

Family in search of a treatment

Example of Families facing infertility in the city of Tetouan, northern Morocco (2023–2024)

Asst-Prof. Mohamed Ahmed NFIFAKH

Faculty of Letters and Humanities | Abdelmalek Essaâdi University | Morocco

Received:

10/06/2025

Revised:

22/06/2025

Accepted:

08/07/2025

Published:

30/07/2025

* Corresponding author:
med.nfifakh@gmail.com

Citation: Nfifakh, M. A. (2025). Family in search of a treatment: Example of Families facing infertility in the city of Tetouan, northern Morocco (2023–2024). *Journal of Humanities & Social Sciences*, 9(7), 82 – 94.
<https://doi.org/10.26389/AISRP.N120625>

2025 © AISRP • Arab Institute of Sciences & Research Publishing (AISRP), Palestine, all rights reserved.

• Open Access



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license.

Abstract: This research aims to explore experiences concerning the treatment-seeking journeys of families undergoing primary infertility in Tetouan, northern Morocco. It intends to identify the pursued or anticipated medical treatment pathways, along with the factors influencing these decisions. This research was conducted with a group of participants consisting of thirty couples (sixty individuals) experiencing infertility in northern Morocco. It included couples of various ages—some are still on the journey to have a child, while others had already ended that journey without having children. Both spouses were considered together as a single unit of analysis. As for the data collection methodology, the research relied on open-ended interviews with both spouses together; however, individual interviews were also conducted with each of them separately. The research concluded that the experience of medical treatment for infertile families varies according to the period of marriage and the educational level of both spouses. The new families with higher or intermediate education levels are the most likely to seek medical treatment and internalize medical values in the field of infertility, as they follow the medical path without any deviation. This research also realizes that the female body is the most medically treated in this field, despite the fact that men are medically more responsible for family infertility. This prioritization of the female body is not only imposed by social representation of fertility, but by medical practices as well. The female body is regarded as the primary agent of fertility, even when it is not medically responsible for infertility.

Keywords: Infertility, medical treatment, treatment experience, infertile family.

الأسرة في حالة بحث عن العلاج

مثال الأسر في وضعية عقم بمدينة طوان شمال المغرب (2023-2024)

الأستاذ المحاضر / محمد أحمد انفيخ

قسم علم الاجتماع | كلية الآداب والعلوم الإنسانية | جامعة عبد المالك السعدي | المغرب

المستخلص: يهدف هذا البحث إلى الكشف عن تجارب رحلات البحث عن العلاج عند الأسر في حالة عقم أولي بمدينة طوان شمال المغرب، وبيان المسارات العلاجية الطبية المختلفة أو المتوقعة اتخاذها والأساليب المتخذة في ذلك. وقد أجري البحث مع مجموعة من المشاركين مؤلفة من ثلاثين زوجاً (ستون فرداً) في حالة عقم من شمال المغرب، وقد شمل أزواجاً من أعمار مختلفة، منهم من لا زال في رحلة البحث عن الولد، ومنهم من أنهى تلك الرحلة دون إنجاب، وقد تم اعتماد الزوجين معاً وحدة للتحليل. أما عن منهجية جمع المعلومات، فقد اعتمد البحث على مقابلات مفتوحة مع الزوجين معاً، لكن جرت مقابلات فردية مع كل واحد منهما. وقد خلص البحث إلى أن تجربة العلاج الطبي للأسر في حالة عقم مختلف باختلاف مرحلة الزواج والمستوى التعليمي لطرف الأسرة، فالأسر الجديدة ذات التعليم العالي أو المتوسط هي الأكثر تطبيقاً واستبانتاً للقيم الطبية في مجال العقم، حيث تتبع المسار الطبي دون أي انحراف، كما توصلت هذا البحث كذلك إلى أن جسد المرأة هو المجال الأكثر تطبيقاً في هذا المجال بالرغم من كون الأزواج الذكور هم الأكثر مسؤولية عن عقم الأسر طبياً، وهذا التفضيل لجسد المرأة ليس أمراً يفرضه التمثل الاجتماعي عن الإنجاب فقط، بل الأعمال الطبية كذلك، حيث ينظر إلى جسد المرأة باعتباره المسؤول الأول عن الإنجاب وإن لم يكن مسؤولاً عن العقم.

الكلمات المفتاحية: العقم، العلاج الطبي، التجربة العلاجية، الأسرة في حالة عقم.

أولاً: مقدمة

يصيب العقم. حسب المنظمة العالمية للصحة. ثمانية وأربعين مليون زوج، وستة وثمانين ومائة مليون فرد (186 مليون) عبر العالم، وهو ما يمثل خمسة عشر بالمائة من مجموع الأزواج عبر العالم. (قاعدة بيانات المنظمة العالمية للصحة 2025) وتعرف المنظمة العالمية للصحة العقم بأنه "الفشل في تحقيق الحمل بعد اثنى عشر شهراً أو أكثر من الجماع المنتظم". (المنظمة العالمية للصحة 2024) وتعرفه الجمعية الأوروبية للإنجاب البشري وعلم الأجنة (European Society for Human Reproduction and Embryology) بأنه "الفشل في تحقيق الحمل خلال سنتين من الجماع المنتظم غير المحمي". (Bhasin 2007, 1996) ويراد بالانتظام عدد مرات اللقاء الجنسي المكتمل أسبوعياً "الذى يحدد طبياً في مرتين إلى ثلاثة مرات". (Lindsay and Vitrikas 2015, 312) وقد عَرَف العقم بداية من السنتينيات من القرن الماضي تحولاً هاماً جدًا 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. (Bell 2016, 40) ثم ازداد تطبيق هذا الموضوع في بداية الثمانينيات من القرن الماضي بعد نجاح أول عملية لأطفال الأنابيب سنة 1978. (De Santiago and Palanski 2022, 8) وقد اعتبر هذا الحدث البداية الكبرى لانتصار الطب في هذا المجال ليتم رسم خط فاصل تعسفيًا بين الأشخاص الذين ينجحون في إنجاب طفل بسرعة، في أقل من عام، والآخرين، فتم تقديمهم من قبل هيئات تتمتع بالقدرة على الإلزام بتصورها في التصنيف أو اتخاذ قرار بشأن الواقع في مسائل الإنجاب البشري، إثنين الأطباء والعلماء. (Chariton et Zhu 2014, 1) ويعرف هذا الانتقال في أدبيات البحث الاجتماعي حول ظواهر الصحة والمرض والطب بـ "تطبيب المجتمع"، ويجيل هذا التطبيب على العملية التي من خلالها يعاد تعريف التجارب الإنسانية باعتبارها قضايا طبية خالصة. (Becker and Nachtingall 1992, 456)

يحدد القانون المغربي العقم بأنه "عدم تحقق الحمل بعد مرور اثنى عشر شهراً من المحاولات المنتظمة للإنجاب بطريقة طبيعية". (الجريدة الرسمية 2019, 1771) وهو تعريف مأخوذ عن المنظمة العالمية للصحة، حيث تم تعريف العقم بمدة محددة في اثنى عشر شهراً. (قاعدة بيانات المنظمة العالمية للصحة 2024) أما عدد المصاين بالعقم، فغير محدد بشكل دقيق بالمجتمع المغربي، وعادة ما يتم إسقاط النسبة الدولية التي أقرتها المنظمة العالمية للصحة وهي خمسة عشر بالمائة من مجموع الأزواج على الواقع المغربي، وتبعاً لذلك فإن عدد الأزواج المفترض إصابتهم بالعقم هو 1,391,255 أي 2,782,510 فرد، وذلك نسبة لعدد الأسر بالمغرب المقدر بـ 9,275,038. (قاعدة بيانات المندوبية السامية للتخطيط بالمغرب 2024)

ثانياً: منهجية البحث

1. إشكالية البحث

لقد كان العقم مشكلة اجتماعية أسرية عبر التاريخ، وقد وجد كل مجتمع مجموعة من الحلول الاجتماعية لهذه المشكلة، ومنها البقاء دون ولد، والتبني، والزواج من امرأة أخرى، والطلاق، وغيرها من الحلول الاجتماعية، وبداية من التطور الطبي في مجال الإنجاب أصبح العلاج الطبي أبرز حل يقدم للأسر في حالة عقم. إن هذا الحل الأخير لم يكن أمراً مهماً لجامعة من الدول التي تعرف بكونها دولاً نامية مثل المغرب، لأن مشكلة المغرب ما بعد الاستقلال عن الحماية الفرنسية هو كثرة الولادات، وفي هذا السياق يمكن النظر إلى العقم باعتباره جزء من الحل وليس مشكلة في ذاته، لذلك أهمل المغرب موضوع العقم في السياسات الصحية المعتمدة، واتجه إلى العمل على توفير جميع الوسائل التي تحد من الإنجاب مجاناً بالمدن والقرى، ولم تتم الإشارة إلى أهمية علاج العقم في السياسات الصحية العمومية المغربية إلا مؤخراً، وبشكل خاص في المخطط القطاعي لوزارة الصحة المغربية لفترة 2012-2016، حيث أشار هذا المخطط لأول مرة إلى "تعزيز خدمات الصحة الإنجابية الحالية وتطوير خدمات مكونات جديدة منها الأزواج المصابون بالعقم". (Ministère de la santé (Maroc) 2012, 46) إذن في ظل هذا التجاهل الرسمي لمشكلة العقم كيف يعيش الأزواج المغاربة تجربة علاج العقم؟ وكيف تعيش هذه التجربة بشكل خاص في المدن التي تعد هامشية في مجال العلاجات المتقدمة من العقم؟ وما هي المحددات الاجتماعية لاختيار مسار علاجي محدد دون غيره؟

2. الفرضيات الأساسية للبحث

إن الفرضية المركزية لهذا البحث تتجلى في كون طلب العلاج أمراً مقبولاً اجتماعياً، لكنه صعب من حيث الوصول إليه، والخضوع لالياته، أو تحقيق النتائج المرجوة منه. ويتفاوت عن هذه الفرضية مجموعة من الفرضيات الصغرى، التي يمكن صياغتها كالتالي:

- إن الأزواج في حالة عقم ليسوا في وضعية رفض للعلاج، ولكنهم في وضعية عدم القدرة على الوصول إليه.
- إن المسارات العلاجية المتعددة أو الممكن اتخاذها من قبل الزوجين أو أحدهما تخضع للتكون المدرسي للزوجين، ودخلهما المالي، ودرجة معرفهما بالإمكانات الطبية المتاحة في مجال العقم، وأقدمية زواجهما.

