

**الانعكاسات النفسية للعقم لدى عينة  
من الزوجات غير المنجبات  
في مدينة غزة \***

**د. أسامة سعيد حمدونة \*\***

---

\* تاريخ التسليم: ٢٠١٣/١٢/٨م، تاريخ القبول: ٢٠١٤/١/٢١م.  
\*\* أستاذ مساعد/ جامعة الأزهر/ غزة/ فلسطين.

**ملخص:**

هدفت الدراسة إلى معرفة الانعكاسات النفسية للعقم على عينة من الزوجات غير المنجبات بمدينة غزة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة الزوجات غير المنجبات (ن= ١٣٢) ومجموعة الزوجات غير المنجبات (ن= ١١٥). وقد استخدم الباحث مقياس اضطرابات الصحة النفسية (SCL- 90) من إعداد ليمان، لينوكموفي تعريب وتقنين فضل أبو هين، وقد أشارت أهم النتائج إلى: وجود انعكاسات نفسية مرضية للعقم من خلال وجود فروق دالة احصائياً في جميع أبعاد الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية بين الزوجات غير المنجبات وبين الزوجات المنجبات وكانت الفروق في صالح الزوجات غير المنجبات، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً في مستوى اضطرابات الصحة النفسية لدى الزوجات غير المنجبات، تعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، و متغير الموافقة على الزواج، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مستوى اضطرابات الصحة النفسية باستثناء بُعد الحساسية التفاعلية لدى الزوجات غير المنجبات تعزى إلى وجود الحماة، وأخيراً أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً في الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية لدى الزوجات غير المنجبات، تعزى إلى المستوى الاقتصادي، ولكن ظهرت فروق دالة احصائياً لديهن في بعد الاكتئاب والوسواس القهري والقلق لمقياس اضطرابات الصحة النفسية تعزى للمستوى الاقتصادي.

### ***Abstract:***

The aim of this study is to explore the psychological impact of infertility among a sample of infertile wives in Gaza city, and to determine if there are statistically significant differences in the psychological impact of infertility due to a number of personal and familial variables. The study sample consisted of 2 groups, the first is the infertile group (N= 132) and the second is the fertile group (N=115). The researcher used (SCL-90) to measure the psychological impact (psychopathological symptoms) of infertility. The research outcomes revealed that there is psychopathological impact resulted by infertility and indicated that there are statistically significant differences between fertilized wives and infertile wives in the psychopathological symptoms in favor of infertile wives. In addition, the outcomes showed that there are statistically significant differences in the level of psychopathology symptoms among infertile wives due to marriage duration and marriage agreements. Finally the outcomes indicated that there are no statistically significant differences in the total score of the psychopathological symptoms among infertile wives due to the existence of mother-in-laws and the level of economic status.

## مقدمة:

مما لا شك فيه أن الإنجاب من أجل حفظ النوع يعدُّ ظاهرة عامة تشترك فيها جميع المخلوقات الحية، وهي لدى الإنسان العامل الأساس في تكوين نظام أسري يتصف بالتكامل، بل إن الإنجاب يعدُّ من أهم الرغبات والأهداف التي يتمنى الزوج والزوجة تحقيقهما في بداية حياتهما الزوجية، ولا يمكن أن تكتمل متعة الزواج إلا بإنجاب الأطفال باعتبار أن الأبوة والأمومة أمنية وهدف يسعى لتحقيقه الغالبية العظمى من البشر. كما يرى الباحث أن الإنجاب حاجة فطرية لدى الإنسان وترتبط ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات وتوكيدها.

كما أن الاعتبارات العقائدية والاجتماعية والثقافية تزيد من أهمية الإنجاب وتلح في تحقيقه، حيث تنظر المجتمعات الشرقية بصفة عامة والمجتمعات العربية بصفة خاصة للزواج على أنه وعاء لإنتاج الذرية، لذلك فإن العقم يؤدي في أغلب الأحيان من وجهة نظر الباحث إلى ضغوط نفسية ومعاناة نفسية، لدى كلا الزوجين، مما قد يؤثر سلباً على العلاقة الزوجية والصحة النفسية.

ويعتقد الباحث أن الدين الإسلامي لا يفرق بين الرجل والمرأة إلا أن أسلوب التنشئة الأسرية بشكل خاص والتنشئة الاجتماعية بشكل عام لهما تأثير بالغ الأهمية في عدم إحساس الزوجة غير المنجبة بالأمن النفسي، إذ إن كثيراً من الرجال حين تعجز زوجاتهم عن الإنجاب غالباً ما يطلقون زوجاتهم، باعتبار ذلك حق من حقوق الرجل، وإن لم يفعل بعضهم ذلك فقد يلجأ بعضهم الآخر إلى الزواج بامرأة أخرى، وهذا حق من حقوق الرجل في الشريعة الإسلامية، وهذا بخلاف الزوجة التي يعجز زوجها عن منحها الأطفال، فهي غالباً تظل قائمة على رعايته طالما يوفر لها احتياجاتها المادية والاقتصادية، وبخاصة إذا كانت الزوجة لا تعمل هذا بالإضافة إلى أن طلب المرأة الطلاق في المجتمع الغزي الفلسطيني يعدُّ من وجهة نظر المجتمع أمر غير مرغوب فيه من الناحية الاجتماعية والثقافية، وهكذا يتضح أنه تبعاً لطبيعة الواقع الاجتماعي والثقافي تتبلور النظرة للمرأة في المجتمع، حيث يُنظر للمرأة في المجتمعات العربية بشكل عام والمجتمعات العائلية بشكل خاص على أنها كائن بيولوجي وظيفتها الأولى والأساسية الإنجاب وتربية الأطفال، فإذا لم تستطع القيام بهذه الوظيفة، فإنها - حسب رأي الباحث - قد تفقد بذلك قيمتها، وقد تضطرب تبعاً لذلك صحتها النفسية وكذلك مفهومها عن نفسها. ومن هنا فإن الدراسة الحالية هي محاولة للتعرف إلى الآثار النفسية للعقم لدى عينة من الزوجات غير المنجبات في المجتمع الغزي الفلسطيني.

