Delayed Reproduction Syndrome in the Omani Family: A Field Study

Muneer Karadsheh
Rahma Mahrooqi

Abstract: The study aimed to examine the inherent factors of the marital infertility syndrome and find the most important of these factors among women suffering from infertility. The study was conducted on a sample of (317) of women who suffer from infertility and usually pay regular checkup visits to hospitals and private clinics specialized in maternity and infertility in Muscat at the Sultanate of Oman.

The study concluded that the women under study were clearly either so young or so old. Another characteristic feature of these women was the big difference between their ages and the ages of their husbands, which tends to be in favour of the husbands. Moreover, these women had high levels of education, descended from urban origins, contributed highly in the labor market, and belonged to families with high incomes.

Keywords: Marital infertility, Social factors, Economic Factors, Age difference between couples.

متلازمة تأخر الإنجاب لدى الأسرة العمانية: دراسة ميدانية

منير كرادشة(*)
رحمة المحروقية(**)

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى معاينة العوامل الملازمة للعقم الزواجي لدى الأسرة العمانية، وتقصي أهم هذه العوامل بين السيدات اللاتي يعانين مظاهر العقم. وقد أجريت الدراسة على عينة، قوامها (317) من السيدات اللاتي يعانين مظاهر العقم والمترددات على المستشفيات والعيادات الخاصة بأمراض العقم والولادة في سلطنة عمان، ولا سيما التي تتركز عادة في محافظة مسقط. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى تميز السيدات قيد الدراسة بصغر أعمارهن الواضح، وبارتفاع أعمارهن الظاهر، وارتفاع حجم الفوارق العمرية بينهن وبين أزواجهن، وميل هذا الارتفاع لصالح الزوج. وتميزهن بارتفاع مستوياتهن التعليمية، وانتمائهن لأصول حضرية، وارتفاع نسب إسهامهن في سوق العمل، وانتمائهن كذلك لأسر تتمتع بمستويات دخل مرتفعة.

المصطلحات الأساسية: العقم الزواجي، العوامل الاجتماعية، العوامل الاقتصادية، الفوارق العمرية بين الزوجين.

مقدمة:

يبدو أن إشكالية تأخر الإنجاب وأسبابه وآثاره **أصبحت من المسائل المهمة التي بدأت تأخذ حيزاً كبيراً من اهتمام الباحثين خاصة في** مجال الدراسات الطبية ودراسات الخصوبة والسكان، وكذلك الدراسات السوسيولوجية والسيكولوجية في المجتمعات الإنسانية بشكل عام، بسبب ارتفاع نسب شيوعه، وتراكم آثاره، وبسبب خصوصيته الشديدة في مجتمعاتنا الشرقية المحافظة (كرادشة، 2012أ). والظاهر أن **أغلب هذه الدراسات لم تمسّ جوهر إشكالية ظاهرة تأخر الإنجاب** "**العقم**" من جوانبها المختلفة؛ مما دفع الباحثين تباعاً إلى الاعتقاد بضرورة الإحاطة بحيثيات

* مركز البحوث الإنسانية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عُمان.
** مركز البحوث الإنسانية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عُمان.

هذه الظاهرة، ودراستها بكثير من التفصيل والدقة؛ بهدف تقديم معارف ورؤىً واضحة وعميقة حول محدداتها، وانعكاساتها، والعوامل المؤدية إليها (Peterson et al., 2008).

والثابت أن **لطبيعة العوامل الاجتماعية والديموغرافية** دوراً مهماً في تعزيز اعتمادية الإناث على **ما ينجبنه من أطفال لتحقيق ذواتهن ومكانتهن الاجتماعية**، فالأطفال لا يشكلون تأميناً اجتماعياً لكثير من النساء الأميات والصغيرات في السن والريفيات فحسب، بل يشكلون أداة ثمينة لإثبات هويتهن الأنثوية واكتساب الاحترام والاعتراف بهن كأعضاء لهن كامل الحقوق والواجبات، سواء داخل نطاق أسرهن، أو ضمن نطاق مجتمعاتهن، وبسبب الاعتزاز والتفاخر والشعور بالزهو من قبل الوالدين بوجود الأطفال (كرادشة، 2012أ؛ الحارثي، 2003).

وقد تمارس **العوامل الاجتماعية والثقافية**، تأثيرها على "الإناث غير المنجبات" من خلال آليات محددة، تنبع معظمها من الموروث الثقافي ومنظومة القيم المعيارية الملازمة، التي تبرز على شكل مجموعة من المعتقدات والضغوطات والممارسات، التي تتفاوت شدتها تبعاً لاختلاف خصائص هؤلاء الإناث والمحيط الذي يعشن في كنفه (العسلية، 2006).

كما تبرز الأدبيات السابقة، أهمية **أثر بعض المتغيرات ذات المنشأ الديموغرافي في بروز العقم الزواجي**، كمتغيري "عمر المرأة عند الزواج، وعمرها الحالي"، بسبب عمق آثارهما البيولوجية. ويبدو أن لعمر المرأة المبكر عند الزواج، وكذلك عمرها المتأخر عند الزواج أدواراً مهمة في بروز العقم الزواجي (لويس، 2002).

وتجدر الإشارة في هذا السياق، إلى أن **اهتمام الدارسين والباحثين في المجتمع العماني** – الذي يمتاز بهياكله الاجتماعية والثقافية المحافظة – كان منصباً – في الغالب – على **الأسر المنجبة**، وكيفية مساعدتها على تنظيم نسلها، مقابل قلة الاهتمام بالأسر غير المنجبة أو غير القادرة على الإنسال؛ مما أبقى كثيراً من جوانب هذه الظاهرة غامضاً ويكتنفها كثير من التعقيد وعدم الوضوح. وعليه فقد جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على شريحة السيدات غير المنجبات أو اللاتي يعانين عدم القدرة الطبيعية على الحمل والإنجاب، ودراسة أهم المحددات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لهذه الظاهرة في المجتمع العماني.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

على الرغم من حساسية ظاهرة العقم وتعدد أسبابها ومحدداتها الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المختلفة، فإن أغلب الجهود التي بذلت في هذا الإطار، لم تتعرض لهذه الوقائع الحيوية بشكل مفصل، خاصة في المجتمع العماني الذي يتميز – كما ذكرنا سابقاً – بهياكله الاجتماعية المحافظة المتوارثة، وقيمه الدينية الراسخة والعميقة، والمفضلة لعمليات الخصب والإنجاب.

وبشكل أكثر تحديداً فقد تركزت مشكلة هذه الدراسة في **الإجابة عن التساؤلات الآتية:**

1 – ما أهم الأسباب والمحددات **الديموغرافية** لظاهرة **العقم الزواجي** في الأسرة العمانية.

2 – ما أهم الأسباب والمحددات **الاجتماعية والاقتصادية والثقافية** لظاهرة **العقم الزواجي** في الأسرة العمانية.

ولأغراض تتعلق بمنهجية الدراسة صنفت متغيرات الدراسة إلى:

– المتغيرات المستقلة الممثلة للمحددات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمبحوثات، وهي على النحو الآتي:

1 – المتغيرات الديموغرافية:

– عمر الزوجة عند الزواج: (أقل من 19 سنة، 20–24، 25–29، 30 فأكثر).

– عمر الزوجة الحالي: (أقل من 24 سنة، 25–29، 30–34، 35 فما فوق).

– عمر الزوج الحالي: (أقل من 24 سنة، 25–29، 30–34، 35 فما فوق).

– الفارق العمري بين الزوجين :(أقل من سنتين، 3–4، 10 سنوات فأكثر).

– مدة الحياة الزوجية: (سنة فأقل، 4–5، 5–9، 10 سنوات فأكثر).

– سبق استخدام موانع الحمل في الأسرة: (1. نعم، 2. لا).

2 – المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية:

– نمط مكان الإقامة في الأصل: (1– مدن، 2 – أرياف، 3 – بادية، 4 – أخرى "لم تحدد").

– نمط مكان الإقامة الحالي: (1– مدن، 2– أرياف، 3– بادية، 4– أخرى "لم تحدد").

– الحالة العملية للزوجة: (1 – أعمل، 2 – لا أعمل، 3 – باحثة عن عمل).

– طبيعة عمل الزوجة: (1 – معلمة، 2 – موظفة، 3 – خدمات مصرفية..إلخ).

– طبيعة مهنة الزوج: (1– القطاع الحكومي، 2 – القطاع الخاص، 3 – القطاع العسكري، 4 – الأعمال الحرة، 5 – أخرى).

– مستوى تعليم الزوجة (1 – أمية أو تقرأ وتكتب فقط، 2 – تعليم أساسي، 3 – دبلوم/ثانوي، 4 – دبلوم بعد الثانوي، 5 – جامعة فما فوق، 6 – أخرى).

– مستوى تعليم الزوج (1 – أمي أو يقرأ ويكتب فقط، 2 – تعليم أساسي، 3 – دبلوم/ثانوي، 4 – دبلوم بعد الثانوي، 5 – جامعة فما فوق، 6 – أخرى).

– صلة القرابة بين الزوجين: (1 – توجد قرابة من الدرجة الأولى، 2 – توجد قرابة من الدرجة الثانية، 3 – لا توجد قرابة، 4 – أخرى).

– نمط الزواج: (1 – مرتب وتقليدي، 2 – غير مرتب وغير تقليدي، 3 – غير ذلك).

– موافقة الزوجة على قرار زواجه: (1 – نعم، 2 – لا).

– مستوى دخل الأسرة الشهري: (1 – 249 ريالاً، 2 – 250–499 ريالاً، 3 – 500–749 ريالاً، 4 – 750–999 ريالاً، 5 – 1000–1249 ريالاً، 6 – 1250 ريالاً فأكثر).

أهمية الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات النادرة، والقليلة **على مستوى السلطنة** التي تسعى إلى البحث بصورة معمقة في هذا البعد البيولوجي، ومحاولة تبيان مدى انتشاره، وأهم آثاره الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية **المختلفة. كما تنبع أهمية هذه الدراسة – سواء على الصعيد النظري أو التطبيقي – مما تتضمنه من محاولات** لربط حدث العقم الزواجي بجوانب اجتماعية واقتصادية وثقافية محددة؛ مما يؤدي إلى تعمق معرفتنا العلمية حول هذه الظاهرة من جوانب وأبعاد مختلفة، ولما يمكن أن تقدمه من مدخلات مهمة وضرورية للباحثين والمعنين لفهم أكثر دقة وتفصيلاً لأبعاد هذه الظاهرة وأسبابها وانعكاساتها، ومن ثم الحد من آثارها.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى **الكشف عن مدى شيوع ظاهرة العقم الزواجي في المجتمع العماني**، وتحديد حجم انتشارها، ومعاينة وتبيان آثارها الاجتماعية

والاقتصادية على حياة المرأة أو على حياة الأسرة، خلال الفترة الزمنية لعام (2014). وبشكل أكثر تحديداً فإن هذه الدراسة تهدف إلى:

أولاً: تحديد مدى شيوع **العقم الزواجي** في المجتمع العماني وانتشاره.

ثانياً: كشف وتحديد أهم الأسباب والمحددات **الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية** المختلفة لظاهرة **العقم الزواجي** في الأسرة العمانية، والذي تفرع عنه هدفان فرعيان:

1 – كشف وتحديد أهم الأسباب والمحددات **الديموغرافية** لظاهرة **العقم الزواجي** في الأسرة العمانية.

