الواقع الصحي للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر

أ.عمارة سامية
أستاذة مساعدة
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا
جامعة الجزائر2

ملخص الدراسة:

إنه من الصعب معرفة واقع صحة النساء في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر للنقص الكبير في الدراسات والأبحاث التي تناولت هذا الموضوع، حيث أن معظم الدراسات في الميدان الديموغرافي والسوسيولوجي ركزت جل اهتماماتها على النساء في مرحلة الخصوبة و خاصة ما يتعلق بصحتها الإنجابية في حين أهملت مرحلة لا تقل أهمية عن سابقتها ألا و هي مرحلة نهاية الخصوبة، و هذا ما شكل ثغرة علمية من خلال نقص المعلومات حول معايشة النساء لهذه المرحلة الانتقالية من حياتهن و مدى تعرضهن إلى المعاناة الصحية و النفسية و حتى الاجتماعية.

و بهذا أردنا أن يكون موضوع دراستنا هذه حول الواقع الصحي للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة، و لتحقيق هذا الهدف تم عرض نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، باعتباره المسح الوحيد الذي تطرق إلى الحالة الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر بنوع من التفصيل.

و قد تم عرض هذه الدراسة من خلال عنصرين أساسيين هما :

– الوضعية الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة، و ذلك من خلال عرض أهم الاضطرابات و المشاكل الصحية التي تعرفها المرأة في هذه المرحلة و كيفية التعامل معها.

– العوامل المؤثرة على السلوكات و الممارسات الصحية للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة.

و قد اتضح لنا من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، أن الوضع الصحي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة لا يزال في نطاق محدود، فالمرأة تعيش هذه المرحلة بصمت، كما أن أغلبية النساء تعانين من قلة المعرفة بتفاصيل هذه المرحلة العمرية.

و تبرز هنا احتياجاتهن إلى ثقافة و وعي صحي و مستوى معيشي حسن و إلى خدمات صحية، و كذا الاعتناء بها كإنسانة لها الحق في تحسين مستوى جودة حياتها و صحتها في السنوات التي ستعيشها خلال مرحلة نهاية خصوبتها.

الكلمات الدالة : مرحلة نهاية الخصوبة – السلوك الصحي – الفحوصات الطبية

مقدمة :

تعد الصحة و الحيوية التي تتمتع بهما المرأة في كل مراحل حياتها، من بين أهم العوامل التي تمكنها من التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه و تتفاعل معه، و من الأولويات التي تساعدها في أداء المسؤوليات و الأعمال داخل البيت و خارجه. و لهذا على المرأة اتخاذ كل ما من شأنه أن يؤمن لها الصحة و النشاط و الفعالية، و ذلك من خلال اكتساب سلوكات و ممارسات صحية سليمة، ذلك أن صحة المرأة و سلامتها من الأمراض الجسدية و النفسية هو العامل الأساسي الذي يمكنها من أداء دورها الطبيعي في المجتمع كزوجة، أم،أخت أو ببنت لها أهميتها في الكل الاجتماعي.

للمرأة حقا أساسيا في الصحة على امتداد مراحل عمرها، إبتداءا من الإنجاب و الإعداد له خلال مراحل المراهقة من تثقيف صحي و بعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية، و أيضا رعايتها و حمايتها من الأعراض و المشاكل الصحية لمرحلة نهاية الخصوبة، فرعاية المرأة في كل مراحل عمرها أمر ضروري في بناء مجتمع متكامل.

و في هذا السياق تسعى الجزائر كغيرها من الدول، الاهتمام بصحة المرأة بما فيها المرحلة الإنجابية و مرحلة ما بعد الإنجاب، خاصة في السنوات الأخيرة، و تعزيز قدرتها في التعليم و التثقيف و تحسين ظروفها المعيشية، و توفير لها الخدمات الصحية.

يعد موضوع " مرحلة نهاية الخصوبة " من المواضيع التي يتم التحدث عليها بطريقة محتشمة، إذ يرتبط بهذه المسألة أكثر من غيرها، ما يعرف بالحس الثقافي في الوسط المجتمعي و الأسري و الذي يعد أحد المعوقات التي تقف أمام استفادة و اهتمام المرأة بصحتها في مرحلة نهاية الخصوبة.

فهذه المرحلة كباقي المراحل العمرية التي تمر بها المرأة من طفولتها حتى شيخوختها، فهي مرحلة حتمية تحدث نتيجة التغيرات الهرمونية، مما يعرضها لعدة مشاكل صحية و نفسية و حتى اجتماعية.

و هذا يستدعي منها دراية و وعيا و سلوكا صحيا من أجل معايشة هذه المرحلة بسلامة، خاصة و أن المرأة حاليا تعيش في المتوسط 25 سنة بعد انقطاع دورتها الشهرية بصفة نهائية.[1] و كذا القيام بالفحوصات الطبية المنتظمة و رعاية حالتها النفسية للتخفيف عنها من حدة أعراض هذه المرحلة و تفادي بعض الأمراض التي تكون فيها المرأة أكثر عرضة في هذه الفترة.

انه من الصعب معرفة واقع النساء في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر لنقص الكبير في الدراسات و الأبحاث التي تناولت هذا الموضوع، حيث أن معظم الدراسات في الميدان الديموغرافي و السوسيولوجي، ركزت جل اهتماماتها على النساء في مرحلة الخصوبة، و خاصة ما يتعلق بصحتها الإنجابية، في حين أهملت مرحلة لا تقل أهمية عن سابقتها ألا و هي مرحلة نهاية الخصوبة. و هذا ما شكل ثغرة علمية من خلال نقص المعلومات حول معايشة النساء لهذه المرحلة الانتقالية من حياتهن و مدى تعرضهن إلى المعاناة الاجتماعية و النفسية و الصحية.

و بهذا أردنا أن يكون موضوع مقالنا هذا، يدور حول واقع صحة المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة، و ذلك باعتمادنا على نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، و ذلك من خلال التطرق إلى العناصر التالية :

- الوضعية الصحية للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر.
- أهم الأعراض و المشاكل الصحية التي تتعرض لها المرأة أثناء هذه المرحلة.
- أهم العوامل المحددة لصحة المرأة في هذه المرحلة، و ذلك من خلال تحليل نتائج المسح.

[1]- Dr Alain Tamborini, La ménopause, librairie générale française, Paris, France, 2002, p 106.

1– تحديد المفاهيم :

– مرحلة نهاية الخصوبة :

" مرحلة نهاية الخصوبة "، هي مرحلة ككل المراحل العمرية التي تمر بها المرأة تبدأ تدريجيا ما بين 45 – 50 سنة في المتوسط.[2] و المصطلح عليها عند العامة باسم **سن اليأس** و **ménopause** باللاتينية، و هذه الكلمة استعملت لأول مرة سنة 1823،[3] و اشتقت هذه الأخيرة من كلمتين يونانيتين menos وتعني شهر و pause تعني توقف ، فالكلمة كلها تدل على توقف الدورة الشهرية.[4] تعتبر تسمية سن اليأس تسمية خاطئة أطلقت على هذه المرحلة ، لكونها تسمية تحمل ضلالة سلبية حول هذه المرحلة.[5] إلا أن تسمية سن اليأس من المصطلح أنها جاءت من قوله تعالى " و اللائي يئسن من المحيض من نسائكم "[6] حيث تيأس المرأة من عودة الحيض بعد انقطاعه. و تعرف منظمة الصحة العالمية، مرحلة نهاية الخصوبة بأنها « توقف نهائي للدورة الشهرية نتيجة فقدان النشاط البويضي».[7]

– السلوك الصحي :

إن مفهوم السلوك الصحي يتألف من شقين هما السلوك و الصحة، و عليه يتوجب علينا أولا تحديد كل من مفهوم السلوك و الصحة قصد الوصول إلى التعريف المركب ألا و هو السلوك الصحي.

