

القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لمستشفى فرح في عمان

إعداد
ديما متري الفرّح

المشرف
الدكتورة أروى العامري

المشرف المشارك
الدكتور تيسير إلياس

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

تشرين أول، ٢٠٠٨

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لمستشفى فرح في عمان) وأجيزت بتاريخ ٢٠٠٨/١٠/١٣

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة



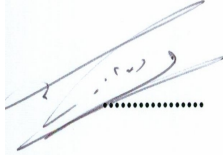
الدكتورة أروى أديب العامري، مشرفة
أستاذ مشارك - علم النفس الإكلينيكي




الدكتور تيسير فؤاد إلياس أحمد، مشرف مشارك
أستاذ مساعد - علم النفس الإكلينيكي
(الخدمات الطبية الملكية)



الدكتور محمد محمود بني يونس، عضواً
أستاذ مشارك - علم النفس الفسيولوجي



الدكتورة وسام درويش بريك، عضواً
أستاذ مشارك - علم نفس الشخصية
(جامعة عمان الأهلية)



الدكتور حيدر إبراهيم ظاظا، عضواً
أستاذ مساعد - علم نفس تربوي/
قياس وتقييم

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٢٠٠٨/١٠/١٣

الإهداء

أهدي هذا الجهد الأكاديمي المتواضع إلى والدي العزيز متري الفرح ووالدتي الحنونة مها البجالي، وشقيقتي الحبيبة لمى، وشقيقي الأعزّ ليث، والذين أحاطوني برعايتهم وعطفهم طيلة فترة دراستي الجامعية.

كما أهدي هذا الجهد إلى خطيبي الغالي سليمان ناصر الذي آزرني في المراحل الأخيرة من إجراء هذه الدراسة، وحققني على إكمال دراستي الجامعية العليا.

الباحثة

ديما متري الفرح

شكر وتقدير

لا يسعني بعد أن وفقني الله في إنجاز هذه الرسالة إلا أن أتقدم بخالص الشكر وعميق التقدير إلى المشرفة عليها الدكتورة أروى العامري التي تعهدتها وتبنتها منذ بدايتها، إذ كان لمساعدتها المستمرة وتوجيهاتها البناءة وتعاونها المتواصل وتحفيزها لي على العمل كلّ الفضل في إنجازها، حيث تابعت الدراسة بجدية ومثابرة مصوبة ومسددة ومحاولة إخراجها في أفضل صورة ممكنة.

وهنا، يسعدني أن أسجل اعتزازي وتقديري إلى أستاذي الكريم العميد الدكتور تيسير إلياس المشرف المشارك على هذه الرسالة، كما أتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة: الدكتور محمد بني يونس، والدكتورة وسام بريك والدكتور حيدر ظاها، لتفضلهم بالموافقة على المشاركة في مناقشة هذه الرسالة.

كما أتقدم بالشكر إلى الدكتور زيد الكيلاني والدكتور سند الكيلاني والدكتور وجيه الفرح الذين قاموا بمساعدتي في تسهيل العديد من الأمور التي كنت بحاجة لمعرفة وأزالوا العقبات التي اعترضت طريقها.

ولا يفوتني أن أشكر الأستاذ عباس الطلافحة الذي ساعدني في الأمور المتعلقة بالتحليل الإحصائي والأستاذ مأمون الغول الذي قام بالتدقيق اللغوي لمحتوى الرسالة، وكل من مدّ يد العون والمساعدة وأسدى إليّ النصح من العاملين في مستشفى فرح للتوليد والعقم، وكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية في الجامعة الأردنية.

وكذلك فإنني أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأهل الذين شجعوني وحفزوني لإكمال دراستي الجامعية للحصول على درجة الماجستير في علم النفس.

والله الموفق للجميع

الباحثة
ديما متري الفرح

فهرس المحتويات

الموضوع الصفحة

ب	قرار لجنة المناقشة	.....
ج	الإهداء	.....
د	شكر وتقدير	.....
هـ	فهرس المحتويات	.....
ز	قائمة الجداول	.....
ح	قائمة الاختصارات	.....
ط	قائمة الملاحق	.....
ي	المخلص باللغة العربية	.....
١	المقدمة	.....

الفصل الأول: الإطار النظري والدراسات السابقة (٢٥-٤)

٤	العقم	.....
٤	- أنواع العقم وأسبابه	.....
٧	- العلاج	.....
٨	- الآثار النفسية للعقم	.....
٩	الاكتئاب	.....
٩	- نسبة الانتشار	.....
١٠	- أنواعه وتصنيفاته	.....
١١	- أسبابه	.....
١٢	- تشخيصه	.....
١٣	- مقاييس الاكتئاب	.....
١٤	- العلاج	.....
١٦	القلق	.....
١٦	- نسبة انتشاره	.....
١٦	- أنواعه	.....
١٧	- أعراضه	.....
١٨	- تشخيصه	.....
١٩	- أسبابه	.....

٢٠	..... علاجه
٢٢	..... الدراسات السابقة

(٣١-٢٦) الفصل الثاني: الطريقة والإجراءات

٢٦	..... منهج الدراسة
٢٦	..... مجتمع الدراسة
٢٦	..... عينة الدراسة
٢٧	..... أدوات الدراسة
٢٧	..... نموذج التعهد الأخلاقي ومقابلة شبه مقننة
٢٧	..... قائمة سبيلبيرغر لسمة القلق
٢٩	..... قائمة بيك للاكتئاب
٣١	..... الإجراءات

(٤٤-٣٢) الفصل الثالث: النتائج

(٤٨-٤٥) الفصل الرابع: المناقشة

٤٩	..... الاسـتنتاجات والتوصيات
٥٠	..... المراجع العربية
٥٢	..... المراجع الأجنبية
٥٦	..... الملاحق
٦٧	..... الملخص باللغة الانجليزية

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات الاكتئاب لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل	٣٢
٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات الاكتئاب بين الزوج والزوجة	٣٤
٣	توزيع أفراد عينتي الدراسة حسب مستوى الاكتئاب لدى الزوجات والأزواج والعائلة ككل	٣٤
٤	اختبار مربع كاي لفحص العلاقة بين العقم ومستوى الاكتئاب لدى الزوجات والأزواج والعائلة ككل	٣٦
٥	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات سمة القلق لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل	٣٧
٦	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات سمة القلق بين الزوج والزوجة	٣٨
٧	توزيع أفراد عينتي الدراسة حسب مستوى القلق	٣٨
٨	اختبار مربع كاي لفحص العلاقة بين وجود العقم ومستوى القلق لدى الأزواج و الزوجات والعائلة ككل	٤٠
٩	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد محاولات الإخصاب الصناعي لدى الزوجات والأزواج المصابين بالعقم	٤١
١٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاكتئاب لدى العائلات والأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة	٤١
١١	تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في درجات القلق والاكتئاب لدى الأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة	٤٢
١٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات سمة القلق لدى العائلة والأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب	٤٢
١٣	تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في درجات سمات القلق لدى العائلة والأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب	٤٣

قائمة الاختصارات

World Health Organization	WHO
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM-IV
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4 th ed) -Text Revised	DSM-IV-TR
Follicular Stimulating Hormone	FSH
Luteinizing Hormone	L.H
American Psychiatric Association	APA
Gamma-Aminobutyric Acid	GABA
In-Vitro Fertilization	IVF

قائمة الملاحق

الصفحة	اسم الملحق	الرقم
٥٦	التكرارات والمستوى التعليمي للزوجات حسب المجموعة	١
٥٧	التكرارات والنسب المئوية للمستوى التعليمي للأزواج حسب المجموعة	٢
٥٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعمار الزوجات والأزواج في المجموعتين	٣
٥٩	استنباه البيانات الديمغرافية	٤
٦٠	مقياس سبيلبيرغر لقياس سمة القلق	٥
٦١	معاملات ارتباط فقرات مقياس القلق مع الدرجة الكلية للقلق لدى الأزواج والزوجات	٦
٦٢	مقياس بيك الثاني للاكتئاب	٧
٦٦	معاملات ارتباط فقرات مقياس الاكتئاب مع الدرجة الكلية للاكتئاب لدى الأزواج والزوجات	٨

القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لمستشفى فرح في عمان

إعداد
ديما متري الفرّح

المشرف
الدكتورة أروى العامري

المشرف المشارك
الدكتور تيسير الياس

الملخص

هدفت الدراسة الحالية معرفة ما إذا كانت العائلات المصابة بالعقم تعاني من ردود فعل اكتئابية وقلق بدرجة أعلى من العائلات غير المصابة بالعقم. اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين من الأزواج، تكونت المجموعة الأولى من ٥٠ من العائلات (٥٠ زوجاً و ٥٠ زوجة) المصابة بالعقم والمراجعة لوحدة الإخصاب الصناعي في مستشفى فرح، وتكونت المجموعة الثانية من ٥٠ من العائلات (٥٠ زوجاً و ٥٠ زوجة) غير المصابة بالعقم والمراجعة لقسم التوليد- مستشفى فرح. ولأغراض الدراسة، استُخدمت مقابلة شبه مقننة طورت خصيصاً لهذه الدراسة بالإضافة إلى مقياسين: مقياس بيك الثاني للاكتئاب، و مقياس سبيلبيرغر لسمة القلق، حيث تم استخراج معاملات صدق وثبات المقياسين على عينة شبيهة بعينة الدراسة الحالية، ووصلت درجات الصدق والثبات للمقياسين إلى مستوى مقبول لأغراض الدراسة. أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط الدرجات على مقياس الاكتئاب لدى العائلات المصابة بالعقم أعلى بصورة ذات دلالة مقارنة بالعائلات غير المصابة بالعقم. كما بين التحليل الإحصائي أن متوسط درجات الاكتئاب لكل من الزوجات والأزواج المصابين بالعقم أعلى بفرق دالة منها لدى الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم.

كما أظهرت النتائج أن متوسط الدرجات على مقياس سمات القلق لدى العائلات المصابة بالعمم أعلى بصورة ذات دلالة من تلك التي وجدت لدى العائلات غير المصابة بالعمم. وبين التحليل الإحصائي أن متوسط درجات القلق لكل من الزوجات والأزواج المصابين بالعمم أعلى بفروق دالة منه لدى الأزواج والزوجات غير المصابين بالعمم، وأن العمم مرتبط بدرجة قلق أعلى لدى الزوجات منها لدى الأزواج المصابين بالعمم. وتبين نتائج الدراسة أن درجة الاكتئاب والقلق لدى الأزواج والزوجات ولدى العائلة ككل لا تتأثر بشكل دالّ إحصائياً بعدد محاولات الإخصاب السابقة.

الفصل الأول

الإطار النظري والدراسات السابقة

المقدمة

يمكن تعريف العقم بأنه عدم حدوث حمل بعد مرور عام كامل من الحياة الزوجية المنتظمة ودون استخدام وسائل تمنع الحمل (أبو سعدة، ١٩٩٩)، هذا وتقدر نسبة انتشار العقم بين الناس في الوطن العربي بحوالي ١٠-١٥% حيث تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى عدم حمل الأزواج والزوجات، فمنها ما هو عضوي بحت ومنها ما يكون نفسي المنشأ (المالح، ١٩٩٤).

لذا حظيت العلاقة بين العقم والاضطرابات النفسية باهتمام الأخصائيين في الطب النفسي، والطب النفسجسمي، وعلم النفس السريري، وأطباء النسائية والتوليد، لذا تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين العقم وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة له من اكتئاب وقلق، حيث إن العقم أمر حساس يتطلب الكثير من التفهم والتعاون بين الزوج والزوجة من طرف والطبيب والفريق المعالج من طرف آخر (الكيلاني، ١٩٩٤).

ينتج عن العقم قلق وتوتر نفسي للأزواج، كما أنه يشكل مشكلة اجتماعية وإنسانية للذين يعانون منه (الخوري، ١٩٩٥). ويزيد من توتر الزوجين وترقبهما، الضغط الناجم عن إصرار الأسرة على إجرائهما للفحوصات الطبية الذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى تأخر الحمل (أبو سعدة، ١٩٩٩)، حيث يمكن للخوف والقلق أن يؤديا إلى اضطراب في الإباضة، إذ يتسببان بحدوث تقلصات في قناة فالوب مما يعرقل طريق سلوك البويضة إلى الرحم وبالتالي يمنع حدوث الحمل (خوري، ١٩٩٥).

فمن خلال ملاحظات العاملين في هذا المجال نجد أن الأزواج الذين يعانون من العقم قد يعانون أيضاً من اضطرابات نفسية نتيجة الضغوط التي تقع عليهم جرّاء المحاولات التي يقومون بها من أجل الإخصاب، (الكيلاني، ٢٠٠٧)، ويبدو من الملاحظة أن الأزواج والزوجات يتعرضون للضغوط الاجتماعية من قبل الناس المحيطين بهم من أجل الإنجاب.

وبما أن حوالي ٨٥% من الزوجات يحملن خلال السنة الأولى من الزواج، يعتقد العلماء أنه من الأفضل أن لا يفكر الزوجان في مشكلة العقم قبل مضي عام على الأقل من الزواج، ويمكن بعد ذلك التفكير في إجراء الفحوصات الطبية اللازمة من أجل تشخيص المشكلة وتحديد مصدرها، إن وجدت (أبو سعدة، ١٩٩٩).

ولكن بالرغم من هذه الآثار النفسية التي يتعرض لها الزوجان نتيجة إصابتهما بالعقم، لم يعد عليهما أن يرضخا أمام هذه العقبة وان يقبلا واقع إصابتهما بالعقم كما كان في القديم، حيث استبدل

الكثير منهم مشكلة العقم بتبني الأطفال، كما توصل العلم الحديث إلى معرفة الأسباب المهمة للعقم والطرق الفاعلة من أجل علاجها (أيوب، ٢٠٠٢).

- مشكلة الدراسة :-

أشارت دراسة، (Ashkani et, al. (2006) بأن ٤٠% من نسبة العقم ترتبط بالرجل وأن ٤٠% ترتبط بالمرأة وأن ٢٠% تعود إلى كلاهما. كما أشارت (الرواشدة، ٢٠٠٧) إلى أن نسبة الأزواج والزوجات الذين يعانون من العقم في الأردن تتراوح بين ١٥-٢٠%. وتبعاً لذلك تتلخص مشكلة هذه الدراسة في التعرف على متوسطات درجات الاكتئاب والقلق لدى مجموعة من العائلات المصابة بالعقم والمراجعة لمستشفى فرح للتوليد والعقم خلال الفترة الزمنية الواقعة بين ٣ آذار و٦ أيار من العام ٢٠٠٨ .

- أهمية الدراسة وأهدافها :-

تكمن أهمية الدراسة الحالية وأهدافها في أنها:

- ١) تصنيف معلومات إلى معرفتنا، إذ ستبين نسبة المصابين باضطرابي الاكتئاب والقلق المرتبط بالعقم.
- ٢) تعالج موضوع ندرة الدراسات العربية السابقة حول هذا الموضوع والذي يتناول موضوعي الاكتئاب والقلق عند الأزواج المصابين بالعقم.
- ٣) تهدف إلى زيادة وعي الأطباء والمختصين الذين يتعاملون مع الأشخاص المصابين بالعقم بالآثار النفسية الناتجة عن الإصابة بالعقم.
- ٤) تعد من أوائل الدراسات، في حدود علم الباحثة، التي تحاول استقصاء الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأزواج والزوجات المصابون بالعقم في الأردن.
- ٥) ستمهد للأخصائيين النفسيين من أجل إعداد برامج دعم نفسي لمثل هذه الفئة من الناس المصابين بالعقم.
- ٦) تصحح المفاهيم الخاطئة عند الناس حول الأسباب المؤدية إلى حدوث العقم.
- ٧) كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين متوسط درجات القلق والاكتئاب لدى العائلات المصابة بالعقم والعائلات غير المصابة بالعقم.

- محددات الدراسة :-

يختصر تعميم نتائج الدراسة في ضوء المحددات التالية:

- (١) طبيعة عينة الدراسة التي تمّ اختيارها بشكل قصدي.
- (٢) يمكن تعميم دلالات وصدق الأدوات التي تمّ التوصل إليها فقط على عينات مماثلة لعينة الدراسة.
- (٣) طبيعة المتغيرات الديمغرافية لعينة الدراسة التي تمّ اختيارها من مثل: المستشفى، المستوى الاقتصادي الاجتماعي لأفراد العينة.

- فرضيات الدراسة :-

- (١) متوسط درجات الاكتئاب لدى مجموعة العائلات المصابة بالعمم أعلى من متوسط درجات الاكتئاب لدى المجموعة غير المصابة بالعمم.
- (٢) متوسط درجات سمة القلق لدى مجموعة العائلات المصابة بالعمم أعلى من متوسط درجات سمة القلق لدى مجموعة العائلات غير المصابة بالعمم.
- (٣) يزداد متوسط درجات الاكتئاب بازدياد عدد محاولات الإخصاب الفاشلة.
- (٤) يزداد متوسط درجات سمة القلق بازدياد عدد محاولات الإخصاب الفاشلة.

العقم:

ويعرّف العقم إجرائياً لأهداف هذه الرسالة بأنه عدم حدوث حمل بعد مرور فترة عام كامل من الزواج وبدون استخدام أي وسيلة تمنع حدوث الحمل.

أنواع العقم :-

أولاً:- العقم الأولي

ويقصد به عدم حدوث حمل على الإطلاق بعد مرور سنة من بداية الزواج حتى وقت إجراء الدراسة الحالية، وستتناول الدراسة الحالية العائلات المصابة بالعقم الأولي.

- أسبابه:

طرح خوري (١٩٩٥) جملة من الأسباب للعقم الأولي عند الإناث نذكر منها :

١- تعدد الأكياس على المبيض (أو وجود ألياف على المبيض)، حيث تشتمل في الوضع الطبيعي على غدة أساسية تدعى المبيضان- الأيمن والأيسر، مهمتهما إنتاج البويضات بالتناوب شهرياً حيث تتكون البويضة داخل حويصلة في المبيض تسمى (حويصلة جراف أو الجريب) (بني يونس، ٢٠٠٨؛ خوري، ١٩٩٥).

