

العنوان:	التواصل الفعال والامثال للنصح الطبي والقلق والاكتئاب ودورهم في نجاح عملية التلقيح الصناعي
المصدر:	دراسات نفسية
الناشر:	رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رأثم)
المؤلف الرئيسي:	شويخ، هناء أحمد محمد
المجلد/العدد:	مج26, ع3
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2016
الشهر:	يوليو
الصفحات:	309 - 360
رقم MD:	819064
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	علم النفس الإكلينيكي، العلاج النفسي، التلقيح الصناعي
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/819064

التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب ودورهم في نجاح عملية التلقيح الصناعي

هناء أحمد محمد شويخ^١

المُلخَص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى استكشاف دور كل من؛ التواصل الفعال بين الطبيب والمريض، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في نجاح عملية التلقيح الصناعي. وقد أجريت الدراسة على (٢٥) سيدة تخضع لعملية التلقيح الصناعي، وتراوحت أعمارهن ما بين ٢٦ إلى ٤١ سنة، بمتوسط ٢٨,٥٩ سنة، وانحراف معياري $\pm ٩,٤٣$ سنة، وقد طبقت على العينة بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على مقياس التواصل الفعال، ومقياس الامتثال للنصح الطبي، وقائمة "بك" للاكتئاب، ومقياس التقدير الذاتي للقلق، واستبانة بيانات الحالة، كما روعي التحقق من الكفاءة السيكمترية للأدوات من خلال التطبيق على عينة مكونة من (١٥) سيدة تخضع لعملية التلقيح الصناعي.

ومن أهم النتائج كالتالي: (١) توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي. (٢) تختلف درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب باختلاف نجاح عملية التلقيح الصناعي من عدمه. (٣) تتباين درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي. (٤) يسهم كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات. وقد نُوقشت النتائج في ضوء الدلالات النظرية والتطبيقية لنتائج الدراسة، ومدى اتساقها مع الدراسات السابقة في هذا المجال.

^١ قسم علم النفس بكلية الآداب-بقنا

Doctor-patient communication, Medical adherence, anxiety, depression and their role in the success of in vitro fertilization (IVF)

Hanaa Ahmed Mohamed Shuwiekh¹

Abstract

The Present study aims to examine the role of doctor-patient communication, medical adherence, anxiety and depression in the success of in vitro fertilization (IVF).

In order to verify the hypotheses of study, one battery including a questionnaire on doctor-patient communication, a questionnaire on medical adherence, a self-rating anxiety scale, and Beck Depression Inventory had been used. After fulfilling psychometric requirements of the battery, (25) females who underwent a process of IVF had been investigated .

Results revealed that :

(1) There was a significant relation between all variables, namely doctor-patient communication, medical adherence, anxiety and depression in females who undergo a process of IVF .

(2) There was variance in all of doctor-patient communication, medical adherence, anxiety and depression depending on the success of the IVF process or not .

(3) There was variance in anxiety and depression according to the number of times IVF was performed .

(4) All variables were predicting the success of IVF .

Implications and future directions for research on diabetes were discussed .

Keywords: Doctor-patient communication, Medical adherence, Anxiety, Depression, In vitro fertilization.

¹ Department of Psychology - South Valley University

مقدمة:

يُعد التلقيح الصناعي^(١) علاجًا رئيسيًا للعقم عند الزوجين، عندما تبوء جميع الوسائل الأخرى لتكنولوجيا المساعدة للتناسل بالفشل، وهو العملية التي يجري فيها إخصاب البويضات من قبل خلايا الحيوانات المنوية خارج الرحم، أي في المختبر، وتتطوي العملية على التحكم في عملية التبويض هرمونيًا، وسحب البويضات من المبيض في المرأة، وترك الحيوانات المنوية تخصب في وسط سائل، ومن ثم تُنقل البويضة المخصبة إلى رحم المريضة بقصد حدوث حمل ناجح (Papanikolaou, Camus, Kolibianakis, Van Landuyt, Van Steirteghem & Devroey, 2006).

وتشير المعدلات الإحصائية إلى نجاح الحمل (وهو مجرد اختبار إيجابي للحمل، وليس بالضرورة "الحمل قابل للحياة"، أي ما يعني ضمنا الكشف عن ضربات قلب الجنين) من إجراء التلقيح الصناعي، إلى زيادتها مع تحسن وسائل التكنولوجيا المستخدمة، ومن هذه الإحصائيات نجد أنه في عام ٢٠٠٦ حققت عيادات في كندا متوسط معدل حمل بنسبة ٣٥٪، بينما قدرت دراسة فرنسية أن نحو ٦٦٪ من المرضى الذين بدئوا العلاج بالتلقيح الصناعي نجحوا في إنجاب طفل بنسبة ٤٠٪ خلال العلاج بالتلقيح الصناعي في المركز، وبنسبة ٢٦٪ بعد وقف عمليات التلقيح الصناعي (Rochebrochard, Quelen, Peikrishvili, Guibert & Bouyer, 2008).

ويوجد الكثير من العوامل التي تساعد على نجاح عملية التلقيح الصناعي، منها على سبيل المثال؛ القلق النفسي، والوخز بالإبر، ومستوى تفتيت الحمض النووي، وسن الأم، وجودة السائل المنوي، والتدخين، ومؤشر كتلة الجسم، والجلطات الدموية، واستئصال قنوات فالوب قبل التلقيح الاصطناعي، ونجاح الحمل السابق والولادة الحية، ومعدل استهلاك أقل للكحول والكافيين، وكذلك التواصل الفعال بين الطبيب والمريض^(٢)، والامتثال للنصح الطبي^(٣) (Simon, Brunborg, Stevenson, Lutton, McManus & Lewis, 2010; Olivennes, Mannaerts, Struijs, Bonduelle & Devroey, 2001).

(1) In vitro fertilization (IVF)

(2) Doctor – Patient Communication or Relationship

(3) Medical Adherence

وقد أصبح تركيز القائمين على تقديم الرعاية الصحية يتجه نحو تحسين التواصل بين الطبيب والمريض (Feltz-Cornelis, Oppen, Marwijk, Beurs & Dyck, 2003)، ويعود هذا التركيز إلى سببين؛ أولهما: أن التواصل الفعال بين الطبيب والمريض يُعد البنية الأساسية لتحقيق الجودة في الخدمة العلاجية، وثانيهما: أنه عنصر ضروري عند تقييم أداء المؤسسات العلاجية (Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2001; Zheng, Hall, Dugan, Kidd & Levine, 2002).

ويرى الاتجاه الحديث في نظرتة للطب أنه "نشاط إنساني يهدف إلى تقديم صور الرعاية العلاجية لمساعدة المريض والعاجز، في ظل توفر علاقة يسودها الاحترام والمودة بين الطبيب والمريض"، وهذا الاتجاه يتماشى مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي⁽¹⁾، الذي يركز عند تفسيره للمرض وللعلاج على مجموعة من المكونات؛ منها: الإشارات والأعراض العضوية، وطبيعة العلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض، والخبرة الذاتية للمريض، والمعايير الاجتماعية والثقافية له، كل ذلك بما يخدم بشكل أفضل في مكافحة المرض وتقديم العلاج (Chin, 2001). بمعنى أن التواصل بين الطبيب والمريض، يعتمد على كلٍ من الناحية العلمية للطبيب والجانب النفسي والاجتماعي للمريض، فلم يعد ينظر للمريض على أنه مجرد مجموعة من الأعراض المرضية، أو الأجهزة الجسمية التالفة، بل هو كائن بشري قلق، ويأمل في الحصول على المساعدة والشفاء، لهذا أصبح الاهتمام بالتواصل بين المريض والطبيب يوازي أهمية التشخيص والعلاج (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

وقد حثت هذه النظرة الحديثة على توجيه الباحثين نحو دراسة طبيعة التواصل بين الطبيب والمريض بشكل أعمق، من حيث كونها علاقة تفاعلية حميمة بين شخصين أو طرفين؛ أحدهما خبير في الطب، والآخر شخص يحتاج إلى رعاية طبية أو علاجية، ويدور التفاعل بينهما حول موضوعات خاصة بالصحة والمرض (Chin, 2001)، وقدم "روتير" Roter (1997) لوصف هذه العلاقة عدداً من الخصال التي تتسم بها، هي: الدفء والحميمة، والثقة المتبادلة بينهم، وأخذ الطبيب في حسابه لاهتمامات المريض وتوقعاته، والبعد عن التفسير القاطع لتشخيص المرض، والتخفيف من الاستخدام المكثف للمصطلحات الطبية، وتبسيط اللغة بما يتناسب مع عقل وفكر المريض (Jackson et al., 2001).

(1) Biopsychosocial Model

ومما دعم هذا الاتجاه ظهور دراسات تؤكد وجود نواتج إيجابية للتواصل الفعال بين الطبيب والمريض، وهذا ما أشار إليه "سليفان" وآخرون (Sullivan, Stein, Jacqueline & Samet, 2000) حين وجدوا أن إدراك التواصل الفعال بين مرضى نقص المناعية وأطبائهم يفسر ٥٦٪ من تباين الرضا العام عن الرعاية الصحية المقدمة لهم. كما أن التواصل الفعال يُعد منبئاً بعدد من المتغيرات المرتبطة بالمرض، مثل استخدام وسائل الوقاية، ودعم العلاقة العلاجية، والامتثال للنصح الطبي، والثقة في كفاءة الطبيب والعلاج، وتحسين نوعية حياة المريض، في حين أن التواصل غير الفعال يترتب عليه التوقف عن الممارسات الصحية أو الانسحاب من الخطة العلاجية (Glatlacker, 2007; Jackson et al., 2001; Makizan, 2004; Thom, Hall & Pawlson, 2004; Pearson & Raeke, 2000). وأضاف "ريان" (Ryan, 1984) أن الإناث المرضيات تملن إلى الشكوى من صعوبة التواصل مع أطبائهن بمعدل ثلاث مرات بالمقارنة بالذكور المرضى، وأرجع هذا إلى انخفاض الثقة لديهن في طبيبهن.

أمّا عن المفهوم الآخر الذي نرى أهمية تناوله بالدراسة، وهو موضوع الامتثال للنصح الطبي، فيمثل مشكلة ملحة لدى القائمين بالرعاية الصحية (Girdwood, 2007)، إذ وُجد بعد وصف التعليمات الطبية التي يجب على المريض اتباعها وتنفيذها بدقة، أن هناك تباينات واضحة في سلوكيات المرضى، فمنهم من يتبع هذه التعليمات بدقة كما هو مطلوب، ومنهم من ينفذ جزءاً منها، ومنهم من يتجاهلها، وربما يتوقف تماماً عن تنفيذها (Alder, 1999, 133).

ويسعى القائمون بالرعاية الصحية، منذ "أبو قراط" Hippocrates وحتى الطب الحديث الآن، إلى مساعدة المرضى على تحقيق درجة مرتفعة من الامتثال للنصح الطبي؛ وذلك لأن نجاح الخدمة العلاجية، يتوقف بشكل شبه كامل على اتباع المرضى وتنفيذهم للتعليمات العلاجية الموصوفة لهم؛ من قبيل كيفية تناول العقاقير بشكل منتظم، واتباع نظام غذائي محدد، وممارسة بعض التمرينات والأنشطة الرياضية، وعمل بعض الفحوصات والتحليل بشكل دوري، بالإضافة إلى تحديد مواعيد المتابعة. فالعقاقير الطبية لا تؤدي إلى تأثيرات خارقة في علاج المرض، إذا لم يتناولها المريض بالشكل المطلوب، من حيث النوعية، والكمية، والتوقيت، أي كما هو موصوف له، لهذا يُعد مفهوم الامتثال للنصح الطبي

من المفاهيم الضرورية في زيادة فرص الشفاء من المرض، والحفاظ على الصحة الجيدة لدى المرضى (Fielding & Duff, 1999).

وقد كشفت نتائج عديد من الدراسات أن عدم الامتثال للنصح الطبي⁽¹⁾ يمثل مشكلة خاصة عند تقدير كفاءة العلاج الموصوف للمرضى، كم أنه يُعَرَّض صحتهم لمضاعفات المرض ونوعية حياتهم للخطر، وهذا ما أكدته الإحصاءات العالمية؛ إذ إن عدم الامتثال للنصح الطبي يُعد السبب الرئيس في وفاة (١٢٥) ألف حالة سنويًا في الولايات المتحدة، هذا بالإضافة إلى أنه يؤدي إلى ضياع أكثر من (١٠٠) بليون دولار سنويًا، نتيجة لفقدان كميات من العقاقير دون فائدة، واستخدام حجرات العناية المركزة في المستشفيات، والاستعانة بأجهزة التنفس الصناعي، وغيرها من الآليات الطبية المكلفة (Bosworth, 2005, 147; Bosworth, Weinberger & Oddone, 2005, 4) من المرضى لا يلتزمون بالبرامج طويلة المدى المتعلقة بالنظام الغذائي والدوائي، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه المشكلة ليست بسبب سمات الشخصية للمرضى فقط، بل أيضًا ترجع إلى عوامل أخرى خاصة بالسياق الاجتماعي الذي يتعامل فيه المريض مع طبيبه (Stunkardt, 1981). وقد لخص "بيكر" Becker و"مايمان" Mainman عددًا من العوامل المسؤولة عن انخفاض امتثال المرضى للنصح الطبي، منها:

- ١- عوامل مرتبطة بالخصائص الديموجرافية والشخصية للمريض، كالعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية... إلخ.
- ٢- عوامل تتصل بالمرض، وتشمل نوع المرض، وأعراضه، ودرجة خطورته، والمعتقدات الصحية المرتبطة به، والفترة الزمنية للإصابة به... إلخ.
- ٣- عوامل مختصة بالنظام الطبي أو العلاجي، مثل نوع العلاج، وكفاءته، وتكاليفه المادية، وطول فترة العلاج، ودرجة تعقيده، ومدى توفره... إلخ.
- ٤- عوامل مرتبطة بالفريق الطبي المعالج، وتختص بالرضا عن التواصل بين الطبيب والمريض، والكفاءة العلاجية للأطباء... إلخ. (Moralejo, Ines, Marcos, Fuertes & Luna, 2006).

وتشيع مشكلة عدم الامتثال للنصح الطبي بين جميع الفئات العمرية، والطبقات الاجتماعية والاقتصادية، والأمراض المتعددة المزمّن منها والحاد؛ فعلى سبيل المثال

(1) Medical Non-Adherence

أوضحت الدراسات أن العمر يرتبط ارتباطاً سلبياً بالامتثال للنصح الطبي (Van Sciver, 1990)، كذلك وجد أن ما بين (٢٠٪) إلى (٧٠٪) من المرضى لا يلتزمون بالوصفات الطبية، وهذه النسبة تقل لدى الأمراض الأكثر خطورة طبياً (Bartly, 2005). واستخلصت دراسة "تسومبوي" وآخرين (Tsoumpou, Kyrgiou, Gelbaya & Nardo, 2009)، من خلال البحث في ثلاثة قواعد للبيانات الإلكترونية المهتمة بنشر مقالات عن السيدات اللاتي يعانين من مشكلة بطانة الرحم المهاجرة، والخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، خلال الفترة ما بين يناير ١٩٨٥ إلى نوفمبر ٢٠٠٧، أنهن ملتزمات بشكل جيد للتعليمات وللنصح الطبي خلال فترة علاجهن والمتابعة.

