

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا



مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي

من خلال اختبار الرورشاخ

دراسة عيادية لخمس حالات في مركز حياة للخصوبة- بولاية غرداية-

مذكرة مكملة لنيل متطلبات شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة:

آمال بن عبد الرحمان

إعداد الطالبتين:

سليمة بلحاج أحمد

خديجة كعبوش

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	الإسم
رئيسا	غرداية	د.ياسمينه تشعبت
مشرفا و مقررا	غرداية	د.آمال بن عبد الرحمان
مناقشا	غرداية	د نسيينة مزاور

الموسم الجامعي: 2020 / 2019

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا



مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي

من خلال اختبار الرورشاخ

دراسة عيادية لخمس حالات في مركز حياة للخصوبة- بولاية غرداية-

مذكرة مكملة لئيل متطلبات شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة:

آمال بن عبد الرحمان

إعداد الطالبتين:

سليمة بلحاج أحمد

خديجة كعبوش

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	الإسم
رئيسا	غرداية	د.ياسمينة تشعبت
مشرفا و مقررا	غرداية	د.آمال بن عبد الرحمان
مناقشا	غرداية	د نسيئة مزاور

الموسم الجامعي: 2020 / 2019

شكر وعرفان

الحمد لله الذي قدر كل شيء فأحسن قدره وابتلى الإنسان بما يسره وما يسوؤه ليحسن في
الحالتين شكره وصبره، وجعل بعد ما يكره، أملاً فيما يحب ومما يحب حذراً مما يكره، ف سبحانه
واهب النعم، ومقدر النعم

له الحمد في الأولى والآخرة، لا إله إلا هو كل شيء هالك إلا وجهه ونعم زائلة إلا جنته، والصلاة
و السلام على من لا نبي بعده.

نتقدم بأسمى عبارات بالشكر و أخلصها إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل
المتواضع وبالأخص إلى الأستاذة المشرفة على هذا البحث * أمال بن عبد الرحمان * إذ منحتنا
الكثير من وقتها ولم تبخل بنصائحها و توجيهاتها القيمة والتي كانت السبيل المنير في الصدق
والوفاء لإنجاز هذا البحث كما لا ننسى الأستاذ المختص العيادي * كومني الحاج موسى * الذي
أثرى هذا البحث بمساعدته. والشكر الجزيل إلى كل طاقم مركز حياة للإخصاب و على رأسهم
الدكتور * عدون موسى *

كما نشكر أساتذتنا بجامعة غرداية كل واحد باسمه *

كما لا ننسى أن نشكر كل من التمس لنا العذر عن الأخطاء و الهفوات أو النقائص التي وردت
دون قصد منا، فالشمول أمر صعب والكمال لله وحده.

اهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك، ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك،
ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك، و إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة، ونصح الأمة، إلى نبي الرحمة
ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدتي الغالية التي ساندتني بعطفها وحنانها ومن كان دعائها لي سر
نجاحي، وإلى روح والدي العزيز الذي لم ييخل على يوما بشيء في حياتي فهو النور الذي أنار لي
درب النجاح .

إلى أخواتي " فتيحة ،عائشة ،مليكة "

و إلى إخوتي : "عبد الوهاب وباسعيد"

إلى شريك حياتي: "عبد الناصر" و نور عيني "أحمد فاروق"

إلى أمل في غد أفضل: صديقتي كل واحدة باسمها

إلى كل أفراد عائلتي الكبيرة خاصة "خالي و خالاتي"

أن يخرق حياتهم شعاع أمل لينير دروهم الوعرة.

سليمة



إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك، ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك، ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك، و إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة، ونصح الأمة، إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدتي الغالية التي ساندتني بعطفها وحنانها وما دعاؤها لي إلا هو سر نجاحي، وإلى روح والدي العزيز الذي لم يخل علي يوماً بشيء في حياتي فهو النور الذي أنار لي درب النجاح.

إلى إخوتي وأخواتي الذين هم السند المتين في مشواري الدراسي

إلى أمل في غد أفضل: صديقاتي كل واحدة باسمها

إلى كل أفراد عائلتي الكبيرة أن يلج حياتهم شعاع أملي لينير دروبهم الواعرة.

خديجة

ملخص الدراسة بالعربية:

يعد العقم من المشكلات الطبية التي تخلف آثاراً سلبية سواء على الصحة النفسية أو الإنجابية لذلك جاءت هذا الدراسة بهدف إسقاط الحالة النفسية لدى المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي من خلال إبراز مؤشرات القلق عن طريق الاختبار الإسقاطي رورشاخ، و تم الاعتماد على المنهج العيادي لدراسة كل حالة لوحدها. وقد تكونت م الدراسة من خمسة نساء يعانين من العقم، حيث في مرحلة إجراء العلاج بالتلقيح الاصطناعي يعانين من قلق نفسي مرتفع وقد تم اختيارهن بطريقة قصدية. حيث استعملنا الاختبار الرورشاخ المقابلة العيادية، وكانت أهم النتائج المتحصل عليها أنها تحققت جل الفرضيات نذكر ما تحقق منها:

1. _ وجود انخفاض في استجابات R يشير على وجود كف قوي ورقابة شديدة وهو مؤشر على وجود قلق نفسي.

2. _ بروز الإجابات الشكلية الجزئية السلبية -DF؛ و هذا يشير إلى عدم التحكم في العالم الخارجي واسقاط المشاعر السلبية المرتبطة بالخوف ويشير أيضا إلى وجود فشل في الإصران والتوازن.

3. بروز الاستجابة الجنسية حاولن من خلاله إبراز النضج الجنسي مع محاولة تغطية الاضطرابات الموجودة في علاقتهن الجنسية وهذا مؤشر على طغيان القلق لديهن حيث بدت الصورة الجسدية مضطربة.

4. غياب الاستجابات اللونية؛ وهذا الغياب في الاستجابات اللونية يشير إلى عدم الاستقرار المتحكم فيه لردود الأفعال العاطفية وهو مؤشر على وجود القلق.

5. ارتفاع معدل صيغة القلق من خلال ارتفاعه عن النموذج المعياري %12، وهذا يشير إلى وجود قلق شديد.

6. ارتفاع معدل الرفض؛ فنجد أن هذه الجزئية تحققت في هذه الدراسة لأن نسبة معدل الرفض مرتفعة على المعيار النموذجي.

أما عن الفرضيات غير المحققة فهي:

- الحركة الحيوانية نرى أن هذه الجزئية لم تتحقق في هذه الدراسة لغياب استعمالها لدى المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي.

الكلمات المفتاحية: مؤشرات القلق النفسي، التلقيح الاصطناعي، اختبار الرورشاخ.

The Summary, English Version:

Infertility is one of the medical problems that have negative effects, whether on mental or reproductive health, and these effects usually occur as a result of the situation that women are exposed to, whether during the diagnosis stage or the coincidence of failed treatment attempts or the case of I.V.F that is resorted to as the last possible treatment solutions in the field of Fertilization, in which a woman pinned her hopes, although it was not achieved at a very high rate. Therefore, this study came with the aim of projecting the psychological state of the woman coming to artificial insemination by highlighting indicators of anxiety through the projective test - Rorschach -. For this purpose, the clinical approach has been relied on to study each case separately. The sample of the study consisted of five women suffering from infertility, who during the I.V.F treatment phase suffer from high psychological anxiety and were chosen unintentionally. The study tools are consisted of:

1. The clinical interview. 2. Projective test -Rorschach-

The two researchers confirmed the validity of the tools before the application, and the application took a whole week with the simultaneous medical treatment, and the most important results obtained were:

It fulfilled most of the assumptions, we mention what it was achieved:

A decrease in R responses indicates a strong palm and tight control and is an indication of psychological anxiety.

The emergence of partial negative formal responses DF - this indicates lack of control in the outside world and the dropping of negative feelings associated with fear, and it also indicates the presence of a failure in coordination and balance

The emergence of sexual response through which they tried to highlight sexual maturity while trying to cover the disturbances in their sexual relationship, and this is an indication of the tyranny of anxiety they have, as the physical image seemed disturbed.

The absence of chromatic responses, this absence and scarcity of color responses indicates the controlled instability of emotional reactions and is an indication of the presence of anxiety.

- An increase in the rate of the anxiety formula by rising from the standard pattern by 12%, and this indicates the presence of severe anxiety.

As for the unrealized hypotheses, they are:

_ The high rate of rejection, so we find that this partiality was not achieved in this study because the rate of rejection is 2, which is less than the typical standard.

_ Animal movement We see that this partiality was not achieved in this study due to the absence of its use in women who are about to undergo artificial insemination.

Key words: Signs of anxiety, I.V.F, Rorschach Test.

فهرس المحتويات	
أ	شكر وعرفان.....
ب	إهداء 1.....
ج	إهداء 2.....
د	ملخص الدراسة بالعربية.....
و	ملخص الدراسة بالانجليزية.....
ح	فهرس المحتويات.....
1	مقدمة
5	الفصل الاول : الاطار العام للإشكالية.....
5	تمهيد.....
5	1- إشكالية الدراسة.....
8	2- الفرضيات
8	3- دوافع الدراسة.....
8	4- أهمية الدراسة.....
9	5- أهداف الدراسة.....
10	6- التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة.....
10	7- الدراسات السابقة.....
12	8- التعليق على الدراسات السابقة.....
13	خلاصة.....
14	الفصل الثاني: القلق النفسي
14	تمهيد.....

14	1- مفهوم القلق النفسي.....
15	2- النظريات المفسرة للقلق النفسي.....
18	3- أنواع القلق النفسي.....
18	4- درجات القلق النفسي.....
19	5- أعراض القلق النفسي.....
19	6- أسباب القلق النفسي.....
20	7- تشخيص القلق النفسي.....
21	8- علاج القلق النفسي.....
22 خلاصة
24	الفصل الثالث: التلقيح الاصطناعي.....
24 تمهيد
24	1- مفهوم التلقيح الاصطناعي.....
25	2- نبذة تاريخية عن التلقيح الاصطناعي.....
26	3- أشكال التلقيح الاصطناعي.....
28	4- صور التلقيح الاصطناعي.....
29	5- أسباب اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي.....
31	6- مراحل التلقيح الاصطناعي.....
33	7- خطوات التلقيح الاصطناعي الداخلي.....
34	8- خطوات التلقيح الاصطناعي الخارجي.....
36	9- السيورة النفسية للمرأة أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي.....
36	10- التكفل النفسي للمعالجين في مراكز التلقيح الاصطناعي.....
37 خلاصة.....
40	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية الدراسة.....
40 تمهيد.....
40	1- المنهج المستعمل في البحث.....
40	2- الدراسة الاستطلاعية.....
41	3- حدود الدراسة.....

41	4- وصف مجموعة البحث.
42	5- أدوات البحث.
42	5- 1- المقابلة العيادية نصف موجهة.
43	5- 2- الملاحظة العيادية.
44	5- 3- اختبار الرورشاخ.
50	6- ظروف الاجراء والتطبيق.
50	خلاصة.
52	الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات.
52	تمهيد.
52	1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى (فردوس).
58	2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية (زهرة).
64	3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة (عيدة).
70	4- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة (هند).
76	5- عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة (سامية).
	الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج.
	تمهيد.
83	6- مناقشة مؤشرات الفرضية.
87	7- مناقشة الفرضية العامة في ضوء الدراسات السابقة.
90	8- الاستنتاج العام.
93	المراجع.
106	الملاحق.

قائمة الجداول:

41	الجدول رقم(1): خصائص أفراد البحث.
83	الجدول رقم(2): الاستجابات R.
84	الجدول رقم(3): الاستجابات الجزئية الشكلية السلبية - DF.
84	الجدول رقم(4): الاستجابات الجنسية SEX.

85	الجدول رقم(5): نسبة الرفض RESUS.....
85	الجدول رقم(6): الاستجابات اللونية C.....
86	الجدول رقم(7): صيغة القلق IA.....
86	الجدول رقم(8): الاستجابات الحركية الحيوانية KAN.....

قائمة الأشكال :

28	الشكل رقم1: طريقة الحقن المجهري.....
31	الشكل رقم2: أسباب العقم.....
36	الشكل رقم3: مراحل التلقيح الاصطناعي.....

يُعد الارتباط الزوجي في الحياة البشرية هي الطريقة المثلى لتحقيق استمرار الإنسان... فالعالم يرى أن لهذه الرابطة المقدسة غايات وأهداف تحقق للإنسان أبعاد نفسية جسمية اجتماعية... خاصة ما نسميه إشباع الحاجة الأساسية وهي الغريزة الوالدية. فإذا كان الإنجاب يحقق أساسيات استقرار الزوجين، فإن غيابه أو عدم حدوثه يسبب كثيراً من الضغوط النفسية خاصة عند المرأة. وحسب (بوفنتوشت، 1995) ذكر أن المرأة لا تؤخذ كاملة، إلا بإنجاب الأطفال وممارسة دورها الأمومي بحيث هذا الدور الذي يمنحها الوجود. وكما أن الطفل يمثل إنجاز المرأة نفسياً وبيولوجياً. (R ,Perron, 1985, p94)

لكن يحدث وأن لا يتحقق للمرأة هذا الإشباع والإنجاز في حصول الطفل، عندما يظهر العقم كإحدى المعوقات التي تحول دون تحقيق المرأة لأموئتها فنجد المرأة في هذا الموقف تشك في أنوثتها وفي نفسها حين تصبح أمومتها غائبة، فهي تعيش في صراع وضغوطات ولأنها هي الحجر على تحمل مسؤولية الإنجاب.. فالمرأة العقيمة تعيش مهمشة ومحترقة فهي عبء ثقيل لا تستطيع إلا أن تكون خادمة لزوجها. (Larbi Ouladlarbi, s.d, p12)

وبالإضافة إلى هذا فإنها تُحس بالنقص وبخطر يهدد حياة الزوجين في استقرارها واستمرارها ويتحول تأخر الإنجاب إلى هاجس يؤرقهما، حيث تبدأ محاولات البحث عن أسباب عدم الحمل والتفكير في الكشف عن هذا المشكل ومحاولة إيجاد حل له، وفي العصر الحديث تقدم العلم ليفتح باباً من أبواب الطب الحديث في مجال الإخصاب المساعد ليفتح الأمل لحالات كثيرة تعاني من العقم إلا أن هذا التطور كغيره من التطورات يحمل في طياته مجموعة من التدقيقات والتي تشكل من جرائها خلال بداية عملية العلاج من التشخيص إلى الولادة نوعاً من التأزم النفسي والذي يظهر على شكل توتر ضغط قلق من خلال المحاولات الفحوصية والعلاجية الدوائية، حيث اللجوء إلى هذا النوع من العلاج أمراً صعباً باعتباره آخر الحلول العلاجية التي تأخذ وقتاً ومالاً وجهد نفسي وعقلي وجسدي، وفي نفس الوقت لا تؤدي دائماً إلى نتائج إيجابية إذ أن المرأة في هذا الصدد تنتظر أن تكون أمّاً في المستقبل أو تستمر كزوجة. حيث يعتبر لجوء المرأة لمراكز المساعدة للإنجاب من ورائه دافع قلق عدم الحمل وهذا يرجع لأهمية الأمومة والحمل لدى المرأة، وإنما يثير القلق هو العقم أولاً وبعدها يستمر حالة دخول المركز وأثناء فترة الفحوصات وقبل إجراء العملية وتظهر استجابات القلق عندهن، ما يؤدي إلى تأويلات قد تكون خاطئة ويكثرن من الأسئلة في قاعة الانتظار حول إجراء تلك العملية وعواقبها. إن لحظة التشخيص تعتبر لحظة درامية تعيشها المرأة وترافقه في العادة استجابة قلق مذهلة حيث يظهر القلق لدى المقبلة على التلقيح الاصطناعي بشكل يتفاوت من واحدة إلى أخرى وعلى حسب بعض المعايير كالسن مثلاً والحالة المادية والاجتماعية فكلها أسباب وغيرها تشترك وتسهم في ظهور القلق.

حيث اعتمدنا في تشخيص مؤشرات هذا القلق من خلال الاختبار الروشاخ الإسقاطي ليساعدنا على فهم الحياة الداخلية للمرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي من خلال الإنتاج الإسقاطي. وبناء على هذا فقد احتوت دراستنا على ما يلي: **الجانب النظري:** يحتوي على الإطار العام لإشكالية الدراسة والذي تطرقنا فيه إلى إشكالية سؤال البحث، فرضية البحث مع أهمية وأهداف البحث وتحديد المفاهيم وصولاً إلى بعض الدراسات السابقة. ثم **الفصل الاول:** تناولنا فيه القلق النفسي. **الفصل الثاني:** تناولنا فيه التلقيح الاصطناعي. **الجانب التطبيقي:** الذي ينقسم إلى فصلين و هما: **الفصل الرابع:** بعنوان منهجية البحث: والذي تطرقنا فيه إلى المنهج المتبع، وصف مجموعة البحث مع ذكر الوسائل المستعملة في جمع المعلومات مع عرض كيفية تطبيقها وتحليلها. **الفصل الخامس:** عرض وتحليل النتائج وتناولنا فيه عرض وتحليل المقابلات العيادية مع تحليل بروتوكولات اختبار الروشاخ، مع تقديم ملخص عن كل حالة وتقديم الحوصلة العامة للحالات والمناقشة العامة لفرضيات البحث، متبوعة بالنتائج العامة الموصول إليها عن طريق الدراسة.

القسم الاول:

الاطار النظري للدراسة

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. دوافع اختيار موضوع الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
7. الدراسات السابقة.

خلاصة

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بوضع الأسس المنهجية الأولى التي تسمح ببناء الدراسة التي تناولت موضوع مؤشرات القلق لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي في إطار البحث عن مؤشرات القلق النفسي التي تظهرها المرأة المقبلة على التلقيح من خلال الاختبار الاسقاطي الرورشاخ. بإثارة أهم العناصر النظرية و العيادية.

1. الإشكالية:

يعتبر الإنجاب في مختلف المجتمعات الإنسانية أحد أهم الوظائف التي يقوم بها الزوجان بحيث تعد هذه الوظيفة البيولوجية من بين عوامل الاستقرار النفسي و الاجتماعي للأفراد و كما تعد من أهم مقاصد الزواج في المجتمعات الإسلامية و العربية، فعادة ما يبقى الزوجان محط اهتمام المحيط إلى حين حدوث الحمل حسب.

(بن علي، راجية، 2009، ص 117)

هذا يوضح أن الحمل الذي يعني وجود الطفل ليس بالمسألة الشخصية التي تخص الزوجين فقط، بل العادات، التقاليد، القيم و الخطاب الاجتماعي يجعل من تواجد الطفل في الأسرة الجزائرية مسألة اجتماعية تتجاوز الزوجين وتعطيه بُعداً مهماً، عادة ما يبدأ قبل الزواج ذاته. حيث ترى "مريم درقيني" هذا البعد بالقول "إن الطفل مسجل في المشروع الضروري للوالدين فهو موجود في تصورهما حتى قبل أن يجل في الأسرة، بل هذا (التفكير في الطفل) لا يبدأ بالزواج ولكن ينتهي به". ويعد الزواج بالنسبة للكثير من النساء مجرد مرحلة مؤقتة ينتظرن من خلالها مرحلة أخرى أكثر استقراراً: مرحلة الأمومة، فالبنت تنشأ منذ صغرها كي تصبح أمّاً حتى تعزز لديها هذه الهوية لتصبح المكون الأساسي لأنوثتها وهويتها الشخصية، و في هذا الإطار يشير "بيكاتش" (Becache, 1987) إلى أن الحمل يضع النقطة النهائية في التطور النفسي و الجنسي للمرأة كدليل قطعي بجنسيتها و هويتها كامرأة. لذلك مباشرة بعد الزواج تنتظر أن تكون أمّاً، فبهذه الوظيفة البيولوجية تحقق ذاتها و تكسب مكانة خاصة داخل العائلة. فخصوبة الجسد التي تحقق الحمل تصبح هنا مُرادفًا للوجود والاستمرارية و المكانة. فبالولادة تصبح موجودة اجتماعياً و ثقافياً. إذا الحمل حدث مهم في حياة المرأة باعتباره نقطة تحول هامة في حياتها فإحساسها باحتوائها لكائن حي ونمو حياة جديدة بداخلها له تأثيرات عدة في مختلف الأصعدة والمستويات النفسية والجسمية والاجتماعية، لكن قد تحدث معوقات وأسباب تحول دون تمتع الزوجة بوظيفة الأمومة كإصابتها بالعقم، حيث يعاني 20 إلى 26% من الأزواج بالعقم على المستوى العالمي 15% على المستوى المحلي. (حمود، فهد القشعان، 2000، ص183)

يختلف العقم عن طبيعته بالأمراض الأخرى؛ فهو عادة لا يسبب ألماً عضوياً بقدر ما يورث جرحاً نفسياً ووجعا اجتماعياً حيث تشير دراسة "كوك 1987" إلى أن عدم القدرة على الإنجاب يشكل صدمة نفسية لكلا

الزوجين مع عدم تصديق أو تكذيب لذلك فترتفع درجة التأزم النفسي، الأمر الذي يصاحبه غضب وفقدان السيطرة على المشاعر والسلوك مما ينتج عنه في كثير من الأحيان الميل للعزلة والشعور بالذنب إضافة إلى حدوث النظرة الدونية لمفهوم الذات وتقديرها. (حمود، فهد القشعان، 2000، ص185)

ويعرف الطب المتخصص في العقم بأنه فشل في الحمل بعد مرور سنة يكون فيها الطرفان في علاقة جنسية منظمة دون استخدام موانع الحمل فهناك حوالي 18 بالمائة من الأزواج ليس لديهم حمل في العالم يشار إليهم بصفة العقم. (وديع، الحفس، و محمد، صبري، 2009، ص 634)

ولتشخيص العقم في حد ذاته يشير إلى وقع نفسي كبير يشبه ردود الفعل الناتجة عن تجارب الفقدان أو الحداد. وعند المرأة عادة ما يقترب هذا الفقدان الرمزي الملموس كفقْدان الأمل في الإنجاب الذي يتكرر مع كل دورة طمثية. وهذا ما يوقعها في المعاناة بسبب مشاعر الخسارة التي تتكرر في كل مرة، وما يزيد من هذه المعاناة أنها لا تستطيع الوفاء بمتطلبات بيتها بأن تشارك عن طريق الإنجاب في عمل جماعي قائم مسبقاً وهو استمرارية الخلف وخاصة لأن قدرها ومصيرها مرتبط في مجتمعنا حسب (شبالن 1998). بما يعطيه رحمها. وهذا ما يدفع بها في رحلة شاقة من العلاج ابتداء من الفحوصات والتحليلات مروراً إلى مختلف الأدوية انتهاءً إلى التلقيح الاصطناعي أو الاستيلاء الاصطناعي، أو طرق التوليد المدعومة تقنياً. (باحمد، ارفيس، 2005، ص30)

يعد التلقيح الاصطناعي من أهم العلاجات المتطورة حالياً وهو عبارة عن كل عملية أو صورة يتم بموجبها تلقيح بويضة الأنثى، بحيوان منوي من الرجل، من غير الاتصال الطبيعي والجنسي بين الرجل والمرأة.

(عبد الله، يحيى موسى حمد، 2004، ص254)

في هذا الشأن ألقى (الدكتور أحمد حسين، 2016) صاحب مستشفى "انترناسيونال" للتلقيح الاصطناعي المتواجد بإقليم كردستان، كلمة في المؤتمر الأول للتلقيح الاصطناعي أوضح فيها مدى احتياج المواطن العراقي لعلاج العقم والإنجاب بالطرق العلمية والطبية الحديثة لمواكبة الدول المتقدمة، وأضافه أن التغلب على هذه الظاهرة هي بمثابة انتصار للعلم على حالة استثنائية يمر بها الزوجان، بالرغم من وجود هذا الحل الذي يعد قفزة نوعية في العلم (التلقيح الاصطناعي) إلا أن ضغط العقم يؤثر على السير الحسن لهذه العملية. وفي هذا الإطار صرح الدكتور "عدون موسى" طبيب مختص في مركز الحياة للخصوبة أن الحالات التي تتقدم إلى المركز تعاني من اضطرابات انفعالية خاصة القلق والذي يظهر جلياً في الأعراض التالية: نوبات من العرق، الدوخة، التوتر الزائد، وفقدان السيطرة على الذات وهذه الوضعية يمكن أن تعرقل سير عملية التلقيح الاصطناعي. ومن هنا تجدر بنا الإشارة إلى وجود علاقة ثنائية وتفاعلية بين الجسم والنفس يتبادلان التأثير والتأثر في ما بينهما وهذا ما تؤكدته العديد من البحوث في الحقل البيولوجي وكذا السيكلوجي؛ مثل: أعمال (وليام جيمس، 1884) التي تتبنى

وجود علاقة بين الجسم والنفس خاصة في حالة الصورة الانفعالية وما يصاحبها من تغيرات جسدية وإفرازات غددية، وكما أكد أن الجانب الجسدي إذا ما أصيب باضطراب أو خلل سواء على المستوى البيولوجي أو الوظيفي فإنه ينعكس مباشرة على الجانب السيكولوجي والذي يشكل الشرط الثاني والمكمل لوحدة الفرد وكيونته في الوجود. (محمد، ريعور، 2006، ص270)

يعتبر القلق بمثابة العرض الجوهرى المشترك في الاضطرابات النفسية والجسدية حيث يجمع الباحثون على أنه هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية كما أصبح حجر الزاوية في كل من الطب الجسدي والنفسى فخلال هذا الوضع نجد أن المرأة تكون معرضة لعدة ضغوطات من بينها القلق الذي يقض مضجعها لعدم قدرتها على الحمل هذا ما أكدته دراسة (Dupuis, 1997) تأثير العقم سلباً على كلا الزوجين و خاصة الزوجة إذ يتناهم شعوراً بالحزن وكثيراً ما يترتب عنه ضغوط نفسية كبيرة على طرفي الأزواج أو أحدهما. بالرغم من التوجه إلى التلقيح الاصطناعي يبقى القلق قائماً أو يمكن أن يزداد حدة في بداية و طوال سير عملية التلقيح. وهذا ما أشار إليه بعض الباحثين للتنبه لخطر الضغط من خلال ما توصلوا إليه أن النساء العقيمات لديهن نفس مستوى القلق و الاكتئاب مثل النساء اللاتي لديهن السرطان و مرض القلب و مرض فقدان المناعة. Alice D, (domar,2007, p1)

وهذا ما دفع بمختلف الباحثين في هذا الاتجاه بالتأكيد على ضرورة و أهمية العلاج النفسى، فالقلق لا يؤثر على الصحة النفسية و الجسمية فحسب بل يتعدى إلى الصحة الإنجابية و هذا ما يشير إليه . (biovin, jaky, and shmilit, 2006, 1746 p)

من أن الضغط و القلق له تأثيرات مباشرة على نتائج التلقيح الاصطناعي و في نفس الإطار يشير كل من من خلال تحليل أربعة عشر دراسة أجريت بطريقة معمقة حول مستويات الكرب لدى النساء العقيمات في بداية دورة التلقيح الاصطناعي، حيث توصلوا أن عشر دراسات أكدت أن مستويات القلق موجودة و مرتبطة بانخفاض نسب الحمل، من خلال هذه النتائج المؤكدة لوجود القلق عند المقبلات على التلقيح الاصطناعي. (Alice D, domar,2007, p1)

وقع اختيارنا على اختبار الرورشاخ الذي رأته فيه الباحثتان أنه الأداة المناسبة للكشف عن مؤشرات القلق و من هنا جاءت هذه الدراسة للإجابة عن التساؤل التالي:

ما هي مؤشرات القلق النفسى لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي من خلال اختبار الرورشاخ؟

2. فرضيات الدراسة :

تتميز مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي من خلال اختبار الروشارخ بـ _____ :

1. انخفاض في الاستجابات R.
2. بروز الإجابة الشكلية الجزئية السلبية -DF.
3. بروز الاستجابة الجنسية Sex
4. ارتفاع نسبة الرفض Refus.
5. غياب الاستجابة اللونية C.
6. ارتفاع نسبة صيغة القلق IA.
7. بروز الاستجابة الحركية الحيوانية Kan.

3. دوافع الدراسة:

إن من أسباب و دوافع اختيار هذا الموضوع كونه يساعد على كشف مؤشرات القلق لدى المقبلات على التلقيح الاصطناعي بغية تسليط الضوء على هذه الظاهرة بطرق سيكولوجية، لتخفيف من تأثيراتها السلبية على الصحة النفسية لهؤلاء النساء، و من ضمن الدوافع لهذا البحث نجد:

1. عدم أخذ بعين الاعتبار حقيقة وعمق معاناة النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي و خاصة في علاقتهن وحياتهن الزوجية.
2. حساسية هذه الظواهر المرضية و جهل الكثير من أفراد المجتمع كيفية التعامل معها.
3. محاولة مساعدة من يهتمهم شأن المقبلات على التلقيح الاصطناعي و خاصة المقربين منهن في الأسرة والعمل وذلك من خلال معرفة مؤشرات القلق النفسي، لكي يتسنى لهم مساعدتهن والتخفيف عنهن.
4. التعرف والتمكن من بعض التقنيات السيكولوجية التي يمكن أن تساعد على تشخيص القلق النفسي لدى المقبلات على التلقيح الاصطناعي.

4. أهمية الدراسة:

نظرا إلى أن موضوع دراستنا يمس مشكلة تعاني منها النساء و تتمثل في الضغط النفسي الذي يسببه العقم ومحاولة البحث عن العلاج، هذا الجانب الذي يدخل مباشرة في مجال تخصصنا و توجهنا فإننا نتنبأ بأن تكون لهذه الدراسة أهمية من الجانب النفسي للمرأة خاصة في ظروفها غير العادية أي اضطراب وظيفته الإنجاب. لهذا سوف نقسم الأهمية إلى جانبين: نظري و تطبيقي.

1. نرى أن أهمية هذا البحث تكمن في إمكانية بناء دراسة و بحث علمي وفق منهجية و أسس علمية سليمة وانطلاقا من فكرة إثراء الجانب النظري لهذا الموضوع: الضغوط النفسية و من بينها القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي و الوصول إلى نتائج تطبيقية يمكن الاستفادة منها و تعميمها في المستقبل. وتكون هذه الدراسة كنقطة بداية لبحوث أخرى تساعدنا في الوقاية و العلاج. و إثراء فسيفساء المكتبة الجامعية بأحد المواضيع التي قل البحث السيكولوجي حولها. نظرا لقيمة هذا النوع من الدراسات السيكولوجية بالنسبة للأكاديميين والباحثين والعاملين في مجال التكفل النفسي و الصحة النفسية.

2. تبيان أهمية المتابعة النفسية لتلك النساء سواء كان العقم هو مسبب للقلق أو البحث عن الحل من بينه التلقيح الاصطناعي. في تلك الحالتين فالمرأة بحاجة إلى دعم نفسي و تدخل نفسي يساعد على تحطيم أزمتهما أو حتى التقليل من حدة الصراع الذي تعيشه.

3. كما تظهر الأهمية التطبيقية في خلق مجال لتلك المجموعة الصغيرة من النساء للتحدث عن أنفسهن وأغوارها، بحيث يمثل الحوار حول أمور تتعلق بالجنس و الحمل و المشكل الذي تعيشه يمثل تحديا ونعتبره إنجازا موقفا من جانبنا، حيث في الوسط الذي نعيش فيه، لا تعطي الفرصة للمرأة للتحدث عن مشاكلها و مطالبها الجنسية خاصة لهذا الموضوع فإننا بطريقة ما على الاقتراب من الطابوهات التقليدية التي تساعد على تفشي العديد من الاضطرابات النفسية خاصة عند المرأة.

5. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن بما تتميز مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي من خلال اختبار الروشارخ بـ — :

1. انخفاض في الاستجابات R.
 2. بروز الإجابة الشكلية الجزئية السلبية -DF.
 3. بروز الاستجابة الجنسية Sex
 4. ارتفاع نسبة الرفض Refus.
 5. غياب الاستجابة اللونية C.
 6. ارتفاع نسبة صيغة القلق IA.
 7. بروز الاستجابة الحركية الحيوانية Kan.
6. التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1. القلق النفسي: هو حسب موسوعة الطب النفسي هو انفعال ينتهي بالشعور بخاطر متوقع وتوتر شامل يؤدي لاستثارة الجهاز العصبي والشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب يعرف على أن خوفه غير متناسب مع الخطر الذي يشعر به ولكنه يفقد السيطرة على هذا الشعور. (موسوعة الطب النفسي، 2005، ص22)

إجرائياً: هو خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر أو التهديد أو أنها توحس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثاً خطيراً يوشك أن يتزل به، وغالبا ما يجهل الإنسان طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد.

2. التلقيح الاصطناعي: يسمى أيضا بالإخصاب خارج الرحم و هي تقنية معقدة تتمثل في تلقيح البويضة بحيوان منوي خارج رحم المرأة بحيث يكون التلقيح بشكل تلقائي. (Caroline, 2011, p26).

إجرائياً: هو المحاولة العلاجية الأولى في مجال التقنيات المساعدة للإنبجاب بعد فشل العلاجات الأخرى.

