المناعة النفسية وعلاقتها بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية للنساء اللواتي يعانن من حالة العقم

م.م. زينب وحيد سلمان
كلية البنات جامعة عين شمس
ssmine13@gmail.com

أ.د. هبة حسين إسماعيل
كلية البنات جامعة عين شمس
hebahusien2009@hotmail.com

التقديم: 2020/8/16
القبول: 2021/4/13
النشر: 2022/3/15

Doi: https://doi.org/10.36473/ujhss.v61i1.1222

under a Creative Commons Attribution 4.0 International Licenses

المستخلص

تشكل حالة العقم عامل ضغط نفسي كبير جدا وصوصا على النساء. وهذه الضغوط تتفاقم في المجتمعات الشرقية والعربية على وجه الخصوص. ويتوقف تأثير الضغوط على اساليب التعامل مع الضغوط وكذلك المناعة النفسية. هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى المناعة النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم. والتعرف على أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم

تم تبني مقياسين للمناعة النفسية ولاساليب التعامل مع الضغوط النفسية. تم اختيار عينة من النساء اللواتي يراجعن مستشفى كمال السامرائي تتكون 78 امرأة. النتائج أظهرت مستوى متوسط من المناعة النفسية. كذلك أظهرت النتائج ان الأساليب التعامل الديني واستخدام الدعم العاطفي والتعامل الفعال واستخدام الدعم الوسيلي. كما وجدت فروقا دالة إحصائية في المناعة النفسية تبعا لمتغير العمر ومدة الزواج. كما ظهرت فروقا دالة احصائيا في أساليب التعامل الديني واستخدام الدعم الوسيلي وفقا لمتغير العمر. كما ظهرت

علاقة دالة بين اغلب أساليب التعامل مع الضغوط والمناعة النفسية. في ضوء هذه النتائج تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: المناعة النفسية، العقم، الضغوط النفسية، أساليب التعامل

مقدمة البحث

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية الى ان ما يصل الى 15% من الأزواج في سن الانجاب في جميع انحاء العالم يصابون بالعقم. أظهرت الدراسات الديموغرافية لمنظمة الصحة العالمية عام 2004 أن أكثر من 30% من النساء الذين تتراوح أعمارهن بين 25–49 عاماً في أفريقيا جنوب الصحراء يعانين من العقم الثانوي، أي الفشل في الحمل بعد حمل أولي بدئي((WHO, 2010. وعلى الرغم من عدم توفر إحصاءات رسمية دقيقة عن عدد حالات العقم في العراق الان ان مديرية الصحة في احد المحافظات العراقية بينت ان عدد المراجعات للبحث عن العلاج بسبب حالات العقم وصلت الى 3600 حالة خلال ثلاثة اشهر (المرايا, 2016).

إنَّ حق انجاب طفل قد يكون شيئا مضمونا لاغلب الناس ولكنهم قد لا يعرفون حقيقة أن واحداً من عشرة متزوجين قد لا يكونون قادرين على انجاب الطفل الذي يريدون (Malpani & Malpani, 2003). فالعقم غَدَا مشكلة عامة وكل منّا يعرف على الاقل شخصا واحدا يعاني من هذه المشكلة بين اصدقائه او افراد عائلته.

أظهرت البحوث أن النساء اللاتي يعالجن من العقم يعانين من مستويات ضغوط متشابهةٍ وغالبا أعلى من النساء اللواتي ولا سيما حديثو الزواج– يعانين من أمراض مهددة للحياة كالسرطان وأمراض القلب. حيث يمر الازواج العقيمون بضغوط مزمنة –طويلة المدى– كل شهر، لأنهم –أولا– يأملون حمل زوجاتهم ومن ثم يتعاملون مع خيبة أمل جديدة إذا لم يحصل ذلك (Hasanpoor-Azghdy, Simbar, & Vedadhir, 2014).

إنَّ العلاقة بين الضغوط والعقم لم تفهم تماما حتى اليوم. في حين أنَّ هناك تأكيداً كبيراً على ان العقم يسبب ضغوطاً نفسية عديدة.

كذلك؛ إنّ الكثير من الازواج (الزوج والزوجة) يشعرون بالعجز وعدم السيطرة على اجسامهم وخطط حياتهم عندما يعرفون بأنهم يعانون من العقم، حيث يمكن ان يكون العقم مخاطرةً كبيرة، لأنَّ أهمَّ هدف في الحياة وهو الابوة والامومة يكون عرضةً للتهديد. ولأنَّ اغلب الازواج يخططون لحياتهم وخبراتهم ويعملون بجد من اجل الوصول الى شئ ما وينجحون في ذلك ولكن الامر ليس كذلك في حالة العقم (Thomas & Rausch, 2002).

ولا يُنْسَى تأثير الضغوط على العلاقات الشخصية. حيث يمكن ان يؤدي الى زيادة الاعباء النفسية الزوجية واضطراب الطاقة الجنسية، ويمكن أنَّ تُسبّبَ البعد عن الاصدقاء مما يؤدي الى قطع مصادر الإسناد. ومما يزيد من قوة الضغوط انتظار الحيض بقلق شديد ويمكن أنَّ يكون الوضع أسوأ إذا تأخر لاي سبب، وكذلك اسئلة افراد العائلة والاصدقاء، حيث أنَّ الكثير من هذه الاسئلة مؤلمةٌ وحساسة واتخاذ قرار الذهاب الى الطبيب وتحديد علاج العقم ثم الانتظام على تعاطيه، كلها تزيد من شدة الضغوط.

ومع ذلك ليس كل الضغوط التي يواجهها الزوجان اللذان يعانان من العقم نفسية او انفعالية، فأنَّ علاج العقم ربّما تصبح ضاغطا جسميا ايضا فاختبارات الدم ووخز الابر والصور التضليلية للرحم hysterosalpingograms و التخصيب insemination يمكن ان تكون مؤلمةً وصعبة ومحرجة والمراجعات المستمرة للاطباء والعيادات. وهذا ما يؤكده اتحاد دعم الابوة الدولي (Seible & Taymor, 1982).

كما أنَّ بعض العلاجات الهرمونية لها تأثيرات جانبية كتقلب المزاج والاضطراب الانفعالي تجعل من الصعب على الشخص ان يتعامل مع الضغوط.

أما الضغوط المادية فقد تُصبح ثقيلة على كاهل المرضى لا سيما الفقراء منهم، فعلاج العقم مكلف وهذا يمثل عقبةً كبيرةً.

ومن خلال مراجعة العديد من الدراسات حول علاقة الضغوط النفسية بالامراض الجسمية والنفسية، يمكن ان نستنتج أن الصحة الجسمية والنفسية تتأثر بأنواع مختلفة من العوامل البيئية. حيث اظهرت احدى الدراسات وجود علاقة بين الضغوط النفسية والاصابة بالجلطة القلبية (علي, 1994). كما تشير العديد من الدراسات الى ان الضغوط عاملا سببيا مهما في الاصابة بعدد من الامراض الجسمية ذات المنشأ النفسي (السايكوسوماتيه) والنفسية. كما تشير عدد من الدراسات الى ان الضغوط لها تأثيرات سلبية على جهاز المناعة لدى الانسان. اما القلق والكآبة وغيرها فهي أمثلة على الاضطرابات النفسية التي تنتج عن التعرض للضغوط (علي, 1997).

وتجدر الاشارة الى أنَّ هناك احتمالاً كبيراً في أنَّ تؤديَ الضغوط الى المعاناة من الكآبة لدى النساء اللواتي يعانيْنَ من العقم، لأن العقم يسبب معاناة شخصية وحزناً شديدين. وأغلبُ هذا يبقى مخفيا عن الآخرين، بسبب شعور الزوجين بتقدير الذات المنخفض ومعارضتهم الكلام حول مشكلتهم. فعلى الرغم من أنَّ مشكلة العقم تنتشر عالميا بنسبة 10–15% بين المتزوجين –الذين مر على زواجهم سنتين فأكثر–، فأنها تبقى واحدة من تلك الموضوعات المحرَّم الحديث عنها، ولا يريد أي شخص أنَّ تُسرد تفاصيلها في مقامات الكلام.