***السلوك:** يعرف السلوك بأنه كل فعل أو عمل أو نشاط أو لفظ موجه يقوم به الشخص نحو موقف أو أمر لتحقيق أهداف، أو إشباع رغبات أو حاجات معينة. و بشكل عام فان السلوك البشري نوعان سلوك ثابت موروث بمعنى أنه سلوك يولد مع الإنسان، و سلوك متعلم أو مكتسب أي أنه سلوك يجرى اكتسابه خلال حياة الإنسان و لا يولد معه. يقصد بالسلوك هو وجود علاقة ديناميكية بين الكائن الحي و بيئته، إذ هناك تفاعل بين الإنسان و بيئته، و هو كذلك كل ما ينتج عن الإنسان نتيجة اتصاله بمجال اجتماعي معين و يتضمن السلوك بهذا المعنى كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو سلوك لغوي أو مشاعر أو انفعالات أو إدراك...الخ.[8] ويعرف السلوك في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية لأحمد زكي بدوي كما يلي: «أي فعل يستجيب به الكائن الحي برمته لموقف ما، استجابة واضحة للعيان و تكون عضلية أو عقلية أو هما معا و تترتب هذه الاستجابة على تجربته السابقة لفظ السلوك للدلالة على هذه الاستجابة الظاهرة على العمليات الداخلية فيميز بين السلوك الصريح أو الظاهر و السلوك المسلك (. . .) و يطلق على السلوك مسلك أو سلوك، عندما يتخذ السلوك صفة خلفية أو يتسم بالتوجيه، و قد يكون السلوك فطريا وهو السلوك المشترك بين جميع أفراد النوع كما قد يكون مكتسبا وهو خاص بالفرد و لا يشمل حتما جميع أفراد النوع الواحد.[9]

***الصحة :**

إن مفهوم الصحة من الناحية الطبية هي غياب المرض الظاهر كليا في جسم الإنسان و هذا ما يؤكده لنا القاموس الطبي حيث يعرف الصحة على أنها «حالة قيام الوظائف الجسمية بصفة عادية خارج وجود الأمراض»[10]. وقد عرفته المنظمة العالمية للصحة كالتالي: "هي

---

[2]–نفس المرجع السابق، ص 169.

[3]- Dr El Hassar, **la ménopause**, Edition Dar El Gharb, Oran, Algérie, 2000, p 9.

[4]– ممدوح زكي و آخرون، **المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية**، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1989، ص 118.

[4] – محمد عبد الفتاح المهدي، **سلسلة الدراسات التربوية و النفسية للمرأة**، البيطالة سنتر للنشر و التوزيع، الإسكندرية، 2004، ص 137.

[6]– القرآن الكريم، سورة الطلاق، الآية 4.

[2] – هندومة محمد أنور حامد،سن اليأس عند المرأة، دار المعرفة الجامعية، 2006، ص 39.

[8]– أيمن مزاهرة و آخرون ، **علم اجتماع الصحة** ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، ط1، 2002، ص ص 146 – 147 .

[9]– أحمد زكي بدوي، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، عربي، إنجليزي، فرنسي**، مكتبة لبنان، بيروت، 1977، ص 37.

[10]- André Domart et Jacques Bourneuf, **Petit Larousse de la médecine**, Librairie Larousse, Paris, 1983, P 819.

حالة من المعافاة الكاملة جسميا و نفسيا و اجتماعيا لا مجرد انتقاء (الخلو) من المرض أو العجز."[11] و نستنتج من هذا أن الصحة تشمل ثلاثة أبعاد أساسية و تتمثل في :

– اكتمال الناحية البدنية : و هي أن تؤدي جميع أعضاء الجسم وظائفها بصورة طبيعية و هذا يعني تمتع الفرد بعمليات حيوية سليمة لوظائف الجسم.

– اكتمال الناحية النفسية : و هي أن يعيش الإنسان بسلام مع نفسه و متمتعا بالاستقرار الداخلي و قادر على التوفيق بين رغباته وأهدافه و إمكانياته، أي تمتع الفرد باستقرار نفسي داخلي و صحة عقلية سليمة.

– اكتمال الناحية الاجتماعية : و هي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس و أن يكون له دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة.[12]

و تبقى الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان ، وهذا ما أكده بركنز (Perkins) في تعريفه للصحة على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم و أن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، و أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم لمحافظة على توازنه".[13]

***السلوك الصحي:**

إن السلوك الصحي هو الطريقة التي يدرك بها الإنسان بعض الآلام الأولى للمرض و يتعرف على التعب و على أي علامة أخرى لاعتلال وظيفي للجسم و يقيمها و يتصرف حيالها».[14]

أما السلوك الصحي الذي نحن بصدد استعماله في دراستنا هذه هو السلوك الذي تشكله المرأة اتجاه صحتها أو بعبارة أخرى هو العمل الحركي أو التفكيري الذي يصدر عنها أثناء اجتيازها مرحلة إنقطاع دورتها الشهرية، و يتم قياس ذلك على سبيل المثال و لا على سبيل الحصر بالعناصر التالية:

عدد مرات الكشف، طبيعة الكشف، مكان الكشف، ... الخ.

2– الوضعية الصحية للنساء في مرحلة نهاية الخصوبة من خلال المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002:

نظرا لقلة و محدودية الدراسات و الأبحاث التي اهتمت بفئة النساء في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر فقد اعتمدنا في دراستنا هذه على بيانات نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، باعتباره المسح الوحيد الذي تطرق إلى الوضعية الصحية للنساء في هذه المرحلة العمرية بنوع من التفصيل، و يجدر بنا أولا تقديم تعريف مختصر عن هذا المسح.

1.2– التعريف بالمسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 :

إن اهتمام الجزائر بمجال ترقية صحة المرأة و الأسرة جعلها توقع وثيقة مشروع صحة الأسرة بين الحكومة الجزائرية و جامعة الدول العربية بدعم من طرف برنامج الخليج العربي لدى منظمة الأمم المتحدة الإنمائية، و صندوق الأمم المتحدة للسكان، و صندوق الأوبك للتنمية و منظمة الصحة العالمية، و المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ، و الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة و اليونيسيف و اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغرب آسيا و قسم الإحصاء للأمم المتحدة، و تم تنفيذه سنة 2002، و جاء هذا الأخير استمرار لمشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي أنجز سنة 1992.

و قد وفر المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 قاعدة من البيانات و المؤشرات التفصيلية الحديثة سعيا إلي تحقيق الأهداف التنموية، و تطوير الأوضاع الاجتماعية و الصحية للأسرة، إضافة إلي مساعدة الباحثين و معدي البرامج على تحليل و متابعة و

[11]– بهاء الدين إبراهيم سلامة، **الصحة و التربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007 ص 18.

[12]– أيمن مزاهرة و آخرون، المرجع السابق، ص 42.

[13]– اقبال إبراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص 47.

[14]– علي المكاوي، **علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996، ص 301.

