البحوث والدراسات

الآثار الاجتماعية والاقتصادية لتأخر الأمومة البيولوجية في سلطنة عمان: دراسة كمية تحليلية

أ. د. منير عبدالله كرادشه*
د. ناصر بن راشد المعولي**

ملخص

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى معاينة الآثار الاجتماعية والاقتصادية لتأخر الأمومة البيولوجية لدى السيدات العمانيات، وتقصي أنماط هذه الآثار على السيدات اللاتي يعانين من مظاهرها.

المنهج: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واتخذت الاستبانة أداة لجمع البيانات، والبرنامج الإحصائي المعروف في العلوم الاجتماعية بـ(SPSS) لتحليل البيانات ومعالجتها. أجريت الدراسة على عينة من نوع العينات الغرضية المتاحة، قوامها (317) من السيدات المترددات على المستشفيات والعيادات الخاصة بأمراض العقم والولادة، التي تتركز عادة في محافظة مسقط.

النتائج: كشفت نتائج الدراسة أن أغلب أسباب عقم النساء اللاتي أجريت عليهن الدراسة – من وجهة نظرهن – يعود لاعتبارات قدرية "أي تعود لمشيئة الله وقدره" بالمقام الأول، ولأسباب مرضية بالمرتبة الثانية، وبنسبة أقل تعود إلى أسباب تتعلق بالحسد والغيرة، كما توصلت إلى محدودية الانعكاسات الاجتماعية لظاهرة العقم الزواجي على السيدات العمانيات اللاتي يعانين من مظاهر العقم، وبخاصة احتمالات تفكك عرى اتحاداتهن الزواجية عن طريق الطلاق أو الانفصال أو تكرار زواج الزوج أو الزوجة.

* باحث رئيسي.
** باحث مشارك.

– تم تسليم البحث في 2017/5/31، عُدّل في 2017/10/24، أجيز للنشر في 2017/10/26.
Doi: https://www.doi.org/10.34120/0382-047-180-001

الخاتمة: تخلص الدراسة إلى أن الاعتبارات القدرية، التي تعود لمشيئة الله وقدره، والأسباب المرضية والاعتبارات الغيبية المتعلقة بالغيرة والحسد كانت أهم أسباب تأخر الأمومة البيولوجية من وجهة نظر النساء اللاتي يعانين من مظاهر تأخر إنجابهن بصورة طبيعية.

الكلمات المفتاحية: تأخر الأمومة البيولوجية، العقم، الآثار الاجتماعية والاقتصادية.

المقدمة

تجنح الأدبيات الاجتماعية والديموغرافية التي عنيت بدراسة ظاهرة تأخر الأمومة البيولوجية وتحليلها، إلى تأكيد وجود معاناة حقيقية لدى الإناث من أعراضها، وإلى انتشارها الواضح في المجتمعات الإنسانية (Nachtigaal, 2006). وعلى الرغم من أن هذه المشكلة تصيب كلاً من الذكور والإناث بالتساوي، فإن أغلب تبعاتها عادة ما تقع على عاتق الإناث، وبخاصة في المجتمعات الشرقية التي تتميز بخصوصية بناءاتها الاجتماعية والثقافية، وبمواقفها وممارساتها الأحادية النظرة للمرأة، التي تحاصرها بأدوارها التقليدية زوجةً وأمّاً وربة بيت وقناة لإنجاب الأطفال، وبشرطها الأنثوي ومقدرتها البيولوجية على الخصب والتكاثر؛ بصرف النظر عما تكون قد حققته من إنجازات سواء على الصعيد الاجتماعي أو الاقتصادي أو الثقافي (كرادشة، 2007).

فالإناث يعتبرن عادة أكثر معاناة من الذكور فيما يتعلق بالتداعيات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن مشكلة العقم، باعتبارهن أكثر سلبية في نظرتهن لذواتهن في حالة عدم اكتمال قدرتهن الطبيعية على الحمل والإنجاب (القشعان، 2000)، كما يتميزن بكثافة مشاعرهن الدونية وعمق إحساسهن بالقصور والنقص وبتضخم مشاعر العجز من جرّاء عدم قدرتهن على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي وما يرتبط بذلك من عدم قيامهن بمتطلبات الدور البيولوجي المنوط بهن (شحاتة، 1989) ويبدو أن قصور الإناث وعجزهن عن الإنجاب بشكل طبيعي – في بعض المراحل أو جميع مراحل حياتهن الإنجابية – عادة ما يكون له مردود عميق عليهن؛ وغالباً ما تمتاز هؤلاء الإناث – اللاتي

يعانين من مظاهر العقم – بحدة ردود أفعالهن من جراء غياب الأطفال عن حياتهن الأسرية، وبكثافة مشاعر الحرمان والقلق لديهن (خليفة، 1991).

وتؤكد الأدبيات الاجتماعية بهذا السياق ارتهان المكانة الاجتماعية للإناث – وبخاصة في المجتمعات التقليدية البسيطة، التي تتسم بهياكلها الاجتماعية المحافظة – بإنجازهن الإنجابي وبما ينجبنه فعلاً من أطفال، باعتبار أن الأطفال يشكلون تأميناً اجتماعياً لكثير منهن، وأداة ثمينة لإثبات هويتهن الأنثوية واكتساب الاحترام والاعتراف بهن كأعضاء لهن كامل الحقوق والواجبات، سواء داخل نطاق أسرهن أو مجتمعاتهن (كرادشة، 2013). كما تجمع هذه الأدبيات على أن العوامل الاجتماعية تمارس تأثيرها على "سلوك المرأة الإنجابي" من خلال آليات محددة، تنبع معظمها من الموروث الاجتماعي والثقافي ومنظومة القيم الملازمة لها، التي تبرز على شكل مجموعة من التجليات والضغوطات المتفاوتة في شدتها تبعاً لتباين خصائص المرأة نفسها وخصائص المحيط الذي تعيش في كنفه (الأدغم، 2003، ص.48)؛ الأمر الذي يضع الدارسين أمام حقيقة مهمة، تتمحور حول أهمية هذه العوامل وأهمية خصائص المحيط، وما يكتنفه من قيم ومعتقدات اجتماعية وثقافية، وأهمية خلفيات الإناث أنفسهن في تشكيل مواقفهن تجاه مسألة تأخرهن عن الإنجاب بشكل طبيعي.

ويبدو أن إشكالية ضعف قدرة المرأة البيولوجية على الخصب وعجزها عن الإنجاب بشكل طبيعي، أصبحت تأخذ حيزاً كبيراً من اهتمام الباحثين؛ بسبب ارتفاع نسب شيوعها، وتراكم آثارها، وبسبب خصوصيتها الشديدة، ولا سيما في المجتمعات التقليدية المحافظة، كالمجتمع العماني، التي تنظر إلى مشكلة العقم على أنها إشكالية حقيقية تقف بوجه المرأة بل تعدّه نوعاً من الإعاقة، والعجز عن قيام المرأة بمتطلبات الدور، وداء يقف ضد طبيعتها البيولوجية النازعة للخصب والإنجاب (كرادشة، 2012).

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

على الرغم من حساسية مسألة تأخر عملية الإنجاب الطبيعي للمرأة في المجتمع العماني الذي يتميز بموروثه الاجتماعي وقيمه التقليدية المفضِّلة

للخصب والإنجاب، وعمق انعكاساتها على جوانب حياة الزوجين الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فإن أغلب الجهود التي بذلت في هذا الإطار لم تتعرض لهذه الوقائع الحيوية وآثارها المختلفة بدقة وتفصيل، خاصة أن غياب الأطفال عن حياة الزوجين يعد مشكلة حقيقية وكبيرة تواجههما، وتواجه المرأة على وجه الخصوص، ويفسرها المجتمع كنوع من القصور عن قيامها بمتطلبات الدور البيولوجي وتوقعاته.

ويبدو أن أغلب الدراسات المحلية والعربية التي بحثت في هذه الظاهرة، قد ركزت جُلَّ اهتمامها على معاينة جوانب محددة منها، كتلك الجوانب ذات الصيغ النفسية والصحية، مهملة في ذلك جملة الأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية التي يمكن أن تصاحبها (القشعان، 2000؛ أبو إسحاق، 2007)؛ بحيث لم تمسّ جوهر الإشكالية الملازمة والمترتبة على هذه الظاهرة بجوانبها المختلفة على الرغم من عمقها وشدة انعكاساتها على حياة المرأة والأسرة؛ الأمر الذي دفع الباحثين الاجتماعيين تباعاً إلى السعي للإحاطة بحيثيات هذه الظاهرة وانعكاساتها الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، ودراستها بكثير من الدقة والتفصيل. وبشكل أكثر تحديداً، فإن مشكلة الدراسة الحالية تتمحور حول التساؤلات الآتية:

- ما الأسباب المؤدية لتأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة؟
- ما أهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية المختلفة لتأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية؟ وتفرع منه تساؤلان فرعيان، هما:
  - ما أهم الآثار الاجتماعية لظاهرة تأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية؟
  - ما أهم الآثار الاقتصادية لظاهرة تأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية؟

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معاينة أسباب تأخر الأمومة البيولوجية والآثار

الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على ذلك، سواء على حياة المرأة أو على حياة الأسرة، وبشكل أكثر تحديداً فإن هذه الدراسة تهدف إلى:

- تقصي الأسباب المؤدية لتأخر الأمومة البيولوجية من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة.
- معاينة أهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية المختلفة المؤدية لتأخر الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية، وتفرع منه هدفان فرعيان، هما:
  1 – تقصي ومعاينة أهم الآثار الاجتماعية لتأخر الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية.
  2 – تقصي ومعاينة أهم الآثار الاقتصادية لتأخر الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية.

أهمية الدراسة

تأتي أهمية هذه الدراسة من عدة اعتبارات، أهمها: أنها تصبّ جلّ اهتمامها في البحث والدراسة لبُعْدٍ بيولوجي محدد يتعلق بتأخر الوصول إلى الوالدية، ورصد انعكاساته وآثاره الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، وبخاصة أن هذا البُعد، بما يتضمنه من آثار ونتائج، لم يسبق دراسته بصورة معمقة وشاملة من قبل الباحثين في المجتمع العماني، على الرغم من حساسيته وعمق انعكاساته. كما تأتي أهمية هذه الدراسة باعتبارها من أوائل الدراسات المحلية على مستوى السلطنة التي تركز جهدها على معاينة إشكالية بيولوجية وحيوية محددة، ورصد آثارها خاصة تلك الآثار ذات الصيغ الاجتماعية والاقتصادية سواء على المرأة وعلى أسرتها. وفي ضوء ما تقدم فإن أهمية هذه الدراسة تأتي مما تتضمنه من محاولات لمعاينة الآثار الاجتماعية والاقتصادية – بشيء من التفصيل – التي يمكن أن تلازم ظاهرة تأخر الإنجاب الطبيعي لدى المرأة العمانية.

التعريفات المفاهيمية

- **تأخر الإنجاب الطبيعي**: استمرارية الحياة الزوجية لمدة سنة على الأقل دون حصول حمل، ويعبر هذا المفهوم عن تلك الأنماط من الاتحادات

الزواجية التي لا تفضي إلى إنجاب الأطفال بشكل طبيعي. كما يشير هذا المفهوم إلى عدم قدرة المرأة على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي؛ بسبب وجود خلل وظيفي أو عضوي معين، ويكون منه العقم الأولي والثانوي؛ فالعقم الأولي يعني عدم قدرة المرأة على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي. أما العقم الثانوي؛ فيعني وجود خلل معين قد يؤدي إلى منع الحمل بشكل مؤقت، وقد يحدث بعد حصول الزوجين على الأطفال (الأدغم، 2003، ص.39).

- **القدرة البيولوجية على الإنجاب** (Fecundity): المقدرة الفسيولوجية والبيولوجية الطبيعية على الخصب والإنجاب بشكل طبيعي (كرادشة، 2013، ص.71).
- **الخصوبة الفعلية** (Fertility): تشير إلى عدد المواليد الأحياء المنجبين للنساء اللاتي تراوح أعمارهن بين "15 و49" سنة (كرادشة، 2013، ص.72).