ومن الواضح أن فهم سلوك الامتثال للنصح الطبي يقتضي تبني المنحى متعدد الأبعاد، فعندما نستعرض الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية في مجال علم نفس الصحة، يتجلى لنا بوضوح أن كثيراً من الدراسات تبعد الآن عن النموذج الطبي الحيوي^(١) الذي يعتمد على تحسين الإجراءات الطبية، وفعالية العقاقير المستخدمة كمحددات رئيسة في فهم سلوك الامتثال للنصح الطبي (Witlich, 2005)، وهي في الوقت نفسه تقترب من النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وهذا معناه أن تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع سلوك الامتثال للنصح الطبي كمنظومة متعددة الأبعاد؛ أبعاد طبية ونفسية واجتماعية.

أمّا عن القلق والاكتئاب فهما من المتغيرات الشائعة بين السيدات الخاضعات للتلقيح الصناعي، وهذا ما أكدته دراسة "سلاي" و"ليبيرمان" (Slade & Lieberman, 1997)، من خلال تتبع عينة (ن=١٤٤) من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، التي وجدت شيوع ارتفاع القلق والاكتئاب بينهن، وأوصت بضرورة مراعاة هذه المتغيرات أثناء تقديم الخدمات الطبية، لما لهم من أثر سلبي على نتيجة حدوث الحمل.

ومن هنا أصبحت الحاجة ملحة لدراسة طبيعة كل من التواصل بين الطبيب والمريض، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في مجال الأمراض الجسمية، وما يترتب على وجودهم من نواتج علاجية متعددة (Pearson & Raeke, 2000). ويُضاف إلى هذه الأهمية ما يترتب على هذه المتغيرات من تقديرات مبكرة عند تقييم فاعلية العلاجات الطبية التي تكرر لسيدات اللاتي تخضعن لعملية التلقيح الصناعي بوجه خاص.

(1) Biomedical Model

أسئلة الدراسة:

من خلال النظرة السابقة إلى التراث البحثي والفكري في الموضوع، تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في طرح الأسئلة الآتية:

١- إلى أي درجة توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من التواصل الفعال بين الطبيب و المريض، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكنتاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي؟

٢- إلى أي درجة تختلف درجة كل من التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي والقلق والاكنتاب باختلاف نجاح عملية التلقيح الصناعي من عدمه؟

٣- إلى أي درجة تتباين درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكنتاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي؟

٤- إلى أي درجة يسهم كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكنتاب في التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات؟

التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة:

[١] مفهوم التواصل بين الطبيب والمريض:

يعرف التواصل بين الطبيب والمريض بأنه "علاقة تفاعلية بين فردين-لا يوجد بينهما معرفة سابقة-تتسم بدرجة من المودة، وربما تتطور هذه العلاقة لتسمح للمريض بإزالة حاجز السرية عن بعض الأمور؛ خاصة في ظل توفر بيئة آمنة وبناءة" (Kaba & Sooriakumaran, 2007). وقد قدم كل من "سزاسز" Szasz و"هولليندر" Hollender (١٩٥٦) ثلاثة نماذج أساسية في وصف التواصل بين الطبيب والمريض، هي:

١- نموذج الأبوية النشطة-السلبية^(١)، ويتصور هذا النموذج العلاقة بين الطبيب والمريض بأنها أشبه بالعلاقة بين الأب والطفل^(٢)، بمعنى أنها تخلو من التفاعل المتكافئ، إذ يشخص الطبيب ويعالج دون أي قدر من مشاركة المريض، فطبقاً لهذا يكون الطبيب نشطاً، بينما المريض عاجزاً سلبياً، وقد يتناسب هذا النموذج مع حالات الطوارئ والغيوبية، ربما لأن الوقت ليس في صالح المريض لمشاركته في اتخاذ القرارات الخاصة بعلاجه، ما قد يعرض حياته للهلاك.

(1) The Model of Activity – Passivity Paternalistic

(2) Parent – Infant Relationship

٢- نموذج التوجيه-التعاون^(١)، وهو أقرب لنمط العلاقة بين الأب والابن (المراهق)^(٢)، ويطبق هذا النموذج في المواقف الأقل خطورة، إذ يفترض أن المريض كائن فاهم وواعٍ بمرضه، ويعاني من القلق والألم، وعلى استعداد تام للتفاعل مع الطبيب، وأداء ما يطلبه بشكل إلزامي، لهذا فالطبيب يوجه المريض كمرشد، ويتوقع من المريض التعاون والطاعة من دون سؤال.

٣- نموذج المشاركة المتبادلة^(٣)، ويعتمد هذا النموذج على طبيعة العلاقة بين الراشد-الراشد^(٤)، إذ يفترض أن التكافؤ بين الأفراد هو جوهر التفاعل، لذا لا يقر الطبيب بما هو أفضل العلاجات المقدمة للمريض إلا في ظل مناقشته وأخذ رأيه، فتكون المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض متوفرة، مع درجة عالية من المودة، وعلى المريض تدبير مرضه المزمن في ظل تقديم النصائح الطبية (Kaba& Sooriakumaran, 2007; Ommen et al., 2008).

ونظراً لكون هذا البحث قائم على فئة من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، فنموذج المشاركة المتبادلة هو الأنسب لطبيعة التواصل بين الطبيب والمريض، وقد لخص بعض الباحثين الصفات المميزة لهذا النموذج في: التفات، الدفء والحمية، والعطف، والخصوصية، والتشجيع، والتركيز، والمسئولية، والثقة، والاحترام، والحب، والتقدير، والأمل، والاهتمام (Hellstron, 1998; Jackson et al., 2001).

ونستخلص مما سبق تعريفاً لمفهوم التواصل بين الطبيب والمريض-سوف تتبناه في دراستنا الراهنة-بأنه "علاقة تفاعلية بين الطبيب والمريضة، وتتسم هذه العلاقة بالفهم والإتصاف، والمودة، وتوفير الوقت، والمعلومات الكافية، والتشجيع، والاهتمام... إلخ، من جانب الطبيب نحو المريضة الخاضعة لعملية التلقيح الصناعي".

-
- (3) The Model of Guidance-Co-Operation
 - (4) Parent-Child (Adolescent) Relationship
 - (5) The Model of Mutual Participation
 - (6) Adult – Adult Relationship

[٢] مفهوم الامتثال للنصح الطبي:

مع بروز أهمية مفهوم الامتثال للنصح الطبي في نجاح الخدمة العلاجية، نجد أن هناك خلطاً في التعريفات النظرية والإجرائية المقترحة لهذا المفهوم، فقد ذكر كونتر Kontz (١٩٩٨) أن هناك تنوعاً في المفاهيم العاكسة لترجمة مصطلح الامتثال، منها Compliance, Adherence, Therapeutic Alliance, Co-operation, Madden، ورغم أن هذه المصطلحات تستخدم أحياناً بشكلٍ تبادلي، فإن هناك بعض الفروق التي تجعل الباحثين يفاضلون بينها، فمصطلح الإذعان في مقابل عدم الإذعان^(١) مشتق من نموذج الاتفاقية^(٢)، والمفترض فيه أن الطبيب يستخدم سلطته في إصدار أوامر، وإرغام المريض على تنفيذها والطاعة لها؛ أي إن هذا المصطلح يحمل في طياته الدور السلبي للمريض في الخدمة العلاجية، أم مصطلح الامتثال في مقابل عدم الامتثال^(٣)، فهو قائم على النظرية الحديثة، التي ترى أن للمريض دوراً إيجابياً نشطاً وفعالاً في اختيار كل من أسلوب حياته الصحي، والقرارات الخاصة بالعلاج، ومن ثمَّ إنجاح الخدمة العلاجية، أمَّا مصطلحا الإذعان العلاجي^(٤)، والتعاوني^(٥)، فهما أقرب إلى وصف العلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض، من نتائج هذه العلاقة وهو الامتثال للنصح الطبي (August, 2005; Fuertes et al., 2007).

ولذا سنركِّز في دراستنا على مصطلح الامتثال للنصح الطبي^(١) كترجمة لمفهوم الدراسة، والذي يعرفه "فليتشر" Fletcher (١٩٩٩) في أيسر بأته "عمل المريض لما يريده الطبيب". في حين أشار كل من "هولوري" Holory و"جراير" Grear (١٩٩٤) إليه بأته "مظلة لكل سلوكيات المريض المتسقة مع توصيات القائمين بالرعاية الصحية ونصائحهم"، ويتسق "جورديس" Gordis (١٩٩٠) مع التعريف السابق، إذ يعرفه بأته "درجة اتساق سلوك المريض مع نظام العلاج الموصوف له" (Solaiman, 2003, 25-26). كما يعرفه

* يرجع مصطلح الامتثال في اللغة العربية إلى مادة (مثل)، ويقال: أمْتَثَلَ أمره: أطاعه واحتذاه، ويقال: أمْتَثَلَ طريقته: تتبعتها (المعجم الوجيز، ١٩٩٧، ص ٥٧٢).

- (1) Compliance / Non Compliance
- (2) The Consensual Model
- (3) Adherence / Non Adherence
- (4) Therapeutic Alliance
- (5) Co-operation
- (6) Medical Adherence

بعض الباحثين بأنه "السياق الذي يتبع فيه المريض التوصيات الطبية كما قدمت له، وما هو إلا عملية سلوكية معقدة تتأثر بكل من البيئة التي يعيش فيها المريض، ومشاركة القائمين بالرعاية، ونظام الخدمة العلاجية" (Bartly, 2005). وأشار "هاورين" وآخرون (Howren, VanLiew & Christensen, 2013) إلى الامتثال للنصح الطبي بأنه "مصطلح يستخدم لوصف مدى السلوكيات التي يلتزم بها المريض للتعليمات، والتوصيات التي معظمها تقدم من القائمين بالرعاية الصحية في سياق اضطراب أو مرض محدد".

أما التعريف الذي ستعتمد عليه دراستنا فهو تعريف "هاينيس" Haynes و"ساكيت" Sackett للامتثال للنصح الطبي بأنه "المُدَى الذي يكون سلوك المريض الخاضعة لعملية التفكيح الصناعي (من حيث تناول الأدوية، واتباع نظام غذائي محدد، وممارسة أنشطة جسمية، وتحديد مواعيد المتابعة... إلخ) مُطابِقًا مع النصائح الطبية أو الصحية الموصوفة لها من قبل القائمين بالرعاية الصحية" (Witlich, 2005).

ولذا فإن عدم الامتثال للنصح الطبي يُعرف بأنه "مجموعة سلوكيات المريض التي لا تتسق مع النصائح الطبية" (Shenolikar, 2006, p.3). وقد ميز "جيليلاند" Gilliland و"هيسسي" Hussy بين كل من: (١) عدم الامتثال غير القسدي^(١): وهو مجموعة السلوكيات التي لا تتسق مع النصائح الطبية، ويرجع عدم الاتساق إلى أسباب خاصة كالنسيان أو عدم الفهم الكافي للمرض وللتعليمات الطبية. (٢) عدم الامتثال القسدي^(٢): ويعود عدم الاتساق بين سلوكيات المريض والنصائح الطبية في هذه الحالة إلى الرفض الواعي للمريض لأداء أي شكل من أشكال النظام العلاجي، مثل التوقف عن تناول الدواء، أو عدم الذهاب لإجراء المتابعة (Solaiman, 2003, p.28).

وقد ابتعد الباحثون عن النظر للدرجة الكلية لمفهوم الامتثال للنصح الطبي، وأصبحوا يعدونه مفهومًا متعدد الأبعاد، بمعنى أنه يحتوي على عددٍ من الأبعاد، وهي: بُعد تناول الدواء الطبي، وبُعد اتباع النظام الغذائي، وبُعد ممارسة النشاط الجسمي، وبُعد الالتزام بالتعليمات الطبية بما يتضمن الحفاظ على المواعيد، وإجراء الفحوصات والتوجيهات العامة المطلوب (Sarafino, 2002, pp.288-289). وقد أصبح من الخطأ الاعتماد على الدرجة الكلية فقط لتقدير مستوى الامتثال للنصح الطبي، وذلك لأن النظر إلى درجات أبعاد

(1) Unintentional Non Adherence

(2) Intentional Non Adherence

المفهوم النوعية؛ توضح لنا أي السياقات يكون المريض فيها أكثر امتثالاً من غيرها، فعلى سبيل المثال وجد أن الأطفال أكثر امتثالاً طبيًا في تناول الدواء من إجراء المتابعة، وذلك يرجع إلى أسباب أسرية (Fielding & Duff, 1999).

ولم يتوقف الأمر عند حدود التركيز على الأبعاد النوعية لمفهوم الامتثال للنصح الطبي، بل بدأ بعض الباحثين يركزون على السلوكيات العاكسة لكل بُعد، فبُعد تناول الدواء الطبي -على سبيل المثال- قد يحتوي على صور لسلوك عدم الامتثال مثل التوقف عن تناول الدواء، أو تناوله بجرعات أكبر مما هو موصوف، أو تناوله في أوقات غير صحيحة، أو تناول أدوية بديلة دون إذن الطبيب... إلخ (Bosworth, 2005, p.149)، وهذا ما توصل إليه "سوليمان" (Solaiman, 2003) - من خلال دراسته على مرضى الضغط المرتفع - إذ وجد أن (٥٦٪) منهم يقررون أنهم توقفوا عن تناول الأدوية الموصوفة لهم، و(٩٦.٣٪) يتوقفون عن تناول الأدوية كلما شعروا بتحسن في أعراض مرضهم، و(٧٤.٧٪) لا يذهبون إلى زيارات المتابعة. وأضافت دراسة "باسو" وآخرين (Basu, Khobragade, Kumar & Raut, 2015) أن نسبة الامتثال للنصح الطبي الجيد بين مرضى الداء السكري تصل إلى ٧٤.٥٪ بين المرضى، منهم ٧٠٪ ملتزمون للتوصيات الغذائية، و٤٨٪ منهم ملتزمون للتوصيات الرياضية. كذلك لاحظ كل من "هاريس" و"لوستمان" (Harris & Lustman, 1998, p.4) تباين معدلات عدم الامتثال لدى مرضى السكري حسب أبعاده، إذ وجد أن عدم الامتثال بالنظام الغذائي يشيع بنسبة تتراوح ما بين (٣٥٪) إلى (٧٥٪)، أما عدم الامتثال لممارسة النشاط الجسدي يتراوح ما بين (٧٠٪) إلى (٨١٪)، في حين أن عدم الامتثال لتناول الدواء يشيع بنسبة تتراوح ما بين (٢٠٪) إلى (٨٠٪). في حين وجد أن نسبة شيوع الامتثال للنصح الطبي بين مرضى نقص المناعة تصل إلى الثلث فقط عند الامتثال بمواعيد اللقاءات الطبية، أما النسبة المتبقية فلا يتبعون أي تعليمات طبية خاصة باستخدام الواقي الذكري، وتعاطي المخدرات بالحقن (Rotheram-Borus et al., 1997). كما وجد بعض الباحثين أن نسب شيوع عدم الامتثال للنصح الطبي بين مرضى الأوعية القلبية تصل إلى ٤٠٪ (Muzzarelli et al., 2010).

