

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

فعالية برنامج علاجي تدريبي تحصيلي لخفض الضغط النفسي لدى العقيبات  
الخاضعات للتلقيح الاصطناعي  
-دراسة شبه تجريبية-

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم النفس

تخصص علم النفس المرضي للراشد

اشراف الأستاذ الدكتور:

نصر الدين جابر

اعداد الطالب(ة):

سعاد بخوش

الأستاذ	الرتبة	الصفة	الجامعة الأصلية
نصر الدين جابر	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	بسكرة
محمد بلوم	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	بسكرة
راجية بن علي	أستاذ التعليم العالي	مناقشا	باتنة
حنيفة صالح	أستاذ محاضر	مناقشا	باتنة
فاطمة الزهراء دبراسو	أستاذ محاضر	مناقشا	بسكرة

السنة الجامعية: 2017/2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# شكر وتقدير

أسجد لله حمدا وشكرا و تعظيما أن منى علي بحب هذا العمل ووفقتي لانجازه وأقول:

اللهم لك الحمد حمدا كثيرا أبلغ به رضاك وأؤدي به شكرك وأستوجب به فضلك.

اللهم لك الحمد على نعمك التي لا يحصيها غيرك اللهم لك الحمد حمدا كثيرا لا ينبغي إلا لك لا إله إلا أنت أنا السائل الذي أعطيته فلك الحمد. وأصلي وأسلم على الحبيب المصطفى محمد خاتم النبيين والمرسلين.

كما لا يفوتني أن أتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير للأستاذ الفاضل الدكتور نصر الدين جابر على توجيهاته القيمة وعلى ثقته اللامتناهية ودعمه المستمر خلال مراحل انجاز هذه الأطروحة.

ومعه يقودنا شرف الوفاء لكل الأساتذة الذين التقينا بهم خلال محطات انجاز هذا العمل فأناورا شموع الأمل في نفوسنا ودفعونا للتقدم نحو الأمام من بينهم: الأستاذ بوسنة، الأستاذ جبالي، الاستاذة راجية الاستاذة صالحى، الاستاذة شرفة، الأستاذ محمد بلوم، الاستاذة نحوي، الاستاذة عزوق، الأستاذ بجاش، الاستاذة بولسنان...

كما أتقدم بجزيل الشكر للطبيب الفاضل بوحجة مدير عيادة ابن رشد على كل التسهيلات التي قدمها لي كما أحي وأشكر من خلاله الطبيبان بن مشيش الذي فتح لي مكتبه وقدم لي كل العون والطبيب زغان، وكذلك كل العاملين بالعيادة.

ومن خلالها أحي وأشكر كل أفراد العينة الذين وضعوا ثقتهم بي وقبلوا العمل معي

فتحية خالصة لهم ولكل المرضى الذين التقيت بهم في ثنايا...اجراء البحث.

وتحية خاصة وخالصة، مع أسمى معاني الشكر والعرفان إلى من وقفوا بجانبى دون كلل أو ملل وانتظروا هذه اللحظة والذي رحمها الله ومن خلالها أحي كل أفراد أسرتي: زوجي، نور، أخي، الوازنة، وكل أخواتي وأبنائهم...

# فهرس محتويات الدراسة

الصفحة

المحتويات

شكر وتقدير

محتويات البحث

الجداول

الأشكال

أ

الملخص باللغة العربية.....

ب

الملخص باللغة الانجليزية.....

ج

مقدمة.....

## التراث النظري لموضوع الدراسة

### الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة..... 6
- 2- أهداف الدراسة..... 10
- 3- أهمية الدراسة..... 10
- 4- المصطلحات الإجرائية للدراسة..... 11
- 5- الدراسات السابقة..... 12
- 6- فرضيات الدراسة..... 29

### الفصل الثاني: العقم

- تمهيد..... 31
- 1- مفهوم العقم..... 31

33	2-أسباب العقم.....
38	3-تشخيص العقم.....
41	4-علاج العقم.....
42	5- التلقيح الاصطناعي.....
55	6-التلقيح الاصطناعي في المغرب العربي.....
59	7-المعنى النفسي للإنجاب.....
58	8-محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.....
61	-خلاصة.....

## الفصل الثالث: الضغط النفسي

63	-تمهيد.....
63	1-مفهوم الضغط النفسي.....
66	2- أبعاد الضغط النفسي.....
68	3- النماذج والنظريات المفسرة للضغط النفسي.....

73	4- أنواع الضغط النفسي.....
76	5-مصادر الضغط النفسي وطرق قياسه.....
80	6-مترتبات الضغط النفسي.....
81	7-الضغط النفسي والعقم.....
83	8-مصادر ومترتبات الضغط النفسي لدى المصابين بالعقم.....
88	خلاصة.....

## الفصل الرابع: التعديل المعرفي السلوكي لميكنيوم

90	تمهيد.....
90	1-الخلفية النظرية والتطور.....
91	2- مفاهيم وفروض نظرية ميكنيوم.....
95	3-مراحل العملية العلاجية عند ميكنيوم.....
97	4- الأساليب العلاجية.....
102	5-طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط.....

106

6- وجهة نظر ميكينبوم في علاج الضغط النفسي.....

110

7-أهمية التدريب التحصيني ضد الضغوط في التخلص من الضغط النفسي.....

112

.....خلاصة

## الفصل الخامس: اجراءات الدراسة الميدانية

115

1-منهج الدراسة.....

116

2-الدراسة الاستطلاعية.....

116

2-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية.....

117

2-2-اجراءات الدراسة الاستطلاعية.....

119

2-3-عينة الدراسة الاستطلاعية.....

121

2-4- نتائج الدراسة الاستطلاعية.....

130

3-الدراسة الأساسية.....

130

3-1-عينة الدراسة.....

134

3-2-حدود الدراسة.....



135

3-3 أدوات الدراسة.....

154

3-4 الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة.....

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

157

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.....

157

1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....

184

1-2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....

192

1-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....

197

1-4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....

202

2- مناقشة عامة.....

214

خاتمة.....

220

قائمة المراجع.....

الملاحق

## الجدول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
120	خصائص العينة الاستطلاعية.	1
122	البنود المعدلة وأبعادها في استبيان مصادر الضغط النفسي.	2
123	الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والدرجة الكلية لقائمة هوبكنز للأعراض.	3
124	نتائج اختبار (ت) للصدق التمييزي لاستبيان مصادر الضغط النفسي.	4
124	معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لاستبيان مصادر الضغط النفسي.	5
125	معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان مصادر الضغط النفسي.	6
126	معاملات ارتباط البنود بأبعادها لاستبيان مصادر الضغط النفسي.	7
127	عدد البنود التي حذفت والتي تم الاحتفاظ بها والأبعاد التي تنتمي إليها.	8
127	نتائج معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية.	9
128	نتائج معامل ألفا كرونباخ للاستبيان ككل ولأبعاده.	10
132	خصائص عينة الدراسة الأساسية.	11
133	وصف العينة وفقا لدرجاتها على استبيان مصادر الضغط وقائمة هوبكنز للأعراض.	12
137	درجة القطع لكل مستوى من مستويات مصادر الضغط النفسي.	13
138	درجة القطع لكل مستوى من مستويات قائمة هوبكنز للأعراض.	14
148	تفاصيل جلسات البرنامج العلاجي.	15
153	نتائج استمارة تقييم القيام بالنشاط المنزلي وحضور الجلسات من طرف المشاركين.	16
157	اختبار كولموغروف سيميرنوف لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في استبيان مصادر الضغط النفسي.	17
158	قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في استبيان مصادر الضغط النفسي بين القياسين القبلي والبعدي.	18
159	دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي باستخدام اختبار ويلكوكسن.	19

159	قيمة حجم الأثر عن طريق ايتا تربيع.	20
185	اختبار كولموغروف سيميرنوف لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في قائمة هوبكنز للأعراض.	21
185	قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في قائمة هوبكنز للأعراض بين القياسين القبلي والبعدي.	22
186	دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض باستخدام اختبار ويلكوكسن.	23
187	قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.	24
192	اختبار كولموغروف سيميرنوف لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في استبيان مصادر الضغط النفسي.	25
192	قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في استبيان مصادر الضغط النفسي بين القياسين القبلي والتتبعي.	26
193	دلالة الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي باستخدام اختبار ويلكوكسن.	27
194	قيمة حجر الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.	28
197	اختبار كولموغروف سيميرنوف لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في قائمة هوبكنز للأعراض.	29
198	قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في قائمة هوبكنز للأعراض بين القياسين القبلي والتتبعي.	30
198	دلالة الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض باستخدام اختبار ويلكوكسن.	31
199	قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.	32

## الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
116	تصميم المجموعة التجريبية الواحدة.	1
130	أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية.	2
130	أهم اجراءات المرحلة الأولى للبحث عن أفراد العينة الأساسية.	3
131	أهم اجراءات المرحلة الثانية للبحث عن أفراد العينة الأساسية.	4
141	تزامن مراحل العلاج بالتلقيح الاصطناعي مع مراحل العلاج النفسي.	5
143	أهم الأهداف الفرعية للبرنامج العلاجي وفق مراحل الثلاث.	6
166	أهم مراحل ونتائج مرحلة تكوين المفاهيم.	7
168	أهم خطوات فنية الحديث الذاتي.	8
204	أهم الفنيات العلاجية التي اعتمد عليها البرنامج العلاجي.	9
218	مثال عن عملية التحول من الأفكار السلبية الهازمة للذات إلى الأحاديث الإيجابية المدعمة للذات.	10
210	التطبيق العملي لأنواع الاسترخاء بالتزامن مع مراحل العلاج بالتلقيح.	11

## ملخص الدراسة باللغة العربية

فعالية برنامج علاجي تدريبي تحصيني لخفض الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي-دراسة شبه تجريبية-

يعد العقم من المشكلات الطبية التي تخلف آثارا سلبية سواء على الصحة النفسية أو الإنجابية لدى الزوجين. هذه الآثار -ووفقا للتراث النظري- عادة ما تحدث نتيجة تراكمات الضغوط التي يتعرض لها خاصة المرأة، سواء أثناء مرحلة التشخيص أو خلال توالي أو تزامن عديد المحاولات العلاجية الفاشلة، أو أثناء إجراءات التلقيح الاصطناعي التي يتم اللجوء إليها كآخر الحلول العلاجية الممكنة في مجال الإخصاب، والتي تُعَلق عليها آمال كثيرة بالرغم من المآل غير المشجع في بعض الحالات. لذلك جاءت هذه الدراسة بهدف تصميم برنامج علاجي معرفي يتبنى المنحى العلاجي لميكنيوم والقائم على التدريب التحصيني ضد الضغوط واختبار فعاليته.

لهذا الغرض تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي المبني على تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي. تكونت عينة الدراسة من خمسة نساء يعانين من العقم وفي مرحلة إجراء العلاج بالتلقيح الاصطناعي، ويعانين من ضغط نفسي مرتفع (مصادر، أعراض)، تم اختيارهن بطريقة قصدية، من بين النساء اللواتي أظهرن الرغبة للمشاركة في البرنامج واستوفين الشروط المناسبة. وتمثلت أدوات الدراسة في:

-استبيان مصدر الضغط النفسي (إعداد الباحثة).

-قائمة هوبكنز للأعراض.

-البرنامج العلاجي (تصميم الباحثة).

وقد تأكدت الباحثة من صلاحية الأدوات قبل التطبيق النهائيها. واستغرق تطبيق البرنامج العلاجي مدة شهر وخمسة عشرة يوما بمعدل جلستين في الأسبوع، مع العلم أنه تم مراعاة تزامن بروتكول العلاجي الطبي مع بروتكول العلاج النفسي. وكانت أهم النتائج المتحصل عليها هي:

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على استبيان مصادر الضغط

النفسي لدى عينة الدراسة تُعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على قائمة هوبكنز لأعراض الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تُعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والتتبعي على استبيان مصادر الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تُعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والتتبعي على استبيان مصادر الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تُعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

أيأن للبرنامج العلاجي المصمم فعالية عالية في خفض الضغط النفسي لدى العقيمت الخاضعات للتلقيح الاصطناعي بعد انتهاءه مباشرة واستمرار فاعليته أثناء فترة المتابعة.

**الكلمات المفتاحية:** الفعالية، البرنامج العلاجي المصمم، العقم، الضغطالنفسي، التلقيح الاصطناعي.

## ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

Effectiveness of inoculation therapeutic program in psychological stress reduction among infertile women starting IVF treatment-

- Quasi-experimental study -

### Abstract

Infertility is one of the medical problems that have negative effects on both psychological or reproductive health of couple. This effect \_According to theoretical framework\_ usually occur as a result of the accumulation of stressors that are being suffered specially a woman, during the diagnostic phase or during a succession of many failed therapeutic attempts, or during IVF procedures that are resorted to as the last possible treatment solutions in the field of fertilization, which is related to their hopes in spite of prognosis is no encouraging in some cases. Therefore, this study aims to design cognitive therapeutic program of Meichenbaum treatment method based on stress inoculation training and test its effectiveness.

The study method is quasi-experimental which is based on the design of a single group, with pre\_test , post \_ test and follow up measure for two months after the end of the therapeutic program.

The study sample consisted of 5 women suffer from infertility at stage of IVF and suffer from acute and high stress (sources, symptoms), it is purposive sample , among women who have shown the desire and have appropriate conditions for participation in the program.

The study tools are :

- \_ Stress Source Questionnaire (prepared by the researcher).
- \_ Hopkins Symptom Checklist.
- \_ Therapeutic program (designed by the researcher).

The researcher confirmed the validity of the tools before the final application to them. The application of the therapeutic program took a month and 15 days at a rate of two sessions in the week, we take in consideration the medical therapy.

The results are :

\_ There is significant differences between pre\_ test and post \_ test on stress sources questionnaire among sample of the study due to designed therapeutic program for pre\_ test .

\_ There is significant differences between pre\_ test and post \_ test on Hopkins psychological stress symptom checklist among sample of the study due to designed therapeutic program for pre\_ test .

\_ There is significant differences between pre\_ test and follow up measure on stress sources questionnaire among sample of the study due to designed therapeutic program for pre\_ test .

\_ There is significant differences between pre\_ test and follow up measure on Hopkins psychological stress symptom checklist among sample of the study due to designed therapeutic program for pre\_ test .

It means that designed therapeutic program has effectiveness in reducing psychological stress among infertile women in IVF after its end directly and continued effectiveness during follow up period.

Key words : effectiveness\_ designed therapeutic program\_ Infertility\_ stress\_ IVF



### مقدمة:

في هذا الكون الشاسع خلق الله عز وجل عدة كينونات لا يمكن لها أن تستمر إلا إذا تعارفت وتآلفت ومن ذلك يمكن القول أن أزلية الكون هي في تواصل الإنسان واستمراره خليفةً وحاملاً لبذور الخصب التي لا بد لها أن تثمر، غير أننا قد نجد في بعض الحالات بذورا لا يمكن لها أن تزهر أو تثمر برغم ما تحمله من عبق الحياة وهذه سنة الله في خلقه الذي فتح أبواب التدافع نحو تحقيق الغايات والأهداف وجعل من أصل الأصل (الطين) نسلا يسعى ليستمر ويعمر.

والطريقة المثلى لتحقيق هذا الاستمرار هو الارتباط بين ثنائية الكون المختلفة والمتجاذبة وغاية ذلك هي إحداث التوافق بكل معانيه ودلالاته، إذ أن ثنائية التكوين (الرجل والمرأة) التي هي حلقة الأساس في كل هذا وترابطهما هو أهم لبنة لرسالة الاستمرار، حيث يشكل هذا الترابط علاقة نوعية تعتبر من أرقى العلاقات الإنسانية كونها الأكثر انصهارا وعمقا، والأكثر تأثيرا في الحياة البشرية والمنظم الأساسي لها وهي العلاقة الزوجية التي تشكل الميثاق الذي يؤسس لهذه العلاقة ويوحى بالاندماج الروحي والعاطفي والعلائقي، ضمن قيم ومحددات دينية اجتماعية ثقافية تؤثر وتتأثر بها بحيث تسمح لها أن تتأسس أولا ثم تتطور فترتقي أو تتقهقر وقد تنقطع تماما، لذا كانت العلاقة الزوجية دوما علاقة حساسة، مقدسة، متينة وهشة في آن واحد.

فالزواج رباط يُحقق من خلاله الزوج اشباع حاجات أساسية وأهداف مركزية هي في الأساس غريزية، قد تتميز بالاندفاع وعدم الضبط في البداية -كالدافع الجنسي مثلا- لكن إشباعها في إطار العلاقة الزوجية يساعد على ضبطها وتكييفها وإشباعها بما يتلاءم والمنظومة القيمية السائدة في المجتمع، وهذا ما يؤسس لها لتصبح مكونا أساسيا يسمح بتحقيق الكينونة واستكمال شروط الهوية الجنسية وتحقيق المكانة والاعتبار الاجتماعي والمساهمة في وظيفة أساسية وهي استمرار الجماعة. لكن قد لا يتمكن البعض من تحقيق هذا الإشباع واستكمال أو استيفاء شروط إشباعه، خاصة ما تعلق بغرائز أساسية كغريزة الأمومة عند المرأة والتكاثر والإنجاب عند الرجل أو ما يمكن أن نطلق عليه "غريزة الوالدية"...

فإذا كان الإنجاب هو غاية الغايات في الترابط خليفة واستمرارية وتعبيرا عن تحقيق الكينونة والاستمرارية فإن غيابه وانعدامه (العقم) هو بداية لحياة المتاعب التي تظهر منذ الشهور الأولى من

## مقدمة

الزواج ... وبما أن المرأة هي المعنية الأولى بهذه القضية (حسب التصورات السائدة في مجتمعنا) فهي من تلجأ للفحص والكشف عن الأسباب بالرغم من أن الطب الحديث أثبت تقاسم الزوج مسؤولية هذا العقم، وأيا كانت نتيجة الفحص والسبب والمسبب فإن العلاج يرتبط غالبا بجسد المرأة كونها الحامل والحاضن للجنين منذ بداية تكوينه إلى حين موعد ولادته، وهو ما يفرز معاشا ضاغطا للمرأة .

وبالرغم من التطور المذهل في مجال الإخصاب المساعد الذي فتح الأمل على مصراعيه لحالات كثيرة إلا أنه ككل تطور فهو يحمل في طياته الكثير من التعقيد، ويشكل من خلال إجراءاته مصدر جديدا من مصادر الضغوط التي تتعرض لها المرأة خاصة في ظل استمراريتها وفشل المحاولات العلاجية الدوائية أو الجراحية ما يجعل اللجوء لهذا النوع من العلاج أمرا صعبا باعتباره آخر الحلول العلاجية ناهيك عن غلائه، وما يتطلبه من جهد نفسي وجسدي وعقلي. كل هذه المعطيات تزيد من حدة المعيش السلبى للمرأة العقيم التي تلجأ للإخصاب الاصطناعي والذي يشكل بالنسبة لها باب أمل وحافزا للتعلق بحلم الإنجاب لكنه يعرضها في الوقت نفسه للخوف من الفشل وبالتالي فقدان حتى الأمل في أن تكون أما ذات يوم وأن تستمر كزوجة.

ولقد اتفق جُلُّ الباحثين على تسمية الضغط النفسي بالقاتل الصامت لما يُخلفه من آثار جسدية ونفسية واستنزافا للطاقة ناهيك عن دوره في خفض نسب الحمل أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي...، ومن هنا كان لزاما عليهم تجاوز طور الوصف والتحليل إلى ما بعده من التدخل بكل مستوياته على المستوى العلاجي، أو الوقائي، أو الإنمائي، حيث يتنوع استعمال هذا التدخل من الجلسات العلاجية إلى الاستشارات السريعة، ومن التدخل الفردي إلى التدخل الجماعي، وينبثق من العلاج الجماعي ما يسمى بالبرامج العلاجية والتي تعرف بأنها برامج متخصصة منظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة بهدف تحقيق الصحة النفسية.

ولقد حققت مثل هذه البرامج العلاجية الجماعية نتائج مشجعة في مجال الإخصاب المساعد، بحيث سمحت بخفض الضغط النفسي من جهة ورفع نسب الحمل من جهة ثانية وهذا ما تؤكدته دراسات كريستوفر (Christopher, 2002)، وجايم وآخرون (Jayme et al, 2010)...، وفي ظل النقص الواضح لمثل هذه الدراسات على المستوى العربي، وغيابه على المستوى المحلي فقد سعت

## مقدمة

---

الباحثة لتقديم هذه الدراسة لسد هذا النقص، وكنموذج أولي لتناول مثل هذه المواضيع التي تتدرج ضمن التخصصات الحديثة في علم النفس وهو التكفل السيكولوجي بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات سيكولوجية مصاحبة لاضطرابات عضوية... وانطلاقاً من أن العلاج النفسي يترجم مفرداته وأطروحاته النظرية إلى تطبيقات واجراءات عملية فعالة يحتاجها المجتمع في سياق ظروف ومتغيرات متعددة تفترض وجود مثل هذه البرامج نظراً للحاجة الملحة لذلك، جاءت هذه الدراسة التجريبية التي تهدف إلى خفض الضغط النفسي المرتفع لدى العقيمت في مرحلة التلقيح الاصطناعي من خلال تصميم برنامج علاجي تدريبي تحصيلي لخفض الضغط النفسي لدى العقيمت الخاضعات للتلقيح الاصطناعي، وتجاوز مرحلة الوصف والتحليل إلى مرحلة التطبيق من خلال اختبار فعاليته في خفض الضغط النفسي بعد انتهاء تطبيقه مباشرة وأثناء فترة المتابعة وذلك بالتزامن مع اجراءات التلقيح الاصطناعي.

التراث النظري لموضوع  
الدراسة

الفصل الأول: التعريف بإشكالية  
الدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- أهداف الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- المصطلحات الاجرائية للدراسة

5- الدراسات السابقة

6- فرضيات الدراسة

### 1- إشكالية الدراسة:

يعتبر الانجاب في مختلف المجتمعات الانسانية أحد أهم الوظائف التي يقوم بها الزوجان بحيث تعد هذه الوظيفة البيولوجية من بين عوامل الاستقرار النفسي والاجتماعي للأفراد، كما تُعد من أهم مقاصد الزواج في المجتمعات الإسلامية والعربية، فعادة ما يبقى الزوجان محط اهتمام المحيط حسب (بن علي، 2009، 117) إلى حين حدوث الحمل وهذا يوضح أن الحمل -الذي يعني وجود الطفل- ليس بالمسألة الشخصية التي تخص الزوجين فقط، العادات، التقاليد، القيم والخطاب الاجتماعي يجعل من تواجد الطفل في الأسرة الجزائرية مسألة اجتماعية تتجاوز الزوجين وتعطيه بعدا مهما عادة ما يبدأ قبل الزواج ذاته. مريم درقيني تشرح هذا البعد بالقول " إن الطفل مسجل في المشروع الضروري للوالدين فهو موجود في تصورهما حتى قبل أن يحل في الأسرة، كل هذا (التفكير في الطفل) لا يبدأ بالزواج بل ينتهي به".

ويعد الزواج بالنسبة للكثير من النساء مجرد مرحلة مؤقتة ينتظرن من خلالها مرحلة أخرى أكثر استقرارا: مرحلة الأمومة. فالبنات تنشأ منذ صغرها كي تصبح زوجة وأما حتى تعزز لديها هذه الهوية لتصبح المكون الأساسي لأنوثتها وهويتها الشخصية وفي هذا الاطار يشير بيكاش (Becache, 1987, 6) إلى أن الحمل يضع النقطة النهائية في التطور النفسي والجنسي للمرأة كدليل قطعي (خاص) بجنسيتها وهويتها كامرأة. لذلك مباشرة بعد الزواج تنتظر أن تكون أما، فبهذه الوظيفة البيولوجية تحقق ذاتها وتكسب مكانة خاصة داخل العائلة. فخصوبة الجسد التي تحقق الحمل تصبح هنا مرادفا للوجود والاستمرارية والمكانة. فبالولادة تصبح موجودة اجتماعيا وثقافيا.

لكن قد تحدث معوقات وأسباب تحول دون تمتع الزوجة بوظيفة الأمومة كالإصابة بالعمق، حيث يعاني 20 إلى 26 % من الأزواج من العمق على المستوى العالمي و15% على المستوى المحلي. (هوارى، 2014).

تختلف طبيعة هذا المرض عن كثير من الأمراض الأخرى فهو عادة لا يسبب ألما عضويا بقدر ما يورث جرحا نفسيا ووجعا اجتماعيا. ولتشخيص العمق في حد ذاته وقّع نفسي كبير يُشبه ردود الفعل الناتجة عن موت أحد الأقرباء وغير ذلك من تجارب فقدان أو الحداد وفي هذا السياق يقول هربوت (Hurbot, 1974) "بما أن الفرد وحدة نفسية وجسدية متكاملة فهناك عدة انعكاسات للعمق على معيش الزوج العقيم، قد يؤدي الخوف من العمق أو بالأحرى التأكد من هذا

الخوف الى مشاعر فقدان في كل معانيها النفسية، فالزوج يفقد شخص ليس له بعد أي وجود ملموس، ولكنه مستمر رمزياً بصورة كبيرة ويفقد كذلك الأمل في الأبوة والأمومة ويفقد الفرد إحساسه بأنه شخص عادي، وعند المرأة عادة ما يقترب هذا الفقدان الرمزي بفقدان ملموس كفقدان الأمل في الانجاب الذي يتكرر مع كل دورة طمثية". وهذا ما يوقعها في المعاناة بسبب مشاعر الخسارة والفقدان التي تتكرر في كل مرة، وما يزيد من هذه المعاناة هي أنها لا تستطيع أن تقوم بوظيفتها التي جبت عليها وكذا الوفاء بمتطلبات بيتها بأن تشارك عن طريق الانجاب في عمل جماعي قائم مسبقاً وهو استمرارية الخلف، خاصة وأن قدرها ومصيرها مرتبط في مجتمعنا حسب (شبال، 1998) بما يعطيه رحمها. وهذا ما قد يجعلها تعيش ضغوط مختلفة إما خوفاً من الطلاق أو تعدد الزوجات أو العيش بلقب عاقر طوال حياتها.

ويعرف الضغط النفسي حسب كوباز (Kobasa, 1979) على أنه تلك "الأحداث الضاغطة في البيئة الداخلية بالنسبة للفرد، والتي تحدث تغييرات في نمط حياته وتتطلب منه إعادة توافقاته السابقة". كما يعرف أيضاً بأنه "مترتبات عمليات التقدير لدى الفرد، وكذا تقييم ما إذا كانت مصادره تكيفية للوفاء بالمتطلبات المفروضة عليه من بيئته أم لا". (عبد العزيز، 2010، 91).

وفي هذا الإطار يشير اسبادا وروسي (Espada, Rosset, 2008, 186) إلى أن العقم خبرة صادمة ينتج عنها أزمات نفسية هامة بحيث يختبر الأشخاص نوع من الصراع الداخلي بين قدرتهم ووعيهم بالعجز الواضح والغير معروف المؤدي إلى كسر التوازن البيوهرموني والتوازن النفسي ومشاكل تخص التواصل مع الشريك، حياتهم العائلية ومحيطهم الاجتماعي. وتلخص دراسة شيبا (Chiba) ما تم ذكره حيث توصل من خلال دراسته إلى أن الضغط النفسي عند النساء العقيمات يرتبط في بداية الأمر بعقدة النقص الجسدي، وانخفاض تقدير الذات ثم يتحول ويصبح ضغطاً أساسياً يرجع إلى نظرة العائلة والآخرين، وكذا الشعور بالخسارة الغير مفسرة. (Eléonor, 2012, 1).

كما أن العقم سواء مس الزوج أو الزوجة عادة ما يزج بالمرأة في رحلة شاقة مع العلاج ابتداءً من الفحوصات والتحليلات مروراً إلى مختلف الأدوية انتهاءً إلى التلقيح الاصطناعي الذي يُعتبر من أهم العلاجات المتطورة التي يلجأ إليها الزوجين بعد فشل مختلف العلاجات الأخرى، وهو عبارة عن "كل عملية أو صورة يتم بموجبها تلقيح بويضة الأنثى، بحيوان منوي من الرجل، من غير الاتصال الطبيعي والجنسي بين الرجل والمرأة". (عبد الله، 2004، 254). ويستلزم جهداً

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

خاصا من الزوجة نظرا لمختلف الاجراءات التي تتطلبها فهي واقعا متعبة، لما يكتنفها من آلام بسبب الحقن اليومية والمواعيد المختلفة للقيام بتحليل الدم والفحوصات عن طريق جهاز الأشعة فوق الصوتية، ناهيك عن الشكوك التي تحوم حول نجاح هذا العلاج.

وفي هذا الإطار يضيف رازانسي (Ranzanici, 2008, 36) أنه بالإضافة إلى إجراءات شطف البويضات ومخاطرها، وفترات انتظار تلقيح البويضة ومن ثم حقنها في حالة نجاحها فإن الاجراء الأصعب هو انتظار النتيجة والكشف عن وجود الحمل أو عدم وجوده. وهذا ما يشير إليه جاوول (Jaoul, 2011, 26) من خلال قوله أن معيش المرأة في مراكز التلقيح الاصطناعي يعد استثنائيا فهي من تتحمل أعباء الأدوية وآثارها الجانبية وأعباء مختلف مراحل التقنية العلاجية سواء كانت هي السبب في العقم أو زوجها. وفي الإطار نفسه يقول عطية (Athea, 2005, 1536-1537) أن دوره كمختص يتمثل قبل كل شيء في وصف مختلف صعوبات العلاج المتطور من فحوصات وأدوية والتي ستخترق في الغالب جسد المرأة، وتوضيح كل ما يرتبط بها من آثار والتي تتمثل أهمها في... الاستثمار العاطفي وخطر التعرض للإحباط. كما أن الآمال التي تعلقها المرأة على هذه التقنية الممزوجة بالمخاوف تشكل وحدها ضغطا هائلا ناهيك عن التكاليف المادية التي تستلزمها وما يترتب عنها من ضغوط ما قد يدفعها للتخلي عن العلاج أو العزوف عنه. وهذا ما يشير إليه أليس ودومار (Alice, Domar, 2007, 1) من أن العقم يمكن أن يسبب ضائقة مالية كبيرة، وهذا ما يترجم الحاجة (للعمل متسببا في ضغوط تستمر في التفاقم.

وبالرغم من التقدم الهائل في العلاج الطبي للعقم، إلا أن العديد من الدراسات أشارت إلى هذا المعيش الخاص الذي تعيشه المرأة جراء هذا الإصابة وعلاجها والذي لا يجب إخفاءه وراء التقنيات العلاجية ما دفع بالأطباء بتوجيه اهتمامهم إلى الجانب النفسي لما له من أهمية بالغة حيث يشير ماركيس (Marcus, 2014, 1) إلى أن الضغط النفسي يلعب دورا هاما فيما يصل إلى 30% من جميع مشاكل العقم. وفي الإطار نفسه أشار بعض الباحثين للتنبه إلى خطر ضغط العقم من خلال ما توصلوا إليه من أن النساء العقيمات لديهن نفس مستويات القلق والاكتئاب مثل النساء اللاتي لديهن السرطان ومرض القلب ومرض فقدان المناعة المكتسبة. (Alice, Domar, 2007). وهذا ما دفع بمختلف الباحثين في هذا الاتجاه بالتأكيد على ضرورة وأهمية العلاج النفسي لضغط العقم فهو لا يؤثر على الصحة النفسية والجسمية فحسب بل يتعدى إلى الصحة الإنجابية، وهذا ما يشير إليه بيوفين وشيمدت (Biovin, Schmidt, 2005, 1746) من أن



الضغط المرتبط بالعمق له تأثيرات مباشرة وغير مباشرة على نتائج التلقيح الاصطناعي وفي نفس الإطار يشير كل من آليس ودومار (Alice, Domar, 2007, 1) من خلال تحليل أربعة عشر دراسة أجريت بطريقة معمقة حول مستويات الكرب لدى النساء العقيمات في بداية دورة التلقيح الاصطناعي، حيث توصلنا أن عشرة من هذه الدراسات أكدت أن مستويات الكرب مرتبطة فعلا بانخفاض نسب الحمل.

لذلك بات من الضروري تجاوز كشف و وصف مختلف الضغوط التي تعاني منها المرأة جراء العمق وعلاجه والولوج إلى العلاج النفسي خاصة في ظل التوجهات الحديثة للدراسات التي تؤكد في مجملها على أهمية المنحى العلاجي نظرا للنتائج المشجعة التي تم التوصل إليها وهذا ما يشير إليه ديليز وستروس (De Liz, et Strauss, 2005) من خلال دراستهما التحليلية لـ22 دراسة بهدف تقييم فعالية مختلف التدخلات أو العلاجات النفسية، حيث توصلنا إلى أن العلاج النفسي أيا كان نوعه (فردى، جماعى، زواجى) يؤدي الى نتائج ايجابية في خفض الضغط أو الكرب النفسى لدى العقيمين (Péloquin, Brassard, 2013, 25). ومن منطلق أن الضغط النفسى هو مفهوم ادراكى يتضمن علاقة الفرد بذاته وبالبيئة التي يقيمها ويدركها على أنها تفوق امكاناته وقدرته على المواجهة والتعامل معها— ولأن أغلب حالات مرتفعى الضغط النفسى حسب الدراسات أنظر ص (163) هم أفراد يقيمون الأحداث والمواقف بطريقة سلبية. وبما أن التعديل المعرفى السلوكى لميكنبوم (Meichenbaum) يقوم على افتراض مؤداه "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها" فقد اعتمدت الباحثة على هذا المنحى العلاجي الذي يعتمد في جوهره على إعادة البناء المعرفى للفرد، وتعد طريقته العلاجية التدريب التحصينى ضد الضغوط من أشهر طرق هذا المنحى، وهي تشبه عملية التحصين البيولوجى ضد الأمراض العامة، حيث تعمل على تزويد الفرد بالمعلومات والمهارات اللازمة التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة. على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرته الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداته وعباراته الذاتية في مواقف الشدة والضغط. لهذا ركزت الباحثة على هذه الطريقة العلاجية من خلال تصميم وتطبيق برنامج علاجي جماعى لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي مرتفعات الضغوط (المجموعة التجريبية). من خلال تزويدهن بفنيات وتقنيات تساعدن على خفض ضغط العمق وإدارة الضغط الناتج عن العلاج الطبى من خلال

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

مواجهة أقل الضواغط شدة (الفحوصات والتحليل) وتعزيز الاستعداد النفسي لمواجهة أكثر الضواغط شدة وعنفا (انتظار نتائج العلاج).

كما أن اختيار هذا المنحى العلاجي جاء تماشيا مع ما أكدته نتائج الدراسات وهذا ما يوضحه زابو (Szabo, 2002). من أن الدراسات التي أجريت حول نتائج مناحي العلاج النفسي الجماعي، توصلت إلى أن المنحى المعرفي السلوكي هو الأكثر مساعدة في خفض المستويات المرتفعة للكرب ما قبل العلاج، وارتفاع نسب الحمل. وفي ظل النقص الواضح حسب علم الباحثة لمثل هذه الدراسات على المستوى العربي بشكل عام والجزائري بشكل خاص فقد اعتمدت الباحثة على هذا المنحى العلاجي الذي يتماشى مع توجهاتها التي تركز على خفض الضغط النفسي (مصادر، أعراض) الناتج عن العقم وعلاجه من جهة ومن جهة أخرى، محاولة الوقاية من الوقوع في الضغط في حالة فشل العلاج بالتلقيح.

وذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي: هل للبرنامج العلاجي التدريبي التحصيني المصمم فعالية في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي؟

### 2 – أهداف الدراسة:

- تصميم برنامج علاجي قائم على فنيات التدريب التحصيني ضد الضغوط المستمد من نظرية ميكينبوم (Mecheinbaum) لخفض الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.
- معرفة ما إذا كان للبرنامج العلاجية المصمم فعالية في خفض ادراك مصادر الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.
- معرفة ما إذا كان للبرنامج العلاجي المصمم فعالية في خفض أعراض الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.
- معرفة ما إذا كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مصادر الضغط النفسي أثناء فترة المتابعة بعد مرور شهرين من انتهاءه.
- معرفة ما إذا كان للبرنامج فعالية في خفض أعراض الضغط النفسي أثناء فترة المتابعة بعد مرور شهرين من انتهاءه.

### 3 – أهمية الدراسة: تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي سنتناوله

بالبحث والتقصي، وعليه يمكن حصر أهمية بحثنا فيما يلي:

لقد تعدت هذه الدراسة مرحلة وصف العلاقة بين العقم والضغط النفسي إلى مرحلة التجريب من خلال تصميم برنامج علاجي بتقنيات مختلفة معرفية، انفعالية، سلوكية، ومن ثم اختبار فعاليته في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات الخاضعات لعملية التلقيح الاصطناعي.

ندرة الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات (العقم، الضغط) معا في الجزائر، ربما لأن العقم لا يعتبر أولوية من أولويات الصحة العمومية لذلك لا نجد اهتمام كبير بهذه الفئة من المرضى. لهذا جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذه العينة من خلال توضيح مترتبات الضغط النفسي الناتج عن العقم وعلاجه على الصحة النفسية والإنجابية لهؤلاء الأفراد وهذا سيساهم بلا شك في إثراء المعرفة العلمية وزيادة الرصيد النظري في هذا المجال. هذا من جهة ومن جهة ثانية لفت انتباه الباحثين والأطباء على أهمية الجانب النفسي ودوره في الصحة الإنجابية بقدر أهمية الجانب الطبي.

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة في التأكيد على دور الراحة النفسية عند المرأة في تحسين العلاقات الزوجية والاستقرار الزوجي من جهة وإمكانية رفع نسب الحمل والحفاظ عليه من جهة ثانية. كذلك يمكن أن تساهم هذه الدراسة من الناحية العملية في تسهيل الإذعان للعلاج، والوقاية من آثار الضغط النفسي أو الصدمة النفسية في حالة الفشل المتكرر للعلاج، وكذلك تزويد المستشفيات والعيادات الخاصة ببرنامج علاجي يسمح بالتكفل بهذه الشريحة الهامة من النساء الخاضعات للتلقيح الاصطناعي باعتبارها أول دراسة جزائرية في هذا المجال. وهذا ما قد يساهم في تطوير ميدان الخدمة النفسية والعلاج النفسي والمساعدة الذاتية في مجال الإخصاب لدى الأفراد الذين يعانون من العقم.

#### 4-المصطلحات الإجرائية للدراسة: سنحاول توضيح بعض المفاهيم التي وردت في هذه

الدراسة اجرائياً بغية رفع الالتباس وإزالة الغموض وهي على النحو التالي:

**4-1- الفاعلية:** تستخدم لوصف فعل معين وتحديد أكثر الوسائل قدرة على تحقيق هدف، كما تعرف بأنها القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً، وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً. (بدوي، 1982، 128)

وفي الدراسة الحالية مدى قدرة البرنامج على تحقيق الأهداف المسطرة مسبقاً.

**إجرائياً:** هي قدرة البرنامج على خفض درجات النساء العقيمات على استبيان مصادر الضغط النفسي وعلى قائمة هوبكنز للأعراض.

### 4-2- البرنامج العلاجي:

إجرائيا: هو برنامج نفسي تعليمي وتدريبى منظم في ضوء أسس وفنيات التدريب التحصيلي ضد الضغوط لميكينوم، من خلال مواقف تعليمية وتدريبية جماعية يتم فيها تدريب النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي مرتفعات الضغوط على بعض الفنيات المعرفية الانفعالية، السلوكية باستخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات، مع الاعتماد على أسلوب الأنشطة المنزلية لنقل التغيير إلى الحياة الواقعية بهدف التخفيف من الضغط النفسي الذي يعانون منه.

### 4-3- الضغط النفسي:

إجرائيا: هو الدرجة التي تحصل عليها المرأة العقيم الخاضعة للتلقيح الاصطناعي من خلال استجاباتها على فقرات استبيان مصادر الضغط النفسي، وقائمة هوبكنز للأعراض.

### 4-4- العقم:

إجرائيا: يعرف العقم عل أنه عدم حصول الحمل بعد فترة من المحاولات الانجابية الجادة والمنتظمة والتي تقدر بأكثر من خمس سنوات.

### 4-5- التلقيح الاصطناعي: يسمى أيضا بالإخصاب خارج الرحم وهي تقنية معقدة تتمثل في

"تلقیح بويضة بحيوان منوي خارج رحم المرأة، بحيث يكون التلقیح بشكل تلقائي". ( Caroline, 26, 2011).

إجرائيا: هو المحاولة العلاجية الأولى في مجال التقنيات المساعدة للإنجاب بعد فشل العلاجات الأخرى.

### 5- الدراسات السابقة: تعتبر الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع من أهم العناصر

المعينة لإنجاز البحث في كل مراحله ولأجل هذا اعتمدنا في بحثنا على مجموعة من الدراسات التي تناول البعض منها كل متغيرات البحث والبعض الآخر تناول البعض منها فقط، وقد قسمتها الباحثة إلى مجموعتين، الأولى خصصت للدراسات العربية، والثانية للدراسات الأجنبية والتي قسمت بدورها إلى مجموعتين تم ترتيبها جميعا من الأقدم للأحدث.

### 5-1- الدراسات العربية:

5-1-1- دراسة بن عابد عائشة، (2008). اللجوء إلى تقنيات التلقيح الاصطناعي (الإنجاب المساعد) - دراسة مسارات بعض الأزواج الجزائريين - ، مجلة التساؤل (Interrogations?)، الصحة من منظور العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد رقم 6.

أهداف الدراسة: معرفة لماذا وكيف يلجأ الأزواج إلى التلقيح الاصطناعي، كيف يتم تمويل عمليات العلاج، ما هي آثار استخدام هذه التقنية العلاجية على جسم المرأة، وماذا يمثل اللجوء إلى مثل هذه التقنيات العلاجية المستخدمة حديثاً في الجزائر.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: الملاحظة، المقابلة.

عينة الدراسة: 15 زوج يعانون من العقم تتراوح أعمارهم بين 28 إلى 42 سنة من مختلف الطبقات الاجتماعية، ومن أماكن مختلفة ويعالجون في عيادة مولود للعقم. كما تم إجراء مقابلات مع طبيبين مختصين، وخمس من أمهات الأزواج، وعشر من أمهات الزوجات، موظفة الاستقبال، وعون تقني.

نتائج الدراسة: - يتم اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي نتيجة أولاً توجيه الطبيب الفاحص، ثانياً المعلومات التي تنشرها وسائل الإعلام، ثالثاً عن طريق شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية. - الأزواج القادمين إلى العيادة جاءوا لأجراء العلاج إما لأول مرة أو بعد فشل المحاولة العلاجية الأولى، وهم من مختلف مناطق الوطن، ينتمون إلى طبقات اجتماعية مختلفة (الأغنياء، متوسطي الحال، الفقراء-جاءوا للاستشارة الطبية فقط-).

- يجد الأزواج أن تقنيات التلقيح مكلفة جداً وهذا يدفعهم لإتباع عدة استراتيجيات لجمع المال الكافي لإجراء العملية من بينها: بيع كل ما هو ثمين، الاستدانة من الأقارب والأصدقاء، الاقتصاد في المعيشة لتوفير المال... الخ.

- ترى النساء أجسادها على أنها آلة أو أداة تخضع لتجارب غير مؤكدة النجاح.

- تتأثر الحياة المهنية والاجتماعية للنساء أثناء إجراءات العلاج وفي حالة الفشل يمكن أن يزيد هذا الأمر من حدة الشعور بالضغط.

- يلجأ بعض الأزواج للتلقيح نتيجة ضغوط أسرية (أمهات الأزواج) وهذا بعد فشل استخدام مختلف العلاجات التقليدية والطبية. بينما البعض الآخر يفضل التكتّم والسرية عند اللجوء للعلاج حتى عن أقرب المقربين.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

- يخضع الأزواج للعنف الرمزي واللفظي، وللوصم نتيجة العقم ونتيجة اللجوء للعلاج بالتلقيح ما يفسر التكتّم الذي يصاحب اجراء العلاج. وتوصم المرأة العقيم بأنها امرأة غير كاملة.

- الرغبة في الإنجاب عند الأزواج تظهر وكأنها واجب اجتماعي، وهذه التقنية العلاجية تمثل بالنسبة لهم مشروع الحياة المسجل في قلب يومياتهم.

5-1-2-دراسة متري الفرح(2008).القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لقسم التوليد، رسالة ماجستير، الأردن.

أهداف الدراسة: معرفة إن كان الأزواج المصابين بالعقم يعانون من القلق والاكتئاب مقارنة بالأزواج غير المصابين بالعقم.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: مقابلة شبه موجهة، مقياس لاكتئاب لبيك(Beak)، مقياس سمة القلق لسيلجر(Spielberger).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 100 من الأزواج الذين يعانون من العقم (50 نساء، 50 رجال). و100 من الأزواج الغير مصابين بالعقم والمراجعين لقسم التوليد.

نتائج الدراسة:

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأزواج العقيمين وغير العقيمين في متوسطات درجات مقياس الاكتئاب لصالح العقيمين.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأزواج العقيمين وغير العقيمين في متوسطات درجات مقياس سمة القلق لصالح العقيمين.

-تعاني النساء العقيمت قلقا مرتفعا مقارنة بالرجال.

-درجة القلق والاكتئاب لدى الأزواج الذين يعانون من العقم لا تتأثر بعدد محاولات الاخصاب.

5-1-3-دراسة قطوسة.(2013).الكرب النفسي بين النساء اللاتي يعانين من العقم بمركز رازان، الضفة الغربية، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية في نابلس.

أهداف الدراسة: الكشف على تأثير العقم على نفسية المرأة وتحديد أكثر المشكلات النفسية التي تعاني منها.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

منهج الدراسة: هو المنهج الوصفي التحليلي

أدوات الدراسة: قائمة مراجعة الأعراض.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 88 امرأة تعاني من العقم، و100 امرأة حامل دون مشاكل تتراوح أعمارهن بين 18 إلى 42 سنة.

نتائج الدراسة:- وجود فروق ذات دلالة احصائية في الحالة النفسية بين النساء المصابات بالعقم والنساء الحوامل لصالح النساء العقيمات في الوسواس القهري، القلق، الاكتئاب، الخوف.  
-لا توجد فروق بين النساء العقيمات في الحالة النفسية تعزى للعمر، مدة العقم، وسبب العقم مكان السكن.

-توجد فروق بين النساء العقيمات في الحالة النفسية تعزى للعمل والتحصيل الدراسي.

النساء العقيمات يعانين من الضغط النفسي ومجموعة من المشاعر السلبية.

5-1-4-دراسة الخالدي.(2014).العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب- دراسة

اجتماعية-رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الأردن.

أهداف الدراسة: التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لمراجعي عيادات العقم.

تحديد الدوافع الاجتماعية وراء السعي لعلاج العقم بتقنيات المساعدة على الانجاب.

الكشف عن مدى تعرضهم لضغوط اجتماعية، ومدى ارتباط وضعيتهم بالسرية.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: استبيان أعد لخدمة أغراض البحث.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 131 من الأزواج الذين يراجعون عيادات العقم.

نتائج الدراسة:- غالبية مراجعي عيادات العقم تقل أعمارهم عن خمس وثلاثين سنة.

غالبية المرضى لا يشملهم التأمين الصحي. وأن العامل الذكوري للعقم أعلى من العامل الأنثوي.

-وجود ضغوطات اجتماعية ثقافية من المجتمع المحيط والأسرة نحو الإنجاب والعلاج.

-ارتباط العقم وعلاجه بالسرية أولاً والوصم ثانياً.

-يؤثر العقم سلباً على العلاقات مع الأسرة وعلى العلاقة بين الزوجين.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

-صرح غالبية الباحثين بأن الكلفة الاقتصادية والنفسية والصحية لعلاج العقم بالتقنيات المساعدة على الانجاب مرتفعة جدا.

-المرأة تتحمل العبء الأكبر المترتب عن العقم.

**5-1-5- دراسة جابر(ب.س).** الضغط النفسي الناجم عن حالة قلة الخصوبة لدى عينة من

النساء وفق بعض المتغيرات، مركز البحوث النفسية والتربوية، العراق.

**أهداف الدراسة:** الكشف عن الضغط النفسي الناجم عن حالة قلة الخصوبة لدى عينة من

النساء وفق بعض المتغيرات.

**أدوات الدراسة:** مقياس الضغط النفسي.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 63 امرأة تعاني من العقم.

**نتائج الدراسة:** تعاني النساء اللاتي يعانين من حالة قلة الخصوبة من ضغوط نفسية، وتأتي

أشد الضغوط النفسية من ست مصادر وهي: الأسئلة المتكررة عن الانجاب وتكاليف العلاج

والتفكير بمن سيعولهن في الكبر، والألم الناتج عن العلاج وعدم جدوى الحياة بسبب عدم امتلاك

طفل، والإحراج الناتج عن اللجوء إلى العلاج.

-وجود علاقة دالة بين المتغيرات (طول مدة الزواج، عمر الزوجين) والضغط النفسي الناجم

عن قلة الخصوبة.

**5-2- الدراسات الأجنبية:**

**5-2-1- الدراسات الأجنبية المرتبطة بالضغط النفسي.**

**5-2-1-1- دراسة سامناك (Smeenk, et al, 2004)** أسباب الانسحاب من العلاج

بالتلقيح الاصطناعي بنوعيه (F.I.V, ICSI)، المركز الطبي الجامعي -نترلانديس

(Netherlands) الدانمارك.

**أهداف الدراسة:** التعرف والاستبصار على مختلف المظاهر النفسية والبيوطبية للمنسحبين من

العلاج بالتلقيح الاصطناعي بنوعيه (F.I.V, ICSI).

**منهج الدراسة:** هو المنهج الوصفي.

**أدوات الدراسة:** مقياس القلق سمة والقلق حالة لسبييلبرجر (Spielberger et al. 1970)،

قائمة الاكتئاب لبيك (Beck and Beamesderfer 1976)، مقياس الرضا الزوجي

والجنسي (MMQ).



## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

عينة الدراسة: تكونت العينة من 380 امرأة في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي في الفترة ما بين جانفي 1999 إلى غاية ماي 2000 طبقت عليهم المقاييس النفسية قبل بداية العلاج وبعد الانسحاب من العلاج.

نتائج الدراسة: العوامل النفسية لها علاقة بالانسحاب من العلاج بالتلقيح الاصطناعي بنوعيه في المجموعة التي أوقفت العلاج لأسباب نفسية.

- قبل العلاج لا توجد فروق في نتائج المقاييس النفسية بين المجموعة التي أجبرت على الانسحاب من العلاج والمجموعة التي استمرت في العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

- بعد العلاج المجموعة التي انسحبت من العلاج أظهرت مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب بالمقارنة مع الذين استمروا في العلاج.

- أن الانسحاب من العلاج بالتلقيح الاصطناعي مرتبط بالعوامل النفسية وأن المظاهر الزوجية والجنسية لم تلعب دورا مهما لدى المنسحبين بإرادتهم.

- المرضى المجبرين (أسباب مالية، تطور ضعيف في نتائج العلاج) على الانسحاب أكثر كرها بعد التوقف عن العلاج من الذين انسحبوا بإرادتهم.

- القلق والاكتئاب في زيادة بعد أول فشل علاجي.

تميزت المجموعة المنسحبة من العلاج بإرادتها بدرجات مرتفعة على مقياس القلق حالة ومقياس الاكتئاب بعد الدورة العلاجية الأولى. ولا توجد فروق في الرضا الزوجي والجنسي والمتغيرات البيوطبية.

**5-2-1-2- دراسة بيوفين وشميدت (Biovin, Schmidt, 2006).** التنبؤ بآثار

الضغط المرتبط بعلاج العقم عند الرجال والنساء بعد سنة من المتابعة. جامعة كوبنهاجن، الدانمارك.

أهداف الدراسة: فحص الآثار المباشرة والغير مباشرة للضغط المرتبط بالعقم وعلاجه ومصدر الضغط (شخصي، زوجي، اجتماعي).

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: مقياس ضغط مشكلات العقم

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 818 من الأزواج العقيمين تمت متابعتهم على

مرحلتين في بداية العلاج ثم بعد مرور سنة، في عيادات متخصصة بالعقم بالدانمارك.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

- نتائج الدراسة:- الضغط الناتج عن العقم مرتبط بضعف نتائج العلاج عند الرجال والنساء لكن أكثر دلالة عند النساء.
- ضغط العقم يرتفع في المجال الشخصي والزواجي، وهو مرتبط بوضوح بنتائج العلاج أكثر من المجال الاجتماعي.
- تدهور واضح لدى المرأة بشكل أكبر في الكرب الزواجي.
- النساء اللاتي سجلت كرب زواجي مرتفع تتطلب دورات علاجية للحمل 3 مرات أكثر من النساء اللاتي لديهن كرب زواجي أقل.
- العقم مرتبط بالضغط مما يؤثر على نتائج العلاج.
- ضغط العقم مرتبط بشكل مباشر وغير مباشر بالعلاج ونتائجه.
- 5-2-1-3-دراسة مونوز وآخرون (Munoz, et al, 2009)** الضواغط المرتبطة بالعقم لدى الزوجين في بداية العلاج بالتلقيح الاصطناعي، جامعة برشلونة، اسبانيا.
- أهداف الدراسة:** - الكشف عن الضواغط المرتبطة بالعقم وفق الجنس وعدد مرات العلاج بالتلقيح.
- درجة أو مستوى الضغط المرتبط بالعقم.
- التقييم الشخصي لخبرة العقم.
- منهج الدراسة:** المنهج الوصفي.
- أدوات الدراسة:** مقياس استجابات المواجهة تم تكييفه على المجتمع الاسباني واستخدم منه محورين فقط(محور وصف المشكلة، تقييمها).
- عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 92 زوج يتلقون العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي بعيادة للعقم ببرشلونة في الفترة بين أكتوبر 2004 وجوان 2005.
- نتائج الدراسة:** - الضواغط التي تظهر خلال فترة العلاج بالتلقيح الاصطناعي هي: الإحباط الناتج عن الرغبة في الأبوة، ثم الخوف من فشل العلاج.
- خبرة العقم متشابهة لدى الزوجين، غير أن النساء تنتظر للعقم على أنه مشكل خاص.
- وجود مستوى ضغط مرتفع لدى النساء أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي والذي يزيد عند نجاح هذا العلاج.

5-2-1-4- دراسة بروك وآخرون (Broeck, et al, 2010). التنبؤ بالضغط النفسي لدى المصابين بالعقم أثناء العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي: الخصائص النفسية العامة مقابل الخاصة، المركز الجامعي للعقم لوفن، بلقيوم Belgium.

أهداف الدراسة: الكشف عن الخصائص النفسية العامة والخاصة كمتنبأ للضغط النفسي الناتج عن العقم.

أدوات الدراسة: مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس آثار خبرة العقم، مقياس الضغط المرتبط بالعقم، مقياس الضغط العام، مقياس الخصائص الشخصية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 208 مصاب بالعقم، منهم 106 من النساء و102 من الرجال.

### نتائج الدراسة:

إن استراتيجيات المواجهة السلبية والنقد الذاتي والتبعية هي متنبئات عن وجود ضغط ناتج عن العقم.

- يعاني المصابين بالعقم من ضغط نفسي مرتفع مرتبط بمشكل العقم.

- يعاني المصابين بالعقم من ضغط نفسي عام مرتفع.

- وأن هذه النتائج هي متنبئات دالة على وجود الضغط النفسي الناتج عن العقم.

5-2-1-5- دراسة هامرلي (Hammerli, 2010). ما هي القضايا التي تواجه العقيمت؟ دراسة كمية وكيفية، جامعة برن (Bern)، سويتزرلاند (Switzerland).

أهداف الدراسة: الكشف عن أهم المواضيع التي تشغل بال العقيمت وفحص امكانية قياس الصحة العقلية لديهن.

منهج الدراسة: وصفي بحيث تم في هذه الدراسة الكمية والكيفية فحص وتحليل محتوى 213 رسالة الكترونية متبادلة بين المعالجين والنساء العقيمت أثناء مشاركتهن في برنامج إرشادي (German-language Internet-based treatment for infertility).

أدوات الدراسة: مقياس سمة ووضعية القلق لسيلجر وآخرون (Spielberger, et al, 1970) مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب لرادولف (Radloff, 1977)، واستبيان التقرير الذاتي (تحليل معمق للرسائل الالكترونية للتعرف على القضايا النفسواجتماعية التي تؤثر على النساء اللاتي يعانين من العقم). البرنامج التدريبي مدته ثمانية جلسات يتضمن (دليل المساعدة الذاتية

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

المعتمد على الاتجاه المعرفي السلوكي، تبادل الرسائل الالكترونية مع المعالج للبحث في أهم انشغالات أفراد العينة).

عينة الدراسة: 57 امرأة تعاني من العقم (أولي، ثانوي) وتشارك في برنامج تدريبي وإرشادي على الانترنت.

نتائج الدراسة:- أهم القضايا أو المواضيع التي شغلت النساء العقيمات هي العواطف المرتبطة بالرغبة الغير مكتملة في إنجاب طفل، وكيفية مواجهة هذه الرغبة، والأمور الطبية.  
- اعتبرت النساء العقيمات أن تقديم المساعدة من مختصين في الصحة النفسية أثناء فترة العلاج من القضايا الهامة.

- عياديا النساء القلقات أظهرن فعليا وبشكل دال أكثر الانفعالات السلبية، وأقل الانفعالات الايجابية من النساء الغير قلقات.

- النساء القلقات والمكتئبات أظهرن فعليا انفعالات سلبية أكثر، وأقل انفعالات ايجابية مقارنة بالنساء اللاتي يعانين من القلق فقط.

**5-2-1-6-دراسة قورونتي وآخرون (Gourounti, et al, 2012).**القلق المرتفع والاكنتاب الناتج عن مشاعر الضغط الزوجي والتواصل السيء لدى يونانيات يعانين من العقم المدرسة الطبية بجامعة أثينا، اليونان.

أهداف الدراسة: تصنيف المتغيرات النفسية التي تؤدي إلى الضغط النفسي أثناء علاج العقم لدى النساء والعلاقة بين كل من الاشباع الزوجي، التواصل الزوجي والتواصل مع الآخرين والكره النفسي لدى النساء اللاتي يعانين من العقم.

منهج الدراسة: المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: مقياس القلق حالة والقلق سمة، مقياس الاكنتاب، استبيان الضغط الزوجي، والتواصل مع الزوج ومع الآخرين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 404 امرأة تعاني من العقم وتعالج في عيادات عمومية بأثينا.

نتائج الدراسة:- النساء اللاتي لديهن مستوى اشباع زوجي مرتفع وتواصل جيد مع الشريك والآخرين لديهن مستوى قلق منخفض.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

- وجود ارتباط ايجابي دال بين الضغط الزوجي المرتفع وضعف أو فقر التواصل مع الشريك والقلق (حالة، سمة) والاكئاب.

- الارتباط السلبي الدال بين الاشباع الزوجي المرتفع والقلق والاكئاب.

الارتباط الايجابي الدال بين التواصل الجيد بين الزوجين والإشباع الزوجي، وسلبا بالضغط الزوجي.

- لا يوجد ارتباط دال بين كل من التواصل مع الآخرين والقلق والاكئاب والضغط الزوجي أو الاشباع الزوجي.

- نوعية التواصل الزوجي تؤثر على الحالة الانفعالية لدى المرأة التي تعاني من العقم.

**5-2-1-7-دراسة روكليف (Rocklif, et al, 2014)** مراجعة منظمة للعوامل النفسية المرتبطة بالتكيف الانفعالي في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي، كلية العلوم الإكلينيكية، جامعة بريستول (Bristol)، جامعة نوثينغهام (Nottingham).

**أهداف الدراسة:-** الكشف عن العوامل النفسية (سمات الشخصية، استراتيجيات المواجهة) المرتبطة بالتكيف الانفعالي في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

**منهج الدراسة:** الوصفي التحليلي

**أدوات الدراسة:** مراجعة البيانات الأساسية لأرشيف (Medline/Pumed)، المكتبة الوطنية للطب (PsycINFO)، الجمعية النفسية الأمريكية، وشبكة العلوم (Social Sciences Citation Index) وهذا ابتداء من سنة 1978 إلى غاية سبتمبر 2012.

**عينة الدراسة:** تكونت من 23 دراسة مرتبطة بالعوامل النفسية ونتائج التكيف الانفعالي لدى الأفراد الذين يعانون من العقم.

**نتائج الدراسة:** هناك 23 دراسة تمت مراجعتها وتوصلوا إلى أن واحد من ثلاث عوامل نفسية التي تم كشفها لديها ارتباط دال بقياسات نتائج التكيف الانفعالي.

-ارتبطت استراتيجيات المواجهة الهروبية ايجابيا مع الكرب النفسي في العديد من الدراسات.

-ارتباط الدعم الاجتماعي سلبيا بالكرب في عدة دراسات.

-وأهم المتغيرات النفسية المرتبطة أيضا بالكرب النفسي هي (انتقاد الذات، الاعتمادية أو

التبعية)، كذلك تقييمات الوضعية، وأسلوب التعلق الذين وجدا في دراسة أو دراستين فقط.

### 5-2-2-2- الدراسات الاجنبية المرتبطة بالبرامج العلاجية:

5-2-2-1- دراسة فالياني وآخرون (Valiani, et al, 2010). فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي، بعيادة العقم بأصفهان.

أهداف الدراسة: الكشف عن مدى فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية الناجمة عن العقم.

منهج الدراسة: هو المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين (تجريبية، وأخرى ضابطة) أدوات الدراسة: مقياس الضغط النفسي لنيوتن (Newten)، واستبيان المعلومات الأولية وطبق الباحثون على العينة التجريبية تقنية الاسترخاء لجاكسون (Jakobson)، وطريقة التخيل العقلي لبانسون (Benson) وهذا خلال 12 جلسة علاجية مع إجراء القياس القبلي والبعدي. عينة الدراسة: العدد الكلي للعينة هو 76 امرأة يعانين من عقم أولي ويخضعن للعلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي وقسمت العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين (تجريبية، وأخرى ضابطة) تتراوح أعمارهن بين 18 و35 سنة، وتتراوح مدة الزواج بين سنة إلى أربع سنوات.

### نتائج الدراسة:

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة الضابطة. بمعنى هناك فعالية عالية لتقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات.

### 5-2-2-2- دراسة شهرستاني وآخرون (Shahrestani, et al, 2012). فعالية برنامج

معرفي سلوكي عقلائي جماعي في تحسين مستوى الضغط المرتبط بالعقم والإدراك الغير عقلائي للإنجاب لدى العقيمات اللاتي يتلقين العلاج بالتلقيح الاصطناعي. مركز للبحث في الصحة الانجابية ايران

أهداف الدراسة: خفض الضغط المرتبط بالعقم والإدراك الغير عقلائي للإنجاب لدى عقيمات يتلقين التلقيح الاصطناعي.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

منهج الدراسة: هو المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين (تجريبية وضابطة) بقياس قبلي وبعدي.

أدوات الدراسة: مقياس الأفكار الوالدية، مقياس مشكلات الخصوبة.  
عينة الدراسة تكونت عينة الدراسة من 24 امرأة في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي، وقسمت بطريقة عشوائية 12 امرأة في كل مجموعة (تجريبية، ضابطة).  
- كان عدد جلسات البرنامج ثمانية جلسات، زمن كل جلسة ساعتين.

### نتائج الدراسة:

- هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في انخفاض الضغط المرتبط بالعمق لصالح المجموعة التجريبية.

- هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في تحسين الادراك الغير عقلانية المرتبطة بالإجاب لصالح المجموعة التجريبية.

- هناك فعالية للبرنامج العلاجي في خفض الضغط المرتبط بالعمق وتحسين الادراك الغير عقلاني المرتبط بالوالدية لدى عينة من العقيمت في مرحلة التلقيح الاصطناعي.

5-2-3- دراسة أسكاري وسعدي (Askari, Saedi, 2012) فعالية التدريب الجماعي على التحصين ضد الضغوط وتحسين جودة الحياة لدى العقيمت، جامعة أحفاز الإسلامية، إيران.  
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لتقييم فعالية برنامج جماعي تدريبي تحصيني ضد الضغوط وهذا على كل من الضغط وجودة الحياة لدى عينة من العقيمت.

منهج الدراسة: استخدمت الدراسة تصميم تجريبي ذو مجموعتين (تجريبية، وضابطة) بقياس قبلي وبعدي.

أدوات الدراسة: استبيان الضغط النفسي، استبيان جودة الحياة، البرنامج العلاجي.  
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 40 امرأة قسمت إلى مجموعتين (تجريبية، ضابطة) بطريقة عشوائية، عدد جلسات البرنامج عشرة جلسات، زمن كل جلسة هو 90 دقيقة.

نتائج الدراسة: - زيادة في جودة الحياة وتحسين في الجوانب التالية: (الفيزيولوجي، النفسي، الروحي، الجنسي، الوجداني، والاجتماعي).

- فعالية البرنامج العلاجي التدريبي التحصيني ضد الضغوط في خفض الضغط النفسي لدى العقيمت.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

- فعالية البرنامج العلاجي التدريبي التحصيني ضد الضغوط في عمليات التكيف وخلق صور جديدة لدى العقيمات.

5-2-2-4- دراسة موزانجاد (Mosalanegad, 2012) تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجماعي على الصحة العقلية والقدرة على التحمل لدى نساء عقيمات يتلقين العلاج بالتلقيح الاصطناعي، عيادة جهروم، جامعة العلوم الطبية، إيران.

أهداف الدراسة: تحديد فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من العقيمات في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

منهج الدراسة: استخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين (تجريبية وضابطة) بقياس قبلي وبعدي.

أدوات الدراسة: مقياس القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي، اختبار القدرة على التحمل، البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (لمدة 15 أسبوع، ومدة كل جلسة هي ساعة ونصف).

عينة الدراسة: تكونت العينة من 31 امرأة تعاني من العقم وتتابع العلاج بالتلقيح الاصطناعي بعيادة جهروم للنساء والتوليد قسمت بطريقة عشوائية (15 في المجموعة التجريبية، و16 في المجموعة الضابطة).

### نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في

المقاييس (الضغط النفسي، القلق، الاكتئاب) لصالح القياس القبلي.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في استبيان القدرة على التحمل حيث أظهرت المجموعة التجريبية قدرة عالية على التحمل مقارنة بالضابطة.

- فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الضغط النفسي، القلق والاكتئاب لدى العقيمات أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

5-2-2-5- دراسة فارامارزي (Faramarzi, et al, 2013) تأثير العلاج المعرفي

السلوكي والعلاج الدوائي على ضغط العقم، جامعة بابل للعلوم الطبية، إيران.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في تحسين ضغط العقم لدى العقيمات.



## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

منهج الدراسة: هو المنهج التجريبي بتصميم ثلاث مجموعات (مجموعة تجريبية 1، مجموعة تجريبية 2، مجموعة ضابطة).

أدوات الدراسة: قائمة مشاكل الخصوبة يتضمن خمس محاور أساسية هي: المتعلقات الاجتماعية، المتعلقات الجنسية، العلاقات الزوجية، رفض أسلوب الحياة بدون طفل، الحاجة للوالدية.

كما استخدم أيضا قائمة بيك للاكتئاب.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 89 امرأة تعاني من اكتئاب متوسط ومعتدل تلقين على الأقل مرة واحدة التلقيح الاصطناعي قسمت إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى: تكونت من 29 امرأة تلقت العلاج المعرفي السلوكي خلال عشرة جلسات، المجموعة الثانية: تكونت من 30 امرأة تلقت مضادات الاكتئاب (Fluoxetine) 2 ملغ يوميا لمدة 90 يوما، المجموعة الثالثة: تكونت من 30 امرأة شكلت المجموعة الضابطة وهي لم تتلقى أي شيء.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج عند تقييم قائمة نتائج الخصوبة أن رفض نمط الحياة بدون أطفال أخذ أعلى قيمة مقارنة بالمحاور الأخرى في المجموعات الثلاث.

- انخفاض المحور الخاص بالمتعلقات الجنسية فقط على قائمة مشكلات الخصوبة في المجموعة الثانية.

-انخفاض كل قيم متوسطات محاور قائمة مشكلات الخصوبة في المجموعة الأولى.

-لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة.

-تحسن في مستوى الاكتئاب في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بنسبة 79,3%.

-تحسن في مستوى الاكتئاب في مجموعة مضادات الاكتئاب بنسبة 50%.

5-2-2-6-دراسة حسان زاده وآخرون (Hasanzadeh, et al, 2014). فعالية

التدريب على التحصين ضد الضغوط لخفض الضغط المدرك لدى حوامل عانين من خبرة عقم سابقة. معهد العقم، إيران.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة للتحقق من فعالية برنامج التدريب التحصيني ضد الضغط لخفض الضغط المدرك لدى حوامل عانين خبرة عقم سابقة، ودور هذا البرنامج في تحسين الصحة العقلية للأم لمنع التأثيرات السلبية على الجنين.

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

**منهج الدراسة:** هي دراسة شبه تجريبية بتصميم مجموعتين (تجريبية وضابطة) بقياس قبلي وبعدي.

**أدوات الدراسة:** مقياس كوهن للضغط النفسي، البرنامج التدريبي.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 65 امرأة حامل لديها خبرة عقم سابقة، قسمت إلى مجموعتين بطريقة عشوائية.

**نتائج الدراسة:** وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسطات إدراك الضغط لصالح المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

فعالية البرنامج العلاجي المطبق في خفض الضغط النفسي لدى النساء الحوامل.

فعالية البرنامج العلاجي المطبق في تحسين الصحة النفسية لدى النساء الحوامل، والوقاية من التأثيرات السلبية ضد الأجنة كانت واضحة.

**الاستفادة من الدراسات السابقة:** من خلال عرض الجزء الأول من الدراسات السابقة يتبين لنا أن جل هذه الدراسات وصفية، وأن معظمها اتفقت على العلاقة القائمة بين العقم والضغط النفسي. حيث اتجه بعضها إلى التأكيد على دور الضغط النفسي في التأثير على نتائج العلاج بالتلقيح الاصطناعي، وفي التوقف عن العلاج، واتجه البعض الآخر للتأكيد على أن النساء أكثر كربا من الرجال وعلى ارتباط الحالة الانفعالية بنوعية العلاقة الزوجية. كما أشار جزء آخر من هذه الدراسات إلى أنه عند فشل العلاج بالتلقيح أو التوقف عن العلاج يزداد الكرب النفسي، كذلك أشارت دراستين إلى ارتباط العقم وعلاجه بالسرية والوصم.

ومن هنا تبرز أهمية دراستنا التي تجاوزت مرحلة الكشف إلى التجريب بغية مساعدة النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي على خفض الضغط النفسي والذي أكدت وجوده مختلف الدراسات السابقة الذكر.

**بالنسبة للجزء الثاني من الدراسات السابقة:** وهي دراسات متعلقة بالبرامج العلاجية يمكن أن نستخلص منها ما يلي:

**من حيث الهدف:** جل الدراسات هدفت للتخفيف من الضغط النفسي لدى النساء العقيمات، ما عدا دراسة زاده وآخرون التي هدفت للتخفيف من الضغط النفسي لكن عند حوامل لديهن خبرة عقم سابقة. وهناك دراستين أضافتا متغيرين آخرين هما: دراسة شهرستاني التي أضافت متغير تحسين جودة الحياة ودراسة بارفيز وسعدي التي أضافت متغير تحسين الإدراك الغير عقلائي للإنجاب.

والدراسة الحالية هدفت لخفض الضغط النفسي عند العقيمات في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي والتي تعتبر حسب الدراسات من أكثر المراحل ارتباطا بالضغط النفسي، هذا من جهة ومن جهة ثانية أن هذه الدراسة تم فيها ربط مواجهة الضغط بشكل متدرج وواقعي من خلال موازاة مراحل العلاج النفسي مع مراحل العلاج الطبي.

**من حيث العينة:** جل الدراسات كانت عينتها من النساء، أما الحجم فقد اختلف من دراسة لأخرى وتراوح حجمها من 12 إلى 38 في المجموعة الواحدة. وكذلك الدراسة الحالية ركزت أيضا على عينة النساء لكن حجم العينة صغير وقد كانت تظن الباحثة في البداية أنه أمر سلبي لكنه في الحقيقة كان ميزة ايجابية أو كان من بين العوامل التي ساهمت في تحقيق النتائج المسطرة.

**من حيث المنهج:** اعتمدت جل الدراسات على المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين تجريبية وضابطة ماعدا دراسة واحدة التي اعتمدت على ثلاث مجموعات (مجموعتين تجريبيتين، وأخرى ضابطة). واعتمدت الدراسة الحالية على تصميم المجموعة الواحدة نظرا للعديد من الاعتبارات سيتم ذكرها لاحقا (انظر ص 130).

**من حيث الأدوات:** تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات منهم من اعتمد على مقياس الضغط النفسي فقط مثل دراسة فاليري وحسان زاده، بينما اعتمدت دراسة شهرستاني على مقياس مشكلات الخصوبة، ومقياس الأفكار الأبوية، أما دراسة فارمازي فقد اعتمدت على استبيان الضغط النفسي، ومقياس جودة الحياة، ودراسة موزانجاد اعتمدت بالإضافة إلى مقياس الضغط النفسي على مقياس القلق، الاكتئاب، اختبار القدرة على التحمل. والدراسة الحالية اعتمدت على أداتين احدهما تقيس مصادر الضغط النفسي والثانية تقيس الأعراض النفسية والجسدية ليكون الحكم على وجود الضغط بأكثر دقة وموضوعية.

**من حيث الفنيات العلاجية:** اختلفت وتنوعت الفنيات العلاجية من دراسة لأخرى حيث اعتمدت دراسة فاليري وآخرون على الاسترخاء العضلي فقط، بينما ركزت دراسة شهرستاني على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، أما دراسة فارمازي فقد استخدمت فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع اعتماد العلاج الدوائي للمقارنة بينهما، بينما اعتمدت دراسة كل من بارفيز وسعدي، وحسان زاده وآخرون على فنيات العلاج التدريبي التحصيني لميكنيوم. وهذه الأخيرة هي التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية، حيث استخدمت هذه الفنيات بشكل متدرج ومتكرر تماشيا مع مراحل التلقيح الاصطناعي ما سمح بإعادة التدريب عليها في مواقف واقعية ضاغطة بشكل مرحلي

## الفصل الأول: التعريف بإشكالية الدراسة

من الأقل إثارة (الفحوص والتحاليل) إلى الأشد إثارة (انتظار نتائج التلقيح) تماشيا مع مراحل العلاج بالتلقيح الاصطناعي. وهذا ساعد بلا شك في نقل التغيير إلى الحياة الواقعية. وهذا ما أكدته نتائج المعالجة الاحصائية أثناء فترة المتابعة.

**عدد الجلسات ومدتها:** تراوحت عدد الجلسات في أغلب الدراسات بين 8 إلى 12 جلسة، وتراوحت مدة كل جلسة بين 90 دقيقة إلى ساعتين. أما دراسة فارمازي فقد دامت عدد جلساتها 15 أسبوع، أما ما يميز الدراسة الحالية أن عدد جلساتها هو 15 جلسة تضمنت جلستين فرديتين بهدف جمع المعلومات وتهيئة أفراد العينة للعلاج الجماعي، وثلاثة عشر جلسة جماعية. أما الدراسات الأخرى فقد اعتمدت على الجلسات الجماعية بشكل مباشر. أما مدة الجلسات فلا يوجد اختلاف كبير بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

**من حيث النتائج:** حققت جل الدراسات أهدافها المسطرة. وكذلك الدراسة الحالية.

**موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:**

تعد الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي اعتمدت على المنحى العلاجي لمكينبوم (التدريب التحصيني ضد الضغوط) حسب حدود علم الباحثة بحيث تحصلت فقط على دراستين أجنبيتين في هذا الاتجاه، بينما لا وجود لدراسات عربية أو جزائرية اعتمدت على هذا المنحى كطريقة علاجية في خفض الضغط النفسي لدى العقيمين وفي مرحلة التلقيح الاصطناعي تحديداً.

وما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة الذكر هي:

- أنها ركزت على خفض الضغط النفسي عند النساء العقيمت في مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي باعتبارها من أصعب المراحل التي يعيشها الزوجين خاصة المرأة، بينما ركزت الدراسات السابقة على خفض الضغط النفسي عند النساء العقيمت دون ربطها بمرحلة معينة، ما عدا دراسة (موزانجاد) التي طبقت برنامجها العلاجي في مدة ثلاثة أشهر ونصف. ودراسة فالياني التي اعتمدت على الاسترخاء فقط.

- أنها عملت على خفض الضغط النفسي في مواقف واقعية ومواجهتها بشكل مرحلي من الأقل إثارة (الفحوص والتحاليل) إلى الأشد إثارة (انتظار نتائج التلقيح) تماشيا مع مراحل العلاج بالتلقيح الاصطناعي أي في نفس الفترة الزمنية.

-أنها اعتمدت على القياس التتبعي للكشف عن استمرارية فعالية البرنامج في مرحلة المتابعة بالإضافة إلى القياس البعدي بينما اعتمدت الدراسات السابقة للكشف عن فعالية البرامج على القياس البعدي فقط.

### 6- فرضيات الدراسة:

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والبعدي على استبيان مصادر الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والبعدي على قائمة هوبكنز للأعراض لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والتتبعي على استبيان مصادر الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والتتبعي على قائمة هوبكنز للأعراض لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي.

## الفصل الثاني: العقم

### تمهيد

- 1- مفهوم العقم
- 2- أسباب العقم
- 3- تشخيص العقم
- 4- علاج العقم
- 5- التلقيح الاصطناعي
- 6- التلقيح الاصطناعي في المغرب العربي
- 7- المعنى النفسي للإيجاب
- 8- محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري

### خلاصة

### تمهيد:

يعد العقم من المشكلات الطبية المنتشرة في كل أنحاء المعمورة وعلى الرغم من أن تقديرات انتشارها ليست دقيقة وتختلف من إقليم لآخر ، إلا أن نسبة توажدها تقدر حسب منظمة الصحة العالمية بحوالي "50" إلى "80" مليون نسمة، وأن حوالي مليوني حالة عقم جديدة تحدث سنويا والأعداد تزداد على نحو مطرد، وقد أصبحت مشكلة العقم أكثر إلحاحا، بسبب مختلف التغييرات التي طرأت على الأنماط السكانية في البلدان المتقدمة على مدى الخمسين سنة الماضية وعلى مدى العشرين سنة المنصرمة في بعض البلدان النامية .(راو وآخرين، 2001، 8).

