

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجزائر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع

الموضوع

صحة المرأة ما بعد سن الإنجاب (49-59) سنة

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير
في علم الاجتماع العائلة و السكان

* تحت إشراف الأستاذ:

* من إعداد الطالبة :

مصطفى بوتفوشات

بلال سهام

السنة الجامعية 2008-2009 م

الإهداء

إلى اللذان ظلا في سمائي رمزا للأمل الباسم, فأنارا لي طريقي و علماني بأن الحياة صبرا

وإرادة, إلى أعلى ما املك أُمي أطال الله في عمرها.

إلى الشمس التي غابت وأبت أن تشرق ثانية, إلى من كان وما زال مثلي الأعلى أبي الغالي

رحمه الله.

إلى أسرتي بلال و عبد اللاوي

إلى الكتاكيت الصغار

ياسمين عبد الرحمان

أمينة روميضاء نهاد مصعب أمينة أيوب هاني أيوب صهيب

سهام

كلمة شكر و تقدير

بعد الانتهاء من هذا البحث المتواضع , يسعدني أن أتقدم بموفور

الشكر وخالص الثناء

و العرفان إلى الأستاذ الدكتور * بوتفنوشت *

وذلك لتفضله بالإشراف على هذا البحث و رعايته بكل ما قدمه

من وقت و جهد ,وتوجيهات سديدة في انجازه.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكل الذين قدموا

لنا يد المساعدة من قريب

أو من بعيد

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة.....	1
الباب الأول: الإطار النظري للدراسة.	
الفصل الأول: الاقتراب المنهجي للدراسة.	
1-الإشكالية والفرضيات.....	4
1-1-الإشكالية.....	4
2-1-الفرضيات.....	6
2-تحديد المفاهيم الأساسية.....	7
3-أسباب اختيار الموضوع.....	10
4-منهجية البحث و التقنيات المستعملة.....	10
4-1- منهج البحث.....	10
4-2- تقنيات البحث.....	12
4-3- مجتمع البحث.....	12
4-4- اختيار عينة البحث.....	12
5-أهداف الدراسة و صعوبة البحث.....	13
5-1-أهداف الدراسة.....	13
5-2- صعوبة البحث.....	13
6- الدراسات السابقة.....	14
الفصل الثاني التصورات الاجتماعية للصحة و علم الاجتماع الطبي	
المبحث الأول: اتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة و المرض.....	18
تمهيد.....	18
1- المدخل الانثروبولوجي-النفسي.....	19
2-المدخل الطبي لدراسة الصحة و المرض.....	25
3-المدخل الاجتماعي ودراسة التصورات الاجتماعية للصحة و المرض.....	30
4-المدخل النفسي.....	36
1-نموذج المعتقدات الصحية.....	36

2- نظرية السلوك

- المخطط.....38
- 40.....المبحث الثاني: علم الاجتماع الطبي و الصحة
- 41.....(1)-نبذة عن علم الاجتماع الطبي.
- 44.....(2)-نظرة علم الاجتماع إلى الطب
- 45.....(3)-الاهتمامات الاجتماعية للطب
- 46.....(4)-أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي
- 48.....(5)-مفهوم البحث في علم الاجتماع الطبي
- 48.....(6)-أهمية الصحة في المجتمع
- الفصل الثالث: سن اليأس عند المرأة
- 50.....-تمهيد
- 51.....المبحث الأول: ماهية سن اليأس
- 51.....(1)-التعريف بسن اليأس
- 54.....(2)-أسباب حدوثه
- 54.....(3)-أعراض سن اليأس
- 55.....(4)-النموذج الطبي لسن اليأس
- 56.....(5)-نظرة كل من الانثروبولوجيا والطب لسن اليأس
- 58.....(6)-الحكمة من سن اليأس
- 60.....(7)-المنظور التطوري والتاريخي لسن اليأس
- 62.....المبحث الثاني: مميزات سن اليأس
- 62.....(1)-ماهو سن اليأس
- 62.....(2)-متى يحصل توقف الطمث
- 62.....(3)العمر الذي تأتي به سن اليأس
- 63.....(4)-لماذا يحدث سن اليأس
- 63.....(5)-آلية حدوث الاياس
- 64.....(6)-بؤادر الوصول إلى سن اليأس
- 64.....(7)-توقف الحيض الشهري في سن اليأس
- 65.....المبحث الثالث: تطورات سن اليأس عند المرأة
- 65.....(1)-السير الطبيعي لسن اليأس عند المرأة
- 66.....(2)-التغيرات المصاحبة للسّن الحرجة
- 68.....(3)-الأعراض المميزة لهذه السن
- 69.....المبحث الرابع: مشاكل سن اليأس عند المرأة
- 69.....(1)-الإزعاجات الطبيعية في سن اليأس
- 69.....(2)-الاضطرابات المرضية في سن اليأس
- 70.....(3)-الأسقام العصبية في سن اليأس

الفصل الرابع: سن اليأس عند المرأة الجزائرية

- 73.....تمهيد
- 74.....المبحث الأول: المرأة العربية وصحتها
- 74.....(1)-نظرية الأنوثة ومشاريعها
- 74.....(2)-المكانة الاجتماعية للمرأة العربية
- 75.....(3)-الأدوار الاجتماعية للمرأة العربية
- 76.....(4)-المرأة العربية و الصحة
- 77.....(5)-الوضع الاجتماعي للمرأة العربية
- 80.....المبحث الثاني:مكانة المرأة الجزائرية ودورها في العائلة
- 80.....(1)-دور المرأة الجزائرية في العائلة الجزائرية التقليدية
- 81.....(2)-مكانة المرأة الجزائرية في العائلة الجزائرية التقليدية
- 82.....(3)-مكانة ودور المرأة كأم في العائلة الجزائرية
- المبحث الثالث: صحة المرأة الجزائرية خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.....84
- (1)-الوضعية الصحية للنساء ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 200284
- (2)- أهم النتائج.....85
- الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة.
- الفصل الخامس:
- 88.....تمهيد
- 89.....تقديم خصائص العينة
- المبحث الأول:الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس.....93
- المبحث الثاني: كلما كان سن الحمل عند المرأة لأول مرة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس.....111
- المبحث الثالث:كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما كان التأخر في سن اليأس.....118
- المبحث الرابع:دور الزوج في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة.....122
- موقف المبحوثات من انقطاع الدورة الشهرية.....128
- النتائج العامة للدراسة.....131
- الخاتمة.....132
- 133التوصيات
- قائمة المراجع
- الملاحق

- جدول رقم(1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية 89.
- جدول رقم(2): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي..... 90.
- جدول رقم(3): يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة 91.
- جدول رقم(4): يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة 92.
- جدول رقم(5): يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب خلال فترة الإنجاب و انتهاء الحيض لديهن..... 93.
- جدول رقم(6): يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب خلال فترة الإنجاب وتناولهن العلاج الهرموني..... 93.
- جدول رقم(7) :يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب خلال فترة الإنجاب والتغير في وزنهن..... 94.
- جدول رقم(8): يبين توزيع المبحوثات حسب إرادتهن للأجنة في جميع حملهن و انتهاء الحيض لديهن..... 95.
- جدول رقم(9): يبين توزيع المبحوثات حسب إرادتهن للأجنة في جميع حملهن وانتظام الدورة الشهرية عندهن..... 96.
- جدول رقم(10): يبين توزيع المبحوثات حسب مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب و انتهاء الحيض لديهن..... 97.
- جدول رقم(11): يبين توزيع المبحوثات حسب مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب وانتظام الدورة لديهن..... 98.
- جدول رقم(12): يبين توزيع المبحوثات حسب مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب وتناولهن العلاج الهرموني..... 99.
- جدول رقم(13): يبين توزيع المبحوثات حسب مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب والتغير في وزنهن..... 100.
- جدول رقم(14): يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس و تناولهن العلاج الهرموني..... 101.
- جدول رقم(15): يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس وانتهاء الحيض لديهن..... 102.
- جدول رقم(16): يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني عندهن..... 103.
- جدول رقم(17): يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور في عظامهن.. 103.

- جدول رقم(18): يبين توزيع المبحوثات حسب قيامهن بأشعة سينية على العمود الفقري.....104
- جدول رقم(19): يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس و التغيير في وزنهن.....104
- جدول رقم(20): يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها خلال فترة الإنجاب و انتهاء الحيض لديهن.....105
- جدول رقم(21): يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها خلال فترة الإنجاب وانتظام الدورة الشهرية عندهن.....106
- جدول رقم(22): يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني عندهن.107
- جدول رقم(23): يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور في عظامهن..107
- جدول رقم(24): يبين توزيع المبحوثات حسب القيام بأشعة سينية على العمود الفقري.....108
- جدول رقم(25): يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها خلال فترة الإنجاب و التغيير في وزنهن.....108
- * جدول رقم(26): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة وانتهاء الحيض لديهن.....111
- جدول رقم(27): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة و انتظام الدورة الشهرية.....112
- جدول رقم(28): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة وتناولهن لعلاج الهرموني.....113
- جدول رقم(29): يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني.....
- 114 جدول رقم(30): يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور لهن في العظام114
- جدول رقم(31): يبين توزيع المبحوثات حسب قيامهن بأشعة سينية على العمود الفقري.....115
- جدول رقم(32): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة والتغيير في وزنهن.....115
- *جدول رقم(33): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية و انتهاء الحيض لديهن.....118

- جدول رقم(34): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية و انتظامها.....119
- جدول رقم(35): يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية وتناولهن للعلاج الهرموني.....120
- *جدول رقم(36): يبين توزيع المبحوثات حسب تلقيهن مساعدات من طرف أزواجهن في هذه الفترة.....122
- جدول رقم(37): يبين توزيع المبحوثات حسب وجود مضايقات ومتاعب داخل الأسرة يسببها الزوج لها في هذه الفترة.....122
- جدول رقم(38): يبين توزيع المبحوثات حسب وصفهن للعلاقة الزوجية في هذه الفترة.....123
- جدول رقم(39): يبين توزيع المبحوثات حسب مواجهتهن صعوبة في تحقيق رغباتهن مع أزواجهن في هذه الفترة.....124
- جدول رقم(40): يبين توزيع المبحوثات حسب استماع الأزواج لآرائهن ونصائحهن ويتقبلنها في هذه الفترة.....124
- جدول رقم(41): يبين توزيع المبحوثات حسب اصطحاب أزواجهن لهن في الخروج للزيارة أو للترويح.....125
- جدول رقم(42): يبين توزيع المبحوثات حسب ذهاب أزواجهن لاستشارة الطبيب بدخولهن فترة نهاية الخصوبة.....125
- جدول رقم(43): يبين توزيع المبحوثات حسب موافقة أزواجهن على تلقيهن الرعاية الصحية في هذه الفترة العمرية.....126
- جدول رقم(44): يبين توزيع المبحوثات حسب إيجاد أزواجهن صعوبة في حصولهن على الرعاية اللازمة أثناء فترة نهاية الخصوبة.....126
- جدول رقم(45): يبين توزيع المبحوثات حسب قدرة أزواجهن على مراعاتهن في هذه الفترة.....127

قائمة الرسومات البيانية (الأشكال):

- رسم بياني رقم(1): أعمدة بيانية يبين توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية.....90
- رسم بياني رقم(2): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....91

رسم بياني رقم (3): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.....92

رسم بياني رقم (4): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة..92

مقدمة:

تنطلق مسألة الاهتمام بالمرأة من جانب المكانة التي تحتلها في الأسرة و المجتمع, فهي تعد نصف المجتمع بأكمله, وهي في الوقت نفسه المربية و الشريك للنصف الآخر.

ونظرا لهذه الأهمية التي تحظى بها المرأة, أصبح السعي للمحافظة على صحتها شرطا أساسيا لضمان مساهمتها في التنمية إنتاجا و ابتكارا و إبداعا, وكما يظهر أيضا في تبني منظور صحة المرأة في الاستراتيجيات التي تعالج قضايا بقاء الطفل وتنظيم الأسرة و إشراك المرأة في التنمية.

فعندما يتعلق الموضوع بالمرأة, فإن الحديث يتناولها كفرد في المجتمع بغض النظر على المجتمع المنتمية له, فالمرأة مسألة مترامية الأطراف وهي المحور الأساسي في المجتمع, حيث من خلالها تتم العديد من العلاقات الاجتماعية كالزواج, المصاهرة..., فتجعل من نفسها خالة و من زوجها عم علاوة على صفة الأمومة و الأبوة.

هذه الميزة التي تتصف بها المرأة تعد من ابرز و أكثر المراحل في دورة حياتها صعوبة, إذ بها تؤكد قدرتها على الإنجاب و تثبت مكانتها في الأسرة و المجتمع, لكن هذا يكون في عمر متوسط تحقق فيه غريزتها الامومية ووجودها الفردي داخل الأسرة و المجتمع حيث يمتد هذا العمر ما بين (15- 49) سنة و يعرف عادة بسن الإنجاب (الإخصاب).

لكن ليس حقيقة أن حياة المرأة تنتهي بانتهاء عمر الإنجاب و التربية و التعليم و العمل و التخرج و زواج الأبناء فحسب, بل إنها تقبل على فترة جديدة صارمة من حياتها تعد مرحلة انتقالية هامة تعرف بمرحلة انقطاع الطمث أو مرحلة سن اليأس وهي مرحلة طبيعية عادية تستمر عدة سنوات تتراوح مدتها ما بين 50-59 سنة عادة, لكن تختلف هذه السن من بلد لآخر, كما انه يختلف من سيدة لأخرى. فبتوقف الوظيفة الطبيعية للمرأة و المتمثلة في الإنجاب تطرأ عليها تغيرات عديدة مواكبة لسنها و تصبح تعيش بعض التغيرات الجسمانية, النفسية, الاجتماعية, الاقتصادية, العاطفية و تعاني من بعض المشكلات الصحية, كضعف العضلات, المفاصل, ارتفاع ضغط الدم.

هذه الأعراض التي تتعرض لها المرأة في هذه الفترة العمرية يصاحبها تدهور صحي يصيب المرأة وهذا نظرا للأدوار المتعددة و المتنوعة و المعقدة التي تقوم بها في علاقتها بمختلف مظاهر الحياة التي تعيشها. فالمرأة في هذه السن تؤثر و تتأثر في و بالمحيط الذي تعيشه, وقد تصاب ببعض الأمراض البسيطة كأوجاع في العظام أو انتفاخ في الأمعاء كما أنها قد تعاني من توترات و ضيقات و عدم تقدير ذاتها اثر توقفها عن الإنجاب, لذا يجب

الاهتمام بشكل خاص إلى ما يحدث للمرأة بعد سن الإنجاب خاصة التغيرات التي تطرأ أو تحدث لها على المستوى الصحي باعتبار المحافظة على صحتها هي المحافظة على صحة المجتمع ككل لأنها فرد فعال من أفراد المجتمع و سلامتها من سلامة المجتمع, كما يجب كذلك أن تقدم لها الرعاية الصحية الضرورية و اللازمة في هذه الفترة من مراحل عمرها , باعتبارها انطلاقة جديدة تستطيع تقديم عطاءات لصالحها و لصالح المجتمع , خاصة بعد تحررها من قيود الحمل و الولادة و تربية الأبناء.

كل هذا يجعلنا نتناول بعض المحاور التي تمس مجمل الموضوع من خلال الفصول التي تتضمنها هذه الدراسة, وقد قسمنا البحث إلى بابين اثنين هما:

الباب الأول: تضمن الإطار النظري للدراسة وفيه أربعة فصول هي:

الفصل الأول:

هو الفصل المنهجي للدراسة, تضمن الإشكالية المطروحة في بحثنا و كذا الفرضيات, تحديد المفاهيم الأساسية ومنهجية البحث, أهداف و صعوبات البحث, و في الأخير بعض الدراسات السابقة.

الفصل الثاني:

هو الفصل الذي يتناول التصورات الاجتماعية للصحة و علم الاجتماع الطبي. وقد تضمن هذا الفصل مبحثين:
مبحث أول خاص باتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة و المرض
مبحث ثاني خاص بعلم الاجتماع الطبي و الصحة.

الفصل الثالث: فصل خاص بسن اليأس عند المرأة ويتضمن أربع مباحث هي:

- المبحث الأول: ماهية سن اليأس
- المبحث الثاني : مميزات سن اليأس.
- المبحث الثالث: تطورات سن اليأس عند المرأة
- المبحث الرابع : مشاكل سن اليأس عند المرأة

الفصل الرابع:

هو الفصل الخاص بسن اليأس عند المرأة الجزائرية, وقد تضمن 3 مباحث هي:
المبحث الأول: المرأة العربية وصحتها.
المبحث الثاني: مكانة المرأة الجزائرية ودورها في العائلة.
المبحث الثالث: صحة المرأة خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.

الباب الثاني: يتضمن الإطار الميداني للدراسة وجاء فيه فصل واحد وهو الفصل الخامس:

وقد تضمن هذا الفصل أربع مباحث وهي :

- تقديم خصائص العينة

المبحث الأول: الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس

المبحث الثاني: كلما كان سن الحمل عند المرأة لأول مرة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس.

المبحث الثالث: كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما كان التأخر في سن اليأس.

المبحث الرابع: دور الزوج في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة.

- وفي الأخير قمنا باستخلاص أهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال دراستنا هذه , و خاتمة للموضوع مع تقديم بعض التوصيات .

الكتاب الأول

الإطار النظري
للدراسة

الفصل الأول

الاقتراح المنهجي للدراسة المقدمة

- (1) - الإشكالية و الفرضيات
- (2) - تحديد المفاهيم الأساسية.
- (3) - أسباب اختيار الموضوع.
- (4) - منهجية البحث والتقنيات المستعملة.
- (5) - أهداف الدراسة وصعوبات البحث .
- (6) - دراسات سابقة.

1- الإشكالية و الفرضيات:

1-1- الإشكالية:

تعد مرحلة انقطاع الطمث من أهم المراحل الفيزيولوجية و الأحداث الاجتماعية و النفسية التي تجتازها المرأة خلال حياتها ما بعد سن الإنجاب (49-59) سنة، إذ تمثل مرحلة طبيعية تمر بها النساء جميعا مثلها مثل البلوغ، المراهقة، الحمل، الولادة، حيث تبدأ هذه المرحلة عند انتهاء دورة الاباضة الطبيعية الأمر الذي يؤدي إلى توقف دورة الرحم الشهرية حيث ينقطع الطمث بصفة نهائية و كذا الإفرازات الهرمونية للمبيض.

فمن حيث كانت الوظيفة الطبيعية للمرأة في الحياة هي الإنجاب فان توقفه يحدث لها التوتر و الضيق و الاكتئاب، كما يؤدي بها إلى مضايقات نفسية و عصبية حادة تتطور بدورها إلى أعراض مرضية فيما بعد كالشعور بالقلق و التعب و الإرهاق و فقدان الشهية، هذه الأعراض و الاضطرابات التي تتعرض لها المرأة كانت نتيجة انتقالها إلى حالة الكبر و عدم القدرة على الإنجاب الأمر الذي أدى بها إلى بعض المشاكل و المضايقات الصحية و الجسمانية التي برزت فيها مع دخولها سن اليأس كارتفاع الحرارة بشكل غير منتظم، هشاشة العظام، آلام في المفاصل، سقوط الشعر، مشاكل على مستوى القلب و الشرايين، الجفاف المهبل و اضطرابات نفسية.....الخ.

ولكن قد تختلف هذه الاضطرابات و المشاكل من امرأة إلى أخرى و ذلك حسب الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الأسرية و النفسية التي عاشتها المرأة خلال حياتها، الأمر الذي قد ينجر عنه في بعض الأحيان انعكاسات كبيرة على صعيد علاقتها الأسرية و الاجتماعية و لا سيما علاقتها الزوجية، إذ إلى جانب التغيرات الطبيعية التي تصيب المرأة في هذه المرحلة من العمر يلاحظ أن بعض النساء قد أهملن صحتهم و لا تزرن الطبيب و هذا راجع (يعود) إلى اعتقادهن أن دورهن قد انتهى و اكتمل بانتهاء حياتهن الإنجابية، فحياة المرأة لا تنتهي بانتهاء خصوبتها فحسب بل ثمة مرحلة جديدة تنتقل إليها تحتاج فيها لان تكون لديها اهتمامات أخرى في الحياة غير اهتمامات الأمومة، كما أنها تحتاج إلى الكثير من الدعم العاطفي و التفاعل العائلي الاجتماعي لمواصلة الحياة بعيدة عن الإنجاب.

من هنا يمكننا طرح الإشكال التالي و المتمثل في مدى تأثير العوامل الصحية و الاجتماعية على مرحلة سن اليأس (انقطاع الطمث)، بمعنى نتساءل عن ماهية سن اليأس، كان حدوثه مبكرا أم متأخرا، وعن ما إذا كانت للرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب تأثير على مرحلة سن اليأس، أيضا إن كان لسن الحمل عند المرأة لأول مرة تأثير، فهل يساهم هذا في حدوثه مبكرا أم متأخرا، وهل حدوثه يكون في نفس المدة (الفترة) بالنسبة للمرأة التي حاضت مبكرا؟

كما نتساءل عن دور الزوج في اجتياز الزوجة مرحلة نهاية الخصوبة؟

(1)-2- الفرضيات:

- 1- الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس.
- 2- كلما كان سن الحمل عند المرأة لأول مرة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس.
- 3- كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما كان التأخر في سن اليأس.
- 4- للزوج دور هام في اجتياز الزوجة مرحلة نهاية الخصوبة.

(2)-تحديد المفاهيم الأساسية:

1 (2- مفهوم سن اليأس:

تعني كلمة إياس موعد انقطاع الطمث و توقف العادة الشهرية عند المرأة (1)

2 (-2 - مرادفات سن اليأس:

الاياس ,الاياس,سن توقف الطمث,اليأس من المحيض,سن الضهي ,نهاية الخصوبة ,
,,ménopauseمرحلة ما بعد سن الإنجاب.

مفهومه:

تدل البادئة (men) على الحيض و اللاحقة (-pause) على توقف,والمصطلح يطلق على
توقف الحيض.

لا اعلم من أين جاءت كلمة اليأس في تعريف هذه الفترة من العمر, فلو تناولنا كلمة
ménopause وهي كلمة لاتينية المنشأة فهي تعني :

Menos ← شهر Month

Pause ← stop

- وهي النقطة أو الفترة القصيرة على منحنى العمر التي تتوقف فيها الدورة الشهرية.(2)
وقد استبعدنا كلمة اليأس من التعريف مطلقا واستخدمنا في بعض الأحيان بدائلها
(الاياس, الأيس), ولكننا فضلنا كلمة انقطاع الطمث لسهولتها ودلالاتها.(3)

* و اصطلاح "سن اليأس" بمعنى أن المرأة يائسة لان انقطاع الطمث معناه نهاية
حياتها الإنجابية, و هي كلمة مؤلمة تعني اللامل, وهذا الاصطلاح تسمية شائعة خاطئة لا
يعرف من ابتداعها لوصف المرأة في مرحلة انقطاع الطمث, ومن جانب آخر يربط البعض
أم المصطلح المتداول "سن اليأس" بما جاء في القران الكريم " و اللائي يئسن من
المحيض" (سورة الطلاق الآية 4) أي اللاتي انتهى الحيض لديهن بلا رجعة.(4)
بعضهن يئسن من المحيض ولم يئسن من الحياة.

(1) غسان الزهيري, المرجع الصحي للعائلة, دار العام للملايين للتأليف و الترجمة و النشر, الطبعة
الأولى يناير كانون الثاني, 1995, ص81.

(2) ممدوح زكي وعز الدين الدنشاري وعبد الرحمان عقيل, المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية,
دار المريخ للنشر الرياض, المملكة العربية السعودية 1989, ص118.

(3) جعفر قناوي, سن اليأس للرجل و المرأة: المرحلة الذهبية من العمر, هلا للنشر و التوزيع, شركة
الجلال للطباعة, الطبعة الأولى, 2004, ص15

(4)نادية رمسيس فرح, حياة المرأة و صحتها, دار الجيل سينا للنشر, القاهرة, 1992, ص169.

مفهوم الصحة :

ليست الصحة مجرد حالة عدم وجود مرض أو علة أو عاهة ,بل هي كما عرفت منظمة الصحة العالمية الرفاهية والكمال البدني و العقلي و الاجتماعي,حيث أن الإنسان يعيش في محيط تؤثر فيه عوامل عديدة في جميع ادوار حياته ,منها عوامل طبيعية ثقافية و اجتماعية.(1)

كما عرفها دستور هيئة الصحة العالمية بأنها حالة تمتع الفرد بكامل العافية البدنية و العقلية و الاجتماعية و ليست مجرد خلوه من المرض أو العاهة . (معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ص 1992).

و صحة المرأة جزء من الصحة العامة ,فالصحة العامة كما قال

وينسلو Winslow 1920 وهو احد المؤرخين في عالم الصحة:إن الصحة العامة وممارستها فن وعلم في الوقاية من الأمراض و إطالة العمر و الرقي و المحافظة على صحة الإنسان وسعادته من خلال تنظيم الإمكانيات المتاحة في المجتمع لخدمة صحة البيئة و السيطرة على الأمراض الوبائية وتنظيم الخدمات الطبية و التمريرية في التشخيص المبكر و الوقاية من الأمراض وتعلم الأفراد الصحة الشخصية وتنمية وتطوير النشاطات الصحية الاجتماعية لأجل حياة صحية لكل فرد في المجتمع.(2)

أما الصحة الشخصية و صحة المرأة فهي تعني تمتع الشخص (المرأة أو الرجل) بالصحة و السلامة الجسمية و العقلية, وذلك بأن يخلو من الآفات المرضية و من العاهات وأن يتمتع بصحة جسمية و سلامة قواه العقلية,و بذلك يكون قادرا على حسن التصرف و التكيف مع المجتمع و البيئة التي يعيش فيها .
و الشخص (المرأة أو الرجل) بطبيعته و فطرته يسعى للمحافظة على صحته الجسمية منذ نعومة أظافره حتى شيخوخته ليستطيع المحافظة على جسم و عقل سليمان للقيام بدوره في المجتمع على أكمل وجه.(1)

2-2- مفهوم الرعاية الصحية

الرعاية الصحية هي مجموع الخدمات و الإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية و المؤسسات التابعة لها و لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع و الحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها .

(1) محمد شري,الوقاية الصحية, دار الفكر العربي للطباعة والنشر بيروت, الطبعة

الأولى, 1992, ص 11

(2) محمود بستان, مناهج التربية الصحية, دار القلم الكويت, الطبعة الأولى, 1981, ص 373.

(3) أيمن مزاره, الصحة والسلامة العامة, دار الشروق للنشر و التوزيع, عمان الأردن, الطبعة العربية الأولى, 2000, ص 35.

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و البيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية, وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة و الوقاية من المرض و يعكس تعريف منظمة الصحة العالمية أبعادا عديدة لنظام الرعاية الصحية (1).

مفهوم الدور:

يعتبر الدور من المفاهيم الأساسية المتصلة بالبحث, ذلك لان القيم تلعب دورا ايجابيا في تحديد الأدوار الاجتماعية و كيفية أدائها, ولذلك فان هناك تساندا وظيفيا بين الأدوار و القيم. فالأدوار تخلق و تؤثر في القيم, و القيم تعدل الأدوار. يعد مفهوم الدور الاجتماعي من المفاهيم النفسية و الاجتماعية المركبة التي لا غنى لعلم الاجتماع و الانثروبولوجيا عنها, لأن التفاعل الاجتماعي للحياة الفردية و الاجتماعية و كذلك طبيعة هذه التفاعلات تعد الموضوع الأساسي للدور الاجتماعي (2).

الدور الاجتماعي: rôle social

السلوك المتوقع من الفرد في الجماعة, و هو الجانب الديناميكي لمركز الفرد, فبينما يشير المركز إلى مكانة الفرد في الجماعة, فان الدور يشير إلى نموذج السلوك الذي يتطلبه المركز. و يتحدد سلوك الفرد في ضوء توقعاته و توقعات الآخرين منه, و هذه تتأثر بفهم الفرد و الآخرين للحقوق و الواجبات المرتبطة بمركزه الاجتماعي, و حدود الدور تتضمن تلك الأفعال التي تتقبلها الجماعة في ضوء مستويات السلوك في الثقافة السائدة, و عادة ما يكون للفرد أكثر من دور واحد داخل النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه, فالأب و الابن و المدرس و المدير كلها ادوار اجتماعية تتطلب من شاغليها أن يلتزموا بأساليب سلوكية معينة يحددها لهم المجتمع (3).

الدور المفروض: rôle attribué

و هو الدور الذي ينسب للطفل منذ ولادته أو عند بلوغه سنا معيناً كدوره كذكر أم أنثى, كما أن مراحل العمر المختلفة تفتقر بتوقعات مختلفة وكذلك فان الأدوار التي تقوم

(1) أيمن مزاهره و عصام حمدي أصفدي و ليلي أبو حسن, علم الاجتماع الصحة, دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع, عمان, الأردن, الطبعة العربية الأولى, 2003, ص 67.

(2) فاطمة محمد علي عثمان, القيادة النسائية في عالم متغير, الملتقى المصري للإبداع و التنمية. توزيع البيطاش سنتر للنشر و التوزيع, الإسكندرية, السنة غير مذكورة, ص 31.

(3) احمد زكي بدوي, معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية, انجليزي, فرنسي, عربي. مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح, بيروت, 1993, ص 395.

على أساس عضوية الفرد في جماعة سلالية أو دينية هي ادوار مفروضة (1).

3- اختيار الموضوع:

تتلخص أسباب اختيار الموضوع فيما يلي:

- موضوع لم يدرس من قبل.
- إن مكانة هذا القطاع الحساس (القطاع الصحي) في الحياة الاجتماعية و تأثيره على سياسة التنمية الوطنية يدفعنا إلى التفكير في الموضوع و الاهتمام به أكثر.
- موضوع يهتم بصحة المرأة, لذا من الضروري التعرف على الصعوبات و المشاكل التي تواجهها في هذه الفترة العمرية, وتقديم الرعاية اللازمة لها .
- هذا النوع من المواضيع يعاني الكثير من القصور في الإحصائيات المتعلقة بالصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب.

- جل الدراسات سلطت أنظارها حول المرأة في مرحلة الإنجاب : الخصوبة,الرعاية أثناء فترة الحمل و الولادة و النفاس,وفيات الأمهات,الأمراض النسائية ,واجهلت جانب بالغ الأهمية من صحة المرأة و المتمثل في مرحلة انقطاع الطمث (سن اليأس).
- مساهمة منا في إثراء موضوع صحة المرأة خاصة الصحة الإنجابية,و الذي يبقى موضوع هام يستحق البحث و الاهتمام

4- منهجية البحث و التقنيات

المستعملة:

1-4) منهج البحث:

المنهج العلمي هو أسلوب للتفكير و العمل يعتمد الباحث لتنظيم أفكاره و تحليلها و عرضها و بالتالي الوصول إلى نتائج و دقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة⁽²⁾, فهو الطريقة التي يتبعها الباحث, أو الخطة العامة أو الإطار الذي يرسمه لتحقيق أهداف بحثه⁽³⁾.

نظرا لطبيعة موضوعنا فقد اخترنا المنهج الوصفي الذي يتلاءم مع دراسات العلوم الاجتماعية و الإنسانية بحيث يقوم هذا المنهج على وصف ظاهرة من الظواهر, للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة,و العوامل التي تتحكم فيها,و استخلاص النتائج لتعميمها

(1) نفس المرجع ص360.

(2) ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم, مناهج و أساليب البحث العلمي: النظرية و التطبيق, دار الصفاء للطباعة و النشر, عمان الأردن, 2000, ص33.

(3) صلاح مصطفى الفوال, علم الاجتماع بين النظرية و التطبيق, دار الفكر العربي, 1996, ص178.

و يتم ذلك وفق خطة بحثية معينة و ذلك من خلال تميع البيانات وتنظيمها وتحليلها (1)

يتضمن المنهج دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأحداث أو الأوضاع أو البشر, يرغب الباحث في دراستها و التعرف على أبعادها المختلفة, و يقتصر هذا المنهج على وصف هذه الظواهر أو المواقف أو الأحداث في وقت معين (2).

بالإضافة إلى المنهج الكمي الذي يقوم على المنهج الإحصائي, هذا الأخير الذي يعمل على توضيح البيانات التي جمعها الباحث في دراسته و وصفها وصفا كميا دقيقا (3). فالمنهج الكمي يحدد أساسا من خلال استخدام القياسات الكمية لمعطيات البحث و التي يمكن أن تحلل بأسلوب إحصائي (كاستعمال المعدلات و النسب المئوية..... الخ) (4).

الجمع بين الأسلوبين الكيفي و الكمي:

و لما كان الأسلوب الكمي ببياناته الإحصائية غير كاف وحده, لفهم بعض الظواهر الاجتماعية أو جوانب معينة منها, كالمواقف و الآراء و القيم الاجتماعية فهما معمقا, فقد تنبه بعض الباحثين إلى ضرورة الاستعانة بالأسلوب الكيفي إلى جانب الأسلوب الكمي, لأن ذلك يعمل على زيادة توضيح الرؤية, تعميق النظرة الشمولية, الأمر الذي يساعد على دقة التحليل وضبط التفسير وخاصة في البحوث الاجتماعية التي تتطلب نوعا خاصا من المعالجة يتناسب مع طبيعتها (5).

(1) محمد الصاوي و محمد مبارك, البحث العلمي أسسه و طريقة كتابته, المكتبة الأكاديمية

مصر, 1992, ص30.

(2) محمد محمد الهادي, أساليب إعداد و توثيق البحوث العلمية, المكتبة

الأكاديمية, القاهرة, 1995, ص98.

(3) عبد الرحمان العيسوي, مناهج البحث العلمي, دار الرتب الجامعية, بيروت, 1997, 1996, ص291.

(4) L'AMOUREUX (A), Recherches et méthodologies en sciences humaines, éditions études vivantes, Canada, 1999, p41.

(5) حسن ألسعاتي, تصميم البحوث الاجتماعية, نسق منهجي جديد, دار النهضة العربية للطباعة و

النشر, بيروت, 1982, ص196.

2-4) تقنيات البحث

خلال بحثنا هذا قمنا بالاستعانة بالاستمارة .

- الاستمارة:

تعتبر من أهم أدوات جمع المعطيات من الميدان, وهي الأداة الأكثر استعمالا في البحوث الميدانية وفي المسوح, والاستمارة إما أن تتم بالمقابلة أو بغير المقابلة.⁽¹⁾

- استمارة استبيان:

تعتبر الاستمارة نموذج يضم مجموعة من الأسئلة التي تدور حول موضوع يتم إرساله إلى المبحوثات بطريقة أو بأخرى ليجبن على هذه الأسئلة ثم إعادتها ثانية إلى الباحث.

- استمارة بالمقابلة:

نموذج يضم مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى الأفراد بهدف الحصول على معلومات حول موضوع معين أو مشكلة معينة من خلال موقف مواجهة يجمع بين باحث ومبحوث في آن واحد.⁽²⁾

ونظرا لخصوصية العينة ارتأينا إلى استخدام الاستمارة مرة عن طريق المقابلة ومرة أخرى عن طريق الاستبيان.

3-4) مجتمع البحث:

تم إجراء الدراسة الميدانية لبحثنا في منطقة حضرية المتمثلة في بلدية برج الكيفان التابعة لولاية الجزائر, واختيارنا لهذا المكان بالضبط يكون لسبب وهو كوننا نقطن فيه.

4-4) اختيار عينة البحث:

- يشير مصطلح اختيار العينة إلى جمع المعلومات و استخلاص النتائج من السكان والعالم كله, من خلال دراسة جزء واحد فحسب هو العينة⁽³⁾.

(1) محمود عطية, طرق البحث العلمي في العلوم الاجتماعية, جامعة عمر المختار البيضاء

ليبيا, الطبعة الأولى, 1994, ص23.

(2) عبد الله محمد عبد الرحمان و محمد علي بدوي, مناهج وطرق البحث الاجتماعي, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, 2000, ص369.

(3) عبد الهادي الجوهري, قاموس علم الاجتماع, المكتب الجامعي الحديث, مصر, 1998, الطبعة الثانية

- وجب اختيار عينة ممثلة للمجتمع الكلي ومنه تظهر أهمية الوثائق العامة والدقيقة أو الاستقصاءات و التحقيقات التي تكون بمثابة قاعدة معاينة, لكن مع الأسف لم يكن , فقد كانت حدود مجتمع الدراسة مجهولة حيث تعذر علينا إيجاد القوائم المنتظمة التي نستطيع من خلالها اختيار عينة الدراسة .

إن اختيار العينة أو الأشخاص الذين نستجوبهم عملية صعبة خاصة إذا التزمنا الجانب التمثيلي للعينة بالنسبة للمجتمع الأصلي, وبعد تحديد مجتمع البحث المتمثل في النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب (49-59) سنة أي في سن اليأس .

- إن كل بحث اجتماعي أو بحث ميداني يستلزم وجود عينة والتي تم اختيارها وتصميمها حسب طبيعة الموضوع وقد اعتمدنا في بحثنا على عينة مكونة من 100مبحوثة تم اختيارها على أساس العينة العرضية, والعينة العرضية تمثل أبسط أساليب اختيار العينة لا يراعى فيها أي نظام, بل يتم اختيار عيناتها بطريقة عرضية **Accidental** ومرجلة , وفيها يقوم الباحث باختيار مفردات عينته مما يصادفه من أفراد مجتمع⁽¹⁾.
وقد تمت دراستنا خلال الفترة الممتدة من أواخر جوان 2007, إلى أوائل افريل 2008.

5-أهداف الدراسة وصعوبة البحث:

1-5) أهداف الدراسة:

- يهدف هذا البحث إلى معرفة صحة النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب (مرحلة نهاية الخصوبة), باعتبارها مرحلة مهمة من حياة المرأة و من اجل تقديم نظرة شاملة حول معايشة النساء هذه الفترة العمرية.

2-5)صعوبة البحث:

- إن التفكير في إشكالية وفرضيات البحث ثم الانتقال بها إلى الميدان للتحقق منها, عملية قد واجهت عوائق وصعوبات نظرية ومنهجية.
- قلية المراجع التي تناولت بالبحث و الموضوع بصفة مباشرة خاصة المراجع أو الدراسات منها الدراسات المتعلقة الاجتماعية – الديموغرافية .

(1) علي عبد الرزاق جليبي وآخرون, البحث العلمي (لغة مداخله, مناهجه, طرائقه), دار المعرفة الجامعية الإسكندرية, 2003, ص319.

(6)-الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة في الجزائر:

- لم تهتم دراسات كثيرة حول الموضوع في الجزائر, لكننا هذا ما قد استخلصناه بعد فترة التوثيق و البحث الطويلة, عنه أننا فالدراسات التي تناولت موضوع انقطاع الطمث (سن اليأس) اغلبها دراسات طبية, و هناك دراسة تطرقت إلى واقع و معاشة النساء مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر 2006, حيث استمدت بياناتها من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

- وكان الإشكال المطروح في هذه الدراسة يدور حول :
- ما هو واقع الصحة الإنجابية لمرحلة ما بعد سن الإنجاب؟
- ما هي أهم المشاكل الصحية و النفسية و الاجتماعية التي تصادفها المرأة أثناء مرحلة ما بعد سن الإنجاب؟
- كيف تعيش المرأة مرحلة نهاية الخصوبة؟
- ما هي احتياجاتها اتجاه مرحلة سن اليأس في الإنجاب؟

واقع ومعاشة النساء مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر:

ورقة بحثية تسلط الضوء حول واقع و معاشة النساء مرحلة سن اليأس في الإنجاب في الجزائر , ومحاولة إبراز أهم الخدمات المطلوبة التي يمكن تقديمها مع تحديد أولوياتها , وهذا من اجل توعية ومعرفة أبعاد الصحة الإنجابية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب وانعكاساتها على المرأة وعلى المستوى العائلي.

استعراض نتائج دراسة الحالة:

تهدف الورقة البحثية إلى تقديم رصد لواقع معاشة المرأة مرحلة اجتيازها سن اليأس في الإنجاب بما فيها انقطاع الدورة الشهرية و كيفية المواجهة في حالة تعرضها إلى أعراض شائعة, كهبات ساخنة و باردة , ارق, الزيادة أو النقصان في الوزن, اضطرابات جنسية آلام مفصلية و عظمية, اضطرابات نفسية من سرعة الغضب و القلق, اضطرابات في النوم و الأرق, تذبذب مستمر في أوقات الدورة الشهرية, إلى غيرها من الأعراض التي تتفاوت من امرأة إلى أخرى, كما تتأثر بطبيعة و شخصية المرأة و علاقتها بالمحيط الاجتماعي و الأسري, وهناك من لم تتعرض على أي نوع من الأعراض السالفة الذكر.

