

صحوبات الانجاب في الكويت

دراسة مقارنّة حول الأعباء
المالية وسلوكيات طلب العلاج

مريم بعبيهاني



عن مركز الشرق الأوسط

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

يهدف المركز إلى تعزيز التفاهم وتطوير البحوث الدقيقة حول المجتمعات والاقتصادات والأنظمة السياسية وال العلاقات 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 توبى دودج، ويتخذ البرنامج مركز الشرق الأوسط في كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية مقرأله



يتم تمويل برنامج الكويت من قبل مؤسسة الكويت للتقدم العلمي



Middle East
Centre



صعوبات الانجاح في الكويت: دراسة مقطعة حول الأعباء المالية وسلوكيات طلب العلاج

مريم ببهانى

مركز الشرق الأوسط
أيلول / سبتمبر 2025

تم نشر هذا التقرير باللغة الإنجليزية في تموز / يوليو 2025

نبذة عن المؤلفة

مريم بهبهاني تشغل منصب باحثة مشاركة في إدارة الاقتصاد التقني بمعهد الكويت للأبحاث العلمية. تنصب الاهتمامات البحثية لمريم بهبهاني 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

تشكل صعوبات الانجاب (العقم) عبئاً نفسياً، ومالياً وحياتياً ملحوظاً على الأزواج الذين يلجؤون إلى المساعدة الطبية على الإنجاب من أجل الحمل. وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم الأعباء المالية والاجتماعية والاقتصادية التي يواجهها مرضى العقم في دولة الكويت. وقد عمدت الدراسة إلى إجراء مسح سكاني يُعني بقياس حجم التكاليف المالية المباشرة التي يتحملها المرضى للتغطية تكاليف العلاج، وتحديد تأثير ذلك على الأداء المهني للنساء. وتضم العينة المنسحبة 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 بالخصوصية، إلى جانب تيسير اللوائح التنظيمية المتعلقة بالعلاج في بيئة العمل، من أجل حماية النساء من العقوبات الناجمة عن تغيير أنماط عملهن أثناء فترة العلاج.

المقدمة

يُعد الإنجاب واحداً من أسمى الغايات التي ينشدها كل زوجين يُطلّلُهما زواج ناجح، إلا أن البعض يطول بهم الأمر فيلجؤون إلى المساعدة الطبية على الإنجاب. ويُعرف العقم طبياً بأنه عدم القدرة على الحمل في ظل وجود نية للإنجاب لدى الزوجين.¹ ومن هذا المنطلق، تُعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) العقم بأنه مرض يصيب الجهاز التناسلي الذكري أو الأنثوي أو هما معاً، ويُسبب في العجز عن تحقيق الحمل بعد 12 شهراً من الجماع المنتظم. ولقد أضحت العقم قضية تؤرق 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 تكاليف المالية والاقتصادية للعلاج كاهم الأزواج، مما يتراكم في صراع بين رغبتهم العميق في الإنجاب وقدرتهم على تحمل أعباء العلاج الباهظة. وفي المجتمع الكويتي المحافظ، يُعد العقم قضية اجتماعية حساسة، مع وجود دعم محدود ملئ يعانون منه. علاوةً على ذلك، تندّر الأبحاث التي تتناول تكاليف العقم وتبعاته في الكويت، إذ لم يعالج 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 المعروفة 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 المالي 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 سن لوائح تدعم النساء في أماكن العمل خلال فترات علاج العقم من شأنه أن يسهم في حمايتهن من التعرض للعقوبات التي قد تفرض عليهن نتيجة للتغيرات في أنماط عملهن الناجمة عن متطلبات العلاج.

¹ Melodie V. Borgh 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%20families%20and%20communities> (accessed 19 June 2024).

³ Arthur L. Greil, Kathleen Slusson-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 الانجاب: نبذة موجزة

عادةً ما يحدث الحمل الطبيعي خلال 12 شهراً من شروع الزوجين في محاولات الانجاب. 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 الانجاب المقدم (35 عاماً أو أكثر) أو كانت هناك مؤشرات مسبقة على وجود مشكلة في الخصوبة.⁵ ومن المعلوم أن العقم يؤثر على الأفراد بطرق متباعدة، ولهذا يُصنف إلى عقم أولي وعقم ثانوي؛ حيث يُعرف العقم الأولي بعدم قدرة المرأة على تحقيق الحمل تلقائياً، بينما يشير العقم الثاني إلى عجز المرأة عن الحمل بعد أن سبق لها الحمل بنجاح مرهً واحدة على الأقل، وهم تتوقف 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 سريرياً بدأية من منتصف الثلاثينيات، وتصل إلى حد 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 تطور 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 التلقائي. وتتمثل العوامل المرتبطة بالذكور في اختلال وظيفي في العملية الجنسية واضطرابات في المساواة البولية التناسلية؛ حيث تتطوّر أولى هذه العوامل على مجموعة من المقومات الجسدية الالزامية لحدوث الحمل التلقائي، بينما تؤثر الثانية على تكوين الحمل الصحي والحفظ على استمراريه.⁹ أما العوامل الأنوثية فتشمل كلّاً من الاضطرابات الهرمونية التي تؤثر على الإخصاب الطبيعي، والاضطرابات الفسيولوجية مثل تشوّهات الرحم، واضطرابات بطانة الرحم وضعف وظائف الأذيبات 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 الانجاب