وبالرغم من التطور الطبي الذي تحقق في معالجة العقم كالتلقيح الاصطناعي، إلا أن تداعيات هذه الإصابة سواء على المستوى الفردي أو الاجتماعي تبقى قائمة وتحتاج إلى الرعاية. وسنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم العقم، أسبابه، تشخيصه، وعلاجه مع التركيز بشكل أساسي على العلاج بالتلقيح الاصطناعي وأخيرا المعنى النفسي للإنجاب ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.

**1- مفهوم العقم:** يعد العقم من المفاهيم التي تناولها الأطباء و الباحثون من زوايا مختلفة، (طبية، بيولوجية، نفسية، اجتماعية...) لذلك سيكون التركيز على الجانب الطبي والنفسي باعتبار هذه الإصابة مرضا وفق منظمة الصحة العالمية، كما سنشير لمختلف التعاريف والمصطلحات المرتبطة به وبأنواعه.

**1-1- تعريف العقم اصطلاحا:** يعرف العقم حسب الموسوعة الصحية: " على أنه غياب الحمل بعد عام من الجماع المنتظم غير المحمي".(Edith, 1999, 164).

ويعرف حسب الموسوعة الطبية: على أنه "عدم قدرة الزوجين على الإنجاب بعد سنة من محاولات الإخصاب يتم خلالها الجماع بمعدل مرة كل يومين أو ثلاث". (بستاني، 1994، 1258).

ويعرف العقم أيضا حسب الموسوعة النفسية الجنسية: "أنه العجز عن الإنجاب ، ولا يقال للمرأة أنها عقيم إلا إذا مارست الجماع على وجه صحيح ولمدة قد تبلغ عاما كاملا ومع ذلك لم تحمل، وقد يكون سبب العقم بها أو بزوجها أو الاثنين معا".(الحنفي ، 1992 ، 263).

## الفصل الثاني: العقم

وتعرف منظمة الصحة العالمية العقم على أنه: " عدم القدرة على الحمل بعد عام من المحاولات بوجود علاقات جنسية منتظمة". (World Health Organization, 2002) . ويرى ليريدون (Leridon, 2011, 11) أن التعريف الطبي للعقم الأكثر استخداما هو "عدم حدوث الحمل بعد 12 إلى 24 شهرا من المحاولات الإنجابية". ويمكن تعريف العقم على أنه "عدم حصول الحمل بعد فترة من المحاولات الإنجابية الجادة والمنتظمة والتي تقدر بأكثر من خمس سنوات".

### 1-2-المصطلحات المرتبطة بالعقم (Stérilité): هناك العديد من المصطلحات

المرتبطة بالعقم وسنحاول الإشارة إليها وفق الواجهة الطبية بشكل خاص. -ضعف الخصوبة (Hypofertilité): وتعرف على أنها صعوبة في الحمل والتي تظهر من خلال امتداد فترة عدم حدوث الحمل وهذا يدفع بالزوجين للذهاب إلى الفحص والعلاج. (Zorn, Savale, 2005, 1).

-عدم الخصوبة (Infertilité): تعرف وفق الجمعيات الأساسية الأمريكية ( American Infertility Association, 2008, The National Infertility Association, 2008) على أنها استحالة الحمل بعد عام من العلاقات الجنسية الغير محمية، أو عدم القدرة على إيصال الحمل إلى كماله (تسعة أشهر). (Belanger, et al, 2010, 34).

-عدم الخصوبة الغير مفسرة (Infertilité Inexpliquer) ونعني بها أنه من الناحية الطبية لا يوجد أي سبب يفسر هذه الاصابة وهذا بعد فحص شامل للزوجين تتراوح نسبة انتشاره بين الأزواج من 15 إلى 30%. (Spira, et al, 2012, 53). وفي هذه الحالة احتمالية حدوث الحمل دون علاج أو دواء واردة جدا. وتري بوشا (Bouchat, 2006, 20) أن العقم الغير مفسر قد يرجع من الناحية الطبية إلى اضطراب ذو طبيعة بيولوجية غير محددة لحد الآن، أو إلى أسباب نفسية لا شعورية.

-الخصوبة (Fertilité): هي القدرة على الإنجاب وعكسها هو (L'infertilité) وتوجد درجات مختلفة منها ويمكن أن نفسرها من خلال معدل الخصوبة، وتتمثل في نسب احتمال حدوث الحمل.



## الفصل الثاني: العقم

ويختلف هذا المعدل في المجتمع الواحد من زوج لآخر ويتراوح بين 0% إلى 65% أي بمتوسط 25% في كل دورة وهذا يعني أنه: بمعدل خصوبة 25% لا بد من 4 دورات لحدوث الحمل. وبمعدل خصوبة 1% يجب على الأقل 100 دورة لحدوث الحمل ، أي تقريبا 8 سنوات (Lysek et al, s.a, 6) .

ويرى رازانيسي (Ranzanici, et al, 2008, 12) أن مصطلح (Stérilité) كان يستخدم في التراث الأدبي سابقا، وحاليا لم يعد يستخدم إلا في حالات نادرة أو خاصة ، والمتخصصين في مجال الإنجاب يسعون جهدهم لعدم استخدامه، لما يخلفه من الناحية النفسية من وقع ثقيل وغير مريح على نفوس المرضى، خاصة أنه يعني عدم القدرة التامة على الإنجاب.

وارتأت الباحثة الحفاظ على مصطلح العقم، من الناحية النظرية لأنه لا يوجد مصطلح بديل سهل الاستخدام ويوضح فعلا هذا المفهوم ، أما من الناحية التطبيقية فقد استخدمت الباحثة مصطلح صعوبات الإنجاب أو تأخر الإنجاب لأن مصطلح العقم يحمل في الغالب دلالة عدم الإنجاب بشكل قطعي، وهذا يخلف عند المرضى وقعا نفسيا غير مريح ويشعرهم بالخوف، كما أن المتأمل للواقع الطبي والواقع الاجتماعي يجد أن لا شيء مستحيل فحالات ميئوس منها تمكنت من الإنجاب، لذلك فإن مصطلح صعوبة الإنجاب توحى بوجود عقبة يمكن التغلب عليها. وهو ليس مصطلحا قطعيا ويفتح باب الأمل أمام المرضى.

### 1-3-أنواع العقم: لقد ميز الأطباء بين نوعين من العقم وهما:

#### 1-3-1-العقم الأولي: هو غياب الحمل بعد سنة من العلاقات الجنسية المنتظمة ودون

استخدام موانع الحمل لدى المرأة التي لم تنجب أبدا من قبل.

#### 1-3-2-العقم الثانوي: هو حدوث العقم بعد إنجاب طفل أو عدة أطفال.

### 2-أسباب العقم: تختلف أسباب العقم عند المرأة باختلاف نوع العقم، فإذا كان العقم

أوليا تكون الأسباب عادة عضوية أو هرمونية أو تكوينية، أما بالنسبة للعقم الثانوي فتكون غالبا الأسباب ناجمة عن مضاعفات الولادة العسيرة، أو نتيجة التهابات تصيب الرحم أو النفيرين والناجمة عن الإجهاض.

## الفصل الثاني: العقم

ويرى هورد (Horde, 2014, 1) وفقا لمختلف الدراسات أن ما يقارب 15 إلى 20% من أسباب العقم غير مفسرة السبب بمعنى واحد من خمسة لم يحدد فيها العامل السببي من الوجهة الطبية وأن ما يقارب 80% من أسباب العقم هي عضوية ومحددة طبييا. وتنقسم وفق لمبرارز (Lumbreras, 2009, 6) إلى أسباب مرتبطة بالزوجة تقدر بـ 30% وأسباب مرتبطة بالزوج وتقدر بـ 30% وأسباب مشتركة بين الزوجين تقدر بـ 20%، و 20% المتبقية ترجع لأسباب غير محددة (لم تحدد طبييا بعد)، وسنركز فقط على أهم أسباب العقم عند المرأة.

2-1-1- الأسباب العضوية للعقم: تختلف الأسباب باختلاف مكان الإصابة وتتمثل أهمها في:

2-1-1-1- ضيق المهبل: يعتبر من الأسباب الآيلة للعقم وهي إما تكوينية تعود لقصر

المهبل التكويني، التهاب الأغشية التكوينية، أو عصبية وهي مرتبطة بزيادة الحساسية في الأعضاء التناسلية.

2-1-1-2- حموضة المهبل: يكون السائل المهبل في حالته الطبيعية حامضا ليحمي المهبل

من الجراثيم، ويساعد المنى على الانزلاق في مجرى الدم، لكن إذا زادت درجة الحموضة شلت حركة الحيوانات المنوية، وبالتالي تقل فرص وقوع الحمل. (فاخوري، 1984، 217-220).

2-1-1-3- انسداد قنوات فالوب: قد يكون الانسداد كلي أو جزئي وغالبا ما ينتج عن

التهاب في قنوات فالوب بسبب عمليات الإجهاض أو الولادة أو الأمراض الجنسية مثل السيلان أو الكلاميديا، وفي بعض الحالات النادرة يؤدي عدم اكتمال نمو الأنابيب إلى انسدادهما. (الراس، 2001، 18).

2-1-1-4- اضطرابات التبويض: وهي تشكل حسب هيلين (Helene Coste, 2009, 9)

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

وقد ترجع أسباب هذا الاضطراب حسب ديبوند كادات (Depondt-Gadet, 2011, )

(13) إلى خلل في وظيفة المبيض في حد ذاته أو إلى اضطراب في الإفراز على مستوى القطب

## الفصل الثاني: العقم

ايبوتلاموس ايبوفيزار (Hypothalamo-Hypophysaire) والذي يؤدي إلى اضطراب نضج البويضة.

2-1-5- تناذر تكيس المبايض: يظهر من خلال تضخم وزيادة حجم المبيض مع وجود قشرة بيضاء، لزجة وبراقة، بحيث يحتوي الغلاف الخارجي للمبيض على الأقل على 12 بويضة في مختلف مراحل النضج وأغليبتها غير صالحة. وهذا يؤدي إلى اضطراب الإباضة المزمّن أو إلى انعدام الإباضة مع نقص أو انعدام الطمث. (Gallon, 2011,7)

2-1-6- إعاقات على مستوى الرحم: ترجع إلى تشوهات في الرحم، والأكثر انتشارا هي تلك التي تكون مصاحبة عادة لتشوهات في الجهاز التناسلي وفي الغالب لا تسبب العقم ، لكن لا تسمح باكتمال الحمل. وقد ترجع أيضا إلى عدم وجود الرحم أو صغر حجمه، بالإضافة إلى التصاق بطانة الرحم، وأخيرا أورام الرحم الليلية التي قد لا تكون أيضا سبب مباشرا للعقم، لكنها تلعب دورا في ذلك. (Montambault, 1988, 9).

2-1-7- ارتفاع هرمون الحليب: وهو متكرر بشكل كبير ونجده عند 30% من حالات العقم عند النساء اللاتي يعانين من اضطراب الدورة الشهرية وعند 20% منهن يكون غياب العادة الشهرية ثانويا ويكون سبب ارتفاع هذا الهرمون إما وظيفيا، أو نتيجة وجود ورم. (Barillier, 2012, 67).

2-2- الأسباب النفسية للعقم: لقد أشار الباحثون أن للعوامل النفسية دورا في حدوث العقم عند الزوجين، وهذا ما يؤكد رانزانيسي (Ranzanici, 2008, 19) من أن الأطباء العقلين يولون أهمية كبيرة للجانب النفسي ويؤكدون أنه يشكل عاملا أساسيا في السير المرضي للعقم، بالرغم من أنهم ليست لديهم رؤية واضحة حول ما إذا كان الجانب النفسي هو المسؤول عن العقم أو هو النتيجة، بينما نجد الأطباء الآخرين يشيرون إلى وجود الجانب النفسي فقط في حالة غياب السبب العلمي أو الطبي المفسر لهذه الإصابة. وسنتطرق بشكل مختصر للمقاربتين الفيزيولوجية والتحليلية في تفسير العقم.

2-2-1- المقاربة الفيزيولوجية: إن التفسير الفيزيولوجي للعقم النفسي، ظهر من خلال الفرضية التي ترى أن عوامل الضغط النفسي هي مثيرات تؤدي إلى انفعالات يصاحبها القلق والاكتئاب، والتي تؤدي مع الوقت إلى الحالة المرضية، والسياق الفيزيولوجي لتفسير العقم يركز على القطب ايبوتلامو ايبوفيز سوريناليان (Hypothalamo-hypophyse-surrénalien)

## الفصل الثاني: العقم

الذي ينشط في كل مرة يتعرض فيها الجسم إلى ضغوط فيزيقية أو انفعالية لأجل رفع معدل هرمونات الكليكورتيكويد (Glucocorticoïdes). وعلى المستوى المركزي الفرط في تنشيط هذا القطب يؤدي إلى تنشيط انتاج (GhRh) وهو الهرمون المسؤول عن تنظيم افراز (LH) و(FSH) على مستوى ليوفيز (Hypophyse) وتكون النتيجة تلفا أو فسادا أو تغيرا للوظيفة الانتاجية هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن القليكورتيكويد (Glucocorticoïdes) تستهدف بشكل خاص المبايض وغشاء الرحم لتتلف مسبقا القدرة الانتاجية. وأخيرا الفعل المثبط للهرمونات يمس أيضا الجهاز المناعي بحيث يغير أو يتلف افراز مختلف السيتوكينات (Cytokines)، مما يؤدي إلى انخفاض إضافي للخصوبة. وفي هذا الإطار يرى كوردي وآخرون (Cordier, et al, 2003, 645-646) أن الضغط يعد من بين العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على الخصوبة بشكل مباشر أو غير مباشر وأن الدراسات أظهرت وجود معدلات مرتفعة من الكورتيزول (Cortisol) عند النساء اللاتي لديهن انقطاع في الطمث. كما أظهرت أن الهرمونات المرتبطة بالضغط موجودة في (Placenta)، ما يفسر دور الضغط كعامل محوري في الإجهاض المبكر للحمل. ويشير كلا من وايت وكول (Wright et coll, 1989) أن الضغط وفقا لاستعراض التراث الأدبي يعتبر عاملا من عوامل العقم، هذا من جهة ومن جهة أخرى أن عددا كبيرا من الأزواج الذين يعانون من ضغط مرتفع، هم من بين الأزواج الذين لديهم صعوبات في حدوث الحمل.

### 2-2-2- المقاربة التحليلية: هناك وجهات نظر عديدة فسرت الوجهة النفسية من

بينها:

ما أشار إليه كلا من فور وبراجيي (Faure, Pragier, 1998 , 1554-1555) أن العقم يمكن أن يأتي بعد الحداد أو الصدمة: ويفسر من خلال رفض جسم المرأة لإنجاب طفل، حتى لا يأخذ مكان الشخص الميت، ومثل هذه الحالات تلاحظ بكثرة، وهو أيضا الحال بالنسبة للعقم الثانوي والذي يحدث عند المرأة التي أنجبت مسبقا، ولم تعش الحداد بشكله التام (بمعنى أنها تعيش في حالة إنكار) لأنها فقدت طفلها إما بعد الولادة أو بعد الإجهاض، والعامل النفسي بشكل خاص يتدخل في هذه الحالات و يظهر من خلال الشعور بالذنب، والقلق من كونها ترى نفسها أمًا هادمة وليست لديها القدرة كي تكون (بالقدر الكافي) جيدة. وبالمقابل أو بشكل معاكس نفس نوع القلق يمكن تجاوزه في ظروف مريحة بحيث يظهر الحمل مباشرة بعد التبني.

## الفصل الثاني: العقم

كما نجد أيضا مجموعة من العوامل التي أشار إليها الباحثون والتي يمكن لها أن تساهم في حدوث العقم وأهمها:

-الخوف من الأمومة وأوجاع الولادة التي يمكن أن تكون مشتركة مع أوجاع الزوج.  
-المرأة تشك في قدرتها على أن تصبح أما بسبب أن أبائها لا يمثل بالنسبة لها النموذج الذكري المطمئن والضروري لكل امرأة حتى تحقق رغبتها في الإنجاب ، كما أن أمها من الناحية العاطفية غير معطاءة (لا تملك علاقات حميمة مع أبنائها)، (Thomas, 1990, 103-104).

ومما سبق يمكن القول أنه أيًا كان دور العامل النفسي سواء أكان السبب في العقم أو النتيجة فإن التدخل عن طريق العلاج النفسي بات ضرورة حتمية ليس فقط لرفع نسب الحمل، وإنما أيضا وبشكل أهم للحفاظ على الصحة النفسية للزوجين والوقاية بشكل خاص من مختلف مخلفات الإصابة بالعقم.

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية بإجراء شمل أكثر من "9000" من الأزواج والزوجات المصابين بالعقم بغية استقصاء حالاتهم في إطار برنامج المنظمة والذي يهدف إلى معالجة التوتر النفسي الواسع الانتشار الذي يسببه العقم. (راو و آخرون، 2001، 1).

وترى الباحثة أن هذا خير دليل على الأهمية التي توليها منظمة الصحة العالمية وكذلك مختلف المنظمات الدولية والجمعيات التي تحمل على عاتقها الكشف عن تداعيات الإصابة بالعقم وكذلك اختيار الاستراتيجيات العلاجية الكفيلة بالتخفيف من هذه التداعيات والوقاية منها.

2-3- أسباب أخرى للعقم: لقد أشار الباحثون إلى وجود مجموعة من العوامل المختلفة التي قد تؤدي إلى العقم ومن أهمها:

2-3-1-العمر: يعد العمر العامل الأساسي الذي يؤثر على خصوبة الزوجين، ويُعد عمر المرأة عاملا أساسيا، حيث في سن لـ"25" تكون الخصوبة في ذروتها ثم تتناقص ببطء بعد "35" سنة وهذا ما أكدته كلا من منظمة التعاون والتطور الاقتصادي (OCDE) ومنظمة الصحة العالمية (OMS)، (Ranzanici, et al, 2008, 12-13) وفي هذا الإطار يؤكد البروفيسور روناتو فونشيين (Renato Fanchin) في اليوم الوطني للعقم بفرنسا أن العمر يعد أحد الأسباب الهامة في حدوث العقم وهذا بسبب الشيخوخة التي تصيب المبيض والتي تؤدي إلى

نقص وضعف وظيفته، وينصح بأنه من الأفضل الإنجاب قبل سن "35".- (Poisson-  
4) Deléglise, 2014).

**2-3-2- عوامل أخرى:** هناك عوامل مختلفة قد تؤثر على خصوبة الزوجين وهذا ما يشير إليه فيشي وهيبير (Fischi, Huber, 2003, 362) من أن الدراسات التي تؤكد سببية العوامل البيئية في حدوث العقم محدودة بسبب صعوبات في التمويل، ويشير إلى تأثير بعض هذه العوامل وهي التلوث، المواد السامة المختلفة بالإضافة إلى التدخين وتناول الكحول بشكل مفرط، أيضا درجات الحرارة المرتفعة التي تؤثر بشكل خاص على تكوين المنى عند الرجل وتأثير هيدرات الكربون الملون على خصوبة المرأة، وفي هذا الإطار يشير الفاراز (Alvarez, 1, 2010) من خلال دراسته حول أهم العوامل السامة التي يمكن أن تؤثر على خصوبة الزوجين وكذلك نوعية جودة الحياة عندهم وذلك خلال الفترة ما بين "2007" و "2010" وذلك على عينة قوامها "380" من الأزواج الذين يعانون من العقم وهذا أثناء تقدمهم للفحص في مراكز التلقيح الاصطناعي (PMA). وكانت نتائج الدراسة كما يلي: التدخين عند 55% من النساء و 60% من الرجال، المواد المضادة لسقوط الشعر عند 30% من الرجال، اضطرابات النوم عند 20% من النساء والرجال ومضادات الاكتئاب عند 30% و 15% من الرجال و 42% لديهم اضطرابات في العلاقات الزوجية، وتناول الكحول بشكل مستمر عند 15% وبعد الكشف عن هذه النتائج تم التكفل النفسي بهذه العينة وكانت النتيجة أن 35% من هؤلاء الأزواج تم عندهم الحمل بشكل تلقائي، ومن ثم فإن الأخذ بعين الاعتبار لهذه العوامل سيسمح بتحقيق الوقاية في وسط الشباب وهذا من خلال نشر الوعي في المجتمع من طرف المختصين في المجال الطبي مما سيؤدي إلى تحسين الخصوبة الطبيعية.

وترى الباحثة أن هناك عوامل مختلفة تؤثر على الخصوبة وليست فقط الأسباب المعروفة لذلك تعد الوقاية هي أفضل وسيلة للحفاظ على الخصوبة الطبيعية ولا يتأتى ذلك إلا بنشر الوعي في وسط المجتمع من خلال إتباع استراتيجيات عديدة من بينها مثلا إجراء أيام دراسية وتحسيسية من طرف المختصين للإشارة إلى مختلف هذه العوامل وغيرها وكيفية الوقاية منها.

### **3- تشخيص العقم:** يعد التشخيص المفتاح الأساسي للعلاج. لهذا بمجرد مرور بضعة

أشهر دون حدوث الحمل تسارع المرأة للفحص، وتبدأ سلسلة الفحوصات المختلفة والتي تطال الزوج أيضا، خاصة في الآونة الأخيرة أين تم إثبات أن الرجل يشارك المرأة نفس الحظوظ أو

## الفصل الثاني: العقم

أكثر في حدوث العقم، ويختلف المدى الذي يجب أن يبلغه استقصاء الزوجين باختلاف الأوضاع السريرية وتتمثل أهم خطوات الفحص والتشخيص عند المرأة فيما يلي:

**3-1- الفحص الطبي الأولي:** يتم هذا الفحص خلال الزيارة الأولى ويضم مرحلتين، بحيث تتمثل المرحلة الأولى في جمع المعلومات، والمرحلة الثانية تتمثل في القيام بالتحاليل والفحوصات.

فيما يخص مرحلة جمع المعلومات يتم خلالها البحث عن السوابق المرضية والتي تكون بطريقة منهجية ومنظمة. وتعد مدة العقم عاملا مهما في مآل الحالة فيما بعد. (Faculte de Médecine, 2005, 250) وتتمثل أهم هذه المعلومات في معرفة الحالة المدنية، عمر المرأة الحياة التناسلية من خلال التعرف على تاريخ أول دورة شهرية عند المرأة، كيفية مرور مرحلة البلوغ عندها، انتظام ومدة الدورة الشهرية، آلام الحيض، السوابق الجراحية، السوابق المرضية، العادات اليومية. هذا بالنسبة لحياة المرأة، أما حياتها الزوجية فتتمثل في معرفة تاريخ الزواج، معرفة تاريخ الرغبة في الطفل، الحياة الجنسية: عدد مرات الجماع، صعوبات الجماع، هل تم استخدام وسائل منع الحمل من قبل وما هي هذه الوسائل ومتى تم التوقف عن استخدامها... الخ. (Ayoubi, 2005, 3).

**3-2- الفحص السريري:** يتضمن فحص سريري شامل ويضم: الفحص العام والفحص المتخصص، ويتضمن الفحص الأول: الكشف عن الطول، الوزن، وعن علامات اضطراب الغدد مثل: وجود الحليب في الثديين مثلا. أما الفحص الثاني فيتضمن فحص عنق الرحم للبحث عن التهابات أو اضطرابات على هذا المستوى، قياس درجة الحرارة بانتظام لمدة على الأقل ثلاثة أشهر وتسجيل نتائجها في جدول خاص لمعرفة مدى تنظيم التبويض. (Saurel, 2013, 69). أيضا الفحص من خلال جهاز الأشعة فوق الصوتية. بعد إجراء مختلف الفحوصات السابقة يتم المرور إلى طلب التحاليل الطبية والتي تتمثل أهمها في (FSH, LH, PRL, THS ...) وهذا لتأكيد أو نفي بعض احتمالات التشخيص التي تم وضعها مبدئيا ووفقا لما سبق يتم تقديم فحوصات أكثر دقة تتمثل أهمها في:

أشعة الرحم الملونة (Hystérosalpingographie) وهو في الغالب فحص نموذجي يهدف للكشف عن قنوات فالوب. (Imthurn, et al, 2008, 127).

## الفصل الثاني: العقم

منظار الرحم (Coelioscopie) هذا الفحص الطبي يطلب من المريضة في حالة الشك في وجود اضطراب على مستوى قنوات فالوب (خاصة في حالة سوابق جراحية على الزائدة الدودية، أو على مستوى الحوض، أو التهابات...)، وهذا بهدف تشخيصي من جهة، ومن جهة ثانية بهدف علاجي من خلال تصحيح التشوهات التي يمكن الكشف عنها. (Antoine et al, 2010, 689).

Hysteroscopie وهو فحص ثانوي يطلب في حالة الشك في وجود تشوهات في الرحم مثل: وجود ورم داخل الرحم، وفي حالة وجوب استخدام الجراحة التصحيحية. (Comeau, 2002, 48)

وبعد الاطلاع على مختلف المعلومات التي جمعت والتحليل الطبية والفحوصات يمكن تحديد التشخيص المناسب وهو يختلف بشكل عام من حالة لأخرى.

ولقد حددت منظمة الصحة العالمية فئات التشخيص وهذا من خلال الدراسة التي قامت بها والتي تهدف إلى محاولة تحديد سبل التشخيص عند الأفراد الذين يعانون من العقم، بحيث عند استكمال الاستقصاءات تدرج حالة الزوجة في واحدة أو أكثر من فئات التشخيص الجيدة التحديد والبالغ عددها "22" والتي يمكن أن تقوم المعالجة على أساسها. (راو و آخرون، 2001، 41).

لكن هناك بعض الحالات تكون فيها مختلف الفحوصات والتحليل سليمة، لكن لا يحدث الحمل، ويبقى التشخيص مفتوحا، وفي هذه الحالة يسمى العقم بالعقم الغير مفسر ويرى عطية (Athea, 2005, 1536-1537) أنه في حالة غياب السبب الطبي الذي يفسر العقم، فإن وضعية سواء الأطباء أو المرضى تكون صعبة جدا، لإن اختيار التقنية العلاجية من طرف الأطباء تكون وفق سبب العقم، وفي هذه الحالة سيكون من الضروري محاولة الطبيب اختيار التقنية العلاجية المناسبة، ويؤكد أن دوره كمختص يتمثل قبل كل شيء في وصف مختلف صعوبات العلاج المتطور من فحوصات وأدوية والتي ستخترق في الغالب جسد المرأة، وتوضيح كل ما يرتبط بها من آثار والتي تتمثل أهمها في تدهور حياة الزوجين، الاختلال في الوظيفة وأيضا الاستثمار العاطفي وخطر التعرض للإحباط... وبالرغم من كل ذلك فإن المرضى يرون : " بأنه يجب فعل كل شيء، حتى لا يشعروا بالندم والحسرة بعد ذلك ، فعدم



## الفصل الثاني: العقم

القيام بذلك يعني أنهما لا يريدان الطفل "" وفي الغالب المرضى مستعدون لتكبد عناء كل شيء لزيادة فرص احتمال حدوث الحمل.

وترى الباحثة أن التشخيص الصحيح هو الوسيلة الأنجع لاختيار الطريقة العلاجية المناسبة وهذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي:

**4- علاج العقم:** إن الخيارات العلاجية ترتبط دائما بالحالة العامة للزوجين، بحيث تؤخذ العديد من المعالم الفردية بعين الاعتبار وهذا يسمح باختيار الاستراتيجية العلاجية المناسبة لكل حالة وأثناء العلاج يجب على الطبيب المختص حسب (السالم، 1994، 9) الأخذ بعين الاعتبار لثلاث عوامل أساسية هي: عمر المرأة، مدة التعرض للحمل، العوامل الطبية المسؤولة عن العقم (التشخيص). وسنتطرق إلى أهم الطرق العلاجية وهذا حسب سهولتها ودقتها:

**4-1- العلاج بالفيتامينات:** هي مواد طبيعية مضادة للأكسدة تسمى (Fertil pro md) وهي خليط من الفيتامينات والأملاح ومكملات أخرى تهدف إلى تحسين الخصوبة ورفع نسب الحمل. (Fortin, 2014, 1).

**4-2- العلاج الهرموني:** إن عدم الإباضة يشكل أحد الأسباب الرئيسية لعدم الحمل ، وعادة وباستخدام الدواء المناسب فإن نسبة نجاح عملية تحريض الإباضة قد تصل إلى 90% ويتم متابعة نمو البويضات، ومن ثم تحديد موعد الإباضة وتنظيم المعاشرة الزوجية. وتعتمد طرق العلاج الحديث على إعطاء مشابهاة الهرمونات المنشطة للغدة النخامية لمنعها من إفراز الهرمونات المنشطة للمبايض وغيرها من الوصفات الدوائية.

**4-3- العلاج الجراحي:** هناك طرق عديدة للجراحة تختلف باختلاف الحالات وتتمثل أهمها في:

**4-3-1- علاج التصاقات منطقة الحوض وانسداد قنوات فالوب:** يتم فتح وتسليك الأنابيب وإزالة الالتصاق بواسطة الجراحة عن طريق المنظار.

**4-3-2- علاج هجرة بطانة الرحم:** الوسيلة الأمثل في هذه الحالة هي الجمع بين العلاج الدوائي والجراحي حيث يتم إعطاء العلاج الدوائي مما يؤدي إلى ضمور الأكياس أو التجمعات الدموية ثم يتم استئصال ما تبقى منها.

4-3-3- علاج تكيس المبايض: عند فشل العلاج الدوائي يتم اللجوء إلى إجراء عملية كي للمبيضين باستخدام المنظار. (الراس، 2001، 23-24)

4-4- العلاج بالتلقيح الاصطناعي: يعتبر من العلاجات الحديثة التي أثارت ثورة علمية في مجال الإنجاب وسيتم الإشارة إليه بشكل مفصل في العنصر الموالي:

5- التلقيح الاصطناعي: تعد هذه التقنيات ثورة علمية في مجال الإنجاب وقد ظهرت البدايات الأولى لهذه التقنيات أو ما يسمى بالإخصاب داخل الأنبوب سنة 1803 وإلى غاية 1973 تم إجراءها على الإنسان، وبعد العديد من المحاولات والأبحاث تمكن الطبيبان البريطانيان ادواردس وستبتو (Edwards, Steptoe) من النجاح وكانت أول عملية إخصاب خارج الجسم تكلل بالنجاح التام، وولد أول طفل أنابيب في العالم وسميت لويس براون (L. Brown). والتي تبلغ من العمر الآن "37" سنة وقد تحصل حسب سيسمان (Sussman, 2011) (17) الطبيب البريطاني ادواردس روبرت على جائزة نوبل في "2010" على انجازاته الطبية في مجال الإنجاب، ومنذ ذلك العام حوالي أربعة ملايين طفل ولدوا من خلال العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي في المختبر.

ويرى سبدون (Sebdon, 2005, 216) أن تطور هذه التقنيات العلاجية الخاصة بصعوبات الإنجاب قد زاد بشكل سريع جدا في "25" سنة الأخيرة ، مما أدى إلى التزايد المستمر في عدد الأزواج الذين يلجأون للعلاج بهذه التقنيات. وبالرغم من كل هذه النجاحات التي تحققت في مجال الإنجاب إلا أن عدد الأفراد الذين يعانون من العقم وفق ريقو (Rigol, 2012) (1) هم حوالي "80" مليوناً في العالم.

إن المساعدة الطبية للإنجاب أو ما يسمى (Assistance médicale a la procréation) تعتبر حسب ماندلبوم (Mandelbaum, 2011, 14) مجموعة من التقنيات، أو ما يسمى بالطب الحديث للعقم أين يتم عرض القصة المرضية لكل زوج على فريق من المتخصصين، وهذا من أجل اقتراح التقنية الطبية المناسبة.

5-1- تعريف التلقيح الاصطناعي: هو عبارة عن كل عملية أو صورة يتم بموجبها تلقيح بويضة الأنثى، بحيوان منوي من الرجل، من غير الاتصال الطبيعي والجنسي بين الرجل والمرأة. (عبد الله، 2004، 254).

## الفصل الثاني: العقم

وترى الباحثة أن التلقيح الاصطناعي هو ليس علاجاً نهائياً للعقم (إزالة السبب)، إنما هو عملية مساعدة على الحمل، وهذا من خلال التحكم في عملية التبويض هرمونيا واختيار الحيوانات المنوية المناسبة في المخبر بعد تحضيرها لتتم عملية التخصيب وفق الطريقة العلاجية المناسبة.

5-2- أنواع التلقيح الاصطناعي: تختلف تقنيات العلاج بالتلقيح الاصطناعي من حالة لأخرى، وفق عوامل مختلفة مثل: أسباب العقم، السن، الحالة الصحية لدى الزوجين، مدة العقم، أنواع العلاج السابقة وهي تقسم إلى الإخصاب داخل الرحم (I.A) والإخصاب خارج الرحم والذي ينقسم بدوره إلى (F.I.V) و (I.C.S.I) وسنتدرج في ذكر هذه التقنيات ومراحلها من الأيسر إلى الأبعد.

### 5-2-1- التلقيح الاصطناعي باستخدام عينة السائل المنوي للزوج

(Insemination Artificiel ou Intra- utérine) أو ما يسمى بالإخصاب داخل الرحم: إن أول عملية من هذا النوع أجريت من طرف الجراح جوهن هنتر (Johen,H) سنة "1790" و كللت التجربة بالنجاح. (Mandelbaum, 2011, 14).

وهي تقنية بسيطة وغير مؤلمة، تتمثل في حقن السائل المنوي للزوج المحضر مسبقاً في المختبر وذلك داخل رحم المرأة عن طريق قسطرة خاصة، وهي تستخدم وفق هاريس و وانر (Harpes, Wagner, 2001,11) في حالة عقم أو ضعف الخصوبة عند الرجل (نقص في عدد الحيوانات المنوية، ضعف الحركة... ) أو في حالة وجود عائق في مخاط عنق رحم المرأة (غياب المخاط، نوعية المخاط غير جيدة). وتتمثل أهم مراحلها في:

- اختيار الحيوانات المنوية المناسبة (جيدة الحركة والشكل).

- تنبيه أو استحثاث المبيضين باستخدام الحقن الهرمونية، مع متابعة تطور عملية التبويض عن طريق التحاليل الطبية والفحص عن طريق جهاز الأشعة فوق الصوتية لمعرفة التوقيت المناسب للعلاج.

- عند الحصول على حجم مناسب للبويضات يتم حقن المرأة من جديد لإطلاق البويضة، وبعد "36" ساعة يتم وضع السائل المنوي داخل الرحم.

- وقد يتم حقن الزوجة بالسائل المنوي للزوج الذي تم تجميده سابقاً والذي تم تحضيره لهذه

العملية وهذا في حالات خاصة. (Lemaire, s,n,10)

## الفصل الثاني: العقم

ولقد حدد الأطباء طريقتين للتلقيح الاصطناعي باستخدام عينة السائل المنوي للزوج، وتتمثل الطريقة الأولى في حقن السائل المنوي في عنق الرحم، أما الطريقة الثانية فتتمثل في إدخال السائل المنوي في داخل القناة الرحمية، أو في قنوات فالوب. (Ouedraogo, 2014, 7).

وترى الباحثة أن هذه التقنية العلاجية هي من أبسط التقنيات الحديثة المستخدمة في علاج العقم وتعتبر أيضا التقنية الأولى التي يلجأ إليها الأطباء بعد فشل العلاج الدوائي والجراحي في أغلب الأحيان، وهي تستخدم بغرض تسهيل عملية الحمل، وتسمى أيضا بالتلقيح الداخلي، وفي حالة فشل هذه التقنية التي يمكن تكرارها ثلاث مرات كأدنى حد وست مرات كأقصى حد يمكن اللجوء إلى التقنية الثانية (F.I.V).

### 5-2-2- أطفال الأنابيب (-Fecondation In Vitro - F.I.V) الإخصاب خارج الرحم:

وهي التقنية الأولى من تقنيات الإخصاب خارج الرحم، ويعد الخامس والعشرون من شهر جويلية "1978" تاريخ ولادة أول طفلة في العالم بهذه التقنية وتعد التقنية الوحيدة التي قضت على عقم انسداد قنوات فالوب. (Mandelbaum, 2011, p15). وفي هذا الإطار يرى كارولين (Caroline, 2011, 26) أن هذه التقنية معقدة وتتمثل في تلقيح بويضة بحيوان منوي خارج رحم المرأة، بحيث يكون التلقيح بشكل تلقائي.

وتقدر نسبة نجاحها بـ30% وتتنخفض هذه النسبة مع ازدياد عمر المرأة.

(Lumbreras, 2009, 12) وأهم الحالات المرضية التي تستخدم فيها هذه التقنية هي: عندما تكون نوعية الحيوانات المنوية غير جيدة، وجود معيقات تمنع التقاء الحيوان المنوي بالبويضة مثل: تشوه أو خلل على مستوى قنوات فالوب. (Agence Biomedical, 2010, 8).

وتتمثل أهم مراحلها فيما يلي:

### 5-2-2-1- التحفيز (التنبيه) الهرموني للمبيضين: ويسمى أيضا التنبيه المفرط والمراقب

للمبيضين، ويتم من خلال حقن المريضة (الزوجة) بهرمونات محفزة للتبويض وذلك بهدف الحصول على نمو متزامن للعديد من البويضات هذا من جهة، ومن جهة ثانية من أجل سحب بويضات أو حويصلات عديدة. وتتم مراقبة التبويض عن طريق جهاز الأشعة فوق الصوتية المهبلية، ومن خلال التحاليل الهرمونية، وعندما تصل الحويصلات المبيضية (أكياس البويضات) إلى الحجم المناسب، يتم إعطاء حقنة (HCG) من أجل إنضاج البويضات ليتم سحبها.

### 5-2-2-2-2- سحب البويضات الناضجة عن طريق المهبل (Ponction Folliculaire):

تتم مع المراقبة عن طريق الأشعة فوق صوتية، وهذا بعد التخدير العام أو الموضعي للمريضة.

### 5-2-2-2-3- تحضير البويضات في المختبر: وفي هذه المرحلة يتم فحصها لأنه قد لا

تحتوي كل الحويصلات المبيضية على البويضات.

### 5-2-2-2-4- تحضير عينة السائل المنوي: يتم تحضير السائل المنوي في مختبر

الإخصاب، بحيث تؤخذ فقط الحيوانات المنوية الجيدة (الحركة والشكل) وقد يتطلب الأمر عينة أخرى، وفي حالات خاصة قد تستخدم حيوانات منوية مجمدة، بعد تحضيرها.

### 5-2-2-2-5- التلقيح الخارجي (Fécondation In Vitro): تتم هذه العملية من خلال

الجمع بين البويضات الناضجة التي تم استخراجها والحيوانات المنوية التي تمت معالجتها في المختبر، وهذا داخل حاضنة تحتوي على سائل مغذي و تكون الحرارة "37" درجة، ويكون تلقيح البويضة من طرف الحيوان المنوي بشكل تلقائي مثل ما يحدث في التلقيح الطبيعي، لكنه يكون فقط خارج رحم (In Vitro) المريضة. (Agence Biomédecine, 2011, p 19-20). وتضيف لمبرارز (14, Lumbreras, 2009) أن فترة ترك الحيوانات المنوية مع البويضة تتراوح بين "4" إلى "20" ساعة وحيوان منوي واحد فقط جيد الحركة هو الذي سيلتقح البويضة. والبويضة الملقحة تظهر في شكل خلية مقسمة إلى قسمين وتسمى هذه المرحلة (zygote)، وعندما تصبح في مرحلة مضغفة يتم نقلها.

### 5-2-2-2-6- نقل الأجنة أو "المضغفة" (Embryon): بعد يوم أو يومين تنقل الأجنة إلى

الرحم بطريقة غير مؤلمة، وهذا عن طريق حقنها في الرحم من خلال قسطرة عن طريق المهبل ويكون النقل تحت المراقبة عن طريق الأشعة فوق الصوتية، وهذا لضمان وضعها في المكان المناسب، وبعد تقريبا "12" يوم بعد النقل، يتم التحقق من حدوث الحمل أو عدمه عن طريق تحاليل الدم.

### 5-2-2-3- التلقيح المجهري (Fécondation In Vitro avec Injection Intra-)

(Cytoplasmique du Spermatozoïde – ICSI): وتسمى أيضا (F.I.V. avec Micro Injection) وهي تقنية أكثر تعقيدا من سابقتها وبدأت الأبحاث المتطورة لعلاج حالات العقم المستعصية عند الرجال وإلى غاية عام "1992" أين تم تحقيق النجاح ولأول مرة بعدما أعلن

## الفصل الثاني: العقم

فريق طبي بلجيكي نجاح تطبيقها على الإنسان، وأصبحت العلاج الأمثل في حالات انعدام الحيوانات المنوية في السائل المنوي أو اضطرابات شديدة في حركة الحيوانات المنوية. وحدثا تطورت الأبحاث في هذه التقنية، وأصبحت ( Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection ) بحيث يمكن فحص الحيوانات المنوية بشكل مكبر جدا ستة آلاف مرة بدل من أربع مئة ويمكن أيضا كشف التشوهات الموجودة على مستوى رأس الحيوان المنوي من أجل تحديد الاختيار الأمثل، لكن لا توجد إلى حد الآن أبحاث تؤكد تحسن دال للنتائج حول هذا التطور. (Mandelbaum, 2011, 16-17)

وتتمثل هذه التقنية العلاجية المتطورة وفق فيشي وهيبير (Fishi et Huber, 2003, 366) في استخلاص الحيوانات المنوية من الخصية أو سحبها من الخصية بواسطة إبرة ، ثم يتم حقن حيوان منوي واحد مختار داخل سيتوبلازم البويضة، وهذه التقنية الميكروجرافية عالجت حالات مستعصية من العقم عند الرجال. وهي لا تختلف في مجمل مراحلها عن (F.I.V) فقط في المرحلة ما قبل الأخيرة مرحلة التلقيح لا تكون بشكل تلقائي، وإنما يحقن الحيوان المنوي مباشرة في داخل سيتوبلازم البويضة وهذا لتسهيل عملية اختراق النواة، وتجنب عبء اختراق جدار البويضة. ويشير بروشي ودبري (Brochier, Debry, 2010, 14) أن هناك من يدعو للحذر عند استخدام هذه التقنية العلاجية المتطورة، وهذا للعديد من الأسباب أهمها: الخوف من انتقال الأمراض الجينية إلى الطفل، أيضا السائل الذي يوضع فيه الحيوان المنوي قبل حقنه في البويضة، هو عبارة عن مادة لزجة وعندما يتم حقن الحيوان المنوي في البويضة، تحقن معه بكمية قليلة، وليومنا هذا لا توجد وسائل موضوعية تسمح بالكشف عن وجود هذه المادة في الخلايا الأصلية عند الجنين، وأي اضطراب (تشوه) قد يظهر، قد لا يكتشف إلا بشكل متأخر.

ويرى بينلوب ترود (Penelope Troude , 2011, 20-21) أن نسب نجاح التلقيح الاصطناعي تطبيقيا وفقا لدراسة أجريت في ثمانية مراكز فرنسية على عينة تقدر بـ"6500" زوج بين سنة "2000" و"2002" هي كما يلي: في المحاولة العلاجية الأولى 27% وفي المحاولة العلاجية الثانية 34% وفي المحاولة العلاجية الثالثة 42% كما أشارت الدراسات إلى أن عدد كبير من الأزواج يتركون العلاج بعد فشل المحاولة الأولى وأن ما يقدر بـ48% لا يصلون إلى المحاولة الرابعة، وأن هذا العدد كبير بالنسبة لبلد تتم فيه هذه التقنية بشكل مجاني. ويفسر هذه النتيجة بالصعوبات الهامة الفيزيائية والنفسية التي تكتنف هذه التقنية ويصفها (بمشوار

## الفصل الثاني: العقم

المحارب ) هذا من جهة ومن جهة ثانية فقد ترتبط هذه النتيجة بنسب نجاح هذه التقنية التي تختلف من زوج لآخر.

ويمكن القول أنه مثلما حققت هذه التقنيات العلاجية النجاح في معالجة العديد من مشاكل الخصوبة التي كانت مستعصية في السابق، وأعدت الأمل للكثير من المرضى، إلا أن هناك بعض الآثار الجانبية التي أظهرتها نتائج الأبحاث والدراسات وهذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي: وهذا بلا شك دليل على عظمة الخالق فما هو طبيعي لا يمكن أن يضاهيه أي شيء.

### 5-3- الأثار الجانبية للعلاج بالتلقيح الاصطناعي:

5-3-1- تناذر فرط التحفيز المبيضي: يعتبر هذا التناذر من أكثر الاضطرابات انتشارا ويمثل نسبة 5% عند النساء اللاتي تلقين التلقيح الخارجي (F.I.V) وتظهر أعراضه من خلال: آلام في البطن، الشعور بعدم الراحة والغثيان، مما يتطلب مراقبة خاصة، وعلى نحو مشترك يتفق الباحثون على أن 0,5% إلى 1% من الخاضعات للتلقيح تظهر لديهن أعراض من مثل: انتفاخ في البطن، غثيان، قيء، نقص في إنتاج البول، وبعض الصعوبات في التنفس، مما يستدعي الدخول إلى المستشفى والمراقبة وتلقي العلاج. (Kennedy, 2005, 2).

### 5-3-2- المشكلات الناتجة عن شطف البويضات: أهم ما يظهر من تعقيدات بعد شطف

البويضات هي:

- نزيف دموي وأعراضه: الشعور بالتعب، الغثيان، انخفاض الضغط العام بشكل سريع

جدا.

- العدوى: وهي نادرة تقريبا 1% ومن أهم أعراضها: التعب، ارتفاع درجات الحرارة ،

القيء وتظهر هذه الأعراض بعد ساعات فقط، أو بعد بضعة أيام من الشطف، قد يزداد الخطر إذا كانت هناك سوابق الإصابة بالتهاب البوق الرحمي.

-التواء المبيض: وهو اضطراب نادر الحدوث، لكنه موجود وهو يحتاج إلى تكفل وعناية

خاصة وسريعة أهم الأعراض التي يتميز بها هي: آلام على مستوى البطن، تعب، الشعور بالدوار انخفاض الضغط الدموي العام بشكل سريع، وهذا بعد أقل من 11 ساعة من شطف البويضات.

### 5-3-3- الحمل خارج الرحم: وتتمثل أهم أعراضه في آلام في البطن والحوض، تعب،

درجة حرارة مرتفعة تفوق 38,5 درجة، بعد بضع ساعات أو أيام من زرع البويضة الملقحة

## الفصل الثاني: العقم

والتشخيص والتكفل الطبي لا يختلف عن ما هو معهود عنه في الحالات الكلاسيكية.  
(Hasser-Gallon, 2011,20).

**5-3-3- تكرار الحمل المضاعف:** إن الحمل المضاعف يتضمن ثلاثة أجنة فأكثر، وهذا يعتبر حمل خطير، أين تكون التعقيدات مضاعفة (ارتفاع الضغط الدموي، الولادة المبكرة...) بالإضافة إلى صعوبات الولادة، والتي تؤدي إلى ارتفاع هام في عدد الولادات القيصرية. (Hamza, 1998, 3). ونظرا لهذه المخاطر شرعت العديد من الدول في خفض عدد الأجنة التي يتم زرعها أو نقلها إلى رحم الأم إلى عدد محدود. وتوضح دراسة أجريت في كندا إلى أن نقل جنين واحد إلى رحم الأم يرتفع من 1,6% إلى 50% وهذا خفض خطر الحمل المتعدد من 32% في سنة 2009 إلى 18,4% في سنة 2012. (Lessard, Parent, 2012, 23).

**5-3-4- التلقيح الاصطناعي وخطر الإصابة بالسرطان:** الدراسات التي أجريت في هذا المجال لحد الآن لم تؤكد وجود خطر الإصابة مرتبط بتبنيه المبيضين، وهذا لا ينفي وضع بعض الحالات تحت المراقبة في حالة وجود سوابق عائلية بوجود المرض. (Hasser-Gallon, 2011).

هذا فيما يخص بعض المخاطر التي يمكن أن تسببها عمليات التلقيح الاصطناعي على المريضة، أما فيما يخص حالة (المولود) الطفل بعد نجاح العلاج، فتشير نتائج الدراسات التي أجريت حول إمكانية إصابة الأطفال بتشوهات خلقية إلى ظهور تشوهات هامة تقدر بـ 9,5% عند استخدام تقنية (FIV) و 9,7% عند استخدام تقنية (ICSI) أما في حالة الحمل الطبيعي فتقدر بـ 6,9%. وهذا يوضح درجة الخطر بالإصابة بالتشوهات في حالة الحمل عن طريق الإخصاب المساعد (الطبيبة) مقارنة بالحمل الطبيعي. (Castonguay, Strubb, 2013, 13). ومن خلال ما سبق نجد أن هناك مراحل عديدة تمر بها عملية التلقيح الاصطناعي وأغلب هذه المراحل ترتبط بجسد المرأة لذلك سنتطرق في العنصر الموالي إلى المعيش النفسي للزوجين أثناء هذا العلاج خاصة المرأة.

**5-4- المعيش النفسي للأزواج أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي:** إن اللجوء إلى العلاج بالتلقيح الاصطناعي يكون في أغلب الأحيان بعد فشل العديد من المحاولات العلاجية الدوائية أو الجراحية، وهذا ما يجعل من خوض تجربة التلقيح الاصطناعي أمر صعبا يكتنفه الأمل والخوف



ومشاعر عدة مختلفة ومتداخلة ولقد أنجزت العديد من الدراسات في هذا المجال وجلها تؤكد أن تجربة التلقيح الاصطناعي من أصعب تجارب العلاج التي يعيشها الزوجان، وفي هذا الإطار يشير جاوول (Jaoul, 2011, 24) وهو طبيب نفسي بقسم التلقيح الاصطناعي بمستشفى (Poissy Saint-Germain) أن تشخيص العقم في حد ذاته يعاش كصدمة كبيرة، تشبه آثارها آثار الحداد أو فقدان (الموت)... وبالرغم من أن العلاج بالتلقيح الاصطناعي يفتح باب الأمل أمام الأزواج إلا أنه لا يمح آثار الصدمة، بل في أغلب الأحيان يزيد من حدة آثارها... وهو يرى أن ألم العقم يفعل الآلام القديمة، وأن ألم معاش التلقيح الاصطناعي يدعم ألم معاش العقم وبالتالي يحدث ما يسمى بالدينامية الدائرية. وأن مراكز التلقيح الاصطناعي تعاش فيها وضعيات نادرة أو خاصة في الطب، أين نعالج شخص من أجل مرض شخص آخر، حيث نجد أنه مهما كان سبب المرض أو مسببه، فالمرأة هي التي تتلقى العلاج، وتكون دائما في قلب الحدث، وهي التي تعيش وضعية إصلاح عقم زوجها. لذلك يعد معاش المرأة في مراكز التلقيح الاصطناعي استثنائيا، فهي من تتحمل أعباء الأدوية وآثارها الجانبية وأعباء مختلف مراحل التقنية العلاجية سواء كانت هي السبب في العقم أو زوجها وهذا ما يضاعف من معاناتها وهذا ما توضحه الوكالة البيوطبية (Agence de la biomédecine, 2010, 16) من أن المرأة تشعر بالإحباط الغضب، الوحدة وترى أن زوجها لا يفهمها وأنه تخلى عنها وهي الوحيدة التي تعاني.

ويشير جاوول (Jaoul, 2011, 26) أن الأمل الذي يعلقه الأزواج على نجاح العلاج أثناء المحاولة الأولى كبير جدا بالرغم من المعلومات التي تعطى للأزواج على نسب النجاح وهذا ما يسبب في الغالب الإحباط الشديد الذي يشعر به الزوجان عند فشل العلاج (عدم حدوث الحمل) ويضيف أن العديد من الدراسات تؤكد أن عدد الأزواج الذين تخلوا عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي لأسباب نفسية بعد المحاولة الثالثة لا يستهان بهم، وهذا بالرغم من التأكيد على المأل المشجع للعلاج. وهذا لأن إجراءات التلقيح الاصطناعي واقعا ثقيلة جدا، لما يكتنفها من آلام بسبب الحقن اليومية، والمواعيد المختلفة للقيام بتحليل الدم والفحوصات عن طريق جهاز الأشعة فوق الصوتية، ناهيك عن الشكوك التي تحوم حول نجاح هذا العلاج. ويضيف رازانسي (Ranzanici, 2008, 36) أنه بالإضافة إلى إجراءات شطف البويضات ومخاطرها، وفترات انتظار تلقيح البويضة ومن ثم حقنها في حالة نجاحها فإن الإجراءات الأصعب هو انتظار النتيجة والكشف عن وجود الحمل أو عدم وجوده. وفي هذا الإطار يشير

## الفصل الثاني: العقم

لينين (Lenin, 1997) إلى أنه بالرغم من التقدم الطبي والتكنولوجي الذي يعطي الأمل للأزواج إلا أن العلاج يتطلب جهدا عقليا كبيرا مما يسبب التعب وفقدان الخصوصية الزوجية بالإضافة إلى بعض الأدوية التي لها آثار جانبية كإخفاض الرغبة الجنسية، عدم استقرار المزاج، القلق، الأرق، النشاط الوجداني (Boronz, 2000, 122).

ويرى جاوول (Jaoul, 2011, 37) أن مشروع إنجاب طفل هو المشروع الأقل وعيا وأحد الأكثر المشاريع الإنسانية صعوبة، وهو القوة التي تدفع بعض الأزواج إلى المضي بعيدا في محاولات الإنجاب (قد تصل إلى حد 30 تنبيه للمبايض ومبالغ مالية خيالية). وفي حالة فشل المشوار العلاجي في مراكز التلقيح يمكن أن يترك آثارا خطيرة على الزوجين (اضطراب تقدير الذات، الضغط، اضطراب الحياة الزوجية)، وهذا ما تؤكدته نتائج الدراسة التي قام بها حول المعيش النفسي للعقم وعلاجه وتوصل إلى:

أن تشخيص العقم غالبا ما يؤدي إلى مشاعر مختلطة تتمثل في:

الحزن: وهذا راجع لأنهم يجب أن يتقبلوا بأنه لا يمكنهم أن ينجبوا بالطريقة الطبيعية.

الضغط: راجع للرغبة بأن يصبحوا أولياء.

الاكتئاب: راجع للإدراكات التي يحملونها.

ويعيش الزوجان هذه الفترة بشكل مختلف فإذا كان الزوج هو مسبب العقم، فهو يعيش هذا التشخيص كإصابة في رجولته، أما بالنسبة للمرأة فهي تربط بين التشخيص والمرض، وغالبا ما تعاش هذه المرحلة عندها على أنها مرحلة شك.

أن مرحلة العلاج بالتلقيح الاصطناعي تتميز بما يلي:

الإثارة: العلاج يمثل أمل لتحقيق الرغبة في الحصول على الطفل.

القلق: قد يرجع إلى التعب الجسدي، وقد يرجع إلى الآثار الجانبية للأدوية.

الشك: بالرغم من أن الأزواج لديهم كل المعلومات الطبية حول (عدد البويضات) لكن

بالرغم من ذلك فهم يعيشون العلاج مثل: acte de foi

التدخل في الحياة الحميمة للزوجين: وهذا لأن إنجاب طفل في الحالة الطبيعية هو فعل

خاص وحميمي، يصبح فجأة هذا الفعل الطبيعي في حالة التلقيح مشهدا عاما لكل الفريق الطبي

الذي يتدخل ويبيدي رأيه بأشياء خاصة جدا.

## الفصل الثاني: العقم

أن مرحلة نتائج العلاج بالتلقيح: تتميز بالانتظار بحيث يتم وضع البويضة الملقحة في رحم الزوجة ويجب على الزوجين انتظار "12" يوم لمعرفة نتيجة العلاج، وفي هذه المرحلة يزداد القلق بشكل كبير، والمشاعر التي يعيشها هؤلاء المرض تختلف باختلاف نتائج العلاج. في حالة فشل العلاج: يظهر الشعور بخيبة أمل عظيمة، بحيث تعاش هذه المرحلة بشكل سيء جدا. لأن كل محاولة علاجية تحتاج إلى استثمار بدني، مالي وانفعالي كبير، ويعيش الزوجان مشاعر مختلطة من إحباط وغضب، قد يتم التعبير عنها خارجيا وتوجه نحو الفريق الطبي أو الشريك(الزوج)، أو تكتم و تبقى داخلية، وبالتالي تنقل كاهل المريض وتكون أكثر من مشاعر الذنب، وتصبح كل محاولة علاجية أو كل فشل علاجي هو (la montagne russe émotionnelle redémarré)

أما في حالة نجاح العلاج: ففي الغالب المشاعر السلبية تختفي، وبالنسبة للبعض تستمر هذه المشاعر، بحيث الشهور الأولى تكون مليئة بالشك خوفا من الإجهاض، والبعض الآخر تظهر لديه عزلة انفعالية... ووفق أولسهانسكي(Olshasky)، تعد هذه الفئة أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب بعد الولادة. وفي هذا الإطار يشير باريلي (Barillier, 2012, 193-194) إلى دراسة بريطانية أنجزت في سنة 1999 على 2000 زوج يعاني من العقم، حول ما يشعرون به أثناء فترة العلاج حيث كانت نتائج الدراسة كما يلي: الرغبة في البكاء عند 97% منهم، الاكنتاب عند 94% ، العزلة عند 94% الشعور بالذنب عند 62% منهم، العار عند 62%، أفكار انتحارية عند 20% وتظهر الدراسة أن عدد كبير من الأزواج يعيشون على الأقل فترة من الاكنتاب العالي و20% لديهم أفكار انتحارية، والعواقب على المدى المتوسط والطويل قد تكون أعظم. لذلك هناك تزايد في وجود الأخصائيين والأطباء العقلين في مراكز التلقيح لدعم وعلاج هؤلاء الأزواج في هذه المرحلة الصعبة.

إن الأفراد الذين يعانون من العقم في الغالب يجدون أنفسهم يدورون في فلك واحد وهو مشكلة العقم وعلاجها وينتقلون فيها من الصعب إلى الأصعب، وهم بحاجة فعلا إلى الرعاية النفسية جنبا إلى جنب مع الرعاية الطبية في هذه المراكز وهذا ما سنشير إليه في العنصر الموالي.

### 5-5- التكفل النفسي بمرضى العقم في مراكز التلقيح الاصطناعي: المتأمل

لمختلف المراكز التي تساعد على الإنجاب أو ما يسمى بمراكز التلقيح الاصطناعي في الدول

## الفصل الثاني: العقم

المتطورة يجد أن العلاج الطبي يسير جنباً إلى جنب مع العلاج النفسي ولا غنى لأحد عن الآخر وفي هذا الإطار يشير ديسجاردن ( Desjardins, 2014,24) إلى أن دور الاخصائي في مراكز التلقيح الاخصائي هام جداً بل هو مركزي. وفي الإطار نفسه يشير بليسش آلارت (Belaisch-Allart) وهو طبيب متخصص ومسؤول عن مركز التلقيح الاصطناعي أن مجموع الفرق العاملة في مراكز المساعدة على الإنجاب تساهم كلها في الدعم النفسي للمرضى، (من الطبيب إلى الإداري، بحيث كل عامل لديه دور خاص في تقديم الدعم النفسي). وليس فقط الاخصائي أو الطبيب العقلي.

إن الضغط والقلق الذي يعيشه الزوجان خلال هذه الفترة قد يكون مصدر لتوتر العلاقة الزوجية لذلك ترى ابلبون (Epelboin) أن إحدى الطرق لمساعدة الزوجين على التكافل هو تقديم رحلة علاج العقم في مركز التلقيح على أنه مشروع مشترك لعلاج مرض الزوجين، مهما كان سبب العقم، بهدف إعادة التوازن وتجميع الزوجين حول هذا المشروع، لتجنب مشاعر الذنب التي قد تظهر عند أحدهما. كما أنه لا يجب التقليل من الصعوبات النفسية التي يواجهها الأزواج أثناء العلاج في مراكز التلقيح الاصطناعي وإخفاءه وراء التقنيات العلاجية، الزوج الذي لم يتحصل على الطفل الذي يرغب فيه هو زوج في حالة كرب. ( Agence de la Biomédecine, 2010, 17-19). وسنشير إلى تجربة انجلترا في مجال التكفل بمرضى العقم على سبيل المثال لا الحصر على غرار مختلف الدول المتطورة والتي تسعى كلها لتقديم الدعم الطبي والنفسي معا وأصبح التكفل النفسي بهذه العينة من أولويات الصحة العمومية خاصة بعدما أكدت مختلف الدراسات الآثار السلبية للضغط على الصحة النفسية والإنجابية عند المصابين بالعقم. ويمكن تلخيص هذه التجربة التي أشار إليها لمبرازز ( Lumbreras, S,A ,19-21)) فيما يلي:

- أن الأزواج الذين يعانون من العقم يتلقون الدعم النفسي الاجتماعي من خلال طرق ووسائل مختلفة من بينها: جمعية (Infertility Network UK) وهي جمعية وطنية تأسست في "2003" تهتم بالمصابين بالعقم من خلال تقديم الدعم الانفعالي وهذا عن طريق:

- توفير خط للاتصال المجاني 24 سا/ 24 سا، وهذا لإدارة النصائح، وتقديم المساعدة النفسية.

## الفصل الثاني: العقم

-وجود شبكة دعم وطنية تضم مرضى متطوعين: بحيث اختبر هؤلاء المرضى تجربة العقم وأصبح لديهم القدرة والاستعداد لتقديم المساعدة لغيرهم من المرضى، وهم في الخدمة دائما.

-تقديم مجلات تصدر كل أربع سنوات تتضمن مقالات طبية، خبرات شخصية...الخ.  
-تخصيص ميدان أو ساحة لتبادل الخبرات والتجارب العلاجية بين المرضى. لتسهيل عملية الاتصال بالطاقم الطبي بمختلف الطرق: الهاتف، اللقاء الشخصي مع الأطباء...الخ.  
اجراء أيام تحسيسية حول العقم، أيام وطنية وملتقيات حول التلقيح الاصطناعي، العمل مع وزارة الصحة أثناء إصدار قوانين حول العقم... الخ.

وترى الباحثة أن المتأمل للتجارب العالمية في مجال الطب يجد أن العناية بالمريض أيا كان مرضه هي أولوية من الأولويات التي يتم من خلالها تكريس كل الجهود المادية والمعنوية لمختلف هيئات فئات المجتمع ابتداء من وزارة الصحة، جامعات هيئات وجمعيات، أطباء، باحثين، وصولا إلى عامة الناس من المتطوعين أو ذوي التجارب السابقة، كلها تسعى لهدف واحد وهو خدمة المريض والسهر على راحته، وآمل أن تحذو بلادنا يوما ما حذو هذه الدول، محافظين في نفس الوقت على أخلاقيات التطور في مجال الإنجاب وهذا ما سنشير إليه في العنصر الموالي وهو أوجه التلقيح الاصطناعي التي أجازها الفقهاء والعلماء من الناحية الدينية، وهذا للتأكيد على أهمية مراعاة الضوابط الشرعية التي تحافظ على التكامل بين التطور العلمي والأخلاق البحثية.

5-6-الحكم الشرعي في التلقيح الاصطناعي: سنشير في هذا العنصر إلى حالات التلقيح الاصطناعي التي تم الحكم فيها بالجواز من أغلب جمهور الفقهاء، وهذا ما تم الإشارة إليه سابقا في ذكر أنواع التلقيح، وسنتطرق إلى التلقيح الاصطناعي الداخلي والخارجي ومختلف الضوابط الشرعية التي يجب مراعاتها.

5-6-1-الحكم الشرعي في التلقيح الاصطناعي الداخلي وضوابطه: تتميز هذه الصورة بأنها تقترب من الإنجاب الطبيعي، بحيث بمجرد إدخال المني في المهبل بنجاح، بعدها تسير الأمور بشكلها الطبيعي، والتلقيح هنا يقتصر على ماء الزوجين دون غيرهما، واختلف العلماء في حكمه على قولين والقول الراجح الذي ذهب إليه جمهور الفقهاء وعدد من العلماء

## الفصل الثاني: العقم

المعاصرين هو مشروعيته وجوازه متى روعيت مجموعة من الضوابط الشرعية التي ذكرها العلماء. (ذياب، 1995، 82) وتتمثل في:

- أن يتم التلقيح الداخلي بين زوجين تربطهما علاقة مشروعة وقت إجراء عملية التلقيح.  
- أن يكون ذلك برضا الزوجين.

- استحالة الإنجاب بالطريق الطبيعي بسبب إصابة الزوجين أو أحدهما بالعقم.  
- عجز الأطباء عن علاج العقم، ولا يجد الزوجان أمامهما من سبيل إلا التلقيح الاصطناعي.

- أن تتم العملية بواسطة طبيب متخصص، وبناء على تقرير طبي من طبيبين متخصصين.  
- أن تتم العملية في المراكز الطبية المتخصصة لذلك. (الحسن، 2011، 10)

5-6-2- الحكم الشرعي في التلقيح الاصطناعي الخارجي وضوابطه: وفي هذه الحالة يتم زرع البويضة الملقحة بماء الزوجين داخل رحم المرأة، وفيه أيضا قولين والقول الراجح هو جواز هذه الطريقة من العلاج وهو رأي المجمع الفقهي، وأكثر العلماء المعاصرين. وهذا وفق ضوابط شرعية وشروط تتمثل في: - أن يقتصر التلقيح على ماء الزوجين.

- أن يكون التلقيح أثناء العلاقة الزوجية الشرعية.  
- أن يتم زراعة اللقحة داخل رحم الزوجة التي أخذت منها البويضة.  
- أن لا يلجأ إليه إلا في حالات الضرورة القصوى، كعدم قدرة الزوجين على الإنجاب الطبيعي.

- أن يتأكد الأطباء من أن هذا العلاج لن يسبب ضرر (صحي، نفسي، عقلي) لدى الجنين أو الأم.

- رضا الزوجين على الإنجاب بطريقة أنبوب الاختبار.  
- أن يؤمن اختلاط الأنساب باختلاط النطف واللقاح بوجود ضمانات النقل في جميع مراحل العملية. (الحسن، 2011، 12). وهذا ما يؤكد (عبد الله، 2004، 259) من أنه يجب أخذ الحيطة والحذر وهذا من خلال تعيين العينات الملقحة، وكتابة أسماء أصحابها الشرعيين عليها.

- إصدار قانون ينظم هذه العملية بحيث يترتب على كل من يتلاعب بها عقوبات تعزيرية رادعة (الحسن، 2011، 13).

### 6-التلقيح الاصطناعي في المغرب العربي: إن تجربة التلقيح الاصطناعي في

المغرب العربي من التجارب التي لاقت تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة سواء في عدد المراكز أو نسب النجاح في عمليات العلاج، وبالرغم من قلة الدراسات في هذا الاتجاه إلا أننا سنشير في البداية إلى التجربة التونسية ثم التجربة المغربية وأخيرا التجربة الجزائرية بشيء من التفصيل.

يعد العقم مشكلة إنسانية، مست كل أقطار العالم، بحيث يعاني زوج واحد من أصل ستة أزواج من صعوبات في الإنجاب، وتعد تونس البلد الأول في المغرب العربي من حيث نسب العقم وهي أن حوالي 15% من الأزواج يعانون من هذه المشكلة، وتشير دراسة حديثة حول آثار العقم أجريت في تونس من طرف فريق طبي للأمراض العقلية عند 105 من النساء أن 89% من النساء يعانين من اضطرابات القلق والاكتئاب بحيث أن 46,6% يعانين من أعراض الاكتئاب و 42,9% من أعراض القلق وأن 43,8% يعانين من عدم التوافق الزوجي، وأن 53,3% من النساء العقيمات لديهن قدرة سيئة على التكيف مع مشكلة العقم. كما تعد هذه المشكلة السبب في طلاق 22,7% من الأزواج وهذا وفق عالم الاجتماع بلعيد. وبالنسبة لأسباب العقم فإن الجمعية التونسية للخصوبة والعقم حددت أن 30% من حالات العقم تخص الزوجة ونفس النسبة تخص الزوج و أن 30% تخص الزوجين معا وأن 10% بدون سبب.

إن تقنية العلاج بالتلقيح الاصطناعي تطبق بشكل جيد في تونس وأن نتائج العلاج بهذه التقنية جد مرضية وأن عدد الأزواج الذين يلجأون للعلاج بهذه الطريقة يتزايد، بحيث تتم ما بين 1500 إلى 2000 عملية تلقيح سنويا في المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة في تونس. وهي البلد المغربي الوحيد الذي يتم فيه تعويض كامل لمحاولتين للعلاج بالتلقيح الاصطناعي. (Annabi, S.A, 1).

بالنسبة للمغرب الأقصى حسب الفيدرالية المغربية للتناسل الإنساني (F.M.R.H) أن هناك 15 مركزا متخصصا في العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي، وهي تطبق التقنيات العلاجية الثلاث وأول ولادة عن طريق (FIV) كانت في سنة 1991 وعن طريق (ICSI) سنة 1999 وهناك حوالي 300 ولادة عن طريق التلقيح الاصطناعي في السنة، ومعدل نجاحها هو 22%. (Zerradi, 2009, 14). وبالنسبة لتعويض العمليات العلاجية وفق عنابي (Annabi,

## الفصل الثاني: العقم

1 (S.A, 1) فلا يوجد في المغرب تعويض عن طريق الضمان الاجتماعي لهذه العمليات العلاجية. ويتم تعويض الأدوية فقط.

وسنشير إلى تجربة الجزائر في التلقيح الاصطناعي بأكثر تفصيل في العنصر الموالي.

### 6-1- تجربة التلقيح الاصطناعي في الجزائر: إن العلاجات المتطورة في مجال الإنجاب

قد انتشرت في جل بقاع العالم، وهذا بشكل متدرج ككل الانجازات الطبية المتطورة، وتعد تجربة الجزائر في هذا المجال جد متواضعة مقارنة بالدول المتطورة. وتعد أول تجربة ناجحة في التلقيح الاصطناعي في مستشفى بارني بالعاصمة وكان ذلك سنة 1988 حيث تمت ولادة أول طفل عن طريق التلقيح الاصطناعي، وتواصلت بعدها الأبحاث في هذا المجال لكن دون نتيجة وتوقفت سنة 1991 ، وبعد أن حددت وزارة الصحة جملة من القوانين والمواد القانونية في التعليمية رقم 300 لـ 12 ماي 2001 التي تضبط وتنظم المساعدة الطبية والبيولوجية للإنجاب بطريقة جيدة تتماشى والشريعة الإسلامية والقيم التي تميز مجتمعنا. ومن ثم بدأ انتشار استعمال هذه التقنيات العلاجية، في المصحات الخاصة.(سبني، 2013، 128، 129).

إن أول تجربة ناجحة عن طريق التلقيح المجهري في 2002 بمركز فريال بباب الزوار بالجزائر العاصمة. ولقد اقتصر العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي على القطاع الخاص بشكل كبير دون العمومي وهو ما يفسر عدم استفادة عامة الناس منه ، وهذا بسبب التكلفة الكبيرة للعلاج، فمثلا عمليات التلقيح المجهري تبلغ تكلفتها عشرون مليون سنتيم زيادة على الدواء الذي لا يقل عن "80 ألف دج، وقد تصل العمليات بكل تكاليفها إلى أكثر من "400,000 دج إلا أن تعويض هذه المبالغ من خلال صندوق الضمان الاجتماعي غير متداول باستثناء تعويض بعض الأدوية. وهذا لأن مشكلة العقم لا تعتبر أولوية من الأولويات الصحة العمومية وإنما من الكماليات(سبني، 2013، 133-134).

هناك 15 مركز أو عيادة خاصة للتلقيح الاصطناعي موزعين على ربوع الوطن وتوجد ثلاث مراكز عمومية (الجزائر، وهران، قسنطينة) لكن المركز الوحيد الذي يعمل هو الموجود بالمستشفى الجامعي نفيسة حمود (Parnet)، وهناك العشرات من المراكز في طور الانجاز. وفي سنة 2015 تم القيام بـ 7436 عملية تلقيح اصطناعي، و 2434 تلقيح بسيط، وتم نقل 855 مضغة مجمدة ( Embryons congelés ) وهناك الآلاف الذين ينتظرون بدورهم نجاح هذه العمليات العلاجية (Bouredji, 2016).



وتعد مصلحة الجراحة والعلوم الإنجابية ابن رشد (C.C.S.R.Ibn-Rochd) بقسنطينة من بين المصحات التي يلجأ إليها الأفراد الذين يعانون من العقم بغية التلقيح والتي تم فتحها في بداية سبتمبر 2002، ويتم فيها إجراء مختلف أنواع عمليات التلقيح بالإضافة إلى إجراءات طبية أخرى. وهي العيادة التي سيتم فيها إجراء الجانب الميداني من الدراسة.

### -7- المعنى النفسي للإنجاب : يعد الإنجاب من أهم العمليات البيولوجية التي يقوم بها

الإنسان وهي تحمل العديد من الدلالات النفسية الشعورية واللاشعورية، وهي تلي غريزة خاصة وسامية وهي غريزة الوالدية وفي هذا الإطار يرى السبيعي (1975) أن عملية الإنجاب هي عملية شعورية ولا شعورية في الوقت نفسه، حيث أن الأمومة تشغل بال المرأة وهي تستغرق حياتها الشعورية منذ أن يفتتح وعيها على الحياة، ويرى أن الرغبة الشعورية في الأطفال عادة ما يطبعها تجاذب وجداني ففي بعض الحالات يكون تعبير هؤلاء الأزواج عن هذه الرغبة مبتذل فنجد من يرغب في الطفل وكفى لأنه ضرورة من ضروريات الحياة، أما في بعض الحالات الأخرى فالرغبة في الطفل تكون أكثر شعورية من سابقتها وهذا لأجل تحقيق رغبات معينة، مثلها السبيعي في: رغبة الفرد في أن يحب ويحب، رغبة الفرد في الامتثال لمعايير مجتمعه من خلال الإنجاب، وكذا الرغبة في أن يقيمه مجتمعه، الرغبة في مقاومة القلق، وبعض المخاوف كالخوف من الوحدة والخوف من الشيخوخة، الخوف من الملل... رغبة الفرد في أن يعيش طفولته مرة ثانية في ظروف أحسن. (عطار، 2008، 30)

وتشير (سبني، 2008، 40) أن المرأة في المجتمع خاصة المجتمعات العربية والإسلامية تستثمر دورها الإنجابي الذي يضمن لها في وسط المقربين والمجتمع مكانة خاصة وهي مكانة الأم. فمباشرة بعد الزواج بشهور تنتظر أن تصبح أما لكي تكسب الشهرة والانتصار، فبهذه الوظيفة البيولوجية تصبح للمرأة داخل العائلة مكانة خاصة، فتزيد ترسخا وتصبح لا تخاف الطلاق، لأن الإنجاب يزيد من قيمتها وقيمة العائلة. كذلك يعتبر إنجاب الأطفال بالنسبة للرجل ضرورة من أجل الحفاظ على الخلف والسلف والأولاد وسيلة لتأمين الغد، فالولد هو الدواء الشافي من كل قلق أو خوف من المستقبل أو من الموت.

ومن هنا نستنتج مدى أهمية إنجاب الأطفال في حياة الزوجين وفي حياة المرأة بشكل خاص، فخصوبة الجسد التي تحقق الحمل تصبح مرادفا للأمل، إذ بالولادة تصبح موجودة اجتماعيا وثقافيا. وهذا لما للطفل من دلالة نفسية واجتماعية ووجودية.

8- محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري: قبل الإشارة إلى أهم محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري، أود الإشارة إلى دراسة في إفريقيا أجراها باحث في هذا المجال حيث قام بتحليل مختلف الأبعاد الاجتماعية والثقافية والدينية التي تميز العقم، وتوصل شارل (charle , 1999, 51-54) إلى أن أهم التصورات المرتبطة بالعقم هي أنه يمثل الفشل في تحقيق هدف الحياة، فالهدف الأسمى من الحياة هو تدعيم استمرارية ودوام حياة الجماعة والعقم يأتي ليحرمهم من تحقيق هذا الهدف. وفي ثقافتهم الاجتماعية أيضا أن العقم يمثل انقطاع لدورة حياة الفرد (ولادة، شباب، زواج، إنجاب.. موت) وبالتالي الزواج والإنجاب هما حلقة الربط في دورة الحياة بين الماضي والحاضر والمستقبل وغياب أحد هذه الحلقات يعني هذا الانقطاع. كما يمثل أيضا فقدان تام للحياة وهذا لأن الشخص الذي يموت دون أن يترك أبناءه ورائه سرعان ما قد تختفي ذكراه إلى الأبد. كما يعد كذلك مصدر لانخفاض القيمة الاجتماعية، ومصدرا لعدم الأمان الاجتماعي، لأنه كما يحمل الطفل اسم أبيه فهو أيضا مصدر سعادته، وهو الذي سيهتم به في شيخوخته أي أن الأطفال يشكلون ضمان للحياة (في المرض، الشيخوخة...) كما أنهم يشكلون مصدرا للتباهي والتفاخر والاحترام. وغيابهم يعني هذا فقدان التام.

وفي هذا الإطار تشير دراسة جزائرية أجريت حول التصورات الاجتماعية للعقم في مدينة بسكرة على عينة تقدر بـ "400" فرد منهم "200" إناث و "200" ذكور وتوصلت إلى النتائج التالية:

-يعتبر العقم خصاء اجتماعيا، كما يحمل أيضا دلالات متعددة أهمها:

- الدلالة الاجتماعية: العقم يعتبر توقفا وعدم استمرارية للعائلة بنسبة 96,8%.

-الدلالة النفسية: العقم يعتبر نقصا بنسبة 89,8%.

-الدلالة الدينية: العقم يعتبر ابتلاء بنسبة 81%.

كما يعتبر العقم بالنسبة للمرأة نبذا، وهذا ما يعرضها للطلاق وإعادة الزواج عليها، أما بالنسبة للرجل فهو قتل رمزي للرجولة، كما يحمل العقم طابع الوصم، وبالتالي فالرجل في هذا الوسط هو الرجل المنجب فقط والمرأة الحقة هي المرأة المنجبة(الأم). (محمد، 2008، 1)

## الفصل الثاني: العقم

والمتمثل للدراستين يجد بالرغم من الاختلافات الحضارية والدينية والثقافية والاجتماعية إلا أننا نجد تشابها كبيرا في التصورات الاجتماعية للعقم، خاصة في الدلالات الاجتماعية، مما يفسر أن العقم هو مشكلة إنسانية تتشابه تداعياتها عند مختلف الأفراد أيا كانت أصولهم.