الإطار النظري

أسهمت عملية التنمية وما صاحبها من تغيرات اجتماعية واقتصادية طارئة على المجتمعات الإنسانية، في إحداث تحولات جذرية في طبيعة استجابات أفرادها، وفي بروز تغيرات واضحة وعميقة في مواقفهم وعلاقاتهم ومصالحهم المختلفة، وفي إحداث تبدلات مهمة في أنماط استجاباتهم الديموغرافية. ويبدو أن الظروف الملازمة لعملية التنمية التي مرت بها هذه المجتمعات وما اقترن بها من تغيرات في سياق تحولها إلى نمط المجتمعات العقلانية الحديثة؛ كان لها أثر حاسم ومباشر في تطلعات الأفراد المختلفة؛ إذ عززت ميولهم نحو تكوين أُسر صغيرة الحجم وزادت من توجهاتهم نحو تنظيم سلوكهم الإنجابي، وتأخير أعمارهم عند الزواج، حتى أصبحت هذه الاستجابات ملمحاً بارزاً لأفراد بعض المجتمعات، وبخاصة تلك التي تتصف بحداثة مواقفها الاجتماعية وعقلانيتها (كرادشة، 2007، ص.117).

كما شكلت هذه التحولات وما صاحبها من عمليات تغير وتبديل في استجابات السكان خاصة الديموغرافية منها محوراً لأطروحات ورؤى كل من ديفز وبلاك (Davis & Black) اللذين أشارا إلى أهمية عملية التنمية وما يتخللها من تحولات، وعمق إسهامها في تغير استجابات السكان الديموغرافية من خلال إعادة تقييمهم لما يمكن أن يقدمه الأبناء من منافع لهم، وإلى تضمن هذه التحولات لحوافز ومحركات متنوعة لديهم لدفعهم لاتخاذ قرارات متلاحقة تتسم بالرشادة والعقلانية والرغبة في إيجاد نوع من التوازن والمواءمة بين التكلفة التي يمكن أن يتكبدونها من جرّاء إنجاب الأطفال وتربيتهم من جهة، والمنافع الممكن أن يجنوها من ذلك من جهة أخرى، وقد طرحا بهذا الخصوص إطاراً نظرياً تحليلياً شخَّصا فيه الآلية التي تعمل خلالها جملة التحولات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الطارئة على المجتمعات الإنسانية، وفسَّرا خلاله دور هذه العوامل في تبديل سلوك أفرادها وتغيير طبيعة استجاباتهم الديموغرافية (كرادشة، 2013، ص.57). وقد أكدا من خلال إطارهما النظري هذا أن أغلب الآثار التي من الممكن أن تحدثها هذه التحولات على مستويات الإنجاب عادة ما تمر عبر مجموعة من المتغيرات أسمياها "المتغيرات الوسيطة للخصوبة"، وحدداها بأحد عشر متغيراً، من ضمنها متغير العقم بشقيه العمدي والطوعي، الذي من خلاله يمكن التأثير على مستويات الخصوبة بشكل مباشر (كرادشة، 2013، ص.58). كما شكلت هذه الأطروحات محور اهتمام بونجارتز (Bongaarts)، الذي قدم خلالها إطاراً نظريًا، اختزل فيها هذه المتغيرات إلى سبعة متغيرات في البداية، من ضمنها واقعة العقم، وأسماها المتغيرات التقريبية، وفي خطوة لاحقة قام باختزال هذه المتغيرات إلى أربعة، هي: استخدام موانع الحمل، والعمر عند الزواج، والإرضاع الطبيعي، والإجهاض، فسرَ خلالها أثر التحولات المختلفة التي شهدتها المجتمعات الإنسانية في سلوك المرأة الإنجابي، مؤكداً أهمية متغير العقم بشقَّيه العمدي والطوعي، ومحورية دوره في هذا السلوك (Ross, et al., 1986). ويبدو أن اهتمام الدراسات بمثل هذه الظواهر البيولوجية، قد شهد تحولاً جذرياً في العقود الأخيرة؛ كنتاج لعملية التقدم

الاقتصادي والاجتماعي وارتفاع وتيرة التحضر، وتوسع الإنتاج الصناعي، وانتشار وسائل الاتصال وتطورها السريع، إضافة إلى التقدم الملحوظ في التكنولوجيا الطبية ووسائل تنظيم الأسرة وأدواته، التي أسهمت في زيادة تمكّن المرأة من التحكم بقدرتها البيولوجية على الحمل والإنجاب (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2012، ص. 1–3).

وقد أصبحت مسألة تأخر الإنجاب الطبيعي تستخدم كمؤشر للحالة الصحية للسكان، ودرجة الرعاية الاجتماعية ومستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، خاصة فيما يتعلق بصحتهم الإنجابية، كما أصبحت مؤشراً مهماً لقياس درجة التقدم التقني الذي يتمتع به المجتمع ككل، وعلى نوعية خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للسيدات (الأدغم، 2003). والظاهر أن التحولات العلمية والتقدم المعرفي الطارئ في مجال الخصوبة والإنجاب قد سرَّعتْ ببروز ما اصطلح على تسميته بـ (Infertility)، الذي حل محل المفاهيم القديمة، والذي يشير إلى عدم القدرة على الإنجاب الطبيعي أو ضعفها، وقد عزز هذا المسمى الجديد آفاق الأبحاث والدراسات العلمية في هذا المجال وتكثيفها وإثرائها علمياً ومعرفياً (الأدغم، 2003).

الدراسات السابقة

تظهر المراجعة التقييمية للأدبيات التي بحثت في ظاهرة تأخر الإنجاب الطبيعي، ندرتها على مستوى الدراسات المحلية والعربية مقابل وفرتها على مستوى الدراسات الأجنبية. وسعياً إلى تقديم تصورات مهمة والاستفادة من نتائج هذه الدراسات وما تحصل من معرفة، والبناء عليها ومراكمتها، فقد عمدت الدراسة إلى استعراضها وفقاً لتقارب نتائجها ووفقاً لتقاطعاتها؛ وذلك للخروج بتصورات متكاملة لمخرجاتها في إطار متسق وشامل لأطراف هذه الظاهرة وعناصرها، وفيما يلي عرض لأهم نتائج هذه الدراسات وما تخللها من مقاربات وتقاطعات:

يلاحظ أن أغلب الدراسات التي أجريت في المجتمع العربي، قد أظهرت أن

مستويات العقم الزواجي – وبخاصة لدى الزوج – آخذة في الارتفاع بين مختلف شرائح المجتمع، ولا سيما لدى الأوساط الشعبية، وأن للعقم أسباباً عديدة لا تقتصر على جوانب بيولوجية المنشأ فحسب، بل تتعداها إلى جوانب ذات منشأ اجتماعي ونفسي وثقافي تتعلق بزيادة نزعة الأزواج نحو اللجوء إلى الممارسات الشعبية والمعتقدات والطرق السائدة والموروثة؛ أملاً في الحصول على الذرية (Macia, 1996). كما أبرزت الدراسات التي أجريت حديثاً في المجتمع الأردني (كرادشة، 2012) أن هناك عدداً كبيراً من السيدات المتزوجات يعانين من مسألة العقم، وأن تقدم الزوجة في العمر وعمرها الحالي يُعدّ من العوامل المهمة في حدوث العقم، وذو علاقة مباشرة به.

وفي دراسة أجريت على المجتمع الإيراني "لسفارينجاد" Safarinejad (2008)، وجد أن نسبة انتشار العقم الدائم والمؤقت في إيران تصل إلى (8%)، وهي مرشحة للازدياد في السنوات اللاحقة، وأن هذه النسبة تتباين بشكل واضح تبعاً لمنطقة الإقامة، كما تزداد حدتها مع تقدم العمر لكل من الزوجين، وتزداد تبعاً لارتفاع مستوى تعليم الزوجة، وارتفاع نسب استخدام العقاقير والأدوية ونوعية التغذية. وتتقارب هذه النتائج إلى حد بعيد مع نتائج دراسة "روتستين وشاه" Rutstein & Shah (2004)، التي أجريت على بيانات مسوحات السكان والصحة الأسرية العالمية لعام 2002، التي بينت وجود عدد كبير من السيدات المتزوجات في الدول النامية يعانين من مشكلة العقم، كما بينت تضاعف آثارها الاجتماعية والنفسية عليهن، وأوضحت الدراسة ذاتها أن تقدم عمر الزوجة، إضافة إلى عوامل أخرى ذات منشأ عضوي وبيولوجي، يُعدّ من العوامل ذات العلاقة القوية والمباشرة ببروز العقم عند الإناث في كثير من مجتمعات الدول النامية، كما أشارت إلى وجود ارتباط واضح بين عقم المرأة وانخفاض مكانتها الاجتماعية.

وتؤكد الدراسات الطبية الحديثة في هذا السياق، كدراسة "ناشتيجال" Nachtigall (2006)، أن المقدرة الإنجابية للأفراد – سواء كانوا إناثاً أم ذكوراً –

تتأثر إلى حد بعيد بصحتهم العامة؛ إذ إن بعض الأمراض التي يصاب بها الأفراد من كلا الجنسين قد تؤثر في قدرتهم الطبيعية على الإنجاب مستقبلاً بشكل طبيعي، كما قد يسهم سوء التغذية وانتشار الأمراض المعدية؛ مثل: السل، والسيلان، والزهري، ومرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، في زيادة بروز ملامح هذه الظاهرة. وقد تسهم الأمراض ذات العلاقة بالغدد والهرمونات – كاضطرابات الغدة الدرقية والنخامية، أو لأسباب عضوية وفسيولوجية متعلقة بعدم نضوج الأعضاء التناسلية للطرفين، أو لأسباب تكوينية – في تعزيز بروز هذه الظاهرة، كما تؤثر بعض الأمراض المزمنة على زيادة احتمالات بروز معالم العقم وفقدان الأم الحامل لأجنتها، سواء بشكل عرضي أو متعمد (كما هو الحال في الإجهاض المقصود). كما تؤكد بعض الدراسات ذات الصيغ الطبية؛ كدراسة الأدغم (2003)، أن احتمالات تعرض الأزواج للعقم تظهر بنسب متفاوتة، تحددها عناصر مختلفة ذات علاقة بخلفياتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وأذواقهم وتطلعاتهم وظروفهم النفسية المختلفة؛ إذ قد يؤدي الإجهاد النفسي وعدم التوافق الزواجي إلى بروز آثار سلبية على الدماغ وعلاقته بالغدد النخامية؛ ما يسهم ببروز اضطرابات في وظيفة المبيض لدى الإناث.

وخلصت دراسة بيترسون وآخرين Peterson et al. (2008)، إلى أن عجز المرأة عن الإنجاب بشكل طبيعي تقوده – في الغالب – عوامل ذات صيغ بيولوجية؛ كعدم اكتمال نموها وعجز الوظائف الفسيولوجية لديها عن أداء وظائفها بشكل طبيعي، وعدم اكتمال نمو الرحم لديها، وهي نتيجة تتفق مع ما خلصت إليه دراسة مارتينز، وآخرين Martins et al. (2011)، التي أشارت إلى أن أهم أسباب قصور السيدات عن الحمل والإنجاب بشكل طبيعي، يعود إلى عجز وظائفهن الفسيولوجية عن أداء أدوارها، والتغير الطارئ على العمليات البيولوجية المصاحبة لتقدمهن في العمر، وسوء تغذيتهن، واضطراب الدورة الطمثية، وتوقف الحيض، والعجز الجنسي، واستئصال الرحم، وهذه جميعها عوامل مساهمة في قصور قدرتهن الطبيعية على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي.