من حسن الطالع، تمكن علم الطب الإنجابي من استحداث طرق علاجية تمنح الأمل للأزواج العاجزين عن الانجاب 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 يُعد 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 Borghi 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 Borghi and Wyns, 'Fertility and Infertility', pp. 1-10.

تغيرات نمط الحياة.¹³ ويمتاز هذا الأسلوب العلاجي بقدرته على تخفي 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، يُعد 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 تحفيراً 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، يُعد 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 المنسواه ذاته، شهدت أيضاً التقنية التقليدية للإخصاب في المختبر (IVF) استحداث إضافات علاجية ترمي إلى تحسين نسب نجاحها. تذكر من تلك الإضافات، على سبيل المثال لا الحصر، ثقب جدار الجنين (المساعدة على الفقس)، وتحميم بويضات المرأة أو الأجنة والفحص الجيني قبل الزرع.¹⁸ وتتجدر 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، يُجرم القانون الكويتي إجراء أي تدخلات علاجية على غير المتزوجين أو استخدام الإضافات العلاجية، مثل التبرع بالحيوانات المنوية أو البوopies، أو الاستعانة بالأمهات البديلات.

ورغم التطور الكبير الذي شهدته علاجات العقم، فإن نتائجها لا تزال غير مؤكدة، إذ يشغّل التنبؤ بنجاح الدورات العلاجية أو فشلها تحدياً للأطباء. ومؤخراً، قُدرت 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 الالاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و34 عاماً بلغ 41% و36% على التوالي.²⁰ وقد انخفض المعدل إلى 6% فقط لدى النساء الالاتي 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 مدة 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* 49/2 (2020), pp. 332–40.

التكاليف المالية والاجتماعية والاقتصادية للعقم

تنstem 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 جسمية، قد تتجاوز إمكاناتهم في بعض الأحيان.²³ وبالحديث عن تكاليف علاج العقم، نجد أن الباحثين يصنفونها إلى تكاليف مباشرة وغير مباشرة.

التكاليف المباشرة لعلاجات صعوبات الانجاب

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 المختبرية. ولهذا السبب، لا يوجد توافق سريري حول عدد الفحوصات التشخيصية المطلوبة لأي مريض أو إجماع على تقديم 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 ما يصل إلى 6 دورات من إجراءات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (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، يُقدر 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، فيُقدر متوسط تكلفة الدورة الواحدة بحوالي 7,000 يورو.²⁹ وفي المملكة المتحدة، يسدد 63% من المرضى جزءاً من تكلفة العلاج بأنفسهم، بمتوسط تكلفة يبلغ 13,750 جنيه إسترليني.³⁰ وعلاوةً 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 وتحمّل 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 المعنى بعلاجات العقم في الولايات المتحدة بالزيادة الملحوظة في معدلات الاستفادة من هذه العلاجات، لا سيما من قبل النساء ذات المستويات التعليمية الأعلى.³⁶ ومع ذلك، ما تزال السياسات الصحية في العالم متاخرة في إدراج علاجات العقم ضمن مظلة التأمين، الأمر الذي أسفّر عن استمرار المشكلات المتمثلة في عدم القدرة على الحصول على هذه العلاجات والعجز عن تحمل أعبائها المالية.³⁷

التكاليف غير المباشرة لعلاجات صعوبات الانجاب

يُمثل فقدان القدرة على الإنتاج أحد أبرز التبعات غير المالية الناجمة عن علاجات العقم،³⁸ كما أن إفصاح المرضى لأرباب أعمالهم عن خصوصهم للعلاج يُعد 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 إطار قانونية داعمة تضمن توفير الرعاية ملحقة ما قبل الحمل.³⁹ وفي فرنسا، أفاد 49% من المرضى المشمولين بالعينة إلى وجود تأثيرات سلبية على حياتهم المهنية، في حين أقرّ 46% بأنهم حاولوا اختلاق أعذار لتبرير التغييرات 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 تقديمهم الوظيفي، بينما شعر 36% بأن العلاجات ألحقت ضرراً جسدياً يمسّون الوظيفية. وتُعد 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, Vinoos, 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, Vinoos, 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 بالتكليف المالي والاجتماعية والاقتصادية المترتبة على العقم، تمهدًا 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 ملارعاة عامل استذكار المشاركين للأحداث الماضية وحصول استخدامهم لتقنيات العلاج الحديثة. إضافةً إلى ذلك، اعتمدت الدراسة أسلوب عينات الإحالة المتسلسلة غير الاحتمالية المعروفة 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 نقاط، فقد أثبتت باحثون اجتماعيون كفايتها في تشكيل العينات من الشريحة السكانية النادرة أو الحساسة.⁴⁴

