

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/AJSRP.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](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

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 تطوان شمال المغرب (2023. 2024)

الأستاذ المحاضر / محمد أحمد انفيفاخ

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 تطوان شمال المغرب، وبيان المسارات العلاجية الطبية المتخذة أو المتوقعة اتخاذها والأسباب المتحكمة في ذلك. وقد أجري البحث مع مجموعة من المشاركين مؤلفة من ثلاثين زوجا (ستون فردا) في حالة عقم من شمال المغرب، وقد شمل أزواجا من أعمار مختلفة، منهم من لا زال في رحلة البحث عن الولد، ومنهم من أنهى تلك الرحلة دون إنجاب، وقد تم اعتماد الزوجين معا وحدة للتحليل. أما عن منهجية جمع المعلومات، فقد اعتمد البحث على مقابلات مفتوحة مع الزوجين معا، لكن جرت مقابلات فردية مع كل واحد منهما. وقد خلص البحث إلى أن تجربة العلاج الطبي للأسر في حالة عقم تختلف باختلاف مرحلة الزواج والمستوى التعليمي لطرفي الأسرة، فالأسر الجديدة ذات التعليم العالي أو المتوسط هي الأكثر تطيبا واستبطانا للقيم الطبية في مجال العقم، حيث تتبع المسار الطبي دون أي انحراف، كما توصل هذا البحث كذلك إلى أن جسد المرأة هو المجال الأكثر تطيبا في هذا المجال بالرغم من كون الأزواج الذكور هم الأكثر مسؤولية عن عقم الأسر طبيا، وهذا التفضيل لجسد المرأة ليس أمرا يفرضه التمثل الاجتماعي عن الإنجاب فقط، بل الأعمال الطبية كذلك، حيث ينظر إلى جسد المرأة باعتباره المسؤول الأول عن الإنجاب وإن لم يكن مسؤولا 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 اثني 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 "الذي يحدد طبيياً في مرتين إلى ثلاث مرات". (Lindsay and Vitrikas 2015, 312) وقد عرّف العقم بداية من الستينيات من القرن الماضي تحولاً هاماً جداً في المجتمعات الصناعية، حيث أصبح لأول مرة مشكلة طبية بعد أن كان قضية عاطفية أو أخلاقية، وقد ساهم في هذا الانتقال أمران: 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 تطبيب 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 تعسفياً بين الأشخاص الذين ينجحون في إنجاب طفل بسرعة. في أقل من عام. 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. (Charton et Zhu 2014, 1) 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. (Becker and Nachtigall 1992, 456)

يحدد القانون المغربي العقم بأنه "عدم تحقق الحمل بعد مرور اثني 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 اثني عشر شهراً. (قاعدة بيانات المنظمة العالمية للصحة 2024) أما عدد المصابين 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 لمجموعة من الدول التي تعرف بكونها دولاً نامية مثل المغرب، لأن مشكل مغرب ما بعد الاستقلال عن الحماية الفرنسية هو كثرة الولادات، وفي هذا السياق يمكن النظر إلى العقم باعتباره جزءاً 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 لمكونات جديدة منها الأزواج المصابون بالعقم". (Ministère de la santé (Maroc) 2012, 46) إذن في ظل هذا التجاهل الرسمي لمشكلة العقم كيف يعيش الأزواج المغربية تجربة علاج العقم؟ وكيف تعاش 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 لآلياته، أو تحقيق النتائج المرجوة منه. ويتفرع عن هذه الفرضية مجموعة من الفرضيات الصغرى، التي يمكن صياغتها كالآتي:
- إن الأزواج في حالة عقم ليسوا في وضعية رفض للعلاج، ولكنهم في وضعية عدم القدرة على الوصول إليه.
 - إن المسارات العلاجية المتخذة أو الممكن اتخاذها من قبل الزوجين أو أحدهما تخضع للتكوين المدرسي للزوجين، ودخلهما المالي، ودرجة معرفتهما 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 ومعرفهم للوصول إلى الفئة المستهدفة في هذا البحث.

