

جامعة مولود معمري - قطب تامدة -

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس



خصائص الإنتاج الإسقاطي للراشد الملازم لآلة تصفية الدم

و المتميز بالالتزام العلاجي

دراسة عيادية لحالتين من خلال اختبار الرورشارخ

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي: تخصص صحة

إشراف الدكتورة

حداد نسيمة

إعداد الطالبتين

- عيبود زاكية

- قاتر زاهية

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر و عرفان

بسم الله والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى اله وصحبه افضل الصلاة والسلام .

نحمد الله الذي رفعنا ايدينا اليه فلم يخيب رجاءنا الى من سألناه فأجابه دعائنا ومنحنا التوفيق في انجاز هذا البحث المتواضع الذي يعتبر نقطة من بحر العلم.

نقدم الشكر الى كل من قدم لنا يد المساعدة لإنجاز هذا البحث بدءا بأستاذتنا المشرفة الدكتورة "حداد نسمة" لما قدمته لنا من نصائح قيمه وتوجيهات سديدة، ولما لمسنا عندها من اخلاص كبير وحب وصدق للعمل وطلابها.

كما نقدم جزيل الشكر والاحترام الى أساتذة المحترمين في علم النفس.

والى طاقم مستشفى نادية محمد بتيزي وزو، لما قدموه لنا من تسهيلات ونشكر كل من ساعدنا من قريب او من بعيد ولو بكلمة طيبة لإتمام هذا العمل المتواضع.

عيبود و قاتر

الاهداء

اهدي ثمرة جهدي الى والدي العزيزين اطاله الله
في عمرهما والى اخي سعيد واخوتي سارة و ليلية
و ياسمين

الذين كانوا خير سند وعون لي طوال مشوار

دراسي منذ الابتدائي الى يومنا هذا

والى زوجي ماسينيسا وعائلته

والى كل اصدقائي الذين ساعدوني وخاصة زميلتي
في هذا العمل عيبود زاكية

زاهية

الإهداء

إلى نبع العطاء و الحنان، إلى أحلى من في الوجود، إلى أحن صدر
ألجأ إليه أُمي الغالية أطل الله في عمرها و جزاها كل خير

إلى أخي الوحيد "يانيس"

و إلى خطيبي و كل عائلته

إلى زميلتي في الدراسة والعمل "قاتر زاهية"

إلى كل الأهل و الإخوة و الأقارب و إلى كل الأحبة

إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل، و إلى كل طالب علم كافح
وسهر الليالي

إلى كل الأساتذة الذين أشرفوا على تعليمي من الابتدائي إلى الجامعة
إلى كل من هم في ذاكرتي و ليس في مذكرتي.

إلى جميع مرضى العجز الكلوي النهائي خاصة أفراد مجموعة بحثنا
الذين قبلوا المشاركة في البحث نقول جازاكم الله عنا خير جزاء.

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث و لو بكلمة تشجيع أهدي ثمرة
بحثي هذا.

زاكية

المخلص:

تهدف هذه الدراسة إلى فهم خصائص الإنتاج الإسقاطي للراشد للملازم لآلة تصفية الدم والمتميز بالالتزام العلاجي، و للإجابة عن تساؤل الدراسة اعتمدنا دراسة حالتين من مرضى العجز الكلوي النهائي الملازمين لآلة تصفية الدم و الذين تتراوح اعمارهم بين 35 و 45 سنة، و المتميزين بالالتزام علاجي مرتفع ، تم تحديده على استبيان الالتزام العلاجي الذي تم بناءه بكيفية تتماشى خصائص مرضى العجز الكلوي النهائي.

و قد افترضنا أن الإنتاج الإسقاطي للراشد الملازم لآلة تصفية الدم و المتميز بالالتزام العلاجي يتميز بالهشاشة.

اعتمدنا في بحثنا على دليل المقابلة و اختبار الرورشاخ و قد توصلنا إلى نتائج تؤكد فرضية بحثنا.

الكلمات المفتاحية:

الراشد، العجز الكلوي النهائي، ملازمة آلة تصفية الدم، الالتزام العلاجي، اختبار الرورشاخ.

Résumé :

Cette étude vise à comprendre l'adulte hémodialysé ayant une bonne observance thérapeutique, et Notre population de recherche est composée de deux cas âgée entre 35 et 45 ans, et sous l'observance thérapeutique , Patients distingués avec une observance élevée du traitement, qui a été déterminée sur le questionnaire d'observance thérapeutique, qui a été construit d'une manière cohérente avec les caractéristiques des patients d'insuffisants rénaux.

Nous avons supposé que la production projective d'un adulte soumis à une machine d'hémodialyse et caractérisée par l'adhésion thérapeutique est caractérisée par la fragilité.

Dans notre recherche, nous nous sommes appuyés sur les preuves d'entretien et le test de Rorschach, et nous avons obtenu des résultats qui confirment l'hypothèse de notre recherche.

Les mots clés:

L'adulte hémodialysé, insuffisance rénale terminale, hémodialyse, observance thérapeutique, test de Rorschach .

فهرس المحتويات

	شكر و عرفان
	الإهداء
	ملخص
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية
4	1- الإشكالية
7	2- فرضية البحث
7	3- أهداف البحث
7	4- أهمية البحث
8	5- المفاهيم الإجرائية
	الجانب النظري
	الفصل الثاني: الإنتاج الإسقاطي
11	تمهيد
11	1- تعريف الإنتاج الإسقاطي
11	1-1 تعريف الإسقاط
13	2- أنواع التقنيات الإسقاطية
14	3- الآليات الدفاعية في الإنتاج الإسقاطي
14	3-1 تعريف الآليات الدفاعية
15	3-2 أنواع الآليات الدفاعية
21	4- تعريف الاختبارات الإسقاطية
21	5- خصوصية الوضعية الإسقاطية
22	6- سيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية
24	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: العجز الكلوي

26	تمهيد
26	1- تعريف العجز الكلوي
26	2- أنواع العجز الكلوي
27	3- كيفية عمل الكلية
28	4- وظائفها
28	5- أسباب العجز الكلوي
29	6- أعراض العجز الكلوي
29	7- تعريف جهاز تصفية الدم
30	8- كيفية عمل الجهاز
30	9- تقنيات تصفية الدم
32	خلاصة
	الفصل الرابع: الالتزام العلاجي
34	تمهيد
34	1- تعريف الالتزام العلاجي
35	2-1 العوامل المؤثرة في الالتزام العلاجي
35	2-1-1 العوامل المتعلقة بالمريض
36	2-1-2 العوامل المتعلقة بالمرض
37	2-1-3 العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية
38	2-1-4 تحسين الأعراض
39	2-1-5 الآثار الجانبية للعلاج
39	2-2 العوامل الاجتماعية و الاقتصادية
40	2-3 العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض
41	3- مراحل الالتزام العلاجي
44	4- تفسير عدم الالتزام الصحي بالنسبة للمريض
46	5- أسباب عدم الالتزام العلاجي
46	6- أنواع عدم الالتزام العلاجي
47	7- معالجة عدم الالتزام العلاجي
50	الخلاصة
	الجانب التطبيقي

	الفصل الخامس: إجراءات منهجية البحث
53	تمهيد
53	1- الدراسة الاستطلاعية
70	2- منهج البحث
70	3- مجموعة البحث
71	4- أدوات البحث
83	5- كيفية التطبيق الميداني
84	6- كيفية تحليل المعطيات
85	خلاصة
	الفصل السادس: عرض و تحليل الحالات
87	1- عرض ومناقشة الحالات
112	2- الاستنتاج العام
116	الخاتمة
118	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
71	خصائص مجموعة البحث	01
77	الإجابات الشائعة في اختبار الرورشاخ	02
88	بروتوكول الرورشاخ لحالة "آسيا"	03
90	المخطط النفسي لحالة "آسيا"	04
101	بروتوكول الرورشاخ لحالة "عاشور"	05
103	المخطط النفسي لحالة "عاشور"	06
112	نتائج الحالات بالنسبة للرورشاخ	07

مقدمة:

يعتبر الفرد وحدة متكاملة ، إذا اختل منه جانب تأثرت الجوانب الأخرى النفسية او الجسمية، كذلك اعضاء الجسم تعمل بشكل متناسق ومتكامل واصابة أي عضو منها يؤدي الى اختلال التناسق الوظيفي للعضوية، فوظائف اعضاء الجسم كلها يجب ان تكون متآزرة و متعاونة ، واذا حدث هذا التقصير يكون عاده نتيجة تلف او إصابة في العضو المسؤول عن هذه الوظيفة مما يؤثر على الجسد كله وحتى على انفعالات الفرد النفسية و الجسدية فيصبح الفرد اكثر عرضا للأمراض.

يعتبر العجز الكلوي من الأمراض المزمنة التي تصيب العضوية و التي تؤثر على نفسية وشخصية المصاب، و يرجع إلى عجز الكلى عن طرح فضلاته ومخلفات عملياته الايض التي يقوم بها الأمر الذي يؤدي إلى اختلال كبير في توازن الجسم، مما يجعل المصاب بحاجة دائمة إلى ملازمة آلة تصفيه الدم ثلاثة مرات اسبوعيا لمدة اربع ساعات كل مرة، لذلك تتحدد نشاطاته و يتغير العديد من مشاريعه ويعيد ترتيب اولوياته بما يناسب وضعه الجديد.

يتزايد عدد المصابين بالعجز الكلوي يوما بعد يوم بسبب نقص الثقافة الصحية حول هذا المرض، حيث تقدر نسبة الإصابات في العالم حسب دراسة استراليا بأكثر من 49 مليون مصاب منهم 2.3 مليون يموتون سنويا بسبب عدم قدرتهم على تلقي العلاج المناسب، أما في الجزائر في ظل غياب أرقام رسمية حول عدد المصابين إلا أنه حسب المعهد الوطني للكلى وزراعة الاعضاء الكائن مقره في مستشفى فرنزفون في بليدة ، انه هناك 3.5 مليون مصاب يضاف اليهم سنويا 4500 حالة اصابة جديدة (سارة بخوش، 2020، ص240)، و تعتبر النساء اكثر اصابه بالمرض بنسبة 60% .

نظرا للانتشار الكبير لمرض العجز الكلوي لفت انتباهنا واثار فضولنا حيث يعتبر من بين المواضيع التي يهتم بها علم النفس الصحة، الأمر الذي حفزنا ليكون هذا الموضوع محل دراستنا والاقتراب اكثر من هذه الفئة من المرضى، ومن بين الاسباب ايضا التي دفعتنا لدراسة الموضوع هو فهم العلاقة بين الواقع النفسي و السلوكي للمرضى، إذ يظهر هذا الجانب السلوكي من خلال الالتزام او عدم الالتزام الصحي من طرف المرضى.

قسمنا بحثنا الى جانبين، جانب نظري و آخر تطبيقي يتم عرضهم على شكل فصول موزعة كما يلي:

الفصل الاول: الاطار العام للإشكالية البحث الذي تتم فيه طرح الإشكالية صياغه الفرضيات ثم سنتطرق الى اهميه الدراسة واهدافها واخيرا تحديد للمفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني: سنتناول فيه الإنتاج الانتاج الإسقاطي و أنواع التقنيات الاسقاطية، الآليات الدفاعية للإنتاج الإسقاطي، ثم تطرقنا إلى تعريف الاختبارات الإسقاطية و خصوصية الوضعية الإسقاطية، و في الاخير سيرورة إرسان الإجابات في التقنيات الإسقاطية.

الفصل الثالث: فهو مخصص للعجز الكلوي و أنواعه، عمل الكلية و وظائفها و أسباب فشلها، و الأعراض التي تبين فشلها، ثم سنتطرق إلى مفهوم جهاز تصفية الدم، و كيفية عمله و كذلك التقنيات المستخدمة في تصفية الدم.

الفصل الرابع: سنقدم فيه تعريف الالتزام الصحي و العوامل المؤثرة فيه، ثم مراحل الالتزام الصحي، تفسير عدم الالتزام بالنسبة للمريض و أسبابه، ثم سنتطرق إلى أنواع عدم الالتزام الصحي و أخيرا معالجته.

الفصل الخامس: مخصص لتقديم إجراءات منهجية البحث المكونة من الدراسة الاستطلاعية، منهج البحث، مجموعة البحث، أدوات البحث، و في الأخير كيفية التطبيق الميداني.

الفصل السادس: فصل عرض الحالات و فيه سيتم عرض و مناقشة و تحليل الحالات.

وفي الاخير وضعنا خاتمه تشمل موضوع بحثنا الى جانبها قائمه المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

1 - إشكالية البحث :

رغم التقدم الذي يعيشه العالم حاليا في جانب الطب والصحة، إلا أن الفرد لا يزال مهددا بالأمراض العضوية خاصة الخطيرة منها والمزمنة مثل :أمراض القلب، السرطان، ارتفاع ضغط ، العجز الكلوي، والذي هو موضوع اهتمامنا في هذا البحث حيث يعد هذا الأخير من الأمراض المنتشرة في العالم، وهو مرض شاق ومؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية للمريض.

يعرف العجز الكلوي بأنه مرض صامت لمدة طويلة، مفاجئ الظهور و له خصوصيات في العملية العلاجية، ويكون نتيجة انخفاض مفاجئ في قدرات الكلية على التصفية وطرح مخلفات الدم. و يعتبر العجز الكلوي من أخطر الأمراض التي تصيب الكلى، وهو عبارة عن انخفاض في المصفيات الكلوية و في النفرونات، التي قد تؤدي الى قصور تام لوظائف الكلى، مما يتطلب العلاج بجهاز تصفيه الدم الاصطناعي *hémodialyse* ، اين يصبح المريض الذي كان وحدة كاملة مستقلة، مرتبط بآلة لا يمتلكها ولا يتحكم فيها، وهذه العملية تعتبر الحل المؤقت لمرضى العجز الكلوي بالرغم من أنها لا تشفي المريض من المرض تماما، إلا أنها تسمح للمريض بالحفاظ على حياته وذلك يكون بالتقيد بمدة التصفية، حيث لا يمكن الابتعاد أكثر من يومين بين حصة علاجية و أخرى وهذا ما يولد لدى المريض الإحساس بالتعبية والعجز. (قويدري شهيرة ، (2015,2014)، ص1)

تعتبر تقنية *hémodialyse* تقنية لتصفية الدم عن طريق آلة خارج الجسم، يسمى بالكلية الاصطناعية، يتم من خلالها فلترة دم المريض وطرح المواد السامة مثل: الكرياتين و اليوريا التي لم تستطيع الكلية الطبيعية تصفيتها، بعدها يتم ارجاع الدم إلى جسم المريض لكن لا بد ان يكون هناك أنابيب واصله بين المريض والآلة وذلك من خلال وضع ما يسمى بالناصورة *fistule* في معصم اليد حيث يتم وصل المريض بأنابيب في كل حصة تصفية وتدوم الحصة اربع ساعات في اليوم بمعدل ثلاثة مرات في الاسبوع. (قويدري شهيرة (2015,2014) ص9)

تتجم عن عملية العلاج بآلة تصفية الدم مترربات جسدية مثل الغثيان، التعب، ووهن الجسدي اضافة إلى الحمية الغذائية التي تكون صعبة الاحترام و التقيد من قبل المريض فان هذا الروتين اليومي قد يعود الى مشاكل وآثار نفسية تجعل المريض يعيش في وضعية صعبة.

تؤدي هذه المضاعفات التي تكون سبب عملية العلاج بآلة تصفية الدم الى فشل معظم المرضى في متابعة التوصيات الموصوفة من قبل الاطباء والاختصاصيين، وهذا ما يعرف بعدم الالتزام الصحي أو العلاجي والذي يعني عدم اتباع المريض لتوجيهات الطبيب الخاصة بنظم العلاج، وهو السلوك غير العقلاني الصادر من قبل المريض أو تجاهله المتعمد للتعليمات أو اهمالها.

يخلف عدم الالتزام الصحي مخاطر صحية واقتصادية، سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ولا يتعلق بالفرد وحده بل يتعداه إلى العائلة، المجتمع، النظام القائم على الرعاية، وحتى الى الدولة بصفة عامة إذ تنخفض فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام حيث يتم اهدار المال على الأدوية غير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي لا يتم اتباعها (نبيله بعافيه ، أ.صهيب سامعي، 2018ص8)

كما يحتمل ان ينجم عن عدم الالتزام الصحي آثار صحية خطيرة إذ يؤدي هذا الاخير إلى عجز بيولوجي ومناعي للمريض، كما أن ضعف الالتزام قد يحد من إمكانية العلاجات الفعالة لتحسين صحة المرضى.

تتطلب معظم الأمراض المزمنة ولا سيما مرض العجز الكلوي من المرضى ادارة جيدة من خلال الالتزام الصحي لتفادي مخاطر ومضاعفات المرض و المريض والتقليل من الاعراض. ولن يتم ذلك إلا بالتعاون الفعال بين الطبيب والمريض من خلال اتباع المريض لكل التوصيات والارشادات والنصائح الطبية من اجل نجاح العملية العلاجية. وهذا ما تؤكد المنظمة العالمية للصحة بأنه ينبغي تقييم عملية الالتزام للجميع المرضى كجزء من التخطيط للعلاج، ويجب مراقبة هذه العملية جزء من متابعة العلاج. والجدير بالذكر على أنها عرفت الالتزام الصحي بأنه « درجة التوافق بين سلوك الفرد في أخذ الدواء واتباع حمية غذائية وتبني نمط حياة ملائمة بتعديلات سلوكية واتباع التعليمات والارشادات الطبية».

(عبد الصمد سوريه 2020 ص 241،242)

إن الالتزام بالعلاج والالتزام بالخطة التي يقترحها الطبيب المعالج في ما يتعلق بسيرورة العلاج لدى مرضى العجز الكلوي و الخاضعين للعلاج بآلة تصفية الدم يعد عاملا حاسما ومهما لأنه يعمل على الحد من تفاقم الأعراض ويمنع تطور المرض، وكذا الحفاظ على مستوى ثبات ومستقر في صحة المريض. وهذا ما يجعل مشكلة الالتزام بالعلاج من القضايا المطروحة في الامراض المزمنة عموما

والعجز الكلوي على وجه التحديد لأنها تتطلب علاجات معقدة وطويلة الأمد، تتدخل في الكثير من النشاطات المريض المرغوبة أو ذات الصلة بحياته. (سارة بخوش . 2020 ص 241)

يكون الالتزام بالعلاج لدى مرضى العجز الكلوي باحترام موعد التصفية والاحترام مدتها، عدم التغيب عن حصص التصفية، واحترام الارشادات والنصائح الطبية .

لقد اجريت عدة دراسات حول موضوع العجز الكلوي ونوع و الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة من طرف المرضى، فتبين دراسة "سوزان كوباسا " التي أجرتها على عينة مكونة من 40 مريض بالعجز الكلوي المزمّن أن أكثر من 25 منهم يظهر عليه درجة عالية من التحدي والالتزام والرغبة في العمل، وما أكد بعد ذلك بعد تطبيق الاختبارات الإسقاطية أنهم يظهرون سياقات دفاعية خاصة بالإنكار وبالتالي هيمنة سياقات الصلابة.

اما « دراسة امال بن عبد الرحمن » 2010 التي أجرتها على ستة حالات من المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمّن وتبين من خلال تطبيقها لاختبار تفهم الموضوع TAT نتائج تبين هيمنت سياقات تجنب الصراع وسياقات الصلابة، وظهر ذلك من خلال سيطرة سياقات الكف وافراط استثمار الواقع الخارجي والاستثمار النرجسي مع بروز سياقات عدم استقرار الحدود والشك والتردد.

(قويدري شهيرة 2014,2015 ص 11، 12)

من خلال هذه الدراسات نلاحظ أنه اقتصر حول جانب من جوانب الشخصية وهو السياقات الدفاعية لدى مرضى العجز الكلوي، ولم تركز على الشخصية ككل. وهذا ما سنتناوله في بحثنا من خلال خصائص الإنتاج الإسقاطي لدى الراشد الملازم لآلة تصفية الدم والتميز بالالتزام او عدم الالتزام العلاجي من خلال اختبار الرورشاخ، الذي هو اختبار إسقاطي يهدف لدراسة الشخصية ولتشخيصها على أسس عملية الإسقاط التي تتلخص في أن يسقط المفحوص مخاوفه وأحاسيسه على مادة الاختبار، ويعتبر هذا الاختبار احسن تقنية يمكنها أن تقيس التوظيف النفسي للحالة وأن تشخص نوع المرض النفسي للحالة كما أنها أفضل من يقيس الصورة الجسدية من خلال التصورات الإنسانية/ الحيوانية، إذ تكشف عن وجود صورة الجسد موحدة اولاً، كاملة او مجزأة. كما يقيس الاختبار توظيف الأنا و العلاقة بالمواضيع، فتصور الذات يكشف عنه من خلال الوضعية الإدراكية للحالة هل هي نشطة ؟ او واقعية ؟ وما هي قدرتها على استعمال الحركات في إطار علائقي مع استثمار لبيبيدي او عدواني او نرجسي كما يستدل عن صورة

الذات في اختبار التدايعات اذ نبحت ان كانت في المحتويات اغليبتها مجزأة او موحدة انسانية، حيوانية او اشياء مجردة او رمزية، كانت مصبوعة بالوجدانيات : " مثل فراشه بأجنحه مقطعة " ، " جسم مشوه "وهو ما يشير الى صورة ذات السلبية ومؤلمة الذات. (فتيحة فضيلي ، 2020ص 95، 96)

ومن خلال ما سبق تقديمه يمكن طرح تساؤل التالي:

ما هي خصائص الانتاج الاسقاطي للراشد الملازم لآلة تصفية الدم والمتميز بالالتزام العلاجي؟

2 - فرضية البحث:

-يتميز الإنتاج الإسقاطي للراشد الملازم لآلة تصفية الدم و المتميز بالالتزام العلاجي بالهشاشة.

3 -الهدف من البحث:

يهدف هذا البحث إلى دراسة ما يتميز به الإنتاج الإسقاطي لدى الراشد الخاضع لآلة تصفية الدم و المتميز بالالتزام الصحي ، و ذلك من خلال اختبار الروشاخ.

4 -أهمية البحث:

يهم بحثنا هذا مرضى العجز الكلوي و بصفة خاصة الراشد البالغ من العمر بين 30 و 45 سنة و الملازم لآلة تصفية الدم، و المختصين النفسيين حتى يتمكنوا من فهم هذه الفئة من المرضى، و كذلك معرفة ما إذا كانت هذه الشريحة من المرضى ملتزمين بالعلاج و كيف يظهر هذا الالتزام.

5 - المفاهيم الإجرائية:

5 - 1-العجز الكلوي النهائي: هو تلف معظم الخلايا النيترونيين، الذي يؤدي إلى توقف عمل الكلى نهائيا وهو مرض مزمن يعرف بأنه تدهور في الوظيفة الكلوية يتطور تدريجيا على مدى سنوات، في البداية يظهر فقط كاضطراب كيميائي حيوي، لاحقا يسبب فقد الوظائف في الإطراحية و الغدد الصماوية للكلى ، تتطور الأعراض والعلامات السريرية الخاصة والتي تسبب ما يعرف باسم حالة اليورينيا ، وعندما يكون الموت محتما دون المعالجة المعيشية للكلية تسمى الحالة بالعجز الكلوي في مرحلة نهائية. (بوغازي امينة (2017، 2016) ص 20)، وبذلك يصبح العجز الكلوي عبارة عن تدهور في قدرة

الكلية على الترشيح شوائب من الدم ولا يعتبر العجز الكلوي مرض بحد ذاته لكنه ينتج عن إصابة الكلية المتمثلة في إنتاج النفرونات. (La russe médicale, 2020)

- إجرائيا: يعرف انه الراشد البالغ من العمر 35 و 45 سنة، و المشخص بالعجز الكلوي النهائي من طرف الأطباء و الملازم لآلة تصفيه الدم أكثر من ستة أشهر.

5 - 2 - العلاج بآلة تصفيه الدم: تقوم على فكره ترشيح الدم عن طريق مروره من خلال فلترات او مرشح من الالياف الدقيقة بمساعدة خلال أنابيب من ذراع المريض إلى المرشح انتقال السموم والسوائل الزائدة من الدم الى سائل خاص ثم يعود الدم بعد ذلك الى جسم المريض مرة اخرى ويتم اجراء هذه العملية ثلاث مرات اسبوعيا في المتوسط وتستغرق الواحدة حوالي اربع ساعات.

(محمد صابور ، 1994 ص 20)

- إجرائيا: هو ملازمة آلة التصفية منذ أكثر من ستة أشهر .

5 - 3 -الالتزام الصحي: يعرف على أنه درجة الانسجام بين السلوك الفرد و جرعات الدواء أو اتباع الحماية أو تعديل سلوك الحياة واتباع الوصفات والتوصيات الطبية. (د. نبيله بوعاتية (2021) ص 3)

- اما إجرائيا: سلوك الشخص باتخاذ دواء والخضوع لعملية التصفية وفقا لشروط والشرح الذي يحدده الطبيب، واحترام الأوقات الضرورية بين حصة واخرى وكذلك احترام النظام الغذائي المخصص له.

الجانب النظري

الفصل الثاني

الإنتاج الإسقاطي

تمهيد:

سننتظر في هذا الفصل إلى تعريف الإنتاج الإسقاطي، الذي يمكننا من التعرف على الحياة النفسية للفرد، بحيث يتم فيه التطرق إلى: تعريف الإسقاط، تعريف الإنتاج الإسقاطي، أنواع التقنيات الإسقاطية، الآليات الدفاعية في الإنتاج الإسقاطي، ثم سنتعرف على تعريف الاختبارات الإسقاطية و خصوصيات الوضعية الإسقاطية، و في الأخير نختتم هذا الفصل بسيرورة إرصاد الإجابات في التقنيات الإسقاطية و خلاصة للفصل.

1 - تعريف الإنتاج الإسقاطي:

1-1 تعريف الإسقاط:

يعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي الإسقاط على أنه: " العملية التي تنبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات و المشاعر و الرغبات و حتى بعض الموضوعات التي يرفضها و لا يتقبلها في نفسه كي يسقطها على الآخر سواء كان هذا الأخير شخصا أو شيئا.

الإسقاط من الآليات الدفاعية التي قد يلجأ إليها الفرد لإلحاق معاناته و جوانب ضعفه و عدوانيته بالآخرين، فمن خلال الإسقاط يحكم الفرد على الآخرين من خلال ذاته، فهو عملية نفسية لتحقيق توترات الفرد التي تنتج عن الشعور بالإحباط و إنكار وجدان مرفوض فب ذاته و إلحاقه بالغير و بالعالم الخارجي مما يتيح له عدم التعرف عليها في ذاته. (سي موسي زقار، 2002، ص 23)

فالإسقاط في نظرية التحليل النفسي هو عملية يقوم من خلالها الفرد بعزل و إسقاط المشاعر و الرغبات يرفض انتمائها إليه، يتفق الباحثون أن الإسقاط ميكانيزم نفسي بدائي عادة ما نجده في مرض الفصام أو المخاوف المرضية، كما أن الإسقاط آلي دفاعية ترمي إلى الحد من الصداق النفسي الداخلي و ذلك بإبعاد المواضيع التي من شأنها خلق توتر و ضغط على "الأنا"، من الجهة الاقتصادية يخضع الإسقاط لمبدأ اللذة و مبدأ الثبات الذي يهدف إلى خفض التوتر الذي يثيره المحتوى النزوي الناتج عن "الهو" و المرفوض من قبل "الأنا" إلى أدنى مستوى ممكن، أما من الوجهة الديناميكية فيستخدم كوسيلة لنقل الإثارات الداخلية التي لا تطاق نحو الخارج فهو بذلك يكتسي وظيفة دفاعية جلية.

"يعتبر الإسقاط ميكانيزم منظم من الجهاز النفسي و من الأهمية بما كان في (A.Birraux) يقولاً.بيرو

إطار علم النفس العيادي الأخذ بعين الاعتبار القيمة الإيجابية و الوظيفية الدفاعية التي يكتسبها هذا الميكانيزم".

حول هذا الموضوع أن يؤول وفق قواعد خاصة بنوعية المادة 1974 Anozieu أظهرت أعمال

المستعملة و إلا أصبح التحليل سوى إسقاط المحلل لعالمه على المادة المحصل عليها.