تقسيم السياسات الصحية و الاجتماعية و مقارنتها مع البلدان التي تم التوقيع معها من أجل إنجاز المشروع العربي لصحة الأسرة، و قد تناول المسح الجزائري لصحة الأسرة عدة مواضيع أهمها الصحة الإنجابية و وفيات الأمهات و صحة الأطفال، احتياجات الشباب و المراهقين، صحة النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، و الرعاية الصحية و الاجتماعية لكبار السن.

فيما يتعلق بتحليل مرحلة نهاية الخصوبة، فلقد شمل المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 على 1642 امرأة تنتمي للفئة العمرية 50 – 59 سنة، أكثر من نصفهن يقطن في الوسط الحضري بنسبة 63% مقابل نسبة 37% في الوسط الريفي، متزوجات بنسبة 82%، أغلبية المبحوثات أميات و ذلك بنسبة 75% مقابل نسبة 0.8% ذوات مستوى تعليمي ثانوي أو أعلى، كما أن تقريبا نصف المبحوثات أي بنسبة 47.60 % لديهن ما بين 7 – 11 ولادة حية مقابل نسبة 11.40% لديهن مابين 1 – 3 ولادة حية و هذا ما يبينه لنا الجدول التالي :

الجدول رقم (01) : خصائص النساء غير العازبات في مرحلة نهاية الخصوبة.

فئات الأعمار	التكرار	النسبة (%)
50 – 54	933	56.8
55 – 59	409	43.2
محل الإقامة	التكرار	(%)
حضري	1034	63.0
ريفي	608	37.0
الحالة الزواجية	**التكرار**	**النسبة (%)**
متزوجة	1347	82.0
أرملة	233	14.2
مطلقة	59	3.6
منفصلة	3	0.2
المستوى التعليمي	**التكرار**	**النسبة (%)**
أمية	1240	75.5
قراءة / أو كتابة	227	13.8
متوسط	105	6.4
ابتدائي	54	3.3
ثانوي فأعلي	13	0.8
غير مصرح	03	0.2

المصدر : الجدول اعد استنادا على معطيات مأخوذة من :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques**, enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2004, p 162.

2.2 – نتائج المسح :

1.2.2 الأعراض و المشاكل الصحية :

تعتبر مرحلة نهاية الخصوبة من أهم المراحل الفزيولوجية، النفسية و الاجتماعية التي تجتازها المرأة خلال حياتها، حيث تعاني المرأة في هذه المرحلة العمرية عدة اضطرابات و مشاكل صحية و نفسية. و هذا ما أكدته لنا نتائج هذا المسح حيث نجد مبحوثتين من ثلاثة صرحن بأنهن تعانين من مشكل صحي، و أكثرها انتشارا ألام في المفاصل بنسبة 46.30%، وألام في الظهر بنسبة 44.60%، و خفقان في القلب بنسبة 37.10 %. و نشير هنا أن نسبة 05.30 % من النساء أصبن بكسور في العظام خلال السنة التي سبقت المسح .

كما بينت لنا نتائج المسح أن نسبة 85% من النساء تعرضن على الأقل إلى عرض واحد من أعراض مرحلة انقطاع الدورة الشهرية بصفة نهائية، و من أهمها نجد فورات حرارية بنسبة 72%، و اضطرابات في النوم بنسبة 62.50 % و اضطرابات عصبية بنسبة 58 % .كما تبين من خلال المسح أن تقريبا نصف المبحوثات اللواتي تعانين من أحد هذه الأعراض أي بنسبة 46.60 % لم يقمن بفحص طبي، والسبب يعود حسب تصريحاتهن إلي التكلفة المرتفعة للفحوصات و ذلك بنسبة 41 % و نسبة 36 % يرون أنه ليس أمرا ضروريا يستدعي إشارة الطبيب.

إن غلاء المعيشة و الدخل المنخفض و ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية و نقص الوعي الصحي، جعل الكثير من المبحوثات لا يلجأن إلى الطبيب في حالة تعرضهن لإحدى هذه الأعراض خاصة و أن أغلبية المبحوثات أميات.

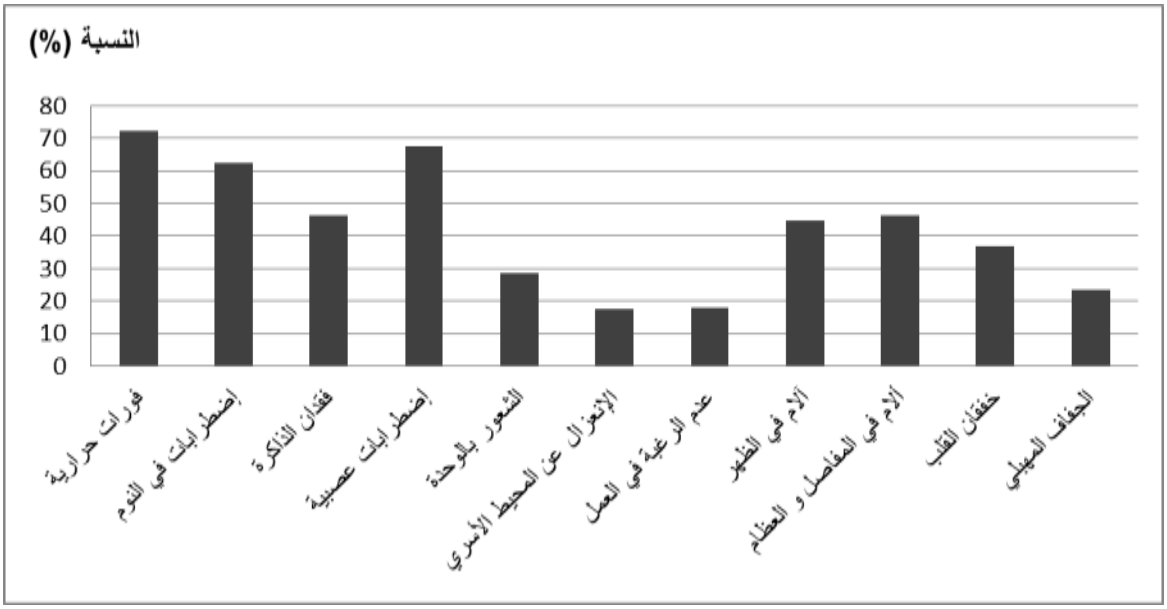
الجدول رقم (02) : توزيع المبحوثات حسب الأعراض و المشاكل الصحية التي يتعرضن إليها خلال مرحلة نهاية الخصوبة.

أهم المشاكل الصحية	**التكرار**	**النسبة (%)**
ألام في المفاصل	720	46.30
ألام في الظهر	732	44.60
خفقان في القلب	608	37.00
سقوط الشعر	483	29.40
الجفاف المهبلي	388	23.60
أعراض مرضية مرتبطة بمرحلة نهاية الخصوبة	**التكرار**	**النسبة (%)**
فورات حرارية	1190	72.50
اضطرابات عصبية	1113	67.80
اضطرابات في النوم	1026	62.50
القلق	965	58.80
فقدان الذاكرة	762	46.40
شعور بالوحدة	470	28.60
تغير في المزاج	388	23.60
عدم الرغبة في العمل	294	17.90
الانعزال عن الأسرة	286	17.40
النساء اللواتي تعرضن على الأقل لأحد هذه الأعراض	**التكرار**	**النسبة (%)**
تعرضن على الأقل على عرض واحد	1396	85.00
لم يتعرضن لأي عرض	246	15.00
إجراء الفحص الطبي عند ظهور العرض	**التكرار**	**النسبة (%)**
تجري فحص طبي	877	53.40
لا تجري فحص طبي	765	46.60
سبب عدم إجراء الفحص	**التكرار**	**النسبة (%)**
التكلفة مرتفعة	673	41.00
عدم أهمية إجراء الفحص	591	36.00
عدم وجود مشكل صحي يحتاج إلى الفحص	394	24.00
عدم توفر الخدمات	136	08.30

المصدر : الجدول أعد استنادا على معطيات مأخوذة من :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques**, enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2004, p 168.