## مشكلة الدراسة:

مما لا شك فيه أن عدم الإنجاب له تأثيرات سلبية متعددة على الزوجين وحياتهما الأسرية إلا أن الباحث ارتأى التركيز على الزوجة في هذه الدراسة لأنها أكثر تأثراً بهذه المشكلة مقارنة بالزوج حيث إنه من المعروف بأن الإنجاب بالنسبة للمرأة أمر مهم لاستكمال إحساسها بنسجها الأنثوي والنفسي والاجتماعي. (Galhardo, Cunha, Pinto, 2013:91)

هذا بالإضافة إلى التصور الاجتماعي الشائع والخاطئ في الوقت نفسه المتمثل في أن المرأة هي المسؤولة عن الإنجاب، بل مسؤولة أيضاً عن تحديد جنس المولود ، وهذا يجعلها تقع تحت وطأة الشعور بالقهر والعجز، مما يترتب عليه معاناة نفسية واجتماعية مريعة قد تتطور فتأخذ أشكالاً من الاضطرابات النفسية والاجتماعية ، لذا تحاول الدراسة الحالية التعرف إلى الانعكاسات النفسية لعدم الإنجاب الناتج عن أسباب مرتبطة بالزوجة لدى عينة من الزوجات غير المنجبات في مدينة غزة، بالإضافة إلى معرفة مدى اختلاف هذه الانعكاسات النفسية باختلاف بعض المتغيرات الاجتماعية والأسرية وبناء على ذلك فقد بلور الباحث مشكلة الدراسة في صورة التساؤلات الآتية:

١. هل توجد انعكاسات نفسية ناتجة عن العقم لدى عينة من الزوجات غير المنجبات في مدينة غزة؟
٢. هل يختلف مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات باختلاف عدد سنوات الزواج؟
٣. هل يختلف مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات باختلاف صلة القرابة بالزوج «من نفس العائلة - من خارج العائلة»؟
٤. هل يختلف مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تبعاً لوجود أو عدم وجود الحماة «أم الزوج»؟
٥. هل يختلف مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات باختلاف المستوى الاقتصادي؟
٦. هل يختلف مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات باختلاف متغير الموافقة أو عدم الموافقة على الزواج؟

## أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الانعكاسات النفسية لعدم الإنجاب لدى الزوجات غير المنجبات كما تهدف إلى معرفة إذا ما كان هناك فروق دالة إحصائية في التأثيرات النفسية لعدم الإنجاب تعزى إلى كل من مدة الزواج، و صلة القرابة بالزوج، و المستوى الاقتصادي للزوجة، ووجود الحماة و الموافقة على الزواج.

## أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونها دراسة علمية تتناول الانعكاسات النفسية لعدم الإنجاب لدى الزوجات غير المنجبات في قطاع غزة، حيث يعدُّ عدم الإنجاب في حد ذاته حالة مستمرة من الضغط النفسي الذي قد يولد بدوره معاناة نفسية حقيقية قد تصل إلى حد الاضطراب النفسي في كثير من الأحيان، و مما لا شك فيه بأن الحالة النفسية غير المستقرة للزوجة قد تجعل مسألة الإنجاب أكثر تعقيداً و قد تعوق فاعلية التدخلات الطبية الأخرى بهدف الإنجاب (Domar; et al 1992;299)

ومن هنا يأتي الوجه الآخر لأهمية هذه الدراسة و المتمثل في معرفة طبيعة الآثار النفسية المترتبة على عدم الإنجاب الأمر الذي قد يلفت انتباه المتخصصين إلى أهمية التدخل النفسي بجانب التدخل الطبي لتمكين المرأة من الإنجاب، وبالتالي فقد تكمن أهمية هذه الدراسة أيضاً في إمكانية الاستفادة من نتائجها في الجانب التطبيقي عند إعداد برامج توجيه و إرشاد نفسي للزوجات اللواتي يعانين من مشكلة عدم الإنجاب. هذا بالإضافة إلى أن المجتمع الفلسطيني يكاد يخلو من مثل هذه الدراسات باستثناء دراستين الأولى دراسة (أبو اسحاق ٢٠٠٧) والتي جاءت بعنوان التوافق الزواجي لغير المنجبات في محافظة خان يونس والثانية دراسة (عسلي ٢٠٠٦) والتي جاءت بعنوان الآثار النفسية و الاجتماعية للعقم لدى الجنسين بمحافظة غزة.

## مصطلحات الدراسة:

### ١. العقم عند الزوجة:

يعرف الباحث العقم عند الزوجة إجرائياً بأنه مشكلة طبية تصيب الزوجة، تحول دون الحمل لأسباب مختلفة، بعض هذه الأسباب معروف طبيًا، و بعضها الآخر غير معروف و تشخص الزوجة بأنها عاقر بعد مرور عام على الأقل على حياتها الزوجية الجنسية الصحيحة دون حدوث حمل

## ١. الانعكاسات النفسية للعقم:

يعرف الباحث الانعكاسات النفسية للعقم بأنها مجمل الأعراض النفسية والسلوكية ذات الطابع المرضي التي قد تعاني منها الزوجة نتيجة لعدم الإنجاب، وتشمل هذه الأعراض المرضية أعراضاً جسدية، وأعراضاً وسواسية، وأعراض الحساسية التفاعلية، وأعراض الاكتئاب وأعراض القلق وأعراض العداوة وأعراض البرانونيا التخيلية وأعراض الذهانية. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على المقياس المستخدم.

## الإطار النظري ودراسات سابقة:

### مقدمة:

مما لا شك فيه أن مشكلة عدم الإنجاب ليست وليدة القرن الحالي ، إنما هي مشكلة قديمة قدم التاريخ ذكرتها الكتب التاريخية والكتب السماوية أيضاً، ومن هذه القصص قصة سارة زوجة إبراهيم عليه السلام التي لم تستطع الإنجاب مما جعلها تطلب من زوجها نبي الله إبراهيم الزواج من هاجر ، كذلك نبي الله زكريا الذي جاء ذكره في القرآن الكريم فقد دعا ربه بعدما بلغ من العمر عتياً فقال «وَإِنِّي خِفْتُ الْمَوَالِيَ مِنْ وَرَائِي وَكَانَتِ امْرَأَتِي عَاقِرًا فَهَبْ لِي مِنْ لَدُنْكَ وَلِيًّا» سورة (مريم:٥)

ورغم التطور العلمي عبر التاريخ ظلت المرأة غير القادرة على الإنجاب تعاني العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية في ظل رفض الرجل الشرقي تحديداً الاعتراف بأنه قد يكون السبب في عدم الإنجاب لتصوره أن ذلك يقلل من شأنه كرجل أمام الآخرين (خطاب، ٢٠١٢:٣٩٠).

هذا على الرغم من أن التطورات العلمية المعاصرة قد أثبتت أن لكل من المرأة والرجل مشكلات صحية خاصة ومتعددة قد تُعوق أو تؤخر عملية الإنجاب، فالعقم حالة مرضية أو مشكلة طبية مرتبطة بالزوج أو الزوجة على حدٍ سواء. (Galhardo,Cunha2013:65)

## تعريف العقم:

هناك تعريفات متعددة للعقم حيث تعرفه (إبراهيم ٦٠٢:٢٠٠٥) بأنه عدم القدرة على الإنجاب ويكون البديل لهذه الحالة اللجوء إلى أطفال الأنابيب.

ويعرفه (مهدي ١٨:٢٠٠٥) بأنه عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة كاملة دون استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل.