4. أدوات جمع المعلومات وتحليلها

اعتمد البحث مقابلات مفتوحة مع الأزواج لكن بشكل منفرد، وقد زاول البحث بين الطريقتين الكمية والكيفية، واستعملت الطريقة الكيفية في الغالب لتفسير 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 والنسب 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 "منح" الحيوانات المنوية أو البويضات. إن هذا التعدد يقتضي الاقتصار في التجربة العلاجية المعينة على الأبحاث المنتمية لمجال التجربة نفسها، لذلك سأقتصر على الأبحاث العلمية التي جعلت من التجربة العلاجية من العقم بالمغرب موضوعاً لها، وبالعودة إلى ما تم إنجازه حول هذا الموضوع بالمغرب، 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 ترسيخ 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. وينطلق أصحاب هذا الاتجاه على المقولات الطبية التي تجعل من العقم مرضاً، 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 قصد 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 أجراهما فريق موسع بمدينة الدار البيضاء، ووسط المغرب، والرباط بمراكز 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 الأولي والثانوي عند النساء، ومن أمثلة ذلك ما قام به فريق بحثي بمدينة مراكش، جنوب المغرب، وقد خلص البحث إلى أن هناك فرقاً بين أسباب العقم الأولي والثانوي عند النساء العاجزات عن تحقيق الحمل وفقاً للشروط الطبية، حيث يعد العمر، ومدة الزواج، والعوامل الاجتماعية الأخرى، من المحددات الأساسية لارتفاع احتمال العقم الثانوي عند المرأة. (Bensim et al. 2018, 144-145)

الاتجاه الثاني: موانع ترسيخ التدخل الطبي في مجال علاج العقم

إن هذا الاتجاه لا يختلف عن الاتجاه السابق في الخلفية والمنطلقات، وهي اعتبار العقم مرضاً، ومن ثم حصر الخطاب المشروع حوله وكذا التكفل به على الأطباء. لكنه يريد ترسيخ هذا الأمر من خلال الحديث عن عوائق ترسيخ 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 وتقويم السياسات العمومية في مجال الصحة الإنجابية، وخاصة العقم، وذلك اعتمادا على منظور الفاعلين الأساسيين في المغرب، وهم: الفاعلون الحكوميون 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 اختلافا بينا في رؤى هؤلاء الفاعلين في مجال رعاية الأزواج في حالة عقم، كما أن هناك ضعفا معرفيا وسياسيا لدى الجهات المدافعة عن حق الوصول لهذه الخدمات في مجال الإنجاب، وهذا الواقع المتميز بالاختلاف والالتباس هو الذي جعل العقم في المغرب عاجزا 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 مرجعا في مجال العقم، ويعتبر كل معرفة مخالفة لذلك نوعا من الخطأ. ومن أمثلة هذا النوع من الأبحاث ما قام به فريق من الأطباء وعلماء الأحياء حول تمثل الشباب من الذكور والإناث للعقم، وخلص الباحثون إلى أن لهؤلاء الشباب معرفة ضعيفة بالعقم، ويقصدون أساسا المعرفة الطبية، حيث يرجعه جميعهم تقريبا لإرادة الله، كما أنهم يعتقدون بإمكان العلاج دائما تقريبا من العقم، ويتبنون مواقف اجتماعية بعد تعذر 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 جميعا، بالرغم من اختلاف موضوعات أبحاثهم، تدور في فلك الرؤية الطبية التي تريد جعل العقم "مرضا" كغيره من الأمراض التي يتولى الطب وحده تفسيرها وعلاجها وحق الخطاب حولها، لذلك تدافع بعض الأبحاث على ضرورة إدراج العقم في مجال الأمراض المشمولة بالتأمين الصحي لدى صناديق التأمين الصحي بالمغرب.

ثالثا: 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 معا. أما الباقي، وهو 6.67 بالمائة من مجموع الأسر، فقد عرفت تطبيرا ناقصا، والمراد به ممارسة العلاج الطبي من قبل الزوجات لمرأة أو أكثر دون الأزواج الذكور، ما يعني أن العلاج الطبي هو الممارسة الأكثر انتشارا بين الأزواج في حالة عقم، لذلك يمكن القول إن هناك تطبيرا شبه كامل لمجال الإنجاب وخاصة في مجال تأخره بالمغرب. وتعد المرأة موضوعا للعمل الطبي في مجال العقم؛ إذ لا وجود لأي زوجة لم تمارس العلاج الطبي. أما الأزواج الذكور، فإن نسبة ضعيفة جدا منهم لم يمارسوا أي علاج طبي، وسبب ذلك أن زيارة زوجاتهم الطبيب قد أوضحت أن هناك أسبابا طبية واضحة تمنعهم من الإنجاب، ومن أهم ذلك نفاذ مخزون البويضات؛ لذلك فإن هؤلاء الأزواج قد اعتبروا أنفسهم براء من تهمة المسؤولية عن تأخر الإنجاب أو انعدامه، لأن الكشف الطبي يعد مدخلا لتحديد المسؤول عن تأخر الإنجاب، ولما ثبتت "التهمة" على الزوجة عُدَّ الزوج كأنه معفى من هذا الاختبار، لكن زوجاتهم غير مقتنعات بسلامتهم الإنجابية، حيث تؤكد زوجة أحد الممتنعين 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 اللازمة في الموضوع، وقد ثبت له عدم قدرته على الإنجاب، لذلك يرفض زيارة الطبيب".