إن معرفة الأبعاد التي يكتسبها مصطلح الإسقاط في إطار التحولات النفسية التي تأتي بها مرحلة البلوغ، يجعلنا نبحث عن فهم لماذا يصبح اللجوء إلى إسقاط ضروري في حياة الفرد التي تتميز بالتغير النفسي و النزوي و حتى في الفترات الصعبة هذا ما يسمح لنا بفهم العلاقة بين المراحل الفوبية و العظامية و أيضا التغيرات التي تثير مستوى استحال الواقع في طور تكون "الأنا" و بالأخص عمل التقمصات. (إيمان تيتيات، 2017/2018، ص14)

1- 2 تعريف الإنتاج الإسقاطي:

يعطي لنا الإنتاج الإسقاطي صورة على الواقع الداخلي الذي يضيفه الشخص على المادة المقدمة له، و يقصد به مجموعة الإجابات و القصص المنسوجة في اختبار الروشارخ و تفهم الموضوع و المقدمة على شكل بروتوكولات من طرف المفحوص، استجابة لتعليمية خاصة بكل اختبار و كذا كل العناصر تتضمنها وضعية تطبيق الاختبار من استجابات حركية و ملاحظات و انتقادات و إيماءات و طلب استفسارات و إضافات. (سي موسي و زقار، 2002، ص34)

تسمح المادة المتحصل عليها من خلال التقنيات الإسقاطية من فهم نوعية العلاقة مع الواقع، و نجد الوقت للوقوف على إمكانية الفرد لإدماجه واقع نفسي في نظامه الفكري إذ يجد هذا الأخير نفسه أمام ضغوط داخلية و خارجية، فيتبين لنا إلى حد ينتظم فيه الفرد من أجل مواجهة عالمه الداخلي و محيطه الخارجي.

يمثل موضوع البحث في التقنيات الإسقاطية في كيفية رد فعل الفرد، أي الوسائل التي سيجدها من أجل الإجابة على تعليمية الاختبار هذه الأخيرة هي التي تمثل أنماط التوظيف النفسي لديه. (قورمات ناريمان، 2017/2018، ص37)

إن المادة المقدمة في الاختبارات الإسقاطية تختلف من تقنية إلى أخرى فيتعلق الأمر ببقع حبر غامضة في اختبار الروشارخ و بوضعيات متعلقة بصراعات انسانية في اختبار تفهم الموضوع، و يستعمل في هذه الاختبارات تعليمات مختلفة تتميز بكونها تعطي المفحوص حرية الاستجابة من جهة، و تعمل على تقييده من جهة أخرى، و بهذا فإن الإنتاج الإسقاطي يخضع لعاملين جوهريين هما: التمسك بالواقع و في نفس الوقت الانطلاق منه للتخيل، فنجد مثلا في اختبار الروشارخ بقع حبر ليس لها شكل محدد يعطي لها المفحوص شكلا انطلقا من خياله، وضعيات ذات علاقة بالصراعات النفسية ينطلق منها ليتخيل و ينتج قصصا في اختبار تفهم الموضوع. (سي موسي و زقار، 2002، ص34)

فالإنتاج الإسقاطي هو عملية تفريغ و إسقاط بما يشعر به الفرد على المادة المقدمة بحيث أن نيته لاستجابات البروتوكول الخاص به تكون مماثلة لبنية شخصيته، فالمميزات الأساسية لهذه الأخيرة تبقى أن الاختبار الإسقاطي (Anozieu & D. Chubert) محفوظة في البروتوكول في هذا الصدد يعتبر كل من بمثابة شعاع يعبر إلى داخل الشخصية و يصور أغوارها (تمرير الاختبار) و يسمح بعد ذلك بقراءة سهلة من خلال تأويل البروتوكول، و بهذا يصبح الشيء الدفين في الشخصية واضحا و الكامن يصبح ظاهرا. (إيمان تيتيات، 2018/2017، ص16)

إن الإجابة المنتظرة عن السؤال: ما هدف المفحوص الذي يخضع لاختبار إسقاطي؟ يسمح لنا بمعرفة طبيعة معالجة الجهاز النفسي للمثيرات المدركة وفقا للمنظمات النفسية الموجودة وراء كل توظيف نفسي بمعنى آخر يجد الفرد نفسه أمام وضعية صراعية يجب عليه حلها، هذا الحل يسمح لنا بمعرفة:

- انشغالاته الأساسية والتي يمكن أن نترجمها على أساس هوامات.
- العواطف و التصورات التي تستدعيها مثيرات المادة. (قورمات ناريمان، 2018/2017، ص37)

أنواع التقنيات الإسقاطية:

تتعدد التقنيات الإسقاطية في المفهوم التحليلي للإسقاط و تتركز على افتراض مهم " أن المنبهات الغامضة و المبهمة تثير لدى مختلف الافراد استجابات متنوعة تعكس جوانب شخصيتهم نظرا لغموض المنبهات، فإن تحكم الأفراد في استجاباتهم على مستوى الشعور يكون قليلا، و من ثم تظهر الفروق في الشخصية". (ديرام سامية، 2015/2014، ص15)

فمن التقنيات الإسقاطية نجد اختبار الروشارخ و اختبار تفهم الموضوع، فهما اختبارين إسقاطيين متكاملين و تعتبر أكثر الوسائل استعمالا في المنهج العيادي.

في بحثنا هذا سنتطرق إلى اختبار الروشارخ لأننا نستعمله في جمع المعطيات.

الآليات الدفاعية في الإنتاج الإسقاطي:

1- تعريف الآليات الدفاعية:

مصطلح الدفاع ظهر عام 1894 في دراسة قام بها فرويد حول "الدفاع" للدلالة على كل الحيل التي يستعملها الأنا في حالات الصراع. (عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص19)

و تعتبر هذه الآليات الدفاعية عمليات لا شعورية تعمل بصورة آلية غير مقصودة بصطنعها الفرد ليخفف عن ذاته بعض التوتر، فهي كالعقاقير المخدرة التي تخفف الألم، لكنها لا تفعل شيئا لإزالة أسبابه الجوهرية. (ديرام سامية، 2014/2015، ص17)

كما نجد أيضا محمد قاسم عبد الله عرفها على أنها "مجموعة من الأساليب الدفاعية السلوكية التي يتبعها الفرد من أجل التخفيف عن التوتر النفسي الناتج عن حالات الإحباط و الصراع.(محمد قاسم عبد الله، 2004، ص145)

فمن هذا كله يمكن القول بأن الفرد يستخدم الآليات الدفاعية عندما يشعر بأنه مهدد بخطر، و ذلك من أجل تحقيق التوازن النفسي و التكيف.

تعتبر الآليات الدفاعية عن الصراعات الداخلية بصفة لا شعورية، إذ نجد مختلف الباحثون توصلوا للقول بأن: "الآليات الدفاعية تختلف عند الفرد باختلاف المواقف التي يتعرض لها، و اختلاف الصراعات أيضا" (شاردي نادية، 1996، ص34)

إذن آليات الدفاع تمكنا من الكشف و التعرف على مختلف الصراعات الداخلية التي يتعرض لها الفرد في مواقف مختلفة.

2- أنواع الآليات الدفاعية:

هناك عدة أساليب دفاعية و هنا سنقدم أهم الأساليب الدفاعية التي نجدها في الإنتاج الإسقاطي، و التي معظمها تم دراستها في النظرية التحليلية، و بعدها تم إظهارها في الاختبارات الإسقاطية كالروشارخ، و من اهم الآليات الدفاعية التي تظهر في الإنتاج الإسقاطي نجد:

• الكبت:

يعتبر الكبت محرك أساسي للاشعور، و هو عملية نفسية يحاول الشخص من خلالها حماية أناه عن طريق دفع الأفكار و الخبرات التي تتعارض مع مبدأ الواقع إلى حيز اللاشعور.

(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص26)

و الكبت أساسا يظهر في نسيان عن قصد لا شعوري، حتى لا تصبح لا شعورية النزوات الداخلية و الأحداث الخارجية، و كل ما هو مفروض من أجل الحد من فعاليتها في الواقع، و تجنب الألم نتيجة الشعور بها. منه فهذه المعطيات تبعد عن الواقع أشياء مكبوتة حتى و إن كانت غير مدركة على مستوى الوعي لتبقى نشيطة في أعماق اللاشعور. (عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص28)

و عليه فالكبت يعد عملية لا شعورية، تهدف إلى إزاحة و استبعاد الأفكار و الخبرات المؤلمة من الشعور إلى اللاشعور.

• الإسقاط:

حسب "فرويد" الإسقاط هو "إدراك داخلي مكبوت بعد تعرض محتواه إلى تشوه يصل إلى الوعي على شكل إدراك نابع من العالم الخارجي، فميكانيزم الإسقاط يعود لنظام اللاشعور و هو بحكم انتقاله من اللاشعور إلى الشعور فيصبح مشوها حتى لا يهتم منعه من البروز.

(Anzieu , 1983, p19)

و الإسقاط عملية ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات، المشاعر، الرغبات حتى بعض الموضوعات التي يتكرر لها أو يرفضها في الآخر، سواء كان هذا الأخير شيئا ام شخصا.

(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص23)

إذن الإسقاط يعتبر آلية دفاعية تعمل على نقل الإشارات الغير المرغوبة فيها في الداخل إلى الخارج.

• النقل:

النقل آلية دفاعية تقوم " بنقل الانفعالات من المعاني الاصلية الغير مقبولة التي تتعلق بها إلى معاني أخرى بديلة ، تكون أقل إثارة للقلق أو تكون مقبولة للفرد، و يحدث النقل نتيجة الكبت و هو يساعده على استمراره". (نبيلة عباس الشويخي، 2003، ص42)

و يعتبر أيضا آلية دفاعية يلجأ إليها الفرد لاستبدال موضوع آخر كمصدر الإشباع، (عبد الرحمان العيسوي، 1985، ص80)

أما النقل عند (Bergert): "ميكانيزم دفاعي مرتبط بالعمليات الأولية، كما أنه تصور مزعج لنزوة ممنوعة فينتقل هذا الأخير إلى تصور أقل إزعاجا".

(Bergert J , 2000, p123)

منه فالنقل عملية لا شعورية تستبدل و تقوم بتغيير الموضوع الأولي كالنزوات و الرغبات بموضوع آخر.

• العزل:

يعتبر وسيلة دفاعية تهدف إلى التقليل من مشاعر التوتر، و نشاؤها بكثرة في العصاب القهري.

(سجموند فرويد، 1989، ص93)

أما "لابلاننش و بانتاليس" فيعرفانه على أنه: "آلية دفاعية يختص بها العصاب القهري عن طريق عزل فكرة أو سلوك، حيث تصبح ارتباطاتها بأفكار أخرى أو لكيان الفرد، من بين آليات العزل نذكر التوقعات في سيلان الافكار و الأشكال و الطقوس و على العموم كل الوسائل المستعملة لإحداث الانقطاع في تسلسل الافكار أو السلوكات".

(Laplanch. J et Pantalès. W ,1990 , p392)

إذن العزل آلية دفاعية أخرى يلجأ إليها الأنا ليدافع على نفسه و يحميها، و بالتالي تساعده على تحقيق التكيف في المجتمع المتواجد فيه.

• الإنكار:

يعتبر آلية تدافع الذات بها عن نفسها، و يعود الفرد بواسطتها إلى حماية نفسه من الجوانب الغير السارة للواقع، فيرفض هذه الجوانب و يتمتع عن الأخذ بوجودها. (عبد الرحمان العيساوي ، 1985، ص97) كما نجد أيضا "لابلاننش و بانتاليس" عرفاه بأنه: " تلك العملية التي يستعملها الفرد معبرا عن إحدى رغباته أو أفكار أو عواطفه المكبوتة و يبقى يدافع ناكرا بأنها منتسبة له".

(Laplanche. J et Pantalès. W ,1990 , p392)

و بهذا التعريف يكون الإنكار ميكانيزم أكثر ضررا من الكبت حيث أن: "التمسك الدفاعي يكون غير مكبوتا و بهذا يظهر على الساحة الشعورية لكن الفرد يبقى ناكرا إياه و يرفض انتسابه له".

منه الإنكار يعمل على إنكار شيء معروف، و ذلك دفاعا عن نفسه، و (Bergert. S,1979 , p95) محافظا على أمنه أمام الأخطار التي تهدده من الداخل.

• التكوص:

هو عملية لا شعورية يستعملها الأنا للانسحاب أو العودة إلى مرحلة مبكرة من النمو، و عادة ما يكون ذلك إلى المرحلة ما قبل التناسلية من مراحل النمو النفسي الجنسي. (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص 154)، بمعنى أن الفرد يرجع إلى المراحل النمائية السابقة.

و نجد فرويد قد أعطى ثلاثة أنواع من النكوص عند دراسته لسيرورات الحلم، و هي كالتالي:

1- النكوص الموقعي: يتم هذا النوع من الوعي إلى اللاوعي، فالنكوص الموقعي يحدث في الحلم، حيث يتم ابتكار صورة حسية تقريبا هلوسية نتيجة لرفض الطاقة الليبيدية.

(Bergert. J et All,1982 , p104)

2- النكوص الشكلي: استبدال أساليب التعبير و التمثيل التصوري بأساليب أكثر بدائية، كالانتقال من العمليات الثانوية إلى العمليات الأولية.

3- النكوص الزمني: يعاد فيه تنشيط مرحلة تم تجاوزها من حيث التنظيم الليبيدي.(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص26)، إذن النكوص آلية دفاعية يلجأ إليها الفرد من خلال أشكال سلوكية قديمة، فنجدته يتصرف كطفل صغير .

●التقمص:

عملية يمتص فيها الفرد الصفات المحببة إلى النفس و يرجوا أن تكون مكملة له من شخصية يحبها، و يحاول أن يتخذها مثلاً يحتذى به، و يتم ذلك بطريقة غير شعورية، مما يؤدي إلى أن يأخذ الشخص عن النموذج صفاته جميعها السيئة و الحسنة. (مصطفى فهمي، 1995، ص211)

و التقمص أيضاً: "عملية دفاعية تتضمن في تمثّل الشخص صفات فرد أو عدة أفراد، و تعد هذه الحيلة من أهم الحيل التي تؤدي إلى نمو الأنا و الأنا الأعلى". كما نجد أنه: "حيلة لا شعورية تساعد على خفض التوتر عن طريق استدخال صفات شخص آخر و يتحول جزئياً أو كلياً حسب النموذجية".(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص140)، إذن التقمص عملية أخذ صفات تعجبنا من شخص آخر.

●التكوين العكسي (تكوين رد الفعل):

هو استثمار معاكس شعوري، حيث أنه قوة متساوية و لكن في الاتجاه المعاكس مع الاستثمار اللاشعوري. و يتطور أسلوب رد الفعل خلال مرحلة البلوغ و ذلك لصالح القيم الموضوعية من طرف الظروف التاريخية الاجتماعية أو الثقافية، و حساب الحاجات النزوية المحيطة (العدوانية و الجنسية)، مع محاولة صرفها بطرق غير مباشرة. و التكوين العكسي عملية دفاعية ذات خصوصيتين، أولاً يتم كبت الفكرة أو الرغبة الغير مقبولة، ثم يتم التعبير عن عكسها في الشعور، بمعنى هي عملية يتم من خلالها إخفاء الدوافع اللاشعورية عن طريق التصرف بكيفية معاكسة. (عبد الفتاح دويدار، 1994، ص1565)، و منه التكوين العكسي عبارة عن آلية دفاعية تتمثل في أنماط سلوكية نقيضة لميولاتنا و رغباتنا المكبوتة في الوعي.

•التبرير:

هو اختراع الشخص لأسباب تبدو منطقية و مقبولة اجتماعيا، و تعني محاولة الشخص حماية نفسه من حقيقة واقعية مؤلمة و ذلك برفضه للعناصر المثيرة للقلق. (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص110)، كما أن في التبرير ينتحل الفرد سببا معقولا لما يصدر عنه من أسلوب خاطئ أو معيب، فيقدم أعذارا تبدو مقنعة و مقبولة لكنها ليست الأسباب الحقيقية. (نبيلة عباس الشويخي، 2003، ص33)، من جهة أخرى نجد التبرير أنه عملية يحاول فيها الشخص من خلال إضفاء تفسير متماسك من وجهة نظر خلفية لموقف أو فعل أو فكرة أو شعور .

(Laplanche. J et Pantalès. W ,1990 , p151)

يمكن القول أن التبرير حيلة أو آلية دفاعية تأخذ شكلا منطقيا لخداع الذات أو الضمير حتى تخفف الشعور بالذنب أو الخجل، حتى يسهل على الأنا تقبل سلوك الفرد و انفعاله.

•انقباض الانا:

يندرج تحت هذا المفهوم مصطلحين أساسيين هما: "التجنب" و "الكف"، و يستعملها الأنا للدفاع ضد القلق و الازعاج، و يتميزان عن بعضهما البعض في كون الأول يستعمل للدفاع ضد الإشارات الخارجية، في حين يتجه الثاني للدفاع ضد الإشارات الداخلية.(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص30)، فمن خلال آلية التجنب، نجد الفرد يفضل الهروب متجنباً بذلك كل فرصة للمعاناة بدل اللجوء إلى ميكانيزم أكثر تعقيدا، و ذلك لأن أسلوب التجنب أكثر بدائية و أحسن ملائمة، إذ أنه مرتبط بالنمو العادي للأنا، فالطفل يهرب من كل الموضوعات و الوضعيات الخارجية التي يحتمل أن تجلب له المضرة و للإزعاج. أما عن مفهوم الكف فهو تقيد لوظائف الأنا سواء كإجراء احتيازي أو لنتيجة فقدان طاقتي، عندما يجد الأنا نفسه أمام عمل نفسي متعب كما يحدث في حالة الحزن، حيث نجد أن الشخص مضطر إلى بذل طاقة نفسية معتبرة لسحب كل توظيفاته اللبيفية من الموضوع المفقود. (سجmond فرويد، 1989، ص6)، أي الأنا يكف عن أداء بعض الوظائف التي يرى أنها تجلب له الصراع، و منه فإن انقباض الأنا ميكانيزم يستخدم لتجنب الوضعيات المسببة للقلق، و بعدها الكف و ذلك بمنعها لأداء عملها جيدا.

•الإعلاء:

آلية دفاعية تعني الارقاء أو التسمي أو التعالى بغرائز الفرد إلى اتجاه عالي، نافع، و مقبول من الذات، و ذلك ليصل الفرد إلى نوع من التوافق الخارجى مع بيئته. و حسب معجم التحليل النفسى: "هو آلية دفاعية يسعى بها الفرد إلى تحقيق أهداف و مصالح مجردة عوض الأهداف الجنسية".

(Laplanche. J et Pantalès. W ,1990 , p173)

فالإعلاء إذا يعتبر تحول الطاقة الغريزية و الدوافع إلى غايات خير، أي تحويل الأهداف الغير مقبولة اجتماعيا إلى أهداف مقبولة و محبوبة، بمعنى آخر يعمل الفرد على التعبير عن مكبواته بطريقة مهذبة تشعّر الفرد بالرضا عن ذاته.

•التعويض:

يعتبر التعويض حيلة دفاعية يستعملها الأنا لتحقيق التكيف مع العناصر الذاتية و البيئية المحيطة به. (عبد الرحمان العيساوي ، 1985، ص93)، كما يعتبر أسلوبا من الأساليب الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد لمواجهة الضغط. و بالتالى يمكننا اعتبار التعويض كمحاولة الفرد لاستبدال نقص ما بشيء آخر.

•النفي:

حسب فرويد يتضمن هذا المصطلح معنيين و هما:

- رفض الاعتراف بشعور رغبة أو فكرة و التي هي مصدر الصراع و أنها نابعة منه.

- رفض المفحوص التحليل الدقيق الذي يقوم به المعالج و رفض فكرة أنه يخصه هو.

و النفي يعتبر أسلوب دفاعي أكثر بدائية من أسلوب الكبت، فيكون التصور المزعج غير مكبوت و يظهر في الشعور و لكن الفرد يدافع برفض قبوله على أنه نزوة خاصة به، مثلا: أن يقول المريض: "هذا الرجل الذي يظهر في منامي ليس أبى" لهذا فإن تصورهما يمكن أن يصبح شعور بشرط أن يتجاهل أصله.

(Bergert. J et All,1982 , p11)

و على هذا فإن النفي عبارة عن مدافعة الفرد عن نزوة مزعجة.

- تعريف الاختبارات الإسقاطية:

تعريف الاختبار الإسقاطي : هو أداة من أدوات المهمة التي يستعين بها السيكولوجي لكشف الجوانب المختلفة في الشخصية، وتشخيص حالات الفرد السوية والمرضية، ومعرفة ما يعانيه من مشكلات.

من خلال عرض مواقف مثيرة كصور، أو جمل ... على المفحوص وملاحظة استجاباته.

انطلاقاً من الاعتقاد الذي أقره "فرويد" أن الناس لا يستطيعون دائماً إسقاط الإدراكات و الانفعالات و الأفكار على العالم الخارجي دون وعي منهم بذلك. و قد وضعت الاختبارات الإسقاطية بحيث تفتح عالم المشاعر و الدوافع اللاشعورية. بمعنى أن الاختبار الإسقاطي يركز على مبدأ الإسقاط، و هي آلية نفسية تسمح بإعطاء معنى للتصورات و الخبرات في ظل عدم يقين المفحوص بما يدرس من وراءه. بحيث تكون ردود فعل المفحوص مشتقة من عالم الوعي و اللاوعي، و بهذا فهو يكشف عن صراعاته الداخلية و دوافعه، بنيته العاطفية، و نمطه المعرفي دون إدراك منه. (د. عواطف بوقرة، 2019، ص1)

- الخصوصية الوضعية الإسقاطية:

إن العنصر المشترك بين كل التقنيات الإسقاطية يتمثل في نوعية المادة المقدمة التي تتميز في نفس الوقت باللموسة و الغموض فيما يستدعيه من تداعيات لفظية انطلاقاً من هذه المادة المقدمة، و في خلق نوع من المجال العلائقي بين الفاحص و المفحوص بوجود وسيط يتمثل في مادة الاختبار.

التعليمية العامة المقدمة تستدعي الخيال انطلاقاً من فعل الرواية ما يمكن من انطلاق عمليات الإدراك و العملية الإسقاطية، إذن التقنيات الإسقاطية تسمح بدراسة نوعية العلاقة مع الواقع النفسي و في نفس الوقت إمكانية الفرد إدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري، هذا الأخير الذي يجد نفسه أمام ضغوطات خارجية و داخلية سيظهر لنا إلى أي مدى و كيف ينتظم من أجل مواجهة عالمه الداخلي و محيطه الخارجي في نفس الوقت.

تجعل كل من البنية اللاشعورية للمادة حرية الوقت و الاستجابة لغموض التعليم، و وضعية التقنيات الإسقاطية في وضعية فراغ نسبي، فراغ يجب على الفرد ملؤه باستدعاء ليس فقط قدراته الذهنية و إنما المصادر العميقة في شخصيته، هذه الوضعية الغامضة يكون لها أثر إحياء الصراعات النفسية لدى الفرد

و خلق نوع من القلق و النكوص لديه، إذ أنه مثلها مثل وضعية التحليل النفسي، تؤدي التقنيات الإسقاطية الأولية و المبنية على مبدأ اللذة.

تسمح المنهجية الإسقاطية بتكوين وضعية عادية خاصة تمكن تلخيص مميزات الثلاث الأساسية كما يلي:

- الوضعية الإسقاطية هي علائقية تجمع بين فرد في وضعية معاناة و مختص نفسي هذه الوضعية العلائقية ينتج عنها تحويلات مضادة.

- تستدعي التقنيات الإسقاطية التعبير اللفظي و هذه الخاصية تجعل من الطبيعي الحديث عن المحتوى الظاهري و المحتوى الباطن الخفي خلال تحليل خطاب الفرد.

- في الأخير تتطلب التقنيات الإسقاطية استدعاء مزدوج للإدراك و الإسقاط تظهر مادة الاختبار تحت معطيات حسية مدركة تستدعي "الموضوعية" مستعملة عمليات غموضها ردود أفعال مستعملة عمليات إسقاطية.

الفرضية الأساسية هي أن العمليات العقلية المستعملة و التي تظهر خلال تمرير الاختبارات الإسقاطية تسمح بمعرفة أنماط التوظيف النفسي الخاص بكل فرد. (إيمان تيتيات، 2017/2018، ص25-26)

3 - سيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية:

تتلخص في اختبار الروشارخ و تفهم الموضوع في مجموع الميكانيزمات العقلية التي يوظفها المفحوص للتجاوب مع وضعية الاختبارين بعد أن تقدم له التعليم الخاصة بكل واحدة منها واضعا في الحسبان عناصر هذه الوضعية التي هي مادة التعليم و وجود الفاحص، مالمفحوص هنا مطالب بالقيام بعمل ربط متوازن بين متطلبات اللاشعور الذي يمثل العمود و مقتضيات الواقع الذي يمثل "الأنا". (سي موسي و زقار، 2008، ص108)

تمر عملية إرسان الإجابة في اختباري الروشارخ سلسلة من المراحل تطرق إليها عدد من الباحثين (1987) نلخصها في النقاط التالية: Shentoub منهم "شنتوب"

في البداية يحدث إدراك حسي للمحتوى الظاهري للمادة يدخل المفحوص في نشاط ترابطي غير مألوف بحكم الغموض الكبير للمنبه.

يتواصل النشاط الترابطي الكثيف و الذي يهدف للإجابة على الموضوع الشعوري أي التعليم، فهو عمل انتقائي لمختلف النماذج المتقدمة حيث تكون هناك منافسة اقتصادية قوية بين مختلف الآثار الذكورية المنشطة.

استكمال النشاط الترابطي الانتقائي من خلال الإجابة و التي تكون نوعيتها و خاصيتها تابعة كثيرا للوضعية الاقتصادية الناتجة عنها، و تمثل تسوية أنجزها المفحوص بين مقتضيات الشعور و اللاشعور و الدفاعات المستعملة لحل الصراع من خلال عمل الربط الذي قام بإنجازه و حتى نتمكن من فهم ما يحدث، إذ ينبغي إخضاع المفحوص لعملية تداعي انطلاقا من اجاباته و مقارنة الإنتاج الترابطي بالإجابة التي أعطاها، فيحتمل أن تكون الإجابة مرتبطة بالإنتاج الترابطي الذي أثارته بنشاط نفسي محكم أساسا بنفس السياقات التي وصفها فرويد فيما يتعلق بإرصان الحلم أي التكثيف الإزاحة و الترميز، لهذا فإن إمكانية الإرصان النفسي تتحدد بنفاذية البنيات التحتية للجهاز النفسي و لا ترتبط فقط ببناء القصص في اختبار تفهم الموضوع أو بإعطاء الإجابات في اختبار تفهم الموضوع أو بإعطاء الإجابات في اختبار الروشارخ، و إنما لكل عمل عقلي إبداعي يخضع له كل إنسان للحفاظ على توازن جهازه النفسي في مواجهة الصراعات و الصدمات النفسية التي لا مفر منها في الحياة. (سي موسي و زقار، 2008، ص109)

خلاصة:

تعتبر التقنيات الإسقاطية وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، و لمادة الاختبار خصائص متميزة ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجته و دوافعه و رغباته و تفسيراته الخاصة دون أن يفتن لما يقوم به من تفريغ وجداني، فهي تساعد في التشخيص و الكشف عن الحياة الداخلية للفرد من خلال الدفاعات المتنوعة، فذلك ما يقدم للمختص النفسي مادة عيادية يسمح التحليل الدقيق لها و بإتباع منهجية دقيقة من فهم أكثر للتوظيف النفسي للفرد و بالتالي مساعدته أكثر.

الفصل الثالث

العجز الكلوي النهائي

تمهيد :

سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف العجز الكلوي و أنواعه، كيفية عمل الكلية و وظائفها، ثم سنتطرق إلى أسباب الفشل الكلوي و أعراضه، ثم سنقدم تعريف جهاز تصفية الدم و كيفية عمله، و سنختم الفصل بتقنيات تصفية الدم مع خلاصة للفصل.

1 - العجز الكلوي:

العجز الكلوي لغة: ويُسمَّى أيضًا **بالفشل الكلويّ** وهي المرحلة الأخيرة من مرض الكلى، وهو مصطلح في الطب يطلق على حالات فشل الكلى في تصفية الفضلات الأيضية بشكل مناسب من الدم.

تعريف العجز الكلوي: اصطلاحا

يعني العجز الكلوي عجز الكليتين عن تنقية الدم بصورة كافية، وعن الترشيح والاسترجاع التالي للمواد الهامة، فإذا لم يعالج فيض السموم في الجسم الناجم عن ذلك يمكن أن يؤدي إلى موت الشخص، فهو يهدد سائر الأجهزة في الجسم من القلب والجهاز الدوري مرورا بالرئتين وصولا إلى الجملة العصبية المركزية، ويظهر الفشل الكلوي بصورة نقص شديد في البول وتراكم الماء في الأنسجة، كما يترافق بغثيان وتعب .(دريسي، 2014. ص 41)

2 -أنواع العجز الكلوي :

العجز الكلوي يمكن أن يكون حادا او مزمنا ، و العجز الكلوي الحاد غالبا يحدث بطريقة سريعة على العكس العجز الكلوي المزمن عادة في تطور مستمر ببطء ويتطلب بدء القيام بعملية تصفية الدم، أو زرع الكلية لإعطاء فترة لعيش أطول.