2 – كشف وتحديد أهم الأسباب والمحددات **الاجتماعية والاقتصادية** والثقافية لظاهرة **العقم الزواجي** في الأسرة العمانية.

الدراسات السابقة:

يبدو من خلال المراجعة التقييمية للتراث السوسيولوجي، أن أغلب الدراسات السابقة وذات الصلة التي تعرضت لموضوع العقم الزواجي – سواء على المستوى المحلي أو على مستوى الدراسات العربية – تعد نادرة بشكل واضح، على الرغم من أن هناك من الدراسات التي بحثت بهذا الموضوع بصورة جزئية، لكن دون أن يكون موضوع العقم، محدداته الاجتماعية والاقتصادية والصحية موضوعاً محورياً فيها. بالمقابل يظهر أن هناك وفرة في الدراسات الأجنبية التي تتناول موضوع العقم الزواجي وأسبابه ومحدداته المختلفة. وسعياً للاستفادة من نتائج هذه الدراسات والبناء عليها، فسوف يتم استعراض هذه النتائج ضمن تسلسل زمني من الأقدم للأحدث؛ وذلك لاعتبارات تنظيمية تتعلق بتحقيق تسلسل زمني ومنطقي في عملية استعراض النتائج، ورصد مضامينها، والبناء عليها. وفيما يلي عرض مفصل لأهم نتائج هذه الدراسات.

أوضحت دراسة **خليفة (إبراهيم خليفة، 1991)** أن عدم حصول الزوجين على الأطفال بشكل طبيعي في بعض مراحل حياة الأسرة أو جميعها؛ بسبب ضعف قدرة أحد الزوجين وعجزهما عن الإنجاب بشكل طبيعي، له مردود سلبي متعدد الجوانب عليهما. وقد بينت الدراسة – بهذا الخصوص – أن ردود فعل وسلوكيات الأزواج ومواقفهم تتأثر بشكل واضح بغياب الأطفال عن الأسرة، كما أوضحت

الدراسة أن غياب الطفل عن حياة الأسرة، قد يعزز مظاهر القلق والتوتر بين الزوجين، وقد يزيد من احتمالات تفكك عرى مؤسستهما الزواجية.

وتوصلت دراسة ماشيا (Macia, 1996) حول التطلع للحمل و"العقم البطرياركي" في المجتمع المصري إلى أن مستويات العقم الزواجي – خاصة لدى الزوج–آخذة في الارتفاع بين شرائح المجتمع المصري، خاصة لدى الأوساط الشعبية. وأوضحت الدراسة أن للعقم أسباباً عديدة لا تقتصر على جوانب بيولوجية المنشأ فحسب، بل تتعداها إلى جوانب ذات منشأ اجتماعي ونفسي وثقافي، تتعلق بزيادة نزعة الأزواج المصابين بالعقم للجوء للممارسات الشعبية وللمعتقدات والطرق السائدة والموروثة، أملاً في الحصول على الذرية.

وبينت دراسة لبرودي وفلور (Brody & Flor, 1997) حول آثار العقم على الزوجين، أن الأزواج الذين عانوا مثل هذه الأحداث البيولوجية، عادة ما قد تصيبهم مستويات عالية ومتنوعة من القلق والاكتئاب، كما تعتريهم تغيرات واضحة سواء في علاقاتهم الزواجية أو حياتهم الجنسية. وبينت الدراسة أن علاقات هؤلاء الأزواج الشخصية وعلاقاتهم مع الآخرين من أهل ومعارف، قد تتأثر بشكل سلبي وواضح، كما خلصت النتائج إلى أن الخبرات الملازمة لظاهرة العقم لدى هؤلاء الأزواج قد تؤثر كثيراً على تطلعاتهم الحياتية، ونظرتهم للحياة.

أما دراسة الأدغم (إبراهيم الأدغم، 2003) بعنوان "الرجل والعقم والإنجاب: دراسة حديثة للأسباب وطرق معالجتها"، فقد توصلت إلى أن حالات العقم ترتفع بين الأزواج في الفئات العمرية الشابة دون العشرين، خاصة في السنوات الثلاث الأولى من الزواج. وكشفت الدراسة عن وجود علاقة واضحة بين سوء التغذية، وتردي الأوضاع الصحية وظروف المرض من جهة وارتفاع مستوى العقم من جهة أخرى. كما بينت الدراسة وجود علاقة طردية واضحة بين تردي الأوضاع النفسية للزوجين وارتفاع احتمالات اصابتهما بالعقم، وخلصت إلى تأكيد وجود اقتران بين تفشي الأمراض بين الأزواج وضعف قدرتهم الطبيعية على الإنجاب بشكل طبيعي.

وبينت دراسة روتستين وشاه (Rutstein & Shah, 2004)، بعنوان "العقم الطبيعي وعدم وجود الأطفال في الأسرة في الدول النامية"، اعتماداً على بيانات مسوحات السكان والصحة الأسرية العالمية – أن هناك عدداً كبيراً من السيدات المتزوجات في الدول النامية عانين العقم في سنة 2002. وأوضحت الدراسة – بهذا

الخصوص – أن تقدم عمر الزوجة والعوامل العضوية والبيولوجية، تعد عوامل ذات علاقة مباشرة بحدوث العقم عند المرأة في كثير من مجتمعات الدول النامية، وخلصت النتائج إلى وجود ارتباط واضح بين عقم المرأة وانخفاض مكانتها الاجتماعية من جهة وزيادة تعرضها للطلاق من جهة أخرى.

أما دراسة سفارينجاد (Safarinejad, 2007)، الموسومة بـ "العقم الزواجي في إيران"، فتؤكد أن نسبة انتشار العقم الدائم والمؤقت في إيران تصل إلى 8%، وهي مرشحة للازدياد في السنوات اللاحقة. وبينت الدراسة ذاتها أن نسبة انتشار العقم تتباين بشكل واضح بحسب منطقة الإقامة (فهو مرتفع في المناطق الجنوبية من إيران مقارنة بالمناطق الشمالية). كما بينت النتائج أن نسبة العقم الزواجي تزداد مع تقدم العمر لكل من الزوجين. وخلصت الدراسة إلى أهمية متغيرات، من مثل "مستوى تعليم الزوجة، والسلالة، والسيرة المرضية للأزواج المدخنين، ونسب استخدام العقاقير والأدوية ونوعية التغذية"، في بروز مظاهر العقم الزواجي في المجتمع الإيراني.

وبينت دراسة بيترسون وآخرين (Peterson et al., 2008) أن حدوث العقم لدى المرأة تقوده عوامل بيولوجية، من مثل: عدم اكتمال نمو الأم عضوياً، وعجز الوظائف الفسيولوجية لدى المرأة عن أداء وظائفها، وعدم اكتمال نمو الرحم. وكشفت الدراسة عن أهمية الآثار التي تتركها العوامل البيولوجية في فرص الحياة للمرأة، وفرص تحسين قدرة الأجنة على البقاء، وخلصت إلى أن العوامل الصحية وما يقترن بها من جوانب معرفية – من مثل الوعي، وارتفاع منسوب المعرفة العلمية – تعد مسائل مهمة قد تسهم في خفض نسب العقم لدى النساء من خلال إبعادهن عن كثير من المخاطر البيئية والوبائية المحتملة، وبينت النتائج أن خبرة حدث العقم لدى النساء لها آثار نفسية عميقة عليهن؛ فقد تتسم ردود أفعالهن النفسية والاجتماعية بالانفعالية والحدة، خاصة بسبب قصور الخبرة والتجربة والمعرفة للتعامل مع مثل هذه الأحداث البيولوجية.

وهناك دراسة أخرى للقشعان والبشر (حمود القشعان وسعاد البشر، 2009)، حملت عنوان "الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى الأسرة الكويتية"، أجريت على عينة، قوامها (344) من الأزواج الذكور والإناث الذين يعانون العقم ويرتادون المستشفيات والعيادات الطبية الخاصة

بعمليات الخصوبة والعقم. وكشف فيها الباحثان عن وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى الأزواج العقيمين خاصة لدى الزوجات العقيمات. كما كشفت أن طول فترة العلاج، والتقدم في العمر، وعدم مساهمة المرأة بسوق العمل، تعد – بمجملها – عوامل يمكن أن تزيد من مستويات الاكتئاب لدى عينة الزوجات العقيمات وتحفزه.

أما دراسة مارتينز وآخرين (Martins et al., 2011) فقد خلصت إلى أن أهم أسباب العقم في المجتمع تعود إلى عجز الوظائف الفسيولوجية عند المرأة عن أداء وظائفها البيولوجية؛ ما يسبب عجزها عن الحمل والإنجاب بشكل طبيعي، وأشارت إلى أن للعمليات البيولوجية المصاحبة لتقدمها في العمر، وسوء تغذيتها، واضطراب الدورة الطمثية، وتوقف الحيض، والعجز الجنسي، واستئصال الرحم – أدواراً مهمة في بروز أعراض العقم لدى النساء. كما أوضحت الدراسة أن النساء اللاتي يعانين مظاهر العقم الطبيعي، أكثر تعرضاً للأمراض النفسية والتوتر والقلق والكآبة، وهن أكثر حاجة من غيرهن للدعم بشقيه النفسي والاجتماعي.

وفي دراسة حديثة لكرادشة (منير كرادشة، 2012أ) بعنوان "محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني" اعتماداً على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية الأردني لعام 2007، خلص الباحث إلى أن هناك عدداً كبيراً من السيدات المتزوجات في المجتمع الأردني يعانين العقم. كما أوضحت الدراسة أن تقدم الزوجة في العمر وعمرها الحالي، تعد عوامل مهمة وذات علاقة مباشرة بحدوث العقم، وخلصت إلى ضعف وهامشية تأثير باقي المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية في بروز العقم عند الزوجات في المجتمع الأردني.

ويبدو أن أغلب الدراسات التي بحثت في موضوع ظاهرة العقم والآثار المترتبة عليها قد ركزت جل اهتمامها على جوانب ذات صيغ نفسية مهملة، ومن ذلك جملة الآثار الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية التي يمكن أن تصاحب هذه الظاهرة. وتتفق نتائج الدراسات المحلية مع الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بهذا الخصوص على عمق أثر تردي الأوضاع النفسية للنساء في زيادة احتمالات بروز مظاهر العقم لديهن. على الرغم من تركيز الدراسات الأجنبية على العوامل البيولوجية ذات العلاقة بطبيعة عمر المرأة عند الحمل واضطرابات الدورة الطمثية، والعجز الجنسي في بروز ملامح العقم لديها.

وفي ضوء ما تقدم **فإن ما يميز دراستنا هذه عن غيرها من الدراسات** أنها

تحاول أن تأخذ بعين الاعتبار مجموعة الظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي أهملتها الدراسات السابقة، التي تناولت ظاهرة العقم وأسبابها وانعكاساتها بالدراسة والتحليل؛ سعياً للوصول إلى مستويات معرفية شاملة وعميقة لظاهرة العقم، ومن ثم تمكننا من تقديم أفكار دقيقة وعميقة تسهم في سبر غور هذه الظاهرة وفهمها وتحديد أسبابها والكشف بوضوح عن تلك العوامل التي يمكن أن تقود إليها.

