



Middle East
Centre



صعوبات الانجاب في الكويت

دراسة مقطعية حول الأعباء
المالية وسلوكيات طلب العلاج

مريم بهبهاني

عن مركز الشرق الأوسط

يعتمد مركز الشرق الأوسط على علاقة كلية لندن للاقتصاد و العلوم السياسية الطويلة مع المنطقة، ويوفر محوراً مركزياً لمجموعة واسعة من البحوث حول الشرق الأوسط.

يهدف المركز إلى تعزيز التفاهم وتطوير البحوث الدقيقة حول المجتمعات والاقتصادات و الأنظمة السياسية والعلاقات الدولية في المنطقة. ويشجع المركز كلاً من المعرفة المتخصصة والفهم العام لهذا المجال الحيوي. للمركز قوة بارزة في البحوث المتعددة التخصصات والخبرات الإقليمية. باعتبارها من رواد العلوم الاجتماعية في العالم، تضم كلية لندن للاقتصاد أقسام تغطي جميع فروع العلوم الاجتماعية. يستخدم المركز هذه الخبرة لتعزيز البحوث المبتكرة والتدريب على المنطقة.

عن برنامج الكويت

يعد برنامج الكويت منصة رائدة عالمياً للأبحاث والخبرات ذات الصلة بالكويت، كما يعد القناة الرئيسية التي يتم من خلالها تنسيق و تعزيز و ترويج الأبحاث التي تتناول الكويت في جامعة لندن للاقتصاد والعلوم السياسية. يتولى إدارة هذا البرنامج البروفيسور المتخصص في شؤون الكويت توبي دودج، ويتخذ البرنامج مركز الشرق الأوسط في كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية مقراً له.



يتم تمويل برنامج الكويت من قبل مؤسسة الكويت للتقدم العلمي

صعوبات الانجاب في الكويت: دراسة مقطعية حول الأعباء المالية وسلوكيات طلب العلاج

مريم بهبهاني

مركز الشرق الأوسط
أيلول / سبتمبر 2025

تم نشر هذا التقرير باللغة الإنجليزية في تموز / يوليو 2025

نبذة عن المؤلفة

مريم بهباني تشغل منصب باحثة مشاركة في إدارة الاقتصاد التقني بمعهد الكويت للأبحاث العلمية. تنصّب الاهتمامات البحثية لمريم بهباني على عدد من المجالات من بينها اقتصاديات التنمية، والاقتصاد الاجتماعي واقتصاديات السياسات. وقد حصلت على درجة الماجستير في الاقتصاد من جامعة إدنبرة، ودرجة الماجستير في الاقتصاد الدولي التطبيقي من جامعة الكويت. وفي إطار اضطلاعها بمنصب باحث زميل في برنامج الكويت بجامعة لندن للاقتصاد والعلوم السياسية، انضمت إلى قسم الصحة في البرنامج لدراسة سياسة تقديم الرعاية الصحية في الكويت من منظور اجتماعي اقتصادي.

الملخص

تشكّل صعوبات الانجاب (العقم) عبئاً نفسياً، ومالياً وحياتياً ملحوظاً على الأزواج الذين يلجؤون إلى المساعدة الطبية على الحمل. وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم الأعباء المالية والاجتماعية والاقتصادية التي يواجهها مرضى العقم في دولة الكويت. وقد عمدت الدراسة إلى إجراء مسح سكاني يُعنى بقياس حجم التكاليف المالية المباشرة التي يتحملها المرضى لتغطية تكاليف العلاج، وتحديد تأثير ذلك على الأداء المهني للنساء. وتضم العينة المسحية أزواجاً يخضعون حالياً أو سبق لهم الخضوع لعلاجات العقم في الكويت خلال الفترة ما بين عامي 2018 و2024. ورغم أن التكاليف المالية المرتفعة للتدخلات الاعتيادية متشابهة بين الدول ذات الدخل المرتفع، فإن سياسات الدعم المالي والتنظيم المعمول بها في الوقت الراهن في الكويت تُسهم في تفاقم أوضاع الأزواج الذين يعانون من مشكلات الخصوبة طويلة الأمد. ومن ثم، تقترح الدراسة إنشاء هيئة مختصة لدعم الأزواج في رحلتهم نحو الحصول على الرعاية المتعلقة بالخصوبة، إلى جانب تيسير اللوائح التنظيمية المتعلقة بالعلاج في بيئات العمل، من أجل حماية النساء من العقوبات الناجمة عن تغيير أنماط عملهن أثناء فترة العلاج.

المقدمة

يُعدّ الإنجاب واحداً من أسمى الغايات التي ينشدها كل زوجين يُظلهما زواج ناجح، إلا أن البعض يطول بهم الأمر فيلجؤون إلى المساعدة الطبية على الإنجاب. ويُعرف العقم طبيّاً بأنه عدم القدرة على الحمل في ظل وجود نية للإنجاب لدى الزوجين.¹ ومن هذا المنطلق، تُعرّف منظمة الصحة العالمية (WHO) العقم بأنه مرض يصيب الجهاز التناسلي الذكري أو الأنثوي أو هما معاً، ويتسبب في العجز عن تحقيق الحمل بعد 12 شهراً من الجماع المنتظم. ولقد أضحت العقم قضية تؤرّق العالم أجمع، إذ يُقدّر معدل انتشاره بحالة واحدة بين كل ست زيجات في سن الإنجاب، بغض النظر عن مستوى الدخل.²

تطغى مشاعر الإحباط، وتدني مستوى احترام الذات، والقلق وغيرها من الأفكار السلبية على الحالة النفسية للأزواج المصابين بالعقم، ويكون الأمر أكثر حدة على النساء بشكل خاص.³ ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد، إذ تُرهق التكاليف المالية والاقتصادية للعلاج كاهل الأزواج، مما يتركهم في صراع بين رغبتهم العميقة في الإنجاب وقدرتهم على تحمّل أعباء العلاج الباهظة. وفي المجتمع الكويتي المحافظ، يُعدّ العقم قضية اجتماعية حسّاسة، مع وجود دعم محدود لمن يعانون منه. علاوةً على ذلك، تندر الأبحاث التي تتناول تكاليف العقم وتبعاته في الكويت، إذ لم يعالجه سوى عدد قليل جداً من الدراسات.⁴

وتتناول هذه الدراسة الفجوة المعرفية المتعلقة بالأعباء المالية والاجتماعية للعقم من منظور المرضى أنفسهم. ولتحقيق ذلك، أجرينا استقصاءً قائماً على عينة تمثيلية من السكان تضم أزواجاً يخضعون حالياً لعلاجات العقم أو سبق لهم ذلك في الكويت خلال الفترة من عام 2018 إلى 2024. وقد اعتمدنا في المسح أسلوب عينات الإحالة المتسلسلة غير الاحتمالية المعروف باسم 'كرة الثلج'، نظراً لفعاليته في الوصول إلى الشرائح السكانية المتميزة التي تفتقر إلى إطار معياري مناسب لأخذ العينات.

ونفترض في هذه الدراسة أن توفير الدعم الماليّ لعلاجات العقم في القطاع الخاص الكويتي يمكن أن يمارس دوراً محورياً في تحسين أوضاع الأزواج الذين يحتاجون إلى دورات علاجية متعددة. فضلاً عن ذلك، فإن سنّ لوائح تدعم النساء في أماكن العمل خلال فترات علاج العقم من شأنه أن يساهم في حمايتهن من التعرّض للعقوبات التي قد تفرض عليهن نتيجة للتغيّرات في أنماط عملهن الناجمة عن متطلبات العلاج.

¹ Melodie V. Borghot and Christine Wyns, 'Fertility and Infertility: Definition and Epidemiology', *Clinical Biochemistry* 62 (2018), pp. 2–10.

² World Health Organization, 'Infertility'. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility#:~:text=Infertility%20is%20a%20disease%20of,on%20their%20of%20families%20and%20communities> (accessed 19 June 2024).

³ Arthur L. Greil, Kathleen Slauson-Blevins, and Julia McQuillan, 'The Experience of Infertility: A Review of Recent Literature', *Sociol Health Illn* 32/1 (2010), pp. 140–62; Mahboubeh Taebi, Nourossadat Kariman, Ali Montazeri, and Hamid Alavi Majd, 'Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women', *International Journal of Fertility and Sterility* 15/3 (2021), pp. 189–96; Ivana Janković and Jelisaveta Todorović, 'Lived Experiences of Women in Relation to Infertility – A Review of Qualitative Research', *Facta Universitatis-Philosophy, Sociology, Psychology and History* 20/2 (2021), pp. 137–48.

⁴ Ahmed M. Al-Kandari and Ahmad Alenezi, 'Cost Burden of Male Infertility Investigations and Treatments: A Survey Study', *Urology Annals* 12/4 (2020), pp. 314–8; Florence E. Omu and Alexander E. Omu, 'Emotional Reaction to Diagnosis of Infertility in Kuwait and Successful Clients' Perception of Nurses' Role During Treatment', *BMC Nursing* 9/5 (2010); Abdullahi Fido and Muhammad Ajmal Zahid, 'Coping with Infertility among Kuwaiti Women: Cultural Perspective', *International Journal of Social Psychiatry* 50/4 (2004), pp. 294–300.

صعوبات الإنجاب: نبذة موجزة

عادةً ما يحدث الحمل الطبيعي خلال 12 شهراً من شروع الزوجين في محاولات الإنجاب. وفي حال لم يتحقق الحمل أثناء هذه المدة دون وجود موانع واضحة، يلجأ الأطباء إلى استقصاء الأسباب المؤثرة على عملية الإخصاب. ومع ذلك، يُنصح بإجراء الفحوصات قبل مرور 12 شهراً إذا كان الزوجان في سن الإنجاب المتقدم (35 عاماً أو أكثر) أو كانت هناك مؤشرات مسبقة على وجود مشكلة في الخصوبة.⁵ ومن المعلوم أن العقم يؤثر على الأفراد بطرق متباينة، ولهذا يُصنّف إلى عقم أولي وعقم ثانوي؛ حيث يُعرّف العقم الأولي بعدم قدرة المرأة على تحقيق الحمل تلقائياً، بينما يشير العقم الثانوي إلى عجز المرأة عن الحمل بعد أن سبق لها الحمل بنجاح مرةً واحدة على الأقل، ولم تتوفق في ذلك لاحقاً.⁶

ويعد العمر البيولوجي عاملاً حاسماً في تحديد فرص الحمل خلال فترة حياة المرأة،⁷ فتصل فرص الحمل الطبيعي إلى ذروتها خلال العقد الثاني من عمر المرأة، وتتناقص تدريجياً بعد العقد الثالث. وتبدأ الخصوبة في الانخفاض سريراً بداية من منتصف الثلاثينيات، وتصل إلى حدٍّ حرج عند سن الأربعين. وفي العقد الرابع من عمر المرأة، تقل فرص الحمل بدرجة أكبر وترتفع مخاطر حدوث المضاعفات الناشئة أثناء فترتي الحمل والوضع واحتمالات تطوّر اضطرابات في النمو لدى الجنين.⁸ ولهذا، لا يُوصى بتأخير الحمل أو تأجيل الخضوع لعلاجات العقم بسبب التبعات الطبيعية المرتبطة بتقدم المرأة في العمر.

