مؤمنون بلا حدود
Mominoun Without Borders
للدراسات والأبحاث www.mominoun.com

تفكيك الخطاب الطبي حول الصحة والمرض: حالة العقم نموذجا

محمد انفيفخ
باحث مغربي

2024

- **بحث محكم**
- **قسم الدين وقضايا المجتمع الراهنة**
- 2024-11-18

جميع الحقوق محفوظة © 2024

تفكيك الخطاب الطبي حول الصحة والمرض: حالة العقم نموذجا[1]

1 - هذا البحث جزء من بحث أوسع تم تنفيذه من خلال دعم المجلس العربي للعلوم الاجتماعية، برنامج «الصحة وسبل المعيشة في المنطقة العربية: الرفاه والهشاشة والنزاع» بدورته الثالثة (2022-2023) الممول من مركز أبحاث التنمية الدولية الكندي (IDRC).

الملخص

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن طبيعة الخطاب الطبي حول الصحة والمرض من خلال مثال العقم. وقد اعتمد لتحقيق ذلك عينة من الأبحاث الطبية حول العقم المنشورة ما بين أعوام 2000 و2023. وقد تم تناول الموضوع من خلال ثلاثة عناصر، وهي: تعريف العقم، ومنهجية البحث المعتمدة، ثم طبيعة القضايا المتناولة ونتائجها. وقد توصل هذا البحث إلى أن هناك إشارة لثلاثة مصادر لتعريف العقم، لكن اثنين منها فقط هما اللذان تم اعتمادهما: تعريف المنظمة العالمية للصحة بنسبة 91.67 بالمئة، ثم تعريف الجمعية الأمريكية لطب الإنجاب بنسبة 7.33 بالمئة. أما منهجية البحث المعتمدة، فقد تبين أن 58.33 بالمئة من الأعمال بحوث ميدانية، و41.67 بالمئة أبحاث تحليلية، وتعتمد الأبحاث الميدانية كلها الدراسة المقطعية، وتمثل نسبة المشاركين في الأبحاث من المصابين بالعقم الذين يتابعون العلاج 78.6 بالمئة، والمشاركين المختلطين من المتابعين للعلاج الطبي وغيرهم نسبة 14.27 بالمئة، ومن ليسوا خاضعين للعلاج الطبي 7.13 بالمئة. وتمثل نسبة الأبحاث المعتمدة على المشاركات من النساء في حالة عقم وحدهن 64.3 بالمئة، والمعتمدة على الزوجين معا نسبة 35.7 بالمئة. وتدور هذه الأبحاث حول أربع قضايا أساسية، وهي: أسباب العقم وعوامل خطر الإصابة به بنسبة 33.33 بالمئة، وعلاج العقم طبيا بنسبة 29.17 بالمئة، ثم الآثار النفسية والاجتماعية للعقم على المصابين به بنسبة 20.83 بالمئة، وأخيرا تصور العقم من قبل المعنيين به بنسبة 16.67 بالمئة. واستنتج البحث أن المبدأ الناظم للخطاب الطبي حول العقم يدور حول اعتباره «مرضا» عضويا قد تكون له آثار نفسية واجتماعية، وليس رغبة في وظيفة اجتماعية متمثلة في الأمومة والأبوة، واعتمد في بنائه لخطابه على المرأة بشكل كبير، وخاصة تلك التي تسعى إلى العلاج الطبي لرغبتها في الإنجاب وقدرتها على تحمل تكاليفه المادية والمعنوية؛ ولتبرير فشله العلاجي في كثير من الحالات اعتمد الطب مبدأ العلاج بأي ثمن ولو أدى ذلك إلى إعادة تعريف مفاهيم البنوة والأمومة والأبوة.

مقدمة

يرتبط العقم برغبة الزوجين في أن يصبحا أبوين، كما يرتبط كذلك بالمكانة المركزية للولد في تأليف الأسرة، والأبوة وكذا البنوة مفهومان أخلاقيان ومهمتان اجتماعيتان كذلك. وللعقم آثار نفسية واجتماعية صعبة على أحد الزوجين، أو هما معا وكذا محيطهما الاجتماعي بدرجات ومعان مختلفة. وقد عَرَف العقم بداية من الستينيات من القرن الماضي تحولا مهمًّا جدّا في المجتمعات الصناعية، حيث أصبح لأول مرة مشكلة طبية بعد أن كان قضية عاطفية أو أخلاقية، وقد ساهم في هذا الانتقال أمران اثنان: الظروف السياسية والاجتماعية للمجتمعات الصناعية، ومن أهمها انخفاض معدل الخصوبة بتلك المجتمعات، ثم وفرة العرض من أطباء أمراض النساء والتوليد[1]، ثم ازداد تطبيب هذا الموضوع في بداية الثمانينيات من القرن الماضي بعد نجاح أول عملية لأطفال الأنابيب سنة 1978.[2] وقد اعتبر هذا الحدث البداية الكبرى لانتصار الطب في هذا المجال ليتم رسم خط فاصل تعسفيا بين الأشخاص الذين ينجحون في إنجاب طفل بسرعة ـ في أقل من عام ـ والآخرين، وتم تقديمه من قبل هيئات تتمتع بالقدرة على الإلزام بتصورها في التصنيف أو اتخاذ قرار بشأن الواقع في مسائل الإنجاب البشري. إنهم الأطباء والعلماء.[3] ويعرف هذا الانتقال في أدبيات البحث الاجتماعي حول ظواهر الصحة والمرض والطب بـ «تطبيب المجتمع»، ويحيل هذا التطبيب على العملية التي من خلالها يعاد تعريف التجارب الإنسانية باعتبارها قضايا طبية خالصة.[4] وقد ترتب عن هذا التحول إعادة تعريف السوي والمعتل، وكذا إعادة تحديد المهام داخل المجتمع. وقد عمل الطب، بالإضافة إلى علاج العقم، على إنتاج خطاب لبيان مشروعية ممارساته في هذا المجال، وتهافت كل الخطابات والممارسات الأخرى حول العقم. ويهدف هذا البحث إلى تحديد طبيعة هذا الخطاب الجديد من خلال عناصر ثلاثة، وهي: تعريفه للعقم، ومناهج وأدوات بناء الخطاب حوله، ثم القضايا الأساس التي يدور حديثه عنها.

---

1 - Ann V. Bell, «The margins of medilization: Diversity and context through the case of infertility», Social Science & medicine, vol.156, 2016, p. 40

2 - Ines De Santiago and Lukasz Palanski, «Data-Driven Medicine in the Diagnosis and Treatment of infertility», Journal of clinical medicine, vol. 11, n° 21,2022, p. 8

3 - Laurence Charton et Nong Zhu, «Les couples à l'épreuve de l'infertilité: une analyse à partir des enquêtes ERFI», Papier présenté à la réunion de XVIIIe Colloque International de l'AIDELF, Paris, 26- 29 Mai 2014, p. 1.