وبهذا سنبرز أهم نتائج دراسة الحالة التي قمنا بتنفيذها

- كما سلف الذكر- ما بين شهري أوت و سبتمبر 2006, و السبب الذي دفعنا إلى إجراء و التطرق لهذا الموضوع الجد حساس هو قلة الدراسات.

فالجهد البحثية حوله لا تزال **محدودة**, إذ تعد محاولة فكرية بمثابة إطلالة إجمالية من خلال بيانات المقابلات المتعمقة لمجموعة من النساء ما بين 50-59 سنة, فهي مرحلة طبيعية تمر بها النساء جميعا مثلها مثل البلوغ , والمراهقة, الحمل , و الولادة, حيث تبدأ هذه المرحلة عند انتهاء دورة الاباضة الطبيعية عند المرأة, الأمر الذي يؤدي إلى توقف دورة الرحم الشهرية , كما يمكن أن تكون مبكرة أو متأخرة.

وللإشارة لقد سمحت المقابلات المتعمقة أو المقابلات الغير المقننة بالحصول على معاني أعمق, و إجابات تفصيلية و ذلك عن طريق استخدام الأسئلة المفتوحة, حيث تم التركيز على ترك المقابلة ودية و مريحة, مع محاولة اكتساب مهارة الإنصات⁽⁴⁾ (الاستماع), وعلى إثرها حاولت المبحوثة من خلال ذلك التحدث بارتياح عن حياتها الإنجابية منذ الزواج إلى الإنجاب , ورعاية الأمومة مرورا إلى كيفية العناية بصحتها و صحة أطفالها, إلى مرحلة ما بعد سن الإنجاب, أي مرحلة نهاية الخصوبة أو ما تسمى بمرحلة انقطاع الطمث, مع التحدث حول أهم المعارف و الأعراض التي تعرضت إليها من جسمانية , نفسية, اجتماعية, و التي غالبا ما يكون لها انعكاس على مستوى علاقتها الزوجية.

كما ختمنا المقابلة بمعرفة أهم احتياجاتهن التي يمكن تقديمها من خلال المراكز الصحية , و للإشارة بالرغم من عدم تمثيلية العينة إلا أننا تمكنا بالفعل إلى الكشف على الكثير من الحقائق و المعلومات الدقيقة الغير موجودة في الدراسة الكمية, والتي على إثرها يمكن عرض أهم التوصيات التي تساهم في وضع سياسات صحية, و استراتيجيات وطنية للنهوض بصحة المرأة مع التركيز على الجوانب المتعلقة بصحتها مع نهاية فترة الخصوبة, و بهذا نكون قد تابعنا سياسة مجتمع لكل الأعمار.

خصائص المبحوثات :

تنتمي مجموعة البحث إلى شريحة عمرية ما بين 52 إلى 59 سنة, منها بدون مستوى تعليمي (أمية), و منها ذات مستوى تعليمي ابتدائي, متوسط, و حالة واحدة جامعية, غير عاملات حوالي 6, و البقية عاملات, أنجب ما بين 5 إلى 10 أطفال, حيث تزوجن في سن مبكرة ما بين 15 و 17 سنة, و حالة واحدة تزوجت و عمرها 14 سنة. و حاولت على إثرها تحليل مضمون كل حالة, مع إعطاء ملخص و نظرة شاملة حول معايشة الحالات العشرة مرحلة سن اليأس في الإنجاب.

(1) شريف آسيا, واقع ومعايشة النساء مرحلة ما بعد سن الإنجاب, مداخلة حول المؤتمر السنوي حول السكان و التنمية (المشكلات و السياسات), القاهرة , 12-14 ديسمبر 2006. ص

رؤية شاملة حول نظرة و معاشة المبحوثات مرحلة ما بعد سن الإنجاب:

في ضوء نتائج المقابلة المتعمقة , اتضح أن كل امرأة لها تجربة خاصة مرت بها, و نحاول إبراز أهمها, في بداية المقابلة حاولنا معرفة رأيها حول ظاهرة الإنجاب , فتبين أن كل مبحوثة تنظر إلى الإنجاب انه أمر أساسي بالغ الأهمية, وهو النتيجة الطبيعية و الحتمية للزواج , كما ترى أن عدم الإنجاب هو مأساة اجتماعية, تلك النظرة وليدة مجتمع يعطي للإنجاب قيمة كبيرة, و ينظر للمرأة التي لا تنجب على أنها ناقصة, وبفضل الوظيفة الإنجابية تحقق المرأة مكانتها, وتتمكن من تأدية دورها الاجتماعي و التربوي, و تتكامل الأدوار من محيط أسرتها إلى المجتمع الأكبر و ذلك بمشاركتها في قوة العمل , وفي العملية الاقتصادية و التنموية.

كما تحدثت المبحوثات حول مدى معرفتهن لتوقيت و ميكانيزمات مرحلة سن اليأس في الإنجاب , حيث تعرفت على تلك المرحلة ابتداء من سن الخمسين منها من عاشتها في سن مبكرة 45 سنة, ومنها من عاشتها حسب ظنها في سن متأخرة حوالي 56 سنة, إلا أن المعرفة كانت محدودة للغاية , وفي بعض الحالات خاطئة.

لا شك في وجود احتياج إلى زيادة وعي النساء في معرفة آليات و ميكانيزمات مرحلة نهاية الخصوبة, و أهم المراضة المتعلقة بها وما تحتجنه من خدمات صحية. كل المبحوثات تعرفن أن مرحلة سن اليأس في الإنجاب تأتي عن طريق عملية انقطاع الدورة الشهرية, وهو ببساطة مرحلة فيزيولوجية طبيعية تمر بها النساء, و التي تشير إلى نهاية فترة الخصوبة , بمعنى انتهاء دورة الاباضة الطبيعية عند المرأة, الأمر الذي يؤدي إلى توقف الرحم الشهرية حيث ينقطع الطمث بصفة نهائية, و كذا الإفرازات الهرمونية للمبيض.

النتائج:

اتضح من خلال المقابلة المتعمقة , أن الوضع الصحي للمرأة ما بعد سن الإنجاب لا يزال في نطاق محدود من الجانب التحليلي و الوصفي , و من ثم فان الحاجة ما تزال قائمة للمزيد من الدراسات و الأبحاث من جهات و تخصصات و مشارب مختلفة.

كما أن نظرة و معرفة النساء لمرحلة سن اليأس في الإنجاب في حاجة إلى المزيد من الدراسات الكيفية وتأتي في مقدمة الاحتياجات :- الحاجة الملحة إلى الوعي بأهمية الصحة الإنجابية في مرحلة ما بعد سن الإنجاب, وأنها لا تعتبر مرضا, وإنما مرحلة فيزيولوجية طبيعية لدى النساء, فهي نهاية فترة الخصوبة .

- كما تأتي في مقدمة الاحتياجات الحاجة للتوافق النفسي بمعنى التوازن و الانسجام مع الذات و المحيط الاجتماعي, و اقتناعهن أن الاضطرابات التي تمر بها تعد مرحلة عادية يمكن معاشتها بدون قلق و لا خوف و لا اكتئاب.

تبين أيضا أن أغلبية المبحوثات لا تعلمن بتفاصيل مرحلة انقطاع الطمث, وقلّة معرفتهن بأبعاد مرحلة سن اليأس في الإنجاب من اجتماعية و نفسية و صحية.

الفصل الثاني

التصورات الاجتماعية للصحة وعلم الاجتماع الطبي

المبحث الأول: اتجاهات التنظير في مجال التصورات
الاجتماعية للصحة و المرض

المبحث الثاني: علم الاجتماع الطبي و الصحة.

المبحث الأول: اتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة و المرض: تمهيد:

- ثارت في الدوائر العلمية في نهاية العقد السادس و بداية العقد السابع من القرن العشرين مناقشات كثيرة حول القضايا النظرية المتعلقة بالتصورات الاجتماعية للصحة و المرض و مدى كفاءتها الامبريقية في وصف الواقع و تفسيره. ولم تتخذ هذه المناقشات شكلا تقليديا, وإنما أثارَت مجموعة من القضايا الجديدة حول ترابط العلوم الاجتماعية و الإنسانية في بلورة تمثلات الإنسان للصحة و المرض سواء في المجتمعات المتقدمة أو النامية, و أثارَت هذه القضايا بدورها جدلا حول قضايا أخرى تتعلق باتجاهات, وقناعات الناس بفعالية الطرق التقليدية و الحديثة في معالجة المرض في عصر يتميز بالتحويلات السريعة و المتلاحقة في ميادين شتى مثل التكنولوجيا و الطب و الإعلام و غيرها.

نتناول بالطبع هذه المداخل النظرية من حيث الركائز الأساسية التي تعتمد عليها في تناولها للتصورات الاجتماعية للصحة و المرض, وتحديد ابرز العوامل المؤثرة و المشكلة لهذه التصورات, التي تربط بأبنية اجتماعية محددة و جماعات و أفراد يشغلون وحدة اجتماعية نفسية ثقافية يشبعون من خلالها حاجياتهم اليومية, كما يكتسبون من خلال توحدهم بها شعورا بالأمن و الانتماء و الاستقرار النفسي, فضلا عن مجموعة من القيم و المعايير و المعتقدات و التصورات التي تحدد تعاملهم مع مكونات بيئتهم مثل تصور الصحة و المرض, المحظور و المباح, الصالح و الطالح.....الخ.⁽¹⁾

* التصورات الاجتماعية للصحة و المرض هو ذلك التعقيد و التشابك الذي يبدو عليه هذا الموضوع, وتباين المنظورات التي تعالجه. و في ضوء اختلاف هذه المحاولات في طريقة العرض أو أسس التطبيق أو المرحلة الزمنية, سنحاول في هذا المبحث تناول مختلف النظريات و تصنيفها استنادا إلى محكين أساسيين:

- أولهما مجال التنظير في كل محاولة أو نظرية, أي نطاق اهتمامها
- و ثانيهما ما قدمته كل محاولة من متغيرات لتفسير الجوانب المختلفة للتصورات وكيف عالجت مسائل الصحة و المرض .

و على أية حال, فإنه يمكن القول من خلال الأخذ بمحكي التصنيف اللذين اشرنا إليهما انه يمكن أن نميز بين أربعة اتجاهات نظرية:

(1) د.إسماعيل قبيرة و د. عبد الحميد دليمي ود. سليمان بومدين: التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا, دار الهدى للطباعة والنشر و التوزيع, عين مليلة الجزائر (مخبر الإنسان و المدينة جامعة منتوري قسنطينة). 2004.

أولاً- المدخل الانثروبولوجي- النفسي:

- يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين أساليب الحياة الثقافية و مختلف تعريفات الصحة و أنواع الاستجابات للمرض، وينهض ذلك على افتراض مبدئي مؤداه أن النماذج الثقافية و الأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجابتنا له، و تعبيرنا عنه، فالمناخ الثقافي يحدد بدرجة كبيرة ما نعتبره حالات مرضية، و الأسباب التي ننسبها إلى هذه الحالات، و الأشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة في تقييمها و تحديدها. و في هذا الصدد تشير الدراسات الانثروبولوجية أن ثقافة الجماعة تؤثر في كل حالة جانب من جوانب نمو الفرد و تطوره، و اكتساب أساليب الحياة و تحديد الأهداف و التطلعات و عوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد، و أساليب استجابته لهذه الأخطار و توافقه معها. حقيقة إن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة، و تظل تلك الحقيقة مسالة بالغة الأهمية، فأنواع الأمراض و الوفيات و أنواعها في المجتمع تتأثر كثيرا بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة و العمل و الترويح.

- و لعل تأثير الإطار الثقافي في النواحي الصحية يتضح بشكل اكبر في برامج الصحة العامة التي كشفت عن ضرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية خاصة إذا كنا إزاء إقناع الناس في ثقافة تقليدية ببعض الممارسات الصحية.

-ومن الملاحظ ثالثا أن الناس في ثقافات عديدة لديهم توجيهها نحو الحاضر لا المستقبل و من ثم يكرهون معاناة بعض الآلام الوقتية مثل (التطعيم بالحقن) لاكتساب مناعة و مقاومة في المستقبل ضد الإصابات بالأمراض، و لكنهم قد يقبلون ذلك إذا تم إعطاء هذه الوقاية بطريقة متنسقة مع المعتقدات و القيم و الأهداف الثقافية السائدة، و من الملاحظ رابعا و أخيرا أن مسؤولي الصحة العامة يجدون صعوبة كبيرة في إقناع الناس بتغيير عاداتهم الغذائية وذلك لارتباطها بقيم ثقافية أو دينية و من ثم يجدون ضرورة في اتساق العادات الغذائية الجديدة مع الثقافة السائدة في الجماعة⁽¹⁾.

و الواقع أن القيم الثقافية السائدة في المجتمعات العصرية تسبب في عدد كبير من المخاطر الصحية، بسبب النزعة المادية و المنافسة السائدة في هذه المجتمعات بالإضافة إلى التلوث البيئي

و الأطعمة الصناعية و ثقافة الإعلان و الترف، فالناس يرفضون التخلي عن هذه المكاسب التي حققها التقدم التكنولوجي حتى وان ترتبت عنه مخاطر صحية.

– و قد احتلت قضية الصحة و المرض جانبا كبيرا من فكر المهتمين بالدراسات الانثروبولوجية وكان التضارب في المواقف من هذه القضية و تحديدها من المسائل التي لا تخلو من مشكلات و صراعات .

ولعل ذلك ما أدى بالبعض إلى التساؤل عن فحوى الاستمرار و الانقطاع و التغير في مفهوم التصورات الاجتماعية للصحة و المرض, ومن المعلوم أن الانثروبولوجية كانت سباقة في بلورة هذا المفهوم في سياقه التاريخي –الاجتماعي و خاصة ما يعرف حاليا باسم الانثروبولوجيا الطبية التي تتمحور حول دراسة التأثيرات التي تمارسها الثقافة على المرض و الصحة من ناحية:

* تحكم الثقافة في الطريقة التي ينتشر بها المرض, و كذلك في تفسيره ومعالجته.

* تحكم الثقافة في الكيفية التي يستجيب بها الفرد لانتشار الطب الحديث و التفاعل معه.

* تشكل الثقافة رافدا أساسيا يستقي منه الفرد تعريفه للمرض و استجابته له.

* تعتبر الثقافة ببعديها المادي و اللامادي البيئة التي تصقل الإنسان و توجهه و تحدد مساراته و استجاباته و ردود أفعاله و نظرتة إلى الحياة و من بينها المسائل الشخصية المتعلقة بالمرض و الرعاية الصحية.

* إذا كانت الثقافة ترتبط في جزء منها بالقيم و التقاليد و العادات و الرموز, فان مضمون التصورات الاجتماعية عن الصحة و المرض لا ينفصل عن الجزء الذي يتجذر في حياة المجتمع و تطوره.

ولقد أدت الدعوة إلى ضرورة البدء بالثقافة في محاولة فهم التصورات الاجتماعية للمرض و الرعاية الصحية, إلى تركيز اهتمام الانثروبولوجيا الطبية على دراسة العناصر المتنوعة ثقافيا في إدراك المرض وتشخيصه و علاجه.

– و في هذا الإطار يؤكد الباحثون أن الاهتمام بالانثروبولوجيا يعتبر اهتماما حديثا

نسبيا, و هذا بسبب التأثير القوي للفكر اليوناني و بشكل خاص فكر هيبوقراط الذي اعتبر ظواهر الصحة و المرض عالمية نافيا عنها أي خصوصية فردية أو ثقافية .

– و يعتقد باربو Barbeau أن مازاد في إثارة الاهتمام بموضوع الصحة و المرض في مختلف الأوساط الثقافية هو حركة الثقافة و الشخصية التي تميزت في الثلاثينات على يد

كل من بنديكت Benedict و ميد Mead .

لقد كان مطلب بنديكت يتجاوز الفكرة العامة التي مفادها أن الأعراف الثقافية هي التي تحدد أشكال التعبير الانفعالي, و أشكال السلوك و الشخصية (السوية و غير السوية), و إن علم النفس المرضي مثله مثل المرض العقلي ينشأ في ظل أشكال ثقافية و لا يمكن تفسيرهما إلا في ظل الإطار الثقافي لذلك المجتمع.

و باختصار فان المرض مرتبط بالثقافة و بأخلاقيات كل مجتمع, و كل علم نفس يتوخى العلمية يجب أن يعترف بالنسبية الثقافية للأمراض بدل فرض شكل أمراضه على الطبيعة البشرية

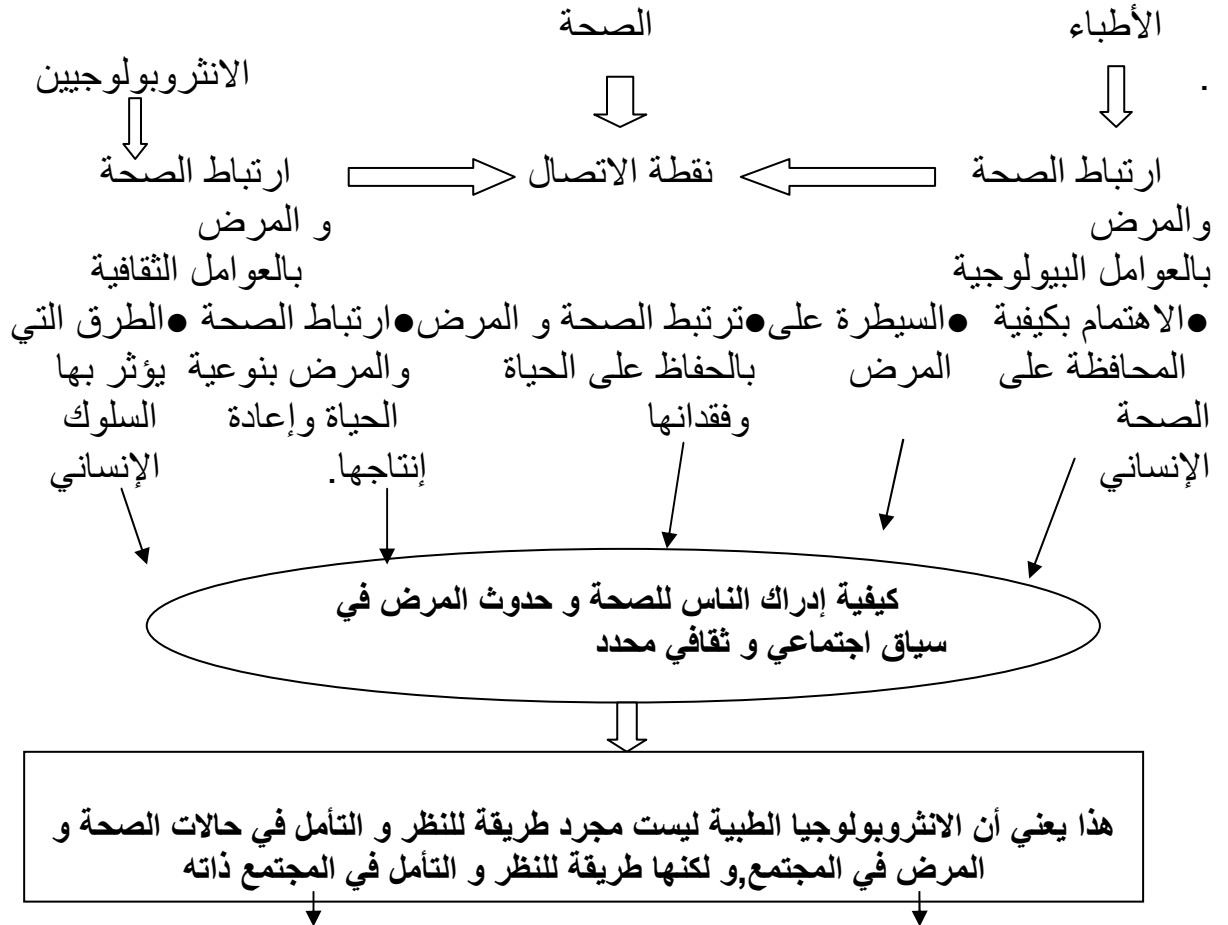
برمتها.

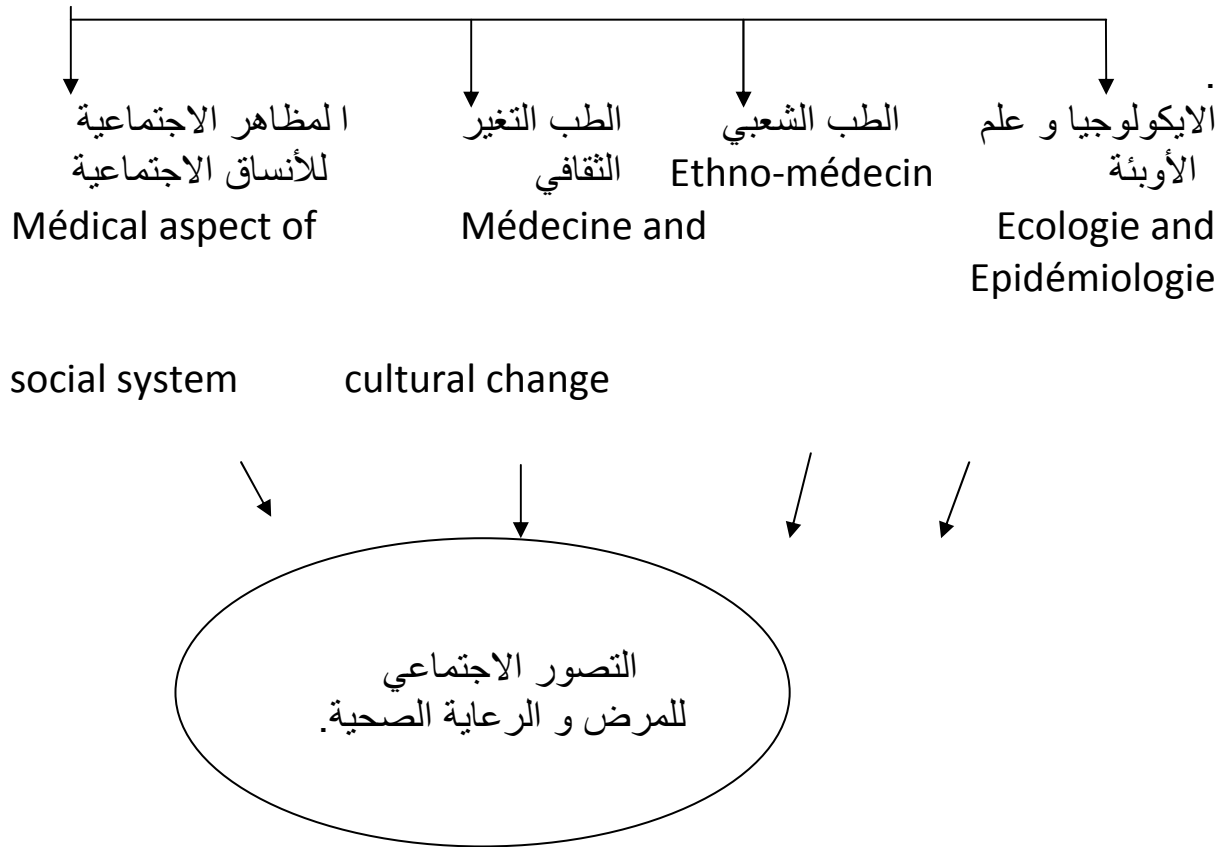
أما في فرنسا فيعتبر كل من دوركاهم و ماوس Mauss هما الأولان اللذان ساهما في هذا الميدان بمقالهما المشهور « حول بعض الأشكال البدائية للتصنيف, مساهمة في دراسة

التصورات الجماعية » الذي ظهر في الحولية الاجتماعية l'année sociologique عام 1903 .

- و اليوم فان الولايات المتحدة هي البلد الذي تتمتع فيه الانثروبولوجية الطبية بمكانة أكاديمية علمية واضحة ومحددة ,حيث بدا الاهتمام بها لأغراض علمية .
 - وعلى عكس الأعمال السابقة التي أرادت رسم حدود واضحة لذا التخصص فان بعض الانثروبولوجيين أمثال M-Augé ,فقد رفضوا اعتبار الانثروبولوجيا الطبية موضوع بحث مستقل,وبالنسبة لهم فانه لا توجد إلا انثروبولوجيا واحدة لها مواضيع امبريقية مميزة (المرض,الدين,...الخ).
 - لقد اهتم أوجي بالأبعاد الاجتماعية المختلفة للمرض دون أن يحصر اهتمامه في أسبابه,و حاول أن يقدم تحليلا يعالج قضية المرض كما يعبر عنه رمزيا وكما يعبر عنه كدور اجتماعي.

- ويمكن أن نذكر في هذا المقام أبحاث لو Loux الذي جمع الممارسات و المعارف المتعلقة بجسم الإنسان تحت جميع مظاهره و ليس فقط مظهر المرض,وكذلك أبحاث لابلونتين حول الأهمية الرمزية للطقوس وأبحاث روتال لورانتى-Laurenti retel حول الإنجاب La procréation . ويجب أن نشير انه في فترة من الفترات اختلطت اهتمامات الانثروبولوجيين و الأطباء بقضايا الصحة و المرض إلى درجة أصبح معها صعبا التمييز بين الاهتمامات العلمية هؤلاء و الانشغالات النظرية لالولئك (انظر الشكل رقم (1)).
 شكل (1): تداخل اهتمام الأطباء و الانثروبولوجيين





وهذا ما جعل مجالات الانثروبولوجيا الصحية تتعدد, حيث يعتقد أنصار الايكولوجيا و علم الأوبئة التصورات الاجتماعية لقضايا الصحة و المرض تتجسد عمليا في المسائل المتعلقة بالتكيف مع الوسط الاجتماعي الى جانب الممارسات الثقافية التي يمكن النظر إليها كعلاج و اق من المرض في الموقف الايكولوجي الذي تتداخل فيه علاقات المتغيرات الثقافية البيولوجية و الفيزيكية.

ويميل بعض علماء الانثروبولوجيا إلى إبراز الدور الذي تلعبه الثقافة في تشكيل التصورات الاجتماعية لمسائل الصحة و المرض, و في هذا الإطار ركزوا على دراسة العادات و القيم الثقافية و ربطوها بالصحة و المرض في السياقات الاجتماعية المتباينة, لذلك تختلف تعريفات المرض و الاستجابات له من ثقافة إلى أخرى, فالانثروبولوجيون و علماء الاجتماع يولون هنا الاستجابات الاجتماعية و الثقافية للصحة و المرض أهمية خاصة حيث يركزون على تصورات الناس حول صحتهم و وسائل العلاج المتبعة... الخ .

ومن هنا يمكن فهم اهتمام الانثروبولوجيا الطبية بدراسة العلاقة بين الصحة و المرض و الوقاية و العلاج من حيث:

* أهمية الثقافة في تحديد أنماط الأمراض و تفسيرها و علاجها و طبيعة التفاعل مع الخدمات الصحية الرسمية.

* دراسة علاقة الدين و القيم بالممارسات الصحية.

* دراسة طقوس الميلاد و المرض و الوفاة.

*تأثير القيم على الصحة و الأهمية الثقافية للعادات الغذائية.
*الاعتماد في الوظيفة الوقائية للطبوس.
*العلاقة بين البناء الاجتماعي و الثقافة.

ومن ناحية أخرى,اهتم فريق من الانثروبولوجيين بالمعتقدات و الاتجاهات و العادات و غيرها مما يتصل بالصحة و المرض و الخدمة الصحية , و صاغوا من اجل ذلك اتجاها فرعا أطلقوا عليه"المدخل الثقافي للخدمة الصحية".
ومن المعلوم أن هذا الاتجاه يتناول العلاقات بين محتوى الثقافة و الأساليب الثقافية للحياة, و بين تعريفات الصحة و الاستجابة للمرض.و في هذا الإطار تؤكد الدراسات الانثروبولوجية الطبية على أن العادات الاجتماعية ترتبط بالصحة و المرض , و قي بعض الأحيان قد تقف العادات الاجتماعية ضد استخدام طرق العلاج الحديثة أو اللجوء إليها, و مهما يكن من اختلاف بين الانثروبولوجيين, فإنهم يؤكدون على أن العادات تحدد لنا كيفية الإعلان عن المرض و أساليب التعبير عنه, وطرق العلاج التي يمكن الاعتماد عليها, ولم يتوقف الانثروبولوجيون عند هذا الحد بل حاولوا دراسة الطب كنسق ثقافي.

– و لا يزال الاعتقاد في الأولياء و اللجوء إلى الأضرحة مصدرا دينيا مهما لتفسير أسباب المرض و تقديم الحلول العلاجية , ولقد زاد علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا هذا الطرح وضوحا و تبلورا حينما درسوا العلاقة بين القيم و الخدمات و البرامج الصحية.

*تصورات المرض كمعتقدات شعبية Les représentation ,de maladie
croyances populaires comme

- لقد اتخذت الانثروبولوجيا الطبية موقفا ناقدا على مدى تاريخها للطب البيولوجي ,فالاستجابة للمرض تركز على الثقافة و على نظام المعتقدات و الممارسات التي برغم بعدها عن الطب الحديث , فإنها تملك بنيتها المنطقية الخاصة و هي بنية منطقية ثقافية ذات وظيفة تكيفيه.

- إن النقطة الأساسية في التقليد المترکز على المعنى هو أن المرض ليس كيانا و لكنه نموذج تفسيري . La maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif.

– إن المرض ينشا من خلال عملية التفسير,فالبيولوجيا و الممارسات و المعاني الاجتماعية تتفاعل في تنظيم المرض كموضوع اجتماعي وكخبرة معاشة ,وبالنسبة لكلاينمان فان الثقافة تشكل معبرا رمزيا بين المعاني الذاتية و جسم الإنسان.

– و لكن هذا التفتح اللامع لعلم الطب لم يتميز إلا فوق الأرض الأوروبية, دون أن يفيد أطلاقا المغرب العربي الذي لم يتلق سوى أصداء الحضارة الإسلامية باسبانيا و المشرق.

– و في تحليل آخر له يضيف دوتيه أن الأطباء سواء أكانوا رجالا أو نساء، كانوا يحظون بالمكانة الأولى في القبيلة أو العشيرة و هذا ما يمكن استنتاجه على الأقل من اسم "المرباط" في اللغة الأمازيغية اكورام Agourram, و هي كلمة تنحدر من جذر يفيد معاني "الأول" و بالتالي "الأمير". بيد أن هؤلاء الاكورام لم يكونوا رهبانا و لا سحرة, لان التمييز بين الشأن السحري و الشأن الديني لم يكن موجود آنذاك.

وفيما بعد عندما ترسخ الإسلام تدريجيا وقبل السكان عقيدته و فهموا جوهرها صار كل ما يخرج عن هذه العقيدة يعتبر سحرا و عمل ساحر.

– كما تلتقي الانثروبولوجيا الطبية و الدينية في قضية العلاج , كما أكد ذلك ادوكان Adohane من خلال دراسته التي أجراها بالمغرب, و بين فيها أن حركة المعالج Le geste du guérisseur تكتسي أهمية كبيرة في التقاليد الطبية. و الشيء نفسه كاده إسلام مصطفى في دراسته على المجتمع الكردي أين وجد مطبيين و شيوخا يتمثل علاجهم في مجرد حركة واحدة, كقراءة سورة من القرآن أو إعطاء مادة عادية جدا كالسكر الأبيض, و في بعض الأحيان يكمل المعالج رقيته لإبعاد الشر بمواد طبية أو صيدلانية, و قد يطلب مساهمة المريض شخصيا فمثلا في جنوب ايطاليا, فان التميمة التي تحمي المولود الجديد من أذى السحر لا تكون فعالة إلا إذا وضعتها الأم بنفسها في سرير مولود مع سكين كبير داخل وسادته.

و فيما يتعلق بالجزائر فان الكثير من المعالجين التقليديين يكتبون التمام و هي آيات قرآنية, و يفسرون المرض بالدين و يعتقدون إن سبب المرض و سبب الشفاء هو الله, و لكن يبقى أن نعرف المنطق الذي يدفع الناس إلى المعالج التقليدي بدل الطبيب و العكس صحيح.

ثانيا: المدخل الطبي لدراسة الصحة و المرض

– ظل المنظور البيولوجي لفترة طويلة أهم جوانب الطب, حيث شغل حيزا كبيرا من برنامج إعداد الأطباء, فالطبيب يقضي فترة طويلة أثناء تدريبه في تعلم النظريات البيولوجية الخاصة بوظائف الجسم و أمراضه. لكن هذه العوامل البيولوجية يجب أن تفهم فهما أوسع نطاقا من ذلك, أي يجب أن تفهم في ضوء البيئة التي تتفاعل معها هذه العوامل, فالبيئة الخارجية تفرض بعض المطالب على أداء الجسم لوظائفه و من ثم يتكيف الجسم لهذه المطالب من الناحية الفيسيولوجية و التطورية. و البيئات دائمة التغير, و لا يتكيف الإنسان لهذه التغيرات من الناحية الاجتماعية و الفيسيولوجية فحسب وإنما يتحقق التكيف أيضا بالمعنى البيولوجي الذي اشرنا إليه, فالجسم الإنساني يتوافق مع المخاطر و التحديات الجديدة و في كثير من الأحيان بعد جهد و معاناة. و نستطيع أن ننظر إلى المرض من زاوية معينة على انه نوع من التكيف البيولوجي, فهو نتاج لتكيف الجسم مع الضغوط الداخلية و الظروف الخارجية المثيرة.

و نظرا إلى أن بعض التوافقات البيولوجية تؤدي إلى الم الشخص و تعب الجسم, فقد أفسحت كل المجتمعات مكانا خاصا للمتخصصين الذين يحاولون التأثير في مجرى التكيف البيولوجي في الاتجاه الأفضل.

والذي يعيننا هنا هو استخراج التصورات الطبية لمفهومي الصحة و المرض دون التركيز عليها بشكل كبير, فالمنظور الطبي يخرج عن نطاق بحثنا.

– أن ما يسميه الأطباء –مرض- هو تصور نظري لموضوع معرفي أكثر منه خبرة إنسانية, فالمعرفة الطبية على مر التاريخ لم تسهم بشكل كبير في توضيح خصائص الصحة و المرض حتى في سنوات تطورها في القرون الأخيرة, و كأن الأطباء لا تعينهم هذه المشكلة لان التعرف على المرض بالنسبة لهم أكثر من بديهي ولا يثير حتى النقاش. ومن المسائل التي أثرت في هذا السياق, المفهوم الطبي للمرض *Conception médicale de la maladie* الذي وصفه فوكو *Faucoult* في كتابه "ميلاد العيادة *La naissance de la clinique* حيث ناقش منشأ المفهوم المعاصر للمرض, معتبرا ميلاد الطب الإكلينيكي في تمفصل القرنين الثامن و التاسع عشر, قد أدى إلى التخلي عن طب الأصول *desessences la médecine*, و إعطاء الأولوية للأعراض وجمعها مع التركيز على البعد الزمني, و تطور تلك الأعراض كما ثم اللجوء إلى الإحصاء لإلغاء الفرديات الناجمة عن المريض الذي أهملت معاشته الذاتية و اعتبرت شيئا محتملا إن لم نقل مزعجا .

- و في بداية القرن التاسع عشر تحول الانتباه من الأعراض إلى الأعضاء, بحيث أصبح ينظر إلى المرض على انه تلف *Lésion* على الأقل, فهم من خلاله أو من خلال فساد الأعضاء *Dégénérescence* وقد عرف كورفيسار *Corvisart* المرض بأنه "عضو فاسد إلى درجة تدهور وضعه الطبيعي, فيضطرب عمله السهل الثابت و المنتظم بطريقة محسوسة و دائمة, كما أن التلف في حد ذاته يعرف قياسا بالجسم السليم, فالمرض لا يتعارض مع الحياة –فهو شكل لاسوي منها- يسمى مرض *Pathologique* أو هو شكل من أشكال الحياة التي تؤدي إلى الموت, و بهذا نهمل ان المرض *Pathos* يشير أساسا إلى ما نكابد, و أن في التجربة المعاشة يكمن أساس "المرضي".

هذا و يعد كلودبرنارد أكثر من يوضح فكرة اختزال المرض في اضطراب الفيسيولوجيا, فقد كتب عام 1865 في كتابه «مقدمة في دراسة الطب التجريبي» يقول «إن الطبيب و الفيسيولوجي لا يجب أن يتصورا أن عليهما البحث عن سبب الحياة ا واصل الأمراض لان في ذلك مضيعة للوقت في مطاردة شبح, إذ لا توجد أي حقيقة موضوعية في كلمات الحياة –الموت- الصحة-المرض, إنها عبارات أدبية نستعملها لأنها تمثل في أذهاننا مظهر بعض الظواهر».

– كما يعتقد "انه بواسطة النشاط العادي للعناصر العضوية تتجلى في الوضع الصحي, أما الأمراض فتتميز بالتعبير اللاسوي لنفس تلك العناصر", لقد ظل كلوديرنارد حبيسا لانشغالاته العلمية, و نسي تماما أن كلمات الحياة و الموت و الصحة و المرض هي أكثر من أن تكون عبارات أدبية.

– و في نفس هذا السياق يضيف برنارد أن المرضى هم "ظواهر فيسيولوجية" وكون

الحتمية الوضعية *le déterminisme positivité* ,كانت تميز عصره فقد تمنى ظهور طب علمي تحكم مفاتيحه الفيسيولوجيا "إن الفيسيولوجيا هي قاعدة الطب العلمي, لأنها هي التي يجب أن تقدم توضيحا للظواهر المرضية بتبيان علاقاتها مع الحالة السوية العادية, إذ لا يمكن قيام علم الطب ما دما نفرق بين تفسير ظواهر الحياة في الحالة المرضية عن ظواهر الحياة في الحالة العادية أو السوية, فهنا تكمن المشكلة الطبية".

- لقد كان برنارد مجربا و منظرا بارعا ,و كان من مؤسسي الطب البيولوجي الحديث الذين أرسلوا قواعد العلاج العقلاني التي تعتمد التجريب,و لكنه باختصاره الطب إلى مشكل علمي يكون قد نزع عنه الصفة الإنسانية التي تعتبر من أهم أخطائه" يبدأ الطب بالجانب الإكلينيكي لأنه هو الذي يحدد و يعرف موضوعه أي المشكل الطبي,و لكن حتى لو كان الإكلينيكي هو أول دراسة للطبيب,فانه لا يعتبر قاعدة الطب العلمي " انه يهمل التجربة الإنسانية التي يجب أن تحظى بالأولوية,وهي تجربة لا يمكن تعويضها في تحديد المرض. و ضمن هذا السياق ,تؤكد الشواهد الواقعية انه بعد قرن مما طرحه كلود برنارد أعاد لوريش طرح نفس السؤال: ما هو المرض؟ انه يعترف من أول وهلة "لم نفكر أبدا في الموضوع,رغم كونه واقعا".

— لقد انطلق لوريش من جديد من تعريف برنارد الذي يعتبر المرض انحرافا فيسيولوجيا,ليضيف إلى جانب فكرة كون التلف العضوي هو أصل الانحراف,إمكانية أن يكون الانحراف الفيسيولوجي هو أصل التلف العضوي.كما يعترف بعقبة تعريف المرض بقوله"هل يجب أن نعرفه بناء على المريض؟ المرض هو ما يزعج الإنسان وينتقص منه و يهدده, وباختصار فانه حالة من الشعور قد لا يكون هذا الأمر علمي و دقيق, لأنه يمكننا أن نكون مرضى دون أن نعرف ذلك.

ويمكن القول أن المرض هو تفسير الطبيب لبعض الحالات أو الظواهر لدى من يطلبون مساعدته, ولكن المرض عند الطبيب و عند المريض أمران مختلفان, ومن هنا تبدأ حالة الارتباك, إن تردد لوريش يكشف بوضوح حالة التردد لدى الكثير من الأطباء الذين يعون خطر تجاهل وجهة نظر المريض بقائهم حبيسي المفهوم البيوطبي للمرض

— و يأتي كونجيلهام, Canguilhem فيحاول أن يحدد هذا المفهوم أكثر فيشير في كتابه"السوي و المرضي *Le normal et le pathologique*" بان المريض هو الذي يحدد بداية مرضه بملاحظته ذات يوم انه ليس كما يرام ,وملاحظته لتغيرات مفاجئة و مؤلمة في بنيته المورفولوجية أو السلوكية,"إن الخبرة الناجمة عن العوائق التي يعيشها إنسان ملموس في شكل مرض هي التي تسبب المرض... إن الحياة لا ترتقي إلى الوعي و إلى العلم إلا بواسطة سوء التكيف و الفشل و الألم"⁽¹⁾.

وبناء على المقولة السابقة نلاحظ نوعا من الغموض بين مظهرين من مظاهر المرض لدى كونجيلهام و هما:

*المرض الانحراف *La maladie déviation* و يتبدى في شكل تغيرات مورفولوجية و سلوكية.