2. أول زيارة للطبيب

إن 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 شهران 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 الثلث 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

المدة بالسنوات	أقل من سنة	سنة واحدة	سنتين أو أقل	بين 5 و 6 سنوات	16 سنة فأكثر
عدد الأسر	11	4	5	6	4
النسبة المئوية	36.67	13.33	16.67	20	13.33

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 ست سنوات في الحد الأدنى و 20 سنة في الحد الأقصى، و 20 بالمائة من الباقي بعد حوالي أربع سنوات، أما 20 بالمائة الباقية، فلسنة أو أقل. ومن أسباب ذلك أن الثقافة الطبية، وخاصة في مجال ضعف الخصوبة، كانت ضعيفة جداً، كما كان عدد الأطباء في هذا المجال أقل بكثير مما هو عليه حالياً، ويضاف إلى ذلك أن مسألة ضعف الخصوبة كانت غائبة في السياسة الصحية للدولة في مجال الإنجاب، وهذا لا يعني غياب الاهتمام بالعلاج عند هذه الفئات، بل كانت على العكس من ذلك تُقْبَل ابتداء على علاجات تقليدية، ولا تلجأ إلى الحلول الطبية إلا بعد العجز التام عن الوصول إلى الحل ذاتياً وتقليدياً.

الأمر الثاني: المكانة الاجتماعية للفرد

تمثل الفئة 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، و 20 بالمائة من أسر حصل أحد الزوجين فيها على تعليم متوسط، والباقي لأسر ضعيفة أو منعدمة التعليم. إن المعرفة المدرسية تعد مدخلاً مهماً للتطبيق في مجال ضعف الخصوبة، حيث تُقْبَل الفئات المتعلمة من الأطر الوسطى على الخدمات الطبية، وتغيب عند هذه الفئة 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 الإقبال السريع إذن على العلاج الطبي يزداد عند جميع الأسر المتزوجة حديثاً، وتزداد هذه السرعة عند الفئات الوسطى الأكثر تعليماً داخل المجتمع.

3. الطرف الأكثر تطبيقاً بين الزوجين

تعد الزوجة الطرف الأكثر إقبالاً على الطبيب في مجال ضعف الخصوبة، ويعد 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 ابتداءً، أو طلبت زوجها بدء عملية العلاج قبلها، وقد زار 93.33 بالمائة من الزوجات الطبيب أول مرة قبل أزواجهن، والباقي، وهو 6.67 بالمائة منهم فقد زار 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 الفئة 90 بالمائة من الأزواج، وفئة زارت الطبيب في وقت واحد مع الزوجات، وتمثل هذه الفئة 6.67 بالمائة، أما الفئة الأخيرة، فهي الأزواج 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 طبيًا، لذلك فإن رفضه زيارة الطبيب يعد مبرراً ظاهرياً، لكنه في الأصل مبني على مسلمة مفادها أن الزوجة هي المسؤول عن تأخر أو عدم الإنجاب، وإذا كانت هذه المسلمة تهمة في البداية، فإن تأكيد الطب لها يعد "جناية" 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 المتمتعة بمعرفة طبية واسعة في الموضوع، فقد صرحت "أن زوجها لم يزر الطبيب أبداً، وأنه على دراية تامة بعقمه، وأنها متيقنة أنه قد أجرى تحليلاً 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، ويتراوح ذلك بين ثلاثة أشهر باعتباره الحد الأدنى، وست سنوات باعتباره الحد الأقصى. إن 73.33 بالمائة من مجموع من زار من الأزواج الطبيب بعد زوجته قد فعلوا ذلك لأول مرة سنة أو أقل بعد زيارة زوجاتهم، أما الباقي، وهو 26.67 بالمائة فقد فعلوا ذلك بين ثلاث وست سنوات عن زوجاتهم. إن تأخر الزوج عن الزوجة لمدة ثلاث سنوات فأكثر مبرر بأمرين 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 تريد الإنجاب من زيارتها للطبيب، لذلك فإن زيارتها للطبيب بمدة طويلة قبل زوجها كانت عرضاً ولا علاقة لها بتأخر الإنجاب. أما باقي الأزواج، وهم ثلثاً من تأخروا عن زيارة زوجاتهم بمدة تفوق ثلاث 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 يؤكد "إدانتهم" طبيًا. وهم يعلمون ذلك من قبل. أمام 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 ابتداءً 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 بتشجيع 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 إقبالا على زيارة الطبيب دون تردد، حيث زار 80 بالمائة منهم الطبيب دون أي مقاومة ظاهرة، وهم الفئة الأكثر انخراطا في العلاج الطبي من البداية إلى النهاية، ولم يرفض منهم إلا 20 بالمائة، وذلك لوجود سبب طبي مانع من الحمل عند الزوج. أما أكثر الأزواج رفضا للعلاج الطبي منذ البداية وبعد الشروع فيه عند من شرع فعلا في العلاج، فهم الأزواج الأكبر سنا 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 تمثيل 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 طبيا عن تأخر الإنجاب من الزوجين