ويمكن ان تؤدي حالة العقم التي يصاب بها الانسان –اما نتيجة لعيوب جسمية يولد وهو يعاني منها، او نتيجة لامراض جسمية تحدث بعد ولادته– الى إحداث ضغوطا نفسية Stress كبيرة على المريض والذي قد يتعامل معها بعضهم كأنها وصمة عار تهدد كيانه وشخصيته وتهدد توافقه النفسي والاجتماعي وهذا ما تشير اليه عدد من الدراسات.

ان تأثير الضغوط سواء على الصحة الجسمية او النفسية للشخص يرتبط باساليب تعامله معها ومناعته النفسية. فعندما يواجه الشخص مواقف ضاغطة فأنه يسعى الى مواجهتها والتوافق معها، وهنا يتوقف نجاح جهوده على ما يستخدمه من موارد شخصيته وبيئته ونماذج سلوكية جديدة لازمة لرفع مستوى التفاعلات والتبادلات بين الفرد والبيئة المحيطة به.

نستدل مما سبق عرضُهُ أنَّ الضغوط التي تنتج عن حالة العقم لها تأثيرات ضارة على حالة المريض النفسية والجسمية، وقد تسهم –أيضا– بشكل سلبي كبير في استجابته للعلاج لا سيما في الحالات التي تكون فيها احتمالية العلاج ممكنة. لذلك فان هذه الدراسة يمكن ان تسهم في إثراء الجانب المعرفي في مجال علاقة العقم بالضغوط . فضلا عن علاقة المناعة النفسية واساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم. وسنعرض لا حقا شرحا لمفهومي المناعة واساليب التعامل مع الضغط النفسي كما يمكن ان يكون لها أهمية تطبيقية من حيث الاستفادة من نتائجها في تطوير خطط معالجة حالات العقم وبما يسهم في بناء المجتمع وعدم هدر طاقاته التي يحتاج اليها.

لذلك فأن التساؤل الرئيسية التي تحاول هذه الدراسة الإجابة عليها، هي ما مستوى المناعة النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من العقم وما هي أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لديهن والعلاقة الارتباطية بين المناعة النفسية واساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودلالة الفروق الإحصائية في المناعة النفسية واساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفقا لمتغير العمر وطول مدة الزواج.

اهداف البحث:

يهدف البحث الحالي الى ما يلي:

1. التعرف على مستوى المناعة النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم.
2. التعرف على أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم
3. التعرف على الفروق في المناعة النفسية وفقا لمتغيري العمر وطول مدة الزواج.

4. التعرف على الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لمتغيري العمر وطول مدة الزواج.
5. التعرف على العلاقة بين المناعة النفسية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

حدود الدراسة

تتحدد نتائج هذه الدراسة بدراسة العلاقة بين المناعة النفسية واساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم. وفقا للأطر التالية:

الاطار البشري: يتحدد بالنساء الذين يعانون من حالة العقم والذين يراجعون المركز الطبي لتشخيص وعلاج العقم في مستشفى الدكتور كمال السامرائي.

الاطار الزمني: 2020–2021

الاطار النظري

لا بد من الاشارة الى ان العقم ازمة لها اربعة ابعاد (طبية ، نفسية، اجتماعية، اسرية) . ولقد كان العقم يفسر على انه بسبب الزوجة وان سببه عضوي نفسي ، وبهذا الصدد تشير إحدى الدراسات الى ان النساء يتلقين لوما أعلى مما يتلقاه الرجال في حالة معاناتهم من العقم وهذا ربما يعود الى أنَّ المجتمع عموما مجتمع ذكوري النزعة او يعود ذلك الى الافكار الخاطئة عن دور المرأة والرجل في عملية الإنجاب، الا ان الابحاث الحديثة اثتت عكس ذلك ، فقد اثبتت دراسة توستدو (Tostado, 1997) تساوي كل من الزوج والزوجة في سبب حدوث العقم بنسبة 35% لكل منهما بينما يأتي سبب العقم مشتركا بين الزوجين ليشكل نسبة 20% في حين التشخيصات التي تظهر عدم معرفة السبب تشكل فقط 10% وقد ايدت عدة دراسات تلك النسبة (Mahlstedt, Macduff, & Bernstein, 1987; Miall, 1986). وبالرغم مما اظهرته الدراسات من تساوي بين الزوجين الا ان الدراسات تثبت ان المراة اول من يبادر بالفحص عن سبب تأخر الحمل مقارنة بالرجل (Shapiro 1988).

ان الاسرة التي تعاني من مشكلة العقم يمكن النظر اليها على انها اسرة تعيش في ازمة بمعناها النفسي والاجتماعي ، وتعتمد درجة تأقلم الاسرة مع الازمة وفقا للمرحلة التي تمر بها فقد اكدت دراسة قامت بها احدى الباحثات (COOK, 1987) على عينة من الاسر التي تعاني من العقم ان تلك المسألة تقترن بصدمة نفسية لكلا الزوجين وعدم تصديق او تكذيب لحدوث ذلك لهم ، ثم ترتفع درجة التأزم النفسي الامر الذي يصاحبه غضب

وفقدان السيطرة على المشاعر والسلوكيات بما ينتج عنه في كثير من الاحيان ميل للعزلة عن الاخرين وشعور بالذنب اضافة الى نوع من النظرة الدونية لمفهوم الذات وتقديرها الامر الذي ينتهي بدرجات متفاوتة من الاكتئاب.

ان الاثار النفسية الناتجة عن حالة العقم على نفسية كل من الزوجين قد وصفت في بعض الدراسات على انها ازمة او كارثة وانها ترتقي لمستوى الصدمات ((PTSD Porter), 1984). كما تشير احدى الدراسات التي اجريت على عينة من الاسر الكويتية ان افراد النساء اللواتي يعانن من حالة العقم اظهرن مستوى متدني من تقدير الذات (القشعان, 2000).

وبالاضافة الى أن حالة العقم تسبب الضغوط، فان الضغوط يمكن ان تلعب دورا سببيا مباشرا في إحداث العقم، فهي يمكن كذلك أنَّ تخمد الطاقة النفسية libido وتسبب الاختلال الوظيفي وتخفض تكرار الاتصال الزوجي والذي يمكن ان يسبب انخفاضاً في احتمالات الحمل. كما أنَّ كثيرا من النساء أخذن الافراط في الاكل كاستجابة لضغوط العقم مما يزيد الخلايا الدهنية التي تؤدي الى اضطراب التوازن الهرموني والذي بدوره يؤدي الى جعل الموقف اكثرَ سوءاً (C. J. S. a. R. A. Peterson, 1991).

ان المنظور المعرفي للضغوط وأساليب التعامل يقترح ان هناك علاقة دينامية وثنائية بين الفرد وبيئتهم (Tuna, 2003). وفقا لفولكمان ولازورز وكرون وديلونكس (1986)، النظرية تفترض عمليتين لتعديل العلاقات بين الشخص والبيئة والتأثيرات المتوسطة وطويلة المدى لهذه العلاقات. هذه العمليات هي التقييم المعرفي واساليب التعامل. هناك عمليتين للتقييم المعرفي هما التقييم الابتدائي والثانوي (Susan Folkman & lazarus, 1985). في التقييم الابتدائي، الشخص يحاول ان يقيم فيما اذا كان الحدث المختبر يشكل ضغطا او لا. اذا كان ضاغطا، فان الشخص يقيم مصادر وخيارات التعامل للاستجابة للحدث الضاغط؛ هذا يسمى عملية التقييم الثانوي. فولكمان (1984) يعتقد ان أسلوب التعامل المختار على المدى الذي يكون فيه الحدث الضاغط تحت السيطرة. على اية حال فان تقييم الحدث ان كان تحت السيطرة او لا، يعتمد على على المهارات والقدرات التي يمتلكها الشخص.

