جامعة قاصدي مرباح – ورقلة .

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

شعبة: الديمغرافيا

مذكرة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي

في ميدان: العلوم الإنسانية و الاجتماعية

تخصص: التخطيط الديموغرافي والتنمية

من إعداد الطالبة: أُبيش فضيلة

بعنـــــــــوان:

العوامل السوسيوديموغرافية والبيئية المؤثرة على إصابة النساء بالعقم الأولي بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات $MICS_6$ 2019

تاريخ المناقشة: 2023/06/04

لجنة المناقشة:

محمد سويقات	أستاذ محاضرة (ب)	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا
يمينة قـــــوارح	أستاذ محاضرة (أ)	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا
عمر طعبة	أستاذ محاضرة (أ)	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022

بسم الله الرحمن الرحيم

2023 خريجة

شكر وعرفان:

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله الحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع وأتمنى أن يكون في المستوى لنيل شهادة الماستر

وبعد:

أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة المشرفة "قوارح يمينه" التي رافقتني بكل حرص واهتمام فبارك الله فيها وسدد خطاها.

كما أتقدم بالشكر لجميع أساتذة الأسرة الديموغرافية كل واحد باسمه على تواضعهم وحسن معاملتهم لنا و الذين لم يبخلوا علينا بالعلم والمشورة طيلة مشوارنا الدراسي.

والشكر موصول كذلك لكل من ساندني وقدم لي يد العون منذ بداية مشواري الدراسي إلى غاية يومنا هذا فلكم مني أطيب الأماني وأتمنى من الله أن يجعلها في ميزان حسناتكم.

وشكرا.

إهداء:

أهدي ثمرة جهدي إلى والدايا الكريمين اللذين هما سبب في وجودي في هذه الحياة وأتمنى لهم دوام الصحة والعافية، إلى كل إخوتي وأقاربي إلى كل أصدقائي وصديقاتي إلى كل من جمعتني بهم الأقدار طيلة خمس سنوات زملائي وزميلاتي في دفعة التخطيط السكاني والتنمية لسنة 2022-2023 وأشكرهم على حسن رفقتهم.

فهرس المحتويات

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة..... 1

الفصل الأول: الإطار لمنهجي للدراسة

1) الإشكالية..... 3

2) الفرضيات..... 6

3) أهداف الدراسة..... 7

4) أسباب اختيار الموضوع..... 7

5) صعوبات الدراسة..... 8

6) مفاهيم الدراسة..... 8

6-1) العقم..... 8

7) المفاهيم الإجرائية..... 8

7-1) العوامل السوسيوديموغرافية والبيئية..... 9

8) الدراسات السابقة..... 9

9) منهج الدراسة..... 13

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

تمهيد..... 15

1) تعريف العقم..... 16

1-1) لغة..... 16

1-2) اصطلاح..... 16

2) أنواع العقم..... 17

3) أسباب العقم..... 18

4) طرق تشخيص العقم..... 20

5) طرق العلاج..... 21

5-1) العلاجات الدوائية..... 21
5-2) العلاجات غير الدوائية..... 22
5-3) العلاجات البديلة..... 23
6) تطور الخصوبة حسب المسح في الجزائر..... 24
7) تطور العقم حسب المسح في الجزائر..... 25
7-1) تطور العقم حسب وسط الإقامة..... 25
7-2) تطور العقم حسب الأقاليم..... 26
7-3) تطور العقم حسب المستوى التعليمي للمرأة..... 27
7-4) تطور العقم حسب سن الزواج الأول للمرأة..... 27
7-5) تطور العقم حسب عمل المرأة..... 28
7-6) تطور العقم حسب مؤشر الثروة..... 29
خلاصة..... 30

الفصل الثالث: الإطار التطبيقي للدراسة

تمهيد..... 32
1) الإجراءات المنهجية للدراسة..... 33
1-1) مجالات الدراسة..... 33
1-2) مصادر جمع البيانات..... 33
1-3) عينة الدراسة..... 33
1-4) البرامج والاختبارات الإحصائية..... 34
2) عرض وتحليل البيانات..... 34
2-1) توزيع أفراد العينة حسب السن الأول للزواج..... 34
2-2) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي..... 36
2-3) توزيع أفراد العينة حسب عمل المرأة..... 37
2-4) توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة..... 37
2-5) توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم..... 38
2-6) توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة..... 39
2-7) توزيع أفراد العينة حسب بيئة المسكن..... 39
3) مناقشة الفرضيات..... 40
3-1) اختبار ومناقشة الفرضية الأولى..... 40

3-2) اختبار ومناقشة الفرضية الثانية..... 43
3-3) اختبار ومناقشة الفرضية الثالثة..... 45
3-4) اختبار ومناقشة الفرضية الرابعة..... 47
3-5) اختبار ومناقشة الفرضية الخامسة..... 49
3-6) اختبار ومناقشة الفرضية السادسة..... 50
3-7) اختبار ومناقشة الفرضية السابعة..... 52
نتائج الدراسة..... 54
خلاصة..... 56
الخاتمة..... 59
قائمة المراجع والمصادر 60
الملخص..... 63
قائمة الملاحق والمختصرات.

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الزواج آية من آيات الله عز وجل في خلقه لقوله « وَمِنۡ ءَايَٰتِهِۦٓ أَنۡ خَلَقَ لَكُم مِّنۡ أَنفُسِكُمۡ أَزۡوَٰجٗا لِّتَسۡكُنُوٓاْ إِلَيۡهَا وَجَعَلَ بَيۡنَكُم مَّوَدَّةٗ وَرَحۡمَةٗۚ إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَأٓيَٰتٖ لِّقَوۡمٖ يَتَفَكَّرُونَ ٢١ »{سورة الروم: الآية 21}، فالزواج هو اللبنة الأساسية التي تبنى عليها حياة البشرية، وذلك لما له من أهداف وغايات سامية ولعل أهم غاية هي حفظ النوع البشري عن طريق إنجاب الأطفال، لأن الأبناء زينة الحياة الدنيا لقوله تعالى « الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا » {سورة الكهف: الآية 46}، إلا أن إنجاب الأطفال لا يمكن تحقيقها عند جميع الأزواج فتبقى عند البعض منهم حلم يصعب تحقيقه لفترة قد تفوق السنة أو عدة سنوات من بداية زواجهم، ويمكن أن تدوم لآخر العمر وهذا ما يطلق عليه بالعقم المطلق، لقوله تعالىّ « أَوۡ يُزَوِّجُهُمۡ ذُكۡرَانٗا وَإِنَٰثٗاۖ وَيَجۡعَلُ مَن يَشَآءُ عَقِيمًاۚ إِنَّهُۥ عَلِيمٞ قَدِيرٞ ٥٠» {سورة الشورى: الآية 50}، فالعقم صفة من الصفات البشرية والتي تؤثر في التركيب السكاني للمجتمع لذلك يعتبر العقم من الظواهر الديموغرافية المهمة والتي برزت بشكل واضح في جميع المجتمعات حيث يؤثر العقم على 80 مليون شخص في العالم، وبشكل عام يصيب زوجين من بين كل عشرة أزواج. فالعقم مشكلة تصيب الجهاز التناسلي سواء عند المرأة أو الرجل قد تؤدي إلى عدم حصول الزوجين على طفل طيلة حياتهما الزوجية، وهذا ما يطلق عليه العقم المطلق، وقد تكون المشكلة عند المرأة منذ بداية حياتها الزوجية مؤقتة لمدة عام أو بضعة أعوام خلال سنها الإنجابي وهي قابلة للعلاج بعد مراجعة الطبيب المختص وهذا ما يطلق عليه العقم الجزئي الأولي، و هو موضوع دراستنا الذي سيتم التطرق إليه بالتفصيل مبرزين فيه مفهوم العقم وأنواعه وأهم العوامل التي تؤثر فيه وطرق علاجه وفق الفصول التالية:

الفصل الأول: وفيه تم التطرق للجانب المنهجي للدراسة من خلال طرح إشكالية الدراسة، فرضياتها،أهداف الدراسة ،أسباب اختيار الموضوع، كما تطرقنا إلى صعوبات و مفاهيم الدراسة، ومن ثم منهج الدراسة و الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: وهو الإطار النظري للدراسة فيه تم التطرق إلى مفهوم العقم وأسبابه وطرق علاجه.

الفصل الثالث: الذي يمثل الإطار الميداني للدراسة، فيه تطرقنا إلى مصادر جمع البيانات، عينة الدراسة و الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة، ثم عرض وتحليل البيانات، كما تم مناقشة فرضيات الدراسة عن طريق تطبيق الاختبارات الإحصائية المناسبة، وفي الأخير الخروج بجملة من النتائج.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

الإشكالية

الفرضيات

أهداف الدراسة

أسباب اختيار الموضوع

صعوبات الدراسة

مفاهيم الدراسة

الدراسات السابقة

منهج الدراسة

1) الإشكالية:

يعتبر العقم والخصوبة وجهان لعملة واحدة فإذا كانت الخصوبة تعبر عن عدد الأطفال التي تنجبهم المرأة خلال سنها الإنجابي، فإن العقم يعبر عن عدم إنجاب المرأة أطفالا خلال سنها الإنجابي، فالخصوبة ظاهرة من الظواهر الديموغرافية المهمة التي تتحكم في حركة نمو السكان، فقد عرفت الخصوبة تحولات كبير في العالم، فحسب تقديرات البنك الدولي لسنة 2020 شهدت الخصوبة في العالم تراجع من 4.5 طفل لكل امرأة سنة 1960 إلى 2.3 طفل لكل امرأة سنة 2020، إلا أن هذا الانخفاض في الخصوبة يختلف من قارة إلى أخرى وقد يصل إلى ما دون الإحلال فحسب ما تشير إليه إحصاءات الأمم المتحدة لسنة 2022 أن معدل الخصوبة انخفض إلى 1.6 طفل لكل امرأة في كل من أمريكا الشمالية، أستراليا ونيوزيلندا، وانخفض إلى 1.5 طفل لكل امرأة في أوروبا وإلى 1.8 طفل لكل امرأة في أمريكا اللاتينية وانخفض إلى 1.9 طفل لكل امرأة في آسيا.

قارة إفريقيا كغيرها من القارات وبالرغم أن معدل الخصوبة فيها يعتبر مرتفع بالمقارنة مع القارات الأخرى إلا أنها عرفت هي الأخرى انخفاضا واضحا في الخصوبة فحسب تقديرات البنك الدولي لسنة 2020 انخفضت من 6.6 طفل لكل امرأة سنة 1960 إلى 4.7 طفل لكل امرأة سنة 2020 حيث سجلت أعلى معدلات الخصوبة في جنوب إفريقيا، فقد قدر معدل الخصوبة في النيجر ب 6.7 طفل لكل امرأة وفي مالي 6 طفل كل امرأة، أما نيجيريا 5.3 طفل لكل امرأة على عكس دول شمال أفريقيا والتي تتمثل في دول المغرب العربي حيث قدر المعدل الكلي للخصوبة فيها ب 3.2 طفل لكل امرأة والجزائر من بين دول المغرب العربي التي عرفت تغيرات في معدلات الخصوبة حيث انتقلت من معدل 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى4.53 طفل لكل امرأة سنة 1992 حسب مسح الأم والطفل وقدر ب 2.4 طفل لكل امرأة سنة 2002 حسب المسح الجزائري حول صحة الأسرة الجزائر، لينخفض إلى 2.27 طفل لكل امرأة حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للجزائر ($Mics_3$) لسنة 2006 و2.7 طفل لكل امرأة حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الجزائر ($Mics_4$) 2012-2013 و2.8 طفل لكل امرأة حسب المسح المتعدد المؤشرات الجزائر($Mics_6$) 2019.

كما ذكرنا سابقا أن الخصوبة والعقم مفهومين متنافيين، فإذا كانت الخصوبة تدل على سلامة الجهاز التناسلي للزوجين فإن العقم يدل على وجود مشكلة في الجهاز التناسلي لدى أحد الزوجين، وقد تصيب المرأة منذ بداية حياتها الزوجية تحول دون حصولها على حمل لمدة تفوق السنة فأكثر وتسمى بالعقم الجزئي الأولي عند النساء وقد يدوم إلى آخر سنها الإنجابي ويسمى

بالعقم المطلق أو الكلي، فظاهرة العقم أصبحت منتشرة بشكل كبير في المجتمعات، فحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية لسنة 2020 فإن 48 مليون زوج من الأزواج و186 مليون شخص يعانون من العقم على الصعيد العالمي، أي بنسبة 15% من الأزواج لترتفع سنة 2023 إلى 17.5% أي ما يعادل شخص من كل ستة أشخاص،تتوزع عبر أنحاء العالم بشكل متباين حيث تراوحت نسبة العقم بين 2 إلى 4% من الأزواج في البلدان الآسيوية، و في روسيا تراوحت بين 8 إلى 21% من الأزواج وفي الو.م.أ تراوحت بين 10 و15% من الأزواج أما في بلدان أفريقيا فإن نسبة العقم بلغت 32% من الأزواج، وهي تختلف من بلد لآخر حيث عرفت السودان أكبر نسبة للعقم قدرت ب 20% من الأزواج منها 60% عند للرجال و40% عند للنساء حسب ما كشفت عنه الجمعية السودانية للخصوبة والأجنة سنة 2017، ووفقا لإحصائيات جمعية الخصوبة والصحة الإنجابية غير الحكومية في نيجيريا لسنة 2016 أنه مالا يقل عن 12 مليون نيجيري مصاب بالعقم، وكما صرح البروفيسور عمر الصفريوي أخصائي في أمراض النساء والتوليد مدير مركز أنفا للخصوبة وعلاج العقم بالدار البيضاء بالمغرب في لقاء له في شهر مارس سنة 2019 أن 1000700 مغربي يعاني من العقم، والجزائر كغيرها من الدول الإفريقية التي تعرف ارتفاع في نسبة العقم، فحسب البروفيسور بلقاسم الشافي رئيس مصلحة طب النساء والتوليد بالمستشفى الجامعي أول نوفمبر بوهران أن نسبة العقم بين الأزواج ارتفعت من 15% إلى 20% خلال السنوات الأخيرة،حيث تباينت هذه النسبة حسب مجموعة من المتغيرات فقدرت نسبة العقم ب27% و8% و10.6% في الوسط الحضري حسب مسح صحة الأم والطفل سنة 1992 ومسح 2002 حول صحة الأسرة و$Mics_6$ في الجزائر على التوالي و في الوسط الريفي فقدرت ب 29% و7%و 10.7% حسب نفس المسوح، أما حسب الإقليم الجغرافي حيث سجلت أعلى نسبة للعقم قدرت ب 33.8% في وسط الشمال وغرب الهضاب العليا حسب مسح صحة الأم والطفل سنة 1992، أما حسب $Mics_6$ فإن أعلى النسب للعقم سجلت في إقليم شمال شرق وشمال غرب وقدرت ب 12.1% 12.0% على التوالي، وسجلت نسبة تراوحت مابين 9.9%و11.5% في مختلف أقاليم الهضاب العليا، أما إقليم الجنوب فقد سجلت نسبة قدرت ب9.9%، والمستوى التعليمي للمرأة هو الآخر عرف فيه نسب العقم تباين حيث سجلت أعلى نسبة للعقم عند فئة السيدات ذوات المستويات المرتفعة من التعليم فقدرت ب 36.7% و17.1% عند المستوى الثانوي والجامعي حسب المسحيين صحة الأم والطفل سنة 1992و$Mics_6$ على التوالي وأقل النسب سجلت عند النساء في المستوى الابتدائي ودون المستوى وقدرت ب 28.8% و8.7% حسب نفس المسحيين، في حين أن تباين العقم حسب السن عند الزواج الأول للمرأة فسجل أقل

نسبة قدرت ب 3.5%عند السيدات اللواتي تزوجنا في سن أقل من 15 سنة، ونسبة 7.7% عند النساء اللواتي تزوجنا في سن ما بعد العشرين سنة، لترتفع النسبة من 12.2% إلى 31.3% عند السيدات اللواتي تزوجنا بعد الثلاثين سنة، أما عند السيدات اللواتي تزوجنا بعد 44 سنة فقدرت ب 91.4% حسب $Mics_6$، كما سجل نشاط المرأة اختلافا في نسب العقم فقدرت نسبة العقم عند النساء العاملات ب 13.6% و10.2% عند غير العاملات حسب $Mics_6$، وحسب نفس المسح سجل مؤشر الثروة أقل نسبة للعقم قدرت ب 10.1% عند الفئة الأكثر فقرا، وأعلى نسبة قدرت ب 11.2% عند فئة متوسطة الرفاه، أما باقي فئات المؤشرات فقد سجلت نسب لا تقل عن 10.4% ولا تزيد عن 10.8% .