ومن شأن وجود أي خلل في الجهاز التناسلي لدى أحد الزوجين أن يفضي إلى منع الحمل تلقائياً. وتتمثل العوامل المرتبطة بالذكور في اختلال وظيفي في العملية الجنسية واضطرابات في المسالك البولية التناسلية؛ حيث تتطوي أولى هذه العوامل على مجموعة من المقوّمات الجسدية اللازمة لحدوث الحمل تلقائياً، بينما تؤثر الثانية على تكوين الحمل الصحي والحفاظ على استمراريته.⁹ أما العوامل الأنثوية فتشمل كلاً من الاضطرابات الهرمونية التي تؤثر على الإخصاب الطبيعي، والاضطرابات الفسيولوجية مثل تشوهات الرحم، واضطرابات بطانة الرحم وضعف وظائف الأنابيب الرحمية.¹⁰ ومع ذلك، هناك حالات يجري فيها تشخيص الأزواج المصابين بالعقم بوصفهم يعانون من 'العقم غير المفسر'، وهي حالة يعجز فيها الزوجان عن تحقيق الحمل رغم أن الفحوصات الطبية لا تُظهر أي مشكلات في الخصوبة لدى أيٍّ منهما.¹¹

علاجات صعوبات الإنجاب

من حسن الطالع، تمكن علم الطب الإنجابي من استحداث طرق علاجية تمنح الأمل للأزواج العاجزين عن الإنجاب بشكل طبيعي. وبناءً عليه، تتنوع وسائل علاج حالات العقم، فمنها ما يُعالج بالجراحة ومنها ما يُعالج بالأدوية ومنها ما يُعالج بتبني نمط حياة أكثر صحة.¹² كما يُعدّ التلقيح داخل الرحم (IUI) أحد وسائل علاج العقم الأخرى، وعادة ما يكون الخيار الأول من التدخلات العلاجية التي تُقدم للمرضى الذين يعانون من مشكلات عقم بسيطة لم تُفلح في علاجها الأدوية أو

⁵ Sarama Saha, Partha Roy, Cynthia Corbitt, and Sham Kakar, 'Application of Stem Cell Therapy for Infertility', *Cells* 10/1613 (2021), pp. 1–26.

⁶ Borgh and Wyns, 'Fertility and Infertility', pp. 1–10.

⁷ Santiago Brungo-Olmedo, Claudio Chilik and Susana Kopelman, 'Definition and Causes of Infertility', *Reproductive Biomedicine Online Web Paper* 2/1 (2001), pp. 41–53.

⁸ Saha, Roy, Corbitt, and Kakar, 'Application of Stem Cell Therapy for Infertility', pp. 1–26.

⁹ Jeff Wang and Mark V. Sauer, 'In Vitro Fertilization (IVF): A Review of 3 Decades of Clinical Innovation and Technological Advancement', *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2/4 (2006), pp. 355–64.

¹⁰ Brungo-Olmedo, Chilik, and Kopelman, 'Definition and Causes of Infertility', pp. 41–53.

¹¹ The Unexplained Infertility Guideline Group, 'Unexplained Infertility: Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology', *Eshre*. Available at: <https://www.eshre.eu/guideline/UI> (accessed 28 May 2024).

¹² Borgh and Wyns, 'Fertility and Infertility', pp. 1–10.

تغييرات نمط الحياة.¹³ ويمتاز هذا الأسلوب العلاجي بقدرته على تخطي بعض القيود التي تعيق حدوث الحمل التلقائي.¹⁴ ومع ذلك، ثمة مشكلات أكثر تعقيداً تستلزم إجراء تدخلات متقدمة لمساعدة الزوجين على الإنجاب، غير أنها غالباً ما تكون ذات تكلفة باهظة. وفي مثل هذه الحالات، يُعدّ الإخصاب في المختبر (IVF) (أو التلقيح الاصطناعي خارج الجسم) هو التقنية المطلوبة، فضلاً عن كونه أبرز الحلول ضمن علاجات العقم.¹⁵ وتقوم هذه التقنية على إجراء عملية الإخصاب داخل المختبر باستخدام تقنيات وحاضنات تحاكي البيئة الطبيعية لتكوين الجنين داخل جسم المرأة. ويعقب ذلك نقل الجنين إلى الرحم، ويكون من المتوقع حينها التصاق الجنين بجدار الرحم وتطور الحمل بفضل هذه التقنية. ولقد أحدثت هذه التقنية ثورة في مجال طب الخصوبة، إلا أنها تتطلب تحفيزاً هرمونياً وفحوصات بالأشعة، ومختبرات متقدمة، وإجراءات دقيقة، وأخيراً اختبار الحمل لتأكيد نجاح العلاج من فشله.¹⁶

وتتخذ جهود البحث والابتكار في مجال طب الخصوبة من تقنية الإخصاب في المختبر (IVF) أساساً لها في استحداث تقنيات مساعدة على الإنجاب. فعلى سبيل المثال، يعدّ الحقن المجهري داخل البويضة (ICSI)، أحد التطورات المستندة إلى تقنية التلقيح الاصطناعي، التي أثبتت فعاليتها في حالات العقم الشديد لدى الذكور، التي تتطلب تقنيات تلقيح أكثر دقة.¹⁷ وعلى المنوال ذاته، شهدت أيضاً التقنية التقليدية للإخصاب في المختبر (IVF) استحداث إضافات علاجية ترمي إلى تحسين نسب نجاحها. نذكر من تلك الإضافات، على سبيل المثال لا الحصر، ثقب جدار الجنين (المساعدة على الفقس)، وتجميد بويضات المرأة أو الأجنة والفحص الجيني قبل الزرع.¹⁸ وتجدر الإشارة هنا إلى أن دولة الكويت تلتزم بأحكام الشريعة الإسلامية المعنية بالزواج والإنجاب بشكل صارم، فيشترط وجود عقد زواج شرعي والاقتصار على استخدام الأمشاج الخاصة بالزوجين في عملية الإخصاب. وبالتالي، يُجرّم القانون الكويتي إجراء أي تدخلات علاجية على غير المتزوجين أو استخدام الإضافات العلاجية، مثل التبرع بالحيوانات المنوية أو البويضات، أو الاستعانة بالأمهات البديلات.

ورغم التطور الكبير الذي شهدته علاجات العقم، فإن نتائجها لا تزال غير مؤكدة، إذ يشكّل التنبؤ بنجاح الدورات العلاجية أو فشلها تحدياً للأطباء. ومؤخراً، قُدّرت معدلات النجاح بنسبة تتراوح بين 4% إلى 36% في كل محاولة، وذلك حسب عمر المرأة، ومدى استجابتها للأدوية وتاريخ الخصوبة لدى الزوجين.¹⁹ وتُظهر إحصائيات الخصوبة في المملكة المتحدة لعام 2021 أن متوسط معدل الحمل بتقنية الإخصاب في المختبر (IVF) باستخدام نقل الأجنة الطازجة والمجمدة للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و34 عاماً بلغ 41% و36% على التوالي.²⁰ وقد انخفض المعدل إلى 6% فقط لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 43 و50 عاماً. وبشكل عام، يحتاج الزوجان في المتوسط إلى ثلاث دورات على الأقل من عمليات الإخصاب في المختبر (IVF) لتحقيق حمل واحد ناجح.²¹ كما أظهرت دراسة أخرى نتائج إيجابية لدى الأزواج الذين استمروا في العلاج لمدة خمس سنوات متواصلة.²²

¹³ Heike Trappe, 'Assisted Reproductive Technologies in Germany: A Review of the Current Situation', in Michaela Kreyenfeld and Dirk Konietzka (eds), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences* (Berlin: Springer Open, 2017).

¹⁴ The Unexplained Infertility Guideline Group, 'Unexplained Infertility'.

¹⁵ Wang and Sauer, 'In Vitro Fertilization (IVF)', pp. 355–64.

¹⁶ Trappe, 'Assisted Reproductive Technologies in Germany'.

¹⁷ Wang and Sauer, 'In Vitro Fertilization (IVF)', pp. 355–64.

¹⁸ Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA), 'HFEA: UK Fertility Regulator'. Available at: <https://www.hfea.gov.uk/> (accessed 20 May 2024).

¹⁹ Katie Falloon and Philip M. Rosoff, 'Who Pays? Mandated Insurance Coverage for Assisted Reproductive Technology', *American Medical Association Journal of Ethics* 16/1 (2014), pp. 63–9.

²⁰ HFEA, 'HFEA: UK Fertility Regulator'.

²¹ ESHRE Capri Workshop Group, 'Economic Aspects of Infertility Care: A Challenge for Researchers and Clinicians', *Human Reproduction* 30/10 (2015), pp. 2243–8.

²² Alireza Zarinara et al., 'The Success Rate and Factors Affecting the Outcome of Assisted Reproductive Treatment in Subfertile Men', *Iran J Public Health* 49/2 (2020), pp. 332–40.

التكاليف المالية والاجتماعية والاقتصادية للعقم

تتسم تدخلات علاج العقم بكونها مثقلة بأعباء مالية وجسدية كبيرة. وبدورها، تحدد التكاليف الباهظة لهذه التدخلات إمكانية الحصول عليها. فغالباً ما يجد المرضى أنفسهم مضطرين إلى تقديم تضحيات مالية واقتصادية جسيمة، قد تتجاوز إمكاناتهم في بعض الأحيان.²³ وبالحدوث عن تكاليف علاج العقم، نجد أن الباحثين يصنفونها إلى تكاليف مباشرة وغير مباشرة.