٢- قصور المبيض البدئي: في هذه الحالة ينعدم الطمث وتكون كمية هرمون الغدة

النخامية المحفز للجريب (FSH) Follicular Stimulating Hormone والذي يساعد في

تنشيط ونمو ونضوج حويصلة جراف (الجريب) التي ينتج عن نموها البويضة وفي إفراز

استراديول عند الإناث (L.H) Luteinizing hormone مرتفعة وحينها تعتبر الإصابة في

المبيض هي السبب في عدم حدوث الحمل (بني يونس، ٢٠٠٨؛ خوري، ١٩٩٥)

٣- الأسباب المبيضية أو (الغديّة التناسلية): وهذا الاضطراب ينتج عن خلل في

الكروموسومات الأنثوية والتي يكون منشأها ولادياً مثل (XXY)

٤- تشوهات خلقية مثل (غياب الرحم): وتنتج هذه الحالة عن توقف في النمو في أفضية

مولر (Mueller).

٥- نقص تنشؤ الرحم : ويقصد بها وجود كافة الأعضاء التناسلية ولكنها تكون غير

مكتملة في النمو (أي ناقصة النشوء).

كما وذكر خوري (١٩٩٥) جملة من الأسباب النفسية التي يمكن أن تتسبب في حدوث حالات من العقم منها:

- ١- الاضطرابات العقلية (النفسية) : حيث تؤثر الحالة النفسية على الأعصاب والأوعية الدموية وذلك عن طريق الأدوية التي بدورها تؤثر على الهرمونات المسؤولة عن الإباضة.
- ٢- الضغط النفسي: حيث يؤدي إلى تقلصات في عضلات قناة فالوب، مما يؤثر في وظيفة القناة وبالتالي يحول دون إمكانية تلقي القناة للبويضة.
- ٣- الضغط الاجتماعي: وتتمثل بالاستفسار الدائم من قبل الحماة (أم الزوج) والأهل والمجتمع حول حمل الزوجة والذي قد يسبب لها ضغطا نفسيا كبيرا يؤثر بدوره على إمكانية الحمل.

ثانياً: - العقم الثانوي:

ويقصد به العقم بعد حدوث حمل سواء انتهى هذا الحمل بولادة طفل أو إجهاض أو حمل خارج الرحم (أبو سعدة، ١٩٩٩).

-أسبابه:

- اقترح خوري (١٩٩٥) عدداً من الأسباب للعقم الثانوي عند الاناث وهي كالتالي:
- ١- سن الزوجة: حيث تقل نسبة حدوث الحمل كلما تقدمت المرأة بالسن، إذ يبلغ احتمال حدوث الحمل في سن الثلاثين ما يقارب ٣٠% من مجموع الأحمال وفي سن الخامسة والثلاثين ١١% بينما تتناقص هذه النسبة في سن الأربعين حتى تصل إلى ٣% .
 - ٢- العلاقة الجنسية وتوقيتها: وهذا يتوقف علي معيشة الزوجين معا وعلى عدد الاتصالات الجنسية بين الأزواج وتوقيتها بالنسبة لنزول البويضة من المبيض.
 - ٣- تأثير البيئة: ويقصد بذلك عدم الاستقرار في البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية مثل المشاكل بين الأزواج والزوجات.

كما ويقدم البرنوطي (٢٠٠١) عدداً من الأسباب وراء العقم لدى الذكور من أهمها:

- ١- قلة عدد الحيوانات المنوية لأسباب متعددة : ويقصد بها أن يكون تركيز النطاف من ٠ إلى ٢٠ مليون في كل مليلتر.

- ٢- ضعف الحيوانات المنوية لأسباب متعددة : ويقصد بذلك حركتها (إما أن تكون بطيئة أو معدومة).
- ٣- تشوه الحيوانات المنوية لأسباب متعددة : ويقصد بذلك أن تكون رؤوس النطاف السوية اقل من ٣٠% من مجموعها.
- ٤- فقدان الحيوان المنوي الانسدادي : أي حصول انسدادات في الأنابيب المنوية .
- ٥- شواذ في معالم البلازما المنوية : ويقصد بها أن يكون شكلها أو قوامها أو درجة القاعدية شاذاً أو غير مناسب، وغيرها من الاختلالات الأخرى.
- ٦- القيلة الدوائية (دوالي الصفن).
- ٧- أسباب في الغدد الصماء : ويقصد بها نقص في هرمون التستستيرون الذكري وارتفاع في مستوى هرمون البرولاكتين، وهو الهرمون الذي يساعد في تنشيط إفراز الحليب عند الأنثى وفي ضبط نمو الجسم الأصفر وتنظيم إفراز هرمونات الغدد الجنسية الأنثوية (بني يونس، ٢٠٠٨؛ البرنوطي، ٢٠٠١).
- ٨- فقدان الحيوان المنوي لأسباب متعددة : يحدث عندما تكون الخصية صغيرة ويكون الهرمون المحفز للجريب (FSH) مرتفعاً جداً.
- ٩- تلف الخصية المكتسب: ويقصد به حدوث ضرر للخصية بسبب حدوث مرض ما أدى إلى صغرها أو ضمورها.
- ١٠- التهاب في الغدد الإضافية الذكرية (البروستات وكوبر) : ويقصد به حدوث التهاب في الجهاز البولي أو التناسلي أو الإصابة بأمراض جنسية انتقالية.
- ١١- الشذوذ الولادي : مثل شذوذ في الكروموسومات مثل (XXY) أو اللانطفية (Azospermia) أو عدم نزول خصية أو الخصيتين معاً.
- ١٢- أسباب مناعية: وتحدث هذه الحالة عندما تكون أكثر من ١٠% من النطاف المتحركة مغطاة بالأجسام المضادة للحيوانات المنوية (Antisperm Antibodies).
- ١٣- أسباب عامة: مثل احتساء المسكرات، سوء استخدام الدواء، ارتفاع حرارة الجسم، الإصابة بأمراض عامة، أو التعرض إلى أضرار بيئية أو وظيفية.
- ١٤- أسباب علاجية: ويقصد بها مرحلة ما بعد استخدام أدوية أو علاج أو بعد إجراء عمليات جراحية مما اثر سلباً على الزوج وبالتالي أدى إلي تراجع في إمكانية الإنجاب عنده.

- ١٥- قصور وظيفي في الجماع و/ أو اعتلال القذف: ويقصد به عدم كفاية عدد ممارسات الجماع الطبيعي لأسباب بنوية (جسمية) أو نفسية جنسية.
- ١٦- عقم لم يشخص سببه ويسمى بالعقم الغامض. (البرنوطي، ٢٠٠١)

- علاج عقم الإناث:

١- العلاج الهرموني لقصور المبيض : إذ يلجأ الطبيب في هذه الحالة إلى إعطاء هرمون الغونادوتروبين (وهو هرمون الغدة النخامية المحفز للغدد التناسلية) أو إعطاء الهرمونات المبيضية وذلك اعتماداً على حالة المرأة ونسبة انعدام التبويض عندها وذلك نتيجة فرط أو نقص الغونادوتروبين في الدم. وتستخدم أنواع من محرضات الإباضة لهذا الغرض مثل دواء الكلوميد من أجل أن يعمل على إثارة إطلاق هرمون الغدة النخامية المحفز للجريب (FSH) الذي يعمل على تنمية الجريب المبيضي ولكن وقبل هذا الإجراء يجب أن يكون هرمون الاستروجين في الدم كافياً ليثير إفرازات الغدة النخامية من هذا الهرمون حيث يقوم هذا الأخير بتنظيم وظيفة المبيض.

٢- المعالجة الجراحية : يتم اللجوء إلى هذه الطريقة في الحالات التي يكون فيها انسدادات في الأنابيب أو في حالة وجود التصاقات أو ألياف تعيق عملية الحمل (خوري، ١٩٩٥).

٣- الإخصاب المخبري للجنين (أطفال الأنابيب): حيث يقوم الطبيب بإعطاء المريضة أدوية وعلاجات من أجل التحريض على التبويض والتحكم بتوقيته وبعد ذلك يتم التقاط البويضات الناضجة من عند الزوجة عن طريق السونار المهبطي (وهو جهاز يتم إدخاله عن طريق المهبل من أجل التقاط البويضات) ومن ثم يجري تلقيح البويضة بالمختبر بالحيامن المأخوذة من الزوج مسبقاً حيث يتم تنقيتها وتقويتها بشكل صناعي قبل عملية التلقيح، وبعد انقسامها بالمختبر يتم نقل البويضة المخصبة إلى داخل رحم الأم (أبو سعدة، ١٩٩٩؛ أيوب، ٢٠٠٢؛ البرنوطي، ٢٠٠١).

- علاج عقم الذكور:

١- علاج العقم بالأدوية الهرمونية : من الأدوية الهرمونية التي تعالج العقم عند الذكور دواء هوميغون Humegon أو بيرجونال Pergonal حيث تؤثر هذه الأدوية بدورها على الغدة النخامية وبعضها الآخر يؤثر على الغدة التناسلية مثل هرمون التستستيرون، كما ويستعمل

الكلوميدي (Clomid) لمعالجة حالات عقم الذكور والاناث على حد سواء، ويتوقف هذا النوع من العلاج على نشاط الغدة النخامية.

٢- علاج عقم الذكور الجراحي: ويستخدم هذا النوع من العلاج عند وجود انسدادات في الأنابيب المنوية عند الرجل وذلك بسبب إصابته بالتهاب مزمن. وكما يتم التدخل الجراحي في حالات معالجة الخصيتين المحتجزتين وفي عملية استئصال عروق دوالي الصفن (خوري، ١٩٩٥).

- الآثار النفسية للعقم:

إن تشخيص العقم بحد ذاته يسبب آلاماً نفسية وردود فعل تشبه ردود الفعل عند فقدان أحد الأقرباء وعند الحزن، حيث تتفاوت ردود الفعل النفسية من شخص إلى آخر، فتظهر هذه الردود عند البعض على شكل أعراض قلق، واكتئاب، وتوتر، وشعور بالفشل. ونتيجة لذلك أوجد العلم الحديث وسائل وأساليب حديثة من أجل علاج العقم ولكن هذه الأساليب الحديثة مثل التلقيح داخل الرحم وأطفال الأنابيب ترتبط بدرجات متفاوتة من التوتر والضغط النفسية وذلك نتيجة؛ متطلبات العلاج المادية والنفسية، وضرورات الانتظار، وعدد تكرارات المحاولات، وهذا كله يعتمد على درجة التكيف المرضي في مرحلة ما قبل إجراء العمليات خصوصاً إذا كانت لديهم تجربة اخصابية سابقة فاشلة، ونتيجة لذلك اعتبر بعض الأطباء أن التوتر النفسي قد يكون سبباً في فشل المحاولات العلاجية للعقم (المالح، ١٩٩٤).

ويتوقع أن يساهم العلاج النفسي الجنسي والأسري الموجه نحو الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب في تحسين الحياة الزوجية وذلك من خلال جعلها أكثر راحة واطمئناناً والتي بدورها تؤدي إلى زيادة نسبة حدوث الحمل في الأشهر التي تلي العلاج، وتتضمن جلسات العلاج موضوعات كثيرة منها حالات الضغوط والمشاكل الاجتماعية المحيطة بالأزواج، والاكتئاب، والقلق، والخوف من الاختبارات الطبية اللازمة من أجل عملية العلاج، كما تتضمن هذه الجلسات حواراً حول مشاعر الغضب والنقص واضطرابات الوظيفة الجنسية؛ لذا نشير إلى أهمية العوامل النفسية التي ربما تساهم في نشوء حالات العقم غير المفسرة (المالح، ١٩٩٤).

- الاكتئاب :

يعرف (Morison 1995) الاكتئاب على انه شعور المريض بعدم الاستمتاع بالحياة مع وجود مشاكل في الأكل والنوم، وشعور بالذنب، وفقدان الطاقة، ومشاكل في التركيز، وأفكار انتحارية، على أن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل.

وكما تعرف جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association (2000) (APA) الاكتئاب بتوافر واحدة أو أكثر من الأعراض الاكتئابية والتي تكون على شكل مزاج اكتئابي، فقدان المتعة بالحياة والاهتمام بالأشياء مصحوباً بأربعة أعراض اكتئابية على الأقل (مزاج مكتئب كل يوم تقريباً أو معظم أوقات اليوم، اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة وفي معظم أوقات اليوم، نقص أو زيادة كبيرة في الوزن، ارق أو زيادة في النوم، هياج أو تأخر نفس حركي، تعب وفقدان الطاقة، شعور متزايد غير متناسب بالذنب، اختفاء القدرة على التركيز أو التفكير وعدم القدرة على اتخاذ القرار، أفكار انتحارية متكررة) وتستمر هذه الأعراض لمدة اقلها أسبوعان .

ويعرف الشريبي (٢٠٠١) الاكتئاب الموقفي على انه "احد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه بحياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية..." (الشريبي، ٢٠٠١، ص: ١٩).

كما ويعرف الاكتئاب إجرائياً لأهداف هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، حيث تم تفسير الدرجات كما توصل لها الدعاسين (٢٠٠٤) وهي كالتالي: من (٠ - ١٣) غير مكتئب، (١٤ - ١٩) اكتئاب خفيف، من (٢٠ - ٢٨) اكتئاب متوسط، ومن (٢٩ - ٦٣) اكتئاب شديد.

- نسبة الانتشار :

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وذلك حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization، حيث تبلغ نسبة الإصابة فيه ما يقارب ٧% من سكان العالم أي ما مقداره ٥٠٠ مليون إنسان. وعند الحديث عن المقارنة بين الاكتئاب لدى الرجل والمرأة نجد أن نسبة انتشار الاكتئاب عند المرأة تفوقها عند الرجل حيث تقابل كل إصابة رجل بالاكتئاب سيدتان أو ثلاث (الطالقاني، ٢٠٠٧).

أنواعه وتصنيفاته:

- تقسم منظمة الصحة العالمية (WHO) حسب التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (ICD-10) الاضطرابات الوجدانية إلى سبعة أنواع وهي كالتالي :
- ١- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: حيث يشمل هذا النوع من الاضطرابات الوجدانية على نوبات اكتئابية مع أعراض ذهانية شديدة أو متوسطة، كما يشتمل على نوبات من الهوس التي قد تكون مصحوبة مع أعراض اكتئابية.
 - ٢- أما النوع الثاني فهو النوبات الاكتئابية البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة والتي تترافق عادةً مع أعراض جسدية.
 - ٣- اضطراب مزاجي مستمر: حيث يشتمل على تقلبات في المزاج يصاحبها ميول إلى الاكتئاب على فترات طويلة.
 - ٤- الاضطراب الاكتئابي المتكرر: وهو الذي يحدث بشكل متكرر ودوري حيث يكون عادةً مصحوباً بأعراض جسدية متوسطة أو شديدة.
 - ٥- اضطرابات وجدانية (مزاجية) أخرى: حيث يختلط فيها أعراض متقلبة من المزاج وحالات مختلفة أخرى وغير محددة من الاضطرابات الوجدانية (المزاجية).
 - ٦- نوبة هوسية: وتشتمل على أعراض هوسية مصحوبة أو غير مصحوبة للأعراض الذهانية.
 - ٧- اضطراب مزاجي غير محدد (WHO, 1992).
- بينما يعرض الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV-TR) مرض الاكتئاب على انه احد الاضطرابات المزاجية، حيث يقوم بتقسيم الاضطرابات المزاجية إلى عدة أقسام وهي كالتالي:
- اضطراب الاكتئاب العام (Major Depressive Disorder).
 - اضطراب تكدر المزاج (Dysthymic Disorder).
 - اضطراب الاكتئاب غير المحدد (Depressive Disorder Not Otherwise Specified).
 - اضطراب المزاج الدوري (Cyclothymic Disorder).
 - اضطراب ثنائي القطب I (Bipolar I Disorder).
 - اضطراب ثنائي القطب II (Bipolar II Disorder).

- اضطراب ثنائي القطب غير المحدد (Bipolar Disorder Not Otherwise Specified).
- اضطراب المزاج الناتج عن حالة طبيّة عامة (Mood Disorder Due To A General Medical Condition).
- اضطراب المزاج الناتج عن تعاطي المواد (Substance-Induced Mood Disorder).
- اضطراب المزاج غير المحدد (Mood Disorder Not Otherwise Specified).

-أسباب الاكتئاب :

هنالك مناح عديدة تفسر أسباب الاكتئاب حيث أشارت إبراهيم (٢٠٠٦) الى منحيين يفسران هذه الظاهرة:

- ١- المنحي البيولوجي : حيث انقسم هذا المنحي إلى أربعة تفسيرات:
 - أ) التفسير الوراثي : افترض هذا التفسير أن الأعراض الاكتئابية يمكن لها أن تنتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء وقد قدم هذا التفسير دراسات عائلية ودراسة التاريخ الأسري والتبني كدليل على أن للجينات أثراً في انتقال الاكتئاب بين الأجيال.
 - ب) التفسير الكيميائي الحيوي والعصبي الغددي : حيث يؤكد هذا التفسير دور الناقل العصبية مثل النورإبينيفرين (Norepinephrine) الذي يؤدي زيادته إلى حدوث الهوس بينما يؤدي نقصانه إلى حدوث الاكتئاب. كما أكد هذا التفسير أهمية السيروتونين (Serotonin) في حدوث الاضطرابات المزاجية وخصوصاً ارتباطه بأعراض اضطراب ثنائي القطب.
 - ج) الاختلالات النيروفسيولوجية: حيث درست اضطرابات النوم واليقظة وما يتعلق بها من تغيرات في الإفرازات الغدية العصبية ودرجة حرارة الجسم نظراً إلى أن هذه الإفرازات تتبع دورة ضوء النهار وعمة الليل. كما وتشير إبراهيم (٢٠٠٦) إلى أن الأفراد المكتئبين لديهم اضطراب في التنظيم الطبيعي لهذه الدورة حيث بينت الدراسات وجود شذوذ في قياسات النشاط الكهربائي في المخ.
 - د) التأثيرات الهرمونية : وتحدث هذه الاضطرابات بشكل كبير عند الإناث وخصوصاً قبل موعد الطمث، كما وجد أن هرمون الغدة الدرقية (الثيروكسين) يساهم في الإصابة بالاكتئاب حيث إن انخفاض مستواه الطبيعي يرتبط بحدوث اضطراب انفعالي.

٢- النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب :

(أ) المدرسة التحليلية : " قدم فرويد تفسيرات للاكتئاب تتصف بتحول الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد واعتبر الاكتئاب عدواناً على الذات" (ابراهيم، ٢٠٠٦، ص: ٦٥). واعتمد بكلامه هذا على التفسير الذي قدمه أبراهام في عام (١٩١١) والذي اعتبر فيه أن الاكتئاب هو كبت للغرائز حيث تتحول هذه الغرائز المكبوتة إلى عدوان نحو الداخل.