*المرض العائق *La maladie obstacle à l'orientation de la vie*وقد أولاه

كونجيلهام أهمية أكبر "إن الطب فن للحياة, لأن الكائن الحي البشري نفسه يصف بعض الحالات أو بعض السلوكيات على أنها مرضية و يجب تجنبها أو تصحيحها, وبالتالي فليس العلم هو الذي يفصل بين ما هو سوي وما هو مرضي ". ولذلك اعتبرت الحياة هي التي تخلق المعايير, وما دام اللاسواء ليس له أثارا وظيفية يكابدها الفرد, فإنه يصبح ليس ذا أهمية كبيرة.

– إن المرض قبل كل شيء امتحان بالمعنى العاطفي للكلمة قبل أن يكون مفهوما علميا, فالعلم يشرح الخبرة المعاشة و لكنه لا يلغيها.

ويرد كونجيلهام على الأطباء الذين يدافعون على هوية الظواهر الفيسيولوجية و المرضية بقوله بأنه لا يجب أن نخلط بين وجهة نظر المريض الذي يعاني و وجهة نظر العالم الذي لا يجد شيئا في المرض لا تستطيع الفيسيولوجيا شرحه, و عليه فان بين الفيسيولوجيا و

البياثولوجيا لا يمكن تسويته بواسطة العلم،"لا يمكننا أن نملي على الحياة معاييرها بواسطة العلم". وهكذا يكون كونجيلهام قد تفرد في زمنه بتمييزه بين اللاسواء **Anomalie** و الحالة المرضية **L'état pathologique**, بين ظاهرة بيولوجية وقيمة حياتية سلبية, و أعطى للفرد مسؤولية متى يبدأ المرض.

- وقد لا نستطيع هنا جمع تصورات كل طبيب على حدة, ولكنه يمكننا القول أن هذا المنظور يظهر في التكوين الطبي الجامعي و في المجالات الطبية المتخصصة و الملتقيات و النقاشات المهنية.

— إن قواعد التشخيص التي تفهم المرض, بمعناه العام غير موجودة في الطب, فالتشخيص الطبي باتم معنى الكلمة لا يتناول إلا مرضا محددًا أو إطارا مرضيا مشتركا بين عدة أمراض (الالتهابات مثلا), ومن خلال هذا التشخيص الخاص يدخل الفرد ضمن فئة المرضى.

وفي هذا اختلاف بين الطبيب و الرجل العادي الذي يجد بسهولة في ذاتيته مدخلا مباشرا وفوريا إلى المرض أو عدمه (المرض بالمعنى العام) و لكن دون تشخيص لمرض محدد. للمرض, فان العنصر الذي له علاقة مباشرة مع ما قد يشعر به الفرد هو العرض **Le symptôme** أن الأطباء بلا شك لا ينكرون الطابع المؤلم لبعض الأمراض, لكن في المنهجية الطبية يتم التركيز على البحث في الأعراض المميزة (التشخيص أو سبب تطور) بدل التركيز على الأعراض الأخرى التي برغم كونها لا تحمل قيمة دلالية فإنها تدخل في تركيب المرض كضرر, إن الطبيب لا ينسى بدون شك أن المرض ضرر لأنه يعتبر ذلك بديهي, فيتناول من منظور انه يسبب تهديدا بحوادث اخطر مثل الموت أو حدوث إعاقات أو فقدان سواء فسيولوجي ذا قيمة عالية.

— هذا التغير الجذري في معنى المرض, ينظر إليه الأطباء عموما على انه تقدم, و انه أمكن في النهاية تعريف المرض موضوعيا و علميا رغم انه أصبح أكثر تجريدا. إن التقنيات الحديثة توضحه بواسطة التصوير الذي يعطيها صفة شبه حقيقية, مغفلا أن في ملموسية المعيشة لدى الفرد يكمن ضرر المرض, قد شوه تماما و اختصر في قضية اللاسواء الموضوعي الذي يعطيه الطبيب قيمة سلبية.

— إن المؤسسات ترغب-وتحت شعار تربية أو تثقيف المريض- أن يشاطرها العلوم منهجها. فإذا قاس الفرد خطورة حالته بناء على معايير كيميائية فان الكثير من الأطباء يعتبرون ناجعا كل علاج يعيد المعايير إلى المقاييس المتعارف عليها, كأن يختصر مثلا مشكل تضيق الأوعية في إعادة تصحيحها معتقدا انه حل مجمل المشكلة.

— يشعر الطبيب انه مؤهل لتأكيد فيما كان فرد ما مريضا, كما يشعر انه مؤهل لرفض هذه الصفة في الحالة المعاكسة, و باعتبار انه الوحيد الذي يملك الإمكانيات لتقييم المرض فانه يشعر انه مؤهل لتقديم ما يجب من علاج, فبواسطة معارف المهنية البيوطبية فانه يعرف أين الخير و أين الشر.

و الغريب أن الكثير من الأطباء يعتقدون انه يمكنهم تجاوز أي علاقة مع مرضاهم,و يمكنهم اتخاذ قرارات علاجية مبنية على تصورات نظرية للمرض,بحيث لا يكون فيها للمريض دورا سوى كونه حامل محتمل لذلك المرض. و في الأخير يمكن أن نحدد الفكرة الأساسية للنموذج الطبي- وهو المهيم لدى الأطباء أنها تختصر الوجود في تصورات بيولوجية ,كما أنها لا تنكر معاناة المريض ولكن هذه المعاناة يمكن اعتبارها حالة بناء فوق **Super structure** و أن الضرر الحقيقي في الاضطراب البيولوجي .
—كما يهتم هذا النموذج بالمرض أكثر من اهتمامه بالمريض لأنه يقوم على الإيمان بالفصل بين الجسم و النفس, لقد كان هذا النموذج ناجحا في محاربة الأمراض المعدية و تطوير اللقاحات و المضادات الحيوية,و لكن يمكن اعتباره نموذج تبسيطي لأنه يختصر فكرة المرض في أسباب و نتائج لا أكثر.
-إن المرض و الجسم و الفرد و العلم هي أهم ركائز الطب التقني-العلمي,و الخطاب الطبي هو خطاب يدور حول المرض و ليس حول الإنسان كما أشار إلى ذلك جان كلافرول **Jean Claveul** "إن المريض هنا ما هو إلا مخبر عن أحوال جسم خائر". لقد أهمل الطب التقني -العلمي بذلك الكائن الإنساني ككل بيولوجي-نفسى اجتماعي- .

ثالثا : المدخل الاجتماعي و دراسة التصورات الاجتماعية للصحة و المرض.

— لم يهتم علماء الاجتماع بمفاهيم الصحة و المرض و منشئهما في المجتمعات الحديثة إلا في الثلاثين سنة الأخيرة تقريبا, فقد كانوا يعتقدون بان الصلة بين الطب و علم الاجتماع مقطوعة, فلم يبذلوا جهودا كبيرة في البحث عن أسباب المرض الاجتماعية أو جنوره و تعريفه.أما اليوم فقد بدأ علم الاجتماع الطبي يأخذ مكانة بين فروع علم الاجتماع ,وبدأت تتسع الكثير من الأبحاث و الكتب و الأقسام العلمية بالجامعات حوله, و يصير علماء الاجتماع على تأكيد القول بان المرض من صنع المجتمع و سيظل دائما هكذا,فالجنور الاجتماعية و الثقافية للمرض أصبحت اليوم حقيقة يدركها الكثير من الممارسين الطبيين و علماء الاجتماع.

— كما أن الكثير من علماء الاجتماع الطبي يميلون إلى التفسير الاجتماعي النفسي للمرض ,و يرون أن المنهج الفيزيقي الصرف في تفسير و تحليل الأمراض منهج لا إنساني,و ربما كان خاطئا أو على الأقل غير واف بالغرض . و يشكل المدخل الاجتماعي اتجاها أو تيارا من التيارات السائدة في النظرية الاجتماعية المعاصرة. و ينظر هذا الاتجاه إلى المجتمع باعتبار ه نسقا اجتماعيا مترابطا داخليا ,يقوم كل مكون من مكوناته بوظيفة محددة .

ولقد جاء التحليل البنائي الوظيفي نتيجة لحاجة عدد من الباحثين في علمي الاجتماع و الانثروبولوجيا إلى تطوير أدوات و أساليب نظرية و منهجية تتواءم و دراسة الصور المختلفة للترابطات الاجتماعية و التفاعل بين السمات و النظم الاجتماعية,و في مقدمتها دراسة التصورات الاجتماعية للصحة و المرض كنسق اجتماعي فرعي.
فراادكليف براون **Radcliff Brown** يذهب إلى القول بان غرض المجتمع هو الحفاظ على النظام و الثبات الاجتماعيين,و أن وظيفة التصورات الاجتماعية كنسق اجتماعي تتمثل في الحفاظ على هذا النظام و ذلك الثبات .

- و في هذا الإطار, نشير إلى أن نظرة علم الاجتماع إلى المرض كانحراف قد طورها في الأصل عالم الاجتماع الأمريكي تالكوك بارسونز عند مناقشته لمفهوم-دور المريض-و ذلك في كتابه "النظام الاجتماعي" المنشور سنة 1951. فلدور المريض عند بارسونز خصائص معينة يتخذها الشخص المريض طبقا لمتطلبات الموقف -حالة المرض- وقد رأى أن كون الإنسان مريضا لا يعني فقط اضطرابا في حالة الإنسان البيولوجية, بل أيضا في حالته الاجتماعية و خاصة في أدواره الاجتماعية.

- إن المدخل الطبي لدراسة الصحة و المرض يؤكد على حقيقة الإنسان الفسيولوجية, ويهمل الحقيقة الاجتماعية التي ترى أن الشخص يعتبر مريضا عندما يتصرف كمريض.

- إن أساس وصف المرض بأنه نوع من الانحراف يعتمد على التعريف الاجتماعي للانحراف بأنه أي فعل أو سلوك يخالف معايير و قيم مجتمع معين. ويرى علماء الاجتماع الوظيفيون أمثال بارسونز بان المرض غير وظيفي بالنسبة للمجتمع, لأنه يهدد استمرار النظام الاجتماعي و لذلك تقوم الهيئات الصحية بمحاولة التصدي للمظاهر غير الوظيفية للمرض وذلك بالعلاج و الوقاية من الأمراض.

- فالمرض بالنسبة للشخص المريض يعني عدم الراحة و الألم و الاضطراب المؤقت أو الدائم في وظائفه الاجتماعية و البيولوجية, كما يحمل مخاطر مصاعب و مشكلات اقتصادية لأسرته, و بالنسبة للمجتمع الكبير يعني تخفيض قي قدرة المجموعة الاجتماعية أو النظام الاجتماعي من القيام بمهامه وأداء وظائفه, ويتمثل ذلك في وجود طاقات معطلة بالمستشفى أو بالبيت غير قادرة على العمل و الإنتاج والدفاع, مضافا إلى ذلك نفقات العلاج و الرعاية الصحية و الجهد و الوقت.

- ويعتقد بارسونز وفوكس بان دور المريض يمكن أن يكون له مزايا تنتشر بين الناس عن طريق العدوى, في حالة ما إذا كانت نتائج هذا الدور ايجابية وذات فوائد كبيرة مقارنة بمساوئها, و يقصدان بالعدوى انتشار ظاهرة المرض و التمارض بيت الكثير من الناس إذا ما لاحظوا مزايا دور المرض لأشخاص عايشوا هذا الدور, إلا أنهما لاحظا أن الاتجاه الحديث لوضع المرضى بالمستشفيات قد جعل منها اقل جاذبية خاصة وانه مكان يرهبه الكثير ولا يرغبون البقاء به.

و إلى جانب ما تقدم يحاول علماء النفس و الاجتماع تناول عوامل قبول و رفض دور المريض, و في هذا الإطار تبين لديهم أن العوامل الاجتماعية و العاطفية تلعب دورا هاما في قرار الإنسان باتخاذ دور المرض من عدمه. إذ يشير بعض علماء النفس إلى احتمال وجود مكاسب ثانوية من المرض, أي مكافآت وفوائد تفوق المتاعب و المضار التي قد تنشأ نتيجة اخذ دور المرض.

فالعديد من الناس قد يكونوا غير قادرين على حل مشاكلهم الاجتماعية و الأسرية, و بذلك يكون المرض هو كبش الفداء أو المشجب التي تعلق عليه أسباب الكثير من المشكلات.

- كما أن البعض ممن لا يتوفر لهم في بيوتهم الراحة و الأمان في الأوقات العادية

بالقدر الذي يساوي تلك التي تتوفر لهم عندما يكونون مرضى, أو يأخذون (دون المريض) ولن يتنازلوا بسهولة عن هذا الدور لأن ذلك يفقدهم الكثير من المزايا و الفوائد التي ترتبط به, فالمستشفى قد يمثل للفقير و كبير السن جنة في الأرض تشبع رغباته وتوفر له الكثير من حاجاته. وتجدر الإشارة في النهاية أن هناك أمران مهمان قد يمنعان الفرد من اخذ دور المريض, وهما الخوف من المرض في حد ذاته, و الخوف من النتائج المترتبة على هذا الدور. إذ أن الكثير من أفراد المجتمع يستعملون اصطلاح (مريض) ليعني نوعا من الازدراء و التحقير بالإضافة إلى وجود المرض الحقيقي.

- كما يشير بارسونز إلى أن المرض يجعل الشخص المريض يسلم لسلطة لا يستطيع مقاومتها وهي سلطة الطبيب .

كما يجعله في وضع الشخص المحتاج لمساعدة الآخرين, وربما يجعله يشعر بالدونية وهو أمر بدون شك غير ذي قيمة اجتماعية عالية, ووضع لا يرغبه الكثيرون. ومن ناحية أخرى, يشير فريديسون بوضوح في كتابه "المهنة الطبية" إن المرض حالة اجتماعية و ليس حالة بيولوجية, وانه توجد على الأقل ثلاثة أسباب تدفعنا إلى عدم تبني المفهوم الطبي للمرض و هي:

* إن الطب متغير عبر الأزمنة, و نظرة بسيطة على تاريخه تكشف أن الأفكار الطبية الحالية حول المرض ليست هي نفس الأفكار التي كانت سائدة بالأمس, و قد لا تكون هي ذاتها في المستقبل القريب بل قد تتعارض معها تماما, و عليه نخلص إلى نتيجة مفادها أن الطب ليس أمرا مطلقا و نهائيا, "انه مؤسسة اجتماعية مهيمنة في عصرنا, وليس في العصور الأخرى بالضرورة".

* إن الطب المعاصر تتنازعه كثير من التيارات و النقاشات الداخلية الحادة, مما يجعل الكثير من المرضى في ريب من انفسهم فيما إذا كانوا سيتبنون النموذج الطبي للمرض أم لا. * أما السبب الثالث و الأخير, و هو الأهم بالنسبة لفريديسون فيتمثل في إقراره بأنه لا توجد أي ضرورة بان يعر عالم الاجتماع الاهتمام للطروحات " الانطولوجية الطبية", لان دوره هو تفسير "السلوك الاجتماعي".

ويعتمد فريديسون أن المرض بناء اجتماعي, و لذلك فهو يختلف باختلاف المجتمعات و الثقافات و الأنظمة المرجعية العامية و المهنية. و لقد كرس الباحث الجزء الثالث من كتابه الانف ذكره إلى فكرة أن الطب هو الذي يخلق المرض, كما يخلق الدور الاجتماعي للمريض.

ويضيف أن الانحراف يعني خرق قاعدة أو معيار اجتماعي, وفيما يتعلق بالمرض فانه يخرق الصحة كمعيار للسواء .

كما يذكر فريديسون بنوعي الانحراف اللذين أشار إليهما ليمرت و هما: الانحراف الأولي و الانحراف الثانوي, أما الانحراف الأولي ففيه خصوصيات تميز الشخص و لكنها لا تتنافى و دوره الاجتماعي العادي, مثل نزلة البرد فهي لا تتطلب إعادة تنظيم رمزي لاتجاهات الفرد نحو ذاته. أما الانحراف الثانوي فينتظم اجتماعيا كانه انحراف في شكل دور مختلف عن الدور العادي, مثل الأمراض الحادة التي تتطلب توقفا عن العمل أو الدخول إلى المستشفى, وفي هذه الحالة فان المريض يعيد تنظيم مفهومه عن ذاته و عن الآخرين علاقته بهم.

- بعض الانحرافات لها طابع الوهم Stigmatisant, وهو ما ينجم عنه خلل في الهوية العادية للفرد, وهو انحراف أو تلف غير قابل للمحو, مما ينجر عنه فقدان لبعض المزايا العادية في الحياة الاجتماعية. وقد كان مرض السل مثالا حيا منذ عشرات السنين على المرض الذي يوصم المريض وأسرته .

- هذه الملاحظات قادت فريديسون إلى التساؤل عن العوامل التي تؤدي إلى تعيين الأمراض و هي:

* كل ثقافة تميل إلى وصف الانحراف وفقا لمرجعية مهيمنة, وربما أن الطب يميل حاليا إلى أن يحل محل الدين كمصدر لإضفاء الشرعية Foyer de Légitimation فهو يميل إلى إعادة تفسير - في شكل مرض- لما كان يسمى سابقا جريمة أو حراما , و ساهم في ذلك التطور العلمي و المعرفي الذي يكشف في كل مرة الدواعي الحقيقية لبعض السلوكيات البشرية ,ضف إلى ذلك النزعة الإنسانية الراهنة خاصة إذا علمنا أن المعنى الأخلاقي المرتبط بلصيقة Etiquette المرض أقل تحقيرا من لصيقة الجريمة أو الحرام ,وهكذا يبدو أن الضبط الطبي يستجيب أحسن لمصلحة الفرد من أشكال الضبط الاجتماعي الأخرى.

الشك يفصل الحكم على الشخص بأنه مريض بدل اعتباره سليما ,وهذه القاعدة مرتبطة بافتراض طبي مفاده أن النشاط الطبي لا يمكن أن يكون إلا مفيدا.

- وفي الخلاصة ,فإن فريديسون يؤكد على أن العواقب الاجتماعية للمرض باعتباره انحرافا,ترتبط باستجابة المجتمع وبأهمية الانحراف الأصلي كما يؤكد على دور المهنة الطبية في خلق المرض و يعارض الأطباء في التنازل عن وضعية الحياد الأخلاقي, فالمهنة الطبية بالنسبة له لا تملك الكفاءة الحصرية التي تجعل منها الخبير الوحيد L'expert exclusif الذي يحدد ما هو الاضطراب وما هو غير المرغوب.

- ومن ناحية أخرى يرى مالمينوفسكي أن غرض المجتمع هو إشباع حاجات بيولوجية يعينها للكائنات البشرية,ومن ثم يتأكد تركيز المدخل الاجتماعي في دراسته للتصورات الاجتماعية المتعلقة بالصحة و المرض على النقاط التالية:

* هناك علاقة وثيقة بين الطب و البناء الاجتماعي .
* تحدد مكونات البناء الاجتماعي قواعد وآداب و تقنين مهنة الطب.
* هناك علاقة شائكة ومتداخلة بين الطب الرسمي و غير الرسمي, فإذا اصطدم الرسمي بالواقع الاجتماعي النامي كان عليه أن يعيد حساباته في محاولة للتكيف معه بصورة أكثر واقعية.

* يكمن خلق انتشار الطب الشعبي ارتباطه بتقديم خدمات صحية تراعي أنماط السلوك السائدة,علاوة على أن القائمين بهذه الخدمات يحسنون التعامل معها وفهم دينامياتها .
* ولهذا يعطي أنصار المدخل الاجتماعي أهمية كبيرة لعناصر الموقف الاجتماعي, التراث, التنشئة, القيم, العادات, التفاعل و العلاقات الاجتماعية, النظم. وعلى هذا الأساس تجيء

التصورات الاجتماعية لتفاعل هذا الكل الاجتماعي المرتبط بواقع الفرد و بهومومه و مشكلاته.

- ولقد قادت هذه الطروحات إلى ظهور ما يسمى بعلم الاجتماع الطبي, وكذلك الطب الاجتماعي اللذين يتناولان: مرضية تدخل في مفهوم المرض. اتجاهات القيم و مواقف الحياة الخاصة بالناس وبمجتمعهم. على أن دراسة المرض تحتاج إلى دراسة تضم وجهتي النظر الطبية و الاجتماعية معا. وهذا يعني أن المرض هو نقص في تكيف الشخص مع البيئة من حوله, وان هذا الشخص المريض في حاجة إلى إعادة تكيفه بيولوجيا ونفسيا و اجتماعيا أو حضاريا وهذا ما يضيف أهمية كبيرة على مسألة التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في أبعادها القيمة والعلائقية والتفاعلية. إجمالاً يمكن القول أن كل النظريات الاجتماعية-الطبية المعاصرة تعتبر بصراحة ووضوح أن المرض له منشأ اجتماعي, خاصة تلك التي حاولت تفسير أسباب الأمراض العقلية, و نذكر هنا على سبيل المثال لا الحصر كتابات رايش REICH حول "الأخلاق العائلية" و حول الكبت الجنسي ودوره في ظهور الأعراض المرضية, كما نذكر مدرسة بالواتو Paloalto. ودراساتها حول اضطرابات الاتصال, و الحركة التي ظهرت في السبعينيات وأطلق عليها اسم الطب النفسي المضاد Antipsychiatrie.

التي مفادها أن المرض لا يجد منشأه على مستوى الفرد(سواء كان ذلك عضوياً أو نفسياً-جسيمياً) ولكن المرض ينشأ من العلاقة الاجتماعية. - وهكذا يتبين أن مشاكل الصحة و المرض لا تقع على عاتق الأطباء وحدهم, لأنها ليست حقائق

حقائق معزولة كحقائق الكيمياء و الفيزياء وإنما هي انعكاس لظروف المجتمع العامة التي يعايشها الإنسان, فمهما أنشانا من المستشفيات و عممنا من الخدمات الصحية و العلاجية في كل مكان, فلن يجدي ذلك طالما بقيت المشكلات الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية دون حلول ايجابية.

- و لعل واقعا جزائري يجسد فعلا تلك العلاقة بين العادات الاجتماعية و الصحة و المرض, فعادات بعض أبناء الريف كالاستحمام في المستنقعات و الوديان الاليشة و غسل الملابس و الأواني و الخضروات و سقي المزارع بها يؤدي إلى الإصابة بكثير من الأمراض, أو ما نراه من عادات لدى زيارة المرضى, سواء في المستشفيات أو البيوت, فنحن نزور مرضانا بطريقة تسيء إلى صحتهم بل و تهدم في بعض الأحيان الجهود الطبية المبذولة للعلاج. ويأتي تقديم الطعام على رأس تلك العادات مصحوبا بإلحاح الزائرين على مريضهم لتناول قطعة لحم أو فاكهة, ربما كان فيها انهيار برنامج العلاج من أساسه, ومن ناحية أخرى فنحن نعود المريض زرافات شتى, وقد نتجمع في يوم واحد (الجمعة مثلا), فنشغل كل المقاعد المتاحة ونزاحمه في معظم سريره فنكفله ما لا يطيق, وفي حالات أخرى نعود المريض, ونظل نتحدث معه على الرغم من إجهاد الحديث

إليه، وقد ينقل إليه بعض زائريه خبرا عن غير عمد يحبط شفاؤه ويهبط معنوياته.

الاجتماعية للأشخاص .

الذين يقبلون أولا يقبلون على الانتفاع بالخدمات الطبية، فأظهرت مثلا أن النساء أكثر من الرجال إقبالا على استشارة الأطباء، وأن الأطفال و كبار السن أكثر استشارة للأطباء من الأشخاص في المراحل المتوسطة من العمر، وأن الحالة الزوجية وحجم الأسرة و الانتماء الأنثى كلها عوامل تؤثر في مدى الانتفاع بالخدمات الصحية.

- كما أشارت دراسات أخرى أن أفراد الطبقات الدنيا، كالعمال اليدويين ينفرون من فكرة إدراك أنفسهم "كمرضى" أكثر من أفراد الطبقات العليا، وينجر عن ذلك اهتماما أقل بمختلف الأعراض، كما يلاحظ أن معلوماتهم حول تلك الأعراض و حول العلاجات الطبية قليلة، ويساورهم الشك تجاه الطب الذي كثيرا ما يتأخرون في طلب مساعدته، وحينها تصبح الأعراض خطيرة وبتعبير روزنيلاط و سوكرمان Rosenblatt et Suchman فإن العامل المهني ينفرد من "الاضطلاع بدور المريض" وهو ما يعبر عنه بوجود هوة مع القيم العملية و العالمية للطب الحديث.

رابعاً: المدخل النفسي.

- بعض المداخل المعرفية للصحة تثمن دور المعتقدات و المفاهيم و التصورات المشتركة التي تعتبر محددات أساسية للسلوكيات الصحية أو السلوكيات الخطيرة، وبالتالي تحدد الحالة الصحية للأفراد. فمعظم النماذج الاجتماعية المعرفية التي سوف نستعرضها تستلهم من نظرية الاستعمالية المرجوة لادواردس Edwards الذي يعتبر أن أن تبني بعض السلوكيات (الصحية أو المفضية إلى المرض) هي نتاج تقييم مسبق لتكلفة و فوائد تلك السلوكيات، و يعتبر أكثر هذه النماذج شعبية هو نموذج المعتقدات الصحية Health belief model ونظرية السلوك المخطط.

1- نموذج المعتقدات الصحية:

- يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية قوية مؤداها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهها يركز على نماذج التوقع على أساس القيمة، وهو اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة من التردد و عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، ومن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف. أي - أي من خلال تحقيق الأهداف من وجهة نظر الشخص نفسه.

طرف بيكر و زملاؤه Becker

- ويفترض نموذج المعتقدات الصحية كما يرى روز نستوك أن الناس عادة لا يحاولون

اتخاذ أي إجراء للوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حداً أدنى من الدوافع الصحية و الثقافية الصحية (المعلومات عن الصحة و المرض) وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض و تهديده لهم هو احتمال قائم، وكانوا مقتنعين بجدوى محاولة الوقاية أو العلاج، و بإمكانية اتخاذ الإجراء المطلوب أو المقترح اتخاذه لذلك دون معوقات تذكر أو بقليل من الصعوبات.

- و يتضمن نموذج المعتقدات الصحية العناصر التالية:

- ا- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدده ما يراه هو من احتمال تعرضه للمرض، أو مرض معين، و مدى خطورة هذا المرض و نتائجه العضوية و الاجتماعية.
- ب- تقييم الفرد لجدوى أو فائدة هذا السلوك المقترح، و مقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك في رأي الفرد ذاته، من تكاليف أو أضرار أو معوقات جسمية أو نفسية أو اقتصادية.
- ج- مثير للسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون هذا المثير داخلياً كالأعراض المرضية مثلاً، أو خارجياً من خلال احتكاك الفرد بغيره أو بوسائل الإعلام. السوابق و هما السوابق الاجتماعية الديمغرافية و الفردية.

– كما أضيف إليه حديثاً اثر بعض العلامات المفجرة مثل (مرض احد الأقارب، الشعور بالأعراض، وصول وسائل وقائية... الخ).

أهمية هذا النموذج هو أخذه في الحسبان المعتقدات و التصورات المشتركة بين الأفراد، وهو ما يميزه عن النماذج البيو-طبية التي تحاول تعريف الصحة و المرض بأقصى ما يمكن من الموضوعية.

– و لقد تأثرت بنموذج المعتقدات الصحية الكثير من الدراسات في تقييم تبني بعض السلوكيات الوقائية (الحمل ذو الأخطار، السيدا، أمراض القلب و الشرايين، الكشف عن السرطان... الخ)، أو الدخول في أساليب حياتية صحية كالمشاركة في الأنشطة الرياضية مثلاً.

فلقد تم التحقق اثر معتقدات الأفراد و اتجاهاتهم بشكل عام على احتمال سلوكيات صحية، فالأبحاث التي استعملت نموذج المعتقدات الصحية، بينت أن بعض السلوكيات مثل الوقائية الغذائية، اللجوء إلى التحاليل، استعمال العوازل الجنسية، التلقيح، وقاية الأسنان، التوقف عن التدخين و تناول الكحول و المشاركة في الأنشطة الرياضية قد تم التنبؤ بها بواسطة الضعف المدرك و خطورة المشكلات الصحية، و ذلك لان الفوائد أعلى من التكاليف في هذا المضمار.

– كما تم التأكد أيضا من دور العلامات المفجرة , مثل حالات الرسائل الإعلامية التي يمكنها أن تحسن من وقاية الأسنان, و سلوك التدخين و السياقة , و تبين أن هذه الوسائل تكون انجح كلما أخافت أكثر.

– ولقد طورت نماذج اجتماعية معرفية أخرى لدراسة المعتقدات و الدوافع و الاتجاهات و المعايير التي تؤثر على النيات و السلوكيات الصحية , وكذلك لفهم لماذا يتخلى بعض الناس عن السلوكيات الصحية التي تعلموها بصعوبة.
الفرد "يمكنني أن أتوقف عن التدخين إذا أردت", وكذلك توقعات تتعلق بعواقب السلوك "إن التدخين قد يسبب سرطان الرئة", وأخيرا الدواعي أو الأسباب المتعلقة بالتعزيزات الممكنة و المتعلقة بالسلوك " التدخين ينقص الفلوق".

(2)- نظرية السلوك المخطط La théorie du comportement planifie :

- تم تطوير هذه النظرية من طرف أجزن 1991 Ajzen , وهي نظرية تكمل ما قبلها من النظريات, و تضيف عنصرا آخر تراه مهما وهو التحكم في السلوك المدرك , وهو مفهوم مستمد من فكرة النجاعة المدركة لباندورا .
إن النية في القيام بسلوك ما تنبئ بالتبني الفعلي لذلك السلوك, وهي ناجمة عن التأليف بين ثلاثة أنماط من المعتقدات هي :

* الاتجاه العام حيال سلوك ما الذي يتوقف من جهة على تقييم ذلك السلوك ايجابيا أو سلبيا, و المعتقدات بشأن نتائجه مثال "من المفيد ممارسة النشاط الرياضي ,فذلك يمكن أن يحسن من حالتي الصحية".

* المعايير الذاتية و التي ترتبط بدورها بالمعايير الاجتماعية , و الضغط الاجتماعي على الفرد للتصرف بشكل معين , و تبني الفرد لتلك المعايير "محيطي يدفعني إلى إنقاص وزني, واني اعلق أهمية كبيرة على هذا الرأي".

* التحكم السلوكي المدرك, و يتمثل في الاعتقاد بأنه يمكن تبني سلوك صحي أو وقائي , وهذا التحكم المدرك يتوقف على عوامل داخلية (قدرات, معلومات, مجهودات) و عوامل خارجية (فرض, معوقات).

و يمكن أن نصيغ الفرضيات التي تقف وراء هذا النموذج كما يلي: "إن الأفراد مستعدون لتبني سلوك صحي معين, إذا كانوا يعتقدون أن ذلك السلوك يعطي نتائج, نتائج يتمنونها طبعاً. و إذا كان الناس الذين يعطون أهمية لرأيهم, كانوا يرون انه عليهم التصرف بطريقة ما, وإذا كان العمل المراد الإقدام عليه يمكن التحكم فيه"

إجمالاً، يمكن القول أن علماء النفس يرون أن أسلوب الحياة وما يرتبط به من إجراءات وقائية يرتبط بمداومات فردية *Délibérations individuelles* أكثر مما يرتبط بالإطار الاجتماعي للمعتقدات حول الصحة.

وهذا ما ينجر عنه تبني البعض لأنماط سلوكية خطيرة تقضي في الغالب إلى الزيادة في احتمالات الإصابة بالمرض وهناك بالمقابل من يتبنى سلوكيات صحية تخفض من احتمالات الإصابة بالأمراض ابتداءً من ممارسة الرياضة و احترام الإرشادات الطبية و المراقبة المنتظمة لحالتهم الصحية و انتهاء بالنوم الكافي ووضع حزام الأمان و غسل الأسنان... الخ.

لذلك يعمل العلماء اليوم على ترقية الصحة لدى السكان بواسطة تحسين الظروف البيئية من جهة و تغيير سلوكياتهم من جهة أخرى, و يتمثل تغيير السلوك أساساً في تغيير أساليب حياة الأفراد من خلال التأثير على مفاهيمهم ومعتقداتهم و اتجاهاتهم و تصوراتهم و الزيادة في معلوماتهم ومعارفهم حول مخاطر وأسباب و عواقب الأمراض المختلفة, حيث يتوقع أن يتخذ الأفراد قرارات عقلانية, على اعتبار أن معارف الناس هي مقدمات لسلوكهم. فقد أشارت بعض الدراسات

- و في نفس هذا الإطار, فإن نظرية التعلم الاجتماعي لروتر ولفانسن *Levenson et Rotter* تشير أن المعتقدات المتعلقة بالصحة بشكل عام يتم تعلمها من الحياة, فهي ترتبط بخبرات الفرد الشخصية في الصحة و المرض, كما ترتبط بخبرات الآخرين الصحية أو ما يعرف بالتعلم البديل. *Vicariant Apprentissage*, هذا ناهيك عن المعتقدات التي تنقلها الثقافة بشكل عام أو الثقافة الفردية للفرد.

Vicariant ou Variant Apprentissage, هذا ناهيك عن

المعتقدات التي تنقلها الثقافة بشكل عام أو الثقافة الفردية للفرد.

* تشكل التصورات الاجتماعية في الاتجاه النفسي نقطة تقاطع عدد من العوامل يصعب حصرها في كثير من الأحيان لان هذه العوامل لها أبعاد ثلاثة هي البعد الفردي بعد الجماعة و بعد المجتمع, ومن ثم فإن هذه الأبعاد الثلاثة تشكل تصوراتنا الاجتماعية و النفسية لكيفية الوقاية و العلاج و مواجهة الأخطار. كما يؤكد الاتجاه النفسي على الارتباط الوثيق بين التصور, المعتقدات, القيم, المعايير, العادات السنن الاجتماعية و الرموز.

* يطرح علماء النفس قضية جوهرية في النظرية الاجتماعية المعاصرة وهي قضية ترتبط بتكون و تشكل التصورات النابعة من الذات و نموها و احتكاكها و تطورها بوسطها الاجتماعي و النفسي, هذه القضية دفعت علماء النفس لاستخلاص نتيجة ذات أهمية بالغة و هي أن التصور الاجتماعي للمرض و هو في الأساس تصور نفسي ينبع من ذات الفرد ثم يتلون بالشكل الاجتماعي عندما ينتقل إلى مستوى الممارسة و العمل, و هذا ما يفسره

المتخصصون بوجود علاقة جدلية بين الذات و الموضوع و كيف تنتج هذه العلاقة تصورا أو معتقدا حول ظاهرة حول ظاهرة ما.

—

وبناء على ما تقدم يتضح أن مختلف الاتجاهات النظرية التي عرضناها, تتفق على الإطار العام الذي تدور في فلكه هذه الاتجاهات, ذلك إنها تسعى جميعا إلى تفسير مسألة التصورات الاجتماعية في علاقاتها بالصحة و المرض, و إنما يبقى الاختلاف أو التمييز بينها في المداخل التي يبدأ منها كل اتجاه .

المبحث الثاني: علم الاجتماع الطبي و الصحة

تمهيد:

- نقوم في هذا المبحث بتعريف وافر عن علم الاجتماع الطبي, عن تاريخه, اهتماماته, أهم مفاهيمه ومنهج بحثه. ثم ننتقل إلى مفهوم الصحة أين نعرض أهميتها في المجتمع.

(1)- نبذة عن علم الاجتماع الطبي:

- يرجع ظهور علم الاجتماع الطبي في المصادر الغربية في كل من أوروبا والولايات المتحدة كفرع متميز من فروع علم الاجتماع , إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية, لكن جذور هذا العلم الجديد تمتد إلى ما هو ابعد بكثير من ذلك, وتؤكد نفس المصادر أن تقرير "أدوين شادويك" عن الأحمال الصحية للطبقة العاملة في إنجلترا في عام 1842, يعبر عن هذه الحقيقة, علاوة على أن كتابات فيرثوا وسالا مون ينومان (حوالي عالم 1848).تنتهي إلى أدبيات علم الاجتماع الطبي. كما يدخل كتاب موللرلاير الاجتماع الخاص بالمعاناة في عام 1914, على القدم النسبي لهذا العلم في التراث الغربي.⁽¹⁾

- وما إن ظهر القرن السادس عشر ظهرت أفكار تتعلق بأمراض عمال المناجم و العمال الذين يعملون في التجارة (تجارة السلع الخطيرة),و في النصف الثاني من القرن السادس عشر كتب اجريكولا Agricola و باراسيلوس Baracelus في أمراض عمال المناجم,وخلال القرن السابع عشر ظهرت كتابات راما زيني Ramazini . في عام 1556 ظهرت كتب في العلوم المعدنية تتناول مظاهر التعدين التي تتعلق بخلط و صهر المعادن كالذهب و الفضة و الآلات المستخدمة في التعدين و التهوية و الضخ, والأمراض التي يصاب بها عمال المناجم ووسائل الحماية للعمال من هذه الحوادث و الأمراض.⁽²⁾

- و نظرا لوطأة الحياة الخاصة عند بدء الثورة الصناعية , أدى إلى انتشار الأمراض وسوء الحالة الصحية لدى الطبقة العاملة والى بروز أفكار جديدة ونظريات خاصة في فرنسا ,حيث كانت أكثر الدول تقدما في النظريات السياسية و الاجتماعية,واته العلماء الفرنسيون إلى دراسة المشكلات الجديدة التي واجهتهم و استخدموا في ذلك العديد من التحليلات الإحصائية أهمها المسح الصحي الإقليمي, أو الطوبوغرافيا الطبية التي ظهرت لأول مرة في فترة 1792-1795, وتوالت بعد ذلك العديد من الدراسات العلمية الامبريقية والإحصائية للمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالصحة. فدرسوا اثر كل من الفقر, المهنة, التغذية, الإسكان, اشتغال الأطفال و اشتغال النساء وغير ذلك من العوامل . كما يعود الفضل في تقدم علم الاجتماع الطبي إلى وجود عدد من الأطباء ذوي الآراء و المبادئ الاجتماعية ومن هؤلاء المؤلف الذي قدمه طبيب في الجيش البلجيكي عام 1815 الدكتور "ارماند جوزين" الذي قام خلال ثلاثين عاما بدراسة الأحوال الاجتماعية

(1) علي الميكايوي, علم الاجتماع الطبي:مدخل نظري. دار المعرفة الجامعية, مصر 1996, ص 29.
(2) حسين عبد الحميد احمد رشوان, دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض,دراسة علم الاجتماع الطبي المكتب الجامعي الحديث, 1988, ص154.

الاجتماعية المؤثرة على الحالة الصحية و أدى ذلك إلى ظهور فكرة الطب الاجتماعي سنة 1848.⁽¹⁾

والصحية و الاقتصادية للشعب البلجيكي .ثم اصدر كتابه الذي قسمه إلى أربع أقسام. حيث عالج القسم الأول منه البيئة الجغرافية للمجتمع البلجيكي, وفي القسم الثاني قام بدراسة أسباب الوفيات واهم الأمراض المسببة لها. أما القسم الثالث, فقد افرد له لبحث العوامل المجتمعية المؤثرة في الأمراض من مناخ وتغذية وإسكان ومستوي اقتصادي وإدمان على الخمر وغيرها, وفي القسم الرابع اشغل فيه لبحث التدابير الاجتماعية التي يمكن أن يؤخذ بها لعلاج المشكلات الصحية و المرضية.⁽²⁾

و انتقلت فكرة الطب الاجتماعي إلى ألمانيا وغيرها من الدول وخاصة في الوسط و شرق أوروبا , ثم ظهر تعبير "الاجتماع الطبي" في الفترة التي سبقت الحرب العالمية الأولى في أوائل القرن العشرين, فقد ظهر في فرنسا و ألمانيا ثم ظهر و تطور بسرعة أكثر في الولايات المتحدة وبريطانيا من خلال الاهتمام بالصحة العامة و العمل الاجتماعي المنظم ,حيث انطلق العمل في المجال الصحي و العلوم الاجتماعية من قاعدة واحدة للعمل على مقاومة الأمراض,وتوفير ظروف أفضل للعمل في المصانع و المناجم و الاهتمام بالتغذية و الإسكان و ظهرت هذه المحاولات في نطاق دراسات الصحة العامة و الاجتماع الطبي.⁽³⁾

- هناك دراسات و كتابات كان لها الفضل في بروز و تطور علم الاجتماع الطبي,نذكر منها مؤلفات الدكتور الفرد " جروثجان عام 1911 ",حيث نصح بان يستخدم الطبيب مركزه ودوره في المجتمع في النهوض بالصحة الاجتماعية ,وفي رأيه وجوب إدخال مادة الصحة الاجتماعية في دراسة الطب على أن تشمل هذه المادة جوانب إحصائية

(1) فوزية رمضان أيوب, دراسات في علم الاجتماع الطبي, مكتبة النهضة الشرق, القاهرة, 1985, ص 24.

(2) حسين عبد الحميد احمد رشوان, مرجع سابق, ص156.

(3) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق, ص24.