3. التعريف الإجرائي لمؤشرات القلق النفسي في اختبار الروشارخ: تظهر مؤشرات القلق في اختبار رورشارخ من خلال الاستجابات التالية: ارتفاع معدل الرفض، فقر في الإنتاجية (R) الميل إلى استعمال الإجابة الجزئية الشكلية السلبية (DF⁻) وبروز الحركية الحيوانية (kan)، غياب الاستجابة اللونية (C)، و بروز الاستجابة الجنسية (sex)، ارتفاع نسبة صيغة القلق (IA) و غالباً ما تمس الجانب الانفعالي للشخصية و توافقها الذاتي و الاجتماعي.

7. الدراسات السابقة:

1.7 دراسة سامناك وآخرون (Smeeck, et al, 2004) بعنوان: "أسباب الانسحاب من العلاج بالتلقيح الاصطناعي بنوعية F. I. V, ICSI"، وتهدف الدراسة إلى التعرف والاستبصار على مختلف المظاهر النفسية و البيوطبية للمنسحجين من العلاج بالتلقيح الاصطناعي بنوعية F. I. V, ICSI وقد انتهجت هذه الدراسة المنهج الوصفي، واستعملت مقياس القلق كسمة والقلق كحالة لسبيرجر وقائمة الاككتاب لبيك ومقياس الرضا الزوجي والجنسي، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: أن العوامل النفسية لها علاقة بالانسحاب من التلقيح الاصطناعي بنوعيه، ظهور مستويات مرتفعة من القلق والاككتاب بالمقارنة مع الذين استمروا في العلاج. المظاهر الزوجية والجنسية لم يكن لها دورا مهما لدى المنسحجين بإرادتهم و القلق والاككتاب في زيادة بعد أول فشل علاجي.

2.7 دراسة مونوز وآخرون، (Munoz, et al, 2009) بعنوان: " الضواغط المرتبطة بالعمم لدى الزوجين في بداية العلاج بالتلقيح الاصطناعي"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الضواغط المرتبطة بالعمم وفق الجنس وعدد مرات العلاج بالتلقيح، واستعملت المنهج الوصفي مع أداة مقياس استجابات المواجهة تم تكييفه على المجتمع الاسباني، وتوصلت إلى النتائج التالية: خبرت العمم متشابهة لدى الزوجين، غير أن النساء تنظر للعمم على أنه مشكل خاص. وكذلك وجود مستوى ضغط مرتفع لدى النساء أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي والذي يزيد عند عدم نجاح هذا العلاج.

3.7 دراسة روكليف، (Rocklif, et al, 2014) بعنوان: "مراجعة منظمة للعوامل النفسية المرتبطة بالتكيف الانفعالي في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل النفسية: لسمات الشخصية، استراتيجيات المواجهة، المرتبطة بالتكيف الانفعالي في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي، وأخذت هذه الدراسة بالمنهج الوصفي التحليلي مع توظيفها لأداة مراجعة البيانات الأساسية لأرشيف (Medline/pumed)، المكتبة الوطنية للطب (Psycinfo) الجمعية النفسية الأمريكية، وشبكة العلوم (Social Sciences Citation Index) وهذا ابتداء من سنة 1978 إلى غاية سبتمبر 2012، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: ارتبطت استراتيجيات المواجهة الهروبية إيجابياً مع الكرب النفسي في العديد من الدراسات. ارتباط الدعم الاجتماعي سلبياً بالكرب في عدة دراسات. وأهم المتغيرات النفسية المرتبطة أيضاً بالكرب النفسي هي (انتقاد الذات، الاعتمادية أو التبعية) وأسلوب التعلق وجداً في دراسة أو دراستين فقط.

4.7 دراسة فاليري وآخرون، (Valiani, et al, 2010) بعنوان "فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي"، وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية الناجمة عن العمم، وقد أخذت المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين: ضابطة وتجريبية، واستعملت في ذلك أداة مقياس الضغط النفسي لنيوتن Newton، واستبيان المعلومات الأولية وتقنية الاسترخاء لجاكوبسون Jakobson، وطريقة التخيل العقلي لبانسون Benson وهذا من خلال 12 جلسة علاجية مع إجراء القياس القبلي و البعدي، وتوصلت الدراسة إلى: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة الضابطة، بمعنى وجود فعالية عالية لتقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات.

5.7 دراسة (بن عابد عايشة، 2008)، بعنوان "اللجوء إلى تقنيات التلقيح الاصطناعي - الإنجاب المساعد- دراسة مسارات بعض الأزواج"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة لماذا وكيف يلجأ الأزواج إلى التلقيح الاصطناعي، كيف يتم تمويل عمليات العلاج، ما هي آثار استخدام التقنيات العلاجية على جسم المرأة،

وماذا يمثل اللجوء إلى مثل هذه التقنيات العلاجية المستخدمة حديثاً في الجزائر. حيث استعملت هذه الدراسة المنهج الوصفي مستعينة بأداة الملاحظ والمقابلة، وتوصلت إلى أهم النتائج: الأزواج الذين جاؤوا إلى العيادة كانوا من مختلف مناطق الوطن، مختلف الطبقات، فشل المحاولة العلاجية الأولى. الأزواج يجدون أن العلاج مكلف جداً فهم يقومون بعدة استراتيجيات لجمع المال. ترى النساء أجسادها على أي آلة أو أداة تخضع لتجارب غير مؤكدة النجاح. يلجأ بعض الأزواج للتلقيح نتيجة ضغوط أسرية -أمهات الأزواج- وهذا بعد فشل استخدام العلاجات التقليدية، بينما البعض الآخر يفضل التكتّم عند اللجوء للعلاج حتى عن أقرب المقربين. يخضع الأزواج للعنف الرمزي واللفظي وللوصم نتيجة العقم ونتيجة اللجوء إلى التلقيح، وتوصم المرأة بأنها امرأة غير كاملة. الرغبة في الإنجاب عند الأزواج تظهر وكأنها واجب اجتماعي، وهذه التقنية العلاجية تمثل بالنسبة لهم مشروع الحياة المسجل في قلب يومياتهم.

8. التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتبين لنا أن حل هذه الدراسات وصفية وأن معظمها اتفقت على العوامل النفسية وعلاقتها بالعقم عند اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي، حيث اتجه بعضها إلى أن مختلف المظاهر النفسية تدعوا من الانسحاب من التلقيح الاصطناعي، واتجه البعض الآخر إلى زيادة الضغط النفسي عند عدم نجاح العلاج، وبعضها تؤكد على فعالية تجريب تقنيات للخفض من الضغط، كما أشارت دراسة إلى أن السبب في اللجوء إلى علاج العقم هي الوصمة الاجتماعية. و الدراسة الحالية هدفت للكشف عن مؤشرات القلق عند النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي والتي تعتبر حسب الدراسات من أكثر المراحل ارتباطاً بالقلق النفسي هذا من جهة ومن جهة ثانية أن هذه الدراسة تم فيها ربط بين القلق النفسي الذي يكون موازياً مع العلاج الطبي. تعد الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي كشفت عن مؤشرات القلق لدى المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي من خلال اختبار الرورشاخ وهذا على حسب حدود علم الباحثين، حيث تحصلنا على بعض الدراسات القليلة الأجنبية، بينما لا وجود لدراسات عربية رعت الجانب النفسي مع الجانب الطبي خلال مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

الخلاصة:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ما يتعلق بموضوع الدراسة، من خلال الإمام بجميع أبعاد البحث حيث قدمنا صورة واضحة عن التعريف بإشكالية البحث وتحديد أهدافها وأهميتها وأسباب وأهداف الموضوع ولخصنا جملة من الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع والتي حاولنا مقارنة مضامينها بما تحوي من معلومات

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تفيد البحث والتعليق عليها، كما قمنا بعرض الفرضيات المعتمدة في الدراسة التي من خلالها سنتعرض إلى فصول الدراسة والتي تعكس مضمونها ما نريد الوصول إليه في الدراسة الميدانية ثم قدمنا عرضا مفصلا للمفاهيم التي رأينا أنها مهمة في الموضوع.

الفصل الثاني: القلق النفسي

تمهيد.

2. تعريف القلق النفسي.
 3. النظريات المفسرة للقلق.
 4. أنواع القلق النفسي.
 5. درجات القلق النفسي.
 6. أعراض القلق النفسي.
 7. أسباب القلق النفسي.
 8. التشخيص.
 9. العلاج.
- خلاصة

تمهيد:

يطلق على عصرنا هذا عصر القلق نظراً لكون القلق أكثر الأمراض شيوعاً بين البشر، تشير الدراسات إلى أن معظم الاضطرابات تكشف عنها في مختلف التخصصات: أصلها القلق النفسي. وتم التطرق في هذا الفصل إلى تعريف القلق باعتباره حالة نفسية تنطوي على مشاعر بغيظه متشابهة للخوف تصدر بدون تهديد خارجي واضح، ويصاحبها اضطرابات فسيولوجية مختلفة، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية تعتبر منطلقاً لعمليات الدفاع أو حالة مرضية ينتج عنها انهيار، والنظريات المفسرة له وأنواعه ودرجاته، أعراضه وأسبابه باعتبارها أحد الأسس الديناميكية للشخصية.

1- تعريف القلق :

لغة: ويعرفه "Nobert, 1966" بأن كلمة القلق لغويًا منسقة من الكلمة اليونانية "Angor" وتعني مكان ضيق أو ممر ضيق أو موقف صعب، وقلق قلقاً لم يستقر في مكان واحد.

اصطلاحاً: هناك عدة تعاريف لعدة علماء نفسيين للقلق بحيث كل واحد عرفه من وجهة نظره:

- حسب فرويد يرى أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر و الضيق والألم و الشخص القلق يتوقع الشر دائماً، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به، يخشى أن يصيبه ضرر، ويبدو متوتر الأعصاب مضطرب النفس. (عبد الله إبراهيم آل عمر عسيري، 2001، ص169)

- يعرفه "مسرمان": "بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف." (محمد جاسم محمد، 2004، ص241)

- وتعرفه "فوزي إيمان سعيد": "أنه خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر أو التهديد، أو أنها توحس ألم يستشعر معه الإنسان أن حدثاً خطيراً يوشك أن يتزل به، و غالباً ما يجهل الإنسان طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد. (فوزي إيمان سعيد، د ت، ص92)

- كما يعرفه أحمد عكاشة: "بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات يأتي في نوبات تتكون في نفس الفرد. (أحمد عكاشة، 1988، ص38)

- أما "sillamy" فيعرفه: "على أنه حالة عاطفية متميزة بعدم الارتياح، وذلك لترقب خطر غير محدد والذي نحن عاجزون أمامه". (N, Sillam, 1983, p28)

- سبيلرجر فيعرف القلق: "بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها".

(جاسم، محمد عبد الله مرزوقي، 2008، ص37)

- عرفه عبد الخالق (1994): "بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع وتهديد مصدره غير معلوم مع شعور بالتوتر، وخوف لا سبب له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق بالمستقبل والمجهول. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص169)
- يعرف "هلجرد القلق": " بأنه حالة من توقع الشر أو الخطر والاهتمام الزائد وعدم الراحة أو عدم الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (محمد حاسم العبيدي، 2004، ص131)
- ويعرفه " ويرنر werner ": "على أنه حالة من الإثارة العاطفية تظهر عقب إدراكات، أو من خلال تمثيلات عامة لخطر فيزيولوجي، أو تهديد نفسي". (werner, 1988, p31)
- يرى خليل أبو فرحة (2000) : " أن القلق عبارة تشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر وعدم الراحة و الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية التي يرتبط بالشعور والخوف. (زحوف منيرة، 2004، ص50)
- يعرفه رويندايتز : "القلق": على أنه ما يشعر به الفرد عندما يكون في مأزق أو تحت ضغوط نفسية أو عند مواجهة أي خطر من أي نوع سواء أكان جسمانياً أو وجدانياً أو ذهنياً" (رويندايتز، 2006، ص36)
- ترى نور الهدى محمد الجاموس: " أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الضيق و الألم، و الشخص القلق لا يستقر له قرار، و لا يستطيع أن يركز انتباهه طويلاً على العمل، ويبدوا يائساً متشائماً يشك في كل ما يدور حوله، ويتوقع الشر في كل خطوة يخطوها". (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص117)
- كما يعرفه "سامر جميل رضوان": على أنه عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، و المهم شخصياً للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل. (سامر جميل رضوان، 2002، ص266)

2- النظريات المفسرة للقلق:

1- النظرية التحليلية :

يُعد فرويد من أوائل علماء النفس الذين حللوا القلق، و قد رأى في القلق إشارة للأنا لكي يقوم بالعمل اللازم ضد ما يهدده أو كثيراً ما يكون المههدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور و هنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها و إبعاد ما يهددها، و إما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي. (عبد الحميد العناني، 2000، ص115)

أما الفرويديون الجدد فقد أرجعوا حالات القلق لأسباب مختلفة ومنهم أدلر الذي يرى أن مصدر القلق يكمن في خطر الشعور بالنقص وعدم القدرة على تعويضه. أما كارينهورني فترى أن القلق هو شعور الطفل

بالوحدة و العزلة وقلة الحيلة في عالم حافل بالعداوة، وترى أنه عندما يكون لدى الأم التوتر والقلق سينعكس أثارهما على الجنين كون أن القلق ينتقل من الارتباط العاطفي بين الأم و الجنين. (حنان، العناني، 2000، ص117)

2- النظرية السلوكية :

يرى أصحاب هذه المدرسة أن القلق المرضي ناتج عن القلق العادي كالمرافق الذي ليس فيه إشباع حيث يتعرض الفرد للخوف أو التهديد و لا يصاحبها تكيف ناجح فتترتب عن ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي و ما يصاحبه من توتر، عدم الاستقرار، أو من جهة أخرى إفراط الوالدين في حماية الطفل قد يعرضه للشعور بالخطر عندما يواجه العالم الخارجي، و أكد أصحاب هذه المدرسة على العوامل الاستعدادية التي تتمثل في الوراثة والضغط العام في الجهاز العصبي و الشذوذ في التركيب العضوي لبعض أعضاء في الجسم.

(مصطفى نوري القمش، 2007، ص266)

كما أنها اعتبرت، القلق منعكساً شرطياً نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة.

(جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص39)

كما أن القلق عند السلوكيين لا يمكن أن يكون له وظيفة المثير، وإنما هو استجابة متعلمة وفق قواعد التعليم الشرطي الذي تخضع له كافة استجابات وعادات الإنسان، كما أنهم يطابقون بين استجابة القلق واستجابة الخوف والفرق الوحيد هو المثير الذي يكون طبيعياً في حالة الخوف وشرطياً في حالة القلق.

(إيمان فوزي السعيد، دس، ص94)

كما فسرت نظرية التعلم الاجتماعي (بندورا و آخرون، 1963) القلق على أساس التعلم من مواقف معينة إذ يشترط الاقتران بمثيرات معينة كي يحدث القلق. (زحوف، منيرة، 2004، ص59)

و قد برهن بندورا و الذين يشتركون معه في الأبحاث أن أحكام الأفراد عن قدراتهم الذاتية في السيطرة على المواقف و التعامل معها، يؤثر إلى حد بعيد على سلوكياتهم في كثير من المواقف المتنوعة و المختلفة من مواجهة المشاكل. (مصطفى، القمش، 2007، ص256)

3- النظرية المعرفية :

إن هذه النظرية تركز في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطيء أو المشوه السليبي ، المبالغ في تقدير خطورة المواقف وبالتالي يميل الفرد إلى التقليل من القدرة على مواجهة هذه المواقف . (جاسم، محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص39)

أما بيك صاحب النظرية المعرفية يرى أن الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب و القلق والشعور بالذنب إلى آخره. مرجعها الأفكار غير العقلانية. فهو يعطي الأولوية للأفكار (الأولوية المعرفية) ويوضح أن العمليات المعرفية المختلفة هي بمثابة نتيجة أساسية لتجربة الفرد وللنظرة المحيطة له، فهو يكتسب

التفكير المضطرب من خلال أول تجربة له في حياته، و من خلال فشله في تجربة معينة فإن الخلل على المستوى المعرفي يؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية مثل القلق. (صالح قاسم حسين، 2008، ص180)

4- النظرية البيولوجية:

إن النظرية البيولوجية تفسر في ضوء المثبرات والعوامل الوراثية والهرمونية و العصبية الحيوية و ما شابه ذلك، لقد تم تصور في الماضي أن القلق لا علاقة له بالوراثة و الهرمونات على الاضطرابات العقلية، ولكن تبين قصور ذلك التصور في أواخر العقد المنصرم و أوائل الألفية الثالثة، حيث تبين تأثير الوراثة حتى في الاضطرابات النفسية و العصبية، فمثلاً الأم القلقة أو الأب القلق لا بد أن ينجبا طفلاً قلقاً بالوراثة قد لا تظهر عليه أعراض القلق مبكراً ولكن عند مواجهته لضغوط بكثافة معينة ما تظهر عليه أعراض بفعل الوراثة الجينية وبفعل ما يمكن تسميته بالوراثة النفسية الناجمة عن معاشة آباء وأمهات يعانون من القلق، وهذا ما تؤكد دراسة بريشارد وآخريين والتي تشير إلى تأثير القلق بالاضطرابات الهرمونية، كما توضح تأثر القلق باضطراب نشاط الموصلات العصبية. (لطفى، الشريبي، دس، ص49)

كما أن هناك بعض الدراسات (للأوتيس و تومسي) التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للاضطراب كما في اضطراب الفزع و الرهاب، أما التأثيرات البيئية المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المحددة. (جاسم، محمد المرزوقي، 2008، ص37)

يفترض أصحاب هذه النظرية أن هناك اضطراباً بيولوجياً أو كيميائياً يسبب المرض، وقد أجريت دراسة إحصائية عند مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجدوا أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض حالة أكبر من احتمال إصابة ممن لا تربطهم صلة قرابة، كما أشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلاً أكبر للإصابة كل من التوأمين بمرض القلق، لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. (مصطفى، القمش، 2007، ص266)

5- النظرية الإنسانية :

القلق عند هذه النظرية ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة، وليس مجرد استجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم، و إنما القلق هو جوهر طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق ويعانيه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهي إلا من آخر أنفاسه الحية (إيمان فوزي سعيد، دت، ص95)

ويرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو خوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو يهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. (حنان، عبد الحميد العناني، 2000، ص118)

3- أنواع القلق:

3-1- القلق الموضوعي: وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وذلك لأن مصدره يكون واضحاً، فالفرد

مثلاً يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان. (حنان، عبد الحميد العناني، 2000، ص113)

كما أنه يسمى بالقلق خارجي المنشأ فهو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح أن شيئاً يهدد أمنه وسلامته كأن يُصوب لص مسدساً إلى رأسه، فهنا يشعر بالاضطراب ويبدأ يرتجف فيحرق ريقه، وتعرق يده و جبهته و تزيد نبضات قلبه و تهيح معدته ويشتد توتره، فهذا القلق طبيعي، أي شخص يمكن أن يحس به، واستجابته تكون عادية وسوي (مصطفى، نوري القمش، 2007، ص 225)

يعرفه فرويد على أنه رد فعل لخطر خارجي معروف يتناسب مع كم و كيف التهديد و يدفع الإنسان ليجد طريقة لمواجهة التهديد.

3-2 - القلق العصبي: هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علتة و كل ما هنالك أنه يشعر بحالة

من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصبي بأنه حالة توتر شاملة و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث لصاحبها خوف غامض و أعراض نفسية جسمية، ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً.

(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص 113)

كما أنه يسمى القلق الداخلي المنشأ و هو حالة مرضية، و يبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، و هو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم، تأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر.

(مصطفى، نوري القمش، 2007، ص 256)

4- درجات القلق:

4-1- القلق البسيط : و هو عبارة عن توتر والشعور بالرهبة، خاصة عند مواجهته للمشاكل والصعوبات.

4-2-القلق المزمن: تظهر أعراضه عند الشخص خفيفة نوعاً ما عن الأعراض الحادة حيث يحدث اضطراب

أثناء النوم مصحوب بأحلام مزعجة، وظهور حالات العنف بصفة كبيرة تجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب.

4-3-القلق الحاد: تحدث نوبات بأشكال مفاجئة، ولأسباب مجهولة حيث تسيطر على المريض لعدة دقائق في

المرّة الواحدة، تبعث فيه حالة من الرعب المرضي يقولون أنه أكثر إيلاماً من أية حالة جسمانية حادة.

(محمد، حاسم محمد، 2004، ص242)

5- أعراض القلق:

5-1- أعراض فيزيولوجية:

أ - أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، فرطاً لحساسية السرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم.

ب- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية أو عسر الهضم، وصعوبات البلع والشعور بغصة في الحلق والانتفاخ، أحيانا الغثيان والقيء والإسهال أو الإمساك و نوبات القيء التي تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

ج - أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر و عدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس، وربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون و تغيير حموضة الدم و قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يعرض الفرد للشعور بتنميل الأطراف وتقلص العضلات والدوار والتشنجات العصبية و ربما الإغماء .

د - أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي : كثرة البول و الإحساس بالحاجة لا سيما عند الانفعالات الشديدة و في المواقف الضاغطة، بالإضافة إلى المقدرة الجنسية. (مصطفى، نوري القمش، 2007، ص259)

5-2 الأعراض النفسية:

نجد منها الشعور بالخوف أو التوجس، أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحيانا، أو ضعف القدرة على التركيز الذهني أو سيطرة الأفكار المثيرة للخطر على الساحة الذهنية، والأرق خاصة في الليل، الشك والشعور بالعجز و عدم الاستقرار. (جاسم، محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص 41)

كذلك نجد الشعور بالغضب و العصبية، تُثقل بالحالة المزاجية، كالشعور بالعدوانية، إلقاء اللوم على الذات، الشعور بالغضب دون وجود سبب حقيقي، الاعتقاد بعدم القدرة على التغلب على الصعوبات، الشعور بفقدان السيطرة على زمام الأمور، الشعور بالذنب. (روين دايتز، 2006، ص257)

6- أسباب القلق:

6-1- أسباب وراثية: أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترض أن هناك اضطراباً بيولوجياً أو كيميائياً يسبب المرض و قد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجدوا أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال

إصابة مما أن لا تربطهم صلة قرابة من المرضى، و أشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. (مصطفى، نوري القمش، 2007، ص266)

6-2- أسباب نفسية: أثبتت الدراسات النفسية و الإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق، فقد يُنتج عنصراً نفسياً و قد يكون نتيجة تهديدات، أو الخوف.

أ- الصراع النفسي: هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق:

صراع يتعلق بالميل أو رغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما و غالباً ما يكون اتخاذ القرار صعباً، و يؤدي أحياناً إلى إثارة القلق. فالرغبة في فعل شيء و عدم فعله في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال، يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيداً من الحرية و الفرص، لكن يمكن أن يكون في نفس الوقت اختياراً أليماً و معذباً لكلا الطرفين. إذا وجد أحدهما بديلاً مرةً كما يقال: مثل المعاناة مع ألم أو إجراء عملية يمكن أن تؤدي مع الزمن إلى تخفيف

ب - الخوف: المخاوف يمكن أن تأتي استجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من الفشل و المستقبل و تحقيق النجاح، المرض، الموت، و الوحدة و عذاب الآخرة و أشياء أخرى حقيقية أو وهمية.

ج- تهديدات: هي تلك التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس، يهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين أو القلق من احتمال الرسوب في مادة دراسية. (حاسم، محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص41)

3.6. مواقف الحياة الصاغطة:

1. الضغوط الحضارية و الثقافية و البيئة الحديثة.

2. مكالم المدينة المتغيرة بحيث نحن نعيش في عصر القلق.

3. البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف و مواقف الضغط و الوحدة، و الحرمان و عدم الأمان.

(حنان العناني، 2000، ص12)

4.6. أسباب جسمية: يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة و الحادة كالسرطان، و الداء السكري

، الربو، و القلب، أيضاً يمكن أن يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي و الخلل في الوظائف العصبية، و عوامل

كيميائية داخل الجسم . (حاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص51)

7. تشخيص القلق:

1.7 حسب DSM5:

أ. القلق و القلق المفرط، اللذان يحدثان في معظم الأيام لمدة 6 أشهر على الأقل، حول العديد من الأحداث أو الأنشطة (التفكير في العمل أو الأداء المدرسي).

ب. صعوبة السيطرة على القلق.

ج. يرتبط القلق و القلق المفرط مع ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية يجب أن تظهر هذه الأعراض في معظم الأيام خلال 6 أشهر الماضية: " التمللمل أو الشعور الارتباك، التعب بسهولة، صعوبة التركيز أو التفكير، التهيج شد عضلي. - اضطرابات النوم.

د. لا يمكن تفسير القلق من خلال الاضطرابات العقلية الأخرى (اضطراب الملح، الرهاب الاجتماعي، الوسواس القهري، قلق الانفصال، فقدان الشهية العصبي، اضطرابات جسدية الإجهاد اللاحق للصدمة).

هـ. يسبب القلق أو الأعراض الجسدية للقلق اضطرابات واختلالات ذات أهمية سريرية في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

و. لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة (مثل تعاطي المخدرات أو الدواء) أو حالة طبية عامة مثل (فرط نشاط الغدة الدرقية) و لا يحدث حصرا خلال اضطراب المزاج أو اضطراب نفسي أو اضطراب النمو المتفشي. (أنور، الحمادي، دت، ص 97)

2.7. حسب اختبار الرورشاخ:

إن تقرير الحالة المستخرج من الاستجابات المقدمة لكل البطاقات يقدم رؤية حول الدلالة المرضية ففي تشخيص القلق نجد ما يلي:

1. عدد الاستجابات منخفضة.
2. استجابات (ك) منخفضة.
3. عدد قليل من الحركة البشرية .
4. عدد مرتفع من الاستجابات التضليلية .
5. ظهور صدمة اللون.
6. وجود بعض الاستجابات (ل) محض.
7. وجود استجابات جنسية. (أحمد يونس، 2014)

8. علاج القلق:

1 - العلاج النفسي:

هو الاستماع إلى المريض وتوجيهه حيث يعتمد العلاج النفسي على التفاعل و المشاركة بين المريض والمعالج النفسي لا يعتبر حديثا بل هو أقدم طرق العلاج؛ يتمثل في الكشف عن الصراعات اللاشعورية

وزيادة المعرفة بالذات وتحمل الدوافع والتزاعات الداخلية يمارس العلاج النفسي الذي يهدف إلى مساعدة الشخص على استعادة التوازن وتحقيق الصحة النفسية و ذلك بإزالة القلق وتصحيح فكرة المريض عن حالته يتم العلاج بصفة عامة في صورة جلسات تضم المعالج و المريض. إن القاعدة في هذه الجلسات الاستماع لما يقوله المريض بعد أن يتم إزالة حواجز القلق والتوتر لديه. (لطفى، الشريبي، 2010، ص250)

2- العلاج السلوكي:

و من أهم طرقه هو الاسترخاء بحيث يقوم المريض بتمارين الاسترخاء التي هي حالة نشأت في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية عن طريق عملية الاشتراط ثم إعادة الاشتراط، فعن طريق تدريب المريض على الاسترخاء و ثم تقديم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة في الشدة تدريجياً يمكن من مواجهة تفسير الموقف المثير للقلق.

3 - العلاج الاجتماعي:

هو إبعاد المريض عن مكان الصراع وعن المؤثرات المسببة للقلق كما يتضح في بعض الأحيان تغيير مكان الصراع، كما يمكن إحداث تغييرات اجتماعية تناسب المريض وتبعده عن حالات القلق والصدمات الانفعالية.

4- العلاج الكميائي:

ويستعمل هذا العلاج في الحالات الحادة من القلق حيث يتم إعطاء المريض كميات كبيرة من المنومات والمهدئات وعند تحقيق الراحة يمكن البدء في العلاج النفسي، أما في حالات القلق الشديد فلا مانع من إعطاء بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي والتي أثبتت الدراسات العديدة فاعليتها. (لطفى الشريبي، 2010، ص260)

خلاصة الفصل:

يعتبر القلق محور الاضطرابات النفسية و ذلك لكونه مفهوم معقد التركيب تتدخل فيه عدة عوامل، و هو أيضا انفعال إنساني له درجات متنوعة و له أعراض و آثار تصيب كل من يعاني منه سواء كبيرا أو صغيرا، و هذا ما جعل الكثير من العلماء و الباحثين يهتمون بتفسيره و تحديد أسبابه.

الفصل الثالث: التلقيح الاصطناعي

تمهيد

1. مفهوم التلقيح الاصطناعي
2. نبذة تاريخية عن التلقيح الاصطناعي
3. أشكال التلقيح الاصطناعي
4. صور التلقيح الاصطناعي
5. أسباب اللجوء الى التلقيح الاصطناعي
6. مراحل التلقيح الاصطناعي
7. خطوات التلقيح الاصطناعي الداخلي
8. خطوات التلقيح الاصطناعي الخارجي.

خلاصة

تمهيد :

يعد التلقيح الاصطناعي أحد مظاهر التطور المذهل في مجال الطب الحديث، فإذا كان الطب قد حقق قديماً رغبة الزوجين في منع الإنجاب وقدم لهذا الغرض وسائل طبية فإن الطب الحديث قد فتح الأمل لمن يرغب في الذرية وتحويل دون تحقيق هذه الرغبة موانع مرضية أو خلقية، متبعاً في ذلك تقنيات طبية مستحدثة يتم بها السيطرة على الآثار النفسية والاجتماعية.

1. مفهوم التلقيح الاصطناعي:

1.1 تعريف التلقيح لغة: مصدر الفعل لَقَّح، قال ابن فارس: "اللام والقاف والحاء: أصل صحيح، يدل على إقبال ذكر لأنثى، ثم يقاس عليه ما يشبه". (أي الحسين أحمد بن فارس، دت، ص261)

يقال: ألقحت الريح الشجر والنبات أي نقلت اللقاح من عضو التذكير إلى عضو التأنث، وأصل اللقاح في الإبل ثم استعير في النساء. (ابن منظور لسان العرب، ص579)

2.1 تعريف الاصطناعي لغة: من صنع بمعنى عمل، فالاصطناع يشير إلى عمل ما ليس بطبيعي.

(أي الحسين أحمد بن فارس، دت، ص313)

3.1 تعريف التلقيح الاصطناعي اصطلاحاً: إجراء عملية التلقيح بين حيوان الرجل المنوي، وبيضة

المرأة من غير الطريق المعهود. (زياد أحمد سلامة، 1994، ص53)

أطلقت عدة تعاريف على التلقيح الاصطناعي منها:

- هو نقل المواد المنوية صناعياً من الذكر إلى مهبل الأنثى. (عامر، قاسم أحمد قيسي، 2001، ص12)

- وكما يقصد به الإنجاب بغير تلاقي بين الزوجين إذ هو عبارة عن عملية أو وسيلة تقنية تساعد الزوجين على تحقيق رغبتهم في الإنجاب دون الحصول على أي اتصال جنسي بينها ويتحقق ذلك عن طريق نقل الحيوانات المنوية من الزوج أو من غيره إلى العضو التناسلي للزوجة أو رحمها، كما يتحقق ذلك أيضاً بزرع بويضة ملقحة في رحمها. (لامية، العوي، 2008، ص8)

- وفي تعريف آخر هو الجمع بين خلية جنسية ذكرية وخلية جنسية أنثوية بغير الطريق الطبيعي وبرعاية طبيب مختص قصد الإنجاب. (زوييدة، إقروفة، 2008، ص82)

- وهناك من عرفه بأنه إجراء عملية التلقيح بين حيوان الرجل المنوي وبيضة المرأة عن غير الطريق المعهود. إذ لقي هذا التعريف تأييدا من بعض رجال القانون لكونه يقتصر على إدخال المني داخل الرحم بطريق العمل الطبي دون الإدخال اليدوي الذي تقوم به المرأة لنفسها، إذ لا يعتبر هذا الأخير تلقيحا اصطناعيا كما يشمل ذلك صورة التلقيح الخارجي لذكره عبارة - عن غير الطريق المعهود. (محمود، أحمد طه، 2008، ص89)

- وقد عرفه آخرون أن التلقيح عبارة عن الاستغناء بالاتصال الطبيعي بين الزوجين إذ يتم فيه سحب المني من الرجل وحقنه مباشرة في الجهاز التناسلي للمرأة، أو تلقيح خلتين مخبريا في أنابيب معدة خصيصا لذلك وتحت إشراف طبيب مختص تحت ظروف علمية معينة في المراكز المخصصة لذلك بهدف الحصول على الولد وعلاج مرض العقم وليس لأغراض أخرى كإجراء التجارب العلمية. (عبد الحفيظ أوسكين وآخرون، 2009، ص217)

- هو عملية طبية تتمثل في اخصاب المرأة عن طريق السائل المنوي لزوجها أو لأحد الأغيار في المكان المناسب من المهبل. (محمد، مرسي زهرة، 1991، ص21)

- هي عملية تجرى لعلاج حالات العقم عند المرأة والرجل، ويتحقق بإدخال مني زوجها في عضوها التناسلي بغير اتصال جنسي أو بالحصول على الحيوان المنوي للرجل و بويضة المرأة وتلقيحها خارج الرحم في أنبوب ومن ثم إعادة زرعها في رحم الزوجة. (سعاد، راحلي، 2015، ص21)

- **التعريف المتفق عليه:** لزبيدة إقروفة هو: الجمع بين خلية جنسية مذكرة و خلية جنسية أنثوية بغير الطريق الطبيعي برعاية طبيب مختص قصد الإنجاب.