4 - Gay Becker and Robert D. Nachtigall, «Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease», Sociology of health & illness, vol.14, n°4, 1992, p. 456

أولا: أدوات البحث ومنهجيته

يتخذ هذا البحث من الأبحاث الطبية حول العقم موضوعا له. وقد تم جمع عينة من هذه الأبحاث من خلال معايير ثلاثة، وهي: أن يكون المؤلف أو المؤلفون أطباء أو أطباء معهم بعض الإحيائيين، وأن يكون موضوع البحث متعلقا بالعقم، وأن يكون قد نشر بداية من عام 2000 فأكثر. وقد تم جمع مئة وعشرين بحثا باللغة الإنجليزية حول العقم من المجلات المتاحة للعموم عبر الإنترنيت ومن منصة «تخزين المجلات» (Journal storage) المعروفة اختصارا ب(JSTOR). وبتطبيق المعايير الثلاثة السابقة بقي منها أربعة وعشرون بحثا، وهو ما يعادل عشرين بالمائة من مجموع ما وجد. وقد تم تناول هذه الأبحاث من جوانب ثلاثة، وهي: تعريفها للعقم ومصدرها في ذلك، ثم أدوات بنائها لموضوع عملها، وأخيرا الموضوعات الأساسية ونتائجها.

ثانيا: عرض النتائج

1ـ مصدر تعريف العقم وعناصره

1.1 ـ مصدر تعريف العقم

تمت الإحالة في الأبحاث موضوع هذا العمل إلى ثلاثة مصادر أساسية، وهي ـ بحسب أهميتها ـ كما يلي: المنظمة العالمية للصحة، حيث يعرف العقم بأنه «الفشل في تحقيق الحمل بعد اثني عشر شهرا أو أكثر من الجماع المنتظم».[5] وقد أجمعت هذه الأبحاث كلها على الإحالة على هذا التعريف وحده أو معه غيره، لكن لم يعتمده منها إلا 91.67 بالمئة من مجموع هذه الأبحاث. أما المصدر الثاني، فهي الجمعية الأمريكية لطب الإنجاب التي تحدد العقم بأنه:

«عدم القدرة على تحقيق الحمل بعد عام من الجماع المنتظم دون اعتماد لأي وسيلة لمنع الحمل. أما إذا كان العمر خمسا وثلاثين سنة أو أكثر، فإن ستة أشهر تعد كافية لاعتبار الشخص عقيما، ويعد الفرد في حالة عقم منذ البداية إذا كان له سبب طبي معروف للعقم».[6]

وقد أحالت ثلاثة أبحاث على هذا التعريف مع تعريف المنظمة العالمية للصحة السابق، واعتمده منها اثنان فقط. وقد أحال 4.17 بالمئة على تعريف للجمعية الأوروبية للإنجاب البشري وعلم الأجنة (European Society for Human Reproduction and Embryology) التي تحدد العقم بأنه «الفشل في تحقيق الحمل

5 - World Health Organization, Health Topics, Infertility, Accessed December 27, 2022. Infertility (who.int)

6 - American Society for Reproductive Medicine (ASRM), «Infertility: An Overview», 2017, p.3. Accessed December 10, 2022, infertility-an_overview_booklet2.pdf (reproductivefacts.org)

خلال عامين من الجماع المنتظم غير المحمي».[7] لكن هذا التعريف لم يعتمد من أي بحث. ويستنتج من ذلك أن تعريف المنظمة العالمية للصحة يعد مرجعا أساسيا للبحث الطبي حول العقم.

الجدول 1. مصادر تعريف العقم

تعريف العقم	مصدره	عدد الإحالات	الاعتماد: العدد والنسبة
العقم هو الفشل في تحقيق الحمل بعد عام واحد من الجماع المنتظم دون اعتماد لأي وسيلة لمنع الحمل.	المنظمة العالمية للصحة	24 مرة: 20 مرة وحده، و 4 مرات مع غيره.	22(91.67%)
العقم هو عدم القدرة على تحقيق الحمل بعد عام من الجماع المنتظم دون اعتماد لأي وسيلة لمنع الحمل. أما إذا كان العمر خمسا وثلاثين سنة أو أكثر، فإن ستة أشهر تعد كافية لاعتبار الشخص عقيما، ويعد الفرد في حالة عقم منذ البداية، إذا كان له سبب طبي معروف منذ البداية.	الجمعية الأمريكية لطب الإنجاب	3	2 (% 8.33)
العقم هو الفشل في تحقيق الحمل خلال عامين من الجماع المنتظم غير المحمي.	الجمعية الأوروبية للإنجاب البشري وعلم الأجنة	1	0 (0%)

2.1 ـ عناصر تعريف العقم

تعتمد مصادر تعريف العقم كلها عنصرين اثنين، وهما: الزمان وفعل مقيد بظروف خاصة.

العنصر الأول: الزمن

إن الزمن ركن أساس في تعريف العقم، وهو وحده عنصر الاختلاف بين التعريفات الثلاثة السابقة، فإذا كانت المنظمة العالمية للصحة قد وضعت زمنا موحدا هو اثنا عشر شهرا، فإن الجمعية الأمريكية لطب الإنجاب قد جعلت اثني عشر شهرا بوصفه حدا أقصى لمن ليس لهم عامل خطر محدد، وعوامل الخطر اثنان: أولهما العمر، فإذا زاد عمر الشريك عن خمس وثلاثين سنة اعتبر في حالة عقم بعد ستة أشهر من المحاولات

7 - Shalender Bhasin, «Approach to the patient, approach to the infertile Man», The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 92, n° 6, 2007, p. 1996

دون تدخل طبي. أما ثاني عوامل الخطر، فهو أن يكون لأحد الشريكين أو هما معا سبب أو أكثر من أسباب العقم المعروفة طبيا، فمثل هؤلاء يعدون في حالة عقم منذ إرادة الإنجاب. أما المدة الأطول، فهي أربعة وعشرون شهرا، وهي المنسوبة للجمعية الأوروبية للإنجاب البشري وعلم الأجنة، وحسب هذا التحديد فإن عدم الإنجاب بعد عام واحد لا يؤهل صاحبه ليصبح عقيما طبيا.

العنصر الثاني: الفعل وظروفه

إن الفعل المعتبر في تحديد العقم هو الجماع الإنساني الحاصل بين طرفين مختلفي الجنس، والمعاشرة هنا ليس إرضاء غريزيا أو إشباعا نفسيا، ولكنها فعل جسدي له هدف موضوعي خارجي هو الحمل؛ لذلك يخضع لشروط طبية صارمة تتحدد في مفهومي «الانتظام» و«غياب الحماية»، ويراد بالانتظام عدد مرات اللقاء الجنسي المكتمل أسبوعيا «الذي يحدد طبيا في مرتين إلى ثلاث مرات».[8] أما غياب الحماية، فيعني إبعاد كل فعل إرادي لعدم الإنجاب المحدد طبيا مثل موانع الحمل الطبية أو الطبيعية. وقد تم إبعاد الظروف الأخرى التي تعد خارج الطب؛ لأنها غير موضوعية وإن كانت جوهرية في تحديد العقم، ألا وهي الرغبة في إنجاب ولد. فالظروف هنا ظروف مادية جسدية موضوعية قابلة للقياس.