كما بينا سابقا، عملية التعامل هي العملية الثانية من نظرية الضغوط والتعامل. عرف لازورز وفولكمان (1984) أساليب التعامل "محالات سلوكية ومعرفية متغير بشكل مستمر لادارة المتطلبات الداخلية والخارجية التي قد تقيم انها تتجاوز موارد الشخص" (p. 141). صنفت أساليب التعامل بشكل مختلف. صنفها لازورز وفولكمان (1984) في فئتين : أساليب تعامل مركز على المشكلة وأساليب تعامل مركز على الانفعال. تتضمن أساليب التعامل المركز على المشكلة الأفكار والسلوكيات التي تهدف الى تعاملا فعالا مع الموقف

الضاغط. بالمقابل أساليب التعامل المركزة على الانفعال تتضمن التمني والتأكيد على الايجابية ولوم الذات وتخفيض التوتر والبحث عن الدعم الاجتماعي وعزل الذات.
في تصنيف اخر، صنفت أساليب التعامل الى ستراتيجيات تجنب وأخرى إجرائية. التعامل الاجرائي يتضمن إعادة التقييم الإيجابي والتحليل المنطقي واتخاذ أنشطة لحل المشكلة والبحث عن التوجيه والدعم. بالمقابل، أساليب التعامل التجنبي تتضمن القبول المستسلم ، والتجنب المعرفي ، والبحث عن مكافآت بديلة ، والتفريغ العاطفي (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996).

وصنف دوسك وجورجنسن (1990) الاستراتيجيات إلى مجموعتين. كانت الاستراتيجيات الأكثر فائدة هي اتخاذ القرارات ، والتحدث عن المشاكل مع الأسرة ، والبحث عن الدعم الاجتماعي. كانت الاستراتيجيات الأقل فائدة هي العدوان اللفظي وتقليل أهمية المشكلة وتعاطي الكحول.

توضح أمثلة التصنيفات هذه أن هناك طرقًا مختلفة لتصنيف استراتيجيات المواجهة. تجدر الإشارة إلى أن الأهم ليس كيفية تصنيفهم ولكن كيفية ارتباطهم بآثار الضغوط اللاحقة.

فيما يخص اساليب التعامل مع الضغوط المرتبطة بالعقم، أظهرت دراسة أجريت على 120 امرأة تعاني من العقم ان اكثر اساليب التعامل كانت ستراتيجيات التعامل التجنبي السلبي ثم ستراتيجيات التعامل المؤسس على المعنى وتعامل المواجهة الفعال وتعامل التجنب الفعال. النتائج بينت كذلك ان النساء اللواتي استخدمن اكثر ستراتيجيات تعامل تجنبي فعال قررن مستوى اقل من الضغوط المرتبطة بالعقم. استخدام تحليل الانحدار المتعدد اظهر ان استراتيجات التجنب الفعال والتعامل المبني على المعنى تنبأت بالضغوط بشكل دال احصائيا. اكثر من ذلك فان ستراتيجيات التعامل المبني على المعنى كانت المنبئ الأقوى بمستوى الضغوط الواطئ المرتبط بالعقم (Aflakseir & Zarei, 2013).
دراسة أخرى أجريت على 1169 امراة و1081 رجل وجدت ان استخدام الشريك للتكيف ارتبط مع التجنب النشط بزيادة الضائقة الشخصية والزوجية والاجتماعية للرجال والنساء. كان استخدام المرأة للتكيف مع المواجهة النشطة مرتبطًا بزيادة الضائقة الزوجية لدى الذكور. كما ارتبط استخدام الشريك للتكيف القائم على المعنى بتقليل الضائقة الزوجية لدى الرجال وزيادة الضائقة الاجتماعية لدى النساء (B. D. Peterson, Pirritano, Christensen, & Schmidt, 2008).

اجرى باحثون دراسة لاستكشاف أنماط التكيف لدى النساء المصابات بالعقم. أجرى الباحثون مقابلات مع 30 امرأة وقيموا البيانات باستخدام تحليل المحتوى. تم تحديد

ست طرق للتغلب على العقم: (1) زيادة المساحة أو الابتعاد عن الأشياء التي تذكر بالعقم ، (2) اتخاذ تدابير لاستعادة السيطرة ، (3) العمل على زيادة احترام الذات من خلال أن تكون الأفضل ، (4) البحث عن المعنى الممنوع في العقم ، (5) الاستسلام للمشاعر ، (6) تقاسم العبء مع الآخرين (Davis & Dearman, 1991).

ضغوط العقم ارتبطت بعلاقة سلبية ودالة احصائيا مع طريقة التأقلم الموجهة نحو العاطفة والدعم الاجتماعي المتصور وجلب الانبساط. له علاقة إيجابية وذات مغزى مع طريقة التأقلم الموجهة نحو العاطفة ، اضطراب الوسواس القهري (OCD). أظهرت نتائج الانحدار التدريجي أن طريقة التأقلم الموجهة للعاطفة والوسواس القهري وكونك منفتحًا هي منبات مناسبة لضغط العقم. الدراسة خلصت الى ان تم تفسير حوالي 22٪ من تباين ضغوط العقم يتم من خلال استراتيجيات المواجهة وسمات الشخصية. وذلك يوضح أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية في مواجهة ضغوط العقم (Rashidi, Hosseini, Beigi, Ghazizadeh, & Farahani, 2011).

دراسة أخرى استكشفت كيفية تعامل النساء المصابات بالعقم مع العقم باستخدام معتقداتهن الدينية والروحية. في المجموع ، تمت مقابلة 30 امرأة عقيم ينتمين إلى طوائف مختلفة من المسيحية والإسلام في المملكة المتحدة وعيادات الخصوبة الإيرانية. تضمنت الفئات التي ظهرت تحكم "الذات" من خلال السيطرة على العواطف ، واعتماد استراتيجيات التأقلم الديني ، والتعامل مع عبء العقم بسلام ، وكلها مرتبطة بالفئة الأساسية المتمثلة في "الاعتماد على كائن أعلى". نحن نجادل بأن النساء المصابات بالعقم يستخدمن مجموعة متنوعة من استراتيجيات التأقلم الدينية والروحية المرتبطة بنتائج الصحة التكيفية. مطلوب مزيد من الاستقصاء العلمي للتحقيق في كيفية تعزيز الدين والروحانية للتكيف مع العقم (Latifnejad Roudsari, Allan, & Smith, 2014).

في دراسة مقطعية ، تكونت عينة الدراسة من 400 من الأزواج المصابين بالعقم ، الذين يبلغون من العمر 18 عامًا على الأقل ويمكنهم القراءة والكتابة ، وتم تسجيلهم في معهد رويان ، طهران ، إيران ، بين يوليو وسبتمبر 2014. كانت هناك درجة أعلى بكثير لضبط النفس في الأزواج مقارنة بالزوجات (P = 0.016). بالإضافة إلى أن الزوجات حصلن على درجات أقل في المواجهة والابتعاد عن أزواجهن ، ولكن قبول المسؤولية و إعادة التقييم الإيجابي كانت أقل في الزوجات من الأزواج ولكن هذه الاختلافات ليست كبيرة (P> 0.05). كان متوسط درجة طلب الدعم الاجتماعي وتجنب الهروب من الزوجات أعلى ومعنويًا (P = 0.037، P = 0.022 على التوالي) (Mohammadi, Samani, Navid, Maroufizadeh, & Sabeti, 2018).

قامت (مغزي, 2017) بدراسة نساء يعانن من العقم للتعرف على استراتيجيات التعامل مع الضغوط. بلغت عينة الدراسة (44) من النساء اللاتي يعانن من العقم واستخدمت مقياس استراتيجيات التعامل الثنائية لـ(بوندمان). أظهرت الدراسة وجود مستويات ضغوط عالية لدى العينة. كما وجدت الدراسة علاقة ارتباطية دالة بين استراتيجيات المواجهة الثنائية والضغط النفسي.

دراسة (Hsu & Kuo, 2002) هدفت الى استكشاف الأهداف التالية للأزواج المصابين بالعقم الذين يتلقون علاجًا للعقم: الفروق بين الزوجات والأزواج في ردود أفعالهم العاطفية وأساليب التعامل. استند هذا البحث ، باستخدام استبيانات منظمة ، إلى 120 من الأزواج المصابين بالعقم الذين يحضرون التلقيح داخل الرحم (IUI) أو برنامج الإخصاب في المختبر ونقل الأجنة (IVF-ET). تتكون أدوات البحث من نموذج البيانات الديموغرافية ، وملامح الحالة المزاجية (POMS) ، وطرق المواجهة. أظهرت نتائج البحث أن الزوجات المصابات بالعقم يعانين من اضطرابات عاطفية أكثر من الأزواج ، كما هو موضح في المقاييس الفرعية الأربعة للتوتر والقلق والاكتئاب والكآبة والغضب والعداء والإرهاق والقصور الذاتي. كما تبين أن الزوجات يتبنين أساليب التعامل للتأقلم مع العقم والعلاج أكثر من الأزواج ، كما يتضح في المقاييس الفرعية لضبط النفس ، والبحث عن الدعم الاجتماعي وتجنب الهروب ، والمقياس الإجمالي لاستبيان طرق المواجهة. كل ما سبق بلغ فروق ذات دلالة إحصائية. تباينت ردود الفعل العاطفية للأزواج المصابين بالعقم باختلاف مستويات التعليم ومدة العلاج وعدد العلاجات المتلقاة وعدد الأطفال الموجودين. كان لردود الفعل العاطفية للأزواج المصابين بالعقم علاقة إيجابية كبيرة مع عوامل المواجهة ، وقبول المسؤولية ، وتجنب الهروب. كان لردود الفعل العاطفية للزوجات علاقة سلبية مع إعادة التقييم الإيجابية.

