 100 |
| المجموع | | 25 | 38.46 | 03 | 4.61 | 37 | 56.92 | 65 | 100 |
| المصابات | يمكن | 23 | 76,67 | 02 | 6,67 | 05 | 16.66 | 30 | 100 |
| | لا يمكن | - | - | - | - | 20 | 100 | 20 | 100 |
| | لا أدري | - | - | - | - | 15 | 100 | 15 | 100 |
| المجموع | | 23 | 35,38 | 02 | 3,08 | 40 | 61.54 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 48 | 36,92 | 05 | 3,85 | 77 | 59.23 | 130 | 100 |

من خلال الجدول رقم (27) نلاحظ أن أعلى نسبة تمركزت في خانة المبحوثات اللواتي لا يمارسن الرياضة حيث يمثلن 59,23%، مقابل 3,85%يمارسن الرياضة، فالنسبة لغير المصابات نجد56,92%لايمارسنالرياضةمقابل4,61% يقمن بممارسة الرياضة.

أما المبحوثات المصابات فـ61,54% لا يمارسن مقابل3,08% يمارسن الرياضة.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها وإثباتها، أدخلنا المتغير المستقل والمتمثل في رأي المبحوثات حول إمكانية الوقاية من سرطان الرحم فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

58,82%من المبحوثات اللواتي أجبن أنه يمكن للمرآة أن تقي نفسها من سرطان الرحم يمشين يوميا تقريبا مقابل 17,65% يمارسن الرياضة، أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي أجبن أنه لا يمكن للمرأة أن تقي نفسها من سرطان الرحم52,38% يمشين يوميا تقريبا و 47,62%منهن لا يمارسن الرياضة.

وبالنسبة للواتي أجبن أنهن 85,18%لا يمارسن الرياضة مقابل 14,81%يمشين يوميا تقريبا.

**وبالنسبة للمصابات:**

76,67% من المصابات اللواتي أجبن أنهيمكن للمرآة أن تقي نفسها من سرطان الرحم، يمشين يوميا مقابل 6,67% لا يمارسن الرياضة.

كما نجد 100% من المبحوثات اللواتي أجبن أنه لا يمكن للمرأة أن تقي نفسها من سرطان الرحم من خلال ممارسة الرياضة. أما بالنسبة للواتي أجّبن أنهن 100% لا يمارسن الرياضة.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن أغلب المبحوثات لا يمارسن الرياضة، حيث كانت معظم إجابتهن حول إمكانية الوقاية لا ادري ولا يمكن أكثر من اللواتي قلن يمكن الوقاية (انظر الملحق رقم 8) فبعد إصابتهن فهمّن كيفية إمكانية الوقاية من سرطان الرحم وذلك بإتباع الأساليب الوقائية عن طريق النظافة المستمرة و عن طريق ممارسة الرياضة، إتباع الفحوصات الروتينية، استعمال الواقي أثناء الممارسة الحميمية، الكشف المبكر.

إلا أن هناك نسبة معتبرة تكلمن أنه لا يمكن للمرأة أن تقي نفسها من سرطان الرحم فحسب معلوماتهن الخاطئة أن سرطان الرحم يحدث بدون سبب، لأن في بعض الحالات لا يظهر على شكل أعراض. كما أن نسبة معتبرة من اللواتي أجبن بلا أدري فهذا راجع لعدم معرفتهن الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى الإصابة بسرطان الرحم لا يمارسن الرياضة.

عكس اللواتي أجبن أنه من الممكن للمرأة أن تقي نفسها، فمعظمهن يمارسن الرياضة وهذا دليل على أنهن مثقفات وواعيات بأهمية الرياضة في حماية أنفسهن.

نستنتج من هذا كله إمكانية الوقاية من سرطان الرحم تؤثر على ممارسة الرياضة.

بعدما رأينا في الجدول تأثير إمكانية الوقاية من سرطان الرحم على ممارسة الرياضة سنعالج في الجدول التالي علاقة إمكانية الوقاية مع قيام بمسحة عنق الرحم.

**جدول لرقم 28: علاقة إمكانية الوقاية من سرطان الرحم مع قيام بمسحة عنق الرحم.**

| قيام بمسحة عنق الرحم | | نعم | | لا | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | إمكانية الوقاية من سرطان الرحم | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | يمكن | 15 | 88.24 | 02 | 11.76 | 17 | 100 |
| | لا يمكن | 01 | 4.76 | 20 | 95.23 | 21 | 100 |
| | لا ادري | 03 | 11.11 | 24 | 88.88 | 27 | 100 |
| المجموع | | 19 | 29.23 | 46 | 70.77 | 65 | 100 |
| المصابات | يمكن | 10 | 33.33 | 20 | 66.66 | 30 | 100 |
| | لا يمكن | 02 | 10 | 18 | 90 | 20 | 100 |
| | لا ادري | 09 | 60 | 06 | 40 | 15 | 100 |
| المجموع | | 21 | 32.31 | 44 | 67.69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 40 | 30.77 | 90 | 69.23 | 130 | 100 |

الاتجاه العام للجدول رقم (28) يتجه نحو المبحوثات اللواتي لم يقمن بمسحة عنق الرحم حيث يمثلن 69,23% مقابل 30,77% قمن بمسحة عنق الرحم، فبالنسبة لغير المصابات وجدنا70,77% منهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل29,23%يقمن بها، أما المبحوثات المصابات ف67,69% منهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل32,31%قمن بها.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليه، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في رأي المبحوثات حول إمكانية الوقاية من سرطان الرحم فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

88,24% من المبحوثات اللواتي أجبن أن أنه يمكن للمرآة أن تقي نفسها من سرطان الرحم قمن بمسحة عنق الرحم مقابل 11,76%لم يقمن بالمسحة.

أما المبحوثات اللواتي أجبن أنه لا يمكن للمرأة أن تقي نفسها من سرطان الرحم 95,23% منهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 4,76%قمن بها.

وبالنسبة للواتي اجبن بأنهن لا يدرين 88,88%لميقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 11.11%أجرينها.

**وبالنسبة للمصابات:**

66,66% من المصابات اللواتي أجبن أنه من الممكن للمرآة أن تقي نفسها من سرطان الرحم لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 33,33% أجرينها.

كما نجد 90% من المبحوثات اللواتي أجبن أنه لا يمكن للمرآة أن تقي نفسها من سرطان الرحم، لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 10% قمن بمسحة عنق الرحم.

أما بالنسبة للواتي أجبن أنهن لا يدرين ف 60% لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 40% أجرين مسحة عنق الرحم.

من خلال قراءتنا الإحصائية يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات لم يقمن بمسحة عنق الرحم إلا أن إمكانية الوقاية من سرطان الرحم قد تؤثر على القيام بمسحة عنق الرحم، حيث جاءت النسب متذبذبة بين لا يمكن ولا أدري فأغلبهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم و هذا راجع لعدم درايتهن بأهمية قيام بمسحة عنق الرحم عند ظهور الأعراض غير الطبيعية خاصة المصابات اللواتي ظهرت معهن هذه الأعراض في البداية، رغم أن نسبة معتبرة أجبن بأنه يمكن للمرأة المتزوجة أن تقي نفسها فمعظمهن قمن بمسحة عنق الرحم بعد الإصابة ،وبالنسبة لغير المصابات اللواتي لديهن مستوى ثانوي فأكثر قد بحثن عن أهم مسببات سرطان الرحم.

ومن هنا نستنتج إمكانية الوقاية تؤثر على مسحة عنق الرحم.

بعدما رأينا في الجدول تأثير إمكانية الوقاية على مسحة عنق الرحم، سنعالج في الجدول التالي علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع استعمال الطب البديل.

**جدول رقم29: علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع استعمال الطب البديل.**

| استعمال الطب البديل | | استعملت | | لم تستعمل | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| المصابات | الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض | ك | % | ك | % | ك | % |
| | طبيب عام | 28 | 96,55 | 15 | 3,45 | 43 | 100 |
| | طبيب النساء بمستشفى | 08 | 100 | - | - | 08 | 100 |
| | طبيب النساء الخاص | - | - | 14 | 100 | 14 | 100 |
| المجموع | | 36 | 55,38 | 29 | 44,62 | 65 | 100 |

يبين لنا الجدول التالي أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي لم يستعملن الطب البديل عند إكتشاف الأعراض حيث يمثلن 55,38% قمن باستعمال الطب البديل مقابل 44,62% لم يقمن باستعمال الطب البديل.

وعندما أدخلنا الوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيرها على استعمال الطب البديل وجدنا:

بالنسبة للمبحوثات اللواتي توجهن لأول مرة إلى طبيب العام 96,55% إستعملن الطب البديل مقابل 3,45 % لم يستعملن الطب البديل.

أما بالنسبة للواتي توجهن إلى طبيب النساء بمستشفى ف100%استعملن الطب البديل.

كما نجد 100% من المبحوثات اللواتي توجهن إلى طبيب النساء الخاص لم يستعملن الطب البديل.

من خلال التحليل السوسيولوجي تبين لنا أن أغلبية المصابات قد استعملن الأعشاب والمواد المنزلية من أجل التخفيف وقصد العلاج، وهذا النوع من الطب أستعمل منذ العصور القديمة، فهناك أعشاب فيها منافع كثيرة وقد تعالج المرض إذا كان في البداية، فإذا ما تطور المرض أصبح من المستحيل الشفاء منه بهذه المواد.

ومعظم المصابات اللواتي ذهبن إلى طبيب عام قد إستعملن الطب البديل عند ظهور أعراض المرض فكما صرحت به أحد المصابات أنها ذهبت إلى طبيب العام ضناّ منها أن الداء السكري التي كانت تعاني منه لسنوات هو السبب(انظر الجدول رقم 12). وبما أن معظم المصابات كبيرات في السن وذوات مستوى تعليمي محدود لم تكن لديهن أية فكرة عن هذا السرطان، ولا عن أسباب حدوثه لأنهن لا يتابعن الحصص الصحية وإذ تابعناها لا يفهمن كثيرا.

رغم أن هناك نسبة كبيرة منهن لم يستعملن الطب البديل ذهبن إلى طبيب النساء الخاص كونهن عرفن أن هذه الأعراض تستلزم طبيب مختص بأمراض النساء بغرض مكان ظهورها وهذا ما يثبت أن هذه النسبة من المصابات واعيات بما حدث لديهن في بداية المرض ، ربما السبب راجع إلى مستواهن التعليمي المرتفع نوعا ما أو أنهن يتابعن الحصص الصحية، وهذا ما تبين معنا أن المبحوثات اللواتي أصبن بسرطان الرحم عندما توجهن للأول مرة الى طبيب مختص كانت نسبة شفاءهن ممتازة ، لأن التشخيص يوضح الحالة والمرض ، فحسب الدراسات الطبية حول سرطان الرحم بكل أنواعه اثبت أنها تأتي عبارة عن أعراض خفيفة في البداية ثم تختفي بعد أسبوع ثم تعود لتظهر من جديد ولكن بأعراض أخرى وهذا ما يبين أن سرطان الرحم غامض ولا يمكن التأكد منه إلا عن طريق التشخيص المبكر.

من هذا كله نستخلص أن الوجهة الأولى لطبيب النساء تؤثر على مدى إستعمال الطب البديل.
بعدما رأينا في الجدول تأثير الوجهة الأولى على مدى إستعمال الطب البديل سنعالج في الجدول التالي علاقة متابعة الحصص الطبية مع ممارسة الرياضة.

**جدول رقم 30: علاقة متابعة الحصص الطبية مع ممارسة الرياضة.**

| ممارسة الرياضة | | امشي يوميا تقريبا | | أمارس | | لا أمارس | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | متابعة الحصص الطبية | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | أتابع | 16 | 84,21 | 03 | 15,79 | – | – | 19 | 100 |
| | أتابع ولا افهم كثيرا | 03 | 17,65 | – | – | 14 | 82,35 | 17 | 100 |
| | لا أتابع | 06 | 20,69 | – | – | 23 | 79,31 | 29 | 100 |
| المجموع | | 25 | 38,46 | 03 | 4,61 | 37 | 56,92 | 65 | 100 |
| المصابات | أتابع | 13 | 92,86 | – | – | 01 | 7,14 | 14 | 100 |
| | أتابع ولا افهم كثيرا | – | – | 02 | 6,90 | 27 | 93,10 | 29 | 100 |
| | لا أتابع | 10 | 45,45 | – | – | 12 | 54,54 | 22 | 100 |
| المجموع | | 23 | 35,38 | 02 | 3,08 | 40 | 61,54 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 48 | 36,92 | 05 | 3,85 | 77 | 59,23 | 130 | 100 |

بناء على ما ورد من إحصائيات في هذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي لا يمارسن الرياضة حيث يمثلن 59,23% مقابل 3,85% يمارسن الرياضة، وبالنسبة للمبحوثات غير المصابات اللواتي لا يمارسن الرياضة يمثلن 56,92%، مقابل 4,61%يمارسن.

أما بالنسبة للمصابات ف61,54% لا يمارسن أية رياضة مقابل 3,08% يمارسن رياضة.

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها سابقا، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في متابعة الحصص الطبية فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

84,21% من المبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية، يمشين يوميا تقريبا مقابل 15,79% يمارسن الرياضة، أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية ولا يفهمن كثيرا 82,35%منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 17,65% يمشين يوميا تقريبا.

وبالنسبة للواتي لا يتابعن الحصص الطبية 79,31% منهن لا يمارسن الرياضة مقابل 20,69% يمشينا يوميا تقريبا.

**وبالنسبة للمصابات:**

92,86% من المصابات اللواتي يتابعن الحصص الطبية يمشين يوميا تقريبا مقابل 7,14%لا يمارسن.

كما نجد 93,10% من المبحوثات اللواتي يتابعن الحصص الطبية ولا يفهمن كثيرا لا يمارسن الرياضة مقابل 6,90% يمارسن الرياضة.

وبالنسبة للواتي لا يتابعن الحصص الطبية 54,54% لا يمارسن الرياضة مقابل 45,45% يمشين يوميا تقريبا.

كما توضح لنا في الجداول السابقة أن ممارسة الرياضة لها أهمية كبيرة في محاربة جميع الأمراض وإطالة العمر، إلا أن معظم نساء المجتمع الجزائري غير مهتمات بممارستها للرياضة، كما نلاحظ أن متابعة الحصص الطبية تؤثر نوعا ما على ممارسة الرياضة فأكثر فئة تتابع الحصص الطبية تمشي يوميا تقريبا ، فالحصص الصحية تلعب دورا مهما في نشر الوعي الصحي بين الناس من أجل الوقاية ، و جعلهم يتمتعون بصحة جيدة عقليا وجسميا، ولا يخفى لهذا من أثر في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة، كذلك فإن تمتع الفرد بالصحة الجيدة يجعله قادر على الإنتاج، وتؤدي وفرة الإنتاج الى الرخاء الاقتصادي والرفاهية الاجتماعية ، ومن هذا ما ينفق على برامج التوعية الصحية يعتبر من قبيل الإستثمار الإقتصادي الجيد ، ذلك لأنه على قدر ما ينفق المجتمع من

المال العام على برامج التوعية ووسائل نشر الوعي الصحي على قدر ما يرتد ذلك عليه شكل ثروة بشرية ثمينة وغالية يناط بها أعباء الإنتاج ومسؤولية الخدمات في المجتمع .

ومن هنا نستنتج أن متابعة الحصص الطبية تؤثر نوعا ما على ممارسة الرياضة.

بعدما رأينا في الجدول مدى تأثير متابعة الحصص الطبية على ممارسة الرياضة سنعالج في الجدول التالي علاقة وجود فكرة عن أسباب سرطان الرحم مع قيام بمسحة عنق الرحم.

**جدول رقم 31: علاقة وجود فكرة بأسباب سرطان الرحم مع قيام بمسحة عنق الرحم.**

| قيام بمسحة عنق الرحم | | قامت | | لم تقم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرطان الرحم | وجود فكرة عن أسباب سرطان الرحم | ك | % | ك | % | ك | % |
| غير المصابات | ليس لديها فكرة | 14 | 23,73 | 45 | 76,27 | 59 | 100 |
| | وجود فكرة | 05 | 83,33 | 01 | 16,67 | 06 | 100 |
| المجموع | | 19 | 29,23 | 46 | 70,77 | 65 | 100 |
| المصابات | ليس لديها فكرة | 17 | 28,81 | 42 | 71,19 | 59 | 100 |
| | وجود فكرة | 4 | 66,67 | 02 | 33,33 | 06 | 100 |
| المجموع | | 21 | 32,31 | 44 | 67,69 | 65 | 100 |
| المجموع الكلي | | 40 | 30,77 | 90 | 69,23 | 130 | 100 |

استنادا لمعطيات هذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي لم تقمن بمسحة عنق الرحم حيث يمثلن 69,23% مقابل 30,77% قامت بمسحة عنق الرحم.