- إن المرأة هي الأكثر قبولاً وإقبالاً على العلاجات الطبية في الموضوع.

3. المشاركون في البحث (عينة البحث)

لقد شارك في هذا البحث ثلاثون زوجاً (ستون فرداً) من الأسر في حالة عقم أولي، أي الأسر التي لم يسبق لها أن حققت الإنجاب على الإطلاق، ويقيم جميع هؤلاء الأزواج بمدينة تطوان شمال المغرب، وقد تم اختيارهم من خارج مجال العلاج الطبي، وكان هذا الاختيار بشكل عشوائي من خلال توظيف شبكة واسعة من معارف الباحث وأصدقائهم ومعارفهم للوصول إلى الفئة المستهدفة في هذا البحث.

4. أدوات جمع المعلومات وتحليلها

اعتمد البحث مقابلات مفتوحة مع الأزواج لكن بشكل منفرد، وقد زاوج البحث بين الطريقتين الكمية والكيفية، واستعملت الطريقة الكيفية في الغالب لتقدير المعلومات الكمية. وقد اتجهت المقابلات إلى البحث عن علاقة المتغيرات الاجتماعية مثل أقدمية الزواج، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي في التأثير على طلب أو عدم طلب العلاج الطبي ونوعه. أما طريقة تحليل هذه النتائج، فقد اعتمد البحث التحليل الإحصائي البسيط من خلال استخراج التكرار والنسبة المئوية.

5. الأبحاث السابقة في الموضوع

إن علاج العقم يختلف باختلاف الأنظمة الثقافية والعلاجية والقانونية، حيث يعد علاج معين مقبولاً في ثقافة ومرفوضاً في أخرى، كما أن الأنظمة العلاجية في بعض المجتمعات قد تتيح من العلاجات ما لا تتيحه أنظمة علاجية أخرى، وهو الأمر نفسه فيما يتعلق بالحدود القانونية الوطنية التي قد تسمح ببعض العلاجات أو تمنعها، وذلك مثل "من" الحيوانات المنوية أو البويضات. إن هذا التعدد يقتضي الاقتصر في التجربة العلاجية المعينة على الأبحاث المتميزة ل المجال التجربة نفسها، لذلك سأقتصر على الأبحاث العلمية التي جعلت من التجربة العلاجية من العقم بال المغرب موضوعاً لها، وبالعودة إلى ما تم إنجازه حول هذا الموضوع بال المغرب، يمكن تصنيف الأبحاث التي عثرت عليها إلى اتجاهين اثنين، حيث يؤكد أحدهما على شرعية التدخل الطبي في مجال علاج العقم، بينما يؤكد الاتجاه الآخر على العوائق التي تحول دون ترسیخ هذا التدخل في هذا المجال.

الاتجاه الأول: التأكيد على شرعية التدخل الطبي في مجال علاج العقم

إن هذا الاتجاه هو الغالب في الأعمال الطبية المتعلقة بعلاج العقم. وينتقل أصحاب هذا الاتجاه على المقولات الطبية التي تجعل من العقم مرضًا، ومن ذلك الحديث عن أسباب العقم، ومن أمثلة ذلك بحث أجري بمركز الصحة الإنجابية بمدينة الرباط حول أسباب العقم عند الزوجين معاً لبيان المسؤول عن عدم الإنجاب من الزوجين، وقد خلص الباحثون إلى أن الزوجات هن الأكثر تسبباً في العقم. (Benbella et al. 2018a, 3) أو الحديث عن عوامل الخطر التي قد تزيد من احتمال الإصابة بالعقم، ومن أمثلة ذلك بحث أجراه الباحثون السابقون بالمركز نفسه على الزوجين معاً اكتشاف عوامل الخطر التي ترفع من احتمال العقم عند الزوجين، وقد وجدوا عوامل كثيرة تعود في معظمها لنمط الحياة المعاصرة، ومن أبرزها الوزن الزائد. (Benbella et al. 2018b, 2-3) أو الحديث عن أسباب العقم وعوامل الخطر معاً، ومن أمثلة ذلك بحثان أحراهما فريق موسع بميداني الدار البيضاء، وسط المغرب، والرباط بمراكم لعلاج العقم حول أسباب العقم عند الأزواج الذكور وعوامل الخطر المؤدية إليه، وقد خلص الباحثون إلى أن أسباب العقم تعود في الغالب إلى ما هو متداول طبياً من مشاكل في الحيوانات المنوية من حيث عددها، وخصائصها الأخرى كالحركة والجودة، وأن عوامل الخطر متعددة، مثل التدخين، وتناول الكحول، والتاريخ المرضي، والأسباب المهنية. (Benzaouiya et al. 2020, 2-3 and Frikh et al. 2021, 4) كما أن بعض الأبحاث اتجهت إلى تدقيق أسباب العقم الأولى والثانوية عند النساء، ومن أمثلة ذلك ما قام به فريق بحثي بمدينة مراكش، جنوب المغرب، وقد خلص البحث إلى أن هناك فرقاً بين أسباب العقم الأولى والثانوية عند النساء العاجزات عن تحقيق الحمل وفقاً للشروط الطبية، حيث يعد العمر، ومدة الزواج، والعوامل الاجتماعية الأخرى، من المحددات الأساسية لارتفاع احتمال العقم الثاني عند المرأة. (Benksim et al. 2018, 144-145)

الاتجاه الثاني: موانع ترسیخ التدخل الطبي في مجال علاج العقم

إن هذا الاتجاه لا يختلف عن الاتجاه السابق في الخلفية والمنطلقات، وهي اعتبار العقم مرضًا، ومن ثم حصر الخطاب المشروع حوله وكذا التكفل به على الأطباء. لكنه يريد ترسیخ هذا الأمر من خلال الحديث عن عوائق ترسیخ هذا الاتجاه في مجال التكفل بالعقم خطاباً وممارسة، وحسب ما اطلعت عليه من أبحاث يمكن الحديث عن نوعين من العوائق، وهما:

أ- عوائق سياسية قانونية

ينطلق هذا الاتجاه من كون الفاعلين الأساسيين في مجال العقم مختلفين في طبيعته، وهذا الاختلاف واحد من أهم موانع الوصول إلى العلاجات الأساسية في مجال العقم بالمغرب. ومن أمثلة هذا الاتجاه بحث حول موانع استفادة المصابين بالعقم من التأمين الصحي، وقد عمل الباحثون على فحص وتقديم السياسات العمومية في مجال الصحة الإنجابية، وخاصة العقم، وذلك اعتماداً على منظور الفاعلين الأساسيين في المغرب، وهم: الفاعلون الرسميون، والفاعلون في مجال العقم بالقطاع الخاص، والفاعلون المدنيون من جمعيات مدنية ومعالجين طبيين. (Bezad et al. 2022,3) وقد خلص الباحثون إلى أن هناك اختلافاً بيناً في رؤى هؤلاء الفاعلين في مجال رعاية الأزواج في حالة عقم، كما أن هناك ضعفاً معرفياً وسياسياً لدى الجهات المدافعة عن حق الوصول لهذه الخدمات في مجال الإنجاب، وهذا الواقع المتميز بالاختلاف والالتباس هو الذي جعل العقم في المغرب عاجزاً عن الانتقال من عالم الرغبات إلى عالم الأمراض، ومن ثم عدم شموله بالتأمين الصحي. (Bezad et al. 2022, 8)

ب- عوائق ثقافية اجتماعية

ينطلق هذا الاتجاه من كون المعرفة الطبية مرجعاً في مجال العقم، ويعتبر كل معرفة مخالفة لذلك نوعاً من الخطأ. ومن أمثلة هذا النوع من الأبحاث ما قام به فريق من الأطباء وعلماء الأحياء حول تمثيل الشباب من الذكور والإثاث للعقم، وخلص الباحثون إلى أن لهؤلاء الشباب معرفة ضعيفة بالعقم، ويقصدون أساساً المعرفة الطبية، حيث يرجعه جميعهم تقريباً لإرادة الله، كما أنهم يعتقدون بإمكان العلاج دائماً تقريباً من العقم، ويتبينون مواقف اجتماعية بعد تعرّف العلاج مثل الزواج الثاني. (El adlani et al. 2021, 2-3)

يستنتج مما سبق أن كل هذه الأعمال تعود لممارسين طبيين في مجال العقم، وهذا ما جعل من أعمالهم جميماً، بالرغم من اختلاف موضوعات أبحاثهم، تدور في فلك الرؤية الطبية التي ت يريد جعل العقم "مريضاً" كغيره من الأمراض التي يتولى الطب وحده تفسيرها وعلاجهما وحق الخطاب حولها، لذلك تدافع بعض الأبحاث على ضرورة إدراج العقم في مجال الأمراض المشمولة بالتأمين الصحي لدى صناديق التأمين الصحي بالمغرب.