و انثروبولوجية و تربوية واقتصادية مع التركيز على التحليل الفيزيولوجي لمشكلات الصحة الاجتماعية. (1)

وقبل ذلك أي في سنة 1902 استخدمت "اليزابيت بلاكويل" Elisabeth Blakweel , مصطلح "الاجتماع الطبي" كعنوان لمجموعة من المقالات تربط ما بين عوامل اجتماعية وأخرى صحية وطبية. وفي سنة 1910 نشر "جيمس وارياس" James Warabasse كتابا في "الاجتماع الطبي" أوضح فيه أهمية بعض الإجراءات أو الإصلاحات الاجتماعية الصحية كذلك التعليم الصحي. (2)

وكتب "ادوين ليمرت" Edwin Lemert كتاب الباثولوجية الاجتماعية عام 1951 تناول المنحرفين من جميع النماذج كالمحرومين, ومحتسي الخمر والمصابين بالعمى والمصابين بأمراض عقلية. (3)

و في ثلاثينات و اربعينات القرن العشرين , ظهرت العديد من الدراسات في الطب الاجتماعي و الاجتماع الطبي, و ازدهر الطب الاجتماعي بشدة بعد الحرب العالمية الثانية و ما ساعد في ازدهاره, هو تداخله مع الاجتماع الطبي و ظهور مشكلات طبية و صحية جديدة منها , انتشار الأمراض المزمنة, ازدياد نسبة كبار السن في المجتمع و المرضى عقليا و المضطربين نفسيا و المعوقين, بالإضافة إلى تطور المستشفيات كمؤسسات علاجية طبية, فتضاعف حجمها و تضاعفت ميزانيتها و ازدادت التخصصات الطبية بها.

و أصبحت الحاجة إلى أعداد كبيرة من الأطباء ضرورة ملحة إلى جانب هيئات معاونة من غير الأطباء, و تعقدت العلاقات الاجتماعية بداخلها, وفي نفس الوقت اتسع نطاق العلوم الاجتماعية و تطور علم الاجتماع المهني و الاجتماع التنظيمي و زاد الاهتمام بدراسة الأنماط الحضارية, و نظم القيم الاجتماعية و نظم الرعاية الصحية و الطبية التي اتسع نطاقها و تعددت مؤسساتها, و تداخلت الدراسات الاجتماعية مع بعض الدراسات الطبية أو الصحية و ازداد عدد الدارسين و الباحثين و تنوعت اتجاهات البحث و مجالاته فلم تعد مشاكل التصنيع و التحضر هي المشكلات الأساسية فقط, بل زاد عليها على سبيل المثال لا الحصر , مشكلات تلوث البيئة و البيروقراطية في الخدمات الصحية, و التطور التكنولوجي في الطب و ما نتج عنه من مشكلات إزاء هذا التطور الذي حدث في الدراسات الاجتماعية الطبية من حيث المجال و المنهج و الكم و الكيف.

(1) حسين عبد الحميد احمد رشوان , مرجع سابق , ص ص 156 , 157 .

(2) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق, ص 25.

(3) حسين عبد الحميد احمد رشوان, مرجع سابق, ص ص 157 , 158.

اعتبر معظم علماء الاجتماع في أمريكا و انجلترا أن علم الاجتماع الطبي قد ظهر بعد الحرب العالمية الثانية كفرع حديث لعلم الاجتماع, بل وظهرت معه والى جانبه وكجزء منه في بعض الدراسات الانثروبولوجية الطبية بشقيها, الاجتماعية الحضارية و الطبيعية.(1)

و هكذا فان جذور علم الاجتماع الطبي تكمن بعيدا في أعماق القرن التاسع الميلادي وما تلاه عند العرب المسلمين, ثم بدا الاهتمام به في الغرب و أمريكا خلال القرن التاسع عشر , أي بعد عشرة قرون حتى وصل إلى مستوى فائق على مدى ربع القرن الأخير(1950-1975) غير أن ازدهار هذا العلم قد انحصر في البلدان الصناعية .
بالتالي يمكن القول بأنه لم يجذب اهتماما كبيرا نحو مشكلات الخدمات الصحية في بلدان العالم الثالث إلا في حدود ضيقة.(2)

(2)- نظرة علم الاجتماع إلى الطب :

- يعتبر علم الاجتماع الطبي مجال للتداخل العلمي و الاعتماد المتبادل بين علوم متعددة ولا يستفيد هذا العلم الجديد من جهود و دراسات علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي فقط, بل يستفيد أيضا من جهود الباحثين في مجال الطب و الصحة العامة و علماء الأوبئة , اقتصاديات الصحة الأطباء المهتمين ببحث و دراسة الأدوار التي يؤديها .
و على هذا فان علم الاجتماع الطبي يمثل مجالا مشتركا بين الطب و علم الاجتماع , و يمثل من ناحية أخرى مجالا للبحث التطبيقي, من هنا يعرض "دافيد مكانيك" D. M echanic علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة من الجهود الرامية إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية داخل سياقات الأنساق الطبية , والى الدراسة التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات المرض و رعاية المريض .(3)

وترى ماجدة حافظ أن الطب يهتم بقضايا الصحة و المرض و علم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي , وبالتالي فعلم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بين العلمين الاجتماع و الطب , بمعنى انه يدرس قضايا الصحة و المرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية و الإدارية, أما علي الميكاوي فقد عرف علم الاجتماع الطبي على انه الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة و المرض.
أما حسين عبد الحميد احمد رشوان فانه يرى أن علم الاجتماع الطبي يعنى بدراسة العوامل الاجتماعية كالعادات و التقاليد و المعتقدات التي تؤدي إلى الأمراض, ويهتم بطائفة من الأمراض التي يتعرض لها الفرد إذا عاش في مناخ اجتماعي معين مثل أمراض المهنة أو

(1) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق, ص ص 25,26.

(2) علي الميكاوي , مرجع سابق , ص34.

(3) علي الميكاوي , مرجع سابق,ص40.

كل ما يتصل بالمرض المهني .كما يعنى بالأمراض الاجتماعية التي تسبب مشكلات , كالإدمان على المخدرات و الخمر و مظاهر النشاط الجنسي المبكر و غيرها. (1)
ويستخدم علم الاجتماع الطبي المواقع الطبية و الصحية في دراسة الظواهر السوسولوجية ,مثل البناء التنظيمي و علاقات الدور و قيم الأشخاص العاملين في الميدان الطبي ,و بعبارة أخرى دراسة ميدان الطب كنسق للسلوك. (2)

بالنسبة لفوزية رمضان أيوب, فإنها تعرف علم الاجتماع الطبي انه فرع من علم الاجتماع العام يدرس ما يدرسه علم الاجتماع في علاقته بالناحية الصحية و الطبية في المجتمع,بمعنى انه يدرس العلاقات الاجتماعية و التنظيمات الاجتماعية و المؤسسات الاجتماعية التي ترتبط أو تؤثر بالنواحي الطبية و الصحية. (3)

3- الاهتمامات الاجتماعية للطب:

للحصول على صورة واضحة عن مجالات اهتمام علم الاجتماع الطبي ,نتطرق إلى أهم الموضوعات الدراسة التي تطرق لها دافيد مكانيك و نذكر منها:

1- الضغوط الاجتماعية و الأمراض:

- يهتم كثيرا من علماء الاجتماع و علماء النفس الاجتماعي بدراسة مصادر الضغوط و المشكلات الاجتماعية و العلاقة بين هذه الضغوط وبين الإصابة بالأمراض. (4)

2- الطب النفسي الاجتماعي و المجتمعي:

- هناك عوامل اجتماعية و مجتمعية عديدة تؤثر في ظهور بعض الأمراض وفي الاستجابة للعلاج منها و الطب النفسي الاجتماعي و المجتمعي لا يهتم فحسب بدراسة السياق الاجتماعي للصحة و المرض, إنما الهدف منه دراسة مختلف العوامل التي تحقق ارتقاء في المستوى الصحي للأفراد ,و ارتفاع في درجة الوعي الطبي و الوقاية من المرض

(1) علي الميكايوي , مرجع سابق, ص 41.

(2) حسين عبد الحميد احمد رشوان , مرجع سابق, ص ص 131, 132.

(3) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق, ص 19.

(4) محمد علي محمد و آخرون, دراسات في علم الاجتماع الطبي , مرجع سابق, ص 33.

و الاستجابة النفسية الصحيحة للمرض و العلاج.(1)

(4)- أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي:

- تعتبر الصحة و الرعاية الصحية من أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي,لهذا نسرد البعض منها:

(1)- الصحة:

- هناك تعريف سلبي يعتبر أن الصحة هي غياب المرض الظاهر, و خلو الإنسان من العجز و العلل, وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض, ولم تبدوا عليهم علامات الاعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء, و لكن هذا المفهوم ضيق للغاية خاصة إذا قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية و الذي يذهب إلى أن الصحة هي حالة التحسن الجسمي و العقلي و الاجتماعي الكامل, و ليس مجرد غياب المرض أو العلة.(2) وهناك منظورات عديدة تفسر مفهوم الصحة كل حسب اتجاهها مثلما سنراه فيما يلي:

(أ)- النظرة الطبية العلمية للصحة:

تسمح بالنظر إلى الجسم ككل أو عضو من الأعضاء أو جهاز من أجهزة الجسم على انه في حالة صحية طبية ,إذا كان يؤدي وظائفه بفعالية,مشبعاً للحاجات , مستجيباً لمتطلبات الحياة أو حاجيات البيئة, سواء في ذلك الاحتياجات الداخلية أو الخارجية و مؤدياً دوره في النمو و التكاثر.(3)

(ب)- النظرة الاجتماعية الطبية:

الصحة هي القدرة الذاتية الضرورية و الكافية بدرجة مرضية,لكي يؤدي الفرد بكفاءة و فعالية الوظائف المتعددة و المتنوعة التي يكون عليه أن يؤديها في نطاق النظام الاجتماعي الذي يعيش فيه و علاقته بالبيئة أو بالبيئات التي يوجد فيها أو يرتبط بها.(4)

(1) محمد علي محمد و علي عبد الرزاق جلبي, سناء الخولي , سامية محمد جابر, دراسات في علم الاجتماع الطبي دار المعرفة الجامعية , الإسكندرية , 1989 , ص 34.

(2) علي الميكايوي , مرجع سابق, ص58.

(3) فوزية رمضان أيوب , مرجع سابق , ص42.

(4) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق , ص47.

(ج)- المنظور المجتمعي:

يهتم بالعلاقة بين الصحة و النظم الاجتماعية الأخرى, فهذا المنظور يعني أساسا تحليل الأساليب الكيفية, التي تستخدم بها الصحة لمعالجة المشكلات الموجودة في المجالات الأخرى للنشاط الاجتماعي (1)

(د)- المنظور الثقافي:

يري أن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة . وتظل تلك الحقيقة مسألة بالغة الأهمية, فأنواع الأمراض و معدلات الوفيات و أنواعها في المجتمع تتأثر كثيرا بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة و العمل و الترويح. (2)

(2)- الرعاية الصحية:

- الرعاية الصحية هي مجموع الخدمات و الإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية خدمات الرعاية الصحية الأساسية و المؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة , بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع و الحيلولة دون حدوث الأمراض و انتشارها.

ومن ناحية أخرى قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا للرعاية الصحية على أنها "أسلوب للرعاية يتعلق بمجتمع بعينه و هي تتكون من أساليب ووسائل مناسبة و غير باهظة التكاليف و مقبولة في المجتمع, و في حدود ما تسمح به الظروف فانه من الأفضل أن تكون القوى البشرية في تلك البيئة و كذلك المعدات و التجهيزات و الاعتمادات الحالية منبثقة جميعها من نفس المجتمع".

التعريف على أن تلك الرعاية الصحية تتبع من المجتمع و تغطي معظم فئاته الريفية و البدوية و الحضرية مقابل ما يقدرون عليه, و تربط بين المهن الطبية و الاحتياجات الصحية للمجتمع, و تعتمد على الموارد البشرية و المادية المتاحة وتستغلها في تقديم الخدمات الصحية, وترتبط من ناحية أخرى بالمؤسسات الصحية مختلفة المستويات لتفيد المريض. (3)

(1) محمد علي محمد و آخرون, دراسات في علم الاجتماع الطبي , مرجع سابق , ص86.

(2) محمد علي محمد و آخرون, دراسات في علم الاجتماع الطبي, مرجع سابق, ص67.

(3) أيمن مزاهره و عصام حمدي الصفدي و ليلى أبو حسن, علم اجتماع الصحة, دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع, عمان الأردن الطبعة العربية الأولى, 2003, ص67.

● مفهوم الرعاية الصحية:

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و البيئية التي تؤثر في صحة الفرد (المرأة) بجانب الرعاية الطبية , و بالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة و الوقاية من المرض. (1)

(5)- مفهوم البحث في علم الاجتماع الطبي:

علم الاجتماع الطبي هو فرع من فروع علم الاجتماع العام, لذلك فان مناهج البحث العلمي الاجتماعي تستخدم أيضا في علم الاجتماع الطبي, غير أن هناك ملاحظات على الباحث أن يأخذها في اعتباره, حتى يسير منهجه وفقا لموضوع بحثه. (2)

(6)- أهمية الصحة في المجتمع :

- تتجلى أهمية الصحة في المجتمع حسب درجة تأثير المرض و دور المريض و الطبيب و الأسرة , تأتي المؤسسات الصحية كاستجابة لها , فوجود أي مجتمع أو جماعة أو أسرة مرتبط بمجموعة من الأدوار الاجتماعية التي يلعبها و يؤديها كل فرد ضمن هذا المجتمع أو المجموعة أو الأسرة و تمثل هذه الأدوار , نشاطات و واجبات هامة غالبا ما تكون ضرورية لبقاء الجماعة و الفرد, كما يعرف مندراس Mendras الدور الاجتماعي بأنه رزمة توقعات تحدد سلوك الفرد ضمن موقع محدد. و الموقع يقصد به الموقع الذي يحتله الفرد ضمن مجموعة معينة, أو الموقع الذي تحتله المجموعة في مجتمع معين. (3)

- من هذه الوجهة النظرية يمكن تعريف أية جماعة أو أي مجتمع كأنه بنية ادوار توجد مستقلة عن الأفراد الذين يؤدنها.

(1)- علم الاجتماع الطبي و الصحة :

-يهتم علم الاجتماع الطبي بالنتقيف الصحي و الجانب الاجتماعي في النظم الصحية, و الصحة الشخصية الدرجة التي جعلت بعض الأطباء الاجتماعيين ينادون بان أفضل تسمية تطلق عليه, "علم الاجتماع الصحة" بدلا من علم الاجتماع الطبي, حيث يعمل على تحسين صحة المجتمع و يبين مدى تأثير ذلك على التعليم و العمل و مستوى المعيشة و الصحة و

(1) نفس المرجع ص68.

(2) فوزية رمضان أيوب, مرجع سابق , ص32.

(3) ريمون بودون و فرانسوا بوريكو, المعجم النقدي لعلم الاجتماع , ترجمة سليم حداد , ديوان المطبوعات الجامعية, الجزائر, 1986, ص ص288,289.

الزواج و الإسكان, كما يبين تثير هذه العوامل على صحة الفرد و نفسيته. (1)

(2)- الأسرة و الصحة:

- للأسرة مكانة هامة و متميزة بالنسبة للمؤسسات الاجتماعية الأخرى, وقد اهتم بها الفلاسفة و المفكرون منذ القدم, كما ركزت عليها مختلف الأديان أيضا وذلك بسبب الآثار التي تخلفها في الزوجين و الأولاد و الحاجات التي تقتضيها لهم, و للنتائج التي تحدثها في المجتمع.

- و الأسرة باعتبارها مؤسسة اجتماعية تتواجد و تندمج ضمن إطارها الحقيقي و هو المجتمع, فإنها تؤثر و تتأثر بصحة و مرض احد أفرادها باعتبارها البيئة المحيطة بالمريض و ذلك حسب درجة المرض, فإذا كان فعلا مرضا خطيرا يؤدي إلى الخروج على السلوك اليومي المعتاد في نطاق الحياة الأسرية, لأنه في الأحوال العادية ليس هناك ما يحمل أفراد الأسرة على الخروج على الروتين لهذا غالبا ما تختفي العواطف و الانفعالات في زحمة الحياة اليومية.⁽²⁾

(1) حسين عبد الحميد احمد رشوان. مرجع سابق ص ص 133, 134.

(2) محمد علي محمد و آخرون, دراسات في علم الاجتماع الطبي, مرجع سابق,

الفصل الثالث

سن اليأس عند المرأة

المبحث الأول: ماهية سن اليأس.

المبحث الثاني : مميزات سن اليأس.

المبحث الثالث: تطورات سن اليأس عند المرأة.

المبحث الرابع: مشاكل سن اليأس عند المرأة.

تمهيد:

نتناول في هذا الفصل ما يحدث للمرأة بعد سن الخصوبة في منتصف العمر , و التي تعرف بمرحلة سن اليأس , حيث تطرأ على حياتها تغيرات عديدة جسمانية و نفسية وعاطفية و اجتماعية و اقتصادية.

المبحث الأول: ماهية سن اليأس

(1)-التعريف بسن اليأس:

تشتق كلمة سن اليأس Ménopause من الكلمتين اليونانيتين و هما Men وتعني شهر و pausis تعني توقف أو ما يطلق عليها Pauein , Menos أي توقف الحيض الشهري مما يؤدي إلى نهاية حياة التناسل اللانثى:

و يعتبر سن اليأس حدثا ذا أهمية في حياة كل امرأة و يحدث بعد منتصف العمر تقريبا و يشار إليه في لغة كل يوم " بالتغير " و الوصف الأدق انه بداية تغير الحياة فعندما ينظر للحيض كخطوة للأمام في حياة المرأة أي عملية بناء Abolic يمثل سن اليأس عملية هدم أو فقد Catabolic و عرض سن اليأس يعرف كحالة انتقال للأنثى بين أعمار التناسل و اللاتناسل و وقت التوقف الفسيولوجي لدورة الحيض مع تغيرات و ضعف لنشاط المبيض و توقف عن إنتاج البويضات الناضجة كما يعجز المبيضان عن إنتاج قدر كاف من المواد الكيميائية التي تسمى بهرمونات الجنس كالا ستروجين وبروجستون و حجم اقل من الهرمون الذكري التستوستيرون لتنشيط الجدار المبطن للرحم، فقبل سن اليأس يزداد سمك الجدار المبطن للرحم مرة كل شهر ليكن معدا لاستقبال البويضة الملقحة و إذا ما انزعت في الجدار المبطن للرحم تمت رعايتها لتبدأ في النمو و تكوين الجنين وإذا لم يحدث التخصيب للبويضة (أي لم تزرع) طردت خلال التجويف الرحمي مع ما يتساقط من الجدار المبطن للرحم و الذي ينتج عنه نزف كمية من الدم لمدة محددة (حوالي خمسة أيام) في صورة الدورة الشهرية لكن أثناء سن اليأس لا يوجد شيء ليسيل كل شهر⁽¹⁾. وهكذا تتوقف الدورة الشهرية نظرا لان الضعف المبيضي و الذي ينتج عن الهبوط في مستويات إنتاج الاستروجين بحيث لم يعد قادرا على انطلاق البويضة بتفجير الجسم الناضج أو جسم جراف Graafian Follicle خارج المبيض كل شهر , كما أن التوقف التدريجي للدورات يتبعه ضمور للرحم و لأنسجة الأعضاء التناسلية الخارجية كالثدي لنقص الإمداد بالا ستروجين وتستغرق تلك العملية عدة شهور يحدث خلالها تغيرات تدريجية في كل أنسجة الجسم⁽²⁾.

ويطلق عليه مصطلح آخر بمعنى Climacterium أي التوقف الطبيعي للحيض في الأعمار ما بين 45- 50 سنة, كما يعرف قاموس ويبسترواكسفورد المختصر بالهبوط التدريجي للقوي الحيوية وما يصاحبها من أعراض كفقد الأنوثة و الخصاء الرمزي Symbolic Castration و يعد مدخلا لمرحلة كبر السن حيث ينمو التخصيب Fertility

(1) هندومة محمد أنور حامد , سن اليأس عند المرأة, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, 2006, ص39.

(2) نفس المرجع , ص40.

للأنثى ابتداء من سن المراهقة ثم يهبط تدريجيا بعد سن 30 ويختفي في الأعمار ما بين 50,54 سنة تقريبا .

وأن سن اليأس في أشكاله و أساليبه العديدة أشير إليه في عديد من الثقافات المبكرة و الآيات Texts للربط بين السن و فقد الخصوبة ففي الإنجيل Bible على سبيل المثال حيث يقول الرب لإبراهيم عن زوجته سارة سوف يبارك " يسعد" ويعطيه غلاما ثم طرح إبراهيم وجهة وقال ما في قلبه , هل يولد لي طفل وان عندي مائة سنة وتبلغ سارة من العمر 90 سنة وهل تحمل وتلد .

وهناك بعض الآيات القرآنية التي عرضت لسن اليأس , ومنها ما ربطت بين سن اليأس وعدم التبريج " و القواعد من النساء اللاتي لا يرجون نكاحا فليس عليهن جناح أي يضعن ثيابهن غير متبرجات بزينة وان يستعفن خير لهن و الله سميع عليم"(1), و الآية الأخرى و "اللاثى يئسن من المحيض من نسائكم إن ارتبتم فعدتهن ثلاثة أشهر و اللاتي لم يحضن و اولات الأحمال اجلهن أن يضعن حملهن و من يتق الله يجعل له من أمره يسرا"(2) .

أما عن الآراء فيما يتعلق بالفترة التي تلي سن اليأس وما هي إلا فترة للقلق و الاضطراب فما هي إلا فكرة وثنية تتناسب للوضع المخصص للنساء في حضارة اليونان و الرومان حيث نادرا ما اعتبرن ذا قيمة أكثر من كونهن للتسلية و اللهو من جانب الرجال و لإنجاب الأطفال و لكن هذا لا ينطبق على النساء بعد تحرير هن اجتماعيا بالآراء و العقائد النصرانية.

ولقد بالغ القدماء في تصوير أخطاء هذه المرحلة و اعتبروا سن اليأس من اخطر المراحل في حياة المرأة, أما العرب القدماء فقد شعروا بخطرهم دون أن يهتموا بإبرازه كثيرا وإغفالهم لأمر بحث هذه المسائل الجنسية بصورة عامة (3)

وفي القرن السادس عشر زود توقف الحيض بالوثائق بأنه لا يتوقف قبل سن الخامسة و الثلاثين ولا يستمر عادة بعد سن الخمسين و, أن المرأة البدينة تفقد دورتها مبكرا وما إذا كانت الدورات طبيعية أم كانت غير طبيعية في الكمية من حيث الزيادة أم النقصان

(1)- سورة النور , الآية(60) , و تدل الآية القواعد من النساء لقول سعيد بن جبير هن اللواتي انقطع عنهن الحيض ويئسن من الولد و اللاتي لا يرجون نكاحا, أي لم يبق لهن تشوق إلى التزوج فليس عليهن من الحرج في التستر كما على غيرهن من النساء , و لكن لا يتبرجن بوضع الجلباب لييري ما عليهن من الزينة أو يتركن بوضع ثيابهن فهو أفضل لهن.

(2)-سورة الطلاق, الآية(4),وتدل الآية على عدة الايسة وهي التي قد انقطع عنها المحيض لكبرها فعدتها ثلاثة أشهر عوضا عن الثلاثة قرؤ في حق من تحيض .

(3)-ابراهيم ستون و ماري ستوبسنو اوليفر يترفيد, التكافؤ الجنسي بين الرجل و المرأة: كتاب الجنس و الزواج و الحب, ترجمة حسن عبد السلام, المكتبة الشعبية , القاهرة, 1972, ص16.

يعتمد على السن و فصول السنة و العادات و السمات الخاصة للنساء و طبيعة الأطعمة المأكولة و الأمراض التي تعاني منها, و مواصفات مماثلة عن توقف الحيض و لحظة استمراره لمائة سنة أخرى .

لكن حتى نهاية القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر لم يؤخذ ذا قيمة, وفي تلك الفترة فان رؤية الأطباء لسن اليأس بأنه يمثل خطرا جسيما و اضطرابا نفسيا و علامة على نهاية سنوات المرأة لحيويتها وجاذبيتها الجنسية.

وفي عام 1857 لخص الطبيب البريطاني ادوارد تيلت Edward Yilt آراءه عن سن اليأس في أول كتاب له بعنوان "تغير الحياة" Change of life و ذلك فيما يلي :

- (1)-إن تغير الحياة يعتبر انقلابا بارزا.
- (2)-توضع المرأة من هذا الوقت تحت قانون علم الصحة لأنها غالبا ما تتأثر بالسرطان(*) و النقرس (داء المفاصل) و الروماتيزم.
- (3)كما أشار أن تغير الحياة يقلق و يربك الجهاز العصبي للأنتى و يجرّد المرأة من مفاتها الشخصية وان التأثيرات العصبية أحيانا ما تحدث في هذا الزمن الحرج.

فهذه التقارير إنما تعكس الميل في منتصف القرن التاسع عشر وفيما بعده في نظرة المؤلفات الطبية لسن اليأس مع بعض الملامح الاجتماعية السلبية ,حيث قدم كولومبات ديليسير Colombat de Lisere 1945 وصفا عن تغير الحياة في مقال له بسلسلة مقالاته عن أمراض النساء بقوله " تتوقف المرأة عن الإنجاب" و يعيش الآن فصاعدا لأنفسهن فقط وان ملامحهن تطبع بطابع السن و أعضائهن التناسلية تطبع بخاتم العقم, و أخيرا فان كل شيء يسبب الندم على المفاتن التي فقدت والمتع التي انتهت للأبد.فهي الآن تشبه بالملكة التي انتزعت من عرشها أو بالمرأة الفاتنة التي توقر كل ما يتصل بذكرياتها وسوف تحتفظ بعدد قليل من المتوددين بحيث تجذبهم بفتنه ذكائها و عقلها و بقوة موهبتها .

و كما ذكر بوستون Boston 1970 أن سن اليأس لا يعني توقف الحيض و إنهاء القدرة على الإنجاب فقط و لكن يعني "تغير الحياة", حيث الصورة العامة لنموذج المرأة في سن اليأس يتمثل في السلبية و الضعف أو الذبول و شحوب اللون و الإثارة و عدم الجاذبية للرجال و الاكتئاب اللاعقلي و المعاناة غير المقصودة ومن غير المحتمل العيش معها ,حيث تدفع زوجها للبحث عن مصاحبة امرأة أخرى, وقد أوضح نتيجارتين 1976 أن مرحلة سن اليأس عند النساء تعادل مرحلة التقاعد عند الرجال وغير ذلك من التشبيهات المماثلة التي تحمل في طياتها معنى التغيير, و لذا فإن تعبير سن اليأس هو من أظلم و أسوأ التعبيرات إذا فهم على أنه انتهاء لكل شيء لدى المرأة وإنما لا بد وأن ينظر له على أنه تطور وظيفي في طبيعتها ولا يد لها فيه⁽¹⁾, وما يبدو منه من أعراض لن تنسب له فقط فهو لا يمثل الحدث المركزي للمرأة فيما بعد منتصف العمر تقريبا, حيث يتداخل المحتوى البيولوجي مع نمو أو تطور العائلة و تعدد الأدوار و النمو الفردي, فضغوط ما بعد منتصف العمر تكون نتيجة اتحاد مجموعة من المتغيرات

الشخصية و العائلية و البيولوجية و الاجتماعية مع تطور فيما بعد سن اليأس كمرحلة هامة في الحياة .

(2)-أسباب حدوثه:

يحدث سن اليأس نتيجة لتغيرات في نظام الغدد الصماء و خاصة كلا من غدة الهيبوثلامس النخامية و المبيض, و التوقف التدريجي للمبيض عن إنتاج الهرمونات التي تضبط دورة الحيض , وأن تلك العملية تأخذ عادة سنة أو أكثر و توجد دائما بعض الأعراض قبل التوقف النهائي للدورة الحوضية و لهذا يحدث سن اليأس لسببين :

- (1)- اختفاء بويضات المبيض Ovarian Oocytes المستجيبة للهرمون المنبه للمنسل.
- (2)-الجريبات البدئية Primordial Follicles المستمرة لا توضح علامات النمو رغم تزايد إفرازات الهرمون المنبه للمنسل و هذا يوضح أن الجريبات المستمرة لم تعد يستجيب للهرمون المنبه للمنسل, و التي قد تنشأ من النقص الهرموني.

(3)-أعراض سن اليأس:

قد تدخل عديد من النساء مرحلة سن اليأس بدون أي صعوبات , لكن غيرهن يعانين من أعراض مضطربة أو مشوشة قد تستمر فقط لأسابيع أو شهور قليلة بينما تمتد إلى سنوات عديدة لدى أخريات , و تتمثل تلك الأعراض في جسمية و سيكولوجية و سيكوجسمية سوف اعرض لتلك الأعراض في الفقرات الآتية.

فسن اليأس اليوم يقترب من وجهة النظر السيكوفسيولوجية أو السيكوجسمانية حيث أن العوامل الجسمانية و الانفعالية أو النفسية تتناسج تماما أثناء تلك الفترة , ورغم أن كل النساء يحدث لديهن بعض تلك الأعراض بنسب متفاوتة لكن كم عدد النساء اللاتي يتعرضن حقيقة لتلك الأعراض؟

(*) لكن هذا الاعتقاد خاطئ بان هناك ارتباطا بين تغير الحياة و حدوث السرطان, ولكن ربما يبدو في الحقيقة أن سرطان الأعضاء التناسلية للأنثى يظهر أحيانا أثناء هذه الفترة.

(1) حافظ علي يوسف, كيف تفكر المرأة, الأهرام , القاهرة, الطبعة الأولى, 1983, ص65

هذا غير معروف وإنما تقدر تقديريا من 50% إلى 80%، فالبعض قد تتعرض لأعراض قد تثير الشفقة بينما أخريات نادرا ما يدركن أن أي شيء قد حدث ولحسن الحظ أنهن يمثلن الأغلبية من النساء⁽¹⁾.

(4)-النموذج الطبي لسن اليأس

تستخدم جملة "النموذج الطبي" كاختصار, يشير إلى تكوين المعرفة و المفاهيم و المعتقدات عن المرأة في سن اليأس و التي يعطي لها مجال داخل كل مؤلف طبي. ويشير يونج Young إلى المعرفة الطبية بأنها ليست قاصرة على ما يقدم في كتب أو مقالات, لكن تنتج من الحوار بين المعرفة و التجربة الفعلية, فالتجربة يمكن أن تختلف بين الأطباء نتيجة لبعض العوامل: كالسن ودرجة الصدق أو الأمانة و التدريب وسماتهم الشخصية و أنماطهم في الممارسة الطبية و نظمهم الاجتماعية و الاقتصادية داخل عملهم مما يؤدي ذلك إلى:
*تنوع الممارسة .

*إن المعرفة الطبية تكون مجموعة من المعرفة و المعتقدات و الاتجاهات التي تسمد من إيدولوجية المهنة الطبية أو فردية الطبيب.
كما أن الدراسة الطبية لهذه السنوات يمكن أن تلقى الضوء على ميول و نزعات طبيعية معينة وكذلك في اتجاهات المرأة البيئية و الاجتماعية⁽²⁾.
ولقد برهن حديثا لوك 1982 Looke في الإشارة لسن اليأس في سلسلة مقابلاته مع أطباء النساء على انه يمثل كلا من فقد فسيولوجي و سيكولوجي .

فسن اليأس كفقد فسيولوجي :

حيث يشير اوكلي 1979 Ookley إلى أن الجهاز التناسلي المتحكم في جسم الأنثى يميل إلى الفشل و التعطل, وان قليلا من الاهتمام الطبي قد قدم له بل وان علاج سن اليأس كان أكثر حداثة من علاج الإنجاب ولم يكن منتشرًا باتساع خلال المهنة الطبية فمن المقبول عامة أن الإنجاب يتطلب إشرافا طبييا رغم وجود اختلاف رأي الممارسين عن كيفية إدارته ولكن يستمر عديد منهم ينظر لسن اليأس كحدث طبيعي و يدار بطريقة فردية, ولهذا **فالتعريف بسن اليأس كحدث ليس فسيولوجيا فحسب, وإنما يشتمل على أكثر من فقد للقوة التناسلية, حيث تفقد النساء أيضا الحماية الخاصة التي تقدمها صفاتهن الهرمونية إزاء عوامل الخطر الشرايين التاجية و تعرض أعضائهن التناسلية لخطر السرطان فسيولوجيا تصبح المرأة محرومة.**

(1) هندومة محمد أنور, سن اليأس عند المرأة, مرجع سابق, ص45.

(2) هندومة محمد أنور, سن اليأس عند المرأة, مرجع سابق, ص47.

أما عن سن اليأس كفقد سيكولوجي :

فقد أثير جدال نظري حول تعريف سن اليأس كحدث فقد سيكولوجي لدى كل من فريديان , ديتش 1945, Freudians, Deutsch وتفسيراتهما عن معنى سن اليأس ,حيث تنبثق علميا من النظرية التي تؤكد أن معنى حياة المرأة في قدرتها على إنجاب الأطفال وأن فقد تلك القدرة يؤدي إلى "فقد معنى الحياة", وعلى هذا فان تفسير فريديان لتلك النظرية يحول دون تقديم الرعاية للمرأة في سن اليأس, بينما كلمات ديتش تتمثل في أنها تبلغ نهايتها الطبيعية أي موتها الجزئي في تلك الفترة وما يعرضها لفقد دورها الأساسي من الحياة(1).

(5)- نظرة كل من الانثروبولوجيا و الطب لسن اليأس:

إن الأمثلة التي تقدم عن منتصف الحياة من جانب الأطباء و تقارير الانثروبولوجيين بينهما قليل من التشابه, و التفسير المباشر يكمن في الاختلافات بين المجتمعات بدلا من رؤية كل من علم لسنوات منتصف الحياة.

فعلى سبيل المثال ربة بيت البنغال Bengal في سن اليأس سوف تري بصورة مختلفة عن حياة المرأة الأمريكية بشمال أمريكا من الطبقة المتوسطة في تلك المرحلة العمرية , ولذا فالإدراك يجب أن يعطي للاختلافات التي تنجم عن الطريقة التي يتبعها كل نظام عرفيا في تحديد أمثله (نماذجه), حتى عندما يشتركان في نفس المجال من البحث إلا أن كلا من الانثروبولوجيا و الطب يختلفان في أنماط العلاقات التي اختيرت ووضحت وأيضا في أنماط الافتراضات عن تكامل الشكل للنموذج حيث تركت ضمنيه ولم يسأل عنها(2).

فالعامل الطبي يتميز بأنه يتطلب كل المتغيرات الفسيولوجية و الطبية للتفسير, و لكي يحدد التعريف الواضح, كما أن الافتراضات عن طبيعة البشر تقع أيضا في نماذج طبية عديدة وخاصة عندما يكون النساء موضوعا مرضيا , وهذه الافتراضات تتمثل في تحديد مفاهيم معينة كالنواحي الاجتماعية و الطبقيّة و النوع و التمرکز حول العرق, فعلى سبيل المثال في الإشارة إلى النوع و سن اليأس و العلاقة بين نقص الاستروجين و الضمور المهبلي و العلاج بالتعويض الهرموني تكون محددة في مصطلحات ملائمة للنموذج الفسيولوجي على نحو صرف, و الدليل على ذلك استمرار العلاج يقوم على افتراض أن المرأة فيما بعد سن اليأس ترغب في استمرار النشاط الجنسي بكل ما تستطيع أن تفعله وبصرف النظر عن عدم وجود أزواج لبعض النساء في تلك المرحلة. ويذكر كوفرت Kaufert 1982 أن هذا الوضع يمثل الرؤية للنساء فيما بعد منتصف العمر بالنسبة لاتجاهاتهن تجاه الجنس لدى ثقافة الطبقة المتوسطة بشمال أمريكا .

بينما الآراء النظرية للانثروبولوجيين كما يذكرها كوبر 1973 Kuper يميلون النساء موضوعا مرضيا , وهذه الافتراضات تتمثل في تحديد مفاهيم معينة كالنواحي الاجتماعية و الطبقة و النوع و التمرکز حول العرق , فعلي سبيل المثال في الإشارة إلى النوع و سن اليأس و العلاقة بين نقص الاستروجين و الضمور المهبلي و العلاج بالتعويض الهرموني تكون محددة في مصطلحات ملائمة للنموذج الفسيولوجي على نحو صرف, و الدليل على ذلك استمرار العلاج يقوم على افتراض أن المرأة فيما بعد سن اليأس ترغب في استمرار النشاط الجنسي بكل ما تستطيع أن تفعله وبصرف النظر عن عدم وجود أزواج لبعض النساء في تلك المرحلة. ويذكر كوفرت 1982 Kaufert أن هذا الوضع يمثل الرؤية للنساء فيما بعد منتصف العمر بالنسبة لاتجاهاتهن تجاه الجنس لدى ثقافة الطبقة المتوسطة بشمال أمريكا .

بينما الآراء النظرية للانثروبولوجيين كما يذكرها كوبر 1973 Kuper يميلون لبناء أمثلتهم إما بصورة رمزية أو بصورة تتضمن العلاقات الاجتماعية ,بينما تترك النواحي الفسيولوجية ضمنية , و يذكر كل من بورديو 1977 Bourdieu وروي 1975 Roy و بول 1981 Poole أن بعض التقارير للنساء فيما بعد منتصف العمر تركز على تضمينات سن اليأس للمكانة الاجتماعية و الشعائرية للمرأة و يعالج سن اليأس نفسه كمسلم به عدم الانتباه للصفات الفسيولوجية لسن اليأس كما لم يدرك الانثروبولوجيون الغموض الملازم في تجربة النساء في حالة مرورهن من الحالة اللايائية إلى سن اليأس فعلى سبيل المثال عن كيفية و سبب و زمن اعتبار المرأة يائسا , و تلك الأسئلة ضرورية لهم كيف أن العملية الفسيولوجية تصبح ذات صيغة اجتماعية (1).

كما توجد اختلافات أخرى بين الصيغ الطبية و الانثروبولوجية لما بعد منتصف العمر تنجم عن الطبيعة المختارة للنموذج المشيد داخل كل نظام.

تلك الصفات المعلومة و المسلم بها لكل من الأبعاد الانثروبولوجية و الطبية و الحجم الذي يقدم من حقائق فيما بعد منتصف العمر كما مرت به النساء يصبح مشكوكا فيه بالإضافة إلى وجود مشاكل في اختيار مدى الصلاحية الملائمة لأي مثال انثروبولوجي لأساسه التجريبي. وقد يتقبل احد ببساطة هذه المادة دليلا على أن النموذج الطبي يكون غير صحيح و ليس تمثيلا لحقيقة سن اليأس كحدث في حياة النساء , و هذا الفشل يبدو حقيقة تتطلب تفسيراً طبقاً لتمييز اردنير 1970 Ardener بين النماذج السائدة (الغالبية) Dominant و المتتحية, وأن العلاقة بين النموذج الطبي و التجربة الحقيقة للنساء فيما بعد سن اليأس تمثل العلاقة بين الصيغة السائدة و المتتحية للحقيقة , وأن البرهان السائد و المتتحي يمكن أن يمتد للأمثلة الانثروبولوجية, فصور وأشكال المرأة فيما بعد سن اليأس تبدو من منظور الذكر عن كيفية تغير علاقة النساء بالرجال فيما بعد منتصف العمر (2).

(1) هندومة محمد أنور , مرجع سابق, ص 50.

(2) هندومة محمد أنور, مرجع سابق, ص 51

و المتتحة, وأن العلاقة بين النموذج الطبي و التجربة الحقية للنساء فيما بعد سن اليأس تمثل العلاقة بين الصيغة السائدة و المتتحة للحقية, وأن البرهان السائد و المتتحي يمكن أن يمتد للأمثلة الانثروبولوجية, فصور وأشكال المرأة فيما بعد سن اليأس تبدو من منظور الذكر عن كيفية تغير علاقة النساء بالرجال فيما بعد منتصف العمر (2) .

ولذا فلا بد من إدراك الطب في إبراز العوامل الاجتماعية و الثقافية لسن اليأس و كذلك عدم إغفال الانثروبولوجيا للمتغيرات الفسيولوجية حتى تتكامل الصورة العامة لسن اليأس.

6- الحكمة من سن اليأس:

إن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين و الثلاثين و تتزايد خطورته بعد الخامسة و الثلاثين, وما يحدث في جسم المرأة من تغيرات أثناء الحمل وما يبذل من مجهود وما يفقد من دم أثناء الولادة يستلزم قوة.

