

جامعة الجزائر
بن يوسف بن خدة
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم علم الإجتماع

وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري
- دراسة وصفية تحليلية لعينة من الأزواج العقيمين -

أطروحة دكتوراه دولة

تخصص : علم إجتماع ثقافي تربوي

إشراف

إعداد الطالبة

أ. د. مصطفى

رشيدة سبتي
بوتفنوشات

السنة الجامعية 2007 / 2008

كلمة شكر

أنجزت هذه الدراسة بجامعة الجزائر بن يوسف بن خدة
كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية
بقسم علم الإجتماع

أتقدم بالشكر الجزيل إلى :
الأساذ المشرف مصطفى بوتفنوشات على كل التوجيهات

القيمة
و الجهودات التي بذلها لإنجاح هذا العمل
العلمي .

- بلقاسم بن روان ، أستاذ بقسم علوم الإعلام و الإتصال.

- عبد اللاوي حسن ، أستاذ و رئيس قسم علم الإجتماع .

فهرس الجداول

<u>الصفحة</u>	<u>عنوان الجدول</u>	<u>رقم الجدول</u>
129	توزيع عينة الإناث حسب متغير السن	01
130	توزيع عينة المبحوثين (الرجال) حسب متغير السن	02
131	سن أزواج المبحوثات	03
131	سن زوجات المبحوثين الرجال	04
134	توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن عند الزواج	05
135	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس و علاقته بالسن عند الزواج	06
138	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى بالتعليم.	07
139	متغير الجنس و علاقته بالمستوى التعليمي للعينة المبحوثة	08
140	المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات	09
141	المستوى التعليمي لزوجات المبحوثين	10
143	توزيع عينة المبحوثات حسب متغير المهنة	11

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

145	توزيع عينة المبحوثين حسب متغير نوع المهنة	12
145	زوجات المبحوثين و متغير نوع المهنة	13
146	أزواج المبحوثات و متغير نوع المهنة	14
147	توزيع عينة الدراسة حسب متغير طريقة الزواج	15
148	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس وعلاقته بطريقة الزواج	16
149	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الزواج	17
151	متغير الجنس و علاقته بمدة الزواج حسب عينة الدراسة	18
152	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الإقامة بعد الزواج	19
153	متغير الجنس و علاقته بنوع الإقامة بعد الزواج	20
154	توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد الزيجات	21
155	متغير الجنس وعلاقته بعدد الزيجات حسب عينة الدراسة	22
157	توزيع عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الذين خططوا لإنتاجهم	23
158	متغير الجنس و علاقته بعدد الأطفال الذين خططوا لإنتاجهم	24
160	توزيع عينة الدراسة حسب الإصابة بالعقم	25
161	متغير الجنس و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة الدراسة	26
162	متغير السن و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة المبحوثات	27
163	متغير السن و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة المبحوثين (الرجال)	28
164	توزيع عينة الدراسة حسب مراودة فكرة العقم لهم قبل الزواج	29
165	متغير الجنس و علاقته بمدى مراودة فكرة العقم لهم قبل الزواج	30
166	رأي عينة الدراسة في أسباب عدم مراودة فكرة العقم لهم	31
167	متغير الجنس و علاقته بأسباب مراودة فكرة العقم لهم قبل الزواج	32

170	توزيع عينة الدراسة حسب الفترة المحددة للإنجاب	33
171	متغير الجنس و علاقته بالتخطيط للفترة المحددة للإنجاب	34
173	توزيع عينة الدراسة حسب بداية الشك في تأخر الحمل	35
174	متغير الجنس و علاقته ببداية الشك في تأخر الحمل	36
175	توزيع عينة الدراسة حسب طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجي	37
176	أثر متغير الجنس على طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين	38
178	توزيع عينة الدراسة حسب طرح مشكل تأخر الإنجاب من طرف المحيطين	39
180	أثر متغير الجنس في طرح مشكل تأخر الحمل من طرف المحيطين	40
182	توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في طبيعة العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج	41
183	متغير الجنس و علاقته بطبيعة العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج	42
185	علاقة متغير الجنس و نوع الإقامة بعد الزواج بنوع العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج	43
187	توزيع عينة الدراسة حسب مدى تدخل عائلة الزوج عند تأخر الحمل	44
188	أثر متغير الجنس بمدى تدخل عائلة الزوج عند تأخر الإنجاب	45
189	علاقة متغير الإقامة و الجنس بمدى التدخل من طرف أفراد أسرة الزوج عند تأخر الإنجاب	46
191	توزيع عينة الدراسة حسب نوعية التدخلات	47
192	متغير الجنس و علاقته بتحديد نوعية التدخلات	48
194	توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في تأثير هذه التدخلات على حياتهم الزوجية	49
194	متغير الجنس و علاقته برأي المبحوثين حول مدى تأثير التدخلات على حياتهم الزوجية	50

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

196	أثر متغير الجنس في أسباب الإحساس بأن حياتها الزوجية ليست مهددة	51
198	توزيع عينة الدراسة حسب فترة بداية العلاج	52
199	متغير الجنس و علاقته بفترة بداية العلاج بعد الزواج	53
201	يبين كيفية إقناع الزوج للخضوع للعلاج	54
202	المبادرة بالعلاج من طرف الزوجين حسب إجابة عينة المبحوثين (الرجال	55
203	يبين مدى تأخر الزوج في العلاج مقارنة بزوجته (حسب عينة الرجال	56
204	رأي عينة الدراسة في أسباب تهرب الرجال من العلاج عند تأخر الإنجاب	57
206	أثر متغير الجنس في آراء المبحوثين حول أسباب تهرب الرجال من العلاج	58
210	يبين رأي المبحوثات في أسباب إستمرار الحياة الزوجية رغم عدم القدرة على الإنجاب	59
	أ- في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم	
211	رأي المبحوثات في أسباب لإستمرار الحياة الزوجية رغم عدم القدرة على الإنجاب	60
	ب- في حالة زوجة عقيمة مع زوج منجب	
212	رأي المبحوثين (الرجال) في إستمرار التوافق بينهما رغم عدم القدرة على الإنجاب	61
213	رأي العينة في العوامل التي ساعدت على إستمرار الحياة الزوجية بين الزوجين العقيمين	62
214	متغير الجنس و علاقته بتحديد العوامل التي ساعدت على إستمرار التوافق	63
216	مكانة المرأة العقيمة حسب آراء العينة العامة	64

217	أثر متغير الجنس بتصور مكانة المرأة العقيمة	65
218	: تقييم المرأة العقيم لنفسها مقارنة بالمنجبات	66
219	معاملة النساء المنجبات للمرأة العقيمة	67
220	رأي المبحوثات في العوامل التي ساهمت في أن تكون للمرأة العقيمة مكانة في المجتمع	68
222	تصور عينة الدراسة لمكانة الرجل العقيم	69
223	أثر متغير الجنس في تصور مكانة الرجل العقيم	70
224	توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في إمكانية التصريح بعقم لرجل	71
225	أثر متغير الجنس حول إمكانية التصريح بعقم الرجل	72
226	العوامل التي ساعدت على التصريح بعقم الرجل حسب العينة العامة	73
227	متغير الجنس و علاقته بالعوامل التي ساعدت على إمكانية التصريح بعقم الرجل	74
232	توزيع عينة الدراسة حسب مدى ممارسة عادة الحناء " ضمن طقوس الزواج	75
233	متغير الجنس و علاقته بمدى ممارسة عادة " الحناء" ليلة الزفاف	76
234	رأي عينة الدراسة في أسباب ممارسة عادة " الحناء" في طقوس الزواج	77
235	متغير الجنس و علاقته بأسباب ممارسة عادة " الحناء" ليلة الزفاف	78
237	طرق العلاج المتبعة في البداية إلى جانب الطب الحديث	79
290	علاقة متغير الجنس بأنواع طرق العلاج المتبعة في البداية	80
242	مدى إستنتاج عينة الدراسة بالطرق غير العلمية لعلاج العقم	81
243	علاقة متغير الجنس بالجوء للطرق و العادات غير العلمية لعلاج العقم	82
245	أثر متغير المستوى التعليمي للمبحوثات بالإستنتاج بطرق و عادات غير علمية	83

248	علاقة متغير لمستوى التعليمي للمبحوثين بتوجههم للإستعانة بطرق علاجية غير علمية	84
251	الحالة ل نفسية للزوج العقيم حسب إجابات العينة العامة للدراسة	85
253	متغير الجنس و علاقته بالحالة النفسية للزوج العقيم	86
257	علاقة متغير المهنة بالحالة النفسية للمبحوثات	87
260	مدى إخفاء المعاناة من طرف الزوجين عن بعضهما البعض	88
261	لاقة متغير الجنس بإخفاء معاناة الزوجين عن بعضهما البعض	89
265	رأي العينة العامة في التفكير للجوء للتبني	90
265	أثر متغير الجنس في التفكير في اللجوء لتبني أطفال	91
266	أسباب عدم اللجوء للتبني حسب آراء العينة المجيبة بالرفض	92
268	أثر متغير الجنس في أسباب عدم اللجوء للتبني	93
270	عدد حالات الأزواج الذين قاموا بتبني أطفال و الذين قاموا بإجراءات للتبني	94
271	التفكير في اللجوء لكفالة طفل حسب آراء العينة العامة	95
272	علاقة متغير الجنس بالتفكير في اللجوء لكفالة طفل	96
273	عدد حالات الأزواج الذين قاموا بالتكفل بأطفال ضمن العينة العامة للدراسة	97
278	التفكير في اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي للإناج حسب رأي العينة العامة	98
279	علاقة متغير الجنس بالتفكير في اللجوء للتلقيح الإصطناعي من أجل الإنجاب	99
280	مدى إقتناع و لجوء الأزواج للتلقيح الإصطناعي حسب العينة العامة	100
282	آراء عينة الدراسة في الصعوبات التي تعرقل اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي	101
285	التكفل بالأزواج العقيمين حسب آراء عينة الدراسة	102

علاقة متغير الجنس بمدى التكفل بالأزواج العقيمين	286	103
الصعوبات التي يعاني منها الزوج العقيم نتيجة عدم التكفل حسب آراء العينة العامة	288	104

مقدمة

الإنجاب كان و ما يزال من أهم الوظائف الأساسية للأسرة الإنسانية ، بحيث كان في الماضي عملية بيولوجية تتم دون تخطيط حيث كانت العوامل الثقافية لها دخل كبير في زيادة عدد الأطفال لأن الأمهات يفخرون بذلك كما يعتبر رمزا للغزوة و الفخر للرجل . إلا أنه و نظرا للتغيرات التي حدثت في المجتمع الإنساني نتيجة للتحضر ، أصبح الأبناء يمثلون عبئا إقتصاديا كبيرا لا يتحملة كثير من الآباء فأصبح الإنجاب موضوعا للإختيار الإرادي و ليس للصدفة . بحيث تتدخل كثير من المجتمعات لتحديد العدد الأفضل للأسر و لهذا اخترعت الوسائل العلمية للتحكم في عملية الإنجاب .

لكن بالمقابل هناك من الأسر من يعاني من عدم القدرة على الإنجاب ، بسبب إصابة الزوجين أحدهما أو كلاهما بالعقم ، الذي يعتبر من أصعب المشاكل التي تواجه الزوجين بل و العائلة ككل نظرا لما له من خصوصية و حساسية لدى الأزواج خاصة من جانب المرأة لأنها تعاني أكثر من الرجل لأن تأثيره يختلف حسب طبيعة المجتمع و نظرتة له .

فالتغيرات الإجتماعية الثقافية و الإقتصادية و التطورات الطبية التي عرفت في إطار حركة التحضر التي شهدتها مختلف المجتمعات بمستويات مختلفة و من بينها المجتمع الجزائري ، أدت إلى تحول في أشكال الأسرة و بنياتها و وظائفها و دورها مما أدى إلى تغير التصورات بإتجاه العديد من الظواهر و القضايا و المشاكل من بينها العقم لدى الأزواج .

من بين أهم التحولات التي ساهمت في ذلك نسجل التغير في العلاقة بين الرجال و النساء التي توحد بين الجنسين في إطار علاقات تقوم على الاعتراف بالهوية الحقيقية لكل منهما بدون إمتيازات و لا محظورات .

كما أدى التحول في بعض القيم إلى التحسن في توزيع و تقسيم الأدوار و المسؤوليات و مساواة كبيرة بين الزوجين في العلاقات الزوجية و الحقوق الجنسية . كما هناك إهتمام كبير مخصص للحب و للعطف و للسعادة ، للأحاسيس و العلاقات الجنسية كعنصر أساسي من عناصر العلاقات القوية و الصلبة بين الرجل و المرأة .

كل هذه العوامل أدت إلى إنتاج نسق من التصورات و الذهنيات الجديدة و إلا فكيف نفسر أن يتقبل الرجل عدم إنجاب الذكر الذي يمثل له السلطة و إستمرار السلالة ، و حتى المرأة التي لم يكن يراها المجتمع إلا من خلال الإنجاب بحيث تعتبر الأمومة من أحب الوظائف ، كيف لها المطالبة بضرورة تنظيم الولادات لكي تتمكن القيام بوظائف أخرى . هذا أدى إلى مد تأثيره لبناء تصورات جديدة بإتجاه الجسد العقيم في المجتمع حالياً .

و من خلال دراستنا هذه حاولنا التطرق إلى جوانب المشكلة المطروحة من خلال الإجابة على مجموعة من التساؤلات المحورية ، تضمنت أساساً مدى تغير التصورات التي تحدد وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري حالياً من خلال إسقاط على عينة من الأزواج العقيمين .

وحتى نتمكن من مقارنة هذه الدراسة مقارنة علمية ، إعتدنا في إنجازها على الخطة التالية :

الباب الأول : الجانب المنهجي و النظري للدراسة و تضمن خمسة فصول .

الفصل الأول : البناء المنهجي للدراسة .

الفصل الثاني : الرغبة في الإنجاب و مكانة الجسد العقيم و ضم مبحثين .

الفصل الثالث : أسباب الإصابة بالعقم و ردود الفعل و تضمن أربعة مباحث .

الفصل الرابع : تحديد وضعية و مكانة الجسد العقيم تضمن ثلاثة مباحث .

الفصل الخامس : الحلول العلمية و الإجتماعية البديلة للعقم و جاء في أربعة مباحث .

الباب الثاني : خصص للجانب التطبيقي للدراسة ، و ضم أربعة فصول رئيسية تمحورت مباحثها حول الفرضيات الأربعة للدراسة و إعتدنا في إختبارها على القراءة الكمية و الكيفية للجداول الإحصائية .

الفصل الأول : تطرقنا فيه إلى عوامل التغير التي ساهمت في تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم .

الفصل الثاني : العوامل التي ساهمت في إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين .

الفصل الثالث : مدى إستمرار توظيف بعض الطقوس و الممارسات التقليدية للوقاية و علاج العقم .

كما تطرقنا في المبحث الخامس منه إلى المعاش النفسي للزوج العقيم .

الفصل الرابع : تناولنا فيه الحلول البديلة للعقم التي يلجأ إليها هؤلاء الأزواج للحصول على طفل .

و الصعوبات التي تعاني منها هذه الفئة و مدى التكفل بها في المجتمع الجزائري .

ثم الإستنتاجات و بعض الإقتراحات و التوصيات و خاتمة .

الباب الأول : الجانب المنهجي و النظري للدراسة
الفصل الأول : البناء المنهجي للدراسة

- 1 - الإشكالية و الفرضيات
 - 1-1 الإشكالية
 - 2-1 الفرضيات
- 2- تحديد المفاهيم و المصطلحات
- 3 - أهداف الدراسة
- 4- الدراسات السابقة
- 5- منهج معالجة و تحليل موضوع الدراسة
 - 1-5 منهج الدراسة
 - 2-5 منهج تحليل المعطيات الميدانية
 - 3-5 إختيار مجموعة البحث (العينة) و تحديد مجالها المكاني و الزماني .
 - 4-5 تقنيات جمع المعطيات الميدانية
- 6 - صعوبات الدراسة

1- الإشكالية و الفرضيات

1-1 الإشكالية

تعتبر وظيفة الإنجاب من أهم الوظائف المخول للجسد القيام بها ، كما أنها رغبة و غريزة مشتركة بين جميع البشر . فهذه الظاهرة البيولوجية في المجتمع الإنساني أخذت أبعادا مختلفة و أصبحت تتأثر بكل القيم السائدة المتعلقة بإنجاب الخلف تخضع للأبنية و الأنساق الإجتماعية و الثقافية نظرا للعلاقة الوطيدة بين الإنجاب وتصورات الأفراد حول هذه الظاهرة ، حيث ينظر للجسد الخصب على أنه مسألة مقدسة و علامة الرجولة للرجل و دليل خصوبي للمرأة التي يعتبر من أهم عوامل إستقرار حياتها الزوجية لأن الإنجاب يمثل عنصر من عناصر القوة التي يسلبها المجتمع من المرأة العقيمة فيستنكرها و يعتبرها المذنبه فتحمل وحدها وزر فراغ البيت الزوجية من الأطفال. فعبّر العصور و

لوقت ليس ببعيد ظلت المرأة غير القادرة على الإنجاب تعاني من مختلف المشاكل الاجتماعية و النفسية ، و ظل الرجل يرفض الإعتراف بأنه قد يكون السبب لأن ذلك يقلل من قيمته و رجولته أمام الآخرين .

مع العلم أن البحوث العلمية خطت أشواطاً كبيرة من أجل التخفيف من مشكل العقم الفردي في أصله و الجماعي في نتائجه. و لعل من أهم ما توصلت إليه هو التأكيد على أن العقم مرض كبقية الأمراض يمكن علاج معظم أسبابه بالنسبة للرجل و المرأة. إضافة إلى تطوير طرق الإنجاب الإصطناعي بالمساعدة الطبية. لكن رغم هذا التطور لا تزال من وراء أهمية الجسد الخصب لتحقيق الأمومة ، هناك سلطة رمزية قوية لتجسيدها و الوقاية من العقم من خلال ممارسات طقوس الخصوبة و الطب التقليدي

و بالنظر إلى التحولات الحضارية التي عرفتھا المجتمعات و التي حملت معها تغييرات ضرورية و ملائمة هذا التغير الذي تتدخل فيه عوامل متعددة و ينبى عن طبيعة التحول في الممارسة الاجتماعية و التصورات الذهنية لدى الأفراد باتجاه الجسد العقيم ، نجد المجتمع الجزائري من المجتمعات التي عرفت تغييرات و تحولات في مختلف الميادين و المجالات نتيجة عوامل عدة و التي شكلت الأسرة إحدى متغيراتها الأساسية قد أحدثت تطوراً و تحولاتاً في تصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم

نتيجة التغير في النسق القيمي و الثقافي، مما أدى إلى تأسيس قراءة و صورة جديدة حوله و بالتالي تأسيس مكانة مقبولة للزوج العقيم في مجتمعنا حالياً .

و من خلال دراستنا هذه نريد التوصل إلى أي مدى تحولت و تطورت التصورات التقليدية المتعلقة بمكانة الجسد العقيم و إقتربت من التفسيرات الموضوعية العقلانية في معظمها وهل هناك توجه نحو قراءة جديدة لوظيفة الجسد العقيم وكيفية إستخداماته و التعامل معه و الحكم عليه إجتماعياً و ثقافياً بفعل بعض عوامل التغير التي مست المجتمع الجزائري ؟

و تتفرع مشكلتنا إلى التساؤلات الإشكالية التالية :

1) كيف ساهمت مختلف التغيرات التي مست بعض البنيات و الوظائف و القيم في تحول التصورات التي تحدد وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري ؟

2) إلى أي مدى ماتزال توظف الطقوس و الممارسات الرمزية التقليدية على الجسد و ماهي حدود الإعتقاد بضرورتها الوظيفية و فاعليتها في الوقاية و علاج العقم ؟

3) ماهي مختلف الصعوبات التي يعيشها الزوج العقيم و كيف تؤثر على تفكيره في ضرورة اللجوء إلى حلول بديلة للحصول على طفل ، و ماهي مختلف الضوابط و العوامل التي تخضع لها هذه الحلول البديلة ؟

2-1 الفرضيات

1 (ساهمت بعض عوامل التغير التي شهدها المجتمع الجزائري في تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم .

2 (رغم التطور العلمي في مجال الإنجاب لا يزال الجسد يخضع لممارسات طقوسية رمزية تعود لتصورات تقليدية .

3 (يطرح العقم على الزوجين خلا نفسيا و عاطفيا و إجتماعيا فيعملان على تجاوزه من أجل إستمرار التوافق بينهما بالجوء لحلول بديلة .

4 (هناك توجه نحو الحلول العلمية البديلة وتراجع في الحلول الإجتماعية من طرف الأزواج العقيمين في المجتمع الجزائري .

2- تحديد المفاهيم و المصطلحات:

تعريف العقم : يطلق على الزوج بأنه عقيم ، إذا لم يحصل حمل بعد الزواج و الممارسة الجنسية الطبيعية لمدة سنتين ، و سبب هذه الحالة علة في الجهاز التناسلي لأحد أو كلا الزوجين ، و قد ثبت علميا و إحصائيا أن العقم الذكري يكون سبب في العقم بنسبة تفوق 40 % من الحالات 1...

و يمكن تعريف العقم على أنه : " عدم تمكن الرجل و المرأة من إنجاب الأطفال على الرغم من تكرار غتصالهما الجنسي لسبب من الأسباب المرضية " .

أنواع العقم :

العقم الأولي : هو العقم أو عدم الإنجاب الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية أو منذ زواجهما .

العقم الثانوي : هو الذي يصيب المرأة بعد إنجابها طفل أو طفلين أو بعد إجهاض .

وقد إستعملنا في دراستنا مفهوم العقم إنطلاقا من مرور ثلاث سنوات على الزواج بدون إنجاب بالتركيز على سبب العقم لدى الزوجين و ليس من جانب المرأة فقط.

الجسد

يحتوي الهيكل و الروح و الأحاسيس و الجسم في صورته الحية المتجددة لأن الإنجاب وظيفة متصلة بكل ما يتكون منه جسد المرأة من الجوارح و الأعضاء و الأحاسيس .

فالجسد الذي لا يؤدي وظيفة الإنجاب فهو جسد مصاب بإعاقة في العضو الذي له علاقة بالتخصيب فهو جسد عقيم سواء تعلق الأمر بالمرأة أو الرجل .

1- عبد المنعم مصطفى ، الأمراض الجلدية و التناسلية و العقم ، المؤسسة العربية للدراسات و النشر ، بيروت . 1987 ، ص 207 .

التصور:

يؤسس حول موضوع معين من خلال مجموعة من المعلومات و الإعتقادات و الآرا و المواقف مبني على أساس مضمون و بناء . كما أنه عنصر مهم في فهم غايات السلوكات و الممارسات الإجتماعية و وظيفة هذه التصورات تؤدي إلى بناء الهوية الإجتماعية .

من بين وظائف التصورات تدعيم المكانة الإجتماعية لأفراد الجماعة . كما تبرر الاختلافات الإجتماعية و فهم ديناميكية المجتمع ، فهي خير مفسر لطبيعة الروابط الإجتماعية بين الجماعات و بين أفراد نفس الجماعة و علاقات الأفراد بمحيطهم و بيئتهم الإجتماعية¹ .

و لقد إستخدمنا مفهوم التصور في دراستنا و قصدنا به تغير و تحول نظرة المجتمع للعقم من خلال تغير المعاملة و الأحكام و ذلك نظرا لتغير القيم المتعلقة بالعقم و الإنجاب في مجتمعنا حاليا نتيجة لعوامل عدة .

¹ - Jean – Claude Abric ، Pratiques sociales et représentations . PUF ; Paris , 1994 . PP18-21

مكانة إجتماعية :

هو الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية في النسق الإجتماعي بالنسبة للآخرين و قد يحدد هذا الوضع الحقوق و الواجبات و أنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة و مدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة...²

(3) أهداف الدراسة

- محمد عاطف غيث ، قاموس علم الإجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية . مصر ، 1989 ، ص 102²

نظرا لإهتمامنا بالبحث العلمي و ميادينه الإجتماعية المختلفة ، و من ملاحظتي للعديد من حالات الأزواج الذين لم ينجبوا أطفالا لسنوات عديدة دون اللجوء لفك العلاقة الزوجية ، هذا أثار فضولي العلمي عن أسباب هذا التعايش و التوافق رغم عدم القدرة على القيام بالوظيفة الإنجابية.

لأن مشكلة العقم عند الأزواج في الجزائر من المشاكل التي أصبحت جديدة بأن تثير الإهتمام من الناحية العلمية و الإعلامية و الإجتماعية , لكن في الواقع نلاحظ التهميش الذي تعاني منه هذه الفئة المحرومة من نعمة الأطفال من طرف السلطات الوصية و وسائل الإعلام وحتى على مستوى البحوث و الدراسات العلمية .

التعريف بظاهرة العقم عند الأزواج و التحسيس بعوامل إنتشارها في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة .

التعريف بما وصلت إليه الجزائر فيما يخص علاج مختلف حالات العقم عند الأزواج، من مصحات طبية تساير و تواكب التكنولوجيات المعتمدة في الدول المتطورة .

التعرف على مدى التكفل بفئة الأزواج العقيمين في الجزائر.

تدخل هذه الدراسة ضمن دراسات علم الإجتماع العائلي ، الذي يهتم بمختلف التغيرات و التحولات التي تخضع لها مختلف الظواهر و البنيات و الوظائف و التصورات التي تخص الأسرة و أفرادها.

هذه الدراسة تسد نقصا واضحا في الدراسات ذات المواضيع النفسية الإجتماعية، و خاصة ظاهرة العقم عند الأزواج في الجزائر خاصة و أن عينتنا ضمت الجنسين .

في ضوء خصوصية مشكلة العقم عند الأزواج في المجتمع الجزائري، فإن الدراسة الحالية تثير العديد من الأفكار الخاصة بتوجهات البحث المستقبلية ، من أجل الوصول إلى معلومات منظمة تحقق الفهم الأفضل للتعامل مع الآثار النفسية و الإجتماعية للعقم الذي ينظر إليه كمشكلة معقدة تهدد التوافق الزوجي و تؤثر على تقدير الذات لدى الرجل الذي يعتبر الإنجاب كمالا و إثباتا للرجولة و لدى المرأة التي تعتبره علوا للمكانة الإجتماعية و ضمانا لإستقرارها الأسري.

4 - الدراسات السابقة

الدراسة الأولى: قامت بها الباحثة Dominique Lutz-Fuchs بعنوان :

Le statut symbolique de La femme au Mali. Le statut procuré par la maternité est-il
seul que Les Femmes Maliennes puissent envisager ?

الدراسة عبارة عن أطروحة دكتوراه درجة ثالثة في علم النفس ، تتألف من جزأين جاءت في أكثر من 600 صفحة نوقشت بفرنسا، بجامعة لويس باستور عام 1978.

إنطلقت الباحثة من المشكلة التالية: إذا لم تستطع المرأة القيام بهذا الدور الأمومي، أو عندما لا تقم بهذا الدور؟ فكيف تحدد مكانتها؟

ميدان الدراسة شمل مناطق ريفية من جنوب مالي. إتمدت على تقنية المقابلة مع النساء ، و شملت عينة الدراسة 400 امرأة.

قسمت الدراسة إلى فصول، طغى عليها الجانب الميداني ، تناولت في مقدمة الدراسة أسباب إختيارها لهذا الموضوع، و كيفية بداية العمل الميداني، و إختيارها لعينة الدراسة أي كل ماله علاقة بالجانب المنهجي. و تطرقت خاصة

للمصعوبات التي واجهتها أثناء إجراء المقابلات لأن الأسئلة حول الحمل و الولادة و العلاقة الجنسية و التعامل مع الزوج، كلها تعتبر نوع من التابوهات أو الأمور التي تحاط بنوع منا الحياء و الجهر بها يكون صعب.

ثم تعرضت الباحثة إلى إشكالية الدراسة و التي تضمنت فكرة أن العلاقة بين الرجل و المرأة أو الزوج و زوجته ، لا تكون محدودة بضرورة الوصول على الإنجاب فقط. بمعنى ذلك أن تلغى الوظائف الأخرى خاصة بالنسبة للمرأة ، فقبل الإنجاب هناك العلاقة الجنسية التي توحد و تربط بين كائنين.

و من هنا يمكن القول أنه بإمكان المرأة أن تكون لها شخصيتها المستقلة أو شخصيتها الإجتماعية المستقلة داخل مجتمعها و التي تحققها من علاقاتها مع زوجها و مع المحيطين بها. أي أنها يمكن أن تحقق لنفسها مكانة مستقلة خارج عن مكانتها إذا كانت (أما) ، أي أن يكون سر هذه الشخصية مبني على عامل (الأنوثة بكل مركباتها)، معنى ذلك أن دور " المرأة" يسبق دور " الأم" . فدور الأمومة يملأ فراغ ما و يكمل تحقيق غريزة الأمومة ، و لكن هذا لا يلغي دورها ووجودها كإمرأة. لكن في المجتمعات الأوربية القليل من الفتيات اللاتي يكونون أسرا و ينجبون أولادا بعد البلوغ ، و يمكنها أن تنتقل إلى مكانة إمرأة بكل معنى الكلمة بدون أن تكون أما.

أما في المجتمع المالي التقليدي، فالفتاة تصبح إمرأة من خلال آدائها لوظيفة الأمومة. و تصبح "أما" متى أصبحت بالغة، و لا يعترف بها إجتماعيا إلا من خلال هذه المكانة التي يجب أن تؤديها بوظيفة الإنجاب و الأمومة.

و حاولت مناقشة هذه الإشكالية و الإجابة عن المشكلة المطروحة من خلال الفصول التالية :

الفصل الأول: تناولت فيه الباحثة العادات و الأعراف التي لها وظيفة توجيه الفتاة خصيصا لتأدية وظيفة الإنجاب كمختلف العادات و التقاليد ، الأعراف و القيم التي تتوارث وفق إيديولوجية المجتمع. و الفتاة دورها هو نقل هذه المنظومة القيمة ليتوارثها الأجيال.

لذلك ركزت الباحثة على ملاحظة علاقاتهم بالأمومة، فالزواج و الأمومة و تعدد الزوجات، تدخل كلها ضمن وظائف مشتركة ووظائف مفروضة ، وظيفة قهرية مرتبطة بالنظام الإقتصادي و الإجتماعي و الثقافي و هذه نقطة الإنطلاق أو البداية لكي تكون مستقبلا الفتاة (أما) .

الفصل الثاني : تناولت فيه الباحثة ، كيف تعيش النساء مرحلة الأمومة ابتداءا من الحمل، الولادة و مخاطر المحتملة كالعقم و الإجهاض التلقائي و المفتعل.

فبعد أن تكون المرأة قد حضرت للقيام بوظيفة الإنجاب ، فكيف تعيش مرحلة الحمل؟

تعيشها أولا: بضرورة إحترام بعض العادات المفروضة عليها متمثلة في بعض الممنوعات الثقافية وإحترامها لبعض العادات.

أما الطريقة الثانية، فهي في حالة عدم وصول النساء لهذه الوضعية المخولة لهن أي في حالة العقم، الإجهاض ، في هذه الحالة هؤلاء النسوة يخرجن عن المعقول الساري المفعول داخل الجماعة، فهل يكن لهن مكانة في هذه الحالة، أي بدون أن تؤدي وظيفة الإنجاب؟

كما تطرقت إلى مختلف تفسيرات أسباب العقم عند المرأة ، عضويا و كذلك تفسيرات لها علاقة ببعض الإعتقادات كالسحر، و عدم الوفاء بالندى و غيرها ، كما تطرقت لطرق العلاج المستوحاة من التجارب.

ثم تناولت الباحثة ، مكانة المرأة العاقر في هذا المجتمع التقليدي ، بحيث يصورها المجتمع بأبشع الصور و يعاملها معاملة، و تنعت بنعوت قاسية جارحة، فهي ليست لها أي مكانة بين الجماعة و هي ملعونة في نظرهم لا قيمة لها . يخاف النسوة المنجبات من حسدها لأطفالهن فيتعمدن إخفاء أطفالهن عنها.

في بعض الحالات ، قد يتزوج الزوج عن زوجته العاقر عدة زوجات جميلات منجبات و تبقى هي كخادمة في وسطهن. و في هذه الحالة ، قد تحن إحدى الزوجات على الزوجة العقيمة، فتفتح لها مجال مساعدتهن لتربية أطفالها معها. المرأة العاقر في المجتمع المالي بحكم أنها لم تنجب من يساعد الزوج في الأعمال فهي لا تستفيد من خيرات الجماعة، و تذهب بنفسها لمساعدة الزوج في الحقل.

تعامل معاملة قاسية ، فعند مرورها بالنساء، يبصقن و تشمنزن النسوة من مرورها بقربهن، و تتعرض لمختلف التهكمات. و حتى أم المرأة العقيمة وجودها غير مرغوب فيه. و في كثير من الأحيان تعود المرأة العقيمة إلى بيت والديها إذا طال أمد عقمها.

أما بالنسبة لمكانة الرجل العقيم في هذا المجتمع التقليدي المدروس ، فكل رجل عقيم هو رجل عاجز جنسيا هذا هو التفسير المتداول و المؤكد عندهم. فكل من الزوجين ليس له قيمة لأنه لم ينجب، و هما مرادفان لمعنى الموت.

ثم تتعرض الباحثة إلى التصورات و العادات و التقاليد و الإعتقادات التي تتحكم في مرحلة الولادة أي بداية المخاض، ثم كيف تتم عملية الولادة و كيف تعيش المرأة مرحلة إقتراب الولادة نفسيا.

ثم تذكر بعض الوضعيات الصعبة التي قد تتعرض لها المرأة أثناء الوضع كالولادة المستعصية (التي عادة ما تكون الولادة في البيت على يد قابلة)، و كيفية تسهيل هذه الأمور بالجوء إلى طرق علاجية تقليدية و كذلك الإجهاض التلقائي و المفتعل.

ثم إنتقلت الباحثة إلى تحليل ماذا يمثل إنجاب الأطفال بالنسبة للمرأة و الرجل؟ و توصلت إلى أنه يكسبهم مكانة إجتماعية جديدة داخل المجتمع، و كذلك هو دليل على وجودها في نظر الجماعة المحيطة بها.

لكن يبقى الفارق هنا أن المرأة لا تكسب مكانتها إلا إذا أنجبت، أما الرجل فيمكن أن يعترف له المجتمع بمكانته بتأديته لوظائف أخرى إذا لم ينجب.

الجزء الثاني من الدراسة :

ناقشت فيه الباحثة، هل أن إنجاب الأطفال هو مكمل لغرائز المرأة؟ أي هل
عزيزة الأمومة تعوض و تلبى بقية الغرائز و الطموحات عند المرأة؟

و توصلت الباحثة إلى إجابة سلبية .فهل يعني ذلك أن للمرأة غرائز و
طموحات أخرى؟ و بإتجاه ماذا؟ و هل المستوى المعيشي الذي يوفره الزوج
كاف لتلبيتها؟

و ماهي المشاكل التي تعيشها النساء أو المرأة الأم رغم تأديتها لوظيفة
الإنجاب؟

و تعرضت هنا الباحثة إلى مشكلة البرود الجنسي، العقم بعد إنجاب طفل فقط، و
أرادت الباحثة إثارة فكرة إمكانية احتجاج هؤلاء الأمهات على وضعيتهن
المعاشية؟ و توصلت الباحثة إلى نتائج تؤكد أن مكانة أم هي المكانة الوحيدة
للمرأة بالنظر إلى عدم إمكانية مشاركة النساء في هذا المجتمع التقليدي في
العمل المنتج (أي العمل خارج البيت)، إضافة إلى أن وتيرة التحولات تبدو
بطيئة ، رغم وجود ملامح عدم الرضا على الوضعية و علامات الشكوة و
الثورة.

و هذا التحول البطيء ليس بسبب عدم وجود قنوات الإستماع أو الإستقبال أو
التلقي، و إنما كذلك نظرا للنقص في قنوات الإتصال، العلاقة بالآخر، وكذلك في
كيفية اللجوء أو الوصول إليها و الملاحظ أن المدرسة هي إحدى الوسائل التي
تحقق ذلك و كذلك المساعدة النفسية تعتبر وسيلة أخرى.

الآن أو آليا، إذا كانت النماذج المقترحة من طرف المنقذين و الجامعيين هي
نماذج غربية، فليس بالتأكيد أن تتلاءم و تتماشى مع المرأة (المالية) فهي
الوحيدة ، التي يمكن أن تقول بأي شكل أو تحت أي شكل يمكن إلتماس المكانة
الرمزية للمرأة.

الدراسة الثانية : هي للباحثة المغربية حياة زراري ، و جاءت بعنوان:

Quête et enjeux de la maternité au Maroc ; Etude éthno-culinaire.

Thèse de Doctorat - nouveau régime en anthropologie sociale et ethnologie. Université de l'Île III. 1993. Paris

هي دراسة ميدانية أجرتها الباحثة بمناطق مختلفة من المغرب، و إتمدت على مقابلات معمقة أجرتها مع نساء لهن تجارب في الميدان المدروس و هي الوصفات الطبية التقليدية التي تعتمد عليها النساء لعلاج العقم أو لتحديد النسل أو لتنظيمه.

إنطلقت الباحثة في دراستها من توضيح العلاقة بين الوظيفة التي تقوم بها النساء كوظيفة خولت لها بعد تقسيم العمل بين الجنسين ، و هي مهمة إعداد الوجبات الغذائية أو الوظيفة الغذائية، و إذا إرتبطت هذه الوظيفة بوظيفة الأمومة تصبح (أما) و كذلك طبخة ماهرة، هذا يؤدي إلى كسب مكانة و قيمة مرتفعة في المجتمع لذلك نجد النساء تتفنن في القيام بهذا الدور أي تنوع الوجبات الغذائية و الأطباق حتى تكسب مكانة بين الجميع.

و الهدف من هذه الدراسة هو توضيح علاقة النساء بالأمومة عن طريق الأغذية، و إختارت الباحثة هذه العلاقة لما لاحظت بأن كل ما يحيط من طقوس بعادات الطبخ التي لها علاقة بالإنجاب لتحقيق رغبة الأمومة لها بعد غذائي.

إنطلقت الباحثة في دراستها من عدة فرضيات جاءت موزعة حسب محاور الدراسة الميدانية، و تمثلت

الفرضية العامة بأن الأمومة بالنسبة للنساء هدف ووضعية و مكانة محددة من أجل تحقيق إندماجهن الإجتماعي و مشاركتهن الكاملة في النشاطات في بيئتهن.

ثم تطرقت للحديث بالمقابل عن مكانة المرأة العاقر. و إنتطلقت من الفرضية التي تقول أن تكون المرأة عقيمة تمثل بالنسبة لها إعاقة و نقص إجتماعي الذي يحرمها من الوصول إلى الإعتراف بها و تقييمها إجتماعيا، خاصة في مجتمع يمجذ النموذج الأبوسي.

أما بالنسبة للغذاء، فهو يعتبر ميدان مخصص للمرأة عن طريق تقسيم الأدوار، هذا الميدان أو المجال الذي تستثمر فيه ليس فقط من أجل القيام بما هي مطالبة القيام به ، و لكن أيضا تسير عاطفيا و إجتماعيا علاقاتها بالرجل.

و تربط من جهة ثانية بين الفرضيات السابقة و فرضية رئيسية أساسية و التي إنطلقت من فكرة أن الأمومة و الممارسات الغذائية تعتبر وسيلة من وسائل ممارسة السلطة الأنثوية.

الدراسة الميدانية ، أجريت في مناطق حضرية و ريفية بالمغرب (الدار البيضاء) ، الرباط ، مراكش و بعض مناطق الشمال الغربي الواقعة ما بين "فاس" و منطقة "جبلال".

إعتمدت على تقنية " المقابلة" مع نساء مسنات لهم تجربة في الميدان المدروس، لأن الباحثة قامت برصد مجموعة من الوصفات الغذائية التي تقام أثناء الإحتفالات المختلفة، كالمناسبات الدينية، الأعراس كالختان و الزفاف، و كل ماله علاقة بين هذه الممارسات الغذائية و طقوس القيام بها ودلالاتها المختلفة خاصة تلك الخاصة بعلاج العقم.

و قسمت الدراسة إلى فصول، تناولت في الفصل الأول علاقة إعداد الوصفات الغذائية و الأطباق و علاقته بسلطة المرأة في هذا المجال، لأن هذه الممارسات الغذائية تقوم بها النساء من أجل النساء و بمشاركة النساء لتحقيق أغراض معينة و حضور الرجل محتشم جدا.

الفصل الثاني : تناولت فيه الباحثة المنهجية المتبعة و ميدان الدراسة.

الفصل الثالث: تناولت فيه الباحثة كيفية توظيف مختلف الممارسات الغذائية وفق طقوس معينة من أجل الحصول على طفل في حالة العقم.

كما تناولت فيه كيف يمكن أن تستعمل هذه الممارسات الغذائية الطقوسية بطرق سحرية لكي تصاب المرأة بعدم القدرة على الإنجاب.

الفصل الرابع: تناولت فيه مرحلة الحمل والولادة و كيفية التعرف على جنس المولود قبل ولادته. وكذلك كيفية تغذية المرأة النافس في الأيام الأولى من النفاس و اليوم الثالث و اليوم السابع، فكل يوم له ممارسات و طقوس غذائية معينة.

الفصل الخامس: تناولت فيه أنواع الأغذية (مأكولات) و لكل وجبة دلالات رمزية و علاجية و صحية . و توصلت الدراسة إلى أن الوجبات الغذائية هي واسطة فعالة و خارقة للعادة في العلاقات بين المرأة و الرجل و نسلهم.

كما وضحت الدراسة أهمية بعض الأغذية من أجل الإنجاب، بحيث تعتبر علاج مهم و مفيد يعتمد عليه كثيرا لعلاج العقم و يؤدي إلى الإنجاب و بالتالي تحقق المرأة غريزة الأمومة و تحقق مكانة داخل الجماعة.

كذلك نجد أهمية هذه الممارسات الغذائية عند الإحتفال بالمولود و الأم النافس التي تحاط بمجموعة من الطقوس.

مع التحولات أو رغم التحولات العميقة التي يشهدها المجتمع (خاصة خروج المرأة للعمل، تطور طرق العلاج، إنتشار صورة جديدة للجسد و كذلك توفر تكنولوجيات جديدة في مجال الطبخ كالتبريد كل هذه التحولات وجدت الباحثة ضرورة تاريخية و دور النساء في ذلك.

إستراتيجيات السلطة النسوية توجد في داخل القيم و القواعد التي ينتجها المجتمع و التي تخدم الرجل. لكن النساء أوجدت لأنفسهن مجالات (الدراسة) لتمنع الرجل و تطرد الرجل بطرق عدة لأن الرجل لا يحضر هذه الممارسات و الإحتفالات.

5 - منهج معالجة و تحليل موضوع الدراسة

1-5 منهج الدراسة

إعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي، و هو طريقة يعتمد عليها الباحثون في الحصول على معلومات وافية و دقيقة، تصور الواقع الإجتماعي و الذي يؤثر في كافة الأنشطة الثقافية و السياسية و العلمية و تساهم في تحليل ظواهره، و يستهدف الوصف ، و المنهج الوصفي يحقق عدد من الأهداف منها :

يقوم على جمع معلومات وافية و دقيقة عن مجتمع أو مجموعة أو ظاهرة من الظواهر أو نشاطات من الأنشطة.

صياغة عدد من التعليمات و النتائج التي يمكن أن تكون أساس يقوم عليه تصور نظري محدد للإصلاحات الإجتماعية.

الخروج بمجموعة من المقترحات و التوصيات العلمية التي يمكن أن تسترشد بها السياسات الإجتماعية³.

من خلال دراستنا وظفنا هذا المنهج من خلال وصفنا لوضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري من خلال العينة المختارة ، بالتركيز على مجموعة من المتغيرات الأساسية تخص الزوج العقيم و متغيرات تخص بنيات ووظائف بعض مؤسسات المجتمع الجزائري التي مسها التغير و التحول و التطور و التي أثرت على تصورات الأفراد بإتجاه (الزوج العقيم) .

5- 2 منهج تحليل المعطيات الميدانية

1- عامر إبراهيم قنديلجي ، البحث العلمي و إستخدام مصادر المعلومات ، دراسة الشؤون الثقافية العامة، بغداد، 1993 . ص 85

يرتبط بالمنهج الوصفي عدد من المناهج الأخرى المتفرعة عن البحث العلمي أهمها المنهج الإحصائي الذي " هو استخدام الوسائل الحسابية و الرياضية في تجميع البيانات و المعلومات المختلفة و من ثم تنظيم و تبويب تلك البيانات و المعلومات عن طريق الأرقام و الحسابات و العمليات المرتبطة بها و كذلك تحليل و تفسير تلك الأرقام و وصفها بشكل يقدم النتائج و يوصل إلى الأهداف المنشودة في البحث و الدراسة .

كما يعرف المنهج الإحصائي على " أنه عبارة عن استخدام الطرق الرقمية و الرياضية في معالجة و تحليل البيانات و إعطاء التفسيرات المنطقية المناسبة و يتم ذلك عبر مراحل رئيسية أربعة هي :

1- جمع الأرقام و البيانات الإحصائية، أي تجميع البيانات الرقمية المطلوبة عن الموضوع.

2- تنظيم البيانات و الأرقام ، أي تبويب و عرض البيانات و الأرقام المجمعة و عرضها بشكل منظم و تمثيلها بالطرق المطلوبة (جداول، رسوم بيانية).

3- تحليل البيانات و توضيح العلاقات و الإرتباطات المتداخلة مع بعضها.

4- تفسير البيانات عن طريق استخدام ما تعنيه الأرقام المجمعة و تفسيرها .

و هناك نوعان من المناهج الإحصائية:

1- المنهج الإحصائي الوصفي: و هذا النوع يركز على وصف و تلخيص الأرقام المجمعة حول موضوع الدراسة، و تفسيرها بشكل نتائج يحصل عليها و التي لا يشترط أن تكون قياسية أو نمطية، أي أنها لا تنطبق على مؤسسة أو مجتمع آخر بالضرورة.

2- المنهج الإحصائي الاستدلالي : و هو المنهج الذي يعتمد على إختيار نموذج أو عينة من مجتمع أو مجموع أكبر و تحليل و تفسير البيانات الرقمية المجمعة عنها و الوصول إلى تعميمها و استدلالات على ما هو أوسع و أكبر من المجتمع الأصلي المعنى بالدراسة⁴.

¹ عامر إبراهيم قنديلجي ، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص ص 96- 97 .

و نحن في دراستنا إستخدمنا المنهج الإحصائي الإستدلالي التحليلي ، من خلال عملية إختبارنا و تفسيرنا لفرضيات الدراسة بالإعتماد على الجداول التكرارية البسيطة و المركبة لوصف و تحليل العلاقات بين مختلف متغيرات الدراسة.

3-5 إختيار مجموعة البحث (العينة)

تضمنت مجموعة الدراسة أزواج (رجال و نساء) يعانون من العقم. و إعتدنا في إختيارهم على أساس مرور ثلاثة سنوات من الزواج بدون إنجاب .

شملت الدراسة مجموعة بحث رئيسية تكونت من (150 امرأة) و (100 رجل) . و تم إختيارهم بطريقة قصدية وفق متغير مرور ثلاثة سنوات من زواجهم و أن يكونوا من الجزائر الوسطى و ضواحيها.

كما شملت عينة الدراسة ، عينة تكميلية شملت، محامي ، مختصة في أمراض النساء ، مختصة في علم النفس مديرة من وزارة الصحة و مختصين في التلقيح الإصطناعي.

تم توظيف إجاباتهم لتدعيم المبحث الخاص بمشكل العقم عند الأزواج في الجزائر ، إضافة إلى معلومات الدراسة الإستطلاعية.

المجال المكاني للعينة : ضمت العينة المدروسة أزواجا من الجزائر الوسطى و ضواحيها تم الإتصال بهم

في مراكز معالجة العقم بالطرق الإصطناعية (مركز الأبيار و مركز تيزيري بالجزائر العاصمة).

المجال الزماني : إستمرت عملية البحث و الإتصال بالعينة من سبتمبر 2005 إلى جوان 2006.

4-5 تقنيات جمع المعطيات

إن طبيعة موضوع الدراسة، فرض علينا اللجوء إلى أكثر من تقنية لجمع المعطيات من الميدان، فبالإضافة إلى تقنية الملاحظة التي تعتمد على المشاهدة والإستماع والإطلاع ميدانيا على كل ما له علاقة بموضوع الدراسة ، إعتدنا كذلك على تقنية " المقابلة نصف الموجهة" ، بحيث قمنا بإجراء (20مقابلة) مع 15 مبحوثة و 5 مبحوثين و هم أزواج يعانون من عدم القدرة على الإنجاب" و هذا في مرحلة ما قبل التحقيق النهائي. و هذا للإلمام بمحاور الموضوع كما هو موجود في الميدان أو الواقع حتى يتسنى لنا تعديل الإشكالية و إثرائها و تحسين صياغة الفرضيات حتى تتماشى متغيراتها مع المظاهر المدروسة كما هي في المجتمع الجزائري.

و تضمن دليل المقابلة أسئلة مفتوحة و مغلقة تجاوزت الثلاثين سؤالا مكنتنا الإجابات المتحصل عليها من إعداد إستمارة نهائية ، كما إعتدنا على المقابلة نصف الموجهة بالنسبة للعينة التكميلية.

و لقد شملت الإستمارة ثمانية محاور، وتضمنت أسئلة مفتوحة و أسئلة مغلقة و أسئلة متعددة الإختيارات جاءت في حوالي خمسين سؤالاً.

وكانت هناك عدد من الأسئلة المشتركة بين (النساء و الرجال) المبحوثين ، كما كان عدد من الأسئلة خاصة بالرجال فقط و أخرى خاصة بالنساء فقط، لنستطيع رصد إختلاف الآراء و المواقف و التصورات بين النساء و الرجال خاصة إذا تعلق الأمر بقضية حساسية كعدم القدرة على الإنجاب.

و إتمدنا على طريقة ملاءم الإستمارة من طرف المبحوثين لكن بحضور الباحث، بحيث كنا نراجع كل الإجابات مباشرة بحضور المستجوبين حتى نتمكن من عدم الوقوع في وجود أسئلة بدون إجابات.

لكن هناك حالات أزواج أميين ، كنا نقوم بملاءم الإستمارة بأنفسنا. أي تسجيل الإجابات كما جاءت على لسان المبحوث.

6 - صعوبات الدراسة

كأي عمل علمي إعترضتنا بعض الصعوبات النظرية و الميدانية نذكر منها :

ندرة المراجع التي عالجت موضوع العقم عند الأزواج من الناحية الإجتماعية بصفة معمقة مما تطلب منا تسخير وقتاً طويلاً في البحث على المراجع و الدراسات التي لها علاقة بموضوع دراستنا .

ميدانيا واجهتنا صعوبات أثناء تعاملنا مع فئة الأزواج (الرجال) الذين ضمتهم عينة الدراسة ، وذلك لأن موضوع العقم أو ضعف الخصوبة لازال يطرح لديهم

نوع من الحرج أثناء التعرض له بالمناقشة . لذلك تم الوصول إلى ملاءمة الإستمارات الخاصة بهم بصعوبة كبيرة .

عدم وجود دراسات أو إحصائيات حول ظاهرة عقم الأزواج في الجزائر.

الفصل الثاني: الرغبة في الإنجاب و مكانة الجسد الخصب

المبحث الأول : الرغبة في الإنجاب كضرورة دينية إجتماعية نفسية

تمهيد

1 - نظرة الديانات إلى الإنجاب

1-1 الرغبة في الإنجاب في المجتمع العربي الجاهلي

2-1 من منظور الدين الإسلامي

3-1 من منظور الشريعة المسيحية

4-1 من منظور الشريعة الكاثوليكية

5-1 من منظور الشريعة الهندوسية

2 - الرغبة في الإنجاب و المنظومة القيمية للمجتمع

3 - الرغبة في الإنجاب من الناحية النفسية

1-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للمرأة

2-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للرجل

4 - الرغبة في الإنجاب من خلال طقوس الخصوبة

تمهيد

1-4 طقوس الخصوبة ووظائفها الرمزية

2-4 طقوس الخصوبة الممارسة أثناء الإحتفال بالزواج

3-4 طقوس الخصوبة الممارسة أثناء الإحتفال بالختان

المبحث الثاني : مكانة الجسد الخصب

تمهيد

- 1- مكانة الجسد الأنثوي الخصب
- 2- مكانة الجسد الذكري الخصب

المبحث الأول: الرغبة في الإنجاب كضرورة دينية إجتماعية نفسية

تمهيد

من سنة الحياة التزاوج لضمان إستمرار الحياة و بقاء الأنواع و الأجناس هذا التزاوج الذي نظمته الأديان بنظام الزواج. لكن قبل ذلك خضعت العلاقة بين الذكر و الأنثى في المجتمعات البشرية البدائية لعامل الغريزة وحدها نتيجة تأصل مقومات الرجولة في غريزة الذكر بما يجذب إليه الأنثى، و توفر الأنثى على كل ما يجذب إليها غريزة الرجل. و ساعد تكوينها الفيزيولوجي المتعارض و المتكامل في آن واحد على إرضاء الغريزة المشتركة عن طريق الإتصال الجنسي، و كانت الحكمة الإلهية أن يكون التعارض الوسيلة المفضلة إلى التقارب و الوئام و من هذه العلاقة تتفاعل الغريزتان بما يحقق في الحالات العادية الإنجاب الطبيعي الذي تستمر به حياة النوع البشري .

بيد أن السعي إلى إرضاء شهوة الغريزة التي يظهر أنها تقوى بالممارسة، خلق نزوات بسبب بعض الارتباط في علاقة الرجل بالمرأة ربما لم يدركه الإنسان الأول الذي لم يرق إلى الوعي بها، و لكنه مالم يث في مرحلة ثانية أن أدرك حاجته إلى ضبط هذه العلاقة بقواعد سلوك خلقية⁵.

و عندما دخل البشر في عهد التنظيم المجتمعي، و بعد وعيه بالفوضى التي طبعت العلاقة الجنسية، طرح مشكل تنظيم هذه العلاقة فيما طرح على الإنسان من قضايا تنظيمية، إستوحاها الإنسان من فطرته و وجدانه و حاجاته الملحة، و منها في

⁵ عبد الهادي بوطالب، ضبط الإنجاب بقواعد الأخلاق- مجلة الإسلام اليوم، المنظمة الإسلامية للتربية و العلوم و الثقافة - نوفمبر 1986 المغرب ص 17 .

مجتمع الأسرة و البيئة سيادة الرجل على المرأة ، وهو ما عرف بالأبوسية وسيادة المرأة على الرجل في العهد الرعوي و هو ما دعي بالأموسية. و لقد خضعت العلاقة الجنسية في عهد سيادة الرجل على المرأة لتحكم الرجل في الزواج و الإنجاب، فأباح لنفسه العلاقات الجنسية ما حرمه على زوجته.

ثم تجاوز الإنسان هذه المرحلة ليحتويه المجتمع القبلي المتميز بقرابة الدم، فإذا بالعلاقة الجنسية تضبط بقاعدة الزواج بين الأقارب ثم تتجاوزها إلى الزواج بالأبعاد، و بذلك أصبح الزواج مؤسسة مجتمعية تستهدف إلى

جانب إرضاء الغريزة الجنسية للحصول على إنتاج مشترك عن طريق الإنجاب. بل و التكاثر عن طريق التناسل اللامحدود ، فكانت ظاهرة الإنجاب الوسيلة الموفرة للتكاثر العددي حتى تساهم الكثرة في جلب

المزيد من وسائل العيش و الترفيه للأسرة أولا و للمجتمع ثانيا.

و كان الرجل يرى في ظاهرة إنجاب الأولاد- خاصة الذكور- ملامحه و إمتداده ، كما كان الأولاد يرون في الوالد حاميه الضامن لبقائهم.و من هنا إنساق الرجل إلى تعديد زوجاته إستكثارا للإنجاب بقصد توفير المزيد من القوة و المناعة، و أصبحت كثرة الإنجاب معيارا للفحولة و طريق إلى السيادة في المجتمعات.

1) نظرة الديانات إلى الإنجاب

1-1 في المجتمع العربي الجاهلي :

يقدم لنا هذا المجتمع صورة عن تطور ظاهرة الإنجاب بدءا من مرحلة الإستيلاء الكمي عن طريق تعدد الزوجات بدون حصر. إلى مرحلة الإستيلاء الكيفي أو النوعي عن طريق تفضيل إنجاب الذكور عن إنجاب الإناث. ففي المرحلة الأولى تجاوز الرجل في بعض القبائل حدود شهوته الغريزية إلى لإستيلاء الكمي بأية وسيلة, فأباح الزوج لزوجته أن تتصل جنسيا بغيره قصد

إنجاب عدد من الأولاد الأقوياء. فكان الزوج بعد أن تطهر زوجته من حيضها يأذن لها بذلك و لا يعود لوطنها حتى تحمل و أطلق على هذا النوع من العلاقة نكاح الإستبضاع ، و هو ما يعادله اليوم في عصر التطور الإنجاب عن طريق التبريع بمني رجل غريب عن الزوج، و يمكن أن تقوم به فتاة عازبة إذا أرادت أن تنجب بدون أن تكون متزوجة.

أما الإستيلاد الكيفي، أو النوعي فهو ما كانت بعض القبائل العربية تطبقه في إيثارها الإحتفاظ بالمولود الذكر و دفن الأنثى و هي حية تخلصا مما قد تسببه لأسرتها من فقر و عار.

و لو أن أفراد هذه القبائل كانوا يتوفرون على التقنيات التي يراد أن تتحكم اليوم في إنجاب الذكر أو الأنثى لما تورعوا عن إستخدامها للحصول على إنجاب الذكور، و لو كانوا قد إهتدوا إلى طرق الإجهاض لما تورعوا في سلوكهم قبل أن يفاجئوا بميلاد الأنثى⁶.

كما عرفت هذه المجتمعات بجانب الإستيلاد الطبيعي ظاهرة الإستيلاد غير الطبيعي، إذا كانت المرأة العقيم أو قليلة الإنجاب تلجأ إلى الإستعانة بالروحانيات أو تستنجد بالتمائم و الرقية أو تسترضي الآلهة و الأوثان بالذباح و أحيانا تعتمد إلى نقل ماء الرجل الفحل إلى رحمها بالصوفة، كما أن الرجل العقيم لجأ إلى إستبضاع زوجته ليغشها غيره فتحمل و تلد له أولادا أقوياء⁷.

1-2 الرغبة في الإنجاب من منظور الدين الإسلامي

لقد ساهم الإسلام بأخلاقياته في ضبط و تنظيم ظاهرة الإنجاب، بضبط و إخضاع العلاقة الجنسية و هي أصل الإنجاب و فق قواعد شرعية، تنطلق قاعدتها من عقدة النكاح المعلنة بالأشهاد و الإقرار.

و لقد إستبعد الإسلام في الإطار النظري العام للقواعد التنظيمية للعلاقة الزوجية للإنجاب منذ بدء ما تعارف عليه المجتمع الجاهلي الأول من توخي مجرد الإنجاب

¹ عبد الهادي بوطالب، ضبط الإنجاب بقواعد الأخلاق - مجلة الإسلام اليوم، المنظمة الإسلامية للتربية و العلوم و الثقافة - نوفمبر 1986 المغرب ص 17-19

المرجع نفسه ، ص 20.7

من علاقة الزواج، فالمجتمع الإسلامي على عكس ذلك يتكافل أفراده و يتعاونون كانوا ذوي نسل أو عقم . و الهدف من الزواج في الإسلام هو الإستقرار و السكون و ليس حتما الإنجاب ، إذ المال و البنون زينة الحياة الدنيا.

كما إستبعد تبعا لذلك الإستيلاد الكيفي بتفضيل الذكور على الإناث في الإنجاب و مسويا بين الذكر و الأنثى فالنساء شقائق الرجال في الأحكام و لا فضل لذكر على أنثى إلا بالتقوى، و هو الذي يهب لمن يشاء الإناث و يهب لمن يشاء الذكور، أو يزوج بينهم ذكرانا و إناثا و يجعل من يشاء عقيما. فالدين الإسلامي وضع فيه أحكام الأسرة التي من شأنها تمتين روابط و تنظيم علاقاتها لتكون أسرة سعيدة متفاهمة، صالحة و أن من أسباب بقائها و عمارتها هو تحقيق عريضة البقاء و الأمومة و الأبوة بإنجاب الأولاد و إثراء الحياة بهم .

ولأنه من سنة الحياة التزاوج لضمان إستمرار الحياة و بقاء الأنواع و الأجناس هذا التزاوج الذي نظمه الدين الإسلامي و غيره من الديانات .

و أكد الإسلام أن ثمرة التزاوج هي إستجابة الغريزة في إنجاب الأولاد و السرور بهم، فالإنجاب و الزواج هو نعمة من الله، و موضع الشهوة و الرضا لدى الإنسان لأن في ذلك تلبية لرغبة مركوزة فيه ⁸.

3-1 الرغبة في الإنجاب من منظور الشريعة المسيحية :

يعتبر الزواج في الشريعة المسيحية نظام إلهي و سنة مقدسة، بها يصير الزوجان واحدا و باتحاد قوامه الحياة المشتركة.

و من أهداف الزواج إنجاب النسل لبقاء الجنس البشري و لإيجاد النسل الشبيه بمن نحب، فيرى الزوج في ابنه أو ابنته شبيها بالأم، أو ترى الأم ابنها أو ابنتها شبيها بالأب، و لحب التآلف و الجو العائلي الذي هو بذرة المجتمع ، و حب تآريث الأولاد ما عندنا و التمتع بالمسرات المشتركة و التسامي بالتفكير في العائلة الأبدية.

و يعتبر الزواج بذلك شر لا بد منه ، لما فيه من تحمل المسؤولية نحو العائلة و لكنه في الواقع خير يخرج الفرد من دائرة الذاتية إلى محبة الغير ليهتم بالزوجة و بالأولاد معا ، و يبدي نحوهم المحبة و الإهتمام.

- عبد الهادي بوطالب ، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 21⁸

و لعل الزواج أقوى دافع تعليمي في مدرسة الحياة بأكملها. و ليست الحياة لعبة غيبية، فهناك دروس للتعاون و العطف و الحنان و الشعور بالمسؤولية و الصداقة و مراعاة الشعور، و التضحية و البذل و الإخاء و الشجاعة و الشهامة و المروعة، عدا تعليم الأطفال و العناية بهم و التضحية لأجلهم ليكونوا نافعين للمجتمع.

بالزواج يحوز الفرد على الرضى الإلهي، فيجد الخير الروحي و العقلي و الجسدي ، مع نوال الرضى الإلهي بقبول مبدأ الله في الزواج والدخول في علاقات المحبة و مسؤوليات التضحية و النسل و العمل على راحة الغير.

و يهتم المسيحيون بكثرة النسل و يحاربون تحديده، فخصب الزواج شرط لسلامة الشعوب المسيحية و دليل على الإيمان بالله و الثقة بعنايته الإلهية و مجلبة للأفراح العائلية⁹.

1-4 الرغبة في الإنجاب من منظور الشريعة الكاثوليكية :

ترى هذه الشريعة على أن تحديد العلاقة الجنسية مرتبط فقط بالإنجاب الشرعي، إنه الغاية النهائية الآلية للرابطة الزوجية. بينما الغايات الأخرى كحب الزوجين لبعضهما البعض فهذه غايات ثانوية مقارنة بغاية الإنجاب. فالزواج حسب الشريعة الكاثوليكية كمؤسسة طبيعية، هي نعمة من الله، له غاية أولى و هامة و هو الإنجاب و تربية الأطفال.

إن الشريعة الكاثوليكية ، تقوم على مبدأ الخضوع للمبادئ المقدسة و من بينها ضرورة الإنجاب بل هو أمر محتوم ، كما يحرم و يمنع سياسة تحديد النسل.

1-5 الرغبة في الإنجاب من منظور الشريعة الهندوسية :

يعتبر الزواج و حفظ النسل بالمرتبة الثانية من الواجبات الدينية عند الهندوس و ذلك بعد إحترام البراهمة و تقديس البقر.

⁹ 1-F:/ Word of life Kalimat alhayat

فبالنسل وحده يكمل الرجل، فهو يكمل إذا ما أصبح ثلاثة، شخصه و زوجته و ابنه. فكانوا يحرصون على إكثار الزواج و النسل و هذا حتى مطلع القرن الثامن عشر.

و لقد أعتبر العقم أشد المصائب التي تصيب البشر ووضعا حلولا له ، فمن كان عقيما من الذكور إن كان له ابنة يسعى لزواجها على أن يكون مولودها الذكر ابنا له. وإن كان غير صالح للإنجاب فعليه أن يستولد امرأته من أحد إخوانه أو أهله¹⁰.

(2) الرغبة في الإنجاب و المنظومة القيمية للمجتمع

إن الإنسان بطبعه ثقافي رغم أن الطبيعة و الثقافة يعتبران متناقضين و لكنه ما تبديه الملاحظة هو هيمنة الأفعال الإجتماعية الثقافية على الأفعال الطبيعية، تسلط أكثر منه تفاعل و هذا رغم التطور العلمي الرائع في مجال الإنجاب. فالرغبة في الإنجاب من هذا المنطلق كفعل بيولوجي هو سلوك إرادي ، يلبي مطلب جماعي من أجل إمتداد لقب العائلة.

إن الرغبة في الطفل ليست رغبة شخص واحد ، بل هي رغبة الآباء كأفراد، و كأزواج و رغبة الإخوة و الأخوات و رغبة الجد و الجدة. و في العديد من الحالات يكون ضغط الوسط العائلي شديدا و يحمل تساؤل ألم تنجبي بعد، محل ألم تنزوي بعد، و لم ينته الأمر إلى ذلك الحد إذا تسأل المرأة أيضا لماذا تكتفي بعدد قليل من الأطفال، و لابس أن نذكر مثلا فإن كان للمرأة أربعة أطفال يقال لها من طرف الكثيرات خمسي على أولادك أي أن تنجب طفلا خامسا.

- Bruno - Feillet, Ethique familiale et sexualité F:/01 Régulation des naissances, Avril 10
2005-google.

و من هذا يظهر إمكانية المحيط في تعدد الحجج لتحقيق غاية التكاثر و ينتج عن هذا التأثير الاجتماعي أن الرغبة في الطفل تكون في المرحلة الأولى رغبة في الحمل كدليل خصوبي للمرأة و بشكل مواز دليل رجولي.

و في مرحلة ثانية رغبة في الأمومة و في تعددها و هذا يمثل الوسيلة الفريدة من نوعها لترسيم في وظيفة الزوجة و الحصول فيما بعد على وضع إنسانة راشدة¹¹.

و تؤكد هذه الفكرة الباحثة " C.Lacoste du Jardin " ، بحيث ترى أن مجد المرأة أطفالها ، بمعنى أن المرأة كي تحافظ على مركزها كزوجة عليها أن تلد أطفالا لزوجها خاصة الذكور لتحقيق هويتها و تبرز وجوده و تثبت أقدامها .²

و دراسة بعض العادات و التقاليد كالختان و الزواج المبكر و تعدد الزوجات التي تسيرها الإيديولوجيا في المحيط الاجتماعي التقليدي خاصة، تعطينا فكرة واضحة عن الأهمية الكبرى التي توليها المجتمعات لإنجاب الأطفال و علاقة ذلك بتحديد مكانة المرأة و الرجل الاجتماعي. كما نجد مثلا ختان البنات في بعض المجتمعات كمصر و مالي ، يؤكد توجيه الفتاة منذ الصغر إلى وظيفة الإنجاب و الأمومة بدون التأثير بمعاناتها عندما لا تستطيع أن تشبع غرائزها الجنسية.

كما جعل الزواج عند بعض المجتمعات من المرأة شيء، أو متاع تتبادل به الأسر و القبائل، و وظيفة هذا المتاع هو الإنجاب لتستمر السلالة أو اللقب العائلي. فلا نجد إهتمام بالعلاقة الحميمة التي يجب أن تربط بين زوجين قبل الزواج و بعده، المهم هو وجود رجل و امرأة يقومان بإنجاب الأطفال و شيء آخر لا يهم.

فكل امرأة حامل تحلم بأن تحقق حلمها بأن تنجب و تنجب حتى تحقق كل ما تصبوا إليه داخل المجتمع لنفسها و لزوجها و للمجتمع ككل.

لذلك نجد بأن المحيط يؤكد على المرأة أن تستثمر أي تنجب الأطفال لكي تحقق كمالا في شخصيتها و تشعر بأنها لبت رغبة الأمومة¹².

¹¹فايزة بن حديد ، " أنا أنجب... إذا أنا موجودة " الرغبة في الإنجاب أو الرغبة في الطفل ، في حوليات الجامعة الجزائرية ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص 78.

2- Camille lacoste du Jardin, **Des mères contre les femmes, Maternité et patriarcat au Maghreb**.ED : la Découverte , Paris, 1985, P16.

¹² Dominique Lutz , **Le statut symbolique de la femme au Mali, Le statut procuré par la maternité est-il seul que les femmes Maliennes puissent envisager?**Thèse de Doctorat 3^{ème} cycle en psychologie.Université de Louis Pasteur. Strasbourg ,juillet,1978, p330 .

أما الأستاذ " مصطفى بوتفنوشات " فبيّن أنه في المجتمع الجزائري كلما كان للمرأة أطفال خاصة الذكور كلما إكتسبت مكانة مميزة كإمرأة مسموعة، قادرة على أخذ القرارات لأنه عندما تصبح الزوجة "أما" تعرف مراعاة خاصة من طرف زوجها و عائلته 2.

أما « C.lacoste du Jardin » ، فتذكر بأن الإنجاب مضمون كالسلطة الذكورية ، بما أن النساء يقبلن مهمة الأمومة أين يجدون ضالتهن لكي يستفدوا من النظام الإجتماعي وهن أمهات وفق منافع . فإنجاب الأطفال هو جسر تمر به و من خلاله لربط العلاقات بينها و بين أم الزوج و كل العائلة، و هو ضمان لعدم حدوث الطلاق، يمكنها من كسب مكانة أم التي تعطيها السلطة عندما يكبرون لأن هناك تدرج في السلطة داخل العائلة فالإنجاب هو نقطة بداية صعودها في السلم الإجتماعي في تغيير مكانتها إلى الأعلى و الأحسن و هو ضمن عوامل إستقرار الحياة الزوجية 3.

كما يعتبر الولد الذي تنجبه المرأة رباط الصداقة مع المحيط الإجتماعي الذي تعيش فيه . والمرأة التي تنجب متأكدة بأنهم لن يتركوها أبدا تسقط، و أنها دائما محمية من البؤس و الإحتياج لأنه من ناحية الميراث فالمرأة التي تنجب الذكور، يكون لهم حظ كبير في الإرث فهي بذلك تضمن سنوات تقاعد مريحة جدا 13.

أما إنجاب الأطفال بالنسبة للرجل و المرأة فيمثل في تصورهما مكانة إجتماعية داخل المجتمع و وجود في نظر الجماعة 14.

فالزوجان قبل أن يفكرا في العاطفة التي تنتابهما أثناء الإنجاب، فهم يبحثون في الواقع عن مكانة مرسخة داخل الجماعة، لأنهما وصلا إلى الهدف الأسمى من الزواج و هو إنجاب الأطفال لترك الخلف لإستمرار السلالة 15.

2 - Mostefa Boutefnouchet : La famille Algérienne, Evolution et caractéristiques récentes .SNED,1979 p71,

3- Camille lacoste du Jardin, op. cit.P71.

13 - Abdelwahab Bouhdiba,La sexualité en Islam,P.U.F, Paris, 1979,P262- 264

14 Dominique LUTZ, op.cit. P 327

Louis, Roussel, la famille incertaine, Ed: odile jacob, paris,1989, P 189.

15

إن وجود الأطفال كذلك يخلق علاقات داخلية شخصية عميقة بين الزوجين و هي أكثر قوة من علاقة الأم بطفلها. لذلك يعتبر إنجاب الأطفال بالنسبة للزوجين شاهد على الحب بينهما و ليس عوضا عنه، فقبل ولادة هذا الطفل تعزز العلاقة بين الزوجين بأن تمتن أكثر و توحد و تقرب بينهما أكثر¹⁶.

إن هذا الموقف بإتجاه قيمه و دور إنجاب الأطفال في حياة الزوجين هي سبب كذلك من أسباب الإحترام الذي يقع بين الزوجين ، فالزوج عندما يتحدث عن زوجته ينعتها بأمر أولادي و هذا نعت إحترام لا مثيل له و هو إعتراف أبدي لها بقيمة وظيفتها الإيجابية، و الزوجة كذلك تنادي زوجها – أب أولادي- و هذا أساس الإحترام لإستمرار الحياة الزوجية بدون مشاكل¹⁷. فالمرأة بالإنجاب تضمن مكانتها و يصبح هنا الجسد الأنثوي رهان لكسب مكانة و سلطة معتبرة بين العوالم الإجتماعية و النسائية.

لذلك و في جميع المجتمعات يعاش العقم كمأساة حقيقية، لأن الكل يفضل العلاقات الجنسية المثمرة المنجبة. لذلك نجد أن قيمة و مكانة المرأة متعلقة بمدى قدرتها على الإنجاب، و لتتصور هنا مكانة المرأة العقيمة¹⁸.

3) الرغبة في الإنجاب من الناحية النفسية

3-1 الرغبة الشعورية في الأطفال

تمهيد

يقول الدكتور عدنان السبيعي : " أن الأمومة تشغل بال المرأة و هي تستغرق حياتها الشعورية و غير الشعورية منذ أن يتفتح و عليها على الحياة
19"

¹⁶ Dominique- Lutz, op.cit. P18.

¹⁷ Abdelwahab -Bouhdiba , op,cit.P 267

Houda-EL-Aaddouni, Stérilité au féminin : Enjeux du corps, enjeux de la mémoire . p 18

62 . In Face A Face-VB2 Société

Santé, Développement ; <http://www.ssd.v-bour de aux fr. 10-09-2005>

فالرغبة الشعورية في الأطفال عادة ما يطبعها تجاذب وجداني، ففي بعض الحالات يكون تعبير الأزواج عن هذه الرغبة مبتذل فنجد الأزواج يرغبون في طفل و كفى ، لأنه ضرورة من ضرورات الحياة.

أما في الحالات الأخرى فالرغبة في الأطفال تكون أكثر شعورا من السابقة، حيث تكون الرغبة في الأطفال لأجل تحقيق رغبات معينة، فالفرد يرغب في أن يُحَبَّ و يُحَبَّ و يرغب في الإمتثال لمعايير مجتمعة من خلال الإنجاب رغبة منه في أن يقيمه مجتمعه.

كما يرغب الفرد من وراء تأدية وظيفة الإنجاب مقاومة القلق و بعض المخاوف، كالخوف من الوحدة و الشيخوخة و الملل و قلق الموت .إضافة إلى وجود بعض الأفراد الذين يريدون عيش طفولتهم مرة ثانية من خلال الإنجاب .

فيظهر لنا مما سبق أنه غالبا ما تكون الرغبة في الطفل لا تتعلق بالطفل في حد ذاته، فهو يظهر كأنه آلة يرغب في إستعمالها لتحقيق رغبات شخصية .فالطفل المرغوب فيه قد يكون في هوامات الأفراد على أشكال مختلفة :

الطفل اللعبة : حيث يكون نوع من الدمى الحية التي تشكل نموذج لأم صبيانية.

الطفل الأمل: الذي يمكن أن يجلب سندا عاطفيا أو إقتصاديا للأبوين عندما يكبران.

الطفل الدليل : على الرجولة و الأنوثة.

الطفل السلاح: الذي يستعمل من أجل الحصول على الرجل المحبوب، أو من أجل التمسك بهذا الأخير، أو من أجل إصلاح علاقة زوجية سيئة.²

2-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للمرأة

¹⁹ عدنان السبيعي، سيكولوجية الأمومة ، الشركة المتحدة للتوزيع ، بيروت 1975 . ص 89

2-M – Georjgin , A - Magère ; La maternité ; MASSON – Paris . P 65

تمر الفتاة بعدة مراحل للوصول للأبوثة التي تكتمل بتحقيق الأمومة. تنتظر الفتاة بفارغ الصبر الوصول إلى هذه المرحلة، و هي قبل ذلك تجسدها في هوماتها و لعبها، بأن تأخذ الدمية كطفل لها، و تحاول نزع الأخ الأصغر من أمها لتعني به، و كأم ترى أن هذا يعطي معنى على حياتها و تحدد لها أهداف جديدة، فهي تولد مع طفلها فالإنجاب هو التحقيق الأول للذات²⁰.

و تؤكد الباحثة « H. Deutsch »، بأن الأمومة فرصة لا مثيل لها بالنسبة للمرأة حتى تبين شعورها الوجودي.

و يكشف التحليل النفسي تأثير اللاشعور على سيكولوجية الأمومة و الذي يرى أنها لا تحدد فقط بعوامل ثقافية و لكن هناك صراعات غير محلولة في ماضي الأم و التي تبحث عن حل و إشباع لها في الأمومة . كما أن هناك قوى لا شعورية متعددة تساهم في إنعاش الأمومة، من الناحية النفسية و كذلك تساهم في نمو سوي لطبيعتها، كل هذه القوى يكون مصيرها التصعيد ميول و نزاعات من طبيعة جنسية تتحول إلى عاطفة أمومية و العدوانية تتحول إلى نوع من الحماية²¹.

كما يؤكد الباحث « Georgin »، بأن كل امرأة تحلم أن تصبح أما مثل أمها²².

أما « R-PERRON »، فيؤكد في فكرته على الوحدة بين الوظيفة البيولوجية و النفسية للإنجاب فالطفل إنجاز المرأة بيولوجيا و نفسيا²³.

فالرغبة في الأمومة هي الرغبة الأشد تأصلا في الحياة النفسية للمرأة منذ طفولتها إلى شيخوختها، فالأمومة تسع كل الحياة النفسية للمرأة إلى حد تفقدها مميزات الفردية، فهي مشبعة بالفطرة الأمومة²⁴.

و لنتصور هنا المعاناة النفسية التي تعيشها المرأة التي لم تستطع تلبية هذه الغريزة.

²⁰- Hélène-Deutsch , La psychologie des femmes, 2 - Maternité.P U F . Paris, 1949. p 256 .

²¹ *Ibid* , P 258.

²² M,Georgin ; op.cit . P 65

²³ - R-Perron, Genèse de la personne , P.U.F. Paris, 1985, P35

²⁴ - Héléne - Deutsch , op . cit . P 256 .

3-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للرجل

إن الرجل مهما كانت صفته أو نوع عمله، لا يحس بأنه رجلا إلا عندما يصبح أبا للعديد من الأطفال.

و يعتبر خلف الأطفال بصفة عامة ذو قيمة أساسية كبرى في حياة الرجل، فهم مصدر ضمان الأسرة على حفظ ممتلكاتها و تخليدا لإسمها، و هم كذلك موضوع التفاخر و التباهي لأنهم يعبرون عن حيوية الزوج و رجولته الكاملة، و عن خصوبة الزوجة الحقة²⁵. و إنجاب الأطفال يعزز مكانة الرجل و مركزه داخل مجتمعه.

لكن هناك وظائف أخرى التي تمنح له مكانة في المجتمع بدون أن يكملها بوظيفة الإنجاب، أي أنه يمكن أن تمنح له مكانة داخل الجماعة قبل أن ينجب خاصة في المناطق الريفية التقليدية.

كذلك يعتبر إنجاب الأطفال بالنسبة للرجل ضرورة من أجل الحفاظ على الخلف من السلف، فالأولاد يعوضون آباءهم في الحياة اليومية، و عندما يكبرون يريحونهم من العمل، فالأولاد وسيلة لتأمين الغد أي بعد عجز و كبر الوالدين فالولد هو الدواء الشافي من كل قلق أو خوف من المستقبل أو من الموت²⁶.

فالأطفال لهم قيمة تنافسية ، إذا يتباهى الأزواج بخصوصيتهم من حيث كونها إظهارا للقوة الجنسية و الرجولية و الأنوثة. و هي تصور مشترك بين الرجال و

¹ فوزية دياب، القيم و العادات الاجتماعية، مع بحث ميداني لبعض العادات الاجتماعية ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ، 1980.ص306

²⁶ - Dominique. Lutz,op. cit. pp 328-329

النساء لكل تصوره الخاص بضرورة هذه الوظيفة و ما سوف يعود عليه من نتائج داخل مجتمعه لترسيخ مكانته و بناء شخصيته و تحقيق ذاته. فضرورة تلبية غريزة الأمومة و الأبوة سيان عند المرأة و الرجل.

4 (الرغبة في الإنجاب من خلال طقوس الخصوبة

تمهيد

لقد أدرك لإنسان القديم قبل مجيء الديانات السماوية الأهمية الكبرى للجنس الذي لم يكن وظيفة بيولوجية و لا طقسا إحتفاليا، إنما كان مسرحة للحياة و من خلاله و عبره إكتشف الإنسان نفسه و تواصل مع خالقه و خاصة عندما ربط بين الوظيفة الحيوية للجنس بإعتبارها ممارسة كينونية و فعلا مقدسا، فيه يتجسد الحضور الإلهي و عنفوان الحياة، فالله خالق الجنس البشري و حافظه و المراقب له لأن في إستمراره إستمرار للنوع للكائنات الحية كلها²⁷. و بإعتبار الإنسان هو الأكثر وعيا بينهما، و المدرك من خلالها و هو القوة الإخصابية الأولى في الكون ، أو ليس هو باعث الحياة و مجددها.

و يعتبر الجسد هو حامل هذا التاريخ و مسرحه خاصة بممارسة الجنس بكل طقوسه الإحتفالية. فكل الإحتفالات الطقوسية التي تحيط بالفعل الجنسي هي تعبير عن القدسي المجسد في الإنسان من خلال (المنى) الذي هو أساس تكوين المخلوق الآدمي، و هو الحقيقة المشحونة بطاقة الحياة، و هو روح تنتظر التجسيد في الكائنات و الموجودات.

و حقيقة (المنى) كحامل للحياة، يتم الإحتفال بها في طقس حتى تأخذ الحياة مسارها الطبيعي، و لعل إرتباط الجنس بالخصوبة إحتفاليا هو لتأكد الحدث و تدوينه في الذاكرة الجماعية²⁸.

إبراهيم محمود، الجنس في القرآن، رياض الرايس للكتب و النشر- بيروت-1994. ص 69²⁷
المرجع نفسه، ص ص 71-72.²⁸

1-4 طقوس الخصوبة ووظائفها الرمزية

يقول مالك شبال : " بالنسبة للطقوس و التنشئة المغاربية هو أولا مشكلة إعتبار الجسد كتقنية و كيفية إدماجه في تحديات الثقافة التقليدية"²⁹.

إن وراء تحقيق أهمية الجسد الخصب لتحقيق الأمومة، هناك أيضا سلطة رمزية لتجسيدها و هي كما ترد في طقوس الإخصاب التي هي مهمة في الكثير من الثقافات و عند مختلف الشعوب. و الطقوس هي سلوكيات و ممارسات جماعية ثابتة، مبنية، مكررة، تحمل معاني عديدة التي تدعم القيم و القواعد العلاقتية للجماعة الأسرية.

تتأثر الطقوس بالمجتمع و ثقافته التي تندمج تحتها العائلة، كالتان و إستقبال المولود، الزواج...، التي تتميز بطقوس ذات معاني و دلالات و وظائف مختلفة . إن الطقوس مهمتها خدمة التصورات العائلية بالنسبة لمختلف الأدوار و الوظائف التي تؤديها هذه التصورات و لا تسمح بالتأويلات الفردية .

فمن طريق ممارسة هذه الطقوس أثناء الإحتفال بالمناسبات الداخلية للمجموعة هذا يؤدي إلى التعبير عن التماسك بصفة واسعة بين هذه الجماعات الصغيرة³⁰.

و الملاحظ هنا أن ظاهرة الخصوبة و العقم تتحكم فيها الطبيعة و قوانين المجتمع المقدسة، لأنها تحيطها بمجموعة من الطقوس السلوكية و الممارسات الرمزية و العادات، التي تمارس على جسد المرأة و الرجل، أثناء طقوس الإنتقال الحاسمة في حياتها و التي لها وظيفة تحصين لكي يكون خصبا ووقايتها من العقم.

فالجماعة تهيء كل من الجسد الأنثوي و الذكري لكي يكونا خصبين مستقبلا، و هذا بممارسة مختلف الطقوس الرمزية . و مهما إختلفت هذه الممارسات على الجسد ، من ثقافة لأخرى أو من منطقة جغرافية لأخرى فهي كلها تدخل في سياق واحد يمكن أن تحقق بأشكال رمزية عديدة لتحقيق غاية واحدة و هو ضمان خصوبة الجسد. مع ملاحظة أن ممارسة هذه الشعائر و الطقوس من أجل تحقيق الخير و السعادة و نبذ الشر بدون التساؤل و النقاش حول معرفة العلاقة

²⁹ Malek-Chebel . Le corps dans la tradition au Maghreb.P.U.F.Paris -1984-P340 .

³⁰ Yvonne-Gastellan , Psychologie de la famille, ED : PRIVAT-TOULOUS- 1993, P118

الجوهرية بين ممارسة الطقس و نجاح الإنتقال. و هذه الممارسات تقوم بها في أغلب الأحيان النساء، من أجل تحقيق الأمومة للنساء و الأبوة للرجال.

2-4 الطقوس الخصوبية الممارسة أثناء الإحتفال بالزواج

إن الطقوس الرمزية ترجع في الأصل إلى السحر، و تهدف إلى جعل الزواج مباركا و سعيدا بين الزوجين و من أول الطقوس الممارسة حسب الدراسة التي قام بها « D-ROUACH » و التي شملت دول شمال إفريقيا خاصة الجزائر أن يأكل الزوجان أو العريسان السمك، رمز الخصوبة الكثيرة بسبب آلاف البيوض التي تضعها السمكة.

كذلك نجد عادة كسر حبة بيض داخل الصحن المخصص لطقس (الحناء)، أو تكسر البيضة فوق رأس العروس و تغطى بمنشفة بيضاء. فالبيضة المحاطة بغلافها الأبيض الذي يحميها هي رمز لمولود جديد ، و رمز الأمومة السعيدة بإستمرار الجنس و الحفاظ على إستمرار النسب.³¹

كما تعد الفواكه رمز للوقاية من الإصابة بالعقم، بحيث يتم خلال أيام الإحتفال بالزواج توزيع الحلويات و مختلف الفواكه الجافة كالعنب، التمر، التين...و نجد بأن بعض هذه الفواكه لها فائدة عادية غذائية، كما نجد لها وظيفة رمزية و هي تجسيد الخصوبة، فمثلا حبة التين تحتوي على الحليب الذي هو غذاء أساسي للمولود. كما نجد لفاكهة العنب رمز كثرة الإنجاب.³²

إضافة إلى هذه الطقوس و العادات الغذائية نجد هناك بعض الممارسات الأخرى لنفس الهدف، فنجد أن كل من العريسين يخصص له يوم للذهاب للإستحمام و يقام إحتفال خاص داخل الحمام ، خاصة من طرف النسوة اللاتي يرافقن العروسة . و طقس إستحمام العروس له هدف مرتبط بتنقية الجسد لكي يكون خصبا، مقبولا

³¹ - David Rouach, Imma, ou rites , coutumes et croyances chez la femme juive d'Afrique du nord . Ed : Maisonneuve et la rose . Paris 1990 , P46 .

³² *Ibid*,P47

معترف به ، بإعتبار الماء رمز للحياة. لذلك نجد إحتراس كبير و حراسة مشددة على العروس و متاعها المستعملة هناك خوفا من أن تصاب بسحر يؤدي بها إلى العقم.

أما الممارسة الثانية و التي لازالت سارية المفعول ليومنا فهي طقس (الحناء) للعريسين. مع الذكر بأن الطقوس التي تخص بها حنة العروسة أكثر تعقيدا من تلك المخصصة للعريس. و الملاحظ أن كل المستحضرات المعدة للقيام بهذه الممارسة ترمز للخصب و النماء و الإخضرار. فالحناء أصلها نبات أخضر، يضاف لها الماء رمز الحياة و تضاف لها حبات من البيض التي ترمز للخصوبة، كما تضاف بداخلها حبات من التمر و قليل من الشعير و القمح و كلها رمز للبذور و الزرع. كما أن مراسيم إستعمال الحناء للعروسة تقوم على ضرورة أن تحمل العروس طفل ذكر غير مختن و يكون هو البكر في أسرته و القابلة هي التي تقوم بكل هذه الطقوس و الممارسات ، و يشترط فيها أن تكون قد أنجبت أطفالا ذكورا.

بعد الإنتهاء من مراسيم الحناء للعروسة، يتم الإحتراس جيدا من أن يؤخذ قليل منها من الصحن المخصص لها أو الكأس التي أستعمل فيه الماء لمزج الحناء، لأنه يعتقد أن هذه الممارسات قد تستعمل ضد العروسة، بحيث تصاب بالعقم. و الوسيلة الوحيدة المستعملة للحماية من هذا المفعول السحري السلبي للحناء هو أن تأكل العروسة قليلا منها. لأن المعروف لدى العامة بأن كل ليلة يبيت فيها هذا الصحن أو الكأس موضوعا مقلوبا يعادل سنة من تأخر الإنجاب إذا إستعمل لأغراض سلبية أي كسحر ضار .33.

4-3 الطقوس الخصوبية الممارسة أثناء الختان

-Germaine - La oust Chantréaux : Kabylie côté femmes , La vie féminine à Aît³³
Hichem(1937-39) ; EDI SUD. 1990 .PP 192-194-196-204 .

إن الختان هي مرحلة إنتقال الطفل من مرحلة جنسية إلى مرحلة جنسية أخرى، يهياً الذكر هنا للقيام مستقبلاً بعلاقة جنسية مقبولة أي تكون له القدرة على التخصيب. كما ذكرها " مالك شبال " : فمن تبريرات الختان ، ضمان خصوبة الجسد و تحضير جنس الذكر لكي تكون له رجولة مقبولة" 34.

و لتجسيد هذا يحاط هذا الإحتفال بالكثير من الممارسات الطقوسية الرمزية ، بحيث يتم توظيف كل المعارف لضمان خصوبة هذا الجسد الذكري. كأن تعطى للطفل مباشرة بعد ختانه ليأكل البيض مغلى كما يوضع في رقبتة خمار بلون أخضر و هذا رمز الخصوبة، إضافة إلى إستعمال الحناء في يد الطفل .

و تبقى لهذه الممارسات الطقوسية فاعلية ضرورية وظيفية ، تلبي رغبة نفسية أكثر منها فعلية. لأنه قد يمارس الطقس لكن تكون النتيجة عكسية أو سلبية.

المبحث الثالث : مكانة الجسد الخصب

تمهيد

إن التصورات السائدة بين الجماعات لها وظائف هامة و أساسية و هي تبرير للممارسات و السلوكيات المتبناة مقارنة بتصورات جماعات أخرى و ما الملاحظ من تطورات في تصورات الجماعة الأخرى.