الخلفية النظرية:

اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على نظرية ذات منشأ ديموغرافي، تتعلق باتجاه تدفق الثروة، التي برزت على يد جون كالدول عام 1978 (Caldwell, 1982) وعلى مرتكزاتها التي تدور حول مسارات اتجاه تدفق الثروة بين الآباء والأبناء، ودورها في تحديد استجابات الأفراد ومواقفهم الديموغرافية؛ وذلك لقدرة هذه النظرية على تقديم تفسيرات علمية منتظمة للتحولات التي أصابت بنية العائلة، وما تخللها من تخليها عن كثير من وظائفها التقليدية التي كانت تقوم بها سابقاً، وضعف شدة هيمنة التقاليد والقيم السائدة على الأفراد، وانخفاض القيمة الاقتصادية والاجتماعية للأطفال، وزيادة كلفتهم، وزيادة نزوع الأسرة لتبني قيم ومواقف أكثر حداثة، وتبنيها لخيارات تتنافس مع تلك الخيارات التقليدية، وما تخللها أيضاً من زيادة بروز مظاهر العقم بشقيه العمدي والطوعي بين الأزواج في تلك المجتمعات.

وقد لازم ظاهرة **تفكك بنى العائلة الممتدة** – بحسب وجهة نظر كالدول – وما صاحبها من تغيرات عميقة على بنية الأسرة: زيادة انعزاليتها، وزيادة بروزها كوحدات اجتماعية متخصصة بنائياً ووظيفياً، وانخفاض حجم الطلب على الأطفال، وزيادة طموح الأفراد وتطلعاتهم الذاتية التي تتعارض مع كثرة الإنجاب، وزيادة توجه الآباء نحو الاهتمام بالجانب النوعي عند إنجاب الأطفال؛ الأمر الذي مهد بشكل واضح لحدوث تغيرات جوهرية وعميقة في استجابات الأزواج الديموغرافية، بما فيها تأخير الحمل والإنجاب، وما يستتبعه من تأخير الوصول إلى مرحلة الأبوة أو الأمومة البيولوجية (Caldwell, 2005).

وبين كالدول في هذا السياق، عمق التغيرات التي أحدثها متغير **مستوى تعليم المرأة** على استجاباتها الديموغرافية؛ وعلى إكسابها أذواقاً أكثر تطوراً بشأن حجم الأسرة المرغوبة، التي تطمح إليها، وفي إدخاله قضية الإنجاب ضمن مجال

اختيارها الواعي والعقلاني، وفي تقليله من شدة أثر منظومة القيم والتقاليد المتوارثة عليها، وتعزيزه لتطلعاتها الذاتية، وزيادة أهمية وقتها ورفع حدة التنافس عليه، وزيادة تطلعاتها للرفاه وللحصول على السلع المعمرة المختلفة، ورفع أذواقها الاستهلاكية (كرادشة، ومصاروة، 2015).

كما تضمنت هذه النظرية رؤى دقيقة حول أهمية **التحولات التي أصابت المجتمعات الإنسانية المعاصرة**، وأهمية أدوارها في تعزيز خيارات المرأة، وزيادة البدائل المتاحة أمامها، **وفي زيادة فرص دخولها لسوق العمل**؛ مما أسهم في تقليل حدة تبعيتها الاقتصادية والاجتماعية للرجل، وفي جعل استجاباتها الديموغرافية أكثر براغماتية ونفعية، وفي تعزيز إدراكها أن تقرير حجم أسرتها هو رهن إرادتها وسلوكها العقلاني الرشيد. وقد شكّلت هذه الأطروحات مداخل مهمة لرؤى كالدول النظرية، التي فسر في ضوئها آلية الانخفاض الطارئ في مستويات الطلب على الأطفال في الأسرة، خاصة في المجتمعات الصناعية الحديثة، وفي زيادة بروز مظاهر العقم الزواجي بشقيه العمدي والعفوي (Boivin, 2003).

ويشير كالدول – في هذا السياق – إلى أن عملية الإنجاب ستصبح في نهاية المطاف مسألة سلوكية، يخضع فيها الآباء رغباتهم لدالة الرشادة، ويضعون في اعتبارهم عند اتخاذ قرار إنجاب الأطفال حسابات الربح والخسارة من جهة والرضى والمنفعة من جهة أخرى، كما يفرض عليهم إجراء حسابات دقيقة لما يمكن أن يقدمه الأولاد من منفعة وعوائد، مقارنة بما يمكن أن يتكبدوه من كلفة سواء أكانت اجتماعية أم اقتصادية (Caldwell, 2005). كما ناقشت النظرية أثر التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي أصابت المجتمعات الحديثة، وما رافقها من تحول في اتجاه تدفق الثروة، **ودورها في تكوين مواقف حاسمة لدى الأفراد بشأن قراراتهم الإنجابية**، وبخصوص آلية اتخاذ هذه القرارات داخل الأسرة، ونمطيتها كقرار استخدام وسائل منع الحمل، وقرار تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم.

وفسرت الانخفاض الطارئ على معدلات الطلب على الأطفال؛ بناء على **تغير في طبيعة مواقف الأفراد وطبيعة علاقاتهم ومصالحهم**؛ فالظروف الملازمة لعملية التحول الاجتماعي والاقتصادي التي تمر بها المجتمعات التقليدية في سياق تحولها إلى مجتمعات حديثة، كان لها تأثير حاسم ومباشر على استجابات الأفراد الديموغرافية؛ بحيث أصبحت ميولهم نحو الحصول على أسر صغيرة الحجم

نسبياً، هدفاً منشوداً في النظام الاجتماعي الذي يتسم بحداثة مواقفه الاجتماعية (كرادشة، ومصاروة، 2015).

كما شكلت هذه التحولات وما صاحبها من عمليات تغير وتحديث، محور رؤى كل من ديفز وبلاك Davis & Black اللذين أكدا عمق إسهام هذه التحولات وما لازمها من تغيرات اجتماعية واقتصادية وثقافية في زيادة توجه الآباء نحو العمل على تقييم ما يقدمه الأولاد للأسرة من فوائد، وفي دفعهم لاتخاذ قرارات أكثر عقلانية بخصوص سلوكهم الإنجابي، والمواءمة بين كلفة إنجاب الأطفال وتربيتهم من جهة، ومنافعهم من جهة أخرى. وقدما إطار تحليل بينا فيه كيف تؤثر المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على مستويات الخصوبة عبر مجموعة من المتغيرات **أسمياها بالمتغيرات الوسيطية للخصوبة**، وقد حدداها بأحد عشر متغيراً، يمكن أن تؤثر على مستويات الخصوبة بشكل مباشر، وتضمنت هذه المتغيرات "متغير العقم بشقيه الطوعي والعمدي" (Bulato, 1983). كما كانت هذه الأطروحات محور اهتمام نظرية بونقارتز، الذي قدم إطاراً نظرياً مهماً مستنداً إلى أسس هذه النظرية، اختزل فيها المتغيرات إلى أربعة متغيرات، وأسماها المتغيرات التقريبية، وحلل فيها أثر التحولات المختلفة التي شهدتها المجتمعات الإنسانية من زاوية علاقتها بسلوك المرأة الإنجابي، وقد كان متغير العقم العمدي والثانوي محور اهتمامه بسبب طبيعة أثره الحاسم والمباشر وقدرته على تفسير انحدار مستويات الخصوبة السكانية (Bongaarts, 1982).

التعريفات الإجرائية:

العقم الأولي: يعني عدم قدرة المرأة على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي (الأدغم، 20039).

العقم الثانوي: يعني وجود خلل معين قد يؤدي مؤقتاً إلى منع الحمل، وقد يحدث بعد حصول الزوجين على الأطفال، ومن ثم توقف فرص الإنجاب لديهما (لويس، 2002).

العقم الزواجي: ويعني عدم القدرة على الحمل بعد 12 شهراً من تاريخ الزواج، وقد يكون العقم (دائماً أو مؤقتاً لدى أحد الزوجين)، ويشير إلى وجود مشكلة بيولوجية لدى أحد طرفي العلاقة الزواجية فيما يتعلق بالقدرة الطبيعية على الإنجاب (لويس، 2002).

مجتمع الدراسة والعينة:

تعتمد هذه الدراسة – التي تعد من نوع الدراسات **الوصفية التحليلية** – بصورة أساسية على **منهج المسح الميداني الاجتماعي باستخدام أسلوب العينة**. وقد اعتمد بداية على أسلوب العينة المتاحة **القصدية** لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة من السيدات اللواتي سبق لهن الزواج ولم تتجاوز أعمارهن الحالية 49 سنة، وقد أخذ بعين الاعتبار عند جمع البيانات من أفراد العينة أن تكون شاملة لكل من المستشفيات المتخصصة بقضايا العقم والولادة والعيادات النسائية الموجودة في محافظة مسقط. وبعد الوصول للمستشفيات والمراكز الطبية المستهدفة جمعت الباحثات البيانات عن مفردات مجتمع الدراسة بطريقة "العينة القصدية غير الاحتمالية"؛ بحيث سألت الباحثة داخل المؤسسة الطبية "مستشفى أو عيادة نسائية" عن السيدات العمانيات اللواتي يعانين من واقعة العقم واللاتي سبق لهن الزواج ولم تتجاوز أعمارهن 49 عاما. وجمعت البيانات اللازمة، استنادا إلى استبانة أُعدّت خصيصاً لهذه الغاية، كما تم الوصول إلى مفردات عينة الدراسة (النساء المتزوجات اللاتي لم تتجاوز أعمارهن الحالية 49 سنة ويعانين ظاهرة العقم)، من خلال السؤال في مجتمع الدراسة عن السيدات اللواتي تنطبق عليهن شروط الدراسة، داخل العيادات والمستشفيات المختارة، وترك للباحثين حرية الاختيار للوصول **لمفردات العينة اللاتي بلغ عددهن (317) من الإناث العمانيات** المتزوجات واللاتي يعانين من مشكلة "العقم الأولي" واللاتي مر على زواجهن أكثر من سنة ولم تتعدَّ أعمارهن 49 سنة، ومن المترددات على العيادات الطبية والمستشفيات الخاصة بأمراض العقم والولادة في سلطنة عمان، مع ملاحظة أن أغلب هذه المستشفيات أو المراكز موجودة في محافظة مسقط. وقد امتدت الدراسة مدة زمنية تزيد على (4 أشهر)؛ إذ بدأت في (2014/5/14) وانتهت في (2014/9/26).

هذا، وقد اعتمدت الدراسة على **المنهج الوصفي التحليلي** لدراسة الظاهرة كما هي في الواقع؛ وذلك لقدرة هذا المنهج على وصف ظاهرة العقم قيد الدراسة لدى السيدات في المجتمع العماني وصفاً كمياً تحليلياً دقيقاً معتمداً على منهج المسح الميداني الاجتماعي، باستخدام أسلوب العينة (طريقة المسح بالعينة)، وبالاعتماد على الاستبانة أداة خاصة لجمع البيانات عن مجتمع الدراسة، وللتعمق في دراسة الظاهرة، ومحاولة رصد أسبابها في المجتمع العماني والآثار المترتبة عليها وانعكاساتها؛ سعياً للوصول لمستويات معرفية دقيقة لواقع الظاهرة، وتقديم تشخيص دقيق وفهم عميق لمعطياتها في المجتمع العماني.