2 ـ أدوات بناء البحث

المراد بأدوات البحث في هذا السياق طبيعة البحث هل هو ميداني أو تحليلي، ثم طبيعة المشاركين في البحث ومعايير اختيارهم، وزمان ومكان إجراء البحث.

1.2 ـ طبيعة البحث

تنقسم هذه الأبحاث إلى قسمين اثنين: أبحاث ميدانية وأخرى نظرية تحليلية؛ وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول 2. طبيعة البحث

طبيعة البحث	العدد	النسبة المئوية
بحث ميداني	14	% 58.33
بحث تحليلي	10	% 41.67
المجموع	24	% 100

8 - Tammy J. Lindsay and Kirsten R. Vitrikas, «Evaluation and treatment of infertility», American Family Physician, vol. 91, n°5, 2015, p. 312

يتبين من هذا الجدول أن العدد الغالب من الأبحاث ذو طابع ميداني، يتخذ من مجموعة من الأشخاص عينة له؛ وذلك بنسبة 58.33 بالمئة، في حين تناول 41.67 بالمئة من الأبحاث قضايا نظرية؛ اعتمادا على نتائج أبحاث ميدانية. وإذا كانت الأبحاث الأخيرة ذات الطابع التحليلي تتبع نمطا واحدا في بناء موضوعها، فإن النوع الأول من الأبحاث يعرف اختلافا في طبيعة الأدوات المستعملة في بناء موضوعه؛ لذلك فإن ما يأتي في موضوع أدوات بناء البحث يتعلق بالنوع الأول فقط.

2.2 ـ زمان ومكان إجراء البحث

تعتمد الأبحاث الميدانية كلها الطريقة المقطعية؛ أي إنها تدرس موضوعها مرة واحدة أو أكثر في زمن محدد، ولا أحد منها اهتم بدراسة موضوعه تعاقبيا، فمثلا لم يختبر أي بحث منها متغيرا في لحظة زمنية ثم درس تطوراته اللاحقة في فترات زمنية أخرى. أما من حيث مكان الدراسة، فإن 92.86 بالمئة من الأبحاث أجريت على مشاركين داخل المستشفيات أو مختبرات المساعدة الطبية على الأنجاب، و84.6 بالمئة منهم لازالوا خاضعين للعلاج الطبي أثناء إجراء البحث، و15.4 بالمئة على سجلات أشخاص مصابين بالعقم كانوا يتابعون العلاج بالمستشفى، و7.14 بالمئة فقط هي التي أجريت على مشاركين خارج الفضاءات الطبية.

3.2 ـ جنس المشاركين في البحث

تعتمد الأبحاث الطبية في ميدان العقم موضوع هذا البحث على النساء بشكل خاص، ولا وجود لأي بحث لا يتخذ من المرأة موضوعا له. واعتمد حوالي ثلثي هذه الأبحاث (64.3%) النساء فقط بوصفهن موضوعا للدراسة، ويتراوح عدد المشاركات ما بين عشر نسوة في الحد الأدنى و1437 امرأة في الحد الأقصى، لكن هذا العدد الأقصى لا يتعلق بمشارَكة مباشرة للنساء، بل بسجلاتهن الطبية خلال متابعتهن السابقة للعلاج من العقم؛ وذلك بمتوسط عام يقدر ب 306.67 امرأة لكل بحث، و165.38 امرأة لكل بحث بالنسبة إلى المشارَكة المباشرة للنساء. وقد اعتمد ما يزيد عن الثلث بقليل (35.7%) عينة مختلطة من الذكور والإناث أي الأزواج؛ وذلك بمتوسط عام يقدر ب 339.4 زوجا لكل بحث أخذا بعين الاعتبار الأزواج الذين شاركوا من خلال سجلاتهم الطبية فقط، أو 175.5 زوجا لكل بحث بالنسبة إلى الأزواج المشاركين بشكل ذاتي، وأقل عدد هو 85 زوجا وأقصاه 1265 زوجا. ولم يوجد أي بحث منها على الذكور وحدهم، ما يعني أن المرأة، بوصفها موضوعا للبحث، حاضرة في جميع هذه الأعمال إما وحدها في الغالب أو مع زوجها أو شريكها في جزء منها.

الجدول 3. جنس المشاركين في الأبحاث الميدانية

جنس المشاركين في البحث	العدد	النسبة المئوية
النساء	9	% 64.3
الرجال	0	% 0
الرجال والنساء	5	% 35.7
المجموع	14	% 100

4.2 ـ عدد المشاركين في البحث ممن هم قيد العلاج الطبي

تتناول الأبحاث الطبية الميدانية موضوع هذا البحث النساء أو الأزواج في حالة عقم، لكن الفئة المفضلة هي تلك الخاضعة للعلاج الطبي داخل مستشفيات العلاج من العقم العامةِ والخاصةِ، حيث شكلت نسبة الذين لا يخضعون للعلاج الطبي 7.13 بالمئة فقط من مجموع المشاركين في هذه الأبحاث، وهي عينة مختلطة من النساء المصابات بالعقم وغيرهن ممن هن في سن الإنجاب، وشملت العينة المتزوجات وغيرهن، وسبب اختيار هذه العينة أن الموضوع لا يتعلق بأمر طبي خالص، ولكن بتصورات النساء لبعض الأعمال الطبية في مجال العقم. أما العينة الغالبة، فتتألف من المصابين بالعقم الخاضعين للعلاج الطبي من النساء فقط أو من الأزواج معا، وتشكل هذه الفئة 78.6 بالمئة من مجموع الخاضعين للبحث، وبالنسبة لباقي العينة فتتألف من نوعين من الأفراد: الأفراد في حالة عقم خاضعون للعلاج الطبي وأفراد آخرون في حالة عقم غير خاضعين حاليا، ولم يسبق لهم الخضوع للأعمال الطبية حول العقم، وهذا ما يبينه الجدول الآتي:

الجدول 4. نسبة المشاركين في الأبحاث ممن هم قيد العلاج

نوع المشاركين في البحث	العدد	النسبة المئوية
مصابون بالعقم قيد العلاج	11	% 78.6
مصابون بالعقم وغيرهم غير خاضعين للعلاج الطبي	1	% 7.13
مصابون بالعقم مختلطون (منهم الخاضعون للعلاج الطبي ومنهم غير ذلك)	2	% 14.27
المجموع	14	% 100

3 ـ موضوع الأبحاث ونتائجها

تتناول هذه الأبحاث أربعة موضوعات كبرى بنسب مختلفة؛ فالموضوع الأكثر تناولا هي أسباب العقم ويمثل ذلك ثلث هذه الأعمال، ويليه موضوع إدارة العقم وعلاجه طبيا بنسبة 29.17 بالمئة، ثم الآثار النفسية والاجتماعية للعقم بنسبة 20.83 بالمئة، وأخيرا التصورات العامية للعقم بنسبة 16.67 بالمئة، وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول 5. أنواع القضايا المتناولة في الأبحاث الطبية حول العقم