بالنسبة للمبحوثات غير المصابات اللواتي لم يقمن بمسحة عنق الرحم يمثلن 70,77% مقابل 29,23%قمن بمسحة عنق الرحم.

أما بالنسبة للمصابات ف67,69%لم يقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 32,31% قمن بها

ومن أجل التأكد من صحة النتائج المتحصل عليه، أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في وجود فكرة لديهن عن أسباب سرطان الرحم فتحصلنا على النتائج التالية:

**بالنسبة لغير المصابات:**

76,27% من المبحوثات اللواتي ليس لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم لم يقمن بها مقابل 23,73%قمن بها.

أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي ليس لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم 83,33% قمن بمسحة عنق الرحم مقابل16,67% لم تقمن بالمسحة.

يتبين لنا من خلال التحليل الإحصائي أن أغلبية المبحوثات لديهن فكرة عن أسباب سرطان إلا أنهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم وهذا ما يجعلنا نستنتج أن وجود فكرة عن سرطان الرحم له علاقة بالقيام بمسحة عنق الرحم.

**وبالنسبة للمصابات:**

71,19% من المبحوثات اللواتي لم تكن لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم لم تقمن بمسحة عنق الرحم مقابل 28,81% قمن بمسحة عنق الرحم.

كما نجد 66,67% من المبحوثات اللواتي لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم قمن بمسحة عنق الرحم مقابل 33,31% لم يقمن بها.

بعدما رأينا في الجدول العلاقة بين وجود فكرة عن أسباب سرطان الرحم مع قيام بمسحة عنق الرحم سنعالج في الجدول التالي علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع المدة المستغرقة عند ظهور الأعراض واكتشاف المرض.

**جدول رقم 32: علاقة الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض مع المدة المستغرقة عند ظهور الأعراض واكتشاف المرض.**

| المدة / الوجهة الأولى | أقل من شهر | | 5 أشهر | | أكثر من سنة | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| طبيب عام | 02 | 4.65 | 27 | 62.79 | 14 | 32.56 | 43 | 100 |
| طبيب النساء بمستشفى | 01 | 12.5 | 07 | 87.5 | - | - | 08 | 100 |
| طبيب النساء الخاص | 03 | 21,43 | 01 | 7,14 | 10 | 71,42 | 14 | 100 |
| المجموع | 14 | 21,54 | 41 | 63,08 | 10 | 15,38 | 65 | 100 |

من خلال الجدول رقم (30) يتبين لنا أن الإتجاه العام يتمركز في خانة المبحوثات اللواتي استغرقت معهن الأعراض في خمسة أشهر قبل اكتشاف المرض حيث يمثلن 63,08% مقابل 15,38%استغرقتمعهن الأعراض منذ أكثر من سنة قبل اكتشاف المرض.

وعندما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في الوجهة الأولى عند اكتشاف الأعراض لديهن تحصلنا على النتائج التالية:

62,79% من اللواتي اتجهن إلى طبيب عام في الوهلة الأولى استغرقت معهن الأعراض مدة خمسة أشهر مقابل 4.65% استغرقت معهن الأعراض في أقل من شهر، أما بالنسبة للواتي توجهن إلى طبيب النساء بمستشفى 87.5%استغرقت لديهن الأعراض في مدة خمسة أشهر مقابل 12.5%استغرقت لديهن الأعراض في اقل من شهر.

وبالنسبة للواتي توجهن إلى طبيب النساء الخاص ف71,42%استغرقت لديهن الأعراض أكثر من سنة مقابل 7,14%استغرقت لديهن الأعراض في خمسة أشهر.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن أغلبية المصابات إستغرقت مدة ظهور الأعراض وإكتشاف المرض 5 أشهر، وأغلبهن زرن طبيب العام للوهلة الأولى بسبب عدم فهمهن حقيقة هذه الأعراض وكون معظم المبحوثات المصابات يعانين من أمراض مزمنة.

كما أن نسبة معتبرة من المصابات قد اكتشفن المرض بعد سنة أو أكثر من تعرضهن للأعراض، لذلك صرحت أحد المصابات أن الأعراض ظهرت لها في بداية الأمر بنزيف مهبلي فلم تعره أهمية كبيرة لأنه اختفى، كما ظنت أنها مجرد علامة من علامات سن اليأس، إلا بعد مرور أشهر عاد النزيف للمرة الثانية فلم تعره اهتماما لأنه اختفى مرة أخرى، لكن بعد مرور 9 أشهر ظهرت أعراض أخرى، حكة وإفرازات يومية غير طبيعية خضراء اللون، فشعرت حينها بألم في أسفل البطن، بعد ذلك ذهبت إلى طبيب النساء الخاص فاكتشفت أنها مصابة بسرطان عنق الرحم.

من هنا يتبين لنا أن سرطان الرحم يأتي على شكل مراحل قد تستهين المرأة بها وتعتقد بأنها أعراض عادية لا تتطلب طبيب مختص إلى أن تصبح سرطانا يصعب الشفاء منه، فالكشف المبكر عن المرض يقي الآلاف من النساء من هذا السرطان، ونسبة الشفاء تكون عالية. وليس هذا فقط بل يجب أن تكون الوجهة صحيحة، فاذا أصابت المرأة بوجع في مكان معين يتوجب عليها التوجه نحو طبيب المختص **(فاسألوا أهل الذكر إن كنتم لا تعلمون)**.*

إذن نستنتج أن الوجهة الأولى للزيارة الطبيب تؤثر على المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض واكتشاف المرض.

*أية 43 من سورة (الأنبياء) .

## استنتاج الفرضية الثانية:

- الأثر الكبير الذي تلعبه الحصص الطبية في الحد من إنتشار السرطان.

– كلما تتبع النساء المتزوجات الحصص الطبية، قلت الإصابة، فهي تلعب دورا كبيرا في الوقاية من سرطان الرحم، ووعي كبير لوقف مسار المرض.

– ارتفاع الوعي الاجتماعي والصحي نتيجة بث مثل هاته البرامج الصحية التي مفادها نشر التوعية لفائدة النساء المصابات وغيرهن.

– إتباع الحصص الطبية يزيد من زيارة طبيب النساء لإجراء الفحوصات الروتينية.

– كلما قلت التوعية وتدنى المستوى التعليمي زادت الإصابة، فعلاقة الإجهاض بالإصابة تحكمها فحوصات روتينية واجبة لسلامة رحم المرأة من الإصابة بالسرطان كما أن علاقة الإجهاض ومخلفاته سبب لزيارة الطبيب لتأكد من صحة المرأة وعدم تدهورها.

– سوء استعمال حبوب منع الحمل استعمالا غير عقلاني يؤثر بشكل كبير على انتشار الأورام الخبيثة.

– كلما استعملت المرأة وسائل منع الحمل خصوصا الحبوب منها استعمالا دون استشارة طبية يسبب أضرار لا تحمد عقباها.

– فحص الرحم فحص إجباري لكل المتزوجات للسلامة الرحم كل شهر.

– عدد الأبناء لا يعتبر عامل ضروري من أجل الفحص.

– فحص الرحم فحصا روتيني يقلل الإصابة من سرطان الرحم.

– زيارة الوعي بممارسة الرياضة يحمي النساء المتزوجات وينقص من انتشار السرطان والإصابة به.

– أغلب المبحوثات ليس لديهن فكرة عن أسباب سرطان الرحم وهذا مؤسف لأن الرحم عضو مهم يجب الاهتمام به.

– كلما سارعت المرأة المتزوجة المصابة في الكشف المبكر عند حدوث أعراض السرطان. كلما سارعت في الشفاء وتقليل من انتشار هذا الداء.

– الوجهة الأولى جد مهمة لإكتشاف الخلل عند ظهور الأعراض، لذا فإن الوعي الصحي يلعب دورا مهما في ارشاد المرأة المتزوجة وتوجيهها.

– نسبة العلاج تكون عالية اذا تم اختيار الطبيب المختص للحالة والكشف المبكر في وقته.

## رابعا : تحليل الفرضية الثالثة.

تعد الرعاية الصحية محور الصحة العامة على المستوى الاجتماعي والتي تعتمد على الوسائل والتقنيات العلمية العالمية، ويمكن للمجتمع تحملها فالرعاية الصحية المستمرة ضرورية للفرد أثناء خضوعه للعلاج من أجل ضمان النتائج.

**السؤال المطروح:**

– الى أي مدى يؤثر السلوك الإنجابي للنساء المصابات بسرطان الرحم على اهتمامهن بوضعهن الصحي؟

فتوعية المرأة وإرشادها صحيا تعتبر من أول أركان الرعاية الصحية، للتعامل السليم مع قضايا الصحة والمرض خاصة مرض سرطان الرحم الذي يتطلب الرعاية الفائقة، عن طريق إجراء الفحوصات اللازمة وتقديم الاستشارات الطبية التوعوية وتوفير الأدوية الفعالة المناسبة.

وبما أن التوعية الصحية هي من أهم الأشياء بالنسبة للمرأة فإننا سنتعرف في هذا الفصل معرفة كيف يمكن للمرأة أن تهتم بالعلاج من سرطان الرحم عند اللواتي سلكن سلوك غير سليم. والفرضية التي اعتمدنا عليها هي:

**– تزداد خطورة المرض ويقل الاهتمام بالعلاج من سرطان الرحم عند النساء اللواتي اتبعن سلوك انجابي غير سليم.**

**جدول رقم 33: علاقة السن بأعراض المرض.**

| الأعراض / السن | إفرازات غير طبيعة / حكة | | رائحة كريهة | | /نزيف بعد سن اليأس | | متعددة | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | | ك | % | ك | % |
| 44-40 | 04 | 100 | – | – | – | – | – | – | 04 | 100 |
| 49-45 | 11 | 45.83 | – | – | – | – | 13 | 54.17 | 24 | 100 |
| 50 فما فوق | – | – | 02 | 5.40 | 03 | 8.11 | 32 | 86.49 | 37 | 100 |
| المجموع | 15 | 23.08 | 02 | 3.08 | 03 | 4.61 | 45 | 69.23 | 65 | 100 |

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام يتجه نحو 69,23 % من اللواتي ظهرت معهن أعراض متعددة، تليها نسبة 23,08 % من اللواتي ظهرت معهن إفرازات غير طبيعية وحكة، مقابل أدنى نسبة جاءت متقاربة بين اللواتي ظهر معهن نزيف بعد سن اليأس بنسبة 4,61%و 3,08 % ظهرت معهن رائحة كريهة .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل وهو السن وجدنا أن اللواتي يتراوح أعمارهن بين 40 – 44 سنة ظهرت معهن إفرازات غير طبيعية بنسبة 100%، مقابل 45,83 % يتراوح أعمارهن بين 45 –49 سنة، أما بالنسبة للواتي ظهرت معهن أعراض متعددة ف86,49 % سنهن 50 سنة فما فوق مقابل54,7% تتراوح أعمارهن 45 –49 سنة.

وبالنسبة للواتي سنهن 50 فما فوق ظهرت معهن رائحة كريهة وقد قدرت نسبتهن 5,40 %و8,11% ظهر معهن نزيف بعد سن اليأس.

من خلال هذه القراءة الإحصائية يتضح لنا أن الأعراض تزداد كلما تقدمت المرأة في العمر وكذا عدم اتخاذها الإجراءات المفروضة والتدابير الضرورية ، حيث أن المرأة في سن 40 سنة تعرف تغيرات هرمونية ، فتعتقد بأنها مجرد أعراض لا غير ولا تستدعي لقلق ، وهذا الخطأ الكبير الذي يقع فيه الكثير من النساء المتزوجات ، واللواتي أنجبن أكثر من طفلين وحصل معهن إجهاض متكرر ، فاحتمال كبير لتعرضهن لهذا النوع من المرض ، وكون معظم عينتنا المصابات لديهن مستوى ضعيف لم يعيرن الأمر اهتماما بالغا عند ظهور لهن أحد الأعراض في سن مبكر ، فحسب الدراسات الطبية أكدت أن النساء اللواتي ظهر معهن مثل هذه الأعراض ، هي عبارة عن بداية إصابة بفيروس الحليمي البشري المسبب لهذا النوع من السرطان ، فإذا سارعت المرأة في العلاج عند ظهوره فنسبة الشفاء منه تكون 100% ،عكس اللواتي تطور معهن المرض بسبب التهاون .خاصة مع التقدم في العمر حتى وجدن أنفسهن في المرحلة الأكثر خطورة ، فلو قامت المرأة بما يجب عليها القيام به قبل سن 50 فما فوق لسيطرت على المرض بشكل نهائي و بطرق بسيطة ولم تصل الى مرحلة العلاج التي تكون فيها النتائج غير مضمونة .

فالمرأة المتزوجة معرضة لهذا السرطان مع التقدم في العمر لأن رحمها يخضع لعديد من التغيرات سواء في فترات الحيض أو عند الإنجاب، الإجهاض، الإصابة بالفيروسات والالتهابات التناسلية، أو عند

بلوغها سن اليأس هذا كله يؤكد بأن احتمال الإصابة بسرطان الرحم تكون عالية لذا عليها الحذر باتخاذها التدابير اللازمة لتفادي سرطان الرحم بكل أنواعه.

ولتأكيد العلاقة قمن بحساب **معامل التوافق** الذي بين أن هناك علاقة قوية بين المتغيرين حيث كانت النتيجة ب **0,98** إذن هناك علاقة قوية بين السن وأعراض المرض.

بعدما رأينا في الجدول علاقة السن بأعراض المرض سنعالج في الجدول التالي علاقة السن بالمدة المستغرقة بين اكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب.

**جدول رقم 34: علاقة السن بالمدة المستغرقة بين اكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب.**

| المدة / السن | اقل من شهر | | خمسة أشهر | | سنة فأكثر | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| **44-40** | 02 | 50 | - | - | 02 | 50 | 04 | 100 |
| **49-45** | 11 | 45.83 | 08 | 33.33 | 05 | 20.83 | 24 | 100 |
| **50 فما فوق** | 01 | 2.70 | 33 | 89.19 | 03 | 8.11 | 37 | 100 |
| **المجموع** | 14 | 21.54 | 41 | 63.07 | 10 | 15.38 | 65 | 100 |

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو 63,07 % اللواتي اكتشفن أعراض المرض وزرن الطبيب في مدة خمسة أشهر، تليها نسبة 21,54 % من اللواتي استغرقن مدة أقل من شهر بين اكتشاف الأعراض و زيارة الطبيب ، أما أدنى نسبة كانت للواتي استغرقن مدة سنة فأكثر بنسبة 15,38 % .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن وجدنا أن اللواتي اكتشفن أعراض المرض وزرن طبيب النساء مدة أقل من شهر كأعلى نسبة سجلت عند اللواتي تتراوح أعمرهن بين 40 -44 سنة حيث قدرت ب50%، مقابل 2,70 %سنهن 50 فما فوق.

أما بالنسبة للواتي اكتشفن أعراض المرض وزرن الطبيب خلال مدة خمسة أشهر قدرت أعلى نسبة ب89,19 % للواتي سنهن 50 سنة فما فوق، مقابل 33,33 % تتراوح أعمرهن 45-49 سنة، أما بالنسبة للواتي اكتشفن الأعراض وزرن الطبيب في مدة سنة فأكثر قدرت أعلى نسبة ب 50 %عند اللواتي تتراوح أعمرهن 40 -44 سنة مقابل 8,11 % سنهن 50 سنة فما فوق.

إذن من خلال هذه النتائج نستنتج أن السن يؤثر على مدة اكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب فغالبا ما تكون أعراض سرطان الرحم أعراض غير واضحة أو تظهر وتختفي من حين لأخر، وهذا ما قالته لنا أحد المصابات التي كشفت أعراض المرض وزارت الطبيب بعد خمسة أشهر اعتقادا منها بأنها أعراض عادية كونها تقدمت في العمر وأنجبت أطفال فلم تعطي أهمية كبيرة لهذا الأمر، هذا ما يفسر أن المصابات غير واعيات بمدى خطورة الأعراض التي ظهرت معهن كون مستواهن التعليمي ضعيف ومعظمهن لم تكن لديهن دراية عن الأسباب الحقيقية لسرطان الرحم بسبب عدم متابعتهن الحصص الطبية.

ولقد قمنا بحساب **معامل التوافق** الذي أكد على أن هناك علاقة بين المتغيرين حيت قدرت ب **0,96** ما يعني أن هناك علاقة قوية بين السن والمدة المستغرقة بين اكتشاف المرض وزيارة الطبيب.

بعدما رأينا في الجدول علاقة السن بالمدة المستغرقة بين اكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب سنعالج في الجدول التالي علاقة السن بالوجهة الأول عند اكتشاف أعراض المرض.