وقد ميز "كلوك" وآخرون (Klok, Kaptein & Brand, 2015) بين نمطين لمعوقات الامتثال للنصح الطبي؛ منها: المعوقات الداخلية والتي تشمل التوقعات الخاصة

بالأمراض، والمعتقدات عن العقاقير، وسمات الشخصية للمريض... أمّا عن المعوقات الخارجية فهي المعوقات الخاصة بالأسرة، والنواحي المادية كالفقر. وأكدوا كذلك ضرورة وضع برامج لتحسين الامتثال للنصح الطبي تأخذ في حسابها هذه المعوقات. ونتيجة لكل ما سبق لم يُعد من الأهمية الآن تقدير درجة كلية للامتثال الطبي، بل أصبح التركيز على درجات أبعاده الفرعية، وكذلك معدل السلوكيات النوعية لكل بُعد، وكل هذه الدرجات والمعدلات تعطي صورة واضحة عن أي الأبعاد يكون فيها المريض أكثر امتثالاً من غيرها.

[٣] مفهوم القلق:

يُعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عمومًا، وفي مجال الصحة النفسية خصوصًا، فالقلق حقيقةً من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي مهم في بناء الشخصية، ورغم كونه خبرة غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، فإن وجوده بقدرٍ مناسب يعد ضرورة للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضًا مهمة في حياة الإنسان وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه (الدسوقي، ١٩٩٨). ويعرف القلق بأنه "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، ما يسبب اضطرابًا في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية" (عبد الفتاح، ٢٠٠٤). وتشمل الأعراض الجسمية للقلق: الضعف العام، نقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، التعب، الصداع المستمر، العرق، ارتعاش الأصابع، شحوب الوجه، السرعة في نبضات القلب، الدوار، الغثيان، جفاف الفم والحلق، فقدان الشهية، اضطراب النوم، ارتفاع ضغط الدم، اضطراب في التنفس، ضيق الصدر، عسر الهضم وآلام المعدة. بينما تحتوي الأعراض النفسية للقلق: القلق العام على الصحة، العصبية، عدم الاستقرار، الخوف، توهم المرض، سوء التوافق، ضعف التركيز، شرود الذهن، الهم، الخوف من الموت (الأنصاري، ٢٠٠٣).

[٤] مفهوم الاكتئاب:

يُشار إلى الاكتئاب بأنه "زملة إكلينيكية تتضمن بشكلٍ عام المزاج الاكتئابي، ومجموعة من الأعراض الاكتئابية كالحزن، وانخفاض المزاج، وقلة النشاط، واضطراب القدرة على الاستمتاع بالأشياء والاهتمام بها والتركيز عليها، وشيوع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، وكثيرًا ما توجد بعض الأفكار عن الإحساس بالذنب، وفقدان القيمة، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز، وصعوبة التركيز والتفكير، كما يتميز بوجود بعض الأعراض الجسمية مثل توهم المرض، واضطراب الشهية، ونقصان الوزن، وفقدان الرغبة

الجنسية، وغيرها من الأعراض التي يتفق بشأنها الباحثون" (Rybasb, Roodin & Santrock, 1991, p.469). ونظرًا لتعدد النظريات المفسرة لتطور الاكتئاب ونشأته عند الفرد، فإنه يمكن استعراضها في ضوء منحيين، هما: المنحى المرتكز على الأسباب البيولوجية والوراثية، والمنحى المهتم بالأسباب النفسية والاجتماعية والمعرفية المسببة للاكتئاب. **أولاً: المنحى الحيوي:** ويشتمل هذا المنحى على النظريات التالية: (١) **النظريات الوراثة:** وتستند هذه النظريات إلى ما كشفت عنه البحوث، من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى، أي إن العوامل الوراثة لها إسهام كبير في حدوث الاكتئاب، وأثبتت ذلك الدراسات الأسرية، حينما وجدت أنه عندما يكون أحد الوالدين مصابًا باضطراب المزاج، فإن نسبة ٣٠٪ من الأبناء يكونون معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كلا الأبوين مُصابًا فإن النسبة تصل إلى ٧٠٪ (مصطفى، ٢٠٠٤، ص ٣١). (٢) **النظريات الكيميائية الحيوية:** تتجه البحوث في هذه النظريات نحو المقارنة بين الأصحاء والمكتئبين، لمعرفة إمكانية وجود فروق بينهما فيما يتعلق ببعض الاختلالات في العناصر الكيميائية بالجسم. وقد اكتسبت هذه النظريات أهمية خاصة بعدما اتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال في توازن الصوديوم، والبوتاسيوم، وأن هذه العناصر تعود لمستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض (المرجع السابق، ص ص ٣١-٣٢). **ثانياً: المنحى النفسي والنفسي الاجتماعي والمعرفي:** ويحتوي هذا المنحى على النظريات المفسرة للاكتئاب في ضوء أسباب نفسية فقط، أو أسباب نفسية اجتماعية، أو أسباب معرفية، وهي: (١) **التحليل النفسي:** يعد هذا التوجه من أوائل التوجهات النفسية المهمة بتفسير الاكتئاب، وحصراً أسبابه، ويُبنى على افتراض مؤداه أن الأمراض النفسية التي يصاب بها الفرد في حياته بمراحلها المختلفة بما فيها الاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات والخبرات الصدمية في السنوات المبكرة من العمر (عبد اللطيف، ١٩٩٧). (٢) **أخطاء التعلم الاجتماعي:** وتعتمد هذه النظرية على دور عمليات التعلم في نشأة الأعراض الاكتئابية، وقد أجرى "سيلجمان" Seligman سلسلة من التجارب ليبرهن على أن الاكتئاب استجابة متعلمة، وذلك عندما نتعامل مع مواقف مهددة لطمأنينة الفرد (إبراهيم، ١٩٩٨، ص ١٣٧). (٣) **الضغوط النفسية وأحداث الحياة:** يرى أصحاب هذا التوجه أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي دوراً مهماً في بداية تفجر النوبة الاكتئابية، إلا أن دورها ثانوي من حيث مسؤوليتها في استمرار الاكتئاب (مصطفى، ٢٠٠٤،

ص ٣٨). (٤) نظرية التفاعل الاجتماعي: وتركز هذه النظرية على البيئة الاجتماعية، بما تعكسه من أنماط للتفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله (عبد اللطيف، ١٩٩٧). (٥) النظرية المعرفية: وتفترض هذه النظرية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكهم للمواقف المختلفة، ومن ثم تقسر الاكتئاب بوصفه اضطراباً معرفياً (Alloy, Jacobson & Acocella, 1996, 252).

وبعد استعراض التعريفات المطروحة لمفهوم الاكتئاب، والأطر النظرية المفسرة له، سنتبنى الدراسة الراهنة تعريف "بك" للاكتئاب بأنه "حالة وجدانية تتضمن تغييراً محددًا في المزاج، كالشعور بالحزن، والوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس، بالإضافة إلى بعض التغيرات الجسمية تبدو في صعوبة النوم، وفقدان الشهية، وانخفاض الطاقة" (Beck, 1977, 6).

[٥] مفهوم التلقيح الصناعي:

يلجأ الأطباء إلى التلقيح الصناعي عندما تتعذر عملية الإخصاب الطبيعية للبويضة، ويساعد التلقيح الاصطناعي على التغلب على العقم عند النساء بسبب مشاكل في قناة فالوب، ما يجعل الإخصاب صعباً في الجسم الحي. ويمكن أن يساعد أيضا في علاج العقم عند الذكور، إذ يوجد عيب في نوعية الحيوانات المنوية، وفي مثل هذه الحالات يمكن استخدام حقن الحيوانات المنوية داخل البويضة، إذ يتم الحقن مباشرة في البويضة خارج الرحم (Manheimer, Zhang & Udoff, 2008).

خطوات إجراء التلقيح الصناعي:

١- عادة ما تبدأ دورة العلاج في اليوم الثالث من الحيض، وتتكون من نظام من أدوية الخصوية لتحفيز تكوين حويصلات متعددة من المبيض. وفي معظم الحالات يستخدم حقن من مشتقات الهرمونات المنشطة للغدد^(١) مع المتابعة الدقيقة. وهذه المتابعة تشمل رصد مستوى هرمون استراديول، ومدى تكوين الحويصلات في المبيض عن طريق الموجات فوق الصوتية. وعادة ما يقرب من ١٠ أيام من الحقن تكون ضرورية. ويُمنع التبويض التلقائي عن طريق استخدام العقاقير محفزات GnRH التي، تُؤخذ قبل أو في وقت التحفيز، أو مثبطات GnRH التي تستخدم فقط خلال الأيام الأخيرة من التحفيز،

(1) Gonadotropin

- وكلاهما يمنع الزيادة الطبيعية في مستوى الهرمون المنشط لنضج الحويصلات^(١)، ما يسمح للطبيب ببدء عملية التبويض باستخدام الأدوية.
- ٢- عندما يكون نضج البويضات كافيًا، يحقن بهرمون المشيمي البشري، ويعمل بوصفه مثيل للهرمون المنشط لنضج الحويصلات، ليجعل البويضة تصل للمرحلة النهائية من النضج، ويسبب التبويض بعد نحو ٤٢ ساعة بعد الحقن، ولكن إجراء سحب البويضات يحدث قبل ذلك، من أجل استرداد خلايا البويضة من المبيض. يسترد البيض من المرأة باستخدام تقنية إبرة سحب تخترق جدار المهبل للوصول إلى المبيض عن طريق توجيهه بمساعدة الموجات فوق الصوتية. تسحب البويضات من خلال الإبرة، ويسلم السائل إلى مختبر التلقيح الاصطناعي لتحديد البويضات. ومن الشائع أن يسحب ما بين ١٠ و ٣٠ بويضة. وعادة يستغرق إجراء السحب نحو ٢٠ دقيقة، ويجرى ذلك تحت التخدير الواعي أو التخدير الكلي.
- ٣- وفي المختبر، تجرد البويضات من الخلايا المحيطة بها وتعد للإخصاب، وقد يكون هناك اختيار للبويضات قبل الإخصاب لتحديد البويضات الأمثل لزيادة فرص الحمل الناجح. في غضون ذلك، يعد المنى من خلال إزالة الخلايا الخاملة في السائل المنوي، وتسمى عملية غسيل الحيوانات المنوية.
- ٤- توضع البويضة والحيوانات المنوية معًا في نسبة نحو ١:٧٥٠٠٠٠ في حضانة في وسط خاص لنحو ١٨ ساعة، وفي معظم الحالات يحدث الإخصاب بحلول ذلك الوقت، والبويضة الملقحة سوف تظهر بداية علامات الانقسام، وتترك البويضة الملقحة في وسط يساعد على النمو خاص لمدة ٤٨ ساعة حتى تصبح البويضة تتكون من ٦-٨ خلايا.
- ٥- وعادة تربي الأجنة حتى تصل إلى مرحلة ٦-٨ خلايا بعد ثلاثة أيام من سحبها، وتوضع الأجنة في حضانة لفترة أطول، وتنقل إلى الأم في مرحلة الكيسة الأريمية في نحو خمسة أيام بعد استرجاعها.
- ٦- وقد طورت المختبرات أساليب لتصنيف جودة البويضات والجنين، من أجل تحسين معدل الحمل، وهناك أدلة كبيرة على أن نظام التصنيف الشكلي من أفضل الاستراتيجيات لاختيار الأجنة. ومن المؤشرات الأخرى لجودة الأجنة هو وجود بروتين HLA-G إذا

توجب الاختيار بين أجنة متشابهة في الشكل. وبالإضافة إلى الاختبارات التي تعزز فرص الحمل، وقد يجري أيضًا فحص التشخيص الوراثي قبل غرسه في الأم أو تفرز الأجنة قبل نقلها من أجل تجنب الأمراض الوراثية.

٧- وتصنف الأجنة على أساس عدد الخلايا، وتساوي النمو، ودرجة التجزؤ، ويعتمد عدد الأجنة التي تنقل على عدد الأجنة المتاحة، وعمر المرأة والعوامل الصحية والتشخيصية الأخرى. وتنقل الأجنة "الأفضل" إلى الرحم عن طريق قسطرة رقيقة من البلاستيك، والتي تمر عبر المهبل وعنق الرحم، وقد تنقل عدة أجنة للرحم لتحسين فرص التوطين والحمل (Chambers, Sullivan, Ishihara, Chapman & Adamson, 2009; Parks, 1996).

الدراسات السابقة:

تبين من خلال المسح الشامل الذي أجريناه بواسطة الحاسب الآلي للدوريات النفسية والطبية المتخصصة، عدم تناول أي دراسة عربية للعلاقة سواء ما بين مفاهيم الدراسة (التواصل الفعال، والامتنال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب) والتلقيح الصناعي، أو لدورهم في إنجاح أو إفشال عملية التلقيح الصناعي، وبما أن الدراسات السابقة تمثل مصدرًا لرصد الظاهرة وتحديد موقعها من الإنتاج الفكري النفسي؛ فكان اهتمام الباحثة في عرض الدراسات السابقة مُنصبًا على استنباط فروض الدراسة، وتحديد موقع الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة، لبيان الاتفاق والاختلاف بينهما.