الشكل رقم (**01**): أعمدة بيانية تمثل توزيع النساء حسب الأعراض و المشاكل الصحية في مرحلة نهاية الخصوبة.



2.2.2. الفحوصات الطبية النسائية :

تعتبر الفحوصات و المراقبة الطبية المستمرة و المنتظمة عند النساء في مرحلة ما بعد سن الإنجاب، ذات أهمية في اكتشاف الأمراض في أطوارها الأولى و الوقاية منها، فاكتشاف المرض مبكرا يكون علاجه أسهل و أجدى و اقل تكلفة.

فكما انه لا بد على المرأة القيام بالفحوصات الطبية و مراقبة و وظائفها التناسلية في فترة الإنجاب و التعرف على خطر الحمل و الولادة، فلابد لها أيضا القيام بمثل تلك الفحوصات في مرحلة نهاية الخصوبة، خاصة و أن المرأة في هذه المرحلة تكون معرضة إلى عدة أمراض لاسيما منها سرطان الغشاء المخاطي للرحم و سرطان الثدي، لذا من الواجب الاهتمام و الانتباه لكل التغيرات التي تحدث فيهما أثناء هذه الفترة، و هذا من خلال إجراء أشعة على الثدي و المسحة المهبلية، و هذا كله من اجل الوقاية و التأكد من عدم وجود أمراض و اكتشافها في أطوارها الأولى.

و قد بين لنا المسح الجزائري لصحة الأسرة أن أغلبية النساء لا يقمن بالفحوصات الطبية خلال مرحلة نهاية الخصوبة، حيث تبين أن نسبة 13.70 % فقط من النساء مابين 50 – 54 سنة قمن على الأقل مرة واحدة بفحص طبي نسائي خلال السنة السابقة للمسح، و نسبة 9.4 % بالنسبة للنساء في الفئة العمرية 55 – 59 سنة، أكثر من نصفهن أي نسبة 57.5 % قمن بفحصهن عند طبيب خاص و 16 % في المستشفي.

أما فيما يخص عن سبب عدم إجراء هذا الفحص الطبي النسائي نجد نسبة 76% من النساء صرحن بأن ليس لديهن مشكل صحي و 29.8 % ليس لديهن وعي بأهمية إجراء هذا الفحص، و هذا ما يبنه الجدول التالي :

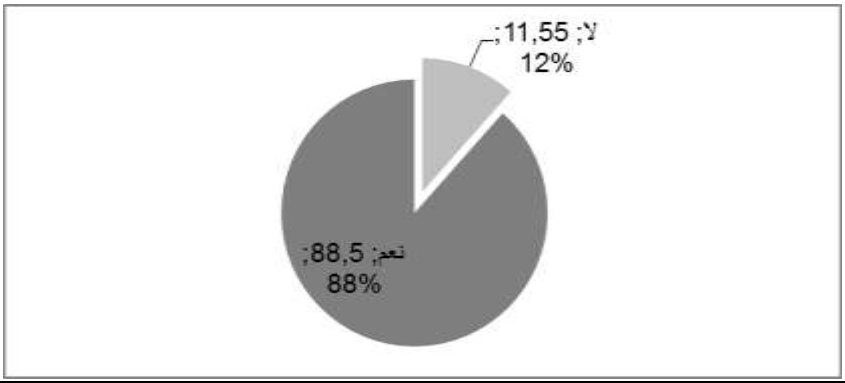
الجدول رقم (03) : توزيع النساء ما بين (50-59 سنة) حسب سبب إجراء الفحوصات الطبية النسائية خلال السنة التي سبقت المسح.

قيام بفحص طبي نسائي	التكرار	النسبة (%)
قامت بفحص طبي نسائي على الأقل مرة واحدة	190	11.55
لم تقم بفحص طبي نسائي	1452	88.45
مكان إجراء الفحص	**التكرار**	**النسبة (%)**
مستشفى	263	16.00
مصحة متعددة الخدمات	256	15.60
طبيب خاص	944	57.50
مصحة خاصة	179	10.90
سبب عدم إجراء الفحص الطبي	**التكرار**	**النسبة (%)**
ليس لديها مشكل صحي	1192	72.60
ليس لديها وعي بأهمية إجراء الفحص	662	40.30
التكلفة مرتفعة	209	12.70
الخدمات غير متوفرة	51	03.10
منزعجة	36	02.20
هي أو الزوج مشغول	20	01.20
خائفة	18	01.10
آخر	71	04.30

المصدر : الجدول أعد استنادا على معطيات مأخوذة من :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, **enquête algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS, Alger, 2004, p165.

الشكل رقم (02) : دائرة نسبية تمثل توزيع النساء ما بين (50 – 59) سنة حسب القيام بفحص طبي نسائي خلال السنة التي سبقت المسح.



وقد يفسر عدم الاهتمام و القيام بمثل هذه الفحوصات عند هذه الفئة من النساء في هذا المسح، إلى تدني مستواهن التعليمي، حيث نجد نسبة 75.50 % من النساء أميات لا يعرفن القراءة ولا الكتابة، و هذا دليل على قلة المعرفة و الوعي بأهمية هذه الفحوصات و ما لها من أبعاد صحية و نفسية تعود على المرأة في هذه المرحلة من العمر. و هذا القصور في المعرفة لا نحمله للمرأة وحدها، بل أيضا

للإعلام و للخدمات الاجتماعية – الطبية، التي لا تؤدي في كثير من الأحيان دورها الوقائي في نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية، للوقاية من الأمراض التي يمكن أن تتعرض لها المرأة في هذه المرحلة العمرية. و من بين أهم الفحوصات التي يستلزم على المرأة القيام بها و بالخصوص في هذه المرحلة نجد:

3.2.2. المسحة المهبلية (Le frottis):

يعتبر سرطان عنق الرحم ثاني أنواع السرطانات الأكثر انتشارا في وسط النساء في العالم ككل، فحسب المنظمة العالمية للصحة فان أكثر من 500 ألف حالة جديدة سجلت في سنة 2005، نصف هذا العدد أي 250 ألف يتوفى من جراء هذا المرض، كما بينت هذه المنظمة أن حاليا تقريبا 80 % من الحالات يتم عدها في الدول ذات الدخل المنخفض، و التي تعاني من نقص الخدمات الصحية بما فيها إجراء المسحة المهبلية.[15]

إن المسحة المهبلية من بين أهم الفحوصات الطبية للكشف المبكر لسرطان عنق الرحم، الذي يصيب عددا كبيرا من النساء في العالم. و إذا كانت الدول المتقدمة قد نجحت في الحد من عدد الإصابات إلى حد كبير بفضل برامج الكشف المبكر، فان الدول النامية و منها الجزائر ما زالت تسجل أرقاما كبيرة، حيث يصل عدد الإصابات السنوية في بلادنا إلى 3500 حالة جديدة، أكثر من نصف هذا العدد يموت كل سنة بسبب غياب الوقاية و ضعف إقبال المرأة على الفحص الدوري المنتظم و عدم درايتها الكافية بطرق حماية نفسها.[16]