وسنشير الآن إلى أهم محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري:

**8-1- المحدد الديني:** تعد المرجعية الدينية أي الشريعة الإسلامية المحدد الأول لمفهوم الطفل في المجتمع الجزائري وترى (بن علي، 2009، 115-117) أن الوسط الثقافي الجزائري كان ولازال مطبوعا بالقيم وبالتقاليد الدينية، فمكانة الإسلام وتأثيره على السلوكات والتصورات الاجتماعية للأفراد واقع يومي لا يمكن نفيه، فالدين عنصر ومرجع أساسي للشخصية الجزائرية. وتبرز القيمة الدينية التي يعطيها الإسلام للطفل وتواجهه في حياة الإنسان المسلم الذي لا يكتمل دينه إلا بالزواج والإنجاب، حيث يعد الأطفال نعمة وهبة من الله عز و جل وثروة من الثروات التي يمكن للإنسان أن يمتلكها. قال الله تعالى: «إِلْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا (46)» سورة الكهف. هذا من جهة ومن جهة ثانية فقد أعطى الإسلام للوالدين مكانة جد مميزة وأوصى بهما خيرا، والآيات التي جاءت في هذا الصدد عديدة نذكر منها: «وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفٍّ وَلَا تَنْهَرَهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (23) وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا (24)». سورة الإسراء. هذه الآيات وغيرها كثيرا ما تتفق على إعطاء الوالدين مكانة خاصة وقيمة مميزة في الدارين، فكيف للمسلم أن يحرم نفسه من أن يعيش الأبوة أو الأمومة؟ وهذا من بعض ما جاء في القرآن الكريم، أما ما جاء في السنة الشريفة، فنشير على سبيل المثال لا الحصر إلى دعوة رسول الله - صلى الله عليه و سلم - للإنجاب والتناسل من خلال قوله: «تزوجوا تتأخروا فإنني مباه بكم الأمم يوم القيامة» مما يجعل من الزواج والتناسل واجبا دينيا، وبالنسبة للمرأة لا توجد مكانة ولا دور في الخطاب الديني أرفع وأسمى من مكانة ودور الأم، إذ ورد في الحديث الشريف: «الجنة تحت أقدام الأمهات». ومنه فالطفل في الخطاب الديني لا يعتبر في أي حالة من الأحوال خسارة لوالديه بل يأتي كذخر يفيد وينفع والديه في الدارين الأولى والآخرة. هذه الأمثلة وغيرها كثيرا ما تؤسس قناعات الأفراد تجاه مفهوم الطفل وأهمية وجوده في الأسرة.

8-2-المحدد الاجتماعي: إن الملاحظ لمختلف المجتمعات الإنسانية يجدها تنشئ أبناءها على القيام بمجموعة من الأدوار تحتل الأمومة والأبوة أبرزها، وتزداد هذه الدلالة خاصة في المجتمع العربي عموما وفي المجتمع الجزائري خصوصا، فالأبوة والأمومة قيمة اجتماعية بامتياز، والخطاب العامي لا يخلو من الأدلة التي تشهد بأهمية الإنجاب وفي هذا الإطار ترى (بن علي، 2009، 117، 118) أنه لا يوجد في المجتمع الجزائري زواج يرمج من دون التفكير في الأطفال، فالرجل والمرأة لا يتزوجان لتكوين زوج (couple) بالمعنى أو المفهوم الغربي للكلمة، لكن ليشاركنا عن طريق الإنجاب في عمل اجتماعي قائم مسبقا هو : استمرارية ودوام الجماعة(بكل أبعادها). من هنا أن يرزق الزوجان بطفل يعتبر حدثا عائليا بغاية الأهمية إذ كثيرا ما يعيشه الزوجان كخلاص من الضغوطات النفسية والاجتماعية التي تحيط بهما، ومع أن النظام الأبوسي فقد الكثير من خصائصه في عصر الأحادية إلا أن فكرة قيام الأسرة على تواجد الأطفال قبل كل شيء لم تفقد أبدا من قيمتها، فهي لا تزال قائمة، هذا فضلا عن المكانة التي يعطيها المجتمع للزوج والزوجة اللذين ساهما في استمرارية ودوام الجماعة مقارنة مع من لم يستطيعا ذلك.

وترى الباحثة أن القيم الاجتماعية تعزز دوافع الأبوة والأمومة لدى الزوجين، لذلك فمباشرة بعد الزواج ينتظر الزوجان الحدث الأهم وهو حدوث الحمل، وبمجرد تأخره لسبب من الأسباب، يشعران بالقلق ويكُونان عرضة لمواجهة العديد من التساؤلات وحتى الانتقادات وترى (عطار، 2008، 96) في هذا الإطار أن المجتمع في هذه الحالة يترك عضوية الأهلية الاجتماعية للزوجين معلقة حتى يستوفيا شرطا أساسيا من شروطها والمتمثلة في الوالدية ، والقدرة عليها. وهذا ما يوقع الزوجان في المعاناة المعروفة عند تأخر الحمل.

8-3- المحدد الأسري: تعد الأسرة أيضا من المحددات الهامة في تحديد تصور الطفل في المجتمع الجزائري وهذا للدور الهام الذي تعقلبه في المجتمع، وتشير (بن علي، 2009، 120-121) في هذا الإطار أن الملاحظ للأدوار الاجتماعية في الأسرة يدرك أن الدور الأساسي للزوجة في المجتمع الجزائري هو أولا وقبل كل شيء إنجاب الأطفال فالمرأة الولود هي التي تؤدي وتتم العقد الذي من أجله طلبت للزواج: أي تملأ بيتها وتزيد من عدد أفراد أسرة زوجها وهذا لكل الأسباب السابقة الذكر، وبالمقابل تحصل هي على أعلى وأرفع مكانة يمكن أن تعقلبها المرأة في المجتمعات الأبوسية خلال حياتها ككل (أن تكون أما)، ولعل هذا ما يفسر لماذا يعتبر

## الفصل الثاني: العقم

الزواج بالنسبة لكثير من النساء أو الفتيات مجرد مرحلة مؤقتة ينتظرن خلالها مرحلة أكثر ثباتا واستقرارا: مرحلة الأمومة. ولادة طفل بالنسبة للزوجة الجديدة يمثل منحى جد مهم في حياتها وحدث مصيري هذا لأنه يغلق الأبواب المفتوحة في وجه الطلاق، تعدد الزوجات، أو العيش بلقب عاقر طوال حياتها. بالنسبة للرجل يأخذ العقم نفس الأبعاد الدرامية، إذا يعد الرجل أيضا في نظر المجتمع معاقا اجتماعيا لكن بأضرار أخف من تلك التي تعانيها المرأة، معظم النساء يعشن عقم أزواجهن كقدر ومكتوب يجب عليهن تقبله ، وقليلات اللواتي يطلبن الطلاق لهذا السبب، وإذا كان الرجل مفخرة والديه وأسرته كلها فإن أكثر الأشياء التي تهدد رجولته، هو أن يكون دون نسل أو ذرية تحمل اسمه. وعموما حتى وإن اقتنع الزوجان بفكرة عدم الإنجاب لعقم أحدهما أو تأخيرها لأمر يعنيهما فإن الضغوطات الأسرية والاجتماعية التي يكونان عرضة لها من أول أشهر الزواج كثيرا ما تؤثر على هذه القناعة ، لأن مسؤولية ديمومة العائلة الكبيرة والحفاظ عليها تقع على كاهل كل فرد في المجتمع.

مما سبق ترى الباحثة أن كل التصورات التي تم الإشارة إليها من خلال مختلف المحددات هي التي تؤسس قناعات الأفراد وتصوراتهم حول مشكلة العقم، وبالرغم من الاختلافات الدينية، العرقية، الثقافية، الاجتماعية...إلخ. وبالرغم من التطور الطبي والتكنولوجي، إلا أنه من خلال اطلاعها على مختلف الدراسات والتراث النظري حول العقم اتضح أن هناك تشابه كبير في مختلف التصورات المرتبطة بهذه المشكلة وكذا تداعيات هذه الإصابة على الأفراد.

### خلاصة:

إن العقم مرض متعدد الأسباب والتداعيات وبالرغم من التطور الطبي في مجال الإنجاب إلا أن هناك ما يقارب 80 مليون مصابا بالعقم في العالم حسب منظمة الصحة العالمية وهو رقم مخيف جدا مقارنة بهذا التطور الطبي الهائل الذي فتح الأمل للكثير من الأزواج، لكنه في المقابل يحتاج إلى جهد نفسي وجسمي ومالي كبير، لذلك بات من الضروري التفكير باستراتيجيات تكاملية نفسية واجتماعية تسير جنبا إلى جنب مع التطور الطبي في مجال الإخصاب مثلما هو موجود في الدول المتطورة. وأن تصبح كل الأمراض أيا كان نوعها هي أولوية من أولويات الصحة العمومية، حتى تتكامل الجهود في تحسين الصحة الجسمية والنفسية للأفراد.

## الفصل الثالث: الضغط النفسي

تمهيد

- 1- مفهوم الضغط النفسي
- 2- أبعاد الضغط النفسي
- 3- أنواع الضغط النفسي
- 4- النماذج والنظريات المفسرة للضغط النفسي
- 5- مصادر الضغط النفسي وطرق قياسه
- 6- مترتبات الضغط النفسي
- 7- الضغط النفسي والعقم
- 8- مصادر ومترتبات الضغط النفسي لدى المصابين بالعقم

خلاصة

### تمهيد:

تشير الإحصائيات العالمية إلى أن 80% من الأمراض الحديثة سببها الضغوط، وأن "50%" من مشكلات المرضى المراجعين للأطباء والمستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية، وأن 25% من أفراد المجتمع يعانون شكلا من أشكال الضغط النفسي. (العامرية، 2014، 27) كما أن العديد من الدراسات وفق (جودة، 2004، 672) أشارت إلى التأثير السلبي للضغوط على الصحة النفسية والجسدية للفرد وهذا مما لاشك فيه يفسر لماذا أطلق الباحثون والعلماء على الضغط النفسي بالقاتل الصامت، لهذا نجد أن العديد من الباحثين توجهوا للبحث عن أكثر السبل فعالية لخفض هذه الضغوط والتحكم بها لتجنب مختلف آثارها السلبية، وهذا لا يعني أن كل الضغوط سلبية، فهناك الضغوط الإيجابية التي نحتاج إلى قدر منها في حياتنا كي تثير لدينا الدافعية والحماس لاستثمار طاقتنا، وسنتطرق في هذا الفصل إلى ماهية الضغوط النفسية، العلاقة بينها وبين العقم وعناصر أخرى تتوسطها.

### 1- مفهوم الضغط النفسي: على الرغم من أن مفهوم الضغط يستخدم على نطاق واسع

اليوم في مجال الطب والأحياء وعلم النفس والصحة النفسية... إلا أنه لا ينطوي على معنى واحد ففي علم النفس مثلا اختلفت تعريف الباحثين والعلماء باختلاف زاوية الرؤية التي نظر منها كل منهم إلى هذا المفهوم.

### 1-1- تعريف الضغط النفسي: تعد محاولة تعريف الضغط النفسي من المحاولات التي

تكتنفها الكثير من الصعوبات، بحيث لم يتفق العلماء على تعريف بعينه يمكن أن يعكس هذا المفهوم وهذا ما أشار إليه كل من مونات ولازاروس ( Monat, Lazarus, 1977 ) إلى وجود ارتباط وخط بين وجهات النظر في تعريف الضغط، حيث اعتبره البعض مثيرا، والبعض الآخر استجابة، ونظر إليه فريق ثالث باعتباره عملية تفاعلية بين المثير والاستجابة. (الرويشدي، 2002، 16). وهذا عرض لهذه الوجهات.

### 1-2-1- الضغط النفسي كمثير: ويذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن الضغط النفسي عبارة

عن إدراك الفرد لموقف بيئي أو مواقف تهدد احتياجاته وكيانه الشخصي وتوق توافقه النفسي. (عبد المعطي، 2006، 19) وهذه بعض التعاريف التي توضح هذا الاتجاه:

يرى ريس (Ress,1976) بأن الضغط "يشمل مثيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية تكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث تنقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض. بقدر استمرار الضغط بقدر ما يتبعها من اضطراب جسدي ونفسي". (الضريبي، وآخرون، 2010، 678).

وتعرف ممدوحة سلامة (1991) الضغط على أنه "كل ما من شأنه أن يجبر الفرد على تغيير نمط قائم لحياته أو جانب من جوانبها بحيث يتطلب منه ذلك أن يعيد أو يغير من توافقاته السابقة." (دسوقي، ب س، 46).

ويعرفه بوج وكوبر (Bogg, Cooper, 1995) على أنه "عدم تكافؤ امكانات الفرد مع المطالب البيئية الموضوعية على عاتقه أو الظروف التي يواجهها، وقد تحدث المشكلة عندما تكون قدراته غير كافية لمواجهة المتطلبات الجسمية أو الاجتماعية". (عبد المعطي، 2006، 20).

ويعرف معجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي الضغط النفسي بأنها تعني "وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه احساسا بالتوتر، أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد حدتها يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير خط سلوكه إلى نمط جديد، ولها آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد. (شقيير، 1998، 3).

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي الضغوط على أنها "أي حرمان يتقل كاهل الفرد نتيجة لمروره بخبرة غير مريحة كالمرض المزمن، فقدان المهنة، والصراع الزواجي". (عربيات، 2005، 200).

و ترى الباحثة أن المتأمل للتعريف السابقة يجد أنه بالرغم من اتفاقها على أن الضغط مثير إلا أنها اختلفت في مصدره ومميزاته حيث نجد أن :

- الضغط كحدث لا يمكن التحكم فيه ويرجعونه إلى قوى خارجية في البيئة.
- الضغط حالة داخلية خاصة بالفرد كادراك تهديد أو ضرر مثلا.
- الضغط يختلف حسب شدته ومدته ونوعه.
- أغلب التعريف اتفقت على أن استمرار الضغوط وشدتها يؤدي إلى اختلال توازن الفرد وظهور الأمراض العضوية والنفسية.



### 1-2-2-2-الضغط النفسي كاستجابة: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط يوصف في صورة

استجابة لمختلف المثيرات أي أنه نتيجة. وهذه بعض النماذج التي توضح ذلك.

يعد كانون(1932,Cannon) من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه على أنه "ردود

فعل الجسم في حالة الطوارئ" (عبيد، 2008، 126)

ويعرفه سيلبي(Selye,1957) على "أنه استجابة عامة غير محددة يقوم بها الجسم لأي متطلب

يقع على عاتقه".(إسماعيل، 2004، 33).

ويعرف بيك (Beck,1977) الضغط النفسي على أنه "استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة

لموقف يضعف من تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباطا وتعوق اتزانة أو موقفا

يثير أفكارا عن العجز واليأس والاكتئاب".(خليفة، عيسى، 2008، 128)

وعرفه كاندلر (Candler, ) على أنه "حالة من التوتر العاطفي من أحداث الحياة المرضية".

( أبو دلو، ب س ،172)

وترى الباحثة أنه من خلال التعاريف السابقة للضغط النفسي أن هناك تباين في نوعية

الاستجابة بحيث نجد أن:

- الضغط هو استجابة فسيولوجية أو سيكولوجية.

- الضغط عبارة عن توتر يعبر عنه معرفيا، انفعاليا وسلوكيا.

- الضغط يشير إلى استجابة عامة غير محددة. وهذه الوجهة هي أكثر شمولية.

حسب هذه الوجهة نستدل على وجود الضغوط من خلال استجابة الفرد وعلية يمكن استخدام

أنماط الاستجابة المختلفة كمقاييس للاسترشاد بها في قياس الخلل أو عدم التكيف، هذا من الناحية

السيكولوجية ، أما من الناحية البيولوجية فقد حدث تطور كبير في هذا الاتجاه نأخذ على سبيل

المثال لا الحصر البيوفيدباك (Biofeedback).

### 1-2-3-الضغط النفسي كعلاقة تفاعلية : يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط يتجلى من

خلال عملية التفاعل بين الفرد ومحيطه مع التركيز على خصائص وسمات الكائن الحي وهو ما

يوصف بالاتجاه التوفيقي وتتمثل أهم التعاريف الممثلة له فيما يلي:

يعرف لازاروس (Lazarus,1966-1984) الضغط النفسي "بأنه نتيجة لعملية تقييمية يقيم

بها الفرد مصادره الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة، أي مدى الملائمة بين متطلبات

الفرد الداخلية والبيئة الخارجية".(العزیز، 2010، 24).

ويعرف ميكينبوم (Meichenbaum, 1988) الضغط النفسي على أنه "عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد وينتج عنها توترا وانزعاجا، كما ترتبط باستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى اختلال في التوازن النفسي والفيزيولوجي وينتج عنه الإحساس بالغضب والاستثارة والقلق. (عوض، 2001، 41).

ويرى شيرلي (Shirley, 1994) أن حالة الضغط النفسي تظهر في الحالات التالية:  
-عندما يتعرض الفرد لأحداث بيئية سلبية مثل: فقدان، الخسارة، اضطرابات العلاقة مع الآخرين.

-عندما يعتقد الفرد بنقص قدرته على التحكم.  
-عندما يشعر الفرد بعدم قدرة امكانياته على تلبية حاجاته. (محمود، 2006، 406).  
ويعرف عبد الستار ابراهيم (2000) الضغط النفسي على أنه "عبارة عن أي تغيير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة". (علي، 2000، 10).  
ويعرف معجم علم النفس والطب النفسي الضغوط الانفعالية بأنها "مشاعر الإجهاد النفسي وعدم الراحة التي تحدث نتيجة مواجهة مواقف الخطر والتهديد وفقدان الأمن الشخصي، وكذلك الضغوط الناتجة عن صراعات داخلية واحباطات وفقدان تقدير الذات والأسى. (العاسمي، 2011، 221).

وترى الباحثة أن هذا الاتجاه التفاعلي اتجاه تكاملي يركز بشكل أساسي على:  
-إدراك الفرد لمتطلبات البيئة.  
-إدراك الفرد لإمكانياته وقدراته وتفسيره للأحداث (التقييم على أساس الإدراك والتوقع).  
يحدث الضغط النفسي عندما تكون مصادر الفرد غير كافية للتكيف مع متطلبات البيئة.  
وترى الباحثة أن "الضغط النفسي ينشأ من عملية تقييم الفرد لمتطلباته الداخلية أو للأحداث الخارجية على أنها مصادر تحدّ أو فشل أو تهديد مما قد يترتب عليه اضطرابات نفسية أو جسدية".

**2-أبعاد الضغط النفسي:** تشير الدراسات الحديثة إلى أن الضغط يوصف على أنه منظومة (نظام) لمجموعة من المتغيرات والمكونات التي تحدده وهذا يتفق مع ما ذهب إليه سبيلبرجر (Spielberger, 1979) إذ يرى أن الضغط كمفهوم يتكون من مجموعة أبعاد تتمثل في مصدر الضغط، إدراك الفرد، وأخيرا الاستجابة وسيتم توضيحها من خلال ما يلي:

**1-2-المثيرات :** وتشمل جميع التغيرات التي تكون في محيط الفرد والتي تتم داخله وتؤثر في توجيه سلوكه، فمثيرات الضغط هي الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد وتتطلب منه جهودا توافقية وتشمل على أحداث الحياة اليومية الصغرى(منغصات)، وكذا أحداث الحياة الكبرى وهي تتضمن تغيرات جوهرية في حياة الفرد تؤدي إلى اضطراب نشاطات الفرد المعتادة فبعضها يكون مرغوبا وإيجابيا وبعضها سلبي وغير مرغوب فيها.

**2-2-الإدراك والمعالجة المعرفية للمثيرات:** وتتم هذه المعالجة من خلال مرحلتين: مرحلة إدراك بسيطة تتحول من خلالها المثيرات الخارجية إلى معاني ودلالات، ثم تليها مرحلة تقييم معرفي لمدى تهديد المثير. والتقييم المعرفي نوعان: تقييم أولي ويشير إلى تقييم الشخص للمثير بأنه مهدد أو غير مهدد، أما التقييم الثانوي ففيه يقوم الشخص بتقييم مدى كفاءاته وقدرته على المواجهة. (يوسفي، 2011، 58). وفي هذا الإطار يضيف (عسكر، 2003) أن المثيرات تشكل عنصر ضغط أو توتر بالنسبة للفرد إذا ما كانت على مستوى يفوق إمكانياته وقدراته على التعامل معها، وبهذا فالمثيرات التي يتلقاها الإنسان لا تكتسب أي معنى إلا عن طريق الإدراك. والذي عن طريقه يتمكن الفرد من فهم بيئته المحيطة به والتكيف معها، في ظل الخبرات التي اكتسبها الإنسان عن طريق التنشئة الاجتماعية والتدريب والتعليم، ويعتبر الإدراك الحسي أكثر أنواع الإدراك أهمية في الضغوط النفسية، فهو عبارة عن تنظيم للإحساسات وتفسيرها وإعطاء معنى لها في ضوء الخبرات السابقة.

**2-3-الاستجابة:** تنتج عندما يدرك الفرد المثير ويقيمه معرفيا بأنه مهدد لراحته وبأنه غير قادر على مواجهته والتعامل معه بكفاءة، ولهذه الاستجابة مظهر نفسي وآخر فيزيولوجي وتستمر هذه الآثار

أو تختفي بناء على نجاح الفرد في المواجهة.

**2-4-المواجهة:** وهي العملية التي يحاول فيها الفرد معالجة المتطلبات المثيرة للضغط ولها ثلاث وظائف هي: معالجة الانفعالات، إعادة تقييم المشكلة، حل المشكلة.

وتتضمن عملية المواجهة مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد في محاولته التغلب على الآثار النفسية والفيزيولوجية لاستجابة الضغط وهي ما تعرف باستراتيجيات المواجهة.

**2-5- مترتبات الضغط:** تتوقف هذه النتائج على كيفية مواجهتها ففي حالة نجاح الفرد في مواجهة المثيرات فإنه يعود إلى حالة التوافق، أما إذا فشل وظلت الضغوط مستمرة فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية والجسدية. (يوسفي، 2011، 59).

**3- النماذج والنظريات المفسرة للضغط النفسي:** لقد ظهرت العديد من النماذج والنظريات التي حاولت تفسير الضغوط وسنحاول التطرق لأهم هذه النماذج والأطر التي تخدم أغراض البحث:

### 3-1- النماذج المفسرة للضغط النفسي:

**3-1-1- نموذج زملة التكيف العام لهانز سيلبي (H, Selye):** يعتبر سيلبي من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط ، خاصة في المجال الطبي بفضل كتاباته ومحاضراته حول تأثير الضغوط على الإنسان وقد صاغ نظريته وسميت زملة التكيف العام وتتضمن ثلاث مراحل:

**3-1-1-1- مرحلة الإنذار:** وهي رد الفعل الأول للموقف الضاغط، عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها اشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد إلى الغدة النخامية، وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية للأجهزة المعنية، حيث يفرز هرمون الأدرنالين يزداد التنفس، يزداد السكر والدهون في الدورة الدموية، وتشد العضلات لتهيأ الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالاستثارة العامة. (عسكر، 2003، 44)

**3-1-1-2- مرحلة المقاومة:** في هذه المرحلة يحاول الجسم التغلب على العامل الضاغط وتكون المقاومة مرتفعة، فإذا انتهى الموقف الضاغط عاد الجسم إلى حالته الطبيعية، لكن إذا استمر الضغط وفشلت المقاومة فإن الفرد يدخل في مرحلة الإنهاك. (مجلي، 2011، 209).

**3-1-1-3- مرحلة الإنهاك:** يدخل الفرد هذه المرحلة إذا استمر الضغط، بحيث تبدأ العمليات الجسمية في الانهيار ويحدث المرض، وإذا استمر الضغط دون مواجهة، فإن ذلك قد يؤدي إلى الوفاة ولقد صنفت كل الأمراض السيكوسوماتية على أنها أمراض تكيف لأنها تنتج عن المقاومة المستمرة للضغط كمحاولات العضو للتكيف مع البيئة. (إسماعيل، 2004، 45).

3-1-2- نموذج كوكس ومكاي (Cox, Meckay): تشير إلى أن الضغط يمكن وصفه بشكل مناسب كجزء من منظومة معقدة ودينامية للعلاقة بين الفرد وبيئته، وتشتمل خمس مراحل هي:

-المرحلة الأولى: تتمثل في المطالب والحاجات الداخلية والخارجية المرتبطة بالفرد، والتي تدفعه إلى ضرورة إشباعها.

المرحلة الثانية: تتمثل في إدراك الفرد للمطالب وقدرته على التعامل معها، ويحدث الضغط عندما يفقد الفرد توازنه وقدرته على التوفيق بين المطلب المدرك وإمكاناته وقدراته المدركة.  
المرحلة الثالثة: تتمثل في الاستجابة الفيزيولوجية للضغط وهي تمثل أساليب التعامل مع الضغوط.

المرحلة الرابعة: تهتم هذه المرحلة بنتائج الاستجابة الخاصة بالتعامل والمواجهة.  
المرحلة الخامسة: تتمثل في مرحلة التغذية الراجعة، ورغم أنها تحدث في كل المراحل الأخرى في المنظومة فهي تسهم في تشكيل النتيجة (المخرج) عند كل مرحلة من المراحل. (سمكري، 2008، 54).

3-1-3-النموذج الاجتماعي والايكولوجي في تفسير الضغوط: يتأثر الأفراد بجميع مكونات البيئة التي يعيشون فيها، فهم جزء من النسق الاجتماعي ومن ثمة فإن أي محاولة لفهم سلوك الأفراد ومشاكلهم خارج السياق الاجتماعي يعد فهما جزئيا، فالضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحي فيه الفرد. (حسين، حسين، 2006، 69).

كما أن التغيرات الاجتماعية، والثقافية التي تطرأ على اعتقادات الأفراد وقيمهم وتقاليدهم ساهمت بشكل كبير في خلق مستويات مرتفعة من الضغط تتضمن هذه التغيرات تصدع الأسرة، تقلص الشبكة الاجتماعية للفرد، والتغيرات السريعة في المجال الاقتصادي. وجلبها مشكلات موجودة في بيئة الفرد والتي لا يستطيع أن يكون بعيدا عنها مما قد يؤثر على صحته النفسية، إذن فالضغط ينتج لدى الأفراد عندما تفوق المتطلبات الاجتماعية قدرات الفرد أو عن الصراعات الناتجة عن رغبات الفرد في مواكبة التغير الاجتماعي السريع، والمحافظة على معايير وقيم المجتمع. (يوسفي، 2012، 80).

3-1-4-نموذج لازاروس وفولكمان (Lazarus, Folkman): أو ما يسمى بالنموذج التفاعلي تمت صياغته عام 1984 لتفسير الضغط في إطار العلاقة بين الشخص والبيئة. ويركز

هذا النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد وأن الضغوط تحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة ويرى الباحثان أن تفسير الحدث الضاغط يعتمد على عمليتين أساسيتين وهما:

-عملية التقييم الأولي: تشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له هل هو خطير ومهدد ويمثل تحديا للفرد أم لا، وعملية التقييم هذه تتأثر بالعوامل الشخصية للفرد مثل: الاعتقادات، العوامل الموقفية كطبيعة الموقف الضاغط.

-التقييم الثانوي : تشير إلى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، ويتأثر هذا التقييم بقدرات وإمكانات الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية.

ولقد أضاف لازاروس عملية ثالثة وهي إعادة التقييم وهي العملية التي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط. (حسين، حسين، 2006، 56-57).

ويرى لازاروس (1991) أن الأفراد يميلون إلى إظهار أساليب تقييم ثابتة نسبيا، وأن عملية التقييم المعرفي تمثل عاملا هاما في تحديد نوعية الاستجابة المعرفية والانفعالية التي يقوم بها الفرد اتجاه الضواغط.

### 3-2- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

3-2-1- النظرية السلوكية: يركز أنصار المدرسة السلوكية على عملية التعلم وعلى دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد، ومن رواد هذه المدرسة لازاروس، باندورا، سكينر (Skinner) حيث يرى هذا الأخير أن الضغط هو أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية وأنه ينتج من تفاعل الفرد مع المحيط، ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه والإحجام عنه، وبعضهم يواجهون الضغط بفاعلية، أما عندما تفوق شدة الضغط قدرتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط البيئية عليهم. أما باندورا (Bandura) فيوضح العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة، وهو يرى أن هذه العناصر الثلاث تتفاعل مع بعضها البعض وتؤثر في بعضها البعض، فالاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعر الفرد، وتتأثر أيضا بطريقة إدراكه للموقف، ومعظم سلوك الفرد يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد. وأن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه، وهي تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع الضغوط. (عبيد، 2008، 133-134).

3-2-2-2- النظرية المعرفية: إن استجابة الأفراد للأحداث تتحدد بشكل كبير بتفسيرات الفرد لهذه الأحداث، حيث يؤكد أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك المختل وظيفيا والمشاعر السلبية لدى الفرد ترجع إلى وجود أساليب تفكير خاطئة في تفسير الأحداث التي يمر بها عبر مواقف الحياة المختلفة، فالموقف الذي يدركه الفرد على أنه ضاغط قد يدركه شخص آخر على أنه طبيعي، إذن فالشعور بالضغط مرتبط بطريقة تفسير ومعنى الحدث. وعلى هذا الأساس فإن الضغط والصعوبات الانفعالية يبدآن عندما تكون طريقة إدراك الفرد للحدث مبالغ فيها وتفكيره غير منطقي، إذ أن أنماط التفكير الخاطئة لدى الفرد تؤثر سلبا على مشاعره وسلوكياته، فعندما يقع الفرد تحت الضغط يفقد القدرة على التفكير السليم، ومن ثم يلجأ إلى التحريفات المعرفية عند التعامل مع الأحداث الضاغطة، وبالتالي فهو يفسرها بشكل سلبي. (حسين، حسن، 2006، 263)

ويفسر بيك (Beck) الإحساس بالضغط على أنه ينتج من مجموعة من الأفكار التي ترتبط بفكر الشخص عن نفسه، وعالمه، والمستقبل "الثالوث المعرفي" و الواجبات التي يفرضها سواء على ذاته أو عالمه وقد تكون هذه الأفكار من اللوم المستمر للذات أو التعميم الزائد أو المبالغة في تقييم الأحداث وكلها أمور تكون مكتسبة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية. وأن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي العقلي الداخلي، وقد ينتج عن عدم الاتساق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات الانفعالية. (الشناوي، عبد الرحمان، 1998، 147) إن تفكير الفرد هو المسؤول عن انفعالاته وسلوكه وأن العلاج والإرشاد المعرفي يعيد تنظيم وتشكيل الأفكار التي أدت إلى أخطاء معرفية وانفعالية

أما مكينبوم (Meichenbaum) فيرى أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للضغط تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقيم بها الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقيم بها الفرد نفسه وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف. (يوسفي، 2012، 80).

3-2-3- نظرية العوامل المتعددة: قدم موس وشيفر (Moos, Schaefor, 1986) نموذج العوامل المتعددة في تفسير الضغوط النفسية، والتي تمر بثلاث مراحل أساسية هي:  
المرحلة الأولى: العوامل الديموغرافية والشخصية، التي تتعلق بنوعية شخصية الفرد والعوامل البيئية المحيطة به، وتفاعل العوامل الشخصية والاجتماعية وعلاقتها بإدراك الفرد للحدث الضاغط.

المرحلة الثانية: وتتميز بثلاث خطوات:

- إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط، وهذا الإدراك يبدأ بعد صدمة الحدث الضاغط بصورة مفاجئة، ثم يزداد وضوحه حتى يدرك جوانبه، ونتائجه مما يسهل عليه التعامل معه.
- الأعمال التي تهيء الفرد للتوافق مع الحدث الضاغط، ومحاولته الاحتفاظ بتوازنه والتحكم بمشاعره السلبية التي خلفها الحدث، وشعوره بقدرته وكفايته على التحكم والسيطرة عليه.
- محاولة الفرد اتخاذ أسلوب لمواجهة الموقف بهدف استعادة توازنه النفسي، وتتضمن عمليات مختلفة هدفها حشد طاقات الفرد المعرفية والانفعالية لمواجهة الموقف الضاغط.

المرحلة الثالثة: تعد محصلة لتفاعل جميع العناصر السابقة بهدف مواجهة الموقف، وقد تكون المواجهة في صورة توافق ناجح وبالتالي يستطيع الفرد مواجهة حياته، وقد يخفق الفرد في تحقيق التوافق فتظهر عليه الاضطرابات النفسية.(حسن، 2013، 71).

### 3-3- تعقيب عام على النماذج والنظريات المفسرة للضغط النفسي: من خلال ما تم عرضه

من نماذج ونظريات في تفسير الضغط النفسي يمكن أن نستشف بعض الملاحظات من أهمها:  
أن نموذج هانز سيللي للضغط النفسي هو نموذج فيزيولوجي بدرجة كبيرة، لم يول اهتماما كبيرا لمعنى الموقف ودلالاته بالنسبة للفرد ، كما أنه لم يؤكد على الآثار النفسية والسلوكية للضغط النفسي. أما نموذج كوكس ومكاي فهو يبدو أكثر شمولية من سابقه، فقد أشار إلى إدراك الفرد للضغط ومواجهته له لكنه أهمل أيضا الآثار النفسية والسلوكية، أما بالنسبة للنموذج الاجتماعي الايكولوجي فقد ركز على المصادر الخارجية والمتغيرات الثقافية والاجتماعية في إحداث الضغط، دون التركيز على الفرد وما يملك من امكانات. فهو يتأثر فعلا بالبيئة لكنه يؤثر فيها أيضا. أما نموذج لازاروس وفولكمان فهو يرى بأن البيئة تؤثر في الفرد وهو بدوره يؤثر فيها أي أن الضغط ينشأ من التفاعل بين البيئة والفرد كما أن الفروق الفردية بين الأفراد في تقييم أو ادراك الضغط تؤثر على الاستجابة للمثير البيئي، وهما لم يوليا اهتماما كبيرا لشدة الموقف الضاغط بقدر ما ركزا على تقييم هذا الموقف. أما بالنسبة للنظريات فقد ركزت النظرية السلوكية على دور البيئة في حدوث الضغط، وأنه سلوك متعلم وبعدها تمت الإشارة إلى دور العمليات المعرفية في إضفاء الفرد لمعنى الحدث، لكن تمّ إغفال الدور الفعال للفرد وما يملك من خصائص في مواجهة الضغط. أما بالنسبة للنظرية المعرفية فهي أقرب للتكامل في تفسيرها للضغط لعدم إهمالها لأي بعد من أبعاد الضغط، لكنها ركزت بشكل كبير على دور العمليات المعرفية في الشعور بالضغط، دون التركيز



على خصائص المواقف الضاغطة من جهة ودور البيئة من جهة أخرى. وجاءت نظرية العوامل المتعددة، لتفسر الضغط من خلال نظرة تكاملية لم تهمل أي جانب على حساب جانب آخر أو تركز على جانب دون آخر فقد أشارت لمختلف العوامل الأساسية التي تؤثر في استجابة الفرد للضغط.

### 4-أنواع الضغوط النفسية: كما اختلف العلماء في تحديد ماهية الضغوط وأبعادها، فقد

اختلفوا أيضا في تحديد أنواعها وسنشير إلى أهمها:

#### 4-1- من حيث نوع التأثير (إيجابية/ سلبية): لقد ميز هانز سيلبي (Seley) بين هذين

النوعين من الضغوط حيث يطلق عليهما بالضغط النافع أو الحسن والضغط السلبي أو المزعج، ويرى الفارق بينهما يكون في العمليات المعرفية الوسيطة في استجابة الضغط وفي هذا الصدد يؤكد سيلبي على أن التحرر الكامل من الضغط يعني الموت، وهكذا فإن الضغط ليس ضارا أو سيئا على الدوام بل إن قدرا منه في كثيرا من الأحيان يكون نافعا ومفيدا للفرد، ولكن إذا زاد الضغط فوق طاقة تحمل الفرد فقد يؤدي ذلك به إلى الاحتراق وسوء التوافق النفسي وظهور الأعراض المرضية. (حسين، حسين، 2006، 33). وفي هذا الإطار يشير تايلور (Taylor, 2008, 360) إلى أن الباحثين يرون أن الأحداث السلبية تسبب ضغطا أكثر من الأحداث الإيجابية وهذا لأنها ترتبط ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والأعراض الجسمية وهذا لأن الأحداث الضاغطة تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات أو قد تسبب فقداننا لتقدير الذات أو الإحساس بفقدان السيطرة على الأمور.

وترى الباحثة أن العقم يعد من الأحداث السلبية التي تقع على الفرد بالرغم من أنه لا يسبب

في العادة آلام عضوية لكنه يسبب معاناة نفسية تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات، وقد تسبب

انخفاض في تقدير الذات، وفقدان السيطرة على الأمور وهذا ما تؤكدته دراسة مولر

(Moller, 2001) من أن العقم يصاحبه فقدان لصورة الذات والذي قد يصل إلى الانهيار. كما

يصاحبه عادة الإحساس بالدونية، الإحساس بالذنب والإحساس بالفقدان (Martiner, 2008, 17,18).

#### 4-2- من حيث الاستمرارية: وهي تنقسم إلى ضغوط قصيرة المدى وضغوط مزمنة،

وتتمثل هذه الأخيرة في الضغوط التي تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبيا، مثل تعرض الفرد لظروف اقتصادية قاهرة الدخل الضعيف أو العلاج لمدة طويلة وبشكل مكلف، أو اجتماعية غير ملائمة

كالشعور بالوحدة أو لظروف صحية صعبة كالعقم وهذا كله طبعا بصورة مستمرة نسبيا. أما الضغوط قصيرة المدى فهي تلك التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول كضغوط الامتحانات مثلا. وتؤكد نتائج بعض الدراسات حسب (علي، 2005، 208) على أن الناس يستطيعون أن يصمدوا أمام أحداث الحياة الضاغطة قصيرة المدى ولكنهم يفقدون القدرة على التصدي للأحداث طويلة المدى نتيجة لما تسببه لهم من خبرات مؤلمة، تتمثل في الإحباطات والتوترات التي لا تتحملها الأجهزة النفسية والجسمية للإنسان.

**4-3- من حيث درجة التحكم:** تشكل الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التحكم بها مثل: الاكتظاظ انعدام الراحة... الخ. مصادر ضغط أقل تأثيرا من تلك الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها كالأحداث الصدمية التي لا يتوقعها الفرد في بعض الأحيان مثل وفاة قرين أو زوج أو فقدان وظيفة ... و تؤكد الأبحاث التي أجريت في ميدان الضغط باستمرار على أن الأحداث الخارجة عن السيطرة أكثر ضغطا من تلك التي يتم السيطرة عليها أو التحكم بها. وترى الباحثة أن العقم يمكن أن يكون مصدر ضغط للأزواج لأنهم لا يتوقعون حدوثه أثناء زواجهم لكن مع مرور الوقت يتفاجؤون بوجوده وهم لا يملكون القدرة على السيطرة عليه وهذا ما يسبب لهم الضغط خاصة عند غياب السبب النوعي في حدوثه.

**4-4- من حيث الشدة:** هناك من قسم الضغوط إلى ضغوط شديدة مثل الفقد أو الهجر وضغوط أقل شدة أي متوسطة كتوتر العلاقات مع الآخرين، وأخرى هي مجرد منغصات ومضايقات يومية.

**4-5- من حيث المصدر:** لقد حدد ميلر (Miller, 1979) مصادر الضغوط في مصدرين وهما الضغوط الداخلية وهي تأتي من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف في مقابل الضغوط الخارجية التي تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة مثل: الضوضاء، الصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع مما يسبب للفرد ضغوط مرتفعة. (حسين، حسين، 2006، 38). وترى الباحثة أن الضغوط المرتبطة بالأمور المركزية عند المرأة المصابة بالعقم تتمثل في تحقيق الهدف الأسمى من الزواج بأن تكون أما وأن تساهم في استمرارية الجماعة، وبالتالي عدم القدرة على تحقيق هذا الهدف أو بالأحرى هذه الوظيفة (ممارسة الوالدية) ذات الأهمية المركزية سواء على المستوى الشخصي، أو الاجتماعي يوقع هذه المرأة في المعاناة والشعور بالضغط.

**4-6- من حيث درجة الوضوح:** يرى تايلور (Taylor, 2008, 362) أن الأحداث الغامضة تسبب ضغطاً أكثر من الأحداث الواضحة، فعندما يتصف الحدث بالغموض، فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بعمل شيء إزاءه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقته من أجل استيضاح الموقف المسبب للضغط. وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد وتقوض إمكاناته. ومن ناحية أخرى، فإن وضوح معالم الموقف الضاغط، يترك مجالاً أمام الفرد كي يعمل من أجل إيجاد الحلول دون أن يظل عالقاً في مرحلة تحديد ماهية المشكلة التي يتعرض لها.

وترى الباحثة أن العقم يعد من المشكلات الطبية التي تحتاج إلى العديد من الفحوصات للكشف عنها وتشخيصها وبالتالي هذا الغموض الذي يكتنف هذه الإصابات في بعض الحالات يوقع أفرادها في الحيرة وفي دوامة التحاليل والفحوص، وتبقى نسبة ما يعادل 10% من حالات العقم لا يتم الكشف عنها ويبقى السبب فيها مجهولاً وغامضاً وهذا ما قد يسبب الضغط والمعاناة وازدياد نسب الشك في نجاح العلاج بسبب عدم إيجاد السبب لعلاجه.

**4-7- من حيث الطبيعة:** يرى وين وايتن (Wayne weiten) أن طبيعة الضغط يمكن أن تتشكل في محورين: المحور الأول: إما أن تكون ضغوطاً بدنية، كالتعرض لمرض مزمن أو التعرض لظروف طبيعية مثل: الضوضاء أو البرودة الشديدة وغيرها وهذه الظروف غير المريحة تسبب ضغطاً بدنياً أو جسمياً. أو تكون ضغوطاً نفسية، كالحلاقات الزوجية، فقدان عزيز، الإحساس بالوحدة... الخ.

المحور الثاني: تداخل وتفاعل الضغط البدني مع الضغط النفسي معاً، فهما يمكن أن يتداخلا في حدث واحد مثل الإصابة بمرض خطير وغياب الدعم من طرف الأهل يمكن أن يولد لدى الفرد الضغط البدني والنفسي معاً.

وترى الباحثة أن العقم يعد من الضغوط البدنية التي قد تحتاج لسنوات في بعض الحالات لعلاجها، كما يعد من الضغوط النفسية لأنه يسبب الشعور بالوحدة، والإحساس بالفقدان بالرغم من أنه فقدان رمزي كما يشير إليه هربوت (Hurbot) أنظر ص (6).

**4-8- من حيث التقييم المعرفي:** ترى الباحثة أن إدراك الضغوط النفسية يختلف من شخص لآخر وهذا وفق المنظومة المعرفية التي يحملها الفرد كالقيم، المعتقدات، الأفكار، والخبرات... الخ حيث يمكن أن يقيم الحدث الضاغط بأنه إيجابي أو سلبي بناء على كيفية إدراكه وتقييمه للحدث وبالنسبة للإدراك السلبي للحدث فهو يرتبط في الغالب بما يمكن أن يسببه من أذى أو تهديد أو تحد.

وبالنسبة للمرأة العقيم يعتبر العقم من الأحداث المهددة لحياتها الزوجية، فهي تعيش هذه الفترة من حياتها تحت وطأة الخوف من الطلاق، أو تعدد الزوجات، هذا من جهة ومن جهة ثانية هو عبارة مرحلة تحد وإثبات للذات والهوية وهذا ما يشعرها بالضغط والخوف من عدم تجاوز هذا التحدي والعيش بلقب عاقر طوال حياتها.

وترى الباحثة من خلال ما سبق أن الأحداث الايجابية والواضحة، والتي يمكن إدارتها والتي تتعلق بمهام الحياة الهامشية، تدرك أنها أقل ضغطا من الأحداث السلبية والخارجة عن السيطرة، أو الغامضة، أو تلك الأحداث التي تمس مهام الحياة المركزية للفرد.

وأنة بالرغم من الاختلافات في تصنيف أنواع الضغوط إلا أنه في واقع الأمر هناك تداخل كبير بينها، حيث نجد مثلا الضغوط قصيرة المدى يمكن أن تكون ايجابية أو سلبية بدنية أو نفسية ويمكن أن تكون حادة أو بسيطة ويمكن أن تكون من البيئة الطبيعية أو الاجتماعية أو الداخلية، لهذا من الصعب جدا تجاهل هذا التداخل، وهذه التقسيمات هي فقط من أجل الدراسة والبحث.

### 5- مصادر الضغط النفسي وطرق قياسه:

**5-1- مصادر الضغط النفسي:** يرى لازاروس (Lazarus, 1966) حسب ما تؤكدته الدراسات النفسية أن مصادر الضغوط متباينة ومتداخلة في آن واحد. يمكن أن تتمثل في البيئة الخارجية ويمكن أن تتجسد أيضا من خلال المتغيرات التكنولوجية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، مما يؤدي إلى الخوف والقلق والإحباط والحرمان. (العتيبي، 2014، 12).

وفي هذا الإطار يعرف (Beniz, 2006) مصادر الضغوط على أنها المواقف أو الظروف الداخلية والظروف الخارجية التي تسبب للفرد الشعور بالتوتر والضييق وعدم الارتياح بناء على التقييم الذاتي للفرد، أو الظروف التي يدركها الفرد على أنها تمثل خطرا على نفسه وجسده أو تهديدا لكيانه. (إبراهيم ليد، 2013، 27). وفيما يلي عرض لمختلف هذه المصادر المتعددة والمتداخلة.

تعد المطالب والضغوط الاجتماعية في رأي ثوربي (Thorbe, 1971) مصادرا للضغوط حيث كلما سارت الحياة بخطوات سريعة كلما أصبح من الضروري تنظيم سلوك أعضاء المجتمع، وذلك يتطلب المزيد من القيود، وعادة ما تتصارع حاجات المجتمع مع حاجات الأفراد، لذلك فإن القواعد واللوائح التي تعتبر ضرورية لبقاء الجماعة قد تؤدي إلى تحطم الفرد جسمانيا، أو نفسيا بما تفرضه عليه هذه اللوائح من ضغوط. (الرويشدي، 2002، 25).

كما يشير سيلفرمان (Silverman, 1979) إلى مجموعة من مصادر الضغوط النفسية المتمثلة في الحرمان البيولوجي، والخطر الذي يتعرض له الفرد من البيئة فيحدث حالة من الضغط داخله الإنقاص من أهمية الفرد وتقديره لذاته، الأعباء الثقيلة من المطالب البيئية، وأحداث أخرى ايجابية كتلقي التقدير والمدح مثلا. (أبو حبيب، 2010، 24).

كما تعد الذكريات، الأفكار، الأحاديث الذاتية كمصادر للضغوط حيث أشار شافر (Shaffer, 1983) إلى أن الحديث الداخلي إذا كان سلبيا فهو يعمل كمثير ضاغط بحد ذاته، أما إذا كان ايجابيا فيمكن أن ينظر إلى المثيرات التي كان يراها ضاغطة سابقا على أنها أقل خطورة ويعد كل من هولمز وراهي (Holms, Rahi) أكثر من قاما بدراسات عن المثيرات الضاغطة فقد أعدا مقياسا يضم "43" حدثا يمكن أن يؤثر على معظم الناس. فكانا يقيسان الضغط النفسي بمدى تعرض الفرد لهذه الحوادث التي تتدرج حسب حدتها. (الرويشدي، 2002، 26).

ويشير ماك جراث (McGrath, 1990) إلى مجموعة من مصادر الضغوط تتمثل في: ضغوط تأتي من المطلب (الفعل)، ضغوط تأتي من الدور، ضغوط تأتي من نوعية السلوك. ضغوط تأتي من البيئة الطبيعية نفسها، ضغوط تأتي من البيئة الاجتماعية، ضغوط متوطنة في أنظمة الفرد الداخلية وتأتي معه في أي وقت. (أبو حبيب، 2010، 23).

ويرى بندل (Bendel, 1994) أن أحداث الحياة تسبب الضغوط كالأوضاع المادية، والموارد المحدودة، وتغيرات الحياة كالطلاق، والوفاة في الأسرة. (الرويشدي، 2002، 26).

وقد حدد جيرالد بيلز (Gerald, Beals, 1995) عدة مصادر للضغوط تتمثل في:

- عملية تفسير الحدث الضاغط... فتفسير الحدث الضاغط على أنه شيء ضخم يزيد من حدة المشكلة تعقيدا، وتفسيره على أنه مهدد يزيد حدة القلق، والشعور بعدم الأمان، وتفسيره على أنه ناجم عما اقترفه الفرد من أثار يزيد من حدة الشعور بالذنب ومن الشعور بالاكئاب.
- عدم القدرة على إشباع الاحتياجات الأساسية...فعدم إشباع هذه الحاجيات يعد مؤثرا سلبيا في زيادة الشعور بالضغط.

- الأحداث غير المتوقعة التي يصعب التنبؤ بها والأحداث الخارجة عن نطاق التحكم هي أحداث تسهم في الشعور بالضغط.

-نمط الشخصية...فهناك نمطان من الشخصية حسب تصور جيرالد في تفاعلها مع الضغط:

النمط الأول: يتميز بارتفاع الطموح والرغبة المستمرة في تحقيق النجاح، كما يتميز بالرغبة في تنفيذ أشياء عديدة في نفس الوقت، لهذا يضعون أنفسهم في حالة مستمرة من الشعور بالضغط.

النمط الثاني: يتميز بالفناعة والشعور بالرضا بما يقوم به، لذلك فهو يتميز بالهدوء والاسترخاء مما يجعله أقل تأثر بالشعور بالضغط. ( أحمد، ب.س، 6 )

وهناك مصادر الضغط الجسمية حيث يرى بيك (Beck, 2000, 217) أن تصور الفرد في وقت ما قد يحدد شعوره في ذلك الوقت: إما بالسرور أو الألم، بالقوة أو الضعف، بالحيوية أو الفتور... الخ. وقد يكون تصور له حالته الجسمية أهم من حالته الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه. وهذا يوضح جليا دور صورة الذات الجسمية في ظهور الضغوط النفسية، خاصة أن معظم الدراسات تشير إلى أن الاعاقات والأمراض المزمنة، أو الخطيرة من أكثر مصادر الضغط النفسي الجسدي.

وترى الباحثة من خلال ما سبق أنه يمكن تقسيم أهم مصادر الضغط النفسي إلى ما يلي:  
مصادر بيئية خارجية: تشمل كل المثيرات الموجودة في البيئة الخارجية لمحيط الفرد وتتمثل في:

-مصادر بيئية فيزيقية : نذكر منها الظروف الطبيعية غير الملائمة كالكوارث الطبيعية، ارتفاع درجة الحرارة، الضوضاء... الخ وهي ظروف لا تبعث على الراحة و تسبب الضيق والتوتر، وهذا ما أكدته مختلف الدراسات التي تناولت مختلف هذه الجوانب.

-مصادر بيئية اجتماعية: يمكن ذكر مثلا التغير المستمر في أحداث الحياة التي قد ترهق الفرد وتضعف من قدرته على التكيف وبالتالي تصبح مصدر ضغط كما تم الإشارة إليه سابقا.  
مصادر داخلية: وهي تنقسم إلى:

مصادر نفسية: تنشأ الضغوط النفسية من مصادر متعددة نأخذ على سبيل المثال لا الحصر الشعور بالإحباط والصراع وهذا ما يؤكد كل من مونت ولازاروس ( Monat, Lazarus,1977 ) وفق ما أشار إليه. ( إبراهيم لبد، 2013، 28 ) من أن الإحباط والصراع هما أحد المصادر الرئيسية للضغوط.

مصادر جسمية: وتتمثل على سبيل المثال لا الحصر في الإصابة بالأمراض الخطيرة، والتي أشار إليها الباحثين على أنها تعد من أهم مصادر الضغط عند للفرد.

**5-2- طرق قياس الضغط النفسي:** إن معرفة الأساليب المتنوعة في دراسة الضغط تكسب الباحث فرصة الاختيار بين هذه الأساليب وبالتالي تكون الدراسة أكثر علمية وموضوعية. كما أن التكامل بين مختلف هذه الأساليب يسمح بقياس الضغط من مختلف الجوانب والحصول على نتائج أكثر دقة أي (تصنيف الأفراد وفق مستويات الضغط التي يعيشونها). ومن بين الأساليب الشائع استخدامها لقياس الضغط ما يلي.

**5-2-1- التقرير الذاتي:** يتلخص هذا الأسلوب وفق (عبد العزيز، 2010، 124) بعرض مواقف أو حوادث حياتية عدة أمام المفحوص سواء ما يتعلق منها بمجالات الأسرة أو العمل أو الدراسة... الخ ويعد ثاير (Thayer, 1967) أول من نبه إلى إمكانية قياس الحالة الجسدية والنفسية عن طريق الصفات المزاجية بواسطة التقرير الذاتي، كما يعتبر هولمز وراهي (Holms, Rahe) من أوائل المختصين الذين اتبعوا هذا الأسلوب، حيث قاما بإعداد دليل لقياس تغيرات الحياة أي مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي وذلك بعد مراجعة تاريخ الحياة لأكثر من (5000) حالة. كما أشار (الطريحي، 2007، 93) إلى قائمة هوبكنز (Hopkins) للأعراض وهي قائمة الهدف منها محاولة حصر ما يتعرض له الفرد من آثار كنتيجة محتملة للمواقف الضاغطة. وهي من بين الأدوات التي سنعتمد عليها في هذه الدراسة.

**5-2-2- الاستجابات الفيزيولوجية:** ويعتمد هذا الأسلوب على الأجهزة التقنية لقياس ردود الفعل، أو استجابات بعض أعضاء الجسم مثل جهاز قياس دقات القلب الذي استخدمه هوستن (Houston) للتعرف على الضغوط، وجهاز (E.G) الذي يربط على الأصبع الوسطى لقياس الاستجابة للضغوط الموجودة، وهذه القياسات تنبئ بحالة الضغط النفسي عند الأفراد، ومن بين هذه المؤشرات:

**5-2-3- النشاط الكهربائي العضلي:** لقد ثبت أن التوتر العضلي مؤشر فسيولوجي مصاحب لحالة الانضغاط أو الشعور بالضغط، وأن النشاط الكهربائي العضلي يزداد لدى الفرد كلما تكرر فشله في الوصول إلى حل المشكلات والمواقف الضاغطة التي تواجهه.

**5-2-4- الاستثارة الأتونومية:** تعتبر الاستثارة الأتونومية التي تقيسها الاستجابة الجلفانية للجلد وضربات القلب من المؤشرات الفسيولوجية التي تعكس أن الفرد واقع تحت ضغط معين، ويعاني من حالة انضغاط. تتوقف شدتها على درجة الاستثارة. وأشارت التجارب إلى أن الاستجابة الجلفانية ترتفع وكذا معدل ضربات القلب في المواقف الضاغطة والمهام الصعبة.

5-2-5- النشاط الكهرومغناطيسي للمخ: تحدث كثيرا من التغيرات في النشاط الكهرومغناطيسي للمخ في مواقف الضغط والمشقة عنه في مواقف الراحة والاسترخاء، وقد أشارت جلانز وآخرون (Glanzer, et al) أنه كلما زادت صعوبة الموقف الضاغط يزداد ظهور موجات بيتا ويؤكد فولانكا (Volanka) على أن نشأة موجات بيتا ترتبط بمستوى الاستثارة التي تحدثها المواقف الضاغطة.

5-2-6- ضغط الدم: يختلف ضغط الدم كمؤشر فسيولوجي في المواقف الضاغطة العادية عنه في مواقف الإجهاد، كما أشار مارتن (Martin) إلى أن ضغط الدم الانقباضي يزداد في المواقف المثيرة للانفعال.

5-2-7- معدل التنفس: تحدث تغيرات في معدل ضربات التنفس وفي دورته عندما يكون الأفراد تحت تأثير موقف ضاغط، وعندما يكونون منفعلين فقد أشارت دراسات عديدة إلى زيادة معدلات التنفس أثناء التعرض للمواقف الضاغطة في حالات الانعصاب، فالتنفس الأسرع يميز الانفعالية الشديدة.

5-2-8- الأداء: يطلب من المفحوص أداء مهمة معينة في وقت لا يتناسب وحجمها، ثم يجري تقييمها بوسائل القياس التقليدية، ويميل بعض الباحثين إلى قياس الضغوط من خلال التغيرات في السلوك الظاهري، والبعض الآخر إلى استخدام وسائل التقارير الذاتية، أو ملاحظة التغيرات في فعالية الأداء. أما سيلبي فيميل لقياسها عن طريق زيادة إفراز غدة الأدرنالين في الجسم. (عبد العزيز، 2010، ص 124-127)

6- مترتبات الضغط النفسي: يطلق على الضغط النفسي مصطلح (المرض الخفي) أو القاتل الصامت، لذلك اهتم الباحثون بدراسة أثاره السلبية والتي تتباين وتختلف من فرد لآخر، وعند نفس الفرد من فترة لأخرى. وتتمثل فيما يلي:

6-1- الضغط والأمراض الجسمية : أشار الباحثون إلى أن هناك أمراض لها علاقة بالضغوط من بينها: الإرهاق، العقم، أمراض القلب والشرابيين، الربو... الخ. (عبيد، 2008، 38) وفي دراسة أجراها بايك وآخرون (Pike, et al, 1997) تبين أن الأفراد الذين اتسمت حياتهم بالتعرض للضغوط المزمنة، أظهروا تطرفا في نشاط الخلايا القاتلة، كرد فعل للضغط الحاد الذي



تم تعريضهم إليه في المخبر مقارنة مع أشخاص كانوا أقل تعرضاً للضغط في بيئاتهم. (علي، علي، 2013، 54).

**2-6-2- الضغط والاضطرابات النفسية:** لاشك أن ردود الفعل النفسية للضغوط مكتسبة، وهي تعتمد على ادراكنا وتفسيرنا للعالم وعلى قدراتنا على معالجة الضغوط (إسماعيل، 2004، 97). ويعتقد أن المشكلات النفسية التي تنتج عن الضغوط لها أهمية مثل المشكلات الجسمية إن لم تزد، فالحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على تحديد نتائج أو آثار الضغوط، لأن لكل فرد قدرة معينة على تحمل الضغوط، إذا تجاوزها ظهرت عليه الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية.

ولقد أظهرت الدراسات الحديثة تأثيرات نفسية عديدة للضغوط على النواحي الفيزيولوجية الانفعالية المعرفية والسلوكية. والتي سيتم الإشارة إليها فيما يلي:

**6-2-1- التأثيرات الفيزيولوجية:** زيادة الأدرنالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد فعله وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل اضطرابات في الدورة الدموية وأمراض القلب، زيادة إفراز الغدة الدرقية قد يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وزيادة استنفاد الطاقة... الخ.

**6-2-2- التأثيرات المعرفية:** عدم القدرة على التركيز، قرارات متسرعة وخاطفة، زيادة معدل الخطأ، تدهور القدرة على التنظيم والتخطيط بعيد المدى... الخ.

**6-2-3- التأثيرات الانفعالية:** زيادة الإحساس بالمرض حيث يحدث تهيو أمراض الضغط، زيادة القلق، الحساسية المفرطة، ظهور الاكتئاب، نقص تقدير الذات، تطور الشعور بالعجز وعدم القيمة... الخ.

**6-2-4- التأثيرات السلوكية:** نقص في الاهتمامات، زيادة النسيان، انخفاض في مستوى الطاقة دون سبب واضح الميل لإلقاء اللوم على الآخرين، حل المشاكل بمستوى سطحي... الخ. (عبيد، 2008، 36، 37).

**7- الضغط النفسي والعقم:** لقد أظهرت الدراسات والبحوث المختلفة سواء على المستوى الإكلينيكي أو النظري أن العقم يمثل خبرة ضاغطة بالنسبة للأفراد سواء أثناء التشخيص أو العلاج. وبالنسبة للإطار النظري تظهر هذه الخبرة الضاغطة للعقم من خلال ما تطرق إليه لازاروس

وفولكمان في تعريف الضغط النفسي على أنه يتعدى المصادر الفردية والاجتماعية للفرد والتي تعرض التوازن النفسي للمصاب بالعمق للخطر. وأن الضغط الناتج عن العمق يرجع بالضرورة إلى الطبيعة الغامضة السلبية، والخارجة عن السيطرة. كما أن النموذج التحليلي للعمق حسب كولين (Collen, , 1989) وجوردن (Jorden,1997, et al) يسمح بالتنبؤ بوجود ضغطا نفسيا كاستجابة للعمق عند الأفراد الذين يعد الإنجاب بالنسبة لهم هدف مركزي في الحياة. (Mongrain, 2000, 3).

وتعد الحاجة إلى الإنجاب حسب ايفانز (Evens, 2011, 2) قوة طبيعية تفسرها مجموعة متنوعة من العوامل: البيولوجية، النفسية، الاجتماعية، الثقافية، وأن هذه الحاجة أساسية، فبمجرد الزواج يتوقع الزوجان إنجاب الأطفال، لكن سرعان ما تبدأ الشكوك والمخاوف بمرور الأيام وعدم الحمل، فيتحول الأمر إلى أزمة حياتية تسبب الضغط، والألم بسبب مشاعر الخسارة والفقدان. وستحاول الباحثة أن نضع تعريف لضغط العمق وكذلك أهم مصادر الضغط النفسي، وآثاره عند هؤلاء الأفراد وفق ما أشارت إليه مختلف الدراسات.

**7-1- تعريف ضغط العمق:** ترى الباحثة أن ضغط العمق هو مجموعة من المتطلبات الداخلية (الرغبة في الإنجاب تحقيق الهدف من الزواج، اكتمال الأنوثة، تشخيص العمق...) أو الخارجية (استمرارية الخلف، السند، المكانة، إجراءات العلاج...) الضاغطة التي يدركها الفرد العقيم على أنها تفوق مصادره، وقدراته، فتسبب له المعاناة، الضيق والتوتر وقد تتعدى إلى التأثير على صحته الإنجابية، النفسية والجسمية.

وتختلف درجة الضغط من فرد لآخر، ويتوقف ذلك على مدى إدراكه للمواقف، وقدرته على والوفاء بمتطلباته، ومتطلبات بيئته، كما يعتمد أيضا على مصادر الدعم الاجتماعية المتوفرة لديه. وبالنسبة للمرأة يعد العمق اصابة غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها، لأنها لا تسمح لها بتلبية حاجتها للإنجاب، وكذلك تحقيق الهدف الأساسي من الزواج وهو أن تكون أما. والوفاء بمتطلبات بيئتها وهي استمرارية الخلف مما يوقعها في المعاناة بسبب مشاعر الخسارة والفقدان التي تتكرر في كل دورة.

وفي هذا الإطار يضيف اسبادا وروسي (Espada, Rosset, 2008, 186) أن العمق خبرة صادمة وينتج عنها أزمات نفسية هامة، بحيث يختبر الأشخاص نوع من الصراع الداخلي بين قدراتهم ووعيمهم بالعجز الواضح والغير معروف المؤدي إلى كسر التوازن البيوهرموني والتوازن

النفسي ومشاكل تضم الفهم، التواصل مع الشريك، حياتهم العائلية، مصادرهم المالية وفهمهم لمحيطهم الاجتماعي.

وقد حاولنا رصد مختلف مصادر الضغط النفسي عند المصابات بالعقم والتي على أساسها تم بناء استبيان لقياس هذه المصادر، والإشارة لبعض الدراسات التي تبين آثار الضغط النفسي عندهن. والدراسات الحديثة أكدت على دور الضغط في التأثير على علاج العقم وخفض نسب الحمل، وحدوث الإجهاض. أنظر ص(83). وهذا ما دفعنا إلى التفكير في الاتجاه العلاجي لمحاولة التقليل من مختلف هذه الآثار والوصول لقدر من الراحة النفسية والإنجابية.

### 8- مصادر ومترتبات الضغط النفسي عند النساء العقيمات:

#### 8-1- مصادر الضغط النفسي عند النساء العقيمات: تتمثل أهم هذه المصادر حسب الباحثة

في:

#### 8-1-1- الضغط الذاتي: هي مجموع المتطلبات الشخصية أو الذاتية المرتبطة بالعقم من

مثل: النظرة السلبية للذات، الشعور بالقصور والذنب...الخ. وقد أشارت بعض الدراسات إلى ذلك من بينها دراسة جوزهي وآخرون (Joshi et al, 2009, 329) الذين يرون أن النساء والرجال الذين يعانون من العقم يختبرون احساس فقد الهوية ووضوح مشاعر النقص وعدم الكفاءة.

#### 8-1-2- الضغط الزوجي: هي كل ما يخص الحياة الزوجية وما تدركه المرأة من خلال

علاقتها بزوجها سواء العامة منها أو الخاصة بأنها تسبب الضغط وتتمثل أهمها في: شعورها بعدم الأمان في حياتها الزوجية بسبب خوفها من الطلاق أو الزواج عليها، عدم التعاون أحيانا من قبل الزوج حيث تتحمل الزوجة العبء الأكبر في خطوات الفحص والعلاج، تجنبها للعلاقة الجنسية التي لم تعد تحقق لها الرغبة المنشودة وهي الحمل...الخ. وقد أظهرت نتائج البحوث الأخيرة حسب (Boivin et al, 2005, 1446) أن الانسجام يسقط بين الزوجين في علاج العقم بسبب الصراع الزوجي أو تجنب تلقي العلاج أكثر بسبب تهديدات العلاج للاستقرار الزوجي. ويشير آليس (Alice et al, 2007, 7) في هذا الإطار أن الضغط الجنسي هو نتيجة حتمية للعقم حيث يصبح الجنس فرصة للفشل في انجاب طفل لا أكثر أو يصبح من أجل انجاب طفل لا أكثر وليس من أجل الحب.

#### 8-1-3- الضغط العلاجي: ويشمل كل المواقف والإجراءات التي تدركها المرأة بأنها صعبة

ومتعبة ومخيفة من مثل: إجراءات التشخيص والعلاج، التكاليف الباهظة، نتائج العلاج والتوقعات

الخاصة به،، الخ. وهذا ما يشير إليه آليس (Alice et al, 2007, 1) أنه يمكن أن يسبب العقم ضائقة مالية كبيرة، هذا ما يترجم الحاجة للعمل متسببا في ضغوط تستمر في التفاقم. وفي هذا الإطار تشير (الكركي، 2014، 2) أخصائية الإخصاب وعلاج العقم أن علاج العقم يرتبط كما في برامج الإخصاب خارج الجسم (IVF) بالتوتر الواضح بسبب الفحوصات العديدة، متطلبات العلاج، ضرورة الانتظار عدم ضمان نجاح الحمل وتكرار المحاولات وأن تكاليف التقييم والعلاج التي تخص برامج الإخصاب المختلفة مرتفعة نسبياً، وهذا يشكل التزاماً وضغطاً مادياً على الزوجين.

**8-1-4-الضغط الاجتماعي:** يشير إلى المواقف والعلاقات الاجتماعية التي تدركها المرأة على أنها مصدر ضغط من مثل: كثرة الأسئلة حول إمكانية الحمل، إخفاء أمر العلاج، تدخلات الأهل وعدم الانتباه لحساسية الوضع، هذا من جهة ومن جهة أخرى نظرة المجتمع السلبية لفشل الزوجين في انجاب الأطفال، كل ذلك يؤدي الى زيادة شعور المرأة بالقلق والإحباط وعدم الكفاءة الشخصية وفي هذا الإطار يشير (Alice, 2007, 4) إلى أن بعض الأزواج العقيمين يفضلون عدم إخبار عائلاتهم ما يحدث معهم. والبعض الآخر لا يعجبه عدم سؤال عائلاتهم عنهم وعن أخبارهم وما يحدث معهم.

**8-1-5-الضغط المعرفي:** هي طريقة إدراك المرأة للمواقف التي قد تفسرها على أنها مصدر تهديد أو تحد أو فشل من مثل: عدم التأكد بشأن ما سيجمله المستقبل (حياة بدون أطفال)، الحياة خارج السيطرة، الشك في قدرتها على النجاح... الخ . وفي هذا الإطار يشير (عوض، 2001، 41) أن ميكينبوم يرى أن الأحاديث السلبية هي مصدر من مصادر الضغوط، فالكيفية التي يستجيب الفرد إلى الضغط تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها أو يدرك بها مصدر الضغط.

**8-1-6-الضغط الانفعالي:** ويشير إلى مختلف المشاعر المتعلقة بالعقم وعلاجه من مثل: الشعور بالخوف من المستقبل، الشعور بالحزن والخسارة عند حدوث الطمث الذي يتكرر مع كل دورة، الشعور بالقلق من نتائج العلاج... الخ. وهذا ما أشارت إليه لافيال (Lavielle, 2012, 2) أن العقم هو سبب الضيق النفسي وأن القلق الذي يظهر عند النساء أثناء مرحلة التلقيح الاصطناعي هو استجابة للضغط الناتج عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي "IVF" الذي يرجع إلى عدم التيقن من نجاح العلاج.

**8-2-مترتبات الضغط النفسي عند النساء العقيمت:** لقد حدد العلماء والباحثون وفق مختلف الدراسات التي أجريت في هذا الاتجاه أهم الأعراض التي تظهر نتيجة هذه الإصابة وهي: الشعور

## الفصل الثالث: الضغط النفسي

بالضيق، الحزن، التوتر المعدي، التعرق، ضيق التنفس، الشعور بالبرد أو الحر، الشعور بالقلق، الفزع التعب فقدان الشهية، عدم الرغبة في ممارسة الجنس. وتعد هذه الأعراض من بين الأعراض التي تكرر ذكرها عند النساء اللاتي يعانين من العقم أثناء اجراء الدراسة الاستطلاعية معهن(قائمة هوبكنز للأعراض). وهذه بعض الدراسات التي أشارت إلى مترتبات الضغط عند المصابين بالعقم وفق تسلسلها الزمني.

-مرحلة الثمانينيات: بينت الدراسات في هذه المرحلة أن الضغط يؤثر على النظام اللاإرادي ويمكن أن يغير من إمدادات الدم في المبيض، وبالتالي يمكن أن يغير من انقباضاته، ومن حجم البويضات ومرونتها ومن الإباضة(Burden,1958) واعتبر الضغط أيضا مسؤول عن اختلال الوظائف المتدخلة في التعشيش(Edwards,1980) كما أظهرت الدراسات وفق (Koninckx, 1987,Harrisson, 1979, Demyttenarek,1979, Ben David,1983, Fruhstorfer, 1985 ) أيضا ارتباط بين الضغط والكورتيزول والبرولاكتين حيث وجدوا أن هناك كميات مرتفعة من هذين الأخيرين عند العقيمين.

وأن العقم هو سبب الضيق النفسي وأن القلق الذي يظهر عند النساء أثناء مرحلة التلقيح الاصطناعي هو استجابة للضغط الناتج عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي "IVF" الذي يرجع إلى عدم التيقن من نجاح العلاج، وردود الفعل الجسدية على الأدوية، ومحاولة التوفيق بين العمل والعلاج والشعور بعدم السيطرة على أمور الجسم بالإضافة إلى انخفاض احترام الذات. وقد يصل القلق إلى ذروته أو إلى حده الأقصى في مرحلة شطف البويضة، وأيضا خلال اختبار الحمل. وأن العديد من الدراسات أثبتت أن القلق له تأثير سلبي على الحمل وأنه بمجرد خفض القلق تزيد من معدل ارتفاع نسب الحمل.

-مرحلة التسعينيات: أظهرت دراسات عديدة في هذه المرحلة أن هناك علاقة بين العقم والاكنتاب. وقد لاحظت لاپان (Lapane,1995) أن النساء اللاتي مررن بفترة مرحلية من الاكنتاب، تكون اصابتهم بالعقم أكبر مرتين من اللاتي لم يصبين بالاكنتاب، خلافا لدراسات أخرى التي لاحظت ذلك عند حالات قليلة,(Lavielle, 2012,2).

وقد أشار أندروز(Anderws, 1991, 330) من خلال نموذجه السببي أن الضغط المرتبط بالعقم لديه تأثيرات مباشرة وغير مباشرة، وأن التأثيرات السلبية لهذا الضغط تكون على جودة الحياة وهي بشكل أكبر منه عند النساء من الرجال. كما أشارت الدراسات وفق ما أشارت إليه

لافيال (Lavielle, 2012, 2) أن ارتفاع عدد حالات الإجهاض في المراحل المبكرة، كان عند النساء اللاتي لديهن كرب نفسي مع وجود دورات شهرية طويلة.

أما فيما يخص الدراسات التي أجريت في إطار التلقيح الاصطناعي، فإن النساء اللاتي تعرضن لفشل عملية التلقيح الاصطناعي لمرة واحدة على الأقل وكن يعانين من الاكتئاب، كانت نسب حدوث الحمل في الدورة الجديدة من العلاج هي 13% فقط مقارنة بـ 29% عند غير المكتئبات (Thiering p, 1993) وأخيرا فإن النساء اللاتي يعانين من أعراض اكتئاب شديدة في اليوم الثالث من دورة التلقيح الاصطناعي "IVF" أظهرن معدل حمل أقل بكثير من النساء اللاتي ليس لديهن أعراض الاكتئاب (Demyttenaere, 1998).

**مرحلة الألفية الثانية:** كانت أغلب الدراسات في هذه المرحلة للباحثين الأنجلوساكوسيين وهي تهدف إلى تقييم أهمية وفعالية بعض التقنيات العلاجية في خفض الضغط النفسي لدى المصابين بالعقم من مثل الاسترخاء والتأمل وتوصلت إلى أن هناك تأثير إيجابي لهذه التقنيات على الوظائف النفسية وكانت النتائج كما يلي: انخفاض نشاط الجهاز السمبتاوي، انخفاض الضغط النفسي، انخفاض القلق، الاكتئاب، تنشيط الجهاز المناعي، والأهم نجاح العلاج مع حالتين من العقم الوظيفي، بحيث حدث الحمل عن طريق التلقيح الاصطناعي. وأنه من الضروري توسيع الأبحاث وتقديم الدعم أو العلاج أثناء فترة التلقيح الاصطناعي IVF عن طريق الاسترخاء التصوري خلال 3 جلسات. وإذا لزم الأمر تقديم العلاج النفسي الشامل . (Lavielle, 2012, 2).

وفي هذا الإطار يرى جايم وآخرون (Jayme s, et al, 2010, 24-25) أنه بالرغم من صعوبة تعريف وقياس الضغط النفسي إلا أنه متورط في تخفيض الإنجاب ، حيث عرضت دراسة أجريت حول العلاجات بالتلقيح الاصطناعي بأن المستويات المرتفعة للأدرينالين الموجودة خلال أوقات الضغط في العلاج لدى النساء اللاتي لم يحملن مقارنة باللاتي حملن أظهرن مستويات مرتفعة من النورادرينالين خلال تحويل الجنين. وأن بعض التقنيات العلاجية التي استخدمت لخفض الضغط وهي تتضمن العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعات الداعمة، والوخز بالإبر قد أدت إلى انخفاض الضغط النفسي وتحسن نسب الحمل.

كذلك عادت الدراسات في السنوات الأخيرة للتركيز على دور الضغط في حدوث العقم أي أنه ليس نتيجة العقم فقط وإنما هو السبب في ذلك وهذا ما يسمى بالحلقة الدائرية (ضغط، عقم)، (عقم، ضغط). ومن بين هذه الدراسات الأمريكية التي أشار إليها ماركيس

(Marcus, 2014, p1) من أن الإجهاد قد يزيد من خطر إصابة المرأة بالعمق وهذا من خلال ما تم جمعه من بيانات لدى "500" من الأزواج، وتم أخذ عينات من اللعاب لدى النساء في الصباح الباكر وهذا مرتين في بداية العلاج، وبعد سنة من المتابعة، وما يقرب فقط "400" من الأزواج أتموا الدراسة، وكانت النتائج كما يلي: 87 % من النساء لديهن مستويات عالية من الأميليز ألفا (إنزيم يفرز في الفم، يساعد على الهضم، وهو مرتبط بالضغط ) وأن احتمال انخفاض الحمل يقدر بنسبة 29% مقارنة مع النساء اللاتي لديهن أدنى مستويات من هذا الإنزيم. بينما يرى كالرا (kalra) أنه لا يمكن التأكيد على أن الإجهاد هو السبب الكامن وراء العمق، وأنه على المرأة أن تشعر بأنها بحالة جيدة قدر الإمكان عند قيامها برحلة الشروع في العلاج أو تكوين أسرة لأنه أثناء هذه الرحلة تظهر العديد من التوترات لذلك فقد أطلق حملة سماها ببرنامج الخصوبة والعافية في جامعة بنسلفانيا والتي تجمع بين (اليوغا، التأمل، تقديم المشورة، الدعم النفسي أو العلاج النفسي..). وفي هذا الإطار ترى مارجريتا ( Margrita) بمركز الطب التناسلي بلوس أنجلوس بأمريكا أنه بالرغم من التقدم الهائل في العلاج الطبي للعمق، إلا أن الأطباء حولوا اتجاههم نحو الضغط لما له من أهمية، فهو يلعب دورا في ما يصل إلى 30% من جميع مشاكل العمق، لهذا يجب التركيز على الآثار الفيزيولوجية للضغط التي قد تلعب دورا في عدم حدوث الحمل. وفي الإطار نفسه تضيف بوشز ( bouchez, 2005, 2) أنه بالرغم من غموض العلاقة القائمة بين العمق والضغط، فإنه عندما يتم توظيف تقنيات الحد من التوتر عند عينات من النساء يحدث الحمل، وهذا بعد عدة محاولات للحصول على الحمل قبل هذا الوقت. وحسب مورغان (Morgan) مدير معهد شور للطب التناسلي في ليبكود بأمريكا أن المسارات الدقيقة بين الخصوبة والتوتر لا تزال لغزا، لكنه يعتقد أن الهرمونات مثل الكورتيزول أو الأدرينالين التي ترتفع وغالبا ما تظل مرتفعة في أوقات الإجهاد المزمن تلعب دورا رئيسيا في ضعف الخصوبة وأنه عند الحد من التوتر قد تساعد على تعزيز البروتينات داخل بطانة الرحم، ويزيد من تدفق الدم إلى الرحم، مما يؤثر إيجابا على الحمل عند التلقيح الاصطناعي. وفي هذا الإطار يقترح كل من كونوف ونتاجن ( Konoff C, Ntarajan, ) (2004) أن تكون التدخلات العلاجية عبارة عن علاج معرفي سلوكي لدعم ومساعدة الأزواج الذين يعانون من العمق، ويؤكد كل من جاكوب وكوهين (Jacob, Cohen) على فعالية تقنيات الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي، في خفض الضغط النفسي عند المصابين بالعمق وهذا ما تم تأكيده من العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الاتجاه من بينها جيفلو وآخرون

(Givillou et al, 2009) هيجلسد وآخرون (Hjelmstedt, et al, 1999) جاكوب وآخرون (Jacob, et al, 2010) سيال وآخرون (Stiel, et al, 2010) والتي توصلت كلها إلى فعالية هذا العلاج. وهذا كان من بين أحد دوافع اختيار هذا المنحى العلاجي في هذه الدراسة.