وقد صنفت الدراسات السابقة إلى محور رئيسي يدور حول الدراسات التي عُتيت بتحديد أهم التغيرات النفسية المصاحبة لعملية التلقيح الصناعي، ورصد دورها في إنجاح أو إفشال عملية التلقيح الصناعي: من هذه الدراسات نجد في الصدارة جهود دراسة "ليبلوم" و"كيهان" و"الين" (Leiblum, Kemmann & Lane, 1987) التي سعت إلى تحديد دور المتغيرات النفسية المصاحبة لعملية التلقيح الصناعي، ووجدت من خلال فحص عينة (ن=٥٦) من السيدات، أن التوافق الزوجي، والامتنال للنصح الطبي، ومركز التحكم، والتفاؤل من المتغيرات المساعدة على نجاح عملية التلقيح الصناعي، بينما التعب، وزيادة الوزن، والحزن، والغضب، والاكتئاب من العوامل المؤدية إلى فشل عملية التلقيح الصناعي. وأكدت دراسة "كورينتوفا" وزملائه (Koryntova, Sibrtova, Klouckova, Cepicky, 2001) Rezabek & Zivny, 2001) النتائج السابقة، إذ استطاع رصد الفروق بين عينة من

السيدات اللاتي تخضعن للتلقيح الصناعي (ن=٦٦) وأزواجهن وأخريات من السيدات الحوامل بشكل طبيعي (ن=٦٨) وأزواجهن في بطارية القلق كسمة وكحالة، و"بك" للاكتئاب، وقائمة فحص الشخصية، واختبار الإحباط. وجاءت النتائج لتكشف عن وجود فروق دالة بين السيدات فقط دون الأزواج، إذ جاءت عينة السيدات الخاضعات للتلقيح الصناعي أكثر قلقًا كحالة، واكتئابًا، وإحباطًا مقارنة بالسيدات الحوامل بشكل طبيعي، واستخلصت الدراسة أن السيدات الخاضعات للتلقيح الصناعي تتعرض لضغط مرتفع، ما يقلل فرصتهن في الإنجاب. أمّا دراسة "سيميزكي" وآخرين (Csemiczky, Landgren & Collins, 2000) فتوصلت من خلال مقارنتها بين مجموعتين: إحداها مجموعة من السيدات المصابات بالعمق والخاضعات لعملية التلقيح الصناعي والأخريات من الأصحاء (المنجبات بشكل طبيعي) إلى أن السيدات المصابات بالعمق أكثر شعورًا بالشك، والذنب، والعداء بمعدل عشر مرات مجموعة الأصحاء. وأضافت أن هذه التغيرات النفسية ربما ترجع إلى الإصابة بالعمق، والخضوع لإجراءات التلقيح الصناعي، وكذلك لارتفاع مستويات هرمونات البرولاكتين والكورتيزون كتابع لارتفاع التوتر والقلق لديهن. ولتقييم التوافق النفسي لدى السيدات المصابات بالعمق الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وجدت دراسة "برينجنتي" وآخرين (Bringhenti, Martinelli, Ardenti & La Sala, 1997) - من خلال عينة (ن=١٢٢) للسيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي - مؤشرات على عدم التوافق النفسي، وارتفاع القلق لديهن كاستجابة موقفية لمشقة التعرض لإجراءات التخفيف والعلاج، وأضافت الدراسة أنه يمكن التحكم بكفاءة مع مصادر المشقة في ضوء سمات الشخصية للسيدات، وارتفاع تقدير الذات، وزيادة رضا السيدات عن وظائفهن وعلاجهن، ووضع بديل لاستعداد السيدة لتبني طفل بوصفه حلًا آخر لإشباع غريزة الأمومة. وأكدت دراسة "ميراري" وآخرين (Merari, Feldberg, Elizur, Goldman & Modan, 1992) ارتفاع درجات الاكتئاب والقلق بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي لأكثر من مرة مقارنة بالسيدات الأصحاء، وأشارت الدراسة إلى أن سببًا من أسباب نجاح عملية التلقيح الصناعي هو التحكم في القلق والاكتئاب. واتفقت مع النتائج السابقة دراسة "كولسيك" وآخرين (Kowalcek, Huber, Bieniakiewicz, Lammers, Brunk & Gembruch, 2003) حين وجدت ارتفاع كل من القلق والاكتئاب والإجهاد والمشقة بشكل دال بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وانخفاضهم بشكل دال أيضًا عند نجاح

التلقيح وحدوث الحمل لدى عينة (ن=٤٥٢) من السيدات. وتوصلت دراسة "قولجستين" وآخرين (Volgsten, Ekselius, Poromaa & Svanberg, 2010) إلى ارتباط كل من سمة العصبية المرتفعة، والاكتئاب، والقلق باختبار الحمل السالب بعد خضوع عينة من السيدات (ن=٨٥٦) لعملية التلقيح الصناعي في مستشفى السويد الجامعي. وأضافت بعض الدراسات أن ارتفاع التعبير عن المشاعر السلبية، والتعلق بفرصة الحمل، والرضا الزوجي، والعمر، والعدائية، والمقبولية، والإجهاد يرتبطوا بشكلٍ دال بزيادة الأعراض الاكتئابية والقلق لدى السيدات (ن=٩٨) الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وأكدوا أيضاً أن هناك ارتباطاً جوهرياً دالاً بين التحكم في تلك العوامل النفسية، وإمكانية أن يصبح التخصيب بالتلقيح الصناعي حملاً (Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem & Hooghe, 1998; Hielmstedt, Widstrom & Collins, 2006; Sanders & Bruce, 1999; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis & Braat, 2001).

وتوصلت دراسة "جوهانسون" وآخرين (Johansson et al., 2010) - من خلال المقارنة بين مجموعتين من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي: إحداهما فشلت (ن=٥٤)، والأخرى نجحت (ن=٣٦) داخل مستشفى السويد العامة بعد فترة زمنية تتراوح ما بين أربع إلى خمس سنوات - إلى أن مجموعة الفشل في عملية التلقيح الصناعي جاءت أقل انخفاضاً في جودة الحياة، والتمسك بالحياة، وأكثر اكتئاباً، وقللاً مقارنة بمجموعة النجاح في التلقيح الصناعي. وجاءت دراسة "أنديرهيم" وآخرين (Anderheim, Holter, Bergh & Moller, 2005) بنتائج متناقضة مع النتائج السابقة، إذ وجدت - من خلال تتبع عينة من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي (ن=٦٦) باستخدام مقاييس تركز على العوامل النفسية والاجتماعية - أنه لا توجد فروق في السيدات الحوامل من التلقيح الصناعي والأخريات غير الحوامل في الشعور بالمشقة النفسية، بمعنى أنه لا يوجد دليل على أن التعرض للمشقة قد يكون له تأثير في نتائج التلقيح الصناعي، ولكنها أضافت أن الأفضل للحد من الضغوط التي تواجهها السيدات أثناء إجراءات التلقيح الصناعي، وذلك عن طريق اطلاعهم على نواتج كل خطوة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

على ضوء ما سبق يمكن أن نخلص إلى بضع ملاحظات مهمة، هي:
اتفقت أغلب الدراسات السابقة على شيوع بعض الاضطراب النفسية بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي منها على سبيل المثال القلق، والاكتئاب، والإجهاد، والمشقة.

١- ندرة الدراسات التي تناولت مفهومي الامتثال للنصح الطبي، والتواصل الفعال في مجال إجراءات عملية التلقيح الصناعي سواء على المستوى الأجنبي أو المستوى العربي.

٢- تفاوت دور المتغيرات العيادية التي تساهم في تشكيل كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب-كما كشفت عنها الدراسات السابقة-يبدو في حاجة إلى إعادة استكشاف لتبين أكثرها تأثيراً وشيوعاً بين السيدات الخاضعة لعملية التلقيح الصناعي في ضوء الثقافة العربية بوجه عام، والمصرية بوجه خاص.

٣- إن تحديد دور هذه المتغيرات له أولويته، التي تسبق أي إجراءات لعملية التلقيح الصناعي، لِمَا لها من أهمية في تحديد درجة نجاح هذه الإجراءات المطلوبة منهم في الأصل أو فشلها.

٤- تنبه بعض الدراسات بأن مشكلة عدم التواصل الفعال، وعدم الامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في ميدان المرض لا يقتصر تأثيرها على المريض فقط، وإنما تشتمل أيضاً على مدى فعالية الدواء، وكفاءة المختص بالعلاج، وهذا يعني أن الأضرار المتوقعة من هذه المتغيرات تفوق حدود المريض ذاته، وهو ما يتطلب مزيداً من الجهد البحثي لاستكشاف مدى خطورة تلك المشكلة، ومدى حاجتها إلى وضعها على قائمة عوامل الاستهداف الداعية للإجراءات الوقائية في مجال عملية التلقيح الصناعي.

٥- على الرغم من أهمية هذا النمط من الدراسات، فإنها تبدو نادرة للغاية في نطاق استعراضنا للبحوث في هذا الموضوع من جذب ساحة البحوث العربية منها، فإن هذا يسلمنا إلى واقع يعكس الحاجة لتلك البحوث، لاسيما عندما نتذكر أن عملية التلقيح الصناعي تزداد بمعدلات مرتفعة في البيئة المصرية.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة الفروض التي تسعى الدراسة إلى التحقق منها، كما يأتي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي.
- ٢- تختلف درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب باختلاف نجاح عملية التلقيح الصناعي من عدمه.
- ٣- تتباين درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي.
- ٤- يسهم كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات.

منهج الدراسة وإجراءاتها

(١) وصف عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من خمسة وعشرين (٢٥) سيدة تخضع لعملية التلقيح الصناعي، في المراكز التالية: المركز المصري لأطفال الأنابيب بالمعادي، ومركز أبو الغار بحدائق المعادي، ومركز جنين بالمعادي، وتراوح أعمارهن ما بين ٢٦ إلى ٤١ سنة، بمتوسط ٢٨,٥٩ سنة، وانحراف معياري $\pm ٩,٤٣$ سنة، وجاء متوسط عدد سنوات الزواج بمتوسط ٦,٢٥ سنة، وانحراف معياري $\pm ٢,٣٦$ سنة، واشتملت العينة على المتعلمين من جميع المستويات التعليمية. والجدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد العينة على تلك الخصائص الديموجرافية.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة (ن=٢٥)

المستوى التعليمي	سبب التلقيح الصناعي	حدوث حمل	عدد مرات التلقيح الصناعي
متوسط	إغلاق قناة	عقوب في	أكثر من ٢
٢	٨	١٢	٢
٩	٥	١٦	٧
١٠	٥	٩	١٣
٩	٥	٩	٧
٢	٥	٩	٧

(٢) أدوات الدراسة:

من الجدير بالذكر أنه أعدت أدوات الدراسة الراهنة، بما يتناسب ومتغيراتها المستهدفة بالقياس، وبما يلائم الثقافة المصرية، ويتسق مع طبيعة مشكلة الدراسة، واشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية:

[أ] قائمة البيانات الأولية: وهي تتضمن عددًا من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريضة كالسن، والحالة التعليمية والمهنية، وعدد سنوات الزواج، وبعض بنود البيانات العيادية للمريضة، مثل سبب التلقيح الصناعي وعدد المرات.

[ب] مقياس التواصل الفعال (من إعداد الباحثة):

يتكون من ٢٥ جملة تقريرية تصف شكل التواصل بين المريضة وطبيبها، ويُجاب عن كل منها على أساس مقياس شدة مكون من ثلاثة بدائل (لا تنطبق - أحيانًا - دائمًا)، وتختص كل جملة بوصف واحدة من صفات هذه العلاقة، وهي: الفهم، والإنصات الجيد، والمودة، وتوفير الوقت، والمعلومات الكافية، والاهتمام، والتشجيع... إلخ، وتتراوح الدرجة على البند الواحد بين ١ و ٣، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاستخبار إجمالاً ٧٥ درجة، إذ تشير الدرجة الأعلى إلى حُسن التواصل الفعال بين المريضة وطبيبها (شويخ، ٢٠٠٩).

[ج] مقياس الامتثال للنصح الطبي (من إعداد الباحثة):

وهو يحتوي على (٤١) بندًا، تعكس مدى التزام المريضة بتنفيذ التوصيات الطبية الموصوفة له من قبل القائمين بالرعاية الصحية، وتتكشف هذه السلوكيات في المجالات الآتية: مجال تناول الدواء الطبي، ومجال اتباع النظام الغذائي، ومجال ممارسة النشاط الجسمي، ومجال التعليمات الطبية (تحديد المتابعة، وعمل الفحوصات، وتعليمات صحية)، وتقاس هذه المجالات بالمقاييس الفرعية الآتية:

١- مقياس الامتثال لتناول الدواء الطبي: يتكون من (١٨) بندًا في صورة عبارات تقريرية؛ تعكس مدى امتثال المريضة لنظام تناول الدواء الطبي كما وصفه له المختص بالرعاية الصحية.

٢- مقياس الامتثال في اتباع النظام الغذائي: يتكون من (٩) بنود، في صورة عبارات تقرير ذاتي، تعبر عن تقييم المريضة في اتباعه لنظام غذائي موصوف له من قبل المختصين.

٣- مقياس امتثال ممارسة النشاط الجسمي: ويشتمل على (٥) بنود في صورة عبارات تقريرية، تعكس مدى قيام المريضة ببعض الأنشطة الجسمية التي طلب منه المختص أداؤها.

٤- مقياس الامتثال للنصح الطبي: ويتألف من (٩) بنود في صورة عبارات تقريرية تصف امتثال المريضة للتعليمات الطبية المتمثلة في تحديد المتابعة، وعمل الفحوصات، وتعليمات صحية. وتتطلب الإجابة عن المقياس بشكل كلي أن تحدد المشاركة مدى انطباق كل عبارة (بند) عليها، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لا تنطبق - تنطبق بدرجة قليلة - تنطبق بدرجة متوسطة - تنطبق بدرجة كبيرة)، وتقدر الدرجة بمنح البند الواحد درجة من أربعة بدائل هي: درجة واحدة (لا تنطبق)، ودرجتان (تنطبق بدرجة قليلة)، وثلاث درجات (تنطبق بدرجة متوسطة)، وأربع درجات (تنطبق بدرجة كبيرة)، وهذه في حالة البنود الموجبة، أما البنود السالبة فيتم تقديرها وفقاً للاتجاه العكسي لمقياس التدرج السابق، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على المقياس بشكل كلي (١٦٤) درجة (٤١ بنداً × ٤ درجات)، أما الحد الأقصى للدرجة على مقياس الامتثال في تناول الدواء الطبي فيبلغ (٧٢) درجة (١٨ بنداً × ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على مقياس الامتثال في اتباع النظام الغذائي (٣٦) درجة (٩ بنود × ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على مقياس الامتثال في ممارسة النشاط الجسمي (٢٠) درجة (٥ بنود × ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على مقياس الامتثال للتعليمات الطبية (٣٦) درجة (٩ بنود × ٤ درجات)، وطبقاً لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدرج، تصبح الدرجة المرتفعة على المقياس بشكل كلي أو على المقاييس الفرعية مؤشراً على ازدياد امتثال المريضة (شويخ، ٢٠٠٨).

وقد تحقق من الكفاءة السيكمترية للصدق والثبات للمقياسين السابقين (مقياس تواصل المريض مع طبيبه ومقياس الامتثال للنصح الطبي) - في دراستين سابقتين للباحثة (شويخ، ٢٠٠٨؛ شويخ، ٢٠٠٩) - باستخدام: (١) صدق المحكمين: عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامها على هذا التمثيل. (٢) صدق المجموعات المضادة: وتقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين، تمثل المجموعة الأولى أقل من ٢٥٪ (الرابع

الأدنى) من الأفراد على كل مقاييس الدراسة، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، بهدف اختبار قدرة كل مقياس على التمييز بين المنخفضين والمرتفعين في المتغيرات محل الدراسة. (٣) حساب الاتساق الداخلي: من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية على كل من المقاييس الفرعية والمقياس الكلي، وقد اعتمدت الدراسة على محك (٠.٢٥) كحد أدنى لمعامل ارتباط البند بالدرجة الكلية.

وقد جاءت النتائج لتشير إلى اتفاق تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب تتراوح بين (٨٣٪) و(١٠٠٪)، ومن الملاحظ أن أغلب البنود اتفق عليها بنسبة (١٠٠٪)، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه. كما كشفت نتائج جميع الفروق بين مجموعتي التضاد عن دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، ما يمثل مؤشرًا على صدق المقاييس، وأخيرًا أوضحت طريقة تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعي الذي تتبعه، والتي جاءت نتائج هذا الإجراء مبينة على التوالي بعد حذف البنود منخفضة الدلالة، التي يقل معامل ارتباطها عن (٠,٢٥). أما عن مؤشرات الثبات للمقاييس: فقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ما بين (٠,٩٥-٠,٥٠)، وتراوحت معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية بين (٠,٩٥ - ٠,٥٤)، ما يشير إلى تمتع جميع الاختبارات بدرجات ثبات مقبولة، بما يسمح بإمكانية الاعتماد عليها في جميع بيانات الدراسة الراهنة.