2- نبذة تاريخية عن التلقيح الاصطناعي:

عرف الإنسان منذ القدم طريقة التلقيح الاصطناعي، وقد استعملها في الحيوان والنبات، وذلك من أجل تحسين النوع فيهما. (محمود، شلتوت، 1975، ص326)

كما عُرف عند العرب في القرن الرابعة عشرة الميلادي، حيث كانت بعض القبائل العربية تلقح خيولها من نطف جنسية تحصل عليها من حصان أصيل. (زياد، أحمد سلامة، 1994، ص45)

أما في أوروبا فقد كانت البداية في التلقيح الاصطناعي حوالي سنة 1880 ، حيث قام به العالم الإيطالي لازارد سبالانزا الذي أجراه على الكلب. وقد كانت البحوث المبكرة في هذا المجال تقوم على أساس نقل الحيوانات المنوية إلى الأثنى بطريق غير الطريق التقليدي، وقد نجحت معظم التجارب على مختلف الحيوانات . (زياد، أحمد سلامة، ص 55-56)

و في سنة 1959 قام ماك شنج Mc Chang الذي كان يعمل في بوسطن (الولايات المتحدة الأمريكية) بإجراء عملية التلقيح بطريقة (I.V.F) على الفئران حيث سجلت ولادة أول فأر.

(ضياء الدين، الجماس، 1987، ص103)

أما التجارب على البشر فقد بدأت سنة 1958 على يد الدكتور دانيال بتروشي الإيطالي والذي بدأها بإيجاد علاج لانسداد المسالك المبيضة عند المرأة وفي 1961 بدأ بتطبيق أبحاثه في عيادة خاصة في بولونيا إلى أن منعه إحدى الراهبات، ومع ذلك استمر في أبحاثه سرّياً إلى أن توصل سنة 1966 إلى إجراء عملية تلقيح البويضة بالسائل المنوي في وعاء خاص هو بمثابة رحم صناعي لفترة قصيرة من الزمن.

(زياد، أحمد سلامة، 1994، ص 60)

ثم بعد ذلك نجح الدكتوران البريطانيان ستيتو و إدواردز في تلقيح بيضة السيدة "ليزي براون" في 10 نوفمبر 1977 بطريقة I.V.F حيث تم الحمل و ولادة أول طفلة أنبوب في 25 جويلية 1978.

(محمد، علي بار، 1986، ص 54)

وقد أطلق على المولود اسم "Louis Browne"، وأصبحت هذه الطريقة تعرف فيما بعد بـ: "Bébé Eprouvette"، وقد تم اللجوء إلى هذه الطريقة بعدما عانت السيدة ليزي براون من انسداد كامل في قناة فالوب مما منع من اتصال البويضة بالحيوان المنوي بأي صورة. وبعد عدة تجارب انتشرت هذه العمليات في الكثير من الدول وفي مستشفيات العالم بما في ذلك مستشفيات الدول العربية حيث افتتحت فيها مراكز كثيرة متخصصة في عملية التلقيح الصناعي حيث ظهر في الجزائر وشرع كأسلوب للمساعدة الطبية منذ 1980 وسجل أول مولود عن طريق التلقيح الاصطناعي سنة 1986. بمستشفى بارني بالجزائر العاصمة، و بعدها فتحت وزارة الصحة المجال أمام القطاع الخاص ظهرت عدة عيادات و مراكز خاصة. (عبار، عمر، دت، ص 18)

3. أشكال التلقيح الاصطناعي:

1.3 التلقيح الاصطناعي الداخلي: (التلقيح داخل الجسم)

1.1.3 طريقة حقن السائل المنوي: يقصد بالتلقيح الاصطناعي الداخلي إدخال الحيوانات المنوية للرجل في المكان المناسب من مهبل المرأة سواء كان طازجاً أو مجمداً، بعد وضعه في إناء نظيف معقم وغير مبلل بالماء حيث يسحب بمحقن خاص ليوضع في فوهة عنق الرحم بعد التأكد من اليوم المناسب للتبييض، ويستطيع الطبيب أن يحدد هذا اليوم بمراقبة حرارة المرأة طيلة الشهر ومراقبة دورتها الطمثية لثلاثة أشهر سابقة للعملية. (محمد، المرسي زهرة، 1993، الكويت، ص 21)

2.1.3 طريقة الجفت: Gameteintrafallopiantransfer: هو أداة لتكنولوجيا الإنجاب المساعدة ضد العقم، تتم إزالة البويضة من مبيض المرأة، و توضع في أحد قناتي فالوب، إلى جانب نطاف الرجل حيث يعمل على تقريبها من البويضات عندما تكون مستعدة للإخصاب.

(Robert,G, 2001,PP1091-1094)

ومع التقدم المحرز في التلقيح الاصطناعي، يتم استخدام إجراء GIFT بشكل أقل حيث تكون معدل الحمل في التلقيح الاصطناعي الخارجي متساوية أو أفضل.(Toner ,JP, 2002, P78).

2.3 التلقيح الاصطناعي الخارجي:

1.2.3 طريقة طفل الأنابيب:

التلقيح الاصطناعي الخارجي والذي يقابله في اللغة الإنجليزية، (heteroinsemination) أو مصطلح (In vitro fertilisation)، حيث أن مصطلح (In vitro) هو في الأصل لاتيني والترجمة الفعلية له؛ داخل الزجاج أو في صحون زجاجية؛ ومن هنا نجد أن تسمية أطفال الأنابيب غير صحيحة حيث أن البويضة المخصبة لا توضع في أنبوب وإنما تعاد لرحم المرأة. فأطفال الأنابيب والتي يرمز لها (IVF-ET) وهو اختصار (In Vitro fertilisation and transfer Embryo) وإن كانت التسمية غير صحيحة وإنما هي تسمية أطلقتها الصحافة لجذب واهتمام الناس بموضوعها، والمستمع لهذه التسمية للوهلة الأولى يظن أنه يتم إنبات الطفل في أنبوب بتوفير ظروف معينة، لكن الأمر يتم في مدة قصيرة من يوم إلى خمسة أيام يتم فيها سحب الحيوان المنوي والبويضات وتوفير الظروف المناسبة لالتقائهما وحدث الانقسامات لتعاد البويضة المخصبة وتزرع في رحم المرأة لإكمال التطور الطبيعي للجنين. (السعيد، سحارة، 2018، ص 333-334)

و هو أيضاً تلقيح البويضات من المرأة خارج جهازها التناسلي داخل أنبوب الاختبار، ويتم التلقيح بمحي الذكر فإذا ما تم التلقيح أعيدت البويضات الملقحة إلى رحم المرأة أو إلى امرأة أخرى.

(يوسف، بوشي، 2016، ص245)

ونظرا لكون تقنية الإخصاب الاصطناعي الداخلي قد لا تعالج حالات عدم الإخصاب جميعها أو لا تتدخل في التحسينات الإيجابية التي يطلبها الأبوين في أجنهم المستقبلية لذلك تطورت تقنيات الإخصاب وأصبحت تجرى خارج الجسم وخارج رحم المرأة وفق تقنية الإخصاب الخارجي، وقد نجحت هذه التقنية لأول مرة عام 1978 عندما ولدت الطفلة لويز براون luise brown. (علي، هادي عطية الهاللي، 2012، ص254)

2.2.3. طريقة الحقن المجهري (ICSI) Intra Cytoplasmic Sperm Injection

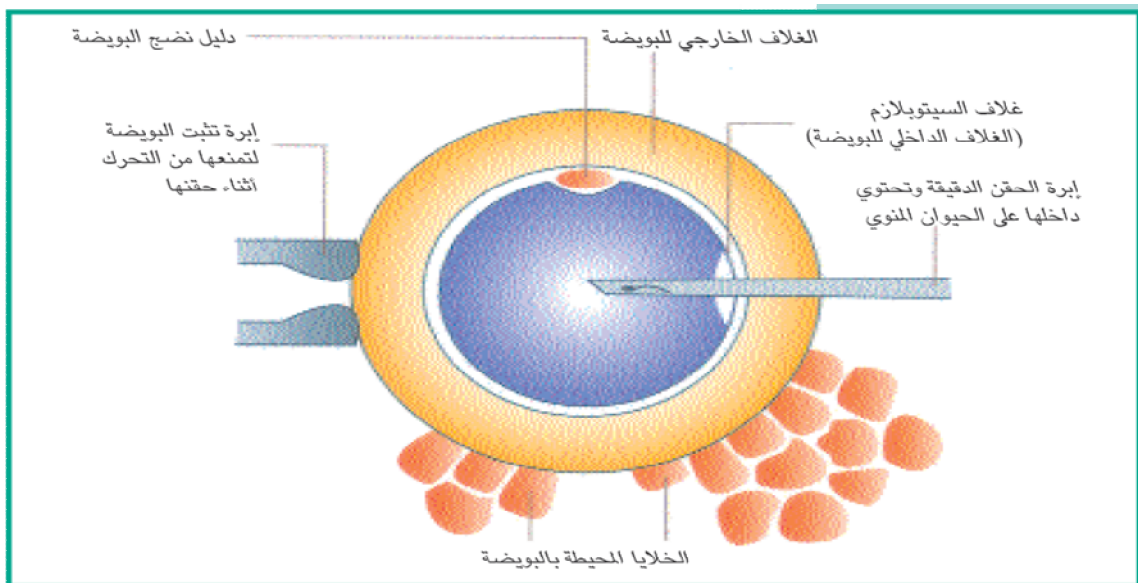
وهي تقنية أكثر تعقيدا من سابقتها حيث بدأت الأبحاث المتطورة لعلاج حالات العقم المستعصية عند الرجال وإلى غاية 1992 أين تم تحقيق النجاح ولأول مرة بعدما أعلن فريق طبي بلجيكي نجاح تطبيقها على الإنسان، وأصبحت العلاج الأمثل في حالات انعدام الحيوانات المنوية في السائل المنوي أو اضطرابات شديدة في حركة الحيوانات المنوية، (Mandelbaum, 2011, pp16-17)

إذ لا يختلف الحقن المجهري عن الإخصاب المعلمي والمعروف بطفل الأنابيب إلا في إحصاب البويضة؛ ففي طفل الأنابيب يعتمد على التلقيح الطبيعي للبويضة وإن كان هذا يتم بالمعمل خارج الجسم ولكن في الحقن المجهري يتم تلقيح البويضة بحقن الحيوان المنوي داخل البويضة كما أشار.

(Fish, et Huber, 2003, p366)

حتى يسهل عملية اختراق النواة تحت مكروسكوب خاص وأدوات غاية في الدقة وأطباء متخصصون في هذا المجال. (حسام زكي، دت، ص114).

الشكل رقم 1: لطريقة الحقن المجهري



تعليق على الشكل:

تبين الصورة الأولى عملية حقن البويضة وذلك من خلال تثبيتها لمنعها من التحرك وبعدها يتم إدخال الحيوان المنوي عن طريق إبرة الحقن الدقيقة في غلاف السيتوبلازم (الغلاف الداخلي للبويضة)

4. صور التلقيح الاصطناعي فيما يلي:

1. الصورة الأولى: يتم التلقيح بالحيوان المنوي للزوج وبويضة الزوجة ثم يتم نقل البويضة الملقحة إلى رحم الزوجة.

2. الصورة الثانية: أن يأخذ حيوان المنوي من الزوج وبويضة مأخوذة من امرأة أخرى غير الزوجة ثم تزرع البويضة الملقحة في رحم الزوجة.

3. الصورة الثالثة: يتم التلقيح بين الحيوان المنوي للزوج والبويضة من امرأة أخرى غير الزوجة ثم تزرع البويضة الملقحة في رحم امرأة أخرى.

4. الصورة الرابعة: يتم تلقيح بويضة الزوجة بغير الحيوانات المنوية للزوج ثم تزرع في رحم الزوجة.

5. الصورة الخامسة: يتم التلقيح بين نطفة الزوج وبويضة الزوجة ثم تزرع البويضة الملقحة في رحم امرأة أخرى غير الزوجة وهذه الصورة أدت إلى ظهور ما يعرف بتأجير الأرحام.

6. الصورة السادسة: يتم فيها التلقيح بين نطفة رجل متبرع وبويضة امرأة غير الزوجة ثم يتم الزرع في رحم الزوجة. (سمية، صالحى، 2016، ص451)

5. أسباب اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي:

يمكن اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي كعلاج للعقم في الحالات التالية:

1- اضطرابات التبويض: وهي تشكل حسب هيلين. (Helene Coste, 2009, p9)

من 20 إلى 30 % من مجمل أسباب العقم وتتمثل في غياب التبويض أو حدوث التبويض لكن بشكل غير منتظم وغير مستمر، ويفسر من خلال الاضطرابات التي تحدث على مستوى الدورة الشهرية.

وقد ترجع أسباب هذا الاضطراب حسب ديوندكادات (Depondt-Gadet, 2011, p13)

إلى خلل في وظيفة المبيض في حد ذاته أو إلى اضطراب في الإفراز على مستوى القطب ايوتلاموس ايوفيزار (Hypothalmo-Hypophysaire) والذي يؤدي إلى اضطراب نضج البويضة.

2- تناذر تكيس المبايض: يظهر من خلال تضخم وزيادة حجم المبيض مع وجود قشرة بيضاء، لزجة وبراقة، بحيث يحتوي الغلاف الخارجي للمبيض على الأقل على 12 بويضة في مختلف مراحل النضج وأغلبيتها غير صالحة، وهذا يؤدي إلى اضطراب الإباضة المزمّن أو إلى انعدام الطمث. (Gallon, 2011, p7)

3- تشوهات على مستوى الرحم: ترجع إلى تشوهات في الرحم، والأكثر انتشاراً هي التي تكون مصاحبة عادة لتشوهات في الجهاز التناسلي وفي الغالب لا تسبب العقم لكن لا تسمح باكتمال الحمل. وقد ترجع أيضاً إلى عدم وجود الرحم أو صغر حجمه بالإضافة إلى التصاق بطانة الرحم، وأخيراً الأورام الرحم الليفية التي قد لا تكون أيضاً سبب مباشر للعقم، لكنها تلعب دوراً في ذلك. (Montambault, 1988, p9)

4- ارتفاع هرمون الحليب: وهو متكرر بشكل كبير ونجده عند 30% من حالات العقم عند النساء اللاتي يعانين من اضطراب الدورة الشهرية و عند 20% منهن يكون غياب الدورة الشهرية ثانوياً ويكون سبب ارتفاع هذا الهرمون إما وظيفياً أو نتيجة وجود ورم. (Barillier, 2012, p67)

5- العمر: يعد العمر العامل الأساسي الذي يؤثر على خصوبة الزوجين ويعد عمر المرأة عاملاً أساسياً حيث في سن 25 تكون الخصوبة في ذروتها ثم تتناقص ببطء بعد 35 سنة وهذا ما أكدته كلا من منظمة التعاون والتطور الاقتصادي (OCDE) ومنظمة الصحة العالمية (OMS)، (Ranzanici, et all, p12-13)

وفي هذا الإطار يؤكد البروفيسور روناتو فونشين (Renato fanchin) في اليوم الوطني للعقم بفرنسا أن العمر يعد أحد الأسباب الهامة في حدوث العقم وهذا بسبب الشيخوخة التي تصيب المبيض والتي تؤدي إلى نقص وضعف وظيفته وينصح بأنه من الأفضل الإنجاب قبل سن 35.

(Poisson-Deléglise, 2014, p4)

6- حموضة المهبل: يكون السائل المهبل في حالته الطبيعية حامضاً ليحمي المهبل من الجراثيم ويساعد المني على الانزلاق في مجرى الدم، لكن إذا زادت درجة الحموضة شلت حركة الحيوانات المنوية وبالتالي تقل فرصة وقوع الحمل. (فاخوري، سيرو، 1984، ص 217-220)

7- قفل الأنايب: عندما تكون أنابيب قناة الرحم مسدودة أو مزالة بعملية أو مصابة، حيث لا يلجأ الأطباء في هذه الحالة إلا بعد محاولة إصلاحها فإذا فشل هذا الإجراء لجأ الأطباء إلى محاولة الحمل بالتلقيح الاصطناعي.

8- انتباز الرحم: إذا كان انتباز الرحم خفيفاً فإن الأنابيب تظل مفتوحة ولكن عملها قد يتعطل، وفي هذه الحالات تصل نسبة النجاح إلى في العملية إلى 30 % ، أما حالات الانتباز الشديد فإن نسبة النجاح تكون ضئيلة. (محمد، علي بار، 1986، ص41)

9- قلة الحيوانات المنوية: بحيث لا تزيد عن المليون وربما أقل.

10- قلة حركة الحيوانات المنوية: أي عدم قدرة الحيوان المنوي الوصول إلى البويضة أو عدم القدرة على تلقيحها. (حسام، زكي، دت، ص133)

11- انسداد في الأنابيب الموصلة للحيوانات المنوية: إن المشكلة هنا لا توجد بمكان إنتاج الحيوانات المنوية وهو الخصية بالطبع وإنما في مجرد توصيلها. (حسام، زكي، دت، ص143)

12- عوامل أخرى: هناك عوامل مختلفة قد تؤثر على خصوبة الزوجين وهذا ما يؤشر إليه فيشي و هيبير .

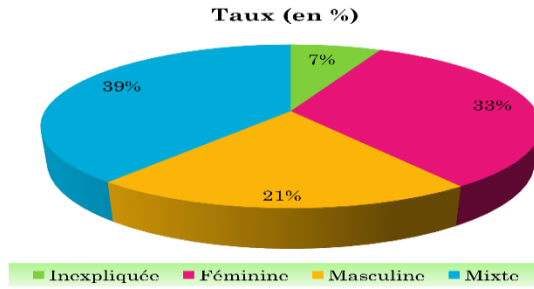
(Fischi, Huber, 2003, p362)

من أن الدراسات التي تؤكد سببية العوامل البيئية وهي التلوث، المواد السامة المختلفة بالإضافة إلى التدخين وتناول الكحول بشكل مفرط أيضا درجات الحرارة المرتفعة التي تؤثر بشكل خاص على مبي الرجل وتأثير هيدرات الكربون الملون على خصوبة المرأة، وفي هذا الإطار يشير الفاراز (Alvarez, 2010, p1)

من خلال دراسته حول العوامل السامة وجودة الحياة عند الزوجين خلال فترة ما بين 2007 و 2010 وذلك على عينة قوامها 380 من الأزواج الذين يعانون من العقم وهذا أثناء تقدمهم للفحص في مراكز التلقيح الاصطناعي. وترى الباحثتان أن هناك عوامل مختلفة تؤثر على الخصوبة مما يسهم في توجه الأزواج إلى مراكز التلقيح الاصطناعي.

الشكل رقم 2: أسباب العقم.

LES CAUSES DE L'INFERTILITÉ



تعليق على الشكل:

الصورة الثانية عبارة عن رسم بياني يوضح نسب أسباب العقم بحيث نجد أن 39% من هذه الأسباب تكون مختلطة بين الزوج والزوجة و 33% تعود للمرأة و 21% تعود للرجل و 7% مجهولة غير معروف وغير قابلة للشرح.

6. مراحل التلقيح الاصطناعي:

يعد التشخيص هو المفتاح الأساسي لهذا مجرد مرور بضعة أشهر دون حدوث الحمل تسارع المرأة للفحص، وتبدأ سلسلة الفحوصات المختلفة والتي تطال الزوج أيضا خاصة في الآونة الأخيرة أين تم إثبات أن الرجل يشارك المرأة نفس الحظوظ في حدوث العقم ويختلف المدى الذي يجب أن يبلغه استقصاء الزوجين باختلاف الأوضاع السريرية وتتمثل أهم خطوات الفحص والتشخيص عند المرأة ما يلي:

1.6 الفحص الطبي الأولي:

يتم هذا الفحص خلال الزيارة الأولى ويضم مرحلتين، بحيث تتمثل المرحلة الأولى بـ: جمع المعلومات، والمرحلة الثانية تتمثل بـ: القيام بالتحاليل والفحوصات. فيما يخص مرحلة جمع المعلومات يتم خلالها البحث عن السوابق المرضية والتي تكون بطريقة منهجية ومنتظمة. وتعد مدة العقم عاملا مهما في مآل الحالة فيما بعد. (Faculte de Médecine, 2005, p250)

وتتمثل أهم هذه المعلومات في معرفة الحالة المدنية، عمر المرأة، الحياة التناسلية من خلال التعرف على أول دورة شهرية عند المرأة، كيفية مرور مرحلة البلوغ عندها، انتظام ومدة الدورة الشهرية، آلام الحيض، السوابق الجراحية، السوابق المرضية، العادات اليومية. هذا بالنسبة لحياة المرأة، أما حياة الزوجين فتتمثل في معرفة تاريخ الزواج، معرفة تاريخ الرغبة في الطفل، الحياة الجنسية: عدد مرات الجماع، صعوبات الجماع، هل تم استخدام وسائل منع الحمل من قبل و ما هي هذه الوسائل ومتى تم التوقف عن استخدامها... (Ayoubi, 2005, p3)

2.6 الفحص السريري:

يتضمن فحص سريري شامل ويضم: الفحص العام والفحص المتخصص، ويتضمن الفحص الأول: الكشف عن الطول، الوزن، وعن علامات اضطراب الغدد، أما الفحص الثاني فيتضمن فحص عنق الرحم للبحث عن الالتهابات أو اضطرابات على هذا المستوى: قياس درجة الحرارة بانتظام لمدة على الأقل ثلاثة أشهر وتسجيل نتائجها في جدول خاص لمعرفة مدى تنظيم التبويض. (Saurel, 2013, p69)

أيضا الفحص من خلال جهاز الأشعة فوق الصوتية وهذا بعد إجراء مختلف الفحوصات السابقة يتم المرور إلى طلب التحاليل الطبية والتي تتمثل أهمها في... FSH, LH, PRL, THS وهذا لتأكيد أو نفي بعض احتمالات التشخيص التي تم وضعها مبدئيا ووفقا لما سبق يتم تقديم فحوصات أكثر دقة تتمثل أهمها في:

3.6 أشعة الرحم الملونة: (hystérosalpingographie)

وهو في الغالب فحص نموذجي يهدف للكشف عن قنوات فالوب. (Imthurn, et all, 2008, p127)

4.6 منظار الرحم (Coelioscopie):

هذا الفحص الطبي يطلب من المفحوصة في حالة الشك في الدودية، أو على مستوى الحوض، أو التهابات... وهذا بهدف تشخيصي من جهة، ومن جهة ثانية بهدف علاجي من خلال تصحيح التشوهات التي يمكن الكشف عنها. (Antione, et all, 2010, p689)

5.6 Hysteroscopie:

وهو فحص ثانوي يطلب في حالة الشك في وجود تشوهات في الرحم مثل وجود ورم داخل الرحم، وفي حالة وجوب استخدام الجراحة التصحيحية. (comeau, 2002, p48)

وبعد الاطلاع على مختلف المعلومات التي جمعت والتحليل الطبية والفحوصات يمكن تحديد التشخيص المناسب وهو يختلف بشكل عام من حالة لأخرى. ولقد حددت منظمة الصحة العالمية فئات التشخيص وهذا من خلال الدراسة التي قامت بها والتي تهدف إلى محاولة تحديد سبل التشخيص عند الأفراد الذين يعانون من العقم.(راو وآخرون، 2001، ص41)، لكن هناك بعض الحالات تكون فيها مختلف الفحوصات والتحليل سليمة لكن لا يحدث الحمل ويبقى التشخيص مفتوحا، وفي هذه الحالة يسمى العقم بالعقم غير مفسر، ويرى عطية. (Athea, 2005, pp1536-1537)

أنه في حالة غياب السبب الطبي الذي يفسر العقم، فإن وضعية سواء الأطباء أو المرضى تكون صعبة جدا، لأن اختيار التقنية العلاجية من طرف الأطباء تكون وفق سبب العقم، ويؤكد دوره كمختص يتمثل قبل كل شيء في وصف مختلف صعوبات العلاج المتطور من فحوصات وأدوية والتي في الغالب ستخترق جسد المرأة، وتوضيح لذلك كلما يرتبط بها من آثار والتي تتمثل أهمها في تدهور حياة الزوجين، الاختلال في الوظيفة وأيضا الاستثمار العاطفي وخطر التعرض للإجهاض.. وبالرغم من كل ذلك فإن المرضى يرون بأنه يجب فعل كل شيء حتى لا يشعروا بالندم والحسرة بعد ذلك، إذ عدم القيام بذلك يعني أنهما لا يرغبان في الطفل فهم يتحملون كل العناء لزيادة فرص احتمال حدوث الحمل. حيث ترى الباحثتان أن التشخيص الصحيح هي الوسيلة الأنجع لاختيار الطريقة والتقنية العلاجية المناسبة وهذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي:

7. خطوات التلقيح الاصطناعي الداخلي: (Isemination Artificiel ou Intra-utérine)
الإخصاب داخل الرحم، إن أول عملية من هذا النوع أجريت من طرف الجراح جوهن هنتر (Johen,H) سنة 1970. (Mandel baum, 2011, p14)

الخطوة الأولى: تبدأ بعد بداية الدورة الشهرية بثلاثة أيام وفيها يقوم الطبيب بإعطاء الزوجة المطلوب إجراء العملية لها دواء البرجونال عن طريق الحقن وذلك بهدف تنشيط عملية التبويض ثم يجرى لها تحليلا للدم للتأكد من وجود النسبة المعقولة لهرمون الاستروجين.

الخطوة الثانية: تبدأ الخطوة الثانية بعد مرور اثني عشر يوماً وتسمى هذه الفترة بأيام التبويض، وفيها يقوم الطبيب بقياس حجم الحويصلات عن طريق الأشعة ثلاثية الأبعاد ليقرر ما إذا كانت مناسبة للتلقيح من عدمه، فإذا وجد أن هذا الحجم مناسباً، أعطى للزوجة علاجاً هرمونيا منشط لانطلاق البويضة، ومن الواجب أن يتم ذلك قبل عملية الحقن بمدة لا تقل عن 36 ساعة.

الخطوة الثالثة: وتأتي هذه الخطوة الأخيرة وفيها يقوم الطبيب بأخذ الخلايا الذكرية المفردة -الحيوانات المنوية للرجل - بعد تنقيتها من الشوائب العالقة بها في المختبر، واختبار الجيد منها لينقلها إلى التحويف الرحمي

للمرأة بواسطة جهاز خاص، ولقد حدد الأطباء طريقتين للتلقيح الاصطناعي باستخدام عينة من السائل المنوي للزوج حيث تتمثل الطريقة الأولى في حقن السائل المنوي في عنق الرحم، أما الطريقة الثانية فتتمثل في إدخال السائل المنوي في داخل القناة الرحمية، أو في قنوات فالوب.

(Ouedraogo, Ag Charlemagne, 2014, p7)

وذلك حتى يتم الحمل، حيث تترك الزوجة بعدها ممدودة على ظهرها مدة ساعة على الأقل لتساعد النطف الذكرية على الوصول إلى منطقة البوق حيث تنتظرها البويضات لعملية التلقيح، ومن الأفضل أن ترتاح الزوجة لمدة يومين أو ثلاثة أيام بعد ذلك. (حسين عبد السميع إبراهيم، دت، ص41)

8. خطوات التلقيح الخارجي: (المعملي) طفل الأنابيب (F.I.V)

يعتبر هذا النوع من الإخصاب حجر الزاوية ونقطة تحول جوهرية في علاج تأخر الحمل منذ أن ولدت الطفلة لويز بعد عمل الإخصاب المعملي من قبل ستبتو و إدوردز. يعتمد الإخصاب المعملي والمعروف بطفل الأنابيب على خطوات تسمى بالدورة العلاجية وتوجد عدة طرق لذلك وسنذكر هنا النظام الأكثر شيوعاً:

1- **تهيئة الجسم لتنشيط عدد كبير من البويضات:** الهدف من هذه المرحلة هو تنشيط واستمرار عدد كبير من البويضات حتى مراحل النضج الكامل بدل ما يحدث في الدورة الطبيعية، ويتم هذا التنشيط بأخذ دواء LHRH والذي يؤخذ بعدة طرق: بالحقن طويلة المفعول، الاستنشاق عن طريق الأنف، الحقن اليومية تحت الجلد.

2- **تنشيط نمو البويضات بالمبيض:** يتم تنشيط نمو البويضات بالمبيض باستخدام الحقن التي تحتوي على الهرمون المنشط للحويصلة FSH فالطبيب يحدد نوعية الحقن حتى لا يحدث التنشيط الزائد و حتى لا يدخل في الآثار الجانبية.

3- **متابعة نمو البويضات:** يجب متابعة استجابة المبيضين للحقن المنشطة للتبويض باستخدام جهاز الموجات فوق الصوتية (السونار) transvaginalUltrasound scan

4- **سحب البويضات إلى خارج الجسم:** قبل السحب تؤخذ حقنة التبويض ثم سحب البويضات عن طريق السونار ويتم هذا السحب تحت تأثير مخدر عدم الأكل أو الشرب قبل العملية بـ 6 ساعات والبقاء في المركز يكون من 3 إلى 4 ساعات، وبعد العملية يخبر الطبيب عدد البويضات المسحوبة.

5- تلقيح البويضات بالحيوانات المنوية (الخاصة بالزوج) بالمعمل: بعد الحصول على السائل المنوي الخاص بالزوج يتم تحضيره بطريقة خاصة ثم يضاف إلى البويضات ثم تترك في حضانة يتوفر فيها المناخ والظروف المناسبة وبعد 18 إلى 20 ساعة يتم فحص البويضات للتأكد من التلقيح.

6- نقل الأجنة إلى داخل الرحم: يختلف تحديد نقل الأجنة من مركز إلى آخر ومن حالة إلى أخرى، وعادة يكن عدد الأجنة المنقولة من 3 إلى 4 أجنة داخل الرحم، ويتم النقل عبر أنبوب خاص ذات مواصفات قياسية خاصة ودقيقة.

7- مرحلة الانتظار: وهي الفترة التي تلي مرحلة نقل الأجنة إلى داخل الرحم حتى التوقيت المناسب لإثبات الحمل من عدمه وتستغرق حوالي 16 يوم. (حسام، زكي، دت، ص ص 106-107)

ويرى بينلوب أتروود أن نسبة نجاح التلقيح الاصطناعي تطبيقيا وفقا لدراسة أجريت في ثماني مراكز فرنسية على عينة تقدر بـ 6500 زوج بين 2000 و 2002، كما يلي:

في المحاولة العلاجية الأولى 27 %

وفي المحاولة العلاجية الثاني 34 %

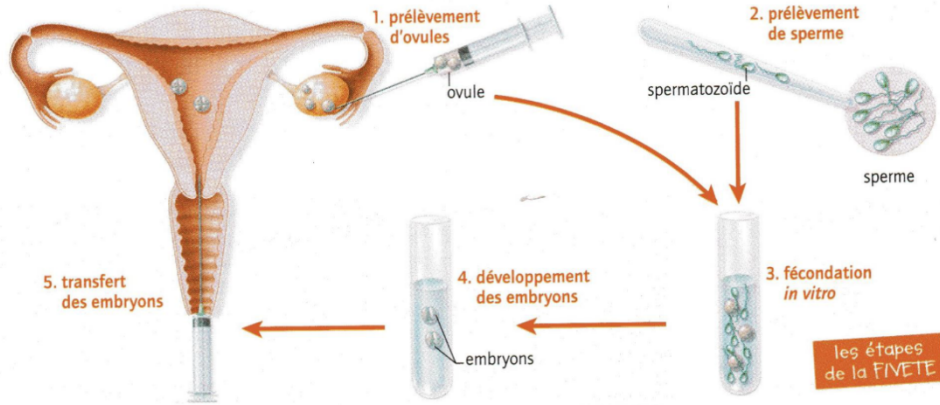
وفي المحاولة العلاجية الثالثة 42 %

كما أشارت الدراسات إلى أن عدد كبير من الأزواج يتركون العلاج بعد فشل المحاولة الأولى وأن ما يقدر بـ 48% لا يصلون إلى المحاولة الرابعة، وأن هذا العدد كبير بالنسبة لبلد تتم فيه هذه التقنية بشكل مجاني. (PenelopeTroude, 2011, p20-21)

بحيث تفسر هذه النتيجة لوجود عدة صعوبات فيزيقية و نفسية خاصة حول إجراء هذه التقنية.

ومن خلال ما سبق نجد أن هناك مراحل عديدة تمر بها تقنية التلقيح الاصطناعي وأغلب هذه المراحل ترتبط بالمرأة.

الشكل رقم 3: مراحل التلقيح الاصطناعي.



تعليق على الشكل:

تمثل الصورة الثالثة مخطط مجريات التلقيح الاصطناعي بحيث يتم في البداية سحب البويضات من المبيض والحيوانات المنوية من الخصيتين ثم يتم وضعهما في وعاء خاص لغرض التلقيح ويترك تحت المراقبة إلى أن تبدأ الأجنة في النمو لتحقن مرة أخرى في الرحم.