لا يوجد إطار عمل مناسب لاختيار أفراد العينة من الشريحة السكانية المستهدفة نظراً لغياب شبكة محلية أو سجل يُعني بتوثيق حالات مرضي العقم والاحتفاظ ببياناتهم. علاوةً على ذلك، فإن محدودية فترة الدراسة يجعل من إجراء عمليات الفرز الشامل من خلال العيادات أمراً صعباً. وفي الدراسات الوصفية، تمثل 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 المسوح عبر الاستقصاء الذاتي باستخدام أداة Microsoft Forms، وهو يتكون 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 يخضع لها الزوجان، ومدى استخدامهما للإضافات العلاجية بمحاجبة الوسائل التقليدية، وعدد الدورات العلاجية الناجحة وغير الناجحة، ومقدار العلاج والتحولات المحتملة.

يتناول القسم الثاني من الاستقصاء النفقات المترتبة بالعلاجات، حيث ترتكز الأسئلة على تكاليف العلاجات التقليدية التي يتحملها الأزواج من أموالهم الخاصة، وتكليف الإضافات العلاجية عند استخدامها، وتغطية التأمين الصحي 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 ترتكز أسئلته على مدى سهولة حضور الاستشارات والفحوصات الطبية في أثناء ساعات العمل، وعدد أيام الغياب، ومستوى أداء المرأة المهني، وتقدمها 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

أُطلقت الدراسة الاستقصائية في شهر يونيو/حزيران من عام 2024 وظلت متاحةً ميدانياً للمشاركين على مدار شهرين. وفي البداية، تواصلنا مع المشاركين المحتملين عبر رسالة توضح طبيعة الدراسة، ثم أحيلوا بعدها إلى رابط المسح بعد موافقتهم على المشاركة، مع التأكيد التام على سرية البيانات وعدم الكشف عن هوية المشاركين كافة. وقد خضع المسح بالكامل مراجعة 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 ويسبعد المشارك لعدم توفر شروط العينة فيه. كما جرى احتساب الوقت المستغرق في تعبئة المسح كمؤشر على مدى تركيز المشاركين، لاستبعاد الإجابات غير الجادة أو المتسرعة.

بعد ذلك، سجلنا البيانات استناداً إلى الإجابات المنقحة التي تم التحقق من تأثيرها 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 المقطعة 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
تمثّل 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 المجهري (IVF/ICSI)، والإضافات العلاجية، والعمليات الجراحية.	العلاج التدريجي
استخدام تدخل علاجي واحد أو مزيج من التدخلات العلاجية غير المختبرية لعلاج العقم، مثل الأدوية أو التلقيح داخل الرحم (IUI).	العلاج غير التدريجي
يُقدر 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
تُكفل مرضى العقم بتمويل علاجهم بشكل كامل من مواردهم الذاتية.	الدفع من المال الخاصة

النتائج

بلغ عدد الاستجابات التي تلقاها المسح 120 ردًّا. وبالاستناد إلى معايير الإطار الزمني والمكاني لتلقي العلاج، تبيّن أن 69 استجابة تنتمي إلى الشريحة السكانية المستهدفة وتُعد صالحة للتحليل. وتتجدر الإشارة إلى غياب الاستجابة لبعض العناصر في القسم demografic 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 demografic 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	(3%) 2	(10%) 6
39-30 عاماً	(45%) 29	(59%) 24
49-40 عاماً (الذكور)	(45%) 29	
50 عاماً فأكبر (الذكور)	(6%) 4	
45-40 عاماً (الإناث)		(29%) 17
أكبر من 45 عاماً (الإناث)		(2%) 1
المستوى التعليمي		
شهادة الثانوية العامة أو أقل	(13%) 8	
دبلوم أو تدريب تخصصي	(8%) 5	(16%) 9
شهادة جامعية أو درجة البكالوريوس	(58%) 37	(59%) 34
درجة دراسات عليا (الماجستير أو الدكتوراه)	(22%) 14	(26%) 15
الحالة الوظيفية		
موظف (في القطاع العام أو الخاص)	(91%) 58	(88%) 51
يعمل لحسابه الخاص	(5%) 3	(7%) 4
عاطل عن العمل		(3%) 2
متقاعد	(5%) 3	(2%) 1
الدخل الشهري (بالدينار الكويتي)* - تقديري		
1,000-500	(6%) 3	(13%) 7
1,500-1,001	(22%) 12	(38%) 21
2,000-1,501	(44%) 24	(31%) 17
2,500-2,001	(11%) 6	(7%) 4
أكثر من 2,500	(18%) 10	(11%) 6
الدخل الشهري (دينار كويتي)* - مفصح 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% و 16% على التوالي. أما بالنسبة للدخل الشهري التقديري، فيبلغ معدلات عدم الاستجابة 20% لكلا الجنسين، في حين تصل هذه النسبة إلى 83% لدى كلٍ من الذكور والإناث على حد سواء بالنسبة للدخل الشهري المفصح عنه.