### خلاصة:

إن الكشف عن الضغط النفسي عند العقيمين هو تحصيل حاصل فقد تم تأكيد ذلك سواء في التراث النظري أو في الأبحاث العيادية، لذلك اتجهت مختلف الدراسات الحديثة للمنحى العلاجي الذي بات ضرورة حتمية، وهذا بعدما تم التأكيد على دور الضغط في التأثير على الصحة الإنجابية ( انخفاض نسب الحمل، و حدوث الإجهاض...). عند المرأة ناهيك عن مختلف التأثيرات السلبية على الصحة النفسية التي تمت الإشارة إليها سابقا، لذلك كان منحى الباحثة هو المنحى العلاجي وتحديد العلاج المعرفي السلوكي لفعاليتته في خفض الضغط النفسي من جهة ومن جهة أخرى لدوره في رفع نسب الحمل وفق مختلف الدراسات.



## الفصل الرابع: التعديل المعرفي السلوكي لميكينبوم

تمهيد

1- الخلفية النظرية والتطور

2- مفاهيم وفروض نظرية ميكينبوم

3- مراحل العملية العلاجية عند ميكينبوم

4- الأساليب العلاجية

5- طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط

6- وجهة نظر ميكينبوم في علاج الضغط النفسي.

7- أهمية التدريب التحصيني ضد الضغوط في التخلص من الضغط

النفسي.

خلاصة

## تمهيد:

يعد التعديل المعرفي السلوكي من بين الطرق العديدة في العلاج المعرفي السلوكي التي تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها وهي تفوق العشرين نوعا، وتعد طريقة التحصين التدريجي لميكينبوم ضد الضغوط من أكثر الطرق العلاجية استخداما، لأنها تعمل باتجاهين علاجي وقائي. وسنشير في هذا الفصل إلى التطور التاريخي لهذا المنحى العلاجي، مراحل العملية العلاجية، الأساليب العلاجية مع التركيز بشكل خاص على طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط، ووجهة نظر ميكينبوم في علاج الضغوط النفسية، وأخيرا أهمية هذا المنحى العلاجي.

**1- الخلفية النظرية والتطور:** يعد صاحب هذه النظرية من العشرة الأكثر نفوذا من المعالجين النفسانيين في القرن العشرين من خلال دراسة قامت بها جمعية علم النفس الأمريكية. ألف العديد من الكتب ويعتبر كتابه (التعديل المعرفي السلوكي - نهج تكاملي) مثالا للكتاب الكلاسيكي في هذا المجال، وهو أحد مؤسسي مجلة (البحوث والعلاج المعرفي)، فضلا عن كونه مشاركا في هيئة تحرير العديد من المجلات، اختير كرئيس شرف لجمعية علم النفس الكندية، وعضو في الجمعية الملكية الكندية والجمعية النفسية الأمريكية والكندية. (يوسفي، 2011، 269).

ويذكر ميكينبوم أن بداية مقاربتة النظرية بدأت أثناء تدريبه في دراسته للدكتوراه، فقد اشتمل هذا التدريب على العمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من " الحديث الصحي" وذلك باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، وقد لاحظ ميكينبوم أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون " تحدث حديثا صحيحا، متماسكا و ملائما" وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث التلقائية (عبد العزيز، 2001، 55).

وفي هذا الإطار يضيف (الشناوى، 1994، 123) أن هذا الأسلوب في حد ذاته - أي استخدام التعليمات التجريبية- يمثل ابتعادا عن الإشراف الإجرائي المعروف من حيث أنه قد أدخل عنصرا معرفيا في العلاج، وقد أوضح ذلك ويليام جلبرت (William, G) الذي كان يعمل مديرا لمركز الإرشاد في جامعة إيلينوى في نفس الوقت الذي كان فيه ميكينبوم منشغلا ببحثه. وقد أدت الخبرات التي عاشها أثناء تدريبه مع المرضى الفصامين وغيرهم أن يفكر فيما إذا كان من الممكن

تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم، وقد ركز ميكنبوم على الحديث الداخلي أو المحادثة الداخلية في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغييرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور وفي السلوك، كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك.. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة العملية في العلاج.

ويشير (عبد العزيز، 2001، 56) أن ميكنبوم نجح في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مثل: الاندفاعية، النشاط الزائد والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية، وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراف الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل، وقد خلص ميكنبوم من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الأنماط المعرفية الخاصة يعزو السلوك ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد. وقد استخدم (ميكنبوم، 1974) طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على:

- إعادة صياغة المهمة أو الواجب،

- تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء وأن يفكر قبل التصرف.

- عبارات تقدير الذات.

- عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الاستجابة المناسبة. وقد نشر

دونال ميكنبوم (D, Meichenbaum) كتاب بعنوان التعديل المعرفي السلوكي. الذي قدم فيه صياغة منظمة معتمدة على الدراسات الإمبريقية للعلاج استهدفت متغيرات معرفية باستخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية. (بوسفي، 2011، 230، 231)

وترى الباحثة أن التعديل المعرفي السلوكي هو مجموعة من الإجراءات والأساليب التي تشترك في افتراض أن كيفية إدراك الفرد لمختلف المثيرات وتفسيراته لها، تؤثر في انفعاله وسلوكه، ومن ثم يعتمد هذا العلاج على تصحيح هذه الإدراكات والاعتقادات الخاطئة التي تعرضه لخبرات مؤلمة وذلك من منظور ثلاثي معرفي ، انفعالي ، وسلوكي.

**2- مفاهيم وفروض نظرية ميكنبوم:** تعتبر المقاربة البنائية للعلاج المعرفي السلوكي

لميكنبوم أقل جموداً وأكثر نزوعاً للبحث والاكتشاف مقارنة بالعلاج المعرفي التقليدي، وهذه

المقاربة تضع تركيزا أكثر على ما حدث في الماضي، وتهدف إلى الغوص بعمق في المعتقدات وجوهرها، وتحاول الكشف عن الأثر السلوكي والثنم الانفعالي الباهظ الذي يدفعه العميل بسبب تمسكه بأفكار ومجازات لغوية معينة. (كوري، 2012، 385).

**1-2- مفاهيم نظرية ميكينبوم:** يطلق على نظرية ميكينبوم اسم نظرية التعديل المعرفي السلوكي والتي بناها على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية، ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية، ويرى الباحثون أن هذا النمط العلاجي ليس مجرد سلوكي مضاف إليه بعض الأساليب المعرفية، فهي طريقة أقرب للمعرفية منها إلى السلوكية. (أبو زيد، 2008، 133).

وقد انشق الباحثون السلوكيون وغير السلوكيين في النظر إلى مصطلح -تعديل السلوك- إلى فريقين:

- **الفريق الأول:** يرى أن تعديل السلوك اصطلاح يقصد به التعامل الاحتمالي أو التبرير الاحتمالي للسلوك، ويقوم أساسا على الإشراف الإجرائي أو الوسيلى (لسكينر) ومن أمثلته استخدام فنيات التدعيم، التقريب المتتالي، العقاب... الخ. وهو يختلف عن الإرشاد السلوكي الذي يقوم على الإشراف الكلاسيكي لبافلوف.

- **الفريق الثاني:** يرى أن تعديل السلوك اصطلاح يقصد به تغييرات في السلوك بشكل إيجابي وبناء، وهذا الاصطلاح لا يجب أن يقتصر على العلاج السلوكي لأنه هدف علاجي وإرشادي عام لأن أي طريقة إرشادية تهدف إلى تعديل السلوك، وعلم النفس هو علم دراسة السلوك، هذا وإن كانت الفنيات السابقة (السلوكية) هي المسؤولة عن تعديل السلوك، فإن ذلك لا يعني أن الفنيات الانفعالية والمعرفية لا تصلح لتعديل السلوك، ولذلك فإن النظرة المتكاملة ترى أن استخدام أي فنية علاجية وإرشادية لا بد وأن تكون بهدف تعديل السلوك (كل فعل يصدر عن الكائن الحي ظاهرا كان أو مستترا (إفراز الغدد، التفكير... الخ) بشكل عام. ولذلك فإن مصطلح تعديل السلوك والذي يقتصر على السلوكية الاجرائية يبقى تصورا قاصرا لا بد من تصويبه (يوسفي، 2011، 270).

وقد عرف رولان ورنال (Rolan, Rendal, 1996) التعديل المعرفي السلوكي بأنه محاولة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك، وهو يمثل السلوكية المنهجية التي تتمثل بالتطورات الحديثة في علم النفس التجريبي وهي تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية معا. (أبو زيد، 2008، 151).

2-2-فروض نظرية ميكنبوم: يقوم التعديل السلوكي المعرفي لميكنبوم على فرض مؤداه بأن "الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها" فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل: الاستجابات الفيزيولوجية، ردود الفعل الوجدانية، المعارف، والتفاعلات الاجتماعية ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.(الشناوي، 1994، 132).

وعلى هذا الأساس فإن التعديل المعرفي السلوكي لميكنبوم يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع الموقف، ويؤكد هذا الإتجاه على دور الأحاديث الذاتية، حيث يشير ميكنبوم (Meichenbaum, 1985) أن ما يقوله الأفراد لأنفسهم عن أنفسهم وعن الآخرين يؤثر بشكل كبير في تحديد طريق استجابتهم وسلوكهم ومشاعرهم، وبناء على ذلك فإن تعديل التفكير من خلال ضبط أحاديث الذات الداخلية يؤدي إلى تعديل الانفعالات والسلوك. وأن وظيفة هذا الحديث الداخلي الذي يتم داخل الفرد هو تغيير للأبنية المعرفية وذلك من خلال عمليات التمثل والتوافق. وأن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي ويغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها بالدائرة الخيرة (virtuous cycle). وفي هذا الإطار يشير باترسون (Patterson) إلى أن الحديث الداخلي هو أحد الأنشطة الشخصية كالاستجابات الجسدية، ردود الفعل الانفعالية، المعارف، والتفكير الواعي وأنه يمكن تغيير هذا الحديث الداخلي حسب كوري (Corey , 2001) من خلال:

- التعليمات الشخصية المتبادلة: وهي تعليمات ذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التي يستخدمها الطفل ويحفظها بصورة تراكمية.

- بنية الحوار الداخلي: وهي الوظيفة الثانية للحوار الداخلي في التأثير على البنى المعرفية وتغييرها وهذا التغيير يتم من خلال الامتصاص أو الإزاحة، أي أنه يمتص سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم، وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه. أما الإزاحة أو الإحلال فهي تعني تواصل الأبنية القديمة مع الأبنية الجديدة. (يوسفي، 2011، 271).

ويوضح ميكنبوم (Meichenbaum , 1977) في هذا الإطار بأن الأبنية المعرفية هي: "ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويوجه الإستراتيجية (الطريق)، والاختيار

للأفكار". وأن التغييرات تحدث عن طريق التشرب حيث تدمج الأبنية الجديدة في القديمة، وكذلك يحدث عن طريق الإحلال حيث تواصل الأبنية القديمة مع الجديدة وكذلك عن طريق التكامل حيث تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنية جديدة أكثر شمولاً. إن الأبنية المعرفية تحدد طبيعة تغير الحديث الداخلي ولكن تغييرات المحادثات الداخلية تؤدي أيضاً لتغييرات في الأبنية المعرفية.

وفي هذا الإطار يشير (الشناوي، 1994، 132) إلى أن هذه التغييرات جعلت ميكنبوم ينظر إليها على أنها عملية دائرية. وأن هناك القليل من البحوث حول التفكير الواعي أو الحديث الداخلي كمتغير يؤثر على السلوكيات الأخرى، غير أنه يمكن القول بأن الدراسات التي أجريت في ثلاثة مجالات قد تناولت نتائج الأحاديث الداخلية تعتبر ذات صلة بهذا الجانب، وهذه المجالات هي:

بالنسبة للمجال الأول وهو الخاص بالتعليمات المتصلة بالعلاقات الشخصية فإن هناك تشابهاً كبيراً بين الوظيفة التي تؤديها هذه التعليمات والوظيفة التي تؤديها التعليمات الذاتية. حيث يرى لوريا (Lorea , 1961) أن سلوك الأطفال ينتظم في البداية من خلال تعليمات يعطيها لهم الكبار، ثم إنهم فيما بعد يكتسبون القدرة على ضبط سلوكهم الشخصي من خلال تعليمات داخلية ضمنية.

أما المجال الثاني الخاص بالعوامل المعرفية والانضغاط أو الإجهاد والتعامل معه فإن البحوث لا تتعامل مع الأحاديث الذاتية بشكل مباشر وإنما تشير إلى أن الكيفية التي يستجيب بها الشخص للانضغاط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الإجهاد، فالعبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الإجهاد وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف، وبذلك فإن القلق يرتبط في مستواه بتلك التقديرات الذاتية المرتبطة بالموقف، وبذلك فإن الدور الذي يلعبه حديث الذات في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك يأتي من خلال التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط.

وفي المجال الثالث الخاص بالعلاقة بين الأحاديث الذاتية والآثار الفيزيولوجية، فقد أوضحت البحوث أن الجوانب المعرفية تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية والانفعالات، وتوجد أدلة عديدة مستمدة من البحوث بأن التفكير يؤثر في السلوك. ويرى ميكنبوم أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (وهو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبنى عليه سلوكاً جديداً متوافقاً. وتتمثل أهم مبادئ وأسس نظرية التعديل السلوكي المعرفي فيما يلي:

- فهم وظائف الحوار الداخلي، التعليمات الشخصية المتبادلة، الملاحظة الذاتية والأفكار المتنافرة.

- استخدام التقويم السلوكي المعرفي، وإعادة بناء البنية المعرفية والتدريب على المهارات.  
- المواجهة والتأقلم وضبط الذات مع التركيز على هدف احداث التغيير في السلوك وفي المعرفة مع الجهد الذاتي، وعلى أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد في التأقلم،(أبو زيد، 2008، 133).

**3- مراحل العملية العلاجية عند ميكنبوم:** تشتمل عملية العلاج على ثلاث مراحل أساسية، حيث يقوم المعالج أو المرشد بعملية ترجمة عن طريق الشروح والتأويلات وإعطاء المعلومات، وكذلك عن طريق النمذجة المعرفية، كما ينخرط المتعالج خارج الإرشاد في سلوكيات مواجهة وتعامل يعود ليكررها في الجلسات العلاجية مما ينتج عنها أحاديث ذاتية تؤثر على أبنيته المعرفية وعلى سلوكياته، مع إمكانية استخدام أساليب مختلفة من العلاج السلوكي. وتتمثل هذه المراحل حسب ميكنبوم فيما يلي:

**3-1- المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية:** تتألف الخطوة الأولى من عملية العلاج أو التغيير من تعلم العملاء كيفية ملاحظة سلوكياتهم، فعند بداية العلاج يكون الحوار الداخلي للعملاء مشحوناً بالتعبيرات والجمال الإخبارية للذات السلبية والخيالية، والعامل الحساس هنا هو رغبتهم وقدرتهم كذلك على الاستماع لأنفسهم، هذه العملية تتضمن ازدياداً في الحساسية تجاه أفكارهم، مشاعرهم، أعمالهم استجاباتهم الفيزيولوجية، والطرق المختلفة لردود أفعالهم نحو الآخرين (كوري، 2011، 384).

لذلك على المعالج أو المرشد أن يزيد من وعي المتعالج على التركيز على أحاديثه السلبية، لأن هذه العملية تسمح له بأن ينظر إلى مشكلاته بصور مختلفة، وتؤدي عملية إعادة التصور أو إعادة تكوين المفاهيم إلى إعادة تعريف المشكلات بطرق مختلفة تسمح له بالتفهم والقدرة على الضبط وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير. وفي هذا الإطار يرى (الشناوي، 1994، 127) أن إعادة التصور هذه تعطي معاني جديدة حسب ميكنبوم أو مختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات، وهذه المعاني تختلف من مدرسة علاجية لأخرى، والمهم أن تكون التصورات على اختلافها فعالة في إحداث التغيير وأن ترتبط بالحياة الواقعية.

وترى الباحثة أن الخطوة الأولى في العلاج هي أن يعرف المتعالج كيف يعبر عن مشاعره وسلوكياته وكيف يحدد أحاديثه السلبية من خلال توجيهات المعالج ومن ثم يكتسب مفاهيم جديدة تسمح له بالتفسير والتفهم والضبط بحيث تتكون عنده بناءات معرفية جديدة ، الأمر الذي يجعل نظرتة تختلف عما كانت عليه قبل العلاج. وهذه الخطوة ضرورية لكنها ليست كافية لأحداث التغيير لذلك من المهم التقدم في العلاج.

### 3-2- المرحلة الثانية: البدء بحوار داخلي جديد: في هذه المرحلة يدرك العميل أن

ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على الانتباه، التقدير، الاستجابة الفيزيولوجية، واستثارة سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنيته المعرفية، ويؤدي إلى تغيير سلوكياته المرتبطة بالمشكلة(محمد، 2000، 25).

ويمكن القول أن هذه المرحلة يبدأ فيها العميل برؤية إمكانية تعلم بدائل سلوكية جديدة تكيفية بدل السلوكات غير التكيفية وهذا نتيجة للحوار الداخلي الجديد الذي يعمل كموجه للسلوك من خلال مواصلة التأثير على البناءات المعرفية.

### 3-3- المرحلة الثالثة: تعلم مهارات جديدة: تتألف هذه المرحلة من تعليم العملاء

مهارات تكيفية أكثر فاعلية، والتي تمارس في مواقف حياتية واقعية، فمثلا العملاء الذين لا يتأقلمون مع الفشل يلجأون إلى تجنب النشاطات المرغوبة خوفا من عدم النجاح فيها. وإن إعادة بناء الجانب المعرفي يمكن أن يساعدهم في تغيير وجهة نظرهم السلبية مما يجعلهم راغبين أكثر في الانغماس في النشاطات المرغوبة (كوري، 2011، 389). ويرى ميكينبوم أنه ليس المهم أن يركز المتعالج أو المرشد على التدريب على المهارات كما يفعل العلاج السلوكي، بل التركيز على ما يقوله المتعالج أو المرشد لنفسه حول السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير في السلوك.(العزة، وعبد الهادي، 1999، 137).

وفي هذا الإطار يضيف(مليكة، 1990، 175-176) أن تقييم أهمية التحدث مع النفس من خلال النمذجة المعرفية والتي يتم تعلمها من خلال التدريب على التعلم الذاتي، حيث يتم تعلمها على النحو التالي:



- يبدأ العميل بتأدية العمل المطلوب، بينما هو يتحدث إلى نفسه بصوت عال ويحاكي تغيرات ذاتية.

- يؤدي العميل نفس العمل بإشراف وتوجيه من المرشد (توجيه خارجي ظاهر).

- يؤدي العميل العمل وهو يملئ على نفسه التعليمات بصوت عال (توجيه ذاتي ظاهر).

- يؤدي العميل العمل وهو يهمس بالتعليمات إلى نفسه بينما يتقدم في العمل (توجيه ذاتي ظاهر يتناقص تدريجياً).

- يؤدي العميل العمل بينما يوجه أداءه من خلال الحديث الخاص بصورة ذاتية (تعلم ذاتي داخلي).

ويراعي أن تكون التغيرات اللفظية والصور المرتبطة بها التي يتدرب عليها المسترشد خاصة المرتبطة بالمشكلة أو العمل المعين، وهي قد تشمل على أسئلة وأجوبة عن طبيعة العمل، وتعليمات توجيه الآراء وتدعيمات ذاتية على مواجهة الإحباط.

إذا أثناء هذه المرحلة لا يجب التركيز فقط على المهارات المتعلمة حديثاً بقدر التركيز على المعرفة المرتبطة بالتغيير وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير. ويمكن القول أن عملية العلاج تبدأ بتحديد الحديث السالب المرتبط بالسلوك المراد تغييره، ومحاولة استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج عنه بناءات معرفية جديدة وسلوك متكيف جديد بدلا من القديم ومن ثم محاولة تثبيته وتعميمه، وهذه العملية أشار إليها مكينبوم بالعملية الدائرية.

**4-4- الأساليب العلاجية:** يعتمد الاتجاه العلاجي لميكينبوم على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية التي يمكن استخدامها بشكل فعال وسنعرضها على النحو التالي، مع التركيز بشكل خاص على تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط التي سننطق إليها في عنصر مستقل.

**4-4-1- التقدير المعرفي للسلوك:** يستخدم علماء النفس الإكلينيكي والإرشادي المقاييس والاختبارات النفسية والاستبيانات لتقييم المشكلات السلوكية وتشخيص الاضطرابات النفسية، ويتم ذلك من خلال مقارنة مجموعات مرضية مع مجموعات أخرى سوية، أو من خلال نتائج تطبيق المقاييس المعيارية والمقننة التي تهدف لتقدير مستوى الاضطراب، إلا أن ميكينبوم صمم أو تبنى أسلوباً خاصاً يعرف بالتقدير المعرفي السلوكي أو ما يسمى بالطريقة الوظيفية للسلوك. ويشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على فحص تفصيلي للمقدمات والنتائج البيئية (المثيرات والمعززات) في

علاقتها بالاستجابات، ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا للسلوك ونسبة تكراره في المواقف المختلفة، كما تركز طريقة التغيير المعرفي على الدور الذي تلعبه البنية المعرفية في السلوك. ويعتمد المرشد على طريقة تحليل المهمة التي تجزئ السلوك الكلي إلى سلوكيات ومهام فرعية يتطلب من المسترشد القيام بكل واحدة منها، ويقوم المرشد في هذه التقنية بالإجابة على تساؤلين أساسيين:

- ما هي الجوانب التي يخفق المسترشد في أن يقولها لنفسه، والتي إن وجدت تساعد على أداء السلوك الملائم والتكيفي؟.

- ما محتوى المعارف (والتعليمات الذاتية) التي تشوش على السلوك التكيفي؟.

وللإجابة على هذين التساؤلين يستخدم المعالج النفسي أداتين هما: المقابلة الإكلينيكية، والاختبارات النفسية. (عبد الله، 2012، 132).

**4-1-1- المقابلة الإكلينيكية:** تبدأ المقابلة باستكشاف درجة واستمرارية مشكلة المسترشد على النحو الذي يعرضها به المسترشد نفسه، وكذلك التعرف على توقعات المسترشد من العلاج، كذلك فإن المرشد أو المعالج يطلب من المسترشد أن يتخيل المواقف التي تشتمل على مشكلة أو مشكلات شخصية، وأن يفضض بأفكاره، تخيلاته وسلوكياته قبل وأثناء وبعد هذه الأحداث. إن التقدير المعرفي الوظيفي يجعل المسترشد يدرك أن جانبا من مشكلته ينتج عن التعبيرات الذاتية وأن بوسعه أن يضبط وأن يغير أفكاره إذا أراد أن يفعل ذلك، وربما يكون المسترشد غير واع بما يقوله لنفسه، ويرجع ذلك إلى أن التوقعات والتخيلات تصبح تلقائية بحكم العادة، وقد تبدو للفرد أنها جوانب لا إرادية شأنها في ذلك شأن الأشياء التي تكرر تعلمها بشكل زائد. (الشناوي، 1994، 127).

**4-1-2- الاختبارات النفسية:** تستخدم في موقف تجريبي أو واقعي، وفي كلتا الحالتين يتم استكشاف الأفكار والمشاعر خلال هذه الخبرة، كما يستخدم المرشد الاختبارات الإسقاطية مثل: اختبار تفهم الموضوع واختبار الروشاخ التي تكشف عن محتوى أفكار ومشاعر المسترشد ليتم مناقشتها. (عبد الله، 2012، 128).

**4-2- إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي:** يؤكد ميكينبوم أنه عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أساليب التوجيه الذاتي أو (الحديث الذاتي) فإنها تصبح أكثر فاعلية ويكون التعميم أكبر كما تكون الآثار أكثر استدامة (الشناوي، 1994، 133) وتتمثل هذه الأساليب فيما يلي.

#### 4-2-1- إشراف التخلص من القلق: تعتمد هذه التقنية العلاجية على اقتران المثير

المنفر مع تعبير الفرد عن نفسه وحديثه الداخلي مع نفسه، كأن يقول لنفسه "اهدأ" أو "استرخ" حين يتعرض الفرد لمثير غير مستحب لمدة قليلة ثم يتوقف، أو وقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغييرات التي ستلحق وهي إيقاف المثير غير المرغوب، كأن يقول المسترشد شيئاً مخيفاً مثل كلمة: امتحان ثم يقول إنه صعب و لن يهتم له، ثم يقول عبارات تكيفية تزيل القلق والتوتر مثل: "استرخ أنا أستطيع أن أتعامل مع الموقف". الأمر الذي يؤدي إلى وقف الخوف ويحل محله الاسترخاء. (عبد الله، 2012، 124).

#### 4-2-2- أسلوب خفض الحساسية التدريجي المنظم: وملخص هذه العملية العلاجية

هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء، ثم يقدم له المثيرات الموجودة على مدرج القلق من الأقل شدة إلى الأكثرها شدة أو يطلب منه تخيل هذه المثيرات، حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض بتخيله يكون ما يستثيره من قلق أو خوف أضعف من حيث القوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج. (الزباد، 2005، 197). وفي هذا الإطار يضيف (عبد العزيز، 2001، 62) أنه يمكن تعديل هذا الأسلوب العلاجي باستخدام الجوانب المعرفية بشكل صريح، مثل الجانب الخاص بأسلوب الاسترخاء في هذه العملية يمكن اختصاره وتسهيله بأن نجعل المسترشد يتبنى عقلية للاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية، كما يمكن تبسيط الجزء التخيلي بأن نجعل المسترشد يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق الاسترخاء بالتعليمات الذاتية، وفي هذه الحالة فإن الخبرة المولدة للقلق تصبح مؤشراً للمواجهة وللأداء رغم وجود القلق، وبذلك ينظر المسترشد للقلق على أنه ميسر بدلاً من كونه معطلة، إنه إشارة إلى سلوك المواجهة والتعامل كما تشير لذلك تجارب ميكينبوم وزملائه.

#### 4-2-3- النمذجة: هي طريقة يحصل فيها المسترشد على معلومات من الشخص

النموذج، ويحولها إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى حديث داخلي عنده ليعبر عنها بسلوك خارجي، وهو تقليد النموذج، ويعطي معلومات وأوامر لتوجيه المسترشد ليقوم بالعمل المطلوب منه. (العزة وعبد الهادي، 1999، 153).

#### 4-2-4- الإشراف المنفر: وتبين نظرية التعلم أن الاستجابة التي يصحبها أو يتلوها ألم

أو عقاب تضعف وتتلاشى، ومن ثم يمكن إحداث تغيرات سلوكية من خلال عقاب، أو إلحاق ألم بالكائن إثر ظهور بعض الاستجابات غير المرغوبة. (إبراهيم، وعسكر، 2008، 291).

ومثال ذلك تعريض الشخص المتبول إلى لسعة كهربائية لتفريه من عملية التبول ، وعندما يفترن ويرتبط التبول بالعقاب، وهو الصدمة مع تكرار عبارات: أن التبول شيء غير محبب، ويردد الشخص المعالج، أنا لا أحب أن أكون غير محبوب، فإن الشخص سيتخلى عن السلوك اللاتكفي ويتبنى سلوكا جديدا.

**4-2-5- حل المشكلات:** يعرف أسلوب حل المشكل على أنه سلوك منظم يسعى لتحقيق هدف معين من خلال التفكير واستخدام استراتيجيات وطرق تساعد الناس على التخلص من مشكلاتهم (العتوم، 2004، 236، 237). وأشار كل من اشكرافت (Echkraft , 1989) وأندرسون (Enderson, 1990) إلى أن حل المشكل الحقيقي يجب أن يتميز بمجموعة من الخصائص وهي:

- التوجه نحو الهدف، تحليل الهدف الكلي إلى أهداف جزئية ، سلسلة التحركات (الخطوات الملائمة)، العمليات المعرفية.
- وتتمثل أهم خطوات حل المشكلة فيما يلي:
- الوعي بوجود مشكلة.
- فهم طبيعة المشكلة.
- جمع المعلومات الملائمة لحل المشكل وتنظيمها.
- تشكيل الحل وتنفيذه.
- تقويم الحل.(الزغول، 2008 ، 270،269).
- إن الجوانب المعرفية هي أدلة على حل المشكلات ومهارات التعامل، وأنه يتم تدريب المتعالجين على فهم جوانب القصور في مهاراتهم التكيفية وبالتالي تعليمهم نوع المشكلة وطريقة التصدي لها، وقد استخدم ميكينبوم هذه الطريقة في تدريب المتعالجين على التعامل والتصدي للضغوط(عبد الله، 2012، 126).

#### 4-2-6- الاسترخاء: يستخدم الاسترخاء في العلاج النفسي منذ فترة طويلة ففي سنة

"1929" اكتشف جاكبسون (Jakobson) طرق في الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة وذلك في كتابه: "الاسترخاء التصاعدي". وتوصل إلى أن هذه الطرق تؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة، وعلى هذا الأساس طور جوزيف ولبي (Joseph, Wolbi) نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقا. ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الإطلاق. (إبراهيم، 1980، 103).

ويعرف الاسترخاء علميا على أنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. وقد تنوعت طرق الاسترخاء بسبب تنوع البحوث في هذا المجال. ومن بين أهم هذه الطرق العلاجية ما توصل إليه هربرت بنسون (Herbert Benson, 1960) أن هناك اختلال في التوازن لاستجابة الضغط بعد إثارة منطقة تحت الميهاد وبتنشيط مناطق أخرى من الدماغ ينخفض الضغط وعرف هذه الحالة باستجابة الاسترخاء.

كذلك توجد طريقة التنفس العميق وهو تنفس طبيعي استخدم سابقا في اليوجا ويستخدم الآن كوسيلة للاسترخاء، ويستخدم في العديد من برامج الاسترخاء وقد عرف بأنه حركة تنفسية متعددة تسهم في الاستجابة الفيزيولوجية المتميزة. وتحتاج فقط لدقائق قليلة وفوائدها فورية ومباشرة. وقد ساعد التطور التكنولوجي على تطور أساليب العلاج بالاسترخاء باستخدام أجهزة البيوفيدباك أو المردود(العائد) الحيوي، وهي أجهزة مساعدة تدرب الفرد على الاسترخاء ومنها: أجهزة البيوفيدباك الحراري، التنبيه الكهربائي للدماغ، وأجهزة أخرى، ويستند التنفس العلمي للتدريب على الفيدباك إلى:

- العقل يسيطر على الجسد.

- يعرف الجسد كيف يحافظ على التوازن الداخلي الصحي.

- القشرة المخية ترسل رسالتها إلى الجهاز اللمبي وهو يرسلها للهيبتلاموس الذي يرسلها بدوره إلى كل الغدد الصماء وهذا هو المسار الأول للتوتر والاسترخاء.

- إن التوتر يبعد الجسم كثيرا عن توازنه والاسترخاء يعيده إلى مرحلة التوازن.

- الاسترخاء مهارة جسدية عقلية. (إبراهيم، وعسكر، 2008، 289، 286).

وقد تم تطوير أسلوب الاسترخاء المتعدد بواسطة بالمر (Balmer, 1992) ليستخدم في العلاج الفردي، وجلسات العلاج الجماعي، فهو يمد العملاء بالعديد من أدوات التدخل المختلفة مثل: العلاج التخيلي والمعرفي، والتي تسمح لهم باكتشاف الأسلوب الأفضل الذي يسبب حالة من

الاسترخاء ويمكن للعملاء بعد ممارسة الطريقة المفضلة لديهم أن يضمنوا أفكارهم في الأسلوب، ويتم استخدام جهاز العائد الحيوي لاستجابة الجلد الجلغرافية لتحديد أكثر الأساليب ملائمة. (كوروين وآخرون ، 2008 ، 188).

وترى الباحثة أن المزج بين العوامل المعرفية وأساليب العلاج السلوكي، يمكن أن تسمح للمتعالج بفهم دور الأحاديث الذاتية في تأثيرها على السلوك، وبالتالي سيعطيها نفس الأهمية التي يعطيها للأحداث البيئية وهذا سيساعده على التحسن بشكل أفضل.

#### 5- طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط: تعتبر هذه التقنية العلاجية من أهم

التقنيات التي طورها ميكينبوم عام "1985" والتي تطبق لتحسين الفرد ووقايته من الأمراض والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. (عبد الله ، 2001 ، 147). ويستخدم مصطلح التحسين الذي نعني به التطعيم في المجالين الطبي والنفسي، ففي المجال الطبي يستخدم لتقوية المناعة الجسمية من خلال إدخال أجسام مضادة تحضر العضوية أو الجسم لهجمات الفيروسات المستقبلية. وفي المجال النفسي، يستخدم لتقوية المناعة النفسية من خلال تزويد الفرد وتعليمه مهارات وأساليب تسمح له بمواجهة أقل الضغوط شدة، لتعزيز الاستعداد النفسي لمواجهة ضغوط أكثر عنفاً وشدة. ويمكن تعريف هذه التقنية العلاجية على أنها أسلوب مرن ومتدرج ومتعدد الأوجه بحيث يسمح للأفراد باختبار مجموعة من الضغوط بشكل متدرج من الأقل إلى الأكثر شدة. وهو يتضمن مجموعة من المبادئ العامة والتوجيهات العيادية، أو بالأحرى هو هيكل خاصة للعلاج أو التدخلات العلاجية المسطرة.

ويرجع الأساس النظري لهذه الطريقة إلى فكرة رئيسة مفادها أن "الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية" لكل من لازاروس وفولكمان (1984). وأيضاً إلى المنحى البنائي القصصي، الذي مفاده أن طبيعة ومضمون القصص التي يسردها الأفراد تلعب دوراً حاسماً في التأثير على عمليات المواجهة. ووفق ميكينبوم (Meichenbaum, 2005) التدريب على التحسين ضد الضغوط يساعد العملاء على بناء قصة تكيفية وإيجاد معنى للأشياء والارتباط أكثر بالاتجاه التكيفي لحل المشكلات والتنظيم الانفعالي، التقبل، واستخدام استراتيجيات المواجهة، (7, 2007, Lehrer).

وتتضمن طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط على ثلاث مراحل متداخلة وهي:

5-1- مرحلة تكوين المفاهيم أو التصور العقلي: وهي مرحلة يتم التركيز فيها على إقامة علاقة علاجية تعاونية مع العميل من خلال فهم أفضل لطبيعة التوتر وإعادة وضع هذا المفهوم في الإطار الاجتماعي والتفاعلي. ويسعى كل من المعالج والعميل إلى إعادة فحص طبيعة المشكلة وهذا يتم من خلال تزويد العميل بمعلومات بسيطة تعمل على توجيهه إلى الطرق المختلفة التي يستجيب بها تجاه المواقف الضاغطة المشحونة بالتوتر ودور المعارف (الأحاديث الذاتية) والعواطف في خلق التوتر والحفاظ عليه وهذا من خلال حوار تعليمي، سقراطي، وتوجيهي يسمح للعميل باكتشاف ذاته. وأثناء هذه المرحلة التعليمية الأساسية يتطلب من المعالجين أن يكونوا مرنين وهم يستعملون تقنياتهم، حساسين لأمر تتعلق بالعملاء، ثقافتهم، والظروف المرتبطة بالموقف ككل. (كوري، 2011، 386، 387).

وهذه المرحلة تعطي وفق ليهير (Lehrer, 2007,9) القاعدة الأساسية التي تسمح وتشجع العملاء على مواجهة المؤثرات والضواغط، فهي تعتبر عملية تعليمية تتطور عبر استمرار التدريب على التحصين ضد الضغوط يكون التركيز فيها في البداية على العلامات أو المؤشرات التحذيرية الممكنة أو المنبهات وفي نهايتها يكون التركيز على منع الانتكاسة وعمليات العزو الذاتي. وتهدف هذه المرحلة التعليمية إلى تحقيق ما يلي:

- إقامة علاقة علاجية مع الفرد أو الجماعة.
  - عمل تقييم شامل لحالة الفرد ومشكلاته.
  - مساعدة الفرد أو المجموعة على إعادة تصور ما يخبره من ضغوط وكيفية تقديره لها.
  - تعريف الأفراد بالضغط وما ينتج عنه من مشكلات مختلفة.
- ونستخلص مما سبق أن هذه المرحلة العلاجية هي مرحلة يركز فيها المعالج على إقامة علاقة علاجية تعاونية جيدة يتم من خلالها تقديم معلومات تعليمية ويتم مناقشتها ومناقشة مختلف أجزاء البرنامج العلاجي وأهدافه، ومن ثم يتمكن العميل من تشكيل إطار تصوري يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط والشدائد ويدرك أن انفعالاته السلبية المرتبطة بالموقف الضاغطة هي بسبب الطريقة التي ينظر ويفسر بها هذا الموقف أكثر من الموقف ذاته، و يدرك العميل أيضا أنه بإمكانه تعلم مهارات وأساليب تساعد على التعامل مع هذه المواقف الضاغطة.

**5-2- مرحلة اكتساب المهارات:** تسمى أيضا مرحلة التدريب أو التكرار حيث يتم خلالها التركيز على مد العملاء بتقنيات كيفية معرفية وسلوكية لتطبيقها على المواقف الضاغطة المشحونة بالتوتر، هذه المرحلة تتضمن أداء مباشرا، من خلال تجميع معلومات عن مخاوفهم، التعلم وبشكل خاص عن المواقف التي تجلب التوتر، ترتيب مختلف الوسائل للعمل على تخفيف الضغط عن طريق عمل شيء مختلف. ومن بين أهم الأساليب السلوكية المستخدمة في هذه المرحلة هي التدريب على الاسترخاء، التدريب على المهارات الاجتماعية، ثم التدريب على توجيه الذات... الخ. هذا يساعد العملاء على إعادة تقييم الأولويات، تطوير أنظمة الدعم، ثم اللجوء إلى العمل المباشر لتغيير المواقف الضاغطة. (كوري، 2011، 387، 388).

وفي هذا الإطار يضيف ( محمد، 2000، 79) أنه يتم في نفس الوقت استخدام أساليب المواجهة المعرفية لإدراك العبارات الهازمة للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية مناسبة للمواجهة.

ويرى ليهرر (Lehrer, 2007, 10) أن هذه المرحلة متداخلة مع المرحلة السابقة وهي تركز على إكساب العملاء مهارات المواجهة التي تمارس في المراكز العيادية أو التدريبية ثم بالتدرج تعاد في الحياة الواقعية (المنزل..) وهذا من خلال اتباع التوجيهات للوصول إلى التأثيرات العلاجية المطلوبة. وعلى العموم يتم خلال هذه المرحلة:

- التدريب النظري على المهارات الوسيالية أو مهارات التهدئة.
  - إكساب الفرد مجموعة مهارات تيسر له الاستجابة المرنة وفقا لطبيعة الموقف.
  - التمرين على المهارات وتنفيذها عمليا من خلال التخيل ولعب الدور.
- وطبعا بعد عملية التهدئة الانفعالية والمعرفية يسعى العميل إلى تحديد الأحداث الضاغطة على أنها المشكلة المراد التعامل معها ثم تجزئتها إلى وحدات قابلة للعلاج.
- وترى الباحثة أن هذه المرحلة مكملة لسابقتها ومتداخلة معها وترتكز بشكل أساسي على تعلم واكتساب مهارات وأساليب متنوعة معرفية مثل: إعادة تشكيل وتصور الموقف الضاغط من جديد، وانفعالية مثل: تعلم ضبط الذات، وسلوكية كالتدريب على الاسترخاء. إذا هي مرحلة اجراءات مباشرة متكررة تساعد على التخفيف من الضغوط والتحكم بها.



**5-3- مرحلة التطبيق:** وهي المرحلة الأخيرة والتي تحدث بعد أن يتعلم الشخص أو المتعالج مهارات التكيف ويتقنها، ويصبح جاهزا لتطبيقها عمليا كخطوة أخيرة، ففي هذه المرحلة، يواجه الشخص المتعالج مواقف باعثة على التوتر والضغط أو الشدائد النفسية وتتحداه للسلوك والتصرف حيالها ويمكن له هنا إعادة بعض المهارات التي تعلمها سابقا من أجل التعامل مع الموقف الجديد الحالي. ويمكنه أن يتخيل أنه يواجه ظروفًا ومواقف باعثة على الضغط والشدّة النفسية، وأنه استطاع أن يرتبها بتسلسل جيد وقد يمارس دورا معينًا ليدرك كيفية تعامله مع الموقف، ثم يعطى أعمالاً (واجبات منزلية) تتضمن مواجهة مواقف واقعية باعثة على التوتر والشدّة النفسية، في حياته اليومية، وقد بينت عدة دراسات، أهمية هذه الطريقة على المدى الطويل في التعامل مع المواقف الضاغطة. (عبد الله، 2000، 549).

وفي هذا الإطار يضيف (كوري، 2011، 388) أن في هذه المرحلة يتم التركيز على تنظيم انتقال التغيير والحفاظ عليه من موقف العلاج إلى الحياة اليومية، لأن تعليم مهارات التأقلم ليس كافياً لإحداث التغيير وهم بحاجة للتدريب عليها في مواقف واقعية، كما يتم تدريب العملاء على ما يسمى "الوقاية من الانتكاس" والذي يتألف من القيام بإجراءات لمعالجة هذه النكسات المحتملة المحتمل مواجهتها عندما يحاول العملاء تطبيق ما تعلموه في الحياة اليومية، ويكون حتى في استطاعة العملاء أن يستمروا في الممارسة وفي صقل مهاراتهم التكيفية. وتمتد فوائد هذه التقنية، "التطعيم ضد الضغوط" نحو المستقبل.

وترى الباحثة أن هذه التقنية "التدريب التحصيني ضد الضغوط" هي شبيهة إلى حد بعيد بالتطعيم ضد الأمراض في المجال الطبي كما أشار إليها أغلب الباحثين، وهي تستخدم للعلاج والوقاية في نفس الوقت لذلك تظهر أهميتها جلية، فهي من جهة تسمح للمتعالج بالتدريب بشكل تدريجي على مواجهة الضغوط باستخدام مختلف الأساليب السلوكية والمعرفية، والانفعالية، ومن جهة ثانية ومع الوقت يصبح بإمكانه مواجهة أي نوع من الضغوط مهما كانت شدتها وهذه هي الفائدة الجمة (الوقاية). خاصة أن آثار الضغوط على الصحة الجسمية، النفسية، والإنجابية للأفراد غير محدودة. وقد أشار (كوري، 2011) أن هذه التقنية استخدمت مع الأطفال والمراهقين والراشدين ونجحت. ولهذا تم اختيار هذه التقنية في علاج الضغوط النفسية عند العقيمين الخاضعين للتلقيح الاصطناعي لأنها تعمل باتجاهين تخفيف حدة الضغوط أثناء القيام بعملية التلقيح

الاصطناعي والوقاية والاستعداد لمواجهة الضغوط الناجمة عن احتمال فشل هذه العملية أو في حالة اللجوء إلى محاولات علاجية جديدة.

### 6-وجهة نظر ميكينبوم في علاج الضغوط النفسية: يرى ميكينبوم (1988) أن

الضغوط عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد وينتج عنها توتر وانزعاج، كما ترتبط باستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى اختلال في التوازن النفسي والسيولوجي، وينتج عنه الإحساس بالغضب والاستثارة والقلق. (عوض، 2001، 41).

ووفقا لوجهة نظر ميكينبوم الفرد يعاني من الضغوط نتيجة أحداثه السلبية، وكذلك التخييلات غير المناسبة اتجاه مصادر الضغوط، حيث أن هناك تأكيدا من وجهة نظره على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم أو يدرك بها مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة، فالحديث الذاتي المرتبط بموقف الضغط والقدرة على المواجهة تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف، وقد أوضح ميكينبوم أهمية الحديث الذاتي أو الداخلي والتخيل في علاج الضغوط، حيث يلعب حديث الذات دورا في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك من خلال التأثير على عمليات الانتباه، والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغظ، كما أكد على أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإنه علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير ( هو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكا جديدا متوافقا. ( الشناوي، 2001، 127).

ويعتمد منهج ميكينبوم في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي في اعتماده على النمذجة والمهام المتدرجة والتدريبات المعينة والتدعيم الذاتي، فقد توصل إلى أن التفكير، الإدراك، البناءات المعرفية، حديث الذات وكيفية عزو الأشياء تدخل كلها في عملية التعلم، وهذا يعني أن لها دور في التأثير على سلوك الفرد. وقد ركز ميكينبوم فيما بعد على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد، تأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن تغييره (الحوار)، وتغيير التفكير والمشاعر بحيث يتم تعديل السلوك في النهاية باستخدام أسلوب التوجيه الذاتي (أن يعطي المسترشدون تعليمات لأنفسهم لكي يغيروا من سلوكهم)، ويعتمد بذلك على الافتراض المتمثل في " أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها" فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بافتراضات متنوعة كالاستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية والمعرفية والتفاعلات الشخصية، ويعتبر(الحوار الذاتي) أحد هذه الافتراضات وهذا هو هدف العلاج عند ميكينبوم حين

يعيد بناء البنية المعرفية للمسترشد من خلال إدراكه للعلاقة بين أحاديثه الداخلية وسلوكياته.(السقا، 2008، 175).

ولعل أشهر طريقة في علاج الضغوط التي اعتمد عليها مكينبوم هي طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط، وهي تشبه كما أشرنا سابقا عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، و تعمل على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة، والتحصين ضد الضغوط أو التوتر هو الأسلوب الذي يهيئ للمسترشد فرصا للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسيبا ويقوم العميل بالتدرج بتطوير قدرة تحمله لدافع ومثير أقوى من سابقه، ويستند هذا التدريب على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعبارتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط. ويتم تعديل السلوك معرفيا عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم المتعالج كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الإيجابي للتخلص من الضغوط. كما يرى مكينبوم(1985) أن هذه التقنية ساعدت عددا من الأفراد للتعامل مع الغضب والقلق والخوف والألم وهي تبدو مناسبة لكافة المستويات فهناك العديد من المجموعات في ميادين مختلفة، تلقوا هذه الطريقة وتدربوا عليها لمساعدتهم على التعامل مع الضغوط والشدائد النفسية المرتبطة بالعمل مثل : مهن التدريس، التمريض...إلخ. بالإضافة الى استخدام هذه التقنية للتحصين ضد الضغوط فهي تستخدم أيضا لمنع الآثار الضارة للإجراءات الطبية والوقاية منها. (Lehrer, 2007, 11). وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة هي:

**6-1- مرحلة تكوين المفاهيم:** تعتبر هذه المرحلة تعليمية في طبيعتها وترتكز على التعاون بين المعالج والمتعالج لإقامة علاقة تعاونية إيجابية، وهي تتضمن تزويد العملاء بالمعلومات حول ماهية الضغوط طبيعتها وتأثيراتها السلبية على مختلف جوانب الشخصية ( فسيولوجيا، معرفيا، انفعاليا، سلوكيا) ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة التي تمثل جزءا من العلاج، ولقد ثبت أن الأفراد المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج عندما يقرؤون نشرات أو كتيبات عن الضغوط أو عندما يحضرون المحاضرات والمناقشات ، ومما لاشك فيه أن المعلومات التعليمية التي يقدمها المعالج تمثل أهمية كبيرة، فهي تمثل جزءا من العلاج، فمناقشة كل مكون من مكونات البرنامج يسهل من عملية تحقيق الأهداف.(حسن، وحسين ، 2006 ، 273 ). أي أن المعالج يقدم للمتعالج الأسلوب التكيفي السوي

الذي يتيح له أن ينظر في ردود أفعاله السلبية تجاه الضغوط النفسية وتفهمها بدقة، والأساس المنطقي لذلك هو أن الانفعالات السلبية المرتبطة بالمواقف الضاغطة والشدائد النفسية تكون بسبب الطريقة التي ينظر فيها الشخص للموقف وتفسيره له أكثر من الموقف ذاته، ويتم إخبار المتعالجين أن بإمكانهم تعلم مهارات التكيف والتعامل ومهارات ضبط الذات، التي تسمح لهم بإعادة تشكيل هذه المواقف وتصورها من جديد وبالتالي التعامل معها بدون أن يكون لها آثار انفعالية. (عبد الله، 2000، 584). وهناك أربعة مراحل يمر بها المتعالج للوصول إلى تحقيق هذا الأهداف وهي:

- الاستعداد لمواجهة ما يمكن أن يسبب الضيق.
- التعامل مع الموقف الذي يسبب هذا الضيق.
- معرفة درجة تأثر المتعالج بها.
- تعزيز الذات لإنجاح عملية التكيف مع الموقف الضاغط باستعمال الكلمات الذاتية الإيجابية والمشجعة. (عبد الله، 2012، 125).

وفي هذه المرحلة يبدأ العملاء العلاج وهم يشعرون بأنهم ضحايا لظروف خارجية، ضحايا لأفكار، مشاعر، وسلوكيات ليس لهم عليها أي سيطرة وبفضل العلاج (التركيز على الأحاديث الذاتية) يتعلم العملاء من مختلف ما اكتسبوه ويصبحون على وعي بدورهم في خلق مشاكلهم وقلقهم، ويحصل هذا الوعي من خلال الملاحظة المنهجية للأساليب التي يخاطبون بها أنفسهم داخليا بالإضافة إلى مراقبة السلوكيات غير التكيفية التي تتشكل بسبب هذا الحوار الذاتي الداخلي.

ويتم التركيز في هذه المرحلة وفق ليهرر (Lehrer, 2007 , 4-5) على الكشف السقراطي المعتمد على المقابلة والتحليل النفسي مع التغذية الراجعة البنائية حول العجز والقصور، وأساليب الاستجابة أو علامات المقاومة وتمارين الإرشاد الذاتية، واستراتيجيات أخرى مختلفة كلها تستخدم لزيادة الإحساس بالمراقبة الذاتية والإحساس بالنفوق.

#### 6-2- مرحلة اكتساب المهارات: يتم التركيز بشكل أساسي في هذه المرحلة على تزويد

المتعالج (المسترشد) بمهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها في البيئة وتتمثل في إجراءات مباشرة من مثل: الحصول على معلومات حول المواقف والأشياء الضاغطة أو المخيفة، التدريب على الاسترخاء، التحكم في التنفس، التخيل، التدريب على أحاديث الذات الإيجابية بعد تحديد الأحاديث السلبية ومحاولة دحضها والتخلص

منها...الخ. وفيما يلي أمثلة عن بعض الأساليب المستخدمة في كل مرحلة من المراحل التي تم ذكرها سابقا حسب (الشناوي، 1994، 136). وهي:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط، استرخي خذ نفسا عميقا، عندما يأتي الخوف توقف، لقد نجحنا.

ويرى (عبد الله، 2000، 548) أن المعالجة عن طريق حل المشكلات وكذلك التدريب عن طريق التعلم الذاتي، قد استخدمت كثيرا من أجل التحصين والوقاية ضد الضغوط النفسية.

ومن الفنيات الرئيسية التي اعتمدها ميكينبوم في التدريب التحصيني ضد الضغوط هي " فنية الحديث الذاتي" أو المحادثة الداخلية وهي تقوم على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والتحديات والصعوبات التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية الانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة، المؤلمة والصادمة. وبالتالي لا بد للفرد من التعرف عليها وتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة، وتتوقف فاعلية هذه التقنية على اقتناع الفرد بأن ما يردده من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة القلق والضغط لديه ومن ثم عليه العمل على تحديد هذه الأفكار ووقفها واستبدالها بأخرى إيجابية.(يوسفي، 2011، 72).

وقد أعطى ميكينبوم بعض الأمثلة للأحاديث التكيفية التي يتم التدريب عليها في هذه المرحلة:

- ما هي طريقة الاستعداد لمواجهة الضاغط (مسبب القلق)؟ بمعنى ماذا علي أن أفعل؟

- هل باستطاعتي تطوير خطة للتعامل مع التوتر والقلق؟

- كيف لي أن أواجه وأتعامل مع من يسبب لي التوتر؟

- ما هي بعض الطرق التي تساعدني على التعامل مع ما يسبب لي التوتر؟

- كيف لي أن أواجه هذا التحدي؟

- كيف أتأقلم مع المشاعر الطاغية الغامرة ماذا أفعل الآن وبالوقت الحاضر؟

- كيف لي أن أسيطر على مخاوفي؟

- كيف يمكنني أن أعزز حديثي مع نفسي؟

- كيف أكافئ نفسي؟

وكجزء من برنامج إدارة الضغوطات يتعرض العملاء لمداخلات سلوكية مختلفة، والتدريب

على الاسترخاء يكون بشكل خاص ويتم ذلك بشكل منظم ومستمر.(كوري، 2011).

**3-6- مرحلة التطبيق والمتابعة:** هذه المرحلة هي مرحلة مكملة للمرحلة السابقة وهي تسمح للعميل بتطبيق مختلف مهارات المواجهة بشكل متدرج عبر مستويات الضواغط (أي التدريب التدريجي ضد الضغوط). ويكرر العميل في نمط تعاوني مع العملاء الآخرين والمدرّب على مختلف تقنيات المواجهة وبعض هذه المهارات أو التقنيات هي: التكرار السلوكي، النمذجة، لعب الدور.. الخ ويكون التركيز بشكل أكبر على مختلف حالات الضغط الخطيرة مثل: الصراعات البين شخصية، الانتقادات، الضغوط الاجتماعية... الخ. وهذا بهدف منع الانتكاسة، والوقاية من الضغوط. كما صممت أيضا برامج للمتابعة المعمقة للتدريب على التحصين ضد الضغوط لتوسيع التدريب في المستقبل من خلال زيادة الحصص التدريبية.

وعلى العموم فإن التدريب التحصيني ضد الضغوط لمكينبوم يستخدم في مختلف المجالات ومع مختلف المشاكل الطبية والنفسية، فهو يستخدم مع المرضى في المستشفيات كما يستخدم مع الطاقم الطبي لتقليل وتخفيف طبيعة ومستوى الضغط الطبي والاستشفائي. وتختلف مدة التدريب على التحصين ضد الضغوط من مشكلة نفسية أو طبية إلى أخرى فأقصر شكل للتدريب هو "20" دقيقة مع المرضى لتحضيرهم للعمليات الجراحية، و"40" دقيقة أو ساعة أسبوعيا أو مرتين في الأسبوع مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية، وذوي المشكلات الطبية المزمنة، وفي معظم أشكال التدخل العيادي يتضمن التدريب على التحصين التدريجي ضد الضغوط من "8" إلى "15" حصة تدريبية بالإضافة إلى حصص المتابعة. وتتنوع وتختلف الحصة التدريبية وفق طبيعة ومدة التدريب ووفق كل مرحلة من المراحل الثلاث المتداخلة والمكملة لبعضها البعض. وأكدت البحوث أن مدة التدريب على التحصين ضد الضغوط تعتمد على فعالية هذا الأسلوب وليس على مدته، بحيث ينبغي أن تكون مدة العلاج والممارسات المتعددة ومحاولات التدريب والتحصين متدرجة. (Lehrer, 2007, 13,15).

### **7- أهمية التدريب التحصيني ضد الضغوط في التخلص من الضغوط النفسية:**

يعد التعديل المعرفي السلوكي لمكينبوم من الاتجاهات الهامة التي اهتمت بالضغوط النفسية وكيفية علاجها، وتعد تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط أهم اكتشافات مكينبوم على الإطلاق والتي تتميز بمراحلها المتدرجة والمتداخلة والمكملة لبعضها البعض، وتتميز كل مرحلة بأساليب، وفتيات متنوعة (معرفية، انفعالية، سلوكية) تركز جلها على تدريب المتعالج على التحصين ضد الضغوط

والوقاية منها، ولقد ساعدت هذه التقنية حسب مكينبوم العديد من الأفراد في التعامل مع الغضب، القلق، الخوف، الألم... الخ. كما ساعدت العديد من المجموعات في التعامل مع الضغوط والشدائد النفسية في كثير من المهن، وأنها لا تستخدم فقط للتحصين ضد الضغوط وإنما تستخدم أيضا لمنع الآثار الضارة للإجراءات الطبية والوقاية منها. وبشير راندل وآخرون (Randall, et al, 2009, 11) أن مكينبوم يرى أن علاجه يساعد العملاء على تعريفهم قوتهم من خلال خبراتهم الانفعالية والسلوكية، وتطوير مهاراتهم لإدارة كيفية تأثير تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم على بعضها البعض، وتنمية اليقظة الذاتية بغية تغيير معتقداتهم عن أنفسهم وعن العالم.

وفي هذا الإطار يشير (عبد الله، 2012، 126) أن محاولة مكينبوم الاهتمام بما يقوله الناس لأنفسهم وأثر ذلك على سلوكهم وتكيفهم من الأمور الهامة التي لم يسبقه إليها أحد من علماء النفس العلاجي. ولقد تميزت طريقته في تأكيدها على العلاقة بين الحديث الذاتي وبين التراكيب المعرفية وكل من السلوك والمشاعر، وقد نجح في تطبيق طريقته على تعليم العديد من المرضى كيفية التحصين ضد الضغوط النفسية. ويرى (كوري، 2011) أن هذا العلاج استخدم مع الأطفال والمراهقين والراشدين ونجح. وأنه مناسب لعلاج العملاء في مختلف الثقافات، وما يجعله مرغوبا في الثقافات المختلفة أنه يركز على أثر البيئة الخارجية وعلى الطبيعة النشطة وعلى التعلم، والاعتماد على الشواهد الاختيارية، وعلى السلوك الحالي، وأخيرا الاختصار والوقت المحدد. وتوجد مكونات أساسية يفترض توفرها لعلاج الضغوط النفسية وهي تتمثل في أربع عوامل أساسية هي:

**8-1- تقديم معلومات حول الضغوط النفسية:** هذه المعلومات تساعد المتعالج على فهم ماهية هذه الضغوط والآلية التي تتم بها والآثار السلبية التي تسببها ودور الجوانب المعرفية للفرد في الشعور بشدة هذه الضغوط، وبمجرد اكتساب هذه المعلومات وإدراكها تبدأ مرحلة التغيير وتدعيم أساليب المواجهة من خلال التعديل المعرفي للأحاديث الذاتية السالبة واستبدالها بأخرى ايجابية.

**8-2- تعلم مهارات وأساليب المواجهة:** يتدرب المتعالجون على بعض الفنيات اللازمة للتحكم في الضغط النفسي وخفضه، من بينها تدعيم استراتيجيات المواجهة، إعادة تفسير الأحداث، تعديل الأحاديث الذاتية، التحكم في الاستثارة الانفعالية، التدريب على الاسترخاء... الخ وهذا

يساعدهم على تدعيم استعداداتهم، وتطوير إحساسهم بتطور قدراتهم الاحتمالية على مواجهة الضغط.

### 8-3- التدرّب على بعض المهام السلوكية في الحياة الواقعية: لا يكتفي المعالج

بتعليم المتعالجين بعض التقنيات والتدريب عليها أثناء العلاج وإنما يطلب منهم نقل هذا التغيير إلى الحياة الواقعية فهذا هو البرهان الحقيقي على قدرة الفرد على التحكم في هذه التقنيات واختبار مدى فاعليتها، ومن بينها الاسترخاء بمختلف أنواعه وكذلك الاستجابات التوكيدية، المراقبة الذاتية... الخ.

### 8-4- مقابلة بعض الأفراد من ذوي المشكلات المتشابهة: عادة ما يشعر المتعالج

أنه الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة وبمجرد مقابلة أشخاص يعانون من نفس المعاناة، يقل لديه الشعور بالوحدة وتصغر مشكلته في عينه ويقل لديه التوتر، ويشعر بالدعم من طرف الجماعة التي تقاسمه المشكلة نفسها، وتسمح له هذه الفرصة بالتعبير عن مشكلته مع من يعانون مثلها، وإجراء المقارنات مع هذه الحالات ويدرك أنه ليس وحده من يعاني، وأن هناك من يتألم ويعاني أكثر منه وهذا يخفف عنه هذه المعاناة ومن ثم يشعر بوجود نظام اجتماعي مساعد يسمح له بالتفريغ، والمشاركة في الدعم وهذا ما يقلل لديه الضغط والتوتر.

### خلاصة:

يعد المنحى العلاجي لميكينبوم من بين المناحي العلاجية الرائدة في علاج الضغوط والوقاية منها، وتعد تقنية التدريب التحصيلي ضد الضغوط من بين التقنيات العلاجية التي أثبتت فعاليتها مع العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية، وهي تركز على فكرة مفادها أن الأحداث التي يواجهها الأفراد لا تسبب لهم الضغط والقلق وإنما إدراك الأفراد وتفسيرهم لهذه الأحداث هي السبب في حدوث هذه الاضطرابات مما يسبب لهم آثارا سلبية (جسمية، فيزيولوجية، معرفية، سلوكية). لذلك اهتم الباحثون بإعداد برامج متنوعة للتدخل العلاجي لخفض وإدارة الضغوط، وهذا ما دفع الباحثة لاختيارها كطريقة علاجية مع مرتفعات الضغوط من العقيمت الخاضعات للتفريغ الاصطناعي.



الجانب الميداني

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية

2-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية

2-3- عينة الدراسة الاستطلاعية

2-4- نتائج الدراسة الاستطلاعية

3- الدراسة الأساسية

3-1- عينة الدراسة

3-2- حدود الدراسة

3-3- أدوات الدراسة

3-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

يعد الجانب الميداني وسيلة لنقل مشكلة البحث وتصورات الباحث إلى الميدان بغية توضيحها وتحديدها وتبيان جوانبها، لذا سنستعرض في هذا الفصل أهم الاجراءات المنهجية والميدانية المتبعة.

**1- منهج الدراسة:** اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج التجريبي لأنه يتناسب مع طبيعة المشكلة ويحقق أهداف الدراسة. حيث يعد هذا المنهج في البحث العلمي من أقرب المناهج إلى الطريقة العلمية الصحيحة والموضوعية في البحث عن الحقيقة، اكتشافها، تفسيرها، والتنبؤ بها والتحكم فيها. إلا أنه في كثير من الأحيان لا تتوفر شروط التجريب كاملة أمام الباحث فيلجأ إلى أحد تصاميمه التي قد تكون شبه تجريبية. مثلما ما هو الحال في هذه الدراسة وقد تم اختيار تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي حيث يركز هذا الأخير على التجريب لتأثير عامل واحد على أداء المجموعة موضوع الاهتمام حيث يتبع الباحث وفق(حسين، 1999، 120) الخطوات التالية:

- تحديد حجم الجماعة المستهدفة بالبحث.

- تحديد الزمان المناسب للتجربة.

- تحديد المكان المناسب للتجربة.

- تحديد المتغير المستهدف أو المتغيرات وقياس آثارها.

- قياس الجماعة قبل ادخال كل متغير.

- اختبار الفروض

- تحديد النتائج.

وتكون الجماعة ضابطة وتجريبية في نفس الوقت، ضابطة قبل إدخال المتغير وتجريبية بعد ادخاله.

والمقصود بها في بحثنا هي المجموعة الواحدة التي طبق عليها البرنامج العلاجي التدريبي التحصيلي الجماعي، بقياس قبلي وبعدي، حيث قامت الباحثة بتعيين عينة النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي مرتفعتات الضغط النفسي مع محاولة مراعاة بعض المتغيرات (السن، مدة العقم، سبب العقم، المستوى التعليمي)، بحيث تم اجراء القياس القبلي على المجموعة الواحدة(ضابطة، تجريبية)، ثم إجراء القياس البعدي لمعرفة أثر المتغير المستقل(البرنامج العلاجي

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

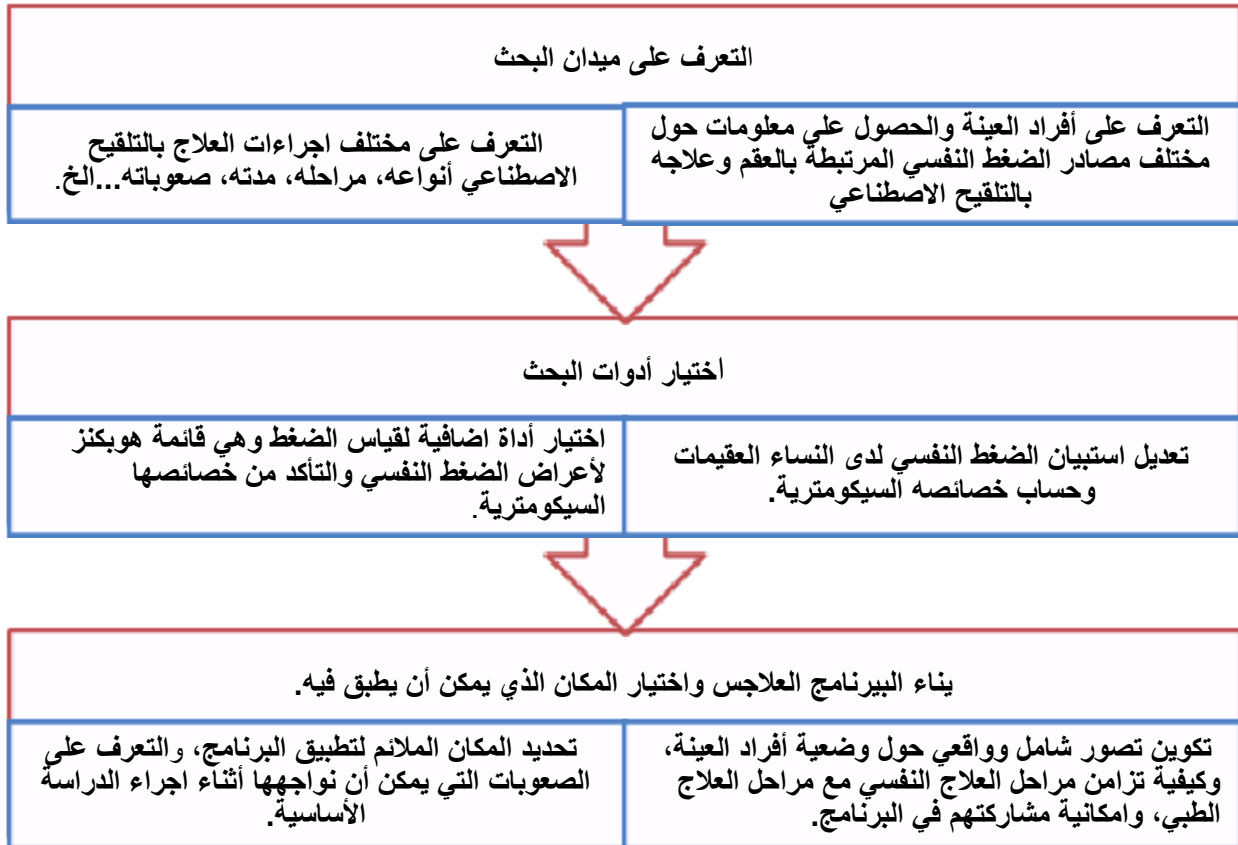
التدريبي) على المتغير التابع (الضغط النفسي)، وللتأكد من استمرار أثر البرنامج العلاجي قمنا بإجراء قياس تتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج. والشكل الموالي يوضح هذا التصميم.



شكل رقم-1- يوضح تصميم المجموعة التجريبية الواحدة.

**2- الدراسة الاستطلاعية:** تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم مراحل البحث العلمي، لأنها تسمح للباحث بالتعرف على مختلف الصعوبات التي يمكن أن يواجهها وهي أيضا فرصة تسمح له بالتعديل أو الإضافة. وعليه فإن أول خطوة قمنا بها في بحثنا هي زيارة قسم العلاج بالتلقيح الاصطناعي بعيادة ابن رشد قسنطينة باعتبارها أقرب العيادات إلى مدينة باتنة وهذا في أواخر شهر ماي (2015)، وتم الاتفاق مع الطبيب المسؤول عن العيادة بعد عدة زيارات على بداية العمل الميداني في بداية شهر أكتوبر. (أنظر ملحق رقم-1-).

**2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:** من أهم الأهداف التي تم تسطيرها لهذه الدراسة هي:



شكل رقم 2- يوضح أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية.

### 2-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

2-2-1- تعديل استبيان مصادر الضغط النفسي (إعداد الباحثة): نظرا لنقص الدراسات العربية والأجنبية التي تخدم أغراض البحث، فقد لجأت الباحثة إلى تعديل استبيان تم بناؤه من طرفها في دراسة سابقة (2011) حول مصادر الضغط النفسي لدى النساء العقيمات، وهذا ليتناسب مع خصائص العينة خاصة في هذه المرحلة العلاجية وهي التلقيح الاصطناعي والتي تعتبر بالنسبة للعديد من الحالات المحطة العلاجية الأخيرة، لذلك حاولت الباحثة التركيز على مختلف مصادر الضغط التي تميز هذه المرحلة.

يتكون الاستبيان في صورته الأولى من 66 بند موزعة على ستة أبعاد (البعد الذاتي، البعد الزواجي، البعد الانفعالي، البعد العلاجي والصحي، البعد المعرفي، البعد الاجتماعي). هذه الأبعاد تحوي بنود تمثل مصادر ضغط، تهديد وضيق بالنسبة للعقيم الخاضعة للتلقيح الاصطناعي. والملحق رقم 3- يمثل الاستبيان ككل. وتمثلت أهم خطوات تعديل الاستبيان فيما يلي:

- البحث عن مقاييس عربية أو أجنبية يمكن أن تساعد بالاعتماد عليها في تعديل الاستبيان، لكن حسب اطلاعنا لم نتمكن من الحصول على ما يخدم أغراض دراستنا بالضبط.

- الاطلاع على التراث السيكلوجي في مجال الضغوط والمشكلات المرتبطة بعلاج العقم عن طريق التلقيح الاصطناعي.

- تحليل نتائج المقابلات النصف موجهة التي أجريت مع أفراد العينة.

وبالاعتماد على الأداة السابقة تم تعديل الاستبيان وحافظ على أبعاده الست وتم حذف بعض العبارات الغير مناسبة التي كانت مرتبطة بشكل أكبر بأعراض الضغط وبالنسبة للتعديل فكان على مستوى صيغ بعض العبارات. وأصبح الاستبيان يتكون من 60 بند وهي موزعة على الأبعاد التالية) البعد الزواجي، البعد الاجتماعي، البعد الذاتي، البعد الانفعالي، البعد العلاجي، والبعد المعرفي). والملحق رقم 4- يبين الأداة وفق تعديلات الباحثة.

**الغرض من الاستبيان:** هو أداة لتقدير وقياس ما تدركه المرأة من ضغط جراء العقم وعلاجه.

وقد صيغت البنود على شكل مواقف أو متطلبات داخلية أو خارجية تفوق وتتحدى قدرة المرأة على التأقلم والتكيف وتهدد راحتها مما تسبب لها التوتر وعدم الارتياح. صيغت كل البنود في الاتجاه الإيجابي، بحيث كلما ارتفعت الدرجة دل على أن المرأة الخاضعة للتقيح الاصطناعي تعاني من ضغط نفسي مرتفع.

**2-2-2- اختيار قائمة هوبكنز (Hopkins) للأعراض:** هي قائمة لها صور عديدة والقائمة الأصلية تتكون من 90 بند وتسمى مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90) من إعداد ليونارد ديروجيش، رونالدو س. ليمان، لينوكوفي (Leonard R. Derogatis, Ronald S. Lipman, Lino Covi) ترجمة عبد الرقيب أحمد البحيري. وهي عبارة عن قائمة تقدير اكلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المترددين على العيادات النفسية. (أبوسيدو، 2007، 106)

توجد عدة صور للقائمة كما سبق الإشارة وذلك وفق عدد البنود وأصغر صورة للقائمة تتكون من 25 بند، أما الصورة المستخدمة في الدراسة الحالية فهي تتكون من 43 بند موزعة على أربع أبعاد هي (بعد القلق، بعد الاكتئاب، بعد الأعراض الجسمية، بعد أعراض أخرى) وهي تسمى في بعض المراجع بقائمة هوبكنز لأعراض الضغط النفسي. وكل صور القائمة تتمتع بصدق وثبات عاليين وفق مختلف الدراسات العربية والغربية.

**الغرض من القائمة:** لقد استعانت الباحثة بقائمة هوبكنز للأعراض لأنها أداة تقيس المؤشرات أو الأعراض السلوكية المرتبطة بالضغط والتوتر من بينها أعراض القلق والاكتئاب والأعراض الجسمية. لذلك ارتأت الباحثة الجمع بين الأدوات: أداة تقيس المصادر وأخرى تقيس الأعراض لأن الحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على تحديد نتائج أو آثار الضغط النفسي. لأن كل فرد له قدرة معينة على تحمل الضغوط، إذا تجاوزها ظهرت عليه الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية. لذلك استخدمت الباحثة هذه الأداة ليكون الحكم على وجود الضغط النفسي بأكثر دقة وموضوعية.

**2-2-3- بناء البرنامج العلاجي:** البرنامج العلاجي المصمم هو مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة والتي ترمي إلى تحقيق أهداف معينة بحيث تمهد كل خطوة للخطوة التي تليها لتصبح في النهاية مترابطة ومتكاملة تؤدي إلى اكتساب معارف جديدة وتعلم مهارات معرفية

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

انفعالية وسلوكية تساعد على التخفيف من حدة الضغط النفسي والتحكم به ومن ثم الوقاية منه لتحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية.

وهذا البرنامج هو برنامج علاجي تعليمي تدريبي تحصيني منظم في ضوء أسس وفنيات التدريب التحصيني ضد الضغوط لميكينوم، ويتم من خلال مواقف تعليمية وتدريبية جماعية وقد حاولت الباحثة أثناء تصميم البرنامج الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

• أن تتناسب وتتماشى مراحل البرنامج العلاجي، محتوى جلساته، بدايته، مدته، مع مختلف مراحل العلاج بالتلقيح الاصطناعي ومدته.

• تسجيل ردود أفعال أفراد العينة التي كانت ملاحظة أثناء فترات الانتظار (قد تفوق الخمس ساعات) لاستكمال إجراءات العلاج بالتلقيح.

• تسجيل ردود أفعال أفراد العينة أثناء الفشل في استكمال إحدى مراحل العلاج بالتلقيح) صغر حجم البويضات، عدم إيجاد البويضة الملقحة عند الشطف، توقف انقسام البويضة الملقحة قبل الإرجاع، فشل العلاج بالتلقيح الاصطناعي).

وهذا ليتناسب محتوى البرنامج ومراحله ومدته مع الواقع العلاجي للحالات لتحقيق التكامل بين العلاج والوقاية أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.

وقد تم عرض البرنامج على مجموعة من أساتذة ومتخصصين من داخل الوطن وخارجه لتقديم ملاحظاتهم حول البرنامج اقتراحاتهم لضمان فعالية أكبر. والملحق رقم 9- يوضح أسماء هؤلاء الأساتذة.

**2-3- عينة الدراسة الاستطلاعية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية في عيادة ابن رشد بقسنطينة، بداية شهر أكتوبر 2015 لمدة ثلاثة أشهر ونصف، على عينة قدرت بـ 60 امرأة تعاني من العقم وفي مراحل مختلفة من العلاج بالتلقيح الاصطناعي، تم اختيارهم بطريقة قصدية، حيث تراوحت أعمارهم بين 25 سنة إلى 44 سنة، ومن مختلف الولايات.

تم التواصل مع أفراد العينة في قاعة خاصة بقسم التلقيح الاصطناعي أثناء فترات الانتظار) اجراء الفحوصات، شطف البويضات، إعادة البويضات الملقحة..). أين تم توزيع استبيان الضغط النفسي المعدل وقائمة هوبكنز للأعراض بغرض التأكد من خصائصهما السيكومترية، وقد لمسنا تجاوبا كبيرا واهتماما لافتا للنظر من أفراد العينة بهذه الالتفاتة التي كانت بالنسبة لهن سابقة خاصة، وكذا بمحتوى الاستبيانات التي كانت حسب تعبيرهن تمثل صورة شاملة لما يعانينه، حيث

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

ساعدت بعض الحالات على التفريغ إما عن طريق البكاء أثناء ملء الاستبيانات أو بعد الانتهاء من خلال سرد تاريخهن العلاجي ومعانتهن سواء أثناء التشخيص أو العلاج، ومخاوفهن من مرحلة ما بعد العلاج. وقد أبدت أغلب المريضات رغبة كبيرة في تواجدهن أخصائي نفسي في مثل هذه المراحل العلاجية. وهذا كان أكبر دعم سمح لنا بالمضي في العمل بكل أريحية. والجدول الموالي يوضح خصائص هذه العينة.

جدول رقم-1- يمثل خصائص العينة الاستطلاعية.

المجموع/ النسبة	النسب المئوية	العدد	الخصائص	
%100-60	%5	3	أقل من 28 سنة	السن
	%33,3	20	من 28 إلى 34 سنة	
	%61,7	37	أكثر من 35 سنة	
%100-60	%11,7	7	أمية	المستوى التعليمي
	%26 ;7	16	متوسط	
	%28,3	17	ثانوي	
	%33,3	20	جامعي	
%100-60	%33,3	20	تعمل	المهنة
	%66,6	40	لا تعمل	
%100-60	%25	15	الزوجة	مسبب العقم
	%28,3	17	الزوج	
	%38,3	23	بدون سبب	
	%8,3	5	معا	
%100-60	%30	18	أقل من 5 سنوات	مدة العقم
	%56,7	34	من 5 إلى 11 سنة	
	%13,3	8	أكثر من 12 سنة	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن أغلب من يتجهن للعلاج بالتلقيح الاصطناعي يتجاوز

عمرهن



## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

35 سنة بنسبة 61,7%، وأن مستواهن التعليمي الجامعي والثانوي والمتوسط متقارب بينما هناك 7% من الأميات، غالبية أفراد العينة دون عمل بنسبة 40%، أما بالنسبة لمسبب العقم فالتنسب متقاربة بين الزوج والزوجة وأقل نسبة هي 5% للزوجين معا وأكبر نسبة هي لمن لم يحدد عندهم التشخيص وتقدر بـ 38,3%، أما مدة العقم فغالبية أفراد العينة تتراوح مدة زواجهم بين 5 إلى 11 سنة بنسبة 56,7%.

مع العلم أنه تم اختيار تقسيم الفئات بهذا الشكل لإظهار أنه لا يتم اللجوء إلى العلاج بالتلقيح الاصطناعي إلا في سن متأخرة تفوق 35 سنة وهذا يضعف بشكل كبير من نتائج العلاج حسب مختلف الدراسات.

**2-4- نتائج الدراسة الاستطلاعية:** لقد سمحت لنا هذه الدراسة الاستطلاعية باستيضاح الكثير من الحقائق عن ميدان الدراسة والوصول إلى تحقيق نتائج مختلفة أهمها:

**2-4-1- اختيار أدوات الدراسة والتأكد من خصائصها السيكومترية:** وتتمثل هذه الأدوات في:

**2-4-1-1- استبيان مصادر الضغط النفسي:** طبق هذا الاستبيان على عينة تقدر بـ 60

امراة في مركز التلقيح الاصطناعي للتحقق من خصائصه السيكومترية وكانت النتائج كما يلي:

**2-4-1-1-1- الصدق :** تم التأكد من صدق الاستبيان باستخدام مجموعة من الطرق منها:

**-الصدق الظاهري:** قمنا بعرض الاستبيان في صورته الأولية بعد التعديل على مجموعة من

المحكمين(أساتذة في علم النفس، وممارسين عياديين، وطبيبة في أمراض النساء والتوليد بصفتها

أقرب شخص مختص يعايش يوميات أفراد العينة، وطبيب في علم الإحياء بعيادة ابن رشد). وبناءا

على آرائهم وملاحظاتهم تم تعديل بعض العبارات. والملحق رقم-5- يبين أبعاد الأداة بعد التحكيم.