فيما يخص المناعة النفسية فانها هي أحد متغيرات الشخصية، أما علم المناعة النفسية Psychoimmunology فهو أحد فروع العلم التي تدرس تأثير العوامل النفسية المختلفة، مثل الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب، على المناعة الطبيعية لجسم الإنسان وعلاقتها بالأمراض الجسمية، وهناك علم المناعة النفسية العصبية Psychoneuroimmunology الذي يدرس العلاقات والتفاعلات والتأثيرات المتبادلة بين السلوك ومناعة الجسم والجهاز العصبي (حمدي, 2004). دراسة (Nagy & Nagy, 2016) قارنت استراتيجيات المواجهة والمناعة النفسية للوالدين من الذين انجبوا اطفالا باستخدام تكنولوجيا الإنجاب المساعدة (ن = 86) والآباء الذين لديهم طفل تم انجابه بشكل طبيعي (ن = 86) في السكان الهنغاريين في سن الخصوبة. أظهرت النتائج أن الآباء في

التلقيح الصناعي قادرون على التحكم في عواطفهم بطريقة أفضل من الأزواج المقارنة. يفسرون المحاكمات على أنها تحديات ويعتبرون أنفسهم أكثر قيمة من أعضاء المجموعة الضابطة. وبهذا يؤكد أن مراعاة العوامل النفسية ومعالجتها في علاج العقم لها دور وقائي مهم تلعبه

إجراءات الدراسة

أولا: منهج الدراسة: استخدمت الباحثتان في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبته طبيعة واهداف الدراسة.

ثانيا : مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من النساء اللواتي يعانن من حالة العقم في مدينة بغداد. وقد تعذر الحصول على إحصائية دقيقة.

لغرض تحقيق اهداف هذه الدراسة ونظرا لعدم إمكانية اختيار عينة عشوائية من النساء اللاتي يعانن من العقم من اللواتي يراجعن المستشفيات والعيادات المختصة فقد تم اختيار المراجعات لمستشفى الدكتور كمال السامرائي في بغداد. تم التطبيق على مرحلتين الأولى لغرض استخراج الخصائص السايكومترية للمقياسين والثانية للتطبيق النهائي. الاختيار تم بطريقة مقصودة للنساء للواتي يراجعن المستشفى طلبا للعلاج او متابعة برامجهم العلاجية. تكونت العينة الأولى من 34 امرأة . اما عينة التطبيق النهائي فتكونت من 78 امرأة وكما مبين في الجدول (1)

جدول 1: توزيع افراد عينة التطبيق النهائي

مدة الزواج بالسنوات / العمر بالسنوات	اقل من 5		5-10		اكثر من 10	
21-30	5	42%	5	17%	7	19%
31-40	7	58%	14	48%	14	38%
اكثر من 40			10	35%	16	43%
المجموع	12	16%	29	37%	37	47%
المجموع الكلي	78					

جدول 1 يبين توزيع افراد عينة الدراسة وفقا لمتغير العمر فقد تضمنت العينة 21% من العينة بعمر بين 21–30 سنة و45% بعمر 31–40 سنة والباقي بعمر اكثر من

40 سنة. اما فيما يخص متغير طول مدة الزواج، 16% من العينة مدة زواجهن اقل من 5 سنوات و37% من العينة مدة زواجهن بين 5–10 و47% اكثر من 10 سنوات.

ثالثا: ادوات الدراسة وتضمنت مقياسين

1–مقياس المناعة النفسية

تم استخدام مقياس المناعة النفسية لـ (حمد, 2016) ويتكون المقياس من 29 فقرة في ثلاثة مجالات. واستخدم المقياس 5 مستويات إجابة وفقا لمقياس ليكرت (تنطبق علي دائما*تنطبق علي–تنطبق علي أحيانا–لا تنطبق علي–لا تنطبق علي ابدا) وقد تم تعديل صياغة بعض الفقرات لتكون ملائمة لعينة النساء اللواتي يعانن من العقم.

أ–صدق الأداة:

تم التحقق من صدق مقياس المناعة النفسية عن طريق الصدق الظاهري وذلك بعرضه على عدد من المحكمين من جامعة بغداد عددهم (10) وطلب من المحكمين ابداء الرأي لمدى مناسبة المقياس لعينة النساء اللواتي يعانن من العقم. وقد ظهر اتفاق كبير بين المحكمين مع اقتراح بعض التعديلات على بعض الفقرات والتي تم تعديلها في ضوء ذلك. ولغرض التأكد من ثبات المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لمقياس المناعة النفسية ولمجالاته الثلاث والنتائج معروضة في الجدول ادناه.

جدول 2: معاملات الفا كرونباخ لمقياس المناعة النفسية

المجال	الفا كرونباخ
الاعتقاد	0.75
التنفيذي والخلاق والرقابي	0.79
تنظيم الذات	0.72
المقياس ككل	0.81

يتضح من الجدول أعلاه ان مقياس المناعة النفسية يتمتع بمستوى جيد من الاتساق لداخلي. كذلك قامت الباحثتان بحساب الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس المناعة النفسية وتم عرض النتائج في جدول 3.

جدول 3: معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس المناعة النفسية (ن=34)

الاعتقاد		التنفيذي والخلاق والرقابي		تنظيم الذات	
الفقرة	درجة الارتباط	الفقرة	درجة الارتباط	الفقرة	درجة الارتباط

الاعتقاد		التنفيذي والخلاق والرقابي		تنظيم الذات	
الفقرة	درجة الارتباط	الفقرة	درجة الارتباط	الفقرة	درجة الارتباط
1	0.4	3	0.39	7	0.3
2	0.32	4	0.31	8	0.3
11	0.3	5	0.41	9	0.39
12	0.34	6	0.32	10	0.4
13	0.32	15	0.42	19	0.42
14	0.34	16	0.35	20	0.34
22	0.33	17	0.39	21	0.33
27	0.36	18	0.41	28	0.39
		23	0.4	29	0.41
		24	0.42		
		25	0.38		
		26	0.36		

الجدول أعلاه يظهر ارتباطات دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين الدرجات على الفقرات والدرجة الكلية لمقياس المناعة النفسية وهذا يعكس وجود اتساق داخلي للمقياس ومن ثم صدق بناء.

2-مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

تم استخدام مقياس (Carver, 1997) الذي قام بترجمته (Jaber, 2012) والذي يتكون من 28 فقرة في 14 أسلوب .وقد استخدام مقياس رباعي لتقدير إجابات المفحوصين (لا افعل ذلك ابد-افعل ذلك قليلا-افعل بدرجة متوسطة- افعل ذلك كثيرا)

أ-صدق الأداة:

تم التحقق من صدق مقياس أساليب التعامل عن طريق الصدق الظاهري وذلك بعرضه على عدد من المحكمين من جامعة بغداد عددهم (10) وطلب من المحكمين ابداء الرأي لمدى مناسبة المقياس لعينة النساء اللواتي يعانن من العقم. وقد ظهر اتفاق كبير بين المحكمين. ولغرض التأكد من ثبات المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لمقياس أساليب وفقا للاساليب الأربعة عشر والنتائج معروضة في الجدول ادناه.