**جدول رقم 35: علاقة السن بالوجهة الأول عند اكتشاف أعراض المرض.**

| الوجهة الأول / السن | طبيب عام | | طبيب النساء بمستشفى | | طبيب النساء الخاص | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| **44-40** | 01 | 25 | - | - | 03 | 75 | 04 | 100 |
| **49-45** | 11 | 45.83 | 02 | 8.33 | 11 | 45.83 | 24 | 100 |
| **50 فما فوق** | 31 | 83.78 | 06 | 16.22 | - | - | 37 | 100 |
| **المجموع** | 43 | 66.15 | 08 | 12.31 | 14 | 21.54 | 65 | 100 |

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو 66,15 % للواتي كانت وجهتهن الأولى نحو الطبيب العام عند ظهور لهن أعراض المرض، تليها نسبة 21,54 % للواتي كانت وجهتهن الأولى نحو طبيب النساء الخاص، مقابل 12,31 % كانت وجهتهن نحو طبيب النساء بمستشفى.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل الا وهو السن وجدنا ان اللواتي عمرهن 50 سنة فما فوق كانت وجهتهن الأولى نحو الطبيب العام بنسبة 83,78 %مقابل 25 %يتراوح اعمارهن بين 40 – 44 سنة.

وأما بالنسبة للواتي كانت وجهتهن الأولى نحو طبيب النساء في مستشفى حيث قدرت 16,22 % يتراوح سنهن 50 سنة فما فوق، مقابل 8,33 %للواتي يتراوح اعمارهن بين 45–49 سنة.

أما بالنسبة للواتي توجهن لأول مرة الى طبيب النساء الخاص عند ظهور أول الأعراض قدرت ب 75% يتراوح أعمارهن بين 40–44 سنة مقابل 45,83 % اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45–49 سنة.

من خلال هذه الإحصائيات يمكننا القول أن كلما قل سن أفراد عينتنا المصابة عن 50 سنة كلما زاد توجههن للمرة الأولى الى طبيب النساء الخاص عند ظهور أعراض السرطان، بينما التوجه الى الطبيب العام نجد أنه كلما زاد سن أفراد عينتنا المصابة زاد التوجه الى الطبيب العام بدلا من الطبيب المختص، ظنا منهن أنهن دخلن سن اليأس 49 سنة فاكثر (انقطاع الطمث)، فلا حاجة لطبيب النساء بل طبيب عام يكفي وهذا ما يفسر قلة وعيهن الذي يرجع الى ضعف مستواهن التعليمي والثقافي معا.

من هنا نستنتج ان هناك علاقة قوية بين السن والوجهة الأولى عند ظهور اعراض المرض.

بعدما رأينا في الجدول علاقة السن بالوجهة الأول عند اكتشاف أعراض المرض سنعالج في الجدول التالي علاقة السن بنوع الإصابة.

**جدول رقم36: علاقة السن بنوع الإصابة.**

| نوع الإصابة / السن | عنق الرحم | | بطانة الرحم | | الرحم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| **44-40** | 02 | 50 | 01 | 25 | 01 | 25 | 04 | 100 |
| **49-45** | 08 | 33.33 | 03 | 12.5 | 13 | 54.17 | 24 | 100 |
| **50 فما فوق** | 31 | 83.78 | - | - | 06 | 16.22 | 37 | 100 |
| **المجموع** | 41 | 63.08 | 04 | 6.15 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو المصابات بسرطان عنق الرحم بأعلى نسبة قدرت ب63,08 %، تليها نسبة 30,77 % مصابات بسرطان الرحم، أما ادنى نسبة فقد سجلت عند المصابات بسرطان بطانة الرحم ب 6,15 %.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في السن وجدنا أن اللواتي سنهن 50 فما فوق أصبن بسرطان عنق الرحم بنسبة 83,78 % مقابل 33,33 % يتراوح أعمارهن بين 45-49 سنة.

أما بالنسبة للمصابات بسرطان بطانة الرحم ف25 % يتراوح أعمارهن بين 40-44 سنة مقابل 12,5 % يتراوح أعمارهن بين 45-49 سنة.

وبالنسبة للواتي أصبن بسرطان الرحم حيث قدرت نسبة 54,17 % يتراوح أعمارهن بين 45-49 سنة مقابل 16,22 %يعانين من نفس المرض.

إن سرطان المرأة المسنة بامتياز، حيث أنه يبلغ ذروة انتشاره بين50 سنة فما فوق، فعند تشخيصه تكون 75 % من المصابات قد بلغن سن اليأس و15 % يهممن بالولوج في هذا السن، و10 % فقط في سن الشباب بعادة شهرية غير منتظمة، ويكتشف هذا السرطان في حالات جد نادرة بل واستثنائية قبل 35 سنة.

تزداد خطورة الإصابة بهذا السرطان كلما تقدمت المرأة في العمر وبلغت سن اليأس، لكن هناك عوامل أخرى حددها الأطباء إذ يظهر من خلال دراسة الحالات أنه يفضلن النساء اللواتي تنخفض خصوبتهن. بـ20 إلى 40 % من ضحاياه لم يسبق لهن الإنجاب، أو أنجبن فقط طفلا واحدا (سرطان بطانة الرحم) ومنهن من شرعت في حملها الأول بعد سن ال 30 سنة أو عانت مرارا وتكرارا من مشاكل الإجهاض التلقائي.

كما تلعب الوراثة كذلك دورها في الإصابة بهذا السرطان، وإن كان دورا ملتبسا غير سافر كما هو الأمر في سرطان الثدي، إلا أنه ينبغي أخذه في الحسبان. فالخطورة تتضاعف في حالة وجود سوابق عائلية سواء بالنسبة لهذا السرطان أو لسرطان المبيض أو الأمعاء الغليظة. وتشي الأبحاث كذلك بحضور لافت النظر.

وعند حسابنا **معامل التوافق** وجدنا أن هناك علاقة قوية بين متغير السن ونوع الإصابة حيت قدرت العلاقة ب **0,97**.

بعدما رأينا في الجدول علاقة السن بنوع الإصابة سنعالج في الجدول التالي علاقة المرض المزمن باستخدام الطب البديل.

**جدول رقم37: علاقة المرض المزمن باستخدام الطب البديل.**

| استخدام الطب البديل / تعاني من مرض مزمن | استخدمت | | لم تستخدم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | 100 |
| نعم | 33 | 80,49 | 08 | 19,51 | 41 | 100 |
| لا | 03 | 12.5 | 21 | 87.5 | 24 | 100 |
| المجموع | 36 | 55,38 | 29 | 44,61 | 65 | 100 |

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أن الإتجاه العام له يتجه نحو المبحوثات اللواتي استخدمن الطب البديل إذ يمثلن 55,38%من المبحوثات مقابل 44,61% لم تستخدمن الطب البديل.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المعاناة من مرض مزمن، نلاحظ أن النساء اللواتي استخدمن الطب البديل يعانين من مرض مزمن بلغت نسبتهم بـ 80,49%، بينما بلغت نسبة المستخدمات للطب البديل دون معاناة من مرض مزمن بـ 12.5 %، بالمقابل نجد عكس ذلك حيث أن أغلب النساء اللواتي لا يستخدمن الطب البديل ولا يعانين من مرض مزمن بنسبة تمثلت في 87.5%، في حين سجلت أدنى نسبة في وسط النساء اللواتي لا يستخدمن الطب البديل ويعانين من مرض مزمن بنسبة 19,51%. نلاحظ أنه كلما زادت إصابة أفراد عينتنا بالأمراض المزمنة زاد استخدامهم للطب البديل، حيث تتجه المصابات بالأمراض المزمنة لاستخدام الطب البديل بسبب معاناتهن من ألام هذه الأمراض والبحث عن أي وسيلة للتخلص من هذه المعاناة، فبواسطة الطب البديل تم علاج العديد من المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، لذلك تتوجه الكبيرات في السن الى الطب التقليدي كل هذا راجع الى ترسخ هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري رغم تطور العلم وانتشاره، الا أن هناك دائما علاقة بين الطب الشعبي و ذهنيات المجتمع، فهي ثقافة مستمرة وموجودة منذ عصور ومرسخة في الأذهان، ولكن في بعض الحالات تحتاج هذه الأمراض لوقت طويل حتى يتعافى المريض منها، فهي تجربة بعض المصابات اللواتي لم يلجأن الى استعماله، فإن نسبة معتبرة منهن صرحن بأنهن لم يستخدمهن لخوفهن الكبير من الإصابة، مما أدى إلى التأثير المباشر على الحياة الاجتماعية للمرأة صغيرة السن، نفس الشيء بالنسبة للواتي ابتعدن عن هذا العلاج حيث صرحن بعدم الخلط بين العلاجين وأنهن يعتقدن بأنه غير مفيد و يعجز في معالجة السرطان.

وعند حسابنا **معامل فاي** والذي قدر **ب 3,58-** توضح لنا أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين أي علاقة عكسية كاملة بين مرض مزمن الذي تعاني منه المصابة واستخدام الطب البديل.

بعدما رأينا في الجدول علاقة المرض المزمن باستخدام الطب البديل سنعالج في الجدول التالي علاقة المرض المزمن مع ردة فعل عند اكتشاف المرض.

**جدول رقم 39: علاقة المرض المزمن مع ردة فعل عند اكتشاف المرض.**

| ردة فعل عند اكتشاف المرض / تعاني من مرض مزمن | خوف وقلق مع إخبار أحد الأشخاص | | خوف وقلق مع كثمان الأمر | | عدم إعطاء الأمر أهمية | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| نعم | 38 | 92.68 | 02 | 4.87 | 01 | 2.44 | 41 | 100 |
| لا | 02 | 8.33 | 20 | 83.33 | 02 | 8.33 | 24 | 100 |
| المجموع | 40 | 61.53 | 22 | 33.85 | 03 | 4.61 | 65 | 100 |

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أن الإتجاه العام له يتجه نحو اللواتي كانت ردة فعلهن عند إكتشاف المرض خوف وقلق من إخبار أحد الأشخاص بنسبة 61.53 %تليها33.85%كانت ردة فعلهن خوف وقلق مع كتمان الأمر، ونسبة 4.61 % كانت رد فعلهن عدم إعطاء الأمر أهمية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المعاناة من مرض مزمن نلاحظ أن النساء اللواتي كانت ردة فعلهن عند إكتشاف المرض خوف و قلق مع إخبار أحد الأشخاص و يعانين من مرض مزمن بلغت نسبتهن بـ 92.68% ، مقابل 8,33% اللواتي لا يعانين من مرض مزمن.

بينما بلغت نسبة المبحوثات اللواتي كانت ردة فعلهن خوف وقلق وكتمان الأمر ب 83,33 % لا يعانين من مرض مزمن مقابل 4,87 %يعانين من مرض مزمن، أما بالنسبة للواتي كانت ردة فعلن عند إكتشاف المرض بعدم إعطاء الأمر أهمية قدرت ب 8,33% لا يعانين من مرض مزمن مقابل 2,44 % يعانين من المرض.

يتضح لنا من خلال التحليل السوسيولوجي أن اللواتي يعانين من مرض مزمن أغلبهن كان لديهن خوف وقلق فقمن بإخبار أحد الأشخاص، عكس اللواتي لا يعانين من أي مرض مزمن لم يقمن بإخبار فكتمن ذلك، فمن الصعب التفكير في أن من يعاني من مرض السرطان لا يجد الدعم الكافي للقتال من أجل البقاء، فمن الطبيعي أن يشعر بالحزن بعد معرفته بالإصابة خاصة أنه مصاب بمرض مزمن من

قبل فترافقها فقدان الإحساس بمتعة وفائدة الأنشطة التي تقوم بها، إضافة إلى تغيرات في عادات الأكل والنوم، والتعب غير المبرر، الشعور بالذنب من دون سبب وبأن لا قيمة لشيء، مع ما يتبعها من أفكار متكررة بالرغبة بالموت أو الانتحار. من هنا تشير الاختصاصية بعلم النفس العيادي نادين حداد في حديث جريدة النهار «إلى أنه من الصعب أن يتمكن محيط المريض من مساعدته في التخفيف من حال الاكتئاب التي قد تصيبه، إذ أن هؤلاء يأخذون الكلمة التي تعنيهم ويفسرونها على طريقتهم الخاصة، كما أن مريض السرطان غالبا ما يعيش حالا من الإنكار تجاه المرض*".

فمن الضروري أن يتواجد المعالج النفسي إلى جانب المريض قبل دخول مراحل العلاج وخلالها وبعدها، فغالبا ما يحتاج المريض إلى من يستمع لأفكاره وأوجاعه وأحاسيسه، كما أنه لا يفضل عموما البوح بما يخالجه لأهله وأقربائه أو أولاده خوفا عليهم وللتخفيف من وطأة المرض عليهم، كما أن هناك مرضى لديهم أمل ويتجاوبون، فيما يعيش آخرون حال نكران، وبعضهم لا يتحمل فكرة المرض، فقد يموت لو عرف أنه مصاب بالسرطان، من هنا إذا سمح الوضع الصحي بذلك، يفضل أن يخرج المريض إلى مكان يحبه خصوصا بعد العلاج الذي يتطلب منه البقاء لفترة طويلة داخل المستشفى، كذلك من الممتع إضحاكه وعدم تذكيره بالمرض ، ومن المفضل ألا يبقى أناس بجانبه طيلة الوقت فقد لا يتحمل ذلك، والأهم أن تدرك العائلة والمريض بشكل خاص أهمية وجود معالج نفسي بقربه لمساعدته ومساعدة عائلته على تحمل فكرة المرض والتكيف معها .

بعدما رأينا في الجدول علاقة المرض المزمن مع ردة فعل عند اكتشاف المرضسنعالج في الجدول التالي علاقة المرض المزمن بنوع العلاج

* نادين حداد، اخصائية نفسية، واقع مرضى السرطان، جريدة النهار، ع 3245، الجزائر، 2015.

**جدول رقم40: علاقة المرض المزمن بنوع العلاج.**

| نوع العلاج / تعاني من مرض مزمن | العلاج بالأشعة | | العلاج الكيمياوي | | العلاج بالكي | | العلاج بالأدوية استئصال الرحم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| نعم | 05 | 12.19 | 30 | 73.17 | 03 | 7.31 | 03 | 7.32 | 41 | 100 |
| لا | – | – | – | – | 07 | 29.17 | 17 | 70.83 | 24 | 100 |
| المجموع | 05 | 7.69 | 30 | 46.15 | 10 | 15.38 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أن الإتجاه العام له يتجه نحو 46.15 %أغلب أفراد عينتنا المصابات علاجهن كيمياوي، مقابل 30.77%علاجهن بالأدوية قد تم إجراء لهن عملية استئصال الرحم و15.38 %، 7.69 % لكل من العلاج بالكي وبالأشعة على الترتيب.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المعاناة من مرض مزمن نلاحظ أن النساء اللواتي يعانين من مرض مزمن يعالجن علاج بالأشعة قد قدرت نسبتهن 12,19 % و73,17% يعالجن علاج كيمياوي، أما بالنسبة للواتي يعالجن بعلاج الكي ب29,17 % لا يعانين من مرض مزمن، و بالنسبة للواتي يعالجن علاج بالأدوية وقد قمن بعملية استئصال الرحم قدرت نسبتهن ب 70,83% لا يعانين من أي مرض مزمن مقابل 7,32 %يعانين من مرض مزمن.

من خلال التحليل الإحصائي يتضح لنا أن أغلبية المصابات يعانين من أمراض مزمنة، فالأشخاص الذين يعانين من هذه الأمراض غالبا ما يكون الجهاز المناعي عندهم ضعيف ما يعزز إصابتهم بالسرطان، كما أن معظم المبحوثات المصابات يخضعن لأصعب علاج ألا وهو العلاج الكيمياوي، فمن خلاله يمكن القضاء على الخلايا السرطانية لكي لا تنتشر إلى الأماكن المجاورة.

بعدما رأينا في الجدول علاقة المرض المزمن بنوع العلاج سنعالج في الجدول التاليعلاقة حدوث إجهاض بنوع الإصابة.

**جدول رقم 41: علاقة حدوث إجهاض بنوع الإصابة.**

| نوع الإصابة / حدوث إجهاض | عنق الرحم | | بطانة الرحم | | الرحم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| لا | 02 | 16.66 | 01 | 8.33 | 09 | 75 | 12 | 100 |
| نعم | 39 | 73.58 | 03 | 5.66 | 11 | 20.75 | 53 | 100 |
| المجموع | 41 | 63.08 | 04 | 6.15 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |

استنادا إلى الإحصائيات التالية يتضح لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي أصبن بسرطان عنق الرحم حيث يمثلن نسبة 63,08%، تليها 30,77% أصبن بسرطان الرحم، مقابل 6,15%أصبن بسرطان بطانة الرحم.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل ألا هو الإجهاض وجدنا أن اللواتي أجهضن قدرت نسبتهن ب 73,58%أصبن بسرطان عنق الرحم مقابل 16,66 %لم يجهضن، وبالنسبة للواتي أصبن بسرطان بطانة الرحم فنسبة 8,33 % لم يجهضن مقابل 5,66 % أجهضن، أما بالنسبة للواتي أصبن بسرطان الرحم ف 75 % لم يجهضن مقابل 20,75 %أجهضن.