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

يتبين من هذا الجدول أن الأسباب الطبية التي تعود للزوج وحده هي الأكثر عددا، حيث إن 56.67 بالمائة من الأسر يمنحها من الإنجاب طبيا أمر يعود للزوج وحده، يلي ذلك الأسباب الطبية التي تعود للزوجة وحدها بنسبة 26.67 بالمائة، ثم لأسباب غير معروفة طبيا عند 10 بالمائة من الأزواج، وأخيرا لأسباب تعود إلى الزوجين معا عند 6.66 بالمائة.

إن السبب الأكثر شيوعا لتأخر أو انعدام الإنجاب عند الذكور، سواء أكان السبب موجودا عندهم فقط أم عندهم وعند زوجاتهم، هو مشكل السائل المنوي، وذلك من حيث كميته وجودته حركة وسلامة شكل وحياة، ويوجد هذا المشكل عند 14 زوجا من ضمن 19 زوجا ذكرا، ويأتي في المرتبة الثانية الضعف الجنسي، سواء تعلق الأمر بضعف الانتصاب أم عدم القدرة على إتمام المعاشرة الزوجية إلى نهايتها. أما الأسباب المتعلقة بالزوجة، فهي كما يلي: ضعف أو نفاذ مخزون البويضات وحده أو مع سبب آخر مثل انسداد قناة فالوب، وتكيس 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 المتبع، ويمكن تقسيم هذه المسارات المتبعة إلى مسارين 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 ممكنة بالمغرب، لكن الأزواج في حالة عقم لم يصلوا إليه اختيارا، أو لمانع محدد، أو لجهلهم بوجوده. إن 73.33 بالمائة من الأزواج المشاركين في هذا البحث قد اقتصرنا إلى الآن في رحلتهم العلاجية على هذا المسار، لكن هذا المسار نفسه ليس متجانسا، بل إنه يشتمل على ثلاثة أشكال من المسارات العلاجية الطبية الفرعية، وهي كالآتي:

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

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

الشكل الثالث: يتضمن هذا الشكل كل الأفعال العلاجية في الشكل الأول لكن وصولا إلى التلقيح الداخلي، ويتعلق 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 تطوان فقط، بينما قام أسرتان بذلك داخل مدينة تطوان وخارجها، وخاصة بمدينة طنجة، كبرى مدن شمال المغرب، التي تبعد عن مدينة تطوان بحوالي 35 ميلا. 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 استنفاد كل الإجراءات والأفعال الطبية الموجودة في مجال العلاج المتعلق بضعف الخصوبة المسموح به قانوناً بالمغرب، الذي يبدأ بالفحوصات المتعلقة برحم المرأة، ثم تحليل السائل المنوي للزوج، والتأكد من سلامة الزوجين الإنجابية، وصولاً إلى الحقن المجهرى، حيث يتم تلقيح بويضة الزوجة بعد سحبها منها بالحيوان المنوي للزوج في المختبر، ثم إرجاعها مخصبة إلى رحم المرأة عبر عملية طبية صعبة ومكلفة، ويعد هذا العمل من آخر ما يوجد بالمغرب من علاجات طبية. وقد سار في هذا المسار ما يزيد عن ربع الأزواج، أي 26.67 بالمائة، ويعد 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 تطوان، إذ تفتقد مدينة تطوان لمثل هذه الأعمال الطبية، وقد تم إجراؤها كلها بمدينة الدار البيضاء حيث يوجد أهم المصحات المتخصصة في مجال العقم. إن الأزواج الذين بلغوا مرحلة الحقن المجهرى قد قاموا بهذه العملية بين مرة واحدة في الحد الأدنى وثلاث مرات في الحد الأقصى، وتكلفتهم 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 والنهائي المسموح بها في القانون المغربي المتعلق بالمساعدة الطبية على الإنجاب، أي الحقن المجهرى، في مدة قصيرة من بداية العلاج، حيث تراوح ذلك بين خمس سنوات من الزواج باعتباره حداً أدنى وعشر سنوات باعتباره حداً أقصى. وتتميز هذه الفئة بكونها تامة المعرفة فيما يتعلق بطبيعة ما يمنحها من الإنجاب طبيًا، وقد تم اكتساب معرفتهم من مصادر متعددة، من أهمها الإنترنت والأطباء والأزواج الآخرون في حالة تأخر الإنجاب.