جدول 4: معاملات الفا كرونباخ لمقياس أساليب التعامل مع الضغوط

المجال	الفا كرونباخ

المجال	الفا كرونباخ
التعامل الفعال	0.65
الامتناع الإيجابي	0.62
التقبل	0.58
الدعابة	0.64
التعامل الديني	0.71
استخدام الدعم العاطفي	0.70
استخدام الدعم الوسيلي	0.69
الهاء الذات	0.63
الانكار	0.72
التنفيس	0.73
استخدام المهدئات	0.59
لوم الذات	0.58
فك الارتباط السلوكي	0.61
التخطيط	0.64

يتضح من الجدول أعلاه ان أساليب التعامل مع الضغوط النفسية تتمتع بمستوى جيد من الاتساق الداخلي مما يعكس مستوى جيد عموما من الثبات.

كذلك قامت الباحثتان بحساب الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس الاساليب وتم عرض النتائج في جدول 5.

جدول 5: معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس اساليب التعامل مع الضغوط (ن=34)

الأسلوب	الفقرة	درجة الارتباط
التعامل الفعال	1	0.3
	16	0.31
الامتناع الإيجابي	3	0.31
	18	0.2
التقبل	4	0.32
	15	0.33
الدعابة	5	0.3

الأسلوب	الفقرة	درجة الارتباط
	19	0.35
التعامل الديني	6	0.4
	20	0.42
استخدام الدعم العاطفي	7	0.43
	21	0.41
استخدام الدعم الوسيلي	8	0.39
	22	0.38
الهاء الذات	9	0.32
	23	0.3
الانكار	24	0.33
	10	0.34
التنفيس	11	0.32
	25	0.31
استخدام المهدئات	12	0.32
	26	0.31
لوم الذات	14	0.39
	28	0.38
فك الارتباط السلوكي	13	0.37
	27	0.35
التخطيط	2	0.3
	17	0.32

الجدول أعلاه يظهر ارتباطات دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين الدرجات على الفقرات والدرجة الكلية لمقياس أساليب التعامل الضغوط وهذا يعكس وجود اتساق داخلي للمقياس ومن ثم صدق بناء.

نتائج الدراسة وتفسيرها

بعد ادخال بيانات التطبيق النهائي ومعالجتها احصائيا باستخدام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS تعرض الباحثتان نتائج الدراسة وفقا لاهداف الدراسة وكما يلي:

1. التعرف على مستوى المناعة النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم.

لغرض تحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسط والوسيط والمنوال والانحراف المعياري واقل واعلى درجة لمتغير المناعة النفسية والتي عرضت في الجدول ادناه.

جدول 6: الاحصاء الوصفي لمتغير المناعة النفسية.

أسلوب التعامل	العدد	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	المدى	اقل درجة	اعلى درجة
المناعة النفسية	78	90.99	89	112	34.19	117	27	144

جدول 6 اعلى درجة تم تحصيلها على متغير المناعة النفسية من قبل عينة الدراسة كانت 27 وتمثل مستوى واطئ من المناعة واعلى درجة كانت 144 وتمثل مستوى عالي من المناعة النفسية. فضلا عن المتوسطة الحسابي 90.99 وهو اعلى قليلا من الوسط الفرضي البالغ 87. وهذا يعكس مستوى مناعة نفسية متوسطة لدى النساء اللواتي يعانن من العقم. وهذا يتوافق مع دراسة (عبدالعزيز, 2020) التي وجدت مستوى متوسط من المناعة النفسية وارتباطها إيجابيا مع الصحة النفسية.

2. التعرف على أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانن من حالة العقم

لغرض تحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسط والوسيط والمنوال والانحراف المعياري واقل واعلى درجة لاساليب التعامل مع الضغوط والتي عرضت في الجدول التالي.

جدول 7: الاحصاء الوصفي لاساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

أسلوب التعامل	العدد	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	المدى	اقل درجة	اعلى درجة
التعامل الفعال	78	5.53	6	6	1.64	6	2	8
الامتناع الإيجابي	78	3.94	4	3	1.43	6	2	8
التقبل	78	3.46	3	2	1.43	6	2	8
الدعابة	78	2.59	2	2	1.13	6	2	8

أسلوب التعامل	العدد	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	المدى	اقل درجة	اعلى درجة
التعامل الديني	78	6.14	6	8	1.51	5	3	8
استخدام الدعم العاطفي	78	6.01	6	8	1.61	6	2	8
استخدام الدعم الوسيلي	78	5.78	6	8	1.81	6	2	8
الهاء الذات	78	4.27	4	3	1.57	6	2	8
الانكار	78	4.23	3	3	1.95	6	2	8
التنفيس	78	3.76	3	2	1.87	6	2	8
استخدام المهدئات	78	3.59	3	2	1.40	5	2	7
لوم الذات	78	2.74	2	2	1.25	6	2	8
فك الارتباط السلوكي	78	3.09	2	2	1.75	6	2	8
التخطيط	78	4.78	4	4	1.78	6	2	8

النتائج المعروضة في الجدول أعلاه تظهر ان الدرجات الأقل والاعلى لاساليب التعامل كانت تقريبا متشابه لمعظمها وهي 2 و 8 على التوالي. أيضا النتائج تظهر ان الأساليب التعامل الديني واستخدام الدعم العاطفي والتعامل الفعال واستخدام الدعم الوسيلي حصلت اعلى المتوسطات وهي اعلى من المتوسط الفرضي البالغ 5 مما يعني ان النساء اللواتي يعانن من العقم يستخدمن وبشكل متوسط أساليب التعامل الديني والاستخدام الدعم العاطفي والدعم الوسيلي وأيضا التعامل الفعال. بالمقابل أظهرت النتائج ان كل الأساليب الأخرى كانت متوسطاتها اقل من الوسط الفرضي.

هذه النتائج اكدت نتيجة دراسة (مغزي, 2017) التي وجدت ان النساء اللواتي يعانن من العقم لديهم مستويات عالية من الضغوط ويستخدمن أساليب مختلفة للتعامل مع هذه الضغوط. كذلك (Hsu & Kuo, 2002) وجدت ان الافراد يستخدمون أساليب مختلفة للتعامل مع الضغوط منها الدعم الاجتماعي والهروب من المواقف.

3. التعرف على الفروق في المناعة النفسية وفقا لمتغيري العمر وطول مدة الزواج

لاختبار دلالة الفروق في المناعة النفسية تبعا لمتغير العمر ومدة الزواج، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والنتائج معروضة في الجدول ادناه

جدول 8: نتائج تحليل التباين والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المناعة النفسية وفقا لطول مدة الزواج والعمر

مدة الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	الدلالة
اقل من 5 سنوات	12	77.17	27.07	بين المجموعات	7722.50	2	3861.25	3.520	0.035
5–10	29	83.66	34.41	داخل المجموعات	82264.49	75	1096.86		
اكثر من 10 سنوات	37	101.22	33.77	المجموع	89986.99	77			
المجموع	78	90.99	34.19						
العمر									
21–30	17	62.29	16.446	بين المجموعات	49022.68	2	24511.34	44.877	0.000
31–40	35	79.51	28.336	داخل المجموعات	40964.31	75	546.19		
40 سنة فاكثر	26	125.19	19.327	المجموع	89986.99	77			
Total	78	90.99	34.186						

جدول 8 يظهر ان هناك فروقا دالة احصائيا في المناعة النفسية تبعا لمدة الزواج والعمر حيث بلغت قيمة (F) 3.520 و44.877 لطول مدة الزواج والعمر على التوالي. وقد كانت الفروق دالة عن مستوى دلالة 0.05 لطول مدة الزواج و0.001 لمتغير العمر. اما فيما يخص العمر، فأن النساء من المجموعة العمرية (40 سنة فاكثر) يتمتعن بمناعة نفسية اعلى من المجموعتين العمريتين (21–30) و(31–40). أيضا المقارنة بين المجموعة العمرية (31–40) والمجموعة (21–30) أظهرت فروقا لصالح المجموعة (31–40). هذه النتائج تظهر ان النساء الأكبر عمر كن الأكثر مناعة نفسية.

4. التعرف على الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لمتغيري العمر وطول مدة الزواج.