9. السيرورة النفسية للمرأة أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي:

تعد سيرورة المرأة النفسية في مراكز التلقيح الاصطناعي استثنائيا فهي من تتحمل أعباء الأدوية وآثارها الجانبية وأعباء مختلف مراحل التقنية العلاجية سواء كانت هي السبب في العقم أو زوجها وهذا ما يضاعف من معاناتها وهذا ما توضحه الوكالة البيوطبية. (Agence de la biomédecine, 2010, p16)

من أن المرأة تشعر بالإحباط والقلق والغضب والوحدة، وترى أن زوجها لا يتفهمها وأنه نخلى عنها وهي الوحيدة التي تعاني. وتؤكد بعض الدراسات أن عدد الأزواج الذين تخلو عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي لأسباب نفسية بعد المحاولة الثالثة، وهذا لأن إجراءات التلقيح الاصطناعي واقعا ثقيلة جداً لما يكتنفها من آلام بسبب الحقن اليومية والمواعيد المختلفة للقيام بالتحاليل والفحوصات، ناهيك عن الشكوك التي تخوم حول نجاح هذا العلاج، وأيضاً هذا التدخل في الحياة الحميمة للزوجين يصبح فجأة مشهدا عاما لكل الفريق الطبي الذي يتدخل وييدي رأيه بأشياء خاصة جداً. وفي هذا الإطار يشير باريللي.

(Barillier, 2012, p193-194)

إلى دراسة بريطانية 1999 على 2000 زوج يعاني من العقم حول ما يشعرون به أثناء فترة العلاج حيث كانت نتائج الدراسة كما يلي: البكاء 97% منهم الاكتئاب 94% العزلة عند 94% الشعور بالذنب 62% العار عند 62% أفكار انتحارية عند 20% لذلك يوجد تزايد في وجود الأخصائيين والأطباء العقلين في مراكز التلقيح لدعم وعلاج هؤلاء الأزواج في هذه المرحلة المتوترة، ولأنهم بحاجة إلى التكفل النفسي جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي وهذا ما سنشير إليه في العنصر الموالي.

10. التكفل النفسي للمعالجين في مراكز التلقيح الاصطناعي:

إن العلاج الطبي يسير جنباً إلى جنب مع التكفل النفسي ولا غنى أحد عن الآخر وفي هذا الإطار يشير ديسجاردن. (Disjardins, 2014, p24)

إلى أن دور الأخصائي في مراكز التلقيح هام جداً بل هو مركزي. إن القلق الذي يعيشه الزوجان خلال هذه الفترة قد يكون مصدر لتوتر العلاقة الزوجية لذلك ترى أبلبون Epelboin أن إحدى الطرق المساعدة للزوجين على التكافل هو تقديم رحلة علاج العقم في مركز التلقيح على أنه مشروع مشترك لعلاج مرض الزوجين مهما كان سبب العقم، ولتجنب مشاعر الذنب التي قد تظهر على أحدهما. إن التجربة البريطانية في مجال التكفل بمرضى العقم على سبيل المثال لا الحصر على غرار مختلف الدول المتطورة والتي تسعى كلها لتقديم الدعم الطبي والنفسي معا حيث أصبح التكفل النفسي بهذه العينة من أولويات الصحة العمومية خاصة بعدما أكدت مختلف الدراسات الآثار السلبية على الصحة النفسية والإنجابية عند المصابين بالعقم، وقد أشار إليها لمبراز في نقاط أهمها:

1. الأزواج الذين يعانون من العقم يتلقون الدعم النفسي والاجتماعي من خلال طرق ووسائل مختلفة من بينها: جمعية (Infertility Network UK) وهي جمعية وطنية تأسست في 2003 تهتم بالمصابين بالعقم من خلال تقديم الدعم النفسي عن طريق:

2. توفير خط للاتصال المجاني 24/24 سا و هذا للإرشاد والمساعدة النفسية.

3. وجود شبكة دعم وطنية تضم مرضى متطوعين؛ بحيث خبرة هؤلاء المرضى مع تجربة العقم أصبح لديهم القدرة والاستعداد لتقديم المساعدة لغيرهم من المرضى وهم في الخدمة دائماً.

4. تقديم مجلات تصدر كل أربع سنوات تتضمن مقالات طبية خبرات شخصية...

5. تخصيص ميدان لتبادل الخبرات والتجارب العلاجية بين المرضى.

6. إجراء أيام تحسيسية حول العقم وأيام وطنية وملتقيات حول التلقيح الاصطناعي. (Lumbreras, S,A, p19-21)

خلاصة:

إن رحلة العلاج في مراكز التلقيح الاصطناعي للوصول إلى ما يريده الزوجان رحلة قد تطول وتستتفز خلال هذه الرحلة الكثير من الانفعالات كالقلق والضغط والعصبية... وكثيرا من المال والوقت وخلال هذه الفترة يحتاج الزوجان إلى تكفل نفسي خاصة الزوجة لأنها محور العملية ولأنها هي من ستحمل التجربة في جسدها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الاطار المنهجي للدراسة

تمهيد:

1. المنهج.
2. الدراسة الاستطلاعية
3. حدود الدراسة
4. وصف مجموعة البحث
5. أدوات البحث
6. المقابلة العيادية نصف موجهة
7. الملاحظة العيادية
8. اختبار الرورشاخ
9. ظروف الإجراء والتطبيق

خلاصة

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الإطار المرجعي و الذي يركز على تحديد إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات، بحيث سنتطرق في هذا الفصل الى الإجراءات التطبيقية و التي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري و الجانب الميداني وذلك ابتداء بالمنهج المتبع في الدراسة وكذا الدراسة الاستطلاعية و ما يتبعها من تحديد ميدان الدراسة و الأدوات المستعملة لجمع البيانات ثم عينة الدراسة و خصائصها. ثم نتعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية صولا إلى تحليل النتائج المتحصل عليها من الحالات المدروسة بالتعرف عليها أكثر بكل ما فيها من جوانب النفسي، الاجتماعي والاقتصادي.

1. المنهج المستعمل في البحث:

لقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي باعتباره ملائما للبحث الذي يتعلق بالكشف عن مؤشرات القلق الذي تعاني منه النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي والذي يسمح بدراسة معمقة لكل حالة على حدة وفهم طبيعة الحالة النفسية لهؤلاء النساء بعد الملاحظة المعمقة و إدراك مؤشرات القلق التي يظهره. ولقد عرفه (wiemer) 1892 على أنه " منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر، من اجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم أوقصورهم". (عبد المعطي، ح م، 2003، ص31).

يستخدم المنهج العيادي للتشخيص والعلاج لان تفسير المظهر السلوكي لا يكون بعزل هذا المظهر عن غيره من المظاهر بل الرجوع إلى الشخصية ككل، كما يقول حسين عبد العزيز "المنهج العيادي يدرس الحالة كوحدة كلية". (حسين عبد العزيز، 1985، ص156).

إذن فالمنهج العيادي يسمح لنا بدراسة الحالات الفردية دراسة معمقة و بذلك يتسنى لنا جمع أكبر قدر من المعلومات حول كل حالة، و التي تسمح لنا من بالتحقيق من فرضيات بحثنا.

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان لكونها تحدد مسار الدراسة فمن خلالها نتأكد من وجود العينة التي تلائم الدراسة. وحسب "محمد شفق" فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه كما تسمح لنا بالتعرف على الظروف وإمكانات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

(محمد شفيق، 2006، ص102)

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

قمنا بأول خطوة في دراستنا الاستطلاعية في شهر نوفمبر 2019 بهدف:

1. التأكد من توفر مجموعة البحث(العينة).
 2. التأكد من صحة المتغيرين و ملائمتها مع مجموعة البحث.
 3. اكتشاف الظروف الملائمة لإجراء الدراسة .
 4. التأكد من أن أسئلة محاور المقابلة واضحة و مفهومة .
 5. تحديد خصائص عينة البحث النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي.
- ثم انطلقنا في عملنا مع الحالات في شهر مارس 2020.
- 3. حدود الدراسة:**

1.3 الإطار المكاني: تم انجاز الدراسة بالمركز الطبي حياة للخصوبة الواقع في شارع العربي بن مهيدي بني يزقن بلدية بنورة -ولاية غرداية

2.3 الإطار الزماني: أجريت الدراسة خلال السنة الدراسية 2020/2019.

4. وصف مجموعة البحث: للحصول على مجموعة بحثنا لجأنا إلى النساء اللواتي تتوفر فيهن الشروط الآتية:

1. أن يكون سنها 20 سنة و أكثر.

2. أن تكون مقبلة على التلقيح الاصطناعي.

3. أن لا تكون قد أنجبت من قبل .

الجدول رقم 01 : يلخص خصائص مجموعة البحث.

الحالة	السن	المستوى التعليمي	سبب اللجوء الى التلقيح الاصطناعي	عدد سنوات الزواج	الولاية
فردوس	27	جامعي	تشوه في الرحم	7 سنوات	البليدة
زهرة	40	ثانوي	تشوه في البويضات	12 سنة	الأغواط
عييدة	27	ثانوي	نقص حاد في انتاج البويضات	10سنوات	ورقلة
هند	32	جامعي	تشوه في الرحم	7 سنوات	وهران
سامية	33	جامعي	نقص حاد في الحيوانات	6 سنوات	الجللفة

تعليق الجدول : يوضح هذا الجدول خصائص مجموعة البحث يظهر كل أعضاء المجموعة من خارج الولاية وتتراوح أعمارهن بين 27 و 40 سنة. ولقد تم اختيار العينة قصديه حيث تتوفر فيها المعايير المطروحة سابقا وكان الاتصال الأول بمن بشكل مباشر. أجريت المقابلات في مركز حياة للخصوبة تحت تأطير المختص النفساني السيد كومني الحاج موسى و إشراف الأستاذة بن عبد الرحمن أمال. كما لاحظنا في أسباب اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي وجود حالة سليمة والسبب من الزوج.

5. أدوات البحث:

من أجل اختبار فرضية البحث على الباحث أن يقوم بجمع المعلومات و المعطيات و يقوم بإخضاعها للمعالجة و والتحليل و ذلك من خلال استعمال عدو وسائل و أدوات وجدت لهذا الغرض و التي تتلاءم مع موضوع الدراسة و تكون صالحة لقياس ما يهدف الباحث لقياسه ، ومن هذا الأساس فإن الأدوات المناسبة لهذه الدراسة تتمثل في:

1.5.1 المقابلة العيادية نصف موجهة:

تعتبر المقابلة العيادية الوسيلة الأكثر استعمالا من طرف الأخصائي العيادي لهدف التشخيص و العلاج أو لهدف البحث حيث يعرفها "سامي محمد ملحم(2002)" على أنها تلك التي تعتمد دليل المقابلة و التي ترسم خططها مسبقا بشيء من التفصيل ووضع تعليمة محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة، و فيما تحدد الأسئلة صيغتها ، ترتيبها، توجيهها، و طريقة إلقاءها، بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكليف.

(سامي محمد ملحم، 2002، ص275)

ولقد اعتمدنا عليها في بحثنا كونها الوسيلة الأنسب لفسح المجال للمقابلة على التلقيح الاصطناعي لتعبير على مشاعرها بكل اريحية.

1.1.5 دليل المقابلة نصف موجهة:

لقد قامت الباحثتان بتصميم دليل المقابلة و الذي يحتوي على 05 محاور متناسقة و متكاملة فيما بينها و كل محور لديه هدف و تعليمة على النحو التالي:

1- اللقاء التمهيدي: في هذا الجزء يكون اللقاء الاول مع الحالة و يكون فيه الترحيب بالحالة و بناء علاقة مهنية معها و تهدف الى جمع معلومات بسيطة . و تتمثل في:

1. الاسم.

2. السن.
3. الرتبة بين الإخوة.
4. المستوى الدراسي.
5. المستوى الاقتصادي.
6. مدة الزواج.
7. مهنة الزوج.
8. السكن فردي أو جماعي.

2- المحور الأول: الحياة الماضية:

1. كيف كانت طفولتك؟
2. متى كانت أول فكرة حول الإنجاب؟
3. كيف علمت بمشاكلك؟
4. كيف كانت ردة فعلك؟
5. ما هي المشاكل الصحية التي تواجهك؟
6. من اقترح فكرة التلقيح الاصطناعي؟

3- المحور الثاني: الحياة الحاضرة:

1. كيف كانت ردة فعله عندما علم بمشاكل؟
2. كيف هي علاقتك بزوجك؟
3. كيف هي علاقتك مع أهل الزوج؟
4. هل تعاني من مضايقات بسبب عدم الإنجاب من العائلة
2. في نظرك كيف يراك الناس؟

4- المحور الثالث: الرؤية المستقبلية:

1. هل ترين أن مشاكلك يؤثر في مستقبلك؟
2. ماذا تتمنين في المستقبل؟
3. ماهي مشارعك في المستقبل؟

2.5 الملاحظة العيادية:

عرفها "عبد الفتاح، دويدار" على أنها وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، و تتميز الملاحظة العلمية عن غيرها من أدوات جمع البيانات لأنها تفيد في جمع البيانات فتصف سلوك الفرد الفعلي، وفي بعض المواقف

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

الواقعية في الحياة ثم أنها تفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي يبدي فيها المبحوثين نوع من المقاومة للباحث و يرفضون الإجابة عن أسئلته " . (عبد الفتاح، دويدار، 1995،ص274)

كذلك الملاحظة" تعتبر وسيلة تستعمل في جمع البيانات و المعلومات وهي من أهم الوسائل التي توظف في البحث العلمي وعلى الأخصائي النفسي أن يلاحظ مظهر المفحوص، سلوكه، عناده وردود أفعاله أثناء سير الاختبار. (حامد، عبد السلام زهران، 1997، ص165)

تعتبر أداة أساسية لدراسة السلوك الإنساني في مواقف يتعذر استخدام أدوات أخرى و هي في أبسط صورها مشاهدة الباحث على طبيعة جوانب سلوكية معينة و تسجيلها و ربطها مع ما توصل إليه من نتائج من دون أدوات أخرى ونستخدمها بشكل واضح في ملاحظة سلوك الحالات، مظاهرها العامة و انفعالها والعلاقات الاجتماعية و غيرها من الجوانب .(الرفاعي، اسماعيل، 1972، ص72)

واستخدامها في بحثنا من اجل الوصول الو وصف دقيق للحالات المدروسة و جمع المعلومات الكافية لملاحظة مختلف الجوانب و المظاهر التي تتميز بها لان الملاحظة تعتبر من اهم أدوات البحث.

3.5 اختبار الرورشاخ:

هو اختبار من بقع الحبر، اكتشفه "هرمان رورشاخ" عام 1920، و الذي يسمح ليس فقط بدراسة الخيال ولكن بإقامة تشخيص نفسي للشخصية عند الطفل و المراهق و الراشد، تجعل دقة الاداء من الممكن الكشف عن مؤشرات خفية تظهر سيورورات لم تتمكن الملاحظة و المقابلة من إظهارها عند الفرد ،سواء تعلق الامر بسيورورات مرضية في طريق التكوين أو بعناصر تحمل تطورا جيدا على مستوى الشخصية، هذا الاختبار يسمح إذا بتقييم دينامي للموار رد الحالية و الخفية للفرد نقاط ضعفه.

(Chabert Catherine ,1998,p36)

حسب "جيلالي، سليمان " أن اختبار الرورشاخ يدخل ضمن الاختبارات الاسقاطية التي تسهل التفريغ في مادة الاختبار لكل ما يرفض الفرد أن يكون، و كل ما يحس به أنه سيء أو من نقاط ضعفه، و أنها تجعل الفرد ينتج بروتوكول إجابة بحث أن بنية هذا البرتوكول تطابق بنية الشخصية و تسمح المادة الاسقاطية المتحصل عليها من فهم نوعية العلاقة مع الواقع، و في نفس الوقت بالوقوف على امكانية الفرد لإدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري إذ يجد هذا الاخير نفسه أمام ضغوط داخلية و خارجية فيتبين لنا كيف يواجه عالمه الداخلي ومحيطه الخارجي. (جيلالي، سليمان، 2012، ص79)

1.3.5 وصف الاختبار:

حسب انستازي يتكون اختبار الرورشاخ من عشر بطاقات تحتوي كل منها على بقعة مشابهة لبقع الحبر المتناظرة الجانبيين تقريبا، تتكون خمس منها من اللونين الأسود و الرمادي على درجات مختلفة من التظليل و التلازم تعرف البطاقات اللالونية، في حين تتكون الخمس الأخرى من نفس اللونين إضافة إلى ألوان أخرى و ذلك على درجات مختلفة من التظليل و التلازم و تعرف الطاقات اللونية. و فيما يلي الوصف العام للبطاقات.

البطاقة الأولى: البطاقة تمكّنا لاستجابة لها ككلّ مع أنّها تضم بعض الأجزاء الصغيرة التي يمكن أن يستجاب لها. كما يكون محدد الاستجابات إما الشكل و إما الحركة، وتساعد على ذلك خصائص البقعة نفسها، وهو أيضا ما لا يفسح مجال الرفض الاستجابة لها، وهي في عمومها سوداء. (Rorschach,H,1976,p41) مع بعض الفراغات البيضاء في الوسط. (كلويفر و دافسون، 1965، ص08)

البطاقة الثانية: وهي سوداء وحمراء، تستثير أكثر من الأولى الاستجابات الحركية، وتضم فراغا أبيض في الوسط ذو أهمية خاصة. وجود اللون الأحمر فيها يمكن أن ينتج عنه بعض الصدمات (صدمة اللون وهو في أعلى وأسفل الجزء الأسود.

البطاقة الثالثة: وهي سوداء وحمراء وتستثير بسهولة كبيرة استجابات الحركة، أما اللون الأحمر فهو منفصل عن الجزء الأسود، وتضم من جهة أخرى فراغا أبيض في الوسط له أهميته الخاصة.

البطاقة الرابعة: وهي سوداء، تستثير بصعوبة كبيرة استجابات الشكل واستجابات الحركة. وتعتبر الاستجابة لها ككلّ على غاية من الصعوبة كذلك، عكس أجزائها، وبصفة عامة الشكل يعطي نوعا من الإحساس الجمالي، والتفسير يحتاج إلى تجاوز نوع من الصعوبة.

البطاقة الخامسة: سوداء كلّها، وهي أسهل البطاقات للتفسير، والذي يكون نوعيا وبصفة منتظمة: إما "خفاش" و إما" فراشة ليلية وهذا عكس ما لدى الفصامين حيث غالبا ما يرفضون الاستجابة لها أو يدركون فيها أشخاصا في حالة حركة.

البطاقة السادسة: سوداء كلّها، وتعطي انطبعا مفاده أنّها الشكل الأكثر صعوبة.

البطاقة السابعة: سوداء كلّها كذلك، والمهم فيها ليس أشكالها السوداء و إنّما فراغها الأبيض المتوسط، والذي يمثّل و بصفة مميزة" مصباح زيتي" وهي على علاقة عكسية مع البطاقة الخامسة حيث يرى الفصاميون هنا" مصباح" في غالب الحالات بينما نادرا ما يراه العاديون.

البطاقة الثامنة: وهي متعددة الألوان، ومتناسقة في اللون أو في الشكل. وتتميز أيضا بإمكان وجود صدمة اللون" لدى العصائيين تفسيرها سهل وخاصة بالنسبة للأجزاء.

البطاقة التاسعة: وهي أيضا متعددة الألوان، لكن دون تناسق في اللون أو الشكل، و إنّما تستثير بسهولة استجابات الحركة، كما تتميز بالإضافة إلى ذلك بشكل خاص في الوسط.

البطاقة العاشرة: وهي أيضا متعددة الألوان، ذات بقع متفرقة و منفصلة، ولذلك فإن الاستجابات الكلية هنا تكاد تكون مستحيلة. (Rorschach,H, 1976, PP 41-42)

هذه بصفة عامة، أهم خصائص البطاقات العشر التي تمثل مباشرة موضوع الدراسة، باعتبار هذه البطاقات هي المنبه الأساسي الذي يستثير الاستجابات المختلفة، و هذه الأخيرة هي صلب موضوع الإجراءات العلمية والعملية المعروفة عند دارسي هذا الاختبار.

2.3.5 المضا من الكامنة للوحات :

اللوحة I : تضع المفحوص أمام الاختبار، مما قد يذكره بتجربة اللقاء الأول مع موضوع لا يعرفه، فهي تبعث إلى الصورة الجسدية لكونها ظاهرة تبدو مغلقة وهي مشكلة حول محور يظهر بوضوح، وعلى المستوى الرمزي يمكن أن تبعث إلى النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات، أو إلى العلاقة الموضوعية كالعلاقة مع الصورة الأمومية.

اللوحة II : مشكلة حول الفراغ الأبيض وفق ثنائية الجوانب، ثلاثية الألوان (الأحمر، الأبيض، الأسود) يمكن أن تبعث إلى تصورات قديمة بصفاتها كل مبعثر، أين يوجد الأبيض في الوسط الذي يعبر عن فراغ داخلي، نقص جسدي هام، فإمكانية التوحيد والتحديد بين الداخل والخارج تكون جد حساسة، فهذا النمط من صورة الذات تكون مرتبطة بتصورات اندماجية أو مهددة. على مستوى آخر تبعث اللوحة II إلى إشكالية قلق الخفاء لأن الفراغ الأبيض الاخفاء (ف) يشعر به كتنقب، جرح، أو يكون هنا استثمار معاكس بقى (المقدمة الوسطى) التي تحمل رمز قضبي، فالحتويات الأنثوية متواجدة بصفة متكررة (كالحيض، الولادة، هومات جنسية الخ...) في هذه الحالة. تبعث اللوحة II إلى التصورات العلائقية في استثمارات نزوية عدوانية أو لبيدية .

اللوحة III : تبعث إلى سباقات التقمصات الجنسية، فالثنائية الجنسية تبدو ظاهرة على مستوى أشخاص اللوحة (تباين الأعضاء الجنسية: الأنداء والقضيب) مما لا يسهل في بعض الأحيان التقمصات الجنسية، وقد

تظهر الصراعات التي تجعل المفحوص في تعارض داخلي مما لا يسهل عليه معالجتها.

أما فيما يخص التصورات العلائقية ذات الاستثمارات التزوية اللبيدية والعدوانية فهي تبدو أقل عنفا على في اللوحة II فالطابع الاجتماعي التي تحمله التصورات العلائقية يعبر عنها بالبعد الإدراكي للوحة، (الأشخاص) وكذلك بالإجابة المبتدلة.

اللوحة IV: لا تبعث مباشرة إلى تصور الذات بل توحى بصور السلطة نظرا لكثافتها وخصائصها الحسية، فهذه اللوحة تبعث إلى الرمزية القضيبية لىس بالضرورة ذات طابع ذكري أو أنثوي، لكن في أحسن الأحوال تكون الرمزية القضيبية المرتبطة بالصورة الذكرية، وهذا الذي يسمح بتفسير هذه اللوحة

"كلوحة أبوية"، لكن في حالات تكون أمام الصورة الأمومية (Imago) قضى بىة خطيرة ومسيرة. فهذه اللوحة تحيرنا عن وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية من خلال تصورات لأشخاص نشطين عملاق... أو لتصورات سلبية مع قابلية للتأثر مدعمة بالمظهر المظلل للوحة من خلال إجابات ذات دلالات حسية.

اللوحة V: تعبر اللوحة عن الهوية وعن تصور الذات، فهي تبعث إلى إشكالية الذات وليس فقط إلى الصورة الجسدية، وهذا ما يجعلها حساسة للهشاشة النرجسية كأن تدل عن تعبيرات اكتئابية مرتبطة بتصور لاحتقار الذات، أو نوع من التأكيد على العظمة والقدرة، أو حتى ظهور بعض العلامات كالبحث عن الرضا الجنسي، وتعتبر هذه اللوحة، لوحة مبتدلة باختبار الواقع في تناولها للعالم الخارجي، وترابطها من حيث تصور الذات مع علاقاتها بالمواضيع الخارجية.

اللوحة VI: تعتبر اللوحة عن اللوحة التي تحمل الرمزية الجنسية من حيث البعد القضبي المسيطر من خلال، الجزء العلوي الوسط بإجابات (قلم، سيف الخ..). كما أن الثنائية الجنسية مثلة كذلك في هذه اللوحة من خلال الحساسية وقابلية التأثير مرتبطة بصور جنسية أنثوية من خلال الجزء السفلي للوحة بإجابات. (زهرة، العضو الجنسي للمرأة).

اللوحة VII: تعبر اللوحة عن الرمزية الأمومية وهذا يرجع للشكل المخوف وتداخل اللونين الأبيض مع الرمادي، فنجد عدة نماذج ممكنة للعلاقة مع الصورة الأمومية من القديمة إلى الأكثر تطورا لعلاقات اندماجية علاقات موضوعية متأثرة بالمرحلة الشرجية أو الفمية، الإحساس بالراحة والشعور بعدم الأمان، الطمأنينة أو القلق. أو اكتئاب مرتبط بالفقدان أو البحث عن الموضوع الحسن، فهذه اللوحة تلعب دور الوسيط في إبراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات، إذ تسمح للمفحوص بأن يتموضع وفق النموذج الأنثوي كأن يكون هناك تعارضا صراعيا أو الخضوع والسلبية مع التقوى أو التقابل من تلك الصورة الأنثوية.

اللوحة VIII, IX, X: تبعث هذه اللوحات إلى إبراز المشاعر والعواطف التي تسمح بتناول نوع العلاقة التي تربط الفرد بمحيطه، غير أنه من الصعب تحديد كل رمزية على حدا لهذه اللوحات لأن ردود الأفعال متنوعة ومتداخلة، وما يمكن توضيحه هو أن اللوحة تشير إلى "نوعية الاتصال مع العالم الخارجي VIII واللوحة

" IX، تسهل الرجوع إلى "العلاقات الأمومية المبكرة أما اللوحة X" فيمكن اعتبارها اللوحة التي، تبعث إلى الفر دانية والانفصال.

مع الإشارة أن اللوحات الملونة تسهل النكوص فكثافة الألوان تشير الأحاسيس مما يستدعي تدخل عناصر العالم الخارجي فتعبر عن علاقات أولية حسية تكون قد أثرت على الفرد من خلال تجارب اللذة و اللالذة المرتبطة بالاتصالات الأولى مع عالمه ألعائقي المحيط به (حلمي، المليحي، 2000، ص21)

3.3.5 فوائد اختبار الرورشاخ :

1. يدرس الأطفال الأسوياء ذوي المشاكل والأطفال المصابين بأمراض عقلية ونفسية، ويعطى فكرة عن المستوى العقلي للأفراد، كذلك عن المستوى الوجداني والانفعالي للأفراد.
2. -يحتاج إلى أخصائي مدرب بشكل جيد جدا حتى يتمكن من إعطاء نتيجة قريبة للشخص المفحوص.
3. يمكن استخدامها مع الأطفال أو صغار البالغين واختيار أساليب تعتمد على سنا لمفحوص، والغرض من الفحص، هو اختبار للشخصية لأنه يسمح بمعرفة نمط الرجوع للفرد التي تتعلق بحياة الانفعالية وعلاقتها مع البيئة مثل نمط الرجوع المعرفي، والأداء الفكري العام.
4. القدرة على تقديم المعلومات التي تشمل عناصر حيوية من حياتنا النفسية، ويكشف على إمكانية وجود اضطرابات الطبع أو النفسية بغض النظر عن الدلالات الإكلينيكية واضحة.
5. يعد من اختبارات المساعدة على التشخيص النفسي لوصف البناء النفسي و الأداء العقلي و التوجيه، العلاج النفسي و دراسة تطور للعلاج الدوائي لمرحلة من حياة والغرض من البحث.
6. تحديد الأعراض في مخطط إكلينيكي بالمشاركة مع طبيب نفسي، وتظهر مهمة الطبيب النفسي أكثر مع الطفل في المحاولة لتخفيف ما يحدث له في مرحلة ما، و في أي سياق أو بنىة الشخصية (هل سياق متكامل أو تنظم الشخصية).
7. دراسة الشخصيات التي من شأنها جعل قراءة الاختبارات الاسقاطية أكثر دقة من خلال التجارب والبحوث وعلى أساسها يمكن التقرير أن طفل ذهاني أو أنه غير ناضج أو قاصر.

4.3.5 تطبيق الاختبار:

1. شروط تطبيق الاختبار: جاء في (جيلالي سليمان، 2012، ص 80) أن شروط تطبيق اختبار "الرورشاخ" تتحدد فيما يلي:

1. يجب توفير جو هادئ للمفحوص.
2. يجب أن يكون الفاحص يقظا.
3. الملاحظة وعدم التدخل إلا للضرورة.
4. يجب معرفة سبب الفحص.

2. كيفية التطبيق:

1. يطبق اختبار "الرورشاخ" على الأطفال والمراهقين والراشدين و يتم ذلك خلال مرحلتين أو ثلاثة في بعض الأحيان. الأولى وهي مرحلة التطبيق وتمثل في تقديم لوحات الاختبار للمفحوص الواحدة تلو الأخرى إلى أن تنتهي كل اللوحات ويقوم الفاحص بتدوين و ملاحظة كل سلوك صادر عن

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

هذا الأخير مع تسجيل زمن الرجوع الخاص بكل لوحة و المدة المستغرقة فيها. ثم تأتي بعدها مرحلة التحقيق وهي لا تقل أهمية عن سابقتها حيث يعيد

2. الفاحص فيها تقديم اللوحات الواحدة تلو الأخرى للمفحوص أو تلك التي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة بهدف تحديد العناصر ذات الأهمية في التنقيط وتحليل البروتوكول، إذ يساعد التحقيق على حصر الدينامية النفسية للشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء تلك الاستجابات.
3. أما المرحلة الثالثة للتطبيق فهي اختبار الحدود و التي ينتقل إليها الفاحص عندما ينعدم أو ينقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول كقلة الإجابات الشائعة أو انعدام التصورات البشرية أو انعدام نمط معين من طرق تناول أو حتى غياب الاستجابات اللونية في اللوحات الثلاثة الأخيرة. و في الأخير ينتقل الفاحص إلى اختبار الاختيارات حيث يطلب من الفرد أن يريه اللوحتين اللتين تعجبانه أكثر واللوحتين اللتين لا تعجبانه، كما يطلب منه تبرير اختياره.

4. إن تطبيق اختبار "الرورشاخ" عملية متواصلة وليست متقطعة، فالفاحص منشغل منذ بداية التطبيق بالإنصات للمفحوص وتدوين استجاباته وتسجيل زمن الرجوع وزمن اللوحة وزمن الكلي للبروتوكول، كما أنه يلاحظ سلوك وإيماءات المفحوص باستمرار، فلا تكاد تنتهي مرحلة حتى تبدأ مرحلة التي تليها دون أن يكون هناك حاجز زمني يفصل بين مرحلة و أخرى.

3. تعليمية الاختبار:

1. تقدم تعليمية اختبار "الرورشاخ" تبعا لكل مرحلة من مراحل التطبيق المذكورة سابقا فحسب. (جيلالي سليمان، 2012، ص82)

2. أنه على اختلاف أنواع تعليمية اختبار "الرورشاخ" فهي تنبه المفحوص للإدلاء بما يراه في لوحات الاختبار.

3. وهناك عدة تعليمات نذكر منها: " سوف أريك عشر لوحات ، عليك أن تقول فيما تجعلك تفكر فيه ، و ما الذي يمكن أن تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات."

5.3.5 خطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ:

في البداية تطرقنا إلى قراءة أولية لبروتوكولات الرورشاخ لمعرفة ما إذا كانت تشييط أو فائض في نوعية الاستجابة ما إذا كانت قذيفة أو كثيرة، أو وجود مواظبة على موضوع واحد في اللوحات، وبعدها التحليل المفصل لكل اللوحات.

1. التنقيط :

يعتمد تقىط برتوكولات على دلىل تقىط اختبار الرورشاخ (بىزمان 1966 Beizmann). بتحدىد موقع الاستجابات، الاستجابة الشاملة (G)، الاستجابة الجزئية (D)، الاستجابة الجزئية صغيرة (Dd)، أما الفراغات (E)، تلىها المحددات الشكلية (F)، اللونية (C)، الحركة (K)، والاستجابة الفاتحة القائمة (C')، بعدها تأتي محتويات منها: المحتوى البشري (H)، الحىوانى (A)، النباتى (BOT)، شطر، تجرىد، الجغرافيا، مع وضع الملاحظات من خلال الإجابات المتذلة والرفض و الصدمات.

2. التحلىل الكمي :

بعد الانتهاء من تقىم الاستجابات ىقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم تقىد مختلف النسب المتوىة وىنشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منه أنماط الإدراك، نمط الرجوع الداخلي، النسبة المتوىة للإجابات الحىوانية، كل هذه التقىيمات العددية و التي نضاف إليها مجموعة معاىر دالة غير رقمية (الصدمة، الرفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية تكتب على جدول.