6. الطرف المسؤول ماليًا عن العلاج

إن من أهم عناصر تجربة العقم الجانب المالي الضروري للعلاج. وهو واحد من محددات الإقبال على الممارسة العلاجية الطبية وحدد الاستمرار في العلاج، وكل الأسر التي يعمل فيها الزوج دون الزوجة قد اقتصرنا إلى الآن على المسارات العلاجية الناقصة، ومن أسباب بحث بعض الزوجات عن عمل جمع المال اللازم للعلاج. وتبعاً 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 معا
16.67	5	الزوجة أولاً ثم هما معا
6.67	2	الزوج أولاً ثم هما معا

يتبين 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، فيتكفل بمصاريف العلاج فيها حالياً الزوجان معا، ويتعلق الأمر بما يزيد قليلاً عن ثلث الأسر (36.67%)، لكن لم يكن من الأسر من يتكفل بالمصاريف شريكاً من البداية إلا 13.33 بالمائة، وقد كان 16.67 بالمائة من الأسر تتكفل فيها الزوجة وحدها بالمصاريف، إما لكونها تعتبر تكاليف العلاج في مقدورها وأنه لا حاجة للزوج في ذلك، أو لكونها المسؤولة عن العقم ما جعلها تتحمل 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، ويتعلق الأمر خصوصاً بالحقن المجهرى، 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 يتكفل فيها الزوجان معا 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 الباقي، وهو 18 بالمائة فلم يتركوا المسار العلاجي إلى نهايته بسبب مالي بل لسبب آخر كامتناع الزوج أو عدم الإمكان الطبي. أما الأزواج الذين يتحمل الزوج فيها كلفة العلاج وحده فإن 78.95 بالمائة لم يسيروا في العلاج إلى نهايته، في مقابل 21.05 بالمائة ممن 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 دائماً.

الجدول 4. ترك العلاج الطبي خلال مرحلة ممارسته وأسبابه

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

يتبين من هذا الجدول أن ثلاثاً 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 ممكن.

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

الجدول 5. الثقة في العلاج الطبي

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

يتبين 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 تتراوح درجة الثقة بين الانعدام في بعض المعالجين والعلاجات والثقة المطلقة في آخرين، ومنهم 23.33 بالمائة ممن عبروا عن ثقتهم ثقة تامة في الطب في مجال العقم، بينما عبر 13.33 بالمائة عن انعدام ثقتهم بشكل مطلق في الطب والعلاج الطبي. أما الأسر الباقية، وهي ما يمثل عشرين بالمائة، فإنهم مختلفون في هذا الموضوع لأمر لا تتعلق أحياناً بالثقة ولكن بعدم الاختصاص، حيث عبر ثلثي الأزواج وثلث الزوجات، دون الطرف الثاني، عن كون سبب عقمهم ليس من اختصاص الأطباء، لذلك فإنهم لا يرون فائدة في العلاج الطبي لا لكونهم لا يثقون في الطب بل لكون ما يعانون منه ليس موضوعاً طبياً، لكن شركاءهم الزوجيين ممن يثقون في الطب ثقة مطلقة، فهذه الفئة متباعدة في تعريف طبيعتها ما يمنحها من العلاج، وهذه الفئة كلها لا تتابع العلاج الطبي حالياً، وقد يكون هذا الإدراك معنى 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 تبين لبعض الأزواج أن بعض الأطباء يتاجرون بالمهنة، وأنهم يقومون بأعمال كثيرة لا فائدة منها إلا كسب المال، ومن أمثلة ذلك ما صرح به أحد الأزواج:

"الطبيب الأخير شرح لنا وضعيتنا جيداً، وأثق 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 يهتمون 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، فمجموعة من الأطباء لا يهدفون إلا إلى الربح المالي، والمصاب بالعقم بالنسبة إليهم فرصة مالية للربح، وبعض الأطباء. سامحهم الله. لا يخشون الله في المصايين، حيث يقومون بأعمال لا هدف منها إلا الربح المالي، ولا يقدرعون معاناة المصايين. فمثلاً أعرف امرأة ممن زوجها منعدم الحيوانات المنوية، لكن الطبيب قد طلب منها إجراء عملية سحب البويضة وعملية البحث عن الحيوان المنوي لزوجها في وقت واحد، وكنت قد نصحتها بالبداية بالزوج أولاً، وبعد التأكد من وجود الحيوان المنوي يتم سحب

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

وقد يتعلق الضعف الأخلاقي بطلب أعمال طبية تتنافى مع القانون والمعتقدات الدينية للأزواج، ومن أمثلة ذلك تفاوض بعض الأطباء مع الزوجات خصوصاً لتحقيق الحمل 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 تبين أن الحيوانات المنوية لزوجي ميتة، نصحتني أحد الأطباء هنا بمدينة تطوان 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 متعذر طبياً، واقترحت علي حلولاً غير أخلاقية، حيث طلبت مني شراء بويضة لامرأة أخرى، فأخبرتني أنني مسلمة، ولن أقبل هذا الحل، وأن المولودة لن تكون بنتي، فردت علي أن الملتزمين دينياً يقومون بهذا الأمر خارج المغرب".