والملحق رقم -6- يوضح أسماء الأساتذة المحكمين. وقد حافظ الاستبيان على عدد بنوده والجدول

الموالي يوضح هذه التعديلات.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

جدول رقم-2- يوضح البنود المعدلة وأبعادها في استبيان مصادر الضغط النفسي.

البيد	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
البيد الاجتماعي	-تدخلات الأهل مقلقة حول تأخر الانجاب. -لا أحد يقدر ما أعانيه من ضغوط. -يقفني افتقادي للشعور بالحب والاهتمام بالآخرين. -أعتبر الأعياد ومناسبات الزواج من أكثر المناسبات التي توترني.	-أقلق بسبب تدخلات الأهل حول تأخر الانجاب. -أشعر أن لا أحد يقدر ما أعانيه جراء العقم. -أفتقد الشعور بالاهتمام بالآخرين. -الأعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.
البيد الذاتي	انجاب طفل هو الشيء الأهم في حياتي. -تتقصني الثقة بالنفس.	-انجاب طفل هو اثبات لهويتي كامرأة. -أشعر أن ثقتي بنفسي اهتزت.
البيد الزوجي	العقم يشعرني بالذنب والتقصير في حق زوجي.	أشعر أن العقم جعلني مقصرة في حق زوجي.
البيد المعرفي	-التفكير بالإنجاب يشعرني بالتوتر والضغط. -أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح.	-كثرة التفكير بالإنجاب تشعرني بالتوتر والضغط. -أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح. -عدم الانجاب.
البيد العلاجي	-لا أجد فائدة من متابعة العلاج. -أشعر أن التلقيح الاصطناعي هو أهم حدث في حياتي. -أشعر بامتداد الزمن أثناء فترات العلاج وهذا يوترني. -تكاليف علاج العقم تتقل كاهلي. -أشعر بالتعب من الفحوصات واجراءات العلاج	-أشعر بقلق كبير عند اقتراب موعد اجراء عملية التلقيح الاصطناعي. -اجراء التلقيح الاصطناعي هو أهم حدث في حياتي. -امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني. -أحس بالتوتر من التكاليف الباهضة للعقم. -اجراءات فحص وعلاج العقم متعبة

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن التعديلات تمت على مستوى بعض العبارات في خمس أبعاد من أصل ستة، وقامت الباحثة بعد الأخذ بعين الاعتبار لتوجيهات السادة المحكمين بحساب باقي الخصائص السيكومترية.

-الصدق التوافقي أو التقاربي: يعرف هذا الصدق بصدق المجموعات المعروفة، حيث أنه إذا أشارت الدراسات السابقة إلى أن الأفراد مرتفعي الضغوط يعانون من أعراض الضغط النفسي(قلق، اكتئاب...) ووجد الارتباط الايجابي بين الاحساس بالضغوط والشعور بأعراض الضغط، فإن الارتباط بين درجات أفراد العينة على الاستبيان ودرجاتهم على قائمة هوبكنز للأعراض مؤشر على صدق الاستبيان.

ولحساب هذا الصدق قمنا بتطبيق الاستبيان بشكل متزامن مع قائمة هوبكنز للأعراض على عينة مكونة من 60 امرأة في مصلحة التلقيح الاصطناعي. والجدول الموالي يوضح هذه النتائج.

جدول رقم -3- يوضح الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والدرجة الكلية لقائمة هوبكنز للأعراض.

الارتباط	العدد	معامل بيرسون	الدالة الاحصائية
الدرجة الكلية لقائمة هوبكنز	60	1	0,000
الدرجة الكلية لاستبيان الضغط	60	0,98	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة معامل الارتباط بلغت 0,98 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,001 مما يؤكد صدق الاستبيان.

-الصدق التمييزي : قمنا بحساب هذا الصدق بالاعتماد على المقارنة الطرفية من خلال استخراج نسبة 27% من طرفي التوزيع لأفراد العينة البالغ عددها 60 امرأة من مصلحة التلقيح الاصطناعي، وتم حساب الفروق بين العينتين المتميزتين(مرتفعات الدرجات ، منخفضات الدرجات) باستخدام اختبار (ت)، والجدول الموالي يوضح هذه النتائج.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

جدول رقم-4- يوضح نتائج اختبار(ت) للصدق التمييزي لاستبيان مصادر الضغط

النفسي.

الدرجة الكلية	الفئتين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	الدلالة الاحصائية
	الفئة الدنيا	16	114,38	5,72	20,69	0,001
	الفئة العليا	16	158,88	6,41		

ومن خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة ت (20,69) وهي دالة عند مستوى 0.001 مما

يدل على قدرة الاستبيان على التمييز.

-صدق التكوين: أو صدق الاتساق الداخلي وتم حسابه من خلال طريقة الاتساق الداخلي

وهذا بحساب معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية، ومعاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية، ومعاملات الارتباط بين البنود وأبعادها، وهذا من خلال تطبيق الاستبيان على عينة تقدر بـ60 امرأة خاضعة للتلقيح الاصطناعي، والجدول التالي توضح نتائج هذا الصدق.

جدول رقم-5- يوضح معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لاستبيان مصادر الضغط.

الأبعاد الارتباط	البعد الزوجي	البعد الاجتماعي	البعد الانفعالي	البعد الذاتي	البعد العلاجي	البعد المعرفي
معامل الارتباط	0,780**	0,835**	0,779**	0,823**	0,495**	0,859**
دالة عند مستوى دلالة 0,01						

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية تتراوح بين

(0,49 و0,85) وكلها دالة عند مستوى دلالة 0,01 .

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

جدول رقم-6- يوضح معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان مصادر الضغط النفسي.

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0,52**	11	0,33**	21	0,48**	31	0,42**	41	0,41**	51	0,27*
2	0,48**	12	0,17	22	0,75**	32	0,07	42	0,35**	52	0,42**
3	0,48**	13	0,31*	23	0,48**	33	0,65**	43	0,09	53	0,15
4	0,54**	14	0,35**	24	0,19	34	0,39**	44	0,11	54	0,08
5	0,21	15	0,44**	25	0,63**	35	0,38**	45	0,23	55	0,30*
6	0,50**	16	0,36**	26	0,34**	36	0,35**	46	0,51**	56	0,50**
7	0,55**	17	0,49**	27	0,50**	37	0,26	47	0,53**	57	0,38**
8	0,46**	18	0,42**	28	0,57**	38	0,60**	48	0,48**	58	0,41**
9	0,29*	19	0,56**	29	0,64**	39	0,33**	49	0,32*	59	0,38**
10	0,32**	20	0,48**	30	0,38**	40	0,47**	50	0,33**	60	0,32*

\*\* دالة عند 0,01 ، \* دالة عند 0,05

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن كل البنود مرتبطة بالدرجة الكلية وتتراوح معاملات الارتباط بين (0,27، 0,65) وهذا عند مستوى دلالة ( 0,05 و 0,01) ماعدا البنود التالية: (5-12-24-32-43-44-45-51-53-54).

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

جدول رقم-7- يوضح معاملات ارتباط البنود بأبعادها لاستبيان مصادر الضغط النفسي.

رقم البند	بعد زواجي	رقم البند	بعد اجتماعي	رقم البند	بعد انفعالي	رقم البند	بعد ذاتي	رقم البند	بعد علاجي	رقم البند	بعد معرفي
4	0,61**	2	0,52**	3	0,55**	22	0,75**	5	0,57**	1	0,65**
11	0,49**	8	0,51**	6	0,48**	23	0,52**	9	0,49**	7	0,65**
15	0,49**	16	0,52**	32	0,45**	29	0,70**	12	0,64**	24	0,32*
20	0,59**	21	0,62**	17	0,60**	31	0,60**	18	0,26*	14	0,48**
25	0,61**	26	0,46**	30	0,67**	37	0,45**	10	0,42**	19	0,65**
28	0,64**	35	0,42**	36	0,47**	41	0,51**	13	0,34*	27	0,50**
34	0,59**	39	0,46**	47	0,62**	51	0,58**	50	0,37**	33	0,68**
42	0,54**	40	0,52**	44	0,57**	52	0,54**	48	0,26	38	0,66**
45	0,48**	46	0,55**	53	0,23	55	0,42**	54	0,37**	43	0,17
59	0,54**	49	0,34**	58	0,54**	56	0,62**	57	0,51**	60	0,48**
**دالة عند 0,01 - *دالة عند 0,05											

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن كل البنود مرتبطة بأبعادها وتتراوح معاملات الارتباط

بين (0,26 ، 0,75) عند مستوى دلالة ( 0,05 و 0,01) ماعدا البنود التالية (43-51-53).

من خلال نتائج الجداول الثلاث السابقة نجد أن كل الأبعاد صادقة لارتباطها بالدرجة الكلية.

وكذلك كل البنود صادقة لارتباطها بأبعادها وبالدرجة الكلية للاستبيان عند مستوى دلالة: -0,05)

(0,01) ماعدا البنود التالية : (5-12-24-32-43-44-45-51-53-54). فإن قيمها غير دالة

احصائيا وبالتالي تم حذفها والجدول الموالي يوضح هذه النتائج.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

جدول رقم -8- يوضح عدد البنود التي حذفت والتي تم الاحتفاظ بها والأبعاد التي تنتمي

إليها.

الأبعاد	البنود	عدد البنود السابقة	عدد البنود المحذوفة	عدد البنود المحتفظ بها
البعد المعرفي	10	2	8	0
البعد الذاتي	10	1	09	0
البعد الانفعالي	10	3	07	0
البعد الزواجي	10	1	09	0
البعد العلاجي	10	3	07	0
البعد الاجتماعي	10	0	10	10
المجموع	60	10	50	10

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن كل الأبعاد حذفت منها بند إلى ثلاث بنود ما عدا البعد الاجتماعي لم يحذف منه أي بند. وأصبح الاستبيان في صورته النهائية يضم خمسين بنداً.

2-1-1-1-2- الثبات: للتحقق من ثبات الاستبيان قمنا بالإجراءات التالية:

-التجزئة النصفية: : قمنا بحساب هذا الثبات بالاعتماد على تجزئة بنود الاستبيان إلى نصفين (فردية/زوجية)، ثم قمنا بحساب معامل الارتباط بينهما وكانت قيمة معامل الارتباط هي 0,87 وبما أن القيمة المحسوبة تمثل معامل ارتباط لنصف الاستبيان فقط، لذلك تم تعديلها بمعادلة سبيرمان براون، ومعادلة جيتمان، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-9- يوضح نتائج معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية.

قيمة معامل الارتباط قبل التصحيح	معادلة سبيرمان براون	معادلة جيتمان	الدالة الاحصائية
0,87	0,93	0,93	0,001

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن جميع قيم معامل الارتباط مرتفعة، مما يدل على ثبات الاستبيان.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

-الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ: قمنا بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، بحيث تم حساب هذا المعامل للاستبيان ككل، ولأبعاده. والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-10- يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ للاستبيان ككل ولأبعاده.

القيمة	الزواجي	الاجتماعي	الانفعالي	الذاتي	العلاجي	المعرفي	الاستبيان ككل	الدلالة الاحصائية
معامل ألفا كرونباخ	0,86	0,75	0,75	0,76	0,75	0,79	0,91	0,01

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن معاملات ألفا كرونباخ مرتفعة سواء على الأبعاد أو على الاستبيان ككل، مما يؤكد ثبات الاستبيان.

من خلال كل النتائج السابقة يتضح أن الاستبيان المعدل يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات، وهذا يسمح لنا بتطبيقه في الدراسة الأساسية. والملحق رقم-7- يوضح الاستبيان في صورته النهائية.

**2-1-4-2- قائمة هوبكنز (Hopkins) للأعراض:** طبقت الباحثة الصورة التي تتكون من 42 بند بعد حذف البند رقم-9- لأنه مكرر وهذا على عينة تقدر بـ 60 امرأة في مركز التلقيح الاصطناعي للتحقق من صدق وثبات هذه الأداة في البيئة المحلية وهذا بالتزامن مع استبيان الضغط النفسي وكانت النتائج كما يلي:

**2-1-4-2-1-2-الصدق:** تم حساب صدق القائمة من خلال ما يلي:

-الصدق التمييزي من خلال المقارنة الطرفية حيث بلغت قيمة ت 15,16 وهي دالة عند 0,001 مما يدل على الصدق التمييزي للقائمة.

**2-1-4-2-2-الثبات:** تم حساب الثبات من خلال ما يلي:

استخدام معامل ألفا كرونباخ الذي بلغت قيمته 0,92 وهي قيمة دالة عند 0,001.

-التجزئة النصفية عن طريق تجزئة بنود القائمة إلى نصفين (فردية/زوجية)، حيث بلغت قيمتها 0,83 وبعد التصحيح عن طريق معادلة سييرمان براون أصبحت قيمتها 0,90 وعن طريق معادلة جيتمان 0,91 وهي قيم دالة عند 0,001.



وهي كلها قيم مرتفعة تدل على ثبات القائمة. لذا يمكننا استخدامها بكل اطمئنان في الدراسة الأساسية.

**2-4-2- نتائج أخرى:** من بين النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الاستطلاعية هي:

-تحديد عدد جلسات البرنامج وفقا لبروتكول ومراحل العلاج بالتلقيح، وكذلك محتوى جلساته تماشيا مع احتياجات المريضات وواقعهن العلاجي.

-إعادة التفكير في طريقة تطبيق البرنامج العلاجي، بحيث تم إلغاء فكرة التصميم التجريبي الذي يعتمد على المجموعة الضابطة والتجريبية، فلا يمكن بعدما رأينا من أفراد العينة أن نضع بعض أفرادها كمجموعة ضابطة لكي يتم فقط إثبات فعالية البرنامج، ولقد بحثنا في هذا الاتجاه ووجدنا أن هناك من الباحثين من لا يفضل هذه الطريقة وهذا ما أشار إليه (سعفان، 2005، 233) من خلال تساؤله حول وضع مجموعة من الأفراد يعانون من اضطراب انفعالي أو مشكلة سلوكية في مجموعة ضابطة لأغراض ضبط تجريبي فقط يكون مقبولا أخلاقيا؟.. بالإضافة إلى ذلك صعوبة إيجاد أكثر من ثلاث حالات من ولاية واحدة وفي نفس المراحل العلاجية.

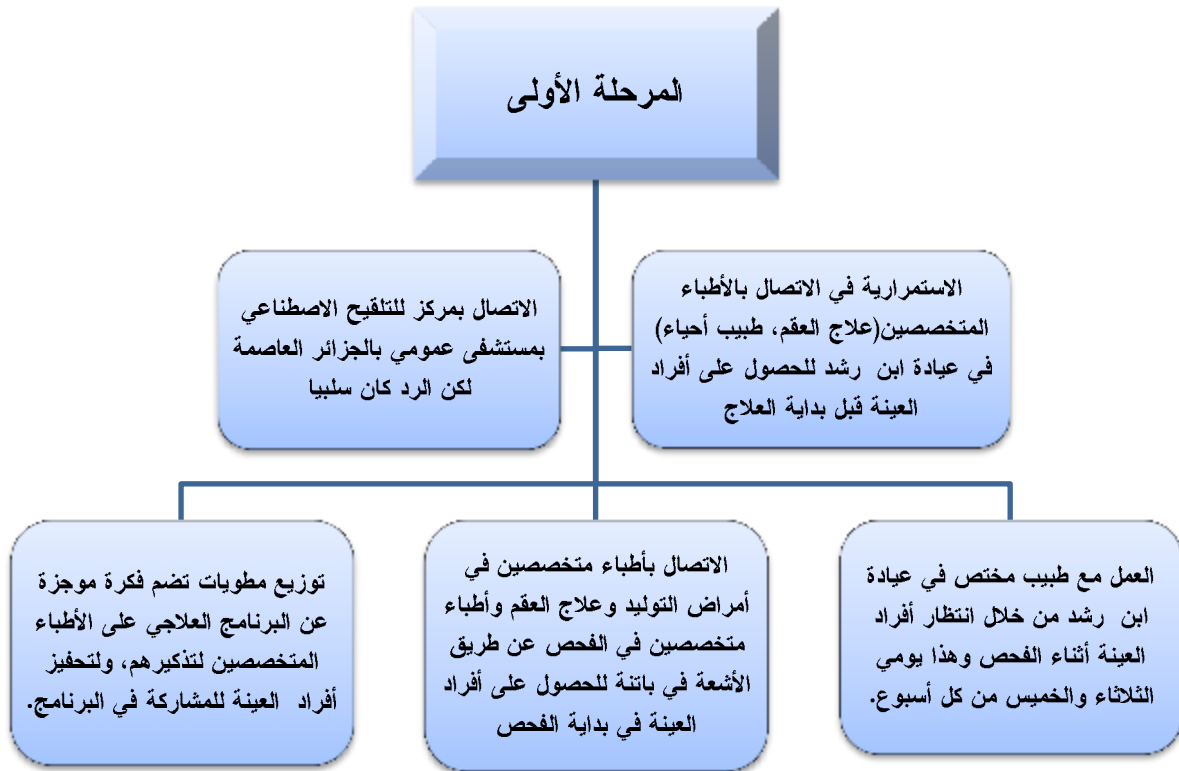
-التفكير في الاعتماد على مجموعتين تجريبيتين بقياس قبلي وبعدي وبفترات زمنية متباعدة، لتأكيد فعالية البرنامج، ولجمع أكبر عدد ممكن من أفراد العينة. وهذا يتناسب مع أهداف الدراسة التي أخذت بعين الاعتبار ليس فقط الجانب الأخلاقي وإنما الجانب الانساني والمادي أيضا للحالات.

-تغيير مكان اجراء تطبيق البرنامج العلاجي الذي كان مبرمجا في السابق في مكتب الطبيب العام بعيادة ابن رشد بقسنطينة، وهذا بسبب أن النساء يأتين من ولايات مختلفة، ولا يمكن أن نكلفهن بالمجيء شهر قبل اجراء العملية من أجل المشاركة في البرنامج، لأنهن يأتين في الغالب من أجل اجراءات التلقيح الاصطناعي الأساسية (الفحص، شطف البويضات، إجراء عملية التلقيح)، أما التحضير الهرموني والمتابعة فهي تتم على مستوى أماكن اقامتهن إلا بعض المقيمات من قسنطينة، واللاتي يكن في مراحل علاجية مختلفة، وهذا ما ينم عن وجود صعوبة كبيرة في الحصول فيما بعد على العدد المناسب من العينة الأساسية لتطبيق البرنامج.

وعموما من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية تمكنا من جمع العديد من المعطيات التي سمحت لنا بالتخطيط ووضع الأطر النهائية للدراسة الأساسية.

### 3- الدراسة الأساسية:

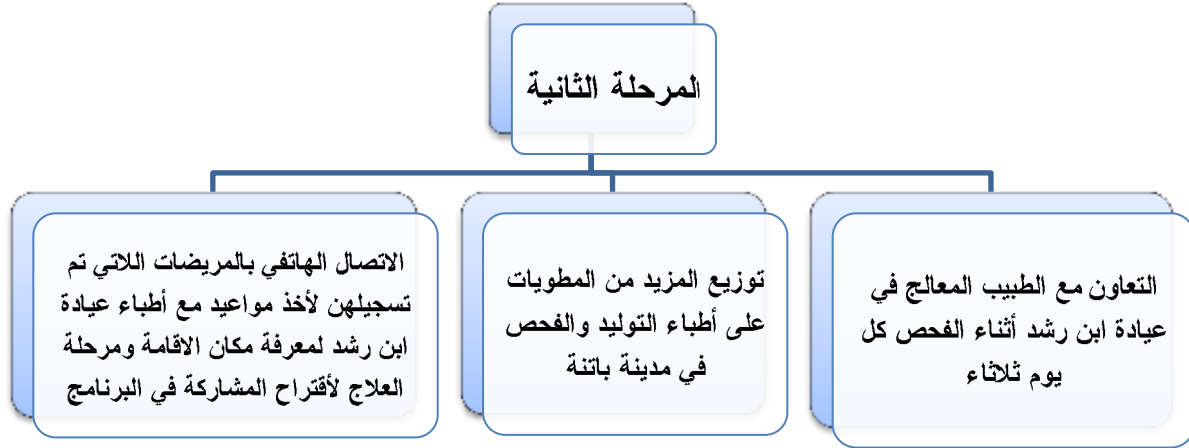
3-1- عينة الدراسة: نظرا لنتائج الدراسات الاستطلاعية التي تؤكد صعوبة الحصول على أفراد العينة بسبب عديد الاعتبارات سيتم ذكرها لاحقا، فقد اتبعت الباحثة عدة استراتيجيات لمحاولة تذليل هذه الصعوبات واختيار عينة الدراسة، بحيث استغرقت مدة البحث عن العينة ستة أشهر قسمت إلى مرحلتين، وأهم إجراءات المرحلة الأولى يمثلها الشكل الموالي:



شكل رقم 3- يوضح أهم إجراءات المرحلة الأولى للبحث عن أفراد العينة الأساسية.

أسفرت هذه المرحلة الأولى التي دامت ثلاثة أشهر على إيجاد ستة مريضات خمسة منهم في عيادة ابن رشد، والمريضة السادسة في عيادة أحد أخصائي التوليد بباتنة، وهذا بعد استجابتهن لاقتراح الأطباء حول المشاركة في البرنامج وحصولهن على المطوية (أنظر ملحق رقم 2-). وبعد أخذ موافقة أفراد العينة التي استوفت كل الشروط والتي سيتم ذكرها لاحقا تم تشكيل المجموعة التجريبية الأولى واستمرت الباحثة في نفس الوقت في البحث عن أفراد العينة لتشكيل المجموعة التجريبية الثانية.

والشكل الموالي يوضح أهم هذه الإجراءات.



شكل رقم 4- يوضح أهم إجراءات المرحلة الثانية للبحث عن أفراد العينة.

ومن أهم نتائج هذه المرحلة هي الحصول على ثلاث حالات من أفراد العينة من خلال أخصائي التوليد في مدينة باتنة لكن على مراحل متباعدة وبالتالي لم تتمكن الباحثة من تكوين مجموعة تجريبية ثانية، وتم استبعاد هذه الحالات.

مما سبق نجد أن عينة الدراسة الأساسية تكونت من ستة مريضات تم اختيارهن بطريقة قصدية بعد موافقتهن المبدئية لاقتراح الطبيب المعالج للمشاركة في البرنامج وحصولهن على المطوية، وتأكيد الموافقة بعد الاتصال الهاتفي، واستيفاء الشروط اللازمة للمشاركة في البرنامج بعد إجراء المقابلات الفردية قبل بداية العلاج الجماعي. وتمثلت أهم هذه الشروط فيما يلي:

- أن يكون هذا النوع من العلاج ( التلقيح الاصطناعي) هو أول محاولة علاجية في هذا المجال.

- أن يكن في مرحلة علاجية واحدة وهي مرحلة الفحوصات قبل إجراء العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

- أن يكن جميعا من مدينة باتنة أو قسنطينة.

- أن يعانين من ضغط نفسي مرتفع(استبيان الضغط ، قائمة هوبكنز للأعراض).

- أن تكون لديهن رغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي.

- أن يوافق الزوج على مشاركة زوجته في البرنامج وأن يلتزم بتسهيل حضور كل

الجلسات.(أنظر ملحق رقم-10-).

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

وقد أجرت الباحثة جلستين فرديتين مع كل فرد من أفراد العينة قبل اجراء العلاج الجماعي وهذا ليس فقط بهدف إستوفاء شروط المشاركة في البرنامج، وإنما أيضا من أجل:

- إعطاء صورة شاملة حول البرنامج وإجراء القياس القبلي، وجمع المعلومات (أنظر ملحق رقم-14). - تهيئة أفراد العينة للعلاج الجماعي.

- تحديد موعد إجراء جلسات العلاج الجماعي.

وقبل إجراء الجلسة العلاجية الجماعية الأولى اعتذرت إحدى المشاركات بسبب السفر المفاجئ لزوجها الذي كان يعمل في السلك العسكري، مما اضطرها للعودة إلى أهلها بأمر البواقي، ومن ثم بقيت خمس مشاركات وهو العدد النهائي لعينة الدراسة الأساسية، والجدول الموالي يوضح أهم خصائص هذه العينة.

- جدول رقم-11- يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية وفق (السن، المستوى

التعليمي، مدة العقم، سبب العقم، والمرحلة العلاجية).

المرحلة العلاجية	سبب العقم	مدة العقم	المستوى التعليمي	السن	أفراد العينة
مرحلة الفحص	ضعف التبويض	18 سنة	ثانوي	37	1
الفحص عن طريق أشعة الرحم الملونة	معا (انسداد إحدى قنوات فالوب ، ضعف حركة الحيوانات المنوية)	9 سنوات	ثانوي	36	2
الفحص عن طريق اشعة الرحم الملونة	معا (ضعف الحيوانات المنوية، ضعف التبويض)	10 سنوات	ثانوي	32	3
الفحص عن طريق أشعة الرحم الملونة	معا (ضعف حركة الحيوانات المنوية، ضعف التبويض)	15	ثانوي	39	4
الفحص عن طريق أشعة الرحم الملونة منظار الرحم	معا (ضعف حركة الحيوانات المنوية، انسداد قنوات فالوب)	13 سنة	ثانوي	33	5
كلهن من مدينة باتنة،					

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن كل أفراد العينة في مرحلة الفحوصات الأولية قبل إجراء العلاج، ولديهم نفس المستوى التعليمي، وهناك تشابه في أسباب العقم، واختلافات في العمر ومدة الزواج، وأنهن جميعا من مدينة باتنة.

وبالنسبة لباقي خصائص العينة التي تعذر وضعها في الجدول تتمثل في: أنهن جميعا دون عمل، ولديهن مسكن مستقل عن أهل الزوج، ويعد التلقيح الاصطناعي أول محاولة علاجية في هذا المجال.

جدول رقم-12- وصف العينة وفقا لدرجاتها على استبيان مصادر الضغط النفسي وقائمة

هوبكنز للأعراض.

أفراد العينة	الدرجة على استبيان مصادر الضغط	مستوى الدرجة	الدرجة على قائمة هوبكنز لأعراض الضغط	مستوى الدرجة
1	2,80	مرتفع	3,64	حاد
2	2,74	مرتفع	3	مرتفعة
3	2,60	مرتفع	3,61	حاد
4	2,50	مرتفع	3	مرتفعة
5	2,04	متوسط	3,42	حاد

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن درجات أفراد العينة على استبيان مصادر الضغط تتراوح بين المتوسطة و المرتفعة(2,04 - 2,80) وفي المقابل جل أفراد العينة درجاتهن على قائمة هوبكنز تتراوح بين المرتفعة والحادة (3-3,64) وهذا يدل على أنهن جميعا يعانين من ضغوط نفسية مرتفعة.

❖ لم تستطع الباحثة في حدود امكاناتها الزمنية (لارتباطها بأجال الدكتوراه، وارتباط المريضات بمختلف مراحل العلاج) أن تجمع أكثر من هذه العينة والتي تطلب تكوينها أكثر من ستة أشهر واكتفت بالعمل مع هذه المجموعة التي تضم خمس حالات نظرا لعدم امكانية زيادة عددها أو إضافة مجموعة تجريبية ثانية، هذا العدد الذي قد يبدو صغيرا يتماشى مع ما جاء في التراث النظري من امكانية العمل مع مجموعات تجريبية صغيرة وهذا ما أشار إليه ميكينبوم، أنظر ص(201). وكذلك(سعفان، 2005، 223) من أنه لا يوجد اتفاق محدد حول حجم العينة لكن من الأفضل أن تكون أكثر من ثلاثة وأقل من عشرين فرد. وهذا يتماشى أيضا مع ما اطلعت عليه

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

الباحثة في التراث النظري حول العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس أين كانت البرامج العلاجية الثلاث المشار إليها من طرف (أبو زيد، 2008) طبقت على عينة تتكون من خمس أفراد.

❖ ومن بين الأسباب الأخرى التي حالت دون الزيادة في حجم العينة أو إضافة مجموعة تجريبية أخرى حسب رأي العديد من الأطباء، وحسب ما توصلت إليه الباحثة من الدراسة الاستطلاعية هي:

- التكتّم الشديد من الأزواج حول العلاج بالتلقيح حتى لأقرب المقربين (الأولياء).  
- الخوف من تسرب خبر العلاج بهذا النوع بسبب تداعيات ذلك على الحياة الزوجية.  
- توجه العديد من المرضى إلى العلاج بتونس بسبب ارتفاع نسب النجاح، وللحفاظ على السرية التامة.

- صعوبة إيجاد حالات من ولاية واحدة (باتنة، قسنطينة) في نفس المراحل العلاجية.  
- صعوبة الحصول على الحالات في بداية العلاج بالتلقيح بسبب التغيير المفاجئ للطبيب في هذه المراحل الأولية، أو عدم العودة إليه بعد اقتراحه هذا النوع من العلاج (التلقيح الاصطناعي).  
- رفض الزوج لفكرة مشاركة زوجته في البرنامج بالرغم من الرغبة الملحة للزوجة، خاصة في حالة كونه مسبب العقم.

ونظرا للصعوبات التي سبق ذكرها، اكتفت الباحثة بتركيز كل جهودها على مجموعة تجريبية واحدة اتبعا للإطار المنهجي المؤكد لذلك، والذي سبق الإشارة إليه.

**3-2- حدود الدراسة:** في ضوء الأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها فقد تم تنفيذها في الحدود التالية:

**3-2-1- الحدود البشرية:** تتمثل في مجموعة تجريبية واحدة تتكون من خمس مريضات يعانين من العقم وفي بداية إجراءات العلاج بالتلقيح الاصطناعي، بعد فشل مختلف العلاجات الأخرى.

**3-2-2- الحدود المكانية:** تم إجراء البحث في عيادة ابن رشد للتلقيح الاصطناعي بقسنطينة، وفي عيادات أمراض التوليد المتواجدة على مستوى مدينة باتنة، وكذلك عيادات إجراء الفحص عن طريق الأشعة، المركز الثقافي الإسلامي بباتنة.

3-2-3- الحدود الزمانية: بداية إجراء الدراسة الأساسية كان في جانفي 2016 إلى غاية جويلية 2016.

3-3- أدوات الدراسة: تتطلب طبيعة الدراسة استخدام أدوات معينة لخدمة أغراضها وتمثل في:

### 3-3-1- استبيان مصادر الضغط النفسي في صورته النهائية:

بعد حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان وحذف البنود الغير دالة أصبح الاستبيان في صورته النهائية يتكون من خمسين بندا (أنظر ملحق رقم-7-) وهي موزعة على ستة أبعاد تمثل مصادر للضغط والتهديد والضيق لدى العقيم الخاضعة للتلقيح الاصطناعي وتمثل في:

البعد المعرفي: هو مجموعة المصادر التي تنشأ من طريقة إدراك وتقييم المرأة لإصابتها بالعقم وعلاجه وتمثل في مجموعة الأفكار التي كونتها وهي ترتبط ب: التفكير السلبي في نتيجة العلاج، التفكير السلبي في المستقبل... الخ. ويتضمن البنود التالية (1-6-12-17-24-29-33-50).

البعد الذاتي: هو مجموعة المصادر التي تنشأ من طريقة تقييم المرأة لمتطلباتها الداخلية نتيجة إصابتها بالعقم وفشل مختلف العلاجات السابقة وتداعياتها مثل: الشعور بعدم الرضا على النفس، الشعور بعدم أهمية أي شيء في الحياة... الخ مما قد يسبب لها الألم والمعاناة. ويتضمن البنود التالية (20-21-26-28-33-36-44-45-46)،

البعد الانفعالي: هو مجموعة المصادر التي تدركها المرأة على أنها تسبب لها الضيق والقلق وتشير إلى مختلف المشاعر والانفعالات المرتبطة بالعقم وعلاجه كالخوف من المستقبل، الخوف من نتائج عملية التلقيح الاصطناعي، ربط السعادة بالإنجاب، مشاعر الخسارة عند حدوث الطمث... الخ ويتضمن البنود التالية (3-5-15-27-32-39-48)،

البعد الزواجي: هو مجموعة المصادر التي تدركها المرأة على أنها تسبب لها التوتر، والقلق وهي مرتبطة بعلاقتها مع زوجها بسبب عدم الإنجاب كشعورها بعدم الاهتمام، بالذنب، بعدم الأمان، اضطراب العلاقة الجنسية... الخ ويتضمن البنود التالية (4-10-13-18-22-25-30-37-49).

**البعد العلاجي:** هو مجموعة المصادر التي تدركها المرأة بأنها تهددها وتسبب لها المعاناة والإرهاق والتوتر مثل: تكاليف العلاج الباهظة، إجراءات العلاج المتعبة، نتائج العلاج... الخ. ويتضمن البنود التالية (8-9-11-16-40-42-47)،

**البعد الاجتماعي:** هو مجموعة المصادر التي تدركها المرأة على أنها تسبب لها الضيق والمعاناة نتيجة مشكلة العقم وعلاجه من مثل تدخلات الأهل، التساؤلات المستمرة عن إمكانية حدوث الحمل، الشعور بثقل المسؤولية... الخ ويتضمن البنود التالية (2-7-14-19-23-31-34-35-38-41)،

وقد صيغت البنود على شكل مواقف أو متطلبات داخلية أو خارجية تفوق وتتعدى قدرة المرأة على التأقلم والتكيف وتهدد راحتها مما تسبب لها التوتر وعدم الارتياح. وقد تم تحديد التعريف الاجرائي للضغط النفسي على أنه ينشأ من عملية تقييم المرأة لمتطلباتها الداخلية أو للأحداث الخارجية على أنها مصادر تحدي أو فشل أو تهديد مما قد يترتب عليها المعاناة والضيق والتوتر.

أو هو الدرجة التي تحصل عليها المرأة العقيم الخاضعة للتلقيح الاصطناعي من خلال استجاباتها على فقرات استبيان مصادر الضغط النفسي المعد لأغراض البحث الحالي.

### 3-3-1-2- تصحيح الاستبيان: يتم تصحيح الاستبيان كما يلي:

-تطبق غالبا: ثلاث درجات، -تطبق أحيانا: درجتين، -لا تنطبق: درجة واحدة.

أما بخصوص طريقة تفرغ بيانات أداة القياس، فقد اعتمدت الباحثة على ما يلي:

-**تحديد درجة القطع:** عرف كين (Kane, 1998) درجة القطع على أنها نقطة على مقياس

العلامة الملاحظة.

ويشير جوردوين (Goodwin, 1996) إلى أنه قد تستخدم درجات القطع لتصنيف المجموعات و الأفراد في عمليات التشخيص والتجارب الطبية طبقا لموقعهم على متغير أو مجموعة متغيرات و في عيادات الطب النفسي بشكل خاص لتصنيف الأفراد إلى أي الفئات التي ينتمون إليها، من أجل تخصيص برامج علاجية لهم بناء على تصنيفهم ذلك. (عودة، الشريم، 2010، 192).

حيث يعتبر تحديد هذه الدرجة من الأمور الأساسية في بناء المقاييس، وقد قامت الباحثة بتحديد درجة القطع كما يلي: تحديد حدود طول خلايا الاستبيان الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، ثم حساب المدى (3-1=2)، ثم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الفئة (2/3=0,66



## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

(، ثم يتم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في أداة القياس وهي (الواحد الصحيح)، وذلك لتحديد الحد الأدنى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم -13- يبين درجة القطع لكل مستوى من مستويات مصادر الضغط النفسي

المستوى	طول الخلايا	مستوى الدرجة
1	3-2,34	مرتفعة
2	2,33-1,67	متوسطة
3	1,68-1	منخفضة

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن هناك ثلاث مستويات لدرجة مصادر الضغط وهي تتراوح بين المرتفعة والمنخفضة وفق طول الفئة.

**3-3-2- قائمة هوبكنز (Hopkins) للأعراض:** بعد حذف البند المكرر رقم-9- والتأكد من خصائصها السيكومترية في البيئة المحلية أصبحت الأداة جاهزة للاستخدام وهي قائمة تقدير اكلينيكي أي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المترددين على العيادات النفسية، وهي تسمى قائمة مراجعة أعراض الضغط. تتكون الأداة من 42 بند موزعة على مجموعة من الأبعاد وهي:

**بعد الاكتئاب:** يشمل هذا البعد أعراض المزاج، اليأس، وعلامات الانسحاب، وعدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، وفقدان الطاقة الحيوية، مشاعر اليأس وعدم النفع وعبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية. وتشمل البنود التالية (4-10-11-13-14-16-17-29-34-37).

**بعد القلق:** يشمل هذا البعد عل مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق

الظاهر والعالي من الوجهة الاكلينيكية. ويشمل البنود التالية (2-7-9-12-33-35-36-39-40)

**بعد الأعراض الجسمية:** تعكس العبارات التي تعبر عن الألم والضيق، وينتج عنها مشاعر الاختلال الوظيفي في الجسم، و تعكس الأعراض الجسمية المماثلة للقلق ويشمل البنود التالية (1-3-8-15-24-28-31-32-42).

**بعد العبارات الإضافية:** وتضم مجموعة أعراض يمكن تواجدها في كل المشاكل النفسية وتشمل البنود التالية ( 5-6-18-19-20-21-22-23-27-30-38-39-41).



العربية، استغرقت الباحثة لقلة الدراسات في هذا الإتجاه، خاصة أن الاهتمام الفعلي بالعميمين بدأ منذ الخمسينات من القرن الماضي من خلال تطبيق برامج علاجية نفسية تحديدا سنة 1959 كعلاج مساعد للعلاج الطبي، ثم طورت هذه البرامج في مجال الاخصاب من طرف العديد من الباحثين. ومن أهم البرامج العلاجية المطبقة في مجال الاخصاب في السنوات الأخيرة في الولايات المتحدة الأمريكية هو برنامج بيلوت (Programme the Pilot) الذي يضم مجموعة من الاستراتيجيات والتدخلات العلاجية (Moreno, Rosset, 2005,2007)، وهو مطبق في العيادات الخاصة والحكومية. ويضم مجموعة من المراحل وكل مرحلة لديها مضمونها وأهدافها ووسائلها. (Espada, Moreno-Rosset, 2008, 188). ولم يقتصر هذا الاهتمام على الباحثين فقط وإنما أصبح علاج العقم (الطبي والنفسي) هو أولوية من أولويات الصحة العمومية، وكان للعديد من المنظمات العالمية والجمعيات الدور البارز في ذلك من بينها: منظمة الصحة العالمية، الجمعية الأمريكية لطب الانجاب (ASRM) والجمعية الأمريكية للخصوبة (AFA). والجمعية الفرنسية (MAIA)...الخ.

وبعد الاطلاع على كل ما سبق، وعلى العديد من الدراسات التي اهتمت بالضغط النفسي عند العميمين تم تصميم البرنامج الحالي الذي يركز على المكونات المعرفية، الانفعالية، والسلوكية والمستمد من الاتجاه العلاجي لميكنيوم في خفض الضغط النفسي.

**3-3-3-3- بناء البرنامج وإطاره النظري:** يستند البرنامج على إطار نظري مستمد من طريقة ميكنيوم العلاجية وهي التدريب التحصيلي ضد الضغط النفسي، وهو يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي من خلال تعديل أنماط التفكير السلبية، وهذا بالتركيز على الأحاديث الذاتية السلبية التي تؤثر بشكل كبير على تحديد المشاعر والسلوك. فالكيفية التي تستجيب بها المرأة للضغط النفسي تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي تقوم أو تدرك بها مصدر الضغط، وبالكيفية التي تقوم بها نفسها وقدرتها على المواجهة. وهي تشبه كما أشرنا سابقا إلى عملية التحصيل البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتهدف هذه التقنية لتقوية المناعة النفسية من خلال تعليم واكتساب مهارات وأساليب تسمح بمواجهة أقل الضواغط شدة (مثل إجراءات الفحص الطبية)، لتعزيز الاستعداد النفسي لمواجهة ضواغط أكثر عنفا وشدة (فشل عملية العلاج بالتلقيح الاصطناعي). أي التأثير على قدرتها الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتها وعبارتها الذاتية، وبذلك نقلل من تلقائية السلوك الغير متوافق. وقد مر بناء البرنامج بعدة خطوات أهمها:

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

---

- تحديد أهداف البرنامج وصياغتها.
- حضور دورة تدريبية في الاسترخاء بغية التمكن من تطبيقها بالشكل المطلوب لتحقيق فعالية أكبر.
- حضور دورة تدريبية حول فعالية التواصل الجماعي للتمكن من تحقيق فعالية أكبر أثناء العلاج الجماعي.
- صياغة مراحل البرنامج العلاجي وعدد جلساته وفق مختلف مراحل العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي والشكل الموالي يوضح تزامن وترابط هذه المراحل.



شكل رقم-5- يوضح تزامن مراحل العلاج بالتلقيح الاصطناعي مع مراحل العلاج النفسي.

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن هناك تزامنا بين مراحل العلاج الطبي بالتلقيح والعلاج النفسي بحيث تم اجراء تسع جلسات علاجية (جلستين تمهيديتين وأربع جلسات جماعية من مرحلة تكوين المفاهيم وثلاث جلسات جماعية من مرحلة التدريب على المهارات وإعادة تطبيقها) بالموازاة مع مرحلتي اجراء الفحوص الطبية وانتظار تحديد موعد اجراء التلقيح. وهذا لأنها الفترة الأطول في مرحلة العلاج الطبي. وبعدها أجرينا أربع جلسات جماعية بالموازاة مع مرحلتي العلاج

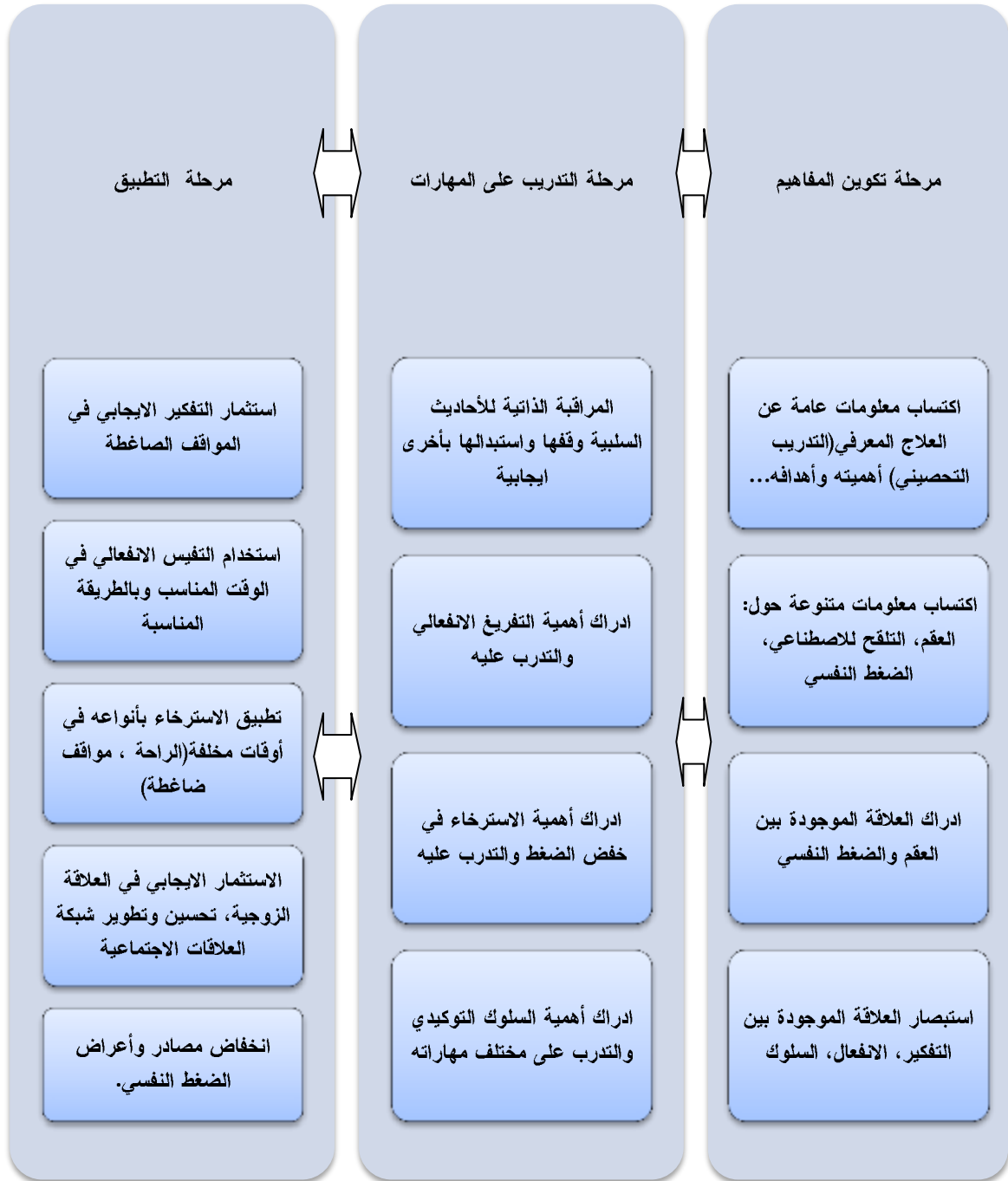
## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

الهرموني والمتابعة الطبية ، ثم إجراء جلستين فقط من العلاج الجماعي بالموازاة مع مرحلتي شطف البويضات وإرجاعها. وهذا لأنها الفترة الأقصر والأصعب من الناحية الطبية. وأخيرا تأتي مرحلة الفحص الطبي للكشف عن الحمل بعد مرور 15 يوما ويأتي بعدها الفحص النفسي(القياس التتبعي) بعد مرور شهرين من انتهاء العلاج النفسي.

**3-3-3-4-أهداف البرنامج:** يسعى هذا البرنامج لتحقيق نوعين من الأهداف العامة والفرعية وهي تتضمن بدورها الأهداف(المعرفية، الانفعالية، السلوكية).

**أهداف عامة:** التأثير على القدرة الاحتمالية لأفراد العينة للتعامل مع الضغط الناتج عن العقم وعلاجه من خلال تزويدهم بمهارات معرفية، انفعالية، سلوكية تسمح لهم بإمكانية مواجهة أقل الضواغط شدة (إجراءات الفحص الطبي)، لتعزيز الإستعداد النفسي لمواجهة ضواغط أكثر عنفا وشدة (فشل عملية العلاج بالتلقيح الاصطناعي) لتحقيق قدر من الراحة النفسية أثناء مراحل العلاج بالتلقيح، والاستعداد لمرحلة ما بعد العلاج. بغية الوصول إلى قدر من الصحة الانجابية والنفسية.

**أهداف فرعية:** ويمكن اختصارها في الشكل الموالي:



شكل رقم 6- يوضح أهم الأهداف الفرعية للبرنامج العلاجي وفق مراحل الثلاث.

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن الأهداف الفرعية للبرنامج تم توزيعها على مراحل العلاج الثلاثة، بحيث تضمن الجزء الأول من الشكل الأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها في مرحلة تكوين المفاهيم والجزء الثاني والثالث من الشكل تضمنت الأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها في مرحلة التدريب على المهارات ومرحلة إعادة التطبيق.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

- 3-3-3-5- مصادر بناء البرنامج: تتمثل أهم مصادر بناء البرنامج فيما يلي:
- الإطار النظري الذي يسلط الضوء على متغيرات الدراسة العقم ، التلقيح الاصطناعي...الخ.
  - الدراسات السابقة العربية والأجنبية المرتبطة ببناء برامج علاجية لخفض الضغط النفسي.
  - الدراسة الاستطلاعية التي تم اجراءها في عبادة ابن رشد مع أفراد العينة.
  - اشتقت الباحثة الإطار العام للبرنامج ومادته العلمية وتقنياته العلاجية من أساليب التعديل المعرفي السلوكي لميكنيوم وتحديدًا طريقتة في علاج الضغط النفسي وهي التدريب التحصيني ضد الضغوط(أنظر فصل رقم 3).
  - تحليل محتوى البرامج العلاجية والإرشادية المتاحة والاستفادة منها في بناء البرنامج.
- مع العلم أنه تمت مراعاة بعض العناصر عند بناء البرنامج لتحقيق أهدافه وزيادة نجاعته وتمثل في:
- أن يكون للبرنامج أساس نظري مرتبط بتطور العلاج النفسي في مجال الإخصاب.
  - أن تتناسب إجراءات العلاج النفسي مع إجراءات العلاج المساعد للإخصاب.
  - مراعاة البرنامج للفروق الفردية بين أفراد العينة من خلال إجراء مقابلات فردية، التنوع في وسائل تقديم المعلومة (كلمات، صور، فيديو)، والتنوع في الفنيات العلاجية.
  - أن يتميز البرنامج بالمرونة بحيث لم يتقيد بالتفاصيل الدقيقة مما سمح بالاستجابة لمتطلبات الموقف في كل جلسة مع الأخذ بعين الاعتبار الإطار العام للبرنامج والأهداف المسطرة.
  - أن يشتمل البرنامج على أدوات سهلة التطبيق في متناول أفراد العينة.
  - مراعاة تسلسل الجلسات وارتباطها لتحقيق التكامل فيما بينها (اكتساب المعارف، التدريب على المهارات والفنيات، إعادة ممارستها في الواقع من خلال الأنشطة المنزلية).
  - أن تتميز جلسات البرنامج بالتتابع، التنظيم، الحيوية، والتنوع في وسائل التقديم لشد الانتباه والحفاظ على استمرارية التفاعل مع الربط المستمر بالواقع المعاش.
  - عرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة من داخل الوطن وخارجه بغية الاستفادة من ملاحظاتهم. والتي دارت مجملها حول: أهمية الجلسات الفردية في تهيئة المشاركات للعلاج الجماعي، التقليل من زمن الجلسة، أما محتوى الجلسات فكان شاملاً حسب رأيهم. والملحق رقم -9- يمثل قائمة بأسماء هؤلاء الأساتذة.



## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

3-3-3-6- إجراءات تطبيق البرنامج: في ضوء الأهداف المسطرة للبرنامج، فقد تم تنفيذه ضمن الحدود التالية:

3-3-3-6-1- الحدود الزمنية: استغرق البرنامج مدة شهر و15 يوما من 28 مارس إلى غاية 12 ماي 2016، ثم تم اجراء القياس التتبعي بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج في 12 جويلية 2016.

3-3-3-6-2- عدد الجلسات: يتكون البرنامج العلاجي من 15 جلسة منها جلستين فرديتين وثلاثة عشرة جلسة جماعية بواقع جلستين في الأسبوع وأغلب الجلسات تراوحت مدتها ما بين 60 إلى 90 دقيقة حسب الفنية المستخدمة وهدف كل جلسة.

3-3-3-6-3- الحدود المكانية: تم تنفيذ البرنامج في المركز الثقافي الاسلامي بقاعة مجهزة بكل الوسائل الضرورية اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج ، وتم اختياره لأنه معلم معروف ومتواجد في وسط المدينة بالإضافة إلى أنه يتكفل بمساعدة كل الهيئات (جامعة ، جمعيات، أفراد...) على القيام بأنشطة مختلفة (ملتقيات، دروس مجانية، دورات تدريبية..) التي تخدم كل أطراف المجتمع.

3-3-3-6-4- عدد المشاركات في البرنامج: بلغ عدد المشاركات في البرنامج 5 عقيمت تم اختيارهن وفق مجموعة من المعايير تم ذكرها سابقا.

3-3-3-6-5- الأسلوب العلاجي المستخدم: تم تطبيق البرنامج العلاجي بطريقة العلاج النفسي الجماعي، ويقصد به عملية التعاون التي تتم في إطار الجماعة، وتهدف إلى تغيير سلوك أفرادها ككل بحيث يعمل كل فرد كجزء من كل متماسك ومتكامل، خاصة أنهم يعانون من نفس المشكلة، ولديهم نفس الخيار العلاجي هو التلقيح الاصطناعي (F.i.v) وبالتالي فهن يعشن وضعيات متشابهة، وهذا مما لاشك فيه عامل آخر يدفع الجماعة للتعاون والتكاتف لتحقيق الأهداف المشتركة خاصة أن العلاج بالتلقيح يتسم عند أغلب الحالات بالسرية التامة حتى على أقرب المقربين، مما يجعل من جماعة العلاج سندا اجتماعيا ضروريا في هذه المرحلة، هذا بالإضافة إلى بعض الجلسات الفردية التي كانت ضرورية لرصد مختلف المعلومات(أنظر ملحق رقم-14-) ولتعزيز العلاقة العلاجية، وهذا التكامل بين الجلسات الفردية والجماعية سيسمح بتحقيق فعالية أكبر في العلاج.

**3-3-3-6- الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:** يعتمد البرنامج الحالي على مجموعة من الفنيات لتحقيق أهدافه. والتي استمدت من طريقة ميكينبوم العلاجية وهي التدريب التحصيلي ضد الضغوط، وهي تستند إلى فكرة مفادها أن الضغط يحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية. وتشمل على ثلاث مراحل أساسية هي:

**3-3-3-6-1- مرحلة تكوين المفاهيم:** وهذه المرحلة تعليمية بالدرجة الأولى تتضمن تزويد المشاركات في البرنامج بالمعلومات حول العقم أهم أسبابه وطرق تشخيصه، وأحدث تقنيات العلاج في مجال الإخصاب، وكذلك الضغط النفسي وآثاره والعلاقة القائمة بين العقم والضغط ، ودور هذا الأخير في التأثير على الصحة النفسية والإنجابية بشكل خاص. وهذا من خلال تقديم محاضرات، مطويات وأشرطة مصورة (فيديو)، تتخللها مناقشات جماعية.

**3-3-3-6-2- مرحلة التدريب على المهارات:** تهدف إلى مساعدة المشاركات في البرنامج على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والانفعالية والسلوكية للتعامل مع المواقف الضاغطة.

**3-3-3-6-3- مرحلة التطبيق:** يتم فيها تشجيع المشاركات في البرنامج على تطبيق ما تعلمنه من مهارات على أرض الواقع لتقييم الصعوبات ومواجهتها والالتزام بالتغيير والحفاظ عليه. وسيتم ذكر هذه الفنيات بالترتيب وفق المراحل المميزة لهذه الطريقة العلاجية فيما يلي:

➤ **المحاضرة:** تسمى أيضا بالتوجيه المباشر وهي فنية أساسية في التدريب التحصيلي ضد الضغط، ويتمثل مضمونها في تقديم معلومات بمختلف الطرق (مطويات، صور، فيديو...الخ) للتأثير على عمليات الانتباه والتقدير للمشاركات لتكوين رصيد معرفي يمكن أن يساهم في بناء تصورات صحيحة.

➤ **المناقشة الجماعية:** تمثل فنية ضرورية في العلاج لأن هذا المنحى العلاجي تعليمي في أساسه، إذ يتم خلال الجلسات مناقشة مختلف المعلومات والمفاهيم والمهارات التي تم التطرق إليها واكتسابها أثناء العلاج، وهذا بغية الوصول إلى: إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المشاركات، توضيح المعلومات أو المفاهيم الغامضة أثناء المحاضرة، زيادة استيعاب وترسيخ مختلف المكتسبات الجديدة للوصول إلى مفاهيم مشتركة تساهم في تشجيع الحوار والتواصل وتحقيق

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

التغذية الراجعة التي تساهم في تغيير المعرفة وتطويرها بشكل إيجابي وديناميكي، تسمح بإرساء قواعد البرنامج وتحقيق أهدافه.

➤ **فنية الأحاديث الذاتية:** تعتبر هذه الفنية محور العلاج وهي تعتمد على مراقبة أحاديث الذات سواء الضمنية منها أو المباشرة وتحديد السلبية منها واستبدالها بأخرى إيجابية وهذا بسبب أهمية الحديث الذاتي أو الداخلي الذي يلعب دورا في تغيير التفكير والوجدان والسلوك من خلال التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط. لذلك فالعلاج يركز على تعديل الأحاديث الذاتية التي يحدث بها الفرد نفسه.

➤ **التفريغ الانفعالي:** تسمح هذه الفنية للمشاركات في البرنامج بإعادة النظر في انطباعاتهم و استجاباتهم للمواقف والأحداث الضاغطة، لتصحيح المفاهيم الخاطئة التي قد تتكون عن هذه الأحداث وتبعاتها.

➤ **الاسترخاء:** يعتبر من أهم الفنيات التي تستخدم في إدارة الضغوط وتأتي أهميتها من العلاقة القائمة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر ويمكن التدريب على استخدام هذه الفنية بشكل متدرج بداية مع مهارات التنفس ثم الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي انتهاء إلى الاسترخاء العضلي مع التأكيد على إعادة التدريب على هذه الأنواع في مواقف ضاغطة.

➤ **التدريب على السلوك التوكيدي:** تعتبر أحد الفنيات الهامة في إدارة الضغوط وهي تتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر السلبية والإيجابية ومن ثم فالتدريب على هذه الفنية سيسمح بتحسين مفهوم الذات، يساعد على تخفيف الكثير من مواقف الإحباط، يحقق أكبر قدر من الفاعلية والنجاح في العلاقات الاجتماعية.

➤ **النشاطات المنزلية:** فنية رئيسية تسمح بنقل التغيير إلى الحياة الواقعية من خلال ممارسة وتطبيق مختلف الفنيات التي تم التدريب عليها وهذا بغرض تحديد الصعوبات التي يمكن أن تواجه المشاركات في البرنامج في الحياة الواقعية وكذلك من أجل الاستمرار والثبات على هذا التغيير حتى تصبح سلوكيات اعتيادية وهذا هو الهدف الحقيقي الذي نسعى لتحقيقه من خلال مختلف فنيات البرنامج العلاجي.

-3-3-3-7-الجلسات العلاجية: إن لكل جلسة علاجية موضوع وفنيات تستخدم بمرونة

لتحقيق أهداف البرنامج، وفيما يلي عرض مفصل لهذه الجلسات.

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

**ملاحظة:** لقد تم إجراء جلستين فرديتين مع كل مشاركة في البرنامج قبل بداية اللقاء الجماعي وهذا بهدف: توضيح محتوى البرنامج وأهدافه، التعرف على المريضة، تقديم الاستبيانات من أجل القياس القبلي، التعاقد مع الراغبات في المشاركة في البرنامج (اللاتي استوفين الشروط اللازمة)، الاتفاق على موعد الجلسات الجماعية، التأسيس لبناء علاقة علاجية تعاونية، والإطلاع على مختلف تفاصيل الملف الطبي والتاريخ العلاجي.

### جدول رقم-15- يوضح تفاصيل جلسات البرنامج العلاجي.

رقم الجلسة وتاريخها	عنوان الجلسة فنياتها، مدتها	موضوعها
الجلسة الأولى 2016/...	فنية المحاضرة والمناقشة 60 دقيقة	-التعارف بين أعضاء المجموعة. -التعرف على سبب وكيفية اختيارهن. -عرض البرنامج العلاجي وأساسه النظري، مراحل وأهميته، أهدافه، وعدد فنياته، مدته، وعدد جلساته ومدة كل جلسة علاجية. -الاتفاق على القواعد الأساسية المنظمة للعمل ( أسلوب العمل، مواعيد الجلسات، ومكانها، أهمية الالتزام بالحضور). فتح مجال للمناقشة حول البرنامج العلاجي وربطه ببروتكول العلاج الطبي. مع الإشارة إلى أن كل مشاركة لها ملف خاص بها يتضمن مختلف المعلومات الطبية، مختلف الملاحظات التي تم جمعها أثناء المقابلات الفردية عن الحالة النفسية، وسيتم فيه تسجيل سير مختلف الجلسات ومدى تطور المشاركة من جلسة لأخرى. الانتهاء بنشاط منزلي : تدوين أهم أسباب المشاركة في البرنامج العلاجي.
الجلسة الثانية 2016/...	المحاضرة والمناقشة فيديو، صور 90 دقيقة	مناقشة النشاط المنزلي. توضيح مفهوم العقم، أسبابه مع ربطها بالجانب التشريحي للأعضاء التناسلية ووظيفتها والإشارة إلى أماكن الغدد وعلاقتها بالعقم. التعرف على وسائل التشخيص من خلال صور توضيحية. معنى الانجاب وأهميته ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري. -استمارة تقييم الجلسة. - تحديد أصعب المواقف الضاغطة التي واجهتهن إثر تشخيص العقم - كمنشط منزلي-

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>التعرف على العلاج بالتلقيح الاصطناعي وأنواعه من خلال فيديو توضيحي لكل نوع</p> <p>وأهم مراحلها. ومتى يتم اللجوء لنوع دون آخر ونسب نجاحها بشكل عام.</p> <p>أسباب اخفاء العلاج بالتلقيح الاصطناعي عن الأهل أو بمعنى أصح أسباب التكتم والغموض الذي يحيط ويصاحب هذا النوع من العلاج.</p> <p>أسباب الخوف من العلاج بالتلقيح الاصطناعي.</p> <p>نسب نجاح هذا العلاج حسب رأي كل مشاركة وفق حالتها الطبية.</p> <p>تحديد ردود الأفعال عند اقتراح الطبيب المعالج التلقيح الاصطناعي كآخر علاج لمشكلة العقم (نشاط منزلي).</p>	<p>المحاضرة المناقشة</p> <p>فيديو</p> <p>90 دقيقة</p>	<p>الجلسة الثالثة</p> <p>2016/...</p>
<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>توضيح مفهوم الضغط النفسي، مصادره، أعراضه، آثاره على الصحة الانجابية بشكل خاص وعلى الصحة النفسية بشكل عام.</p> <p>العلاقة بين الضغط النفسي والعقم.</p> <p>التعبير عن مختلف المشاعر السلبية الناتجة عن مشكلة العقم وعلاجه.</p> <p>استمارة تقييم الجلسة.</p> <p>كتابة القصة العلاجية للعقم ابتداءً من التشخيص إلى آخر مرحلة علاجية ( نشاط منزلي).</p>	<p>المحاضرة والمناقشة</p> <p>التفريغ الانفعالي</p> <p>90 دقيقة</p>	<p>الجلسة الرابعة</p> <p>2016/...</p>
<p>مناقشة أنشطة المنزلي.</p> <p>أهمية تعلم فنيات التعامل مع الضغوط ومواجهتها.</p> <p>الاسترخاء أنواعه وفوائده.</p> <p>التدريب على ممارسة التنفس العميق.</p> <p>استمارة تقييم الجلسة.</p> <p>الانتهاء بنشاط منزلي وهو إعادة تطبيق ما تعلمناه في المنزل وفي العيادة.</p>	<p>مرحلة التدريب على المهارات الاسترخاء عن طريق التنفس العميق</p> <p>90 دقيقة</p>	<p>الجلسة الخامسة</p> <p>2016/...</p>

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

<p>مناقشة حول النشاط المنزلي.</p> <p>-تعريف الاحاديث الذاتية أو الداخلية وتأثيرها على الانفعال والسلوك.</p> <p>-توضيح دور الأحاديث الذاتية السلبية في الشعور بالضغط.</p> <p>-كيفية تحديد ومراقبة الأحاديث الذاتية السلبية.</p> <p>-coherence cardiaque-التدريب على التنفس.</p> <p>-مراقبة الاحاديث الذاتية السلبية وتدوينها كنشاط منزلي.</p>	<p>فنية الأحاديث الذاتية الاسترخاء 90 دقيقة</p>	<p>الجلسة السادسة 2016/...</p>
<p>-عرض ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>-مراجعة لمختلف المفاهيم التي تم اكتسابها سابقا.</p> <p>-توضيح العلاقة بين الأحاديث الذاتية السلبية والضغط النفسي.</p> <p>-توضيح العلاقة بين الأحاديث الذاتية السلبية والانفعالات السلبية والسلوكيات الغير متوافقة.</p> <p>-تحديد أهم العبارات السلبية الذاتية التي تتناوبهم أثناء الجلسات بغية مناقشتها وتنفيذها لطرح بدائل ايجابية.</p> <p>-تحديد العبارات السلبية الذاتية التي تتناوبهم أثناء اجراءات العلاج كنشاط منزلي.</p>	<p>مناقشة الحوار الداخلي          60 دقيقة</p>	<p>الجلسة السابعة          2016/...</p>
<p>-مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>- التعبير عن مختلف المشاعر خاصة السلبية المرتبطة بمشكلة العقم وعلاجه.</p> <p>-التعبير عن أهم الصعوبات التي يمكن مواجهتها أثناء فترة العلاج.</p> <p>-القيام بمشاهدة فيديو الاسترخاء و تطبيقه، والتذكير بأهميته ودور هذه التقنية في خفض الضغط النفسي.</p> <p>-محاولة تطبيق هذه الفنية في البيت كنشاط منزلي (مشاهدة الفيديو والتطبيق). ثم قبل السفر لإجراء الفحوصات.</p>	<p>التفريغ الانفعالي الاسترخاء عن طريق الابحاء الذاتي فيديو 90 دقيقة</p>	<p>الجلسة الثامنة          2016/...</p>

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>-تعريف السلوك التوكيدي وأهميته في الحياة الاجتماعية.</p> <p>-توضيح العلاقة بين نقص التوكيدية والضغط النفسية.</p> <p>-كيفية التدريب على السلوك التوكيدي في الحياة الواقعية.</p> <p>-القيام بهذه السلوكيات التوكيدية في المنزل كنشاط منزلي.</p>	<p>التدريب على السلوك التوكيدي</p> <p>60 دقيقة</p>	<p>الجلسة التاسعة</p> <p>2016/...</p>
<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>- سير العلاج بالتلقيح الاصطناعي ومختلف الصعوبات التي يمكن أن يواجهها.</p> <p>المخاوف المرتبطة باحتمالات نجاح أو فشل العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي.</p> <p>-أهمية مرحلة ما بعد العلاج بالتلقيح الاصطناعي بشقيها.</p> <p>مفاهيم حول الاسترخاء العضلي ودوره في خفض الانفعالات السلبية.</p> <p>- التدريب على هذه الفنية.</p> <p>-إعادة تطبيقها في المنزل كنشاط منزلي.</p>	<p>محاضرة</p> <p>التفريغ الانفعالي</p> <p>التدريب على الاسترخاء العضلي</p> <p>الزمن 120 دقيقة</p>	<p>الجلسة العاشرة</p> <p>2016 /...</p>
<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>-أهمية المعارف المكتسبة سابقا وكيفية توظيفها.</p> <p>- أهمية الأحاديث الذاتية الايجابية في ضبط الانفعالات ومواجهة الضغوط خاصة أثناء انتظار نتائج عملية التلقيح.</p> <p>-استثمار مختلف المكتسبات والمهارات المكتسبة لتوظيفها أثناء تلقي نتائج العلاج.</p> <p>-استثمار التغيير الايجابي في التخطيط لما بعد العلاج والبحث عن أهداف أخرى يمكن تحقيقها.</p> <p>- التأكيد على أهمية العلاقة بين الاحاديث الذاتية والانفعالات والسلوك.</p> <p>-أهمية دور المناعة النفسية في مواجهة مرحلة ما بعد العلاج.</p> <p>-التأكيد على الحفاظ على مختلف المكتسبات المعرفية التي ساهمت في الوصول إلى هذه المرحلة.</p> <p>-أهم الاحاديث الايجابية الحالية التي تتكرر عند المشاركات كنشاط منزلي.</p>	<p>أهمية ودور الأحاديث الايجابية</p> <p>120 دقيقة</p>	<p>الجلسة الحادية عشر</p> <p>2016/...</p>

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

<p>- مناقشة وعرض النشاط السابق.</p> <p>- مناقشة وعرض النشاط المنزلي.</p> <p>- كيفية تنفيذ بعض الأفكار السلبية التي قد تنتاب المشاركات أثناء فترة انتظار نتائج التلقيح وما بعد التلقيح.</p> <p>- دور التفكير الإيجابي أثناء هذه الفترة في الشعور بالراحة و-كيفية استغلال الوقت في أشياء مفيدة(قراءة، استرخاء، ذكر... الخ) تسمح بمرور فترة الانتظار دون ملل.</p> <p>-كيفية تلقي نتائج العلاج (الإيجابية والسلبية) "التخيل" واستغلال كل ما تم اكتسابه من معارف وتقنيات لمواجهة هذا الموقف.</p> <p>- التخطيط لما بعد العلاج سواء بالبحث في امكانية اعادة هذا العلاج في حالة الفشل، وفي حالة النجاح كيفية استثمار هذا المكسب للحفاظ عليه.</p> <p>وفي حالة خيار التوقف عن العلاج ما هي الرؤى المستقبلية المتاحة.</p> <p>- اعادة التدريب على الاسترخاء في المنزل.</p>	<p>أهمية التفكير الإيجابي</p> <p>الاسترخاء العضلي</p>	<p>الجلسة الثانية عشر</p> <p>2016/...</p> <p>120 دقيقة</p>
<p>تلخيص محتويات البرنامج العلاج.</p> <p>-مناقشة أهم المحاور الأساسية للبرنامج.</p> <p>-مناقشة أهداف البرنامج وما تحقق منها وما لم يتحقق.</p> <p>- الحث على الحفاظ على المكاسب المعرفية السلوكية من خلال التأكيد على هذا التغيير في الحياة الواقعية باستمرار.</p> <p>-شكر المشاركات على الالتزام بالحضور وعلى التفاعل الإيجابي طوال فترة البرنامج.</p> <p>-إجراء القياس البعدي وتقديم استمارة تقييم البرنامج ككل.</p>	<p>انهاء البرنامج العلاجي</p> <p>التقييم البعدي</p>	<p>الجلسة الثالثة عشر</p> <p>2016/...</p> <p>60 دقيقة</p>

- 3-3-3-8-تقييم البرنامج: لضمان فعالية التقييم لابد من استمراره أثناء مختلف المراحل وقد تم تقييمه قبل تطبيقه من خلال الاستفادة من مختلف ملاحظات الأساتذة. واستمر تقييم البرنامج أثناء مرحلة التنفيذ، والمتابعة. وقد تمثل هذا التقييم في أنواع ثلاث هي: التقييم التكويني، الختامي، التتبعي.

➤ التقييم التكويني: لقد تنوعت وسائل التقييم أثناء فترة تنفيذ البرنامج وتمثلت فيما يلي:



## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

-مطوية التقييم الذاتي لأهداف البرنامج: يتضمن هذا التقييم توزيع مطوية تتضمن الهدف العام من البرنامج والأهداف الخاصة بكل جلسة ليتم تقييمها بشكل مستمر من طرف المشاركات في نهاية كل جلسة، وبعد انتهاء البرنامج ككل وبغية التأكيد على أهمية هذه العملية في التقييم المستمر من جهة، ولفت انتباه المشاركات لأهميتها في زيادة الدافعية لديهن باعتبارهن شريك أساسي في هذه العملية والملحق رقم-11- يوضح هذه العملية. ومن خلال تحليل نتائج المطويات اتضح لنا أن كل الأهداف التي تم تحديدها قد تحققت 100%.

-استمارة تضم الأهداف التي ترغب المشاركة في البرنامج من تحقيقها بعد انتهائه وتضمنت سؤالا مفتوحا تم طرحه قبل بداية الجلسات الجماعية حول ما تنتظره كل مشاركة من البرنامج. أو ما هي الغاية من مشاركتها في البرنامج. أنظر ملحق رقم-12- من خلال تحليل مضمون نتائج الاستمارات نجد أن الأهداف التي سعت كل مشاركة إلى تحقيقها بعد انتهاء البرنامج قد تحققت.

استمارة تقييم القيام بالنشاط المنزلي وحضور الجلسات: النتائج موضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم-16- يوضح نتائج استمارة تقييم القيام بالنشاط المنزلي وحضور الجلسات من طرف المشاركات في البرنامج.

منخفض		مرتفع		المستوى الفقرات
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
-	-	100%	5	الالتزام بالنشاط المنزلي
-	-	70% / 100%	1 / 4	الالتزام بحضور الجلسات

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن هناك التزام حقيقي بالمواطبة على حضور الجلسات، لدى المشاركات الأربع ، وبالنسبة للمشاركة الخامسة كان غيابها بسبب الفحوصات الطبية، ويتضح أيضا الاهتمام بالنشاط المنزلي من خلال الالتزام بالقيام به.

نموذج تقييم الجلسات من قبل الباحثة: يتضمن تقييم كل جلسة على حدى، بحيث بعد كل جلسة تقوم الباحثة بعملية تقييم لهذه الجلسة من خلال (هدف الجلسة، سير الجلسة العلاجية، النشاط

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

المنزلي، مشاركة أعضاء الجماعة) وهذا يهدف التقويم المستمر والعمل على توصيل المعلومة بأبسط الطرق وربطها دائما بالواقع المعيش. والملحق رقم -13- يوضح ذلك.

➤ **التقييم الختامي:** هذا التقييم هو تقييم إحصائي من خلال المقارنة بين أداء المجموعة الواحدة في القياس القبلي والبعدي على استبيان مصادر الضغط النفسي وقائمة هوبكنز للأعراض.

➤ **التقييم التتبعي:** يتم هذا التقييم بعد مرور شهرين من انتهاء جلسات البرنامج، من خلال المقارنة الإحصائية بين القياس القبلي والتتبعي، بغية التأكد من استمرارية فعالية البرنامج وتحقيقه لأهدافه الوقائية.

**3-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:** اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية من خلال استخدام برنامج SPSS وهو برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وتمثلت أهم هذه الأساليب في:

-اختبارات وهو اختبار برامتري لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، والقياس القبلي والتتبعي في استبيان مصادر الضغط النفسي، وقائمة هوبكنز للأعراض. لكن قبل ذلك تم التحقق من إمكانية استخدام هذا الاختبار وذلك عن طريق استخدام اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) بغرض تحديد أي الأساليب الإحصائية التي تصلح للمعالجة، لأنه يستخدم في العادة للكشف عن شرطي اعتدالية التوزيع، وتجانس التباينات، فإن كانت قيمة هذا الاختبار دالة فهذا يعني أننا سنتبع أسلوب إحصائي لا معلمي، أما إن كانت قيمته غير دالة فهذا يعني أننا سنستخدم أسلوب إحصائي معلمي.

-اختبار ويلوكوكسن: وهو اختبار لابرامتري تم استخدامه مع اختبارات لتأكيد النتائج المتوصل إليها. وهو يستخدم لحساب الفروق بين متوسطات رتب المجموعات المرتبطة.

**حجم التأثير:** للبحث عن حجم الأثر الذي أحدثه البرنامج (المتغير المستقل) في الضغط النفسي (المتغير التابع). وهذا لإظهار أهمية الفروق، فالقيمة العملية للتأثير يجب أن تؤخذ بعين

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

---

الاعتبار، بالإضافة إلى الدلالة الاحصائية. ويمكن حساب حجم التأثير أو قوة الارتباط للعينات المرتبطة.

وعن أهمية هذا المؤشرات يشير كيلو (Kellow, 1998) أن أول ما يميز مؤشرات حجوم التأثير هو إمكانية تفسيرها بشكل مستقل عن حجم العينة، وهي مفيدة في تحديد المقدار الفعلي للفروق

بين متوسطات المجموعات، لذا فهي تزود الباحثين بمعلومات تتجاوز حدود اختبارات الدلالة الاحصائية، وتمنحهم فهما واضحا للبيانات التي بين أيديهم..(أبو جرا، 2013 ، 356). ومن بين مؤشرات حجوم التأثير التي اعتمدت عليها الباحثة هي: إيتا تربيع.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

1-2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

1-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

1-4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

2- مناقشة عامة

## 1- عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

لاختيار الأسلوب الاحصائي المناسب للتحقق من صدق الفرضيات قامت الباحثة باستخدام اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) بغرض تحديد أي الأساليب الإحصائية التي تصلح للمعالجة، وبما أن قيمه في كل الفرضيات غير دالة أي أن شرطي اعتدالية التوزيع، وتجانس التباينات قد تحققا فهذا يعني أننا سنستخدم اختبار معلمي وهو اختبار ت. كما ستعتمد الباحثة على اختبار ويلكوكسن وهو اختبار لا معلمي يستخدم لحساب الفروق بين متوسطات رتب المجموعات المرتبطة.

وللتحقق من حجم الأثر ستعتمد الباحثة على معامل ايتا تربيع.

### 1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

1-1-1 -1- عرض نتائج الفرضية الأولى : ونصها "توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على استبيان مصادر الضغط النفسي لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي."

وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) بعد التحقق من شرطي اعتدالية التوزيع وتجانس التباين عن طريق اختبار كولموغوروف سيميرنوف. والجدول الموالي يوضح هذه النتائج.

جدول رقم-17- يوضح اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في استبيان مصادر الضغط النفسي.

الدالة الإحصائية	Z كولموغوروف سيميرنوف	الفروق المتطرفة			المعايير العادية		العدد	استبيان مصادر الضغط النفسي
		السالبة	الموجبة	المطلقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0,47	0,84	-0,37	0,22	0,37	7,19	131,60	5	قياس قبلي
0,93	0,53	-0,24	0,19	0,24	6,04	69,00	5	قياس بعدي

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة  $Z$  في القياس القبلي هي (0,84) وفي القياس البعدي هي (0,53) وهي قيم غير دالة، وهذا يعني أن شرطي تجانس البيانات واعتدالية التوزيع قد تحققت وهذا يبين إمكانية استخدام اختبار (ت)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-18- يوضح قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في استبيان مصادر الضغط النفسي بين القياسين القبلي والبعدي.

الدلالة الاحصائية	اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	استبيان مصادر الضغط
0,0001	16,40	7,19	131,60	5	القياس القبلي
		6,01	69,00	5	القياس البعدي

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وهذا يتضح من خلال قيمة (ت) التي تساوي (16,40) وهي قيمة دالة عند 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استبيان مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس القبلي.

وللتحقق من صدق الفرض أيضا قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي في القياسين القبلي والبعدي عن طريق اختبار ويلكوكسن . والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول رقم-19- يوضح دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي باستخدام اختبار ويلكوسن.

اختبار Test <sup>a</sup>		الرتب Rangs		العينة	استبيان مصادر الضغط النفسي
الدلالة الاحصائية	قيمة z (test <sup>a</sup> )	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
0,043	-2,023 <sup>b</sup>	15,00	3,00	5	القياس القبلي
		,00	,00		القياس البعدي
اختبار ويلكوسن a					b متركز (basée) على الرتب الايجابية

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وهذا يتضح من خلال قيمة (z) التي تساوي (-2,02<sup>b</sup>) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0,05، مما يدل على وجود فروق بين رتب متوسطات المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه لصالح القياس القبلي . مما يعني أن الفرضية تحققت.