-العجز الكلوي الحاد : وهو فقد الوظيفة الكلوية المفاجئ والذي يكون عكوسا في العادة وهو يتطور على مدى عدة أيام أو أسابيع ،وارتفاع تركيز الكريتينين عن 200 ميكرو مول/لتر عادة يحدث شرح بول ولكن ليس دائما.

-العجز الكلوي المزمن :

يعرف بأنه تدهور في الوظيفة الكلوية، يتطور تدريجياً على مدى سنوات في البداية يتظاهر فقط كاضطراب كيميائي حيوي ، يسبب فقد الوظائف الإطراحية والاستقلابية والغدية الصماوية للكلية ،تطور الأعراض والعلامات السريرية الخاصة و بالعجز الكلوي والتي تسبب ما يعرف باسم حالة اليورينيا ،وعندما يكون الموت محتملاً دون المعالجة المعيشية للكلية تسمى الحالة بالعجز الكلوي في المرحلة النهائية. (دريسي، 2014، ص 69 و 70).

و لفهم مرض العجز الكلوي أكثر لا بد من فهم آلية عمل الكلية و وظيفتها في الجسم.

3- تعريف الكلية:

تقوم الكليتان بدور هام في جسم الإنسان وتعتبر من الأعضاء المهمة جداً فيه . والكلية على صغر حجمها (حيث لا تزيد على 12سم طولاً و 6 سم عرضاً و 120 جرام وزناً) تقوم بتنقية دم الإنسان بصفة مستمرة ما دام على قيد الحياة ، بل يمكن زراعتها من متوفى إلى مريض يحتاج لها في ظروف معينة. وعلى سبيل المثال فكلية الإنسان تنقي شوائب الدم الناتجة عن الاستقلاب بعد استعمال الطعام من طرف الأنسجة والخلايا الجسدية ويمر بالكلية يومياً ما يقرب من 200 لتر من الدم أثناء الدورة الدموية المستمرة تتم تنقيته فيها وبالتالي إفراز الفضلات في صورة البول وبكمية تقارب 5.1 لتر إلى 0.2 لتر في اليوم والليلة. ولكن دور الكلية لا يقتصر على تنقية شوائب الدم من اليوريا والكرياتين فحسب بل لها أيضاً وظائف أخرى مهمة جداً ومنها: المحافظة على معدل الضغط الشرياني، إفرازات هرمونية تنشط وتجدد العظام وتكاثر كريات الدم الحمراء، والمحافظة على معدل حموضة الدم وتركيبته الدقيقة.

4- كيفية عمل الكلية:

في كل دقيقة يضخ القلب لتر واحد من الدم إلى الكلية، حيث يدخل إلى الكليتين عن طرق الشريان الكلوي وعند إزالة الفضلات يعود الدم النقي إلى الجسم عن طريق الوريد الكلوي، عندما يدخل الدم إلى الكليتين تقوم وحدات النيفرون بتنقية الدم، و هذه الوحدات عبارة عن فلاتر صغيرة متصلة بأنابيب حيث تقوم هذه الفلاتر بفصل الماء والأملاح والفضلات من الدم وطرحها إلى الأنابيب التي تمتص المواد المفردة للجسم كالماء والأملاح وتطرح الفضلات في البول، بعد ذلك يتم تجمع البول من هذه الأنابيب

الصغيرة إلى حوض الكلية، من ثم يجري البول إلى الحالب ثم إلى المثانة.
(شوريخ هناء، 2008 ص 20)

5- وظائفها:

الوظيفة الأساسية للكلية هي إزالة الفضلات والأملاح والسوائل وإعادة الدم النقي إلى الجسم حتى في حالة وجود كلية واحدة في الجسم فهي قادرة على أداء الوظائف اللازمة للجسم، و للكلية ثلاث وظائف أساسية هي:

- التحكم في مستوى الماء: تتخلص الكلى من المواد الزائدة عن حاجة الجسم وعند نقص كمية الماء في الجسم فهي تقلل من الماء المطرود في البول وتكون هذه العملية كثيرا في فصل الصيف وعند الصيام.
- تزيل الفضلات والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم.
- الكلية لها القدرة في المحافظة على تركيز المواد العضوية وحموضة الدم والأملاح في مستويات دقيقة كما تؤدي دورا كبيرا في طرد السموم بشكل مستمر، فيتم التخلص من الفضلات كالبولينا و الكيرياتينين التي تتكون بعد حرق البروتين. (أيمن محمد عادل، 2006، ص 20، 22)

6- أسباب العجز الكلوي :

- داء السكري ويعتبر الآن هو السبب الرئيسي بنسبة 35.45 % من الحالات.
- ارتفاع ضغط الدم، ويعتبر هو السبب الثاني لحدوث الفشل الكلوي.
- التهاب الحبيبات الكلوية.
- الأمراض الوراثية مثل التكيسات الكلوية.
- التهاب المسالك البكتيرية المزمنة.
- بعض الأدوية كالمسكنات وبعض المضادات الحيوية عند الإفراط في تناولها من غير الاستشارة الطبية. وكذلك الأدوية الشعبية التي تحوي مواد غير معروفة عادة ما تكون سامة ومضرة بالكلى.

- حالة الانسداد الحاد في القنوات البولية نتيجة حصوات الكلى أو المرضى الذين يعالجون عالجاً كيميائياً من الاورام و امراض الدم، فقدان السوائل الشديدة مثل حالات القيء والإسهال الشديد وحالات الجفاف.

- حالات النزيف الشديد مثل القيء الدموي الحاد والحوادث والتدخلات الجراحية الكبيرة.

(د.السويداء 2010، ص 20,21)

7- أعراض العجز الكلوي المزمن :

تظهر أعراض الفشل الكلوي المزمن حسب نوع الخل ومن هذه الأعراض :

- نقصان معدل الترشيح الكبيبي وهو يؤدي إلى الأعراض التالية: غثيان، عدم الرغبة في الطعام، نقصان الوزن، تصبغات جلدية، حكة شديدة، آلام العظام

- خلل في طرح الصوديوم ويؤدي إلى الأعراض التالية: زيادة الوزن، صعوبة التنفس، ارتفاع ضغط الدم .

- خلل طرح ايون الهيدروجين يؤدي إلى صعوبة في التنفس .

- خلل إنتاج الارثروبويتين وهذا يؤدي إلى الأعراض التالية: شحوب، وتعب، صعوبة التنفس، الفشل القلبي .

- خلل تكون فيتامين D3 ما يؤدي إلى الأعراض التالية : آلام العظام، تخلخل العظام وسهولة كسرها، ضعف العضلات .

- زيادة إنتاج الرنين والانجيوتنسين (ACE) يؤدي الأعراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، فشل القلب. (نفس المرجع السابق ، ص 24)

8- تعريف جهاز تصفية الدم :

يعود الفضل في استعمال جهاز تصفية الدم إلى البروفيسور (ABEL.J) قام عام 1913 كل من "آبال" آخرون في باستعمال دارة من الأنابيب الخاصة بتصفية الدم خارج الجسم الحي قبل حقنه في جسم

الحيوان، ويسمى هذا الجهاز بكذني الاصطناعي مهمته القضاء على السموم الموجودة في الجسم، ثم في عام 1943 صنع الكلية الاصطناعية واستعملها لأول مرة العالم كوف ثم جاء " Merul.J.J " الذي قام بتعديل الكلية الاصطناعية التي جاء بها "كوف" الموجودة لغاية اليوم.

هذا الجهاز يعمل عمل الكلية لذلك يسمى بالكلية الاصطناعية، يتم بفضلها تصفية الدم بحيث يكون هناك تبادلات بواسطة الغشاء النفوذ بين دم المريض والسائل الموجود في الآلة، الذي تركيبته تشبه تركيبية السائل العادي الموجود خارج خلايا الجسم. (إدوارد البيطار، 1964 ص 13)

9- كيفية عمل الجهاز:

يتكون الجهاز من قسمين : قسم يمر فيه الدم و قسم للسائل المستعمل للتصفية يسمى (dialysat) الذي يسمح بعزل ما أمكن من الدم، والقسمان يفصل بينهما غشاء جد رقيق، حيث يمر على يمين الغشاء الدم وعلى يساره السائل العازل، هذا الغشاء عبارة عن الآلاف من الأنابيب جد صغيرة التي تكون في السائل السائر فالاتجاه المعاكس، والشوائب تمر عبر الغشاء الذي يعمل على إقصائها، وكلما تتطهر الدم يعود باستمرار إلى الجسم وأثناء العملية تضاف للدم مادة تعرف باسم (Héparine) وذلك اتقاء لتخثر الدم في الجهاز ولتتم هذه العملية من الضروري إيصال المريض بأنابيب تسمى (tubulure system) حتى يمر الدم من خلاله إلى الأوعية الدموية، و في معظم الأوقات يقومون بعملية جراحية على مستوى الذراع لإيصال الشريان بالوريد، وهذا عن طريق الناسورة (la fistule) التي هي همزة وصل بين الشريان و الوريد وعندما يتم إيصالها يتسع الشريان بضغط آتي من الوريد فيخلق هذا الاتصال المجال لإدخال الإبرة في الوريد ليتمكن الدم من المرور إلى الأنابيب الموصولة بالآلة والعودة إلى جسم المريض لكن في حالة ما إذا كانت شرايين الذراع او الفخذ صغيرة هنا يتم إيصال الأنبوب بالشريان المركزي بالرقبة.

(السويداء، 2010 ص 35)

10- تقنيات تصفية الدم technique de dialyse

تقنية تصفية الدم البيريتوني (péritonéal dialyse):

هذه التقنية عادة ما تستخدم في المنزل فإنه يستخدم قدرة الترشيح للصفاق هي عبارة عن بطانة حول أجهزة مختلفة من تجويف البطن والجهاز الهضمي، للقيام بذلك يركب مخرج يكون موصول من البطن مع

سائل غسيل الكلى من خلال أنبوب صغير أو بواسطة قسطرة غسيل الكلى ،و يتم التبادل بين السائلين تلقائيا وتدوم الحصة من 3 الى 4 مرات في اليوم الواحد.

تقنية الهيموداياليز technique démo dialyse

تقنية بديلة، كلية إصطناعية وهي طريقة ميكانيكية، من ضمن الطرق الرئيسية لتقنية الدم خارج الجسم بحيث الدم يصل إلى الآلة، ثم يدار و يصفى حتى يتم إزالة السموم وكمية الماء الزائدة، بعدها يعود إلى الجسم، ولكي تتم هذه العملية يستعمل عرق له سيلان كافي لمرور الدم، يسمى وصول وعائي و له نوعان:

و هذا بإنشاء عملية في معصم اليد أو في الرقبة يتم وصلها بأنابيب موصولة بالآلة حتى يمر الدم من المريض الى الآلة وبعدها يعود إليه وتدوم عادتا مدة العلاج 4 ساعات في اليوم وثلاث مرات في الأسبوع و إن هذه التقنية لا تعالج المريض بل تستمر الى أن يتمكن من زرع الكلية.

(شوريخ هناء،2008،ص 4)

خلاصة الفصل:

لقد استعرضنا في هذا الفصل تعريف العجز الكلوي و انواعه، كيفية عمل الكلية و وظائفها، ثم تطرقنا إلى أسباب الفشل الكلوي و أعراضه، ثم قمنا بتعريف جهاز تصفية الدم و كيفية عمله، و ختمنا الفصل بتقنيات تصفية الدم.

الفصل الرابع

الالتزام العلاجي

تمهيد:

سننتظر في هذا الفصل إلى التعرف على الإلتزام العلاجي و العوامل المتعلقة فيه، و مراح الإلتزام العلاجي، ثم سننتظر إلى تفسير عدم الإلتزام بالنسبة للمريض و كذلك أسباب عدم الإلتزام و أنواعه، وفي الأخير معالجة عدم الإلتزام العلاجي و نختم الفصل بخلاصة.

1- مفهوم الإلتزام العلاجي :

عندما نتكلم عن الإلتزام العلاجي يتبادر للذهن في المقام الأول للإلتزام بتناول الدواء لكن في الواقع ، يجب أن ندرك أن كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها، وليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية، ومدة العلاج) المنصوص عليها، ولكن أيضا توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية، وممارسة النشاط البدني اليومي للسيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم، وأداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام.

(Gérard reach 2006)

اختلفت وتتنوع التعريفات حسب الاستعمال، وسنستعرض بعض ما ورد منها في التراث العلمي كما يلي:

• يعرف هاينس Haynes :

الإلتزام العلاجي بـ : "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات العلاجية، والطبية (من حيث تناول الأدوية تغييرات أخرى تخص نمط الحياة).

(James Anthony. 2001)

• ويعرف الإلتزام العلاجي على أنه: درجة الانسجام (التوافق) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية ، اتباع الحمية، أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الوصفات والتوصيات الطبية .

• كما يعرف الإلتزام العلاجي بأنه : " سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقا للشروط، والشروح التي يحددها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، الشكل،

طريقة التعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات و الوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء.

(Aur lieGauchet .2008 .P22)

• أما المنظمة العالمية للصحة فقد تبنت التعريف التالي: "درجة التوافق بين سلوك الفرد والتعليمات، والإرشادات العلاجية من قبل محترفي الصحة.

2-1العوامل المؤثرة في الإلتزام العلاجي:

2-1-1العوامل المتعلقة بالمريض: يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيروية جيدة للعملية العلاجية ،و تجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، إذ يعيش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدته، تخضع خلالها تمثيلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر، و تعاد ملائمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة ذلك لأن سيروية المرض اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه ، ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الإلتزام العلاجي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال في سير النشاطات اليومية للمرضى ، مثلا مرضى السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم، ومراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين يدركون خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي يظهرون صعوبات تكيفية، واضطرابات سيكولوجية، و هذا ما يؤدي إلى فشلهم في إتباع علاجهم وحميتهم، أي أنهم لا يمتثلون للتعليمات الطبية، ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار، حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة، ونتيجة لذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم، ويظهر هؤلاء المرضى سلوكيات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمل المرضى ذواتهم، و لا ينتظمون في أغذيتهم وأحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك العلاجي الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض، أو على الأقل تجنب المضاعفات، حيث أن يمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة بالمريض فيما يخص التزامه العلاجي رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت

غير متوافقة تماما، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة "جيبسو" بأن الالتزام العلاجي ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال و صغار السن ،لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب الالتزام العلاجي لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء والدعم الاجتماعي المقدم لهم، وعلى العكس نجد أن المسنين قد يعانون من أمراض عضوية أخرى، أو من النسيان، أو عدم وجود المتكفلين بهم على عكس الأطفال الصغار ،كما أكدت بعض الدراسات على الدور الإيجابي للدعم الاجتماعي في زيادة الالتزام العلاجي لدى المرضى. فقد وجد "سبيكور" في دراسة أجراها سنة 1985م أن الأطفال المصابين بالربو يزداد التزامهم العلاجي في حال حصولهم على الدعم الاجتماعي فالأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي يمتلكون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم. يمكن القول أن المريض يلعب دورا محوريا في تحديد مستوى الالتزام بالبرنامج العلاجي بما في ذلك من تناول للأدوية، واتباع للحمية الغذائية، وممارسة للرياضة والامتنثال للإرشادات الطبية، هذا من خلال معتقدات المريض وانفعالاته وطريقة تقبله وإدراكه لمرضه، و هو ما يقودنا إلى عوامل أخرى تتعلق بطبيعة المرض في حد ذاته و هو ما سنوضحه في العنصر القادم .

(د. عبد الصمد صورية، 2020، ص204)

2-1-2.العوامل المتعلقة بالمرض: تؤثر طبيعة المرض على الالتزام العلاجي لدى المرضى بطرق مختلفة، فقد يزداد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعة المرض ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، و كيف يعيشها، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض:

• إيمان المريض .

• عدم وجود أعراض واضحة .

• أعراض ثابتة يمكن الاعتماد عليها .

• عدم وجود خطورة للمرض كما يحسها المريض بشكل ذاتي

إذ أن تشخيص الإصابة بالمرض، و ما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التغير بحكم المرض، وما يفرضه من اختلال على

الوظائف البيولوجية ، وما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغييرا إراديا من قبل المريض ، وحسب الباحثة شنايدر فإن أسباب عدم الالتزام العلاجي بسبب المرض يكون نتيجة :

. عدم ظهور الأعراض أو استمرارها .

. تحسن الحالة العلاجية للمريض (دون شفاؤه التام) .

كما يتأثر الالتزام العلاجي بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة الأخرى ، فتصبح مسألة الالتزام العلاجي تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاؤه ويحول دون تحسن حالته العلاجية ،وهنا يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعداها إلى تغييرات كثيرة في أسلوب حياة المريض ، والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن، ومضاعفات ،هـ وتعقيدات العلاج وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه ولاشك في أن طبيعة المرض وكيفية إدراكه من قبل المريض ومن المجتمع الذي يعيش فيه تؤثر في مدى التزام المريض بالخطة العلاجية الموضوعة، فكل مرض علاجه الخاص ومدته، وأثاره الجانبية، وهو ما يقودنا حتما إلى الحديث عن العوامل المتعلقة بالعلاج والتي تؤثر على الالتزام العلاجي للمريض في العنصر التالي.

(نوفل محمد ، 2011، ص25)

2-1-3 العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية (أو بالعلاج): لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف، وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة ، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج ،وتعقيداته، وفعاليتها، والأعراض الجانبية الناتجة عنه . وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية، ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله، ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي :

. **المعرفة المرتبطة بالعلاج:** إن المعرفة المرتبطة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد من الالتزام العلاجي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية العلاجية

تعقيدات النظام العلاجي: تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلباً على الإلتزام العلاجي سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم الإلتزام يعادل 15 % عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، و 25 % عندما يفوق خمسة أدوية.

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية و كثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الإلتزام العلاجي لدى المرضى وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الإلتزام والامتثال للعلاج صعباً لكون مدة العلاج طويلة جداً قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض.

-الاستشفاء: عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى في حالة قلق حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات ، حيث يخضع المريض لفحوصات تبدو غريبة له وغالباً ما يشعر هذا المريض بأنه محجوز في غرفته، وعليه التكيف مع الوضع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب مما كان تصوره وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس و انعدام التركيز بصفة عامة ، و بالرغم من هذا نجد ان المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم العلاجي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية، والحمية الغذائية إذ يؤكد "هيدبارغ"

39 % فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد فترة الاستشفاء، ويضيف كريس في دراسة على 300 مريض مكثوا بالمستشفى، أن 51 % منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48 % التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من خروجهم من المستشفى، في حين قدرت نسبة التغييرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم بـ 30 % بعد انتهاء نفس الفترة، وترتفع نسبة الإلتزام خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الدائمة الطبية.

(الفرج اسامة ،2009،ص 41)

2-1-4تحسن الأعراض: في هذا الصدد يرى بايدا وآخرون أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض، وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه، ويؤكد كوليس وآخرون في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي يخضعن للعلاج

الهرموني، أن تدهور الحالة العلاجية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسن الأعراض بالرغم من تلقي العلاج عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض العلاج، ونقص التزامه منو ، جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب، وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج .

2-1-5- الآثار الجانبية للعلاج: كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة ، في دراسة قام بها، "تورات وتيرجيس سنة 2000 "عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكلت عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم ،كما أثبتت دراسة قام بها "ليفنتا عام 1986" لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ ، ومما سبق تتضح أهمية العوامل المتعلقة بالمرض في تحديد مدى التزام العلاجي للمرضى، فمعرفة المريض بطبيعة علاج مرضه، من حيث الأهداف، وخطورة الانقطاع مدة البقاء بالمستشفى، والآثار الجانبية غير المرغوبة كلها عوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة موضوع التزم العلاجي للمرضى .

(عزيز فريال ناجي، 2007، ص 18)

2-2-العوامل الاجتماعية و الاقتصادية:

إن الوضع الاجتماعي، والاقتصادي، وكذلك المستوى التعليمي، والدخل كلها عوامل تؤثر على الإلتزام العلاجي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في التزامه العلاجي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض العلاجية و تشجيعه و المحافظة على جو الاستقرار العائلي ولا تتوقف المساندة على دعم العائلة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم امتلاك التأمين العلاجي يجعل مستوى الإلتزام العلاجي ينخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية، و الاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديات أكبر في تحقيق الإلتزام العلاجي الجيد، على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع.

2-3-العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض : يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية العلاجية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدام مصطلحات علمية معقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة .

لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام العلاجي وجودته لا تركز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية، وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية، ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات، أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا . كما أنه من أسباب عدم الإلتزام العلاجي لدى المرضى، ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه 23 % من الاستشارات لا يستطيع المريض الانتهاء من طرح أعراضه، وبث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي تقرير المنظمة العالمية للصحة أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج، و التي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول اختيار الحماية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة ، إذن فالعلاقة طبيب /مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الإلتزام العلاجي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء التفاوض، وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض أعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه، ومضاعفاته مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، وهو ما يرفع من درجة الإلتزام العلاجي لديه وهو ما يقود في نهاية المطاف إلى تجنب النتائج السلبية لعدم الإلتزام على الصعيد الاقتصادي والطبي.

(شيلي تايلور ، 2008، ص 80)

3-مراحل الالتزام بالعلاج:

C.Diclement و كارلو ديكلمنت Prochaska وضع هذا النموذج كل من بروشاسكا حيث قام "كارلو ديكلمنت" بداية في عام 1970 بتطبيق هذا النموذج على سلوك التدخين، ثم طبقه تدريجيا على سلوكيات صحية أخرى.

و قد ظهر هذا النموذج من خلال التحليل المقارن للنظريات الأساسية في العلاج النفسي و تغيير السلوك، و كان الهدف من ذلك هو الدمج المنظم لمجال كان قد تمت تجزئته إلى أكثر من ثلاثمائة نظرية للعلاج النفسي و قد طور "بروشاسكا" و "ديكلمنت" النموذج عبر النظري لتغيير السلوك باعتباره وسيلة لتوليف 18 معالجة معا لتصف العمليات المشاركة في توليد التغيير و الحفاظ عليه، حيث يدرك هذا النموذج ان تغيير السلوك هو عملية معقدة، و أن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، و ليس بالضرورة في ترتيب محدد و منطقي.

يشير الجزء الأساسي في نموذج عبر النظري لتغيير السلوك إلى أن الناس ينتقلون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية، و أنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان، و قد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل ان ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، و بذلك يمثل هذا النموذج غالبا بوصفه دوامة .

وفقا لهذا النموذج، فإن الأفراد لكي يقوموا بسلوك جديد، يجب أن يتحركوا خلال سلسلة من مراحل التغيير، و يستخدموا خلال هذه المراحل عمليات مختلفة يدعمون بها هذا التغيير، إذن هذا النموذج له بعدان أساسيان. (منصور حسين ، 2006، ص 60)

البعد الأول: مراحل التغيير

البعد الثاني: عمليات التغيير

و فيما يلي تفصيل القول في كل بعد منهما على حدا:

البعد الأول: مراحل التغير:**3-1. مرحلة ما قبل التفكير في الفعل:**

تظهر مرحلة ما قبل التفكير في الفعل عندما يكون الفرد ليس لديه نية لتغيير سلوكه، و عديد من الأفراد في هذه المرحلة يكون لديهم وعي بأنهم يعانون من مشكلة، في حين أن أسرهم و أصدقائهم أو جيرانهم أو زملائهم في العمل ربما يكونون على وعي بالمشكلة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، مثال ذلك، المدخن الغافل تماما عن المشكلات التي يسببها لأسرته.

و أحيانا يطلب الأفراد العالج في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، و لكنهم يفعلون ذلك فقط إذا تم

الضغط عليهم من قبل الآخرين و شعروا أنهم مجبورون على تغيير سلوكهم، و ليس مفاجئا أن هؤلاء

الأفراد غالبا ما يعودون لسلوكياتهم القديمة مرة أخرى

3-2. مرحلة التفكير في الفعل:

في هذه المرحلة يفكر الأفراد في المشكل الذي يعانون منه، و تكون لديهم نية تغيير السلوك ، فهم الستة أشهر القادمة، و لكنهم لم يتخذوا بعد أي فعل يمكن به إحداث تغيير في السلوك يكونون أكثر وعيا بالأدلة المؤيدة للتغيير، و الأدلة المعارضة له

و حسب بعض الدراسات المتوفرة في مجال الصحة العامة و علم النفس الصحة فإن أغلبية المدمنين الذين شملتهم البحوث الإكلينيكية يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين و أربع سنوات بدون أي تغيير يذكر في استعدادهم للانتقال إلى مرحلة جديدة

3-3. مرحلة الإعداد للفعل:

مرحلة الإعداد للفعل هي التي ينوي فيها الأفراد القيام بالفعل في المستقبل القريب، و عادة ما يقاس هذا المستقبل القريب باعتباره الشهر القادم، فهؤلاء الأفراد تكون لديهم خطة للقيام بالفعل، مثل الانضمام لفصل تعليم صحي أو استشارة المتخصصين، و في هذه المرحلة قد يعدل الأفراد السلوك المستهدف، مثال ذلك: تدخين الفرد كمية سجائر أقل من المعتاد، و لكنه لم يقم بعد بالتخلص الكلي من هذا السلوك

3-4. مرحلة الفعل:

و تبدأ هذه المرحلة بالانخراط الفعلي في سلوك جديد (التوقف عن التدخين مثال)، فتغيير السلوك الآن هو السمة العامة للأداء، و على الرغم من الاستهداف للانتكاسة في هذه المرحلة يكون مرتفعاً، فإنه عادة ما يتلقى الأفراد الكثير من الدعم من قبل عائلاتهم و أصدقائهم لأنهم التزموا بتغيير سلوكهم.

3-5. مرحلة الحفاظ على الفعل:

و في هذه المرحلة يعمل العميل على منع حدوث انتكاسات، و على متابعة المكاسب التي تحققت في مرحلة الفعل و زيادتها فالمغريات التي تحت هؤلاء الأفراد على الانتكاس تكون قليلة كما أن هؤلاء الأفراد يكونون أكثر ثقة في قدرتهم على الاستمرار في التغيير، و على أساس بيانات من كفاءة الذات لدى الأفراد و عوامل الإغراء التي يتعرضون لها فإن الاستمرار في الامتناع عن السلوك يستمر لفترة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى خمسة أعوام و في هذه المرحلة يتلقى الأفراد مساندة اجتماعية أقل لانهم انخرطوا بالفعل في العمل، و لكن لا يزال من الضروري تقديم الدعم للحفاظ على السلوك الجديد.

3-6. مرحلة الإنهاء:

و هي المرحلة التي لا يكون فيها الأفراد مستسلمون للإغراءات، و تكون لديهم كفاءة ذاتية كاملة، و مهما كانت معاناتهم من الاكتئاب أو القلق أو الوحدة أو الخوف أو أية ضغوط، فإنهم متأكدون من أنهم لن يعودوا إلى ممارسة العادات العلاجية السلبية مرة أخرى، و كأنهم لم يكتسبوا هذه العادات منذ البداية.

و على الرغم من أن بعض الأفراد يتحركون خلال مراحل التغيير بسرعة أكبر من غيرهم، و بعضهم الآخر قد يثبت عند مرحلة معينة لفترة طويلة، فإن جميع الأفراد يتحركون خلال سلسلة التغيرات المتتابعة نفسها، و يتحرك الشخص من مرحلة أخرى بطريقة حلزونية أكثر منها خطية، و ينتكس الأفراد إلى المرحلة السابقة، أو قد ينتكسون إلى مرحلة التفكير في الفعل أو ما قبل التفكير في الفعل، و من هذا المنطلق، فإن الأفراد ربما يتقدمون على فترات منفصلة خلال هذه المراحل حتى ينتهون من تغيير السلوك كلية، و بالتالي يمكن توقع الانتكاس، كما يمكن أن يعد هذا الانتكاس كخبرات تعلم تساعد الفرد على إعادة هذه الدورة بمختلف مراحلها من جديد.

(عباس بوعباس أحمد يوسف، 2010، ص33)

البعد الثاني: عمليات التغير:

عمليات التغير هي النشاطات السرية أو العلنية التي يستخدمها الأفراد للتقدم في مراحل التغير و هذه لعمليات تعد مرشدا مهما للأفراد في برامج التدخل.

و من عمليات التغير هذه على سبيل المثال عملية رفع درجة الوعي بوجود مشكلة و التي تعد أكثر ملائمة للأفراد في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، و عملية إعادة التقييم الذاتي، و هذه قد تكون ملائمة بشكل خاص للأفراد في مرحلة التفكير في الفعل، أما في مرحلة الفعل فإن عمليات التعزيز و علاقات المساعدة، قد تكون معينة لهم في هذه المرحلة كما أن هذه العمليات قد تكون ملائمة بشكل كبير أيضا في مرحلة الحفاظ على الفعل.