وقد يقول البعض إن المرأة قد يمكنها الإنجاب حتى سن الخامسة و الأربعين, وهذا أدى إلى التفكير في حكمة هذا التوقف الإلهي إذا كان لا بد أن يتوقف احد الزوجين عن الإنجاب حتى لا يحدث حمل في سن متقدم, لأن جسم امرأة متقدمة في السن لا يتحمل عملية الحمل و الولادة, وبالذات عندما تبدأ الأوعية الدموية في فقد مرونتها ويبدأ ضغط الدم في الارتفاع و يتعذر إيقاف النزيف الذي يتوقف تلقائياً وبسهولة في السن الصغير ثم من يتحمل في سن الشيخوخة مسؤولية تقويم الطفل ورعايته عندما يشب, وقد يستلزم الأمر ضربة أحياناً وبالنظر إلى متوسطات العمر فغالبا ما يعيش هذا الطفل يتيماً, ومن هنا كان للتوقف عن الإنجاب حكمة ينبغي أن نتعلمها فإذا أوقفنا الحمل مبكراً عن سن انقطاع الحيض فإن الاستفادة من الحكمة الإلهية أكثر و أكثر.

ولهذا فإن عمر الأم يشارك مشاركة فعالة في الطفل بصحة جيدة, فالسيدات اللاتي تقع أعمارهن ما بين الثامنة عشرة و الخامسة و الثلاثين لديهن بيئة رحيمة على درجة عالية من الكفاءة بالإضافة إلى ولادة بمضاعفات اقل بكثير من السيدات اللاتي تقل أعمارهن عن الثامنة عشرة أو تزيد على الخامسة و الثلاثين, حيث تكثر حالات تسمم الحمل بعد هذه السن مما يؤثر على نمو الجنين داخل الرحم أو تشوه بعض أجزائه أو ولادة مبتسرة أو ولادة لطفل اقل بكثير من المعدل الطبيعي له مما قد يؤثر على نمو بعد الولادة وكذلك وفاة الجنين داخل الرحم كما أن احد المخاطر الأخرى التي يتعرض لها الأطفال من الأمهات الأكبر سناً هو عرض داون Dawn's Syndrome (يشير إليه بالمغولية وهو انحراف خلقي يكون في بعض الأطفال الشواذ خلقياً) Mongolism - كما ذكر رد 1975 أن طفلاً من بين ثلاثة أطفال لسيدات فوق سن الأربعين يصاب بهذا العرض.

ولقد اجري هورجر Horger 1977 بحثاً على أربعمائة من نساء متعددي الحمل و الولادة و تتراوح أعمارهن ما بين 40, 54 سنة وقد توصل للنتائج التالية: انهي الحمل بالإجهاض بنسبة 22% ومعدل وفيات الأطفال بعد الولادة مباشرة 10% وولادة طفل ضعيف أو مريض بالإضافة إلى حالات اضطراب المشيمة وهذا حدث في ست عشر سيدة

أي بنسبة 4,6 ٪ وولادة أطفال مشوهين بنسبة خمس سيدات , وسيدة واحدة قد تموت (1).

ولذا فسن اليأس يجب أن يكون مفيدا للمرأة, فكل شيء في الطبيعة يكون له غرض و غاية فاعلم النساء يوافقن أن سن اليأس يمثل ترحيبا لهن, فهو تخلص من متاعب الحيض وحماية من المخاطر الحقيقية لإنجاب طفل في نهاية الحياة لان التفسير الواضح عن سن اليأس انه بعد سن معين يصبح من الخطورة و الضرر على المرأة أن تحمل وتلد وتربي الأطفال, وهكذا فان القوة النافعة أو الخيرة Benevolent Forces للتطور تحميها إزاء هذا الخطر بجعل الحمل مستحيلا في هذه السن ربما ترتبط العملية التطورية ارتباطا وثيقا بالتكاثر –(التناسل) فلماذا تفقد النساء قدرتهن على التناسل بما أن التطور مرتبط بالتكاثر؟ ولماذا تفقد أيضا قدرتها على التناسل رغم أنها سوف تعيش أكثر من ثلاثين عاما على قيد الحياة؟ إلا أن البيولوجيا التطورية تقدم لنا إجابة ذا تفسير مقنع لهذا –فالجسم البشري يصبح ضعيفا مع العمر ولذا فاستمرار عملية الإنجاب لدى النساء تعرضهن للخطر وان تلك العملية لا تؤثر في الرجال رغم وجود الاهتمام الحالي بما يمكن تسميته بسن يأس الذكر إلا أن الرجال لا يعتبرون موضوعا حقيقيا لأي تغير جسماني مساوي لما يحدث للنساء و يبقى اغلبهم قادرين بيولوجيا على التكاثر كل حياتهم كما لا يواجهون أي مخاطر كبيرة بالتناسل في منتصف العمر أو في المرحلة المتأخرة .

لكن هذا لا يكون طريقة عمل الأشياء فالقوى التطورية-لا تهتم بالخيرية تجاه الفرد كفرد, فالحمل و التنشئة (التربية) قد تصبح متساوية في درجة الصعوبة و الضعف لدى الشمبانزي الأنثى لم تجبر على الانسحاب أو التراجع عن هذه الوجبات لكي يمتد عمر كبير بدون عوائق و هناك مثال آخر حيث يكون من الصعب و الضرر على النمر أو الأسد أن يفقد أسنانه لكن الانتخاب الطبيعي سوف يعمل ضد مصلحته, وذلك لان لحظة تجاوز الحيوان تربية شبابه فان تعمره الفردي ليس ذا فائدة لنوعه نظرا لالهتمامه كميات كبيرة من المصادر الغذائية المفيدة لذريته وعلى هذا فان فقد أسنانه بالانتخاب الطبيعي نوع من الحماية لذريته ثم التخلص منه بالموت أفضل لأنواعه.

ويقترح داوكنيس Dawkins 1976 أن النساء فيما بعد سن اليأس يمكن أن تشارك في إبقاء الجينات(مورثات) Gènes المناسبة, وذلك بمساعدة الأحفاد والأقارب الآخرين على الاستمرار في محاولة الإنجاب .

ولذا فإمكانية التناسل لكبيرات السن تكون محتملة في المقام الأول خلال محابة الأقارب Nepotism وليس التناسل المباشر وإنما في الاتجاه اللامباشر. وذلك بمساعدة جيناتهن التي حملها أحفادهن –فالانتخاب القرابي يقوم بتفسير السلوك الغيري – وأنه يضحى الفرد بنفسه من اجل قريب يحمل جزء من جيناته وهذا ما تقوم به الجدة لأحفادها في صورة تقديم خدمات لهم و رعايتهم عوضا عن الإنجاب في تلك المرحلة العمرية.

وأن طريقة تقدير النشوء (بزوغ) التطوري لسن اليأس لدى النساء تتمثل بافتراض أن القبيلة ككل وليس فقط للفرد تبدو بعض الفوائد و المنافع من وجود تلك النساء اللاتي بالرغم من أنهن أصبحن عقيمات لتقدمهن في السن و الصحة إلا أنهن يمثلن مستودعا للحكمة و المعرفة و كذلك في كيفية اكتساب المهارات و الخبرات الوثيقة الصلة بالمعرفة وفيما يتعلق ببراعتهن في رعاية الصغير.

وحيث أن النساء هن اللاتي يرعين الأطفال عادة و لهذا فإن سن اليأس يمثل حصن أمان و ضمان, وأن الأمهات لهؤلاء الأطفال سوف يعيشن طويلا بدرجة كافية لتربيتهم و لتعليمهم.

(7)- المنظور التطوري و التاريخي لسن اليأس:

إن المنظور التطوري عن تاريخ سن اليأس في دورة حياة الأنثى البشرية يؤدي إلى نظريات حديثة للتساؤل عما إذا كان يقدم كنمط مستلزم لارتقاء نشاط مرحلة ما بعد التناسل في دورة الحياة, أو إذا كان حدثا عرضيا أو غير جوهري نتاجا لعمليات أخرى اختيرت للبالغين صحيا أثناء مرحلة التناسل ذاتها .

وهناك بعض الاقتراحات عن الوضع بالنسبة لسن اليأس تعني أنه يمثل ظاهرة تطورية Evolved Phénomène لبعض الروايات الحالية عن نظرية الاستثمار الوالدي Parental Inversement تبدأ مع " افتراضات جدة " تقترح أن تفسير المرأة لتناسلها إذا توقفت عن إنجاب أطفال جدد تجاه سنوات ما بعد منتصف العمر وتركيزها على ذلك لأحفادها.

وهناك ترجمة أخرى لهذا الافتراض تقترح أن الشيخوخة ذاتها كاختيار نشط هي في أن يترك الوالدين ميدان المنافسة لانسالهما ,وفي ضوء هذا التفسير فإن تحليل سن اليأس يمثل خطوة أولى مبكرة على طريقة الانسحاب الكلي من المنافسة,بينما هناك نظريات تطورية أخرى ترفض سن اليأس كظاهرة مستلزمة وتقترح أن الانتخاب التطوري لحياة أطول ازدهارا وصحيا وذلك للبالغين للتناسل وأن مرحلة ما بعد التناسل ليس لها قيمة في دور الحياة وما هي إلا مرحلة هامشية.

كما يتفق كل من واشبورن وويس 1981 Washburn,Weiss أنه أثناء أغلب التاريخ البشري كان توقع أن أمد الحياة قصيرة وأن المرأة نادرا ما كانت تعيش فيما بعد سن اليأس, ولذا فإن الانتخاب الطبيعي لمثل تلك الفترة من عدم التناسل غير المحتمل "نظرا لعدم بلوغ تلك المرحلة حيث تشير الأدلة الحديثة إلى أن أقصى فترة حياة البشر كانت بالنسبة ل (100,000) سنة الأخيرة .ولكنه الآن فإن توقع أمد حياة المرأة أطول نسبيا عن الماضي وأيضا تأخر حدوث سن اليأس, حيث كان معدل السن كبدائية له في القرن الثامن عشر حوالي 36سنة في أوروبا وشمال أمريكا ,لكنه الآن من الممكن أن يتعدى معدل السن الخمسين عاما , فقد اتفق أطباء النساء بالإجماع على استئصال النشاط الهرموني للأنثى عن ذي قبل, و أن الدليل القصصي يؤيد إحصائيا أن النساء اللاتي كن يحضن إلى سن 52سنة أو 53سنة حالات استثنائية ونادرة قبل الحرب العالمية الثانية , ولكنها الآن أصبحت أكثر شيوعا وربما يرجع ذلك لأسباب عديدة أهمها :

- (1) العادات الغذائية السليمة.
- (2) تحسين علم الصحة.
- (3) التحسينات الحديثة الاصطناعية في الظروف البشرية مما أدى إلى ارتفاع النسبة المئوية للنساء في ما بعد منتصف العمر " أو فيما بعد التنازل" بالنسبة للمجموع الكلي للسكان وان الاستحقاق النسبي لهذه المنظورات يمكن أن يكون أفضل تقديرا إذا كانت نقاط وثيقة الصلة بالموضوع قد فسرت .

المبحث الثاني: مميزات سن اليأس

(1) - ما هو سن اليأس:

سن اليأس هو لسن الذي تتوقف فيه الدورة الشهرية في حياة المرأة, ويحدث هذا التغير نتيجة توقف المبيض عن إنتاج الهرمونات الأنثوية (الاستروجين و البروجسترون) مع تقدم العمر, وبذلك لا تستطيع المرأة الإنجاب. فهو نهاية لمرحلة الخصوبة و بداية لمرحلة أخرى ينقطع خلالها الحيض و تفقد فيها المرأة قدرتها على الإنجاب, وذلك لتوقف المبيضين عن العمل.

ينقطع الطمث بشكل طبيعي عند وجود حمل أو بعد سن اليأس. ولعل تسمية هذه المرحلة العمرية بسن اليأس كون المرأة تكون يائسة خلالها من الإنجاب, ولكنها لا تزال قادرة على الاستمتاع بحياتها الجنسية و الاجتماعية. وسن اليأس ليست حالة مرضية حتى ترتعد منها بعض النساء, بل هي مرحلة انتقالية طبيعية بيولوجية مثلها مثل البلوغ و المراهقة و الحمل والولادة, و اليأس في الإنجاب حقيقة بيولوجية يجب أن نتعامل معها و نتفهمها في حدودها ليس أكثر و لا اقل.

(2) - متى يحصل توقف الطمث:

إن متوسط العمر الذي يتوقف فيه الطمث لدى النساء هو سن الخمسين سنة, لكنه قد يحدث هذا التوقف بشكل طبيعي بدءاً من عمر 41 حتى 59 سنة أو قد يبدأ في الخامسة و الأربعين من العمر عادة, إلا انه قد يبدأ بين الـ 40 والـ 55 سنة من العمر. وهذا الاختلاف في العمر له علاقة بالوراثة, فالمرأة عادة تشابه والدتها و أخواتها في ذلك (1).

(3) - العمر الذي تأتي به سن اليأس:

سن اليأس هو ظاهرة طبيعية أو مرحلة هامة من حياة المرأة لا يمكن تجنبها, تصل إليها السيدة عندما تقرب من سن الخمسين, مع تنوع كبير من سيدة لأخرى, ولكن 90% من الحالات تدخل المرأة في هذه المرحلة بين سن الـ 45 و 55 سنة. و يتعلق العمر الذي تدخل به السيدة بعوامل مختلفة.

(1) عصام الحمصي, الموسوعة الطبية الموجزة, دار الرشيد, دمشق, و مؤسسة الإيمان, بيروت, لبنان, السنة غير مذكورة, ص 195.

(4)- لماذا يحدث سن اليأس:

إن السبب الرئيسي لحدوثه يعود إلى شيخوخة المبيضين و إلى ما ينتج عن ذلك من تبدلات في الغدد الصم و في الجهاز العصبي النباتي إذ يقل ارتكاس المبيضين بالغونادوتروبين (هرمونات الغدة النخامية) شيئاً فشيئاً. ومن الثابت أن العمل الوظيفي للمبيضين يأخذ بالضعف شيئاً فشيئاً و تنقص كمية هرمون الاستروجين المفرزة من قبلها وبذلك يصبح الغشاء المخاطي لبطن الرحم تدريجياً غير فعال. والجهاز العصبي النباتي الذي ذكر يحوي تلك الأقسام من الدماغ و النخاع الشوكي، وتلك الأعصاب أو أجزائها التي تعصب بشكل رئيسي الأعضاء الداخلية، جهاز الدورة الدموية و الغدد. ويؤثر الجهاز العصبي النباتي كذلك على استقلاب المواد في العضلات و على تحريض المستقبلات (أعضاء الحس).⁽¹⁾

5 - آلية حدوث الاياس:

يحوي المبيض على بنيات تدعى الجريبات حيث تحوي في داخلها البويض، يحوي المبيض عند ولادة المرأة على **2 مليون** بيضة وعندما تصل إلى البلوغ يبقى فقط **300 ألف** بيضة، وفي كل دورة شهرية تنضج و تتحرر **400-500 بيضة**. خلال النشاط التناسلي تقوم الغدة النخامية بإفراز هرمونات تؤدي إلى نمو البيضة وانبثاقها من الجريب في كل شهر، أما الجريب الذي فقد لتوة البيضة يبدأ بإفراز هرمونات الاستروجين و البروجسترون حيث تؤثر على بطانة الرحم و تصبح تحت تأثير هذه الهرمونات الجاهزة لاستقبال البيضة الملقحة، إذا كان هناك القاح، أما إذا لم يحصل تنكش هذه البطانة و تسقط في النهاية مستهلة دورة طمثية جديدة. لأسباب غير معروفة ينخفض إنتاج الهرمونات الجنسية في المبيض في منتصف الثلاثينات و في نهاية الأربعينات تتسارع هذه العملية وتتأرجح مستوى الهرمونات الجنسية في الدم بشدة مسببة عدم انتظام في الدورة الطمثية مصحوبة بنزوف غزيرة غير متوقعة، وعندما تصل المرأة في منتصف الخمسينات تتوقف الدورة الطمثية نهائياً. على أي حال لا يتوقف إنتاج الاستروجين بصفة بشكل كامل حيث يتم إنتاج نوعاً آخر من الاستروجين في النسيج الشحمي بمساعدة الغدة الكظرية. هذا الشكل من الاستروجين المنتج في الأنسجة الشحمية أقل فعالية من الاستروجين المنتج في المبيض، وبما أن إنتاجه يزداد مع تقدم العمر و مع كمية المخزون الشحمي الموجود في الجسم.

(1) سميح الخوري، دليل المرأة في حملها وأمراضها، دار الفارس للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الثانية، 1995، ص 280.

البروجسترون وهو الهرمون الجنسي الثاني المفرز من المبيض, يؤثر على بطانة الرحم في النصف الثاني من الدورة الطمثية حيث تتمسك بطانة الرحم و تصبح أكثر غزارة بالأوعية الدموية, و اشد قابلية لإيواء البيضة الملقحة وإذا لم يحصل القاح, فان مستوى البروجسترون في الدم يهبط مما يؤدي إلى انسلاخ بطانة الرحم و سقوطها نهائياً.

أحيانا تغيب الدورة الطمثية دون أن يكون بالضرورة هناك حملاً, وقد يكون السبب عدم وجود كميات مفرزة من البروجسترون الكافية لانسلاخ بطانة الرحم, في حين قد يبقى مستوى الاستروجين عالياً. عادة تتأرجح مستوى الهرمونات الجنسية في الدم في سن اليأس حيث تكون مرتفعة مرة و مرة أخرى منخفضة, و ليس دائماً أن يكون الانخفاض في هذه المستويات متجانساً.

إن التغير الحاصل في وظيفة المبيض الإفرازية أثناء سن اليأس يعتبر سلبياً على بقية الغدد في الجسم حيث تعرف هذه الغدد بمجموعها بالجهاز الغدي, وهذا الجهاز الغدي يدخل و يتحكم في عمليات النمو و الاستقلاب و الإنتاج التناسلي وكذلك يؤثر هذا النقص على معظم الأنسجة في الجسم و خاصة الثدي-المهبل-العظم⁽¹⁾.

6- بؤادر الوصول إلى سن اليأس:

بعض السيدات ينتقلن مباشرة إلى الدخول في سن اليأس حيث ينقطع غنهن الحيض مرة واحدة دون مقدمات, بينما يسبق انقطاع الحيض في أخريات حدوث نزيف من الرحم يتكرر مع كل دورة أو يحدث في غير ميعاد الحيض, وفي أخريات يتوقف المبيضان عن العمل تدريجياً مما يؤثر على الدورة الشهرية بطرق مختلفة, فأولاً تقل كمية دم الحيض لفترة ثم يتباعد ميعاد الحيض لفترة أخرى, إلا أن ينقطع تماماً⁽²⁾.

7) توقف الحيض الشهري في سن اليأس:

إن الطابع الخارجي الخاص لسن اليأس هو التوقف التدريجي أو الفجائي لظهور الحيض, و الكيفية التي يحدث فيها توقف الحيض مختلفة باختلاف نماذج النساء .

(1) احمد عيسى, صحة المرأة في ادوار حياتها, دار الرائد العربي, لبنان, الطبعة الثالثة, 1985, ص46.
(2) أيمن الحسيني, أسرار المرأة و حياتها الخاصة: الصحية و النفسية, دار الهدى للطباعة و النشر والتوزيع, عين مليلة , الجزائر, السنة غير مذكورة, ص119.

يتوقف الحيض عند بعضهن تدريجياً، وذلك بتضاؤل مستمر في نزيف الحيض الذي يظهر في مواعيده السابقة إلا أن ينقطع النزيف بتاتا فيتوقف ظهور الحيض، في حين أن انقطاع النزيف و توقف الحيض يحدث فجأة و بدون سوابق عند بعضهن الآخر⁽¹⁾.

المبحث الثالث: تطورات سن اليأس عند المرأة

1)السير الطبيعي لسن اليأس عند المرأة:

سن اليأس هو المرحلة من الحياة التي يتوقف فيها المبيضان عن إنتاج بويضات ناضجة للتلقيح، وفيه يتوقف تدريجياً إفراز الهرمونات الجريبينية و اللوتئين أيضاً و يتوقف ظهور الحيض، وتختلف مدة سن اليأس كثيراً وهي تتراوح عادة ما بين (1-2) سنة، ولكنها قد تطول عدة سنوات.

وفي هذه الحالات يوجد دائماً بعض التبدلات المرضية وهناك عوامل كثيرة تلعب دوراً هاماً في موعد بداية سن اليأس وفي مقدمتها السلالة، فسن اليأس يبدأ مثلاً في سن 50 الخمسين عند الهنديات الحمر في شمال أمريكا، في حين يبدأ في سن 40 الأربعين عند الصينيات وفي 35-40 عند الزنجيات وفي سن 30-35 عند بعض الشعوب في شرق سيبيريا.

- ومن العوامل التي تلعب دوراً أيضاً في موعد بداية سن اليأس عامل تكون البنية، فسن اليأس يبدأ مبكراً عند النساء ذوي البنية الطفولية ومتأخراً عند النساء ذوي البنية المذكرة، وبعكس ذلك يستمر ظهور الحيض لمدة أطول عند النساء غير السمينات كثيراً والغليظات العظام والشعر الأسود. وللمناخ (الإقليم) دوراً تأثير في موعد بداية سن اليأس أيضاً مع العلم أن آراء العلماء متباينة في هذا الصدد، إذ يعتقد بعضهم بأن الإقليم الحار يؤخر موعد بداية سن اليأس في حين يؤكد بعضهم الآخر عكس ذلك. وللوراثة العائلية تأثير في بداية سن اليأس أيضاً، كما دلت الاختبارات على ذلك⁽²⁾.

2)-التغيرات المصاحبة لسن الحرجة:

- انقطاع الحيض مرحلة طبيعية في حياة كل امرأة كما سبق وان اشرنا، ويحدث في السن ما بين 40-60 سنة، وتختلف فترة توقف الحيض من سيدة إلى أخرى، وهذا نظراً لطبيعة حياة المرأة ودورتها الشهرية، ففي هذه المرحلة تطراً على المرأة تغيرات عديدة نذكر منها:

(1) أمين رويحة، المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس، دار القلم، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1974، ص 177.

(2) أمين رويحة، مرجع سابق، ص 176.

● التغيرات الجسمانية:

انقطاع الحيض مرحلة مهمة في حياة كل امرأة, وتختلف فترة انقطاعه من امرأة إلى أخرى, فبعض النساء يبدأ تناقص و اضطراب الحيض لديهن لفترة سنتين قبل أن يتوقف, و بعض النساء يختفي الحيض لديهن تدريجيا خلال بضعة أشهر دون أي تغيرات ملحوظة, والبعض يتوقف الحيض لديهن فجأة.

يمكن أن ينقطع الحيض في سن مبكرة قبل الأربعين بشهور طويلة نتيجة لمرض (في حالة عدم الحمل), أو خلل في وظيفة المبيضين أو سوء التغذية أو الصدمات أو بعض العمليات الجراحية أو العلاج بالإشعاع. لذلك يجب أن تلجأ إلى الأخصائي لإجراء التحاليل و الاختبارات اللازمة للتأكد من سبب الانقطاع وما إذا كان طبيعيا أو انه يتعلق بخلل وظيفي يجب علاجه. (1)

● التغيرات الهرمونية:

حين تنتهي فترة الحمل يتوقف المبيضان عن نشاطهما, و يكون التوقف بالتدريج ليأتيها لباقي الغدد الصماء الفرصة لتنظيم نفسها. وفي أول الأمر تستمر دورة الحيض منتظمة عادية دون أن ينتج المبيضان بيضا في كل شهر, وتذكر بعض النساء أنهم أصبحن عقيمت إذ يشعرون عادة بعدم حدوث الحمل في السنوات الأخيرة قبل توقف الطمث. في بعض الأحيان يفقد الطمث أو الحيض انتظامه و وفرته, وإذا بالبيض يتجمع و يتحفر للانطلاق و يزيد عدد البيض المنطلق و من ثم يحدث حمل عرضي متأخر للزوجة التي تظن أنها قد استغنت نهائيا عن موانع الحمل. يصاحب توقف الحيض إقلال في إفراز هرمونات "الاستروجين" و "البروجسترون" المسؤولة عن إحداث الحمل والى حد ما الهرمون الذكري "التستوستيرون" لتنشيط أجدار المبطن للرحم.

● أشكال انتهاء الحيض:

- التوازن أو عدم التوازن الهرموني في سن انتهاء الخصوبة يتوقف على شكل انتهاء الحيض, وبالتالي على مقدار تناقص هرمونات المبيضين.
- التناقص المفاجئ قد يسبب اضطراب الغدد الدرقية و الكظرية و نشاط البنكرياس.
- التناقص التدريجي يسمح للجسم بان يتأقلم مع التأثير البسيط, أو عدم التأثير على التوازن الهرموني العام.
- هناك ثلاثة أشكال عامة لانتهاء الحيض هي:

* في الشكل الأول:

تتزايد الفترة بين كل دورة حيض و أخرى وتتناقص كمية الدم تدريجيا إلى أن تتوقف, و هذا هو النمط الغالب حدوثه.

هذا النقص التدريجي لإفراز هرمون الاستروجين خلال عدة شهور يتيح للجهاز الهرموني أن يتلاءم مع هذا التناقص, والسيدات اللاتي يتوقفن حيضهن على هذا النحو غالبا ما تمر أولا بقليل من الاضطراب خلال هذه الفترة.

* في الشكل الثاني:

يتوقف الحيض فجأة بدون اضطراب في كمية الدم, و هذا الشكل غير المعتاد و قليل الحدوث.

* في الشكل الثالث:

تؤدي الاضطرابات الهرمونية إلى حدوث نزيف متزايد على فترات منتظمة أو على فترات متزايدة قبل أن يتوقف في النهاية.

● التغيرات الشكلية و الفسيولوجية:

- يصاحب توقف الطمث تغيرات جسمانية أخرى, فالمرأة في هذا السن تحتاج إلى عدد أقل من إلى السعرات الحرارية للمحافظة على وزنها, ويصبح من الصعب عليها المحافظة على تماسك عضلاتها, و يبدأ صدرها في الضمور و الترهل, كما تضمر الأعضاء التناسلية و تقل صلابة عظامها, و تظهر بعض التجاعيد على وجهها و تزحف الشعيرات البيضاء إلى رأسها, وقد يصاحب توقف الطمث بعض الأعراض التالية, وقد لا تحدث أو قد لا تشعرين بها, وتذكرى أن كل امرأة تختلف طبيعتها عن الأخرى.

● التغيرات النفسية:

- يتقدم ظهور سن اليأس عند بعض النسوة بعض الاضطرابات النفسية و الجسمانية المعينة, و التي تعتبر من مقدمات الكبر, لان الكبر يعقب ظهور سن اليأس مباشرة.

وقد يشعرون ببعض التغيرات النفسية المصاحبة لانقطاع الطمث و نذكر منها:

- التقلبات المزاجية و اضطراب المشاعر.

- الاكتئاب و عدم التركيز.

- العصبية و النسيان.

- البكاء لأتفه الأسباب.

- الأرق و عدم النوم.

- نفاذ الصبر و إهمال المظهر.

وقد ثبت من بعض الدراسات أن الإجهاد و الصداع و التهيج و الاكتئاب تبلغ أقصى شدتها في العامين السابقين لتوقف الحيض, بينما يزيد جفاف المهبل و إفراز العرق عقب انقطاع الحيض مباشرة.

وهذا يعني أن السيدات اللاتي يقتربن من نهاية الحيض و هن لا يزلن يحضن شهريا غالبا ما يمر عليهن وقت عصيب نظرا لعدم الإدراك بان الأعراض التي يعانين منها راجعة إلى

النقص التدريجي في منسوب الاستروجين، ذلك النقص الذي يحدث قبل توقف الحيض و الذي يمكن أن يعالج بسهولة بطبيعة الحال⁽¹⁾.

(3) -الأعراض المميزة لهذه السن :

هناك مجموعة من الأعراض المميزة لوصول المرأة سن اليأس و التي يطلق عليها متلازمة (menopausal, syndrome) تظهر هذه الأعراض بصفة مؤقتة و بدرجة متفاوتة ,حيث تختلف في شدتها من امرأة إلى أخرى و تختلف هذه الأعراض في مختلف النساء, فالبعض لا يشعرن بقدومه و البعض يتأثرن به تأثرا و ينذر بقدومه ببطء ظهور الحيض و تناقصه حتى ينقطع, كما ينقطع فجأة و قد يحصل نزيف غزير. و الملاحظ انه كلما كانت المرأة عصبية المزاج كانت الأعراض شديدة الوضوح و العكس صحيح.

من أكثر هذه الأعراض شيوعا الشعور بنوبات الحرارة في جسدها, حيث تصاب بإحساس مفاجئ بالحرارة الشديدة في الجزء العلوي من جسدها, فيتوهج العنق و الوجه و قد يترافق ببقع حمراء على الصدر و الظهر و الساعدين, وأحيانا يعقب التوهج فترة من التعرق الغزيرة ثم قشعريرة باردة عندما تبدأ درجة حرارة الجسم تتكيف من جديد, و قد تستمر الهبات الساخنة بضع دقائق وأحيانا تستمر أكثر من 30 دقيقة, وتظهر بشكل متقطع قبل بداية الانقطاع النهائي للطمث بسنوات عدة , و تقل تدريجيا مع تقدم العمر. ووجد أن 80% من السيدات يستمر معهن هذا العرض مدة عامين أو اقل ونسبة اقل منهن يستمر معهن خمس سنوات, ويأتي هذا الشعور كنتيجة مباشرة لنقص الاستروجين , فتفرز الغدة في الجسم كميات أعلى من هرمونات أخرى لمعادلة هذا الانخفاض , مما يؤثر على

(1)نادية رمسيس فرح, مرجع سابق, ص172.

الميزان الحراري في الجسم⁽¹⁾.

المبحث الرابع: مشاكل سن اليأس عند المرأة.

1) الإزاجات الطبيعية في سن اليأس:

- فيما عدا التبدلات التي يحدثها سن اليأس في مظهر الجسم و انقطاع إفراز الهرموني الجريبي و اللوتئين تضطرب في سن اليأس الارتباطات المتبادلة في الجهاز الهرموني (أي بين الغدد الصماء) بسبب توقف المبيضين عن العمل, لأن عمل المبيضين ليس مقتصرًا على إنضاج البويضة وتهيئة الرحم للحمل بل للمبيضين دور في الارتباطات الهرمونية أيضا, وذلك بتحريضهما على إفراز بعض الهرمونات وكبعضهما لإفراز بعضها الآخر.

فتوقفهما عن العمل يحرم السلسلة الهرمونية من بعض حلقاتها ويفقدها التوازن ويصاب الجهاز الهرموني كله ببعض الاضطرابات تنعكس في ظهور نقص معين في الأعمال الوظيفية النفسانية و الجسمية.

وهذا النقص لا يكون عادة كبيرا, وشدة ما يحدثه من أعراض تابعة لدرجة التأثير النفسانية والجسمية عند كل إنسان, فالمرأة السليمة القوية لا تعاني كثيرا من إزعاجات سن اليأس, وتجتاز هذه المرحلة العابرة في حياتها دون أن تكثر لها, وبعكسها المرأة العصبية فإنها تعاني في سن اليأس الكثير من الاضطرابات النفسانية و الجسمية. و الظهور المفاجئ لسن اليأس يزيد في شدة هذه الاضطرابات في حين أن ظهوره التدريجي يقلل من شدتها لأنه يهيئ للجسم فرصة التوافق مع التبدلات الهرمونية فتستعيد الارتباطات الهرمونية, تدريجيا نوعا جديدا من التوازن.⁽²⁾

2) الاضطرابات المرضية في سن اليأس:

سن اليأس بالنسبة للمرأة نقطة تحول تتحرف فيها طريق الحياة نحو النزول, إنها المرحلة التي تكون الحياة عندها قد اجتازت صباحها المبهج و ظهرها المتألق و بدأت باستقبال الليل عبر الغسق, و كل ما كان في سابقها من ألوان و مباحج أصبحت ذكريات باهتة للماضي تغرق رويدا رويدا في لجة النسيان.

(1) جون مارك و جون تايلور, الدليل الطبي للمرأة, ترجمة حرار رتيبة, دار الهدى للطباعة و النشر والتوزيع, الجزائر, السنة غير مذكورة, ص 211.

(2) أمين رويحة, المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس, مرجع سابق, ص 180.

فالمراة السليمة القوية تصل بدون اضطرابات جسمانية و نفسانية إلى التفاهم مع سن اليأس تعترف بحتميته وتزنه بالميزان الصحيح و تلتفت إلى أهداف جديدة في الحياة, وهنا يصبح تصميمها قدر لها ,ففي هذه الحالة يصبح سن اليأس الحجر الأساسي في الثوب إلى الرشد فلا يتوقف النشوء في الإنسان ولا ينكسر خط الحياة بل ينحني ليكون دائرة. ولاكن الحالة على غير ذلك عند المراة العصبية فتحول الحياة عندها من الذروة نحو الكبر يرافقه تززع بارز شديد.

فبعض النسوة لا يتمكن من تقبل الزمن بعد انطفاء الجنس ,و يعتبرنه بداية لكارثة يعيش فيها مرارة الانحدار,و المستقبل أمامهن مظلم مليء بالتهديدات, فيصبن بيأس يغذيه العجز عن إيجاد وسيلة للخلاص , فالطريق مغلقة و ينابيع الحياة أمامهن جافة .

وهكذا لا تتوصل المراة إلى التفاهم مع الوضع الجديد و إلى اتخاذ أهداف للحياة .ويتراءى لهؤلاء النسوة أن انعدام "الاثارات الجنسية" تعني خفضا للقيم الذاتية, فيشعرن بتدني الاعتبار لهن ,وهكذا يسبب لهن سن اليأس الكثير من المخاوف و القلاقل, فليس انعدام الهرمون وحده الذي يحدث التزعزع عند هؤلاء , بل عيشهن للانحدار أيضا, ومثل هذه الأفكار تهيب لحدوث "الاضطرابات المرضية" في سن اليأس, فلا يسلم بحتميته و لا يستوعبه الإدراك ,فيظهر التزعزع في النفس بشكل "الأعراض المرضية".
ومما لا شك أن انعدام الهرمونات وما يرافقه من تبدلات جسمانية يلعبان دورا في هذا الصدد,ولكنه ليس رئيسيا وهو وحده ليس كافيا لجعل الأعراض مرضية, فالمرضية هناك لا تقتصر على الأعراض بحد ذاتها , بل تشمل الشخصية كلها, وموقفها من التبدلات الجسمانية و النفسانية والتخوف من واقعها ومن تهديدات احتمالاتها .
ومن البديهي أن التفكير الذي يسير بهذا الاتجاه يلون المزاج بالألوان القائمة المقبضة,ويصل بالتزعزع النفساني إلى مناطق المرض.
فمما لا شك فيه أن "أمراض" سن اليأس عبارة عن عيش نفساني⁽¹⁾.
المراة العصبية اضطرابات كثيرة. وأكثر هذه الاضطرابات حدوثا هي مما سبق وصفه من فورات وسببها اختلال في المركز العصبي الوعائي, ونتيجة لهذا الخلل في التعصيب الوعائي يحدث انتقال في الدم من الأوعية الدموية في البطن نحو المحيط وبالعكس أي من أوعية المحيط إلى الأوعية في البطن , وهذا الانتقال يساعد على حدوثه في الحالة الأولى توسع في أوعية المحيط , وفي الحالة الثانية تضيق فيها .وبسبب هذا التنقل في كميات الدم يحدث التعرق والخفقان في القلب والوهن.

(3)-الأسقام العصبية في سن اليأس:

- بينما تكون الأسقام العصبية في سن اليأس ضئيلة عند المراة السليمة, تعاني منها

(1) أمين رويحة, المراة في سن الإخصاب و سن اليأس,مرجع سابق,ص182.

فورات وسببها اختلال في المركز العصبي الوعائي, ونتيجة لهذا الخلل في التعصيب الوعائي يحدث انتقال في الدم من الأوعية الدموية في البطن نحو المحيط وبالعكس أي من أوعية المحيط إلى الأوعية في البطن , وهذا الانتقال يساعد على حدوثه في الحالة الأولى توسع في أوعية المحيط , وفي الحالة الثانية تضيق فيها .وبسبب هذا التنقل في كميات الدم يحدث التعرق والخفقان في القلب والوهن.

ولكن هذه الفورات لا تحدث أثناء سن اليأس فحسب , بل في حالات الفرط في عمل الغدة الدرقية أيضا, وقد دلت الاختبارات أن النسوة السمينات القصار الرقبة وبغدة درقية متضخمة يعانين بصورة خاصة هذا الاضطراب, في حين أن النساء بدون غدة درقية متضخمة يعانينه بشدة اقل, ويتضح من ذلك أن للغدة الدرقية دورا في تكوين هذا العارض العصبي, وأنها بعد زوال ترابطها الهرموني مع الغدة التناسلية تكتسب ولوقت محدود التفوق على غدد صماء أخرى والفورات تظهر على الغالب بعد إجهاد جسماني أو إثارة نفسانية ,ونوبات الاحمرار في الوجه نتيجة لتدفق الدم إلى أوعيته يرافقها في الغالب تعرق ودوار وتشكو المصابة أحيانا من تدفق اللعاب في الدم أو من الجفاف فيه .

وقد يحدث أثناء الفورات ومضات في العينين قد يرافقها غثيان وصداع ,وكثيرا ما يرافق النوبات دوار شديد وصليل شديد الإزعاج في الأذنين, وهذا الدوار يظهر غالبا في الصباح عند الصحو من النوم, ويمكن أن يتكرر أثناء اليوم في أوضاع خاصة للجسم كالانحناء إلى الأمام ,وقد يسبب فقدان الثبات أثناء المشي. و التعرق الذي يعقب عادة الفورات يظل مقتصرًا في الغالب على الجزء الأعلى من الجسم وعلى الأخص في جزء مفصل من الرأس كالمنخر أو الجبهة أو فروة الرأس, وقد يحدث التعرق في الظهر أو البطن وقد يظل محصورا في جانب واحد فقط⁽¹⁾. وأكثر ما يزعج إلى جانب الفورات من اضطرابات سن اليأس هي التي تحدث في القلب , وهذه تظهر بشكل نوبات من الخفقان مع الشعور بالآلام ووخزات وتشنجات في منطقة القلب, وفي بعض الحالات يتسرع النبض ويحدث عسر في التنفس يرافقه شعور بالخوف يتمركز في منطقة القلب أيضا, وبالانتهاء سن اليأس تزول عادة هذه الاضطرابات في القلب.

ومما تعانیه النسوة في سن اليأس أيضا ارق تسببه حدوث الفورات و التعرق أثناء الليل , وكذلك حالات الخوف و الشعور بالكآبة, وهذا الأرق يظهر على نوعين فإما أن يتعذر فيه

(1) أمين رويحة , المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس,مرجع سابق,ص183.

الإغفاء على المصابة فتظل صاحبة حتى ساعات متأخرة من الليل , أو أنها تنام كالمعتاد, ولكنها تصحو مبكرا قبل أن تأخذ قسطا كافيا من النوم ويتعذر عليها العودة إليه, والأرق بنوعيه يسببه اضطرابات عصبية التي تحدثنا عنها .

وفي بعض الحالات تحدث في سن اليأس الآلام عصبية مزعجة وعلى الأخص في الرأس وبين أضلاع الصدر , وتزول هذه الآلام العصبية تلقائيا بعد انتهاء سن اليأس⁽¹⁾.

(1) أمين رويحة, المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس, مرجع سابق, ص184.

الفصل الرابع

سن اليأس عند المرأة الجزائرية

المبحث الأول: المرأة العربية وصحتها.

المبحث الثاني : مكانة المرأة الجزائرية و دورها
في العائلة.

المبحث الثالث : صحة المرأة الجزائرية خلال مرحلة
ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج
المسح الجزائري لصحة الأسرة عام
2002.

تمهيد:

نقوم في هذا الفصل بعرض المكانة الاجتماعية و الدور الاجتماعي للمرأة العربية في العالم العربي, مع إبراز دورها و مكانتها داخل العائلة الجزائرية. كما نتناول صحة المرأة الجزائرية خلال مرحلة ما بعد سن الإنجاب وذلك في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

المبحث الأول: المرأة العربية وصحتها

(1)- نظرية الأنوثة ومشاريعها:

إن دراسة المرأة في علم الاجتماع لم تتم من خلال كونها فردا أو شخصا بل من خلال وجودها في المجتمع و إشغالها موقعا في مدرج المقامات الاجتماعية و ممارسة دورها فيه بواسطة موقعها في الخلية الاجتماعية (الأسرة) كمنتج بشري وشريك في عملية التأسيس الأسري, وكفاعل اجتماعي في المؤسسات و التنظيمات الاجتماعية .
ذلك لان علم الاجتماع لا يدرس الفرد كفرد أو الذات الفردية بل يدرس النوع البشري (ذكر أو أنثى) في مؤسسات التجمع البشري وحركاته وتنظيماته وموقعه ودوره فيها . أقول مواقع وادوار كل نوع و ليس فرد معين أو شخص محدد.

(2)- المكانة الاجتماعية للمرأة العربية:

يشعر الباحث في موضوع المرأة في مجتمعاتنا , انه يسير في حقل من الألغام , وانه يصطدم في كل خطوة من خطواته بالكثير من القيم الاجتماعية و المقدسات الحساسة في المجتمع , ولا بد لأي باحث يجري بحثا علميا أو طبيا أو نفسيا أو اجتماعيا في أي أمر يتعلق بالمرأة إلا أن تبرز أمامه الأفكار والتقاليد وغيرها.