و العلاقة بين التصور و الممارسة ، هو أن التصور يعرف عن طريق ممارسته مجموعة من العلاقات. و من هذه الناحية نجد هناك دور آخر للتصورات كوظيفة تبرير الاختلافات الإجتماعية و فهم ديناميكية المجتمع. فهي خير مفسر للروابط

³⁴- Malek-Chebel , L'histoire de la circoncision, Des origines à nos jours . Ed : le NADIR-BALLAD-Paris.1992,P96 .

الإجتماعية بين الجماعات و بين الأفراد من نفس الجماعة و علاقات الأفراد
بمحيطهم و بيئتهم الإجتماعية.35.

فالتصور يؤسس حول موضوع معين من خلال مجموعة من المعلومات و
الإعتقادات و الآراء و المواقف، فهو يقوم على أساس بنية و مضمون36. و لعل
التصورات التي تتحكم في تحديد مكانة الجسد الخصب بالنسبة للمرأة و الرجل في
المجتمع دليل على أهمية و فاعلية هذه التصورات.

1- مكانة الجسد الأنثوي الخصب

لقد أدرك المجتمع الإنساني البدائي المكون من الإناث و الذكور، أن الأنثى بالطبيعة
هي أصل الحياة بسبب قدرتها على ولادة الحياة الجديدة ، فإعتبروها أكثر قدرة من
الذكر و بالتالي أعلى قيمة . و من هنا سادت الفكرة في تلك العهود إبتداءً من سنة
(6500 قبل المسيح) أن الألهة أنثى و أنها آلهة الخصب و الخضرة و الولادة و
الوفرة و الخير و كل شيء مفيد. بذلك كانت الأم هي العصب و هي الأصل و هي
التي ينسب لها أطفالها في المجتمع الأموسي37.

و الخصوبة تجمع عنفوان الطبيعة وقابلية المرأة ذاتها لتقليد الطبيعة أو لمنافستها
في مجال الخصوبة، و هكذا كان التصور الحسي يفعل فعلته في ذاكرة الشعوب أي
تشبيه المرأة بالأرض في خصوبتها و قدرتها على العطاء اللامتناهي.

لذلك أعتبرت المرأة (أما الأرض) و أعتبرت الأرض (الأم الأولى) و المرأة
الخصبة و التي لا مثيل لخصوبتها لهذا فقد بقيت في كل الثقافات الألهة الخضراء
سيدة الطبيعة النباتية، دعاها البابليون (عشتار الخضراء) و دعاها
المصريون (إزييس الخضراء).38

³⁵Jean claud- Abrie, Pratiques sociales et représentations . P.U.F.Paris. 1994. p18

³⁶ *Ibid*, P21

نوال السعداوي، الأنثى هي الأصل، ط4، مكتبة مدبولي ، القاهرة، 1983 ، ص ص 20-21.37
إبراهيم محمود، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 92.38

فكما كانت الطبيعة تظهر ما في جوفها، و تخصب الكون ، و تلهم المخيلة فتلهبها ،
كذلك المرأة كانت تظهر ما في جوفها من خلال عملية الإنجاب³⁹.

إن المرأة في المجتمع (خاصة المجتمعات العربية و الإسلامية) تستثمر دورها
الإنجابي الذي يضمن لها بالنسبة للمقربين منها و للمجتمع مكانة أو أكثر، مكانة
الزوجة و مكانة الأم⁴⁰. فمباشرة بعد الزواج بشهور تنتظر أن تصبح أما لكي
تكسب الشهرة و الإنتصار، و هذه قاعدة عامة في المجتمعات العربية و الإسلامية،
فبهذه الوظيفة البيولوجية تصبح للمرأة داخل العائلة مكانة ، فتزيد ترسخا و تصبح
لا تخاف الطلاق لأن الإنجاب يزيد من قيمتها و قيمة العائلة و بالتالي تصبح لها
مكانة عالية و دور فعال بين النساء⁴¹.

فخصوبة الجسد التي تحقق الحمل تصبح هنا مرادف للأمل، يمثل أكثر بالنسبة
للمرأة من سبب الاندماج الإجتماعي فبالولادة تصبح موجودة إجتماعيا و ثقافيا "
أنا أنجب إذا أنا موجودة"⁴².

و مكانة الزوجة العربية المسلمة يعود بصفة كبيرة إلى وظيفتها الإنجابية أكثر من
جمالها الفيزيولوجي فالجمال يزول لكن الأبناء باقون ، فمهما كانت المرأة قبيحة و
لكن ولودا فلها مكانة إجتماعية ووجود و حضور إجتماعي أكثر من المرأة
الجميلة لكنها عقيمة.

فالمرأة الولود مستقبليها في يدها مسطرا واضح مرتبط بقدرتها الإنجابية و خاصة
إذا أنجبت الذكور فقد قررت مستقبلها بأحسن الطرق⁴³.

المرجع نفسه ، ص 94³⁹

⁴⁰ - Zerari –Hayet, Quête et enjeux de la maternité au MAROC, thèse de Doctorat en
Anthropologie sociale et Ethnologie-Université de l'Ille III-juin 1993-P 111.

⁴¹ - Camille lacoste du Jardin, OP.cit. P292

⁴² - Dominique-Lutz, OP.cit, p 83

⁴³ - Abdel Wahab- Bouhdiba, OP,cit, PP 264-265.

و الدين الإسلامي من الديانات التي بجلت المرأة المنجبة ، بحيث يعتبرها امرأة طيبة ، مقبولة عند الله سبحانه و تعالى، و عند زوجها، كما جاء في حديث الرسول صلى الله عليه و سلم : " تزوجوا الودود الولود" أي يحث على ضرورة إختيار المرأة المحبة و المنجبة.و كذلك قوله صلى الله عليه و وسلم : " الجنة تحت أقدام الأمهات".

فجعل الإسلام المرأة الولود في مرتبة عالية و أعطى لها مكانة خاصة بحيث أن المرأة التي تموت عند النفاس تدخل الجنة كالمجاهد في سبيل الله ، فالولادة هي جهاد النساء⁴⁴.

و تبجيل الجسد الأنثوي الخصب كذلك يرجع لأنه دليل الحياة و هو الضمان الوحيد ضد الموت التي ليس لنا وسائل دفاعية كافية ضدها لأنها قدر و حتمية .

إضافة إلى تلك التصورات الإجتماعية التي ذكرناها و التي تمجد الجسد الخصب للمرأة⁴⁵ هناك كذلك بعض التصورات الرمزية التي تمكننا من التعرف و تصنيف جسد المرأة هل سوف يكون مستقبلا خصبا أو عقيما و ذلك من خلال ما ذكرته الباحثة « D-LUTZ » في دراستها حول المجتمع المالي التقليدي. فقد يكون لملاح جسد المرأة و بعض سلوكياتها دليل التعرف على خصوبتها أو عقمها.

فطريقة سير المرأة يمكن أن يكون له دلالة خصوبية ، فإذا كانت المرأة تسبق عند دخولها لبيتها الرجل اليسرى و تخرج بها فهذا دليل على أنها خصبة، و نجد نفس الإعتقاد إذا كانت تدخل بالرجل اليمنى و تخرج باليسرى فهي خصبة كذلك. أما إذا كانت رجلي المرأة مسطحتين، فهذا دليل على أنها عاقرا إلى الأبد.

أما بالنسبة لشكل الأثداء ، فإذا كانت للمرأة ثديين عريبيين أي على شكل ثدي أو ضرع (النعجة) التي تكبر و تمتلئ حليباً أثناء مرحلة الرضاعة ثم تصبح بشكل عادي، فهذا دليل على أن لها جسدا ذو خصوبة عالية.

أما إذا كانت الأثداء صغيرة الحجم ، التي لا تكبر أبدا و لا تنمو مهما كان سن المرأة فإنها دليل على العقم. و يعلقون على هذه المرأة أن الله قدر لها أن لا تعيش متعة الأمومة، لذلك خلق لها أثداء صغيرة.

⁴⁴Camille lacoste du jardin, OP,cit. P 111

⁴⁵- Fadila –Merabet , **La femme Algérienne suivie par les femmes**, cahiers libres, 141-142, Nouvelle édition-FRANCOISE-MASPERO-PARIS , 1979. P166

أما شكل حوض المرأة فله علاقة بمعرفة مستقبل المرأة الإنجابي ، فإذا كان لها حوض عريض و بطن طويل نوعا ما ، فهذا دليل على أنها تتمتع بخصوبة عالية. و على هذا الأساس قسمت أشكال النساء إلى ثلاثة أنواع و هذه التقسيمات لها علاقة بصفات الجسد الخصب و الجسد العقيم:

النساء العظائيات *les lézardées* : تتميز بجسد رشيق، وحوض عريض، رقبة طويلة، هذه النوعية من النساء تتميز بخصوبة عالية و يمكن أن تنجب حتى التوائم.

النساء الماعز: تتميز ببطن طويل نازل ، جسد رشيق نوعا ما ، هؤلاء كذلك لهم خصوبة عالية.

النساء الكلبات : هؤلاء النسوة ،، نساء قصيرات و هؤلاء قليل من يطلبهن للزواج .

مع الملاحظة هنا، أن الباحثة بالمقابل لم تتعرض لهذا النوع من التصورات و التصنيفات الخاصة بالجسد الذكري، رغم أنه جزء أساسي في حدوث الحمل ، فدورهما هنا (أي المرأة و الرجل) متكاملان.

فالأومومة هي رهان بالنسبة للنساء، و هذا الرهان يجعلهم يبذلون كل طاقتهم و كل تصوراتهم لإحتلال مجال الإنجاب ، لأن الأومومة تمنحهم وضعيات و مكانة مميزة داخل المجتمع.

1- مكانة الجسد الذكري الخصب

إن تخصيب الزوجة يساهم فيه الرجل الذي له دور أساسي في هذه العملية فالقدرة الجنسية للرجل و قدرته على التخصيب مرتبطة بمدى قدرته على الإنجاب. فالرجل غير القادر جنسيا على التخصيب، أو الذي يعاني عجزا جنسيا لا يمكنه أن ينجب، كما قد تقاس القدرة الجنسية له بعدد الأطفال الذين ينجبهم و حتى جنسهم (الرجال ينجبون الرجال).

ومن الأمثال المنتشرة ، هو إعتبار الزواج بالنسبة للرجل كمن إشتري حديقة غناء، فالمرأة توصف أو تقابل الأرض و الزرع أي الأرض الصالحة للزراعة، و

هذه الفكرة تعبر من جهة ثانية على أن (مني الرجل) هو الأساس و هو البذور التي تنتج الولد⁴⁶. و معناها أنه ليس للمرأة دور أساسي أثناء عملية الزرع أي (الجماع) لأن الرجل هو الذي يقوم بكل شيء، فهي فقط تستقبل مثلما تستقبل الأرض ما يعمل فوقها، فكل السلطة هي للرجل فوق أرضه و فوق جسد زوجته⁴⁷.

و هذا ما يمكن أن نثبتته إذا رجعنا إلى تاريخ الخلق كما هو في القرآن، مع سيدنا "آدم" و أمنا "حواء" في حضورهما الجنسي و دلالتهما الإجتماعية و التاريخية. و يمكن القول أن تاريخ آدم و حواء يعرف من خلال ربط وجودهما بالمرحلة السابقة عليهما، و نجد أن بداية تكوين العلاقة بينهما لا تتحدد و لكن أماكنهما تشهد على ذلك. و هذا يعني أنه من الصعب معرفة شيء عن ماضي الإثنين في حضورهما الجنسي من خلال القرآن بإعتباره منطلقا يبدأ مما يجب أن يكون و يتكلم على الماضي لدواعي أخلاقية و كونية⁴⁸. و التمعن في الأرضية التي يتحركان عليها يكشف عن رابطة جنسية قوية محددة بينهما و بين الماضي.

إن آدم و حواء عبارة عن تصور ديني و تاريخي موجه لحقيقة العلاقة الجنسية بين الرجل و المرأة، تلك العلاقة التي تمنح الحضور الأول للرجل من ناحية و تبقية الممثل الفعلي للحضارة و التاريخ من ناحية أخرى ففي ثنائية آدم و حواء بوسعنا أن نلمس كذلك آثار الآلهة (بعل و أدونيس) و (عشتار و إيزيس)، هذه الثنائيات الزوجية المرتبطة بعملية الخصب في الطبيعة. و لعل أول ما يلفت الإنتباه في قصة آدم و حواء هو خلق آدم أولا الذي يقابل التأكيد على أسبقية الحضور الوظيفي للرجل، فلقد كانت حواء جزءا من آدم لأنها خلقت من ضلعه.

إن آدم يستحضر في صورته مع حواء، قبل كل شيء كل آلهة الخصب القديم ، و هي في حالة البراءة الأولى بدون ممارسة الجنس أو قبل ممارسته⁴⁹ لا يخرج آدم و حواء في إطار هذه العلاقة كتعبيرين عن المفهوم الطقوسي الجنسي المقدس كحضور وظيفي بنائي تاريخي. فمثلا الطواف في الحج قديما قبل مجيء الإسلام كان يتضمن معنى دينيا و جنسانيا، فقد كان هناك صنم (أساف) الذي كان معبودا ذكرا على جبل الصفا و صنم (نائلة) الذي كان معبودا أنثى على جبل المروة و العرب كانوا يطوفون بالببيت الحرام و

⁴⁶ - Dominique.Lutz, OP.cit . P 176.

⁴⁷ Ibid, P 103

إبراهيم محمود ، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 77⁴⁸

إبراهيم محمود ، المرجع نفسه ص ص 78-79. ⁴⁹

كانت سنة الطواف أن يبدأ (بأساف) ثم يسلم على الركن الأسود، ثم يطوف عن يمين الكعبة سبعا ثم يتسلم الركن ثم (نائلة)⁵⁰

و أسبقية الرجل في العملية التخصيلية و قدرته على ذلك، جعلت التصورات و لحد الآن، مع هذا التطور العلمي في ميدان الإنجاب، لازالت تلتصق الإصابة بعدم القدرة على الإنجاب بالمرأة دون الرجل، لأن كل رجل مخصب و لكن ليس كل امرأة منجبة.

الفصل الثالث : أسباب الإصابة بالعمق و ردود الفعل

تمهيد

المبحث الأول : العمق العضوي عند الرجال و النساء و ردود الفعل العلاجية

1- العمق العضوي عند الرجال

2- علاج العمق العضوي عند الرجال

2- أ العلاج بالأدوية

2- ب العلاج بالجراحة

2- ج العلاج عن طريق التلقيح الإصطناعي

3- العمق العضوي عند المرأة

4- طرق علاج العمق العضوي عند المرأة

4- أ العلاج بالأدوية

4- ب العلاج بالجراحة

4- ج العلاج بالتلقيح الإصطناعي

المبحث الثاني : الأسباب النفسية للإصابة بالعقم و طرق العلاج

تمهيد 1- العوامل النفسية التي تسبب العقم للمرأة

2- العوامل النفسية التي تسبب العقم للرجل

3- علاج التوترات النفسية عند الزوج العقيم

المبحث الثالث: أسباب العقم الروحاني عند الرجال و النساء و طرق العلاج

1- أسباب العقم الروحاني عند الرجل

2- طرق علاج العقم الروحاني بالرقية الشرعية

3- أسباب العقم الروحاني عند المرأة

4- كيفية علاج العقم الروحاني بالرقية الشرعية

المبحث الرابع: بعض التفسيرات غير العلمية للإصابة بالعقم و طرق العلاج

1- جماعات العلاج الشعبي و تفسيرها لأسباب العقم عند الجنسين

2- طرق العلاج عند جماعات العلاج الشعبي

تمهيد

عبر العصور و منذ بدء الخليقة و تواجد الإنسان على الأرض أجمعت كافة الأديان السماوية أن الله سبحانه و تعالى خلق الرجل و المرأة للتعايش و الإنجاب لإستمرار تواجد البشر على الأرض. و لو ألقينا نظرة على الماضي نجد أن التركيز فيه كان على المرأة باعتبارها المسؤولة على الإنجاب.

و رغم التطور الحضاري و العلمي عبر العصور، ظلت المرأة غير القادرة على الإنجاب تعاني من مختلف المشاكل الإجتماعية و النفسية، و ظل الرجل يرفض الإعتراف بأنه قد يكون السبب لأنه يتصور أن ذلك يقلل من قيمته و رجولته أمام الآخرين، هذا رغم التطور العلمي الذي أثبتت أن لكل من المرأة و الرجل مشاكل صحية معينة تعيق أو تؤخر علمية الإنجاب. و البحوث لازالت تجري

لحل كافة المشاكل القليلة المتبقية. و رغم الصعوبات التي قد يعانيتها الزوجان العقيمان نفسيا و إجتماعيا و ماديا في العلاج، فإن النتائج الإيجابية التي تتزايد يوما بعد يوم تجعل هذه المشكلة تستحق الصبر و المثابرة و الإصرار و الثقة بالطب المعالج⁵¹.

و يعتبر العقم من المشاكل الواسعة الإنتشار في العالم و هي حقيقة تواجه الزوجين حيث تكون الأسباب إما من أحد الزوجين أو كلاهما.

العقم من الناحية الطبية هو مرض يصيب الرجال و النساء و هو إما :

أ- عقم نسبي: و هو المتسبب عن عاهة قابلة للشفاء و هو ما يطلق عليه عقم مشكوك فيه.

ب- عقم مطلق : و هو الذي لا يشفى و يسمى بالعقم المحقق.
و قد ينشأ العقم لأسباب عضوية في الرجل و المرأة ، كما قد ينشأ العقم لأسباب نفسية تحول دون حدوث الحمل. كما ينشأ العقم عند الرجال و النساء لأسباب روحانية كالحسد و المس الشيطاني.

المبحث الأول : العقم العضوي عند الرجال و النساء و ردود الفعل منه

1- العقم العضوي عند الرجال

الرجل العقيم هو الذي ليس له القدرة على تلقيح البويضات القابلة للإخصاب، إما لنقص الحيوانات المنوية الذي يجب أن يتراوح عددها ما بين (60 إلى

نجيب ليوس، الطريق الصحيح لتشخيص العقم، الطبعة 2، الأردن، 2002 . ص 1.51

100 مليون في سم³ الواحد). أو الخلل في حركتها و قوتهاو التي يجب أن تفوق (60%) أو لأن كمية السائل المنوي المقذوف عنده يفوق (4 سم³ أو يقل عن 1 سم³).

و يعتبر الطب الرجل عقيما بثلاث أسباب، إذا خلا منيه من الحيوانات المخصبة و عدم وصول المنى إلى عنق الرحم بسبب إنتفاح القناة البولية، أو وجود ضيق في المجرى و عدم مقدرة الزوج على الجماع أي كأن يكون عينا⁵²، و هناك حالتين لعقم الرجال وهما ، العقم الأولي و العقم الثانوي .

فالعقم الأولي: سببه وجود خلل في وظائف الخصية، و ينتج عن ذلك عدم القدرة على إنتاج الحيوانات المنوية.

فالخصية تتكون من ثلاث خلايا أساسية تلعب كل منها دورا هاما في إنتاج و تغذية الحيوانات المنوية و أي خلل وظيفي من وظائف هذه الخلايا يؤدي إلى شلل تام في قدرة هذه الخصية على إنتاج حيوانات منوية كاملة و ناضجة ، و الخلايا الثلاث هي:-

1- خلية منوية أولى : و تسمى بالخلية التناسلية الأولى، و هي الخلايا المسؤولة عن إنتاج الحيوانات المنوية، و أي خلل في وظيفتها يؤدي إلى عدم قدرة هذه الخلية على إنتاج الحيوانات المنوية، و هذه الخلايا تمر بعدة مراحل تتراوح ما بين (18 و 20 مرحلة لإنتاج حيوان منوي ناضج نتيجة لإنقساماتها المتعددة و قد يتوقف هذا الإنقسام في مراحل المختلفة عند مستوى معين من الخلايا.

2 - خلايا(سيروتولي): هي الخلايا الحاضنة و المغذية للحيوان المنوي، و قد تصاب بخلل في وظيفتها أو قد تشغل حيز (الأنبوب المنوي مع إختفاء الخلية المنوية الأولى في معظم الأنابيب المنوية أو كلها و يسمى هذا النوع من المرض بمرض خلايا (سيروتولي).

⁵² عبدالعزيز الخياط، حكم العقم في الإسلام، بغداد ، 1980 ، ص 09.

3- خلايا(لايدج): و هي المسؤولة عن إنتاج هرمون الذكري، (تستوستيرون) و توجد خارج الأنبوب، نظرا لوجود عيب خلقي بها أو خلل على مستوى الجينات الوراثية و تتكاثر هذه الخلايا بشكل غير طبيعي و تعرف بمرض " خلايا لايدج" .

العقم الثانوي : و يتميز هذا النوع من العقم بقدرة الخصية على إنتاج الحيوانات المنوية بشكل طبيعي و لكن قد توجد أنواع جيدة من الحيوانات المنوية أو قد يكون خلل في تخزين أو نقل هذه الحيوانات المنوية من مصنع الإنتاج إلى مصادر النقل و التخزين (الأعضاء التناسلية) و من هنا يمكن حصر الأسباب التي تؤدي إلى العقم الثانوي عند الرجال في تشوهات و عيوب خلقية في الأعضاء و الغدد الجنسية المساعدة وجود انسدادات في القنوات الناقلة للحيوانات المنوية ، ومضادات حيوية للحيوانات المنوية.

و بعض الإلتهابات الميكروبية و الفيروسية. كما أن تناول بعض الأدوية و المضادات الحيوية تؤثر على وظيفة الخصية، كمجموعة (المنيوسايكلين) ومجموعة (الأرتيثروسين) التي تؤدي إلى قلة في عدد الحيوانات المنوية و إضعاف حركتها و قد يؤدي إلى قتلها. و كذلك مجموعة (الجينتاميسين) التي تؤدي إلى وقف الإنقسام الخلوي على مستوى الخلية المنوية الأولى⁵³.

كما هناك أدوية أخرى لها تأثير ضار على الإنجاب مثل أدوية (الكورتيزون) و هي الأدوية التي تستعمل في بناء أنسجة الجسم و أدوية تؤدي إلى زيادة هرمون البرولاكتين التي تستعمل في علاج الأمراض النفسية و العصبية و بعض الأدوية المخدرة. إضافة إلى المبيدات السامة التي يتعرض لها العمال في مصانع الإنتاج أو المستخدمون لها.

و هناك بعض العوامل البيئية و المناخية التي تؤثر على صحة الرجال و تصيبهم بالعقم كارتفاع درجة حرارة الخصية التي تؤدي إلى الإصابة بدوالي الخصيتين ، و تعتبر هذه الدوالي من أهم أسباب العقم الثانوي. و يتميز بوجود

1- عبد الخالق حسن يونس ، عقم الرجال بين الإسلام و الطب في 139 سؤالا و جواب ، الدار العربية للعلوم ، مصر 1989 ، ص 104 .

خلل في شكل الوريد المنوي الداخلي. و يفقد فيها إستقامته و يصبح معوجا متسعا و طويلا مما يؤدي الى رفع درجة الخصية فتقل عدد الحيوانات المنوية و تضعف حركتها فتزداد الأشكال المشوهة.

كما قد تعجز الخصية عن إنتاج الحيوانات المنوية في بعض الحالات ،كالجلوس لفترات طويلة و الذي يؤدي إلى إرتفاع درجة حرارة الخصية ⁵⁴.

السمنة الزائدة تؤثر على إرتفاع درجة حرارة الخصية و بالتالي تقليل عدد الحيوانات المنوية ، كما نجد للتدخين آثار جانبية على جميع أعضاء الجسم، و التأثير الضار للتدخين على الخصية يكون من خلال إختراق مادة النيكوتين للخصية، فتؤدي إلى تدمير الأنابيب المنوية و تقلل من عدد الحيوانات المنوية و تضعف حركتها.

كما تؤثر نفس المادة على خلايا المخ، فيزداد هرمون البرولاكتين و بالتالي يؤثر ذلك على نسبة الهرمونات الضرورية لإنتاج الحيوانات المنوية تقل أو تنعدم تماما.

كما يعرف إدمان الكحوليات بتأثيره المباشر على الخصية و يؤدي إلى عقم دائم نتيجة لتعرضها إلى تسمم فتفقد وظيفتها كلية.

كما نجد لمادة الكافيين و الكوكايين و السجائر، علاقة بين تأخر الإنجاب و تعاطي هذه المراد ينقص من هرمون الذكورة.

كذلك السموم بمختلف أنواعها، كالرصاص، الذي له تأثير خطير على أعضاء الجسم بما فيها الجهاز التناسلي. و حاليا يوجد عدة مصادر لهذه المادة السامة كمصانع البطاريات و الخزف، و لقد إتضح أن زيادة الرصاص عن (23 إلى 75 ميكورغرام في كل 100 ملل) له تأثير ضار على وظائف الخصية حيث تقل عدد الحيوانات المنوية ⁵⁵.

جهاز المناعة : إن كل خلية من خلايا الجسم تحمل بصمة خاصة تساعد الجهاز المناعي على التعرف عليها و يقوم بإنتاج أجسام مضادة للحيوانات المنوية ،

1- عبد الخالق حسن يونس ، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص 105.
، المرجع نفسه، ص 127-128.⁵⁵

ففي هذه الحالة جهاز المناعة يقوم بمهاجمة الحيوانات المنوية التي لم تنضج إلا بعد سن البلوغ⁵⁶.

مرض السرطان : يعتبر سرطان الخصية من الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي في سن الشباب ما بين 20 و 40 سنة لأنه يؤدي إلى العقم الدائم.

كما أن وجود أجسام مضادة في الجهاز التناسلي للمرأة، تؤدي إلى قتل الحيوانات المنوية⁵⁷.

فالعقم الذي كان يعتبر دائما مشكلة أنثوية، و لم يكن الرجال يعتبرونه مشكلة منهم أبدا. فلقد فاجأتنا البحوث العلمية الطبية بما تكتشفه يوميا حول عقم الرجال حيث أكدت أن نصف حالات العقم و عدم الإنجاب سببها الرجال.

و لقد أكد المعهد القومي للسلامة المهنية و الصحة الأمريكية سنة 1987 أن فكرة أن الرجال يمكن أن تكون لهم مشاكل الإخصاب باتت الآن فكرة مقبولة جدا في الأوساط الطبية و العلمية⁵⁸.

(2) علاج عقم الرجال العضوي

أول إختبار يجب القيام به عند الرجل هو دراسة نوعية مائه و منيه، و حساب عدد حيواناته المنوية، و يجب إحترام شروط معينة حتى تعطى النتيجة النهائية للتحليل. و يجب الحصول على عينة من (المنى) بعد ثلاثة أيام دون جماع. ولا يعتمد هنا على إختبار واحد فقط، بل يعاد بعد ثلاثة أشهر، لأن الحيوانات المنوية تنخفض

عبد الخالق حسن يونس ، المرجع نفسه ، ص 133.56

المرجع نفسه ، ص 145.57

عبد الرحمان حريثاني، إكتشاف جديد في عقم الرجال، المجلة العربية، العدد 112، ديسمبر

1987.58

نسبيا بعد إصابة مرضية. و لا تعتمد فقط على نتائج التحليل لقطع كل أمل للإنجاب مستقبلا بل يجب دراسة مدى لزوجة مني الرجل، و عدد الحيوانات المنوية و قدرتها على الحركة. و تتم دراسة درجة حرارة الخصيتين لقياس كمية الهرمونات الذكرية في الدم و في البول لمعرفة هل هم امصابتان بالتهاب أم لا. بعد هذه الإختبارات و التحاليل التي لا بد منها تبدأ عملية العلاج.

2- أ العلاج بالأدوية : من حسن حظ الرجل أن كثير من الأمراض السابقة الذكر، يمكن علاجها و بالتالي إمكانية الإنجاب بعد شفائها. فلزوجة السائل المنوي يمكن تعديلها بواسطة عقاقير مميهة، أما الإضطرابات الهرمونية فتستعمل من أجلها أدوية تعويض الهرمونات الناقصة، التي يمكنها تحريض الخلايا الجنسية و ضمان إفراز سائل منوي مخصب ، كما تستعمل المضادات الحيوية لعلاج الإصابات التعفنبة.⁵⁹

2- ب العلاج بالجراحة : تعتبر الجراحة في بعض حالات العقم عند الرجل هي العلاج الوحيد و معظم هذه العمليات تتم بنجاح و تعطي نتائج مرضية. و من هذه العمليات الجراحية هناك علاج الخصية في حالات مضاعفات التهابات الغدة النكافية في ما بعد البلوغ، و عند حدوث ورم في كيس الخصية فيلجأ الطبيب إلى الجراحة فورا لشق كيس الصفن و يعمل فتحة صغيرة لتخفيف الضغط داخل الخصية و إنقاذ أنسجتها من التلف.

كما أنه عند إنتفاخ الخصية فتعالج جراحيا بربط الشريان المنوي، أما ضمورها فيجبر على التخلص من الخصية الضامرة حتى لا تؤثر على نشاط الخصية السليمة التي يمكنها بمفردها ضمان الإخصاب.

كما تستخدم الجراحة لتشخيص حالات العقم، كأخذ عينة من الخصية، أو من أنسجتها، هذا علاوة على دور الجراحة في عمليات إستئصال دوالي الخصية و عمليات توصيل الحبل المنوي.

⁵⁹ - Aziza-Chakib, Stérilité du couple et fécondation in vitro, Mémoire de maîtrise université de la Sorbonne Nouvelle -Paris III , 1995 , P46.

فبعد إستعراض هذه الطرق العلاجية، و في حالة عدم الشفاء، يتم اللجوء لطرق الإخصاب بالمساعدة الطبية التي تتحدد عن طريق عدد الحيوانات المنوية و نشاطها. و يمكن العلاج كذلك عن طريق التلقيح الإصطناعي داخل المخبر أو عن طريق الحقن المجهري للنطاق داخل رحم المرأة.⁶⁰

2 - ج العلاج عن طريق التخصيب الإصطناعي

يلجأ الرجل العقيم إلى التخصيب الإصطناعي، عندما يكون يشكو من ضعف الحيوانات المنوية من حيث الكمية أو النوعية و في هذه الحالة يساهم الإخصاب داخل الأنبوب في المزيد من حظوظ الحمل و ذلك بوضع الحيوانات المنوية في إحتكاك مباشر مع البويضة. لكن في حالة وجود (مني شاذ) فإن حظوظ النجاح الإخصاب الصناعي تصبح ضئيلة جدا.

كما هو في حالات العقم غير القابلة للتفسير ، أي الذي لا يكشف الطبيب سببا له و ذلك لعدم تمكن الطب و التقنيات الحديثة من إكتشاف هذا السبب في حالة وجوده، فهذا يبقى الأمل قائما في الإخصاب الإصطناعي عبر محاولات متكررة⁶¹.

أما في حالة إستعمال الإخصاب الصناعي لعلاج حالات ضعف الخصوبة لدى الرجل، فإن المحاولات في البداية كانت قد باءت بالفشل، كما أن معدلات النجاح ضئيلة جدا.

لكن على مدى السنوات الأخيرة من الثمانينات و بداية التسعينيات شهدت مجالات علاج العقم عند الرجال تقدما ملحوظا و ذلك بإستخدام طريقة الإخصاب الإصطناعي حيث تدخل النطفة إلى خلية البويضة بواسطة مقص دقيق مثبت و يجري حقنها بواسطة أنبوب دقيق عبر غشاء خلية البويضة و الهدف من هذه الطريقة هو المساعدة على الإخصاب، كما أمكن بالطريقة المجهرية ذاتها مساعدة البويضة المخصبة على الخروج من غلافها و هو ما يشبه مساعدتها على الفقس قبل أن تلتصق و تعلق بجدار الرحم للمرأة فيتم إنتقاء حيوان منوي واحد من سائل الرجل ليتم حقنه تحت غلاف بويضة المرأة ليساعده على إجتياز أصعب عائق

⁶⁰ Ibid , p47.

⁶¹ Aziza- Chakib, op, cit, P 49.

لإخصاب البويضة بذاته، كما يمكن للخلية المنوية أن تسبح بذاتها داخل البويضة و من ثم يتم الإخصاب⁶².

يستخلص من هذا أنه يتم اللجوء إلى هذه الطريقة لإخصاب بويضات بعض السيدات عندما يكون سائل الزوج يظهر قلة في عدد الحيوانات المنوية أو ضعف في حركتها، و يلجأ الطبيب إلى هذه الطريقة عندما تخفق محاولات الإنجاب لدى السيدات ممن تم نقل البويضات المخصبة لأرحامهن من محاولات علاجية سابقة. و لقد زادت فرصة حدوث الحمل بتعاون هذا التخصص الحديث مع أطباء علاج العقم لدى السيدات و أصبح من الممكن الآن علاج بعض حالات العقم لدى الذكور ممن لم يكن لهم علاج مطلق منذ أعوام مضت و من بين هذه الحالات (أي عقم الرجال) ، النقص الشديد في عدد الحيوانات المنوية في السائل المنوي و كذلك في حالات الضعف الشديد في حركتها و التي لم تستجيب للعلاج سواء الطبي منه أو الجراحي⁶³.

إنعدام النطاف في المنى لسبب إنسدادي و في هذه الحالة يتم الحصول على النطاق برشفها مباشرة من (البربخ) بواسطة الجراحة المجهرية.

أما غياب الوعاء الناقل أو الحبل المنوي الخلقي عند الرجل، ففي هذه الحالات تكون الخصية طبيعية و تنتج حيوانات منوية سليمة، لكن بسبب غياب الوعاء الناقل تظل هذه الحيوانات حبيسة داخل (البربخ) و لا تخرج مع السائل المنوي.

في حالة العقم الإنسدادي عند الذكور، فهناك تكون الخصية تنتج الحيوان المنوي بصورة طبيعية لكن يكون هناك إنسداد في المجاري و القنوات المنوية نتيجة الإصابة بالتهاب سابقة، و هكذا تبقى الحيوانات حبيسة⁶⁴.

و في حالات إرتداد السائل المنوي أثناء القذف عن طريق قناة مجرى البول إلى الخارج، فإنه يدخل إلى المثانة و يختلط بالبول، لكن تغلب الأطباء على هذه المشكلة بحيث تمكنوا من فصل الحيوانات المنوية عن البول و بذلك يصبح من الممكن إستخدامها في التلقيح الإصطناعي.

⁶²Ibid , pp53-54 .

⁶³.Ibid , P55

⁶⁴.Ibid, P99.

ولنجاح عملية الزرع عن طريق FIV يجب أن يكون معدل الحيوانات المنوية أكثر من (40%) أي بين 10.000 إلى 100.000 حيوان منوي عند الزوج) و هذه النوعية من العقم و هي نقص الحيوانات المنوية منتشرة عن الرجال.

في حالة عدم نجاح كل العمليات و الحسابات بخصوص تخصيب البويضة بالحيوانات المنوية للزوج يمكن اللجوء إلى طلب من يتبرع بالمنى لأجل التخصيب.

يتم تلقيح بويضة المرأة بواسطة حيوانات منوية لشخص آخر غير الزوج، و هذه التقنية تستعمل عندما يكون الرجل عقيما و لا أمل في علاجه. و يشترط في المتبرع أن يكون شابا دون سن الأربعين ، و أن يكون متزوجا و له أطفال، و أن لا يكون مصابا بالأمراض خاصة (السيدا) و أن يكون التبرع مجانا.

بعد ذلك يقوم الأطباء المشرفين على مراكز تجميد المنى من مختلف المتبرعين ثم يتم تجميده في إنتظار الشخص أو الأشخاص الذين يطلبون إستعمال هذا المنى في تخصيب و تلقيح بويضات النساء الراغبات في الحصول على أطفال، و تبقى طبعاً شخصية المتبرع مجهولة ليس لدى مركز(تجميد المنى) و إنما بالنسبة للأزواج.

و نجد هذه الطريقة منتشرة في الدول الغربية خاصة في أمريكا التي تصدر هذا المنتج البشري إلى كل دول العالم. لكن هذا النوع من التطور في العلم الذي قد يحل مشاكل الكثير من الأزواج العقيمين، فهو يطرح كذلك العديد من القضايا الخطيرة على المستوى الديني و القانوني و الأخلاقي و ما تعلق بكرامة الإنسان و نسبه⁶⁵.

3) العقم العضوي عند المرأة

العقم الأولي وهو الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الزوجية أما العقم الثانوي فهو الذي يصيب المرأة بعد إنجابها لطفل أو طفلين أو بعد تعرضها للإجهاد ، فهذا العقم قد يصيب المرأة بعد الولادة.

أما العقم النفسي فهو الذي تكون أسبابه نفسية كالتوتر و الضغط المستمر و القلق و التي تؤدي إلى تغيير في الإنتاج الهرموني أو إنقطاعه تماما.
كما تعود أسباب عدم القدرة على الإنجاب لدى المرأة لعدة عوامل:

أ) الأسباب الخلقية : مثل التشوهات الإنسدادية في المهبل و عنق الرحم أو عدم إكمال نمو الرحم وقناتي المبيض.

ب) الأسباب المكتسبة : مثل تكيس المبيض، أو وجود البطانة الرحمية خارج تجويفه بالحوض أو المبيضين أو بين طبقات جدار الرحم نفسه بالإضافة إلى الأورام الليفية خاصة القريب منها من فتحتي قناتي المبيض الداخلية و إنسداد قناتي (فالوب) بسبب التهابات مزمنة، كما توجد هناك أجسام غريبة لدى المرأة تقوم بمواجهة الحيوانات المنوية فتقتلها أو تعوقها.

كما توجد هناك أسباب أخرى تدرج تحت الإضطرابات الهرمونية التي تحول دون حدوث التبويض⁶⁶.

تشوهات الرحم : يتم الكشف عن تشوهات الرحم بواسطة التصوير الإشعاعي. و من التشوهات المكتسبة التي يتعرض لها الرحم الالتصاقات بين جدران الرحم و التي تحصل إما بعد القيام بعملية كحت الرحم، أو بعد الإجهاض، أو بعد عملية توسيع عنق الرحم أو بعد الإصابة بالتهابات في بطانة الرحم.

كما يمكن أن يكون رحم المرأة عرضة للأورام الليفية التي تؤثر على حجم حوض الرحم فيصبح صغيرا، كما أن هذه التشوهات تمنع المضغة من الإنغراس في الرحم بطريقة صحيحة، كما تمنع بطانة الرحم من أداء دورها الشبيء الذي يؤدي حتما إلى العقم

التشوهات التي تصيب عنق الرحم : إن عنق الرحم عند المرأة مسؤول عن (10%) من حالات العقم عند المرأة، فنتيجة لعمليات جراحة على عنق الرحم، و لعوامل هرمونية أو مناعية لا تستطيع النطاف الصعود إلى الرحم لأن عنقه مغطى بعدد من الغدد التي تقوم بإفراز مخاط، و أي التهاب فيه يؤثر مباشرة على جودة مخاط عنق الرحم و هذا يؤثر بدوره على طريقة تمرير الحيوانات المنوية.

⁶⁶Aziza- Chakib; op,cit, P07

من التشوهات التي يمكن أن تعيب عنق الرحم الالتصاقات و ضيق عن الرحم نفسه، بسبب إصابته بجروح بسبب خضوع المرأة لمعالجة عنق الرحم بواسطة الكي، أو بسبب إجراء عملية جراحية لمعالجة سرطان الرحم⁶⁷.

التشوهات الأنبوبية : تعد هذه التشوهات من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى العقم ، و حالات العقم بسبب هذه التشوهات تنقسم إلى حالات العقم الأبدية التي يمكن علاجها و إن تطلب ذلك وقتا طويلا.

و من أسباب تشوه الأنبوب في معظم الأحيان، يعود لكون المرأة قد تعرضت في الماضي لبعض الإلتهابات بعد الوضع أو بعد الإجهاض، أو بعد القيام بعملية إجهاض طوعية، أو بسبب استعمال (اللولب) كوسيلة لمنع الحمل.

ففي حالات العقم الأبدية تكون قناة فالوب مسدودة من الجهتين ، و هو توسع غير طبيعي للبوبق، نتيجة الإلتهاب مصحوبا بسائل مصلي و هكذا تكون الالتصاقات بسبب وجود خلية سميكة و يلتف هذا الالتصاق حول قناتي فالوب و حول المبيضين مكونة بذلك حجابا سميكاً بين المبيضين و حوض القناتين و بطانة الرحم عندما تكون في غير موضعها الطبيعي تسبب العقم الأبدية. ويعد مرض السل من بين أسباب الإصابة بالعقم الأبدية.

أما بالنسبة للتشوهات الخلقية فنجد من أسبابها، غياب قناة فالوب عند المرأة منذ ولادتها وحالة الحمل خارج الرحم، بحيث يعتبر حملا طبيعيا و يحدث في ثلاث أماكن، إما في قناة فالوب و نادرا ما يحدث في المبيضين أو في تجويف البطن، و يمثل نسبة قليلة من حالات الحمل. أما الأسباب الظاهرة (الخلقية) فنجد منها سوابق إصابات بأمراض تناسلية⁶⁸.

أما العقم النفسي فيعود لأسباب نفسية تؤدي إلى عدم القدرة على إنتاج البويضة ، أو تؤدي إلى إنقطاع الدورة الشهرية. و من أسبابها وجود إتصالات عصبية في

⁶⁷ - Aziza – Chakib ; *op.cit*; , PP28-29

⁶⁸ Aziza Chakib ; *op . cit* . P 30

المخ تتحكم في الغدد الصماء التي تفرز الهرمونات المساعدة في إنتاج البويضة و نزول الدورة الطمثية⁶⁹.

(4) طرق علاج العقم عند المرأة

متى نعتبر المرأة عاقرا؟ يراود هذا السؤال القسم الأعظم من المرضى، و هم في الحقيقة يحارون فيما يقدمون عليه إذا مضت فترة من الزمن و لم تحمل الزوجة.

وقد اختلف الأطباء حول تحديد الفترة المعقولة التي يتوجب على الزوجة إذا لم تحمل خلالها مراجعة الطبيب فمنهم من إعتبر أن فترة سنتين من الزمن هو الحد الأقصى للإنتظار، و منهم من إعتبر أن إنقضاء عدة أشهر دون أن تحمل المرأة هي فترة كافية للحكم على قابليتها للإخصاب و الإنجاب. لكن ما أتفق عليه هو أن الفترة المعقولة للحكم على قابلية الإخصاب و الإنجاب عند غالبية النساء هو مدة عام بعد الزواج.

و في بعض الحالات تسارع الزوجة إلى إستشارة الطبيب عن سبب عدم حملها بمجرد إنقضاء شهرين أو ثلاثة أشهر على زواجهما. و هي عادة تكون قلقة و خائفة من ذلك، بسبب تساؤلات الزوج و الأهل و الأقرباء. و هذا التصرف من جانب المرأة له مبرراته نظرا لما يعلقه الناس من أهمية على النسل و التناسل.

فمهما كانت الأسباب الدافعة للعجلة فلا يمكن للطبيب ولا للمرأة تخطي الوقت المطلوب لإجراء الفحوص عدا إكتشاف السبب الحقيقي لعقم المرأة يتطلب وقتا طويلا، فالمرأة العاقر التي تبحث عن وسيلة

لعلاج عقمها، تحتاج أحيانا إلى ما بين (4 إلى 6 أشهر) تخضع للمراقبة الطبية المستمرة و الفحوصات

⁶⁹عبد الخالق حسن يونس، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 133.

الأسبوعية الدقيقة لكي يستطيع الطبيب التعرف على نوع المرض و الإستعداد إلى بصيص نور يكشف له الطريق الصعبة التي يجب أن يسلكها من أجل بلوغ هدفه. كما لا يجب أن تتسرع المرأة فتقع في يد الدجالين⁷⁰.

فبفضل التقدم الكبير الذي يعرفه الطب اليوم أصبح علاج العقم يسيرا و ذلك نظرا لتعدد التقنيات كالجراحة والإخصاب الإصطناعي بحيث أن حالات عدم القدرة على الإنجاب تقريبا تعالج اليوم بنجاح لا مثيل له في تاريخ الطب و من الطرائق المستعملة لعلاج العقم عند المرأة هناك:

4/ أ العلاج بالأدوية :

هناك عدة وسائل طبية لمعالجة العقم إذا ما تم تحديد نوع المرض بطريقة دقيقة لكن تتم معالجة العقم عند الرجل و المرأة بواسطة الأدوية فقط لا بد من شرطين.

أن تكون قناتي فالوب سليمة بالنسبة للمرأة وأن لا يظهر في سائل الرجل المنوي قلة في عدد الحيوانات المنوية و لا ضعف في حركتها.

أما إذا كانت إفرازات المهبل كثيفة و درجة حامضيتها كثيرة، فيمكن علاج ذلك بغسل المهبل عدة مرات بمادة (بكربونات) الصوديوم، و إذا ما ثبت أن عشاء الرحم قليل الإفرازات فيمكن علاج ذلك بإعطاء المرأة دواء البروجسترون لبعض أشهر. و ذلك من أجل تليين بطانة الرحم و جعلها أكثر تقبلا للحمل و في حالات الإنقباض الوظيفي للرحم و للأنبوب المتصل به يمكن إعطاء المرأة مضادات التقلص⁷¹.

4/ب العلاج بالجراحة

فخوري سبيرو، العقم عند الرجال و النساء ، أسبابه و علاجه، ط4، بيروت، 1984، ص ص 185-186.⁷⁰

⁷¹ - Aziza Chakib, op ; cit . P 35.

لعلاج الالتصاقات التي تصيب المبيضين وقناتي فالوب، و التي تسبب العقم لدى المرأة، فالجراحة في هذه الحالة تقوم بتخليص حوض الرحم من كل هذه الالتصاقات حتى يصبح الطريق سهلا أمام مرور البويضة و يمكن إجراء هذه العملية الجراحية بطريقة جراحة تنظير البطن، هي طريقة إستقصائية هامة يمكن الطبيب من فحص الأعضاء التناسلية الباطنية بواسطة منظار خاص يدخل عن طريق جدار البطن يقوم الطبيب أولا بشق جدار البطن في منطقة السرة شقا صغيرا ثم يدخل المنظار عبر السرة و أثناء هذه العملية يقوم الطبيب بإزالة الالتصاقات الموجودة في المبيض أو في قناتي فالوب. كما يمكنه إعادة بطانة الرحم إلى موضعها الطبيعي و إستئصال الدم الموجود في المبيضين.

أما عملية فتح البطن ، فتكون عندما يستعصى و يستحيل على الطبيب معالجة المرأة بواسطة التنظير الباطني و تعتبر عملية صعبة و خطيرة جدا و حظوظ الفشل فيها كبيرة، لأن معظم الإصابات التي تمس (قناتي فالوب) تعود بعد مدة من الزمن إلى ما كانت عليه قبل إجراء العملية.

4 / ج العلاج بالتلقيح الإصطناعي :

في حالة فشل كل هذه الطرق و الوسائل المستعملة لعلاج حالة العقم عند المرأة، تلجأ للتخصيب الإصطناعي و يمكن ذلك عندما تفقد المرأة المجاري التناسلية (قناة فالوب) أو عندما تكون هذه المجاري مسدودة بشكل لا يفسح المجال للعلاج عن طريق الجراحة . و في هذه الحالات يعطي الإخصاب نتائج جيدة و ذلك بتذليله الصعوبة الميكانيكية. و تكون حظوظ الإخصاب الإصطناعي جيدة عندما تكون لدى المرأة سوابق حمل خارج الرحم أي عندما يكون الزوجان قد أثبتا خصوبتهما من الناحية البيولوجية. و في حالات العقم غير القابل للتفسير، يقوم الزوجان بمحاولات من أجل الإنجاب عن طريق اللجوء إلى الطب الحديث و التخصيب الإصطناعي.

أما من شروط إجراء عملية التخصيب الإصطناعي لدى المرأة عند فشل كل الطرق العلاجية الأخرى فنذكر عدم وجود مخاطر صحية إضافية تعرقل التلقيح الإصطناعي، كالإصابة بالسيدا أو إلتهاب الكبد.

و أن يكون الرحم أو أحد المبيضين موجودان و ذوي وظيفة سليمة و ألا يزيد عمر المرأة عن 40 سنة.

ثم يتم دراسة الحالة الهرمونية للمرأة و التأكد من سلامة هرمونات الغدة الدرقية و الكظرية و كذلك فحص السائل المنوي للزوج و التأكد من توافق نطافه مع شروط الحد الأدنى المطلوب .

و التأكد من عدم وجود أضداد ضد النطاف لدى الرجل و المرأة و من عدم وجود مشاكل نفسية وجسدية لدى الزوجين⁷².

و لبداية هذه العملية و بهدف اجتياز المرحلة الأولى من حلقة الإخصاب الإصطناعي يجب معرفة تاريخ الإباضة بدقة و التحكم فيه، بحيث لا يتم سحب البويضة إلا عندما تكون قد نضجت و أصبحت صالحة للإخصاب و ذلك يتم عن طريق معاينة متكررة في البول أو الدم أو الإثتين معا للهرمون الأصفر.

و يتم الإخصاب في الأنبوب المختبري في بيئة مصطنعة تشبه لبيئة المجاري التناسلية و لهذا يسجل الإخصاب الصناعي نجاحا في حالات كثيرة. هذا علما بأن الإخصاب في الأنبوب تجري بعملية زرع البويضة داخل الرحم بأقصى سرعة⁷³.

اللاجوء إلى متبرعة بالبويضة : في حالة عدم نجاح عملي (FIV) ، أي عدم حدوث الإخصاب بعد ثلاث أو أربع مرات، هنا يلجأ الزوجان إلى أخذ من المتبرعة التي يراها الكثيرون بأنها عملية إنسانية.

⁷² Aziza-Chakib ;op ;cit ;P49

⁷³Ibid,P53.

أو اللجوء إلى تجميد البويضات ،يمكن لبعض الأزواج العقيمين شراء بويضة مجمدة، صاحبها مجهولة و يتم تلقيحها ووضعها في رحم المرأة، و يمكن أن تنجب بعد ذلك.

اللجوء إلى الأم البديلة : في القليل من الحالات يتم إستدعاء إمراة لتحمل الجنين عوض الزوجة الأصلية و هذا في حالة وجود عيوب جينية.

رغم هذه التطورات في مجال علاج العقم، إلا أن طريقة اللجوء إلى (بيضة متبرعة) أو الأم البديلة، أو شراء بيضة من بنك التجميد، هي طرق تثار ضدها العديد من النقاشات الساخنة، و هناك من يعارض هذه الطرق لأنها تطرح قضايا أخلاقية و دينية و قانونية⁷⁴.

المبحث الثاني : الأسباب النفسية للإصابة بالعقم و طرق العلاج

تمهيد

إن العديد من حالات العقم لا يوجد لها تفسير واضح من الناحية الطبية، و قد تدخل الطب النفسي ليدرس العوامل و الإضطرابات التي تسود العلاقة الزوجية لعله يظفر بجواب.

إنطلق الطب النفسي من الفرضية القائلة أن الآلام النفسية و التعب النفسي هي إحدى العوامل المسببة للعقم. و هذا ما يفسر إزدياد حالات الحمل بعد أن يحدث التبني، أي عندما يحدث الإستقرار النفسي.

كما أن البحث عن العقد النفسية المرتبطة بالأمومة و الأسرة من خلال العلاج النفسي قد أدى إلى الخصوبة و الحملو من بين العوامل النفسية المؤثرة على الإنجاب نذكر:

البحث عن ذنب قديم : فمن الواضح أن بعض الأزواج و الزوجات ينظرون إلى ماضيهم الشخصي بحثا عن ذنب أو عمل قد ارتكبهوه كي يفسروا حالة العقم عندهم. و قد يرتبط ذلك ببعض الأمور النفسية مثل تأنيب الضمير و عقد الذنب.

كما أن المجتمع و قيمه العامة تنظر سلبا إلى فشل الزوجين في إنجاب الأطفال حيث يعتبر ذلك نوعا من عدم الكفاءة الشخصية. إضافة إلى إعتبار العقم نوعا من الوصمة السلبية و أبسط دليل على تأثير العوامل النفسية على وظيفة الإنجاب هو إضطراب الوظائف الجنسية المتعلقة بالجماع الناتج عن أسباب نفسية.

هناك العديد من هرمونات الجسم تتأثر بالتوتر و الحالة النفسية عند الإنسان و منها الهرمون المحرض للرحم و غيرها و هذه الهرمونات تؤثر على الهرمونات الجنسية التناسلية في منطقة الدماغ الإنساني، و هذا يؤثر بدوره على إنضاج البويضة⁷⁵.

حسان المالح، العقم و الطب النفسي، مجلة العربي، العدد 1994، 429، ص ص 171-174.75

1) العوامل النفسية التي تسبب العقم للمرأة

عدم التوافق في العلاقة الزوجية و ما يتبع ذلك من صراع و شجار يؤثران على التوازن الهرموني و على إنقباضات و إنبساطات عضلات الرحم و الأنابيب و غيرها مما يؤثر على عملية التبويض، و على إستقرار البويضة في الجهاز التناسلي الذي يحتاج إلى حالة من الإستقرار ليتمكن من حضانة البويضة الملقحة و رعايتها في هدوء حتى تصبح جنينا.

مشكلات نفسية تربوية بمنع وجود صراعات داخلية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل و إقامة علاقة معه و ذلك بسبب مشكلات نفسية عميقة الجذور ، أو بسبب الخوف الإجتماعي المبني على المبالغة في التحريم أو إستقذار هذه العلاقة و إعتبارها دنسا يلوث الكيان الروحي.

الشخصية الذكورية العدوانية (المسترجلة) و التي ترفض بوعي أو بغير وعي الدور الأنثوي المستقبل و الحاضن للحيوان المنوي، ثم للبويضة الملقحة ثم للجنين، و إعتبار ذلك عدوان عليها تقاومه بالرفض و اللفظ. و هذه الشخصية لديها صراعات كثيرة حول دورها كأثى.

الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجيا و نفسيا و فيها تكون عملية التبويض ضعيفة، أو يكون الرحم صغيرا أو الأنابيب ضيقة و تكون أيضا غير ناضجة إنفعاليا.

البرود الجنسي و الذي يسببه أو يصاحبه نشاط هرموني باهت و ضعيف.

الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلبي و إتكالي ، فالتركيبية النفسية لها كام لهذا الزوج (الطفل أو الإبن) تحدث خلافا في العمليات البيولوجية فلا يحدث الحمل.

وجود أم مسيطرة و مستبدة و هذا يجعل المرأة تكرر دور الأمومة و ترفضه.

وجود رغبات متناقضة في الحمل و عدمه ، فهي ترغب في الحمل لتحقيق الدافع الفطري لديها في أن تكون أما و ترفضه في نفس الوقت خوفا من مشاكل و تبعاته أو لشعوره بأن حياتها الزوجية تعسة و غير مستقرة.

شدة التعلق بالإنجاب المتكررة و التي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم و تؤدي إلى إنقباضات كثيرة و غير منتظمة في الرحم و عنق الرحم.

تكرار الإثارة الجنسية دون إشباع و هذا يصيب عنق الرحم بالإحتقان و الجفاف و التلرج.

كما رأينا فإن المرأة العقيم، ربما تكون لديها بعض الإضطرابات الإنفعالية التي يؤخر الحمل. و تأخير الحمل يجعلها أكثر إضطرابا . و كلما طالت سنوات الإنتظار للحمل، كلما زادت إضطرابا و قلت فرص حملها. و هكذا تدخل في دائرة مغلقة تجعل فرص الحمل قليلة جدا و تحتم كسر هذه الدائرة و ذلك بإعادة الإستقرار للمرأة إلى المستوى الصحي اللازم لهذه العملية الدقيقة⁷⁶.

(2) تأثير العوامل النفسية على العقم عند الرجال:

فيلعب القلق و الإضطرابات النفسية دورا هاما في التقليل من خصوبة الرجل، كما أن تأخر عملية الإنجاب تزيد من التوتر النفسي مما يؤدي إلى الدخول في حلقة مفرغة من هذا القلق و تأخير الإنجاب. من جهة أخرى يؤدي القلق إلى زيادة

الإفرازات الهرمونية و الكيمياوية و التي تؤثر على كفاءة الخصية في إنتاج الحيوانات المنوية. و تؤدي الإضطرابات النفسية إلى زيادة نسبة هرمون (السيروتونين) في الدم مما يؤدي إلى حدوث شيخوخة مبكرة للخصية نتيجة لضعف كمية الدم التي تصل إليها و تقل عدد الحيوانات المنوية و حركتها. و كذلك يؤدي إلى ضعف النشاط الهرموني⁷⁷.

آلام العقم :

فالعقم بحد ذاته له وقع نفسي كبير و هو يسبب آلاما و عذابا. و يشبه الوقع النفسي لهذا التشخيص ردود الفعل الناتجة عن موت أحد الأولياء و غير ذلك من تجارب فقدان و الحداد ، حيث تتميز عادة بالشعور بالصدمة و المفاجأة و الذهول و إنكار التشخيص و عدم تصديقه.

إضافة إلى الإنزعاج و الغضب و الميل إلى الإنطواء و الوحدة و ظهور مشاعر الذنب و الحزن ثم يلي ذلك مرحلة التقبل و التسليم و الرضا بما يحدث.

و العقم يشكل أزمة حياتية معقدة ، تهدد كيان الإنسان و تشكل ظلما إنفعاليا شديدا. فقد تظهر في شكل قلق و التوتر و الإكتئاب و القنوط و اليأس و الشعور بالإخفاق و الفشل و تؤثر على العلاقة الزوجية.

عبد الخالق حسن يونس، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 133.77

و ترتبط الأساليب الحديثة في علاج العقم مثل التلقيح داخل الرحم، و أطفال الأنابيب بدرجات متفاوتة و متطلبات العلاج الجراحية و ضرورة الإنتظار و تكرار المحاولات.

و ترتبط ردود الفعل النفسية بدرجة التكيف في مرحلة ما قبل إجراء العمليات حيث نجد أن النساء اللاتي كان تكيفهن ضعيفا، كانت ردودهن النفسية سلبية و شديدة بعد فشل المرحلة الأولى من العلاج. و قد إتصفت طريقة تفكيرهن بشدة التعلق بضرورة تحقيق الوظائف الأنثوية و متطلبات الأنوثة من حيث الإجاب و غير ذلك. فعند علاج حالات العقم ينطلق المعالج من فكرة أنه يعالج أشخاص لديهم مشكلة العقم و لا يعالج العقم نفسه.

فالتوتر النفسي و ما يسببه من اضطرابات ، قد يكون سببا في فشل المحاولات العلاجية للعقم ، لذلك إبتكر المختصون طرقا للعلاج النفسي المتضمن علاج العقم نفسيا و طبيا و جراحيا.⁷⁸

3 - علاج التوترات النفسية عند الزوج العقيم

إن العلاج النفسي الجنسي و الأسري الموجه نحو القلق يؤدي إلى تحسين الحياة الزوجية مما جعل الأزواج أكثر راحة و إطمئنان، كما أدى إلى زيادة نسبة حدوث الحمل خلال الأشهر التالية للبرنامج العلاجي.

و تتضمن الأساليب العلاجية، أساليب سلوكية مثل التنقيف الطبي و النفسي و الإسترخاء و تمارين التنفس العميق و حل الصراعات النفسية المرتبطة بالأمور

حسان المالح ، المرجع نفسه سابق الذكر . ص 171 .⁷⁸

الجنسية و الحمل و المشكلات الزوجية أو التخفيف منها و تصحيح طرق التفكير الخاطئة من خلال الأساليب المعرفية، و أيضا زيادة تقدير الذات و التوافق معها و الإيحاء الذاتي، إضافة للغذاء المتوازن و التمارين الرياضية و تتضمن الموضوعات التي يتطرق إليها العلاج النفسي في مثل هذه الحالات الضغوط و المشاكل الإجتماعية المحيطة- الحزن و الإكتئاب- اللوم و مشاعر الذنب- الخوف من الإختبارات و الإستقصاءات الطبية و العلاجات المتنوعة، و أيضا مشاعر الغضب و النقص و الإضطرابات الوظيفية الجنسية⁷⁹.

كما تجري مناقشة الأساليب الأخرى التي تمكن من خلالها تحقيق الأبوة و الأمومة من غير طريق الإنجاب كإعارة الأيتام و تربية الأطفال و غير ذلك. و هذه الأساليب يجب تطويرها حتى تتكيف مع المشاكل التي يعانيها الزوج العقيم، و تجعلهم يتخذون القرارات المناسبة في أمور العلاج و فيما يخص علاقاتهم الجنسية و الزوجية و الطرق البديلة الأخرى عن الإنجاب الطبيعي و لتحقيق ذلك يجب أن تتفهم المؤسسات الطبية و الأجهزة الصحية للمساهمات الممكنة التي يقدمها الأخصائيون النفسانيون و أخصائي التوجيه و الإرشاد النفسي و غيرهم في تفهم حالات العقم و العلاج⁸⁰.

و دور المعالج النفسي مهم جدا، بحيث يساهم في توضيح الأبعاد الجسمية و النفسية و الإجتماعية للطرفين و تصحيح تصوراتهما عن مشكلة العقم.

كما يمكن للمعالج من تحسين العلاقة بين الزوجين من خلال تقليل مشاعر الغضب و مشاعر الذنب بينهما و بالتالي زيادة تحالفهما لمواجهة المشكلة و إدارتها بشكل سليم ، كما يساعدها المعالج النفسي على إتخاذ قرارات بشأن التدخلات العلاجية المقترحة أو توقيتها.

ربما يساعدها على قبول فكرة إستحالة الإنجاب و محاولة البحث عن معنى و عن بدائل صحية لحياتهما في غياب فرصة الإنجاب. و يتعامل المعالج مع الإضطرابات النفسية الناشئة عن العقم لدى أحد الطرفين أو كليهما مثل القلق و الإكتئاب و الإضطرابات النفسية و الجسدية أو الإضطرابات الجسدية الشكل أو الإضطرابات في العلاقة بينهما.

حسان المالح ، نفسالمرجع السابق الذكر، ص 173⁷⁹
حسن المالح ،المرجع نفسه سابق الذكر ، ص 74.⁸⁰

و حين تأتي المرأة لعلاج العقم فإن أول خطوة هي مساعدتها على التعبير و التنفيس عن مشاعرها تجاه فقد القدرة على الإنجاب و عدم لومها على ذلك أو محاولة إخفاء هذه المشاعر لأي سبب من الأسباب.

فيجب رؤية الأمور بشكل موضوعي ، فإذا كان ثمة أمل في الحمل فلا بأس من إستمرار المحاولات خاصة و أن وسائل المساعدة قد تعددت في هذا المجال⁸¹.

كما يقوم المختص النفسي بتقوية الأزواج على تحمل الضغوط التي تهدد الزواج من ذلك تنمية مهارات الإتصال، و تركيز الطرفان على موضوع واحد بعينه، و ذلك لتوضح ما يسبب لهما القلق و الإزعاج و ما يورقهما فيصبح واضحاً. و من ذلك تنمية القدرة على التوحد مع المشكلات و القدرة على التفكير في البدائل أو الحلول البديلة لكل مشكلة، و القدرة على رؤية العلاقة بين الحلول و الأهداف و القدرة على إستحسان و تقدير سلوك الغير⁸².

العلاج و الإرشاد النفسي من المنظور الإسلامي:

إن الدين عامل من عوامل الوحدة و التجانس الفكري و الوئام الوجداني و التماسك فإعتناق نفس المبادئ و القيم و التعاليم و الإشتراك في نفس النشاطات يساعد على الإندماج بين الزوجين . و كذلك التراحم و التساند و المساواة، فالناس كلهم سواسية⁸³.

⁸¹ محمد المهدي، الآثار النفسية للعقم عند النساء، منتديات أفق العرب-جامعة الأزهر google. www.com

⁸² عبد الرحمان عيسوي، علم النفس التربوي، وفقاً للتصور الإسلامي و العلمي، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، 1993 ص 128-189.

⁸³ عبد الرحمان عيسوي، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص 37.

و نظرا لقداسة العلاقة الزوجية حسب تعاليم الدين الإسلامي ، فإن هذا يجعل كل من الزوجين يشعر بأنه مرغوب فيه و محبوب و أن الطرف الآخر يحتاج إليه ، و أنه معترف به إجتماعيا و بدوره و قيمته و إنه يشعر أنه آمن و غير خائف أو مهدد بدرجة لا يمكن أن تحقق في أية علاقة إنسانية أخرى خلافا لعلاقة الزواج⁸⁴.
فالإسلام يحث على ضرورة تكافل و تعاون أفراده سواء كانوا ذوي نسل أو عقم .

الأثر النفسي لسمة الصبر

الصبر من السمات الحميدة التي يشجع إسلامنا الحنيف على تنميتها في الفرد و تحليه به. و الصبر لغة حبس النفس عن الجزع و هو الدواء المر يفيد في تربية النفس و تقوية الإرادة و صقل الشخصية و ينمي قدرة الإنسان على التحمل و تقبل نوائب الدهر و صعاب الحياة، فهو ما يستعين به الإنسان لقوله تعالى " وإستعينوا بالصبر و الصلاة و أنها لكبيرة إلا على الخاشعين" *
كما قال تعالى: " يا أيها الذين آمنوا إستعينوا بالصبر و الصلاة إن الله مع الصابرين" *

فالإنسان المؤمن الصابر يتحمل مصائب الدهر و كوارث الحياة و يتقبلها بصدر رحب و لا يضعف أو ينهار أمامها، لأن كل ما يصيب في هذه الحياة الدنيا إنما هو إبتلاء من الله تعالى. فالصبر يساعد على تحمل الشدائد و طاعة الله و التوكل عليه و الرضى بقضائه و قدره. على أن الصبر لا ينبغي أن يفهم منه الخضوع و

84 - عبد الرحمان عيسوي ، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص65.

2 - المرجع نفسه ، ص 177.

*سورة البقرة-الآية 45.

* سورة البقرة-الآية 153.

الإستسلام و التراخي و إنما الصبر الصحي هو الصبر الإيجابي المرتبط بالمشابرة و الجد و الإجتهد و الإصرار على تحقيق الأهداف الإيجابية و الصالحة⁸⁵.

و هنا يظهر الفرق جليا بين قدرة إيمان المؤمن على تحمل ما يحل به من نوائب الدهر و بين الإنسان الملحد أو قليل الإيمان، حيث يستطيع المؤمن تحمل هذه الصعاب بقلب المؤمن و إيمان العاقل الذي يؤمن بقضاء الله و قدره ،أما الشخص الملحد المادي فإن هذه المشاكل (كعدم القدرة على الإنجاب) تدمره و تحطمه و تحطم نفسه.

و يعتبر الصبر كفاح و نضال مع الذات لتعويدها عليه، و مع المواقف الخارجية التي تتحدى قدرات الإنسان و لا سيما في ظل الحضارة الحديثة التي تتحدى الإنسان. و الصبر الجميل هو الذي يشعر به الفرد دون أن يشكو كما جاء في قوله تعالى: " فأصبر صبورا جميلا" *.

و لا يصل الإنسان إلى هذه الدرجة من الصبر إلا بالإيمان ، الذي يغير قيمه الروحية الإنسانية تأثيرا عميقا في حياة الفرد و في سلوكه و في شخصيته.الإيمان و الصبر يمكنان الفرد من التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه ، و شعوره بالرضا عن نفسه و عن المحيطين به ، لأن فقدان الإيمان- الذي من مبادئه الإيمان بالقضاء و القدر شره و خيره- و الابتعاد عن هذا التفكير و الإستسلام للتفكير في الحسد و البغضاء و الكراهية لغيره يؤدي إلى الشعور بالفوضى و الضياع و يجعله يعاني من الفراغ الذهني.

كما يساعد الدعاء و التضرع لله سبحانه و تعالى على الشفاء من بعض الأمراض كالإكتئاب و الحزن و الهم (الذي قد يصيب خاصة المرأة العقيمة)، فالدعاء بمثابة ما يسميه علماء النفس في الوقت الحاضر (الإيحاء الذاتي) و فيه يردد المريض كلمات يشجع بها نفسه بأنه أكثر قوة و صحة و أنه يشفى من علته تدريجيا⁸⁶.

عبد الرحمان عيسوي ، المرجع نفسه سابق الذكر، ص 205-318 .⁸⁶

و تضل لقوة العلاقة الزوجية بين الإثنين أكبر الأثر في التغلب على هذه الضغوط و الوصول بها إلى مستوى رائع يضمن لهذه الحياة الإستمرارية و يمكن تحقيق ذلك متى أحست المرأة بالأمن مع زوجها و مع البيئة و تقبلها حتى و لو كانت تشعر بأنها أقل ، و كذلك بالنسبة للرجل من حيث إحساسه بالأمن و التقبل من قبل الزوجة و المجتمع. فمتى كان ذلك الإحساس متوفرا نكون قد وصلنا إلى مستوى جيد من التكيف و الشعور بالإستقرار⁸⁷.

مع ملاحظة أنه في العالم العربي لحد الآن ، لا يزال وجود مختصين نفسانيين في حالات الأزواج المصابين بالعقم أو تأخر الإنجاب منعدم. هذا راجع لعدم الإهتمام بهذه الفئة و كذلك عدم وعي هذه الفئة نفسها بضرورة الجانب النفسي و الإستقرار النفسي على حدوث الحمل.

أما على مستوى الدول الأوربية، نجد ما يسمى بجماعات المساعدة الذاتية التي تنشط تحت جمعيات كذلك و هي موجودة في حوالي ثلاثين دولة منذ سنة 1980، و دورها إعطاء معلومات حول الأزواج العقيمين لتحسيس عائلاتهم و أصدقائهم و أجهزة الدولة ووسائل الإعلام و الهيئات الطبية بهذه الفئة⁸⁸.

المبحث الثالث : أسباب الإصابة بالعقم الروحاني و طرق العلاج

(1) عند الرجال :

بالنسبة للعقم الروحاني، هو أن الرجل لا توجد عنده أي مشكلة طبية و تشخيصه في الطب إيجابي و كذلك زوجته و لكنهما لا ينجبان، و للعقم الروحاني أربعة أسباب وهي تعرضه لنوبة رعب في السابق أو واقع تحت تأثير السحر أو واقع تحت تأثير الحسد أو معرض للمس الشيطاني .

² ناديا التميمي، العقم وفق آراء شرعية و إجتماعية و نفسية و طبية ، صحيفة الجزيرة ، ط 1 العدد 1011، السبت 4 جوان 2000 صفحة التحقيقات .

⁸⁸- Report of a meeting , Medical, ethical , and social aspect of assisted reproduction GENEVE-SWITZELAND-17-21 Septembre-2001 . P256 .

أما بالنسبة لموت الحيوانات المنوية، فهي أن هناك أعداد مناسبة، و لكن ليس بها أحياء ، و المرض يقسم إلى قسمين، عضوي و روحاني.

أما الروحاني فأعراضه تتمثل في آلام في أسفل البطن و في الخصيتين في اليمنى و اليسرى، حرقة شديدة في القضيب بعد القذف و آلام مع إرخاء في القضيب بعد القذف الأول و البرود بالإحساس في الشهوة.
و من لا توجد عنده هذه الأعراض فمرضه عضوي.

أما ضعف الحيوانات المنوية، أي موجودة و لكن غير كافية، فصاحب هذا المرض فهو لا عقيم و لا منجب فإذا كان سببه روحاني فأعراضه تتمثل في الصداع الشديد و الجزء الخلفي من الرأس و التقطع أثناء التبول و آلام في أسفل الظهر، مع وجود الشهوة مترافقة مع إرخاء القضيب. كذلك الإحساس بالدوران و الشعور بتسارع نبضات القلب و ارتفاع الضغط الدموي و الخمول و الكسل⁸⁹.

2 - كيفية علاج العقم الروحاني : القرآن كله شفاء، عن طريق الرقية الشرعية و الأذكار.

كأذكار الصباح و المساء وقراءة القرآن و التسابيح و الأدعية بعد الصلاة .

3- أسباب العقم الروحاني عند المرأة و طرق العلاج

89 الشيخ زياد عزام ، العقم و فشل الحمل- شبكة الطب الروحاني . www . google . com

المرأة مثلها مثل الرجل في العقم الخلقي، و العقم الروحاني. و العقم سواء أكان الخلقي أم الروحاني تتشابه أحواله بين الرجل و المرأة و لكن المرأة تختلف عن الرجل بما يسمى فُشل الحمل و يحدث عند إنقلاب الرحم و ضعف البويضات و عدم تثبيت الحمل و إسقاط الحمل المتكررو إنقطاع الدورة الطمثية.

إنقلاب الرحم : فغالبا ما تتأثر به النساء المتزوجات الجدد ، و نادرا ما تصيب هذه الحالة النساء اللواتي سبق لهن أن أنجبن و ينصح أصحاب هذه الحالة من العامة، أن تذهب للقابلة لتعالجها. و هذه الطريقة إما أن تصيب أو أن تخيب و لكن تبقى لهذه الحالة الروحانية علاج و هو القرآن الكريم.

أما أعراض هذه الحالة فهي آلام أسفل البطن، و عدم إنتظام العادة الشهرية، و زيادة الهرمونات في الجسم ووجود حليب في الصدر في بعض الأحيان، و تسارع في نبضات القلب.

بالنسبة لضعف البويضات : فهو مرض روحاني لأن البويضات عضو من أعضاء الجسم فهي تحيا و تموت و تقوى و تضعف.

و أعراض هذا النوع من المرض تتمثل في البرود الجنسي و تليف الرحم و تأخر العادة الشهرية و آلام أسفل الظهر و خطر الآلام العرضي أسفل البطن و الإحساس بارتفاع الحرارة .1

مشكلة عدم تثبيت الحمل : تتعرض المرأة الحامل لهذه المشكلة في الشهرين الأوائل من الحمل أي من اليوم الأول إلى اليوم الستين. و هذه المشكلة تتكرر عند المرأة المصابة مرتين أو ثلاث مرات، و أكثر عند بعض الحالات، و أعراضه هي آلام شديدة أسفل الظهر، و أحلام مزعجة و الإرهاق و الأرق و الخمول و الكسل و كثرة النوم و الإعتداء عليها بالضرب و هي نائمة ثم النزيف القوي و الضعيف

مشكلة إسقاط الحمل المتكرر : تتعرض الكثير من النساء لهذه المشكلة في هذه الأيام و أسباب هذه المشكلة هو أن هناك ما يسمى " التَّابَعَة " و هي من شياطين

الشيخ زياد عزام، المرجع نفسه سابق الذكر .

الجن مهمتها ضرب النساء الحوامل و تسقيط حملهن. و تسمى كذلك (عدوة الأجنة) و هذا المرض ليس له أعراض سوى أن تأتي التابعة في المنام و تضرب المرأة فيسقط حملها.

أما بالنسبة لإنقطاع الدورة الطمثية: و نقصد بهذا النساء اللواتي كانت تأتيهن الدورة ثم إنقطعت و هن في عمر مبكر أي لم يهرمن. و هي منتشرة بين النساء اللاتي سبقن لهن أن أنجبن. و الأعراض هي آلام شديدة و تشنجات أسفل البطن و الصداع و الدوار و آلام أسفل الظهر و تكرر رؤية الكلاب السود و القطط و الأفاعي و العقارب في المنام.

أما طرق العلاج فأساسها القرآن ، تستمر المريضة في قراءة الرقي الشرعية بعد صلاة العصر و الظهر لمدة أربعين يوماً بعد إكمال هذه العلاج .

أما لعلاج عدم إستقرار الحمل فتستمر المريضة في قراءة المعوذات في الصباح و قراءة الإستغفار في المساء طول أيام الحمل.

أما علاج إنقطاع الدورة الطمثية ، فيستمر العلاج لمدة ثلاثين يوماً، يختم فيها القرآن بقراءة جزء يومياً بعد صلاة الظهر، و في العشر الأوائل، يتم قراءة الرقي الشرعية بعد صلاة الضحى و قراءة مجموعة الإستغفار بعد صلاة قيام الليل، ثم الختام بالدعاء المستحب.

و في العشر الأواسط، يتم قراءة مجموعة التسابيح بعد صلاة الضحى و قراءة مجموعة المعوذات بعد صلاة قيام الليل، ثم الختام بالدعاء المستحب.¹

المبحث الرابع : بعض التفسيرات غير العلمية للإصابة بالعقم وطرق العلاج

1- جماعات العلاج الشعبي و تفسيرها لأسباب العقم

تمهيد

كما سبق و ذكرنا، فإن أسباب العقم عند المرأة و الرجل متعددة، يشخصها الأطباء بعد إجراء سلسلة من التحاليل و الفحوصات الدقيقة، فهناك من الحالات من تفهم حالتها و هذا يساعدها على التقبل، و قد يأملون في خلالها في الشفاء و بالتالي احتمال الإنجاب.

لكن هناك من لا يفهمون مشكلتهم الصحية و يحاولون إيجاد تفسيرات أخرى غالبا ما تكون غير علمية و يلجأون لعلاجها بطرق غير علمية كذلك.

و يؤكد علم النفس المقارن و حتى التحليل النفسي، بأنه أينما وجدت أزمة، هناك الرجوع و الإستنجاد بطرق و أنظمة دفاعية تقليدية بدائية بسيطة مركوزة في الذاكرة. 91

ويرجع الإعتدال على هذه الوسائل البسيطة كذلك إلى فشل الطب الحديث في علاج بعض حالات العقم.

ينطلق العلاج الشعبي من فرضيات غيبية لأسباب المرض، كالسحر و الجن أو الحسد أو مرض عضوي بسبب معين، لكن منهجهم بعيد عن المنهج العلمي في كثير من الأحيان.

لكن نجد أن هذه الجماعة التي تعالج لها بعد و مد رمزي و ثقافي و هذا يدل على نسبة و طبيعة الرضا بفاعلية العلاج الشعبي و يعرف الرضا علميا بأنه: " هو ظاهرة داخلية ناتجة عن التكيف مع الموقف، و يؤثر الرضا على القرارات المتخذة من طرف الفرد . 92

فالرضا يكون نتيجة تحقيق التكيف في موقف جديد ، و عدم تحقيق التكيف يؤدي إلى الرضا، فالمريض مثلا كونه يعيش تجربة جديدة متمثلة في تجربة المرض و ما يصاحبها من زيارات للطبيب و العلاجات و تغير العادات .

كل هذا يتطلب من المريض تحقيق التكيف مع الوضع الجديد لتحقيق الرضى لكن هذا لا يحدث دائما فالرضا هي الدينامية المستمرة لتحقيق التلاؤم ، و الوصول إلى تحقيق الذات. 93 و يتم تحقيق الذات بإشباع الحاجات و الرغبات الإنسانية و من أهمها رغبة الإنجاب.

⁹¹ Houda -El-Aaddouni , op .cit . P 08.

⁹² (P) Pigard Mayers (K), La gestion des ressources humaines.P.U.F.paris. 1979 P182.

⁹³L-M Frasser.,Stress et satisfaction au travail. Genève-1981. P20.

1- جماعات العلاج الشعبي

إن المعالج الشعبي ينظر إلى أسباب المرض على أسس خاصة كان لا بد له من منهج خاص به مختلف بطبيعة الحال عن المناهج العلاجية الحديثة التي ترى في سبب المرض غير ما يراه المعالج الشعبي ، غير أن المدرسة الشعبية حالها حال المدارس الحديثة التي تختلف في مناهج علاجها نظرا لإختلاف نظرة كل منها إلى سبب المرض و لهذا كانت المدرسة الشعبية تحتوي على أربع إتجاهات للعلاج يمثلها كل من المرابط ، الطالب الشواف(ة) العزام و أصحاب الرقية . 94

يعرف الطالب على أنه " الإنسان المتعلم الذي يعرف القراءة و الكتابة" 95 . و هو الشخص الرئيسي في القرية ففي الفترة الإستعمارية كان من بين الأفراد القلائل الذين يتكلمون و يحسنون اللغة العربية، و كان لديه علم بالقرآن، فجميع الوظائف الدينية، كان يقوم بها، فكان رئيس المدرسة القرآنية و في نفس الوقت الإمام، فهو الذي يغسل الموتى و يذهب بهم إلى المقبرة، و هو الذي يستشار برأيه و يرجع إليه في الكثير من الأمور فهو يمثل القرية في جميع تقاليد الزواج و حتى الطلاق.

و الطالب في أغلب الأحيان يكون من عامة الناس إلا أنه دخل الزاوية ، و تعلم القرآن فخرج منها بإجازة تخول له مباشرة العلاج الجسدي السحري و الإستحواذ و بتلك الإجازة يتحصل على قدر من الإحترام و شيئا فشيئا يصبح الرجل الأساسي في القرية 96.

يرى الطالب أن الإستحواذ ليس السبب الوحيد للمرض بل يمكن أن يحدث المرض نتيجة للتعرض للسحر الأسود لأنه هناك السحر الأبيض كذلك.

1- رابح بوكابوس، كمال قريح، عز الدين بايلة، الطب الشعبي و العلاج النفسي ، ليسانس علم النفس.جامعة الجزائر 88 / 89، ص 22.

95-René Pottier,Initiation à la médecine et à la magie en Islam, Ed : FERNAULD Sarlot paris-95
1939 .

كمال بوتكة، بين الطبيب و الطالب، مذكرة ليسانس في علم الإجتماع- جامعة الجزائر-87/88، ص 29. 96

و يعتبر اللجوء للطالب لمعرفة سبب عدم الإنجاب أو لعلاج العقم خاصة من طرف النساء، ممارسة لازالت موجودة بالرغم من تطور أساليب العلاج الحديثة في هذا المجال.

أما الساحر، فهو بصفة عامة الشخص الذي يقوم بأعمال السحر سواء كان محترفاً أو هاوياً، بقصد ضرر غيره وهذا ما يدعى السحر الأسود أو لفائده و هنا هو السحر الأبيض⁹⁷.

السحر الأسود هو من الطرق الخبيثة التي يستعملها بعض المشعوذين للتأثير النفسي الجسدي على من يريدون إيذائه، لهذا كان من واجب الطالب التصدي لهذا النوع من السحر باستعمال السحر الأبيض الذي يراه حلالاً لأنه فيه منفعة للناس.

يستعمل الطالب طريقتين للعلاج ، تتمثل الأولى في صرع الجن l'exorcisme و الثانية الكتابة (الحروز) تكون فيها آيات قرآنية، فالحرز يقوم بتعليقه المريض، و الكتابة يقوم ببلها في الماء و شربه.

أما المرابط (الولي الصالح)، فلا يعالج بمجرد قراءة القرآن الكريم، أو كتابة حرز، بل يتعدى ذلك إلى استعمال قوة سرية ألهمه الله إياها فهو رجل صالح، صاحب البركة التي يطلبها كل إنسان. يقول R - pottier : " أينما مر يسرع نحوه لتقبيل يده أو على الأقل تقبيل مؤخرة قميصه(البرنوس) أو تقبيل التربة التي وطأ قدماه، و قد يصل بالبعض إلى أكل بعض التراب منها "⁹⁸.

طرق العلاج عند جماعات العلاج الشعبي

كيفية العلاج عند المرابط : الطريقة الوحيدة التي يستعملها لعلاج المرض هو كتابة الحروز فيها آيات قرآنية، لا يعالج إلا بإسم الله بالإضافة إلى زيارة مقامه مباشرة طلباً للشفاء و البركة (يكون في حياته و بعد مماته).

سامية حسن الساعاتي، السحر و المجتمع، دار النهضة العربية ، القاهرة، 1983 ص 50⁹⁷

⁹⁸R- Pottier, OP. CIT . P 77

الشوافة (العرافة) (ة) : هو الذي يدعي معرفة الغيب بأسبابه ، فالعراف إسم للكهان و المنجم و الرمال و نحوهم. و طرقهم في الأخبار بهذا الغيب، متعددة منها قراءة الكف، و النظر في أوراق اللعب و قراءة الفنجان. و تتفرد بالتكهن و إستحضار الأرواح الشريرة و السحر ليس له أي علاقة بالقداسة⁹⁹.

و العراف عند الغرب، ينطلق من إفتراض أن للعراف طاقة و قدرة هائلة يمكنها من رؤية الأشياء و الحوادث غير المرئية في الزمان و المكان. و لم يكن هناك إفتراض وجود أرواح خارجية هي التي تتعاون مع العراف و تخبره بتلك الأخبار.

أما الدين الإسلامي فقد نفى هذه القدرة عند أي إنسان بل و حرم الإدعاء بها، فالعرافة في الدين الإسلامي هي إكتساب إذا أن الإنسان عندما يشرع في التكهن تعيينه الشياطين على ذلك.

و نجد أن ظاهرة العرافة تقل تدريجيا في المجتمعات الغربية نظرا لتطور العلم و العلاج النفسي مما جعل الناس يغيرون إتجاهاتهم نحو العلاج التقليدي بما فيه (الشوافات). عكس المجتمعات المتخلفة، التي لا يزال للعرافة دور كبير في علاج الأمراض النفسية و العقلية و الجسدية و الجنسية و التي تخص الفرد و العائلة.

أما نظرتها للمرض فتري أن سببه مس جن أو سحر أو عين حسود.

أما كيفية العلاج فيختلف حسب نوع الحالة و أسبابها، و هي تهتم عامة بالمشاهدة داخل الرصاص الذي تقوم بتسخينه حتى يذوب و تصبه داخل الماء فيأخذ أشكالا معينة، أو داخل البيض بعد تكسيره في إناء، أو قطعة قماش خاصة بالشخص المريض، فتشاهد و تعبر عن أسباب المرض¹⁰⁰.

⁹⁹ عمر سليمان الأشقر، علم السحر و الشعوذة ، 1989، ص 294.

¹⁰⁰ صليحة عويشات و وفاء مسلم ، جيت أنشوف، مذكرة ليسانس ،جامعة الجزائر ، معهد علم الإجتماع 86/85 ص ص 13-14.

فمنهجها العلاجي لا يستند لقواعد علمية بل تعتمد على الخرافات المتداولة في الأوساط الشعبية، لأن غالباً ما تكون الشوافة قد تعرضت إلى صدمات جعلتها تنعزل عن العائلة و المجتمع، فتنتابها حالة من هذيان و هلوسة بصرية، و هذا يؤهلها للعمل في هذه الحرفة.

كما أن أغلب العرافات لا يعرفن القراءة و الكتابة، و هن في أغلب الأحيان يجهلن الأحكام القرآنية و حتى السور القرآنية الشريفة¹⁰¹.

و تعتبر زيارة الطالب و المرابط، و الشوافة(ة) من الممارسات التي لا زالت سارية المفعول في مجتمعنا و مجتمعات أخرى حتى العربية الإسلامية منها.

أصحاب الرقية

تعريف الرقية : " الرقية هي قراءة القرآن على المصاب ، كما قد تقرأ كلمات من الأدكار أو الأدعية النبوية، و يمكن أن تقرأ من طرف الشخص على نفسه أو على غيره"¹⁰².

كما تعرف الرقية : هي نوع من أنواع العلاج الشعبي الكثيرة و المختلفة الآراء و التطبيق و الوسائل كالسحر أو ما يسمى بالحروز أو التمام و منها ما يعتمد على العقاقير بالإضافة إلى كتابة ما يسمى بالطلاسم أو الأوقاف، و تصاحب عملية العلاج أحياناً ببعض (العزائم) و هي ما يقرأ من كلام شبه عامض يخاطب به الجن أو المريض".

صليحة عويشات و وفاء مسلم ، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص14.101
102 محمد عز الدين توفيق، التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية، (البحث في النفس الإنسانية في المنظور الإسلامي). ط 1، دار السلام ، 1988 ص 313.

ثم زاد الرسول صلى الله عليه و سلم، طرقاً أخرى من القرآن و بعضاً من عنده ، فكان يعالج بها المرض كآلام الرأس ، و الصداع و حالات الصراع،...

فالرقية هي من كلمة (رقى) إذن فالرقية معناها هي دعوات و بركات و ردت عن الرسول(ص) في الأحاديث الصحيحة التي تدعو المؤمن أن يستعين بالله من كل ضرر أو سوء.

و نشير أن (الرقية الشرعية) في الجزائر لقت صدى كبير في الأوساط الشعبية خصوصاً بعد الثمانينات كما ظهرت مجموعة من الشباب تمارس الرقية لعلاج بعض الأمراض من بينها مرض العقم ، أو تأخر حدوث الحمل و غيرها من الأمراض.

كيفية العلاج: بعد تهيئة الجو إيمانياً و روحانياً، تبدأ مرحلة العلاج حيث يتم تحضير إناء به ماء صالح للشرب، و يقرأ شيء من القرآن و يضع الراقي يده اليمنى على ناصية المريض(ة) و يقرأ بقرب أذنه اليمنى الفاتحة ، ثم مقدمة سورة البقرة و أذكار أخرى على حسب المرض.

و يشترط في الراقي أن يكون طاهر القلب، قوي الإيمان، معتمداً على الله و حسن الظن بقدرة الله على العلاج.و يشترط في الرقية أن يكون المكان طاهراً عند العلاج. و تعتبر الرقية الشرعية من الطرق العلمية الناجحة لعلاج الأمراض، مقارنة بالطرق السالفة الذكر¹⁰³.

المطببات الشعبية

إن إصاق العقم بالمرأة دون الرجل، جعل حتى المعارف العلاجية هي من إختصاص النسوة التي تنتج هذه الطرق و تحافظ عليها و تقوم بعلاج النساء بها. و هنا يمكن أن نتحدث عن الذاكرة النسائية، فهذه المعارف تنتقل و تتوارث شفاهياً من جيل إلى جيل بواسطة النساء المسنات، الأمهات، الجدات الحمواتفي

محمد الصايم ، بإسم الله أرفيك، مشورات دحلب، 1992، ص 14. ¹⁰³

علاقتهم مع حلقة الحياة (الخصوبة- العقم- سن اليأس... و كل ماله علاقة بالنساء). هذه المعارف العلاجية التقليدية، تختص بها كذلك فئة معينة من المجتمع (القابلة، الفقيه، العطار، العرفات، العشاب). هذه الجماعات الإجتماعية لها مكانة مميزة و هي تعتبر كلغز في علاجها للعقم، لأنها تناضل ضد قوة خارجية و لكي يتم الشفاء بهذه الطرق العلاجية يجب أن تتوفر (النية) في الشفاء بين المُعالِجَة و المعالِجَة. و هذه الطرق العلاجية التي تجربها النساء، تنتقل إلى نساء أخريات.

و هكذا تصبح هذه الطرق العلاجية ضمن الذاكرة الجماعية للنساء و هكذا تستمر و تتوارث من جيل إلى جيل و تدور في علاقات تبادلية بين النسوة داخل هذه الحلقة التبادلية تبقى هذه الممارسات الشعبية و ستبقى لأنها تقاوم كل التغيرات و التنقلات الحالية.

بعض طرق العلاج عند المطيبات

رغم أنه لا توجد إحصائيات توضح كمية و حجم هذه الممارسات التقليدية أو ممارسات هذه المعارف التقليدية، لكن إحتفاظ الذاكرة النسائية بها كفيل بأن يكون مصدرا مهما للبحث فيها.

تعتمد على مجموعة من العلاجات و الوصفات، التي تكون لها مصدر نباتي، أو بخور أو عن طريق الكي أو أكلات معينة.

يتم إختيار طريقة العلاج و الوصفات المخصصة حسب سبب عقم المرأة. كما يمكن أن يكون سبب المرض (العقم) البرودة ، الحسد، جن شرير، عمل سحر، التي تفسره المطيبة.