استخدم تحليل التباين الأحادي لاختبار دلالة الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لمتغير طول مدة الزواج. النتائج معروضة في الجدول ادناه،

جدول 10: نتائج تحليل التباين والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لطول مدة الزواج

الأسلوب	مدة الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة
التعامل الفعال	اقل من 5 سنوات	12	4.83	1.642	بين المجموعات	7.31	2	3.66	1.370	0.260
	5-10	29	5.55	1.804	داخل المجموعات	200.14	75	2.67		
	اكثر من 10 سنوات	37	5.73	1.484	المجموع	207.45	77			
	المجموع	78	5.53	1.641						
الامتناع الإيجابي	اقل من 5 سنوات	12	4.08	0.793	بين المجموعات	0.47	2	0.24	0.114	0.893
	5-10	29	3.97	1.349	داخل المجموعات	156.21	75	2.08		
	اكثر من 10 سنوات	37	3.86	1.653	المجموع	156.68	77			
	المجموع	78	3.94	1.426						
التقبل	اقل من 5 سنوات	12	3.83	1.403	بين المجموعات	1.98	2	0.99	0.478	0.622
	5-10	29	3.41	1.181	داخل المجموعات	155.40	75	2.07		
	اكثر من 10 سنوات	37	3.38	1.622	المجموع	157.38	77			
	المجموع	78	3.46	1.430						
الدعابة	اقل من 5 سنوات	12	2.42	0.996	بين المجموعات	1.95	2	0.98	0.756	0.473
	5-10	29	2.79	1.424	داخل المجموعات	96.92	75	1.29		
	اكثر من 10 سنوات	37	2.49	0.901	المجموع	98.87	77			
	المجموع	78	2.59	1.133						
التعامل الديني	اقل من 5 سنوات	12	5.08	1.621	بين المجموعات	16.55	2	8.27	3.90	0.024

الأسلوب	مدة الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة
	5-10	29	6.45	1.639	داخل المجموعات	158.90	75	2.12	5	
	اكثر من 10 سنوات	37	6.24	1.234	المجموع	175.45	77			
	المجموع	78	6.14	1.509						
استخدام الدعم العاطفي	اقل من 5 سنوات	12	5.75	1.485	بين المجموعات	1.63	2	0.81	0.309	0.735
	5-10	29	6.17	1.754	داخل المجموعات	197.36	75	2.63		
	اكثر من 10 سنوات	37	5.97	1.554	المجموع	198.99	77			
	المجموع	78	6.01	1.608						
استخدام الدعم الوسيلي	اقل من 5 سنوات	12	5.25	1.658	بين المجموعات	54.03	2	27.01	10.168	0.000
	5-10	29	6.86	1.274	داخل المجموعات	199.27	75	2.66		
	اكثر من 10 سنوات	37	5.11	1.853	المجموع	253.29	77			
	المجموع	78	5.78	1.814						
الهاء الذات	اقل من 5 سنوات	12	4.58	1.379	بين المجموعات	1.44	2	0.72	0.288	0.751
	5-10	29	4.24	1.550	داخل المجموعات	187.90	75	2.51		
	اكثر من 10 سنوات	37	4.19	1.664	المجموع	189.35	77			
	المجموع	78	4.27	1.568						
الانكار	اقل من 5 سنوات	12	5.25	2.006	بين المجموعات	15.41	2	7.70	2.075	0.133
	5-10	29	3.93	1.668	داخل المجموعات	278.44	75	3.71		
	اكثر من 10 سنوات	37	4.14	2.084	المجموع	293.85	77			
	المجموع	78	4.23	1.954						
التنفيس	اقل من 5 سنوات	12	4.58	2.539	بين المجموعات	10.48	2	5.24	1.513	0.227
	5-10	29	3.48	1.526	داخل المجموعات	259.89	75	3.47		
	اكثر من 10 سنوات	37	3.70	1.854	المجموع	270.37	77			

الأسلوب	مدة الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة
	المجموع	78	3.76	1.874						
استخدام المهدئات	اقل من 5 سنوات	12	3.67	1.723	بين المجموعات	1.81	2	0.91	0.456	0.635
	5-10	29	3.76	1.405	داخل المجموعات	149.06	75	1.99		
	اكثر من 10 سنوات	37	3.43	1.303	المجموع	150.87	77			
	المجموع	78	3.59	1.400						
لوم الذات	اقل من 5 سنوات	12	2.67	0.985	بين المجموعات	2.32	2	1.16	0.734	0.483
	5-10	29	2.97	1.210	داخل المجموعات	118.55	75	1.58		
	اكثر من 10 سنوات	37	2.59	1.363	المجموع	120.87	77			
	المجموع	78	2.74	1.253						
فك الارتباط السلوكي	اقل من 5 سنوات	12	2.83	1.586	بين المجموعات	9.72	2	4.86	1.609	0.207
	5-10	29	2.72	1.192	داخل المجموعات	226.65	75	3.02		
	اكثر من 10 سنوات	37	3.46	2.103	المجموع	236.37	77			
	المجموع	78	3.09	1.752						
التخطيط	اقل من 5 سنوات	12	4.75	1.357	بين المجموعات	0.10	2	0.05	0.015	0.985
	5-10	29	4.83	2.019	داخل المجموعات	245.20	75	3.27		
	اكثر من 10 سنوات	37	4.76	1.754	المجموع	245.29	77			
	المجموع	78	4.78	1.785						

جدول 10 يظهر ان الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لمتغير العمر كانت غير دالة، باستثناء اسلوبي التعامل الديني واستخدام الدعم الوسيلي حيث ظهرت فروقا دالة احصائيا. حيث بلغت النسب الفائية (3.905) و (10.168) لاسلوبي التعامل الديني واستخدام الدعم الوسيلي على التوالي. ولغرض التعرف على مصادر الفروق في هذين الاسلوبين تم استخدام اختبار الـ (LCD) وقد عرضت النتائج في الجدول التالي.

جدول 11: نتائج اختبار الLCD للكشف عن الفروق في اسلوبي التعامل الديني واستخدام الدعم الوسيلي تبعا لمتغيري طول مدة الزواج

			5-10	اكثر من 10 سنوات
التعامل الديني	اقل من 5 سنوات		-1.365-*	-1.160-*
	5-10			0.205
		اقل من 5 سنوات	5-10	اكثر من 10 سنوات
استخدام الدعم الوسيلي	اقل من 5 سنوات		-1.612-*	0.142
	5-10			1.754*

النتائج المعروضة في جدول 11 تظهر ان النساء اللاتي مدة زواجهن 5 سنوات فاقل كنا اقل مستوى في التعامل الديني مقارنة بالمجموعتين الاخرتين. فيما يخص أسلوب استخدام الدعم الوسيلي فقد كانت النساء من مجموعة مدة الزواج (5-10) سنوات اعلى مقارنة مقارنة بالمجموعتين (اقل من 5 سنوات) و(اكثر من 10 سنوات).

النتائج تبين ان استخدام اسلوبي التعامل الديني والدعم الوسيلي من قبل النساء اللاتي يعانن من العقم يتأثر بطول مدة الزواج، وبشكل عام فأن النساء الاحدث في الزواج كن الأقل. وهذا ربما يعكس طول مدة الزواج ربما تكسب المرأة خبرة اكثر في استخدام الدعم الوسيلي فضلا عن انها ربما تكون بحاجة ماسة للتعامل الديني.

أيضا اختبرت دلالة الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط وفقا لمتغير العمر باستخدام تحليل التباين الأحادي ، وقد تم عرض النتائج في الجدول ادناه.

جدول 12: نتائج تحليل التباين والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط وفقا للعمر.