الموضوع	العدد	النسبة
أسباب العقم	8	% 33.33
إدارة العقم وعلاجه	7	% 29.17
آثار العقم النفسية والاجتماعية	5	% 20.83
تصورات العقم	4	% 16.67
المجموع	24	% 100

1.3 ـ أسباب العقم

يميز الأطباء في أسباب العقم بين العناصر الطبية والعناصر الاجتماعية، ويعبرون عن الأولى بالأسباب، وإليها ينصرف اللفظ عند الإطلاق، ويعبرون عن الثانية بـ «عوامل الخطر». أما الأسباب، فهي كل ما ثبت طبيا مسؤوليته المباشرة عن الإصابة بالعقم، ولا يحكم بذلك إلا بعد إجراء فحص طبي كامل. وتميز هذه الأبحاث بين نوعين من الأسباب: الأسباب المعلومة طبيا، والأسباب المجهولة حاليا. ويراد بالأولى كل ما ثبت مسؤوليته مخبريا عن العقم، وبالثانية كل عقم لم يعلم سببه من بين الأسباب المحددة طبيا بعد فحص طبي كامل، حيث يوجد العقم، أي عدم القدرة على تحقيق الحمل بعد اثني عشر شهرا من المعاشرة المنتظمة دون حماية، لكن الجسد يتوافق مع معايير الجسد القابل للإنجاب طبيا. وتنقسم أسباب العقم، بحسب الطرف المسؤول عنها، إلى ثلاث فئات: أسباب متعلقة بالمرأة وحدها، حيث تعد المرأة المسؤول الوحيد طبيا عن العقم، وأسباب راجعة للذكور فقط، وأسباب مشتركة بين الزوجين أو الشريكين معا. وهناك تباين كبير جدا بين هذه الأبحاث في نسبة الأسباب التي تعود لأي طرف، فأدناها للمرأة ستة بالمائة، وأعلاها 65.9 بالمئة، وأدناها للرجل 8.8 بالمئة، وأعلاها 30 بالمئة. أما المشتركة بينهما، فأدناها 13.2 بالمئة، وأعلاها 40 بالمئة. وبالنسبة للعقم غير المفسر طبيا للزوجين معا، فأدناه 12 بالمئة، وأعلاه 28 بالمئة. أما الأبحاث المقتصرة على المرأة، فإن المرأة وحدها تعد مسؤولة عما بقي بعد إبعاد العقم غير المفسر طبيا، لذلك تكون النسبة مرتفعة جدا في تلك الأبحاث.

وبالإضافة إلى أسباب العقم، فقد تناول 37.5 بالمئة من مجموع الأبحاث حول أسباب العقم عما أسموه عوامل الخطر المساهمة في الرفع من احتمال العقم أو المؤدية إلى الأسباب المباشرة، وكأنها أسباب غير مباشرة للعقم، فقلة الحيوانات المنوية عند الرجل تعد من أسباب العقم، لكن نمط الحياة السيء قد يؤدي إلى هذا الضعف، فيكون نمط الحياة سببا لنشأة واحد أو أكثر من أسباب العقم، ويصنف تبعا لذلك ضمن عوامل الخطر المؤدية إلى العقم. ويتم الحديث في هذا السياق عن الأسباب الاجتماعية للعقم أو نمط الحياة المساهم في العقم، ويشمل نمط الحياة ـ حسب هذه الأبحاث ـ العناصر الآتية: التدخين، وتناول الخمر أو بلوغ حد معين من ذلك، وزيادة أو نقص الوزن، والعادات الغذائية السيئة، وانعدام أو ضعف الأنشطة البدنية، والتلوث البيئي، والتعرض لخطر الإشعاعات الكيميائية، والعمر، والقلق، والاكتئاب. لكن هذه الأبحاث لم تصل إلى نتائج واضحة في هذا المجال، وما ثبتت مسؤوليته عن العقم في بحث يبدو في غيره غير ذلك.

2.3 ـ إدارة العقم وعلاجه

يمثل الخطاب الطبي عن العلاج جزءًا مهمًّا في حديثه عن العقم، وهو ما يتوافق مع الممارسة الطبية التي يعد العلاج مركزا لها. ومن خلال الأعمال المتعلقة بالعلاج توجد أربعة مواضيع متفاوتة الأهمية من حيث النسبة المئوية، وهي حسب ترتيب المسار العلاجي الطبي كالآتي: الإعداد النفسي للعلاج، والمسار العام للعلاج من العقم، ثم المسار الخاص للعلاج، وأخيرا موانع أو عوائق العلاج.

ـ الإعداد النفسي للعلاج

يمثل هذا الموضوع 12.5 بالمئة من مجموع الأعمال حول علاج العقم. وقد تم فيه اتخاذ الزوجين معا وحدة للتحليل، والمراد بهم فقط الأزواج في حالة عقم الخاضعون فعلا للعلاج بعد ثلاث محاولات علاجية فاشلة على الأقل؛ أي أولئك الذين أنهكوا من العلاج المتعلق بالعقم. وقد تبين ـ حسب هذه الأعمال ـ أن التدخل النفسي من قبل المعالجين الطبيين في مجال العقم قد أدى إلى نتائج مهمة لكل طرف (إنتاج صورة جيدة عن الذات) ولعلاقاتهما العلاجية بينهما وكذلك بينهما وبين الفريق المعالج، وللاستعداد للانفتاح على حياة أخرى دون ولد في حال استمر الفشل في علاج العقم.

ـ المسار العلاجي العام

المراد بالمسار العلاجي العام من العقم الأعمال الطبية المتعلقة بالعقم الشامل للزوجين معا من قَبْل وجوده؛ أي الوقاية منه في فترة ما قبل الزواج، وبعد وجوده من فترة التشخيص إلى نهاية العلاج من خلال تحقيق الحمل طبيا أو الفشل في ذلك. ويمثل هذا العنصر الجزء الأهم في الأعمال المتعلقة بعلاج العقم بنسبة 37.5 بالمئة. ويتناول ثلث هذه الأعمال الوقاية الطبية من العقم، وهذا النوع من الأعمال يدعو إلى ضرورة الاهتمام بالوقاية الطبية للخروج من النموذج العلاجي الخالص، وتتجلى الوقاية في العملين الطبيين الآتيين: تحديد أسباب العقم وعوامل

خطر الإصابة به التي يمكن الوقاية منها، ثم ضرورة إجراء فحوصات طبية في سن مبكرة قبل الزواج للتحكم في العقم الذي يمكن أن يطرأ مستقبلا من خلال عملية الحفظ اعتماد على التبريد لكل من الحيوانات المنوية للرجل والبويضات للمرأة لاستعمالها لاحقا عند الحاجة. أما الثلثان الآخران، فيحددان المسار العلاجي أو ما تسيميه هذه الأبحاث «إدارة العقم». ويتحدد هذا المسار العلاجي من خلال الأعمال الآتية: التشخيص، من خلال تحديد من ينطبق عليه التعريف الطبي للعقم ومن ثم استبعاد من لا يصدق عليه ذلك، ثم تحديد أسباب العقم بدءً من المرأة وعند التأكد من سلامتها طبيا يتم الانتقال للرجل، ثم الانتقال إلى تحديد عوامل الخطر عند الزوجين معا، ثم تصنيف العقم المكتشف، وبناء على التصنيف يتم تحديد نوع العلاج، وإذا كان العقم مجهول السبب، فيتم اللجوء مباشرة إلى العلاجات المتقدمة؛ أي الإخصاب الخارجي أو الاستعانة بالمانحين للحيوانات المنوية أو البويضة بحسب الحاجة. أما في العقم محدد السبب، فسيتم اللجوء أولا إلى العلاجات التقليدية، أي الأدوية أو الجراحة أو الإخصاب الداخلي، وإلا فيتم اللجوء كذلك إلى العلاجات المتقدمة.