التكاليف المباشرة لعلاجات صعوبات الإنجاب

تشتمل هذه التكاليف النفقات المالية التي يتحملها المرضى ومنها الاستشارات الطبية، والأدوية، والإجراءات العلاجية، وخدمات المختبرات ورسوم المستشفيات والطواقم الطبية.²⁴ ويتوقف حجم الإنفاق المالي المخصص للعلاج على عوامل عديدة تتمثل في تشخيص الحالة، ونوع التدخل العلاجي، والأدوية المستخدمة، والإضافات التقنية والأدوات المخبرية. ولهذا السبب، لا يوجد توافق سريري حول عدد الفحوصات التشخيصية المطلوبة لأي مريض أو إجماع على تقدير دقيق لتكلفة الدورات العلاجية.²⁵ وتقوم بعض الدول الأوروبية بتقديم برامج للدعم المالي الكلي أو الجزئي لعلاجات العقم لعدد محدود من الدورات العلاجية. فعلى سبيل المثال، تقدم 33 دولة تمويلاً جزئياً لما يصل إلى 6 دورات من إجراءات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهرى (IVF/ICSI)، بينما توفر 3 دول تمويلاً كاملاً للعدد نفسه من الدورات.²⁶

ويتفاوت حجم التكاليف المالية للعلاجات بشكل ملحوظ بين الدول ذات الدخل المرتفع، حيث تبين للباحثين أن العلاجات غير المدعومة لكل دورة علاجية تمثل نحو 50% من الدخل المتاح للمرضى في الولايات المتحدة، و20% في بعض الدول الأوروبية و12% في أستراليا.²⁷ فضلاً عن ذلك، يُقدّر متوسط تكلفة الحصول على حمل ناجح باستخدام الإخصاب في المختبر (IVF)، متضمناً عدة جولات علاجية، في الولايات المتحدة بنحو 61,377 دولاراً أمريكياً.²⁸ أما في فرنسا، فيُقدّر متوسط تكلفة الدورة الواحدة بحوالي 7,000 يورو.²⁹ وفي المملكة المتحدة، يسدّد 63% من المرضى جزءاً من تكلفة العلاج بأنفسهم، بمتوسط تكلفة يبلغ 13,750 جنيهًا إسترلينياً.³⁰ وعلاوة على ذلك، ترتفع تكلفة العلاج لتصل إلى 30,000 جنيه إسترليني و100,000 جنيه إسترليني، وفق ما أفاد به 12% و0.5% من المرضى، على التوالي.

أما في الدول ذات الدخل المنخفض، فيواجه المرضى الذين يتحملون نفقات العلاج من مواردهم الخاصة مشكلات مالية شديدة قد تفضي إلى الفقر.³¹ وتعزى محدودية استعانة المرضى بوسائل العلاج إلى العلاقة المباشرة بين دخل الفرد وتكلفة

²³ Georgina M. Chambers et al., 'The Impact of Consumer Affordability on Access to Assisted Reproductive Technologies and Embryo Transfer Practices: An International Analysis', *Fertility and Sterility* 101/1 (2014), pp. 191–8; Silke J. Dyer, Latiefa Vinoos, and John E. Ataguba, 'Poor Recovery of Households from Out-Of-Pocket Payment for Assisted Reproductive Technology', *Human Reproduction* 32/12 (2017), pp. 2431–6.

²⁴ Georgina M. Chambers, G. David Adamson, and Marinus J. C. Eijkemans, 'Acceptable Cost for the Patient and Society', *Fertility and Sterility* 100/2 (2013), pp. 319–25.

²⁵ ESHRE Capri Workshop Group, 'Economic Aspects of Infertility Care', pp. 2243–8.

²⁶ Fertility Europe, 'European Atlas of Fertility Treatment Policies'. Available at: <https://fertilityeurope.eu/european-atlas-of-fertility-treatment-policies/> (accessed 25 June 2024).

²⁷ Mark P. Connolly, Stijn Hoorens, and Georgina M. Chambers, 'The Costs and Consequences of Assisted Reproductive Technology: An Economic Perspective' *Human Reproduction Update* 16/6 (2010), pp. 603–13.

²⁸ Patricia Katz et al., 'Costs of Infertility Treatment: Results from an 18-Month Prospective Cohort Study', *Fertil Steril* 95/3 (2011), pp. 915–21.

²⁹ Bastien Bourrion et al., 'The Economic Burden of Infertility Treatment and Distribution of Expenditures Overtime in France: A Self-Controlled Pre-Post Study', *BMC Health Services Research* 22/512 (2022).

³⁰ Nicky Payne, 'Fertility Network UK Survey: The Impact of Fertility Challenges and Treatment'. Available at: <https://fertilitynetworkuk.org/wp-content/uploads/2022/10/Fertility-Network-Infertility-and-Fertility-treatment-Impact-report-2022.pdf> (accessed 1 June 2024).

³¹ Silke J. Dyer and Malika Patel, 'The Economic Impact of Infertility on Women in Developing Coun-

العلاج، لا سيما في ظل غياب برامج الدعم المالي.³² ففي جنوب أفريقيا، لا يسترد المرضى سوى أقل من 50% من التكلفة المالية لدورة واحدة من علاج الإخصاب في المختبر (IVF) بعد مرور أربع سنوات من سدادها.³³

ومن ثم، يحظى الدعم المالي بدور حاسم في تحديد مدى قدرة المرضى على الحصول على العلاج وتحمل تكاليفه.³⁴ وتكشف الأدلة المستقاة من بعض الدول الأوروبية وعدد قليل من الولايات الأمريكية التي توفر تغطية تأمينية لوسائل علاج الإخصاب في المختبر عن نتائج واعدة في تعزيز المساواة بين الأزواج الساعين إلى الحصول على هذه العلاجات.³⁵ وقد ارتبط إقرار قانون التأمين المعني بعلاجات العقم في الولايات المتحدة بالزيادة الملحوظة في معدلات الاستفادة من هذه العلاجات، لا سيما من قبل النساء ذوات المستويات التعليمية الأعلى.³⁶ ومع ذلك، ما تزال السياسات الصحية في العالم متأخرة في إدراج علاجات العقم ضمن مظلة التأمين، الأمر الذي أسفر عن استمرار المشكلات المتمثلة في عدم القدرة على الحصول على هذه العلاجات والعجز عن تحمل أعبائها المالية.³⁷

التكاليف غير المباشرة لعلاجات صعوبات الإنجاب

يُمثل فقدان القدرة على الإنتاج أحد أبرز التبعات غير المالية الناجمة عن علاجات العقم،³⁸ كما أن إفصاح المرضى لأرباب أعمالهم عن خضوعهم للعلاج يُعدّ أحد القرارات المستعصية، إذ يندرج ذلك تحت الأمور الشخصية ذات الخصوصية، كما أنه قد يعرض المسيرة المهنية للخطر. يأتي هذا في الوقت الذي تفتقر فيه سياسات أماكن العمل إلى أطر قانونية داعمة تضمن توفير الرعاية لمرحلة ما قبل الحمل.³⁹ ففي فرنسا، أفاد 49% من المرضى المشمولين بالعينة إلى وجود تأثيرات سلبية على حياتهم المهنية، في حين أقرّ 46% بأنهم حاولوا اختلاق أعذار لتبرير التغيّرات التي طرأت على سلوكهم الوظيفي، حرصاً منهم على خصوصية تفاصيل علاجهم.⁴⁰ أما في المملكة المتحدة، فقد تلقى 47% فقط من المرضى الذين بادروا بالإفصاح عن حالتهم دعماً من أرباب العمل خلال فترة العلاج.⁴¹ إلى جانب ذلك، أعرب 58% من المشاركين عن قلقهم من أن يؤثر العلاج سلباً على فرص تقدمهم الوظيفي، بينما شعر 36% بأن العلاجات ألحقت ضرراً بمسيرتهم الوظيفية. وتُعدّ النساء العاملات الأكثر إنهاكاً جراء علاجات العقم، إذ يواجهن صعوبة في إدارة الوقت، ويعانين من تراجع جودة العمل وارتفاع معدلات الغياب، إلى جانب الحضور إلى العمل رغم المرض.⁴²

tries – A Systematic Review', *Facts Views Vis Obgyn* 4/2 (2012), pp. 102–9.

³² Purity Njagi et al., 'Economic Costs of Infertility Care for Patients in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review Protocol', *BMJ Open* 10/11 (2020).

³³ Dyer, Vinos, and Ataguba, 'Poor Recovery of Households from Out-Of-Pocket Payment for Assisted Reproductive Technology'.

³⁴ Connolly, Hoorens, and Chambers, 'The Costs and Consequences of Assisted Reproductive Technology', pp. 603–13.

³⁵ Iris G. Insogna and Elizabeth S. Ginsburg, 'Infertility, Inequality, and How Lack of Insurance Coverage Compromises Reproductive Autonomy', *AMA Journal of Ethics* 20/12 (2018).

³⁶ Marianne P. Bitler and Lucie Schmidt, 'Utilization of Infertility Treatments: The Effects of Insurance Mandates', *Demography* 49/1 (2012), pp. 125–49.

³⁷ World Health Organization, 'Infertility Prevalence Estimates (1990–2021)'. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1> (accessed 28 May 2025).

³⁸ Dyer, Vinos, and Ataguba, 'Poor Recovery of Households from Out-Of-Pocket Payment for Assisted Reproductive Technology'.

³⁹ Olga van den Akker, Nicola Payne, and Suzan Lewis, 'Catch 22? Disclosing Assisted Conception Treatment at Work', *International Journal of Workplace Health Management* 10/5 (2017), pp. 364–75.

⁴⁰ Blandine Courbiere et al., 'Psychosocial and Professional Burden of Medically Assisted Reproduction (MAR): Results from a French Survey', *PLoS ONE, Public Library of Science* 15/9 (2020).

⁴¹ Nicky Payne, 'Fertility Network UK Survey: The Impact of Fertility Challenges and Treatment'. Available at: <https://fertilitynetworkuk.org/wp-content/uploads/2022/10/Fertility-Network-Infertility-and-Fertility-treatment-Impact-report-2022.pdf> (accessed 28 May 2025).