(ب) المدرسة السلوكية : حيث تفترض هذه المدرسة أن الشخص المكتئب يفقد اهتماماته في مناح عديدة من الحياة ويفقد شهيته وتحدث معه العديد من الأعراض الاكتئابية رداً على منبه معين مثل فقدان وظيفة معينة أو نتيجة انخفاض التدعيم الايجابي أو استجابة لأحداث الحياة الضاغطة ، حيث تفسر هذه النظرية السلوكية الاضطرابات النفسية بشكل عام على أنها عادات شاذة يكتسبها المرء نتيجة تعرضه لخبرات خاطئة وهذا التفسير يتناقض بدورة مع النظرية التحليلية التي تؤكد دور الغرائز والصراعات الداخلية التي يتعرض لها الفرد (ابراهيم، ٢٠٠٦).

(ج) المدرسة المعرفية : يؤكد هذا المنحى أهمية القيم والاتجاهات والعبارة الذاتية والصور والذكريات والمعتقدات، حيث يعد أي تشويه لهذه المعارف سبباً في حدوث الاضطراب. وتعتبر القيم والشبكات المعرفية السلبية السبب الأساسي في حدوث الاكتئاب؛ حيث تنعكس هذه العملية في المثلث المعرفي للاكتئاب الذي اقترحه بيك (Beck)، (ويقصد بالمثلث المعرفي للاكتئاب النظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل) إذ ينظر المرضى المكتئبون إلى أنفسهم نظرة سلبية ويعتبرون أنفسهم بلا قيمة وغير محبوبين وعاجزين، كما يعتبرون أن البيئة المحيطة بهم تقيم عوائق لا يمكن التغلب عليها، وينظرون كذلك إلى المستقبل بان لا أمل فيه علي الإطلاق، وأحياناً تؤدي هذه النظرة السلبية للمستقبل إلى الانتحار، كما ويقوم المريض المكتئب بتشويه تفسيره للأحداث (بارلو، ٢٠٠٢).

- تشخيص الاكتئاب:

يعرض الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM-IV-TR) المحكات التشخيصية الأساسية للنوبة الاكتئابية وهي كالتالي :

(أ) خمسة أو أكثر من الأعراض التالية ظهرت لفترة أسبوعين على الأقل ويصاحبها إما مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام والسعادة.

(١) مزاج مكتئب كل يوم تقريباً أو معظم أوقات اليوم؛ كما يذكر المريض انه يشعر بالحزن أو يوصف من قبل الآخرين بأنه سريع البكاء.

- (٢) اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة وفي معظم أوقات اليوم؛ وذلك من خلال تقرير المريض عن نفسه أو من خلال ملاحظات الآخرين له.
- (٣) نقص كبير في الوزن (أي ما مقداره ٥% خلال شهر) من دون إتباع نظام غذائي لهذا الغرض أو زيادة في الوزن، أو نقص في الشهية للطعام كل يوم تقريباً.
- (٤) ارق أو زيادة في النوم.
- (٥) هياج أو تأخر نفس حركي؛ وذلك عن طريق ملاحظة الآخرين له بأنه بطيء الحركة.
- (٦) تعب وفقدان الطاقة.
- (٧) مشاعر عدم القيمة أو شعور متزايد غير متناسب بالذنب.
- (٨) اختفاء القدرة على التركيز أو التفكير، وعدم القدرة على اتخاذ القرار.
- (٩) أفكار متكررة عن الموت، أفكار انتحارية متكررة دون وجود خطط محددة أو محاولات انتحارية أو مع وجود خطط محددة لتنفيذ الانتحار.
- ب- أن لا تكون المحكات كافية لتشخيص نوبة مختلطة (هوس اكتئابي).
- ج- أن تسبب الأعراض ضيقاً ذا دلالة إكلينيكية (اكتئاب شديد) أو خلا شديداً في المجالات الاجتماعية والمهنية أو الحالات المهمة الأخرى من الأداء.
- د- أن لا ترجع الأعراض بشكل مباشر للآثار الفسيولوجية للمواد مثل (العقاقير والأدوية) أو إلى حالة طبية عامة مثل نقص هرمون الغدة الدرقية.
- هـ- أن لا يكون من الأفضل تفسير الأعراض على أنها حالة من الحزن على موت عزيز؛ ويتم تشخيص الاكتئاب إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد على شهرين أو اتسمت بخلل وظيفي ملحوظ مع انشغال مرضي بأفكار عدم القيمة و/أو أفكار انتحارية أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسحركي (APA, 2000).

- مقاييس الاكتئاب :

- وضع العديد من العلماء مقاييس لمعرفة ما إذا كان شخص ما يعاني من الاكتئاب ودرجة الاكتئاب لديه، ومن هذه المقاييس:
- مقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton Depression Scale).

- بك : (Beck depression Scale) حيث يعد ارون بك من أشهر من وضع مقياسا للاكتئاب وذلك بناءً على نظريته المعرفية، حيث نتعرف من خلال مقياس (بك) على طبيعة حالة الاكتئاب وشدته (الشربيني، ٢٠٠٣).

- علاج الاكتئاب :

يعتمد علاج الاكتئاب على النظرية التي يتبناها المعالج في علاج مثل هذه الحالات، حيث يتبنى الطب النفسي غالباً النموذج الطبي لعلاج حالات الاكتئاب، فيعالجها عن طريق إعطاء العقاقير، بينما تعتمد طريقة العلاج لدى المعالجين العاملين في مجال علم النفس العيادي والإرشاد النفسي على النظرية التي فسّرت حدوث الاضطراب مثل النظرية المعرفية، النظرية السلوكية، والنظرية التحليلية النفسية، لذا يمكن اعتماد وسيلة علاجية واحدة أو عدة وسائل لعلاج الاكتئاب وهذا يعتمد على حالة المريض وحاجته لوسيلة واحدة أو عدة وسائل، ولكن علاج الاكتئاب يمكن أن يتم عن طريق استخدام الوسائل العلاجية التالية :

- ١- العلاج البيئي : أي أن نوجد بيئة صحية ملائمة للمريض بعيدة عن الضغوطات والمشكلات التي أدت إلى إصابته بالاكتئاب ويتم ذلك عن طريق ملء وقت الفراغ بأشياء منتجة والعمل على تهيئة المريض من أجل تمهيد عودته للحياة العادية مرة أخرى.
- ٢- العلاج بالأدوية النفسية : من مثل الأدوية ثلاثية الحلقات (تربتازول ، تفرانيل ، انافرانيل) ، الأدوية رباعية الحلقات مثل (لوديوميل) ، مثبطات أحادي الأمين مثل (فلززين ، ايزوكربوكسزيد) ، مجموعة منشطات مادة السيروتونين مثل (بروزاك ، لسترال ، فافرين ، سبرام ، والليثيوم) التي تعد من أهم الأدوية التي تعمل على علاج الاضطرابات الوجدانية وحالات الاكتئاب الشديدة والمتكررة، كما وتستخدم للوقاية من نوبات الهوس والاكتئاب على المدى البعيد أدوية أخرى مثل (افكسور ، تيجرتول ، دباكين ، ريفتريل) حيث تعمل هذه الأدوية على التأثير في كيمياء المخ والجهاز العصبي من حيث أنها تعالج النقص في مادتي السيروتونين والنورإبينفرين، فهي تعمل على زيادة مستواها في مراكز الجهاز العصبي وبالتالي تعمل على استعادة الاتزان الكيميائي مما يؤدي إلى تحسن ملحوظ في حالة المريض (الشربيني ٢٠٠١) .

٣- العلاج النفسي : ويقسم علاج الاكتئاب النفسي إلى قسمين :

أ) العلاج المعرفي : ويتم ذلك عن طريق استخلاص الأفكار الآلية التي تعترض تفكير الشخص وردود الفعل الانفعالية للشخص نحو هذه الأحداث وذلك في حالة أن يكون قد نتج عن أحداث أو مواقف ضاغطة، حيث يتم استخلاص ذلك عن طريق الأسئلة والتخيل، ولعب الأدوار، وبعد ذلك تأتي مرحلة اختبار الأفكار الآلية السلبية، حيث يبدأ المريض بوضع قائمة من الدلائل المؤيدة والمعارضة لهذه الأفكار وذلك من خلال خبراتهم الواقعية.

ويعد إعادة العزو والمقصود إعادة صياغة السبب الذي أدى إلى حدوث النتيجة، طريقة أخرى مفيدة تساعد المريض على دحض فكرة لومه لذاته، ولكن هذه الطريقة لا تعني إخراج المرضى من المسؤولية بل تعني إجراء فحص للعوامل التي تساهم في الأحداث السيئة، حيث تعمل هذه الطريقة على إكساب المرض الموضوعية اللازمة، وعندها فقط يمكن البحث عن طرق لحل هذه الإشكالية في الأفكار؛ والمقصود بها الأفكار السلبية، ومنع تكرارها. كما ويعد أسلوب توليد البدائل الفكرية لحل المشكلة أسلوباً مفيداً، إذ يستطيع المعالج والمريض التعاون معاً في توليد البدائل الممكنة، وعندها يكون هدف العلاج المعرفي توضيح العلاقة بين الأفكار والاعتقادات والحالة الانفعالية التي يعيشها المريض، حيث يعمل هذا النوع من العلاج على تحديد الأفكار السلبية ومحاربتها وتنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفاً، كما تعمل هذه الطريقة على تشجيع الاستجابة المعرفية والسلوكية لتلك الأفكار التكيفية (ابراهيم، ٢٠٠٦؛ بارلو، ٢٠٠٢).

ب) العلاج السلوكي المعرفي : يعد العلاج السلوكي بالإضافة إلى برامج العلاج المعرفي من إحدى الوسائل التي تساهم في العلاج، حيث تعد قوائم الأنشطة لتخطيط العلاج ساعة بساعة طريقة جيدة؛ والمقصود بها الذي يفعله وينجزه المريض خلال ساعات اليوم، حيث تشعر المريض بإحساس أفضل وسعادة أكبر وإحساس بالانجاز، ويتم ذلك عن طريق استخدام مقياس من (صفر إلى ١٠) ويستخدم أيضاً لعب الأدوار لهذا الغرض إذ يستخدم كجزء من التدريب التوكيدي، كما وتستخدم أساليب التحويل وذلك لخفض الآثار التي تسبب الألم، ويتم ذلك عن طريق نشاطات بدنية وإجراءات التخيل البصري التي تساعد على خفض هذه الأفكار السلبية وتحويلها إلى أفكار ايجابية، كما ويكلف المعالج المريض القيام بواجبات منزلية وذلك من أجل نقل اثر التدريب من الجلسة العلاجية إلى حياته العملية (بارلو، ٢٠٠٢).

- القلق:

يعرّف الشربيني (١٩٩٦) القلق على انه شعور غير مرغوب فيه يتسم بعدم الارتياح المصحوب بالخوف وبعض المظاهر البدنية مثل التوتر والانقباض وضيق الصدر وخفقان القلب وتصبب العرق، ويأتي ذلك متصاحباً مع العجز عن أداء الأعمال اليومية بالصورة المعتادة. كما ويؤكد الشربيني (١٩٩٦) أن القلق يؤثر في قدرة الفرد على التكيف والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

وتعرّف (2000) APA القلق على انه التوقع المتكرر لخطر مستقبلي (داخلي أو خارجي) أو سوء الحظ مرتبطاً بأعراض جسدية للتوتر وشعور بعدم الراحة، ويعرّف كتاني القلق على أنه "حالة وجدانية غير سارة تتسم بالخوف والتوجس وتوقع الأخطار والكوارث وليس بالضرورة أن تكون هذه الأخطار حقيقية بل يكفي أن يراها الفرد كذلك" (كتاني، ٢٠٠٦، ص:٥١).

هذا ولقد تم التمييز بين سمة القلق وحالة القلق إذ عرفت سمة القلق على أنها الاختلافات الفردية لدى الأفراد في الميل للقلق في المواقف التي أدركت على أنها خطيرة ومهددة، أما حالة القلق فتشير إلى الحالات الانفعالية غير السارة الحالية التي تكون عابرة (Mulatu, ٢٠٠٢).

كما ويعرّف القلق إجرائياً لأهداف هذه الدراسة على أنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس سبيلبيرغر لقياس سمة القلق. حيث تم تفسير الدرجات كما توصل لها سمرين (١٩٩٥) وهي كالتالي: قلق مرتفع (٦١-٨٠)، قلق متوسط (٤١-٦١)، قلق منخفض (٢١-٤١)، قلق منخفض جداً (صفر-٢١).

- نسبة انتشاره:

تقدر نسبة انتشار اضطراب القلق العام بين الناس بحوالي ٣-٨% من السكان في العالم، كما تقدر نسبته بين الذكور والإناث ما يعادل ١:٢ أي أن كل ذكر مصاب يقابل اثنتين من الإناث المصابات باضطراب القلق العام (Kaplan and Sadock, 1996).

- أنواع اضطراب القلق:

يشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM- IV-TR) على أنواع اضطرابات القلق حيث يصنفها على النحو الآتي:

1) اضطرابات الهلع مع رهاب الساحة (Panic Disorder With Agoraphobia)

- (٢) اضطراب رهاب الساحة دون تاريخ اضطرابات الهلع
(Agoraphobia Without a History of Panic Disorder)
- (٣) الرهاب المحدد (Specific Phobia)
- (٤) الرهاب الاجتماعي (Social Phobia)
- (٥) اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder)
- (٦) اضطراب قلق ما بعد الصدمة النفسية (Posttraumatic Stress Disorder)
- (٧) اضطراب القلق الحاد (Acute Stress Disorder)
- (٨) اضطراب القلق الناجم عن حالة طبيّة عامة (Stress Disorder Due To a General Medical Condition)
- (٩) اضطراب القلق الناجم عن تعاطي المواد (Substance-Induced Anxiety Disorder)
- (١٠) اضطراب القلق غير المحدد (Anxiety Disorder Not Otherwise Specified)
- (١١) اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety) حيث تمّ استخدامه لأغراض الدراسة الحالية.

- أعراض القلق:

يقسّم عبد القادر (٢٠٠٥) أعراض القلق إلى نفسية وجسمية حيث تتمثل الأعراض النفسية بما يلي:

- إحساس الفرد بضعف في ذاكرته.
- عدم الراحة
- عدم المقدرة على التركيز والخوف
- بينما تتمثل الأعراض الجسمية بما يلي:
- سرعة التنفس
- الدوخة
- برود الأطراف
- رعشة بالأيدي
- إسهال ومغص ورغبة بالتبول
- اضطراب في الدورة الشهرية عند المرأة .

- تشخيص اضطراب القلق العام:

- هذا وسيتم التركيز في هذه الدراسة على اضطراب القلق العام .
 ويعرض الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) لتصنيف الأمراض النفسية المحركات التشخيصية لاضطراب القلق العام وهي كالتالي:
- ١- قلق وانزعاج شديد يدور حول عدد من الأحداث أو النشاطات ويستمر حدوثه معظم الأيام ولفترة لا تقل عن ستة شهور.
 - ٢- يجد الشخص أنه من الصعب عليه السيطرة وضبط قلقه.
 - ٣- يرتبط القلق والانزعاج بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة الآتية (والتي قد تكون ظهرت في فترة زمنية وهي عبارة عن الشهور الستة الأخيرة).
 - أ) عدم الراحة والضيق، وشعوره بأنه على حافة الهاوية.
 - ب) الشعور بالتعب والإرهاق بسهولة.
 - ج) التهيج والاستثارة الشديدة (عدم الراحة).
 - د) شد عضلي وتوتر.
 - هـ) اضطراب في النوم (صعوبة في البدء بالنوم أو الاستمرار فيه أو عدم الراحة أو الشعور بعدم الرضى عن نوعية النوم).
 - و) صعوبة في التركيز.
 - ٤- التركيز على القلق والانزعاج لا ينحصر فقط على ملامح اضطرابات المحور الأول (Axis-I) مثل اضطرابات الهلع، والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال، وتوهم المرض، كما أن القلق والانزعاج لا يحدث خلال مرحلة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية.
 - ٥- أن يسبب القلق والانزعاج أو الأعراض الجسمية إجهادا ذا دلالة إكلينيكية أو خلافا في المجال الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من الوظائف المهمة الأخرى في الحياة.
 - ٦- أن لا يعزى الاضطراب أو الخلل إلى تأثير عقار أو مخدر أو إلى حالة طبية عامة (مثل الغدة الدرقية) وأن لا يحدث أيضا أثناء اضطراب المزاج، الاضطراب الذهاني، أو اضطرابات النمو والارتقاء (بارلو، ٢٠٠٢؛ APA, 2000).

- أسباب اضطراب القلق:

هنالك العديد من النظريات التي فسّرت أسباب حدوث اضطراب القلق وهي كالتالي:

١- النظرية البيولوجية:

يؤكد (Emmelkamp, et al., 1992) على أن القلق هو عبارة عن حصيلة ردة الفعل الشديدة لارتفاع النغمة السمبثاوية، كما أشار إلى أن الانخفاض في نسبة الحامض الأميني (Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) يتسبب في حدوث نشاط زائد في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى حدوث القلق. بينما أشار Kaplan and Sadock (1996) إلى أسباب عديدة تؤدي إلى حدوث القلق ومنها ما يلي:

١. ارتفاع نسبة السيروتونين في الجسم.
٢. وجود مراكز نشطة في القشرة الدماغية الصدغية (Temporal lobe).
٣. ارتفاع ميتابوليزمات النورإيبينفرين.

٢- النظرية التحليلية النفسية:

تفسّر النظرية التحليلية النفسية أسباب القلق بكونها عبارة عن كبت للدوافع والأفكار الجنسية الأصل في اللاشعور والتي تكون غير مقبولة في المجتمع، حيث تتحول هذه الأفكار والدوافع إلى تمثيلات رمزية تظهر على شكل أعراض عصابية أو رموز في الأحلام وغيرها من الأشكال الأخرى (Rachman, 1998). كما أن ميكانزمات الإبدال والكبت الدفاعية تعتبر مهمة في تفسير المخاوف؛ حيث يكبت مصدر الخوف الأساسي ويتم إبداله ونقله إلى شيء آخر (Emmelkamp, et al., 1992).