[ج] قائمة "بك" للاكتئاب^١: وهي من إعداد "أرون بك" عام ١٩٩٦، وترجمها إلى العربية كل من "الغباشي" و"مجدي" (١٩٩٨)، وهي قائمة تهدف إلى الحصول على تقدير كمي للأعراض الاكتئابية، وتشتمل على واحد وعشرين (٢١) بندًا، إذ يمثل كل بند عرضًا محددًا من الأعراض الاكتئابية، وهي: الحزن، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وفقدان الاستمتاع بالأشياء، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج والإثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وتغير في صورة الجسم، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والشعور بالتعب، والبكاء، وفقدان الشهية، وتغير الوزن، والانشغال على الصحة، والجنس. ويُصحح كل بند على مقياس شدة يتكون من أربعة مستويات تتدرج من صفر إلى ثلاث

¹ -Beck Depression Inventory (BDI)

درجات، إذ يتكون كل بند من أربع عبارات بديلة مرتبة ترتيباً تنازلياً، من حيث شدة التعبير عن أحد الأعراض الذي يعبر عنه البند. وتبلغ النهاية العظمى على القائمة إجمالاً ٦٣ درجة (النهاية الكبرى على مقياس الشدة \times عدد البنود = $3 \times 21 = 63$ درجة).

[ج] مقياس التقدير الذاتي للقلق^١ لـ "زونج" Zong: وهو مقياس إكلينيكي قصير لتقدير القلق يتكون من عشرين بنداً تعبر عن أغلب الأعراض العامة الشائعة لاضطراب القلق، وخمسة من هذه الأعراض العشرين تتناول الأعراض الوجدانية، وتتناول البنود الخمسة عشر الأخرى الأعراض الجسمية والبدنية، ويجاب عن البند وفق سلم رباعي كالآتي: (١) = قليلاً أو في أوقات نادرة، (٢) = بعض الأوقات، (٣) = في كثير من الأوقات، (٤) = في أغلب وكل الأوقات (ربيع، ٢٠٠٨).

الكفاءة القياسية للأدوات:

قدرت الكفاءة القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من (١٥) سيدة تخضع لعملية التلقيح الصناعي في المراكز التالية: المركز المصري لأطفال الأنابيب بالمعادي، ومركز جنين بالمعادي، وتراوحت أعمارهن ما بين ٣٠ إلى ٣٩ سنة، بمتوسط ٣١.١٥ سنة، وانحراف معياري ± ٥.٣٦ سنة. (أولاً): الصدق: أثبتت الطريقتان الآتيتان لتقدير صدق الأدوات: (أ) صدق القدرة التمييزية: ويمكن استكشافها عن طريق حساب مدى قدرة كل بند على التمييز بين المجموعات الطرفية عليه، وإجراء ذلك حسب الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على كل بند، وتبين قدرة أغلب البنود على التمييز الجوهري بين المجموعتين الطرفيتين، إذ تراوحت مستويات الدلالة للفروق ما بين ٠.٠٠٥ و ٠.٠٠١، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على الصدق. (ب) الصدق التمييزي والتقاربي: ويوضح الجدول التالي (٢) معاملات الارتباط بين الاختبارات وبعضها بعضاً.

جدول (٢)

يوضح معاملات الصدق التمييزي والتقاربي لاختبارات الدراسة

مقاييس الدراسة	١	٢	٣	٤
١- التواصل الفعال	١			
٢- الامتثال للنصح الطبي	٠.٤٨**	١		

¹ -Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

مقاييس الدراسة	١	٢	٣	٤
٣- الاكتئاب	*٠.٣٦-	**٠.٤٦-	١	
٤- القلق	*٠.٣٤-	*٠.٣١-	**٠.٤٥	١
	(*) دالة فيما وراء ٠.٠٥	(**) دالة فيما وراء ٠.٠١		

يتضح لنا من الجدول السابق عدة دلائل على الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات-تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناء على الدراسات النظرية السابقة- كالتالي:

- ١- ارتبط كل من التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي إيجابياً، وهذا يتفق مع دراسة "ثوم" وزملائه (Thom et al., 2004) حين وجدوا أن المرضى ذوي التواصل مع طبيبه المرتفع يميلون إلى الامتثال للصفات الطبية بنسبة ٦٢٪، بالمقارنة بالمرضى ذوي التواصل مع طبيبه المنخفضة الذين امتثلوا بنسبة ١٤٪.
- ٢- كما ارتبط كل من الاكتئاب والقلق سلبياً بتواصل المريضة الفعال مع طبيبه، وهذا ما أكدته دراسة "ها" وآخرين (Ha, Anat& Longnecker, 2010) التي وجدت أن تواصل المريض مع طبيبه يؤدي إلى خفض كل من الاكتئاب والقلق.
- ٣- أمّا مقياس الامتثال للنصح الطبي فقد ارتبط سلبياً بكل من الاكتئاب والقلق، وهذا يتفق مع ما أكدته الدراسات السابقة التي وجدت أن الاكتئاب والقلق شائع بين المرضى، ويزدان في ظل عدم الامتثال للنصح الطبي (DiMatteo, Lepper& Croghan, 2000).
- ٤- وجدت علاقة إيجابية دالة بين الاكتئاب والقلق، وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "فولجستين" وآخرين (Volgsten et al., 2010) إلى ارتباط كل من سمة العصابية المرتفعة، والاكتئاب، والقلق إيجابياً لدى عينة من السيدات (ن=٨٥٦) لعملية التلقيح الصناعي.

ثانياً: ثبات الأدوات

يوضح جدول (٣) معاملات الثبات لمقاييس الدراسة الأربعة المستخلصة من طريقتي ألفا كرونباخ والقسمية النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان-براون، وتراوحت تلك القيم بين ٠.٨٩ و ٠.٩٥، ما يشير إلى تمتع جميع المقاييس بمؤشرات ثبات جيدة.

جدول (٣)

معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

م	المقاييس	معامل ألفا	معامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	
			عدد البنود	معامل الثبات
١	التواصل الفعال	٠.٩٤	(٢٢/٢٣)	٠.٩٣
٢	الامتثال للنصح الطبي	٠.٩٥	(٢٠/٢١)	٠.٩٤
٣	الاكتئاب	٠.٩٥	(١٠/١١)	٠.٩٣
٤	القلق	٠.٩٢	(١٠/١٠)	٠.٩١

عرض النتائج:

سيتم تنظيم العرض في أربعة أقسام، على أن تعني نتائج كل قسم منها بأحد الفروض الرئيسية للدراسة.

نتائج تحليلات الفرض الأول: يختص بوجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي:

جدول (٤)

نتائج معاملات الارتباط ودلالاتها بين كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي

المقاييس	١	٢	٣	٤
١- التواصل الفعال	١			
٢- الامتثال للنصح الطبي	***٠.٥٢	١		
٣- القلق	**٠.٤٢-	***٠.٥٦-	١	
٤- الاكتئاب	*٠.٣٢-	**٠.٤١-	**٠.٣٩	١

(*) دالة فيما وراء ٠.٠٥ (** دالة فيما وراء ٠.٠١ (***) دالة فيما وراء ٠.٠٠١

يتضح من الجدول (٤) ما يأتي:

- ١- كانت العلاقة بين التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي إيجابية ودالة عند مستوى ٠.٠٠١، وهذا معناه أن زيادة التواصل الفعال بين الطبيب والمريضة بشكل ملحوظ؛ يزامنه تقييم مرتفع للامتثال الطبي لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي.
- ٢- ظهرت ارتباطات دالة سلبية بين التواصل الفعال من ناحية، والقلق والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي من ناحية أخرى؛ أي إن انخفاض درجة السيدة على التواصل الفعال مع طبيبيها، يصاحبه زيادة في شدة أعراض كل من القلق والاكتئاب، لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي.
- ٣- كانت العلاقة بين الامتثال للنصح الطبي وكل من أعراض القلق والاكتئاب سلبية ودالة عند مستوى ٠.٠١، وهذا معناه أن ارتفاع أعراض القلق والاكتئاب بشكل ملحوظ يزامنه تقييم مرتفع لعدم الامتثال للنصح الطبي لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي.
- ٤- توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين القلق من ناحية، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي من ناحية أخرى.

نتائج تحليلات الفرض الثاني: تختلف درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال

لنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب باختلاف نجاح عملية التلقيح الصناعي من عدمه: ويُعد اختبار "مان-ويتني" للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين^(١)، وهو يناسب البيانات المقدمة في صورة رتيبة، أو البيانات المحولة من الصورة العددية إلى الصورة الرتيبة (Grimm, 1993, p.470)، وقد اختير هذا الأسلوب الإحصائي للأسباب التالية: (١) صغر حجم العينة المستخدمة، (٢) عدم اعتدالية التوزيع لبعض المتغيرات (Minium, King& Bear, 1993, p.479).

(1) Man-Whitney-U Test

جدول (٥)

نتائج دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المتغيرات النفسية لمجموعتي الدراسة (السيدات الناجحات والأخريات الفاشلات في التلقيح الصناعي)

م	متغيرات الدراسة	متوسط رتب السيدات الناجحات في التلقيح الصناعي (ن=١٦)	متوسط رتب السيدات الفاشلات في التلقيح الصناعي (ن=٩)	الدرجة المعيارية (Z)	الدلالة
(١)	التواصل الفعال	١٥.٣١	٨.٨٩	٢.١٠-	٠.٠٥
(٢)	الامتنال لتناول الدواء الطبي	١٢.٧٥	١١.٤٢	٠.١١	غير دال
	الامتنال لنظام غذائي	١٢.٣٨	١٤.١١	٠.٥٩-	غير دال
	الامتنال لممارسة النشاط	١٣.٧٥	١٣.٩٥	٠.٦٢-	غير دال
	الامتنال للتعليمات الطبية	١٤.٨٨	٩.٦٧	٢.١٥-	٠.٠٥
(٣)	الدرجة الكلية للامتنال للنصح الطبي	١٥.٨٠	١١.٩٦	١.٧٥-	غير دال
	القلق	٧.٩٤	١٦.٧٨	٣.٧٢-	٠.٠١
(٤)	الاكتئاب	٤.١٦	١٩	٤.١١-	٠.٠١

تشير نتائج جدول (٥) إلى ظهور بعض الفروق الدالة إحصائياً بين مجموعة السيدات الناجحات والفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، إذ ارتفعت درجات السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي على التواصل الفعال، وُبعد الامتنال للتعليمات الطبية، وانخفضت في كل من القلق والاكتئاب مقارنة بمجموعة السيدات الفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، في حين لم تظهر أي فروق جوهريّة في الدرجة الكلية للامتنال للنصح الطبي، وأبعاده: الامتنال لتناول الدواء الطبي، والامتنال لنظام غذائي، والامتنال لممارسة النشاط بين مجموعتي الدراسة.

نتائج تحليلات الفرض الثالث: تتباين درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي:

استُخدم اختبار "كروسكال-واليس" لتحليل التباين في اتجاه واحد⁽¹⁾، للكشف عن دلالة الفروق بين هذه العينات المستقلة الثلاث، ورُغم اشتراكه مع اختبار "تحليل التباين" البارامتري في الهدف، فهو يختلف عنه في نقطتين أساسيتين، هما: (أ) إن المقارنات في اختبار "كروسكال-واليز" تعتمد على متوسط رتب المتغيرات، وليس على المتوسط والانحراف المعياري للدرجات الخام، كما في تحليل التباين البارامتري. (ب) لا يقوم اختبار "كروسكال- واليز" على حساب النسبة الفئوية، مثل تحليل التباين البارامتري، بل يقارن بين القيم المرتبة بالقيم المتوقعة في تحليل لمربع كاي (McClave & Dietrich, 1991, p.702).

(1) Kruskal – Wallis One Way Analysis of Variance

جدول (٦) نتائج اختبار "كروسكال-واليز" للكشف عن التباين في درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الرتب	كا ^٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة	
عدد مرات التلقيح الصناعي (أ)	التواصل الفعال	(١) أول مرة	١٣	١١.٢٢	٢	غير دال	
		(٢) من ٢ إلى ٣	٧	١٠.١٥			
		(٣) أكثر من ٣	٥	١٢.١٤			
	الامتثال للنصح الطبي	(١) أول مرة	١٣	١٢.٣٨	١.٢٣	٢	غير دال
		(٢) من ٢ إلى ٣	٧	١٥.٥٠			
		(٣) أكثر من ٣	٥	١١.١٠			
	القلق	(١) أول مرة	١٣	١٢.١٥	١٠.٧٩	٢	٠.٠٠٥
		(٢) من ٢ إلى ٣	٧	٨.١٤			
		(٣) أكثر من ٣	٥	٢٢			
الاكتئاب	(١) أول مرة	١٣	١٢.٧٣	١٥.٠٧	٢	٠.٠٠١	
	(٢) من ٢ إلى ٣	٧	٩.٢٩				
	(٣) أكثر من ٣	٥	١٨.٩٠				

التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الرتب	كا ^٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة	
(ب) السبب الطبي للتلفح الصناعي	التواصل الفعال	(١) عيوب في الحيوانات المنوية	١٦.١٥	٨	٠.٣٥	٢	غير دال
		(٢) اضطراب في التبويض	١١.٢٥	٥			
		(٣) إغلاق قناة فالوب	١٥.١٥	١٢			
	الامتثال للنصح الطبي	(١) عيوب في الحيوانات المنوية	١٧.١٩	٨	٤.٠٤	٢	غير دال
		(٢) اضطراب في التبويض	٩.٧٠	٥			
		(٣) إغلاق قناة فالوب	١١.٥٨	١٢			
	القلق	(١) عيوب في الحيوانات المنوية	١٥.٣١	٨	٢.٢١	٢	غير دال
		(٢) اضطراب في التبويض	٩.١٠	٥			
		(٣) إغلاق قناة فالوب	١٣.٠٨	١٢			
	الاكتئاب	(١) عيوب في الحيوانات المنوية	١٠.٦٣	٨	٢.٢٢	٢	غير دال
		(٢) اضطراب في التبويض	١١.٤٠	٥			
		(٣) إغلاق قناة فالوب	١٥.٢٥	١٢			

يوضح جدول (٦) نتائج دلالة اختبار "كروسكال-واليس" في اتجاه واحد لبيان تأثير متغير عدد مرات التلقيح الصناعي في شدة أعراض كل من القلق والاكتئاب، إذ وجد أن هناك تباينات عالية الدلالة تصل إلى ٠.٠٠١ بين المجموعات الفرعية الثلاثة لعدد مرات التلقيح الصناعي، ما يدعم بوضوح وجود علاقة وثيقة بين هذا المتغير من ناحية وشدة أعراض القلق والاكتئاب لدى الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي من ناحية أخرى، في حين غاب تأثيره في باقي المتغيرات وهي: التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي. أمّا عن متغير السبب الطبي للتلقيح الصناعي فجاء غير دال من حيث تأثيره في جميع متغيرات الدراسة. وهذا ينقلنا إلى نتائج الإجراء التالي مباشرة، لنتبين فيه اتجاه تلك الفروق بين المجموعات.

إذ تبين، من خلال نتائج المقارنات الثنائية، أن السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي أكثر من ثلاث مرات مرتفعات في القلق والاكتئاب، يليها في الدرجة السيدات الخاضعات لأول مرة لعملية التلقيح الصناعي، وأخيراً السيدات الخاضعات لعدد من المرات يتراوح ما بين ٢ إلى ٣ عمليات.