إن تحليل هذه الطرق العلاجية التقليدية يطرح مشكلة التصورات المتعلقة بها و التي تعتمد في فاعليتها التي تعتبر فاعلية رمزية و التي تدور حول الإرادة الإلهية. فكل شيء بيد الله و هو القادر على كل شيء، فرغم هذا الإيمان بقدر الله سبحانه و تعالى في العلاج و الشفاء ، إلا أنهم يبحثون على الوسيلة

للشفاء، عند الأطباء الشعبيين و غيرهم، فالعلاج هنا هو علاج نفسي ليعيشوا على أمل أنه قد يكون شافيا.

فالنساء كجزء من الذاكرة الجماعية، تعتبر كذلك المرض و الشفاء بيد الله فهو الذي يعطي المرض و هو الذي يمن بالشفاء. و هذا يرجعنا للحديث عن المنطق الحلقي، فالحلقة تفتح بإرادة الله و تنتهي بإرادة الله سبحانه و تعالى¹⁰⁴.

¹⁰⁴Houda-EL-Aaddouni, op.cit.p p05- 06.

الفصل الرابع : تحديد وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع

البحث الأول : التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد العقيم

- 1- التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الأنثوي العقيم
- 2- التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الذكري العقيم

المبحث الثاني: عوامل تحول و تطور التصورات حول الجسد العقيم .

1 – تحول صورة ضرورة إنجاب الأطفال .

2 – تحول صورة الطفل الإجتماعية .

المبحث الثالث: الآثار النفسية للعقم على حياة الزوج (العقيم)

تمهيد

1 - إنعكاس العقم على حياة الزوج

1-1 الأثار النفسية للعدم على المرأة

2-1 الأثار النفسية للعدم على الرجل

المبحث الأول : التصورات التي تتحكم في تحديد مكانة ووضعية الجسد
العقيم

1 - التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الأنثوي
العقيم

تسعى المرأة في بعض المجتمعات نحو إقامة بعض العلاقات العاطفية بهدف
الفوز بالزوج، لتحصل من خلاله على الإعراف الإجتماعي بأنوثتها. و إن فشلت

ينعتها المجتمع بالعانس و تلك المفردة لا تخلو من الحط لقدرها و شأنها الإجتماعي و ما يسبب لها من أزمات نفسية على مجمل تصرفاتها و سلوكها الإجتماعي.

و إن حققت مسعاها في الفوز بالزوج الذي ينقذها من براتن العنوسة، و يمنحها إعراف إجتماعي بأنوثتها، تجاهد لتحقيق هدفها اللاحق هو إنجاب الأطفال الذي يخضعها و زوجها لأعراف و قيم المجتمع و عند تحقيقهما هدف المجتمع، تتناسل الأهداف الإجتماعية الأخرى في تربية الأطفال و تقاسم مهام الأسر و غيرها. و إن أخفقا الزوجين في إنجاب الأطفال و لم يحققا الهدف الإجتماعي المنوط بهما يتوجب عليهما تعرية أحدهما للآخر و الكشف عن مسببه، فإن كان الزوج نال قسطه من التداول على أسنة أفراد المجتمع. و إن كانت الزوجة نالت أقساطا لا حصر لها من الألسن التي تطالها و توصمها بالعقم الذي لا رجاء منه و ترتفع رايات المطالبة المصحوبة بالتبريرات بضرورة إقتران الزوج بإمرأة ثانية، تعوضه عن سوء حظه في زواجه الأول.

و تحت ضغوط العائلة و المجتمع، تتفكك الأواصر بين الزوجين، و العقيم من طرفي معادلة الزواج يضعف موقفه أمام الطرف الآخر و كذلك أمام المجتمع. و غالبا ما ينتهي الأمر بفسخ عقد الزواج، و إن إستمر رابط الزواج ضعفت الرابطة العاطفية و العلاقة الإنسانية بينهما.

إن المرأة المتزوجة التي تعيش حالة من الإذلال و الحط من كرامتها من الزوج بين فترة و أخرى ، أهون عليها من حالة الإذلال و الحط من كرامتها و قدرتها و شأنها الإجتماعي كل دقيقة حين تكون إمرأة مطلقة¹.

و تحت هذا الضغط النفسي بين الخيار السيء و الخيار الأسوأ تختار المرأة الأول هروبا من واقع و تداعيات الخيار الثاني أي لا تحكمه سلوك و تصرفات الزوج و إنما سلوكيات و تصرفات مجتمع بكامله يسعى لفرض توجهاته غير الإنسانية على المرأة المطلقة في كل مناحي الحياة.

إن مسعى المرأة المتواصل لتحقيق الأهداف الإجتماعية للفوز بالمكانة الإجتماعية جاء على حساب الكثير من أهدافها الإنسانية خاصة في المجتمعات المتخلفة¹.

¹⁰⁵صاحب الربيعي، تداعيات إمرأة في الزواج و الإنجاب، الحوار المتمدن ، العدد 1424-

فرغم سهولة وصول المرأة المنجبة لمكانتها في المجتمع، يمكن للمرأة التي لم تتزوج و بالتالي ليست لها أولاد أو تلك التي تزوجت لكن لم تتمكن من الإنجاب لأسباب متعددة، بسهولة كذلك قد يتنكر لها المجتمع و يلغي كل وظائفها و أدوارها الأخرى في المجتمع ، فتوصف المرأة العقيمة بالميت، أي تجسيد الوحدة الحقيقية.

وإذا كان حضور المرأة المنجبة حضورا مكثفا، فإن موقع المرأة العقيمة من كل هذا خاصة في المجتمعات التقليدية فهو وجود محتشم و بصعوبة، فيما يخص بعض الأدوار و التبادلات في ظل هذه الشبكة من العلاقات¹⁰⁷.

فالمرأة العقيمة تعيش حالة عدم الأمن نظرا لإمكانية طلاقها أو أن يتزوج زوجها من امرأة ثانية، و هذا يدل على أن العقم كان يلصق بالمرأة وحدها، فهي المسؤولة عنه في تصورهم¹⁰⁸.

و المرأة العقيمة منقوصة القيمة مهما كانت جميلة، فوجود المرأة الإجتماعي كان مرهون بقدرتها على الإنجاب.

و من العوامل التي ساعدت على إستمرار هذه التصورات و الأحكام في مختلف المجتمعات خاصة المتخلفة منها و لحقبات تاريخية طويلة هي إنتشار الأمية بين فئات المجتمع المختلفة و التي تعتبر من مخلفات الإستعمار و عدم إنتشار الطب المتخصص.

كما أن بنية العائلة و سلطة أفرادها و تدخلهم في حياة الزوجين كان لها الدور الفعال في إستمرار هذه الأحكام القاسية التي تتهم المرأة عن ذنب لادخل لها فيه. فسلطة الوالدين كانت تعلق على سلطة الزوجين. و قد لا تسلم الزوجة من تهكمات و شتائم أم الزوج لها المتكررة بحكم الإقامة في نفس السكن العائلي.

1- صاحب الربيعي ، المرجع نفسه .

¹⁰⁷Hayet-Zirari ;OP,cit,P112

Juleitte-Mince ,La femme dans le monde arabe, Ed : Mazarine,1980,P21.

108

و ما يبرر هذه الأحكام و التصورات باتجاه المرأة هو عدم الشك في رجولة الرجل، لأن القاعدة العامة هي أن كل رجل منجب، بينما ليست كل امرأة كذلك.

حتى النساء أنفسهن ساهمن وفق معطيات المحيط الذي يعيشون فيه و يتعايشون معه في إستمرار الحكم عن عدم فاعلية الجسد الأنثوي خارج مجال الإنجاب و عدم الإعتراف به. فالمرأة لا تشك في رجولة زوجها و قدرته الجنسية و لذلك لا تشك بأنه قد يكون سببا في عدم حدوث الحمل. و لكن حتى في حالة شكها في مسؤولية الزوج فلا يمكن أن تعترف بذلك حتى لزوجها نفسه فما بالك بالإعتراف بحقيقة عقم الزوج أمام الآخرين ووراء هذا النوع من التضحية من طرف الزوجة، نجد الوفاء للعشرة الزوجية و حب الزوج و الحفاظ على كرامته و عدم جرح كبريائه و المساس برجولته و تتحمل هي أن تنعت بكل النعوت. فالمرأة في هذه الوضعية تقبل بمكانة زوجة عقيمة أحسن من وضعية مطلقة بسبب عقمها.

فالإكتمال و تحقيق مكانة "إمرأة" يجب أن تقترن بتحقيق مكانة "أم"، فوظيفة الإنجاب لها أهمية كبرى على مستوى علاقة النساء بالأمومة التي تعتبرها سلطة حين إكتسابها و هدفا حيويا حين يصعب الوصول إليها في حالة العقم.

3- التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الذكري العقيم

إن القدرة الجنسية و التخصيبية للرجل لا يمكن الشك فيها أو مهاجمتها لأنها مصرح بها، و ممنوحة لكل رجل مهما كان، أعزب، أرمل. و هذا الإعتقاد نجده سائدا عند الكثير من الناس و لازال.

فالقدرة و القوة الجنسية الرجولية أو الفحولة، و كأنها حقيقة لا يمكن التساؤل حولها في شكلها أو في مفهومها الطبيعي، فوظيفتها و منطقتها المرتبط بالقوة الجسدية يجعل النظر للرجولة الجنسية و كأنها بديهية موجودة في جسد كل رجل¹⁰⁹. فالرجولة قد تحمل معنيين في نفس الوقت، الشجاعة و القوة و القدرة على القتال، أي الحق في العنف، و القدرة على السلطة للذين ليست لهم صفة الرجولة كالنساء و الأطفال. و ثانيا الرجولة هي القدرة على العلاقات الجنسية الذكورية¹¹⁰.

فممارسة الختان على الذكور من مبرراته هو الوصول للذه الجنسية و من أجل القدرة على التخصيب و للصحة العضوية و هو كذلك طقس ينتقل فيه الذكر من وضعية جنسانية إلى وضعية أقوى من أجل الإدماج في المجتمع و تحضير جنس الذكر لكي تكون له رجولة مقبولة¹¹¹.

ولكن رغم ذلك فالكثير من الرجال ليلة زفافهم يشعرون بنوع من الخوف لذلك هناك من يشرب الخمر و آخرون يتحضرون بقراءة القرآن، و هناك من يلجأون لبعض الطقوس كقضم خاتم من الفضة قبل الدخول على عروسه. و هذا الخوف خاصة بالنسبة للشباب الصغيري السن نوعا ما، لأن الثقل الكبير يعود في هذه الليلة و يلقى على عاتق الرجل. فليلة الزفاف لازالت تمثل و تعيد إنتاج أنواع التضحية التي تعني و تعبر عن الخضوع للنظام السائد و كذلك تمجيد و تعظيم القدرة الجنسية للرجل و إعادة إنتاج قيم الجماعة. فإذا لم يتم فك بكاراة الزوجة

1- Dossier Le genre masculin n'est pas neutre .Revue travail-genre et société,N°= 03¹⁰⁹
Mars-2000.Ed : L'HARATTAN .paris, P05 .

¹¹⁰ Ibid,P 30.

¹¹¹Malek Chebel, L'histoire de la circoncision à nos jours, op,cit,P97

بسهولة هذا يؤدي إلى شك الجماعة في قدرة هذا الزوج الجنسية على أن يكون رجلا كبقية الرجال، و يتعدى الشك و التهم إلى قدرته على تخصيب زوجته مستقبلا¹¹².

فهناك إرتباط بين القدرة الجنسية و التخصيبية للرجل في تصور الكثير من الأفراد. لذلك نجد تكتم كبير إذا تعلق الأمر بمناقشة العقم عند الرجل. و الحقيقة العلمية أنه لا علاقة بين القدرة الجنسية و القدرة على الإنجاب، فليس كل رجل عقيم هو رجل عاجز جنسيا. لكن صحيح أن كل رجل عاجز جنسيا فهو عقيم. لأن من ضمن التعاريف الواردة حول العقم، هو عدم القدرة على التخصيب مع إكمال ممارسة العلاقة الجنسية و الإستمتاع بها.

هناك تصورات تعيد إنتاج نفس التصورات التقليدية حول مكانة الرجل العقيم، و التي ترى بأن الإقرار بعقمه فيه نوع من الحرج، لأن العقم يظهر عنده نوع من النقص في الشخصية و هذا يؤثر على مكانته داخل المجتمع

كما أن المجتمع يساهم في المحافظة على كرامة الرجل العقيم ، بالتصورات التي ترجع عدم قابلية فكرة عقم الرجل، و هي في الحقيقة راجعة لأعراف لا علاقة لها بالدين الإسلامي في المجتمعات العربية و الإسلامية و حتى الإفريقية وحتى في المجتمعات الأوروبية .

و مع سهولة إتهام المرأة بالعقم في المجتمع حتى و إن كانت منجبة، فكل رجل في حالة عدم قدرتهما على الإنجاب يتمنى أن تكون زوجته هي العقيمة ، حتى لا يشكك في قدرته الجنسية و هذا ما يؤكد عدم تقبل الرجل العلاج و الإستجابة بسرعة في هذه الحالة .

كما أن عدم الإقتناع بأن الإصابة بالعقم هو مرض كبقية الأمراض قد يصيب الرجل كما يصيب المرأة جعل إستمرار هذا التكتم على موضوع عقم الجسد الذكري، لكي يحافظ دائما على مكانته كرجل داخل الجماعة. فتصبح هنا مكانة الرجل محفوظة حتى قبل أن يتزوج و ينبج. فمكانته مضمونة في نظر المجتمع حتى بدون وظيفة الإنجاب.

¹¹² Fethi -Benslama ,et Nadia-Tazi, La virilité en Islam,Ed de l'Aube-Paris-1989,PP13-14.

و نتيجة لهذه التصورات و الأحكام غير العادلة و التي لم تنصف المرأة، فكم من زوجة طلقت رغم أنها منجبة و كم من زوجة حرمت من رؤية أولادها من زوجها بسبب تعنته و رفضه الخضوع للعلاج ، و كم من زوج أضع أحلى سنين حياته الزوجية محروما من الأطفال. فهذه التصورات حول مكانة الرجل العقيم في المجتمع قد تخدم الجسد الذكري ظاهريا ، لكن مضمونا فهي تحرمه من نعم كثيرة.

أما فيما يخص تعامل المحيطين و نظرتهم للرجل العقيم ، فهناك من يحسسه بالنقص و العجز، و هناك من يعامله بشفقة و يتمنى أن يساعده و ربما فإن حكم المجتمع على الرجل العقيم يكون أقسى بكثير من حكمهم على المرأة العقيمة، لذلك نجد هذا التكتم و التهرب من مناقشة كل ماله علاقة بعقم الرجل، لأن عقم الرجل أمر من عقم المرأة.

فالرجل مكانته و كرامته محفوظة في كل الحالات ، أعزب، متزوج، أرمل، مطلق، منجب، عقيم، سكير

لكن ما يلاحظ في السنوات الأخيرة أي في العشرين سنة الأخيرة حسب المختصين في العلوم الإنسانية لاحظوا و إندهشوا للتطور في الغرب و حتى في الدول العربية و الإفريقية، تطور في القيم و الرغبات و السلوكات للرجال و النساء فيما يخص الرغبة في الإنجاب، هذه التطورات التي أثرت على تغير أحكام و تصورات الأفراد نحو الجسد العقيم ، الذي له مكانة ووضعية مقبولة بين المنجبين. و أثرت على الحد من المعاناة الاجتماعية خاصة و النفسية التي كان يعيشها الزوج العقيم خاصة النساء و هذا التطور في السلوكات و الرغبات الإيجابية نتج بفعل العديد من عوامل التغير المادية و المعنوية التي مست المجتمعات فأدت إلى تغير و تحول القيم و التصورات و الأحكام باتجاه ظواهر عديدة في الإتجاه الإيجابي.

المبحث الثاني : عوامل تحول و تطور التصورات حول الجسد العقيم

1 (تحول صورة ضرورة إنجاب الأطفال

لقد تحولت صورة ضرورة إنجاب الأطفال في الثلاثين سنة الأخيرة، مع تحول الأسرة من العائلة التقليدية الحرفية إلى الأسرة النووية في نفس الوقت. ففي العائلة التقليدية كان الطفل له دور إقتصادي كيد عاملة منتجة، لذلك نجد و لحد الآن بقي الطفل يمثل ضمان و تأمين لعجز الوالدين خاصة في المناطق الريفية و كان دوما رمز البقاء و إستمرار القبيلة و سلالة و إسم العائلة و لأخذ الإرث كذلك. لذلك كان يعتبر العقم كمرض و لعنة لأنه لا يستجيب لمطالب الجماعة.

و الدور الرمزي الآخر للأطفال هو ما يتعلق بنظرة المجتمع ، لكن نعيش اليوم تغير جذري و صورة تعاكس المسار التاريخي بحيث أصبح للطفل وزن أقل في الجانب الإقتصادي و الإجتماعي بالنسبة للجماعة¹¹³.

إن البشر في معظم البلدان يريدون-و ينجبون- الآن عددا من الأطفال أقل مما كانوا يريدون- و ينجبون- في الماضي ففي البلدان المصنعة نجد أن الإتجاه نحو الأسرة الأصغر حجما نشأ تدريجيا خلال القرن العشرين، و ذلك إستجابة لإنتشار التعليم و التحسينات التي تحققت في الأحوال الصحية و تحسن وضع المرأة.

أما في العالم النامي على الإختلاف من ذلك ، فإن سرعة التغير كانت مذهلة، ففي أقل من عشرين عاما، إنخفض حجم الأسرة المتوسطة في كثير من بلدان آسيا و أمريكا اللاتينية من زهاء(06 أطفال إلى 03 أطفال للمرأة الواحدة). أما في منطقة إفريقيا فلوقت ليس ببعيد كانت المرأة مازالت تريد أسرة كبيرة الحجم، لكن مع إنتشار وسائل تنظيم النسل و تعميمها و متغيرات أخرى أدى إلى إنخفاض الخصوبة في هذه المناطق

و هذه التغيرات أي الإتجاه نحو إنجاب أقل، نتجت عن تغير تقييم الرجال و النساء للأطفال و الأسر أقل الآن مما كان في الماضي. في الواقع أن مولد طفل يمثل بالنسبة لمعظم البالغين حدثا رائعا، كما تمثل رعاية الأطفال أثمن و أجرى نشاط يقومون به، لكن الأزواج أدركوا في خضم التغيرات الإقتصادية و الإجتماعية الهائلة التي واجهتهم أن من مصلحة أطفالهم و كذلك من مصلحتهم المثلى ، أن يخططوا لمولد أطفالهم و أن يحددوا نسلهم ، فهم إن فعلوا ذلك يكونوا

¹¹³صندوق الأمم المتحدة للسكان و معهد "غوتاماتشر آلان" - سد الفجوة بين ما تطمح له النساء وواقعهن الإنجابي. نيويورك، 1996.(تقرير).

بإمكانهم أن يقدموا ما هو أكثر للأطفال الذين ينجبونهم و أن ينعموا في الوقت نفسه بمسرات الوالدية و بثمراتها¹¹⁴.

من الواضح أن النساء لديهن مصلحة أكبر في إمتلاك القدرة على التحكم في الإنجاب فهن في نهاية الأمر اللاتي يتعرضن للمتاعب و المخاطر التي تصاحب الحمل و الإنجاب و في جميع البلدان تقريبا تتحمل المرأة المسؤولية الرئيسية عن تربية الأطفال و من ثم فإن قدرتها على أن تنجب عدد الأطفال الذي تريد ، و متى أرادت، مسألة أساسية بالنسبة لنوعية حياتها و بالنسبة لرفاهية أسرتها، فلقد أصبح الإنجاب رغبة لتحقيق الذات فقط أي رغبة أنانية بعد أن كان الإنجاب لإرضاء الغير¹¹⁵.

و لا يأخذ قيم جديدة إلا من خلال علاقته بالزوج le couple . الطفل اليوم أصبح شيء خاص فهو قرار بين الزوجين فقط ، يأخذ معنى عن طريق ما يقدمه من عاطفة مجانية للزوج أ و الوالدين ، أي إنتقلنا من نوع طفل رأس المال إلى الطفل المجاني . مع أنه كان الناس يتزوجون لإنجاب الأطفال ، و الزوج يعرف و يقيم و تحدد مكانته داخل الجماعة من خلال قدرته على الإنجاب .

أما اليوم فنلاحظ أو نعيش عكس الحالة أو الوضعية ، لأنه نلاحظ أنه ليس الطفل هو الذي يحدد مكانة و وجود الزوجين و لكن بالعكس فالزوج هو الذي يختار المعنى و القيمة التي سوف يعطيها للطفل ، و هذا له علاقة بتحديد نوعية العلاقات التي أصبحت تربط بين الزوجين ، بحيث الملاحظ أن الزوجين يقيمان بقدرتهما على البقاء مع بعض قبل التفكير في إنجاب الأطفال .

و في بعض الأحيان يتخوفون من أن يؤدي قدوم الطفل إلى تحول التوازن و الإنسجام الموجودين بين الزوجين قبل وصول الطفل . و هذا يؤدي بنا إلى الحديث على أننا نشهد نوع جديد من (فوق الأنا) ، لأن الزوجين يعيشان حياة عادية و يضيعون وقت كبير في التفكير هل يجب أن ينجبوا طفلا في فترة معينة و هذا يعني هنا تناقضا آخر على ما هو متعارف و معمول به ، الذي هو عكس العلاقات بين الجنسانية و الإنجاب .

Elizabeth-Badinter , *L'un est l'autre des relations entre hommes et*

114

femmes, Ed :ODILE Jacob-Paris, 1986, P09 .

¹¹⁵Elizabeth -Badinter , op. cit. p 09 .

فمن قبل كان إنجاب الأطفال يعتبر واجبا إجتماعيا و القيام بالعلاقات الجنسية كان يعتبر من المحظورات لكن الآن العلاقات الجنسية أصبحت ضرورة إلزامية بينما إنجاب الأطفال أصبح يعتبر شيئا فشيئا من المحظورات فنحن نعيش ما يسمى بالإنجاب المشروط .

2) تحول صورة الطفل الإجتماعية

لقد شهدت صورة الطفل تحولات عديدة و التي لا تحدث بنفس الوتيرة أو السرعة على مستوى البنيات الماكرو إجتماعية و الميكرو إجتماعية و الأسرية .

و يرجع هذا للعديد من التحولات في التوجهات الفردية فيما يخص الإنجاب ، تحولات في الممارسات و في السلوكات و كذلك تحولات في القيم و القواعد الإجتماعية التي لها علاقة بالإنجاب¹¹⁶. فنتيجة لإنتشار وسائل تنظيم النسل ، تحررت المرأة أو تحرر جسدها، و أصبحت تتحكم في نسلها ، و هذا أدى إلى نقص في سيطرة الرجل الجنسية والإيجابية على المرأة . فكأن قرار الإنجاب أصبح قرارا نسائيا أو نسويا ، المرأة هي التي أصبحت تقرر متى تنجب و كم تنجب

هناك عوامل أخرى لها علاقة بمتغيرات إجتماعية و إقتصادية لشرح توجهات الخصوبة في المجتمع لتفسير هذه التغيرات التي تؤدي حتما بالأفراد إلى تحول في رغباتهم في إنجاب الأطفال بحيث أصبح الفرد يركز إهتمامه على نفسه أكثر من إهتمامه بالخلف .فالتحول في تكلفة إنجاب و تربية الطفل ساعد على تفسير التوجه نحو الإنجاب بحيث تحول الطفل من يد عاملة(منفعة) إلى طفل عالية¹¹⁷.

¹¹⁶ Willy- Pasini, Contraception et désir d'enfant, Revue contraception , fertilité, sexualité, n°11- volume 6 – novembre 1978 . Paris . PP 778- 779.

¹¹⁷ Armelle -Andro, Décisions de fécondité au sein des couples, Quelles négociations entre hommes et femmes ? In :Colloque international,Genre population et développement en Afrique .Abidjan 16-21 juin 2001 P01.

كما ساهم التغير في مورفولوجية العلاقات بين الزوجين التي ظهرت في بداية النصف الثاني من هذا القرن (القرن الواحد والعشرين) و من بين النتائج التي ميزت هذه العلاقات هو حرية إختيار الشريك الذي يخضع للحرية الفردية و الذي يتحمل كل واحد منهما المسؤولية المترتبة عن هذا الإختيار و ليس فقط حرية إختيار الشريك و لكن هو البحث عن الإنسجام العاطفي عن طريق العلاقات العاطفية التي كانت تتكون في المجتمع التقليدي عن طريق علاقات القرابة و تعارف بين الأسر. ولقد إنتشرت هذه العلاقات بين الجنسين و توسعت في مختلف المجتمعات وأدى هذا إلى إعتبار الطفل صفة تدل على الحب بين الزوجين و ثمرة له، ينظر له كنهاية مهمة لكل علاقة عاطفية. فهنا الطفل يدل على سمو العلاقة بين الزوجين و ترسخها و يصبح هنا موضوع إستثمار عاطفي.

كما شهدت هذه الفترة (1960-1970) إستعمال وسائل تنظيم النسل خاصة في أوروبا ثم بقية دول العالم.

كما شهدت سنوات الثمانينات تأخر سن الزواج بالنسبة للنساء الذي يعتبر من بين مظاهر التغيرات التي شهدتها المجتمعات ، نتيجة لإنتشار التعليم و طموح البنات لتكملة تعليمهن العالي. و طبعا تأخر سن الزواج يؤثر على سنوات الخصوبة البيولوجية عند المرأة و هذا يضعف من نسبة الخصوبة و يزيد من نسبة العقم¹¹⁸.

كما يعتبر خروج المرأة للعمل تغير ملموس لأنه يؤثر على تغير وظائف و أدوار الرجال و النساء . فخروج المرأة للعمل، جعل من الأمومة لم تصبح وظيفة يتعلق

Guido -De-Ridder , Du côté des hommes à La recherche de nouveaux rapports avec Les¹¹⁸
femmes.Ed :L'harmattan,paris-1982-P13-17.

بها مصير المرأة، بل هي مرحلة تمر بها المرأة ضمن فترات حياتها. كالبلوغ و الزواج و سن اليأس و الإجهاض¹¹⁹.

كما نجد إستقلال قرار الإنجاب عن سلطة المحيطين أثر كثيرا على إنخفاض نسبة الخصوبة بين الأزواج و أثر كذلك على تقبل و تعايش الأزواج بدون أطفال في المجتمع .

إذا أجرينا عملية إسقاط للعوامل التي ذكرناها سالفًا على دول المغرب العربي، فنلاحظ أن معدل الخصوبة يشهد تراجعًا في هذه الدول منذ ثلاثين سنة، يهدد بعدم تجدد الأجيال. و هذا وفق تقرير أكده المعهد الوطني الفرنسي للسكان .

و أكد المعهد في دراسة نشرت في نهاية جويلية 2000، أن تونس حققت المعدل الأدنى الضروري لضمان سلامة التوزيع الديمغرافي للسكان ب(2,2 طفل لكل امرأة) و ربما المعدل بلغ (1,2 في 1999) .

أما في الجزائر فإنخفضت معدلات الخصوبة إلى(1,3 طفل لكل امرأة) في سنة 1996-1997. و بدأ معدل الخصوبة في التراجع في هذه الدول في مطلع السبعينات و شهد تسارعا في التسعينات.

و يرجع هذا التراجع في نسبة الخصوبة إلى سياسة تحديد الولادات التي إتبعتها هذه الدول. و لكن ليست هي العامل الوحيد بل نجد كذلك عوامل أخرى منها:

تطور هذه المجتمعات مع حدوث توزيع أكثر توازنا للأدوار بين الرجل و المرأة و تراجع سلطة المجتمع.

التعليم أدى إلى التفتح و الوعي عند النساء ، بحيث فتح لهن مجال و لوج العمل خارج البيت.

فكلما تعلمت المرأة تحررت من قيود العادات و التقاليد، بحيث تريد النساء اليوم أن تختار شريك الحياة و أن تتزوج زواجا يليق بها لتكون أسرة سعيدة. و هذا يستدعي إتساع مجال علاقاتها في الجامعة و العمل للإلتقاء بزواج المستقبل و هذا يؤدي إلى تأخر سن الزواج في الدول المغربية الثلاث:

الجزائر: إنتقل سن الزواج من 18 سنة ، عام 1966 إلى سن 27,6 سنة عام 1998.

تونس: : إنتقل سن الزواج من 19 سنة ، عام 1956 إلى سن 27,6 سنة عام 1995.

المغرب: : إنتقل سن الزواج من 16 سنة ، عام 1960 إلى سن 26 سنة عام 1995¹²⁰.

و حسب النتائج التي تمخضت عن اليوم الدراسي الذي نضمته مصحة(فريال، باب الزوار التي تهتم بعلاج العقم بالتقنيات الجديدة) المساعدة الطبية) ، و التي تم تحت إشراف مدير المصحة البروفسور"شريف نذير" يوم 24 فيفري 2006 بحضور العديد من المهتمين و المختصين خاصة من فرنسا. فلقد كان هدف اللقاء هو التنبيه إلى أن تأخر سن الزواج في الجزائر بالنسبة للنساء جعله يصبح من أهم أسباب الإصابة بالعقم، و من أهم عوامل فشل طرق الإنجاب الإصطناعي. بحيث

نشرت جريدة الخبر تغطيتها لهذا اليوم الدراسي بعنوان " أكثر من نصف الجزائريين مصابون بالعقم و تأخر سن الزواج من أهم الأسباب"¹²¹.

هذا التغير في توجه الأفراد نحو إنجاب أقل، مرتبط بتطور مختلف العناصر المتعلقة بمكانة المرأة في هذه الدول المغاربية، إرتفاع المستوى التعليمي، المشاركة في النشاط الإقتصادي، إستقلال مادي و معنوي، إستقلال القرارات هذا من جهة. و من جهة ثانية نجد تغير الذهنية أو مواقف الرجال إتجاه المرأة و آمالهم و توقعاتهم بالنسبة لإنجاب الأطفال. و هذا ليس لأن هناك عوامل إقتصادية و إجتماعية تغيرت و لكن لأن مكانة ووضعية المرأة في داخل الأسرة و المجتمع قد تحولت كذلك.

فإذا كان إنخفاض الخصوبة فسرناه بالعوامل السابقة الذكر، فهذه كانت وسائل فقط، لأن الأسباب الحقيقية هي أن تغير السلوكات تكمن أساسا في تحول و تطور المجتمعات نفسها و الذي أدى إلى تغير أدوار الرجال و النساء في المجتمع، و ضعف السلطة الأبوية، و ظهور الإستقلالية الفردية. و كذلك تطور المكانة التي يحتلها الطفل داخل الأسرة في ذهنية الزوجين ، بحيث أصبح عبء في مجتمع يتحضر في إقتصاد معقد أكثر فأكثر¹²².

و حتما كل هذه التحولات و التطورات و التغيرات بمختلف العوامل و على مختلف المستويات، التي مست المجتمع، تعتبر من بين التغيرات الإجتماعية و الثقافية المهمة التي ميزت هذه السنوات الأخيرة، و هذا كله له تأثير على تحول نظرة المجتمع إلى مكانة ووضعية الجسد الخصب، الذي كانت تقاس خاصة بعدد و جنس

¹²¹ ص بورويلة، تأخر سن الزواج من أهم أكثر الأسباب أن نصف الجزائريين مصابون بالعقم - جريدة الخبر ، السبت 25 -02-2006 المرافق ل 26 محرم 1427هـ.

¹²² Zahia Ouadah ,Beddidi et Jacque Vallin, Maghreb : La chute irrésistible de la fécondité, *Revue population et société*, N°359- Juillet-Aout 2000 ,PP 03-04.

الأولاد الذين ينجبونهم أو الجسد العقيم الذي لم يصبح وجوده الإجتماعي مرتبط
فقط بالإنجاب.

معنى ذلك أننا نلمس حقيقة توجه جديد نحو قراءة جديدة لوظيفة ووضعية و مكانة
الجسد العقيم فالعلاقة بين الرجل و المرأة و التي يجب أن تعزز بالإنجاب، فهي
مرتبطة بحتمية بيولوجية ليست كذلك إجتماعيا و ثقافيا ، بل هي قابلة للتغير و
التطور فيجب أن ترتقي مع شريكها إلى حالة العلاقة الثقافية و الإجتماعية
العقلانية.

لقد سقطت صورة أن ترى المرأة كأنسان له قيمته الذاتية بسبب قدرته على العطاء
و الإنتاج و الإبداع وليس لكونه ملحق بالرجل فإن عليه أن تدرك حقيقة أساسية و
هي أن عليها أن تتخطى الكتل الضخمة من التقاليد و العادات السائدة منذ قرون.
ونجاحها يستدعي تغيرات جذرية في بنيتها الفكرية و النفسية و كذلك في بنية
الرجل الفكرية و النفسية. و يجب أن تدرك أن العادات و التقاليد كممارسات مكتسبة
تخضع لظروف إقتصادية و إجتماعية، و لا تحمل أي نوع من القدسية على
الإطلاق. و أن تطور نظام الحياة و تقدم وسائل و إرتقاء المنجزات يستدعي
إرتقاء و تطورا في كيفية التفكير الإنساني.

المبحث الثالث : الآثار النفسية للعقم على الزوج

تمهيد

بما أن أي إرتباط بين المرأة و الرجل، يتمنون أن يكون مثمرا بإنجاب الأولاد ، و هذه الغاية مشتركة بين جميع الأزواج لذلك فإن معرفة إحداهما أو كلاهما بأنه عقيم هو أمر حزين و مؤلم، يدعوهم إلى الحيرة يحس بأنه تائه مجروح، معاق و كأنه أنتزع منه أحد أعضائه و يجعله في بعض الحالات يعيش قطيعة بينه و بين الحياة¹²³.

و يعد العقم من أوجه النقص التي تلحق بالشخصية ، هذا الحكم القاسي فصلا عن الضرر المعنوي للعقم ، من المؤكد أنه يحدث خلافا في التوازن النفسي للفرد سواء أكان رجلا أو امرأة.

لكن حدة المشكلة تختلف من الرجل إلى المرأة أو بالأحرى من الزوج إلى الزوجة ، فالمرأة مهما كانت مواصفاتها فإن هذا العجز عن الإنجاب يوصلها أحيانا إلى مرحلة الإنتحار البطيء بسبب فشلها في تحقيق أهم وظيفة في حياتها حسب ما يحدده المجتمع.

و حتى كلمة (عاقرة) من الناحية اللغوية معناها الشيء العاجز، (المتكسر، غير الصالح ، و هذا يفسر قساوة المفهوم في حد ذاته و هو الأمر الذي يضر بالصحة النفسية للمرأة.

¹²³ Claudine –Bourg ,Parent et enfants de la procréation, Réflexion Psychologique à propos d'un parcours médical : La pensé et les hommes, Les nouvelles familles . Ed : de l'université de BRUXELLES.1966,P86

ففي اللاشعور الإجتماعي غالبا ما يكون مستعدا لقبول فكرة أن الرجل غير مسؤول عن العقم و هذا يؤكد ضمنيا تحامله على المرأة و قبوله لفكرة أنها هي المسؤولة الأولى عن مثل هذه المشاكل. و هذا ما يلمح كذلك إلى فكرة إصرار المجتمع على صورة الكمال عند المرأة بينما الرجل له أن يكون سكييرا عقيما... فالمشكلة بالنسبة للرجل أقل حدة لأن هناك إستعداد من المجتمع لتجاهل عجزه و تفتح له المجال لتعويض نفسه في مجالات عدة.

1-1 إنعكاسات العقم على حياة الزوج

إن الزوج الذي بدون أطفال يعاني صعوبات نفسية، عاطفية و إجتماعية، و لا يهتم من الذي هو العقيم الرجل أو المرأة.
فالزوج عندما لا يستطيع إيجاد أهداف أخرى لحياته غير الأطفال. يحس بفراغ وجودي، كما أن قلق الموت يمكن أن يزداد لأن الخلف غير مؤمن، إضافة إلى أن الزوج العقيم يعيش صعوبات إجتماعية لأنه غير قادر على تحمل وضعيته، التي تقلقه خاصة المرأة التي تجد نفسها تعيش دائما مظطرة لتبرير هذه الوضعية¹²⁴.
و بما أن الفرد وحده نفسية و جسدية متكاملة، فهناك عدة إنعكاسات للعقم على معاش الزوج العقيم

قد يؤدي الخوف من العقم و بالأحرى التأكد هذا الخوف إلى مشاعر فقدان في كل معانيها النفسية فالزوج يفقد شخص ليس له بعد ، أي وجود ملموس و لكنه مستثمر رمزيا بصورة كبيرة. ويفقد كذلك الأمل في الأبوة و الأمومة، و يفقد الفرد إحساسه بأنه شخص عادي.

و عند المرأة عادة ما يقترب هذا فقدان الرمزي بفقدان ملموس كفقدانها الأمن في الحمل، و فقدان الأمل في الإنجاب الذي يتكرر مع كل دورة طمثية جديدة . كما أن

مشاعر فقدان هذه تؤدي إلى إستجابة إكتئابية يصحبها شعور بالذنب و عقلنة ملازمة لكل ماله علاقة بالخصوبة، و قد تكون هذه الإستجابة الإكتئابية خطيرة في بعض الحالات¹²⁵.

تعتبر هذه المشاعر إستجابة عادية للعقم حيث أن الزوج يحس بالظلم و لذلك يتمرد على كل من يحيطون به، سواء أفراد العائلة، الأصدقاء، الأطباء ... لذلك نجد أن مثل هذه المشاعر يمكن أن تشوش على العلاقات الإجتماعية و الطبية للفرد ، فهذه المشاعر قد تكون الطريقة الوحيدة التي يستطيع بواسطتها الزوج التعبير عن تمرده و رفضه لمصيره.

إن عدم الإخصاب يعتبر سببا لظهور الضغط و هذا الأخير يمكن أن يؤدي إلى اضطراب الخصوبة الذي يؤدي إلى الحلقة المفرغة التي يعيشها الزوج التي تلعب دورا كبيرا في ظهور بعض مظاهر عدم الإخصاب أو في أن تصبح هذه المظاهر أكثر خطورة.

إن الحياة الجنسية للزوج العقيم لا تختلف كثيرا عن الحياة الجنسية للزوج الخصب. و قد تظهر الاختلافات عند أول إستشارة طبية يقوم بها الزوج العقيم ، بعدها عادة ما تكثر المشاكل الجنسية و تكون متساوية بين الرجال و النساء ، كما أن هذا التأثير قد يكون خطيرا في بعض الحالات.

من هذا المنطلق يمكن أن ندرج ثلاث حالات من الأزواج العقيمين في هذا الشأن :

فهنالك من لا يتقبل الوضع نهائيا، بحيث يعيش في صراع نفسي مما يؤثر على تقدير الذات عندهم ، لكن الرجل بالرغم من عدم تقبله إلا أنه لا يظهر ذلك كونه يرى نفسه السيد الذي يبقى محتفظا بمكانته وسط العائلة لإظهار صموده و قوته و بالتالي فكليهما يعيشان هذه المشكلة كحرج نفسي في شخصيتيهما، إلا أنه يظهر عند المرأة أكثر من الرجل و لهذا تظهر عليها صفات غير طبيعية ، كالإكتئاب و الإنطواء و الإنعزال و الكره للأطفال و المزاج العصبي لذلك

Buvat –Herbaut (M) et Buvat(J), L'abord du couple infertile in Encyclopédie Médicale-¹²⁵
gynécologie-739- paris-1990- P08.

تسعى لأي علاج تراه مناسباً لعقمها، فتلجأ إلى العلاج التقليدي بمختلف أنواعه دون توقف أو تردد ولا تتهاون حتى في الذهاب للدجالينو المشعوذين، فهمها الإنجاب بأي وسيلة.

هناك من الأزواج من يتقبل الوضع و يسلم به، لذا يعوضان ذلك النقص من خلال، العمل و ملء وقت الفراغ بأشياء تنسيهما الفراغ الذي يسودهما في حياتهما الزوجية و لهذا يكبان على العمل بدون إنقطاع. و منهم من يتقبلون الوضع و يعملون على إقناع زوجاتهم بالأمر الواقع و التسليم بقضاء الله و قدره و مواساتهن دائماً.

هناك أزواج يتقبلون الوضع و لكن يظهر الألم النفسي عليهم بأشكال مختلفة و ذلك من خلال ظهور بعض الأمراض و هذا ما نلمسه خاصة لدى الزوجات الماكثات بالببيت ، بالرغم من تقبلها الوضع و عدم القدرة على التعبير عن آلامها و كتمانها للمعانات، هذا يجعلها عرضة للإصابة بالعقد النفسية و بمرض القلب و الإنهيار العصبي كونها تخفي اسرارها و مواجهها و لا تبوح بها.

كذلك الرجل فإنه يعيش الألم و يحس به و يظهر عليه ذلك بحيث يعبر عنه بطريقة غير مباشرة، بالرغم من أنه يعيش في وسط مجتمع يطلب منه أن يكون رمزاً للقوة و الرجولة .

لكن صدمة العقم نفسياً يختلف وقعها من الرجل إلى المرأة ، فهي التي تتأثر أكثر و تتحسر أكثر من عدم قدرتها على إنجاب الأطفال أكثر من الرجل. لأنها ترى نفسها المسؤولة الأولى في العملية الإنجابية، كذلك لأن إحساس ضرورة تلبية غريزة الأمومة يكون مطلباً ملحاً و دائماً لدى المرأة و يظهر ذلك واضحاً للعيان فالمرأة تظهر حاجتها إلى الأطفال أكثر من الرجل. فالمرأة العقيمة تقصي نفسها أمام النساء المنجبات حتى و إن كابرته و تحدث الموقف و احتفظت بهذا الإحساس لنفسها. إضافة إلى أنها تحس بأن حياتها الزوجية مهددة في كل لحظة ، فإن تعيش يومياً الإحساس بعدم الإستقرار النفسي نتيجة الشك في أنه يأتي يوم تنتهي عشرتها مع زوجها بالطلاق أو إعادة الزواج عليها . و هذا ليس بالشيء الهين ، و ينتج عن هذا الإحساس طبعاً آثاراً على المستوى النفسي و العضوي و على مستوى العلاقات مع زوجها و عائلتها و حتى بعلاقتها مع المحيطين بها. و

يمكن أن يسيطر هذا الإحساس على المرأة حتى و إن كانت متأكدة من حب ووفاء زوجها لها فهي لا يمكن أن تطمئن لمستقبل حياتها الزوجية¹²⁶.

2-1 الآثار النفسية للعقم على المرأة

حين تتأكد المرأة من عقمها تكون له آثار نفسية كثيرة عليها، فهي تشعر بالدونية و الفشل و الخجل و بفقدان الثقة في هويتها كأنثى لأنها غير قادرة على أداء مهمتها في الإنجاب و غير قادرة على أن تلبي نداء فطرتها في أن تصبح أما. و هذا يجعلها تتجنب الزيارات العائلية أو في الظهور في التجمعات حتى لا تسمع تعليقات أو تساؤلات جارحة أو ترى نظرات شماتة ممن تكرههم أو يكرهونها و تصبح شديدة الحساسية تجاه أي كلمة أو إشارة إلى موضوع الإنجاب و إلى نفسها عموما.

و أحيانا تشعر بالذنب تجاه زوجها خاصة إذا اعتقدت أنها السبب في حرمانه من أن يصبح أبا، و هذه المشاعر إذا تمخضت لديها فربما تدخل في طور الإكتئاب الذي يجعلها تبدو حزينة و منعزلة و فاقدة للشهية وفاقدة للرغبة في أي شيء و كأنها تقول ما معنى الأشياء إذا كنت قد حرمت من أهم شيء في حياتي كأنثى، و بالتالي فإن أي شيء بديل يبدو تافها باهتا.

بعض النساء العقيمات تزداد لديهن الأنانية و النرجسية و توجه مشاعرها نحو ذاتها فتهتم إهتماما زائدا تنتاب بعضهن رغبة جارفة في شراء الأشياء و إقتنائها فتذهب للسوق كثيرا و تشتري ملابس و أحذية و مقتنيات لا تحتاجها، و كأنها تعوض فراغها الداخلي الهائل.

و في أحيان أخرى تصبح المرأة غاضبة توجه عدوانها نحو الزوج و تعتبره سببا في شقائها إذا حرماها نعمة الإنجاب أو توجه عدوانها نحو أهلها و كأنها تتهمهم بأنهم السبب في أنها جاءت إلى هذه الحياة غير مؤهلة لدورها الأنثوي أو أن

¹²⁶ مقابلة مع السيدة : قزادري (طبيبة نفسانية) بمقر جامعة الجزائر-10 أبريل 2004 .

طريقتهم في التربية أثرت عليها فأصبحت عقيما. و هي في هذه الحالة تدخل في صراعات كثيرة مع من حولها و تصبح سريعة الإنفعال كثيرة الإشتباك لأتفه الأسباب، و ربما تصبح متسلطة على زوجها و جيرانها و أهلها. و المرأة العقيم كثيرا ما تشعر بفقدان السيطرة على نفسها و على إنفعالاتها و على كثير من أمور حياتها و هو شعور مؤلم للغاية¹²⁷.

و هي تتقلب بين اليأس و الرجاء في كل شهر، فهي تتوق إلى حدوث الحمل مع كل دورة شهرية ثم تصاب بالإحباط مع حدوث الطمث، و يحدث هذا أيضا من أي عمليات علاجية تجريها فهي تتعلق بالأمل مع بداية إجراءات العلاجية ثم تنهار آمالها حيث تلوح في الأفق بوادر الفشل و يتكرر ذلك كثيرا مع كل تدخل علاجي. و مع هذا لا تستطيع التسليم أو التوقف عن المحاولات العلاجية لأن مطلب الإنجاب و الأمومة من المطالب الفطرية شديدة الإلحاح.

و نظرا لإلحاح فكرة الإنجاب فإن المرأة تستغرق في تفاصيلها و مشاكلها طول الوقت و يأتي ذلك على حساب كل إهتماماتها أو هواياتها و أحلامها و بذلك يتقلص وجودها في هذه الدائرة الضيقة المغلقة و تضحى بالكثير من الأنشطة و الإهتمامات الممتعة و المفيدة . و يزيد من ذلك الإستغراق و الإنهاك ما تقوم به المرأة العقيم من إجراءات علاجية دوائية أو جراحية تستغرق وقتها و مالها فلا يبقى لديها وقت أو مال للإستمتاع أو التفكير في أشياء أخرى. و إذا كانت هذه المرأة تعمل فإنها تؤدي عملها في أدنى مستوياته غالبا.

أما العلاقة بينها و بين زوجها فتتسم بالتناقضات و التقلبات الكثيرة حيث تقربهما مشكلة العقم أحيانا لدرجة كبيرة فهما يعيشان وحدهما و تحوطهما تساؤلات أو إتهامات حول قدرتهما على أن ينجبا مثل بقية الناس أي أن الأزمة المشتركة توحدهما و تقربهما إلى درجة شديدة الحميمية، و لكن في أحيان أخرى تثور بداخل أحدهما أو كلاهما مشاعر عدائية تجاه الطرف الأخرى على أنه السبب في المشكلة أو

¹²⁷محمد المهدي، الآثار النفسية للعقم عند النساء، منتديات أفق العرب- جامعة الأزهر. www.google.com

أنه يسعى للتخلي أو يلقي بالمسؤولية على شريكه أو لم يكن إيجابيا بدرجة كافية في البحث عن حل، و تشعر بعضهن بإنعدام العدل في هذه الحياة من الناس و من كل شيء و ربما تتساءل في مرارة في لحظات ضعفها " لماذا أنا بالذات " و بعدها تشعر بالذنب لأنها في موضع إعتراض على حكمة الله و قدرته فتزداد حزنا و غضبا في ذات الوقت¹²⁸.

و هناك ما يسمى بصدمة العقم ، و هي تحدث حيث تتأكد المرأة من إستحالة الحمل و هنا إما أن تزيد عدوانيتها، أو تلجأ إلى الإنسحاب و الإنطواء و الإكتئاب . و كثير من النساء يلجأون إلى " الإنكار " كحيلة نفسية دفاعية فتدعي حين سؤالها أنها لا تفكر إطلاقا في موضوع الحمل، و لا تتأثر به و أن معاناتها الجسدية الحالية ليست لها أي علاقة بهذا الموضوع. فتظهر هذه الأحاسيس السلبية المكبوتة في صور إضطرابات جسدية فتصبح المرأة تكثر من التردد على الأطباء .

و المرأة العقيم تجد راحة في الدخول في الفحوصات الطبية أو محاولات العلاج لأن ذلك أو لا يشغلها عن المشكلة الكبرى التي لا تتحمل مواجهتها. و ثانيا، يعطيها عذرا أمام الناس فلا يلومونها على تأخر حملها. و ثالثا يثير إهتمام الزوج و الأهل بها، فتخف بذلك مشاعر النبذ و الإهمال التي تشعر بها. و يصاحب كل ذلك شعور بعدم الأمان و الخوف من المستقبل مع احتمال هجر الزوج لها و زواجه من أخرى. و هذا الشعور الدائم بالقلق و عدم الأمان و الغيرة الشديدة من النساء الأخريات اللاتي ينجبن ربما يؤدي إلى إستمرار العقم أكثر و أكثر، فإن حدث المحذور و تزوج الزوج و أنجب، فربما تحمل الزوجة العقيم و ذلك بسبب تغير إنفعالاتها بعد زواج زوجها.

و هناك نماذج كثيرة لذلك أشهرها (سارة) زوجة سيدنا إبراهيم عليه السلام، و قد كانت عقيما لسنوات طويلة ثم قامت بتزويج السيدة " هاجر " من زوجها و بعد أن ولدت السيدة " هاجر "، حملت السيدة " سارة " مباشرة و هذا النموذج تعتبر دليلا قويا على قدرة العامل النفسي في حالات العقم .

ربما تشعر المرأة بأنها أصبحت قبيحة الشكل و تهمل مظهرها و تفقد الرغبة في العلاقة الزوجية و تراها غير ذات الفائدة ، و تفقد المعنى في بقية الأشياء و هناك فريق من النساء يلجأن إلى التسامي برغبتهن في الحمل و الأمومة

محمد المهدي، المرجع نفسه سابق الذكر.¹²⁸

فينخرطن في مجالات التدريس خاصة في رياض الأطفال أو التمرين أو كفالة الأيتام¹²⁹.

1-3 الآثار النفسية للعقم على الرجل

إن الرجل يستجيب للعقم خلاف المرأة التي تريد الولد على الحقيقة، و تهفوا للإنجاب، و هذه رسالتها و حياته، بينما الرجل يريد أن يكون له ولد من صلبه و يخلفه من بعده و يعقبه فالتكاثر عند الرجل في القيمة بينما التكاثر عن المرأة زيادة في النسل، و الرجل قد يكون عقيما فلا يتأثر إن لم يكن عنده ما يورثه و أما المرأة فتشعر أنها كالبنيان المعطل¹³⁰.

إن الرجل بالرغم من عدم تقبله إلا أنه لا يظهر ذلك، كونه يرى نفسه السيد الذي يبقى مختفيا بمكانة وسط العائلة لإظهار صموده و قوته و بالتالي فكليهما يعيشان هذه المشكلة كحرج نفسي في شخصيتهما، إلا أنه يظهر عند المرأة أكثر من الرجل. و الرجل يعيش كذلك الألم و يحس به، و يظهر عليه ذلك بحيث يعبر عنه بطريقة غير مباشرة، بالرغم من أنه يعيش في وسط مجتمع يطلب منه أن يكون رمزا للقوة و الرجولة¹³¹.

فالمشكلة بالنسبة للرجل أقل حدة لأن هناك استعداد من المجتمع لتجاهل عجزه، و يفتح له المجال لتعويضات نفسية في مجالات عديدة كالثروة و الكفاءة المهنية و المنصب.

لكن يبقى أن نذكر بأن حب الأطفال حاليا لم يعد يعوض حب الزوجة ، و لا تتوفق الحياة بين الزوجين لأنهما لم ينجبا. بل هناك معطيات أخرى في الحياة و في المجتمع أثرت على مستوى وعي و ذهنية و طريقة تفكير هؤلاء الأزواج حاليا، جعلت إمكانية استمرار الحياة الزوجية بين الزوجين العقيمين واردة جدا. و في

- محمد المهدي ، المرجع نفسه سابق الذكر .¹²⁹
¹³⁰ناديا التميمي، العقم وفق آراء شرعية وإجتماعية و نفسية وطبية ،صحيفة الجزيرة، ط1، العدد1011- السبت 04 جوان 2000، صفحة التحقيقات.

¹³¹ السيدة قزادري ، نفس المقالة سابقة الذكر.

حالة فشل كل وسائل العلاج المتبعة، و بعد المرور من صدمة معرفة حقيقة عقمهم، و قبول الحقيقة يلجأون إلى حلول بديلة كالتبني أو كفالة طفل أو أكثر أو اللجوء للتلقيح الإصطناعي .

الفصل الخامس : الحلول العلمية و الإجتماعية البديلة للعقم

المبحث الأول : الحلول العلمية البديلة باللجوء للتلقيح الإصطناعي

المبحث الثاني : الحلول الإجتماعية البديلة للعقم

أ- التبني

ب - الكفالة

ج - الطلاق

د - تعدد الزوجات

المبحث الثالث : الإستنساخ كوسيلة مستقبلية لحصول الزوج العقيم على ولد

1-1 ظاهرة الإستنساخ

2-1 إستنساخ البشر بين المعارضة و التأييد .

1-2 موقف الدين .

2-2 الجدل القائم بين معارضي و مؤيدي فكرة إستنساخ البشر .

المبحث الرابع : التكفل النفسي و الإجتماعي بالأزواج العقيمين

تمهيد

1- الكفالة النفسية .

2- الكفالة الإجتماعية .

المبحث الأول: الحلول العلمية بالجوء للتلقيح الإصطناعي

لقد مكن تطور العلوم الطبية خلال النصف الثاني من القرن العشرين من بلوغ مطامح كانت تعتبر في الماضي من قبيل العلم الخيالي، فالتقدم الذي نشهده اليوم في أبحاث الجينات مثلا يعتبر من الثورات العلمية الحديثة التي تثير الإعجاب والحيرة في نفس الوقت لما تنطوي عليه من مشاكل أخلاقية، فلنأخذ مثلا قضية الحمل و الإنجاب فهذه الأخيرة لم تعد مرهونة بعمليات التلقيح التقليدي و ذلك أن التقنيات الحديثة في حفظ البويضة مثلا و نقلها و زرعها في أرحام من تشاء من النساء قد يسرت خيارات كثيرة و فتحت الأبواب أمام بدائل لم تخطر على البال حتى عهد قريب.

و قد تمكن الإنسان من القضاء إلى حد معتبر على التشوّهات الفطرية و الأمراض و العاهات و ذلك عن طريق التحكم بالجينات... أما إذا كانت الأمراض الوراثية و العاهات تنجم عن خلل يصيب الجينات نفسها فإن إصلاح الخلل في الجينات قبل ولادة الجنين من شأنه القضاء على تلك الأمراض و العاهات¹³².

لكن رغم هذا التطور الكبير الذي عرفته عملية الإخصاب الإصطناعي من ولادة أول مولود سنة 1978 في بريطانيا، لا تزال تواجه العاملين في هذا المجال عدة مشاكل. فإذا كان العلم قد توصل فعلا إلى إنجاب وفقا لهذه التقنية فإنه لم يتمكن بعد من التغلب على جميع المخاطر و فشل عبر مراحل التطبيق و تفاصيله. إضافة إلى أن هذه الإكتشافات قد أثارت و لازالت تثير سيل من المشاعر المتناقضة فهي تبعث الأمل و اليأس في نفوس أناس كانوا قد كيفوا أنفسهم مع واقعهم ، ناهيك عن أن النفقات المرتفعة للعلاج بواسطة الحمل الإصطناعي تعني بوضوح أن الأغنياء فقط هم الذين يستطيعون تحملهاز إضافة إلى ذلك فقد أثارت هذه التقنية عدة مشاكل أخلاقية ، إقتصادية، إجتماعية ، دينية، قانونية و إنسانية و طرحت العديد من الأسئلة المحيرة¹³³.

تعود الأعمال و الدراسات حول التخصيب عن طريق الإخصاب داخل الأنبوب Fécondation In-vitro إلى القرن التاسع عشر و بالضبط إلى عام 1890، بفضل الأبحاث التي قام بها الدكتور H.HEAP ، الذي قام في تلك الفترة بنقل بويضات التخصيب الخاصة بالفئران، و هذا فتح الآفاق لزراع البويضة في المخبر. و في سنة 1930 ، ثم إجراء تجارب كثيرة حول الجرذان و الخراف و الماعز، و في سنة 1940، تمت تجربة التخصيب عن الفئران و البقر. و ما بين سنة 1950 حتى 1970 تم تجريب هذه العملية التخصيبية الإصطناعية على الخنازير و الأحصنة، ثم تمكنوا من إضافة المصل أثناء عملية التخصيب فأحدث ذلك تنوعا في الزرع حتى سنة 1949¹³⁴.

في سنة 1956 تنبه Whitten إلى أنه من السهل جدا استعمال وسط كيميائي عوض المصل أثناء عملية زرع البويضة، فجرب العملية سنة 1958 كل من MC

¹³² Aziza Chakib, op.cit. PP4 -5

¹³³ Ibid, P51.

¹³⁴ Aziza Chakib. op.cit , P21.

LAREN و BIGGERS ، إستعمل نفس الوسط الذي إستعمله Whitten في خلية البويضة الخاصة بالفأر المتكونة من ثمانية خلايا، فلاحظوا تطورها و نموها طبيعيا. تأخرت التجارب على الإنسان إلى سنة 1973 و طورها كل من COLL و KRETZER و كذلك STEPTOE و جربها EDWARDS ما بين عامي 1976/1978 جربها على الإنسان، فأصبح يعتبر الإخصاب(داخل الأنبوب) من أحدث التقنيات لمعالجة بعض أنواع العقم بحيث يتحكم الأطباء ببراعة في عملية الحمل الإصطناعي ابتداءا من الإنضاج الإصطناعي للبويضة إلى إدخال الحيوان المنوي مباشرة عبر الغلاق الداخلي للبويضة ووصولاً لعزل (المضغة) عن الجينات (المورثات) المريضة في المختبر قبل وضعها في رحم الأم¹³⁵.

ففي سنة 1978 قام الطبيبان البريطانيان R-EDWARDS و P-STEPOE بأول عملية إخصاب داخل الأنبوب في أنجلترا و قد كللت هذه التجربة بالنجاح التام¹³⁶.

و هكذا ولدت أو طفل أنابيب في العالم، و بعد مرور هذه المدة من الزمن على هذه التجربة، فإن عملية الإخصاب داخل الأنابيب لم تؤد فقط إلى حدوث عشرات الآلاف من الولادات في كافة أنحاء العالم، بل أنها أفرزت عددا لا حصر له من الطرائق الجديدة و التي تبشر بمستقبل واعد بحيث يصبح لدى أي زوجين غير قادرين على الإنجاب فرصة جيدة للحصول على أطفال عن طريق الحمل الإصطناعي.

هكذا و على إثر إنتشار خبر ولادة أول مولود عن طريق تقنية التلقيح داخل الأنبوب، بدأ التحرك في مدن العالم المتقدمة لإنشاء المختبرات للإنجاب المعروفة بمراكز التخصيب داخل الأنابيب التي إنتشرت بسرعة في بريطانيا، في المستشفيات المتخصصة، ثم فرنسا فالولايات المتحدة الأمريكية، أستراليا ثم دول أخرى . كما نشطت الأبحاث و الإختبارات و يهدف لتطوير هذه التقنية و تبسيطها و جعلها وسيلة طبية روتينية لمعالجة بعض حالات العقم¹³⁷.

من بين الطرق المتطورة الإنجاب الإصطناعي ، التلقيح داخل قناة فالوب و تم التوصل إلى هذه الطريقة في منتصف الثمانينات، عندما قام مختص أمريكي بوضع النطف و البويضات في أنبوب دقيق و حقنها بعد ذلك في قناة فالوب قبل أن

¹³⁵ Tadjrouni-A et F-Leroy : La fécondation in vitro dans l'espèce humaine . O .P.U Alger, 1993

¹³⁶ - A- Chakib ; *Ibid* , p 48.

1- A- Chakib ; op ; cit . PP 48.-50 .

تخصب، فكانت النتيجة مذهلة، و البويضة لم تخصب فقط بل إنغست و إتصقت بجدار الرحم ، و لكي تستعمل هذه الطريقة الحديثة للمرأة يجب أن تكون إحدى قانتى فالوب لديها سليمة و غير مسدودة، فيقوم الطبيب بأخذ بعض خلايا البويضة من المبيض بعد أن تكون المرأة قد خضعت و لمدة معينة لعملية تنشيط إصطناعي للمبيض .

فالتخصيب داخل الأنبوب، يتم بوضع البويضة الخصبة داخل الرحم مباشرة، بينما التخصيب داخل قناة فالوب فيتم مزج البويضة مع المنى و يتم وضعها داخل قناة فالوب ثم تخصب و تلتصق بالرحم.

و لزيادة نسبة نجاح هذه العملية، قام فريق آخر من الأطباء، في الولايات المتحدة الأمريكية بإخصاب البويضة أولاً داخل أنبوب المختبر ثم قاموا بوضعها مباشرة في قناة فالوب، و لقد حققت هذه الطريقة نجاحاً أكبر بمرتين من طريقة الإخصاب في أنبوب الإختبار، إذا أصبحت نسبة الحصول على الحمل تتراوح ما بين 40-50%¹³⁸.

ثم تم تطوير عملية التخصيب في الأنبوب المخبري Fécondation IN VITRO التي تقتضي أخذ بويضة الزوجة و إخصابها بمنى الزوج ضمن أنبوب مختبري (خارج الرحم)، و من ثم زرع البويضة المتكونة بعد الإخصاب في رحم الزوجة بحيث يتم إستكمال باقي مراحل الحمل ثم الولادة وفقاً للطبيعة. إنها تقنية مذهلة، لاسيما و أن البويضة ذاتها هي من النوع السريع العطب بحيث يستحيل سحبها مع المحافظة على سلامتها .

هناك طريقة تخصيب أخرى و يطلق عليها أسم Embryon transfert ، أي وضع المضغة المكونة من خليتين أو أربع خلايا مباشرة في قناة فالوب بعد 48 ساعة من التلقيح .

أما طريقة التخصيب Intra cytoplasmic Sperme injection : ICSI فيتم فيها حقن مبيض المرأة بمنى الرجل أو بخلية ICSI، و لحد اليوم ولد أكثر من 20.000 طفل في العالم بهذه الطريقة ، و تستعمل في حالة إصابة أحد الزوجين بضعف الخصوبة¹.

2- Ibid , PP ; 50 ; 56 .

1- A – Chakib ; op ; cit . PP57-58

كما هناك طرق إخصاب أخرى، كالجوء إلى وسيلة تجميد البويضات التي تعتبر من الإختراعات التي صاحبت إكتشاف الإخصاب الصناعي، و هي ليست مجرد ترف علمي أو وسيلة غير ضرورية لإتمام عملية الإخصاب عن طريق الأنابيب، بل هي وسيلة للإحتفاظ بالبويضة حية أطول مدة ممكنة إلى أن يحين الوقت الذي يراه الطبيب مناسباً لزرع البويضة في رحم الأم.

كما أن هذه الوسيلة توفر على المرأة المرور بعملية إستخراج البويضات من الرحم أكثر من مرة، لأنها عملية مرهقة جسدياً و نفسياً. و لهذا يقوم الطبيب بإستخراج تسع أو عشر بويضات مرة واحدة حتى يتمكن في المستقبل من تلقيح و إستخدام هذه البويضات إذا فشلت عملية التلقيح الأول . 2

كما أن عملية تجميد و تخزين الجينات عند امرأة شابة إضطرتها الظروف لإجراء عملية جراحية قد يؤدي إلى تدمير وظيفة المبيض فتعطى فرصة لهذه المرأة لإستخدام بويضاتها في المستقبل للحصول على أطفال عن طريق الإخصاب الأنبوبي . 3

كما يمكن اللجوء إلى التخصيب ببويضات متبرعة (مجهولة) و يخص هذا النوع من التخصيب في حالة إصابة الأم بأمراض وراثية من المرأة المتبرعة، يتم تخصيبها بمنى الزوج و تنتقل المضغة بعد ذلك إلى رحم الزوجة .

و لكن عدد المتبرعات بالبويضة قليل جداً مقارنة بالرجال المتبرعين (بالمنى). و

² Mathieu -Robert-SAUVE, L'éthique et le fric de la naissance à la mort, La science prend le contrôle de nos Vies : VLB-Editeur-CANADE-2000 P24.

³-A – Chakib , OP,cit,P P57.- 58.

ذلك لأن إستخراج البويضات من الرحم يتطلب جهدا كبيرا من المرأة المتبرعة تخضع لبعض العمليات الجراحية الدقيقة من أجل الوصول إلى المبيض لإستخراج البويضات. لذلك عادة ما نجد أن المتبرعة تكون إما أخت المرأة العاقر أو صديقتها الحميمة. لكن رغم ذلك هناك نوع ثاني من المتبرعات و هن عدد قليل من النساء اللواتي يقبلن التبرع ببويضاتهن بدافع واحد و هو الإيثار الغيري¹⁴⁴.

كما قد يتم التخصيب بمني متبرع حيث يتم تلقيح بويضة المرأة بواسطة (مني) لشخص آخر غير الزوج و هذه التقنية تستعمل عندما يكون الزوج عقيما و لا أمل في علاجه.

و يشترط في المتبرع أن يكون دون سن الأربعين، و أن يكون متزوجا و له أولاد، و أن يكون التبرع مجانا لكن فيما بعد أصبح مقابل مبلغ من المال). و هذا نظرا لإنتشار مراكز أو بنوك حفظ البويضات و (المني) خاصة في بعض الدول الأوربية كفرنسا مثلا و أصبحت كمراكز تجارية تباع فيها منتوجات إنسانية آدمية. و لهذه المراكز زبائن من كل بقاع العالم¹⁴⁵.

و الملاحظ هو إنتشار مختلف هذه الطرق التخصيبية الإصطناعية عبر العالم، في الكثير من الدول، و هناك إهتمام بتطويرها و تداولها مع بعض التحفظات طبعاً، أنه يجب تطبيقها وفق ما يتماشى و المنظومة الدينية و الإجتماعية و القانونية لذلك المجتمع.

¹⁴⁴- Ibid,P59.
-Ibid,P62 .

المبحث الثاني : الحلول و البدائل الإجتماعية للعقم

تمهيد

بعد أن يفشل أو لا يستطيع العلم تحقيق رغبة الأزواج العقيمين، يتجهون للمجتمع ليحقق له ذلك عن طريق التبني أو الكفالة فرغم كثرة الإجراءات الإدارية و مختلف التحقيقات التي تجري على الزوجين، حتى يتم قبولهما لمنحهما طفل ليتبنوه (خاصة في الدول الأوروبية) ، رغم ذلك فالمهم بالنسبة لهؤلاء هو تحقيق رغبة الحصول على طفل.

(أ) التبني : إن الحقيقة الإجتماعية للتبني جاءت لتعويض الحقائق العلمية و هي علاج العقم بالطرق التكنولوجية المختلفة. فقولنا أطفال العلم أو أطفال التبني ، المهم أن يصل الأزواج إلى تحقيق حلم الحصول على طفل مرغوب فيه.

فمعاونة العقم و مسيرة العلاج و كذلك مسيرة إجراءات الحصول على طفل للتبني هي نفس المعاونة و النضال و هذا مرتبط كثيرا بشخصية الزوجان، فيجب أن يكونا بمعنى الكلمة في وزن امرأة و رجل يريدان طفلا.

و هذا الحل إن كان قادرا على إدخال جو من البهجة في العائلة باستقبال طفل تتعهد بتربيته مدى الحياة، فإنه في بعض الحالات يكون الأمر كفيلا بإلحاق الضرر النفسي والمعنوي للعائلة، إما بتدخل العائلة الأصلية للطفل في تفاصيل طريقة تربية طفلها يبدأ يطرح مجموعة من الأسئلة حول عائلته الأصلية مع إظهار رغبته في التعرف عليها مهما طال الزمن أو قصر، و حتى و إن كان يعيش في ظروف جيدة لكن النزعة العائلية غالبا ما تشده إلى أهله.

لذلك العائلات غالباً ما تفضل تبني طفل مجهول الهوية لتفادي المشاكل التي ذكرناها سابقاً و ليسهل عليها إمتلاكه و الإنفراد بحبه و عطفه، لكن بالمقابل فإن مشكل الهوية يصبح عائقاً في حياة الطفل خاصة عندما يصبح شاباً¹⁴⁶.

و هو الأمر الذي يؤثر نفسياً على كل من الطفل المتبنى و الأسرة التي تجد نفسها عاجزة أما م إيجاد حل لطفها.

و مع ذلك و بالرغم من كل هذا فإن تربية طفل و مهما كانت نوع المشاكل التي تترتب عن ذلك، أفضل بكثير من بقاء العائلة لوحدها، لدرجة أن بعض الأسر تلجأ لتبني أكثر من طفل.

و طبعاً يلجأ الأزواج العقيمين لهذه الطريقة، لتثبيت الزواج و ترسيخه و إنقاذه من الفشل.

مسيرة التبني : بعد أن يتأكد الزوجان من عقمهما و يتقبلانه، و بعد قبول فكرة التبني و مناقشتها مع من هم مع الفكرة و من ضدها، في الأخير يتم إتخاذ القرار و تبدأ الإجراءات اللازمة.

و عادة ما يتم اللجوء إلى قرار التبني بعد مرور سنوات كثيرة بعد الزواج، و عادة ما يكون إتخاذ هذا القرار لتكوين أسرة عادية، لكي يكون لهم غاية من الحياة لملأ الفراغ¹⁴⁷. و لكي لا يحسوا بالفراغ في الحياة الزوجية و بالوحدة لأن الحياة ليس لها معنى بدون أطفال.

أما الزوج فقد يضيف أنه من أجل المحافظة على صحة زوجته التي تتضرر من جراء القلق الذي تحسه نتيجة العقم فهو يحس دائماً بأنه لا يجب أن تحس زوجته بأنه قد إبتعد عنها أو تركها¹⁴⁸.

Michel-Daudin, L'adoption , Yahoo.fr.2003.

146

Pierre-Verdier, L'adoption aujourd'hui, Aspect psychologique, problèmes, pratiques.ED : ¹⁴⁷
L'homme et la femme.paris, 1978-P15

Ibid, P29.

148

التحضر و التهيء للتبني : المرأة تحمل الطفل لمدة تسعة أشهر في بطنها، و خلال هذه الفترة، تكلمه، تهيئه و تنهيا لإستقباله، فالوقت يأخذ فجأة بعدا جديدا. فالمترشحون من أجل تبني الأطفال يعيشون نفس لحظات الإنتظار و قد يكون الوقت ملانما لتوطيد العلاقات بين الزوجين أكثر فأكثر. فيعيشون اللحظات معا، لحظات تخوف، صعوبات، و هذه الفترة توحد و تربط أكثر بين الزوجين.

حتى أنهم فجأة يصبحون يتحدثون عن مستقبل حياتهم، و هناك من يبدأ في مناقشة طلبات الطفل، حسب سنه و جنسه و مع أن الأغلبية يحبذون تبني طفل صغير السن.

لكن في أوراها هناك نوع من العنصرية أثناء إختيار طفل(ة) المتبني بحيث يجب أن يكون أبيض أو بيضاء البشرة ذات عيون زرقاء، و لا يتقبلون تبني الأطفال ذوي الأصل العربي و السود و ذوي الجنس الأصفر و هذا التركيز على مواصفات معينة في الطفل المتبني لكي يكون مقبولا مستقبلا في حيه و مدرسته و حتى لا يعاني طفلها مستقبلا¹⁴⁹.

و عملية التبني تحكمها عدة قواعد دينية و قانونية و إجتماعية، و تختلف من مجتمع لأخر، فالتبني إذا تعلق الأمر بمنح اللقب العائلي و بالتالي حق الميراث فهذا حرام في الدين الإسلامي. و الأسر الآن تتبنى أطفالا تبنيها غير محرما أي و كأنها تكفل هذا الطفل.

ب) الكفالة

هي رعاية الطفل أو الولد و القيام بشؤونه، كقيام أبيه بشؤونه، فالطفل الكفيل أو المكفول ليس لقيطا، بل له والديه، و هو طفل شرعي بزواج شرعي. و عندما يصل إلى سن معين، و في حالات مثلا سفر الأب أو موته يمكن(للأسرة) أن تجد له كفيلة، يقوم بشؤونه لأنه قاصر حتى يصل إلى سن الرشد، و هذا من باب الإحسان..

لكن يبقى اللجوء للكفالة أو التبني ليس هو الحل الشافي النهائي لهؤلاء الأزواج العقيمين، فهناك دائما ما يثير حزنهم و عدم إطمئنانهم لأن الطفل المتبنى يبقى دائما ليس ابنهم و لا يورثوه إذا كان لهم المال، فالتبني أو الكفالة هي حلول مفروضة لقهر مشكل العقم ، لملاً الفراغ، و كذلك لفعل الخير. و ما يتمناه الزوجان أن يكون نعم الوالدين لهذا الطفل، و أن يكون هذا الطفل سندا لهم مستقبلا، حتى و إن فكر في البحث عن والديه الشرعيين في يوم من الأيام¹⁵⁰.

هذا بالنسبة للحلول التي تبقى على إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين ، لكن هناك حلول إجتماعية بديلة أخرى قد يلجأ إليها هؤلاء الأزواج و يترتب عنها فك العلاقة الزوجية كالطلاق و تعدد الزوجات الذي يكون بتطبيق الزوجة الأولى و الزواج من ثانية لأجل الإنجاب .

ج) الطلاق

قد يلجأ الأزواج إلى حل الرابطة الزوجية لوجود مشاكل بين الزوجين تحول دون إستمرار حياتهما معا سواء كانت مشاكل عائلية أو خاصة . و من بين الأسباب التي قد تؤدي إلى الطلاق هو عقم أحد الزوجين و طبعا يأتي هذا القرار في معظم الأحيان من طرف الزوج بعد ثبوت عقم زوجته . لأنه في معظم الأحيان عندما يكون العقم من الرجل فإن الزوجة تتقبل الوضع و تفضل الإستمرار مع زوجها بدون أطفال على أن تطلب الطلاق . لكن الوضع قد يختلف بالنسبة للزوج فبمجرد ثبوت عقم زوجته يلجأ إلى البحث عن وسيلة أخرى لأجل الإنجاب بإعادة الزواج مرة ثانية لأنه يرى أن إنجاب أطفال من صلبه من حقه الشرعي .

من هنا نتبين الإصلاح العظيم الذي حققه الإسلام في تشريع الطلاق ، بما يكمل حفظ حقوق المرأة و حماية الأسرة ... و رغم أن الإسلام أقر الطلاق إلا أنه قيده و جعله في عصمة الرجل لكي يحافظ على الرابطة الزوجية و لا يلجأ إليه إلا في حالة

150 - مقابلة مع المحامية ش- نصيرة يوم 28 ماي 2006 بمقر مكتبها بالجزائر العاصمة

إستحالة إستمرار الزواج . و العقم ليس سببا يؤدي إلى ذلك لأنه بيد الله يصيب المرأة و الرجل .

لقد أباحت الشريعة الإسلامية الطلاق للرجل ، كما أباحت للمرأة إذا أرادت الطلاق من زوجها لسوء خلقه أو عيب فيه ، أو للتضرر منه أن ترفع أمرها للقاضي ليفرق بينهما . و لكن الشريعة الإسلامية وضعت له حدودا و نفرت منه و لم تجعله أول علاج ترشد إليه و لكن جعلته كالكي آخر علاج بعد نفاذ كل الحيل ، و تجريب كل أنواع العلاج ، و سلوك ما للزوج من ولاية عليها . فمع أن القرآن و السنة قد أباحا الطلاق فإنهما نفرا منه و لم يسمحا بإستعماله إلا في الضرورة القصوى . فقد روى عن الرسول صلى الله عليه و سلم : " ما أحل الله شيئا أبغض إليه من الطلاق . " فإعتبر القرآن الإمتناع عن الطلاق من نوع التقوى و البر .

لكن هناك معان تدفع الرجل إلى الطلاق ، خلاف النفرة بين الزوجين لسوء خلق أو عيب ، فقد يظهر أن الزواج لم يحقق ما رغباه من ذرية ، و هي من أهم مقاصد الزواج ، فإذا حصل الطلاق بينهما ، يتزوج كل منهما بآخر فربما تحقق ما يرجوانه من نسل و غير ذلك من أسباب تستدعي الطلاق .¹

و إذا رجعنا إلى مفهوم العقم في الطب و أسبابه ، نجد أنه مرض يصيب الرجل و المرأة . فإذا كان أسبابها في المرأة فالرجل يستطيع طلاق زوجته من غير حاجة إلى القضاء ، لأن ذلك من حقه و لأن من مقاصد الزواج التوالد و التناسل ، و العقم يمنعه من ذلك .

أما إذا كان العيب في الرجل ، فعلى المرأة إذا كان لها علم بتلك العيوب الواضحة و رضيت به فلا حق لها في طلب التفريق بينها و بين زوجها ، و أما إذا لم يكن لها علم فلها أن تطالب التفريق و يمهل القاضي الزوج مدة سنة لمعالجة ما يمكن علاجه من أمراض العقم .

و هناك من الفقهاء من يرى بأنه لا ضرورة للتفريق لأي عيب من العيوب منها ، و ذهب الجمهور إلى التفريق مع التفصيل بالنسبة لهذه العيوب .¹

- أحمد الغندور ، الطلاق في الشريعة الإسلامية و القانون ، بحث مقارن ، دار المعارف . مصر . 1967 ، ص 56¹⁵¹ .

و حسب علماء النفس فإن معظم حالات الطلاق ترجع إلى عوامل نفسية لا شعورية ، و تدخل في نطاق علم النفس المرضي ، أي أن الشخص الذي لا يرى حلا للأزمات التي تتخلل بالضرورة الحياة الزوجية إلا الطلاق ليس بالشخص السوي ، و أن السبب الجوهرى الذي يجعله يفكر في الطلاق ثم يهدد به ثم ينفذه هو مرض في نفسه و هو عدم نضجه العاطفي . فالزوج الذي يطلق زوجته بسبب أنها عقيم ، لا شك أن حبه لزوجته ناقص . فالطاقة العاطفية التي كانت ستبذلها الزوجة في تربية الأطفال يمكن إشباعها بإسهامها في ميادين النشاط الإجتماعي أو الفني أو الثقافي ، دون تفكك الحياة الزوجية التي أحاطها الشارع الحكيم بسياج متين من المودة و المحبة².

و إذا قيست حوادث الطلاق في البلاد الأخرى رأينا بأن الطلاق بين المسلمين قليل و السبب في ذلك كراهة الدين له و أمره للمسلم بترويض النفس على الصبر و مواجهة مشكلات الحياة الزوجية ، حاثا إياه على حسن العشرة و إجتناّب ما من شأنه أن يدعو إلى التفرقة و قطع الروابط الزوجية ما استطاع كل من الزوجين إلى ذلك سبيلا .

1- عبد العزيز الخياط ، المرجع نفسه سابق الذكر . ص 23

2 - أحمد الغندور ، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص 67

أما حسب قانون الأسرة الجزائري ، يحل عقد الزواج بالطلاق الذي يتم بإرادة الزوج أو بتراضي الزوجين أو بطلب من الزوجة في حدود ما ورد في المادتين 53 و 54 من هذا القانون .

كما يجوز للزوجة أن تطلب التطلق نظرا لأسباب عدة من بينها العيوب التي تحول دون تحقيق الهدف من الزواج و قد يكون العقم من بينها . (الباب الثاني إنحلال الزواج ، الفصل الأول الطلاق المادة 48 و 53 (ص ص 22 27 28) قانون الأسرة الجزائري .

د) تعدد الزوجات

الزواج سنة الإسلام ، شرعه الله ليعف الإنسان نفسه و يحافظ على بقاء نسله و ليكون طريقا للتواصل و البر و الرحمة ، و سكنا يثوي إليه الزوجان ، فيلقيان عنده أعباء الحياة الخارجية إلى حين . و الإسلام يرفع من مكانة الزواج و أهميته ، و يسمو بحكمته حتى يجعله من أقوى أسباب التواد بين الغرباء و التقارب بين البعداء و توثيق أواصر القربى بين الأسر بعضها و بعض . قال سبحانه و تعالى : " و من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة و رحمة " . * سورة الروم ، الآية 21

فكان أن شرع من ما شرع رخصة تعدد الزوجات إلى أربع إذا اقتضت الضرورة و ألجأت إليه الظروف و إشتراط على الأزواج العدل و التسوية بينهن في السكن و الرزق أي النفقة ، و أن تكون لديهم القدرة على الحياة الزوجية قال تعالى : " فأنكحوا ما طاب لكم من النساء مثنى و ثلاث و رباع فإن خفتم ألا تعدلوا فواحدة أو ما ملكت أيمانكم " . سورة النساء ، الآية 03

و لقد كان تعدد الزوجات شائعا حتى قبل مجيء الإسلام عند عديد من الشعوب بمختلف الديانات كالمسيحية و اليهودية ، لكن الإسلام نظمه و قيده و ضبطه . فالإسلام لم يبتدع التعدد و إنما جاء فوجده في جميع الطبقات يمارسه اليهود و العرب و غيرهم على أوسع نطاق ، دون التقيد بأي اعتبار . فكان لابد أن يتدخل الإسلام لعلاج هذه الظاهرة التي وصلت إلى حد الفوضى في كثير من الأحيان ، و أصبح لا دافع من ورائها إلا التلذذ الحيواني و التنقل بين الزوجات كما ينتقل الخليل بين الخليلات ... فكيف كان علاج الإسلام لها .¹⁵²

التعدد علاج يقدمه الإسلام لما قد يطرأ على حياة الأسرة من علل و أدواء و هذا العلاج محكوم عليه بحكم الحاجة و بحسب الحالة الطارئة الواقعة فمن خرج به من هذه الملابس فقد ظلم نفسه و جاوز حدود الله . فالإسلام دين البشرية العام و

¹⁵² 1- جمعة الخولي ، تعدد الزوجات و حكمته في الإسلام ، مكتبة مشكاة الإسلامية ، (

ضمنه الله عز وجل من الشرائع و الأحكام ما يجعله صالحا و أفيا بحاجات البشرية إلى قيام الساعة و قد رخص في موضوع التعدد لمواجهة حالات واقعة في الحياة البشرية لا يمكن أن يقف حياها مكتوف الأيدي و إلاكان قاصرا عن مواجهة ظروف الحياة .
و من الحالات التي راعاها الإسلام و رخص فيها التعدد إزاءها ما يلي :

إذا عقت المرأة أو ثبت أنها عاقرا لا تلد ، ووجدت لدى الزوج الرغبة الفطرية في النسل و الإنجاب أو إذا مرضت مرضا مزما يطول برؤه أو يستعصي على العلاج ، و قد لا يتمكن الزوج معه أن يعاشرها معاشرة الأزواج و قد لا تستطيع هي الأخرى بإزائه أن تقوم بواجباتها كزوجة .. إن المرأة في هاتين الحالتين تكون أمام أحد أمرين :

إما أن يطلقها الزوج و يتزوج بأخرى تستطيع القيام بحقوق الزوجية و تحملها ، و قد لا يكون هذا من الوفاء مع زوجة أعطته خدماتها و إخلاصها و إما أن يبقى عليها مع زواجه بأخرى . و هذا الحل قد ترتاح له المرأة العاقلة و تفضله على الطلاق لأنه بالنسبة لحلة المرض تكون المرأة بحاجة إلى من يقف بجوارها و يتولى شؤون علاجها ، و في حالة العقم نجد أن المرأة في كثير من الأحيان هي التي تقوم بعرض الزواج على الرجل و ترغبه فيه و قد تقوم هي بالخطبة له و تعيش مع غيرها كعيشة الأختين .

هناك حالات يزيد فيها عدد النساء على الرجال و يظهر ذلك واضحا في أعقاب الحروب التي تأتي على كثير من الشباب ، فهنا يشرع تعدد الزوجات .

مع التذكير هنا بأن الزواج الثاني شديد على نفسية الأولى ، و بغض إليها و لكن ماذا تفعل أمام بعض الضرورات التي تحتم ذلك و لكن يبقى أن تستأذن الزوجة قبل أن يتزوج عليها زوجها .

لكن الواقع يشهد أن التعدد بين المسلمين يعتبر في حكم الشاذ ، و أن الذين يعددون قلة في المجتمع الإسلامي ، أما الذين يقتصرون على واحدة فهم الكثرة الساحقة في المجتمعات الإسلامية ، ذلك أن إرتفاع النفقات و تكاليف المعيشة و ما يترتب على التعددية من مشاكل أسرية و خلافات مستمرة ، كل ذلك جعل الرجل يفكر أكثر من

مرة في الإقدام على مثل هذا العمل . فالتعدد ليس منتشرًا بالصورة التي تزعم النساء¹⁵³.

أما إذا تعلق الأمر بالتعدد في حالة العقم فإن نتائج البحوث الآن أثبتت بأن سبب العقم هو الرجل بنسبة تتعدى نسبة النساء العقيمات لذلك لم يعد من الحلول البديلة ، فالزوج العقيم يبقى يعيش مع زوجته التي لا تفارقه رغم عقمه ولكن في حالة طلبها الفراق فقد يصعب عليه إيجاد من تقبل به و هو عقيم

حسب قانون الأسرة الجزائري ، يسمح بالزواج بأكثر من زوجة واحدة في حدود الشريعة الإسلامية متى وجد المبرر الشرعي و توفرت شروط و نية العدل . و يجب على الزوج إخبار الزوجة السابقة و المرأة التي يقبل على الزواج بها و أن يقدم طلب الترخيص بالزواج إلى رئيس المحكمة لمكان مسكن الزوجة¹⁵⁴.

- جمعة الخولي ، المرجع نفسه سابق الذكر .¹⁵³
¹⁵⁴ قانون الأسرة ، قانون الجنسية ، قانون الحالة المدنية . النصوص الكاملة للقوانين و تعديلاتها إلى غاية 27 فبراير 2005 ، مدعمة بالإجتهد القضائي . منشورات بيرتي 2007 – 2008 (طبعة جديدة مصححة و منقحة).

القسم الثاني من الفصل الأول من الباب الأول الخطبة و الزواج (أمر رقم 05-02) مؤرخ في 27 فبراير سنة 2005 . المادة 08 ص 10

المبحث الثالث : الإستنساخ كوسيلة مستقبلية لحصول الزوج العقيم على ولد

1 (الإستنساخ

الإستنساخ « le clonage » أو التنسيل، معناه تكون كائن حي كنسخة مطابقة تماما من حيث الخصائص الوراثية و الفيزيولوجية و الشكلية لكائن حي آخر، كفرادي توأم من بويضة واحدة.

فالإستنساخ هو توألد لا جنسي، لا يحدث فيه إخصاب لبويضة الأنثى بنطفة الذكر، فالخلية في التوآلد اللاجنسي تشرع بتكوين الجنين ثم الفرد البالغ دون مشاركة الذكر، أي الفرد المستنسخ لا أب له.

الإستنساخ شائع في النباتات، حيث يمكن تكوين نبات بالغ بدءا من فرع شجرة أو من ورقة نباتية و سويقها أو حتى من قطعة معينة من هذه الورقة¹⁵⁵.

كما هو شائع أيضا في الحيوانات، مع العلم أن أول عملية إستنساخ أثبتت نجاحها التي كانت أشهرها النعجة (دوللي). و بعد ذلك أجريت على نماذج أخرى من الحيوانات و حققت نفس النجاح مما دفع العلماء إلى تهيئة أنفسهم لتطبيق أسلوب الإستنساخ على البشر.

¹⁵⁵حسين فضل الله و آخرون، الإستنساخ جدل العلم و الدين و الأخلاق، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق و دار الفكر المعاصر، بيروت -1997، ص 20.

و تتردد في نفس الوقت تقارير تؤكد أن نفس هذه التجربة تتم الآن في معامل مجهولة بالعديد من الدول و بعيدا عن الأضواء بهدف إستنساخ أول آدمي دون أب و أم، بإستخدام مجرد عينة من الحمض النووي للإنسان المعروف بإسم ADN¹⁵⁶ .

إن أول من أعلن عن إنشاء عيادة لإستنساخ الإنسان هو Richard Sseed المعروف بآرائه المتطرفة في أمريكا و تأكيدا لإنجاز Seed أنشأت BROGITE-BOISSELIER شركة خاصة لإستنساخ الإنسان و سمته Clone Aide و أعلنت سعر إستنساخ الفرد ب 200.000 دولار¹⁵⁷ .

من فوائد الإستنساخ ، توفير الأعضاء البشرية للمرضى الذين يحتاجونها، فبدلا من إستئصال هذه الأعضاء من الموتى أو الميؤوس من شفائهم سيكون بوسع العلماء لإستنساخها للحصول على قلب أو كبد أو كلية أو قرنية عين ، لزرعها في أجسام المرضى الذين يحتاجونها¹⁵⁸ .

كما يتيح فرصة لإنتاج بشر بمواصفات خاصة أو حسب الطلب و بأي عدد فيساعد الأزواج المصابين بالعقم بأن يكون لهم أطفال عن طريق الإستنساخ¹⁵⁹ .

كما ستمكن الوراثة التناسلية الأباء من إنتقاء الصفات التي يريدونها في أبنائهم و ذلك بإزالة غير المرغوب و إضافة المرغوب من الجينات و سيكون الإستنساخ أحد البدائل الشائعة للإنجاب في القرن الحادي العشرين¹⁶⁰ .

لكن بوجود هذه الفوائد هناك مخاطر للإستنساخ ، فبالرغم من كل القوانين و القرارات التي صدرت في العديد من الدول لحظر الإقدام على أي خطوة جديدة نحو الإستنساخ البشري، إلا أن جهات علمية جديدة أكدت أن التجارب قد بدأت بالفعل

ت دليلة، قنبلة القرن الواحد و العشرون-جريدة البلاد، العدد 551، 29 أوت 2001، ص 12-13¹⁵⁶

محمد عبد الحميد شاهين، رعب إستنساخ البشر-مجلة العربي، العدد 493-ديسمبر-1999. ¹⁵⁷
- ت - دليلة ، جريدة البلاد، نفس العدد السابق الذكر، ص 12-13. ¹⁵⁸
¹⁵⁹- ق-م ، باحث يتوقع إستنساخ البشر خلال أربعة أشهر-لن نستنسخ مايكل جوردان ولا أسامة ابن لادن، جريدة الخبر، وكالة الأنباء الجزائرية- العدد 3289-الأحد 07 أكتوبر 2001.

- محمد عبد الحميد شاهين، رعب إستنساخ البشر-مجلة العربي، العدد 493-ديسمبر-1999¹⁶⁰

لإنتاج أول إنسان بطريقة الإستنساخ، و أكثر من مجموعة من العلماء أعلنت تحديها لقرارات منع التجارب للإستنساخ على الشر متمسكة بذلك بوجوب إستمرار التجارب وذلك لأن العلم لا يعترف بحدود أو قيود، لذلك تطرح اليوم أسئلة عديدة في كيفية مواجهة هذا التطور الذي يتوقع الكثيرون أنه سيشكل حدثاً رهيباً في تاريخ البشرية، كيف سيستقبل العالم مثل هذا المخلوق الغريب الذي سيخرج إلى الحياة بطريقة لم يسبق لها مثل¹⁶¹.