ثالثاً: عرض نتائج البحث ومناقشتها

1- عرض نتائج البحث

1. نسبة التطبيب

إن زيارة الطبيب لعلاج العقم فعل لم تتركه أي أسرة من الأسر المشاركة في هذا البحث، حيث إن 93.33% بالمائة من مجموع الأسر قد عرفت ممارسة علاجية طبية كاملة، أي زيارة طبية واحدة على الأقل للزوجين معاً. أما الباقى، وهو 6.67% بالمائة من مجموع الأسر، فقد عرفت تطبيباً ناقصاً، والمراد به ممارسة العلاج الطبي من قبل الزوجات ملرًأ أو أكثر دون الأزواج الذكور، ما يعني أن العلاج الطبي هو الممارسة الأكثر انتشاراً بين الأزواج في حالة عقم، لذلك يمكن القول إن هناك تطبيباً شبه كامل لمجال الإنجاب وخاصة في مجال تأخره بالمغرب. وتعد المرأة موضوعاً للعمل الطبي في مجال العقم؛ إذ لا وجود لأي زوجة لم تمارس العلاج الطبي. أما الأزواج الذكور، فإن نسبة ضعيفة جداً منهم لم يمارسوا أي علاج طبي، وسبب ذلك أن زيارة زوجاتهم الطبيب قد أوضحت أن هناك أسباباً طبية واضحة تمنعهن من الإنجاب، ومن أهم ذلك نفاد مخزون البويضات؛ لذلك فإن هؤلاء الأزواج قد اعتبروا أنفسهم براء من هممة المسؤولية عن تأخر الإنجاب أو انعدامه، لأن الكشف الطبي يعد مدخلاً لتحديد المسؤول عن تأخر الإنجاب، ولما ثبتت "التهمة" على الزوجة عدًّا الزوج كانه معفى من هذا الاختبار، لكن زوجاتهم غير مقننات بسلامتهم الإنجابية، حيث تؤكد زوجة أحد المتنعين عن زيارة الطبيب أن زوجها لم يزر أي طبيب في هذا الموضوع على الإطلاق، لكنها متيقنة أنه رجل عقيم.

"إنه يرفض بشكل قطعي زيارة الطبيب، كما رفض أي محاولة لعلاج حالتنا خارج المغرب، أنا أشك أنه قد أجرى التحاليل الطبية الالزمة في الموضوع، وقد ثبت له عدم قدرته على الإنجاب، لذلك يرفض زيارة الطبيب".

2. أول زيارة للطبيب

ان متوسط المدة بين إرادة الحمل، وهو معيار إدراك صعوبة الإنجاب والوعي بالحاجة إلى المساعدة الطبية في الموضوع، وزيارة أول طبيب هي 4.16 سنة، والحد الأدنى شهراً والأقصى 20 سنة. وقد زار ما يزيد عن ثلث الأسر (36.67%) الطبيب في ثمانية أشهر فأقل، كما زار حوالي ثلث الأسر (30%) أول طبيب بين سنة وستين، أما الثالث الثالث، فأول زيارتهم للطبيب تتراوح بين خمس سنوات و20 سنة، وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول 1. مدة الفرق بين إرادة الإنجاب وأول زيارة طبية

النسبة المئوية	العدد الأسر	المدة بالسنوات	أقل من سنة	سنة واحدة	سنستان أو أقل	بين 5 و 6 سنوات	16 سنة فأكثر
13.33	20	16.67	13.33	4	5	6	4

يتحكم في المدة الفاصلة بين إرادة الحمل وأول زيارة للطبيب أمران اثنان، وهما: أقدمية الزواج، والمكانة الاجتماعية للزوجين.

الأمر الأول: أقدمية الزواج

إن الأزواج في الماضي كانوا أكثر تأخراً في زيارة الطبيب مقارنة مع الأجيال الجديدة، حيث إن 60 بالمائة من الذين تصل مدة زواجهم 20 سنة فأكثر قد زاروا الطبيب أول مرة ما بين سنتين في الحد الأدنى و20 سنة في الحد الأقصى، و20 بالمائة من البالغين بعد حوالي أربع سنوات، أما 20 بالمائة الباقية، فلسنة أو أقل. ومن أسباب ذلك أن الثقافة الطبية، وخاصة في مجال ضعف الخصوبية، كانت ضعيفة جداً، كما كان عدد الأطباء في هذا المجال أقل بكثير مما هو عليه حالياً، ويضاف إلى ذلك أن مسألة ضعف الخصوبية كانت غائبة في السياسة الصحية للدولة في مجال الإنجاب، وهذا لا يعني غياب الاهتمام بالعلاج عند هذه الفئات، بل كانت على العكس من ذلك تُقْبِل ابتداء على علاجات تقليدية، ولا تلجم إلى الحلول الطبية إلا بعد العجز التام عن الوصول إلى الحل ذاتياً وتقليدياً.

الأمر الثاني: المكانة الاجتماعية للفرد

تمثل الفتنة المقبلة على الحلول الطبية في سنتين فأقل ثلثي المشاركين في هذا البحث، أي 20 أسرة، ويمثل 50 بالمائة منهم الأسر المؤلفة من زوجين حاصلين على شهادة جامعية، و20 بالمائة من أسر حصل أحد الزوجين فيها على تعليم متوسط، والباقي لأسر ضعيفة أو منعدمة التعليم. إن المعرفة المدرسية تعد مدخلاً مهماً للتطبيب في مجال ضعف الخصوبية، حيث تُقْبِل الفئات المتعلمة من الأطر الوسطى على الخدمات الطبية، وتغيب عند هذه الفتنة بعض التقاليد العلاجية التقليدية الرمزية والسحرية، بل إن هذه الفئات قد تصل إلى المراحل النهائية في العلاج الطبي الممكن حالياً بالمغرب في سنوات محدودة جداً. إن الاقبال السريع إذن على العلاج الطبي يزداد عند جميع الأسر المتزوجة حديثاً، وتزداد هذه السرعة عند الفئات الوسطى الأكثري تعليماً داخل المجتمع.

3. الطرف الأكثر تطبيباً بين الزوجين

تعد الزوجة الطرف الأكثر إقبالاً على الطبيب في مجال ضعف الخصوبية، وبعد جسدها مثالياً للتدخل الطبي في هذا المجال، لذلك فقد عبر جميع الأسر دون استثناء أن أول من زار الطبيب هي الزوجة، ولم توجد أي زوجة رفضت العلاج ابتداء، أو طلبت زوجها ببدء عملية العلاج قبلها، وقد زار 93.33 بالمائة من الزوجات الطبيب أول مرة قبل أزواجهن، والباقي، وهو 6.67 بالمائة منهم فقد زرن الطبيب أول مرة مع أزواجهن، حيث شرعاً معاً في العلاج في زمن واحد. أما الأزواج الذكور، فهم فئات ثلاثة: فئة زارت الطبيب بعد الزوجة، وتمثل هذه الفتنة 90 بالمائة من الأزواج، وفئة زارت الطبيب في وقت واحد مع الزوجات، وتمثل هذه الفتنة 6.67 بالمائة، أما الفتنة الأخيرة، فهي لأزواج لم يسبق لهم زيارة الطبيب أبداً، وذلك بنسبة 3.33 بالمائة (زوج واحد). وسبب رفض هذا الزوج للعلاج يعود إلى كون زوجته تعاني. حسب التقارير الطبية. من مشاكل تجعل الإنجاب في حقها ممتنعاً طبياً، لذلك فإن رفضه زيارة الطبيب يعود بمبرراً ظاهرياً، لكنه في الأصل مبني على مسلمة مفادها أن الزوجة هي المسئولة عن تأخر أو عدم الإنجاب، وإذا كانت هذه المسلمة تهمة في البداية، فإن تأكيد الطلب لها يعد "جنائية" ثابتة في حق الزوجة، لذلك فلا معنى لاستدعاء الزوج قصد تبرئة ذمته من المسؤولية عن عدم الإنجاب أمام الأطباء، لكن هذا الرفض غير مبرر ولا يكفي في رفع التهمة عن الزوج من قبل الزوجة الممتدة بمعرفة طبية واسعة في الموضوع، فقد صرحت "أن زوجها لم يزد الطبيب أبداً، وأنه على دراية تامة بعقه، وأهلاً متيقنة أنه قد أجرى تحليلات للسائل المنوي، وقد تبين له أنه عقيم، لكنه يخفي كل ذلك عنها، وهذا هو سبب رفضه زيارة الطبيب، والإذن لها بالاطلاع على نتائج ذلك".