كما تلعب خصائص المحيط الذي يعيش فيه الفرد، سواء تلك الخصائص ذات المنشأ الاجتماعي أو الثقافي، دوراً كبيراً في بروز ملامح العقم وتفاقم مظاهره؛ وهذا ما أكده ليوس (2002) في معرض تحليله لـ "الطريق الصحيح لتشخيص العقم وعلاجه"؛ إذ أكد أهمية خصائص المحيط وما يسود المجتمع من قيم وتقاليد ومعتقدات في تفاقم مظاهر العقم في المجتمع. أما ما يتعلق بالآثار المترتبة على تأخر الإنجاب بشكل طبيعي، فقد أبرزت بعض الدراسات السابقة؛ كدراسة عسلية (2006) التي أجريت في قطاع غزة، أن أكثر الآثار المترتبة على عجز الزوجين عن الإنجاب بشكل طبيعي تمثلت في فقدان الاستمتاع بالحياة، وفقدان الهدف والمعنى لوجودهما واللامبالاة، وأن الزوجات الإناث أكثر تأثراً من الأزواج الذكور من جراء واقعة العقم، وأن أوضاعهم الاجتماعية والنفسية تزداد ترديا مع الوقت. وتتقاطع هذه النتائج مع ما خلص إليه "برودي وفلور" Brody & Flor (1997) اللذين أبرزا مجموعة من الأعراض الاجتماعية الملازمة لحرمان الزوجين من الأطفال، وأكدا أن أكثر هذه الأعراض بروزاً هي الانسحاب الاجتماعي والرغبة في العزلة الاجتماعية، وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين مناسباتهم الاجتماعية، وفرط الحساسية تجاه الآخرين، وبخاصة عند التطرق لمشكلة العقم وموضوعات ذات علاقة بقضايا الحمل والإنجاب.

وفي ضوء ما تقدم فإن ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات أنها تأخذ بعين الاعتبار جملة الأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على تأخر الإنجاب الطبيعي لدى السيدات في المجتمع العماني، والتركيز على هذه الجوانب تحديداً، سعياً للوصول إلى مستويات معرفية شاملة وعميقة لهذه الآثار، وبخاصة على المرأة؛ الأمر الذي من شأنه أن يوفر تصورات تفصيلية ودقيقة حول هذه الظاهرة، وما يصاحبها من آثار مختلفة على حياة المرأة والأسرة العمانية.

متغيرات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية[1]

يتمثل المتغير الرئيسي للدراسة في (تأخر الأمومة البيولوجية للسيدات العمانيات المرتبطات باتحادات زواجية منذ أكثر من سنة ولم يحملن أو يصلن بعد إلى مرحلة الأمومة، ولم يصادفن أن أنجبن أطفالاً خلال حياتهن الزواجية لأسباب قسرية)، ولمزيد من التوضيح حول طبيعة متغيرات الدراسة الملازمة لهذا المتغير الرئيسي؛ فقد قسمت متغيرات الدراسة لغايات تنظيمية على النحو الآتي:

أولاً – المتغير التابع المتمثل في: الآثار الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بمخرجات تأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية، وهي:

- طول فترة العلاج[2].
- الإصابة بالإحباط بسبب طول فترة العلاج.
- الحالة الاجتماعية الحالية للزوجة.
- تكرار زواج الزوجة.
- عدد الزوجات في عصمة الزوج.
- المصاريف التي تتكبدها الأسرة لمعالجة العقم.

ثانياً – المتغير المستقل المتمثل في: أسباب تأخر الوصول إلى مرحلة الأمومة البيولوجية من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة، وهي:

- أسباب إصابة الزوجة بمشكلة العقم بحسب وجهة نظرها.
- دور الزوج في بروز العقم ومدى اعترافه بذلك.
- طبيعة العقم الزواجي (مؤقت أو دائم).
- قدرة المرأة على الحصول على أطفال بشكل طبيعي مستقبلاً.

---

(1) تجدر الملاحظة أنه - بسبب خصوصية أفراد عينة الدراسة الذين هم من الإناث اللاتي يعانين من مشكلة تأخر الإنجاب الطبيعي والمترددات على مراكز ومستشفيات العقم والولادة في سلطنة عمان، ولهذه الاعتبارات - فقد تحديد المتغير التابع أو المستقل في الدراسة، وبخاصة أن جميع أفراد عينة الدراسة يعانون من الإشكالية البيولوجية ذاتها؛ أي أنهم متجانسون.

(2) التعريفات الإجرائية للمتغيرات اعتمدت كما هي واردة في الجداول الواردة في الدراسة.

ثالثاً – المتغير الرئيسي المتمثل في: تأخر الأمومة البيولوجية، الذي اتخذ شكل متغير مستقل في حال معاينة آثاره الاجتماعية والاقتصادية، بينما اتخذ شكل متغير تابع في حال معاينة أسبابه.

المنهج

اعتمدت الدراسة بصورة أساسية على منهج المسح الاجتماعي الذي يستند إلى الوصف التحليلي للظاهرة كما هي في الواقع؛ ولقدرة هذا المنهج على تفكيك الظاهرة قيد الدراسة ووصفها وصفاً كمّيّاً تحليلياً دقيقاً مستنداً إلى منهج المسح الميداني – باستخدام أسلوب العينة القصدية[3] كما هو في هذه الدراسة– وبالاعتماد على الاستبانة أداة لجمع البيانات عن مجتمع الدراسة وعن واقع الظاهرة المراد دراستها، والهدف من خلال ذلك معاينة الظاهرة قيد الدراسة بدقة وعمق، ورصد الأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليها، والوصول إلى مستويات معرفية دقيقة لواقعها، وتقديم تشخيص عميق لمعطياتها.

مجتمع الدراسة وعينتها

تعتمد هذه الدراسة – التي تعد من الدراسات الوصفية التحليلية – بصورة أساسية على منهج المسح الميداني الاجتماعي باستخدام أسلوب العينة، التي هي من نوع العينات القصدية[4] – وتعد أكثر أشكال العينات مناسبة ومراعاة لطبيعة مجتمع الدراسة الذي يقتصر على السيدات العمانيات المتزوجات أو سبق لهن الزواج ومضى على زواجهن سنة ولم يصلن إلى مرحلة الأمومة

(3) تم الوصول إلى مفردات عينة الدراسة، من خلال السؤال عن السيدات اللواتي تنطبق عليهن شروط الدراسة، وهن من السيدات العمانيات المترددات على العيادات والمستشفيات المختارة، التي تتوافر فيها مراكز متخصصة لمعالجة قضايا العقم والولادة، وقد ترك للباحثات حرية الاختيار للوصول لمفردات العينة داخل هذه المؤسسات الطبية.

(4) تعد العينة القصدية نوعاً من العينات التي تتطلب القياس، وبخاصة إذا كان مجتمع الدراسة غير مضبوط الأبعاد؛ ما يعني عدم وجود إطار دقيق يمكن من اختيار العينة (مرابطي ونحوي، 2009).

البيولوجية، ولم تتجاوز أعمارهن 49 سنة، ومن المترددات على مراكز ومستشفيات العقم والولادة في سلطنة عمان. وقد أخذ بعين الاعتبار عند جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة أن تكون العينة شاملة لكل من المستشفيات المتخصصة بقضايا العقم والولادة والعيادات النسائية، المتركزة أساساً في محافظة مسقط (انظر الجدول 1).

جدول 1

عدد العيادات والمستشفيات بحسب توزيعهما في محافظة مسقط

المنطقة / أو اسم المستشفى أو العيادة	عدد السيدات المستجيبات /المستشفيات في العينة
مستشفى جامعة السلطان قابوس	95
مركز وطية لأمراض النساء والولادة	97
عيادات خاصة	9
مستشفى مسقط /خاص	12
غير محدد	104
المجموع الكلي	317

وقد اعتمد للوصول إلى المستشفيات والمراكز الطبية المستهدفة، الشروع بجمع البيانات – من قبل الباحثات – من خلال تحديد مفردات مجتمع الدراسة بطريقة "العينة القصدية غير الاحتمالية"، بحيث توخى سؤال الباحثة داخل المؤسسة الطبية "مستشفى أو عيادة نسائية" السيدات العمانيات اللاتي يعانين من واقعة العقم، واللاتي سبق لهن الزواج ولم تتجاوز أعمارهن (49) عاماً، وجمعت البيانات اللازمة، استناداً إلى استبانة أُعدت خصيصاً لهذه الغاية.

خصائص عينة الدراسة

يهدف هذا العرض إلى تعرف بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لأفراد عينة الدراسة المكونة من النساء اللاتي يعانين من مظاهر العقم الزواجي في المجتمع العماني؛ وذلك سعياً إلى تحقيق فهم أكثر عمقاً لتفاصيل هذه الظاهرة وطبيعة محدداتها.

جدول 2

التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مستوياتهن التعليمية

مستوى التعليم*	التكرار Frequency	النسبة % Percent
أمية وتقرأ وتكتب فقط	8	%2.5
تعليم أساسي	30	%9.5
دبلوم/ ثانوي	123	%39.0
دبلوم بعد ثانوي	51	%16.2
جامعة فما فوق	102	%32.4
أخرى	1	%3
المجموع	315	%100.0
أعمار السيدات الحالية**	**التكرار Frequency**	**النسبة % Percent**
أقل من 24 سنة	37	%14.7
25–29 سنة	77	%30.6
30–34	65	%25.8
35 فما فوق	73	%29.0
المجموع	252	%100.0
مكان الإقامة في الأصل***	**التكرار Frequency**	**النسبة % Percent**
أرياف	110	%35.8
بادية	9	%2.9
مدن كبرى	172	%56
أخرى	16	%5.2
المجموع	307	%100.0

* عدد حالات (missing = 2)، ** عدد حالات (missing = 65)، *** عدد حالات (missing = 10)

يلاحظ من خلال نتائج الجدول (2)، أن هناك ارتفاعاً واضحاً في المستويات التعليمية لدى السيدات في عينة الدراسة؛ إذ يحمل أغلبهن مؤهلاً

جامعياً فما فوق بنسبة (32.4 %)، وعلى مستوى دبلوم ثانوي بنسبة تصل إلى (39.0%). في المقابل فإن هذه النسبة تنخفض بشكل واضح لتصل إلى (2.9%) لدى السيدات الأميات اللاتي يقرأن ويكتبن. كما تتركّز أعمار السيدات الحالية عند الفئة العمرية (35 سنة فما فوق)، وبنسبة تصل إلى (29.0%)، كذلك عند الفئة العمرية (25–29) بنسبة (30.6%)؛ ما يؤكد وجود ارتفاع واضح في أعمار السيدات اللاتي يعانين من مشكلة العقم؛ إذ قد تتضمن الأعمار الكبيرة للسيدات ضعفاً وقصوراً في قدرتهن البيولوجية على الإنجاب وبداية ما اصطلح على تسميته بالعقم الثانوي.

كما تكشف النتائج تركز أصول سكن أغلب السيدات في عينة الدراسة في المناطق الحضرية، بنسبة بلغت (56.0%)، مقابل ما نسبته (35.8%) من السيدات ينتمين إلى أصول ريفية، بينما لم تتجاوز هذه النسبة لدى السيدات اللاتي ينتمين إلى أصول (البادية) (2.9%).

مجالات الدراسة

تتمثل مجالات الدراسة في ثلاثة مجالات رئيسية، هي:

- **المجال البشري**: وهو مجموعة الأفراد الذين أجريت عليهم الدراسة؛ أي مجتمع الدراسة وعينته، وقد حُدّد مجتمع الدراسة في الإناث العمانيات اللاتي سبق لهن الزواج ولم يتجاوزن (49) سنة، ويعانين من مشكلة تأخر الإنجاب بشكل طبيعي، ومر على زواجهن أكثر من سنة ولم يحملن، ومن المترددات على العيادات والمستشفيات الخاصة بأمراض العقم والولادة في محافظة مسقط.
- **المجال الزمني**: وهو الفترة الزمنية التي استغرقتها الدراسة، وامتدت إلى مدة تزيد على (12 شهراً)، بدأت في (2015/5/14)، وقد استغرقت فترة جمع البيانات ما يقارب أربعة أشهر.
- **المجال الجغرافي أو المجال المكاني**: حدد لغايات هذه الدراسة للمجتمع العماني الذي مثل المجال الجغرافي للدراسة، وبالتحديد فإن مجتمع

الدراسة يشتمل جميع السيدات اللاتي يعانين من مشكلات العقم والولادة ولم يتجاوزن (49) عاماً من العمر، ويراجعن العيادات والمستشفيات الخاصة بالعقم والخصوبة، مع ملاحظة أن أغلب هذه المستشفيات أو المراكز موجودة في محافظة مسقط.