و هل سيكون هذا المخلوق الذي جاء إلى الدنيا رغم أنف العالم مجرد بداية لأجيال جديدة قادمة من البشر المستنسخين أم أنه سيكون وحده هو البداية و النهاية أيضاً؟ .

و مثلما جاء المؤيدون لعملية الإستنساخ بالفوائد التي سوف تجنيها البشرية كذلك ظهر معارضون لهذه الفكرة معارضو عمليات الإستنساخ الذين ذكرو بالأخطار التي سوف تثار من جراء إستنساخ البشر، قضايا أخلاقية و إجتماعية و دينية و بيولوجية، إنسانية شديدة الخطورة ، فإستنساخ البشر، سيفتح الباب أمام تجارة رهيبة لم تعرفها الدنيا منذ بدء الخليقة، و هي تجارة الأعضاء البشرية¹⁶².

أما أثر الإستنساخ على مستوى الأسرة فلقد رتب الله سبحانه و تعالى أن تنمو البشرية عن طريق العلاقة الجنسية بين الزوج و الزوجة، و أن يكون الأولاد ثمرة حب متبادل و إتحاد جسدي كامل بينهما و لكن العلم اليوم يفاجئنا بقانون الإستنساخ الذي ينتج كائنات عن طريق آخر لا دخل للحب المتبادل في تكوينها ولا للعلاقة الزوجية في سيرها، و هكذا نقرأ في هذا لإنجاز نتائج مذهلة و رهيبة .

أولها أن الولد الذي لا يكون ثمرة حب الزوجين المتبادل قد لا يحمل في قلبه عواطف الحب و الإلتئام لوالديه و هو في الواقع لا يعرف من هو والده و من هي

- تـدليلة، جريدة البلاد، نفس العدد السابق الذكر، ص 12-13.161
¹⁶²محمد عبد الحميد شاهين، المرجع نفسه سابق الذكر .

والدته، و من الطبيعي في هذه الحالة أن لا يمنح الزوج والزوجة هذا المخلوق الغريب عنهما ما يحتاج إليه من محبة و عطف و تضحية حتى يبلغ أشده.

لقد علمتنا خبرة الأيام و الشعوب أن الأب و الأم يعملان و يتعبان و يقتصدان بل يحرمان ذواتهم من أمور كثيرة في هذه الحياة ليوفروا لأولادهما حاجاتهم و يؤمنوا لهم سعادتهم و راحتهم و مستقبلهما ، بل يحاولان أن يوفر لهم بعض المال.

فإذا كان ثمرة الإستنساخ بدل أن يكونوا ثمرة المحبة المتبادلة و العلاقة الطبيعية بين الزوج و الزوجة ، فما الذي سيدفع بالوالدين إلى التضحية و التوفير و حرمان ذاتهما من مباحج الحياة، بل ما الذي سيدفع الأم إلى السهر ساعات في الليل لينام ابنها؟ و ما الذي سيدفع الوالدين إلى الإمتناع عن السهرات و التسلية و زيارات الأقارب و الأصحاب إذا لم يكن الولد نتيجة حبهما المتبادل¹⁶³.

2) إستنساخ البشر بين المعارضة و التأييد

2-1 موقف الدين الإسلامي من الإستنساخ

عندما إنطلقت هذه المسألة، حاول البعض إعتبارها تجديفا ضد الخالق ، أو تدخلا في عمل الله، و لكن نرى بأن العلماء الذين قاموا بهذه التجربة، إستهدوا للأسرار الكامنة في الجسد الإنساني، التي يمكن للإنسان أن يستهديها من أجل القيام بتجارب جديدة قد تتجاوز المألوف من التجارب التي عاشها الإنسان في مسألة التوالد و التناسل أو الوراثة.

¹⁶³ حسين فضل و آخرون، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص 108.

فالإستنساخ البشري من هذه الناحية في بعدها الديني ، ترى من فكرة أن هؤلاء العلماء الذين قاموا بالتجربة و ربما يقومون بتجارب مماثلة لم يبتعدوا عن القوانين المودعة في جسد الإنسان التي أبدعها الله سبحانه و تعالى ما لم يكتشفها الأولون و إكتشفها الآخرون، و ربما في المستقبل سوف تكتشف أسرار أعمق من ذلك¹⁶⁴.

لهذا لا نجد من الناحية الدينية ، على المستوى العقيدي أو على المستوى الشرعي ما يمنع من شرعية هذه التجارب من حيث طبيعتها العلمية.

كذلك لا بد للإنسان أن يواجهها في كل حركة العلم في إكتشافاته، و هي أن الإنسان قد يستخدم العلم من أجل تقدم الإنسان و من أجل الخير في الإنسان. و قد يستخدمه من أجل دمار الإنسان و تخلفه و تأخره. كما في إكتشاف (الذرة) التي أستخدمت لصالح الإنسان و ضده كذلك.

و هنا نصل إلى نقطة ضرورة الربط بين العلم و الأخلاق، فيجب التحفظ و مراقبة هذه التجارب و مدى إتصالها بمصلحة الإنسان، و مدى إنسجامها مع الخط الأخلاقي.

لذلك فإن الدين يمر بطريق العلم، و أن مشكلة الكفر هي مشكلة اللاعلم. و ليس مشكلته هي العلم، إن الإنسان كلما إزداد علما إزداد إيمانا، و كلما إزداد جهلا إزداد كفرا، لهذا فإنني لا أتصور أن على القائمين على شؤون الدين أن يبادروا إلى الوقوف بسلبية أمام أية نتائج علمية، بل لابد لهم أن يدرسوا هذه النتائج ليربطوها بأسرار الكون فيما خلق الله في الكون من قوانين و نظم و سنن.

فالقضية عندما تدرس نجد أنها لا تختلف عن أساس التفكير الديني لأنها لا تجعل الإنسان خالقا على جانب الله سبحانه لأن الإنسان و كما قلنا إستهدى لقوانين الله في جسد الإنسان في سبيل تحريك هذه القوانين بطريقة لا تبتعد عن الخصائص الموجودة داخل هذه القوانين بشكل طبيعي، فهو لم يضع قانونا جديدا للخلق بل تحرك في دائرة القوانين الإلهية.

¹⁶⁴ - حسين فضل و آخرون ، المرجع نفسه، ص 106.

إن الإستنساخ ليس تخليقياً، وإنما هو عملية دمج بنواة خلية موجودة و حية أصلاً، أي أن الخصائص و الصفات موجودة في الخلية، و يراد تكوين موجودات متشابهة أو متماثلة، أي نقيض الخلق الإلهي ، فإن جمال هذا الكون يتمثل بوجود الأضداد و المتغيرات و الأشكال المختلفة، و المواهب و القدرات العقلية و الطاقات و الإمكانيات الجسدية، فهناك الجمال و القبيح و التفوق و الخمول، و الكمال و النقص و الذكورة و الأنوثة ، و العبقريات و مادونها، ليكون بين البشر القائد و المفكر، و الفقيه و المهندس و لولا هذا التباين لما كان هناك متعة في الحياة¹⁶⁵.

2-2 الجدول القائم حول إستنساخ البشر

لقد دعت دول مثل فرنسا و ألمانيا و الأمم المتحدة إلى خطر الإستنساخ البشري في معاهدة دولية كما أثارت محاولات الأطباء إستنساخ بشر غضب الجمعيات الدينية.

و نادى مؤيدو هذه العمليات أن الحكومات التي حضرت تجارب إستنساخ البشر أخطأت بخلطها بين القضايا السياسية بالقضايا الطبية، خاصة بعد إلغاء مشاريع الإستنساخ لبعض الأطباء .

و لقد صدرت تشريعات و قرارات في الولايات المتحدة الأمريكية تمنع إجراء تجارب الإستنساخ على البشر لما تشكله هذه التجارب من أخطار أخلاقية و إجتماعية¹⁶⁶.

لكن مؤيدي هذه التجارب من الدوائر العلمية الأمريكية أكدوا أنهم لا يعتزمون الخضوع لهذه القرارات و أكدوا أنهم سيلجأون لكافة القنوات و المصادر

¹⁶⁵ حسين فضل و آخرون، المرجع نفسه سابق الذكر ، ص119
¹⁶⁶ق-م ، باحث يتوقع إستنساخ البشر خلال أربعة أشهر-لن نستنسخ مايكل جوردان ولا أسامة ابن لادن، جريدة الخبر، وكالة الأنباء الجزائرية- العدد 3289-الأحد 07 أكتوبر 2001.

التشريعية و القضائية مثل الكونغرس و المحكمة العليا من أجل إلغاء الحظر على الإستنساخ .

و المؤكد أن إسرائيل تدعم هذا المشروع و تبدي حماسا كبيرا لتشجيع الإستنساخ البشري، و هذا لأن هذه الطريقة مجدية لزيادة عدد اليهود.

و المخاوف هنا أساسها هو إمكانية إستغلال هذا التطور العلمي من أجل تحقيق أهداف شريرة و دنيئة، لذلك من الأفضل وضع نظام علمي صحيح للحيلولة دون إستغلال المنجزات و الإكتشافات العلمية لتحقيق أغراض و أهداف شريرة¹⁶⁷.

¹⁶⁷ ت دليّة، قنبلة القرن الواحد و العشرون- جريدة البلاد، العدد 551، 29 أوت 2001، ص 13-12

المبحث الرابع: التكفل النفسي و الإجتماعي بالأزواج العقيمين

تمهيد

تشمل آثار الظروف الصعبة عدة جوانب في حياة الإنسان ، غالبيتها في التهديد الموجه نحو تلبية إحتياجاته المادية و النفسية الأساسية، و التي تعتمد بشكل مباشر على أفراد أسرته و المحيطين به و من حوله، و لذى فإن البيئة المتوافرة له أهمية خاصة في مساعدته على إستعادة قدرة التكيف و العودة إلى النمط الطبيعي و خاصة توافر جهاز الدعم العائلي و النفسي و الإجتماعي و الذي يلعب دورا مساعدا أو معوقا للفرد الذي يعيش ظروفًا صعبة أثناء الأزمات¹⁶⁸.

و يعتبر عدم القدرة على الإنجاب أي العقم من المشاكل الصعبة التي تعترض و تنغص حياة الأزواج و العائلة ككل و قد يؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض العضوية و السلوكية و النفسية، و لتفادي ذلك أو لعلاج هذه الحالات قبل أن تصبح أمراضا مستعصية يجب إحاطة هذه الفئة خاصة (النساء) بالرعاية على المستوى النفسي و العلاجي و الإجتماعي بإتباع طرق و منهجيات علمية ناجحة بدون أن ننسى التذكير بأننا كمسلمين لنا في القرآن و السنة شفاء من كل داء . لكن رغم ذلك تبقى الوقاية واردة كضرورة عن طريق التكفل الفعال.

فالتكفل هو إلتزام أو إرتباط من طرف شخص ، لغرض تحقيق مساعدة طبية أو مساعدة إجتماعية و هي عبارة عن مصدر أولي للطمأنينة الإجتماعية و تهدف للوصول ولوجزئيا لتحقيق علاج أو إعادة تدريب أو نقاهة¹⁶⁹. أما الكفالة النفسية: " فهو مجموعة من الطرق و المنهجيات النفسية الإجرائية المتداخلة

¹⁶⁸ WWW.DOMAR.COM.2003.

R-Lafon, Vocabulaire de psychologie et de psychiatrie de l'enfant, ED.P.U.F Aout,1991 ¹⁶⁹

للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الإضطرابات سواء كانت نفسية أو عضوية و تتمثل في تدخل الأخصائي "170.

هذا الأخير الذي يقوم بالعلاج باستعمال تقنيات علاجية و حيل ذهنية، و يحاول الإبتعاد عن إستعمال الأدوية قدر المستطاع.

و الهدف من هذا العلاج النفسي هو مساعدة الفرد للوصول إلى درجة مناسبة من التوافق الشخصي و الإجتماعي بما يساعده على أن يحيا حياة مشبعة و فعالة.

و في حالات الأفراد المصابين بالعقم ، يجب أن يكون الطبيب المعالج مصدر ثقة و بصفة المحلل النفسي لزيائنه من الجنسين، أي ربط علاقة وثيقة بينه و بين المرضى، و هي نقطة مهمة و تساعد على الشفاء و تقبل العلاج.

1) التكفل النفسي

من أجل تحقيق التوازن النفسي لمن يعيشون مشكلة معينة و بالتالي القدرة على التكيف، هناك عدة طرق تتبع من الناحية النفسية للوصول إلى نتيجة إيجابية منها العلاج المستوحى من التحليل النفسي و تكون فيها الحصص متتابعة أكثر و أكثر ليونة في الشرح، و يركز فيها المعالج على حديث المريض الأكثر أهمية و المعبر عن معاناته النفسية و هذا النوع من العلاج لا يقلق المريض و لا يحيره، بحيث يساعد على إدراك و فهم الميكانيزمات اللاشعورية التي تدوم بها الحالة الإكتئابية أو حالة القلق بها تعليمات أكثر من التحليل النفسي كما تساعد الفرد على حل المشاكل الصعبة و الصراعات الداخلية دون تعمق171.

F-Brusset , Psychanalyse et psychothérapie.E.M.C.paris. 1987.P50.

170

Diddier Dechemia ,Les dépressions de la prévention à la guérison,Ed,DAHLEB,1995, P 98. 171

التقنيات المستعملة هنا هي ، التداعي الحر و الفرد في حالة إستلقاء و إسترخاء لتكوين ضرب من ضروب العلاقة العلاجية بعقد عدة جلسات بالتأكيد على التخيلات و الطرح وزلات اللسان و تفسير أحلام المريض.

كذلك هناك طريقة العلاج المعرفي و هي إمتداد للعلاج النفسي السلوكي ، يركز إهتمامه على السلوك الظاهر مهملاً بذلك السلوك الباطني الذي يعبر عن تناول المعرفي بالعمليات المعرفية ، و يتمثل الإفتراض الأساسي أي يقوم عليه هذا تناول في أن الإنفعالات و السلوكات ماهي إلا دلالة الكيفية أو الصيغة التي تترجم لها الوقائع المحيطة معرفياً.

و يكون العلاج عن طريق إعادة بناء العالم المعرفي للأشخاص الذين يعانون من تلك الإضطرابات. لأنه في الواقع الحوادث الخارجية هي خالية من أي مؤثر أو إزعاجات و لكن تأويلنا لهذه الحوادث هو الذي يخلق الإزعاجات في نفوسنا. معنى ذلك أن بنيتنا المعرفية و رؤيتها للأحداث بصورة سلبية هي التي تخلق لنا الإزعاج و من ثم القلق و الإكتئاب.

كمثال على ذلك فإن المرأة التي لم تنجب و التي تكون في مسيرة العلاج، تعاني كثيراً و تنزعج من رؤيتها لنزول دم الحيض ، و في كل شهر تعيش فترة حداد حقيقية و تحزن و تكتئب و تبكي ، لأنها تحدث لها إزعاجا على كل المستويات و تجعلها ترجع تفكيرها و أملها في العلاج إلى نقطة البداية.

أما التقنيات المستعملة للعلاج فهيتحري و تقصي ما يجري في تفكير الفرد و تحديد إتجاهاته و التعرف على مالمدى الفرد من أنماط فكرية سلبية و إعادة التربية لتغيير نمط التفكير لديه عن طريق الإسترخاء.

أما أهداف التكفل النفسي فنذكر ، تعديل أو تبديل أو إزالة أو تأخير سلوكات و أعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري و المساهمة في نمو تقدير الذات و إحترامها و غرس الثقة بنفسها و بالآخرين لإيجاد أفضل السبل للتكفل¹⁷².

عبد الرحمان عيسوى ، العلاج النفسي ، دار النهضة، لبنان، 1994 ص 21¹⁷²

لكن هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق ذلك لأن نظرة الشخص للبيئة و لذاته تصبح مضطربة ، نتيجة للخبرات الأولى التي عاشها، في حالات أخرى تكون بيئة الفرد محاطة بمواقف مزعجة إلى درجة تجعل من الصعب تحقيق التكيف السعيد. حتى مع وجود أمهر المعالجين النفسانيين و لا ينبغي أن نتوقع أنه بمجرد أن يقضي الطبيب النفسي بضع ساعات في مقابلة المريض يزيل كل التاريخ الماضي للمريض و يجعله قادرا على مراجعة مواقف الحياة الصعبة بكفاءة و بأسلوب جيد¹⁷³.

(2) التكفل الإجتماعي

من أساسيات التكفل الإجتماعي هو الدعم الإجتماعي الذي يعرف على أنه سلوكات و تفاعلات إجتماعية توفر للأفراد مساعدة حالية، أو تلك النشاطات التي تضم الأفراد داخل نظام إجتماعي يعتقد أنه يوفر الحب و الرعاية أو كارتباط ثنائي أو إجتماعي.

و هو الثناء الإجتماعي المتواصل و الإعراف و التشجيع الذي يوفر للأفراد فرصة تغذية راجعة حول أنفسهم و التأكيد من قبولهم عند الآخرين، حيث يقدم المدعمون المعلومة و التوجيه المعرفي المصادر الملموسة و المساعدة ، السند العاطفي في أوقات الحاجة

كم أن الدعم الإجتماعي هو معلومات تجعل الفرد يعتقد أنه معتنى به و محبوب و مقدر و مقيم و ينتمي إلى شبكة إجتماعية وواجبات متقاسمة .

يشير التعريفان إلى الآثار الإيجابية للمصادر التي تقدمها الشبكة الإجتماعية للفرد في صحته و سلامته.

المرجع نفسه ، ص 22¹⁷³

وهناك أشكال عديدة للدعم الإجتماعي ،كالدعم العاطفي أي السلوكات التي تمنح الحب و الثقة والدعم المادي ، إضافة إلى الدعم المعلوماتي المتمثل في تقديم معلومات أو نصح أو توجيه.

كما نجد الدعم بتقديم السلوكات التي تقدر الإنجاز و التوظيف.
و فئة الأزواج العقيمين في أمس الحاجة إلى كل هذه الأنواع من أشكال الدعم الإجتماعي.

أما أبعاد الدعم الإجتماعي فتتضمن العديد من الجوانب منها :

الإتجاه : مصدر الدعم مقابل متلقي الدعم.

التوفر: يمكن الحصول عليه عند الحاجة أو قابل الدعم متلقي فعليا.

الوصف أو التقييم : كيفية إدراك الفرد للدعم و إيجابية التقييم أو سلبيته.

المحتوى : قد يكون المحتوى مادي، علاجي ، تقدير ، تشجيع عاطفي، معلوماتي

الشبكة : الشبكة العائلية و هي أهم جانب في الدعم الإجتماعي و هو الدعم العائلي.

و ضرورة الرجوع لتعاليم الدين الإسلامي في كيفية التعامل و حل المشاكل و الرضى بقضاء الله و قدره، و تعبئة وسائل الإعلام، و الجمعيات... للمساهمة في تقوية إيمان الأفراد لمساعدتهم على التكيف ووقايتهم من الإصابة بالأمراض النفسية المختلفة ، لأن الملاحظ هو التركيز في العلاج في حالة الأزواج العقيمين مثلا على العلاج العضوي و إهمال الجانب النفسي الذي له أثر كبير في حدوث العقم.

و هذا يستدعي ضرورة التوسع في إنشاء عيادات نفسية ، و توسع ثقافة الإتصال أو اللجوء لهذه المراكز تلقائيا، لأنها تقدم خدمات للأسرة و تزيد من تعليم الناس أصول الحياة الأسرية للوقاية من تحطيم الزواج و تصدعه.

الدعوة لإنشاء مراكز لتقديم العون للأزواج الذين يعانون من تأخر الإنجاب أو ضعف الخصوبة أو العقم المؤكد لوقايتهم أو التقليل من سوء تكيفهم في حالة

التعرف على حقيقة عقمها أو أحدهما، و كذلك في حالة فشل العلاج أو في حالة فشل محاولات التخصيب الإصطناعي بأنواعها خاصة بالنسبة للمرأة، لكي يكونوا أقل عرضة للأمراض الجسمية و النفسية بعد ذلك، بمجرد المعرفة بأن هناك أناس يهتمون بحالة العقم تساعد في تحسين شعوره فضلا عن إتاحة فرصة التشاور و التنفيسو الإفصاح عن الإنفعالات و المشاعر الجياشة في داخل الفرد، للتقليل من تأثير الصدمة، وهذا يتم طبعا بتوفير و تزويد هذه المراكز بالمختصين النفسانيين المدربين على حل مثل هذه المشاكل¹⁷⁴.

الباب الثاني : الجانب التطبيقي للدراسة .

تمهيد

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى

المبحث الأول : عوامل التغير التي ساهمت في تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم

1) العوامل التي ساهمت في تحول التصورات بإتجاه الجسد العقيم

1-1 متغير سن الأزواج المبحوثين

2 -1 متغير مؤشر سن الزواج بالنسبة للجنسين

3-1 متغير إرتفاع المستوى التعليمي للعينة المبحوثة

4-1 متغير ممارسة مهنة بالنسبة للنساء المبحوثات

5-1 متغير طريقة الزواج

6-1 متغير مدة الزواج بين هؤلاء الأزواج العقيمين

7-1 متغير الإقامة بعد الزواج

8-1 متغير عدد الزيجات بالنسبة للعينة المدروسة

9-1 متغير عدد الأطفال الذين خطط لإنجابهم

¹⁷⁴ عبد الرحمان عيسوي، نفس المرجع سابق الذكر، ص 107.

10-1 متغير الإصابة بالعقم بالنسبة للزوجين

المبحث الثاني : التفكير في إمكانية الإصابة بالعقم (قبل الزواج)

- 1 (مدى مراودة فكرة العقم للعينة المبحوثة قبل الزواج
- 2) الفترة التي حددت لإنجاب أول مولود حسب إجابات العينة المبحوثة

المبحث الثالث : بداية التفكير في تأخر الإنجاب و طرحه من طرف الزوجين

- 1) بداية الشك في تأخر الحمل من طرف الزوجين
- 2) طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين

المبحث الرابع : الزوج العقيم و طبيعة العلاقات و التدخلات من طرف المحيطين

- 1 (الأطراف التي طرحت مشكل تأخر الإنجاب
- 2) طبيعة العلاقات بين الزوج العقيم و المحيطين
- 3) الزوج العقيم و التدخلات من طرف المحيطين بسبب تأخر الإنجاب
- 4) الزوج العقيم و نوعية التدخلات حسب إجابات العينة المبحوثة
- 5) مدى تأثير التدخلات على العلاقة بين الزوجين العقيمين

المبحث الخامس : مدى قناعة الزوجين بضرورة خضوعهما للعلاج

- 1 (فترة بداية العلاج حسب إجابات العينة المبحوثة

(2) مدى إقتناع الزوج بضرورة العلاج

(3) المبادرة بالعلاج بالنسبة للزوجين العقيمين

(4) أسباب تهرب الزوج من العلاج في حالة تأخر الإنجاب

تمهيد

بالرغم من عدم توفر إحصائيات مضبوطة حول عدد الأزواج العقيمين، سواء الذين يعانون من العقم الثانوي أو من ضعف الخصوبة في الجزائر، إلا أننا تمكنا من الحصول على العدد الكلي للأزواج في سن الإنجاب و المقرب ب 4 ملايين و 300 ألف زوج ، و هذا حسب الدراسة التي أجريت سنة 2002¹⁷⁵.

كما تفيد هذه الدراسة بأن نسبة العقم تمثل (2, 4%) في المناطق الحضرية و (3, 2%) في الريف.

فنسبة العقم التقريبية هي (7%) ، إنطلاقا من إعتبار الزوج عقيم إذا لم ينجب بعد الزواج بسنتين .

وحسب الدراسة السابقة، فإن نسبة المصابين بالعقم النهائي بعد مرور 05 سنوات عن الزواج هي 200.000 زوج¹⁷⁶.

مع التذكير هنا بأنه لا توجد دراسات خاصة بمشكل العقم عند الأزواج في الجزائر و هذه الإحصائيات التقريبية تحصلنا عليها إنطلاقا من دراسة حول تطبيق وسائل تنظيم النسل التقليدية و الحديثة و كان من بين النساء اللاتي لا تطبق وسائل تنظيم النسل هو الإصابة بالعقم¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Ministère de la santé, Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002. Enquête nationale sur les objectifs de la santé de la mère et de l'enfant (fin Décembre 2002).

¹⁷⁶ - مقابلة مع السيدة كداد نسيم، مديرة بمديرية السكان بوزارة الصحة- مقر الوزارة-3/26 /0 2006 10^h.

¹⁷⁷ - مقابلة مع السيد " أمقران كمال " - مدير مصلحة الدراسات السكانية بوزارة الصحة،

مقر الوزارة -3/26-03-2006-9^h

و في دراستنا هذه كما سوف يتضح لم نركز على التصورات التقليدية التي سيطرت لعدة عهود من الزمن حول مشكل العقم عند الأزواج . بل أردنا منذ البداية رصد طبيعة التحولات و التغيرات التي مست هذه الظاهرة في مجتمعنا لأننا لاحظنا ذلك و أردنا إثباته علميا .

و وجدنا بالتالي أنه من الضروري أن نتعمق في تحليلنا لأن عقم الأزواج أصبح يطرح من منظور وتصور آخر و هذا نتيجة بروز عدة عوامل ساعدت على تطور التصورات التقليدية بحيث إقتربت من التفسيرات العلمية الموضوعية في معظمها و بالتالي أدت إلى توجه نحو قراءة جديدة لوظيفة الجسد العقيم و كيفية إستخداماته و التعامل معه و الحكم عليه إجتماعيا و ثقافيا في المجتمع الجزائري من خلال العينة المبحوثة .

فهناك تحول في مفهوم العلاقة بين الجسد و الشخص فوجوده كشخص وكذلك كجسد يتكون من أعضاء لها وظائف محددة هذه الوظائف تقننها الجماعة بالقوانين الإلهية و الوضعية و الأعراف و العادات و هي التي تمهد لرسم و تأسيس وضعية و مكانة هذا الجسد في حالة الصحة و المرض و في حالة الخصوبة و العقم و في حالة الشباب و الشيخوخة فصيانة الجسد و إحترامه و إن كانت تعبر عن أقصى درجات الحرية الفردية إلا أنها لا تتم إلا في سياقه المجتمعي كأى موضوع ثقافي ندرسه في إطار وعي عام بالجسد و على درجة متوازنة لدى كل أفراد المجتمع فالفرد لا يمكنه حماية جسده إنما تحميه القوانين و الأعراف و الضوابط الإجتماعية و الشرائع

لكن هذا التحول في التصور لمفهوم الجسد و دوره و إستخداماته يختلف من مجتمع لآخر و من ثقافة إلى أخرى ففي المجتمعات الغربية لأن هناك أزمة الفصل بين الشخص أو الفرد و جسده نتيجة بروز التوجه الفردي خاصة في مجال الطب الحديث و الإشهار الإعلامي .. أما في المجتمعات التقليدية فالجسد لا زال يعتبر واصل لطاقة الجماعة و الكائن البشري يكون بواسطة جسده على إتصال مع مختلف الميادين الرمزية التي تعطي معنى للوجود الإجتماعي . والجسد لا يوجد إلا و هو مبني ثقافيا من قبل الإنسان فهو لا يأخذ معناه إلا من خلال نظرة الإنسان الثقافية له بمعنى أن التصورات الإجتماعية تعطي للجسد وضعية محددة في ظل التصورات العامة للمجتمع لإدماجه ثقافيا و إجتماعيا فيمكن تحديد وضعية الجسد بإتجاه بعض الأمراض التي تصيبه و العلاج اللازم حسب المجتمع و يمكن تحديد

وضعيته بعد ذلك باتجاه الطبيعة و باتجاه أفراد المجتمع و كذلك باتجاه أفراد آخرين حسب النسق القيمي .

إضافة إلى ذلك فإن طبيعة الجسد باعتباره كيانا أوليا متعدد الدلالات و الوظائف نجد الإهتمام به في الطب و علم الأديان و الفلسفة و الأدب و العلوم الإنسانية . و من الجدير بوضعيات الجسد البشري و مختلف التحولات و الإستعارات التي توالى عليه أن يفصح عن جسامته التغير و التحوير الذي لحق رغباته و تطلعاته و تحكم في قانون وضعياته و ردوده منذ طقوس و أساطير الثقافات الأولى حتى آخر تقنيات الصيانة و التدبير الصناعي و خصوصيات التداول و التبادل القيمي في المجتمع الحديث .

و المجتمع الجزائري من المجتمعات التي شهدت تغيرات و تحولات في شتى المجالات مست البنيات و الوظائف و الأفكار نتيجة التوجه نحو التحضر و العصرية و الإيمان أكثر بالتكنولوجيا هذا خلق تجديد و تطور في التصورات حول الجسد العقيم و وظائفه و إستخداماته و الحكم عليه و بالتالي رسم وضعية و مكانة داخل المجتمع حاليا من خلال إسقاط ذلك على العينة المبحوثة من الأزواج الذين يعانون من العقم

تحليل معطيات الدراسة الميدانية لتحقيق الفرضية الأولى

يتناول هذا الجزء من الدراسة الجانب التطبيقي، إذ سنتطرق من خلاله إلى تحليل بيانات الدراسة الميدانية وذلك بالإستناد إلى إستمارات البحث التي بلغ عددها (250) ، شملت (150 مبحوثة) و (100 مبحوث) كأزواج يعانون من ضعف الخصوبة أو عدم القدرة على الإنجاب.

إن إعتادنا على الجداول الإحصائية بما تحويه من متغيرات و نسب مئوية حسب المحاور المدرجة ضمنها هي مؤشرات أردنا من خلالها الإستدلال على الجانب التحليلي و التفسيري للظاهرة المدروسة طبعاً للإجابة على الفرضيات المقترحة .

سوف نركز في هذا القسم من الجانب الميداني للدراسة على مختلف عوامل التحول و التغيير التي أثرت على تطور التصورات بإتجاه الحكم على الجسد العقيم و ساهمت في تحديد مكانته التي تدل على تقبله في المجتمع حالياً و هذا حسب ما توصلنا له من خلال تحليل إجابات العينة المبحوثة .

مع ملاحظة هنا أننا من خلال العينة تم التعامل مع أزواج و زوجات يعانون من ضعف الخصوبة لكن إعتدنا في تحليلنا و تعاملنا مع مفهوم (الجسد العقيم و الزوج العقيم) و هذا كذلك هو تغير في حد ذاته و هو أساسي لأنه لم تصبح عدم القدرة على تأدية وظيفة الإنجاب تلغي وجود الجسد و وظائفه كلها كما كان في السابق بل الآن لم يعد هناك إرتباط بين الإعتراف بالشخص داخل الجماعة و الوظيفة الإيجابية فالشخص العقيم الآن ينظر له سواء كان امرأة أو رجل بأنه شخص عادي فقط يعاني من عجز وظيفي في أحد أعضائه و هذا لا يلغي الوظائف الأخرى لهذا الجسد في بنية شخصه و مكانته و حضوره في شتى المجالات و الفضاءات .

لذلك إعتدنا بتوظيف مفهوم الجسد العقيم تارة لكن في أغلب التحليل و ظفنا مفهوم الزوج العقيم لتفسير أفكار تخدم الفرضيات .

تم إستغلال إجابات المبحوثين بالإعتماد على المنهج الكمي في شكل جداول تكرارية بسيطة ضمت متغيرات الدراسة التي تحقق الفرضيات المقترحة و جداول مركبة تضمنت علاقات بين مختلف المتغيرات و ذلك للوصول إلى نتائج توضح بدقة الظاهرة المدروسة.

المبحث الأول :1- عوامل التغيير التي ساهمت في تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم

1-1 متغير السن بالنسبة لعينة الدراسة

جدول رقم 01 : توزيع عينة الإناث حسب متغير السن

فئات السن	التكرار	النسبة %
-----------	---------	----------

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

28-21	25	16.66 %
36-29	81	54 %
44-37	39	26 %
45 فما فوق	05	03.33 %
المجموع	150	100 %

أكبر نسبة سجلت عند من سنهن يتراوح ما بين 29-39 سنة ب 54 % أما من لهن سن ما بين 37-44 سنة فبلغت النسبة 26 % . ثم تلتها نسبة من لهن سن ما بين 21-28 سنة ب 16.66 % .

أما من لهن سن ما فوق 45 سنة فالنسبة بلغت 03.33 % . يبين لنا هذا الجدول أن أكبر نسبة لسن المبحوثات أثناء إجراء الدراسة الميدانية هي 54 % بمجموع 81 حالة و عادت لفئة السن 29-36 سنة مع العلم أن سن الخصوبة عند المرأة يبدأ يتأثر بعد سن 35 سنة بمعنى أن هذه الفئة حظوظ نجاعة العلاج قد تكون مرضية.

بينما جاءت في المرتبة الثانية فئة السن 37-44 بمجموع 39 حالة و ب 26 % ، و هي فئة مجموعها معتبر هذه الفئة من النساء سنها الإنجابي يبدأ في التراجع ، و حتى حظوظ نجاح أنواع العلاج تكون قليلة جدا خاصة إذا تعلق الأمر بالتلقيح الإصطناعي.

أما الفئة الثالثة و التي رجعت لفئة السن 21-28 بمجموع 25 و بنسبة 16.66 % ، فهي فئة السن المثالية بالنسبة للزواج و الإنجاب. و الملاحظ أنه في المناطق الريفية لازال الشباب و الشابات يتزوجون في سن جد مبكرة ، و هذا ما يحث عليه الخبراء و الأطباء الآن للتقليل من الإصابة بضعف الخصوبة و خاصة عند النساء .

جدول رقم 02: توزيع عينة المبحوثين (الرجال) حسب متغير السن

فئات السن	التكرار	النسبة
33-26	15	15 %
41-34	51	51 %
49-42	30	30 %

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

50 فما فوق	04	04 %
المجموع	100	100 %

أكبر نسبة تسجل عند فئة السن ما بين 41-34 سنة ب 51 % ، ثم تلتها نسبة من لهم سن ما بين 42 -49 سنة ب 30 % . أما من لهم سن ما بين 26-33 سنة فالنسبة بلغت 15 % . أما من لهم سن يفوق 50 سنة فبلغت نسبتهم 04 % فقط . يتبين لنا من النسب المتحصل عليها من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة أي 51% عادت لفئة السن عند الرجال ما بين 41-34 سنة و بمجموع 51 من 100 مبحوث، و هذا يدل على أنه هناك تأخر ملاحظ حتى في سن الرجال الذين يعانون من عدم القدرة على الإنجاب مقارنة بالسن عند الزواج.

ثم تأتي فئة السن 42-49 سنة بمجموع 30 و بنسبة 30 % و هي نسبة معتبرة . فنلاحظ أنه تقريبا ليس هناك فارق سن كبير بين الأزواج و الزوجات.

ثم نجد فئة السن 26-33 بمجموع 15 و بنسبة 15 % و ربما هو السن المثالي للزواج و الإنجاب كذلك. أما فئة السن 50 سنة فما فوق ، فهي نسبة قليلة قدرت ب 4 % فقط .

لكن ما نستنتجه أن هؤلاء الأزواج من فئات السن المختلفة لازالوا يخضعون للعلاج على أمل الإنجاب.

جدول رقم 03 : سن أزواج المبحوثات

النسبة %	التكرار	فئات السن
16.66 %	25	34-29
36 %	54	40-35

46-41	11	07.33 %
52-47	60	40 %
المجموع	150	100 %

هذا الجدول لا تختلف نسبة عن الجداول السابقة ، فنلاحظ بأن أكبر نسبة لسن أزواج المبحوثات عادت لفئة السن 52-47 سنة بمجموع 60 وبنسبة 40 %.

أما فئة السن 40-35 فجاءت بمجموع 54 وبنسبة 36 % و هي نسبة تقارب النسبة الأولى .

بينما فئة السن الثالثة فهي 34-29 بمجموع 25 وبنسبة 16.66 % ، و هي نسبة قليلة مقارنة بالنسب السابقة . ثم النسبة الأخيرة عادت لفئة السن 46-41 بمجموع 11 وبنسبة 07.33 % فقط.

جدول رقم 04 : سن زوجات المبحوثين الرجال

فئات السن	التكرار	النسبة %
28-21	22	22%
36-29	57	57%
44-37	21	21%
45 فما فوق	00	00%
المجموع	100	100%

بالنسبة لسن زوجات المبحوثين ، فالجدول يبين لنا ، بأن أكبر نسبة تمثلها فئة السن 36-29 ب 57 % بينما فئة السن 28-21 فنسبتها 22 % ، ثم تليها و بفارق بسيط جدا فئة السن 44-37 ب 21 % أما فئة السن 45 فما فوق فلم نجد أي حالة.

1-2 تغير مؤشر سن الزواج بالنسبة للعينة المبحوثة

إضافة إلى العوامل التي ذكرت في المباحث السابقة حول أسباب العقم ، نضيف بالنسبة للجزائر بأن بعض المهن التي يمارسها الرجال تؤدي إلى الإصابة بالعقم

أو بضعف الخصوبة، مثل مهنة الخبازين و اللحامين المعرضين لدرجات حرارة عالية و كذلك المزاولين لمهن الدهن و موادها السامة و كذلك التدخين.

أما بالنسبة للنساء ، فإن أهم عامل يسبب العقم هو تأخر سن الزواج، و بالتالي تجاوز مرحلة الخصوبة بحيث أن نسبة العقم عند الجزائريين بلغت 55% إلى 65% عند الرجال و 45% عند النساء بمعنى ذلك أن أكثر من نصف الجزائريين مصابون بالعقم. فالعقم في الجزائر هو عقم رجالي أكثر منه عقم نسائي، و هذا عكس ما هو شائع¹⁷⁸.

إضافة إلى أن وجود مراكز الإنجاب المدعوم طبييا في الجزائر كان متأخرا نوعا ما، لذلك فإن إرتيادها لهذه المراكز بقي ضعيفا حيث أن توجه الأزواج الذين يعانون من العقم إلى هذه المراكز يتم عادة في وقت متأخر و ذلك ما يقلل من نسب نجاح هذه العمليات. و السبب راجع إلى محاولاتهن الفاشلة من قبل في تلقي العلاج عن طريق الأدوية، مع جهلهن السابق لطرق الإنجاب المدعوم طبييا، علما أنه كلما كانت السن غير متقدمة للمرأة كلما كانت الحظوظ في الإنجاب أوفر¹⁷⁹.

كما ذكر الدكتور " شريف نذير" بعض التدابير الوقائية كعلاج مسبق ، و هو الرجوع إلى الزواج المبكر خاصة بالنسبة للفتيات و إستبدال شعار " أنجب طفلي وقت ما أريد" الذي كان شائعا خلال السبعينات بشعار يفرض نفسه " أنجب طفلي حينما أستطيع" ، لأن العمر الزمني لسن الخصوبة عند المرأة يضعف خاصة إذا ما إقتربت من سن 38 سنة ، و هذا رغم ما توصل إليه الطب الحديث من عمليات الإنجاب المدعوم طبييا و التي ساهمت في التقليل من نسبة العقم¹⁸⁰.

ص - بورويلة ، أكثر من نصف الجزائريين مصابون بالعقم ، جريدة الخبر ، السبت 2006/02/25. العدد 4636 ، ص31.¹⁷⁸

ص- بورويلة، الإنجاب المدعوم طبييا ممكن في الجزائر، جريدة الخبر، 2005/01/12. ص11.¹⁷⁹
¹⁸⁰المرجع نفسه، ص 32.

و نفس الفكرة ركز عليها المختص الفرنسي ANDRE HAZOUT ، بحيث أكد على ضرورة إنجاب الأطفال في سن مبكر، و تفادي الحمل المحاط بالمخاطر، لأن بعد سن الأربعين يكون الحمل صعبا، كأن تتعرض المرأة للضغط الدموي و غيرها، و ذكر بأن نجاح تطبيق الإخصاب، يكون فقط في حالة صحة المبيضين و كذلك تجميد المرأة لبويضاتها قبل فوات الأوان¹⁸¹.

كما أشارالدكتور (عاشور) من مصحة "فريال" أن نسبة نجاح عمليات الإنجاب المدعوم طبيا تقدر ب(15,5%) إذ بلغ سن المرأة 35 سنة ، في حين تنخفض إلى (4,7%) حينما تبلغ المرأة الأربعين. و هذا راجع لضعف المبيضين و الهرمونات و هذا يصعب من عملية الحمل و الإنجاب¹⁸².

و أوضح بأنه خلال سنة 2005/2004 سجلت مصحة فريال، نسبة نجاح ب 13% من حالات الإنجاب بالنسبة للنساء سنهم 40-41 سنة.

بينما نجد نسبة النجاح وصلت إلى 28-30% بالنسبة للنساء في سن 36 سنة فما فوق¹⁸³.

لذلك ركز الدكتور (عاشور) على ضرورة التكفل بالنساء الذين يزيد سنهم عن أربعين سنة، أي التكفل من الناحية العلاجية، بالتفكير في وسائل علاجية ناجحة لكي يمكنها إنجاب طفل بعد أن تتزوج في هذا السن ومن بين الطرق العلاجية المطبقة حاليا في مختلف المصحات بالجزائر، و خاصة بمصحة " فريال" كما أكده الدكتور " شريف نذير"، هي طريقة التلقيح المجهري و هي الأكثر تداولاً و أنها تصلح عادة بعد إكتشاف الضعف الجنسي عند الرجل، و كذلك تخص هذه الطريقة النساء المتقدمات في السن (40 سنة فما فوق) بسبب ما يطلق عليه شيخوخة البويضة، فالمرأة التي تبلغ من العمر 40 سنة، حظوظها في طريقة التلقيح المجهري ICSI أوفر من طريقة التلقيح خارج الرحم¹⁸⁴.

¹⁸¹ Djamilia Kourta, Assistance médicale à la procréation, Des résultats satisfaisantes en attendant la sécurité sociale.EL-WATAN.

¹⁸² ص- بورويلة، أكثر من نصف الجزائريين مصابون بالعقم ، نفس العدد السابق لجريدة الخبر – ص 32.

¹⁸³ Djamilia Kourta,OP . CIT .

¹⁸⁴ ص- بورويلة، تكلفتة المرتفعة جعلته حكرا على فئة قليلة من الناس- الإنجاب المدعوم طبيا ممكن في الجزائر، جريدة الخبر -12/01/2005- ص 11.

جدول رقم 05 : توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن عند الزواج

النسبة %	التكرار	العينة
		السن عند الزواج
17.02%	43	22-17
35.2%	88	28-23
32.4%	81	34-29
13.6%	34	40-35
1.6%	04	46-41
100%	250	المجموع

من خلال هذا الجدول التكراري البسيط ، يمكن أن نسجل بأن أعلى نسبة قدرت ب 35.2% و خصت فئة السن عند الزواج بين 23-28 سنة ، بينما تأتي في المرتبة الثانية فئة السن عند الزواج من 29-34 سنة بنسبة 32.4% و هي نسبة متقاربة مع الفئة الأولى .

بينما نجد في المرتبة الثالثة فئة السن عند الزواج 17-22 سنة بنسبة 17.02% و هي نسبة تمثل نصف النسبة الخاصة بالفئة الأولى و الثانية و تعتبر نسبة ضئيلة. بينما تأتي فئة السن عند الزواج من 35-40 سنة بنسبة 13.6%، أما أضعف نسبة فكانت لفئة السن عند الزواج 41-46 سنة ب 1.6% فقط.

ما يمكن إستخلاصه من الجدول هو أن سن الزواج ، يتوجه نحو سن ما بين 23 سنة إلى 28 سنة و 29-34 سنة و 35-40 سنة. أما فئة السن

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

المثالي للزواج أي ما بين 22- سنة فتمثل 17.02% و هذه الأرقام تدل على أنه هناك تأخر ملاحظ في سن الزواج بصفة عامة.

جدول رقم 6 : توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس و علاقته بالسن
عند الزواج

المجموع	ذكور		إناث		الجنس السن عند الزواج
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
17.02%	43	00	28.66%	43	22-17
35.2%	88	23	43.33%	65	28-23
32.4%	81	51	20%	30	34-29
13.6%	34	22	08%	12	40-35
01.6%	04	04	00%	00	46-41
100%	250	100	100%	150	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة خصت فئة سن الزواج ما بين 23- 28 سنة بمجموع 88 ضمن العينة العامة المقدره ب 250 و بنسبة مئوية ب 35.2% ، تتوزع على فئة الإناث بمجموع 65 من 150 مبحوثة و بنسبة 43.33% ، أما بالنسبة لفئة الذكور فنجد المجموع قدر ب 23 من 100 مبحوث بنسبة 23%

و هذا يؤدي بنا إلى القول أن فئة الإناث يتزوجن عادة مبكرا عن فئة الذكور، لكن مقارنة بسن الزواج في المجتمع خاصة بالنسبة للإناث فنلاحظ بأنه هناك نوع من التأخر ، لأن السن المثالي للزواج هو الفئة الأولى أي بين 17-22 سنة .

و إذا قورن هذا التأخر المحسوس في سن الزواج عند الفتيات و يضاف له بعض السنوات من العلاج لأجل الإنجاب، فقد تصل المرأة هنا إلى سن حرجة يصبح هو عامل آخر من عوامل ضعف الخصوبة لأنه تظهر أعراض نقص الهرمونات ، و نقص في عدد البويضات و قوتها و شكلها و هذا يعرقل عملية الحمل و الإنجاب.

بينما نجد فئة السن ما بين 29-34 جاءت بنسبة معتبرة كذلك قدرت ب 32.4 % و بمجموع 81 و تتوزع كمايلي حسب متغير الجنس : نجد أكبر نسبة سجلتها فئة الذكور بمجموع 51 و بنسبة 51 % و هذا يبدو نوعا ما طبيعي إذا تعلق الأمر بسن الزواج عند الرجل ، لكن بالنسبة لفئة الإناث و التي جاءت نسبتها ب 20 % و بمجموع 30 ، فهذا مؤشر خطير على أن سن الزواج عند الإناث في تأخر و هذا يطرح إزدياد عدد المصابات بضعف الخصوبة في المجتمع الجزائري. بينما جاءت نسبة فئة السن عند الزواج ما بين 17-22 ب 17.02 % ، توزعت على فئة الإناث بمجموع 43 و بنسبة 28.66 % ، لكن فئة الذكور حسب العينة المدروسة لم نجد و لا حالة زواج عند الذكور في هذا السن. و تأتي في المرتبة ما قبل الأخيرة فئة السن عند الزواج ما بين 35-40 سنة بمجموع 34 و بنسبة 13.6 % توزعت بين فئة الإناث بمجموع 12 و بنسبة 08 % ، بينما عند الذكور فوصل المجموع إلى 22 بنسبة 22 % و هذا مؤشر كذلك على أنه هناك تأخر في سن الزواج حتى عند الشباب خاصة في السنوات الأخيرة أي في الثمانينات و بداية التسعينات بسبب مشكل السكن و البطالة.

أما المرتبة الأخيرة فرجعت لفئة سن الزواج ما بين 41-46 ، و بمجموع كلي وصل إلى 04 حالات و بنسبة 01.6 % و عادت إلى فئة الذكور.

مع التذكير بأنه كلما تأخر الذكور في الزواج، ففي المقابل هناك فتيات من فئات عمرية معينة تنقص حظوظهن في الزواج من رجل يقاربها في السن .

من إستعراضنا لفئات السن عند المبحوثين و المبحوثات، سواء تعلق بالسن عند الزواج أو بالسن حاليا هناك علاقة بين السن عند الزواج و نسبة الخصوبة لدى

الزوجة و سنوات الخصوبة ، و هذا له علاقة بفترة بداية العلاج و طرق العلاج المستعملة و نحاة هذا العلاج كذلك.

لقد أثار المختصون و الأطباء في اليوم الدراسي الذي أنعقد بالجزائر و بالضبط في 24 فيفري 2006 و الذي نظمته (مصحة فريال للإنجاب بالمساعدة الطبية) برئاسة مديرتها " شريف نذير " على ضرورة الرجوع لسن الزواج المبكر و تغيير المعادلة من (أنجب متى أريد) إلى (أنجب متى أستطيع) ، لأن تأخر السن عند المرأة يؤثر على الخصوبة ، و حتى في حالة حملها في سن متأخر ، فهذا الحمل يكون خطيرا نظرا للأمراض التي تصيب المرأة في هذا السن، و هذا لا يمنعنا من الحديث حتى عن سن الرجال ، فحتى سن الرجل قد يؤثر على قدرته التخصيلية إضافة إلى بعض العوامل التي قد يتعرض لها كنوع المهنة و التدخين و القلق...

و إذا إعتبرنا السن كمتغير يميز العينة المدروسة ، و مؤشر على التغير في المجتمع الجزائري ، فهذا لأنه بعد سنوات السبعينات و مع مجانية التعليم و حركة التحضر و التصنيع و خروج المرأة للعمل ، و تغير بعض القيم و التصورات ، أدت إلى أن نسبة الفتيات الان يتابعن دراساتهم العليا ، ثم يتطلعن إلى العمل بعد التخرج زادت في هذه السنوات ، مما أدى إلى تأخر سن الزواج عندهن و حتى أن من ضمن التغيرات أن قرار زواج الفتاة و الفتى لم يعد ضمن مسؤولية و سلطة الوالدين، بل أصبح قرارا حرا بإرادة الأولاد.

إضافة إلى مشكل البطالة و أزمة السكن التي لا زالت تعتبر من العوائق التي أدت بالشباب إلى العزوف عن الزواج ، أو الزواج في سن متأخرة ، هذا ما جعل الجزائر اليوم تعتبر من المجتمعات التي تعاني من ظاهرة العنوسة بصفة تثير القلق فعلا . بمعنى أن متغير تأخر السن هو سبب من أسباب الإصابة بضعف الخصوبة و الذي نتج عن عدة عوامل نتيجة حركة التحضر و التمدن الذي يشهدها مجتمعنا و التي تميزت بأمور إيجابية و أخرى كثيرة سلبية نتيجة سوء التخطيط في شتى المجالات و الميادين .

3-1 متغير ارتفاع المستوى التعليمي للعينة المبحوثة

نستعرض فيما يلي متغير المستوى التعليمي للعينة المدروسة لأنه يتحكم في تفسير العديد من القضايا التي طرحت ضمن أسئلة الاستبيان التي توضح دور المستوى التعليمي للمبحوثين و علاقاتهم بالمحيط الإجتماعي كعامل " تغير " يؤثر على تحول التصورات و تطورها باتجاه الحكم على الزوج الذي يعاني من ضعف الخصوبة في مجتمعنا، سواء من طرف الزوج المبحوث في حد ذاته أو رد فعله على مختلف ما يتعرض له من مضايقات أو تشجيعات من أجل تحدي المشكلة، كما يعتبر " المستوى التعليمي " عامل مهم في كيفية تقبل هذه الفئة لهذا المرض و الإقتناع بسبل العلاج المختلفة سواء تعلق الأمر بالزوج أو الزوجة ، إضافة إلى الوعي الذي تتميز به هذه الفئة خاصة الوعي الديني و هذا يظهر من خلال الإيمان القوي بقدر الله و قضائه و الصبر على هذا الإبتلاء مع العيش دائما على أمل الإنجاب بالإعتماد على الله ثم الطب.

جدول رقم 07 : توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى

التعليمي

النسبة %	التكرار	العينة المستوى التعليمي
02.8 %	07	أمي
05.6 %	14	إبتدائي
22 %	55	متوسط
40 %	100	ثانوي
29.6 %	74	جامعي
100 %	250	المجموع

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة المستوى التعليمي ثانوي ب 40% ، ثم تلاها المستوى التعليمي جامعي بنسبة 23.6% ثم نجد نسبة من لهم مستوى تعليمي متوسط ب 22% ، أما ذوي المستوى التعليمي ابتدائي فبلغت نسبتهم 05.6% ، أما أضعف نسبة فسجلت عند الأميين ب 02.8%

ما نسجله هو أن معظم العينة المبحوثة هي فئة متعلمة، لأن أغلب النسب توزعت بين المستوى الثانوي و الجامعي خاصة ، و هذا مؤشر إيجابي على إنتشار التعليم بين هذه الفئات من المجتمع و هو عامل مهم في تغير التصورات و القيم و المفاهيم و السلوكات و الرغبات و القناعات ، و سوف نركز على عامل إرتفاع المستوى التعليمي حسب متغير الجنس في الجدول الموالي .

جدول رقم 08 : متغير الجنس و علاقته بالمستوى التعليمي للعينة

المبحوثة

الجنس المستوى التعليمي	إناث		ذكور		المجموع	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
أمي	06	04%	01	01%	07	02.82%
إبتدائي	06	04%	08	08%	14	05.6%
متوسط	28	18.66%	27	27%	55	22%

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

ثانوي	62	41.33%	38	38%	100	40%
جامعي	48	32%	26	26%	74	29.6%
المجموع	150	100%	100	100%	250	100%

من خلال توزيع النسب المئوية للمستويات التعليمية بين الإناث و الذكور للينة المدروسة ، يمكن أن نسجل بأن أكبر نسبة رجعت للمستوى الثانوي بمجموع 100 و بنسبة 40 % مقسمة على مجموع 62 بالنسبة للإناث بنسبة 41.33 % في مقابل مجموع 38 بنسبة 38 % بالنسبة للذكور. وهذا يدل على أن نسبة الإناث ذوي المستوى الثانوي من العينة المدروسة أكبر من نسبة الذكور (الأزواج) . وهذا ربما راجع إلى أن الإناث أكثر طموحا للتحصيل العلمي من الذكور الذين قد تكون طموحاتهم كبيرة لكن لا يربطون دوما تحقيقها بالمستوى التعليمي العالي، و هذا طبعا منطلق خاطيء.

كما أن هذه الفئات المدروسة هي تقريبا الجيل الأول بعد الإستقلال الذي حظي بمجانية التعليم و توفير الجامعات، مع أنه كانت هناك موانع أخرى تمنع خاصة الفتيات من إتمام دراستهم إلى الدراسات العليا، لذلك قد يكتفون بمستوى الثالثة ثانوي.

أما النسبة الثانية فكانت لذوي المستوى الجامعي بمجموع 74 و بنسبة 29.6 % ، شملت 48 من الإناث بنسبة 32 % ، و 26 من الذكور بنسبة 26 % فقط، كذلك الملاحظ هنا أن الإناث يمثلون أكبر نسبة فيما يخص الحصول على الدراسات العليا مقارنة بالذكور.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي (متوسط) ، فنجد بأنه يتوزع بين مجموع 28 أي بنسبة 18.66 % بالنسبة للإناث و بمجموع 27 و بنسبة 27 % للذكور وهذه النسب متقاربة جدا.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي (إبتدائي) فنجد المجموع العام هو 14 بنسبة 05.6 % ، و زعت على 06 حالات من الإناث بنسبة 04 % و 08 حالات من الذكور بنسبة 08 % فقط، و هي نسب متقاربة بين الجنسين.

أما بالنسبة لحالات الأمية ضمن العينة فتوزعت كمايلي : 06 حالات من الإناث بنسبة 04 % ، في مقابل حالة واحدة من الذكور بنسبة 01 % من 100 مبحوث.

جدول رقم 09 : المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
03.33 %	05	أمي
08 %	12	إبتدائي
22 %	33	متوسط
37.33 %	56	ثانوي
29.33 %	44	جامعي
100 %	150	المجموع

هذا الجدول خصص للتعرف على المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و كما وضحناه في الجدول الخاص بالمستوى التعليمي للمبحوثات ، فنجد تقارب كبير بين المستويات التعليمية للأزواج و توافق كبير. و نلاحظ هنا بأن أكبر نسبة سجلت في المستوى العليمي ثانوي ب 37.33 % و بمجموع 56 من العينة العامة أي من 150 مبحوثة .

أما النسبة الثانية فكانت ب 29.33 % و بمجموع 44 و كانت للمستوى التعليمي الجامعي . أما بالنسبة لذوي المستوى التعليمي (متوسط) فالنسبة قدرت ب 22 % و بمجموع 33 . أما الإبتدائي فسجلنا مجموع 12 زوج و بنسبة 08 % . بينما سجلنا 05 حالات من الأزواج الأميين أي بنسبة 03.33 % .

و على العموم نلاحظ بأن المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات لا بأس به، خاصة و أن أكبر النسب شملت الثانوي، الجامعي المتوسط.

جدول رقم 10 : المستوى التعليمي لزوجات المبحوثين

النسبة %	التكرار	المستوى
----------	---------	---------

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

التعليمي		
أمي	04	% 04
إبتدائي	09	% 09
متوسط	21	% 21
ثانوي	44	% 44
جامعي	22	% 22
المجموع	100	% 100

بالنسبة لهذا الجدول الخاص بالمستوى التعليمي لزوجات المبحوثين فنلاحظ ما يلي:

أكبر نسبة نجدها في خانة المستوى التعليمي ثانوي بمجموع 44 و بنسبة 44 % ، تليها المستوى الجامعي بنسبة 22 % ، ثم المستوى المتوسط ب 21 % . أما الإبتدائي فهناك نسبة قليلة قدرت ب 09 % . أما حالات الأمية فسجلنا 04 حالات فقط و بنسبة 04 %.

نلاحظ بأن المستوى التعليمي للأزواج متقارب ، و مقبول و هذا المتغير سوف نرى تأثيره على العديد من القضايا و الأحكام و الآراء التي تخص الزوجين الذين يعانون من ضعف الخصوبة عند ربطه بمتغيرات أخرى. كعامل تغير يمكن أن نقول بأن إرتفاع المستوى التعليمي للفئة المدروسة يدل على نمو المجتمع و تحضره و تطلع أفراده لأحسن.

نستنتج : بأن عينة المبحوثات هي التي تتميز بأعلى المستويات التعليمية ، مقارنة بالأزواج المبحوثين.

لكن الملاحظة العامة أن معظم العينة المبحوثة ذات مستوى تعليمي مقبول حتى ما تعلق بالمستويات التعليمية لأزواج المبحوثات، و لزوجات المبحوثين ، نتوقف عند نفس النتيجة . مع التذكير هنا بأنه وجدنا حالات أين المستوى التعليمي للزوجة أعلى من المستوى التعليمي للزوج، ووجدنا حالات قليلة كذلك أين المستوى التعليمي للزوج يفوق المستوى التعليمي لزوجته .

لكن النموذج العام هو التقارب الكبير بين المستويات التعليمية للأزواج، فمن له مستوى تعليمي متوسط يتزوج من زوجة لها مستوى تعليمي متوسط، و من له مستوى جامعي يتزوج بمن لها نفس المستوى و هكذا . أي لم نلاحظ فروقات واضحة بين المستويات التعليمية للأزواج.

و الإتفاق على مستوى المستوى التعليمي بين الأزواج ، حتما هو نتيجة للحرية في إختيار الشريك و حتى أن تقارب المستويات التعليمية يحقق الإنسجام و التفاهم بين الزوجين عكس وجود الفارق بينهما. هذا من جهة من جهة ثانية إرتفاع المستويات التعليمية يؤدي إلى الإطلاع و التفتح على العوالم و البحث للوصول إلى حل المشاكل و السعي من أجل الوصول إلى أنجع السبل لحل مشكل عدم القدرة على الإنجاب ، بدون إلقاء الذنب على طرف دون الآخر . فالتعليم معناه الوعي و إدراك الأمور على حقيقتها و هذا يساعد الأزواج الذين يعانون من ضعف الخصوبة على العيش بسلام على أمل الإنجاب في يوم من الأيام. و هذا الوعي هو من العوامل التي ساعدت على إقتراب التصورات من التفسيرات العلمية و إبتعدت عن تلك التي كانت تدين المرأة دون الرجل إذا تعلق الأمر بعدم الإنجاب .

4-1 متغير المهنة الممارسة من طرف النساء المبحوثات

المهنة و نوعها هي مؤشرات على نمو المجتمع و تحضره و تطلعه للتعلم، خاصة إذا تعلق الأمر بعمل المرأة لبناء شخصيتها و إستقلاليتها المادية و المساهمة في بناء المجتمع لأنها عنصر فعال.

و إذا حاولنا الربط بين المستوى التعليمي للعينة المدروسة خاصة النساء و زوجات المبحوثين فإن متساوهم التعليمي يؤهلهم للعمل.

أما إستخدامنا لمتغير المهنة في دراستنا خاصة بالنسبة للنساء ، فكان لسببين ، الأول هو لمعرفة هل هناك فرق في الحالة النفسية التي تعيشها المرأة التي لم تنجب ، إذا كانت عاملة خارج البيت أو تمارس حرفة معينة و تلك الماكثة بالبيت أي المعاش النفسي و الإجتماعي .

أما الثاني فنظرا لغلاء الأدوية الخاصة بعلاج ضعف الخصوبة، و عمليات التلقيح الإصطناعي و المصاريف الجانبية المتعلقة بكل زيارة للمختص و التي قد تدوم لسنوات، خاصة إذا تعلق الأمر بعلاج الزوجين مع بعض. فإن عمل الزوجة في هذه الحالة يقلل من عبء مصاريف العلاج التي عادة ما تقع على عاتق الزوج فقط في

حالة عدم عمل الزوجة و ما أكثر هذه الحالات.
و كم من زوج توقف عن مواصلة العلاج بسبب عدم توفر الإمكانيات المادية. كما
أن عمل المرأة يؤدي إلى تغير تصور لها لدورها الإيجابي وسلطة الزوج على
قراراتها بخصوص عدد الأطفال التي تريد إنجابهم و قضية تنظيم النسل ، كما
أنها لا ترى نفسها و وجودها و إعراف الجماعة بها مرتبط فقط بمدى قدرتها على
الإنتاج ثم تاتي الوظائف الأخرى ، و هذا أدى إلى تغير الأحكام حول المرأة التي لا
تنجب لكنها تعمل وتبدع وتساهم في التنمية .

جدول رقم 11: توزيع عينة المبحوثات حسب متغير المهنة

النسبة %	التكرار	العينة نوع المهنة
59.33 %	89	ماكثة بالبيت
04.66 %	07	أعمال حرفية
19.33 %	29	موظفة
16.66 %	25	إطار جامعي
100 %	150	المجموع

في حقيقة الأمر لقد فاجأتنا إحصائيات الجدول، بالنظر إلى المستويات التعليمية
للمتحوّثات التي تؤهلن للعمل و لو في مناصب بسيطة نوعا ما. لكن ما أدهشنا هو
ما لاحظناه عند المبحوثات ذوي المستوى الجامعي فأغلبيتهن لا يعملن بل ماكثات
بالبيت لا يمارسن أي مهنة أو حرفة، لذلك نجد ارتفاع كبير في نسبة الماكثات
بالبيت ب 59.33% وبمجموع قدر ب 89 من 150 مبحوثة. أما النسبة الثانية
فرجعت إلى الموظفات ب 19.33% وبمجموع 29 من 150 .

أما الإطارات الجامعية فجاءت النسبة ب 16.66 % و بمجموع 25 فقط، مقارنة
بعدد الحاصلات على الشهادات الجامعية و المقدرة ب 48 من 150. فنلاحظ أن
23 مبحوثة متحصلة على مستوى جامعي لكنها لا تعمل.

أما أضعف نسبة فعادت للأعمال الحرفية (خياطة، حلاقة،...) بنسبة 04.66 % و
بمجموع 07 فقط.

هذه النتائج المتحصل عليها إنما إذا دلت على شيء فإنها تدل على أن نسبة المرأة العاملة في الجزائر ضعيفة.

إذا حاولنا جمع عدد النساء العاملات حسب عينة المبحوثات فهي تصل إلى مجموع (61) مبحوثة عاملة بأجر، مقابل 89 مبحوثة ماکثة بالبيت أي بنسبة 40.66 % مقابل 59.33 %.

على كل ما يهمننا من هذا المتغير في دراستنا ، كما ذكرنا سابقا، هو إعتبار خروج المرأة للعمل كعامل من عوامل التغير التي تميز المجتمعات في طريق النمو و التحضر، و كذلك لأن عمل المرأة يكسبها شخصية متميزة و طريقة تفكير معينة و نظرة لمختلف القضايا (كحالة العقم مثلا) تختلف عن تلك الماکثة بالبيت . إضافة إلى الإستقلالية المادية و دورها الفعال في تنمية الوطن و كذلك تطوير الأسرة.

إضافة إلى أننا أردنا من خلال ربط متغير المهنة بالحالة النفسية التي تعيشها المرأة التي لم تنجب، لنرى هل هناك فرق في الحياة النفسية بينها و بين الماکثة بالبيت أو تلك التي تمارس أعمال حرفية ...

كذلك متغير مهنة الزوجة مهم في دراستنا، لأن هذه الفئة من الأزواج التي تعاني من تأخر الإنجاب تخضع للعلاج و طرق العلاج هذه تحتاج إلى مبالغ مالية لا يستهان بها لأن مدة العلاج في كثير من الحالات بل حسب العينة المدروسة فقد تمتد لسنوات لأنهم متمسكون بالأمل و ماداموا على قيد الحياة . إضافة إلى أنهم يخضعون للعديد من المحاولات سواء تعلق الأمر بالعلاج الكيميائي أو بالعمليات الإصطناعية للإنجاب، فإذا لم تنجح المحاولة الأولى ، يحاولون للمرة الثانية ثم الثالثة و هكذا. وهذا يحتاج إلى تعاون الزوجين من الناحية المادية ، و هناك من يحتاجون إلى دعم الأقارب ماديا لإجراء عمليات التلقيح الإصطناعي. ففي حالة عمل الزوج فقط قد يسبب له مشاكل مادية كبيرة.

جدول رقم 12: توزيع عينة المبحوثين حسب متغير نوع المهنة

النسبة %	التكرار	العينة المهنة
35 %	35	أعمال حرة
49 %	49	موظف
16 %	16	إطار جامعي
100 %	100	المجموع

رجعت أكبر نسبة لفئة الموظفين ب 49% تضم الموظفين الإداريين و العمال بالشركات.

أما الفئة الثانية فكانت لأعمال الحرة ، بنسبة 35 %، و هي نسبة معتبرة ، و تمثل مهنة (التجارة) أكبر نسبة ضمن هذه الأعمال الحرة.- أما الفئة المهنية الثالثة فرجعت إلى الإطارات الجامعية بنسبة 16 %، فعلى العموم يمكن أن ستخلص بأن مداخل هذه الفئات المهنية قد تكون ليست كافية لسد كل المصاريف، خاصة مصاريف العلاج نظرا لغلاء الأدوية و عدم التعويض من جهة أخرى بحيث يقدر الدخل ما بين 17000-24000 دج) شهريا.

جدول رقم 13: زوجات المبحوثين و متغير نوع المهنة

النسبة %	التكرار	المهنة
62 %	62	ماكثة بالبيت
03 %	03	أعمال حرفية
21 %	21	موظفة

إطار جامعي	14	% 14
المجموع	100	% 100

ما نلاحظه من خلال نسب هذا الجدول أن أكبر نسبة رجعت للزوجات الماكثات بالبيت بمجموع 62 بنسبة 62 % . في مقابل 21 % موظفات و 14% إطار جامعي، و 03 % من اللاني تمارسن أعمال حرفية.

فبجمع عدد العاملات فنجده بمجموع 38 و بنسبة 38 % في مقابل 62 % مأكثات بالبيت.

جدول رقم 14: أزواج المبحوثات و متغير نوع المهنة

النسبة %	التكرار	المهنة
33.33 %	50	أعمال حرة
48.66 %	73	موظف
18 %	27	إطار جامعي
100 %	150	المجموع

بالنسبة لأزواج المبحوثات و المهن و الممارسة ، فكذلك لم نسجل حالات بطالة و لا تقاعد مسبق و رجعت النسبة الأكبر للموظفين ب 48.66 % ، ثم الأعمال الحرة ب 33.33 % ، و تمثلها نسبة التجار بأكبر نسبة ، ثم تليها الإطارات الجامعية بنسبة (18 %) . فهناك تقارب في نسب المهن الممارسة من طرف النساء و نسبة الماكثات بالبيت ، و كذلك هناك تقارب في نوع المهن و نسبها الممارسة من طرف الرجال.

1-5 متغير طريقة الزواج

بالنسبة لمتغير طريقة الزواج، و التي أردنا من خلالها التعرف على طبيعة العلاقة التي جمعت بين هؤلاء الشباب و الشابات قبل الإرتباط ، أي هل كان هناك تعارف بينهما قبل الزواج، و هل نتج هذا الزواج عن علاقة مودة و حب متبادل، إضافة

إلى علاقة القرابة أو التعارف بين الأسرتين و الذي لا يمنع من وجود تعارف و تفاهم و إتفاق بينهما قبل الزواج.

و هذا المتغير مهم في دراستنا، لأن لب الموضوع هو لماذا الآن نلاحظ إستمرار العلاقة بين الأزواج لسنوات عديدة بل لمدى الحياة دون اللجوء لتعدد الزوجات، أو للطلاق رغم عدم قدرتهم على الإنجاب. و حتى على مستوى المعاملة، فهي معاملة جد حسنة تسود بين الأزواج رغم بعض الفترات التي قد يسود فيها نوع من الحزن و القلق لكن سرعان ما ينجلي ذلك لأن الصبر و قوة الإيمان و قوة العلاقة التي تربط بين الزوجين هي الدعائم التي تحمي علاقتهما الزوجية و تزيدهم تمسكا يوما عن يوم مع العيش على أمل الإنجاب في يوم من الأيام.

جدول رقم 15: توزيع عينة الدراسة حسب متغير طريقة الزواج

النسبة %	التكرار	العينة
33.02 %	108	طريقة الزواج تعارف بين الأسرتين أي زواج تقليدي
26.29 %	86	علاقة قرابة
40.67 %	133	علاقة تعارف قبل الزواج
100 %	327	المجموع

حسب إجابات العينة العامة للدراسة، نسجل أكبر نسبة لطريقة الزواج عادت للتعارف بين الزوجين قبل الزواج ، بمجموع 133 و بنسبة 40.67 % . هذا مؤشر تغير أساسي في طبيعة العلاقة بين الأزواج. فالرجل له الحرية في إختيار شريكة حياته و له الحرية في التعرف عليها، و المرأة كذلك أصبحت لها كل الحقوق في إختيار شريك حياتها و التعرف عليه، و تختاره وفق ما يتلائم مع شخصيتها و طريقة تفكيرها و طموحاتها و إستعداداتها فهناك فعلا ثورة في مورفولوجية العلاقة بين الشباب و الشبابات قبل الزواج، و هذا ما يجعل هؤلاء الأزواج مستقبلا يتعايشون مع مختلف المشاكل التي تعيق حياتهم و يحاولون حلها بمفردهم دون حاجتهم لأي كان. و في دراستنا هذه وجدنا بأن هذا العامل هو أساس إستمرار العلاقة بين الأزواج رغم عدم القدرة على الإنجاب، فنظرا لعلاقة الحب

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

بينهما و الود ووفاءا للعشرة الزوجية كل هذا يجعل التفكير في الفراق من المستحيلات. و هو دليل على تحمل نتائج إختيار الشريك مهما كانت .

طبعاً قد تكون علاقة التعارف هذه إضافة لعلاقة القرابة التي تربط بين الزوجين ، وكذلك في حالة حدوث التعارف بين الأسرتين ، و الذي جاءت نسبته ب 33.02% و بمجموع 108.

ثم نجد علاقة القرابة بنسبة 26.29 % و بمجموع 86 . و هذا لا يمنع من أنه في كل الحالات كان هناك تعارف وود و إتفاق بين الزوجين قبل الزواج.

جدول رقم 16: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس وعلاقته بطريقة

الزواج .

المجموع		ذكور		إناث		الجنس طريقة الزواج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
33.02 %	108	32.03 %	41	33.66 %	67	زواج تقليدي أي تعارف بين الأسرتين
26.29 %	86	38.28 %	49	18.59 %	37	علاقة قرابة
40.67 %	133	29.68 %	38	47.73 %	95	تعارف بين الزوجين قبل الزواج و علاقة قرابة
100 %	327	100 %	128	100 %	199	المجموع

لنؤكد نتائج الجدول السابق الذكر أكثر، حاولنا إضافة متغير الجنس للتعرف أكثر على طريقة الزواج التي تم بها اللقاء بين هؤلاء الأزواج، فبالنسبة لفئة المبحوثات، رجعت أعلى نسبة المقدرة ب 47.73 % إلى طريقة التعارف قبل الزواج، ثم تليها الزواج عن طريق التعارف بين الأسرتين إضافة إلى حدوث تعارف بين الزوجين قبل الزواج بنسبة 33.66 % ، ثم الزواج عن طريقة

التعارف و علاقة قرابة بين الزوجين بنسبة 18.59 % . بمعنى أن معظم المبحوثات كان هناك علاقة تعارف بينها و بين زوجها قبل الزواج.

أما من جانب الذكور، فنجد بأن أكبر نسبة رجعت لعلاقة القرابة ب 38.28 % إضافة إلى تعارف بينهما، ثم تلتها الزواج عن طريق تعارف بين الأسر بنسبة 32.03 % ثم عن طريق تعارف بين الزوجين كان بنسبة 29.68 % و الملاحظ أنه هناك تقارب بين النسب الثلاث.

من ضمن العينة العامة المبحوثة ، هناك حالات زواج تمت بعد قصص حب طويلة ، و بعد معاناة في بعض الحالات نتيجة بعض المشاكل التي إعتضت علاقتهم لكن إنتهت بالزواج رغم كل الصعاب.

1- 6 متغير مدة الزواج بالنسبة للعينة المبحوثة

بالنسبة لمتغير مدة الزواج، فنلاحظ بأنه متغير أساسي خاصة إذا تعلق بزواجين يعيشان بدون إنجاب أطفال فالأمر ليس هينا أن تتقبل المرأة العيش لعشرات السنين و ربما طول حياتها بدون أن تنجب و تربي رغبة الأمومة، و كذلك بالنسبة للرجل، فغريزة الأبوة كذلك مركوزة في نفسه مدى الحياة، لكن يتقبل العيش مع زوجته بدون أطفال، و السر في ذلك هو العيش على أمل الإنجاب، فالأمل في الله ثم في العلم قد يحققان لهما الحلم و لو بعد مدة طويلة من الزمن. و هذا المتغير له علاقة بالمتغير السابق ، فالوفاء للعشرة الزوجية و الحب بين الزوجين تجعل كل منهما يتمسك بالآخر أكثر فأكثر . وهذا مؤشر إيجابي في طبيعة العلاقة بين الزوجين الآن.

جدول رقم 17: توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الزواج

النسبة %	التكرار	العينة
75.9 %	189	مدة الزواج من 03- إلى 10

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

سنوات		
من 11 إلى 18 سنة	50	20 %
من 19 سنة فما فوق	11	04.4 %
المجموع	250	100 %

قبل أن نتطرق إلى تحليل النسب الموضحة في الجدول يجدر بنا أن نوضح لماذا قسمنا مدة الزواج إلى هذه الفئات الثلاث. في إعتقادنا بأن مدة الزواج، بمعنى استمرار الحياة الزوجية بدون إنجاب، لا يمكن أن تقاس بعدد من الشهور أو حتى بعدد قليل من السنوات. لأن إنتظار حدوث الحمل و الإنجاب يحتاج إلى وقت طويل نوعا ما فأول فترة هي فترة ما بعد الزواج بحيث ينتظرون الإنجاب من السنة الأولى للزواج، و إذا حدث تأخر يكونون على يقين بأنه سوف يحدث في السنة الثانية ثم يتيقنون أكثر بأنه سوف لن تمر السنة الثالثة بدون إنجاب، و في خلال هذه السنوات الثلاث الأولى من الزواج تبدأ عملية الشك و بالتالي ضرورة بداية العلاج.

عند بداية العلاج عادة ما تبدأ الزوجة، و مع طول مدة العلاج و طرقه قد تطول نتيجته، و إذا كانت سلبية قد يجربون علاجا آخر و هكذا. و بعد مرور سنة أو سنتين يستدعي الزوج لإجراء التحاليل و عادة ما يتأخر نوعا ما عن ذلك، و هناك حالات يركز فيها الأطباء على المرأة فقط. إضافة إلى أن الزوجة في هذه الحالة قد تخضع للعلاج عند العديد من الأطباء في فترة وجيزة و قد تجرب طرق و وسائل تقليدية كذلك للعلاج. و ضمن هذه المسيرة الطويلة تمر السنوات و هم يعيشون مرحلة متارة و مرحلة جزر تارة أخرى مع أمل الإنجاب.

و حتى مع وجود مراكز التلقيح الإصطناعي فإن هذا لم يقلص بدرجة كبيرة مدة الإنتظار فكل محاولة تخصيب فاشلة، تدعو إلى إعادتها علها تكون ناجحة و هكذا ، لذلك قسمنا مدة الزواج لهذه الفئات الثلاث.

أما بالنسبة لقراءة و تحليل معطيات الجدول فنلاحظ ، بأن أكبر نسبة كانت لمدة الزواج من 03 سنة إلى 10 سنوات ب 75.9 % و بمجموع 189 من المجموع العام.

أما النسبة الثانية فكانت لفترة الزواج بين 11-18 سنة ب 20 % و بمجموع 50 من المجموع العام.

ثم تلتته مدة الزواج من 19 سنة فما فوق بنسبة 04.4 % و بمجموع (11) حالة من المجموع العام.

نستنتج إذا بأن ما يعادل 189 حالة من 250 ، مدة زواجهم لحد إجراء الدراسة الميدانية سنة 2006 هي تتراوح ما بين 03 سنوات إلى 10 سنوات زواج بدون إنجاب.

هناك 50 حالة من 250 ، تراوحت مدة زواجهم ما بين 11 سنة إلى 18 سنة إلى حد إجراء الدراسة الميدانية سنة 2006. و هي فئة معتبرة. أما الفئة الأخيرة فتمثل 11 حالة، تجاوزت مدة زواجها 19 سنة فما فوق.

فلاحظ بأنه هناك تمسك الزوج بزوجه و الزوجة بزوجه و العيش على أمل الإنجاب، و هذا يدل على أن الحياة الزوجية ليست مرتبطة بالأطفال، و أن الحياة ليست أطفالاً فقط ، بل فيها أمور أخرى قد تغني عن الأطفال، و كذلك يدل على أن قيمة المرأة ليست مرتبطة بوظيفة الإنجاب فقط بل هي امرأة عادية كبقية النساء و ليس لها ذنب إذا لم تتمكن من الإنجاب حتى و إن كانت هي المصابة . و لا تقتصر إستمرار الحياة الزوجية بين الأزواج العقيمين فقط في حالة عقم الزوج، و إنما حتى في حالة عقم الزوجة، فبحكم أنه لا ذنب لها في أن تكون عقيمة، و أن هذا قضاء من الله ، فيجب أن يرضوا بما قدره الله لهم. و هذه الأفكار يدعمها الجدول الذي نستعرض فيه عدد الزيجات ، فلم نجد حالات إعادة الزواج خاصة من طرف الرجال.

هذه النتيجة تدل على تراجع في بعض الحلول البديلة التي كان يلجأ لها الزوج في حالة عدم القدرة على الإنجاب كالطلاق أو تعدد الزوجات .

جدول رقم 18: متغير الجنس و علاقته بمدة الزواج حسب عينة

الدراسة

المجموع		ذكور		إناث		الجنس مدة الزواج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
75.6 %	189	80 %	80	72.66 %	109	من 03 إلى 10 سنوات

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

من 11 إلى 18 سنة	33	% 22	17	% 17	50	% 20
19 سنة فما فوق	08	% 05.33	03	% 03	11	% 04.4
المجموع	150	% 100	100	% 100	250	% 100

نلاحظ بالنسبة لفئة الإناث، أن أكبر نسبة كانت لمدة الزواج الأولى أي ما بين 10-03 سنوات ب 72.66 % بمجموع 109 من مجموع العام. ثم تليها مدة الزواج الثانية 11-18 سنة بنسبة 22 % و بمجموع 33. ثم المدة الثالثة للزواج 19 سنة فما فوق بنسبة 33،05%.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فنسجل كذلك بأن أكبر نسبة عادة لمدة الزواج الأولى 10-03 سنوات ب 80 % ، ثم تلتها مدة الزواج 11-18 سنة بنسبة 17 % ، ثم مدة الزواج 19 سنة فما فوق بنسبة 03 %.

مع التدكير بأن هذه العينة المبحوثة المقدره ب 250 مفردة ، كلها وجدناها بمراكز علاج العقم باختلاف مدة زواجهم. فطول مدة الزواج بدون إنجاب لا تؤدي بهؤلاء الأزواج إلى التراجع و الرضوخ بل بالعكس فالأمل قائم ماداموا على قيد الحياة.

7-1 متغير الإقامة بعد الزواج

أما بالنسبة لمتغير الإقامة بعد الزواج، فهو متغير مهم في دراستنا، لأننا نركز خاصة في الفرضية الأولى على التغيرات التي طرأت على المجتمع الجزائري خاصة تلك التي مست مؤسسة الأسرة ، فنجد حاليا إنتشار نوع الأسرة النووية أي العيش في سكن مستقل عن السكن الخاص بالوالدين و تكوين أسرة صغيرة متكونة من الزوج و الزوجة و الأطفال. و إستقلال السكن يعني إستقلال القرارات، فكل ماله علاقة بالحياة الزوجية هو من إختصاص الزوجين فقط.

جدول رقم 19 : توزيع عينة الدراسة حسب متغير الإقامة بعد

الزواج

النسبة %	التكرار	العينة الإقامة
31.6 %	79	مع والدي الزوج
68.4 %	171	في سكن مستقل
100 %	250	المجموع

تتجه النسبة الأكبر نحو السكن المستقل ب 68.4 % و بمجموع 171 تكرار ، ثم تليه نسبة السكن مع والدي الزوج ب 31.6 % و بمجموع 79 تكرار.

فلاحظ بأن معظم العينة المبحوثة تسكن في منزل مستقل، و حتى في حالة الإقامة في نفس المجال المكاني فهناك إستقلالية مادية و معنوية و إستقلال القرارات ، و هذا المتغير له دور و تأثير كبيرين على بقية متغيرات الدراسة كنوع التدخلات من طرف المحيطين ، و التعامل و المعاملة بين الزوج العقيم و المحيطين و حتى تعامل الزوجين مع بعضهم البعض. فالسكن المستقل يقلل من الضغوطات أو من تأثير الضغوطات و التدخلات السلبية على حياة الزوجين مما يؤدي إلى دوام الإنسجام بينهما.

أما الذين لازالوا لحد إجراء الدراسة الميدانية يقطنون مع والدي الزوج، فربما لظروف معينة خاصة بهم جعلتهم بقبلون العيش مع والدي الزوج. و لا يعني ذلك أن السكن مع والدي الزوج هو دائما مصدر للقلق و المشاكل، بل نلاحظ عموما هناك تغير في الذهنيات و التعامل مع المشاكل ، كمشكل العقم.

مع ملاحظة أنه حتى بإقامة الزوج العقيم مع والدي الزوج، فنظرا للعلاقة القوية التي تربط بين الزوجين فلا مجال للتأثير السلبي على علاقتهما. أي هناك تحول في العلاقات و نوعيتها و بالتالي في السلوكات و طبيعة التعامل و هذا بسبب تغير في بعض البنئ و الوظائف في المجتمع الجزائري فلم تعد للوالدين سلطة على أولادهم كما كانت في ظل العائلة أي هناك تقلص في السلطة الوالدية في هذا المجال. و هذا أدى إلى تقبل الزوج العقيم في مجتمعنا و إعتبارهم أزواج وأفراد عاديين .

جدول رقم 20: متغير الجنس و علاقته بنوع الإقامة بعد الزواج

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

الجنس الإقامة	إناث		ذكور		المجموع	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
مع والدي الزوج	49	32.66 %	30	30 %	79	31.6 %
في سكن مستقل	101	67.33 %	70	70 %	171	68.4 %
المجموع	150	100 %	100	100 %	250	100 %

أما بالنسبة لتوزيع متغير نوع الإقامة بعد الزواج حسب متغير الجنس فتوصلنا إلى:

فيما يخص فئة الإناث، نلاحظ بأن أكبر نسبة هي في خانة سكن مستقل ب 67.33 % و تلية نسبة سكن مع والدي الزوج بنسبة 32.66 %.

أما فيما يخص فئة الذكور ، فنلاحظ كذلك بأن أكبر نسبة خصت سكن مستقل ب 70 % بينما في سكن مع والدي الزوج بنسبة 30 %.

معنى ذلك أن معظم العينة المبحوثة تسكن في سكن مستقل، الملاحظ أن أغلبية الأزواج يحبذون السكن المستقل مباشرة بعد الزواج لأنه يحقق لهم راحة نفسية. و يعلمهم الاعتماد على النفس لمصارعة الحياة و أعبائها. كذلك يحقق لهم مكانة في نظر المحيطين ، إذا استطاعوا أن يكونوا أسرة، و يلبون كل مطالبهم، و عرفوا كيف يتصرفون في كل أمورهم، و يسيرونها بطريقة ترضي الجماعة.

في حالة الأزواج الذين لم ينجبوا ، فالسكن المستقل يجعل قرار الإنجاب يعالج من طرف الزوجين بالطريقة التي ترضيهما بدون السماح لأي كان بالتدخل.

فالزوجين يقرران البقاء أو الفراق، العلاج بالطرق التي ترضيهما، يبحثون عن البدائل للحصول على طفل كالجوء للتبني أو الكفالة أو التلقيح الإصطناعي، ففي كل الحالات حتى و إن تدخلت العائلة الكبيرة فلا تستطيع فرض رأيها على الزوجين.

8-1 متغير عدد الزيجات بالنسبة للعينة المدروسة

بالرغم من أن مدة الزواج، حسب الجدول رقم 17 قد تعدت عشرات السنين بدون إنجاب الأطفال، لكن هذا لم يرفع من جهة ثانية من نسبة عدد الزوجات و بالتالي تعدد الزوجات حسب العينة المدروسة، خاصة بالنسبة لفئة المبحوثين " الرجال " فالكل راض بنصيبه يعيش على أمل الإنجاب من زوجته الأولى و الأخيرة و هي كذلك تتمنى أن تنجب من زوجها الذي ألفتة.

جدول رقم 21: توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد الزوجات

النسبة %	التكرار	العينة عدد الزوجات
97.2%	243	مرة وحدة
02.4%	06	مرتان
0.4%	01	ثلاث مرات
100%	250	المجموع

نتائج هذا الجدول تؤكد ما ذكرناه في أغلبية الجداول السابقة، فرغم طول مدة الزواج بين الأزواج بدون إنجاب، إلا أننا لم نسجل حالات طلاق أو تعدد الزوجات بصفة ملفتة للإنتباه . و الجدول يوضح ذلك فبالنسبة للعينة العامة تحصلنا على النتائج التالية:

جاءت نسبة الزواج مرة واحدة ب 97.2 % ، بينما الزواج مرتان جاءت بنسبة 02.4 % فقط، أما الزواج ثلاث مرات فكانت بنسبة 0.4 % أي حالة واحدة .

فالنتيجة ظاهرة بكل وضوح، أن العقم أو تأخر الإنجاب لم يعد من أسباب تعدد الزوجات في المجتمع الجزائري حسب ما توصلنا إليه من خلال عينة الدراسة، و قد يكون تعدد الزوجات راجع لأسباب أخرى.

جدول رقم 22: متغير الجنس وعلاقته بعدد الزوجات حسب عينة الدراسة

المجموع	ذكور	إناث
---------	------	------

الجنس عدد الزيجات	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
مرة واحدة	144	%96	99	% 99	243	%97.2
مرتان	05	% 03.33	01	% 01	06	% 02.4
ثلاث مرات	01	% 0.66	00	% 00	01	%0.4
المجموع	150	% 100	100	% 100	250	% 100

أما فيما يخص توزيع متغير عدد الزيجات حسب متغير الجنس فنلاحظ مايلي:

بالنسبة لفئة الإناث، وجدنا بأن أكبر نسبة كانت للزواج مرة واحدة ب 96 % و
بمجموع 144 من 150 مبحوثة.

ثم تلتها الزواج مرتين بنسبة 03.33 % ، ثم الزواج ثلاث مرات بنسبة 0.66 %.

مع العلم أن سؤالنا كان فيه التبرير، فإذا كان الزواج أكثر من مرة فلماذا أعدت
الزواج، و بعض التبريرات أو الأسباب المذكورة ، لم تخص عدم الإنجاب، بل
ذكرت عدم القدرة على التفاهم، و إستحالة العشرة الزوجية.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فأعلى نسبة كانت للزواج مرة واحدة بنسبة 99 % ، ثم
تلتها الزواج مرتين بنسبة 0.1 % . أما حالة ثلاث زيجات فليست واردة ضمن
العينة المبحوثة. وحتى فئة المبحوثين الرجال، فتبرير إعادة الزواج بالنسبة للحالة
المذكورة هو عدم القدرة على التفاهم.

نستنتج بأن عدم القدرة على الإنجاب أصبح يعد مرض كبقية الأمراض قد يصيب
الرجل و المرأة ، وهو كذلك قدر من الله لا ذنب للزوجين فيه، و هو إبتلاء يؤجر
الصابر عليه. لكن هذا لا يمنع من إتباع سبل العلاج و العيش على أمل الإنجاب و
الرضى و الصبر على قضاء الله و قدره وهذا ما يميز هذه العينة المبحوثة،
فالرضى و الصبر يحققان نوع من التوازن النفسي لدى هؤلاء الأزواج.

و لم يعد بذلك العقم من أهم أسباب الطلاق و تعدد الزوجات في المجتمع الجزائري
و هذا يؤكد لنا على أن مكانة الزوجين أولاً، و الحياة الزوجية ثانياً لم تعد مرتبطة
فقط بوجود الأطفال و هذا تغير في نوع التصورات و الأحكام بإتجاه الزوج العقيم .

و قانون الأسرة الجزائري المستمد في مجمله من الشريعة الإسلامية واضح في هذا الأمر فالزواج هو لبناء الأسرة بإنجاب الأولاد، و إذا تأكد بخبرة طبية عقم أحد الزوجين ، أي عدم القدرة على إنجاب الذرية فإنه يصرح لهم بحل هذه العلاقة الزوجية لهذا السبب ، و لكن لا يمكن إعتبار العقم سببا كافيا للطلاق .

أما حالات طلب تطليق الزوجة لزوجها هي حالات قليلة في الجزائر ، و تتم إجراءات الحكم كما في حالة طلب الزوج الطلاق من زوجته. فحسب المادة 53 من قانون الأسرة المستمد من الشريعة الإسلامية التي بمقتضاها تطلب الزوجة التطليق إذا لم يتحقق الهدف من الزواج و هو الإنجاب . و يشترط على الزوجة في هذه الحالة أن تثبت عقم زوجها بوثيقة طبية و ليس بالقول فقط .

لكن واقعا فإنه رغم أن الشريعة الإسلامية و القانون أعطيا للزوجة حق طلب التطليق إذا أثبت عقم زوجها لكي تتمكن من الزواج ثانية لتحقيق رغبة الإنجاب ، إلا أنه في معظم الحالات حتى في حالة عقم الزوج ، فهو الذي يطلب الطلاق ، لأن الزوجة مسيودة بطبعها . لذلك نجد حالات قليلة جدا أين تبادر الزوجة بطلب التطليق و ذلك لأن عيب العقم دائما يلصق بالمرأة . لذلك أثناء حدوث حالات الطلاق هذه ، لا يذكر السبب الحقيقي لفك هذه العلاقة (أي بسبب عقم الزوج) ، بل يؤلفون أسبابا أخرى و تكون الزوجة هي الضحية في كثير من الأحيان .