صدق الاستبانة:

عرضت أسئلة الاستبانة على مجموعة من المتخصصين من الأكاديميين في كليات الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية الأخرى واختصاصيين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي في جامعة السلطان قابوس (كون صدق الاستبانة يعتمد على صدق المحكمين)، وفي ضوء توجيهاتهم واقتراحاتهم، أجريت بعض التعديلات المطلوبة، وإضافة بعض الأسئلة المقترحة، لتخرج الأداة/ الاستبانة في صورتها النهائية مكونة من (56) سؤالاً، موزعة على 6 أجزاء، تتضمن أسئلة حول الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية للسيدات في عينة الدراسة والآثار الممكن أن تتركها واقعة العقم عليهن. كما أجرى (Pilot Study)، اختباراً قبلياً (قبل أسبوع من الشروع بجمع البيانات من الميدان)، بهدف باختبار اسئلة الدراسة على عينة محدودة من أفراد عينة الدراسة الأصلية، قوامها 20 امرأة ممن تنطبق عليهن شروط الدراسة وتتطابق مع خواص العينة وصفاتها؛ وذلك للتأكد من دقة أسئلة الاستبانة وملاءمتها لطبيعة الظاهرة قيد الدراسة. كما تم التأكد من واقعية الأسئلة ودقتها ومدى ثباتها وتجانس نتائجها، وقد دلت نتائج معامل الثبات (Reliability) [1] على وجود تجانس واضح في النتائج.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

سعياً لتحليل بيانات الدراسة بشكل مناسب ودقيق، تم اللجوء إلى أسلوبين من الأساليب الإحصائية، تدرجاً بحسب درجة تعقيدهما إلى مستويين، وهما: – المستوى **الأول**: أسلوب التحليل الوصفي البسيط لمتغيرات الدراسة، وتمثل بنموذج التوزيعات النسبية التكرارية (Percentages) **والمتوسطات الحسابية** (Means). أما المستوى الثاني **فقد تمثل بنموذج كاي تربيع** (Chi-Square) **الذي امتاز بملاءمته لأهداف الدراسة.** وقد فحصت الدلالة الإحصائية (Significance) لكل متغير باستخدام نموذج تحليل كاي تربيع، وعند مستوى دلالة إحصائية 5.% فأقل. واستخدم لهذه الغاية برنامج الرزم الإحصائية المعروف (SPSS) الخاص بالعلوم الاجتماعية والإنسانية، لإجراء عمليات التحليل الإحصائي.

(1) بلغ معامل الارتباط (Correlation) بين الفقرات 0,82 وبشكل طردي وموجب؛ مما يعني أن هناك ثباتاً في القياس وثباتاً للنتائج.

عرض نتائج الدراسة:

يهدف هذا القسم من الدراسة إلى تقديم تحليل مفصل لظاهرة العقم الزواجي لدى النساء في المجتمع العماني، وتبيان مدى انتشاره، وكشف أهم العوامل الملازمة له، كذلك محاولة استقصاء أهم آثاره سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية. وسيتم تناولها وعرضها بشكل منظم ومتسلسل خلال هذا الجزء من الدراسة، بالإضافة إلى نموذج تحليل كاي تربيع. ولغايات تنظيمية ولتحقيق تسلسل منطقي لعرض نتائج الدراسة، قسم هذا الجزء من الدراسة إلى جزأين رئيسين، هما:

أ – الخصائص **الديموغرافية** للسيدات اللاتي يعانين مظاهر العقم في المجتمع العماني.

ب – الخصائص **الاجتماعية والاقتصادية** للسيدات اللاتي يعانين مظاهر العقم في المجتمع العماني.

وفيما يلي عرض مفصل لهذه النتائج:

أ – الخصائص الديموغرافية للسيدات اللاتي يعانين من مظاهر العقم الزواجي:

يهدف هذا الجزء من الدراسة حصرياً إلى تقديم تحليل مفصل **للخصائص الديموغرافية** للنساء اللاتي يعانين مظاهر العقم الزواجي في المجتمع العماني، وكشف أهم هذه الخصائص؛ تمهيداً للولوج أكثر في تفاصيل هذه الظاهرة وطبيعة محدداتها.

جدول (1)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب أعمارهن عند الزواج

أعمار السيدات عند الزواج	العدد Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
1 – أقل من 19 سنة	36	%14,2	87,2	0,000
2 – 20–24 سنة	124	%48,8		
3 – 25–29 سنة	64	%25,2		
4 – 30 فأكثر	30	%11,8		
المجموع	**254**	**%100,0**		

* عدد حالات (63 =missing) ** ومتوسط أعمار السيدات قيد الدراسة إلى (23,7) سنة.

يتبين من خلال نتائج جدول (1) أن **متوسط أعمار السيدات قيد الدراسة عند الزواج** وصل إلى 23,7 سنة، كما يتبين وجود ارتفاع واضح في نسب النساء اللاتي سبق أن تزوجن في سن مبكرة؛ أي عند الفئة العمرية (أقل من 19 سنة) وبنسبة بلغت (14,2%)، وتشير النتائج أيضاً إلى وجود تركز واضح في أعمارهن عند الزواج في الفئة العمرية من (20–24) وبنسبة (48,8%). وهذه النتيجة تتفق مع طبيعة المجتمع العماني ذي البناءات الاجتماعية التقليدية والمتوارثة، والذي يعطي أهمية كبيرة لزواج الإناث المبكر، لما يقترن بهذا النمط من الزواج من اعتبارات وقيم ثقافية واجتماعية مختلفة كضرورة سترة البنت، واعتبار بقائها دون زواج يحمل الأسرة أعباء اجتماعية واقتصادية مضاعفة، وباعتبار أنها كلما اضطلعت بوظائفها البيولوجية والاجتماعية مبكراً كان ذلك أفضل لها (الحارثي، 2003).

وتفسر الدراسات السابقة هذه النتيجة في ضوء أن عملية زواج السيدات في سن مبكرة، كثيراً ما يتقاطع مع معتقدات وممارسات تقليدية لديهن، تتّسم بالجهل وقلة الدراية، وعدم القدرة على تلمس حاجاتهن؛ ما قد يفضي إلى تردي أوضاعهن الصحية وظهور مشكلة العقم لديهن (كرادشة، 2012أ)، وأن نمط زواج الإناث المبكر قد يزيد من فرص معاناتهن لأسباب تتعلق بصغر أعمارهن، وما يقترن بذلك من ظروف اجتماعية وملابسات بيولوجية مختلفة (غانم ومطانيوس، 2008)؛ فمن وجهة نظر دارسي علم الأجهزة العضوية ووظائفها، فإن الأمهات الصغيرات في العمر أكثر عرضة من غيرهن لطائفة من المخاطر الناجمة عن مضاعفات الحمل والإنجاب وتعقيداته، وما يرافق هذه العمليات من أعراض الإرهاق، وفقر الدم، وصعوبات الولادة، التي يمكن أن تقود إلى إضعاف أو تعطيل لقدرتهن البيولوجية على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي (نشيوات وآخرون، 1995).

وتؤكد بعض الدراسات السابقة في السياق نفسه، أن هناك عوامل بيولوجية يمكن أن تقود لبروز حالات العقم لدى الزوجات، بسبب أعمارهن المبكرة عند الزواج؛ حيث تكون فيها المرأة أكثر عرضة لأخطار ناجمة عن عدم اكتمال نضجها الفسيولوجي، لأسباب عضوية أو لأسباب تكوينية (لويس، 2002).

جدول (2)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب أعمارهن الحالية

أعمار السيدات الحالية	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
1 – أقل من 24 سنة	37	%14,7	15,5	0,000
2 – 25–29 سنة	77	%30,6		
3 – 30–34	65	%25,8		
4 – 35 فما فوق	73	%29,0		
المجموع	**252**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 65).

– متوسط أعمار السيدات الحالية 30,5 سنة.

وتظهر نتائج التوزيعات النسبية لمتغيرات الدراسة ذات الصيغ الديموغرافية (انظر جدول 2) تركّز **أعمار السيدات الحالية** عند الفئة العمرية (35 سنة فما فوق)، وبنسبة تصل إلى (29,0%)، كذلك عند الفئة العمرية (25–29) بنسبة (30,6%). وهذه النتيجة تبين وجود ارتفاع واضح في أعمار السيدات اللاتي يعانين مشكلة العقم بشكل عام. وتفيد الأدبيات الديموغرافية السابقة بهذا الخصوص، أن ارتفاع أعمار النساء عادة ما يتضمن انعكاسات مهمة ذات اعتبارات بيولوجية تتعلق بخصوصية جسد المرأة المؤنث وقدرته على الخصب والإنجاب (Lauri, 2002). إذ قد تتضمن الأعمار الكبيرة للسيدات ضعفاً وقصوراً في قدرتهن البيولوجية على الإنجاب وبداية ما اصطلح على تسميته بالعقم الثانوي (Secondary Subfecoundability) باعتبار أن قدرة المرأة الطبيعية على الإنجاب تضعف كلما تقدمت في العمر (لويس، 2002؛ ماجدة، 2004).

توضح نتائج جدول (3)، ارتفاع **متوسط أعمار أزواج السيدات قيد الدراسة عند الزواج**؛ إذ بلغ هذا المتوسط (30) سنة. كما توضح تركّز أعمار هؤلاء الأزواج عند حدود الفئة العمرية (30–34)، وبنسبة (46,2%). وفي المقابل بلغت نسبة الأزواج الذين زادت أعمارهم عند الزواج على (35) عاماً إلى (25,5%)؛ ما يعني أن أغلب أزواج السيدات قيد الدراسة تزوجوا بأعمار كبيرة نسبياً خاصة عند مقارنتهم بأعمار السيدات عند الزواج.

جدول (3)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب أعمار أزواجهن الحالية

أعمار أزواج السيدات عند الزواج	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
1- أقل من 24 سنة	4	%1,6	100,5	0,000
2- 25 – 29 سنة	67	%26,7		
3- 30 – 34	116	%46,2		
4- 35 فما فوق	64	%25,5		
المجموع	**251**	**%100,0**		

- عدد حالات (missing = 66).
- متوسط أعمار أزواج السيدات قيد الدراسة عند الزواج، (27,2) سنة.

جدول (4)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مقدار الفارق العمري مع أزواجهن

الفارق العمري بين الزوجين	العدد Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
1 – أقل من سنتين	67	%26,8	33,3	0,000
2 – 3-4 سنوات	92	%36,8		
3 – 5- 9 سنوات	63	%25,2		
4 – 10 سنوات فأكثر	28	%11,2		
المجموع	**250**	**%100,0**		

- عدد حالات (missing = 67).
- بلغ متوسط الفارق العمري بين الزوجين (4,1) أعوام.