٣- النظرية المعرفية:

تفسّر النظرية المعرفية حدوث القلق على أنه نتيجة للتغذية الراجعة للخبرات المخيفة التي سبق وأن حدثت، إضافة إلى ذلك فإن الإحباط يؤدي بدوره إلى تفسير الأحداث البيئية على أنها خطيرة وبالتالي إلى حدوث القلق، وبالتالي تؤثر الشبكات المعرفية التي تشكلت سابقاً نتيجة

الخبرات التي مرّ بها الشخص في مفهوم الشخص للأشياء التي تسبب له القلق (Beck and Emery, 1985)

ويؤكد Kaplan and Sadock (1996) على أن القلق يمكن تعلمه من خلال التوحد مع الأهل والتقليد والمحاكاة لهم.

٤- النظرية السلوكية:

تفسّر النظرية السلوكية حدوث القلق على أنه نتيجة لاشراطات تمّ تعلمها سابقاً، أي رداً على منبه معين (بارلو، ٢٠٠٢).

- علاج القلق:

١- دوائي:

تستخدم العديد من الأدوية لعلاج اضطراب القلق مثل :

- أ- الاسم العلمي له Diazepam أمّا الاسم التجاري فهو (Valium) فاليوم.
- ب- الاسم العلمي له Buspirone أمّا الاسم التجاري فهو (Buspar) بوسبار.
- ج- الاسم العلمي له Clonazepam أمّا الاسم التجاري فهو (Klonopin) كلونوبين.

٢- نفسي:

تستخدم العديد من الأساليب النفسية من أجل علاج اضطراب القلق ومنها ما يلي:

- أ- العلاج الموجه نحو الاستبصار: ويكون الهدف منه زيادة استبصار المريض بصراعاته النفسية التي من الممكن إن لم يتم حلّها أن تظهر على شكل سلوك عرضي (Symptomatic Behavior) مثل القلق، والمخاوف، والوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة النفسية.
- ب- العلاج السلوكي: حيث يمكن أن يحدث تغيير في السلوك دون أن يحدث الاستبصار بالأسباب، حيث يعمل على إعادة تشكيل الارتباطات وضعاف الروابط السلبية، ويشمل هذا التكنيك على أسلوب الاسترخاء، التعرّض

التدريجي للموقف المسبب للقلق، الثواب والعقاب، والتعزيز الايجابي والسلبى،
والإفاضة (Flooding)، والتفجير (Implosion)، وضبط الذات.

ج- العلاج الجماعي: ويعتمد هذا الأسلوب على تقديم الدعم وزيادة المهارات
الاجتماعية لهؤلاء الذين يركزون على إزالة عرض معين والذين لديهم
الاستبصار الكافي بمشكلاتهم (Kaplan and Sadock, 1996).

د- العلاج المعرفي: حيث يشتمل هذا الأسلوب على تعديل المعارف المتعلقة بالقلق
والمرتبطة بالتقديرات غير العقلانية للخطر، حيث يطلب من المرضى أن يقوموا
بتخيّل مواقف مثيرة للقلق ومن ثم أن يستبدلوا تصريحاتهم الذاتية السلبية بأخرى
ايجابية، وبعد ذلك يتمّ إعطاؤهم واجبات منزلية وذلك من أجل نقل أثر التدريب
للمواقف التي تمّ تخيلها (Emmelkamp, et al., 1992)

- الدراسات السابقة:

يبدو أن العلاقة بين العقم والاكنتاب ارتباطية فكما أن العقم يؤدي إلى الاكنتاب والقلق، أكدت بعض الدراسات أن اضطرابات المزاج يمكن بدورها أن ترتبط بمعدلات خصوبة منخفضة جراء تناول مضادات الاكنتاب، إضافة إلى أن أعراض الاكنتاب يمكن أن تقلل من نجاح علاج العقم، (Williams, Marsh, and Rasgon, 2007; Lapane, 1996).

كما أكد Yii-Niilin (2002) في دراسة الحالة التي أجراها على زوجة تاوانية تعاني من العقم أن الفشل في الوصول إلى الهدف في بناء عائلة وإنجاب الأطفال يؤدي إلى ظهور أعراض اكنتاب وقلق وألم نفسي للشخص الذي يعاني من العقم.

ويبدو من الدراسة التي أجراها Aghssa, et al. (2004) أن بعض العوامل تؤثر على العلاقة بين العقم من ناحية والاكنتاب والقلق من ناحية أخرى، إذ تبين أن لمدة العقم علاقة طردية بالاكنتاب، فقد كشفت هذه الدراسة التي أجريت على ٣٧٠ زوجة أن ١٥١ من المرضى (أي ما يعادل ٤٠,٨% من العينة) يعانون من الاكنتاب وان ٣٢١ من المرضى (أي ما يعادل ٨٦,٨%) يعانون من القلق بحيث ارتبط الاكنتاب والقلق بعلاقة ذات دلالة مع مدة العقم.

كما ويبدو من الدراسة التي أجرتها Ginsburge (2005) على ٣٨٦ زوجة تعرضن لأول تجربة تلقيح صناعي أن درجة القلق والاكنتاب ازدادت بشكل واضح بعد فشل التجربة الإخصابية الأولى.

وفي دراسة Lord and Robertson (2005) حول دور تقييم المريض لمرضه واستراتيجيات التكيف التي يستخدمها في تنبؤ الضيق عند المرضى الذين يقومون بالإخصاب الصناعي، تشكلت عينة الدراسة من ٥٠ من المرضى الذين يراجعون وحدات الإخصاب الصناعي من الذين استكملوا تعبئة استبانة المعلومات الديمغرافية واستبانة إدراك المريض ومقياس اكنتاب وقلق المستشفى والتكيف المختصر.

أظهرت النتائج أن متوسط درجات الاكتئاب والقلق لم تكن تقع ضمن المستوى الدالّ إكلينيكيًا (المستوى الشديد)، وعلى الرغم من ذلك حصل ٤٢% من المرضى على درجات ضمن المستوى الدالّ إكلينيكيًا للقلق ، كما أظهرت النتائج أن كلا من إدراك المرض واستراتيجيات التكيف تتنبأ بالقلق والاكتئاب.

كما أكدت دراسة سعادة (٢٠٠٥) حول الرضى الزوجي والاكتئاب لدى عينة من الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في الأردن والتي شملت ١٠٢ من زوجات و ٩٣ من الأزواج من المراجعين لبعض أقسام الإخصاب، أن مستويات الاكتئاب لدى الأزواج كانت متدنية، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين الأزواج والزوجات في مستويات الاكتئاب، وكذلك أكدت عدم وجود فروق بين الأزواج المصابين بالعقم في مستويات الاكتئاب تعزى إلى طول فترة الزواج.

وأكدت دراسة (Abbey, et al. (2006 التي أجراها على عدد من الأزواج والزوجات المصابين بالعقم أن الزوجات يخبرنّ مستويات اكتئاب أعلى من الأزواج وأن الزوجات يسجلن تقديرًا منخفضاً للذات أكثر من الأزواج.

وأكدت دراسة (Coleman, et al. (2006 حول صحة الزوجة الإنجابية والاكتئاب أن الاكتئاب هو الاضطراب العقلي الأكثر شيوعاً في الدول النامية وأن الزوجات الفقيرات هنّ أكثر عرضة للاكتئاب خاصة أن الخدمات النفسية الرسمية في هذه المناطق تكون نادرة، كما أن الاكتئاب عادةً ما يترافق مع أعراض جسدية وأعراض أخرى. وفي هذه الدراسة المسحية التي شملت زوجات من منطقة غامبيا في إفريقيا في عمر الخصوبة والإنجاب، من عمر ١٥-٥٤ سنة، عمل الباحثون عملية مسح للاكتئاب، كما عملوا على أخذ معلومات أخرى عن طريق استبانة الصحة الإنجابية والفحوصات الجينية، وبعد ذلك تمّ تقييم الاكتئاب والمعلومات الأخرى إكلينيكيًا على ٥٦٥ زوجة لتقدير نسبة انتشار الاكتئاب وفحص ارتباطها مع شروط الصحة الإنجابية والعوامل الديمغرافية حيث شكلت نسبة انتشار الاكتئاب حوالي ١٠,٣% كما كان الاكتئاب ذا دلالة عندما ارتبط بحالات العقم.

وقد بينت دراسة (Ashkani, et al. (2006 حول نسبة انتشار الاكتئاب عند الأزواج والزوجات المصابين وغير المصابين بالعقم في منطقة شيراز - جنوب إيران. تكونت العينة من ٩١

من الأشخاص المصابون بالعقم و ٩١ من غير المصابون بالعقم. أظهرت النتائج اختلافاً ذا دلالة على مقياس بك الثاني للاكتئاب بين المجموعتين، بحيث ازدادت نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأزواج والزوجات المصابين بالعقم عنها بالنسبة للأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم.

كما وتتأثر الحالة النفسية للمرضى باستراتيجيات التدبير التي يستخدمونها حيث تتراوح شدة القلق من مستويات عادية إلى مستويات مرضية اعتماداً على استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المرضى، ويتضح ذلك الكلام من خلال الدراسة التي أجراها Peterson, et al. (2006) حول استراتيجيات التدبير عند الأزواج والزوجات المصابين بالعقم والتي أجريت على ٤٢٠ زوجاً وزوجة محولين إلى برنامج علاجي إخصابي ، حيث تم توزيعهم على مجموعتين اعتماداً على تكرار استعمالهم لاستراتيجيات التدبير، وأشارت النتائج إلى أن الأزواج الذين كانوا على درجة عالية من التحفظ سجلوا مستويات عالية من الضيق عندما كانت شريكاتهم على درجة منخفضة من التحفظ مقارنة بالأزواج في المجموعة الأخرى، وبالمقابل سجلت الزوجات اللواتي استخدمن درجات عالية من عمليات ضبط الذات التكوينية مستويات أعلى من الضيق عندما كان أزواجهن يستخدمون درجات منخفضة من ضبط الذات.

كما أكد Monach (2006) في دراسته أن البحوث والدراسات أظهرت أن المرضى المصابين بالعقم يتعرضون للقلق والاكتئاب وخصوصاً بعد الفشل في العلاج، كما تبين أن الزوجات هم الأكثر اكتئاباً، بينما خبر الأزواج معدلات أعلى من حالة عدم الرضى الجنسي وعدم الرضى عن العلاقة الزوجية.

بالإضافة إلى ذلك أكدت دراسة White and Mcquillan (2006) حول العلاقة بين النية للإخصاب من جهة والضيق من جهة أخرى على ٢٢٠٠ فرد في عمر الإنجاب أن احتمال استمرار الإنجاب عامل مهم في الصحة النفسية وأن قرار عدم الإنجاب، وخاصة عند الزوجات، يؤدي إلى زيادة في الضيق.

كما تظهر دراسة أخرى أهمية الثقافة في شدة العلاقة بين العقم والاكتئاب إذ تبين دراسة Van Rooij and Van Balen (٢٠٠٧) أثر الاختلافات الثقافية في تأثير العقم على الضيق

الانفعالي، حيث عمل الباحث على مقارنة الضيق الانفعالي عند الأشخاص المصابون بالعقم والموجودين في ثلاث عينات والموزعة كالتالي : ٥٨ من المهاجرين الأتراك ، ٤٦ من الأتراك الذين يعيشون في غرب تركيا ، و ١٩٩ من الألمان. وأظهرت النتائج أن نسبة القلق والاكتئاب كانت أعلى لدى عينة تركية (من المقيمين في تركيا والمهاجرين) منها لدى العينة الألمانية، وكان هذا صحيحاً بالنسبة للأزواج كما للزوجات الأتراك.

وفي دراسة (Terzioglu (2007) الوصفية حول تقرير مستوى القلق عند الأزواج المصابين بالعقم والذين يخضعون لاختبارات جينية من أجل العلاج عن طريق الإخصاب الصناعي. اشتملت عينة الدراسة على ٦٠ فرداً من الذين تمّ جمع المعلومات منهم عن طريق المقابلة وعن طريق مقياس سبيلبرغر للقلق. أظهرت النتائج أن المشاركين قد عانوا من الضيق النفسي والقلق قبل وبعد الاختبارات الجينية كما وجد أن درجات القلق ك (حالة) كانت ذات دلالة بشكل أكبر منها ك (سمة) عند الأزواج المصابين بالعقم.

وفي دراسة (Alikhah, et al. (2007) حول تقييم الأشياء الضاغطة والمجهددة واستراتيجيات التكيف عند ١٥٠ من الزوجات المصابات بالعقم واللواتي أتين إلى مستشفى (Tabriz-Alzahra)، أشارت النتائج إلى أن القلق حول فعالية العلاج كان من أكثر الضواغط العقلية شيوعاً عند ٨٧،٣% من الحالات.

هذا ويعتقد أيضاً أن الأدوية المستخدمة لعلاج العقم يمكن أن تؤثر في المزاج من خلال تأثيرها في هرموني الإستروجين والبروجسترون اللذان يؤثران بدورهم على الناقل العصبي المسمى بالسيروتونين، (Williams, Marsh, and Rasgon, 2007).

كما أوجدت دراسة (Wang, et al. (٢٠٠٧) والتي أقيمت على ٢٠٠ زوجة، أن الزوجات اللواتي تعرضن إلى عملية الحقن المجهري يعانين من مستويات أقل من الاكتئاب مقارنة بالزوجات اللواتي تعرضن لعمليات الإخصاب الصناعي (أطفال الأنابيب)، كما أوجدت هذه الدراسة أن محاولات الإخصاب الصناعي التي فشلت ترتبط ارتباطاً سلبياً مع وضع الصحة النفسية.

الفصل الثاني

الطريقة والاجراءات

الفصل الثاني

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة متضمناً منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها، والمقاييس التي استخدمت وصدق هذه المقاييس وثباتها، كما ويشمل منهجية البحث التي اتبعت بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة.

- منهج الدراسة:-

استخدم منهج الدراسات الوصفية المسحية لأغراض هذه الدراسة.

- مجتمع الدراسة :-

تكون مجتمع الدراسة من أزواج وزوجات مصابين بالعقم ممن راجعوا مستشفى فرح- قسم الإخصاب الصناعي وأزواج آخرين غير مصابين بالعقم ولديهم تجربة إنجابية واحدة على الأقل ممن راجعوا مستشفى فرح- قسم التوليد في الفترة الزمنية الواقعة بين شهر ٣ آذار و ٦ أيار من العام ٢٠٠٨.

- عينة الدراسة:-

ولغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة وجدت العينة في مجموعتين كالتالي:

١- المجموعة الأولى: وهم ٥٠ من العائلات (٥٠ زوجاً و ٥٠ زوجة) المصابين

بالعقم والمراجعين لوحدة الإخصاب الصناعي في مستشفى فرح للتوليد والعقم.

وقد تم الحصول على عينة العائلات أثناء تواجدهم في غرفة الانتظار في مستشفى فرح وتم الحديث معهم حول هدف الدراسة وطلب اليهم المشاركة إن رغبوا.

٢- المجموعة الثانية: وهم ٥٠ من العائلات (٥٠ زوجاً و ٥٠ زوجة) غير المصابين

بالعقم المراجعين لمستشفى فرح- قسم التوليد.

وقد تم الحصول على عينة هذه المجموعة أثناء تواجدها في غرفة الانتظار في قسم التوليد في مستشفى فرح وتم الحديث معها حول هدف الدراسة وطلب إليها المشاركة إن رغبت.

وتبعاً للمتغيرات الديمغرافية تبين أن العينة قد توزعت على خمسة مستويات تعليمية هي:

أقل من ثانوي، ثانوي، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا. (أنظر الملحق رقم ٢&١).

- العمر: تراوحت أعمار الزوجات المصابات بالعقم ما بين ١٨-٤٧ سنة بمتوسط يساوي ٣١,٤٨ وانحراف معياري يساوي ٦,٧١ بينما تراوحت أعمار الزوجات غير المصابات بالعقم ما بين ٢١-٤٣ سنة بمتوسط يعادل ٣١,٠٠ وانحراف معياري ٦,٠٠. كما تراوحت أعمار الأزواج المصابين بالعقم بين ٢٦-٤٩ سنة بمتوسط يساوي ٣٧,٦٢ وانحراف معياري ٥,٤١، بينما تراوحت أعمار الأزواج غير المصابين بالعقم ما بين ٢٥-٥٣ سنة بمتوسط يعادل ٣٦,١٤ وانحراف معياري ٧,٠٣، (أنظر الملحق رقم ٣).

أدوات الدراسة:

أولاً: نموذج التعهد الأخلاقي ومقابلة شبه مقننة.

ثانياً: قائمة سبيلبيرغر لقياس سمة القلق.

ثالثاً: قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

وفيما يلي عرض موجز لهذه الأدوات ومعاملات صدقها وثباتها.

١- نموذج التعهد الأخلاقي ومقابلة شبه مقننة

وهو نموذج متضمن في المقابلة شبه المقننة حيث يوضح الهدف من جمع البيانات من المرضى وبأنها ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، كما يؤكد هذا النموذج السرية التامة للبيانات المراد جمعها.

أمّا المقابلة شبه المقننة فهي من تصميم الباحثة، تضمنت الطلب من أفراد العينة توفير معلومات ديمغرافية تتعلق بالعمر، والمستوى التعليمي، وعدد محاولات الإخصاب الصناعي السابقة الفاشلة، ومصدر العقم، ومصدر الضغوطات الاجتماعية، وفيما إذا كان الأزواج والزوجات على علم بمشاكلهم قبل الزواج، وعدد مرّات الزواج للزوج وللزوجة، (الملحق رقم ٤).

٢- قائمة سبيلبيرغر لسمة القلق

يتألف المقياس من (عشرين) فقرة تحتوي على مشاعر قلق مختلفة وأمام كل منها أربعة بدائل هي: (أبداء، بدرجة بسيطة، بدرجة متوسطة، بدرجة كبيرة). يطلب من المفحوص الإجابة على البديل الذي ينطبق عليه بدرجة أكبر من غيره، ومن ثم تصحح الأوراق لمعرفة مستوى سمة القلق، حيث تتال الإجابة أبدأ (درجة واحدة)، درجتان للإجابة ب (درجة بسيطة)، وثلاثة درجات للإجابة ب (درجة متوسطة)، وأربع درجات للإجابة ب (درجة كبيرة)، وينطبق ذلك على الفقرات الإيجابية وهي الفقرات ١-٦-٧-١٠-١٣-١٦-١٩، أمّا بقية الفقرات السلبية فتتال نفس الدرجات السابقة معكوسة وتباعاً لذلك فإن الدرجة الكلية على المقياس تتراوح بين ٢٠-٨٠ درجة وهي

حاصل الجمع للدرجات التي ينالها المفحوص على كل فقرة من الفقرات (المومني، ٢٠٠١)، (الملحق رقم ٥).