وبناءً على ما سبق ذكره جاء طرح التساؤل الرئيسي كالتالي:

ما هي العوامل السوسيوديموغرافية والبيئية المؤثرة على إصابة النساء بالعقم الأولي بناءً على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019؟

وتندرج تحته مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- هل يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي؟
- هل توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وإصابتها بالعقم الأولي؟
- هل يؤثر عمل المرأة على إصابتها بالعقم الأولي؟
- هل يؤثر مؤشر الثروة للأسرة على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء؟
- هل يؤثر الإقليم على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء؟
- هل يوجد اختلاف في إصابة النساء بالعقم الأولي بين الريف والحضر؟
- هل تؤثر بيئة المسكن على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء؟

2) الفرضيات:

لكي يصل الباحث للإجابة عن التساؤلات التي تدور بدهنه حول موضوع بحثه وجب عليه وضع افتراضات "وهذه الافتراضات ما هي إلا تخمينات أو توقعات أو استنتاجات يتبناها الباحث مؤقتا كحلول لمشكلة البحث فهي حلول مؤقتة لشرح بعض ما يلاحظه الباحث من الحقائق و الظواهر".[1]

كما أن الفرض هو تخمين ذكي أو تفسير دقيق يحدد العلاقة بين متغيرين على الأقل يمكن قياسهما في الواقع ويحدد طبيعتها واتجاهها ومن المفيد أن نشير أن الفرض يوجه الباحث دون تحيز.[2]

من خلال ما سبق نخلص أن الفرضية هي جواب مؤقت يضعه الباحث بناء على دراسات أو ملاحظات وللإجابة على الأسئلة السابقة و ضعنا الفرضيات الآتية:

- يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي حيث كلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة كلما كانت عرضة للإصابة بالعقم الأولي.
- توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وإصابتها بالعقم الأولي حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما ارتفع انتشار العقم الأولي.
- يؤثر عمل المرأة على إصابتها بالعقم حيث أن النساء العاملات أكثر عرضة للعقم الأولي.
- يؤثر مؤشر الثروة على الإصابة بالعقم لدى النساء حيث أن النساء الأكثر فقرا أكثر عرضة للعقم الأولي.
- يؤثر الإقليم على الإصابة بالعقم لدى النساء حيث أن النساء اللواتي يقطن في الجنوب أكثر عرضة للعقم الأولي.
- يوجد فرق في الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء بين الحضر والريف .
- تؤثر بيئة المسكن على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء حيث كلما كان المسكن ملائم كلما قل انتشار العقم الأولي.

[1] كامل محمد المغربي، **أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية**، دار الثقافة للنشر، عمان، 2009، ص48.

[2] وائل عبد الرحمان التل و آخرون، **البحث العلمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية**، دار الحامد للنشر، الأردن، 2007، ص23.

3) أهداف الدراسة:

وراء كل بحث علمي مجموعة من الأهداف، إذ "يهدف إلى تزويد المجتمع بالمعرفة و العلم و المساهمة الإيجابية في تقديم الحلول لمشكلاته، ونرى ذلك جليا في البحث العلمي و مراكزه المختلفة ".[3]

ومن بين أهم أهداف هذه الدراسة نجد:

- التعريف بظاهرة العقم عند النساء والتحسيس بعوامل انتشارها في المجتمع الجزائري.
- تتبع تطور ظاهرة العقم في المجتمع
- التعرف على العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والبيئية التي تؤدي إلى الإصابة العقم الجزئي الأولي عند النساء.
- إضافة دراسة علمية ديموغرافية تكشف الجوانب المؤثرة في ظاهرة العقم الجزئي الأولي، و تكون منطلق تبدأ منه دراسات علمية أخرى تتناول هذا الموضوع .

4) أسباب اختيار الموضوع:

لكل ظاهرة أسباب ودوافع تحرك فضول الباحث وتجعله يصر على الوصول إلى الأسباب الحقيقية لهذه الظاهرة ومن بين هذه الأسباب التي دفعتني لاختيار الموضوع نذكر:

- انتشار الظاهرة بشكل واضح وهي ظاهرة حساسة تمس استقرار الأسر.
- وجود نساء بمنطقتنا وأقارب مستهم الظاهرة.
- موضوع جديد لم يتم تناوله من قبل من الناحية الديموغرافية.
- توفر المعطيات و الحصول على قاعدة بيانات جاهزة، ألا وهي قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات.(2019) Mics6
- الإجابة عن الأسئلة المطروحة في ذهن الباحث حول الظاهرة و مسبباتها.
- تماشي موضوع الدراسة مع التخصص.

[3] عمار بوحوش، محمد محمود الذنيبات، **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**، ط4، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007، ص25.

5) صعوبات الدراسة:

كل باحث يقوم بعملية بحث يواجهه مجموعة من الصعوبات والعراقيل وجب علية التكيف معها ومواجهتها، و بحثنا هذا لم يستثنى من تلك الصعوبات فنجد من بينها:

- شح وندرة في المراجع والمصادر التي تناولت موضوع العقم خاصة من الناحية الديموغرافية الجزائر.
- عدم وجود إحصائيات حول الظاهرة وعدم وجود سلاسل زمنية تمكن من تتبع تطور الظاهرة بالنسبة للعالم عامة والجزائر خاصة.
- بحكم أن الموضوع لم يدرس من قبل من الناحية الديموغرافية في الجزائر لذلك واجهت نقص في الدراسات سابقة.

6) مفاهيم الدراسة:

6-1) العقم:

- **تعريف العقم:** يعرف على أنه العجز عن تحقيق الحمل بعد مرور 12 شهراً أو أكثر على ممارسة الجماع بانتظام وبدون وسائل حماية.[4]
- **العقم الثانوي:** العقم الثانوي هو عدم القدرة على إنجاب طفل أو إتمام فترة الحمل كاملةً بعد التمكن من الحمل وإنجاب طفل من قبل.[5]

7) المفاهيم الإجرائية:

- **العقم لدى النساء:** هو عدم قدرة المرأة المتزوجة على الإنجاب خلال السن الإنجابي (15-49).
- **العقم الأولي:** هو العقم الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الزوجية في ظل ممارسة حياتها الجنسية بشكل عادي لمدة تفوق السنة فأكثر مع عدم استعمال أي مانع من موانع الحمل خلال سنها الإنجابي.
- **النساء:** ونقصد بهم كل امرأة متزوجة في السن الإنجابي (15-49).

[4] منظمة الصحة العالمية على الموقع https://news.un.org/ar/story/2023/04/1119407 HH: 11:30

[5] منظمة الصحة العالمية، نفس المرجع السابق.

7-1) العوامل السوسيوديموغرافية:

تتمثل في العوامل التالية:

- **سن الزواج الأول**: سن المرأة عند أول زواج لها.
- **المستوى التعليمي**: هو أعلى مستوى علمي بلغته المبحوثة، وقد قسم إلى: دون المستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي.
- **عمل المرأة**: و هي وضع المرأة اتجاه النشاط الاقتصادي أي تعمل أولا تعمل.
- **مؤشر الثروة**: يعبر عن المستوى الاقتصادي و المعيشي و قد قسم حسب المسح إلى فقير جدا، فقير متوسط الفقر، غني، غني جدا.
- **الإقليم**: وهو الرقعة الجغرافية من سطح الأرض لها مميزات مناخية تميزها عن غيرها من الأقاليم و قد قسمت الأقاليم في الجزائر حسب المسح إلى: إقليم الشمال وسط ،إقليم الشمال الشرقي، إقليم الشمال الغربي، الهضاب العليا وسط ,الهضاب العليا شرق ،الهضاب العليا غرب، جنوب (إدراج التقسيم الجديد).
- **وسط الإقامة**: المقصود بوسط الإقامة أو مكان الإقامة المكان الذي يعيش فيه الشخص، وقد قسم حسب المسح إلى حضر وريف.
- **بيئة المسكن**: وهي مجموع وسائل العيش المتوفرة في المنزل الذي يسكنه الزوجين في ظل توفر شروط ملائمة أو غير ملائمة لعيش حياة كريمة، حيث تم تكييف بناءً على مجموعة من المتغيرات طرحت على شكل أسئلة في ملف الأسرة للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019 والمتمثلة في التدفئة(HC7G) والكهرباء(HC8) والصرف الصحي(WS11) ومصدر مياه الشرب(WS1).

8) الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: "عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة من إعداد أمل محمد ضهير، م.ب B.CH، في الطب من جامعة مصر العلوم والتكنولوجيا أطروحة في مقدمة الوفاء الجزئي للمتطلبات للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة 2020"، حيث تمت دراسة مراقبة حالة تحليلية قائمة على الملاحظة لعينة تتكون من 320 من السكان تم اختبار (160 نساء متزوجات

وناشطات جنسيان ولا تستعمل موانع الحمل أعمارهم من 19-49 سنة)، حيث اعتمد في جمع البيانات على الوسائل التالية (الاستبيان، والمقابلة)، تم تحليل البيانات باستخدام طرق وصفية واستنتاجيه مختلفة (الاتجاه المركزي التداخل المتداخل ومربع تشي، اختبار مستقل، الارتباط والانحدار اللوجستي الثنائي).

حيث هدفت هذه الدراسة إلى:

- تحديد عوامل الخطر الرئيسة المرتبطة بالعقم الأولي في قطاع غزة.
- التعرف على الأسباب الطبية الرئيسية للعقم الأولي بين الأزواج الراغبين في ذلك العلاج في مركز الإخصاب في غزة.
- التحقق من الفروق بين مختلف العوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية فيما يخص العقم.
- استكشاف تأثير الظروف البيئية الموجودة أو الموجودة مسبقا بالإضافة إلى التوصيات.

من بين الأسئلة التي تخدم بحثي نجد:

1. ما المحددات الاجتماعية السائدة بين الأزواج المصابين بالعقم ؟
2. هل للزواج المبكر أو المتأخر تأثير كبير على حالة الخصوبة لدى الزوجين؟
3. هل هناك ارتباط بين الإقامة الجغرافية والعقم الأولي ؟
4. هل هناك ارتباط بين المستوى التعليمي للزوجين والعقم الأولي ؟
5. هل هناك علاقة بين مصادر مياه الشرب ونوع الصرف الصحي والعقم ؟

حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- سن زواج الإناث بعد 29 عام يحمل مخاطر بارزة بالنسبة للعقم بنسبة أرجحية 8.390% بالإضافة إلى فارق العمر بين الزوجين 10 سنوات محفوفة بالمخاطر مرتين وأن العمر من 35-39 سنة معرض للعقم بأرجحية 2.2 مرة، ونسبة .
- العيش في أسر ممتدة بعد الزواج أيضا له نفس المخاطر.
- العمل البدني عند الإناث بنسبة أرجحية (1.9، 1.6، 2.3%) على التوالي حسب نوع العمل البدني الشاق.
- مصدر مياه الشرب والصرف الصحي ونوع لمنزل.

حيث استفدت من هذه الدراسة في إدراج بعض العوامل البيئية كمياه الشرب والصرف الصحي.

الدراسة الثانية: "عوامل تأخر سن الحمل بعد سن 35 وانعكاساته على صحة المولود دراسة ميدانية على عينة من النساء في بلدية ورقلة" من إعداد الطالبة "بالقط مريم 2013-2014".

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على ظاهرة تأخر سن الحمل ومخاطره على صحة الأم والمولود ومعرفة أسباب تأخر سن الحمل، طارحة التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي الأسباب المؤدية إلى تأخر سن الحمل وما هي انعكاساته على صحة الأم والمولود؟

وتندرج تحته الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل لسن الزواج علاقة بتأخر الحمل؟
2. هل الظروف الاقتصادية لها علاقة بتأخر سن الحمل بعد 35 سنة؟
3. هل الظروف الصحية عامل في تأخر سن الحمل بعد السن 35؟
4. هل الحمل والولادة المتأخرة لها تأثير على صحة المولود والأم؟

وقد اعتمدت الباحثة في بحثها على المنهج الوصفي التحليلي، كما استغرقت الدراسة مدة ستة أشهر(28/11/2013-10/05/2014)، واعتمدت في جمع البيانات على الاستبيان موجه لعينة قدرها 50 امرأة، حيث توصلت للنتائج التالية:

- توجد علاقة متوسطة طردية قدرت ب(0.534-) بين سن الزواج الأول وتأخر الحمل أي أن عمر الزواج له علاقة وطيدة بعمر الحمل الأول حيث كلما كان عمر الزواج متقدما كلما كان عمر الحمل متقدما.
- الظروف الاقتصادية لا تؤثر في تأخر سن الحمل وكذا الظروف الصحية.
- الحمل والولادة المتأخرة لها تأثر على صحة المولود.
- استفدت من هذه الدراسة بناء الفرضيات، وكذا تأكيد نتيجة تأثير السن الأول للزواج على تأخر الحمل.

الدراسة الثالثة: "محددات العقم ألزواجي في المجتمع الأردني "منير كرداشة" اعتمادا على تحليل بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2007، حيث تمت هذه الدراسة في المجال الزمني (2012/01/02-2012/06/10).

حيث هدفت هذه الدراسة إلى كشف وتحديد مدى شيوع العقم الزواجي في الأردن وانتشاره وكذلك دراسة وتحليل العلاقة بين هذا الحدث الديموغرافي والمتغيرات الاقتصادية والثقافية والديموغرافية، حيث سعت للإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما مدى شيوع حدوث العقم الزواجي في الأردن وانتشاره؟
2. ما العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية الملازمة لحدوث العقم الزواجي في الأسرة الأردنية وأهميتها في هذا الخصوص؟

حيث استخدمت الدراسة بصورة أساسية بيانات مسح السكان والصحة والأسرة الأردنية لعام 2007 وبعينة قدرها 11113 سيدة مؤهلة (15-49) سنة تمت مقابلة 10876 سيدة بنسبة تغطية 97%.

اعتمد في التحليل على ثلاث أساليب إحصائية:

- التحليل الوصفي البسيط لمتغيرات الدراسة (التوزيعات النسبية، التكرارات والجداول النسبية والمتقاطعة).
- الأسلوب الوصفي الثنائي(تحليل بيرسون للارتباط).
- التحليل المتعدد المتغيرات (الانحدار اللوجستي).

وتوصل إلى النتائج التالية:

- ارتفاع سن الزواج للمرأة عند الزواج له تأثير على العقم الزواجي بمعامل قدر ب0.050.

- ارتفاع نسبة العقم الزواجي عند السيدات ذات مستويات تعليمية مرتفعة (جامعي فما فوق) حيث قدر معامل تأثير تعليم الزوجة ب0.022 ، وكذا السيدات العاملات، كما أثبتت عن عدم وجود فروق في نسب العقم تبعا لاختلاف منطقة الإقامة والنمط زواجي، ونسبة العقم تزداد بشكل مضطرد لدى السيدات اللواتي سبق لهن استخدام وسائل منع الحمل وكذا السيدات اللواتي تزوجنا في أعمار متأخرة ولدى السيدات المطلقات واللواتي تزوجنا أكثر من مرة.

من هذه الدراسة في بناء الإشكالية وتحديد بعض متغيرات الدراسة كسن الزواج الأول والعوامل الاقتصادية.

9) منهج الدراسة:

المنهج هو وسيلة البحث العلمي في الكشف عن المعارف والحقائق والقوانين التي يسعيان إلى إبرازها وتحقيقها، وكثيرا ما يتوقف حكمنا على أي بحث بالصحة وسلامة النتائج على مدى صحة وسلامة المنهج الذي اتبع في هذا البحث، ويعرفه الدكتور "عبد الرحمن بدوي" انه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن علي سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة و معلومة.[6]

المنهج المتبع:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي فالمنهج الوصفي هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية و دقيقة لظاهرة أو موضوع محدد عبر فترة أو فترات زمنية محددة، وذلك من اجل الحصول على نتائج علمية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية تنسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة.[7]

أما المنهج الوصفي التحليلي :فهو يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة و تقديرها كميا[8]، أي بعد إثبات العلاقة بين المتغيرين نقوم بقياس الأثر بينهما، أي قياس حجم تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع و استخدم هذان المنهجان لتناسبهما مع أهداف هذه الدراسة.