من التحليل السوسيولوجي يتبين لنا أن الإجهاض يسبب سرطان الرحم بكل أنواعه خاصة في حالة يكون فيها إجهاض متكرر وتلقائي، وكون الرحم هو الوعاء الذي ينمو فيه الجنين فإذا حدث إجهاض يحدث للرحم تغيرات غير طبيعية.

والإجهاض التلقائي والمتكرر يعرض الرحم إلى ارتخاء وتعفن خاصة المرأة التي لا تقم بعملية تنقية رحمها من ترسبات وبقايا الجنين غير المكتمل مما يدعو ذلك إلى ظهور أعراض سرطان الرحم مع مرور الوقت، والاحتمال الإصابة به تكون عالية جدا، إذ يعتبر الإجهاض أحد الأسباب التي تسبب سرطان الرحم.

ولقد قمنا بحساب **ك$^2$لبرسون** الذي عبر عن وجود علاقة بين المتغيرين حيث وجدنا أن ك$^2$ **المحسوبة = 18,94** عند درجة الحرية 2 و من **أجل مستوى الدلالة 5%**. فوجدنا أن ك$^2$الجدولية=**5,99 إذن ك$^2$المحسوبة> ك$^2$ الجدولية** ومن هنا نرفض فرضية العدم أو الاستقلال ونقول أن هناك علاقة قوية بين الإجهاض ونوع الإصابة.

بعدما رأينا في الجدول علاقة حدوث إجهاض بنوع الإصابةسنعالج في الجدول التاليعلاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض.

**جدول رقم42: علاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض.**

| الوجهة الأولى / حدوث إجهاض | طبيب عام | | طبيب النساء في مستشفى | | طبيب النساء الخاص | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| لا | 05 | 41.67 | 03 | 25 | 04 | 33.33 | 12 | 100 |
| نعم | 38 | 71.70 | 05 | 9.43 | 10 | 18.87 | 53 | 100 |
| المجموع | 43 | 66.15 | 08 | 12.31 | 14 | 21.54 | 65 | 100 |

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي توجهن لأول مرة عند ظهور أعراض المرض إلى طبيب العام بنسبة 66,15%، تليها نسبة اللواتي توجهن للأول مرة نحو طبيب النساء الخاص حيث قدرت ب 21,54 %،مقابل اللواتي توجهن لأول مرة عند ظهور لهن الأعراض إلى طبيب النساء في مستشفى بنسبة 12,31%. عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في حدوث الإجهاض وجدنا أن اللواتي أجهضن يمثلن نسبة71,70 % ذهبن إلى طبيب عام، مقابل 41,67% لم يجهضن، وأما بالنسبة للواتي توجهن إلى طبيب النساء في مستشفى قدرت نسبتهن 25 % لم يجهضن مقابل 9,43 أجهضن ، أما بالنسبة للواتي كانت وجهتهن الأولى نحو طبيب النساء الخاص قدرت بنسبة 33,33% لم يجهضن مقابل 18,87 %أجهضن .

من خلال التحليل السوسيولوجي نجد أن معظم المصابات توجهن إلى الطبيب العام عند ظهور أول أعراض المرض رغم أنهن أجهضن، فهذا يبين أنهن غير واعيات بأن الأمر يتطلب طبيب مختص من أجل فحص وكشف عن أسباب هذه الأعراض، لأن مستواهن محدود، وكونهن كبيرات في السن لم يفهمن هذه الأعراض على أنها تستدعي طبيب النساء.

كما أن الدخل الأسري يلعب دورا مهما، فطبيب النساء الخاص يتطلب مستوى معيشي معين ، فغالبا ما تكون فحوصات الجهاز التناسلي مكلفة، خاصة إذا كانت دورية كل ثلاثة أشهر، فمن أجل القيام بفحوصات بسيطة "موعد مع الطبيب " فقط قد يكلف 1500 دج وقد يرتفع السعر من منطقة لأخر، ليس هذا فقط فمن أجل إجراء فحص الرحم الذي يكون مطلوب في الفحوصات الروتينية وسعر إجراءه غالبا ما يكون 1800 دج إلى 2000 دج في هذه الأيام ، فلا يمكن للمرأة القيام به إذا كان دخل أسرتها ضعيف، أما طبيب النساء في المستشفى يفتقر لعديد من الأجهزة التي يجب أن تتوفر لديه، كما أنه يستقبل عدد هائل من المرضى كونه مجاني، مما يجعل المرأة تمل الإنتظار أثناء ذهابها إليه، هذا ما يدفعها إلى الذهاب إلى الطبيب العام ظنا منها أنه يستطيع مساعدتها.

رغم معظمهن أجهضن مما يجعل حالتهن عند ظهور الأعراض تتطلب طبيب النساء إلا أن هناك عوامل أخر تتحكم في الوجهة الأولى.

بعدما رأينا في الجدول علاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض سنعالج في الجدول التاليعلاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة.

**جدول رقم 43: علاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة.**

| نوع الإصابة / عدد الأبناء | عنق الرحم | | بطانة الرحم | | الرحم | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| 1-2 أبناء | 02 | 40 | 01 | 20 | 02 | 40 | 05 | 100 |
| 3-4 أبناء | 10 | 38,46 | – | – | 16 | 61,54 | 26 | 100 |
| 5 أبناء فأكثر | 29 | 85,29 | 03 | 8,82 | 02 | 5,88 | 34 | 100 |
| المجموع | 41 | 63.08 | 04 | 6.15 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |

استنادا إلى الإحصائيات التالية يتبين لنا أن أعلى نسبة اللواتي أصبن بسرطان عنق الرحم بنسبة 63,08%، تليها 30,77% اللواتي أصبن بسرطان الرحم، مقابل 6,15% أصبن بسرطان بطانة الرحم.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عدد الأبناء وجدنا أن اللواتي أنجبن5 أبناء فأكثر قد قدرت نسبتهن ب 85,29% منهن مصابات بسرطان عنق الرحم مقابل 38,46% أنجبن 3 إلى 4 أبناء .

وبالنسبة للواتي أصبن بسرطان الرحم قد أنجبن 3 إلى 4 أبناء حيث قدرت نسبتهن ب 61,54 % مقابل نسبة 5,88 %أنجبن 5 أبناء فأكثر. أما بالنسبة للواتي أصبن بسرطان بطانة الرحم قدرت أعلى نسبة عند اللواتي أنجبن من1 الى2 أبناء قدرت ب 20 %مقابل 8,82 أنجبن5 أبناء فأكثر.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن الإنجاب المتكرر يسبب بالدرجة الأولى سرطان عنق الرحم حيت تكون مرتفعة للواتي لديهن 5 أبناء فأكثر أصبن بسرطان عنق الرحم، بالإضافة إلى أن معظم المبحوثات المصابات، أنجبن أبناءهن بولادة طبيعية، فمن الطبيعي أن يتعرض هذا العضو ألا وهو عنق الرحم إلى ارتخاء وتغيرات وفطريات كونه المخرج الذي يخرج عن طريقه الجنين، خاصة إذا عرف حمل وإجهاض متكرران مما يجعل الرحم لا يعرف راحة وإذا لم تقوم المرأة بلازم من فحوصات وإجراءات وقائية فقد تتعرض إلى الإصابة الحتمية بسرطان عنق الرحم .

وقد قمن بحساب **ك$^2$ لبرسون** فوجدنا ان **ك$^2$ المحسوبة = 76,91** عند درجة الحرية 4 ومن أجل مستوى الدلالة قدرت **ك$^2$ الجدولية ب 9,488** من هنا نستنتج أن هناك علاقة قوية بين المتغيرين بما أن**ك$^2$ المحسوبة اكبر من ك$^2$ الجدولية** .

بعدما رأينا في الجدول علاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور أعراض المرض سنعالج في الجدول التالي علاقة عدد الأبناء بمرحلة العلاج.

**جدول رقم 44: علاقة عدد الأبناء بمرحلة العلاج.**

| عدد الأبناء / مرحلة العلاج | البداية | | مرحلة ما قبل الأخيرة | | مرحلة الأخيرة | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| 1-2 أبناء | – | – | – | – | 05 | 100 | 05 | 100 |
| 3-4 أبناء | 05 | 19,23 | 19 | 73,08 | 02 | 7,69 | 26 | 100 |
| 5 أبناء فأكثر | 13 | 38,23 | 02 | 5,88 | 19 | 55,88 | 34 | 100 |
| المجموع | 18 | 27.69 | 21 | 32.31 | 26 | 40 | 65 | 100 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثات اللواتي هن في مرحلة الأخيرة من العلاج حيث يمثلن نسبة 40 %، تليها نسبة 32,31 % هن في مرحلة العلاج ما قبل الأخيرة ، مقابل 27,69 %هن في بداية من العلاج .

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عدد الأبناء وجدنا اللواتي أنجبن ابن واحد إلى ابنين هن في المرحلة الأخيرة من العلاج بنسبة 100 %، مقابل 7,69 % لديهن 3 إلى 4 أبنا ء، وأما بالنسبة للواتي لديهن من 3 إلى 4 هن في المرحلة ما قبل الأخيرة من العلاج بنسبة 73,08 %مقابل 5,88 %أنجبن 5 أبناء فأكثر.

أما بالنسبة إلى اللواتي ما زلن في بداية العلاج فقد قدرت 38.23%أنجبن 5 فأكثر مقابل 19,23 % للواتي لديهن 3 إلى 4 أبناء.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن أغلبية المصابات اللواتي أنجبن ابن إلى ابنين هن في المرحلة الأخيرة من العلاج، لأنهن تفاعلن مع العلاج بشكل جيد، حيث يتم في هذه المرحلة إستئصال كامل للأورام الخبيثة أو استئصال كلي للرحم، فتأخذ المصابة الأدوية اللازمة، كما تقوم بالفحوصات الدورية كل شهر حتى تتعافى كليا، فإذا رأى الطبيب أن المصابة تفاعلت مع العلاج قد يمدد

مرحلة الإجراءات الروتينية إلى ستة أشهر أو أكثر، أما معظم المصابات اللواتي أنجبن 3 إلى 4 أبناء هن في المرحلة ما قبل الأخيرة وهي المرحلة التي يتم فيها المعالجة بالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي وذلك خلال 3 أيام في الأسبوع. فمن خلال هذا العلاج يتم قتل الخلايا السرطانية تدريجيا حتى يتم التخلص منها نهائيا، فيطلب الطبيب من المريضة التوقف أو استئصال العضو إن كان العلاج غير نافع، وذلك حسب حالة الورم، لأن في بعض الحالات تتم المعالجة بالأشعة أو بالعلاج الكيماوي ولا تكون فيه نسبة الشفاء 100%. مما يستلزم المرحلة الأخيرة وهي الاستئصال النهائي للعضو.

أما اللواتي أنجبن 5 أبناء فأكثر معظمهن في المرحلة الأخيرة من العلاج وهي المرحلة التي يتم فيها الاستئصال كما ذكرنا سلفا، رغم أن هناك نسبة معتبرة منهن في بداية العلاج، كما تعرف بالمرحلة السريرية، والتي تعتمد على المعلومات قبل الجراحة الناتجة عن الفحص السريري، الخزعة، الكي، والتنظير على يد أخصائي.

بعدما رأينا في الجدول علاقة عدد الأبناء بمرحلة العلاج، سنعالج في الجدول التالي علاقة الإجهاض بنوع العلاج من المرض.

**جدول45: علاقة الإجهاض بنوع العلاج من المرض.**

| نوع العلاج / حدوث إجهاض | العلاج بالأشعة | | العلاج الكيماوي | | العلاج بالكي | | العلاج بالأدوية (استئصال الرحم) | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| لا | 05 | 41,67 | 07 | 58,33 | – | – | – | – | 12 | 100 |
| نعم | – | – | 23 | 43,40 | 10 | 18,87 | 20 | 37,73 | 53 | 100 |
| المجموع | 05 | 7.69 | 30 | 46.15 | 10 | 15.38 | 20 | 30.77 | 65 | 100 |

يتجه الإتجاه العام نحو اللواتي يعالجن علاج كيمياوي بنسبة 46,15 %، تليها نسبة 30,77% اللواتي يتعالجن بالأدوية، مقابل كل من اللواتي يعالجن بالكي بنسبة 15,38 %، 7,69 % يعالجن بالأشعة .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو الإجهاض وجدنا أن 58,33 % لم يجهضن يعالجن علاج كيماوي، مقابل 43,40 %قد أجهضن. أما بالنسبة للواتي يعالجن علاج بالأشعة ف 41,67 %لم يجهضن، ولم تسجل أي حالة من المصابات يعالجن علاج بأشعة قد أجهضن.

أما بالنسبة للواتي يعالجن علاج بالأدوية قد أجهضن بنسبة 37,77%، و18,87 %يعالجن علاج بالكي ولم تسجل أي حالة من كلتا العلاجين قد أجهضت.

من خلال الإحصائيات التالية نجد أن معظم المصابات اللواتي لم يجهضن يتم علاجهن بالإشعاعي والكيمياوي، رغم أن هناك نسبة معتبرة تعالجن علاج كيمياوي قد أجهضن، إلا أن اللواتي أجهضن أغلبهن قد تم استئصال لهن الرحم. كما قد تبين معنا أن قبل عملية الإجهاض المتكررة هذا ما يجعل المرأة تخضع إلى العديد من التغيرات في الرحم.

وعند حسابنا **ل ك$^2$ لبرسون** وجدنا أن ك$^2$ المحسوبة قدرت **ب 0,82** عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 5% فحين قد قدرت **ك$^2$ الجدولية ب 5,991** أي **ك$^2$ المحسوبة < ك$^2$ الجدولية** وهذا يفسر أن ليس هناك أي علاقة بين المتغيرين لذلك نقبل فرضية العدم والاستقلال .

بعدما رأينا في الجدول علاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة، سنعالج في الجدول التاليعلاقة العمر عند إنجاب الطفل الأقل بمدة المعاناة من المرض.

**جدول رقم46: علاقة العمر عند إنجاب الطفل الأول بمدة المعاناة من المرض.**

| مدة المعاناة / العمر عند إنجاب الطفل الأول | سنة واحدة | | سنتين | | 3 سنوات فأكثر | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| اقل من 20سنة | – | – | 07 | 63.64 | 04 | 36.36 | 11 | 100 |
| 20–24 سنة | 19 | 73.08 | 05 | 19.23 | 02 | 7.69 | 26 | 100 |
| 25–29 سنة | 17 | 89.47 | 01 | 5.26 | 01 | 5.26 | 19 | 100 |
| 30 فأكثر | 08 | 88.88 | – | – | 01 | 11.11 | 09 | 100 |
| المجموع | 44 | 67.69 | 13 | 20 | 08 | 12.31 | 65 | 100 |

استنادا ما ورد من إحصائيات في الجدول نجد أن أعلى نسبة كانت للواتي يعانين من المرض مدة سنة واحدة بنسبة 67,69 %، تليها نسبة كل من اللواتي عانين من المرض مدة ستتين بنسبة 20 % مقابل اللواتي عانين من المرض مدة ثلاث سنوات بنسبة 12,31 % .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا هو العمر عند إنجاب الطفل الأول وجدنا أن اللواتي أنجبن في سن 29 فأكثر عانين من المرض سنة واحدة، مقابل اللواتي أنجبن في العمر أقل من 24 سنة بنسبة73,08 % ، أما اللواتي عانين من المرض مدة سنتين بنسبة 63,64% قد أنجبن أول طفل في العمر أقل من 20 سنة مقابل 5,26 %أنجبن أول طفل في العمر 25 إلى 29 سنة، فحين نجد 36,36 %يعانين من المرض مدة ثلاث سنوات فأكثر قد أنجبن أول طفل في العمر أقل من 20 سنة، مقابل 5,26 % قد أنجبن أول طفل في العمر 25 إلى 29 سنة.

من خلال التحليل السوسيولوجي يتضح لنا أن اللواتي أنجبن في سن مبكر أغلبهن يعانين من المرض مدة سنتين فأكثر، فكما نعلم أن المجتمع الجزائري يزوج بناته في سن مبكرة، غالبا ما تصبح المرأة حاملا في شهرها الأول من الزواج ، إضافة فإن المجتمع الجزائري يميل إلى التكاثر فالمرأة تحمل كل عامين في

الغالب ، فتنجب الكثير من الأطفال، هذا ما يجعل الرحم نشطا عن طريق الممارسة الجنسية والحمل المتكرر ، مما يجعل عملية العلاج تأخذ وقت خاصة إذا كانت المرأة لا تقوم بالمطلوب عليها القيام به من فحوصات وقائية ، كما يمكن الإشارة إلى أن معظم المبحوثات المصابات غير مثقفات وغير واعيات كفاية ، كون مستواهن التعليمي ضعيف .وأغلبهن ماكثات في البيت وليس لديهن اتصال خارجي .

بعدما رأينا في الجدول علاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة، سنعالج في الجدول التاليعلاقة الإجهاض المتكرر بمرحلة العلاج من المرض.