الخصائص السيكومترية لقائمة سبيلبيرغر لسمة القلق

أ. **الصدق:** أعد سبيلبيرغر المقياس في صيغته الأصلية باللغة الانجليزية وتراوح صدق المقياس بصورته الأصلية من (٠,٥٣ - ٠,٧٦) (Spielberger, 1983)، أما في الصورة الأردنية فقد قام المومني (٢٠٠١) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وتقنيه على عينة من طلبة الجامعة الأردنية ووجد نسبة اتفاق عالية بين المحكمين على دقة الترجمة وصلت الى ٧٨% كما وكان صدق المحتوى مقبول لأغراض الدراسة.

ولاختلاف طبيعة العينة في دراسة المومني (٢٠٠١) عن عينة الدراسة الحالية تم الطلب من ٢٠ من العائلات (٢٠ زوجاً و ٢٠ زوجة) المراجعة لمستشفى فرح قسم التوليد الإجابة على قائمة سبيلبيرغر لسمة القلق وبعد الحصول على مجموع الدرجات لكل زوج وزوجة تم استخراج صدق البناء، حيث حسبت معاملات ارتباط فقرات مقياس سبيلبيرغر لدى الأزواج والزوجات كل على حدة مع الدرجة الكلية على المقياس.

وتراوحت معاملات ارتباط فقرات مقياس القلق ما بين (٠,١٣ إلى ٠,٨٣) لدى عينة الزوجات في حين تراوحت معاملات ارتباط فقرات هذا المقياس مع الدرجة الكلية عند عينة الأزواج من (٠,٢٢ إلى ٠,٧٦)، وتشير هذه المعاملات إلى صدق بناء مقبول لأغراض الدراسة، (أنظر ملحق رقم ٦).

ب. **الثبات:** تراوح ثبات مقياس قائمة سبيلبيرغر لسمة القلق في صورته الأصلية بين (٠,٥٤ - ٠,٨٦) بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار، وقام المومني (٢٠٠١) باستخراج معاملات ثبات القائمة على عينة من طلبة الجامعة الأردنية، حيث تراوحت قيمة ثباتها بين (٠,٧٧ - ٠,٩٤).

ولاختلاف طبيعة العينة في دراسة المومني (٢٠٠١) عن عينة الدراسة الحالية تم الطلب من ٢٠ من العائلات (٢٠ زوجاً و ٢٠ زوجة) المراجعة لمستشفى فرح قسم التوليد الإجابة على قائمة سبيلبيرغر لسمة القلق، وبعد الحصول على مجموع الدرجات لكل زوج وزوجة تم حساب معامل ثبات الاتساق الداخلي (كرونباخ الفا) ومعامل الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس القلق لكل من الأزواج والزوجات وكان معامل الارتباط كرونباخ ألفا لمقياس القلق يساوي ٠,٩١ لدى الأزواج و ٠,٨٨ لدى الزوجات، أما معاملات الثبات النصفية لمقياس القلق فقد كانت تساوي ٠,٨١ لدى

الزوجات و ٠,٨٩ لدى الأزواج، ويتبين من ذلك أن معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي والطريقة النصفية قد كانت مقبولة لأغراض الدراسة.

تفسير الدرجات

تمّ تفسير الدرجات على القائمة كما توصل إليها (سمرين، ١٩٩٥)

قلق مرتفع (٦١-٨٠)

قلق متوسط (٤١-٦١ أقل من ٦١)

قلق منخفض (٢١-٤١ أقل من ٤١)

قلق منخفض جداً (صفر- أقل من ٢١)

٣- قائمة بيك الثانية للاكتئاب

طور الطبيب النفسي الأميركي أرون بيك مقياس بيك للاكتئاب، حيث تمّ نشر المقياس لأول مرّة عام ١٩٦١ (Beck, et al., 1961)، وفي عام ١٩٩٤ دعت الحاجة إلى وجود مقياس جديد للاكتئاب ينسجم مع معايير ومحكات الدليل التشخيصي الأميركي الرابع، ونتيجة لذلك ظهرت صيغة جديدة لفقرات القائمة تضمنت بعضاً من التعديلات على القائمة الأصلية وأطلق عليها اسم قائمة بيك الثانية للاكتئاب (Beck, et al., 1996).

تتألف قائمة بيك الثانية للاكتئاب من (٢١)فقرة تدرج تحت كل فقرة منها عَرَضاً واحداً من أعراض الاكتئاب. تتشكل كل فقرة من أربعة بدائل تشكل تدرجاً في شدة العرض على سلم من ٤ نقاط مختلفة في الشدة، من (٠-٣)، حيث تعني الدرجة صفر عدم وجود العرض بينما تعني الدرجة ٣ وجود العرض بدرجة مرتفعة الشدة، ويختار الفرد بديلاً من البدائل الأربعة التي تنطبق عليه أكثر من غيرها من كل فقرة من الفقرات ٢١. وتحسب درجة اكتئاب الشخص بجمع الدرجات التي تم اختيارها ضمن كل فقرة، وتتراوح درجة الاكتئاب ما بين [صفر إلى ٦٣] ، (الملحق رقم ٧).

الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب

أ. **الصدق:** قام الدعاسين (٢٠٠٤) بترجمة قائمة بيك الثانية إلى اللغة العربية وتقنينها على البيئة الأردنية، باستخدام الصدق التقاربي والصدق التمييزي وذلك من أجل التحقق من صدق البناء. تراوحت درجات الصدق بين (٠,٤٥ - ٠,٧١) كما قام أيضاً بالتحقق من الصدق التقاربي مع قائمة

بيك الأولى حيث تراوحت درجة الصدق من (٠,٨٦ - ٠,٨٩) وذلك من أجل التحقق من صدق الصورة المعربة لهذا المقياس على البيئة الأردنية.

ولأغراض هذه الدراسة ولاختلاف عينة الدراسة الحالية عن العينة التي اعتمدها الدعاسين (٢٠٠٤) تم الطلب من ٢٠ من العائلات (٢٠ زوجاً و ٢٠ زوجة) المراجعة لمستشفى فرح قسم التوليد الإجابة على قائمة بيك الثانية للاكتتاب وبعد الحصول على مجموع الدرجات لكل زوج وزوجة تم استخراج صدق البناء بحيث حسبت معاملات ارتباط فقرات قائمة بيك للاكتتاب لدى الأزواج والزوجات مع الدرجة الكلية. وتراوحت معاملات ارتباط فقرات قائمة بيك الثانية للاكتتاب من ٠,١٤ إلى ٠,٦٥ لدى عينة الزوجات في حين تراوحت معاملات ارتباط فقرات هذه القائمة مع الدرجة الكلية عند عينة الأزواج ما بين ٠,١٥ و ٠,٧٣، وتشير هذه المعاملات إلى صدق بناء مقبول لأغراض الدراسة (أنظر ملحق رقم ٨).

ب. الثبات: لقياس ثبات قائمة بيك الثانية للاكتتاب قام الدعاسين (٢٠٠٤) بحساب ثبات القائمة على عينة من البيئة الأردنية، وبلغت قيمة كرونباخ ألفا ٠,٨٥ وهي درجة ثبات مقبولة، كما استخدم الدعاسين (٢٠٠٤) طريقة إعادة الاختبار من أجل التحقق من ثبات المقياس حيث تم إعادة تطبيق الاختبار على العينة نفسها وحسب معامل الارتباط بين التطبيقين وبلغت قيمته ٠,٨٦ وهي درجة مقبولة لأغراض البحث.

ولحساب معاملات الثبات في هذه الدراسة، تم اختيار عينة عشوائية تكونت من العائلات (٢٠ زوجاً و ٢٠ زوجة) المراجعة لمستشفى فرح قسم التوليد وطلب منها الإجابة على قائمة بيك الثانية للاكتتاب، وبعد الحصول على مجموع الدرجات لكل زوج وزوجة، تم حساب معامل ثبات الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) ومعامل الثبات النصفية بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الاكتتاب لكل من الأزواج والزوجات وكان معامل الارتباط كرونباخ ألفا لمقياس الاكتتاب يساوي ٠,٧١ لدى الأزواج و ٠,٨٣ لدى الزوجات. أما معاملات الثبات النصفية لمقياس الاكتتاب فقد كانت تساوي ٠,٨٤ لدى الزوجات و ٠,٨٧ لدى الأزواج، ومن خلال ذلك يتبين أن معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي والطريقة النصفية قد كانت مرتفعة ومقبولة لأغراض الدراسة.

تفسير الدرجات

تم تفسير الدرجات على القائمة كما توصل إليها (الدعاسين، ٢٠٠٤)

(١٣ - ٠) غير مكتئب

(١٤ - ١٩) اكتئاب خفيف

(٢٠ - ٢٨) اكتئاب متوسط

(٢٩ - ٦٣) اكتئاب شديد

الإجراءات

تم إجراء هذه الدراسة في مستشفى فرح للتوليد والعقم من أجل الحصول على العينة، وبعد الحصول على الموافقة من قبل المستشفى جُهزت ٢٠٠ نسخة من كل مقياس لاستخدامه في الدراسة، وبعد ذلك بدأت المباشرة بمقابلة العائلات (الزوج والزوجة) بشكل قصدي في غرفة الانتظار وقبل دخولهم لمقابلة الطبيب. وبعد تفسير أهداف الدراسة وتقديم نموذج التعهد الأخلاقي، طلب من الأزواج المشاركة في الدراسة. وبعد الحصول على موافقة الزوج والزوجة طلب منهم الإجابة على مقياس سبيلبرغر لقياس سمة القلق ومقياس بك الثاني للاكتئاب، ولضبط أثر الترتيب أعطي نصف الأزواج مقياس سبيلبرغر للقلق أولاً، ومن ثم مقياس بك للاكتئاب، بينما أعطي النصف الثاني من الأزواج مقياس بك للاكتئاب أولاً ومن ثم مقياس سبيلبرغر لسمة القلق.

بدأت عملية التطبيق في ٢٠٠٨/٣/٣ وانتهت في ٢٠٠٨/٥/٦ حيث إن عملية جمع البيانات كانت صعبة في القسم المختصّ بالعقم وذلك نتيجة رفض معظم الأزواج والزوجات المصابين بالعقم المشاركة بالدراسة مع العلم أنه تمّ التأكيد على سرية البيانات المأخوذة منهم وعدم وجود أي بيانات تدل على هوية الشخص مثل اسمه، هذا ولم يرفض سوى زوجين من الأزواج غير المصابين بالعقم المشاركة بالدراسة.

وبعد الانتهاء من عملية التطبيق قامت الباحثة بتصحيح المقاييس وإعطاء الدرجة الكلية، ومن ثم تفريغ البيانات من أجل عمل المعالجة الإحصائية اللازمة باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (Statistical Package for Social Sciences) لتحليل نتائج الدراسة .

الفصل الثالث

النتائج

الفصل الثالث النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كان الأزواج المصابون بالعقم يعانون من الاكتئاب والقلق بدرجة أعلى من الأزواج غير المصابين بالعقم، وقد تمّ وضع أربع فرضيات لهذه الدراسة. وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بكل فرضية من هذه الفرضيات.

الفرضية الأولى : متوسط درجات الاكتئاب لدى مجموعة العائلات المصابة بالعقم أعلى من متوسط درجات الاكتئاب لدى مجموعة العائلات غير المصابة بالعقم .

لاختبار هذه الفرضية حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات الاكتئاب لدى عينة الأزواج المصابين بالعقم وعينة الأزواج غير المصابين بالعقم لكل من الزوج والزوجة، واستخدم اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بينهما، [أنظر الجدول ١].

جدول ١. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبارات لفحص الفروق في متوسط درجات الاكتئاب لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	المجموعة	
*٠,٠٠٢	٩٨	٣,٢	٢٨,٧ (٧,١)	غير المصابات بالعقم	الزوجات
			٣٤,٠ (٩,٠)	مصابات بالعقم	
*٠,٠٠١	٩٨	٣,٣	٢٦,٢ (٤,٥)	غير المصابين بالعقم	الأزواج
			٣٠,٤ (٧,٧)	مصابون بالعقم	
*٠,٠٠٠	٩٨	٤,١	٢٧,٥ (٤,٧)	غير المصابة بالعقم	العائلة
			٣٢,٢ (٦,٧)	مصابة بالعقم	

بينت نتائج اختبار (ت) في الجدول (١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى الزوجات في العائلات المصابات بالعم (٣٤,٠) ومجموعة الزوجات في العائلات غير المصابات بالعم (٢٨,٧)، [ت (٩٨)=٣,٢؛ ح > ٠,٠٠٢]، ويتضح من النتائج أن متوسط درجات الاكتئاب لدى الزوجات المصابات بالعم أعلى من متوسط الزوجات غير المصابات بالعم. وبينت نتائج اختبار (ت) في الجدول (١) أيضاً أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعم (م=٣٠,٤) ومتوسط مجموعة الأزواج في العائلات غير المصابة بالعم (م=٢٦,٠)، [ت (٩٨)=٣,٣؛ ح > ٠,٠٠١] واعتماداً على هذه النتائج يتضح أن متوسط درجة الاكتئاب لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعم كان أعلى من متوسط الاكتئاب لدى الأزواج في العائلات غير المصابة بالعم.

كما وبينت نتائج اختبار (ت) أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى العائلة بين مجموعة العائلات المصابة بالعم ومجموعة العائلات غير المصابة بالعم، [ت (٩٨)=٤,١؛ ح > ٠,٠٠٠]. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية المدرجة في جدول (١) يتبين أن متوسط درجة الاكتئاب لدى العائلات المصابة بالعم (م=٣٢,٢) أعلى من متوسط الاكتئاب لدى العائلات غير المصابة بالعم (م=٢٧,٥)، وتدعم هذه النتائج الفرضية الأولى.

وبالنظر إلى الجدول (١) يتبين أن متوسط درجات الاكتئاب لدى الزوجات المصابات بالعم (م=٣٤,٠) بينما متوسط درجة الاكتئاب لدى الأزواج المصابين بالعم هو (م=٣٠,٤). ولتفحص ما إذا كان للعم آثار متفاوتة على الزوج منه على الزوجة تمت مقارنة الفرق بين درجات الاكتئاب لدى الزوج والزوجة المصابين بالعم مع الفرق بين درجات الاكتئاب لدى الزوج والزوجة غير المصابين بالعم، وأظهر اختبار (ت) [ت (٩٨)= -٠,٦؛ ح > ٠,٥٤٣] مما يشير إلى أن هذه الفروق غير دالة.

جدول ٢. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات الاكتئاب بين الزوج والزوجة

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	المجموعة	
٠,٥٤٣	٩٨	٠,٦-	٢,٥ (٧,٢)	غير المصابين بالعقم	الفرق بين درجة الزوج والزوجة (مقارنة درجة تأثير الزوج بالعقم مقارنة مع الزوجة)
			٣,٦ (١٠,٠)	مصابون بالعقم	

ولفحص التكرارات والنسب المئوية للأزواج والزوجات حسب مستويات الاكتئاب لدى كل عينة من عينتي الدراسة تم استخدام اختبار مربع كاي (χ^2) لمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق في التكرارات الملاحظة ذات دلالة، ويبين الجدول (٣) التكرارات والنسب المئوية لكل فئة من فئات الاكتئاب.

جدول ٣. توزيع أفراد عينتي الدراسة حسب مستوى الاكتئاب لدى الزوجات والأزواج والعائلة ككل

المجموع	المجموعة		العدد	مستوى الاكتئاب	المجموعة
	مصابون بالعقم	غير المصابين بالعقم			
٠	٠	٠	العدد	غير مكتئب	الاكتئاب لدى الزوجات
%٠	%٠	%٠	النسبة		
٠	٠	٠	العدد	خفيف	
%٠	%٠	%٠	النسبة		
٤٣	١٥	٢٨	العدد	متوسط	
%٤٣,٠	%٣٠,٠	%٥٦,٠	النسبة		
٥٧	٣٥	٢٢	العدد	شديد	
%٥٧,٠	%٧٠,٠	%٤٤,٠	النسبة		
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	المجموع	
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	النسبة		
٠	٠	٠	العدد	غير مكتئب	
%٠	%٠	%٠	النسبة		
١	١	٠	العدد	خفيف	
%١,٠	%٢,٠	%٠,٠	النسبة		

جدول ٣. توزيع أفراد عينتي الدراسة حسب مستوى الاكتئاب لدى الزوجات والأزواج والعائلة ككل

المجموع	المجموعة		العدد	مستوى الاكتئاب	
	مصابون بالعقم	غير المصابين بالعقم			
٥٩	٢١	٣٨	العدد	متوسط	الاكتئاب لدى الأزواج
%٥٩,٠	%٤٢,٠	%٧٦,٠	النسبة		
٤٠	٢٨	١٢	العدد	شديد	
%٤٠,٠	%٥٦,٠	%٢٤,٠	النسبة		
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	المجموع	
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	النسبة		
٠	٠	٠	العدد	غير مكتتب	الاكتئاب لدى الأزواج و الزوجات معاً
%٠	%٠	%٠	النسبة		
٠	٠	٠	العدد	خفيف	
%٠	%٠	%٠	النسبة		
٥٣	٢٠	٣٣	العدد	متوسط	
%٥٣,٠	%٤٠,٠	%٦٦,٠	النسبة		
٤٧	٣٠	١٧	العدد	شديد	
%٤٧,٠	%٦٠,٠	%٣٤,٠	النسبة		
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	المجموع	
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	النسبة		

بالنظر الى الجدول رقم (٣) يتضح أن مستوى (غير مكتتب) لم تكن فيه أي حالة لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل، وكذلك الحال بالنسبة للمستوى (الخفيف) حيث ظهرت حالة واحدة عند الأزواج غير المصابين بالعقم، ولذلك فقد تمّ الغاء هذين المستويين قبل إجراء إختبار مربع كاي (χ^2) لفحص دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب، وأقتصرت عملية فحص دلالة الفروق على مستويين اثنين (شديد ومتوسط).