تختلف مدة زيارة الزوج عن الزوجة باختلاف الأزواج، ومتوسط الفرق بين أول زيارة للزوج عن أول زيارة للزوجة هو 20.3 شهراً، ويترواح ذلك بين ثلاثة أشهر باعتباره الحد الأدنى، وست سنوات باعتباره الحد الأقصى. إن 73.33 بالمائة من زار من الأزواج الطبيب بعد زوجته قد فعلوا ذلك لأول مرة سنة أو أقل بعد زيارتها زوجاتهم، أما البالغ، وهو 26.67 بالمائة فقد فعلوا ذلك بين ثلاثة وست سنوات عن زوجاتهم. إن تأخر الزوج عن الزوجة لمدة ثلاثة سنوات فأكثر مبرر بأمررين اثنين، أولهما: أن زيارة الزوجة أول طبيب لم يكن لقصد علاج تأخر الإنجاب لبعض الزوجات، بل كان لأمر آخر، إلا أن الطبيب قد نبه الزوجة إلى ارتباط هذا المشكل بتأخر الإنجاب، لكنها لم تهتم بالموضوع، لأنها لم تكن تزيد الإنجاب من زيارتها للطبيب، لذلك فإن زيارتها للطبيب بمدة طويلة قبل زوجها كانت عرضاً ولا علاقة لها بتأخر الإنجاب. أما باقي الأزواج، وهم ثلثا من تأخرها عن زيارتها زوجاتهم بمدة تفوق ثلاثة سنوات، فلهم سبب واضح لهذا التأخر، حيث يعانون جميعاً من سبب واضح لتأخر الإنجاب وهو العجز الجنسي الواضح، لذلك كانوا يرفضون زيارة الطبيب، لأن ذلك يؤكّد "إدانتهم" طبياً. وهم يعلمون بذلك من قبل. أما زوجاتهم وأمام الآخرين. لكن رفض الذهاب إلى الطبيب لا يرتبط بالنسبة للأزواج الذكور بوجود سبب أو أكثر واضح عندهم لتأخر أو امتناع الإنجاب، بل قد يرتبط بالخوف من النتيجة ولو لم يكن هناك سبب واضح في الموضوع، لذلك فقد رفض الذهاب إلى الطبيب ابتداء 46.67

بالمائة من مجموع الأزواج، واستمر واحد منهم على الأمر إلى الآن، والباقي لم يقوموا بذلك إلا بعد أن تم تهديدهم من قبل زوجاتهم بطلب الطلاق، أو إقناعهم من قبل أحد أفراد العائلة، وذلك مثل الوالدين والإخوة، أو تشجيع داخلي من قبل الزوجة. أما الذين قبلوا زيارة الطبيب دون مقاومة ظاهرة ولو بعد الزوجة، فيمثلون 53.33 بالمائة من الأزواج، وبعد الأزواج من ذوي التعليم العالي هم الأكثر إقبالاً على زيارة الطبيب دون تردد، حيث زار 80 بالمائة منهم الطبيب دون أي مقاومة ظاهرة، وهم الفئة الأكثر انخراطاً في العلاج الطبي من البداية إلى المهاية، ولم يرفضونه إلا 20 بالمائة، وذلك لوجود سبب طبي مانع من الحمل عند الزوج. أما أكثر الأزواج رفضاً للعلاج الطبي من البداية وبعد الشروع فيه عند من شرع فعلاً في العلاج، فهم الأزواج الأكبر سناً من الفئات الدنيا الذين تتجاوز مدة زواجهم 20 سنة من الآن.

4. المسؤول عن العقم وأسبابه حسب الكشف الطبي عند الأزواج

إن الحديث هنا ليس عن تمثل الأزواج في حالة عقم عن المسؤول عن العقم وأسبابه، بل عما كشفه الأطباء من خلال كل الوسائل الطبية المستعملة لبيان أسباب العقم، إلا أن المعتمد في هذا البحث هو حديث الأزواج عن تلك الأسباب ومصدرها، وملخص ذلك في الجدول الآتي:

الجدول 2. المسؤول طبياً عن تأخر الإنجاب من الزوجين

الجهة المسؤولة طبياً عن تأخر الإنجاب	النسبة المئوية	عدد الأسر
الزوج وحده	56.67	17
الزوجة وحدها	26.67	8
الزوجان معاً	6.66	2
سبب غير معروف	10	3

يتبيّن من هذا الجدول أن الأسباب الطبية التي تعود للزوج وحده هي الأكثر عدداً، حيث إن 56.67 بالمائة من الأسر يمنعها من الإنجاب طبياً أمر يعود للزوج وحده، يلي ذلك الأسباب الطبية التي تعود للزوجة وحدها بنسبة 26.67 بالمائة، ثم لأسباب غير معروفة طبياً عند 10 بالمائة من الأزواج، وأخيراً لأسباب تعود إلى الزوجين معاً عند 6.66 بالمائة.

إن السبب الأكثر شيوعاً لتأخر أو انعدام الإنجاب عند الذكور، سواءً أكان السبب موجوداً عندهم فقط أم عندهم وعنده زوجاتهم، هو مشكل السائل المنوي، وذلك من حيث كمّه وجودته حرّكةً وسلامةً شكل وحياة، ويوجّد هذا المشكل عند 14 زوجاً من ضمن 19 زوجاً ذكراً، ويأتي في المرتبة الثانية الضعف الجنسي، سواءً تعلق الأمر بضعف الانتصاب أم عدم القدرة على إتمام المعاشرة الزوجية إلى نهايتها. أما الأسباب المتعلقة بالزوجة، فهي كما يلي: ضعف أو نفاذ مخزون البوسّيّات وحده أو مع سبب آخر مثل انسداد قناة فالوب، وتكيّس المبيض مع انسداد في إحدى قناتي فالوب، وارتفاع هرمون الحليب.

5. المسارات العلاجية الطبية

إن الأزواج المشاركين في هذا البحث مختلفون من حيث تعاطيهم للعلاج الطبي أو المسار الطبي المتبّع، ويمكن تقسيم هذه المسارات المتبعة إلى مسارات هامين اثنين، وهما: المسار الطبي الناقص، والمسار الطبي الكامل.

المسار الأول: المسار العلاجي الناقص أو المسار الطبي للفئات الدنيا في المجتمع

إن المراد بالمسار العلاجي الطبي الناقص كل علاج طبي لا زال بعده علاجات طبية متعددة ممكّنة بالغرب، لكن الأزواج في حالة عقم لم يصلوا إليه اختياراً، أو مانع محدد، أو لجهلهم بوجوده. إن 73.33 بالمائة من الأزواج المشاركين في هذا البحث قد اقتصرّوا إلى الآن في رحلتهم العلاجية على هذا المسار، لكن هذا المسار نفسه ليس متجانساً، بل إنه يشتمل على ثلاثة أشكال من المسارات العلاجية الطبية الفرعية، وهي كالتالي:

الشكل الأول: يبدأ هذا الشكل بالفحوصات الطبية المعتادة للزوجة من خلال الأعمال الطبية المتعلقة برحم المرأة من سلامه مبيوض وسلامه قناتي فالوب، أو باختصار البحث عن سلامه الجهاز التناسلي للزوجة من أي مانع ظاهر للحمل، ثم التأكيد من سلامه الزوج من خلال تحليل مخبري للسائل المنوي عند أغلب الأزواج، الذي أخذ في هذا المسار من الزوج بعد المعاشرة الزوجية في المختبر غالباً، ولخمس حالات بالمنزل. إن هذا الشكل من العلاج قد مارسه 53.33 بالمائة من مجموع الأسر.

الشكل الثاني: يتضمّن هذا الشكل كل الأعمال العلاجية السابقة في الشكل الأول، لكن قد أضيف إليه علاجات من خلال عمليات جراحية، ويتعلّق الأمر بالأزواج الذكور لأسرتين اثنتين، أي بنسبة 6.67 بالمائة.

الشكل الثالث: يتضمّن هذا الشكل كل الأفعال العلاجية في الشكل الأول لكن وصولاً إلى التلقيح الداخلي، ويتعلّق الأمر بأربع أسر، حيث يتم وضع الحيوانات المنوية للزوج في رحم الزوجة لتكتمل عملية الإخصاب بعد ذلك بشكل طبيعي، وقد أنجزه نصف هذه الأسر عند أطباء النساء والولادة بمدينة طوان فقط، بينما قام أسرتان بذلك داخل مدينة طوان وخارجها، وخاصة بمدينة طنجة، كبرى مدن شمال المغرب، التي تبعد عن مدينة طوان بحوالي 35 ميلاً. وقد سار في هذا المسار 13.33 بالمائة من الأسر.

المسار الثاني: المسار العلاجي الكامل أو المسار الطبي للفئات الوسطى

إن المراد بالمسار العلاجي الكامل هو استنفاذ كل الإجراءات والأفعال الطبية الموجودة في مجال العلاج المتعلق بضعف الشخصية المسموح به قانوناً بالغرب، الذي يبدأ بالفحوصات المتعلقة برحم المرأة، ثم تحليل السائل المنوي للزوج، والتأكيد من سلامة الزوجين الإنجابية، وصولاً إلى الحقن المجهري، حيث يتم تلقيح بويضة الزوجة بعد سحبها منها بالحيوان المنوي للزوج في المختبر، ثم إرجاعها مخصبة إلى رحم المرأة عبر عملية طبية صعبة ومكلفة، ويعود هذا العمل من آخر ما يوجد بالغرب من علاجات طبية. وقد سار في هذا المسار ما يزيد عن ربع الأزواج، أي 26.67 بالمائة، وبعد هذا المسار خاصاً بالفئات الوسطى ذات التعليم العالي بالنسبة لـ 75 بالمائة من هذه الفئة، و25 بالمائة للفئات الوسطى ذات التعليم المتوسط. وقد تم إجراء هذه الأعمال الطبية المتقدمة كلها خارج مدينة طوان، إذ تفتقد مدينة طوان مثل هذه الأعمال الطبية، وقد تم إجراؤها كلها بمدينة الدار البيضاء حيث يوجد أهم المصحات المتخصصة في مجال العقم. إن الأزواج الذين بلغوا مرحلة الحقن المجهري قد قاموا بهذه العملية بين مرة واحدة في الحد الأدنى وثلاث مرات في الحد الأقصى، وتتكلفهم هذه العملية ما بين 30,000 و60,000 درهم مغربي (ما بين حوالي 3,000 و6,000 دولار أمريكي)، وقد وصلت هذه الفئة إلى ممارسة العلاج المتقدم والمائي المسموح بها في القانون المغربي المتعلق بالمساعدة الطبية على الإنجاب، أي الحقن المجهري، في مدة قصيرة من بداية العلاج، حيث تراوح ذلك بين خمس سنوات من الزواج باعتباره حد أدنى وعشرين سنة باعتباره حد أقصى. وتتميز هذه الفئة بكونها تامة المعرفة فيما يتعلق بطبيعة ما يمنعها من الإنجاب طبياً، وقد تم اكتساب معرفتهم من مصادر متعددة، من أهمها الإنترنэт والأطباء والأزواج الآخرون في حالة تأخر الإنجاب.