و حتى في حالة حدوث تطليق الزوجة بسبب عقم الزوج ، لكنها لا تطلبه مباشرة بذكر السبب الحقيقي بل تخفي الحقيقة وراء عدم القدرة على المعاشرة .

و هناك حالات طلاق بالتراضي ، أي أن الزوج و الزوجة موافقان و متفقان على الطلاق و سببه (العقم) الحقيقي لكن دون الكشف عنه للأقارب .

أما إعادة الزواج لأجل طلب الولد في الجزائر ، فهي ظاهرة منتشرة لكن ليس بسبب العقم فقط¹⁸⁵ .

9) تغير مؤشر عدد الأطفال المخطط إنجابهم

- مقابلة مع المحامية ش - نصيرة ، بمقر مكتبها بالعاصمة ، 28 / 01 / 2006 185

إن إنتشار وسائل تنظيم و تحديد النسل الحديثة و حتى التقليدية، جعل إستعمالها من طرف النساء المنجبات يعطين نوع من السلطة و التحكم في نسلها، فتتجنب متى تريد و العدد الذي تريد من الأطفال. و جعلت سلطة الرجل تتقهقر عن ما كانت عليه قبل وجود هذه الوسائل. هذا ما جعل رغبة الأزواج الآن تتوجه إلى إنجاب عدد قليل من الأطفال نظرا لمقتضيات العصرنة و التحضر و التغير في القيم ، و هذا العامل ساعد في تقبل الأزواج العقيمين في المجتمع.

جدول رقم 23: توزيع عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الذين خططوا

لإنجابهم

النسبة %	التكرار	العينة عدد الأطفال
02.4 %	06	طفل واحد
28.8 %	72	طفلان
35.2 %	88	ثلاثة أطفال
25.2 %	63	أربعة أطفال فأكثر
08.4 %	21	لم يخططوا
100 %	250	المجموع

يتبين لنا من خلال نتائج هذا الجدول، أن هذه الفئة من الأزواج الذين لم يزرقوا بعد بأطفال يتوجهون نحو إنجاب عدد قليل من الأطفال.

فأعلى نسبة رجعت إلى إنجاب ثلاثة أطفال ب 35.2 % و هو العدد المثالي في رأيهم. ثم تليها نسبة إنجاب طفلين ب 28.8 % ، ثم تليها نسبة إنجاب أربعة أطفال فأكثر ب 25.2 % .

أما أضعف نسبة فرجعت إلى إنجاب طفل واحد فقط ب 02.4 %

نستنتج بأن عدد الأطفال الذين يطمحون لإنجابهم يتراوح بين طفلين و ثلاثة أطفال . ثم إنجاب أربعة أطفال فأكثر بنسبة أقل.

هناك من الأزواج لم يخططوا لعدد الأطفال الذين سوف ينجبونهم و جاءت النسبة ب 08.4%.

مع أنه في حديثهم يتمنون أن يرزقهم الله و لو بطفل واحد لأنهم محرمون . أما عندما يتحدثون كما لو أنهم سوف ينجبون فعلا، فيتمنون إنجاب عدد قليل يتمشى مع مقتضيات التغيير التي يشهدها المجتمع الجزائري و تطلعات فئاته للأفضل . و إنجاب عدد قليل من الأطفال أصبح مرتبط حاليا بالقيم المتعلقة بأهمية الأطفال داخل الأسرة . لأنه لم يصبح يعتبر الطفل كسند لوالديه عند الكبر، و لا كقوة مادية و إقتصادية للأسرة . و هذا التغيير في الرغبة أدى إلى تحول التصورات باتجاه الأزواج العقيمين من طرف المجتمع تقاس مكانتهم بعملهم و علمهم و قدراتهم و أخلاقهم و شخصيتهم و ليس بعدد أطفالهم

جدول رقم 24: متغير الجنس و علاقته بعدد الأطفال الذين خططوا لإنجابهم

الجنس عدد الأطفال	إناث		ذكور		المجموع	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
طفل واحد	02	01.33 %	04	04 %	06	02.4 %
طفلان	34	22.66 %	38	38 %	72	28.8 %
ثلاثة أطفال	57	38 %	31	31 %	88	35.2 %
أربعة أطفال أكثر	45	30 %	18	18 %	63	25.2 %
لم يخططوا	12	08 %	09	09 %	21	08.4 %
المجموع	150	100 %	100	100 %	250	100 %

بالنسبة لتوزيع متغير عدد الأطفال الذين خططوا لإنجابهم و علاقته بمتغير الجنس ، فتوصلنا إلى:

فيما يخص الإناث، يبين الجدول أن أعلى نسبة كانت لإنجاب ثلاثة أطفال ب 38 % تم تليها إجابة إنجاب أربعة أطفال فأكثر ب 30 % ، ثم نجد نسبة إنجاب طفلين ب 22.66 % ، ثم أخيرا إنجاب طفل واحد بنسبة 01.33 % . أما عدد الذين لم يخططوا فهو 12 تكرار بنسبة 08 % فقط . أما بالنسبة للذكور فنسجل أكبر

نسبة في خانة إنجاب طفلين ب 38 % ، ثم تليها إنجاب ثلاثة أطفال ب 31 % ، ثم إنجاب أربعة أطفال فأكثر بنسبة 18 % ، ثم إنجاب طفل واحد بنسبة 04 % . أما الذين لم يخططوا فبلغت نسبتهم 09 % من مجموع المبحوثين.

نستنتج هنا بأنه هناك فرق في التوجهات نحو عدد الأطفال المخطط إنجابهم بين الإناث و الذكور . فنجد فئة المبحوثات توجهها نحو إنجاب عدد أكبر من الأطفال، بحيث تنتقل من نسبة إنجاب ثلاثة أطفال إلى نسبة إنجاب أربعة أطفال فأكثر أي رغبة في إنجاب عدد كبير من الأطفال . بينما الذكور نجد العكس فالتوجه نحو إنجاب عدد قليل من الأطفال بحيث إنتقلت النسبة من إنجاب طفلين إلى ثلاثة أطفال . و لعل السبب يرجع إلى أن الحرمان من الشيء يؤدي إلى طلبه بشوق و بشراسة إضافة إلى أن المرأة تسيطر عليها رغبة الأمومة أكثر من غيرها، و تحس بأنها المسؤولة عن عدم الإنجاب في كل الحالات . لذلك ترغب في أن تنجب حتى عشرة أطفال لتحقيق ذاتها و ترسخ مكانتها في المجتمع . أما الرجال فغريزة الأبوة كذلك مركوزة في نفسه لكن قد يكبت أحاسيسه و آماله حتى يبين بأنه غير متأثر كثيرا من عدم وجود الأطفال لذلك يرضى بالعدد القليل فقط إن أنجب.

10-1 متغير الإصابة بالعقم عند الجنسين حسب عينة الدراسة

قد يعود سر طول العشرة الزوجية بين الأزواج بدون إنجاب أطفال فعلا، للمتغيرات المذكورة آنفا و التي تشكل محورا مهما في نسبة التغير التي مست المجتمع و الأسرة و كذلك الرغبات و التصورات و القيم. لكن قد يعود كذلك إلى متغير الإصابة بالعقم عند الزوجين، لذلك لا نجد حالات طلاق و لا تعدد الزوجات حسب العينة المدروسة.

جدول رقم 25 : توزيع عينة الدراسة حسب الإصابة بالعمم

النسبة %	التكرار	العينة الإصابة بالعمم
45.2 %	113	الزوج
23.2 %	58	الزوجة
21.2 %	53	الزوجين معا
10.4 %	26	لم يجدوا للعمم تفسيرا
100 %	250	المجموع

من خلال النتائج المسجلة في هذا الجدول حسب إجابات العينة العامة للدراسة ، نلاحظ بأن أكبر نسبة تسجل عند إصابة الزوج بضعف الخصوبة ب 45.2 % . ثم تليها إصابة الزوجة بضعف الخصوبة بنسبة 23.2 % . أما لإصابة الزوجين معا بضعف الخصوبة فالنسبة كانت 21.2 % .

أما بالنسبة للحالات التي لم يجدوا لعدم القدرة على الإنجاب لديهم تفسيراً معيناً ، و أي من الزوجين هو المصاب فالنسبة كانت 10.4 % .

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

نستنتج من هذه النسب أن العقم رجالي في الجزائر و حتى المختصين أكدوا ذلك،
فالدكتور " شريف نذير " *¹ مدير مصحة فريال للإنجاب بالمساعدة الطبية
بالعاصمة، أكد بأن العقم في الجزائر سببه الرجال بنسبة 55 إلى 65 % بينما
النساء نسبة العقم عندهم 45 % .

و أكثر الأمراض المنتشرة بين الرجال هي ضعف الحيوانات المنوية في النوع و
الحركة و العدد. لذلك لاحظنا في الميدان إنتشار تبادل الوصفات بين النساء لعلاج
ضعف الحيوانات المنوية عند أزواجهن من بينها و صفات مصدرها بعض الأعشاب
و العسل، و بعض الأغذية

فلاحظ هذا التغير فبعد أن كانت تتبادل النسوة و صفات لعلاج حالات ضعف
الخصوبة عند النساء تغيرت المعادلة و أصبحت تتبادل و صفات لعلاج ضعف
الخصوبة عند الرجال. فالعقم عند الرجال لم يعد من المحظورات كما كان في
السابق .

أما بالنسبة لضعف الخصوبة عند الزوجات فالنسبة تمثل نصف نسبة الأزواج
المصابين ، و الأمراض تختلف من عضوية إلى نفسية... و هذا بالنسبة للعينة
المبحوثة أما بالنسبة لزوجات المبحوثين و أزواج المبحوثات فنستعرضها في
الجدول الموالي.

جدول رقم 26: متغير الجنس و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة

الدراسة

الجنس الإجابة	إناث		ذكور		المجموع	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
الزوج	68	45.33 %	45	45 %	113	45.2 %
الزوجة	33	22 %	25	25 %	58	23.2 %
الزوجين معا	33	22 %	20	20 %	53	21.2 %
لم يجدوا	16	10.66 %	10	10 %	26	10.4 %

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

						له تفسيراً
%100	250	% 100	100	% 100	150	المجموع

فيما يخص توزيع الإصابة بضعف الخصوبة حسب متغير الجنس، فإننا نركز على المبحوثات و أزواجهن، ثم المبحوثين وزوجاتهم .

نبدأ بفئة الإناث، و نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة ضعف الخصوبة عند الزوج ب 45.33 % ثم تلتها نسبة ضعف الخصوبة عند الزوجة أي المبحوثة ب 22 % ، ثم نفس النسبة نجدها عند إصابة الزوجين معا بضعف الخصوبة ب 22 % كذلك. أما حالة عدم إيجاد تفسير لسبب عدم القدرة على الإنجاب فجاءت النسبة ب 10.66 %.

أما فئة الذكور ، فنسجل كذلك بأن أكبر نسبة سجلت في خانة إصابة الزوج بضعف الخصوبة ب 45 % ثم تلتها إصابة الزوجة ب 25 % ثم إصابة الزوجين معا ب 20 % ، ثم أخيرا حالة من لم يجدوا لعقمهم تفسيراً بنسبة 10 % مع التذكير هنا بأن الأزواج كانوا صرحاء في إجاباتهم بصفة كبيرة، بحيث في حالة إصابته هو دون زوجته يجيب في خانة الزوج. و هذا سجلناه في حالة الإجابة بحضور الزوجة أو غيابها لذلك فالنتائج المتوصل لها هنا هي صادقة و حقيقية .

نستنتج من نتائج الجدول بأنه سواء عند فئة الإناث (المبحوثات) أو الذكور (المبحوثين) فإن سبب الإصابة بضعف الخصوبة و عدم القدرة على الإنجاب راجع للأزواج الرجال بنسبة أكبر من نسبة الزوجات المصابات.

جدول رقم 27: متغير السن و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة المبحوثات

المجموع	45 فما فوق	44-37	36-29	28-21	السن
					الإجابة

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

ضعف الخصوبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
	08	24.24 %	14	42.42 %	10	30.30 %	03	09.09 %	33	100 %

نلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة سجلت في فئة السن 29-36 ب 42.42 % ، ثم تلتها فئة السن 37-44 ب 30.30 % ، ثم فئة السن 21-28 ب 24.24 % ، و أخيرا فئة السن 45 سنة فما فوق ب 09.09 %

نستنتج حسب عينة المبحوثات المصابات بضعف الخصوبة و فئة السن بأن أكثر المصابات تنتمي لفئة السن 29-36 ، ثم تليها المصابات التي ينتمين لفئة السن 37-44 سنة ، ثم المصابات من فئة السن 21-28 سنة، ثم المصابات من فئة السن 45 فما فوق ب 09.09 %.

جدول رقم 28: متغير السن و علاقته بالإصابة بضعف الخصوبة حسب عينة المبحوثين (الرجال).

المجموع		50 فما فوق		49-42		41-34		33-26		العينة الإيجابية
النسبة %	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة %	التكرار	الإصابة بضعف الخصوبة عند الزوج
100 %	45	00 %	00	33.33 %	15	57.77 %	26	08.88 %	04	

نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت عند فئة السن 34-41 ب 57.77 % ، ثم تلتها نسبة المصابين بضعف الخصوبة من فئة السن 42-49 سن ب 33.33 % . بعدها جاءت فئة السن 26-33 بنسبة 08.88 % . أما فئة السن 50 سنة فما فوق فلم نسجل ولا حالة.

نلاحظ بأنه هناك العديد من عوامل التغيير التي ساهمت في تأسيس تصورات جديدة حول الجسد العقيم و بالتالي تقبل الزوج العقيم في مجتمعنا . لكن تأثير هذه العوامل على هذه التصورات لم يمس هذه الجوانب فقط بل إمتدت تأثيراته و ظهرت نتائجه في مستويات عدة في طرق التفكير و الأحكام و القناعات و الرغبات وهذا ما سوف نستعرضه في القسم الموالي من الدراسة .

المبحث الثاني : التفكير في إمكانية الإصابة بالعقم (قبل الزواج)

بعد إستعراض و قراءة و تحليل الجداول التي إحتوت على أهم المتغيرات التي تميز عينة الدراسة و التي تعطي تفسيراً أولياً لمختلف التغيرات التي طرأت على بعض بنيات المجتمع الجزائري كمؤسسة الأسرة، و بعض القيم و التصورات و الرغبات و الأهداف و القناعات بخصوص ظاهرة الإنجاب خاصة و تأثيرها المباشر على التصورات المتعلقة بوضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري. سوف نستعرض في هذا الجزء من تحليل البيانات الميدانية لتحقيق الفرضية الأولى (إضافة إلى نتائج الجداول السابقة الذكر) مدى تفكير هؤلاء الأزواج (قبل الزواج) في احتمال إكتشاف إصابتهم بالعقم ، و الفترة التي حددت من طرفهم لإنجاب أول مولود . أي هل تمت مناقشة فكرة العقم قبل الزواج كمناقشة فترة إنجاب أول مولود و عدد الأطفال و ربما حتى جنسهم من طرف العينة المبحوثة .

1_ مدى مراودة فكرة العقم للعينة المبحوثة قبل الزواج

جدول رقم 29 : توزيع عينة الدراسة حسب مراودة فكرة العقم لهم قبل الزواج

النسبة %	التكرار	العينة
		الإجابة
% 15.2	38	نعم
% 84.8	212	لا
% 100	250	المجموع

أردنا من وراء إدراج هذا الجدول التوصل إلى معرفة مدى تفكير العينة المبحوثة في مشكل العقم قبل الزواج. رغم أنه سؤال طرح نوع من الإستغراب لدى البعض، خاصة فيما يخص ذكر الأسباب لأن كل زوج يتمنى بعد الزواج أن يرزق بأطفال وكأنه نتيجة حتمية لكل علاقة بين زوجين. لكن كما هو واقع قد تكون النتيجة عكسية.

و من خلال نتائج الجدول ، و حسب إجابات العينة العامة نلاحظ بأن نسبة 84.8 % من المستجوبين أجابوا ب (لا) أي أنهم لم يفكروا أبدا في أنهم قد يكونوا عقماء بعد الزواج .

أما نسبة 15.2 % من الإجابات فكانت بنعم ، نتيجة لعوامل و أسباب معينة جعلتهم يفكرون في أنهم قد يكونوا عقماء بعد الزواج .

نستنتج من هذه النسب أن فكرة العقم ليست واردة عند معظم المستجوبين، رغم أن العقم ذكر في القرآن و هو مرض كبقية الأمراض قد يصيب الرجل كما يصيب المرأة، إضافة إلى إنتشاره في السنوات الأخيرة كما أنه عرف منذ القدم عند مختلف الشعوب و كانت عادة ما تتهم المرأة به دون الرجل. لكن رغم ذلك فكل زوج قد يفكر في إصابة غيره بالعقم لكن لا يفكر في حالته هو و كأنه أمر مستبعد عنه لذلك نجد ذلك الأمل الدائم و العيش عليه من أجل الإنجاب أي أنه لا يوجد زوج يصف نفسه بالعقم .

و للتعرف على مدى الإتفاق أو الإختلاف بين الجنسين بخصوص هذه الفكرة ، حاولنا ربط الإجابات بمتغير الجنس كما يوضحه الجدول .

جدول رقم 30: متغير الجنس و علاقته بمدى مراودة فكرة العقم لهم قبل الزواج

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإجابة	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %		
النسبة %						
15.2 %	38	14 %	14	16 %	24	نعم
84.8 %	212	86 %	86	84 %	126	لا
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

فيما يخص تأثير متغير الجنس على التفكير في العقم قبل الزواج، يوضح لنا هذا الجدول النتائج التالية:

بالنسبة لفئة الإناث، فإن أكبر نسبة سجلتها خانة الإجابة لا ب 84 % ، ثم خانة الإجابة بنعم بنسبة ضئيلة بلغت 16 % فقط .

أما فئة الذكور، فلكذلك لا نسجل فرق بينها وبين فئة الإناث، فالنسبة الأكبر عادت للإجابة ب لا ب 86 % ، أما الإجابة بنعم فكانت بنسبة 14 % .

نستنتج أن كل من الجنسين بالأغلبية لم يفكروا و لم تراودهم فكرة الإصابة بالعقم قبل الزواج.

بينما هناك فئة قليلة من الجنسين (المبحوثين) راودتها فكرة العقم قبل الزواج.

و في الجدول الموالي سوف نستعرض لماذا لم تراود المبحوثين فكرة العقم قبل الزواج.

جدول رقم 31: رأي عينة الدراسة في أسباب عدم التفكير في العقم

النسبة %	التكرار	العينة الإجابة
35.84 %	76	لم نفكر في هذا الموضوع قبل الزواج
18.86 %	40	لم نفكر فيه لأنه من الغيبيات
22.16 %	47	لأنه لا توجد حالات عقم في العائلة
13.20 %	28	لأننا كنا بصحة جيدة

إجابة أخرى	12	05.66 %
بدون إجابة	09	04.24 %
المجموع	212	100 %

نحاول هنا التعامل مع نسبة المستجوبين الذين أجابوا ب لا، أي ماهي الأسباب التي جعلتهم لا يفكرون في إمكانية الإصابة بالعمق. بالرغم أن هذا السؤال استغرق من المجيبين وقتا لأنه هناك من لم يجد تبريرا، لأنه لم يفكر أبدا في العمق قبل الزواج، لذلك وجدنا بعض الإجابات غير كاملة، أما الإجابات التي حاولنا تصنيفها حسب إقتراحات المجيبين فكانت كما يلي:

رجعت أعلى نسبة إجابة إلى أنهم لم يفكروا في موضوع العمق و لم تخطر الفكرة ببالهم ب 35.48% حسب إجابات العينة العامة للدراسة طبعا . و كان التبرير هنا غائب فهم لم يفكروا في العمق و كفى.

أما الإجابة الثانية فكانت هي الأكثر تفسيراً لعدم تفكيرهم في العمق و ذلك لأنه لا توجد حالات عمق في العائلة، فهذا جعلهم لا تخطر ببالهم فكرة العمق قبل زواجهم، جاءت بنسبة 22.16 % .

أما الإجابة الثالثة فكانت أن العمق بيد الله و هو من الأمور الغيبية و ليس للإنسان القدرة على التفكير في ذلك و جاءت النسبة ب 18.86 % .

الإجابة الرابعة نسبها 13.20 % و هي تمتع الأزواج بصحة جيدة ، جعلهم لم يفكروا بإصابة بالعمق.

كما جاءت نسبة إجابة أخرى ب 05.66 % ، و كان من بينها أن الإنسان لا يمكن أن يعرف إن كان عقيماً أو منجبا إلا بعد أن يتزوج. و كذلك خاصة بالنسبة للرجال فقدراتهم الرجولية لم تجعلهم يفكرون في إمكانية إصابتهم بالعمق. أما نسبة الذين لم يجيبوا فكانت 04.24 %.

نستنتج من إجابات العينة العامة ، أن عدم تفكيرهم في العمق قبل الزواج كانت راجعة إلى أسباب موضوعية منطقية إلى حد ما.

بالرغم من أن النسبة الأكبر عادت لعدم مراودة فكرة العمق ، إلا أنه هناك فئة من المبحوثين راودتهم فكرة احتمال إكتشاف إصابتهم بالعمق و بررت بالعديد من الأسباب إختلفت من الإناث إلى الذكور كما يوضحه الجدول الموالي .

جدول رقم 32 : متغير الجنس و علاقته بأسباب مراودة فكرة العقم لهم قبل
الزواج

الجنس		إناث		ذكور	
الإجابة	التكرار	النسبة %	الإجابة	التكرار	النسبة %
إنتشار العقم في وقتنا الحالي	06	25 %	نظرا لإنتشار العقم	07	50 %
إضطراب في العادة الشهرية	03	12.5 %	لأن الزوجة كانت لها مشاكل صحية	04	28.57 %
وجود حالة عقم في الأسرة	02	08.33 %	إجابة أخرى	03	21.42 %
مصارحة الزوج بمرضه قبل الزواج	01	04.16 %			
إجابة أخرى	09	37.50 %			
بدون إجابة	03	12.5 %			
المجموع	24	100 %	المجموع	14	100 %

بالرغم من أن أغلبية العينة المبحوثة لم تراودها فكرة العقم قبل الزواج، لكن هناك فئة روادتها هذه الفكرة و تمثل نسبة 15.2 % من العينة العامة. و توزعت بنسبة 16 % بالنسبة للمبحوثات و 14 % بالنسبة للمبحوثين الرجال.

أما بالنسبة لإجاباتهم حول أسباب مراودة فكرة العقم لهم، فوجدنا بعض عدم التشابه في ذكر الأسباب بين المبحوثات و المبحوثين.

نبدأ بفئة الإناث، بحيث جاءت الإجابة الأولى هي بسبب إنتشار العقم في وقتنا الحالي بنسبة 25 % جعل المبحوثات يفكرن في إمكانية إصابتهم بالعقم ، و عدم القدرة على الإنجاب بعد الزواج.

الإجابة الثانية كانت أنه بسبب إضطراب في العادة الشهرية كانت تعاني منه المبحوثات وصلت نسبتها 12.5 % .

الإجابة الثالثة كانت بسبب وجود حالة عقم في العائلة جاءت نسبتها ب 08.33 % . أما الإجابة الرابعة فهي بسبب مصارحة الزوج لزوجته قبل الزواج بأنه يعاني من مشاكل في قدرته الجنسية و جاءت بنسبة 04.16 % و على ذكر هذا السبب و من حديثنا مع المبحوثات خاصة، وجدنا بأنه في بعض الحالات لا يتم إخبار الزوجة بضعف زوجها الجنسي او ماشابه ذلك من المشاكل رغم علم الزوج بذلك قبل الزواج و تتفاجأ الزوجة بذلك بعد المعاشرة الزوجية و هذا الأمر ضد الشرع و الأخلاق . في المقابل هناك حالات من الزوجات كانت على علم بمرض زوجها لكنها قبلت الزواج وهي تعاني الآن الأمرين. لذلك من الأجدر أن يجري كل من الزوج و الزوجة تحليلات خاصة بهذا الأمر قبل الزواج حتى لا تكون هناك نوع من التستر على المرض و تصبح هنا نوع من الخداع، سواء تعلق الأمر بعيب في المرأة أو الرجل.

أما نسبة إجابة أخرى فكانت ب 37.50 % ، و تضمنت مثلا أن هناك من كانت ترى في أحلامها بأنها سوف لن تنجب، و كذلك هناك من ذكرت بأنه مادام لها سكن و زوج مثالي فحتما فرحتها لن تكتمل و سوف لن تنجب، و هناك من ذكرت بأنه كان لديها إحساس داخلي يؤكد لها بأنها سوف لن تنجب.

أما نسبة بدون إجابة فكانت 12.5 %.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فنلاحظ ذكر لسببين فقط ، جعلتهم يفكرون في أنهم سوف لن ينجبوا بعد الزواج، السبب الأول هو نظرا لإنتشار العقم حاليا و جاء بنسبة 50 % ، أما السبب الثاني فهو لأن الزوجة كانت لها مشاكل صحية قبل الإرتباط و هذه الإجابة جاءت بنسبة 28.57 % .

أما نسبة إجابة أخرى فقدرت ب 21.42 % . و قد تضمنت أن طبيعة عمل الزوج كانت تستدعي منه الغياب لمدة طويلة لذلك كان يفكر بأنه قد يؤثر هذا على زوجته و بالتالي لا تنجب.

نستنتج من خلال الأسباب التي ذكرت أنها منطقية و قد تؤدي فعلا بالفرد إلى التفكير في العقم . لكن الملاحظ أن الأزواج لهم ثقافة محدودة بخصوص هذا الموضوع، لأنه هناك عوامل عديدة تحيط بالإنسان تؤدي به إلى أن يصاب بضعف

الخصوبة على المستوى العضوي و النفسي و الروحاني فمثلا هناك بعض المهن التي يزاولها الرجال و التي تتميز بتعرضهم للحرارة الشديدة هي من أسباب الإصابة بالعقم و هذا أثبت طبيا و علميا. كذلك أثبت بأن مثلا الرجال الذين يعملون كسائقين للمركبات لساعات طويلة في اليوم هذا يسبب لهم الإصابة بضعف الخصوبة. كذلك التدخين، الكحول ، بعض الأدوية لعلاج أمراض الأعصاب و بعض الأمراض النفسية، هذه كلها تسبب الإصابة بالعقم، و حتى التلوث قد يؤثر على الجهاز الخصوبي للإنسان، و مؤخر ذكر أنه حتى تلك الألبسة الضيقة التي يرتديها الرجال و النساء ، قد تسبب لهم مشاكل تؤدي بهم للإصابة بالعقم.

كذلك التعرض لحالات القلق المستمر قد تؤدي إلى التأثير على القدرة على الإنجاب و هذا يخص المرأة و الرجل لأن الإستقرار النفسي عامل مهم من العوامل المساعدة على الحمل خاصة بالنسبة للمرأة .

كذلك نوع الأغذية أو الغذاء، له علاقة بالإصابة بضعف الخصوبة، فالغذاء يجب أن يكون متكامل و غنيا بمواد و حريرات تنشط الأجهزة المكونة لجسم الإنسان، إضافة إلى عامل تأخر السن بالنسبة للمرأة .

هذه الإجابات تدل على أن الإصابة بالعقم، تجعل الزوج منغلق نوعا ما ، قد لا يتابع التطورات العلمية و غيرها في هذا المجال. فالإنسان المصاب عادة ما يهرب من التعرف على حقيقة إصابته و هذا ما يحدث مع هؤلاء الأزواج. فكما حدثتني بعض المبحوثات ، فعندما تريد متابعة حصة خاصة بمشكل الإنجاب بصفة عامة، قد يتأثر الزوج و يمنعها من ذلك. فهو نوع من الهروب. لكن الهروب قد يضيع لهم فرص العلاج النفسي لهم لتقبل الأمر و تقبل الحقيقة بصدر رحب و البحث عن الحلول.

2_ الفترة التي حددت لإنجاب أول مولود حسب إجابات العينة
المبحوثة

جدول رقم 33: توزيع عينة الدراسة حسب الفترة المحددة للإنجاب

النسبة %	التكرار	العينة الإيجابية
64.8 %	162	من السنة الأولى للزواج
22.8 %	57	من السنة الثانية للزواج
07.2 %	18	من السنة الثالثة للزواج
05.2 %	13	لم يخططوا لذلك
100 %	250	المجموع

أردنا الوصول من خلال إدراج متغير الفترة المحددة للإنجاب هل هناك تغير في التوجه عن ما كان سائدا أي التفكير في الإنجاب و الحديث عن الأطفال بعد فترة قصيرة من الزواج.

فمع التغيرات التي حدثت على مستوى العلاقات و القناعات و بعض القيم، كنا نظن بأن بعض فئات الأزواج قد يؤخرون نوعا ما الإنجاب إلى سنوات معينة بعد الزواج لظروف و خصوصيات تتعلق بمشاريع وطموحات الزوجين، لكن نتائج الجدول بينت لنا عكس ذلك إلى حد ما.

فمن خلال تحليل نتائجه حسب إجابات العينة العامة طبعاً، نلاحظ بأن أعلى نسبة و المقدره ب 64.8% كانت خاصة بالتخطيط للإنجاب من السنة الأولى للزواج ثم رجعت نسبة 22.8% بالتخطيط بإنجاب من السنة الثانية للزواج. و هي نسبة قليلة وضعيفة مقارنة بالنسبة الأولى. أما التخطيط لإنجاب من السنة الثالثة فكانت نسبة 07.2% و هناك من الأزواج من لم يخططوا لذلك و كانت نسبتهم 05.2%.

نستنتج إذن بأن الأغلبية يريدون الإنجاب من السنة الأولى للزواج. و لكن بالمقابل كيف تكون نفسيتهم في حالة عدم حدوث الحمل خلال هذه الفترة ..

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

لكن هل التفكير في الإنجاب حسب الفترات المحددة في الجدول، تؤثر عليها بعض المتغيرات كالجنس و السن.

جدول 34 : متغير الجنس و علاقته بالتخطيط للفترة المحددة للإنجاب

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإيجابية
النسبة %	التكرار ر	النسبة %	التكرار ر	النسبة %	التكرار	
%64.8	162	%48	48	%76	114	من السنة الأولى للزواج
%22.8	57	%32	32	%16.66	25	من السنة الثانية للزواج
%07.2	18	%14	14	%02.66	04	من السنة الثالثة للزواج
%05.2	13	%06	06	%04.66	07	لم يخططوا لذلك
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

أولا يجب أن نوضح بأن الفترة المحددة لإنجاب ، هي قرار مشترك بين الزوجين فعندما نتحدث هنا عن فئة الإناث أي رأي المبحوثات معنى ذلك رأي أزواجهن كذلك و كذلك عندما نتحدث عن رأي المبحوثين فذلك فهو قرار مشترك بينهم و بين زوجاتهم . و يمكن أن نسجل من خلال إحصائيات الجدول حسب متغير الجنس مايلي:

بالنسبة لفئة الإناث ، نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة الإنجاب من السنة الأولى للزواج ب 76 % . ثم تلتها نسبة 16.66 % و التي خصت الإنجاب من السنة الثانية للزوج.

أما بالنسبة للإنجاب من السنة الثالثة للزواج فكانت نسبته 02.66 % . أما نسبة الذين لم يخططوا لفترة الإنجاب بعد الزواج فكانت 04.66 % .

فلاحظ بالنسبة للإناث بأن أكبر النسب توجهت إلى الإنجاب من السنة الأولى و الثانية. بينما الإنجاب من السنة الثالثة فجاءت النسبة ضعيفة.

فيما يخص فئة الذكور، نلاحظ كذلك بأن أكبر نسبة كانت لإجابة من السنة الأولى للإنجاب من السنة الأولى للزواج ب 48 % ، ثم تلتها الإنجاب من السنة الثانية ب

32 % ، ثم تبعتها الإنجاب من السنة الثالثة بنسبة 14 % . أما الذين لم يخطبوا فكانت نسبتهم 06 % .

نلاحظ بأن النسب عند الذكور توزعت على فترات الإنجاب الثلاث بشكل متوازن أكثر من فئة الإناث التي ركزت على الفترة الأولى و الثانية أكثر من الفئة الثالثة. و هذا يرجع إلى أن المرأة تتغلب عليها ضرورة تلبية غريزة الأمومة في أسرع وقت ممكن لترضي نفسها وزوجها أولاً و لترضي المحيطين كذلك .

أما بالنسبة لإجابة المبحوثين الرجال ، فقط تكون إجابته هو دون مشاركة الزوجة له.

و على العموم فالهدف من الإنجاب من السنة الأولى للزواج هو إثبات لرجولة الرجل و خصوبة المرأة من أجل ترسيخ الزواج و العلاقة بين الزوجين أكثر فأكثر.

المبحث الثالث : بداية التفكير في تأخر الإنجاب و طرحه من طرف
الزوجين

1- بداية الشك في تأخر الحمل من طرف الزوجين

جدول رقم 35: توزيع عينة الدراسة حسب بداية الشك في تأخر الحمل

النسبة %	التكرار	العينة الإجابية
21.2 %	53	من الأشهر الأولى للزواج
39.6 %	99	من السنة الأولى للزواج
31.2 %	78	من السنة الثانية للزواج
08 %	20	من السنة الثالثة للزواج
100 %	250	المجموع

بما أننا نعالج في موضوع عدم القدرة على الإنجاب عند عينة من الأزواج و الزوجات، و بعد أن تناولنا في الجداول السابقة الفترة التي حددت للإنجاب، سوف نتناول ضمن نتائج هذا الجدول بداية الشك في تأخر الحمل حسب آراء العينة العامة للدراسة.

جاءت النسبة الأكبر لإجابة أن الشك في تأخر الحمل بدأ من السنة الأولى للزواج ب 39.6 % . ثم تلتها نسبة 31.2 % و التي خصت بداية الشك إبتداءا من السنة الثانية للزواج. ثم تلتها ببداية الشك من الشهور الأولى للزواج ب 21.2%، ثم النسبة الأخيرة كانت للإجابة بأن الشك في تأخر الحمل كان بداية من السنة الثالثة للزواج ب 08 % . و يمكن أن نذكر هنا بأنه هناك علاقة بين الفترة التي حددت للإنجاب و بين بداية الشك في تأخر الحمل عند الزوجة ، لذلك جاءت أكبر نسبة خاصة ببداية الشك من السنة الأولى للزواج

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الرابع

كما وجدناه عندما تحدثنا عن الفترة المحددة للإنجاب، بحيث رجعت أعلى نسبة للإنجاب من السنة الأولى للزواج و طبعاً ببداية الشك في تأخر الحمل يبدأ القلق و المعاناة خاصة بالنسبة للزوجة.

بما أن الإنجاب يتم بإتحاد كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر، لذلك أردنا التعرف على آراء كل من الجنسين في فترة بداية الشك في تأخر الحمل عند الزوجة كما هو موضح في الجدول الموالي .

جدول رقم 36: متغير الجنس و علاقته ببداية الشك في تأخر الحمل

المجموع	ذكور		إناث		الجنس فترة بداية الشك	
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
%21.2	53	%24	24	%19.33	29	من الأشهر الأولى للزواج
%39.6	99	%39	39	%40	60	من السنة الأولى للزواج
%31.2	78	%30	30	%32	48	من السنة الثانية للزواج
%08	20	%07	07	%08.66	13	من السنة الثالثة للزواج
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث، نلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في الإجابة بأن بداية الشك في تأخر الحمل كانت من السنة الأولى للزواج ب 40 %، ثم من السنة الثانية للزواج بنسبة 32 % . ثم من الأشهر الأولى للزواج بنسبة 19.33 %، ثم من السنة الثالثة للزواج بنسبة 08.66 % .

نستنتج أن أغلبية المبحوثات راودها الشك في تأخر الحمل بداية من السنة الأولى للزواج، ثم تليها السنة الثانية حسب إرتفاع النسب المسجلة في الجدول. و كما ذكرنا سابقاً فالمرأة تتمنى الإنجاب حتى تحقق ذاتها أولاً و حتى ترسخ علاقتها

الزوجية و حتى ترضي زوجها، لذلك فإذا مرت السنة الأولى من الزواج بدون وجود بوادر الحمل، فهذا قد يسبب لها نوع من الإحراج أمام زوجها و أمام الآخرين، لذلك نجد دائما أن مبادرة العلاج خاصة في السنوات الأولى من الزواج يكون من طرف الزوجة و عادة قد تزور المختصة بدون أن تعلم أحدا ، خاصة من جانب عائلة الزوج.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فנסجل أعلى نسبة كذلك في خانة من السنة الأولى للزواج ب 39 %، ثم السنة الثانية للزواج بنسبة 30%، ثم من الشهور الأولى للزواج ب 24 % ، أما النسبة الأخيرة فكانت لبداية الشك في تأخر الحمل ابتداء من السنة الثالثة بنسبة 07 % . رغم أن الرجل يفكر في إرضاء غرائزه الجنسية أولا ثم يفكر في الإنجاب و هذا عكس ما نجده عند النساء .

بما أن الإنجاب هو حلم كل امرأة و رجل، فحتى الزوج يقلقه أمر تأخر الحمل و تبدأ تطرح التساؤلات لماذا هذا التأخر؟ و من السبب في هذا التأخر؟ و تبدأ نظرات الإتهام توجه للزوجين. لذلك وجدنا نوع من الإتفاق في فترة الشك في تأخر الحمل عند المبحثين و المبحوثات.

2- طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين

جدول رقم 37: توزيع عينة الدراسة حسب طرح مشكل تأخر الحمل من طرف

الزوجين

النسبة %	التكرار	العينة
52.8 %	132	الإجابة الزوجة
14 %	35	الزوج
33.20 %	83	الزوجان معا
100 %	250	المجموع

بعد أن تحدثنا عن بداية الشك في تأخر الحمل، نتناول في هذا الجدول من من الزوجين طرح المشكل علنا و بدأ بالتساؤل حول الأسباب و ما السبيل لأجل الإنجاب. و يبين لنا الجدول النتائج التالية:

نلاحظ بأن النسبة الأكبر عادت للزوجة ب 52.8 %، أي أن الزوجة هي التي تطرح مشكل تأخر الحمل، ثم جاءت النسبة الثانية أن طرح المشكل كان من الزوجين معا ب 33.20 % أما طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوج أولا فجاءت نسبه ب 14 % ، و طرح مشكل تأخر الحمل نقصد به إثارته كمشكل بدأ يثير قلق الزوجين و يستدعي تدبر سبل ووسائل لمعرفة أسبابه. لكن ما يمكن أن نذكره هنا هو أنه بالنسبة للزوج حتى في حالة عدم طرحه للمشكل و مناقشته مع زوجته، فهذا لا يعني أنه لا يحس بوجوده بل ربما يتجنب ذلك و يترك الزوجة هي التي تثيره حتى لا تحس بالإحراج و حتى لا يثير مخاوفها خوفا على مشاعرها لذلك قد يتجنب إثارة موضوع تأخر الحمل بصفة جدية أمام زوجته.

بعد أن تعرفنا على طرح مشكل تأخر الإنجاب من طرف الزوجين حسب العينة العامة للدراسة، نحاول من خلال الجدول الموالي أن نعرف أثر متغير الجنس في طرح هذا الإنشغال .

جدول رقم 38 : أثر متغير الجنس على طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين.

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
52.8 %	132	40 %	40	61.33 %	92	الزوجة
14 %	35	20 %	20	10 %	15	الزوج
33.2 %	83	40 %	40	22.66 %	43	الزوجين معا
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

من ملاحظتنا لأولى نتائج هذا الجدول ، يمكننا القول بأنها تؤكد النتائج المتحصل عليها في الجدول الذي سبق بحيث نلاحظ أن أعلى النسب سجلت في خانة الزوجة عند فئة الإناث و حتى عند فئة الذكور، فالجدول يبين لنا مايلي:

بالنسبة لفئة الإناث، أعلى نسبة كانت تخص بأن الزوجة هي التي تطرح مشكل تأخر الحمل أكثر من زوجها 61.33 %. ثم تليها إجابة أن مشكل تأخر الحمل طرحه الزوجين معا بنسبة 22.66 %. أما طرح تأخر الحمل من طرف الزوج فجاء بنسبة 10 % . فنستنتج بأن الزوجات يطرحن مشكل تأخر الحمل أكثر من أزواجهن.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فالأزواج هنا أجابوا بصدق بحيث رجعت أعلى نسبة كذلك إلى خانة أن الزوجة هي التي طرحت قضية تأخر الحمل أكثر من زوجها ب 40 %، ثم تلتها طرح المشكل من طرف الزوجين بنفس النسبة أي 40 % أما طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوج أكثر من الزوجة، أو من بادر بطرحه جاءت بنسبة 20 % ، أي يمثل نصف النسب السابقة.

نستنتج من هذه النتائج بأن كل من الجنسين أكدا على أن الزوجة هي الأكثر طرحا لمشكل تأخر الحمل ثم تلتها نسبة أن المشكل طرح من طرف الزوجين معا لأنه أمر يخص الزوجين معا و ليس طرف دون الآخر.

هذه النتيجة المتوصل لها تدل على أنه هناك تحول من جانب الرجال في ما يخص درجة إنشغالهم نتيجة تأخر الإنجاب ، فبعد أن كان الزوج هو الذي يطالب بهذا الحق الشرعي من زوجته ليثبت رجولته امام الجماعة و إلا يعيد الزواج و قد يطلق زوجاته إذا لم ينجبن ، نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن المرأة هي التي أصبحت تطالب بهذا الحق و من زوجها الذي ألفتة .

المبحث الرابع : الزوج العقيم و طبيعة العلاقات و التدخلات من طرف
المحيط

نستعرض في هذا الجزء من الدراسة الخاص بتحليل البيانات الميدانية، نوعية التدخلات التي يتعرض لها الزوجين نتيجة تأخر الإنجاب و طبيعة العلاقات و من هم الأطراف المتدخلة و رد فعل الزوجين على هذه التدخلات من خلال رصد تأثيرها على حياتهم الزوجية.

1- الأطراف التي طرحت مشكل تأخر الإنجاب

جدول رقم 39: توزيع عينة الدراسة حسب طرح مشكل تأخر الإنجاب من طرف

المحيط

النسبة %	التكرار	العينة الطرف المتدخل
----------	---------	-------------------------

أم الزوج	104	30.14 %
أب الزوج	23	06.66 %
أخت الزوج	46	13.33 %
أم الزوجة	82	23.76 %
أب الزوجة	09	02.60 %
لا أحد	81	23.47 %
المجموع	345	100 %

بالرغم من أن العقم أو عدم القدرة على الإنجاب هو مشكل فردي، إلا أن نتائجه جماعية، لذلك نجد أن تأخر الإنجاب عند الزوجين قد يثير بعض القلق و التساؤلات عن هذا التأخر و بعض التدخلات و الأحكام التي قد تثير نوع من التأثير على حياة الزوجين، و نحن تناولنا موضوع التدخلات لأنه وارد جدا، ثم ركزنا على الأطراف المتدخلة ثم نوع التدخل لأنه قد يكون لصالح الزوجين و قد يكون ضدهم ، و قد لا يكون هناك تدخل.

و من خلال هذا الجدول نقوم بتحليل آراء العينة المبحوثة حسب الأطراف المتدخلة، و تبين لنا معطياته مايلي:

جاء تدخل أم الزوج في المرتبة الأولى بنسبة قدرت ب 30.14% ، بينما عادت المرتبة الثانية لأم الزوجة بنسبة 23.76 % ، أما النسبة الثالثة فكانت لإجابة لا أحد ب 23.47% ثم تلتها تدخل أخت الزوج بنسبة 13.33 % ، أما بالنسبة لتدخل أب الزوج فكان بنسبة 06.66%، أما أب الزوجة فجاء تدخله بنسبة ضعيفة بلغت 02.60 % فقط.

نستنتج من الجدول أن أم الزوج هي من أهم الأطراف المتدخلة ثم تليها أم الزوجة، و هذا منطقي جدا، لأن كل أم تريد لإبنها أو لإبنتها الإنجاب، و أساس هذا التدخل هو أولا معرفة من سبب عدم القدرة على الإنجاب هل الزوج أم الزوجة، فكثيرا ما تتبادل التهم بين الأمهات ، لكن حسب ما حدثتنا به المبحوثات فإن

الزوجة تخفي عن العائلتين المتسبب في عدم الإنجاب، و الزوج كذلك يخفي عن العائلتين السبب في عدم القدرة على الإنجاب، حتى لا يتركوا لهم المجال لطلب عدم الإستمرار في العيش مع بعضهما البعض، لأن كما ذكرنا سابقا هناك أمور كثيرة تربط بين الزوجين و تقوي علاقتهما حتى بدون إنجاب الأطفال، و كم من زوجة تحملت التهم و الكلام الجارح من أهل زوجها بالرغم من أن العيب في إبنهم و هذا حتى لا يحس بالنقص أمام إخوانه وهذه حقيقة إعترفت لي بها الكثير من المبحوثات.

وهذا السلوك يعتبر نوع من التغير في طبيعة العلاقات بين الأزواج فيم بينهم و بين المحيطين بهم. لذلك لاحظنا في الميدان من خلال إصطحاب الأزواج لبعضهم البعض للعلاج كمؤشر تغير فلم نجد ولازوجة تصطحبها أمها أو أم زوجها ، بل إما أن تأتي مع زوجها أو تأتي لوحدها. هذا من جهة، من جهة ثانية نلاحظ ذلك الإنسجام و التفاهم المتبادل بين الأزواج ، فكل طرف يحاول و يعمل المستحيل من أجل التخفيف عن الطرف الآخر. لذلك فعند طرحنا للأسئلة المتعلقة بمدى الإحساس بأن حياتها مهددة الكثيرات توقفت عند هذا السؤال و سألتني هل الإحساس من جانب الزوج أو من جانب المحيطين. و ركزت المبحوثات على أن علاقتها بزوجها جيدة و لا يحيطها أي تهديد.

أما بالنسبة للإجابة ب (لا أحد) تدخل ، فهذا يشير إلى أنه هناك نوع من القطيعة فيما يخص التدخل في أمور الزوجين الخاصة بهم من طرف المحيطين و حتى المقربين منهم، فمعنى أن لا أحد تدخل يقصد به الإلحاح في طرح التساؤلات حول تأخر الإنجاب، و من المتسبب، و هل بدأتهم العلاج و غيرهامن التساؤلات التي قد تتحول إلى مشاكل.

فعدم التدخل يقصد به، ذلك التدخل السلبي الذي يعكر الحياة الزوجية للزوجين و هذا مؤشر تغير مهم في نوعية العلاقات و حدودها بين مختلف الأطراف.

إن طرح مشكل تأخر الحمل من طرف المحيطين هو في الحقيقة أمر نسوي أكثر منه رجالي، فالنساء هن اللاتي يهتمن بهذه الأمور و ما شابهها أكثر من الرجال، و حتى أن العلاقة هنا تكون كثيفة بين النساء من العائلة أكثر منها مع رجال العائلة، لذلك أردنا أن نتطرق من خلال هذا الجدول إلى طبيعة التدخلات و الأطراف المتدخلة حسب رأي فئة الإناث و فئة الذكور.

جدول رقم 40: أثر متغير الجنس في طرح مشكل تأخر الحمل من طرف المحيطين

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الطرف المتدخل	
	النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار		النسبة %
%30.14	104	% 28.03	37	% 31.25	67	أم الزوج
% 06.66	23	% 06.60	08	% 07.04	15	أب الزوج
%13.33	46	% 09.09	12	% 15.96	34	أخت الزوج
%23.76	82	%21.21	28	%25.35	54	أم الزوجة
%02.60	09	%05.30	07	%0.93	02	أب الزوجة
%23.47	81	%30.30	40	%19.24	41	لا أحد
%100	345	%100	132	%100	213	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث، نلاحظ أن أعلى نسبة سجلتها إجابة أن أول متدخل هو أم الزوج بنسبة 31.25% ثم تليها تدخل أم الزوجة بنسبة 25.35%، ثم نسبة أنه لم يتدخل أحد ب 19.24%، أما نسبة تدخل أخت الزوج فقدرت ب 15.96% ثم جاءت نسبة تدخل أب الزوج ب 07.04% أما النسبة الأضعف فكانت خاصة بتدخل أب الزوجة ب 0.93% . نستنتج من هذه المعطيات

بالنسبة لإجابات فئة المبحوثات، بأن الإهتمام و طرح مشكل تأخر الحمل عند الزوجة ، كان من طرف العناصر النسوية بصفة واضحة أكثر من تدخل الرجال.

كما نسجل أن عدم الإهتمام بالأمر و التدخل لإثارته كمشكل أي (لا أحد تدخل) جاءت بنسبة معتبرة تدل على أنه هناك فعلا إستقلال في القرارات و أن سلطة الوالدين على الأبناء المتزوجين و غير المتزوجين قد تراجعت فعلا.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فإجاباتهم أوضحت بأنه لا أحد تدخل و آثار هذا التأخر في الإنجاب كمشكل بنسبة 30.30%، ثم تلتها إجابة تدخل أم الزوج بنسبة 28.03 % ، أما إجابة تدخل أم الزوجة فكانت بنسبة 21.21 % ، تليها إجابة تدخل أخت الزوج بنسبة 09.09 % . أما تدخل أب الزوج و أب الزوجة فجاءت النسب متقاربة، فلتدخل الأول كان ب 06.60 % أما تدخل الثاني فجاءت النسبة ب 05.30 %.

نستنتج حسب إجابات المبحوثين (الرجال) الأغلبية يرون بأن و لا أحد تدخل لإثارة موضوع تأخر الحمل كمشكل، و هذا يختلف عن إجابة المبحوثات، لأن الزوجة قد لا تحدث زوجها بالحديث الذي يدور بينها و بين بقية نساء عائلتها و عائلته حتى لا تثير المشاكل، و الرجال عادة لا يناقشون هذه الأمور كما تناقشها النساء، لذلك هو أجاب كما هو في واقعه أي لا وجود للتدخلات . ثم نجد في المرتبة الثانية تدخل أم الزوج لأن كل أم تريد أن ترى أحفادها بعد زواج إبنتها وكذلك بالنسبة لأم الزوجة لأنها تخاف على مصير إبنتها إذا لم تنجب.

3- طبيعة العلاقات بين الزوج العقيم و المحيطين

ركزنا على طبيعة العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد عائلة الزوج، لأنه كما قلنا سألنا فإن النساء أكثر إهتماما و فضولا لمعرفة سبب عدم الإنجاب عند الأزواج، و حتى و إن كان الزوج العقيم يقطن في سكن مستقل فهذا لا يمنع من أن النساء ينتهزن فرصة لقائهن في المناسبات أو في الأماكن العمومية لتثرن موضوع تأخر الحمل عند هذه الزوجة أو تلك. لذلك هناك من المبحوثات من ذكرت لنا بأنها أصبحت تقصي نفسها من حضور المناسبات الإجتماعية الجماعية حتى لا تحس بالنقص.

جدول رقم 41 : توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في طبيعة العلاقة بين
الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج

النسبة %	التكرار	العينة طبيعة العلاقة
16.4 %	41	علاقة حسنة
19.2 %	48	علاقة سيئة
53.6 %	134	علاقة عادية
10.8 %	27	بدون إجابة
100 %	250	المجموع

ومن خلال إدراجنا لنوع العلاقة ، قصدنا خاصة كيف تحولت علاقتهم بها بعد أن تأخرت في الإنجاب. و الجدول يبين لنا النتائج التالية: نلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في إجابة علاقة عادية ب 53.6 % ، ثم تلتها إجابة علاقة سيئة أو تحولت إلى الأسوأ بنسبة 19.2 % ، أما تحول العلاقة إلى علاقة حسنة فنسبتها كانت 16.4 % . بينما بدون إجابة فنسبتها و صلت 10.8 %.

نستنتج بأن أغلبية المستجوبين (مبحوثين و مبحوثات) يرون بأن العلاقة علاقة عادية، ثم تليها من تحولت العلاقة بينهم و بين الزوجة العقيمة إلى الأسوأ، ثم نجد من بقيت العلاقة حسنة بنسبة لا بأس بها كذلك.

و نستخلص بأن نوع الإقتراحات الثلاث لنوعية العلاقة كلها نسبها معتبرة إلى حد ما. و سوف نحلل ذلك أكثر بإضافة متغير الجنس و علاقته بنوعية العلاقة.

جدول رقم 42 : متغير الجنس و علاقته بطبيعة العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج

المجموع		ذكور		إناث		الجنس طبيعة العلاقة
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%16.4	41	%29	29	%08	12	علاقة حسنة
% 19.2	48	% 20	20	% 18.66	28	علاقة سيئة
%53.6	134	% 31	31	% 68.66	103	علاقة عادية
%10.8	27	%20	20	%04.66	07	بدون إجابة
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث، تبين لنا نتائج هذا الجدول أن الإجابة بعلاقة عادية عادت لها أكبر نسبة بـ 68.66% ثم تلتها الإجابة ب علاقة سيئة ب نسبة 18.66% بينما إجابة علاقة حسنة فنسبتها 08% . أما بدون إجابة فالنسبة وصلت 04.66% .

فالنسب حسب إجابات المبحوثات، تتأرجح بين علاقة عادية و علاقة سيئة لكن ليست علاقة حسنة. وهذا راجع إلى أن تأخر الحمل عند الزوجة ، قد يؤدي بأفراد العائلة إلى طرح قضية الطلاق أو إعادة الزواج، و قد يحرضون الزوج على ضرورة ترك هذه الزوجة، و ما يجعل العلاقة تسوء بينهم أي بين الزوجة العقيمة و أفراد عائلة الزوج هو عند رؤيتهم للإنسجام الموجود بين الزوجين و التفاهم و عدم الإكتراث لما يقال رغم كل التحريصات و الكلام الجارح...

أما بالنسبة لفئة الذكور، فتبين النسب بأن أكبر نسبة عادت للإجابة بعلاقة عادية بـ 31% ، تليها و بنسبة تقريبية إجابة علاقة حسنة ب 29% ، وعادت النسبة الأخيرة للإجابة بتحول العلاقة إلى الأسوأ ب 20% أما بدون إجابة فالنسبة وصلت 20% .

نستخلص بأن الأزواج كذلك يلاحظوا بأن العلاقة عادية بين زوجته و المحيطين خاصة مع أفراد أسرته، ثم تلتها إجابة أنها علاقة حسنة، و هذا عكس ما أكدته لنا بيانات المبحوثات بحيث جاءت نوع العلاقة حسنة في آخر الترتيب. و السبب يرجع إلى أن الإتصال يكون بين النساء أكثر من الرجال. لذلك الزوج قد لا يلاحظ و لا يحس بما تعانيه زوجته من الأطراف الأخرى.

لكن على العموم فالعلاقة الغالبة هي علاقة عادية، أي بدون التجريح، فالكل في نفسه أشياء يريد قولها لكن قد يتحاشون ذلك ، و هذا يغني عن حدوث مشاكل بين الأزواج من جهة و بين أفراد العائلة من جهة ثانية ، فالعلاقة العادية قد تعتبر و كأنه ليس هناك أي تدخل في إثارة مشكل تأخر الإنجاب.

و حتى أننا نلاحظ بأن نسبة بدون إجابة عند الذكور كانت مترفعة 20% و هذا دليل على أنهم بعيدى كل البعد عن ما يحدث بين النساء من نقاشات و مناوشات و مشاكل.

ما يمكن أن نسجله كذلك من خلال هذه الإجابات هو أنه هناك نقص في حدة المعاناة الإجتماعية من طرف هؤلاء الأزواج العقيمين في مجتمعنا ، لكن تبقى المعاناة النفسية هي التي تترك صفة حياتهم لكن يبقى الإيمان بالله و الصبر هو العلاج الشافي لهذه المعاناة .

المجموع		ذكور				إناث				الجنس نوع الإقامة نوع العلاقة
		في سكن مستقل		مع والدي الزوج		في سكن مستقل		مع والدي الزوج		
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
16.4%	41	32.85%	23	20%	06	04.95%	05	14.28%	07	علاقة حسنة
19.2%	48	22.85%	16	13.33%	04	21.78%	22	12.24%	06	علاقة سيئة
53.6%	134	27.14%	19	40%	12	70.29%	71	65.30%	32	علاقة عادية

%10.8	27	%17.14	12	%26.66	08	%02.97	03	%8.16	04	بدون إجابة
%100	250	%100	70	%100	30	%100	101	%100	49	المجموع

الجدول 43 : علاقة متغير الجنس و نوع الإقامة بعد الزواج بنوع العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزو

أردنا إدراج هذا الجدول لنرى هل هناك علاقة تأثير بين الجنس و نوع الإقامة بعد الزواج بنوع العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج.

نبدأ بفئة الإناث، و نسجل النتائج التالية:

فيما يخص الإقامة مع والدي الزوج ، نسجل بأن إجابة بعلاقة عادية عادت لها أكبر نسبة ب 65.30 % ثم تلتها إجابة علاقة حسنة ب 14.23 % ثم إجابة علاقة سيئة بنسبة 12.24 % ، أما بدون إجابة فنسبتها قدرت ب 08.16 % . فنلاحظ بأن الإقامة مع والدي الزوج ليست متغير حتمي في أن تكون العلاقة سيئة، بل وجدنا بأن أكبر النسب سجلت في خانة علاقة عادية، ثم حسنة، ثم سيئة و لو بفارق طفيف عن نسبة علاقة حسنة.

أما بالنسبة للإقامة في سكن مستقل، فذلك أعلى نسبة سجلت في الإجابة علاقة عادية ب 70.29 % بينما إجابة علاقة سيئة نسبتها هي 21.78 %، بينما إجابة علاقة حسنة نسبتها 04.95 %، أما نسبة بدون إجابة فهي 02.97 % فنستنتج أن متغير الإقامة في سكن مستقل هو الذي جعل نسبة أن العلاقة تحولت إلى الأسوأ بارزة أكثر من نسبتها في متغير السكن مع والدي الزوج. و نلاحظ بأن إجابة علاقة حسنة كانت ضعيفة نوعا ما.

معنى ذلك أنه ليس السكن مع أفراد أسرة الزوج أو بعيد عنهم هو المحدد لنوع العلاقة و إنما ما يحدد نوعية العلاقة هي ذهنيات و سلوكيات الناس المتعامل معهم.

بالنسبة لفئة الذكور، و متغير الإقامة و علاقته بطبيعة العلاقة بين زوجته و أفراد أسرته، فنسجل مايلي: فيما يخص متغير السكن مع والدي الزوج، نجد أن أكبر نسبة كانت للإجابة بعلاقة عادية ب 40 % ، ثم نسبة بدون إجابة ب 26.66 % و هذا كما ذكرنا لأن الرجال لا يولون إهتمام كبير لهذا النوع من العلاقات النسوية، أما إجابة علاقة حسنة فنسبتها 20 % أما إجابة علاقة سيئة فنسبتها كانت 13.33 % . فالإجابة البارزة هنا هي علاقة عادية رغم أن الإقامة هي مع والدي الزوج.

أما بالنسبة لمتغير الإقامة في سكن مستقل، فإجابة المبحوثين الرجال، تختلف نوعا ما عن الإجابات السابقة فجاءت أكبر نسبة للإجابة بعلاقة حسنة ب 32.85 % ، ثم الإجابة بعلاقة عادية ب 27.14 % ، أما إجابة علاقة سيئة فكانت بنسبة 22.85 % ، أما بدون

إجابة فنسبتها 17.14. بمعنى أن السكن المستقل لا يحقق العلاقات الجيدة حتما بين الزوجة و عائلة الزوج كما أن السكن مع أفراد عائلة الزوج ليس دائما هو سبب وجود المشاكل العائلية .

4- الزوج العقيم و التدخلات من طرف المحيطين بسبب تأخر الإنجاب

تناولنا في الجداول السابقة العناصر التي حاولت التدخل من أجل معرفة سبب تأخر الإنجاب، و كيف أصبحت العلاقة بعد ذلك بين الزوجة العقيمة و عائلة الزوج خاصة. أما في هذا الجدول فنركز على التدخل في حد ذاته و نوعيته و هل كان في صالح الزوجين أو ضدهما

جدول رقم 44 : توزيع عينة الدراسة حسب مدى تدخل عائلة الزوج عند تأخر الحمل

النسبة %	التكرار	العينة الإجابة
48.4%	121	نعم
50 %	125	لا
01.6 %	04	بدون إجابة
100%	250	المجموع

من خلال نتائج هذا الجدول يتبين لنا بأن النسب بين خانة الإجابة ب نعم أي كان هناك تدخل و خانة الإجابة بلا أي لم يكن هناك تدخل، تقارب و الفرق ضئيل بينهما حسب إجابات العينة العامة للدراسة. معنى ذلك أنه بقدر عدم التدخل كان كذلك التدخل فأكبر نسبة كانت في خانة الإجابة ب لا ب 50 % أما نعم فالنسبة هي 84.4 % أما بدون إجابة فكانت النسبة 01.6 % فقط.

فكما ذكرنا سالفًا نحن لم نركز على التدخلات السلبية فقط، بل كذلك على التدخلات الإيجابية التي تعين الزوجين على تعدي مشكل تأخر الإنجاب بصبر و شجاعة.

و لكي نتأكد من هذه النسب، حاولنا ربط العلاقة بين متغير الجنس و مدى تدخل عائلة الزوج عند تأخر الإنجاب لنرى هل هناك إختلاف في الإجابات و النسب بين فئة الذكور و الإناث و هذا ما يتبين لنا في الجدول الموالي.

دول رقم 45 : أثر متغير الجنس بمدى تدخل عائلة الزوج عند تأخر الإنجاب

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	التكرار	النسبة %	187 تكرار	النسبة %	التكرار	
48.4 %	121	33 %	33	58.66 %	88	نعم
50 %	125	67 %	67	38.66 %	58	لا
01.6 %	04	00 %	00	12.66 %	04	بدون إجابة
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث نلاحظ بأن النسبة الأكبر أي 58.66 % عادت للإجابة نعم أي أنه هناك تدخل من طرف عائلة الزوج. أما النسبة الثانية فطبعا عادت للإجابة ب لا ب 38.66 % أما بدون إجابة فكانت النسبة 12.66 % . معنى ذلك أن البحوثات تؤكد على أنه كان هناك تدخل فعلي عند تأخر الإنجاب و سوف نرى لاحقا ما نوع هذه التدخلات.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فنجد عكس الإناث، فالنسبة الأكبر عادت للإجابة ب لا 67 % ، بينما عادت النسبة الثانية للإجابة بنعم ب 33 % أي تقريبا نصف النسبة الخاصة للإجابة ب لا.

نستنتج أنه كما ذكرنا سابقا فالتدخلات هذه تخص مجتمع النساء أكثر من الرجال، لذلك أجابت المبحوثات بأعلى نسبة في خانة نعم. بينما الرجال جاءت أكبر نسبة في خانة لا. لأنه قد تدور بعض الأمور بين الزوجة التي لم تنجب و أفراد عائلة الزوج بدون أن يكون هو على دراية ، فعادة ما تخفي الزوجة هذه التصرفات و السلوكات عن زوجها.

المجموع	ذكور					إناث					الجنس نوع الإقامة
	في سكن مستقل		مع والدي الزوج			في سكن مستقل		مع والدي الزوج			الإجابة
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
	%48.4	121	%34.28	24	%30	09	%57.42	85	%61.22	30	نعم
	%50	125	%65.71	46	%70	21	%39.60	40	%36.73	18	لا
	% 07.6	04	%00	00	%00	00	%29.70	03	%02.04	01	بدون إجابة
	%100	250	%100	70	%100	30	%100	101	%100	49	المجموع

جدول رقم 46 : علاقة متغير الإقامة و الجنس بمدى التدخل من طرف أفراد أسرة الزوج عند تأخر الإنجا

أردنا الوصول من وراء إدراج هذا الجدول لترى مدى تأثير عامل الإقامة على نوعية التدخل من طرف أفراد عائلة الزوج حسب متغير الجنس :

فبالنسبة لفئة الإناث، و حسب متغير الإقامة معا والدي الزوج، تشير أعلى نسبة إلى الإجابة ب نعم ، أي كان هناك تدخل ب 61.22 %، ثم تليها نسبة الإجابة ب لا ب 36.73 %، أما بدون إجابة فكانت النسبة 02.04 %.

أما حسب متغير الإقامة في سكن مستقل، فالنسب عند فئة الإناث تشير إلى أن أعلى نسبة كذلك تشير إلى الإجابة بنعم ب 57.42 % ، ثم تليها نسبة الإجابة ب لا بنسبة 39.60 %، أما بدون إجابة فالنسبة هي 29.70 %.

نستنتج بأن حسب إجابات المتبحوثات سواء كانت الإقامة مع والدي الزوج أو في سكن مستقل فالتدخل واضح.

أما بالنسبة لفئة الذكور، و حسب متغير الإقامة مع والدي الزوج، فالنسبة الأكبر كانت للإجابة ب لا ب 70 % بينما نسبة الإجابة بنعم فهي 30 %.

أما حسب متغير الإقامة في سكن مستقل، فالنسبة الأكبر كانت للإجابة ب لا كذلك ب 65.71 % ثم الإجابة بنعم ب 34.28 %.

نستنتج بأن إجابات المبحوثين الرجال كانت مختلفة عن إجابات المبحوثات، و هذا قد يعود إلى أن المبحوثين لا يهتمون أفراد عائلتهم بالتدخل أي و كأنهم يخفون الحقيقة ، لذلك جاءت أغلبية النسب في الإجابة ب لا أي لا يوجد تدخل، بينما المبحوثات كانت معظم النسب خاصة بالإجابة ب نعم أي هناك تدخل، و هذا كذلك يعود لأن المرأة هي التي يهتمها أمر الإنجاب، و كذلك فهي تتعرض للتدخلات أكثر من الزوج. لكن يبقى أن لا نحكم على هذا التدخل بالسلبية حتى نتعرف على نوعيته كما سنوضحه في الجدول الموالي .

5- الزوج العقيم و نوعية التدخلات

جدول رقم 47 :توزيع عينة الدراسة حسب نوعية التدخلات

النسبة %	التكرار	العينة نوعية التدخلات
11.25%	35	شتم و لوم و عتاب للزوجة
08.68%	27	إتهام الزوجة بالعقم
06.75%	21	إتهام الزوج بالعقم
07.39%	23	تحريض الزوج على إعادة الزواج
20.25%	63	رفع معنويات الزوجين و إقتراح المساعدة
44.69%	139	تشجيعهم على ضرورة اللجوء للعلاج
0.96%	03	بدون إجابة
100%	311	المجموع

أثناء طرحنا لهذا السؤال إقترحنا هذه الإجابات، فكانت الإجابة التي مثلت أكبر نسبة هي 44.69 % و هي تشجيع الزوجين على ضرورة اللجوء للعلاج، ثم تلتها إجابة التدخل المتمثل في رفع معنويات الزوج و إقتراح المساعدة بنسبة 20.25 %، ثم جاءت إجابة شتم و لوم و عتاب للزوجة بنسبة 11.25 % ، و صاحبها إجابة إتهام الزوجة بالعقم بنسبة 08.68 % ، أما تحريض الزوج على إعادة الزواج فجاءت نسبتها ب 07.39 % أما

إتهام الزوج بالعقم فكانت نسبتها 06.75 % ، أما بدون إجابة فنسبتها هي 0.96 % و هذا حسب إجابات العينة العامة للدراسة.

فلاحظ بأن التدخلات كانت أغلبها لصالح الزوجين، تمثلت في تشجيعهم على مواصلة العلاج و كذلك إقتراح المساعدة ، أما بقية التدخلات فكانت سلبية ضد الزوجة خاصة.

جدول رقم 48 : متغير الجنس و علاقته بتحديد نوعية التدخلات

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
% 11.25	35	% 06.19	07	%14.14	28	شتم و لوم و عتاب للزوجة
% 08.68	27	% 03.53	04	% 11.61	23	إتهام الزوجة بالعقم
%06.75	21	% 04.42	05	% 08.08	16	إتهام الزوج بالعقم
%07.39	23	%08.84	10	%06.56	13	تحريض الزوج على إعادة الزواج
%20.25	63	%23.00	26	%18.68	37	رفع معنويات الزوجين و إقتراح المساعدة
%44.69	139	%53.98	61	%39.39	78	تشجيعهم على ضرورة العلاج
%0.96	03	%00	00	%01.51	03	بدون إجابة
%100	311	%100	113	%100	198	المجموع

أما بالنسبة لأثر متغير الجنس في نوعية التدخلات فنستخلص مايلي:

فئة الإناث، يبين الجدول أن أعلى نسبة سجلت في إجابة التدخل، من أجل تشجيع الزوجين على العلاج ب 39.39% ثم تلتها إجابة التدخل من أجل رفع معنويات الزوجين و إقتراح المساعدة بنسبة 18.68% ثم نجد إجابة شتم و لوم و عتاب للزوجة بنسبة 14.14% تليها مباشرة إجابة إتهام الزوجة بالعقم بنسبة 11.61% ، ثم تلتها إجابة إتهام الزوج بالعقم بنسبة 08.08% . أما إجابة تحريض الزوج على الزواج فنسبتها هي 06.56% . أما بدون إجابة فنسبتها 01.51%.

نستنتج بأن فئة المبحوثات كذلك تركز على التدخل الإيجابي لصالح الزوجين في أعلى النسب لكن تليها مباشرة التدخلات سلبية خاصة شتم و لوم و عتاب للزوجة و إتهامها بالعقم.

بالنسبة لفئة الذكور، نجد كذلك النسب الأكبر ركزت على تشجيع الزوجين على ضرورة العلاج ب 53.98% و كذلك رفع معنوياتهم و إقتراح المساعدة بنسبة 23% ثم تليها تحريض الزوج على الزواج بنسبة 08.84% ، ثم إجابة شتم و لوم و عتاب للزوجة بنسبة 06.19% ثم تلتها إجابة إتهام الزوج بالعقم بنسبة 04.42% ، ثم إتهام الزوجة بالعقم بنسبة 03.53% .

نستنتج بأن فئة الذكور جاءت نسبة تحريض الزوج على إعادة الزواج بنسبة لها دلالة و هذا دليل على صدق المعلومات المقدمة أثناء الإجابة.

نستنتج من الجدول بأن التدخلات في أغلبها تشير إلى تغير معين في العلاقات، فالناس لم تعد تهتم كثيرا بمشاكل الغير، فكل له مشاكله التي يهتم بها، لذلك كانت التدخلات عادية تهتم الزوجين. رغم وجودكذلك تلك التدخلات السلبية و التي تحسس الزوج و الزوجة بالنقص و تشعرهم بالذنب. لكن هذه التدخلات لم تؤثر حتما على العلاقة الزوجية لأنها أقوى من كل شيء حسب ما سوف توضحه نتائج الجدول الآتي .

6- مدى تأثير التدخلات على العلاقة بين الزوجين العقيمين

193

جدول رقم 49 : توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في تأثير هذه التدخلات على حياتهم الزوجية

النسبة %	التكرار	العينة
30.4%	76	الإجابة نعم
67.6%	169	لا
02%	05	بدون إجابة
100%	250	المجموع

كما دلت عليه نسب الجدول السابق، فهناك تدخلات إيجابية و تدخلات سلبية موجهة خاصة ضد الزوجة، لكن هل كان لهذه التدخلات تأثير سلبي على حياة الزوجين، من خلال نتائج الجدول يمكن أن نستخلص ما يلي:

أعلى نسبة سجلت في خانة الإجابة ب لا ب 67.6 % ، بينما خانة الإجابة بنعم فنسبتها 30.4 %.

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

أما بدون إجابة فالنسبة المسجلة هي 02 %.

نستنتج بأن التدخلات كلها لم يؤثر على علاقة الزوجين، بل زادهم تمسكا ببعضهما البعض.

جدول رقم 50 : متغير الجنس و علاقته برأي المبحوثين حول مدى تأثير التدخلات على حياتهم الزوجية

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
30.4 %	76	26 %	26	33.33 %	50	نعم
67.6 %	169	69 %	69	66.66 %	100	لا
02 %	05	05 %	05	00 %	00	بدون إجابة
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

و لتأكد أكثر من مدى تأثير أو عدم تأثير هذه التدخلات على الحياة الزوجية بين الزوجين العقيمين ، أضفنا متغير الجنس و تحصلنا على النتائج التالية:

فيما يخص فئة الإناث، أعلى نسبة ¹⁹⁴ 66.66 % في خانة الإجابة ب لا ب 66.66 % أي لم تؤثر، أما خانة الإجابة بنعم أثر ¹⁹⁴ 33.33 % أي نصف النسبة الأولى.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فكذلك نجد بأن أعلى نسبة سجلت في الإجابة ب لا ب 69%. ثم الإجابة بنعم بنسبة 26%، أما بدون إجابة فنسبتها 05%.

نستنتج من نتائج الجدول بأنه فعلا و حسب إجابات المبحوثات خاصة و المبحوثين بأن هذه التدخلات لم تؤثر على العلاقة الزوجية و هذا يدل على و عيها و إنسجامهما و حبهما لبعضهما البعض، كما ذكر لي أحد المبحوثين فإن العلاقة الزوجية التي قوامها المودة و الحب و التفاهم لا تززعها الرياح مهما كانت قوية . وهذا مؤشر إيجابي في طبيعة العلاقات بين الأزواج الآن و يدل على رقي التفكير و الوعي و قوة الإيمان بقضاء الله ، بمعنى أن تصورات هؤلاء الأزواج حول العقم نابعة من الإيمان بقضاء الله و أنه مرض كبقية الأمراض التي تصيب النساء و الرجال ، فلا ذنب لهما في ذلك لهذا ما تؤكد نتائج الجدول الموالي الخاص بعدم إحساس هؤلاء الأزواج بأن حياتهم الزوجية مهددة .

نذكر هنا بأن هذا السؤال طرح للجنسين و لم نخص به النساء فقط و ذلك لأن الرجل في حالة إصابته بالعقم يخاف من هجران زوجته له أو أن تطلب الطلاق ، لأن في العينة المدروسة وجدنا بأن أكثر حالات العقم سببها الرجال .

جدول رقم 51 : أثر متغير الجنس في أسباب الإحساس بأن حياتها الزوجية ليست

مهددة

النسبة %	التكرار	الإجابة	العينة
			الإجابة الجنس
%71.42	45	التفاهم و الحب و الإنسجام بين الزوجين	ت
%23.80	15	العيش على أمل الإنجاب	
%04.76	03	إجابة أخرى	
%100	63	المجموع	
%67.27	37	تعلق الزوجين ببعضهما	ث
%09.09	05	عدم وجود تدخلات في حياتهم	
%09.09	05	الحياة ليست أطفالاً فقط	
%05.45	03	إجابة أخرى	
%09.09	05	بدون إجابة	
%100	55	المجموع	

نذكر هنا إجابات المبحوثات و المبحوثين الذين أكدوا بأن حياتهم الزوجية ليست مهددة. و لم يخطر ببالهم هذا الإحساس رغم عدم القدرة على الإنجاب.

نبدأ بالمبحوثات، بحيث نجد مجموعة من الإجابات المقترحة، و نجد على رأسها إجابة التفاهم و الحب و الإنسجام بين الزوجين بحيث بلغت نسبتها 71.42 % . ثم تليها إجابة العيش على أمل الإنجاب بلغت نسبتها 23.80 % . كما سجلنا إجابة أخرى بنسبة 04.76 % و تضمنت مثلا أنه بسبب أن الزوج هو الذي يعاني من عدم القدرة على الإنجاب لذلك فهي لا تحس بأن حياتها الزوجية مهددة.

نستنتج من إجابات المبحوثات، أن طبيعة العلاقة بين الزوجين من مودة و حب و رحمة، و كذلك الأمل على أنهم سوف ينجبون في يوم من الأيام هي من العوامل التي أدت بالمبحوثات إلى عدم الإحساس بأن حياتهم الزوجية مهددة، و هي عوامل منطقية و موضوعية.

أما بالنسبة لإجابة المبحوثين (الرجال) المقترحة حول عوامل عدم إحساسهم بأن حياتهم الزوجية مهددة بسبب عدم الإنجاب، فنسجل بأن إجابة تعلق الزوجين ببعضهما كانت بنسبة أعلى ب 7⁻ 196⁻ % . ثم تلتها إجابة عدم وجود التدخلات في حياتهم الزوجية و إجابة أن . . . ليست أطفال فقط بنسبة 09.09 % . كما سجلنا إجابة أخرى بنسبة 05.45 % ، أما بدون إجابة فجاءت بنسبة 09.09 % .

نلاحظ أنه حتى بالنسبة للمبحوثين الرجال، فإن عدم إحساسهم بأن حياتهم الزوجية مهددة يرجع تقريبا لنفس العوامل التي ذكرتها المبحوثات، و خاصة التركيز على العلاقة القوية التي تربط بين الزوجين حتى بدون وجود الأطفال وقبل كل ذلك الإيمان القوي بقضاء الله و قدره.

هذه النتائج المتوصل لها من هذه الجداول تثبت لنا بعض ملامح التغير في طبيعة العلاقات بين الأزواج حتى في حالة إصابة احدهما أو كلاهما بالعقم ، بمعن هناك نوع من التقبل للوضع بدون الإحساس بالندم أو الشفقة أو التضحية من طرف لإرضاء طرف آخر بل هو قرار تم إتخاذه بكل قناعة وبارادة بدون ضغوطات من أي كان .

وبتقبل الوضع من طرف هؤلاء الأزواج تبدأ مسيرة العلاج التي تدل على مؤشر تغير آخر وهو قناعة ضرورة خضوع الزوجين مع بعض للعلاج و ليس ترك هذه المسؤولية للزوجة فقط كما كان يعتقد و يعمل به .

المبحث الخامس : مدى قناعة الزوجين بضرورة خضوعهما للعلاج

إن حدوث الحمل لدى الزوجة يتطلب أن يكون كل من الزوجين في صحة جيدة ، أي أن لا يكون لكليهما مشكل صحي معين يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب ، لذلك ففي حالة تأخر الحمل تبدأ مسيرة العلاج. هذه المسيرة التي قد تطول أو تقتصر على حسب طبيعة المشاكل الصحية التي يعاني منها الزوجين أحدهما أو كلاهما. مع العلم أنه ليس الأ،¹⁹⁷ ضوية هي الوحيدة التي تؤدي إلى ضعف الخصوبة، بل هناك عوامل أخرى نفسية، روحانية. من خلال معالجتنا لهذا المحور في دراستنا، أردنا التعرف على مبادرة الزوجين للعلاج و بدأ العلاج و خضوع الزوج (الرجل) للعلاج. ونركز هنا طبعا على مؤشرات التغير التي تخدم الفرضية المقترحة في هذا القسم من الدراسة .

1 - فترة بداية العلاج حسب إجابات العينة المبحوثة

جدول رقم 52 : توزيع عينة الدراسة حسب فترة بداية العلاج

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

النسبة %	التكرار	العينة
		الإجابة
11.2%	28	من الأشهر الأولى للزواج
32.4%	81	من السنة الأولى للزواج
36%	90	من السنة الثانية للزواج
18.8%	47	من السنة الثالثة للزواج
01.6%	04	بدون إجابة
100%	250	المجموع

من خلال تحليلنا لنتائج هذا الجدول، نريد أن نعرف هل فترة بداية العلاج عند هؤلاء الأزواج تتوافق مع ما أكده الطب المختص عند تعريفه لعدم القدرة على الإنجاب، فهو عدم حدوث الحمل بعد سنة أو أكثر من ممارسة العلاقة الجنسية بانتظام مع إستكمال المتعة الجنسية .

و نتائج هذا الجدول توضح لنا مايلي:

أعلى نسبة سجلت في خانة الإجابة بدأ العلاج من السنة الثانية للزواج ب36% من العينة العامة.

ثم في المرتبة الثانية نجد نسبة 32.4 % و عادت للإجابة من السنة الأولى للزواج.

ثم بدأ العلاج من السنة الثالثة للزواج بنسبة 18.8 % . أما بدأ العلاج من الأشهر الأولى للزواج فهي 11.2% . أما نسبة من لم يجيبوا فكانت 01.6% .

نستنتج بأن أغلبية المبحوثين ، بدأوا العلاج من السنة الثانية للزواج و هذا يتماشى مع منطق الطب و العلم.

فيما يخص التعرف على فترة بداية العلاج بعد الزواج من طرف الزوجين أضفنا متغير الجنس لنرى هل هناك علاقة بين متغير الجنس و بداية العلاج

جدول رقم 53 : متغير الجنس و علاقته بفترة بداية العلاج بعد الزواج

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

المجموع		ذكور		إناث		الجنس فترة بداية العلاج
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
11.2 %	28	00 %	00	18.66 %	28	من الأشهر الأولى للزواج
32.4 %	81	24 %	24	38 %	57	من السنة الأولى للزواج
36 %	90	40 %	40	33.33 %	50	من السنة الثانية للزواج
18.8 %	47	32 %	32	10 %	15	من السنة الثالثة للزواج
1.6 %	04	04 %	04	00 %	00	بدون إجابة
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

فيما يخص فئة الإناث، نلاحظ بأن إجابة بداية العلاج من السنة الأولى للزواج حازت على أكبر نسبة ب 38 % . أما إجابة بداية العلاج من السنة الثانية فنسبتها بلغت 33.33 % .

بداية العلاج من الشهور الأولى للزواج فنسبتها بلغت 18.66 % . أما إجابة بداية العلاج من السنة الثالثة للزواج فكانت نسبتها ضعيفة نوعا ما بلغت 10 % .

نستنتج من إجابات المبحوثات ، بأن الأغلبية بدأت العلاج من السنة الأولى للزواج و تلتها بنسبة متقاربة بداية العلاج من السنة الثانية للزواج . أما العلاج من الأشهر الأولى و من السنة الثالثة للزواج فكانت نسبتها ضعيفة .

أما بالنسبة لفئة الذكور، فإن أكبر نسبة عادت للإجابة بداية العلاج من السنة الثانية ب 40 % أما النسبة الثانية فكانت للإجابة بداية العلاج من السنة الثالثة ب 32 % . ثم تلتها بداية العلاج من السنة الأولى للزواج بنسبة 24 % . أما بداية العلاج من الشهور الأولى للزواج فنسبتها منعدمة عند فئة الرجال أي 00 % . أما بدون إجابة فنسبتها بلغت 04 % .

فلاحظ بأن إجابات فئة الذكور تختلف نوعا ما عن إجابات فئة الإناث، فبالنسبة للذكور نجد بأن بداية العلاج من الشهور الأولى للزواج غير وارد ، لكن عند الإناث نجده بنسبة لا بأس بها. كذلك بالنسبة للذكور نجد ترتيب فترة العلاج بالسنة الثانية ثم السنة الثالثة للزواج ثم السنة الأولى. بينما عند فئة الإناث نجد الترتيب بداية العلاج من السنة الأولى للزواج ثم من السنة الثانية للزواج ثم بداية العلاج من السنة الثالثة للزواج.

و لعل مبادرة الزوجة بالعلاج قبل الزوج راجع لتلهف الزوجة لتلبية غريزة الأمومة تجنباً لأي نوع من المشاكل هذا جعل نتائج إجاباتهم كانت على الشكل الذي حللناه.

أما بالنسبة للأزواج (الرجال) فعادة ما يتأخر الزوج عن العلاج لفترة معينة أو قد تبدأ الزوجة بالعلاج لفترة معينة ثم تصطحب زوجها معها بعد ذلك، و قد يرفض الزوج الإقتران بضرورة العلاج، و لا يقتنع إلا بعد مرور فترة من الزمن و ذلك لإعتبارات تتعلق برجولته و مكانته ، لكن الأغلبية أصبحت تخضع للعلاج في نفس الفترة مع الزوجة عن قناعة كما يوضحه الجدول الموالي .

2- مدى إقتران الزوج بضرورة العلاج

جدول رقم 54: يبين كيفية إقناع الزوج للخضوع للعلاج

النسبة %	التكرار	الإجابة
76%	144	تم إقناعه بسهولة
20%	30	تم إقناعه بصعوبة
04%	06	بدون إجابة
100%	150	المجموع

طبعا هذه النتائج تحصلنا عليها من طرح هذا السؤال على فئة المبحوثات حتى نتمكن من الحصول على نتائج واقعية حول الظاهرة المدروسة و نتائج الجدول تبين لنا مايلي:

أغلبية المبحوثات أجابت بأن إقناعه بضرورة الخضوع للعلاج كان بسهولة بنسبة 76 % ، ثم تلتها إجابة أن إقناعه كان بصعوبة بنسبة 20% ، أما نسبة بدون إجابة فكانت نسبتها 04 %.

لكن يبقى أنه رغم إقناع الزوج بسهولة فيبقى التنفيذ هو المشكل، لكن رغم ذلك فإنه أغلبية الأزواج بدأوا العلاج مع بعضهم البعض و تقريبا في نفس الفترة و هذا متغير إيجابي في مجتمعنا يخص هذه الفئة المحرومة من الأطفال. (سنوضح ذلك في الجداول الآتية). خاصة مع تطور الطب المختص حاليا، و كشفه على أن العقم مرض كما يصيب المرأة يصيب الرجل.

و قد يرجع تردد الزوج في الذهاب للمختص لإجراء الفحوصات و التحاليل ، إلى أن الرجل بتركيبته النفسية و الإجتماعية خاصة، لا يشك في قدرته التخصيلية أبدا بمعنى أن زيارة المختص تحسسه و تحسس المحيطين به بأنه ناقص الرجولة.

و حتى ملاحظتنا الميدانية، توضح لنا هذه المكبوتات عند الرجل، فالنساء يتبادلنا أطراف الحديث في قاعة الإنتظار لنتنظر كل واحدة منهن دورهن، و نجد إقامة علاقات و تبادل التجارب في هذا الموضوع و تبادل الوصفات التقليدية خاصة بينهن و غيرها من المواضيع.

لكن الرجال العكس، فالكل على صورة واحدة إما أن يجلس يحدث زوجته مع أن بوارد القلق تبدو على الإثنيين خاصة مع إقتراب دورهم للفحص، أما الصورة الثانية فهي الخروج ثم الدخول إلى قاعة الإنتظار و تصفح الجرائد فالأغلبية يشتركون أكثر من جريدة. كما أنه ليس هناك إتصال بين الرجال في قاعات الإنتظار حسب ملاحظتنا الميدانية .

3- المبادرة بالعلاج بالنسبة للزوجين العقيمين

لكن رغم أن إقناع الزوج بضرورة العلاج كان عند الأغلبية بسهولة ، إلا أن المبادرة كانت دائما من طرف النساء كما توضحه نتائج الجدول .

جدول رقم 55 : المبادرة بالعلاج من طرف الزوجين حسب إجابة عينة المبحوثين (الرجال)

النسبة %	التكرار	الإجابة
45%	45	الزوجة
10 %	10	الزوج
45%	45	الزوجين في نفس الوقت
100%	100	المجموع

هذا الجدول نتائجه مهمة بالنسبة لدراستنا، لأنها تعطينا صورة واضحة عن مدى قناعة و تقبل الفئة المبحوثة للمرض أي عدم القدرة على الإنجاب، و كيفية المبادرة بالعلاج من طرف الزوجين.

فحسب إجابات المبحوثين (الرجال)، فإن أعلى نسبة نلاحظها في خاتمة أن الزوجة هي الأولى التي بادرت بالعلاج مقارنة بزوجها بنسبة 45 % ثم نفس النسبة نجدها خصت أن العلاج تم من طرف الزوجين معا في نفس الوقت ب 45 % أما بداية الزوج العلاج هو الأول فكانت نسبته 10 %.

نستنتج من أن أغلبية الزوجات هن اللاتي بدأن العلاج قبل أزواجهن، ثم نجد بداية العلاج من طرف الزوجين في نفس الوقت، و هي نسبة لها دلالة تدل على أنه هناك تفتح ووعي و أن موضوع عدم القدرة على الإنجاب إقترب من التفسيرات العلمية، عكس ما كان عليه في السابق.

أما مبادرة الزوج بالعلاج قبل زوجته، فهذه الحالات من الأزواج يكون على علم بأنهم يعانون من مرض معين لذلك قد يبدأون العلاج حتى قبل الزواج.

و هنا نفس القضية تطرح فعند الفحص ، قد يحددوا من هو المصاب من الزوجين، فإذا كان الزوج مصاب و الزوجة سليمة ، يواصل الزوج العلاج و قد تتوقف هي لفترة عن العلاج ثم تعاود مرة ثانية العلاج بطلب من المختص حتى تظهر نتيجة علاج الزوج.

و العكس، فإذا كانت الزوجة هي المصابة فالزوج يتوقف عن العلاج، و تواصل الزوجة العلاج، و يتم إستدعاء الزوج من حين لآخر لإجراء التحاليل حتى تظهر كذلك نتيجة علاج الزوجة.

لكن ما شد إنتاهنا في الميدان و نحن نقوم بهذه الدراسة هو أن الزوجة تواصل العلاج بالطرق التقليدية حتى في حالة إثبات الطب لها بأنها سليمة و أن زوجها هو المصاب.

قد يلاحظ القارئ بأننا ركزنا في هذا الجدول الأخير على خضوع الرجل للعلاج من أجل الإنجاب و قناعته بذلك و مبادراته. و هذا راجع إلى أنه من جانب النساء اللاتي يعانين من عدم القدرة على الإنجاب لا يطرح بدأ العلاج عندهم إشكال معين لكن بالنسبة للأزواج هناك مايقال.

و كما ذكرنا فيما سبق، فقد يكون الزوج مقتنع بضرورة الخضوع للعلاج، لكن التنفيذ قد يتأخر لذلك حاولنا إدراج هذا الجدول لنتعرف على ذلك أكثر و لنؤكد فكرة أن عقم الرجل لم يعد يعتبر من المحظورات كما كان في السابق و هذا ما توضحه نتائج الجدول .

جدول رقم 56: يبين مدى تأخر الزوج في العلاج مقارنة بزوجته (حسب عينة الرجال)

النسبة %	التكرار	مدة التأخر
19%	19	من 03 أشهر إلى 06 أشهر
13%	13	بعد سنة
09%	09	بعد سنتين
04%	04	بعد ثلاث سنوات فأكثر
45%	45	بدأوا العلاج معاً في نفس الوقت
100%	100	المجموع

نلاحظ بأن أغلبية إجابات المبحوثين أكدت بدأ العلاج مع زوجاتهم في نفس الوقت بنسبة 45%

أما من تأخروا عن العلاج فكانت النتائج كمايلي:

إجابة التأخر عن العلاج مقارنة بالزوجة بما بين 03 أشهر إلى 06 أشهر كانت النسبة 19%

أما التأخر بسنة فكان بنسبة 13%. أما التأخر عن العلاج بسنتين فكان بنسبة 09%.

أما التأخر عن العلاج بثلاث سنوات فأكثر فكان بنسبة ضعيفة هي 04%

نستنتج بأن أغلبية الأزواج الرجال بدأوا العلاج في نفس الوقت مع زوجاتهم، بينما هناك من تأخر و هذا راجع كما ذكرنا سابقاً للتردد و إعطاء إعتبارات لتصورات و أحكام و قيم ليست في صالح الزوجين. و في الجدول الموالي سوف نستعرض تصور العينة المبحوثة لأسباب تهرب الرجال من العلاج في حالة تأخر الإنجاب .