ويعرفه الباز بأنه مشكلة طبية تصيب الجهاز التناسلي، وخاصة القدرة التناسلية وقد تكون أسبابه خلقية أو وراثية (١٩٨٧:٢٥)

ويعرفه كل من (galharido ,cunha 2013:65) بأنه مرض يصيب الجهاز التناسلي مما يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب خاصة بعد مرور ١٢ شهر على العلاقة الزوجية الجنسية.

كما يعرفه (العيسوي، وعبد الحميد ١٩٧٥: ٧٣) بأنه الحياة الزوجية التي لا تثمر أطفالاً وقد يكون السبب في ذلك أحد الزوجين أو الاثنين معاً.

وتشير (خطاب ٢٠١٢: ٣٩٣) إلى أن العقم عند المرأة نوعان الأول عقم أولي وهو العقم الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية وتكون أسبابه غديه أو هرمونية أو عدم نضوج الأعضاء التناسلية لأسباب تكوينية، أما النوع الثاني فهو العقم الثانوي وهو الذي يصيب المرأة بعد إنجابها طفل أو طفلين.

## أسباب العقم عند المرأة:

### الأسباب العضوية:

هناك العديد من الأسباب العضوية التي تعوق الحمل عند المرأة منها:

١. أسباب تتعلق بوظيفة المبيض مثل ضعف القدرة على التبويض، وقد يعود ذلك إلى مرض في المبيض أو إلى خلل هرموني (Verhaek and Smeenk 2007: 13).

٢. أسباب تتعلق بقناة فالوب وقد تشمل هذه الأسباب الالتهابات المزمنة، وتلف نهاية القناتين وقصر القناتين (المهدي ٢٠٠٥: ٢٦)

٣. أسباب تتعلق بالرحم وعنق الرحم مثل وجود أجسام مضادة تعمل على قتل الحيوانات المنوية بالإضافة إلى وجود تشوهات خلقية في الرحم، ووجود التصاقات داخل الرحم ناتجة إما عن التهابات شديدة في الرحم، أو تكرار عملية التنظيفات أو جرح ناتج عن استئصال ورم ليفي سابق، أو وجود زوائد لحمية في باطن الرحم، أو تيبس الرحم، ويحدث بعد الإصابة بالتهابات بطانة الرحم (أبو العزائم ٢٠٠٥: ٦٦)

### الأسباب النفسية:

إن العوامل النفسية المهيئة للحمل للمرأة لا تقل أهمية عن مجمل العوامل العضوية. فقد يؤدي الإجهاد النفسي إلى تأثير العلاقة القائمة بين الدماغ والغدة النخامية والمبيض، فيحدث اضطراب في وظيفة المبيض (شاهين ١٩٩٦: ٤١)

وقد تؤدي الاضطرابات الانفعالية إلى تأخر الحمل ومثل هذا التأخر قد يجعل المرأة أكثر قلقاً وهكذا تدخل المرأة في دائرة من القلق، مما يجعل فرص الحمل محدودة جداً، وهذا يستدعي كسر هذه الدائرة لإعادة الاستقرار النفسي للزوجة إلى المستوى الطبيعي اللازم لعملية الإخصاب (Cousineau and Domar 2007:30)

وهناك العديد من العوامل النفسية التي تسهم في إحداث العقم منها: عدم التوافق الزوجي، وما يفرزه ذلك من تبعات سلبية على العلاقة الزوجية من صراع وشجار يؤثر على التوازن الهرموني وعلى انقباضات وانسبساطات عضلات الرحم والأنابيب وغيرها مما يؤثر على عملية التبويض، وعلى استقرار البويضة في الجهاز التناسلي. ومن الأسباب النفسية أيضاً شخصية المرأة المسترجلة التي ترفض بطريقة واعية أو غير واعية الدور الأنثوي وهذه الشخصية لديها صراعات كثيرة حول دورها كأنتي، ومن الأسباب أيضاً البرود الجنسي الذي يصاحبه نشاط هرموني ضعيف، وتشمل الأسباب النفسية كذلك وجود رغبات متناقضة في الحمل، فقد ترغب الزوجة في إشباع الدافع الفطري لديها في أن تكون أمّاً، وترفض في الوقت نفسه لشعورها بعدم السعادة الزوجية، كذلك يعدُّ شدة التعلق بالإنجاب من الأسباب الأخرى التي قد تعوق الحمل عند الزوجة فالرغبة الجامحة في حدوث الحمل ربما يؤدي إلى نزول البويضات قبل نضوجها، والصدمات الانفعالية المتكررة قد تؤثر على الغشاء المبطن للرحم، وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأبواق والأنابيب والرحم (القشعان والبشر ٢٠١٠: ٤٣٠).

لذا هناك علاقة بين الإخصاب والحالة النفسية حيث تؤثر الحالة النفسية على الهرمونات، وهناك أيضاً علاقة بين الاكتئاب وعدم الإنجاب فقد تبين على المستوى العالمي أن ما نسبته ١٠-٧٠٪ من أسباب العقم هي أسباب نفسية وينقسم الاهتمام في دراسة العلاقة بين العقم والحالة النفسية إلى ثلاثة أبعاد: أيهما السبب؟ وأيها النتيجة؟ والأعراض النفسية الناتجة عن عدم الإنجاب (Wischman, et, al; 2009:77)

### الانعكاسات النفسية للعقم عند المرأة:

لا شك في أن العقم يعدُّ من المشكلات المستعصية، ولها انعكاساتها النفسية على الزوجين بشكل عام، وعلى الزوجة بشكل خاص، حيث يشير (السواد وعلي، ٢٠١٢: ٦٥) أن العقم يقف في وجه طبيعة المرأة وإشباعها لغريزتها ويشعرها بالنقص والخوف من فقدان حياتها وقد يؤدي إلى طلاقها، وهو يحول دون شعورها بالتوافق مع دورها، مما يترتب عليه ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل الأعراض الاكتئابية والحساسية الزائدة بسبب شعورها المتزايد بالإحباط والحرمان والحسرة وتوتر الاعصاب، وتدخل الأهل في موضوع الإنجاب، وما يصاحبه من مشاعر الأسى والاكتئاب.