إن التقاليد مسؤولة إلى حد ما عما ترمي به اليوم من التخلف والعجز عن مواكبة الحياة سواء أكان ذلك على صعيد اختيار الزوج لها , أو كونها أداة لإنجاب الأطفال أو لطلب العلم بجميع مراحلها , أو للعمل المنتج في الميدان الاقتصادي أو للنشاط الثقافي في الميدان الاجتماعي .

– لقد واجهت المرأة في الوطن العربي كما في سائر أقطار العالم نوعا ما من التمييز الجنسي على مدى قرون عدة, وهذا ما ميز المرأة وجعل البحث في وضعها أمرا مهما , إضافة إلى ذلك فان الوطن العربي يشهد اليوم جدلا محتما حول مكانة المرأة و دورها في المجتمع والى أي مدى سيؤثر هذا في دورها التقليدي كزوجة وأم وربة بيت . ويكشف بعض الجدل عن معارضة البعض من انه إذا لم يحصل هذا التغيير فان المجتمع الغربي لن

(1) معن خليل, علم اجتماع الأسرة, دار الشروق للنشر و التوزيع لبنان بيروت. الطبعة الأولى تموز 1994, ص195.

يستطيع التطور قدما إن على الصعيد الاقتصادي أو السياسي أو حتى الاجتماعي. ولكن مكانة المرأة العربية ليست فريدة من نوعها, فالنساء حول العالم لازلن يعتبرن فريقا مغبونا. كما أن المعوقات التي تعترض سبيلهن هي ذاتها تقاليد عميقة الجذور مثل فقدان التمويل لتحسين الأوضاع.⁽¹⁾

3- الأدوار الاجتماعية للمرأة العربية:

- يصور للمرأة العربية في الدول العربية أدوارا مختلفة مع تفاوت كبير وشديد في درجة الاهتمام والتركيز, فهذه الأدوار تتفاوت إلى حد ما حسب طبيعة المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تتواجد فيها المرأة. ومن أدوارها الرئيسية نذكر منها

*** دورها كأنتى:**

- يبرز دور المرأة كأنتى في مقدمة الأدوار التي تظهر فيها المرأة, ويظهرها أنها أنتى قبل أن تكون أي شيء آخر, وبالتالي فإن الحقيقة الأساسية في حياتها في حقيقة كونها أنتى والحقيقة الثانية هي أن هذه الأنتى ليست قيمة جمالية بذاتها, بل هي موضوع للرجل, فقضية المرأة في جوهرها قضية إنسانية اجتماعية بمعنى أنها لا تنفصل عن قضية الرجل, والحقيقة الثالثة المرتبطة بالحقيقة الأولى أيضا هي ارتباط مفهوم الأنوثة وتحديده وقصره على الجسد فقط, واستبعاد المقومات الأخرى لمفهوم الأنوثة الواسع والشامل. أنوثة المرأة مسألة مرتبطة فقط بجمال جسدها كأنتى (كموضوع للجنس والشهوة والمتعة وإشباع الغرائز) ومحصورة فيه.⁽²⁾

*** دورها كزوجة:**

- ابرز الإسلام دورها كشريكة للرجل في حياته, فجعلها موضع لاحترام الزوج وتكريمه, وجعل بينهما رباطا متينا من المودة والرَّحمة. فقد قدمت صورة المرأة في الدول العربية بصورة الزوجة من خلال:

- صورة الزوجة الخاضعة للرجل.
- صورة الزوجة التابعة للرجل.
- الرجل هو الطرف الأقوى في المعادلة وفي العقد.

(1) مريم سليم و آخرون, المرأة العربية بين ثقل الواقع و تطلعات التحرر, مركز دراسات الوحدة العربية للطبع و النشر بيروت الطبعة الثانية يناير 2004, ص 14 ص 15.

(2) أديب خضير, صورة المرأة في الإعلام العربي, دار الأيام للطباعة و النشر و التوزيع القبة الجزائر الطبعة الأولى, 1999. ص 49.

– لا نستطيع أن نتصور المرأة دون أن تكون زوجة وأما و انه دورها وقدرها وهو محور

حياتها حتى قبل الزواج, وهو تدعيم حياتها الزوجية فهي الحياة التي توفر لها الاستقرار. (1)

دورها كام:

- هذا الدور من حياة المرأة هو واحد من الأدوار التي تحقق فيها وجودها الإنساني, وتشبع فيه عواطفها وغرائزها النامية و المتطورة. فنجد هناك علماء اجتماعيون لم يروا في قضية المرأة إلا من خلال بعض الظواهر الجزئية كالزواج, الإنجاب, ولم يتعدوها إلى تركيبة العلاقة الاجتماعية (الوظيفة الأساسية للام هي الإنجاب).
– الأم رمز للعطاء والحياة والتفاني و التضحية أو هي أيضا رمزا للتنشئة و التربية و التجديد و الاستمرارية, لذلك قد كرمها الإسلام تكريما لم تحظ به غيرها من الأمهات. (2)

4- المرأة العربية والصحة:

- إن وضع المرأة العربية يطرح نفسه كمشكلة إنسانية, والإشكال الأنتوي المطروح في عصرنا يدور جوهريا حول أشكال ومضامين العلاقة بين الرجل و المرأة, فهذه العلاقة المحتومة بيولوجيا ليست كذلك اجتماعيا وثقافيا, بل هي قابلة للتغير و التطور. وان إبقاء المرأة في حالة العلاقة الطبيعية دون السماح لها بالارتقاء مع شريكها إلى حالة العلاقة الثقافية والاجتماعية يؤدي إلى تقهقر اجتماعي ولكن المرأة كانت تقاوم ما يتلزم مع هذه العلاقة من علاقات عبودية .

- أما على صعيد التمييز الاجتماعي بين الرجل و المرأة, فقد جرى ربط مقام المرأة بدورها الاستهلاكي ومقام الرجل بدوره الإنتاجي, وسادت مفاهيم قبلية حول دور المرأة أنثى الرجل, وهي دون الرجل اجتماعيا, لان الرجال يعملون والنساء يتركن العمل (العمل المنزلي ليس عملا). (3)

- إن الرجل العربي يعرض عن قهره النفسي وانسحاقه الاجتماعي بتفريغ قهره وهواماته ومهانته على زوجته من خلال لعب دور السيد الذي يخضع المرأة. انه يستعبدتها

(1) سهير كامل احمد, دراسات في سيكولوجية المرأة, مركز الإسكندرية للكتاب, 1998, ص15.
(2) سعيد عاشور, المرأة و المؤسسات الاجتماعية في الحضارة العربية, دار المعارف للطباعة و النشر سوسة تونس السنة غير مذكورة, ص21.
(3) مريم سليم و آخرون, مرجع سابق, ص31.

ويستغلها ويحولها بالتالي إلى أداة تخدمه "تنجب له الذرية التي تعزز قوته الذكورية"، أي تتحول إلى وعاء لمتعته بشكل أناني لا يراعي حاجاتها ورغباتها. تموت نفسيا كي يستمد هي من هذا الموت وهم الحياة، تسحق كي يستمد هو من هذا الانسحاق وهم تحقيق الذات باختصار يستغلها كليا وعلى جميع الصعد كي يتهرب من استغلالها المتسلط عليه.

– ومن هنا فان التربية للفتى وللغاة منذ طفولتهما محكومة بإعدادهما كأداة للمؤسسة الزوجية، مما يسلب جسديهما عن حاجاتهما الإنسانية، ويحول هذا الجسد إلى عبء أو عنصر غريب عليهما وبخاصة الفتاة أو المرأة التي يشكل جسدها الوعاء المحافظ على مكان وشرف الرجل بحسب الثقافة الذكورية المهيمنة.

– وبذلك كان على مكانة المرأة العربية الاجتماعية ألا تتفاوت في نظر الرجل ونظر المجتمع عموما بين أقصى الارتفاع (الكائن الثمين مركز الشرف الذاتي، رمز العطاء البشري، الذي يبدو في الأمومة)، وأقصى حالات التبخيس: المرأة الصورة، المرأة رمز العيب والضعف، المرأة القاصرة، الجاهلة، المرأة التي يمتلكها الرجل مستخدما إياها لمنافعه المتعددة.

– و في إطار هذه الايديولوجيا السائدة، لم يعد الرجل يرى في المرأة إن مصدر شرفها في عقلها أو نفسها إنما في جسدها، لذلك فان أي مساس به يعني لها السقوط و الاضطهاد الاجتماعي أو الموت، ثم لا يكتسب شرعيته إلا من ضمن مؤسسة الزواج. ثم لكي تحافظ المرأة أو الفتاة على وجودها وتحظى باعتراف المجتمع بها. كان عليها أن تحبس طاقاتها العقلية و تكبت عواطفها الإنسانية وتكبح غرائزها الحيوية.

وأخيرا يبدو انه لكي تعامل المرأة كإنسان له قيمة ذاتية بسبب قدرته على العطاء و الإنتاج و الإبداع، وليس لكونه ملحقا بالرجل، فان عليها أن تدرك حقيقة أساسية، وهي أن عليها أن تتخطى الكتل الضخمة من التقاليد و العادات السادة منذ قرون، ونجاحها يستدعي تغييرا جذريا في بنيتها النفسية (الاجتماعية). وكذلك في بنية الرجل النفسية. ويجب أن تدرك أن العادات و التقاليد كمارسات مكتسبة تخضع لظروف اقتصادية و اجتماعية و بيئية و لا تحمل أي نوع من القدسية على الإطلاق، وان تطور نظام الحياة و تقدم الوسائل و ارتقاء المنجزات تستدعي ارتقاء و تطورا في كيفية التفكير الإنساني.⁽¹⁾

5-الوضع الاجتماعي للمرأة العربية:

- من المسلم به أن الوضع الاجتماعي للمرأة العربية قد تغير تغيرا جذريا عما كان عليه قبل عقدين أو أكثر، فقد ظل المنزل حتى عهد ليس ببعيد عالم المرأة: تولد تعيش تعمل وتموت فيه، انه عالم ثابت، تراث فيه أدوارها الاجتماعية عن أمها، فهي رهينة المنزل لا تغادره إلا للضرورة.

وتموت فيه, انه عالم ثابت, تترث فيه أدوارها الاجتماعية عن أمها, فهي رهينة المنزل لا تغادره إلا للضرورة.

– أما الحياة العامة فليست من شأنها, بل من شأن الرجال هم القوامون على السياسة و التشريع و الاقتصاد, أو كما يقول البعض البيت مملكة المرأة, و المجتمع مملكة الرجل, إذا هناك مجتمعان مجتمع للرجال و آخر للنساء.

وفي ظل هذه الظروف ظل التغيير الاجتماعي محدودا بحدود الجنسين, بمعنى أن الهوية الجنسية للذكر أو الأنثى هي في الوقت نفسه هوية اجتماعية, فالمرأة تترث أدوارها عن أمها وكذلك الابن يرث أدواره عن أبيه. لكن عالم المرأة اليوم غير عالم الأمس.⁽¹⁾

- صارت المرأة العربية تشارك إلى حد ما في الحياة العامة, كما تراجع جزئيا سلطان العادات و التقاليد الذي كان يكبلها و يحدد دورها ومركزها الاجتماعيين ولقد دخلت المرأة العربية ميادين جديدة كانت وقفا على الرجال دون النساء وتغيرت معها صورتها الاجتماعية, والى حد ما الاتجاهات و الأنساق القيمية الموروثة. ومع هذا التغيير فإن ما يتسم به وضع المرأة العربية المعاصرة هو الهوية بين التغيير المادي و الثقافي أو بين الوجود المادي و الوعي الاجتماعي للمرأة العربية إننا نتطلع إلى التحديث الثقافي و الاجتماعي . ولا ريب في أن هذه الهوية الاجتماعية و عامة وأسباب هذه الهوية متعددة و قائمة في التطور التاريخي للمجتمع العربي نفسه, ويرد بعضها إلى تقليدية المجتمع العربي. نقصد بها قوة التمسك بالعادات و التقاليد والتشبث بالقديم على حساب الجديد.⁽²⁾

فثمة عادات عفي عليها الزمن لكنها لم تفقد وظائفها. ذلك أنها متأصلة في التراث و الثقافة وتدخل في تكوين الشخصية الاجتماعية العربية. فقد أثرت هذه الهوية في مركز المرأة الاجتماعي, خصوصا في مشاركتها في عملية التغيير الاجتماعي, وفي دورها و مكانتها الاجتماعية.⁽³⁾

(1) مريم سليم و آخرون, مرجع سابق, ص 35.

(2) مريم سليم و آخرون, مرجع سابق ص 36.

(3) مريم سليم و آخرون, مرجع سابق ص 37.

● وضع المرأة في المجتمع العربي:

يمكننا القول إن النظرة للمرأة في المجتمع العربي بشكل عام تتأرجح بين ثلاثة اتجاهات هي:

(1)- الاتجاه الأول:

وهو الاتجاه التقليدي المحافظ الذي يرى قي المرأة الكائن الضعيف جسما وعقلا والذي يحصر وظيفة المرأة في تأدية غرض أساسي واحد, ألا و هو الزوجية بمفهومها الخضوعي و الأمومة بمفهومها التوالدي الرعوي.

(2)- الاتجاه الثاني:

يتم بنظرة متحررة نسبيا دون أن يكون ذلك معارضا للتقاليد المستقرة, ومع إبقاء المرأة منسوبة للرجل ومحتاجة إلى رعايته سواء أكان أبا أم زوجا أم أخا, حق المرأة للعمل ولكن في نطاق وظائف معينة منسجمة وطبيعتها (طبيعة المرأة), وهذا ما يساعد على زيادة دخل الأسرة وتحسين أحوالها

(3)- الاتجاه الثالث:

وهو يتسم باتجاه التحرر المنفتح و الذي يساوي الحقوق بين الرجل والمرأة في جميع المجالات الاقتصادية والسياسية و الاجتماعية, ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن المجتمع وتخلفه يعود لانعدام حرية المرأة وجهلها وعدم اطمئنانها على مستقبلها لكونها عضوا غير فعال ومنتج في هذا المجتمع (فتح الأبواب أمام المرأة بمختلف أنواعها).
- هذه الاتجاهات الثلاثة تظهر من خلال الدراسات والمسوح التي أجريت في بلدان

مختلفة. (1)

المبحث الثاني : مكانة المرأة الجزائرية

تمهيد:

- إن الحديث عن المرأة الجزائرية, ومحاولة فهم مكانتها ودورها في العائلة الجزائرية التقليدية, يقتضي منا الرجوع إلى المجتمع ككل, بحيث أن تحديد المكانة التي تتمتع بها دورها ومركزها الاجتماعي, لا يتم إلا حسب طبيعة النظام السائد, والذي يعتبر جزء لا يتجزأ منه, هذا من جهة, ومن جهة أخرى, من حيث علاقتها بالرجل الذي يعتبر المحرك الرئيسي لكل من العائلة و المجتمع. مما يجعلنا نقول بان العائلة الجزائرية تتميز بكونها ذات نظام أبوي. و بالتالي تعرف بتمييزها الجنسي, على أساس أن لكل من الذكور و الإناث مكانة اجتماعية وادوار اجتماعية مختلفة و متباينة.

1- دور المرأة الجزائرية في العائلة الجزائرية التقليدية:

- إن المكانة الاجتماعية التي تشغلها المرأة في العائلة الجزائرية التقليدية, جعلتها تحتل الصف الثاني, وهذا لأن دورها في اخذ القرارات إزاء بعض القضايا المتعلقة بصفة مباشرة أو غير مباشرة بالعائلة, يبقى محدودا جدا, ذلك لأن اخذ القرارات يعد مجالا خاصا بالرجال الذين يمارسون القوة والضغط عليها كزوج, أب أو أخوة.⁽¹⁾

- فالمرأة إذا, لا تحظى بمكانة مرموقة وهذا نظرا للدور المحدود الذي أعطي لها, بحيث أنها لا تستطيع اخذ القرارات بمفردها, وهذا ما يوحي لنا بأنها تعيش وضعية قهر وقوة تمارس عليها من طرف الرجل مهما كانت صفته في العائلة. لذا يعد أمر اخذ القرارات من اختصاص الرجال, بحكم ما يتمتعون به من منزلة, ضف إلى ذلك, أن معظمهم يؤمنون بان المرأة غير مؤهلة اجتماعيا للعب دور مثل هذا.

-و عليه, فإن المرأة تعيش في عالم الرجال الذي يعمل لصالحه, أما وضعيتها فتبقى رهينة الرجال الذين يصنعون القوانين ويفرضونها عليها, أما تصرفاتها, فما هي إلا نتيجة أو انعكاس لما يقوم به الذكور إزاءها, فتربية البيت هي تعليم هذه الأخيرة وتمرينها على تفوق الذكور, وانه من الضروري بالنسبة لها أن تقبل مدى حياتها القهر الذي تمليه عليها الطبيعة و الرجال.⁽²⁾

(1) Minces (Juliette), La femme dans le monde arabe, Essai, Mazarine, Paris,

. 1981,p :132

(2) Bouhdiba (Abdelwaheb) ;Culture et société, PUF, paris,1975 p :59 .

- و من هنا يمكننا القول بان المرأة في العائلة الجزائرية التقليدية, لا تستطيع التخلص من وقع الرجل والسيطرة التي يمارسها عليها, زد على ذلك طبيعة المجتمع الرجالية, التي تجعل قوانينه كلها من صنعه. ومن يتكلم عن القوانين في مثل هذه المجتمعات فهو يعرف لا محالة أنها ليست في صالح المرأة. وهذا لكونها, أي القوانين من فرديتها و شخصيتها, لا لشيء إلا لان الرجل هو العميد فيها.

(2)-مكانة المرأة الجزائرية في العائلة الجزائرية التقليدية:

- أما فيما يخص مكانة المرأة, فان الصورة التي تتكون لدى الملاحظ, يتبين من خلالها أنها لا تساوي أي شيء, كما انه ليس لها الحق في التعبير, ولا تتمتع بالحرية المعنوية و الجنسية.⁽¹⁾

فقيمتها تعتبر عديمة. ضف إلى ذلك أنها مسلوقة من حقها في التعبير, وأنها ليست حرة في حياتها. بحيث أن المرأة مطبوعة بعدم النضج, الجمود والسلبية, وهذا مهما كانت مكانتها أو نوع العلاقات التي تربطها بالمجتمع, كما أنها أي المرأة تعد فردا ثانويا ومهمشة اجتماعيا وقاصرة.

فالمرأة إذن تلحق بها جملة من الصفات التي تعتبر سلبية ولا اثر للايجابية فيها, وهذا من خلال المكانة التي تحتلها و الأدوار التي أسندت لها في المجتمع بصفة عامة و العائلة بصفة خاصة و كذا نوع العلاقات التي تقيمها مع الجميع والتي تجعل منها فردا يحتل مكانة دونية مقارنة بمكانة الرجل.

– **إن المرأة** كفرد لاوجود لها, فهي تعاني من التهميش الاجتماعي لأنها لا تلعب ادوار مثلما هو الحال بالنسبة للرجل الذي يشغل ادوار كبيرة كالدور الاقتصادي, الاجتماعي والسياسي في المجتمع. أما تفسير هذا, فيمكن إرجاعه إلى ثقافة هذا الأخير, التي جعلت المجتمع ينقسم إلى مجتمعين متناقضين ومتنافرين وها : مجتمع الرجال و النساء. وقسمت بذلك المجال لتجعل من المرأة سجين وحبيسة البيت, وبالتالي أقصيت من الحياة الاجتماعية. وعليه فان دور و مكانة المرأة في الحياة العائلية الاجتماعية خاضع لطبيعة النسق الاجتماعي التقليدي.⁽²⁾

(1) Lemsine (Aicha) ; Les femmes arabes parlent, Ordalie des voix,

Nouvelles société des éditions ENERE, Paris, 1983 , p :19 .

(2) Behman (Djamchid) , Bouraoui (Soukaina) et coordinateurs, Familles musulmanes et modernité , Le défi des traditions , Publisud , Paris , 1986 p :47.

أما فيما يتعلق بمكانة المرأة ووضعيتها الاجتماعية, وعن مدى الأهمية والاعتبار الذي يولى لها في محيطها العائلي خاصة, والمجتمع على وجه الخصوص. فهذا يمكن قياسه بالأدوار الرئيسية التي تقوم بها, وما يميزها عن الأدوار الاجتماعية للرجل. – تعرضنا إلى دور المرأة كزوجة فيما سبق, سنحاول الآن تسليط الضوء على مكانة المرأة من خلال دورها كمنجبة أي كأم.

(3)- مكانة ودور المرأة كأم في العائلة الجزائرية:

- إن العائلة الجزائرية التقليدية, لا تعرف بالمرأة بصفاتها فتاة أو متزوجة, وإنما المكانة التي تقر لها هي مكانة الأم, والتي تعد بمثابة المرحلة الحاسمة في حياتها كونها عانت الحرمان من حقوقها بسبب وضعيتها كأمراة. – فالمرأة غير مقبولة اجتماعيا, إلا فقط إذا كانت أما, ولا يعترف بها الرجال إلا في حالة الأمومة,

ولا يمكنها أن تلعب دورها الاجتماعي. ولا أن تحتل وضعيتها معترف بها, ولا أن تملك من السلطة التي يمتلكها الرجل إلا إذا كانت أما. كما أن دورها الأساسي يقتصر فقط على الإنجاب, والذي يسعى ويهدف إلى استمرارية النسل و الحفاظ على اسم العائلة و ما تملكه من تراث جماعي.

- ولضمان ذلك, كان يجب عليها أن تنجب الذكور هذا من جهة, ومن جهة أخرى, فهذا يعني للمرأة الضمان ضد الطلاق و تعدد الزوجات, و تعزيز مكانتها في العائلة, ضف إلى ذلك أن دورها يتمثل في تربية الأطفال والاعتناء بهم, وتلبية حاجات الزوج وخدمته, والحفاظ على تقاليد العائلة و غرسها في الأجيال, بمعنى نقل ثقافة المجتمع لهم, وترسخها فيهم عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية.⁽¹⁾

- ولما كانت المرأة كونها مسؤولة على خدمة الزوج, فإنها المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية ونقل قيم ومعايير المجتمع للأطفال, لان العادة تقتضي أن تكون هي الحارسة على ثقافة المجتمع, أما فيما يخص تنافس النساء فيما بينهن لإنجاب الذكور, فهذا راجع لكون المرأة الولود تحظى بقيمة ومكانة اجتماعية مقارنة مع المرأة العاقر.⁽²⁾

(1) Gaudion(Attilio) : La révolution des femmes en Islam. Juliard, Paris, .

(2) Bouhdiba (Abdelwaheb) : La sexualité en Islam, PUF, Paris 1980, 1975, p : 71
p : 265.

- فبسبب المنافسة إذن , هو رغبة المرأة في اكتساب مكانة وقيمة اجتماعية, ووعيا منها أيضا بان لا مكانة لها إلا إذا قامت بأداء هذا الدور على أحسن وجه, مقارنة بالمرأة العاقر التي غالبا ما يكون مصيرها الطلاق أو تعدد الزوجات , بحيث يقوم الزوج بالزواج مرة أخرى بحثا عن الأطفال بصفة عامة, والوريث بصفة خاصة, وبالتالي يمكننا القول أن الإنجاب يعطي للمرأة مكانة اجتماعية في الوسط العائلي الذي تعيش فيه, لكون أن هذا الأخير يعتبر مرآة عاكسة لما يجري في المجتمع.
- أما حصولها على مكانة اجتماعية مشرفة, فهذا يتوقف على دورها كمنجبة للذكور, كما أن الطفل وخاصة إذا كان ذكرا, يعد بالنسبة لها شكلا من أشكال التامين ضد الطلاق أو تعدد الزوجات التي يهدد حياتها برمتها.
- **فالمرأة** إذن, تكتسب الاحترام والتشريف إلا فقط إذا كانت أما, وعلى وجه الخصوص أما للذكور. كما أن شخصيتها تكتمل بهذه الصفة, بحيث أن الأهمية الكبيرة والمعطاة لخصوبة المرأة تجعل العقيمة, أو تلك التي لا تنجب سوى البنات, في حالة عدم الاستقرار. وبالتالي يمكن اعتبار إن هذه الأسباب يمكنها أن تجعل الطلاق أو إدخال زوجة جديدة في العائلة, وذلك لان العقم يعتبر مسؤولية المرأة وحدها.
- **فالأمومة**, هي الوظيفة الاجتماعية المعترف بها في المجتمع الجزائري, وان بقاء المرأة في بيت زوجها يتحدد بعملية الإنجاب, أما تدعيمه فيكون حسب عدد الأطفال الذين تنجبهم ولا سيما الذكور منهم.
- فبعد الإنجاب, وإنجاب الذكور خاصة, ترتقي المرأة في السلم الاجتماعي, وبالتالي تطمح لأداء دور اجتماعي آخر يتمثل في دور الحماة.

المبحث الثالث : صحة المرأة ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002:

- سعت الجزائر دائما إلى تحقيق المزيد من التنمية في القطاعات المختلفة منها الاقتصادية والاجتماعية و الصحية, أو حرصا منها على تطوير الخدمات الصحية على مستوى شرائح المجتمع من أطفال, أمهات, مراهقين ومسنين... الخ, فقامت وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات بإبراز اتفاقية مع جامعة الدول العربية لانجاز المسح الجزائري حول صحة الأسرة الذي تم تنفيذه عام 2002, ويدخل ذلك في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة, ونظرا لاحتياجات بحثنا نتائج هذا التحقيق الذي يمثل أول دراسة تطرقت لها الجزائر وسلطت الضوء على صحة الأسرة بما فيها صحة المرأة.

* الوضعية الصحية للنساء ما بعد سن الإنجاب في ضوء نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002:

نظرا لاهتمام الجزائر في مجال ترقية صحة المرأة, وابعاد من ذلك صحة الأسرة. جاء توقيع وثيقة مشروع صحة الأسرة الحكومة الجزائري وجامعة الدول العربية, وتم تنفيذه عام 2002, وجاء هذا الأخير استمرارا لمسيرة المشروع العربي للنهوض بالطفولة عام 1992.

تناول المسح الجزائري لصحة الأسرة عدة قضايا أهمها الصحة الإنجابية وما بعد الإنجاب احتياجات الشباب المراهقين, ووفيات الأمهات و الرعاية الصحية و الاجتماعية لكبار السن, لاسيما المرأة, وللإشارة تعد الجزائر البلد الوحيد الذي اهتم بفئة النساء ما بعد مرحلة سن الإنجاب 49-59 سنة, حيث سلط الضوء على بعض الجوانب الصحية و الاجتماعية و الديمغرافية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة.

وبهذا وفر المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 قاعدة من البيانات و المؤشرات التفصيلية الحديثة سعيا إلى تحقيق الأهداف التنموية و تطوير الأوضاع الاجتماعية و الصحية للأسرة, إضافة إلى مساعدة الباحثين و معدي البرامج على تحليل و متابعة و تقييم السياسات الصحية و الاجتماعية و مقارنتها مع البلدان التي تم التوقيع معها من اجل انجاز المشروع العربي لصحة الأسرة.

اهم النتائج:

لقد شمل المسح على 1642 سيدة في الفئة العمرية 50-59 سنة, أكثر من نصفهن تقطن في الوسط الحضري ب 63% مقابل 37% في الوسط الريفي, متزوجات بنسبة 82%, بدون مستوى تعليمي (أميات) ب 75.5% مقابل 0.8% ذوات مستوى تعليمي ثانوي أو اعلي. (جدول رقم 1 من بعض الخصائص وثيقة شريف أسيا).

أما عن مستوى الخصوبة اتضح أن حوالي 84% من النساء قد أنجبن ما بين 7 إلى

11مولوداحيا, و هو مستوى إيجابي مرتفعا مقارنة مع الوضع الحالي لسن الخصوبة الإنجاب في الجزائر. تطبيقا لمبدأ حق جميع الأفراد في النمو, وحققهم في التنمية وصولا إلى حق لكل امرأة أن تحظى بمستوى جودة حياتها و صحتها على السنوات التي ستعيشها خلال نهاية الخصوبة, ولن تنتهي بدخولها مرحلة سن اليأس في الإنجاب, وإنما تعيش مرحلة جديدة من نوع آخر سواء داخل البيت أو خارجه و ذلك لمنحها الفرصة الكاملة للقيام بدورها في عملية التنمية.

وبهذا سئل عن حالتهم الصحية ما بعد سن الإنجاب انطلاقا من مدى تعرضهن إلى الفحوصات الطبية خلال فترة مرحلة نهاية الخصوبة, اتضح أن 13.7% من النساء (54-50) سنة قد اجرين فحصا طبيا نسائيا واحدا على الأقل خلال العام السابق على المسح و تنخفض نسبة الفحص عند الفئة العمرية 55-59 سنة بنسبة 9.4%. أكثر من نصفهن اتجهن إلى الطبيب الخاص ب58%, 16% اتجهن إلى المستشفى أو مركز أمومة من أجل إجراء فحوصات طبية, 15.6% بمصحة متعددة الخدمات أو مركز صحي, 10.9% بمصحة خاصة (وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات, الديوان الوطني للإحصائيات, جامعة الدول العربية, 2004, ص.165).

- كما سلف و أن ذكرنا, أن سن اليأس في الإنجاب يعد مرحلة فيزيولوجية يمكن أن ترافقها بعض الاضطرابات و المشاكل الصحية التي يمكنها أن تعالج بكل طمأنينة وقت الحاجة, وفي السياق أظهرت نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة أن حوالي 5% من النساء (50-59 سنة) قد تعرضن لكسر خلال العام السابق على المسح, و 26% منهن صرحت بوجود كسور في العظام.

أما عن المشكلات المتعلقة بانقطاع العادة الشهرية, اتضح إن سيدتين من بين ثلاثة يعانين من مشكل على الأقل بعلاقة مع فترة انقطاع الطمث, أهمها الأم في الظهر بنسبة 44.6%, الأم في المفاصل ب 46.3%, و هناك من صرحن بمشكلة سقوط الشعر بنسبة 29.4%, خفقان سريع في القلب بنسبة 37.1%, وجفاف مهبلي بنسبة 23.6%. (المرجع, ص.169).

كما تعرضت أغلبية النساء إلى نوبات حرارة ب72%, بالإضافة إلى فقدان الذاكرة عند حوالي 48%, كما تسبب انقطاع الطمث اضطرابات عصبية ب58%, واضطرابات في النوم ب62.5%.

بالإضافة إلى ذلك, تعرضت بعض النساء خلال فترة انقطاع الطمث بتغيير وزنهن, فهناك من نقص وزنها ب42,2%, وهناك من ارتفع ب 21,8%, في حين 25% صرحن بعدم تغيير وزنهن.

وان كل الاضطرابات الجسمانية و النفسية التي تبرز مع دخول المرأة سن اليأس في الإنجاب, حيث من حالة إلى أخرى, وغالبا ما ينجر عنها انعكاس كبير على صعيد العلاقات الاجتماعية و الأسرية وهذا ما سنوضحه من خلال تحليل نتائج دراسة الحالة.

كما أن لهذه الأعراض و الاضطرابات مطلب ألا وهو الوعي و الدراية حولها, واستشارة المختصين في الميدان, إلا أن النتائج أظهرت انه قرابة 46.1% من النساء لم

تستشرون الطبيب أو احد للعلاج, أو عن المشاكل المتعلقة بانقطاع الطمث والبقية بمعنى 51.4% منهم من استشرون الطبيب, 2% استشرون قابلة أو ممرضة , وعندما سئلن عن سبب عدم الإقبال عند الطبيب , اتضح أن 41% منهم صرحن بمشكلة غلاء التكلفة, 23.6% منهم لم ترى ذلك أمرا ضروريا يستدعي استشارة الطبيب.

كما أن لسن اليأس في الإنجاب مناسبة لإجراء الفحوصات و أهمها **فحص الثديين** بغرض اكتشاف أورام الثدي, حيث أظهرت نتائج المسح الجرائري لصحة الأسرة أن 5.6% من النساء اجرين ذلك بصفة منتظمة, (8% في الحضر مقابل 2% في الريف), وان 11% منهم من يقمن بذلك بين الحين و الآخر , 4% لا يقمن بذلك إطلاقا, إلا أن أكثر من نصفهن لا يعرفن هذه الطريقة.

إضافة إلى ذلك, سئلن حول مدى إجرائهن **المسحة المهبلية**, اتضح أن 5.8% فقط قد قمن بإجراء مسحة مهبلية (6.9% في الحضر مقابل 1.4% في الريف).

وأما النساء اللواتي لم تقمن بالمسح المهبلي, قد ارجعن ذلك إلى عدم وجود مشكلة صحية لديهن, وحوالي 40% تجهلن أهمية التحليل, 13% ارجعن ذلك إلى نتيجة ارتفاع التكلفة.

تبين من خلال النتائج التي بين أيدينا إلى قلة الوعي بأهمية الأعراض و المشاكل الصحية التي قد تعاني منها النساء عند اجتيازهن مرحلة سن اليأس في الإنجاب, إذ يأتي الوعي بعد تعرضهن لتلك الاضطرابات.

وفي الأخير, أعطت النساء رأيهن واتجاهاتهن حول فترة انقطاع الطمث, حيث تشير النتائج أن حوالي 19% ترى بأنها فترة سارة جدا, وحوالي 34% ترى أنها فترة سارة جزئيا, و29% صرحت بأنها فترة غير سارة.

الباب الثاني

الإطار الميداني
للدراسة

الفصل الخامس

- تقديم خصائص العينة.

- المبحث الأول:

الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس.

- المبحث الثاني:

كلما كان الحمل عند المرأة لأول مرة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس.

- المبحث الثالث:

كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس.

- المبحث الرابع:

دور الزوج في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة.

تمهيد:

- نقوم في هذا الفصل بإبراز أهم صفات و مميزات العينة التي تم اختبارها خلال هذا البحث , وهذا للسماح للقارئ أن يتعرف على مجتمع بحثنا ومميزاته , فكل عينة بحث لها خصائص خاصة بها , تكون في الغالب سبب التفرقة بين كل مجتمع وآخر وسبب تباين النتائج المتحصل عليها في كل دراسة. بالإضافة إلى تحليل الجداول الخاصة بالفرضيات الأربعة واستخلاص النتائج العامة.

تمهيد لخصائص العينة:

- للكشف عن فرضيات الدراسة في البحوث الاجتماعية, يجب التعريف بعينة البحث, والتعرف على خصائصها من اجل الوصول إلى المتغيرات التي تمكن الباحث التحقق من تلك الفرضيات.

الخصائص العامة للعينة:

-قبل الشروع في دراسة وتحليل الفرضيات المدروسة لطرح موضوع بحثنا, قمنا في البداية بتحليل البيانات العامة لأفراد البحث. والتي تعطينا صورة شاملة عن خصائص (العينة) وحدات البحث.

جدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية.

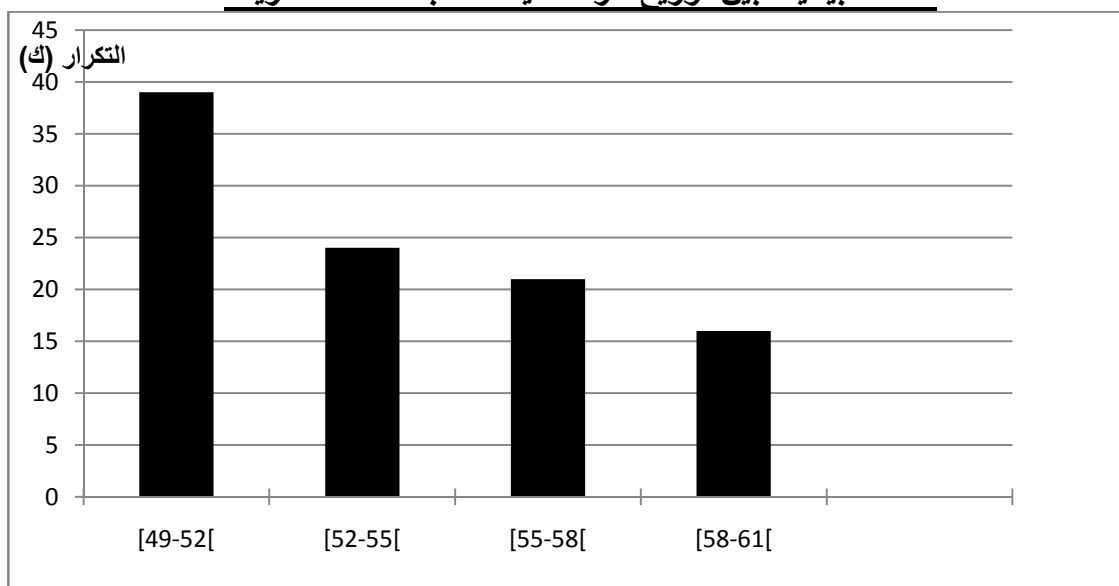
النسبة %	التكرار (ك)	فئات السن (سنة)
39	39	[52-49]
24	24	[55-52]
21	21	[58-55]
16	16	[61-58]
100	100	المجموع

-المتوسط الحسابي لسن أفراد العينة X يساوي 53,92 سنة

* يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب فئات السن , ومن خلاله يتضح لنا أن فئات سن المبحوثات تبدأ من (52-49) سنة إلى (61-58) سنة , حيث سجلت أعلى نسبة عند الفئة العمرية (52-49) سنة بنسبة 39% , تليها الفئة العمرية (55-52) سنة بنسبة 24% , في حين سجلت نسبة 21% في الفئة العمرية (58-55) سنة, تليها الفئة العمرية (61-58) سنة بنسبة 16%.

*من خلال هذا التحليل الإحصائي, نستطيع أن نقول أن سن اليأس (انقطاع الحيض) يتناقص مع تزايد العمر. حيث يكون انقطاع الحيض مبكرا في الأعمار ما بين (55-49) ثم يتناقص مع تزايد العمر.

أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية*



جدول رقم (2): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسبة %	التكرار (ك)	المستوى التعليمي
37	37	أمي
37	37	ابتدائي

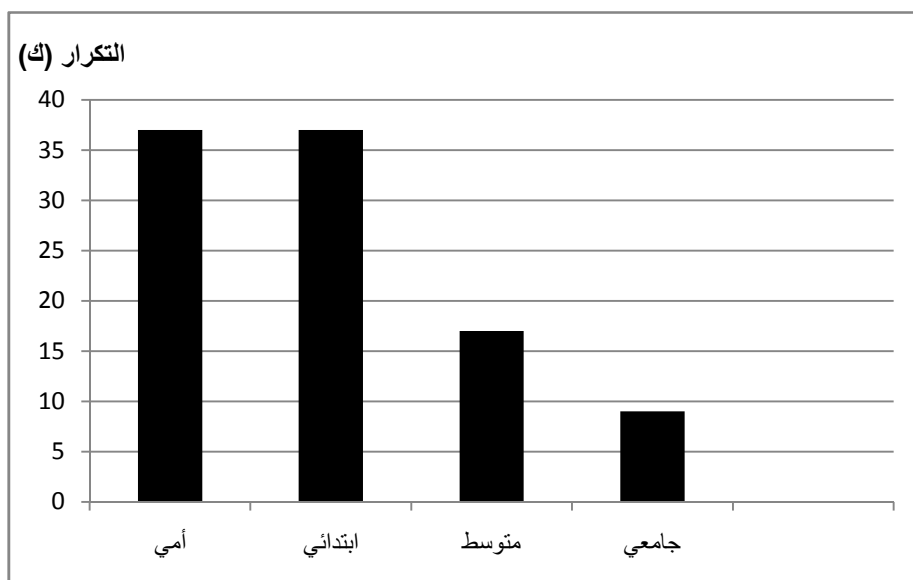
17	17	متوسط
9	9	جامعي
100	100	المجموع

* يتضح لنا من خلال هذا الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي، أن أكبر نسبة كانت لدى الأميات و الابتدائيات بالتساوي لكل منهما بنسبة 37٪، يليها المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 17٪، في حين اخفض نسبة فقد سجلت لدى الجامعيات بنسبة 9٪.

* من خلال هذه النتائج نجد أن معظم المستجوبات (63٪) المبحوثات تلقين تعليم حتى ولو كان منخفضا، وهذا راجع إلى طبيعة عينتنا، حيث أن نسبة معتبرة منهن تزوجن في سن مبكرة، لذا لم يدخلن أهاليهن المدارس ولم يتعلمن.

*أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى

التعليمي*.