⁴² Marieke Krol, Werner Brouwer, and Frans Rutten, 'Productivity Costs in Economic Evaluations: Past, Present, Future', *PharmacoEconomics* 31 (2013), pp. 537–549; Yuya Imai et al., 'Risk Factors for Resignation

منهجية البحث

تُستخدم المسوحات بكثافة في بحوث الرعاية الصحية والاجتماعية.⁴³ وقد استند هذا البحث إلى دراسة استقصائية بهدف جمع البيانات ذات الصلة بالتكاليف المالية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة على العقم، تمهيداً لتحليلها. وتشمل عينة الدراسة أزواجاً يخضعون حالياً أو سبق لهم الخضوع لعلاجات العقم في دولة الكويت خلال الفترة الممتدة من عام 2018 وحتى عام 2024. وجرى اختيار هذا الإطار الزمني البالغ سبع سنوات لمراعاة عامل استذكار المشاركين للأحداث الماضية وحصول استخدامهم لتقنيات العلاج الحديثة. إضافةً إلى ذلك، اعتمدت الدراسة أسلوب عينات الإحالة المتسلسلة غير الاحتمالية المعروف باسم 'كرة الثلج' في اختيار المشاركين، حيث يتطلب هذا الأسلوب من أفراد الشريحة السكانية المستهدفة ترشيح أفراد آخرين من الشريحة نفسها للانضمام إلى العينة. ورغم ما يعتري هذه المنهجية من نواقص، فقد أثبت باحثون اجتماعيون كفايتها في تشكيل العينات من الشرائح السكانية النادرة أو الحساسة.⁴⁴

لا يوجد إطار عمل مناسب لاختيار أفراد العينة من الشريحة السكانية المستهدفة نظراً لغياب شبكة محلية أو سجل يُعنى بتوثيق حالات مرضى العقم والاحتفاظ ببياناتهم. علاوةً على ذلك، فإن محدودية فترة الدراسة يجعل من إجراء عمليات الفرز الشامل من خلال العيادات أمراً صعباً. وفي الدراسات الوصفية، تتمثل الغاية في استكشاف المسألة دون السعي إلى إجراء تعميم إحصائي، مما يجعل من توفر عينة صغيرة من مرضى العقم في الكويت أمراً كافياً للأغراض المنشودة من هذه الدراسة.

أسئلة الدراسة الاستقصائية

تعتمد الدراسة الاستقصائية على الهيكل السائد في الدراسة البريطانية لمرضى العقم.⁴⁵ وقد كُتبت أسئلة الدراسة الاستقصائية باللغتين العربية والإنجليزية قبل توزيعها عبر الإنترنت على الشريحة السكانية المستهدفة. كما أُجري المسح عبر الاستقصاء الذاتي باستخدام أداة Microsoft Forms، وهو يتألف من ثلاثة أقسام. يتناول القسم الأول المعلومات الديموغرافية والعلاجات المتبعة. وبدورها، تستقصي الأسئلة الديموغرافية أعمار الأزواج، وعدد سنوات الزواج، وعدد سنوات السعي نحو الحصول على علاج للعقم، وظروف العمل ومتوسط الدخل الفردي. وبالنسبة للجزء المتعلق بالعلاجات، فيتطرق إلى مختلف أنواع العلاجات التي خضع لها الزوجان، ومدى استخدامهما للإضافات العلاجية بمصاحبة الوسائل التقليدية، وعدد الدورات العلاجية الناجحة وغير الناجحة، ومقدمي العلاج والتحويلات المحتملة.

يتناول القسم الثاني من الاستقصاء النفقات المالية المرتبطة بالعلاجات، حيث تركز الأسئلة على تكاليف العلاجات التقليدية التي يتحملها الأزواج من أموالهم الخاصة، وتكاليف الإضافات العلاجية عند استخدامها، وتغطية التأمين الصحيّ لعلاجات العقم. أما القسم الثالث، فيستعرض أثر الجمع بين العمل والعلاج على الحياة المهنية للمرأة. وقد خُصص هذا القسم للنساء العاملات اللواتي يخضعن لعلاجات العقم، حيث تركز أسئلته على مدى سهولة حضور الاستشارات والفحوصات الطبية في أثناء ساعات العمل، وعدد أيام الغياب، ومستوى أداء المرأة المهنيّ، وتقديمها الوظيفي، والدعم المقدم لها في بيئة العمل خلال فترة العلاج.

from Work after Starting Infertility Treatment among Japanese Women: Japan-Female Employment and Mental Health in Assisted Reproductive Technology (J-FEMA) Study', *Occupational and Environmental Medicine* (2020), pp. 1-7.

⁴³ Kate Kelly et al., 'Good Practice in the Conduct and Reporting of Survey Research', *International Journal for Quality in Health Care* 15/3 (2003), pp. 261-6.

⁴⁴ Royce A. Singleton and Bruce G. Straits, *Approaches to Social Research* (Oxford: Oxford University Press, 2005).

⁴⁵ Payne, 'Fertility Network UK Survey.

تحليل الدراسة الاستقصائية

أطلقت الدراسة الاستقصائية في شهر يونيو/ حزيران من عام 2024 وظلت متاحة ميدانياً للمشاركين على مدار شهرين. وفي البداية، تواصلنا مع المشاركين المحتملين عبر رسالة توضح طبيعة الدراسة، ثم أُحيلوا بعدها إلى رابط المسح بعد موافقتهم على المشاركة، مع التأكيد التام على سرية البيانات وعدم الكشف عن هوية المشاركين كافة. وقد خضع المسح بالكامل لمراجعة لجنة أخلاقيات البحث العلمي بكلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية (LSE)، واعتمد بموجب الرقم المرجعي 390264.⁴⁶

وقد أجرينا اختباراً تجريبياً بمشاركة 10 أفراد للتأكد من وضوح الأسئلة وسهولة فهمها. واقتصرت مشاركة كل زوجين على تقديم إجابة واحدة فقط. وقد تضمن المسح أسئلة فرزية في بدايته تهدف إلى ضمان تغطية العينة المستهدفة بشكل صحيح. وعند تلقي إجابة بـ 'لا' على الأسئلة المتعلقة بالفترة الزمنية أو البلد الذي تم فيه تلقي العلاجات، ينتهي المسح تلقائياً ويُستبعد المشارك لعدم توفر شروط العينة فيه. كما جرى احتساب الوقت المستغرق في تعبئة المسح كمؤشر على مدى تركيز المشاركين، لاستبعاد الإجابات غير الجادة أو المتسربة.

بعد ذلك، سجلنا البيانات استناداً إلى الإجابات المنقحة التي تم التحقق من تأنيها وصحتها. ونظراً إلى الطبيعة الوصفية لهذه الدراسة، أجرينا الحد الأدنى من الاستدلالات الإحصائية. ومن هذا المنطلق، ارتكز التحليل الوصفي على صياغة متغيرات تساعد على دراسة العلاقات المقطعية داخل العينة. ويقدم الجدول رقم 1 وصفاً للمصطلحات الرئيسية المستخدمة في الدراسة الاستقصائية والتحليل.

الجدول 1: المصطلحات الرئيسية للمتغيرات المستخدمة في الدراسة الاستقصائية

الوصف	المتغير
تمثل محاولة واحدة للإنجاب باستخدام علاجات العقم.	الدورة العلاجية
استخدام تدخل علاجي واحد أو مزيج من التدخلات العلاجية المختبرية المتقدمة لعلاج العقم، مثل الإخصاب في المختبر/الحقن المجهرى (IVF/ICSI)، والإضافات العلاجية، والعمليات الجراحية.	العلاج التدخلّي
استخدام تدخل علاجي واحد أو مزيج من التدخلات العلاجية غير المختبرية لعلاج العقم، مثل الأدوية أو التلقيح داخل الرحم (IUI).	العلاج غير التدخلّي
يقدّر على أساس الوسيط الحسابي للدخل الفردي كما ورد في إجابات المشاركين في الدراسة.	الدخل المتوسط
الحالات التي تمثل فيها تكاليف العلاج ما لا يقل عن 50% من الدخل الثنائي للزوجين.	العبء المالي
تخفّل مرضى العقم بتمويل علاجهم بشكل كامل من مواردهم الذاتية.	الدفع من المال الخاصة

النتائج

بلغ عدد الاستجابات التي تلقاها المسح 120 رداً. وبالاستناد إلى معايير الإطار الزمني والمكاني لتلقي العلاج، تبين أن 69 استجابة تنتمي إلى الشريحة السكانية المستهدفة وتُعد صالحة للتحليل. وتجدر الإشارة إلى غياب الاستجابة لبعض العناصر في القسم الديموغرافي من المسح، حيث أبدى بعض الأزواج تحفظاً في الإدلاء بمعلومات من شأنها الكشف عن هوياتهم الشخصية، نظراً لحساسية الموضوع من الناحية الاجتماعية. ويعرض الجدول رقم 2 البيانات الديموغرافية المتعلقة بالزوج والزوجة، بما في ذلك الفئات العمرية، والمستوى التعليمي، والحالة الوظيفية، والدخل الشهري، إلى جانب معدلات عدم الاستجابة لكل بند.

⁴⁶ LSE Research Ethics Committee. Email: research.ethics@lse.ac.uk

البيانات الديموغرافية

الجدول 2: الاحصاءات الديموغرافية للأزواج

البيانات الديموغرافية	الذكور العدد (%)	الإناث العدد (%)
الفئات العمرية		
20-29 عاماً	2 (3%)	6 (10%)
30-39 عاماً	29 (45%)	24 (59%)
40-49 عاماً (الذكور)	29 (45%)	
50 عاماً فأكثر (الذكور)	4 (6%)	
40-45 عاماً (الإناث)		17 (29%)
أكثر من 45 عاماً (الإناث)		1 (2%)
المستوى التعليمي		
شهادة الثانوية العامة أو أقل	8 (13%)	
دبلوم أو تدريب تخصصي	5 (8%)	9 (16%)
شهادة جامعية أو درجة البكالوريوس	37 (58%)	34 (59%)
درجة دراسات عليا (الماجستير أو الدكتوراه)	14 (22%)	15 (26%)
الحالة الوظيفية		
موظف (في القطاع العام أو الخاص)	58 (91%)	51 (88%)
يعمل لحسابه الخاص	3 (5%)	4 (7%)
عاطل عن العمل		2 (3%)
متقاعد	3 (5%)	1 (2%)
الدخل الشهري (بالدينار الكويتي) - تقديري		
1,000-500	3 (6%)	7 (13%)
1,500-1,001	12 (22%)	21 (38%)
2,000-1,501	24 (44%)	17 (31%)
2,500-2,001	6 (11%)	4 (7%)
أكثر من 2,500	10 (18%)	6 (11%)
الدخل الشهري (دينار كويتي) - مُفصّل عنه		
متوسط الدخل	2,064	1,431
الوسيط الحسابي للدخل	1,700	1,500
الحد الأقصى للدخل	5,200	3,000
الحد الأدنى للدخل	550	500

ملحوظة: تبلغ معدلات عدم الاستجابة للمتغيرات الديموغرافية لدى الذكور والإناث (الفئات العمرية، والمستوى التعليمي والحالة الوظيفية) 8% و16% على التوالي. أما بالنسبة للدخل الشهري التقديري، فتبلغ معدلات عدم الاستجابة 20% لكلا الجنسين، في حين تصل هذه النسبة إلى 83% لدى كلٍ من الذكور والإناث على حدٍ سواء بالنسبة للدخل الشهري المُفصّل عنه.