و يشير بروشاسكا إلى عمليات أخرى مثل إعادة التقييم البيئي، و هي تضم التقييمات المعرفية

لكيفية تأثير العادة الشخصية على البيئة الاجتماعية للفرد. Relief Dramatic

(صليحة عدودة، (2014/2015)، ص105)

4 -تفسير عدم الالتزام بالنسبة للمريض:

يمكن الكشف عن عدم الالتزام خلال الفحص، فعلى الطبيب طرح السؤال حول مدى التزام المريض بالعلاج الموصوف. و يمكن تقدير مدى التزام المريض بالنظر إلى النقاط التالية:

- الالتزام بمواعيد الفحص.
- السؤال غير المباشر للمريض فقد يقول بعض المرضى بأنه يصعب عليهم أخذ الدواء بانتظام يوميا، ما نفهمه، يحدث أن تؤجل أو تنسى أخذ الدواء عندما تكون مسافرا مثلا؟"
- يمكن استعمال استمارات و جداول ذات استعمال ذاتي لمتابعة أخذ الدواء و مقارنة ذلك بالجرعات الموصوفة.

و يمكن تفسير و ترجمة عدم التزام المريض بما يلي:

• رفض المريض خصوصاً عندما يكون مزمناً و مصحوب بآلام حادة " لا أتناول الدواء، إذن أنا لست مريض".

• رفض العلاج بتجاهله أو بسبب نقص المعلومات حول مرضه و تبرير العلاج الموصوف.

• الخوف من الأعراض الجانبية و خبرات الاستشفاء المتعلقة بالعلاج الكيميائي مثلاً.

• الخوف من عدم الشفاء:

- إحباط و يأس المريض عندما يعتقد أن مرضه غير قابل للشفاء

- حالة من الاكتئاب، و التي ترتبط بأمراض خطيرة (السرطان...) أو أمراض تسبب ألم مزمناً أو متكرراً.

• الرغبة في عدم الشفاء حقيقة، بسبب الفوائد التي تعود على المريض : التوقف عن العمل، التهرب من المسؤولية .

• رفض الطبيب ، لا سيما في حالات عدم فعالية العلاج و/أو سوء العلاقة طبيب _مريض، و من

ذلك:

- عندما يشعر المريض بعدم الفهم اتجاه مرضه و الأدوية الموصوفة له.

- عند عدم وجود علاقة ثقة بما فيه الكفاية مع الطبيب و فشل الطبيب عن الكشف عن رمزية الأعراض: المريض يعبر عن الخلل الجسدي. المريض يبحث بطريقة شعورية أو لاشعورية عن التعبير عن معاناته العميقة.

• رفض المحيط الذي لا يفهم المريض، و الذي لا يأخذ المريض على محمل الجد(مريض

مسن، غير صالح، غير قابل للشفاء...).

• رفض التبعية و التدهور بالنسبة للمرض، العلاج، الطبيب و تعبر عن طلب المريض لتمكينه و

الاستفادة من التعليم العلاجي الجيد الذي يساعد على تحسين إدارة المرض وعلاجه.

(لكل رقيقة ، 2010/2011، ص46)

5-أسباب عدم الالتزام العلاجي:

من الخطأ الاعتقاد أن لا مبرر للمرضى لرفض العلاج. بعض الأسباب التي يقدمها المرضى مشروعة جدا.

القائمة التي تتبادر للذهن، هي إجابة السؤال: "لماذا يرفض المرضى تناول دوائهم؟"، و الرد يكون:

-لأنهم لا يحتاجون إليها

-نظرا للآثار الجانبية غير السارة

-نقص التفسير و الشرح

-لأن موقف الطبيب معهم كان موقف ازدراء و استهزاء

-لأننا لا نقدم أي شيء آخر غير الأدوية

-لأن معظم الناس لا تأخذ الأدوية الخاصة بهم

-لأنهم ضد الأدوية

-لأن هناك من نصحهم بهذا

-لأنهم يخشون من الآثار المتوقعة من العلاج

-لأنهم على قناعة بأنهم ليسوا مرضى

-لأنهم يعتقدون أنهم يتناولون السم...

(لكل رقيقة ، 2010/2011، ص47)

6-أنواع عدم الالتزام العلاجي:

هناك أنواع مختلفة من عدم الالتزام، ففي ما يتعلق بالعملية المعرفية للالتزام يمكن أن يقسم إلى :

• عدم الالتزام غير المنتظم : و يتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية و تداخلاتها.

• عدم الالتزام اللاواعي : و يتعلق بإتباع الوصفات و التعليمات الطبية، كاستعمال الخاطئ للأدوية و الأجهزة .

• عدم الالتزام المتعمد : و يتعلق بإنكار المرض، الخوف من الآثار الجانبية للأدوية و رفض الشروط المتعلقة بالأدوية...

من ناحية أخرى يمكن تصنيف عدم الالتزام حسب تردد اخذ الدواء من طرف المريض، حيث يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض الملتزم. أخذ الأدوية مجتمعة شائع أيضا، و التي تزيد لدى المريض الذي يقرر تعديل الوصفة الأولية مع حياته. فهو يحترم عدد من الأدوية التي تؤخذ يوميا دون اعتبار للوقت و تردد جرعات أخذها. مثل هذا السلوك قد يكون له آثار وخيمة على صحة المريض و فعالية الدواء.

التوقف الوقتي يتعلق أساسا بصعوبات متابعة أخذ العلاج الذي يرتبط باقتناع المريض به و قبوله منذ البداية. هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم الغرض من الدواء أو لا يرغبون أساس في العلاج قد يرجع هذا على سبيل المثال للاكتئاب .

و أخيرا، بعض المرضى يأخذ عدد أكبر من الأدوية المحددة من قبل الطبيب. هم نفس أنواع المرضى الذين يقررون وقف دواء أو زيادة جرعات دواء آخر. (لكل رقيقة، 2010/2011، ص43)

7- معالجة عدم الالتزام بالعلاج:

تكتسب مسألة التقليل من عدم الالتزام أهمية كبيرة عند الحديث عن أهمية الدور الذي يلعبه تغيير أسلوب الحياة في تحسين الصحة و تجنب المرض، و غالبا ما يصعب استيعاب الحديث عن مثل هذه القضايا من قبل الأطباء الأكثر سنا، فإرشاد المرضى حول القضايا التي تتعلق بتعزيز الصحة، و تغيير العادات العلاجية، لم يكن جزءا من النشاطات التقليدية للطبيب، لكنه يلقي مزيدا من التشجيع في الوقت الحاضر، فقد أصبح الأطباء اليوم يدركون أن تعديل سلوك المريض فيما يتعلق بتعاطي الكحول، و تغيير الحمية الغذائية المتبعة، وممارسة التمارين بانتظام، و تخفيض مستويات الكوليسترول، كلها من الأهداف المهمة لمرضاهم، بما فيهم المراهقون و اليافعون، ولأن هذه التغييرات في نمط الحياة تشير إلى تلك السلوكيات التي تظهر مستويات متدنية من الالتزام، فإن تدريب الأطباء على التواصل الفعال بغرض تغيير هذه

السلوكيات و زيادة الإلتزام بالعلاج، أصبح من الأهداف المهمة و الأساسية، أما استراتيجيات التقليل من عدم الإلتزام فكثيرة و متنوعة، و فيما يلي بعض نتائج الأبحاث التي يمكن أن تساعد في إيجاد أفضل السبل لتحسين مستوى الإلتزام:

1. الاستماع للمريض.
2. الطلب من المريض تكرار ما يتوجب عليه القيام به.
3. تحرير الوصفة العلاجية ببساطة ووضوح.
4. تقديم تعليمات واضحة حول برنامج العلاج، و يفضل أن تكون مكتوبة.
5. الاستعانة باللاصق الموجود على غالف علبة الدواء، و بالروزنامة لتذكير المريض بموعد عالجته.
6. الاتصال بالمريض في حال تخلفه عن مواعده.
7. وصف برنامج العناية بالذات، بحيث ينسجم مع البرنامج اليومي للمريض.
8. التركيز في كل زيارة على أهمية الإلتزام .
9. تخصيص جزء من الزيارات المتكررة لمسائل الإلتزام.
10. الثناء في كل زيارة على ما يبذله المريض من جهود في مجال الإلتزام.
11. العمل على توسيع دائرة المشاركة، لتشمل شريك المريض أو أسرته أو أصدقائه.
12. تزويد المريض بالتعليمات و النصائح في بداية عرض المعلومات.
13. التأكيد على أهمية التعليمات و النصائح أمام المريض و أسرته.
14. استخدام كلمات و عبارات قصيرة.
15. استخدام تصنيفات واضحة كلما كان ذلك ممكنا.
16. تكرار الأشياء و المعلومات كلما كان ذلك مجديا.

17. إعطاء المريض نصحا دقيقا و مفصلا.

18. التعرف على هموم المريض، و عدم حصر المناقشة بجمع المعلومات الطبية.

19. محاولة استكشاف توقعات المريض حول مرضه و علاقته بالطبيب، و إذا كانت لديه مصاعب، فمن الضروري تسهيلها بالطرق المبسطة.

20. توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض و أسبابه.

21. تجنب المصطلحات الطبية المعقدة.

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه حول الإلتزام العلاجي أو الإلتزام بالعلاج، يتضح لنا أهميته في التصدي للمرض و التكيف معه، لا سيما إذ تعلق الامر بذوي الأمراض المزمنة كمرضى العجز الكلوي، أين يتطلب الأمر التزم كلي بالنصائح المقدمة من قبل المختصين في مجال الرعاية العلاجية، و تغيير نوعي في أسلوب الحياة و ذلك ضمانا لعدم تفاقم المرض و التعايش معه.

الجانب التطبيقي

فصل خامس

إجراءات منهجية البحث

تمهيد:

يتناول هذا الفصل إجراءات منهجية البحث، التي سنوضح بها الخطوات في دراستنا و كيفية تقربنا من الميدان ،سواء من حيث الدراسة الاستطلاعية حيث تناولنا فيها عدة عناصر من بينها حالة الثمرن على اختبار الرورشاخ... ، و تطرقنا أيضا إلى منهج البحث ،مجموعة البحث ، ادوات البحث و الكيفية التي يتم بها التطبيق و الميداني ،لننهى الفصل بنقطة متعلقة بكيفية تحليل المعطيات .

1 - الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة استكشافية و هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان، فيما يضيفي صفة الموضوعية في البحث و الابتعاد قدر الإمكان عن الذاتية و التصور، كما تسمح كذلك على الظروف و الإمكانيات المتوفرة في الميدان و مدى صلاحية أدوات المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تعرف الباحث على الظاهرة التي يرغب في دراستها و جمع المعطيات و البيانات عنها، و استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث، و التعرف على العقوبات التي تقف في طريق إجراء البحث و كذلك صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لدراستها دراسة معمقة، و كذلك تهدف إلى التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق العلمي و ذلك لاستنباطها من البيانات و المعطيات التي يقوم الباحث بتناولها. (عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص38)

1-1 استطلاع ميدان البحث:

انصب تفكيرنا في بداية عملنا على البحث عن موضوع العجز الكلوي لذلك توجهنا إلى مستشفى ندير محمد بتيزي وزو، الذي تم استقبالنا من طرف رئيس مصلحة تصفية الدم والذي امضى لنا رخصة العمل و بعد ذلك عرفنا على مختلف الاقسام منها قسم المخصص للدياليز. تمت الدراسة الاستطلاعية بالمركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، يوم 2022/08/21 الى غاية 2022/09/15.

و سنقدم في الفقرة التالية التعريف بالمركز الاستشفائي و مختلف أقسامه.

تعريف المركز الاستشفائي ندير محمد

مؤسسة عامة الذي تتم فيه توفير الرعاية بواسطة متخصصين والطلاب ذوي خبرة المستشفى الجامعي وفيه يتم اسعاف كل الاستعجالات الطبية على الأجهزة الرئيسية من اجل تشخيص وعلاج المرضى ويعود تأسيسه الى 28 جولية 1955 من خلال المرسوم 1988 تحويل الى المركز الاستشفائي جامعي.

الاقسام المتواجدة في المستشفى

قسم جراحة الاعصاب ، قسم امراض القلب، الاستعجالات الجراحية، امراض المعدية للرجال، انعاش طبي، الانعاش الجراحي، قسم الطب الداخلي، قسم جراحة العظام، قسم الامراض القلبية، قسم الامراض العقلية، قسم امراض الكلى، قسم تصفية الدم، قسم التصوير الاشعاعي، الصيدلانية، قسم طب الاطفال ، في مركز معالجة الادمان carta

تعريف المصلحة

هي مصلحة تختص بكافة امراض الكلى والتصفية الدم وتحتوي على قسمين فيهما آلات لتصفية الدم وقسم اخر فيه يتم معالجة كل الامراض التي تصيب الكلى، فيه رواقين واحد للنساء واخر للرجال وكل واحد منهما يحتوي على ثلاث غرف، بثلاث اسرى للمرضى وفيه مكتبين للأطباء وغرفة خاصة لمناقشة المسائل المتعلقة بالمرضى، و فيه رئيس القسم واطباء متخصصين ، اخصائي علم النفس، واطباء مقيمين وممرضين وعمال صيانة وعمال النظافة.

1-2 إيجاد مجموعة البحث:

اعتمدنا في إيجاد مجموعة بحثنا على استبيان الالتزام العلاجي لدى مرضى العجز الكلوي الملازمين لآلة تصفية الدم، و ذلك لمعرفة الملزمين و غير الملزمين.

استبيان "الالتزام العلاجي لدى مرضى العجز الكلوي الملازمين لآلة تصفية الدم".

أعد المقياس بهدف قياس الالتزام العلاجي لدى مرضى العجز الكلوي يتضمن المقياس 30 بندا موزعة على ثلاثة محاور أساسية بالإضافة إلى محور المعلومات العامة، وتتنوع البنود على مختلف المحاور كالتالي:

المحور 1 :العبارات و يضم الالتزام بتناول الدواء: (1,2,5,6,11,12,17,18,23,22)

المحور 2 :الالتزام بزيارة الطبيب و الفحوصات ويضم العبارات (10,9,4,3,15,16,21,26)

المحور 3: تغيير نمط الحياة و يضم العبارات

(28,27,25,24,20,19,14,13,8,7, 30,29)

تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الأربع. وذلك بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة، وهي قليلا، أحيانا، كثيرا، دائما،

مفتاح التصحيح: تصحح بنود المقياس كالتالي:

قليلا (1) ، أحيانا (2) ، كثيرا (3) ، دائما (4)

في العبارات الموجبة و العكس أي:

قليلا (4)، أحيانا (3) ، كثيرا (2) ، دائما(1)

العبارات السالبة هي:

29,22,20,18,13,12,10,9,8,7,6,5

اما العبارات الباقية فهي موجبة حيث الدرجة 30 أقل درجة و 120 أكبر درجة وتصنف درجات الإجابة كالتالي:

الالتزام صحي ضعيف: أقل من 60 درجة

الالتزام صحي متوسط: من 61 درجة إلى 90 درجة

الالتزام صحي مرتفع: أكبر من 90 درجة.

تم إيجاد مجموعة بحثنا المكونة من حالتين، التي اخترناها بعد التأكد من نسبة الالتزام المرتفعة لدى الحالتين.

3-1 حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان "الالتزام العلاجي لدى مرضى العجز الكلوي المزمن لآلة تصفية الدم".

حساب الثبات:

قمنا بتطبيق استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى المصابين بالعجز الكلوي الخاضعين للدياليز (تصفية الدم) ثم قسمنا الاستبيان الى فئتين بنود فردية وزوجية في حساب معامل الارتباط بينهما استخدمنا معامل الارتباط بيرسون ثم معامل الارتباط سبيرمان و بروان كما هو موضح في المعطيات التالية:

-معامل الارتباط بيرسون الذي كانت نتيجته: $R=23.83$

ثم نحسب معامل الارتباط بيرسون الى معامل ثبات سبيرمان بروان الذي يساوي :

$$r^2 \div r + 1$$

$$R=47.66 \div 24.83$$

$$R=1.91$$

حساب الصدق:

الصدق الذاتي:

وهو يمثل العلاقة بين الصدق والثبات، وهو صدق الدرجات التجريبية للاختبار بالنسبة للدرجات الحقيقة التي خلصت من أخطاء القياس ويحسب وفق المعادلة التالية:

$$\text{الثبات} \checkmark \text{معامل} =$$

$$= \checkmark 1.91$$

$$\text{الصدق الذاتي} = 0.38$$

من هنا نثبت صدق الاستبيان.

1- 4 بناء دليل المقابلة:

ترتبط المقابلة بوجود دليل المقابلة و هو عبارة عن مجموعة من الأسئلة يقوم الباحث بكتابتها و التي تعينه على حصر المقابلة مع الأخذ بعين الاعتبار أثناء كتابة الاسئلة التسلسل المنطقي بتدرجها و ترابطها و تدرجها و عدم تداخلها، و الذي يكون متفاوتة البناء إذ يتعلق الأمر بمجموعة منظمة من التعليمات و التي تبني دليل المقابلة لغرض جمع المعلومات و المعطيات التي تخدم دراستنا.(عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص30). إن دليل المقابلة أداة يستعملها العيادي الباحث لجمع المعطيات حول الحالة المدروسة للمبحوثين، كما يستعمله المختص النفسي العيادي للإصغاء للمفحوصين، و في هذه الحالة نشير أن دليل المقابلة يطبق في المقابلة العيادية النصف موجهة. و تعرف هذه بانها "محادثة يقوم بها فرد مع اخر، يهدف حصوله على انواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي او الاستعانة بها في عملية التوجيه و التشخيص و العلاج، كما تعرف بانها تفاعل لفظي بين شخصين او اكثر في موقف مواجهة، وهناك معلومات و بيانات يمكن الحصول عليها بمقابلة الباحث للمبحوث وجها لوجه". (محمد خليل عباس و اخرون 2007ص50).

بنينا دليل مقابلة يتكون من عدة محاور، و الذي تم تصحيحه عدة مرات، حتى نفرق بين الاسئلة الموجهة التي قد يستجيب لها المبحوثين "بنعم" او "لا" و الاجابات الغير موجهة التي تسهل تعبيرهم، لذلك عمدنا في دليل المقابلة إلى استخدام ما أسميناه تعليمة عامة حتى نضمن تعبيراً تلقائياً مفتوحاً من طرف المبحوثين، كما عمدنا أيضاً إلى مجموعة التعليمات الجزئية التي ستساعدنا في تحفيز كل الجوانب التي لم يتطرقوا لها بعد تدعيمنا لهم الموضوع التعبيري المحوري الذي تناولته التعليمة العامة.

دليل المقابلة:

المحور الاول: المعلومات الشخصية

الاسم ، السن ،الجنس ،المهنة ،الحالة المدنية ، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي .

المحور الثاني: الحياة الطفولية و العلائقية

يساعدنا هذا المحور للتواصل للمعلومات المتعلقة بمرحلة الطفولة والعلائقية التي عاشها المرضى

التعليمة الأساسية :

هدر لي على صغرك

التعليمية الأساسية للحصول على خمسة انواع من المعطيات هي العلاقة مع الام الاب والاخوات والأخوة والمحيط الخارجي وفي حاله عدم تطرق المبحوثين للمعطيات السابقة نلجأ الى طرح التعليمية الجزئية و هي :

هدر لي على علاقتك مع امك

هدر لي على علاقتك مع باباك

كيفاش كانت علاقتك مع خوتك

كيفاش كانت علاقتك مع خياتك

كيفاش كانت علاقتك مع الناس الاخرين

المحور الثالث :الحياة المدرسية

يهدف هذا المحور للتواصل الى كيفيه عيش المبحوثين لمرحلة التمدرس وكيفية استثمارهم للدراسة وكذلك معرفة نوع العلاقة في تلك الفترة

التعليمية الأساسية:

هدر لي واش تشفى كي كنت تقرا

نتحصل من خلال هذه التعليمية على نظرة المبحوثين للمدرسة و التمدرس ونوع العلاقة التي تربطهم مع المعلمين والمعلمات وكذلك الزملاء والزميلات وما هي الاشياء التي ساعدتهم في النجاح و العكس كذلك مدى استثمار المبحوثين لهذه الفترة وفي حاله غياب المعطيات السابقة يشجع المبحوثين ونحسهم على التعبير عنها

التعليمات الجزئية:

كيفاش كانت علاقتك مع المعلمين والمعلمات

كيفاش كانت علاقتك مع الزملاء والزميلات

واش هي الحاجات اللي ما خلاتكش تتجج في للقراية

واش هي الحاجه اللي تستقاد منها كي كنت تقرا

لو كان ترجع القرايه واش من الصف تولي ليه

المحور الرابع : البلوغ والمراهقة

يهدف هذا المحور للتحصل على المعلومات حول مرحله المراهقة للمبحوثين وكذلك مدى تقبلهم النمو

الجسدي الجديد وتجاوز مرحلة الطفولة الى فكرة بداية كبر السن و بداية مسؤوليات جديدة

التعليمية الأساسية:

كي كبرت وصلت 17 18 سنة للفوق تشفى كيفاه كنت في هذاك الوقت

الهدف من التعليمية الأساسية هو الحصول على المعطيات التالية :

ما الذي تغير فيه في هذا السن كيف اصبحت العلاقة مع اهلك و العلاقة مع العالم الخارجي وفي حال

غياب احد المعطيات نسعى لتحفيز المبحوثين للتعبير عنها

التعليمية الجزئية:

واش تبدل فيك في هاد السن

كيفاش ولات علاقتك مع اهلك

كيفاش ولات علاقتك مع العالم الخارجي

المحور الخامس : الحياة الزوجية

يهدف هذا المحور للتحصل على المعلومات حول الحياة الزوجية للمبحوثين وعلاقتهم مع شريك الحياة

التعليمية الأساسية : هدر لي على زواجك

نتحصل من خلالها على المعلومات التالية كيفية معرفة للزوج او الزوجة كيف كانت العلاقة وكيف

اصبحت مع الزواج كيف اصبحت العلاقة مع اهلك بعد الزواج ، العلاقة مع اهل الزوج ، مدى الرضا

عن الحياة الزوجية في حالة غياب العناصر المذكورة في التعليمات الأساسية نقوم بطاها على المبحوثين في تعليمات جزئية

كيفاش عرفت الزوج او الزوجة ديالك

كيفاش كانت وكيفاش ولات علاقتك مع الزوج

كيفاش هي علاقتك مع اهل الزوجك

قولى اذا راك راضي على حياتك الزوجية

المحور السادس: الحياة المهنية

يهدف هذا المحور الى معرفة المعلومات المتعلقة في مجال عمل المبحوثين

التعليمات الأساسية :

كيفاش راك في الخدمة ديالك هدر لي عليها

نتحصل من خلال هذه التعليمات على نظرة المبحوثين للعمل من خلال المعطيات التالية

الصعوبات التي واجهها للحصول على هذا العمل العلاقة مع المدير العلاقة مع زملائي في العمل مدى الرضا عن العمل اذ لم نتحصل على جانب من جوانب المعطيات المذكورة سابقا نتطرق الى تشجيعهم للتعبير عنها في التعليمات الجزئية

لقيت صعوبات باش تحصلت على خدمتك وكيفاش لقيتها

كيفاش علاقتك مع مديرك

كيفاش علاقتك مع زملائك وزميلاتك

راك راضي على خدمتك

المحور السابع : الاحداث الهامة في الحياة

التعليمات الأساسية : هدر لي على الاحداث لصراحتك في حياتك

التعليمات الجزئية:

واش هي الحاجات لي خلاتك تفرح في حياتك

واش هي الحاجات لي وجعاتك في حياتك

المحور الثامن : معاش المرض والعلاج

التعليمية الأساسية : هدر لي على المرض تاعك

التعليمات الجزئية :

كيفاش كشفت المرض تاعك

كيفاش درت كيف عرفت باللي راك مريض

كيفاش ولات المعاملة تاعك مع اهلك

المحور التاسع : المعاش العلاجي والالتزام به

التعليمية الأساسية : هدر لي على العلاج تاع مرضك وكيفاش تتعامل معاه

كيفاشكانو يداووك

كيفاش درت كي عرفت بلي تدير ليموديايز

واش راك في ليموديايز

شحال من مري تجي ليديايز

تجي فلوقت

راك متبع حمية

راك تدير واش يقولو لك الاطباء

1-5 التمرن على اختبار الرورشارخ

عرض برتوكول الورشاخ لحالة: "فريزة"

تم تطبيق الاختبار على "فايزة" يوم 2022/07/25 على الساعة 15:30 إلى غاية 15:43 .

رقم اللوحة	زمن الكمون	الإجابة	التحقيق	التنقيط
I.	"18"	[^] 1- شخصين امسكا يدي بعضهما 57"	شخصين امسكا يدي بعضهما G	G Kan H
II.	"0.44"	[^] <> 2- قردين امسكا ببعض 3- رأسين 4- رجلين 2"	قردين امسكا بيدي بعض راسين الرجلين dbcf3	G Kan A D F- DH D F- DH
III.	"13"	[^] 5- قلبين متقاربين 45"	قلبين متقاربين G	G F- Anat
IV.	"16"	[^] <> 6- عصفور يطير 51"	عصفور يطير G	G Kan A
V.	"20"	[^] <>V Choque 7- عصافير داخل عش 8- الفراشة 1"	عصافير داخل عش DbI	D/D F+ A G F+ ban

G Kan clob	وحشين براسين G	9- وحشين فتح فمهما جلسا على شيء 1 "	"22	.VI
G Kan A D F- Anat	G حيوانات تتخاصم D6 عمود الفقري	11- حيوانات تتخاصم 12- عمود الفقري 1 "	"22	.VII
G k H	شخصين منحنيين G	13 شخصين منحنيين جلسا على الارض 1 .	"50	.VII
D Kan A G K H obj	شخصين جالسين G	14- طائر يطير 15- شخصين امسكا بشي 1 "	"35	.IX
D/G F clob A	وحشين و يديه G	16- وحشين و يديه 1"	"20	.X

المخطط النفسي : لحالة "فريزة"

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 7	F+ = 2	G= 9	R= 15
H= 4	F- =4	D/G= 1	Ttotal= 13 ‘
Anat= 2	S. de F= 6	G%= 66.66%	Ban= 1
Obj= 1	K= 2	D= 4	F%=40%
	Kan= 6	D/D= 1	F%élarg=100%
	Clob= 1	D%= 33.33%	F+%=33.33%
	F Clob= 1		F+%élarg=11%
			A%=46.66%
			H%=26.66%

تحليل برتوكول حالة "فريزة"

الإنتاجية:

قدمت المبحوثة إنتاجية منخفضة من الناحية الكمية، حيث بلغ عدد الاجابات في برتوكول الرورشاخ "لفايزة" 15 إجابة في وقت بلغ 13 دقيقة، عند مقارنة عدد إجابات المبحوثة بمعايير جامعة باريس 05 في المجتمع الغربي و التي تتراوح بين 25 و 35 إجابة، نجد أن إجابات "فايزة" أقل من هذا المعيار و بالتالي هذه النتيجة تظهر الكف على المستوى الانتاجي، أما عند مقارنة عدد إجابات هذه المبحوثة بالمعايير التي قدمها (سي موسي و بن خليفة 2004) في المجتمع الجزائري و التي تصل إلى 22 إجابة عند الراشد، نجد أن إجاباتها بعيدة عن هذا المعيار و هذا ما يؤكد الكف. و الاختلاف الملاحظ بين المعيارين في الدراسة الفرنسية و الجزائرية أرجعه كل من سي موسي و بن خليفة إلى أن مجتمعنا قليل التعبير عن المشاعر و الوجدان.

بالرجوع إلى الزمن المستغرق في تقديم الإجابات نجد أن زمن البرتوكول بلغ 13 دقيقة و هو زمن قصير مقارنة بمعايير جامعة باريس 05 التي يتراوح بين (20 إلى 30 دقيقة)، و بالتالي نجد أن زمن الإجابة الواحدة 1.3 دقيقة، و في هذه الحالة نلاحظ ارتفاع في الزمن الذي تستغرقه المبحوثة في تقديم إجابة واحدة، مما يظهر الكف من جهة أخرى.

لم نسجل في البرتوكول وجود إجابات إضافية، و رغم تحفيز المبحوثة على التعبير إلا أنها لم تعطي و لو إجابة إضافية واحدة، مما يؤكد الكف الذي تميزت به الحالة. و لم نسجل في البرتوكول أي لوحة مرفوضة.

السياقات العقلية:

أنماط التناول:

يشمل البرتوكول على نوعين من أنماط التناول التي تتمثل في الإجابات الشاملة و الإجابات الجزئية، و هي متوازنة مع $G=66.66\%$ بالتالي تظهر الإجابات الشاملة أنها تغلب في البرتوكول بنسبة معايير جامعة باريس 05 التي تكون بين (50-70) مما يدل على التكيف مع الواقع الموضوعي، لكن ($G=36\%$) عند مقارنة النسبة التي تحصلت عليها المبحوثة مع نتائج (سي موسي وبن خليفة) نجد أنها تظهر مرتفعة إذ تدل على ميكانيزم دفاعي يعمل على مقاومة الواقع الداخلي ألا و هو (ميكانيزم الكبت)، و عزل العواطف و التصورات. و كذلك ظهور نوع من الهشاشة المتعلقة بالصورة الجسدية.