و هذا ما تأكد لنا من خلال نتائج المسح، حيث تبين لنا أن نسبة صغيرة جدا من النساء في سن ما بعد الإنجاب يقمن بهذا الفحص، حيث نجد نسبة 05.80% من النساء في الفئة العمرية 50 – 54 سنة و نسبة 03.60 % في الفئة العمرية 55 – 59 سنة اللواتي قمن بالمسحة المهبلية خلال السنة التي سبقت المسح، و نشير هنا أن أغلبية النساء اللواتي استعملن هذا المسح هن من الوسط الحضري، و أن آخر مسحة أجريت عند هذا النساء كانت عند طبيب خاص بنسبة 29.9 % مقابل نسبة 17.4 % في مصحة متعددة الخدمات. و يعود عدم إجراء هذه المسحة حسب رأي المبحوثات إلي عدم وجود مشكلة صحية لديهن و ذلك بنسبة 72.6% و نسبة 40.30% يرون أنه ليس من الضروري إجراء هذا الفحص و نسبة 13% أرجعن ذلك إلي ارتفاع التكلفة و هذا ما يبينه الجدول التالي :

الجدول رقم (04) : توزيع النساء حسب إجراء المسحة المهبلية خلال السنة السابقة للمسح.

إجراء المسحة المهبلية	التكرار	النسبة (%)
أجرت المسحة المهبلية	77	04.70
لم تجر المسحة المهبلية	1565	95.30
مكان إجراء المسحة المهبلية	**التكرار**	**النسبة (%)**
طبيب خاص	491	29.90
المستشفى	414	25.20
مصحة خاصة	338	20.60
مصحة متعددة الخدمات	286	17.40
سبب عدم استعمال المسحة المهبلية	**التكرار**	**النسبة (%)**
ليس لديها مشكل صحي	1192	72.60
ليس لديها وعي بأهمية إجراء المسحة	662	40.30
التكلفة مرتفعة	209	12.70
الخدمات غير متوفرة	51	03.10

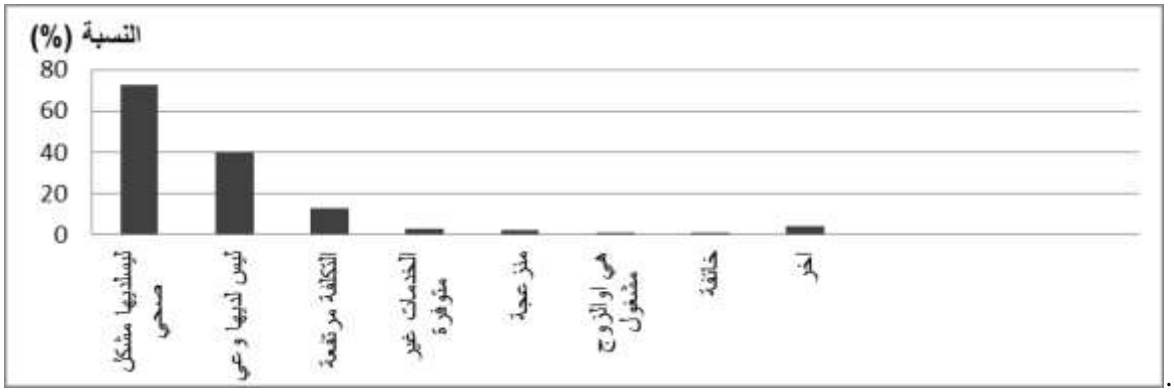
[15]Organisation mondiale de la santé, **Les femmes et la santé**, **la réalité D'aujourd'hui le programme de demain**, OMS, 2009, s/é, p 46.

[16] – الجمعية الجزائرية للأورام، احمي نفسك من سرطان عنق الرحم، ص 05.

منزعجة	36	02.20
هي أو الزوج مشغول	20	01.20
خائفة	18	01.10
آخر	70	04.30

المصدر : الجدول أعد استنادا على معطيات مأخوذة من : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, **enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002**, ONS ,Alger, 2004, p166.

الشكل رقم (03) : أعمدة بيانية تمثل سبب عدم إجراء المسحة المهبلية عند النساء.



نستنتج من خلال هذه المعطيات أن هناك عدة أسباب تجعل المبحوثة لا تقوم بالمسحة المهبلية أهمها عدم الشعور بوجود مشكل صحي، و هذا دليل على أن النساء و خاصة و أن أغلبيتهن أميات، لم تصلن بعد إلى درجة الوعي الكافي بأهمية الذهاب إلى الطبيب و القيام بفحوصات طبية منتظمة و مستمرة دون الشعور بوجود مشكل صحي. و كثير من الأمراض لاسيما الأورام الخبيثة، فقد تصاب بها المرأة و لا تشعر بها إلا بعد عدة سنوات و غالبا بعد تقدم حالة المرض، فأغلبية النساء يقمن بهذا الفحص إلا في وقت الضرورة القصوى و بعد ظهور مضاعفات، و هذا كله يعيق الطبيب على القيام بدوره في الوقت المناسب، و استنادا على ذلك فان نشر الثقافة و التربية الصحية يفترض أن تكثف خاصة في أوساط ذوات المستويات المنخفضة و ذلك بفضل وسائل الإعلام و الخدمات الاجتماعية و الطبية.

4.2.2- فحص الثدي:

إضافة إلى أهمية الفحص الخاص بالمسحة المهبلية، نجد أيضا فحص الثدي حيث يتم تشخيص أكثر من مليون حالة سنويا في العالم، و يتسبب في وفاة 400 ألف امرأة سنويا، و الكشف المبكر لسرطان الثدي و علاجه يؤدي إلى الشفاء الكامل بنسبة 98 % من مجموع الحالات.[17]

و من بين الفحوصات الأولية الخاصة بالثدي نجد الفحص الذاتي، و هو فحص ضروري يجب على المرأة القيام به و خاصة في مرحلة نهاية الخصوبة، و هذا بالكشف عن ثدييها بنفسها مرة في كل شهر، وهذا لأن المرأة أكثر معرفة بتفاصيل جسمها، و بالتالي هي أقدر على ملاحظة أي تغيير في الشكل الخارجي للثدي، مما يسمح لها بكشف المرض في مراحله الأولى.

[17] – الجمعية الجزائرية للأورام، جمعية الأمل، سرطان الثدي، الكشف المبكر ينقذ الحياة.

خلال المسح الجزائري لصحة الأسرة، تبين أن أكثر من نصف عدد النساء أي بنسبة 79% لا يعرفن هذه الطريقة، و نسبة 05.60 % منهن فقط (8 % في الوسط الحضري و 2 % في الوسط الريفي) يقمن بهذا الفحص الذاتي بصفة منتظمة مقابل نسبة 4 % لا يقمن به إطلاقا.

أما فيما يخص الفحص الطبي للثدي فقد استعمل فقط بنسبة 04.70 % عند النساء في مرحلة نهاية الخصوبة و يعود السبب بالدرجة الأولى حسب تصريحاتهن إلي عدم وجود مشكل صحي لديهن و ذلك بنسبة 80 %، و هناك من صرحن بأنه ليس هناك ضرورة لإجراء ذلك الفحص، و ذلك بنسبة 37.70 % ، بينما نجد نسبة 11.60 % يرون أن تكلفة الفحص مرتفعة.