ويتبين من النتائج المبينة في الجدول (٣) أن هناك فروقاً في أعداد ونسب الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في المستويات المختلفة للاكتئاب مقارنة مع أعداد ونسب الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم، حيث بلغت قيمة مربع كاي (χ^2) كما هو مبين في الجدول (٤) للزوجات [كاي(١)=٦,٨٩٥؛ ح > ٠,٠٠٩] كما وبلغت قيمة مربع كاي عند الأزواج [كاي(٢)=١٢,٢٩٨؛ ح > ٠,٠٠٢] وللاتنين معاً [كاي(١)=٦,٧٨٤؛ ح > ٠,٠٠٩] ، وتبين أن جميعها كانت ذات دلالة

إحصائية. وتبين من التكرارات والنسب المئوية في الجدول (٣) أن نسبة الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في المستويات الشديدة من الاكتئاب أعلى من نسبة الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم في نفس المستوى، حيث تبين أن نسبة الزوجات المصابات بالعقم في المستوى الشديد من الاكتئاب قد بلغت ٧٠% في حين بلغت ٤٤% من الزوجات غير المصابات بالعقم في نفس المستوى الشديد من الاكتئاب، كما تبين أن نسبة الأزواج المصابين بالعقم في المستوى الشديد من الاكتئاب قد بلغت ٥٦% في حين بلغت نسبة الأزواج غير المصابين بالعقم في نفس المستوى الشديد من الاكتئاب ٢٤%. وبشكل عام بلغت نسبة الأزواج والزوجات معاً المصابين بالعقم في المستوى الشديد من الاكتئاب ٦٠% في حين بلغت نسبة الأزواج والزوجات معاً من غير المصابين بالعقم في نفس المستوى الشديد من الاكتئاب ٣٤%.

جدول ٤. اختبار مربع كاي (χ^2) لفحص العلاقة بين العقم ومستوى الاكتئاب لدى الزوجات والأزواج والعائلة ككل

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	
*٠,٠٠٩	١	٦,٨٩٥	الاكتئاب لدى الزوجات
*٠,٠٠٢	٢	١٢,٢٩٨	الاكتئاب لدى الأزواج
*٠,٠٠٩	١	٦,٧٨٤	الاكتئاب لدى العائلة

الفرضية الثانية : متوسط درجات سمات القلق لدى مجموعة العائلات المصابة بالعقم أعلى من متوسط درجات سمات القلق لدى مجموعة العائلات غير المصابة بالعقم .
لاختبار فرضية الدراسة الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات سمات القلق لدى عينة العائلات المصابة بالعقم وعينة العائلات غير المصابة بالعقم، [الجدول ٥].
استخدم اختبار (ت) لفحص الفروق بينهما وتبين أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية [ت (٩٨) = ٤,٨؛ ح > ٠,٠٠٠] في متوسط درجات سمة القلق لدى العائلة بين مجموعة العائلات المصابة بالعقم ومجموعة العائلات غير المصابة بالعقم. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية المدرجة في جدول (٥) يتبين أن متوسط درجات سمة القلق لدى العائلات المصابة بالعقم (م = ٤٦,٢) أعلى من متوسط سمات القلق لدى العائلات غير المصابة بالعقم (م = ٣٧,٩) . وتدعم هذه النتيجة الفرضية الثانية.

كما بينت نتائج اختبار (ت) في الجدول (٥) وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسط درجات سمات القلق لدى الزوجات في العائلات المصابة بالعقم (م = ٤٩,٥) ومجموعة الزوجات في العائلات

غير المصابة بالعمم (م= ٣٨,٩)، [ت (٩٨) = ٤,٧؛ ح > ٠,٠٠٠]. ويتضح من الجدول (٥) أن متوسط درجات سمة القلق لدى الزوجات في العائلات المصابة بالعمم كان أعلى من متوسط سمات القلق لدى الزوجات في العائلات غير المصابة بالعمم.

كما وبينت نتائج اختبار (ت) في الجدول (٥) أيضاً أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين متوسط درجات سمات القلق لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعمم (٤٢,٩) ومتوسط مجموعة الأزواج في العائلات غير المصابة بالعمم (٣٦,٩)، [ت (٩٨) = ٣,٤؛ ح > ٠,٠٠١]. واعتماداً على هذه النتائج يتضح أن متوسط درجة سمات القلق لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعمم كان أعلى من متوسط سمات القلق لدى الأزواج في العائلات غير المصابة بالعمم.

جدول ٥. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات سمة القلق لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	المجموعة	
*٠,٠٠٠	٩٨	٤,٧	٣٨,٩ (١٠,٩)	غير المصابات بالعمم	الزوجات
			٤٩,٥ (١١,٤)	مصابات بالعمم	
*٠,٠٠١	٩٨	٣,٤	٣٦,٩ (٨,٢)	غير المصابين بالعمم	الأزواج
			٤٢,٩ (٩,٣)	مصابون بالعمم	
*٠,٠٠٠	٩٨	٤,٨	٣٧,٩ (٨,٣)	غير المصابة بالعمم	العائلة
			٤٦,٢ (٩,١)	مصابة بالعمم	

وبالنظر إلى الجدول (٦) يتبين أن متوسط درجات سمة القلق لدى الزوجات المصابات بالعمم (م= ٤٩,٥) بينما متوسط درجات سمات القلق لدى الأزواج المصابين بالعمم هو (م= ٤٢,٩)، ولتفحص ما إذا كان للعمم آثار متفاوتة على الزوج منه على الزوجة، تمت مقارنة الفرق بين درجات سمة القلق لدى الزوج والزوجة المصابين بالعمم مع الفرق بين درجات سمات القلق لدى الزوج والزوجة غير المصابين بالعمم، وأظهر اختبار (ت) أن الفرق بين متوسط الزوج والزوجة دال

إحصائياً [ت (٩٨) = -٢,٣ ؛ ح > ٠,٠٢٦] وهذا يعني أن العقم يؤثر بدرجة أعلى على الزوجات مقارنة بأزواجهن.

جدول ٦. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لفحص الفروق في متوسط درجات سمة القلق بين الزوج والزوجة

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي	المجموعة	
*٠,٠٢٦	٩٨	٢,٣-	٢,٠٤ (٩,٩٨)	غير المصابين بالعقم	الفرق بين درجة الزوج والزوجة (مقارنة درجة تأثير الزوج بالعقم مقارنة مع الزوجة)
			٦,٥٦ (١٠,٠٤)	مصابون بالعقم	

ولفحص ما إذا كانت التكرارات والنسب المئوية للأزواج والزوجات حسب مستويات القلق لدى كل عينة من عينتي الدراسة ذات دلالة تم استخدام اختبار مربع كاي، ويبين الجدول (٧) التكرارات والنسب المئوية لكل فئة من فئات القلق، كما يبين الجدول (٨) نتائج اختبار مربع كاي.

جدول ٧. توزيع أفراد عينتي الدراسة حسب مستوى القلق

المجموع	المجموعة		العدد	النسبة	القلق لدى الزوجات
	الذين يعانون من العقم	الذين لا يعانون من العقم			
٠	٠	٠	العدد	النسبة	منخفض جداً
%٠	%٠	%٠	العدد	النسبة	
٤٦	١٥	٣١	العدد	النسبة	منخفض
%٤٦,٠	%٣٠,٠	%٦٢,٠	العدد	النسبة	
٤١	٢٥	١٦	العدد	النسبة	متوسط
%٤١,٠	%٥٠,٠	%٣٢,٠	العدد	النسبة	
١٣	١٠	٣	العدد	النسبة	مرتفع
%١٣,٠	%٢٠,٠	%٦,٠	العدد	النسبة	
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	النسبة	المجموع
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	العدد	النسبة	
٠	٠	٠	العدد	النسبة	منخفض جداً
%٠	%٠	%٠	العدد	النسبة	
٥٣	١٩	٣٤	العدد	النسبة	منخفض
%٥٣,٠	%٣٨,٠	%٦٨,٠	العدد	النسبة	

جدول ٧. توزيع أفراد عيني الدراسة حسب مستوى القلق

المجموع	المجموعة				
	الذين يعانون من العقم	الذين لا يعانون من العقم			
٤٦	٣٠	١٦	العدد	متوسط	
%٤٦,٠	%٦٠,٠	%٣٢,٠	النسبة		
١	١	٠	العدد	مرتفع	
%١,٠	%٢,٠	%٠,٠	النسبة		
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	المجموع	
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	النسبة		
٠	٠	٠	العدد	منخفض جداً	القلق لدى الأزواج و الزوجات معاً
%٠	%٠	%٠	النسبة		
٤٥	١٥	٣٠	العدد	منخفض	
%٤٥,٠	%٣٠,٠	%٦٠,٠	النسبة		
٥٣	٣٣	٢٠	العدد	متوسط	
%٥٣,٠	%٦٦,٠	%٤٠,٠	النسبة		
٢	٢	٠	العدد	مرتفع	
%٢,٠	%٤,٠	%٠,٠	النسبة		
١٠٠	٥٠	٥٠	العدد	المجموع	
%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	%١٠٠,٠	النسبة		

بالنظر الى الجدول رقم (٧) يتضح أن مستوى (منخفض جداً) لم تكن فيه أي حالة لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل، ولذلك فقد تمّ الغاء هذا المستوى قبل إجراء إختبار مربع كاي (χ^2) لفحص دلالة الفروق في مستويات القلق، وأقتصرت عملية فحص دلالة الفروق على ثلاث مستويات (منخفض، متوسط، ومرتفع).

يتبين من تفحص الجدول (٧) أن هناك فروقاً في أعداد ونسب الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في المستويات المختلفة للقلق مقارنة مع أعداد ونسب الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم، حيث بلغت قيمة مربع كاي للزوجات كما هو مبين في الجدول (٨)، [كاي(٢) = ١١,٣١ ؛ ح > ٠,٠٠٣] كما بلغت قيمة مربع كاي عند الأزواج [كاي(٢) = ٩,٥٠٦ ؛ ح > ٠,٠٠٩] وللاتنين معا [كاي(١) = ١٠,١٨٩ ؛ ح > ٠,٠٠٦] ، وتبين أن جميعها كانت ذات دلالة إحصائية.

وتبين من التكرارات والنسب المئوية في الجدول (٧) أن نسبة الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في المستويات المرتفعة من القلق أعلى من نسبة الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم في نفس المستوى، حيث تبين أن نسبة الزوجات المصابات بالعقم في المستوى المرتفع من القلق قد بلغت ٢٠% في حين بلغت النسبة فقط ٦% عند الزوجات غير المصابات بالعقم في نفس المستوى المرتفع من القلق، كما تبين أن نسبة الأزواج المصابين بالعقم في المستوى المرتفع من القلق قد بلغت ٢% في حين بلغت نسبة الأزواج غير المصابين بالعقم في نفس المستوى المرتفع من القلق ٠%، ويتبين أن نسبة الأزواج المصابين بالعقم في المستوى المتوسط من القلق قد بلغت ٦٠% في حين بلغت نسبة الأزواج من غير المصابين بالعقم في نفس المستوى المتوسط من القلق ٣٢% وبشكل عام بلغت نسبة الأزواج والزوجات معاً المصابين بالعقم في المستوى المرتفع من القلق ٤% في حين بلغت

نسبة الأزواج والزوجات معاً غير المصابين بالعقم في نفس المستوى المرتفع من القلق ٠%، و يتبين أن نسبة الأزواج والزوجات معاً المصابين بالعقم في المستوى المتوسط من القلق قد بلغت ٦٦% في حين بلغت نسبة الأزواج والزوجات معاً غير المصابين بالعقم في نفس المستوى المتوسط من القلق ٤٠%، وكل ما سبق يشير إلى أن الأزواج والزوجات المصابين بالعقم لديهم مستويات قلق أعلى من تلك التي حصل عليها الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم.

جدول ٨. اختبار مربع كاي (χ^2) لفحص العلاقة بين العقم ومستوى القلق لدى الأزواج والزوجات والعائلة ككل

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	
*٠,٠٠٣	٢	١١,٣١٠	القلق لدى الزوجات
*٠,٠٠٩	٢	٩,٥٠٦	القلق لدى الأزواج
*٠,٠٠٦	٢	١٠,١٨٩	القلق لدى العائلة

الفرضية الثالثة: يزداد متوسط درجات الاكتئاب بازدياد عدد محاولات الإخصاب الفاشلة. تراوح عدد محاولات الإخصاب عند الزوجات والأزواج من صفر - ١٠، وبلغ متوسط عدد المحاولات الإخصابية السابقة لدى الأزواج ٢,٥٢ بينما بلغ متوسط عدد المحاولات الإخصابية السابقة لدى الزوجات ٢,٣٠ ويفسر هذا الاختلاف بين الأزواج والزوجات على أن الأزواج لربما يكونون متزوجين من أكثر من زوجة واحدة وأن هؤلاء الزوجات لربما خضعن لعمليات إخصابية سابقة.

ويوضح الجدول رقم (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد المحاولات الإخصابية السابقة.

جدول ٩. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد محاولات الإخصاب الصناعي لدى الزوجات والأزواج المصابين بالعقم

الانحراف المعياري	المتوسط	
٢,٤٧	٢,٣٠	الزوجات
٢,٤٠	٢,٥٢	الأزواج

وللإجابة على الفرضية الثالثة حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاكتئاب لدى عينة العائلات المصابة بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة (الجدول ١٠). كما يبين (الجدول ١١) نتائج استخدام تحليل التباين الأحادي لفحص دلالة الفروق في متوسط درجات الاكتئاب حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة.

جدول ١٠. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاكتئاب لدى العائلات والأزواج والزوجات الذين يعانون من العقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة

أكثر من ٣ مرات ن=٩		من ٢-٣ مرات ن=١٠		مرة واحدة فقط ن=١٥		المرة الأولى (صفر) مرة ن=١٦		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
١٣,٢٣	٣٦,٧٨	٧,٠٧	٣٤,٤٠	٦,٩٩	٣٢,٢٧	٩,٣٩	٣٣,٧٥	متوسط الاكتئاب لدى الزوجات
٦,٣٦	٣٠,٢٢	٧,٩٣	٣٤,٥٠	٩,٢٣	٢٩,٤٧	٦,٢٠	٢٨,٨١	متوسط الاكتئاب لدى الأزواج
٨,٥٩	٣٣,٥٠	٦,٩٧	٣٤,٤٥	٧,٠٠	٣٠,٨٧	٥,١٣	٣١,٢٨	متوسط الاكتئاب للعائلة

جدول ١١. تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في درجات الاكتئاب لدى العائلات والأزواج والزوجات المصابون بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات		
٠,٧٠٨	٠,٤٧	٣٩,٠	٣	١١٧,١	بين المجموعات	متوسط الاكتئاب لدى الزوجات
		٨٣,٩	٤٦	٣٨٥٧,٩	داخل المجموعات	
			٤٩	٣٩٧٥,٠	المجموع	
٠,٢٩٣	١,٢٨	٧٣,٩	٣	٢٢١,٨	بين المجموعات	متوسط الاكتئاب لدى الأزواج
		٥٧,٨	٤٦	٢٦٥٨,٢	داخل المجموعات	
			٤٩	٢٨٨٠,٠	المجموع	
٠,٥١٦	٠,٧٧	١٤١,٣	٣	٤٢٤,٠	بين المجموعات	متوسط الاكتئاب لدى العائلة
		١٨٣,٣	٤٦	٨٤٢٩,٨	داخل المجموعات	
			٤٩	٨٨٥٣,٨	المجموع	

يتبين من نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول السابق أن درجة الاكتئاب لدى الأزواج ولدى الزوجات ولدى العائلة ككل لا يتأثر بعدد المحاولات الإخصابية السابقة.

الفرضية الرابعة: يزداد متوسط درجات سمة القلق بازدياد عدد محاولات الإخصاب الفاشلة. لاختبار هذه الفرضية حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات سمة القلق لدى عينة الأزواج الذين يعانون من العقم حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة [الجدول ١٢]. واستخدم تحليل التباين الأحادي لفحص دلالة الفروق في متوسط درجات سمات القلق حسب عدد محاولات الإخصاب السابقة، [الجدول ١٣] يبين النتائج

جدول ١٢. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات سمة القلق لدى العائلة والأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب

أكثر من ٣ مرات		من ٢-٣ مرات		مرة واحدة فقط		المرّة الأولى (صفر مرّة)		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
١٣,٥٢	٥٢,٥٦	١٠,٨١	٤٩,٦٠	٩,١٦	٤٦,٢٧	١٢,٨٠	٥٠,٦٣	متوسط القلق لدى الزوجات
١١,٧٩	٤٦,٣٣	٨,٣٩	٤٢,٨٠	٩,٩١	٤١,٣٣	٧,٩١	٤٢,٥٠	متوسط القلق لدى الأزواج
١١,٦٦	٤٩,٤٥	٩,٢٩	٤٦,٢٠	٧,٨٥	٤٣,٨٠	٨,٨١	٤٦,٥٧	متوسط القلق لدى العائلة

جدول ١٣. تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في درجات سمة القلق لدى العائلة والأزواج والزوجات المصابين بالعقم حسب عدد محاولات الإخصاب

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
٠,٥٨٦	٠,٦٥	٨٧,٠	٣	٢٦١,١	بين المجموعات	متوسط القلق لدى الزوجات
		١٣٣,٦	٤٦	٦١٤٧,٣	داخل المجموعات	
			٤٩	٦٤٠٨,٤	المجموع	
٠,٦٥١	٠,٥٥	٤٨,٥	٣	١٤٥,٦	بين المجموعات	متوسط القلق لدى الأزواج
		٨٨,٢	٤٦	٤٠٥٨,٩	داخل المجموعات	
			٤٩	٤٢٠٤,٥	المجموع	
٠,٥٤٤	٠,٧٢	٢٤٤,٣	٣	٧٣٢,٩	بين المجموعات	متوسط القلق لدى العائلة
		٣٣٨,١	٤٦	١٥٥٥٤,٦	داخل المجموعات	
			٤٩	١٦٢٨٧,٥	المجموع	
		١٨٣,٣	٤٦	٨٤٢٩,٨	داخل المجموعات	
			٤٩	٨٨٥٣,٨	المجموع	

يتبين من نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول السابق أن مستوى سمات القلق لا يتأثر بعدد محاولات الإخصاب لدى الزوج أو الزوجة أو العائلة ككل.

أما المقابلة شبه المقننة التي قامت الباحثة بإجرائها فلقد تمخّض عنها النتائج التالية حول ما يلي:

- مصدر العقم: تبين من حساب التكرارات والنسب المئوية لمصدر العقم لعينة الأزواج والزوجات أن مصدر العقم هو الزوج حيث بلغت النسبة في استجابات الزوجات عن مصدر العقم ٤٨,٩% بينما بلغت في استجابات الأزواج ٤٥,٧% حيث توزعت الاستجابات على ثلاثة مستويات (الزوج، الزوجة، كلاهما).