ـ المسار العلاجي الخاص

لقد تناول 25 بالمئة من الأبحاث حول العلاج المسار العلاجي الخاص بعقم الذكور، وقد تم تحديد المسار من التشخيص إلى العلاج، لكن بعد استبعاد الأسباب العائدة إلى المرأة. وقد أكدت هذه الأبحاث أن علاج عقم الذكور أصعب من علاج عقم النساء، وإن كان الأمر غالبا ما يرتبط بسبب يعود لخلل في الحيوانات المنوية، وقد أكدت هذه الأبحاث أن 50 بالمئة من عقم الذكور غير قابل للعلاج حاليا، ومن أهم العلاجات الأدوية، ثم الجراحة وإلا يتم اللجوء لمانحين للحيوانات المنوية.

ـ عوائق العلاج

تتناول 25 بالمئة من الأبحاث المتعلقة بالعلاج عوائق أو موانع العلاج من العقم، وهي بالمجتمعات الصناعية خصوصا عوائق قانونية تحد من الوصول إلى الموارد المالية الضرورية للمساعدة على العلاج والاستمرار فيه وخاصة العلاجات المتقدمة التي تعد كلفتها مرتفعة جدا. وتوكد هذه الأعمال كلها أن العقم مرض. وتبعا لذلك، وجب إدراجه قانونا في المصارف الطبية التي تتحملها شركات التأمين الصحي، بل دعت بعض الأبحاث إلى ضرورة إدراج العقم ضمن الإعاقة؛ لأنه يستوفي شروط المنظمة العالمية للصحة للإعاقة، والهدف من ذلك الوصول إلى الموارد المالية، والتحصين ضد التمييز الناتج عن العقم، واستعماله حجة للتغيب عن العمل والتمتع بالتسهيلات القانونية الممنوحة للأشخاص في وضعية إعاقة.

3.3 ـ الآثار النفسية والاجتماعية للعقم

تنطلق الأبحاث المتعلقة بالآثار النفسية والاجتماعية للعقم من كون العقم حالة طبية في الأصل، لكن هذه الحالة لها آثار نفسية واجتماعية على الشخص في وضعية عقم. وتناولت الأبحاث المتعلقة بهذه الجوانب

جميعها آثار العقم على النساء المصابات بالعقم ممن يتابعن العلاج الطبي منذ مدة، ولم يتم في هذه الأبحاث أي حديث عن الأزواج أو الشركاء الذكور إلا بصفتهم أحيانا من مصادر الصعوبات الاجتماعية للمرأة في حالة عقم. وقد اعتبر ثلاثة أرباع هذه الأبحاث أن معرفة هذه الآثار النفسية والاجتماعية، بالرغم من كونها لا تفيد بالضرورة في زيادة فرص تحقيق الحمل، إلا أنها مفيدة للعاملين في مجال المساعدة الطبية على الإنجاب؛ فالهدف إذن هو تيسير عمل الأطباء من خلال إعداد المرضى للتدخلات الطبية المتعددة لا مساعدة النساء في حالة عقم لتجاوز الصعوبات النفسية والاجتماعية المعتبرة ناتجة عن العقم. وقد أجمعت هذه الأبحاث كلها على البحث عن آثار العقم فقط دون أي عناصر أخرى على الجوانب النفسية والاجتماعية للمصابات بالعقم الخاضعات للعلاج الطبي. وقد توصلت هذه الأبحاث إلى مجموعة من النتائج التي يمكن إجمالها فيما يلي:

ـ يؤثر العقم على الحالة النفسية للمرأة المصابة به، وتحدثت هذه الأبحاث عن العناصر الآتية: الاكتئاب والقلق وفقدان الثقة بالنفس.

ـ يؤثر العقم على الحالة الاجتماعية للمرأة من خلال ما يلي: التعرض للعنف النفسي والبدني من قبل الزوج أو أحد أقاربه، وعدم الاستقرار الزوجي من خلال الطلاق، والعزلة الاجتماعية، ومشاكل في العمل، وخاصة مشكل الغياب المتكرر بسبب متابعة العلاج الطبي وما يترتب عن ذلك من حاجة لوقت الراحة من العلاج المتعدد.

ـ العقم يعيد تنشئة المرأة، وخاصة في كيفية تدبير علاقاتها المتعددة مع محيطها الاجتماعي الخاص والعام، فقد تتعلم المرأة كيفية التعامل مع وصمة العار الناتجة عن العقم من خلال عمليتي الإخفاء والإفشاء المشروط، حيث تعمل المرأة على إخفاء عقمها حين تتوقع سلوكا غير مناسب من الآخرين، وتقوم بالإفشاء حين تتوقع فائدة لذلك، وهذا الإفشاء غالبا ما يكون بهدف علاجي بالمعنى الطبي (إفشاء تام أمام الأطباء ومن في حكمهم)، أو إفشاء وقائي من خلال التعريف بالذات باعتبارها في حالة عقم أمام الآخرين قبل سؤالهم قصد السيطرة على الموقف.

4.3 ـ تصورات العقم

لقد اهتم الأطباء في بعض الأبحاث بالبحث عن التصور العامي المتعلق بالعقم، وتنطلق هذه الأبحاث كلها من التصور الطبي بوصفه مرجعا تقاس من خلاله تصورات الأشخاص في حالة عقم. وتتمحور هذه الأبحاث حول أسباب العقم الجسدية والاجتماعية ثم العلاجات الطبية.