[6] نادية سعيد عيشور، **منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، مؤسسة الحسين رأس الجبل للنشر، الجزائر، 2017، ص211.

[7] محمد احمد السريتي، **منهج البحث العلمي**، جامعة ام القرى، بالغريزة، مصر، 2014-2015، ص21.

[8] بوهراوة عز الدين، **تغير الزواج و الخصوبة في الجزائر**، دراسة مقارنة بين المسح الوطني حول صحة الأسرة سنة 2002 والمسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2006، عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة، 2013-2014، ص18.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

تمهيد

تعريف العقم

أنواع العقم

أسباب العقم عند النساء

طرق علاج العقم

تطور الخصوبة والعقم وفقا للمسوح في الجزائر

خلاصة

تمهيد:

يعتبر العقم من بين المشكلات الصعبة التي تواجه الأزواج خلال حياتهم الزوجية حيث تشير التقديرات في العالم أنه يصيب زوجين من بين كل 10 أزواج، ومن الممكن أن يكون هذا العقم نتيجة لأمراض قد تصيب الجهاز التناسلي للمرأة أو الرجل على حد سواء مما تستدعي استشارة طبية لتحديد العلة ومعالجتها ولهذا سوف نتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم العقم وما هي أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالعقم وكيف يمكن علاجها.

1) تعريف العقم:

1-1) لغة:

العقم والعقم، بالفتح والضم: هَزَمةٌ تقع في الرحم فلا تقبل الولد، وعقمت الرحم عقما بالفتح والجمع: عَقَائم، وعقم، وحكي ابن الأعرابي: إمرأة عقيم بغي هاء ورحم معقومة: أي مسدودة لا تلد وعقيم المرأة التي لا تلد والرجل عقيم و مَعقوم، وأصل العقم القطع، اليُبسُ المانع من قبول الأثر، يقال عقمت مفاصلة، عقام لا يقبل البدء.

فالعقم يطلق على الذكر والأنثى على حد سواء وليس خاصا بالنساء كما أشار إليه بعض أصحاب المعاجم.[9]

1-2) اصطلاحا:

يعرف من قبل اللجنة الدولية لمراقبة التكنولوجيا الإنجابية المساعدة ومنظمة الصحة العالمية على أنه الفشل في تحقيق الحمل بعد مرور 12 شهر أو أكثر من الجماع المنتظم غير محمي.[10]

أو هو مرض يصيب الجهاز التناسلي لدى الذكور والإناث ويعرف بعدم القدرة على الإنجاب بعد 12 شهر أو أكثر من الجماع المنتظم لدى الأزواج دون استخدام وسئل منع الحمل.[11]

عادة ما ينتج عن الجماع المتكرر دون استعمال وسائل منع الحمل حدوث حمل:[12]

- لدى 50% من الأزواج خلال ثلاث أشهر.
- لدى 75% من الأزواج خلال ستة أشهر.
- لدى 90% من الأزواج خلال عام واحد.

ويعرفه Cunha Galhardo (2013) العقم بأنه مرض يصيب الجهاز التناسلي قد يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب بعد مرور شهر على العلاقة الزوجية الجنسية.[13]

---

[9] طه جاسم محمد، ياسر الصائب خورشيد، **حكم معالجة العقم عند النساء في الفقه الإسلامي**، مجلة العلوم الإسلامية، العدد 13، 2016، ص 288.

[10] منظمة الصحة العالمية 2020.

[11] larbi ould larbi, **la stérilité du couple dans tous états guide pour couples hypofertiles**, dar el gharb, p 10.

[12] ضمان، تقنية المساعدة على الإنجاب وعلاج العقم، الشركة الوطنية للتأمين الصحي، على الموقع www.damanhealth.ae 2023/05/10، 16:30.

[13] بلعباس نادية، ميلود دواجي عبد الله، **العقم عند المرأة وأثره صحة علاقتها الجنسية**، مجلة الحوار الثقافي، المجلد 11/العدد01، 2022، ص 324.

ويعرفه سبير فاخوري (1988) بأنه عدم القدرة على الإنجاب أو عدم الخصوبة بعد مرور عامين من العلاقة الزوجية الصحيحة دون استخدام وسائل منع الحمل.[14]

ويعرفه مهدي (2005) بأنه عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة دون استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل ويعرفه العسوي وعبد الحميد (1975) بأنه الحياة الزوجية التي لا تثمر أطفالا وقد يكون السبب في ذلك أحد الزوجين أو الاثنين معا.[15]

2) أنواع العقم: يصنفه الأطباء إلى نوعين أساسين:

2-1/العقم المطلق Sterility: ويعني عدم إمكانية حدوث حمل مطلقا لأسباب غير قابلة للعلاج كعدم وجود رحم أو مبيضين أو خصيتين وهو حالة نادرة.[16]

2-2/العقم النسبي (جزئي) Infertility: وهو عقم يمكن إصلاحه بالعلاج بإزالة العلة،[17] وقد أوضحت الدراسات مابين 10-15% من الأزواج من 15-45 سنة يرغبون في الإنجاب يعانون من مشكل العقم النسبي،[18] وهو ينقسم إلى نوعين عند النساء:

أ- **العقم الأولي**: وهو الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية أو زواجها وتكون أسبابه لأمراض غددية أو هرمونية أو لعدم نضوج الأعضاء التناسلية عند المرأة لأسباب تكوينية.[19]

ب- **العقم الثانوي**: ويعني تأخر الإنجاب لمدة سنة دون سبب ظاهر يمنع منه حدوث حمل في السابق سواءً نتج عن هذا الحمل إسقاط أو حمل طبيعي،[20] وتختلف الفترة التي يمكن أن يعتبر بعدها الزوج عقم مابين سنة وستة أشهر أو أكثر ولابد من التنبيه هنا إلى أن العقم النسبي الثانوي لا يندرج ضمن العقم حسب بعض العلماء.[21]

---

[14] بلعباس نادية، نفس المرجع السابق، ص 324.

[15] نفس المرجع السابق، ص 325.

[16] زياد طارق حمودي نجم، **مشكلة العقم وعدم الإخصاب دراسة فقهية طبية**، مجلة الجامعة العراقية ، العدد 48ج3، 2020، ص 156.

[17] حسين كامل نوفل، **العنة والعقم**،كلية الطب البشري، جامعة دمشق، ص 9.

[18] زياد طارق حمودي نجم، **مرجع سابق**، ص 156.

[19] أميرة وحيد خطاب، **آثار العقم الاجتماعية والاقتصادية على المرأة دراسة ميدانية في مدينة الموصل**، آداب الرافدين، العدد 63، 2012، ص 393.

[20] ياسر عبد الحميد النجار، **أسباب العقم في الشريعة والطب وحكم علاجه**، دراسة فقهية مقارنة، جامعة الأزهر بالدقهلية المقالة 6، المجلد 30، العدد 1، 2015، ص 308.

[21] طارق حمودي نجم، **مرجع سابق**، ص 156.

تنصرف أدهان الكثيرين عند ذكر العقم إلى المرأة باعتبارها هي المسؤولة عن عدم الإنجاب لكن الدراسات الحديثة أثبتت أن الرجل يناله حظ كبير من هذه المسؤولية، حيث تقع مسؤولية عدم الإنجاب عليه في 25- 40% من الحالات، بينما تكون الزوجة هي المسؤولة في 30- 60% من الحالات، أضف إلى أن 15- 40% من الحالات يكون السبب فيها مشتركا

وفي 10-15% من الحالات يكون سبب عدم الإنجاب مجهولا. وبما أن العقم مرض من الأمراض فلا بد له أسباب تؤدي إليه، وبمعرفة هذه الأسباب يمكن العمل على إزالتها ومحاولة وجود حل لها، وقد تحدث الأطباء عن أسباب العقم[22] وسوف نجمل هذه الأسباب فيما يلي:

3) أسباب العقم:

3-1/حموضة المهبل: يقول علماء الطب أن عصير المهبل في الحالة الطبيعية يكون حامضا ويعزو الطب سبب هذا ليحمي المهبل من الجراثيم الخطرة أو الفتاكة، وإن المني ليكون مساعدا على الانزلاق في مجرى الرحم فكلما ازدادت حموضة المهبل توقفت حركة الحيوانات المنوية وبالتالي فتعدم فرص وجود الحمل أو تكون نادرة قليلة جدا.[23]

3-2/ضيق المهبل: إن ضيق المهبل من الأسباب الرئيسية للعقم عند المرأة ذلك لأن في هذه الحالة لا يدخل القضيب بالشكل الصحيح والطبيعي فلا يتم عملية الإيلاج الكافية فيكون قذف من الرجل في مقدمة أو مدخل المهبل أو يكون في القسم الأسفل منه، وأن سبب ضيق المهبل كما يقول علماء الطب يعود إلى أسباب خلقية أو عصبية نفسية أو يكون هناك خطأ في التربية أو يكون وجود تقرحات وجرح في غشاء البكارة.[24]

3-3/التهاب عنق الرحم وتقرحاته: إن عنق الرحم في بعض الأحيان يكون مصابا بالتهابات مزمنة مما يؤدي بالنتيجة أن تكون هذه التقرحات مصبوغة بلون أحمر خصوصا إذا طليت بطبقة من أليود إن هذه التقرحات بمرور الوقت تسبب تورم في عنق الرحم ينتج عنها نذب عميقة فيه وبالتالي تكون مرتعا للجراثيم وهذا ما يؤدي إلى نشوء أورام سرطانية خبيثة.[25]

---

[22] زياد طارق حمودي نجم، مرجع سابق، ص 157.

[23] ياسر عبد الحميد النجار، مرجع سابق، ص 314.

[24] طه جسام محمد، ياسر صائب خورشيد ، **حكم معالجة العقم عند النساء في الفقه الإسلامي**، مجلة العلوم الإسلامية، العدد 13، 2016، ص 292-293-294.

[25] نفس المرجع السابق، ص 294.

3-4/أورام المبيض: تكون سبب في إلتصاقات مع الأنبوب (قناة فالوب) ومع باقي الأعضاء التناسلية الداخلية فتكون كتلة لحمية واحدة فيضطر الطبيب الجراح إلى استئصال ورم المبيض ويكون استئصال المبيض بشكل جزئي أو كلي وهذا ما يجعل المرأة تصاب بالعقم.[26]

3-5/عملية الجماع في فترة الحيض: الأخطاء الشائعة والممارسات غير الصحيحة التي يقوم بها بعض الرجال هي جماع الرجل وإتيانه زوجته أثناء فترة الحيض أو في الأيام الأولى أو الأسابيع الأولى بعد الولادة يقول علماء الطب أن هذه الممارسات تؤدي إلى إصابة المرأة بأمراض قد تكون خطيرة بسبب وجود الجراثيم وسهولة انتشارها.[27]

في المسالك التناسلية وهو ما يسبب عقما أكيدا عند المرأة ذلك أن شرايين المرأة بعد الولادة تكون منتفخة ومفتوحة ويتدفق منها الدم إلى الخارج وهذا ما يسهل دخول الجراثيم عن طريقها إلى الرحم.

3-6/تكيس المبايض: حسب الجمعية الأمريكية للطب التناسلي تمثل متلازمة تكيس المبايض 80% من حالات عقم الإباضة عند النساء، حيث أنها هي اضطرابات في الغدد الصماء والتناسلية مع انتشار يتراوح 5% إلى 13% لدى النساء في سن الإنجاب حيث أن متلازمة تكيس المبايض هي السبب الرئيسي لفرط الأندرروجين.[28]

3-7/اضطرابات التبويض: حوالي 40% من مشاكل الخصوبة عند النساء حيث أن السبب الرئيسي لاضطرابات التبويض هو اختلال التوازن الهرموني يمكن أن تتسبب المستويات المنخفضة من البروجستيرون في حدوث تداخل في التصاق الجنين ببطانة الرحم، كما أنه يزيد من خطر حدوث إجهاض ترتبط المستويات العالية من الإستروجين أيضا بالعقم عند النساء.[29]

3-8/انقطاع التبويض: تعرف عملية انقطاع التبويض عند المرأة هي عدم تكون المبيضات في المبيض وهذا يؤدي إلى عدم نزول البيضة إلى المبيض إلى النفيرين والرحم ويقول علماء الطب أن انقطاع التبويض عند المرأة هو أهم أسباب العقم

[26] طه جسام محمد، ياسر صائب خورشيد ،نفس المرجع السابق، ص 294.

[27] نفس المرجع السابق، ص 294.

[28] Anderson Sanches Melo, Rui Alberto Ferriani, Paula Andrea Navarro, **Treatment of infertility in women with polycystic ovary syndrome: approach to clinical practice**, Universidad de São Paulo، Clinics 2015;70(11), P 765, Available online http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/ , 30/04/2023,22:30.

[29] Samiksha Sharma*, Mahaveer P. Khinchi, Natasha Sharma, Dilip Agrawal and M. K. Gupta **, Female Infertility: An Overview,** IJPSR (2011), Vol. 2, Issue 1,P 5, Available online www.ijpsr.com,30/04/2023,23:00

فحسب منظمة الصحة العالمية الثالثة أن 10% إلى 20% من النساء اللاتي يعانين من انعدام الإباضة لديهم مستويات مرتفعة من هرمون (FSH) في الدم.[30]

3-9/التهاب النفيرين وانسدادهما: إن هذا المرض هو أكثر الأمراض انتشارا عند المرأة المصابة بالعقم ويقول الأطباء أن أسباب هذا المرض هي إصابة المرأة بمرض السل أو السيلان، أمراض الحمى الباطنية والتهاب الأعضاء التناسلية ومن أسبابه أيضا هو استخدام الأجسام الغريبة الملوثة وإدخالها في جوف الرحم حتى تؤدي إلى عملية الإجهاض.[31]

3-10/فرط في إنتاج هرمون الحليب أو البرولاكتين من الغدة النخامية: والذي يسفر عنه انخفاض إنتاج الإستروجين وبالتالي حدوث العقم.[32]

3-11/اختلال في وظيفة أو تعطيل الغدة تحت المهاد: والتي تؤثر على الغدة النخامية وإفرازها لهرمون (FSH) والهرمون المنشط للجسم الأصفر(LH)، وهي الهرمونات التي تحفز الإباضة شهريا.[33]

4) طرق تشخيص العقم:

يرجع سبب عجز المرأة في حصولها على في أغلب الأحيان إلى علة مرضية لذلك تلجأ إلي الطبيب لطلب المساعدة وجب أولا تشخيص السبب أو المشكلة التي تعاني منها المرأة وتحول دون حصولها على حمل لذلك يلجأ الطبيب المختص لإجراء مجموعة من الفحوصات نذكر منها:

1. **الفحص البدني:** تقييم الحالة العامة للجسم والبحث عن الأعراض التي تدل على وجود اختلال في توازن الهرمونات.[34]
2. **تحاليل الدم:** تتضمن هذه التحاليل:[35]

- اختبار التبويض: يتم من خلاله التحري عن ارتفاع هرمون LH الذي يرافق حدوث الإباضة.
- قياس مستويات هرمون الإستروجين: حيث يدل على حدوث الإباضة عند ارتفاعه.

---

[30] Carriann Smith, Maureen Grimm, and Megan Schwegel, **Treatment of infertility in women**, Journal of the American Pharmacists Association, 2012; 52:e27–e42, P 28, Available online www.japha.org ,01/05/2023,19:00.
[31] Purity Njagi, Wim Groot, Jelena Arsenijevic, Silke Dyer, Gitau Mburu, James Kiarie **Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries**, Issue 2, 2023, P12 , Available online https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007 ,02/05/2023,20:30.
[32] https://tebcan.com/ar/Algeria/article/150016/04/2023 12:05, P 1 **العقم عند النساء ،ماهي أسبابه وطرق علاجه**
[33] P1, نفس المرجع السابق
[34] Kashani L, Akhondzadeh S, **Female Infertility and Herbal Medicine,** Journal of Medicinal Plants, Volume 16, No. 61, Winter 2017, P 4, Available online WWW.SID.ir ,05/05/2023,18:30.
[35] P 4, نفس المرجع السابق

- اختبار الهرمونات: كالبحث عن الاضطرابات التي تحدث في الغدة النخامية.
- الاختبارات الجينية: لتشخيص المشاكل الوراثية والجينية.