أداة جمع البيانات

اعتمدت الدراسة في جمع بياناتها على استبانة خصصت لأغراض الدراسة، تكونت معظمها من أسئلة حول الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للسيدات في عينة الدراسة، والأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية التي من الممكن أن تتركها واقعة العقم عليهن.

صدق الاستبانة وثباتها

اختبرت الاستبانة من خلال عرضها على مجموعة من المتخصصين من الأكاديميين[5] في كلية الآداب والعلوم الاجتماعية واختصاصيين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي في جامعة السلطان قابوس، وفي ضوء ملاحظاتهم أجريت التعديلات المطلوبة وأضيفت بعض الأسئلة المقترحة، لتخرج الأداة/ الاستبانة في صورتها النهائية. كما أُجريَ (Pilot Study)، كذلك أُجريَ اختبار قبلي (قبل أسبوع من الشروع بجمع البيانات من الميدان) بهدف اختبار أسئلة الدراسة على عينة محدودة من أفراد العينة الأصلية، قوامها (20) امرأة ممن تنطبق عليهن شروط الدراسة وتتطابق خصائصهن مع خصائص العينة وصفاتها؛ وذلك للتأكد من دقة أسئلة الاستبانة وملاءمتها لطبيعة الظاهرة. إضافة إلى ما تقدم تم التأكد من واقعية الأسئلة ودقتها ومدى ثباتها وتجانس نتائجها، من خلال إجراء اختبار معامل الثبات (Reliability)، الذي أكد وجود تجانس واضح في النتائج؛ إذ بلغ معامل الارتباط (Correlation) بين الفقرات (0.82) وبشكل طردي وموجب؛ مما يعني أن هناك ثباتاً في القياس وتجانساً واضحاً في النتائج؛ ما يعزز مصداقية بيانات الدراسة.

(5) بلغ عدد المحكمين للاستبانة (12) محكماً.

محددات الدراسة

تتميز البيانات المتحصلة من أداة الدراسة بإتاحتها مجموعة من الأسئلة ذات العلاقة بأسباب العقم وآثاره سواء الاجتماعية أو الاقتصادية أو الديموغرافية أو الثقافية، التي لها علاقة مباشرة بهذه الظاهرة؛ مما أضفى على هذه البيانات مزيداً من الخصوصية والجدة. إذ تضمنت استبانة الدراسة أسئلة مفصلة ومباشرة حول الأسباب والآثار المترتبة على السيدات اللاتي يعانين من هذه الواقعة ومتلازماتها؛ ما عزز من إمكانية تشخيص الظاهرة بصورة دقيقة. ومن المحددات الأخرى للدراسة أن بيانات هذه الدراسة غطت حصرياً فترة زمنية محددة، واقتصرت عينتها على النساء اللاتي سبق لهن الزواج ويعانين من مشكلة العقم الزواجي، والمترددات على العيادات الطبية والمستشفيات الخاصة بأمراض العقم والولادة في محافظة مسقط، وتراوح أعمارهن بين (15 و49) سنة، وهي الفترة التي تكون فيها المرأة قادرة بيولوجياً على الخصب والإنجاب. كما تحددت الدراسة بطبيعة أهدافها التي تسعى إلى معاينتها والمتمثلة في تقَصي الأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على تأخر الإنجاب الطبيعي لدى النساء العمانيات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

لتحليل بيانات الدراسة بشكل مناسب ودقيق، تم الاستعانة بنموذج التحليل الوصفي البسيط لمتغيرات الدراسة، وتمثل بنموذج التوزيعات النسبية والتكرارية (Percentages)، كذلك بنموذج كاي تربيع (Chi-Square) الذي يمتاز بملاءمته لأهداف الدراسة، ويعد نموذج كاي تربيع من أنسب النماذج الإحصائية لطبيعة الظاهرة قيد الدراسة، وبخاصة عندما تكون البيانات مصنفة ضمن مقياس اسمي ومرتبة على شكل تكرارات ونسب، كما يعد هذا الاختبار اختباراً غير معلمي، ويستخدم –عادة – للكشف عن الفروقات في كثافة التوزيعات النسبية وتركزها وكشف الدلالة الإحصائية بين المتغيرات وفئاتها (كرادشة، 2014، ص.181)، ويعد هذا النموذج مناسباً أيضاً عندما يكون أفراد

عينة الدراسة متجانسين؛ أي يملكون السمات والخصائص نفسها (كحال هذه الدراسة؛ حيث يتسم أفرادها كافة بالتجانس؛ إذ إن جميعهن من السيدات العمانيات اللاتي سبق لهن الزواج ويعانين من مشكلة العقم بشقيه الأولي والثانوي، ومن المترددات على عيادات ومراكز ومستشفيات العقم والولادة). وقد تم فحص الدلالة الإحصائية (Significance) لكل متغير باستخدام نموذج تحليل كاي تربيع، وعند مستوى دلالة إحصائية (0.05%) فأقل، واستخدم لهذه الغاية برنامج الرزم الإحصائية المعروف (SPSS) الخاص بالعلوم الاجتماعية والإنسانية لإجراء عمليات التحليل الإحصائي.

النتائج ومناقشتها

يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى تقديم تحليل مفصل لظاهرة تأخر الأمومة البيولوجية عند النساء في المجتمع العماني، ومعاينة أهم أسبابها وآثارها الاجتماعية والاقتصادية والكشف عنها. ولتحقيق هذه الأهداف تم الاستعانة بنماذج إحصائية أحادية ممثلة بالتوزيعات التكرارية والنسبية، بالإضافة إلى نموذج تحليل كاي تربيع، التي سيتم تناولها وعرضها بشكل منظم ومتسلسل خلال هذا الجزء من الدراسة. ولغايات تنظيمية ولتحقيق التسلسل المنطقي المفترض لنتائج الدراسة، قسم هذا الجزء من الدراسة إلى ثلاثة أجزاء رئيسية، هي: أولاً– أسباب تأخر الأمومة البيولوجية لدى النساء في المجتمع العماني من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة. ثانياً– الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة تأخر الأمومة البيولوجية لدى النساء في المجتمع العماني. ثالثاً– أثر بعض المتغيرات في اتجاهات السيدات نحو الأسباب والآثار المترتبة على تأخر وصولهن لمرحلة الأمومة البيولوجية.

أولاً – الأسباب المؤدية لتأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة

يهدف هذا الجزء من الدراسة – بشكل أساسي – إلى تحديد أهم وجهات نظر السيدات تجاه تأخر إنجابهن الطبيعي (من وجهة نظر النساء اللاتي يعانين

من مظاهر العقم الزواجي والمترددات على العيادات الطبية والمستشفيات الخاصة بأمراض العقم والولادة في محافظة مسقط)؛ وذلك سعياً للوصول إلى معرفة دقيقة لأهم مواقف هؤلاء السيدات ووجهات نظرهن حول هذه الظاهرة، وفيما يلي عرض تفصيلي للنتائج:

جدول 3

التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب تصوراتهن لأسباب عدم قدرتهن على الإنجاب

وجهة نظر السيدات لأسباب عدم قدرتهن على الإنجاب بشكل طبيعي	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
لأسباب مرضية	71	%24.3	16.4	0.05
قضاء وقدر "مشيئة الله"	182	%62.3		
الحسد والغيرة	24	%8.2		
بسبب الزوج (هو يتحمل المسؤولية)	14	%4.8		
لاعتبارات خرافية (كالاعتقاد بتأثير الآخرين بالسحر، وغيره)	1	%0.3		
المجموع	292	%100.0		

عدد حالات (missing = 25)

تبين نتائج الجدول (3) المتعلق بتصورات السيدات قيد الدراسة حول أسباب عدم قدرتهن على الإنجاب بشكل طبيعي، أن هناك فروقات مهمة في وجهات نظرهن بهذا الخصوص، على الرغم من إجماع أكثر من نصف السيدات على أن السبب الرئيسي وراء عدم إنجابهن يعود إلى مشيئة الله وقدره (أي لأسباب قدرية) بنسبة بلغت (62.3%).

في المقابل أشارت ما نسبته (24.3%) من السيدات إلى أن السبب يعود إلى ظروف واعتبارات مرضية. وهو ما يتفق مع ما خلصت إليه دراسة كرادشة

(2012) التي أكدت أن المقدرة الإنجابية تتأثر إلى حد كبير بصحة الإناث؛ إذ إن بعض الأمراض التي تصاب بها الإناث قد تؤثر في قدرتهن الإنجابية مستقبلاً، كما قد يعود عجزهن عن الإنجاب إلى أسباب تتعلق بسوء التغذية وانتشار الأمراض المعدية كالسل والسيلان والزهري ومرض نقص المناعة المكتسب، كما قد يعود إلى اضطرابات قد تصيب الغدد والهرمونات؛ كاضطرابات الغدة الدرقية والنخامية أو لأسباب فسيولوجية ذات علاقة بعدم نضج الأعضاء التناسلية للمرأة أو لأسباب تكوينية، كما قد يؤثر انتشار الأمراض المزمنة على زيادة احتمالات العقم وفقدان الأم الحامل لأجنتها سواء عن طريق عرضي أو متعمد.

بينما أشارت (8.2%) منهن إلى أن ذلك يعود إلى الحسد والغيرة، وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ بالمقابل عزت (0.3%) فقط من السيدات أسباب تأخرهن عن الإنجاب بشكل طبيعي إلى أسباب ومعتقدات خرافية (كالاعتقاد بأنه معمول لها السحر أو حرز أو غيره)؛ ما يؤكد استمرار شيوع أفكار شعبية ومعتقدات غيبية ملازمة لتأخر السيدات عن الإنجاب بشكل طبيعي لدى بعض الشرائح الاجتماعية الضيقة في المجتمع العماني؛ وهي – في مجملها – نتائج مهمة ولها دلالتها الإحصائية عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل، كما أن لها دلالاتها الاجتماعية والثقافية العميقة والجديرة بالاهتمام، التي تستحق التوقف عندها مطولاً وكشف مضامينها. بالإضافة إلى اقتناع (4.8%) منهن بأن سبب عقمهن يعود إلى الزوج نفسه، واعتبرنه مسؤولاً عن حالة العقم التي يمررن بها، وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل.

وبشكل عام تبين هذه النتائج وجود نسبة واضحة من السيدات قيد الدراسة من اللاتي ينزعن لتبرير سبب عدم قدرتهن على الإنجاب وعزوه لاعتبارات قدرية (أي يعود لقضاء الله وقدره)، أو لأسباب غيبية وغير

موضوعية تتعلق بالحسد والغيرة. كما توضح نتائج الدراسة وجود نسبة بارزة من السيدات قيد الدراسة يرجعن سبب عقمهن إلى الزوج نفسه ويعتبرنه سبب معاناتهن من هذه المشكلة.