أما عن حجم التأثير: فقد قامت الباحثة بحساب قوة العلاقة بين المتغير المستقل والتابع، وذلك بحساب قيمة معامل ايتا تربيع والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-20- يوضح قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.

حجم الأثر	نسبة التباين	معامل ايتا تربيع	الأداة
مرتفع	98%	0,98	استبيان مصدر الضغط

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن حجم الأثر المستخرج من معامل ايتا تربيع بلغ 98% وهي قيمة مرتفعة أي أن الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (ادراك الضغوط) مرتفع وعالي وهذا يؤكد الفعالية العالية للبرنامج العلاجي في خفض مصادر الضغط النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

1-1-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى : من خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول رقم (18)،(19) يتضح أن قيمة (ت) دالة عند مستوى دلالة (0,001) وأن (z) دالة عند مستوى دلالة 0,05 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي، وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض إدراك مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية. كما أن حجم التأثير الذي مارسه البرنامج العلاجي (متغير مستقل) على إدراك مصادر الضغط النفسي (متغير تابع) كان مرتفعا حسب ما توضحه نتائج الجدول (20). مما يؤكد التأثير المرتفع للبرنامج العلاجي على خفض مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية.

وهذه النتيجة تتفق مع العديد من نتائج الدراسات السابقة منها: دراسة أسكاري وسعدي (Askari, Saedi, 2012)، وحسان زاده وآخرون (Hasan Zadeh, et al, 2014) والتي تؤكد فعالية البرامج التدريبية التحضيرية في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات أو اللاتي مررن بخبرة عقم سابقة، كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة: دراسة شهرستاني وآخرون (Shahestani et al, 2012)، وحمزة بور (Hamza pour, 2014)، وموزانجاد (Mosalanejad, 2012) والتي تشير إلى فعالية البرامج العلاجية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي، وفي نفس السياق يقترح كل من كونوف ونتاجن (Konoff C, Ntarajan, 2004) في مجال العلاج النفسي للأفراد الذين يعانون من العقم أن تكون التدخلات العلاجية عبارة عن علاج معرفي سلوكي نظرا لفاعليته في دعم ومساعدة الأزواج.

وتفسر الباحثة النتائج المتحصل عليها في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى البرنامج العلاجي الذي اعتمد على أسلوب مرن، متدرج ومتعدد الفنيات (معرفية، انفعالية، سلوكية)، بحيث سمح للنساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي (المجموعة التجريبية) بالتعرض التدريجي المنظم لجرعات من المواجهة للمواقف الضاغطة وذكرياتهما (القصة العلاجية) وهذا من خلال إعادة البناء المعرفي أي تنظيم الخريطة المعرفية وتعلم مهارات المواجهة، وإعادة تطبيقها في الواقع مما أدى إلى تعليمهن وإكسابهن معارف وأساليب ومهارات سمحت لهن بمواجهة أقل الضواغط شدة (الفحوصات والتحليل) وتعزيز الاستعداد النفسي ومواجهة أكثر الضواغط شدة وعنفا (انتظار نتائج العلاج). هذه الطريقة العلاجية تضمنت ثلاث مراحل أساسية متداخلة مع بعضها البعض مكملة



لبعضها البعض، تم الفصل بينها فقط من أجل توضيح البعد المرحلي التدرجي في مواجهة الضغوط وأولى هذه المراحل هي:

**1-مرحلة تكوين المفاهيم:** هي مرحلة تعليمية بالدرجة الأولى لذلك اعتمدت الباحثة بشكل كبير على عملية التعلم من خلال فنية المحاضرة والمناقشة العامة بهدف إثارة وتفعيل وتنمية مفاهيم ومعارف متنوعة تختلف وتتطور عبر استمرار التدريب على التحصين ضد الضغوط. بحيث تضمنت في البداية التركيز على تنويع المعلومات والمعارف، ثم تم التأكيد على العلامات والمؤشرات التحذيرية الممكنة، ثم الحرص على منع الانتكاسة وعمليات العزو الذاتي، وتضمنت هذه العملية التعليمية المرحلية على محاضرات مباشرة بسيطة واضحة (Power point)، مدعمة بصور وشرائط فيديو، لإثراء طرق إيصال المعلومة لتحقيق أهداف الجلسات وكانت أولى هذه المحاضرات عبارة عن مدخل مفاهيمي حول تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط وأهمية ودور البرامج العلاجية في مرحلة التلقيح الاصطناعي، ثم تم الانتقال بشكل تدريجي ومرن عن طريق هذا الأسلوب التعليمي (سلسلة المحاضرات) لمتغيرات أساسية ( العقم، التلقيح، الضغط النفسي) تم التركيز من خلالها على:

**-كشف وتصحيح الأخطاء المعرفية:** من خلال الاعتماد على المناقشات الجماعية أثناء تقديم هذه السلسلة من المحاضرات التي تضمنت معلومات ومعارف متنوعة حول العقم كإصابة متعددة الأبعاد ثم العلاج بالتلقيح الاصطناعي كآخر الحلول الطبية الممكنة لهذه الإصابة ثم الضغط النفسي كنتيجة أو سبب لهذه الإصابة أو ما يسمى بالعلاقة الدائرية القائمة بين العقم والضغط النفسي. وكان لهذا النقاش الجماعي دورا هاما في كشف وتفنيد الأخطاء والتشويبات المعرفية.

ولتأكيد مبدأ المرحلية دائما والتدرج ركزت الباحثة في البداية على تصحيح الأفكار الخاطئة الخاصة بالجسد بمعنى تصور المشاركة لجسدها، ثم تصحيح الأفكار المتعلقة بنظرة الآخر بمعنى تصور المشاركة في البرنامج لذاتها من خلال نظرة الآخر. وكانت هذه السلسلة التعليمية من المحاضرات وفق الترتيب التالي:

**محاضرة العقم:** تم فيها توضيح مفهوم العقم، عمل الجهاز التناسلي والغدي، مختلف أسباب العقم، طرق التشخيص والعلاج (الطبية والتقليدية)، وكانت الصور أبلغ تعبيراً من غيرها في هذه المرحلة، كما كان للنقاش الذي أثري أثناء هذه الجلسات والأسئلة العديدة التي طرحت دورا هاما في اكتساب وترسيخ المعلومات واستيضاح الكثير من الأمور، وتفنيد العديد من المعلومات الخاطئة،

خاصة عندما تم ربط مختلف المكتسبات السابقة بواقع الحالات وملفاتهن الطبية حيث تم إجراء فحص دقيق وقراءة طبية لمختلف الفحوصات والتحليل التي تم إجراؤها أثناء المسار العلاجي للمشاركات، وكان للتخصص السابق للباحثة (قابلية) وخبرتها السابقة من خلال عملها في وحدة متابعة وتنظيم النسل دورا هاما في ذلك، وهذا سمح لكل مشاركة بتشكيل تصور دقيق وعلمي حول إصابتها لم تكن لتحصل عليه من الطبيب المعالج الذي ينصب جل اهتمامه على وصف الدواء وفق تعبير المشاركات. لأنه متى استطاعت المشاركة أن تصل إلى فهم جسدها ونفسها أمكنها ذلك من السيطرة على انفعالاتها.

انتقلت الباحثة بعدها في نفس الإطار لزاوية مهمة جدا تشكل عبئا ثقيلا ومصدر ضغط هائل وهو الرغبة في الإنجاب وهذا من خلال توضيح معنى الإنجاب، ثم محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري وهذا عن طريق تحليل الموروث الاجتماعي والثقافي المرتبط بهذه الإصابة للحصول على تصور واضح وشامل حول خلفيات هذا المخيال الاجتماعي. وهذا الفحص الواقعي لما هو معاش وموجود بالفعل في يوميات المشاركات، وقد ساهم هذا في فهم أبعاد الخطاب الاجتماعي الذي يحمل غالبا في طياته حسبهن إما الشفقة أو النقد أو التشفي، أو التحقير... والذي كان له دور في تشكيل مفهوم ذات سلبي لدى المشاركات، وهذا ما تشير إليه دراسة (بن عابد، 2008) من أن الأزواج العقيمين في الجزائر يتعرضون للعنف اللفظي والرمزي وأن المرأة توصم في الغالب بأنها امرأة غير كاملة. وفي هذا الإطار تشير كولي (Colie, 1902) من أن "الآخر هو امرأة اجتماعية يسمح للفرد أن يتعرف على نفسه يحس بها ويقيمها" (لصقع، 2012، 120) وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود هذا المفهوم السلبي عند العقيمين من بينها دراسة جوزهي وآخرون (Joshi et al, 2009, 329) الذين توصلوا إلى أن النساء والرجال الذين يعانون من العقم يختبرون إحساس فقد الهوية ووضوح مشاعر النقص وعدم الكفاءة. وفي خضم الوقفات المطولة والمناقشات حول معاناة المشاركات من ثنايا هذا الخطاب الاجتماعي، توصلن إلى إمكانية فهم خلفيات هذا الخطاب، وإدراك دوره في تشكيل هذه المفاهيم السلبية ناهيك عما يختبرنه من ضغوط جراء تشخيص العقم والخبرات العلاجية الفاشلة، وفي الإطار ذاته يرى الباحثون وفق ما أشارت إليه (لصقع، 2012، 120) أن مفهوم الذات هو النواة التي تقوم عليها الشخصية كوحدة ديناميكية ويتكون من تجارب الشخص والأحكام التقديرية التي يتلقاها من الأشخاص المحيطين به أثناء مراحل الحياة المختلفة وخاصة من ذوي الأهمية الانفعالية لديه. وهذا سمح بتوضيح الكثير من

الأخطاء المعرفية والأحكام غير المنطقية المرتبطة بهذه الإصابة وبمفهوم الذات السلبي. وقد ساهمت المعلومات المتنوعة التي مست مختلف جوانب العقم بزوال الكثير من الغموض من الناحية الطبية وإلى استبصار تداعيات هذه الإصابة من الناحية النفسية وإلى دحض الكثير من الأفكار الخاطئة المرتبطة بها، وإلى تبني أفكار ومعارف موضوعية حول (العقم، الإنجاب) ساهمت حسب تعبير المشاركات في إمكانية فهم الذات وفهم الآخر والوصول إما إلى التماس الأعذار لتدخلاته أو تجاوزها كأنها لم تكن، أو قبولها مع تعلم كيفية الرد عليها لتعزيز الثقة بالذات والتعبير عن الرضا بما قدر الله.

ومن خلال ما سبق تمكنت المشاركات من تصحيح مفهوم الذات واسترجاع الثقة بالنفس والإحساس بقيادة الذات مع إمكانية تغيير الواقع كما هو معاش أي كما تراه هي وليس كما هو موجود. وهذا سمح بالوصول إلى:

**استنهاض القدرات الكامنة لتفعيل الذات** الذي اتضح من خلال البحث عن المعلومات وتوظيفها أو ما يسمى بالتعلم الذاتي والوصول مع ما سبق لتشكيل تصور واضح وشامل ساعد على الشعور بالراحة وتغيير العديد من المفاهيم الخاطئة وزوال الغموض المحيط بهذه الإصابة حسب ما صرحت به المشاركات. وفي هذا الإطار يرى (تايلور، 2008، 362) أن الأحداث الغامضة تسبب ضغطا أكثر من الأحداث الواضحة، فعندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض، فإنه لا يتيح الفرصة للفرد بالقيام بعمل شيء إزاءه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقاته من أجل اتضاح الموقف المسبب للضغط، وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد وتقوض إمكاناته، ومن ناحية أخرى فإن وضوح معالم المواقف الضاغطة يترك مجالا أمام الفرد لكي يعمل من أجل إيجاد الحلول دون أن يظل عالقا في مرحلة تحديد ماهية المشكلة التي يتعرض لها، وترتبط قابلية الفرد للقيام بعمل ما من أجل مواجهة المواقف الضاغطة في العادة مع قلة المعاناة والتفاعل بطريقة أفضل.

**محاضرة التلقيح الاصطناعي:** حيث اتجهت الباحثة دائما تحت ظل تحليل إصابة العقم من مختلف أبعادها إلى الجانب العلاجي كأحد الحلول الطبية الممكنة لهذه الإصابة والتي تعقد عليها المشاركات كل آمالها باعتبارها آخر الحلول العلاجية في مجال الإخصاب المساعد. وقد خصصت له الباحثة جلسة كاملة نظرا لأهميته وهذا من خلال تقديم معلومات عن طريق شرائط فيديو توضح أنواع العلاج بالتلقيح الاصطناعي ومراحل كل نوع، ومتى يتم اللجوء لنوع دون آخر والنسب المحتملة لنجاح كل نوع وفق الدراسات التي أجريت، ثم مناقشة أسباب الخوف من هذا النوع من

العلاج وهذا كله بشكل علمي ودقيق وبروح من الدعابة والتبسيط لتسهيل عملية الاستيعاب. مع محاولة الكشف عن جانب مهم يصاحب هذا العلاج في الغالب وهو:

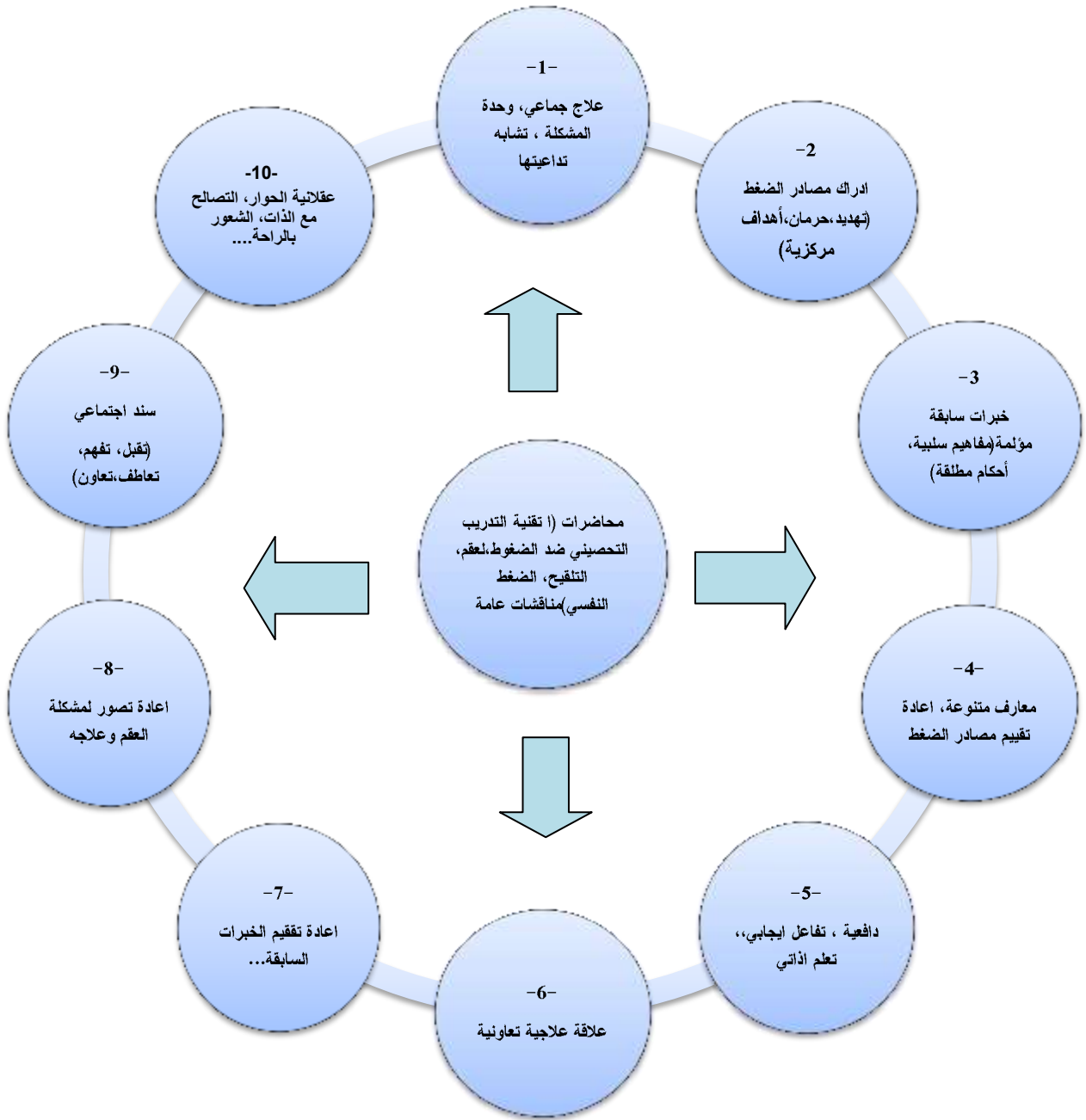
**التكتم والسرية** الذي يعتبر بدوره حسب الدراسات أحد مصادر الضغط النفسي عند الزوجين (أنظر ص). لذلك حاولت الباحثة البحث عن أهم أسبابه والتي اتضحت أغلبها أثناء المناقشات أو التقارير الذاتية وتمثلت في: التصور الخاص الذي تملكه كل مشاركة حول عملية الإخصاب والتي ترتبط في الحالات العادية بالممارسة الجنسية وما تكنفها من قدسية وحميمية وحتى الخجل والتستر. بعكس ما يحدث في حالة التلقيح الاصطناعي فإن هذه العملية لا تتم في نفس الظروف ولا بنفس الطريقة حيث يتم فيها تدخل طرف ثالث، كما أنها تخضع للمراقبة و"الحسابات التقنية" وإجراءات معقدة يحس فيها الزوجان وخاصة المرأة بفقدان الخصوصية والقدسية مما يعطبها تصورا خاصا ومختلفا عما هو معتاد عليه. وعليه فإن منتج التلقيح الاصطناعي بدوره قد تتصوره الأم على أنه طفل اصطناعي لم ينتج عن علاقة طبيعية وتلقائية. كما أن الخوف من فشل العلاج الذي قد يتخذه الأهل وسيلة للضغط بها على الزوجين لإجبارهما على الانفصال بعد تجريب كل الحلول العلاجية الممكنة يعتبر أيضا من بين أهم أسباب التكتم والسرية في العلاج حتى عن أقرب المقربين، بالإضافة إلى الخوف من الوصم الاجتماعي نتيجة للجوء إلى هذا العلاج.

وفي إطار دائما سلسلة المحاضرات التي اعتمدت عليها الباحثة في مرحلة تكوين المفاهيم كانت هذه آخر المحاضرات في هذه السلسلة وهي:

**محاضرة الضغط النفسي** حيث قامت الباحثة بتوضيح ماهية الضغط النفسي، طبيعته، وتأثيراته السلبية على مختلف جوانب الشخصية (فسيولوجيا، معرفيا انفعاليا، سلوكيا)، وعلاقته التفاعلية بالعقم وتخللت هذه الجلسة مواقف جد هامة عبرت فيها المشاركات عن مشاعرهن بوسائل مختلفة (سرد مواقف خاصة جدا، انفعال، بكاء...) وكان لهذا التفريغ الانفعالي الذي حدث في هذه المرحلة دورا واضحا في تأسيس علاقة علاجية تعاونية سادتها الثقة والطمأنينة والتفاعل الإيجابي، الذي كان له دورا هاما في تحقيق أهداف البرنامج ونجاحه فيما بعد. كما أن الحوار التعليمي السقراطي التوجيهي لعب دورا في إعادة فحص طبيعة المشكلة وعمل على توجيه المشاركات لفهم أفضل لطبيعة التوتر المرتبط بالعقم وإعادة وضع هذا المفهوم في إطاره النفسي الاجتماعي ومن ثم التفاعلي. وهذا سمح بتشكيل إطار تصوري لردود الفعل الصادرة اتجاه الضغط، والوصول إلى فهم أن هذه الانفعالات السلبية المرتبطة بالمواقف الضاغطة قد ترجع في الغالب إلى الطريقة التي

ينظرون بها ويفسرن بها هذا المواقف أكثر من المواقف ذاتها، أي أن شعورهن بالضغط قد لا يعود بالضرورة إلى الموقف الضاغط في حد ذاته وإنما إلى طريقة إدراكهن لهذا الموقف وهذا ما يؤكد ميكينوم من أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم أو يدرك بها مصدر الضغط. وقد ثبت وفق ما أشار إليه (حسين، وحسين، 2006، 273) أن الأفراد المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج عندما يقرؤون كتيبات عن الضغوط أو عندما يحضرون المحاضرات والمناقشات. وهذا ما اتضح من خلال ما صرحت به المشاركات (أشعر بالتحسن من جلسة لأخرى، أشعر أنني محظوظة ولأول مرة لأنني أشرك في هذا البرنامج، لهفتي لحضور الجلسات تعبر أكثر من أي شيء آخر عن كم التغيير الذي لمستته بداخلي، أصبحت أدرك ما الذي يحدث معي وهذا أراح هما كبيرا عن صدري، المعلومات التي عرفتتها ساعدتني لفهم نفسي...).

ويمكن القول من خلال كل ما سبق أن مرحلة تكوين المفاهيم (مرحلة تعليمية) كان لها دورا في الوصول إلى إمكانية التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي تجربها المشاركات حول المواقف الضاغطة، وبناء أفكار واضحة صحيحة، ساعدت في ترسيخ مختلف المكتسبات المتعلمة التي يمكن أن تساهم بدورها في تطوير تصورات جديدة، ولما لا اعتقادات صحيحة. خاصة في ظل تناول اطار مفاهيمي متنوع، و وحدة المشكلة وتشابه تداعياتها، مما ساعد على تشجيع الحوار والتواصل والتفاعل الايجابي، وتحقيق التغذية الراجعة، وإلى إمكانية تغيير المعرفة وتطويرها بشكل ايجابي وديناميكي، وإرساء قواعد البرنامج والوصول إلى: استعادة الثقة بالنفس، التبصر بالمشكل المطروح، عقلانية الحوار والنقاش والتصالح مع الذات. والشكل الموالي يوضح أهم مراحل ونتائج هذه المرحلة التعليمية.



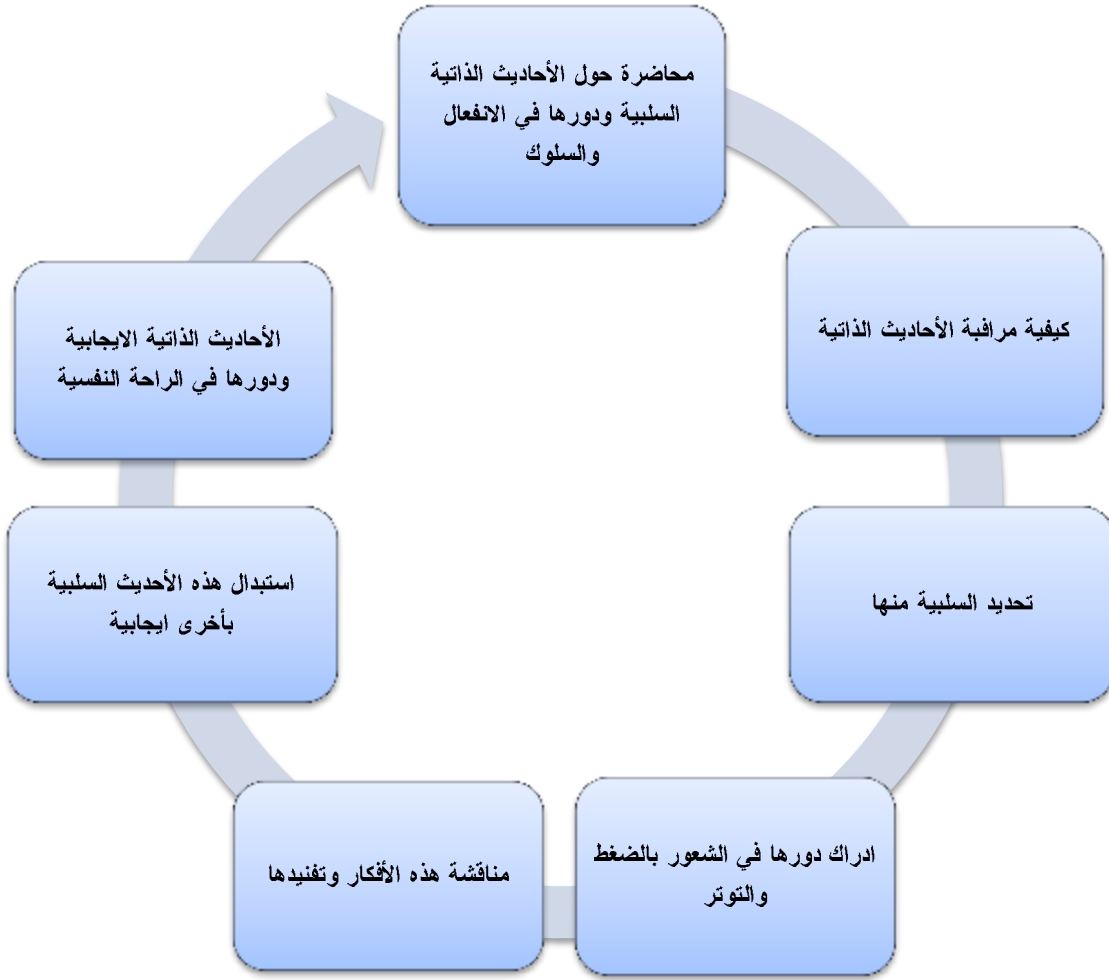
شكل رقم-7- يوضح أهم مراحل ونتائج مرحلة تكوين المفاهيم.

من خلال الشكل أعلاه يتضح لنا أن لب مرحلة تكوين المفاهيم هو العملية التعليمية التي تمت من خلال المحاضرات والمناقشات حول العقم بمختلف أبعاده التي تشكل مركز الدائرة، ثم مختلف ماتم أثناء الجلسات وما نتج عنها والتي تمثلها الدوائر المحيطة لتقريب الصورة فقط وتوضيح بالتقريب مرحلية هذه المرحلة ونائجها مع العلم أن هناك تكامل بين مختلف جلسات هذه المرحلة وهذا ما توضحه الأسهم التي في الشكل. ومن خلال كل ما سبق يمكن أن تفسر النتائج التي حققها البرنامج.

كما تعد المرحتين الثانية والثالثة من البرنامج العلاجي التي حققت بالتكامل مع المرحلة السابقة النتائج الايجابية لهذا البرنامج والتي يمكن أن نفسر من خلالها هذه النتائج و تتمثل في:

**2-مرحلة التدريب على المهارات ومرحلة التطبيق:** لقد تم التركيز خلال هاتين المرحتين المتداخلتين تداخلا شديدا على إكساب المشاركات مهارات وتقنيات متنوعة معرفية، انفعالية، وسلوكية، ثم إعادة التدريب عليها بشكل متدرج كنشاط منزلي ثم إعادة تطبيقها في مواقف واقعية ضاغطة مشحونة بالتوتر. ومن الفنيات العلاجية المعرفية التي تمثل جوهر التحصين التدريجي ضد الضغوط والتي تم التدرب عليها في هذه المرحلة وكان لها دور هام في النتيجة المتوصل إليها هي:

**فنية الحديث الذاتي:** وهي تقوم في جوهرها على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدته على تعديل أنماط تفكيره (التفكير - سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع الموقف. ويؤكد هذا الاتجاه على دور الأحاديث الذاتية في الانفعال والسلوك، حيث يشير ميكينبوم ( Meichnbaum,1985) أن ما يقوله الأفراد لأنفسهم عن أنفسهم وعن الآخرين يؤثر بشكل كبير في تحديد طريقة استجابتهم وسلوكهم ومشاعرهم، وبناءا على ذلك فإن تعديل التفكير من خلال ضبط أحاديث الذات الداخلية يؤدي إلى تعديل الانفعالات والسلوك. وفي الإطار نفسه يشير باترسون (Patterson) إلى أن الحديث الداخلي هو أحد الأنشطة الشخصية كالاستجابات الجسدية، ردود الفعل الانفعالية، المعارف، والتفكير الواعي وأنه يمكن تغيير هذا الحديث الداخلي (Corey, 2001). والشكل الموالي يوضح أهم خطوات التدريب على هذه التقنية العلاجية:



شكل رقم -8- يوضح أهم خطوات فنية الحديث الذاتي.

ويوضح الشكل أعلاه أن الباحثة ركزت في البداية على توضيح دور الأحاديث الذاتية في تشكيل الانفعالات والسلوك، ثم كيفية مراقبة هذه الأحاديث وتحديد السلبية منها ودورها في الشعور بالضغط النفسي، ثم مناقشتها وتفنيدها واستبدالها بأخرى ايجابية والتأكيد على أهمية هذه الأحاديث ودورها في الشعور بالراحة وانخفاض مصادر الضغط النفسي.

واعتماد هذه الخطوات في تفسير كيفية تطبيق هذه الفنية سمح للمشاركات بفهم العلاقة القائمة بين أحاديث الذات والانفعال والسلوك. أما بالنسبة لكيفية مراقبة هذه الأحاديث، وتحديد السلبية منها، بغية وقفها واستبدالها بأخرى ايجابية. فهذا كان من الصعب بما كان تحقيقه في جلسة واحدة لذلك تعمدت الباحثة أن توزع هذه المراحل على ست جلسات ناهيك عن الجلسات الأولى التي كان التركيز فيها على الضغوط المستوطنة في خبرات المشاركات نتيجة عوامل متداخلة (تشخيص العقم، الفشل المتكرر للمحاولات العلاجية...) وهذا من خلال فحصها وإعادة تقييمها لتكون أقل



وطناً وتأثيراً من سابقتها ولدحض مختلف المفاهيم الخاطئة المرتبطة بها. وبما أن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي والتغيير في الحوار الداخلي يؤدي إلى التغيير في البناء المعرفي، حسب ما أشار إليه ميكينبوم. لذلك يمكن توضيح كيفية تطبيق هذه الفنية العلاجية عملياً من خلال التركيز على مرحلتين أساسيتين: مرحلة البحث عن الأسباب، ومرحلة إعادة التقييم المعرفي:

**مرحلة التنقيب أو البحث عن الأسباب:** والتي تمت من خلال: فحص ومناقشة وتفنيد مختلف الأفكار السلبية التي تضمنتها الأحاديث الذاتية السائدة عند جل المشاركات والتي وردت في التقارير الذاتية التي تمت مناقشتها أثناء النشاطات المنزلية أو في ثانياً الجلسات، وأن مجملها كان يدور حول لوم الذات، الشعور بالذنب، الشعور بالخسارة والفقدان، عدم القدرة على السيطرة على الأمور والشعور بالعجز، هذه الأخيرة غالباً ما تظهر لدى الفرد عندما يرتبط الفشل المتكرر في وعيه وإدراكه بغياب القدرات الضرورية للأداء الناجح (تقييم ثانوي)، وفي هذه الحالة يفقد القدرة والرغبة في المحاولة ومضاعفة الجهود، ويرى الباحثون ومنهم سيلجمان (1975) أن تكرار تعرض الفرد للمواقف الضاغطة أو الصادمة مع عدم القدرة على التحكم أو الضبط يزيد من تعرض الفرد لما أطلق عليه العجز المكتسب، ومن بين النتائج التي تتجم عنه: الضرر الانفعالي المتمثل في زيادة مشاعر الوهن والحزن والكآبة، وكذا ظهور السلبية المتمثلة في انخفاض الدافعية والتحدي للإنجاز لدى الفرد وكذا الشعور بعدم القدرة على الربط بين الفعل ونتائجه (الشعور بالتشاؤم)، وفي هذا السياق أشارت المشاركات أن الحياة لا معنى لها بدون أطفال، مهددة، مشحونة بالمواقف الضاغطة، وهذا ما قد يشعرهن بالعجز في مواجهتها، ويولد لديهن مختلف المشاعر التي أشرنا إليها سابقاً. وقد أشارت دراسة (جابر، ب. س) أنه من بين أشد الضغوط الست عند المصابين بالعقم هي عدم جدوى الحياة بسبب عدم امتلاك طفل. وفي هذا الإطار توصل الباحثون أن الأفراد الذين يعانون من ضغوط مرتفعة يكون لديهم تقييم معرفي سلبي أو متشائم لا يسمح لهم بمواجهة الحدث الضاغط بفاعلية وفي الإطار نفسه أشار واطسون (1988) إلى بعد من أبعاد الشخصية أطلق عليها الشخصية ذات الوجدان السلبي، حيث يميل صاحب هذه الشخصية إلى الشعور بسلبية كالغضب والحزن والشعور بالذنب واليأس، ويرى أن الوجدان السلبي يرتبط معرفياً بنظام يقظ وغير ثابت يقوم من خلاله الفرد بفحص المثيرات والمواقف بريب وعدم تأكد، كما يؤكد جراي (Gray) أيضاً أن هؤلاء الأفراد لديهم كف سلوكي زائد النشاط وهذا النظام يعرف كل المثيرات بأنها هامة وتتطلب الفحص بدقة، ولذلك نجد هؤلاء يتفحصون المواقف لإيجاد دلالة خطر أو تهديد،

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

كما تشيع لديهم النظرة السلبية للذات والعالم ويرون أن حياتهم حلقة من الضغوط، لذلك نجدهم أكثر شعورا بها وأقل مقاومة لها.

ومن بين العوامل التي ساهمت في استمرار هذه المشاعر السلبية وتفاقمها وفق ما أثري في المناقشة الجماعية هي:

- تراكم الخبرات السلبية المرتبطة بالتشخيص والمحاولات العلاجية الفاشلة.

- تقلبات العلاقة الزوجية .

- فقدان مصدر هام للدعم الاجتماعي في هذه المرحلة الهامة بسبب التكتم والسرية (أنظر دراسة روكليف، 2014).

- نقص الجانب الروحي، وربط الدين غالبا بالإنجاب فقط.

بالإضافة لما سبق فإن المشاركات في البرنامج يختبرن مرحلة مهمة في حياتهن وهي العلاج بالتلقيح الاصطناعي والتي يتم اللجوء إليها غالبا بعد فشل مختلف العلاجات الأخرى، والتقدم في العمر مما يجعل فرص نجاح هذا العلاج أقل وهذا ما يؤكد روناتو فونشين (Renato Fanchin) أن العمر يعد أحد الأسباب الهامة في حدوث العقم وهذا بسبب الشيخوخة التي تصيب المبيض مما يؤدي إلى نقص وضعف وظيفته،(Poisson-Delégise, 2014, 4). وهذا ما يجعل هذه المرحلة مصدر ضغط هائل حسب ما أكدته العديد من الدراسات السابقة، وما يؤكد واقعا الحالات من خلال نتائج الفحص الطبي التي تظهر ضعف في التبويض، ناهيك عن مختلف العوامل التي تم ذكرها سابقا، مما قد يؤدي بالضرورة إلى ظهور المشاعر السلبية والتحريفات المعرفية والتقييمات الغير منطقية للأحداث وهذا ما يشير إليه بيك من أن الأفراد أثناء تعرضهم للمواقف الضاغطة يميلون إلى التشويه المعرفي لتفسير الأحداث من خلال مجموعة عمليات معرفية سلبية كالمبالغة، التفسير اللامنطقي، التعميم، التضخيم مما يزيد من إحساسهم بالتوتر. وعندما تم توضيح التحريفات المعرفية وأسبابها ودورها في الشعور بالضغط انتقلت الباحثة إلى المرحلة الثانية وهي:

-مرحلة إعادة البناء المعرفي: اعتمدت الباحثة في هذه المرحلة على هذه الفنية المعرفية

الهامة وهي إعادة البناء المعرفي بغية زيادة الوعي بالاستجابة الفعالة، تنمية القدرة على الضبط، والكفاءة ومرونة التصرف والقدرة على التكيف مع مواقف العلاج الضاغطة. متبعة في تنفيذ وتصحيح الأفكار السلبية على الحوار، المناقشة، والإقناع من خلال التركيز على جوانب متعددة، تمثلت أهمها في:

الجانب الديني: بما أن الجانب الروحي مكون أساسي في حياة الإنسان من خلاله يبني تصورات وأفكاره ومن ثم يتبنى سلوكيات واتجاهات معينة كان من الواجب التعرض إلى هذا الجانب كمصدر رئيسي في خلق الاستقرار والتوازن في الجانب الروحي في بيئة يعتبر فيها الإيمان بالقضاء والقدر والابتلاء (الحرمان من الإنجاب) مؤشرات أو دلائل على حسن الإيمان. والغرض هنا كان بغية استغلال هذا الجانب لكن دون التأكيد على سلبية الذات إزاء هذا الابتلاء، بمعنى أن الرضا يساعد على التقبل وإحداث السكينة لكن لا يمنع من أن يتخذ الإنسان كل التدابير والإجراءات لتفعيل ذاته وتغيير وضعيته - ما أمكنه ذلك - وكان هذا من خلال التذكير ببعض ما جاء في الشريعة الإسلامية حول مختلف القيم التي تؤسس للمفاهيم الصحيحة في الحياة الشخصية والاجتماعية للفرد من بينها:

- توضيح فضل الإيمان والقرب من الله في الشعور بالطمأنينة والرضا بما قدر الله، وأن كل الأمور التي تحدث للفرد هي لحكمة لا يعلمها إلا الله، قد يدركها العقل البشري وقد لا يدركها.

- أن في الابتلاء خير عظيم إما من خلال الأجر الذي يناله المبتلي مثل ما جاء على لسان الحبيب المصطفى محمد عليه أفضل الصلاة والسلام " ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب، ولا هم ولا حزن، ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها".

وإما قد يكون البلاء علامة من علامات محبة الله لعبده مثل ما ذكر رسول الله صلى الله عليه وسلم " أشد الناس بلاء الأنبياء، ثم الصالحون، ثم الأمثل فالأمثل".

- التذكير ببعض القصص التي وردت في القرآن، والسنة حول العقم والإنجاب، لأخذ العبرة وتصحيح المفاهيم الخاطئة.

- التذكير بفضل الدعاء والإكثار من الذكر والأعمال الصالحات في الشعور بالطمأنينة والرضا إيماناً بقول الله تعالى " ألا بذكر الله تطمئن القلوب". سورة الرعد الآية «28» لذلك أوصت الباحثة بأهمية البحث عن وسائل تجديد الإيمان من حين لآخر.

ومن خلال هذه الإشارات البسيطة المستمدة من العقيدة السمحاء، أرادت الباحثة التأكيد على دورها وأهميتها مثلما أشارت سابقاً في بناء المفاهيم الصحيحة وترسيخ التفكير الإيجابي، وفي هذا الإطار تشير دراسات علماء النفس أمثال (أرنست، Ernest)، (رانك، Rank)، (كيرك غار، Kierkra Gard) أن رغبة الفرد وحاجته إلى الاعتبار البطولي عن طريق الإيمان القوي الراسخ بالله، تصبح أكثر إلحاحاً من عملية تقييم العضوية، بحيث يسعى الفرد إلى البطولة الدينية والتقدير

الإيجابي للذات، أكثر مما يسعى للخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوية، فعندما يصبح الاعتبار الإلهي الديني مهما للشخصية، فإنه يسيطر على الوظائف الداخلية للذات الشخصية وللذات الاجتماعية. وفي هذا الإطار أيضا يضيف ويليام جيمس (William J) على أن الدين محادثة اختيارية بين الفرد وقوة غامضة يشعر فيها الإنسان أن مصيره مرتبط بها، وأنه يعتمد عليها وتحقق هذه الصلة عن طريق الصلاة التي تعتبر الدين العملي كما أوضح يونغ (Young) وأن الدين هو الخضوع لقوى أكبر من أنفسنا، وهذا الخضوع له أهمية في حياة الفرد والمجتمع لما يضيف عليها من استقرار نفسي. (عدو، 2008، 51).

-الجانب النفسي ركزت الباحثة في هذا الجانب على مفهوم الذات من خلال ما تم سابقا أثناء المناقشات من توضيح حول كيفية تشكيل هذا المفهوم، ولأنه في أغلب الأحيان يكون المفهوم السلبي للذات أيضا راجعا إلى نشوء صورة الجسم واضطرابها وهذا ما يشير إليه (الأشرم، 2008، 25) من وجود علاقة طردية بين صورة الجسم والمفهوم السلبي للذات. لذلك ركزت الباحثة على هذا الجانب باعتبار أن المشاركات يشعرن أن نظرتهم لأجسامهن تغيرت عن ذي قبل (قبل الزواج)، وهذا قد يرجع ربما إلى أن عضو مهم من أعضاء الجسم (الرحم) لا يقوم بوظيفته الأساسية ألا وهي الإنجاب. وهذا قد يشكل مصدر ضغط جسمي وفي هذا الإطار يرى بيك (Beck, 2000, 217) أن تصور الفرد في وقت ما قد يحدد شعوره في ذلك الوقت: إما بالسرور أو الألم، بالقوة أو الضعف، بالحيوية أو الفتور... الخ. وقد يكون تصوره لحالته الجسمية أهم من حالته الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه. وهذا يوضح جليا دور صورة الذات الجسمية في ظهور الضغوط النفسية. لذلك حاولت الباحثة ما أمكنها ذلك توضيح هذا المفهوم وتداعياته مع التركيز على إمكانية تغيير هذه المفاهيم من خلال تغيير الإدراكات الخاطئة التي خلفتها هذه الإصابة هذا من جهة ومن جهة ثانية تم الاتجاه إلى التركيز على الجوانب الإيجابية في الشخصية للعمل على خلق روح التفاؤل وحب الذات وتقديرها، وهذا من خلال تدوين مختلف السلبيات والإيجابيات والموازنة بينهما لتنمية وعي الفرد بذاته ولقد أكدت تينا (Tina, 2004) وفق (حواس، 2012، 385) أن هذه الإستراتيجية توضح وتكشف للفرد علاقته بذاته الأمر الذي يمكنه آليا من تغيير نفسه ورؤية نفسه بشكل واضح، حيث أكدت على أن هذه الإستراتيجية أشبه ما تكون بمحاولة الفرد رؤية نفسه أمام المرأة.

كما ركزت الباحثة أيضا على مشاعر فقدان، الخسارة، وأهمية الحداد، وهذا لتحرير طاقة المشاركات الضائعة على الخسارة والفقدان واستخدام هذه الطاقة في مواجهة الضغوط النفسية. وعلى ذكر هذا الأخير ألا وهو الحداد فقد وضحت الباحثة أهميته من خلال الإشارة إلى التعبير عن الحزن والضعف في أوانه، وعدم إخفاء هذه المشاعر أو تجاهلها. وفي هذا الإطار يشير آليس ودومار (Alice, Domar, 2007, 4) أن العديد من خبراء إدارة الضغط أكدوا على أن الحزن الغير معبر عنه قد يكون مصدر قلق أساسي، فغالبا ما يبدأ اللاشعور بمهمة الحزن من أجل الطفل البيولوجي الذي من الممكن أن لا يحصلوا عليه أبدا، لذلك أشاروا أنه من أجل الشعور بالتحسن ينبغي أخذ فترة من الحداد. ومن هنا تظهر أهمية التعبير عن مشاعر الحزن والفقدان وغيرها في إدارة الضغط النفسي.

-**الجانب العلائقي:** حاولت الباحثة أثناء مناقشتها لهذا الجانب على التأكيد على أهمية السند الاجتماعي (الزوج والأهل) من خلال تحسين العلاقة الزوجية والاستثمار الإيجابي في هذه العلاقة التي أساسها السكن والطمأنينة وإدراك أن مشاعر التهديد التي يشعرون بها في العلاقة الزوجية قد ترجع لتقييم رؤيتهن غير الواقعية للمواقف السلبية المتراكمة أكثر من كونها حقيقية، وأشارت الباحثة في هذا السياق إلى بعض طرق تفسير المواقف التي قد تصبح في حد ذاتها مصادر ضغط وهذا من خلال ما أشار إليه جيرالد بيلز (Gerald, Beals, 1995) أن هناك عدة مصادر للضغط تتمثل في: عملية تفسير الحدث... فتفسير الحدث على أنه شيء ضخم يزيد من حدة المشكلة تعقيدا، وتفسيره على أنه مهدد يزيد من حدة القلق، والشعور بعدم الأمان، وتفسيره على أنه ناجم عما اقترفه الفرد من آثار يزيد من حدة الشعور بالذنب ومن الشعور بالاكنتاب. وهذه المناقشات تمت بهدف الوصول للتأكيد على طريقة تفسير المواقف وعلاقتها بالشعور بالضغط. وإمكانية التمييز بين التهديد الحقيقي والتهديد المدرك بشكل خاطئ في العلاقة الزوجية. وقد يكون خير دليل على ذلك مرور هذه الفترة الزمنية من الزواج دون انفصال وهذا الإقدام على هذه الخطوة العلاجية الهامة التي حرم منها الكثير.

كما تم توضيح أهمية الآخرين في حياة المشاركات خاصة في أوقات الشدائد والأزمات لما يقدمونه من دعم يخفف وقع الأحداث الضاغطة، مع الإشارة إلى أنه ليس للوجود الفعلي للآخرين دورا في خفض الضغوط فقط، بل الإحساس بكفاية ما يقدمونه من دعم وسند يساعدهن على

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

التخلص منها، فهي في النهاية عملية تفويمية لمدى إدراك عمق وكفاية علاقاتهن مع الآخرين، فكلما أقررن بعمق وكفاية هذه العلاقات ازداد دورها في حياتهن.

**الجانب الطبي:** هو الجانب الأخير الذي ركزت عليه الباحثة وذلك من خلال توضيح العلاقة القائمة بين العلاج بالتلقيح الاصطناعي والضغط النفسي، ثم أهمية كل مرحلة علاجية وما تتطلبها من احتياطات دون مبالغة، مع التأكيد على أهمية الاستقرار والراحة النفسية في هذه المرحلة وفي هذا الإطار تشير بوشز ( bouchez, 2005, 2 ) أنه بالرغم من غموض العلاقة القائمة بين العقم والضغط، فإنه عندما يتم توظيف تقنيات الحد من التوتر عند عينات من النساء يحدث الحمل، وهذا بعد عدة محاولات للحصول على الحمل قبل هذا الوقت. كما يشير أيضا مورغان (Morgan) أنه عند الحد من التوتر قد يساعد ذلك على تعزيز البروتينات داخل بطانة الرحم، ويزيد من تدفق الدم إلى الرحم، مما يؤثر إيجابا على الحمل عند التلقيح الاصطناعي.

ثم اتجهت الباحثة لمناقشة احتمالات نجاح وفشل العلاج بالتلقيح الاصطناعي بشكل علمي مع توضيح أنها تختلف في الغالب من مريضة لأخرى وفق عوامل متعددة (السن، عدد البويضات، حجمها، حركة الحيوانات المنوية...إلخ)، وهذا لاستبعاد الفكرة السائدة بأن العلاج بالتلقيح مضمون النتائج، وفي هذا الإطار يشير جاوول (Jaoul, 2011, 26) أن الأمل الذي يعلقه الأزواج على نجاح العلاج أثناء المحاولة الأولى كبير جدا بالرغم من المعلومات التي تعطى للأزواج على نسب النجاح وهذا ما يسبب في الغالب الإحباط الشديد الذي يشعر به الزوجان عند فشل العلاج (عدم حدوث الحمل). كما أشارت الباحثة لأهمية مرحلة ما بعد التلقيح والتهيئة لكل الاحتمالات. لتشكيل تصور واضح حول هذه المرحلة للحفاظ على التطور الإيجابي ولنقل هذا التغيير على أرض الواقع واستثمار هذه الطاقة الإيجابية المكتسبة في تقبل نتائج العلاج أيا كانت والتخطيط لحياة أفضل من خلال تحقيق أهداف عديدة للخروج من فلك هذه الإصابة.

والإتياع المنهجي لكل المراحل السابقة الذكر والتكامل بينها سمح بتطبيق فنية الأحاديث الذاتية بشكل عملي وأمكن من تحقيق الأهداف المسطرة للبرنامج والوصول إلى:

-تعرية مختلف الأحداث المؤلمة الماضية من الأحكام المطلقة والادراكات الخاطئة.

-إعادة تقييم هذه الأحداث الضاغطة مما مكن المشاركات من تشكيل صورة من صور التحكم

الذي يطلق عليه التحكم الاسترجاعي.

- تطوير مشاعر السيطرة والضبط ومهارات التكيف لتجاوز احتمال الفشل المتكرر في العلاج.

- تطوير التعلم الذاتي للتكيف مع المواقف الضاغطة وفي هذا الإطار يشير كلايتون لاد (Clayton, Ladd, 2000) وفق (معالي، 2003، 41) أن التعلم الذاتي هو جوهر التحصين التدريجي وأنه يمكن أن يستخدم في المواقف الضاغطة لتهدئة الذات وجعلها أكثر فاعلية. وابتكار أساليب جديدة للتكيف مع الخبرات الانفعالية.

كما أن التكامل بين الجلسات ومختلف مراحل البرنامج العلاجي والمرحلية في مناقشة الحوار الداخلي سمح بالوصول إلى:

**إعادة التفسير الايجابي للمواقف:** هذا الجهد المعرفي هو حوصلة لكل ما تم سابقا وهذا ما يشير إليه شافر (Shaffer, 1983) من أنه إذا كان الحديث الداخلي ايجابيا فيمكن أن ينظر إلى المثيرات التي كان يراها الفرد سابقا ضاغطة على أنها أقل خطورة. وهذا ما ساعد حسب الباحثة على إمكانية تحويل المواقف العلاجية أو الحياتية بشكل عام إلى إطار ايجابي يتضمن الشعور بتحسن الأمور وتقدمها مع إمكانية تعديل أو تغيير بعض الأهداف وزيادة الوعي بأهمية الحديث عنها بوسائل ايجابية.

- ومن بين **الفنيات الانفعالية** التي اعتمدت عليها الباحثة في مرحلتي التدريب على المهارات والتطبيق (إعادة التدريب عليها) وترى أن لها دورا هاما في النتيجة المتوصل إليها هي:

**التفريغ الانفعالي:** تعد هذه الفنية من الفنيات التي يعتمد عليها في خفض الضغوط وهذا ما يشير إليه شالف ميشال (Shalev M) من أن التفريغ النفسي يصلح أكثر كأداة لمعالجة الضغوط. (صايمة، 2005، 62). وقد تمت هذه الفنية وفق مراحل مختلفة في أكثر من جلسة بإتباع نموذج ميتشل (Michel, 1983) في التفريغ الانفعالي،

ولقد عمدت الباحثة في البداية ككل الفنيات إلى تقديم بعض المعلومات البسيطة حول الفنية أهميتها ودورها في خفض الضغط النفسي، ثم تحدثت كل مشاركة عن مشكلة العقم وما صاحبها من صعوبة في التشخيص، ومراحل العلاج ومختلف المواقف الضاغطة التي تعرضت لها سواء أثناء العلاج أو في علاقتها سواء مع الزوج، أو الأهل وقد صاحب استرجاع هذه الخبرات المؤلمة مشاعر الحزن والأسى والبكاء عند جل المشاركات، وتم التأكيد على أن البكاء هي إحدى وسائل عملية التفريغ. ثم تم مناقشة الأفكار المتعلقة بهذه الأحداث الضاغطة والمعاني والمشاعر السلبية

والإيجابية المرتبطة بها، مع مناقشة ردود الفعل اتجاه الحدث على مختلف المستويات ( الإدراكية، الانفعالية والسلوكية). وأخيرا أعراض التوتر النفسي الناتجة والتي تم الإشارة إليها في قائمة هوبكنز للأعراض، ثم تم تقديم معلومات عن بعض الاستجابات التكيفية للأحداث الضاغطة.

وقد سمحت هذه الفنية بتحرير المشاعر السلبية المرتبطة بالخبرات الخاصة والضاغطة، خاصة أن أغلب المشاركات وضحن أن بعض الأحداث تم التحدث عنها لأول مرة، وهذا قد يعود إلى درجة الثقة والطمأنينة التي كانت سائدة، خاصة أنه عندما يتعلق الأمر بالإنجاب يستنقذ الأفراد الكثير من طاقاتهم في محاولة إنكار وإخفاء مشاعرهم وتجاربهم المؤلمة وحتى طرق العلاج التي يلجأون إليها خوفا ربما من الوصم الاجتماعي وهذا ما أشارت إليه دراسة كويتية حسب كازاندي وآخرون (Kazandi, 2011, 101) من أن النساء العقيمات يبدين مستويات عالية من القلق والاكنتاب بسبب عدم قدرتهن على الإنجاب الذي يؤدي إلى الوصم الاجتماعي.

لذلك كانت هذه الفنية من أفضل الوسائل حسب الباحثة التي سمحت ربما للمشاركات بالفقدان المؤقت والموجه للتحكم المفروض على المشاعر المؤلمة. مما سمح بتحرير الطاقة السلبية، وإعادة معايشة وتقييم الأحداث المرتبطة بها. والشعور بالدعم والتقبل، والتشابه، والانتماء، خاصة في ظل العزلة الاجتماعية التي تعيشها المشاركات بسبب الخوف من انكشاف أمر العلاج بالتلقيح الاصطناعي كما صرحنا بذلك. وقد وفرت هذه المجموعة العلاجية لكل مشاركة الفرصة للتأييد والدعم الاجتماعي المفقود والمساندة، هذه الأخيرة التي يمكن أن تعزز لديهن إشباع الحاجة للانتماء والحفاظ على الهوية الذاتية وذلك من خلال المساندة بما يعرف (المساندة بالتقدير) حيث تحس كل مشاركة بالقيمة والتقدير وهذا يمكن أن يزيد من تأكيد الذات، ومن تنمية مفهوم احترام الذات والإحساس بالكفاءة الشخصية مما يجعلها تشعر بالتمكن والقدرة على المواجهة وفي هذا الإطار يرى وايت (Weisaeth, 2000) وفق (صايمة، 2005، 59) أن سبب استخدامه لطريقة المجموعة هو أن التواجد في مجموعة صغيرة يزيد من الثقة التي فقدت والإحساس بالأمان، كذلك يمكن للمجموعة أن تعطي الدعم الاجتماعي والتعاقد والصدقة. وهذا يشير إلى أن عدد العينة الذي استخدمته الباحثة كان مناسباً فعلاً، وساعد على تماسك الجماعة وتوفير السند الانفعالي والدفيء ما أدى إلى تقوية مشاعر التأييد والتشجيع المتبادل بينهما وإلى تقوية الشعور بأنه يمكن تغيير وتعديل السلوك. كما كان لهذه الفنية دوراً في تحقيق بعض المكاسب الهامة حسب التقارير الذاتية للمشاركات تمثلت أهمها في:



## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

-الشعور بالراحة والرضا بعد كل جلسة.

-المشاركة الوجدانية، وتعزيز الشعور بالانتماء والبحث عن المعاني المشتركة في الخبرات المؤلمة.

الاستبصار الذاتي للأحداث، والاستفادة وأخذ العبرة من تجارب الأخرى.

-تعلم طريقة للتعبير عن المشاعر في الوقت المناسب ومع الشخص المناسب وبالشكل المجدي.

-تعزيز مصادر القوة واستغلالها لتطويرها لتجاوز مرحلة ما بعد العلاج بسلام. وإمكانية مواجهة أحداث ضاغطة في المستقبل.

- فرصة جيدة سمحت لهن بإعادة النظر في استجابتهن حول مختلف الخبرات المؤلمة السابقة بعد تقييمها.

ومن بين الفنيات السلوكية التي اعتمدت عليها الباحثة في مرحلتي اكتساب المهارات وإعادة التدريب عليها وترى أن لها دورا هاما في النتيجة المتوصل إليها هي:

الاسترخاء: يعد الاسترخاء فنية أساسية اعتمدت عليها الباحثة في معظم جلسات البرنامج نظرا لفعاليته في خفض الضغط النفسي لدى الأفراد الذين يعانون من العقم حسب ما أشارت إليه الدراسات، وهذا ما تؤكد لافيال (2, 2012, Lavielle) من أن أغلب الدراسات توصلت إلى الآثار الايجابية لتقنية الاسترخاء والتأمل على الوظائف النفسية لدى المصابين بالعقم، وفي هذا الإطار يوصي الخبراء في مجال الإخصاب باستخدام تقنيات الاسترخاء المختلفة (التأمل الذهني، التنفس العميق، التخيل الموجه، اليوغا) للحد من التوتر الناتج عن العقم وعلاجه. لذلك حرصت الباحثة على استخدام طرق مختلفة للاسترخاء لضمان الفعالية والتأثير الايجابي وهذا بشكل متدرج من الأبسط للأعقد لتهيئة المشاركات للاستخدام الفعال لهذه الطرق.

بعد تلقي المشاركات معلومات أساسية عن الاسترخاء مفهومه، أنواعه وفوائده انتقلت الباحثة إلى الجانب التطبيقي، وتعمدت الباحثة التدرج في التدريب على أنواع الاسترخاء من الأبسط للأعقد وفق ما يتوافق والمراحل العلاجية الطبية وتدرجها أيضا من الأبسط للأعقد. وكانت البداية مع الاسترخاء عن طريق التنفس البطني الذي يتوافق مع مرحلة الفحوص الطبية بهدف تعليم المشاركات طريقة التنفس الصحيحة التي تساعد على الحصول على كمية الأكسجين المطلوبة وإخراج ثاني أكسيد الكربون بالطريقة المناسبة. وهو تنفس طبيعي استخدم سابقا في اليوقا ويرى

كل من (إبراهيم، وعسكر، 2008، 289). أن التنفس البطني يستخدم كوسيلة للاسترخاء في العديد من البرامج، وقد عرف بأنه "حركة تنفسية متعددة تسهم في الاستجابة الفيزيولوجية المتميزة". وبعد التدريب على هذه الفنية أثناء الجلسة العلاجية شعرت المشاركات براحة كبيرة خاصة أن الجو الجماعي وروح الدعابة والتعاون أثناء التطبيق جعلهن يشعرن بسهولة استخدامها، وقد أعدن تطبيقها في البيت وفي مواقف واقعية ضاغطة أثناء فترات الانتظار في قاعة العلاج بغية الفحص وشعرن بفرق كبير بين ما كن عليه في الماضي وما أصبحن عليه الآن بحيث أحسنن بالراحة ومرور الوقت بشكل سريع وفق ما جاء في التقارير الذاتية (شعرت بمرور الوقت مقارنة بالسابق وبأنني أفضل حال بعد تطبيقها، كلما فكرت أن علي الانتظار لساعات طويلة للقاء الطبيب إلا وسارعت للتنفس فأشعر أنني أفضل، أخبرت من معي أن نتنفس لنكون أفضل، وكان فعلا هذا الجو التعاوني في الاسترخاء وسيلة مفيدة للشعور بالراحة...) كما شعرت المشاركات بعد التدريب على الاسترخاء بأهمية ما يقمن به من خلال وصف هذه التقنية وأساليب أخرى والفائدة التي شعرن بها للمريضات الموجودات في قاعة الانتظار وكان إحساس القدرة على مساعدة الآخر أفضل ما أحسنن به في تلك الفترة حسب تصريحاتهن.

ثم انتقلت الباحثة في جلسة أخرى إلى تدريب المشاركات على تقنية الاسترخاء عن طريق (coherence cardiaque)، بغية مواكبة التطور التكنولوجي الحاصل في مجال تطور أساليب العلاج بالاسترخاء من خلال استخدام أجهزة البيوفيدباك أو مردود العائد الحيوي، وهي أجهزة مساعدة تحفز الفرد على الاسترخاء. ويدعى هذا الجهاز (HeartMath) لكن لم تستطع الباحثة الحصول عليه في الوقت المناسب بسبب غلاءه الشديد. وهو يعتمد على رسم تخطيط القلب لتوضيح الفرق بين حالة الفرد قبل الاسترخاء وبعده ومن خلال هذا الرسم التخطيطي الذي يمكن نسخه، ومشاهدته على الجهاز يساعد المريض على ملاحظة التغيرات الحاصلة في جسده، مما يمنحه الثقة في قدرته على ضبط انفعالاته. وقد استخدمت الباحثة هذه الطريقة التي ظهرت حسب ما أشار إليه شيبير (Scheilber, 2003, 337) نتيجة الأبحاث الطبية في العلوم العصبية والعلوم العصبية-القلبية التي أظهرت فوائد عديدة لهذه التقنية على الصحة بالاعتماد على ما توصلوا إليه من أن القلب يحافظ على علاقة مميزة مع الجهاز العصبي ويراقب توازننا الفيزيولوجي. وقبل التدريب عليها وضحت الباحثة فوائدها وأهميتها ومجالات استخدامها، وأثناء

التدريب اكتفت بتقديم فيديو يوضح هذه الطريقة بدون الاعتماد على الجهاز. أنظر ملحق رقم -15.

كما كانت تهدف الباحثة أيضا من استخدام هذه التقنية إلى تعليم المشاركات القدرة على الضبط والتحكم من خلال التنفس، وذلك باحترام المدة الزمنية في إدخال كمية الأكسجين المطلوبة وكذلك إخراج ثاني أكسيد الكربون في الوقت المناسب. مع التأكيد على أهمية تطبيقها ثلاث مرات في اليوم وعلى إعادة تطبيقها في مرحلة تنشيط البويضات لأنها تحتاج فقط لدقائق قليلة لتطبيقها وفوائدها فورية ومباشرة. وقد أشارت الدراسات التي أجريت في هذا المجال وفق أوهار (O'hare, 2012) إلى ثلاث أنواع من الآثار الايجابية، أولاها الآثار الفورية والسريعة الزوال: وهي تظهر أثناء تطبيق هذه التقنية وتزول بعد التوقف عنها وتتمثل في زيادة سعة تغير ضربات القلب وانتظامها. أي وفق الجهاز تغير في منحنى رسم تخطيط القلب. أنظر ملحق رقم-16.

-الشعور بالهدوء والصفاء الذهني، انخفاض بطيء للضغط الدموي ومعدل ضربات القلب.  
الآثار الفورية والمستمرة : وهي الآثار التي تظهر أثناء تطبيق التقنية في الغالب بعد ثلاث إلى أربع دقائق وتستمر غالبا من أربع إلى ست ساعات وتتمثل في: -انخفاض الكورتيزول الموجود في الدم وفي اللعاب. مع العلم أن الكورتيزول هو هرمون الدفاع الأساسي الذي يفرز أثناء الضغط. وهذا ما يفسر الدور العملي لهذه التقنية على الضغط النفسي.  
-ارتفاع هرمون (Dehydroépioandrosterone, DHEA) وهو هرمون يلعب دورا في تعديل الكورتيزول.

-ارتفاع (Immunoglobulines A) الموجودة في اللعاب وهي من العوامل التي تساعد على تعزيز المناعة.

- زيادة افراز هرمون الأوستوسين(Ocytocine) وهو ناقل عصبي ينقل المعلومات العاطفية ويحفز الارتباط ويسمى هرمون الحب وهو يفرز بشكل خاص أثناء الولادة والرضاعة لزيادة الروابط بين الأم وطفلها.

- آثار ايجابية على العديد من النواقل العصبية من بينها الدوبامين(هرمون السعادة) والسيروتونين (تلعب دورا رئيسيا في الوقاية من القلق والاكتئاب)  
-انخفاض إدراك الضغط النفسي والمشاعر الغير السارة.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الآثار طويلة المدى وهي لا تظهر إلا بعد الممارسة المستمرة لهذه التقنية على الأقل لمدة أسبوع إلى عشرة أيام، وذلك ثلاث مرات في اليوم لمدة خمس دقائق وهذه الآثار هي تراكمات للآثار السابقة ومن بينها: انخفاض القلق، الاكتئاب، تحسن التركيز، وزيادة تحمل الألم... الخ.

وقد وجدت المشاركات صعوبة في التدريب عليها أثناء متابعة حركة الدائرة بين إدخال الهواء وإخراجه (قطع التنفس، وبداية التنفس) واستلزم وقتا للتعود عليها، لذلك احتجن لعدة تمارين في البيت حتى توصلن لمواكبة هذه الحركة وقد استخدمنها أثناء السفر إلى عيادة ابن رشد لأجراء الفحوصات (الكشف عن حجم البويضة) وكانت النتائج أفضل من سابقتها حسب تعبيرهن حيث شعرن براحة وطمأنينة أثناء السفر عكس المرات السابقة (قبل البرنامج) كما سمحت لهن بالتخلي عن الأفكار السلبية المرتبطة بالعلاج. (طبقتها عدة مرات في السيارة وهذا ساعدني على الشعور بالراحة وبقرب المسافة عكس السابق، شعرت عند تطبيقها بأن ذهني صافي، كلما فكرت في نتيجة الفحص إلا وحاولت الاسترخاء فأشعر أنني أفضل، شعرت بأنني أستطيع خفض توترتي بهذا التمرين... ) وفي هذا الإطار يشير (العقاد، 2001، 185) أن الاسترخاء أنجح وسيلة لتصفية العقل من كافة الأفكار وهو ليس مجهود يبذل وإنما هو امتناع تام عن كل مجهود. كما كانت هذه الوضعية دافعا قويا للمشاركات للتعاون والالتزام بالحضور والتفاعل الايجابي، ما دفع الباحثة لاستخدام الطريقة الثالثة وهي الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي وكان تطبيقها من خلال مشاهدة فيديو للتوضيح، وقد أعدن المشاركات تطبيق هذه التقنية في المنزل وسمحت لهن بالتخيل الايجابي خاصة بعد عملية التفريغ التي حدثت أثناء الجلسة من خلال تقييم مختلف الصعوبات التي يمكن التعرض لها وكيفية استخدام مختلف الفنيات المعرفية والسلوكية لمواجهتها، وهذا ما تم معايشته في الواقع من خلال اعادة استخدام هذه التقنية قبل السفر لإجراء شطف البويضات لدى المشاركات وهذا ما سمح بإمكانية مواجهة المواقف الضاغطة بطريقة ايجابية وأكثر فعالية من خلال الاستخدام الفعلي للمكتسبات المعرفية والمهارات السلوكية المكتسبة والتي تتطور يوما بعد ويوم وبصورة واقعية. وكان الاستعداد (التطعيم النفسي) الذي يتم خلال كل جلسة قبل كل فحص طبي من خلال مواكبة مراحل العلاج الطبي مع مراحل العلاج النفسي، دورا هاما في إمكانية التطبيق العملي لهذه المكتسبات، كما أن هذا الاستعداد أضاف على الجلسات جو مميز من التعاون والنشاط والدافعية، وتبادل الخبرات والرغبة الفعلية في التغيير خاصة بعد النتائج الملموسة التي توصلن إليها بعد التطبيق الفعلي للاستراتيجيات المكتسبة أثناء مراحل العلاج بالتلقيح ومقارنة حالتهم بالمريضات

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الموجودات في العيادة، والفرق الفعلي المحسوس والمدرک والملاحظ الذي شعرن به والوضعية التي أصبحن عليها من خلال تقديم المساعدة والدعم للتخفيف من حالة الخوف والقلق والترقب التي كانت سائدة عند المريضات في قاعة الانتظار. وهذا ينم ربما عن حجم التغيير الذي حدث واكسبهن الثقة في النفس والتحسن الايجابي في مواجهة المواقف الضاغطة واكتساب خبرات ايجابية. وفي هذا الإطار يشير (إبراهيم، 1980، 113) أن الدراسات بينت أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التي يمنحها لهم الاسترخاء وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغييرات الجسمية.

ثم طبقت الباحثة آخر أنواع الاسترخاء وهو الاسترخاء العضلي وذلك بشكل متدرج في الجلسات الأخيرة والذي يعرف علمياً بأنه "التوقف الكامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر". ويعتبر حالة نفسية وجسدية يحدث فيها انسجام وتفاهم بين العقل والجسم لإراحة العقل من عناء التفكير المتواصل وإرخاء عضلات الجسم من الشد والإجهاد الدائم. وهذه الحقيقة تؤكدها استجابة الناس جميعهم تقريباً للاضطرابات الانفعالية وذلك بتغييرات في الأنشطة العضلية. والتوتر الشديد يضعف قدرة الكائن على التوافق والنشاط البناء حسب الدراسات، ومن هذا المنطلق جاء تركيز الباحثة أثناء الجلسات على التدريب وإعادة التدريب نظراً لصعوبة تطبيق هذه الفنية بالمقارنة مع الفنيات الأخرى حسب المشاركات. بالإضافة إلى تطبيقها كنشاط منزلي، ثم في الوضعيات الضاغطة، كمرحلة انتظار نتائج العلاج بالتلقيح الاصطناعي، وهذا لأن هذه المرحلة تعتبر من أكثر المراحل التي تزيد فيها درجة الضغط النفسي حسب ما أشارت إليه لافيال (Lavielle, 2012, 2) من أن القلق الناتج عن ضغط علاج العقم يصل إلى ذروته في مرحلة شطف البويضات وخلال مرحلة اختبار الحمل. خاصة أن التوتر العضلي الشديد حسب (إبراهيم، 1994، 104) يضعف من قدرة الكائن الحي على التوافق والنشاط البناء، فالأشخاص في حالة الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً. هذا من جهة ومن جهة أخرى قد يؤثر هذا الضغط على نتائج العلاج بالتلقيح الاصطناعي وفي هذا الإطار يشير بيوفين وشميدت (Biovin, .., 2005, schemidt) أن الضغط النفسي يؤثر على نتائج العلاج وأن النساء اللاتي سجلن كرب زواجي مرتفع تتطلب ثلاث دورات علاجية أكثر من النساء اللاتي لديهن كرب زواجي أقل. وفي

نفس السياق يشير جايم وآخرون (Jayme, et al, 2010) أنه بالرغم من صعوبة تعريف وقياس الضغط النفسي إلا أنه متورط في خفض الإنجاب. ونظر لما سبق ولفعالية هذه التقنية في خفض الضغط النفسي أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي حسب ما أشارت إليه دراسة فاليري وآخرون (Valiani, et al, 2010). حرصت الباحثة على تدريب المشاركات على هذه الفنية بشكل متدرج، من الأعلى إلى الأسفل وفي أكثر من جلسة، مع إعادة التدريب عليها في البيت وقد استغرقت جهدا كبيرا من المجموعة للوصول إلى تحقيق نتائج مرضية، ظهرت ثمارها خلال مرحلة انتظار نتائج التلقيح، ولقد تعمدت الباحثة التأكيد على إعادة التدريب على الاسترخاء العضلي في هذه المرحلة لأن المشاركات في وضعية راحة مما يستوجب عليهن الاستلقاء في أغلب الأوقات حسب تعليمات الطبيب على الأقل لمدة 15 يوما إلى غاية الكشف عن وجود أو عدم وجود الحمل وهي فرصة مناسبة لهذا النوع من الاسترخاء خاصة أن من بين فوائده خفض التقلصات مما قد يساعد على تدفق الدم إلى الرحم مما قد يؤثر إيجابا على الحمل عند التلقيح الاصطناعي. وهذا ما يؤكد مورغان أنظر ص(84) وقد عبرت المشاركات عن راحة كبيرة بعد تطبيقها أثناء هذه الفترة وهذا بعض ما ورد في التقارير الذاتية) لقد وجدت صعوبة في إعادة تطبيقها في البيت لكن مع التكرار تمكنت من استخدامها وهذا أشعرتني براحة كبيرة وبأنني أستطيع التقليل من مخاوفي، الاسترخاء العضلي مكنتني من فهم وضعيتي عند الاستيقاظ من النوم لأنني أجد نفسي في وضعية توتر شديدة لم أكن لأدركها من قبل لولا هذه التقنية، هذه التقنية بالإضافة إلى التقنيات الأخرى أزاحت عني هما كبيرا كان يقبض على نفسي منذ سنوات طويلة...).

كما تم الإشارة أثناء التدريب على أنواع الاسترخاء إلى التأثيرات المعرفية والجسمية التي خلفتها المواقف الضاغطة التي مررن بها، وأهمية الاسترخاء في تغيير المفاهيم الخاطئة، واكتساب القدرة على الضبط والتحكم ومما سبق كله يمكن القول أن هذا المزج بين الفنيات المعرفية والمهارات السلوكية سمح للمشاركات في البرنامج بفهم دور الأحاديث الذاتية في تأثيرها على السلوك، وبالتالي أعطيتها نفس الأهمية التي أعطيتها للأحداث البيئية وهذا ساعدهن على التحسن بشكل أفضل.

ومن بين الفنيات التي اعتمدت عليها الباحثة في مرحلتي التدريب على المهارات وإعادة

التدريب هي:

**السلوك التوكيدي:** إن استخدام هذه الفنية سمح أيضا بتحقيق النتائج الايجابية المتوصل إليها وهي تعرف بأنها تدريب الفرد على مجموعة من المهارات التي تساعده على زيادة الثقة بالنفس وتأكيد الذات وتقديرها، وتبني استراتيجيات ايجابية في المواجهة، ومن خلال هذا التقديم تم التأكيد للمشاركات على العلاقة الموجودة بين نقص التوكيدية والشعور بالضغط، وفي مرحلة التدريب التي تضمنت التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار السلبية والإيجابية، وكذلك الإفصاح عن مختلف الحاجات بطريقة ايجابية، تم التأكيد على المهارات اللفظية وغير اللفظية، مما سمح للمشاركات بادراك الكم الهائل من الطاقة السلبية التي تم إهدارها في تخزين المشاعر السلبية خوفا من المشاكل، والاستسلام من خلال الهروب من المواجهة وقبول الأمور وكأنها واقع محتوم. وقد طبقت المشاركات أسلوب المخطوطة مما ساعدهن على التعبير عن مشاعرهن وجعلهن أكثر وعيا بسلوكاتهن.

كما طبقت المشاركات أسلوب تطبيق المشاعر مع الزوج، من خلال تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية، وكانت هذه التجربة من أفضل الوسائل التي ساهمت في تعزيز العلاقة الزوجية لدى المشاركات. حسب تصريحاتهن أثناء مناقشة **النشاط المنزلي**. وبعد هذا الأخير (**النشاط المنزلي**) فنية رئيسية سمحت بنقل التغيير إلى الحياة الواقعية، فهي البرهان الحقيقي على قدرة الفرد على التحكم في هذه الفنيات ومدى فاعليتها. وفي هذا الإطار يشير ميكينبوم وكميرون (Meichenbaum, Cameron) إلى أن تدريب الفرد على مهارات التكيف دون إعطائه فرص للتطبيق على مواقف توترية فإن النتائج تظهر تحسن لدى الفرد لكنها تظهر أيضا محدودية في قدراته على المواجهة ويستخدم في هذه الحالة مهارات التخيل، مهارات لعب الدور. لذلك تعمدت الباحثة بإعطاء المشاركات بعد كل جلسة نشاط منزلي لتطبيقه، ولم يتوقف الأمر على النشاط المنزلي لكنه تعدى إلى حد تطبيق مختلف الفنيات المتعلمة (المعرفية، الانفعالية، السلوكية) في مواقف واقعية ضاغطة تمثلت في إجراءات العلاج بالتلقيح الاصطناعي، وهذا ما توضحه (الكركي، 2014، 2) أخصائية الإخصاب وعلاج العقم أن علاج العقم عن طريق الإخصاب خارج الجسم (IVF) يرتبط بالتوتر الواضح بسبب الفحوصات العديدة، متطلبات العلاج، ضرورة الانتظار عدم ضمان نجاح الحمل وتكرار المحاولات وأن تكاليف التقييم والعلاج التي تخص برامج الإخصاب المختلفة مرتفعة نسبياً، وهذا يشكل التزاماً وضغطاً مادياً على الزوجين. وفي هذا الإطار أيضا وفق الوكالة الطبية ( Agence de la Biomédecine, )

(17-19, 2010) تم التأكيد على أنه لا يجب التقليل من الصعوبات النفسية التي يواجهها الأزواج أثناء العلاج في مراكز التلقيح الاصطناعي وإخفاءه وراء التقنيات العلاجية، الزوج الذي لم يتحصل على الطفل الذي يرغب فيه هو زوج في حالة كرب. لذلك عملت الباحثة على جعل تطبيق الفنيات المتعلمة خارج الجلسات وفي مواقف ضاغطة وسيلة أساسية لاختبار ما تم التدريب عليه أثناء الجلسات، فقد تم تطبيق أثناء فترة الانتظار في العيادة بغية شطف البويضات فنيات الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي مما سهل من الأمر حسب المشاركات لكن رغم ذلك فقد شعرن ببعض الخوف والتوتر قبل التخدير لإجراء العملية وقد تم مناقشة ذلك على أنه أمر طبيعي، وأنه لا يمكن أن نتخلص بشكل جذري من التوتر لكن يمكن التحكم فيه وضبطه. وفي هذا الإطار يشير هيربرت ومالكوم (Heibert, Malcom) وفق (معالي، 2003، 40) أنه بعد التدريب على التحصين ضد التوتر، فإن التحدي المعرفي للفرد في التعامل مع المواقف المسببة لمشكلات التوتر تسبب له الغضب عندما يثار لكن استجابته للتعامل مع تلك المواقف، تصبح أكثر تكيفا لذلك فإن الهدف ليس استئصال أو محو التوتر، أو الضغوطات، لكن الهدف هو مساعدة الأفراد لاستبدال الاستجابات الغير تكيفية باستجابات تكيفية وأكثر فائدة.

ولقد كانت أفضل الفترات التي تم فيها استثمار كل الفنيات المتعلمة حسب المشاركات هي أثناء أصعب المراحل وهي مرحلة انتظار نتائج العلاج بالتلقيح، حيث كانت بمثابة اختبار حقيقي لكل المكتسبات التي تم تعلمها أثناء جلسات البرنامج، وصرحت المشاركات بأنهن استخدمن كل الفنيات التي تدرين عليها دون استثناء، وبالرغم من لحظات الضعف التي كانت تتناهن أحيانا ومعاودة ظهور بعض الأفكار السلبية إلا أن هذه الفترة مرت بسلام دون صعوبات كبيرة وفق ما كان منتظرا سابقا. وهذه بعض الأمثلة عن الأفكار السلبية التي كانت تتناوب المشاركات وأحاديث العودة التي كانت تساعدهن على دحض هذه الأفكار.

-الحديث السلبي: أشعر أنني مستلقية دون فائدة ترجى...

-حديث العودة: الراحة مهمة في هذه الفترة، هذا ما يمكنني فعله والباقي على الله.

الحديث السلبي: لا أشعر بأن هناك شيء في داخلي...

حديث العودة: في هذه المرحلة لا يمكن أن أشعر بوجود أي علامات هذا أمر طبيعي...

وخلال هذه الفترة وبالرغم من معاودة هذه الأفكار السلبية والسعي لتفنيدها ومشاعر الخوف من نتائج التلقيح إلا أنه في أحيانا كثيرة كن يشعرن براحة كبيرة خاصة بعد الاسترخاء. كما أن



قراءة الكتب حول التفكير الايجابي وتعزيز مصادر القوة والصلابة النفسية (التعلم الذاتي) كان لها دورا مهما في مرور الوقت في عمل ايجابي أشعرهن بالراحة وزادهن ثقة بقدرتهن على تجاوز هذه المرحلة وربما مراحل أخرى بشكل ايجابي. وهذه هي الميزة الاستثنائية لهذا البرنامج وهو الواقعية فلم تحتاج الباحثة لفنيات التخيل أو لعب الدور حتى تختبر فاعليته كما أشار إلى ذلك ميكينوم، وإنما كان التطبيق عمليا من خلال مواجهة أحداث واقعية ضاغطة، ومناقشة مختلف ردود أفعال المشاركات اتجاهها لتحديد جوانب القصور لتقويتها، وتدعيم الايجابي منها لتطويرها. وهذا ما يؤكد أسلوب التحصين ضد التوتر حسب ماج و كوتلاش (Maag, Kotlash, 1994) من أن التطبيقات العملية للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد، تعلمهم كيفية التكيف بنجاح مع خبرات التوتر، وكذلك بناء وجهات نظر دفاعية تساعدهم على تحمل المواقف التوترية الشديدة. (معالي، 2003، 39).