و من جهة أخرى بين لنا هذا المسح أن إمرأة واحدة من عشرين قمن بأشعة للثدي خلال 05 سنوات التي سبقت المسح، و نشير هنا لأهمية هذه الأشعة باعتبارها أدق وسيلة للكشف المبكر للأورام في مراحله الأولى، قبل ملاحظة أي تغيير عليها، حيث ينصح أطباء النساء بإجراء هذا الفحص كل سنتين بعد سن الأربعين. و عموما من بين أهم الأسباب التي جعلت هؤلاء النساء لا يقمن بهذه الأشعة ، نجد أكثر من نصفهن أي نسبة 65.40 % صرحن بأنه لم يكن لديهن مشكل صحي، و نسبة 47.20% صرحن بأنه ليس لديهن وعي بذلك. و من جهة أخرى نجد نسبة 31.80 % من المفحوصات بالأشعة تم إجرائهن عند طبيب خاص و نسبة 25.80% في مستشفي عام و هذا ما يوضحه لنا الجدول التالي :

الجدول رقم (05) : توزيع النساء في سن ما بعد الإنجاب حسب إجرائهن لفحوصات الثدي.

مدى معرفة و استعمال طريقة الفحص الذاتي للثدي		التكرار	(النسبة %)
يعرفن هذه الطريقة		345	21.00
	يستعملنها بطريقة منتظمة		05.60
	يستعملنها في بعض الأحيان		11.40
	لا تقمن بها إطلاقا		40.00
لا تعرفن هذه الطريقة		1297	79.00
المجموع		1642	100
إجراء الفحص الطبي للثدي		**التكرار**	**(النسبة %)**
تجري فحص طبي للثدي		77	04.70
لا تجري فحص طبي للثدي		1565	95.30
المجموع		1642	100
سبب عدم إجراء الفحص الطبي للثدي		**التكرار**	**(النسبة %)**
عدم وجود مشكل صحي		1314	80.00
عدم وجود أهمية لإجراء هذا الفحص		619	37.70
ارتفاع تكلفة الفحص		190	11.60
مدة إجراء أشعة للثدي		**التكرار**	**(النسبة %)**
خلال خمسة (05) سنوات التي سبقت المسح		82	05.00
أقل من سنة		622	37.90
ما بين 1 – 2 سنة		365	22.20
ما بين 2 – 5 سنوات		409	24.90
مكان إجراء الأشعة		**التكرار**	**(النسبة %)**
مستشفى		424	25.80
مصحة متعددة الخدمات		164	10.00
مصحة خاصة		277	16.90
مركز الأشعة الطبية		200	12.20
طبيب خاص		522	31.80
آخر		43	02.60
سبب عدم إجراء أشعة للثدي		**التكرار**	**(النسبة %)**
عدم وجود مشكل صحي		1074	65.40
عدم الوعي بالأهمية		775	47.20

المصدر : الجدول أعد استنادا على معطيات مأخوذة من Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, **enquête Algérienne sur la santé de la famille** 2002, ONS, Alger, 2004, pp 166-167.

إن عدم إقبال النساء لإجراء هذا النوع من الفحوصات بصفة دورية منتظمة في هذه المرحلة من العمر، دليل على أنهن لم تصلن بعد إلى درجة الوعي الكافي لاتخاذ الاحتياطات الوقائية اللازمة لتفادي المشاكل الصحية و ذلك بزيارة الطبيب و القيام بفحوصات طبية منتظمة دون وجود مشكل صحي.

5.2.2– المعالجة الهرمونية :

إن الاضطرابات المصاحبة لفترة نهاية الخصوبة و كيفية معالجتها أراء كثيرة حولها، فمنهم من يعتبرها حدثا طبيعيا لا يحتاج إلى علاج و أن أعراضها سرعان ما تزول، و منهم من يعتبرها مشكلة تحتاج إلى علاج. فهناك بعض الحالات تكون فيها الأعراض الجسدية و النفسية شديدة، و تعطل الحياة اليومية للمرأة التي تعاني منها، ففي هذه الحالة يرى الأطباء انه من المناسب وصف بعض العلاجات الملطفة كالعلاج الهرموني.

أظهرت نتائج المسح أن نسبة 05% فقط من النساء في الفئة العمرية 50 – 54 سنة، قمن بمعالجة هرمونية مقابل 1.6 % عند النساء في سن 55 – 59 سنة، مع العلم أن نسبة 38 % من النساء بدأن هذا العلاج في مدة تقل عن سنة من بداية المسح، و نسبة 33.80% ما بين 1 – 5 سنوات و نسبة 26.70 % بدأن العلاج قبل خمسة (05) سنوات فأكثر من بداية إجراء المسح[18].

3 – العوامل المؤثرة على السلوكات الصحية للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة :

من خلال نتائج المسح، يمكن تفسير عدم لجوء أغلبية النساء إلى الطبيب عند تعرضهن لأحد الأعراض أو المشاكل الصحية، إلى انتشار الأمية و الجهل و اللامبالاة و لا وعي بالأمور الوقائية من جهة و تدني الظروف المعيشية و قلة الخدمات الطبية من جهة أخرى.

غالبا ما نجد النساء و خاصة ذوات المستويات التعليمية و المادية المنخفضة ما تتجاهلن الأعراض و المشاكل الصحية و يعتبرنها أعراض بسيطة لا تستدعي زيارة الطبيب. و هنا تظهر إشكالية الثقافة الصحية عند الأفراد الذين يمارسون سلوكات و ممارسات غير صحية.و قد تكون استشارة الأطباء إلا بعد اليأس من الشفاء و تأزم الحالة الصحية، و هذا راجع لقلة وعيهم الصحي بالدرجة الأولى، فهذه الفئة من الأفراد بما فيها فئة النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، تحتاج إلى تكثف جهود المختصين في المجال الطبي و السوسيولوجي و البسيكولوجي لنشر التربية الصحية في وسطهن.

و من بين أهم العوامل المحددة لصحة المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة نجد :

1.3. التثقيف الصحي :

إن نشر التثقيف الصحي عند النساء في كل مراحل حياتهن بما فيها مرحلة نهاية الخصوبة، دور فعال في عملية تغيير السلوكات و الممارسات غير الصحية و الاستعداد لتقبل المعلومات الصحية المقدمة من طرف المثقف الصحي، لأن هذه المعرفة الصحية في بعض الأحيان يعتبرنها غريبة و معارضة لأفكارهن و معتقداتهن، و لا تتناسب مع نمط معيشتهن، فلهذا السبب يرفضونها. و في هذا المجال يفترض مراعاة بعض المتغيرات في مرحلة إعداد البرامج التثقيفية الصحية، من حيث الوسط الذي تعيش فيه المرأة، عادتها و تقاليدها و مستواها المعيشي... الخ، لأن التثقيف الصحي ليس مجرد توزيع معلومات صحية على أفراد المجتمع فحسب و إنما كيفية تحويل و ترجمة هذه المعلومات إلى أنماط سلوكية و استعمالها في نظام الحياة، فهو يتضمن تفاصيل معيشتنا و شؤون حياتنا، و تستمر هذه العملية من خلال المجهودات التعليمية و التربوية الهادفة إلى تطوير سلوكات الأفراد، عاداتهم، أفكارهم و تقاليدهم غير الصحية إلى اتجاه يخدم صحتهم، فالتثقيف الصحي هدفه إحداث نوع من التنمية الصحية بين أفراد المجتمع بصفة عامة بما فيهن النساء في مرحلة نهاية الخصوبة.