4- أسباب تهرب الزوج من العلاج في حالة تأخر الإنجاب

جدول رقم 57: رأي عينة الدراسة في أسباب تهرب الرجال من العلاج عند
تأخر الإنجاب

النسبة %	التكرار	الإجابة
18.75%	84	لأنه لا زالت تسود فكرة أن المرأة هي سبب العقم
19.19%	86	لأن العقم مساس بشخصيته
25.89%	116	لأن العقم شك في رجولته و قدرته الجنسية
14.28%	64	لأن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه
15.40%	69	لأن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيماً
06.47%	29	بدون إجابة
100%	448	المجموع

مع أننا من خلال نتائج الجداول التي سبقت و التي خصت بداية الأزواج (الرجال) العلاج وقناعتهم بذلك إلا أنه حتى و إن كان الرجل مقتنع بضرورة العلاج، و قد يخضع له فعلاً كما وجدناه من خلال عينة دراستنا إلا أنه كما ذكرنا كذلك سالفاً، عندما يتعلق الأمر بخضوع الرجل للعلاج عندما يكون هناك تأخر في الإنجاب فالأمر مختلف إذا ما قورن بإصابة هذا الشخص نفسه بمرض آخر. لذلك أدرجنا هذا الجدول الذي يحمل إجابات عينة الدراسة حول تصوراتهم للعوامل التي تؤدي بالرجال إلى التردد أو التهرب عن العلاج و نوضحها فيما يلي:

أولا نشير إلى أن هذه الإجابات كانت من ضمن إقتراحات السؤال المطروح من طرفنا، فوجدنا بأن إجابة أن العقم شك في رجولته و قدرته الجنسية حازت على النسبة الأكبر ب 25.89 % ، ثم تلتها إجابة أن العقم مساس بشخصية كرجل بنسبة 19.19%، ثم جاءت إجابة أنه لازالت تسود فكرة أن العقم سببه المرأة بنسبة 18.75 % . أما إجابة لأن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيماً فنسبتها بلغت 15.40 %، أما أن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه فجاءت بنسبة 14.28 % . أما نسبة بدون إجابة فكانت 06.47% .

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى المبحث الثاني

نستنتج من إجابات العينة المدروسة أن تردد الرجال و تهربهم في بعض الحالات و تأخرهم عن العلاج في حالة تأخر الإنجاب، يرجع بالدرجة الأولى إلى أن العلاج هنا دليل على الشك في رجولته و قدرته الجنسية، مع أنه علميا لا علاقة للعقم بالقدرة الجنسية للرجل إلا في حالة الإصابة بالعجز الجنسي كمرض. كذلك بسبب أن العقم هو مساس بشخصيته كرجلو هذا يذكرنا بالمعادلة التي كانت سائدة و لقرون و هي أن كل رجل مخصب أي لا يوجد رجل عقيم بينما المرأة لا، فكل امرأة قد تكون عقيمة. كذلك نجد ذكرهم أنه بما أنه لازالت تسود في مجتمعنا فكرة أن المرأة هي سبب العقم، لذلك نجد تهرب الأزواج الرجال من العلاج. و هذا من جهة أي التردد أو التأخير أو التهرب من العلاج سببه عدم إتاحة الفرصة للشك في شخصية و رجولة الرجل و تحسيسه بالنقص عن بقية الرجال.

أما الإقتراحات الأخرى من الإجابات فضمت أن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه و يتمنى أن تكون زوجته هي المصابة، لذلك نجد التهرب من الخضوع للتحاليل و الفحوصات خوفا من معرفة حقيقة أنه هو سبب العقم و ليس الزوجة و كما ذكرت لي إحدى المبحوثات فإن عقم الرجل أمر من عقم المرأة ، أي أن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيما.

هذه الإجابات جاءت على لسان المبحوثين و المبحوثات، كتصورات و كحقائق موجودة في المجتمع الجزائري و غيره من المجتمعات، و قد تكون هذه الإجابات مما يؤمن به هؤلاء المجيبين خاصة الرجال، و قد يكونوا غير مقتنعين و غير موافقين على هذه الإجابات أي أنها لا تنطبق عليهم بحكم أن أغليبيتهم أي المبحوثين الرجال مقتنعين بالعلاج و هم يخضعون للعلاج لأنه لولا ذلك لما إنتقيت بهم .

الجدول رقم 58: أثر متغير الجنس في آراء المبحوثين حول أسباب تهرب الرجال من العلاج

المجموع		ذكور		إناث		الجنس
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	الإجابة
18.75 %	84	22.06 %	32	17.16 %	52	لأنه لازالت تسود

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

						فكرة أن المرأة هي سبب العقم
60	19.80 %	26	17.93 %	86	19.19 %	لأن العقم مساس بشخصيته كرجل
85	28.05 %	31	21.37 %	116	25.89 %	لأن العقم شك و مساس برجولته و قدرته الجنسية
42	13.86 %	22	15.17 %	64	14.28 %	لأن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه
55	18.15 %	14	9.65 %	69	15.40 %	لأن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيما
09	02.97 %	20	13.79 %	09	06.47 %	بدون إجابة
303	100 %	145	100 %	448	100 %	المجموع

بعد أن عالجنا إجابات العينة العامة حول أسباب تهرب الرجال من العلاج، نحاول في هذا الجدول إضافة متغير الجنس، لنرى مدى الإتفاق و الإختلاف في الإجابات بين فئة المبحوثات و فئة المبحوثين. خاصة و أن الأمر متعلق بطرف واحد و هو (فئة الرجال) و حتما لإجابات النساء دلالة و لإجابات المعنيين بالأمر دلالة أخرى.

نبدأ بإجابات فئة الإناث، و نلاحظ بأن إجابة أن العقم بالنسبة للرجل هو مساس برجولته و قدرته الجنسية حازت على النسبة الأكبر ب 28.05 % .
ثم تلتها إجابة أن العقم مساس بشخصيته كرجل بنسبة 19.80 % ، ثم تبعتها إجابة أن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيما بنسبة 18.15 % ، ثم جاءت إجابة أنه لازالت تسود فكرة أن المرأة هي سبب العقم بنسبة 17.16 % . أما إجابة أن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه فكانت نسبتها 13.86 % . أما نسبة بدون إجابة فهي 02.97 %

نستنتج من هذه المعطيات أن فئة الإناث ، ركزت على أن من أسباب تهرب و تردد و تأخر الرجال عن العلاج إذا تعلق بتأخر الإنجاب- ركزت على ماله علاقة بالمساس بشخصية الرجل و المساس برجولته. ثم على أساس أنه لازالت تسود

فكرة أن العقم سببه المرأة. ثم ذكرت أن سبب التهرب من معرفة حقيقة عقمه لأنه لا يتقبل هذه الحقيقة بسهولة.

أما فئة الذكور أي المعنين بالأمر فجاءت إجاباتهم كما يلي: من الوهلة الأولى لملاحظتنا للنتائج نجد بأنه ليست هناك موضوعية في الإجابة بحيث أن كل رجل يتمنى أن تكون زوجته هي العقيمة فالنسبة الأكبر عادت أنه لازالت تسود أن المرأة هي سبب العقم ب 22.06 % . ثم إجابة أن العقم شك و مساس برجولته و قدرته الجنسية بنسبة 21.37 % ثم إجابة أن العقم مساس بشخصيته كرجل بنسبة 17.23 % . أما إجابة أن الرجل يتهرب من معرفة حقيقة عقمه فنسبتها 15.17 % ، ثم تلتها مباشرة إجابة أن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيماً بنسبة 9.65 % . أما نسبة بدون إجابة فكانت النسبة كبيرة بلغت 13.79 % فهو كذلك تهرب من الإجابة على سؤال سبب تهربهم من العلاج.

و لعل التهرب من الإجابة له دلالة بالنسبة لفئة الذكور ، فظاهرياً قد يكون تبريرهم أنهم ليسوا من هؤلاء الذين يتهربون من العلاج لأنهم يعالجون، لكن قد يكون لها تبريرات باطنية و هي أنهم لا يريدون الإفصاح عن حقيقة هذا الأمر بالنسبة لهم.
لكن عموماً لم نلاحظ فرق كبير بين إجابات فئة الإناث و فئة الذكور.

يبقى أن نقول بأن موافقة الزوج للخضوع للعلاج إلى جانب زوجته هو عامل من عوامل إستمرار التوافق بين هؤلاء الأزواج العقيمين وهو دليل على تمسكهم بأمل الإنجاب في يوم من الأيام ، لكن هناك عوامل أخرى سوف نستعرضها في الجدول الموالي .

الفصل الثاني :العوامل التي ساهمت في إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين و علاقته بتحديد مكانتهم داخل المجتمع

المبحث الأول : العوامل التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين

1 (عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم

- (2) عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة عقيمة مع زوج منجب
- (3) العوامل الخارجية التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين

المبحث الثاني : وضعية و مكانة الزوج العقيم

- (1) مكانة المرأة العقيمة حسب إجابات العينة المبحوثة
- (2) طبيعة إحساس المرأة العقيمة بمكانتها
- (3) طبيعة علاقة تعامل النساء المنجبات مع المرأة العقيمة
- (4) العوامل التي ساهمت في تأسيس مكانة المرأة العقيمة
- (5) مكانة الرجل العقيم حسب إجابات العينة العامة
- (6) ضرورة التصريح بعقم الرجل
- (7) العوامل التي ساعدت على إعتبار عقم الرجل ليس من المحظورات

الفصل الثاني :العوامل التي ساهمت في إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين
و علاقته بتحديد

مكانتهم داخل المجتمع .

المبحث الأول : العوامل التي ساعدت على إستمرار التوافق بين
الزوجين العقيمين

حاولنا من خلال هذا المحور التركيز على العوامل التي ساعدت على إستمرار الحياة الزوجية بين هؤلاء الأزواج رغم عدم قدرتهم على الإنجاب. و حاولنا تقسيم هذه العوامل إلى عوامل خاصة بطبيعة العلاقة بين الزوجين، و عوامل لها علاقة بمختلف متغيرات التحضر و التغير التي يشهدها مجتمعنا و التي تؤثر إيجابيا على إستمرار العلاقة الزوجية بين هؤلاء الأزواج و حاولنا التوصل هل هناك فرق في إجابات المبحوثات و المبحوثين حول هذه الفكرة .

1- عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم

جدول رقم 59: يبين رأي المبحوثات في أسباب إستمرار الحياة الزوجية رغم عدم القدرة على الإنجاب

في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم

النسبة %	التكرار	الإجابة
35.90%	93	وفاء الزوجة للعشرة الزوجية
14.67%	38	التأكد من أن زوجها لن يتخلى عنها
14.28%	37	البقاء في البيت الزوجية أحسن من العودة إلى بيت الوالدين
08.88%	23	هو نوع من التضحية
26.25%	68	نظرا للإنسجام و الود بينهما
100%	259	المجموع

عادة ما نجد إستمرار الحياة الزوجين بين زوجين بدون أطفال في حالة عقم الزوج في أغلبية الحالات لأن الرجل في هذه الحالة هو المصاب و بالتالي فهو يعيش حياة زوجية جنسية عادية . و المرأة في هذه الحالة تبقى بين خيارين إما البقاء مع زوجها حتى و لو لطول الحياة بدون أن تنجب، أو أن تطلب التطلاق و تعود لبيت أهلها و قد تتزوج مرة ثانية فتتجنب من الزوج الثاني.

لكن ما نلاحظه كما تمت الإشارة إليه في الدراسة أن حالات إعادة الزواج من طرف الأزواج في هذه الحالة ضعيفة ولذلك حالات الطلاق بسبب العقم هي حالات قليلة .

فحاولنا التعرف عن الأسباب التي تجعل المرأة تستمر في العيش مع زوج عقيم ، فجاءت الإجابات كما يلي: النسبة الأولى عادت للإجابة أنه بسبب الوفاء للعشرة الزوجية ب 35.90 % . أما إجابة نظرا للإنسجام و الود بينها و بين زوجها فنسبتها 26.25 % . أما النسبة الموالية فكانت للإجابة أنه بسبب أنها متأكدة بأن زوجها لن يتخلى عنها في هذه الحالة و جاءت بنسبة 14.67 % . أما إجابة ان

البقاء في البيت الزوجية أحسن من العودة إلى بيت الوالدين فكانت بنسبة 14.28 % . أما النسبة الأخيرة فكانت لإجابة أنه نوع من التضحية ب 08.88% .

نستنتج من إجابات المبحوثات بأنها ركزت أولاً على قضاء الله و قدره بأن تتزوج من زوج عقيم، ثم ذكرت بأنه بسبب الوفاء للعشرة الزوجية نظراً للإنسجام بينها وبين زوجها، أي أنها ركزت على العوامل المتعلقة أكثر بطبيعة العلاقة بينها وبين زوجها، ثم تلتها العوامل الأخرى.

2- عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة عقيمة مع زوج منجب

جدول رقم 60 : رأي المبحوثات في أسباب لإستمرار الحياة الزوجية رغم عدم

القدرة على الإنجاب

ب- في حالة زوجة عقيمة مع زوج منجب

النسبة %	التكرار	الإجابة
08.99%	17	الزوج لا يقبل هذه الوضعية عادة
20.63%	39	الوفاء للعشرة الزوجية
37.56%	71	قيمة الزوجة لا تقدر بالأطفال فقط
32.80%	62	الألفة بين الزوجين و صعوبة الفراق
100%	189	المجموع

رأينا في الجدول السابق، العوامل التي تؤدي بالزوجة إلى قبول العيش مع زوج عقيم ، أما حسب هذا الحدول فنتطرق إلى حالة قبول زوج منجب العيش مع زوجة عقيمة و كانت الإجابات كما يلي:

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى المبحث الثاني

أكبر نسبة عادت لإجابة أن قيمة الزوجة لا تقدر بالأطفال فقط عند زوجها بنسبة 37.56% . أما النسبة الثانية فعادت لإجابة الحب و الألفة بين الزوجين و صعوبة الفراق بنسبة 32.80% . النسبة الثالثة فكانت لإجابة الوفاء للعشرة الزوجية ب20.63% . أما إجابة أن الزوج لا يتقبل هذه الوضعية عادة فكانت نسبتها 08.99% .

نستنتج من إجابة المبحوثات ، أن الرضى بقضاء الله من الطرفين يجعل الحياة الزوجية تستمر عادية جدا. ثم ركزت على أن قيمة المرأة عند زوجها ليست مرتبطة بالإنجاب فقط. و كذلك نتيجة الألفة بين الزوجين و صعوبة الفراق و كذلك الوفاء للعشرة الزوجية.

لكن هناك من المبحوثات من أجابت أنه بالرغم من نوعية العلاقة القوية التي تربط بين الزوجين ، إلا أن الزوج قد لا يقبل هذه الوضعية أي قد لا يتقبل الإستمرار في العيش مع زوجة عقيمة. و يمكن هنا أن نذكر بأن الكثير من المبحوثات ذكرت لي بأنه هناك حالات هكذا شجعت الزوجة زوجها على الزواج من امرأة ثانية لتنجب منه و تقوم الزوجة الأولى بتربية أطفال زوجها من الزوجة الثانية. (طبعاً بدون أن يطلقها زوجها أي الزوجة الأولى).

جدول رقم 61 : رأى المبحوثين (الرجال) فى إستمرار التوافق بينهما

النسبة %	التكرار	الإجابة
99%	99	تستمر في العيش مع زوجتك
00%	00	لا يستمر في العيش معها
01%	01	لا يمكن أن أقرر الآن
100%	100	المجموع

بالنسبة لإجابة المبحوثين حول أسباب إستمرار الحياة الزوجية رغم عقم أحدهما أو كلاهما فأردنا إختصارها في جدول واحد، لأن الإجابات كانت نفسها في كل الحالات.

فحسب نتائج الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة كانت لإجابة أنه يستمر في العيش مع زوجته في حالة عقمها أو عقمه بنسبة 99% .

أما إجابة أنه لن يستمر في العيش معها فجاءت منعدمة 00% ، و هذا واقع لأننا لم نجد فعلا حالات طلاق و لا إعادة الزوج عند المبحوثين ، فالكل لازال يعيش مع زوجته الأولى .

ما عدا حالة واحدة، أجابنا صاحبها بأنه لا يمكن أن يقرر الآن هل سوف يستمر في العيش معها أم لا ، و قد تطلب هي الفراق. وهذا بنسبة 01%.

و لعل هذه النتائج هي بسبب أن معظم العينة المبحوثة أسباب العقم ترجع لإصابة الأزواج بضعف الخصوبة أو الزوجين معا، لذلك نجد إستمرار الحياة الزوجية بينهم، و حتى في حالة عقم الزوجة فهم يعيشون على أمل الإنجاب.

3- العوامل الخارجية التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين

نستعرض هنا بعض العوامل الخارجية عن طبيعة العلاقة بين الزوجين، و التي ساعدت على إستمرار العلاقة الزوجية بين هؤلاء الأزواج الذين يعانون من ضعف الخصوبة سواء أحدهما أو كلاهما و حتى بالنسبة لأولئك الذين لم يجدوا تفسيراً لعقمهم.

جدول رقم 62 : رأي العينة في العوامل التي ساعدت على إستمرار الحياة الزوجية

بين الزوجين

العقيمين

الإجابة	التكرار	النسبة
---------	---------	--------

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

20.84%	99	ارتفاع المستوى التعليمي للأفراد
10.94%	52	إنتشار وسائل الإعلام
24.63%	117	عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال
15.36%	73	إستقلال قرار الإنجاب على المحيطين
28.21%	134	تطور الطب المختص و إعطاء الأمل
100%	475	المجموع

نجد بأن أعلى نسبة حسب إجابات العينة المبحوثة كانت في إجابة أنه بسبب تطور الطب المختص و إعطاء الأمل لهؤلاء الأزواج ب 28.21 %، ثم تلتها إجابة عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال فقط بنسبة 24.63 % . أما النسبة المئوية فعادت لإجابة إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد ب 20.84 % . ثم نجد إجابة إستقلال قرار الإنجاب عن المحيطين بنسبة 15.36 % . ثم نجد إجابة إنتشار وسائل الإعلام بنسبة 10.94 %

نستنتج أن إجابات عينة الدراسة ركزت على فكرة هامة ا و أساسية في فرضيتنا الأولى و هي متعلقة بمكانة المرأة و الرجل العقيمين في مجتمعنا، بحيث جاءت بنسبة معتبرة و هي عدم إرتباط قيمة الزوجين

بالأطفال فقط. و هذا مهم ، كما ذكر تطور الطب المختص الذي أعطى لهؤلاء الأزواج الأمل في الإنجاب.

إضافة إستقلال قرار الإنجاب، أي لا توجد هناك تدخلات تؤثر سلبا على العلاقة الزوجية، ثم نجد إرتفاع المستوى التعليمي الأفراد و التفتح على الثقافات من خلال وسائل الإعلام التي تؤدي إلى التعليم و التثقيف و نشر الوعي فتساعد هؤلاء

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

الأزواج في كيفية التصرف بإتجاه مشكلتهم هذه و ماهي الحلول التي يجب أن يسعوا إليها.

و لنتعرف أكثر على مدى الإتفاق و الإختلاف الوارد في إجابات العينة المبحوثة حول هذا السؤال، حاولنا التعرف على أثر أو علاقة متغير الجنس بهذه العوامل المذكورة .

جدول رقم 63 : متغير الجنس و علاقته بتحديد العوامل التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الأزواج العقيمين

المجموع		ذكور		إناث		الجنس العوامل المساعدة
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرا	النسبة %	التكرا	
20.84 %	99	20 %	36	21.35 %	63	إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد
10.94 %	52	11.11 %	20	10.84 %	32	إنتشار و سائل الإعلام
24.63 %	117	27.77 %	50	22.71 %	67	عدم إرتباط قيمة الزوجين بالإنجاب فقط
15.36 %	73	16.11 %	29	14.91 %	44	إستقلالقرار الإنجاب عن المحيطين
28.81 %	134	25 %	45	30.16 %	89	تطور الطب المختص و إعطاء الأمل للأزواج
100 %	475	100 %	180	100 %	295	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث ، نلاحظ بأن أعلى نسبة مسجلة في خانة الإجابة الخاصة بتطور الطب المختص و إعطاء الأمل لهؤلاء الأزواج في الإنجاب ب 30.16 % .

أما النسبة الثانية فكانت لإجابة عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال فقط ب 22.71 % ، أما النسبة الثالثة فعادت لإجابة إرتفاع المستوى التعليمي

للأفراد ب 20.35 % . أما النسبة الرابعة فهي لإجابة إستقلال قرار الإنجاب عن المحيطين ب 14.91 % . أما النسبة الخامسة فعاتد لإنتشار وسائل الإعلام ب 10.84 % أما .

نستنتج من إجابة فئة الإناث أنها تركز على إنتشار الطب المختص و إعطاء الأمل للأزواج العيمين، ثم عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال فقط و هذا متغير مهم . و هي حقيقة لمسناها في الميدان من خلال إستمرار الحياة الزوجية بين هؤلاء الأزواج بدون إنجاب ، لكن طبعا هم في ظل مسيرة العلاج. ثم إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد، لأن العلم يؤدي إلى تهذيب السلوك و تنقية الأفكار و تقوية العلاقات . أما إستقلال قرار الإنجاب عن المحيطين فهو كذلك من بين العوامل المهمة في إستمرار العلاقة الزوجية فبالرغم من وجود هذه التدخلات إلا أن الأزواج لا يكثرثون لها.

أما بالنسبة لفئة الذكور نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة الإجابة عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال 27.77 % . ثم إجابة تطور الطب المختص و إعطاء الأمل للأزواج بنسبة 25 % . ثم إجابة إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد بنسبة 20 % . ثم نجد نسبة إجابة إستقلال قرار الإنجاب عن المحيطين ب 16.11 % أما إجابة إنتشار وسائل الإعلام فكانت نسبتها 11.11 % .

نستنتج أنه لا يوجد فرق واضح في إجابات فئة الإناث و فئة الذكور، إلا في النسبة الأعلى للإجابة فالإناث ركزن على تطور الطب ثم عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال، بينما عند الذكور نجد العكس.

من إستعراضنا لكل هذه التغيرات و التحولات التي مست جوانب عدة متعلقة بمشكل عدم القدرة على الإنجاب ، كيف يمكن أن نتصور مكانة الجسد العقيم في مجتمعنا من خلال إسقاط ذلك على العينة المبحوثة من الأزواج .

المبحث الثاني : تحديد وضعية و مكانة الزوج العقيم

إن إنطلاقنا كانت للتعرف على وضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري ، و لا يمكن أن نصل إلى التحقق من ذلك إنطلاقاً من الجداول البسيطة و المركبة التي يتضمنها هذا المحور فقط، لذلك فكل المحاور السابقة لها علاقة بكيفية وصولنا لرسم الصورة الحقيقية عن وضعية و مكانة هذه الفئة من الأزواج. أما ما سوف نتناوله ضمن هذا المحور هو تصور هؤلاء الأزواج لمكانتهم داخل المجتمع، و كذلك ربط تصور كل من مكانة المرأة العقيمة و مكانة الرجل العقيم ببعض متغيرات الدراسة حتى نصل إلى صورة شاملة عن ذلك. كما سوف نتطرق إلى معاملة المرأة العقيمة من طرق المنجبات، و إمكانية التصريح بعقم الرجل حالياً و ماهي العوامل التي ساعدت على ذلك، و ماهي العوامل التي لازالت تعتبر العقم عند الأزواج من المحظورات، و هذا ضمن هذا المبحث .

1- مكانة المرأة العقيمة حسب إجابات العينة المبحوثة

جدول رقم 64 : مكانة المرأة العقيمة حسب آراء العينة العامة

النسبة %	التكرار	الإجابة
83.6%	209	مكانة عادية
14.08%	37	لها مكانة منقوصة
01.6%	04	بدون إجابة
100%	250	المجموع

إن إحساس الفرد بأن له مكانة معينة مرتبط بتوفر عديد من الشروط ، تتعلق بالمعاملة و الأحكام و التصورات و السلوكات و الحضور في فضاءات معينة دون إقصاء. و من خلال بيانات هذا الجدول نلاحظ بأن أغلبية إجابات العينة العامة للدراسة كانت تؤكد أن المرأة العقيمة لها مكانة عادية بنسبة 83.6 % . أما الإحساس بأن لها مكانة ناقصة فكانت من فئة من العينة جاءت نسبتها 14.8 % . أما بدون إجابة فنسبتها وصلت 01.6 % .

نستنتج من إجابات العينة العامة، أن أغلبية المبحوثين و المبحوثات يؤكدون على أن المرأة العقيمة تتمتع بمكانة عادية كبقية النساء .

جدول رقم 65: أثر متغير الجنس بتصوير مكانة المرأة العقيمة

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإيجابية
	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	
النسبة %					
209	83.9 %	73	73	90.66 %	136
37	14.08 %	23	23	9.33 %	14
04	1.6 %	04	04	00 %	00
250	100 %	100	100	100 %	150

إنطلاقاً من نتائج الجدول السابق كنا قد وجدنا بأن الأغلبية من العينة أكدت بأن المرأة التي لم تنجب تتمتع بمكانة عادية . أما من خلال هذا الجدول فنريد أن نتوصل إلى علاقة متغير الجنس بتصوير مكانة المرأة العقيمة.

نبدأ بفئة الإناث و نسجل أكبر نسبة في خانة التمتع بمكانة عادية ب 90.66% أما إجابة أنها تتمتع بمكانة ناقصة فالنسبة هي 9.33 % . نستنتج بأن المبحوثات تؤكدن على أنهن يشعرن بمكانة عادية، و هذا بنسبة كبيرة جداً، مقارنة بالفئة التي أجابت بأنهن يشعرن بأن مكانتهن يشوبها النقص.

أما بالنسبة لفئة الذكور، و كيف يتصورون مكانة المرأة التي لم تنجب، فنلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة التمتع بمكانة عادية ب 73 % ، بينما من أجابوا بأن مكانتها ناقصة فنسبتها 23 % ، اما نسبة بدون إجابة فكانت 4 % .

نستنتج من إجابات فئة الذكور أنها متفقة مع إجابات فئة الإناث ، لكن الملاحظة التي يجب ذكرها هي أن نسبة " مكانة ناقصة" عند فئة الذكور كانت أعلى من تلك المسجلة عند فئة الإناث. بمعنى أن الرجل يتصور بأن المرأة التي لا تنجب مكانتها يشوبها النقص عكس المرأة نفسها التي ترى بأن مكانتها عادية إلا فئة قليلة تحس بأن مكانتها منقوصة .

2- طبيعة إحساس المرأة العقيمة

كما ذكرنا في بداية هذا المحور الخاص بوضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري، فإن هناك علاقة بين الوضعية و المكانة ، فبقدر ما يكون الإهتمام و الإحترام و السلوكات الطبيعية و العلاقات الطيبة بين الزوج العقيم و المحيط كلما ترسخت مكانته في المجتمع ، فالمكانة مرتبطة بنوع الوضعية.

كذلك فإن تحديد المكانة يعتمد على معطيات تتعلق بطبيعة العلاقة بين الزوجين أولاً ثم بالمحيطين ثم بمؤسسات أخرى من المجتمع . لذلك أدرجنا هذا الجدول و الخاص بتقييم المرأة العقيم لنفسها مقارنة بالنساء المنجبات ، أي كيف تحس نفسها في حضور النساء المنجبات، حتى و إن كان هذا التقييم و الإحساس يبقى داخليا لا يظهر عليها إلا أننا حاولنا كشفه من خلال إجابات المبحوثات في هذا الجدول.

جدول رقم 66: تقييم المرأة العقيم لنفسها مقارنة بالمنجبات

النسبة %	التكرار	الإجابة
49%	74	إحساس عادي كبقية النساء
45.03%	68	الإحساس بالنقص أحيانا
04.63%	07	المرأة مكانتها بشخصيتها و عملها ليس بالأطفال فقط
01.32%	02	تطور الطب أعطى لنا الأمل في الإنجاب لذلك إحساسنا عادي
100%	151	المجموع

نلاحظ بأن أكبر نسبة عادت لإجابة إحساس عادي كبقية النساء ب 49 % ، ثم تلتها إجابة الإحساس بالنقص أحيانا بنسبة 45.03 % ، ثم نجد إجابة أن تقييم المرأة يكون على أساس شخصيتها و عملها و هذا بنسبة 04.63 % و كذلك أضافت المبحوثات إجابة أن الطب المختص و تطوره أعطى لهم الأمل في الإنجاب لذلك فهي تحس بجانب المنجبات أنها امرأة عادية و جاءت هذه الإجابة بنسبة 01.32 %.

نستنتج من إجابات المبحوثات حول تقييمهن لأنفسهن بما أنهن لم ينجبن مقارنة بالنساء المنجبات ، هو تقييم على أساس أنهن نساء عاديات بالأغلبية، ثم تلتها الإحساس بالنقص أحيانا و يكون هذا عادة كما حدثتني به بعض المبحوثات في المناسبات الإحتفالية كالأعياد و الدخول المدرسي، و اللقاءات في الأعراس فهنا تتأثر المرأة التي لم تنجب خاصة لما ترى من هن في سنها تزوجن معها في نفس الفترة لهم أطفال. وهذا إحساس طبيعي فكل امرأة و كل زوجة تحلم بأن تنجب. لكن هذا لا يجعلها تقصي نفسها من المجتمع و بالتالي تساعد هي بتصرفاتها هذه في 218 مكانتها بإتجاه المنجبات. و يبقى بالفعل الرضى بحكم الله و قدره و الأمل في الإِبْـبـ. و أساس حياة هؤلاء الأزواج بإعتبار أن الإصابة بالعقم ليس ذنبا و ليس جرما إرتكبه هؤلاء بل هو قضاء و قدر.

3- طبيعة علاقة تعامل النساء المنجبات مع المرأة العقيمة

جدول رقم 67: معاملة النساء المنجبات للمرأة العقيمة

النسبة %	التكرار	الإجابة
46.71%	71	معاملة عادية
28.94%	44	معاملة فيها عطف و شفقة
09.86%	15	إستهزاء و تكبر
07.99%	12	تختلف المعاملة حسب الذهنيات
06.57%	10	الخوف من حسدها لأبنائهن
100%	152	المجموع

في هذا الجدول و دائما و نحن نرسم في صورة الأزواج العقيمين في المجتمع الجزائري، نتناول فيه كيف تتعامل النساء المنجبات مع المرأة التي لم تنجب. لأن المعاملة لها دور كبير في حضور هذه المرأة في فضاءات جماعية ميعنة و كذلك لها دور في تصورنا لقيمتها و مكانتها بينهم. و نتائج الجدول توضح لنا مايلي:

النسبة الأعلى عادت لإجابة أن المعاملة عادية من طرفهن بإتجاه المرأة العقيمة ب 46.71 % . أما النسبة الثانية فكانت لإجابة أنها معاملة عطف و شفقة ب 28.94 % هذه الإجابات شملت المعاملة الحسنة بإتجاه المرأة العقيم، لكن هناك بالمقابل معاملة لا تليق بها و هذا من خلال الجدول دائما بحيث وجدنا إجابة معاملة إستهزاء و تكبر بنسبة 09.86 % . كما أجابت المبحوثات بأن المعاملة ليست واحدة فعلى حسب ذهنيات الناس المتعامل معهم تكون طبيعة المعاملة و هذا بنسبة 07.89 % ، أما إجابة الخوف من حسدها لأبنائهن فوردت بنسبة 06.57 %.

نستنتج من إجابات المبحوثات بخصوص معاملة و تعامل المنجبات معهن ، بأنها في الأغلبية هي معاملة عادية و قد يشوبها نوع من العطف و الشفقة كما يعبر عنه في مجتمعنا ب (مسكينة).

لكن هناك بعض المعاملات التي تتضايق منها حتما المرأة العقيمة، و هي واقعية لأن الكثير من المبحوثات حدثتني عن تصرفات و سلوكيات من بعض النساء تقلق فعلا. و من هذه المعاملة السلبية نجد الإستهزاء التكبر و التباهي و الإفتخار بإثارة موضوع الأطفال و أهميتهم في حياة والديهم. كما نجد الخوف من حسدها للأطفال. لذلك هناك من المقربات يخفين أطفالهن خوفا من حسدها. و هذا الأمر حدثتني عنه العديد من المبحوثات و وصل بهن الأمر إلى حد البكاء و التذمر و مقاطعة بعض الأهل أي عدم زيارتهن نتيجة لتلك التصرفات السلبية فالتعامل في هذه الحالة يكون حسب الذهنيات ، لكن على العموم فالمعاملة حسنة .

4 - العوامل التي ساهمت في تأسيس مكانة المرأة العقيمة

جدول رقم 68: رأي المبحوثات في العوامل التي ساهمت في أن تكون للمرأة العقيمة مكانة

في المجتمع

النسبة %	التكرار	الإجابة
44%	66	ارتفاع المستوى التعليمي و

		تفهم المجتمع
19	12.66%	تطور الطب المختص لعلاج العقم
20	13.33%	قيمة المرأة ليست مرتبطة بالإنجاب فقط
45	30%	مكانة المرأة بعملها و علمها و شخصيتها
150	100%	المجموع

يتناول هذا الجدول بعض العوامل الخارجية التي ساهمت في أن تكون للمرأة العقيمة مكانة في المجتمع ونجد منها: إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد، كعامل يتحكم في الذهنيات التي تقيم المرأة العقيم في المجتمع و جاءت بنسبة 44%.

ثم نجد عامل أن مكانة المرأة بعملها و علمها و شخصيتها و هذا بنسبة 30% .

ثم عامل أن قيمة المرأة ليست مرتبطة بالإنجاب فقط و هذا بنسبة 13.33% . أما عامل تطور الطب المختص لعلاج العقم و إعطاء الأمل لهم فكان بنسبة 12.66%.

نستنتج من إجابات هذا الجدول أنه هناك عوامل عديدة في المجتمع جعلت المرأة العقيمة تكون لها مكانة عادية كبقية النساء، و قد تكون أحسن من بعض النساء المنجبات ، بعملها و إنتاجها و قوة شخصيتها و أخلاقها و القدرة على المحافظة على زوجها و بالتالي أسرتها. معنى ذلك أن قيمتها لم تصبح تقاس بوظيفة الإنجاب فقط بل بمتغيرات أخرى. و هذه الأفكار مهمة و تحقق لنا فرضية الدراسة.

و كخلاصة لما أثرناه من نقاط حول وضعية و مكانة المرأة العقيم في المجتمع الجزائري ، يمكن أن نذكر بأنه على العموم تحس بأنه لها مكانة عادية كبقية النساء، و هذا الإحساس طبعاً يدعمه أكثر فأكثر علاقتها بزوجها فهو الأساس، لأنه قد تكون فعلا المعطيات المحيطة بها تؤكد لها بأنها امرأة عادية ، لكن لو تحس بنوع من سوء المعاملة من طرف زوجها أو التجريح فهذا يؤثر على تقييمها لنفسها في المجتمع، فنقطة الارتكاز الأقوى بالنسبة لهؤلاء الزوجات هي قوة العلاقة التي تربط بينها و بين زوجها، هي التي تعطيها الأمل في الحياة و الأمل في الإستمرار في العلاج و الأمل في أن تحلم بحياة سعيدة

، و أن تعيش المناسبات و تتمتع و تمتع زوجها معها. و هذا يؤدي بنا إلى الحديث كذلك على أن الأزواج (الرجال) يحترسن كثيرا من تصرفاتهم الفعلية و القولية مع زوجاتهم حتى لا يشعرهن بالذنب و لا يجرح أحاسيسهن، لأن حالة القلق التي تنتاب المرأة العقيم خاصة مع بداية كل حيض هي حالة صعبة جدا، و لولا مساندة ووقوف الزوج إلى جانبها لربما تصاب بالإحباط و اليأس و قد تتحول هذه الأحاسيس السلبية و الإضطرابات إلى عقدة نفسية حقيقية.

5- مكانة الرجل العقيم حسب إجابات العينة العامة

جدول رقم 69 : تصور عينة الدراسة لمكانة الرجل العقيم

النسبة %	التكرار	الإجابة
74.4%	186	مكانة عادية
19.6%	49	مكانة منقوصة
06%	15	بدون إجابة
100%	250	المجموع

ننتقل من خلال هذا الجدول إلى معالجة صورة الرجل العقيم في المجتمع الجزائري من خلال وضعيته و مكانته كما رأينا ذلك في الجداول السابقة التي خصصناها لوضعية و مكانة المرأة العقيمة.

سوف نحاول هنا التطرق إلى الإختلافات في التصورات و الإتفاق فيما يخص معطيات تحديد مكانة المرأة و الرجل العقيمين في مجتمعنا. مع التذكير بأن الصورة المتوارثة هي أن الرجل رجل سواء كان سكيراً، عقيماً معوقاً ، بطالاً... فالمجتمع يضمن له تعويض

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى المبحث الثاني

النقص في جانب من الجوانب بوظائف أخرى و نجد بأن المرأة كذلك وصلت إلى هذه الصورة من خلال نتائج دراستنا بحيث لم تصبح مكانتها مرتبطة بالإنجاب فقط، بل بمعطيات أخرى تحقق لها ذلك و عن جدارة .

و من خلال نتائج هذا الجدول نلاحظ مايلي:

عادت النسبة الأكبر لخانة إجابة أن الرجل العقيم له مكانة عادية كبقية الرجال ب 74.4 % بينما إجابة أن مكانته يشوبها النقص بسبب عدم القدرة على الإنجاب فنسبتها هي 19.6% و هي نسبة ضعيفة مقارنة بالنسبة الأولى الخاصة بإجابة مكانة عادية. أما بدون إجابة فكانت نسبتها 06% من مجموع عينة الدراسة العامة.

فنستنتج أن أغلبية المبحوثين و المبحوثات، رأهم أن الرجل العقيم له مكانة كبقية الرجال. خاصة و أن العقم الآن كشف عنه الطب بأنه مرض قد تساعد عوامل كثيرة يتعرض لها الرجال يوميا في الإصابة به .

لكن هناك فئة قليلة من العينة ترى بأن الرجل العقيم منقوص القيمة.

جدول 70 : أثر متغير الجنس في تصور مكانة الرجل العقيم

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
74.4 %	186	73 %	73	75.33 %	113	مكانة عادية
19.6 %	49	18 %	18	20.66 %	31	مكانة ناقصة
06 %	15	09 %	09	04 %	06	بدون إجابة
100 %	250	100 %	100	100 %	150	المجموع

من خلال هذا الجدول نحاول الوصول إلى تأثير متغير الجنس على رأي المبحوثين في تصورهم لمكانة الرجل العقيم.

نبدأ بفئة الإناث، بحيث نلاحظ أن أعلى نسبة هي 75.33 % و سجلت في إجابة مكانة عادية، بينما إجابة مكانة ناقصة فنسبتها 20.66 % . أما بدون إجابة فنسبتها 04 %.

نستنتج من خلال هذه النسب أن فئة الإناث ، يؤمن بأن مكانة الرجل العقيم عادية كبقية الرجال. بينما فئة قليلة ترى بأن قيمته منقوصة.

أما فئة الذكور، فنلاحظ كذلك بأن أعلى نسبة ترى بأن له مكانة عادية ب73 % . أما نسبة من يرون بأن له مكانة ناقصة فهي 18 % فقط، معنى ذلك أنه هناك فرق شاسع بين النسبة الأولى و الثانية و هذا دليل على تأكيد الأغلبية بأن الرجل العقيم رجل عادي. و يتمتع بمكانة عادية في المجتمع. أما بدون إجابة فنسبتها 09 %.

نستنتج بأنه هناك إتفاق بين فئة الذكور و فئة الإناث حول تصورهم لمكانة الرجل العقيم، و نفس النتيجة توصلنا لها بخصوص مكانة المرأة العقيمة، لأننا نركز خاصة على إجابات الأغلبية. و هذا يدل على تقبل الزوج العقيم في المجتمع كبقية الأزواج المنجيبين و أنه لا تحدد مكانته بالأطفال فقط بل بإستحقاقات أخرى خاصة عندما يكون عنصر فعال في المجتمع فذلك بالعكس يجعل المحيطين يحاولون مساعدته قدر المستطاع حتى يعيش حياة عادية و يفكر في أنه ليس له القدرة على إمتلاك شيء يمتلكه الآخرين و هذا يزيد من إحساسه بأنه شخص عادي جدا.

6 - العوامل التي ساعدت على ضرورة التصريح بعقم الرجل

جدول رقم 71: توزيع عينة الدراسة حسب رأيهم في إمكانية التصريح بعقم الرجل

النسبة %	التكرار	الإجابة
83.2%	208	نعم
14.8%	37	لا
02%	05	بدون إجابة
100%	250	المجموع

لما تناولنا في الجدول السابق علاقة المستوى التعليمي للمبحوثين بتصورهم لمكانة الرجل العقيم، فصدنا به أنه قد يكون هو المصاب و قد تكون زوجته و قد يكون هما الإثنين مصابين فلم ينجبا. معنى ذلك صورته هي أنه رجل متزوج من مدة فاقت ثلاث سنوات لكن ليس له أطفال. لكن في هذا الجدول أردنا أن نخص إصابة الزوج بضعف الخصوبة أي بعد أن يؤكد ذلك الطب. و كان سؤالا هل يمكن أن نصرح بعقم الرجل حاليا أي أن يعرف المقربون بأن سبب عدم الإنجاب هو الزوج و ليس الزوجة.

و من خلال إجابات العينة العامة للدراسة توصلنا إلى النتائج التالية:

كانت النسبة الأكبر في إجابة نعم ب 83.2 % . أما نسبة إجابة لا فهي 14.8%. أما نسبة بدون إجابة فهي 02%.

نستنتج من هذه الإجابات بأن أغلبية العينة المبحوثة تؤكد على أنه يمكن التصريح بعقم الرجل عادي. بينما هناك فئة قليلة ترى بأنه لا يمكن التصريح بعقم الرجل. و سواء كانت الإجابة الأولى هي الغالبة أو الإجابة الثانية فكل مبرراته، أي لماذا يمكن أن نصرح بعقم الرجل، و لماذا لا يمكن أن نصرح بعقم الرجل؟.

مع التذكير هنا بأن الفكرة التي كانت سائدة لدى العامة أنه هناك علاقة بين عدم القدرة على الإنجاب و القدرة الجنسية للرجل، لذلك كان يعتبر الحديث عن موضوع عقم الرجل من المحظورات و كانت المعادلة المعمول بها أن كل رجل مخصب. لكن بما أننا توصلنا إلى أن الأغلبية تقر بإمكانية التصريح بعقم الرجل معنى ذلك أنها لا تربط بين الإنجاب و القدرة الجنسية للرجل، بل ذلك أمر و ذلك أمر آخر إلا في حالة الإصابة بالعجز الجنسي، و طبعا ليس كل رجل عقيم يعاني من العجز الجنسي، بل هناك أمراض عديدة قد يؤدي إلى عدم قدرته على الإنجاب، و المجيبون أدري بالأمر من أي شخص آخر.

جدول رقم 72: أثر متغير الجنس حول إمكانية التصريح بعقم الرجل

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
		النسبة %	الكرار	النسبة %	التكرار	
83.2 %	208	83 %	83	83.33 %	125	نعم

الفصل الثاني : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى
المبحث الثاني

% 14.8	37	%12	12	% 16.66	25	لا
00	00	00	00	00	00	إجابة أخرى
%02	05	% 05	05	% 00	00	بدون إجابة
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

أما علاقة متغير الجنس برأي المبحوثين في إمكانية التصريح بعقم الرجل فالنتائج كما يلي:

بالنسبة لفئة الإناث، نلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت بخانة إجابة نعم ب 83.33 % بينما نجد نسبة من أجابوا بلا فهي 16.66 % و هي نسبة ضئيلة.

أما بالنسبة لفئة الذكور ، فإن أكبر نسبة هي إجابة نعم ب 83 % ، أما نسبة من أجابوا ب لا فهي 12 % فقط. أما نسبة بدون إجابة فهي 05 %.

نستنتج من هذه الإجابات أنه هناك إتفاق كبير بين الإناث و الذكور ، فالأغلبية ترى و تؤكد على إمكانية التصريح بعقم الرجل، و هناك فئة قليلة فقط من العينة ترى بأنه لا يمكن التصريح بعقم الرجل، وطبعاً هذا راجع لمبررات معينة، سوف نستعرضها في الجداول اللاحقة.

7- العوامل التي ساعدت على إعتبار عقم الرجل ليس من المحظورات

جدول رقم 73 : العوامل التي ساعدت على التصريح بعقم الرجل حسب العينة العامة

النسبة %	التكرار	الإجابة
12.91%	31	المجتمع أصبح واعيا ومتعلما
33.75%	81	العقم قضاء و قدر
33.75%	81	العقم مرض كشف عنه الطب
11.66%	28	لأن العقم أصبح منتشرا
03.75%	09	هناك وعي بأن العقم يصيب الرجل
02.91%	07	إجابة أخرى
01.25%	03	بدون إجابة
100%	240	المجموع

بعدما أكدت لنا مختلف نسب الجداول البسيطة و المركبة إمكانية التصريح بعقم الرجل، في هذا الجدول سوف نتناول العوامل التي ساعدت على تبني هذا التصور حاليا بعد أن كان من المحظورات.

رجعت النسبة الأعلى لعامل أن العقم قضاء و قدر ب 33.75 % لذلك لا يجب أن نخجل من التصريح به. و نفس النسبة جاءت حول عامل أن العقم مرض كشف عنه الطب ب 33.75 % كذلك، فهو كبقية الأمراض التي تصيب الرجل و كذلك المرأة.

أما عامل أن المجتمع أصبح واعيا متعلما فجاء بنسبة 12.91 % . بمعنى أن أفراد المجتمع واعون بوجود مشكلة العقم ووجود طرق العلاج، و أن هذه سنة الحياة فلا يعرف قيمة الأطفال إلا من حرم منهم .

أما النسبة الثالثة فرجعت لعامل أن العقم أصبح منتشرا لذلك فالتصريح بعقم الرجل واد جدا و هذا بنسبة 11.66%.

أما نسبة 03.75 % فرجعت لعامل أنه هناك وعي لدى الناس بأن العقم يصيب الرجل كذلك و ليس مقتصرًا على المرأة فقط.

كما عادت نسبة 02.91 % لإجابة أخرى ، أما بدون إجابة فنسبتها بلغت 01.25 %.

جدول رقم 74 : متغير الجنس و علاقته بالعوامل التي ساعدت على إمكانية التصريح بعقم الرجل

المجموع		ذكور		إناث		الجنس
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	العوامل المساعدة
%12.91	31	-	-	% 24.8	31	المجتمع أصبح واعيا و متفهما
% 33.75	81	%43.47	50	% 24.8	31	العقم قضاء و قدر
%33.75	81	%34.78	40	%32.8	41	العقم مرض كشف عنه الطب
%11.66	28	%21.73	25	%02.4	03	لأن العقم أصبح منتشرا في مجتمعنا
%03.75	09	-	-	%07.2	09	هناك وعي بأن العقم ليس بسبب المرأة فقط
%02.91	07	-	-	%05.6	07	إجابة أخرى
%01.25	03	-	-	% 02.4	03	بدون إجابة
%100	240	%100	115	%100	125	المجموع

تتناول بيانات هذا الجدول علاقة متغير الجنس بالعوامل التي ساعدت على التصريح بعقم الرجل نبداً بفئة الإناث، و نجد أن أكبر نسبة رجعت لإجابة أن العقم مرض كشف عنه الطب لذلك فلا حرج من التصريح بعقم الرجل و جاءت هذه الإجابة بنسبة 32.8 % .

أما ذكر عامل أن المجتمع أصبح واعياً متفهماً لذلك يمكن التصريح بعقم الرجل فكانت بنسبة 24.8% .

و جاء ذكر عامل أن العقم هو قضاء و قدر و لا نخجل من هذه الحقيقة ، بنسبة 24.8 % كذلك.

أما العامل الرابع فهو أنه هناك وعي بأن العقم ليس سببه المرأة فقط حتى لا تظلم و هذا ب 07.2% .

كما سجلنا نسبة 02.4 % لإجابة أخرى . أما بدون إجابة فنسبتها 02.4% .

أما فئة الذكور، فنلاحظ بأن إجاباتهم كانت مختلفة عن إجابات فئة الإناث، و ربما هذا راجع لأنهم هم المعنيون بالأمر لذلك نلاحظ أنهم ركزوا على بعض العوامل دون الأخرى . فنجد بأن أعلى نسبة سجلت عند إجابة أن العقم قضاء و قدر لذلك يجب أن نصرح بعقم الرجل و هذا بنسبة 43.47 % ثم تلتها إجابة ذكر عامل أن العقم مرض كشف عنه الطب و هذا مساعد على التصريح بعقم الرجل و كان بنسبة 34.78 % ، أما العامل الثالث فهو لأن العقم أصبح منتشرًا في مجتمعنا لذلك ليس هناك حرج في التصريح إذا كان الرجل مصاب به و هذا كان بنسبة 21.73% .

فالذكور لم يتعرضوا لعامل وعي المجتمع ولا عامل أن العقم يصيب الرجل و ليس المرأة فقط. و هذا يعود لحاجة في نفس يعقوب، فربما المجيب ليس مقتنعاً بما يقول، فربما هو ليس موافقاً على التصريح بعقمه لأي كان و ربما يرى بأن التصريح في حالة عقمه هو بالفعل ليس في صالحه، لذلك فهو يتمنى أن يبقى هذا سرا بينه و بين نفسه قبل أن يكون سرا بينه و بين زوجته.

أما من جانب فئة الإناث، فإن تبنيهم لفكرة ضرورة التصريح بعقم الرجل فهذا في صالحهن، حتى تنتشر هذه الأفكار و تزيح المحظورات، و بالتالي يصبح التعامل مع

المصاب بالعم كالتعامل مع المصابين بأي نوع من الأمراض و هذا يخفف نفسيا عن الزوجين العقيمين الإحساس بالنقص .

نستنتج مما سبق التعرض له في هذه المباحث الخاصة بالعوامل التي ساهمت في تحول التصورات باتجاه الجسد العقيم أنها في معظمها تقترب من التفسيرات العلمية و الموضوعية و هذا ما أدى إلى قراءة جديدة لوظيفة الجسد العقيم و إستخداماته و الحكم عليه إجتماعيا و ثقافيا و بالتالي تقبل هؤلاء الأزواج في المجتمع .

لكن يبقى أن الفوز أو التميز بهذه المكانة لا يغنيهم عن مواصلة السعي بشتى الطرق وتجريب مختلف وسائل العلاج للحصول على طفل كما سيتضح في المحور الموالي من الدراسة و نبدأ بطقوس الخصوبة التي تمارس على الجنسين ليلة الزفاف لضمان الإنجاب و الوقاية من العم ، أي تجسيد الرغبة في الإنجاب من خلال ممارسة مجموعة من الطقوس . و في حالة فشل فاعليتها قد يلجأ الزوجان الذين تأخروا في الإنجاب بتشجيع من المقربين و المحيطين إلى طرق علاجية مختلفة و قد لا تكون بداية هذه المسيرة بالطب الحديث مباشرة بل يسبقها تجريب طرق تقليدية و ممارسة عادات موروثة لازالت موجودة رغم ما وصل إليه الطب و التكنولوجيا في مجال علاج حالات العم .

الفصل الثالث : توظيف بعض الطقوس والممارسات التقليدية للوقاية و علاج العقم

المبحث الأول : طقوس الخصوبة الممارسة على الجسد

1)مدى إستمرار ممارسة عادة الحناء ضمن طقوس الخصوبة

(2) تصور العينة المبحوثة لأسباب إستمرار ممارسة طقس عادة الحناء

المبحث الثاني : طرق العلاج التي يلجأ إليها الأزواج العقيمين

(1) الطرق العلاجية المستعملة في بداية مسيرة العلاج بالموازاة مع الطب الحديث

(2) الإستنجاد بالطرق غير العلمية في علاج العقم

المبحث الثالث : المعاش النفسي وتأثيره على العلاقات بين الزوجين العقيمين

(1) الحالة أو المعاش النفسي للزوج العقيم

(2) مراعاة الأزواج لأحاسيس بعضهم البعض حفاظا على التوافق بينهما

الفصل الرابع : الحلول البديلة للحصول على طفل

المبحث الأول : الحلول الإجتماعية البديلة

- 1) تفكير العينة المبحوثة في اللجوء للتبني
- 2) العوامل التي أدت إلى رفض التبني كحل بديل للحصول على طفل
- 3) تفكير العينة المبحوثة في اللجوء لكفالة طفل

المبحث الثاني : الحلول العلمية البديلة

- 1) التلقيح الإصطناعي لأجل الإنجاب

1-1 الإنجاب المدعوم طبيا في القطاع العام بالجزائر

1 - 2 الإنجاب المدعوم طبيا في الجزائر في القطاع الخاص

1 - 3 التلقيح الإصطناعي في الجزائر و الجانب القانوني

(2 لجوء العينة المبحوثة للتلقيح الإصطناعي

(3 الصعوبات التي تواجه الزوجين عند اللجوء للتلقيح الإصطناعي

المبحث الثالث: التكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر

(1 مدى التكفل بالأزواج العقيمين

(2 الصعوبات التي يعاني منها الأزواج العقيمين في الجزائر

الفصل الرابع : الحلول البديلة للحصول على طفل

إن الإتجاه نحو الإنكفاء على الذات ، و البحث عن الإستقلال الذي يعبىء عددا من الفاعلين يتركبان نتائج محسوسة على النسيج الثقافي و الإجتماعي . فوحدة الحس و القيم تنتشر في النسيج الإجتماعي من دون أن تلحمه بشكل حقيقي ، هكذا يزيد التلاشي للفاعلين من إبعاد العناصر الثقافية التقليدية التي تصاب بالإهمال أو تصبح مؤشرات بلا عمق . إنها تصير قليلة الجدارة بالإستثمار و تختفي تاركة فراغا لا تملؤه الوسائل التقنية . و بالعكس فإن الحلول الشخصية تنتشر و تستهدف ملء القصور الرمزي من خلال إستعارات من نسيج ثقافية أخرى أو من خلال خلق مصادر جديدة . هذا ما نسجله من خلال تحول توجه الأزواج العقيمين للحلول البديلة للحصول على طفل حاليا ، بحيث هناك ميل للحلول التقنية أو العلمية عن الحلول الإنسانية و الإجتماعية . فالحلول الإجتماعية التي تكون في صالح الزوجين للحصول على طفل قد يشارك المحيطين في إقتراح ضرورة اللجوء إليها عكس الحلول العلمية التي يقررها الزوجان فقط و قد يصل بهم الأمر في بعض الحالات إلى إخفاء حقيقة لجوئهم لهذه الحلول . و نبدأ بمدى لجوء العينة لبعض الحلول الإجتماعية .

المبحث الأول : الحلول الإجتماعية البديلة للعقم

1- تفكير العينة المبحوثة في اللجوء للتبني

بعد أن يمر الزوجان العقيمان بحالة من القلق و الحزن نتيجة إصطدامهم بحقيقة عدم قدرتهم على الإنجاب و خاصة مع طول فترة العلاج ، يمرون بعد ذلك بمرحلة تقبل الحقيقة و يحاولون البحث عن حلول تمكنهم من الحصول على طفل و سوف نبدأ بالحل البديل الأول ضمن هذا المحور و هو التبني..

جدول رقم 90: رأي العينة العامة في التفكير للجوء للتبني

الإجابة	التكرار	النسبة %
نعم	79	31.6%
لا	167	66.8%
بدون إجابة	04	01.6%
المجموع	250	100%

قصدنا من وراء طرحنا لهذا السؤال التفكير في التبني و ليس القيام بالتبني فعلا. و تحصلنا على النتائج التالية:

نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة إجابة لا ب 66.8 % ، أي عدم التفكير في تبني أطفال.

الفصل الرابع : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الرابعة
المبحث الأول

أما إجابة نعم، فكانت بنسبة 31.6% ، أي هذه النسبة من العينة فكرت في التبني.
أما بدون إجابة فكانت نسبتها 01.6%.

فنستنتج بأن أغلبية العينة المبحوثة ترفض التبني كفكرة ، لذلك لم نجد إلا القليل فقط من تبنيوا أطفالاً.

و نظراً لأن قرار اللجوء لحلول بديلة هو قرار مشترك بين الزوجين العقيمين ،
أضفنا متغير الجنس للتعرف على مدى تقبل فكرة اللجوء إلى التبني غير المحرم
بالنسبة للجنسين .

جدول رقم 91: أثر متغير الجنس في التفكير في اللجوء لتبني أطفال

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإجابة	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %		
النسبة %						
31.6%	79	33%	33	30.66%	46	نعم
66.8%	167	67%	67	66.66%	100	لا
01.6%	04	00%	00	02.66%	04	بدون إجابة
100%	250	100%	100	100%	150	المجموع

نحاول من خلال هذا الجدول التوصل إلى العلاقة بين متغير الجنس و التفكير
في اللجوء للتبني .

نبدأ بفئة " الإناث " ، بحيث نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في إجابة لا ب
66.66% ، ثم تلتها نسبة من أجابت من المبحوثات بنعم ب30.66% . أما نسبة
من لم يجيبوا فكانت 02.66% .
بالنسبة لفئة " الذكور " نسجل
بأن أعلى نسبة كانت في خانة الإجابة ب لا ب 67% ، أما نسبة المبحوثين الذين
أجابوا بنعم فكانت 33% .

نستنتج بأنه هناك إتفاق كبير بين إجابة المبحوثات و المبحوثين، حول رفض
اللجوء للتبني التي هي أكبر من نسبة قبول هذه الفكرة .

2 - العوامل التي أدت إلى رفض التبني

كما تبينه نسب الجدول السابق فإن نسبة رفض اللجوء للتبني وصلت 66.8% بالنسبة للعينة العامة و كذلك من طرف الجنسين بحيث بلغت نسبة الرفض عند الذكور 67% أما عند فئة الإناث فبلغت 66.66%. و من خلال الجدول الآتي سوف نتعرف على أسباب رفض هؤلاء الأزواج للجوء للتبني .

جدول رقم 92: أسباب عدم اللجوء للتبني حسب آراء العينة المجيبة بالرفض

النسبة %	التكرار	الإجابة
17.91%	48	موانع دينية لأنه حرام
11.19%	30	موانع إجتماعية
04.10%	11	موانع قانونية
17.16%	46	موانع نفسية
12.31%	33	الخوف من عدم التكفل به كما يجب
24.62%	66	العيش على أمل الإنجاب
12.68%	34	الخوف من عدم تقبل المجتمع له
100%	268	المجموع

إقترحنا من خلال سؤالنا هذا عدة إجابات ، و من خلال إجابة العينة التي ترفض التبني نستنتج البيانات التالية بخصوص الأسباب أو الموانع التي حالت دون تفكير العينة في اللجوء للتبني.

نجد أكبر نسبة سجلت في إجابة العيش على أمل الإنجاب ب 24.62 % ، فهذا العامل جعل هؤلاء الأزواج يستبعدون فكرة اللجوء للتبني. أما إجابة لموانع دينية لأنه حرام فنسبتها كانت 17.91 % . فكما ينص عليه الدين الإسلامي فالتبني حرام فلا يجب للطفل المتبني أن يعطى لقب العائلة و لا يورث حتى لا تختلط الأنساب، لكن هناك قوانين وضعية الآن حاولت مساعدة هؤلاء الأزواج على " التبني غير

المحرم " و هذا لكي تكون لهذا الطفل المتبنى حق الدخول للمدرسة و غيرها لكن لا يعطى اسم العائلة ولا يورث.

أما إجابة بسبب عوامل نفسية لأنه ليس كالإبن الشرعي فكانت نسبتها 17.16 %.

أما عامل الخوف من عدم تقبل المجتمع له مستقبلا فكانت نسبته 12.68 %

أما عامل الخوف من عدم التكفل به كما يجب فكانت نسبته 12.31 %.

أما عامل موانع إجتماعية أي رفض الزوج أو رفض الزوجة أو رفض العائلة فكانت نسبته 11.19 % . أما آخر عامل ذكر فهو موانع قانونية بنسبة 04.10 %.

نستنتج من هذه الإجابات، أن أهم عامل هو العيش على أمل الإنجاب، أي و كأنه لم يحن الوقت بعد للتفكير في اللجوء للتبني . ثم تلاه ذكر عامل لموانع دينية لأنه حرام، ثم تم ذكر العوامل النفسية لأنه ليس كالإبن الشرعي. فهذه الأسباب هي التي جعلت أغلبية العينة المبحوثة تعدل عن التفكير في اللجوء للتبني.

لكن هل هناك فرق بين إجابات الجنسين بخصوص ذكر هذه الأسباب . هذا ما سوف توضحه نتائج الجدول الموالي

جدول رقم 93: أثر متغير الجنس في أسباب عدم اللجوء للتبني

المجموع		ذكور		إناث		الجنس
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	أسباب عدم اللجوء للتبني
%17.91	48	%15.78	15	% 22	33	موانع دينية لأنه حرام
% 11.19	30	%05.26	05	% 16.66	25	لموانع إجتماعية (رفض اولعائلة)
%17.16	46	%10.52	10	%24	36	موانع نفسية لأنه ليس كالإبن الشرعي
%12.31	33	%10.52	10	%16	23	الخوف من عدم التكفل به كما يجب
%24.62	66	%42.10	40	%17	26	العيش على أمل الإنجاب فالوقت لم يحن بعد للتبني
%12.68	34	%10.52	10	%13.87	24	الخوف من عدم تقبل المجتمع له مستقبلا
%04.10	11	%05.26	05	% 04	06	موانع قانونية
%100	268	%100	95	%100	173	المجموع

أدرجنا هذا الجدول لتتوصل للعلاقة بين متغير الجنس و عوامل عدم التفكير في اللجوء للتبني :

نبدأ بفئة الإناث، نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في إجابة موانع نفسية لأنه ليس كالإبن الشرعي ب 24 %، أما إجابة نظرا لموانع دينية لأن التبني حرام فكانت نسبتها 22 % . أما إجابة عامل العيش على أمل الإنجاب فكانت نسبتها 17 % . أما إجابة نظرا لموانع إجتماعية رفض العائلة أو الزوج أو الزوجة فكانت نسبتها 16.66 % ، أما إجابة الخوف من عدم التكفل به كما يجب كانت نسبة 16 %، أما عامل الخوف من عدم تقبل المجتمع له مستقبلا فنسبته 13.87 % . أما عامل موانع قانونية فبلغت نسبته 04 % .

فلاحظ بأن فئة المبحوثات الراضات لفكرة التبني ، ترجع الأسباب إلى عوامل نفسية لأن الإبن المتبني ليس كالإبن الشرعي و هذا طبيعي لأن المرأة هي التي تقدر هذا الإحساس أكثر من أي شخص آخر لذلك جاءت ضمن أغلبية إجابات المبحوثات، ثم تلاها عامل أن التبني حرام شرعا، ثم نجد العيش على أمل الإنجاب

أما بالنسبة لفئة الذكور، فنلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت بذكر عامل العيش على أمل الإنجاب ب 42.10 % . ثم تلاه ذكر عامل لأن التبني حرام بنسبة 15.78 % ، ثم نجد ذكر عامل موانع نفسية و الخوف من عدم التكفل به كما يجب و كذلك عامل الخوف من عدم تقبل المجتمع مستقبلا لهذا الطفل المتبني كل هذه العوامل جاءت بنسب متكافئة بلغت 10.52 % لكل إجابة، أما عامل موانع إجتماعية و عامل لموانع قانونية فكانت النسبة متساوية بلغت 05.26 % لكل إجابة، و يمكن أن نوضح الموانع القانونية هنا في تعقيدات إدارية و عدم قبول الملفات، و التماطل في إعطاء الرد.

نستنتج من إجابات المبحوثين و المبحوثات الراضين و الراضات لفكرة اللجوء للتبني من ضمن مجموع العينة العاملة، أي حسب متغير الجنس، بأنه هناك إتفاق في الإجابات حول عوامل عدم التفكير في اللجوء للتبني فقط وجدنا بأن فئة الإناث، ركزت على العوامل النفسية في الأول، أما فئة الذكور فذكروا عامل العيش على

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

أمل الإنجاب هو الأول، ثم هناك إتفاق في ذكر عامل أن التبني حرام، ثم نظرا لموانع إجتماعية وقانونية...

و هذا ما تدل عليه نتائج الجدول الموالي و المتعلق بعدد الحالات التي تبنت أطفالا لغاية القيام بالدراسة .

جدول رقم 94 : عدد حالات الأزواج الذين قاموا بتبني أطفال من ضمن العينة العامة و كذلك الذين قاموا بإجراءات للتبني

النسبة %	التكرار	الإجابة
03.6%	09	قامت بتبني أطفال
0.80%	02	قدموا ملفات و رفضت
01.2%	03	قدموا ملف و هم في الإنتظار
92.8%	232	لم يقوموا بإجراءات التبني
01.6%	04	بدون إجابة
100%	250	المجموع

من خلال إجابات الرفض التي أجاب بها أغلبية المبحوثين و المبحوثات، نسجل في هذا الجدول حالات الأزواج الذين لجأوا للتبني، فنلاحظ بأن النسبة ضئيلة و تمثل 03.6 % فقط و بمعدل 09 حالات فقط.

أما الذين قدموا ملفات و هم في الإنتظار فنسبتهم بلغت 01.2 % فقط. و يمثلون 03 حالات. أما الذين قدموا ملفات لكنها رفضت فنسبتهم 0.80 % و هم حالتين فقط.

أما بدون إجابة فكانت نسبتها 01.6 %.

أما نسبة الراضون و الذين لم يقوموا بالتبني ولا بأي إجراء فهي 92.8 % . و عددهم 232 حالة من العينة.

و يمكن أن نضيف عامل لم يذكره المستجوبين و هو إنتشار طرق العلاج بالتخصيب الإصطناعي في الجزائر في هذه السنوات الأخيرة، أدى بالأزواج تقريبا

المبحث الأول

إلى إلغاء فكرة اللجوء للتبني، كذلك هناك تخوف من شخصية هذا الطفل المبتنى خاصة إذا كان ذكرا هل سوف يكون نعمة فعلا على هؤلاء الأزواج أم نقمة، و هذه الفكرة تنتاب خاصة الرجال، لأن تنشئة الأطفال في وقتنا الحالي صعبة ، حتى بالنسبة للأبناء الشرعيين فما بالك بطفل متبنى.

و كخلاصة ، يمكن أن نقول بأن لجوء الأزواج العقيمين في الجزائر حسب العينة المبحوثة للتبني، هو حل غير مرغوب فيه. فما هي الحلول البديلة التي قد يفكر فيها هؤلاء الأزواج ؟ هذا ما سوف نتناوله في الصفحات الموالية.

3) تفكير العينة المبحوثة في اللجوء لكفالة طفل

الكفالة هي أن يقوم الزوجان بالتكفل بشؤون طفل أو أكثر يكون غير مجهول الوالدين لكن قد يكون أحدهما أو كليهما متوفي كما يحدث في حالة الحرب أين يكثر عدد الأيتام ، كما يمكن أن يتكفل بالأطفال في حالة فقر الوالدين . فالكفالة في هذه الحالة تعتبر من الحلول الإجتماعية و الإنسانية . ولكي نتعرف على مدى تقبل العينة المبحوثة للجوء إلى هذا الحل نستعرض الجدول الموالي .

جدول رقم 95: التفكير في اللجوء لكفالة طفل حسب آراء العينة

العامة

النسبة %	التكرار	الإجابة
16.4%	41	نعم
79.6%	199	لا
04%	10	بدون إجابة
100%	250	المجموع

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

نلاحظ من خلال بيانات هذا الجدول، بأن أكبر نسبة مسجلة في خانة لا ب 79.6 % ، أما إجابة نعم فنسبتها هي 16.4 % فقط. أما بدون إجابة فنسبتها وصلت 04 %.

نستنتج من الملاحظة الأولى لبيانات هذا الجدول بأن اللجوء لكفالة طفل كحل بالنسبة للأزواج العقيمين هو حل مرفوض بالأغلبية، بينما فئة قليلة فقط من العينة تقبل فكرة اللجوء للكفالة.

و هذا الرفض لهذه الفكرة أكبر من رفض فكرة التبني، و يرجع لعوامل يمكن أن نذكرها و هي أنه لم يحن الوقت للتفكير في كفالة أطفال لأن هؤلاء الأزواج لازالوا يعيشون على أمل الإنجاب، و كذلك لأنهم لا يرغبون في تربية أبناء الغير بل يريدون تربية أبنائهم الشرعيين، و هناك من ذكروا لأنهم لم يجدوا من يعطيهم أطفال ليتكفلوا بهم. و هناك عدم التفكير أصلا في هذا الحل بدون مبررات.

و لنؤكد أكثر هذه النتائج أضفنا متغير الجنس لنرى هل هناك فرق أم لا فيما يخص قبول هذا الحل من طرف الجنسين كما هو موضح في الجدول الآتي .

جدول رقم 96: علاقة متغير الجنس بالتفكير في اللجوء لكفالة طفل

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإجابة	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %		
النسبة %						
16.4%	41	19%	19	14.66%	22	نعم
79.6%	199	76%	76	82%	123	لا
04%	10	05%	05	03.33%	05	بدون إجابة
100%	250	100%	100	100%	150	المجموع

نحاول هنا التوصل إلى علاقة متغير الجنس بالتفكير في اللجوء لكفالة طفل كحل بديل .

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

نبدأ بفئة " الإناث " ، نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة إجابة لا ، أي رفض فكرة الكفالة ب 82 % أما إجابة نعم فكانت نسبتها 14.66 % فقط. و نلاحظ هنا الفرق الشاسع بين نسبة الرفض و نسبة القبول.

أما نسبة بدون إجابة فكانت 03.33%

أما فئة الذكور، فنلاحظ كذلك بأن أعلى نسبة سجلت في خانة إجابة لا ب 76 % أما إجابة نعم فكانت 19 % و هي نسبة ضعيفة مقارنة بنسبة الرفض.

نستنتج بأن كل من المبحوثات و المبحوثين بالأغلبية يرفضون اللجوء للكفالة كحل. و هذا ما يبينه الجدول الموالي كذلك

جدول رقم 97: عدد حالات الأزواج الذين قاموا بالتكفل بأطفال ضمن العينة

النسبة %	التكرار	الإجابة
02.4%	06	أزواج قاموا بالتكفل بأطفال
93.6%	234	أزواج لم يقوموا بالكفالة
04%	10	بدون إجابة
100%	250	المجموع

يبين لنا هذا الجدول مجموع حالات الأزواج الذين قاموا بكفالة أطفال من بين العينة العامة للدراسة مقارنة بالحالات التي ترفض هذا الحل.

المبحث الأول

فوجد بأن نسبة الذين قاموا بتكفل بأطفال يمثلون نسبة ضئيلة بلغت 02.4 % .

أما الذين لم يقوموا بالكفالة فبلغت نسبتهم 93.6 %.

أما نسبة بدون إجابة فكانت 04 % فقط.

فنستنتج بأن لجوء هؤلاء الأزواج الذين يعانون من عدم القدرة على الإنجاب للحلول البديلة كالتبني و الكفالة يمثلون نسبة ضئيلة على حسب ما توصلنا إليه من خلال عينة دراستنا. و السبب يرجع إلى أن هذه الحلول تكون آخر الحلول التي قد يلجأ إليها الزوجين بعد سنين طويلة و بعد فشل العلاج. لكن هناك من يقومون بكفالة طفل أو أكثر من العائلة ، أو تبني طفل أو أكثر و في نفس الوقت يتابعون العلاج كهذه الحالات التي وردت في الدراسة ، فنحن إلتقينا بهم في مركز الإنجاب بالمساعدة الطبية. و علميا يثبت بأنه في حالات كثيرة خاصة بالنسبة للمرأة عندما تتبنى طفل أو تكفل طفل تستقر حالتها النفسية بوجوده فيمكن أن تحمل و تنجب .

و كخلاصة فأغلبية الأزواج كانت إجابتهم أنه لم يحن الوقت للتفكير في التبني أو الكفالة و أنها قد تكون آخر الحلول التي سوف يلجأون إليها.

كما ذكرنا سابقا فإن إنتشار مراكز التخصيب الإصطناعي في الجزائر ساهم في عدم توجه الأزواج العقيمين للتبني و الكفالة بل يريدون طفل شرعي، حتى و لو بطريقة غير طبيعية و هذا ما نتناوله في المحور الموالي.

من خلال تعرضنا لمدى تفكير العينة المبحوثة للجوء للتبني و الكفالة و من خلال ما أكدته لنا نتائج الجداول نكون قد حققنا الشطر الأول من الفرضية الرابعة لدراستنا ، أما في المحاور التالية فسوف نحقق الشطر المتبقي منها.

المبحث الثاني : الحلول العلمية البديلة

1- التلقيح الإصطناعي لأجل الإنجاب

إن العلوم البيولوجية الطبية تجند كل طاقاتها لخدمة الجسد الإنساني و صيانتة و تحسين وظائفه ، سواء بالجراحة أو بالمنشطات و أدوات التجميل أو بالتدخل في تغيير صورة الجينات الوراثية ، إختيار جنس المولود طرق الإنجاب الإصطناعي ... ، لقد فتحت هذه الإنجازات الطبية وغيرها الطريق لممارسات جديدة يتم الإعلان بسببها عن مستقبل مزدهر وأعطت للجسد قيمة مادة ذات سعر لا يقدر بنظر الطب.

إن البلوغ المنطقي لمعرفة بيوطبية متمركزة حول التشريح الفيزيولوجي هو مراهنه على الجسد و ليس على الإنسان أما النتائج فيمكن تقديمها بأشكال متنوعة . كما هو الحال بالنسبة لبعض طرق التلقيح الإصطناعي

التي تعتبر طريقة علمية متطورة أعطت الأمل للمئات من الأزواج الذين عانوا و الذين يعانون من عدم القدرة على الإنجاب.

بدأ إنتشار هذه المراكز الخاصة في أوروبا ثم في بعض الدول العربية كالأردن و تونس والجزائر التي تشجع إنتشار مراكز الإنجاب بالمساعدة الطبية. فبعد أن كان الأزواج الجزائريين يسافرون إلى فرنسا و الأردن و تونس لإجراء هذه العمليات بالعملة الصعبة مع نتيجة غير مضمونة أصبحت الآن عمليات التخصيب الإصطناعي تجرى في الجزائر . و نلاحظ بأنه هناك إقبال كبير على هذه المراكز لأنها منحت الأمل في الحصول على طفل شرعي و لو كلفهم الأمر مبالغ مالية كبيرة. لكن بين نسبة الأمل في الحصول على طفل شرعي كما يتصورها هؤلاء الأزواج و نسبة تجسيدها فعليا قد يضيع الأمل بينهما ، فقد تتكرر المحاولات لكن بدون أمل ، كما يمكن أن يتحقق هذا الأمل من المحاولة التخصيبية الأولى بمعنى أن النتيجة ليست مضمونة .

1-1 الإنجاب المدعوم طبيا في القطاع العام بالجزائر

إن أول ولادة لطفل بهذه الطريقة كان بمستشفى (بارني) بالعاصمة عن طريق التلقيح خارج الرحم و كان ذلك سنة 1988، على يد فريق طبي كان يرأسه آنذاك الدكتور(فتوكي)، علما أن نفس الفريق واصل بحوثه دون الحصول على نتيجة و ذلك حتى نهاية عام 1991 الذي شهدت نهايته توقف البحوث الخاصة بعمليات التلقيح خارج الرحم بعدما راجت بليلة حول مخالفة رأي الدين الإسلامي من هذه العمليات لتصدر بعد ذلك بسنوات فتوى من قبل المجلس الإسلامي الأعلى تبيح تلك العمليات التي بادرت إليها مباشرة العيادات الخاصة.

لكن هذا لا يعني أن القطاع العام الصحي لم يكن معنيا بالأمر، بل بالعكس فبعد الفصل في القضية بصدور فتوى المجلس الإسلامي الأعلى سخرت وزارة الصحة آنذاك ميزانية لتكوين فريق طبي مختص في عمليات التلقيح الإصطناعي خارج الرحم ، بمستشفى " بارني" بهدف فتح مركز متخصص في معالجة العقم بذات المستشفى لكن لم يرى النور لحد اليوم .

لكن خلال سنة 2006 سوف يتم فتح أربعة مراكز للإنجاب المدعوم طبيا في القطاع العام و هي مستشفى بارني و مركز بقسنيطنة و آخر بوهران و الرابع بعين النعجة العسكري ، علما أن العتاد الطبي الخاص لهذه المراكز قد تم شراؤه في إنتظار التحضير مباشرة ، لفتح هذه المراكز التي سوف تسمح للمواطن البسيط من الإستفادة من تجارب الإنجاب المدعوم طبيا¹⁸⁶.

وهناك من جهة ثانية مشروع شراكة بين وزارة الصحة الجزائرية و الأردن لتفعيل عملية الإستفادة من الخبرات لسنة 2006 ، في ميدان التلقيح الإصطناعي، لأن الأردن وصلت نسبة نجاح هذه العمليات فيه إلى (42%) و هذه الشراكة سوف تدعم مراكز علاج العقم.

أما دور القطاع العام في التكفل بفئة الأزواج الذين يعانون من ضعف الخصوبة ، فيبدأ من لحظة توجههم إلى المستشفيات لتشخيص المرض. بحيث هناك أطباء مختصين في هذا المجال يتبعون المرضى حتى يتم الوصول إلى

¹⁸⁶ص- بورويلة ، الإنجاب المدعوم طبيا ممكن في الجزائر ، جريدة الخبر ، العدد ، 12/

2005/01 ، ص 11.

المبحث الأول

حل، إما بالعلاج عن طريق الأدوية أو بالجراحة أو توجيههم إلى طريقة التلقيح الإصطناعي في القطاع الخاص .

فالقطاع العام ، يضمن لهؤلاء الأزواج تشخيص المرض من أجل تسهيل عملية العلاج في أقرب وقت لتفادي أو حل مشكل تأخر سن بعد الزواج و بالتالي نقص حظوظ الإنجاب، و إعطاء الحق للأزواج في الإنجاب .

1-2 الإنجاب المدعوم طبيا في الجزائر في القطاع الخاص

لقد بدأ تطبيق هذه التقنيات في الجزائر في نهاية الثمانينات و بداية التسعينات، بعد أن حددت وزارة الصحة جملة من القوانين و المواد القانونية في التعليم رقم 300 ل 12 ماي 2001، التي تضبط و تنظم هذه الممارسات الكلينيكية و البيولوجية للمساعدة الطبية من أجل الإنجاب بطريقة جيدة ، تتماشى و الشريعة الإسلامية و الأخلاق و القيم و القوانين التي تميز مجتمعنا¹ .

ثم بدأ توسع و إنتشار إستعمال هذه التقنيات العلاجية، في المصحات الخاصة، بحيث وصل عددها في 2006 إلى ثماني مصحات على المستوى الوطني ، نذكر منها مصحة (الفارابي) بعنابة و مصحة (فريال) بالعاصمة و مصحة الأبيار و مصحة تيزيري بالعاصمة و مصحة بوهران و أخرى بقسنطينة.

إضافة إلى المراكز المذكورة حاليا، فلقد تم تقديم في سنة 2003 خمس ملفات لوزارة الصحة و المتعلقة بطلب ترخيص فتح عيادات مختصة ، و ذلك في كل من برج الكيفان و حيدرة ، و بنر مراد رابيس بالعاصمة و أخرى بالغرب الجزائري و طبعا للحصول على الموافقة يجب أن تتوفر في هذه الطلبات عدة شروط. و لكن يبقى عدد هذه المراكز غير كاف أمام عدد الطلبات المتزايدة، فالطلب على هذا

¹ مقابلة مع السيدة : كداد نسيم، رئيسة مديريةية السكان بوزارة الصحة . بمقر الوزارة في 2006/03/26 .

النوع من طرق العلاج الإصطناعي في الجزائر فاق التوقعات، حسب ما أكده الدكتور " آيت بلقاسم " مدير مركز علاج العقم بالأبيار سابقا².

1-3 التلقيح الإصطناعي في الجزائر و الجانب القانوني

إن الجانب القانوني يعمل على تقنين هذا العمل و جعله محفوظ و مسنون في قوانين و ذلك لحفظ إجراءات القانونية في المجتمع عبر مواد متفق عليها خاصة بأخلاقيات المهنة. كما هو موضح في مشروع الصحة في فيفري 2003 الخاص بالمجال البيولوجي بالجزائر في قانون الأسرة الجزائر* .

2- لجوء العينة المبحوثة للتلقيح الإصطناعي

جدول رقم 98: التفكير في اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي للإنجاب

النسبة %	التكرار	الإجابة
78%	195	نعم
20%	50	لا
02%	05	بدون إجابة
100%	250	المجموع

* انظر الملحق رقم 2

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

بالنسبة لتوجه الأزواج للتلقيح الإصطناعي من أجل الإنجاب، كحل بديل ، هناك إقبال كبير عليه ، من كل الفئات و من مختلف مناطق الوطن و من مختلف الشرائح الإجتماعية و من مختلف الفئات العمرية و لاحظنا بأن حتى الأزواج الذين مرت على زواجهم أقل من ثلاث سنوات و لم ينجبوا لم يضيعوا وقتهم في العلاج عند المختصين، بل أصبحوا يتوجهوا مباشرة إلى هذه المراكز لكي يتوصلوا إلى الحل في فترة زمنية وجيزة، بمعنى إذا كانت حالتهم مستعصية و تستدعي التلقيح الإصطناعي بثتى أنواعه فيكونون على دراية بذلك قبل فوات الأوان خاصة بالنسبة للمرأة ، حتى لا تتأخر في السن و يطرح مشاكل أخرى .

أما بالنسبة لنتائج الجدول فنلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في خانة الإجابة ب نعم ب 78 % أما الإجابة ب لا فكانت نسبتها 20 % . أما بدون إجابة فنسبتها بلغت 02 %.

فلاحظ بأن أغلبية العينة المبحوثة توافق على اللجوء للتلقيح الإصطناعي كحل ، لأنه طريقة شرعية و متطورة و قد تحل المشكل الذي عجزت عن حله طرق العلاج الأخرى.

أما بالنسبة لعلاقة الجنس بمدى توجه هؤلاء الأزواج العقيمين للتلقيح الإصطناعي فنوضحها في الجدول الموالي .

جدول رقم 99 : علاقة متغير الجنس بالتفكير في اللجوء للتلقيح الإصطناعي من أجل الإنجاب

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإجابة	
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
78%	195	86%	86	72.66%	109	نعم
20%	50	14%	14	24%	36	لا
02%	05	00%	00	03.33%	05	بدون إجابة

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

				%		
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

بالنسبة لعلاقة متغير الجنس بمدى التفكير في اللجوء للتلقيح الإصطناعي من أجل الإنجاب فبيانات الجدول توضح لنا ما يلي:

بالنسبة لفئة الإناث، نلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في خانة نعم ب 72.66 % ، بينما بلغت نسبة من أجابوا ب لا 24 % . أما نسبة بدون إجابة فبلغت 03.33% . فنلاحظ بأن فئة الإناث مع فكرة اللجوء للتخصيب الإصطناعي بالأغلبية العظمى.

أما فئة الذكور، فنلاحظ بأن أعلى نسبة إجابة كذلك سجلت في خانة نعم ب 86% ، أما نسبة الذين أجابوا ب لا فبلغت 14 % فقط.

فنستنتج من بيانات هذا الجدول بأنه هناك إتفاق بين الجنسين من خلال إجاباتهم التي كانت بالأغلبية مع فكرة اللجوء للتخصيب الإصطناعي. و بهذا نكون قد حققنا الشرط الثاني من الفرضية الرابعة و الخاص بتوجه الأزواج العقيمين ضمن عينة الدراسة إلى الحلول العلمية أو التقنية البديلة و تجنبهم بعض الحلول التي كان يلجأ لها الأزواج كالطلاق وإعادة الزواج من امرأة أخرى لأجل الإنجاب أو اللجوء إلى تعدد الزوجات أو اللجوء إلى بعض الحلول الإنسانية و الإجتماعية كالكفالة و التبني غير المحرم و نتائج الجدول الآتي تؤكد المعلومات السابقة .

جدول رقم 100 : مدى إقتناع و لجوء الأزواج للتلقيح الإصطناعي

النسبة %	التكرار	الإجابة
37.6%	94	حالات قاموا بعمليات التلقيح للإنجاب
04.8%	12	حالات في طريق القيام بالعمليات
20 %	50	لم يفتنعوا بالتلقيح و ربما هو آخر حل

89	35.6%	لم يحن الوقت بعد للتفكير في هذا الأمر
05	02%	بدون إجابة
250	100%	المجموع

نذكر هنا بأن كل أفراد العينة المبحوثة تم اللقاء بهم في مركزين من المراكز الخاصة بالإنتاج عن طريق المساعدة الطبية و هما مركز آيت بلقاسم بالأبيار و مركز تيزيري بالعاصمة . و لا يعني هذا أن كل من جاء للعلاج بهذين المركزين مقتنع بالتلقيح الإصطناعي، لأن هذا النوع من المراكز يقوم كذلك بعلاج الأزواج بالأدوية و بعض العمليات الجراحية و هناك من الأزواج من يقترح عليهم ضرورة اللجوء لعملية التخصيب الإصطناعي.

أما من الجدول فنلاحظ مايلي: نسبة الأزواج الذين قاموا بعمليات التلقيح الإصطناعي هي 37.6% من العينة العامة. و العمليات مختلفة بين (التخصيب في المخبر ، حقن الحيوانات المنوية للزوج في رحم الزوجة التلقيح المجهري،...).

و من بين هذه الحالات هناك من قاموا بالعملية في فرنسا و تونس و هناك من تعتبر محاولتهم الثالثة أو الرابعة لأن عادة ما تفشل محاولة التلقيح الأولى. و هناك من نجحت العملية لكن لم يكتمل الحمل . و هناك من أنجبوا بهذه الطريقة و يريدون طفل آخر .

المبحث الأول

و الملاحظ أنه هناك تطور في هذا النوع من العلاج في الجزائر، فمركز آيت بلقاسم بالأبيار يقوم بتجميد البويضات و الحيوانات المنوية، كما يقومون بآخر أنواع التلقيح الإصطناعي و هي التلقيح المجهري ICSI.

أما نسبة من هم ينتظرون دورهم للقيام بعملية التخصيب الإصطناعي فهي 04.8 %.

أما نسبة الذين لم يقتنعوا بعد بضرورة اللجوء لهذه الطريقة و أنه حل مقبول لديهم و قد يكون هو الأخير فهي 20 %.

أما الذين لم يفكروا بعد في هذا الحل ، هل يوافقون عليه أو يرفضونه، أي لم يحن الوقت بعد بالنسبة لهم للتفكير في هذا الحل فنسبتهم 35.6 % . أما بدون إجابة فالنسبة بلغت 02 %.

فلاحظ بأن الموافقة على الفكرة أمر و تنفيذها أمر آخر، فكما لاحظنا أغلبية العينة من المبحوثات و المبحوثين موافقون على فكرة التلقيح الإصطناعي و أنها حل قد يفرح العديد من الأزواج و يبعث فيهم الأمل.

لكن هناك كذلك من الأزواج عندما يقترح عليهم الطبيب ضرورة اللجوء لهذه العملية، يترددون في الموافقة وهذا لأمر كثيرة يفكر فيها الأزواج قبل الخوض في المغامرة العلمية هذه.

فحسب ما تحصلنا عليه من الميدان من معلومات، هناك إضافة إلى الصعوبات المادية، هناك أمور أخرى تراعى فهم يتخوفون من فشل هذه المحاولات، و كذلك يتخوفون من أن هذا الطفل الذي يولد بهذه الطريقة قد يكون طفل غير عادي (مشوه أو معوق أو ...). أي تساؤلات كثيرة تحيط بالزوجين قبل الموافقة على هذا الحل، لذلك نجد نسبة من يجعلون لجوءهم لهذه الطريقة هو آخر الحلول ، أي و كأنهم يتمنون عدم الوصول إلى مرحلة أن لا يبقى أمامهم إلا التخصيب الإصطناعي ، وفي الجدول الموالي نستعرض أهم المشاكل التي قد تصعب أو تعيق أو تعرقل اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي.

3- الصعوبات التي تواجه الزوجين عند اللجوء للتلقيح

الإصطناعي

جدول رقم 101: آراء عينة الدراسة في الصعوبات التي تعرقل اللجوء لعمليات
التلقيح الإصطناعي

النسبة %	التكرار	الإجابة
18.49%	32	صعوبات مادية
13.29%	23	حظوظ النجاح قليلة
06.93%	12	عدم تقبل الزوج لهذه الطريقة
01.15%	02	عدم تقبل العائلة لهذه الطريقة
04.04%	07	الشك في بنوة هذا الطفل
01.15%	02	موانع دينية
51.44%	89	العيش على أمل الإنجاب و قد يكون التخصيب الإصطناعي آخر الحلول
0.57%	01	عدم تقبل الزوجة
02.89%	05	بدون إجابة
100%	173	المجموع

من بين الصعوبات و العراقيل التي تصعب من اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي
نجد مايلي:

المبحث الأول

جاءت إجابة العيش على أمل الإنجاب بطريقة عادية و طبيعية و بالتالي قد يكون التلقيح الإصطناعي كآخر الحلول التي يلجأ لها الزوجين بنسبة 51.44 %، و يقصد هنا بأمل الإنجاب عن طريق متابعة طرق العلاج الأخرى حتى تكون نتيجة.

أما إجابة بسبب صعوبات مادية، فنجد نسبتها بلغت 18.49 % ، وهذا لأن العلاج يحتاج إلى أدوية سعرها مرتفع تستهلكها الزوجة قبل الخصوع لعملية التلقيح، هذا من جهة من جهة ثانية لأن العلاج يكون بزيارات متعددة للمختص بالمركز، و كل زيارة فحص تتطلب على الأقل 3500دج إذا كان الفحص للزوجين و في بعض الحالات قد تكون أكثر على حسب طبيعة التحاليل المطالب الزوج بإستعمالها.

كذلك هناك من هؤلاء الأزواج من يأتون من مناطق بعيدة و تكلفة السفر و المبيت و غيرها قد تغنيهم في كثير من الأحيان عن مواصلة العلاج، خاصة و أننا لاحظنا بأن معظم الحالات المدروسة هناك دخل الزوج فقط لأن أغلبية المبحوثات و حتى زوجات المبحوثين ماكنات بالبيت.

إضافة إلى أن عمليات التلقيح على حسب نوعها تتراوح تكلفتها ما بين 10.000 دج إلى 400.000دج. و هناك من يكررن المحاولة فلا يكتفين بالتوقف عند المحاولة الأولى إذا فشلت، بل يكررن التجربة مرة ثانية ثم ثالثة و هكذا، و هناك من الأزواج من كانت العملية الأولى بفرنسا بدون نتيجة، و العملية الثانية بتونس و الثالثة بعنابة و الرابعة بالعاصمة. لذلك نجد بأن كل حالة من هؤلاء الأزواج و راءهم قصة حزينة الحلقات و النهاية مجهولة.

و لكن بوجود من يوازر بعض الأزواج و يساعدهم ماديا هناك من الأزواج من يتعدوا الصعوبات المادية. فهناك الكثير من ذكر بأن المساعدة كانت من الأخ و الأخت و الأب حتى يتمكنوا من جمع المبلغ المطلوب لإجراء العملية.

أما الصعوبة الثالثة فكانت بسبب أن حظوظ النجاح قليلة، ب 13.29 % لذلك قد يتردد الأزواج كثيرا قبل الخوض في العملية، مع التذكير بأن نسبة نجاح هذا النوع من العمليات في الجزائر قارب نسبة (35 %). لكن حسب إجابات العينة المبحوثة ، فإن أغلبية المحاولات الأولى كانت نتیجتها سلبية.