* 1000 دينار كويتي = 2,496 جنيه إسترلينيًّا، وذلك وفقاً لسعر الصرف 0.400 الذي حدده بنك الكويت المركزي (العام 2024).

ومن الناحية السريرية، لا يكون للسن البيولوجية للذكور تأثير كبير في تحديد إمكانية حصولهم على العلاج، وذلك بخلاف الإناث الالتي 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 الالتي 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 تنتهي 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 يتلقاه الزوج أو الزوجة من عملهما، مع تجاهل أي مصادر أخرى للدخل. وبناءً على ذلك، يتراوح الدخل الشهري الذي يتلقاه الزوج أو الزوجة من الإناث بين 1,001 و1,500 دينار كويتي تقريرياً، بينما يتراوح الدخل الشهري الذي يتلقاه الزوج من الذكور و38% من الإناث بين 1,501 و2,000 دينار كويتي تقريرياً. ويتبيّن من ذلك أن الأزواج المشاركون في هذه العينة من ذوي الدخل المتوسط. وعلى الرغم من امتلاع نسبة كبيرة من المشاركون في المسح عن الإجابة عن سؤال "الدخل الشهري"، فإن الوسيط الحسائي للدخل ومتوسط الدخل المفصح عنهما يقعان ضمن الفئات التقديرية للدخل التي اعتمد عليها المسح.

الجدول 3: الإحصائيات المتعلقة بالأزواج

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

يعرض الجدول رقم 3 إحصائيات جُمعت على مستوى الأزواج في العينة. بالنظر إلى طبيعة مرض العقم نفسه، نجد أن معدل انتشار العقم الأولي والثانوي يبلغ حوالي 49% و 51% على التوالي، وفق ما هو موضح في حالة الحمل قبل أن يتوجه الأزواج إلى تلقي العلاج. وقد تجاوزت مدة زواج 78% من الأزواج فترة 6 سنوات. علاوةً على ذلك، كان 35% و 25% من الأزواج يسعون للحصول على علاجات العقم ملدي تتراوح بين 3-6 سنوات و 4-6 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 تدخلًا، 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، والمخدرات، 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 وإخفاقها

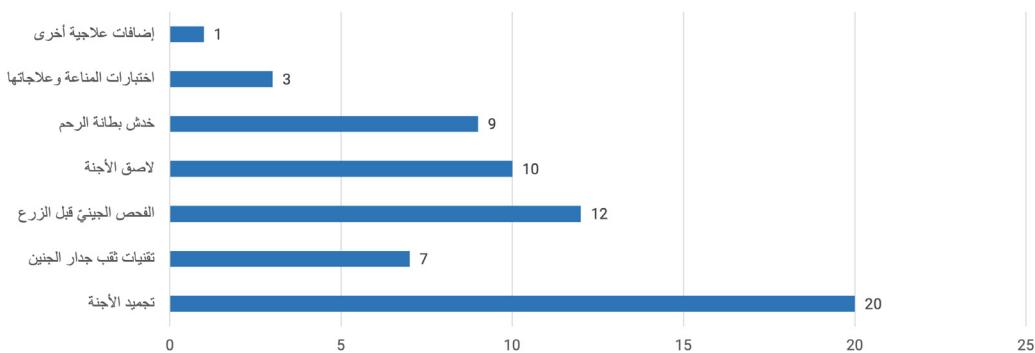
الدورة العلاجية	العدد (%)
النجاح في علاج العقم	
ولادة واحدة	(34%) 11
ولادات متعددة	(56%) 18
غير معروف	(9%) 3
الإخفاق في علاج العقم	
المعدل	(46%) 32
الدورات العلاجية الفاشلة	
1-3 دورات	(51%) 20
6-4 دورات	(28%) 11
أكثر من 6 دورات	(5%) 2
غير معروف	(15%) 6

ملحوظة: بلغ أقصى عدد للدورات العلاجية الفاشلة المفصح 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% طفلًا واحدًا، بينما حصل 56% من المشاركون 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 المشاركون 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)