6. الطرف المسؤول مالياً عن العلاج

إن من أهم عناصر تجربة العقم الجانب المالي الضروري للعلاج. وهو واحد من محددات الإقبال على الممارسة العلاجية الطبية وحد الاستمرار في العلاج، وكل الأسر التي يعمل فيها الزوج دون الزوجة قد اقتصرت إلى الآن على المسارات العلاجية الناقصة، ومن أسباب بحث بعض الزوجات عن عمل جمع المال اللازم للعلاج. وتبعداً لذلك يوجد اختلاف بين الأسر في الطرف الذي يتحمل مصاريف العلاج الطبي كما هو مبين في هذا الجدول.

الجدول 3. الطرف المسؤول عن مصاريف العلاج الطبي من الزوجين

النسبة	العدد	المكلف بمصاريف العلاج
63.33	19	الزوج وحده
13.33	4	الزوجان معاً
16.67	5	الزوجة أولًا ثم هما معاً
6.67	2	الزوج أولًا ثم هما معاً

يتبيّن من هذا الجدول أن التكفل بمصاريف العلاج الطبي أمر خاص بالزوج عند حوالي ثلثي الأزواج (63.33%)، وسبب ذلك واحد هو كون الزوج وحده من يعمل داخل الأسرة، والزوجات تعملن بالمنزل فقط. أما باقي الأسر، فيتكلّل بمصاريف العلاج فيها حالياً الزوجان معاً، ويتعلّق الأمر بما يزيد قليلاً عن ثلث الأسر (36.67%)، لكن لم يكن من الأسر من يتتكلّل بمصاريف شرّكًةً من البداية إلا 13.33 بالمائة، وقد كان 16.67 بالمائة من الأسر تتكلّل فيها الزوجة وحدها بمصاريف، إما لكونها تعتبر تكاليف العلاج في مقدورها وأنه لا حاجة للزوج في ذلك، أو لكونها المسؤولة عن العقم ما جعلها تتحمّل مسؤولية علاج نفسها، إلا أن الانتقال إلى العلاجات المتقدمة جعل دخول الزوج أمراً ضرورياً، لأن كلفة العلاج مرتفعة جداً لم يستطع طرف واحد تحملها وحده، ويتعلّق الأمر خصوصاً بالحقن المجهري، وهو الأمر نفسه بالنسبة للأزواج الذين كان الزوج وحده مصدر التكفل المالي بالعلاجات الطبية، لكن الوصول إلى العلاجات المتقدمة ألزم بعض الزوجات بضرورة العمل لأن عمل الزوج لا يكفي لذلك.

إن المسار العلاجي الطبي وطبيعته يحدده بدرجة أكبر المسؤول عن كلفة العلاج المالية، فمن بين الأسر التي يتتكلّل فيها الزوجان معاً بمصاريف العلاج قد سار 82 بالمائة منهم في المسار الطبي من أوله إلى آخره، ولم يسبق لهم أن تركوا أي علاج طبي بسبب مالي، أما الباقى، وهو 18 بالمائة فلم يتركوا المسار العلاجي إلى نهايته بسبب مالي بل بسبب آخر كامتناع الزوج أو عدم الإمكان الطبي. أما الأزواج الذين يتحمل الزوج فيها كلفة العلاج وحده فلن 78.95 بالمائة لم يسيراً في العلاج إلى نهايته، في مقابل 21.05 بالمائة من يريدون الوصول إلى آخر مرحلة في العلاج.

7. ترك علاج طبي في المسار العلاجي وأسبابه

إن المسار العلاجي الطبي مسار صعب، يحدد السير فيه أسباب متعددة، منها المعرفي الإدراكي، والقرب أو البعد من الخدمات العلاجية الطبية، والقدرة على تحمل تكاليف العلاج، والمسؤول عن العقم من الزوجين، والحدود الداخلية للعلاج الطبي نفسه، والحدود الطبيعية للعلاج وغيرها، وهذا ما جعل كثيراً من الأزواج ينقطعون عن العلاج الطبي مؤقتاً أو دائمًا.

الجدول 4. ترك العلاج الطبي خلال مرحلة ممارسته وأسبابه

النسبة المئوية	العدد		
76.67	12	سبب مالي	نعم
	2	امتناع الزوج	
	8	سبب مالي وامتناع الزوج	
	1	آخر	
23.33	7		لا

يتبيّن من هذا الجدول أن ثلثاً وعشرين أسرة (76.67%) قد سبق لها ترك علاج طبي معين، أو التوقف عن العلاج مؤقتاً، أو ترك العلاج مطلقاً لسبب ما. ويأتي في المرتبة الأولى المشكل المالي، حيث كان السبب الوحيد لأكثر من نصف من ترك العلاج (52.17%)، ويأتي بعده السبب المركب من المال وامتناع الزوج معاً عند أكثر من ثلث من ترك أو توقف عن العلاج (34.78%)، أما ترك العلاج لأمر واحد غير مالي، فهو إما امتناع الزوج عن العلاج (8.7%) أو التشخيص الطبي الخطأ. حسب الزوجين. الذي حكم باستحالة الإنجاب لأمر يعود إلى الزوج (4.35%). أما 23 بالمائة من الأزواج، فلم يتركوا العلاج منذ الشروع فيه إلى الآن إلا لأمر يقتضيه العلاج نفسه، كما أنهم لم يتركوا أي علاج طبي ممكّن.

8. الموقف من العلاج الطبي والمعالجين/ الثقة في العلاج الطبي

الجدول 5. الثقة في العلاج الطبي

العدد	الموقف من العلاج والمعالجين	
13	ثقة في بعض المعالجين دون آخرين	ثقة مطلقة
7	الزوجان معاً	
4	الزوجة فقط	
2	الزوج فقط	
4	انعدام مطلق للثقة	
2	الزوجة فقط	موضوع غير طبي
4	الزوج فقط	

يتبيّن من خلال هذا الجدول أن أغلب الأزواج لهم موقف موحد من الثقة في العلاج الطبي، حيث عبر 80 بالمائة منهم عن مواقف موحدة، منهم 43.33 بالمائة قد عبروا عن كون الثقة تختلف باختلاف المعالجين، حيث تراوحت درجة الثقة بين الانعدام في بعض المعالجين والعلاجات والثقة المطلقة في آخرين، ومنهم 23.33 بالمائة من عثروا عن ثقهم ثقة تامة في الطب في مجال العقم، بينما عبر 13.33 بالمائة عن انعدام ثقهم بشكل مطلق في الطب والعلاج الطبي. أما الأسر الباقية، وهي ما يمثل عشرين بالمائة، فإنهم مختلفون في هذا الموضوع لأمور لا تتعلق أحياناً بالثقة ولكن بعدم الاختصاص، حيث عبر ثلثي الأزواج وثلث الزوجات، دون الطرف الثاني، عن كون سبب عقهم ليس من اختصاص الأطباء، لذلك فإنهم لا يرونفائدة في العلاج الطبي لا لكونهم لا يثقون في الطب بل لكون ما يعانون منه ليس موضوعاً طبياً، لكن شركاءهم الزوجين من يثقون في الطب ثقة مطلقة، فهذه الفتنة متباعدة في تعريف طبيعة ما يمنعها من العلاج، وهذه الفتنة كلها لا تتبع العلاج الطبي حالياً، وقد يكون هذا الإدراك لمعنى تأخر الإنجاب مانعاً من متابعة العلاج الطبي.

أما أسباب غياب الثقة كلاً أو بعضاً في العلاج والمعالجين الطبيين، فهي ثلاثة:

السبب الأول: سبب أخلاقي، وهو الغالب، حيث تبيّن لبعض الأزواج أن بعض الأطباء يتاجرون بالمهنة، وأنهم يقومون بأعمال كثيرة لا فائدة منها إلا كسب المال، ومن أمثلة ذلك ما صرّ به أحد الزوجين:

"الطبيب الأخير شرح لنا وضعيتنا جيداً، وأتقن في هذا الطبيب دون غيره من السابقين، فقد كانوا يريدون منا جني الأموال فقط، وأن الدواء الموصوف لنا لم يكن ضرورياً حسب الطبيب الأخير".