نتائج تحليلات الفرض الرابع: يسهم كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح

الطبي، والقلق، والاكتئاب في التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات:
للتحقق من مدى صحة هذا الفرض استخدم تحليل الانحدار المتعدد، بعد التحقق من توفر شرطين أساسيين في متغيرات الدراسة، هما: (١) عدم وجود التواء دال في المتغيرات المستقلة، وقد كشفت نتائج معاملات الالتواء عن عدم وجود التواء دال في جميع متغيرات الدراسة، (٢) كذلك أمكن التحقق من عدم وجود ازدواج خطي^(١) بين المتغيرات المستقلة. ويعرف الازدواج الخطي بأنه يتمثل في وجود علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة بعضها عن بعض، أي عندما يزيد معامل الارتباط بين أي متغيرين مستقلين عن (± 0.8) (عاشر، سالم، ٢٠٠٥، ص ٤٩). وبالرجوع إلى جدول (٤) يتضح أن معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة بعضها عن بعض لم تزد على ٠.٨، ومن ثم يتقي وجود الازدواج الخطي بين المتغيرات، ما يعكس استقلال المتغيرات المستقلة بعضها عن بعض. وفيما يلي يبين الجدول (٧) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات الدراسة باستخدام طريقة Enter.

(1) Multicollinearity

جدول (٧)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب المتغير التابع: نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات

م	المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R ²)
(أ)	التواصل الفعال	٠.٠٤	٠.٤٦	٢.٥٢	٠.٠٢	٠.٢٢
(ب)	الامتثال للنصح الطبي	٠.٠١	٠.٤٥	٢.٤٠	٠.٠٣	٠.٢٠
(ج)	القلق	-٠.٠٥	-٠.٣٩	-٢.٠٣	٠.٠٥	٠.١٥
(د)	الاكتئاب	-٠.٠٢	-٠.٣٢	-١.٥٩	٠.١٣	٠.٠٩
	قيمة الثابت	٣٢.١٢				
	قيمة "ف"	٥.٧٧			٠.٠٠٩	
	R ^٢ لجميع المتغيرات	٠.٦٨				

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (٧) أن التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق من المتغيرات القادرة على التنبؤ بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات بمستويات عالية الدلالة، بينما لم يكشف متغير الاكتئاب عن أي قدرة تنبئية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها فسرت ٦٨٪ من التباين في مدى نجاح عملية التلقيح الصناعي، ويمكن صياغة المعادلة التنبئية كما يأتي:

$$\text{نجاح عملية التلقيح الصناعي} = ٣٢.١٢ + (٠.٠٤) \text{ التواصل الفعال} + (٠.٠١) \text{ الامتثال الطبي} + (-٠.٠٥) \text{ القلق} + (-٠.٠٢) \text{ الاكتئاب}$$

ونستخلص من مجمل النتائج الخاصة بالفرض الرابع، أن متغير التواصل الفعال كان على رأس قائمة العوامل المنبئة بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، فقد فسّر بمفرده ٢٢٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير الامتثال للنصح الطبي، فقد وصلت نسبة إسهامه إلى ٢٠٪، ثم جاء متغير القلق فقد فسّر ١٥٪ من هذا التباين. كما اتضح أن زيادة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي يصاحبها ارتفاع معدلات نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات (أي حدوث حمل)، بينما زيادة كل من القلق والاكتئاب يلزمها انخفاض معدلات نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات (عدم حدوث حمل).

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة وعنايتها بالمتغيرات المرتبطة بعملية التلقيح الصناعي، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى. وعلى ذلك ستبدأ المناقشة بأول فروض الدراسة.

(١) وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح

الطبي، والقلق، والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي:

حققت نتائج الدراسة الراهنة اتساقاً ملحوظاً مع الدراسات السابقة، إذ وجدت بشكل عام أن هناك ارتباطات دالة سلبية بين التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي من ناحية، والقلق والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي من ناحية أخرى، كذلك وجدت أن هناك علاقة إيجابية ودالة بين كل من التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي، وبين كل من القلق والاكتئاب. ومن مجمل هذه النتائج يتضح أن زيادة التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي يصاحبها خفض القلق والاكتئاب لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي. وهذا ما أكدته بعض الدراسات، حين وجدت أن هناك علاقة إيجابية دالة بين التواصل الفعال بين المريض وطبيبه، والامتثال للنصح الطبي للمريض (Pearson & Raeke, 2000). كما أن التواصل الفعال يرتبط إيجابياً بكل من استخدام وسائل الوقاية، ودعم العلاقة العلاجية، والامتثال للنصح الطبي، والثقة في كفاءة الطبيب والعلاج، في حين أن التواصل غير الفعال يترتب عليه التوقف عن الممارسات الصحية أو الانسحاب من الخطة العلاجية (Glatlacker, 2007; Jackson et al., 2001; Makizan, 2004; Thom et al., 2004; Pearson & Raeke, 2000). وهذا يتفق مع وجه نظر الباحثين التي ترى أن التواصل بين الطبيب والمريض يعتمد على كل من الناحية العلمية للطبيب والجانب النفسي والاجتماعي للمريض، فلم يعد ينظر للمريض على أنه مجرد مجموعة من الأعراض المرضية، أو الأجهزة الجسمية التالفة، بل هو كائن بشري قلق ومكتئب ويأمل في الحصول على المساعدة والشفاء، لهذا أصبح الاهتمام بالتواصل بين المريض والطبيب يوازي أهمية التشخيص والعلاج (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

ومن مُجمل ذلك نجد أن نتائج الدراسة الراهنة كانت متطابقة بشكلٍ كبيرٍ مع نتائج الدراسات السابقة المستخلصة من ثقافات مختلفة، وهذا يوحي بأن هناك مجموعة من المتغيرات ترتبط بعملية التلقيح الصناعي بغض النظر عن اختلاف الثقافات.

(٢) يوجد اختلاف في درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكنتاب باختلاف نجاح عملية التلقيح الصناعي من عدمه:

وقد أظهرت النتائج وجود بعض الفروق الدالة إحصائياً بين مجموعة السيدات الناجحات والفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، إذ ارتفعت درجات السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي على التواصل الفعال، ويُعد الامتثال للتعليمات الطبية، وانخفضت في كل من القلق والاكنتاب مقارنة بمجموعة السيدات الفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، في حين لم تظهر أي فروق جوهرية في باقي أبعاد الامتثال للنصح الطبي: الامتثال لتناول الدواء الطبي، والامتثال لنظام غذائي، والامتثال لممارسة النشاط، وكذلك في الدرجة الكلية بين مجموعتي الدراسة.

والنتائج بهذا الشكل تسلمنا إلى استنتاج واضح، ألا وهو أن هناك فروقاً دالة بين السيدات الناجحات والفاشلات في عملية التلقيح الصناعي في بعض المتغيرات النفسية، وتتسق هذه النتيجة مع دراسة "كولسيك" وآخرين (Kowalcek et al., 2003) التي وجدت ارتفاع كل من القلق والاكنتاب والإجهاد والمشقة بشكل دال بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وانخفاضهم بشكل دال أيضاً عند نجاح التلقيح وحدث الحمل. كذلك توصلت دراسة "فولجستين" وآخرين (Volgsten et al., 2010) إلى ارتباط كل من سمة العُصابية المرتفعة، والاكنتاب، والقلق باختبار الحمل السالب بعد خضوع عينة من السيدات لعملية التلقيح الصناعي في مستشفى السويد الجامعي. وأضافت بعض الدراسات أن ارتفاع التعبير عن المشاعر السلبية، والتعلق بفرصة الحمل، والرضا الزوجي، والعمر، والعدائية، والمقبولية، والإجهاد يرتبطوا بشكل دال بزيادة الأعراض الاكتئابية والقلق لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وأكدوا أيضاً أن هناك ارتباطاً جوهرياً دال بين التحكم في تلك العوامل النفسية وإمكانية أن يصبح التخصيب بالتلقيح الصناعي حملاً (Demyttenaere et al., 1998; Hielmstedt et al., 2006; Sanders & Bruce, 2001; Smeenk et al., 2001). وأكدت دراسة "جوهانسون" وآخرين (Johansson et al., 2010) من خلال المقارنة بين مجموعتين من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح

الصناعي: إحداهما فشلت والأخرى نجحت-إلى أن مجموعة الفشل في عملية التلقيح الصناعي جاءت أقل انخفاضاً في جودة الحياة، والتمسك بالحياة، وأكثر اكتئاباً، وقللاً مقارنة بمجموعة النجاح في التلقيح الصناعي.

(٣) تتباين درجة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب بتباين عدد مرات التلقيح الصناعي، والسبب الطبي للتلقيح الصناعي:

توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلى وجود تأثير دال لمتغير عدد مرات التلقيح الصناعي في شدة أعراض كل من القلق والاكتئاب، في حين غاب تأثيره في باقي المتغيرات، وهي: التواصل الفعال والامتثال للنصح الطبي. أمّا عن متغير السبب الطبي للتلقيح الصناعي فجاء غير دال من حيث تأثيره في جميع متغيرات الدراسة. كما جاءت النتائج لتكشف من خلال نتائج المقارنات الثنائية أن السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي أكثر من ثلاث مرات مرتفعات في القلق والاكتئاب، يليها في الدرجة السيدات الخاضعات لأول مرة لعملية التلقيح الصناعي، وأخيراً السيدات الخاضعات بعدد أقل من المرات. وتبدو هذه النتائج متفقة مع دراسة "ميراري" وآخرين (Merari et al., 1992) التي وجدت ارتفاع درجات الاكتئاب والقلق بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي لأكثر من مرة مقارنة بالسيدات الأصحاء. ومع وجود ندرة للدراسات التي تهتم بأسباب التلقيح الصناعي لتوضيح مدى التباين بينهم في هذه المتغيرات النفسية، فربما يوحي ذلك بأن إجراءات عملية التلقيح الصناعي أهم من أسباب الخضوع له من حيث التأثير.

(٤) يسهم كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب في

التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات:

كشفت النتائج عن مدى قدرة المتغيرات النفسية في التنبؤ بنجاح عملية التلقيح الصناعي، إذ جاء كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق قادراً على التنبؤ بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات بمستويات عالية الدلالة، بينما لم يكشف متغير الاكتئاب عن أي قدرة تنبئية، وفسرت جميع المتغيرات ٦٨٪ من التباين في مدى نجاح عملية التلقيح الصناعي. وجاء متغير التواصل الفعال على رأس قائمة العوامل المنبئة بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، يليه متغير الامتثال للنصح الطبي، وأخيراً متغير القلق. ومن مجمل نتائج هذا الفرض نستخلص أن زيادة كل من التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي يصاحبها ارتفاع معدلات نجاح عملية التلقيح الصناعي

لدى السيدات (أي حدوث حمل)، بينما زيادة كل من القلق والاكتئاب يلزمها انخفاض معدلات نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات (عدم حدوث حمل). وتتسق هذه النتائج بشكل كبير مع أغلب الدراسات السابقة، التي وجدت أن للمتغيرات النفسية دوراً فعالاً في التنبؤ بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، بل والتحكم في مثل هذه المتغيرات يضمن نجاح هذه العملية، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "ليبوم" وآخرين (Leiblum et al., 1987) التي سعت إلى تحديد دور المتغيرات النفسية المصاحبة لعملية التلقيح الصناعي، ووجدت أن التوافق الزوجي، والامتثال للنصح الطبي، ومركز التحكم، والتفاؤل من المتغيرات المساعدة على نجاح عملية التلقيح الصناعي، بينما التعب، وزيادة الوزن، والحزن، والغضب، والاكتئاب من العوامل المؤدية إلى فشل عملية التلقيح الصناعي. وأشارت دراسة "ميراري" وآخرين (Merari et al., 1992) إلى أن سبباً من أسباب نجاح عملية التلقيح الصناعي هو التحكم في القلق والاكتئاب. وتوصلت دراسات أخرى إلى أن الرضا الزوجي، والعمر، والعدائية، والمقبولية، والإجهاد يرتبطوا بشكلٍ دال بزيادة الأعراض الاكتئابية والقلق لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وأكدوا أيضاً أن هناك ارتباطاً جوهرياً دالاً بين التحكم في تلك العوامل النفسية، وإمكانية أن يصبح التخصيب بالتلقيح الصناعي حملاً (Demyttenaere et al., 1998; Hielmstedt et al., 2006; Sanders & Bruce, 1999; Smeenk et al., 2001) ولاستكشاف معالم الصورة خلف النتائج الراهنة -بعد مناقشتها في ضوء فروض الدراسة ونتائج الدراسات السابقة- نحاول فيما يلي الاستدلال على العوامل التي قد تقف خلف مظاهر الاختلاف أو الاتفاق بينها وبين الفروض والنتائج السابقة. ولتفسير النتائج بشكلٍ أكثر تعمقاً، نرى من الضروري توضيح العلاقة النظرية بين كل متغير نفسي على حدة ومدى نجاح عملية التلقيح الصناعي:

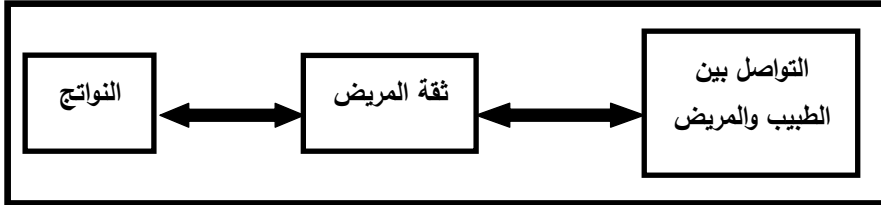
(1) التواصل الفعال ونجاح عملية التلقيح الصناعي:

جاءت نتائج الدراسة الراهنة لتوضح أهمية متغير التواصل الفعال في حدوث نجاح لعملية التلقيح الصناعي، إذ ارتفعت درجات السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي على التواصل الفعال مقارنة بمجموعة السيدات الفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، كذلك جاء متغير التواصل الفعال على رأس قائمة العوامل المنبئة بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، فقد فسر بمفرده ٢٢٪ من هذا التباين.