3. **تنظير البطن:** يتم يسمح بفحص الرحم، الحجم موضعه، المبايض، حجمها، شكلها إذا كان لديهم الخرجات أو إلتصاقات.[36]

4. **فحوصات الموجات فوق صوتية:**[37]

- تصوير الرحم والبوقين: يتم تصويره بالأشعة الصينية لرؤية التشوهات الشكلية في الرحم وقناتي فالوب وكذلك تضيق أو تليف أو انسداد قناتي فالوب.
- قياس مخزون المبيض: لمعرفة عدد البويضات التقريبي الموجود عند المرأة وتحديد ما إذا كان قصور المبيض الأولي هو سبب العقم.
- التصوير بالأمواج فوق الصوتية: تستخدم لرؤية المشاكل الموجودة في الرحم وقناتي فالوب وعنق الرحم والمبيض.

5) طرق العلاج:

5-1) العلاجات الدوائية:

لعلاج العقم يصف الأطباء مجموعة من الأدوية للمساعدة على التخلص من العقم وذلك حسب العلة ومن بين هذه الأدوية نذكر:

- **سترات كلوميفين:** يوصف لعلاج ضعف التبويض لدى النساء اللاتي يعانين من ضعف التبويض، ويمكن أيضا استخدامه لتحفيز المبيض الخاضع للرقابة (COH)، يعمل كلومفين على حجب مستقبلات هرمون الأستروجين ينتج عن هذا مستويات مرتفعه من FH وLH وهذا يحفز نمو الجريبات ويؤدي للإباضة دون تحفيز مباشر للمبيض.[38]
- **مثبطات الأروماتاز (ليتروزول وأناستروزول):** يتم استخدام مثبطات الأروماتاز بشكل متزايد للمرضى الذين يعانون من اضطرابات التبويض. يمكنا استخدام ليتروزول وأناستروزول في المرضى الذين يعانون من تركيزا تطبيعية أو مرتفعة من هرمون الاستروجين، أو التبويض غير المنتظم ،أو متلازمة تكيس المبايض.[39]

[36] larbi ould larbi, **la stérilité du couple dans tous états guide pour couples hypofertiles**, dar el gharb, P 41.
[37] Kashani L, Akhondzadeh S, P 4,مرجع سابق.
[38] Carriann Smith, Maureen Grimm, and Megan Schwegel, P 33,مرجع سابق.

- **لوتروبين:** هو LH المؤتلف ويستخدم فقط في المرضى الذين يعانون من حالة نادرة من قصور الغدد التناسلية hypogonadotropic hypogonadism الذي يظهر نقصًا عميقًا في الهرمون اللوتيني، وتتمثل آلية العمل في تحفيز خلايا theca في المبايض لتحفيز إفراز الأندروجين.[40]
- **الجونادوتروبين:** تستخدم gonadotropins الخارجية لتعزيز وظيفة المبيض من خلال توفير نشاط إضافي من FSH/أوLH. تسمح هذه الوظيفة المحسّنة بتوظيف وتطوير بصيلات متعددة. العديد من موجهة الغدد التناسلية الخارجية متاحة للاستخدام عن طريق الحقن: فوليتروبين المؤتلف.[41]

5-2) العلاجات غير الدوائية:

- **تحريض الإباضة COH:** يتضمن تحريض الإباضة استخدام FSH وLH أو العلاج المركب للحث على النضج وإطلاق البصيلات، يمكن استخدام تحفيز الإباضة مع الجماع الطبيعي أوART يتضمن COH تحريض الإباضة لإنتاج بصيلات متعددة وزيادة احتمالية النجاح أو السماح بحفظ الأجنة بالتبريد.[42]
- **التلقيح داخل الرحم IUI:** هو تلقيح داخل الرحم يتطلب إدخال الحيوانات المنوية داخل الرحم بواسطة ماصة لتحسين الإخصاب، بعد تحريض الإباضة قبل التلقيح حيث يتم تنظيف عينة من الحيوانات المنوية وتركيزها لتحسين الإخصاب.[43]
- **الإخصاب في المختبر:** يتطلب التلقيح الاصطناعي (IVF) الاسترجاع الجراحي للبويضات الناضجة من مبيض المرأة، ثم في المختبر يتم تخصيب البويضات بحيوانات منوية الرجل عادة بعد 3 إلى 5 أيام من الإخصاب يتم زرع الأجنة في الرحم. يوصى عادة بالتلقيح الصناعي في النساء المصابات بإنسداد قناة فالوب الثنائية كما يستخدم في حالات أخرى التي تسبب العقم.[44]

---

[39] Carriann Smith, Maureen Grimm, and Megan Schwegel, , P 33,مرجع سابق.
[40] P 37,نفس المرجع السابق.
[41] p37,نفس المرجع السابق.
[42] p39,نفس المرجع السابق.
[43] Samiksha Sharma*, Mahaveer P. Khinchi, Natasha Sharma, Dilip Agrawal and M. K. Gupta ,P8, مرجع سابق.
[44]p8,نفس المرجع السابق.

5-3) العلاجات البديلة:

لطالما استخدمت العلاجات العشبية لمعالجة مشاكل الخصوبة في الواقع فإن الأدلة على استخدام العلاجات العشبية لخصوبة الإناث والذكور تعود إلى عام 200 بعد الميلاد. هذه العلاجات العشبية مصنوعة من نباتات خاصة يعتقد أن لها تأثير إيجابي على الأعضاء التناسلية والجهاز الهرموني للنساء والذكور.[45] ومن بين هذه العلاجات النباتية نذكر:

- **أوراق توت العليق:** وذلك عن طريق غليها وشربها أو طحنها وتناولها لأنها تعمل على تعديل التوازن الهرموني لدى النساء، هذه العشبية تحفز إفراز الهرمون اللوتيني (LH) من الغدة النخامية في الدماغ وهذا بدوره يعزز التبويض.[46]
- **جذور الجينسينغ:** حيث تعمل على رفع معدل الأستروجين في الجسم وتشرب بعد نقعها في الماء حيث تعمل على تحسين تنظيم الهرمونات التناسلية.
- **الرمان:** يعزز الرمان الخصوبة عند النساء وذلك بزيادة تدفق الدم إلى الرحم ويزيد سمك بطانة الرحم لتقليل فرص الإجهاض بالإضافة إلى أنه يعزز النمو الصحي للجنين.[47]
- **القرفة:** تساعد القرفة في أداء المبيض بشكل صحيح وبالتالي تكون فعالة في مكافحة العقم.[48]
- **عرق السوس:** يحتوى على مركبات نشطة وهرمونيا، حيث وجدت دراسات بيانية أن الأدوية التي تحتوي على عرق السوس تحسن الدورة الشهرية لدى النساء اللواتي يعانين من فترات غير متكررة، والنساء المصابات بارتفاع هرمون التستوستيرون وانخفاض هرمون الستروجين.[49]
- بالإضافة إلى التدليك والحجامة التي تعتبر كعلاج لتكيس المبايض .
- **العلاج بالإبر الصينية:** تعتبر بلدان جنوب شرق آسيا وعلى رأسها الصين التي ابتكرت منذ آلاف السنين طريقة العلاج بالإبر والأعشاب لتخليص المرأة من حالة العقم، ففي أواخر التسعينات اكتشف باحثون أن عرقلة تدفق الدم إلى الرحم يؤدي إلى انخفاض القدرة على الحمل، حيث أن العلاج بالإبر الصينية يمكن أن يحسن وضع تدفق الدم إلى الرحم، ومن بين الأطباء الصينيين الذين يعالجون بالطريقة التقليدية نجد الطبيب "يوجين زانغ"، حيث أثبتت الدراسات فعالية الوخز

[45] Kashani L, Akhondzadeh S, **Female Infertility and Herbal Medicine,** Journal of Medicinal Plants, Volume 16, No. 61, Winter 2017, Available online on WWW.SID.ir ,P 5.
[46] Nagendra J, Jayachandra S, **Treating Infertility By Chinese Herbs,** JPMI 2010 Vol. 24 No.04**,** p 336**.**
[47] Kashani L, Akhondzadeh S, P 5,مرجع سابق.
[48] P 5,نفس المرجع السابق.
[49] Nagendra J, Jayachandra S, p 337,مرجع سابق.

بالإبر في علاج العقم فحسب دراسة أجريت عام 2004 من قبل مركز الطب التناسلي والخصوبة في "كولورادوا " أن 51% من النساء اللواتي خضعن لكل من أطفال الأنابيب وعلاج الوخز بالإبر أصبحن حوامل، بينما 36% فقط من النساء اللواتي خضعن للتلقيح الصناعي حملن، وكتن لدى المجموعة الأخيرة أيضا معدلات أعلى لإملاص الإجهاض 20% مقارنة بالنساء اللاتي تلقين الوخز بالإبر 8%.[50]

6) تطور الخصوبة حسب مختلف المسوح في الجزائر:

تعد الخصوبة من بين أهم المؤشرات التي تلعب دورا هاما في تغيير في التركيب السكاني للمجتمع حيث عرفت تغيرات هامة وفقا لمجموعة من المتغيرات السوسيوديمغرافية منذ سنة 1992 إلى غاية 2019 والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (2–1): تطور معدل الخصوبة في الجزائر من 1992–2019.

السنوات	مسح 1992(1)	مسح 2002(2)	مسح 2006(3)	مسح 2013/2012(4)	مسح 2019(5)
المؤشر (طفل/امرأة)	4.3	2.4	2.27	2.7	2.8

تم إعداد الجدول بناء على معطيات:

1- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، 1994، ص 214.

2- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، 2002، ص 104.

3- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "Mics$_3$ 2006" الجزائر**،2008 ، ص 119.

4- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات،"Mics$_4$ 2012–2013" الجزائر**،2015، ص 126.

5- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "Mics$_6$ 2019" الجزائر**، 2020،ص 127.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الخصوبة عرفت انخفاضا واضحا منذ سنة 1992 فحسب مسح صحة الأم والطفل قدر معدل الخصوبة ب 4.3 طفل لكل امرأة بعدها انخفض انخفاضا كبيرا إلى 2.4 طفل لكل امرأة سنة 2002 حسب مسح صحة الأسرة ويواصل انخفاضه إلى 2.27 طفل لكل امرأة سنة 2006 حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات "Mics$_3$" ولقد حافظ معدل الخصوبة على نفس الوتيرة لكن مع ارتفاع طفيف حيث قدر ب 2.7 و2.8 طفل لكل امرأة سنة 2012 و2019 على التوالي حسب المسحيين "Mics$_4$2012-2013" و"Mics$_6$2019".

[50] Gaware. V. M, and all, **Female infertility and its treatment by alternative medicine: A review**, Journal of Chemical and Pharmaceutical Research, 2009, 1(1), Available online www.jocpr.com , P 160.

7) تطور العقم الأولي حسب مختلف المسوح في الجزائر:

يعبر العقم عن النساء المتزوجات اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب وهو أنواع، عقم مطلق وعقم جزئي والعقم الجزئي نوعان ثانوي وأولي وهذا الأخير يعرف تطورا وفقا لمجموعة من العوامل السوسيوديموغرافية حسب مختلف المسوح في الجزائر، وفي ما يلي نستعرض تطور العقم الأولي حسب جملة من العوامل كالتالي:

7-1) تطور العقم الأولي حسب وسط الإقامة:

يعتبر وسط الإقامة من المتغيرات السوسيوديموغرافية والتي من الممكن أن يكون لها تأثير على إصابة النساء بالعقم لأن المرأة على اتصال مباشر بالوسط التي تعيش فيه وتتأثر بكل ظروفه الاجتماعية من ناحية ظروف العيش والوسائل المتاحة فيه التي تسهل طرق العيش.

الجدول (2-2): تطور العقم حسب مكان الإقامة.

وسط الإقامة	1992مسح(*)	2002مسح(**)	$Mics_6$2019(***)
حضر	%27	%8	%10.6
ريف	%29	%7	%10.7

تم إعداد الجدول بناءً على معطيات:

* وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، 1994، ص 214.

** وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، 2002، ص 113.

*** وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "$Mics_6$2019" الجزائر**، 2020.

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن نسب العقم عرفت تغيرات خلال المسوح التي أجريت في الجزائر وذلك حسب وسط الإقامة فنجد أن نسبة العقم في الحضر قد سجلت نسبة 27% في حين سجلت نسبة 29% في الريف حسب المسح الجزائري حسب صحة الأم والطفل لسنة 1992، أما حسب المسح الجزائري حول صحة الأسرة فقد عرفت انخفاضا واضحا حيث سجلت نسبة 8% في الحضر و7% في الريف، بعدها عرف معدل العقم ارتفاعا ملحوظا فحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 قدر ب10.6% و10.7% في كل من الحضر والريف.

7-2) تطور العقم الأولي حسب الإقليم:

تختلف الأقاليم عن بعضها البعض فكل إقليم له خصائص وميزات مناخية واقتصادية واجتماعية يتميز بها عن الآخر تؤثر في سلوك قاطنيه والتي بدورها من الممكن أن تؤثر على صحة المرأة منذ ولادتها.

الجدول (2-3): تطور العقم حسب الإقليم

الإقليم	النسبة %	
	1992مسح (*)	$Mics_6$ 2019 (***)
الساحل	%29.6	
شمال وسط	%33.8	%9.5
شمال شرق	%27.3	%12.1
شمال غرب	%26.6	%12.0
الهضاب العليا وسط	%27	%9.9
الهضاب العليا شرق	%23.7	%10.7
الهضاب العليا غرب	%33.8	%11.5
الجنوب	%24.4	%9.9

تم إعداد الجدول بناءً على معطيات:

* وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، 1994، ص 214.

*** وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "$Mics_6$ 2019" الجزائر**، 2020.

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه وجود تباين واضح في نسب العقم حسب الأقاليم فحسب المسح الذي أجري في الجزائر سنة 1992 حول صحة الأم والطفل أن أعلى نسب العقم قدرت ب 33.8% سجلت في شمال وسط وغرب الهضاب العليا،أما أقل نسبة قدرت ب23.7% و24.4% سجلت في كل من شرق الهضاب العليا والجنوب على التوالي أما باقي أقاليم الوطن فقد تراوحت النسبة مابين 26.6% و29.6%، أما حسب المسح المتعدد المؤشرات لسنة 2019 بالجزائر فقد انخفضت نسبة العقم إلى 9.5% في شمال وسط حيث سجلت أعلى نسبة قدرت ب 12% في كل من شمال شرق شمال غرب، وسجلت نسبة 9.9% في كل من وسط الهضاب العليا والجنوب، أما على مستوى إقليم شرق وغرب الهضاب العليا فتراوحت النسبة مابين 10.7% 11.5%.

7-3) تطور العقم الأولي حسب المستوى التعليمي للمرأة:

يعتبر التعليم مؤشر هام في حياة الفرد حيث يشغل مدة زمنية هامة من حياة الفرد تدوم 17 سنة، من بداية التعليم الابتدائي إلى غاية التعليم العالي ولعل هذا الحيز من الزمن له تأثير على حياة الأنثى والذي ربما قد يتسبب في خفض قدرتها عن الإنجاب بمساعدة عوامل ديموغرافية أخرى.

الجدول (2-4): تطور العقم حسب المستوى التعليمي للمرأة.

المستوى التعليمي	النسبة %	
	1992مسح(*)	Mics$_6$ 2019(***)
دون المستوى	%28.8	%9.7
الابتدائي	%28.7	%8.3
المتوسط	%16.9	%9.3
الثانوي فأكثر	%36.7	%9.9
الجامعي		%17.1

تم إعداد الجدول بناءً معطيات:

* وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، 1994، ص 214.

*** وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "Mics$_6$ 2019" الجزائر**، 2020.

يصف لنا الجدول أعلاه كيفية تطور نسب العقم حسب المسحيين وفق مستويات التعليم فحسب المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل الذي أجري سنة 1992 سجلت أعلى معدل للعقم عند النساء في المستوى الثانوي فأعلى قدر ب 36.7% وسجلت نسبة ما يقارب 29% في كل من المستويين الابتدائي وبدون مستوى أما أقل نسبة قدرت ب 16.9% سجلت عند المستوى المتوسط، أما حسب المسح المتعدد المؤشرات لسنة 2019 فقد عرفت نسبة العقم انخفاضا حيث قدرت ب 8.3% و9.7% عند النساء في كل من المستويين الأدنيين و9.3% عند المستوى المتوسط و9.9% عند النساء في المستوى الثانوي في حين سجلت أعلى نسب العقم والتي قدرت ب 17.1% عند النساء في المستوى الجامعي.