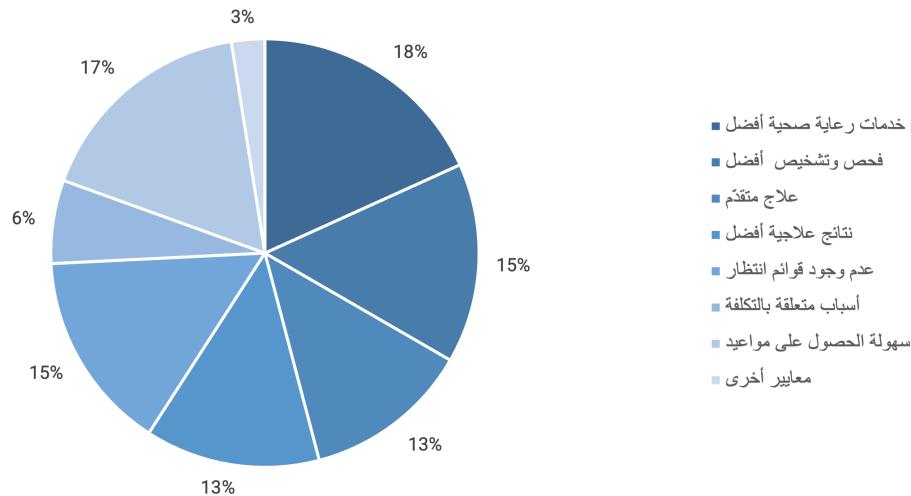
خضع نحو 72% من الأزواج في العينة لتدخلات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI). إضافة إلى ذلك، استخدم 55% منهم إضافات علاجية ترمي إلى تحسين نتائج العلاج. ويوضح الشكل رقم 1 مختلف الإضافات العلاجية التي استخدمها 58% من المرضى الخاضعين للإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، سواءً كانت إضافة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

العناصر السلوكية

الجدول 5: مقدمو الرعاية الصحية المعنيون بعلاجات العقم

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

الشكل 2: معايير الأزواج في اختيار مقدم علاجات العقم



يتناول الجدول رقم 5 خيارات الأزواج المتعلقة بـ مقدمي علاجات العقم، حيث تشكل العيادات الصحية الخاصة المزروعة 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. وتتوزع المعايير الأساسية التي يعتمد عليها الأزواج في اختيار مقدم العلاج بين جودة الخدمات، وسهولة حجز المواعيد، وعدم وجود قوائم انتظار، ودقة التشخيص والفحوصات، كما هو موضح في الشكل رقم 2.

وكما هو موضح في الجدول رقم 5، يبدو تغيير مقدم الرعاية الصحية أمراً شائعاً بين الأزواج، حيث خاض 66% منهم تجربة الانتقال بين مقدمي الخدمات الصحية، علماً بأنّ معظم هذه الانتقالات (لدى 67% من الأزواج) جاءت داخل القطاع نفسه. وبحسب ما أفاد به الأزواج، تمثل الأسباب الرئيسية لهذه الانتقالات في الفشل المتكرر للعلاج، والأمل في تحقيق نتائج أفضل، والبحث عن أخصائين أكثر خبرة، إضافة إلى عدم كفاية العلاجات أو ضعف كفاءة مقدمي 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. وتُعد 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 أصيّروا 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

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

* 1000 دينار كويتي = 2,496 جنيهًا إسترلينيًّا، وذلك وفقًّا لسعر الصرف 0.400 الذي حدده بنك الكويت المركزي (لعام 2024).

استنادًًا إلى الجدول رقم 6، أفاد المرضى الخاضعين للتلقيح داخل الرحم (IUI) بأنًّ متوسط تكلفة الدورة العلاجية الواحدة يبلغ نحو 674 دينارًا كويتيًّاً 1,682 جنيهًًا إسترلينيًّاً، 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 دينارًا كويتيًّاً 337 جنيهًًا إسترلينيًّاً. ومع ذلك، قد تصل تكلفة التلقيح داخل الرحم (IUI) لبعض الأزواج إلى 2,000 دينار كويتيًّاً 4,993 جنيهًًا إسترلينيًّاً، وذلك حسب خطة العلاج المخصصة لكل مريض.

أما بالنسبة لتدخلات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، فيبلغ متوسط تكلفة دورة علاجية واحدة شاملة للاستشارات، والفحوصات، والأدوية والإجراء الطبي نحو 3,928 دينارًا كويتيًّاً 9,805 جنيهًًا إسترلينيًّاً، وذلك بناءً على إجابات 65% من مرضى هذه التدخلات. وتتغير التكلفة حسب خطة العلاج، فقد تصل إلى أكثر من 5,000 دينار كويتيًّاً 12,481 جنيهًًا إسترلينيًّاً 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 دينارًا كويتيًّاً 3,193 جنيهًًا إسترلينيًّاً. وتفاوت تكلفة الإضافات العلاجية بين الأزواج حسب متطلبات العلاج، لتصل إلى 2,000 دينار كويتيًّاً 4,993 جنيهًًا إسترلينيًّاً، أو أكثر من 3,000 دينار كويتيًّاً 7,489 جنيهًًا إسترلينيًّاً، 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 تحمل الأعباء الجسدية والمالية الباهظة مرةً أخرى، حيث تفرض المصاريف الهايلة لعلاجات العقم تهديداً حقيقياً على الاستقرار المالي للأزواج.