أما الصعوبة الرابعة فنجد ذكر عدم تقبل الزوج لهذه الطريقة بنسبة 06.93 % لأنه ربما يعتبرها حرام أو لأنه رضى بقضاء الله فلا يقدم على هذه الطريقة الإصطناعية للإنجاب. و كذلك قد يكون شك في بنوة هذا الطفل.

أما الصعوبة الخامسة فنجد ذكر الشك في بنوة هذا الطفل، فهذه مشكلة قد تـُورق الرجال أكثر من النساء لأن العملية تتم بأخذ الحيوانات المنوية للزوج ثم يتم حقنها في بويضة الزوجة. لكن نؤكد هنا بأن هذه المراكز و حسب قانون الصحة العمومية الخاصة بوزارة الصحة المخصص لفتح هذا النوع من المراكز يحرم أن يكون التلقيح بغير منى الزوج و لا بغير بويضة الزوجة الشرعية .

أما الصعوبة السادسة فهي عدم تقبل العائلة لهذه الطريقة و كانت نسبة هذه الإجابة 01.15 % .

و هذا ما يستدعي بعض الأزواج إخفاء القيام بهذا النوع من العمليات، و في حالة نجاح العملية ، يصرح بأن الحمل كان نتيجة متابعة العلاج بالأدوية.

أما الصعوبة بسبب موانع دينية فنسبتها كذلك بلغت 01.15 % ، لأن هناك من الأزواج من يعتبر التلقيح الإصطناعي حرام، و هو ضد ما قدره الله .

أما عدم تقبل الزوجة لهذه الطريقة فنسبتها 0.57 %.

أما بدون إجابة فنسبتها بلغت 02.89 %.

لكن مع ذلك نذكر هنا بأنه رغم كل هذه الصعوبات و العراقيل و المشاكل التي تعترض الأزواج الذين يقدمون على عمليات التلقيح الإصطناعي، فإننا لا حظنا إقتناعا و إقبالا كبيرا على هذا الحل البديل لأجل الحصول على طفل. و هذا يدل كذلك على العزوف عن اللجوء للحلول الإنسانية أو الإجتماعية كالتبني غير المحرم و الكفالة و هذا يؤكد فكرة التوجه نحو النظرة الفردانية بتبني فكرة أريد طفلا مني ، أريد طفلا شرعيا حتى و لو ليس بطريقة إنجاب طبيعية و هذا تغير في القناعات و التصورات له دلالاته الإجتماعية و النفسية ، هذا من جهة من جهة ثانية نلاحظ بأنه هناك عدم اللجوء لبعض الحلول التقليدية كالطلاق أو تعدد الزوجات بل نلاحظ بأنه حتى في حالة عدم اللجوء لأي حل من هذه الحلول نجد هؤلاء الأزواج يرضون بالأمر الواقع . لكن مشاكل هؤلاء الأزواج لا تتوقف عند هذا الحد من الصعوبات، بل هم يعانون من صعوبات أخرى ضمناها في محور مدى التكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر و هذا ما سوف نتعرض له بالتحليل في المحور الموالي.

المبحث الثالث : التكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر

نقصد هنا بالتكفل ، هو الرعاية و الإهتمام بهذه الفئة غير القادرة على الإنجاب من حيث القوانين التي تحميها من الناحية الإجتماعية و الطبية، و كذلك من ناحية إهتمام وسائل الإعلام بها، و كذلك وجودها في برامج الجمعيات ذات الطابع الإجتماعي، و الرعاية النفسية لأنها مهمة جدا في حالتهم، إضافة إلى توفير الإمكانيات المادية لتمكينهم من مواصلة العلاج. هذا ما سوف نحلله ضمن المحور الموالي .

1) واقع التكفل بالأزواج العقيمين

الجدول رقم 102: التكفل بالأزواج العقيمين حسب آراء عينة الدراسة

النسبة%	التكرار	الإجابة
02%	05	نعم
98%	245	لا
100%	250	المجموع

نلاحظ بأن هذا السؤال الأخير حول التكفل أجاب عليه كل المستجوبين و هناك من وجد فرصة للتعبير عن كل ما يعاني منه من جانب نوعية التكفل و الصعوبات و المشاكل التي يعانون منها و النقائص و كذلك ذكروا بعض المطالب.

و حسب نتائج هذا الجدول ، نلاحظ بأن أغلبية العينة أجابت ب لا أي لا يوجد تكفل بالأزواج العقيمين و ذلك بنسبة 98 %.

أما الذين أجابوا ب نعم فكانت نسبتهم ضعيفة بلغت (02 %) فقط و هذا حسب آراء العينة العامة للدراسة طبعاً.

جدول رقم 103 : علاقة متغير الجنس بمدى التكفل بالأزواج العقيمين

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
02%	05	03%	03	01.33%	02	نعم
98%	245	97%	97	98.66%	148	لا
100%	250	100%	100	100%	150	المجموع

بالنسبة لعلاقة متغير الجنس بمدى التكفل فنلاحظ النتائج التالية:

بالنسبة لفئة " الإناث " ، نجد أن الأغلبية أجابت ب لا بنسبة 98.66 % ، أما نسبة من أجابوا ب نعم فهي 01.33 % فقط. فنلاحظ بأن المبحوثات بالأغلبية العظمى ترى بأنه لا يوجد تكفل بالأزواج العقيمين .

أما فئة " الذكور " ، فذلك نلاحظ بأن أعلى نسبة جاءت في خانة إجابة لا ب 97 % بينما الذين أجابوا ب نعم فنسبتهم 03 % فقط، أي بنسبة قليلة جدا.

نستنتج بأنه ليس هناك فرق في إجابة المبحوثين و المبحوثات ، بل هناك إتفاق في الإجابة حسب متغير الجنس فكل من الإناث و الذكور بالأغلبية أجابوا بأنه لا يوجد تكفل، بينما نسبة قليلة فقط أجابت بوجود نوع من التكفل، و هذه النسب تدل على أنه هناك تهميش كلي و عدم إهتمام بهذه الفئة من طرف السلطات. فالعقم بالنسبة للسلطات المعنية و كل من يهمهم الأمر هنا لازال يعتبر من المحظورات أو

المبحث الأول

الكماليات لذلك نجد هذا التجاهل بوجود هذه الفئة التي تعاني الكثير، فرغم معاناتها الأصلية و هي عدم القدرة على الإنجاب، نجدها تعاني من صعوبات أخرى.

وهذا ما يؤكد الواقع بحيث يمكن أن نرصد التكفل بالأزواج العقيمين من خلال الجمعية الوطنية للإنجاب بالمساعدة الطبية التي يترأسها الدكتور " شريف نذير"، التي من أهدافها ، ضرورة تشجيع و الإهتمام بطرق التخصيب الإصطناعي و الإنجاب بالمساعدة الطبية.

الدفاع عن حقوق المرضى من أجل نجاح هذه الطرق العلاجية و هذا بضرورة توفير كل الأدوية اللازمة لنجاح هذه العمليات.

تحسيس السلطات العمومية و خاصة وزارة الصحة، لكي يكون للمختصين في هذا المجال دور في المشاركة في كل القرارات الخاصة بالإنجاب عن طريق المساعدة الطبية.

ضرورة وجود قانون خاص، عوض الفراغ القانوني الحالي بخصوص تسيير بعض تقنيات هذا النشاط الطبي الذي يطرح بعض المشاكل مثل تجميد البويضات¹⁸⁹.

أما بالنسبة للتكفل من الناحية النفسية و الإجتماعية بهذه الفئة المحرومة من نعمة الأطفال، فليس هناك أي إهتمام من أي نوع كان، فكأن العقم مشكلة شخصية يتحمل وزرها فقط من أصيب بها. فمثلا في مراكز الإنجاب بالمساعدة الطبية من المفروض أن يكون هناك مختص نفسي ، نظرا لدوره الفعال في جعل الأزواج يتكيفون مع وضعيتهم و لا يصابون بالإضطرابات أيا كان نوعها، لكن هذا المختص لا وجود له على مستوى هذه المراكز العلاجية الخاصة.

بالنسبة لجماعات الدعم الذاتي لهذه الفئات و التي لها دور فعال في التعريف بالعقم و التحسيس بالمصابين به لكي يهتم المقربون منهم و كذلك وسائل الإعلام ، لكن هذه الجماعات الداعمة غير موجودة في مجتمعنا مع أنها تنشط على مستوى 32 دولة في العالم.

عدم إهتمام وسائل الإعلام بهذه الفئة.

¹⁸⁹Djamila Kourta,OP.cit.El watan,P07.

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

نقص الأيام الدراسية و المحاضرات و الندوات و الأيام التحسيسية التي تجب أن تنشط بحضور الأزواج العقيمين.

الفراغ القانوني على مستوى التعويض في الأدوية هناك فراغ من ناحية معالجة العقم نفسيا ، حتى يرضى العقيم بقدره و يتكيف مع وضعه و يبقى متوازن النفس و السلوكات.

2- الصعوبات التي يعاني منها الأزواج العقيمين في الجزائر

جدول رقم 104: الصعوبات التي يعاني منها الزوج العقيم نتيجة لعدم التكفل

النسبة %	التكرار	الإجابة
30.62%	245	غلاء الأدوية الخاصة بعلاج ضعف الخصوبة
08.75%	70	عدم توفر الأدوية
30.25%	242	عدم تعويض الأدوية بنسبة 100%
01.62%	13	قلة مراكز التخصص الإصطناعي و بعدها عن الولايات
24%	192	عدم تعويض عمليات التلقيح الإصطناعي
01.12%	09	عدم وجود جمعيات تهتم بفئة الأزواج العقماء
0.50%	04	إعتبار مرض العقم من الكماليات
0.75%	06	عدم وجود تكفل نفسي بالأزواج العقيمين
01.12%	09	عدم وجود إعانة مادية لهؤلاء الأزواج
0.62%	05	عدم إهتمام وسائل الإعلام الجزائرية بهذه

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

		الفئة
05	%0.62	عدم إهتمام القطاع الصحي العام بفئة العقيمين عكس القطاع الخاص
800	%100	المجموع

هذا الجدول هو خلاصة لكل الإجابات التي ذكرها المبحوثين و المبحوثات عند إجابتهم على هذا السؤال فنجد أول المشاكل التي يعانون منها هي ما تعلق بالعلاج، فلقد إقتصرت الإجابة المدعوم طبيا منذ سنوات على القطاع الخاص دون العمومي، و هو ما يفسر عدم إستفادة عامة الناس منه. نظرا للتكلفة الكبيرة

المبحث الأول

للعلاج. فعمليات التلقيح المجهري يبلغ تكلفتها (20 مليون سنتيم) زيادة على الدواء الذي لا يقل تكلفته على (80 ألف دج) .

تصل العمليات بكل تكاليفها إلى أكثر من (400.000دج) . إلا أن تعويض هذه المبالغ غير متداول باستثناء تعويض الأدوية التي ترافق عمليات الإنجاب المدعوم طبيا. و هو ما جعل العملية حكرا على الأغنياء رغم أن العقم عام و لا يمس طبقة دون أخرى .

كما أن عملية التخصيب داخل الأنبوب، لا توجد ضمن النصوص الطبية الخاصة بالتعويض في صندوق الضمان الإجتماعي.

مع التذكير بأن محاولات التلقيح الإصطناعي المختلفة، قد لا تنجح في الكثير من الأحيان من المحاولة الأولى وهذا يعني مبالغ مالية إضافية تكلف الزوج المعني .

من جهة أخرى فالقائمين على هذه المراكز و العمليات، يعانون من مشكل إستيراد مختلف المواد من الخارج التي تتطلب رعاية خاصة لحمايتها لأنها مواد حساسة و دقيقة جدا. و هذا ما يبرر إرتفاع تكاليف العلاج بهذه المراكز.

عن التكلفة المادية لعمليات الإنجاب طبيا، أكد الدكتور " شريف نذير " أن الأدوية المنصوح بها تشكل في حد ذاتها إشكالا حيث تعاني من عدم إمكانية تعويضها، أو عدم تعويض كل الأدوية.

أما بالنسبة للتعويض عن العمليات، ففي فرنسا مثلا يتم تعويض ستة 06 محاولات طبية للإنجاب المدعوم طبيا، بينما في الجزائر لا تعوض هذه العمليات¹ . و هي من أهم المشاكل التي تعاني و تشتكي منها العائلات التي أجرت هذه العملية و هذا لأن السلطات العمومية تعتبر هذه العمليات من الكماليات و هو ليس من أولويات الصحة العمومية. غير أن مشكل العقم في بلادنا في الحقيقة مأساة إجتماعية، و لذلك يجب التكفل الفعلي بهذه الفئة من خلال إقرار التعويض للأدوية و العمليات. و في هذا المجال أكد الدكتور " نذير شريف " أنه عادة ما يتقدم له أزواج يشتكون من العقم و مداخلهم المادية محدودة و في هذه الحالة "نسعى إلى مساعدتهم بتخفيض تكلفة العملية بإعتبار تلك الحالات حالات إجتماعية". و أكد أنه يسعى جاهدا إلى إيجاد صيغة لتعويض محاولتين من هذا العلاج من خلال مناقشات حثيثة مع صندوق الضمان الإجتماعي الذي لم يفصل في

¹ ص-بورويلا، أكثر من نصف الجزائريين مصابون بالعقم، جريدة الخبر، العدد 4636.

المبحث الأول

مسألة تعويض عمليات الإنجاب المدعوم طبيًا، رغم تكلفتها الباهظة و التي تجعلها في متناول فئة دون أخرى² .

هذه الفئة المعوزة التي قد تضحي بكل شيء لسنوات من أجل جمع المبلغ الخاص بالعملية لأجل الحصول على طفل ، لأنه مطلب شرعي و ضرورة ملحة عند البشر. و نتائج الجدول تؤكد ذلك

أكبر نسبة سجلت في إجابة غلاء الأدوية الخاصة بعلاج ضعف الخصوبة ب 30.62 % مما جعل بعض الأزواج يتخلون عن العلاج.

ثم تلتها إجابة عدم تعويض الأدوية بنسبة 100 % بنسبة 30.25 %.

أما إجابة عدم تعويض عمليات التلقيح الإصطناعي فبلغت نسبة الإجابات 24 %.

كما ذكر عدم توفر الأدوية بنسبة 08.75 % .

أما إجابة قلة مراكز التلقيح الإصطناعي و بعدها عن بعض الولايات فنسبتها بلغت 01.62 %.

أما إجابة عدم وجود جميعات تهتم بالأزواج العقماء فنسبتها بلغت 01.12 %.

كما جاءت إجابة عدم وجود إعانة مادية لهؤلاء الأزواج بنسبة 01.12 %.

أما إجابة عدم وجود تكفل نفسي و مختصين نفسانيين فالنسبة كانت 0.75 %.

أما إجابة عدم وجود إهتمام وسائل الإعلام الجزائرية بهذه الفئة فنسبتها بلغت 0.62 %.

أما إجابة عدم إهتمام القطاع الصحي العام بفئة الأزواج العقيمين عكس القطاع الخاص فكانت النسبة 0.62 %.

² -بورويلا، الإنجاب المدعوم طبيًا ممكن في الجزائر، العدد نفسه سابق الذكر، لجريدة الخبر، ص

المبحث الأول

فلاحظ بأنه هناك مشاكل كثيرة تعاني منها هذه الفئة في الجزائر، و حلولها كما ذكرنا في أول هذا الفصل هي مقترحات موجودة حبر على ورق، يبقى تنفيذها الذي في كل مرة تعرقله أمور معينة فلا يتحقق بذلك أي نوع من التكفل لهذه الفئة التي تعاني من مشاكل إجتماعية و نفسية و مادية و كذلك التهميش من طرف السلطات المعنية.

إن هذه الفئة من الأزواج تحتاج إلى الرعاية و الإهتمام أكثر من أي فئة أخرى من المجتمع مصابة بعجز أو نقص بسبب مرض من الأمراض أو لأسباب أخرى . لأنهم يحتاجون إلى التأزر معهم و تشجيعهم على العيش كبقية أفراد المجتمع ، و توعيتهم بخصوص هذه الطرق العلاجية الحديثة لأنها أسالت العديد من الحبر و الدموع .

الإستنتاجات

توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى الإستنتاجات التالية :

- بالنسبة للمحاور المتعلقة بتحقيق الفرضية الأولى للدراسة ركزنا على العوامل و المتغيرات التي ساعدت على تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري من خلال إسقاط على عينة من الأزواج العقيمين . هذه المتغيرات التي تميز العينة المبحوثة ، تؤثر و تتحكم في نوعية القرارات والرغبات والتصورات المتعلقة بالزوج العقيم و المحيط في تعاملهم معه و حكمهم عليه و مدى تقبله بينهم حالياً.

- بدأنا بعامل السن عند الزواج ، لأنه مؤشر على الحركية في المجتمع الذي يسير نحو العصرية و التحضر بحيث وجدنا بأن سن الزواج قد تأخر عن ما كان عليه في سنوات السبعينات في الجزائر خاصة في المناطق الحضرية عند فئة الإناث ، لكنه من جهة أخرى يعتبر عامل من عوامل الإصابة بالعقم ، لأن مرحلة الخصوبة

المبحث الأول

عند المرأة تتأثر بالسن .و تقريبا معظم العينة المبحوثة هي في سن حرجة و تنذر بعدم فاعلية كل طرق العلاج خاصة التلقيح الإصطناعي.

- أما بالنسبة لفئة الذكور، فالمشكلة ليست بنفس الحدة و لو أننا لاحظنا كذلك بأنه هناك تأخر نوعا ما في سن الزواج و هذا قد يرجع لأسباب منها طموحات الشباب المستقبلية التي قد تأخذ سنوات طوال لتحقيقها و لبعض المشاكل مثل السكن و البطالة.

- أي أنه هناك توجه نحو التأخر في سن الزواج ، و هذا سوف يؤدي بنصف الجزائريين للإصابة بالعقم

و هذه حقيقة علمية لا مفر منها .

- أما فيما يخص عامل المستوى التعليمي ، فيمكن القول بأن معظم أفراد العينة المبحوثة هم متعلمون لأن حالات الأمية قليلة خاصة عند فئة الرجال بحيث وجدنا حالة واحدة فقط، و بالمقابل 06 ستة حالات عند النساء ، لكن معظم العينة وصلوا إلى المستوى الثانوي من التعليم ثم تلتها المستوى الجامعي فالمتوسط .

- إرتفاع المستوى التعليمي لأفراد المجتمع هو مؤشر على التحضر و الإهتمام بضرورة نشر الوعي و تثقيف فئات المجتمع المختلفة من الجنسين و هذا العامل ساعد هؤلاء الأزواج العقيمين على كيفية التعايش مع المشكل و تقبله و الرضى بقضاء الله و قدره و الصبر على هذا الإبتلاء و التطلع إلى طرق العلاج حتى الحديثة منها ، و إقتناع الجنسين بضرورة الخضوع للعلاج مع بعض خاصة الرجال لأن عقم الرجل كان يعتبر من المحظورات .

- كما أن المستوى التعليمي يؤثر على كيفية التعايش مع مشكل العقم بالنسبة لهذه الفئة المبحوثة، فبالنسبة لهم الإنجاب ليس كل ما في الحياة ، بل هناك الإحساس بالطمأنينة و السكينة ، و المال و العمل و المكانة الإجتماعية و الفاعلية و فرض الذات و محاولة الإبتعاد على الأحاسيس السلبية.

المبحث الأول

- مع ملاحظة هنا هو التقارب بين المستويات التعليمية للأزواج و هذا مؤشر له تأثيره على مختلف القرارات التي يتخذونها و تصوراتهم لمكانتهم ، و هو عامل إنسجام و تفاهم بين الزوجين.

- فيما يخص متغير المهنة بالنسبة للنساء ، فرغم أن النسبة الأكبر في العينة كانت للنساء الماكثات بالبيت حتى من ذوات المستوى التعليمي العالي، فهناك كذلك فئة الموظفات و الإطارات الجامعية و هناك فئة تمارس بعض الأعمال الحرفية كالحلاقة و الخياطة...بمعنى أن نسبة النساء العاملات حسب العينة هي فئة قليلة إلا أن وجودها دليل على ما يشهده المجتمع من تحول في مختلف المجالات و ضرورة الإستفادة من كل الطاقات البشرية من الجنسين.

- و المهنة بالنسبة للمرأة هي إستقلالية مادية و فرصة لتكوين الشخصية و بناء علاقات إجتماعية مع زملاء العمل و غيرهم ، و الإحساس بالفاعلية و أنها لها وظيفة و مكانة في المجتمع ، و هذا قد يساعدها على التحرر من المعاناة النفسية نتيجة عدم قدرتها على الإنجاب . كما أن عامل المهنة مرتبط بوجود أجر مستقر و دائم يساعد الزوج على تحمل أعباء العلاج من أجل الإنجاب.

- بالنسبة لمتغير طريقة الزواج ، وجدنا بأن معظم العينة المدروسة كان هناك تعارف بينهما قبل الزواج إضافة لعلاقة القرابة و التعارف بين الأسرتين .

- و هناك حالات أين كان الإختيار حر، بحيث يتم إختيار الشريكين لبعضهما البعض ثم يتم التعارف بين الأسرتين. و هذا تغير مهم في نوعية العلاقات بين الجنسين قبل الزواج ، فنجد الحرية في إختيار الشريك و بالتالي تحمل كل ما يترتب على هذا الإختيار مستقبلا، و هذه العلاقات التي تربط بين الزوجين هي من عوامل إستمرار الحياة الزوجية بينهما في حالة عدم القدرة على الإنجاب ، لأن فك العلاقة صعب في هذه الحالة.

- فيما يخص متغير مدة الزواج بالنسبة للعينة المبحوثة ، الذي له علاقة بعدد الزيجات فنلاحظ بأن مدة الزواج التي تتراوح ما بين 03-10 سنوات بلغت نسبتها (75.9 %) بالنسبة للعينة العامة أما مدة الزواج ما بين (11-18 سنة) فبلغت نسبتها (20%) . أما التي تجاوزت مدة زواجها 19 سنة فبلغت النسبة (04.4 %) بمعنى أن هذه الفئات لازالت تتابع العلاج لحد إجراء الدراسة (2006) أملا في الإنجاب و هذا يدل على إستمرار الحياة الزوجية بدون اللجوء لإعادة الزواج و لا إلى الطلاق، لذلك لم نجد حالات الطلاق و لا إعادة الزواج بالنسبة لفئة المبحوثين الرجال.

- بينما عند فئة النساء وجدنا حالات قليلة يعتبر هذا زواجها الثاني أو الثالث. أما البقية فالكامل منهما راض بنصيبه. فالعقم لا يعتبر سبب قوي لحدوث الطلاق أو تعدد الزوجات هذا من جهة و من جهة ثانية يرجع هذا إلى أن أغلبية المصابين بضعف الخصوبة أو العقم في عينة الدراسة هم الرجال و ليس النساء .

- أما عامل الإقامة بعد الزواج الذي يميزه الآن إنتشار نوع الأسرة النووية ، و هذا يعني الإستقلال في المجال و القرارات و هو مظهر من مظاهر التغير في المجتمع الجزائري ، الذي أدى إلى ضعف السلطة الوالدية بإتجاه الأولاد المتزوجين ، و هذا يؤثر على تحول التصورات بإتجاه الحكم على الزوج العقيم و يساعد في تقبله و إعتباره زوج عادي كبقية الأزواج، أي هناك نقص في التدخلات السلبية ضدهم بسبب الإقامة في سكن مستقل، و لقد بلغت نسبة الأزواج المقيمين في سكن مستقل ضمن العينة العامة 68.4 % ، أما الإقامة مع والدي الزوج فبلغت نسبتها 31.6 % و هذا لا يمنع من أنه حتى في حالة الإقامة مع والدي الزوج أي في نفس المجال المكاني، قد تكون كل قرارات الزوجين خاصة بهما بدون تدخل أي شخص آخر.

- بالنسبة لمتغير عدد الزيجات في حالات العقم هذه وجدنا عدم اللجوء للطلاق وبالتالي ليس هناك تعدد للزيجات و لا للزوجات .

المبحث الأول

- بالنسبة لعدد الأطفال الذين خططوا لإنتاجهم بعد الزواج، رغم وجود نسبة معينة لم تخطط لذلك، إلا أن الإجابات الأخرى تؤكد على التوجه نحو إنجاب عدد قليل ، كما هو منتشر حالياً في المجتمعات المتطورة و هذا التوجه يعتبر مؤشر تغير على مستوى الرغبات و القيم و كذلك تغير تصور قيمة الطفل بالنسبة للزوجين. مع ملاحظة هنا أننا وجدنا بأن النساء ترغب في إنجاب عدد أكبر من الأطفال مقارنة بالرجال.

- أما بالنسبة لأهم متغير و هو الإصابة بضعف الخصوبة أو العقم عند الزوجين و تأثيره على مختلف التصورات و الأحكام باتجاه الزوج العقيم و تأثيره على الحياة بين الزوجين " المبحوثين" و تصورهم لوضعيتهم و مكانتهم داخل المجتمع فوجدنا بأن أغلبية الأزواج (الرجال) مصابين بضعف الخصوبة و ذلك بنسبة 45.2 % حسب إجابات العينة العامة للدراسة ، بينما بلغت نسبة إصابة النساء ب 23.2 % . بينما وصلت نسبة إصابة الزوجين معا 21.2 % أي أن أغلب حالات العقم سببها الرجال و ليس بسبب عقم زوجاتهم كما كان شائعاً .

- في ما يخص التفكير في العقم قبل الزواج، توصلنا إلى أن أغلبية العينة المدروسة لم تراوهم فكرة العقم قبل الزواج و هناك إتفاق بين الجنسين في ذكر هذه الأسباب ، من بينها أن العقم كفكرة مستبعدة جداً لذلك لم يفكر فيها قبل الزواج ، و لأنه من الغيبات إضافة إلى ذكر أنه في العائلة لا توجد حالات عقم و نظراً لتمتع الزوجين بصحة جيدة.

- لكن بالمقابل هناك نسبة من العينة أجابت بأنهم راودتهم فكرة الإصابة بالعقم قبل الزواج و ذلك بسبب وجود حالات عقم في العائلة ، و لأن الزوجة أو الزوج كان يعاني من أمراض قبل الزواج و مصارحتهم لبعضهم البعض بذلك، و بسبب إنتشار العقم في وقتنا الحالي، ووجود بعض الأعراض الصحية التي تنذر بذلك.

- فيما يخص الفترة المحددة للإنتاج ، فنجد الأغلبية أجابوا بأنه من السنة الأولى للزواج .

- أما بالنسبة لمتغير فترة بداية الشك في تأخر الحمل حسب العينة العامة ، فوجدنا بأن الأغلبية بدأها الشك من السنة الأولى للزواج بينما نسبة قليلة فقط بدأ يراودها الشك ابتداءً من السنة الثالثة للزواج

- أما طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين ، فوجدنا بأن الزوجة هي التي تثير هذا الأمر أكثر من الزوج، فحتى المبحوثين الرجال أجابوا بذلك . و نفس التوجه وجدناه بالنسبة لمناقشة و طرح و إثارة موضوع الأطفال من طرف الزوجين.

- فيما يخص الأطراف المتدخلة ، وجدنا بأن أم الزوج في المرتبة الأولى ثم أم الزوجة أما النسبة الثالثة فرجعت إلى أنه لم يوجد أي تدخل من أي أحد وهذا يدل على الإستقلالية في القرارات .

- وهذا متغير أساسي في تحول التصورات بإتجاه الحكم على الزوج العقيم في المجتمع ، ووجدنا علاقة بين متغير الجنس و طرح تأخر الحمل من طرف المحيطين.

- أما طبيعة العلاقة بين الزوجة العقيمة و أفراد أسرة الزوج ، فهي على العموم علاقة عادية ليست سيئة و ليست حسنة .

- بالنسبة لوجود التدخلات من طرف المحيطين و طبيعة هذه التدخلات، وجدنا بأن نسبة وجود التدخلات تقارب نسبة الإجابة بعدم وجودها و هذا لأن هناك من التدخلات تكون في صالح الزوجين و بعضها سلبية ضدهما. لكن عموماً لا يوجد تدخل لإثارة مشكل العقم كنقص عند الزوجين، و حتى في حالة وجود التدخلات فهي في صالحهما .

- و لقد توصلنا إلى وجود علاقة بين متغير الجنس ونوع الإقامة في تحديد هذه التدخلات. وهذا راجع إلى أن المرأة هي التي تتعرض لهذا النوع من التدخلات سواء أكانت قولية أو فعلية و غيرها.

- أما بالنسبة لتأثير متغير الإقامة فتوصلنا إلى أن التدخلات بنوعها السلبية و الإيجابية موجودة سواء أكانت إقامة الزوجين في سكن مستقل أو كانت الإقامة مع والدي الزوج.

- فيما يخص مدى تأثير هذه التدخلات على الحياة الزوجية ، توصلنا إلى أن أغلبية العينة المدروسة أجابت بلا، أي أن هذه التدخلات لم تؤثر على حياتهم الزوجية ، بل إن وجود هذه التدخلات السلبية زادت من تمسك الزوجين ببعضهما و ليس العكس . و هذا ما جعل أغلبية أفراد العينة المبحوثة لا يحسون بأن حياتهم الزوجية مهددة بالرغم من عدم القدرة على الإنجاب.

- و يرجع ذلك إلى التفاهم و الإنسجام بين الزوجين و الرضى بقضاء الله و العيش على أمل الإنجاب و لأن الحياة الزوجية مستمرة حتى بدون وجود الأطفال و نظرا لعدم وجود تدخلات في حياة الزوجين.

- بالنسبة لفترة بداية العلاج بعد الزواج ، وجدنا هناك تقارب في النسب بين بداية العلاج من السنة الأولى و الثانية للزواج ثم تلتها نسبة بدأ العلاج من السنة الثالثة.

- توصلنا إلى مبادرة الزوجة بالعلاج قبل الزوج ، بحيث أن أكبر نسبة سجلت في إجابة العلاج من السنة الأولى عند الإناث ، بينما أكبر نسبة سجلت عند فئة الذكور خصت بداية العلاج من السنة الثانية

إن المبادرة بالعلاج عادة ما تكون من طرف الزوجة ، لكن رغم ذلك هناك من الأزواج من يبادر بالعلاج عن قناعة ، لكن هناك من خضع للعلاج بدون قناعة ، و نشير هنا إلى أن هذا الإقتناع بضرورة العلاج قد يأتي بعد مدة من الزمن سوف نذكرها لاحقا.

المبحث الأول

- توصلنا إلى أن أغلبية الزوجات تمكن من إقناع أزواجهن بضرورة اللجوء للعلاج بسهولة و هذا مؤشر مهم على تغير الذهنيات التي كانت ترى بأن ليس هناك رجل عقيم لكن قد تكون كل امرأة كذلك .

- أما المبادرة بالعلاج من طرف الزوجين حسب العينة المبحوثة ، توصلنا إلى أنه هناك تكافؤ و تقارب في الإجابات بين مبادرة الزوجة بالعلاج ، و بدأ العلاج من طرف الزوجين في نفس الوقت منذ البداية بينما حالات بداية الزوج بالعلاج فعادة يكون عندما يكون يشكو من أمراض معينة قبل الزواج ، و تزيد خطورتها بعده. وجدنا هناك علاقة بين المستوى التعليمي للزوج و المدة التي بدأ فيها العلاج.

- أما تبريرات تهرب الرجال (الأزواج) من الخضوع للعلاج في حالة عدم القدرة على الإنجاب فتوصلنا إلى إعتبار العقم شك في رجولته و قدرته الجنسية ، و مساس بشخصيته ، و لأنه لازالت تسود فكرة أن المرأة هي سبب العقم ، و كذلك بسبب أن الرجل لا يتقبل أن يكون عقيما فهو يتهرب من معرفة حقيقة عقمه.

- بالنسبة للأسباب و العوامل التي أدت إلى إستمرار الحياة الزوجية بين الأزواج المبحوثين رغم عدم القدرة على الإنجاب ، فتوصلنا إلى النتائج التالية :

- بالنسبة لإجابات المبحوثات توصلنا إلى أن الإيمان بقضاء الله و قدره هو من أهم العوامل التي ساعدتهم على الإستمرار في العيش مع بعض على أمل الإنجاب ، ثم نجد ذكر عامل الوفاء للعشرة الزوجية و الإنسجام و الود بين الزوجين ، ثم ذكر أن البقاء في البيت الزوجية أحسن من العودة إلى بيت الوالدين و هذا في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم .

المبحث الأول

- أما في حالة زوج منجب مع زوجة عقيمة ، فتوصلنا إلى أن الرضى بقضاء الله و قدره من العوامل التي ساعدت على إستمرار الحياة الزوجية و أن قيمة الزوجة لا تقدر بالأطفال فقط عند زوجها و هذا مؤشر مهم في تحول التصورات والقيم ، ثم نجد ذكر الحب و الألفة بين الزوجين و صعوبة الفراق . لكن قد نجد من الأزواج من لا يتقبل هذه الوضعية في بعض الحالات
- بينما نجد فئة الأزواج أي المبحوثين الرجال، و بالأغلبية يتقبلون العيش مع زوجاتهم و لا أحد يفكر في الفراق أو الطلاق.

أما العوامل الخارجية التي ساعدت على إستمرار الحياة الزوجية رغم عدم القدرة على الإنجاب ، فتوصلنا إلى النتائج التالية:

- تطور الطب المختص في ميدان علاج العقم , بالتالي إعطاء الأمل في الإنجاب كان من أهم العوامل التي ذكرت بنسبة عالية ثم نجد ذكر عامل عدم إرتباط قيمة الزوجين بالأطفال فقط و إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد في المجتمع مما أدى إلى نشر نشر الوعي و تفهم هذه الظاهرة ثم نجد ذكر عامل إستقلال قرار الإنجاب عن المحيطين و إنتشار وسائل الإعلام ، و الرضى بقضاء الله و قدره و هو المهم.

أما فيما يخص تحديد وضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري إنطلاقاً من العينة المبحوثة توصلنا إلى النتائج التالية :

- أغلب العينة المبحوثة ترى بأن لها مكانة عادية كبقية الأزواج .

كما وجدنا هناك علاقة بين متغير المهنة و تصور المبحوثات لمكانة المرأة العقيمة، بحيث كلما كانت المرأة تمارس مهنة معينة كلما زاد إيمانها و قناعتها بأن مكانتها عادية كبقية النساء و أن مكانتها لا تحدد فقط بوجود الأطفال.

- لذلك وجدنا بأن تقييم المرأة العقيمة لنفسها بإتجاه المنجبات و مقارنة بالنساء المنجبات كان بنسبة أعلى على أساس أنها تحس بأنها امرأة عادية كبقية النساء لكن الأغلبية تؤكد على أن مكانة المرأة بإتجاه بقية النساء لا يحددها إنجاب الأطفال فقط بل شخصية و أخلاق هذه المرأة و عملها و علمها.

- أما طبيعة معاملة المنجبات للمرأة العقيمة ، فتوصلنا إلى أنها على العموم هي معاملة عادية فيها عطف لكن هناك من تتعامل معها بإستهزاء وتكبر و هذا حسب الذهنيات .

- هناك عوامل عدة ساعدت على أن تكون للمرأة العقيمة مكانة في المجتمع ، و من بينها إرتفاع المستوى التعليمي للأفراد ووعيهم بإتجاه ظاهرة عقم الأزواج و تفهمهم ، و لأن مكانة المرأة أصبحت تقاس بعملها و علمها و شخصيتها و ليس بالأطفال فقط ، و كذلك لأن تطور الطب المختص أعطى لها الأمل في أنها سوف تنجب .

- أما تصور مكانة الرجل العقيم ، فتوصلنا إلى أن الأغلبية المجيبة، أكدت بأن له مكانة عادية و هناك فئة قليلة أجابت بأن هناك من يحس بأن مكانته يشوبها نوع من النقص .

- و توصلنا إلى أنه هناك علاقة بين متغير الجنس و تصور مكانة الرجل العقيم ، بحيث هناك إتفاق في الإجابات بين الإناث و الذكور على أساس أن الأغلبية ترى بأن له مكانة عادية كبقية الرجال.

- أما بالنسبة لفكرة إمكانية التصريح بعقم الرجل حاليا، في ظل هذه التحولات في بعض التصورات و القيم فتوصلنا إلى أن أغلبية العينة المبحوثة أجابت بإمكانية التصريح بينما فئة قليلة ترى بأنه عقم الرجل لازال يعتبر من المحظورات

المبحث الأول

- و بإضافة متغير الجنس ، توصلنا إلى أن كل من الجنسين أي حتى الذكور (أي المعين بالأم) أجابوا بإمكانية التصريح بعقم الرجل حاليا و إعتبره مرض كبقية الأمراض .

- هناك عدة عوامل خارجية ساعدت على التصريح بعقم الرجل، من بينها قناعتهم بأن العقم هو قضاء و قدر يصيب الرجل و المرأة، و هو مرض كشف عنه الطب . كما أن المجتمع حاليا أصبح واعيا و متفهما لهذه الوضعيات و بالتالي حكمه على أصحابها أصبح موضوعيا و هناك إتفاق بين الجنسين في تحديد هذه العوامل.

- فنلاحظ بأن هناك العديد من التحولات في التصورات القيم و الأحكام المتعلقة بالتعامل و رسم وضعية و مكانة الزوج العقيم في المجتمع الجزائري، و التي ساهمت إيجابيا في تقبله و إعتبرهم أزواج كبقية الأزواج العاديين و بهذا نكون قد حققنا فرضيتنا الأولى .

فيما يخص تحقيق الفرضية الثانية و المتعلقة بأنه رغم تطور الطب في مجال علاج العقم لازال هناك إستمرارية في ممارسة بعض الطقوس الخصوبية ، و اللجوء لطرق علاجية تقليدية بالموازاة مع الطب الحديث و إستيجاد هذه الفئة خاصة النساء منها ببعض طرق العلاج و العادات غير العلمية ، توصلنا إلى النتائج التالية :

- لازالت تمارس عادة " الحناء " ، كطقس من أهم طقوس الزفاف له دلالة رمزية للوقاية من الإصابة بالعقم و تجسيد الخصوبة ، و لقد جاءت نسبة من مورست عليهم عادة الحناء ليلة الزفاف ب 62.8 % بمعنى أنه لازالت هذه العادة سارية المفعول في مجتمعنا و ضمن عاداتنا و تقاليدنا المتوارثة عبر الأجيال.

- بالنسبة لعلاقة متغير الجنس بممارسة هذه العادة ، فوجدنا إتفاق في الإجابة ، فأغلبية المبحوثات و المبحوثين مورست عليهم عادة الحناء ليلة الزفاف .

- و ترجع أسباب استعمال الحناء حسب رأي العينة المبحوثة إلى أنها عادة يجب الحفاظ عليها بينما هناك من يرى بأنها وسيلة للوقاية من العقم. و نلاحظ بأن (بدون إجابة) حول هذا السؤال كانت واضحة ذلك لأن هناك من المبحوثين من علم بأمر علاقة ممارسة الحناء بالإنتاج كاعتقاد لأول مرة عند قراءته للسؤال في الإستمارة .

- وجدنا بأنه هناك إتفاق في إجابات الإناث و الذكور حول إعتبار أن ممارسة " الحناء" هي عادة أكثر منها وسيلة للوقاية من العقم . لكن تبقى ضمن العادات التي لازالت مستمرة و ستبقى نظرا لتمسك الأجداد و الأمهات بها.

- فيما يخص المحور الثاني لتحقيق الفرضية الثانية و المتعلق بالطرق العلاجية المتبعة في البداية إضافة إلى الطب الحديث فتوصلنا إلى النتائج التالية :

- توزعت طرق العلاج بين الطب الحديث و اللجوء إلى العلاج بالرقية الشرعية و هذا قبل اللجوء للعلاج بالطب الحديث، و كذلك هناك من بدأت بالعلاج عند المطبات الشعبيات ثم إلى الطب الحديث ثم نجد المزوجة بين الطب الحديث و الطب الشعبي بعد فشل العلاج بالطب الحديث في نفس الوقت بمعنى أنه هناك تعايش للطب الشعبي مع الطب الحديث رغم ما وصل إليه هذا الأخير من تطور كبير عبر السنوات.

- بإضافة متغير الجنس ، توصلنا إلى أن النساء أكثر ممارسة لهذه الطرق العلاجية من الرجال بحيث نجد أكبر نسبة عند فئة الرجال خصت العلاج بالطب الحديث ثم نجد اللجوء للرقية الشرعية. أما بقية الطرق الشعبية التي لجأ إليها الرجال فنسبتها جاءت ضئيلة.

المبحث الأول

فيما يخص المحور الثالث لتحقيق الفرضية الثانية ، و المتعلق بالإستنجاد بطرق علاجية غير علمية رغم تطور الطب المختص لعلاج العقم توصلنا إلى النتائج التالية :

- وجدنا بأن مايقدر ب (112) من العينة العامة و بنسبة (44.8 %) إستنجدوا بهذه الطرق ، و التي تمثلت في زيارة أضرحة الأولياء الصالحين، الطالب ، العرافة ، حمامات الصالحي و كانت النسب الأكبر موزعة لزيارة أضرحة الأولياء الصالحين و الطالب ثم زيارة حمامات الصالحين

- أما حسب متغير الجنس ، فقدرت نسبة المبحوثات الذين لجأوا لهذه الممارسات العلاجية (80.35 %) أما نسبة المبحوثين الرجال فقدرت ب (19.64 %) فقط. فالنساء هن الأكثر لجوءا لهذا النوع من الطرق و الممارسات غير العلمية للعلاج

- أما بإضافة متغير المستوى التعليمي ، فتوصلنا إلى أنه كل من المبحوثين و المبحوثات من كل المسويات التعليمية تلجأ لهذه الطرق كلها أو بعضها و هذا عند فشل الطب الحديث في إعطاء نتيجة. و الأمر نفسه بالنسبة للمبحوثين الرجال.

- فبالرغم من التطور الذي وصل إليه الطب المختص في مجال علاج العقم ، لازالت هناك إستمرار في اللجوء لبعض الطقوس و الممارسات و الإستنجاد بطرق غير علمية للوقاية و علاج العقم بالنسبة للجنسين و من مختلف المستويات التعليمية بإختلاق مدة الزواج و سن المبحوثات.

- أما فيما يخص نتائج تحليل بيانات الدراسة الميدانية و المتعلقة بتحقيق الفرضية الثالثة التي تناولت المشاكل و الصعوبات التي يعيشها الزوج العقيم على مستويات عدة خاصة النفسية ، وكيف يحاولون التأقلم معها و تجاوزها لأجل إستمرار التوافق بينهما توصلنا إلى النتائج التالية :

- بالنسبة للمحور الخاص بالمعاش النفسي أو الحياة النفسية للزوج العقيم، وجدنا هناك علاقة وطيدة بين الإيمان بقدر الله و العيش على أمل الإيجاب،

ثم يأتي الإحساس بالوحدة و الفراغ و القلق ، وفي بعض الأحيان الإحساس بالنقص في جانب معين في الحياة و هو وجود الأطفال، و هذا يؤدي إلى الإحساس بالروتين في الحياة بسبب عدم وجود لا الجديد و لا التجديد الذي يخلقه الأطفال.

- كما توصلنا إلى أن الإحساس بعدم وجود السند عند الكبر و بأن إسم العائلة مهدد بالإندثار ، كانت نسبة الإجابة حولهما ضعيفة، مع التذكير بأن هذا السؤال طرح على عينة الرجال فقط، فهؤلاء الأزواج بحكم تمسكهم بأمل الإنجاب و متابعتهم للعلاج لسنوات طوال، فلم يحن الوقت بعد لكي يفكروا في هذه الأمور.

- أما بإضافة متغير الجنس ، فتوصلنا إلى أن فئة الإناث ركزت أكثر على الإحساس بالوحدة و الفراغ ثم ذكرت العيش على أمل الإنجاب، ثم نجد ذكرهن للإحساس بالروتين و القلق و هذا راجع إلى أن المرأة تتأثر أكثر من عدم إنجابها للأطفال من الرجل.

- أما فئة الذكور ، فركزوا على العيش على أمل الإنجاب، ثم الإحساس بالنقص في جانب من جوانب حياتهم بسبب عدم وجود الأطفال، ثم ذكرهم للإحساس بالوحدة و الفراغ.

- بإضافة متغير المهنة بالنسبة للمبحوثات، فوجدنا بأنه كلما كانت المرأة تمارس مهنة معينة لا تحس بالوحدة و الفراغ بل يسيطر عليها الإحساس بالقلق و النقص و العيش على أمل الإنجاب ، لأنها في مجال عملها تحتك بالناس و تكون لها علاقات..

- أما الماكثة بالبيت، فيسيطر عليها الإحساس بالوحدة و الفراغ و العيش على أمل الإنجاب ثم نجد الإحساس بالقلق .

المبحث الأول

- فيما يخص إخفاء الزوجين المعاناة عن بعضهما ، وجدنا بأنه بالأغلبية حسب إجابة العينة العامة للدراسة، ذكروا أن الزوج هو الذي يحترس كثيرا و لا يجهر بما يحسه، و هذا مراعاة لمشاعر زوجته حتى لا يزيد من قلقها. و هذا يؤكد فكرة أنه هناك تحول إيجابي في طبيعة العلاقة بين الزوجين نتيجة للعديد من العوامل الداخلية و الخارجية.

لذلك و حتى تستمر حياتهم الزوجية ، يفكرون في حلول بديلة للحصول على طفل حتى يرسخ علاقتهم أكثر و يبعد عنهم الأحاسيس السلبية التي قد تعكر أجواء سعادتهم الزوجية من حين لآخر، فقد يفكر الزوجين في التبني أو الكفالة أو اللجوء للتلقيح الإصطناعي و هذا ما تناولته الفرضية الرابعة و توصلنا إلى :

- بالنسبة للتفكير في التبني ، و نقصد هنا مراودة هذه الفكرة لهم فقط و لا يعني تنفيذها، فلقد وجدنا هذا الحل مرفوض و غير مرغوب فيه، بحيث كانت نسبة الرفض (66.8 %) و هذا راجع إلى العيش على أمل الإنجاب و أن التبني قد يكون آخر الحلول بعد فشل كل المحاولات، أي أنه لم يحن وقته بعد و هذا بالنسبة لمعظم العينة المدروسة.

- وجدنا بأنه هناك إتفاق بين إجابات الجنسين في رفض حل التبني .

- أما أسباب الرفض فتوزعت إلى عدة أفكار، لكن الأغلبية أرجعت سبب رفض اللجوء للتبني هو العيش على أمل الإنجاب، ثم نجد ذكر الموانع الدينية و النفسية و الإجتماعية .

- بإضافة متغير الجنس، توصلنا إلى أن فئة الإناث ركزت على الموانع النفسية ثم الدينية ثم ذكرت العيش على أمل الإنجاب، بينما وجدنا بأن فئة الذكور ركزت أكثر على العيش على أمل الإنجاب ثم ذكروا العوامل الدينية، لكن يبقى رفض الفكرة من الطرفين .

المبحث الأول

- و هذا ما يؤكد عدد حالات التبني التي وجدت ضمن عينة الدراسة العامة بحيث بلغت (09) حالات فقط. لكن قد يكون هذا الرفض مؤقت و مع طول مدة العلاج بدون نتيجة و مع تقدم سن الزوجين قد يلجأ إلى هذا الحل في آخر المطاف ،لأنه عادة ما يكون اللجوء للتبني أو الكفالة بعد مرور سنوات طويلة من الزواج.

- الكفالة حل مرفوض و غير مرغوب فيه أكثر من التبني ، فالأغلبية لم يفكروا في هذا الحل و هذا راجع لأسباب عدة فلقد بلغت نسبة الرفض 79.6 %.

- بإضافة متغير الجنس وجدنا هناك إتفاق في الإجابة ، بحيث كانت أغلبية النسب في خانة الإجابة بلا عند الجنسين.

- هذا يدل على أن كل من التبني و الكفالة هي حلول بديلة مرفوضة من طرف العينة المدروسة و هذا ما يؤكد عدد الحالات القليلة ضمن العينة العامة التي قامت بكفالة أطفال ، بحيث بلغت (06) حالات فقط و بنسبة (02.4 %). وهذا قد يرجع إلى إنتشار طرق التلقيح الإصطناعي التي تحقق للأزواج الحصول على طفل شرعي.

- اللجوء للتلقيح الإصطناعي للحصول على طفل، توصلنا إلى أنه هناك إقبال كبير على هذه الطرق الحديثة بوجود هذه المراكز في الجزائر، فالأغلبية أجابت بأنهم موافقون على فكرة اللجوء لعمليات التلقيح الإصطناعي و هذا بنسبة بلغت (78 %) . بينما نسبة الرفض وصلت (20 %). و هذه الموافقة و الإقبال الكبيرين نسجلهم رغم العديد من الصعوبات و المشاكل التي قد تعيق الأزواج الذين يلجأون إلى هذا النوع من العلاج بمعنى أن اللجوء للتلقيح الإصطناعي هو حل مرغوب فيه بقوة من طرف العينة المبحوثة.

- و يتضح هذا القبول للفكرة ، بالإتفاق في إجابة الجنسين، بحيث وجدنا بأن نسبة المبحوثات الذين أجابوا بنعم (72.66 %) . في مقابل نسبة المبحوثين الرجال الذين أجابوا بنعم (86 %) . هناك تقارب و إتفاق كبيرين .
- فهو حل مرغوب فيه كفكرة تنتظر التنفيذ ، فالتلقيح الإصطناعي هو من الحلول البديلة المقبولة من طرف العينة المدروسة للحصول على طفل.
- فنظرا لأن أغلبية العينة المبحوثة سبب العقم فيها هم الرجال و نظرا لمختلف التصورات التي تسيطر على فكر هؤلاء المبحوثين على ضرورة الحصول على طفل شرعي ولو بطريقة غير طبيعية . فلقد توصلنا إلى أنه هناك تراجع عن اللجوء لحلول كالطلاق و تعدد الزوجات و التبني و الكفالة بينما هناك بالمقابل توجه كبير للطرق الإنجابية الإصطناعية أي للحلول العلمية التقنية.
- أما نوعية المشاكل التي قد تعرقل عملية اللجوء للتلقيح الإصطناعي، فلقد ركزت إجابات أفراد العينة المجيبة على مايلي:
- يعتبر العيش على أمل الإنجاب بالعلاج وفق طرق عديدة كما رأيناه سالفًا، من العوامل التي تجعل الأزواج يتأخرون في اللجوء إلى التلقيح الإصطناعي، و يعتبرونه آخر الحلول. و هذا التفكير قد يؤدي إلى أن حتى هذا الحل بعد فترة معينة يصبح غير ناجح ، خاصة إذا تعدى سن الزوجة 38 سنة.
- كما نجد تكرار ذكر الصعوبات المادية، لأن الأدوية التي تسبق الخضوع لعمليات التلقيح أو التخصيب والعملية في حد ذاتها خاصة إذا لم تنجح من المحاولة الأولى ، تتطلب مبالغ مادية معتبرة و هذا مشكل يعاني منه أغلبية الأزواج الذين ضمتهم عينة الدراسة.

- من العراقيل كذلك أن حظوظ نجاح هذه العمليات من المحاولة الأولى قليلة و كلما فشلت المحاولة كلما تجدد بعدها أمل آخر في أن المحاولة الثانية سوف تنجح و هذا يتطلب متابعة و فحوصات جديدة و مبالغ مالية جديدة و هكذا.

- هناك عوامل أو عراقيل، خاصة بقيم و تصورات إجتماعية تحول دون اللجوء لهذه الطريقة للحصول على طفل فنظرة المجتمع لهذا الطفل مستقبلا قد تحول دون لجوء الأزواج لهذه الطريقة، و هناك كذلك من يشك في بنوة هذا الطفل و عدم تقبل العائلة لهذه الطريقة، و هناك من يرى بأنه حرام و لو أن هذه الفئة قليلة جدا.

- لكن رغم كل هذه المشاكل التي تعترض الأزواج، إلا أنه يعتبر الحل الأمثل الذي أصبح يلجأ إليه معظم الأزواج الذين لم يستطيعوا الإنجاب بطريقة طبيعية، و هو باب الأمل الذي فتح للمئات من الأزواج العقيمين في الجزائر ، و هذا بانتشار هذا النوع من المراكز الخاصة بالإنجاب عن طريق المساعدة الطبية بمختلف طرقه ووسائله و لكنه يطرح العديد من المشاكل .

- أما بالنسبة لمدى التكفل بالأزواج العقيمين في المجتمع الجزائري، فلقد توصلنا إلى أنه ليس هناك أي نوع من الإهتمام أو التكفل بهؤلاء الأزواج الذين يمثلون نسبة معتبرة في الجزائر ، فأغلبية العينة المدروسة إن لم نقل كلها تؤكد على أنه لا يوجد أي رعاية أو تكفل من أي كان ، و من أي نوع كان ولقد تعدد ذكر مظاهر عدم التكفل، و التي يتفق الجنسيتين على ذكرها .

فهذه الفئة تعاني من الحرمان من نعمة الأطفال ، و تعاني من حرمانها من الإهتمام بها في المجتمع . هذا الإهتمام بأشكاله و وسائله و إستمراريته و فاعليته نحو هذه الفئة يمكننا من تصور مكانتهم إنطلاقا من محددات وضعيتهم داخل المجتمع .

إقتراحات و توصيات

سمحت لنا الدراسة الميدانية بالتوصل إلى جملة من الإقتراحات نوردتها كما يلي :

(1) إن تعدد الطروحات و المقاربات المتعلقة بالموضوع تفرض ضرورة تناولها ضمن البحوث و الدراسات العلمية الميدانية من طرف الباحثين و خلق نوع من التكامل بين مختلف التخصصات التي تهتم بدراسة هذا الموضوع .

(2) ضرورة إهتمام وسائل الإعلام بمشكلة العقم عند الأزواج في الجزائر .

(3) الإسراع بإنشاء مراكز الإرشاد النفسي لمساعدة الأفراد الذين يتلقون العلاج الطبي للعقم نظرا للحاجة الملحة للتأقلم مع الضغوط المترتبة على نظام الحياة اليومية للمريض لتعزيز أدوارهم من الناحية النفسية و الإجتماعية و الأسرية .

(4) تشجيع إنشاء جمعيات تتكفل بهذه الفئة من المجتمع بالتعاون مع السلطات المعنية و مراكز العلاج و توسيع تبادل الآراء و الخبرات مع جمعيات من العالم .

5) ضرورة اللجوء إلى الزواج المبكر للجنسين لأنه أضمن طريقة لعدم الإصابة بالعقم اللارادي .

أما التوصيات :

1) نوصي الزوج أن يقوم بفحوص و تحاليل قبل الزواج حتى يتفادى المشاكل فيما بعد.

2) نوصي الزوج العقيم بالتحلي بالصبر و الإيمان بالله و بالتطور العلمي السريع في ميدان علاج العقم .

فرغم أن العقم لدى الأزواج كان دائما ينظر له كمشكلة صغيرة لا تلفت الإنتباه حتى من جانب الدراسات العلمية ، إلا أننا نؤكد بأنها لم تعد كذلك لأن عدد المصابين بضعف الخصوبة و العقم المؤكد في إزدیاد بين الفئات العمرية من الجنسين مما سيؤدي إلى طرح العديد من المشاكل و القضايا و الإهتمامات الجديدة على كل المستويات ، لذلك يجب عدم الإستمرار في تغييب وجود هذه الفئة من المجتمع لأنها أصبحت جديرة بالإهتمام من طرف كل المؤسسات المعنية ، و السلطات ، الجمعيات ... و كل من يهمهم الأمر .

خاتمة

بعد عرضنا للجانب النظري و التطبيقي للدراسة و النتائج المتوصل إليها حول وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري ، يمكن أن نخلص إلى أن هذه المشكلة البيولوجية ذات الأبعاد الإجتماعية و الثقافية وفق التصورات المؤسسة حولها ، وبالنظر للتغيرات التي يشهدها المجتمع نتيجة للعديد من العوامل ، قد أدى إلى تغير الذهنیات بخصوص العديد من الظواهر و المشاكل و القضايا و من بينها الحكم على الجسد العقيم و إقترابها من التفسيرات الموضوعية . بحيث لم تصبح تحدد مكانة الزوجين من خلال قدرتهم على تأدية وظيفة الإنجاب .

المبحث الأول

، لأن الإصابة بالعقم أصبح يعتبر مرض كبقية الأمراض التي تصيب الجنسين و تستدعي العلاج ، فالرهان اليوم ليس على الشخص العقيم بل على جسده .

بالتالي فإن العلاقات التي تربط بين الرجل و المرأة لم تعد تحدد بالوظيفة الإيجابية فقط، فالرغبة الجنسية و تلبيتها و الحب المتبادل هو شاهد على التلاحم بين مخلوقين مختلفين و هذا الحب و المودة و الرحمة يعوض عدم وجود الأطفال ، و يكون في حالة إيجابهم ثمرة له .

و هذا ما يؤكد عدم ارتباط مكانة المرأة في المجتمع الآن بدور جسدها في المجال الإجتماعي من خلال وظيفة الإيجاب فقط ، و هذا يدل على أنه هناك وعي من طرف النساء كذلك في طبيعة العلاقة التي تربطها بجسدها أكان خصبا أو عقيما ، مما أدى إلى تغير سلطة الرجل الجنسية على المرأة بحيث أصبحت عملية مخططة لها قوانينها النفسية و الإنسانية .

و نظرا لهذا الوعي المتبادل بين الطرفين الأساسيين في العملية الإيجابية و نظرا للعلاقة القوية التي تربطهما هذا ساعد هم على التخفيف من وقع المشاكل و الضغوطات و المعاناة الإجتماعية .

باعتبار العقم من الأمراض التي تصيب الجنسين ، و نظرا للعديد من العوامل خاصة تطور الطب المختص فلقد تم كسر و تحدي بعض المحظورات التي كانت تحيط بعقم الرجل ، بحيث أكدت مختلف الدراسات و الإحصائيات أن أغلبية حالات العقم سببها الرجال و ليس النساء كما هو شائع في مجتمعنا .

و يمكن اعتبار هذه الحقيقة العلمية من الأسباب الرئيسية في إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين والتفكير في اللجوء إلى حلول للحصول على طفل بدون اللجوء للطلاق أو تعدد الزوجات .

و لقد توصلنا من خلال دراستنا إلى تراجع في الجوع لبعض الحلول الإجتماعية و الإنسانية التي تحافظ على إستمرار العلاقة الزوجية ، كالتبني و الكفالة و الإقبال على الحلول التقنية أي التلقيح الإصطناعي للحصول على طفل شرعي ولو بطريقة غير طبيعية . هذا الأمل الذي قد تطول مدة تحقيقه و قد لا يتحقق في أغلب الحالات مما يؤدي إلى إصابة الزوجين خاصة المرأة بمشاكل نفسية حادة .

فالمعاناة الإجتماعية خفت لكن المعاناة النفسية لازالت شديدة الحدة لأن الأمومة و الأبوة من أقوى الغرائز لدى البشر ، و لما كانت بهذه القوة كان الحرمان منها شديد القسوة على المرأة خاصة بحيث تشعر بأنها حرمت من أهم خصائصها كإمرأة .

فقد لا نلتفت إلى هذه المعاناة ، و قد لا تلفت هذه الظاهرة أي (العقم عند الأزواج) إنتباهنا إذا قورنت بالمشاكل التي يعانيتها مجتمعا و الحقيقة غير ذلك فالمشكلة باتت تكبر وتعظم و ما يدل على ذلك إرتفاع نسبة العقم في العالم بحيث وصلت 15 % و إرتفعت نسبة عقم الرجال إلى 20 % .

فالعقم مشكلة لا يخفت من حدتها إلا الإيمان بالقضاء و القدر خاصة مع مرور الزمن و تقدم سن الزوجين و زيادة الشعور بأن حرمانهما من الإنجاب قدر لا مفر منه إلا إن شاء الله غير ذلك .

(1) المراجع

- 1 (الأشقر عمر سليمان ، علم السحر و الشعوذة ، 1989.
- 2 (حسين فضل الله و آخرون ، الإستنساخ ، جدل العلم و الدين و الأخلاق ، ط1 ، دار الفكر
دمشق و دار الفكر المعاصر ، بيروت ، 1997 .
- 3 (الخياط عبد العزيز ، حكم العقم في الإسلام ، المغرب ، 1981 .
- 4 (دياب فوزية ، القيم و العادات الإجتماعية ، مع بحث ميداني لبعض العادات الإجتماعية
دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت ، 1980
- 5 (الساعاتي سامية حسن ، السحر و المجتمع ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، 1983 .
- 6 (السعداوي نوال ، الأنثى هي الأصل ، ط4 ، مكتبة مدبولي ، القاهرة ، 1983 .
- 7 (السبيعي عدنان ، سيكولوجية الأمومة ، الشركة المتحدة للتوزيع ، بيروت ، 1975 .
- 8 (سبيرو فاخوري ، العقم عند الرجال و النساء ، أسبابه و علاجه ، ط4 ، بيروت ، 1984 .
- 9 (الصايم محمد ، بإسم الله أرقبك ، منشورات دحلب ، 1992 .

10 (طوالي نور الدين ، الدين و الطقوس و التغيرات ، ط1، منشورات عويدات ، بيروت ، 1988

11 (عمران عبد الرحيم ، تنظيم الأسرة في النظام الإسلامي، صندوق الأمم المتحدة للسكان ، نيورك , 1994

12 (عبد الخالق حسن يونس ، عقم الرجال بين الإسلام و الطب في 139 سؤال و جواب ، الدار العربية للعلوم ، مصر ن 1998 .

13 (عيسوي عبد الرحمان ، علم النفس التربوي وفقا للتصور الإسلامي و العلمي ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت ، 1993 .

14 (عيسوي عبد الرحمان ، العلاج النفسي ، دار النهضة ، لبنان ، 1994 .

15 (الغدور أحمد ، الطلاق في الشريعة الإسلامية ، بحث مقارن ، دار المعارف ، مصر 1967.

16 (قنديلجي عامر إبراهيم ، البحث العلمي و إستخدام مصادر المعلومات ، دار الشؤون الثقافية العامة بغداد ، 1993 .

- 17) ليوس نجيب ، الطريق الصحيح لتشخيص العقم ، ط2 ، الأردن ، 2002 .
- 18) محمود إبراهيم ، الجنس في القرآن ، رياض الرايس للكتب و النشر ، بيروت ، 1994 .
- 19) محمد عز الدين توفيق ، التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية ، البحث في النفس الإنسانية في المنظور الإسلامي ، ط1 ، دار السلام ، 1988 .
- 20) مصطفى عبد المنعم ، الأمراض الجلدية و التناسلية ، المؤسسة العربية للدراسات و النشر ، بيروت 1978.

- 1) **ABRIC - JEAN - CLAUDE** ; Pratiques sociales et représentations. P. U . F ; Paris . 1994 .
- 2) **BOUTEFNOUCHET- MOSTEFA** ; La famille algérienne ; Evolution et caractéristiques Récentes . SNED ; Alger . 1979.
- 3) **BOUHDIRA – ABDELWAHAB** ; La sexualité en islam . P .U.F.Paris.1979
- 4) **BEN SLAMA – FETHI ; ET TAZI NADIA** ; La virilité en islam . ED : De l'AUBE . Paris . 1998
- 5) **BADINTER – ELIZABETH** ; L'un et l' autre des relations entre hommes et femmes . ED : ODILE JACOB. Paris . 1986
- 6) **BOURG – CLAUDINE** ; Parent et enfant de la procréation ; Réflexion psychologique à propos d'un parcours médicale : La pensée et les hommes , Les nouvelles familles – ED : De L'université De BRUXELLES. 1966
- 7) **BRUSSET - F** ; Psychanalyse et psychothérapie . E.M.C . Paris .1987
- 8) **CHEBEL – MALEK** ; Le corps dans la tradition au Maghreb . P.U.F , Paris . 1984
- 9) **CHEBEL – MALEK** ;L'histoire de la circoncision , Des origines à nos jours . ED : LE NADIR . BALLAD . Paris .1992
- 10) **CHANTREAU – GERMAINE LAOUST** ; Kabylie coté femmes , La vie féminine à Ait – Hichem 1937 – 1939 , ED : SUD. 1990

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية المبحث الأول

- 11) **DUJARDIN LACOSTE - CAMILLE** ; Des mères contre les femmes , Maternité et patriarcat au Maghreb . ED : La decouverte . Paris . 1985
- 12) **DEUTSCH – HELENE** ; La psychologie des femmes , 2- Maternité . P.U.F . Paris . 1949
- 13) **DECHEMIA – DIDIER** ; Les dépressions de la prévention à la guérison .ED : DAHLEB . 1995
- 14) **DERIDDER – GUIDO** ; Du coté des hommes à la recherche de nouveaux rapports avec les Femmes . ED : L’HARMATTAN . Paris . 1982
- 15) **FRASSER- L- M** ; Stress et satisfaction au travail . Genève . 1981
- 16) **GASTELLAN – YVONNE** ; Psychologie de la famille .ED : PRIVAT . Toulouse .1993
- 17) **GEORGIN- M ; GENEIREVE –D ; ET MAGERE – A** ; La maternité . ED : Masson .Paris .
- 18) **HERBAVT - M – BUVAT** ; L’abord du couple infertile . Paris . 1990
- 19) **MERABET – FADILA** ; La femme algérienne suivie par les Femmes . Nouvelle Edition . Françoise – Maspiro . Paris . 1979
- 20) **MINCE – JULIETTE** ; La femme dans le monde arabe . ED : Mazarine . 1980
- 21) **PIGARD - P – MAYER - K** ; La gestion des ressources humaines . P.U.F. Paris . 1979

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية المبحث الأول

22) POTTIER – RENE ; Initiation à la médecine et à la magie en Islam . ED : Fernauld Sarlot .Paris . 1939

23) R- PERRON ; Genèse de la personne .P.U.F. Paris . 1985

24) ROUSSEL – LOUIS ; La famille incertaine ; ED : Odile Jacob . Paris . 1989

25) ROUACH – DAVID ; Imma , ou rites , coutumes , et croyances chez la femme Juive d’afrique du nord . ED : Maisonneuve . Paris . 1990

26) TADJROUNI - A ; et F- LE ROY ;. La fécondation IN VITRO dans l’espèce humaine
O. P.U ; Alger .1993

27) SAUVE – MATHIEU – ROBERT ; L’ethique et le Fric de la naissance à la mort, La science prend le contrôle de nos vies . V. L. B . ED : Canada .2000

28) VERDIER – PIERRE ; L’adoption aujourd’hui , Aspect psychologique problèmes . ED :
L’homme et La femme . Paris . 1978

2 (المجلات و الحوليات و التقارير

- 1 (مجلة الإسلام اليوم ، المنظمة الإسلامية للتربية و العلوم و الثقافة ، إيسيسكو ، نوفمبر 1986 .
- 2 (المجلة العربية ، العدد 112 ، ديسمبر 1987 .
- 3 (مجلة العربي ، العدد 429 ، لسنة 1994 . و العدد 493 ، ديسمبر 1999 .
- 4 (حوليات جامعة الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر
- 5 (صندوق الأمم المتحدة للسكان و معهد غوتماتشر آلان ، نيويورك ، 1996 (تقرير)

Revues

- 6) Contraception , Fertilité, Sexualité, N° 11 – Novembr 1978. PARIS .
- 7) Travail, Genre et société. N° 03 – Mars – 2000
- 8) Population et société , N° 359 – Juillet – Aout 2000 .
- 9) Santé ; Mensuelle d'information Médicale , N° 5- Novembre ; 2003
- 10) Colloque international , Genre , population, et développement en Afrique . ABIDJAN du 16- 21 Juin 2001 .
- 11) Ministère de la santé , Enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002

3) الدراسات غير المنشورة

- 1) بوتكة كمال ، بين الطبيب و الطالب ، مذكرة ليسانس في علم الإجتماع، جامعة الجزائر ، 87 / 1988 .
- 2) بوكابوس رابح ، كمال قريح ، عزالدين بايلة ، الطب الشعبي و العلاج النفسي ، مذكرة ليسانس في علم النفس ، جامعة الجزائر . 88 / 1989 .
- 3) عويشات صليحة و مسلم و فاء ، جيت أنشوف ، مذكرة ليسانس في علم الإجتماع ، جامعة الجزائر 85 /- 1986 .

4) ZERARI - HAYET , Quête et enjeux de la maternité au Maroc . Thèse de Doctorat en anthropologie sociale et ethnologie -Université de l'Ille III . Juin 1993 .

5) CHAKIB AZIZA , Stérilité du couple et fécondation In-Vitro . Mémoire de Maîtrise en linguistique – Université de la Sorbonne Nouvelle . PARIS III . 1995 .

6) LUTZ- DOMINIQUE — ; Le statut symbolique de la femme au Mali , Le statut procuré par la maternité est – il seul que Les femmes Maliennes Puissent envisager ? Thèse de Doctorat 3^{ème} cycle en Psychologie . Université de Louis Pasteur . Strasbourg. Juillet , 1978.

4 المعاجم

- 1 (أمين أحمد ، قاموس العادات و التعابير المصرية ، مطبعة الجنة ، 1953 .
- 2 (محمد عاطف غيث ، قاموس علم الإجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية , مصر ، 1989

(1) الخبر ، جريدة يومية وطنية مستقلة بالعربية ، العدد 4636 . السبت 25 - 02 - 2006 .

العدد 3289 - الأحد 07 - أكتوبر 2001 .

(2) جريدة البلاد ، العدد 551 . 29 - 08 - 2001 .

6) مواقع الأنترنت

- 1) الأسباب النفسية للعدم ، إداعة الإيمان – على موقع google بالعربية ، 2006
- 2) محمد المهدي ، الآثار النفسية للعدم عند النساء ، منتديات أفق العرب ، جامعة الأزهر موقع . 2006 ; google .com
- 3) ناديا التميمي ، العقم وفق آراء شرعية و إجتماعية و نفسية و طبية ، صحيفة الجزيرة ، ط1 ، العدد 1011 – السبت 04 – جوان 2000 – صفحة التحقيقات ، على موقع google بالعربية .
- 4) الشيخ زياد عزام ، العقم و فشل الحمل ، شبكة الطب الروحاني ، على موقع google بالعربية 2006
- 5) صاحب الربيعي ، تداعيات إمراة في الزواج و الإنجاب ، الحوار المتمدن ، العدد 1424 ، 01-8 – 2006
- 6) جمعة الخولي ، التعدد علاج يقدمه الإسلام ، مكتبة مشكاة الإسلامية ، www .almeshket .net. /books/ open. Php cat . google .com
- 7) www .fwordoflifekalima al–hayat.2006- google .
- 8) FEILLET- BRONO, Ethique familiale et sexualité , www.f:01régulationdesnaissances, avrill 2005- google.fr
- 9) EL – AADDOUNI - HOUDA , Sterilité au féminin, Enjeux du corps, Enjeux de la mémoire . P 62 . IN : Face A Face , UB2 – Société , Sante , Développement . http:// www.ssd – u – bordeaux .fr–10 – 09 – 2006 .
- 10) Report of a meeting on medical , ethical , an social , of assisted reproduction .Genève – Switzelland . 17 – 21 09/ 2001.p 256 .www . google . fr

11) LAGARDE - DOMINIQUE, MOUNIA DAUDI , BAYA GACEMI , Femmes du Maghreb –
Les nouveaux choix des femmes – ALGERIE , TUNISIE , MAROC . L'EXPRESS – DOSSIER 23 /
01 / 2003 . yahoo. fr .

12) DAUVIN - MICHEL, L'adoption – yahoo .fr .

13) www. domar . com . 2003- google .

14)- www . EL – WATAN . 12 / 01 / 2005 .

(7) المقابلات

1) مقابلة مع السيدة : قزادري ، طبيبة نفسانية و أستاذة بجامعة الجزائر . 10 أفريل
. 2004 .

2) مقابلة مع السيدة كداد نسيمة ، مديرة بمديرية السكان بوزارة الصحة و السكان .
2006 – 03 – 26

3) مقابلة مع السيد أمقران كمال ، مدير مصلحة الدراسات بوزارة الصحة و السكان
. 2006 – 03- 26 .

4) مقابلة مع الدكتور شريف ندير ، مدير مصلحة فريال للإنجاب بالمساعدة الطبية
، باب الزوار

5) مقابلة مع المحامية ش - نصيرة . العاصمة ، 28-01-2006 .

جامعة الجزائر

كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم علم الإجتماع

إستمارة بحث حول موضوع أطروحة دكتوراه بعنوان :

وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري

دراسة وصفية تحليلية لعينة من الأزواج العقيمين

ملاحظة : هذه الإستمارة تحتوي على مجموعة من الأسئلة موجهة للأزواج و الزوجات الذين لم ينجبوا أطفالا لمعرفة وضعيتهم و مكانتهم في المجتمع الجزائري .

ما نرجوه منكم هو الإجابات الصريحة و الصادقة و الكاملة على كل الأسئلة من فضلكم لمساعدتنا على إنجاز و إنجاح هذا العمل العلمي.

تنبيه :

- ضع علامة (+) في الخانة المناسبة للإجابة .
- هناك بعض الأسئلة يمكن أن تختار لها أكثر من إجابة
- يمكن أن تضيف إجابة غير مقترحة حسب تصورك الخاص .

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

- يمكن أن تكتب خلف الورقة إذا كانت المساحة المخصصة للإجابة غير كافية

.

-

شكرا .

من إعداد الطالبة : سبتي رشيدة

2006 - 2005

-1 معلومات شخصية :

1-1 الجنس : 1-1-أ ذكر

2- 1 السن : 2-1-أ سن الزوج :

2-1-ب سن الزوجة :

3-1 المستوى التعليمي :

1-3-1 المستوى التعليمي للزوجة :

2-3-1 المستوى التعليمي للزوج :

4-1 المهنة : 1-4-1 مهنة الزوجة :

2-4-1 مهنة الزوج :

5-1 أذكر سنة الزواج

6-1 بالنسبة للزوج هل هو زواجه الأول ؟ 1-6-1 م لا

3-6-1 إذا كانت الإجابة بلا فكم مرة تزوج ؟ ولماذا أعاد الزواج ؟
.....

4-6-1 بالنسبة للزوجة هل هو زوجها الأول ؟ 6-1 عم لا 4-6-1

5-6-1 إذا كانت الإجابة بلا فلماذا أعادت الزواج ؟
.....
.....

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

.....
□ ...

7-1 هل تم زواجك بطريقة : 1-7-1 تقليدية أي تعارف بين الأسرتين

□ هناك علاقة قرابة بينكما 2-7-1

3-7-1 كان هناك تعارف بينكما قبل الزواج ؟ 1-3-7-1 نعم □ لا □ 3-7-1

4-7-1 كانت هناك علاقة حب بينكما : 4-7-1 أ □
8-1 هل أقدمت بعد الزواج مع : 1-8-1 مع والدي □ زوج □
كم دامت المدة؟

2-8-1 في سكن مستأجر □
3-9-1 فترة مع والدي الزوج ثم في سكن مستقل □

9-1 ما هي المدة التي إتفقتم على الإنجاب فيها بعد الزواج ؟

□

1-9-1 من السنة الأولى للزواج

□

2-9-1 من السنة الثانية للزواج

□

3-9-1 من السنة الثالثة للزواج فما فوق

10-1 كم من طفل خططتم لإنجابهم ؟

□

1-10-1 طفل واحد

□

2-10-1 طفلان

□

3-10-1 ثلاثة أطفال

□

4-10-1 أربعة أطفال فأكثر

11-1 هل راودتك قبل الزواج فكرة العقم ؟ 1-11-1 م □ لا □ 1-11-1

..... لماذا ؟

2- طقوس الخصوبة الممارسة للوقاية من العقم :

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

1-2 هل قمتم بعادة حناء العروسين ليلة الزفاف ؟ 1-2 نعم لا

2-2 هل يعتبر إستعمال الحناء للعروسين ليلة الزفاف :

1-2-2 عادة يجب الحفاظ بها

2-2-2 وسيلة للوقاية من .

3-2 هل تعتقدون في فاعلية ممارسة عادة الحناء للوقاية من العقم ؟

1-3-2 نعم لا 2-3-2

3- تأخر الحمل و بداية المعاناة مع الذات و مع المجتمع :

1-3 متى بدأ يراوكم الشك بأنه هناك تأخر في حدوث الحمل ؟

1-1-3 من الأشهر الأولى للزواج

2-1-3 من السنة الأولى للزواج

3-1-3 من السنة الثانية للزواج

4-1*3 من السنة الثالثة للزواج ما فوق .

2-3 من هو الأول الذي طرح مشكل تأخر الحمل ؟ أذكرهم بالترتيب

1-2-3 الزوج

2-2-3 الزوجة

3-2-3 الزوجين معا

3-3 و من المحيطين من هم :

1-3-3 أم الزوج

2-3-3 أب الزوج

3-3-3 أخت الزوج

4-3-3 أم الزوجة

5-3-3 أب الزوجة

4-3 من من الزوجين كان كثير الحديث على ضرورة إنجاب الأطفال ؟ أذكرهم

بالترتيب

1-4-3 الزوج

2-4-3 الزوجة

3-4-3 الزوجين معا

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الأول

5-3 هل أثر عدم إنجاب الزوجة للأطفال على علاقتها بأفراد عائلة الزوج؟

1-5-3 نعم

2-5-3 لا

6-3 كيف تحولت معاملتهم إتجاه الزوجة ؟ 3-6*1 إلى حسن

إلى الأسوأ 2-6-3

عادية جدا 3-6-3

7-3 هل كان هناك تدخل من طرف عائلة الزوج لمعرفة سبب عدم الإنجاب؟

1-7-3 نعم 2-7-3

8-3 إذا كانت الإجابة نعم فكيف كان نوع هذا التدخل؟ (يمكن أن تختار أكثر من إجابة)

1-8-3 عتاب و لوم للزوج

2-8-3 شتم للزوجة

3-8-3 إتهام الزوجة بالعدا

4-8-3 إتهام الزوج بالعقم

5-8-3 تحريض الزوج على إعادة الإنجاب

6-8-3 رفع معنويات الزوج

7-8-3 إقتراح ضرورة اللجوء للعلاج

8-8-3 إجابة أخرى أذكرها

9-3 كيف كان رد فعل الزوجة على هذه التدخلات و المعاملة؟

1-9-3 الإحساس بالقلق

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

- 2-9-3 الصبر على التهم
- 3-9-3 الإحساس بالنقص
- 4-9-3 عدم الإهتمام بما يقال
- 5-9-3 حب الزوج كان يغمرها لذلك لم تبالي
بما يقال
- 6-9-3 إجابة أخرى أذكرها :

3-10*10 كيف كان رد فعل الزوج على هذه التدخلات و المعاملة ؟

- 1-10-3 النصح بعدم الإهتمام
- 2-10-3 النصح بالصبر
- 3-10-3 يؤكد لها بأنه هو الراجح
- 4-10-3 زاد تمسكا بزوجه
- 5-10-3 إتهامه بالعم
- 6-10-3 إحتقار و شتم لها
- 7-10-3 التهديد بإعادة إراج
- 8-10-3 إجابة أخرى أذكرها :
- 11-3-1 هل أثرت هذه التدخلات على حياتك الزوجية ؟ نعم لا
- 11-3-2

3-12*12 هل أحسست أن حياتك الزوجية مهددة ؟

1-121-3 نعم لا لماذا ؟
.....

2-12-3 لا لماذا
.....

4- تفسير أسباب العقم لدى الزوجين و طرق العلاج :

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

1-4 من من الزوجين يعاني من عدم القدرة على الإنجاب ؟

أذكر المرض بالضبط الزوج 1-1*4

أذكر المرض بالضبط الزوجة 2-1-4

أذكر المرض بالضبط الزوجان 3-1-4

2-4 ما هي مختلف الأسباب التي فسروا بها عدم قدرتكما على الإنجاب ؟

أسباب مرضية عضوية 1-2-4

بسبب سحر 2-2-4

لم يجدوا له تفسيراً 3-2-4

5 مسيرة العلاج بين الطب الحديث و الطب التقليدي :

1-5 منذ متى بدأتكم العلاج ؟

من الشهور الأولى للزواج 1-1-5

من السنة الأولى للزواج 2-1-5

من السنة الثانية للزواج 3-1-5

من السنة الثالثة للزواج 4-1-5

2-5 متى بدأ الزوج العلاج ؟

من بدأ العلاج هو الأول : 2-5 أ ب ج د 2-5 ب الزوجة

2-2-5 كم تأخر الزوج عن بدأ العلاج مقارنة بالزوجة ؟

3-2-5 يتم العلاج عند الزوجين معاً في نفس ت

3-5 هل بدأتكم العلاج بالطب :

الحديث 1-3*5

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

2-3-5 التقليدي

3-3-5 بالطب الحديث ثم التقاليد

4-3-5 بالطب الحديث و التقليدي في نفس وقت

5-3-5 هل عالجتم بالرقية الشرعية ؟ 5- نعم زوج لزوج
كيف تتم العملية ؟
.....

5-3-5 ب

4-5 هل زارت (الزوجة) من أجل الإنجاب :

1-4-5 الأولياء الصالحين ؟ 1-4-5 م 1-4-5

2-4-5 العرافات أو (الشوافات) ؟ 1-2-4-5 م 2-2-4-5

3-4-5 هل ذهبت للطالب ؟ 1-3-4-5 لا 3-4-5
4-4-5 هل زارت بعض حمامات الصالحين ؟ 4-5 نعم 2- لا

5-5 هل زار الزوج من أجل الإنجاب ؟

1-5-5 الأولياء الصالحين ؟ 1-5-5 نعم 2-1-5-5
2-5-5 هل زار (الزوج) العرافات الشوافات لمعرفة سبب العقم ؟

1-2-5-5 نعم 2- 2-5-5

3-5-5 هل زار الزوج (الطالب) من أجل الإنجاب ؟ 5-5 نعم لا
4-5-5 هل زار الزوج حمامات الصالحين من أجل الإنجاب ؟ 1- نعم

2-4-5-5 لا
6-5 هل عالجت الزوجة عند ساء المختصات بالعلاج التقليدي ؟

1-6-5 نعم 2-6-5

7-5 - هل الزوج مقتنع بضرورة العلاج : (يمكن إختيار أكثر من إجابة)

1-7- 5 بالطب الحديث

2-7-5 بالطب التقليدي

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

3-7-5 بالرقية الشرعية

4-7-5 لم يقتنع بكل طرق العقم

1-7-5 هل قام الزوج بزيارة طبيب مختص لعلاج العقم ؟

1-1-7-5 ن 2-7-5 ب لا

لماذا.....

8-5 هل الزوج مقتنع بضرورة خضوع الرجل للعلاج في حالة تأخر

الإنجاب ؟

1*-8-5 ن 2-8-5 لا

1-8-5 إذا كانت الإجابة بلا فهل تم إقناعه للخضوع للعلاج ؟

1-8-5 بسهولة 2-8-5 بصعوبة

9-5 هل زرت الطبيب : 9-5-أ ع 9-5-ب بعد أن طلب

الطبيب ذلك مر وجتك ؟

10-5 في رأيكم لماذا يتهرب أغلبية الرجال من العلاج إذا تعلق الأمر

بمرض العقم ؟ (يمكن إختيار أكثر من إجابة)

1-10-5 لأنه لازالت تسود فكرة أن المرأة هي سبب العقم

2-10-5 لأنه مساس بشخصيته كرجل

3-10-5 لأنه شك و مساس برجولته و قدرته الجنسية

4-10-5 لأنه يتهرب من معرفة حقيقة ع

5-12-5 لأن الرجل لا يتقبل أن يكون ع

6-12-5 إجابة أخرى أذكرها :

5-11 مع طول فترة العلاج بدون نتيجة هل تغيرت معاملة الزوج لزوجته ؟

1-11-5 ن 2-11-5 ب

1-11-5 و هل تغيرت معاملة زوجتك لك ؟ 1-11-5 م كيف

أصبحت ؟

5-11-ب

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الأول

2-11-5 في حالة إثبات الطبيب بأنك أنت المصاب بالعقم فهل سوف تستمر في العيش مع زوجتك ؟

2-11-5 أ نعم لماذا ؟

2-11-5 ب لا لماذا ؟

3-11-5 و زوجتك هل سوف تستمر في العيش معك ؟ 3-11-5 نعم لماذا ؟

3-11-5 ب لا لماذا ؟

4-11-5 في حالة إثبات الطبيب بأن الزوجة هي العقيمة فهل سوف تستمر في العيش معها ؟

4-11-5 أ نعم لماذا ؟

4-11-5 ب لا لماذا ؟

5- 12 كيف تفسرون إستمرار الحياة الزوجية بين زوجة منجبة و زوج عقيم بعد إثبات الطب ذلك ؟ هل هو راجع إلى : (يمكن إختيار أكثر من إجابة)
(*

1-12-5 وفاء الزوجة للعشرة الز ية

2-12-5 التأكد بأن زوجها لن يتخلى عنها في هذه الأ ة

3-12-5 البقاء في البيت الزوجية مع زوج عقيم أحسن من العودة إلي البي والدين

4-12-5 هو نوع من التضحية

5-12-5 نظرا لعلاقة الحب التي ترب بينهما

6-12-5 الرضى بالزوج العقيم هو من الرضى و الإيمان بقضاء و قدره

5- 13 كيف تفسرون قبول زوج منجب العيش مع زوجة عقيمة بعد إثبات الطب ذلك ؟ 1-15-5 الو العشرة الزوجية

2-13- 5 الرضى بقضاء الله ته

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

- 3-13-5 قيمة الزوجة لا تقاس بإنجابها للأولاد فقط
- 4-13-5 الحب و الألفة بين الزوجين يؤدي إلى صعوبة التفاهل
- في الفراق
- 5-13-5 إجابة اخرى أذكرها :

14-5 حسب رأيكم ما هي العوامل التي ساعدت على أن يتقبل الزوج العيش مع زوجته أو العكس في حالة عقم أحدهما أو كلاهما؟

- 1-14-5 إرتفاع المستوى التعليمي
- 2-14-5 إنتشار وسائل الإعلام
- 3-14-5 عدم إرتباط قيمة الزوجين بالإنجاب فقط
- 4-14-5 إستقلال قرار الإنجاب عن بيطين
- 5-14-5 تطور الطب المختص و إعتبار العقم مرض ك الأمراض
- 6-14-5 إجابة أخرى أذكرها

-6 الحياة النفسية للزوجين العقيمين :

6-1-6 صف لنا حياتك اليومية و كيف تحس بما أنه ليس لكم أطفال ؟
(يمكن إختيار أكثر من إجابة)

- 1-1-6 الإحساس بالوحدة و الفرقة
- 2-1-6 الإحساس بالقلوب
- 3-1-6 الإحساس بالإحباط
- 4-1-6 الإحساس بالنقص
- 5-1-6 العيش على أمل الإنجاب
- 6-1-6 الإحساس بالروتين
- 7-1-6 الإحساس بعدم وجود السند عند
- 8-1-6 الإحساس بأن إسم العائلة مهدد
- 7-1-6 إجابة أخرى أذكرها :

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

7- من من الزوجين يخفي أحاسيسه و معاناته عن الآخر ؟ الزوج
لماذا ؟

2-7 الزوجة ماذا ؟

8 مكانة المرأة و الرجل العقيمين في الجزائر

1-8 هل هناك فرق بين مكانة المرأة العقيمة بين الماضي و الحاضر في مجتمعنا ؟

1-1-8 نعم لماذا ؟

2-1-8 لا لماذا ؟

2-8- حسب رأيك هل للمرأة في مجتمعنا حاليا قيمة و مكانة بدون أن تنجب أطفالا ؟

1-2-8 نعم كيف ؟

2-2-8 لا لماذا ؟

3-8 حسب رأيكم هل يمكن التصريح و الإعراف بعقم الرجل حاليا في مجتمعنا ؟

1-3-8 نعم لماذا ؟

2-3-8 لا لماذا ؟

4-8 حسب رأيكم كيف تقيم مكانة الرجل العقيم في مجتمعنا حاليا من خلال نظرة و حكم المحيطين به؟
.....

9- لجوء العقيم للبدائل للحصول على طفل :

1-9 ما هي الحلول البديلة التي فكرتم اللجوء إليها للحصول على طفل ؟

1-1-9 التبني : 1-1-9 أ نعم فكم من طفل تبنيتم؟

في أي سنة تم ذلك ؟

1-1-9 ب فما هي الموانع : 9- أ دينية (لأ برام)

9- ب إجتماعية (رفض العائلة)

9- ج قانونية (صعوبات قلبية)

9-د نفسية لأنه ليس كالإبن الش ي
9- أ أو الخوف من عدم تقبل المجتمع تقبلا

9-ه الخوف من عدم التكفل به كما يجب

9-ع إجابة أخرى أذكرها

9-2 الكفالة : 1-2-9 نعم فكم من طفل تكفلتم به ؟
- و هل هم من الأقارب وفي أي سنة تم ذلك ؟

.....

9-2-2 لماذا ؟
أو ما هي الموانع ؟

9-3 التلقيح الإصطناعي : 1-3-9 هل قمتم بالعملية و كيف كانت النتيجة ؟ و من الزوجين هو الذي أجرى العملية ؟

- في أي سنة تم ذلك ؟ و في أي مستشفى أو مصحة

.....

9-2-3 ما هي العراقيل : 9-3-أ صعوبات دية
9-3-ب حظوظ النجاح قليلة
9-3-ج عدم تقبل الزوج الطريقة
9-3-د عدم تقبل العائلة لهذه الطر
9-3-ه الشك في بنوة هذا الطن
9-3-ط أنواع دينية

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الأول

9-3-3 موانع صحية

9-3-3-ز إجابة أخرى أنكرها :

9-4- لم يفكروا في أي حل بين لماذا ؟

9-5 هل هناك تكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر ؟ نعم

9-5-2 كيف ؟

لماذا ؟

9-6 هل تقترح بعض الأسئلة أو المعلومات التي ترى لها علاقة بالموضوع و لم نتطرق إليها ؟

جامعة الجزائر
كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم علم الاجتماع

إستمارة بحث حول موضوع أطروحة دكتوراه بعنوان :

وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري
دراسة وصفية تحليلية لعينة من الأزواج العقيمين

ملاحظة : هذه الإستمارة تحتوي على مجموعة من الأسئلة موجهة للأزواج و الزوجات الذين لم ينجبوا أطفالا لمعرفة وضعيتهم و مكائنتهم في المجتمع الجزائري .

ما نرجوه منكم هو الإجابات الصريحة و الصادقة و الكاملة على كل الأسئلة من فضلكم لمساعدتنا على إنجاز و إنجاح هذا العمل العلمي.

تنبيه :

- ضع علامة (+) في الخانة المناسبة للإجابة .
- هناك بعض الأسئلة يمكن أن تختار لها أكثر من إجابة
- يمكن أن تضيف إجابة غير مقترحة حسب تصورك الخاص .
- يمكن أن تكتب خلف الورقة إذا كانت المساحة المخصصة للإجابة غير كافية
- .
-

شكرا .