7-4) تطور العقم الأولي حسب سن الزواج الأول للمرأة:

الخصوبة من المؤشرات الهامة التي ترتبط بالسن الإنجابي للمرأة لذلك يعتبر سن الزواج الأول للمرأة من العوامل الهامة التي على رفع أو خفض الفترة الإنجابية للمرأة وبالتالي يؤثر على خصوبتها والجدول التالي يوضح نسب العقم الأولي حسب سن الزواج الأول للمرأة حسب Mics$_6$2019.

الجدول (2–5): العقم حسب سن الزواج الأول للمرأة Mics$_6$ 2019.

سن عند الزواج الأول	النسبة %
	Mics$_6$2019
أقل من 15	%3.5
19-15	%6.5
24-20	%7.7
29-25	%12.2
34-30	%14.3
39-35	%31.3
44-40	%83.6
49-45	%91.4

تم إعداد الجدول بناءً على معطيات:

- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "Mics$_6$ 2019" الجزائر**، 2002.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة العقم ترتفع تدريجيا كلما ارتفع سن الزواج الأول، حيث سجلت أقل نسبة قدرت ب 3.5% عند فئة النساء اللواتي تزوجنا في دون 15 سنة، لترتفع من 6.5% إلى 14.3% عند النساء اللواتي تزوجنا بعد السن 20 سنة، لتسجل نسبة معتبرة قدرت ب 31.3% عند فئة النساء اللواتي تزوجنا في سن يتراوح مابين (35-39)، أما عند النساء اللواتي تزوجنا بعد 40سنة فقد ارتفعت من 83.6% إلى 91.4% عند فئة النساء في آخر سنهم الإنجابي.

7-5) تطور العقم الأولي حسب عمل المرأة:

يعتبر العمل نشاط فكري وبدني يقوم به الفرد في حياته اليومية وهو من العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير على صحة المرأة فيؤدي إلى إصابتها بالعقم والجدول التالي يبين لنا نسب العقم الأولي عند النساء حسب Mics$_6$2019:

الجدول (2–6): العقم حسب عمل المرأة Mics$_6$ 2019.

عمل المرأة	النسبة %
	Mics$_6$2019
مشتغلة	%13.6
غير مشتغلة	%10.2

تم إعداد الجدول بناءً على معطيات:

وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "Mics$_6$ 2019" الجزائر**، 2020.

يوضح لنا الجدول (2-6) تباين نسب العقم الأولي حسب عمل المرأة حيث نلاحظ أن النساء العاملات سجلن أكبر نسبة للعقم قدرت ب 13.6% على خلاف النساء غير عاملات فقد سجلن نسبة قدرت ب 10.2%.

6-7) تطور العقم الأولي حسب مؤشر الثروة:

مؤشر الثروة من بين المؤشرات التي تلعب دورا هاما في حياة الفرد من حيث الرفاهية والعيش الحسن والذي بدوره له تأثير واضح على صحة الفرد الفيزيولوجية والنفسية ولهذا فإن مؤشر الثروة المنخفض يمكن أن يؤثر صحة المرأة و تصاب بالعقم والجدول الموالي يوضح نسب العقم الأولي حسب $Mics_6 2019$:

الجدول (2-7): العقم حسب مؤشر الثروة $Mics_6 2019$.

مؤشر الثروة	النسبة %
	$Mics_6 2019$
فقير جدا	%10.1
فقير	%10.4
متوسط	%11.2
غني	%10.7
غني جدا	%10.8

تم إعداد الجدول بناءً على معطيات:

- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، "$Mics_6$ 2019"الجزائر**، 2020.

يصف لنا الجدول أعلاه توزيع نسب العقم الأولي عند النساء حسب مؤشر الثروة أنه لم يسجل تباينا كبيرا في مختلف فئات مؤشرات الثروة، فسجلت أقل نسبة قدرت ب10.1% عند فئة النساء الأكثر فقرا، أما أعلى نسبة قدرت ب 11.2% سجلت عند فئة النساء متوسطة الرفاه، أما باقي الفئات عند مختلف مؤشرات الثروة فسجلنا نسب متقاربة جدا تراوحت بين 10.4% و10.8%.

خـلاصـــة:

حاولنا من خلال هذا الفصل الإلمام بموضوع العقم من الناحية النظرية مبرزين مفهوم العقم وأنواعه والأسباب التي تؤدي إليه، كما تطرقنا لأهم طرق علاج العقم الحديثة وكذا التقليدية، في حين حاولنا تتبع تطور ظاهرة العقم من خلال مختلف المسوح التي أجريت في الجزائر حسب بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية والتي بينت لنا التباين الحاصل في انتشار العقم عبر السنوات.

الفصل الثالث: الإطار الميداني للدراسة

تمهيد

الإجراءات المنهجية للدراسة

مجالات الدراسة

مصادر جمع البيانات

مجتمع وعينة الدراسة

البرامج الإحصائية المستخدمة

عرض وتحليل البيانات

مناقشة الفرضيات

نتائج الدراسة

خلاصة

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصلين السابقين للجانب النظري للدراسة المتعلق بإشكالية الدراسة، وماهية العقم، وأنواعه وأسبابه وطرق علاجه، سنتطرق في هذا الفصل للجانب الميداني للدراسة من خلال عرض مجالات الدراسة، عينة الدراسة، ووصف المصادر المعتمدة في جمع البيانات، ثم التطرق إلى عرض و تحليل النتائج من خلال عرض البيانات ومناقشة مختلف النتائج المحصل عليها من اجل إثبات أو نفي فرضيات الدراسة .

1) الإجراءات المنهجية للدراسة:

1-1) مجالات الدراسة:

لكل دراسة مجال مكاني وزماني تجرى فيه وجب تحديدهما وذلك من أجل ضبط حدود الدراسة و هما كالتالي:

- **المجال المكاني**: هو الجزائر لأنني اعتمدت على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019.$Mics_6$ الذي أجري على الجزائر عامة بأقاليمها السبعة.
- **المجال الزماني**: المجال الزماني للمسح كان في الفترة 2018/12/25 إلى 2019/04/22، أما مجال دراستي فهو السنة الدراسية 2023/2022.

1-2) مصادر جمع البيانات:

تستخدم كل دراسة علمية مصدر لجمع البيانات من اجل الوصول إلى النتائج المرجوة، ودراستنا هذه التي تدرس تأثير العوامل السوسيوديموغرافية على العقم الجزئي (الأولي) كان المصدر الأساسي لجمع البيانات هو ملف النساء للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات $Mics_6$، الذي تم إجراءه في الجزائر سنة 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصاء، تم تنفيذه بدعم مالي وتقني من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

1-3) عينة الدراسة:

تعرف العينة بأنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة مناسبة، و إجراء الدراسة عليها وثم استخدام تلك النتائج، و تعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي.[51]

يتمثل مجتمع الدراسة في فئة النساء المتزوجات البالغات من العمر (15-45) سنة، بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات $Mics_6$ واللاتي اخترن بطريقة عشوائية حيث بلغ عددهن20120 امرأة متزوجة، أما أفراد عينة الدراسة فهن كل النساء المتزوجات اللواتي تفوق مدة زواجهن السنة فأكثر ولا يستعملن أي مانع من موانع الحمل، واللاتي بلغ عددهن 18030 مبحوثة وذلك بنسبة 89.61% من إجمالي النساء المتزوجات، حيث تم التحصل على النساء اللواتي لم ينجبن من خلال سؤال طرح على

[51] محمد سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي، دار الكتب، الطبعة الثالثة، اليمن، ص 158.

النساء في المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر2019والمتمثل في (CM1) بالإضافة مدة الزواج المتحصل عليها من خلال سن الزواج الأول(WGEM) وعمر المرأة(WB4)، وكذا شرط عدم استعمال وسائل منع الحمل(CP1).

الجدول (3–1): توزيع أفراد العينة.

العقم	تكرار	النسبة %
غير عقيم	16116	89.4
عقيم	1914	10.6
المجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

1-4) البرامج والاختبارات الإحصائية:

في هذه الدراسة تم الاعتماد على البرنامج الإحصائي spss لمعالجة البيانات، و ذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية التي تناسب فرضيات و متغيرات الدراسة من بينها: اختبار كاي مربع،وأسلوب الانحدار اللوجيستي.

2) عرض و تحليل البيانات:

2-1) توزيع أفراد العينة حسب السن الأول للزواج:

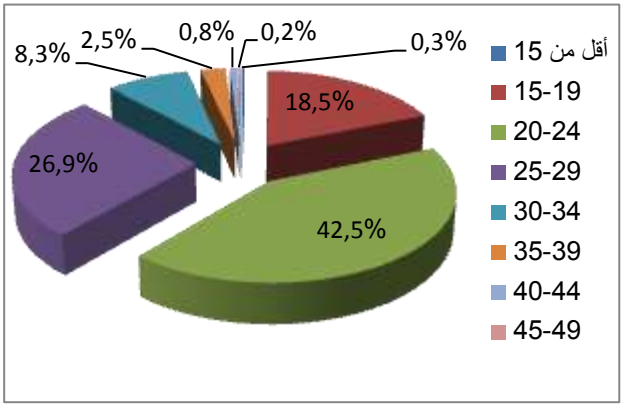
يعتبر السن احد أهم المتغيرات الديموغرافية التي قد تؤثر على أي ظاهرة، ولهذا فإن السن عند الزواج الأول مهم لأنه مرتبط بالفترة الإنجابية للمرأة، ولذلك تم الحصول على الجدول التالي المستخرج من قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019) والذي يبرز توزيع أفراد العينة حسب السن.

الجدول (3–2): توزيع أفراد العينة حسب السن الأول للزواج.

سن أول زواج	التكرار	النسبة %
أقل من 15	57	0.3
19-15	3333	18.5
24-20	7656	42.5
29-25	4853	26.9
34-30	1490	8.3
39-35	454	2.5
44-40	152	0.8
49-45	35	0.2
المجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات لمسح العنقودي متعدد المؤشرات2019.

الشكل (3–1): توزيع أفراد العينة حسب السن الأول للزواج.



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3–2).

قدر متوسط سن الزواج الأول لدى المبحوثات ب 23.85 سنة، بانحراف معياري قدره 4.974 سنة، ومن خلال الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة للمبحوثات كان سن زواجهم الأول يتراوح بين (20–24) حيث بلغت نسبته 42.5% من إجمالي العينة، ثم تليهن مباشرة اللواتي يتراوح سن زواجهم الأول بين (25–29) بنسبة 26.9%، لتليهن المبحوثات اللواتي يتراوح سن زواجهن الأول (15–19 سنة) بنسبة 18.5%، أما المبحوثات اللاتي يتراوح سن زواجهما الأول بين (30–34) قدرت ب 8.3% من إجمالي العينة، أما المبحوثات اللاتي يتراوح سن زواجهم الأول بين (أقل من15) و(40–44) و(45–49) فسجلنا نسبة أقل من 1% من إجمالي العينة.

2-2) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

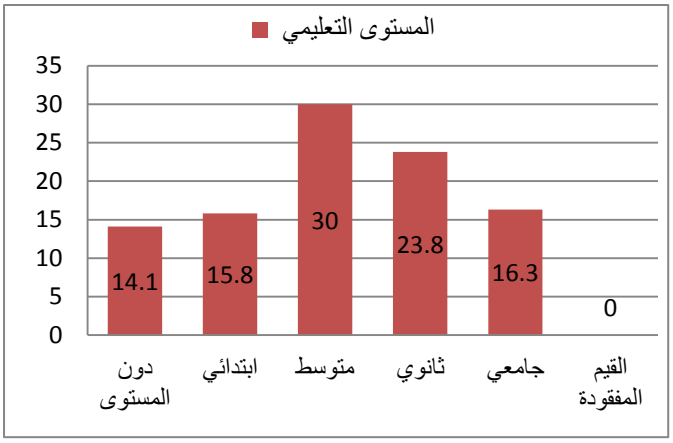
يعتبر المستوى التعليمي كذلك من العوامل الديموغرافية التي لها تأثير على حياة الأفراد، ولمعرفة توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي، تم استخدام الجدول التالي المستخرج من قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

الجدول (3-3): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
دون مستوى	2542	14.1
ابتدائي	2855	15.8
متوسط	5402	30.0
ثانوي	4293	23.8
جامعي	2934	16.3
القيم المفقودة	3	0.0
مجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

الشكل (3-2): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات الجدول (3-3).

من الجدول أعلاه نلاحظ أن اكبر نسبة من أفراد العينة و التي قدرت ب 30% كانت للنساء اللائي مستواهن التعليمي متوسط تليها بعد ذلك نسبة المبحوثات في المستوى الثانوي والتي قدرت ب 23.8 %، لتأتي بعدها ذوات المستوى االجامعي واللاتي بلغت نسبتهن16.3 % من أفراد العينة، أما المبحوثات في المستوى الابتدائي فقدرت نسبتهن ب 15.8 %، لتسجل آخر نسبة قدرت ب14.1% لدى المبحوثات دون المستوى من مجموع أفراد العينة.والشكل (3-2) يبين ذلك.

2-3) توزيع أفراد العينة حسب عمل المرأة:

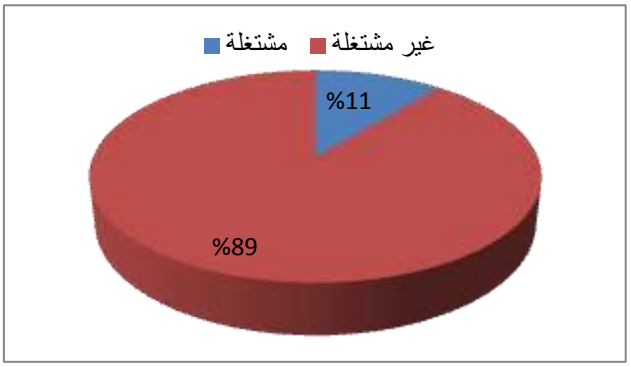
يعبر العمل عن حالة المرأة إذا كانت مشتغلة أو غير مشتغلة، ولمعرفة توزيع أفراد العينة حسب العمل تم استخدام الجدول المستخرج من قاعدة معطيات المسح المتعدد المؤشرات و النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول (3-4): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية.

العمل	التكرار	النسبة %
مشتغلة	1983	11.0
غير مشتغلة	16047	89.0
المجموع	18030	100.0

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

الشكل (3-3): توزيع أفراد العينة حسب العمل.



المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3-4).

نلاحظ من خلال مخرجات الجدول أعلاه أن النساء غير مشتغلات يمثلنا أكبر نسبة من إجمالي العينة حيث قدرت ب89%، بينما قدرت نسبة النساء العاملات ب 11% فقط من إجمالي العينة ويوضح الشكل أعلاه هذا الاختلاف بوضوح.

2-4) توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة:

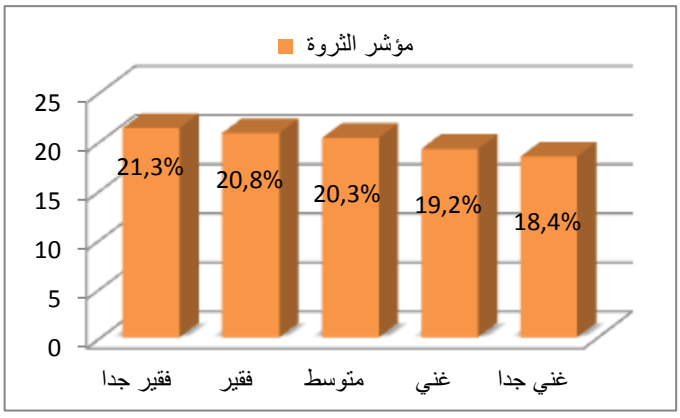
يعد مؤشر الثروة احد المتغيرات المهمة وقد يكون له أثر على حياة الفرد لأنه يحدد المستوى المعيشي للفرد ولمعرفة كيفية توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة تم استخراج الجدول الأتي.

الجدول (3-5): توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة.

مؤشر الثروة	التكرار	النسبة %
فقير جدا	3845	21.3
فقير	3746	20.8
متوسط	3654	20.3
غني	3460	19.2
غني جدا	3325	18.4
المجموع	18030	100.0

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019

الشكل (3-4): توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة.



المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3-5).