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

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

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

"لقد أخبرتني الطبيبة الأولى أن الإنجاب في حقي متعذر طبياً، ولما راجعت طبيبا آخر، وأحضرت له نتائج التحاليل الطبية السابقة نفسها التي من خلالها حكمت الطبيبة باستحالة إنجابي، قد أخبرني أن العلاج ممكن طبياً. لقد دمرتني نفسياً هذه الطبيبة، وأشعر أنها تعاملني كأني "كلب" وليست إنساناً".

وقد ترتب عن التشخيص الخطأ إصابة بعض الأزواج بأزمات نفسية اقتضت الخضوع للعلاج النفسي، وتبين 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 أنني لا أعاني من أي مشكل، نصحتني إحدى صديقاتي بزيارة طبيبة أخرى معروفة، وكانت لا سامحاً الله بداية إشعال النار في حياتي، وقد أدتني نفسياً كثيراً، فقد كان تشخيصها خطأ، وكادت تدمر رحي من كثرة الأدوية الهرمونية دون أن تكون ضرورية، واكتشفت فيما بعد أنه كان من الممكن أن تؤثر علي بشكل خطير جداً، كما طلبت مني القيام بالمعايشة الزوجية واستخراج عينة من الحيوانات المنوية من رحي قصد تحليلها، وجعلت من الموضوع شيئاً خطيراً، وكل ذلك بعد تسعة 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 تنجبي، وأن التلقيح الاصطناعي، وأنا لم أسمع به بعد، مجرد ضياع للمال والوقت، لا أمل لكم، ابحثوا عن التكفل".

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

"سبق لي زيارة إحدى طبيبات أمراض النساء والولادة هنا بمدينة تطوان، وقد كنت حائضاً وقتها، وبعد إجراء بعض التحاليل الطبية، أخبرتني أن الإنجاب ممتنع عندنا لأننا أنا وزوجي مصابان بعقم غير قابل للعلاج، بعد ذلك بأيام قليلة زرت طبيبة بطنجة فأخبرتني أن البويضة موجودة الآن، وكنت قد اغتسلت أياماً قليلة قبل زيارتها من الحيض، وأخبرتني أنه لو وقع 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 وإهانتهم، وعدم التوضيح لهما، وإعطائهما معلومات مخالفة لما أخبر به من قبل أطباء آخرين قصد إصابتهما بالإحباط، قالت إحدى الزوجات:

"إن الطبيبة الأخيرة لم تمنحني وقتاً كافياً لتوضيح مشكلتنا، ولم ترد الجواب على أسئلتني، وأخبرتني أن الحل الوحيد للإنجاب هو أطفال الأنابيب، وأن هذا العمل يكلفنا 50,000 درهم، ولما أخبرتها بعدم قدرتنا مالياً على ذلك، أجابتي 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 معا؛ لذلك فعدم ثقتهم في الطب لا يعود إلى الطب نفسه بل لأمر خارج عنه. فالسببان الأولان إذن يعودان للفئات التي خبرت العلاج الطبي مدة طويلة من أغلب الفئات المتعلمة أو من بعض الزوجات خصوصا ممن تابعن العلاج الطبي طويلا، أما السبب الثالث، فيعود كله للفئات الدنيا.

9. الخطط العلاجية المقبلة

إن الأزواج المشاركين في هذا البحث منهم من يوجد خارج فترة طلب العلاج لامتناعه طبيعيا، لكن منهم من ترك العلاج مع إمكانية طبييا لأسباب متعددة، ومنهم من له مخطط واضح في مساره العلاجي المقبل، وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي.