- مصدر الضغوط الاجتماعية: تبين من حساب التكرارات والنسب المئوية لمصدر الضغوط الاجتماعية بالنسبة للزوج والزوجة أن المجتمع هو المصدر الأساسي من مصادر الضغوط على الأزواج من أجل الحمل، حيث شكل المجتمع النسبة الكبرى من مصادر الضغوط على الأزواج، حيث أجابت ٣٥ من أصل ٥٠ زوجة أن المجتمع هو المصدر الأساسي من المصادر التي تسبب الضغط عليهم من أجل الإنجاب، بينما أجاب ٣٢ من أصل ٥٠ زوجاً أن المجتمع هو المصدر الأساسي من المصادر التي تسبب الضغوط لديهم.

- المعرفة بمشكلة العقم قبل الزواج: يتبين من فحص التكرارات والنسب أن الغالبية العظمى من الأزواج والزوجات لم يكونوا على معرفة بوجود مشكلة عقم قبل الزواج، حيث بلغ عدد الذين يعلمون بالمشكلة ١٢ (٥ من الزوجات و ٧ من الأزواج)، وبلغ عدد الذين لا يعلمون بمشاكلتهم ٨٤ (٤٣ من الزوجات و ٤١ من الأزواج).
- عدد مرات الزواج: كما تبين من التكرارات والنسب المئوية أن ٩٨% من الزوجات و ٨٦% من الأزواج يتزوجون للمرة الأولى في حياتهم وأن ٢% من الزوجات و ١٢% من الأزواج يتزوجون للمرة الثانية وأن ٢% فقط من الأزواج يتزوجون للمرة الثالثة.

الفصل الرابع

المنافسة

الفصل الرابع

المناقشة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على ما إذا كان العقم يزيد من متوسط درجات الاكتئاب والقلق لدى العائلات المصابة بالعقم، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على ما إذا كان لزيادة محاولات الإخصاب الفاشلة أثر متزايد على درجات الاكتئاب والقلق.

وللإجابة على أسئلة الدراسة تمت مقارنة عينة من العائلات المصابة بالعقم مع عينة من العائلات غير المصابة بالعقم، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن العقم يزيد من متوسط درجات الاكتئاب لدى العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالعائلات غير المصابة بالعقم. هذا وتبين أيضاً أن العقم يزيد من درجات الاكتئاب لدى الزوجات في العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالزوجات في العائلات غير المصابة بالعقم.

كما يزيد العقم من درجات الاكتئاب لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالأزواج في العائلات غير المصابة بالعقم.

كما أظهر اختبار (ت) أن الفروق بين متوسط درجات الاكتئاب بين الزوجات المصابات بالعقم والأزواج المصابين بالعقم غير دالة إكلينيكية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة Ashkani, et al. (2006) التي قارنت بين نسبة انتشار الاكتئاب عند الأزواج والزوجات المصابين وغير المصابين بالعقم في منطقة شيراز - جنوب إيران. وأظهرت نتائج هذه الدراسة ازدياداً في نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأزواج المصابين بالعقم عنها بالنسبة للأزواج غير المصابين بالعقم.

كما وتتفق هذه النتائج مع دراسة Wang, et al. (2007) التي أقيمت على ٢٠٠ زوجة صينية، حيث أشارت النتائج إلى أن الزوجات اللواتي تعرضن إلى عملية الحقن المجهري يعانين من مستويات أقل من الاكتئاب مقارنة بالزوجات اللواتي تعرضن لعمليات الإخصاب الصناعي (أطفال الأنابيب)، ويفسر ذلك بأن الزوجات اللواتي يتعرضن للحقن المجهري لربما لا يكونون مصابون بالعقم وإنما يقمن بهذه العملية بغية تحديد جنس المولود بعد القيام بإجراءات فصل الأجنة.

كما تؤكد دراسة الحالة التي أجراها Yii-Niilin (2002) على زوجة تايوانية تعاني من العقم أن الفشل في إنجاب الأطفال يؤدي إلى ظهور أعراض اكتئاب وقلق وألم نفسي للشخص الذي يعاني من العقم.

كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة Coleman, et al. (2006) حول صحة الزوجة الإنجابية والاكنتاب على أن الاكنتاب هو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً في الدول النامية، حيث شكلت نسبة انتشار الاكنتاب حوالي ١٠,٣% من العينة المكونة من ٥٦٥ زوجة، إذ كان الاكنتاب ذا دلالة احصائية عندما ارتبط بحالات العقم.

كما تشير دراسة Abbey et, al. (1991) المسحية على ١٨٥ من الأزواج والزوجات المصابين بالعقم و ٩٠ من غير المصابين بالعقم إلى أن الزوجات يخترن مستويات اكنتاب أعلى من الأزواج، وتأتي هذه النتيجة معاكسة للنتائج التي أظهرتها الدراسة الحالية وربما يكون السبب في ذلك أن الدراسة الحالية قامت بدراسة الأزواج والزوجات ضمن العائلة الواحدة ولم تدرس الأزواج أو الزوجات كأفراد.

وعموماً يبدو أن العقم يؤدي إلى زيادة في الاكنتاب لدى الأزواج والزوجات في المجتمعات المختلفة بالرغم من أن دراسة Lord and Robertson (2005) حول دور تقييم المريض لمرضه وتدبره في تنبؤ الضيق عند المرضى الذين يقومون بالإخصاب الصناعي عارضت نتيجة هذه الدراسة، حيث أشارت النتائج إلى أن متوسط درجات الاكنتاب لم تكن تقع ضمن المستوى الدالّ إكلينيكياً، وربما يعود هذا الاختلاف إلى طريقة إدراك المريض لمشكلته واستراتيجيات التكيف لديه أو إلى العامل الثقافي الذي ربما كان السبب في اختلاف نتيجة دراسة Lord and Robertson (2005) عن نتائج الدراسة الحالية، حيث أشار Van Rooij (2007) and Van Balen إلى أهمية العامل الثقافي والذي ربما يؤثر في شدة العلاقة بين العقم والاكنتاب؛ إذ تبين دراسة (Van Rooij and Van Balen, 2007) حول الاختلافات الثقافية في تأثير العقم على الضيق الانفعالي على ثلاث عينات ثقافية مختلفة (٥٨ من المهاجرين الأتراك، ٤٦ من الأتراك الذين يعيشون في غرب تركيا، و ١٩٩ من الألمان) أن نسبة القلق والاكنتاب كانت أعلى لدى العينة التركية (من مقيمين في تركيا والمهاجرين) عنها في العينة الألمانية. وكان هذا صحيحاً بالنسبة للأزواج كما للزوجات الأتراك. وهذه النتيجة بحد ذاتها تفسر سبب الاختلاف بين نتيجة الدراسة الحالية ونتيجة دراسة Lord and Robertson (2005)، حيث بلغ عدد العائلات التي تعاني من الاكنتاب الشديد في الدراسة الحالية والذي يمكن أن يكون ذا دلالة إكلينيكية ٣٠ من أصل ٥٠ عائلة.

كما تتعارض نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي قامت بها سعادة (٢٠٠٥) حول الرضى الزوجي والاكنتاب لدى عينة من الأزواج والزوجات الأردنيين المصابين بالعقم، والتي شملت ١٠٢ من الزوجات و ٩٣ من الأزواج من المراجعين لبعض أقسام الإخصاب على أن

مستويات الاكتئاب لدى الأزواج كانت متدنية، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين للأزواج والزوجات في مستويات الاكتئاب، ولربما تعود هذه النتيجة إلى أن سعادة (٢٠٠٥) قامت بدراسة الأفراد وليس الأزواج والزوجات معاً كعائلة، كما أن عينتها لم تشمل على عينة ضابطة. وأشارت الدراسة الحالية إلى أن العقم يزيد من متوسط درجات سمات القلق لدى العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالعائلات غير المصابة بالعقم. هذا وتبين أيضاً أن العقم يزيد من درجات سمات القلق لدى الزوجات في العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالزوجات في العائلات غير المصابة بالعقم، كما ويزيد العقم من درجات سمة القلق لدى الأزواج في العائلات المصابة بالعقم مقارنة بالأزواج في العائلات غير المصابة بالعقم. هذا وتبين أن الفرق بين متوسط الزوج والزوجة في درجات سمة القلق دال إحصائياً، حيث تبين أن العقم يؤثر بدرجة أعلى على الزوجات مقارنة بأزواجهن.

وتتفق نتائج هذه الفرضية في الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Terzioglu 2007) الوصفية حول تقرير مستوى القلق عند الأزواج الذين يعانون من العقم والذين يخضعون لاختبارات جينية من أجل العلاج عن طريق الإخصاب الصناعي. وأظهرت النتائج أن المشاركين قد عانوا من الضيق النفسي والقلق قبل وبعد الاختبارات الجينية كما وجد أن درجات القلق كانت ذات دلالة عند الأزواج المصابين بالعقم مقارنة بغير المصابين به. كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Farzadi, et al. 2007) حول تقييم الأشياء الضاغطة والمجهددة واستراتيجيات التكيف عند عينة من الزوجات المصابات بالعقم حيث أظهرت النتائج أن القلق حول فعالية العلاج كان من أكثر الضواغط العقلية شيوعاً عند ٨٧,٣% من الحالات.

وتتماشى نتائج هذه الدراسة أيضاً مع دراسة (White and Mcquillan 2006) حول العلاقة بين النية للإخصاب من جهة والضيق من جهة أخرى، حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن احتمال استمرار الإنجاب عامل مهم في الصحة النفسية وأن قرار عدم الإنجاب، وخاصة عند الزوجات يؤدي إلى زيادة في الضيق.

ويتفق (Lord and Robertson 2005) في دراستهما حول دور تقييم المريض وتكيفه في تنبؤ الضيق عند المرضى الذين يقومون بالإخصاب الصناعي إذ أن ٤٢% من المرضى المشاركين في هذه الدراسة حصلوا على درجات ضمن المستوى الدالّ إكلينيكياً للقلق، كما أظهرت النتائج أن كلا من إدراك المرض واستراتيجيات التكيف تتنبأ بالقلق والاكتئاب، ويدعم هذا الاستنتاج دراسة (Peterson, et al. 2006) حيث أكدوا على أن الحالة النفسية للمرضى

المصابون بالعقم تتأثر باستراتيجيات التكيف التي يستخدمونها إذ تتراوح شدة القلق من مستويات عادية إلى مستويات مرضية اعتماداً على استراتيجيات التكيف التي يستخدمها المرضى.

وتفسر دراسة (Van Rooij and Van Balen (2007) ارتفاع متوسط درجات القلق لدى العائلات المصابة بالعقم في هذه الدراسة، حيث أكدت دراستهما أهمية العامل الثقافي في التأثير في درجة القلق، وهذا يشير إلى أن الأزواج والزوجات المصابين بالعقم في البيئة الأردنية يقعون تحت تأثير ضغط شديد يجعلهم يشعرون بالقلق.

كما تبين من نتائج تحليل التباين الأحادي أن قيمة (ف) للفرق في متوسط درجات الاكتئاب للعائلة غير دالّ إحصائياً، مما يشير إلى أن متوسط درجات الاكتئاب لا يرتفع لدى العائلة بشكل عام بزيادة عدد محاولات الإخصاب السابقة. ويلاحظ من المتوسطات الحسابية انه في الغالب يزداد متوسط الاكتئاب لدى العائلات بزيادة عدد محاولات الإخصاب إلا أن هذه الزيادة غير دالة إحصائياً وهذا الاستنتاج يشمل كلا من الزوجات والأزواج.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع الدراسة التي أجرتها (Ginsburge (2005 على عينة تتعرض لأول تجربة تلقيح صناعي، حيث أظهرت نتيجة دراسة Ginsburge أن درجة الاكتئاب تزداد بشكل واضح بعد فشل التجربة الإخصابية الأولى. وتبين نتائج هذه الدراسة أن متوسط درجات سمات القلق لا يرتفع بشكل دالّ لدى العائلة بشكل عام بزيادة عدد محاولات الإخصاب السابقة وتنطبق هذه النتيجة على الزوجات كما على الأزواج.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة أيضاً مع الدراسة التي أجرتها (Ginsburge (2005 على عينة تعرضت لأول تجربة تلقيح صناعي، حيث أظهرت نتيجة دراسة Ginsburge أن درجات القلق تزداد بشكل واضح بعد فشل التجربة الإخصابية الأولى. وتؤكد نتائج الدراسة الحالية أن هذه الدرجة ترتفع بعد التجربة الإخصابية الأولى، ولربما يعود ذلك الارتفاع إلى أن التجربة الأولى بحد ذاتها تثير القلق.

وخلال مقابلاتي للمرضى أفادت بعض النساء بأنهن مصابات بالعقم بسبب السحر مما يشير إلى وجود مفاهيم خاطئة وقلّة وعي من قبل الناس بأسباب العقم.

الاستنتاجات والتوصيات

١. بما أن هذه الدراسة وجدت أن العقم يؤدي إلى زيادة في درجات الاكتئاب والقلق عند العائلات والزوجات والأزواج المصابين بالعقم، لذا فمن المفيد تطوير برامج إرشاد ودعم نفسي للأزواج المصابين بالعقم وذلك بهدف التقليل من الشعور بالاكتئاب والقلق.
٢. وجود عيادة نفسية في المستشفيات المختصة للتعامل مع فئة الأزواج المصابين بالعقم، وذلك من أجل تقديم الدعم اللازم لهم وبالتالي زيادة فاعلية العلاج.
٣. زيادة وعي الأطباء والمختصين الذين يتعاملون مع الأشخاص المصابين بالعقم بالآثار النفسية الناتجة عن الإصابة بالعقم.
٤. القيام بدراسات وبحوث على البيئة الأردنية تتناول ما يلي:
 - أ- الجانب النفسي والمشاكل النفسية التي تنتج عن الإصابة بالعقم والأمراض الجسدية الأخرى.
 - ب- أنواع الضغط النفسي الذي قد يقع على الأزواج والزوجات المصابين بالعقم ومصادره.
 - ج- استراتيجيات التكيف التي يمكن أن يستخدمها الأردنيون والتي قد تقلل من مستويات الاكتئاب والقلق التي يعاني منها الأزواج المصابون بالعقم.
 - د- المفاهيم الخاطئة من قبل الأشخاص المصابين بالعقم حول الأسباب التي أدت إلى إصابتهم بالعقم.
 - هـ- نسبة انتشار مشكلة العقم في المجتمع الأردني.
 - و- الفروق في مستويات القلق والاكتئاب لدى العائلات المصابة بالعقم تبعاً لمدة العقم، نوع العقم، أسباب العقم، مكان السكن، نوع الاخصاب.

المراجع

– المراجع العربية:

أبو سعدة، ماجد، (١٩٩٩). كتاب الشعب الطبي: العقم مشكلة لها حل. الطبعة الأولى، القاهرة: دار الشعب للطباعة والنشر .

أيوب، عبد السلام، (٢٠٠٢). دليل العقم والانجاب عند الرجل والمرأة. الطبعة الأولى، بيروت: دار الراتب الجامعية.

إبراهيم، زيزي، (٢٠٠٦). العلاج المعرفي للاكتئاب. الطبعة الأولى، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

البرنوطي، رمزي، (٢٠٠١). الانجاب والعقم لدى الذكور: الأسباب والعلاج. الطبعة الأولى، بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة.

بارلو، ديفيد، (٢٠٠٢). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية. الطبعة الأولى، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بني يونس، محمد، (٢٠٠٨) الأسس الفسيولوجية للسلوك. الطبعة الأولى، عمان: دار الشروق.

خوري، سميح، (١٩٩٥). كابوس العقم في الحياة الزوجية. الطبعة الأولى، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

الدعاسين، خالد، (٢٠٠٤). الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI- II) في البيئة الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

الرواشدة، لبنى، (٢٠٠٧). برنامج الاحتضان: عندما يكون حلاً للتغلب على أزمات العقم النفسية. أمان: المركز العربي للمصادر والمعلومات حول العنف ضد المرأة. الأردن. مستخرج من

<http://www.amanjordan.org/a-news/wmview.php?ArtID=14459>

سعادة، ليالي، (٢٠٠٥). الرضى الزوجي والاكتئاب لدى عينة من الأزواج العقيمين الأردنيين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان-الأردن.

سمرين، هاني، (١٩٩٥). مصادر ومستويات القلق النفسي لدى لاعبي ولاعبات المنتخبات الجماعية في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان-الأردن.

الشربيني، لطفي، (٢٠٠٣). الاكتئاب المرض والعلاج. شبكة العلوم النفسية العربية. مستخرج

من <http://WWW.arabpsynet.com/books/sherb.b5.htm>

الشربيني، لطفي، (٢٠٠١). الاكتئاب - الأسباب والمرض والعلاج. الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية.

الشربيني، لطفي، (١٩٩٦). كيف تتغلب على القلق؟! الطبعة الأولى، الاسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

الطالقاني، علي، (٢٠٠٧). أرقام من العرب والعالم (٥). شبكة النبا المعلوماتية. الكويت.

مسترجع من <http://WWW.annabaa.org/nbanews/67/077.htm>

عبد القادر، فاضل، (٢٠٠٥). كيف تتغلب على القلق والاكتئاب؟. الطبعة الأولى، عمّان - الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

الكيلاي، سند، (٢٠٠٧، تشرين ثاني). مقابلة شخصية.

الكيلاي، زيد، (١٩٩٤). المساعدة على الحمل، كتيب غير منشور.

كتاني، منذر، (٢٠٠٦). بحوث في ظاهرة القلق. الطبعة الأولى، عمّان - الأردن: دار عمّار للنشر والتوزيع.

المالح، حسان، (١٩٩٤). العقم والطب النفسي. (النسخة الالكترونية). مجلة العربي، ٤٢٩.

المومني، وليد، (٢٠٠١). استراتيجيات التدبير لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب.

رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

- المراجع الأجنبية :

- Aghssa, M.M., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., & Jafarabadi, M. (2004). Surveying of Relationship Between Anxiety, Depression, and Duration of Infertility. **International Congress Series, 1271**, 334-337.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders** .(4th ed), Text Revision, Washington, DC.
- Ashkani, H., Akbari, A., & Heydari, S.T. (2006). Epidemiology of Depression Among Infertile and Fertile Couples in Shiraz, South Iran. **Indian Journal of Medical Sciences, 60**, 399-406.
- Abbey, A., Andrews, F.M. And Halman, L.J. (2006). Gender`s Role in Response to Infertility. **Journals Of Women Quarterly, 15**, 295-316.
- Beck, A.T., and, Emery, G. (1985). **Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective**, (1st ed), NY: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A, & Brown, G.K. (1996). **Manual For Beck Depression Inventory-II**, (1st ed). TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Eraugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry, 4**, 561-572.
- Coleman, R., Morison, L., Paine, K., & Powell, R.A., Walraven, G. (2006). Women`s Reproductive Health and Depression: A Community Survey

in the Gambia, West Africa. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, **41**, 720-727.