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المبحوثات يتوزعن على فئات مؤشر الثروة بشكل تسلسلي عكسي فكلما ارتفع مؤشر الثروة كلما انخفضت نسبة المبحوثات، حيث قدرت نسبة العقيمات عند فئة فقير جدا ب 21.3% بعدها نسبة العقيمات عند فئة فقير بنسبة 20.8%، ثم تليها مباشرة العقيمات عند فئة متوسط بنسبة بلغت 20.3%، وبعدها العقيمات عند فئة غني بنسبة 19.2%، وأخيرا العقيمات عند فئة غني جدا التي بلغت نسبة أفراد العينة فيها 18.4% من إجمالي العينة و هذا ما سيوضحه الشكل أعلاه.

2-5) توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم:

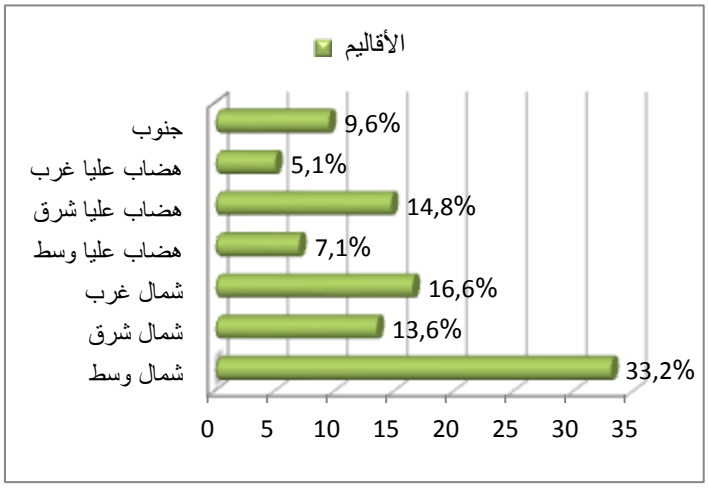
لمعرفة كيف يتوزع أفراد العينة حسب الأقاليم السبعة في الجزائر تم استخراج الجدول التالي من قاعدة معطيات المسح المتعدد المؤشرات 2019 التالي:

الجدول (3-6): توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم.

الأقاليم	التكرار	النسبة %
شمال وسط	5983	33.2
شمال شرق	2451	13.6
شمال غرب	2984	16.6
هضاب عليا وسط	1284	7.1
هضاب عليا شرق	2674	14.8
هضاب عليا غرب	917	5.1
جنوب	1737	9.6
المجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

الشكل (3-5): توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم.



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3-6).

يتبين لنا من خلال الجدول الموضح أعلاه أن نسب أفراد العينة تتباين حسب الأقاليم فنجد أن أعلى نسب المبحوثات تركزت في الشمال والهضاب، حيث قدرت ب 33.2% و 16.6% و14.8% في كل من شمال وسط وشمال غرب و الهضاب العليا شرق على التوالي، أما أقل نسب للمبحوثات فبلغت في كل من الجنوب ب 9.6% و7.1% في الهضاب العليا وسط و نسبة 5.1% في هضاب العليا غرب.

2-6) توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة:

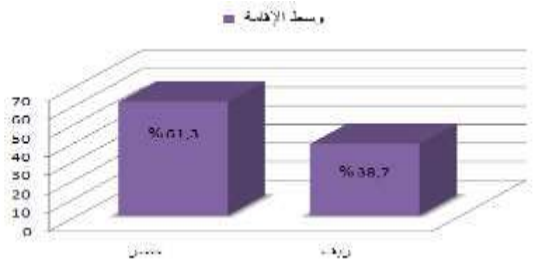
يعد وسط الإقامة المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الشخص وغالبا ما يكون لهذا المحيط دورا وتأثير في حياة الأفراد، ولمعرفة توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة تم استخدام الجدول التالي والمستخرج من قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

الجدول (3-7): توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة.

وسط الإقامة	التكرار	النسبة %
حضر	11056	61.3
ريف	6975	38.7
المجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

الشكل (3-6): توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة.



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3-7).

من خلال الجدول الموضح أعلاه نلاحظ أن نسبة النساء المبحوثات القاطنات بالحضر قدرت ب 61.3% من أفراد العينة وهي أعلى من نسبة النساء المبحوثات القاطنات في الريف والتي قدرت ب 38.7% والشكل أعلاه يوضح توزيع في نسب أفراد العينة حسب وسط الإقامة والشكل أعلاه يوضح توزيع النسب.

2-7) توزيع أفراد العينة حسب بيئة المسكن:

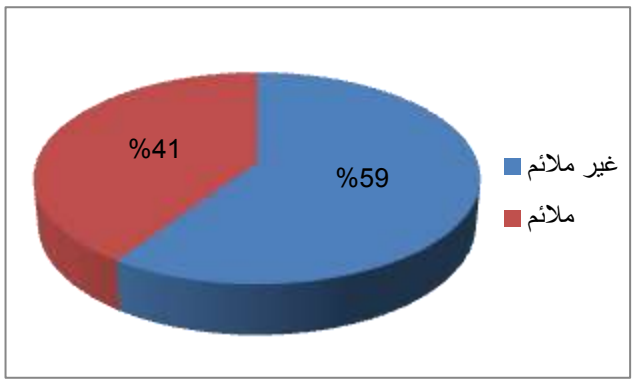
تتمثل بيئة المسكن في مجموع الوسائل المتوفر في المسكن والتي من خلالها نقرر ملائمة المسكن للعيش الكريم أو عدمه وقد تم حسابها سابقا من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الخاص بالأسرة سنة 2019.

الجدول (3-8): توزيع أفراد العينة حسب بيئة المسكن.

بيئة المسكن	التكرار	النسبة %
غير ملائم	10703	59.4
ملائم	7328	40.6
المجموع	18030	100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019).

الشكل (3-7): توزيع أفراد العينة حسب بيئة المسكن



المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات الجدول (3-9).

من خلال الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة للمبحوثات تقطن في مسكن ذو بيئة غير ملائمة وقدرت نسبتهم ب 59.4%، في حين قدرت نسبة المبحوثات اللواتي يقطن في مسكن ذو بيئة ملائمة ب 40.6%.

3) مناقشة الفرضيات:

لمناقشة الفرضيات تم استخدام مجموعة من الاختبارات والأساليب الإحصائية التي تتلاءم مع طبيعة و متغيرات و فرضيات الدراسة وهي: اختبار كاي مربع، وأسلوب الانحدار اللوجستي.

3-1) اختبار ومناقشة الفرضية الأولى: يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم، فكلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة كلما كانت عرضة للإصابة بالعقم الأولي.

لإظهار العلاقة بين العقم وسن الزواج الأول تم الحصول على الجدول المركب التالي:

الجدول (3-10): توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعقم وسن الزواج الأول.

الفئات العمرية	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
أقل من 15سنة	55	2	57
	%96.5	%3.5	%100.0
15-19	3117	216	3333
	%93.5	%6.5	%100.0
20-24	7065	590	7655
	%92.3	%7.7	%100.0
25-29	4261	592	4853
	%87.8	%12.2	%100.0
30-34	1277	213	1490
	%85.7	%14.3	%100.0
35-39	312	142	454
	%68.7	%31.3	%100.0
40-44	25	127	152
	%16.4	%83.6	%100.0
45-49	3	32	35
	%8.6	%91.4	%100.0
المجموع	16115	1914	18029
	%89.4	%10.6	%100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

نلاحظ من خلال الجدول (3-10) أن نسبة النساء غير العقيمات قدرت ب 89.4% من مجموع النساء المبحوثات في العينة، أما نسبة النساء العقيمات قدرت ب 10.6%، وبإدخال المتغير المستقل سن الزواج الأول لمعرفة تأثيره على إصابة المرأة بالعقم الأولي نلاحظ أنه كلما ارتفع سن الزواج الأول ارتفعت نسبة العقم، حيث بلغت نسبة 3.5% من النساء العقيمات من مجموع النساء المبحوثات في الفئة الأقل من 15 سنة لترتفع نسبة العقيمات إلى 6.5% من المبحوثات في الفئة العمرية (15-19) لتليها نسبة 7.7% من المبحوثات العقيمات في الفئة الموالية وهكذا تواصل نسبة العقم في التزايد فئة تلوى الأخرى إلى أن تصل إلى نسبة 91.4% من النساء المبحوثات العقيمات في الفئة العمرية (45-49) وهذا راجع لأن في آخر السن الإنجابي للمرأة تقل خصوبتها.

لمعرفة تأثير سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي للتأكد من ذلك حيث أن المتغير التابع العقم يحمل اختيارين "نعم" "لا" أما المتغير المستقل فهو سن الزواج الأول للمرأة تم تكييفه في شكل فئات. لكن قبل إجراء اختبار الانحدار اللوجستي لابد من معرفة ما إذا كانت توجد علاقة دالة إحصائيا بين المتغير التابع والمتغير المستقل وسوف نعرف ذلك باستخدام K^2 للاستقلالية لتحديد نوع العلاقة وفق الفرضيتين التاليتين:

H_0= لا توجد علاقة بين سن الزواج الأول للمرأة وإصابتها بالعقم الأولي.

H_1= توجد علاقة بين سن الزواج الأول للمرأة وإصابتها بالعقم الأولي.

Tests du khi-carré						
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	1462.668[a]	7	.000	.000[b]	.000	.000
Rapport de vraisemblance	885.053	7	.000	.000[b]	.000	.000
Test exact de Fisher	884.808			.000[b]	.000	.000
Association linéaire par linéaire	780.382[c]	1	.000	.000[b]	.000	.000
N d'observations valides	18029					
a. 1 cellules (6.3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.72.						

بعد التأكد من العلاقة من خلال قيمة K^2 التي بلغت 1462.668 عند درجة حرية ddl=7 ومستوى ثقة 95% بلغت قيمة sig=0.000 وهي اصغر من مستوى المعنوية 0.05 وهي قيمة احتمالية الخطأ في العلوم الاجتماعية و عليه يمكننا تأكيد وجود علاقة دالة إحصائيا بين سن الزواج الأول واحتمال الإصابة بالعقم النساء ولمعرفة أثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم نجري اختبار الانحدار اللوجستي وفق الفرضيتين :

H_0= لا يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي.

H_1= يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي.

معلمات النموذج

Codage de variable dépendante	
Valeur d'origine	Valeur interne
غير عقيم	0
عقيم	1

من خلال قراءتنا للجدول السابق نجد أن ترميز المتغير التابع احتمال العقم، حيث تم ترميز المتغير التابع (0-1) حيث الصفر(0) يعبر عن غير العقيم و (1) يعبر عن العقيم.

نموذج الانحدار اللوجستي يكون على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{\mathrm{p}}{1-\mathrm{p}}\right) = \beta_0 + \beta_1 x + e$$

حيث يمثل x سن الزواج الأول للمرأة ويأخذ قيم تتراوح بين (10-49 سنة) و يمثل p احتمال الإصابة بالعقم.

جدول يوضح معلمات الانحدار اللوجستي، سن الزواج الأول للمرأة والعقم

Variables de l'équation									
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
								Inférieur	Supérieur
Pas 1[a]	Âge au premier mariage / union	.121	.004	766.686	1	.000	1.129	Pas 1[a]	Âge au premier mariage / union
	Constante	-5.163-	.117	1939.955	1	.000	.006		Constante
a. Introduction des variables au pas 1 : Âge au premier mariage / union.									

من خلال جدول معلمات النموذج أعلاه جاءت معادلة النموذج كالتالي :

$$\log\left(\frac{\mathrm{p}}{1-\mathrm{p}}\right) = -5.163 + 0.121x$$

نلاحظ من خلال جدول معطيات الانحدار اللوجستي بأن القيمة الاحتمالية (sig=0.000) وهي اقل من مستوى المعنوية 0.05 احتمال الخطأ في العلوم الاجتماعية وعليه نرفض الفرضية الصفرية و نقبل البديلة التي تنص على: يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي،كما تبرز معلمات المعادلة انه توجد علاقة "طردية موجبة بين سن الزواج الأول والإصابة بالعقم الأولي عند النساء حيث كلما ارتفع سن أول زواج للمرأة بسنة واحدة ارتفعت أرجحية الإصابة بالعقم ب1.129 مرة عن السن الذي قبله.

بناء على ما سبق يمكن القول أن سن الزواج الأول للمرأة يؤثر على احتمال إصابتها بالعقم الأولى، بحيث كلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة زاد احتمال إصابتها بالعقم الأولي و يمكن إرجاع هذا في كون انه كلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة كلما تقلص السن الإنجابي لها وبالتالي تنقص قدرتها على حصولها على حمل.

3-2) اختبار ومناقشة الفرضية الثانية: توجد علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وإصابتها بالعقم الأولي.

لمعرفة العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة والعقم تم استخراج الجدول التالي:

الجدول (3-11): توزيع أفراد العينة حسب بالإصابة بالعقم والمستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
دون المستوى	2295	247	2542
	90.3%	9.7%	100.0%
ابتدائي	2619	236	2855
	91.7%	8.3%	100.0%
متوسط	4899	504	5403
	90.7%	9.3%	100.0%
ثانوي	3869	423	4292
	90.1%	9.9%	100.0%
جامعي	2432	503	2935
	82.9%	17.1%	100.0%
المجموع	16114	1913	18027
	89.4%	10.6%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

من خلال مخرجات الجدول (3-11) نلاحظ نسبة المبحوثات غير عقيمات قدرت ب 89.4% من مجموع العينة ، أما نسبة المبحوثات العقيمات فقدرت ب10.6% من مجموع المبحوثات في العينة، وبإدخال المتغير المستقل المستوى التعليمي للمرأة قصد معرفة العلاقة بين إصابة المرأة بالعقم الأولي ومستواها التعليمي، نلاحظ العقم قد سجل ارتفاعا بالانتقال من مستوى تعليمي منخفض إلى مستوى تعليمي مرتفع، حيث سجلت نسبة 8.3 % من مجموع النساء المبحوثات في المستوى الابتدائي، لترتفع إلى نسبة 9.3% من مجموع المبحوثات في المستوى المتوسط و9.9% من مجموع المبحوثات في المستوى الثانوي لتسجل أعلى نسبة قدرت 17.1% من مجموع النساء في المستوى الجامعي ويفسر هذا بتأخر سن الزواج الأول عند النساء في المستوى الجامعي وبالتالي تنخفض الفترة الإنجابية لديهن، في حين سجلت نسبة العقم قدرت ب9.7% من مجموع المبحوثات دون المستوى وهي تعتبر مرتفعة مقارنة بالمستوى الذي بعده ويرجع السبب في هذا إلى المبحوثات اللواتي تزوجن دون سن 15 سنة مما يكن غير قادرات عن الإنجاب بعد.

بما أن المتغير المستقل (المستوى التعليمي) عبارة عن متغير نوعي رتبي، و المتغير التابع (العقم) عبارة عن متغير نوعي اسمي، فانه للتأكد إحصائيا من وجود أو عدم وجود علاقة، قمنا باستعمال الاختبار الإحصائي K^2 للاستقلالية وفق الفرضيتين التاليتين:

H_0= لا توجد علاقة بين الإصابة بالعقم و المستوى التعليمي للزوجة.

H_1= توجد علاقة بين الإصابة بالعقم والمستوى التعليمي للزوجة.

وتم الاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية spss و الجدول التالي يوضح ذلك:

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	162.461[a]	4	.000	.000[b]	.000	.000
Rapport de vraisemblance	145.819	4	.000	.000[b]	.000	.000
Test exact de Fisher	145.743			.000[b]	.000	.000
Association linéaire par linéaire	78.550[c]	1	.000	.000[b]	.000	.000
N d'observations valides	18027					

a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 269.75.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est 8.863.

من النتائج الواردة في المخرج أعلاه نجد أن قيمة K^2=162.461 عند مستوى المعنوية 0.05 و درجة الحرية ddl=4، وجدنا أن مستوى الدلالة sig=0.000 وهو أصغر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 في العلوم الاجتماعية ومنه نرفض الفرضية الصفرية و نقبل البديلة أي أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي واحتمال الإصابة بالعقم، واعتمادا على النتائج الملخصة في الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين المستوى التعليمي واحتمال الإصابة بالعقم الجدول رقم (3-11) يمكن القول انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة ارتفعت نسبة الإصابة بالعقم الأولي.

3-3) اختبار ومناقشة الفرضية الثالثة: يؤثر العمل على الإصابة بالعقم فالنساء العاملات أكثر تعرض للإصابة بالعقم.

لإبراز العلاقة بين الإصابة بالعقم والعمل تحصلنا على الجدول الموالي:

الجدول (3-12): توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعقم والعمل.