(Beizmann,S, 1996, p 745)

3. التحلىل الكيفي:

تحلىل السياقات العقلية وىقوم على التفسير و التحلىل الدقيق لمختلف العوامل وذلك بدراسة ارتباطاتها الديناميكية وتوزيعها أو تتابعها في البرتوكول، كما هو الشأن بالنسبة لتوزيع أنماط الادراك (E، Dd، D، G) على اللوحات و في اللوحة الواحدة وكذا نوعية ارتباطها بالمحددات (FE، EF، K، CF، FC، F) خاصة بالنسبة للشكل الذي يعتمد عليه، إلى جانب أنماط الإدراك و نسبة الإجابات الحىوانية (A%) والإجابات المألوفة (BAN) في استخراج نوعية السياقات العقلية والمعرفية في تناول الواقع و المواضيع. الدينامية الصراعية التي تتجسد في مركبات نمط الصدى الحميم المتمثلة في الحركات الإنسانية (K) وكذا مركبات الصيغة الثانوية المتمثلة في العلاقة بين، (C /Xk) وتكافئها مع مجموع الإجابات اللونية ولا نكتفي هنا بالتأكيد على نمط تلك المعادلات، (xK/xE) الحركات الصغرى والإجابات التضليلية الانطوائية أو الانبساطية أو مختلف الأنواع، بل يجب كذلك تحلىل نوعية الحركات الإنسانية و وظائفها وانتشارها في سياق البرتوكول، وكذلك شأن بالنسبة للحركات الصغرى أي (الحىوانية وحركات الأشياء وحركات جزئية).

- كما تدرس نوعية الإجابات اللونية (C) والتضليلية (E)، وظهوره أولا في البقع و في المحتويات المناسبة، لها يضاف إليها نسبة الاستجابات اللونية (C%) التي تدعم الإجابات اللونية .

(عبد الرحمان، سي موسى، 2010، ص187)

6.3.5 سبب اختيار الاختبار الإسقاطي الروشارخ :

يعد اختبار الروشارخ من أهم الاختبارات الإسقاطية، ولقد اخترناه في دراستنا لأنه أداة بحث معمول بها وله أهمية كبيرة في التحليل العميق للشخصية، خاصة وأن موضوع الدراسة يسعى لكشف مؤشرات القلق لدى المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي، فهو الأداة الأمثل لذلك.

6. ظروف الاجراء والتطبيق:

تمت مقابلة الحالات الخمس بمعدل حصتين لكل حالة حيث تم الاتفاق معهن على تطبيق اختبار الروشارخ, H, Rorschach في حصة و الذي دام حوالي 20 دقيقة ثم إجراء المقابلة العيادية و التي دامت بين 45 دقيقة إلى ساعة. ولقد تعمدنا البدء بالاختبار حتى لا تؤثر أسئلة المقابلة على المفحوصين وبالتالي يكون إنتاج الإسقاطي موجه.

خلاصة الفصل:

لقد تم التعرض في هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في البحث وطريقة القيام بالجانب التطبيقي من خلال الشرح والتفصيل في كل خطوات البحث و تفسير اختيار التوجه إلى الدراسة الأساسية، كما تطرقنا إلى حدود البحث المكانية و الزمنية و البشرية و الفصل في الأدوات المستعملة في البحث هذا و تعليل و تبرير اختيارها، بالإضافة إلى عرض كيفية تطبيق و تصحيح الاختبار و ذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل والمناقشة.

1. عرض و تحليل الحالة 1 .
2. عرض و تحليل الحالة 2.
3. عرض و تحليل الحالة 3.
4. عرض و تحليل الحالة 4.
5. عرض و تحليل الحالة 5.
6. مناقشة مؤشرات الفرضية
7. الاستنتاج العام

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض الحالات المدروسة، و ذلك بتقديم الحالات و عرض ملخص المقابلات الخاصة بالحالات كل على حدى، كما سنقوم بتحليل الملخص هذه المقابلات العيادية ثم بعرض نتائج الاختبار الحالات بالإضافة إلى تحليلها ثم تقديم التحليل العام لكل حالة نوضح فيها نتائج المقابلة ونتائج الاختبار. و في الأخير نختم الفصل بتقديم استنتاج عام و بمناقشة نتائج البحث ككل على ضوء الفرضيات

1- تقديم الحالة 1 :

فردوس تبلغ من العمر 27 سنة ذات مستوى جامعي تعمل في مخبر لتحليل الطبية وهي في الرتبة الثانية بين إخوتها كما هي الأنتى الوحيدة بين الذكور تعيش في سكن فردي و مستواها الاقتصادي فوق المتوسط وهي متزوجة منذ 7 سنوات بدون أولاد .

2- عرض و تحليل الحالة 1:

فردوس أثناء إجراء المقابلة تبدو حزينة، و تظهر حرجولة و كانت متوسطة القامة لباسها متناسق و تبدو مرتبة و نظيفة : كما يظهر عليها القلق و التوتر فبلت التعامل معنا و وافقت ان تجيب على أسئلتنا، و قد جرت المقابلة في جو يسوده الهدوء . لقد ذكرت فردوس أنها كانت تعيش في عائلة متفاهمة جدا و علاقتها مع أخوتها كانت جيدة جدا و نفس الشيء مع والديها بحكم أنها كانت الفتاة الوحيدة بين اخوتها "الحق عشت مع دارنا كي الأميرة كاع واش نطلب يحضر الحمد لله" و تضيف أنها كانت اجتماعية جدا "كنت نموت على الجماع و لعراس" و تضيف أنها مثلها مثل اي فتاة كانت تحلم بالزواج و تأسيس عائلة "كنت دايمن نقوللهم كي نتزوج نجيب 6 أولاد" وتضيف ان اهتمامها بمسألة الإنجاب زادت بعد تأخر حملها لمدة عامين "كل مرة تتأخر شويما الدورة نقول هذي هي اللخرة و مبعد تجيني" بعد مرور عامين من الزواج، ذهبت الى طبيبة أمراض النساء و بعد الفحوصات و التحاليل الطبية أخبرتها الطبيبة أنها لن تتمكن من الحمل و السبب هو وجود تشوه في الرحم. و صدمت فردوس بعد سماعها هذا الخبر "حسيت الارض بعيدة و السماء بعيدة كي قالتلي متقدريش تجيني دراري" و تمثلت ردة فعلها في الغضب و انكار الأمر والحزن و البكاء كما امتنعت عن الاكل و النوم و أصبحت تتردد على أي طبيب تسمع عنه أنه كفى على أمل أن تسمع ما يرضيها "ما خليتش طبيب مرحتلوش و كل مرة يخيبو ظني" و تقول أن علاقتها بزوجها جيدة جدا و أنه لا يحسسها بنقصها أبدا و لكن هي دائما تشعر بالذنب لحرمانه من الاولاد و تقول نفس الشيء في عائلي لا يحسسوني بالنقص أما أهل الزوج فكانت ردة فعلهم الانزعاج و القلق من الأمر تضيف أنها تتجنبهم بسبب الضغط الذي يسببونه لها

نروحلهمش بزاف على خاطر يقلقوني بأسئلتهم وكل ما يشوفوني تولي هدرنهم غير على الدرية و الأولاد و الإنجاب"وتضيف أنها كرهت الالتقاء بالناس لأنهم يشعرونها بنقصها و ينظرون أليها نظرة شفقة و هذه النظرة تقتلها على حد تعبيرها .

بعد أن سمعت فردوس بمركز حياة للخصوبة و عن النتائج التي يحققها في عمليات التلقيح الاصطناعي عاد إليها الأمل و أقنعت زوجها بالذهاب الى المركز من أجل إجراء عملية التلقيح الاصطناعي "رجع لي الأمل بعد ماشفت أخت صاحبي لي عندها نفس المشكل قدرت تجيب دري بالتلقيح الاصطناعي" وفردوس الان في صدد تلقي العلاج السابق لعملية التلقيح الاصطناعي .وحصرت مشاريعها المستقبلية كلها في انجاب طفل و تربيته و تحقيق غريزة الامومة كما تقول أنه بإنجابها للطفل سوف تحل كل مشاكلها و تزول عنها كل الضغوط و القلق.

3- برتوكول الرورشاخ للمفحوص فردوس 27 سنة:

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I: 18 1-إنسان (ترجع اللوحة) "40"	(G)	G F ⁺ H
اللوحة II: 36 2-المهبل 3- الرحم (ترجع اللوحة) "50"	(D ₃)	D F ⁻ sex
اللوحة III: 9 4-الرحم (ترجع اللوحة) "18"	(D ₇)	D F ⁻ Sex
اللوحة IV: 16 5- قضيب ..(ترجع اللوحة) "48"	(D ₁)	D F ⁻ sex
اللوحة V: 29 مافهمتش (ترجع اللوحة) "51"	(G)	Refus
اللوحة VI: 21	(D ₃)	D F ⁺ sex

		6- قضيب (ترجع اللوحة) "20"
Refus	(G)	اللوحة VII: 9" ٨ - ما فهمتهاش كامل (ترجع اللوحة) "10"
D F ⁻ sex D F ⁻ sex	(D ₁) (D ₂)	اللوحة VIII: 11" ٨ 7. قنوات فالوب 8. المهبل (ترجع اللوحة) "11"
D F [±] sex	(D)	اللوحة IX: 22" ٨ 9- خصيتين (ترجع اللوحة) "16"
1D F ⁻ sex 2D F ⁻ sex 3D F ⁻ Sex	(D ₅)	اللوحة X: 21" ٨ 10- مهبل 11 مبيض 12 رحم (ترجع اللوحة) "50"

اختبار الاختيارات:

الاختيارات الايجابية: IX و X هاذو واضحين تقدرني تفهيمهم

الاختيارات السلبية: V و VII غامضين ما تفهيمهمش

4- السيكوغرام:

Refus :2	G:1	F+: 2	H: 1	F%:100 %
R :12	G%:8 %	F-:9	A:0	F+ %:20 %
TT :5'	D:11	F±:1	Sex:10	Fél%:100 %
T/rep :26''	D% :29 %			H%: 8 %
T latmoy : 19''				IA%:83%
TRI : 0K/ 0C				
FCompl:0k/0E				
RC%:50 %				

5- التحليل الكمي لبروتوكول الرورشاخ للمفحوصة فردوس:

يتميز بروتوكول فردوس بإنتاجية فقيرة محدودة (12R:) أي أقل من المعايير (20-30) R:، في وقت المستغرق قدر بـ: 5 دقائق بالمقارنة (20'-10') TT:، و 26 ثا لكل إجابة في المقابل "60': Tr، الذي يشير

إلى كف قوي سرعة التخلص من الوضعية الاسقاطية، زمن الكمون 19 ثا قبل إعطاء إجابة في حدود المعايير (10-20): TI، و لكنه كان طويل في اللوحة: II مما قد يدل على الكف والتجنب و الرقابة في موضوع إرصان القلق لدى المبحوثة.

لقد جاءت الأجوبة الشاملة منخفضة جدا % 8:G بالمقارنة مع العادي (20-30%). أما التناول الجزئي فكان مرتفع (%92: D) بالمقارنة مع المعايير (60-68%) و ما يميزها هو ارتباطها بمحددات شكلية سلبية والذي يشير إلى عدم تكيف واقعي لدى المبحوثة، و هذا ما يؤكد توزيع المحددات التي تتسم بعدم التوازن فقد احتوى البرتوكول على محددات شكلية دون المحددات الأخرى. وظهرت الإجابات الشكلية (F:100%) مرتفعة بل بلغت أقصاها بالمقارنة مع العادي (50-70%) و الشكلية الإيجابية (F+:20%) التي وجدت أقل من المعايير العادية (80-85%) يشير إلى بناء غير سليم للواقع و للعالم في حين المحددات الحركية الإنسانية والإجابات الحسية والحركية الموضوعية كانت منعدمة.

أما فيما يخص المحتويات فقد ظهرت الإنسانية (%8: H) أقل من المعايير (12-18%): H بينما طغت المحتويات الجنسية مع انعدام المحتويات الحيوانية و الإجابات المبتدلة كانت منعدمة Ban0: بالمقارنة مع العادي (5-7).

6- التحليل الكيفي لبروتوكول الورشاخ للمفحوصة فردوس:

1- الانطباعات العامة :

يتميز بروتوكول فردوس يفقر في الإنتاجية مع الاقتصار على اجابات محدودة و خالية من التعاليق مثل إجابة المبحوثة في اللوحة IV قضيب. مع كثير من التوقفات ونلاحظ على البرتوكول رفض للوحات (VIII/V) قد يعود لسبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمله من مضامين كامنة. ووجود كف قوي و قلق من طرف المبحوثة.

2- السياقات المعرفية:

الإجابات الجزئية في بروتوكول فردوس أكثر من الكلية (الشاملة)، في ظل غياب Dd الذي يدل تجنب المفحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراعات، حيث الإجابات الشاملة كانت بنسبة %8:G بالمقارنة مع المعايير (20-30%) بينما بلغت طرق التناول الجزئية: %92: D بالمقارنة مع المعايير (60-68%) وهي مرتبطة بشكلية سلبية و هذا يدل على تمسك المبحوثة بالعالم الموضوعي و طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية جزئية لمنبه و هذا يدل على محاولة تجنب المواجهة المعتر كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي. (C. Charbert ,1983,p264)

و إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و القلق .فمثلا في اللوحة الأولى التي هي لوحة تصور الذات تعطي المبحوثة إجابة جنسية متنوعة بشكل سلمي ما يدل على صعوبة استيعاب المبحوثة لحياقتها الجنسية و تأثر صورتها الجسدية بإشكليتها الخاصة بالعقم. أما طرق التناول الأخرى فكانت منعدمة. بالإضافة إلى انعدام الإجابات المبتذلة Ban:0 مما يدل على كبت الصراعات و الكف والرقابة للتصدي للقلق و الوجدانيات الخطيرة . تمركزت دفاعات المفحوصة على المحددات الشكلية التي جاءت نسبتها مرتفعة (F:100 %) و التي كانت في أغلبها سلبية.أما الايجابية فقد بلغت : (F+:20%). و هذا دليل على الانغماس الرديء في الواقع الموضوعي.

ويشتمل البروتوكول أيضا على استجابة إيجابية سلبية واحدة $F \pm$ والذي يمكن أن يدل على غموض التفكير لدى المفحوصة كما تدل على الشك و التردد و الاحتياط الكبير، و الحذر أمام الاشتراك الذي يتطلبه اتخاذ القرار.

3- الديناميكية الصراعية والاستجابات الحسية

3-1- الديناميكية الصراعية :

يظهر من خلال البروتوكول انعدام الإجابات الحركة الإنسانية بحيث قدر: $0 k$ والذي يشير إلى عدم الاستثمار الإنساني و عدم قدرة المبحوثة على إرضان الصراعات ما يظهر عدم المرونة في سيرورة التقمصات. نلاحظ أن الإجابة الإنسانية الشائعة في لوحة الإبتدال III لم تستطع المفحوصة تقديمها وعوضتها بمحتوى جنسي (الرحم) ونفس الشيء في اللوحة IV بل كانت مواظبة واضحة في المحتويات الجنسية، بحيث يدل على عدم استيعاب فردوس لجنسها و طغيان القلق، و هذا يظهر صعوبة تصور الصورة الإنسانية لدى المفحوصة ما يوحي بالتهديد الذي شعرت به أمام الصورة الإنسانية الكاملة و بصعوبات في سيرورة التقمص لديها.

إن التحليل لنمط الصدى الداخلي للمبحوثة يشير إلى الطابع المحصور أو المغلق الذي يتضح من خلال غياب الحركة و اللونية ما يظهر نزعة المفحوصة لكبت العواطف و الحركات التروية (TRI:0K/0C) هذا ما يدعمه الصيغة الثانوية (FCompl:0k/0E) ، مما يشير إلى الكف القوي.عاطفة مكبوتة .

3-2- الاستجابات الحسية :

تظهر الإجابات في اللوحات اللونية الثلاثة غير متناسبة مع المعايير بل هي مرتفعة (RC%:50 %) (تعكس انفعالية محدودة جدا بالنظر الى نوعية الاستجابات الخالية من المحددات اللونية و التظليلية وهذا دليل على صعوبة تقبل الذات و وعدم القدرة على ارضان الصراعات و تجنب صراح للزوات والهومات).

4-الاحتويات :

هيمنت المحتويات الجنسية sex 10 على الإنسانية (H%: 8%) استجابة إنسانية واحدة فقط قليلة بالمقارنة مع المعايير(12-18)% مصحوبة بالمحدودية وغياب التعليق في اللوحة الأولى (إنسان) وهذا يدل على ميل دفاعات المفحوصة نحو تجنب الاتصالات و العلاقات الإنسانية، أما سيطرة الاستجابات الجنسية يؤكد على ميل المفحوصة الى إظهار النضج الجنسي أو تغطية اضطرابات في العلاقة الجنسية و اهتمام كبير بالجنس. ونلاحظ انعدام المحتويات الحيوانية و التشريحية... الخ . كما نلاحظ في بروتوكول فردوس غياب الإجابات C يدل على مقاومة ظهور الانفعالات و الوجدانيات من طرف المبحوثة .

5- تلخيص الحالة 1 فردوس:

من خلال نتائج تحليل كل من المقابلة و اختبار الرورشاخ يظهر لنا وجود كف قوي و عدم استقرار عاطفي بالإضافة إلى سلبية في تصور الذات و الواقع، ففي المقابلة نلاحظ تحلي إجابات مختصرة و محدودة في بعض الاحيان و تكون غالبا دون أية اضافات أو أي إثراء. مما يعكس تجنب فردوس لأي قلق أو توتر و كذلك الصمت الطويل قبل كل جواب .

أما في اختبار الروشارخ يظهر الكف و القلق من خلال فقر الانتاجية و طول زمن الكمون في بعض اللوحات بالإضافة إلى رفض بعض اللوحات التي يبدو أثارها فيها قلقا داخليا حيث سارعت إلى كبتة. إضافة إلى التركيز على النظرة الجزئية للوحات متجنبنا النظرة الشاملة، حتى لا يتسنى للقلق ان يطغى و لصراع أن يبرز. كما ظهرت دفاعات صلبة و رقابة صارمة و شديدة ضد ظهور القلق الداخلي الذي من شأنه تهديد استقرار الأنا و الاخلال بتوازنه و نلاحظ ذلك من خلال عدم التنوع في استعمال المحددات التي جاءت كلها شكلية لتعكس التمسك الشديد بالواقع الخارجي للوحات دون محاولة ربطها بالواقع الداخلي ليكون بذلك موقع فردوس بين العالمين في غير محله ليظهر فقر الحياة الداخلية و كبتها للوجدانيات و الجانب العاطفي.

هناك غياب ملحوظ للمحتوى الانساني يعكس رفض فردوس ربط علاقات إنسانية مع الآخرين و انزعاجها من هذه العلاقات و لقد صرحت بذلك في المقابلة "نكره الناس و الالتقاء بهم " . و كذلك نلاحظ هيمنت المحتوى الجنسي الذي يظهر في أغلب اللوحات الذي يوحي الى قلق فردوس من حالتها الراهنة (العقم

،الخوف من فشل عملية التلقيح). و يظهر لنا الكف و القلق من خلال المواظبة و التكرار و تصلب الادراكات ،رغم تغير المثيرات مما قد يدل على رفض فردوس للواقع.

1- تقديم الحالة: 2

الزهرة تبلغ من العمر 40 سنة ذات مستوى ثانوي، ربة بيت هي في المرتبة الأولى بين 4 بنات وذكر تعيش في سكن فردي و مستواها الاقتصادي متوسط وهي متزوجة منذ 12 سنة بدون أولاد.

2- عرض و تحليل الحالة:

زهرة بيضاء البشرة هي محافظة على هيئتها و أناقتها و ملبسها، تتميز بتواصل جيد إذ تتحدث بأسلوب هادئ و مؤدب، و تستخدم لغة مفهومة وهي قليلة في تواصلها الغير لفظي (لغة الجسد).

عاشت زهرة طفولة عادية و قد حضيت بأسرة متفاهمة و منسجمة "الحمد لله عشت حياة عادية في طفولتي و كنا متفاهمين مع بعضنا"، وكانت مثل أي شابة تحلم بالزواج بحيث كانت ترى أن الزواج هو حق وهو ضروري من أجل تأسيس عائلة و تحقيق غريزة الأمومة. بعد زواجها كانت تخطط هي وزوجها من أجل الإنجاب و كانت لديهم رغبة ملحة في ذلك " كنا نخططو نجييو ولاد و نربيوهم كيف كيف" و لكن طال انتظار هذه اللحظة بحيث كانت الأعوام تتسابق دون نتيجة مرضية، هنا قررت الحالة أن تقصد طبية أمراض النساء أين نصحتها هذه الأخيرة بإجراء فحوصات و تحاليل طبية هي وزوجها نبعده هذه الفحوصات اتضح أن زوجها كانت فحوصاته جيدة أما هي فقد كانت تعاني من مشكل في المبايض "بعد ما درنا التحاليل أنا و الزوج اخرج أنو العيب مني تصدمت و خفت بزاف بالاك يتزوج عليا و لا يطلقني" و تضيف عكس توقعاتي تقبل زوجي الوضع و كان في كل مرة يقول "متعرفيش ربي قادر على كلشي شدي في ربي" و تقول بالرغم من ذلك كانت تعيش حياة مليئة بالضغوطات و القلق و عانت كثيرا من نظرة الناس التي كانت بين الشفقة و تحسيسها بالنقص،أما عن أهل زوجها فقالت أنها كانت تتفادهم و تتجنبهم بحيث أنهم دائما يشعرونها بالنقص و يحملونها مسؤولية بقاء ابنهم بدون أولاد"أهلانو دايمن يلوموني و يعايروني بالعاقرة". كما أكدت عن عزل نفسها عن المجتمع و الناس و أنها لا تحضر حتى المناسبات العائلية لأنها تكره نظرة الاحتقار التي يرمقونها بها و تضيف أن زوجها هو من هو من اقترح عليها فكرة التلقيح الاصطناعي بعد أن سمع على هذه العملة من أحد أصدقائه. كما اتفقا على عدم إخبار أي أحد و ترك الأمر سر بينهم حتى يتفادوا

الضغط من قبل عائلتهم "كي جينا لنا واحد معلابالو ، في باهم مسافرة مع راجلي عندو خدمة في غرداية" و تأكد الحالة أن هذه العملية تكلف الكثير ولكن مستعدة أن تبيع كل شيء من أجل فرحة ولد". أما عن حالتها أثناء فترة العلاج تقول أنها تعيش مشاعر مختلطة بين القلق و الخوف و الأمل " ما نعرفش نعبرك على شعوري ساعات نكون مقلقة و ساعات خائفة و ساعات متفائلة و حتى الرقاد عاد يطيرلي و نقعد نفكر ". أما بالنسبة لمشاريعها المستقبلية فتقول إن لم تنجح في هذه العملية سوف تعيدها و تضيف أنها تتمنى أن يكون لديها توأم و تربيهم تربية حسنة وإذا لم تنجح في عملية التلقيح الاصطناعي فسوف تفكر في تربية طفل يتيم الأبوين. و تختم الحالة كلامها بقولها "أنا دايرة الثقة في ربي و بربي مايجينيش إن شاء الله يرزقني بالدرية نتونس بيها".

3- برتوكول الرورشاخ زهرة 40 سنة

التنقيط	التحقيق	النص
DF ⁻ Anat	(D ₂)	اللوحة I:17" ٨ 1- رقة (ترجع اللوحة....) 38 "
G F ⁻ A DF ⁻ Anat	(G) (D ₆)	اللوحة II:20" ٨ 2- خفاش 3- رئين. (ترجع اللوحة).... 34"
D F ⁻ sex	(D ₃)	اللوحة III:17" ٨ 4- خصيتين (ترجع اللوحة).... 37"
Refus	(G)	اللوحة IV: 19" ٨ ما عرفتش واش هذا (ترجع اللوحة).... 20"
GF+ A Ban	(G)	اللوحة V: 15" ٨ 5- خفاش (ترجع اللوحة).... 15"
Refus	(G)	اللوحة VI: 20" ٨ ماقدرتش نعب

		(ترجع اللوحة)...14
G F ⁻ Anat	(G)	اللوحة VII:16" 6- الحوض ٨ (ترجع اللوحة)...36"
G F ⁻ sex D F ⁻ sex	(G) (D ₂)	اللوحة VIII:20" 7- رحم 8- مهبل ٨ (ترجع اللوحة)...36"
Refus	(G)	اللوحة IX:22" ما فهمتش فيها حتى حاجة (ترجع اللوحة)...13"
Refus	(G)	اللوحة X:16" هذي ثاني مخلطة بزاف ما فهمتش فيها حتى حاجة (ترجع اللوحة)...12"

اختبار الاختيارات:

الاختيارات الايجابية: VII و VIII شفت فيهم حاجة عندها علاقة مع الحمل فال الخير.

الاختيارات السلبية: IX و X مخلطين ما تفهم فيهم والو.

4- السيكوغرام:

Refus :4	G: 4	F+:1	A:2	F%:100 %
R :8	G%:50 %	F-: 7	Anat:3	F+ %: 12.5%
TT :4'	D: 4		sex :3	Fél%: 100 %
T/rep :27''	D% :50 %			A%:25 %
T latmoy : 18''				Ban:1
TRI : 0K/ 0C				IA %:78%
FComp0k/0E				
RC%:25 %				

5- التحليل الكمي لبروتوكول الرورشاخ للمفحوصة زهرة:

يتميز بروتوكول زهرة بإنتاجية فقيرة محدودة (R:8) أي أقل من المعايير (20-30):R ، في وقت المستغرق قدر بـ:4دقائق بالمقارنة (20'-10'):TT، و 27 ثا لكل إجابة في المقابل "60":Tr، و هذا دليل على الكف القوي سرعة التخلص من الوضعية الإسقاطية، زمن الكمون 18 ثا قبل إعطاء إجابة في حدود المعايير (10-20):TI، و لكنه كان طويل في اللوحة:IX مما قد يدل على الكف و تجنب التعرض للتمثيل الجنسي البدائي لدى المبحوثة.

لقد جاءت الأجوبة الشاملة مرتفعة (%50:G) بالمقارنة مع العادي (20-30%). أما تناول الجزئي فكان أقل (D50%) بالمقارنة مع المعايير (60-68%) و ما يميزها هو ارتباطها بمحددات شكلية سلبية والذي يشير إلى عدم تكيف واقعي لدى المبحوثة، و هذا ما يؤكد توزيع المحددات التي تتسم بعدم التوازن فقد احتوى البرتوكول على محددات شكلية دون المحددات الأخرى. وظهرت الإجابات الشكلية (F:100%) مرتفعة بل بلغت أقصاها بالمقارنة مع العادي (50-70%) و الشكلية الإيجابية (F+:12.5%) التي وجدت أقل من المعايير العادية (80-85%)، يشير إلى بناء غير سليم للواقع و للعالم في حين المحددات الحركية الإنسانية والإجابات الحسية والحركية الموضوعية كانت منعدمة.

أما فيما يخص المحتويات فقد ظهرت الحيوانية بنسبة (A%: 25%) أقل من المعايير (12-):H (18%) مع غياب كلي للمحتوى الانسانيH، بينما تكافأت المحتويات الجنسية و التشريحية و كانت هناك إجابة مبتذلة واحدة في اللوحة الخامسة Ban1: بالمقارنة مع العادي (5-7).

6- التحليل الكيفي لبروتوكول الرورشاخ للمفحوصة زهرة :

1- الانطباعات العامة :

يتميز بروتوكول زهرة بفقير في الإنتاجية مع الاقتصار على اجابات محدودة و خالية من التعاليق، بحيث أظهرت الحالة موقف دفاعي واضح أمام الاختبار فلم يكن هناك إبداع شخصي في الاجابات و تميزت اجاباتها بالقصر والبساطة و نلاحظ على البرتوكول رفض للوحات (XIX IV VI) قد يعود لسبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمله من مضامين كامنة. ووجود كف قوي و قلق من طرف المبحوثة.

2- السياقات المعرفية:

ظهرت الإجابات الكلية في بروتوكول زهرة بنسبة (G50%) بالمقارنة مع المعايير (20-30%)، ولكنها ارتبطت بالشكلية السلبية و هذا دليل على عدم اندماج المبحوثة في الواقع وسوء تكيف للتنظيم المعرفي.

ونلاحظ وجود إجابة كلية واحدة مرتبطة بشكلية إيجابية في اللوحة الخامسة يدل على عدم وجود مشكل في إدراك الذات بالنسبة للمفحوصة. أما طرق التناول الجزئية فكانت منخفضة بنسبة (50% :D) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) وهي مرتبطة بشكلية سلبية و هذا يدل على تمسك المبحوثة بالعالم الموضوعي و طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية جزئية لمنبه و هذا يدل على محاولة تجنب المواجهة المعتر كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي و إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و القلق و كما نلاحظ غياب الإجابات الجزئية الصغيرة Dd الذي يدل تجنب المفحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراعات.. فمثلا في اللوحة الثامنة تعطي المبحوثة إجابة جنسية متنوعة بشكل سلب ما يدل على فقدان المبحوثة لمعنى التكامل الجسدي ويدل على صعوبة استيعاب المبحوثة لحياتها الجنسية و تأثر صورتها الجسدية بإشكليتها الخاصة بالعقم. أما طرق التناول الأخرى فكانت منعدمة. بالإضافة إلى وجود إجابة مبتذلة واحدة Ban:1 مما يوحي بصعوبة المبحوثة على التكيف و يدل على كبت الصراعات و الكف والرقابة للتصدي للقلق و الوجدانيات الخطيرة .

تمركزت دفاعات المفحوصة على المحددات الشكلية التي جاءت نسبتها مرتفعة (%100:F) و التي كانت في أغلبها سلبية. أما الإيجابية فقد بلغت: (F+:12.5%). و هذا دليل على الانغماس الرديء في الواقع الموضوعي.

3- الديناميكية الصراعية والاستجابات الحسية :

3-1- الديناميكية الصراعية : يظهر من خلال البروتوكول انعدام الإجابات الحركية الإنسانية بحيث قدر: k0 والذي يشير إلى عدم الاستثمار الإنساني و عدم قدرة المبحوثة على إرضان الصراعات ما يظهر عدم المرونة في سيرورة التقمصات. نلاحظ أن الإجابة الإنسانية الشائعة في لوحة الإبتدال III لم تستطع المفحوصة تقديمها وعوضتها بمحتوى جنسي (خصيتين) و كانت في البروتوكول محتويات جنسية، بحيث يدل على عدم استيعاب فردوس لجنسها و طغيان القلق، و هذا يظهر صعوبة تصور الصورة الإنسانية لدى المبحوثة ما يوحي بالتهديد الذي شعرت به أمام الصورة الإنسانية الكاملة و بصعوبات في سيرورة التقمص لديها.

إن التحليل لنمط الصدى الداخلي للمبحوثة يشير إلى الطابع المحصور أو المنغلق الذي يتضح من خلال غياب الحركية و اللونية ما يظهر نزعة المفحوصة لكبت العواطف و الحركات التزوية (0K/0C: TRI) (هذا ما يدعمه الصيغة الثانوية (0k/0E :F Compl) ، مما يشير إلى الكف القوي. عاطفة مكبوتة . .

3-2- الاستجابات الحسية :

تظهر الإجابات في اللوحات اللونية الثلاثة غير متناسبة مع المعايير بل هي أقل (25% RC) (تعكس انفعالية محدودة جدا بالنظر إلى نوعية الاستجابات الخالية من المحددات اللونية و التظليلية وهذا دليل على كف ورقابة شديدة على الحياة العاطفية صعوبة تقبل الذات و وعدم القدرة على ارضان الصراعات و تجنب صراح للزوات و الهوامات.

4-المحتويات :

لقد كان هناك توازن المحتويات الجنسية 3 sex و التشريحية Anat3 و لقد هيمنت على الحيوانية و 25% A و هو أقل من المعيار العادي (30-60) =A% بحيث ظهر المحتوى الحيواني في اللوحتين (II و V) هذا دليل على صعوبة المفحوصة في استثمار العلاقة مع الآخرين في وضع ناضج، و نلاحظ غياب تام للمحتوى الإنساني 0:H وهذا يدل على ميل دفاعات المفحوصة نحو تجنب الاتصالات و العلاقات الإنسانية، أما وجود الاستجابات الجنسية يؤكد على ميل المفحوصة إلى إظهار النضج الجنسي أو تغطية اضطرابات في العلاقة الجنسية و اهتمام كبير بالجنس. و يدل وجود استجابات تشريحية في برتوكول زهرة على انشغالات جسمية مرتبطة بقلق أمام هشاشة التكامل الجسدي الذي يرتبط بالمرحلة التي تمر بها و كما يمكن أن تكون مؤشر على الشعور بالنقص نلاحظ. كما نلاحظ في برتوكول فردوس غياب الإجابات C يدل على مقاومة ظهور الانفعالات والوجدانيات من طرف المبحوثة .

5- ملخص الحالة زهرة:

من خلال نتائج تحليل كل من المقابلة و اختبار الروشارخ يظهر لنا وجود كف قوي و عدم استقرار عاطفي بالإضافة إلى سلبية في تصور الذات و الواقع، ففي المقابلة جاءت إنتاجية فقيرة و ضئيلة في أزمنة قصيرة كما نلاحظ تجلي إجابات متصلبة و محدودة في بعض الأحيان و تكون غالبا دون أية إضافات أو أي إثراء. مما يعكس تجنب زهرة لأي قلق أو توتر و كذلك الصمت الطويل قبل كل جواب .