**جدول رقم 47: علاقة الإجهاض المتكرر بمرحلة العلاج من المرض.**

| مرحلة العلاج / الإجهاض | البداية | | مرحلة قبل الأخيرة | | مرحلة الأخيرة | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| ولا مرة | – | – | 07 | 58,33 | 05 | 41,67 | 12 | 100 |
| مرة واحدة | 05 | 71,43 | – | – | 02 | 28,57 | 07 | 100 |
| مرتين | 02 | 12,5 | 14 | 87,5 | – | – | 16 | 100 |
| 3 مرات فأكثر | 11 | 36,67 | – | – | 19 | 63,33 | 30 | 100 |
| المجموع | 18 | 27.69 | 21 | 32.31 | 26 | 40 | 65 | 100 |

يبين لنا الجدول أعلاه أن الاتجاه العام يتجه نحو اللواتي هن في المرحلة الأخيرة من العلاج بنسبة 40 % ، تليها نسبة 32,31 % اللواتي هن في المرحلة ما قبل الأخيرة ، مقابل 27,69% اللواتي هن في مرحلة البداية من العلاج .

وعند إدخالنا المتغير المستقل ألا هو الإجهاض المتكرر وجدنا أن أغلبية المبحوثات أجهضن مرة واحدة وهن الآن في البداية من العلاج بنسبة 71,43 % مقابل 12,5 % أجهضن مرتين ،وأما اللواتي هن في المرحلة ما قبل الأخيرة ف 87,5 % أجهضن مرتين ، مقابل 58,33 % ولا مرة أجهضن ، أما بالنسبة

للواتي هن في المرحلة الأخيرة من العلاج ف 63,33 %أجهضن ثلاث مرات فأكثر مقابل 28,57 % أجهضن مرة واحدة .

من خلال التحليل الإحصائي يتبن لنا أن معظم المبحوثات اللواتي يعانين من المرض قد عرفن إجهاض متكرر من قبل وهن الآن في المرحلة الأخيرة من العلاج، رغم أن هناك نسبة معتبرة من المصابات لم يجهضن وهن الآن في المرحلة الأخيرة من العلاج. يتضح من خلال هذا التحليل أنه لا يؤثر الإجهاض المتكرر على مرحلة العلاج من سرطان الرحم.

بعدما رأينا في الجدول علاقة عدد الأبناء بنوع الإصابة، سنعالج في الجدول التاليعلاقة العمر إنجاب أخر طفل بمدة المعاناة من المرض.

**جدول رقم 48: علاقة العمر عند إنجاب أخر طفل بمدة المعاناة من المرض.**

| مدة المعاناة / العمر عند إنجاب أخر طفل | سنة واحدة | | سنتين | | 3 سنوات فأكثر | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | ك | % |
| 34-30 | 07 | 70 | – | – | 03 | 30 | 10 | 100 |
| 39-35 | 31 | 83.78 | 06 | 16.22 | – | – | 37 | 100 |
| 44-40 | 06 | 33.33 | 07 | 38.89 | 05 | 27.78 | 18 | 100 |
| **المجموع** | 44 | 67.69 | 13 | 20 | 08 | 12.31 | 65 | 100 |

من خلال الجدول أعلاه تبين أن الاتجاه العام يتجه نحو اللواتي عانين سنة واحدة من سرطان الرحم بنسبة67,69 %، تليها نسبة 12,31 % عانين من المرض ثلاث سنوات فأكثر مقابل 20 % عانين سنتين .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا هو العمر عند إنجاب آخر طفل وجدنا أن اللواتي أنجبن في 35 –39 سنة يعانين من المرض سنة واحدة بنسبة 83,78 %، مقابل 33,33% كان لهن آخر طفل في سن 40 –44 سنة، فحين نجد أن اللواتي عانين من المرض مدة سنتين قد أنجبن آخر طفل في السن 40–44 سنة، مقابل 16,22 % أنجبن أخر طفل في سن 35 – 39 سنة، أما اللواتي عانين من المرض مدة ثلاث سنوات جاءت النسب متقاربة بين اللواتي في سن 30 –34 سنة بنسبة 30مقابل 27,78 %كان آخر إنجاب لهن في السن 40 –44.

من خلال التحليل الإحصائي يتبين لنا أن اللواتي أنجبن آخر طفل في سن 35–39 هن اللواتي يعانين سنة واحدة من هذا المرض، رغم أن هناك نسبة معتبرة يعانين سنتين فأكثر من هذا المرض معظمهن أنجب في سن متأخر 40 سنة فما فوق. وهذا ما يفسر أن إنجاب آخر في سن متأخر طفل يؤثر على مدة العلاج.

## استنتاج الفرضية الثالثة :

– هنالك علاقة واضحة تماما بين متغير سن النساء المصابات بسرطان الرحم والتوجه إلى الطبيب لأول مرة هي علاقة طرديه أي أنه كلما زاد سن المرأة زاد توجهها إلى الطبيب وإجرائها لفحوصات طبية كلما زاد اهتمامها بصحتها.

– هناك علاقة طرديه بين سن المرأة وتطور الإصابة بسرطان عنق الرحم إلى سرطان بطانة الرحم إلى سرطان الرحم، فكلما زاد سن المرأة تزداد خطورة الأمراض، وهي مجبرة على الرعاية والمتابعة الطبية لتقدمها في السن.

– هناك نقص في الوعي الصحي والرعاية الصحية لدى المرأة الجزائرية المتزوجة مما يجعل الأمراض البسيطة تتطور وتصبح سرطانا، وإذا سارعت المرأة للعلاج بداية ظهور أحد الأعراض تكون نسبة الشفاء 100%.

–هناك علاقة طرديه كذلك بين متغير السن ومتغير المدة المستغرقة لاكتشافهن المرض وزيارة الطبيب لتصل إلى أكثر من سنة وهي مدة طويلة جدا نظر إلى تطور الأعراض السابقة للمرض، وهذا دليل على نقص الرعاية والتوعية الصحية.

– لاحظنا أنه كلما كانت المرأة تعاني من أي مرض مزمن عادة كلما استعملت الطب البديل وهذا راجع لنقص في الرعاية الصحية وكذلك نقص في الوعي الاجتماعي.

– وجود علاقة بين الإجهاض ونوع علاج المرض، فاللواتي أجهضن يتعالجن بأصعب علاج ألا هو العلاج الكيمياوي.

– هناك علاقة طردية بين العمر عند إنجاب الطفل الأول ومدة المعاناة من المرض، فاللواتي أنجبن في سن مبكر بين 20 سنة الى 24 سنة عانين من المرض سنة واحدة عكس اللواتي أنجبن في سن متأخر فمدة المعاناة من المرض تكون طويلة سنتين فأكثر.

– الإجهاض المتكرر ومخلفاته تؤثر على مرحلة العلاج من المرض.

– هناك علاقة واضحة بين العمر عند إنجاب أخر طفل بمدة المعاناة، فكلما أنجبت المصابة أخر طفل في عمر مبكر 39 سنة فأكثر كلما كانت مدة معانتهم تفوق سنتين فأكثر.

# النتائج العامة

## النتائج العامة

لقد سمح لنا البحث من خلال تحليل معطيات الدراسة الميدانية بلوغ أهداف هو التحقق من صحة الفرضيات في نفس الوقت وعليه فقد تمكنا من خلال الربط بين مختلف المتغيرات من الوصول إلى النتائج التي نستعرضها على النحو التالي:

بعد استجوابنا ل130مبحوثة منهن 65 مبحوثة غير مصابة و65 مبحوثة مصابة بمختلف أنواع سرطان الرحم بمركز الإستشفائي ماري كوري لمكافحة السرطان و مستشفى أمين زيغود بهدف قياس درجة وعيهن بخطورة سرطان الرحم.

- معظم النساء لا يمارسن الرياضة هاته الأخيرة التي تعتبر عنصر هام في حياة الفرد نظرا لأهميتها البالغة فهي تقي من الأمراض و تجعل الجسم يتخلص من السموم و تنشط الدورة الدموية فتقوي الجسم وعضلات القلب و تحارب الشيخوخة كما تقضي على الخلايا السرطانية ، ويعود سبب عدم ممارستها للجانب الديني حسب فكر بعض المبحوثات كون المرأة لا تستطيع ممارسة الرياضة خارج المنزل للاختلاط ربما وهذا خطأ كونها تستطيع ممارستها مع الحفاظ على الشرعية الدينية, لعدم وجود وقت للقيام بها على لسان بعض العاملات لأن العمل في بعض الأحيان يعيق ممارسة هذا النشاط كون مهمة صعبة و متعبة بالنسبة للمتزوجات خصوصا مع تربية الأولاد فهي بحد ذاتها مسؤولية ,كما لا ننسى الدخل الأسري و علاقته بالرياضة لتكاليفها هذا ما صرح سابقا من طرف المبحوثات .

_ المستوى التعليمي يؤثر على ممارسة النشاط البدني فكلما ارتفع المستوى من الثانوي فأكثر زاد الوعي وزادت الإرادة في ممارستها للثقافة المكتسبة جراء العلم والمعرفة.

عكس ذلك كلما تدنى المستوى التعليمي تراجعت فكرة ممارسة هذا النشاط.

_ نوع الغذاء المعتمد لدى المجتمع الجزائري يختلف باختلاف تصانيف من أسر ممتدة أو نووية فكثيرا ما تعتمد الأسرة الجزائرية على نمط غذائي غير متوازن نوعا ما قائم على وجبات دسمة، كثيرة السكر ،عجائن كلها تؤثر على صحة الفرد وهذا راجع للمستوى التعليمي المتدني لدى النساء كونهن لسن متطلعات على أهمية الغذاء الصحي وكذا الدخل الأسري لديهن محدود لا يمكنهن من إقتناء مواد غذائية صحية. فحين هنالك غذاء صحي متوازن قائم على ألياف وبروتينات خضر وفواكه راجع للوعي لدى النساء وثقافتهن ومستواهن التعليمي المرتفع.

_ فحص عنق الرحم هو تلك الصورة الإشعاعية للرحم أثناء الحمل من أجل حدوث حمل بمعنى الكاشف الأولي لوجود مشكلة بعد تبيان وظهور بعض الأعراض من إنتفاخ وآلام في الرحم فأغلب المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المنخفض قامت به أثناء الحمل أو بغية الحصول على الحمل عكس الفئات الأخرى ذوات المستوى التعليمي المرتفع فقد قامت به كفحص روتيني لأجل الاطمئنان على سلامة الرحم وعليه فالمستوى التعليمي يؤثر على قيامهن بهذا الفحص.

–الانفتاح والوعي ويظهر ذلك جليا عن طريق تنظيم زيارات روتينية لطبيب النساء، فالنساء الواعيات العاملات منهن خصوصا، نشاطهن اليومي يزيد من الرغبة لزيارة الطبيب نظرا لاحتكاكهن مع العالم الخارجي.

– الحالة العائلية للمبحوثات لم تؤثر على مدى قيامهن بمسحة عنق الرحم فهنالك الأرامل والمتزوجات لم يقمن بهته المسحة لعدم ظهور أعراض لديهن حسب اعتقادهن أنها في الغالب تكون في سن الأربعين وعليه لا تؤثر على الرغم من انتشار هذا المرض وزيادة الخطر وضرورة الوقاية قبل سن الأربعين.

_ علاقة الحالة العائلية بممارسة الرياضة هاته الأخيرة المذكور أهميتها سابقا علاقة ترتبط بمدى وعي السيدات لدورها وتأثيرها على صحة المرأة.

– المساندة الزوجية مهمة لسير حسن وتقدم أفضل لعلاج المصابة من السرطان فكلما زاد الإهتمام والتفهم والمساندة زال الألم تدريجيا وأصبح العلاج لينا لا صعب على حسب بعض المبحوثات اللواتي مررن بهده التجربة خصوصا العلاج الكيميائي.

– صنف الأسرة مع نسبة الغذاء صحيا يتغير بتغير الأسر وأصنافها فإنه على العموم لا يؤثر كون معظم الأسر يتبعون أكل متوازن نوعا ما.

– يمكن القول أن النشاط اليومي لا يؤثر على نوعية الغذاء المحضر في المنزل.

_ تنوع الحصص التوعوية الإرشادية بتنوع لغاتها، فلها علاقة بعدد مرات القيام بفحص الرحم فكل الحصص الناطقة باللغة العربية زادت من زيارة الطبيب لأكثر من مرتين لأجل الفحص وهذا راجع لفهم

الإرشادات والعمل بالنصيحة على عكس فئة أخرى لا تعطي أهمية للموضوع، وهذا راجع لتدني مستواهن التعليمي وعدم فهمهن لمصطلحات ذات صلة بالمرض بلغات غير العربية.

–الدور الهام الذي تلعبه الحصص الطبية لما تتضمنه من برامج تثقيفية وإرشادية توعوية التي تمس فئة المستوى التعليمي المرتفع، وكذا مواقع التواصل الإجتماعي التي تعمل على توصيل الإشعارات على الصعيدين الإجتماعي والصحي يرفعان من قمة الوعي ويزيدان الحاجة لزيارة الطبيب للحد من مخاطر هذا المرض وعليه يمكن القول أن هاته العلاقة علاقة تأثر فكلما زاد اتباعنا للحصص الطبية التوعوية زادت حاجتنا لزيارة الطبيب و الكشف.

_عدم إدراك المرأة لمخاطر الإجهاض الكبيرة يعرضها للإصابة ويمدد تطور المرض يتخلل هذا الإدراك عدة عوامل فالجانب التثقيفي والمستوى التعليمي للمرأة يضعها في خانة المنتصرات واللواتي سيتغلبن على هذا المرض لما يحمله من مخاطر تعود بالسلب عليها.

_ الزيارة الروتينية قبل الإجهاض أو بعده تقلل من نسبة الإصابة، فتعتبر العلاقة بين المتغيرين لا تؤثر الواحدة للأخرى بمعنى الإجهاض لا يؤثر على سبب زيارة الطبيب.

– إن الاستعمال السيئ لوسائل منع الحمل (الحبوب) دون الاستشارة الطبية استعمالا غير عقلاني يزيد من المخاطر ويعرض المرأة لنتائج لا تحمد عقباها وعليه فالتمادي في استعمالها دون وعي أو الإفراط فيها خطأ وجب إيقافه وبالتالي هنالك علاقة تأثير بين إستعمال لمثل هاته الوسائل المانعة للحمل وسبب زيارة الطبيب.

– الفحص الدوري الروتيني للرحم مهم لسلامة المرأة من أي علل لتكون المرأة على دراية من مخاطر الإصابة بسرطان الرحم، بالرغم من تعدد الأبناء والنسل فإن هذا الفحص إجباري من أجل الحمل أو من دونه فحقيقة نستنتج أن تعدد الأطفال لا يؤثر على فحص الرحم.

– كثيرا من النساء لسن على علم بأهمية الرياضة لجسم سليم يخلو من الأمراض وهذا راجع لقلة وعيهن و إدراكهن لأهميتها البالغة، فمن بين أهم الأساليب التي تحد من الإصابة بسرطان الرحم ممارسة هذا النشاط من طرف الفئة التي تقدر إيجابيات ممارسة الرياضة خصوصا المتعلمة منها ومنه يقودنا هذا التحليل الى أن الوقاية من الإصابة بسرطان الرحم لها أثر كبير بممارسة النشاط البدني.

– كلما تقيدت المرأة بفحوصاتها تقيدا صحيحا مبني على الإجراءات الروتينية كمسحة عنق الرحم نظرا لأهميته الكبيرة قللت بذلك الإصابة على عكس الفئة غير المهتمة بهذا الجانب وهذا راجع لقلة وعيهن ,استخلاصا لهذا فإن مسحة العنق (عنق الرحم)من شأنها أن تقي من الإصابة بسرطان الرحم.

– إستعمال العقل إستعمالا عقلاني يؤثر على الفهم العام للمشكلة ولوضع المرض في الصورة المناسبة فقد تعددت طرق علاج السرطان لما هو تقليدي أو معاصر فالطب البديل أصبح غير كافي للوقاية من المرض لقلة الوعي وقلة الإدراك العام لأسباب المرض حسب المستويات العلمية والفروقات العقلية وعليه الوجهة الأولى للطبيب خطوة مهمة لإكتشاف خباياه والحد منه فهي علاقة تأثير يحددها الطبيب المختص للإستعمال المناسب لمثل هذا العلاج.

– كلما زادت التوعية ومشاهدة البرامج التثقيفية الصحية لفئة النساء زادت قابلية الممارسة البدنية وغيرت المفاهيم الخاطئة عن الرياضة وبالتالي زيادة التوعية والمتابعة المستمرة لمثل هاته البرامج يزيد من ممارسة الرياضة بشكل دائم ومستمر من أجل الوقاية والحفاظ على سلامة الفرد عامة والنساء المصابات أو غيرهن خاصة.