ـ التصور العامي للأسباب الطبية العقم

تميز هذه الأبحاث بين أسباب العقم، وهي كل ما ثبت طبيا مسؤوليته عن العقم، وهي كلها وقائع جسدية، وبين ما يسميه الأطباء عوامل خطر الإصابة بالعقم، ويقصدون به ما يمكن اعتباره أسبابا اجتماعية

تحتمل أن تكون مسؤولة أو تزيد من احتمال الإصابة بالعقم. ومن خلال نتائج الأبحاث في هذا الموضوع فقد تبين وجود فرق بين جدا بين تصورات النساء المصابات بالعقم بالمجتمعات النامية والمجتمعات الصناعية؛ ففي عينة إفريقية تبين أن ثلث النساء تجهلن السبب، والباقي منهن يتحدثن عن أسباب روحية غير علمية لا يمكن التحقق منها مخبريا، كما أن المعتقدات الثقافة المحلية هي المرجع في تفسير العقم، ما يعني أن هناك اختلافا في تحديد أسباب العقم بين المرأة المصابة بالعقم ومقدمي العلاجات الطبية، ولهذا الأمر آثار سيئة على توفير الرعاية الطبية وعلى امتثال المريض للطبيب. أما تصور النساء في حالة عقم في المجتمعات الأوروبية، فهو تصور متجانس بشكل تام مع المعجم الطبي، حيث حددن الأسباب المشخصة لديهن طبيا. أما اللواتي لم يصلن بعد إلى تحديد سبب العقم طبيا، فقد تحدثن عن عقم غير معروف السبب، وعدم معرفة السبب لا يعني الجهل التام بالسبب؛ لأن الأول لا يكون إلا بعد إجراء فحص طبي كامل دون وجود أي سبب من الأسباب المحددة طبيا. أما الثاني، فناتج عن الجهل بالسبب وقد تكون له أسباب واضحة لو تم الخضوع للعلاج الطبي.

أما التصور العامي للأسباب الاجتماعية للعقم أو عوامل خطر الإصابة به، فقد تم اختزالها في «نمط الحياة»، ومن العناصر المؤلفة لنمط الحياة في هذا السياق التدخين، والاكتئاب، والإجهاد، واستهلاك الخمور، وزيادة أو نقص الوزن، ومخالطة الحيوانات، والتلوث، والعادات الغذائية، وتناول مادة «الكافيين»، والأنشطة البدنية، وتناول الأدوية. وقد تم اختبار الوعي بتأثير هذه العناصر عند نوعين من الأفراد، الأزواج المصابون بالعقم، والأزواج المتميزون بخصوبة معتادة (عينة ضابطة). وقد نتج عن هذا الاختبار أن هناك أربعة عناصر من نمط الحياة تميز المصابين بالعقم عن غيرهم، عنصران عامان في الذكور والإناث، وهما النشاط البدني والعادات الغذائية، حيث يسود تصور خطأ عن أهميتهما في الحفاظ على الخصوبة في وضعها الطبيعي، ومن ثم يتبنى المصابون بالعقم سلوكا مؤثرا على صحتهم الإنجابية. أما العنصران الخاصان بالأزواج الذكور، فهما التدخين واستهلاك الخمور عند المصابين بالعقم مقارنة مع نسبة الأزواج الذكور في حالة خصوبة معتادة. أما باقي عناصر نمط الحياة، فلا تأثير لها في العقم.

ـ التصور العامي للعلاج من العقم

لقد تم الاهتمام بتصور العلاج من العقم الخاص بالعلاجات المتقدمة، وبشكل خاص تحقيق الحمل من خلال أطفال الأنابيب. وقد تم البحث عن تصور ثلاثة عناصر في هذه العملية، وهي: قياس وعي النساء في سن الإنجاب بعلاج العقم من خلال أطفال الأنابيب، ثم تحديد موقفهم منه، ثم سوء فهمهم تجاهه. وقد تبين أن ثلثي النساء لهن وعي بهذه الخدمة الطبية، وأن ثلاثة من كل أربعة يعتبرنها طريقة توفر الأمل للمصابين بالعقم، وأن ما يزيد عن هذه النسبة بقليل تعتبرن الأطفال الناتجين عن هذه العملية هم أطفال شرعيون، وأن حوالي الثلثين منهن لهن استعداد للقيام بذلك، وإن كان أربع من كل خمس لهن هذا الاستعداد شرط أن تكون العملية بحيوانات منوية لأزواجهن، لكن حوالي النصف منهن يعتبرن الحمل بهذه الطريقة مهددا بالفشل، وقد يؤدي إلى مشاكل صحية في المستقبل للأطفال المولودين بهذه الطريقة.

ثالثا: مناقشة النتائج

يستنتج مما سبق، أن الأدوات المعتمدة في إنتاج الخطاب الطبي حول العقم تبين بوضوح أن الفئات المفضلة للبحث الطبي هم الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم مرضى؛ أي أولئك الذين طلبوا العلاج الطبي من العيادات والمستشفيات الطبية، ويفضل الأطباء من تلك الفئة النساء أكثر من الرجال. ويتم إنتاج هذا الخطاب، مثله في ذلك مثل الممارسة الطبية، داخل الفضاءات الطبية، وتقتصر مدة البحث على فترة العلاج دون البحث المتعاقب على مآل العقم بعد العلاج. ويترتب عن هذه الاختيارات مجموعة من النتائج، من أهما ما يلي:

ـ إن تحديد من هو العقيم يبدو واضحا في هذه الأعمال، حيث يعرف العقم ضمنيا وعلنيا وعمليا على أنه «الشخص الذي يأتي الطبيب للعلاج».[9] ويصبح الفرد، ذكرا كان أو أنثى، عقيما عندما يصبح مجبرا على زيارة الطبيب، فقبل اثني عشر شهرا من الجماع المنتظم غير المحمي لا يعد الفرد عقيما، وليس من حقه طبيا اعتبار نفسه كذلك، أو بمعنى آخر لا تصبح الرغبة في الولد «مرضا» يستوجب الخضوع للعلاج الطبي إلا بعد مدة محددة طبيا، كما أن عدم طلب المساعدة الطبية بعد هذه المدة يعد انحرافا اجتماعيا بالمعايير الطبية. لكن الحد المسموح به لعدم الإنجاب من قبل المعنيين به لا يرتبط بزمن محدد موحد، بل يختلف باختلاف الثقافات وشدة الرغبة في الولد؛ لذلك فقد ثبت في بعض الثقافات (نيجيريا) أن الحد الزمني المسموح به للزوجين دون أطفال يبدأ بثلاثة أشهر وينتهي بستة أشهر بعد الزواج، وبعد ذلك تصبح المرأة في حالة عقم؛ لذلك تلجأ بعض نساء هذه المنطقة إلى علاج العقم بعد ستة أشهر من الزواج[10]، وهؤلاء النسوة لسن عقيمات حسب التعريف الطبي. كما تصل مدة أول زيارة للطبيب عند الأمريكيات من أصل إفريقي أو إسباني في المتوسط 4.3 أعوام و3.3 أعوام للنساء البيض.[11] كما أثبتت دراسة طبية بالمغرب أن متوسط مدة العقم في وقت الاستشارة الطبية الأولى في وحدة العقم ما بين أربعة وخمسة أعوام، وأدناه عام واحد وأقصاه أربعة وعشرون عاما.[12] وهذا ما يؤكد أن حد المدة المقبولة دون ولد يختلف باختلاف الثقافات والأعراق بل باختلاف الأشخاص والأزواج كذلك داخل الثقافة الواحدة، ويظل التحديد الطبي للمدة المسموح بها دون ولد تحديدا تعسفيا. وتؤكد نتائج بعض الأبحاث الطبية نفسها أن نصف من لم يحققوا الحمل داخل عام واحد بإمكانهم تحقيق ذلك في العام الثاني دون أي تدخل طبي؛ إذ «إن ستين بالمائة من الأزواج يحققون الحمل تلقائيا بعد ستة أشهر من المعاشرة دون حماية، وتصبح النسبة تسعين بالمائة لمدة اثني عشر شهرا، وترتفع

9 - Arthur. L. Greil et al., «The social construction of infertility», Sociology compass, vol. 5, 2011, p. 737.