تبين نتائج جدول (4) أن متوسط **الفارق العمري بين الزوجين وصل إلى (4,1) عاماً** ولصالح الزوج، وأن الفوارق العمرية بينهما تتركز عند الفئة (3-4) سنوات، وبنسبة (36,8 %). بينما وصلت نسبة الفوارق العمرية بين الزوجين التي تزيد على (10) سنوات إلى (11,2%)؛ ما يعني وجود فوارق عمرية مهمة بين الأزواج في عينة الدراسة ولصالح الذكور. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما خلصت إليه نتائج

الدراسات السابقة، التي أشارت إلى وجود فوارق عمرية واضحة بين الأزواج لصالح الزوج في الأسرة العربية بشكل عام، وأرجعته لطبيعة الموروثات الثقافية، وخصوصية نسيجها القيمي، وبسبب شيوع نمط زواج الإناث المبكر في هذه المجتمعات (بركات، 2009)؛ إذ إن المرأة العربية كثيراً ما تنظر إلى مؤسسة الزواج كمصدر لأمنها وضمانها الاجتماعي والاقتصادي، وكهدف تصبو إليه؛ حتى وإن كان شريك الحياة لا يتماثل مع عمرها (كرادشة، 2012ب). وقد تتضمن هذه الفوارق العمرية – بحسب نتائج الدراسات السابقة – انعكاسات مهمة على قدرة المرأة الطبيعية على الحمل؛ إذ قد تنطوي زيادة حدة الفجوة العمرية بين الزوجين على تعارضات في الميول والاهتمام بين الزوجين وضعف إدراك الآخر وعدم الرضى الزواجي، وهذه الأمور قد يكون لها مردود سلبي على حياتهما الجنسية (كرادشة، 2012أ). ومثل هذه النتائج من شأنها أن تشكل مداخل مهمة للباحثين لدراسة وتحليل أثر المتغيرات الديموغرافية في بروز العقم الزواجي في المجتمع العماني، خاصة لما تنتج عنها من آثار اجتماعية وبيولوجية وعضوية مهمة على قدرة المرأة الطبيعية على الخصب والإنجاب.

جدول (5)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مدة حياتهن الزواجية

مدة الحياة الزواجية	العدد Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
1 – سنة فأقل	36	%14,4	15,4	0,000
2 – 4–5	67	%26,8		
3 – 5– 9	73	%29,2		
4 – 10–فأكثر	74	%29,6		
المجموع:	**250**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 67).

– متوسط مدة الحياة الزواجية للسيدات 7,3 سنوات.

توضح نتائج جدول (5) أن **متوسط مدة الحياة الزواجية للسيدات** في عينة الدراسة تبلغ 7,3 سنوات، كما توضح أن هناك تركزاً واضحاً لمدة الحياة الزواجية للسيدات قيد الدراسة عند الفئة العمرية (5–9) وبنسبة (29,2%)، مقابل ما نسبته

(29,6%) من السيدات تركزت مدة حياتهن الزواجية عند الفئة (10 سنوات فأكثر)، وهذا يعني أن هناك نسبة كبيرة من السيدات قيد الدراسة تجاوزت مدة حياتهن الزواجية (10) سنوات. وهذه النتيجة توضح أن هناك معاناة حقيقية وطويلة الأمد تعيشها السيدات قيد الدراسة بسبب عدم قدرتهن على تحقيق رغباتهن في الحصول على الأطفال بشكل طبيعي طوال مدة حياتهن الزواجية.

جدول (6)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب استخدامهن لوسائل تنظيم الأسرة

وسائل تنظيم الأسرة	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
نعم	60	%20,8	98,9	0,000
لا	229	%79,2		
المجموع	**289**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 28).

تبين نتائج جدول (6)، انخفاضاً واضحاً في نسب السيدات في عينة الدراسة ممن سبق لهن استخدام وسائل تنظيم النسل؛ إذ وصلت هذه النسبة إلى (20,8%) فقط، مقارنة مع (79,2%) من النساء اللاتي لم يسبق لهن استخدام أي من وسائل تنظيم النسل. وهذا يفيد أن أغلب السيدات في عينة الدراسة هن من السيدات غير المستخدمات لوسائل تنظيم النسل. وتعد هذه النتيجة متوافقة مع نتائج الدراسات السابقة، التي تؤكد أن أغلب السيدات في المجتمعات الأبوية المحافظة والتقليدية – كالمجتمع العماني – لا يسعهن استخدام موانع الحمل قبل ضمان إنجاب طفل واحد على الأقل، وأن عملية إنجاب الأطفال لديهن – خاصة الطفل الأول – تعتمد – إلى حد بعيد – على مقدرتهن الطبيعية على الحمل والإنجاب (كرادشة، 2013؛ مزاهرة والعواملة، 2008).

بشكل عام توضح نتائج هذا الجزء من الدراسة، أن أهم الخصائص الديموغرافية التي تميز السيدات قيد الدراسة (اللاتي يعانين ظاهرة العقم الزواجي) صغر أعمارهن عند الزواج، وارتفاع أعمارهن الحالية، وارتفاع الفوارق العمرية

بينهن وبين أزواجهن، وإن مال هذا الارتفاع الملاحظ لصالح الأزواج الذكور. كذلك خلصت النتائج إلى انخفاض نسبة استخدام السيدات قيد الدراسة لوسائل تنظيم الأسرة؛ ما يفيد بأن بعض هذه الملامح الديموغرافية للسيدات من شأنها أن تشكل جزءاً مهماً من الأسباب الرئيسة وراء معاناتهن من مظاهر العقم الزواجي.

كما أكدت نتائج مربع كاي، أهمية خلفيات السيدات الديموغرافية في بروز واقعة العقم الممكن أن يصاب بها الزوجان، وقد جاءت معظم هذه المتغيرات الممثلة للخصائص الديموغرافية للسيدات قيد الدراسة ذات دلالة إحصائية معنوية مهمة عند مستوى دلالة (0,05% فأقل).

ب – الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسيدات اللاتي يعانين ظاهرة العقم الزواجي:

يقوم هذا الجزء من الدراسة – بشكل أساسي – على محاولة تحديد وكشف أهم **الخصائص الاجتماعية والاقتصادية** للسيدات قيد الدراسة (اللاتي يعانين مظاهر العقم الزواجي واللاتي يترددن على العيادات الطبية والمستشفيات الخاصة بأمراض العقم والولادة في محافظة مسقط)؛ بهدف تقديم تصورات دقيقة لهذه الخصائص. وفيما يلي عرض لأهم هذه النتائج:

جدول (7)
نتائج التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مكان إقامتهن في الأصل

مكان الإقامة في الاصل	العدد Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
مدن كبرى	172	%56,0	322,9	0,000
أرياف	110	%35,8		
بادية	9	%2,9		
أخرى	16	%5,2		
المجموع	**307**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 10).

تكشف نتائج جدول (7)، أن أغلب السيدات في عينة الدراسة **ينتمين لأصول حضرية** وبنسبة بلغت (56,0%)، مقابل ما نسبته (35,8%) من السيدات ينتمين لأصول ريفية، بينما لم تتجاوز هذه النسبة لدى السيدات اللاتي ينتمين لأصول (البادية) (2,9%). وهذا يعني أن أغلب السيدات قيد الدراسة **هن من السيدات اللاتي يمتلكن رصيداً ثقافياً حضرياً.**

ويبدو أن انتماءات السيدات للمناطق الحضرية من شأنه – بحسب نتائج الدراسات السابقة – أن يعزز من فرصهن في البحث عن **خدمات طبية متقدمة** لمعالجة مشكلة العقم، وهن يتمتعن بمرونة في الاستعانة بهذه التكنولوجيا الطبية المتوافرة. كما يبدو أن طبيعة خبرات السيدات اللاتي يقطنّ المناطق الحضرية وأنماط معتقداتهن تكون – في الغالب – غير متعارضة مع لجوئهن لمثل هذه الخدمات الطبية المتقدمة (Brennan et al., 2005).

جدول (8)
التوزيعات التكرارية والنسبة للسيدات قيد الدراسة بحسب مكان الإقامة الحالية

مكان الإقامة الحالي	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
مدن كبرى	204	%66,4	144,5	0,000
أرياف	80	%26,1		
بادية	6	%2,0		
أخرى	17	%5,5		
المجموع	**307**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 10).

تظهر نتائج جدول (8) وجود فروقات واضحة **في مكان إقامة السيدات الحالية** في عينة الدراسة، لصالح المناطق الحضرية بنسبة (66,4%)، مقارنة مع (26,1%) لدى الزوجات اللواتي يقطن في المناطق الريفية. ويبدو أن السكن في المناطق الحضرية في المجتمع العماني يتضمن آليات محفزة للسيدات للبحث عن خدمات طبية مساعدة ومتطورة في مجال العقم والولادة، على عكس السيدات اللاتي يقطن المناطق الريفية، اللاتي يزداد تمسكهن بالقيم والمعتقدات المثبطة لإقبالهن على

الخدمات الحديثة المتعلقة بالخصوبة والإنجاب. كما قد يفسر ذلك في ضوء **التغير الطارئ على طبيعة مواقف الأفراد وطبيعة علاقاتهم**؛ فيبدو أن للظروف الملازمة لعملية التحول الاجتماعي الاقتصادي التي تمر بها المجتمعات التقليدية في سياق تحولها إلى مجتمعات حديثة – تأثيراً مهماً على استجابات الأزواج الديموغرافية، في المحيط الاجتماعي الحضري الذي يتسم بالحداثة وبمواقفه الاجتماعية الداعمة لاستقلالية المرأة ولأدوارها غير التقليدية (Boivin, 2003)، وقد تشكل هذه الأطروحات مداخل مهمة لفهم آلية زيادة بروز ظاهرة العقم الزواجي بشقيه العمدي والعفوي في المجتمع العماني.

فالحياة الحضرية – كما تؤكد نتائج الدراسات السابقة – تقوم – في الغالب – على التقليل من شدة الضغوط الاجتماعية والثقافية المفروضة على الأزواج، خاصة تلك المتعلقة باستخدام طرق تكنولوجية حديثة للحصول على الأطفال، كما تمتاز بوضوح دور التنظيمات والمؤسسات الرسمية التي تسهم في منحهم مزيداً من الحرية والمرونة للجوء للخدمات الطبية الحديثة للحصول على الأطفال (Macia, 1996). كما قد يسهم الرصيد الثقافي الحضري بتكوين قناعات ومواقف أكثر حداثة بخصوص سلوكهم الإنجابي بعيداً عن سطوة القيم والتقاليد المتوارثة (موسى شتيوي، ومنير كرادشة، 2012). وقد يقترن مكان الإقامة في المناطق الحضرية بتوافر الخدمات الطبية المتخصصة بمشكلات العقم والخصوبة وقربها، وتوافر أنماط حياتية وثقافية مواتية لاستخدام تكنولوجيا طبية حديثة ومتقدمة في مجال معالجة مشكلات العقم والولادة (شتيوي، وكرادشة، 2012).

وتجدر الإشارة – في هذا الخصوص – إلى **أن التحضر عادة ما يرتبط** بزيادة تحرر المرأة، وزيادة مساهمتها الاقتصادية بسوق العمل، وزيادة تأثرها بقيم الحداثة، وببروز تحولات مهمة في أدوارها ومكانتها الاجتماعية، التي قد يكون لها – بحسب بعض الفروض – تأثير سلبي على قدرتها البيولوجية على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي؛ مما يزيد من إقبالها على المؤسسات الطبية المتخصصة لعلاج حالة العقم لديها (Macia, 2002).

جدول (9)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب الحالة العملية الحالية وطبيعة العمل

الحالة العملية	العدد Frequency	النسبة % Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
أعمل	145	%45,7	50,6	0,000
لا أعمل	125	%39,4		
باحثة عن عمل	47	%14,8		
المجموع	**317**	**%100,0**		
طبيعة عمل السيدة	**العدد** Frequency	**النسبة%** Percent		
لا أعمل	171	%55,5	394,4	0,000
معلمة	71	%23,1		
موظفة	38	%12,3		
خدمات مصرفية	14	%4,5		
ممرضة	11	%3,6		
مهندسة	3	%1,0		
المجموع:	**308**	**%100,0**		

*عدد البيانات المفقودة تبعاً لمتغير طبيعة المهنة التي تزاولها السيدة (missing = 9).