وفي دراسة مقارنة على عينة مكونة من (١٠١) امرأة تعاني من مشكلة العقم في المجتمع الياباني، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء اللاتي يعانين من مشكلة العقم كانت لديهم أعراض اكتئاب أعلى مقارنة بالنساء المنجبات (Masubayashiy, et; 2001)

وتظهر السيدات اللاتي يترددن على عيادات العقم لفترات زمنية تزيد عن سنتين أعراضاً اكتئابية واضحة ومعاناة نفسية ظاهرة مقارنة بالسيدات اللاتي تقل فترة علاجهن عن ذلك (صمود فهد القشعان وسعاد عبد الله البشر (٢٠١٠:٤٣٥)

وفي دراسة قام بها دومار وزملاؤه (Domar et al.1992) على عينة تتكون من (٣٧٦) امرأة، ممن يتلقين علاجاً للتخلص من العقم مقارنة بنساء منجبات أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة على مقياس الاكتئاب بين النساء غير المنجبات (٣٧٪ مقابل ١٨٪) وهذا يشير إلى معاناة النساء غير المنجبات من أعراض اكتئابية أعلى مقارنة بالنساء المنجبات، كما أشارت الدراسة نفسها إلى أن طول فترة العلاج كان مرتبباً بشكل جلي بدرجة الاكتئاب فقد بينت الدراسة أن النساء اللاتي كانت تتراوح فترة علاجهن بين عامين وثلاثة أعوام، لديهن أعراض اكتئابية أعلى مقارنة بالنساء اللاتي لم تتجاوز فترة علاجهن عاماً واحداً.

هذا وتظهر لدى السيدات غير المنجبات أعراض نفسية تتعدى أعراض الاكتئاب لتشمل النظرة السلبية للذات، والشعور بالدونية، وعدم القيمة، وقلة مهارات إدارة الذات، ومشاعر الغضب، وسرعة الاستثارة، والتوتر، والضغط النفسية، وقلة الاستمتاع بالحياة، وتذبذب الحالة المزاجية والعزلة الاجتماعية (Williams , 1997; 323)

ففي حقبة الستينيات من القرن الماضي حاولت آيسنر (Eisner1963) دراسة العلاقة بين العقم والهشاشة النفسية لدى المرأة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن غالبية النساء غير المنجبات كُن يعانين بعض الاضطرابات النفسية، وأن الاضطرابات العاطفية والنفسية المصاحبة لتأخر الحمل لها دور كبير في استمرار عدم الإنجاب.

هذا بالإضافة إلى دراسة فيشر الشهيرة (١٩٥٣) التي كانت تعد أولى الدراسات العلمية التي ربطت بين العقم وآثاره النفسية على كلا الزوجين حيث أشار إلى أن العقم يعدُّ عجزاً لأحد الزوجين أو كليهما وقد تصاحبه أعراض مرضية يمكن قياسها بالمقاييس النفسية المتوافرة لدى المتخصصين بالمجال النفسي والأسري. (Insler and lunefeld 1993:26)

وهناك أيضاً العديد من الدراسات مثل دراسة (Dupuis ,1997) و قد بينت أن مرضى العقم وبصفة خاصة النساء، يعانون من بعض المشكلات النفسية كالحزن والخوف والقلق والاكتئاب والعزلة ونوبات من الغضب والشعور بالذنب وتحقير النفس وانخفاض تقدير الذات

وفي دراسة أخرى أكثر تفصيلاً قام بها (Greil, 1997) على عينتين من الأسر العقيمة والأسر المنجبة تبين أن الأسر العقيمة قد حصلت على درجات أعلى في القلق مقارنة بالأسر المنجبة، كما أكدت الدراسة أن الأسر غير المنجبة تعاني من الشعور المتعلق بقلّة اعتبار الذات وتقديرها، أما شابيرو (Shapiro, 1988) فقد توصل إلى أن كلا الزوجين يشعران بالذنب والدونية والخوف من هجران الطرف الآخر.

إن الآثار النفسية الناتجة عن مشكلة العقم لدى الزوجين قد وصفتها بعض الدراسات على أنها أزمة أو كارثة، وأنها ترتقي لمستوى الصدمات، وما يترتب عليها من أمراض نفسية (shairo , 1988 and mahlsteadt , 1985) من هذه الدراسات دراسة شارلين ميال (mial 1986) على عينة من الأسر العقيمة واستنتج من خلال مقابلاته مع تلك الأسر أن مشكلة العقم تتشابه في تأثيراتها من حيث درجة حدتها مع الأفراد الذين يعانون من الأمراض المستعصية أو من يعانون من الإعاقة.

وفي دراسة أخرى توصل الباحثون (freeman et al, 1985) إلى أن ٤٩٪ من الزوجات قررن أن مشكلة العقم لديهن كانت أصعب تجرّبه مرت في حياتهم بينما قرر ١٥٪ فقط من الرجال ذلك الأثر، وهذا ما تؤكدته الدراسات على أن النساء أكثر تأثراً من الناحية النفسية بمشكلة العقم، وقد أكدت ذلك دراسة (wright et , al 1991) التي راجعت ما يقارب من ٣٨ دراسة سابقة عن الفروق بين الأزواج والزوجات فيما يتعلق بتأثير العقم على كل منهم، إذ استنتج الباحث أن النساء يتعرضن لضغط نفسي أكبر نتيجة للعقم.

كما أشار باحثون آخرون إلى أن الزوجات اللاتي يعانين من العقم يقاسين بدرجة أعلى من أزواجهن في الجوانب النفسية الآتية: الإحباط، والقلق، والشعور بالذنب، والاضطراب، والعزلة. (Daniels , 1989 Daniluk, 1998)

وفي دراسة أخرى للقشعان (القشعان، ٢٠٠٠) عن مدى تأثير عدم الإنجاب على تقدير الذات من جهة والتوافق الزوجي من جهة أخرى في الكويت، فقد تكونت عينة الدراسة من (٢٣٧) أسرة غير منجبة و(١٠٧) أسر منجبة، فقد أكدت نتائج الدراسة أن الآثار النفسية للعقم أفسى على الزوجين من الآثار البيولوجية إذ ظهر الأفراد اللذين يعانون من العقم على درجة أقل من تقدير الذات، وخاصة بالنسبة للإناث في حين لم تظهر فروق بين الذكور في المجموعتين المنجبة وغير المنجبة.

وفي دراسة أخرى للقشعان والبشر (القشعان والبشر ٢٠١٠) حول الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى عينة من الأسر الكويتية فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين الزوجات المنجبات والزوجات

غير المنجبات، كما وجدت الفروق نفسها بين الأزواج المنجبين والأزواج غير المنجبين. وفي دراسة أخرى لخطاب (خطاب ٢٠١٢) عن آثار العقم الاجتماعية والاقتصادية للمرأة في مدينة الموصل أشارت النتائج إلى وجود أثر سلبي للعقم على المرأة غير المنجبة حيث أشارت النتائج إلى أن الشيء الذي لم تستطع المرأة غير المنجبة تجاوزه، هو حالتها النفسية التي أصبحت على وشك الانهيار بفعل اليأس الذي ينتابها من فشل العلاج، وما يترتب على ذلك من مشكلات نفسية منها القلق والتوتر.