وهذا يتفق مع الاتجاه الحديث للطب الهادف إلى تقديم صور الرعاية العلاجية لمساعدة المريض والعاجز، في ظل توفر علاقة يسودها الاحترام والمودة بين الطبيب والمريض، ويتمشى كذلك مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي يركّز عند تفسيره للمرض وللإحراج على مجموعة من المكونات؛ منها: الإشارات والأعراض العضوية، وطبيعة العلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض، والخبرة الذاتية للمريض، والمعايير الاجتماعية والثقافية له، كل ذلك بما يخدم بشكل أفضل في مكافحه المرض وتقديم العلاج (Chin, 2001). وتؤكد الدراسات السابقة النواتج الإيجابية للتواصل الفعال بين الطبيب والمريض، وهذا ما أشار إليه "سليفان" وآخرون (Sullivan et al., 2000) حين وجدوا أن إدراك التواصل بأنه فعال بين مرضى نقص المناعية وأطبائهم يفسر ٥٦٪ من تباين الرضا العام عن الرعاية الصحية المقدمة لهم. كما أن التواصل الفعال يُعدّ منبئاً لعددٍ من المتغيرات المرتبطة بالمرض، مثل استخدام وسائل الوقاية، ودعم العلاقة العلاجية، والامتثال للنصح الطبي، والثقة في كفاءة الطبيب والعلاج، وتحسين نوعية حياة المريض، في حين أن التواصل غير الفعال يترتب عليه التوقف عن الممارسات الصحية أو الانسحاب من الخطة العلاجية (Glatlacker, 2007; Jackson et al., 2001; Makizan, 2004; Thom et al., 2004). وامتدت النتائج أيضاً لتشمل مجال علاجي آخر وهو التلقيح الصناعي، وجاءت نتائج مدعمه أيضاً لنموذج المشاركة المتبادلة - كأحد النماذج المفسرة للتواصل الفعال بين الطبيب والمريض- ويعتمد هذا النموذج على طبيعة العلاقة بين الراشد-الراشد، إذ يفترض أن التكافؤ بين الأفراد هو جوهر التفاعل، لذا لا يقر الطبيب بما هو أفضل العلاجات المقدمة للمريض إلا في ظل مناقشته وأخذ رأيه، فتكون المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض متوفرة، مع درجة عالية من المودة، وعلى المريض تدبر مرضه المزمّن في ظل تقديم النصائح الطبية (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Ommen et al., 2008). وخاصة وأن طبيعة السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي ذات طبيعة خاصة تحتاج إلى صفات هذا النموذج، والتي لُحِصَتْ في: التفات، والدفع، والحمية، والعطف، والخصوصية، والتشجيع، والتركيّز، والمسئولية، والثقة، والاحترام، والحب، والتقدير، والأمل، والاهتمام (Hellstron, 1998; Jackson et al., 2001).

فالتواصل الفعال يولد عنه الثقة في الطبيب، وهذا ما أكده الباحثون حين وجدوا أن هناك علاقة إيجابية بين التواصل والثقة، كما أشاروا إلى أن التواصل الفعال بين الطبيب

والمريض يضمن تولد الثقة بنسبة ٩٥٪ لدى المرضى، وأن المرضى ذوي الثقة المرتفعة يكونون أكثر تواصلًا مع أطبائهم (Pearson & Raeke, 2000). أي إن الثقة لدى المريض جزء من تحقيق التواصل بينه وبين طبيبه، كذلك أشار "ثوم" وآخرون إلى أن الثقة يتولد عنها تواصل فعال (Thom et al., 2004). وتوصل "ليسسين" (Leisen, 2001) إلى أن من أبعاد ثقة المريض في طبيبه نجد التواصل بفعالية، وبناء علاقة ومشاركة قوية. ومن هنا نستخلص أن التواصل الفعال يتولد عنه ثقة المريض في طبيبه، وهو ما تحتاجه السيدات الخاضعات للتلقيح الصناعي، لما تحمله إجراءات العملية من توضيح وفهم وتواصل وثقة في الطبيب، حتى تطمئن السيدات لها. وهذا يتماشى مع شكل (١) لنموذج وصف العلاقة بين تواصل المريض مع طبيبه والثقة المتولدة لديه:



شكل (١) العلاقة بين التواصل والثقة لدى المريض (Ommen et al., 2008)

(٢) الامتثال للنصح الطبي ونجاح عملية التلقيح الصناعي:

أوضحت نتائج الدراسة الراهنة ارتفاع درجات السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي على بُعد الامتثال للتعليمات الطبية، كذلك ساهم متغير الامتثال للنصح الطبي في التنبؤ بمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، وقد وصلت نسبة إسهامه إلى ٢٠٪ من هذا التباين. وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت أن هناك الكثير من العوامل التي تساعد على نجاح عملية التلقيح الصناعي، منها على سبيل المثال الامتثال للنصح الطبي (Simon et al., 2010; Olivennes et al., 2001). وهذا ما يسعى إليه القائمون بالرعاية الصحية، وهو مساعدة المرضى على تحقيق درجة مرتفعة من الامتثال للنصح الطبي؛ وذلك لأن نجاح الخدمة العلاجية تتوقف بشكل شبه كامل على اتباع المرضى وتنفيذهم للتعليمات العلاجية الموصوفة لهم. فالعقائير الطبية لا تؤدي إلى تأثيرات خارقة في علاج المرض، إذا لم يتناولها المريض بالشكل المطلوب، من حيث النوعية، والكمية، والتوقيت، أي كما هو موصوف له، لهذا يُعد مفهوم الامتثال للنصح

الطبي من المفاهيم الضرورية في زيادة فرص الشفاء من المرض، والحفاظ على الصحة الجيدة لدى المرضى (Fielding & Duff, 1999).

ولكن يثار هنا تساؤلًا مهمًا وهو ما الدافع وراء الامتثال للنصح الطبي لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي؟ وتكون الإجابة المنطقية هي زيادة فرص الإنجاب وتحقيق غريزة الأمومة، وهذا يتفق مع نموذج المعتقدات الصحية^(١)، وهو من النماذج المبكرة لوصف سلوك الامتثال للنصح الطبي، إذ يركز على دور المتغيرات المعرفية (المعتقدات) في تحقيق الامتثال الطبي، وقد طرح هذا النموذج من خلال هوكباوم (Hochbaum) وزملائه (١٩٥٠) لفهم القصور المنتشر لدى الأفراد للمشاركة في برامج اكتشاف المرض والوقاية منهم (August, 2005). ويشتمل هذا النموذج على أربعة أنماط من المعتقدات الصحية، التي ربما تسهم في احتمال قيام الفرد بفعل معين (مثل الامتثال للنصح الطبي) يناسب مرضا أو ظروفًا محددة (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993, p.52 وهي: (١) إدراك إمكانية الإصابة بالمرض^(٢): ويشير معتقد إمكانية الإصابة بالمرض إلى وجود احتمال ذاتي لدى الفرد بأنه قد يصاب بمرضٍ ما. (٢) إدراك خطورة المرض^(٣): ويحتوي على تقييم كل من النواتج الإكلينيكية والاجتماعية المتعلقة بخطورة المرض، مثل: الموت، والعجز، والألم كنواتج إكلينيكية، وتأثيرات الحالة المرضية في العمل، والحياة العائلية، والعلاقات الاجتماعية كعواقب اجتماعية ممكنة. (٣) إدراك فوائد الفعل^(٤): إن توقع الفرد أن لديه القابلية للإصابة بحالة خطيرة (التهديد المدرك) يقوده إلى فعل سلوك ما، كما أن اتخاذ الفرد، لسلسلة خاصة من الأفعال يعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير هذه الأفعال في تقليل تهديد المرض، وهذا هو ما يسمّى بإدراك الفوائد الصحية لاتخاذ الفعل، مثل قدرة الدواء على الصحية لاتخاذ الفعل، مثل قدرة الدواء على التحكم في الألم، أو في تقليل الأعراض الجانبية للمرض. (٤) إدراك معوقات الفعل^(٥): تؤثر المعوقات المدركة للفعل كذلك في احتمالية القيام بالفعل، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتًا طويلاً أو مجهودًا كبيرًا، ومن المعوقات أيضًا التي تقلل من إمكانية اتخاذ سلوكٍ ما -على سبيل

(1) The Health Beliefs Model

(2) Perceived Susceptibility

(3) Perceived Severity

(4) Perceived benefits of action

(5) Perceived Barriers

المثال-أن يكون العلاج الطبي لمرض خطير معين غالي الثمن، أو أن يكون الطبيب المعالج لا يسكن في المنطقة التي يسكنها المريض، أو أن هناك نقصاً في وسائل النقل والمواصلات، أو يتعارض مع عادات شديدة السيطرة على المريض ويصعب التخلي عنها أو تعديلها (مثل الأكل-التدخين) (Champion& Springston, 2000; Kaplan, et al., 1993, p.53).

ومن خلال تطبيق مكونات هذا النموذج على السيدات الخاضعات لعملية الصناعي، يتضح أنه إذا كان السلوك الذي ننشده من السيدة هو الامتثال للنصح الطبي فإن اعتقادها بفوائد العلاج هو النمط الأساسي المحرك لها للامتثال للنصح الطبي، فلا يوجد فائدة أفضل من الإنجاب التي تهدف إليه، وهذا التفسير يتسق مع نتائج بعض الدراسات التي توصلت إلى أن اعتقاد إدراك فوائد العلاج يرتبط بشكل دال مع استمرار المريض في تناول الدواء بشكل منتظم، واتباع نظام غذائي يقلل الكوليسترول في الدم لدى عينة من مرضى النوع الثاني لمرض السكري (Farmer, Kinmonth& Sutton, 2005; Lynch et al., 2000). وأيضاً تؤيده نتائج دراسة "مارتيو" (Marteau, 1995, p.7) التي توصلت إلى أن معتقد إدراك الفوائد الخاصة بالعلاج من أكثر الأبعاد تنبؤاً بدرجة الامتثال الطبي لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة.

(٣) القلق ودوره في مدى إنجاح أو إفشال عملية التلقيح الصناعي:

وجدت نتائج متغير القلق أن هناك انخفاضاً في درجات السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي مقارنة بمجموعة السيدات الفاشلات في عملية التلقيح الصناعي، كما جاءت السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي أكثر من ثلاث مرات مرتفعات في القلق، يليها في الدرجة السيدات الخاضعات لأول مرة لعملية التلقيح الصناعي، وأخيراً السيدات الخاضعات بعدد أقل من المرات. وجاء متغير القلق من المتغيرات المنبئة بفشل عملية التلقيح الصناعي، إذ فسر ١٥٪ من هذا التباين، بمعنى أن زيادة القلق يلزمه انخفاض معدلات نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات (عدم حدوث حمل). وهذا يتسق مع ما وجدته دراسة "برينجهنتي" وآخرين (Bringhenti et al., 1997) من أن ارتفاع القلق لدى السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي كاستجابة موقفية لمشقة التعرض لإجراءات التخصيب والعلاج. كذلك توصلت دراسة "جوهانسون" وآخرين (Johansson et al., 2010) إلى أن مجموعة الفشل في عملية التلقيح الصناعي جاءت

أكثر قلقًا مقارنة بمجموعة النجاح في التلقيح الصناعي. وأضافت العديد من الدراسات أن التحكم في القلق لدى السيدات الخاضعات لعملية خطوة أساسية لإمكانية أن يصبح التخصيب بالتلقيح الصناعي حملًا (Demyttenaere et al., 1998; Hielmstedt et al., 2001; Sanders & Bruce, 1999; Smeenk et al., 2001). وأكدت الدراسات السابقة أن هناك الكثير من العوامل التي تساعد على نجاح عملية التلقيح الصناعي، منها التحكم في القلق النفسي (Simon et al., 2010; Olivennes et al., 2001).

وبالرجوع إلى تعريف القلق نظريًا نجد أنه "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، ما يسبب اضطرابًا في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية" (عبد الفتاح، ٢٠٠٤). ومن الأعراض الجسمية للقلق نجد الضعف العام، نقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، التعب، الصداع المستمر، العرق، ارتعاش الأصابع، شحوب الوجه، السرعة في نبضات القلب، الدوار، الغثيان، جفاف الفم والحلق، فقدان الشهية، اضطراب النوم، ارتفاع ضغط الدم، اضطراب في التنفس، ضيق الصدر، عسر الهضم وآلام المعدة (الأنصاري، ٢٠٠٣). فمثل هذه الأعراض الجسمية كقيلة بعدم إنجاز عملية التلقيح الصناعي، ومن ثمَّ عدم حدوث حمل.

(٤) الاكتئاب ودوره في مدى نجاح أو فشل عملية التلقيح الصناعي:

أما عن الاكتئاب فقد جاءت النتائج مشابهة لنتائج متغير القلق، إذ ارتفعت درجات السيدات الفاشلات في عملية التلقيح الصناعي في الاكتئاب، مقارنة بمجموعة السيدات الناجحات في عملية التلقيح الصناعي، كما جاءت السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي أكثر من ثلاث مرات مرتفعات في الاكتئاب، يليها في الدرجة السيدات الخاضعات لأول مرة لعملية التلقيح الصناعي، وأخيرًا السيدات الخاضعات بعدد أقل من المرات. بينما لم يكشف متغير الاكتئاب عن أي قدرة تنبئية. وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت أن الاكتئاب من المتغيرات الشائعة بين السيدات الخاضعات للتلقيح الصناعي (Slade & Lieberman, 1997)، كما أشارت "ليبلموم" وآخرون (Leiblum et al., 1987) إلى أن الاكتئاب من العوامل المؤدية إلى فشل عملية التلقيح الصناعي. وأكدت دراسة "ميراري" وآخرين (Merari et al., 1992) ارتفاع درجات الاكتئاب بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي لأكثر من مرة مقارنة بالسيدات الأصحاء، واتفقت مع النتائج السابقة دراسة "كوليسيك" وآخرين (Kowalcek et al., 2003) حين وجدت ارتفاع

الاكتئاب بشكل دال بين السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، وانخفاضه بشكل دال أيضاً عند نجاح التلقيح وحدث الحمل.

وتأتي هذه النتيجة متفقة مع نظرية التفاعل الاجتماعي كأحد النماذج المطروحة لتفسير حدوث الاكتئاب، وتركز هذه النظرية على البيئة الاجتماعية، بما تعكسه من أنماط للتفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله (عبد اللطيف، ١٩٩٧)، فاضطراب العلاقات الأسرية من المنبئات الرئيسية لتعرض الفرد لنوبات الاكتئاب (Samuelsson, Ahlmen & Sullivan, 1993). وهو ما يتسق مع ما حصرته الدراسات السابقة من بعض الخصال للسيدات الفاشلات في الحمل، منها عدم استقرار العلاقات الأسرية، وسوء معاملة الزوج (Ibekwe & Achor, 2008).

كذلك كشفت النظرية المعرفية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكهم للمواقف المختلفة، ومن ثم تفسر الاكتئاب بوصفه اضطراباً معرفياً، إذ يسيطر على معتقدات المريض وأفكاره الثالث المعرفي السلبي، ومن مظاهره تكوين أفكار سلبية عن الذات والعالم والمستقبل، وهو ما تعكسه نظريته الداخلية، فيرى نفسه بلا قيمة، ويرى العالم مظلماً، ويرى المستقبل خالياً من الآمال (Alloy et al., 1996, pp.252-259). وهو ما نجده أو نتوقعه عند السيدات اللاتي مرت بخبرة فشل في عملية التلقيح الصناعي، أي عدم حدوث الحمل.

توصيات البحث:

في ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، فإن هناك عدداً من التوصيات المُفعلة لدور المتغيرات النفسية في تحقيق نجاح لعملية التلقيح الصناعي لدى السيدات سواء على مستوى العمل البحثي أو على مستوى الممارسة الإكلينيكية، والتي يجب أخذها في الاعتبار أثناء التعامل مع هذه الفئة، وفيما يلي نعرض لهذه التوصيات:

(١) انتهت الدراسة الراهنة إلى أن تحقيق نجاح لعملية التلقيح الصناعي لدى السيدات ما هو إلا محصلة لشبكة معقدة من المتغيرات أمكن معرفة بعضها-مثل التواصل الفعال، والامتثال للنصح الطبي، والقلق، والاكتئاب، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة في مجال علم النفس الصحة الإكلينيكي لاكتشافها.