الجدول 6. الخطط العلاجية المقبلة وشكلها

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

يتبين 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 معا، وهذا السبب يمثل 42.85 بالمائة عند هذه الفئة، وعبر 14.29 بالمائة عن تركهم للخطط العلاجية المقبلة لسبب قريب من السبب السابق، وهو نهاية الرغبة في الولد للإشراف على نهاية مرحلة الإنجاب مع إمكانية نظريا، 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 يتركون 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 لاقتصر هذه الفئة على التخطيط لهذا المسار دون تجاوزه، وهي: اعتقاد تحريم الأفعال الطبية الزائدة على ذلك، فالحقن المجهرى محرم لأن الولد ليس للزوجين "أنا غير مقتنع به، أريد حملا طبيعيا، وأخشى من ارتكاب مخالفة دينية في مجال الإنجاب الاصطناعي"، ثم الخوف من تشوه خلقي في الجنين، أو الخوف من أمراض ما بعد الولادة وخاصة "التوحد" "لقد نصحننا الطبيب بالإخصاب الخارجي، لكنني رفضت ذلك، فقد قيل لي إن الأطفال الذين يولدون بهذه الطريقة يولدون بتشوهات خلقية أو يصابون بالتوحد بعد ولادتهم". كما عبر بعض الأزواج عن عدم علمهم بما زاد عن الأخصاب الداخلي. أما الفئات التي تنوي إتمام المسار الطبي إلى نهايته، فنلثها قد سبق لها الوصول إلى تلك النهاية، وهي الحقن المجهرى، وتخطط لتكرار هذه العملية إلى تحقيق الحمل أو عدم القدرة عليه ماليا أو طبيعيا بعد نهاية الزمن الطبيعي للإنجاب. أما الباقي، فهم أسر لم يصلوا بعد إلى نهاية المسار ولكنهم عازمون على إتمامه، وإن كانت بعض الأسر قد أشرفت الزوجة على نهاية زمن الإنجاب لبلوغها اثنتين وخمسين سنة لكنها لا زالت تحافظ على عاداتها الشهرية من خلال العلاجات الطبية.

10. المعالجون الطبيون وطبيعة تخصصهم

إن العلاج الطبي المساعد على الإنجاب عملية طويلة، وقد لا تنتهي إلا بعدم القدرة على الوصول إليه أو عدم جدواه، وقد زار الأزواج عددا 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 معا أو أحدهما إلى الآن ما مجموعه 170 طبيبا معالجا لمشاكل تأخر الحمل، وهذا دون المعالجين التابعين للأطباء مثل الإحيائيين وتقني الأشعة والممرضين والصيدال و باقي الفئات التي قد يحيل إليها هؤلاء الأطباء، وذلك بمتوسط 5.67 طبيبا لكل أسرة، ويتراوح هذا العدد بين طبيبين باعتباره حدا أدنى وأربعة عشر طبيبا باعتباره حدا أقصى.

ب- الهجرة العلاجية

إن الأطباء الذين يقصدهم 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 ثلاث مدن مغربية، وهي حسب

أهميتها، مدينة طنجة التي تبعد بحوالي 35 ميلا، ثم مدينة الدار البيضاء، التي تبعد بما يزيد عن مائتي ميل، وأخيرا مدينة الرباط، التي تبعد بحوالي 155 ميلا، وتخطط أسرطان للعلاج خارج المغرب لو تعذر الإنجاب بالمغرب وعلموا بوجود تقنيات أخرى للإنجاب غير موجودة في المغرب. ج- التخصص الطبي المتبع

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 ذهبوا مرة واحدة إلى طب النساء والولادة التابع للقطاع الحكومي، وذلك في بداية مساهمهم العلاجي، لكنهم جميعا قد لجأوا إلى العيادات الخاصة بعد ذلك، وذلك لسببين اثنين، وهما: قلة الأطباء في هذا التخصص بالمقارنة مع عدد طالبي خدماتهم، وسوء خدمات المستشفيات الحكومية في مجال الخصوبة. وبالإضافة إلى طب النساء والولادة فقد سبق لست زوجات أن زرن طبيبا عاما بالمراكز الصحية للأحياء، لكن ذلك كان في بداية الطريق نحو البحث طبيا 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 معا إلى هذا النوع من الخدمات في مجال الإنجاب خارج المدينة، وهي كلها من الفئات الأكثر تعليما من بين المشاركين في هذا البحث، كما لجأ زوجتان ممن لهما إلحاح شديد في الإنجاب وقضتا أكثر من خمس عشرة سنة من العلاجات الطبية بشكل متواصل، لكنهما معا فعلا ذلك مرة واحدة فقط ثم توقفتا عن ذلك لكلفته المالية الباهظة. أما الأزواج المذكور، فإن أحد عشر منهم قد زاروا، بالإضافة إلى الإجراءات الطبية التي يدعو إليها طب النساء والولادة، أطباء المسالك البولية والأمراض التناسلية، لكن زيارة الطبيب ومتابعة العلاج الطبي بأشكاله المختلفة ظاهرة مرتبطة بالزوجات أكثر بكثير من الأزواج المذكور. على هامش العلاج الطبي قصد الإنجاب قد تابع خمس زوجات علاجات جانبية، حيث تابع ثلاث زوجات العلاج النفسي جراء الأزمة النفسية الحادة الناتجة عن صدمة التشخيص 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 للجوء إليها في الجدول²¹ 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 الحمل
16.67	5	الطب العام
10	3	الطب النفسي
6.67	2	طب التغذية