وفي دراسة أخرى لشحاته (شحاته ١٩٨٩) هدفت إلى الوصول إلى رؤية متعمقة للذات العقيم والكشف عن مدى أثر الحرمان من الإنجاب عليها وعلى العلاقة بينها وبين الآخرين ، وقد أجريت الدراسة علي ثماني سيدات غير منجبات من الفئة العمرية (٢٠-٣٥) سنة ، وبإجراء المقابلات الإكلينيكية واستخدام اختبار تفهم الموضوع واختبار رسم المنزل والشجرة والرجل، توصلت الدراسة إلى وجود استجابات متنوعة لصورة الذات العقيم، وهو الإحساس بالقصور والدونية، نتيجة الفشل في إنجاز الدور الأنثوي.

وأخيراً في دراسة أخرى لعسلي (عسلي ٢٠٠٦) التي هدفت إلى معرفة الآثار النفسية والاجتماعية الناجمة عن ظاهرة العقم لدى الرجل والمرأة في المجتمع الفلسطيني، ومعرفة الفروق في هذه الآثار تبعاً لبعض المتغيرات ، أجريت الدراسة على عينة من ٣٠ زوجة و ٣٠ زوجاً توصلت الدراسة إلى أن أكثر الآثار النفسية والاجتماعية التي تترتب على العقم كانت: فقدان الاستمتاع بالحياة والاكئاب والقلق والضغوط النفسية وفقدان المعنى واللامبالاة والوحدة النفسية وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين النساء والرجال في تلك الآثار وكانت الفروق في صالح النساء ، كما أشارت النتائج بأنه كلما زادت المدة الزمنية للعقم، كلما زادت الحالة النفسية سوءاً.

## تعقيب على الإطار النظري والدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق لأدبيات البحث السابقة يرى الباحث أن للعقم تأثيرات نفسية قاسية على الزوجين بشكل عام وعلى الزوجة بشكل خاص، وهذا غالباً ما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية منها على سبيل المثال لا الحصر قلق وتوتر وإحباط و اكتئاب، وبالرجوع تحديداً إلى الدراسات السابقة التي استطاع الباحث الحصول عليها، فقد أكدت تلك الدراسات معاناة الزوجات غير المنجبات العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة، وتختلف الدراسة الحالية عن تلك الدراسات في أنها تنطرق إلى الانعكاسات النفسية للعقم في المجتمع الفلسطيني كما أنها تختلف عن تلك الدراسات في أنها اهتمت بدراسة متغيرات أسرية وشخصية لم تنطرق إليها الدراسات السابقة، وقد تؤدي دوراً مهماً

في زيادة درجة الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات، وتشمل هذه المتغيرات الصلة بالزواج، وجود الحماة، و الموافقة على الزواج، و المستوى الاقتصادي، بالإضافة إلى عدد سنوات الزواج. وفي ضوء أدبيات البحث السابقة وضع الباحث بوضع الفروض الآتية:

### فروض الدراسة:

١. توجد انعكاسات نفسية ناتجة عن العقم لدى عينة الزوجات غير المنجبات بمدينة غزة.
٢. توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى إلى عدد سنوات الزواج.
٣. لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى إلى متغير القرابة بالزوج: (من العائلة نفسها - من خارج العائلة)
٤. لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات، تعزى لوجود، أو عدم وجود الحماة «أم الزوج»
٥. لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.
٦. توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات، تعزى لمتغير الموافقة أو عدم الموافقة على الزواج.

### إجراءات الدراسة:

يتضمن هذا الجزء من الدراسة الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من حيث المنهجية المتبعة، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق أداة الدراسة وثباتها، ومن ثم جمع البيانات من العينة الكلية للتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وذلك كما يأتي:

### منهج الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يبحث عن الحاضر، ويهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة على تساؤلات محددة بدقة تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث، وذلك باستخدام أدوات مناسبة (الأغا، ٢٠٠٢: ٤٣).

## مجتمع الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة جميع الزوجات غير المنجبات لأسباب خاصة بهم في مدينة غزة، المترددات على مستشفيات العقم بمدينة غزة، وهم مستشفى دار الشفاء، مستشفى الخدمة العامة، مستشفى دار الحكمة، ولم يستطع الباحث الحصول على إحصائية دقيقة لعدد الزوجات غير المنجبات بمدينة غزة نظراً لعدم توافر إحصائيات دقيقة في تلك المستشفيات.

## عينة الدراسة:

لما كان الهدف الرئيس من الدراسة معرفة الانعكاسات النفسية المترتبة على العقم لدى عينة من الزوجات غير المنجبات، فإن الضرورة المنهجية تستدعي أن تكون عينة الدراسة الإجمالية من عينتين عينة الزوجات غير المنجبات، وعينة الزوجات المنجبات وتثبيت بعض المتغيرات لدى العينتين وذلك من أجل التأكد من أن الانعكاسات النفسية للعقم هي فعلاً ناتجة عن العقم، وليس ناتجة عن عوامل أخرى، بناء على ذلك فقد تكونت عينة الدراسة الإجمالية من عينتين، الأولى عينة السيدات غير المنجبات وعددها (١٣٢) بواقع (٤٤) سيدة من السيدات المترددات على المستشفيات الثلاثة سابقة الذكر في مدينة غزة، وسحبت بطريقة عشوائية منتظمة.

والثانية عن السيدات المنجبات وعددها (١١٠) سيدة من مدينة غزة سحبت بطريقة المزاوجة لكي يضمن الباحث تجانس العينتين من حيث بعض المتغيرات ذات العلاقة والجدول (١) والجدول (٢) يوضحان خصائص العينتين وتجانسهما من حيث بعض المتغيرات.

## الجدول (١)

يبين نتائج اختبار (ت) لتكافؤ مجموعتي السيدات المنجبات وغير المنجبات في العمر الزمني

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
العمر الزمني	٢٧,٠٩	٦,١٩٧	٠,٥٣٠	غير دالة إحصائياً
	٢٧,٥٤	٦,٢٢٩		

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين المجموعتين من السيدات في العمر الزمني، فقد كانت قيمة (ت) للفرق بين المجموعتين (٠,٥٣) وهي غير دالة إحصائياً. والجدول الآتي يوضح تجانس المجموعتين من حيث بعض المتغيرات الشخصية والأسرية:

## الجدول (٢)

يبين نتائج اختبار مربع كاي لتكافؤ مجموعتي السيدات المنجبات وغير المنجبات في بعض البيانات الديموغرافية