و بمقارنتها بنتائج جامعة باريس 05 ($D=33.33\%$) يحتوي البرتوكول على إجابات جزئية بنسبة تعادل فالنسبة التي تحصلت عليها المبحوثة منخفضة و تفسر كإهمال المبحوثة للتفاصيل ($D=60-68\%$) و عدم قدرتها على التمسك بالواقع. و عند مقارنة نسبة إجابات المبحوثة بنتائج الدراسة في المجتمع و نجدها منخفضة مما يؤكد عدم استثمار ($D=53\%$) لدى الراشد تقدر ب $D\%$ الجزائري حيث الواقع الخارجي، و عدم القدرة على إدراك الأشياء الكلية، و بالتالي تكون الصورة الجسدية هشة و غير موحدة. غير موجودة. (Dd) و يظهر من خلال البرتوكول أن الإجابات الجزئية الصغيرة .

المحددات:

جاءت المحددات الشكلية لدى المفحوصة مرتفعة اذ تقدر ب $F\% = 60\%$ وهي نسبة متناسبة مقارنة بالمعايير المحددة 50 70% مما يدل على التحكم في الواقع الداخلي من خلال الاستثمار المكثف للشكل (Chabert , c. 1997. P121)

جاءت المحددات الشكلية الإيجابية بنسبة $F+\% = 33.33\%$ وهذه المحددات الشكلية الإيجابية تكراراتها المنخفضة مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 (70 80 %) وهذا يدل على نوع من الهشاشة في بناء الواقع ويشير الى انخفاض ميكانيزم التكيف الهادف الى وضع حدود بين الداخل المتمثل في نزوات والهوامات والخارج المتمثل في الواقع

المحتويات :

نجد في البروتوكول تنوع نسبيا في المحتويات A, H, Anat, Obj وما نلاحظه ان المحتويات الإنسانية في البروتوكول تقدر ب $H=4$ بنسبة $H\% = 26.66\%$: وهي نسبة مرتفعة وغير متناسبة مع المعايير المقدمة من طرف جامعة باريس 5 وهي 15 و 20 % وهذا ما يوحي الى عدم قدرة المفحوصة على تقمص الصورة الإنسانية و وجود كف في العلاقات الإنسانية (Chabert , c. 1997 . P192)

وظهرت في اللوحة III التي تبين وجود حركة إنسانية لكنها جاءت غير معرفة مما يدل على صعوبة تقمصية جنسية

اما المحتوى الحيواني $A=7$ فهو اقل بنسبة $A\% = 46.66\%$ وهي نسبه مرتفعة مقارنة بمعايير جامعه باريس 5 التي تقدر ب (30 45%)

مما يدل على وجود ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الاشخاص فهي تتجنب العلاقات الإنسانية التي تكون مصدر القلق ولذلك تتم تجنبها

الاعتماد على المحتوى الحيوان وقد ظهرت في اللوحات I,IV,V,X وهي كلها محتويات تدل على الهشاشة في الصورة الجسدية الديناميكية الصراعية:

يتجلى في بروتوكول فريزة ظهرت إجابة حركية من نوع انساني $k=2$ وردت في اللوحة III اتمثلت في " زوج عباد يتخاصموا" مما يدل على تجاوز وتدارك الوضع بإعطاء إجابة إنسانية رغم عدم تعاملها مع اللون

الاحمر الذي يعد واقع مادي اللوحة بما يشير الى استثمار العالم الانساني للمفحوصة و عن الحركات النزوية ، و اللوحة VII تمثلت في "زوج بنات قاعدين على شيء " (Chabert, c. 1983 . P156)

وردت إجابة حركية من نوع حيواني $kan=6$ وردت في اللوحة VIII تمثلت في " ذئبين يطلعو للشجرة " يشير التحليل الداخلي للمفحوصة الى الطابع منطوي مزدوج لطبيعة السيرة النفسي حيث يلمس عندما الاستثمار للوجدان في مقابل ظهور الحركات الفكرية $TRI=2K/0C$ التي تشير الى هشاشة الجهاز النفسي وتتعهد في البروتوكول إجابات لونية مما يدل على غياب الوجدان (Chabert, c. 1997 . P118)

العوامل الإضافية :

اما في ما يخص اختبار الاختيارات الإيجابية والسلبية منعدمه يتضمن البروتوكول الحالة صدمت في اللوحات IV,V,VI,X تظهر النتائج هشاشة الانتاج الاسقاطي لدى الحالة بحيث تتميز بالكف وانعدام التعبير عن العواطف وكذلك الصعوبات العلائقية تظهر من خلال المحتويات الحيوانية التي غلبت في البروتوكول وكذا الصعوبات التقمصية الجنسية.

خلاصة التحليل الشامل لبروتوكول الروشارخ لحالة فريزة :

تنتج الإنتاجية العامة للمفحوصة نحو الكف الذي ظهر في عدد الاجابات القليلة المقدمة التي بلغت 16 إجابة فقط في وقت قدره 13" دقائق كما احتوى البروتوكول على إجابة واحدة اضافية مما يدل على افتقار الانتاج لدى الحالة والكف

فيما يخص تناول فقد جاءت الاجابات الكلية G بنسبة بلغت 66.66% حيث طغت في البروتوكول والتي تدل على وجود

ميكانيزم دفاعي وهو مقاومة ظهور الواقع الداخلي كما تدل على الخمول والكبت وتستعمل لعزل العواطف والتصورات اما الاجابات الجزئية الكبيرة فقد بلغت نسبتها $D=33.33\%$ وهي تدل على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي في حين جاءت الاجابات المبتذلة الحيوانية $Ban=1$ مما يدل على هشاشة الصورة الجسدية وتفككها.

كما اظهر البروتوكول عدم قدرة المفحوصة على تقمص صورة إنسانية من خلال نسبة الاجابات الإنسانية $H=26.66\%$ وهذا يدل على هشاشة واضطراب الصورة الجسدية

كما نلاحظ في البروتوكول قلة الحركة الإنسانية مما يشير الى وجود صعوبة في التقمص الجنسي للصورة الإنسانية وعدم ارضان الصراعات وتجنب العلاقات و الانعزال بينما نلاحظ الاجابات الحيوانية في البروتوكول والتي بلغت $A=46.66\%$ وهي اجابات ذا محتوى سلبي وغياب الاستجابات اللونية مما يدل على الافتقار العاطفي.

1-6 الموافقة على المشاركة في البحث:

استمارة البحث:

هي عبارة عن وثيقة تهدف إلى إعطاء فكرة عامة عن طبيعة البحث و ما يترتب عن المشاركة فيه، حيث تحتوي على أدق التفاصيل و المعلومات التي تشمل البحث، فقد قمنا ببناء استمارة الموافقة على المشاركة في البحث الميداني و ذلك بطلب من الأستاذة المشرفة التي قامت بتصحيحها و تعديلها، فهي موجهة للمبحوثين و تم فيه تحديد عنوان بحثنا، تحديد عدد الحصص التي سيجري فيها البحث، مع تحديد الشروط الضرورية و التأكيد على المبحوثين على أهمية الإمضاء على الاستمارة.

موضوع البحث:

خصائص الانتاج الاسقاطي لدى الرشيد الخاضع لأله تصفيه الدم المتميز بالالتزام او عدم الالتزام العلاجي دراسة عيادية لأربعة حالات من خلال اختبار الرشاخ

اسماء الباحثين

1- عيود زاكية طالبة السنة الثانية ماستر علم النفس صحة

2- قاتر زاهية طالبة السنة الثانية ماستر علم النفس صحة

إطار البحث: قسم علم النفس تخصص عيادي

مكان البحث: مستشفى ندير محمد بتيزي وزو CHU

ان الاستمارة تهدف الى اعطاء فكرة عامة عن طبيعة البحث ما يترتب عنه لا تتردد لإعطاء التفاصيل والمعلومات وخذوا وقتكم في ما يتعلق في فهم كل المعطيات وستكون كل المعلومات سرية وفي اطار البحث

الهدف من البحث فهم فئة مرضى العجز الكلوي الملازمين لآلة تصفية الدم

هذا البحث يتطلب حصص وكل حصة يمكنكم التحدث في ما تريدون

-الحصة الأولى: استبيان الالتزام العلاجي

-الحصة الثانية: نقوم بالتقديم عن أنفسنا ثم طلب منهم المشاركة في البحث ثم بعد موافقتهم نطلب منهم الإمضاء على الاستمارة.

-الحصة الثالثة: اختبار الورشاخ

-الحصة الرابعة دليل المقابلة يمكنكم التعبير عن جميع المواضيع لأجل فهمكم أكثر

- الحصة الخامسة اعادة نتائج اختبار الورشاخ لمن اراد ذلك

يتميز هذا البحث السرية اذا ما نكتبه يبقى سرى لا نتحدث عنه مع الاطباء والمرضى يمكن التوقف او الانسحاب عن المشاركة متى اردتم

ويتم هذا البحث تطوعيا ولا يغير شيئا من مساركم العلاجي

مقياس الالتزام مقياس تصنيفي لدرجة اولى لتحديد عينة البحث فئة الملتزمين وغير الملتزمين بالعلاج

يمكن لنتائج هذا البحث ان تكون موضوع منشورات او عروض شفوية لكن مع احترام السرية التامة المشاركين

ان إمضائكم يؤكد فهمكم لكل المعلومات السابقة ويؤكد على موافقتكم على المشاركة

اسم المشارك الامضاء التاريخ

-

اسم الباحث الامضاء التاريخ

-

(Haddad, Nassima. 09 Décembre2012)

2 - منهج البحث:

يعتبر منهج علم النفس العيادي فرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا عن غيرهم ، مما يدعو الى اختبارهم اسوياء او غير الاسوياء وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلتهم وتحقيق تكيف افضل لهم. فالمنهج العيادي يتبنى الرؤية السيكو ديناميكية، اي الحالة النفسية المتحركة، الحالة المتوترة المستمرة، مفهوم الصراع والتفاعل والاصطدام بالواقع...فهو يريد دراسة الشخص بكل ما يحتويه، فهو دراسة عميقة لحالة فردية في بيئتها يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي اليه.(عبد الستار ابراهيم، 2008، ص40)

و نجد محمود ياسين عرف المنهج التجريبي على انه: تناول السيرة في منظورها الخاص و التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك اعطاء لتصرف على بنيتها و تكوينها و الكشف عن التصرفات التي تحركها.(محمود ياسين، 2002، ص20)

3 - مجموعة البحث:

-شروط اختيار مجموعة البحث:

-ان يقبل المفحوص المشاركة في البحث بالإمضاء على استمارة الموافقة على المشاركة في البحث.

- يصنف من خلال الاستبيان أنه من ذوي الالتزام العلاجي.

-ان تتراوح اعمارهم بين 35 و 40 سنة

-ان يكون ملازم لآلة تصفية الدم لأكثر من ستة أشهر.

خصائص مجموعة البحث :

سنعرضها في الجدول التالي:

جدول رقم 01 : يمثل خصائص مجموعة البحث:

الحالة	الاسم	السن	الجنس	المستوى التعليمي	مدة الإصابة	الترتيب في الأسرة
01	اسيا	35	انثى	ثانوي	17 سنة	الاولى
02	عاشور	40	ذكر	متوسط	6 سنوات	الرابعة

نلاحظ من خلال خصائص مجموعة البحث ان سن المفحوصين يتراوح بين 30 و 40 سنة ينحدرون ضمن فئة الراشدين، ونلاحظ ان المفحوصين يعانون من المرض منذ عدة سنوات.

4 - ادوات البحث:

من بين الادوات التي يقضيها المنهج العيادي نجد مقابلة العيادية و هي:

المقابلة العيادية:

تعتبر تبادلا لفظيا وجها لوجه بين القائم بالمقابلة للحصول من الشخص الاخر من الاشخاص الاخرين على معلومات عن اراء اتجاهات او ادراك او مشاعر او سلوك عام او خاص في الماضي او الحاضر.

(عدنان أحمد الفتفوسي 2006، ص 155)

المقابلة النصف مواجهة هي مقابلة غير مقيدة بشروط او قوانين بل يعطي فيها العيادي حرية التعبير للمفحوص مع التوجيه بعض الأسئلة التي تساعده على الوصول الى اهداف البحث، ولذلك يحتاج العيادي الى دليل المقابلة الذي يتمثل في مجموعة من التعليمات التي تساعده في حصر كل المعطيات والمعلومات التي تهمة عن الحالة. (عبد الرحمن العيساوي، 2012 ، ص 30)

لقد بنينا دليل المقابلة الذي تم شرحه و تقديمه في عنصر بناء دليل المقابلة في الصفحة من 57-61:

4-1 اختبار الروشاخ:

4-1-1- التعريف بالاختبار

تسمح ركائز الرورشاخ بدراسة الخيال واقامة تشخيص نفسي للشخصية عند الطفل والمراهق و الراشد بحيث يستثير تصورات لدى الشخص التي تعود لفترة الاكثر نكوصا فهو يعطينا تصورات دينامية حول الفترة ما قبل أوديبية من ناحية الهوية و النرجسية (Chabert 1987, P143)

واختبار رورشاخ يعد من اهم واختبارات الإسقاطية ، قد صممه السيكاتري هرمان روشاخ عام 1920، والذي يقول بانه اختبار اسقاطي يهدف لدراسة الشخصية وتشخيصها على اساس عمليه الاسقاط التي تتلخص في ان يسقط المفحوص مخاوفه و احاسيسه على مادة الاختبار (عبد الرحمان سي موسى و رضوان زقار ، 2002 . ص 43) فالهدف منه هو الكشف عن شخصية الفرد بمختلف اعمارهم ، و الكشف عن مختلف الجوانب المكبوتة فيه .

يشمل الاختبار 10 على واحد فيها بقعه تسبج بدراسة الحياه العاطفية و الخيالية وتشمل كل واحده شكلا من اشكال الحبر مختلف عن الآخر الاولى سوداء والثانية و الثالثة لها اسود واحمر بها الخامسة السادسة السابعة سوداء اما اللوحات الثامنة التاسعة العاشرة فهنا ملونه كما تشمل لوحده على فراغه بيضاء متفاوتة في العدد والمساحة تعرض اللوحات العشرة للتطبيق واحد القوة الاخرى تبعا للرقم المدون خلف كل بطاقة.

(Anzieu. D et Chabert, c, 1987, p57)

يرى فيصل عباس ان : "ادراك المفحوص لبقع تعكس دينامية شخصيته وذلك فيها يتعلق بالسيرورة المعرفية وكيفيه معالجه المشاكل التي يوجهها قدرته الابداعية و دينامية الانفعالية من قلق و انقباض و اتجاهاته نحو ذاته و نحو الآخرين و قوة الانا في مواجهة الواقع و انواع الصراعات المعاشة، و ما يلجا اليه المفحوص من ميكانيزمات دفاعية للتعامل مع هذا الصراع و لقد استخدم هذا الاختبار في التحليل النفسي و في دراسة الافراد المصابين بأمراض نفسية و عقلية .(فيصل عباس ، 1990، ص106)

4-1-2 كيفية تطبيق اختبار الروشاخ:

يمر تطبيق اختبار الروشاخ على عدة مراحل وهي:

*مرحلة التطبيق :

يقوم الفاحص عند تطبيق بعرض اللوحات تلوى الاخرى تبعا للرقم المدون خلقها من ا الى X ثم يقوم الفاحص بتدوين كل اجابات المفحوص ، دون استغناء عن الملاحظات السلوكية التي تصدر منه كذلك تسجيل زمن الرجوع الخاص بكل اللوحة وهو الزمن المنقضي بين تقديم البطاقة و اول استجابة له والمدة المستغرقة فيه.

*مرحلة التحقيق :

فيها يلجا الفاحص الى اعاده تقديم اللوحات الواحدة تلوى الاخرى مره ثانيه والهدف منها هو ان يقوم المفحوص بتحديد المكان الذي رأى فيه اجابته والهدف منه هو "حصر الدينامية النفسية الشخصية التي ادت بالفرد الى اعطاء تلك الإجابة " (Anzieu.D et Chabert. C ,1987, p57)

*مرحلة اختبار الحدود:

يقوم الفاحص بها عندما ينقص نمط معين من الاجابات في البروتوكول كقله الاجابات الشائعة او ينعدم نمط معين من طرف التناول او حتى غياب الاستجابة.

(عبد الرحمن و سي موسي و رضوان زقار، 2002 ،ص44)

*مرحلة اختبار الاختيارات:

في هذه المرحلة يقترح الفاحص على المفحوص اختيار لوحدين تعجبانه ولوحتين لا تعجبانه من بين العشرة لوحات المقدمة له مع التبرير في كل اختيار

(Rauch de trenbeberg. N, et all, 1994,p15)

***تعليمات اختبار الورشاخ:**

تقدم التعلیمة في هذا الاختبار اتباعا لكل مرحلة من مراحل تطبيق المذكورة سابقا فهي على اختلاف أنواعها تنبئ المفحوص لأداء بما يراه في اللوحات الاختبار دون توجيه للمفحوص أو الإيحاء له

(عبد الرحمن سي موسي ورضوان زقار ،2002، ص46)

حيث تقدم أحيانا في مرحلة التطبيق التعلیم الأصلية : " ماذا يمكن ان يكون هذا"

(Rauch de trenbeberg. N, 1983, p12)

ومن ثم هناك عدة الباحثين كل واحد منهم وكيف صاغ التعلیمة ومنهم نجد: "روش دوتر و بنباغ" تقول : " ساريك 10 لوحات ما الذي تجعلك تفكر فيه وما تستطيع ان تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات"

(Chabert,c,1983,P23)

اما تعلیمة "انزيو" فهي غالبا ما تستعمل من قبل الاخصائيين نفسانيين وهي كما يلي : "ما نطلبه منك هو ان تقول ماذا يمكن رؤيته في هذه البقع"

(Chabert,c,1983,P27)

كما وضعت "شاپير" ايضا هذه التعلیمة: " سوف اريك 10 لوحات عليك ان تقول لي ماذا تفكر فيه و ماذا يمكن ان تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات"

(Ibid , 1983, P29)

نستخلص من مرحلة التطبيق بهذه بانه رغم اختلاف صياغة التعلیمة الا وانها تعطي للمفحوص الحرية في ادلاء استجاباته وكل ما هو بداخله. بعد الانتهاء من هذه المرحلة نمر الى مرحلة التحقيق والتي تهدف حسب سي موسي و "زقار" إلى ضبط بعض الاستجابات والحصول على توضيحات اضافية تساعد في التنقيط والتحليل الدقيق للبروتوكول.

اما تعلیمة "شاپير" تعد الاكثر استعمالا والتي تقول: " نأخذ من جديد الصور معا وتحاول ان تقول لي اين رأيت ما قدمته سابقا وعلى ماذا اعتمدت في استجاباتك وبطبيعة الحال اذا راودتك افكار اخرى يمكنك الإدلاء بها"

(Chabert.C, 1983, P53)

منه هذه التعلیمة تساعدنا في عملية التنقيط والتحليل الدقيق للبروتوكول.

اما فيما يخص تعليمه اختبار الحدود حسب سي موسى وبن خليفه هي كالتالي: "ماذا يمكن ان ترى هنا؟ هل يشبه صورة انسان؟" (عبد الرحمن سي موسى وبن خليفه 2008 ص163) هذه التعليمات تسمح بتمييز الافراد ذوي التقمص الانساني الضمني المشوه في تعبيره عن اولئك الذين تمثل لديهم اشكاليه الهوية عند غياب الاستجابة الإنسانية. اما التعليمات الخاصة باختبار الاختيارات فهي تتمثل في اختيار لوحدين تعجبانه من بين 10 لوحات ولوحتين 2 لا تعجبانه مع ذكر السبب في كلتا الاختيارين (عبد الرحمن سي موسى وبن خليفه 2008، ص163) اذن هذه التعليمات تمثل حافز للمفحوص للتمكن من التعبير عن عواطفه احساسه واهتماماته اتجاه مواضيعه وايضا يستدرك تنظيمها من خلال بناء اختياراته بكل حريه.

*انماط التناول وتنقيط اختبار الروشاخ:

تعرف الموقعية على انها الاطار الذي يتواجد فيه موضوع الإجابة والتي يتضمن الاجابات الكلية G الاجابات الجزئية الكبيرة D الاجابات الجزئية الصغيرة Dd الاجابات المتمركزة حول المساحات البيضاء DbI والاجابات الجزئية غريبة Do

يتم التعرف على انماط التناول والتنقيط الروشاخ اعتمادا على كتاب "سيسل بيزمان" 1974 و "دورتزكي" 1939، و "تيتا روش"

(Rausch de traubenberg. N,1981, P53)

وهذا الكتاب يحتوي على الموقعية وهو عبارة عن اطار يتواجد فيه الموضوع او الإجابة، فيتضمن:

الاجابات الكلية (G)

هي: "الاجابات التي تشمل كل لوحه فهي تعني البقع السوداء او ملونه".

(Chabert. C et Anzieu. D, 1983, P53)

وتقدر الاستجابات على انها كليه اذا كانت تشمل بطاقه كلها الشكل الذي هو على ارضية البطاقة

(فيصل عباس 1990، ص280)

الاجابات الجزئية الكبيرة (D)

تشير الى "الاجابات التي ترتبط بموضوع الجزئي للوحه في اجزائها المستعملة عاده من طرف المفحوصين اي ان الإجابة تعتمد جزئيه كبيره عندما يعطي المفحوص اجابه تستند على جزء من الشكل الكلي للبطاقة".
(Chabert.C, 1983, P117)

الاجابات الجزئية الصغيرة (Dd)

يشير هذا النوع من الاجابات الى اجزاء صغيره ودقيقه من لوحات الاختبار والتي لا ينصرف اليها النظر كثيرا فهي صغيره وتختفي على الكثير من الاشخاص العاديين

(هنا يحيى ابو شهده 1999، ص177)

اي هي: "الاجابات التي تشمل اجزاء جد نادره او جد صغيره وهي غريبه في حدودها"

(Ibid, P94)

استجابات الاماكن البيضاء (DbI)

هي الاجابات التي تتموضع داخل الفراغات البيضاء الداخليه اول خارجيه ان يستجيب الافراد للمساحات في البطاقة وقد ينظر اليها على انها اجزاء كبيره عاديه.

(Chabert.C ,1983, P125)

الاجزاء الجزئية الغريبة (DO)

عبارة عن استجابات يرى فيها المفحوص شكل انسان او حيوان بأكمله ويظهر شكل الكلي عند المفحوص بدون ذكر اجزاء إنسانية او حيوانية، فتعتبر استجابات شائعه رغم انها تمثل جزء معزول.

(Anzieu. D et Chabert. C, 1983, P72)

وهي تشير الى عناصر معالجة بصورة منعزلة عن مضمونها بينما هي العادة هي عناصر تنتمي لكل سواء الإجابة الجزئية كلية D مثلا في اللوحة الاولى الزاوية الجانبية الكبيرة يراها المفحوص كأجنية بينما هي في العادة تنتمي للإجابة الكلية الطائر. (Rausch de traubenberg. N,1981 ,P64)

حيث تدل لوحات اختبار بقع الحبر ام على الاستجابات الشائعة او الاستجابات غير شائعة في اللوحات I,II,V,VI,X على استجابات شائعة مثلا: فراشة ,طائر ,خفاش والتي تتموضع اما في الاجابات الكلية او اجابات جزئية كبيرة ، اما اللوحات IV, VII, IX فتمثل الاستجابات غير شائعة فالمفحوص هنا يقدم استجابات مختلفة حسب ادراكه لبقعه مثل: اخطبوط، عنكبوت ،سرطان، جلد حيوان و التي تتموضع اما في اجابات كلية ، او اجابات جزئية كبيرة والجدول التالي اوضح ذلك :

(Rauch de traubenberg.N, 1981 ,P186)

الجدول 02: الاستجابات الشائعة في اختبار الروشاخ)

البطاقة	التموضع	الإجابة الشائعة
I.	Gأسود	طائر، خفاش، فراشة.
II.	Dأسود	راسي الحيوانات
III.	Gاسود Dالأحمر المركزي	رجال فراشة، عقده فراشة.
IV.	Gأسود	جلد حيوان.
V.	Gفي الوضعيتين 1و5	طائر، خفاش، فراشة
VI.	Gاو Dسفلي	جلد حيوان
VII.	Dالثلاث العلوي Dالثلاث الوسطي	رؤوس نساء او اطفال
VIII.	Dالوردي الجانبي	حيوانين
IX.	Dالوردي	راس رجل
X.	IDالازرق الجانبي IDالاخضر الفاتح الوسطي IDالرمادي	سرطان ،اخطبوط ،عنكبوت راس ارنب حيوانين

لقد حاول الكثير من العلماء والباحثين تحليل الاختبار سواء من حيث المحتوى الكامن او المحتوى الظاهر للوحات، وقد اقترحت الباحثة "شابير" تحليل المحتوى الكامل للاختبار على النحو التالي:

اللوحة تحمل بعدين هما:

البعد البنيوي: تتبين من خلال اللوحات ذات الشكل الاحادي عند اللوحات IX,VI,V او الصورة الثنائية عند اللوحات VIII,VII,III,II

البعد الحواسي: هي لوحات باللون رمادي واسود او اللونين الابيض والاسود، لوحات حمراء او لوحات كثيرة الالوان كاللوحات X, VIII, IX

فهذين البعدين يستعملان في عملية تحليل البروتوكول كون **البعد البنيوي** يعتبر حاملا لعملية المعرفية و الحساسية للألوان اما **البعد الحواسي** فهو مرتبط بالعواطف والاحاسيس

منه فالجمع بين هذين البعدين يسمح لنا بتحليل المحتوى الكامل لكل لوحة

(Chabert.C,1998,P50)

اللوحة الاولى:

تضع المفحوص في وضعيه يمكن ان تجله يعاود معايشة تجربة مع موضوع غير معروف فهذه اللوحة تظهر لنا العلاقة المبكرة او العلاقات مع موضوع جديد غير معروف فيعطي احساس ثنائي نرجسي و موضوعي.

اللوحة الثانية:

تبعث هذه اللوحة الى اشكاليه قلق الخفاء في اللون الابيض الموجود في اللوحة يجعل الفحوص يحس بوجود حفره او حرج وهذا يؤكد صدمه وجود اللون الاحمر وصدمة الفراغ كما ان هذه اللوحة تقيس مدى اندفاعيه المفحوص التي تكون محمله بطاقة عدوانية وليبيدية.

اللوحة الثالثة:

تخبر هذه الصورة مدى قوة ادراك الشكل الجسدي كما تعتبر لوحه للتقمص الجنسي اذا ان الثنائية الجنسية الظاهرة في اللوحة (شخصان بدون قضيب او ثديان) تجعل الاختيارين جنسيين امرا صعب جدا والمفحوص يشعر بميولات متضادة مع عدم وجود امكانيه حل هذا التمزق الداخلي.

اللوحة الرابعة :

لوحه الأبوة او العلاقة مع الاب مثيره لصورة القوة القضيبية وهذه القوة المرتبطة بصورة ذكرية ، وهذا ما يفسر تسمية اللوحة باللوحة الابوة.

اللوحة الخامسة :

تعتبر هذه اللوحة عن الهوية والتصورات الذات فهي تبعث الى اشكالية الان الهوية في مواجهة العلاقات مع مواضيع الخارجية وكل صدمة في هذه اللوحة تعبر عن الكف العاطفي

اللوحة السادسة:

هي لوحة حاملة للتمييز الجنسي وتمثل الازدواجية الجنسية

اللوحة السابعة:

لوحة تعبر عن الأمومة و غياب استجابة انسانيه حركيه او استجابة انسانيه انثويه يؤدي الى افتراض وجود اضطراب وخلل في العلاقة ام طفل كذلك وجود عدم نضج عاطفي وعدم التكيف الاجتماعي.

اللوحة الثامنة:

لوحة اجتماعية اي التكيف الاجتماعي العاطفي وهذا يظهر من خلال درجة الاهتمام المخصص للاستجابات الحيوانية الجسمية والجغرافيا.

اللوحة التاسعة:

لوحة التكيف والنضج العاطفي وهي ايضا لوحة الذكاء وتسهيل عملية النكوص.

اللوحة العاشرة:

تمثل الحيز الاجتماعي اي حيز حياه

(Chabert. C 1998, P53)

المحددات:

تتمثل في المحددات او المقررات التي يعتمد عليها المفحوص في تقديم الاستجابة وتتضمن هذه المحددات في:

-الاستجابات الشكلية.