جدول 4

مدى إقرار الزوج بمسؤوليته عن مشكلة العقم

إقرار الزوج بمسؤوليته عن مشكلة تأخر الإنجاب الطبيعي	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
نعم	160	%67.8	126.5	0.05
لا (يضع المسؤولية عليّ وحدي)	34	%14.4		
أحياناً يقرّ بذلك	42	%17.8		
المجموع	236	%100.0		

عدد حالات (missing = 81)

أما ما يتعلق بنتائج الجدول (4)، التي سعت إلى معاينة طبيعة ردود فعل الزوج – بحسب وجهة نظر السيدات قيد الدراسة – حول عدم إمكانية زوجته من إنجاب أطفال بشكل طبيعي، وحول الطرف المسؤول عن ذلك؛ فقد تركزت أغلب إجابات السيدات قيد الدراسة في إطار إقرار الزوج بمسؤوليته كطرف مسبب للعقم وبنسبة (67.8%)، بينما أشارت ما نسبته (17.8%) من السيدات إلى أنه "أحياناً يقر بذلك"، في حين أشارت ما نسبته (14.4%) منهن إلى أن ردة فعل أزواجهن – على عدم إمكانية حصولهن على الأطفال بشكل طبيعي – صبت باتجاه "إلقاء المسؤولية واللوم عليهن ومحاولة تحميلهن جميع تبعات هذه الإشكالية البيولوجية". وهي نتيجة تؤكد تباين ردود فعل السيدات حول أسباب بروز مشكلة العقم والشخص المسؤول عن ذلك، وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل.

جدول 5

نوع العقم، وسبق إبلاغ السيدة من قبل الطبيب بذلك

نوع العقم من وجهة نظر السيدات، وأملهن في الإنجاب مستقبلاً*	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
نعم (كونه مؤقتاً)	260	%90	14.3	0.05
لا (كونه دائماً)	29	%10		
المجموع	289	%100.0		
عدم إمكانية السيدات من الإنجاب مستقبلاً بشكل طبيعي**	**التكرار Frequency**	**النسبة % Percent**	**مربع كاي X^2**	**الدلالة الإحصائية Sig.**
نعم	43	%14.7	145.3	0.05
لا	249	%85.3		
المجموع	292	%100.0		

* عدد حالات (missing = 28)، ** عدد حالات (missing = 25)

تفيد نتائج الجدول (5) أن هناك ما نسبته (90.0%) من السيدات قيد الدراسة، يعتبرن مسألة تأخرهن عن الإنجاب حالة مؤقتة وآنية، مقابل (10.0%) اعتبرن عدم القدرة على الإنجاب حالة دائمة؛ وتعكس هذه النتيجة حجم التفاؤل الذي يكتنف هؤلاء السيدات وآمالهن بالعلاج والتخلص من هذه المشكلة؛ ما يعني أن مشكلة العقم بتصورهن ما هي إلا معضلة مؤقتة تعترض حياتهن وقابلة للعلاج والحل، على الرغم من إشارة نسبة مرتفعة من السيدات قيد الدراسة إلى أنهن سبق أن بلغهن الطبيب بصعوبة إمكانية إنجابهن مستقبلاً، وبنسبة بلغت (14.7%). وتعد هذه النتائج – في مجملها – مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ وهي نتيجة تشير إلى وجود تعارض بين واقع هؤلاء السيدات (بسبب قصورهن البيولوجي عن الإنجاب) من جهة وآمالهن

بالإنجاب مستقبلاً من جهة أخرى، ويمكن رد هذه النتيجة لاعتبارات تتعلق بشدة رغباتهن وقوة تشبثهن بفرص الإنجاب مستقبلاً، ولاعتقادهن بأن مسألة الإنجاب مسألة قدرية تعود لمشيئة الله وحده.

وبشكل عام، تؤكد نتائج "كاي تربيع" أهمية الجوانب التي تم إيرادها أسباباً رئيسية لبروز واقعة العقم الزواجي، التي جاءت معظمها ذات دلالة إحصائية معنوية ومهمة عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل.

ثانياً – أهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية المختلفة لتأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية

تتمحور أهداف هذا الجزء من الدراسة حول محاولة كشف أهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية، المترتبة على السيدات قيد الدراسة من جراء معاناتهن من مظاهر العقم الزواجي، ومحاولة تقديم تصورات تفصيلية لانعكاسات هذه الظاهرة من نواحٍ مختلفة، اعتماداً على نموذج التوزيعات التكرارية والنسبية، إضافة إلى نموذج تحليل كاي تربيع، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

أولاً – أهم الآثار الاجتماعية لظاهرة تأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية

يسعى هذا الجزء من الدراسة إلى الكشف عن أهم الآثار ذات الصيغ الاجتماعية التي يمكن أن تؤثر على المرأة العمانية التي تعاني من مظاهر العقم، وتتمثل هذه الآثار في: طول فترة العلاج من المشكلة، وسبقت الإصابة بالإحباط واليأس بسبب طول فترة العلاج، والحالة الاجتماعية الحالية للسيدات قيد الدراسة، وتكرار زواج الزوجة وعدد الزوجات في عصمة الزوج، وفيما يلي عرض مفصل لتلك النتائج:

جدول 6

طول فترة العلاج من ظاهرة العقم ومظاهر الإصابة باليأس بسبب طول فترة العلاج

طول فترة العلاج من هذه المشكلة*	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
أقل من سنة	74	%26.1	32.0	0.05
سنة إلى 3 سنوات	105	%37.1		
3 إلى 5 سنوات	37	%13.1		
خمس سنوات فما فوق	67	%23.7		
المجموع	283	%100.0		
سبق الإصابة بحالة الإحباط واليأس بسبب طول فترة العلاج**	**التكرار Frequency**	**النسبة % Percent**	**مربع كاي X^2**	**الدلالة الإحصائية Sig.**
نعم	97	%33.6	31.2	0.05
لا	192	%66.4		
المجموع	289	%100.0		

* عدد حالات (missing = 34)، ** عدد حالات (missing = 28)

تكشف نتائج الجدول (6) أن أغلب النساء قيد الدراسة أشرن إلى أن مدة علاجهن راوحت بين (1 و 3) سنوات بنسبة بلغت (37.1%). بينما أشارت (26.1%) من السيدات إلى أن طول فترة العلاج لم تتجاوز سنة واحدة. كما كشفت النتائج أن ما نسبته (23.7%) من هؤلاء النساء عانين من فترات علاج طويلة تجاوزت (5) سنوات؛ الأمر الذي أسهم في تردي أوضاعهن النفسية وزيادة حجم معاناتهن سواء من ناحية اجتماعية أو اقتصادية، وتوضح النتائج أن هناك (33.6%) من السيدات في عينة الدراسة قد أصبن فعلاً بالإحباط واليأس بسبب طول فترة العلاج، وهي – في مجملها – نتائج مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ وهو ما يتفق مع ما خلصت إليه دراسة

قشعان والبشر (2009) اللذين ينظران إلى العقم بوصفه نوعاً من الإعاقة غير المرئية، ويذهبان إلى أن العلاجات الطبية المقدمة لمرضى العقم عادة ما تترك آثاراً متنوعة، تمس كثيراً من جوانب حياة المرأة وتزيد من حجم الضغوط المادية والنفسية والاجتماعية عليها، ويذهب زهران (1997) بهذا الخصوص إلى أن العقم يقف في وجه طبيعة المرأة النازعة للخصب والإنجاب وإشباع غريزة الأمومة، وعادة ما يقترن بروزه بزيادة مشاعر الإحباط واليأس بسبب عدم الحصول على الأطفال وبسبب مخاوفها من الطلاق وزواج زوجها بأخرى.

جدول 7

التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب حالتهن الاجتماعية حالياً

الحالة الاجتماعية للسيدات	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
متزوجة وأعيش مع الزوج	302	%97.4	573.1	0.05
سبق أن تعرضت للطلاق	6	%2.3		
سبق التعرض للهجر	1	%0.3		
المجموع	310	%100.0		

* عدد حالات (missing = 7)

تبين نتائج الجدول (7) أن أغلب السيدات في عينة الدراسة (اللاتي يعانين من مشكلة العقم) هن من النساء اللاتي يعشن مع أزواجهن وبنسبة (97.4%)، مقابل انخفاض نسب السيدات اللاتي سبق أن تعرضن لواقعة الطلاق وبنسبة بلغت (2.3%)، وللهجر بنسبة (0.3%)، وهي نسبة متدنية جداً وغير مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل. وهذه النتائج تتعارض مع نتائج دراسة القشعان والبشر (2009) التي أشارت إلى أن عقم الزوجة قد يكون مبرراً من قبل الزوج للجوء إلى الطلاق، خاصة في المناطق الريفية التي لا تعترف بوجود آخر للمرأة سوى ذلك الذي يرتبط بالأطفال وبأهمية وظيفتها البيولوجية،

وبأن عدم إنجابهن يعرضهن لضغوطات مختلفة من قبل الزوج قد تصل إلى حد الطلاق أو الزواج بأخرى.

وبصورة عامة فإن هذه النتيجة تذهب إلى تأكيد أن أغلب السيدات قيد الدراسة هن من السيدات اللاتي يتمتعن باتحادات زواجية مستقرة ومتماسكة لم تعْترِها عمليات التحطيم أو التفكيك بسبب تعرضهن لمشكلة العقم، وقد يفسر ذلك بأن لدى هؤلاء السيدات آليات مناسبة لاحتواء التوتر والصراع الممكن أن ينجم عن بروز مثل هذه الوقائع الحيوية، وبأن معاناتهم من هذه الإشكالية قد لا تصل إلى حد تفكيك عرى اتحاداتهن الزواجية، أو إلى مستوى تحطيم مؤسستهن الأسرية.

جدول 8

تكرار زواج السيدات قيد الدراسة

تكرار زواج الزوجة	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
نعم	13	%4.2	256.2	0.05
لا	293	%95.8		
المجموع	306	%100.0		

* عدد حالات (missing = 11)

توضح نتائج الجدول (8) وجود انخفاض واضح في نسب تكرار زواج الزوجة لدى السيدات قيد الدراسة اللاتي يعانين من مظاهر العقم الزواجي، وبنسبة تصل إلى (4.2%)؛ الأمر الذي يعني عدم وجود ارتباط واضح بين حالة عقم الزوجة وتكرار زواجها. وعلى الرغم من أن هذه النسبة تعدّ قليلة نسبياً، فإنها تكشف بعض أوجه علاقة العقم الزواجي بتكرار زواج السيدات، وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل.

ويبدو أن هناك العديد من الدراسات التي تميل إلى تأكيد وجود ارتباط مهم بين بروز مظاهر العقم الزواجي وتكرار زواج الزوجة (الهنائي، 2013)، وتفسره لاعتبارات

تتعلق بالظروف النفسية والأوضاع الاجتماعية التي يمكن أن تمر بها مثل هؤلاء الزوجات، ولاعتبارات تتعلق بزيادة تعرضهن لضغوط اجتماعية ونفسية مختلفة من قبل محيطهن الاجتماعي. وهي نتيجة تتعارض مع ما خلصت إليه نتائج دراسة كل من صائم (2003) وكرادشة (2012) اللتين ذهبتا باتجاه تأكيد وجود ارتباط واضح بين حالة عقم الزوجة وتكرار زواجها، ويبدو أن لهذه العلاقة جوانب اجتماعية وثقافية أخرى متداخلة ومتعددة يجدر التوقف عندها ودراستها.

جدول 9

عدد الزوجات في عصمة الزوج

عدد الزوجات في عصمة الزوج	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
زوجة واحدة	303	%98.1	586.2	0.05
أكثر من واحدة	6	%1.9		
المجموع	309	%100.0		

* عدد حالات (missing = 8)

تظهر نتائج الجدول (9) وجود انخفاض واضح في نسب زواج الزوج بأكثر من زوجة (لدى أزواج السيدات قيد الدراسة اللاتي يعانين من مظاهر العقم الزواجي)، وبنسبة تصل إلى (1.9%)، وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل، وهي نتيجة تكشف عدم وجود أي ارتباط بين نمط تعدد الزوجات وبروز مظاهر العقم لدى الأسرة العمانية، على الرغم من أن بعض الدراسات السابقة تميل إلى تأكيد مثل هذه الارتباطات وبشكل واضح وصريح؛ فتشير دراسة الحبسي (2010) والبيلي (2009)، بهذا الخصوص، إلى أن أغلب المجتمعات التقليدية المحافظة لا تعترف بوجود آخر للمرأة سوى ذلك الذي يرتبط بزوج وأطفال وبأهمية وظائفها البيولوجية، وإلى أن عدم حصولها على الأطفال، قد يعرضها لضغوطات مختلفة قد تصل إلى حدّ الطلاق أو ارتباط الزوج بأخرى، وقد تشكل حالة

عقمها أو تأخرها عن الإنجاب – بحسب نتائج دراسة كرادشة (2012) – محركاً فاعلاً لتكرار زواج الزوج بأخرى، ولتصدع بنيان أسرتها وتفككها، وتؤكد نتائج دراسة أبو إسحاق (2007) أيضاً وجود علاقة ارتباطية واضحة بين مظاهر عقم الزوجة واحتمالات قيام الزوج بالزواج بأخرى.