10 - Fehintolo A. O. et al., «Social meaning and consequences of infertility in Ogbomoso, Nigeria», Sudan Journal of Medical Sciences, vol. 12, n°2, 2017, p. 71

11 - Iris G. Insogna and Elizabeth S. Ginsburg, «Infertility, Inequality, and How Lack of Insurance Coverage Compromises Reproductive Autonomy», AMA Journal of Ethics, vol. 20, n°12, 2018, p. 1154.

12 - Amal Benbella et al., «Infertility in the Moroccan population: an etiological study in the reproductive health centre in Rabat », Pan African Medical Journal, vol. 30, n°204, 2018, p. 39

إلى خمسة وتسعين بالمائة ما بين ثمانية عشر شهرا وأربعة وعشرين شهرا».[13] ويضاف إلى مشكل المدة مشكل ظروف المعاشرة المحددة طبيا دون أي اعتبارات ثقافية، ففي بعض المجتمعات مثل المغرب لا تعتبر المرأة غير المتزوجة وكذلك الرجل غير المتزوج في حالة عقم ولو مارس كل واحد منهما جماعا غير محمي بشكل منتظم لمدة عام، وهذا الشخص نفسه لا يعرف نفسه بوصفه عقيما، بالرغم من كون «الطابع الطبي للعقم يضفي على هذه التجربة طابعا فرديا، ويصبح العقم علامة يلتزم بها المريض».[14]

ـ إن الفكرة المركزية التي يدور عليها الخطاب الطبي هو اعتبار العقم مرضا. وبالرغم من كون هذا الاعتبار يحرر العقيم من مسؤوليته الأخلاقية عن عقمه، إلا أنه تحرر مشروط بالعلاج وإلا لعد المريض منحرفا طبيعيا واجتماعيا كذلك. ويترتب عن هذا التحديد ضرورة إبعاد كل خطاب وكل ممارسة غير طبية عن هذا الموضوع. ويعد الخطاب الطبي اللاحق مترتبا عن هذه المسلمة. لذلك عمل الأطباء على جعل هذا الموضوع مستوفيا لكل أركان المرض طبيا؛ وذلك من خلال تحديد أعراضه وأسبابه وكيفية علاجه.

إن المراد بالأعراض العلامات الخارجية الموضوعية القابلة للملاحظة، وفي حالة العقم، فإن الأعراض بهذا المعنى غير موجودة، والعلامة الوحيدة الدالة على العقم هي الرغبة في دور اجتماعي محدد يتجلى في الأبوة أو الأمومة، فلا وجود لأي ألم بالمعنى المادي، كما هو الأمر في أغلب الأمراض، بل هناك فقط ألم اجتماعي ناتج عن عدم القدرة على تحقيق رغبة اجتماعية كالرغبة في جمال معين أو شكل الجسد أو الرغبة في مهنة معينة مثلا. ووعيا من الأطباء بهذا الأمر، فقد لجأوا إلى تعريف العقم المتضمن للأعراض والمتجلي في «الفشل»، لكن الأطباء قد وضعوا شروطا جسدية قابلة للقياس لمفهوم الفشل، فهو ليس فشلا نفسيا أو اجتماعيا ولكنه فشل جسدي، أي غياب الحمل السريع، فهذا هو العرض الوحيد طبيا.

أما الأسباب، والمراد بها تحديد الفاعل المادي المسؤول عن فشل الحمل خلال عام واحد القابلِ للملاحظة المباشرة أو عبر الأدوات، فإنها تتجه إلى تحديد المسؤول من الشريكين عن العقم، أي من يلوم من، كما أن الحديث عن الأسباب مدخل لتبرير التدخل الطبي في العملية. وهناك مفارقة واضحة في الخطاب الطبي حول أسباب العقم، فإحصائيا يتم الحديث عن تكافئ تقريبي بين مسؤولية الذكور والإناث عن العقم، وعمليا يتم البدء أولا بالمرأة حسب الإجراءات الطبية الرسمية، ولا ينتقل إلى الذكور إلا بعد التأكد من استيفاء جسد المرأة كل الشروط الطبية للإنجاب، فالمرأة طبيا متهمة ابتداء إلى أن تثبت براءتها طبيا كذلك، وهذا الأمر لا يتعلق بالعقم فقط، بل في كل تدخل طبي، حيث «يتم إضفاء الطابع الطبي على حياة المرأة بوتيرة أسرع مقارنة مع حياة الرجل في المجتمعات الصناعية المتقدمة».[15] وقد يرتبط هذا الأمر في حالة العقم بالمصلحة الطبية؛ لأن

13 - E., Olooto. W. 2012. “Infertility in male; risk factors, causes and management- A review”. J. Microbiol. Biotech. Res, vol. 2, n°4, 2012

14 - Ann. V. Bell, «Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility», Sociology of health & illness, vol. 32, n°4, 2010, p. 634

15 - Arthur. L. Greil et al., «The social construction of infertility», op. cit.,p. 737

كم ونوع التدخلات على جسد المرأة متعددة ومربحة جدا وذات وقت أطول. أما الرجل، فإن الإجراء الطبي الأكثر تداولا هو إجراء تحليل على السائل المنوي فقط.

أما العلاج، فهو الغاية النهائية لمبرر وجود الطب مطلقا ومن ذلك حالة العقم. لذلك، فتعريف العقم وتحديد أسبابه تهدف إلى شيء واحد هو العلاج. ويقوم الخطاب الطبي في موضوع العلاج على إنكار العجز الذاتي على القدرة على العلاج، ويؤكد في مقابل ذلك على أن الفشل في العلاج؛ أي عدم تحقيق الحمل، أمر خارجي يرتبط بأمرين اثنين، وهما: بعض الثقافات المحلية التي تعوق العلاج، وخاصة العلاجات المتقدمة مثل منح الحيوانات المنوية أو البويضات، وهذه عوائق توجد في بعض الثقافات «الأخرى». والعوائق القانونية التي لا تعترف بكون العقم مرضا، فيحول ذلك دون القدرة على الوصول إلى الموارد المالية للعلاجات المتقدمة باهظة الثمن، ويصدق هذا الأمر على بعض المجتمعات الغربية. إن العلاج الطبي يعمل على توسيع عرضه من الخدمات، ويعمل على تحقيق الحمل مهما كان الأمر؛ لذلك اضطر الأطباء إلى إعادة تعريف المفاهيم المركزية في عملية الإنجاب، وهي مفاهيم الأبوة والأمومة والبنوة، فقد تم وضع طرق للإنجاب خارج الإطار الزوجي التقليدي، مثل الإنجاب الأحادي، والإنجاب لشخصين من جنس واحد، والاستعانة بحيوانات لرجل غير الزوج أو بويضة لغير الزوجة للأزواج، وخاصة عند العجز الطبي المعبر عنه بالعقم غير المفسر طبيا، وقرر الطب أن «الولد لمن طلبه» بدل أن يكون لمن أنجبه من الزوجين.