2- مناقشة نتائج البحث

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

الخلاصة الأولى: إن المسار العلاجي المتخذ من قبل الأسر في حالة عقم يخضع لمتغيرين أساسيين، وهما: السن والمستوى التعليمي. إن الأسر حديثة الزواج من الفئات المتعلمة هي الأكثر تبنيًا للقيم الطبية، من حيث التعريف والتكفل، فهذه الفئات تدرك صعوبة الإنجاب في مدة قصيرة تتماشى مع التعريف الطبي الذي يحددها في سنة من المعاشرة المنتظمة، كما أنها تلجأ مباشرة إلى المساعدة الطبية وتخضع خضوعا تاما للمسارات التي يفرضها الطب الحيوي في مجال المساعدة الطبية على الإنجاب، وأن هذه الفئات لا يمنعهما من طلب المساعدة إلا الحدود الطبية نفسها، وأحيانا الكلفة المالية. أما الأسر الأقدم في الزواج، وهي الفئة الأكبر سنا، أو الفئات ضعيفة التعليم أو منعدمت، فإنها 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 متأخرا جدا، كما أن المسار الطبي المتخذ من قبلها لا يتجاوز في الغالب حدود المدينة، ومن السهل عليها ترك العلاج لأسباب متعددة منها امتناع الزوج وعدم القدرة المالية والتهاون وعدم اعتبار الطب فعالا في الموضوع.

الخلاصة الثانية: إن الأسر المتعلمة، وهي عموما 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 يبدو لبعض الأفراد بمثابة "مهنة"، بمعنى أن المرض يجعل من مهمة المريض الأساسية هي الصراع ضد المرض، وهذا الصراع يتصف ببعض خصائص المهنة؛ لأنه يربى المريض ويعلمه. (Herzlich 1984, 157) فبعض الأمراض تجعل أصحابها يتخذون من

الصراع مع المرض مهمتهم الأولى، فيصبح بالنسبة إليهم بمثابة مهنة. ويقتضي تصور المرض باعتباره "مهنة" أمرين اثنين، وهما بمعنى ما، أساسان للصراع ضد المرض: الأمر الأول: إن المريض بالرغم من كونه يخشى المرض فإنه يتقبله بشكل دائم، إنه لا يجد أي إمكانية لتكذيب ذلك، وتقبل المرض هو تقبل كذلك مدته الزمنية التي يستغرقها عبر الحياة. فالأمر يتطلب "الوجود داخل المرض"، بخلاف "المرض المدمر"، حيث يتم رفض المرض. والأمر الثاني: إن إكراه تقبل المرض يجعل المريض مالكا لنوع من القوة على المرض، وهذه القوة تجد مصدرها في ضرورة هذا التقبل نفسه، كما أن هذه "القوة" تقتضي درجات وأشكالا متعددة من الأنشطة، وأهمها هو التحمل، والاعتقاد أنه لا وجود لأي مرض ولأي ألم لا يطاق، ويتجلى هذا الأمر كذلك في "التأقلم" والصبر والمشاركة في العلاج. (Herzlich 1984, 158-159) إن "المرض المهنة" يتوافق بشكل كبير مع "تصرفات المريض"، كما تم تحديدها في علم الاجتماع الطبي تقريبا، ويتجلى ذلك في الالتجاء إلى الطبيب، والمشاركة الفعالة في العلاج.

الخلاصة الثالثة: إنه بالرغم من كون المسؤول طبيا عن عدم الإنجاب في الغالب هو الزوج فإن الأكثر خضوعا للأعمال الطبية هو جسد المرأة، وهذا الخضوع لا يعود إلى امتناع الأزواج الذكور عن الخضوع للإجراءات الطبية كلها فقط بل كذلك لتفضيل الطب العمل على جسد المرأة. إن جسد المرأة "جسد مربع" بالمعنى التجاري، حيث يصبح الطبيب بائعا والمريض زبونا مشتريا للخبرات الطبية، وتزداد قيمة "السلعة" التي يقدمها الطب بتقدم المسار العلاجي، وهذا الأمر لا يصدق طبيا على جسد الرجل، حيث لا زال هذا الجسد مستعصيا على العمل الطبي طبيعيا بخلاف الجسد الأنثوي الذي يظل مثاليا في هذا السياق.

خامسا: 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 يمنعهما 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 استعدادا وطلبا للعلاج الطبي، ويزداد هذا الأمر رسوخا عند الفئات حديثة الزواج ممن لهم درجة تعليمية عليا؛ 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 والإحيائيين بالمغرب.

سادسا: 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, Nouredine 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^e Colloque 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 Benaissa, 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](#)