– للإشارة أن أكثر فئة من النساء غير مدركة لأسباب سرطان الرحم خصوصا الفئة الكبيرة غير الواعية، فهن لم يقمن بمسحة عنق الرحم، ومنه نستنتج أن هنالك علاقة بين فكرة وجود الأسباب المسببة لسرطان عنق الرحم مع القيام بمسحة عنق الرحم.

– الفترة المستغرقة لإكتشاف المرض تستهان بها بعض النساء لعدم إدراكهن بخطورة هذا المرض ولقلة وعيهن وعدم فهمهن الجيد لمثل هذا النوع، فإكتشاف الأعراض يختلف بإختلاف القدرة على الإدراك والتشخيص الصحيح للمرض وعليه فالوجهة الأولى لزيارة الطبيب مهمة لدرجة أنها تساعد على تغير مسار إنتشار المرض وهذا ما يعرف بالكشف المبكر عن طريق الوقاية ومنه نستنتج أن علاقة الوجهة الأولى مع المدة المستغرقة علاقة مكملة الواحدة للأخرى.

– كلما زاد سن المرأة غير الواعية قلّ إهتمامها بنفسها لعدم إتخاذها الإجراءات اللازمة عند ظهور الأعراض الأولى خصوصا إذا شهدت إجهاض متكرر فيعرضها بذلك للإصابة وهذا راجع لتدني مستواها وقلة وعيها لخطورة الأمر.

– إن تقدم العمر عند بعض النساء يزيد من تراجع الإهتمام بذاتها نظرا لقلة إدراكها بما يحيط بها من خطر فتضيع بذلك وقتا كان ليكون لصالحها لولا التمادي وعدم إعطاء أهمية له، فتسمح بإنتشار المرض وعليه علاقة السن بالمدة المستغرقة لإكتشاف أعراض المرض وزيارة الطبيب علاقة جد مهمة.

– كلما قل السن زادت درجة الوعي وأصبحت فكرة الإهتمام مهمة ضرورية نحو الوجهة الأولى عند إكتشاف الأعراض وبالتالي نستخلص أن متغير السن له علاقة تأثير مع الوجهة الأولى عند إكتشاف الأعراض وكلما قل الوعي أصبح التوجه للوجهة الصحيحة في غير مكانه وخاطئ.

_ إن للسرطان الرحم أنواع تتنوع بتغير المتغير المستقل ألا وهو السن، فعلاقة هذا الأخير مهمة من شأنها تصبح العينة مصابة عندما تتقدم في السن نظرا لعدة عوامل كالإجهاض بنوعيه وبمخلفاته وكذا المحاولة من أجل الإنجاب وكذا إنخفاض الخصوبة وعامل الوراثة أيضا، إستنتاجا لما قيل وما ذكر سابقا فإن علاقة السن بنوع الإصابة علاقة تأثير.

– مع كثرة الأمراض المزمنة والإصابة بسرطان الرحم أصبحت طرق العلاج ضرورية للحد من الألم فأصبح التوجه للطب البديل الحل الأسمى للتخفيف من ألم السرطان وهذا لم ينفع لوقت أطول فعلاقة المرض المزمن بإستخدام الطب البديل علاقة غير متكاملة ولا تأثير في ذلك.

– الحالة التي تصاحب العينة عند إكتشافها للمرض حالة يسودها الفزع والكآبة والحزن وفقدان الأمل ونكران وعدم تقبل للمرض وعليه وجب إتباع طرق وأساليب تعزز الثقة من جديد بمساعدة مختص نفساني للتغلب على الإصابة.

_ كلما زاد السن استعصت حالة المريضة المزمنة مما يصعب مراحل العلاج وأصبح العلاج مؤلما خصوصا مع ضعف الجهاز المناعي لدى المصابة.

_ الجدير بالذكر أن الإجهاض بأنواعه له مخلفات تعود بالسلب على الرحم لما يصاحبه من تغيرات تسبب بذلك سرطان على مستوى الرحم ومنه نستنتج أن الإجهاض له علاقة بنوع الإصابة على حسب أنواعه.

_ عدم المبالاة بأخطار الإجهاض يضع المرأة في خانة المصابات لقلة وعيها وتدني مستواها فيخلط عليها وجهتها الصحيحة مع تقدمها في السن وكذا العامل المادي بمعنى الدخل لديها يبطئ الكشف المبكر لديها فعلاقة الإجهاض بالوجهة الأولى عند ظهور الأعراض يلعب دور مهم في الحد من مساره.

_مخلفات كثرة الإنجاب والإجهاض سببان أولان للإصابة بحدوث تغيرات على مستوى الرحم التي تخلق سببا لانتشار السرطان.

_ كلما قل عدد إنجاب الأبناء زاد التفاعل مع العلاج والتجاوب معه فزيادة عمليات الإجهاض المتكرر يسبب مشاكل على مستوى الرحم الذي يؤدي في النهاية الى استئصاله، فيزيد من الفترة المستغرقة للعلاج.

_كل افراد العينة المصابة التي اجهضت او لم تجهض استغرقت وقت لسير العلاج سيرا منتظما وعليه فالإجهاض ليس له علاقة.

_مخلفات الزواج المبكر وكثرة الإنجاب تمدد فترة العلاج ويصبح صعبا لعدم وعي المصابات بالمرض وعدم احتكاكهن بالعالم الخارجي وعدم قيامهن بالفحوصات الازمة.

_ كثرة الإجهاض بأنواعه لا يؤثر على مراحل العلاج.

_ كلما تقدمت المرأة في السن ورغبتها في الإنجاب عاد عليها بالسلب عند الإصابة كون مرحلة العلاج لديها تستغرق وقت كبير لأن المعاناة لديها سنة كتقدير أقصى فعلاقة العمر عند إنجاب آخر طفل بمدة المعاناة مع المرض علاقة تأثير.

**من هذا كله نستخلص أن الفرضية الأولى والثانية قد تتحققا نسبيا.**

**أما الفرضية الثالثة فقد تحققت 100 %.**

# خاتمة

## خاتمة :

إن الإنتشار الواسع والفظيع لسرطان الرحم بشتى أنواعه أصبح يهدد حياة المرأة لما قد يشكله من خطر على حياتها، فقد أخذ حيز كبير في البيئة المحلية والعالمية لما يحمله من عواقب كونه يصيب الجهاز الأنثوي الحساس للمرأة جراء عدم المبالاة وعدم الوقاية.

الجدير بالذكر أن لسرطان الرحم أنواع تختلف الإصابة بالاختلاف البنيات الجسمية والتركيبات لكل افراد العينة تتخللها عوامل كالسن ونقص الوعي الاجتماعي والصحي الذي من شأنه يضع المرأة محل الإصابة وعدم التطلع لمستجدات الساحة المحيطة بالمرأة وتأثرها بالعالم الخارجي يضعها بعيدة عن ما هو حاصل حولها.

إن أهمية توافق المستوى التعليمي و المستوى الثقافي الذي تمتلكه المرأة له دور هام في الوقاية من هذا المرض و تجنيبها من كل فيروس، قد ينهي مسارها الحياتي لذا الضروري الإهتمام بصحة الجهاز التناسلي لديها من خلال الفحص المستمر و ملاحظة أي أعراض او أي علامات قد تصيبها فقد لا تدري عفويا و لا مبالاة من المخاطر التي تنجم عن الإجهاض مثلا بكل أنواعه هذا الأخير الذي يعتبر السبب الرئيسي للإصابة لما يحمله من مخاطر تعود بالسلب عليها.

كما لا يمكن التكهن بالإصابة بسرطان الرحم فهنالك نساء يصبن بهذا المرض دون أن يكن ضمن النساء الأكثر عرضة للإصابة، مبينا أن هنالك عوامل عديدة قد تزيد من إحتمالات الإصابة به والتي ذكرت سالفا.

الجدير بالذكر أن الكشف أو التشخيص المبكر للأورام السرطانية بمختلف أنواعها يعزز نسبة الشفاء السريع و المبكر، فكل ما يمكن أن ننصح به المرأة أن تتخذ بالنصائح والعمل بها، عن طريق إتباع الإرشادات الطبية في حالة وجود قلق في ما يتعلق بالجهاز التناسلي لها، لأن الكشف المبكر نصف العلاج، وأن المحافظة على نمط صحي في حياتها اليومية يجنبها عدة إصابات أو أي خلل يصيب جسمها و بنيتها، فهي كفيلة بأن تقلل من خطر الإصابة بشتى أنواع سرطان الرحم وعليه تكمن هاته المحافظة في الحرص على الفحوصات الدورية الروتينية، الحفاظ على النشاط البدني و ممارسته ممارسة منتظمة، إتباع نمط غذائي صحي غني و متوازن فهو من أهم الخطوات للوقاية من سرطان الرحم.

# خاتمة

التقرب من العالم الخارجي من جانبه الإيجابي والاحتكاك ببعض الأمثلة المصابة لأخذ الحيطة والحذر وعدم الوقوع في نفس الخطأ، المشاركة في بعض الجمعيات الناشطة في هذا المجال والحرص على إتباع البرامج التثقيفية الصحية التي تلعب دورا هاما في التوعية والإرشاد.

كل ما يمكن قوله في هذا السياق أن سرطان الرحم على العموم مرض خبيث فهو يهدد حياة المرأة وينهي مسارها الحياتي، نظرا لما تحمله من خطورة على حياتها وعليه يبقى الكشف المبكر والعناية الجيدة الحل الأنسب والأنجح للتغلب عليه وتبقى الوقاية خير من العلاج.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع :

### -المراجع باللغة العربية :

**الكتب :**


1-ابن خلدون ،**العبر وديوان المبتدأ والخبر في ايام العرب والعجم والبربر ومن عاصرهم من ذوي السلطان الأكبر** ، القاهرة ، لجان البيان العربي ، ط 4 ، 1965 .

2- أنجرس موريس ، **منهجية البحث في العلوم الاجتماعية** ، تدريبات علمية ، ، دار القصبة للنشر ، الجزائر ، ط 2 ، 2006 .

3- بن الحسين علي ،**مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثاني ثانوي طبيعي وعلاقته باتجاهاتهم الصحية في المدينة المنورة** ، جامعة القرى ، السعودية ، 1990.

4- بن عابد الأحمدي طلال وأخر :**دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية** ، دار النشر والمعرفة ، السعودية ، 2004 .

7-حسان محمد البستاني حسان ،**إدارة المستشفيات** ، الرياض ،دار النشر والمعرفة ، مصر ، 1990.

8-حمادي علي يونس : **مبادئ علم الديموغرافية، المكتبة الوطنية**، بغداد، 1985.

9- درويش البرجي محمد ، **التربية الصحية وصحة المجتمع** ، وزارة التربية والتعليم ، 1972.

10-رزق على جاد الله فوزي ،**الصحة العامة والرعاية الصحية** ، دار المعارف ، القاهرة، 1999.

11 – زايد احمد ، **اعتماد علامة ، التغيير الاجتماعي** ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، 2000 .

12- سلامة بهاء الدين ، **الصحة والتربية الصحية** ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2001.

13- سيدهم ذهبية :**الأساليب الاقناعية في الصحافة المكتوبة** ، جامعة قسنطينة ، 2005 .

14- سيغموند ستيفن لمر ،**الموسوعة الطبية الكاملة للأسرة** ، تر . انس الرفاعي ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، قطر ، 1987 .

15- شاطر سعاد : **الثقافة السكانية وسياسات التنظيم العائلي**، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1988.

16–الشاعر حسين عبد الواحد : **الطب الاجتماعي والامراض المهنية** ، الدار القومية للطباعة والنشر ، مصر ، بدون سنة .

17– صابر شكري وأخر ، **الوعي الاجتماعي العربي** ، تحليل سوسيولوجي ، مكتبة دار المنار ، غزة ، 2002 .

18– الطلال مؤيد :**الوعي الإنساني من التأمل المجرد إلى الممارسة الثورية** ،دراسات عربية مجلة فكرية اقتصادية تصدر شهريا، عن دار الطليعة ، بيروت ، ع 05 ، مارس ،1975 .

19–طلعت إبراهيم لطفي ، **أساليب وأدوات البحث الاجتماعي** ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، مصر ،1995 .

20– طه نجم ،**علم الاجتماع المعرفة** ، ، دار المعرفة ، طبعة الأولى ، الإسكندرية ،1996.

21– عبد الباسط عبد المعطي ، **الإعلام وتزيف الوعي** ، القاهرة ، دار الثقافة الجديدة ، 1979 .

22–عبد الباسط عبد المعطي ، **الوعي الديني والحياة اليومية في القرية المصرية** ، القاهرة ، مركز دراسات الوحدة العربية ، 1989.

23– عبد المنعم ، **الامراض المعدية والغدد الصم والسرطان** ، المؤسسة للدراسات والنشر ، بيروت ، ط1 1990.

24– عبد الواحد حسين :**الطب الاجتماعي والامراض المهنية** ، دار القومية للطباعة والنشر ، مصر 1987 .

25– القمش مصطفى ،**مبادئ الصحة العامة** ، تقديم ادم العبلات ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، 2000.

26– محمد الحسن إحسان ،**الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماع** ، دار الطليعة للطباعة والنشر بيروت ، 1982 .

29– محمد هاشم، **أسباب الأمراض الخبيثة وطرق معالجتها** ،دار المعارف ، مصر، 2000

30– محمود حسن ، إسماعيل ، **التنشيئة السياسية** ، دراسة في دور أخبار التلفزيون ، القاهرة ، دار النشر للجامعات ، 1997 .

31– مخلوف إبراهيم إقبال ،**العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية** ، اتجاهات نظرية ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة، 1991.

32- منصور يوسف أميرة ،**المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية** ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ، 1997 .

33- الميكاوي علي ،**علم الاجتماع الطبي : مدخل نظري**، دار المعرفة الجامعية ، مصر 1996 .

34- هيام رزق معصومة علامة ، **أسرار الشفاء من السرطان** ، دار القلم ، بيروت ، بدون سنة.

35- الوحيشي احمد وآخرون : **مقدمة في علم الاجتماع الطبي** ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلام ، بنغاري ، .1995

36- ولبرشرام ، **أجهزة الإعلام والتنمية الوطنية و دور الإعلام في الدول النامية** ، ترجمة محمد فتحي ،1970 .

**القوامس :**

37- بدوي احمد زكي ،**معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية** ، مكتبة لبنان ، بيروت ، 1978 .

38- المناوي محمد عبد الرؤوف ،**معجم المؤلفين** ، القاهرة ، 1988 .

**التقارير والدوريات والمجلات :**

39- بوخبزة نبيلة ، **الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر** ، المجلة الجزائرية للاتصال ، دار الحكمة ، الجزائر ، ع 16 ،1997 .

40-جمعية الصحة العالمية لتاسعة والخمسون " **الإستراتيجية العالمية بشان الوقاية من الامراض المنقولة** جنسيا ومكافحتها " 2006 .

41- جوكارلوا :**القتلة العشرة الكبار** ، ترجمة إيهاب عبد الرحيم ، مجلة الثقافة العالمية ، الكويت ، ع 101 ، اغسطس، 2000

42- حداد نادين ، واقع مرضى السرطان ، جريدة النهار ، ع3245 ،2015 .

43- حليمي عبد القادر، مجلة الثقافة ، **وزارة الإعلام والثقافة** ، الجزائر ، ع 13، مارس 1973.

44- دغاريتزين ،**السرطان والخلية المتمردة** ، الجمعية الطبية ، بيروت ، 2012 .

45-عامل المراباتي حاسم ،**الوعي المعرفي والتنمية المستقبلية** ، مجلة آداب البصرة ، ع 42 ، القاهرة ، 2000 .

46–عبد الحق وآخرون ،**مستوى الوعي الصحي لدى طلبة النجاح الوطنية وجامعة القدس** ، مجلة جامعة النجاح للأبحاث ، ع 67 ،2009 .

47–العاقد احمد ،**من نسق الانغلاق إلى نسق الانفتاح عن التواصل الثقافي القنوات** ، القاهرة ، 1991.

48–العموري بوعزة عبد المجيد من الطب إلى الصحة : **مقدمات في المرجعية السوسيولوجية** ، جريدة الاتحاد الاشتراكي، ع 12354 ، المنشور 2013/10/26.

49– قرار من الأمانة 2015 **المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية :إجراءات مستدامة عبر القطاعات من اجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة** ( متابعة المؤشر العالمي بشان تحسين الصحة ) . الوثيقة 27.

50– مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والاجتماعي ، الإعلان الوزاري –**تنفيذ الأهداف والالتزامات المتفق عليها دوليا فيما يتعلق بالصحة العامة على الصعيد العالمي** الجزء الرفيع المستوى 2009.

51– منظمة الصحة العالمية ، مؤشر الدولي ، **التوعية والرعاية الصحية** ، عام 1978 .

52– منظمة الصحة العالمية **مناقشات الصحة والتنمية** ، الدورة الثلاثين ، جنيف ، 10 ماي 1980.