* 1000 دينار كويتي = 2,496 جنيهاً إسترلينياً، وذلك وفقاً لسعر الصرف 0.400 الذي حدده بنك الكويت المركزي (عام 2024).

ومن الناحية السريرية، لا يكون للسِّن البيولوجية للذكور تأثير كبير في تحديد إمكانية حصولهم على العلاج، وذلك بخلاف الإناث اللاتي تجاوزن 40 سنةً، إذ يكون لهذا تأثير على قدرتهن على الحمل، وأحياناً على إمكانية حصولهن على العلاج. لذا، قمنا بتحديد الفئات العمرية للإناث الواردة في المسح في ضوء ذلك، حيث بلغت نسبة الإناث في العقد الثالث من العمر نحو 59%، بينما بلغت نسبة الإناث اللاتي تراوحت أعمارهن بين 40 و45 سنةً نحو 29%، وهي الفئة العمرية الحرجة بالنسبة لإمكانية الحصول على العلاج.

وبالنسبة للمستوى التعليمي للمشاركين، كان نحو 58% من الذكور و59% من الإناث من الحاصلين على شهادة جامعية، فيما بلغت نسبة الحاصلين على إحدى درجات الدراسات العليا نحو 22% للذكور و26% للإناث، مما يشير إلى أن العينة الخاضعة للدراسة تنتمي إلى الفئات المتعلمة. وأوضحت البيانات كذلك أن غالبية الأزواج (91% من الذكور و88% من الإناث) يعملون في إحدى وظائف القطاع العام أو الخاص بدولة الكويت.

حسب ما هو موضح في الجدول رقم 2، فقد جرى قياس مستوى الدخل حسب الراتب الشهري الذي يتقاضاه الزوج أو الزوجة من عملهما، مع تجاهل أي مصادر أخرى للدخل. وبناءً على ذلك، يتراوح الدخل الشهري لنحو 22% من الذكور و38% من الإناث بين 1,001 و1,500 دينار كويتي تقريباً، بينما يتراوح الدخل الشهري الذي يتقاضاه نحو 44% من الذكور و31% من الإناث بين 1,501 و2,000 دينار كويتي تقريباً. ويتبين من ذلك أن الأزواج المشاركين في هذه العينة من ذوي الدخل المتوسط. وعلى الرغم من امتناع نسبة كبيرة من المشاركين في المسح عن الإجابة عن سؤال 'الدخل الشهري'، فإن الوسيط الحسابي للدخل ومتوسط الدخل المفصح عنهما يقعان ضمن الفئات التقديرية للدخل التي اعتمد عليها المسح.

الجدول 3: الإحصائيات المتعلقة بالأزواج

البيانات الديموغرافية	العدد (%)
العقم	
أولي	34 (49%)
ثانوي	35 (51%)
عدد سنوات الزواج	
أقل من سنة واحدة	
3-1	8 (12%)
6-4	7 (10%)
أكثر من 6 سنوات	54 (78%)
عدد سنوات العلاج	
أقل من سنة واحدة	16 (23%)
3-1	24 (35%)
6-4	17 (25%)
أكثر من 6 سنوات	12 (17%)
العلاجات التدخلية	
الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)	33 (36%)
الجراحة فقط	0
كلاهما	17 (71%)
العلاجات غير التدخلية	
الأدوية فقط	9 (10%)
التلقيح داخل الرحم (IUI)	3 (3%)
كلاهما	7 (29%)
التمويل الشخصي للعلاج	
الدخل	27 (47%)
الممتلكات	3 (5%)
القروض	6 (10%)
مزيج مما سبق	22 (38%)
التمويل غير الشخصي للعلاج	
التأمين الصحي	2 (3%)
القطاع العام	9 (12%)

يعرض الجدول رقم 3 إحصائيات جُمعت على مستوى الأزواج في العينة. فبالنظر إلى طبيعة مرض العقم نفسه، نجد أن معدل انتشار العقم الأولي والثانوي يبلغ حوالي 49% و51% على التوالي، وفق ما هو موضح في حالة الحمل قبل أن يتوجّه الأزواج إلى تلقي العلاج. وقد تجاوزت مدة زواج 78% من الأزواج فترة 6 سنوات. علاوةً على ذلك، كان 35% و25% من الأزواج يسعون للحصول على علاجات العقم لمدد تتراوح بين 1-3 سنوات و4-6 سنوات على التوالي. ورغم ذلك، فقد تجاوزت مدة العلاج لدى 17% من الأزواج 6 سنوات.

وبالانتقال إلى أنواع العلاجات، يوضح الجدول رقم 3 أن نحو 71% من الأزواج خضعوا لمجموعة من العلاجات التدخلية، التي تشمل الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI) والإجراءات المرتبطة بها، بالإضافة إلى العمليات الجراحية. وفي المقابل، خضع نحو 29% من الأزواج لمجموعة من العلاجات الأقل تدخلاً، مثل الأدوية وإجراءات التلقيح داخل الرحم (IUI).

وفي السياق ذاته، يتولى ما يقرب من 85% من الأزواج تمويل نفقات علاجهم بشكل شخصي، أو يدفعونها من أموالهم الخاصة. ومن بين هؤلاء، يعتمد 47% بالكامل على دخلهم الشهري في سداد نفقات العلاج، بينما يعتمد 38% على مزيج متنوع من مصادر التمويل لتغطية تكاليف العلاج، بما في ذلك الدخل، والمدخرات، والقروض، وبيع الأصول والدعم المالي من الأقارب (مع انحراف معياري بقيمة 4.5). وعلى الجانب الآخر، لا تتجاوز نسبة من تشملهم تغطية تأمينية كاملة لعلاجات العقم 3%.

الجدول 4: نجاح الدورات العلاجية وإخفاؤها

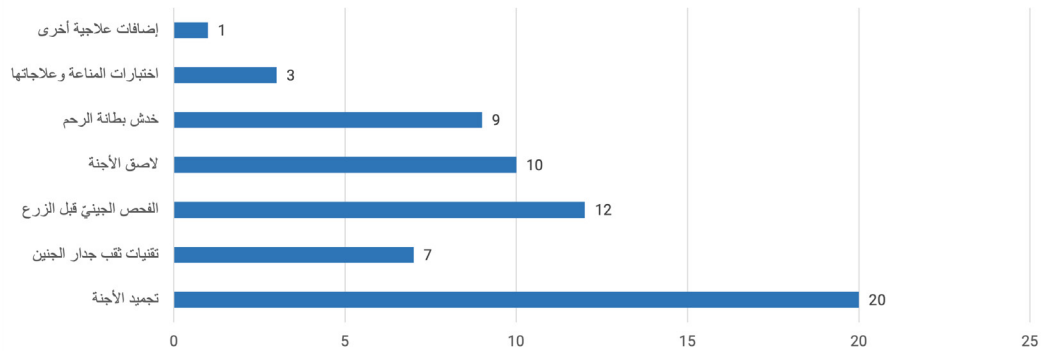
الدورات العلاجية	العدد (%)
النجاح في علاج العقم	
ولادة واحدة	11 (34%)
ولادات متعددة	18 (56%)
غير معروف	3 (9%)
الإخفاق في علاج العقم	
المعدل	32 (46%)
الدورات العلاجية الفاشلة	
1-3 دورات	20 (51%)
4-6 دورات	11 (28%)
أكثر من 6 دورات	2 (5%)
غير معروف	6 (15%)

ملحوظة: بلغ أقصى عدد للدورات العلاجية الفاشلة المُفصّل عنها 10 دورات، فيما كان أقل عدد هو دورة علاجية واحدة فقط.

أنجب 54% من الأزواج أطفالاً باستخدام وسائل مختلفة من تدخلات علاج العقم. ومن بين هؤلاء الأزواج، أنجب 34% طفلاً واحداً، بينما حصل 56% من المشاركين في العينة على ولادات متعددة أو نجحوا في تحقيق محاولات متعددة، كما هو موضح في الجدول رقم 4. ومع ذلك، لم يتمكن 46% من التغلب على مشكلة العقم، وما زال هؤلاء الأزواج يسعون نحو التوفيق في ذلك في محاولاتهم العلاجية القادمة.

ويوضح الجدول رقم 4 أيضاً أنه من بين جميع أنواع العلاجات، أخفق 57% من الأزواج في دورة علاجية واحدة على الأقل. وبحسب ما أفاد به المشاركون في العينة، كان الحد الأدنى للإخفاق هو دورة علاجية واحدة، بينما وصل الحد الأقصى إلى عشر دورات. وعلى سبيل التفصيل، أخفق 51% من المشاركين في 1-3 دورات علاجية، فيما أخفق 28% في 4-6 دورات علاجية، ولم يتوقف 5% في أكثر من 6 دورات علاجية.

الشكل 1: الإضافات العلاجية التي استفاد منها المرضى الخاضعون للإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)



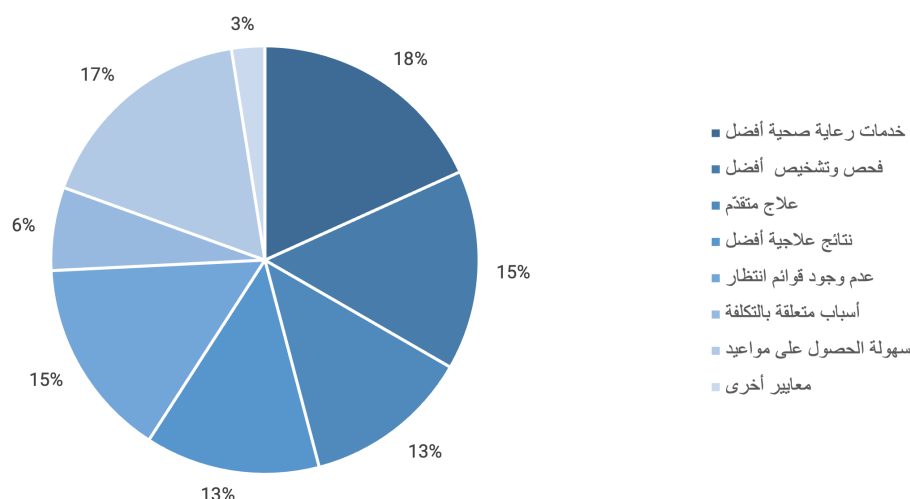
خضع نحو 72% من الأزواج في العينة لتدخلات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI). إضافة إلى ذلك، استخدم 55% منهم إضافات علاجية ترمي إلى تحسين نتائج العلاج. ويوضح الشكل رقم 1 مختلف الإضافات العلاجية التي استخدمها 58% من المرضى الخاضعين للإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، سواء كانت إضافة علاجية واحدة أو ضمن مجموعة من الإضافات العلاجية الموصى بها خلال كل دورة علاجية. ويُعدّ تجميد الأجنة، والفحص الجيني ولاصق الأجنة من أكثر الإضافات العلاجية شيوعاً بين هذه الفئة من المرضى.