بل إن بعض الأزواج يتهمون الأطباء بالقيام بأعمال مكلفة مالياً ونفسياً وجسدياً دون أن تكون تلك الأعمال ضرورية للزوجين، فقد

قالت إحدى الزوجات:

"الخطأ في العلاج الطبي المتعلق بالإنجاب أمر شائع جداً، فمجموعه من الأطباء لا يهذفون إلا إلى الربح المالي، والمصاب بالعقم بالنسبة إليهم فرصة مالية للربح، وبعض الأطباء سامحهم الله. لا يخشون الله في المصابين، حيث يقومون بأعمال لا هدف منها إلا الربح المالي، ولا يقدرون معاناة المصابين، فمثلاً أعرف امرأة من زوجها منعدم الحيوانات المنوية، لكن الطبيب قد طلب منها إجراء عملية سحب البويضة وعملية البحث عن الحيوان المنوي لزوجها في وقت واحد، وكانت قد نصحتها بالبدء بالزوج أولاً، وبعد التأكّد من وجود الحيوان المنوي يتم سحب

البويضة، لكنها فضلت نصيحة الطبيب، فكفها ذلك 50,000 درهم (حوالى خمسة آلاف دولار) وأعمالاً طبية صعبة على جسدها دون أي نتيجة".

وقد يتعلّق الضعف الأخلاقي بطلب أطباء طبية تتنافى مع القانون والمعتقدات الدينية للأزواج، ومن أمثلة ذلك تفاوض بعض الأطباء مع الزوجات خصوصاً لتحقيق العمل خارج المسموح به، ومن أمثلة ذلك ما جرى لإحدى الزوجات التي يعاني زوجها من موت الحيوانات المنوية حيث اقترح عليها الطبيب تلقيحها بحيوان منوي لغير زوجها، حيث قالت: "بعد أن تبيّن أن الحيوانات المنوية لزوجي ميتة، نصحني أحد الأطباء هنا بمدينة ططوان بتلقيحي بحيوان منوي لرجل آخر". وهو الأمر نفسه بالنسبة لزوجة نفذ مخزونها من البويضات، فاقترحت عليها الطبيبة شراء بويضة لامرأة أخرى: "لقد أخبرتني الطبيبة الأولى أن الإنجاب في حقي متعدّر طبياً، واقتصرت على حلوّاً غير أخلاقيّة، حيث طلبت مني شراء بويضة لامرأة أخرى، فأخبرتها أنني مسلمة، ولن أقبل هذا الحال، وأن المولودة لن تكون بنتي، فرددت عليّ أن الملتزمين دينياً يقومون بهذا الأمر خارج المغرب".

وبعض الأزواج يفسرون التشخيص الخطأ لطبيب معين من خلال إخبار طبيب آخر كان بداعٍ لكسب المال ولو لم يكن كذلك، ومن أمثلة ذلك ما حكاه أحد الأزواج بقوله:

"لقد أخبرني أحد الأطباء بالمدينة أنه يتبع على زوجتي إجراء عملية جراحية أو الإخصاب الداخلي، وإلا تعذر الإنجاب، وقد تبيّن لي أنه يريد إجراء هذه الأعمال لجني الأموال فقط، فتركته وذرت طبيبة أخرى بالمدينة فأخبرتني أن العلاج ممكّن دون أي إجراء مما ذكر الطبيب السابق".

السبب الثاني: سبب معرفي، حيث يتم التشخيص بطريقة خطأ، وهذا الأمر يُعرف من خلال زيارة أطباء آخرين، فمن الأزواج من أخّرهم طبيب باستحالة إنجابهما وبين أطباء آخرين أن الأمر ممكّن، لكن هذا التصحيح في نظر الأزواج قد يأتي في مرحلة يكون العلاج قد أصبح أكثر صعوبة، ومن أمثلة ذلك ما أخبرت به بعض الزوجات، حيث قالت:

"لقد أخبرتني الطبيبة الأولى أن الإنجاب في حقي متعدّر طبياً، ولما راجعت طبيباً آخر، وأحضرت له نتائج التحاليل الطبية السابقة نفسها التي من خلالها حكمت الطبيبة باستحالة إنجابي، قد أخبرتني أن العلاج ممكّن طبياً. لقد دمرتني نفسياً هذه الطبيبة، وأشعر أنها تعاملني كأنني "كلب" ولست إنساناً".

وقد ترتب عن التشخيص الخطأ إصابة بعض الأزواج بأزمات نفسية اقتضت الخضوع للعلاج النفسي، وتبيّن أن التشخيص لم يكن صحيحاً على الإطلاق، ومن أمثلة ذلك ما وقع لأحد الزوجين مع إحدى طبيبات أمراض النساء والولادة، حيث قالت الزوجة:

"بعد زيارة الطبيبة الأولى التي أخبرتني أنّي لا أُعاني من أي مشكل، نصححتني إحدى صديقاتي بزيارة طبيبة أخرى معروفة، وكانت لا سامحها الله. بداية إشعال النار في حياتي، وقد آذتني نفسياً كثيراً، فقد كان تشخيصها خطأً، وكانت تدمّر رحمي من كثرة الأدوية الهرمونية دون أن تكون ضرورية، وأكتشفت فيما بعد أنه كان من الممكن أن تؤثّر على بشكّل خطير جداً، كما طلبت مني القيام بالمعاشرة الزوجية واستخراج عينة من الحيوانات المنوية من رحمي قصد تحليلها، وجعلت من الموضوع شيئاً خطيراً، وكل ذلك بعد تسعه أشهر من زواجي، لكن الأدهى من كل ذلك هو الخبر الذي تلا نتائج التحاليل الطبية، حيث أخبرتني دون مقدمات أن زوجي عقيم ولا يمكننا الإنجاب على الإطلاق، ولا زلت أذكر كلامها إلى الآن حرفياً، فقد أخذت ملفي ووضعته على الطاولة وقالت لي: إنه من المستحيل أن تنجي، وأن التلقيح الاصطناعي، وأنّا لم أسمع به بعد، مجرد ضياع للمال والوقت، لا أمل لكم، ابحثوا عن التكفل".

أما بعض الزوجات فقد استنجدت من معرفتها الذاتية أن الطبيبة على خطأ، حيث حكمت الطبيبة باستحالة إنجابها لأمر يعود إليها آخر لزوجها، وأرادت التأكّد من الأمر فلجأت إلى طبيبة أخرى فتبين لها أن هناك خطأ في تشخيص الطبيبة الأولى، فقالت:

"سبق لي زياره إحدى طبيبات أمراض النساء والولادة هنا بمدينة ططوان، وقد كنت حائضاً وقتها، وبعد إجراء بعض التحاليل الطبية، أخبرتني أن الإنجاب ممتنع عندنا لأنّا أنا وزوجي مصابان بعقم غير قابل للعلاج، بعد ذلك بأيام قليلة زرت طبيبة بطنجة فأخبرتني أن البويضة موجودة الآن، وكانت قد اغتسلت أياماً قليلاً قبل زيارتها من الحيض، وأخبرتني أنه لوقع الجماع الآن، فغالباً سيتم الحمل، لكن زوجي كان ضعيفاً جنسياً آنذاك لا يستطيع إتمام المعاشرة الزوجية إلى نهايتها".

ومن الأزواج من ضعفت ثقته في بعض الأطباء لأسباب متعددة، منها عدم احترام الزوجين وإهانتهما، وعدم التوضيح لهم، وإعطائهما معلومات مخالفة لما أخبرا به من قبل أطباء آخرين قصد إصابتهما بالإحباط، قالت إحدى الزوجات:

"إن الطبيبة الأخيرة لم تمنعني وقتاً كافياً لتوضيح مشكلتنا، ولم ترد الجواب على أسئلتي، وأخبرتني أن الحل الوحيد للإنجاب هو أطفال الأنابيب، وأن هذا العمل يكلّفنا 50,000 درهم، ولما أخبرتها بعدم قدرتنا مالياً على ذلك، أجبتني مستنكرة: خمس عشرة سنة من الزواج ولم تستطعوا جمع هذا المبلغ المالي؟ إنها طبيبة مادية جداً، ولما علمت بعدم قدرتي مالياً أخبرتني أن احتمال نجاح الحمل لا يتجاوز 5 بالمائة لكل دورة، وقد كان طبيب سابق بالمدينة قد أخبرنا أن نسبة النجاح قد تصل 95 بالمائة لكل دورة".

السبب الثالث: سبب العقم غير طبي، وهذا السبب يعود إلى الأزواج الذين يعتقدون أن سبب تأخر إنجابهم أمر لا يستطيع الطب علاجه، لأنه ناتج عن سحر أحد الزوجين أو هما معاً؛ لذلك فعدم ثقفهم في الطب لا يعود إلى الطب نفسه بل لأمر خارج عنه. فالسبعين الأولان إذن يعودان للفئات التي خبرت العلاج الطبي مدة طويلة من أغلب الفئات المتعلمة أو من بعض الزوجات خصوصاً من تابعن العلاج الطبي طويلاً، أما السبب الثالث، فيعود كله للفئات الدنيا.

9. الخطط العلاجية المقبلة

إن الأزواج المشاركون في هذا البحث منهم من يوجد خارج فترة طلب العلاج لامتناعه طبيعياً، لكن منهم من ترك العلاج مع إمكانه طبياً لأسباب متعددة، ومنهم من له مخطط واضح في مساره العلاجي المسبق، وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي.

الجدول 6. الخطط العلاجية المقبلة وشكلها

النسبة المئوية	العدد	الخطط العلاجية الطبية المقبلة
46.67	14	لا شيء
20	6	إنتمام المسار الطبي الناقص
33.33	10	إنتمام المسار إلى نهايته

يتبن من هذا الجدول أن أكثر من نصف الأزواج (53.33%) لا زالوا يخططون لمتابعة العلاج الطبي، إما لمتابعة المسار الطبي إلى نهاية المسار العلاجي الناقص (20%) أو إلى نهاية المسار العلاجي الكامل (33.33%)، بينما تغيب الخطط العلاجية الطبية عند الباقي (46.67%).