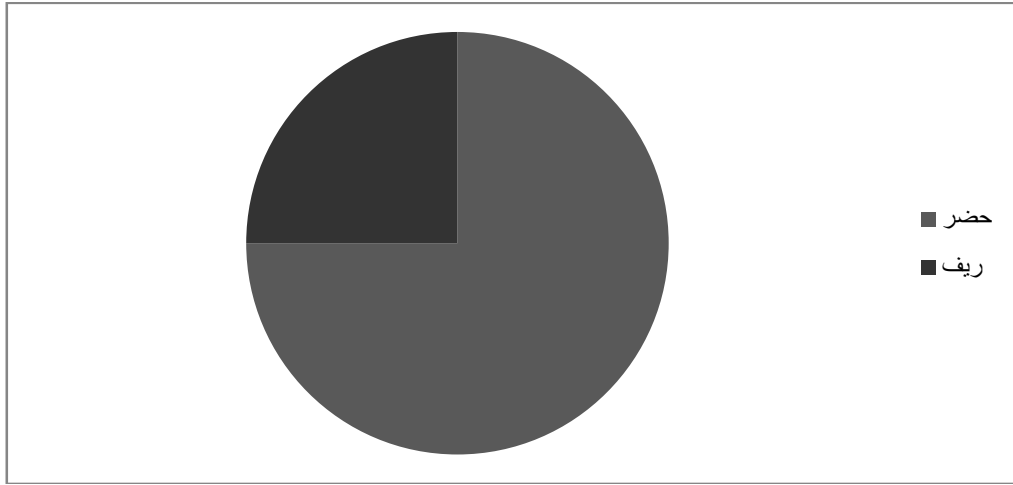


جدول رقم (3): يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.

النسبة ٪	التكرار (ك)	مكان الإقامة
75	75	حضر
25	25	ريف
100	100	المجموع

* يتضح لنا من خلال هذا الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة، أن أغلبية المبحوثات تقطن في الحضر، حيث بلغت نسبتهن ب 75٪. في حين سجلت نسبة 25٪ عند اللواتي تقطن في الريف.

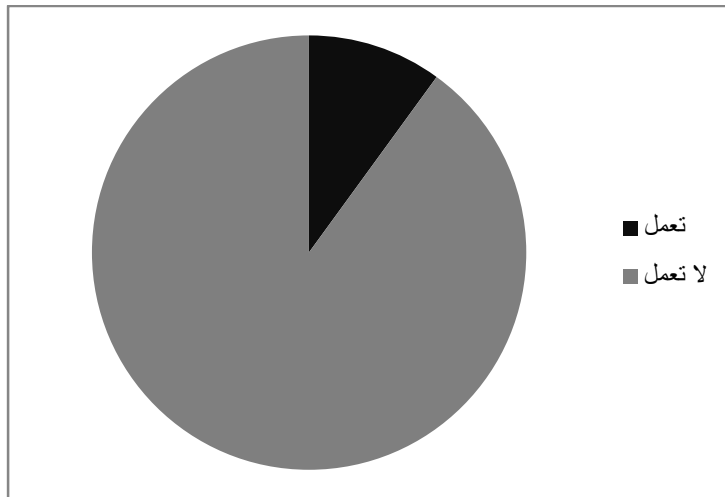
دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة



جدول رقم (4): يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة.

المهنة	التكرار (ك)	النسبة %
تعمل	10	10
لا تعمل	90	90
المجموع	100	100

*يتضح لنا من خلال هذا الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب المهنة, أن أغلبية المبحوثات لا تعملن حيث بلغت نسبتهن ب 90%, في حين سجلت نسبة 10% عند اللواتي لا تعملن.
*وجود نسبة عالية من النساء اللواتي لا تعملن يمكن إرجاعه إلى عوامل اقتصادية و اجتماعية وعائلية فرغم أن أغلبية عينتنا ذوات مستوى تعليمي , إلا أنهم لا يشتغلن وهذا راجع إلى عدة أسباب.
دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة



المبحث الأول:

الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس

جدول رقم (5) :- يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب لها خلال فترة

الإنجاب وانتهاء الحيض لديهن.

المجموع.	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء الحيض	
				زيارة الطبيب	لا تزور الطبيب
53 %100	3 % 5,66	37 %69,81	13 % 24,53	تزور الطبيب	9
4 %100	4 %8,51	34 %72,34	9 %19,15	لا تزور الطبيب	22
7 %100	7 %7	71 %71	22 %22	المجموع	

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 71%، تليها الفئة من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22%، ثم تليها الفئة من 52 إلى 57 سنة بنسبة 7% .
- و عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في زيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما كانت النساء تزرن أو لا تزرن الطبيب (المرأة تزور أو لا تزور الطبيب) إلا و كان السن عند انتهاء الحيض لديهن من 46 سنة إلى 51 سنة، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 72,34% من بين اللواتي لا تزرن الطبيب، ثم نسبة 69,81% من بين اللواتي تزرن الطبيب.

* من خلال قراءة هذا الجدول لم نجد تأثير واضح لزيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب على انتهاء الحيض، فقد أتت النسب متقاربة بين زيارة المرأة الطبيب و عدم زيارته، فالزيارة للطبيب كانت تتم إلى في حالات ضرورة قسوة أو إلا إذا كانت هناك حالات حمل.

جدول رقم (6) :- يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب خلال فترة الإنجاب

وتناولهن العلاج الهرموني.

المجموع	لا تتناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني	
			زيارة المرأة الطبيب	تزور الطبيب
53 %100	33 %62,26	20 %37,74	8 %17,02	تزور الطبيب
47 %100	39 %82,98	8 %17,02	28 %28	لا تزور الطبيب
100 %100	72 %72	28 %28		المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي

لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 72% مقابل فئة النساء اللواتي تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 28%.

- وعند إدخالها للمتغير المستقل و الذي يتمثل في زيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه, فمهما كانت المرأة تزور أو لا تزور الطبيب (فمهما كانت الزيارة أم لا للطبيب) إلا و كانت لا تتناول العلاج الهرموني, حيث قدرت أعلى نسبة ب82,98% من بين اللواتي لا تزرن الطبيب. في حين قدرت نسبة 62,26% من بين اللواتي تزرن الطبيب.

* من خلال قراءة الجدول لم نلاحظ تأثير لزيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب على تناول العلاج الهرموني, حيث لوحظ عدم لجوء النساء إلى تناول العلاج الهرموني, وهذا راجع ربما لخصوصيته و لتخوفهن من تناوله, فالنساء لم يعتدن على استعماله و تناوله, بالإضافة إلى انه قد يكون ذو تكلفة مرتفعة خاصة مع تدني المستوى المعيشي و انخفاض الدخل.

جدول رقم (7): - يبين توزيع المبحوثات حسب زيارتهن للطبيب خلال فترة الإنجاب و التغير في وزنه.

المجموع	لا اعرف	لم يتغير	نقص الوزن	زاد الوزن	التغير في	
					الوزن	زيارة الطبيب
53	4	6	22	21	7,55%	زيارة الطبيب
100%		11,32%	41,51%	39,62%		
47	5	8	21	13	10,64%	لا تزور الطبيب
100%		17,02%	44,68%	27,66%		
100	9	14	43	34	9%	المجموع
100%		14%	43%	34%		

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي نقصن في الوزن بنسبة 43%, تليها فئة النساء اللواتي زاد وزنه بنسبة 34%, ثم تليها فئة النساء اللواتي لم يتغير وزنه بنسبة 14%, ثم تليها فئة النساء اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كانت هناك لديهن تغير في وزنه بنسبة 9%.

وعند إدخالها للمتغير المستقل المتمثل في زيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول حافظ على اتجاهه, فمهما كانت المرأة تزور أو لا تزور الطبيب إلا وكانت تعاني من نقص في وزنها, حيث سجلت أعلى نسبة ب44,68% من بين اللواتي لا تزرن الطبيب, في حين نسبة 41,51% من بين اللواتي لا تزرن الطبيب.

* من خلال قراءة هذا الجدول يتضح لنا انه لم نجد تأثير واضح لزيارة المرأة الطبيب خلال فترة الإنجاب على التغير في الوزن, فقد وجدنا النسب أحيانا متذبذبة و أحيانا أخرى متقاربة فيما بينها, بمعنى انه لم نجد اتجاه واحد لنسب التغير في الوزن, هذا دليل على وجود عوامل أخرى تتحكم في التغير في الوزن.

جدول رقم (8): - يبين توزيع المبحوثات حسب إرادتهن للأجنة في جميع حمولهن وانتهاء الحيض لديهن.

المجموع.	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء الحيض	
				ترديد الجنين في جميع حملك	لا ترديد الجنين
65	5	44	16	% 24,62	ترديد الجنين
%100	%7,69	%67,69	6	% 17,14	لا ترديد الجنين
35	2	27	22	%22	المجموع
%100	% 5,71	%77,14	71	%71	
100	7	71	22	%22	
%100	%7	%71	22	%22	

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 71%، ثم تليها الفئة من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22%، ثم تليها الفئة من 52 إلى 57 سنة بنسبة 7% .

- و عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في إرادة المرأة للأجنة في جميع حملها، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما كانت النساء تردين الجنين أم لا تردنه إلا و كان السن عند انتهاء الحيض عندهن من 46 سنة إلى 51 سنة ، حيث قدرت أعلى نسبة 77,14% من بين اللواتي لا تردين الأجنة في جميع حملها . ثم نسبة 67,69% من بين اللواتي تردين الأجنة في جميع حملها.

* من خلال قراءة الجدول يتبين لنا انه لا يوجد تأثير لإرادة النساء للأجنة في جميع حملهن على انتهاء الحيض لديهن، فمهما كانت المرأة تريد الأجنة أو لا تريدها في جميع حملها كان السن عند انتهاء الحيض لديها ما بين (46-51) سنة، هذا ما يثبت لنا انه ليس هناك علاقة بين إرادة الأجنة و انتهاء الحيض.

جدول

رقم (9): - يبين توزيع المبحوثات حسب إرادتهن للأجنة في جميع حملهن وانتظام الدورة الشهرية عندهن.

المجموع	الدورة غير منتظمة	الدورة منتظمة	انتظام منتظمة	
			ترديد الجنين في جميع حملك	لا ترديد الجنين
65	17	48	% 73,85	ترديد الجنين
%100	% 26,15	26	%74,29	لا ترديد الجنين
35	9	26	74	المجموع
%100	%25,71	26	%74	
100	26	74	%74	
%100	%26	74	%74	

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة بانتظام بنسبة 74% مقابل فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة بغير

انتظام بنسبة 26%.

- وعند إدخالها للمتغير المستقل الذي يتمثل في إرادة المرأة للأجنة في جميع حملها نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه, فمهما كانت المرأة تريد أو لا تريد الأجنة في جميع حملها الدورة الشهرية تبقى منتظمة لها , حيث قدرت أعلى نسبة 74,29 % من بين اللواتي لا تردين الأجنة , ثم تليها نسبة 73,85 % من بين اللواتي تردين الأجنة.

* من خلال قراءة الجدول يظهر لنا أن النسب متقاربة جدا بين إرادة المرأة للأجنة في جميع حملها, هذا ما يبين لنا عدم وجود تأثير كل منهما على الآخر, فمعظم المبحوثات كانت الدورة تأتيهن بانتظام وهذا مهما اختلفت إرادتهن للأجنة في جميع حملهن.

جدول رقم (10): - يبين توزيع المبحوثات حسب مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب وانتهاء الحيض لديهن .

المجموع.	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء الحيض	
				وضع المواليد	في المستشفى
60 %100	3 %5	44 %73,33	13 %21,67	في المستشفى	7
29 %100	4 %13,79	18 %62,07	7 %24,14	في المنزل	2
11 %100	-	9 %81,82	2 %18,18	في مصحة خاصة	22
100 %100	7 %7	71 %71	22 %22	المجموع	

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 71%, ثم تليها الفئة من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22%, ثم تليها الفئة من 51 إلى 57 سنة بنسبة 7%.

- و عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مكان وضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب, حيث مهما اختلف مكان وضعهن لمواليدهن يبقى السن عند انتهاء حيضهن يتراوح ما بين 46 إلى 51 سنة بنسبة 81,82% من بين اللواتي كن يضعن مواليدهن في مصحة خاصة, ونسبة 73,33% من بين اللواتي وضعن مواليدهن في المستشفى, في حين بلغت نسبة اللواتي كن يضعن مواليدهن في المنزل بـ 62,07%.

* من خلال قراءة هذا الجدول يتضح لنا انه توجد اختلافات وفروق بينة في مكان الوضع إلى آخر فالوضع في المستشفى يختلف عن الوضع في المنزل, و هذا واضح نظرا للرعاية التي تحظى بها المرأة في المستشفى ولكون المستشفى بحد ذاته المكان الوحيد والأمن للولادة الناجحة و الأمانة, كما انه يكون غير مكلف وفي متناول الجميع.

عند وضع المرأة لمولودها في المنزل قد يحدث لها تضاعفات و ضغوطات صحية عند الولادة, كما يمكن أن تؤدي إلى تدهور في صحتها و يمكن أن تموت أيضا على إثرها.

جدول رقم (11) :- يبين توزيع المبحوثات حسب وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب وانتظام الدورة الشهرية لديهن .

المجموع	الدورة غير منتظمة	الدورة منتظمة	انتظام الدورة	
			وضع المواليد	في المستشفى
60 %100	13 %21,67	47 %78,33	47	في المستشفى
29 %100	12 %41,38	17 %58,62	17	في المنزل
11 %100	1 %9,09	10 %90,91	10	في مصحة خاصة
100 %100	26 %26	74 %74	74	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة بانتظام بنسبة 74% مقابل فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة بغير انتظام بنسبة 26%.

- وعند إدخالها للمتغير المستقل المتمثل في مكان وضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلف مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب إلا وكانت الدورة تأتيهن بانتظام، حيث قدرت أعلى نسبة عند اللواتي كن يضعن مواليدهن في مصحة خاصة بنسبة 90,91%، تليها نسبة 78,33% من بين اللواتي كن يضعن مواليدهن في المستشفى. ثم تليها اضعف نسبة عند اللواتي كن يضعن مواليدهن في المنزل بنسبة 58,62%.

* من خلال قراءة الجدول يتضح انه لا توجد علاقة واضحة بين وضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب وانتظام الدورة الشهرية، فقد كانت كل المبحوثات تأتيهن الدورة بانتظام وهذا مهما اختلف مكان وضعهن لمواليدهن.

جدول رقم (12) :- يبين توزيع المبحوثات حسب وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب وتناولهن العلاج الهرموني.

المجموع	لا تتناول العلاج الهرموني	تتناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني	
			وضع مواليدهن في فترة الإنجاب	في المستشفى
60 %100	45 %75	15 %25	15	في المستشفى
29 %100	21 %72.41	8 %27.59	8	في المنزل
11 %100	6 %54.55	5 %45.45	5	في المصحة الخاصة
100 %100	72 %72	28 %28	28	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 72% مقابل فئة النساء اللواتي تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 28%.

- وعند إدخالها للمتغير المستقل المتمثل في وضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب , نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه, فمهما اختلف مكان وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب إلا و كن لا تتناولن العلاج الهرموني, حيث قدرت أعلى نسبة عند اللواتي كن يضعن مواليدهن في المستشفى بنسبة 75%, تليها نسبة 72.41% من بين اللواتي كن يضعن مواليدهن في المنزل , ثم تليها فئة اللواتي كن يضعن مواليدهن في مصحة خاصة بنسبة 54.55% .

* من خلال قراءة الجدول لوحظ انه لا يوجد تأثير واضح لوضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب على تناول العلاج الهرموني, فعدم لجوء النساء لتناول العلاج الهرموني ربما راجع لكونه قد يستغرق فترة زمنية للتعود عليه كما انه يمكن أن يكون ذو تكلفة مادية و النساء لسن قدرات على اقتناؤه.

جدول رقم (13): - يبين توزيع المبحوثات حسب وضعهن لمواليدهن خلال فترة الإنجاب والتغير في وزنه.

المجموع	لا اعرف	لم يتغير	نقص الوزن	زاد الوزن	التغير في الوزن	
					وضع المواليد	في المستشفى
60	4	10	27	19	31.67%	60%
29	3	2	15	9	31.03%	29%
11	2	2	1	6	54.55%	11%
100	9	14	43	34	34%	100%

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي نقصن في وزنه بنسبة 43% تليها فئة النساء اللواتي زاد وزنه بنسبة 34%, ثم تليها فئة النساء اللواتي لم يتغير لديهن الوزن بنسبة 14%, تليها في الأخير فئة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان هناك تغير في وزنه بنسبة 9%.

- وعند إدخالها للمتغير المتمثل في مكان وضع المرأة لمواليدها خلال فترة الإنجاب نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه عند اللواتي كن يضعن مواليدهن في المستشفى و في المنازل, حيث قدرت أعلى نسبة ب 51.72% من بين اللواتي كن يضعن مواليدهن في المنزل ونسبة 45% من بين اللواتي كن يضعن مواليدهن في المستشفى , أما فئة اللواتي كن يضعن مواليدهن في مصحة خاصة فقد زاد الوزن عندهن وهذا بنسبة 54.55%.

* إن معظم المبحوثات اللواتي كن يضعن مواليدهن في المستشفيات وفي المنازل تعرضن لنقص في وزنهن. وهذا راجع إلى عدم الرعاية الصحية التي يجب أن تتلقاها المرأة أثناء وبعد وضعها لمواليدها، أما اللواتي كن يضعن مواليدهن في مصحة خاصة فقد تعرضن لزيادة في وزنهن هذا راجع بطبيعة الحال إلى الاهتمام والرعاية الصحية التي تلقتها النساء أثناء وضعهن لمواليدهن.

جدول رقم (14) :- يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة

النفاس وتناولهن العلاج الهرموني.

المجموع	لا تتناول العلاج الهرموني	تتناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني	
			الكشف عن الصحة خلال فترة النفاس	طبيب
39	22	17	%43.59	%56.41
%100	%56.41	%43.59		
11	8	3	%27.27	%72.73
%100	%72.73	%27.27		
50	30	20	%40	%60
%100	%60	%40		

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 60% مقابل فئة النساء اللواتي تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 40%.

وعند إدخالها للمتغير المستقل المتمثل في الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلفت كشفهن عن صحتهن خلال فترة النفاس إلا وكن لا تتناولن العلاج الهرموني، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 72.73% من بين اللواتي كن تكشفن عن صحتهن خلال فترة النفاس عند ممرضة أو قابلة، تليها نسبة اللواتي كن تكشفن عن صحتهن خلال فترة النفاس عند الطبيب بـ 56.41%.

جدول رقم (15) :- يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس

وانتهاء الحيض لديهن.

المجموع	(57-52)	(51-45)	(45-40)	انتهاء الحيض
				الكشف عن الصحة خلال فترة النفاس.
39	2	29	8	طبيب
%100	%5.13	%74.36	%20.51	

ممرضة/ قابلة	-	10	1	11	%100
المجموع	8	39	3	*50	%100
	%16.00	%78.00	%9.09		

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 78.00%، تليها الفئة من 40 إلى 45 سنة بنسبة 16.00%، ثم تليها الفئة من 52 إلى 57 سنة بنسبة 6.00%.

و عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه. فمهما كانت النساء تكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس عند الطبيب أو ممرضة أو قابلة إلا وكان انتهاء الحيض لديها في الفئة العمرية من 46 إلى 51 سنة، حيث بلغت نسبة اللواتي كن تكشفن عن صحتهن خلال فترة النفاس عند ممرضة أو قابلة بـ 90.91%، تليها نسبة 74.36% عند اللواتي كن تكشفن عن صحتهن خلال فترة النفاس عند الطبيب

* من خلال قراءة الجدول اتضح انه لا توجد تأثير واضح بين كشف المرأة لصحتها خلال فترة النفاس على انتهاء الحيض، فمعظم المبحوثات كن تكشفن عن صحتهن خلال فترة النفاس عند ممرضة أو قابلة وانتهى عندهن الحيض في السن الطبيعي له، وكشف المرأة لصحتها خلال فترة النفاس عند ممرضة أو قابلة راجع لكونها أنثى مثلها تتفهمها وترتاح لها أفضل من الطبيب.

50* نصف العينة (المبحوثات) تعرضن للكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس أما النصف الآخر 50 لم تتعرضن للكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس.

جدول رقم (16): - يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني عندهن.

مدة العلاج الهرموني	التكرار ك	النسبة %
سنة	1	5
منذ اقل من سنة	5	25
ما بين سنة و 5 سنوات	11	55
منذ أكثر من 5 سنوات	3	15
المجموع	20	100

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يتضح أن النساء اللواتي تلجأن إلى العلاج الهرموني، كانت أعلى نسبة عندهن عند اللواتي تراوحت مدة العلاج عندهن ما بين سنة و 5 سنوات بنسبة 55.00%، تليها نسبة اللواتي تتناولن العلاج منذ اقل من سنة 25.00%، ثم تليها نسبة مدة العلاج أكثر من 5 سنوات بنسبة 15.00%، بعدها تليها نسبة 5.00% وهي نسبة اللواتي كانت مدة العلاج عندهن سنة واحدة .

جدول رقم (17):- يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور في عظامهن.

النسبة %	التكرار (ك)	حدوث الكسور في العظام
20	10	حدثت لهن الكسور في عظامهن
80	40	لم تحدث لهن الكسور في عظامهن
100	50	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول نلاحظ أن معظم المبحوثات لم تحدث لهن الكسور في عظامهن بنسبة 80%، تليها فئة اللواتي تحدث لهن الكسور في عظامهن بنسبة 20%.

جدول رقم (18):- يبين توزيع المبحوثات حسب قيامهن بأشعة سينية على العمود الفقري.

النسبة %	التكرار (ك)	القيام بأشعة سينية
42	21	تقوم بأشعة سينية
58	29	لا تقوم بأشعة سينية
100	50	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول نلاحظ أن فئة النساء اللواتي لا تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري قدرت بنسبة 58% تليها فئة اللواتي تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري بنسبة 42%.

جدول رقم (19):- يبين توزيع المبحوثات حسب الكشف عن صحتهن خلال فترة النفاس و التغير في وزنه.

المجموع	لا اعرف	لم يتغير	نقص الوزن	زاد الوزن	التغير في الوزن
					الكشف عن الصحة خلال فترة النفاس
35 %100	3 % 9,23	7 % 17,95	18 % 46,15	11 %28,21	الطبيب
11 %100	2 %18,18	2 %18,18	5 %45,45	2 %18,18	ممرضة أو قابلة
50 %100	5 %10	9 % 18	23 %46	13 %26	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي نقصن في وزنه بنسبة 46٪، تليها فئة اللواتي زاد الوزن عندهن بنسبة 26٪، ثم تليها فئة النساء اللواتي لم يتغير عندهن الوزن بنسبة 18٪، تليها في الأخير فئة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان هناك تغير في وزنه بنسبة 10٪.

- وعند إدخالها للمتغير المستقل المتمثل في الكشف عن صحتها خلال فترة النفاس نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلفت كشفهن عن صحتها خلال فترة النفاس إلا وكن تعاني من نقص في وزنه. وهذا بنسبة 46.15٪ من بين اللواتي كشفن عن صحتها خلال فترة النفاس عند الطبيب، تليها بنسبة 45.45٪ من بين اللواتي كشفن عن صحتها خلال النفاس عند ممرضة أو قابلة.

* من خلال قراءة الجدول نلاحظ أن النسب أنت متقاربة تماما بين كشفهن عن صحتها خلال فترة النفاس عند الطبيب أو عند الممرضة، معنى هذا انه لا يوجد تأثير بينهما .

جدول رقم (20): - يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها خلال فترة الإنجاب و انتهاء الحيض لديهن.

المجموع	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء الحيض	
				حالة حمل انتهت قبل موعدها	حالة إجهاض
12	1	8	3	25٪	66.67٪
15	-	11	4	26.67٪	73.33٪
15	1	11	3	20٪	73.33٪
11	-	9	2	18.18٪	81.82٪
53*	2	39	12	22.64٪	73.58٪

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى الحيض عندهن من 46 إلى 51 سنة بنسبة 73.58٪، تليها الفئة العمرية من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22.64٪، ثم تليها الفئة من 52 إلى 57 سنة بنسبة 3.77٪.

- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في انتهاء حالة حمل قبل موعدها نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلفت نوعية الحالة الحمل التي انتهت قبل موعدها إلا و كانت السن عند انتهاء الحيض في الفئة العمرية من 46 إلى 51 سنة، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 81.82٪ من بين اللواتي انتهت الحالة الحمل قبل موعدها بحالة مولود ميت، تليها نسبة 73.33٪ من بين اللواتي انتهت عندهن الحالة بحالة إسقاط و حالة مولود حي، ثم تليها الحالة

التي انتهت قبل موعدها بحالة إجهاض بنسبة 66.67% .

*من خلال الجدول يتضح لنا انه لا يوجد تأثير واضح بين انتهاء الحالات الحمل قبل موعدها و انتهاء الحيض, فالنسب أتت متقاربة بين الحالات الأربعة و انتهاء الحيض عندهن أتى في السن الطبيعية التي من المفروض أن ينتهي فيها الحيض.

53

53* انتهت عندهن حالة الحمل قبل موعدها بالحالات الأربعة : حالة إجهاض, حالة إسقاط, حالة مولود حي, حالة مولود ميت. أما 47 المتبقية فهي الحالات الحمل التي انتهت في موعدها بحالة مولود حي.

جدول رقم (21):- يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها خلال فترة الإنجاب و انتظام الدورة الشهرية عندهن.

المجموع	الدورة غير منتظمة	الدورة منتظمة	انتظام الدورة	
			انتهاء حالة حمل قبل موعدها	حالة إجهاض
12	4	8	66.67%	33.33%
15	4	11	73.33%	26.67%
15	4	11	73.33%	26.67%
11	2	9	81.82%	18.18%
53	14	39	73.58%	26.42%

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة الشهرية بانتظام بنسبة 73.58%, مقابل فئة اللواتي كانت تأتيهن الدورة بغير انتظام بنسبة 26.42%.

- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في انتهاء حالة حمل قبل موعدها نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه, فمهما اختلفت و تنوعت حالة الحمل التي انتهت قبل موعدها إلا وكانت الدورة تأتيهن بانتظام, حيث قدرت أعلى نسبة بـ 81.82% من بين اللواتي انتهى حملهن قبل موعده بحالة مولود ميت, تليها نسبة 73.33% وهي نسبة اللواتي انتهى حملهن قبل موعده بحالة مولود حي و حالة إسقاط, ثم تليها نسبة 66.67% من بين اللواتي انتهى حملهن قبل موعده بحالة إجهاض.

جدول رقم (22):- يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني عندهن.

النسبة %	التكرار (ك)	مدة العلاج الهرموني
60	9	منذ اقل من سنة
33.33	5	ما بين سنة و 5 سنوات
6.67	1	اكثر من 5 سنوات
100	15	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول اتضح لنا أن النساء اللواتي تلجان إلى العلاج الهرموني، كانت أعلى نسبة عندهن عند اللواتي تراوحت مدة العلاج عندهن منذ أقل من سنة بنسبة 60٪، تليها نسبة اللواتي تتناولن العلاج الهرموني لمدة ما بين سنة و 5 سنوات بنسبة 33.33٪، ثم تليها نسبة مدة العلاج أكثر من 5 سنوات بنسبة 6.67٪.

جدول رقم (23) :- يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور في عظامهن.

النسبة %	التكرار (ك)	حدوث الكسور في العظام
15.09	8	حدثت الكسور في عظامهن
84.91	45	لم تحدث الكسور في عظامهن
100	53	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يتضح لنا أن معظم المبحوثات لم تحدث لهن الكسور في عظامهن و هذا بنسبة 84.91٪، تليها نسبة النساء اللواتي حدثت لهن الكسور في عظامهن ب 15.09٪.

جدول رقم (24) :- يبين توزيع المبحوثات حسب القيام بأشعة سينية على العمود الفقري.

النسبة %	التكرار (ك)	القيام بأشعة سينية على العمود الفقري
35.85	19	تقوم ناشعة سينية
64.15	34	لا تقوم بأشعة سينية
100	53	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يتضح لنا أن معظم المبحوثات لا تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري بنسبة 64.15٪، تليها نسبة اللواتي تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري ب 35.85٪.

جدول رقم (25) :- يبين توزيع المبحوثات حسب انتهاء حالة حمل قبل موعدها و

التغير في وزنها.

المجموع	لا اعرف	لم يتغير	نقص الوزن	زاد الوزن	التغير في الوزن	
					انتهاء حالة حمل قبل موعدها	حالة إجهاض
12	-	-	5	7	58.33٪	41.67٪
100٪	-	-				

حالة إسقاط	2	7	2	4	15	%100
حالة مولود حي	3	7	3	2	15	%100
حالة مولود ميت	4	5	2	-	11	% 100
المجموع	16	24	7	6	53	% 100

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي نقصن في وزنهن بنسبة 45.28٪، تليها نسبة اللواتي زاد الوزن عندهن ب 30.19٪، ثم تليها نسبة اللواتي لم يتغير وزنهن بنسبة 13.21٪، تليها بعد ذلك فئة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان هناك تغير في وزنهن بنسبة 11.32٪.

- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في انتهاء حالة حمل قبل موعدها نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه إلا في الحالات الثلاث: حالة مولود حي و حالة إسقاط بنسبتين متساويتين قدرت ب 46.67٪، وحالة مولود ميت بنسبة 45.45٪، أما الحالة التي انتهت قبل موعدها بحالة إجهاض النساء في هذه الفئة زاد الوزن عندهن بنسبة 58.33٪.

* إن معظم المبحوثات ذوات الحالات الحمل التي انتهت قبل موعدها بحالة إسقاط و حالة مولود حي و حالة مولود ميت نقصن في وزنهن، هذا راجع إلى الحالات الخطيرة التي تعرضن لها اثر انتهاء الحمل قبل موعده والى التدهور الصحي الذي تعرضن له. كما يمكن أن يكون هناك تأثير لعوامل أخرى كالعوامل الاجتماعية و النفسية التي تلعب دورا مهما في التأثير على الحالة الصحية.

حيث ظهر من خلال تحليل معامل التوافق على وجود علاقة طردية بين انتهاء حالة حمل قبل موعدها و التغير في الوزن حيث قدر ب 0.45.

خلاصة الفصل:

بعد استعراضنا لجملة من الجداول التي تبرز لنا أهم خصائص عينة بحثنا, و التحقق من صحة فرضيتنا ,يمكن أن نستدرج ما يلي:

- اغلب أفراد عينتنا تتراوح أعمارهن ما بين 49 إلى 58 سنة.
- معظم المبحوثات لا تعملن:ماكثات بالبيت.
- كل المبحوثات متزوجات.
- أغلبية المبحوثات تقطن في الحضر.
- معظم المبحوثات ذوات المستوى التعليمي : ابتدائي ,متوسط ,جامعي.

أ- ما فيما يخص نتائج الفرضية الأولى و المتمثلة في "الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب لها تأثير على مرحلة سن اليأس",فانه من خلال الجداول التي رأيناها , واهم التعليقات التي قدمناها قصد الإجابة على هذه الفرضية, قد ثبت لنا فعلا انه توجد علاقة بين هذين المتغيرين في بعض الأحيان , وفي بعض الأحيان الأخرى لا توجد, و ذلك حسب طبيعة المتغير المستقل المستخدم في العلاقة بينهما ,فالرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب من:

- زيارة الطبيب.
- إرادة الأجنة في جميع حملها.
- مكان وضعها لمواليدها.
- الكشف عن صحتها خلال فترة النفاس.
- انتهاء حالة حمل قبل موعدها.
- كلها متغيرات لم تؤثر بشكل مباشر على انقطاع الطمث , فانتهاه الحيض كان في سنه الطبيعي تقريبا عند معظم المبحوثات ما بين 46الى 51سنة رغم زيارتهن للطبيب و اختلاف مكان وضعهن لمواليدهن و عدم كشفهن عن صحتهن خلال فترة النفاس.

- كما انه لوحظ أن معظم النساء كانت الدورة الشهرية تأتيهن بانتظام ,وكن لا تتناولن العلاج الهرموني رغم معرفتهن بأهميته ومنفعته,وذلك راجع إلى العامل المادي الذي يتحكم في الكثير منهن ,لأن نوعية العلاج قد تتطلب تكلفة وهذا مع غلاء المعيشة وانخفاض مستوى الدخل عندهن,لذا لزم على الكثير منهن الاستغناء عن تناوله.

- أما عن التغير في الوزن فقد عانت معظم المبحوثات نقص في وزنهن وهذا راجع إلى عدم تلقيهن الرعاية اللازمة أثناء فترة حملهن و ولادتهن.

المبحث الثاني :

كلما كان سن الحمل عند المرأة لأول مرة مبكرا كلما حدث تأخر في سن اليأس .
جدول رقم (26):- يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة وانتهاء الحيض لديهن.

المجموع	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء	
				الحيض	سن الحمل
55 %100	4 %7.27	38 %69.09	13 %23.64		(20-15)
35 %100	3 %8.57	25 %71.43	7 %20		(26-21)
5 %100	-	5 %100	-		(32-27)
5 %100	-	3 %60	2 %40		(38-33)
100 %100	7 %7	71 %71	22 %22		المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 71%، تليها فئة اللواتي انتهى عندهن الحيض من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22%، ثم تليها فئة العمر من 52 إلى 57 سنة بنسبة 7% .
 وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما تغير السن الذي أصبحت فيه النساء حوامل لأول مرة إلا وكان السن عند انتهاء الحيض عندهن من 46 إلى 51 سنة، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 100% للواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين 27 إلى 32 سنة، تليها نسبة 71.43% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين 21 إلى 26 سنة، ثم يليها سن اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة ما بين 15 إلى 20 سنة بنسبة 69.09%، ثم تليها نسبة 60% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة وهن في السن ما بين 33 إلى 38 سنة.

- من خلال الجدول، نلاحظ انه كلما ازداد السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة كان السن عند انتهاء الحيض لديهن من 46 إلى 51 سنة، حيث إنجابهن لأطفالهن كان في سن مبكرة نظرا لزواجهن المبكر واستمرارهن في الحمل و الإنجاب حتى قبل انقطاع الحيض عنهن بفترة قصيرة أي توقفن عن الإنجاب قبل وصولهن سن 45، ومع هذا انقطع الحيض عنهن في الغالب في سنه الطبيعي و لم يتأخر لأغلبهن انقطاعه .

جدول رقم (27): - يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة وانتظام الدورة الشهرية.

المجموع	الدورة الشهرية غير منتظمة	الدورة الشهرية منتظمة	انتظام الدورة الشهرية	
			السن عند الحمل	
55	12	43	(20-15)	%78.18
%100	%21.82	%78.18	(26-21)	%74.29
35	9	26	(32-27)	%20
%100	%25.71	%74.29	(38-33)	%80
5	4	1	المجموع	%74
%100	%80	%20		
5	1	4		
%100	%20	%80		
100	26	74		
%100	%26	%74		

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة الشهرية بانتظام وهذا بنسبة %74, تليها فئة اللواتي كانت تأتيهن الدورة الشهرية بغير انتظام بنسبة %26.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة, نلاحظ أن كل المبحوثات اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن (20-15) سنة و السن ما بين (26-21) سنة و السن ما بين (38-33) سنة حافظن على نفس الاتجاه العام, حيث كانت تأتيهن الدورة الشهرية بانتظام, وقد قدرت أعلى نسبة ب%80 من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين 33 إلى 38 سنة, تليها نسبة %78.18 من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين 15 إلى 20 سنة, ثم تليها نسبة اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة ما بين 21 إلى 26 سنة ب %74.29. أما اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين (32-27) سنة, فمعظمهن كانت الدورة الشهرية تأتيهن بغير انتظام وهذا بنسبة %80.

* نلاحظ انه كلما ازداد السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة, قلت الدورة الشهرية عندها, وهذا أمر طبيعي, فعندما يبدأ سن المرأة بالصعود (المرأة تكبر) تنقص دورتها الشهرية, وتقل حضورها و فرصها في إنجاب الأطفال رغم انتظام دورتها أم لا.

جدول رقم (28): - يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة وتناولهن للعلاج الهرموني.

المجموع	لا تتناول العلاج الهرموني	تتناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني	
			السن	عند الحمل أول مرة
55	46	9	(20-15)	%16.36
%100	%83.64	%16.36		
35	22	13	(26-21)	%37.14
%100	%62.86	%37.14		
5	1	4	(32-27)	%80
%100	%20	%80		
5	3	2	(38-33)	%40
%100	%60	%40		
100	72	28	المجموع	%28
%100	%72	%28		

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 72%، تليها فئة اللواتي تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 28% .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة ، نلاحظ أن كل المبحوثات اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن (15-20) سنة و السن ما بين (21-26) سنة و السن ما بين (33-38) سنة حافظن على نفس الاتجاه العام، حيث أنهن كن لا تتناولن العلاج الهرموني، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 83.64% من بين اللواتي أصبحت حوامل لأول مرة في السن ما بين (15-20) سنة، ثم يليها سن اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة ما بين 21 إلى 26 سنة بنسبة 62.86%، و نسبة اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين (33 إلى 38) سنة قدرت بـ 60% . أما اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في السن ما بين (27 إلى 32) سنة فمعظمهن كن تتناولن العلاج الهرموني وهذا بنسبة 80% .

- من خلال الجدول ، يتضح لنا انه لا توجد علاقة واضحة بين تأثير السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة على تناول العلاج الهرموني ، فكلما ازداد السن كانت النساء لا تتناولن العلاج الهرموني ، ففي السن الأول لإنجاب الأطفال كن لا تتناولن العلاج الهرموني بصفة كبيرة، في حين كلما ازداد السن قلت عدم تناولهن العلاج الهرموني ، وهذا راجع إلى تكلفة العلاج والى عدم وعيهم بضرورة تناوله .

جدول رقم (29): - يبين توزيع المبحوثات حسب مدة العلاج الهرموني عندهن.

النسبة %	التكرار (ك)	مدة العلاج الهرموني
07.14	2	سنة
35.71	10	منذ اقل من سنة
46.43	13	ما بين سنة و5 سنوات
10.71	3	أكثر من 5 سنوات
100	28	المجموع

* من خلال القراءة الإحصائية يتضح لنا أن النساء اللواتي تلجأن إلى العلاج الهرموني , كانت أعلى نسبة عندهن عند اللواتي تراوحت مدة العلاج عندهن ما بين سنة و5 خمس سنوات بنسبة 46.43% , تليها نسبة اللواتي تناولن العلاج منذ اقل من سنة ب35.71% , ثم تليها نسبة مدة العلاج أكثر من 5 خمس سنوات بنسبة 10.71% , تليها النسبة 7.14% وهي نسبة اللواتي مدة العلاج الهرموني عندهن كانت سنة واحدة .

جدول رقم (30): - يبين توزيع المبحوثات حسب حدوث الكسور لهن في العظام.

النسبة %	التكرار (ك)	حدوث الكسور في العظام
17	17	حدثت الكسور لهن في العظام
83	83	لم تحدث الكسور لهن في العظام
100	100	المجموع

* من خلال القراءة الإحصائية يتضح لنا أن معظم النساء لم تحدث لهن الكسور في عظامهن وقدرت نسبتهم ب83% , تليها نسبة اللواتي حدثت لهن الكسور في عظامهن ب17% .

جدول رقم (31): - يبين توزيع المبحوثات حسب قيامهن بأشعة سينية على العمود الفقري.

النسبة %	التكرار (ك)	القيام بأشعة سينية الفقري على العمود الفقري.
33	33	تقوم بأشعة سينية
67	67	لا تقوم بأشعة سينية
100	100	المجموع

* من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتضح لنا أن معظم المبحوثات لا تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري بنسبة 67% , تليها نسبة اللواتي تقمن بأشعة سينية على العمود الفقري بنسبة 33% .

جدول رقم (32): - يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي أصبحن فيه حوامل لأول مرة و التغير في وزنهن.

المجموع	لا اعرف	لم يتغير	نقص الوزن	زاد الوزن	التغير في
					الوزن السن عند الحمل أول مرة
55 %100	4 %7.27	5 %9.09	25 %45.45	21 %38.18	(20-15)
35 %100	4 %11.43	7 %20	13 %37.14	11 %31.43	(26-21)
5 %100	-	2 %40	3 %60	-	(32-27)
5 %100	1 %20	-	2 %40	2 %40	(38-33)
100 %100	9 %9	14 %14	43 %43	34 %34	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي نقصن في وزنهن بنسبة 43%، تليها فئة اللواتي زاد الوزن لديهن بنسبة 34%، ثم تليها الفئة التي لم يتغير الوزن عندهن بنسبة 14%، ثم تليها فئة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان هناك تغير في وزنهن بنسبة 9%.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما تغير السن الذي أصبحت فيه النساء حوامل لأول مرة نلاحظ أنهن تعانين من نقص في وزنهن، حيث قدرت أعلى نسبة ب60% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في الفئة العمرية من 27 إلى 32 سنة و نسبة 45.45% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في الفئة من 15 إلى 20 سنة، ثم نسبة 40% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في الفئة العمرية من 33 إلى 38 سنة، ونسبة 37.14% من بين اللواتي أصبحن حوامل لأول مرة في الفئة العمرية من 21 إلى 26 سنة.