من إعداد الطالبة : سبتي رشيدة

2006 - 2005

-2 معلومات شخصية :

1-1 الجنس : 1-1-أ أنثى

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

2-1 السن : 2-1-أ سن الزوج :

2-1-ب سن الزوجة :

3-1 المستوى التعليمي :

1-3-1 المستوى التعليمي للزوجة :

2-3-1 المستوى التعليمي للزوج :

4-1 المهنة : 1-4-1 مهنة الزوجة :

2-4-1 مهنة الزوج :

5-1 أذكر سنة الزواج

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الأول

6-1 بالنسبة للزوج هل هو زواجه الأول ؟ 1-6-1 لا 1

3-6-1 إذا كانت الإجابة بلا فكم مرة تزوج ؟ ولماذا أعاد الزواج ؟
.....؟

4-6-1 بالنسبة للزوجة هل هو زوجها الأول ؟ 6-1 نعم لا 4-6-1
6-1-5 إذا كانت الإجابة بلا فلماذا أعادت الزواج ؟

.....
....

7-1 هل تم زواجك بطريقة : 1-7-1 تقليدية أي تعارف بين الأسرتين
2-7-1 هناك علاقة قرابة بينكما

3-7-1 كان هناك تعارف بينكما قبل الزواج ؟ 1-3-7-1 نعم لا 3-7-1

4-7-1 كانت هناك علاقة حب بينكما : 4-7-1 أ ب 4-7-1
8-1 هل أقمتم بعد الزواج مع : 1-8-1 مع والدي زوج كم دامت المدة
.....؟

2-8-1 في سكن مستأجر
3-9-1 فترة مع والدي الزوج ثم في سكن مستقل

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

9-1 ما هي المدة التي إتفقتم على الإنجاب فيها بعد الزواج ؟

1-9-1 من السنة الأولى للزواج

2-9-1 من السنة الثانية للزواج

3-9-1 من السنة الثالثة للزواج فما فوق

10-1 كم من طفل خطتكم لإنجابهم ؟

1-10-1 طفل واحد

2-10-1 طفلان

3-10-1 ثلاثة أطفال

4-10-1 أربعة أطفال فأكثر

1-11-1 لا

11-1 هل راودتكم قبل الزواج فكرة العقم ؟ 1-11-1 م

لماذا؟.....

2- طقوس الخصوبة الممارسة للوقاية من العقم :

1-2 لا

1-2 هل قمتم بعادة حناء العروسين ليلة الزفاف ؟ 1-2 نعم

2-2 هل يعتبر إستعمال الحناء للعروسين ليلة الزفاف :

1-2-2 عادة يجب الحفاظ بها

2-2-2 وسيلة للوقاية من العقم .

3-2 هل تعتقدون في فاعلية ممارسة عادة الحناء للوقاية من العقم ؟

2-3-2

1-3-2 نعم

3- تأخر الحمل و بداية المعاناة مع الذات و مع المجتمع :

1-3 متى بدأ يراودكم الشك بأنه هناك تأخر في حدوث الحمل ؟

1-1-3 من الأشهر الأولى للزواج

2-1-3 من السنة الأولى للزواج

3-1-3 من السنة الثانية للزواج

4-1*3 من السنة الثالثة للزواج ما فوق .

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

5-3 من هو الأول الذي طرح مشكل تأخر الحمل ؟ أذكرهم بالترتيب

- الزوج 1-2-3
 الزوجة 2-2-3

الزوجين معا 3-2-3

6-3 و من المحيطين من هم :

أم الزوج 1-3-3

أب الزوج 2-3-3

أخت الزوج 3-3-3

أم الزوجة 4-3-3

أب الزوجة 5-3-3

7-3 من من الزوجين كان كثير الحديث على ضرورة إنجاب الأطفال ؟ أذكرهم

بالترتيب
الزوج 1-4-3

الزوجة 2-4-3

الزوجين معا 3-4-3

5-3 هل أثر عدم إنجاب الزوجة للأطفال على علاقتها بأفراد عائلة الزوج ؟

نعم 1-5-3

لا 2-5-3

6-3 كيف تحولت معاملتهم إتجاه الزوجة ؟ 1-6*3 إلى أحسن

إلى الأسوأ 2-6-3

عادية جدا 3-6-3

7-3 هل كان هناك تدخل من طرف عائلة الزوج لمعرفة سبب عدم الإنجاب ؟

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

2-7-3 نعم 1-7-3

8-3 إذا كانت الإجابة نعم فكيف كان نوع هذا التدخل؟ (يمكن أن تختار أكثر من إجابة)

1-8-3 عتاب و لوم للزوجة

2-8-3 شتم للزوجة

3-8-3 إتهام الزوجة بالعداوة

4-8-3 إتهام الزوج بالعقم

5-8-3 تحريض الزوج على إعادة الزواج

6-8-3 رفع معنويات الزوج

7-8-3 إقتراح ضرورة اللجوء للعلاج

8-8-3 إجابة أخرى أذكرها

9-3 كيف كان رد فعل الزوجة على هذه التدخلات و المعاملة؟

1-9-3 الإحساس بالقلق

2-9-3 الصبر على التهم

3-9-3 الإحساس بالنقص

4-9-3 عدم الإهتمام بما يقال

5-9-3 حب الزوج كان يغمرها لذلك لم تبالي
بما يقال

6-9-3 إجابة أخرى أذكرها :

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

3-10* كيف كان رد فعل الزوج على هذه التدخلات و المعاملة ؟

1-10-3 النصح بعدم الإهتمام 3-10-5 إتهام العقم

2-10-3 النصح بالصبر 3-10-6 إحتقار و شتم لها

3-10-3 يؤكد لها بأنه هو الذي 3-10-7 التهديد بإعادة راج

4-10-3 زاد تمسكا بزوجة 3-10-8 إجابة أخرى أذكرها :

3-11-11 هل أثرت هذه التدخلات على حياتك الزوجية ؟ نعم لا
3-11-12 لا

3-12* هل أحسست أن حياتك الزوجية مهددة ؟

1-121-3 نعم لماذا

.....؟

2-12-3 لا

.....لماذا

4- تفسير أسباب العقم لدى الزوجين و طرق العلاج :

4-1 من من الزوجين يعاني من عدم القدرة على الإنجاب ؟

4-1-1 الزوج أذكر المرض بالضبط

4-1-2 الزوجة أذكر المرض بالضبط

4-1-3 الزوجان أذكر المرض بالضبط

4-3 ما هي مختلف الأسباب التي فسروا بها عدم قدرتكما على الإنجاب ؟

4-2-1 أسباب مرضية عض

4-2-2 بسبب سحر

4-2-3 لم يجدوا له تفسير

5 مسيرة العلاج بين الطب الحديث و الطب التقليدي :

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

1-5 منذ متى بدأت العلاج ؟

1-1-5 من الشهور الأولى للزواج

2-1-5 من السنة الأولى للزواج

3-1-5 من السنة الثانية للزواج

4-1-5 من السنة الثالثة للزواج

2-5- متى بدأ الزوج العلاج ؟

1-2-5 من بدأ العلاج هو الأول : 2-5 أ ج ب-2-5 الزوجة

2-2-5 كم تأخر الزوج عن بدأ العلاج مقارنة بالزوجة ؟

3-2-5 يتم العلاج عند الزوجين معا في نفس ت

3-5 هل بدأت العلاج بالطب :

1-3*-5 الحدي

2-3-5 التقليدي

3-3-5 بالطب الحديث ثم التق

4-3-5 بالطب الحديث و التقليدي في نفس ق ت

5-3-5 هل عالجت بالرقية الشرعية ؟ 5- نعم زوج لزوجة
كيف تتم العملية ؟

.....

5-3-5 ب

4-5 هل زارت (الزوجة) من أجل الإنجاب :

1-4-5 الأولياء الصالحين ؟ 1-4-5 م 1-4-5

2-4-5 العرافات أو (الشوافات) ؟ 1-2-4-5 م 2-2-4-5

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

3-4-5 هل ذهبت للطالب؟ 1-3-4-5 لا 3-4-5
4-4-5 هل زارت بعض حمامات الصالحين؟ 4-5 نعم لا 2-5

5-5 هل زار الزوج من أجل الإنجاب؟

1-5-5 الأولياء الصالحين؟ 1-1-5-5 نعم 2-1-5-5
2-5-5 هل زار (الزوج) العراف الشوافات لمعرفة سبب العقم؟

نعم 1-2-5-5 لا 2-2-5-5

3-5-5 هل زار الزوج (الطالب) من أجل الإنجاب؟ 5-5 نعم لا 5-5
4-5-5 هل زار الزوج حمامات الصالحين من أجل الإنجاب؟ نعم لا 1-5-5

2-4-5-5 لا هل عاتجت الزوجة عند ساء المختصات بالعلاج التقليدي؟

نعم 1-6-5 لا 2-6-5

7-5 - هل الزوج مقتنع بضرورة العلاج: (يمكن إختيار أكثر من إجابة)

1-7-5 بالطب الحديث

2-7-5 بالطب التقليدي

3-7-5 بالرقية الشرعية

4-7-5 لم يقتنع بكل طرق العلاج

1-7-5 هل قام الزوج بزيارة طبيب مختص لعلاج العقم؟

لا 2-7-5 نعم 1-1-7-5

لماذا.....

8-5 هل الزوج مقتنع بضرورة خضوع الرجل للعلاج في حالة تأخر

الإنجاب؟

لا 2-8-5 نعم 1*-8-5

1-8-5 إذا كانت الإجابة بلا فهل تم إقناعه للخضوع للعلاج؟

بصعوبة 2-8-5 بسهولة 1-8-5

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

9-5 هل زرت الطبيب : 9-5-أ عن عة 9-5-ب بعد أن طلب الطبيب ذلك من ووجتك ؟

10-5 في رأيكم لماذا يتهرب أغلبية الرجال من العلاج إذا تعلق الأمر بمرض العقم ؟ (يمكن إختيار أكثر من إجابة)

1-10-5 لأنه لازالت تسود فكرة أن المرأة هي سبب العقم

2-10-5 لأنه مساس بشخصيته كرجل

3-10-5 لأنه شك و مساس برجولته و قدرته الجنسية

4-10-5 لأنه يتهرب من معرفة حقيقة عمة

6-12-5 لأن الرجل لا يتقبل أن يكون عقمًا 6-12-5 إجابة أخرى أذكرها :

5-11 مع طول فترة العلاج بدون نتيجة هل تغيرت معاملة الزوج لزوجته ؟

1-11-5 نعم 2-11-5 لا

5-11-1 و هل تغيرت معاملة زوجتك لك ؟ 5-11-1م كيف

أصبحت ؟

5-11-ب

5-11-2 في حالة إثبات الطبيب بأنك أنت المصاب بالعقم فهل سوف تستمر في العيش مع زوجتك ؟

5-11-2-أ نعم لماذا ؟

5-11-2-ب لا لماذا ؟

5-11-3 و زوجتك هل سوف تستمر في العيش معك ؟ 5-11-3 نعم لماذا ؟

5-11-3-أ

5-11-3-ب لا لماذا ؟

5-11-4 في حالة إثبات الطبيب بأن الزوجة هي العقيمة فهل سوف تستمر في العيش معها ؟

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

- 4-11-5 أ ن لماذا ؟
4-11-5 ب ل لماذا ؟

5- 12 كيف تفسرون إستمرار الحياة الزوجية بين زوجة منجبة و زوج عقيم بعد إثبات الطب ذلك ؟ هل هو راجع إلى : (يمكن إختيار أكثر من إجابة (*

1-12-5 وفاء الزوجة للعشرة الز ية

2-12-5 التأكد بأن زوجها لن يتخلى عنها في هذه ال ة

3-12-5 البقاء في البيت الزوجية مع زوج عقيم أحسن من العودة إلي الوالدين

4-12-5 هو نوع من التضحية

5-12-5 نظرا لعلاقة الحب التي ترب بينهما

6-12-5 الرضى بالزوج العقيم هو من الرضى و الإيمان بقضاء و قدره

5- 13 كيف تفسرون قبول زوج منجب العيش مع زوجة عقيمة بعد إثبات الطب ذلك ؟ 1-15-5 الوفاء للعشرة الزوجية
2-13- 5 الرضى بقضاء الله

3-13-5 قيمة الزوجة لا تقاس بإنجابها للأ فقط

4-13-5 الحب و الألفة بين الزوجين يؤدي إلى صعوبة التف

في الفراق

5-13-5 إجابة اخرى أذكرها :

5-14 حسب رأيكم ما هي العوامل التي ساعدت على أن يتقبل الزوج العيش مع زوجته أو العكس في حالة عقم أحدهما أو كلاهما؟

1-14-5 إرتفاع المستوى التعليم

2-14- 5 إنتشار وسائل الإعلام

3 -14-5 عدم إرتباط قيمة الزوجين بالإنجاب فقط

4 -14-5 إستقلال قرار الإنجاب عن بيطين

5 -14-5 تطور الطب المختص و إعتبار العقم مرض ك الأمراض

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

5-14-6 إجابة أخرى أذكرها

7- الحياة النفسية للزوجين العقيمين :

6-1-1 صف لنا حياتك اليومية و كيف تحس بما أنه ليس لكم أطفال ؟
(يمكن إختيار أكثر من إجابة)

6-1-1 الإحساس بالوحدة و الفرحة

6-1-2 الإحساس بالقلق

6-1-3 الإحساس بالإحباط

6-1-4 الإحساس بالنقص

6-1-5 العيش على أمل الإنجاب

6-1-6 الإحساس بالروتين

6-1-7 إجابة أخرى أذكرها :

7 - من من الزوجين يخفي أحاسيسه و معاناته عن الآخر ؟ الزوج
لماذا ؟

7-2 الزوجة ماذا ؟

8 مكانة المرأة و الرجل العقيمين في الجزائر

8-1 هل هناك فرق بين مكانة المرأة العقيمة بين الماضي و الحاضر في مجتمعنا ؟

8-1-1 نعم لماذا ؟

8-1-2 لا لماذا ؟

8-2- حسب رأيك هل للمرأة في مجتمعنا حاليا قيمة و مكانة بدون أن تتجب أطفالا ؟

8-2-1 نعم كيف ؟

8-2-2 لا لماذا ؟

8-3- حسب رأيكم هل يمكن التصريح و الإعتراف بعقم الرجل حاليا في مجتمعنا ؟

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

1-3-8 نعم لماذا ؟
2-3-8 لا لماذا؟.....

4-8 حسب رأيكم كيف تقيم مكانة الرجل العقيم في مجتمعنا حاليا من خلال نظرة و حكم المحيطين به؟
.....

9- لجوء العقيم للبدائل للحصول على طفل :

1-9 ما هي الحلول البديلة التي فكرتم اللجوء إليها للحصول على طفل ؟
1-1-9 التبني : 1-1-9 أ نعم فكم من طفل تبنيتم؟
في أي سنة تم ذلك؟.....

1-1-9 ب فما هي الموانع : 9- أ دينية (لأ برام)

9-ب إجتماعية (رفض العيلة)

9-ج قانونية (صعوبات قلبية)

9-د نفسية لأنه ليس كالإبن الش

9- هـ أو الخوف من عدم تقبل المجتمع لل تقبلا

9-هـ الخوف من عدم التكفل به كما يجب

9-ع إجابة أخرى أذكرها

2-9 الكفالة : 1-2-9 نعم فكم من طفل تكفلتم به ؟
- و هل هم من الأقارب و في أي سنة تم ذلك ؟

2-2-9 لماذا ؟
أو ما هي الموانع ؟
.....

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

3-9 التلقيح الإصطناعي : 1-3-9 هل قمتم بالعملية و كيف

كانت النتيجة ؟ و من الزوجين هو الذي أجرى العملية

.....؟

- في أي سنة تم ذلك ؟ و في أي مستشفى أو مصحة

.....

2-3- 9 ما هي العراقيل : 3-9 أ صعوبات دية

3-9 ب حظوظ النجاح قليلة

3-9 ج عدم تقبل الزوج الطريقة

3-9 د عدم تقبل العائلة لهذه الطريقة

3-9 ه الشك في بنوة هذا الطفل

3-9 و أنواع دينية

3-9 ز مواعيد صحية

3-9 ح إجابة أخرى أذكرها :

4-9- لم يفكروا في أي حل بيين لماذا ؟

5-9 هل هناك تكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر ؟ 9 نعم

2-5-9 كيف ؟

لماذا ؟

6-9 هل تقترح بعض الأسئلة أو المعلومات التي ترى لها علاقة بالموضوع و لم نتطرق إليها ؟

فهرس المحتويات

الصفحة	
4 / 1	فهرس الجداول الإحصائية
1	مقدمة
	الباب الأول : الجانب المنهجي و النظري للدراسة
4	الفصل الأول : البناء المنهجي للدراسة
4.	1- الإشكالية و الفرضيات
4	1-1 الإشكالية
6	2-1 الفرضيات
7	2 - تحديد المفاهيم و المصطلحات
9	3 - أهداف الدراسة
11	4- الدراسات السابقة
18	5- منهج معالجة و تحليل موضوع الدراسة
18	1-5 منهج الدراسة
19	2-5 منهج تحليل المعطيات الميدانية

3-5 إختيار مجموعة البحث (العينة) و تحديد مجالها المكاني و
الزمني .. 20

4-5 تقنيات جمع المعطيات الميدانية 21

6 - صعوبات الدراسة 22

الفصل الثاني : الرغبة في الإنجاب و مكانة الجسد الخصب

المبحث الأول : الرغبة في الإنجاب كضرورة دينية إجتماعية نفسية

تمهيد 24

1 - نظرة الديانات إلى الإنجاب 25

1-1 الرغبة في الإنجاب في المجتمع العربي الجاهلي

25 .

2-1 من منظور الدين الإسلامي 26

3-1 من منظور الشريعة المسيحية 27

4-1 من منظور الشريعة الكاثوليكية 28

5-1 من منظور الشريعة الهندوسية 28

2 - الرغبة في الإنجاب و المنظومة القيمية للمجتمع

29

3- الرغبة في الإنجاب من الناحية النفسية.....

32

1-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للمرأة

33

2-3 الرغبة الشعورية في الأطفال بالنسبة للرجل

34

4 - الرغبة في الإنجاب من خلال طقوس الخصوبة

تمهيد	35
1-4 طقوس الخصوبة ووظائفها الرمزية	35
2-4 طقوس الخصوبة الممارسة أثناء الإحتفال بالزواج	36
3-4 طقوس الخصوبة الممارسة أثناء الإحتفال بالختان	38

المبحث الثاني : مكانة الجسد الخصب

تمهيد	39
1- مكانة الجسد الأنثوي الخصب	39
2- مكانة الجسد الذكري الخصب	42

الفصل الثالث : أسباب الإصابة بالعقم و ردود الفعل

تمهيد	46
-------------	----

المبحث الأول : العقم العضوي عند الرجال و النساء

1- العقم العضوي عند الرجال	47
2- علاج العقم العضوي عند الرجال	50
2- أ العلاج بالأدوية	50
2- ب العلاج بالجراحة	51
2- ج العلاج عن طريق التلقيح الإصطناعي	51
3- العقم العضوي عند المرأة	54
4- طرق علاج العقم العضوي عند المرأة	56
4- أ العلاج بالأدوية	57

4- ب العلاج بالجراحة.....57.

4- ج العلاج بالتلقيح الإصطناعي 58

المبحث الثاني : الأسباب النفسية للإصابة بالعمم و طرق العلاج

تمهيد 60

1- العوامل النفسية التي تسبب العقم للمرأة

..... 61

2- العوامل النفسية التي تسبب العقم للرجل.....

62

3- علاج التوترات النفسية عند الزوج العقيم.....

64

المبحث الثالث: أسباب العقم الروحاني عند الرجال و النساء و طرق العلاج

1- أسباب العقم الروحاني عند الرجل.....

68

2- طرق علاج العقم الروحاني بالرقية

الشرعية..... 68

3- أسباب العقم الروحاني عند المرأة.....

69

4- كيفية علاج العقم الروحاني بالرقية الشرعية

..... 69

المبحث الرابع: بعض التفسيرات غير العلمية للإصابة بالعمم و طرق العلاج

1 - جماعات العلاج الشعبي و تفسيرها لأسباب العقم عند

الجنسين..... 71

2- طرق العلاج عند جماعات العلاج الشعبي.

72

الفصل الرابع : تحديد وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع

البحث الأول : التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد العقيم

1- التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الأنثوي العقيم

79

2- التصورات التي تتحكم في تحديد وضعية و مكانة الجسد الذكري العقيم

79

المبحث الثاني: عوامل تحول و تطور التصورات حول الجسد العقيم

81

1 – تحول صورة ضرورة إنجاب الأطفال .

85

2 – تحول صورة الطفل الإجتماعية

87

المبحث الثالث: الآثار النفسية للعقم على حياة الزوج العقيم

تمهيد 92

1 - إنعكاس العقم على حياة الزوج 93

2-1 الآثار النفسية للعقم على المرأة

95

3-1 الآثار النفسية للعقم على الرجل

98

الفصل الخامس : الحلول العلمية و الإجتماعية البديلة للعقم

المبحث الثاني : الحلول الإجتماعية البديلة

105

أ- التبني 105

ب- الكفالة 107

ج - الطلاق 108

د - تعدد الزوجات

110

المبحث الثالث : الإستنساخ كوسيلة مستقبلية لحصول الزوج العقيم على ولد

1- ظاهرة الإستنساخ

113

2- إستنساخ البشر بين المعارضة و التأييد

116

1-2 موقف الدين

116

2-2 الجدل القائم بين معارضي و مؤيدي فكرة إستنساخ

البشر..... 117

المبحث الرابع : التكفل النفسي و الإجتماعي بالأزواج العقيمين

تمهيد 119 .

1- الكفالة النفسية

120

الباب الثاني : الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الأول : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الأولى

126. تمهيد.....

المبحث الأول :

عوامل التغير التي ساهمت في تحول التصورات التي تحدد مكانة الجسد العقيم 129.

1- العوامل التي ساهمت في تحول التصورات باتجاه الجسد العقيم

..... 129

1-1 متغير سن الأزواج المبحوثين

129

2-1 تغير مؤشر سن الزواج بالنسبة للجنسين

132

3-1 متغير إرتفاع المستوى التعليمي للعينة المبحوثة

137

4-1 متغير ممارسة مهنة بالنسبة للنساء المبحوثات

142

5-1 متغير طريقة الزواج

146

6-1 متغير مدة الزواج بين هؤلاء الأزواج العقيمين

149

7-1 متغير الإقامة بعد الزواج

152

المبحث الأول

1-8 متغير عدد الزيجات بالنسبة للعينة المدروسة
154

1-9 متغير عدد الأطفال الذين خطط لإنجابهم
157

1-10 متغير الإصابة بالعقم بالنسبة للزوجين
159

المبحث الثاني : التفكير في إمكانية الإصابة بالعقم (قبل الزواج)
..... 164

1 - مدى مراودة فكرة العقم للعينة المبحوثة قبل الزواج
..... 164

2 - الفترة التي حددت لإنجاب أول مولود حسب إجابات العينة المبحوثة
..... 170

المبحث الثالث : بداية التفكير في تأخر الإنجاب و طرحه من طرف الزوجين
..... 173

1- بداية الشك في تأخر الحمل من طرف الزوجين
..... 173

2- طرح مشكل تأخر الحمل من طرف الزوجين
175

المبحث الرابع : الزوج العقيم و طبيعة العلاقات و التدخلات من طرف
المحيطين
1 - الأطراف التي طرحت مشكل تأخر الإنجاب 178

2- طبيعة العلاقات بين الزوج العقيم و المحيطين
..... 181

3- الزوج العقيم و التدخلات من طرف المحيطين بسبب تأخر الإنجاب
..... 187

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

4- الزوج العقيم و نوعية التدخلات حسب إجابات العينة المبحوثة
191

5- مدى تأثير التدخلات على العلاقة بين الزوجين العقيمين

194 .

المبحث الخامس : مدى قناعة الزوجين بضرورة خضوعهما للعلاج

1 - فترة بداية العلاج حسب إجابات العينة المبحوثة

198

2- مدى إقتناع الزوج بضرورة العلاج

201

3- المبادرة بالعلاج بالنسبة للزوجين العقيمين

202

4- أسباب تهرب الزوج من العلاج في حالة تأخر الإنجاب

204

الفصل الثاني :

العوامل التي ساهمت في إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين و علاقته بتحديد
مكانتهم داخل المجتمع

المبحث الأول : العوامل التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الزوجين
العقيمين 210

1- عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة منجبة مع زوج عقيم
210

2- عوامل إستمرار التوافق بين الزوجين في حالة زوجة عقيمة مع زوج منجب
211

3 - العوامل الخارجية التي ساعدت على إستمرار التوافق بين الزوجين العقيمين
213

المبحث الثاني : وضعية و مكانة الزوج العقيم

216

1- مكانة المرأة العقيمة حسب إجابات العينة المبحوثة

216

2- طبيعة إحساس المرأة العقيمة بمكانتها

218

3- طبيعة علاقة تعامل النساء المنجبات مع المرأة

العقيمة..... 219 ..

4 - العوامل التي ساهمت في تأسيس مكانة المرأة العقيمة

220 .

5 - مكانة الرجل العقيم حسب إجابات العينة العامة

222

6 - ضرورة التصريح بعقم الرجل

224

7 - العوامل التي ساعدت على إعتبار عقم الرجل ليس من المحظورات

..... 226

الفصل الثالث : توظيف بعض الطقوس والممارسات التقليدية للوقاية و علاج
العقم

المبحث الأول : طقوس الخصوبة الممارسة على الجسد

..... 231

1- مدى إستمرار ممارسة عادة الحناء ضمن طقوس الخصوبة

..... 232 .

2 - تصور العينة المبحوثة لأسباب إستمرار ممارسة طقس عادة الحناء

..... 234

المبحث الثاني : طرق العلاج التي يلجأ إليها الأزواج العقيمين

1- الطرق العلاجية المستعملة في بداية مسيرة العلاج بالموازاة مع الطب الحديث
237

2- الإستنجد بالطرق غير العلمية في علاج العقم

241 .

المبحث الثالث : المعاش النفسي وتأثيره على العلاقات بين الزوجين العقيمين

1 - الحالة أو المعاش النفسي للزوج العقيم

251

2- مراعاة الأزواج لأحاسيس بعضهم البعض حفاظا على التوافق بينهما
259

الفصل الرابع : الحلول البديلة للحصول على طفل

المبحث الأول : الحلول الإجتماعية البديلة

1- تفكير العينة المبحوثة في الجوء للتبني

264

2- العوامل التي أدت إلى رفض التبني كحل بديل للحصول على طفل

266

3 - تفكير العينة المبحوثة في اللجوء لكفالة طفل

271

المبحث الثاني : الحلول العلمية البديلة

1 - التلقيح الإصطناعي لأجل الإنجاب

275

1 - 1 الإنجاب المدعوم طبيا في القطاع العام بالجزائر

276

1 - 2 الإنجاب المدعوم طبيا في الجزائر في القطاع الخاص
277

1 - 3 التلقيح الإصطناعي في الجزائر و الجانب القانوني
278

2- لجوء العينة المبحوثة للتلقيح الإصطناعي
278

3 - الصعوبات التي تواجه الزوجين عند اللجوء للتلقيح الإصطناعي
282

المبحث الثالث : التكفل بالأزواج العقيمين في الجزائر

1- واقع التكفل بالأزواج العقيمين
285

2- الصعوبات التي يعاني منها الأزواج العقيمين في الجزائر.....
288

الإستنتاجات 291

إقتراحات 306

خاتمة 307

المراجع 9 / 1

الملاحق 2 1

/

الملحق رقم : 2

3-1 التلقيح الإصطناعي و الجانب القانوني

المبحث الأول

إن الجانب القانوني يعمل على تقنين هذا العمل و جعله محفوظا و مسنونا في قوانين و ذلك لحفظ إجراءات القانونية في المجتمع عبر مواد متفق عليها خاصة بأخلاقيات المهنة . كما هو موضح في مشروع الصحة في فيفري 2003 الخاص بالمجال البيولوجي بالجزائر .

المادة 426 : إن الإعانة الطبية للإنجاب هي نشاط طبي و التي تستعمل في حالة عدم القدرة على الإنجاب من خلال علاج طبي عن طريق الأدوية خارج السياق الطبيعي للإنجاب .

تستعمل أيضا لتجنب نقل الأمراض الخطيرة من الأم إلى الطفل و الإعانة الطبية للإنجاب عبارة عن ممارسة كLINيكية و بيولوجية تساعد على تنشيط التبويض ، أطفال الأنابيب ، نقل الأجنة و التلقيح الصناعي و كل التقنيات التي لها آثار مماثلة .

المادة 427: إن الإعانة الطبية للإنجاب هي مخصصة لتلبية طلب رجل و امرأة في سبيل إنجاب أحياء متزوجين

يعانيان من عدم القدرة على الإنجاب . و يقبلان بالتلقيح الإصطناعي و نقل الأجنة ، التلقيح المجهري بهدف الحصول على حمل يجب على الزوجين إبداء رغبتهم في الإعانة الطبية للإنجاب بطريقة كتابية .

المادة 428 : إن الممارسات الكLINيكية و البيولوجية في الإعانة الطبية للإنجاب يقوم بها مختصين معتمدين في هذا المجال في مراكز و مؤسسات أو مخابر لهم تراخيص بممارسة هذه العمليات الممارسات الكLINيكية البيولوجية لإعانة الطبية للإنجاب محددة بطرق تنظيمية .

المادة 429 : طبقا لإجراء هذا القانون فإن الإعانة الطبية للإنجاب توضع في إطار التطبيق بعد التأكيد الخطي لطلب يضعه الزوجين هذا التأكيد الخطي الكتابي لا يمكن أن يطبق إلا بعد ظرف زمني قدره شهر و الذي يستعمل لفائدة إجراء فحوصات كLINيكية مسبقة .

المادة 430 : قبل الشروع في تطبيق الإعانة الطبية للإنجاب على الزوجين الذين قدموا طلب من أجل الإعانة الطبية للإنجاب أن يقوموا بعدة لقاءات مع الكLINيكي و البيولوجي من الفرقة الطبية للإلتقاء بأي عضو من الفرق الطبية بما فيها الطبيب النفسي أو مختص في الأمراض العصبية حيث يستطيع المركز أو المؤسسة توفير هذه اللقاءات مع أعضاء الفرقة الطبية .

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

المادة 431 : يتعرض المركز أو المؤسسة التي تقوم بالإعانة الطبية للإنجاب لعقوبات في حالة عدم خضوعها لقواعد أمنية .

المادة 432 : المراكز التي تمارس الإعانة الطبية للإنجاب عليها تقديم تقرير سنوي حول نشاطاتهم للإدارة .

المادة 433 : إن الأجنة المزروعة يجب أن يشاور فيها الزوجين بوجود الكلينيكي و البيولوجي و هو محدد بثلاثة أجنة في حالة الزيادة على هذا العدد يجب تبرير ذلك في ملف المريضة .

المادة 434 : يمنع و يعاقب جنائيا من يقوم ب :

- التبرع بالحيوانات المنوية .
 - و التبرع بالبويضات حتى في حالة تعدد الزوجات .
 - التبرع بالأجنة الملقحة مخبريا أو بالطريقة الطبيعية لأم يستأجر رحمها أو تتبنى ذلك الطفل حتى بين الأخوات و بين الأم و بناتها .
 - إستعارة السيتوبلازم حكمه كالتبرع بالبويضات .
- المادة 435 : إن إستنساخ أجهزة عضوية حية متطابقة وراثيا يخص الإنسان وأي إنتقاء للجنس فيما يخص الأجنة ممنوع و يتعرض القائم بهذه العمليات إلى عقوبات إدارية و جنائية¹.

أما حسب قانون الأسرة الجزائري ، يجوز للزوجين اللجوء إلى التلقيح الإصطناعي . يخضع التلقيح الإصطناعي لشروط و هي : أن يكون الزواج شرعيا ، و أن يكون التلقيح برضا الزوجين و أثناء حياتهما ، و أن يتم بمني الزوج و بويضة رحم الزوجة دون غيرها . لا يجوز اللجوء إلى التلقيح الإصطناعي بإستعمال الأم البديلة .

1- santé du Maghreb , Insémination Artificielle , (
<http://www.Santemaghréb.com> actualistes/ 0703-3)google
22 mars 2004 P 14 .

2- الفصل الخامس ، النسب ، المادة 45 مكرر أمر رقم 02/5 مؤرخ في 27 فبراير
2005 ص ص 22/21

الفصل الثالث : توظيف بعض الطقوس والممارسات التقليدية للوقاية و علاج العقم

تناول هذا المحور معطيات الدراسة الميدانية لتحقيق الفرضية الثانية من
الدراسة و المتعلقة بأنه رغم التطور العلمي و الطبي في مجال علاج أنواع العقم
المختلفة، إلا أنه هناك توجه من طرف الأزواج العقيمين للعلاج بالطرق التقليدية و
ممارسة بعض الطقوس و العادات للوقاية و علاج العقم بالموازاة مع الطب
الحديث .

المبحث الأول : طقوس الخصوبة الممارسة على الجسد (عادة الحناء)

قبل أن نتحدث عن نتائج الجدول يجدر بنا أن نوضح سبب طرحنا لهذا السؤال
الخاص بعادة الحناء التي تستعمل في العديد من المناسبات للتعبير عن الفرح، و
كذلك لأن لها وظيفة جمالية و تعرف هذه العادة في العديد من دول العالم خاصة في
الدول الإسلامية.

و نظرا لأن عادة استعمال الحناء عند الإحتفال بالزواج و الختان لازالت مستمرة
في مجتمعنا و لازالوا يحافظون على طقوسها، هذا جعلني أتساءل هل فعلا وظيفة

المبحث الأول

" الحناء " تتوقف عند الوظيفة الجمالية و التعبير عن الفرح. و بعد بحثنا و إجراء مقابلات مع النساء و بعد قراءتنا لبعض الكتب التي تناولت الحديث عن " الحناء"، توصلنا إلى أن ممارسة عادة " الحناء" عند الإحتفال بالزواج و الختان له علاقة وطيدة بالوقاية من الإصابة بالعمم و يرجع ذلك إلى رمزية هذه المادة ، فهي عبارة عن نبات أخضر و الخضرة ترمز للخصوبة.

كما أن استعمال " الحناء" في مناسبة الزفاف و الختان يحاط بمجموعة من الممارسات و التخوفات ، بحيث هناك إعتقاد سائد ، و هو أنه إذا أخذ قليل من حنة العروس ليلة الزفاف و أستعملت لغرض سلبي (السحر) فسوف لن تنجب تلك المرأة . و هناك بالمقابل بعض الطقوس التي تستعمل لنزع مفعول الحناء السحري، لذلك نجد إحتراس كبير على حنة العروسة و حتى حنة العريس، و هذا خوفا من قطع الإنجاب أو الخلف ، وهناك من الأمهات من تستعملها كوسيلة لتنظيم النسل، فكلما بات الصحن مقلوبا كلما تأخرت المرأة في الإنجاب بسنة و للوقاية من مفعول الحناء السحري ، تأكل العروس قلي منها حتى تنجب و من رمزيتها للخصوبة هو إضافة لمادة الحناء ، الماء و البيض و بعض المكسرات و التمر و القمح و الشعير و كل هذه ترمز للخصوبة .

و رمزية " الحناء" الخصوبية، تتوضح كذلك من خلال زيارة أضرحة الأولياء الصالحين أو حمامات الصالحين فدائما ترفق هذه الزيارات بإستعمال المرأة للحناء بشكل معين و في أيام معينة. كذلك عند زيارة العرافة يعطى قليل قليل من الحناء ليستعمل .

لكن ما يجب أن نشير إليه من خلال إجابات عينة الدراسة، أنهم لا يعرفون هذه العلاقة بين استعمال الحناء و الوقاية من الإصابة بالعمم(طبعا على مستوى الإعتقادات أما علميا فهذا خطأ). أي أن هذا الجيل يرى في استعمال " الحناء" عند الإحتفال بالزواج هو عادة نحافظ عليها و أنها دليل على الفرح و فقط. لكن إعتقادهم في أنها قد تكون سبب في حدوث العمم إذا أستعملت كسحر أسود، فهناك من يعتقدون بل يؤمنون بهذا الأمر، لكن أحسست بأنهم تحاشوا توضيح ذلك في إجاباتهم ربما لكي لا أحكم عليهم بأنهم لازالوا يؤمنون بهذه الإعتقادات الخاطئة .

1) مدى إستمرار ممارسة عادة الحناء ضمن طقوس الخصوبة

النسبة %	التكرار	الإجابة
62.8%	157	نعم
36.4%	91	لا
0.8%	02	بدون إجابة
100%	250	المجموع

أما إذا رجعنا لنتائج الجدول فتوضح تمسك الأجداد و الأمهات بهذه العادة و من الصعب رفض عدم ممارستها حتى و لو تستعمل بكمية قليلة و هذا كاف كفال خير.

نلاحظ أن أغلبية عينة الدراسة من النساء و الرجال مارسوا عادة الحناء ليلة الزفاف أو الأصح " مورست عليهم " عادة الحناء بنسبة 62.8%.

بينما نسبة الذين لم يمارسوا عادة الحناء ليلة زفافهم فكانت 36.4 % .

أما نسبة بدون إجابة فكانت 0.8 %.

نستنتج بأن معظم المبحوثين و المبحوثات أجابوا بأنهم إستعملوا " الحناء". لكن بعد حديثي مع بعض المبحوثات و جدت بأن هناك من إستعملتها لكن بعد أن ذهب أغلبية المدعويين، أي بعد أن بقي المقربون فقط من العائلة و هذا تخوفا من إستعمالها في عمل سحري.

و الملاحظ أن هذه العادة لازالت مستمرة و لو تغيرت مظاهرها و طقوسها، لكن المادة الخام أي " الحناء" يجب أن تستعمل في يد كل عروس و عروسة، مع العلم أن عادة الحناء أو " ليلة الحناء" للعروسة قد عرفت منذ القدم عند العديد من الشعوب.

و لمعرفة علاقة متغير الجنس بمدى إستعمال الحناء ليلة الزفاف أدرجنا الجدول الآتي .

جدول رقم 76 : متغير الجنس و علاقته ي بمدى ممارسة عادة " الحناء" ليلة

الزفاف

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الأول

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإجابة	
	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %		
النسبة %						
62.8%	157	56	56	67%	101	نعم
36.4%	91	42%	42	32.66%	49	لا
0.8%	02	02%	02	00%	00	بدون إجابة
100%	250	100%	100	100%	150	المجموع

بالنسبة لفئة الإناث، نلاحظ بأن أغليتهن إستعملت " الحناء " ، و جاءت بنسبة 67% ، بينما إجابة لا أي عدم إستعمالهن للحناء فكانت 32.66 و هي فئة قليلة مقارنة بنسبة من إستعملوا الحناء. أما بالنسبة لفئة الذكور، فنجد أن الأغلبية إستعملت " الحناء " و هي بنسبة 56 % ، بينما الذين لم يستعملوها فنسبتهم 42 % . أما نسبة بدون إجابة فنسبتها 02 %.

فإذا قارنا بين إجابات المبحوثات و إجابات المبحوثين، نلاحظ بأن الإناث أكثر إستعمالا للحناء، لأن النساء يهتمون كثيرا و يحرصون على ضرورة إستمرار هذه العادة . و جاءت نسبة اللاتي لم تستعملها بنسبة تقارب نصف من إستعملوها.

و هذا الفرق الموضح يدل كذلك على إيمان أمهاتنا بأن المرأة هي المسؤولة عن الإنجاب لذلك يجب أن تهء لذلك و البداية تكون بطقس الخصوبة هذا . لكن هل جيل الأبناء يعتقد في فاعلية ممارسة هذه العادة للوقاية من العقم ؟ هذا ما تجيبنا عنه نتائج الجدول التالي

(2) تصور العينة المبحوثة لأسباب إستمرار ممارسة طقس عادة

الحناء

جدول رقم 77 : رأي عينة الدراسة في أسباب ممارسة عادة " الحناء " في

طقس الزواج

الإجابة	التكرار	النسبة %
---------	---------	----------

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية

المبحث الأول

%82	205	عادة يجب الحفاظ عليها
% 08.4	21	وسيلة للوقاية من العقم
%09.6	24	بدون إجابة
%100	250	المجموع

نذكر هنا بأن الكثير من المبحوثين يجهلون إعتقاد علاقة ممارسة الحناء بالخصوبة و العقم. لذلك قد نجد الإجابات بينها فرق شاسع.

نحن من خلال طرحنا لهذا السؤال إقترحنا إجابتين، فكانت النسبة الأكبر لإجابة أن ممارسة الحناء هي عادة يجب الحفاظ عليها ب (82 %). أما إجابة أن إستعمال الحناء لأنها وسيلة للوقاية من العقم، فجاءت النسبة ضعيفة وصلت 08.4% فقط. أما بدون إجابة على الإقترحين فكانت بنسبة 09.6%..

فنتنتج بأن أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن إستعمال " الحناء " ليلة الزفاف للعريسين هي عادة متوارثة يجب الحفاظ على إستمرارها من جيل إلى جيل.

هذه النتائج خصت العينة العامة ، لكن هل لمتغير الجنس دور فيما يخص أسباب إستعمال الحناء للعريسين

هذا ما سوف توضحه لنا نتائج الجدول الموالي .

جدول رقم 78 : متغير الجنس و علاقته بأسباب ممارسة عادة " الحناء " ليلة الزفاف

المجموع		ذكور		إناث		الجنس اسباب ممارسة عادة الحناء
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%82	205	%72	72	% 88.66	133	عادة يجب الحفاظ عليها
% 08.4	21	%04	04	% 11.33	17	وسيلة للوقاية من العقم
%09.6	24	%24	24	% 00	00	بدون إجابة
%100	250	%100	100	%100	150	المجموع

ندرج هنا متغير الجنس و أثره على آراء المبحوثين و المبحوثات حول أسباب ممارسة عادة الحناء عند الزفاف

نبدأ بفئة الإناث، بحيث نلاحظ أن أكبر نسبة سجلت في خانة إجابة على أنها عادة يجب الحفاظ عليها ب 88.66 %.

بينما من أجابوا بأنها وسيلة للوقاية من العقم فكانت نسبتهم 11.33 % فقط و هي نسبة ضعيفة مقارنة بالفئة الأولى.

فأغلبية المبحوثات ترى بأن دواعي استعمال " الحناء " لأنها عادة يجب الحفاظ عليها، و نلاحظ فرق شاسع بين نسبة الإجابة الأولى و الإجابة الثانية.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فأكبر نسبة كذلك سجلت في إجابة أنها عادة يجب الحفاظ عليها و هذا ب 72 % أما نسبة من يروا بأنها وسيلة للوقاية من العقم فكانت ضعيفة جدا و بلغت 04 % فقط. فنلاحظ فرق شاسع بين نسبة الإجابة الأولى و نسبة الإجابة الثانية عند فئة الذكور.

أما " بدون إجابة " فنسبتها 24 % . بمعنى أن 24 مبحوث لم يجيبوا على هذا السؤال و هذا ربما لأنهم رأوا بأن هذا السؤال غير علمي و يتحدث عن خرافة. مع أنه في حقيقة الأمر يدخل ضمن أهم الممارسات التقليدية التي لا زال مجتمعنا يحافظ عليها و يعتقد في فاعليتها خاصة إذا تعلق الأمر بعلاقتها (أي الحناء) بالخصوبة و هي عادة إذا لم تنفع لا تضر.

إضافة إلى أن ما يتعلق بممارسة هذه العادة أو غيرها هو مرتبط أكثر بالحضور النسوي من الحضور الرجالي .

نستنتج إذا بأنه رغم ما وصل إليه الطب الحديث من تطور لعلاج حالات عدم القدرة على الإنجاب لازالت تسود في مجتمعنا ممارسات طقوسية (كعادة الحناء) لضمان الخصوبة و الوقاية من العقم

المبحث الثالث : المعاش النفسي وتأثيره على العلاقات بين
الزوجين العقيمين

نتناول في هذا المحور تحليل²³⁶ ت الدراسة الميدانية لتحقيق الفرضية
الثالثة من الدراسة و المتعلقة بالصعوبات التي يعيشها الزوج
العقيم على المستوى النفسي وهل تؤثر على إستمرار التوافق بينهما .

(1) الحالة أو المعاش النفسي للزوج العقيم

جدول رقم 85: الحالة النفسية للزوج العقيم حسب إجابات العينة العامة للدراسة

النسبة %	التكرار	الإجابة
19.93%	123	الإحساس بالوحدة و الفراغ
14.10%	87	الإحساس بالقلق
05.99%	37	الإحساس بالإحباط
16.20%	100	الإحساس بالنقص
23.50%	145	العيش على أمل الإنجاب
12.15%	75	الإحساس بالروتين في الحياة
03.88%	24	الإحساس بعدم وجود السند عند الكبر
0.81%	05	الإحساس بأن إسم العائلة مهدد بالإندثار
02.10%	13	الصبر و الرضى
01.29%	08	بدون إجابة
100%	617	المجموع

من خلال طرحنا لهذا السؤال كنا إقترحنا عدة أجوبة و أضفنا إقتراح إجابة أخرى
أذكرها، ومن خلال هذه النتائج يتوضح لنا مايلي:

إن أعلى نسبة سجلت في إجابة العيش على أمل الإنجاب بـ 23.50 % . ثم تلتها إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ بنسبة 19.93 % ، ثم تلتها إجابة الإحساس بالنقص و هنا نقصد به النقص في جانب عدم وجود الأطفال في البيت الزوجية بنسبة 16.20 % ثم نجد إجابة الإحساس بالقلق بنسبة 14.10 % ، أما إجابة الإحساس بالروتين في الحياة فكانت نسبتها 12.15 % . أما إجابة الإحساس بالإحباط فنسبتها بلغت 05.99 % . ثم تلتها إجابة الإحساس بعدم وجود السند عند الكبر بنسبة 03.88 % . ثم تلتها بعد ذلك إجابة الصبر و الرضى بنسبة 02.10 % ، أما إجابة الإحساس بأن إسم العائلة مهدد بالإنذار فنسبته بلغ 0.81 % فقط. أما بدون إجابة فكانت نسبتها 01.29 % .

نستنتج من بيانات هذا الجدول ، بأن قوة الإيمان بالله سبحانه و تعالى و قدرته جعلت هؤلاء الأزواج يتمسكون بالأمل في الإنجاب، و هذا عنصر مهم في توازن حياة الإنسان النفسية و تجاوزه لهذا المشكل و تقبلها. اما الإحساس بالوحدة و الفراغ فراجع لعدم وجود المسؤوليات الخاصة بمتطلبات الأطفال و رعايتهم.

و هذا يؤدي إلى الإحساس بالنقص في جانب من جوانب الحياة بسبب عدم وجود الأطفال . هذا النقص يؤدي إلى الإحساس بالقلق و الإحباط و الروتين و هذه كلها أحاسيس ليست ملازمة للزوجين بل هي مؤقتة تأتي في فترات و تزول بعد ذلك .

أما بالنسبة للإحساس بعدم وجود السند عند الكبر، فالنسبة جاءت قليلة ، لأن الأزواج يعيشون على أمل الإنجاب ، أي أنهم لم يصلوا إلى مرحلة يفكرون فيها بهذا الأمر المهم ..

ونفس الشيء فيما يخص الإحساس بأن إسم العائلة مهددة بالإنذار، فلم يفكروا في هذا الأمر كذلك و هذه متغيرات مهمة في الرغبات و قيمة وجود الأطفال داخل الأسرة. و نحن طرحنا هذين الاقتراحين الأخيرين على الرجال دون النساء لكن لم يبالي المبحثون بهذين الاقتراحين.

ولكي نتعرف أكثر على الحالة النفسية لهؤلاء الأزواج ، حاولنا إضافة متغير الجنس حتى نقارن بين المعاش النفسي للزوجة و الزوج العقيمين و هذا من خلال نتائج الجدول الموالي .

جدول رقم 86: متغير الجنس و علاقته بالحالة النفسية للزوج العقيم

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الحالة النفسية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
19.93%	123	16.42%	34	21.70%	89	الإحساس بالوحدة و الفراغ
14.10%	87	10.14%	21	16.09%	66	الإحساس بالقلق
05.99%	37	04.34%	09	06.82%	28	الإحساس بالإحباط
16.20%	100	18.84%	39	14.87%	61	الإحساس بالنقص
23.50%	145	29.46%	61	20.48%	84	العيش على أمل الإنجاب
12.15%	75	00%	00	18.29%	75	الإحساس بالروتين
03.88%	24	11.59%	24	-	-	الإحساس بعدم وجود السند عند الكبر
0.81%	05	02.41%	05	-	-	الإحساس بأن إسم العائلة مهدد بالإندثار
02.10%	13	03.38%	07	01.46%	06	الصبر و الرضى
01.29%	08	03.38%	07	0.24%	01	بدون إجابة
100%	617	100%	207	100%	410	المجموع

نبدأ بفئة الإناث، بحيث نلاحظ بأن أعلى نسبة سجلت في خانة إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ ب 21.70%. و هذا طبيعي لأن وجود الأطفال يحتم على الأم مسؤوليات و أعمال يومية و العديد من الأمور التي لا تحسها بالوحدة و الفراغ و الملل وهذا إحساس طبيعي. أما الإجابة الثانية فكانت العيش على أمل الإنجاب و ذلك بنسبة 20.48 % و هذا الإحساس هو سر إستمرار الحياة الزوجية بين هذه الحالة من الأزواج الذين يعانون من عدم القدرة على الإنجاب. أما الإجابة الثالثة فكانت للإحساس بالروتين في الحياة بنسبة 18.29 % ، و هذا إحساس يراود خاصة المرأة ، لأن وجود الأطفال يجعل حياتها متجددة في كل لحظة في كل جوانبها، بينما عدم وجودهم يجعلها تحس بالروتين و معناه عدم وجود الجديد ولا التجديد وهذا الإحساس قد يعكر أجواء حياتها أحيانا مع زوجها و قد يسيطر على تفكيرها أحيانا أخرى لكن في آخر الأمر يرجعون الأمر لله.

أما الإجابة الرابعة فكانت الإحساس بالقلق و ذلك بنسبة 16.09%، الذي يكون سببه الأول عند المرأة هو نزول الحيض كل شهر فهي تعيش حالة نفسية حرجة جدا في هذه الفترة و حتى أنها تصبح تكره هذا الأمر فأول الحيض يحطم كل آمالها التي بنتها خلال 25 أو 28 يوم من كل شهر. كذلك قد يكون القلق هذا سببه رؤية أطفال الغير وتعامل أمهاتهن معهم. كما يكون سبب قلقها هو تواجدها في المناسبات الإجتماعية مع بقية النساء، خاصة عندما يفتحون النقاش حول موضوع الأطفال ، فتظن بأن الكلام موجه لها، فتحس بالقلق.

كما تحس بالقلق عند إقتراب بعض المناسبات أين يكون الجديد عند الأسر التي لديها أطفال، كإحتفال بأعياد الميلاد، الإحتفال بالختان، الدخول المدرسي، في الأعياد الدينية هذه المناسبات تحز في نفسها و تجعلها تشعر بالقلق، إضافة إلى حالة القلق التي تصاحب فترة العلاج في إنتظار النتائج.

أما الإجابة الخامسة فكانت الإحساس بالنقص، قصدنا به هنا خاصة الإحساس بنقص في جانب من حياتهم بسبب عدم وجود الأطفال، و كذلك الإحساس بالنقص لأنها لم تستطع أن تنجب كما أنجبت الأخريات.

أما الإجابة السادسة فكانت الإحساس بالإحباط النفسي بنسبة 06.82% و هذا خاصة مع طول فترة العلاج بدون نتيجة، و مع العيش على بصيص أمل قد ينطفئ في أي لحظة ، فهذا يؤدي بالمرأة إلى الإحساس بالإحباط، و هذه الأحاسيس قد تؤدي حتى إلى التأثير على

علاقتها بزوجها. فهناك من الزوجات من تصبح ترفض كل نوع من المداعبات أو حتى العلاقة الجنسية مع زوجها لأنها لا ترى فيها أي نتيجة، لأن عادة ما يرتبط ممارسة الجنس بضرورة الإنجاب.

أما الإجابة السابعة فكانت للرضى بقضاء الله و ذلك بنسبة 01.46 % و لو أن هذا الإحساس ليس له فترات يكون فيها و فترات يتلاشى بل هو دائم الوجود. أما بدون إجابة فكانت نسبتها 0.24 %.

أما بالنسبة لفئة الذكور فנסجل أكبر نسبة عند إجابة العيش على أمل الإنجاب ب 29.46% ثم تلتها إجابة الإحساس بالنقص بنسبة 18.84 % ، أما إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ فكانت نسبتها 16.42% كما جاءت إجابة الإحساس بعدم وجود السند عند الكبر بنسبة 11.59 % أما إجابة الإحساس بالقلق فجاءت بنسبة 10.14 % ثم تلتها الإحساس بالإحباط بنسبة 04.34 % ثم نجد إجابة الرضى و الصبر بنسبة 03.38 % كما جاءت بدون إجابة بنسبة 03.38 أما إجابة الإحساس بأن إسم العائلة مهدد بالإندثار فجاءت بنسبة 02.41 % اما إجابة الإحساس بالروتين فكانت منعدمة بالنسبة للذكور 00 % و ذلك لأن الرجل له مجالات و فضاءات أخرى يملأ بها الفراغ و الروتين عكس المرأة .

لكن ما يمكن أن نسجله هنا فإن المعاناة الإجتماعية خفت نوعا ما على الزوج العقيم، لكن المعاناة النفسية صعب التخفيف منها، و هذا ملاحظته و سمعته و عشته مع العينة المبحوثة ، فالعين تدمع لحالهم، فكم من زوجة بمجرد أن نبدأ الحديث تغرورق عيناها بالدموع، بل كم من واحدة بكت في حضوري، خاصة و أنني أعطيتهم فرصة للتعبير ، فكنا نتناقش لوقت طويل حول موضوع الدراسة و كنت أهتم بما يقولون. و كنا نفتح مجال النقاش لأمر أخرى لأن الفحوصات كانت تأخذ وقت طويل، فهناك من الأزواج من ينتظر أكثر من سبع ساعات حتى يصل دوره .

و ما يمكن أن نذكره هنا هو أن هذه الأحاسيس ليست دائمة أي أنها لم تصل عند الأغلبية لكي تصبح عقدا نفسية و هذا بفضل الإيمان القوي و الصبر.

و يمكن أن نلخص الحالة النفسية لهؤلاء الأزواج الذين لم ينجبوا في مفهومين فالزوجات مكابرات و الأزواج يكتبون معاناتهم و آلامهم و حتى آمالهم .

وكما لاحظنا من خلال إستعراض إجابات المبحوثين و المبحوثات حول الحالة النفسية لاحظنا بأنه بالنسبة للرجال فالإحساس بالقلق و الفراغ نسبها ضعيفة مقارنة بإجابات النساء وذلك لأن الرجال يقضون أوقاتهم في العمل و كذلك في اللقاءات في الأماكن العمومية و غيرها من المتاحات التي قد لا تتاح للمرأة أن توجد فيها باستمرار لذلك حاولنا إضافة متغير المهنة لمعرفة هل هناك فرق في المعاش النفسي بين المرأة العقيمة التي تعمل أو تمارس مهنة أو حرفة معينة و تلك التي تكتفي بالأشغال المنزلية اليومية و هذا ما توضحه نتائج الجدول الموالي

جدول رقم 87 : علاقة متغير المهنة بالحالة النفسية للمبحوثات

المجموع		إطار جامعي		موظفة		أعمال حرفية		ماكثة بالبيت		المهنة الحالة النفسية
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%21.70	89	%21.21	14	19.69%	13	%15	03	%22.86	59	الإحساس بالوحدة و الفراع
%16.09	66	%10.60	07	%10.60	07	%25	05	%18.21	47	الإحساس بالقلق
%06.82	28	%06.06	04	%04.54	03	%05	01	%07.75	20	الإحساس بالإحباط
%14.87	61	%15.15	10	24.24%	16	20%	04	%12.01	31	الإحساس بالنقص
20.48%	84	%19.69	15	19.69 %	13	20%	04	%20.15	52	العيش على أمل الإنجاب
18.29%	75	%18.18	12	%19.69	13	%15	03	%18.21	47	الإحساس بالروتين
%01.46	06	%04.54	03	%01.51	01	%00	00	%0.77	02	الصبر و الرضى
%0.24	01	%01.51	01	%00	00	%00	00	%00	00	بدون إجابة
%100	410	%100	66	%100	66	%100	20	%100	258	المجموع

من خلال هذا الجدول نريد أن نصل إلى العلاقة بين متغير المهنة بالحالة النفسية للمبحوثات.

نبدأ بالمبحوثات " الماكثات بالبيت " ، أي التي لا تمارسن أي مهنة أو حرفة سواء داخل البيت أو خارجه و هذه الفئة تمثل أغلبية عينة المبحوثات ، نلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ ب 22.86 % ثم تليها إجابة العيش على أمل الإنجاب بنسبة 20.15 %، ثم تلتها إجابة الإحساس بالقلق بنسبة 18.21 % ونفس النسبة سجلت عند إجابة الإحساس بالروتين ب 18.21 % كذلك. ثم نجد إجابة الإحساس بالنقص بنسبة 12.01 % ، ثم إجابة الإحساس بالإحباط بنسبة 07.75 % ، ثم نجد إجابة الرضى بقضاء الله بنسبة 0.77 %.

نستنتج بأن هذه الفئة من المبحوثات الماكثات بالبيت، يسيطر عليها الإحساس بالوحدة و الفراغ، لأنها تعيش حياة يومية روتينية لا جديد و تجديد فيها كما أنها بخروج الزوج للعمل طول النهار و خاصة إذا كانت تعيش في سكن مستقل فهي تقضي معظم وقتها لوحدتها لذلك تحس بالفراغ و الوحدة.

أما بالنسبة لفئة المبحوثات التي تمارس بعض المهن كالخياطة، و الحلاقة....، فنجد إجابتهن ركزت على الإحساس بالقلق و ذلك بنسبة 25 % ، ثم تلتها إجابة الإحساس بالنقص و إجابة العيش على أمل الإنجاب نفس النسبة ب 20% لكل إجابة ، ثم تلتها إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ و إجابة الإحساس بالروتين بنسبة 15 % لكل إجابة . ثم نجد الإحساس بالإحباط بنسبة 05 %.

نستنتج بأن المبحوثات التي تمارسن بعض المهن، لم تكن إجابة الإحساس بالفراغ و الوحدة هي الإجابة الأولى بل ذكرت القلق ثم الإحساس بالنقص ثم العيش على أمل الإنجاب، و هذا يرجع إلى أن تعاملها مع الناس و الزبائن و ملاً وقتها بالعمل لا يحسها بالوحدة و الفراغ، لكن الأحاسيس الأخرى القلق و النقص وربما أثناء تعاملها مع الناس قد يثار موضوع الأطفال أمامها فتحس المبحوثة بالقلق و النقص مقارنة بالنساء المنجبات.

أما بالنسبة للموظفات، فنلاحظ إختلاف نوعا ما في إجاباتهم مقارنة بالفئتين المذكورتين سابقا، فنجد أن أعلى نسبة سجلت في إجابة الإحساس بالنقص ب 24.24 % . وهذا راجع إلى تعامل المبحوثة مع نساء أو أزواج لهم أطفال في إطار مجال العمل، و مع الوقت تصبح تحس بالنقص بإتجاههم، خاصة كلما أنجبت زميلاتها بالعمل.

ثم نجد إجابة الإحساس بالوحدة و الفراغ بنسبة 19.69 % و نفس النسبة سجلت عند كل من إجابة العيش على أمل الإنجاب و إجابة الإحساس بالروتين ب 19.69% لكل إجابة.

أما إجابة الإحساس بالقلق فنسبتها 10.60 % . ثم تلتها إجابة الإحساس بالإحباط بنسبة 04.54 % أما لإجابة الرضى بقضاء الله فكانت نيبتها 01.51 % فقط. فهذه الفئة قد تشغل وقتها طول النهار بالعمل ومشاكله و متاعبه و متعة كذلك، لكن بعد العودة إلى البيت مساءا يكون إحساس آخر لأن البيت فيه صمت و هدوء كبيرين، و هذا يحسس الزوجة بالقلق و الوحدة و الفراغ ، لكن رغم ذلك فهي تعيش على أمل الإنجاب.

أما بالنسبة لفئة الإطارات الجامعية، فنلاحظ أن أعلى نسبة سجلت عند الإحساس بالوحدة و الفراغ بنسبة 21.21 % ثم العيش على أمل الإنجاب بنسبة 19.69 %، ثم نجد إجابة الإحساس بالروتين بنسبة 18.18 % ثم نجد إجابة الإحساس بالقلق بنسبة 10.60% ثم نجد إجابة الإحساس بالإحباط بنسبة 06.06% . ثم الرضى بقضاء الله بنسبة 04.54 % أما بدون إجابة فبلغت نسبتها 01.51 % فقط.

نستنتج بأن الحالة النفسية للمبحوثات الماكثات بالبيت ، تختلف نوعا ما في بعض الأحاسيس عند المبحوثات العاملات. فالفئة الأولى يسيطر عليها أكثر الإحساس بالوحدة و الفراغ، ثم العيش على أمل الإنجاب، ثم نجد القلق

بينما المبحوثات التي تمارس عمل معين، فنجد بأنهن يسيطر عليهن الإحساس بالنقص و القلق ثم العيش على أمل الإنجاب، ثم الإحساس بالوحدة و الفراغ في المرتبة الأخيرة .

2) مراعاة الأزواج لأحاسيس بعضهم البعض حفاظا على
التوافق بينهما

رغم هذه الأحاسيس التي قد تراود الحياة اليومية لهؤلاء الأزواج تارة وتسيطر على تفكيرهم تارة أخرى بين الأحاسيس السلبية و الإيجابية خاصة العيش على أمل الإنجاب ، نجد إيمان من الطرفين بضرورة التخفيف من هذه المعاناة عن بعضهما البعض من أجل إستمرار التوافق بينهما .

جدول رقم 88: مدى إخفاء المعاناة من طرف الزوجين عن بعضهما

البعض

النسبة %	التكرار	الإجابة
81.6%	204	الزوج
12%	30	الزوجة
04.8%	12	الزوجان معا
01.6%	04	بدون إجابة
100%	250	المجموع

بعدما تناولنا الحالة النفسية للزوج العقيم ، نحاول في هذا الجدول أن نتطرق إلى من يخفي أحاسيسه السلبية و معاناته عن الطرف الآخر، و العكس أي من يعبر عن معاناته و أحاسيسه علنا أمام الطرف الآخر.

و من خلال بيانات هذا الجدول، سوف نتوضح لنا آراء العينة العامة حول هذه الفكرة، و نسجل بأن الزوج هو الذي يخفي أحاسيسه و معاناته عن الزوجة بنسبة كبيرة جدا وصلت 81.6% . بينما الزوجة كانت النسبة ب 12% . أما الزوجان معا فنجد النسبة 04.8% . أما نسبة بدون إجابة فكانت 01.6% .

نستنتج من هذا الجدول بأن الأزواج يخفون أحاسيسهم و معاناتهم نتيجة عدم قدرتهم على إنجاب الأطفال عن زوجاتهم، و هذا لكي لا يجرحون أحاسيسهن، و يحافظن على توازنها النفسي خاصة في حالة إصابتهن بضعف الخصوبة حتى لا تحسها بالنقص و العجز.

لأن حالة القلق التي قد تحس بها المرأة، و بصفة عامة الحالة النفسية المضطربة للزوجة تؤثر كثيرا على الزوج و على علاقتهما مع بعضهما البعض، لذلك فهم يراعون شعور زوجاتهم حتى و لو على حساب شعوره و أحاسيسه .

بالمقابل هناك فئة من العينة، أين نجد الزوجة هي التي تخفي أحاسيسها كذلك حتى لا تشعره بالقلق و حتى لا تجرح مشاعره و خاصة إذا كان هو المصاب بضعف الخصوبة.

أما الحالة الثالثة ، فهي وسط بين الحالة الأولى و الثانية، فنجد كل من الزوجين يخفي أحاسيسه و معاناته و لا يحدث بها، فقط يتناقشون مناقشة عادية لكن لا يفضون بكل المشاعر و الأحاسيس التي يعانون منها نتيجة عدم وجود الأطفال. وهذا ما يدعو بهؤلاء الأزواج إلى البحث عن حلول بديلة للحصول على طفل.

جدول رقم 89: علاقة متغير الجنس بإخفاء معاناة الزوجين عن بعضهما البعض

المجموع	ذكور		إناث		الجنس الإيجابية	
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
81.6%	204	83%	83	80.66%	121	الزوج

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الثاني

الزوجة	20	% 13.33	10	%10	30	% 12
الزوجان معا	05	03.33	07	07	12	04.8
بدون إجابة	04	% 02.66	00	%00	04	%01.6
المجموع	150	%100	100	%100	250	%100

أما بالنسبة لعلاقة متغير الجنس بإخفاء أحد الزوجين المعاناة عن الطرف الآخر فנסجل النتائج التالية:

نبدأ بفئة الإناث، نلاحظ أن أعلى نسبة سجلت في إجابة " الزوج " هو الذي يخفي معاناته ب 80.66%، ثم تلتها نسبة أن الزوجة هي التي تخفي معاناتها بنسبة 13.33%. ثم نجد إجابة أن الزوجين معا يخفون معاناتهم بنسبة 03.33% أما نسبة بدون إجابة فبلغت 02.66%، نستنتج بأن الزوجات المبحوثات تقر بحقيقة إخفاء الزوج لمعاناته مراعاة لشعور زوجته.

أما بالنسبة لفئة الذكور، فنلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في خانة " الزوج " ب 83%، ثم نجد إجابة أن الزوجة هي التي تخفي معاناتها بنسبة 10% فقط. أما إخفاء المعاناة من طرف الزوجين معا فبلغت النسبة 07%.

نستنتج بأنه هناك إتفاق تام في إجابات فئة الإناث و فئة الذكور، بحيث تؤكد النسبة الكبرى عند الفئتين بأن الزوج هو الذي يخفي معاناته و لا يبيديها أمام الزوجة حتى لا يجرح مشاعرهما بحكم أن المرأة حساسة جدا و هذا يؤكد لنا متغير طبيعة العلاقة الموجودة الآن بين هؤلاء الأزواج فليس بالأطفال فقط تقوم العلاقة الزوجية و هذا ما أكدته هذه النتائج.

لأن تقبل الوضع أمر مهم جدا في إستمرار الحياة الزوجية، فرغم أنهم لم ينجبوا، فيجب أن يحاولوا تعويض هذا النقص، بشيء آخر يعززو و يقوي العلاقة و ليس العكس، و لولا هذه القناعات و التضحيات، لما عاش زوج مع زوجة بدون أطفال. و مع إستمرار الحياة الزوجية بين هؤلاء الأزواج، يحاولون البحث عن حلول بديلة للحصول على طفل.

لكن ما يمكن أن نسجله أنه باستمرار التوافق بين الزوجين ، فهناك تحول في طبيعة الحلول البديلة بحيث هناك ميل و توجه واضح للحلول البديلة ذات الطابع العلمي ، عن الحلول الإجتماعية كما سوف نحلله من خلال إختبارنا للفرضية الرابعة .

المبحث الثاني : طرق العلاج التي يلجأ إليها الأزواج العقيمين

إن العلوم الطبية الشعبية تقع في مكان آخر ، فشرعيتها الإجتماعية قديمة و مغروسة في التقاليد وهي تحظى اليوم بمزيد من الحضور و الإحترام . و يؤكد علم النفس المقارن و حتى التحليل النفسي بأنه أينما وجدت أزمة هناك الرجوع و الإستجداد بطرق و أنظمة دفاعية تقليدية بدائية بسيطة مركوزة في الذاكرة الشعبية ، و يرجع الإعتماد على هذه الوسائل البسيطة كذلك إلى فشل الطب الحديث في علاج بعض حالات العقم عند الأزواج.

1) الطرق العلاجية المستعملة في بداية مسيرة العلاج

جدول رقم 79: طرق العلاج المتبعة في البداية إلى جانب الطب

الحديث

النسبة %	التكرار	العينة
33.33%	147	طرق العلاج المتبعة العلاج بالطب الحديث فقط
11.33%	50	بالطب الحديث والتقليدي في نفس الوقت
12.24%	54	العلاج بالطب الحديث ثم الطب التقليدي
25.17%	111	العلاج بالرقية (الشرعية)
17.68%	78	المطيبات الشعبية
0.22%	01	بدون إجابة

المجموع	441	%100
---------	-----	------

من خلال إجابات العينة العامة، نلاحظ بأن أكبر نسبة كانت لإجابة " العلاج بالطب الحديث فقط" ب 33.33% و قصدنا هنا بداية العلاج بالطب الحديث ثم قد يجربون طرق علاجية أخرى.

أما النسبة الثانية فسجلت عند إجابة " العلاج بالرقية الشرعية" ب 25.17 % أي أن البداية كانت للعلاج بالرقية الشرعية ثم الطب الحديث .

أما بالنسبة الثالثة فنجدها في إجابة العلاج عند المطببات الشعبيات ب 17.68 % أي أن البداية هنا كانت بالعلاج عند المطببات الشعبيات ثم الطب الحديث و غيرها من الطرق العلاجية بين الحديث و التقليدي .

أما النسبة الرابعة فعادت لإجابة بداية العلاج بالطب الحديث ثم الطب التقليدي ب 12.24% . أما النسبة الخامسة فعادت لإجابة بداية العلاج بالطب الحديث و الطب التقليدي في نفس الوقت ب 11.33% . أما بدون إجابة فنسبتها 0.22%.

نستنتج من هذه البيانات بأنه على العموم هناك توجه إلى طرق علاج أخرى تقليدية إلى جانب العلاج بالطب الحديث. لكن بالأغلبية نجد توجه العينة المبحوثة إلى ثلاث طرق علاجية و هي : يبقى الطب الحديث في المرتبة الأولى ثم تليه التوجه " للرقية الشرعية" باعتبار استعمال القرآن كوسيلة شفاء و ربما هذه الطريقة إذا أستعملت كما يجب يكون لها مفعولين شفاء عضوي و شفاء نفسي أو روحي.

ثم نجد خاصة فئة النساء يتوجهن بقوة إلى العلاج عند المطببات الشعبيات و هن نسوة بحكم التجربة أصبحت معروفات عند العام و الخاص بقدرتهن على العلاج بدون ضمان النتيجة طبعا و أساس العلاج هنا هو " الدلك" على مستوى البطن وكذلك بعض الوصفات التي تحضر على أساس بعض المواد و التي عادة ما يحذر الأطباء من إستعمالها.

و المطببة الشعبية لها قاموسها الخاص بأنواع الأمراض التي تخص النساء العقيمت، و لها لكل مرض دواء. أما التوجه إلى الطب الحديث ثم التقليدي، فكما ذكرنا يكون بعد اليأس من نتيجة العلاج بالطب الحديث و الذي قد يطول فيتجهون للطب التقليدي.

أما العلاج بالطب الحديث و التقليدي في نفس الوقت فهو وارد كذلك و عادة ما تتبعه النساء أكثر من الرجال. فالمرأة عندما تتأخر في الإنجاب تتقبل أن تكون حقل تجارب لكل طرق العلاج حتى تلك التي تعود عليها ببعض المضاعفات الخطيرة.

ولمعرفة مدى توجه كل من الجنسين للعلاج بهذه الطرق المختلفة ، أضفنا متغير الجنس كما يوضحه الجدول الموالي .

جدول رقم 80 : علاقة متغير الجنس بأنواع طرق العلاج المتبعة في البداية

المجموع		ذكور		إناث		الجنس طرق العلاج المتبعة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%33.33	147	%51.49	69	% 25.40	78	بالطب الحديث فقط
% 11.33	50	%15.67	21	% 09.44	29	بالطب الحديث و التقليدي
%12.24	54	%05.22	07	%15.30	47	بالطب الحديث ثم التقليدي
%25.17	111	%27.61	37	%24.10	74	الرقية (الشرعية)
%17.68	78	%00	00	%25.40	78	المطيبات الشعبية
%0.22	01	%00	00	% 0.32	01	بدون إجابة
%100	441	%100	134	%100	307	المجموع

بما أن المبادرة بالعلاج في حالة تأخر الحمل و الإلحاح على ذلك يكون من طرف الزوجة أكثر من الزوج أردنا من خلال هذا الجدول الوصول إلى علاقة متغير الجنس بطريقة العلاج التي بدأوا بها المسيرة بين الطب الحديث و التقليدي ، و هل هناك فرق بين توجه النساء و توجه الرجال.

نبدأ بفئة الإناث، نلاحظ أن أعلى نسبة سجلت في إجابة بداية العلاج عند المطيبات الشعبيات ثم بالطب الحديث بنسبة 25.40% .

أما النسبة الثانية فعادت لإجابة بداية العلاج بالرقية الشرعية ب 24.10%.

أما النسبة الثالثة فكانت لإجابة بداية العلاج بالطب الحديث ثم التقليدي ب 15.30%.

أما إجابة بداية" العلاج بالطب الحديث و التقليدي في نفس الوقت فكانت بنسبة 09.44%.

أما بدون إجابة فنسبتها بلغت 0.32%.

نستنتج من إجابات المبحوثات اعتمادهن على الطب الحديث و المطيبات الشعبيات و الرقية الشرعية، أي طب حديث و طب تقليدي و طب روحاني و هذا قد تخضع لهن المبحوثات في نفس الوقت. ثم نجد الإعتقاد كذلك على الطب الحديث و عند اليأس من النتيجة أو بعد طول العلاج بالطب الحديث تتجه إلى العلاج بالطب التقليدي.

و نجد كذلك نسبة لا بأس بها من المبحوثات تعالج بالطب الحديث و التقليدي في نفس الوقت. و هذا التوجه إلى أكثر من علاج من طرف المبحوثات يبرره إرادتها بتجريب كل ما قد يأتي بنتيجة حتى الوسائل العلاجية المضرة حتى لا تحسس نفسها بالذنب عندما ترفض تجريب طريقة من طرق العلاج، و ترى بأن ما لم تجربيه من علاج هو الحل. لذلك نجد رغم طول مدة العقم فمسيرة العلاج لديهن مستمرة. فقد تتوقف عن العلاج لفترة لتري نتيجة علاج معين لكن سرعان ما تعاود الكرة على أمل أن هذه المرة سوف تكون هناك نتيجة فتتجيب.

أما فئة الذكور ، فنلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت عند إجابة بداية العلاج بالطب الحديث فقط ب 51.49%. وهذا وارد بحيث أن معظم الرجال في حالة تأخر الإنجاب يتوجهون للطب الحديث مباشرة.

أما إجابة بداية العلاج بالرقية الشرعية" فكانت نسبتها 27.61%. أما النسبة الثالثة فرجعت لإجابة بداية العلاج بالطب الحديث و التقليدي في نفس الوقت ب 15.67%. أما إجابة بداية العلاج بالطب الحديث ثم التقليدي فنسبتها 05.22% . و طبعا الرجال لا يذهبون للعلاج عند المطبات الشعبية لأن إختصاصهن النساء فقط لذلك كانت النسبة منعدمة (00%) .

نستنتج بأن طرق العلاج التي توجه إليها الرجال في البداية مختلفة عن توجه النساء نوعا ما. فالذكور توجههم كان أكثر إلى الطب الحديث. ثم الرقية الشرعية، ثم نجد الطب الحديث و التقليدي الذي يعتمد هنا على بعض وصفات تقوم على الأعشاب الطبية. أما الإعتماد على العلاج بالطب الحديث ثم التقليدي فالنسبة كانت ضئيلة فربما الرجال كلما طالت مدة الزواج بدون إنجاب كلما توجهوا أكثر إلى الطب الحديث بعد أن جربوا الطب التقليدي لكن بدون نتيجة.

ما نخلص له هو أن عدة طبقات من المعارف الخاصة بالجسد تتكسد فوق بعضها البعض ، و الشخص في بحثه عن العلاج الفعال لا يتخرج أبدا من الانتقال من نموذج شافي لآخر ، فهو يجرب من ضمن مجموعة طرق العلاج ، الطريقة التي تحوز على موافقة الجماعة و كذلك وفقا لموافقته الشخصية و لمعارفه التجريبية من ضمن هذه الطرق العلاجية المعروفة . و كل طريقة من هذه الطرق تساهم في النسيج الإجتماعي و الثقافي .

2 - الإستجد بالطرق و الممارسات غير العلمية في علاج العقم

إن اللجوء إلى ممارسات ما زالت حتى وقت حديث مطبوعة بالشك بالخرافة و الجهل و المكر ، هذه المعارف لا ينظر فيها للجسد بصفة متميز عن الإنسان كما هو في المعرفة البيوطبية . إن هذه المعارف لا تعزل الجسد عن الكون . عديدة هي مفاهيم الجسد التي تهيمن على تفسير الإضطرابات أو الأمراض التي تعيد الوضع البشري إلى وصاية الكون نكما هو في المعتقدات الشعبية التي تؤمن بأن عنصرا معدنيا أو نباتيا يفترض انه يساعد على الشفاء من مرض ما لأنه يحتوي في شكله أو عمله او مادته بعض التشابه مع العضو المصاب او مع مظاهر المرض .

إن إندماج الإنسان في ظل هذه التركيبية الكونية الطبيعية يعب عن نفسه أيضا من خلال الإتصال الملائم ببعض الأحجار و الينابيع و السواقي و الأشجار و النصب الحجرية القديمة ..و التي يفترض أنها تساعد على شفاء أولئك الذين يسعون إليها . و نفس المنطق نجده في اللجوء إلى المشعوذين و العرافات ، الطالب ، لأن الإعتقاد السائد أو الخرافة الشعبية ترجع إلى القدر السيء الذي رماه حاسدا و الذي يعطل جسد الضحية او يغطسه في الشقاء بإصابته لأسرته أو لأمواله أو لجسده (كإعتقاد مفعول الحناء السحري لنزع الخلف) .

جدول رقم 81: مدى إستنجاد عينة الدراسة بالطرق غير العلمية لعلاج العقم

النسبة %	التكرار	الإجابة
31.25%	35	زيارة الأضرحة
21.42%	24	زيارة العرافات
25%	28	زيارة الطالب
22.32%	25	زيارة حمامات الصالحين
00%	00	بدون إجابة
100%	112	المجموع

يجب أن نذكر أولا بأن نسبة معينة فقط من العينة المبحوثة هي التي توجهت لهذه الطرق، و تقدر ب 112 من المجموع العام أي من 250 مبحوث. أي نسبة 44.8 % أي تقريبا

الفصل الثالث : تحليل المعطيات الميدانية للفرضية الثانية
المبحث الثاني

النصف، و قدرت عدد المبحوثات ب 90 مبحوثة من ضمن 150 التي تمثل عينة المبحوثات ككل أي بنسبة 60 % أما نسبة المبحوثين الرجال فقدر مجموعهم ب 22 مبحوث من مجموع 100 عينة المبحوثين الرجال العامة في الدراسة ، و قدرت نسبتهم ب 22%. أم بتقسيم هذه العينة على مجموع مستعملي هذه الطرق أي 112 فتقدر نسبة المبحوثات ب 80.35 % أما الذكور فتقدر ب 19.64 %.

أما نتائج الجدول حسب إجابات العينة ، فنلاحظ بأن التوجه إلى زيارة الأضرحة كان بنسبة 31.25 % ثم تلتها التوجه إلى زيارة الطالب بنسبة 25 %، ثم نجد التوجه إلى زيارة حمامات الصالحين نسبة 22.32 %، أما زيارة العرافة فنسبتها بلغت 21.42 % .

فنلاحظ بأن الطرق العلاجية غير العلمية المقترحة ضمن السؤال قد حظت بنسب معتبرة ضمن إجابات العينة و هذا يدل على إستمرار الإستجداد بمختلف هذه الطرق لحد اليوم، رغم ما وصل إليه الطب الحديث من تطور في مجال علاج أنواع العقم، و نجد المجتمع الجزائري من المجتمعات التي شجعت و تابعت هذا التطور ووجود مراكز التلقيح الإصطناعي حاليا دليل على ذلك.

و نحن من خلال تناولنا لهذا المحور لا نريد أن نحكم أو نحاكم أو نعاتب هذه الفئة من الأزواج لأنها توجهت إلى هذه الطرق، و لا نلومهم لأن وضعيتهم تشبه وضعية الغريق الذي يحاول التمسك بقشة أملا في النجاة.

جدول 82: علاقة متغير الجنس بالجوء للطرق غير العلمية لعلاج العقم

المجموع		ذكور		إناث		الجنس الإجابة
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
31.25%	35	31.81%	07	31.11%	28	زيارة الأضرحة
21.42%	24	18.18%	04	22.22%	20	زيارة العرافة
25.89%	29	36.36%	08	23.33%	21	زيارة الطالب
21.42%	24	13.63%	03	23.33%	21	زيارة حمامات الصالحين

المجموع	90	%100	22	%100	112	%100
---------	----	------	----	------	-----	------

نحاول من خلال بيانات هذا الجدول الوصول إلى تحديد العلاقة بين الجنس و التوجه إلى طرق علاجية غير علمية.

نبدأ بفئة " الإناث " ، بحيث نلاحظ بأن أعلى نسبة سلت في إجابة زيارة الأضرحة ب 31.11 % ، ثم تلتها زيارة الطالب و حمامات الصالحين بنفس النسبة بلغت 23.33 % ، ثم تلتها إجابة زيارة العرافة بنسبة 22.22 %.

فلاحظ بأن فئة المبحوثات ، إضافة إلى العلاج بالطب الحديث و الطب التقليدي و الرقية الشرعية و العلاج عند المطيبات هناك كذلك من قامت بزيارة أضرحة الأولياء الصالحين و الطالب و حمامات الصالحين و حتى الذهاب للعرافات للتبرك و طلب الإنجاب. و بوجود طريقة التلقيح اللإصطناعي في الجزائر، نجد هؤلاء الأزواج يتوجهون إلى هذه المراكز للعلاج بنسبة كبيرة أملا في الإنجاب بمعنى أنهم يجربون مختلف الطرق و الوسائل.

أما فئة الذكور، فنلاحظ بأن أكبر نسبة سجلت في إجابة زيارة الأضرحة و زيارة الطالب بنفس النسبة 31.81 % ، ثم تلتها زيارة العرافة و حمامات الصالحين" بنفس النسبة كذلك و هي 18.18 % . فنلاحظ بأنه حتى فئة المبحوثين (الرجال) توجهوا إلى هذا النوع من العلاج، رغم أنه كما ذكرنا نسبتهم قليلة من ضمن العينة العامة.

نستنتج، بأن هناك إستمرار لهذه الطرق و العادات و الطقوس غير العلمية و غير العقلانية في مجتمعنا، و هناك من يمارسونها لحد اليوم. بل هناك من يمارس هذه الحرف كمهنة مربحة ، قد يسقط في فخها الكثير من دق أبواب قلوبهم اليأس. أو زاد في أنفسهم أمل ضرورة الإنجاب. و هناك حكايات واقعية كثيرة في هذا المجال فهناك من ضيقت كل ما لها و مصاغها و رهنت حتى مسكنها لترضى مصالب العرافة التي وعدتها بأنها سوف تعالجها و سوف تنجب بعد ذلك ، لكن ضاع كل شيء و لم تحقق أي شيء و الأمثلة كثيرة و مؤلمة.

وبما ان العينة المبحوثة تتميز بإرتفاع المستوى التعليمي ، حاولنا الربط بين هذا المتغير المهم و مدى إستيجاد العينة من الجنسين بهذه الطرق العلاجية غير العلمية كما توضحه نتائج الجداول الموالية .

جدول رقم 83 : أثر متغير المستوى التعليمي للمبحوثات بالإستنجا بطرق و عادات غير علمية لعلاج العقم

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		إبتدائي		أمي		المستوى التعليمي الإجابة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%31.11	28	%21.05	04	%34.61	09	%34.61	09	%40	04	%22.22	02	زيارة الأضرحة
%23.33	21	%21.05	04	%23.07	06	%23.07	06	%30	03	%22.22	02	زيارة العرافة
%22.22	20	%31.57	06	%19.23	05	%19.23	05	%10	01	%33.33	03	زيارة الطالب
%23.33	21	%26.31	05	%23.07	06	%23.07	06	%20	02	%22.22	02	زيارة حمامات الصالحين
%100	90	%100	19	%100	26	%100	26	%100	10	%100	09	المجموع

أما من خلال هذا الجدول فسوف نبين علاقة المستوى التعليمي للمبحوثات بالإستعداد بهذه الطرق غير العلمية للعلاج.

نبدأ بفئة " الأميات " ، فنجد بأن أعلى نسبة سجلت في إجابة زيارة الطالب 33.33 % ثم تلتها و بنسب متساوية إجابة : زيارة الأضرحة و زيارة العرافة و زيارة حمامات الصالحين ب 22.22 %.

أما فئة من لهن مستوى ابتدائي ، فنجد أن أعلى نسبة سجلت في إجابة زيارة الأضرحة ب 40 %، ثم تلتها إجابة زيارة العرافة ب 30 % ، ثم زيارة حمامات الصالحين بنسبة 20 % ، ثم زيارة الطالب بنسبة 10%.

أما من لهن مستوى تعليمي متوسط، فكانت أعلى نسبة في خانة إجابة زيارة الأضرحة ب ثم تلتها إجابة زيارة العرافة و زيارة حمامات الصالحين بنفس النسبة ب 23.07% ثم نجد إجابة زيارة الطالب ب 19.23%.

أما فئة ذوات المستوى التعليمي ثانوي، فنجد بأن أكبر نسبة كانت في إجابة زيارة الأضرحة ب 34.61 % ثم تلتها إجابة زيارة العرافة و زيارة حمامات الصالحين بنفس النسبة 23.07 %، ثم إجابة زيارة الطالب بنسبة 19.23 %.

أما فئة ذوات المسوى التعليمي جامعي فنجد أعلى نسبة سجلت في خانة إجابة زيارة الطالب ب 31.57 %، ثم تلتها إجابة زيارة حمامات الصالحين بنسبة 26.31 %، ثم نجد إجابة زيارة الأضرحة و زيارة الطالب كانت لهما نفس النسبة و هي 21.05 %.

نستنتج بأن المستوى التعليمي للمبحوثات ليس له علاقة بالتوجه لهذه الطرق العلاجية غير العلمية، و الدليل على ذلك أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمبحوثة وجدنا التوجه إلى هذه الطرق بنسب متقاربة ، فحتى من فئة الجامعيات و جدنا توجههن إلى زيارة

الطالب و حمامات الصالحين و حتى زيارة الأضرحة و العرافة، حتى و إن كانت بنسب قليلة إلا أنها لها دلالة خاصة إذا تعلق الأمر بهذه الطرق غير العلمية.

لكن هذه النتيجة لا يمكن أن تجعلنا نحكم عليهن بالجهل أو الشرك بالله أو الإيمان بالخرافات و تصديق الدجالين و المشعوذين ، و ذلك لأن توجه هؤلاء المبحوثات إلى هذه الطرق العلاجية غير العلمية، خاصة من طرف ذوات المستويات التعليمية المرتفعة، يرجع إلى أنهم عندما يمرون بمرحلة يأس و قلق و فقدان للأمل في الإنجاب، تجدهم يتوجهون إلى هذه الطرق رغم علمهم بأنها لا تجدي و لا تغني من جوع، لكن بدافع الحرمان من أعلى نعمة في الوجود، و من أجل الحصول عليها تجرب هؤلاء الزوجات كل الطرق، لعل في إحداها يكون الشفاء، فحدثتني المبحوثات بأنهن رغم عدم إيمانهم بهذه الطرق، ورغم علمهم بأن هذا أمر يغضب الله، إلا أنهن يمارسن هذه الطرق بنية طيبة و الأعمال بالنيات، و عادة ما يكون كذلك توجه هؤلاء المبحوثات إلى هذه الطرق العلاجية، بإلحاح من بعض المقربين خاصة الأمهات

جدول رقم 84: علاقة متغير المستوى التعليمي للمبحوثين بتوجههم للإستعانة بطرق علاجية غير علمية.

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		إبتدائي		أمي		المستوى التعليمي الإجابة
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
%31.81	07	%40	02	%50	02	%25	01	%25	01	%20	01	زيارة الأضرحة
%18.18	04	%40	02	%25	01	%25	01	%00	00	%00	00	زيارة العرافة
%36.36	08	%20	01	%25	01	%50	02	%25	01	%60	03	زيارة الطالب
%13.63	03	%00	00	%00	00	%00	00	%50	02	%20	01	زيارة حمامات الصالحين
%100	22	%100	05	%100	04	%100	04	%100	04	%100	05	المجموع

أما بالنسبة لعلاقة المستوى التعليمي للمبحوثين الرجال بتوجههم إلى هذه الطرق العلاجية غير العلمية فנסجل مايلي:

بالنسبة لفئة الأميين و التي هي حالة واحدة ، فكانت إجابته بأنه زار الطالب و كانت النسبة 60 % كما زار الأولياء الصالحين (الأضرحة) و كانت النسبة 20% ، كما قام بزيارة حمامات الصالحين و جاءت البنسبة ب 20% كذلك.

أما فئة ذوي المستوى الإبتدائي ، فكانت النسبة الأعلى لإجابة زيارة حمامات الصالحين ب 50 % ثم تلتها نسبة إجابة زيارة الأضرحة ب 25 % وتلتها و بنفس النسبة إجابة زيارة الطالب ب 25% .

أما فئة من لهم مستوى تعليمي متوسط، فنجد أن أعلى نسبة سجلت في إجابة زيارة الطالب ب 50% ثم تلتها إجابة زيارة الأولياء الصالحين (الأضرحة) ب 25 % ، و نفس النسبة سجلت عند إجابة زيارة العرافات بنسبة 25 % . أما زيارة حمامات الصالحين فالنسبة منعدمة 00% .

أما من لهم مستوى تعليمي ثانوي من المبحوثين، فنجد أكبر نسبة سجلت في خانة زيارة الأضرحة ب 50 % ثم تلتها إجابة زيارة العرافات و زيارة الطالب بنفس النسبة 25 % . أما زيارة حمامات الصالحين فالنسبة منعدمة

أما من لهم مستوى تعليمي جامعي ، فنجد بأن أكبر نسبة كانت خصت إجابة زيارة الأضرحة ب 40% و كذلك نفس النسبة سجلت عند إجابة زيارة العرافات ب 40% ، أما زيارة الطالب فكان بنسبة 20 % أما نسبة زيارة حمامات الصالحين فكانت منعدمة 00% .

نستنتج من خلال بيانات هذا الجدول أنه ليس هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث و توجهه لهذا النوع من طرق العلاج غير علمية ، بحيث وجدنا بأن المبحوثين من كل المستويات العلمية إستنجدوا بمختلف هذه الطرق، الفرق هنا أن هناك من المبحوثين من مستوى التعليمي متوسط و ثانوي و جامعي، لم يتوجهوا إلى زيارة حمامات الصالحين.

و يمكن أن نضيف هنا بأن توجه المبحوثين الرجال إلى هذه الطرق العلاجية ، قد يكون بإلحاح من الزوجة و بعض المقربين ، لأنهم كما يعبرون عن الأمر إذا لم ينفع فهو لا يضر.

لكن في ظل مسيرة العلاج هذه التي قد تطول فتؤدي بهؤلاء الأزواج إلى العيش على أمل محفوف بالمخاوف و المفاجآت قد تزيد من الضغوطات النفسية التي تؤدي إلى بعض الأحاسيس السلبية كما سنوضحه في المحور الموالي .