كما سعت الباحثة خلال هذا التطبيقات العملية لطمأنة المشاركات على أن الشعور ببعض التوتر أو معاودة الأفكار السلبية هو أمر طبيعي. فلا يمكن بحال من الأحوال العيش بدون ضغوط، لكن مع ذلك يمكن تطوير القدرة على الاحتمال والمواجهة الفعالة.

### 1-2- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

1-2-1- عرض الفرضية الثانية: ونصها "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على قائمة هوبكنز للأعراض لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي "

وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) بعد التحقق من شرطي اعتدالية التوزيع وتجانس التباين عن طريق اختبار كولموغروف سيميونوف. والجدول الموالي يوضح هذه النتائج.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول رقم-21-اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) لعينة

واحدة (المجموعة التجريبية) في قائمة هوبكنز للأعراض.

الدالة الاحصائية	Z كولموغوروف سيميرنوف	الفروق المتطرفة			المعايير العادية		العدد	قائمة هوبكنز
		السالبة	الموجبة	المطلقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0,90	0,57	-0,21	0,25	0,25	13,42	140,20	5	قياس قبلي
0,96	0,50	-0,22	0,21	0,22	6,02	68,40	5	قياس بعدي

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة Z في القياس القبلي هي (0,57) وفي القياس البعدي هي (0,50) وهي قيم غير دالة، وهذا يعني أن شرطي تجانس البيانات واعتدالية التوزيع قد تحققت وهذا يبين إمكانية استخدام اختبار (ت)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-22-يوضح قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في قائمة هوبكنز للأعراض بين القياسين القبلي والبعدي.

الدالة الاحصائية	اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	قائمة هوبكنز
0,000	13,03	13,42	140,20	5	القياس القبلي
		6,02	68,40	5	القياس البعدي

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وهذا يتضح من خلال قيمة (ت) التي تساوي (13,03) وهي قيمة دالة عند 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية في قائمة هوبكنز للأعراض لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس القبلي.

وللتحقق من صدق الفرض أيضا قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض في القياس القبلي والبعدي عن طريق اختبار ويلكوكسن. والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول رقم-23 يوضح دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض باستخدام اختبار ويلكوكسن.

اختبار Test <sup>a</sup>	الرتب Rangs		العينة	قائمة هوبكنز للأعراض
	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
الدلالة الإحصائية	قيمة z (test <sup>a</sup> )			
0,043	-2,023 <sup>b</sup>	15,00	3,00	الرتب السالبة
		,00	,00	الرتب الموجبة
b متمركز (basée) على الرتب الايجابية			a اختبار ويلكوكسن	

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وهذا يتضح من خلال قيمة (ت) التي تساوي (13,02) وقيمة (z) التي تساوي (-2,02<sup>b</sup>) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0,05، مما يدل على وجود فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه لصالح القياس القبلي ومنه نستنتج أن للبرنامج أثر في خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب، أعراض جسدية، أعراض أخرى) لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي أفراد العينة مما يعني أن الفرضية تحققت.

أما عن حجم التأثير: فقد قامت الباحثة بحساب قوة العلاقة بين المتغير المستقل والتابع، وذلك بحساب قيمة معامل ايتا تربيع، والجدول التالية يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-24- يوضح قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.

الأداة	معامل ايتا تربيع	نسبة التباين	حجم الأثر
استبيان مصدر الضغط	0,97	%97	مرتفع

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن حجم الأثر المستخرج من معامل ايتا تربيع بلغ 97% وهي قيمة مرتفعة وعالية أي أن الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (قائمة هوبكنز للأعراض) مرتفع، وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب...) لدى أفراد المجموعة التجريبية. مما يؤكد تحقق الفرض.

مع العلم أن الباحثة لم تتبع نفس طريقة تفسير النتائج التي اتبعتها في الفرضية الأولى، التي اعتمدت فيها على إظهار مراحل البرنامج العلاجي بشكل مفصل وواضح، وإنما سيتم التفسير بشكل عام ومرحلية العلاج ستظهر بشكل ضمني فقط.

**1-2-2-تحليل ومناقشة الفرضية الثانية.** يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول رقم (22) و(23) أن قيمة (ت) دالة عند مستوى دلالة (0,001) وأن قيمة (z) دالة عند مستوى دلالة 0,05 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب، أعراض جسدية، أعراض أخرى) لدى المجموعة التجريبية. كما أن حجم التأثير الذي مارسه البرنامج العلاجي (متغير مستقل) على الأعراض السابقة الذكر (متغير تابع) كان مرتفعاً حسب ما توضحه نتائج الجدول (24)، مما يؤكد التأثير المرتفع للبرنامج العلاجي على خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب...) لدى المجموعة التجريبية.

وهذه النتيجة تتفق مع أشارت إليه الدراسات من أن العلاج المعرفي السلوكي ساعد على تحديد أنماط التفكير غير الصحية وتعديل السلوك وأنه مفيد في علاج القلق والاكتئاب لدى المصابين بالعقم. وفي نفس السياق أشار كل من اسبادا ومورينو (Espada, Moreno-Rosset, 2008, 188) أن استراتيجيات التدخل المركبة سواء الفردية أو الجماعية هي أكثر فعالية في خفض مستويات القلق في مرحلة الانتظار أو بين مراحل العلاج بالتلقيح. وفي هذا الإطار يشير

كريستوفر (Christopher, 2002) أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في خفض الضغط النفسي قبل العلاج بالتلقيح، وأن التدخلات العلاجية الجماعية تسمح بالتنفيس في وسط تعاطفي يعمل على زيادة التفاؤل وخفض مشاعر العزلة والوحدة.

وهذا يتماشى مع ما عملت عليه الباحثة من خلال اختيار العلاج الجماعي الذي سمح للمشاركات بتحويل خبرة العقم الدرامية إلى خبرة معاشة ومدركة معرفيا مع بعضهم البعض وتفعيل إحساسهم بوجودهم كفاعلين يفعلون ما يمكنهم أفضل من كونهن مرضى وضحايا لوضعياتهن وهذا من خلال تنوع الفنيات العلاجية (المعرفية ، الانفعالية، السلوكية) ومن أهم الفنيات المعرفية التي ركزت عليها الباحثة هي إعادة البناء المعرفي لدى المشاركات من خلال تحويل أو تركيز الانتباه على الأحاديث الذاتية من أجل تحديد السلبية منها ومناقشتها وتنفيذها واستبدالها بأخرى ايجابية من خلال جملة من المراحل تمثلت في الكم المعلوماتي المتنوع الذي تلقته المشاركات حول العقم وعلاجه، وتمت مناقشته في ضوء جوانب مختلفة، تم الإشارة إليها سابقا، بالموازاة تم التركيز على تفسير نتائج الفحوص والتحليل الخاصة بكل مشاركة ما ساهم في زوال الكثير من الغموض الذي كان يكتنف هذه الإصابة. كما اهتمت الباحثة بتوضيح العلاقة الدائرية القائمة بين العقم والضغط، وأن الأعراض النفسية والجسمية التي يعاني منها (التوتر، الخوف، التعب، والقلق...الخ) قد تكون نتيجة تراكمات هذه الضغوط وفي هذا الإطار يشير(علي، 2005، 208) إلى أن الناس يستطيعون الصمود أمام أحداث الحياة الضاغطة قصيرة المدى ولكنهم يفقدون القدرة على التصدي للأحداث طويلة المدى نتيجة ما تسببه لهم من خبرات مؤلمة، تتمثل في الإحباطات والتوترات التي لا تتحملها الأجهزة النفسية والجسمية للإنسان، وبما أن المشاركات في البرنامج تفوق مدة زواجهن التسع سنوات، فهذا يعني أنهن تعرضن لضغوط طويلة المدى ومتراكمة. كما أنهن الآن في خضم حوض تجربة العلاج بالتلقيح الاصطناعي كآخر الحلول العلاجية، وهذا ما قد يجعلهن عرضة للاضطرابات النفسية وفي هذا الإطار يشير كريستوفر (Christopher, 2002, 1) أن الأعراض النفسية لدى النساء العقيمات مشابهة للأعراض الموجودة عند النساء اللاتي اختبرن ظروف طبية صعبة مثل ارتفاع الضغط الدموي، السرطان، بالإضافة إلى النساء اللاتي يخضعن لإعادة التأهيل القلبي. وفي نفس السياق تشير لافيال (Lavielle, 2012, 2) أن العقم هو سبب الضيق النفسي وأن القلق الذي يظهر عند النساء أثناء مرحلة التلقيح هو استجابة للضغط الناتج عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي.. لذلك اهتمت الباحثة في ضوء ما سبق على التأكيد على هذه العلاقة القائمة، والسعي

لتحضير وتهيئة المشاركات للتعامل الايجابي مع كل مرحلة من مراحل التلقيح. وهذا من خلال استغلال كل تم اكتسابه من فنيات أثناء الجلسات العلاجية، مع التأكيد على أن الشعور بالضغط والصعوبات الانفعالية قد تكون مرتبطة بطريقة تفسير الحدث أكثر من الحدث نفسه، بمعنى أن أنماط التفكير الخاطئة لدى الفرد تؤثر سلبا على مشاعره وسلوكياته، فعندما يقع الفرد تحت الضغط يفقد القدرة على التفكير السليم، ومن ثم يلجأ إلى التحريفات المعرفية عند التعامل مع الأحداث الضاغطة. وفي هذا الإطار يشير بيك إلى أن الضغوط تؤدي إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، ففي حالة التهديد فإن هذه النظم يزداد نشاطها وبذلك ينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومنحازة، ومن ثم يفقد السيطرة على التحكم الإرادي في عمليات التفكير ويصاحب هذا انخفاض كبير في القدرة على خفض التركيز المضطرب، فالأفراد مرتفعي الضغوط يستخدمون أسلوبا سلبيا في تعليل أو تفسير الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، فلقد توصل بترسون وسيلجمان (1975) أن هؤلاء الأفراد قد يتعرضون لخطر الإصابة بالأمراض أكثر من غيرهم، وقد فسروا ذلك بأن مشاعر العجز والتشاؤم لها تأثير مباشر على الجهاز المناعي، وأن أسلوب التعليل (التفسير) يسبب تغيرات سلوكية. لذلك كان الهدف الجوهرى من إعادة البناء المعرفي هو تنمية القدرة على تنفيذ الأحاديث السلبية، وتطوير التفكير الايجابي الذي يساعد على التكيف مع المواقف الضاغطة وخفض الأعراض النفسية والجسمية (التي بينها قائمة هوبكنز للأعراض) وفي هذا الإطار يرى ميكينبوم أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (وهو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبنى عليه سلوكا جديدا متوافقا. (أبو زيد، 2008، 133). وهذا ما عملت عليه الباحثة طوال جلسات البرنامج، مما سمح بانخفاض الأعراض الناتجة عن الضغط النفسي وهذا ما تؤكدته التقارير الذاتية للمشاركات (أصبحت أنام بشكل أفضل وأستيقظ من النوم دون الشعور بالشد في جسمي كالسابق وعدم القدرة على العمل بسبب الشعور بالتعب الشديد، أصبحت أشعر أن مقبلة على الحياة وقل عندي القلق والخوف، أصبحت أشعر بانخفاض في أعراض الربو، فأنا أتنفس بشكل طبيعي وأمارس أعمال البيت بكل نشاط، ذهب عني الهم، وقل عندي القلق وسرعة الغضب...).

وتفسر الباحثة النتائج المتوصل إليها أيضا في ضوء استخدام فنية انفعالية هامة وهي التنفيس الانفعالي، التي سمحت للمشاركات في ضوء العلاقة العلاجية الجيدة والشعور بالتقبل والثقة

والأمن، من التعبير الانفعالي عن الخبرات المؤلمة التي استنفذت طاقة المشاركات والتي كانت مرتبطة في الغالب بالشعور بالعجز اتجاه هذه الإصابة ومن تداعياتها على استمرار العلاقة الزوجية والخوف من تأثيرات الأهل على هذه العلاقة في حالة استمرار صعوبة الإنجاب، وهذا سمح للمشاركات باختزال هذه الشحنات السلبية المختزنة والشعور بالراحة، وهذا من خلال إعادة تقييم هذه المشاعر والمخاوف بطريقة عقلانية ومناقشتها من وجهات نظر مختلفة دينية، طبية، واجتماعية، مما قلل من الشعور بالعجز والتهديد.

كما أن تشارك هذه المخاوف داخل الجماعة، أضفى الشعور بالدعم من باب أن الإصابة ليست فردية، وأن جل المشاركات يتقاسمن هذه المعاناة. مما أدى إلى التحسن وانخفاض التوتر وهذا ما أكدته دراسة سابقة من أن التنفيس الجماعي في وسط تعاطفي يعمل على زيادة التفاؤل وخفض مشاعر العزلة والوحدة عند الأفراد الذين يعانون من العقم، وهذا ما يشير إليه ويست ( Weisaeth, 2000) وفق (صايمة، 2005، 58) أن معظم الدراسات التي أجريت على التفريغ الانفعالي أعطت نتائج ايجابية كانت تتم عبر مجموعة المشاركين في التفريغ. وفي الإطار نفسه يضيف (سيلجمان) أن الإرشاد الجمعي هو من أفضل أساليب التدخل الإرشادي وذلك لأنه يساعد على التقليل من العزلة ويزيد من مهارات المواجهة وتخفيض مستوى التوتر والقلق.

كما يعد الاسترخاء بأنواعه من أهم الفنيات التي ساهمت في الحصول على النتائج المتوصل إليها (انخفاض الأعراض) وذلك على مدار جلسات البرنامج، مما سمح بالاستفادة من هذه الأنواع وفي هذا الإطار تشير لافيال (Lavielle, 2012, 2) أن أغلب الدراسات توصلت إلى فعالية الاسترخاء والتأمل في خفض الضغط النفسي، والقلق، الاكتئاب، وخفض نشاط الجهاز السمبتاوي، وزيادة نشاط الجهاز المناعي لدى الأفراد المصابين بالعقم. لهذا السبب اهتمت الباحثة بتدريب المشاركات على فنيات الاسترخاء من أبسط الطرق وهي التنفس البطني لتحسين عملية التنفس، ثم التنفس العميق لاكتساب مهارة ضبط الوقت في استدخال الكمية المطلوبة من الأكسجين وطرد ثاني أكسيد الكربون في الوقت المناسب، ثم الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي من أجل اكتساب مهارة الجمع بين الاسترخاء والقدرة على التصور من خلال استحضار مناظر أو صور أو كلمات (تضمنين أفكار) لزيادة فعاليته، ثم إلى أعقد هذه الطرق وهي الاسترخاء العضلي لاكتساب القدرة على الضبط والتحكم من خلال شد وإرخاء العضلات. وهذا التدريب على هذه الأنواع أثناء الجلسات واعداد التدريب عليها من خلال نقلها إلى مواقف واقعية، سواء في المنزل أو أثناء

مواجهة مواقف ضاغطة كإجراءات العلاج الطبي ، أدى إلى تطوير جوانب القصور في الاستخدام وزيادة تعزيز الذات لتعميم النجاح في التعامل مع المواقف الضاغطة من خلال استخدام استراتيجيات مناسبة أثبتت فعاليتها أثناء الاستخدام وهذا ما أقرت به المشاركات بعد كل إجراء طبي(لقد قل عندي الخوف والتوتر عند إجراء الفحص بالأشعة، قل عندي الشعور بالإجهاد والعصبية عند السفر للعلاج، لم أعد أشعر بالتعب والألم في رقبتي عند انتظار دوري في الفحص كالسابق، قل عندي التشاؤم ومشاعر اليأس من العلاج...).

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة الإيجابية إلى فنية السلوك التوكيدي التي تعلمن المشاركات من خلالها كيفية مواجهة الضغوط الاجتماعية من خلال لعب الدور وقلب الدور بهدف تأكيد الذات في المواقف الاجتماعية التي تسبب لهن التوتر. حيث تسهم هذه الفنية في ضبط سلوك الفرد من خلال تعريضه لمواقف تعمل على استثارة التوتر الانفعالي لديه وتدفعه للتصرف بطريقة تكيفية، حيث قامت الباحثة بتدريب المشاركات على تمثيل مواقف اجتماعية مثيرة للضغط، لتحديد الممارسات التكيفية المقابلة لهذه المواقف وغير التكيفية، وهذا في جو من الدعابة والمرح لزيادة دافعية المشاركات على العمل. وفي هذا الإطار يشير (سعفان، 2006، 174). أن لعب الدور من الأساليب العلاجية التي يعاد فيها تنظيم وبناء المجال النفسي والاجتماعي من جديد وتعلم سلوك جديد. كما يتم من خلال هذه الفنية الكشف عن المشاعر وإسقاطها على شخصيات الدور التمثيلي بالإضافة إلى التنفيس عن الانفعالات والأهم هو الاستبصار بالذات وبدوافع السلوك. والتدريب على هذه الفنية سمح للمشاركات حسب تصريحاتهن بالخروج من العزلة والوحدة، وخفف عنهن مشاعر لوم الذات، ولوم الآخرين، وتغيير الكثير من الأفكار المرتبطة بالتصورات الاجتماعية للعقم.

وقد أتاح أسلوب المناقشة الجماعية الفرصة للمشاركات: بالتأثر بالآخر، عدم الإحساس بالنفرد في المشكل، والقدرة على رؤية المشكل الشخصي عند شخص آخر بحيث تصبح النظرة أكثر شمولية مع إمكانية الانفصال الانفعالي عنه، كما أن الحوارات الثنائية في الجماعة سمحت بإمكانية التماثل مع الآخر والتعبير عن الذات بلسان الآخرين ربما لصعوبة الإفصاح عما هو موجود بالداخل أو لقلّة الزاد اللغوي الضروري للتعبير عن الانفعالات والمشاعر في بيئة يصعب فيها مثل هذه التعبيرات. كما كان الأسلوب الجماعي أيضا فرصة لتبادل الخبرات وتقييم أوجه القصور في التعاملات، وتطوير القدرة على نقد الذات بدل لومها. والتخطيط لعملية التغيير والشروع في محاولة تنمية التوكيد.



## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 1-3-1- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة:

1-3-1- عرض الفرضية الثالثة: ونصها " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والتتبعي على استبيان مصادر الضغط لدى عينة الدراسة تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي."

وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتتبعي باستخدام اختبار (ت) بعد التحقق من شرطي اعتدالية التوزيع وتجانس التباين عن طريق اختبار كولموغوروف سيميرنوف. والجدول الموالي يوضح هذه النتائج. جدول رقم-25- اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في استبيان مصادر الضغط النفسي.

الدلالة الاحصائية	Z كولموغوروف سيميرنوف	الفروق المتطرفة			المعايير العادية		العدد	استبيان مصادر الضغط
		السالبة	الموجبة	المطلقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0,47	0,84	-0,37	0,22	0,37	7,19	131,60	5	قياس قبلي
0,99	0,41	-0,15	0,18	0,18	6,54	75,40	5	قياس تتبعي

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة Z في القياس القبلي هي (0,84) وفي القياس التتبعي هي (0,41) وهي قيم غير دالة، وهذا يعني أن شرطي تجانس البيانات واعتدالية التوزيع قد تحققا وهذا يبين امكانية استخدام اختبار (ت)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول رقم-26- يوضح قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في استبيان

مصادر الضغط النفسي بين القياسين القبلي والتتبعي.

الدلالة الاحصائية	اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	استبيان مصادر الضغط
0,000	15,10	7,19	131,60	5	القياس القبلي
		6,54	75,40	5	القياس التتبعي

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والتتبعي وهذا يتضح من خلال قيمة (ت) التي تساوي (15,10) وهي قيمة دالة عند 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية في استبيان مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة لصالح القياس القبلي.

وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي في القياسين القبلي والتتبعي عن طريق اختبار ويلكوكسن. والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-27- يوضح دلالة الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي في متوسطات رتب

المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي باستخدام اختبار ويلكوكسن.

Test <sup>a</sup>	اختبار	الرتب		العينة	استبيان مصادر الضغط
		Rangs	متوسط الرتب		
0,043	-2,023 <sup>b</sup>	15,00	3,00	5	القياس القبلي
		,00	,00		القياس التتبعي

a اختبار ويلكوكسن b متمركز (basée) على الرتب الايجابية

من خلال الجدول أعلاه يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي و التتبعي، وهذا يتضح من خلال قيمة (z) التي تساوي (- 2,023<sup>b</sup>)

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وهي دالة مما يؤكد وجود فروق بين رتب متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي بين القياس القبلي والتبعي بعد مرور شهرين من إنهاء البرنامج. ومنه نستنتج أن للبرنامج العلاجي أثر في استمرار خفض مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية في فترة المتابعة. مما يعني أن الفرضية تحققت.

أما عن حجم التأثير: فقد قامت الباحثة بحساب قوة العلاقة بين المتغير المستقل والتابع، وذلك بحساب قيمة معامل ايتا تربيع، والجدول الموالي توضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-28- يوضح قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.

الأداة	معامل ايتا تربيع	نسبة التباين	حجم الأثر
استبيان مصدر الضغط	0,98	%98	مرتفع

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن حجم الأثر المستخرج من معامل ايتا تربيع بلغ %98 وهي قيمة مرتفعة وعالية أي أن الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (استبيان مصدر الضغط) مرتفع، وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض إدراك مصادر الضغط النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية. مما يؤكد تحقق الفرض.

### 1-3-2- تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة: يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها في

الجدول رقم (26) و(27) أن قيمة (ت) دالة عند مستوى دلالة (0,001) وأن قيمة (z) دالة عند مستوى دلالة أقل من 0,05 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان مصادر الضغط النفسي بين القياس القبلي والتبعي، كما أن حجم التأثير الذي مارسه البرنامج العلاجي (متغير مستقل) على مصادر الضغط (متغير تابع) كان مرتفعا حسب ما توضحه نتائج الجدول رقم(28)، مما يؤكد التأثير المرتفع للبرنامج العلاجي على خفض ادراك مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية. وهذا يؤكد استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في خفض الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية في فترة المتابعة.

وهذه النتيجة تتفق مع ما يؤكدته كل من جاكوب وكوهين (Jacob, Cohen) من ضرورة التكفل النفسي بالمصابين بالعقم من خلال تقنيات الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي، الذي أثبتت فعاليته في خفض الضغط النفسي عند المصابين بالعقم. وهي تتفق أيضا مع ما توصل إليه اسابادا

ومورينو روسي (Espada, Moreno-Rosset, 2008, 188) من أن العلاج المعرفي السلوكي لدى المصابين بالعقم يبدو أكثر استخداما علاجيا ووقائيا.

ومن خلال ما سبق يمكن أن تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء محتوى البرنامج العلاجي المستمد من التعديل المعرفي السلوكي، والذي اعتمد فيه على منظومة متكاملة من الفنيات التي تضمنتها تقنية التدريب التحصيلي ضد الضغوط والتي ساهمت في استمرار خفض إدراك مصادر الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية في مرحلة المتابعة.

ويعد استخدام المشاركات للحوار الداخلي الايجابي خلال فترة المتابعة من العوامل الهامة التي ساهمت في استمرار انخفاض إدراك مصادر الضغط النفسي، لأن التخلص من الضغوط حسب ميكينبوم مرهون بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية ايجابية. وفي هذا الاطار يشير كورمي وكورمي (Cormier, Cormier, 1991) أن التركيز في هذه المرحلة يكون من خلال مساعدة الأفراد على استخدام المهارات الجديدة التي تعلموها في مواقف حياتهم الواقعية، وذلك لزيادة مستوى التعلم ولتحقيق أكبر قدر من الفائدة للعلاج، حيث تظهر في هذه المرحلة أهمية التبرير المنطقي للتحصيل ضد التوتر، وكذلك تزويد الأفراد بنظام متكامل لبناء استراتيجيات التعميم خلال التدريب.

كما أن استمرار المشاركات في إراحة الجسم من الشد والتوتر من خلال استخدام الاسترخاء أثر على ادراكات المشاركات للذات وساعد على تبني استراتيجيات تكيفية. وفي هذا الإطار يشير (بكار سليمان، 1994) إلى أن دور الاسترخاء العضلي ليس فقط في ضبط التوتر النفسي، بل يترتب عليه التحسن في معتقدات الفرد الداخلية كما يترتب عليه اعتماد الفرد على قدراته وإمكاناته، حيث أشار أيضا إلى أن التوتر النفسي يعتبر سببا رئيسيا لاعتماد الفرد على المصادر الخارجية في ضبط ظروفه والشعور بالعجز لذلك فإن التخلص من التوتر يمكن الفرد من جعل الظروف والمواقف تحت سيطرته وليس العكس. وهذا يقودنا إلى التدليل على العلاقة القائمة بين الجسم والعقل كما سبق وأن أشرنا.

كذلك استخدام المشاركات أثناء فترة المتابعة لأحد الفنيات الهامة في إدارة الضغوط وهي السلوك التوكيدي، ساهم في تحقيق هذه النتيجة الايجابية وهذا من خلال التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر السلبية والإيجابية مع الزوج والمقربين، وإبداء الرأي بطريقة ايجابية وفعالة خاصة في القرارات الخاصة بعلاج العقم وكيفية قضاء فترة الراحة المطلوبة أثناء انتظار نتائج

العلاج. وكذلك اكتساب مهارة الحصول على الدعم الاجتماعي، ومهارة رفض الإذعان لضغوط الآخرين، وهذا مكن المشاركات حسب تصريحاتهن من الخروج من العزلة التي كن يعانين منها، كما أن المجموعة العلاجية في حد ذاتها شكلت لكل مشاركة سندا اجتماعيا هاما، خاصة أثناء مرحلة الانتظار وتلقي نتائج العلاج أين استمرت عمليات التواصل بين المشاركات بعد انتهاء البرنامج وكأنهن أسرة واحدة. وهذا سمح للمشاركات بتحقيق مكاسب هامة، سواء على الصعيد النفسي أو الاجتماعي.

كما تعزو الباحثة النتائج المتوصل إليها إلى تمكن المشاركات من إدراك الأساليب المناسبة للتكيف مع المواقف الضاغطة، وهذا من خلال التدريب على ممارسة أساليب متنوعة (معرفية، انفعالية، سلوكية) أثناء الجلسات مكنتهن من إدراك العلاقة القائمة بين طريقة التفكير، الانفعال، السلوك، كما أن التجريب العملي لهذه الممارسات على أرض الواقع سمحت لهن بفهم جوانب القصور في هذه الممارسات والتعديل المستمر بعدها، وهذا مكنهن من استثمار هذه الخبرات الايجابية لتعزيز هذه المواقف.

ويمكن عزو النتائج المحققة أيضا إلى البحث المسبق لبعض المشاركات عن العلاج النفسي لحالة التوتر والقلق التي كن يعانين منها، واغتنام فرصة المشاركة في البرنامج المقترح لتحقيق هذه الرغبة، وهذا كان دافعا قويا لحضور الجلسات بانتظام وأحيانا قبل الوقت المحدد للجلسة، والقيام بالنشاطات المنزلية بشكل منتظم رغبة وحرصا على التغيير، كما أن تهيئة المشاركات للإجراءات الطبية، وتطبيق مختلف الفنيات المتعلمة إما قبل الإجراء أو أثناء الإجراء أو بعد الإجراء، عزز من اكتساب أساليب مواجهة مناسبة، وطور قدرتهن على التكيف مع المواقف الضاغطة مهما كانت شدتها. وفي هذا الإطار يشير ميكينبوم أن أسلوب التحصين التدريجي ضد الضغوط يهدف إلى مساعدة الفرد على فهم طبيعة ردود أفعاله الانفعالية، واكتساب مهارات تكيفيه معرفية قبل الموقف، خلال الموقف، وبعد الموقف.

كما يمكن تفسير استمرار انخفاض إدراك مصادر الضغط النفسي إلى فترة المتابعة لاستخدام عملية التفريغ الانفعالي بالشكل المناسب وفي الوقت المناسب، ومع الشخص المناسب، وخير دليل على ذلك هي عملية التنفيس الانفعالي التي استخدمتها المشاركات بعد انتهاء البرنامج العلاجي وخلال تلقي نتائج تحاليل الكشف عن الحمل والتي أظهرت نتائج عدم وجوده عند جل المشاركات أي فشل العلاج بالتلقيح الاصطناعي. حيث قمن بمناقشة هذه الوضعية مع أزواجهن من خلال

التعبير عن مشاعر الحزن والأسى دون تحميل أحد مسؤولية ما حدث، عكس ما كان يحدث في السابق من خلافات بسبب الاتهامات المتبادلة بتحمل مسؤولية فشل العلاج، وهذا التغيير الإيجابي دفع بدوره الأزواج لإظهار مشاعرهم، وتقديم الدعم والمساندة والرغبة في استمرار المحاولات العلاجية مستقبلاً إيماناً منهم بالأخذ بالأسباب وترك النتائج على الله. وهذا التحول الملموس في ردة فعل الأزواج حسب المشاركات كان له وقع مهم عليهن وأظهر تطور إيجابي في العلاقة الزوجية. ويمكن هذا الأمر من الشعور بالراحة والرضا بالرغم من مشاعر الحزن والأسى التي انتابتهم لحظة سماع نتائج التحاليل. كما أن تشابهه ربما النتائج الطيبة عند كل المشاركات من باب كما يقال إذا عمت خفت وكذلك الدعم الذي تلقته كل مشاركة من المجموعة ككل، ومن الباحثة كان له دوراً هاماً في تقبل هذه النتيجة والتخطيط للمستقبل بأكثر إيجابية.

ويعد التشجيع المستمر من طرف الباحثة للمشاركات بعد كل نجاح في تجاوز الصعوبات والمواقف الضاغطة التي واجهت أثناء مراحل التلقيح السابقة من بين العوامل التي عززت قدرتهن على المواجهة والتحدي وتفعيل هذه القدرات لتجاوز تحديات ومواقف أصعب كانت تعتقد المشاركات في السابق أنها عوائق لا يمكن تجاوزها وهذا ما يشير إليه ميكينبوم من إمكانية التأثير على القدرة الاحتمالية للأفراد للتعامل مع الضغط. كما يعد الاهتمام الذي أبدته الباحثة بالمشاركات وبخبرتهن التي تضمنت في الغالب مستويات عالية من المعاناة الذاتية من العوامل التي ساعدت بالإضافة لما سبق. على إعادة تقييم هذه الخبرات، وإعطائها معاني جديدة وربطها بالحياة الواقعية، وإحداث التغيير والاستمرار عليه.

### 1-4-1- عرض تحليل ومناقشة الفرضية الرابعة:

1-4-1- عرض الفرضية الرابعة: ونصها " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والتتبعي على قائمة هوبكنز للأعراض تعزى للبرنامج العلاجي المصمم لصالح القياس القبلي".

وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتتبعي باستخدام اختبار (ت) بعد التحقق من شرطي اعتدالية التوزيع وتجانس التباين عن طريق اختبار كولموغوروف سيميونوف. والجدول الموالي يوضح هذه النتائج. جدول رقم-29- اختبار كولموغوروف سيميونوف (Kolmogorov-Smirnov) لعينة واحدة (المجموعة التجريبية) في قائمة هوبكنز للأعراض.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الدالة الإحصائية	Z كولموغرو ف سيميرنوف	الفروق المتطرفة			المعايير العادية		العدد	قائمة هوبكنز
		السالبة	الموجبة	المطلقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0,90	0,57	-0,21	0,25	0,25	<b>13,42</b>	<b>140,20</b>	5	قياس قبلي
0,93	0,53	-0,23	0,17	0,23	5,07	75,20	5	قياس تتبعي

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة Z في القياس القبلي هي (0,57) وفي القياس التتبعي هي (0,53) وهي قيم غير دالة، وهذا يعني أن شرطي تجانس البيانات واعتدالية التوزيع قد تحققا وهذا يبين امكانية استخدام اختبار (ت)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-30- يوضح قيمة (ت) للفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في قائمة هوبكنز للأعراض بين القياسين القبلي والتتبعي.

الدالة الإحصائية	اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	قائمة هوبكنز
0,000	15,40	13,42	140,20	5	القياس القبلي
		5,07	75,20	5	القياس التتبعي

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والتتبعي وهذا يتضح من خلال قيمة (ت) التي تساوي (15,40) وهي قيمة دالة عند 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قائمة هوبكنز للأعراض لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وفي فترة المتابعة لصالح القياس القبلي. وللتحقق من صدق الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض في القياس القبلي والتتبعي عن طريق اختبار ويلكوكسن. والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

جدول رقم-31- يوضح دلالة الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي في متوسطات رتب المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض باستخدام اختبار ويلكوسن.

اختبار	اختبار	الرتب		العينة	قائمة هوبكنز للأعراض
Test <sup>a</sup>	اختبار	Rangs	الرتب		
الدلالة الاحصائية	قيمة z (test <sup>a</sup> )	مجموع الرتب	متوسط الرتب	5	القياس القبلي القياس التتبعي
0,043	-2,023 <sup>b</sup>	15,00	3,00	5	الرتب السالبة
		,00	,00		الرتب الموجبة
اختبار ويلكوسن			b متمركز (basée) على الرتب الايجابية		

من خلال الجدول أعلاه يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتتبعي، وهذا يتضح من خلال قيمة (Z) التي تساوي (- 2,023<sup>b</sup>) وهي دالة مما يؤكد وجود فروق بين رتب متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض بين القياس القبلي والتتبعي بعد مرور شهرين من إنهاء البرنامج. مما يعني أن البرنامج العلاجي له أثر في استمرار خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب...) لدى المجموعة التجريبية. بعد مرور شهرين من إنهاء البرنامج، وهذا يعني أن الفرضية تحققت.

أما عن حجم الأثر: فقد قامت الباحثة بحساب قوة العلاقة بين المتغير المستقل والتابع، وذلك بحساب قيمة معامل ايتا تربيع والجدول يوضح النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم-32- يوضح قيمة حجم الأثر عن طريق معامل ايتا تربيع.

الأداة	معامل ايتا تربيع	نسبة التباين	حجم الأثر
قائمة هوبكنز للأعراض	0,98	%98	مرتفع

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن حجم الأثر المستخرج من معامل ايتا تربيع بلغ %98 وهي قيمة مرتفعة وعالية أي أن الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير



## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

التابع (الأعراض) مرتفع، وهذا يؤكد استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في خفض الأعراض النفسية والسلوكية في فترة المتابعة.

**1-4-2-تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:** يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول رقم (30) و(31) أن قيمة (ت) دالة عند مستوى دلالة (0,001) وأن قيمة (z) دالة عند مستوى دلالة أقل من 0,05 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة هوبكنز للأعراض بين القياس القبلي والتتبعي، كما أن حجم التأثير الذي مارسه البرنامج العلاجي (متغير مستقل) على قائمة الأعراض (متغير تابع) كان مرتفعاً حسب ما توضحه نتائج الجدول رقم (32). مما يؤكد استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في خفض الأعراض (أعراض القلق، أعراض الاكتئاب، أعراض جسدية، أعراض أخرى) لدى المجموعة التجريبية في فترة المتابعة.

وهذه النتيجة تتفق مع ما أشار إليه ميكينبوم من أن تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط ساعدت عدداً من الأفراد للتعامل مع الغضب، القلق والألم وهي تبدو مناسبة لكل المستويات... وهي تستخدم لمنع الآثار الضارة للإجراءات الطبية والوقاية منها. وفي الإطار نفسه يشير آليس أن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغييرات معرفية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر، وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل.

وتفسر الباحثة استمرارية تأثير البرنامج إلى فترة المتابعة في ضوء التنوع في الفنيات الذي تميزت بها تقنية التحصين التدريجي ضد الضغوط، وكذلك المرحلية في العلاج (تكوين المفاهيم، التدريب على المهارات، إعادة التطبيق) وهذا سمح للمشاركات بادراك العلاقة القائمة بين الأحاديث الذاتية والانفعال والسلوك، ومن ثم فقد استمرت المشاركات في التركيز على التفكير الإيجابي، والاستثمار الفعال في كل المكتسبات التي تم تعلمها. للوصول إلى:

- تطوير مهارات ذاتية للتعامل مع الظروف.

- إمكانية تقييم مستوى قدراتهن (تحملهن للضغوط) ومدى نجاحهن.

- زيادة مستوى وعيهم وتكيفهم مع حالات الحزن... فشل العلاج. وهذا ما اتضح من خلال ردود فعل المشاركات أثناء تلقي النتائج السلبية بعدم وجود الحمل وتمثل بعضها في: (شعرت بالحزن لحظة نقل لي زوجي النتيجة وبكيت لكني كنت أشعر بسكينة بداخلي ساعدتني على تقبل الأمر الواقع، لم أغضب بشدة كما في السابق، وناقشت الأمر مع زوجي وقررنا التحدي ومعاودة

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

المحاولة من جديد، لم أتفاجئ بالنتيجة لأنني كنت أدرك جيدا وضعيتنا الطبية لكنني شعرت بالحزن الذي لم يدم طويلا كالسابق لكن الجيد في الأمر أنني استعدت الثقة بالله ولن أفقد الأمل أبدا، ردة فعلي اتجاه النتيجة أدهشتني لأنني قبل المشاركة في البرنامج كنت أقول لو فشل العلاج سأجن، لكنني وجدت نفسي أبكي وأنا مرتاحة، أخبرت زوجي أنني حزنت فعلا لهذه النتيجة السلبية لكنني بخير ولم أعد أعاني كالسابق، لقد تصالحت مع نفسي ومع زوجي وهذا هو الأهم عندي وسنستمر في العلاج...).

وبما أن فنية التدريب التحصيلي ضد الضغوط تعتمد على تزويد الفرد وتعليمه مهارات وأساليب تسمح له بمواجهة أقل الضواغط شدة لتعزيز الاستعداد النفسي لمواجهة ضواغط أكثر عنفا وشدة. وهذا ما تم خلال جلسات البرنامج، وهذا سمح للمشاركات بمواجهة أقل الضواغط شدة هي الفحوصات والتحليل وأكثر الضواغط شدة وهي النتائج السلبية لتحليل الدم والتي أظهرتها تصريحات المشاركات السابقة الذكر. وفي هذا الإطار يرى جينسن وآخرون (Jensen, et al, 1991) وفق (معالي، 2002، 39) أن الهدف من استخدام التحصيل ضد الضغوط يظهر في مساعدة الأفراد على التطور الشامل، وإدراك أنفسهم بشكل واقعي، والبيئة المحيطة بهم، وكذلك تطوير مهارات مواجهة، واتجاهات تكيفية لضغوطات الحياة. بالإضافة لدعم الأفراد لتطبيق ادراكاتهم ومهاراتهم الجديدة.

كما يمكن تفسير استمرار انخفاض الأعراض بعد شهرين من نهاية البرنامج إلى المعلومات التعليمية التي تم تقديمها للمشاركات أثناء الجلسات والكتب المتنوعة التي تم الاطلاع عليها في مرحلة المتابعة والتي ساهمت في تشكيل جزء مهم من البناءات المعرفية الجديدة. أدت إلى تنمية وتطوير التفكير الايجابي ومن ثم تعلم بدائل سلوكية تكيفية بدل السلوكيات القديمة، وهذا نتيجة الحوار الداخلي الجديد الذي يعمل كموجه للسلوك من خلال مواصلة التأثير على البناءات المعرفية. وفي مجال العلاقة بين الأحاديث الذاتية والآثار الفيزيولوجية، فقد أوضحت البحوث أن الجوانب المعرفية تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية وعلى الانفعالات، وتوجد أدلة عديدة مستمدة من البحوث تبين بأن التفكير يؤثر في السلوك.

كذلك استخدام المشاركات لفتيات الاسترخاء بانتظام وفي أوقات وأماكن مختلفة(البيت، قاعة الفحص، أثناء السفر)، أشعرهن بالراحة والتحسن وفي هذا الإطار يشير بريسمان ( Pressman, 2009, p من أن تعلم تقنيات إدارة الضغط مثل الاسترخاء المتدرج، التنفس العميق، التأمل، مفيدة

خلال الإجراءات الطبية، وفي أي وقت يختبر فيه مريض العقم الضغط النفسي، وهذا ما كانت تقوم به المشاركات من خلال استخدام الاسترخاء بأنواعه بطريقة منظمة ومستمرة خلال فترة المتابعة.

وبعد الاسترخاء مهارة هامة من مهارات المواجهة، وتستخدم كثيرا في مجال إدارة الضغوط لهذا حرصت الباحثة على التأكيد على الاستمرارية في التدريب على طرق الاسترخاء المتعلمة لتحقيق أكبر قدر من الفائدة. وفي هذا الإطار يؤكد(العقاد، 2001) أن الاسترخاء يعد من الأساليب المفيدة في خفض القلق، الغضب وتحقيق المزيد من الصحة النفسية.

كما أن تعبير المشاركات عن الانفعالات بطريقة تلقائية من خلال تحويل مشاعرهن وانفعالاتهن الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة مع ضرورة الإفصاح عن كل المشاعر الايجابية والسلبية بما يتناسب مع الموقف، سمح بتطوير وتنمية قدرتهن على السلوك التوكيدي. وهذا يمكن أن يساهم في انخفاض الأعراض الناتجة عن الضغط، بحكم أن العديد من الباحثين أشاروا إلى إسهام السلوك التوكيدي في القدرة على ضبط ومواجهة الضغوط. ناهيك عن عمليات التنفيس الانفعالي التي كانت تتم عقب كل إجراء طبي، أو أي موقف ضاغط مما سمح للمشاركات بتقاسم هذه الخبرات الانفعالية أيا كان مصدرها أو شدتها، وخفف من وطأتها، وسمح للمشاركات بالاستمرارية في استخدام هذه الأساليب أثناء فترة المتابعة، وتحقيق نتائج مرضية. وهذا ما أكدته نتائج المعالجة الإحصائية.

وتعزو الباحثة أيضا استمرار فعالية البرنامج إلى مرحلة المتابعة إلى العلاقة الجيدة القائمة بين أفراد المجموعة التجريبية، فقد استمرت عمليات التواصل بعد إنهاء جلسات البرنامج وشكلت المجموعة معا ما يسمى إن صح التعبير بخلايا الاستماع، وهي بمثابة وحدة ثابتة، يتم فيها متابعة تطورات العلاج، تقاسم الانشغالات ومناقشتها، تقديم الدعم والمساندة الاجتماعية، وهذا قلل من مشاعر الخوف، الوحدة، العجز، القلق، والحزن... الخ. وقد تعدى أمر تقديم الدعم والمساعدة إلى خارج المجموعة إلى بعض الحالات التي تم اللقاء بها أثناء انتظار الفحص الطبي وهذا أشعر المشاركات بقدرتهن على النجاح وتقديم العون وخفف عنهن مشاعر العجز وعدم التمكين... التي كانت سائدة لديهن وتطورت لديهن مشاعر السيطرة وال ضبط والقدرة على الانجاز.

### 2-مناقشة عامة: لقد أظهرت الدراسات والبحوث المختلفة سواء على المستوى الإكلينيكي

أو النظري أن العقم يمثل خبرة ضاغطة بالنسبة للأفراد سواء أثناء التشخيص أو العلاج. وأن

الضغط الناتج عن العقم يرجع بالضرورة إلى الطبيعة الغامضة، السلبية، والخارجة عن السيطرة لهذا الأخير. كما أن النموذج التحليلي للعقم حسب كولين (Collen, , 1989) وجوردن وآخرون (Jorden,1997, et al) يسمح بالتنبؤ بوجود ضغط نفسي كاستجابة للعقم عند الأفراد الذين يعد الإنجاب بالنسبة لهم هدف مركزي في الحياة.(Mongrain, 2000, 3).

لذلك يمكن أن تعرف الباحثة ضغط العقم على أنه مجموعة من المتطلبات الداخلية أو الخارجية الضاغطة التي يدركها الفرد العقيم على أنها تفوق مصادره، وقدراته، فتسبب له المعاناة، الضيق والتوتر وقد تتعدى إلى التأثير على صحته الإنجابية والنفسية. وتختلف درجة الضغط من فرد لآخر، ويتوقف ذلك على مدى إدراكه للمواقف، وقدرته على الوفاء بمتطلباته، ومتطلبات بيئته، كما يعتمد أيضا على مصادر الدعم الاجتماعية المتوفرة لديه.

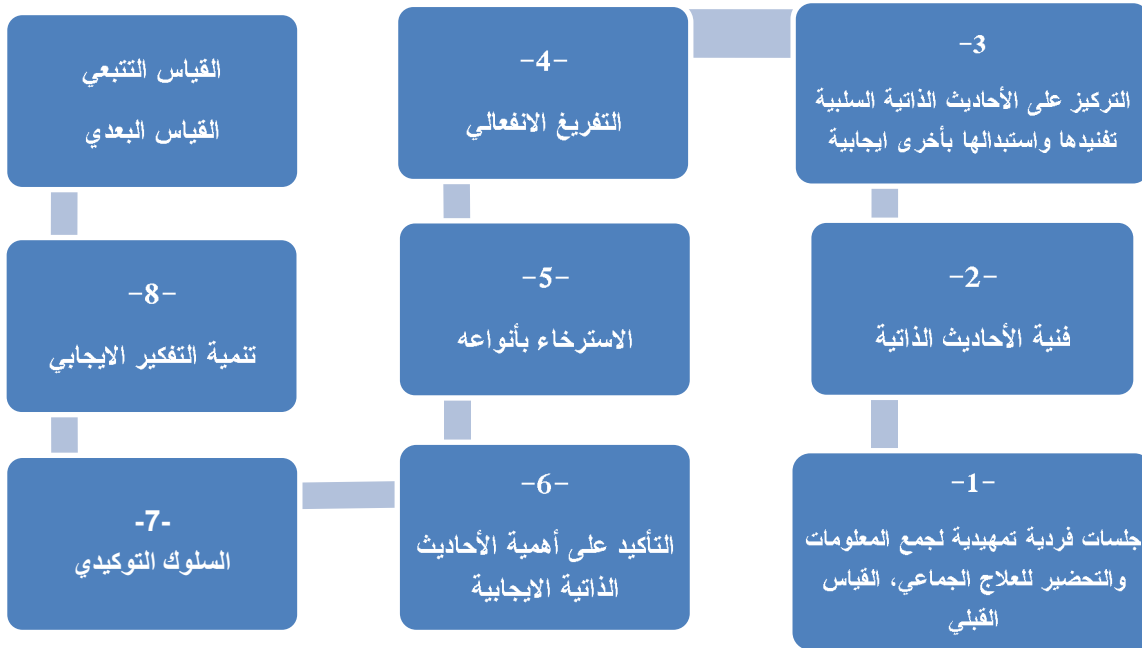
وبالنسبة للمرأة يعد العقم إصابة غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها، لأنها لا تسمح لها بتلبية حاجتها للإنجاب، وتحقيق الهدف الأساسي من الزواج وهو أن تكون أما. والوفاء بمتطلبات بيئتها وهي استمرارية الخلف مما يوقعها في المعاناة بسبب مشاعر الخسارة والفقدان التي تتكرر في كل دورة وهذا يشعرها بالضغط وفي هذا الإطار يشير آليس ودومار ( Alice, Domar, ) (2007) أن النساء العقيمات لديهن نفس مستويات القلق والاكنتئاب مثل النساء اللاتي لديهن السرطان، مرض القلب، مرض فقدان المناعة المكتسب.

كما يعد معيش المرأة في مراكز التلقيح الاصطناعي بغية العلاج استثنائيا، فهي من تتحمل أعباء الأدوية وآثارها الجانبية وأعباء مختلف مراحل التقنية العلاجية سواء كانت هي السبب في العقم أو زوجها وهذا ما يضاعف من معاناتها، ويزيد من ضغطها خاصة أن أغلب مراحل عملية التلقيح ترتبط بجسد المرأة. وفي هذا الإطار ترى مارجرينا (Margrita) بمركز الطب التناسلي بلوس أنجلز بأمريكا أنه بالرغم من التقدم الهائل في العلاج الطبي للعقم، إلا أن الأطباء حولوا اتجاههم نحو الضغط لما له من أهمية، فهو يلعب دورا في ما يصل إلى 30% من جميع مشاكل العقم، لهذا يجب التركيز على الآثار الفيزيولوجية للضغط التي قد تلعب دورا في عدم حدوث الحمل. (Marcus, 2014, p1) وفي نفس الإطار تضيف بوشز ( bouchez, 2005, 2) أنه بالرغم من غموض العلاقة القائمة بين العقم والضغط، فإنه عندما يتم توظيف تقنيات الحد من التوتر عند عينات من النساء يحدث الحمل، وهذا بعد عدة محاولات للحصول على الحمل قبل هذا الوقت. وبما أن الضغط النفسي هو مفهوم إدراكي يتضمن علاقة الفرد بذاته وبالبيئة التي يقيمها

ويدركها على أنها تفوق إمكاناته وقدرته على المواجهة والتعامل، وحيث أن النظرية المعرفية لميكنبوم في الضغوط تسلّم بأن انفعالات الفرد وسلوكياته إنما هي نتيجة طريقة تفكيره. وأن ادراك الضغوط يختلف من فرد لآخر ويعود ذلك إلى مجموعة من العوامل المعرفية من بينها التفكير، الإدراك، البناءات المعرفية، حديث الذات وكيفية عزو الأشياء هذا الأخير يشير إلى الآليات العقلية التي يستخدمها الفرد من أجل تفسير وفهم الأحداث والمواقف التي يتعرض لها، وفي أغلب الحالات فإن مرتفعي الضغوط هم أفراد يعزّون سلوكياتهم لعوامل خارجية، ويقيمون الأحداث والمواقف بطريقة سلبية، وبما أن التعديل المعرفي السلوكي لميكنبوم يعتمد على افتراض مؤداه "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها" وعلى هذا الأساس فإن تعديل السلوك يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدته على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع الموقف. وتعد طريقة التدريب التحصيلي للضغوط من أشهر طرق التعديل المعرفي وهي تشبه كما أشرنا سابقاً عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتعمل على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة. على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعبارتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط.

وقد اعتمدت الباحثة على هذه الطريقة لأنها لا تهدف فقط لمساعدة الأفراد للتعامل مع المشكلات الحالية، بل كذلك مساعدتهم للمشاركة البناءة في التعامل مع المشكلات المحتملة. كما أنها تعد من أشهر الطرق التي أثبتت فعاليتها في خفض الضغط النفسي، وفي هذا الإطار يشير كل من مور وكاين (Moore, Kathryn, 1995) إلى أن أفضل الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها هي التي تعتمد على العلاج المعرفي- السلوكي، وبشكل خاص إستراتيجية التحصين ضد التوتر، حيث وجدت الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب انخفاضاً في مستوى التوتر عند الأفراد يعد تلقيهم هذا العلاج. (معالي، 2002، 34).

والشكل الموالي يوضح أهم الفنيات التي اعتمدها الباحثة في البرنامج العلاجي المستمد من هذه الطريقة.



شكل رقم-9- يوضح أهم الفنيات العلاجية التي اعتمد عليها البرنامج العلاجي.

وكحوصلة للنتائج المحققة لمناقشتها بشكل مجمل، فقد توصلت الدراسة الحالية إلى أن للبرنامج العلاجي التدريبي التحصين فعالية عالية في خفض الضغط النفسي (مصادر، أعراض) لدى أفراد المجموعة التجريبية. وهي تتفق مع الدراسات السابقة التي تم الإشارة إليها وكذلك مع ما أكدته العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الاتجاه من بينها جيفلو وآخرون ( Givillou et al, 2009) هيجلسد وآخرون (Hjelmstedt, et al, 1999) جاكوب وآخرون ( Jacob, et al, 2010) سيال وآخرون (Stiel, et al, 2010) والتي توصلت كلها إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغط النفسي لدى النساء العقيمات. كما توصلت الدراسات حسب ما أشار إليه كريستوفر (Christopher, 2002)، وجايم وآخرون (Jayme et al, 2010)، أن العلاج المعرفي السلوكي خفض من التوتر لدى النساء العقيمات ورفع من نسب الحمل.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء تنوع وتكامل الفنيات العلاجية المستخدمة (معرفية، انفعالية، سلوكية)، والمرونة في تطبيقها والتدريب عليها في أكثر من جلسة علاجية، مما سمح للمشاركات باستبصار العلاقة القائمة بين طريقة التفكير السلبية والشعور بالضغط، وتطوير استراتيجيات تكيفية مناسبة لمواجهة المواقف الضاغطة.

كذلك يعد التزامن بين بروتكول العلاج النفسي وبروتكول العلاج الطبي أنظر ص(136) من العوامل التي ساعدت على فعالية العلاج وتحقيق أهدافه المسطرة. لأنه كان فرصة للمشاركة سمحت لهن بتطبيق ما تم تعلمه والتدريب عليه في مواقف ضاغطة واقعية، كما سمحت بإمكانية تزويد المشاركات بنظام متكامل لبناء استراتيجيات التعميم خلال التدريب الفعلي ما عزز مفهوم التحصين التدريجي ضد الضغوط وفي هذا الإطار وصف ميكينبوم وتيرك ( Meichenbaum, Turk) التحصين ضد التوتر، بأنه أسلوب يقدم الحماية النفسية بنفس الطريقة التي يقدمها التلقيح (التطعيم) الطبي للأمراض الجسمية وحسب وجهة نظرهما، فإن التحصين ضد التوتر يزود الفرد بوقاية مستقبلية، أو مهارات للتعامل مع المواقف المسببة للتوتر.

كما يمكن تفسير النتائج في ضوء العلاقة العلاجية الجيدة، التي تشكلت في خضم الجلسات العلاجية، في ظل التزام الباحثة بالصدق والتفهم الوجداني والتقبل والاحترام الايجابي غير المشروط. وهذه الشروط المناسبة جعلت من المناخ العلاجي فرصة للمشاركة لتحرير القوى الكامنة للتغلب على الصعوبات وتحدي الفشل الطبي في علاج الإصابات والتفكير بما هو أفضل في المستقبل.

- ويعد التطبيق العملي للمهارات المكتسبة أثناء الجلسات، حيث أن البرنامج اختبر فعليا وعمليا من خلال ما تعرضت له المشاركات من مواقف واقعية ضاغطة ومولدة للخوف، القلق، التوتر...الخ. حيث أن جل التقنيات المتعلمة طبقت فعليا أثناء معايشة هذه المواقف (تنشيط المبايض، شطف البويضات، ارجاع البويضات الملقحة، انتظار النتائج..). وتشير دراسة رازانسي(36, 2008, Ranzanici) أنه بالإضافة إلى إجراءات شطف البويضات ومخاطرها، وفترات انتظار تلقيح البويضة ومن ثم حقنها في حالة نجاحها فإن الإجراء الأصعب هو انتظار النتيجة والكشف عن وجود الحمل أو عدم وجوده. وهذا ما أكدته التراث النظري. لكن رغم ذلك فإن انخفاض مصادر الضغط والأعراض النفسية والجسدية بقيت مستمرة حتى بعد المتابعة ما يدل على استمرار فاعلية هذا البرنامج. وفي هذا الإطار يشير ماج وكوتلاش (Maag, Kotlash) أن أسلوب التحصين ضد التوتر يؤكد على التطبيقات في الحياة العملية للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد، وتعليمهم كيفية التكيف بنجاح مع خبرات التوتر وكذلك بناء وجهات نظر دفاعية تساعدهم على تحمل المواقف التوترية الشديدة.(معالي، 2002، 39) وهذا ما حرصت عليه الباحثة. وفي هذا الإطار يشير (كفاي، 2003) أن من أن أهم سمات الشخصية السوية هو أن الفرد يعدل من

سلوكه دائماً بناء على الخبرات التي تمر به، فهو يغير ويعدل من سلوكه حسب ما تعلمه من المواقف السابقة، وبشكل خاص المواقف ذات العلاقة بالموقف الذي يقف فيه، فكل موقف يمر به يضيف له مجموعة من الخبرات الجديدة مما يجعله قادر على مواجهة المواقف التالية. (الصميلي، 1430، 275).

كما يمكن تفسير فعالية البرنامج العلاجي واستمرار فعاليته إلى طبيعة البرنامج الذي يعتمد على العلاج الجماعي خاصة بعد تحضير المشاركات في الجلسات الفردية التمهيدية لخبرة هذا العلاج، مع التأكيد على السرية والحاجة للانفتاح والأمانة مع الأخريات وأنه مع خبرة التفاعل داخل هذه المجموعة يمكن اكتساب طرقاً للتفكير والسلوك أكثر ملائمة. وفي هذا الإطار يشير (مليكة، 2010، 103) أن مثل هذا الإعداد للعلاج الجماعي يؤدي إلى تكوين مشاعر ايجابية نحو الانضمام للجماعة، وإلى تقليل معدل التسرب وإلى تقوية الاتصال والتماسك بين المرضى. وفي هذا الإطار أيضاً يرى ميكنيوم بأن طبيعة الضغوطات التي يتعرض لها الفرد متغيرة لذلك حاجته ليس فقط للعمل مع الأفراد لدعمهم، وتزويدهم بذخيرة من مهارات التكيف، بل هو من الضروري أيضاً في بعض الحالات تجاوز العمل مع الأفراد إلى العمل مع المجموعات سواء الصغيرة منها أو الكبيرة.

كما قلل أسلوب التعلم المتبع من غموض مواقف العلاج ومن مشاعر الخوف من الفحص الطبي ونتائجه، وساعد على المعرفة المسبقة بتفاصيل هذا الإجراء، مما دعم الرغبة في التحدي والمواجهة التكيفية. كما أن المناقشة الجماعية التي تخللت المحاضرات أو مراجعة النشاطات المنزلية، دوراً هاماً في تفعيل التواصل والتغذية الراجعة داخل المجموعة التجريبية. ويرى (كامل، 2005) أن المناقشة الجماعية تعمل على النقد المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع مما يساعد الفرد على اكتشاف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة، كما تمكنه من تعلم طرق جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لديه، واكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، مما يساعد الفرد على التعديل من سلوكه النفسي والاجتماعي.

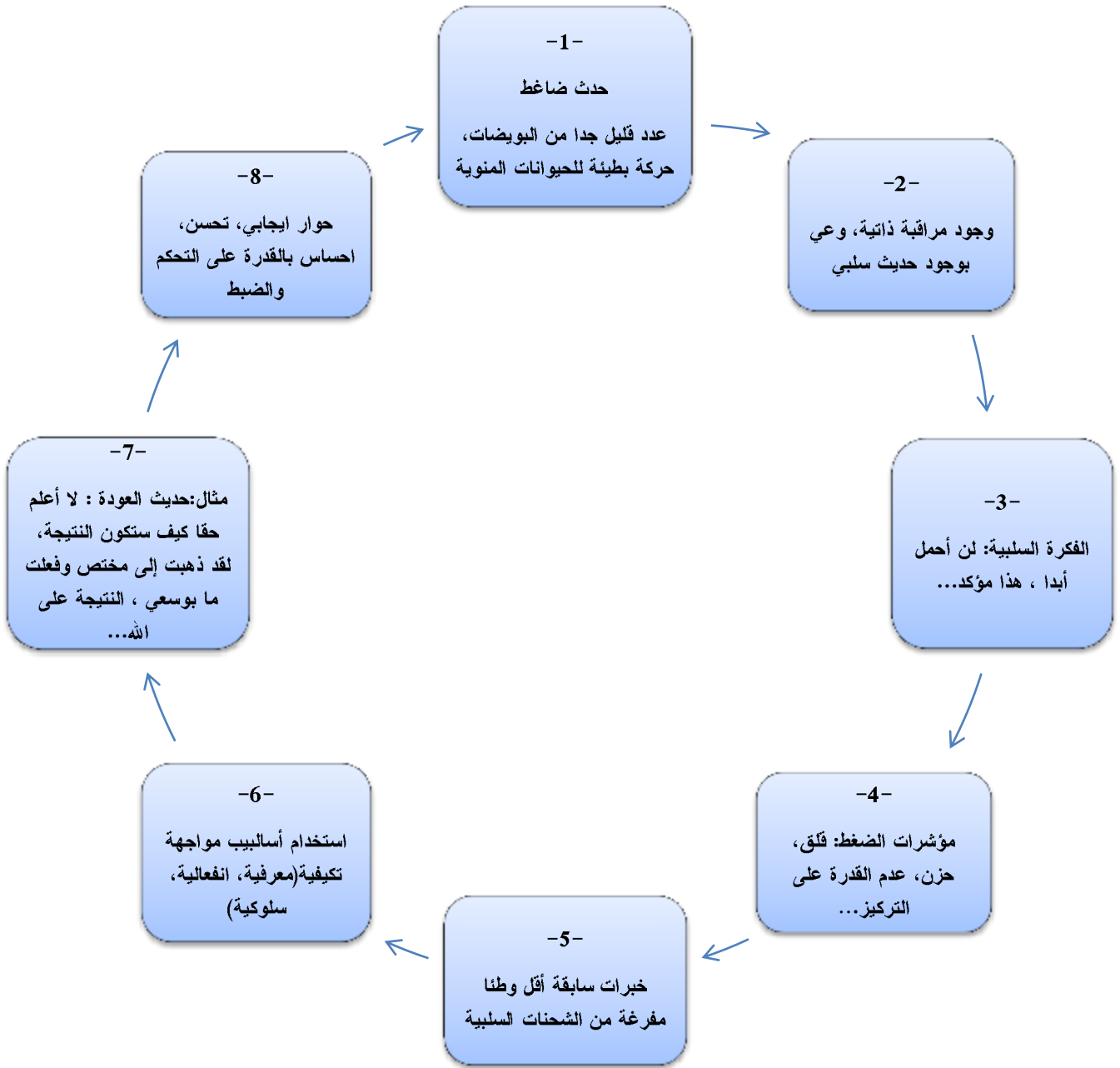
وبما أن الجماعة هي مجتمع مصغر وواقع اجتماعي يمكن من خلاله أن ينقل الفرد كل الخبرات التي تعلمها إلى مواقف الحياة، فقد عملت الباحثة على تدعيم العلاقات بين المشاركات وتقويتها، مما ساعد على تماسك الجماعة، وزيادة الشعور بالانتماء، والسند الانفعالي، وتقوية مشاعر التأييد والتشجيع المتبادل لإحداث التغيير أو التأثير الإيجابي المطلوب. خاصة في ظل



## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تجانس المجموعة من خلال وحدة المشكلة وتشابه تداعياتها، وفي هذا الإطار يشير (عوض، 2001، 118) أنه عادة ما يشعر المتعالج أنه الوحيد الذي يعاني المشكلة، وبمقابلة بعض الأفراد الذين لديهم نفس المشكلة يقل شعور الفرد بالوحدة والاختلاف وقد يساعد ذلك على التقليل من التوتر، كما تقدم الجماعة الفرصة لاكتساب الخبرات و توفر نظام اجتماعي مساند.

كما يمكن تفسير فعالية البرنامج واستمرار فعاليته في خفض الضغط النفسي (مصادر، أعراض) إلى توصل المشاركات لمستوى أفضل في استخدام مهارات إعادة البناء المعرفي: التي تتضمن إمكانية التحول من الأفكار السلبية الهازمة للذات إلى الأفكار الايجابية المدعمة للذات. وهذا مثال تم شرحه أثناء المناقشة في إحدى الجلسات الأخيرة والشكل الموالي يوضح هذه العملية بشكل مبسط كما تمت:



شكل رقم-10- يوضح مثال عن عملية التحول من الأفكار السلبية الهازمة للذات إلى الأحاديث الايجابية المدعمة للذات.

وقد تم التأكيد أثناء هذه العملية على أهمية التركيز على الأحاديث الايجابية عند دحض الأفكار السلبية من خلال الاستمرارية في استخدام وسائل مقنعة بالتوظيف المناسب للكم المعرفي الموجود والسعي دائما للتعلم الذاتي، وقد تم تبسيط هذه العملية لربطها بالواقع أو بالأحرى بشيء ملموس يمكن التحكم فيه حتى يشعرون بسهولة هذه العملية وإمكانية تطبيقها والتحكم فيها وأنها ليست شيئا خارقا لا يمكن تحقيقه. وذلك من خلال تشبيه الأحاديث الذاتية بالمذيع الداخلي الذي

يمكن أن نتحكم فيه كما نشاء من خلال تحديد نوع الإذاعة، الكلام الذي من الأفضل أن نستمع إليه، ومتى يمكن تغيير نوع الإذاعة (الشحن السلبي)، كما يمكن أيضا اطفاءها وقت ما نشاء. وهذا التقريب أو التشبيه أضفى جو خاصا على الجلسة، وسمح بمناقشة ودحض أحاديث سلبية كثيرة بأكثر وعي وتركيز. وقد أكدت الباحثة على المشاركات على أهمية التركيز على الأحاديث الايجابية لأطول وقت ممكن من الزمن خاصة بعد إدراك الدور الذي تلعبه أحاديث الذات في تغيير التفكير والوجدان والسلوك من خلال التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي يجريها الفرد.

ويعد الاستخدام المتنوع والمنتظم لعمليات الاسترخاء أثناء مراحل التلقيح الاصطناعي من أهم الأساليب العلاجية الذي أكدت جل المشاركات على الدور الذي لعبته في تحسين المزاج والشعور بالراحة والرغبة في الانجاز وزيادة القدرة على الضبط والشعور بالهدوء وشفاء الذهن. وهذا ما تبينه بعض التقارير الذاتية(أشعر بأني أفضل حالا وأخف وأنشط من السابق، كلما طبقت الاسترخاء أشعر بسكينة داخلية، مزاجي تحسن كثيرا، واستعدت رغبتني في الحياة...). وهذا يتماشى مع أكده الباحثين في مجال الإخصاب. وفي هذا الإطار يشير فارفولي، ودارفيري (Varvogli, Darviri, 2011, 75) أن الاسترخاء يخفف من القلق كاستجابة للضغط، يساعد على زيادة الإحساس بالمراقبة، تحسين القدرة على إيقاف الحديث الداخلي، تعزيز النشاطات الفيزيولوجية، وتحسين العلاقة مع الآخر... الخ .

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

والشكل الموالي يوضح أنواع الاسترخاء المستخدمة بالتزامن مع إجراءات التلقيح.



شكل رقم-11- يوضح التطبيق العملي لأنواع الاسترخاء بالتزامن مع مراحل العلاج بالتلقيح.

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن كل نوع من أنواع الاسترخاء يقابل مرحلة معينة من مراحل التلقيح أي تقابل الدوائر. فمثلا التنفس البطني يقابل مرحلة الفحوص، التنفس العميق يقابل التنشيط الهرموني... وهكذا إلى غاية فترة المتابعة التي تم فيها استخدام كل أنواع الاسترخاء.

كما يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء انخفاض مشاعر الخوف، القلق، الوحدة عدم الرغبة في الحياة، ومشاعر فقدان والخسارة... الخ التي كانت مسيطرة من قبل على المشاركات (قياس قبلي)، إلى العدد المناسب للفنيات التي اعتمدها البرنامج العلاجي والتي تميزت في جوهرها بالدينامية والوظيفية مكنت المشاركات من إعادة تقييم الأحداث الضاغطة ومواجهة جوانب رئيسية في كثير من هذه الأحداث، وتطوير أساليب تكيفية لمواجهة الضغوط. كما أن الاستمرارية في استخدام هذه الفنيات أثناء فترة المتابعة ساعد على استمرارية هذا التغيير الإيجابي، فمثلا استخدام أساليب التنفيس الانفعالي كأسلوب الكتابة مثلا الذي ثمنت الباحثة على اعتماده والاستمرارية عليه من خلال إشارتها إلى أن الدفتر هو ذلك الصديق المريح الذي لا يغضب أبدا ولا يكون مشغولا

ليستمع إليك، كما أنه وسيلة تساعد على استبصار الذات، والكشف عن الأحاديث الضمنية السلبية... كما أن عمليات التواصل التي تتم بين المشاركات من جهة وبين المشاركات والباحثة من جهة أخرى، كانت من بين وسائل التفريغ المعتمدة، وقد وفر هذا الأمر سندا انفعاليا كان مفقودا من قبل وكذلك دعما اجتماعيا هاما سهل تجاوز مرحلة الانتظار ونتائجها بأقل صعوبات ممكنة. كما أن الاستمرارية في استخدام مهارات السلوك التوكيدي واستثمار النتائج الايجابية التي حققتها كل مشاركة على المستوى الشخصي مثل الوصول لفهم الذات، وفهم الآخر ساهم في التحسن الواضح في العلاقات الزوجية من خلال الوصول إلى إدراك أن مشروع الإنجاب هو مشروع مشترك يحتاج إلى كثير من التعاون والصبر، وأنه قد يتحقق وقد لا يتحقق، وأنه من الأفضل الأخذ بالأسباب وترك النتائج على الله وفي خضم ذلك من المفيد استثمار هذه العلاقة بشكل ايجابي ما أمكن ذلك. كما ساهم أيضا في استخدام بناء جسور العودة للعائلة الذي يعد كأحد وسائل التغلب على العزلة، الفراغ، والوحدة... وهذا سمح بتحسين وزيادة شبكة العلاقات الاجتماعية. والوصول إلى التصالح مع الذات ومع الآخر.

وترى الباحثة أنه يجدر الإشارة إلى أن الأعراض التي تعاني منها أفراد المجموعة التجريبية هي أعراض مرتبطة بشكل كبير بالضغط النفسي وليس لها علاقة بالعلاج الدوائي لتنشيط المبايض لأنه تم إجراء القياس القبلي في مرحلة الفحوصات، وقد أشار العديد من الباحثين للأثار الجانبية لهذه الأدوية وفي هذا الإطار ترى لافيال (Lavielle,2012,2) أن القلق الذي يظهر عند النساء أثناء مرحلة التلقيح الاصطناعي هو استجابة للضغط الناتج عن العلاج بالتلقيح الاصطناعي "IVF" الذي يرجع إلى عدم التيقن من نجاح العلاج، وردود الفعل الجسدية على الأدوية... إلخ). ويجدر الإشارة أيضا أنه عند إجراء القياس البعدي للمشاركات كن في مرحلة نهاية العلاج الدوائي وبالتالي احتمال بقاء الأعراض وارد، لكن رغم ذلك فالنتائج الإحصائية أظهرت انخفاض الضغط النفسي (مصادر، أعراض)، وهذا قد يوضح أيضا فعالية البرنامج العلاجي المستخدم.

وما يفسر أيضا النتائج المتوصل إليها هي ما سعت إليه الباحثة من أن لا يقتصر الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي على مراحل الإجراءات الطبية في التلقيح الاصطناعي فحسب بل أن يتعدى أو يمتد لأبعد من ذلك، فالمرحلة الأهم هي ما بعد العلاج، خاصة في ظل المعطيات الطبية (الحجم الصغير للبويضات وعددها القليل، ضعف حركة الحيوانات المنوية..) التي تشير إلى انخفاض نسب نجاعة العلاج بالتلقيح عند جل المشاركات. وتعد هذه المرحلة مرحلة اختبار حقيقي

لمدى فعالية هذا البرنامج، لأنه تم خلالها استقبال نتائج التحاليل الطبية، والتي وفي المقابل بعد شهر ونصف من هذه النتيجة كشفت المعالجات الإحصائية عن استمرارية انخفاض إدراك مصادر الضغط النفسي وأعراضه لدى المشاركات، وهذا ويعني أن البرنامج نجح في الاختبار ويؤكد من جديد أن التحصين التدريجي ضد الضغوط هو اتجاه تكاملي علاجي ووقائي. ومع هذا يبقى المعاش النفسي لكل حالة هو الأهم لأن تغيير المفاهيم واستراتيجية التعامل مع الضغوط والأزمات على المستوى الفردي مكسب للمشاركات ولو فشلت في تحقيق المراد من عملية التلقيح وهو حدوث الحمل. وفي هذا الإطار ترى الباحثة أنه لا يجب التركيز فقط على المهارات المتعلمة حديثاً بقدر التركيز على المعرفة المرتبطة بالتغيير وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير، فالمعرفة التي تم اكتسابها من المعلومات التعليمية التي تم تقديمها للمشاركات أثناء الجلسات والكتب المتنوعة التي تم الاطلاع عليها في مرحلة المتابعة وتطوير التعلم الذاتي كلها شكلت جزءاً مهماً من العلاج أدى إلى تشكيل بناءات معرفية جديدة، وسلوك متكيف جديد بدل القديم، ومن ثم محاولة تثبيته وتعميمه وهذا ما أشار إليه ميكينوم بالدائرة الخيرة.

لقد ركزت الباحثة أثناء تفسير النتائج الإيجابية التي حققتها البرنامج العلاجي والتي أكدت المعالجة الإحصائية على كل نقاط القوة التي لمستها الباحثة أثناء التطبيق، لكن هذا لا يمنع من الإشارة إلى نقاط الضعف أو ما يسمى بالعوامل الدخيلة التي اكتشفتها الباحثة تأثيرها كحوصلة لهذه التجربة العلمية والتي تأمل أن تؤخذ بعين الاعتبار مستقبلاً في دراسات مشابهة حتى يكون العمل متكاملًا وفعالاً بشكل أكبر وتتمثل في:

- إشراك أزواج المشاركات في البرنامج العلاجي ضمن مجموعة تجريبية ثانية مع زوجاتهم مع الحرص على أن تكون الجلسات العلاجية في نفس اليوم.

- الأخذ بعين الاعتبار التاريخ الطبي الشخصي لكل مشاركة وتموقع العقم في مسار حياتها والدينامية

السيكولوجية التي خلفها باعتبار أن العقم إما إصابة موجودة سابقاً تم الكشف عنها من خلال الزواج كالتشوه الخلقي، أو أنه إصابة مكتسبة ظهرت بعد الزواج، أو أن الإصابة غير موجودة ولم يحدث الحمل بسبب مشكل عند الزوج.

- مشكلة تأخر الفحص والتشخيص الدقيق يطرح مشكلة التوجيه المتأخر للعلاج بالتلقيح الاصطناعي بعد فشل العلاجات الأخرى وهذا يتم غالباً بعد سن 35 سنة مما يجعل نسب النجاح

ضعيفة جدا مقارنة بالمراحل العمرية السابقة. ومن ثم تختلف بعض تفاصيل البرنامج وفق هذا العامل.

-الدينامية العلائقية خاصة في بعدها التواصلي يتأثر بالحالات السابقة الذكر، ومن ثم على المعالج اكتشاف في أي حالة توجد عليها المرأة، حيث قد يلاحظ التحكم في مصادر الضغط النفسي لكن دون التحكم في الأعراض التي يمكن أن تنتج عن هذا الضغط، وهذا ما يستوجب دراسة حالة معمقة لكل مشاركة لتبيان خصائص معاشها الحالي وإمكانيات المشاركة لديها وتفعيل هذه المشاركة للوصول إلى تحقيق النجاح.

وهذا ما يجعل الباحثة تقرر بأن جلسيتين تمهيديتين غير كافيتين لإقحام المشاركات في البرنامج لأنه من المتوقع أن يؤثر معاش متأزم لمشاركة على تطور الجلسات الجماعية لأنه يفترض إدماج فعلي انفعالي وعاطفي ومعرفي لكل مشاركة في البرنامج ككل.

-تأثير الظروف المحيطة بعملية التلقيح وما يصاحبها من غموض وخوف بسبب عدم إشراك المرضى (الأزواج) في إجراءات التلقيح وكأنهم مجرد أجساد تقوم بعملية بيولوجية وهو ما يدعم خوفهم من هذا العلاج، وبالرغم من أن هذا الأمر تجاوزته الباحثة بسبب ازدواجية التخصص لديها. إلا أن التأكيد على هذا الأمر جاء لتوضيح أهمية تحضير الطاقم الطبي للتعامل بنوعية خاصة مع هؤلاء المرضى.

-تقديم خبرة واقعية لأزواج من نفس البيئة عاشوا تجربة العقم وعلاجه من شأنه أن يفعل من دينامية البرنامج ويحقق نتائج ملموسة وفورية. انظر ملحق رقم-17-

### خاتمة:

تقدر منظمة الصحة العالمية حوالي مليوني حالة عقم جديدة تحدث سنويا، وهذا بالرغم من التطور الطبي الذي تحقق في مجال التقنيات المساعدة للإخصاب، وتعد تداعيات هذه الإصابة على الزوجين خاصة المرأة من الأولويات التي سخرت لها الدول المتطورة والمنظمات العالمية كل الاهتمام والرعاية...، حيث ركزت التوجهات الحديثة للدراسات على العلاج النفسي لهذه التداعيات التي لا ترتبط فقط بالصحة النفسية للمرأة وإنما أيضا بالصحة الإنجابية. لذلك جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذه العينة من خلال تدخل علاجي يركز على التدريب التحصيني ضد الضغوط لميكينوم الذي يندرج ضمن العلاجات المعرفية السلوكية التي استخدمت كثيرا في مجال الإخصاب المساعد لدى العقيمين وهذا ما أكدته عديد الدراسات التي تم التطرق إليها في هذه الدراسة، فهو لا يخفف فقط من الضغط النفسي الذي تتعرض له المرأة جراء غموض هذه الإصابة وفشل المحاولات العلاجية الأخرى واللجوء إلى العلاج بالتلقيح كآخر الحلول العلاجية الممكنة، واجراءاته المتعبة التي تستنفد الكثير من الجهد المعنوي والمادي. بل يتعداه إلى رفع نسب الحمل... وفي ظل التوجهات الحديثة للدراسات التي ركزت على أهمية الجانب النفسي جنبا إلى جنب مع الجانب الطبي. وفي ظل غياب مثل هذه الدراسات على المستوى المحلي جاءت هذه الدراسة كتجربة أولى في هذا المجال (الإخصاب المساعد). من خلال برنامج علاجي تدريبي تحصيني مصمم لخفض الضغط النفسي لدى العقيمت الخاضعات للتلقيح الاصطناعي، وهذا كوسيلة تدخل علاجي جماعي طبق على عينة تقدر بخمس عقيمت، مع مراعاة مواكبة مراحل هذه العملية العلاجية مع مراحل التلقيح الاصطناعي لتنمية وتطوير المناعة النفسية لدى هذه العينة من خلال مواجهة أقل الضغوط شدة ألا وهي الفحوص والتحليل إلى مواجهة أكثر الضغوط شدة وهي انتظار وتلقي نتائج التلقيح خاصة في ظل المأل الطبي الغير مشجع. وذلك لمدة شهر ونصف بمعدل جلستين في الأسبوع.