العمل	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
تعمل	1713	270	1983
	%86.4	%13.6	%100.0
لا تعمل	14403	1644	16047
	%89.8	% 10.2	%100.0
المجموع	16116	1914	18030
	%89.4	%10.6	%100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة النساء العقيمات تمثل 10.6% من إجمالي العينة حيث سجلت 13.6% من النساء العقيمات عاملات بالمقابل نسبة 10.2% من النساء العقيمات غير العاملات.

لمعرفة تأثير العمل على الإصابة بالعقم تم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي للتأكد من ذلك، حيث أن المتغير التابع هو العقم يحمل اختيارين "نعم" "لا" أما المتغير المستقل العمل.

لكن قبل إجراء اختبار الانحدار اللوجستي لابد من معرفة ما إذا كان يوجد علاقة دالة إحصائيا بين المتغير التابع والمتغير المستقل لذلك سوف نعرف ذلك باستخدام K^2 للاستقلالية لتحديد شكل هذه العلاقة وفق الفرضيتين:

H_0= لا توجد علاقة بين عمل المرأة و إصابتها بالعقم الأولي.

H_1= توجد علاقة بين عمل المرأة و إصابتها بالعقم الأولي.

Tests du khi-carré[c]						
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	21.134[a]	1	.000	.000	.000	
Correction pour continuité[b]	20.780	1	.000			
Rapport de vraisemblance	19.789	1	.000	.000	.000	
Test exact de Fisher				.000	.000	
Association linéaire par linéaire	21.133[d]	1	.000	.000	.000	.000
N d'observations valides	18030					
a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 210.51.						
b. Calculée uniquement pour une table 2x2						
c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo.						

بعد التأكد من العلاقة من خلال قيمة K^2 التي بلغت 21.134 عند درجة حرية ddl=1 وعند مستوى ثقة 95% بلغت قيمة sig=0.000 وهي اصغر من 0.05 احتمال الخطأ في العلوم الاجتماعية يمكننا القول أنه توجد علاقة دالة إحصائيا بين العمل والإصابة بالعقم الأولي عند النساء لذلك نستمر في إجراءات الانحدار اللوجستي وفق الفرضيتين:

H_0= لا يؤثر عمل المرأة على إصابتها بالعقم الأولي.

H_1= يؤثر عمل المرأة على إصابتها بالعقم الأولي.

نموذج الانحدار اللوجستي يكون على الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 x + e$$

حيث يمثل x المتغير المستقل الحالة اتجاه العمل ورمز ب (1) تعمل و (2) لا تعمل و يمثل p احتمال الإصابة بالعقم.

جدول يوضح معلمات الانحدار اللوجستي، عمل المرأة و احتمال إصابتها بالعقم الأولي

Variables de l'équation									
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
								Inférieur	Supérieur
Pas 1[a]	Activité économique de la femme(1)	.323	.070	21.070	1	.000	1.382	1.204	1.586
	Constante	-2.170-	.026	6950.231	1	.000	.114		
a. Introduction des variables au pas 1 : Activité économique de la femme.									

من خلال جدول معلمات النموذج أعلاه جاءت معادلة النموذج كالتالي :

$$\log\left(\frac{\mathrm{p}}{1-\mathrm{p}}\right) = -2.170 + 0.323x$$

من خلال جدول معطيات الانحدار اللوجستي نلاحظ أن القيمة الاحتمالية (sig=0.000) و هي اقل من مستوى المعنوية 0.05 احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية و عليه نرفض الفرضية الصفرية و نقبل البديلة التي تنص على: يؤثر عمل المرأة على إصابتها بالعقم الأولي، كما تبرزه معلمات المعادلة أنه توجد علاقة طردية موجبة بين العمل والإصابة بالعقم، بحيث يرتفع احتمال الإصابة بالعقم الأولي عند المرأة العاملة بأرجحية قدرها 1.382 مرة عن المرأة غير عاملة بفارق قدره 0.382 عن الإنجاب أي بنسبة 38.2%، ويمكن أن يرجع إلى الإجهاد البدني والنفسي إلى تتعرض له المرأة في العمل.

3-4) اختبار ومناقشة الفرضية الرابعة: يؤثر مؤشر الثروة على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء فذوات المؤشر المرتفع أكبر عرضة للإصابة بالعقم الأولي.

لإبراز العلاقة بين مؤشر الثروة والإصابة بالعقم الأولي عند المرأة تم استخدام الجدول التالي:

الجدول (3-13): توزيع أفراد العينة حسب العقم و مؤشر الثروة.

مؤشر الثروة	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
فقير جدا	3457	387	3844
	%89.9	%10.1	%100.0
فقير	3355	391	3746
	%89.6	%10.4	%100.0
متوسط	3246	408	3654
	%88.8	%11.2	%100.0
غني	3090	370	3460
	%89.3	%10.7	%100.0
غني جدا	2967	358	3325
	%89.2	%10.8	%100.0
المجموع	16115	1914	18029
	%89.4	%10.6	%100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

من خلال الجدول (3-13)نلاحظ أن نسبة النساء العقيمات قدرت ب10.6 % من إجمالي العينة حيث كانت نسب متقاربة تراوحت بين 10.1% و11.2% في مختلف فئات مؤشرات الرفاه، فقدرت أقل نسبة عند الفئة الأكثر فقرا ب 10.1% وأعلى نسبة عند الفئة المتوسطة الرفاه حيث قدرت ب 11.2% و هذا ما يدل على عدم وجود علاقة بين مؤشر الثروة والعقم الأولي عند النساء.

للتأكد من عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين المتغير التابع والمتغير المستقل لذلك سوف نقوم باستخدام K^2 للاستقلالية لتحديد شكل هذه العلاقة وفق الفرضيتين:

H_0= لا توجد علاقة بين مؤشر الثروة و الإصابة بالعقم لدى النساء.

H_1= توجد علاقة بين مؤشر الثروة و الإصابة بالعقم لدى النساء.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2.609[a]	4	.625	.629[b]	.619	.638
Rapport de vraisemblance	2.611	4	.625	.635[b]	.626	.644
Test exact de Fisher	2.615			.627[b]	.617	.636
Association linéaire par linéaire	1.116[c]	1	.291	.291[b]	.282	.300
N d'observations valides	18029					

a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 352.99.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est 1.056.

بعد التأكد من عدم وجود علاقة من خلال قيمة K^2 التي بلغت 2.609 عند درجة حرية ddl=4 و مستوى ثقة 95% بلغت قيمة sig=0.625 وهي أكبر من قيمة مستوى المعنوية 0.05 و عليه يمكن القول أنه لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين مؤشر الثروة و إصابة النساء بالعقم وبالتالي لا يوجد تأثير لمؤشر الثروة على العقم، أي أن مؤشر الثروة في الأسر الجزائرية ليس له تأثير على الإصابة بالعقم الأولي للنساء بل ينتشر بنفس الوتيرة بين مختلف فئات المجتمع الجزائري الغنية والفقيرة على حد سواء.

3-5) اختبار ومناقشة الفرضية الخامسة: يؤثر نوع الإقليم على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء بحيث أن النساء القاطنات في الإقليم الجنوبي أكثر عرضة للعقم الأولي.

لمعرفة العلاقة بين الإقليم والإصابة بالعقم الأولي تم استخراج لجدول التالي:

الجدول (3–14): توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعقم الأولي والإقليم.

الإقليم	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
شمال وسط	5412	571	5983
	%90.5	%9.5	%100.0
شمال شرق	2155	297	2452
	%87.9	%12.1	%100.0
شمال غرب	2626	358	2984
	%88.0%	%12.0	%100.0
هضاب عليا وسط	1157	127	1284
	%90.1	%9.9	%100.0
هضاب عليا شرق	2388	285	2673
	%89.3	%10.7	%100.0
هضاب عليا غرب	812	105	917
	%88.5	%11.5	%100.0
جنوب	1565	172	1737
	%90.1	%9.9	%100.0
المجموع	16116	1914	18030
	%89.4	10.6	%100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

نلاحظ من الجدول أعلاه أن النساء العقيمات بلغت نسبتهن 10.6% من مجموع النساء المبحوثات حيث توزعن على مختلف الأقاليم بنسب متفاوتة فبلغت أعلى النسب في شمال شرق وشمال غرب قدرت ب 12.1% و12.0% على التوالي، ثم تليها نسبة 11.5% في غرب الهضاب العليا، ونسبة 10.7 في شرق الهضاب العليا، ونسبة 9.9% في وسط الهضاب العليا والجنوب، وأقل بإقليم شمال وسط قدرت ب 9.5%.

لمعرفة تأثير الإقليم على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء تم استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي للتأكد من ذلك، حيث أن المتغير التابع العقم يحمل اختيارين "نعم" "لا" أما المتغير المستقل فهو الإقليم.

لكن قبل إجراء اختبار الانحدار اللوجستي لابد من معرفة ما إذا كان يوجد علاقة دالة إحصائيا بين المتغير التابع والمتغير المستقل لذلك سوف نعرف ذلك باستخدام K^2 للاستقلالية لتحديد شكل هذه العلاقة وفق الفرضيتين الآتيتين:

H_0= لا توجد علاقة بين الإقليم و الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء.

H_1= توجد علاقة بين الإقليم و الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء.

Tests du khi-carré						
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	1.102[a]	2	.577	.580[b]	.570	.589
Rapport de vraisemblance	1.121	2	.571	.586[b]	.576	.596
Test exact de Fisher	1.068			.592[b]	.582	.601
Association linéaire par linéaire	.855[c]	1	.355	.365[b]	.355	.374
N d'observations valides	18030					
a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 184.50.						
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.						
c. La statistique standardisée est -.924-.						

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن القيمة الاحتمالية sig=0.577 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 احتمال الخطأ في العلوم الاجتماعية وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تقر بعدم وجود علاقة بين الإقليم والإصابة بالعقم الأولي لدي النساء، أي أن اختلاف الإقليم لا يؤثر على انتشار العقم ولذلك نتوقف هنا.

3-6) اختبار ومناقشة الفرضية السادسة: يوجد اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء بين الحضر والريف.

لتوضيح الفرق في الإصابة بالعقم الأولي بين الحضر والريف تم الحصول على الجدول الموالي:

الجدول (3-15): توزيع أفراد العينة حسب وسط الإقامة والإصابة بالعقم.

وسط الإقامة	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
حضر	9884	1171	11055
	%89.4	%10.6	%100.0
ريف	6232	743	6975
	%89.3	%10.7	%100.0
المجموع	16116	1914	18030
	%89.4	%10.6%	%100.0

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

من مخرجات الجدول (3-15) نلاحظ أن النساء غير عقيمات سجلنا نسبة 89.4% من إجمالي عينة الدراسة، في المقابل سجلت النساء العقيمات نسبة قدرت ب 10.6% من إجمالي العينة، وهي تقريبا نفس النسبة المسجلة في كل من الريف والحضر والتي قدرت ب10.6% و10.7% على التولي وهذا ما يدل على عدم وجود اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء في باختلاف وسط الإقامة.

و لتأكد من عدم وجود اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي بين الريف والحضر نستخدم K^2 للاستقلالية وفق الفرضيتين التاليتين:

H_0= لا يوجداختلاف في الإصابة بالعقم الأولي بين الريف والحضر.

H_1= يوجد اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي بين الريف والحضر.

Tests du khi-carré[c]						
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	.016[a]	1	.899	.901	.459	
Correction pour continuité[b]	.010	1	.919			
Rapport de vraisemblance	.016	1	.899	1.000	.459	
Test exact de Fisher				.902	.459	
Association linéaire par linéaire	.016[d]	1	.899	.901	.459	.020
N d'observations valides	18030					
a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 740.44.						
b. Calculée uniquement pour une table 2x2						
c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo.						
d. La statistique standardisée est .127.						

من خلال الجدول أعلاه أن قيمة K^2=0.016 عند درجة حرية ddl=1 وعند مستوى معنوية 0.05 بلغت قيمة sig=0.899 وهي أكبر من 0.05 احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية وعليه يمكن القول أنه لا يوجد اختلاف دال إحصائيا بين وسط الإقامة و وإصابة النساء بالعقم الأولي، حيث أن العقم الأولي ينتشر بنفس الوتيرة في كل من الحضر والريف.

3-7) اختبار ومناقشة الفرضية السابعة: تؤثر بيئة المسكن على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء حيث كلما كانت ملائمة للسكن كلما قل احتمال الإصابة بالعقم الأولي.

و لمعرفة ما إذا كان هناك تأثير لبيئة المسكن على الإصابة بالعقم نوظف الجدول التالي:

الجدول (3–17): توزيع أفراد العينة حسب بيئة المسكن والإصابة بالعقم.

بيئة المسكن	العقم		المجموع
	غير عقيم	عقيم	
غير ملائم	9573	1130	10703
	%89.4	%10.6	%100.0
ملائم	6542	785	7327
	%89.3	%10.7	%100.0
المجموع	16116	1914	18030
	%89.4	%10.6	%100.0

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2019).

من خلال مخرجات الجدول أعلاه نلاحظ أنه نسبة العقيمات سجلت نسبة قدرت ب 10.6% من مجموع العينة، حيث سجلت نفس النسبة تقريبا للعقم عند النساء اللواتي يسكن في مسكن ملائم وغير ملائم للسكن وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على عدم وجود علاقة بين بيئة المسكن والعقم ولإثبات ذلك نستخدم K^2 للاستقلالية وفق الفرضيتين التاليتين:

H_0= لا توجد علاقة بين بيئة المسكن وإصابة النساء بالعقم الأولي.

H_1= توجد علاقة بين بيئة المسكن وإصابة النساء بالعقم الأولي.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	.112[a]	1	.738		.112[a]
Correction pour continuité[b]	.096	1	.757		.096
Rapport de vraisemblance	.111	1	.739		.111
Test exact de Fisher				.749	
Association linéaire par linéaire	.112	1	.738		.112
N d'observations valides	18030				18030

a. 0 cellules (0.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 778.21.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة K^2=0.112 عند درجة حرية ddl=1 ومستوى ثقة 95% بلغت قيمة sig=0.738 وهي أكبر من قيمة المعنوية 0.05 احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية وعليه يمكن القول أنه لا توجود علاقة دالة إحصائيا بين بيئة المسكن وإصابة النساء بالعقم وبالتالي لا تؤثر بيئة المسكن على الإصابة بالعقم لذلك نتوقف هنا.

نتائج الدراسة:

من خلال دراستنا لموضوع تأثير العوامل السوسيوديموغرافية والبيئية على الإصابة بالعقم، وذلك من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics6، من خلال ما تم عرضه من معطيات وتحليل فرضيات الموضوع توصلنا إلى النتائج التالية:

الفرضية الأولى: "يؤثر سن الزواج الأول للمرأة على إصابتها بالعقم الأولي، فكلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة كلما كانت عرض للإصابة بالعقم الأولي.

تم التوصل من خلالها إلى انه توجد علاقة دالة إحصائيا بين سن الزواج الأول للمرأة وإصابتها بالعقم، أي أن السن يؤثر في الإصابة بالعقم، فكلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة بسنة واحدة ارتفع احتمال إصابتها بالعقم الأولي ب أرجحية قدرها 1.129مرة عن السن الذي قبله بفارق 0.129 عن الإنجاب، وهذا أمر متوقع لأن قدرة المرأة على الإنجاب تنقص كلما بتقدم السن الإنجابي للمرأة.

وهذا ما أثبتته دراسة " أمل محمد ضهير" عن عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة حيث أثبت أن سن الزواج الأول بعد 29 سنة يحمل مخاطر بأرجحية قدرها 8.395% وأن السن من(35-39) سنة عرضة للعقم بأرجحية 2.2 مرة،[52] بالإضافة إلى دراسة بلقط مريم حيث أثبتت أنها توجد علاقة متوسطة طردية قدرت ب0.534 بين سن الزواج وتأخر سن الحمل،[53]كما بينت دراسة "منير كرداشة "عن محددات العقم في المجتمع الأردني حيث بينت الدراسة أن عمر المرأة عند الزواج الأول له تأثير طردي بمعامل قدره 0.05.[54]

الفرضية الثانية: "توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وإصابتها بالعقم الأولي"

تم التوصل إلى أنه توجد علاقة دالة إحصائيا بين المستوى التعليمي للمرأة و إصابتها بالعقم الأولي، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة ارتفع احتمال إصابتها بالعقم الأولي.