53–منظمة الصحة العالمية ،**خطة العمل العالمية بشان الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها** 2012–2020 .

54–منظمة الصحة العالمية ، مؤشر الدولي ، **التوعية والرعاية الصحية** ، عام 1978 .

55-الموسوعة العربية العالمية ،مؤسسة أعمال ،للنشرو التوزيع ،الرياض ،العربية السعودية ،2004 .

56– وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، منشورات 2014.

**الرسائل والأطروحات :**

57–سمعات سهيل ،**الأمراض السرطانية والجراحة العنق والثدي** ، منشورات جامعة دمشق سوريا ، سنة 1996.

58– شعباني مالك ، **دور وسائل الإعلام المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي**، رسالة دكتوراه ، جامعة قسنطينة ، 2005 .

59- كطّاع محمود عبد الله: **القيم الاجتماعية والإنجاب**، دراسة سوسيو- انثروبولوجية في محافظة الانبار، أطروحة دكتوراه غير منشورة، 2004 .

60- محسن عبد النور، **نماذج تيسيير المرض ، العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي** ، دراسة سوسيولوجية لعينة من المصابات بمركز ماري كوري ، أطروحة دكتورا العلوم ، قسم علم الاجتماع ، تخصص تربوي ، 2015،2016 .

61- موسى شهرزاد، **الأمراض النسائية واستجابة النساء المصابات للمرض** ، علم الاجتماع تخصص ديمغرافيا ، دراسة ميدانية بمصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى اسعد حساني ،ماجيستر ، بني مسوس ، 2007-2008 .

# المراجع باللغة الأجنبية

**الكتب:**

62- Berthelot Jean Michel **; Le Corps Est Un Objet Sociologique,** Éditions De L'école Des Hautes Etudes En Sciences Sociales , N2 , Paris , 1985.

63- Body Lansac .Magnin Et Autre ; **Les Salpingites Aigues Non Tuberculeuse** ; Encycl.- Médicaux- Chirurgical , Edition Techniques , Paris , 1985

64-Bohbot issac Et Autres ) **, Maladie Sexuellement Transmissibles** , Encyclopédie –Médicaux – Chirurgicale , Edition Elsevier Sas , Paris , 1990.

65- Deniau Alexander Et Autres ,**Tumeurs Et Lésions Apparentées** .Paris , 2001.

66-Dufour , Philippe **Cancer De L'endomètre , Encycl.** . Med , Chir Edition Elsevier Sas , Paris , 1998 .

67-Fari Michèle, Vaginites Et Autres, Encycl.- Médicaux- **Chirurgical , Edition Techniques** , Paris , 1990 .

68- Gohn bryan, **Sante Publique Et Développement** , Les Editions Internationales , Paris , 1970.

69-James Curran, **Mass Communication – Society** , Open University , First Publish , London , 1979.

70-Hamou Chevallier ,**Polypes Du Col Utérin Et Cervicites** , Encycl.-Médicaux- Chirurgical , Edition Elsevier Sas , Paris , 1990

71-Jadlin Et Autres .**Les Salpingites Aigues Non Spécifiques** , Encycl.-Médicaux – Chirurgical , Edition Elsevier Sas , Paris , 2001 .

72- Mazeron Et Autres ,**La Primo- Infection Herpétiques** , Edition Techniques , Paris , 1998.

73-Momplaisir Franc , Et Autre , **Préventive Cancer Screening In Hiv-Positive Patients** . Aids Care 26 :Janvier ) 2008 .

74-Quantin Marylene et Autres ; **Les Bartholinites , Encycl- Medico** – Chirurgical , Edition Elsevier Sas , Paris , 1990

75-Sasco) .**Epidemiologie Du Cancer Du Col De Luterus** , Edition Elseviers Sas , Paris , 2002 .

**التقارير والدوريات والمجلات:**

76-Bratcher Vikrant Et Autres .**The Impact Of Antiretrovical Therapy On Hpv Andcervical Intraepitheli**al Neoplasia : Current And Directions For Futur Research .Infectious Agents And Cancer , New-York ( 2010) .

77-Caelos Veo ,**Study On The Prevalence Oh Homan Papillomavirus** In The Anal

78- Canal Of Women With Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 111.

**79-Cervix Cancer Screening** . International Agence For Research On Cancer .Iarc Press , 2005.

80- European Journal Of Obstetrics, **Gynecology And Reproductive Biology** N $^{0}$ 1 ( Septembre 2008).

81-Finding Out About ,**Wordconcer Research** Find 1999.

82-Insp. Registre Des Tumeurs Dalger 2014 .

83-Luis Paul aujoulat :**Sante Et Développement On Afrique , Librairie Armand Colin** ; Paris ;2$^{eme}$ Tirage ,1970 .

84-Michel James Renie Bory ,**La Gynécologie** , Presse Universitaire De France , Paris , 2$^{e}$ Edition , 1984.

85-Programme **« Maladie** » - Objectif N$^{2}$ : Développer La Prévention ,2011.

86-Disponible Sur : Http // Www. Sécurité – Sociole .Fr / Img/ Pdf/ V 8/4/2017.

87-Rima Rudd .2015 .**[ The Evolving Concept Of Health Literacy . New Directions For Health Literacy Studies ]** Journal Of Communication In Healthcare.

88-Schutg Berger ,Et Autre , **Enological ,Sociologie ,In Charles Clemert « Sociologie Traditions** », New-York Université Presse 1985.

89- Speacack, **Consciousness And Change** , Oxford Black ,Well 1982

90- Sorensen, Kristine ,**Health Literacy And Public Health** ; A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models , .2012.

91-Smcelanskyhior ,**Principles Of Community Health**, London 1961.

92-Word Health Organization Net **Human Papilloma Virus And Related Cancer In Rwanda .Summary** .Report2010genver,2000 .

**مواقع الانترنت :**

93- Htt // Glabocan .2008. Iac.Fr ( 12/03/20017).

94-Http// Www. Unaids .Org/Fr/ Resources / Document /2015/ Aids- By the-Numbers-2015- (Vu .01/02/2017).

**95-Cervical Cancer Health Center"**,Webmd. Edited.( Vu 12/12/2016).

96-Www. Who .Int / About / Copyright .(Vu0 4/04/2017)

97-Htt// Www.Who.Int/Puplications/Fr/. ( Vu 18/12/2016)

# الملاحق

# إستمارة

## *بيانات شخصية

**1-السن[15-19] سنة** **5-[35-39] سنة**

**2-[20-24] سنة** **6-[40-44 ]سنة**

**3-[25-29]سنة** **7 -[45-49] سنة**

**4-[30-34]سنة** **8-50 سنة فاكثر**

**2-وزنك الحالي:**

**3-الحالة العائلية:** **1-متزوجة** **2-مطلقة** **3-أرملة**

**4-ما هو مقر إقامتك : الولاية :**

**5-مكان الإقامة :** **1-العائلة النووية** **2- العائلة المركبة**

**6-المستوى التعليمي 1-:أمي 2-ابتدائي 3-متوسط 4- ثانوي5-جامعي**

**7-كم كان عمرك عند قرانك؟8-وما هي مدة زواجك؟**

**9-المستوى التعليمي لزوجك1-:أمي2-ابتدائي 3-متوسط 4-ثانوي 5- جامعي**

**10-هل تعاني من مرض مزمن ؟1-نعم 2-لا**

**11-إذا كان الجواب نعم فما هو ؟**

**1-ضغط الدم 2-داء السكري 3-الربو 4-أخر**

**المستوى المعيشي**

**12-نوع السكن1-:شقة بعمارة 2-بيت تقليدي 3-فيلا 4 -أخر**

**14-هل هو ملك؟1- خاص 2-إيجار 3- وراثي**

**15-النشاط اليومي ;1- ماكثة بالبيت 2-عاملة 3-طالبة متقاعدة**

**16-إذا كنت تعملين فما هي مهنتك؟1-إطار 2- موظفة 3-مهنة حرة 4-أخر**

**17-هل يعمل زوجك ؟1-نعم 2- لا**

**18-إذا كان يعمل فما هي مهنته؟ 1-إطار 2-موظف 3-مهنة حرة**

**4-أخر**

**19-كم يقدر دخل الأسرة؟ 1-اقل من 18000دج 2-ما بين 18000و39999دج 3- أكثر من 40000دج**

**بيانات عن السلوك الإنجابي**

**20-سن البلوغ :**

**21-هل كنت تعانين من مشاكل أو اضطرابات في دورتك الشهرية قبل الزواج ؟**

**1-نعم 2-لا**

**22-إذا كانت الإجابة نعم ما هي المشاكل التي كنت تعاني منها ؟**

**1-تأخر موعد الدورة 2-الم شديد أثناء الدورة 3-نزول الدم بغزارة**

**4-طول فترة الدورة أكثر من 8أيام 5- نزول الطمث مرتين في الشهر**

**23-هل ما زلت تعانين من هذا المشكل بعد الزواج 1-نعم 2- لا**

**24 هل لديك أطفال؟1-نعم 2-لا**

**25-إذا كان الجواب نعم كم لديك من أطفال ؟**

**26-كم كان عمرك عند إنجابك الطفل الأول؟**

**27-كم كان عمرك عند إنجاب كأخر طفل ؟**

**28-هل كانت ولادتك؟ 1-طبيعية 2-قيصريه**

**29-ما هي المدة بين الولادات ؟**

**1-الطفل الأول و الثاني 2-الطفل الثاني والثالث 3-الطفل الثالث والرابع**

**4-الطفل الرابع والخامس 5-الطفل الخامس والسادس**

**30-هل حدث وان أجهضت ؟1-نعم 2-لا**

**31-هل كان هذا الإجهاض ؟ 1-اضطراري 2-إرادي3-إجهاض طبيعي**

**1-اضطراري ما هو سبب؟**

**2-إرادي ما هو السبب؟**

**3-إجهاض طبيعي ما هو السبب ؟**

**32-كم كان عددها ؟**

**33-هل أجهضت قبل إنجابك الطفل الأول ؟1-نعم 2-لا**

**34-كم مرة تقمين بجماع زوجك في الأسبوع ؟1-كل يوم تقريبا**

**2-ثلاثة مرات في أسبوع 3-مرة واحدة في الأسبوع 4- ولا مرة**

**35-هل استعملت وسائل منع الحمل؟1-نعم 2-لا**

**36-إذا كان الجواب نعم ما هو النوع الذي تستعملينه ؟**

**1-حبوب منع الحمل2-اللولب الرحمي 3-طريقة العد أو الحساب 4-أخر**

**37-ماهي مدة الاستعمال؟**

**38-هل استعملتها قبل إنجابك لطفل الأول؟1- نعم 2-لا**

**39-مدة الاستعمال :**

**40-هل وصفها لك الطبيب ؟1-نعم 2-لا**

*** بيانات خاصة بالوعي الصحي لدى المرأة**

**41-هل لديك فكرة عن أسباب سرطان الرحم؟1- نعم 2-لا**

**42-إذا كان الجواب نعم ما هو مصدر معرفتك به ؟**

**1-تلفاز راديو 2- انترنت 3-جرائد ومجالات 4-إصابة أشخاص تعرفينهم 5-كونك في الميدان**

**43-هل تقومين بزيارة طبيب النساء من حين لأخر؟1- نعم 2-لا**

**44-إذا كان الجواب نعم لأي سبب ؟**

**45-هل سبق وأجريت فحص لرحمك؟ 1-نعم 2-لا**

**46إذا كان الجواب نعم كم مرة؟**

**47-أثناء المتابعات الدورية هل كنت تقومين بعملية المسح frottis؟1- نعم 2- لا**

**48- بين المسح والأخر ما هي المدة؟**

**1-ثلاثة أشهر 2- ستة أشهر 3-سنة فاكتر**

**49-هل تعتقدين أنمن الممكن للمرأة أن تقي نفسها من سرطان الرحم؟1-نعم 2-لا 3- لا ادري**

**50-إذا كان الجواب نعم فكيف ذلك؟**

**1-النظافة المستمرة 2-الفحوصات الدورية 3-الكشف المبكر4- عن طريق التطعيم ضد الفيروس hpv 5- الإبعاد عن العلاقات الجنسية غير الشرعية 6-أخر**

**51-هل تمارسين الرياضة ؟1-نعم 2-لا 3-امشي يوميا تقريبا**

**52-ما هي نوعية الأكل الذي تحضرنه في المنزل؟**

**1 -غير متوازن 2-متوازن نوعا ما 3 – متوازن**

**53-هل تتبعين الحصص وإرشادات طبية؟ 1-اتابع 2-أتابع ولا افهم كثيرا 3-لا اتابع**

**54-إذا كان الجواب نعم بأي لغة ؟1-اللغة العربية 2-اللغة فرنسية 3-لغة أخرى**

**55-هل تستفيدين منها ؟1-نعم 2-لا**

*

**الجزء المخصص للمصابة**

***بيانات حول مسار المرض**

**56-نوع الإصابة:**

**1-عنق الرحم 2-بطانة الرحم 3- الرحم**

**57-كيف كان اكتشافك للمرض؟**

**1-حكة 2-إفرازات غير طبيعية 3-رائحة كريهة 4-نزيف بعد سن اليأس 5-الم أسفل البطن 6-أخر**

**58-أين توجهت لأول مرة؟**

**1-طبيب عام 2-طبيب النساء بمستشفى 3- طبيب النساء الخاص**

**59-هل استخدمت الطب البديل؟ 1- نعم 2-لا**

**60-كم كان عمرك عند إصابتك بهذا المرض؟**

**61-وزنك قبل الإصابة:**

**62-ما هي المدة المستغرقة بين اكتشافك للأعراض وزيارتك الطبيب؟**

**1-اقل من شهر2-خمسة أشهر -3سنة فأكثر**

**63-هل تناولت؟1- الكحول 2-السجائر 3-المخدرات**

**64-هل سبق وأقمت علاقة جنسية قبل الزواج؟1- نعم 2-لا**

**65-إذا كان الجواب نعم 1-هل قبل الزواج 2-أو بعد الزواج**

**66-كيف كان ردة فعلك عند معرفتك بالمرض؟**

**1-الخوف والقلق مع إخبار احد الأشخاص2- خوف وقلق مع كتمان الأمر3-عدم إعطاء الأمر أهمية**

**67-ما هو نوع العلاج الذي تخضعين إليه حاليا؟**

**1-العلاج بالأدوية 2-العلاج الكمي العلاج بالأشعة**

**3-العلاج الكيماوي4-استئصال الرحم**

**68-ما هي مرحلة مرضك من العلاج؟**

**1-البداية 2-مرحلة ما قبل الأخيرة 3-المرحلة الأخيرة**

*** بيانات خاصة بوضعية المرأةبعد المرض**

**69-هل وجدت مساعدة لمواجهة مرضك هذا؟1- نعم 2-لا**

**70-إذا كان نعم مما كانت المساعدة؟**

**1-الزوج2-الأولاد3- اخر**

**71-هل كانت علاقتك مع زوجك جيدة قبل المرض؟1- نعم 2-لا 3-نوعا ما**

**72-هل لاحظت تغير في سلوك زوجك؟ 1- نعم 2-لا**

**73-إذا كان الجواب نعم هل تغيرت؟1- لأحسن 2-لأسوء**

**74-هل تلقيت مساندة من زوجك عند معرفته لمرض؟ 1- نعم2-لا**

**ملاحظة**

**الأسئلة الخاصة بالوعي الصحي لدى المرأة**
**طرحت على المصابات بصياغة الماضي (قبل الإصابة)**

**الملحق رقم: 01**

**يمثل توزيع أفراد العينة حسب ولاتهن**

| الولاية | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| الجزائر | 30 | 46,15 | 33 | 50,77 |
| البليدة | 14 | 21,54 | 16 | 24,61 |
| تيبازة | 21 | 32,31 | – | – |
| المدية | – | – | 12 | 18,46 |
| بومرداس | – | – | 02 | 3,07 |
| بويرة | – | – | 02 | 3,07 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

**الملحق رقم رقم 02:**

**يمثل توزيع افراد العينة حسب مهنتهن**

| المهنة | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| إطار | 07 | 30,43 | 01 | 14,28 |
| موظفة | 12 | 52,17 | 04 | 57,14 |
| عمل حر | 04 | 17,39 | 02 | 28,57 |
| المجموع | 23 | 100 | 07 | 100 |

**ملاحظة:**

**42 من المبحوثات غير المصابات لا يعملن.**

**58 من المبحوثات المصابات لا يعملن منهن.**

**الملحق رقم 03:**

**توزيع المبحوثات حسب سكنهن**

| السكن | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| خاص | 20 | 30,77 | 13 | 20 |
| ايجار | 15 | 23,07 | 22 | 33,84 |
| وراثي | 30 | 46,15 | 30 | 46,15 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

**الملحق رقم 04:**

**توزيع المبحوثات حسب معاناتهن من مشاكل الدورة**

| معاناة من مشاكل الدورة الشهرية | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| تعاني | 43 | 66,15 | 59 | 90,77 |
| لا تعاني | 22 | 33,85 | 06 | 9,23 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

**الملحق رقم05:**

**توزيع المبحوثات حسب نوع الإجهاض الذي تعرضن اليه**

| نوع الإجهاض | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| طبيعي | 02 | 08 | 07 | 14,28 |
| ارادي | 03 | 12 | 02 | 4,08 |
| ضروري | 20 | 80 | 40 | 81,64 |
| المجموع | 25 | 100 | 49 | 100 |

**ملاحظة:**

**40 مبحوثة غير مصابة لم تجهض .**

**16مبحوثة مصابة لم تجهض.**

**الملحق رقم 06:**

**توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة.**

| نوع الولادة | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| طبيعية | 50 | 76,92 | 46 | 70,77 |
| قيصرية | 15 | 23,07 | 19 | 29,23 |
| المجموع | 65 | 100 | 65 | 100 |

**القوانين المستعملة في التحليل الاحصائي لتأكد من العلاقة بين المتغيرات :**

**قانون معامل التوافق:**

$$ق = \sqrt{\frac{جـ}{1-جـ}}$$

**قانون معامل فاي :**

$ك^2$لبرسون .