عند تحليل مستويات دخل الأزواج، كما هو موضح في الجدول رقم 2، يتبيّن أن الدخول الشهرية نحو 65% من الأزواج و69% من الزوجات بين 1,000 و2,000 دينار كويتي 4,993-2,496 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 إجمالياً دخل الزوجين بكثير.

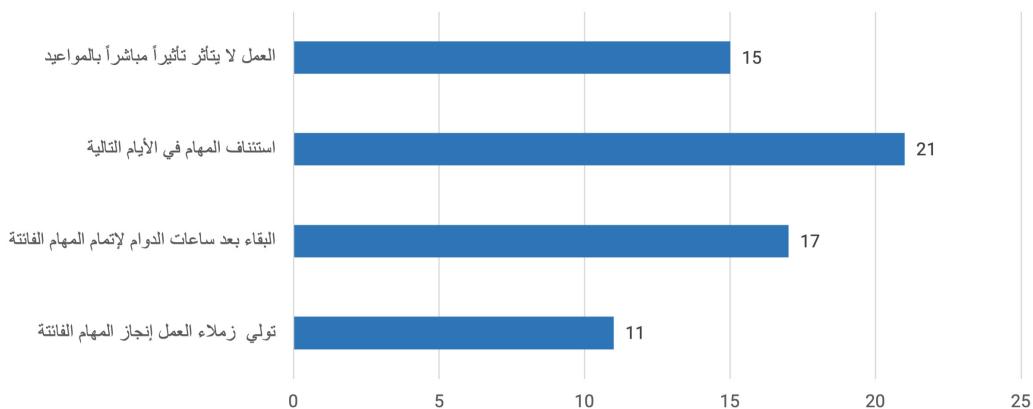
وتضاهي التكاليف المالية لعلاجات العقم في الكويت مثيلاتها في الدول ذات الدخل المرتفع، وفق ما هو موضح في استعراض الدراسات السابقة. ومع ذلك، ما تزال الكويت في وضع متأخر فيما يتعلق بسياسات دعم العلاج وتغطية التأمين لهذه التدخلات. واستناداً إلى الإجابات الواردة في الدراسة الاستقصائية، يبدو أن للقطاع العام 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

تبعد تبعات التكاليف غير المباشرة لعلاجات العقم واضحة في الحياة المهنية للإناث. ففي الوقت الذي تحظى فيه النساء الحامل 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.

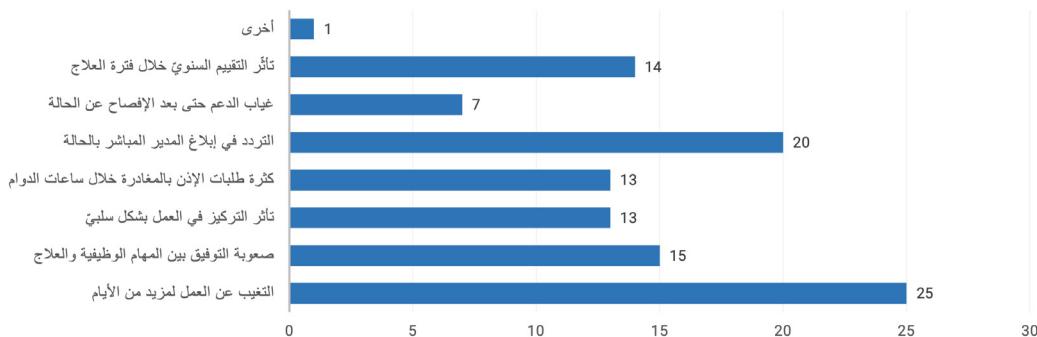
وقد أظهر المسح أن 94% من النساء كنَّ على رأس عملهن خلال فترة علاج العقم، حيث بلغت نسبة العاملات منهن في القطاع العام 85% وفي القطاع الخاص 11%. كما أفادت 78% من النساء أنه خلال فترة العلاج تزامنت مواعيد تحاليل الدم والفحوصات والمتتابعات الطبية المترددة مع ساعات العمل. وقد أطلعت 5% منهن فقط أرباب العمل على خضوعهن للعلاج من أجل الحصول على الدعم خلال تلك الفترة. وفي المقابل، طلبت 45% منهن إذناً بالخروج خلال ساعات الدوام أو حصلن على إجازات مرضية لحضور مواعيدهن. ويوضح الشكل رقم 4، أن النساء قمن بتعويض المسؤوليات والمهام الوظيفية الفائضة 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 مقدم علاجات العقم