خلاصة حول نتائج الفرضية الثانية :

من خلال كل ما سبق تحليل و تفسير النتائج التي جاءت في الجداول للتأكد ما إذا كان للسن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة تأثير على سن انقطاع الحيض, وجدنا انه ليس هناك تأثير كبير عليه, حيث أننا لم نجد فرق في سن انتهاء الحيض مهما اختلف السن الذي أصبحت فيه حاملا لأول مرة المبحوثات.

فكما كان السن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة مرتفعا كان التوقف في الحيض نفسه وهو السن ما بين 46 إلى 51 سنة, هكذا نفس الشيء بالنسبة لمختلف العوامل الأخرى : كانتظام الدورة الشهرية, تناول العلاج الهرموني, مدة تناول العلاج الهرموني, التغير في الوزن. فالسن الذي أصبحت فيه المرأة حاملا لأول مرة أثرت فيه عوامل أخرى كالعوامل الوراثية, الاجتماعية, الاقتصادية, العائلية, الصحية, النفسية.

وقد كنا ننتظر وجود صلة وثيقة بين سن الحمل لأول مرة عند المرأة وتأخر انقطاع الحيض (سن اليأس) ونعتقد انه كلما ارتفع سن الحمل عند المرأة لأول مرة كلما كان هناك تأخر في سن اليأس, ولكن وجدنا غير ذلك, فإنجابهن لأطفالهن كان في سن مبكرة نظرا لزواجهن المبكر و استمرارهن في إنجاب الأطفال حتى بلغن سن الخامسة و الأربعين, ومع هذا لم يتأخر لأغلبهن انقطاع الطمث: سن اليأس, وإنما توقف لديهن في سنه الطبيعي حيث تشابهت فترة انقطاع حيضهن, وقد كانت الفترة الطبيعية والمحدودة علميا لتوقفه.

المبحث الثالث :

كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما كان التأخر في سن اليأس .

جدول رقم (33):- يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية وانتهاء الحيض لديهن.

المجموع	(57-52)	(51-46)	(45-40)	انتهاء الحيض	
				السن عندما بدأت	
13 %100	-	10 %76.92	3 %23.08	(12-10)	
54 %100	6 %11.11	35 %64.81	13 %24.07	(15-13)	
33 %100	1 %3.03	26 %78.79	6 %18.18	(18-16)	
100 %100	7 %7	71 %71	22 %22	المجموع	

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي انتهى عندهن الحيض من 46 إلى 51 سنة بنسبة 71%, تليها فئة اللواتي انتهى

عدهن الحيض من 40 إلى 45 سنة بنسبة 22%، ثم تليها الفئة من 52 إلى 57 سنة بنسبة 7%.

- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي بدأت الدورة الشهرية مع المرأة، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلف وتغير السن الذي بدأت فيه الدورة الشهرية مع النساء إلا كان السن عند انتهاء الحيض لديهن من 46 إلى 51 سنة، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 78.79% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة الشهرية في السن ما بين 16 إلى 18 سنة، تليها نسبة 76.92% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة الشهرية في السن ما بين 10 إلى 12 سنة، ثم تليها فئة اللواتي بدأت معهن الدورة الشهرية في السن ما بين 13 إلى 15 سنة بنسبة 64.81%.

* توجد اختلافات في الآراء فيما يتعلق بسن الحيض و انتهاء الدورة الشهرية عند المرأة، فالنساء اللواتي يحضن في سن مبكرة يمكن أن يحدث لهن تأخر في سن انقطاع الدورة الشهرية، لكن الجدول الذي بين أيدينا لا يبين ذلك، فالنساء اللواتي بدأت معهن الدورة الشهرية في سن مبكرة توقف الحيض عندهن في سنه الطبيعي أي ما بين سن 46 إلى 51 سنة.

انقطاع الحيض في سنه الطبيعي عند الكثير من المبحوثات راجع ربما إلى تدخل عوامل أخرى تتحكم فيه مثلا كالعوامل الوراثية، العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية، العوامل النفسية،..... الخ.

جدول رقم (34): - يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية و انتظامها.

المجموع	الدورة غير منتظمة	الدورة منتظمة	انتظام الدورة	
			السن الذي بدأت فيه الدورة	
13	5	8	(12-10)	38.46%
54	17	37	(15-13)	61.54%
33	4	29	(18-16)	68.52%
100	26	74	المجموع	87.88%
100	26	74		12.12%
100	26	74		26%

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة الشهرية بانتظام بنسبة 74%، مقابل فئة النساء اللواتي كانت تأتيهن بغير انتظام وهذا بنسبة 26%.

- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي بدأت فيه الدورة الشهرية مع المرأة، نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه، فمهما اختلف وتغير السن الذي بدأت معهن

الدورة الشهرية , إلا وكانت الدورة الشهرية تأتيهن بانتظام.حيث قدرت أعلى نسبة ب 87.88% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة في السن ما بين 16 إلى 18 سنة, تليها نسبة 68.52% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة في السن ما بين 13 إلى 15 سنة, ثم نسبة 61.54% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة في السن ما بين 10 إلى 12 سنة.

جدول رقم (35): - يبين توزيع المبحوثات حسب السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية وتناولهن للعلاج الهرموني.

المجموع	لا تتناول العلاج الهرموني	تتناول العلاج الهرموني	تناول العلاج الهرموني
			السن الذي بدأت فيه الدورة
13	13	-	(12-10)
54	39	15	(15-13)
33	20	29	(18-16)
100	72	28	المجموع

* من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول يظهر لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو فئة النساء اللواتي لا تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 72%, مقابل فئة النساء اللواتي تتناولن العلاج الهرموني بنسبة 28%.
- وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن الذي بدأت فيه الدورة الشهرية مع المرأة, نلاحظ أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه , فمهما اختلف وتغير السن الذي بدأت معهن الدورة الشهرية , إلا وكن لا تتناولن العلاج الهرموني.حيث قدرت أعلى نسبة ب 100% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة في السن ما بين 10 إلى 12 سنة, تليها نسبة 72.22% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة في السن ما بين 13 إلى 15 سنة, ثم نسبة 60.61% من بين اللواتي بدأت معهن الدورة الشهرية في السن ما بين 16 إلى 18 سنة.

* من خلال قراءة الجدول, اتضح لنا انه لا توجد علاقة واضحة بين تأثير السن الذي بدأت فيه الدورة الشهرية مع النساء و تناول العلاج الهرموني , فمعظم النساء لا تتناولن العلاج الهرموني رغم تغير سنهن عندما بدأت معهن الدورة الشهرية , وهذا راجع ربما إلى تكلفة العلاج الهرموني الذي ممكن أن يتطلب تكاليف مادية كبيرة , كما يمكن أن تكون هناك نساء لا تعلمن عن العلاج شيئاً.

خلاصة حول نتائج الفرضية الثالثة:

بالنسبة لهذه الفرضية التي مؤداها "كلما كان سن الحيض عند المرأة مبكرا كلما كان تأخر في سن اليأس" وجدنا في معظمها غير صحيحة , فرغم وجود اختلافات في الآراء فيما يتعلق بسن الحيض و ارتباطه بسن اليأس , فاللاتي يحضن في سن مبكرة يمكن أن يحدث لهن تأخر في سن اليأس , فعلى سبيل المثال من يحضن في سن العاشرة فغالبا ما يستمر الحيض لهن حتى سن 55 سنة, بينما من يحضن في سن السادسة عشرة أو السابعة فمن المحتمل أن يتوقف الحيض لهن في سن الأربعين, إلا انه رغم تلك الأدلة إلا أنها قليلة ويصعب الاعتماد عليها.

لكن الدراسة الميدانية أظهرت عكس ما سبق قوله وهو أن سن الحيض المبكر يتبعه تأخر لسن اليأس , بل غالبية المبحوثات حضن في سن مبكرة ما بين 10 إلى 15 سنة ومع ذلك فقد حدث لهن سن اليأس في موعده الطبيعي.

المبحث الرابع :

دور الزوج في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة

جدول رقم (36) :- يبين توزيع المبحوثات حسب تلقيهن مساعدات من طرف

أزواجهن في هذه الفترة.

النسبة %	التكرار (ك)	تتلقى المرأة مساعدات من طرف زوجها
75	75	تتلقين مساعدات من طرف زوجك
25	25	لا تتلقين مساعدات من طرف زوجك
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول , نلاحظ أن معظم المبحوثات تتلقين مساعدات من طرف أزواجهن بنسبة 75%, تليها نسبة المبحوثات اللواتي لا تتلقين مساعدات من طرف أزواجهن وهذا بنسبة 25%.

* من خلال ما قرناه , لاحظنا أن معظم أزواج المبحوثات يقدمن مساعدات لزوجاتهن, هذا دليل على تفهمهم و معرفتهم للمرحلة التي تمر بها المرأة , فالمرأة في هذه الفترة تتعرض لمشاكل وتغيرات جسمانية ونفسية تتأثر بها و تؤثر فيها .

فبانتهاء الدورة الشهرية و فقد الأمل في الإنجاب يزيد التوتر و القلق عندها و بذلك تحتاج إلى مساعدات عديدة من طرف زوجها .
جدول رقم (37): - يبين توزيع المبحوثات حسب وجود مضايقات و متاعب داخل الأسرة يسببها الزوج لها في هذه الفترة.

هل يسبب الزوج مضايقات و متاعب داخل الأسرة	التكرار (ك)	النسبة %
يسبب الزوج مضايقات و متاعب داخل الأسرة	27	27
لا يسبب الزوج مضايقات و متاعب داخل الأسرة	73	73
المجموع	100	100

* من خلال قراءتنا للجدول , نلاحظ أن معظم المبحوثات لا يسبب لهن أزواجهن مضايقات و متاعب داخل الأسرة وهذا بنسبة 73%, تليها المبحوثات اللواتي يسبب لهن أزواجهن مضايقات و متاعب داخل الأسرة بنسبة 27%.

* إن اغلبية المبحوثات لا تتعرضن لمضايقات و متاعب يسببها لهن أزواجهن داخل الأسرة , ذلك لأن المرأة في هذه المرحلة العمرية تكون أكثر حساسية و مرهفة نظرا لما يطرأ عليها من تغيرات و أعراض تسببها لها سن اليأس.
* و الأزواج في هذه الفترة معظمهم يكونون في مرحلة التقاعد عن العمل معناه نقص في دخل الأسرة, و ممكن أن يؤدي هذا إلى وجود بعض المضايقات و المتاعب داخل الأسرة, وقد يحدث مزيد من التوتر و النزاع بينهم وبين زوجاتهم, لان الأزواج عند مكوثهم بالبيت يتدخلون في كل شؤون البيت صغيرة كانت أو كبيرة و هذا ما يسبب الضيق و القلق للزوجة, كما أن الزوجات لا ترغبن في تقاعد أزواجهن ذلك لاعتقادهن بزيادة أعمال و أعباء أزواجهن المنزلية.
جدول رقم (38): - يبين توزيع المبحوثات حسب وصفهن للعلاقة الزوجية في هذه الفترة .

مواصفة العلاقة الزوجية	التكرار (ك)	النسبة %
علاقة طبيعية	41	41
علاقة متميزة	34	34
علاقة متذبذبة	25	25
المجموع	100	100

* من خلال قراءتنا للجدول , نلاحظ أن المبحوثات اللواتي تصفن العلاقة الزوجية في هذه المرحلة العمرية بالعلاقة الطبيعية قدرت نسبتهن ب41%, تليها نسبة اللواتي تصفن العلاقة بعلاقة متميزة ب34%, ثم تليها بعد ذلك نسبة اللواتي تصفن العلاقة الزوجية في هذه المرحلة العمرية بالعلاقة المتذبذبة ب25%.

* لقد أقرت مبحوثاتنا بمجتمع الدراسة على عدم وجود علاقة بوصولهن فترة نهاية الخصوبة وحدث تغير في طبيعة العلاقة بينهن و بين أزواجهن ,فصفة العلاقة الزوجية هي علاقة طبيعية لا يوجد فيها أي تغير يذكر حسبهن.

فالعلاقة بقيت كما كانت في السابق منذ بداية الحياة الزوجية مع أزواجهن حتى بلوغهن سن اليأس وهذا رغم كبر الأبناء و رحيلهم عن البيت العائلي , إذ برحيل الأبناء عن البيت العائلي وزواجهم ,من الطبيعي تستقر الحياة الزوجية في العش الزوجية أكثر و يحتاج كل منهما للآخر لأنهما لوحدهما ,كما انه لا بد لهما من التقرب أكثر من بعضهما .
جدول رقم (39): - يبين توزيع المبحوثات حسب مواجهتهن صعوبة في تحقيق رغباتهن مع أزواجهن في هذه الفترة .

النسبة %	التكرار (ك)	مواجهة الزوجة صعوبة في تحقيق رغباتها مع زوجها
34	34	تواجه صعوبة
66	66	لا تواجه صعوبة
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول, نلاحظ أن معظم المبحوثات لا تواجهن صعوبة في تحقيق رغباتهن مع أزواجهن وهذا بنسبة 66%, تليها المبحوثات اللواتي تواجهن صعوبة في تحقيق رغباتهن مع أزواجهن بنسبة 34%.

* هذا راجع ويعود لتفهم الزوج لمكانة ودور زوجته في هذه المرحلة العمرية الحرجة من حياتها, ويتفهم لما يحدث لها من تضايقات .
جدول رقم (40): - يبين توزيع المبحوثات حسب استماع الأزواج لآرائهن ونصائحهن ويتقبلها في هذه الفترة.

النسبة %	التكرار (ك)	استماع الزوج لآراء ونصائح زوجته ويتقبلها
66	66	يستمع الزوج لآراء ونصائح زوجته ويتقبلها
26	26	لا يستمع الزوج لآراء ونصائح زوجته ويتقبلها
8	8	أحيانا يستمع وأحيانا لا يستمع
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول, نلاحظ أن معظم المبحوثات يستمع أزواجهن لآرائهن ونصائحهن ويتقبلها وهذا بنسبة 66%, تليها المبحوثات اللواتي لا يستمع أزواجهن لآرائهن ونصائحهن ولا يتقبلها بنسبة 26%, في حين بلغت نسبة اللواتي يستمع أزواجهم أحيانا ولا يستمع لآرائهن ونصائحهن ويتقبلها ب8% .

* استماع الأزواج لآراء و نصائح زوجاتهم و يتقبلها, دليل على قيمة الزوجة في نظر زوجها في هذه المرحلة العمرية, فالزوجة عندما يستمع زوجها لآرائها و نصائحها تشعر بمزيد من الاحترام و التقدير اتجاهه .
* كما أن التشاور و التحاور في كل كبيرة وصغيرة تهتم حياتهم ضرورية جدا في هذه الفترة, خاصة لاتهما يكونا كبيرا و يحتاج كل منهما أكثر للآخر.

جدول رقم (41): - يبين توزيع المبحوثات حسب اصطحاب أزواجهن لهن في الخروج للزيارة أو للترويح.

النسبة %	التكرار (ك)	اصطحاب الزوج زوجته للزيارة أو للترويح
59	59	يصطحب زوجته
41	41	لا يصطحب زوجته
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول , يتبين أن معظم المبحوثات يصطحبهم أزواجهن في خروجهم للزيارة أو للترويح وهذا بنسبة 59%, تليها نسبة اللواتي لا يصطحبهم أزواجهن للزيارة أو للترويح بنسبة 41%.

* أقرت معظم المبحوثات في دراستنا أن أزواجهن يصطحبونهم في خروجهم للزيارة أو للترويح, ذلك أن معظم الأزواج يستثمرون وقت فراغهم إما لأنفسهم بالجلوس أمام المنازل للتسامر مع جيرانهم أو بالعمل , أو بالخروج مع زوجاتهم للتنزه و زيارة الأقارب , فسواء كانت الزوجة بمفردها أو مع أولادها وان اختلفت طبيعة الأماكن التي يذهبون إليها.

جدول رقم(42): - يبين توزيع المبحوثات حسب ذهاب أزواجهن لاستشارة الطبيب بدخولهن فترة نهاية الخصوبة.

النسبة %	التكرار (ك)	استشارة الزوج للطبيب
31	31	ذهب لاستشارة الطبيب
69	69	لم يذهب لاستشارة الطبيب
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول, نلاحظ أن معظم المبحوثات لم يذهبوا أزواجهن لاستشارة الطبيب أثناء دخولهن فترة نهاية الخصوبة بنسبة 69% , تليها نسبة اللواتي ذهبوا أزواجهن لاستشارة الطبيب عند دخولهن فترة نهاية الخصوبة وهذا بنسبة 31%.

جدول رقم (43): يبين توزيع المبحوثات حسب موافقة أزواجهن على تلقيهن الرعاية الصحية في هذه الفترة العمرية.

النسبة %	التكرار (ك)	موافقة الزوج على تلقيك الرعاية الصحية
69	69	يوافق الزوج على تلقيك الرعاية الصحية
15	15	لا يوافق الزوج على تلقيك الرعاية الصحية
16	16	لا اعرف
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول , نلاحظ أن معظم المبحوثات يوافق أزواجهن على تلقيهن الرعاية الصحية عند دخولهن فترة نهاية الخصوبة بنسبة 69%, تليها نسبة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان أزواجهن يوافقن أو لا يوافقن على تلقيهن الرعاية الصحية و هذا بنسبة 16%, تليها بعد ذلك نسبة 15% وهي نسبة النساء اللواتي لا يوافق أزواجهن على تلقيهن الرعاية الصحية أثناء دخولهن فترة نهاية الخصوبة.

* إن معظم المبحوثات يوافق أزواجهن على تلقيهن الرعاية الصحية اثر دخولهن هذه الفترة العمرية, هذا دليل على تفهم الأزواج للسن الحرجة التي تمر بها المرأة , إذ لا بد للأزواج من التعرف على سن اليأس أكثر وهذا من اجل فهم زوجاتهم وتلقيهن الرعاية الصحية اللازمة لتحقيق استقرار وسعادة زوجية هنيئة.

جدول رقم (44): يبين توزيع المبحوثات حسب إيجاد أزواجهن صعوبة في حصولهن على الرعاية اللازمة أثناء فترة نهاية الخصوبة.

النسبة %	التكرار (ك)	إيجاد الزوج صعوبة في حصولك
37	37	يجد الزوج صعوبة في حصولك
43	43	لا يجد الزوج صعوبة في حصولك
20	20	لا اعرف
100	100	المجموع

* من خلال قراءتنا للجدول , نلاحظ أن المبحوثات اللواتي لا يجد أزواجهن صعوبة في حصولهن على الرعاية اللازمة قدرت نسبتهن ب43%, تليها نسبة اللواتي يجد ازدواجهن صعوبة في حصولهن على الرعاية اللازمة ب37%, ثم تليها نسبة 20% وهي نسبة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان أزواجهن يجد أو لا يجد صعوبة في حصولهن على الرعاية اللازمة .

جدول رقم (45): - يبين توزيع المبحوثات حسب قدرة أزواجهن على مراعاتهن في هذه الفترة.

قدرة الزوج على مراعاة زوجته	التكرار (ك)	النسبة %
الزوج قادر على مراعاة زوجته	64	69
الزوج غير قادر على مراعاة زوجته	9	9
لا اعرف	27	27
المجموع	100	100

* من خلال قراءتنا للجدول, نلاحظ أن معظم المبحوثات أزواجهن قادرين على مراعاتهن في هذه الفترة وقد قدرت نسبتهن ب 69%, تليها نسبة 27% وهي نسبة اللواتي لا تعرفن عن ما إذا كان أزواجهن قادرين أو غير قادرين على مراعاتهن في هذه المرحلة, ثم تليها نسبة اللواتي أزواجهن غير قادرين على مراعاتهن في هذه الفترة وقد قدرت ب 9%.

*** الموقف من انقطاع الدورة الشهرية:
* بعض الآراء و الاتجاهات حول فترة انقطاع الطمث:**

النسبة %	التكرار (ك)	آراء النساء حول فترة انقطاع الطمث
22	22	هي فترة سارة جدا للمرأة
28	28	هي فترة سارة جزئيا للمرأة
35	35	هي فترة غير سارة للمرأة
15	15	لا اعرف
100	100	المجموع

* تختلف النظرة إلى انقطاع الدورة الشهرية ثقافيا و ليس كحالة بيولوجية , فاعلم النساء يحبون حياة طبيعية يتقبلن مرحلة انقطاع الطمث ببساطة , ذلك أن الإنسان الطبيعي يسعد بكل مرحلة من مراحل عمره, ولا يحق له أن يتحسر جديا على أيام الشباب .

- أما عن الموقف من انقطاع الدورة الشهرية, فلقد قدرت نسبة المبحوثات اللواتي اجمن أنهن يشعرن بشعور غير سار من انقطاعها ب35%, تليها نسبة اللواتي اجمن بشعورهن السار جزئيا من انقطاعها

وهذا بنسبة 28%, ثم تليها نسبة 22% وهي نسبة اللواتي يشعرن بشعور سار جدا من انقطاعها , أما اللواتي لا تعرفن عن شعورهن اتجاه قدوم هذه المرحلة وانقطاع الدورة الشهرية عندهن فلقد بلغت نسبتهم 15%.

- الشعور السار للمبحوثات بقدوم هذه المرحلة ناتج عن ارتياحهن لانقطاع الدورة عنهن و إنجابهن العدد الكافي من الأولاد خاصة الذكور.
- أما الشعور الغير سار فهو لكون الدورة الشهرية كانت تمثل لهن علامة ورمزا للأبوثة, و بانقطاعها ذلك يعني أنهن كبرن وانتهت فترة الشباب عندهن حيث كانت هي رمزا للصغر.

* الموافقة أو غير الموافقة على المقولات الآتية:

النسبة %	التكرار (ك)	الموافقة على المقولات الآتية
10	10	هي فترة بداية الشيخوخة
8	8	هي فترة ازدهار للمرأة
13	13	المرأة لم يعد لها دور في الحياة
24	24	المرأة لم تعد امرأة تامة
23	23	تتحسن علاقتها مع أطفالها
22	22	شعور سار عندما تصبح المرأة جدة
100	100	المجموع

* شعور المرأة بفقد الحيض كرمز للأنوثة يزيد من المشاعر الدونية ولا تعود تشهد مستقبلا مزدهرا ليعوضها عن مشاعر الفراغ و الحرمان بدون تقديرها لنفسها كامرأة وكأم, حيث من خلال بحثنا هذا لوحظ أن نسبة النساء اللواتي توافقن على المقولة التالية " أن المرأة لم تعد امرأة تامة" بلغت 24%, تليها نسبة 23% وهي نسبة المبحوثات اللواتي توافقن على المقولة "تتحسن علاقة المرأة بأطفالها", ثم تليها نسبة اللواتي توافقن على المقولة التالية "شعور سار عندما تصبح المرأة جدة" وقد قدرت ب22%, تليها نسبة 13% وهي نسبة اللواتي توافقن على أن "المرأة لم يعد لها دور في الحياة", ثم تليها نسبة اللواتي توافقن على أن "فترة توقف الحيض للمرأة هي فترة بداية الشيخوخة" وهذا بنسبة 10%, في حين بلغت نسبة 8% للمبحوثات اللواتي توافقن على أن "الفترة هي فترة ازدهار للمرأة".

خلاصة حول نتائج الفرضية الرابعة:

اتضح من خلال ما استخلصناه من تحليل نتائج الفرضية " للزوج دور هام في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة", أن المرأة تحتاج أثناء هذه الفترة إلى مساعدة ودعم الزوج و هذا يكون إلا بالعطاء و العناية, و الرعاية والحنان.

فمعظم المبحوثات أكدن على أن المرأة تحتاج لمشاركة الزوج لكي تواجه هذه الفترة الحرجة من عمرها , وهذا يكون بتفهمه لها وإدراكه مدى معاناتها خلال تغير الحياة عليها , فبمساعدة و تفهم الزوج تواجه الزوجة فترة نهاية الخصوبة بكل .

رغم أن كل امرأة تحدث لها معاناة خلال نهاية الخصوبة , إلا انه من المعروف أن اجتياز تلك المتاعب يتوقف على الزوج ومدى المساعدات التي يقدمها لها , فالزوجة تحتاج لمشاركة وجدانية و عطف وتقدير ومراعاة لمشاعرها وظروفها , وما يحدث لها في تلك

الفترة مثل ما يحدث لأي شخص يتعرض لتعب طبيعي ووقتي , وبقدر من الفهم لطبيعة هذا التغيير فمن الممكن أن تمر تلك الفترة دون أن تترك أي ميولات نفسية أو عصبية. من هذا كله اتضح لنا انه فعلا يلعب الأزواج دورا بالغ الأهمية في بث الثقة والطمأنينة في نفوس زوجاتهم إلى حد يجعل المتاعب الجسمية و الصحية التي تحدث لهن أثناء نهاية خصوبتهن لا تززع امن أو طمأنينة نفسيتهن , وعندما يشترك فيها الزوجان يمكن أن تواجه بصورة عادية وبنقطة معقولة, فالزوج المتفاهم هو الذي يمكن أن يقدر هذا أو يسكن من روع ذلك.

النتائج العامة للدراسة:

من خلال دراستنا هذه لاحظنا أنه:

- * يحدث سن اليأس الطبيعي ما بين 46 إلى 51 سنة , بنسبة عالية مقارنة مع العمر ما بين 25-57 سنة, وهذا ما أظهرته الدراسة التي بين أيدينا, فمعظم المبحوثات توقف الحيض عندهن عند العمر ما بين 46 إلى 51 سنة.
- انتهاء الحيض كان في سنه الطبيعي عند معظم المبحوثات أي ما بين سن 46 الى 51 سنة وهذا رغم زيارتهن للطبيب أثناء فترة الإنجاب و اختلاف مكان وضعهن لمواليدهن وعدم كشفهن عن صحتهن خلال فترة النفاس.
- معظم المبحوثات الدورة الشهرية كانت تأتيهن بانتظام, وكن لا تتناولن العلاج الهرموني , وهذا راجع إلى نوعية العلاج والى تخوفهن منه , فنوعية العلاج تتطلب تكلفة , وهذه التكلفة تستغني عنها الكثيرات منهن نظرا لغلاء المعيشة و انخفاض الدخل.
- معظم المبحوثات عانين من نقص في وزنهن , هذا راجع إلى عدم تلقيهن الرعاية الصحية اللازمة أثناء فترة حملهن وولادتهن.

*سن الحمل , حيث لا توجد صلة وثيقة بين سن الحمل عند المرأة لأول مرة و تأخر سن اليأس, وهذا ما وضحته لنا الدراسة الميدانية, حيث من خلال النتائج اتضح انه كلما ارتفع سن الحمل عند المرأة كان توقف الحيض في سنه الطبيعي, فغالبيهن انقطع الحيض عندهن في الوقت الطبيعي, وهذا راجع إلى سن الحمل الذي أثرت فيه عوامل كثيرة كالعوامل الاجتماعية , الاقتصادية, الوراثية.

*سن الحيض, فاللاتي تحضن مبكرة يمكن أن يحدث لهن تأخر في سن اليأس, ولكن الدراسة الميدانية لم توضح ذلك , حيث أن غالبية المبحوثات حضن في سن مبكرة أي ما بين 10الى15 سنة و حدث لهن سن يأس في موعده الطبيعي, أي ما بين 46 إلى 51 سنة. فقد وجد عدم ارتباط بين سن الحيض المبكر عند المرأة و التأخر في سن اليأس.

*دور الزوج , للزوج دور فعال في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة, فقد أكدت معظم المبحوثات على مدى احتياجهن للمساعدة و المشاركة من طرف أزواجهن, وهذا بتحقيق العناية و الرعاية الصحية اللازمة لهن و تقديم العطاء و الحنان.

الخاتمة:

سن اليأس هو مرحلة من المراحل العمرية التي تمر بها المرأة في أطوار حياتها, ولا تخلو شأنها شأن باقي المراحل من وجود تغيرات فسيولوجية و بيولوجية و سيكولوجية تؤثر تأثيرا مباشرا على سلوك المرأة مع من حولها , وعلى مكانتها الاجتماعية , وعادة ما يحدث في الأعمار ما بين 46:50 سنة تقريبا.

وهذا ما يميز تلك المرحلة فسيولوجيا هو أن المرأة تصل إلى سن يؤذن بانتهاء خدمتها للنوع أي عدم قدرتها على الإنجاب و انقطاع الحيض و توقف تكون البويضات و قلة حيوية الأعضاء التناسلية وأن عرض سن اليأس قد عرف كحالة انتقالية في الأنثى بين فترات الإخصاب و اللاإخصاب مصحوبة بأعراض جسمية و سيكولوجية مع قدر كبير من الاختلافات الفردية في حدوثها , وأنها لا تنسب لسن اليأس فقط حيث يتداخل المحتوى البيولوجي مع نمو العائلة وتعدد الأدوار إلى العوامل الثقافية و الاجتماعية التي تحيط بالمرأة .

وترجع أهمية هذا الموضوع إلى أكثر من الناحية المتمثلة في الاهتمام الطبي و السيكولوجي بتلك المرحلة العمرية, فمن غير الصحيح رؤية تلك المرحلة على أساس بيولوجي فقط, حيث أن الاستجابة لسن اليأس تتأثر بعوامل عديدة من بينها العوامل الاجتماعية , العوامل الثقافية, العوامل البيئية, ونظرا لأنه على الرغم من أهميتها إلا أن الملاحظ أنها لم تنل حظها الكافي من الانتباه الطبي و السيكولوجي و الاجتماعي, وأن علاج مشاكل المرأة في سن اليأس طبيا قد أهمل إلى حد ما , بالإضافة إلى ارتفاع متوسط أعمار النساء نتيجة للتقدم الكبير في العناية الطبية , بحيث أصبحن يعشن أكثر من خمسة وعشرين عاما بعد سن اليأس , ولهذا فمن حقهن الرعاية الصحية و الجسمانية و السيكولوجية الأفضل.

التوصيات:

- من كل ما سبق ندرج بعض التوصيات:
- الحث و التوعية و التعرف أكثر على حجم المشكلات التي تواجه النساء في مرحلة نهاية الخصوبة.
 - المطالبة بمزيد من الرعاية من جانب أفراد أسرة المرأة في سن اليأس خاصة الزوج والأبناء.
 - عمل خطة متكاملة لرعاية السيدات طبيا و نفسيا خلال فترة سن اليأس الحرجة .
 - تزويد النساء بالثقافة الصحية في مجال سن اليأس في الإنجاب وانعكاساته عليهن بما فيها الصحية و الاجتماعية و النفسية و أهم الأعراض التي قد تصافها .

قائمة المراجع:

أ- المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب:

- 1- أيمن مزاهرة, الصحة و السلامة العامة, دار الشروق للنشر و التوزيع, عمان, الأردن, الطبعة العربية الأولى, 2000.
- 2- أيمن مزاهرة وعصام الصفدي وليلى أبو حسن, علم اجتماع الصحة, دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع, عمان, الأردن, الطبعة العربية الأولى, 2003.
- 3- جعفر قناوي, سن اليأس عند الرجل و المرأة : المرحلة الذهبية من العمر, هلا للنشر و التوزيع, شركة الجلال للطباعة, الطبعة الأولى, 2004.
- 4- حسن أسعاتي, تصميم البحوث الاجتماعية: نسق منهجي جديد, دار النهضة العربية للطباعة و النشر, بيروت, 1982.
- 5- ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم, مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية و التطبيق, دار الصفاء للطباعة و النشر, عمان, الأردن, 2000.
- 6- صلاح مصطفى الفوال, علم الاجتماع بين النظرية و التطبيق, دار الفكر العربي, 1996.
- 7- عبد الهادي الجوهري, قاموس علم الاجتماع, المكتب الجامعي الحديث, مصر, 1998.
- 8- عبد الله محمد عبد الرحمان و محمد علي بدوي, مناهج و طرق البحث الاجتماعي, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, 2000.
- 9- عبد الرحمان العيسوي, مناهج البحث العلمي, دار الرتب الجامعية, بيروت, 1997.
- 10- علي عبد الرزاق جلبي و آخرون, البحث العلمي الاجتماعي (لغته, مداخله, مناهجه, طرائقه), دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, 2003.
- 11- غسان الزهيري, المرجع الصحي للعائلة, دار الملايين للتأليف و الترجمة و النشر, الطبعة الأولى يناير كانون الثاني, 1995.
- 12- فاطمة محمد علي عثمان, القيادة النسائية في عالم متغير, الملتقى المصري للإبداع و التنمية, توزيع سنتر للنشر و التوزيع الاسكندرية, السنة غير مذكورة.
- 13- محمد بستان, مناهج التربية الصحية, دار القلم, الكويت, الطبعة الأولى, 1981.
- 14- محمد شري, الوقاية الصحية, دار الفكر العربي للطباعة و النشر, بيروت, الطبعة الأولى, 1992.
- 15- محمد الصاوي و محمد مبارك, البحث العلمي: أسسه و طريقة كتابته, المكتبة الأكاديمية, مصر, 1992.
- 16- محمد محمد الهادي, أساليب إعداد و توثيق البحوث العلمية, المكتبة الأكاديمية, القاهرة, 1995.
- 17- محمود عطية, طرق البحث العلمي في العلوم الاجتماعية, جامعة عمر المختار, البيضاء, ليبيا, الطبعة الأولى, 1994.
- 18- نادية رمسيس فرح, حياة المرأة و صحتها, دار الجيل سينا للنشر, بيروت, 1992.

ب- المعاجم:

- 19- احمد زكي بدوي, معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية, انجليزي, فرنسي, عربي, مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح, بيروت, 1993.
- 20- ممدوح زكي و عز الدين الدنشاري و عبد الرحمان عقيل, المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية, دار المريخ للنشر, الرياض, المملكة العربية السعودية, 1989.

ج- مرجع عام:

- 21- آسيا شريف, واقع و معايشة النساء مرحلة ما بعد سن الإنجاب في الجزائر, مداخلة حول المؤتمر السنوي حول السكان و التنمية (المشكلات و السياسات), القاهرة, ديسمبر 2006.

||-المراجع باللغة الفرنسية:

|-الكتب:

- 1-Behna m(djamchid), Bouraoui (Soukaina) et coordinateurs, Familles musulmanes et modernite ,le defi des Tradition ,apaublisud,Paris ,1986.
- 2-Bouhdiba (Abdelwahab),la sexualite en islam ,PUF,Paris ,1985.
- 3- Bouhdiba (Abdelwahab), Culture et Societe ,PUF ,Paris ,1975.
- 4-Gaudio (Attilio), la revolution des femmes en Islem ,Juliard,Paris ,1975.
- 5-Lemsine (Aicha),Les femmes arabes parlent , Ordalie des voix , Nouvelle societe des editions ENERE,Paris ,1983.
- 6-Minces (Juliette),La femme dans le monde arabe,Essai ,Mazarine, Paris ,1981.
- 7--l'Amoureux(A),recherches et methodologies en sciences humaines,éditions études vivantes ,canada, 1999.
- 8-Canguilhem George,Le Normale et le pathologique ,PUF, 4^{eme} edition,Paris, 1979.
- 9-Ivan O.God froid,la Psychiatrie de la femme,impimerie des presses universitaires de France,PUF,1^{ere} edition ,fevrier 1999.

ب- الدوريات:

- 10- Ministere de la Sante et de population et de la Reforme Hospitaliere,Office national des statistiques , ligues des etats arabes, enauete Algerienne sur la santé de la fammille 2002,Juillet 2004.

استمارة صحة المرأة ما بعد سن الإنجاب (49-59) سنة
I- بيانات أولية :

- 1- ما هو سنك:
- 2- ما هو مستواك التعليمي :
1- أمي 3- متوسط
- 2- ابتدائي 4- ثانوي 5- جامعي
- 3- هل تمارسين مهنة الآن: نعم لا
- 4- ما هو سنك عند أول زواج :
- 5- ما هو سن زوجك حالياً:
- 6- ما هو مستواه التعليمي:
1- أمي 3- متوسط
- 2- ابتدائي 4- ثانوي 5- جامعي
- 7- ما مهنة زوجك:
1- يعمل 2- لا يعمل 3- متقاعد
- 8- هل أنت الآن :
1- متزوجة 3- مطلقة
- 2- أرملة 4- منفصلة
- 9- ما هو عدد أطفالك:
- عدد الذكور
- عدد الإناث
- 10- أين تقيمين: 1- حضر 2- ريف

II - الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة خلال فترة الإنجاب :

- 11- هل في جميع حملك كنت تزورين أو تعرضين نفسك على الطبيب :
1- نعم 2- لا
- 12- هل كنت تريدين الجنين في جميع حملك :
1- نعم 2- لا
- 13- هل عرضت نفسك للكشف عن صحتك خلال فترة النفاس:
1- نعم 2- لا

- * إذا كان نعم: هل هو : 1- طبيب 3- قابلة تقليدية
- 2- ممرضة قابلة 4- أخرى لم تحدد
- 15- كم عدد حالات الحمل التي حصلت لك طوال حياتك :
- 1- عدد حالات الحمل 2- لم تحدث أي حالة

- 16- هل حدثت لك أية حالة حمل وانتهت قبل موعدها :
- 1- نعم 2- لا

- * إذا كان نعم : هل هي : 1- حالة إجهاض 3- حالة مولود حي
- 2- حالة إسقاط 4- حالة مولود ميت
- 17- كم كان عمرك عندما أصبحت حاملا لأول مرة العمر بالسنوات

III- المشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة خلال فترة انقطاع الطمث :

- 18- كم كان عمرك عندما بدأت معك الدورة الشهرية:
- 19- كم كان عمرك عندما توقفت معك الدورة الشهرية:
- 20- هل كانت الدورة الشهرية تأتيك بانتظام:
- 1- الدورة منتظمة
- 2- الدورة غير منتظمة

- 21- هل تتناولين الآن أي علاج به هرمونات متعلقة بانتهاء الحيض :
- 1- نعم 2- لا

* إذا كان نعم : منذ متى بدأت في تناول هذا العلاج :

- 1- سنة 3- ما بين سنة و 5 سنوات
- 2- منذ اقل من سنة 4- منذ أكثر من 5 سنوات

22- هل حدث لك كسورا أو اشتباه كسور في العظام :

- 1- نعم 2- لا

23- هل قمت بأشعة سينية على العمود الفقري أو على أي جزء من عظام جسمك:

1- نعم 2- لا

24- هل أظهرت الأشعة أي كسور :

- 1- نعم 2- لا

25- هل زاد أو نقص وزنك أم تغير :

- 1- زاد 3- لم يتغير

2- نقص 4- لا اعرف

26- حسب رأيك هل فترة انقطاع الطمث (توقف الحيض) هي فترة للمرأة :

- 1- سارة جدا 3- غير سارة
2- سارة جزئياً 4- لا اعرف

27- هل لي ان اعرف كنت توافقين أم لا توافقين على المقولات التالية:

- 1- فترة توقف الحيض هي فترة بداية الشيخوخة
2- فترة توقف الحيض هي فترة ازدهار للمرأة
3- فترة توقف الحيض يعني أن المرأة لم يعد لها دور في الحياة
4- بعد توقف الحيض لم تعد امرأة تامة
5- بعد الخمسين تتحسن علاقة المرأة بأطفالها
6- شعور المرأة عندما تصبح جدة شعور سار

IV- دور الزوج في اجتياز الزوجة فترة نهاية الخصوبة:

28- عندما دخلت هذه السن هل زوجك ذهب لاستشارة الطبيب أو لمعالجتك :

- 1- نعم 2- لا

29- هل يوافق زوجك على تلقيك الرعاية الصحية في هذه المرحلة:

- 1- نعم 2- لا 3- لا اعرف

30- هل يجد زوجك صعوبة في حصولك على الرعاية اللازمة:

- 1- نعم 2- لا 3- لا اعرف

31- هل ترين أن زوجك مازال قادر على مراعاتك في هذه المرحلة:

- 1- نعم 2- لا 3- لا اعرف

32- هل يصطحبك زوجك في خروجه للترويح أو للزيارة:

- 1- نعم 2- لا

33- هل تتلقين مساعدات من طرف زوجك:

- 1- نعم 2- لا

34- هل سبب لك زوجك مضايقات أو متاعب داخل الأسرة:

- 1- نعم 2- لا

35- كيف تصفين علاقة زوجك معك في هذه السن, هل هي :

- 1- علاقة طبيعية 3- علاقة متذبذبة
2- علاقة متميزة

36- في رأيك ما الذي تحتاجه المرأة في هذه الفترة العمرية , تحتاج إلى:

- 1- الرعاية و المساعدة 3- دعم الزوج 5- أماكن للترفيه
2- المعاملة الحسنة 4- كل شيء

37- هل تواجهين صعوبة مع زوجك في تحقيق رغباتك:

- 1- نعم 2- لا

38- هل يستمع زوجك لأرائك ونصائحك ويتقبلها:

- 1- نعم 2- لا 3- أحيانا