العناصر السلوكية

الجدول 5: مقدّمو الرعاية الصحية المعنيّون بعلاجات العقم

العدد (%)	مقدّم الرعاية الصحية
القطاعات	
2 (3%)	العام
50 (75%)	الخاص
15 (22%)	القطاعين العام والخاص
الانتقالات	
6 (13%)	من القطاع العام إلى القطاع الخاص
9 (20%)	من القطاع الخاص إلى القطاع العام
31 (67%)	داخل القطاع نفسه

الشكل 2: معايير الأزواج في اختيار مقدّم علاجات العقم



يتناول الجدول رقم 5 خيارات الأزواج المتعلقة بمقدّمي علاجات العقم، حيث تشكّل العيادات الصحية الخاصة المزود الرئيسيّ لعلاجات العقم بحسب ما أفاد به 75% من الأزواج. ومع ذلك، تلقّى 22% منهم علاجات مختلطة بين القطاعين الخاص والعام، بينما تلقّى 3% علاجهم في القطاع العام فقط. وتتنوع المعايير الأساسية التي يعتمد عليها الأزواج في اختيار مقدّم العلاج بين جودة الخدمات، وسهولة حجز المواعيد، وعدم وجود قوائم انتظار، ودقة التشخيص والفحوصات، كما هو موضّح في الشكل رقم 2.

وكما هو موضّح في الجدول رقم 5، يبدو تغيير مقدم الرعاية الصحية أمراً شائعاً بين الأزواج، حيث خاض 66% منهم تجربة الانتقال بين مقدّمي الخدمات الصحية، علماً بأن معظم هذه الانتقالات (لدى 67% من الأزواج) جاءت داخل القطاع نفسه. وبحسب ما أفاد به الأزواج، تتمثّل الأسباب الرئيسية لهذه الانتقالات في الفشل المتكرر للعلاج، والأمل في تحقيق نتائج أفضل، والبحث عن أخصائيين أكثر خبرة، إضافة إلى عدم كفاية العلاجات أو ضعف كفاءة مقدّمي الخدمات. وفيما يخصّ الانتقالات بين القطاعات، فقد انتقل 20% من الأزواج من القطاع الخاص إلى القطاع العام، بينما انتقل 13% من القطاع العام إلى القطاع الخاص. وتعدّ التكاليف المرتفعة للعلاج في القطاع الخاص، وتوفّر أنواع مختلفة من الأدوية ووجود أطباء أكثر خبرة من أهم الأسباب التي دفعت بعض الأزواج إلى البحث عن العلاج في القطاع العام. ومع ذلك، فإن بعض المرضى في القطاع العام مروا بتجارب سلبية أو أصيبوا بالإحباط بسبب طول فترات انتظار المواعيد، مما دفعهم إلى الانتقال إلى القطاع الخاص.

التكاليف المالية للعلاجات

الجدول 6: التكاليف المالية لتدخلات علاج العقم لدورة علاجية كاملة واحدة

التكلفة بالدينار الكويتي	التلقيح داخل الرحم	الإخصاب في المختبر / الحقن المجهرقي	الإضافات العلاجية
أقل من 500	10 (34%)		3 (9%)
500-1,000	6 (21%)		12 (35%)
1,001-1,500	4 (14%)		9 (27%)
1,501-2,000	9 (31%)	3 (7%)	
2,001-3,000		15 (33%)	2 (6%)
3,001-4,000		13 (28%)	8 (24%)
4,001-5,000		7 (15%)	
أكثر من 5,000		8 (17%)	
المُفصّل عنها			
المعدل	674	3,928	1,279
الحدّ الأقصى	2,000	6,000	4,000
الحدّ الأدنى	135	1,550	200

* 1000 دينار كويتي = 2,496 جنيهاً إسترلينياً، وذلك وفقاً لسعر الصرف 0.400 الذي حدده بنك الكويت المركزي (لعام 2024).

استناداً إلى الجدول رقم 6، أفاد المرضى الخاضعين للتلقيح داخل الرحم (IUI) بأن متوسط تكلفة الدورة العلاجية الواحدة يبلغ نحو 674 ديناراً كويتيًّا/1,682 جنيهاً إسترلينياً، وينطوي ذلك على تكاليف الاستشارات، والفحوصات، والأدوية والإجراءات الطبية. وتبلغ أدنى تكلفة لعلاجات التلقيح داخل الرحم (IUI)، في حال عدم وجود حاجة إلى أدوية أو فحوصات، 135 ديناراً كويتيًّا/337 جنيهاً إسترلينياً. ومع ذلك، قد تصل تكلفة التلقيح داخل الرحم (IUI) لبعض الأزواج إلى 2,000 دينار كويتي/4,993 جنيهاً إسترلينياً، وذلك حسب خطة العلاج المخصّصة لكل مريض.

أما بالنسبة لتدخلات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهرقي (IVF/ICSI)، فيبلغ متوسط تكلفة دورة علاجية واحدة شاملة للاستشارات، والفحوصات، والأدوية والإجراء الطبي نحو 3,928 ديناراً كويتيًّا/9,805 جنيهاً إسترلينياً، وذلك بناءً على إجابات 65% من مرضى هذه التدخلات. وتتغيّر التكلفة حسب خطة العلاج، فقد تصل إلى أكثر من 5,000 دينار كويتي/12,481 جنيهاً إسترلينياً للدورة الواحدة، بحسب ما أفاد به 17% من الأزواج (مع انحراف معياري بقيمة 4.8). وفي حال استخدام الإضافات العلاجية، يبلغ متوسط التكلفة الإضافية نحو 1,279 ديناراً كويتيًّا/3,193 جنيهاً إسترلينياً. وتختلف تكلفة الإضافات العلاجية بين الأزواج حسب متطلبات العلاج، لتصل إلى 2,000 دينار كويتي/4,993 جنيهاً إسترلينياً، أو أكثر من 3,000 دينار كويتي/7,489 جنيهاً إسترلينياً، بحسب إفادات 26% و24% من المرضى على التوالي (مع انحراف معياري بقيمة 11.7).

ويبلغ متوسط تكلفة دورة علاجية واحدة من الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI) مصحوبة بإضافة علاجية واحدة على الأقل 5,207 ديناراً كويتياً/12,998 جنيهاً إسترلينياً. ومع ذلك، ارتفعت تكلفة الدورة بالنسبة لبعض الأزواج (56% من مستخدمي الإضافات العلاجية)، ممن يحتاجون إلى أكثر من إضافة واحدة أو إلى مزيد من الفحوصات، من 6,000 دينار كويتي/14,978 جنيهاً إسترلينياً إلى ما قد يفوق 10,000 دينار كويتي/24,963 جنيهاً إسترلينياً. علاوةً على ذلك، ينتاب الأزواج قلق شديد من احتمال فشل الدورة خشية تحمّل الأعباء الجسدية والمالية الباهظة مرةً أخرى، حيث تفرض المصروفات الهائلة لعلاجات العقم تهديداً حقيقياً على الاستقرار المالي للأزواج.

عند تحليل مستويات دخل الأزواج، كما هو موضح في الجدول رقم 2، يتبيّن أن الدخل الشهرية لنحو 65% من الأزواج و69% من الزوجات بين 1,000 و2,000 دينار كويتي/2,496-4,993 جنيهاً إسترلينياً. وبناءً على ذلك، فإن متوسط تكلفة دورة علاجية واحدة من الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI) يعادل ضعف الحد الأعلى من الدخل الشهري للفرد تقريباً. وفي الحالات التي يتطلب فيها الأمر الخضوع لدورات متعددة أو استخدام أكثر من إضافة علاجية واحدة، فإن التكلفة تتجاوز بشكل ملحوظ دخل الزوجين مجتمعين لعدة أشهر، بافتراض تخصيصه بالكامل للعلاج، وهو أمر غير واقعي. أما عندما يواجه الزوجان السيناريو المرهق المتمثل في مواجهة إخفاقات متعددة للدورات العلاجية، وهي ظاهرة شائعة في علاجات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، فإن التكلفة ستتجاوز إجمالي دخل الزوجين بكثير.

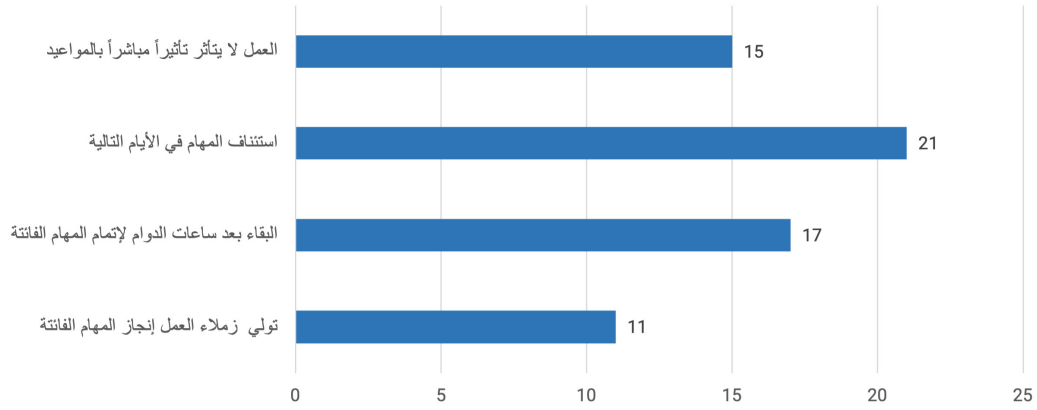
وتضاهي التكاليف المالية لعلاجات العقم في الكويت مثيلاتها في الدول ذات الدخل المرتفع، وفق ما هو موضح في استعراض الدراسات السابقة. ومع ذلك، ما تزال الكويت في وضع متأخر فيما يتعلق بسياسات دعم العلاج وتغطية التأمين لهذه التدخلات. واستناداً إلى الإجابات الواردة في الدراسة الاستقصائية، يبدو أن للقطاع العام دوراً محدوداً مقارنةً بالقطاع الخاص في مساعدة الأزواج الذين يعانون من العقم، وهو الأمر الذي يعمل على تفاقم مشكلة العقم لدى الأزواج المصابين به.