وقد أظهرت نتائج الدراسة فعالية هذا البرنامج العلاجي في خفض الضغط النفسي لدى العقيمت الخاضعات للتلقيح الاصطناعي. بحيث لم يظهر الأثر الإيجابي للبرنامج على مستوى إدراك مصادر الضغط النفسي، والأعراض النفسية والجسمية لدى عينة الدراسة من خلال



## خاتمة

نتائج القياسات القبلية والبعديّة فحسب، بل أكدت النتائج أيضا استمرار أثره الإيجابي أثناء فترة المتابعة. مما يؤكد الفعالية العالية التي يتمتع بها هذا البرنامج.

ونتيجة هذه الدراسة جاءت لتؤكد على نتائج الدراسات السابقة في مجال الإخصاب التي تشير إلى انخفاض الضغط النفسي لدى العقيّمات، وهذا يدفعنا للقول أن مثل هذه البرامج هو محاولة علمية في ميدان الخدمة النفسية والعلاج النفسي والمساعدة الذاتية للأفراد، خاصة إذا أدركنا أهمية الاستقرار النفسي والزواج والصحة النفسية بالنسبة للمرأة سواء نجح معها العلاج الطبي أو لم ينجح، وكذلك أهمية ودور الصحة النفسية في حدوث الحمل والحفاظ عليه وتمتع الجنين بالصحة الجيدة بعد الولادة ليصبح فيما بعد فردا يتمتع بالصحة النفسية والجسدية يعمل ويكرس حياته من أجل رفاهية الانسانية والوجود الأفضل للأفراد.

وهذا يتطلب بلا شك المزيد من الدراسات في هذا المجال ويفتح آفاق أبحاث جديدة تقترح الباحثة بعضا منها كحوصلة لهذه التجربة العلمية وتتمثل في:

- إجراء دراسات عيادية حول المعيش النفسي للعقيّمات في مراكز التلقيح الاصطناعي.
- إجراء دراسات حول المعيش النفسي للأزواج (الرجال) في مراكز التلقيح الاصطناعي.
- إجراء دراسات حول التصورات الاجتماعية للعلاج بالتلقيح الاصطناعي ومنتوج هذا العلاج(أطفال الأنابيب).
- إجراء دراسات حول تصورات الأطباء حول عمليات التلقيح الاصطناعي.
- إجراء دراسات حول فعالية برامج علاجية تعتمد على المنحى المعرفي السلوكي لخفض الضغط النفسي لدى الأزواج (couple) الذين يعانون من العقم.
- إجراء دراسات حول فعالية برامج علاجية تعتمد على التدريب التحصيلي لخفض الضغط النفسي لدى النساء في مراحل التلقيح الاصطناعي مع إشراك الأزواج في مجموعات مستقلة.
- إجراء دراسات حول أهمية مراعاة الطاقم الطبي للحالة النفسية للأفراد أثناء إجراءات العلاج بالتقنيات المساعدة على الإنجاب.

## خاتمة

-إجراء دراسات حول أهمية توفير وحدات للتوجيه والإرشاد والعلاج النفسي تتضمن مختصين من مختلف التخصصات(طبيب مختص، قابلة، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي..) في مختلف العيادات الطبية والمستشفيات لتقديم خدمات وقائية أكثر منها علاجية.

وما أدرجناه من اقتراحات لا يمكن أن يغطي كل تفاصيل المعيش النفسي الصعب الذي تعيشه المرأة العقيم -سواء خضعت أو لم تخضع للتلقيح الاصطناعي- بل يغطي جزءا من دينامية متفاعلة بين الجانب الفيزيولوجي والنفسي والاجتماعي والثقافي وحتى الانثربولوجي، لأن عملية الإنجاب ليست وظيفة فيزيولوجية وعاطفية فحسب ولكنها حوصلة لمعيش ولتنشئة اجتماعية خاصة تخضع لها المرأة وتنمو على اعتبارات تحقيقها. وما يزيد من البعد المركب للوضع كون هذا المعيش يجمع ثنائية (زوج/زوجة) تختلف من حيث الطباع والحاجات والوظائف لكنها تشترك في مبتغى واحد هو الإحساس بالقدرة على الإنتاج (الإنجاب)، وممارسة المسؤولية تجاه هذا المنتوج (الطفل) في إطار إشباع متبادلة بين الأطراف الثلاثة: الأم/الأب/الطفل.

## قائمة المصادر والمراجع

-قائمة المصادر والمراجع

➤ المصادر:

- القرآن الكريم.

- صحيح البخاري ومسلم.

➤ المراجع:

❖ المراجع العربية:

1- إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبدالله. (2008) علم النفس الإكلينيكي - في ميدان الطب النفسي - ط (4)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

2- إبراهيم، عبد الستار، (1980)، العلاج النفسي الحديث- قوة للانسان-، الكويت: عالم المعرفة.

3- إبراهيم لبد، معتز محمد. (2013). أساليب مواجهة ضغوط الحياة و علاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة كليات المجتمع المتوسطة بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، غزة.

4- أبو جراد، حمدي يونس. (2013). قوة الاختبارات الاحصائية وحجم الأثر في البحوث التربوية المنشورة في مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، كلية التربية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 14، العدد 2.

5- أبو حبيب، نبيلة أحمد. (2010). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظة غزة: رسالة ماجستير.

6- أبو دلو، جمال. (ب س). الصحة النفسية، دار أسامة.

8- أبوزيد، مدحت عبد الحميد. (2008). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية موسوعة العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الجزء الثاني القاهرة، مصر.

## قائمة المصادر والمراجع

- 9- أبوزيد، مدحت عبد الحليم.(2008). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية -العلاج بضبط الذات والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي دراسات تدخلية وبروتوكولات علاجية. الموسوعة المسلسلة للإرشاد والعلاج النفسي. (جزء 5). الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
- 10- أبو سيدو، سماح عبد بدر،(2007)، تقييم دمج العملية الارشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة،
- 11- أحمد، عطية محمد سيد.(ب.س). الضغوط النفسية لدى الكفيف وعلاقتها باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة، جامعة الزقازيق، مصر: المكتبة الإلكترونية - أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة ، [WWW.gultkids.com](http://WWW.gultkids.com).
- 12- إسماعيل، بشرى.(2004). ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 13- الحسن، شادية الصادق.(2011). حكم الاسلام في التلقيح الاصطناعي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا- معهد العلوم والبحوث الاسلامية، مجلة البحوث و العلوم الاسلامية، العدد الثاني.
- 14- الحنفي، عبد المنعم.(1992). الموسوعة النفسية الجنسية، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- 15- الخالدي، سهى عصام مصطفى.(2014). العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب دراسة اجتماعية- كلية الدراسات العليا، رسالة ماجستير، الأردن.
- 16- الخالدي، عطا الله فؤاد.(2008). قضايا إرشادية معاصرة- في الإرشاد والعلاج النفسي-، عمان: دار صفاء.
- 17- الراس، أحمد مصطفى.(2001). العقم عند المرأة، المملكة العربية السعودية: مركز النخيل.
- 18- الرشدي، هارون توفيق.(1999). الضغوط النفسية - طبيعتها نظرياتها - القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 19- الرويشدي، سامي بن صالح.(2002). الضغط النفسي كاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة- دراسة ميدانية مسحية على ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

## قائمة المصادر والمراجع

- 20-الزراد، فيصل محمد خير.(2005). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنيقوض، بيروت: دار العلم للملايين.
- 21-الزغلول، رافع النصير ، والزغلول، عماد عبد الرحيم.(2008) علم النفس المعرفي، عمان: دار الشروق.
- 22-السالم، جهاد.(1994). علاج العقم النسائي، رسالة ماجستير في التوليد وأمراض النساء، جامعة دمشق، كلية الطب، مكتبة الجامعة الأردنية.
- 23-الشخابنة، أحمد عيد مطيع.(2010). الضغوط النفسية -دراسة ميدانية- . الاردن.
- 24-الشناوي، محمد محروس، و السيد، عبد الرحمان.(1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار غريب.
- 25-الشناوي، محمد محروس،و عبد الرحمان، محمد السيد.(1994).المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة تطبيقية ونظرية، القاهرة: دار الحامد للنشر.
- 26-العزیز، أحمد نايل.(2010). برنامج ارشادي نفسي – نموذج في التربية الخاصة – عمان: دار الشروق للنشر.
- 27-العزة، سعيد حسني وعبد الهادي، جودت عزت. (1999). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الثقافة.
- 28-العاسمي، رياض.(2011).فاعلية برنامج ارشادي قائم على الارشاد المتمركز على العميل و التغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين، مجلة جامعة دمشق، مجلد: 27، العدد: الأول والثاني، دمشق.
- 29-العامرية، منى بنت عبد الله بن نبهان.(2014). أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية، رسالة ماجستير، تخصص إرشاد نفسي، فلسطين.
- 30-العتوم، عدنان يوسف.(2004). علم النفس المعرفي، عمان: دار الميسرة.

## قائمة المصادر والمراجع

- 31- العتيبي، ضيف الله بن حمدان.(2014). فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغوط النفسية لدى نزلاء السجون، الرياض:رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 32-الصميلي، حسن بن غدريس عبده(1430). فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي- لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية- رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى: المملكة العربية السعودية.
- 33-الصواف، منى، والجلبي، قتيبة.(2003). الصحة النفسية للمرأة العربية. مصر: دار المطبوعات للنشر والتوزيع.
- 34-الطريري، عبد الرحمان بن سليمان.(1994). الضغط النفسي- مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، كتاب الكتروني.
- 35-الضريبي، عبدالله، ونحيلي، علي، والنجار، مسعد.(2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات- دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق-، مجلد: 26، العدد: 4، مجلة جامعة دمشق.
- 36-الهاجري،سارة شافي سعيد.(2007). الأحكام المتصلة بالعقم والانجاب ومنع الحمل في الفقه الاسلامي، بيروت: دار البشائر الاسلامية.
- 37-بستاني،رئيف.(1994). الموسوعة الطبية، المجلد(7)، القاهرة: الشركة الشرقية للمطبوعات.
- 38-بن علي، راجية.(2009). محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري، مجلة الحكمة، العدد الأول.
- 39-تايلور، شيلي.(2000). علم النفس الصحي. (وسام درويش بريك، فوزي شاكر طعمية داود، مترجمين). عمان: دار الحامد.
- 40-جابر، سعد سابط.(ب.س) الضغوط النفسية الناجمة عن حالة قلة الخصوبة لدى عينة من النساء، مركز البحوث النفسية والتربوية، مجلة العلوم النفسية، العدد العاشر، العراق.

## قائمة المصادر والمراجع

- 41- جودة، آمال عبد القادر.(2004). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى، المؤتمر التربوي الأول" التربية في فلسطين وتغيرات العصر"، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 42- حسن، إنعام هادي.(2012). الذكاء الانفعالي وعلاقته بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- 43- حسين، طه عبد العظيم، حسين، سلامة عبد العظيم.(2006) استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، الأردن: دار الفكر
- 44- حسين، طه عبد العظيم.(2008). العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم وتطبيقات.الإسكندرية: دار الوفاء.
- 45- خليفة، وليد السيد، وعيسى، مراد علي.(2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي - المفاهيم، النظريات، البرامج -، الاسكندرية: دار الوفاء.
- 46- دسوقي، راوية محمود حسين.(ب س). النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. مصر.
- 47- ذياب، زياد صبحي علي.(1995). أحكام عقم الإنسان في الشريعة، دائرة المكتبة الوطنية.
- 48- راو، باتريك وآخرون.(2001). دليل منظمة الصحة العالمية للأسلوب المعياري لاستقصاء وتشخيص العقم عند الزوجين، القاهرة:المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية.
- 49- سبني، رشيدة.(2008). وضعية ومكانة الجسم العقيم في المجتمع الجزائري، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- 50- سبني، رشيدة.(2013). ظاهرة العقم-دراسة نفسية اجتماعية-، الجزائر دار التنوير.
- 51- سمكري، أزهار ياسين.(2008).الرضا الزوجي وأثره على بعض جوانب الصحة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية لدى عينة من المتزوجات في منطقة مكة المكرمة، جامعة أم القرى: رسالة ماجستير، تخصص إرشاد نفسي.



## قائمة المصادر والمراجع

- 52- شقير، زينب محمود.(1998). مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية (مصرية سعودية)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- 53- شيخاني، سمير.(2003). الضغط النفسي – طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية –(ط.3)، بيروت: دار الفكر العربي.
- 54- عبد العزيز، مفتاح محمد.(2001). علم النفسي العلاجي – اتجاهات حديثة – القاهرة: دارقبا.
- 55- عبد العزيز، مفتاح محمد.(2010). مقدمة في علم نفس الصحة – مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات – عمان: دار وائل.
- 56- عبد المعطي، حسن مصطفى.(2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 57- عبد الله، يحيى موسى حمد. (2004). القواعد الفقهية في اجتماع الحلال والحرام وتطبيقاتها المعاصرة، رسالة دكتوراه في الفقه وأصوله، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 58- عبد الله، محمد قاسم.(2012). نظريات الارشاد والعلاج المعرفي. عمان: دار الفكر.
- 59- عبد الله، هشام إبراهيم.(2008). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي – أسس وتطبيقات التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه – القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 60- عبد الله، محمد قاسم.(2000). الشخصية استراتيجياتها، نظرياتها، تطبيقاتها الإكلينيكية والتربوية – الشخصية والعلاج النفسي – دمشق: دار المكتبي.
- 61- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد.(2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، عمان: دار صفاء.
- 62- عدو، عزيزة.(2008). فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة. دار هومة: الجزائر.

## قائمة المصادر والمراجع

- 63-عريبات، أحمد عبد الحليم.(2005). فعالية برنامج إرشادي يستند إلى استراتيجية حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد:17 العدد: 2، جامعة مؤته.
- 64-عسكر، علي.(2003) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها-الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق-، ط(3)، الكويت: دار الكتاب الحديث.
- 65-عطار، آسيا.(2008). القلق ولتوافق الزواجي لدى المرأة المصابة بالعمى العضوي الأولي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- 66-علام، صلاح الدين محمود.(2005). الأساليب الإحصائية الاستدلالية: البارامترية واللابارامترية في تحليل البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: عالم الكتب
- 67-علي، عبد السلام.(2000). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية ، مجلة علم النفس، العدد: 53. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 68-عودة، أحمد، والشريم، أحمد.(2010). تطوير أسلوب قائم على الأهداف السلوكية لتحديد درجة القطع- دراسة مقارنة مع أسلوب أنجوف-، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد6، العدد3.
- 69- فاخوري، سبيرو.(1988). العمى عند الرجال والنساء - أسبابه وعلاجه-، (ط.5)، بيروت دار العلم للملايين.
- 70- فرغلي، علاء الدين.(1989). مهارات العلاج المعرفي السلوكي.(ط.2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 71- قطوسة، ليالي سعيد.(2013). الكرب النفسي بين النساء اللاتي يعانين من العمى بمركز رازان بالضفة الغربية، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- 72-كوري، جيرالد. (2011). النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي. (سامح وديع الخفش، مترجم)، عمان: دار الفكر.

## قائمة المصادر والمراجع

- 73- كوروين، بيرني، ورودل، بيتر، وبالمر، ستيفن. (2008). العلاج المعرفي - السلوكي المختصر، (محمود عيد مصطفى، مترجم)، مصر: دار ايتراك.
- 74- لصقع، حسنيه. (2012). مفهوم الذات وعلاقته بتصورات الأمومة لدى الفتاة الجامعية، جامعة وهران، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد السابع.
- 75- ليوس، نجيب. (2000). الطريق الصحيح لتشخيص وعلاج العقم. عمان، الأردن.
- 76- متري الفرح، ديماء. (2008). القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لمستشفى فرح، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، عمان، الأردن.
- 77- مجلي، شايع عبد الله. (2011). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعده، مجلة جامعة دمشق، المجلد: 27.
- 78- مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط. (2005). ط. 4، جمهورية مصر العربية: مكتبة الشروق.
- 78- محمد سري، إجلال. (2000). علم النفس العلاجي، القاهرة: علوم الكتب.
- 79- محمد، عادل عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات - القاهرة: دار الرشاد.
- 80- محمد، بن خلفه. (2008). التصورات الاجتماعية للعقم لدى سكان مدينة الفيض، رسالة ماجستير في علم النفس المرضي للراشد، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- 81- محمود، عبد الله جاد. (2006). السلوك التوكيدي كمتغير وسيط في علاقة الضغوط النفسية بكل من الاكتئاب و العدوان، مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة. جامعة المنصورة: 12- 13- افريل.
- 82- معالي، إبراهيم باجس. (2003). أثر التحصين ضد التوتر على حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان الأردن.

## قائمة المصادر والمراجع

- 83-مليكة, كامل لويس (1999). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.
- 84-يوسف، جمعة سيد.(2008). ادارة الضغوط. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث.
- 85-يوسفي، حدة.(2011). التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم، مجلة دراسات نفسية، العدد، مركز البصيرة للبحوث والإستشارات والخدمات التعليمية.
- 86-يوسفي، حدة.(2011). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة .

### ❖ المراجع الأجنبية:

- 87-Alice D, Domar, PhD (2007) Coping With the Stress of Infertility, Copyright RESOLVE. Fact Sheet 15 .
- 88-Alvaerz, S, et al, L'infertilité du Couple est-elle Liée aux Modes de Vie et L'environnement ?, Paris : Centre AMP Eyleau Muette Laboratoire D Eylau Unilabs Paris Neuilly.
- 89-Askari, Parviz,and Saedi Sara.(2012). Effectiveness of Stress-Inoculation Training(sit) in Infertile Women's Quality of Life, Islamic Azad University, Ahvazbranch, journal Andisheh varaftar (Applied Psychology) Summer, Volume 6, Number 24, Ahvaz, Iran.
- 90-Athea, Nicole.(1987). Nouvelles Technique de Procréation –quelques réflexions d'une gynécologue sur médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant, Revue Français de Psychanalyse, Maternité Féminité, revue semestrielle.

91-Agence Biomédecine.(2010). L'assistance Médicale a la Procréation en France en 2010, Dossier de presse, [www.agence-biomedecine.fr/presse](http://www.agence-biomedecine.fr/presse).

92-Agence Biomédecine.(2011). Le guide de L'assistance Médicale a la Procréation, France : Agence de la biomédecine, Agence relevant du **ministère de la sante**, [www-procreationmedical.fr](http://www-procreationmedical.fr).

93-Antoine, J.M , et al.(2010). Recommandations pour la Pratique Clinique - la prise en charge du couple infertile – **Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Extrait des Mise à jour en Gynécologie et obstétrique, président** : Professeur F.Puech, **Trente-quatrièmes Journées Nationales**, Paris, 8-11 décembre 2010.

94-Annabi, Mahmoud.(s.a) Linfertilité au Maghreb- aspect statistique-, 3CEtudes, To see, or not to see: that is the question, Tunisie: 3CEtude, [www.3cetudes.com](http://www.3cetudes.com),

95-Ayoubi, Jean Marc.(2005). Stérilité Conjugale (29), **Corpus Médical, Faculté de Médecine de Grenoble**, p 3, <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/>

96-Barillier, Helene.(2012). La Stérilité Féminine –Prise en charge actuelle en France, doctorat en pharmacie, **Université de CAEN, U,F,R des sciences pharmaceutiques**.

97-Becache,S.(1987).Féminité et Maternité, la légende d'Ariane, revue française de psychanalyse, Paris.

98-Benabed, Aicha.(2008). Le recours à la Technique de Procréation Médicalement Assistée. Etude de quelques trajectoires de couples algériens, revue ¿ Interrogations ?, N°6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales, [en ligne], <https://www.revue-interrogations>.

99-Bélanger, Josée, et al.(2010). Le Développement D un Outil D'enseignement, - nous avons un rêve au cœur de l intervention auprès des couples infertiles, **Faculté Des Sciences Infirmières, Université de Montréal, L'infirmière Clinicienne,** vol. 7, no1, Paris Revue en ligne <http://www.uqar.qc/revue-inf>

100-Biovin,Jacky, PhD. And Schmidt, PhD.(2006).Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1year later, School of Psychologie, Cardiff University, Cardiff, United Kingdom: and Institute of Puplic Health University of Copenhagen, Danemark, vol 83,no 6.

101-Bouchat, Adriana.(2006).Couple et Filiation Impossible- les cause complexe et multiples de l infertilité, Psychoscope 3, VOL.27, Suisse : **journal de la fédération suisse des Psychologues(FSP)**

102-Bouchez, Colette.(2005). Stress and Infertility, The science of Stress and Fertility , <http://www.webmd.com/collettebouchez>.

103-Bouredj, Fella.(2016). L'infertilité n est plus une Fatalité, Journée d'étude sur l'assistance médicale à la procréation, l'hôtel El Aurassi d'Alger. [www2.elwatan.com](http://www2.elwatan.com).

104-Brochier, Carine, et Debry, J.M.(2010). La Procréation Médicalement Assistée (PMA) en Belgique les Dossier de l Institut Européen de Bioéthique, Bruxelles : Institut Européen Bioéthique.

105-Broeck, Van den Uschi, Dhooghe, Thomas, Enzlin, Paul, and Demyttenaere, Koen.(2010). Predictors of psychological Distress in patients starting IVF Treatment: Infertility-specific versus general psychological characteristics, Leuven University Fertility Centre(LUFC), human reproduction, vol.25, no.6.

106-Caroline, Schilling, et al.(2011). Guide de la Procréation Médicalement Assistée au Centre Hospitalier de Luxembourg, Maternité grande-duchesse charlotte, guide du service de procréation médicalement assiste, V3.

107-Castonguy, Joanne, et Strubb, Matthieu.(2013). Analyse Economique de la Procréation Médicalement Assistée, Rapport de Projet, Montréal : centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.

108-Charle, Bafinamene Kisolokele.(1999). La Stérilité du Couple- Approche théologique et pastorale en milieu négro ecclésial négro-africain, mémoire de maitrise en théologie, faculté de théologie évangélique de Bangui, République centre africaine

100-Chebel, M.(1998).L imaginaire arabo musulmane, Paris.

110-Comeau, Diane.(2002). L'investigation Chez le Couple Infertile, Formation Continue, le médecin du Québec, volume37, numéro 11

111-Cordier, Sylvaine.(2003). Reproduction, In : Environnement et Sante Publique- Fondements et pratiques, chapitre 24, Paris : Edisem.

- 112-Christopher p, Szabo.(2002). Psychological Aspect of Infertility, Editorial, South African Psychiatry Review.
- 113-Desjardin, Pierre.(2014).La Procréation Médicalement Assistée, un dossier chaud et complexe, Psychologie Quebec, dossier volume 31, numero 05,
- 114-Depondt-Gadet, Martine.(2011). Stérilité et Infertilité – Comment débloquer les barrages psychologique qui entravent la fécondité, Paris : éditions dangles.
- 115-Edith, Ybert.(1999). Encyclopédie de la Sante, Paris : Larousse.
- 116-Espada, Alejandro Avila, and Rosset, Carmen Moreno.(2008) .Psychological Intervention in Infertility :Guidelines for a Clinical Intervention Protocol, Universidad Complutense de Madrid, Papeles del Psicologo, vol 29(2), <http://www.cop.es/papeles>.
- 117-Faramarzi, Mahbobeh,ph.D.(2013).The Effect of the Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy on Infertility Stress: A randomized controlled trial, Fatemeh Alzohra infertility and reproductive health research centre, Babol university of medical science, International journal of fertility and sterility, vol7. No3
- 118-Faure, Sylvie, et Pragier, Georges.(1998) Les Enjeux d'une Recherche Psychanalytique sur la Stérilité Féminine, revue Français de psychanalyse, (Bourgeron, Jean-Pierre), **Maternité - Féminité**, revue semestrielle, France : **Société Psychanalytique**.
- 119-Fischi, Franz, et Huber, Johannes.(2003). Traitement Moderne de la Stérilité, cabinet, forum med suisse, **numéro 15**.



- 120-Fortin, Anne, et al.(2014). Utilisation des produits Fertil PRO md dans le Traitement de L'infertilité, Institut national en sante et en services sociaux, Québec: Bibliothèque et archives nationales, p1, Gouvernement du Québec.
- 121-Gallon, Claire Haaser.(2011). Intégration de L'acupuncture en Médecine Occidentale : exemple de laide médicale à la procréation, Universite Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, Human Heath and pathologie, <http://dumas.ccsd.enrs.fr>
- 122-Geoffroy-ponson, Emilie.(2008). L'assistance Médicale à la Procréation en France en 2009, Dossier de presse, France : **agence de la biomédecine**.
- 123-Gourounti , Kleanthi and All (2012). Perception of Control, Coping and Psychological Stress of Infertile Women Undergoing IVF, article, Reproductive Biomedicine online.
- 124-Gourounti, Kleanthi, and Lykeridou, Katerina, and Vaslamatzis, Grigorios(2012).Increased Anxiety and Depression in Greek Infertile Women Results From Feelings of Marital Stress and Poor Marital Communication, Department of Midwifery, Medical School of University of Athens, Health Science Journal, Volume 6, Issue(Januray-march,2012), Greece.
- 125-Hammerli, Katja, Znoj, Hansjorg, and Berger, Thomas.(2010). What are the Issues Confronting Infertile Women? A Qualitative and Quantitative Approach, University of Bern, Switzerland, The Qualitative Report Volume 15 Number 4.
- 126-Hamzeh Pour, Tahereh.(2014). The Effect of Cognitive Behavioural Therapy on Anxiety in Infertile Women, Department of clinical Psychology,

College of Basic Science, Lahijan, Islamic Azad, University, European Journal of Experimental Biology, Pelagia Library, 4(1), Iran.

127-Hamza, bechir.(1998). La Procréation Médicalement Assistée- problèmes médicaux actuels et éthique, congrès de la société Tunisienne des sciences medicales, VII eme Journées Médicales IBN El Jazzar, Association Tunisienne de planification familiale et L office National de la Famille et de Population, Beja.

128-Harpe, Jean-Paul, et Wagner, Edmond.(2001). La Procréation Médicalement Assistée(P.M.A), Commission consultative nationale d'éthique pour les science de la vie et de la sante, C.N.E.

129-Hasanzadah L.M, Tarkhan .M., Taghizadeh.M.E.(2014) Effectiveness of Stress Inoculation Training on Perceived Stress in Pregnant Women with Infertility, Journal : Holistic Nursing and Midwifery(the journal of nursing and midwifery faculties Guilan medical University) , Volume 23, Number 2(70), Arya Hospital, Rasht, Iran

130-Helene Coste, Marie.(2009). L'infertilité et ses Traitements,- Un bébé quand je veux, ou un bébé quand je peux ?, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Dossier de presse.

131-Horde, Pierrick.(2014). Infertilité Psychologique, Paris : sante **médecine**, <http://sante-medicine.commentcamarche.net>.

132-Houari, B. (2014). : La procréation médicale assistée, de l'espoir pour les couples sans enfants , 2ème congrès national de la Société algérienne de médecine de la reproduction (SAMERE), en collaboration avec la

**Fédération internationale des sociétés de fertilité (UIT-IFFS)**, Oran, **Publié** dans Le Maghreb le 30 - 11 - 2014.

133-Imthurn, Bruno, Major, Estilla Maurer, Stiller, Ruth.(2008). Stérilité/ Infertilité-étiologies et investigations, klink fur Reproductions-Endokrinologie, **Département Fraunheilkunde, Universitatsspital** Zurich, Cabinet, Forum Med Suisse 8.

134-Jaoul, Monique.(2011). Vécu psychologique des Couples Ayant Recours a L AMP , service d AMP du Pr J,Selva et Pr A, Fauconnier, CHI Poissy Saint-Germain, Paris .

135-Jayme S, Bosler, MD ; Halina Wiczzyk, MD.(2010). The Effect of Life Style on Fertility, the Female patient, vol 35 ,[www.femalepatient.com](http://www.femalepatient.com).

136-Johns Hopkins University.(2006). Infertility Cause, Prevention and Programmatic Strategies, Johns Hopkins Bloomberg School of Publique Health.

137-Joshi, Hardeep lal, Singh, Rohtash, and Bindu.(2009). Psychological Distress, Coping And Subjective Wellbeing among Infertile Women.

138-Kennedy, Richard.(2005).Risks and Complications of Assisted Conception, British Fertility Society Factsheet, [www.fertility.org.uk](http://www.fertility.org.uk).

Kurukshetra, University, Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, vol35,No 2.

139-Kazandi, Mert M.D.(2011). The Status of Depression and Anxiety in Infertile Turkish couple, Iranian Journal of Reproductive Medicine Vol.9.No.2.

- 140-Eleanor,Lavielle,(2012). FIV Stress, Anxiété et Dépression. <http;www.el-psychologue-Paris17com/blog/2012/01/05/fiv-stress-anxi%c3%89etc3%pression,ospx>.
- 141-Eleanor,Lavielle,(2012). FIV Distresse et Dadaptation Psychique. <http;www,el-psychologue Paris17 com/blog/2012/02/05/fiv d89%et -adaptation-psychique,aspx>.
- 142-Leridon, Henri.(2011). L'infertilité en France : données épidémiologiques, Institut national d'études démographique, Paris.
- 143-Lessard, Charli, et Parent, Nathalie.(2012). Technique de Procréation Assistée, Fédération du Québec pour le planning de la naissance, (FQPN).
- 144-Lehrer,R .L., Woolfolk, W.S.Sime.(2007). Principles and Practice of Stress Management. 3<sup>ed</sup> edition, Guilford press.
- 145-Lumbreras, Marina, et al.(2009). Infertilité, FIV, Ovodonation : parcours d'une vie, Université de Genève, Faculté de Médecine.
- 146-Lysek, René, et al,( s.a).Infertilité, le Corps en Panne, Catalogue des Sources et Ressources, Genève : Imprimerie SRO-Kundig.
- 147-Mandelbaum, Jacqueline.(2011). L'assistance médicale a la procréation un des traitements de l'infertilité, de l'infertilité a l'assistance médicale a la procréation.
- 148-Marcus, Mary Brophy.(2014). Stress May Increase a Woman's Risk of Infertility, new research. Women's Health <http://www.wepmd.com/women/new/default.htm>.

- 149-Martiner, David.(2008). Le Traitement de L'infertilité, les Grossesse Multiples et leur Risque, **énoncé de position du college des medecine du Québec**
- 150-Mongrain, Anne Marie.(2000).Appariement des Stratégies D adaptation et Ajustement Psychosocial chez Les Couples Infertiles, Canada : national Librar.
- 151-Montambault, Pierre, et al.(1988). Rapport du Comite de Travail sur Les Nouvelles Technologies de Reproduction Humaine, **Québec : Ministère de la Sante et des Service Sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.**
- 152-Mosalanejad, Leili M.D., Koolae, Anahita Khodabakshi M.D., Jamali, Safie M.Sc.(2012), Effect of Cognitive Behavioural Therapy in Mental Health and Hardiness of Infertile Women Receiving Assisted Reproductive Therapy, Department of Psychiatry, Jahrom University of Medical Science, Iran J Reprod Med Vol. 10. No. 5.
- 153-Munoz, Damaris, et al.(2009).Infertility Related Stressors in Couples Initiating in Vitro Fertilization, Facultat de Medicina, universitat de Barcelona, Anuario de Psicologia Clinica y de la salud, 5, Barcelona, Spain.
- 154-O'Hare, David.(2012).Cohérence Cardiaque -365 guide pratique de cohérence cardiaque, paris : éditeurs Thierry Succar.

155-Ouedraogo, Ag Charlemagne.(2014). Avantage, Inconvénients et Problématique de Procréation Médicalement Assistée, colloque international, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

156-Randall C.Wyatt, PhD and Erika L, Seid, MA.(2009). Instructors Manual for Cognitive-Behavioral Therapy with Donald Meichenbaum, PhD, from the series psychotherapy with the experts, psychotherapy.net.

157-Ranzanici, Giulia, et al.(2008). Infertilité et Procréation Médicalement Assistée, Paris : Immersion en communauté.

158-Rigol, Fabienne.(2012). Infertilité et Aide Médical a la Procréation, Quelles Nouveautés ? , 5<sup>e</sup> journée "Update\* sur l'infertilité, laboratoire d'Eylau, du groupe Unilabs, Biologiste infoe juin-juillet 2012.

159-Rockliff, Helen E, et al.(2014). A Systematic Review of Psychosocial Factors Associated with Emotional Adjustment in Vitro Fertilization Patients, Department of clinical Sciences, University of Bristol, Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Vol.0, No. 0.

160-Pénélope Troude, Elise de la Rochebrochard.(2011). Rentrer a la Maison avec un Bébé après avoir Initie un Traitement par Fécondation in Vitro, Institut national d'études démographique, institut national de la santé et de la recherche médicale, CESP U1018, le Kremlin-Bicêtre, Université Paris-Sud, adsp n 75

161-Péloquin, Katherine, Brassard, Audrey.(2013).L'infertilité une Réalité – Sociale et Conjugale sur Laquelle Il faut se Pencher, Cahier recherche et

Direction des communication de l'ordre des :pratique, vol.3 N 2, Paris psychologues du Québec.

162-Poisson-Deléglise, Laétitia.(2014). Journée Nationale de L'infertilité, association Maia, France : L'institut pasteur.

163-Saurel, Vanessa.(2013). Prise en Charge de L infertilité en Ssoins Primaires : Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées, Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse 3- Paul Sabatier- Faculté de Médecine.

164-Sedbon, Eric.(2005). Modalités D'administration de la FSH et Qualité de Vie, Centre d'assistance médicale a la procréation, hôpital Américain de Paris, mt medecine de la reproduction, vol.7, n 3.

165-Sharestani, Malibeh et al.(2012).The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Group Therapy(MBCT) on Improving Perceived Infertility-Related Stress and Irrational Parenthood Cognitions Among Infertile Women Undergoing IVF Treatment, Iranian journal of obstetrics gynecology and infertility, issue19.

166-Scheiber, David.(2003). Guérir le Stress, L'anxiété, et la Dépression sans Médicament, ni Psychanalyse, Paris : éditions Robert Laffent.

167-Smeenck, J.M.J., et al.(2004). Reasons for dropout in an In vitro fertilization/Intra cytoplasmaticb sperm injection program, fertility and sterility, 81.

- 168-Spira, Alferd, et al.(2012). Les Trouble de la Fertilité – Etat des Connaissance et Piste pour la Recherche, Institut National de la Recherche Médicale (Inserm), France : Agence de Biomédecine.
- 169-Sussman, Isabelle.(2011). Infertilité, Procréation Assistée et Prévention (2é partie), La reforme du médicament a l'épreuve du parlement, (Romain Migliorini), la revue de la MTRL Mutuelle et Santé, septembre 2011.
- 170- Valyani, Mahboubeh, et al. (2010).The Effect of Relaxation Technique to Ease the Stress in Infertile Women , Article from Iranian journal of nursing and Mid wifery research, vol15(4).
- 171-World Health Organization.(2002).Report of a WHO meeting, Dans E,Vayena,P,J,Rowe et P.D, Griffin(éd), **Current practises and controversies** in assisted reproduction Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 172-Zerradi, Mouna.(2009).Les Enjeux Ethiques Potentiels de la Procréation Médicalement Assiste dans les Pays Musulmans, cas du Maroc, Institut international de recherche en éthique biomédicale, Université Hassan II de Casablanca,
- 173-Zorn, J.R, Savale, M.(2005). Stérilité du Couple, 2 Edition, Paris : Masson.



الملاحق

# الملاحق

ملحق رقم -1-

استمارة موافقة اجراء التربص بعيادة ابن رشد قسنطينة.



*CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DES SCIENCES  
DE LA REPRODUCTION  
« C.C.S.R Ibn-Rochd »  
Unité d'AMP*

N°58 I cité BOUSSOUF, 25000 Constantine.  
Standard : 031 66 84 82/83 - PMA: 031 66 84 81 - Fax :031 66 84 80  
Internet : [www.ibn-rochd.com](http://www.ibn-rochd.com) <<http://www.ibn-rochd.com>>

## Attestation de stage :

Je soussigné certifie Dr BEBOUHEDJA SEBTI directeur de la clinique  
IBN ROCHD de CONSTANTINE.

Que Mme BAKHOUCHE SOUAD a effectuer un stage au niveau de notre centre  
de PMA du 01 OCTOBRE 2015 jusqu'au mois d'AVRIL 2016.

*Dr. S. BENBOUHEDJA  
Gynécologue - Accoucheur*

Dont certificat.

*CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DES  
SCIENCES DE LA REPRODUCTION  
C.C.S.R - Ibn - Rochd  
N° 58 I, Cité Boussouf - Constantine  
Tel : 031 66 84 82/83 - Fax : 031 66 84 81*

Signature & Cachet

*Dr. S. BENBOUHEDJA  
Gynécologue - Accoucheur*

## الملاحق

ملحق رقم 2-

مطوية تتضمن دعوة للمشاركة في البرنامج العلاجي



سيدتي الفاضلة:

يشرفني أن أقترح عليكم المشاركة في برنامج تدريبي لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن تأخر الانجاب واجراءات العلاج بالتلقيح الاصطناعي وهذا في اطار الاعداد لشهادة الدكتوراه في علم النفس، مع العلم أن البرنامج سيقام في مدينة باتنة، بالاتفاق مع الأطباء في عيادة ابن رشد.

- المشاركة في البرنامج ستسمح لك باكتساب العديد من المعارف والتقنيات التي قد تساعدك على مواجهة مختلف الصعوبات التي قد تواجهينها جراء تأخر الانجاب.

- المشاركة في البرنامج ستسمح لك باكتساب العديد من المعلومات حول عملية التلقيح الاصطناعي.

- المشاركة في البرنامج ستسمح لك بأن تعيشي تجربة مختلفة ستفيدك على مختلف الأصعدة ، وستسمح لك بتحقيق قدر من الراحة النفسية.

ملاحظة :

إن رغبت بالمشاركة في البرنامج أو الاستفسار يمكنك الاتصال بالرقم التالي:

**0665100096**

مع أخلص تحياتي.

الباحثة : سعاد بخوش

## الملاحق

### ملحق رقم-3-

استبيان الضغط النفسي لدى النساء العقيمات في صورته الأولية.

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق أحيانا	غير موافق
1	أرى أن الإنجاب هو مفتاح مشاكلي.			
2	ليس من السهل الفصل بين العقم وباقي مجالات حياتي.			
3	لا أحد يقدر ما أنا فيه من معاناة.			
4	إجراءات الفحوص والعلاج متعبة ومملة.			
5	زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط.			
6	يتملكني احساس بالحزن عند حدوث الطمث			
7	أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.			
8	أنا مقتنعة أن ولادة طفل تمثل بالنسبة لي الاستقرار والامان.			
9	العلاج يجعل حياتي متأرجحة بين الأمل و الإحباط.			
10	أشعر بالخوف من المستقبل.			
11	افتقد الشعور بالحب والاهتمام من طرف الآخرين(أقارب ،أصدقاء )			
12	تكاليف علاج العقم تثقل كاهلي.			
13	أرى أن عدم الإنجاب يرهن حياتي كلها.			
14	يتحول الجماع لحدث صعب يشعرنى بالتوتر وخيبة الأمل.			
15	أشعر بعدم الرضا على نفسي.			
16	حياتي كلها اضطربت بسبب العقم.			
17	اهتماماتي بالأقارب قلت بسبب تدخلاتهم في حياتي الشخصية.			
18	أجد صعوبة في تصور مستقبلي بدون أطفال.			
19	أشعر أن سوء الحظ يلاحقتني.			

## الملاحق

			أحس بالذنب كلما فكرت أنني مقصرة في حق زوجي.	20
			مشكلة العقم تسبب لي عدم الاستقرار النفسي.	21
			ينتقل الألم من مكان لآخر في جسمي في كل مرة أفكر فيها بالرجوع إلى الطبيب.	22
			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	23
			أشعر بالتعب و التوتر عند القيام بأبسط الأعمال.	24
			أكثر ما يقلقني عدم وجود فائدة من العلاج.	25
			أشعر أن زوجي لا يساندني في هذه المحنة.	26
			أتضايق من كيفية تعامل الأقارب معي.	27
			يعد العقم أكبر مشكلة في حياتي.	28
			أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.	29
			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجب.	30
			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	31
			أفكر في التوقف عن العلاج.	32
			لا أشعر بأهمية أي شيء في الحياة.	33
			توقفت كل آمالي وطموحاتي مع مشكلة العقم.	34
			أنا خائفة من الانفصال عن زوجي تدريجيا بسبب العقم.	35
			أنزعج وأتوتر لأبسط مشكلة تواجهني.	36
			أشعر بالوحدة في أغلب الاوقات.	37
			الاعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.	38
			توترني أسئلة الآخرين عن إمكانية الحمل.	39
			أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.	40
			اشعر أن حياتي ذهبت سدى لأنني لم أنجب.	41
			توترني المواعيد المحددة للتحاليل و الفحوصات.	42

## الملاحق

			أجنب معاشره زوجي خارج الفترات التي لا يحتمل فيها الحمل.	43
			أرى أنه لم يعد لي هدف مهم في الحياة سوى الإيجاب.	44
			شعوري باليأس يزداد مع الوقت.	45
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح أو شيء نافع.	46
			أشعر بنقص مكانتي في عائلة زوجي.	47
			تدخلات الأهل مقلقة.	48
			أحيانا أشعر أنني أربح في الطفل للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.	49
			تقلقتني المواعيد المحددة للعلاقة الجنسية.	50
			يحملني زوجي مسؤولية فتور علاقتنا الزوجية.	51
			أشعر أن سعادتي مرتبطة بالإيجاب .	52
			قلت زيارتي لا قاربي بسبب ما ألقاه من تدخلات وضغوط .	53
			تنقصني الثقة بالنفس .	54
			التفكير بالإيجاب يشعرنني بالتوتر والضغط.	55
			أشعر أنني حرمت زوجي من الإيجاب.	56
			أرى أن الحياة لا معنى لها .	57
			إن أحب طفل هو الشيء الأهم من حياتي.	58
			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.	59
			يخيفني أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	60
			أشعر بعدم الأمان في حياتي الزوجية.	61
			يقلقتني عجزني من مواجهة العقم.	62
			أشعر أن دوري غير كامل لأنني لم أنجب.	63
			أصعب لحظات حياتي يوم اكتشفت إصابتي بالعقم.	64
			امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.	65
			يزعجني ما أعانيه من اضطرابات في الهضم.	66

## الملاحق

### ملحق رقم-4-

استبيان الضغط النفسي لدى النساء العقيمات. وفق تعديلات الباحثة.

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق أحيانا	غير موافق
1	الحياة لا معنى لها بدو أطفال			
2	أحيانا أشعر أنني أرغب في الانجاب للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.			
3	أشعر بالوحدة في أغلب الأوقات			
4	أتجنب معاشررة زوجي بسبب التفكير في عملية التلقيح الاصطناعي.			
5	توترني المواعيد المحددة للتحاليل والفحوصات.			
6	أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.			
7	أرى أن الانجاب هو مفتاح مشاكلي			
8	الأعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.			
9	امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني			
10	أدرك أن العلاج بالتلقيح هو آخر أمل لي في الانجاب.			
11	زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط بسبب العقم.			
12	اجراءات فحص و علاج العقم متعبة.			
13	أشعر بالخوف من نتائج العلاج التلقيح.			
14	التفكير بالانجاب يشعرني بالتوتر			



## الملاحق

			أشعر بعد الأمان في حياتي الزوجية.	15
			أخفاء أمر العلاج بالتلقيح الاصطناعي عن الأهل يوترني	16
			أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.	17
			تتأرجح حياتي بين الأمل و الاحباط بسبب العلاج بالتلقيح	18
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح أو عمل نافع	19
			العقم يشعرنى بالذنب والتقصير في حق زوجي.	20
			تدخلات الأهل مقلقة حول تأخر الانجاب.	21
			حياتي كلها اضطربت بسبب العقم.	22
			انجاب طفل هو الشيء الأهم في حياتي.	23
			أفكر في التوقف عن العلاج..	24
			أعيش الجماع كحدث صعب يشعرنى بالتوتر وخيبة الأمل	25
			أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.	26
			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	27
			العقم يشعرنى بالذنب والتقصير في حق زوجي	28
			تتقصني الثقة بالنفس.	29
			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	30
			أشعر بعدم الرضا على نفسي لأنني لم أنجب.	31
			لا أجد فائدة من متابعة العلاج.	32

## الملاحق

			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجح.	33
			أشعر أنني حرمت زوجي من الانجاب.	34
			لا أحد يقدر ما أعانيه من ضغوط.	35
			أخاف أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	36
			أشعر أن أنوثتي لم تكتمل لأنني لم أنجب.	37
			أشعر أن عدم الانجاب يرهن حياتي كلها.	38
			أتضايق من شكوك الأهل حول فائدة علاج العقم.	39
			أشعر أن دوري غير كامل في أسرتي لأنني لم أنجب.	40
			أشعر أن سوء الحظ يلاحقني	41
			أشعر أن زوجي يحملني فتور علاقتنا الزوجية.	42
			أنا مقتنعة أن ولادة طفل تمثل بالنسبة الاستقرار والأمان.	43
			أكثر ما يقلقني نتائج علاج العقم	44
			أشعر أن زوجي لا يساندني في إجراءات العلاج.	45
			يقلقني افتقادي للشعور بالحب و الاهتمام بالآخرين.	46
			يقلقني عجزني من مواجهة العقم.	47
			أشعر أنني حبيسة مشكلة العقم.	48
			أتوتر من أسئلة الآخرين حول امكانية الحمل.	49
			إجراء التلقيح الاصطناعي هو أهم حدث في حياتي.	51

## الملاحق

			أكبر مشكلة في حياتي هي العقم.	52
			امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.	53
			لا أجد فائدة من متابعة العلاج..	54
			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.	55
			أشعر بعدم أهمية أي شيء في الحياة.	56
			تكاليف علاج العقم تثقل كاهلي	57
			أشعر بالحزن عند حدوث الطمث.	58
			أشعر أن حياتي الزوجية مرتبطة بنجاح عملية التلقيح.	59
			يخيفني أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	60

## الملاحق

### ملحق رقم -5-

استبيان الضغط النفسي لدى النساء العقيمات وفق تعديلات المحكمين

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق أحيانا	غير موافق
1	أشعر أن حياتي لا معنى لها بدون أطفال			
2	أشعر أنني أرغب في الانجاب للتخلص من الضغوط البيت تحيط بي.			
3	أشعر بالوحدة بسبب عدم الانجاب			
4	أتجنب معاشررة زوجي بسبب التفكير في عملية التلقيح الاصطناعي.			
5	أتوتر من المواعيد المحددة للتحاليل والفحوصات.			
6	أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.			
7	أرى أن الانجاب هو مفتاح مشاكلي.			
8	أعتبر الأعياد ومناسبات الزواج من أكثر المناسبات التي توترني.			
9	امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني			
10	أدرك أن العلاج بالتلقيح هو آخر أمل لي في الانجاب.			
11	أشعر أن زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط بسبب العقم.			
12	أشعر بالتعب من اجراءات العلاج.			
13	أشعر بالخوف من نتائج العلاج التلقيح. انفعالي هلاجي			
14	كثرة التفكير بالإنجاب تشعرنى بالتوتر.			
15	أحس بعدم الأمان في حياتي الزوجية.			

## الملاحق

			أحفاء أمر العلاج بالتلقيح الاصطناعي وترني.	16
			أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.	17
			أشعر أن حياتي متأرجحة بين الأمل والإحباط بسبب العلاج بالتلقيح..	18
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح بسبب عدم الانجاب.	19
			أشعر بالذنب اتجاه زوجي لأنني لم أنجب.	20
			أقلق بسبب تدخلات الأهل حول تأخر الانجاب.	21
			اضطربت حياتي كلها بسبب تأخر الانجاب.	22
			انجاب طفل هو اثبات لهويتي كامرأة.	23
			أفكر في التوقف عن العلاج.	24
			أعيش الجماع كحدث صعب يشعرنى بالتوتر وخيبة الأمل.	25
			أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.	26
			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	27
			أشعر أن العقم جعلني مقصرة في حق زوجي.	28
			أشعر أن ثقتي بنفسي اهتزت.	29
			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	30
			أشعر بعدم الرضا على نفسي لأنني لم أنجب.	31
			أشعر بقلق كبير عند اقتراب موعد اجراء عملية الزرع(التلقيح الاصطناعي).	32

## الملاحق

			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجب.	33
			أشعر أنني حرمت زوجي من الانجاب.	34
			أشعر أن لا أحد يقدر ما أعانيه جراء العقم.	35
			أخاف أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	36
			أشعر أن أنوثتي لم تكتمل لأنني لم أنجب.	37
			أشعر أن عدم الانجاب يرهن حياتي كلها.	38
			أضايق من شكوك الأهل حول فائدة علاج العقم.	39
			أشعر أن دوري غير كامل في أسرتي لأنني لم أنجب.	40
			أشعر أن سوء الحظ يلاحقني.	41
			أشعر أن زوجي يحملني فتور علاقتنا الزوجية.	42
			أرى أن ولادة طفل تمثل بالنسبة الاستقرار والأمان.	43
			أكثر ما يقلقني نتائج علاج العقم.	44
			أشعر أن زوجي لا يساندني في اجراءات العلاج.	45
			أفتقد الشعر بالاهتمام بالآخرين.	46
			أقلق من عجزني من مواجهة العقم.	47
			أشعر أنني حبيسة مشكلة العقم وعلاجه.	48
			أتوتر من أسئلة الآخرين حول امكانية الحمل.	49
			أشعر أن سعادتي مرتبطة بنتائج عملية التلقيح.	50

## الملاحق

			أشعر أن التلقيح الاصطناعي هو أهم حدث في حياتي. علاجي ذاتي	51
			أكبر مشكلة في حياتي هي العقم.	52
			أشعر بامتداد الزمن أثناء فترات العلاج وهذا يوترني. انفعالي	53
			لا أجد فائدة من متابعة العلاج..	54
			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.	55
			أشعر بعد أهمية أي شيء في الحياة.	56
			أحس بالتوتر من التكاليف الباهضة للعقم.	57
			أ شعر بالحزن عند حدوث الطمث.	58
			أشعر أن حياتي الزوجية مرتبطة بنجاح عملية التلقيح.	59
			أجد صعوبة في تصور مستقبلي بدوم أطفال.	60

## الملاحق

ملحق رقم -6-

قائمة بأسماء الاساتذة المحكمين لاستبيان الضغط النفسي لدى العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.

الرقم	اسم المحكم	التخصص	مكان العمل
1	أ د ا أمزيان وناس	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
2	أدا علي براجل	علوم التربية	جامعة باتنة
3	أدا محمد بلوم	علم النفس العصبي	جامعة بسكرة
4	أدا نصر الدين جابر	علم النفس العيادي	جامعة بسكرة
5	أدا نور الدين جبالي	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
6	أد/راجية بن علي		جامعة باتنة
7	دا اسماعيل رابحي	علم النفس العيادي	جامعة بسكرة
8	دا حدة يوسف	توجيه وارشاد	جامعة باتنة
9	دا حنيفة صالح	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
10	دا جنادي لمياء	علم النفس العيادي	جامعة قسنطينة
11	دا ختاش محمد	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
12	دا زهير بوسنة	علم النفس العيادي	جامعة قسنطينة
13	دا عائشة نحوي	علم النفس العيادي	جامعة بسكرة
14	دا فريدة لوشاحي	علم النفس العيادي	جامعة سكيكدة
15	دا عائشة سعايدية	طبيبة أمراض نساء وتوليد	جامعة قسنطينة
16	دازغمان	طبيب في علم الأحياء	عيادة ابن رشد قسنطينة



## الملاحق

### ملحق رقم-7-

الصورة النهائية لاستبيان الضغط النفسي لدى النساء العقيمات الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.

بسم الله الرحمن الرحيم

في اطار اجراء دراسة علمية في مجال العلوم النفسية والاجتماعية، نعرض على سيادتكم هذا الاستبيان آمليين  
مساعدتنا في انجاح هذه الدراسة.

نرجو منكم ملئ هذه البيانات:

السن: سبب تأخر الإنجاب: مدة الزواج:  
المستوى التعليمي: المهنة: مدينة الإقامة:  
تعليمات الاستبيان:

من فضلك، المطلوب منك قراءة كل البنود بتأني وإمعان وأن تضع علامة (+) أمام العبارة التي تناسبك.

مثلا: إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة، ضعي العلامة (+) أمامها تحت العمود "تنطبق تماما"

إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة، ضعي العلامة (+) أمامها تحت العمود "تنطبق أحيانا"

إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك على الإطلاق ضعي العلامة (+) أمامها تحت العمود "لا تنطبق"

من فضلك أجيبي على كل البنود، مع العلم أن هذه المعلومات لا يطلع عليها أحد تستخدم فقط لأغراض البحث العلمي.

ألف شكر على تعاونكم

الباحثة.

## الملاحق

الرقم	البند	تتطبق غالبا	تتطبق أحيانا	لا تتطبق
1	أعتقد أن حياتي لا معنى لها بدون أطفال.			
2	أشعر أنني أرغب في الإنجاب للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.			
3	أشعر بالوحدة بسبب عدم الإنجاب.			
4	أتجنب معايشة زوجي بسبب التفكير في عملية التلقيح.			
5	أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.			
6	أرى أن الإنجاب هو مفتاح مشاكلي.			
7	أعتبر الأعياد ومناسبات الزواج من أكثر المناسبات التي توترني.			
8	امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.			
9	أدرك أن العلاج بالتلقيح الاصطناعي هو آخر أمل لي في الإنجاب.			
10	أشعر أن زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط بسبب العقم.			
11	أشعر بالخوف من نتائج العلاج بالتلقيح .			
12	كثرة التفكير بالإنجاب يشعرني بالتوتر والضغط.			
13	أحس بعدم الأمان في حياتي الزوجية.			
14	إخفاء أمر العلاج بالتلقيح الاصطناعي عن الأهل يوترني.			
17	أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.			

## الملاحق

			أشعر أن حياتي متأرجحة بين الأمل و الإحباط بسبب العلاج بالتلقيح.	16
			أشعر بالذنب اتجاه زوجي لاني لم أنجب.	18
			أقلق بسبب تدخلات الأهل حول تأخر الإنجاب.	19
			اضطربت حياتي كلها بسبب مشكلة العقم.	20
			انجاب طفل هو اثبات لهويتي كامرأة	21
			أعيش الجماع كحدث صعب يشعرنى بالتوتر وخيبة الأمل.	22
			أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي لاني لم أنجب.	23
			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	24
			أشعر أن العقم جعلني مقصرة بحق زوجي.	25
			أشعر أن ثقتي بنفسي اهتزت	26
			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	27
			أشعر بعدم الرضا على نفسي لاني لم أنجب .	28
			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لاني لم أنجب.	29
			أشعر أنني حرمت زوجي من الانجاب	30
			أشعر أن لا أحد يقدر ما أعانيه جراء العقم.	31
			أخاف أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	32
			عتقد أن عدم الانجاب يرهن حياتي كلها.	33
			أنضايق من شكوك الأهل حول فائدة علاج العقم	34

## الملاحق

			أشعر أن دوري غير كامل في أسرتي لأنني لم أنجب.	35
			أشعر أن سوء الحظ يلاحقني لأنني لم أنجب.	36
			أحس أن زوجي يحملني مسؤولية فتور علاقتنا الزوجية.	37
			أفتقد الشعور بالإهتمام بالآخرين (أقارب،أصدقاء)	38
			أقلق من عجزني من مواجهة العقم.	39
			أشعر أنني حبيسة مشكلة العقم وعلاجه.	40
			أتوتر من أسئلة الآخرين عن امكانية الحمل.	41
			أشعر أن سعادتني مرتبطة بنجاح عملية التلقيح الاصطناعي.	42
			أشعر أن التلقيح الاصطناعي هو أهم حدث في حياتي.	43
			أكبر مشكلة في حياتي هي العقم.	44
			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي لأنني لم أنجب.	45
			أشعر بعدم أهمية أي شيء في الحياة.	46
			أحس بالتوتر من التكاليف الباهظة لعلاج العقم.	47
			أشعر بالحزن عند حدوث الطمث.	48
			أشعر أن حياتي الزوجية مرتبطة بنتائج عملية التلقيح.	49
			أجد صعوبة في تصور مستقبلي دون أطفال.	50

## الملاحق

ملحق رقم -8-

قائمة هوبكنز للأعراض.

بسم الله الرحمن الرحيم

في اطار اجراء دراسة علمية في مجال العلوم النفسية والاجتماعية، نعرض على سيادتكم هذا الاستبيان آمليين مساعدتنا في انجاح هذه الدراسة.

نرجو منكم ملئ هذه البيانات:

السن: سبب تأخر الإنجاب:

مدة تأخر الإنجاب: نوع العلاج:

المستوى الدراسي: مكان الإقامة:

من فضلك أجيبي على كل البنود مع العلم أن هذه المعلومات لا يطلع عليها أحد تستخدم فقط

لأغراض البحث العلم

ملاحظة : لا توجد اجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الإجابة الصادقة هي التي تنطبق عليك.

شكرا على تعاونكم

الباحثة

## الملاحق

الرقم	الآثار المحتملة	دائما	أحيانا	قليلا	لا يحدث مطلقا
1	الصداع				
2	العصبية				
3	الدوخة				
4	فقدان الرغبة في الجنس				
5	الشعور بنقد الآخرين				
6	صعوبة تذكر الأشياء.				
7	الشعور بسرعة الاستثارة.				
8	آلام في القلب أو الصدر.				
9	الشعور بالفتور و الضعف.				
10	أفكار مثل التخلص من الحياة.				
11	سهولة البكاء.				
12	الخوف بشكل مفاجئ و دون سبب واضح.				
13	الشعور بوقوع في مصيدة.				
14	لوم الذات على كثير من الأشياء.				
15	الشعور بألم في أسفل الظهر.				
16	الشعور بالوحدة.				
17	فقدان الرغبة في الأشياء.				
18	سهولة الشعور بجرح الكبرياء.				
19	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك.				
20	الشعور بكراهية الآخرين لك.				
21	العمل ببطء من أجل ضمان اتمام الأشياء بشكل جيد.				
22	مراجعة الأشياء و إعادة مراجعة الأشياء بشكل متكرر.				

## الملاحق

				صعوبة اتخاذ القرارات.	23
				صعوبة التنفس.	24
				حرارة وبرودة الأطراف.	25
				تجنب بعض الأماكن و بعض الأنشطة لكونها مخيفة.	26
				في الغالب يكون الذهن أشبه بالخالى.	27
				تتمل بعض أجزاء الجسم.	28
				الشعور باليأس من المستقبل.	29
				صعوبة التركيز.	30
				الشعور بضعف بعض أجزاء الجسم.	31
				الشعور بثقل الأيدي و الأقدام.	32
				الشعور بالتوتر	33
				الاهتمام و القلق من لامبالاة الآخرين.	34
				الشعور بالارتعاش	35
				الشعور بحدة انفعال يصعب التحكم فيه.	36
				فقدان الشهية و ضعفها.	37
				الشعور بالإحراج من أجل انجاز الأمور وإنهائها.	38
				الشعور بالقلق و الترقب.	39
				خفقان القلب المتكرر.	40
				الشعور بالدونية مقرنة بالآخرين.	41
				آلام في الأعصاب.	42

## الملاحق

ملحق رقم -9-

قائمة بأسماء الأساتذة الذين قدموا ملاحظاتهم حول البرنامج العلاجي.

الرقم	الأستاذ	التخصص	مكان العمل
1	دا حسن زاده Hassanzadeh	علم النفس	ايران
2	أدا سليم مصمودي	علم النفس العيادي	تونس
3	أدا أمزيان	علم النفس العيادي	باتنة
4	أدا نصر الدين جابر	علم النفس العيادي	بسكرة
5	أدا نور الدين جبالي	علم النفس العيادي	باتنة
6	أدا راجية بن علي	علم النفس التربوي	باتنة
7	دا حنيفة صالحى	علم النفس العيادي	باتنة
8	دا حدة يوسفى	ارشاد وتوجيه	باتنة
10	داشبلى	علم النفس العيادي	قسنطينة
11	أفاطمة الزهراء بوعلاقة	علم النفس العيادي	مسيبة



## الملاحق

### ملحق رقم-10-

#### استمارة التعاقد

في اطار التحضير لمذكرة الدكتوراه في علم النفس بعنوان فعالية برنامج علاجي تدريبي  
تحصيني لخفض الضغط النفسي لدى النساء الخاضعات للتلقيح الاصطناعي.

يسعدني أن أقدم إليكم بطلب الموافقة لحضور جلسات هذا البرنامج الذي يدوم شهر و15  
يوم بمعدل جلستين في الأسبوع، وهذا بعد الاطلاع على مختلف أهدافه وسيرورة جلساته.

أنا السيدة فلانة..... زوجة فلان..... أوافق على المشاركة في جلسات البرنامج

العلاجي المقترح من طرف الباحثة وهذا بعد الاطلاع على أهدافه، وتقدير مدى أهميته بالنسبة لي  
وبعد الحصول على موافقة زوجي. أتعهد بالالتزام بالسرية والتعاون والحضور لكل الجلسات.

الامضاء

مطوية تتضمن الأهداف التي ترغب الباحثة في تحقيقها بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

سيدتي الفاضلة: هذه مجموعة من الأهداف  
نأمل أن نحقق جزء منها في نهاية كل جلسة  
وأن نحققها كلها في نهاية البرنامج.. لذلك من  
فضلك عند نهاية كل جلسة أشيري بنعم إلى  
مجموعة الأهداف التي تم تحقيقها وبلا للتي  
لم تتحقق.

وقبل ذلك من فضلك اكتبي لي وصف موجز  
للحالة النفسية التي تمرين بها حاليا ولماذا  
ترغبين في العلاج.

وتتمثل أهم الأهداف التي ترغب في تحقيقها هي

- إقامة علاقة علاجية تعاونية قائمة على  
الثقة والتقبل والاحترام والسرية.

- التعرف على البرنامج العلاجي، أهميته،  
أهدافه وأهم فنياته.

- اكتساب معلومات عن العقم، أسبابه،  
تشخيصه، طرق علاجه خاصة تقنية التلقيح  
الإصطناعي، أهميته ومعنى الانجاب وأهم  
التصورات الاجتماعية للعقم في المجتمع  
الجزائري.

- اكتساب معلومات حول الضغط النفسي،  
مترتباته على مختلف جوانب  
الشخصية (معرفيا، سلوكيا، انفعالي)

- معرفة آثار الضغط النفسي على الصحة الانجاب

اهداف البرنامج النفسي

- استخدام التنفس العميق أثناء الانتظار في قاعة العلاج بغية الفحص.
- اكتساب معلومات عن السلوكيات والاستجابات التوكيدية.
- أهمية مهارات السلوك التوكيدي والتدريب عليها
- أهمية التنفيس الانفعالي و التدريب عليه
- المبادأة والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية.
- ممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خارج الجلسات العلاجية في مواقف حياتية واقعية لتأكيد التغيير والثبات عليه(أثناء اجراءات التلقيح).
- مراقبة الذات من خلال تحديد نوعية الأحاديث الذاتية الحالية.
- تحديد وكشف شدة الانفعالات المصاحبة لبعض المواقف الضاغطة.
- تحديد بعض المواقف الضاغطة وكيفية مواجهتها (السلوكيات الجديدة).
- انخفاض بعض أعراض الضغط النفسي.
- انخفاض الشعور بالضغط والتوتر بعد انتهاء البرنامج.
- مع أخلص تحياتي.
- الباحثة : سعاد بخوش

- التعرف على العلاقة الدائرية الموجودة بين العقم والضغط النفسي.
- فهم وإدراك دور هذه المعلومات والمعارف السابقة في كيفية التعامل مع مشكلة العقم.
- استثمار هذه المعلومات للتعرف على العلاقة بين الأفكار والانفعال والسلوك.
- التدريب على مراقبة وتحديد الأحاديث الذاتية السلبية.
- وضوح العلاقة الموجودة بين الأحاديث الذاتية السلبية والشعور بالضغط.
- التدريب على كيفية استبدال الأحاديث الذاتية السلبية بأحاديث أخرى إيجابية تساعد على مواجهة التوتر والقلق.
- اكتساب معلومات عن الاسترخاء، أهميته، ودوره في خفض التوتر وضبط الانفعالات.
- التدريب على التنفس لبطني العميق
- التدريب على الاسترخاء يالايحاء الذاتي .
- التدريب على الاسترخاء على طريقة جاكوبسون.
- استخدام مختلف تقنيات الاسترخاء في الحياة الواقعية.

## الملاحق

### ملحق رقم -12-

استمارة تضم الأهداف التي ترغب المشاركة في البرنامج من تحقيقها بعد انتهاءه

سيدتي الفاضلة: ما هي الأهداف التي ترغبين في تحقيقها من مشاركتك في البرنامج أو ما هي

الغاية التي دفعتك للمشاركة في هذا البرنامج، وهل حققتها أم لا ولماذا؟

### ملحق رقم -13-

نموذج تقييم كل جلسة من قبل الباحثة.

النشاطات المنزلية	مشاركة الأعضاء	سير الجلسة	تحققها	أهداف الجلسات
				جلسة -1 جلسة -2 جلسة -3.

## الملاحق

### ملحق رقم-14 -

#### استمارة جمع المعلومات

##### استمارة ملئ المعلومات:

من فضلك أجبني على كل الأسئلة الموجودة في هذه الاستمارة بعد ملئ البيانات الشخصية.

##### المحور الأول: البيانات الشخصية:

الاسم:	السن:	المهنة:
المستوى التعليمي:	سن الزواج:	مهنة الزوج:
مدة الزواج:	سبب تأخر الانجاب:	المستوى التعليمي للزوج

##### المحور الثاني: معلومات عامة حول تأخر الانجاب.

- ما هي تصوراتك حول الزواج والحياة الزوجية قبل زواجك؟

- كيف كانت علاقتك مع زوجك في السنة الأولى أو السنوات الأولى قبل ظهور مشكل تأخر الانجاب؟

- متى شعرت بالقلق حيال تأخر الانجاب؟

- متى تحققت لأول مرة من أنك لا يمكنك الحمل بالرغم من أنك تريد ذلك؟

- كيف كانت استجابتك أو رد فعلك؟

- بماذا كنت تشعرين؟

- كيف تعاملت أولاً مع الوضعية؟

- ماذا كانت مشاعرك وأفكارك حول الأسباب المحتملة لمشكل تأخر الانجاب؟

المحور الثالث: مرحلة تشخيص وعلاج سبب تأخر الانجاب.

- الاجراءات الطبية التي قمت بها لتحديد سبب تأخر الانجاب:

- المدة التي قضيتها في اجراءات التشخيص:

## الملاحق

- كيف علمت أنك المعنية بمشكل تأخر الإنجاب؟
- كيف كانت ردة فعلك؟
- كيف كانت ردة فعل زوجك؟
- كيف كانت ردة فعل عائلة زوجك وعائلتك؟
- ما هي أهم الأفكار التي تتردد في رأسك حول هذه الاصابة؟
- كيف علمت أنه المعني بالمشكل؟
- كيف كانت ردة فعلك؟
- كيف كانت ردة فعله؟
- كيف تدركون وتتعاملون مع المشكل كزوج (معا)؟
- ما هي تأثيرات هذه المشكلة على علاقتك الزوجية؟
- ما هي تأثيرات هذه المشكلة على الحياة الجنسية؟
- كم طبيب مررت به حتى تم تحديد التشخيص النهائي:
- متى بدأت العلاج؟
- نوع العلاج الذي تم استخدامه معكما:
- كيف تم توجيهكم للعلاج بالتلقيح الاصطناعي؟ -لماذا؟
- كيف كانت ردة فعلك؟ -ردة فعل زوجك؟
- الاجراءات الطبية التي قمت بها:
- هل أخبرت أسرتك؟ -لماذا؟
- هل أخبرت أسرة زوجك؟ -لماذا؟
- كيف جمعت مبلغ العملية؟ -هل هي مكلفة؟
- بماذا كنت تشعرين اتجاه اجراءات العملية؟
- هل أنت خائفة من العملية؟ -لماذا؟
- هل أنت قلقة؟ -لماذا؟

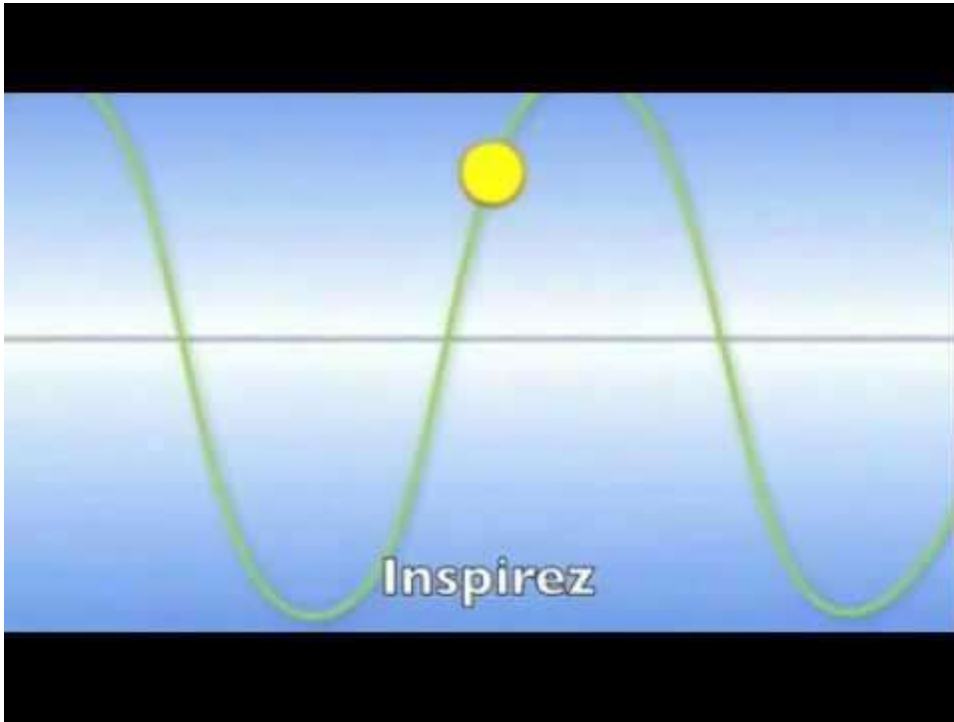
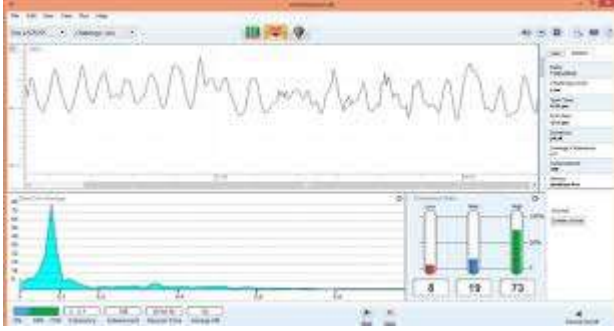
## الملاحق

- هل تشعرين بالتوتر؟ - لماذا؟
- ما هي أهم الأفكار التي كانت تدور في رأسك حول العلاج؟
- ما هي نسبة نجاح العملية في رأيك؟ لماذا؟
- ما رأيك في الطاقم الطبي الذي يعالجتك؟
- ماذا ستقولين لهم لو أعطوك فرصة للحديث؟
- لو أردت تغيير شيء معين ماذا ستغيرين؟
- ماذا تمثل لك مشكلة تأخر الانجاب:
- هل تغيرت عن ذي قبل؟
- في رأيك ما الذي تغير فيك؟
- في هذه المرحلة بالذات بماذا تشعرين؟
- في حالة نجاح العملية ماذا ستفعلين؟
- في حالة فشلها لا قدر الله ماذا ستفعلين؟
- ما هي أكبر مشكلة في رأيك يمكن أن تواجهك في المستقبل؟
- اكتبي كل ما يخطر لك حول ما تعيشينه في هذه المرحلة:
- صف لي أفكارك، - مشاعرك، - الأعراض المزعجة التي ترين أنها مستمرة معك وتتعبك.
- هل لديك مشاكل أخرى غير مشكلة الإنجاب؟ - ما هي؟
- ما هي أهدافك المستقبلية؟
- ماذا تقترحين علي أن أفعل لكي أفهمك أكثر وأساعدك؟.
- لماذا قبلت المشاركة في البرنامج العلاجي: - ماذا تتوقعين؟
- إن كان لديك اي شيء تريدون كتابته ولم أسألك عنه فاكتبيه.

# الملاحق

ملحق رقم-15-

صورة توضح أحد أجهزة (cohérence cardiaque).



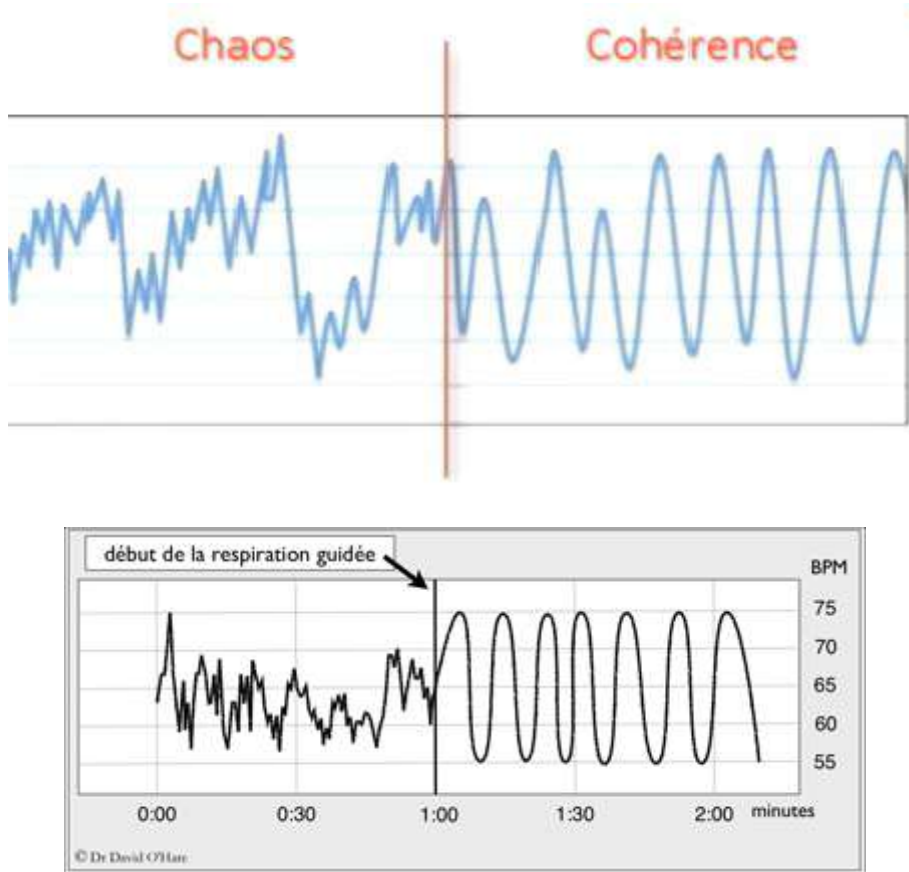
الصورة في الأعلى توضح بعض أجزاء الجهاز الذي يستخدم أثناء تطبيق التقنية السابقة الذكر والتي توضح التغيرات الفورية على معدل وسعة ضربات القلب، وكذلك معدل التنفس، وضغط الدم من خلال المنحنيات التخطيطية التي يظهر على الجهاز أعلاه.. وتوضح الصورة الأخيرة كيفية تطبيق هذه التقنية.



## الملاحق

ملحق رقم-16-

توضح حالة دقات القلب قبل وأثناء تطبيق (cohérence cardiaque).



توضح هذه الصورة الرسم التخطيطي لحالة دقات القلب قبل اجراء التقنية السابقة الذكر وأثناء اجراءها وكم التغييرات التي حدثت.

#### ملاحظات عامة

إن عدم اشراك الأزواج في البرنامج راجع لعدم تجاوب الرجال عموماً مع مثل هذه التجارب وهذا ما كان متداولاً وما دلت عليه العديد من الدراسات والأبحاث في البيئة الجزائرية أين يتفادى الرجل الدخول في مثل هذه الوضعيات. لكن من المفارقات أن حرص الأزواج على حضور زوجاتهم في الموعد دون كلال أو ملل آثار بداخلي الرغبة في استدراجهم ولو لجلسة جماعية واحدة على الرغم من أن معظمهم كان يشارك زوجاته في بعض النشاطات المنزلية التي تضمنها البرنامج.

أثناء حضور الأزواج بعد انتهاء القياس البعدي، تم تقديم حوصلة لكل الجلسات، حتى يكون الأزواج في الصورة ويدركوا ما كان يحدث مع زوجاتهم، وكحوصلة عرضت الباحثة تجارب عبر الفيديو لحالات تم فيها نجاح عمليات التلقيح الاصطناعي، ثم تم عرض حالة لزوج حضر الجلسة وتحدث عن تجربته الواقعية مع العقم، وفشل عمليات التلقيح الاصطناعي (خمس محاولات علاجية)، وهنا لاحظت الباحثة تجاوب غير منتظر من الأزواج، حيث تابعوا باهتمام حديث الزوجين بانتباه كبير وانفعال خاص لدرجة البكاء، ما دفع بعض الأزواج للحديث عن معاناتهم مع هذه الإصابة، وهو ما قد يؤكد أن الرجل يتفاعل مع المواضيع بموضوعية وبراعة متينة ... وهو ما يفتح باب لدراسات مستقبلية مع الأزواج لا تعتمد على الإيحاء والتلميحات والنفرغ الانفعالي المباشر وتعتمد على تقديم نماذج واقعية يكون لها صدى ويؤثر في زعزعة التوازن السلبي الذي يتميز به بعض الرجال في مواجهة الضغوط المتعلقة بحياتهم الشخصية واثارة اتجاههم لإمكانية التفريغ وتغيير المعتقدات والتفاعل مع المشكل بتلقائية ومرونة أكبر. مع التأكيد في الأخير أنه قبل أن ينظر الباحث لعمله أو بحثه على أنه مشروع أكاديمي يحتاج من خلاله الوصول إلى نتائج حتى يتوج هذا العمل، يجب أن يدرك أنه قبل هذا وذاك هو عمل انساني يقدم من خلاله خدمة لمجموعة من الأفراد ولن تتيح له فرصة أفضل من هذه ليقدّم فيها هذه الخدمة أو المساعدة لذلك عليه استغلالها لتقديم أفضل ما عنده أو أفضل ما لديه على الإطلاق، وأكد النتائج التي يبحث عنها ستكون تحصيل حاصل.