-الاستجابات اللونية

-الاستجابة الحركية

والتي سنتناولها بالشرح على النحو التالي:

الاستجابات الشكلية F

هذه الاستجابات تظهر بكثرة في اختبار الروشاخ ، فنسبته تكون في المتوسط ما بين 60 و65% ، وتظهر قدرة الموضوع على التكيف مع الواقع الخارجي بفضل النشاط الدائم للفكر، وتمثل الاستجابات الشكلية الموجبة الشكل الصحيح الذي يراه المفحوص غالبا، فهذه يجب ان تظهر بنسبه اكثر من الاستجابات الشكلية الاخرى اي انها تتراوح ما بين 70 و 80% لأنها تدل على اتجاه عادي للمفحوص والتفكير صحيح .

اما الاستجابات الشكلية السلبية التي تدل على شكل غير صحيح والشكل الذي لا يظهر الا في بعض الاحيان

اما الاستجابات الشكلية الموجبة السلبية فهي الاجابات التي تظهر فيها شكل لموضوع ولكن ليس بوضوح مثلا عندما يقول المفحوص : غيوم او مكان جغرافي...

(Chabert.C,1995,p-p71-72)

*الاستجابات اللونية:

تدل الاستجابات اللونية على وجود ارتباط قوي بين اللون والجانب الانفعالي والوجدان ولقد قسمت الاستجابات اللونية الى ثلاثة انواع وذلك على اساس العامل المحدد الاستجابة فاذا كان العامل المحدد هو اللون فالاستجابة تقدر بانها لون خالص و يرمز اليها C اما اذا دخل عامل الشكل مع عامل اللون وكان عامل اللون هو الغالب هو تحديد الاستجابة وقدرت الاستجابة على انها CF اما اذا دخل عامل الشكل مع عامل اللون وكان عامل الشكل هو الغالب قدرت الاستجابة بانها FC (فيصل عباس، 1990، ص 257-258) ويجب ان تكون الاستجابات اللونية تتراوح بين 30 و 40% واذا غابت الاستجابات اللونية في اللوحات الملونة داله على غياب الوجدان والعاطفة من النوع المرضى اما وجودها بكثرة يدل على طغيان الوجدان وهو ايضا ذو طابع مرضي اما الاستجابات الفاتحة القادمة Clob اذا كانت قليلة فتدل على صعوبة التكيف منه الاستجابات اللونية في اختبار الروشاخ تعتبر مقياس للتوازن بين قوه الانفعالات والتحكم العقلي للفرد.

(Chabert,C, 1983, P 118)

*الاستجابات التضليلية E

تكون استجابات تضليلية عندما تكون محدده على اساس اختلاط الالوان كالأبيض والاسود يعطي لنا الرمادي خاصه بالتناقض الالوان وهذا يظهر الاحساس بشفافية اللون.

(Rauch de trenbeberg. N, 1983, P236)

*الاستجابات الحركية K

تتفرع الى نصفين: «الاستجابات الحركية الكبيرة K وهي تمثل حركه كائن انساني كامل هو الاستجابات الحركية الصغيرة Kp تمثل جزءا من انسان حيوان او شيء في حركة

(Chabert, C, 1983, P73)

والاستجابة الحركية البشرية "دلاله للمستوى الوظيفي لانا وتقبل الفرد لذاته لحوافزه الداخلية مع القدرة على الابداع الاستجابات الحركية الحيوانية الى اندفاعات الفرد وتهوره بينما تشير الحركة غير الحية، الجمادات، الى القوى الداخلية التي تهدد الذات"

(فيصل عباس، 1990، ص257)

ويجب ان تكون على الاقل استجابة حركية انسانيه واحده لتدل على ذكاء الفرد وقدرته على ارضان الصراعات اما وجودها بكثره تدل على استعمال الخيال والقدرة على الابتكار فهي تعطي صيغة دينامية للاتجاه الفكري باللجوء الى الخيال (عبد الرحمن السي موسى ورضوان زقار، 2002، ص 50)

Kan استجابات حركية حيوانيه معناه حيوان في حركه

Kob استجابات لأشياء في حركه اي اشياء متحركة

KP استجابات حركية انسانيه معناه انسان في حركه

(Rauch de trenbeberg, N 1983,P23)

انماط الصدى الداخلي:

تتمثل في مقارنه الاستجابات الحركية والاستجابات اللونية بعد موازنتها وقد قسمت انماط الصدى الى اربع انماط وهي:

النمط المتكافئ: تساوي فيه الاستجابات الحركية والاستجابات اللونية.

النمط المنطوي الصافي: الاستجابات الحركية الإنسانية موجوده مع انعدام الاستجابات اللونية.

النمط المنبسط المزدوج: الاستجابات الحركية الإنسانية اقل من الاستجابات اللونية.

النمط المنطوي المزدوج: الاستجابات الحركية الإنسانية اكثر من الاستجابات اللونية

(Chabert.C, 1983, P83)

محتوى الاستجابات:

فاذا كانت الاستجابات ذات محتوى انساني H فهي تدل على عدم وجود كف في العلاقات الإنسانية فظهورها ولو بقله ضرورية في اختبار الروشاخ ، لأنها تبين مدى قدره الفرد على تقمص الصورة الإنسانية، وتكون نسبتها بين 15 و 20 بالمئة وعدم ظهور الاستجابات الإنسانية توحى بوجود خطر مرضي ويجب ان لا يحتوي البروتوكول على محتويات انسانيه جزئيه Hd لأنها تدل على غياب كامل لصوره الجسم او وجود قلق الانشطار كما يمكن ان تعبر عن قلق الخصاء.

(عبد الرحمن في موسي ورضوان و زقار 2002، ص 51)

اما المحتويات الحيوانيةA تكون ما بين 30 و 40 بالمئة، حيث يدل ارتفاعها على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الاشخاص مما يمثل استثمار مكثفا للتكيف سطحي وصلب، كما يجب ان يكون عدد الاستجابات المبتذلة ما بين 5-7 اجابات كدلاله على التكيف مع الواقع.

(عبد الرحمن سي موسي ورضوان زقار، 2002، ص52)

5-كيفية جمع المعطيات:

كيفية تطبيق دليل المقابلة : لقد انجزنا دليل المقابلة الذي يحتوي على 10 محاور بحيث تم اجراء المقابلة في ظروف تتميز بالهدوء ولقد طرحنا الأسئلة المختلفة التي يتضمنها كل محور من محاور المقابلة واحده تلو الاخرى وكان المفحوصين يتحدثان بمحض ارادتهم، وتركنا لهم حريه التعبير وذلك بعدم مقاطعهم اثناء التحدث .

كيفية تطبيق اختبار الروشاخ:

قبل اجراء الاختبار للحالات قمنا بتقديم التعليمه قبل عرض اللوحة الاولى باللغة التي تفهمها كل الحالات (العربية) ، وكانت التعليمه كالتالي: " سوف اعرض عليك صورا و تقول لي ماذا يمكن رؤيته فيها او شيء يشبهه" وعندها لم نقوم بإعادة التعليمه عند ارضنا لباقي لوحات.

وبعد الانتهاء من هذه المرحلة تم اعاده تطبيق الاختبار وعرض اللوحات العشرة لتحقيق وكانت التعليمات كالتالي : " سنعيد عرض الصور ونقول اين رأيت الاشياء التي قلتها واذا كانت هناك اشياء اخرى تريد اضافتها".

بعد انتهائنا من هذه المرحلة طلبنا من كل حاله ان تختار لوحتين اعجبتهما و لوحتين لم تعجبها وفي كل مره تقدم تبرير والتعليمات كالتالي: " اختر لي اللوحات ،اثان نالت اعجابك واثان اخرى لم تعجبك وفي كل اختيار وضح لي سبب اختيارك لكل لوحة ".

كل حالة وكيف كانت ردة فعلها اثناء اجراء الاختبار معها فهناك من بد عليه الارتياح وهناك من بدا عليه التوتر والقلق.

6- كيفية تحليل المعطيات:

كيفية تحليل دليل المقابلة العيادية : اعتمدنا في تحليل المقابلة العيادية النصف موجهة على المحاور العشرة، حيث بدانا بتقديم الحالة المعلومات الخاصة بها، ثم انتقلنا الى تحليل المحاور كل محور على حدى وبعدها وضعنا استنتاج عام في ما يخص كل حالة.

كيفية تحليل اختبار الروشاخ: لقد اعتمدنا في الاختبار مجموعة من الخطوات حيث بدانا بقراءة الاولية للبروتوكول لكل حالة على كتاب التنقيط **livre de cotation des formes dans le rorhach.**

التي اتبعت مرحلتين اساسيتين في التحليل البروتوكول لوحة بلوحة حيث تشمل المرحلة الاولى لتحديد موضوع الإجابة في اللوحة ثم تنقيط الاجابة حسب موضوعها اما المرحلة الثانية فيتم فيها التحليل الشامل للبروتوكول حيث استخلاصنا بسيكو غرام والتي استطعنا من خلاله الوصول الى النتائج التي سنعرضها في ما بعد و قمنا بالتنقيط حسب انماط التناول المحددات والمحتويات.

خلاصة الفصل:

من خلال فصلنا هذا المتمثل في البحث العلمي منهجية معينة والتي يفترض للباحث اتباعها، ومن خلال منهجية البحث كما مجموعة و مكان اجراء البحث مع ذكر المنهج الذي اتبعناه واهم الادوات المستعملة وكيفية تطبيقها وتحليل نتائجها. الامر الذي يوصلنا الى امر أمرو هو عرض نتائج الحالات والذي سنقوم به في فصلنا الموالي والمتمثل في فصل عرض الحالات.

الفصل السادس

عرض و مناقشة الحالات

تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى عرض الحالات التي طبقنا عليها أدوات البحث المتمثلة في اختبار الرورشاخ و دليل المقابلة، بحيث سنقوم بعرض و تحليل الحالتين التي تم الاعتماد عليها في دراستنا. حيث سنعمل على تحليل كل من نتائج اختبار الرورشاخ و تحليل نتائج المقابلة، لنصل إلى خلاصة عامة لكلتا الحالتين.

1- عرض الحالات:

1-1- عرض الحالة الأولى

تقديم الحالة: الحالة امرأة تبلغ من العمر 35 سنة، عزباء، ذو مستوى دراسي ثانوي، تحتل المرتبة الأخيرة من حيث الترتيب العائلي، حيث لديها 2 أخوات إناث و أخ واحد ذكر، لا تعمل فهي مأكثة في البيت و مستواهم الاقتصادي جيد.

أصيببت الحالة بمرض العجز الكلوي النهائي في سن 19 سنة، حيث كانت تعاني من مرض فقر الدم الذي يشعرها بالتعب و الإرهاق، و هذا ما أدى بالحالة للقيام بالفحوصات و التحاليل أين تبين أن كليتيها متكمشتين.

كانت الحالة "آسيا" ذات هيئة جيدة، ثياب نظيفة، تبدو على وجهها ملامح البساطة، هادئة و واثقة من نفسها، لا تعترئها مخاوف أو ترددات و كانت متحمسة للمقابلة و إجراء الاختبار عليها، حتى أنها طلبت معرفة النتائج، و هذا حسب ما اتفقنا عليه في استمارة الموافقة على المشاركة في البحث.

عرض برتكول الروشارخ لحالة: "آسيا"

تم تطبيق الاختبار على "آسيا" يوم 2022/09/05 على الساعة 11:30 إلى غاية 11:45.

اللوحة	زمن الكمون	الإجابات	التحقيق	التنقيط
I.	"37"	...^... 1- وحش	وحش مخيف (G)	GFclobA
II.	"23"	...^... 2- زوج عباد يتخاصمو ما علاباليش	زوج عباد يدابزو (G) (D) هاملينك يديه	D/G K H
III.	"10"	...^... 3- زوج عباد	زوج عباد (G)	G F+ Hban
IV.	"11"	...^... - حلزون 4	حلزون (G)	G F- A
V.	"23"	...^... - خفاش 5	خفاش (G)	G F+ A ban
VI.	"42"	...^... - حيوان ميت 6 - رأتان 7	حيوان ميت (G) (D) رأتان	G F+ A D F- Anat

G F+ H Ddbl F–Anat D /D F– Anat	(G)زوج عباد كليتين (D)متكمشين (D) الحوض	...^... - زوج عباد8 ما علباليش 9- كليتين متكمشين 10- الحوض "28	"35	.VII
D F– Ant D F– Anat D F–Anat	الأحبال لي توصل (D)8(للكلية كليتين مثانة	...^... 11- الأحبال لي توصل للكلية 12- كليتين 13- مثانة "13	"30	.VIII
Choc Refus	رفض ماعلباليش	...^... ما علباليش "20	"28	.IX
D F– A D F– Ant G F– Ant	(D)1(مكروبات (D)8(كليتين الأعضاء الداخلية (G)للإنسان	...^... 14- مكروبات 15- كليتين 16- الأعضاء الداخلية للإنسان "36	"25	.X

–choixلوحات منبوذ :

اللوحة رقم (I)، و اللوحة رقم (VI)

المخطط النفسي : لحالة "آسيا"

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 5	F+ = 5	G= 7	R= 16
H= 3	F- = 10	D/G= 1	R compl= 1
Anat= 8	S. de F= 15	G%= 47,05%	Refus= 1
	K= 1	D=6	Ttotal=8'
	S. de K= 1	D/D= 1	Tp /R= 1'
	F Clob= 1	D%= 35,29%	T.d'appr=G-D/G
		Ddbl= 1	TRI=1K/0C
			F.C=15/0
			RC=37,05%
			2Ban=
			F%=93,75%
			F%élarg=100%
			F+%=33.33%
			F+%élarg=17%
			A%=31,25%
			H%=18,75%

التعليق: (ماعلباليش) ظهرت في اللوحة (VII)، و اللوحة (XI).

ملاحظات متعلقة بالتناظر: ظهرت في اللوحة (I)، (VII) و هي (زوج عباد).

المواظبة: ظهرت في اللوحة (I) في قولها (وحش).

2- تحليل برتكول الروشارخ لحالة آسيا: و يتم تحليله على النحو التالي:

يتم تحليل برتكولالروشارخ تحليلًا كميًا، و ذلك حسب مراحل من أجل الوصول إلى تحليل السياقات الفكرية و استخراج الدلالات النفسية و الانفعالية للحالة.

الإنتاجية:

(R= 16) جاءت الإنتاجية العامة للمفحوصة "آسيا" قليلة من حيث عدد الإجابات المقدمة

في وقت بلغ 8 دقائق، و هو منخفض مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 في المجتمع الغربي و التي تتراوح بين (25 و 35) إجابة. نجد أن إجابات المفحوصة أقل من هذا المعيار و بالتالي هذه النتيجة تظهر الكف على المستوى الإنتاجي، أما عند مقارنة عدد إجابات هذه المفحوصة بالمعايير التي قدمها (سي موسي و بن خليفة 2004) في المجتمع الجزائري و التي تصل إلى (22) إجابة عند الراشد نجد أن إجاباتها بعيدة عن هذا المعيار، و هذا ما يؤكد الكف. و الاختلاف الملاحظ بين المعيارين في الدراسة الفرنسية و الجزائرية أرجعه كل من سي موسي و بن خليفة إلى أن المجتمع الجزائري قليل التعبير عن المشاعر و الوجدان.

بالرجوع إلى الزمن المستغرق في تقديم الإجابات نجد أن زمن البرتكول يبلغ 8 دقائق، و هو زمن قصير جدا مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 التي تتراوح بين (20 إلى 30 د)، وبالتالي نجد أن زمن الإجابة الواحدة (1') و في هذه الحالة نلاحظ ارتفاع في الزمن الذي تستغرقه المبحوثة في تقديم إجابة واحدة مما يظهر الكف من جهة أخرى.

لم نسجل في البرتكول إجابات إضافية رغم تحفيز المبحوثة عن التعبير ، إلا أنها لم تعطس و لو إجابة إضافية واحدة مما يؤكد الكف الذي تميزت به الحالة.

و بالرجوع إلى زمن الكمون نجد أنه كان طويلا بالنسبة للوحات (VI)، (VII) الشيء الذي يترجم صعوبة تعامل المفحوصة مع استثارة هذه اللوحات، و ما شكلتها لها من تهديد. و من جهة أخرى صعوبة التخلي أو الانفصال عن الموضوع. كما نلاحظ أن زمن الكمون كان مرتفعا بالنسبة للوحة (VI) و التي قدر ب: (42") و التي تعتبر لوحة حاملة للتمييز الجنسي و تمثل الازدواجية الجنسية، أما اللوحة (VII) بوقت قدر

ب: (35) و هي لوحة تعبر عن الأمومة، و رفضها يدل على وجود إضطراب و خلل في علاقة أم طفل، كذلك وجود عدم نضج عاطفي لدى المفحوصة.

(chabert-c 1998- p53)

وجود رفض اللوحة (XI) بقوها: "ما علباليش". و هي لوحة التكيف و النضج العاطفي و الذكاء، و تسهيل عملية النكوص، أما رفضها فيدل على وجود صعوبات لدى الحالة في التكيف و نقص النضج العاطفي و صعوبات في عملية النكوص.

(chabert-c 1998- p53)

غير متناسقة للمعايير المحددة لجامعة باريس 5 إلى Ban=2) جاءت الاجابات المبتذلة

(7) إجابات. (chabert-c 1998- p219)

مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي من طرف المفحوصة، و قد ظهر في اللوحة (5) (خفاش) فالإجابة المبتذلة جاءت عبارة عن إجابة حيوانية، و هذا يدل على وجود صعوبات علائقية، و وجود صعوبات في تقمص الآخر.

السياقات الفكرية:

أنماط التناول:

شمل البرتكول على نوعين من أنماط التناول تتمثل في الإجابات الكلية و الإجابات الجزئية، حيث نجد أن الإجابات الكلية طغت في البرتكول على الإجابات الجزئية، حيث كان عددها و هي نسبة مرتفعة مقارنة بجامعة باريس 5 التي $G\%=47,05\%$ ، و ظهرت بنسبة $7G=$

. و هذا يعبر عن وجود ميكانيزم دفاعي ألا و هو مقاومة ظهور $(G\%=23-20)$ تتراوح بين الواقع الداخلي، كما تبين على الخمول و الكبت و تستعمل لعزل العواطف و التصورات.

نجدها مرتبطة على شكل إجابات ذا محدد إيجابي في اللوحات (I)، (G) عند تناولنا لنوعية (III)، (V)، (VI)، (VII)، و إجابتين مبتذلتين في اللوحة (III)، و (V) أما المحددات السلبية ظهرت في اللوحات (IV)، (X).

و هي نسبة من منخفضة $D\%=35,29\%$ و تمثل نسبة $D=6$ بلغت عدد الإجابات الجزئية مقارنة بالمعايير المقدمة من طرف جامعة باريس 5 التي تتراوح ما بين (60 و 68) مما يدل على القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي، كما يدل على عدم الاهتمام بالواقع و عدم القدرة على تخيله و فهمه. و عند تناولنا لنوعية الإجابات الجزئية من حيث ارتباطها بالمحددات، لاحظنا إرتباطها بمحدد شكلي في اللوحات (VI)، (VIII)، (X).

المحددات:

و هذه نسبة $F\%=93,75\%$ جاءت المحددات الشكلية لدى المفحوصة مرتفعة إذ تقدر ب:

مرتفعة مقارنة بالمعايير المحددة لجامعة باريس 5 التي تتراوح بين (50 و 70)

(chabert-c 1997-p121)

مما يدل على عدم التحكم في الواقع الداخلي من خلال الاستثمار المكثف للشكل.

و هذه المحددات الشكلية الإيجابية $F+\%=33,33\%$ جاءت المحددات الشكلية الإيجابية بنسبة

تكراراتها منخفضة مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 (70 و 80)، و هذا يدل على نوع من الهشاشة في بناء الواقع، و يشير إلى انخفاض ميكانيزم التكيف الهادف إلى وضع حدود بين الداخل المتمثل في النزوات و الهومات، و الخارج المتمثل في الواقع.

المحتويات:

و ما نلاحظه أن (Anat , H , A) نجد في برتكول الحالة تنوعا نسبيا في المحتويات و هي نسبة $H\%=18,75\%$ بنسبة $H=3$ المحتويات الإنسانية في البرتكول تقدر ب: متناسبة مع المعايير المقدمة من طرف جامعة باريس 5 و هي (15- 20)، و هذا يوحي إلى قدرة المفحوصة على تقمص صورة إنسانية، و عدم وجود كف في العلاقات الإنسانية

(Chabert.C 1997 P192)

ظهرت في اللوحة (2) التي تبين وجود حركة إنسانية، لكنها جاءت غير معرفة مما يدل على صعوبات تقمصية جنسية.

، و هي نسبة $A\% = 31,25\%$ فهو أقل في هذا البرتكول بنسبة $A=5$ أما المحتوى الحيواني متناسبة مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 التي تقدر بنسبة (30-45)، مما يدل على الإمتثال و وجود تكيف اجتماعي.

الدينامية الصراعية:

، و وردت في $k=1$ يتجلى في برتكول السيدة "آسيا" ظهور إجابة حركية من النوع الإنساني اللوحة (2). تمثلت في (شخصان يتخاصمان) مما يدل على تجاوز و تدارك الوضع بإعطاء إجابة إنسانية رغم عدم تعاملها مع اللون الأحمر الذي يعد واقع مادي في اللوحة، مما يشير إلى استثمارات العالم الإنساني للمفحوصة و عن الحركات النزوية. (Chabert ·c·1983 p 156)

يشير التحليل الداخلي للمفحوصة إلى طابع منطوي مزدوج لطبيعة السير النفسي، حيث التي تشير $TRI=1K / 0C$ يلمس عدم استثمار للوجدانات في مقابل ظهور الحركات الفكرية اللونية مما يدل على (c) إلى هشاشة الجهاز النفسي، و تنعدم في البرتكول الإجابات اللونية غياب الوجدان و العاطفة.

العوامل الإضافية:

أما في ما يخص اختبار الاختيارات الإيجابية منعدمة، أما الاختيارات السلبية فجاءت في اللوحتين (ا)، (vi). في اللوحة (ا) "وحش"، أما في اللوحة (vi) "حيوان ميت".

لم يتضمن برتكول الحالة أي صدمات، أما بالنسبة للتعاليق بقولها: (ما علاباليش) التي تدل على قلق الخساء.

تظهر النتائج السابقة هشاشة الإنتاج الإسقاطي لدى الحالة، بحيث تتميز بالكف و انعدام التعبير عن العواطف، و كذلك صعوبات علائقية تظهر من خلال المحتويات الحيوانية التي غلبت في البرتكول، و كذا صعوبات تقمصية جنسية.

خلاصة التحليل لبرتوكول الروشاش لحالة "آسيا":

تتجه الإنتاجية العامة للمفحوصة "آسيا" نحو الكف الذي ظهر فب عدد الإجابات القليلة المقدمة، التي بلغت (16 إجابة) فقط في وقت قدر ب8 دقائق، كما احتوى البرتوكول على إجابة واحدة إضافية، مما يدل على افتقار الإنتاج الإسقاطي و الكف لدى الحالة.

، حيث (47,05%) بنسبة معتبرة بلغت G) فيما يخص التناول فقد جاءت الإجابات الكلية (طغت في البرتوكول، التي تدل على وجود ميكانيزم دفاعي و هو مقاومة ظهور الواقع الداخلي، كما تدل على الخمول و الكبت و تستعمل لعزل العواطف و التصورات. أما في ، و هي تدل على استثمار الواقع (35,29%) فقد بلغت نسبتها: D) الإجابات الجزئية الكبيرة

إجابة (Ban=2) الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي. في حين جاءت الإجابات المبتذلة حيوانية و إجابة انسانية، مما يدل على هشاشة الصورة الجسدية و تفككها.

كما ظهر في البرتوكول عدم قدرة المفحوصة على تقمص صورة إنسانية من خلال نسبة وهذا يدل على هشاشة و اضطراب الصورة (H=18,75%) الإجابات الإنسانية التي بلغت:

مما يشير إلى وجود صعوبات K=1 الجسدية. كما نلاحظ في البرتوكول قلة الحركة الإنسانية في التقمص الجنسي للصورة الإنسانية، و عدم إرسان الصراعات و تجنب العلاقات و (A=31,25%) الانعزال، بينما نلاحظ ارتفاع الإجابات الحيوانية في البرتوكول و التي بلغت:

و هي إجابات ذات محتوى سلبي (خفاش)، (حزون). كما لاحظنا غياب الاستجابات اللونية مما يدل على افتقار عاطفي و الهشاشة لدى الحالة.

3- تحليل دليل المقابلة العيادية لحالة السيدة "آسيا":

لم تبدي السيدة "آسيا" أي معارضة عن إجراء المقابلة، حيث بدت واثقة من نفسها و لم تبدي أي من علامات القلق و التردد و هذا بعد شرحنا لها موضوع البحث و الغاية منه، و التأكيد على سرية المعلومات.

عند استفسارنا عن حياتها الطفلية و العلائقية، أجابت بأنها عاشت طفولة مثل كل الجزائريين حسب قولها: "لوفونستاعي كيما كامل الجزائريين، أب واعر"، تبين أن الحالة عاشت طفولة جيدة إذ كانت تعيش هي و عائلتها في الريف، و هي كانت محبة للطبيعة و هذا ما ظهر في قولها: "لنتور تسمح ليك تكتاشف بواف حوايج". أما بالنسبة لحياتها العلائقية مع والديها فهي جيدة مع أمها و مضطربة إن صح التعبير مع أبيها لإي قولها: "مع يما مليحة نحكيها كلش أما بابا شوي على خاتر ما يديرليش كيما خاوتي".

أرجعت الحالة هذه المعاملة إلى عدم قدرته على معالجتها، و حسب ما قالتها فهو يراها دائما عاجزة و قد تموت في أي لحظة بسبب مرضها، و هذا ما ظهر في قولها: "و علاه نمدلكنتي مريضة و قادرة تموتي". و كدلالة نفسية يمكن استخراج الحرمان العاطفي كدلالة نفسية و الذي يعرف على أنه: "الحرمان من سبيل حياة أسرية طبيعية مما ينطوي عليه من انقطاع العلاقات و التبادل الوجداني الدائم بالوالدين، و من ثم فإن الانفصال يقضي إلى خبرة الحرمان، حيث لا يلقي الطفل رعاية أمومية أو أبوية تتيح له فرص التعامل مع الصور الوالدية البديلة عل نحو سليم" (سلمى أمال العبيدي، 2015/2016، ص24)

أما بالنسبة للعلاقة التي تربطها مع إختها فهي جيدة و يظهر ذلك في قولها: "أنا و خياتينتها موبزاف ديجا كي جاو هاد العام مدولي دراهم باش ندير عملية الزرع"، أما علاقتها مع أخيها فهي مضطربة: "خويا ما نتفاهموش بزافسورتو ملي تزوج تبدل بزاف". أما بالنسبة لعلاقتها مع العالم الخارجي فهي كانت طفلة محبة للحياة و اللعب و اجتماعية و هذا ما ظهر في قولها: "كنت نلعب بزاف مع ولاد الجيران".

أما فيما يتعلق بمرحلة الدراسة كانت الحالة مجتهدة، كما صرحت بأنها تربطها علاقات جيدة مع جميع المعلمين و المعلمات باستثناء أستاذ اللغة العربية الذي كان يضرب كل الطلبة لأتفه الأسباب، و هي لم تتحمل هذه الحالة ما دفعها إلى إحضار أبيها إلى المؤسسة و حتى إخبار المدير بذلك، و كل هذا يظهر في قولها: "كان الأستاذ يضرب كل التلاميذ، و كانوا كامل يسكتو يصح أنا ما كنتش نتحمل هاد الحقرة". أما بالنسبة لعلاقتها مع زملائها فكانت جيدة، حتى أنها حافظت علا هذه العلاقات إلى يومنا هذا، كانت تربطني علاقة مليحة معاهم، و مزال عندي كونناكتمعاهم حتى لدورك".

كانت الحالة تلميذة مجتهدة و مثابرة، و عند وصولها إلى مرحلة الثانوية أصيبت بالمرض و هذا ما أجبرها عن التوقف عن الدراسة. أما عند سؤالنا عن أفضل صف في مشوارها الدراسي، أجابت: "تبدلك

السؤال و نقول نولي كي كان عمري 19 سنة، مازال ما كنتش مريضة و كنت مع واحد و كان حاب يجي يخطبني مبعد بابا مقبلش بيه"، و حتى بعد معرفة الشاب لمرضها تقدم لها مرة ثانية و لكن رفض أبوها، و هذا ما زاد من تأزم العلاقة بينها و بين والدها إذ لاحظنا علامات الحسرة و الندم عل الحالة، و هذا يظهر من خلال قولها: "لو كان كيما اليوم كنت نهدر و منخلش بابا يرفض".

بالنسبة لمرحلة البلوغ و المراهقة صرحت الحالة أنها إكتشفت أشياء جديدة في هذه المرحلة، في قولها: "كلما تكبر تكتشفيزافحوايج"، أما علاقاتها مع أهلها و أصدقائها لم تتغير حسب تصريحها.