**الملحق رقم 07: يمثل توزيع افراد العينة حسب استعمالهن لنوع الوسيلة للمنع الحمل.**

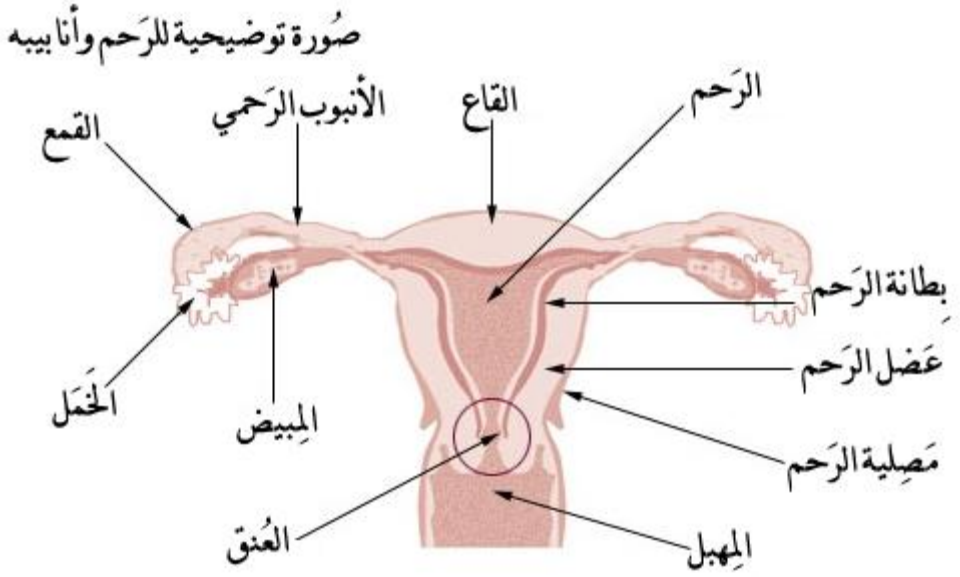
| وسيلة منع الحمل | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| حبوب منع الحمل | 36 | | 59 | 90.77 |
| اللولب الرحمي | 09 | | 04 | 6.15 |
| العد والحساب | 03 | | – | – |
| اخر | 04 | | 02 | 3.07 |
| المجموع | 65 | | 65 | 100 |

**الملحق رقم 08: يمثل كيف يمكن للمرأة ان تقي نفسها من سرطان الرحم حسب اجابتهن بيمكن.**

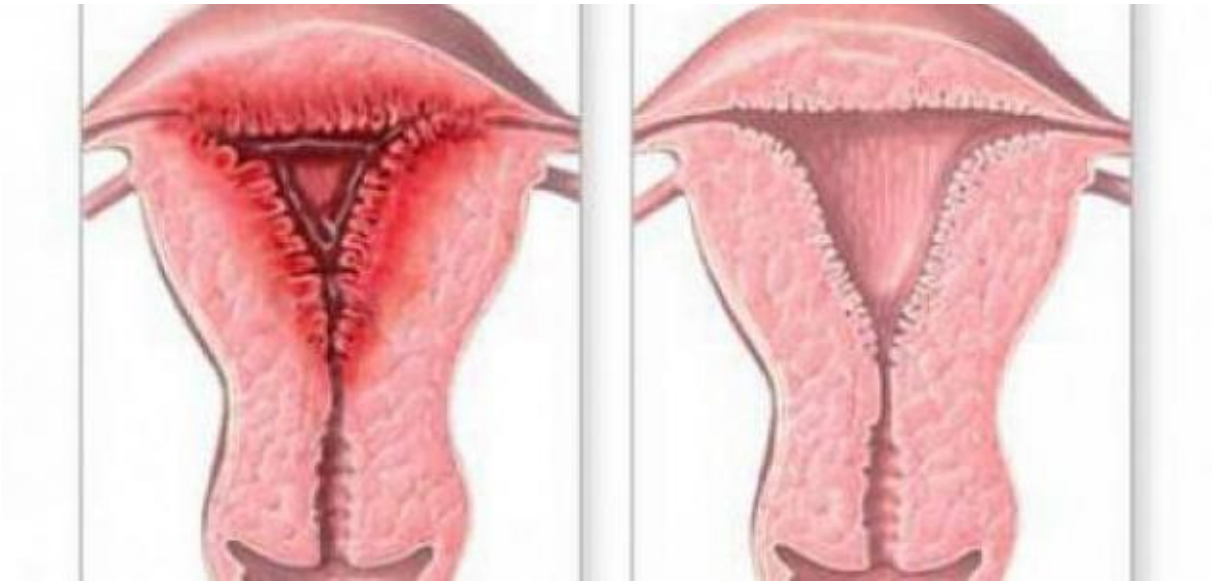
| كيف يمكن للمرأة ان تقي نفسها من سرطان الرحم عن طريق | غير المصابات | | المصابات | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| النظافة المستمرة | 05 | 29,41 | 01 | 3,33 |
| الفحوصات الدورية | 03 | 17,65 | – | – |
| الكشف المبكر | 01 | 5,88 | 02 | 6,66 |
| عن طريق التطعيم ضد الفيروس HPV | – | – | 01 | 3,33 |
| الابتعاد عن العلاقات غير الشرعية | 01 | 5,88 | 04 | 13,33 |
| إجابة متعدد ة:النظافة المستمرة-الفحوصات الدورية الكشف المبكر ،عنطريق التطعيم ضد الفيروس hpv ،الإبتعاد عن العلاقات الجنسية غير الشرعية | 07 | 41,17 | 22 | 73,34 |
| المجموع | 17 | 100 | 30 | 100 |

**83 من المبحوثات اجبن بلا ادري ولا يمكن.**

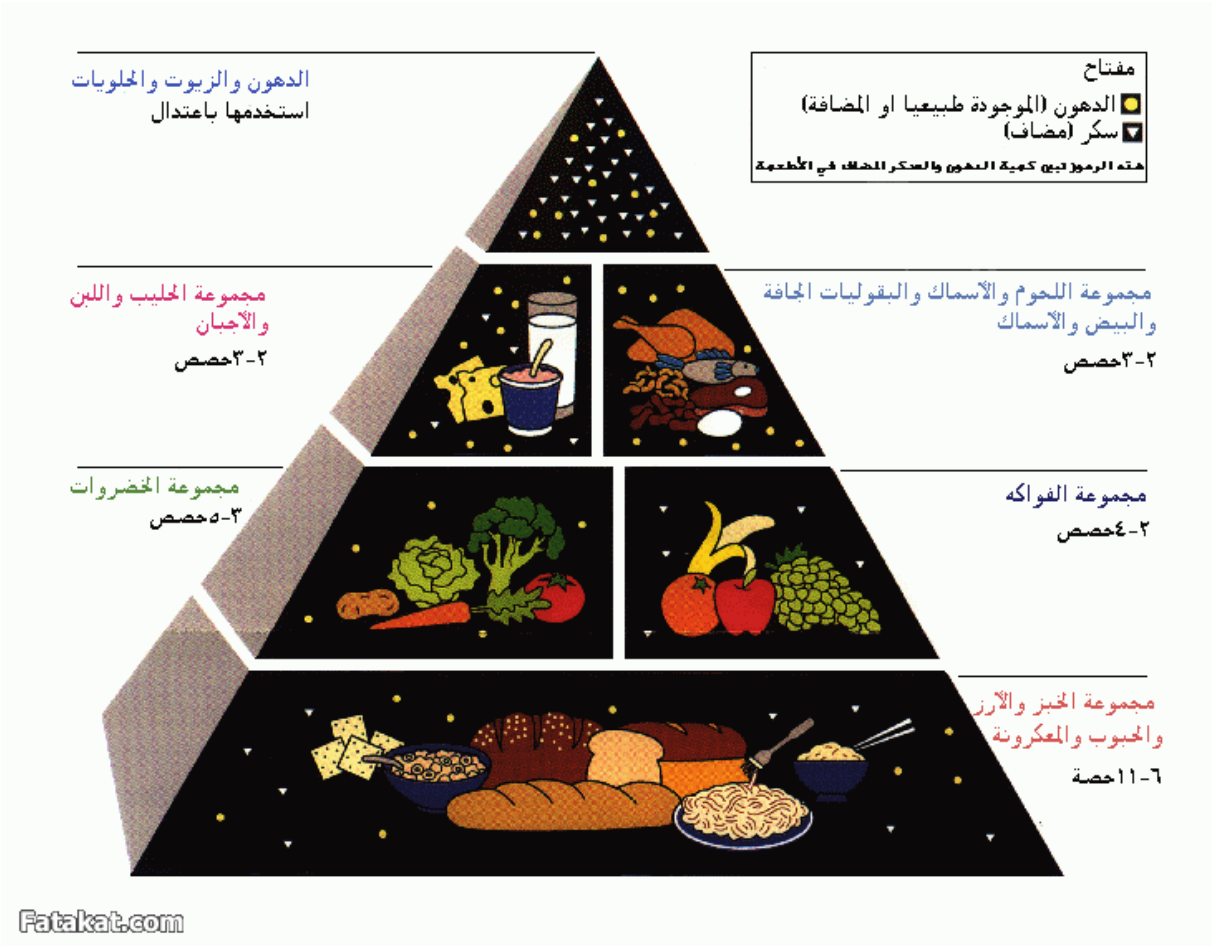
**الملحق رقم : 09**



**الملحق رقم : 10**



**الملحق رقم : 11**



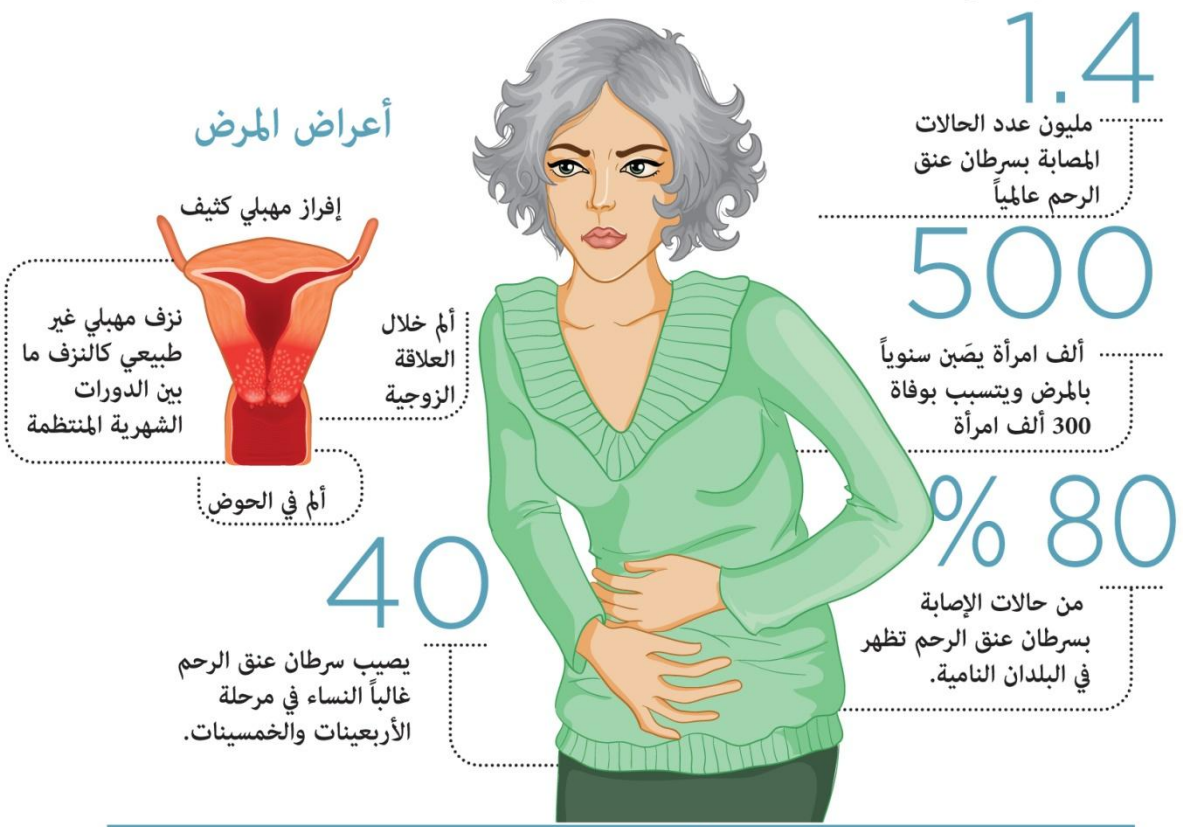
الملحق رقم 12:

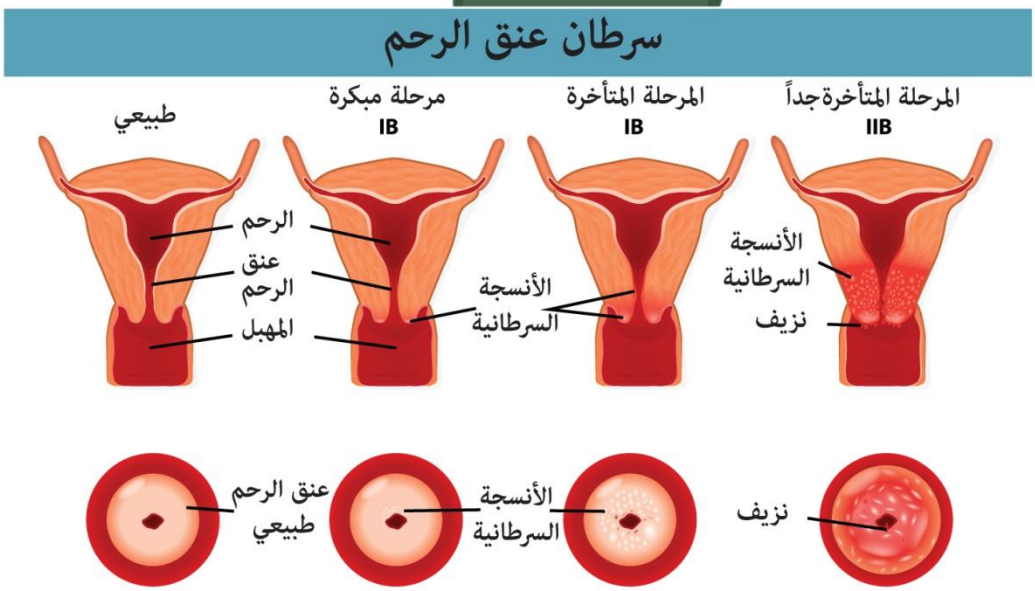
الملحق رقم 13:

# أعراض سرطان عنق الرحم صامتة

اعداد : عماد عبد الحميد - غرافيك : حسام الحوراني

سرطان عنق الرحم هو واحد من أنواع السرطان الـ200 المختلفة ويصيب عنق الرحم الذي يصل الجزء الأعلى من الرحم بالمهبل، ورغم أن نسبة الإصابة بالمرض في الدولة تعتبر من أقل النسب العالمية إلا أن بعض الجهات الصحية ومنها هيئة الصحة في أبوظبي قررت إعطاء اللقاح لجميع المواطنات كخطوة احترازية، ويتوفر اللقاح في القطاع الخاص لمن ترغب.




البيان

الملحق رقم 14:

الملحق رقم 12:

**دراسة ميدانية لعينة من النساء سيدات غير المصابات والمصابات بسرطان الرحم بيارماري كوري وامين زيغود لمكافحة السرطان.**

# دور الوعي الاجتماعي والصحي في الوقاية من سرطان الرحم

د. زينب فاصولي اعداد الطالبة: زينب زيزي

**نرجو من الله عز جلاله أن نكو نوا قد وفقنا في أداء هذا العمل المتواضع على أحسن وجه . ومهما يكن فهو ليس إلا جهد منا يبقى دائما قابل لتوجيه والتحسين والنقد .**