(٢) نجد من الضروري إجراء مشروع بحثي طويل الأمد للحصول على عينات أكبر من السيدات الخاضعات لعملية التلقيح الصناعي، حتى نتمكن من حصر أهم المتغيرات

- النفسية المؤثرة بشكل فعال في إنجاح أو إفشال تلك العملية، ومن ثمّ تعميم النتائج المستخلصة على عينات أخرى مماثلة بدرجة عالية من الثقة.
- (٣) ضرورة توفير إطار نظري مفسر لمدى نجاح عملية التلقيح الصناعي لدى السيدات يأخذ في اعتباره جميع المحددات (الجسمية، النفسية، الفسيولوجية، الاجتماعية) في ضوء الثقافة العربية.
- (٤) من الأهمية إدراج العوامل النفسية ضمن خطة التدخلات العلاجية الطبية لعملية التلقيح الصناعي لدى السيدات، فبدونها ستخفق هذه التدخلات في تأثيرها.
- (٥) تسهم نتائج الدراسة الحالية في تصميم برامج للمقبلات على عملية التلقيح الصناعي الزواج لزيادة مستوى وعيهم بأهمية العوامل النفسية، وكذلك لإرشادهم إلى أهمية العوامل التي يمكن أن تزيد من فرص الحمل لديهم بعد إجراء عملية التلقيح الصناعي، ما يعكس بشكلٍ إيجابي على حالتهم النفسية.
- (٦) إدخال مهنة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي داخل كل وحدة للتلقيح الصناعي، ليكون عضواً أساسياً ضمن فريق العمل الطبي.
- (٧) ضرورة إجراء دراسات مستقبلية عن دور الزوج كمتغير أساسي في إنجاح أو إفشال عملية التلقيح الصناعي.

قائمة المراجع

- إبراهيم، عبد الستار. (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- الأنصاري، بدر محمد. (٢٠٠٣). الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في القلق والاكتئاب. المؤتمر السنوي العاشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- الدسوقي، مجدي محمد. (١٩٩٨). مقياس مظاهر القلق لدى المراهقين. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الغباشي، سهير فهم؛ مجدي، صفية. (١٩٩٨). قائمة "بك" للاكتئاب. جامعة القاهرة: مركز الدراسات والبحوث النفسية.
- ربيع، محمد شحاتة. (٢٠٠٨). قياس الشخصية. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.

- شويخ، هناء (٢٠٠٨). بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النمط الثاني من مرض السكري. دراسات نفسية، ١٨(٣)، ٤٦٧-٥٢٣.
- شويخ، هناء. (٢٠٠٩). التواصل الفعال بين المريض والطبيب وعلاقته بتحسين الثقة لدى مرضى بعض فئات الأمراض المزمنة. دراسات نفسية، ١٩(١)، ٧٩-١١٩.
- عاشور، سمير؛ سالم، سامية. (٢٠٠٥). العرض والتحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- عبد الفتاح، نيرة عز السعيد. (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- عبد اللطيف، حسن. (١٩٩٧). الاكتئاب النفسي: دراسة الفروق بين حضارية وبين الجنس. مجلة دراسات نفسية، ٧(١)، ٣٩-٦٥.
- مصطفى، محمود. (٢٠٠٤). كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في مقابل العلاج الدوائي الطبي في تخفيف أعراض الاكتئاب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنيا.

- Alder, B. (1999). **Psychology of health: Application of psychology for health professional**. Australia: Harwood Academic Publishers.
- Alloy, L., Jacobson, N. & Acocella, J. (1996). **Abnormal Psychology: Current Perspective**. London: McGraw-Hill Collage.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. & Moller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?. **Human Reproduction**, 20(10), 2969-2975. August, S. (2005). **Medication adherence among the elderly: A Test of the effects of the liberty 6000 technology**. MD., University of North Texas.
- Bartly, A. (2005). **An investigation of the relationship among family process, depression, and quality of life to medical adherence in cardiac patients: A Family Systems Approach**. PH.D, The University of Akron.

- Basu, S., Khobragade, M., Kumar, A. & Raut, D. (2015). Medical adherence and its predictors in Diabetes Mellitus patients attending government hospitals in the Indian Capital, Delhi, 2013: a cross sectional study. **International Journal of Diabetes in Developing Countries**, 35(2), S95-S101
- Beck, A. (1977). **Depression: Causes and Treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Bosworth, H. (2005). Medication treatment adherence. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, **Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement** (pp.147-194). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- Bosworth, H., Weinberger, M. & Oddone, E. (2005). Introduction. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, **Patient treatment adherence: Concepts, interventions, and measurement** (pp. 3-11). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R. & La Sala, G. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment differentiating aspects and influencing factors. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, 76(5), 431-437.
- Chambers, G., Sullivan, E., Ishihara, O., Chapman, M. & Adamson, G. (2009). The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. **Fertility and Sterility**, 91 (6), 2281-2294.
- Champion, V. & Springston, J. (2000). Mammography adherence and beliefs in A sample of low-income African woman. **International Journal of Behavioral Medicine**, 6(3), 228-240.
- Chin, J. (2001). Doctor-Patient Relationship: A Covenant of Trust. **Singapore Medicine Journal**, 42(12), 579-581.
- Csemiczky, G., Landgren, B. & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF – treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF – treatment. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, 79(2), 113-118.
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D. & Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in vitro fertilization. **Fertility and Sterility**, 69(6), 1026-1033.

- DiMatteo, M., Lepper, H. & Croghan, T. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. **Archives of Internal Medicine Journal**, **160**(24), 2102-2107.
- Farmer, A., Kinmonth, A. & Sutton, S. (2005). Measuring beliefs about taking hypoglycemic medication among people with type 2 diabetes. **Diabetic Medicine**, **23**, 265-270.
- Feltz-Cornelis, V., Oppen, P., Marwijk, H., Beurs, E. & Dyck, R. (2003). A Patient – Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: Development and Psychometric Evaluation. **General Hospital Psychiatry**, **26**, 112-120.
- Fielding, D. & Duff, A. (1999). Compliance with treatment protocols: interventions for children with chronic illness. **Archives of Disease in Childhood**, **80**, 196-200.
- Fuertes, J., Mislowack, A., Bennet, J., Paul, L., Gilbert, T., Fontass, G., & Boylan, L. (2007). The physician - patient working alliance. **Patient Education and Counseling**, **66**, 29-36.
- Girdwood, C. (2007). **Predicting adherence in a multifaceted medical regimen**. PHD, Drexel University.
- Glatlacker, M. (2007). Trust in the Physician – Psychometric Testing of The German Version of The Trust Physician Scale. **Physikalische Medizin**, **17**(3), 141-148.
- Grimm, L. (1993). **Statistical Applications for Behavioral Sciences**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ha, J., Anat, D. & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review, **The Ochsner Journal**, **10**, 38-43.
- Harris, M. & Lustman, P. (1998). The psychologist in Diabetes Care. **Clinical Diabetes**, **16**, 1-7.
- Hellstron, O. (1998). Dialogue Medicine: A Health-Liberating attitude in general practice. **Patient Education and Counseling**, **32**, 221-231.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A. & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. **Birth**, **33**(4), 303-310.
- Howren, M., VanLiew, J. & Christensen, A. (2013). Advances in patient adherence to medical treatment regimens: The Emerging role of technology in adherence monitoring and management. **Social and Personality Compass**, **717**, 427-443.

- Ibekwe, P. & Achor, J. (2008). Psychosocial and cultural aspects of Pseudocyesis. **Indian Journal of Psychiatry**, 50(2), 112-116.
- Jackson, J., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001). Predictors of Patient Satisfaction. **Social Science and Medicine**, 52, 609-620.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berq, M., Francis, J., Hogstrom, L., Janson, P., Sogn, J. & Hellstrom, A. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, 89(5), 683-691.
- Kaba, R. & Sooriakumaran, P. (2007). The Evolution of the Doctor – Patient Relationship. **International Journal Surgery**, 5, 57-65.
- Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). **Health and human behavior**. New York: McGraw-Hill.
- Klok, T., Kaptein, B. & Brand, P. (2015). Non-adherence in children with asthma reviewed: the need for improvement of asthma care and medical education. **Pediatric Allergy and immunology**, 26, 197-205.
- Koryntova, D., Sibrtova, K., Klouckova, E., Cepicky, P., Rezabek, K. & Zivny, J. (2001). Effect of Psychological factors on success of in vitro fertilization. **Geska Gynekol**, 66(4), 264-269.
- Kowalcek, I., Huber, G., Bieniakiewicz, I., Lammers, I., Brunk, I. & Gembruch, U. (2003). The influence of gestational age on depressive reactions, stress and anxiety of pregnant women and their partners in relation to prenatal diagnosis. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 24(4), 239-245.
- Leiblum, S., Kemmann, E. & Lane, M. (1987). The psychological concomitants of in vitro fertilization, **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 6(3), 165-178.
- Leisen, B. (2001). An Improved Scale for Assessing Patients' Trust in Their Physician. **Health Marketing Quarterly**, 19(1), 23-42.
- Lynch, D., Repka, F., Nagel, R., Birk, T., Gohara, A., Leighton, R., Walsh, M. & Weaver, M. (2000). Prediction of dietary adherence in cholesterol reduction: Relative contribution of personality variables and health attributes. **Psychology and Health**, 15, 821-828.
- Makizan, K. (2004). An Exploration of Patients' Trust in Physician in Training. **Journal of Health Care for the poor and Underserved**, 15(2), 294-302.

- Manheimer, E., Zhang, G. & Udoff, L. (2008). Effects of acupuncture on rates of pregnancy and live birth among women undergoing in vitro fertilization: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, **336** (7643), 545-549.
- Marteau, T. (1995). Health beliefs and attributions. In A. Broom & S. Liewelyn, (2nd ed.), **Health Psychology process and Application** (pp.3 - 20). London: Chapman & Hall.
- McClave, J. & Dietrich, F. (1991). **Statistics**. New York: Maxwell Macmillan International.
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J. & Modan, B. (1992). Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, **9**(2), 161-169.
- Minium, E., King, B. & Bear, G. (1993). **Statistical Reasoning in Psychology and Education**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Moralejo, L., Ines, S., Marcos, M., Fuertes, A. & Luna, G. (2006). Factors influencing adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. **Current HIV Research**, **4**, 221-227.
- Muzzarelli, S., La-Rocca, H., Pfister, O., Foglia, P., Moschovitis, G., Mombelli, G. & Stricker, H. (2010). Adherence to the medical regime in patients with Heart Failure. **European Journal of Heart Failure**, **12**, 389-396.
- Olivennes, F., Mannaerts, B., Struijs, M., Bonduelle, M. & Devroey, P. (2001). Perinatal outcome of pregnancy after GnRH antagonist (ganirelix) treatment during ovarian stimulation for conventional IVF or ICSI: a preliminary report. **Human Reproduction**, **16** (8), 1588-1591.
- Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Erli, H. & Pfaff, H. (2008). Trust, Social Support and Patient Type-Associations between Patients Perceived Trust, Supportive Communication and Patients Preferences in regard to Paternalism, Clarification and Participation of Severely Injured Patients. **Patient Education and Counseling**, **73**(2), 196-204.
- Papanikolaou, E., Camus, M., Kolibianakis, E., Van Landuyt, L., Van Steirteghem, A. & Devroey, P. (2006). In Vitro Fertilization with Single Blastocyst-Stage versus Single Cleavage-Stage

- Embryos. **The New England Journal of Medicine**, **354** (11), 1139-1145.
- Parks, J. (1996). A closer look at reproductive technology and postmenopausal motherhood. **Canadian Medical Association Journal**, **154** (8), 1189-1191. \
- Pearson, S. & Raeke, L. (2000). Patient Trust in Physicians: Many Theories, Measures, and little Date. **Journal of General Internal Medicine**, **15**, 509-513. \
- Rochebrochard, E., Quelen, C., Peikrishvili, R., Guibert, J. & Bouyer, J. (2008). Long-term outcome of parenthood project during in vitro fertilization and after discontinuation of unsuccessful in vitro fertilization. **Fertility and Sterility**, **92** (1), 149–156.
- Rotheram-Borus, M., Murphy, D., Coleman, C., Kennedy, M., Reid, H., Cline, T., Birnbaum, J., Futterman, D., Levin, L., Schneir, A., Chabon, B., O'Keefe, Z. & Kipke, M. (1997). Risk acts, health care and medical adherence among HIV+ youths in care over time. **Aids and Behavior**, **1**(1), 43-52.
- Ryan, M. (1984). Choosing and Changing Doctors. **British Medical Journal**, **288**(28), 1299-1305.
- Rybasb, J., Roodin, P. & Santrock, J. (1991). **Adult Development and Aging**. New York: W.M.C. Brown Publishers.
- Samuelsson, A., Ahlmen, M. & Sullivan, M. (1993). The Rheumatic Patient's Early Needs and Exceptions. **Patient Education and Counseling**, **20**(2-3), 77- 91.
- Sanders, K. & Bruce, U. (1999). Psychological stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. **Human Reproduction**, **16**(4), 1656-1662. \
- Sarafino, E. (2002). **Health Psychology: Biopsychosocial interactions** (4th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shenolikar, R. (2006). **Racial differences in oral antidiabetic medication adherence, healthcare utilization and costs associated with type 2 diabetes in medicaid enrollees**. PHD, The Ohio State University.
- Simon, L., Brunborg, G., Stevenson, M., Lutton, D., McManus, J. & Lewis, S. (2010). Clinical significance of sperm DNA damage in assisted reproduction outcome. **Human Reproduction**, **10**(3), 1093-1097. \

- Slade, P. & Lieberman, B. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment, **Human Reproduction**, **12**(1), 183-190.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. & Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilization. **Human Reproduction**, **16**(7), 1420-1423.
- Solaiman, H. (2003). **Barriers influencing compliance to therapeutic regimen among hypertensive patients at El-Mansoura University Hospital**. MD., Faculty of Nursing, Cairo University.\
- Sullivan, L., Stein, M., Jacqueline, B. & Samet, J. (2000). The Doctor – Patient Relationship and HIV-Infected Patients’ Satisfaction with Primary Care Physician. **Journal of General Internal Medicine**, **15**(7), 462-469.
- Thom, D., Hall, M. & Pawlson, L. (2004). Validation of a Measure of Patients’ Trust in Their Physicians: The Trust in Physician Scale. **Medical Care**, **137**(5), 510-517.
- Tsoumpou, I., Kyrgiou, M., Gelbaya, T. & Nardo, L. (2009). The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Fertility and Sterility**, **92**(1), 75-87.
- VanSciver, M. (1990). **Psychosocial predictors of medical compliance: boys with chronic illness**. PHD, Boston College.
- Volgsten, H., Ekselius, L., Poromaa, I. & Svanberg, A. (2010). Personality traits associated with depressive and anxiety disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, **89**(1), 27-34.
- Witlch, A. (2005). **Medical adherence: A structural approach to the logic of middle - class allergic rhinitis patient behavior**. PHD, The University of Alabama at Birmingham.\
- Zheng, B., Hall, M., Dugan, E., Kidd, K. & Levine, D. (2002). Development of a Scale to Measure Patients Trust in Health Insurers. **Health Services Research**, **37**(1), 185-200.