عند سؤالنا الحالة عن الأحداث الهامة في حياتها لاحظنا أنها لديها أمل في الحياة و هذا ما يظهر في قولها: " الحاجة لي فرحاتتيا لسطاج لي درتهم، و من لقدام كي نشفا إنشاء الله حابا نخدم بيهم"، أما بالنسبة للحدث الذي أوجعها في حياتها، ذكرت مباشرة سنة 2008 التي كانت السنة التي اكتشفت فيها مرضها، حسب تصريحها: "الحاجة لي وجعاتي كتر في حياتي كي عرفت بلي راني مريضة"، و ما زاد للحالة تأزما أنها لم تتلقى المساندة الاجتماعية خاصة من أقرب الأشخاص لها وفي و هذا ما صرحت به في: "صعوبة كي تمرض و ما تلقاش حتى واحد قدامك، حتى واحد من والديك".

كانت الحالة مصابة بمرض فقر الدم، و كانت تعاني دائما من التعب و الإرهاق و عندما اشتدت عليها الأعراض أغمي عليها، فأسعفوها إلى المستشفى و بعد قيامها بالفحوصات و التحاليل الازمة تبين أن كليتيها متكشنتين، و هذا ما يعني أنها مصابة بمرض العجز الكلوي، و لكن الحالة لم تكن تعرف أنها مريضة حتى بداية العلاج، فحسب قولها: "عند بالي نقعد يامات و نخرج من السبيتار". و عندما خضعت لعملية "الكاتي" التي تعتبر أول مرحلة قبل ملية الدياليز اكتشفت أنها مصابة بالعجز الكلوي النهائي و ستخضع لعملية تصفية الدم طوال حياتها. و هذا ما صدم الحالة كثيرا. حيث نعرف الصدمة النفسية على أنها: "مجموعة التظاهرات و الاضطرابات ما بعد الصدمة أو النفسية التي تنتج على مستوى الجانب النفسي بعد التعرض لحادث مولد للصدمة. و الحادث المولد للصدمة هو حادث عنيف أو مفاجئ يهدد الشخص في سلامته الجسدية أو النفسية". (عبد الرحمان شادلي، 2016/2017، ص42)

و عند سؤالنا لها الحالة عن علاقتها مع العائلة بعد معرفتهم بالمرض أجابت: "متبدلتش مع يما، بصح بابا تبدل كامل و كل ما نقول لو مدلي دراهم و لا نسحق حاجة ميمدليش و يقول لي نتي مريضة و راح تموتي". و هذا ما أدخل الحالة في اكتئاب، و يمكن تعريف الاكتئاب على أنه: "عبارة عن خبرة وجدانية

ذاتية أعراضها الحزن و التشاؤم و فقدان الاهتمام و الارهاق و عدم الرضا و الرغبة في إيذاء المرء لنفسه، و التردد و فقدان الشهية و احتقار الذات و بطء الاستجابة و عدم القدرة على بذل أي جهد".

(تغزة نوال، 2013/2014، ص37)

تتعالج الحالة بآلة تصفية الدم و ذلك 3 مرات أسبوعيا لمدة 4 ساعات، تتناول أدوية خاصة بالعجز الكلوي و التي كانت تداوم عليها بشكل منظم في قولها: "تاخذ دوا تاغي في توجور و ندياليزي في الوقت"، أما عند سؤالنا لها عن رأيها في علاج الدياليز صرحت بأنها في البداية خافت خاصة أن لديها أقارب من العائلة أصيبوا بمرض العجز الكلوي، و لنقص الامكانيات للخضوع لعملية تصفية الدم فارقو الحياة، و هذا ما زاد من خوفها من الموت و تبين ذلك في قولها: "كي عرفت بلي راني مريضة و راح ندياليزي خفت نموت". و كدلالة نفسية يمكن استخلاص "قلق الموت". ونعرفه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت"، و يعرف أيضا أنه: "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت و الموضوعات المتصلة به، و قد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه". (آية قواجلية، 2013/2012، ص26)، لكن بعد مرور الوقت تكيفت مع الوضع و أصبحت معتادة على ذلك لأنها تعتبر الآلة هي الحل الوحيد للبقاء على قيد الحياة، و يظهر ذلك في قولها: "بكري كي بديت ما كنتش نقدر نقعد حتى 2 سوايع مي دوك ولى عندي عادي".

عند السؤال عن الهوايات صرحت الحالة بأنها تسعى للوصول إلى حلمها و هو العمل كمساعدة طبية، و كذلك تطوير موهبتها في الخياطة، في قولها: "نحب لخياطة بزاف".

أما بالنسبة للحياة الحلمية أجابت الحالة: "مناماتي كامل يخوفو و ندير لكوشماريزاف"، فحسب قولها تعاني الحالة من كوابيس كثيرة و تعنن من اضطرابات في النوم، و تعرف هذه الأخيرة أنها: "عدم القدرة على الدخول في النوم أو عدم القدرة على أن ننام الوقت الذي نعتقد أنه ينبغي أن ننام أو حدوث تقطع متكرر في النوم أثناء الليل". و يعرف أيضا أنه: "حالة من عدم الاكتفاء الكمي أو الكيفي من النوم يستمر لفترة لا بأس بها من الوقت". (عبد الحميد عبدوني، ص117)

و عند سؤالنا عن أحد الأحلام التي تتذكرها قالت: " حلمت بلي لحقت لفرنسا باش ندير العملية"، و هذا ما يعكس رغبتها في الحياة. أما بالنسبة عن الحياة المستقبلية صرحت الحالة بأنها تأمل بأنها ستقوم بعملية الزرع، و تتعافى من مرضها و تتزوج و يكون لديها مصدر رزق ملائم.

خلاصة المقابلة:

يظهر من خلال تحليلنا لمحتوى المقابلة التي أجيت م المفحوصة أنه غاشت طفولة عادية، كما لاحظنا الصعوبات في علاقاتها الأولية، إذ يظهر ذلك في تحفظاتها الكلامية حول مواضيعها و من بينها العلاقة مع الأب حيث أشارت أن والدها صعب الطباع، أما علاقتها مع الأم و الإخوة كانت جيدة حسب قولها، كما لاحظنا حديثها بسطحية عن مرحلة البلوغ و المراهقة، و هذا يظهر من خلال نسيانها لأحداث و تفاصيل مهمة كالبلوغ مثلا و الذي يدل على الكبت. أما فيما يتعلق بمعاشها للمرض فقد كان حدثا صدميا بالنسبة للحالة مما أدى إلى إصابتها بالاكتئاب. لكن الحالة تجاوزت هذه المرحلة و ذلك يظهر من خلال التزامها بالعلاج، أما عن حياتها الحلمية تميزت بكوابيس في بعض الأحيان و الرغبات في أحيان أخرى. أما بالنسبة لنظرتها للمستقبل فهي نظرة تفاؤلية، إذ تطمح في التعافي و ذلك بقيامها بعملية الزرع في الخارج.

خلاصة عامة للحالة:

نستنتج من خلال التحليل العام للمقابلة العيادية و الاستبيان الذي قمنا به من أجل التمييز بين الملتزمين و غير الملتزمين كانت نتيجة الحالة 90، و من هنا نستنتج أن السيدة "آسيا" ملتزمة بالعلاج، و يظهر ذلك من خلال التزامها بحصص الدياليز، و قيامها بالتحاليل المطلوبة و كذا تناولها للدواء بالجرعات المناسبة و الوقت المحدد لها و كما أنها تتبع حمية غذائية خاصة بمرضها.

تميزت نتائج الرورشاخ بالكف و قلة التعبير الذي ظهر في عدد الإجابات القليلة المقدمة، مما يدل على افتقار الإنتاج الإسقاطي لدى الحالة، و ظهور الاستثمار المكثف لنمط التناول الكلي، حيث طغت في البرتوكول و التي تدل على وجود ميكانيزم دفاعي هو مقاومة ظهور الواقع الداخلي، كما تدل على الخمول و الكبت، و تستعمل لعزل العواطف و التصورات، أما الإجابات الجزئية الكبيرة فقد ظهرت بنسبة أقل و هي تدل على عدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي. كما أظهر البرتوكول قدرة المفحوصة على التقمص الجنسي للصورة الإنسانية من خلال الإجابات، كما نلاحظ قلة الإجابات الحركية الإنسانية.

تقديم الحالة الثانية:

1-2 عرض الحالة : عاشور رجل يبلغ من العمر 40 سنة، باطل لا يعمل بسبب مرضه (العجز الكلوي) و هو عازب ، يحتل المرتبة 4 بين اخوته 3 اناث و 4 ذكور ، مستواه التعليمي 3 متوسط ، الذي يعمل عملية الدياليز منذ 6 سنوات.

عرض بروتوكول الورشاش لحالة: "عاشور":

تم تطبيق الورشاش لحالة "عاشور" ، يوم 202/09/07 على الساعة 10:10 الى 10:40

جدول رقم 5 :يمثل بروتوكول الورشاش لحالة: "عاشور":

اللوحات	زمن الكمون	الإجابات	التحقيق	بالتنقيط
I.	"34	...^... 1-خفاش 2-عنكبوت "6	خفاش (G) عنكبوت G	GF+Aban GF-A
II.	"43	...^... معلبليش مشفت والو "7	رفض	Choc Refus
III.	"6	...^... 3- بطن انسان 4-زوج عباد يتخاصمو 5-زوج نسا مسكو ف يدهم طفل "7	بطن انسان (D4) زوج عباد يتخاصمو (D1) -زوج نسا مسكو ف يدهم طفل (D1)	D F- Hd D K H D/d K H

G F+ Ad	-tete bison	tete bison -6 "10 ...^...	"45	.IV
G Fclob A G f+ A G F+ A	-وحش G -حلزون G -خفاش G	7-وحش 8-حلزون 9-خفاش "38 ...v^...	"20	.V
G F+ pays D F- Géo	بركان G فوهة بركان D5	10-بركان 11-فوهة بركان "13 ...v<^...	"45	.VI
G K H/ obj D F-obj	زوج بنات قاعدين G على شيء قبعة 13 D5 قبعة	12 زوج بنات قاعدين على شيء قبعة 13 "20 ...^...	"41	.VII
D kan A Ban scène	ذيبين يطلعو للشجرة D1 شجرة D5	14- ذيبين يطلعو للشجرة "4 ...^...	"16	.VIII

		...^... معلبيش "54	"25	.IX
D F+ A	حصان البحر D9	15 حصان البحر حتان 16	"18	.X
D F- A	حتان D15	"12		

جدول رقم 6 : يمثل المخطط النفسي لحالة "عاشور"

المحتويات	المحددات	انماط الادراك	الخلاصة
A=8	F+=6	G=9	R=16
AD= 1	F-=5	G%=56.25%	R.compl=1
H=3	F=11	D=6	Fefus=2
Hd=1	K=3	D/D=1	T total=8min
Bot= 1	Kan=1	D%=43.75%	TP/R=0.8min
Pays=1	Clob=1		Tri=4k/0c
Géo=1			FC=11/0
Obj=2			RC%=18.75%
Scène=1			Ban=1
			F%=68.75%
			F%elarg=100%
			F+%=54.54%
			F+elaerg%=11%
			A%=56.25%
			H%=25%
			Ban=1

يتم تحليل بروتوكول الروشاخ تحليلًا كميًا على مراحل من أجل الوصول إلى تحليل السياقات الفكرية واستخراج الدلالات النفسية والانفعالية للحالة

الإنتاجية

جاءت الإنتاجية العامة للمفحوص عاشور قليله من حيث عدد الاجابات المقدمة ب $R = 16$ في وقت بلغ 8 دقائق وهو عدد منخفض مقارنة بمعايير جامعه باريس خمس في مجتمع الغربي والتي تتراوح بين 25 و 35 اجابه نجد ان الاجابات اقل من هذا المعيار وبالتالي هذه النتيجة تظهر الكف على المستوى الانتاجي اما عند مقارنة عدد اجابات هذا المفحوص بالمعايير التي قدمها (سي موسي و بن خليفه 2004) في المجتمع الجزائري والتي تصل الى 22 اجابه عند الرشيد ونجد ان اجابته بعيدة عن هذا المعيار هذا ما يؤكد الكف والاختلاف الملاحظة بين المعيارين في الدراسة الفرنسية والجزائرية ارجعه كل من سي موسي وبن خليفه الى ان المجتمع الجزائري قليل التعبير عن المشاعر والوجدان

بالرجوع الى الزمن المستغرق في تقديم الاجابات نجد ان زمن البروتوكول يبلغ 8 دقائق وهو زمن قصير جدا مقارنة بمعايير جامعه باريس 5 التي تتراوح بين 20 و 30 دقيقة، وبالتالي نجد ان زمن الإجابة الواحدة 0.8 دقيقة في هذه الحالة نلاحظ ارتفاع في زمن الذي استغرقه المفحوص في تقديم اجابه واحده مما يظهر الكف من جهة اخرى لم يسجل في البروتوكول اي اجابه اضافيه رغم تحفيز المبحوث على التعبير الا انه لم يعطي ولا اجابه اضافيه واحده مما يؤكد الكف تميز به الى زمن الكمون انه كان طويلا بالنسبة للوحات VI, IV الشيء الذي يترجم صعوبة تعامل المفحوص مع استثارة هذه اللوحات وما شكلتها له من تهديد ومن جهة اخرى صعوبة التخلي او الانفصال الموضوع

كما نلاحظ ان الزمن الكمون كان مرتفعا بالنسبة للوحة VI والتي قدر ب 45 ثانيه والتي تعتبر لوحه حامله للتمييز الجنسي وتمثل الازدواجية الجنسية اما اللوحة IV وذلك بوقت قدر ب 45 ثانيه وتعتبر هذه اللوحة عن العلاقة مع الاب مثيره للصورة القضيبية هي القوه المرتبطة في الذكورة

(Chabert , c. 1995. P53)

وجود رفض اللوحة II بقوله: " ما فهمت والو" وهذا يدل على وجود قلق الخشاء لدى المفحوص كما قد يعبر عن تجنب الاستثمارات الغريزية بقوه واللوحة IX بقوله : "ما علايليش" وهي لوحه التكيف والنضج

العاطفي والذكاء وتسهيل عمليه النكوص، اما عرفها فيدل على وجود صعوبات لدى الحالة للتكيف والنقص النضج العاطفي، وصعوبات في عمليه النكوص)(Chabert , c. 1998. P53

جاءت الاجابات المبثلة $ban=1$ غير متناسبة للمعايير المحددة للجامعة باريس خمس ولا التي تقدر ب(5 الى 7 اجابات) (Chabert , c. 1998. P219)

مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي من طرف المفحوص وقد ظهر في اللوحة VIII "ذئبين يطلعو للشجرة" فالاجابة المبثلة جاءت عبارته عن اجابه حيوانيه $ban = 1$ ، وهذا ما يدل على وجود صعوبات علائقية ووجود صعوبات في تقمص الاخر.

السياقة الفكرية:

انماط تناول:

جمع البروتوكول على نوعين من النمط التناول تتمثل في الإجابات الكليه الجزئية، حيث نجد الاجابات الكلية أقل في البروتوكول على الاجابات الجزئية حيث كان عددها $G=9$ كانت بالنسبة $G\%=56.25\%$ وهي النسبة مرتفعة مقارنة بمعايير جامعه باريس 5 التي تتراوح بين (20 $G\%=23$ وهذا يعبر عن وجود ميكانيزم وهو مقاومه ظهور الواقع الداخلي كما تبين على الخمول والكبت وتستعمل لعزل العواطف والتصورات. (Chabert , c. 1997. P89)

وعند تناولنا لنوعية (G) نجدها مرتبطة على شكل اجابات هذا محدد ايجابي في اللوحات IV,V,VI,X، واجابه مبثله واحده في اللوحة VIII $ban=1$ المحددات السلبية ظهرت في اللوحات V,VI,VII,X، بلغت عدد الاجابات الجزئية $D=6$ وتمثال نسبة $D\%=43.75\%$ وهي نسبه منخفضه مقارنة بالمعايير المقدمة من طرف جامعه باريس 5 تتراوح من بين 60 و 68 مما يدل على القدرة الاستثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي كما يدل على عدم الاهتمام بالواقع وعدم القدرة على تخيله وفهمه و $DdbI=1$ و بلغت نسبته 6.25%

وعند تناولنا لنوعيه الاجابات الجزئية D من حيث ارتباطها بالمحددات لاحظنا ارتباطها بمحدد شكل حيواني ظهر في اللوحة X ومحدد شكلي انساني في اللوحة III ومحدد شكلي جغرافي VI ومحدد حركي حيواني في اللوحة VIII

المحددات:

جاءت المحددات الشكلية لدى المفحوص مرتفعة اذ تقدر ب $F\% = 68.75\%$ وهي نسبة متناسبة مقارنة بالمعايير المحددة 50 70% مما يدل على التحكم في الواقع الداخلي من خلال الاستثمار المكثف للشكل

(Chabert , c. 1997. P121)

جاءت المحددات الشكلية الإيجابية بنسبة $F+\% = 54.54\%$ وهذه المحددات الشكلية الإيجابية تكراراتها المنخفضة مقارنة بمعايير جامعه باريس 5 (70 80 %) وهذا يدل على نوع من الهشاشة في بناء الواقع ويشير الى انخفاض ميكانيزم التكيف الهادف الى وضع حدود بين الداخل المتمثل في نزوات والهوامات والخارج المتمثل في الواقع

المحتويات :

نجد في البروتوكول تنوع نسبيا في المحتويات , scène , Obj , Géo . Pays . Bot . Hd . H . Ad . A وما نلاحظه ان المحتويات الإنسانية في البروتوكول تقدر ب $H=3$ بنسبة : $H\% = 25\%$ وهي نسبة مرتفعة وغير متناسبة مع المعايير المقدمة من طرف جامعه باريس 5 وهي 15 و 20 % وهذا ما يوحي الى عدم قدرة المفحوص على تقمص الصورة الإنسانية و وجود كف في العلاقات الإنسانية

(Chabert , c. 1997 . P192)

وظهرت في اللوحة III التي تبين وجود حركه انسانيه لكنها جاءت غير معرفه مما يدل على صعوبة تقمصيه جنسيه

اما المحتوى الحيواني $A=8$ فهو اقل بنسبه $A\% = 56.25\%$ وهي نسبة مرتفعة مقارنة بمعايير جامعه باريس 5 التي تقدر ب (30 45%) مما يدل على وجود ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الاشخاص فهو يتجنب العلاقات الإنسانية التي تكون مصدر القلق ولذلك يتم تجنبها الاعتماد على المحتوى الحيوان وقد ظهرت في اللوحات I, IV, V, X وهي كلها محتويات تدل على الهشاشة في الصورة الجسدية

الديناميكية الصراعية :

يتجلى في بروتوكول عاشور ظهرت اجابه حركيه من نوع انساني $k=3$ وردت في اللوحة III تمثلت في "زوج عباد يتخاصموا" مما يدل على تجاوز وتدارك الوضع بإعطاء اجابه انسانيه رغم عدم تعامله مع اللون الاحمر الذي يعد واقع مادي اللوحة بما يشير الى استثمار العالم الانساني للمفحوص و عن الحركات النزوية ، و اللوحة VII تمثلت في "زوج بنات قاعدين على شيء"

(Chabert, c. 1983 . P156)

وردت اجابه حركيه من نوع حيواني $kan=1$ التي وردت في اللوحة VIII تمثلت في " ذئبين يطلعو للشجرة"

يشير التحليل الداخلي للمفحوص الى الطابع منطوي مزدوج لطبيعة السيرة النفسي حيث يلمس عندما الاستثمار للوجدان في مقابل ظهور الحركات الفكرية $TRI=4K/0C$ التي تشير الى هشاشه الجهاز النفسي وتتعهد في البروتوكول إجابات لونه مما يدل على غياب الوجدان

(Chabert, c. 1997 .P118)

العوامل الإضافية:

اما في ما يخص اختبار الاختيارات الإيجابية والسلبية منعدمه يتضمن البروتوكول الحالة صدمت في اللوحات IV,V,VI,X

تظهر النتائج هشاشه الانتاج الاسقاطي لدى الحالة بحيث تتميز بالكف وانعدام التعبير عن العواطف وكذلك الصعوبات العلائقية تظهر من خلال المحتويات الحيوانية التي غلبت في البروتوكول وكذا الصعوبات التقمصية الجنسية.

خلاصة التحليل الشامل لبروتوكول الروشارخ لحالة عاشور:

تتجه الإنتاجية العامة للمفحوص نحو الكف الذي ظهر في عدد الاجابات القليلة المقدمة التي بلغت 16 اجابه فقط في وقت قدره 8 دقائق كما احتوى البروتوكول على اجابه واحده اضافيه مما يدل على افتقار الانتاج لدى الحالة والكف

فيما يخص تناول فقد جاءت الاجابات الكليه بنسبة بلغت 56,25% حيث طغت في البروتوكول والتي تدل على وجود

ميكانيزم دفاعي وهو مقاومه ظهور الواقع الداخلي كما تدل على الخمول والكبت وتستعمل لعزل العواطف والتصورات اما الاجابات الجزئية الكبيرة فقد بلغت نسبتها $D=43,75\%$ وهي تدل على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي في حين جاءت الاجابات المبتذلة الحيوانية $Ban=1$ مما يدل على هشاشة الصورة الجسدية وتفككها.

كما اظهر البروتوكول عدم قدره المفحوص على تقمص صورته انسانيه من خلال نسبه الاجابات الإنسانية $H=25\%$ وهذا يدل على هشاشة واضطراب الصورة الجسدية

كما نلاحظ في البروتوكول قله الحركة الإنسانية مما يشير الى وجود صعوبة في التقمص الجنسي للصورة الإنسانية وعدم ارضان الصراعات وتجنب العلاقات و الانعزال بينما نلاحظ الاجابات الحيوانية في البروتوكول والتي بلغت $A=56,25\%$ وهي اجابات ذا محتوى سلبي "خفاش" "عنكبوت" و غياب الاستجابات اللونية مما يدل على الافتقار العاطفي.

3- تحليل دليل المقابلة العيادية لحالة السيد "عاشور":

عند سؤالنا المفحوص عن طفولته وكيف كانت علاقته مع اهله اجاب بانه عاش طفولة عادية مثل كل الاطفال حسب قوله : "طفولتي كيما كامل الاطفال عادي" . وكان محب للهو و اللعب مع اخواته الستة حيث لديه 3 ذكور و 3 اناث ، فكانت تربطه علاقه جيده مع كل اخوته وكذلك امه واباه اما بالنسبة لعلاقته مع العالم الخارجي اصدقائه فهو لا يزال متمسكا بأصدقائه منذ الطفولة وهذا ما يظهر في قوله : "مازال عندي حتى صحابي تاع بكري ومازال متمسكين ببعضانا" اما فيما يخص مرحلة الدراسة صرحت الحالة بانها مرت بمرحلة تدرس جيده وكان تلميذا ذو مستوى متوسط، كان تلميذا مثابرا وتربطه علاقه جيده مع كل معلمين وكذلك زملائه حتى الان في تواصل دائم مع زملائه ويظهر ذلك في قوله : "مزالني نهدر معهم حتى لدك" عند سؤالنا عن سبب عدم مزاولته الدراسة قال: " انا ماشي تع قرايا" اما عند سؤالنا عن مرحلة المراهقة اجاب بانها كانت مرحلة عاديه اكتشف امور جديده ظهر في قوله: " كانت مرحلة جيدة تديكوفري فيها بزافحوايج" وحتى علاقته حسب قوله لم يتغير فيها شيء بل زاد علاقات اصدقاء

جدد

عند سؤالنا الحالة عن الحاجات التي اسعدته في حياته قال : " كيزادو اولاد خويا " اعتبرها مصدر البهجة والسرور الذي دخل البيت ، اما الشيء الذي احزنه : "كي ماتت يما نوفمبر ، و 2021 مرضت انا "فالحالة هنا دخلت في حاله صدمة و هي عبارة عن دلالة نفسية

الصدمة النفسية :هي:

يتكلم المرء عن الصدمة النفسية إذا كان حدث جسيم ما قد أدى أو يؤدي إلى جرح عميق في النفس بشكل مفاجئ ولمرة واحدة ويظهر بشكل متكرر أو بشكل مؤثر لفترة طويلة.

إحدى السمات المهمة للصدمة النفسية هي: أنه يمكن لكل شخص تقريبا أن يوجد لديه شك عميق في مثل هذه الحالة، لأنه يشعر بخطر مباشر على حياته أو حياة شخص آخر.

(الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطرابات المجهد بعد الصدمة النفسية (PTBS) ، ص 6)

اما فيما يخص المعاش المرضي صراحه الحالة بانها لم تكتشف المرض منذ البداية حتى يوم ذهابه للقيام بلقاح كوفيد 19 وقبل القيام باي لقاح يستوجب على كل ملحوظ قياس ضغط الدم وبالنسبة للحالة وجدوا انه ضغط دمه مرتفع جدا لدرجه وصوله 25 14 وهذا ادى بالحالة للاحق بالمستشفى في اقرب وقت ممكن وعند قيامه بكل تحاليل المطلوبة تبين انه مصاب بمرض العجز الكلوي النهائي لان لديه 3 kystes وبعد ذلك تم توجيهه الى مصلحه أمراض الكلى للقيام بعملية تصفيه الدم ولم عرف بالتشخيص النهائي دخل في حاله اكتئاب وما ظهر في قوله : " كي قالت لي طبيبه باللي راح ندير ديايز حسيت الدنيا ظلمت عليا و تديرميت ف هداك الوقت " لذا يمكننا تعريف الاكتئاب:

هو حالة من الحزن العميق، يحس فيها المريض بعدم الرضا و عدم قدرته على القيام بنشاطاته السابقة و الشعور المستمر باليأس و صعوبة التركيز (مخالفية ، 2016 ، ص 22)

وبعد معرفه اخواته هناك تغير ملحوظ في معاملتهم له اذ كانوا اكثر قلقا عليه تبين ذالك في قوله : معرفة خواتي تقلقوا عليا بصح ميينوشيزاف "

تقوم الحالة بعملية التصفية 2 اسبوعيا لمدة اربع ساعات في كل حصه وكان ملتزما بالوقت المحدد لدياليز لكنه كان قلقا بسبب عدم وجود الات تصفيه الدم في المنطقة التي يعيش فيها في قوله : " كنت مقلق عندما ما كاينش وين ديايزي وخفت لا منلقيش هنا بلصة ليا "

اما بالنسبة لنظرته لذاته فيرى نفسه عاجزا عن الحياه بدون الاله ويربط نفسه بها في قوله : "دوك وليت ما كاينش كيفاه البوجي وحدي ولا ندير واش نحب كما بكري"

اما الان بعد تَعُوده على هذا الحال فاصبح اكثر تقبلا لذاته وظهر ذلك في قوله : "بالصح راني متقبل روحي كيما راني وراني متصالح مع المرض تاعي" ومن هنا نستخرج دلالة نفسيه وهي تقدير الذات.

تعريف تقدير الذات: حسب **Maslow** هو حاجه الفرد الى المكانة الاجتماعية المرموقة والشعور بالاحترام وحاجته، و ان يشعر بانه محمل تقدير واحساس بالقوة والاحساس بالثقة بالنفس و الكفاءة

(شاوشي اعمر، 2019 / 2020 ،ص 24)

عند سؤالنا عن هوايته اجب انه يحب كل ما يتعلق بالطبيعة ولكن تأسف كثيرا بسبب الحرائق التي مرت بها المنطقة التي يعيش فيها

اما بالنسبة للأحلام الحالة فهي عادة كوابيس لكن حسب تصريحه لا يتذكر تفاصيل حسب قوله: "كل ما ننوض الصباح نلقى روحي ماشي مليح بسبت لكشمار بالصح منتفكرهمش و ننساهم"

على حسب ما قال ينتظره مستقبل احسن لأنه يتمنى السفر للقيام بعملية زرع الكلى للتخلص من المرض : "راني نتمنى نساfer باش ننحي عليا هاد المرض"

خلاصة المقابلة العيادية:

يظهر من خلال تحليلنا لمحتوى المقابلة التي اجريت مع المفحوص انه عاشة طفوله عاديه كما لاحظنا انه تجمع له علاقات جيده مع افراد عائلته (الاب, الاخوة)

و كانت مرحلة البلوغ جيدا ولم يعيش صعوبة تذكر في تلك الفترة اما فيما يتعلق بمعاشه للمرض فقد كان حدثا صدميا بالنسبة الحالة مما ادى الى اصابته بالاكتئاب لكنه تجاوزة هذه المرحلة وذلك ظهر من خلال التزامه بالعلاج كما انه قد عاش حدثا صدميا قبل ذلك والمتمثل في وفاه امه اما فيما يتعلق بالحياة الحلمية فتتميز بقله الاحلام مراقبه كبيره على الهوامات اما نظره للمستقبل فهي النظرة التفاؤلية فهو يطمح الى السفر والتعافي من ذلك المرض.

خلاصة عامه للحالة:

نستنتج من خلال التحليل العام للمقابلة و الاستبيان الذي قمنا بهي من اجل التميز بين الملتزمين و غير الملتزمين، كانت نتيجته 90 و هذا يعني ان السيد عاشور ملتزم بالعلاج، ويظهر ذلك ايضا في حضوره للحصص الدياليز في الوقت وقيامه بكل التحاليل المطلوبه وكذا تناول ادويته في الوقت المحدد ويتبع حميه غذائيه خاصه بالمرض.