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

الشكل 4: تأثير علاجات العقم على التقدم الوظيفي للنساء العاملات



وفيما يتعلق بتأثير العلاجات على التقدم الوظيفي للمرأة، ترى 59% من النساء العاملات أنهن تأثرن بها، وإن تعددت وجوه هذا الأثر؛ إذ يتغيب أغلبهن لمزيد من الأيام عن العمل، كما أنهن يتددن في الإفصاح عن حالتهن 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 الكثیر من العبارات، مثل 'باحث التکالیف'، 'مرهق نفسیاً'، 'محبط'، 'ینتابنی شعور بالقلق والاكتئاب وغياب الدعم'. وعلى الرغم من محدودية حجم العينة في هذه الدراسة، ومن القيود التي تفرضها منهجهية الإحالة المتسلسلة غير الاحتمالية (كرة الثالج)، وما ترتب عليها من تحديات تتعلق بعمیم النتائج، تظلّ هذه الدراسة التشخيصية الأولیة ذات أهمیة واضحة لفهم إمكانیة الحصول على خدمات الرعاية الصحية وسلوکیات البحث عن العلاج في مجال طب المساعدة على الإنجاب في دولة الكويت. ومن خلال تحلیل إجابات 69 زوجاً، يتبيّن أن العقم يمثل بالفعل مشكلة كبيرة تنطوي عليها أعباء مالية، واجتماعیة واقتصادیة ثقیلہ.

وتضاهي تکالیف العلاجات في الكويت التکالیف المناهضة في الدول ذات الدخل المرتفع مثل الولايات المتحدة والمملکة المتحدة وفرنسا، حيث يُقدّر متوسط تکلفة دورة واحدة من علاج الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI) مشتملة على إضافة علاجية واحدة على الأقل بحوالی 5,207 دینار کویتی (أی ما يعادل 12,998 جنيهًا إسترلينیًا تقريباً). ومع ذلك، نجد أن تکلفة دورة علاجية واحدة لزوجین من ذوي الدخل المتوسط تتکاوز مجموع دخلهما الشهري المشترک لعدة أشهر متتالية. ومن ثم، يواجه الأزواج، الذين يتعرضون لإخفاقات متکررة في الدورات أو يحتاجون إلى إضافات علاجية بجانب العلاج التقليدي، أعباءً ماليةً شاقّة. وعلى المبنوال ذاته، تواجه النساء العاملات الالاتی يخضعن لعلاجات عقم طویلة الأمد أوضاعاً غير منصفة في أماكن العمل مقارنةً بنظيراهن من لا يعاني من مشکلات إنجابیة، ومن أبرز هذه التحديات في هذا السیاق 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 تخفیف وطأة العبء المالي على الأزواج الذين عانوا من العقم لسنوات ودفعوا مبالغ طائلة جراء إخفاقات العلاج المتکررة. ومع ذلك، فإن توفير برامج دعم جزئي أو کلی للعلاج في القطاع الخاص يمكن أن يعود بالنفع على الأزواج المحرومین من الإنجاب. وينبغي أن يستند تقيیم أهلیة الدعم إلى عدد الأطفال الذين تم إنجابهم، وعدد الدورات العلاجیة التي خضع لها الزوجان، وضرورة إجراء التدخلات المخبریة المتقدمة وعدد سنوات المعاناة من العقم.

ويتعین التعامل مع علاجات العقم في أماكن العمل باعتبارها حالة طبیة طبیعیة تتطلب لوائح تنظیمیة وإجراءات ترمی إلى حماية النساء العاملات من أيّ عقوبات تجّم عن متطلبات العلاج. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن یُمنح خیار "العمل من المنزل" تلقائیًّا للنساء العاملات خلال الأسبوعین التاليین لإجراء الزراعة في علاجات الإخصاب في المختبر/الحقن المجهري (IVF/ICSI)، نظراً لضرورة الخلود إلى الراحة أثناء هذه الفترة. كما یُعَدّ توفير ساعات عمل مرنة خلال رحلة العلاج أمراً ضروریاً ملساude النساء على التوفیق بین واجبات العمل ومتطلبات العلاج.