تظهر نتائج جدول (9) ارتفاعاً ظاهراً في مستويات **مساهمة النساء قيد الدراسة في سوق العمل**، وبنسبة بلغت (45,7%)؛ مقابل (39,4%) لا يعملن، وبنسبة (14,8%) باحثة عن عمل. ويمكن فهم ارتفاع نسبة مشاركة السيدات قيد الدراسة في سوق العمل في ضوء التحولات النوعية التي رافقت عملية التنمية في المجتمع العماني، والتي عززت انفتاح المرأة على خيارات اقتصادية واجتماعية وثقافية مختلفة، مكّنتها من دخول سوق العمل؛ مما عزز من قدرتها على الإمساك أكثر بشروط حياتها، وزيادة امتلاكها لمصادر أمنها الاجتماعي والاقتصادي، ودفعها لبذل مجهود إضافي للتماثل مع طبيعة التغيرات هذه (المعمري، 2000).

وتشير نتائج بعض الدراسات الحديثة – في هذا السياق – إلى أن حالة العقم لدى المرأة قد تسهم في تحررها من أعباء الأمومة وتزيد من وقت فراغها؛ الأمر الذي من شأنه أن يعزز فرص مساهمتها بسوق العمل (Greil et al., 2010).

ويبدو أن مساهمة المرأة الاقتصادية قد أكسبتها مزيداً من الاستقلالية، وجعلتها أكثر طلباً على الخدمات الطبية الحديثة الخاصة بمشكلات العقم والولادة. والظاهر أيضاً أن أهمية هذا المتغير – كما تؤكد الدراسات السابقة – تكمن فيما ينطوي عليه من ارتفاع في درجة الوعي والمرونة لدى المرأة العاملة، وزيادة قدرتها على الوصول للمؤسسات الطبية الحديثة الخاصة بالعقم والولادة (كرادشة، 2012).

غير أن هناك من الأدبيات الديموغرافية، ما يفيد بأن مساهمة المرأة في اقتصاديات الأسرة عبر تغطية كثير من نفقاتها وحاجاتها، قد أسهم في تقوية سلطتها داخل نطاق الأسرة، وكان له مردود كبير في تعزيز دوافعها نحو التحكم بسلوكها الإنجابي وتعطيل قدرتها الطبيعية على الحمل والإنجاب بشكل مقصود؛ مما زاد من مستويات العقم لديها (Abbey et al., 1991). كما تضمنت هذه الأدبيات تفسيرات دقيقة حول أهمية **التحولات التي أصابت المجتمعات**، وأدوارها في تعزيز خيارات المرأة، وزيادة البدائل المتاحة أمامها، **وفي زيادة فرص دخولها لسوق العمل**؛ مما أسهم في تقليل حدة تبعيتها الاقتصادية والاجتماعية للرجل، وفي جعل استجاباتها الديموغرافية أكثر منفعية، وفي تعزيز إدراكها أن تقرير حجم أسرتها هو رهن إرادتها وسلوكها العقلاني الرشيد. وقد شكلت هذه الأطروحات مداخل مهمة لتفسر زيادة بروز ظاهرة العقم الزواجي في المجتمع العماني.

ويبدو مما تقدم، أن **طبيعة عمل المرأة يمكن أن يشكّل** أرضية خصبة لدراسة ظاهرة العقم الزواجي. فالتراثان السوسيولوجي والبيولوجي يتقاطعان بنظرتهما تجاه **مساهمة الزوجة في سوق العمل، ويلتقيان من زاوية محددة**، مفادها أن حجم المجهود الذهني الممكن أن تبذله المرأة العاملة في سبيل ارتقائها الوظيفي، وتطوير نفسها وإنضاجها يمكن أن يثبط قدرتها البيولوجية على الحمل والإنجاب (Bulatao & Ronald, 1983). وهذا يؤكد أن دراسة علاقة مساهمة المرأة الاقتصادية في سوق العمل بظاهرة العقم قد يسهم في إثراء جوانب معرفية عديدة لهذه الظاهرة، ويشكل مدخلاً خصباً للباحثين للتعمق أكثر في كوامن هذه الظاهرة وأسبابها وآثارها.

وتتضح الرؤى أكثر من خلال ملاحظة نتائج الجدول نفسه، الذي يعرض مدى انتشار ظاهرة العقم لدى السيدات قيد الدراسة بحسب نوعية مهنهن؛ إذ تبين النتائج أن هناك ارتفاعاً واضحاً في نسب العقم لدى السيدات في مهن معلمة وبنسبة (23,1%)، يليهن السيدات اللاتي يعملن في مهنة موظفة في القطاع العام بنسبة (12,3%)، وفي مهنة خدمات مصرفية بنسبة (4,5%)، وفي مهنة ممرضة بنسبة (3,6%).

جدول (10)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب طبيعة عمل الزوج

طبيعة عمل الزوج	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
القطاع الحكومي	117	%38,7	233,1	0,000
القطاع الخاص	93	%30,8		
القطاع العسكري	64	%21,2		
الاعمال الحرة	22	%7,3		
غير ذلك	6	%2,0		
المجموع	**302**	**%100,0**		

- عدد حالات (missing = 15).

توضح نتائج جدول (10) أن أغلب أزواج السيدات قيد الدراسة، **يشتغلون في القطاع الحكومي** وبنسبة (38,7%)، مقابل ما نسبته (30,8%) ممن يعملون في القطاع الخاص، في حين بينت النتائج أن هناك ما نسبته (21,2%) من أزواج السيدات يعملون في القطاع العسكري، وفي الأعمال الحرة وبنسبة (12,2%). وهي نتيجة يجدر التوقف عندها وتحليلها وفك مضامينها؛ كونها تطرح تساؤلات مهمة حول مدى أثر طبيعة مهنة الزوج في احتمالات بروز ملامح العقم الزواجي، وطبيعة وحجم المسؤولية التي تقع على عاتق هذا المتغير.

جدول (11)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مستوياتهن التعليمية

مستوى التعليم	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
أمية وتقرأ وتكتب فقط	8	%2,5	239,3	0,000
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**		

- عدد حالات (missing = 2).

يتضح من خلال المراجعة التقييمية لنتائج جدول (11) وجود ارتفاع واضح في **المستويات التعليمية لدى السيدات في عينة الدراسة**؛ حيث يحمل أغلبهن مؤهلاً جامعياً فما فوق وبنسبة (32,4%). كما ترتفع هذه النسبة لدى فئة السيدات الحاصلات على مستوى دبلوم/ ثانوي وبنسبة تصل إلى (39,0%)، في حين تنخفض هذه النسبة بشكل واضح لتصل إلى (2,9%) لدى السيدات الأميات واللاتي يقرأن ويكتبن.

ويمكن فهم هذه النتيجة في ضوء فاعلية تأثير متغير التعليم في زيادة خبرات السيدات ووعيهن ومعارفهن المختلفة التي يمكن أن تزيد إقبالهن على استخدام طرق تكنولوجية ووسائل طبية حديثة للحصول على الأطفال، ولاقتران ارتفاع **مستوى تعليم السيدات** بزيادة احتمالات بروز تغيرات مهمة وعميقة على مكانتهن الاجتماعية، ومن ثم زيادة فرص تجاوزهن للإشكاليات التقليدية المتعلقة باستخدام طرق ووسائل طبية وتكنولوجية حديثة لإنجاب الأطفال، وزيادة رغبتهن في الحصول على هذه الخدمات.

وعلى الرغم من أن هناك من الدراسات **ما يشير**، إلى اقتران ارتفاع **مستوى تعليم المرأة** بارتفاع عمرها عند الزواج؛ الأمر الذي قد يقود إلى إضعاف قدرتها على

الخصب والإنجاب بصورة طبيعية؛ بسبب عمق التغيرات التي يمكن أن يحدثها متغير **مستوى تعليم المرأة** ودوره المهم في إدخال قضية الإنجاب ضمن مجال اختيارها الواعي وسلوكها العقلاني، ودوره في التقليل من أثر منظومة القيم والتقاليد المتوارثة عليها، ومن ثم في تعزيز تطلعاتها الذاتية، وزيادة أهمية وقتها ورفع حدة التنافس عليه، وفي زيادة طموحها بالرفاه والحصول على السلع المعمرة المختلفة، والرفع من أذواقها الاستهلاكية؛ الأمر الذي قد يزيد مظاهر العقم لديها (Bate et al., 2007).

بالمقابل يبدو أن النظرة الاجتماعية الرافضة لمفهوم العقم قد أسهمت بارتفاع منسوب الوعي لدى جميع النساء المتزوجات في مجتمع الدراسة، كما أن شدة حساسيتهن تجاه تبعات هذه الظاهرة البيولوجية، قد عززت احتمالات طلبهن للخدمات الطبية المتعلقة بقضايا الحمل والولادة بشكل كبير. وتعد هذه النتيجة منسجمة مع نتائج الدراسات السابقة، التي أشارت إلى انخفاض نسبة النساء الأميات اللاتي يراجعن مثل هذه المراكز الطبية؛ وأرجعته لشدة تمسكهن بجملة من القيم والممارسات التقليدية والطرق الشعبية للحصول على الأطفال، ولقوة اتجاهاتهن القدرية التي تترك مثل هذه الأمور لمشيئة الله وقدره (كرادشة، والبنوي، 2010).

جدول (12)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب مستوى تعليم الأزواج الذكور

مستوى التعليم الزوج	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
أمي ويقرأ ويكتب فقط	18	%5,8	198,0	0,000
تعليم أساسي	31	%10,0		
دبلوم/ ثانوي	118	%38,1		
دبلوم بعد ثانوي	56	%18,1		
جامعة فما فوق	87	%28,1		
المجموع	**310**	**%100,0**		

- عدد حالات (missing = 7).

ويلاحظ من خلال جدول (12) أن معظم **أزواج السيدات قيد الدراسة** يتمتعون بمستويات تعليمية مرتفعة (جامعة فما فوق) وبنسبة (28,1%)، و(38,1%) بمستوى شهادة الدبلوم/ الثانوي، مقابل انخفاضها لتصل إلى ما نسبته (5,8%) عند الأزواج ذوي المستويات التعليمية المنخفضة (أمي أو يقرأ ويكتب)؛ مما يوضح ارتفاع مستويات تعليم أزواج السيدات قيد الدراسة بشكل عام. وهذه النتيجة تكشف امتلاك الأزواج الذكور الأكثر تعليماً اتجاهات إيجابية لاستخدام تكنولوجيا طبية متطورة للحصول على الذرية، كما تكشف ارتفاع مستويات تعليم أزواج السيدات قيد الدراسة.

جدول (13)

التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات قيد الدراسة بحسب صلة القرابة مع الزوج

صلة قرابة الزوج	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
توجد قرابة من الدرجة الأولى	68	%21,7	197,5	0,000
توجد قرابة من الدرجة الثانية أو بعيدة	70	%22,3		
لا توجد قرابة	175	%55,7		
أخرى	1	%3		
المجموع	**314**	**%100,0**		

- عدد حالات (3 =missing).