Emmelkamp, P., Bouman, T., & Scholing, A. (1992). **Anxiety Disorders: A Practitioners Guide**, (1st ed), Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Farzadi, I., Mohammadi-Hosseini, F., Fatemi, N.S., & Alikhah, H. (2007). Assessment of Stressors and Coping Strategies of Infertile Women. **Journal of Medical Sciences**, **7**, 603-608.

Ginsburg, E.S. (2005). Predicting Emotional Response to Unsuccessful Fertility Treatment. **Fertility Weekly**, **1**, 9-10.

Lapane, K. (1996). Depression is Associated With Infertility in Woman But How. **Journal Watch**, **57**, 509-513.

Lord, S., & Robertson, N. (2005). The Role of Patient Appraisal and Coping in Predicting Distress in IVF. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, **24**, 319-332.

Monach, Jim. (2006). Stresses and Distresses. **Therapy Today**, **17**, 24-27.

Mulatu, M.S. (2002). Psychometric Properties of Scores on the Preliminary Amharic Version of the State-Trait Anxiety Inventory in Ethiopia. **Educational and Psychological Measurement**, **1**, 130-146.

Morison, James. (1995). **Diagnostic And Statistical Manual**, 4th edition, **Made Easy**, New York: The Gulford Press.

Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Schulman, R.S. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. **Journal of Family Relations**, **55**, 227-239.

- Rachman, S. (1998). **Anxiety**. (1st ed), Hove, East Sussex: Psychology Press Ltd.
- Spielberger, C.D. (1983). **Manual For State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)**, California: Consulting Psychological Process.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). **Pocket Handbook Of Clinical Psychiatry**, 2nd edition. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Terzioglu, F. (2007). Anxiety of Infertile Men Who Undergo Genetic Testing for Assisted Reproductive Treatment. **Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, **28**, 147-153.
- Van Rooij, F.B., Van Balen, F., & Hermanns, J.M.A. (2007). Emotional Distress and infertility: Turkish Migrant Couples Compared to Dutch Couples and Couples in Western Turkey. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, **28**, 87-95.
- Williams, K.E., Marsh, W.K., & Rasgon, N.L. (2007). Mood Disorders and Fertility in women: A Critical Review of the Literature and Implications for Future Research. **Human Reproduction Update**, **13**, 607-607.
- White, L., & Mcquillan, J. (2006). No longer Intending: The Relationship between Relinquished Fertility Intentions and Distress. **Journal of Marriage and Family**, **68**, 478-490.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J.X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological Characteristics and Marital Quality of Infertile Women Registered For in Vitro Fertilization-Intracytoplasmic Sperm Injection in China. **Fertility & Sterility**, **87**, 792-798.

World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioral Disorders**. Geneva: WHO.

Yii, Nii Lin. (2002). Counselling a Taiwanese Woman un the Infertility Problems. **Counseling Psychology Quarterly**, 15, 204-215.

الملاحق

ملحق ١ . التكرارات والنسب المئوية للمستوى التعليمي للزوجات حسب المجموعة

المجموعة				
تجريبية		ضابطة		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
١٠,٢	٥			اقل من ثانوي
٢٢,٤	١١	٢٤,٠	١٢	ثانوي
١٤,٣	٧	١٢,٠	٦	دبلوم
٤٤,٩	٢٢	٥٤,٠	٢٧	بكالوريوس
٨,٢	٤	١٠,٠	٥	دراسات عليا
١٠٠,٠	٤٩	١٠٠,٠	٥٠	المجموع

ملحق ٢. التكرارات والنسب المئوية للمستوى التعليمي للأزواج حسب المجموعة

المجموعة				
مصابة بالعم		غير مصابة بالعم		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
١٦,٧	٨	صفر	صفر	أقل من ثانوي
٢٠,٨	١٠	٢٢,٠	١١	ثانوي
١٤,٦	٧	٨,٠	٤	دبلوم
٣٧,٥	١٨	٦٢,٠	٣١	بكالوريوس
١٠,٤	٥	٨,٠	٤	دراسات عليا
١٠٠,٠	٤٨	١٠٠,٠	٥٠	المجموع

ملحق ٣. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاعمار الازواج والزوجات في
المجموعتين الضابطة والتجريبية

المجموعة						
المجموع		مصابة بالعمم		غير مصابة بالعمم		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٦,٣٤	٣١,٢٤	٦,٧١	٣١,٤٨	٦,٠٠	٣١,٠٠	العمر
٦,٢٨	٣٦,٨٨	٥,٤١	٣٧,٦٢	٧,٠٣	٣٦,١٤	العمر

ملحق ٤. استبانة البيانات الديمغرافية

الإخوة/الأخوات الكرام.....

تتضمن هذه الإستبانة مجموعة من العبارات التي تهدف إلى التعرف على الوضع النفسي الذي يمكن لأي شخص أن يمر به بدرجات مختلفة. لذا أرجو منكم/منكن الإجابة على هذه العبارات بوضع إشارة (X) في المكان المناسب مع توخي الصدق و الدقة ، علماً بأن هذه الإستبانة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وتبقى المعلومات الخاصة بكل منكم/منكن ضمن الكتمان التام.

- العمر:-

- المستوى التعليمي:-

- عدد محاولات الإخصاب الصناعي السابقة:-

- مصدر العقم:-

الزوج الزوجة كلاهما

- مصدر الضغوطات الإجتماعية

أهل الزوج أهل الزوجة المجتمع

-هل كنت على علم بمشكاتك قبل الزواج

نعم لا

-هل هذا هو الزواج

الأول الثاني الثالث الرابع

ملحق ٥. مقياس سبيلبيرغر لقياس سمة القلق

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف حالتك التي تشعر بها بشكل عام في حياتك. لذا نرجو منك عزيزي /عزيتي تحدد درجة شعورك بشكل عام على كل فقرة من هذه الفقرات بوضع إشارة (X) مقابل الدرجة التي تنطبق عليك أنت علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة.

الفقرة	أبداً	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
١. أشعر بالسرور				
٢. أتعب بسرعة				
٣. أود لو بكيت				
٤. أود لو كنت سعيداً كما يبدو على الآخرين				
٥. أخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية				
٦. أشعر بالراحة				
٧. أنا هادئ و أعصابي باردة				
٨. أشعر بأن المتاعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها				
٩. أقلق أكثر مما ينبغي حول أشياء لا طائل وراءها حقاً				
١٠. أنا سعيد				
١١. أميل إلى أخذ الأمور بجدية زائدة				
١٢. أفتر للثقة بالنفس				
١٣. أشعر بالاطمئنان				
١٤. أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة				
١٥. أشعر بالالاكتئاب				
١٦. أنا راضي				
١٧. بدور في ذهني فكرة تافهة تضايقتني				
١٨. عندما أعاني من خيبة أمل لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثير علي				
١٩. أنا شخص مستقر				
٢٠. تنتابني حالة توتر و ارتباك عندما أفكر في مشاغلي الآن				

ملحق ٦. معاملات ارتباط فقرات مقياس القلق مع الدرجة الكلية للقلق لدى الأزواج
والزوجات

الأزواج	الزوجات	الفقرة
٠,٦٤	٠,٥٣	اشعر بسرور
٠,٥٧	٠,٤٩	اتعب بسرعة
٠,٣٥	٠,٧٤	أود لو بكيت
٠,٤٣	٠,٦٤	أود لو كنت سعيدا كما يبدو الآخرين
٠,٤٤	٠,٥١	اخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية
٠,٦٢	٠,٥٦	اشعر بالراحة
٠,٢٢	٠,٧٤	أنا هادئ وأعصابي باردة
٠,٧٤	٠,٨٣	اشعر بان المتاعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها
٠,٧٢	٠,٥٦	أقلق كثر مما ينبغي حول أشياء لا طائل ورائها حقا
٠,٦٢	٠,٦٧	أنا سعيد
٠,٢٧	٠,٣١	أميل إلى اخذ الأمور بجدية زائدة
٠,٢٩	٠,٣٧	افتقر للثقة بالنفس
٠,٧٦	٠,٣٦	اشعر بالاطمئنان
٠,٤٩	٠,٥٥	أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة
٠,٣٩	٠,٤٦	اشعر بالاكئاب
٠,٤٥	٠,٥٥	أنا راضي
٠,٦٧	٠,٥٦	تدور في ذهني فكره تافهة تضايقني
٠,٦٤	٠,٣٢	عندما أعاني من خيبة فأنا لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثيرها علي
٠,٤١	٠,٦٠	أنا شخص مستقر
٠,٤١	٠,٧١	تنتابني حالة توتر وارتباك عندما أفكر في مشاغلي الآن

ملحق ٧. مقياس بيك الثاني للاكتئاب

فيما يلي مجموعات من الجمل التي تصف مشاعرك و أحاسيسك في نواحي متعددة من حياتك يرجى منك عزيزي قراءة كل واحدة من هذه المجموعات و اختيار فقرة واحدة من بينها ترى أنها تنطبق عليك أكثر من غيرها من خلال حياتك اليومية السابقة و الحالية وذلك بوضع دائرة حول رقم هذه الجملة علماً بأنه لا توجد إجابة خاطئاً و أخرى صحيحة.

١. الحزن
 - أ. لا أشعر بالحزن
 - ب. أشعر بالحزن معظم الوقت
 - ج. أنا حزين طيلة الوقت
 - د. أنا حزين جداً أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل
٢. التشاؤم
 - أ. لست متشائماً بشأن مستقبلي
 - ب. أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبلي أكثر من المعتاد
 - ج. لا أتوقع أن الأمور ستجري كما أريد
 - د. أشعر بأن مستقبلي لا أمل فيه وأنه سيزداد سوءاً
٣. الفشل السابق
 - أ. لا أشعر بأنني شخص فاشل
 - ب. لقد فشلت أكثر مما يجب
 - ج. عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل
 - د. أشعر أنني شخص فاشل تماماً
٤. فقدان المتعة
 - أ. أحصل على نفس القدر من المتعة التي كنت أحصل عليها من الأشياء التي أستمتع بها
 - ب. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل
 - ج. أحصل على قدر قليل جداً من المتعة من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها
 - د. لا أستطيع أن أحصل على متعة من الأشياء التي اعتدت أن استمتع بها
٥. مشاعر الذنب
 - أ. لا أشعر بالذنب
 - ب. أشعر بالذنب على الكثير من الأشياء التي عملتها أو التي كان يجب أن أعملها
 - ج. أشعر بالذنب في معظم الأوقات
 - د. أشعر بالذنب دائماً
٦. مشاعر العقاب
 - أ. أنا لا أشعر بأنني أعاقب الآن
 - ب. أشعر بأنني ربما أعاقب
 - ج. أتوقع بأنني سأعاقب فعلاً
 - د. أشعر بأنني أعاقب الآن

٧. عدم حب الذات
 أ. أشعر بشأن ذاتي كما كنت أشعر دائما
 ب. لقد فقدت الثقة بنفسي
 ج. أنا خائب الأمل في نفسي
 د. إنا أكره نفسي
٨. نقد الذات
 أ. لا أنتقد نفسي أو ألومها أكثر من المعتاد
 ب. أنا أكثر انتقادا" لنفسي من السابق
 ج. أنتقد نفسي على جميع أخطائي
 د. ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث
٩. الأفكار أو الرغبات الانتحارية
 أ. ليست لدي أي أفكار لقتل نفسي
 ب. لدي أي أفكار لقتل نفسي ولكنني لن أقوم بتنفيذها
 ج. أرغب في قتل نفسي
 د. سأقتل نفسي إن سنحت لي الفرصة
١٠. البكاء
 أ. لا أبكي أكثر من المعتاد
 ب. أبكي أكثر من المعتاد
 ج. إنني أبكي لأبسط الأشياء
 د. أرغب بالبكاء ولكن لم يعد باستطاعتي أن ابكي
١١. التهيج
 أ. لست منزعجا أو متوترا أكثر من المعتاد
 ب. أشعر بأنني أكثر انزعاجا وتوترا من المعتاد
 ج. أنا منزعج ومتهيج جدا حتى أنه من الصعب أن أبقى ساكنا
 د. أنا منزعج جدا أو متهيج جدا حتى أنه يجب أن أبقى متحركا أو أفعل شيئا ما
١٢. فقدان الاهتمام
 أ. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالممارسات اليومية والأنشطة.
 ب. أنا أقل اهتماما" بالآخرين أو بالأشياء من السابق
 ج. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين والأشياء
 د. أجد أنه من الصعوبة الاهتمام بأي شيء
١٣. التردد (عدم القدرة على اتخاذ القرار)
 أ. أتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت عليها دائما
 ب. أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات
 ج. أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير من المعتاد
 د. أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار
١٤. انعدام القيمة
 أ. أنا لا أشعر بأنني عديم القيمة
 ب. أنا لا أعتبر نفسي ذا قيمة وذا فائدة كالمعتاد
 ج. أشعر بالكثير من عدم القيمة مقارنة بالآخرين
 د. أشعر بأنني عديم القيمة تماما

١٥. فقدان الطاقة

- أ. لدي نفس القدر المعتاد من الطاقة
- ب. لدي طاقة أقل من المعتاد
- ج. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل الكثير من الأشياء
- د. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل أي شيء

١٦. التغيرات في نمط النوم

- أ. لم أعاني من أي تغيير في نمط يومي

- ب. ١. أنام أكثر من المعتاد بعض الشيء
- ب. ٢. أنام أقل من المعتاد بعض الشيء

- ج. ١. أنام أكثر من المعتاد بكثير
- ج. ٢. أنام أقل من المعتاد بكثير

١. أنام معظم اليوم

٢. أستيقظ مبكرا بساعة أو ساعتين ولا أستطيع العودة إلى النوم

١٧. قابلية الاستثارة و الغضب

- أ. لست أكثر استثارة من المعتاد
- ب. أنا أكثر استثارة من المعتاد
- ج. أنا أكثر استثارة بكثير من المعتاد
- د. أنا مستثار طيلة الوقت

١٨. التغيرات في الشهية

- أ. لم أعاني من أي تغيير في شهيتي

- ب. ١. شهيتي أقل من المعتاد بعض الشيء
- ب. ٢. شهيتي أكبر من المعتاد بعض الشيء

- ج. ١. شهيتي أقل بكثير من السابق
- ج. ٢. شهيتي أكبر بكثير من المعتاد

- د. ١. ليست لدي شهية للطعام بتاتا
- د. ٢. أتناول الطعام طيلة الوقت

١٩. صعوبة التركيز

- أ. أستطيع التركيز كما كنت دائما
- ب. لا أستطيع التركيز بدقة كالمعتاد
- ج. من الصعب أن أركز في شيء لمدة طويلة جدا
- د. أجد أنني لا أستطيع أن أركز على أي شيء

٢٠. التعب والإرهاق

- أ. لست متعبا أو مرهقا أكثر من المعتاد
- ب. أصبح متعبا أو مرهقا بسهولة أكثر من المعتاد
- ج. أنا متعب جدا أو مرهق لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأعمال التي اعتدت عليها
- د. أنا متعب جدا أو مرهق جدا لدرجة أنني لا أستطيع أن أنجز معظم الأشياء التي اعتدت أن أنجزها

٢١. فقدان الاهتمام بالجنس (الرغبة الجنسية)
- أ. لم ألاحظ أية تغيرات حديثة في اهتماماتي الجنسية
 - ب. إنني أقل اهتماماً بالأمر الجنسية مما كنت عليه من قبل
 - ج. أنا الآن أقل اهتماماً بالأمر الجنسية بشكل كبير
 - د. لقد فقدت اهتمامي بالأمر الجنسية تماماً

ملحق ٨. معاملات ارتباط فقرات مقياس الاكتئاب
مع الدرجة الكلية للاكتئاب لدى الأزواج
والزوجات

رقم الفقرة	الزواج	الزوجات
١	٠,٤٣	٠,٣٥
٢	٠,٥٧	٠,٤٦
٣	٠,١٥	٠,٥٧
٤	٠,٣٠	٠,٦٠
٥	٠,٥٠	٠,٣٥
٦	٠,٦١	٠,٣٦
٧	٠,٢٠	٠,٦٠
٨	٠,٢٥	٠,٢٦
٩	٠,٢٢	٠,٢٤
١٠	٠,٤٨	٠,٥٣
١١	٠,٣٩	٠,٣٣
١٢	٠,٦٣	٠,٣٨
١٣	٠,٧٣	٠,٦٣
١٤	٠,٤٨	٠,٦٢
١٥	٠,٥٥	٠,٣٥
١٦	٠,٥٩	٠,٥٤
١٧	٠,٤٧	٠,٦٥
١٨	٠,٢٧	٠,٢٧
١٩	٠,٢١	٠,٥٥
٢٠	٠,٢٥	٠,١٤
٢١	٠,٢٧	٠,٣٩

Anxiety and Depression Among Infertile Couples Visiting Farah Hospital in Amman

By
Dima Mitri Alfarah

Supervisor
Dr. Arwa Amiri

Co- supervisor
Dr. Taiseer Elias

Abstract

The purpose of this study was to identify if infertile couples experience a higher level of depression and anxiety than fertile couples. The sample included two groups of couples; the first consisted of 50 infertile couples (50 males and their spouses) who were visiting the IVF (In-Vitro Fertilization) section at the Farah Hospital in Amman, and the second consisted of 50 fertile couples who were visiting the delivery section at the same hospital.

A semi-structure interview was conducted and two scales were administered: Beck Depression Inventory-II and the Speilberger Trait Anxiety Scale. Satisfactory validity and reliability values were obtained on a sample similar to the sample used in the study.

It was found that the depression and anxiety means among the infertile couples were significantly higher than that among the fertile couples, and that the mean of depression and anxiety among the infertile wives and infertile husbands were higher than the fertile wives and fertile husbands group, and all these differences were statistically significant.

It was also found that the level of anxiety among infertile wives was significantly higher than infertile husbands.

Moreover, it was found that the level of anxiety and depression were not significantly affected by the number of the previous IVF trials.