أما في اختبار الروشارخ يبرز الكف و القلق من خلال فقر الإنتاجية 8 و طول زمن الكمون في بعض اللوحات بالإضافة إلى رفض بعض اللوحات التي يبدو أثارها فيها قلقا داخليا حيث سارعت إلى كبتها. كما كانت الإجابات الشاملة متوازنة مع الإجابات الجزئية و ربطتها بشكلية سلبية، حتى لا يتسنى للقلق أن يطغى ولصراع أن يبرز. كما ظهرت دفاعات صلبة و رقابة صارمة و شديدة ضد ظهور القلق الداخلي الذي من شأنه تهديد استقرار الأنا و الإخلال بتوازنه و نلاحظ ذلك من خلال عدم التنوع في استعمال المحددات التي جاءت كلها شكلية مع إهمال الألوان لتعكس التمسك الشديد بالواقع الخارجي للوحات دون

محاولة ربطها بالواقع الداخلي ليكون بذلك موقع فردوس بين العالمين في غير محله ليظهر فقر الحياة الداخلية و كبتها للوجدانيات و الجانب العاطفي في حقل اللاشعور .

هناك غياب ملحوظ للمحتوى الإنساني و وجود المحتوى الحيواني بنسبة 25%: A يعكس رفض فردوس ربط علاقات إنسانية مع الآخرين و انزعاجها من هذه العلاقات و لقد صرحت بذلك في المقابلة أنها عزلت نفسها عن الناس بسبب نظرهم التي تحمل الشفقة لها، و كذلك نلاحظ هيمنت المحتوى الجنسي الذي يظهر في أغلب اللوحات الذي يوحى إلى قلق زهرة من حالتها الراهنة (العقم ،الخوف من فشل عملية التلقيح). و بروز أيضا المحتوى التشريحي الذي قد يدل على انشغالات جسدية مرتبطة بقلق أمام هشاشة التكامل الجسدي الذي يرتبط بالمرحلة التي تمر بها. و يظهر لنا الكف و القلق من خلال المواظبة و التكرار و تصلب الإدراكات رغم تغير المثيرات مما قد يدل على رفض زهرة للواقع..

1- تقديم الحالة 3:

عيدة تبلغ من العمر 27 سنة ذات مستوى ثانوي، تعمل موظفة بشركة وطنية، هي في الرتبة الثالثة بين 3 ذكور و ثلاث إناث تعيش في سكن جماعي و مستواها الاقتصادي متوسط. هي متزوجة منذ عشر سنوات بدون أولاد.

2- عرض و تحليل الحالة:

عيدة من النمط الجسمي النحيف متوسطة القامة ذلت بشرة بيضاء. مقبولة الشكل ، و ترتدي حجاب عادي دو لون بني داكن، و كانت عملية الاتصال معها نوعا ما سهلة، اتسمت بالهدوء و الرزانة و تتكلم بطلاقة، تقول أنها عاشت طفولة جد عادية. حيث نشأت في مناخ أسري يتسم بنوع من الدفء و العطف و التعاون بين جميع أفراد العائلة "الحمد لله كان الاحترام و الحب متبادل بين جميع أفراد العائلة ، كل واحد يعاون لاخر".

و صرحت الحالة أنها تزوجت عن حب، و عاشت في بداية الزواج حياة جميلة جدا لكن بدأت حالتها وحياتها تتأزم بعد مرور سنوات بدون حصول الحمل " . و بعد إجراء الفحوصات اتضح أن الحالة تعاني من نقص حاد في إنتاج البويضات ، و تضيف أن علاقتها مع زوجها غير جيدة " راني sa va pas مع راجلي و ماليه ، هدرتهم تجرح بزاف أو كان نصيب نخرج و نكري باش يعفوني" و تضيف أن لديها اضطراب في الأكل و النوم و فتور في العلاقة الحميمة " البنة راحت كل شيء سامط، وليت نرقد بزاف و عندي برودة و عدم الرغبة في العلاقة الحميمة" و صرحت أنها عزلت نفسها عن الناس و تفضل الجلوس وحدها و تقول

أن والدها هو من اقترح عليها و على زوجها إجراء عملية التلقيح الاصطناعي و أنه هو من سيتحمل كل التكاليف. وأجرت أول محاولة في تونس ولكن لم تنجح و الآن تعيد إجراء العملية في مركز الحياة بعد أن سمعت أن عمالياتهم ناجحة" ربي يحفظلي بابا هو لي راه مستكلف بحق العملية او كان ماشي هو منين رايحة نجيب" الحالة تدخل في نوبة بكاء وتقول "رائي مغمومة و مقلقة صدري باغي يطرذك" وعن مستقبلها تقول أن مستقبلها غامض نوعا ما في جو الوضعية الحالية التي تعاني منها و تضيف أنها فقدت الثقة في نفسها " je suis nul" و تختم قولها ب " ربي يسهلي و نرفد و تزول عني هذي الغمة أدعولي "

3- بروتوكول الرورشاخ عيدة 27 سنة.

التنقيط	التحقيق	النص
D F ⁺ A	(D ₂)	اللوحة I:11" 1- طائر (ترجع اللوحة....)26"
D F ⁻ H	(D ₂)	اللوحة II:14" 2- إنسان (ترجع اللوحة)....30"
D F [±] sex	(D ₁)	اللوحة III:16" 3- رحم (ترجع اللوحة)....26"
G F [±] sex	(G)	اللوحة IV"23" 4- رحم (ترجع اللوحة)....15"
G F [±] sex	(G)	اللوحة V:9" 5- كيف كيف رحم (ترجع اللوحة)....36"
D F ⁺ sex	(D ₅)	اللوحة VI:4" 6قضب (ترجع اللوحة)....25"
Refus	(G)	اللوحة VII:8" مافهمتهاش

		(ترجع اللوحة)....34"
G C sex	(G) واش هو لي ملون الرحم	اللوحة VIII: 11" 7- لأنه ملون نحس بالارتياح ترجع اللوحة)....25"
G F ⁺ sex	(G)	اللوحة IX: 9" 8- رحم. (ترجع اللوحة)....40"
Refus	تفرعات	اللوحة X 6" ما فهمتهاش (ترجع اللوحة)....15"

الاختيارات الايجابية: VIII و X عجبوني بالاك على خاطر ملونين .
الاختيارات السلبية: VI و V اقلقو.

4- السيكوغرام:

Refus 2	G: 4	F+: 3	H: 1	F%: 87.5%
R :8	G%:50 %	F-: 1	A: 1	F+%:64 %
TT :4	D:4	F±:3	sex : 6	Fél%:100 %
T/rep: 34''	D% :50 %	C: 1		H%:12.5
T latmoy : 10''				A%:12.5%
TRI : 0K/ 1.5C				IA%:75%
FCompl:0k/0E				
RC%:25 %				

5- التحليل الكمي لبروتوكول الرورشاخ للمفحوصة عيدة:

يتميز بروتوكول عيدة بإنتاجية فقيرة محدودة (R:8) أي أقل من المعايير (R:(20-30) ، في وقت المستغرق قدر بـ: 4 دقائق بالمقارنة (TT:(10'-20') ، و 10 ثا لكل إجابة في المقابل (Tr :34'')، الذي يشير إلى كف قوي لسرعة التخلص من الوضعية الإسقاطية، زمن الكمون 10 ثا قبل إعطاء إجابة في حدود المعايير (10-20) :TI، و لكنه كان طويل في اللوحة: IX مما قد يدل على الكف والتجنب و الرقابة من طرف موضوع العدوانية لدى المبحوثة ولأنها اللوحة التي تسهل الرجوع إلى علاقات الأمومة المبكرة.

لقد جاءت الأجوبة الشاملة مرتفعة جدا (G:50 %) بالمقارنة مع المعايير (30-20%). أما التناول الجزئي فكان منخفض (D:50 %) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) و ما يميزها هو ارتباطها بمحددات شكلية سلبية وسلبية إيجابية حيث يشير إلى عدم تكيف واقعي لدى المبحوثة، و هذا ما يؤكد توزيع المحددات التي تتسم بعدم التوازن فقد احتوى البرتوكول على محددات شكلية دون المحددات الأخرى. وظهرت الإجابات الشكلية F:100% مرتفعة بل بلغت أقصاها بالمقارنة مع العادي (70-50%) و الشكلية الإيجابية F+:64% التي وجدت أقل من المعايير العادية (85-80%) ، يشير إلى بناء غير سليم للواقع و للعالم في حين المحددات الحركية الإنسانية والإجابات الحسية والحركية الموضوعية كانت منعدمة.

أما فيما يخص المحتويات فقد ظهرت الإنسانية (H%: 12.5 %) فهي حسب المعيار (18-12) H: تدل على الميولات الإنسانية والاجتماعية لدى المبحوثة لأنها عزلت نفسها عن الناس وتريد استرجاع تلك الميولات)بينما الحيوانية % 12.5 وهي أقل من المعايير (30-60%)، حيث طغت المحتويات الجنسية، مع انعدام التشريحية والإجابات المبتذلة أيضا كانت منعدمة 0: Ban بالمقارنة مع العادي (5-7).

6- التحليل الكيفي لبروتوكول الورشاخ للمفحوصة عيدة:

1- الإنطباعات العامة :

يتميز بروتوكول عيدة يفقر في الإنتاجية مع الاقتصار على اجابات محدودة و خالية من التعاليق مثل: إجابة المبحوثة في اللوحة IX/III/IV رحم. مع كثير من التوقفات ونلاحظ على البرتوكول رفض للوحات (VIII/X) قد يعود لسبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمله من مضامين كامنة. ووجود كف قوي و قلق من طرف المبحوثة.

2- السياقات المعرفية:

الإجابات الجزئية في بروتوكول عيدة متساوية مع الإجابات الكلية (الشاملة) ، في ظل غياب Dd الذي يدل تجنب المفحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراعات، حيث الإجابات الشاملة كانت بنسبة (G50%) بالمقارنة مع المعايير (30-20%) فهي مرتفعة وهذا يدل على قدرة الاستنتاج و التجريد، بينما طرق التناول الجزئية (D: 50%) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) وهي منخفضة و هذا يدل على تمسك المبحوثة بالعالم الموضوعي و طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية جزئية لمنبه و هذا يدل على محاولة تجنب المواجهة المعتبر كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي (c. charbert 1983,p264) ، و إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و القلق. فمثلا في اللوحة الأولى التي هي لوحة تصور الذات تعطي المبحوثة إجابة جنسية متبوعة بشكل سلبى ما يدل على صعوبة استيعاب المبحوثة لحياتها الجنسية و تأثر صورتها الجسدية بإشكليتها الخاصة بالعقم. أما طرق التناول الأخرى فكانت منعدمة. بالإضافة إلى انعدام

الإجابات المبتدلة Ban:0 مما يدل على كبت الصراعات و الكف والرقابة للتصدي للقلق والوجدانيات الخطيرة .

تمركزت دفاعات المفحوصة على المحددات الشكلية التي جاءت نسبتها مرتفعة (F:100 %) أما الإيجابية فقد بلغت : (F+:87,5%) .و هذا دليل على كون السير العقلي للمفحوصة هشاً، و تجدر الإشارة أيضاً إلى وجود استجابة شكلية واحدة سلبية تدل على عدم التكيف مع العالم الواقعي بسبب الضغوطات التي تواجهها المفحوصة في بيئتها. ويشتمل البروتوكول أيضاً على 3 استجابات سلبية إيجابية $F\pm$ والذي يمكن أن يدل على غموض التفكير لدى المفحوصة كما تدل على الشك و التردد و الاحتياط الكبير، والحذر أمام الاشتراك الذي يتطلبه اتخاذ القرار.

3- الديناميكية الصراعية والاستجابات الحسية

3-1- الديناميكية الصراعية :

يظهر من خلال البروتوكول انعدام الإجابات الإنسانية بحيث قدر: $k 0$ والذي يشير إلى عدم الاستثمار الإنساني و عدم قدرة المبحوثة على إرضان الصراعات ما يظهر عدم المرونة في سيرورة التقمصات. نلاحظ أن الإجابة الإنسانية الشائعة في لوحة الإبتدال III لم تستطع المفحوصة تقديمها وعوضتها بمحتوى جنسي (الرحم) ونفس الشيء في اللوحة IV بل كانت مواظبة واضحة في المحتويات الجنسية، بحيث يدل على عدم استيعاب فردوس جنسها و طغيان القلق، و هذا يظهر صعوبة تصور الصورة الإنسانية لدى المفحوصة ما يوحي بالتهديد الذي شعرت به أمام الصورة الإنسانية الكاملة و بصعوبات في سيرورة التقمص لديها.

إن التحليل لنمط الصدى الداخلي للمبحوثة يشير إلى الطابع المحصور أو المنغلق الذي يتضح من خلال غياب الحركة، أما الاستجابة اللونية فتظهر في اللوحة VIII حيث تميل المفحوصة إلى التكيف مع البيئة والواقع لكن قوة الضبط غير كافية (TRI : 0K/ 1.5C) هذا ما يدعمه الصيغة الثانوية (FCmpl :0k/0E) ، مما يشير إلى الكف القوي مع عاطفة مكبوتة .

3-2- الاستجابات الحسية :

تظهر الإجابات في اللوحات اللونية الثلاثة غير متناسبة مع المعايير بل هي منخفضة (RC%:25) تعكس غياب الوجدانات والعاطفة و غياب الاجابات التظليليةللدليل على صعوبة تقبل الذات و وعدم القدرة على ارضان الصراعات و تجنب صراح للتزوات و الهومات.

4-المحتويات :

هيمنت المحتويات الجنسية sex 6 على الإنسانية 1% :H% استجابة إنسانية واحدة فقط قليلة بالمقارنة مع المعايير (12-18)% مصحوبة بالحدودية، وغياب التعليق في اللوحة الأولى (إنسان) وهذا يدل على ميل دفاعات المفحوصة نحو تجنب الاتصالات و العلاقات الإنسانية، أما سيطرة الاستجابات الجنسية يؤكد على ميل المفحوصة الى إظهار النضج الجنسي أو تغطية اضطرابات في العلاقة الجنسية و اهتمام كبير بالجنس. و نلاحظ انخفاض المحتويات الحيوانية و الإنسانية و انعدام التشريحية.... الخ. كما نلاحظ أيضا في بروتكول عيدة انخفاض حاد في الإجابات C والذي يدل على غياب الوجدانيات و العاطفة.

5- تلخيص الحالة عيدة:

من خلال نتائج تحليل كل من المقابلة و اختبار الروشارخ يظهر لنا وجود كف قوي و رقابة صارمة في التفكير وعدم استقرار عاطفي بالإضافة إلى سلبية في تصور الذات و الواقع، ففي المقابلة نلاحظ تجلي اجابات مختصرة و محدودة في بعض الاحيان و تكون غالبا دون أية اضافات أو أي إثراء، مما يعكس تجنب عيدة لأي قلق أو توتر و كذلك الصمت الطويل قبل كل جواب.

أما في اختبار الروشارخ يظهر الكف و القلق والتجنب من خلال فقر الانتاجية و طول زمن الكمون في بعض اللوحات بالإضافة إلى رفض بعض اللوحات التي يبدو أنها أثارت فيها قلقا داخليا حيث سارعت إلى كبتة وتجنبه، إضافة إلى انخفاض في النظرة الجزئية للوحات بالنسبة للكلية الشاملة، حتى يتسنى للقلق أن يطغى على النظرة الكلية كما صرحت به في المقابلة "أو كان نصيب نخرج و نكري باش يعفوني" كما ظهرت دفاعات صلبة و رقابة صارمة و شديدة ضد ظهور القلق الداخلي الذي من شأنه تهديد استقرار الأنا و الإخلال بتوازنه و نلاحظ ذلك من خلال عدم التنوع في استعمال المحددات التي جاءت كلها شكلية لتعكس التمسك الشديد بالواقع الخارجي للوحات دون محاولة ربطها بالواقع الداخلي ليكون بذلك موقع عيدة بين العالمين في غير محله وليظهر فقر الحياة الداخلية ما يعبر عنه بالكف العلائقي و كبتها للوجدانيات و الجانب العاطفي .

هناك انخفاض حاد للمحتوى الإنساني حيث يعكس صعوبة عيدة في ربطها لعلاقات إنسانية مع الآخرين وانزعاجها من هذه العلاقات، و كذلك أظهرت المواظبة على نفس المحتويات في كثير من لوحة مما يشير إلى مدى التأثر بحالتها ومدى وجود ذلك الهوام (هوام الحصول على الطفل)، نلاحظ هيمنت المحتوى الجنسي الذي يظهر في أغلب اللوحات و الذي يوحي الى قلق عيدة من حالتها الراهنة (العقم، الخوف من فشل عملية التلقيح).

ويظهر لنا الكف و القلق من خلال المواظبة و التكرار و تصلب الادراكات رغم تغير المثيرات مما قد يدل على رفض عيدة للواقع وهو الطابع المميز لها في هذه المراحل التي مرت بها...

1- تقديم الحالة 04:

تبلغ هند 32 سنة هي ذات مستوى جامعي تعمل كمحامية الدفاع لدى المحكمة و هي في الرتبة الثانية بين ذكركين و ثلاث إناث تعيش في بيت مستقل فيلا صغيرة و مستواها الاقتصادي لا بأس به و هي متزوجة منذ 7 سنوات بدون أولاد.

2- عرض و تحليل الحالة:

هند لديها بنية جسدية متوسطة، و بشرة بيضاء. لباسها أنيق و متناسق، وهي تستعمل لغة سهلة وبسيطة و معبرة و مسترسلة. وقالت الحالة أنها عاشت طفولة عادية، وترعرعت في وسط أسري لا بأس به ماديا و اجتماعيا، وتضيف أن والدها أيضا يعمل في السلك القضائي " الحمد لله عشت غاية حاجة ما خصتني و كنا متفاهمين غاية " وانها نشأت في أسرة متعاونة و صرحت أنها بعد الزواج و خاصة في السنة الأولى كانت تعيش حياة جميلة مليئة بالرومنسية ولكن منذ أن ادركت أنها تعاني من صعوبة في الانجاب و ذلك بعد أن اجرت فحوصات طبية هي وزوجها لمعرفة سبب تأخر الحمل "شورنا لعند طبيبة قالتنا لازم ديرو لي زاناليز و بعد ما درناهم خرج العيب مني " وبعدها تقول أن حالتها تأزمت بعد اضمحلال كل الجهود المبذولة و المحاولات المتكررة للإنجاب و ختمتها صدمة أنها هي السبب في عدم الانجاب و قالت أنها كانت تعاني من لاعراض التالية الشعور بالضيق والانقباض خاصة في أوقات الصباح و بعد العصر "نحس بضيق كشغل حاجة محطوطة فوق صدري وساعات نحس بالقلقة و نبكي بلا منعرف علاه" و صرحت أن علاقتها بزوجها عادية وهو متقبل للوضع " راحلي متقبل وقالي كلشي من عند ربي ". ولكن تقول انها تحس بالذنب و تعذيب الضمير و خاصة عندما تراه يلاعب ابناء اخوها وتقول أنها السبب في حرمانه من كلمة ابي، أما عن علاقتها مع اهل زوجها تقول انها قاطعتهم و تظن أنهم هم السبب في ما يحصل لها " ظني كبير بلي دارهم دارولي حاجة باش ما نولدش على خاطر حاسديني من اليوم لد دخلت عندهم عروسة هو ما سباب ضري و عقمي " و تقول أنها أصبحت تكره الناس لأنهم يحسسونها بالنقص و هي ترفض شفقاتهم " راني حابة نقعد وحدي كرهت الناس و حتى خدمتي كرهتها و كرهت الوسط العائلي كل مرة يتلاقوا بيا ايقولولي واش مزال كرهت هاد الكلمة و تظن انها جاءت في زبارة الى غرداية من اجل أن تغير الجو مرت صدفة بجانب مركز الحياة ودخلو و استفسروا وقررت هي وزوجها حوض التجربة و هم الآن في صدد التحضير لإجراء التلقيح الاصطناعي و تقول انها ستحاول عدة امرات إذا تطلب الأمر حتى تنجح إن شاء الله و تقول انها بعد ان بدأت في إجراء جلسات التلقيح الاصطناعي عاد إليها الامل أما عن المستقبل تقول ان لديها احساس قوي أن حياتها ستتغير و

ربي راح يناولها لي في بالها و تختم كلامها بقولها " ربي يفرحني و يناولني لي في بالي من فظلكم و ربي
ينجحكم دعولي في كل صلاواتكم"

3- برتوكول الرورشاخ الحالة 4 هند 32 سنة

التنقيط	التحقيق	النص
D F- Anat	(D)	اللوحة I:24" 1- حوض (ترجع اللوحة)...26"
G F ⁻ Sex	(G)	اللوحة II:15" 2- مهبل. (ترجع اللوحة)...10"
D F ⁻ Anat	(D ₂)	اللوحة III:10" 3- المبيض (ترجع اللوحة)...26"
Refus	(G)	اللوحة IV:10" مافهمتهاش (ترجع اللوحة)...16"
G F ⁻ sex	(G)	اللوحة V:17" 4- مهبل (ترجع اللوحة)...15"
D F ⁻ sex	(D ₁₂)	اللوحة VI:23" 5- القضيب (ترجع اللوحة)...16"
Refus	(G)	اللوحة VII:15" ما عرفتش (ترجع اللوحة)....8"
Refus	(G)	اللوحة VIII:20" ما فهمتهاش....16"
D F ⁻ sex D F ⁻ sex	(D ₆) (D ₈)	اللوحة IX:28" 6- رحم.

الفصل الخامس عرض وتحليل الحالات

		7- مهبل (ترجع اللوحة)....20"
Refus	(G)	اللوحة X:20" مافهمتهاش "15....(ترجع اللوحة)

اختيار الاختيارات:

- الاختيارات الايجابية: IX و X بالرغم من كونهم مخلطين بصح ترحيلهم .
الاختيارات السلبية: VI و VII بسيف باش تفهمهم

4- السيكوغرام:

Refus :4	G: 2	F+:0	H:0	F%:100 %
R : 7	G%:29 %	F-: 7	A: 0	F+:%: 0%
TT :2'	D: 5		Anat:2	Fél%:100 %
T/rep :28''	D% :71 %		sex :5	H%:0 %
T latmoy :18''				A%:0 %
				IA%: 100%

TRI : 0K/ 0C
FCompl:0k/0E
RC%:28 %

5- التحليل الكمي لبروتوكول الروشارخ للمفحوصة هند:

يتميز بروتوكول هند بإنتاجية فقيرة محدودة (R:7) أي أقل من المعايير (20-30): R ، في وقت المستغرق قدر بـ: 2 دقائق بالمقارنة (20'-10'): TT، و 26 ثا لكل إجابة في المقابل '28: Tr، الذي يشير إلى كف قوي سرعة التخلص من الوضعية الإسقاطية، زمن الكمون 18 ثا قبل إعطاء إجابة في حدود المعايير (20-10): Tl، و لكنه كان طويل في اللوحة: I/ III مما قد يدل على الكف والتجنب و الرقابة من طرف موضوع العدوانية لدى المبحوثة وان إجابتها للمبيض لدليل على وجود خلل فيه حين ذكرت في المقابلة ان الخلل من عندها.

لقد جاءت الأجوبة الشاملة منخفضة (G:29%) بالمقارنة مع العادي (30-20%). أما التناول الجزئي فكاثررتفع (D:71%) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) و ما يميزها هو ارتباطها بمحددات شكلية سلبية والذي يشير إلى عدم تكيف واقعي لدى المبحوثة، وهذا ما يؤكد توزيع المحددات التي تتسم بعدم التوازن فقد احتوى البرتوكول على محددات شكلية دون المحددات الأخرى. وظهرت الإجابات الشكلية %100F مرتفعة بل بلغت أقصاها بالمقارنة مع العادي (70-50%) و الشكلية الإيجابية منعدمة وهذا الابتعاد يدل على السير العقلي للمفحوصه هشا، في حين المحددات الحركية الإنسانية والإجابات الحسية والحركية الموضوعية كانت منعدمة أيضاً.

أما فيما يخص المحتويات فقد كانت الاستجابات الإنسانية منعدمة وهذا دليل على وجود كف في العلاقات الانسانية واضطراب في التقمص الإنساني، مع انعدام المحتويات الحيوانية، و الإجابات المتذلة كانت منعدمة Ban0: بالمقارنة مع العادي (5-7)، بينما المحتويات الجنسية كانت مرتفعة.

6- التحليل الكيفي لبروتوكول الروشارخ للمفحوصة هند:

1- الإنطباعات العامة :

يتميز بروتوكول هندبفقر في الإنتاجية مع الاقتصار على اجابات محدودة و خالية من التعاليق مثل إجابة المبحوثة في اللوحة V/II. مع كثير من التوقفات ونلاحظ على البرتوكول رفض للوحات (X/VIII/VII/IV) قد يعود لسبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمله من مضامين كامنة مع وجود كف قوي و قلق من طرف المبحوثة، فمثلاً اللوحة VII تدل على الرمزية الأمومية فقد حدث هناك تعارض وصراع داخلي للتقليل من تلك الصورة الأنثوية، أما اللوحات اللونية فقد سببت اضطراب انفعالي شديد وفقدان في التحكم.

2- السياقات المعرفية:

الإجابات الكلية (الشاملة) في بروتوكول هند أقل من الجزئية، في ظل غياب Dd الذي يدل تجنب المفحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراعات، حيث الإجابات الشاملة كانت بنسبة منخفضة G29% بالمقارنة مع المعايير (30-20%) بينما طغت طرق التناول الجزئية على الكلية بـ (D: 71%) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) وهي مرتبطة بشكلية سلبية و هذا يدل على تمسك المبحوثة بالعالم الموضوعي و طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية جزئية

للمنبه و هذا يدل على محاولة تجنب المواجهة المعتبر كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي (c charbert ,1983,p264) و إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و القلق .فمثلا في اللوحة الخامسة التي هي لوحة تصور الذات والهوية حيث تعطي المبحوثة إجابة جنسية متنوعة بشكل سلبي مما يدل على صعوبة استيعاب المبحوثة لحياها الجنسية و تأثر تصورهما الذاتية بإشكاليتها الخاصة بالعقم. أما طرق تناول الأخرى فكانت منعدمة.بالإضافة الى انعدام الإجابات المبتدلة:0Ban مما يدل على كبت الصراعات و الكف والرقابة للتصدي للقلق والوجدانيات الخطيرة .

تمركزت دفاعات المفحوصة على المحددات الشكلية التي جاءت نسبتها مرتفعة (F:100 %) و التي كانت في أغلبها سلبية مما يدل على عدم الاستثمار للواقع الموضوعي والمحيط وبالتالي للعلاقات مع الموضوع (Relation objectifs)* أما الايجابية فقد كانت منعدمة تماماً: (F+:0%). و هذا دليل على الانغماس الرديئ في الواقع الموضوعي للمفحوصة.

3- الديناميكية الصراعية والاستجابات الحسية:

3-1- الديناميكية الصراعية :

يظهر من خلال البروتوكول انعدام الإجابات الحركة الإنسانية بحيث قدر: $k \ 0$ والذي يشير إلى عدم الاستثمار الإنساني و عدم قدرة المبحوثة على إرضان الصراعات ما يظهر عدم المرونة في سيرورة التقمصات. نلاحظ أن الإجابة الإنفعالية الشائعة في لوحة IX لم تستطع المفحوصة تقديمها وعوضتها بمحتوى جنسي(الرحم ومهبل)بل كانت مواظبة واضحة في المحتويات الجنسية، بحيث يدل على عدم استيعاب هند لجنسها و طغيان القلق، و هذا يظهر صعوبة تصور الصورة الأمومية المبكرة لدى المفحوصة مما يوحي بالتهديد الذي شعرت به أمام الصورة الكاملة و بصعوبات في سيرورة التقمص لديها.

إن التحليل لنمط الصدى الداخلي للمبحوثة يشير إلى الطابع المحصور أو المنغلق الذي يتضح من خلال غياب الحركية و اللونية ما يظهر نزعة المفحوصة لكبت العواطف و الحركات التروية (TRI:0K/0C) هذا ما يدعمه الصيغة الثانوية (FCmpl:0k/0E) ، مما يشير إلى الكف القوي مع عاطفة مكبوتة.

3-2- الاستجابات الحسية :

تظهر الإجابات في اللوحات اللونية الثلاثة غير متناسبة مع المعايير بل هي منخفضة % 28:RC (تعكس انفعالية محدودة جدا بالنظر الى نوعية الاستجابات الخالية من المحددات اللونية و التظليلية وهذا دليل على صعوبة تقبل الذات و وعدم القدرة على ارضان الصراعات و تجنب صراح للزوات و الهومات.

4-المحتويات :

هيمنت المحتويات الجنسية 5sex على الإنسانية (0%: H) استجابة إنسانية بالمقارنة مع المعايير (12-18)% مصحوبة بالحدودية وغياب التعليق في اللوحة الأولى (إنسان) وهذا يدل على ميل دفاعات المفحوصة نحو تجنب الاتصالات و العلاقات الإنسانية، أما سيطرة الاستجابات الجنسية يؤكد على ميل المفحوصة الى إظهار النضج الجنسي أو تغطية اضطرابات في العلاقة الجنسية و اهتمام كبير بالجنس، و ظهور استجابتين تشريحية إشارة إلى اهتمامات متعلقة بصورة الجسد وتحمل هذه الإجابة إيجاء ضمني إلى القسم السفلي من الجسم (الحوض) وكأنها تتفادى أن تذكر عضوها الجنسي وهذا ما دعمته بتحفظ كلامي لتسيطر على القلق. و نلاحظ انعدام المحتويات الحيوانية والإنسانية... الخ. كما نلاحظ في برتكول هند غياب الإجابات C يدل على غياب الوجدانيات و العاطفة.

5- تلخيص الحالة هند:

من خلال نتائج تحليل كل من المقابلة و اختبار الرورشاخ لمسنا وجود كف قوي و رقابة صارمة في التفكير وعدم استقرار عاطفي وفقدان التحكم بالإضافة إلى سلبية في تصور الذات و الواقع وعدم التكامل الجسدي، ففي المقابلة نلاحظ تحلي إجابات مختصرة جدا و محدودة في بعض الاحيان و غالبا دون أية إضافات أو أي إثراء، مما يعكس تجنب هند لأي قلق أو توتر و كذلك غلبة الصمت الطويل قبل كل جواب.

أما في اختبار الرورشاخ يظهر الكف و القلق والتجنب من خلال فقر الانتاجية و طول زمن الكمون في بعض اللوحات بالإضافة إلى رفض بعض اللوحات التي يبدو أنها أثارت فيها قلقا و صراعا داخليا حيث سارعت إلى كبتة و تجنبه، إضافة الى التركيز على النظرة الجزئية للوحات متجنبتا النظرة الشاملة، حتى لا يتسنى للقلق ان يطغى و لصراع أن يبرز، كما ظهرت دفاعات صلبة و رقابة صارمة و شديدة ضد ظهور القلق الداخلي الذي من شأنه تهديد استقرار الأنا و الإخلال بتوازنه و نلاحظ ذلك من خلال عدم التنوع والمرونة في استعمال المحددات التي جاءت كلها شكلية لتعكس التمسك الشديد بالواقع الخارجي للوحات دون محاولة ربطها بالواقع الداخلي والمكثف بالرقابة الشديدة ليكون بذلك موقع هند بين العالمين في غير محله و ليظهر فقر الحياة الداخلية ما يعبر عنه بالكف و كبتها للوجدانيات كانزلاق عاطفي لعدم التكامل الجسدي

هناك غياب تام للمحتوى الانساني يعكس رفض هند ربط علاقات إنسانية مع الاخرين ما يعبر عنه بالكف العلائقي وعجز عن تمثيل الذات في المحيط، والذي يظهر في المقابلة " ظني كبير بلي دارهم دارولي حاجة باش ما نولدش على خاطر حاسديني من اليوم لد دخلت عندهم عروسة هو ما سباب ضري و عقمي" و كذلك أظهرت المواظبة على نفس المحتويات في كثير من لوحة مما يشير إلى مدى التأثير بحالتها ومدى وجود ذلك الهوام (هوام حدوث الحمل)، وكما يظهر وجود المحتوى التشريحي والذي غالبا ما يشير إلى النشاط الموجه نحو الداخل، و هيمنت المحتوى الجنسي الذي يظهر في أغلب اللوحات و الذي يوحى الى قلق هند من حالتها الراهنة (العقم، الخوف من فشل عملية التلقيح).

و يظهر لنا الكف و القلق من خلال المواظبة و التكرار و تصلب الادراكات رغم تغير المثيرات مما قد يدل على رفض هند للواقع وهو الطابع المميز لها في هذه المراحل التي مرت بها...

1- تقديم الحالة 5:

تبلغ سامية 33 سنة هي ذات مستوى جامعي، عاملة في مؤسسة وطنية وهي في الرتبة الرابعة بين 6 ذكور و 7 إناث. تعيش في بيت مستقل مستواها الاقتصادي متوسط، و هي متزوجة مند 6 سنوات بدون أولاد.

2- عرض و تحليل الحالة:

سامية ذات مرفولوجية متوسطة، بيضاء البشرة جميلة المظهر. لباسها أنيق ذات لغة شفوية سهلة، بسيطة، معبرة ومسترسلة.