ثانياً – أهم الآثار الاقتصادية لظاهرة تأخر الوصول إلى الأمومة البيولوجية على المرأة العمانية

يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى الكشف عن أهم الآثار والانعكاسات الاقتصادية التي تتركها ظاهرة تأخر الإنجاب الطبيعي على السيدات قيد الدراسة، وهي تتلخص في التكاليف الاقتصادية التي تتكبدها الأسر من جراء معالجة مظاهر العقم وتأخر الإنجاب الطبيعي المختلفة، وفيما يلي عرض مفصل لتلك النتائج:

جدول 10

التكلفة الاقتصادية التي تتكبدها الأسرة من جراء المعالجة من مظاهر العقم

التكاليف المادية التي تتكبدها الأسرة لمعالجة العقم	التكرار Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
249 ريالاً فأقل	103	%49.8	123.2	0.05
250–499 ريالاً	29	%14.0		
500–749 ريالاً	23	%11.1		
750–999 ريالاً	13	%6.3		
1000 ريال فما فوق	39	%18.8		
المجموع	207	%100.0		

* عدد حالات (missing = 110)

أما الآثار الاقتصادية لمسألة تأخر الإنجاب الطبيعي على السيدات اللاتي يعانين من هذه المشكلة وأسرهن؛ فتوضح نتائج الجدول (10) ارتفاع التكلفة المادية الشهرية التي تتكبدها أسر السيدات من جراء معاناتهن هذه المشكلة؛ فقد أشارت ما نسبته (18.8%) من السيدات إلى أنهن يتكبدن مصاريف شهرية

تتجاوز (1000) ريال عماني، مقابل 14% راوح ما يتكبدنه من تكلفة بين (250 و499) ريالاً عمانيّاً، في حين أشار 49.8% إلى أن تكلفتهن المادية لم تتجاوز 249 ريالاً عمانيّاً وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ ما يوضح ارتفاع حجم المعاناة المادية لهؤلاء السيدات وأزواجهن من جراء هذه الإشكالية. وهي نتيجة تؤكد تلازم معاناة السيدات من مظاهر العقم بارتفاع حجم التكلفة المادية التي يتحملها الزوجان من جراء ذلك، وتبيّن وجود ضغوط اقتصادية متعددة مصاحبة لمشكلة تأخرهن عن الإنجاب بشكل طبيعي.

ثالثاً – أثر بعض المتغيرات في اتجاهات السيدات نحو الأسباب والآثار المترتبة على تأخر وصولهن إلى مرحلة الأمومة البيولوجية

أ – أسباب تأخر الإنجاب الطبيعي وفقاً لمكان الإقامة والعمر والتعليم

كُرِّس الجدول (11) لمعاينة أثر متغير "مكان الإقامة الحالي للسيدات، وأعمارهن الحالية، ومستويات تعليمهن"، في مواقفهن إزاء أسباب تأخرهن عن الإنجاب بشكل طبيعي، وذلك باستخدام نموذج تحليل كاي تربيع (chi-square)، وفيما يلي عرض لأهم النتائج:

جدول 11

أسباب تأخر الوصول إلى مرحلة الوالدية للسيدات وفقاً لمتغيرات: مكان الاقامة والعمر والتعليم

اسم المتغير	Chi-Square (x^2)		
الأسباب	مكان الإقامة الحالي	العمر	مستوى التعليم
– أسباب عدم القدرة على الإنجاب من وجهة نظر السيدات قيد الدراسة (X^2)	4.703	13.080	25.999
– (Sig) مستوى الدلالة	0.967	0.166	0.363
– مسؤولية الزوج عن مشكلة تأخر الإنجاب الطبيعي "العقم" (X^2)	4.590	8.905	10.156
– (Sig) مستوى الدلالة	0.597	0.179	0.071

تابع/ جدول 11

أسباب تأخر الوصول إلى مرحلة الوالدية للسيدات وفقاً لمتغيرات: مكان الاقامة والعمر والتعليم

اسم المتغير	Chi-Square (x^2)		
الأسباب	مكان الإقامة الحالي	العمر	مستوى التعليم
نوع العقم	1.341	3.845	4.066
– (Sig) مستوى الدلالة	0.719	0.540	0.279
عدم إمكانية الإنجاب مستقبلاً بشكل طبيعي (X^2)	1.701	0.964	0.263
– (Sig) مستوى الدلالة	0.637	0.812	0.810

تبرز نتائج الجدول (11) أن هناك اتساقاً في مواقف السيدات قيد الدراسة فيما يتعلق بمواقفهن إزاء أسباب عدم قدرتهن على الإنجاب بشكل طبيعي وفقاً لنمط مكان إقامتهن الحالي وفئاتهن العمرية ومستوياتهن التعليمية، وتتضح هذه النتيجة في ضوء عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%)؛ ما يؤكد أنه ليس لهذه الخلفيات الديموغرافية والاجتماعية أي آثار مهمة على تباين مواقفهن إزاء الأسباب التي تقف وراء تأخرهن عن الإنجاب. وهي نتيجة تتعارض مع ما خلصت اليه دراسة Macia (2002) حول أثر مكان الإقامة في مثل هذه الجوانب، وفسرته في ضوء عمق إسهام السكن في المناطق الحضرية في تحرير المرأة من كثير من المعتقدات والأفكار الشعبية المتعلقة بأسباب عدم قدرتها على الخصب والإنجاب بشكل طبيعي؛ إذ قد تسهم الإقامة في المناطق الحضرية بزيادة تأثر السيدات بقيم الحداثة التي من شأنها أن تنعكس على مواقفهن ومعتقداتهن حول طبيعة الأسباب التي تقف وراء عدم قدرتهن على الإنجاب بشكل طبيعي، وأشار كرادشة (2012) بهذا الخصوص إلى أن معتقدات السكان حول عدم قدرة السيدات البيولوجية على الإنجاب تتباين وفقاً لدرجة تطور المجتمعات وزيادة درجة تحضرها.

وتوضح النتائج وجود انسجام في وجهات نظر السيدات قيد الدراسة تجاه أسباب عدم تمكنهن من الحمل والإنجاب بشكل طبيعي وتحميل مسؤوليته للزوج وفقاً لمكان إقامتهن الحالي ومستوياتهن التعليمية، وبفروق غير مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية (0.05%) فأقل. بينما تبرز النتائج وجود تباين مهم في وجهات نظر السيدات نحو أسباب عدم تمكنهن من الإنجاب بشكل طبيعي وتحمليها للزوج وفقاً لتباين أعمارهن الحالية، وبفروق غير مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ ما يؤكد أهمية أثر متغير عمر المرأة الحالية في مثل هذه الجوانب.

أما ما يتعلق بتباين وجهات نظر السيدات حول نوع العقم ودوره في عجزهن عن الحمل والإنجاب بشكل طبيعي وفقاً لمكان إقامتهن الحالي، وتراكيبهن العمرية، ومستويات تعليمهن؛ فتبرز النتائج عدم وجود فروق مهمة إحصائياً لأثر هذه المتغيرات عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل، وهي نتيجة تكشف انسجام مواقف السيدات بهذا الخصوص بصرف النظر عن تباين أعمارهن الحالية أو مكان إقامتهن أو مستوى تعليمهن. وهي نتيجة تتعارض مع ما خلصت إليه دراسة Beta, & Sidney (2007)، التي كشفت أن ارتفاع مستوى التعليم عند المرأة عادة ما يرتبط بارتفاع عمرها عند الزواج؛ ما يزيد من احتمالية تعرضها لحالة العقم ويزيد احتمالات معاناتها من مظاهره. وفي السياق ذاته أشارت دراسة عسلية (2006) إلى أن النظرة الاجتماعية الرافضة لمفهوم العقم لدى النساء الأميات تزيد احتمالات بروز العقم لديهن، كما أكدت الدراسة أن ارتفاع مستوى تعليم الزوجة يقترن بارتفاع وعيها ومعارفها وخبراتها بشكل يعزز دوافعها لتجاوز الإشكاليات الثقافية والاجتماعية التي يفرضها المجتمع تجاه عملية الإنجاب وضرورة الحصول على الذرية.

كما تبرز النتائج بخصوص الأسباب التي تبنتها السيدات لتبرير عدم تمكنهن من الإنجاب بشكل طبيعي، وفقاً لمكان إقامتهن، وأعمارهن الحالية،

ومستوى تعليمهن، عدم وجود أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) فأقل لهذه الجوانب. وتعد هذه النتيجة متعارضة مع ما خلصت إليه دراسة شتيوي وكرادشة (2013) التي أكدت أن المناطق الحضرية عادة ما تتميز بتوافر الخدمات الصحية والمراكز الطبية المتخصصة بمشكلات العقم والخصوبة، وتتضمن أنماطاً حياتيَة وثقافية مواتية لاستخدام تكنولوجيا طبّيّة حديثة لحل المشكلات المرتبطة بالعقم؛ وبينت دراسة Macia (2002) أن الحياة الحضارية تقوم – في الغالب – على التقليل من شدة الضغوط الاجتماعية والثقافية على الأزواج، وإضعاف أهمية سرعة الحصول على الأطفال، كما تمتاز بوضوح دور التنظيمات والمؤسسات الرسمية التي تعزز تحررهم من سيطرة القيم المفضلة للإنجاب، وتُعزّز استقلاليتهم؛ ومن ثمّ تتكوّن قناعات ومواقف أكثر حداثة وبعيدة عن سطوة القيم والتقاليد المتوارثة؛ إذ عادة ما تقترن الإقامة في المناطق الحضرية بتوافر أنماط حياتية وسلوكيات مواتية لزيادة التبنّي لمواقف وقناعات تتعارض مع تلك المواقف والقناعات السائدة في المناطق الريفية، التي عادة ما تتسم بشدة محافظتها وقوة تمسكها بالتقاليد.