[52]أمل محمد ضهير،**عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة**،رسالة للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة،جامعة مصر العلوم التكنولوجية،سنة 2020،ص52

[53]بلقط مريم،**عوامل تأخر سن الحمل بعد السن 35 وانعكاساته على صحة المولود دراسة ميدانية على عينة من النساء في بلدية ورقلة**،جامعة ورقلة العلوم الاجتماعية،2013،ص37.

[54]منير كرداشة،**محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني**،المجلد 39، العدد2 ،2012،ص418.

الفرضية الثالثة: "يؤثر العمل في إصابة المرأة بالعقم الأولي، فالنساء العاملات أكثر عرضة للإصابة بالعقم الأولي"

تم التوصل من خلالها إلى انه توجد علاقة دالة إحصائيا بين عمل المرأة وإصابتها بالعقم الأولي ، أي أن العمل يؤثر في الإصابة بالعقم الأولي، فكلما كانت المرأة عاملة يرتفع احتمال إصابتها بالعقم الأولي بأرجحية قدرها 1.382مره عن المرأة غير العاملة أي بفارق 0.382 عن الإنجاب بنسبة 38.2%.

هذا ما أثبتته نتائج دراسة عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة من إعداد" أمال ظهير" حيث توصلت إلى أن أرجحية مخاطر العقم تقدر ب(2.3، 1.9، 1.6) حسب العمل البدني الشاق[55].

الفرضية الرابعة:"لا يؤثر مؤشر الثروة في إصابة النساء بالعقم الأولي "

تم التوصل من خلالها إلى أنه لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين مؤشر الثروة و إصابة المرأة بالعقم، أي أن اختلاف مؤشر الثروة في المجتمع الجزائري لا يؤثر على انتشار العقم الأولي ، بل ينتشر بنفس الوتيرة عند النساء في مختلف الأسر مهما كان مستوى مؤشر الثروة لديهم، وهذا ما أثبتته دراسة تأخر الحمل بعد السن35 من إعداد الطالبة "بلقط مريم" أنه لا تؤثر الظروف الاقتصادية على الإصابة بالعقم[56].

الفرضية الخامسة: "لا يؤثر الإقليم على الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء"

تم التوصل من خلالها إلى انه لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين الإقليم و إصابة المرأة بالعقم الأولي، أي أن الإقليم لا يؤثر على إصابة المرأة بالعقم الأولي، فكل الأقاليم ينتشر فيها العقم الأولي بين النساء بنفس الحدة.

الفرضية السادسة:" لا يوجد اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي لدى النساء بين الحضر والريف "

تم التوصل من خلالها إلى انه لا يوجد اختلاف دال إحصائيا بين وسط الإقامة وإصابة النساء بالعقم الأولي، أي أن العقم ينتشر في كل من الريف والحضر بنفس الوتيرة.

وهذا ما تم إثباته في الدراسة السابقة محددات العقم الزواجي في الأردن" لمنير كرداشة" أنه لا يوجد اختلاف بالإصابة بالعقم بين الحضر والريف، لذلك نتوقف هنا[57].

---

[55] أمل محمد ضهير،**عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة**،مرجع سابق ،ص194

[56] بلقط مريم ، مرجع سابق، ص38.

[57] منير كرداشة، **محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني**،ص420

الفرضية السابعة :"لا تؤثر بيئة المسكن على إصابة المرأة بالعقم"

تم التوصل من خلالها إلى انه لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين بيئة المسكن الذي تقطن فيه المرأة وإصابتها بالعقم الأولي، بمعنى أن بيئة المسكن الذي تعيش فيه المرأة ليس له تأثير على انتشار العقم الأولي بين النساء.

خلاصة:

في هذا الفصل تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة والمتمثلة في مصادر جمع البيانات، مجالات الدراسة، عينة الدراسة، بالإضافة إلى الاختبارات الإحصائية التي تم توظيفها، وكذالك تم عرض وتحليل ومناقشة البيانات من خلال بناء الجداول البسيطة انطلاقا من قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics6 لسنة 2019 ثم تحليلها حسب متغيرات الدراسة كل واحدة على حدا، وكذالك الربط بين المتغيرات باستخدام الجداول المركبة، كما توصلنا من خلال هذا الفصل إلى تفسير النتائج التي ساهمت بشكل كبير في الإجابة على التساؤلات التي كانت محل انشغالنا، والخروج باستنتاج عام من خلاله تم التعرف كيفية تأثير العوامل السوسيوديمغرافية على إصابة المرأة بالعقم.

خاتمة:

تعتبر المرأة هي العنصر الفاعل في المجتمع والذي يضمن تعويض الأجيال على مدى الأزمنة وقد خصها الله سبحانه وتعالي بوظيفة الإنجاب إلا أنها ومنذ ولادتها وهي معرضة لمجموعة الظروف والعوامل المحيطة بها سواء كانت اجتماعية أو بيئية أو غيرها والتي قد يكون لها تأثير سلبي مباشر أو غير مباشر على قدرتها الإنجابية كما أثبتته الدراسات، ولكن ما أثبتته الدراسات في الوقت الحالي قد تثبت عكسه دراسات أخرى في وقت لاحق وهذا حسب الظروف والعوامل المتواجدة في كل زمان ومكان.

وككل دراسة يقوم بها الباحث يأمل من خلالها التوصل إلى نتائج تثبت أو تنفي فرضياته، فأردنا من خلال دراستنا هذه إلى إبراز تأثير العوامل السوسيوديموغرافية والبيئة على العقم الأولي من خلال إلقاء نظرة وصفية تحليلية للنساء المتزوجات اللائي لم تنجبن بناءا على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 حيث تم التوصل إلى النتائج التالية: كلما ارتفع سن الزواج الأول للمرأة و ارتفع المستوى التعليمي أدى ذلك لارتفاع احتمال إصابتها بالعقم الأولي، إضافة إلى أن النساء العاملات هن أكثر عرضة للإصابة بالعقم الأولي ، كما أثبتنا أنه لا تأثير للإقليم ومؤشر الثرة وبيئة المسكن على انتشار العقم لدى النساء، وكذا أنه لا يوجد اختلاف في الإصابة بالعقم الأولي حسب وسط الإقامة.

وبالرغم من التطور الطبي الذي تعرفه المجتمعات في مجال علاج العقم والمساعدة التقنية على الإنجاب من أجل تحقيق حلم كل زوجين إلا أننا نشهد ارتفاعا في نسب العقم في السنوات الأخيرة وذلك ربما راجع إلى التصرفات غير سوية التي قد تتسبب في العقم لدى أحد الزوجين أو كلاهما ولذلك وجب عليم إتباع جملة من التوصيات لتفادي العقم نذكر منها:

- ضرورة مراعاة السن المناسب للزواج لدى المرأة.
- تتبع نظام غدائي يشجع على تناول الأطعمة النباتية والحبوب الكاملة والدهون الصحية.
- التوقف عن التدخين أو التدخين الإلكتروني و تجنب الإفراط في تناول الكحول
- تقليل الوزن الزائد والاهتمام بالنشاط البدني
- السيطرة على التوتر والنوم بصورة كافية
- معالجة الحالات الالتهابية مثل التهاب المفاصل والروماتيزم والحساسية.
- تجنب العادات السيئة المضرة بالصحة.

قائمة المراجع والمصادر:

1) المصادر:

1. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، 1994.
2. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، 2002، الجزائر، 2004.
3. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات**، "**$Mics_3$2006**"، الجزائر، 2008.
4. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات**، "**$Mics_4$2012-2013**"، الجزائر، 2015.
5. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي المتعدد المؤشرات**، "**$Mics_5$2019**" الجزائر، 2020.

2) الكتب:

1. عمار بوحوش، محمد محمود الذنيبات، **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**، ط4، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007،.
2. كامل محمد المغربي، **أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية**، دار الثقافة للنشر، عمان، 2009.
3. محمد احمد السريتي، **منهج البحث العلمي**، جامعة ام القرى، بالغريزة، مصر، 2014-2015.
4. محمد سرحان علي المحمودي، **مناهج البحث العلمي**، دار الكتب، الطبعة الثالثة، اليمن.
5. نادية سعيد عيشور، **منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، مؤسسة الحسين راس الجبل للنشر، الجزائر، 2017.
6. وائل عبد الرحمان التل وآخرون، **البحث العلمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية**، دار الحامد للنشر، الأردن، 2007.

3) الرسائل الجامعية:

1. أمل محمد ظهير، **عوامل التحكم في مخاطر العقم في غزة**، رسالة للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة، جامعة مصر العلوم التكنولوجية، 2020.
2. بالقط مريم، **عوامل تأخر سن الحمل بعد 35 سنة وإنعكاساته على صحة المولود دراسة ميدانية على عينة من النساء في بلدية ورقلة**، مذكرة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم الإجتماعية، جامعة ورقلة العلوم الإجتماعية، 2013-2014.
3. بوهراوة بوهراوة عز الدين، **تغير الزواج و الخصوبة في الجزائر**، دراسة مقارنة بين المسح الوطني حول صحة الأسرة سنة 2002 والمسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2006، عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة، 2013-2014.
4. منير كرداشة، **محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني**، المجلد 39، العدد 2، 2012

4) مراجع أجنبية:

1. Anderson Sanches Melo, Rui Alberto Ferriani, Paula Andrea Navarro, **Treatment of infertility in women with polycystic ovary syndrome: approach to clinical practice**, Universidad de São Paulo، Clinics 2015;70(11), Available online on http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.
2. Carriann Smith, Maureen Grimm, and Megan Schwegel, **Treatment of infertility in women**, Journal of the American Pharmacists Association, 2012; 52:e27–e42, Available online on www.japha.org.
3. Gaware. V. M, and all, **Female infertility and its treatment by alternative medicine: A review**, Journal of Chemical and Pharmaceutical Research, 2009, 1(1), Available online at www.jocpr.com.
4. Kashani L, Akhondzadeh S, **Female Infertility and Herbal Medicine,** Journal of Medicinal Plants, Volume 16, No. 61, Winter 2017, Available online on WWW.SID.ir.
5. larbi ould larbi, **la stérilité du couple dans tous états guide pour couples hypofertiles**, dar el gharb.
6. Nagendra J, Jayachandra S, **Treating Infertility By Chinese Herbs,** JPMI 2010 Vol.. 24 No.04**.**
7. Purity Njagi, Wim Groot, Jelena Arsenijevic, Silke Dyer, Gitau Mburu, James Kiarie **Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries,** Issue 2, 2023**,** , Available online onhttps://doi.org/10.1093/hropen/hoad007
8. Samiksha Sharma*, Mahaveer P. Khinchi, Natasha Sharma, Dilip Agrawal and M. K. Gupta , **Female Infertility: An Overview**, IJPSR (2011), Vol. 2, Issue 1, Available online on www.ijpsr.com.

5) المواقع:

1.البنك الدولي 2022

2.منظمة الصحة العالمية 2020/10/14، 2023/04/04

.3https://tebcan.com/ar/Algeria/article/150016/04/2023 12:05

6) المجلات:

1. بلعباس نادية، ميلود دواجي عبد الله، **العقم عند المرأة وأثره صحة علاقتها الجنسية**، مجلة الحوار الثقافي، المجلد 11/العدد 01، 2022.
2. حسين كامل نوفل، **العنة والعقم**،كلية الطب البشري، جامعة دمشق متاح على الموقع www.aspu.edu.sy
3. زياد طارق حمودي نجم، **مشكلة العقم وعدم الإخصاب دراسة فقهية طبية**، مجلة الجامعة العراقية، العدد 3-48، 2020.
4. صفاء كمال سليمان، **تحليل حالات العقم وتأخر الإنجاب ودورات المعالجة بالكلومفين**، مجلة تشرشين للدراسات والبحوث العلمية والعلوم الطبيعية، المجلد رقم 25، العدد14، 2003.
5. ضمان، تقنية المساعدة على الإنجاب وعلاج العقم، الشركة الوطنية للتأمين الصحي، على الموقع www.damanhealth.ae.

6. طه جسام محمد، ياسر الصائب خورشيد، **حكم معالجة العقم عند النساء في الفقه الإسلامي**، مجلة العلوم الإسلامية، العدد 13، 2016.

7. ياسر عبد الحميد النجار، **أسباب العقم في الشريعة والطب وحكم علاجه دراسة مقارنة**، جامعة الأزهر بالدهيقلية، المقالة 6، المجلد 30، العدد 1، 2015.

قائمة الملاحق:

جدول يوضح مقاييس النزعة المركزية لسن أول زواج للمرأة

Statistiques		
Âge au premier mariage / union		
N	Valide	18030
	Manquant	0
Moyenne		23.85
Médiane		23.00
Mode		22
Ecart type		4.974
Variance		24.745

قائمة المختصرات:

ART	**Assisted Reproductive Technology**
COH	**Controlled Ovarian Hyperstimulation**
FSH	**Follicle-Stimulating Hormone**
IUI	**Intrauterine Insemination**
IVF	**In Vitro Fertilization**
Mics	**Multiple Indicator Cluster Survey**
TSH	**Thyroid Stimulating Hormone**
LH	**Luteinizing Hormone**

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة تأثير العوامل السوسيوديمغرافية والبيئية على الإصابة بالعقم الأولي، اعتمادا على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics6)2019) بالجزائر، من خلال عرض وتحليل البيانات الخاصة بالنساء اللاتي لم تنجبن منذ بداية زواجهن لمدة تفوق السنة خلال المسح في جداول بسيطة وأخرى مركبة تحتوي متغيرين، المتغير التابع و المترجم للعقيم وغير العقيم، و المتغير المستقل الذي يتمثل في (السن، المستوى التعليمي، العمل، الإقليم، مؤشر الثروة، ووسط الإقامة، وبيئة المسكن)، ومن ثم اختبار الفرضيات إحصائيا و إثبات العلاقة أو التأثير بين المتغيرين إن وجدت وتحديد العوامل السوسيوديمغرافية والبيئية المؤثرة على الإصابة بالعقم، فتم التوصل لجملة من النتائج أهمها: تؤثر العوامل السوسيوديمغرافية والبيئية على الإصابة بالعقم، فكلما ارتفع كل من السن و المستوى التعليمي أدى ذلك لارتفاع احتمال الإصابة بالعقم، أما عن المرأة العاملة في أكثر عرضة للعقم.

الكلمات المفتاحية: النساء، العقيم، غير العقيم، العقم الأولي العوامل السوسيوديموغرافية والبيئية، الجزائر Mics6.

Summary:

This study aims to know the impact of sociodemographic and environmental factors on the incidence of primary infertility, based on the Multiple Indicator Cluster Survey (Mics6) 2019 in Algeria, by presenting and analyzing data on women who have not given birth since the beginning of their marriage for a period of more than a year during the survey in simple and complex tables containing Two variables, the dependent and translated variable for sterile and non-sterile, and the independent variable that is represented in (age, educational level, work, region, wealth index, center of residence,and dwelling environment), and then testing the hypotheses statistically and proving the relationship or influence between The variables, if any, and the sociodemographic and environmental factors affecting infertility were determined. A number of results were reached, the most important of which are: Sociodemographic and environmental factors affect infertility. The higher the age and the educational level, the higher the probability of infertility.

Keywords: women, infertile non-sterile, primary infertility, sociodemographic and environmental, factors, Mics$_6$Algeria.

Résumé :

cette étude vise a connaitre l'effet des facteurs sociodémographiques et environnementaux sur l'infertilité primaire ,basé sur l'enquête en grappes a indicateurs multiples (Mics6) 2019 en Algérie , en affichant et en analysant les données sur les femmes qui n'ont pas accouché depuis un an ou plus depuis leur mariage .lors de l'enquête dans des tableaux simples et complexes qui contiennent deux variables , la ,et la variable la non-stérilité variable dépendante traduite pour l'infertilité et , travail , région , indice de richesse , indépendante représentée en (âge , niveau d'études milieu de résidence , type de résidence et milieu d'habitation) , puis tester tatistiquement les hypothèses et prouver la relation ou l'influence entre les deux variables le cas échéant , et identifier les facteurs sociodémographiques et environnementaux affectant l'infertilité , de sorte qu'un certain nombre de résultats ont été obtenus , dans le plus important : des facteurs sociodémographiques et environnementaux influent sur l'incidence de l'infertilité , plus l'âge et le niveau d'instruction sont élevés, plus la probabilité d'infertilité est élevées .quant aux femmes actives , elles sont plus susceptibles d'être infertiles.

Les mots suggérés : les femmes, stérile, non stérile, infertilité primaire facteurs sociodémographiques et environnementaux, Mics$_6$ Algérie