تبين نتائج جدول (13) وجود تباينات واضحة في **صلة القرابة بين** السيدات (اللاتي يعانين مظاهر العقم) **وأزواجهن**؛ إذ ترتفع نسبة السيدات اللاتي اتسمت أنماط زواجهن بكونها أنماطاً زواجية خارجية؛ أي من الأباعد بنسبة (55,7%). كما تبين نتائج الدراسة ارتفاع نسب زواج الأقارب من الدرجة الأولى للسيدات في عينة الدراسة، لتصل إلى (21,7%). ويمكن تفسير ارتفاع نسبة زواج الأقارب في عينة الدراسة في ضوء خصوصية البناءات الاجتماعية والثقافية في المجتمع العماني المفضلة للزواج من داخل نسق القرابة. وبهذا الخصوص تؤكد نتائج الدراسات السابقة أن **هذه الأنماط الزواجية** عادة ما تتضمن قيماً ودوافع معززة للحصول على "الذرية وبالسرعة الممكنة، وكثيراً ما تقترن بقيم التعاطف بين الأقارب والتساهل المتبادل بينهم، وحب الاحتفاظ بالملك والمحافظة على النسل والجاه والثروة، وحصرها في العائلة؛ ما يعزز من دافعية الأزواج للإنجاب بالسرعة الممكنة ودون تأخير؛ ومن ثم رفض أي مظاهر للعقم الزواجي

(الشبول، 2010؛ كرادشة، 2013). على الرغم من أن شدة الضغوط الممارسة على الزوجين (للحصول على الأطفال)، قد تسهم – بحسب نتائج بعض الدراسات – في زيادة مستوى القلق والتوتر لديهما؛ مما يكون له مردود سلبي على قدراتهما الطبيعية على الحمل والإنجاب (العسلية، 2006).

جدول (14)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب أنماط زواج السيدات

نمط الزوج (تقليدي مرتب أو غير مرتب)	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
مرتب وتقليدي	220	%71,0	285,8	0,000
غير مرتب غير تقليدي	76	%24,5		
غير ذلك	14	%4,5		
المجموع	**310**	**%100,0**		
تم زواجك بموافقتك	**العدد** Frequency	**النسبة%** Percent		
نعم	309	%97,5	285,0	0,000
لا	8	%2,5		
المجموع	**317**	**%100,0**		

– عدد الحالات لمتغير نمط الزواج وفيما إذا كان مرتباً أو غير ذلك (missing = 7).

هذا، وتوضح نتائج جدول (14) تميز السيدات قيد الدراسة، بارتفاع **نمط زواجهن المرتب** لديهن، وبنسبة بلغت (71,0%). وهي نتيجة تستحق التوقف عندها مطولاً؛ كونها تكشف مدى سيادة هذا النمط من الزواج في المجتمع العماني. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء اقتران انتشار نمط الزواج المرتب بين هؤلاء الزوجات بشدة ارتباطهن بأدوارهن التقليدية القائمة على الحمل والإنجاب وتربية الأطفال، وزيادة حوافزهن للبحث عن خدمات طبية مساعدة للتخلص من مشكلات العقم التي قد تعترض حياتهن الإنجابية (الحارثي، 2003).

أما فيما يتعلق بطبيعة زواج السيدات قيد الدراسة: **أتم بموافقتهن** أم تم عبر

تدخل الآخرين في العائلة "مثل والدة الزوجة أو الزوج"، فتبين النتائج، ارتفاع نسبة السيدات اللاتي أشرن إلى أن قرار زواجهن تم بموافقتهن وبنسبة (97,5%)، ومن ثم كان لهن الدور الأكبر باتخاذ قراراتهن الزواجية، وهي نتيجة تبرز وضوح شخصية السيدات قيد الدراسة في ترتيب شؤونهن الشخصية وقراراتهن الزواجية. وتعد هذه النتيجة متوقعة ومنسجمة مع نتائج الدراسات السابقة، التي ذهبت باتجاه نسج علاقة واضحة بين زيادة قدرة المرأة على الوصول للخدمات الطبية الخاصة بمشكلات العقم والولادة وقدرتها على صناعة القرارات الأسرية وتمكينها اجتماعياً، وثقافياً، (Bate. et. al,. 2007).

جدول (15)
التوزيعات التكرارية والنسبية للسيدات في عينة الدراسة بحسب مستوى دخل أسرهن الشهري

دخل أسر السيدات الشهري	العدد Frequency	النسبة% Percent	مربع كاي X^2	الدلالة الإحصائية Sig.
249 فأقل	29	%9,7	53,2	0,000
499–250	68	%22,7		
749–500	84	%28,0		
999–750	47	%15,7		
1249–1000	23	%7,7		
1250 فأكثر	49	%16,3		
المجموع	**300**	**%100,0**		

– عدد حالات (missing = 17).

يتضح من خلال نتائج جدول (15) المتعلق **بمستويات الدخول الشهرية لأسر السيدات في عينة الدراسة**، أن أغلبهن ينتمين لأسر من **ذوي الدخل المتوسط**؛ حيث تراوح دخولها بين (500 و 749) وبنسبة (28,0%)، مقابل ما نسبته (9,7%) فقط ممن ينتمين لأسر من ذوي الدخل المنخفض، التي تقل دخولها عن 249 ريالاً عمانياً. في حين أشارت إلى أن (16,3%) من السيدات في عينة الدراسة يمتلكن

دخولاً شهرية مرتفعة تصل إلى (1250 ريالاً عمانياً فما فوق)، وهذه النتيجة تكشف **تباين مستويات الدخل الشهري لأسر السيدات** قيد الدراسة.

وتأتي أهمية هذه النتيجة مما قد يتضمنه متغير الدخل – بحسب ما أكدته نتائج الدراسات السابقة من محفزات ومحركات للأزواج الذين يعانون مظاهر العقم – للبحث عن خدمات طبية متقدمة لمساعدتهم في التخلص من هذه الظاهرة (Boivin, 2003). وتتفق هذه النتيجة مع ما خلصت إليه ماشيا (Macia, 2002) حول أهمية ارتفاع مداخيل الأزواج في ارتفاع دوافعهم للاستعانة بخدمات طبية متخصصة لمعالجة حالات العقم التي يمرون بها. وتشير بعض الأدبيات السوسيولوجية بهذا السياق إلى أن قدرة المرأة على التناسل تتأثر بشكل كبير بالغنى والسعادة، وأن الفقر والحرمان عوامل معززة للتكاثر (Van Balen. et al,. 1995).

بالمقابل تؤكد بعض الدراسات ذات الصيغ البيولوجية، أن ارتفاع الوضع الاقتصادي للسيدات قد يقترن بارتفاع فرص بروز العقم لديهن، بسبب طبيعة الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يمررن بها وطبيعة الأغذية ونوعية النشاطات والميول والمعتقدات المنتشرة بينهن (Rutstein & Shah, 2004). وهذا يبرز حاجة مثل هذه الظواهر لمزيد من البحث والتقصي؛ لما تشكله من أرضية خصبة للباحثين والدارسين خاصة فيما يتعلق بطبيعة أثر متغير دخل الأسرة ودوره في بروز مظاهر العقم الزواجي.

بصورة عامة تظهر نتائج هذا الجزء من الدراسة، أن أهم ما يميز خلفيات وخصائص السيدات الاجتماعية والاقتصادية في عينة الدراسة، هو ارتفاع مستوياتهن التعليمية، كذلك ارتفاع مستويات تعليم أزواجهن، وانتماؤهن لأصول حضرية، وسكنهن الحالي بهذه المناطق، وارتفاع إسهامهن بسوق العمل، وبانتمائهن لأسر تتمتع بمستويات دخل شهري مرتفع نسبياً. ويبدو أن مثل هذه الخلفيات قد تشكل معطيات مهمة ومداخل فاعلة لفهم ظاهرة العقم ومتلازماتها، ولبناء رؤى **وتصورات دقيقة حول مضامينها.** كما توضح نتائج "مربع كاي"، أهمية خلفيات السيدات الاجتماعية والاقتصادية في بروز واقعة العقم الممكن أن يصاب بها الزوجان؛ إذ جاءت معظم هذه المتغيرات ذات الصيغ الاجتماعية والاقتصادية بدلالات إحصائية معنوية مهمة في تفسير بروز العقم عند مستوى دلالة (0,05% فأقل).

مناقشة النتائج والخلاصة:

ولفحص وتحليل طبيعة هذه الظاهرة ومحدداتها وأسبابها ودوافعها وآثارها المختلفة، فقد اعتمدت الدراسة على مسح بالعينة من نوع (القصدية) التي خصصت لجمع بيانات لأغراض الدراسة، وقد بلغ حجم عينة الدراسة (317 سيدة) من السيدات المؤهلات اللاتي سبق لهن الزواج وتراوح أعمارهن بين (15–49 عاماً)، واستخدمت استبانة خاصة لجمع البيانات عن ظاهرة العقم الزواجي ومحدداتها وآثارها المختلفة، كما استخدمت لتحليل البيانات، عدة طرق إحصائية، مناسبة لأهداف الدراسة، بالاستعانة ببرنامج الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية المعروف بـ "SPSS".

وقد **بينت المراجعة التقييمية لنتائج التحليلات البسيطة** وجود نسبة واضحة من السيدات اللاتي يعانين العقم الزواجي في المجتمع العماني، وأن هناك مجموعة من الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي تشكل قواسم مشتركة بينهن؛ إذ أبرزت النتائج ارتفاع مستويات تعليمهن (جامعة فما فوق)، كذلك ارتفاع نسبة مساهمتهن بسوق العمل وارتفاع مستويات تحضرهن، وتميز أنماط زواجهن بكونها من الأنماط الزواجية القرابية والمرتبة.

كما أظهرت نتائج الدراسة أهمية **المتغيرات الديموغرافية**، ممثلة في "عمر المرأة عند الزواج وعمرها الحالي، وحجم الفارق العمري مع الزوج، كمتغيرات مهمة وفاعلة في تشكيل ملامح العقم الزواجي لدى السيدات قيد الدراسة، وهذه المتغيرات تبقى عوامل بالغة الأهمية في بروز مشكلة العقم الزواجي لما تتضمنه من آثار بيولوجية ونفسية مختلفة.

بشكل عام تبين النتائج، أن احتمالات حدوث العقم تزداد بشكل مطرد لدى السيدات اللاتي سبق لهن أن تعرضن لحدوث وفيات الأجنة أو الإسقاط، ولدى الزوجات اللواتي تزوجن بأعمار متأخرة، والكبيرات في السن، ويبدو أن هذا المتغير ينطوي على مضامين وحقائق اجتماعية واقتصادية أكثر من كونها حقائق بيولوجية ذات علاقة بحدوث العقم الزواجي.

كما يبدو من خلال المراجعة التقييمية أن الحدّ من تداعيات ظاهرة العقم الزواجي والتقليل من آثاره المادية والاجتماعية والنفسية، يبقى مرهوناً – إلى حد بعيد – بتحقيق إنجازات ملموسة يعتدّ بها فيما يتعلق بمكانة المرأة، وبمستوى وعيها وبزيادة مستويات تمكينها من نواحٍ اجتماعية، واقتصادية، وثقافية عدة، وبضرورة قيام دراسات لاحقة تسلط الضوء على أبعاد وجوانب اجتماعية واقتصادية وصحية مختلفة ومتنوعة، بهذه

الظاهرة؛ الأمر الذي من شأنه أن يقدّم معطيات مهمة للباحثين ولراسمي السياسات، لتحقيق رؤى أكثر عمقاً وشمولية حول مثل هذه الظواهر، وأن يسهم في تقديم أطروحات أكثر موضوعية حول أسبابها وآثارها المختلفة.