الأسلوب	العمر	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
التعامل الفعال	21-30	17	3.47	1.01	بين المجموعات	94.59	2	47.29	31.427	0.000
	31-40	35	5.91	1.42	داخل المجموعات	112.86	75	1.50		
	40 سنة فاكثر	26	6.35	1.06	المجموع	207.45	77			
	المجموع	78	5.53	1.64						
الامتناع الإيجابي	21-30	17	3.47	0.94	بين المجموعات	6.89	2	3.44	1.724	0.185
	31-40	35	4.23	1.55	داخل المجموعات	149.79	75	2.00		
	40 سنة فاكثر	26	3.85	1.46	المجموع	156.68	77			
	المجموع	78	3.94	1.43						
التقبل	21-30	17	3.41	1.37	بين المجموعات	3.69	2	1.84	0.899	0.411
	31-40	35	3.69	1.55	داخل المجموعات	153.70	75	2.05		
	40 سنة فاكثر	26	3.19	1.30	المجموع	157.38	77			
	المجموع	78	3.46	1.43						
الدعابة	21-30	17	2.94	1.09	بين المجموعات	4.93	2	2.46	1.968	0.147
	31-40	35	2.66	1.41	داخل المجموعات	93.94	75	1.25		
	40 سنة فاكثر	26	2.27	0.53	المجموع	98.87	77			
	المجموع	78	2.59	1.13						
التعامل	21-30	17	4.88	1.73	بين	34.54	2	17.27	9.19	0.0

الأسلوب	العمر	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
الديني					المجموعات				1	00
	31-40	35	6.46	1.31	داخل المجموعات	140.91	75	1.88		
	40 سنة فاكثر	26	6.54	1.17	المجموع	175.45	77			
	المجموع	78	6.14	1.51						
استخدام الدعم العاطفي	21-30	17	6.53	1.18	بين المجموعات	14.81	2	7.40	3.014	0.055
	31-40	35	6.20	1.66	داخل المجموعات	184.18	75	2.46		
	40 سنة فاكثر	26	5.42	1.65	المجموع	198.99	77			
	المجموع	78	6.01	1.61						
استخدام الدعم الوسيلي	21-30	17	5.94	0.90	بين المجموعات	8.93	2	4.46	1.370	0.260
	31-40	35	6.06	1.75	داخل المجموعات	244.37	75	3.26		
	40 سنة فاكثر	26	5.31	2.26	المجموع	253.29	77			
	المجموع	78	5.78	1.81						
الهاء الذات	21-30	17	5.24	1.39	بين المجموعات	22.70	2	11.35	5.108	0.008
	31-40	35	4.17	1.62	داخل المجموعات	166.65	75	2.22		
	40 سنة فاكثر	26	3.77	1.37	المجموع	189.35	77			
	المجموع	78	4.27	1.57						
الانكار	21-30	17	4.00	1.90	بين المجموعات	99.63	2	49.82	19.237	0.000
	31-40	35	3.20	1.51	داخل المجموعا	194.22	75	2.59		

الأسلوب	العمر	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
					ت					
	40 سنة فاكثر	26	5.77	1.53	المجموع	293.85	77			
	المجموع	78	4.23	1.95						
التنفيس	21-30	17	4.59	2.29	بين المجموعات	15.93	2	7.96	2.348	0.103
	31-40	35	3.63	1.85	داخل المجموعات	254.44	75	3.39		
	40 سنة فاكثر	26	3.38	1.47	المجموع	270.37	77			
	المجموع	78	3.76	1.87						
استخدام المهدئات	21-30	17	4.29	1.40	بين المجموعات	15.94	2	7.97	4.430	0.015
	31-40	35	3.14	1.24	داخل المجموعات	134.93	75	1.80		
	40 سنة فاكثر	26	3.73	1.43	المجموع	150.87	77			
	المجموع	78	3.59	1.40						
لوم الذات	21-30	17	3.00	1.27	بين المجموعات	6.24	2	3.12	2.043	0.137
	31-40	35	2.91	1.54	داخل المجموعات	114.63	75	1.53		
	40 سنة فاكثر	26	2.35	0.56	المجموع	120.87	77			
	المجموع	78	2.74	1.25						
فك الارتباط السلوكي	21-30	17	2.65	0.93	بين المجموعات	38.07	2	19.04	7.200	0.001
	31-40	35	2.57	1.27	داخل المجموعات	198.30	75	2.64		
	40 سنة فاكثر	26	4.08	2.28	المجموع	236.37	77			

الأسلوب	العمر	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
	المجموع	78	3.09	1.75						
التخطيط	21-30	17	5.00	1.66	بين المجموعات	4.09	2	2.05	0.636	0.532
	31-40	35	4.91	1.99	داخل المجموعات	241.20	75	3.22		
	40 سنة فاكثر	26	4.46	1.58	المجموع	245.29	77			
	المجموع	78	4.78	1.78						

جدول 12يظهر فروقا دالة احصائيا في الأساليب التعامل الديني (F=31.427) التعامل الديني (F=9.191) الهاء الذات (F=5.108) الانكار (F=19.237) استخدام المهدئات (F=4.430) فك الارتباط السلوكي (F=7.200). ولغرض متابعة مصادر الفروق في هذه الأساليب تم تطبيق اختبار الـ (LCD) والنتائج معروضة في الجدول التالي.

جدول 13: نتائج اختبار الـLCD للكشف عن الفروق في اساليب التعامل التعامل مع الضغوط تبعا لمتغير العمر

التعامل الفعال		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
	21-30		-2.444-*	-2.876-*
	31-40			-0.432
	40 سنة فاكثر			
التعامل الديني		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
	21-30		-1.575-*	-1.656-*
	31-40			-0.081
	40 سنة فاكثر			
الهاء الذات		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
	21-30		1.064*	1.466*
	31-40			0.402

	40 سنة فاكثر			
		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
الانكار	21-30		0.800	-1.769-*
	31-40			-2.569-*
	40 سنة فاكثر			
		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
استخدام المهدئات	21-30		1.151*	0.563
	31-40			-0.588
	40 سنة فاكثر			
		21-30	31-40	40 سنة فاكثر
فك الارتباط السلوكي	21-30		0.076	-1.430-*
	31-40			-1.505-*
	40 سنة فاكثر			

النتائج المعروضة في جدول 13 تظهر ان النساء ضمن المجموعة العمرية (21–30) اقل مستوى في أساليب التعامل كالتعامل الفعال والتعامل الديني والهاء الذات مقارنة بالمجموعات العمرية (31–40) و(40 سنة فأكثر). اما المجموعة العمرية (40 سنة فأكثر) فقد سجلت مستوا اعلى على اسلوبي الانكار وفك الارتباط السلوكي مقارنة بالمجموعتين (21–30) و (31–40). في أسلوب استخدام المهدئات ظهر ان النساء من المجموعة (31–40) كان اعلى مقارنة بالنساء في المجموعة (21–30).

5. التعرف على العلاقة بين المناعة النفسية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

لغرض اختبار دلالة العلاقة الارتباطية بين المناعة النفسية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب معاملات الارتباط. جدول 14 يقدم معاملات الارتباط بين المناعة النفسية وأساليب العامل مع الضغوط. الجدول يبين

وجود علاقات ارتباطية دالة إيجابية بين المناعة النفسية وأساليب التعامل الفعال والدعابة والتعامل الديني واستخدام الدعم العاطفي واستخدام الدعم الوسيلي وفك الارتباط السلوكي والتخطيط.

جدول 14:معاملات الارتباتط بين المناعة النفسية واساليب التعامل مع الضغوط النفسية

	المناعة النفسية	الدلالة
التعامل الفعال	0.43	دال
الامتناع الايجابي	-0.17	
التقبل	-0.02	
الدعابة	0.22	دال
التعامل الديني	0.30	دال
استخدام الدعم العاطفي	0.26	دال
استخدام الدعم الوسيلي	0.25	دال
الهاء الذات	-0.23	دال
الانكار	-0.38	دال
التنفيس	-0.10	
استخدام المهدئات	0.09	
لوم الذات	0.01	
فك الارتباط السلوكي	0.28	دال
التخطيط	0.27	دال

بالمقابل كانت هناك علاقة ارتباطية دالة سلبيا بين المناعة النفسية وأساليب الهاء الذات والانكار. النتائج الخاصة بمعاملات الارتباط تظهر الارتباط المهم بين أساليب التعامل والمناعة النفسية. لذلك فيمكن ان توقع ان تطوير أساليب التعامل مع الضغوط يمكن ان يحسن المناعة النفسية للافراد وخصوصا النساء اللواتي يعانن من العقم. هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة Nagy & Nagy), 2016) التي أظهرت ارتباطات دالة بين إستراتيجيات التعامل والمناعة النفسية. كذلك دراسة (الوفا, 2018) التي وجدت ان الافراد يستخدمون ميكانيزمات دفاعية تنتمي إلى أساليب أكثر نضجا فكانوا أكثر استخداما لأسلوب الضبط المؤثر والأسلوب التكيفي وأقل استخداما لأسلوب تشويه الصورة وارتبط ذلك بالمناعة النفسية.