ب – الآثار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على تأخر الوصول إلى الوالدية وفقاً لمكان الإقامة والعمر والتعليم:

كُرّس الجدول (12) لمعاينة أثر بعض المتغيرات المستقلة في: مكان الإقامة الحالي للسيدات، وأعمارهن الحالية، ومستويات تعليمهن، في اتجاهاتهن نحو طبيعة الآثار الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بمخرجات تأخرهن عن الإنجاب بشكل طبيعي، وتتمثل في: طول فترة العلاج، والإصابة بالإحباط واليأس، والحالة الاجتماعية للسيدات، وتكرار زواج الزوجة، وعدد الزوجات في عصمة الزوج، والمصاريف التي تتكبدها الأسرة لمعالجة العقم، وذلك باستخدام نموذج تحليل كاي تربيع (Chi-Square)، وفيما يلي عرض لأهم النتائج:

جدول 12

الآثار الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بمخرجات تأخر الوصول إلى الوالدية

اسم المتغير	Chi-Square (x2)		
الأثر	مكان الإقامة الحالي	العمر	مستوى التعليم
طول فترة العلاج من هذه المشكلة (X^2)	9.704	10.813	36.829
مستوى الدلالة (Sig)	0.375	0.001	0.289
الإصابة بحالة الإحباط واليأس بسبب طول فترة العلاج (X^2)	7.423	6.577	10.156
مستوى الدلالة (Sig)	0.060	0.071	0.087
الحالة الاجتماعية للسيدات (X^2)	6.749	17.285	12.246
مستوى الدلالة (Sig)	0.345	0.269	0.008
تكرار زواج الزوجة (X^2)	4.581	15.308	13.685
مستوى الدلالة (Sig)	0.205	0.018	0.002
عدد الزوجات في عصمة الزوج (X^2)	31.422	16.209	4.1713
مستوى الدلالة (Sig)	0.000	0.939	0.013
المصاريف التي تتكبدها الأسرة لمعالجة العقم (X^2)	12.881	5.789	24.255
مستوى الدلالة (Sig)	0.378	0.084	0.926

تكشف نتائج الجدول (12) أن هناك اتساقاً في مواقف السيدات قيد الدراسة فيما يتعلق بطول الفترة المستغرقة لعلاج مشكلة العقم وفقاً لنمط مكان إقامتهن الحالي ومستويات تعليمهن، وبفروق غير مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل؛ ما يعني أنه ليس هناك أثر مهم لهذه المتغيرات في طول فترة العلاج. إلا أن هذه الفترة تتأثر بمتغير العمر الحالي للسيدات وبفروق ذات دلالة إحصائية مهمة عند مستوى (0.05%) فأقل، وهذه النتيجة تتقاطع مع ما خلصت إليه دراسة إبراهيم (2004)، التي أشارت إلى اقتران ارتفاع عمر المرأة بزيادة احتمالات إصابتها بالعقم وبارتفاع طول فترة علاجه؛ وفسرت ذلك في ضوء تضمن الأعمار الكبيرة للسيدات ضعفاً وقصوراً بيولوجيّاً في قدرتهن على الحمل والإنجاب وبداية ما اصطلح على تسميته بالعقم الثانوي؛ باعتبار أن قدرة

المرأة الطبيعية على الإنجاب تضعف كلما تقدمت في العمر؛ مما يزيد التعقيدات الملازمة لعلاجه. كما تنسجم مع نتائج دراسة كرادشة (2012) التي كشفت عن أن القدرة البيولوجية للمرأة على الحمل والإنجاب تضعف بعد سن (25)، كما تتأثر قدرتها بعوامل أخرى مثل التغذية الصحية والإصابة بالأمراض المختلفة، التي عادة ما تقترن بارتفاع طول فترة العلاج.

وفيما يتعلق بما يلازم طول فترة العلاج من إصابة بعوارض الإحباط واليأس، فإن نتائج الدراسة تظهر انسجام مواقف السيدات قيد الدراسة إزاء مستويات إصابتهن باليأس وبفروق غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05%) فأقل، وفقاً لمتغيرات مكان الإقامة، والعمر، ومستوى التعليم؛ إذ إن الملازم لتأخر عمر المرأة عند الزواج قد يقترن بسيطرة الانفعالات وتقلب المزاج والتوتر والقلق وعدم الرضا الزواجي. وفي هذا السياق تشير نتائج دراسة "برودي وفلور" Brody & Flor (1997)، إلى أن الاكتئاب يعد من أكثر الاضطرابات النفسية التي تصيب الأزواج المصابين بالعقم، وذلك يتجلى خلال نزوعهم إلى الانسحاب الاجتماعي والعزلة، كما أكد "نيوتن وجلافاك" Newton & Glavac (1999)، أن النساء اللاتي يعانين من غياب الأطفال عن حياتهنّ الأسرية عادة ما تنتابهن مستويات عالية من القلق والاكتئاب.

أما ما يتعلق بمدى تأثر الحالة الاجتماعية للسيدات قيد الدراسة، وفقاً لتباين مستوياتهن التعليمية؛ فتوضح النتائج أن هناك أثراً مهمّاً لمستوى تعليم السيدات على تماسك اتحاداتهن الزواجية وبفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) فأقل. كما يتضح بخصوص تكرار زواج السيدات قيد الدراسة، عمق انعكاس هذه الواقعة الحيوية في مثل هذه الجوانب وفقاً لتباين مستوياتهن التعليمية وأعمارهن الحالية وبفوارق مهمة إحصائيّاً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل. وتعد هذه النتيجة متسقة مع نتيجة دراسة صائم (2003)، التي أكدت اقتران بروز مظاهر العقم لدى الزوجة بزيادة فرص إعادة زواجها.

وبخصوص أثر عدم قدرة السيدات قيد الدراسة على الإنجاب بشكل

طبيعي في تعدد الزوجات وفقاً لمكان الإقامة ومستوى التعليم؛ فتظهر النتائج أهمية أثر هذه المتغيرات وبفروق مهمة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل، وهي نتائج تتفق مع دراسة الهنائي (2013) ودراسة أبو إسحاق (2007) اللتين أكدتا وجود ارتباط مهم بين عجز الزوجة عن الإنجاب بشكل طبيعي وزيادة فرص تكرار زواج الزوج. أما أثر متغير العمر في مثل هذه الجوانب؛ فتظهر النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمة لهذا المتغير مع هذه الجوانب عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل.

كذلك تظهر النتائج المتعلقة بالآثار الاقتصادية لظاهرة تأخر الإنجاب خاصة تلك المتعلقة بالمصاريف التي تتكبدها الأسرة في أثناء معالجة ظاهرة العقم – وفقاً لمتغيرات: مكان الإقامة الحالي، والتركيب العمري، والمستوى التعليمي – عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمة عند مستوى دلالة (0.05%) فأقل. وهي نتائج – في مجملها – تؤكد أن آثار هذه الظاهرة وانعكاساتها متباينة ومتنوعة، وقد تكون حصيلة تفاعل مستمر بين عوامل اجتماعية واقتصادية ونفسية مختلفة؛ الأمر الذي يبقي هذه الظاهرة وما يلازمها من انعكاسات غير واضحة ويشوبها كثير من الغموض، ويؤكد الحاجة إلى مزيد من البحث والتحليل لهذه الظاهرة وأسبابها وآثارها من جوانب مختلفة.

النتائج وتوصياتها

أولاً – أهم نتائج الدراسة

1 – خلصت نتائج الدراسة إلى أن أهم الأسباب المؤدية إلى بروز العقم – من وجهة نظر الزوجات العمانيات قيد الدراسة – تعزى أولاً إلى القضاء والقدر، وثانياً لأسباب مرضية، وثالثاً لأسباب ذات علاقة بالحسد والغيرة. وأشارت النتائج إلى أن أغلب السيدات يعتبرن مشكلة العقم معضلة مؤقتة وقابلة للعلاج، على الرغم من إبلاغ الطبيب المختص لهن بصعوبة حصولهن على الأطفال مستقبلاً؛ ما يؤكد الخصوصية الثقافية

والاجتماعية لأفراد المجتمع العماني، وعمق قيمهم الدينية، وشدة إيمانهم بمشيئة الله وقدره.

2 – أظهرت نتائج الدراسة شدة التماسك الذي تتميز به بنيوية الأسرة العمانية، على الرغم من تعرضها لظواهر بيولوجية بالغة التعقيد كظاهرة العقم الزواجي، التي عادة ما تحمل في طياتها كثيراً من مصادر التهديد والتوتر والصراع؛ إذ أكدت نتائج الدراسة عدم وجود ارتباط بين معاناة الأسرة العمانية من مظاهر العقم وتصدع بناءاتها الاجتماعية وتفككها. وبينت أن هناك نسبة بسيطة جداً من هذه الأسر تعرضت لتكرار زواج الزوجة أو لإعادة زواجها، كذلك لتكرار زواج الزوج، والهجر أو الطلاق؛ ويمكن فهم هذه النتائج في ضوء خصوصية البنى الاجتماعية والثقافية للمجتمع العماني الداعم لمؤسسة الزواج، التي تشكل النواة الرئيسة للتنظيم الاجتماعي والثقافي للمجتمع وأهم أركانه.

3 – خلصت الدراسة إلى وجود آثار اقتصادية واضحة وتكاليف مادية تتكبدها أسر السيدات من جرّاء معاناتهن من تأخر الإنجاب الطبيعي، وهي نتيجة تؤكد حجم المصاعب والتبعات المادية الملازمة لظاهرة العقم والواقعة على كاهل الأسرة العمانية.

4 – أبرزت نتائج الدراسة أن لظاهرة العقم الزواجي آثاراً وانعكاسات اجتماعية واقتصادية مختلفة، غير أن هذا الأمر لا يمثل تصوراً بنائياً أحادياً، وإنما هو تصور مركب يتضمن أثر طائفة مختلفة من العوامل المتداخلة، التي تتميز بارتفاع مستويات تعقيدها؛ ما يستدعي ضرورة إعطائها مزيداً من الاهتمام والبحث، ومعاينة مضامينها وحيثياتها المختلفة.

ثانياً – أهم توصيات الدراسة

1 – أهمية ربط السياسات الرامية للتقليل من آثار هذه الظاهرة، بسياسات موازية تتركز على تمكين المرأة وزيادة وعيها ومعارفها بحيثيات هذه

الظواهر وأسبابها وآثارها؛ حتى تتاح لها الفرصة للتعامل بعقلانية مع تداعياتها، وما يلازمها من أفكار ومعتقدات غير موضوعية؛ مما يسهم في إعادة صياغة وعيها بذاتها (كإحدى الإستراتيجيات التي يمكن تبنّيها في مواجهة احتمالات بروز العقم الزواجي والحد من آثاره الاجتماعية والاقتصادية)؛ الأمر الذي يفترض تعزيز حملات التوعية وتنظيم الحلقات النقاشية ذات العلاقة بظاهرة العقم وتأخر الإنجاب الطبيعي والتوعية بآثاره المختلفة، وتقديم الدعم الاجتماعي للسيدات اللاتي يعانين من هذه الظاهرة عن طريق تخصيص مراكز إرشاد اجتماعي بإشراف الجهات المعنية؛ كوزارة التنمية الاجتماعية، وتقديم الاستشارات النفسية والاجتماعية والاقتصادية لهن.

2 – يجدر التنويه لأهمية انفتاح الباحثين الاجتماعيين وعلماء النفس والبيولوجيين والباحثين في العلوم الطبية، على مثل هذه الوقائع لحساسيتها وأهميتها في تحقيق فهم ومعرفة دقيقة لجميع تفاصيلها. وضرورة زيادة الاهتمام بدراسة بهذه الظاهرة ومعاينتها من جوانب وأبعاد اجتماعية واقتصادية وثقافية وديموغرافية وبيولوجية مختلفة؛ لتحقيق معرفة متكاملة حول مسارات هذه الظاهرة وأبعادها المتعددة؛ وصولاً إلى تحقيق مستويات معرفية دقيقة لمضامينها. ويقترح بهذا السياق تكثيف التعاون بين المراكز البحثية والجامعات من جهة والجهات المعنية؛ كوزارة الصحة، من جهة أخرى، في مجال إجراء بحوث ودراسات مشتركة تبحث في ظاهرة تأخر الأمومة البيولوجية من الجوانب والأبعاد المحتملة كافة.

3 – يتوقع أن تسهم نتائج هذه الدراسة في توعية المعنيين بالآثار والأعراض الاجتماعية والاقتصادية المصاحبة لمشكلة العقم، وتحقيق مزيد من الوعي والمعرفة بخصوصية تلك الشريحة السكانية التي تعاني من مظاهرها، وأهمية تقديم الدعم الاجتماعي والمساعدة لهم، خاصة في

أثناء فترة العلاج. ويمكن الاستفادة من مخرجات هذه الدراسة عبر التواصل مع الجهات المعنية؛ مثل وزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية، فضلاً عن بعض الجهات المعنية بشؤون المرأة والأمومة، وبحث آلية رفع أوجه الاستفادة مما توصلت إليه الدراسة الحالية.