أ- غياب الخطط العلاجية الطبية وأسبابه

تختلف أسباب غياب الخطط المستقبلية للعلاج الطبي باختلاف الأسر، وأهم سبب هو كون الأسرة قد أصبحت في مرحلة خارج زمن الإنجاب الطبيعي بالنسبة للزوجة أو للزوجين معاً، وهذا السبب يمثل 42.85% بـ 14.29% بالمائة عن تركهم للخطط العلاجية المقبلة لسبب قريب من السبب السابق، وهو نهاية الرغبة في الولد للإشراف على نهاية مرحلة الإنجاب مع إمكانه نظرياً، حيث لا زالت الدورة الشهرية للزوجة قائمة رغم تجاوزها خمسين سنة من عمرها. أما 28.57% بالمائة فقد تركوا التخطيط للعلاج لأمر مالي وحده أو لوجود أمر آخر معه مثل الاعتقاد بكون سبب العقم غير طبي. أما الفئة الأخيرة، فقد تركت التخطيط للعلاج لكونها قد استقرت على بديل اجتماعي متمثل في التكفل بطفل، ما جعل الأزواج يتذكرون أمر الإنجاب للحمل التلقائي دون أي تدخل طبي، وتمثل هذه الفئة 14.29% بالمائة.

ب- الخطط العلاجية الطبية المقبلة وأشكالها

يوجد نوعان من الخطط العلاجية المقبلة للأزواج الذين لا زالوا مقبلين على العلاج الطبي، أولهما إكمال المسار العلاجي الناقص، وهناك أسباب ثلاثة لاقتصرار هذه الفئة على التخطيط لهذا المسار دون تجاوزه، وهي: اعتقاد تحريم الأفعال الطبية الزائدة على ذلك، فالحقن المجهري محظوظ لأن الولد ليس للزوجين "أنا غير مقتنع به، أريد حملها طبيعياً، وأخشى من ارتكاب مخالفة دينية في مجال الإنجاب الاصطناعي"، ثم الخوف من تشوّه خلقي في الجنين، أو الخوف من أمراض ما بعد الولادة وخاصة "التوحد" "لقد نصحنا الطبيب بالإخصاب الخارجي، لكنني رفضت ذلك، فقد قيل لي إن الأطفال الذين يولدون بهذه الطريقة يولدون بتشوهات خلقيّة أو يصابون بالتوحد بعد ولادتهم". كما عبر بعض الأزواج عن عدم علمهم بما زاد عن الأخصاب الداخلي. أما الفئات التي تنوّي إنتمام المسار الطبي إلى نهايةه، فثلثها قد سبق لها الوصول إلى تلك النهاية، وهي الحقن المجهري، وتحتّط لتركار هذه العملية إلى تحقيق الحمل أو عدم القدرة عليه مالياً أو طبيعياً بعد نهاية الزمن الطبيعي للإنجاب. أما الباقي، فهم أسر لم يصلوا بعد إلى نهاية المسار ولكنهم عازمون على إيمانه، وإن كانت بعض الأسر قد أشرفت الزوجة على نهاية زمن الإنجاب لبلوغها اثنين وخمسين سنة لكنها لا زالت تحافظ على عادتها الشهرية من خلال العلاجات الطبية.

10. المعالجون الطبيون وطبيعة تخصصهم

إن العلاج الطبي المساعد على الإنجاب عملية طويلة، وقد لا تنتهي إلا بعد عدم القدرة على الوصول إليه أو عدم جدوه، وقد زار الأزواج عدداً من الأطباء إما بمدينة إقامتهم فقط أو بمدينة الإقامة ومدن مغربية أخرى، بل إن بعضهم يخطط للسفر خارج المغرب بعد استنفاد كل العلاجات الموجودة بالمغرب.

أ- متوسط عدد الأطباء لكل أسرة

لقد زار الأزواج معاً أو أحدهما إلى الآن ما مجموعه 170 طبيباً معاً لمشاكل تأخر الحمل، وهذا دون المعالجين التابعين للأطباء مثل الإحصائيين وتقني الأشعة والممرضين والصيادلة وباقى الفئات التي قد يحيل إليها هؤلاء الأطباء، وذلك بمتوسط 5.67 طبيباً لكل أسرة، ويتراوح هذا العدد بين طبيبين باعتباره حداً أدنى وأربعة عشر طبيباً باعتباره حداً أقصى.

ب- المجرة العلاجية

إن الأطباء الذين يقصدونهم الأزواج في حالة عقم يبدأ بالمدينة محل إقامتهم، ولم يقم ثلث الأزواج بأي طلب علاج طبي خارج المدينة، لكن غالب الأزواج، أي ثلثهم، قد سافروا خارج المدينة قصد البحث عن شروط أفضل للعلاج، ويقصد الأزواج ثلث مدن مغربية، وهي حسب

أهميتها، مدينة طنجة التي تبعد بحوالي 35 ميلا، ثم مدينة الدار البيضاء، التي تبعد بما يزيد عن مائة ميل، وأخيراً مدينة الرباط، التي تبعد بحوالي 155 ميلا، وتخطط أسرتان للعلاج خارج المغرب لو تعذر الإنجاب بالمغرب وعلموا بوجود تقنيات أخرى للإنجاب غير موجودة في المغرب.

ج- التخصص الطبي المتبعة

إن نوع الطب الأكثر زيارة من قبل الأزواج في حالة عقم هو طب النساء والولادة، حيث سبق لجميع الأسر زيارة طبيبين أو أكثر من أطباء النساء والولادة، وقد لجأ 80 بالمائة من الأزواج إلى العيادات الخاصة فقط، أما 20 بالمائة الباقية فقد ذهبا مرة واحدة إلى طب النساء والولادة التابع للقطاع الحكومي، وذلك في بداية مسارهم العلاجي، لكنهم جميعاً قد لجأوا إلى العيادات الخاصة بعد ذلك، وذلك لسبعين اثنين، وهم: قلة الأطباء في هذا التخصص بالمقارنة مع عدد طالبي خدمات المستشفيات الحكومية في مجال الخصوبة، وبالإضافة إلى طب النساء والولادة فقد سبق لست زوجات أن زرن طبيباً عاماً بالمراكز الصحية للأحياء، لكن ذلك كان في بداية الطريق نحو البحث طبياً عن الولد.

إن ثلث الأزواج قد لجأوا إلى الطب المتخصص في تأخر الإنجاب، وهذه الفئة تنظر إلى طب النساء والولادة بمثابة طب عام في مجال صعوبات الإنجاب، وقد لجأ ثمانية أسر من الزوج والزوجة معاً إلى هذا النوع من الخدمات في مجال الإنجاب خارج المدينة، وهي كلها من الفئات الأكثر تعليماً من بين المشاركين في هذا البحث، كما لجأ زوجتان ممن لهما إلحاد شديد في الإنجاب وقضتا أكثر من خمس عشرة سنة من العلاجات الطبية بشكل متواصل، لكنهما معاً فعلاً ذلك مرة واحدة فقط ثم توقفتا عن ذلك ل剋فته المالية الباهظة.

أما الأزواج الذكور، فإن أحد عشر منهم قد زاروا، بالإضافة إلى الإجراءات الطبية التي يدعوا إليها طب النساء والولادة، أطباء المسالك البولية والأمراض التناسلية، لكن زيارة الطبيب ومتابعة العلاج الطبي بأشكاله المختلفة ظاهرة مرتبطة بالزوجات أكثر بكثير من الأزواج الذكور. على هامش العلاج الطبي قصد الإنجاب قد تابع خمس زوجات علاجات جانبية، حيث تابع ثالث زوجات العلاج النفسي جراء الأزمة النفسية الحادة الناتجة عن صدمة التشخص الطبي في مجال الإنجاب، كما تابع زوجتان حمية غذائية مع متخصص طبي بإشارة من طبيب النساء والولادة، حيث تم ربط مشكل تأخر الإنجاب بالسمنة باعتبارها من عوامل خطر الإصابة بالعقم. ويمكن تلخيص التخصصات الطبية التي سبق اللجوء إليها في الجدول الآتي:

الجدول 7. طبيعة الأطباء المقصودين من قبل الأزواج

النسبة المئوية من مجموع الأسر	عدد الأسر	التخصص الطبي
100	30	أمراض النساء والولادة
36.67	11	المسالك البولية
33.33	10	المتخصصون في مشاكل تأخر العمل
16.67	5	الطب العام
10	3	الطب النفسي
6.67	2	طب التغذية

2- مناقشة نتائج البحث

يستفاد من النتائج المذكورة أعلاه ثلاثة خلاصات أساسية، وهي كما يلي:

الخلاصة الأولى: إن المسار العلاجي المتخد من قبل الأسر في حالة عقم يخضع لمتغيرين أساسيين، وهما: السن والمستوى التعليمي. إن الأسر حديثة الزواج من الفئات المتعلمة هي الأكثر تبنياً للقيم الطبية، من حيث التعريف والتوكيل، فهذه الفئات تدرك صعوبة الإنجاب في مدة قصيرة تتماشى مع التعريف الطبي الذي يحددها في سنة من المعاشرة المنتظمة، كما أنها تتجه باتجاه مباشرة إلى المساعدة الطبية وتخضع خصوشاً تماماً للمسارات التي يفرضها الطب الحيوي في مجال المساعدة الطبية على الإنجاب، وأن هذه الفئات لا يمنعها من طلب المساعدة إلا الحدود الطبية نفسها، وأحياناً الكلفة المالية. أما الأسر الأقدم في الزواج، وهي الفئة الأكبر سنًا، أو الفئات ضعيفة التعليم أو منعدمة، فإنهما لا تخضع للقيم الطبية في مجال الإنجاب، إذ لا تلجأ إلى الطب إلا عند العجز التام عن المساعدة الذاتية أو المساعدة غير الطبية في الموضوع، وهذا ما يجعل لجوءها إلى الطب لجوء متاخرًا جداً، كما أن المسار الطبي المتخد من قبلها لا يتجاوز في الغالب حدود المدينة، ومن السهل علها ترك العلاج لأسباب متعددة منها امتناع الزوج وعدم القدرة المالية والتهاون وعدم اعتبار الطب فعالاً في الموضوع.