مستوى الدلالة	$\chi^2$	المنجبات		غير المنجبات		البيان	المتغير
		%	العدد	%	العدد		
غير دالة إحصائياً	٠,١٥٠	١٨,١	١٧	١٩,٧	٢٦	منخفض	المستوى الاقتصادي
		٦٣,٨	٦٠	٦١,٤	٨١	متوسط	
		١٨,١	١٧	١٨,٩	٢٥	مرتفع	
غير دالة إحصائياً	٠,١٢٠	٣٥,١	٣٣	٣٣,٣	٤٤	٤ سنوات وأقل	عدد سنوات الزواج
		٣٧,٢	٣٥	٣٩,٤	٥٢	٥ - ٩ سنوات	
		٢٧,٧	٢٦	٢٧,٣	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	
غير دالة إحصائياً	٠,٩٦٧	٤٣,٦	٤١	٣٧,١	٤٩	من الأقرباء	صلة الزوج
		٥٦,٤	٥٣	٦٢,٩	٨٣	من الغرباء	
غير دالة إحصائياً	٠,٠٥٩	٨٠,٩	٧٦	٧٩,٥	١٠٥	نعم	الموافقة على الزواج
		١٩,١	١٨	٢٠,٥	٢٧	لا	
غير دالة إحصائياً	٠,٠٤٨	٣١,٤	٧١	٤٣,٤	٩٨	نعم	وجود الحماية
		١٠,٢	٢٣	١٥,٠	٣٤	لا	

يتبين من الجدول السابق أن قيم مربع كاي ( $\chi^2$ ) للفرق بين مجموعتي العينة من السيدات المنجبات وغير المنجبات غير دالة في متغيرات المستوى الاقتصادي وعدد سنوات الزواج وصلة القرابة بالزوج والموافقة على الزواج ووجود الحماية، أي أن المجموعتين متكافئتين في هذه المتغيرات.

## أدوات الدراسة:

### ١. صحيفة البيانات الأولية:

حيث تشمل الصحيفة مجموعة من البيانات الشخصية والأسرية محل الاهتمام بالدراسة الحالية، وهذه البيانات شملت، العمر الزمني، و عدد سنوات الزواج، و الصلة بالزوج، و الموافقة على الزواج، و المستوى الاقتصادي، و وجود الحماية.

## مقياس اضطرابات الصحة النفسية: (أبوهين ١٩٩٢):

وضع مقياس اضطرابات الصحة النفسية في الأصل: ليونارد، ر. ديروجيتس، س. ليمان، لينوكوفي. Leonard, R. Derogatis, Ronald, S.Lipman and Linocovi. تحت عنوان: R-SCL- 90 Symptoms Check List. ثم عرب فضل أبو هين المقياس، وقننه علي البيئة الفلسطينية (أبوهين، ١٩٩٢). وهذا المقياس خاص بالأعراض النفسية المرضية الأكثر انتشاراً بين المترددين على العيادات النفسية، وهو مقياس تقدير إكلينيكي يعتمد على التقدير الذاتي ويحتوي المقياس على ٩٠ عبارة تتضمن ٩ أبعاد مرضية هي على النحو الآتي:

١. الأعراض الجسمانية: وهي فئة تتضمن الألم والضييق الذي يحدث لأعضاء الجسم، خاصة المعدة والجهاز التنفسي والدوري والصداع وآلام الظهر، وهي أعراض سيكوسوماتية.

٢. الوسواس القهري: وهو يشمل مجموعة من الأعراض مثل: الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه: وهو بعد يشير إلى وجود صعوبات معرفية واضطرابات في التذكر مع صعوبة في التركيز.

٣. الحساسية والتفاعلية: أعراض مرضية خاصة بقصور في المشاعر وإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير، كما يشمل ذلك بخس الذات Self-depreciation والانزعاج، والضييق في أثناء التفاعل مع الآخرين، وتتصف بتوقعاتها السلبية في الاتصال بالآخرين.

٤. الاكتئاب: حيث تتمثل في أعراض المزاج المتصف باليأس، والسلوك الانسحابي وعدم الاهتمام بالنشاط، ونقص الدافعية وفقدان الحيوية وميل للأفكار الانتحارية.

٥. القلق: يظهر نمط من السلوك الذي يصاحبه قلق ظاهر ومرتفع مع ميل للضييق والتملل والعصبية والتوتر مع مصاحبة أعراض جسمانية مثل نوبات الرعب والارتجاف.

٦. الذهانية: يقصد بالذهانية مجموعة من الأعراض المرضية التي تشمل هلاوس سمعية وأفكار تخاطبيه وتحكم مسيطر على أفكار الفرد من الخارج وإقحام أفكار عن طريق قوى غير منظورة.

٧. العداوة: تشير العداوة إلى مجموعة من السلوك والأفكار والمشاعر العدائية ودوافع تحطيم الأشياء والمجادلات المستمرة والتوترات المزاجية التي لا يمكن للفرد السيطرة عليها.

٨. قلق الخواف (الفوبيا): وهو يشمل مجموعة من المخاوف غير المتسقة أو غير المبررة وتشمل الخوف من الأماكن المتسعة أو الأماكن المزدحمة، أو الخوف من السفر أو الأماكن العامة، ووسائل النقل بالإضافة إلى الخوف من بعض المواقف الاجتماعية.
٩. البارانويا التخيلية: ويقصد بالبارانويا التخيلية التفكير الهذائي والتفكير الإسقاطي والعداء والشك والارتباب والضلالات وفقدان الاستقلال الذاتي والشعور بالعظمة.
- والجدول (٣) يوزع فقرات المقياس وأرقامها على الأبعاد التسع للمقياس.

### الجدول (٣)

يبين توزيع فقرات المقياس على الأبعاد

اضطرابات الصحة النفسية	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
الأعراض الجسمانية	١٢	١ - ١٢
الوسواس القهري	١٠	١٣ - ٢٢
الحساسية التفاعلية	٩	٢٣ - ٣١
الاكتئاب	١٣	٣٢ - ٤٤
القلق	١٠	٤٥ - ٥٤
العداوة	٦	٥٥ - ٦٠
قلق الخواف (الفوبيا)	٧	٦١ - ٦٧
البارانويا	٦	٦٨ - ٧٣
الذهانية	١٠	٧٤ - ٨٣
العبارات الإضافية	٧	٨٤ - ٩٠

وتحتسب درجة المفحوص بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على الأبعاد كلها للحصول على الدرجة الكلية لإضطرابات الصحة النفسية، وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على المقياس بين (٩٠ - ٤٥٠ درجة)، والدرجة المنخفضة تشير إلى مستوى مرتفع من الصحة النفسية (أو مستوى منخفض من اضطرابات الصحة النفسية) أما الدرجة المرتفعة، فتعني انخفاض مستوى الصحة النفسية (أو مستوى مرتفع من اضطرابات الصحة النفسية) لدى أفراد العينة، والفقرات (٨٤ - ٩٠) هي عبارات صحة نفسية عامة تحتسب مع الدرجة الكلية للصحة النفسية.