تميزت نتائج بالكف وقله التعبير الذي ظهر في عدد اجابات القليلة المقدمة مما يدل على افتقار الانتاج الاسقاطي لدى الحالة وظهور الاستثمار المكثف لنمط التناول الكلي حيث طغت في البروتوكول والتي تدل على وجود ميكائيزيم دفاعي هو مقاومه ظهور الواقع الداخلي كما تدل على الخمول والكبت وتستعمل لعزل العواطف والتصورات

اما الإجابة الجزئية الكبيرة فقد ظهرت بنسبه اقل وهي تدل على عدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي.

الاستنتاج العام:

سيتم استخراج كل النتائج المتحصل عليها من خلال اختبار الورشاخ لكل من الحالتين في الجدول الموالي:

جدول رقم 7 : يمثل نتائج الحالات بالنسبة الورشاخ

الحالات	الزمن	عدد الاجابات	G%	D%	A%	H%	F%	K	RC	TRI	Refus
عاشور	'8	16	%56.25	%43.75	%56.25	%25	%68.75	3	%18.75	K1/C0	2
آ آسيا	'8	16	%47.05	%35.25	%31.25	%18.75	%93.75	1	%37.05	K4/C0	1

يظهر من خلال الجدول ان هناك تساوي الحاليتين في عدد الاجابات حيث بلغت 16 اجابة عند كل حالة وهي منخفضة مقارنة بالمعايير المحددة من طرف جامعة باريس 5 التي تقدر ب 30 اجابه عند الراشد كما تبتعد عن المعيار التي توصل إليها "سي موسي وبن خليفة" في دراسة لهما عن المجتمع الجزائري التي حددت ب 22 اجابة بحيث ارجع ذلك الى ان المجتمع الجزائري متميز بالكف في التعبير نجد لدى الحاليتين "اسيا" و "عاشور" عدد الاجابات منخفضة.

نجد الزمن لدى الحاليتين بلغ 8 دقائق وهو زمن منخفض مقارنة بالمعايير المحددة من طرف جامعة باريس 5 الذي قدر ب 20 الى 30 دقيقة كما نجد زمن منخفض جدا لدى الحاليتين.

نجد نسبة اجابات الشاملة (G) مرتفعة لدى الحاليتين مما يدل على صعوبات على الصورة الجسدية لدى كلتا الحاليتين مقارنة بالمعايير المحددة من طرف جامعة باريس خمسة 23 20% مما يدل على القلق الحاد والكبت الشديد وعزل العواطف والتصورات.

بينما نجد متوسط اجابات الجزيئية يقدر ب $D=40\%$ وهي نسبة منخفضة مقارنة بمعايير المحددة من طرف جامعة باريس 5 وهي $D=68-60\%$ مما يدل على عدم التمسك بالواقع الخارجي لعدم تقادي ظهور الواقع الداخلي .

كما برزت الاجابات الإنسانية H مرتفعة بمتوسط $H=20\%$ مقارنة بالمعايير المحددة $H=12-18\%$ مما يدل على استثمار مكثف للصورة الإنسانية لكن بالرجوع إلى نوعيتها نجدها غير معرفة جنسيا الأمر الذي يدل على صعوبات على مستوى التقمصات الجنسية للحاليتين مما يدل على إمكانية ربط العلاقات مع الاشخاص.

بينما جاءت الاجابات الحيوانية $A=48\%$ نسبة عادية مقارنة بالمعيار المحددة من طرف الجامعة باريس 5 $A=45-55\%$ مما يدل على امكانيات لربط العلاقات مع الاشخاص.

كما نجد في البروتوكول اجابات حركية انسانية لدى الحاليتين مما يدل على قدرة المبحوثين على استثمار العالم الانساني وعن الحركات النزوية وكيفية تنظيمها مما يدل على عدم ارضان العدائية عند الحاليتين. و من خلال النتائج المتحصل عليها من اختبار الرورشاخ ، نجد عدد منخفض لدى الحاليتين و عدم القدرة على استثمار الواقع الداخلي ، مما يدل على عزل العواطف و التصورات.

اما في ما يخص تحليل دليل المقابلة فان الاجابات كانت قصيرة وغير عميقة يظهر ذلك خاصة في المحور الخاص بالجانب العلائقي مع العائلة الذي يتبين من خلال عدم تمكن الحالتين من التحدث عن العائلة فنجد الحالة الاولى التي استصعبت التحدث عن الاب لأنه مصدر قلق وخوف واكتئاب بالنسبة لها اما الحالة الثانية فهو يحاول التهرب من سؤالنا عن اخوته والعلاقة التي تربطه معهم بسبب مرضه الذي ابعده عنهم. مما يدل على وجود صعوبات تعبيرية لدى الحالتين، فنجدها ترفضان التعبير عن الجانب العاطفي، و هذا ما نسميه "بالأليكستيميا" التي تعرف إن المصطلح في أصله الإغريقي Alexitymie مركب من A وهي أداة نافية تعني عدم وجود أو غياب. بينما Lex: من lexis و تعني اللفظ أو الكلمة Thymia من Thymos و تعني المزاج أو عاطفة، مشاعر، انفعالات. و هو مصطلح صيغ من طرف سيفنيوس Syfneos سنة 1972 و يعبر عن العجز أو الصعوبة في المعرفة و التعبير عن الانفعالات و الأحاسيس عن طريق الكلام. حاليا معروف بخلل التعبير الانفعالي، أين يظهر الغيظ، و 55 بالمئة من الشعور بالعجز.(الأليكستيميا لدى مرضى السرطان، 2020)

تعتبر هذه الأخيرة موجودة بكثرة لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة.

لكن رغم كل الصعوبات والمشاكل اليومية التي يعاني منها الحالتين الا انهما ملتزما الى حد كبير بالعلاج ولا يستهتران بمرضهما وهما على التواصل دائم مع مصلحة امراض الكلى و الدياليز. وهذا ما ظهر من خلال نتائج استبيان الالتزام العلاجي التي كانت مرتفعة بالنسبة للحالتين، و الشيء الذي يظهر أنه عندما يكون استبيان الإجابات كانت و كأنه تبتعد عن الهشاشة لأن الاجابة حسب ما هو مطلوب، لكن نجد وجود الهشاشة في المقابلة العيادية التي تعتبر تعبير حر و، و ظهور الهشاشة من خلال اختبار الرورشاخ الذي يعتبر اختبار إسقاطي و هذا راجع لعدم وجود معالم خارجية ليعتمد عليها المريض .

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من استبيان الالتزام العلاجي هو تحليل اختبار الرورشاخ ودليل المقابلة توصلنا الى ما يلي :

- صعوبة تقبل كلتا الحالتين لمرضهما و ظهر ذلك في دخول كلتا الحالتين في الاكتئاب عند سماع خبر مرضهما.
- التزام الحالتين بالعلاج و الدياليز خوفا من الموت لأنه الحل الوحيد للبقاء على قيد الحياة.

ومن كل ما سبق نجد فرضية بحثنا تحققت و التي تنص على ما يلي:

"يتميز الإنتاج الإسقاطي للراشد الملاوم لآلة تصفية الدم و المتميز بالالتزام العلاجي بالهشاشة".

خاتمة:

لكل بداية بحث علمي نهاية ، وكل نهاية يمكن ان تكون بداية للكثير من التساؤلات العلمية الاخرى. من خلال هذا البحث الذي قمنا به والمتمثل في خصائص الانتاج الاسقاط لدى الراشد الخاضع لالة بتصفية الدم والمتميز بالالتزام الصحي او عدم الالتزام الصحي من خلال اختبار الروشاخ. اعتمدنا في ذلك على حالتين والذي تتراوح اعمارهم بين 35 و 45 سنة. حتى نصل لمعرفة نوعية الانتاج الاسقاطي لدى الخاضعين لألة تصفية الدم اعتمادا على مجموعة من ادوات البحث منها: اختبار الروشاخ للمقابلة العيادية، التي تم اجرائها باتباع عدة محاور. ونستنتج من خلال تحليل العام للمقابلة العيادية والاستبيان الذي قمنا به من اجل التمييز بين الملترمين وغير الملترمين ان تلك الحالتين تتميزان بالالتزام الصحي. اما فيما يخص نتائج اختبار الروشاخ فهي تتميز بالكف وقلة التعبير الذي ظهر في قلة الاجابات المقدمة مما يدل على افتقار الانتاج الاسقاطي لدى الحالتين. بعد تحليلنا للمعطيات المتحصل عليها توصلنا الى نتائج اجابت على تساؤلاتنا. رغم ثبات صحة فرضية بحثنا، الا انها تبقى غير قابلة للتعميم وذلك لإمكانية تغييرها بتغيير الظروف المحيطة بالدراسة سواء العوامل النفسية او العوامل الخارجية كما لا يمنع من بقاء ابواب هذه الدراسة مفتوحة اتجاه الدراسات الاخرى للغوص اكثر واكثر في هذا الموضوع.

الاقتراحات:

ان هذا العمل مكاننا من الاحتكاك بفئة المرضى المصابين بالعجز الكلوي حيث تبين لنا نحن كأخصائيين ان هذه الفئة تعاني من اضطرابات نفسية يجب ان تدرس من قبل الباحثين و لقد توصلت دراستنا الى جملة من الاقتراحات والتي تتمثل في:

- الغوص اكثر في هذا الموضوع واستعمال اختبارات إسقاطية اخرى كاختبار تفهم الموضوع T.A T

-التركيز على اجراء الدوريات التكوينية للأخصائيين النفسيين في الاختبارات الإسقاطية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

مراجع اللغة العربية:

- 1- إيمان تيتيات، (2018/2017)، الإنتاج الإسقاطي لدى المراهق المدمن على المخدرات من خلال اختبار الروشارخ - دراسة عيادية لست حالات-، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص عيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة.
- 2- آية قواجلية، (2013/2012)، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، تخصص عيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة.
- 3- أيمن محمد عادل، (2006) هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟ دواؤك الطبيعي من الغذاء و الأعشاب، المغرب، دار المعرفة
- 4- الفرج أسامة، (2009)، تقييم جودة الرعاية الصحية في المستشفيات السورية من وجهة نظر المرضى (النموذج القياس رضا المرضى)، مجلة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانون، المجلد 25، العدد2.
- 5- السويداء عبد الكريم (2010)، المرشد الشامي لمرضى الفشل الكلوي (ط 1)الرياض، وهج الحياة.
- 6- تعزة نوال، (2015/2014)، الاكتئاب عند المرأة المطلقة حديثا و علاجها، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس و علم التربية.
- 7- حنان عبد الحميد العناني، (2000)، الصحة النفسية، عمان الأردن، دار زهران، الطبعة الأولى.
- 8- ديرام سامية- فرات فايزة، (2015/2014)، الإنتاج الإسقاطي لدى أمهات أطفال المصابين بالتوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة تيزي وزو.
- 9- دريسي توفيق، (2015, 2014) الذكاء الانفعالي وعالجته بمستوى الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- 10- سي موسي زقار، (2015)، **العنف الإرهابي ضد الطفولة و المراهقة**، علامات الصدمة و الحداد في الاختبارات الإسقاطية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 11- سلمى أمال العبيدي، (2016/2015)، **أثر الحرمان العاطفي في ظهور اضطراب تأخر اللغة بسيط لدى أطفال الأمهات العاملات**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الأطفونيا، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة أم البواقي.
- 12- سي موسي عبد الرحمان و بن خليفة محمود، (2010)، **علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي**، الطبعة الثانية، الجزء الأول، ديوان المطبوعات.
- 13- سقموند فرويد، (1989)، **الكف و القلق**، دار الشرق، الطبعة الرابعة.
- 14- شرادي نادية، (1997)، **التنظيم العقلي و التكيف المدرسي عند التلاميذ السنة الثانية**، رسالة ماجستير، معهد علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.
- 15- شيلي تايلور، (2008)، **علم النفس الصحي ترجمة أسامة درويش**، بريك فوزي شاكرا طعمة، دار الحمد للنشر و التوزيع، الأردن .
- 16- شورخ هناء، (2008)، **علم النفس الصحي** ، مكتبة انجلو المصرية، مصر .
- 17- صليحة عدودة، (2015/2014)، **الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي، قسم علم النفس و علوم التربية، جامعة باتنة.
- 18- عبد الرحمان شادلي، (2017/2016)، **انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف**، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس، قسم العلم الاجتماعية، جامعة بسكرة.
- 19- عباس بوعباس أحمد يوسف، (2010)، **أثر جودة الرعاية الصحية لدى المرضى**، دراسة مكملة لإجراءات الحصول على شهادة ماجستير، إدارة أعمال الكويت، جامعة الشرق الأوسط.

- 20- عبد الحميد عبدوني، سليمة سايجي، ساعد صباح، (دون سنة)، العمل الليلي و دوره في ظهور بعض اضطرابات النوم (الأرق، فرط النوم، اضطراب جدول النوم و اليقظة) لدى عمال الدوريات الليلية، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة بسكرة/ باتنة.
- 21- عبد الفاتح دويدار، (1994)، أسس علم النفس التجريبي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 22- عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، (2002)، الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق نظرة الاختبارات الإسقاطية، الجزائر، جمعية علم النفس، الطبعة الأولى.
- 23- عبد الصمد صورية، (2020)، الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدة الصماء، مجلة التمكين الاجتماعي، مجلد2، عدد1.
- 24- عبد الرحمان العيساوي، (1995)، علم النفس الإكلينيكي، دار الجامعة، الطبعة الأولى.
- 25- عدنان أحمد الفتقوسي ، (2006) الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني ، مصر ، المكتبة الإلكترونية للنشر والتوزيع.
- 26- عبد الرحمن العيساوي ، (2012) نظريات الشخصية ، بيروت ، دار المعرفة الجامعية.
- 27- عواطف بوقرة، (2019)، محاضرات الاختبارات الاسقاطية، مقياس القياس النفسي و بناء الاختبارات، جامع مسيلة.
- 28- عبد الستار ابراهيم عبد الله عسكر ، (2008)، علم النفس ، ط4 ، مكتبة مصرية القاهرة.
- 29- عزيز فريال الناجي، (2007)، نمط الالتزام بالعلاج بمرضى السكري، المركز التخصصي بأمراض الغدة الصماء و السكري في بغداد، المجلة الطبية العراقية، المجلد53، العدد2، بغداد.
- 30- عبد المجيد إبراهيم ، (2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، الطبعة الأولى.

- 31- فتيحة فضيلي، (2020)، خصائص الإنتاج الإسقاطي عند المدمنين على الكحول دراسة لأربعة حالات انطلاقاً من اختبار الروشارخ، مجلة آنسنة للبحوث و الدراسات (90-104)، مختبر الأنثروبولوجية التحليلية و علم النفس المرضي، الجزائر.
- 32- فليقير فتحة، (2020)، الاكستيميا لدى مرضى السرطان (دراسة ميدانية بمستشفى العفرون)، المجلد 12، العدد 1.
- 33- فيصل عباس، (1990)، قياس الشخصية دراسة حالات عيادية، لبنان، دار المنهل اللبناني.
- 34- قورمات نريمان، (2018/2017)، الإنتاج الإسقاطي لدى ممرضى مصلحة الإستعجالات الطبية من خلال تطبيق اختبار الروشارخ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة.
- 35- لونا سكاتية و لوني كريمة، (2015/2014)، الإسقاطي لدى المراهق المعاق حركياً دراسة عيادية لست حالات، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الصحة النفسية تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة تيزي وزو.
- 36- لكل رفيقة، (2010/2011)، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس الصحة - قسم علوم اجتماعية، جامعة باتنة.
- 37- معاليم صالح، (2010)، بعض الاختبارات في علم النفس الروشارخ و الرسم عند الطفل، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات، الجزائر.
- 38- محمد قاسم عبد الله، (2004)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر، الطبعة الثانية. 36.
- 39- محمود ياسين عطوف (2002)، علم النفس العيادي ، ط2، بيروت ، دار المالي.
- 40- مصطفى فهمي، (1995)، الصحة النفسية (دراسات في سيكولوجية التكيف)، القاهرة، مكتبة الفاجي، الطبعة الثالثة.

- 41- منصور حسين، (2006)، الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمرضى المنومين بمدينة إربد، الأردن، مجلة المنارة، المجلد 13، العدد 1.
- 42- محمد دويدار عبد الفتاح، (1999)، منهاج البحث في علم النفس (ط 2)، الزرطية - السكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 43- محمد خليل عباس و آخرون، (2007)، مدخل إلى المناهج في التربية و علم النفس، دار المسيرة، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 44- ناصر الدين ابراهيم أحمد أبو حامد، (2008)، اختبارات الذكاء و مقاييس الشخصية، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديثة، الأردن.
- 45- نوفل محمد، (2011)، الفروق في دفاعية التعلم المستندة على نظرية تقدير الذات لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية، مجلة جامعة النجاح للباحث، المجلد 25، الأردن.
- 46- نبيلة عباس الشويخي، (2003)، المشكلات النفسية (للأطفال أسبابها، علاجها)، القاهرة، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى.
- 47- هناء يحيى ابو شهد ، (1999) ، القياس الاسقاطي ، مصر ، مكتبة زهراء شرق ، الطبعة الاولى.

مراجع اللغة الأجنبية:

- 48- Aurélie Gauchet , (2008) , **observance , thérapeutique psychosociaux**. France, édition l'harmattan.
- 49- Anzieu.D, et Chabert,c , 1983 , **Les méthodes projectives**, Paris, P.U.F.
- 50- Bergert .J et All. (2000). **Psychologie pathologique théorique et clinique**. Paris. Ellipses édition.
- 51- Chabert. C (1995) , **psychanalyse et méthodes projectives**, Paris, Dunod.

52- Chabert, c ,(1997) , **le Rorschach en clinique adulte** (interprétation Psychanalytique) . Paris ,Dunod , 2 éme édition.

53- Chabert. C . (1983) , **le Rorschach en clinique adulte** (interprétation psychanalytique) Paris, dunod.

54- Cécile Beizmann, 1966, **livre de cotation des formes dans le rorschach**, édition du centre de psychologie Appliquée, Paris.

55- Gérard reach (2006) , **clinique de l'observance** , Paris , Édition John LibbeyEurotexte.

56- Haddad, Nassima.(09 Décembre2012). **Elaboration et application d'un formulaire de consentement dans une recherche en psychologie** : Cadre conceptuel et constats préliminaires. In : Revue psychological & Educational Studies. Laboratory of sycho- Educational Practices.

57- Laplanch et Pantalís J.B . (1990) . **vocabulaire de la psychologie** . Paris .PUF . 10éme édition.

58- Rauche de trenbeberg.N. et all . **1994 la pratique de Rorschach**. P.U.F. Paris

الملاحق

ملحق رقم (1)

دليل المقابلة:

المحور الاول: المعلومات الشخصية

الاسم ، السن ،الجنس ،المهنة ،الحالة المدنية ، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي .

المحور الثاني: الحياة الطفولية و العائلية

يساعدنا هذا المحور للتواصل للمعلومات المتعلقة بمرحلة الطفولة والعائلية التي عاشها المرضى

التعليمية الأساسية :

هدر لي على صغرك

التعليمية الأساسية للحصول على خمسة انواع من المعطيات هي العلاقة مع الام الاب والاخوات والأخوة والمحيط الخارجي وفي حاله عدم تطرق المبحوثين للمعطيات السابقة نلجأ الى طرح التعليم الجزئية و هي :

هدر لي على علاقتك مع امك

هدر لي على علاقتك مع باباك

كيفاش كانت علاقتك مع خوتك

كيفاش كانت علاقتك مع خياتك

كيفاش كانت علاقتك مع الناس الاخرين

المحور الثالث :الحياة المدرسية

يهدف هذا المحور للتواصل الى كيفيه عيش المبحوثين لمرحلة التمدريس وكيفية استثمارهم للدراسة وكذلك

معرفة نوع العلاقة في تلك الفترة

التعليمية الأساسية:

هدر لي واش تشفى كي كنت تقرا

نتحصل من خلال هذه التعليم على نظرة المبحوثين للمدرسة و التمدرس ونوع العلاقة التي تربطهم مع المعلمين والمعلمات وكذلك الزملاء والزميلات وما هي الاشياء التي ساعدتهم في النجاح و العكس كذلك مدى استثمار المبحوثين لهذه الفترة وفي حاله غياب المعطيات السابقة يشجع المبحوثين ونحسهم على التعبير عنها

التعليمات الجزئية:

كيفاش كانت علاقتك مع المعلمين والمعلمات

كيفاش كانت علاقتك مع الزملاء والزميلات

واش هي الحاجات اللي ما خلاتكش تتجح في للقراءة

واش هي الحاجه اللي تستفاد منها كي كنت تقرا

لو كان ترجع القرابه واش من الصف تولي ليه

المحور الرابع : البلوغ والمراهقة

يهدف هذا المحور للحصول على المعلومات حول مرحله المراهقة للمبحوثين وكذلك مدى تقبلهم النمو الجسدي الجديد وتجاوز مرحلة الطفولة الى فكرة بداية كبر السن و بداية مسؤوليات جديدة

التعليمية الأساسية:

كي كبرت وصلت 17 18 سنة للفوق تشفى كيفاه كنت في هذاك الوقت

الهدف من التعليم الأساسية هو الحصول على المعطيات التالية :

ما الذي تغير فيه في هذا السن كيف اصبحت العلاقة مع اهلك و العلاقة مع العالم الخارجي وفي حال غياب احد المعطيات نسعى لتحفيز المبحوثين للتعبير عنها

(م التعليمية الجزئية:

واش تبدل فيك في هاد السن

كيفاش ولات علاقتك مع اهلك

كيفاش ولات علاقتك مع العالم الخارجي

المحور الخامس : الحياة الزوجية

يهدف هذا المحور للحصول على المعلومات حول الحياة الزوجية للمبحوثين وعلاقتهم مع شريك الحياة

التعليمية الأساسية : هدر لي على زواجك

نتحصل من خلالها على المعلومات التالية كيفية معرفة للزوج او الزوجة كيف كانت العلاقة وكيف اصبحت مع الزواج كيف اصبحت العلاقة مع اهلك بعد الزواج ، العلاقة مع اهل الزوج ، مدى الرضا عن الحياة الزوجية في حالة غياب العناصر المذكورة في التعليمية الأساسية نقوم بطاها على المبحوثين في تعليمات جزئية

كيفاش عرفت الزوج او الزوجة ديالك

كيفاش كانت وكيفاش ولات علاقتك مع الزوج

كيفاش هي علاقتك مع اهل الزوجك

قولى اذا راك راضي على حياتك الزوجية

المحور السادس: الحياة المهنية

يهدف هذا المحور الى معرفة المعلومات المتعلقة في مجال عمل المبحوثين

التعليمية الأساسية :

كيفاش راك في الخدمة ديالك هدر لي عليها

نتحصل من خلال هذه التعليمات على نظرة المبحوثين للعمل من خلال المعطيات التالية

الصعوبات التي واجهها للحصول على هذا العمل العلاقة مع المدير العلاقة مع زملائي في العمل مدى الرضا عن العمل اذ لم نتحصل على جانب من جوانب المعطيات المذكورة سابقا نتطرق الى تشجيعهم للتعبير عنها في التعليمات الجزئية

لقيت صعوبات باش تحصلت على خدمتك وكيفاش لقيتها

كيفاش علاقتك مع مديرك

كيفاش علاقتك مع زملائك وزميلتك

راك راضي على خدمتك

المحور السابع : الاحداث الهامة في الحياة

التعليلة الأساسية : هدر لي على الاحداث لصراحتك في حياتك

التعليمات الجزئية:

واش هي الحاجات لي خلاتك تفرح في حياتك

واش هي الحاجات لي وجعاتك في حياتك

المحور الثامن : معاش المرض والعلاج

التعليلة الأساسية : هدر لي على المرض تاعك

التعليمات الجزئية :

كيفاش كشفت المرض تاعك

كيفاش درت كيف عرفت باللي راك مريض

كيفاش ولات المعاملة تاعك مع اهلك

المحور التاسع : المعاش العلاجي والالتزام به

التعلیمة الأساسية : هدر لی علی العلاج تاع مرضك وكیفاش تتعامل معاه

کیفاشكانو یداووك

کیفاش درت کی عرفت بلی تدير لیمودیالیز

واش رایك فی لیمودیالیز

شحال من مرى تجي لیدیالیز

تجي فلوقت

راك متبع حمیة

راك تدير واش یقولو لك الاطباء

ملحق رقم (2)

استمارة البحث:

موضوع البحث:

خصائص الانتاج الاسقاطي لدى الرشيد الخاضع لأله تصفيه الدم المتميز بالالتزام
او عدم الالتزام العلاجي دراسة عيادية لأربعة حالات من خلال اختبار الرشاخ

اسماء الباحثين

1

2

اطار البحث: قسم علوم النفس تخصص عيادي

مكان البحث: مستشفى CHU

ان الاستمارة تهدف الى اعطاء فكره عامه عن طبيعة البحث ما يترتب عنه لا تتردد
لإعطاء التفاصيل والمعلومات وخذوا وقتكم في ما يتعلق في فهم كل المعطيات
وستكون كل المعلومات سرية وفي اطار البحث

الهدف من البحث فهم فئه مرضى القصور الكلوي الخاضعين تصفيه الدم

هذا البحث يتطلب حصص وكل حصه يمكنكم التحدث في ما تريدون

-الحصة الاول استمارة البحث

-الحصة الثانية استبيان الالتزام العلاجي

-الحصة الثالثة اختبار الرشاخ

-الحصة الرابعة دليل المقابلة يمكنكم التعبير عن جميع المواضيع لأجل فهمكم اكثر

- الحصة الخامسة اعاده نتائج اختبار الرشاخ لمن اراد ذلك

يتميز هذا البحث السرية اذا ما نكتبه يبقى سريا لا نتحدث عنه مع الاطباء
والممرضين يمكن التوقف او الانسحاب عن المشاركة متى اردتم

ويتم هذا البحث تطوعيا ولا يغير شيئا من مساركم العلاجي

مقياس الالتزام مقياس تصنيفي لدرجة اولى لتحديد عينه البحث فئه الملتزمين
وغير الملتزمين بالعلاج

يمكن لنتائج هذا البحث ان تكون موضوع منشورات او عروض شفهيته لكن مع
احترام السرية التامة المشاركين

ان إمضائكم يؤكد فهمكم لكل المعلومات السابقة ويؤكد على موافقتكم على المشاركة

اسم المشارك	الامضاء	التاريخ
-------------	---------	---------

-

اسم الباحث	الامضاء	التاريخ
------------	---------	---------

-

ملحق رقم (3)

استبيان الالتزام الصحى لدى مرضى العجز الكلوي الخاضعين لتصفية الدم

تعليمة الاستبيان :

نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في

الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية .

المعلومات العامة :

- الاسم (اختياري):.....
- السن:.....
- الجنس: ذكر أنثى
- المستوى الاقتصادي:.....
- المستوى التعليمي:.....
- عدد سنوات الإصابة:.....
- أمراض أخرى(مضاعفات):.....

العبارة	ابدا	أحيانا	كثيرا	دائما
أشتري أدويتي قبل أن تنفذ الكمية المتبقية.				
احمل أدويتي معي عند السفر أو خلال غيابي عن المنزل				
أقوم بإجراء الفحوصات كلما طلب مني الطبيب ذلك.				
أعود للطبيب في حال شعرت بأي عرض غير عادي				
يبدو لي، أن لدي الكثير من الأدوية.				
يحصل أن لا أتناول دوائي لاعتقادي بأنه يضرني أكثر مما ينفعني				
أنا أدخن				
لا أتذكر موعد زيارة الطبيب حتى ينفذ الدواء.				
أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب.				
ليس لدي احتياطي من الدواء = تنفذ أدويتي دون أن انتبه.				
أتناول المأكولات المفيدة				
أعتمد إلى تخفيض وزني عندما يزيد.				
الترم بمواعيد زياراتي للطبيب.				
أتناول دوائي في الوقت المحدد				
أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن				
أنسى تناول دوائي				
الترم بالوقت المحدد للدياليز				
أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر.				
أمارس الرياضة بصفة منتظمة و لا أجهد نفسي				
أتبع حمية غذائية خاصة بالعجز الكلوي				
أتحكم بنفسني أمام المأكولات الخارجة عن الحمية				
أنا أتناول الكحول.				
أبتعد عن الضغوط و التوتر.				
أناكذ من وجود آلة تصفية الدم عندما أسافر				
أترك بعض الأحيان حصص الدياليز بحجة التعب				
أقوم بعملية التصفية بشكل منظم				
أقوم بالتصفية حسب الحصص التي يحددها الطبيب				
أتناول الأدوية و المهدئات				
أنسى حصص التصفية				