4 – يبدو أن مثل هذه النتائج ستبقى مثاراً للجدل، وستحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة الميدانية والإمبيريقية؛ بسبب كثافة الغموض الذي يكتنف جوانبها وحيثياتها المختلفة، وبسبب كثرة علاقاتها وتداخلها، وتنوع آثارها؛ الأمر الذي يؤكد أهمية إجراء مزيد من الدراسات الميدانية المعتمدة على منهج المسح الشامل؛ للوصول إلى جميع النساء اللاتي يعانين من العقم على مستوى السلطنة، وعدم الاقتصار على عينة ممثلة لهن؛ توخّياً للإحاطة بشكل أدق وأشمل بطبيعة الآثار التي تتركها ظاهرة العقم سواء الآثار الاجتماعية أو الاقتصادية أو المادية أو النفسية بالتعاون مع مراكز متخصصة في مجال الدراسات السكانية كالمركز الوطني للإحصاء والمعلومات وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

المراجع

إبراهيم، ماجدة. (2004). بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالعقم وعملية أطفال الأنابيب: دراسة غير ثقافية. *مجلة دراسات نفسية، 14*(4)، 244–267.

أبو إسحاق، سامي. (2007). التوافق الزواجي لدى غير المنجبات في محافظة خان يونس. *مجلة مستقبل التربية، 13*(46)، 365–408

أبو عيانة، فتحي. (1994). *السكان في الوطن العربي: دراسة جيوديموغرافية*. (ط.2). دار المعرفة.

الأدغم، إبراهيم. (2003). *الرجل والعقم والإنجاب: دراسة حديثة للأسباب وطرق معالجتها*. دار القلم.

البيلي، طيفور. (2009). *دراسة أبعاد ومقومات التماسك الأسري: سلطنة عمان*. وزارة التنمية الاجتماعية.

الحبسي، مياء. (2010). *ملامح النزاعات الأسرية كما تعكسها قضايا الأحوال الشخصية: دراسة مطبقة على محكمة مسقط الابتدائية* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

خليفة، إبراهيم. (1991). غياب الطفل عن حياة الأسرة: النتائج والبدائل. *مجلة جامعة الملك سعود كلية الآداب، 3*(2)، 603–621.

زهران، حامد. (1997). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط. 3). عالم الكتب.

شتيوي، موسى، وكرادشة، منير. (2013). التباينات الحضرية والريفية في المجتمع الأردني: دراسة تحليلية. *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 6*(3)، 374–394.

شحاتة، منال. (1989). *أثر الحرمان من الإنجاب على مفهوم الذات لدى المرأة العاقر* [رسالة ماجستير، غير منشورة]. جامعة عين شمس.

صائم، نجاة. (2003). *دراسة ميدانية عن الزواج المبكر في المجتمع اليمني*. جامعة صنعاء.

صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2012). *بالاختيار وليس بالصدفة: تنظيم الأسرة، وحقوق الإنسان، والتنمية، حالة سكان العالم*. شعبة الإعلام والعلاقات الخارجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

عسلية، محمد. (2006). الآثار النفسية والاجتماعية للعقم لدى الجنسين بمحافظة غزة. *مجلة كلية التربية*، الجزء الأول (30)، 139–167.

القشعان، حمود. (2000). تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي في الأسرة الكويتية: دراسة ميدانية مقارنة. *مجلة كلية التربية بالمنصورة*، (42)، 183–218.

القشعان، حمود، والبشر، سعاد. (2009). الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى الأسرة الكويتية: دراسة ميدانية مقارنة. *مجلة العلوم الاجتماعية، 37*(1)، 13–38.

كرادشة، منير. (2007). *السلوك الإنجابي في الأردن (دراسات ديموغرافية)*. المركز القومي للنشر.

كرادشة، منير. (2012). محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني. *مجلة دراسات للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 39*(2)، 403–422.

كرادشة، منير. (2013). *المدخل إلى الديموغرافية الاجتماعية: علم السكان*. عالم الكتب الحديث.

كرادشة، منير. (2014). *موضوعات في الإحصاء الاجتماعي ومنهج البحث العلمي*. مركز أمية للتحليل الإحصائي.

ليوس، نجيب. (2002). *الطريق الصحيح لتشخيص وعلاج العقم*. دار وائل للنشر.

مرابطي، عادل، ونحوي، عائشة. (2009). العينات. *مجلة الواحة للبحوث والدراسات*، (4)، 94 –108.

الهنائي، ميمونة. (2013). *بعض العوامل المساهمة في سوء التوافق الزواجي كما يدركها القائمون على لجان التوفيق والمصالحة وبعض المترددين عليها بمحافظة مسقط: العوامل المساهمة في الاختلال الزواجي من وجهة نظر المسؤولين في المصالحة والأزواج في محافظة مسقط* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نزوى، سلطنة عمان.

Abu Ayana, F. (1994). *Population in the Arab Nation: A Geodemographic Study* (in Arabic). House of Knowledge.

Abu Ishaq, S. (2007). Marital compatibility among non-children in Khan Yunis (in Arabic). *Future of Education Journal, 13* (46), 365-408.

Al-Adgham, I. (2003). *Men, infertility and reproduction: a recent study of the cause. and methods of treatment* (in Arabic). Pen House.

Al-Bailey, T. (2009). *A study of the dimensions and components of family cohesion: Sultanate of Oman* (in Arabic). Ministry of Social Development.

Al-Hinai, M. (2013). *Some of the factors contributing to marital maladjustment, as those in charge of the reconciliation and reconciliation committees and some of those who frequent them in the Governorate of Muscat realize them: Factors contributing to marital dysfunction from the viewpoint of reconciliation officials and spouses in the Governorate of Muscat* (in Arabic). [A magister message that is not published]. University of Nizwa, Sultanate of Oman.

Al-Qashaan, H & Al-Bisher, S. (2009). Differences between infertile and non-infertile couples in the degree of depression in a Kuwaiti family: a comparative field study (in Arabic). *Journal of Social Sciences, 37*(1). 13-38.

Al-Qashaan, H. (2000). The effect of infertility on self-esteem and marital compatibility in the Kuwaiti family: a comparative field study (in Arabic). *Mansoura College of Education Journal*, (42), 183-218.

Asali, M. (2006). Psychological and social effects of infertility on both sexes in Gaza Governorate (in Arabic). *Journal of the College of Education, Part 1* (30). 139-167.

Beta, L., Jonna, M., & Sidney, R. (2007). Women Education and the Timing of Marriage and Childbearing in the Next Generation: Evidence from Rural Bangladesh. *Studies in Family Planning, 38*(2), 101-112.

Brody, G. & Flor, D. (1997). Maternal Psychological functioning, family processes and child adjustment in rural, single parent, African American families. *Development Psychology, 33*(6), 1000-1011.

Saeem, N. (2003). *A field study on early marriage in Yemeni society* (in Arabic). Sanaa University.

Habsi, M. (2010). *Features of family disputes as reflected in personal status cases: a study applied to the Muscat Court of First Instance* (in Arabic). [A magister message that is not published]. Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman.

Ibrahim, M. (2004). Some psychological variables associated with infertility and the IVF process: a mix cultural study (in Arabic). *Journal of Psychological Studies, 14*(4), 244-267.

Karadsheh, M. (2007). *Reproductive behavior in Jordan (demographic studies)* (in Arabic). National Publishing Center.

Karadsheh, M. (2012). Determinants of marital infertility in Jordanian society (in Arabic). *Journal of Studies for the Humanities and Social Sciences, 39*(2), 403-422.

Karadsheh, M. (2013). *Introduction to Social Demography: Demography* (in Arabic). Modern Book World.

Karadsheh, M. (2014). *Topics in social statistics and scientific research methodology* (in Arabic). Illiteracy Center for Statistical Analysis.

Khalifa, I. (1991). Child Absence from Family Life: Results and Alternatives (in Arabic). *King Saud University Journal, College of Arts,3*(2), 603-621.

Leos, N. (2002). *The right way to diagnose and treat infertility* (in Arabic). Wael Publishing House.

Macia, I. (2002). *Infertility around the Globe New Thinking on Childeness, Gender Reproductive Technologies*. University of California Press.

Marcia. I. (1996). *Infertility and Patriarchy: The Cultural Politics Gender and Family life in Egypt*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Martins. M, Peterson. B, Almed. V., & Costa. M. (2011). Direct and Indirect of

Perceived Social Support on Women's Infertility-related Stress. *Human reproduction, 26*(8), 2113-2121.

Merabati, A & Nahawi, A. (2009). Samples (in Arabic). *Oasis Journal for Research and Studies*, (4), 94-108.

Nachtigaal. D. (2006). International Disparities in Access to Infertility Services. *Fertil Steril, 85*(4), 871-875.

Newton, C., Sherrard, W & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: Measuring Perceived Infertility-related Stress. *Fertility and Sterility, 72*(1), 54-62.

Peterson. B, Pirritano. M, Christensen, U., & Schmidt. J. (2008). The Impact of Partner Coping in Couples experiencing Infertility. *Human Reproduction, 23*(5), 1128-1137.

Ross, J., Blangero, J., Goldstein., MC., & Schuler, S. (1986). Proximate Determinants of Fertility in the Kathandu Valley, Nepal: An Anthropological Case Study. *J Biosoc Sci, 18*(2),179-196.

Rutstein, S. & Shah, I. (2004). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing. *DHS Comparative Report no. (9)*.

Safarinejad, M. (2008). Infertility Among Couples in a Population-based Study in Iran: Prevalence and Associated risk factors. *Int J Androl, 31*(3), 303-314.

Shehata, M. (1989). *The effect of deprivation of reproduction on the self-concept of infertile women* (in Arabic). [A magister message that is not published]. Ain-Shams University.

Shtiwi, M, & Karadsheh, M. (2013). Urban and Rural Disparities in Jordanian Society: An Analytical Study (in Arabic). *Jordan Journal of Social Sciences, 6*(3), 374-394.

United Nations Population Fund. (2012). *By choice, not by chance: family planning, human rights, and development* (in Arabic). The state of the world's population. Information and External Relations Division of the United Nations Population Fund.

Zahran, H. (1997). *Mental health and psychotherapy* (in Arabic). The world of books.

Socio-Economic Causes and Implications of Delayed Motherhood in the Sultanate of Oman: Quantitative Analytic Study

Prof. Muneer A. Karadsheh

Dr. Nasser R. Al-Mawali

Abstract

Objectives: This study aims to examine the social and economic effects of delayed motherhood among Omani women and investigate the patterns of such effects on women suffering from their manifestations.

Method: This study uses descriptive analytics and employs questionnaires for data collecting alongside (SPSS), known in the social sciences, for data collection and analysis. The objective sample available consisted of (317) women frequenting infertility and obstetrics hospitals and private practices, generally locates in Muscat.

Results: The study found that the most common cause of infertility in subject-study women, from their perspective, is God's will, at the first place. Second came illness followed by envy and jealousy. The study also found that there are only limited social implications for the infertile Omani ladies, especially on their marriage, such as divorce, separation or a potential second marriage of either of the spouses.

Conclusion: According to the women suffering from infertility, delayed biological motherhoods is mostly attributed to fate (God's will), illness, and unseen considerations that have to do with jealousy and envy.

Keywords: Delayed Biological Motherhood, Soci-economic variables, Infertility.

أ. د. منير عبدالله كرادشه، حاصل على درجة الدكتوراه في الدراسات السكانية من إيطاليا، جامعة بادوفا، عام 1998، ويعمل حالياً أستاذاً بقسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في جامعة اليرموك، المملكة الأردنية الهاشمية. الاهتمامات البحثية: الدراسات السكانية والخصوبة والصحة الإنجابية، والعنف الأسري والمشكلات الاجتماعية والتنمية.
الإيميل: Muneer.karadsheh@yahoo.com

د. ناصر بن راشد المعولي، حاصل على درجة الدكتوراه في الاقتصاد الدولي من أستراليا، جامعة كانبراء، عام 2006، ويعمل حالياً عميداً لكلية الدراسات المصرفية والمالية في سلطنة عمان. الاهتمامات البحثية: الاقتصاد الدولي والدراسات المصرفية والمالية، والمشكلات الاقتصادية.
الإيميل: almawali@cbfs.edu.com