ويبدو أن توفير حدّ معين من الوعي والمعرفة حول الانعكاسات والآثار المترتبة على حالة العقم الزواجي، يمكن أن يعدّ شرطاً مسبقاً وضرورياً لإحداث التغيير المطلوب بهذا الخصوص من نواحٍ اجتماعية وثقافية ونفسية، ولما تتضمنه مسألة الوعي والمعرفة من زيادة مدارك أفراد المجتمع ووعيهم بطبيعة مشكلة العقم الزواجي، وآثارها على المرأة وأسرتها.

وفي نهاية المطاف، فإن قضية العقم الزواجي، ما هي إلا قضية سلوكية تتّسم بتباييناتها الشديدة، وبتداخل العوامل المؤثرة فيها، وبعمق انعكاساتها، وبتعدد تفسيراتها، ولعل دمج المرأة في عملية التنمية يشكل مدخلاً حاسماً يمكن الرهان عليه في تغيير أولوياتها، وتمكينها اجتماعياً واقتصادياً، ومن ثم في إكسابها أدواراً أكثر حداثة تمكنها من تقبل ظروفها، وتطوير آليات ومواقف تعزز قدرتها على تجاوز التداعيات المصاحبة لمثل هذه الظواهر البيولوجية.

أهم النتائج:

1 – أوضحت الدراسة أن **التحولات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي شهدها المجتمع العماني – خاصة في المناطق الحضرية** – وما صاحبه من ارتفاع في مستوى تعليم المرأة، وزيادة مساهمتها في سوق العمل، قد أسهمت في التقليل من شدة الضغوطات المفروضة عليها وبزيادة مرونتها في اللجوء إلى استخدام طرق تكنولوجية حديثة للحصول على الأطفال.

2 – أبرزت نتائج الدراسة أن لظاهرة العقم الزواجي **محددات اجتماعية واقتصادية وصحية مختلفة، غير** أن هذا الأمر لا يمثل تصوراً بنائياً أحادياً، وإنما هو تصور مركب يتضمن طائفة مختلفة من العوامل المتداخلة، التي يمكن أن تعمل بشكل معقد؛ بسبب زيادة مستويات تعقيد وتركيب الظاهرة قيد الدراسة؛ ما يستدعي ضرورة إعطائها مزيداً من الاهتمام، وتفكيكها، وكشف مضامينها المختلفة.

3 – أظهرت الدراسة أن **التقدم الملحوظ في التكنولوجيا الطبية، سيبقى عاملاً مهماً مرشحاً له أن يحكم شروط ظاهرة العقم** وملامحها وما يلازمها من عوامل

وانعكاسات، وهذا يشكل مدخلاً مهماً جديداً وخصباً لمزيد من الدراسات والأبحاث في مجال العلوم الإنسانية والطبية لفك مضامين هذه الظاهرة وما تتخلله من علاقات وفهمها من أبعاد وجوانب مختلفة.

التوصيات:

1 – على الرغم من حساسية وأهمية **مواقف الأفراد ومعتقداتهم حول** مسألة العقم الزواجي؛ فإن أغلب الجهود التي بذلت بهذا الخصوص، لم تتعرض بالتفصيل إلى مثل هذه الأبعاد من جوانب وزوايا مختلفة، خاصة في المجتمع العماني الذي يتميز بمواقفه التقليدية واتجاهاته المتوارثة الداعمة لمؤسسة الزواج والحصول على الذرية، ما يبقي المجال مفتوحاً لمزيد من الأبحاث والدراسات لتغطية كثير من جوانب هذا القصور والنقص.

2 – إن الاهتمام **بالوسائل الإعلامية والبرامج الموجهة** بموضوع العقم الزواجي وأبعاده ومخاطره وانعكاساته المختلفة، سيسهم بصورة فاعلة في بلورة اتجاهات ومواقف أكثر رشادةً وعقلانية تجاه هذه الظاهرة، وفي تشكيل وجهات نظر ورؤى حديثة وموضوعية ومتعارضة مع تلك الرؤى التقليدية التي تميل إلى الوصم للأشخاص الذين يعانون هذه الظاهرة؛ الأمر الذي من شأنه أن يحد من آثارها النفسية والاجتماعية على الأزواج الذين يعانون هذه الظاهرة ومظاهرها.

3 – إن **عملية تنمية المرأة تشكل مدخلاً مهماً**، يمكن الرهان عليه فيما يتعلق بقدرتها على تغيير مواقفها، وفي إكسابها أدواراً جديدة تتعارض مع المواقف التقليدية والمعتقدات السائدة خاصة تلك المتعلقة بظاهرة العقم وطرق علاجها.

4 – تجدر الإشارة إلى أهمية الالتفات **لمتغير مستوى تعليم المرأة ودرجة وعيها** وحساسية تأثيره في ظاهرة العقم، ودوره في تقديم قيم وأطر مرجعيات فكرية مستحدثة، يمكن أن تمنح المرأة رؤى مغايرة عن تلك الرؤى التقليدية التي دأبت على مواجهتها؛ مما يسهم في إعادة صياغة وعيها بذاتها، وهو ما يؤكد أهمية التركيز على رفع مستوى وعي المرأة كإحدى الإستراتيجيات التي يمكن تبنّيها في مواجهة احتمالات بروز العقم الزواجي، والحدّ من مظاهره.

5 – يبدو أن مثل هذه النتائج **ستبقى مثاراً للجدل**، وستحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة الإمبيريقية؛ بسبب كثافة الغموض والتعقيد الذي يكتنف جوانبها

وحيثياتها المختلفة، وبسبب طبيعة علاقاتها وتداخلها، وكثرة متلازماتها الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية، والصحية وتنوعها.

المراجع:

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

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

أيمن الشبول. (2010). "المتغيرات الاجتماعية والثقافية لظاهرة الطلاق (دراسة أنثروبولوجية في بلدة الطرة)"، **مجلة جامعة دمشق**، مجلد(26)، عدد (4): 647 – 705، سوريا، دمشق.

أيمن مزاهرة، وحابس العواملة. (2008). "دراسة محددات وفاة الطفل الأول خلال السنوات الخمس الأولى في الأسر التي تعاني من مشاكل إنجابية في العاصمة الأردنية عمان"، **مجلة بحوث التربية النوعية** –جامعة المنصورة، عدد (12): 239 – 255، مصر.

حليم بركات. (2009). **المجتمع العربي المعاصر: بحث في التغير والأحوال والعلاقات**. وزارة الثقافة الأردن: مطبعة السفير.

حمود القشعان، وسعاد البشر. (2009). الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى الأسرة الكويتية: دراسة ميدانية مقارنة. **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلد (37)، عدد (1): 14 – 34.

سعيد بن سيف الحارثي. (2003). "الأسرة والزواج في سلطنة عمان: دراسة سوسيولوجية ميدانية في مجتمع حضري (ولاية ابراء نموذجاً)"، "رسالة ماجستير".

عدنان غانم، ومخول مطانيوس. (2008). "آثار التغذية والصحة في الخصوبة"، **مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية**، مجلد(24)، ع(1): 71–88.

ماجدة إبراهيم. (2004). "بعض التغيرات النفسية المرتبطة بالعقم وعملية أطفال الأنابيب: دراسة غير ثقافية". **مجلة دراسات نفسية**، مجلد (14)، عدد 4: 244 – 267، مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد العسلية. (2006). "الآثار النفسية والاجتماعية لدى الجنسين بمحافظات غزة". **مجلة كلية الآداب**، عدد 30، الجزء الأول، 27 – 64.

مكرم نشيوات، وعيسى عبدالله جرادات فيصل، وعبدالرحيم المعايطة. (1995). "أمراض ووفيات الأمهات في الأردن"، **مجلة السكان والتنمية**، مجلد (2)، عدد(2)، عمان، الأردن.

منير كرادشة، ونايف البنوي. (2010). "الاتجاهات القدرية والسلوك الإنجابي في الأردن: دراسة مرجعية". **مجلة العلوم الاجتماعية**، جامعة الكويت، 38 (1): 92 – 134.

منير كرادشة. (2012أ). "محددات العقم الزواجي في المجتمع الأردني"، **الدراسات الإنسانية والاجتماعية**، مجلد39 عدد2: 403 – 421. الأردن.

منير كرادشة. (2012ب). "زواج الإناث المبكر: محدداته وآثاره الديموغرافية في المجتمع الأردني: (دراسة تحليلية) **المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية**، الجامعة الأردنية، عدد1، مجلد 5: 37 – 59.

منير كرادشة. (2013). "**العنف الأسري: سسيولوجية الرجل العنيف والمرأة المعتفة**". إربد، الأردن: علم الكتب: 22 – 45.

منير كرادشة، وعيسى مصاروة. (2015) نظرية اتجاه تدفق الثروة: مقاربة معرفية، **مجلة العلوم الاجتماعية**. الجامعة الأردنية، المجلد 8، عدد(1): 27 – 44.

موسى شتيوي، ومنير كرادشة. (2012). "التباينات الحضرية والريفية وآثارها الديموغرافية في المجتمع الأردني: دراسة تحليلية"، **المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية**، م (6) (ع) 3: 374–394. (دراسة غير منشورة).

نجيب لويس. (2002). **الطريق الصحيح لتشخيص وعلاج العقم**. عمان، الأردن.

Abbey A, Andrews, L Genders.J (1991). Role in responses to infertility. *Psychol Women Quaterly*: 15: 295-316.

Bate. L Jonna. M Sidney. R (2..7). 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.

Bulatao. R. Ronald. D. (1983). *Determinants of fertility in developing countries:* A summary of knowledge. New York: Academic Press.

Boivin. J (2003). A review of psychosocial intervention in infertility. *Social & Medline* no.57: 2325 - 2341.

Brennan. P. Christoper. N, Kare. R, Robert. S (2005). Coping processes of couple experiencing infertility. *Family Planning*, V (55), N (21): 227 - 239.

Brody. G & Flor. D (1997). Maternal psychological function, Family processes, and child adjustment in rural, Sile Parent". *African American Families, Development Psychology*, 33, (6): 1000 - 1011.

Bongaart's. J. (2008). Fertility transition in developing countries: progress or stagnation". Working paper No. 7. Population Council, Poverty, Gender and Youth. New York.

Caldwell J. (1982). *Theory of fertility decline*. New York: Academic Press.

Caldwell. J (2005). On net intergenerational wealth flows: Update. *Population and Development Review*. No(4), vol (31).

Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Socil Health* 111: 32: 140-162.

Lauri. A. (2002). Differences between husbands' and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Marital Communication and Adjustment*, vo(l77). no(6): 1241-1247.

Macia. I. (1996). *Infertility and patriarchy: The cultural politics gender and family life in Egypt*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Macia. I (2002). *Infertility around the globe new thinking on childlessness', gender and reproductive technologies*. University of California Press

Mariana. M., Brennan. P., Vasco. A., Costa, M. (2011). Direct and indirect of perceived social support on women's infertility-related stress. Human Reproduction. Vol.26, no.8: 1-9.

Peterson. B, Pirritano. M, Christensen, U & Schmidt. (2008). The Impact of partenr coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction,* Vol. V23. No..5.

Rutstein.S & Shah. I (2004). Infecundity, Infertility, and childlessness in developing. *DHS Comparative Report*, no (9): 8-25. USA.

Safarinejad. M. (2007). *Infertility among couples in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. International Journal of Authorpology*, No. 31: 303 - 314.

Van Balen, F.& Trimbos-Kemper, T.C.M (1995). Involuntary childless couples: their desire to have children and their motives. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 16, 137-144.

قدم في: نوفمبر 2014
أجيز في: مايو 2015