إن المستوى التعليمي المنخفض يشكل عائقا في تثقيف و توعية النساء صحيا، فهو سبب من أسباب عدم الفهم و عدم الإستعاب للمعلومات الصحية و ممارسة السلوكات غير الصحية في هذه المرحلة العمرية،فأميتهن و جهلهن لا يسمحان لهن القراءة، لذا فهن يكتفين فقط بمعلومات الوسط الأسري أو بعض الصديقات.

[18] – Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, **enquête Algérienne sur la santé de la famille**, op.cit, p 163.

و رغم أهمية وسائل الإعلام البصرية و المكتوبة في تنشئة الفرد صحيا، بنشر الثقافة و التربية الصحية في مختلف أوساط المجتمع، إلا أننا نجد التلفزة الجزائرية تعمل في أغلب الحالات في اتجاه واحد، فهي تخدم خاصة الفئة المثقفة، و هذا ينطبق على المجلات و الجرائد و غيرها من الوسائل الإعلامية.

إضافة إلى أهمية المستوى التعليمي في اكتساب الثقافة الصحية، نجد غياب ثقافة القراءة و البحث في المجال الطبي عند الفرد الجزائري إلا في الحالات المفروضة عليه.كما أن وسائل الإعلام في الجزائر لا تقوم بدورها الايجابي في نشر التثقيف الصحي بين أوساط مختلف فئات المجتمع، بما فيها فئة النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، فنجد أن التطرق إلى هذه المرحلة من العمر و ما يصاحبها من اضطرابات و مشاكل صحية في وسائل الإعلام السمعية و البصرية و المكتوبة، تصادف بالخصوص اليوم العالمي حول بعض الأمراض التي تصاب بها المرأة في هذه المرحلة، عكس البلدان المتقدمة التي تمثل وسائل إعلامها أنجع وسيلة لتثقيف و تربية الفرد صحيا على مدار السنة.

و كخلاصة للقول فان التعليم يعتبر متغير فعال في نشر التثقيف الصحي، حيث يشير مصطفى القمش في مؤلفه مبادئ الصحة العامة في قوله " ترتبط الأساليب الصحية السليمة في الحياة ارتباطا كبيرا بمستوى التعليم، و من ناحية أخرى فان مجهودات التربية الصحية تحتاج إلى المضاعفة بين الأميين عنه بين المتعلمين (...) كذلك النظام التربوي لا يمكن أن يصل إلى أهدافه إلا عن طريق التربية الطبية و الصحية"[19].

2.3. الوضعية السوسيو– اقتصادية :

تتحكم مكانة النساء الاجتماعية و الاقتصادية بشكل كبير في وضعهن الصحي في كل مراحل حياتهن بما فيها مرحلة نهاية الخصوبة، بحيث أنه بقدر ما يرتفع المستوى المادي و الاجتماعي للمرأة بقدر ما يرتفع مستواهن الصحي، لأن ارتفاع المستوى المادي يعني غالبا توفير الشروط الأساسية للتمتع بالصحة الجيدة من غذاء و سكن لائق و تعليم و انخفاض الأمية، التي تعد مسألة أساسية في مجال الصحة لما يؤثره التعليم من الوعي و اكتساب الثقافة الصحية.

و بقدر ما ينخفض المستوى المادي، بقدر ما تكون المرأة عرضة لكافة الأمراض، لتدني ظروف المعيشة و قلة و حتى انعدام في بعض الأحيان للخدمات الصحية اللازمة، إضافة إلى سوء استعمال وسائل العلاج المتوفرة، نتيجة انتشار الأمية التي تحول دون استفادة من ثقافة صحية سليمة، كالكشف الوقائي العلاجي المبكر، الاستعمال السليم للأدوية، و غيرها من السلوكات الصحية السليمة.

إن للعامل المادي تأثير على المعلومات الصحية للمرأة في هذه المرحلة من العمر، التي تمثل جزء من ثقافتها الصحية، و التي تساهم في تحديد السلوكات و الممارسات الصحية لها. فالبحث عن المعلومات الصحية من المصادر المختلفة، تختلف من امرأة لأخرى، و ذلك حسب ظروفها المعيشية و المادية، فالمرأة التي توفر لها ظروف معيشية مريحة، تتاح لها الفرصة أكثر من غيرها في البحث و التطلع على كل ما يخص هذه المرحلة من العمر، حتى تجتازها بدون مشاكل و اضطرابات صحية.

غير أن الواقع الجزائري المعاش، الذي يعرف انخفاض في المستوى المعيشي للأفراد، كقلة الدخل الفردي مقارنة بغلاء المعيشة، جعل الكثير من النساء لا يفكرن في الذهاب إلى الطبيب للاطمئنان على صحتهن رغم وعيهن أحيانا بأهمية هذه الفحوصات في هذه المرحلة العمرية، فالمرأة تلجأ إلى الطبيب عادة إلا بعد تدهور حالتها الصحية، فهي تلجأ إلى كل البدائل العلاجية التقليدية المتوارثة، قبل التفكير في الخدمة الصحية، و هذا إما لعدم أو صعوبة الحصول عليها لإرتفاع تكلفتها.

[19]– مصطفى القمش و اخرون، **مبادئ الصحة العامة**، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الأردن، 2002، ص ص 69-70.

3.3. المحيط الأسري :

إن الأسرة هي البيئة الأولى التي يتلقن فيها الشخص المبادئ و الأسس الأساسية للتربية و النضج الاجتماعي بصفة عامة، و مبادئ الصحة بصفة خاصة، و عليه فان الأسرة كنسق من الأدوار و صورة طبيعية للتماسك بالعلاقات بين أعضائها، فلها حتما أهمية كبيرة على كيفية معايشة المرأة مرحلة نهاية الخصوبة، و يتضح ذلك من دراسة سلوك أفراد الأسرة و رد فعلهم اتجاه الاضطرابات النفسية و الجسدية و حتى المشاكل الصحية التي تواجهها المرأة في هذه المرحلة العمرية، فالأسرة هي المسؤولة الأولى على رعاية المرأة معنويا و ماديا في هذه المرحلة العمرية و توفير لها العطف و الحنان و تلقينها القيم و المفاهيم الصحية، بحيث تصبح هذه الممارسات و القيم جزءا من معيشتها، تحدد لها سلوكاتها اليومية التي تمتعها بالصحة الطبيعية و تكسبها السلوكات و الممارسات الصحية السليمة.فطريقة النصح و مكانة الشخص في الأسرة الذي يقدم النصح و الإرشادات، لها تأثير على مدى تقبل و تطبيق هذه المعلومات الصحية، فالمرأة في هذه المرحلة غالبا ما تنزعج و تصاب بالقلق عندما تقدم لها النصائح، إضافة إلى انعدام الوعي و كثرة العناد عند المرأة خاصة إذا كان النصح و الإرشاد المقدم لها بطريقة انفعالية أو قاسية تجعلها تنزعج و ترفض النصيحة من طرف الغير.

كما أن المشاكل المادية الصعبة التي تعيشها الأسرة الجزائرية، تؤثر على العلاقات الاجتماعية، حيث يصبح كل فرد من أفراد الأسرة يهتم بنفسه فقط و لا يخصص جزء من وقته لتوعية المرأة و الاهتمام بها و تزويدها بالمعرفة الصحية، و بالتالي تجد هذه الأخيرة نفسها وحيدة تتخبط في كثير من الاضطرابات النفسية و الجسدية بصمت.