الخلاصة الثانية: إن الأسر المتعلمة، وهي عموماً أسر تنتهي إلى الأسر المتوسطة من الموظفين الحكوميين والأطر المتوسطة بالقطاع الخاص أو أصحاب المهن الحرة، هي أسر قد جعلت من الصراع مع العقم عبر التدخل الطبي ما أسمته الباحثة الفرنسية كلودين هيرزليش "مهنة". إن العقم/المرض قد يبيو لبعض الأفراد بمثابة "مهنة"، بمعنى أن المرض يجعل من مهمة المريض الأساسية هي الصراع ضد المرض، وهذا الصراع يتصرف ببعض خصائص المهنة؛ لأنه يبي المريض ويعلمه. (Herzlitz, 1984, 157) في بعض الأمراض يجعل أصحابها يتذمرون من

الصراع مع المرض مهمتهم الأولى، فيصبح بالنسبة إليهم بمثابة مهنة. ويقتضي تصور المرض باعتباره "مهنة" أمرین اثنین، وهما بمعنى ما، أساساً للصراع ضد المرض: الأمر الأول: إن المرض بالرغم من كونه يخفي المرض فإنه يتقبله بشكل دائم، إنه لا يجد أي إمكانية لتكلّيف ذلك، وقبل المرض هو تقبل كذلك ملذته الزمنية التي يستغرقها عبر الحياة. فالامر يتطلب "الوجود داخل المرض"، بخلاف "المرض المدمر"، حيث يتم رفض المرض. والأمر الثاني: إن إكراه تقبل المرض يجعل المريض مالكاً لنوع من القوة على المرض، وهذه القوة تجد مصدرها في ضرورة هذا التقبل نفسه، كما أن هذه "القوة" تقضي درجات وأشكالاً متعددة من الأنطشة، وأهمها هو التحمل، والاعتقاد أنه لا وجود لأي مرض ولأي ألم لا يطاق، وينجلي هذا الأمر كذلك في "التألم" والصبر والمشاركة في العلاج. (Herzlich 1984, 158-159) إن "المرض المهنة" يتواافق بشكل كبير مع "تصرفات المريض"، كما تم تحديدها في علم الاجتماع الطبي تقريراً، وينجلي ذلك في الاتجاه إلى الطبيب، والمشاركة الفعالة في العلاج.

الخلاصة الثالثة: إنه بالرغم من كون المسؤول طيباً عن عدم الإنجاب في الغالب هو الزوج فإن الأكثر خصوصاً للأعمال الطبية هو جسد المرأة، وهذا الخصوص لا يعود إلى امتناع الزوج الذكور عن الخصوص للإجراءات الطبية كلها فقط بل كذلك لتفضيل الطب العمل على جسد المرأة. إن جسد المرأة "جسد مريض" بمعنى التجاري، حيث يصبح الطبيب بائعاً والمريض زبوناً مشترياً للخدمات الطبية، وتزداد قيمة "السلعة" التي يقدمها الطب بتقدم المسار العلاجي، وهذا الأمر لا يصدق طيباً على جسد الرجل، حيث لا زال هذا الجسد مستعصياً على العمل الطبي طبيعياً بخلاف الجسد الأنثوي الذي يظل مثالياً في هذا السياق.

خامساً: خاتمة عامة

إن العقم مشكلة اجتماعية تجعل الزوجين في حالة حاجة للمساعدة، وقد سعت الأسر المشاركة في هذا البحث إلى طلب العلاج الطبي لتحقيق الإنجاب، ولم يمنعها من ذلك إلا عجزها المالي أو المعرفي أو عجز الحلول الطبية المتاحة بالمغرب، لكن طلب المساعدة الطبية هذا خاضع لمحددات اجتماعية، ومن أهمها الجنس، حيث تعد المرأة أكثر استعداداً وطلاعاً للعلاج الطبي، ويزداد هذا الأمر رسوخاً عند الفئات حديثة الزواج من لهم درجة تعليمية علياً؛ لذلك فإن رسوخ التصور التقني الطبي للمشاكل الاجتماعية يزداد عند الفئات الاجتماعية الوسطى، ولعل هذا الأمر هو ما يفسر إخضاع هذه الفئات دون غيرها للأبحاث الطبية في مجال العلاج من العقم من قبل الأطباء والإحصائيين بالمغرب.

سادساً: لائحة المراجع

1. مراجع باللغة العربية

- المملكة المغربية، الجريدة الرسمية، 2019، عدد 6766.

2. مراجع باللغات الأجنبية

- Becker, Gay, and Robert D. Nachtigall. 1992. "Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease". Sociology of health & illness 14(4):456-471.
- Bell, Ann. V. 2016. "The margins of medicalization: Diversity and context through the case of infertility". Social Science & medicine 156:39-46.
- Benbella, Amal, Siham Aboulmakarim, Houyam Hardizi, Asmaa Zaidouni and Rachid Bezad. 2018a. «Infertility in the Moroccan population: an etiological study in the reproductive health center in Rabat». Pan African Medical Journal. 30: 204. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2018.30.204.13498>
- Benbella, Amal, Siham Aboulmakarim, Houyam Hardizi, Asmaa Zaidouni and Rachid Bezad. 2018b. «Infertility in the Moroccan population: major risk factors encountered in the reproductive health center in Rabat». Pan African Medical Journal. 30: 195. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2018.30.195.13849>
- Benksim, Abdelhafid, Noureddine Elkhoudri, Rachid Ait Addi, Abdellatif Baali and Mohamed Cherkaoui. 2018. «Difference between Primary and Secondary Infertility in Morocco: Frequencies and Associated Factors». International Journal of Fertility and Sterility. 12: 2. P. 141-146. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5188>
- Benzaouiya, Amina, Achraf Zakaria, Mustafa Zakaria, Sabri Yassir, Abdelghani Mrini, Bouchra Elkhalfi, Abdelaziz Soukri, Modou Mamoune Mbaye and noureddine Louanjli. 2020. «Epidemiological and Clinical Profile of Male Infertility at the IRIFIV

Fertilization Center in Casablanca, Morocco, around 331 Cases». Science Letters.
<http://dx.doi.org/10.46890/SL.2020.v02i06005>

- Bezad, Rachid, Sanae El Omrani, Amal Benbella and Bouchra Assarag. 2022. « Access to infertility care services towards Universal Health Coverage is a right and not an option». BMC Health services research. 22: 1089. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-08456-7>
- Bhasin, Shalender. 2007. "Approach to the patient, approach to the infertile Man". The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 92(6):1995-2004.
- Charton, Laurence et Nong Zhu. 2014. "Les couples à l'épreuve de l'infertilité: une analyse à partir des enquêtes ERFI". Papier présenté à la réunion de XVIII^eColloque International de l'AIDELF. Paris, 26- 29 Mai.
- De Santiago, Ines, and Lukasz Palanski. 2022. "Data-Driven Medicine in the Diagnosis and Treatment of infertility". Journal of clinical medicine 11. 6426. <https://doi.org/10.3390/jcm11216426>
- El Adlani, Sana, Abdelhafid Benksim, Yassir Ait Ben Kaddour, Abderraouf Soummani and Mohamed Cherkaoui.2021. « Infertility: Knowledge and attitudes of Moroccan young people – gender approach». Middle East Fertility Society Journal. 26: 14. <http://dx.doi.org/10.1186/s43043-021-00060-9>
- Frikh, Mohammed, Mostafa Benissa, Jalal Kasouati, Yassine Benlahlou, Omar Chokairi, Malika Barkiyou, Maryama Chadli, Adil Maleb et Mostafa Elouennass. 2021. «Prévalence de l'infertilité masculine dans un hôpital universitaire au Maroc». Pan African Medical Journal. 38: 46. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.46.19633>
- Herzlich, Claudine. 1984. **Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale**, Paris: EHESS.
- Lindsay, Tammy J. and Kirsten R. Vitrikas. 2015. "Evaluation and treatment of infertility". American Family Physician 91(5):308-314.
- Ministère de la Santé (Maroc). 2012. Stratégie sectorielle de santé 2012-2016.
- Royaume du Maroc, Haut-Commissariat au Plan. 2024. Population légale du Royaume du Maroc selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2024. [Population légale du Royaume du Maroc selon les résultats du RGPH 2024, format PDF \(1\).pdf](#)
- World Health Organization. 2024. Home/ Newsroom/ Fact sheets/ Detail/ Infertility. [Infertility](#)
- World Health Organization. 2025. Home/ Health topics/ Infertility. [Infertility](#)