إن التركيز على العلاج في الخطاب الطبي يُلزِم الأزواج في حالة عقم بخيار واحد فقط، وهو ضرورة الحمل، في حين توجد بدائل متعددة للعقم دون أي علاج، كالبقاء دون أطفال، والتبني، ورعاية الآخرين، وغيرها من الحلول الاجتماعية.[16] لكن الدخول في السيرورة الطبية تجعل من هذه الحلول أمرا صعبا؛ لأن ذلك يؤدي إلى فشل مزدوج: فشل في الحمل وفشل في القدرة على العلاج، أي الخروج عن السواء مرتين: مرة بعدم القدرة على الإنجاب في وقت محدد، ومرة أخرى بعدم القدرة على العلاج.

إن الأبحاث الطبية، وخاصة تلك المتعلقة بنتائج العقم النفسية والاجتماعية لا تبحث في أثر العلاج الطبي في ذلك، ويتم ربط كل الآثار النفسية والاجتماعية الصعبة بالعقم نفسه، حيث يتم فصل العواقب النفسية للعقم عن العلاجات الطبية له. لكن الاعتماد على مشاركين من عيادات الخصوبة لا تحدد الآثار النفسية والاجتماعية الحقيقية للأزواج في حالة عقم؛ لأن ما يتم التعبير عنه قد لا يتعلق بالعقم نفسه، بل بالعقم كما يتم علاجه داخل تلك المصحات، وقد يكون لهذه الوضعية أثر حاسم في تلك النتائج. كما أن هذه الأبحاث لا تخبرنا عن تلك الآثار عند من لا يخضعون للعلاج، وهم الفئة الغالبة؛ إذ إن الذين يتابعون العلاج لا يصل نصف المصابين بالعقم بالدول الأكثر تطبيبا في هذا الموضوع مثل الولايات المتحدة الأمريكية. بل قد توصلت بعض الأبحاث المتعلقة بالمصابات بالعقم اللواتي تخلين عن العلاج الطبي المتقدم وفضلن الاستمرار دون

16 - Ibid., p. 737

أطفال أنهن قد أصبحن أقل قلقا واكتئابا مقارنة من مع ظللن متابعات للعلاج[17]، ما يعني أن التدخل الطبي ليس الحل الأمثل والوحيد الذي يعيد للعقيم توازنه النفسي والاجتماعي، بل قد يكون سببا أساسيا للوقوع في ذلك أو زيادته على الأقل.

17 - Lone Schmidt, «Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are the research priorities? », Human Fertility, vol. 12, n°1, 2009, p. 18

خاتمة

يتبين مما سبق، أن الخطاب الطبي حول العقم يدور حول نقل هذا المفهوم من دلالاته الاجتماعية المتعددة إلى وحدة التعريف، ويعد الزمن وظروف المعاشرة الزوجية المحددين المطلقين لتعريف العقم، وينبني على هذا التعريف أن العقم «مرض عضوي» له آثار نفسية واجتماعية صعبة على المرأة بشكل خاص، ويبنى الخطاب الطبي حول العقم من خلال مركزية المرأة التي لها رغبة في الحمل، وتستطيع دفع تكاليفه المالية والنفسية والاجتماعية، والهدف النهائي للخطاب الطبي هو ضرورة إخضاع العقم للعلاج بأي ثمن كان، ولو أدى ذلك إلى إعادة تعريف المفاهيم الأخلاقية، مثل البنوة والأمومة والأبوة والإعاقة.

المراجع المعتمدة

1 ـ المقالات العلمية

- American Society for Reproductive Medicine (ASRM), «Infertility: An Overview», 2017. infertility-an_overview_booklet2.pdf (reproductivefacts.org)
- Becker Gay and Robert D. Nachtigall, «Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease», Sociology of health & illness, vol.14, n°4,1992, pp. 456-471
- Bell Ann. V., «The margins of medilization: Diversity and context through the case of infertility" ». Social Science & medicine, n°156, 2016, pp. 39-46
- Bell, Ann. V. 2010. «Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility"», Sociology of health & illness, vol. 32, n°4, 2010, pp. 631-646
- Benbella Amal, Siham Aboulmakarim, Houyam Hardizi, Asmaa Zaidouni, and Rachid Bezad, «Infertility in the Moroccan population: an etiological study in the reproductive health centre in Rabat», Pan African Medical Journal, vol. 30, n°204,2018. http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/30/204/full/
- Bhasin Shalender, «Approach to the patient, approach to the infertile Man», The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 92, n°6, 2007, pp.1995-2004
- Charton Laurence et Nong Zhu, «Les couples à l'épreuve de l'infertilité: une analyse à partir des enquêtes ERFI», Papier présenté à la réunion de XVIII[e] Colloque International de l'AIDELF, Paris, 26- 29 Mai 2014
- De Santiago Ines and Lukasz Palanski, «Data-Driven Medicine in the Diagnosis and Treatment of infertility », Journal of clinical medicine, vol. 11, n° 21,2022. https//:doi.org/10.3390/jcm11216426
- E. Olooto. W., «Infertility in male; risk factors, causes and management- A review », J. Microbiol. Biotech. Res, vol. 2, n°4, 2012, pp. 641-645
- Greil Arthur. L., Julia McQuillan and Kathleen S. Slauson-Blevins, «The social construction of infertility», Sociology compass, n° 5, 2011, pp.736-746
- Insogna Iris G., and Elizabeth S. Ginsburg, «Infertility, Inequality, and How Lack of Insurance Coverage Compromises Reproductive Autonomy», AMA Journal of Ethics, vol. 20, n°12, 2018, pp.1152-1159.
- Lindsay Tammy J. and Kirsten R. Vitrikas, «Evaluation and treatment of infertility», American Family Physician, vol. 91, n°5, 2015, pp. 308-314

- O. Fehintolo A., Fehintolo F. O., Ogunlaja O. A., Awotunde T. O., Ogunlaja I. P., and Onwudiegwu U., «Social meaning and consequences of infertility in Ogbomoso, Nigeria», Sudan Journal of Medical Sciences, vol,12, n°2, 2017, pp.63-77
- Schmidt Lone, «Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are the research priorities?», Human Fertility, vol. 12, n°1, 2009, pp.14-20

2 ـ المؤسسات

- World Health Organization, Health Topics, Infertility, Accessed December 27, 2022. Infertility (who.int)

Mominoun
MominounWithoutBorders
@ Mominoun_sm

info@mominoun.com
www.mominoun.com