إن الثقافة السائدة في المجتمع العربي بما فيها الجزائر، لا زالت في غالبيتها تتعامل مع المرأة كموضوع و كأداة في خدمة الأخر، و من ثم فهي تعيش مرحلة نهاية الخصوبة في صمت حتى لا يؤثر هذا الوضع على قيمتها و مكانتها داخل المجتمع أو تنبذ و تهمش خاصة من طرف الزوج.

الخاتمة :

إن حياة المرأة لا تنتهي بانتهاء الإنجاب، بل أنها تقبل على فترة جديدة هامة تعرف بمرحلة نهاية الخصوبة، و هي مرحلة انتقالية طبيعية تتوقف فيها المرأة عن الإنجاب و تطرأ عليها تغيرات عديدة منها الجسدية، النفسية و حتى الاجتماعية. و هذه التغيرات التي تعرفها المرأة في هذه الفترة العمرية يصاحبها تدهور في الأدوار المتعددة و المختلفة التي تمارسها في داخل الأسرة و المجتمع ككل.

فالمرأة في هذه المرحلة تؤثر و تتأثر بالمحيط الأسري ، و قد تصاب في كثير من الحالات ببعض الإمراض البسيطة منها و المعقدة، و قد تعاني من توترات مضايقات و عدم تقدير ذاتها اثر توقفها عن الإنجاب باعتبار هذا الأخير صورة مهمة لتحقيق مكانتها في المجتمع. لذا من الواجب الاهتمام بشكل خاص إلى كل ما يحدث للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة، خاصة التغيرات التي تطرأ و تحدث لها على المستوى الصحي، باعتبار أن المحافظة على صحتها و سلامتها هي المحافظة على صحة و سلامة المجتمع ككل. فلهذا يجب أن تقدم لها الرعاية اللازمة في هذه الفترة من مراحل عمرها، باعتبارها انطلاقة جديدة تستطيع تقديم عطاءات لصالحها و لصالح المجتمع و خاصة و أن المرأة اليوم أصبحت تعيش تقريبا 25 سنة في المتوسط بعد انقطاع دورتها الشهرية بصفة نهائية.

مازال واقع الوضع الصحي للمرأة في مرحلة نهاية الخصوبة في الجزائر محدود، و في حاجة إلى مزيد من الدراسات الكيفية و الكمية و التركيز و الاهتمام بتوعية النساء حول أهمية الرعاية أثناء فترة ما بعد سن الإنجاب و معرفة أهم الأعراض و الاضطرابات الجسمية و النفسية و الاجتماعية التي قد تتعرض لها، و اتخاذ حلول إستراتجية للوقاية و الاستعداد لمواجهتها و يتم ذلك عن طريق تعريف المرأة بتفاصيل هذه المرحلة في مختلف الأطوار التعليمية أي إعداد المرأة منذ صغرها.

إن انتشار الثقافة و الوعي الصحي بين النساء يعدان من بين أهم أسباب التمتع بالصحة الجيدة بتجنب المشاكل ونهج سبل الوقاية منها، الثقافة الصحية و التوعية بالأعراض المرضية و المشاكل الصحية التي تتعرض لها المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة، هذا الجهل يجعل الوضع الصحي يتأزم لعدم القيام بالفحوصات الطبية الكشفية و الوقائية و العلاج المبكر.

إن الثقافة السائدة في مجتمعنا تختلف باختلاف شرائحه الاجتماعية، و لكن لا زالت في غالبيتها تتعامل مع المرأة كموضوع و أداة في خدمة الآخر، و قيمتها تكمن في هذا الدور، و من ثم فهي تعيش هذه المرحلة من العمر بصمت حتى لا يؤثر هذا الوضع على قيمتها و مكانتها في وسطها الأسري أو تنبذ و تهمش من طرف الزوج و يصل بها إلى حد الطلاق أحيانا لسوء صحتها.

كما أن الانحصار في مجالات مغلقة و أدوار ضيقة مع انتشار الأمية و قلة التوعية يمنع النساء من الارتقاء و اكتساب ثقافة صحية و يدفعها لاستهلاك الثقافات التقليدية المتوارثة و أشكال العلاج البديلة.

إن نشر الثقافة و الوعي الصحي في وسط النساء في سن ما بعد الإنجاب لا يكفي لوحدهما بدون توفير الظروف المادية و الاجتماعية الملائمة و كذا توفير الخدمات الصحية و الطبية الحسنة التي تستفيد منها المرأة كإنسانة لها الحق في تحسين نمط وجود حياتها و صحتها خلال السنوات التي ستعيشها خلال مرحلة نهاية الخصوبة.

كما هناك مصدرا أخر للتعرف على المشاكل الصحية و هو وسائل الإعلام فهذه الوسيلة مفيدة حسب النساء لأنه بإمكان المرأة الاتصال بالطبيب على المباشر عبر الحصص التلفزيونية أو الإذاعية و طرح الأسئلة التي تثير انشغالهن و لكن تبقى وسائل الإعلام غير كافية لكون إن المشاكل الصحية لمرحلة نهاية الخصوبة لازالت تعتبر من الطبوهات، حيث يكون الحديث عنها بصفة جد محتشمة كما أن هذه الوسائل لا تراعي مختلف المستويات الثقافية. و من هذا المنطلق نجد إن الكثير من النساء ليست لهن المعرفة الكافية بهذه المرحلة و أهم المشاكل الصحية التي تعترضها، و بالتالي يجب توعية المرأة بمدى خطورة بعض الأمراض التي تكون لها أكثر عرضة و محاولة التعرف عليها، فالثقافة الصحية للمرأة تلعب دورا بارزا في الوقاية من مختلف هذه المشكلات الصحية.

و نشير في الأخير إن المسألة الصحية بما فيها انتهاج سلوكات و ممارسات صحية سليمة و مستحبة عند المرأة في مرحلة نهاية الخصوبة هي نتاج تداخل حوصلة من العوامل الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية و الديموغرافية.

المراجع باللغة العربية :

– القمش مصطفى ، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الأردن، 2000.

– السيد رمضان و محمود صالح عبد المحي، **أسس الخدمة الاجتماعية و التأهيل**، دار المعرفة، مصر، 1999.

– المكاوي علي، **علم الاجتماع الطبي**، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996.

– بهاء الدين إبراهيم سلامة، **الصحة و التربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.

– مخلوف اقبال إبراهيم ، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.

– مُحَمَّد عبد الفتاح، **سلسلة الدراسات التربوية و النفسية للمرأة**، البيطاش سنتر للنشر و التوزيع، الإسكندرية، 2004.

– رميسي نادية فرح ، حياة المرأة و صحتها، دار الجيل، سينا للنشر، القاهرة، 1992.

– هندومة مُحَمَّد أنور حامد، سن اليأس عند المرأة، دار المعرفة الجامعية، 2006.

– زكي ممدوح و آخرون، المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1989.

– الجمعية الجزائرية للأورام، **احمي نفسك من سرطان عنق الرحم**.

– الجمعية الجزائرية للأورام، جمعية الأمل، **سرطان الثدي، الكشف المبكر ينقذ الحياة**.

المراجع باللغة الفرنسية :

- Domart Andre et Bourneuf Jacques, **Petit Larousse de la médecine**, librairie la rousse, paris, 1983.

- El Hassar, **La ménopause**, Edition Dar El Gharb, Oran, Algérie, 2000.

- Tamborini Alain, **La ménopause**, librairie générale française, Paris, France, 2002.

-Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Rapport principale, ONS, juillet 2004.

- Organisation mondiale de la santé, Les femmes et la santé, la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain, OMS, 2009.