التكاليف الاجتماعية والاقتصادية للعلاجات

تبدو تبعات التكاليف غير المباشرة لعلاجات العقم واضحة في الحياة المهنية للإناث. ففي الوقت الذي تحظى فيه النساء الحوامل بدعم قانوني في أماكن العمل طوال فترة الحمل وحتى ما بعد الولادة، مما يضمن حماية مسارهن الوظيفي وتقدمهن المهني، نجد أن النساء الخاضعات لعلاجات العقم لا يحظين بأي دعم قانوني مماثل ضمن السياسات النافذة في أماكن العمل، على الرغم من المتابعة والتقييم المنتظمين اللذين يتطلبهما العلاج وفق توجيهات الأطباء.

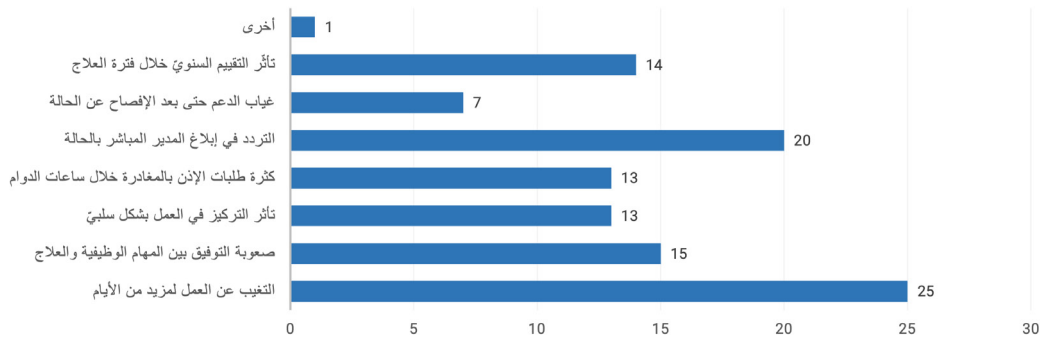
وقد أظهر المسح أن 94% من النساء كنّ على رأس عملهن خلال فترة علاج العقم، حيث بلغت نسبة العاملات منهن في القطاع العام 85% وفي القطاع الخاص 11%. كما أفادت 78% من النساء أنه خلال فترة العلاج تزامنت مواعيد تحاليل الدم والفحوصات والمتابعات الطبية المتكررة مع ساعات العمل. وقد أطلعت 5% منهنّ فقط أرباب العمل على خضوعهن للعلاج من أجل الحصول على الدعم خلال تلك الفترة. وفي المقابل، طلبت 45% منهنّ إذنًا بالخروج خلال ساعات الدوام أو حصلن على إجازات مرضية لحضور مواعيدهن. ويوضح الشكل رقم 4، أن النساء قمن بتعويض المسؤوليات والمهام الوظيفية الفائتة إما من خلال استئناف العمل في الأيام التالية، بحسب ما أفادت به 35% منهن، أو من خلال البقاء لساعات إضافية بعد الدوام، بحسب ما أفادت به 27% منهن.

الشكل 3: معايير الأزواج في اختيار مقدّم علاجات العقم



وخلال فترة العلاج، أشارت نحو 79% من النساء العاملات إلى اضطرارهن إلى أخذ إجازات مرضية قصيرة (4 أيام أو أقل)، أو طويلة (5 أيام أو أكثر)، أو كليهما، وذلك لقضائهن ساعات طويلة في المستشفى خلال اليوم المخصص لإجراء علاجات التلقيح داخل الرحم (IUI) والإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI). فضلاً عن ذلك، يُنصح بعضهن بالراحة خلال الأسبوعين التاليين لعملية الزرع إلى أن تظهر نتيجة العلاج. ويضاف إلى ذلك التأثير النفسي الناجم عن الأدوية الهرمونية المنشّطة التي قد تدفع بعض النساء إلى الابتعاد عن العمل نظراً لتأثيرها السلبي على أدائهن الوظيفي.

الشكل 4: تأثير علاجات العقم على التقدم الوظيفي للنساء العاملات



وفيما يتعلق بتأثير العلاجات على التقدم الوظيفي للمرأة، ترى 59% من النساء العاملات أنهنّ تأثرن بها، وإن تعددت وجوه هذا الأثر؛ إذ يتغيب أغلبهن لمزيد من الأيام عن العمل، كما أنهن يترددن في الإفصاح عن حالتهم في أماكن العمل، ناهيك عما يواجهنه من صعوبة في التوفيق بين متطلبات العلاج والالتزامات الوظيفية، كما هو موضح في الشكل رقم 4.

الخاتمة

تردد على ألسنة الأزواج الذين أفصحوا لنا عن تجاربهم مع العقم الكثير من العبارات، مثل 'باهظ التكاليف'، 'مرهق نفسياً'، 'محبط'، 'ينتابني شعور بالقلق والاكتئاب وغياب الدعم'. وعلى الرغم من محدودية حجم العينة في هذه الدراسة، ومن القيود التي تفرضها منهجية الإحالة المتسلسلة غير الاحتمالية (كرة الثلج)، وما ترتب عليها من تحديات تتعلق بتعميم النتائج، تظل هذه الدراسة التشخيصية الأولية ذات أهمية واضحة لفهم إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية وسلوكيات البحث عن العلاج في مجال طب المساعدة على الإنجاب في دولة الكويت. ومن خلال تحليل إجابات 69 زوجاً، يتبين أن العقم يمثل بالفعل مشكلة كبيرة تنطوي عليها أعباء مالية، واجتماعية واقتصادية ثقيلة.

وتضاهي تكاليف العلاجات في الكويت التكاليف المناظرة في الدول ذات الدخل المرتفع مثل الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وفرنسا، حيث يُقدَّر متوسط تكلفة دورة واحدة من علاج الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI) مشتملة على إضافة علاجية واحدة على الأقل بحوالي 5,207 دينار كويتي (أي ما يعادل 12,998 جنيهاً إسترلينياً تقريباً). ومع ذلك، نجد أن تكلفة دورة علاجية واحدة لزوجين من ذوي الدخل المتوسط تتجاوز مجموع دخلهما الشهري المشترك لعدة أشهر متتالية. ومن ثم، يواجه الأزواج، الذين يتعرضون لإخفاقات متكررة في الدورات أو يحتاجون إلى إضافات علاجية بجانب العلاج التقليدي، أعباءً مالية شاقة. وعلى المنوال ذاته، تواجه النساء العاملات اللاتي يخضعن لعلاجات عقم طويلة الأمد أوضاعاً غير منصفة في أماكن العمل مقارنةً بنظيرتهن ممن لا يعانين من مشكلات إنجابية، ومن أبرز هذه التحديات في هذا السياق صعوبة الإفصاح عن أوضاعهن الصحية وغياب السياسات الداعمة في أماكن العمل.

ويعد إنشاء ثلاث وحدات للرعاية الصحية متخصصة في الخصوبة في القطاع العام خطوة ناجحة نحو تخفيف وطأة العبء المالي على الأزواج الذين عانوا من العقم لسنوات ودفعوا مبالغ طائلة جراء إخفاقات العلاج المتكررة. ومع ذلك، فإن توفير برامج دعم جزئي أو كلي للعلاج في القطاع الخاص يمكن أن يعود بالنفع على الأزواج المحرومين من الإنجاب. وينبغي أن يستند تقييم أهلية الدعم إلى عدد الأطفال الذين تم إنجابهم، وعدد الدورات العلاجية التي خضع لها الزوجان، وضرورة إجراء التدخلات المخبرية المتقدمة وعدد سنوات المعاناة من العقم.

ويتعين التعامل مع علاجات العقم في أماكن العمل باعتبارها حالة طبية طبيعية تتطلب لوائح تنظيمية وإجراءات ترمي إلى حماية النساء العاملات من أي عقوبات تنجم عن متطلبات العلاج. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن يُمنح خيار "العمل من المنزل" تلقائياً للنساء العاملات خلال الأسبوعين التاليين لإجراء الزراعة في علاجات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، نظراً لضرورة الخلود إلى الراحة أثناء هذه الفترة. كما يُعد توفير ساعات عمل مرنة خلال رحلة العلاج أمراً ضرورياً لمساعدة النساء على التوفيق بين واجبات العمل ومتطلبات العلاج.

وبالسير على خطى نظم الرعاية الصحية المتطورة في العالم، ينبغي تنظيم حجم العرض والطلب على علاجات العقم ومراقبتها من خلال إنشاء جهة تنظيمية محلية تُعنى بذلك. ولا بد أيضاً من تعزيز الشفافية بين مقدمي خدمات المساعدة الطبية على الإنجاب في الكويت لمساعدة مرضى العقم على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن علاجاتهم واختيار مقدميها. ومن شأن توفير معلومات وبيانات محدثة حول أنواع أدوية العقم وعلاجاته ومقدمي الخدمة والإرشادات التوعوية والجلسات التعريفية، في إطار هذه الجهة التنظيمية، أن يرفع من مستوى سياسات الرعاية الصحية في مجال الخصوبة بالكويت. ونظراً لتعدد تبعات مشكلة العقم، فإن الشريحة المجتمعية المتأثرة تستحق إجراء دراسات طويلة تركز على سبل التعافي المالي بعد العلاج، ومقارنة التجارب بين القطاعين العام والخاص، بالإضافة إلى استقصاء التأثيرات النفسية والمهنية على الأزواج الذين خضعوا بالفعل أو ما زالوا يخضعون لعلاجات العقم.

دروس مستقاة من النموذج البريطاني لتنظيم علاجات العقم

تضطلع 'هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة' (HFEA) بدور الجهة التنظيمية الرسمية لعلاجات العقم والأبحاث المرتبطة بها في المملكة المتحدة، وقد أنشئت بموجب قانون الإخصاب البشري وعلم الأجنة لعام 1990. تُعنى الهيئة بإصدار التراخيص لجميع عيادات الخصوبة وتجديدها، كما تشرف على عملياتها وتُجري عمليات تفتيش كل عامين لضمان التزامها بأعلى معايير الجودة والإجراءات القانونية والسلامة فيما يتعلق بالممارسات والبحوث. وتعمل الهيئة على ترويج العيادات بأحدث ما توصلت إليه الأبحاث والابتكارات لضمان اتساقها مع تطورات قطاع الخصوبة. وتتلقى الهيئة تمويلها من خلال رسوم التراخيص ورسوم علاجات الإخصاب في المختبر (IVF)، بالإضافة إلى منح تقدمها وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية في المملكة المتحدة.