## صدق المقياس وثباته:

وللتأكد مرة أخرى من صدق المقياس وثباته طبق الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عشوائية مكونة من (٣٠) زوجة، وقام بحساب معامل الصدق والثبات وذلك على النحو الآتي:

### ١- الصدق:

#### أ. صدق الاتساق الداخلي:

حُصِب صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال تقدير معامل الارتباط بين درجة كل بعد و بين الدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يبين معادلات الارتباط ومستوى الدلالة:

#### الجدول (٤)

يبين ارتباطات درجات كل بعد من أبعاد اضطرابات الصحة النفسية مع الدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	٠,٧٥٩	دالة عند ٠,٠١
الوسواس القهري	٠,٥٩٥	دالة عند ٠,٠١
الحساسية التفاعلية	٠,٨١٨	دالة عند ٠,٠١
الاكتئاب	٠,٨٤٥	دالة عند ٠,٠١
القلق	٠,٧٨٧	دالة عند ٠,٠١
العداوة	٠,٧٦٤	دالة عند ٠,٠١
قلق الخواف (الفوبيا)	٠,٧٢٧	دالة عند ٠,٠١
البارانويا	٠,٦٢٨	دالة عند ٠,٠١
الذهانية	٠,٨٨٩	دالة عند ٠,٠١

قيمة ر الجدولية (درجات حرية=٢٨) عند ٠,٠٥ = ٠,٣٦١، وعند ٠,٠١ = ٠,٤٦٣،

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية تتراوح بين (٠,٥٩٥ - ٠,٨٨٩)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١. وبذلك يتضح أن أبعاد المقياس تتسم بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما وضعت لقياسه.

## ب. صدق المقارنة الطرفية:

رتب الباحث بترتيب درجات أفراد العينة الاستطلاعية في أدائهم على أبعاد مقياس اضطرابات الصحة النفسية، و أجريت المقارنة بين درجات أعلى ٢٧٪ من الدرجات (وعددهم ٨ أفراد)، وأدنى ٢٧٪ من الدرجات (وعددهم أيضاً ٨ أفراد)، وذلك باستخدام اختبار مان وتني "U"، كما يوضح الجدول الآتي:

### الجدول (٥)

يبين صدق المقارنة الطرفية بين منخفضي ومرتفعي

الدرجات على مقياس اضطرابات الصحة النفسية باستخدام اختبار مان وتني "U"

الصحة النفسية	الفئة ن = ٨	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	U	مستوى الدالة
الدرجة الكلية للصحة النفسية	منخفضو الدرجات	٤,٥	٣٦	٣,٣٦٨	٠,٠٠	دالة عند ٠,٠١
	مرتفعو الدرجات	١٢,٥	١٠٠			

يبين الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠١ بين متوسطي رتب منخفضي ومرتفعي الدرجات على الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات للصحة النفسية.

## ٢- ثبات المقياس:

أ. طريقة التجزئة النصفية: حسب الباحث ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، وذلك بحساب معامل الارتباط بين مجموع درجات أفراد العينة الاستطلاعية على الفقرات الفردية للمقياس (٤٥ فقرات)، ومجموع درجاتهم على الفقرات الزوجية (٤٥ فقرات)، والمكونة للمقياس (مجموع الفقرات = ٩٠ فقرة)، وقد بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين النصفين (٠,٨١٦) ثم استخدم معادلة جتمان (النصفان المتساويان) لتعديل طول المقياس، وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل بتلك المعادلة (٠,٨٩٩) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠١، الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات.

ب. استخدام معامل كرونباخ ألفا: قُدِّر ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس بأبعاده، والجدول الآتي يبين ذلك:

## الجدول (٦)

يبين معاملات الثبات لأبعاد المقياس باستخدام معامل ألفا

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	قيمة ألفا	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	١٢	٠,٨٣٨	دالة عند ٠,٠١
الوسواس القهري	١٠	٠,٦٨٣	دالة عند ٠,٠١
الحساسية التفاعلية	٩	٠,٧٧٨	دالة عند ٠,٠١
الاكتئاب	١٣	٠,٨٣٥	دالة عند ٠,٠١
القلق	١٠	٠,٨٥٢	دالة عند ٠,٠١
العداوة	٦	٠,٧٨٨	دالة عند ٠,٠١
قلق الخواف (الفوبيا)	٧	٠,٧١٦	دالة عند ٠,٠١
البارانويا	٦	٠,٧٥٩	دالة عند ٠,٠١
الذهانية	١٠	٠,٧٩٨	دالة عند ٠,٠١
الدرجة الكلية للصحة النفسية	٩٠	٠,٩٥٨	دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن قيم ألفا مرتفعة، وتدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات، تفي بمتطلبات تطبيق المقياس على أفراد العينة.

وبذلك يتضح للباحث أن مقياس اضطرابات الصحة النفسية يتسم بدرجة جيدة من الصدق والثبات تفي بمتطلبات تطبيقه على أفراد عينة الدراسة لجمع البيانات الميدانية.

## عرض نتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة الفرض الأول الذي ينص على:

توجد انعكاسات نفسية ناتجة عن العقم لدى عينة الزوجات غير المنجبات

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تمت المقارنة بين متوسط درجات عينة السيدات غير المنجبات (ن=١٣٢) ومتوسط درجات عينة السيدات المنجبات (ن=١١٠) على مقياس اضطرابات الصحة النفسية، وذلك باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول (٧)

يبين نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات السيدات

المنجبات ومتوسط درجات السيدات غير المنجبات في اضطرابات الصحة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	السيدات المنجبات (ن = ١١٠)		السيدات غير المنجبات (ن = ١٣٢)		المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة عند ٠,٠١	١٢,٣٥٦	٨,١٢٥	٢٥,٨٨	٧,٠٢٧	٣٨,٣٩	الأعراض الجسدية
دالة عند ٠,٠١	١٠,٥٩٢	٦,٥٨٥	٢١,٤٠	٥,٢٩٤	٢٩,٧٩	الوسواس القهري
دالة عند ٠,٠١	١٣,٣١٦	٧,٦٨٢	٢٢,٧٤	٤,٨١٨	٣٣,٨٣	الحساسية التفاعلية
دالة عند ٠,٠١	١٢,٤١٨	١٠,٨٧٧	٣٣,٦٩	٥,٤٤٨	٤٧,٣٦	الاكتئاب
دالة عند ٠,٠١	١٤,٤٣٠	٨,١٢٣	٢١,٩٠	٥,٥٢٩	٣٥,٠١	القلق
دالة عند ٠,٠١	١٠,٩٩٢	٥,٦٧٢	١٢,٨٥	٥,٣٠٩	٢٠,٩٥	العداوة
دالة عند ٠,٠١	٩,٥٥٧	٥,٧٢٦	١٤,٦٧	٥,٩٩٢	٢٢,٢٦	قلق الخوف (الفوبيا)
دالة عند ٠,٠١	١٠,٠٥٤	٦,٢٠٢	١٥,٧١	٤,٢٦٥	٢٢,٧١	البارانويا
دالة عند ٠,٠١	١٢,٠١٤	٧,٨٣٣	١٨,٣١	٦,٧٩٤	٣٠,٠٥	الذهانية
دالة عند ٠,٠١	١٧,٨٣٦	٥٦,٩١٨	٢٠٢,٩٩	٢٥,٨٩٩	٣٠٣,٣٢	الدرجة الكلية للصحة النفسية