التوصيات

1- تطوير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية للنساء اللواتي يعانن من العقم
2- توفير الخدمات النفسية الى جانب العلاج الجسمي للنساء اللاتي يعانن من العقم
3- توعية النساء التي يعانن من العقم بأهمية الجوانب النفسية وخصوصا الأساليب التي تتعامل إيجابيا مع الضغوط النفسية
4- تعزيز المناعة النفسية للنساء اللاتي يعانن من العقم

الدراسات المقترحة

1- بناء برنامج ارشادي لتطوير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية للنساء اللاتي يعانن من العقم.
2- دراسة متغيرات مثل عمر الزوج والمستوى الاقتصادي والتعليم للزوجين مع المناعة النفسية.
3- دراسة أساليب التعامل لدى الأزواج الذي يعانون من العقم او الذين تعاني زوجاتهم من العقم.

المصادر:

WHO, W. H. O. (2010). إما أمٌ أو لا شيء: كرب العقم. مجلة منظمة الصحة العالمية, 88 .953-877 ,

إبراهيم, م. ك. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية. القاهرة: دار النشر للجامعات

القشعان, ح. (2000). تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي في الاسرة الكويتية . Paper presented at the المؤتمر الدولي الثالث (الخدمات النفسية والاجتماعية في عالم متغير), الكويت.

المرايا. (2016, 2012/3/12). ظاهـــرة انتشار العقم في العراق وحالة تخوف الشباب غير المتزوجين منها.

الوفا, د. ع. أ. أ. (2018). ميكانيزمات الدفاع لدى مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية من طلاب الجامعةVol) . 000): جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي.

حسين, م., & الزيود, ن. (1999). مشكلات طلبة الجامعة ومستوى الاكتئاب لديهم في ضوء بعض المتغيرات. مجلة البصائر, 3 .(2)

حمد, ص. ع. ا. (2016). اثر ثلاثة اساليب ارشادية التخيل العقلي العاطفي، التحصين ضد الضغوط، ايقاف التفكير في تنمية المناعة النفسية لدى الطلاب مقتولي الاب في المرحلة المتوسطة). (ماجستير رسالة ماسجتير), جامعة ديالى.

حمدي, ا. م. (2004). علم المناعة العصبية النفسية ومرض الاكتئاب. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة, 15 .(57)

عبدالعزيز, ا. ج. (2020). مستوى المناعة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الرياضيين في جامعة البلقاء التطبيقيةVol) . 047): الجامعة الأردنية – عمادة البحث العلمي.

مغزي, ش. ش. (2017). علاقة إستراتيجيات التعامل الثنائية بالألكستيميا عند النساء المصابات بالعقمVol) . 000): جامعة الجزائر2 – أبو القاسم سعدالله – مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة.

References:

Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. Journal of reproduction & infertility, 14(4), 202-206.

C. D. Spielbeger, I. G. S. (1979). Stress and Anxiety Hemisphere: Fubli-Shing Corporation.

Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. International Journal of Behavioral Medicine, 4(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6

COOK, E. P. (1987). Characteristics of the Biopsychosocial Crisis of Infertility. Journal of Counseling & Development, 65(9), 465-470. doi:10.1002/j.1556-6676.1987.tb00756.x

Davis, D. C., & Dearman, C. N. (1991). Coping Strategies of Infertile Women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 20(3), 221-228. doi:10.1111/j.1552-6909.1991.tb02534.x

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 839-852. doi:10.1037/0022-3514.46.4.839

Folkman, S., & lazarus, R. S. (1985). If it chnages it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. . Journal of Personality and Social Psychology, 50(3), 571-579.

Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. Iranian journal of reproductive medicine, 12(2), 131-138.

Holahan, C. J., Moos, R., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping: theory, research, application (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.

Hsu, Y. L., & Kuo, B. J. (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. J Nurs Res, 10(4), 291-302. doi:10.1097/01.jnr.0000347610.14166.52

Jaber, S. S. (2012). Developing A Self-Help Guide For Traumatised University Students in Iraq. (PhD thesis), The University of Nottingham, The UK.

Jorgensen, R. S., & Dusek, J. B. (1990). Adolescent adjustment and coping strategies. Journal of Personality, 58(3), 503-513.

Latifnejad Roudsari, R., Allan, H. T., & Smith, P. A. (2014). Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. Human Fertility, 17(2), 114-123. doi:10.3109/14647273.2014.909610

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing.

Mahlstedt, P. P., Macduff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4(4), 232-236. doi:10.1007/BF01533762

Malpani, A., & Malpani, A. (2003). How to have a baby overcoming infertility. UK: UBS Publishers' Distributors Pvt. Limited.

Miall, C. E. (1986). The Stigma of Involuntary Childlessness. Social Problems, 33(4), 268-282. doi:10.2307/800719

Mohammadi, M., Samani, R. O., Navid, B., Maroufizadeh, S., & Sabeti, S. (2018). Coping strategy in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. Middle East Fertility Society Journal, 23(4), 482-485. doi:https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.07.004

Nagy, E., & Nagy, B. E. (2016). Coping with infertility: Comparison of coping mechanisms and psychological immune competence in fertile and infertile couples. J Health Psychol, 21(8), 1799-1808. doi:10.1177/1359105314567206

Olah , A. (1996). Psychological immune system : An integrated structure of coping potential dimensions. Paper presented at the the 9 th conference of the European Health Psychology Society, Bergen , Norway.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Hum Reprod, 23(5), 1128-1137. doi:10.1093/humrep/den067

Peterson, C. J. S. a. R. A. (1991). Emotional outcomes in infertility patients: A perception of illness model. Paper presented at the the society of behavioral medicine 12th annual conference, washington.

Porter, N. L. C., F. S. (1984). Infertility : Towards an awareness of a need among family life practitioners. Family Relations, 33, 309-315.

Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M., & Farahani, M. N. (2011). Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support Journal of Family and Reproductive Health, 5(4), 102-108.

S. Folkman, R. S. L. (1987). Analysis of coping in a middle aged community sample. Journal of Health and social bheavior, 21, 219-239.

Seible, M., & Taymor, M. (1982). Emotional aspects of infertility. Fertility & Sterility, 37, 137- 145.

Shapiro , C. H. (1988). Infertility and pregnancy loss. San Fransisco: Jossey - Bass publishers.

Thomas, V., & Rausch, D. T. (2002). Evaluating Psychosocial Factors and Psychological Reactions to Infertility Treatment. Journal of Couple & Relationship Therapy, 1(2), 33-49.

Tostado, C. (1997). Men's and women's coping with infertility (Unpublished master thesis), California state university Long Beach.

Tuna, M. E. (2003). Cross-cultural differences in coping strategies as predictors of university adjustment of Turkish and US students. (PhD PhD Thesis), MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY. Retrieved from http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/3/579318/index.pdf

Voitkane , S., Vol. 5, No. 2,19-30. (2004). Goal directedness in relation to life satisfaction, psychological Immune system and depression in first - semester university students in Lativa. Baltic Journal of Psychology, 5(2), 19-30.

The Relationship between Psychological Immunity and Coping Strategies in Infertile Women

Asst. Inst. Zainab Waheed Salman
Faculty of Women, Ain Shams University
ssmine13@gmail.com

Prof Heba Hussien Ismael Ph.D.
Faculty of Women, Ain Shams University
hebahusien2009@hotmail.com

Abstract:

Infertility is a very important psychological stress factor for women. These stresses are exacerbated in eastern and Arab societies in particular. The effect of stress depends on the coping strategies with stress, as well as on psychological immunity. This study aimed to:
1. Examine the level of psychological immunity of women who suffer from infertility. 2. Examine coping strategies with psychological stress in women who suffer from a state of infertility 3. Identify the differences in psychological immunity according to the variables of age and length of marriage. 4. Identify the differences in coping strategies with stress according to the variables of age and length of marriage. 5. Examining the relationship between psychological immunity and coping strategies with psychological stress.

Two measures of psychological immunity and coping strategies were adopted. A sample of 78 women attending Kamal Al-Samurai Hospital was selected. The results showed a moderate level of psychiatric immunity. The results also showed that the coping strategies interaction, the use of emotional support, effective interaction, and the use of instrumental support. Also, statistically significant differences were found in the psychological immunity according to the variable of age and the duration of marriage. There were also statistically significant differences in the methods of religious coping and the use of means of support according to the variable of age. There was also a significant relationship between most coping strategies and psychological immunity. In light of these results, a number of recommendations were presented and a number of future works were suggested.

Keywords: Psychological Immunity, Coping Strategies, Stress, Infertility