كيف تعمل هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA)؟

تُعد هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) كياناً صغيراً يضم 65 موظفاً فقط. ويتألف مجلس إدارتها من أعضاء يمثلون قطاعاً عريضاً من التخصصات لضمان تقديم وجهات نظر تدعم عملية اتخاذ قرارات متوازنة وموضوعية. ويشتمل المجلس على أطباء وعلماء وباحثين في مجال الخصوبة البشرية، بالإضافة إلى أعضاء من تخصصات متعددة مثل علم الاجتماع، والقانون، والدين، والشؤون المالية، والصحافة والقطاع العام، وذلك للاستفادة من خبراتهم في إدارة قطاع الخصوبة. وحرصاً على التزام الشفافية، يُسمح للجمهور بحضور اجتماعات المجلس، كما يتم تسجيل وقائع الاجتماعات ونشرها للعامة.

وتتواصل الهيئة على نحو وثيق مع الأطراف المعنية بالعقم لصياغة القرارات واللوائح استناداً إلى احتياجاته. ويتألف الأطراف من مجموعتين رئيسيتين: الممارسون المختصون والمنظمات الممثلة للمرضى. وتضم الفئة الأولى أطباء متخصصين في الطب الإنجابي، وعلماء، وممرضين، وأخصائيين في الإرشاد النفسي، بينما تمثل المنظمات الممثلة للمرضى شرائح متنوعة من مرضى الخصوبة الحاليين والمحتملين. ويلتقي هؤلاء جميعاً مرتين في السنة لمناقشة مختلف أبعاد علاجات الخصوبة وتأثيراتها في المملكة المتحدة.

كيف تدعم هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) مقدّمي علاجات العقم والمستفيدين منها؟

تدير هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) جانب العرض والطلب في قطاع الخصوبة على حدّ سواء. فمن جهة العرض، تضع الهيئة دليلاً لمعايير ممارسات العلاج والبحث. ويجب على جميع عيادات الخصوبة الالتزام بهذا الدليل الذي يشتمل على توجيهات بشأن العلاجات، وتخزين الأمشاج، وتدريب الأخصائيين، وخدمات الإرشاد ودعم المرضى. كما تحدد الهيئة طرق إدارة مخاطر الولادات المتعددة، وفحوصات ما قبل زراعة الأجنة، واختيار الجنس، وإجراءات الحقن المجهرية (ICSI) وجودة الأجهزة والمواد المستخدمة في العيادات. ومع ذلك، فإنها لا تتدخل في تحديد أسعار العلاجات ولا في قرارات أهلية الحصول على تمويل هيئة الصحة الوطنية (NHS).

أما من جانب الطلب، فتساعد هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) المرضى في البحث عن عيادات الخصوبة في جميع أنحاء المملكة المتحدة، كما توضح لهم أنواع العلاجات، والأدوية، والإجراءات ونسب النجاح، مما يمكنهم من فهم حالتهم الإنجابية واتخاذ قرارات علاجية مستنيرة. وفي الوقت ذاته، تحتفظ الهيئة بسجل موثّق للمعلومات والبيانات التي يتم جمعها من جميع عيادات الخصوبة، وتُنشر هذه البيانات والإحصائيات في لوحة المعلومات الإلكترونية التابعة للهيئة والمخصصة لخدمة مختلف فئات المستخدمين.

ما هي طرق جمع البيانات لدى هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA)؟

منذ عام 1991، ألزم القانون العيادات الحاصلة على ترخيص أن تقدم بياناتها الخاصة بالعلاجات والنتائج. وتُخزّن السجلات التي تم التحقق من صحتها في قاعدة بيانات مركزية تضم معلومات سريرية عن الدورات العلاجية المنفّذة، ومعدلات الحمل ذات الصلة، والمواليد الأحياء ونوع التمويل المستخدم. وتتوفر البيانات السنوية من عام 1991 حتى عام 2021 - وهي أحدث بيانات جرى التحقق من صحتها - ضمن لوحة معلومات إلكترونية سهلة الاستخدام ومتاحة مجاناً للجمهور.

كيف يمكن للكويت الاستفادة من الاستراتيجية التي تتبناها هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA)؟

- يُعد إنشاء جهة تنظيمية تُعنى بتنظيم علاجات العقم في الكويت خطوة لا غنى عنها نحو تحقيق المساواة في تقديم خدمات الرعاية الصحية. ولتطبيق إطار عمل مشابه لنموذج هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA)، ينبغي القيام بما يلي:
- إنشاء شبكة قانونية تربط بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لتكون النواة الجوهرية لتأسيس الجهة التنظيمية. ويجب أن تضم هذه الجهة خبراء في المجالات الطبية، والقانونية، والنفسية، والاجتماعية والمالية، بهدف صياغة سياسات تستجيب لاحتياجات المرضى.
- إعداد دليل موحد للخدمات العلاجية ليكون مرجعاً رئيسياً للعيادات والمرضى على حد سواء. ومن الأهمية بمكان أن يتم توحيد القواعد المتعلقة بالعلاجات المناسبة حسب كل حالة في العيادات، وجودة المرافق والمعدات والخبرات المتوفرة في المختبرات. ولا بدّ كذلك من إلزام العيادات بإبلاغ الجهة التنظيمية بأسباب إجراء فحوصات ما قبل زراعة الأجنة، واستعمال الحقن المجهرى (ICSI) أو الحقن المجهرى الإنقاذي (Saving ICSI) بدلاً من استخدام وسيلة الإخصاب في المختبر (IVF) التقليدية.
- إنشاء سجل لجمع البيانات من العيادات كافة ونشرها من أجل تعزيز الشفافية والمساءلة بشأن العلاجات ونتائجها. وينبغي أن يتضمن السجل بيانات سليمة وموثقة عن العيادات، ونتائج الدورات العلاجية حسب نوع العلاج، وأعمار المرضى ونوع التمويل المستخدم. وبفضل هذه البيانات، سيتمكّن المرضى من اتخاذ قرارات علاجية مستنيرة.
- بناء شبكة تواصل مع الشركاء المعنيين من مختلف التخصصات وعقد اجتماعات دورية معهم بغرض تلبية احتياجات مرضى العقم، مثل خدمات الإرشاد وإدارة العمل والرعاية الصحية الجسدية والنفسية.

منشورات برنامج الكويت باللغة العربية

عبد الرحمن الهاجري، «الإطار القانوني للحق في الاطلاع على المعلومات والتحول الرقمي في الكويت: دراسة نوعية»، تموز/ يوليو 2025.

سام ميجياس، رانية النقيب، عبد الله الخنيني، رنا خربك، «هويات المواطنة الشبابية في الكويت»، نيسان/ أبريل 2024.

أنذري أوتسين، سمية البنا، باسل الزغول، صادق ضمرة، «كويت أكثر صداقة للبيئة: كيف من الممكن للسيارات الكهربائية أن تخفض من انبعاث غاز ثنائي الكربون»، نيسان / أبريل 2024.

زينب المعراج، «إمكانية الوصول الرقمي عبر مشهد تطوير البرمجيات في الكويت»، أيار / مايو 2024.

غانغا شريدهار، دافيد كونتو، باتريشيا فريتا، أسيل طقشة، سوزانا موراتو، «خضرة النظم عبر خضرة الدين: القيم البيئية الإسلامية وسياسات الربط بين المياه والطاقة والطبيعة في الكويت»، حزيران / يونيو 2024.

فيكتور روزر، سارة مهريار، محمد السهلي، «فخ الحد من مخاطر تغير المناخ: إعادة الهيكلة الاقتصادية المكانية منخفضة الكربون ومخاطر الكوارث في الكويت»، حزيران/ يونيو 2024.

فهد السميط، كريستينا نافارو، «الفجوة الرقمية المستمرة في الكويت: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية المتعلقة بفرص الوصول لتكنولوجيا المعلومات والاتصال ومهاراتها ونتائجها»، يوليو / تموز 2024.

نازنان شاهروكني، سبروس سوفوس، «بيئات الانتماء والإقصاء في المناطق الحضرية في الكويت: نحو نهج تصميم حضري تشاركي»، تموز/ يوليو 2024.

مارتن باور، محمد السرطاوي، غوردون ساموت، «رؤى العالم والمواقف تجاه العلم في الكويت: فرضية المشاركة»، تموز/ يوليو 2024.

بيبي العجمي، «جاهزية الكويت للتحويل نحو الاقتصاد القائم على المعرفة»، كانون الثاني/ يناير 2024.

دو يونغ أوه، هيون بانغ شين، «تحديد أزمة الإسكان في الكويت وارتباطها بالدولة والأرض والمجتمع»، آذار / مارس 2023.

عبد الله الابراهيم، «الأمراض غير السارية ومخاطر دخول المستشفيات للعلاج في الكويت: نهج يمكن تعميمه باستخدام المسح الصحي العالمي القائم على السكان»، كانون الثاني / يناير 2023.

أثناسيا ستيليانو كاليتزي، أحمد العوضي، سليمان القدسي، تريفور ويليام تشامبرلين، «تنويع الصادرات والنمو الاقتصادي في الكويت: أدلة من السلاسل الزمنية وتحليلات المسح الميداني»، كانون الثاني / يناير 2023.

دين شريف شارب، أبرار الشمري، كنوال حميد، «حالة الطوارئ الهادئة: تجارب تغير المناخ ومفهومه في الكويت، تشرين الأول / أكتوبر 2022.

محمد عدیل، ریم الفهد، «نحو نظام نقل عادل ومنصف في الكويت: فهم السياق الاجتماعي والثقافي لاستخدام وسائل النقل»، تشرين الأول / أكتوبر 2022.

The views and opinions expressed in this publication are those of the author(s) and do not necessarily represent those of the London School of Economics and Political Science (LSE) or the Middle East Centre. This document is issued on the understanding that if any extract is used, the author(s) and the LSE Middle East Centre should be credited, with the date of the publication. While every effort has been made to ensure the accuracy of the material in this paper, the author(s) and/or the LSE Middle East Centre will not be liable for any loss or damages incurred through the use of this paper.

The London School of Economics and Political Science holds the dual status of an exempt charity under Section 2 of the Charities Act 1993 (as a constituent part of the University of London), and a company limited by guarantee under the Companies Act 1985 (Registration no. 70527).

مسؤولة التحرير
نسرين الرفاعي

تصميم
أميرة دجوريتش

صورة الغلاف
زوجان كويتيان يسيران على ساحل خليج الكويت،
كانون الثاني/يناير 2007.

© Wael Hamdan / Alamy Stock Photo.

مركز الشرق الأوسط
كلية لندن للاقتصاد و العلوم السياسية
المملكة المتحدة

@LSEMiddleEast 

@lsemiddleeastcentre 

lse.middleeast 

lse.ac.uk/mec 