لقد عاشت سامية طفولة جد عادية بدون أي مشاكل بالرغم من كون العائلة كبيرة نوعا ما، و تقول "كانت دارنا كبيرة و واسعة ومتحشيش فيها رانا غاشي" و تضيف أنها نشأت في مناخ أسري يتسم بالتعاون و التفاهم بين جميع أفراد العائلة و تصرح سامية أنها كانت مقربة جدا من والديها "أنا قريبة بزاف من والديا أكثر من خاوتي لخرين". كانت لسامية تجربة زواج أولى بحيث تزوجت أول مرة في 2010 واستمر للزواج لمدة 3 سنوات و طلقت في نهاية سنة 2013 "أنا قبل ما نتزوج راجلي هذا كنت متزوجة من

واحد راجل كرهلي حياتي هو ودارهم و الحمد لله تطلقت منو" ثم تزوجت مرة أخرى في سنة 2015 من زوجها الحالي الذي كان بدوره متزوج من قبل مرتين وكان الطلاق بسبب عدم الإنجاب . و تقول أنه لقد صارحها قبل التقدم إليها بعدم قدرته على الإنجاب "هو قالي قبل ما يتقدم لي أنو عندو مشكل في الإنجاب حاشاك عندو نقص حاد في الحيوانات المنوية". وتضيف أن زوجها وضع لها شرط وهو إجراء عملية التلقيح الاصطناعي بعد الزواج مباشرة حتى يتخلص من الضغوط التي يعاني منها من عائلته و أصدقائه و المجتمع بصفة عامة و تقول كان يعاني من بحيث "كانوا يعايروه العاقر ، ما يقدرش ايجيب اولاد" و تضيف الناس تحشر أنفسها في كل شيء بحيث أن هناك من يسمعها الكلام عن زواجها من راجل "مايجيش ولاد" وتقول أنها تعاني من ضغوط كبيرة حتى من أهلها في هذا الموضوع "كامل الناس و حتى دارنا يقولولي علاش تدفني روحك مع راجل ما يجيش ولاد راه لولاد زينة حياة الدنيا" تصرح سامية أنا عزلت نفسها من الناس و المجتمع حتى عن أهل زوجها بحيث تقول أنهم يجب أن يشكروا الله لقبولي الزواج من ابنهم وأنا أعرف علته ولكنهم يحملونها مسؤولية عدم الإنجاب "تحيلي أنت دارهم يعايروني و يقولولي أنت ماشي مرا ماقدرتيش تجيبي ولاد أحنا ولدنا لاباس بيه أنت معندكش بويضات"

وتقول بعد الزواج بدأ الزوجين في إجراء الفحوصات و أخذ العلاج و قاموا بالمحاولة الأولى و لكن فشلت ثم المحاولة الثانية و فشلت أيضا و الآن هم في صدد إعادة المحاولة الثالثة و الأخيرة "ملي تزوجنا درنا شحال من محاولة و دوركا هذي هي الفرصة الأخيرة نتاعنا على خاطر بقاتلنا بويضة ملقحة واحدة وان شاء الله ربي ما يجيناش" و تضيف أنها بسبب هذه المشكلة و تعاني من مزاج سيء و مشاعر مختلطة "ساعات نحس روحي زعفانة و مانعرفش علاه و القلقة تحكمني نحس روحي حابة تتخفق منها وليت نكي بزاف و نحس بزاف الضيق بزاف". و تضيف أنها بالرغم من أنها لا تعاني من أي مشكل صحي و بالرغم من أنها تدرك أن المشكل من زوجها إلا أن الضغوط التي تعاني منها جعلتها تفقد الثقة في نفسها و أصبحت تحس بالنقص بسبب عدم الإنجاب "كرهت الناس و نظرهم ليا و لزوجي" و عند سؤالنا عن تكاليف العلاج أجابت أن لديهم ديون كثيرة "رانا معميرين بالديون و بعنا لي فوقنا ولي تحتنا المهم بالنسبة لينا أنو نشوفو لولاد....." تدخل الحالة في نوبة بكاء و تضيف "أكيد كي نشوفو ولدنا ولا بنتنا راح نساو كامل هذاك التعب و الديون كلش راح يهون سبحانه الله راح نساو كل هاد المعانات" تقول الحالة أن حياتها أصبحت مركزة فقط على الإنجاب و الأولاد دون شيء آخر و تطلب منا أن صلي و أن ندعو من أجلها حتى يوفقوا في هذه المحاولة وهذه الفرصة الأخيرة " ايعيشكم ادعولي ربي أيوفقنا بقاتلي غير بويضة وحدة و معندناش فرصة أخرى" وتضيف سامية أن ليس لديها أي مشاريع مستقبلية من غير الإنجاب و تصرح ما فائدة المستقبل بدون أولاد وصمت طويل و تقول "لواش الواحد يخدم ولا يعيش كي يكون معندوش أولاد يكسيهم و لا

الفصل الخامس عرض وتحليل الحالات

يتعب على جاهم وتشوفيهم يكبرو قدامك". و تدخل في نوبة بكاء تم تختم قولها بطلب الدعاء بالتوفيق أن يفرج الله عليها.

3- برتكول الروشارخ سامية 33 سنة

التنقيط	التحقيق	النص
DF± sex G F-H	[كلّ اللوحة] (D ₄) (G)	اللوحة I: 18" ٨ 1- الرحم 2- إنسان (ترجع اللوحة)....40"
DF ⁺ sex1 DF ⁻ sex2	.(D ₃) .(D ₃)	اللوحة II: 36" ٨ 3- المهبل 4- الرحم. (ترجع اللوحة)....50"
DF ⁻ sex	(D ₇)	اللوحة III: 9" ٨ 5- الرحم (ترجع اللوحة)....30"
DF ⁻ sex	(D ₁)	اللوحة IV: 16" ٨ 6- قضيب (ترجع اللوحة)....50"
Refus	(G)	اللوحة V: 29" ٨ ما فهمتهاش (ترجع اللوحة)....45"
DF ⁺ sex	(D ₃)	اللوحة VI: 21" ٨ 7- القضيب (ترجع اللوحة)....10"
Refus	(G)	اللوحة VII: 9" ٨ ما فهمتهاش (ترجع اللوحة)....28"

الفصل الخامس عرض وتحليل الحالات

D F ⁻ sex D F ⁻ sex	(D ₁) (D ₂)	٨ اللوحة VIII:11 -8 قنوات فالوب -9 مهبل.
D F [±] sex	(D ₆)	٨ اللوحة IX:16 -10 خصيتين. (ترجع اللوحة)...25"
D F [±] sex D F ⁻ Anat D F [±] sex	(D ₅) (D ₆) (D ₆)	٨ اللوحة X:21 -10 مهبل. -11 مبايض. -12 رحم. (ترجع اللوحة)...50"

- اختبار الاختيارات:

الاختيارات الايجابية: IX الألوان تتداخل و X حياة و الأمل .
الاختيارات السلبية: I السواد و يخوف و IV كلي المرأة تستجد ،سواد قاتم.

4- السيكوغرام:

Refus :2	G:1	F+: 2	H: 1	F%:100 %
R : 13	G%:8 %	F-: 7	Anat:1	F+:%:30 %
TT :6'	D:12	F±:4	sex :11	Fél%: 100 %
T/rep :25''	D% : 92%			H%:8 %
T latmoy :18''				IA%: 92%

TRI : 0K/ 0C
FCompl:0k/0 E
RC%:46 %

5- التحليل الكمي لبروتوكول الروشارخ للمفحوصة سامية:

يتميز بروتوكول فردوس بإنتاجية فقيرة محدودة (R13) أي أقل من المعايير (20-30):R، في وقت المستغرق قدر بـ:6 دقائق بالمقارنة (20'-10'):TT، و 25 ثا لكل إجابة في المقابل '60:Tr، الذي يشير إلى كف قوي سرعة التخلص من الوضعية الإسقاطية، زمن الكمون 18 ثا قبل إعطاء إجابة في حدود المعايير (10-20):TI، ولكنه كان طويل في اللوحة:II مما قد يدل على الكف والتجنب و الرقابة وعدم القدرة على ارضان القلق لدى المبحوثة.

لقد جاءت الأجوبة الشاملة منخفضة جدا (G:8%) بالمقارنة مع العادي (20-30%). و هو مرتبط بشكلية سلبية و يظهر في اللوحة I أما التناول الجزئي فكان مرتفع (D92%) بالمقارنة مع المعايير (60-68%) و ما يميزها هو ارتباطها بمحددات شكلية سلبية والذي يشير إلى عدم تكيف واقعي لدى المبحوثة، و هذا ما يؤكد توزيع المحددات التي تتسم بعدم التوازن فقد احتوى البرتوكول على محددات شكلية دون المحددات الأخرى. وظهرت الإجابات الشكلية F:100% مرتفعة بل بلغت أقصاها بالمقارنة مع العادي (50-70%) و الشكلية الإيجابية F+:30% التي وجدت أقل من المعايير العادية (85-80%)، يشير إلى بناء غير سليم للواقع و للعالم في حين المحددات الحركية الإنسانية والإجابات الحسية و الحركية الموضوعية كانت منعدمة.

أما فيما يخص المحتويات فقد ظهرت الإنسانية (H:8%) أقل من المعايير (12-18%):H بينما طغت المحتويات الجنسية مع انعدام المحتويات الحيوانية و الإجابات المبتدلة كانت منعدمة Ban0: بالمقارنة مع العادي (5-7).

6- التحليل الكيفي لبروتوكول الروشارخ للمفحوصة سامية :

1- الانطباعات العامة :

يتميز بروتوكول فردوس بيفقر في الإنتاجية مع الاقتصار على إجابات محدودة و خالية من التعاليق بحيث كانت على شاكلة رحم، قضيب....الخ. مع كثير من التوقفات ونلاحظ على البرتوكول رفض للوحات (VIII/V) قد يعود لسبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمله من مضامين كامنة. ووجود كف قوي و قلق من طرف المبحوثة.

2- السياقات المعرفية:

الإجابات الجزئية في بروتوكول سامية أكثر من الكلية (الشاملة)، في ظل غياب Dd الذي يدل تجنب المحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراعات، حيث الإجابات الشاملة كانت بنسبة 8% G بالمقارنة مع المعايير (30-20%) بينما بلغت طرق التناول الجزئية (92% D) بالمقارنة مع المعايير (68-60%) وهي مرتبطة بشكلية سلبية و هذا يدل على تمسك المبحوثة بالعالم الموضوعي و طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية جزئية لمنبه و هذا يدل على محاولة تجنب المواجهة المعتر كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي (c. charbert, 1983, p264) و إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و القلق. فمثلا في اللوحة الأولى التي هي لوحة تصور الذات تعطي المبحوثة إجابة جنسية متنوعة بشكل سلبي إيجابي مما يدل على خوف المبحوثة من الخوض في الإجابات و اتحاد موقف واضح و محدد. أما طرق التناول الأخرى فكانت منعدمة. بالإضافة إلى انعدام الإجابات المبتدلة Ban:0 مما يدل على كبت الصراعات و الكف والرقابة للتصدي للقلق و الوجدانيات الخطيرة .

تمركزت دفاعات المحوصة على المحددات الشكلية التي جاءت نسبتها مرتفعة (F:100 %) و التي كانت في أغلبها سلبية. أما الايجابية فقد بلغت (F+:30%). و هذا دليل على الانغماس الرديء في الواقع الموضوعي

و يشتمل البروتوكول أيضا على استجابة إيجابية سلبية واحدة $F \pm$ والذي يمكن أن يدل على غموض التفكير لدى المحوصة كما تدل على الشك و التردد و الاحتياط الكبير، و الحذر أمام الاشتراك الذي يتطلبه اتخاذ القرار.

3- الديناميكية الصراعية والاستجابات الحسية

3-1- الديناميكية الصراعية :

يظهر من خلال البروتوكول انعدام الإجابات الإنسانية بحيث قدر: $k 0$ والذي يشير إلى عدم الاستثمار الإنساني و عدم قدرة المبحوثة على إرضان الصراعات ما يظهر عدم المرونة في سيرورة التقمصات. نلاحظ أن الإجابة الإنسانية الشائعة في لوحة الإبتدال III لم تستطع المحوصة تقديمها وعوضتها بمحتوى جنسي(الرحم) ونفس الشيء في اللوحة IV بل كانت مواظبة واضحة في المحتويات الجنسية، بحيث يدل على

طغيان القلق، وهذا يظهر صعوبة تصور الصورة الإنسانية لدى المفحوصة ما يوحي بالتهديد الذي شعرت به أمام الصورة الإنسانية الكاملة و بصعوبات في سيرورة التقمص لديها.

إن التحليل لنمط الصدى الداخلي للمبحوثة يشير إلى الطابع المحصور أو المنغلق الذي يتضح من خلال غياب الحركية و اللونية ما يظهر نزعة المفحوصة لكبت العواطف و الحركات التروية (TRI:0K/0C) هذا ما يدعمه الصيغة الثانوية (F Compl:0k/0E) ، مما يشير إلى الكف القوي.عاطفة مكبوتة . .

3-2- الاستجابات الحسية :

تظهر الإجابات في اللوحات اللونية الثلاثة غير متناسبة مع المعايير بل هي مرتفعة (% 46:RC) تعكس انفعالية محدودة جدا بالنظر إلى نوعية الاستجابات الخالية من المحددات اللونية و التظليلية وهذا دليل على صعوبة تقبل الذات وعدم القدرة على ارضان الصراعات و تجنب صراح للتزوات و الهومات.

4-المحتويات :

هيتمت المحتويات الجنسية 11 sex على الإنسانية (% 8: H) استجابة إنسانية واحدة فقط قليلة بالمقارنة مع المعايير(12-18)% مصحوبة بالمحدودية وغياب التعليق في اللوحة الأولى (إنسان) وهذا يدل على ميل دفاعات المفحوصة نحو تجنب الاتصالات و العلاقات الإنسانية ،أما سيطرة الاستجابات الجنسية يؤكد على ميل المفحوصة إلى إظهار النضج الجنسي أو تغطية اضطرابات في العلاقة الجنسية و اهتمام كبير بالجنس. ووجود محتوى تشريحي ظهر في اللوحة X وهذا دليل على انشغالات جسمية مرتبطة بقلق أمام هشاشة التكامل الجسدي الذي يرتبط بالمرحلة التي تمر بها و كما يمكن أن تكون مؤشر على الشعور بالنقص نلاحظ انعدام المحتويات الحيوانية... الخ . كما نلاحظ في برتوكول سامية غياب الإجابات C يدل على مقاومة ظهور الانفعالات والوجدانيات من طرف المبحوثة .

5- ملخص الحالة سامية:

من خلال نتائج تحليل كل من المقابلة و اختبار الروشارخ يظهر لنا وجود كف قوي و عدم استقرار عاطفي بالإضافة إلى سلبية في تصور الذات و الواقع ،ففي المقابلة نلاحظ تجلي إجابات مختصرة و محدودة في بعض الأحيان و تكون غالبا دون أية إضافات أو أي إثراء، مما يعكس تجنب فردوس لأي قلق أو توتر و كذلك الصمت الطويل قبل كل جواب.

أما في اختبار الروشارخ يظهر الكف و القلق من خلال فقر الإنتاجية R 13 و طول زمن الكمون في بعض اللوحات بالإضافة إلى رفض بعض اللوحات التي يبدو أنارت فيها قلقا داخليا حيث سارعت إلى

كبتة. إضافة إلى التركيز على النظرة الجزئية للوحات متجنبنا النظرة الشاملة، حتى لا يتسنى للقلق أن يطغى ولصراع أن يبرز. كما ظهرت دفاعات صلبة و رقابة صارمة و شديدة ضد ظهور القلق الداخلي الذي من شأنه تهديد استقرار الأنا و الإحلال بتوازنه و نلاحظ ذلك من خلال عدم التنوع في استعمال المحددات التي جاءت كلها شكلية لتعكس التمسك الشديد بالواقع الخارجي للوحات دون محاولة ربطها بالواقع الداخلي ليكون بذلك موقع فردوس بين العالمين في غير محله ليظهر فقر الحياة الداخلية و كبتها للوجدانيات و الجانب العاطفي في حقل اللاشعور . هناك غياب ملحوظ للمحتوى الحيواني ووجود للمستوى الإنساني (H%: 8%) بنسبة يعكس رفض فردوس ربط علاقات إنسانية مع الآخرين و انزعاجها من هذه العلاقات. و كذلك نلاحظ هيمنت المحتوى الجنسي الذي يظهر في أغلب اللوحات الذي يوحي إلى قلق سامية من حالتها الراهنة (العقم، الخوف من فشل عملية التلقيح). و بروز أيضا المحتوى التشريحي الذي قد يدل على انشغالات جسمية مرتبطة بقلق أمام هشاشة التكامل الجسدي الذي يرتبط بالمرحلة التي تمر بها. و يظهر لنا الكف و القلق من خلال المواظبة و التكرار و تصلب الادراكات رغم تغير المثيرات مما قد يدل على رفض سامية للواقع..

خلاصة الفصل الخامس:

إن الإجراءات المنهجية التي ذكرناها هي التي ستساعدنا إلى الوصول لنتائج موضوعية للدراسة، فالمنهج هو الموجه لاختيار أدوات البحث وطرق تطبيقها بحيث يعطي المعلومات قيمة علمية هامة، وإن المحالات المكانية والزمانية تسمح بتحديد أطر الدراسة وتوضيح المعالم الأساسية التي تتبلور فيها، وقد حددنا حالات الدراسة التي سنطبق عليها أدوات الدراسة بحيث تكون متناسبة مع المعايير التي نخدم أهداف البحث في علم النفس العيادي لئتم بعد ذلك تحليل المعلومات حتى تكتسي معاني ودلالات تكشف صحة أو نفي الفرضية التي انطلقنا منها وبما أن بحثنا يهدف إلى كشف مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي معتمدين على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة والذي يعتبر الأمثل لطبيعة بحثنا.

2. مناقشة مؤشرات الفرضية.

3. مناقشة الفرضية العامة في ضوء الدراسات السابقة.

4. الاستنتاج العام.

تمهيد: يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة والتي تسعى إلى معرفة مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي مع مناقشة وتحليل كل مؤشر على حدى ثم الانتقال إلى مناقشة الفرضية العامة وصولاً إلى الاستنتاج العام بالإضافة مجموعة من التوصيات والاقتراحات في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج.

1- مناقشة مؤشرات الفرضية:

1-1 انخفاض في الإستجابات R:

الحالة -5-	الحالة -4-	الحالة -3-	الحالة -2-	الحالة -1-	
13	7	8	8	12	R
9.6					معدل متوسط الإنتاجية R

التعليق على الجدول

يبين الجدول السابق معدل متوسط عدد الإجابات R المقدمة من طرف مجموعة البحث أي نسبة الإنتاجية عند النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي حيث تراوحت عدد الإجابات عند أفراد مجموعة البحث بين (7 و 13) إجابة بمتوسط 9 إجابات لكل واحدة و هي نسبة فقيرة ومحدودة جدا مقارنة بالنسبة النموذجية R20 و هذه الإنتاجية الفقيرة التي تظهر لدى مجموعة البحث تشير الى نقص الإبداع و الخيال و وجود كف عقلي، و عدم وجود علاقة متينة مع الواقع نظرا لضعف التحكم في التزوات العدوانية و اللبديية. من خلال عرض نتائج بروتوكولات الروشارخ ظهرت لنا حالتين كانت لديهن عدد الاجابات مرتفع قليلا و هي الحالة الأولى فردوس بلغت 12 وهذا العدد يسير نحو المعدل النموذجي وتهدف من خلالها إلى تحمل الوضعية الاسقاطية محاولة إرصان الصراع الداخلي الذي تعيشه إلا أنها تفشل في ذلك بحيث بقيت إنتاجيتها فقيرة ومحدودة ونفس الشيء بالنسبة لسامية حيث بلغت الإنتاجية 13 إجابة وهي أعلى درجة واحدة من فردوس محاولة من خلاله رفع الإنتاجية أنها قادرة على تحمل الوضعية الاسقاطية وكأنها تريد أن تتخلص من مسؤولية عدم الإنجاب بحكم أن الإشكال من عند الزوج إلا أنها تفشل ليعود الكف والتجنب ليسيطر عليها ومنها تفشل أيضا في محاولة الإرصان ، أما الحالات الباقية فقد تراوحت الإنتاجية بين 7 و 8 إجابات و هذا

يشير إلى الكف القوي الذي تظهر الحالات الثلاثة الباقية والذي يدل على عدم تمكنهن من تقبل وتحمل الإشكالية الراهنة وهي عدم القدرة على الحمل بطريقة طبيعية وهذا ما أدى بهن إلى المواظبة وعدم توظيف التصورات والخيالات أمام لوحات الاختبار.

2-1 بروز الإجابة الشكلية الجزئية السلبية DF⁻

الحالة -5-	الحالة -4-	الحالة -3-	الحالة -2-	الحالة -1-	DF ⁻
7	7	1	6	7	معدل متوسط الإجابة الشكلية السلبية
5.6					

التعليق على الجدول

يبين الجدول السابق معدل متوسط الاجابات الجزئية المرتبطة بالشكلية السلبية المقدمة من طرف مجموعة البحث، حيث تراوحت عدد الإجابات الجزئية المرتبطة بشكلية سلبية عند أعضاء مجموعة البحث بين 1 و 7 إجابات أي بمتوسط 5 إجابات لكل واحدة فهي نسبة طغت على الاجابات الأخرى و كثرتها في البروتوكولات يشير إلى عدم التكيف مع العالم الواقعي وعلى عدم الإستثمار للواقع الموضوعي والمحيط وبالتالي للعلاقات مع الموضوع. ونلاحظ من خلال نتائج البرتوكولات أن أربع حالات طغت على إستجابتهن إجابات جزئية مرتبطة بشكلية سلبية (فردوس زهرة هند وسامية) وهذا يدل على عدم التكيف والتقبل بحيث يذكرهن بقصورهن عن لاداء الأدوار البيولوجية المتوقعة منهن وعدم قدرتهن على القيام بوظائفهن التقليدية في الحمل والإنجاب وتربية الأطفال، وعجزهن عن تحقيق رغبتهن بالوصول لمرحلة الأمومة البيولوجية والإيفاء برغبات الزوج في تحقيق غريزة الأبوة، وهذه تعتبر محركات هامة لزيادة مصادر التوتر والصراع الداخلي. كما لاحظنا في البروتوكول أن عيدة لجأت إلى استعمال إجابة جزئية مرتبطة بشكلية سلبية واحدة وهذا لا يعني أنها تمكنت من مواجهة القلق الذي تثيره اللوحات ولكن عوضتها بإجابات جزئية مرتبطة بشكلية مبهمه وذلك محاولة منها على مواجهة الكف الذي تتعرض له من خلال اللوحات وهذا يشير إلى عدم القدرة على المشاركة واتخاذ القرار.

1- 3 بروز الاستجابة الجنسية sex :

الحالة -5	الحالة -4	الحالة -3	الحالة -2	الحالة -1	Sex
11	5	2	3	11	
6.4					معدل متوسط الاستجابة الجنسية

التعليق على الجدول

يبين الجدول السابق معدل متوسط عدد الإستجابات الجنسية المقدمة من طرف مجموعة البحث من خلال حساب معدل متوسط الاستجابات الجنسية للحالات الخمسة نجد أن عدد الإستجابات تراوح بين 2 و 11 اجابة اي بنسبة 6 إجابات لكل واحدة و نلاحظ أنها طغت على المحتوي الإنساني و الحيواني في كل بروتوكولات الحالات و هذا دليل تغطية الإضطرابات الجنسية و الإهتمام الكبير بالجنس و إظهار النضج الجنسي من طرف أعضاء مجموعة البحث و نلاحظ من خلال دراسة بروتوكولات مجموعة البحث نجد أن هناك حالتين أسرفت في استعمال المحتوي الجنسي و هي حالة فردوس بحيث استعملت 10 استجابة جنسية بحيث كانت هناك مواضبة في الاجابات بين رحم مهبل مبايض و هذا يبين ماثيره من نزوات لديها فهي تعبر عن اعضاء تابعة للمرأة وهذه الأعضاء هي المسؤولة عن حمل الولد و هذا يذكرها بإشكالية عميقة لديها وحي اشكالية العقم و الحالة سامية هي أيضا استعملت 11 استجابة و كانت المواضبة على الاجابات الجنسية السبيل الوحيد لإظهار النضج الجنسي. بما أنها ليست المسؤولة عن عدم الحمل و لكن بالرغم من ذلك و بالرغم من سلامة اعضائها اهما تبقى دائما عاجزة عن تحقيق الرغبة في الامومة. أما بالتراوحت بين 2 و 5 انسبة لعيده فقد لجأت إلى استعمال الاستجابة الجنسية حتى تغطي الاضطراب الذي تعاني منه في العلاقة الحميمة و عدو قدرتها علي تلبية هذه الرغبة للطرف الاخر. و نفس الشيء بالنسبة لهند اللجوء الى المواضبة على استجابات جنسية يشير إلى الاهتمام بالجسم ووظائفه وهذا سيبيدها عن القلق الذي يسببه المشكلة التي تعاني منها و هي مشكلة العقم..

4-1 إرتفاع نسبة الرفض refus

الحالة -5	الحالة -4	الحالة -3	الحالة -2	الحالة -1	Refus
2	4	2	4	2	
2.8					معدل متوسط نسبة الرفض

التعليق على الجدول

يبين الجدول السابق معدل متوسط عدد رفض اللوحات من قبل مجموعة البحث و يظهر لنا من خلال حساب معدل رفض اللوحات أن عدد الرفض تراوح بين 2 و 4 أي بمتوسط رفض لوحتين وهي نسبة مرتفعة جدا من النسبة النموذجية، ويشير الجوء الى رفض اللوحات إلى الكف الى عدم الحاجة الى المشاركة الذاتية في الاختبار و كما يشير إلى وجود سبب قوي و مفاجئ لنشاط التداعي الحر الذي سببته اللوحات مما تحمل من مضامين كامنة. حيث نلاحظ أن هناك حالتين لديهن رفض ل 4 لوحات و هما زهرة بحيث رفضها للوحات: (4، 6، 9، 10) وهذا يشير الى: صدمة لما ثمنته من رمزية قضبية في اللوحة الرابعة و هذا دليل على وجود القلق تجاه سلطة الأنا الاعلى و ربما يكون لضعورها بالنقص و الدنب المفرط على عدم قدرتها على الإنجاب، أما فيما يخص رفضها للوحة 6 يشير الى عدم قدرة المفحوصة على توجيه نزواتها نحو الخارج و استجابات بالرفض، ثم جاء رفضها للوحتين 9، 10 ويشير أن الحالة تعاني عزلة مع العالم الخارجي و تكيف سطحي معه. أما هند فكان رفضها للوحات: 4 و 7 و 8 و 10 وهذا يشير الى: وجود كف من خلال رفض اللوحة الرابعة و التي تمثل رمزية قضبية و هذا دليل على القلق تجاه سلطة الانا الاعلى لشعورها بالدنب و النقص بسبب عدم الإنجاب و أيضا رفضها للوحة 7 التي هي أمومية تعبر عن الحرمان و الفراغ و هذا الرفض أتى نتيجة لحالة المفحوصة و وضعيتها فترواتها المتجهة نحو الداخل و الجامدة أثار عندها القلق و كان الرفض و الإنكار هو السبيل لازاحة القلق و ربما هذه البطاقة تشعرها بالنقص و الجرح النرجسي و نجد أن هناك اتفاق في رفض اللوحتين بين سامية و فردوس 5 و 7 و هذا دليل يشير إلى: أن المفحوصتان لديهن مشكل و بدل على نقطة سلبية حو الذات أي أن هناك احتقار للذات و الشعور بالنقص لأنها غير قادرة على تحقيق رغبة الأمومة و هذا ما يدعمه رفضها للوحة 7 التي تعبر عن الامومة و علاقة أم طفل هذه اللوحة تشعرهما بالنقص و الجرح النرجسي. و نفس الشيء بالنسبة ل عيده. إذا القلق القوي الذي اتارته اللوحات أدى بالمفحوصات الى رفض هذه اللوحات من اجل التخلص من القلق..

1-5 غياب الإستجابة اللونية C :

الحالة -5	الحالة -4	الحالة -3	الحالة -2	الحالة -1	
0	0	1	0	0	C
0.2					معدل متوسط غياب الإستجابة اللونية

التعليق على الجدول

يظهر الجدول السابق معدل متوسط الإستجابة اللونية المقدمة من طرف أعضاء مجموعة البحث. من خلال حساب معدل نسبة الإجابات اللونية المستخدمة في البروتوكولات تتراوح بين 0 و 1 إجابة أي بمعدل 0.2 إجابة لكل حالة و هذه النسبة منخفضة جدا و هي شبه منعدمة و هذا يشير إلى حالة من عدم الاستقرار المتحكم فيه لردود الأفعال العاطفية. و الشيء الملاحظ هو أنها منعدمة كلية لدى 4 حالات من مجموعة البحث و تتوفر عنده حالة واحدة حيث استعملت إجابة لونية واحدة و تبقى بالرغم من ذلك غير كافية و تدل على الكبت المفروض على الجانب الوجداني و العاطفي، ويشير عدم استسلام للإثارة اللونية تعزيرا لحدود منع أي طفو نزوي من خلال تعزيز الكف والرقابة وهذا ما سبب لمن عدم القدرة على ضبط القلق والشعور بالنقص، وقد يشير أيضاً إلى إحساسهن بعدم الارتياح والطمأنينة في الوسط العائلي، كما يدل على عدم الكفاية في النضج العاطفي والإدراك المشوه نحو الحياة الوجدانية والتحكم في الصراعات الداخلية .

1-6 ارتفاع نسبة صيغة القلق IA :

الحالة -5	الحالة -4	الحالة -3	الحالة -2	الحالة -1	
92%	100%	75%	78%	91%	IA
87.5%					معدل متوسط نسبة صيغة القلق

التعليق على الجدول:

يظهر الجدول السابق معدل متوسط صيغة القلق الذي ظهر عند أعضاء مجموعة البحث فمن خلال حساب نسبة صيغة القلق الظاهرة نجد أنها تتراوح بين 75 إلى 100 أي بمتوسط % 70 لكل حالة و هي مرتفعة جدا عن القيمة النموذجية التي هي أكبر من % 12، بحيث من خلال دراسة بروتوكول الحالات

الخمس يمكن أ نفسر هذا الارتفاع بسبب الموازنة في الاستجابات الجنسية . بحيث نجد أن هند تحصلت على نسبة % 100 و هي نسبة مرتفعة جدا عن المعيار النمودجي و هذا ما يثبتته النص المتحصل عليها في المؤشرات السابقة و هذا راجع للضغوط التي تعيشها الحالة ضغط العقم و ضغط تلقي العلاج و ألمه و ضغط التفكير في نتائج عملية التلقيح و هذا ينطبق كذ لك على جميع الحالات بحيث أن كلهن تحصلن على نسب مرتفعة عن المعيار النمودجي و هذا يشير إلى فشل الحالات الخمس في إرضان الصراعات و الحركات التزوية ويظهر القلق من خلال ماذطر سابقا فجميع الحالات لديهن انتاجية محدودة و لديهن ارتفاع في رفض اللوحات... المؤشرات التي ذكرت من قبل و كأن ارتفاع صيغة القلق لديهن جاءت لثبت ما ذكرناه سابقا

7-1 غياب الاستجابة الحركية الحيوانية: kan

الحالة -1	الحالة -2	الحالة -3	الحالة -4	الحالة -5	
0	0	0	0	0	Kan
0					معدل متوسط الاستجابة الحركية الحيوانية

التعليق على الجدول

يبين الجدول معدل متوسط الاستجابات الحركة الحيوانية المقدمة من طرف أعضاء البحث بحيث عند دراسة وتحليل بروتوكولات الحالات الخمس نجدها منعدمة كلياً وقد ظهر بقوة في مجموع البروتوكولات فالحالات كلها اتمارت أمام الاستجابة للحركة الحيوانية وهذا يدل على تجميد التزوات العدوانية ذات الطابع البدائي النكوصي ويشير أيضاً إلى صلابة الآليات الدفاعية المستعملة من قبل الحالات، ونلاحظ أيضاً غياب الاستجابات الحركة الإنسانية في الواقع الملموس للحالات الخمس وهو يدل على غيابها في الداخل مما يشير إلى عدم قدرتهن على تقمص الصورة الإنسانية وربط علاقات اجتماعية والقلق تجاه العلاقات والاتصال البشري وقد يكون هذا راجع إلى طبيعة الوضعية التي تعيشها المرأة خلال الفحوصات الطبية التي تحت المرأة على قلة الحركة حتى يتم الحمل بشكل جيد، ويشير انعدام الاستجابات الحركية في البروتوكول إلى الجمود والكف والتجنب للتصور الإنساني وخاصة التصور الذاتي في المواقف السلبية والمضطهدة، وهذا يشير إلى فقر في الحياة الداخلية وعدم الوعي بحاجاتها.