وبالسیر على خطی نظم الرعاية الصحية المتطلبة في العالم، ينبغي تنظیم حجم العرض والطلب على علاجات العقم ومراقبتها من خلال إنشاء جهة تنظیمیة محلیة تُعنی بذلك. ولا بدّ أیضاً من تعزیز الشفافیة بین مقدمی خدمات المساعدة الطبیة على الإنجاب في الكويت ملساude مرضی العقم على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن علاجاتهم واختیار مقدمیها. ومن شأن توفير معلومات وبيانات محدثة حول أنواع أدویة العقم وعلاجاته ومقدمی الخدمة والإرشادات التوعییة والجلسات التعنیریة، في إطار هذه الجهة التنظیمیة، أن یرفع من مستوى سیاسات الرعاية الصحية في مجال الخصوبة بالکویت. ونظراً لتعدد تبعات مشكلة العقم، فإن الشریحة المجتمعیة المتأثرة تستحق إجراء دراسات طولیة ترکّز على سبل التعافی المالي بعد العلاج، ومقارنة التجارب بین القطاعین العام والخاص، بالإضافة إلى استقصاء التأثیرات النفیسیة والمهنیة على الأزواج الذين خضعوا بالفعل أی ما زالوا يخضعون لعلاجات العقم.

دروس مستقة من النموذج البريطاني لتنظيم علاجات العقم

تضطلع هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) بدور الجهة التنظيمية الرسمية لعلاجات العقم والابحاث المرتبطة بها في المملكة المتحدة، وقد أنشئت بموجب قانون الإخصاب البشري وعلم الأجنة لعام 1990. تُعني 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 تزويد العيادات بأحدث ما توصلت إليه الأبحاث والابتكارات لضمان اتساقها مع تطورات قطاع الخصوبة. وتتألّق الهيئة قوياً في تزويد العيادات برسوم التراخيص ورسوم علاجات الإخصاب في المختبر (IVF)، بالإضافة إلى منح تقدّمها 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 56 موظفاً فقط. ويتألف مجلس إدارتها من أعضاء يمثلون قطاعاً عريضاً من التخصصات لضمان تقديم وجهات نظر تدعم 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) مقدمي علاجات العقم والمستفيدون منها؟

تُدير هيئة الإخصاب البشري وعلم الأجنة (HFEA) جانبي العرض والطلب في قطاع الخصوبة على حد 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، و اختيار الجنس، وإجراءات الحقن المجهري (ICSI) وجودة الأجهزة والمواد المستخدمة في العيادات. ومع ذلك، فإنها لا تتدخل في تحديد أسعار العلاجات ولا في قرارات أهلية الحصول على قويلاً 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، تحفظ الهيئة بسجل موثق للمعلومات والبيانات التي يتم جمعها من جميع عيادات الخصوبة، وتُنشر هذه البيانات والإحصائيات في لوحة المعلومات الإلكترونية التابعة للهيئة والملخصة لخدمة مختلف فئات المستخدمين.

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

منذ عام 1991، ألزم القانون العيادات الحاصلة على ترخيص أن تقدم بياناتها الخاصة بالعلاجات والنتائج. وتُخزن السجلات التي تم التحقق من صحتها في قاعدة بيانات مركبة تضم معلومات سريرية عن الدورات العلاجية المنفذة، 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 ومتحركة مجاناً للجمهور.

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

- يُعد إنشاء جهة تنظيمية تُعني 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 الأجنحة (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 وأمالية، 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 المراافق والمعدات والخبرات المتوفرة في المختبرات. ولا بد كذلك من إلزام العيادات بإبلاغ الجهة التنظيمية بأسباب إجراء فحوصات ما قبل زراعة الأجنحة، واستعمال الحقن المجهري (ICSI) أو الحقن المجهري 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 سلية وموثقة عن العيادات، ونتائج الدورات العلاجية حسب نوع العلاج، وأعمار المرضى ونوع التمويل المستخدم. وبفضل هذه البيانات، سيتمكن 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 ميجاس، رانية النقيب، عبد الله الخيني، رنا خزبك، «هويات المواطنة الشبابية في الكويت»، نيسان/ أبريل 2024
أندري أوتسين، سمية البناء، باسل الزغول، صادق ضمرة، «كويت أكثر صدقة 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 فريتاج، أسيل طقشة، سوزانا موراتو، «حضرنة النظم عبر حضرنة الدين: القيم
البيئية الإسلامية وسياسات الربط بين المياه والطاقة والطبيعة في الكويت»، حزيران / يونيو 2024.

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

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

نازانين شاهروكني، سبيروس سوفوس، «بيئات الانتفاء 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 للتحول 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 الإبراهيم، «الأمراض غير السارية ومخاطر دخول المستشفيات للعلاج في الكويت: نهج يمكن تعميمه باستخدام
المسح الصحي العالمي القائم على السكان»، كانون الثاني / يناير 2023.

أنتانيا ستيليانو كاليتزي، أحمد العوضي، سليمان القديسي، تريفور ويليام تشامبرلين، «تنوع الصادرات والنمو الاقتصادي
في الكويت: أدلة من السلسل الزمنية وتحليلات المسوح الميداني»، كانون الثاني / يناير 2023.

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

محمد عديل، ريم 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 دجوريتتش

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 