2- مناقشة الفرضية العامة:

بعد قراءة و تحليل بروتوكولات الحالات الخمسة و إستنادًا إلى المعطيات الكمية والتحليلية يتجه التفسير العام. وفق النتائج المتوصل إليها من فرضية الدراسة العامة والتي مفادها تتميز مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي بـ:

1- فقر في الإنتاجية: بحيث لاحظنا في البروتوكولات جاءت نسبتها منخفضة ومحدودة جدا عن المعيار النموذجي المعروف في إختبار الروشاخ مبينة مواجهة قلقه للاختبار والذي يشير إلى وجود كف قوي ورقابة شديدة، ووجود صعوبة من قبل أعضاء مجموعة البحث عن الابداع أمام اللوحات للإسراع من التخلص من الوضعية الاسقاطية وهو مؤشر عن وجود قلق نفسي داخلي ومن هنا نقول أن هذه الجزئية من الفرضية تحققت أي ان فقر الانتاجية هو مؤشر لوجود القلق النفسي عند المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي. و قد توافقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (زهية، خردوش بعلي، 2011) والتي أثبتت من خلال إجراء اختبار الروشاخ على النساء العقيمات اللاتي يخضعن للعلاج جاءت إنتاجيتهم فقيرة و محدودة. (زهية، خردوش بعلي، 2011، ص، 157).

2- بروز الإجابة الشكلية الجزئية السلبية: من النتائج المتحصل عليها من بروتوكولات الحالات الخمس كان تناول الطاعني هو تناول الجزئي المرتبط بالشكلية السلبية الذي يدل على عدم التحكم في العالم الخارجي وأيضا إسقاط مشاعر سلبية مرتبطة بالخوف و يشير أيضا الى وجود فشل في الارصان و تحقيق التوازن و كل هذا هو مؤشر على وجود قلق داخلي عند المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي، و هذه الجزئية من الفرضية العامة لقد تحققت و هذه النتيجة قريبة من ما ذكره (عبد الرحمن، سي موسى و محمود، بن خليفة، 2010) أن بروتوكول العصاب يكون فيه ميل إلى تجزئ اقصى للبقعة بحيث D تكون مرتفعة بحيث يهدف من خلالها الى تجنب المواجهة الخطيرة مع العناصر التي تثير واقع داخلي مقلق. (عبد الرحمن، سي موسى و محمود، بن خليفة، 2010، ص 197)

3- بروز الاستجابة الجنسية: بينت النتائج المتحصل عليها من خلال بروتوكولات الحالات الخمس، نجد أن استعمالهن للاستجابة الجنسية بشكل كبير و أتخذوها وسيلة لإظهار النضج الجنسي و محاولة منهن لتغطية الاضطرابات الجنسية الموجودة في علاقتهن الجنسية و هذا يمكن أن يشير الى عدم استيعاب حالات الدراسة لجنسهن و هو مؤشر على طغيان القلق لديهن حيث بدت الصورة الجسدية مضطربة ما قد يشير الى حضور اشكاليتهن الخاصة بالعقم. و هذا ما توصلت إليه دراسة (زهية، خردوش بعلي، 2011) حيث بينت أن النساء العقيمات يلحثن إلى استعمال الاستجابات الجنسية و المواضبة عليها دليل على استحضر اشكاليتهن الخاصة بالعقم.

4- إرتفاع معدل الرفض: نجد أن النتائج المتحصل عليها من البروتوكولات أن معدل نسبة الرفض أعلى من المعيار النموذجي و هو 5 و هذا الرفض للوحدات دليل على محاولة التخلص من الوضعية الاسقاطية و هو يشير أيضا إلى محاولة التخلص من القلق الذي ثيره اللوحات. ومن هنا نقول أن هذه الجزئية من الفرضية العامة

تتحقق في هذه الدراسة. وهذه النتيجة توافق ما أشار اليه (سي موسى) ان من بين مؤشرات القلق حالات الرفض. (عبد الرحمن، سي موسى و محمود، بن خليفة، 2010، ص 197) وكذلك أشارت إليه دراسة (زهية خردوش) أن النساء العقيمات المتلقيات للعلاج لديهن عدد كبير من رفض اللوحات (زهية خردوش بعلي، 2011، ص 161).

5- غياب الإستجابات اللونية : فنلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها نجد أن معدلها جاء منخفض جدا بحيث أننا لاحظنا غياب الاستجابات اللونية عند 4 حالات و حضورها عند حالة واحدة و لكن استجابة وبالرغم من هذا تبقى غير كافية . و هذا الغياب و الندرة في الاستجابات اللونية يشير الى حالة من عدم الاستقرار المتحكم فيه لردود الافعال العاطفية أي وجود كبت و كف قوي على الجانب الوجداني و العاطفي، و هو مؤشر على وجود قلق نفسي داخلي عند المرأة المقبلة على التلقيح الاصطناعي، ومن هنا نقول أن هذه الجزئية من الفرضية العامة تحققت. و في خصوص هذه النتيجة جاءت ايضا متوافقة مع نتيجة دراسة (زهية، خردوش بعلي، 2011) ان الاستجابات اللونية عند النساء العقيمات نادرة و هو مؤشر عام لديهن للتحكم في التزوات وذلك بالحد من عدد الاجابات اللونية. (زهية، خردوش بعلي، 2011، ص 162)

6- ارتفاع معدل صيغة القلق : لقد كان معدل نسبة صيغة القلق مرتفعة جدا، وهذا من خلال النتائج المتحصل عليها و هي أكبر بكثير من القيمة المعيارية المعمول بها في اختبار الروشارخ. وهذا الارتفاع في نسبة صيغة القلق لا يعكس قلق الإحصاء بل هو دليل على فشل في ارضان الصراعات و الحركات التزوية. ومن هنا نقول أن هذه الجزئية من الفرضية العامة تحققت. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (إيفانس ماري، Evans m، 2011) المعنونة ب المعاش النفسي للنساء العقيمات في مرحلة تلقي البويضات الملقحة أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي .بحيث توصل الى أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية على مقياس القلق حالة لصالح النساء الحاضنات بحيث أظهرت النساء العقيمات درجات عالية من القلق لكن عند النساء المقبلات تحصلن على درجات مرضية ويرجعها الباحث للضغط النفسي الذي يعيشه.

7- غياب الحركة الحيوانية: من خلال النتائج المتحصل عليها نجد أن هذه الجزئية من الفرضية العامة لم تتحقق في هذه الدراسة نظرا لغياب استعمالها من طرف المقبلة على التلقيح الاصطناعي. ولاحظنا من خلال البرتوكولات غياب الحركة الإنسانية ايضا و هذا الغياب يشير إلى غلبة الكف و هو دليل على صلابة الآليات الدفاعية المستعملة من طرف حالات الدراسة وهو مؤشر على فقر الحياة الداخلية و عدم الوعي بحاجاتها. بالرغم من عدم تحقق هذا المؤشر إلا أنه يبقى دائما مؤشرا على الاضطراب النفسي و الانفعالي. و في الأخير نقول ان الفرضية القائلة أن مؤشرات القلق لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي تتمثل في فقر الإنتاجية، بروز الإجابة لجزئية المرتبطة بشكلية سلبية ،ارتفاع نسبة الرفض ، غياب الاستجابة اللونية، ارتفاع معدل صيغة القلق، بروز الاستجابة الجنسية و اخيرا بروز الحركة الحيوانية .تحققت في أغلب مضامينها.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام:

إن اكتشاف العقم و عدم الإنجاب عند أحد الزوجين ليس بالأمر الهين، بل هو في غاية الصعوبة خاصة على الزوجة. بحيث أنها تعيش ضغوط نفسية كبيرة، و حتى و إن لجئت إلى آخر الحلول العلاجية الممكنة في مجال الإخصاب، تبقى هذه الآلام النفسية ترافقها حتى في مرحلة العلاج.

في هذا الصدد حاولنا التطرق في دراستنا إلى موضوع القلق كظاهرة نفسية منتشرة في عصرنا الحالي، و ذلك من خلال إبراز مؤشرات لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي و من دراستنا لهذا الموضوع قمنا بطرح التساؤل التالي: ما هي مؤشرات القلق النفسي لدى النساء المقبلات على التلقيح الاصطناعي؟ قمنا بدراسة خمس حالات لديهن مشاكل في الإنجاب و مقبلات على التلقيح الاصطناعي، بحيث استعنا بالملاحظة و المقابلة العيادية النصف موجهة و اختبار الروشاخ و بالإعتماد على التناول النظري و على ما توفر من بعض الدراسات السابقة أو مشابهة، إضافة إلى الدراسة الميدانية قمنا بتحليل و تفسير النتائج المتحصل عليها إذ تحققت الفرضية القائلة تتمثل مؤشرات القلق لدى المرأة المقبلت على التلقيح الاصطناعي في:

1- ففر الإنتاجية R.

2- بروز الإجابة الجزئية المرتبطة بالشكلية السلبية DF^-

3- ارتفاع نسبة الرفض REFUS .

4- بروز الاستجابة الجنسية SEX .

5- ارتفاع معدل صيغة القلق IA.

6- غياب الاستجابة اللونية C .

و كما لاحظنا عدم تحقق مؤشر واحد وهو: بروز الحركة الحيوانية بحيث أن المرأة المقبلت على التلقيح الاصطناعي لم تستعملها و عوضتهما. وبالرغم من عدم تحقق هذا المؤشر في هذه الدراسة إلا أنه دائما مؤشر على وجود الاضطراب الانفعالي و النفسي .

و من النتائج المتحصل عليها نخلص إلى أن المرأة المقبلت على التلقيح الاصطناعي تعاني من القلق و من أجل التخفيف عنها نقترح التوصيات التالية:

1- ضرورة وجود أخصائي نفسي في المراكز المخصصة للإخصاب و التلقيح الاصطناعي.

2- أن يكون التكفل النفسي قبل و أثناء و بعد إجراءات العلاج.

3- القيام دورات تدريبيه بالنسبة للطاقم الطبي المكلف برعاية هذه الفئة حتى يتمكنوا من التعامل معهم بشكل صحيح .

4- تنظيم جلسات علاج نفسي جماعي حتى يتمكن من تبادل الخبرات و التخفيف عن بعضهن البعض.

من خلال التعامل مع هذه الفئة جاء بحثنا ليفتح أفقا لبحوث و مواضيع نفسية في هذا المجال نقترح منها كحوصلة على هذه التجربة العلمية ما يلي:

- 1- إجراء دراسات عيادية حول المعاش النفسي للنساء بعد عملية التلقيح الاصطناعي .
 - 2- إجراء دراسات عيادية حول المعاش النفسي و الجرح الترجسي للأزواج في مراكز التلقيح الاصطناعي.
 - 3- إجراء دراسات حول التصورات الاجتماعية حول أطفال التلقيح الاصطناعي و أطفال الأنابيب.
 - 4- إجراء دراسات حول برامج تدريبه تهدف إلى مراعاة الطاقم الطبي للحالة النفسية للأفراد أثناء إجراءات العلاج بالتقنيات المساعدة.
 - 5- إجراء دراسات حول الجانب الوجداني للطفل المولود بطريقة اصطناعية.
- و ما أدرجنه من اقتراحات لا يمكن أن يغطي كل تفاصيل المعاش النفسي الصعب الذي تعيشه المرأة العقيم -سواء خضعت أو لم تخضع للتلقيح الاصطناعي - بل يغطي جزءا من دينامية متفاعلة بين الجانب الفيزيولوجي والنفسي والاجتماعي و الثقافي و حتى الانثروبولوجي، لأن عملية الإنجاب ليست وظيفة فيزيولوجية و عاطفية فحسب و لكنها حوصلة لتنشئة اجتماعية خاصة، تخصه لها المرأة و تنمو على اعتبارات تحقيقها. و ما يزيد من البعد المركب للوضع كون هذا المعاش يجمع ثنائية (زوج و زوجة)، تختلف من حيث الطباع و الحاجات و الوظائف لكنها تشترك في مبتغى واحد هو الإحساس بالقدرة على الإنجاب، وممارسة المسؤولية تجاه هذا الطفل في إطار اشباعات متبادلة بين الأطراف الثلاثة.

المصادر والمراجع

1. المراجع بالعربية:

1. أبي الحسين، أحمد بن فارس بن زكرياء: (1979)، "معجم مقاييس اللغة"، تح عبد السلام محمد هارون، دار الجليل، ج5-ج3.
2. ابن منظور، (2010): "لسان العرب"، دار صادر، بيروت، ط3.
3. زياد أحمد سلامة، (1994): "أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة"، الدار العربية للعلوم، عمان، ط1.
4. عامر قاسم أحمد قيسي، (2001): "المسؤولية الطبية المترتبة على التلقيح الاصطناعي"، الدار العلمية الدولية، الأردن، ط1.
5. لامية، العوفي، (2008): "التلقيح الاصطناعي في قانون الأسرة الجزائري"، مذكرة لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الجزائر.
6. زوييدة إقروفة، (2008): "الاكتشافات الطبية والبيولوجية وأثرها على النسب في قانون الأسرة الجزائري"، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإسلامية، قسم الشريعة جامعة الجزائر.
7. محمود أحمد طه، (2008): "الإنجاب بين التحريم والمشروعية"، دار منشأة المعارف، الإسكندرية.
8. عبد الحفيظ، أوسكين، أحمد، عمران، (2009): "النظام القانوني للأجنة الزائدة السجل العلمي لمؤتمر الفقه الإسلامي قضايا طبية معاصرة"، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية، دط.
9. محمد مرسي زهرة، (1991): "الإنجاب الصناعي وأحكامه القانونية وحدوده الشرعية"، مطبوعات جامعة الكويت، د م ن، دط.
10. سعاد راحلي، (2015): "النظام القانوني للتجارب الطبية على الأجنة البشرية"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، فرع القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة الجزائر1.
11. محمود شلتوت، (1975): "الفتاوى دراسة لمشكلات المسلم المعاصر في حياته اليومية والعامة"، دار الشروق، القاهرة، ط8.
12. ضياء الدين، الجماس، (1987): "أطفال الأنابيب الواقع والحذور"، مقال مجلة الفيصل، مارس، د.ع. د م ن.
13. محمد، علي بار، (1986): "طفل الأنبوب والتلقيح الاصطناعي ومحاذره"، المجلة العربية، جدة.
14. عبار، عمر، (دت) "الأحكام القانونية العامة لنظام الإنجاب الاصطناعي"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجيلالي اليابس، سيدي بلعباس الجزائر.
15. السعيد، سحارة، (2018)، "الإخصاب الاصطناعي الخارجي من الزوج المتوفى دماغيا"، مجلة الاجتهاد القضائي، مارس العدد 16، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

16. يوسف، بوشي، (2016): "الحق في سلامة الجسم وأثر التطور الطبي على حمايته جنائياً"، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، د ط.
17. علي، هادي عطية الهلالي، (2012): "المركز القانوني للجنين في ظل الأبحاث الطبية والتقنيات لمساعدة، في الإنجاب - دراسة في القانون العام المقارن"، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، ط1.
18. سمية صالحى، (2016): "حكم اختيار جنس الجنين في عمليات التلقيح الاصطناعي دراسة مقارنة بين أحكام الفقه الإسلامي والقانون الجزائري"، مجلة دفا تر سياسية والقانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة.
19. محمد، علي البار، (1986): "طفل الأنبوب"، مطابع شركة دار العلم، جدة.
20. حسام زكي، (دت): "دليل علاج تأخر الحمل"، مركز جنين القاهرة، دط.
21. فاحوري، سبيرو، (1988): "العقم عند الرجال والنساء أسبابه وعلاجه"، دار الملايين، بيروت، ط5.
22. راو، باتريك وآخرون، (2001): "دليل منظمة الصحة العالمية للأسلوب المعياري لاستقصاء وتشخيص العقم عند الزوجين"، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة.
23. بن علي، راجية، (2009): "محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري"، مجلة محكمة، العدد الأول.
24. محمود، القشعان، (2003): "تأثير العقم على تقدير الذات و التوافق الزوجي في الأسرة الكويتية"، دراسة ميدانية مقارنة، مجلة كلية التربية، العدد الثاني، المنصورة.
25. باحمد أرفيس، (2005): "مراحل الحمل و التصرفات الطبية في الجنين بين الشريعة الاسلامية والطب المعاصر"، Editions: AD، الجزائر، ط2.
26. محمد، زيغور، (2006): "حقول علم النفس الفيزيولوجي"، دار الفكر العربي، بيروت، ط1.
27. عبد الله، يحيى موسى حمد، (2004): "القواعد الفقهية في اجتماع الحلال و الحرام و تطبيقاتها"، رسالة دكتوراه في الفقه و أصوله، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
28. عبد الله، ابراهيم محمد آل عمر عسيري، (2001): "مستويات القلق لدى طلاب الجامعة"، دراسة وصفية، جامعة الملك سعود.
29. محمد، جاسم محمد، (2004): "علم النفس الاكلينيكي"، دار الثقافة، عمان، ط1.
30. إيمان، فوزي سعيد، (دت): "الصحة النفسية"، مكتبة زهراء الشرق، الأردن.
31. أحمد، عكاشة، (1979): "الطب النفسي المعاصر"، دار الفكر اللبناني، ط1.
32. جاسم، محمد عبد الله المرزوقي، (2008): "الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر السكر"، دار المسيرة، بيروت، ط1.
33. محمد، قاسم عبد الله، (2001): "مدخل إلى الصحة النفسية"، دار الفكر، ط1.

34. محمد، جاسم العبيدي، (2009): "مشكلات الصحة النفسية"، دار الثقافة، ط1.
35. منيرة، زحوف، (2004): "علاقة التحصيل الدراسي بصورة الذات و مستوى القلق لدى المراهقات المصابات بداء السكري"، رسالة دكتوراة، جامعة الجزائر.
36. رويين داينتر، (2006): "إدارة القلق"، دار الفاروق، عمان، ط1.
37. نور الهدى، محمد الجاموس (2004): "الاضطرابات السيكوسوماتية"، دار اليازودي العلمية، عمان، ط1.
38. سامر، جميل رضوان، (2002): "الصحة النفسية"، دار المسيرة، الاردن، ط1.
39. حنان، عبد الحميد العنابي، (2000): "الصحة النفسية"، دار الفكر، القاهرة، ط1.
40. مصطفى، نوري القمش، (2007): "الاضطرابات السلوكية و الانفعالية"، دار المسيرة، بيروت، ط1.
41. قاسم، حسين صالح، (2008): "الأمراض النفسية و الانحرافات السلوكية"، دار دجلة، الأردن.
42. لطفي، الشربيني(2008): "عصر القلق الاسباب و العلاج"، نور السلام، الاسكندرية، ط1.
43. حسين، عبد العزيز الديريني، (1985): "مدخل علم النفس"، دار الفكر العربي، ط2.
44. سليمان، الجيلالي، (2012): "الإنتاج الإسقاطي عند المراهق"، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
45. كلوبفر و دافيدسون، (1965): "تكنيك الوروشاخ"، ترجمة مجموعة من الباحثين، مراجعة سعد جلال، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، القاهرة.
46. عبد الرحمن، سي موسى و محمود، بن خليفة، (2009): "علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ج1، ج2، ج3.
47. حسين، مصطفى عبد المعطي، (2003): "علم النفس النمو الأسس و النظريات"، دار قباء، ط1.
48. سامي، محمد ملحم، (2002): "مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس الارشادي و الصحة النفسية"، دار الثقافة، الأردن.
49. محمد الشفيق، (2006)، "البحث العلمي مع تطبيقات في مجال الدراسات الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
50. عبد الفتاح، دويدار، (1995)، "أسس علم النفس التجريبي"، دار النهضة العربية، بيروت.
51. حامد، عبد السلام زهران، (1995): "الصحة النفسية و العلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، ط2.
52. أنور، الحمادي، (2013): "معايير DSM-5" الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات.
53. أحمد، يونس، (2014): "تحليل مختصر لاستجابات الوروشاخ"، مقال علمي.

54. زهية، خردوش بعلي، (2011)، "التقمصات الأنثوية والأمومية لدى النساء اللواتي يعشن حالة عقم ذو منشأ نفسي"، أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر2، الجزائر.
55. حلمي، المليجي،(2000): "علم النفس الاكلينيكي"، دار النشر، بلدة النشر..



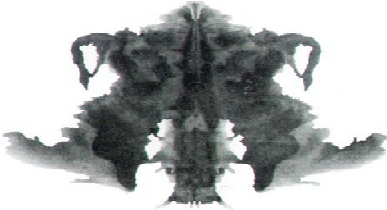

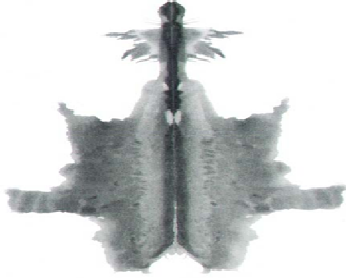


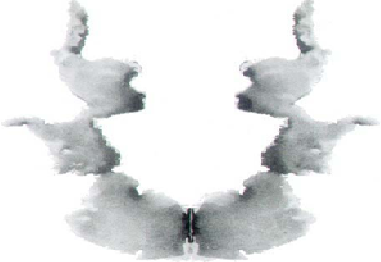


2. مراجع باللغة الأجنبية:

56. Agence Biomédecine, (2010): "**L'assistance Médicale a la Procréation en France en 2010**", Dossier de presse, www.agence-biomedecine.fr/presse.
57. Alice d'omar, ph, (2007): "**coping with the stress,of infertility**", copyright réslove, fact sheet,15.
58. Alvarez, (2010): "**Linfertilité du Couple est-elle Liée aux Modes de Vie et L'environnement ?**, paris Neuilly
59. Antoine, J.M, et al, (2010): "**Recommandations pour la Pratique Clinique –la prise en charge du couple infertile-**" Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français, Extrait des Misa jour en Gynécologie et obstétrique, président : professeur F puech, Trente quatrièmes journées Nationales, paris, 8-11 décembre 2010.
60. Athea, Nicole, (1987): "**Nouvelles Technique de Procriation – quelques réflexions d'une gynécologue sur médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant**", Revue Français de psychanalyse, Maternité Féminité, revue semestrielle.
61. Ayoubi, Jean Marc, (2005): "**Stérilité Conjugale (29)**", corpus Médical, Faculté de Médecine de grenoble.fr/sante/.
62. Barillier Helene, (2012): "**La Stérilité-Prise en charge actuelle en France**", doctorat en pharmacie, Université de CAEN, UFR des sciences pharmaceutiques.
63. Barillier, Helene, (2012): "**Lastérilité Féminine-Prise en charge actuelle en France**", doctorat en pharmacie, Université de CAEN, U,F,R des sciences pharmaceutiques.
64. Becache,(1987), "**Féminité et maternité, la légende d'arine**", revue française de la psychanalyse, Paris.
65. Beizmann Cécile, (1966): "**liver de cotation des formes dans le rorschach**", du centre de psychologie appliquée,PARIS.
66. Biovin, Jacky,PH and Schmidt ,(2006): "**Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year, later**", school of psychologie, cardiff universty,united kingdome, and institute of public healthuniversity, of copenhagen ,dane mark, vol83,n06.
67. Chabert Calherine, (1998): "**la psycopathologie a l'epreuve de rorschach**".

68. Comeau, Diane, (2002), "L'investigation Chez le Couple Infertile, Formation Continue", le médecin du Québec, volume 37, numéro 11.
69. Depondt-Gadet, martine (2011): "Stérilité – comment débloquent les barages psychologique qui entravent la fécondité", paris, éditions dangles.
70. Desjadin Pierre, (2014): "La Procréation Médicalement Assistée, un dossier chaud et complexe", Psychologie Quebec, dossier volume 31, numero 05.
71. Fischi franz, et Huber Johannes, (2003): "Traitement Moderne de la Stérilité", cabinet, form med suisse, numéro 15.
72. Gallon, Claire Haaser, (2011): "Intégration de L'acupuncture en Médecine Occidentale : exemple de laide médicale à la procréation", Universite Joseph fourrier, faculté de médecine de Grenoble, Human Heath and pathologie, <http://duma.ccsd.enrs.fr>
73. Helene coste marie, (Gynécologues et Obstétriciens Français, dossier de (2009): "L'infertilité et ses Traitements-Un bébé quand je veux, ou un bébé quand je peux ?" collége National des pressier.
74. Imthum, Bruno, Major, Estilla maurer, Stiller, Ruth, (2008): "Stérilité Infertilité-étiologies et investigations, klink fur Reproductions"- Endokrinologie, Département Fraunheilkunde, Universitatsspital Zurich, Cabinet, Forum Med Suisse 8.
75. "Larbi Ould Larbi, la sterelité de couple dans tous ses états", Dar El-Ghrab, sans date.
76. Lumbreras, Marina, et al, (2009): "Infertilité FIV Ovodonation parcours d une vie", Université de Genève Faculté de Médecine.
77. Mandelbaum, jacqueline, (2011): "l'assistance médical a la procréation un des traitements de l'infertilité".
78. Montambault, pierre, et la, (1988): "Rapport du Comite de travail sur les Nouvelles Technologies de Reproduction Humaine", Québec, Ministère de la santé et des service Sociaux, Direction générale de la planification et de l'é valuation.
79. Pénélope Troude Elise de la Rochebrochard, (2011): "Rentrer a la maison avec un Bébé après avoir Initie Traitement par fécondation in Vitor", Institu national d'études démographique, institut national de la santé et de la recherche médicale, CESP U1018, le Kremlin-bicêtre, Université Paris-Sud, adsp n.
80. Perron. R(1979): "les problèmes de la preuve dans les démarches de lapsychologie dite clinique", plaidoyer, 1er unité de La psychologie Clinique.
81. Poisson-Deléglise, Laétitia, (2014): "Journée Nationale de l'infertilité", association Maia, France, L'institut pasteur.
82. Quedraogo, Ag Charlemagne, (2014): "Avantage, Inconvénients et Problématique de Procréation Médicalement Assistée", colloque international, Université de Quagadougou, Burkina Faso.

83. Ranzanici, Giulia, et al, (2008): "**Infertilité et Procréation Médicalement Assistée**", Paris, Immersion, en communauté.
84. Robert G. Edwards (2001): "**The bumpy road to human in vitro fertilization**".- Nature Medicine .
85. Rorschach, H, (1979): "**psychodiagnostic(méthodes et résultats d'une expérience diagnostique)**", interprétation libre des formes fortuites, 5eme ed, traduit par, André Amberdane et Augustane, london, c.p.u.f, paris.
86. Saurel, Vanessa, (2013): "**prise en charge de L'infertilité en Soins Primaires : Enquete auprès des médecins généralistes libéraux de midipyrénées**", Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse 3- paul Sabatier-faculté de Médecine.
87. Toner JP (2002): "**Progress we can be proud of: U.S. trends in assisted reproduction over the first 20 years**". Fertil. Steril. 78 (5): 943–50
88. C.Chabert, (1983): "**Le Rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique**", paris, dunod.
89. Caroline, Schilling, et all, (2011): "**Guide de la Procréation Médicalement Assistée au Centre Hospitalier de Luxembourg**", Maternité grande-duchesse charlotte, guide du service de Procréation médicalement assiste, v 3.
90. Sillam, n, (1989): "**Dictionnaire, de la psychologie librairie la rousse**", paris.
91. Werner, F, (1998): "**encyclopédie aujourd'hui**", dictionnaire de la psychologie", Paris

الملاحق

 <p>II</p>	 <p>I</p>
 <p>IV</p>	 <p>III</p>
 <p>VI</p>	 <p>V</p>
 <p>VIII</p>	 <p>VII</p>
 <p>X</p>	 <p>IX</p>

Fiche technique du centre HAYET de fertilité



NATURE DE LA STRUCTURE :
CENTRE DE PMA

DENOMINATION DE L'ETABLISSEMENT:
EURL CENTRE HAYET

DIRECTEUR DU CENTRE
Dr. BAHEDDI MUSTAJA
DIRECTEUR TECHNIQUE
Dr. ADDOUN MOUSSA

ADRESSE
RUE LARBI BEN M'ROUH
BENI EZGUEN, GHARDAIA
tel: +213552812947
e-mail: pmahayet@hotmail.fr
site web: www.centrehayet.com

Juillet 2019

SOINS ET TECHNIQUES

I. les consultations:

Le centre HAYET de fertilité assure des consultations variées en :

- ✓ Gynécologie Obstétrique
- ✓ Biologie de la reproduction
- ✓ Endocrinologie
- ✓ Anesthésie et réanimation
- ✓ Urologie



II. le laboratoire d'analyses médicales

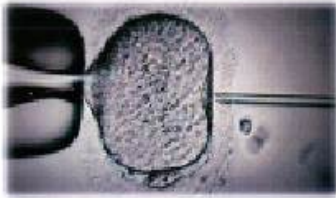
réparti en divers paillasse dont:

- ✓ L'HORMONOLOGIE
- ✓ LA SPERMIOLOGIE
- ✓ LA SERROLOGIE
- ✓ LA MICROBIOLOGIE
- ✓ LA BICHIMIE
- ✓ L'HEMOBIOLOGIE
- ✓ L'HEMOSTASE



III. Le laboratoire de PMA est le lieux ou nous effectuons :

- les micro-injection pour l'ICSI,
- l'insémination intra utérine (IIU)
- la fécondation in vitro (FIV)
- la congélation des spermatozoïdes
- la vitrification (congélation des embryons)



IV. BLOC OPERATOIRE

Doté de tous les moyens pour assurer la sécurité et la bonne prise en charge du patient le bloc opératoire du centre HAYET effectue quotidiennement divers actes dont :

- les ponctions ovocytaires
- les hystérosopies diagnostiques
- les hystérosopies opératoires
- les biopsies testiculaire ...



PREMIER ETAGE

Le premier étage du centre HAYET est réparti en plusieurs espaces à savoir :

d'une part:

- le stock du bloc opératoire
- les chambres des malades
- la salle de consultation

d'autre part:

- le laboratoire de PMA
- le bloc opératoire





LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES



Le laboratoire d'analyses médicales du centre HAYET de fertilité est une structure médicale interne et polyvalente, organisée autour de divers paillasses équipées de machines et automates de haute qualité dont :

-*Microscope olympus ...BX45* - *Centrifugeuses HETTICH UBA 20 ET HETTICH 32A* - *Etoves* - *Spectrophotomètre*

- *Immuno analyseur* : **BECKMAN ACCESS 2** et **VIDAS PC** et **Scnibe Maglumi 1000** - *Automate de biochimie* : **MINDRAY BS330E**

Automate ionogramme - *Compteur d'hémato* **COULTER** - *Chaîne ELISA* - *Boîte à marie* , automate Hbaic (HPLC)



DESCRIPTIF



➤ **Le centre HAYET de fertilité**
Etablissement SRUS à BENT LOGNON , Gardanne
S'étale sur une surface de 300m² en R+2

➤ **Rez-de-chaussée :**
Facèsit, la caisse,
Deux salles d'attente, Le secrétariat
Deux bureaux de consultation
Le Laboratoire D'analyses Médicales

➤ **Premier étage**
Bloc opératoire et salle de réanimation
Salle de consultation
Trois chambres pour les patients
laboratoire de PMA

➤ **Deuxième étage**
Bureau des radiations
Bureau du directeur
Standard et Salle de réunion
Secrétariat et Pharmacie



LE BLOC OPERATOIRE

axé sur :

- une salle opératoire
- une salle dédiée au transfère embryonnaire
- une salle de réanimation

Equipé de :

- ✓ Colonne d'hystéro-ectinoscopie
- ✓ Appareil d'anesthésie WATO EX-65
- ✓ Moniteur de surveillance mindray mee 1280
- ✓ Lampe à ultra violet
- ✓ Scalytique
- ✓ Lampe d'examen HOLTEX OTA00900A
- ✓ Bistouri électrique V10 GMC3
- ✓ Aspirateur 4L
- ✓ Pompe d'aspiration folliculaire CRAFT DUO-VAC
- ✓ Autoclave de puillasse RT40
- ✓ Deux échographes et Table d'opération



REZ-DE-CHAUSSEE



le rez-de-chaussée s'étale sur une surface de 300 m² dans laquelle se situe

- *la réception à l'entrée,*
- *le bureau d'encaissement*
- *les deux salles d'accueil hommes et femmes dans lesquelles le patient se met à l'aise dans l'attente de sa consultation.*
- *le long couloir mène vers le bureau de secrétariat médical et des deux bureaux des médecins et s'allonge vers le laboratoire d'analyses médicales*

➤ DEUXIEME ETAGE

Le deuxième et dernier étage est là où se situe la partie administrative du centre HAYET de fertilité :

- le bureau du directeur
- le bureau des médecins
- le bureau de comptabilité et de gestion de ressources humaines
- le standard
- le secrétariat
- la salle de réunion
- la pharmacie
- les vestiaires hommes et femmes
- la cuisine et la salle à manger
- une cour externe



➤ LABORATOIRE PMA

Equipé de :

- ✓ Hotte à flux laminaire K-SYSTEMSL126 MP
- ✓ Hotte de spermologie K SYSTEMSL-42
- ✓ Hotte à flux laminaire IVF-tech
- ✓ Appareil de micromanipulation IX 51 HOFFMAN
- ✓ Microscope droit OLYMPUS BX45
- ✓ Loupe binoculaire +source de lumière
- ✓ Deux Incubateur à CO2
- ✓ Incubateur à régulation mécanique
- ✓ Centrifugeuse HERAEUS
- ✓ trois récipients de stockage d'azote AIR LIQUIDE GT9 et GT3
- ✓ Soudeuse de paillette CRYO BIOSYSTEM
- ✓ Ordinateur bureau
- ✓ Trois manodétenteurs CO2
- ✓ Bouteille de FLIVAL
- ✓ Trois bouteilles de CO2
- ✓ Réfrigérateur et climatiseur