قيمة (ت) الجدولية عند (د.ح = ٢٢٤) عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ١,٩٦، وعند مستوى دلالة ٠,٠١ = ٢,٥٨

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، بين مجموعتي السيدات المنجبات وغير المنجبات في اضطرابات الصحة النفسية، وكانت الفروق لصالح غير المنجبات. أي أن السيدات غير المنجبات لديهن مستويات مرتفعة من اضطرابات الصحة النفسية فالدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى مستوى مرتفع من اضطرابات الصحة النفسية.

النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة الفرض الثاني الذي ينص على:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى لعدد سنوات الزواج.

أجرى الباحث تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في مستوى اضطرابات الصحة النفسية تبعاً لعدد سنوات الزواج: (٤ سنوات وأقل - ٥-٩ سنوات - ١٠ سنوات وأكثر) لأفراد العينة والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول (٨)  
يبين نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن  
الفروق في اضطرابات الصحة النفسية تبعاً لعدد سنوات الزواج لأفراد العينة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسدية	بين المجموعات	١٠٥,٠٦٤	٢	٥٢,٥٣٢	١,٠٦٥	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٦٣٦٤,٤٥١	١٢٩	٤٩,٣٣٧		
	المجموع	٦٤٦٩,٥١٥	١٣١			
الوسواس القهري	بين المجموعات	٢١٧,١٧٢	٢	١٠٨,٥٨٦	٤,٠٥٤	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٤٥٤,٨٨٩	١٢٩	٢٦,٧٨٢		
	المجموع	٣٦٧٢,٠٦١	١٣١			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	١٩٢,٥٤٧	٢	٩٦,٢٧٤	٤,٣٦١	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٢٨٤٧,٧٨٦	١٢٩	٢٢,٠٧٦		
	المجموع	٣٠٤٠,٣٣٣	١٣١			
الاكتئاب	بين المجموعات	٢٤٣,٣٨٤	٢	١٢١,٦٩٢	٤,٣٠٧	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٦٤٤,٨٨١	١٢٩	٢٨,٢٥٥		
	المجموع	٣٨٨٨,٢٦٥	١٣١			
القلق	بين المجموعات	٣٢٥,٢٩١	٢	١٦٢,٦٤٦	٥,٧٠٢	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٦٧٩,٧٠١	١٢٩	٢٨,٥٢٥		
	المجموع	٤٠٠٤,٩٩٢	١٣١			
العداوة	بين المجموعات	٣٧,٥١٠	٢	١٨,٧٥٥	٠,٦٦٢	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٣٦٥٤,٢١٨	١٢٩	٢٨,٣٢٧		
	المجموع	٣٦٩١,٧٢٧	١٣١			
قلق الخوف (الفوبيا)	بين المجموعات	١٨٧,٦٦١	٢	٩٣,٨٣١	٢,٦٨١	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٤٥١٥,٥٨١	١٢٩	٣٥,٠٠٥		
	المجموع	٤٧٠٣,٢٤٢	١٣١			
البارانويا	بين المجموعات	٧٣,٦٤٨	٢	٣٦,٨٢٤	٢,٠٥٧	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٢٣٠٩,٤١٣	١٢٩	١٧,٩٠٢		
	المجموع	٢٣٨٣,٠٦١	١٣١			
الذهانية	بين المجموعات	٢٢٩,١٨٦	٢	١١٤,٥٩٣	٢,٥٤١	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٥٨١٧,٤٤٣	١٢٩	٤٥,٠٩٦		
	المجموع	٦٠٤٦,٦٢٩	١٣١			
الدرجة الكلية للصحة النفسية	بين المجموعات	٥٢٧١,٨٢٢	٢	٢٦٣٥,٩١١	٤,١١٧	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٨٢٥٩٦,٨١٤	١٢٩	٦٤٠,٢٨٥		
	المجموع	٨٧٨٦٨,٦٣٦	١٣١			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=٢، ١٢٩) عند مستوى دلالة ٠,٠٥=٠,٣، وعند مستوى دلالة ٠,٠١=٠,٤٦١

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ ومستوى ٠,٠٥ تبعاً لعدد سنوات الزواج على أبعاد الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية لدى السيدات غير المنجبات.

والجدول الآتي يوضح اتجاه الفروق في الدرجة الكلية والأبعاد:

### الجدول (٩)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لاضطرابات الصحة النفسية تبعاً لعدد سنوات الزواج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
٤,٣٧٥	٣١,٥٠	٤٤	٤ سنوات وأقل	الوسواس القهري
٦,٢٣٢	٢٨,٥٠	٥٢	٩ - ٥ سنوات	
٤,٣١٢	٢٩,٥٦	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	
٥,٦٠٥	٣٢,٥٠	٤٤	٤ سنوات وأقل	الحساسية التفاعلية
٥,٠٤٩	٣٣,٧٣	٥٢	٩ - ٥ سنوات	
٢,٣٧٠	٣٥,٦١	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	
٤,٢٣٤	٤٥,٤٥	٤٤	٤ سنوات وأقل	الاكتئاب
٥,٢٨٦	٤٨,٥٠	٥٢	٩ - ٥ سنوات	
٦,٤٣٤	٤٨,٠٣	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	
٥,٦٧٤	٣٢,٨٩	٤٤	٤ سنوات وأقل	القلق
٥,١٩١	٣٥,٦٠	٥٢	٩ - ٥ سنوات	
٥,١٢٩	٣٦,٧٥	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	
٢٩,٤٠٨	٢٩٤,٣٩	٤٤	٤ سنوات وأقل	الدرجة الكلية للصحة النفسية
٢٣,٧٦٨	٣٠٧,٥٦	٥٢	٩ - ٥ سنوات	
٢١,٧٧٦	٣٠٨,١١	٣٦	١٠ سنوات وأكثر	

والجدول الآتي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة تبعاً لعدد سنوات الزواج:

## الجدول (١٠)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين  
متوسطات أفراد العينة على الأبعاد ذات الدلالة تبعاً لعدد سنوات الزواج

المتغير	البيان	٤ سنوات وأقل	٩-٥ سنوات
الوسواس القهري	٩-٥ سنوات	* ٣,٠٠	
	١٠ سنوات وأكثر	١,٩٤	١,٠٥
الحساسية التفاعلية	٩-٥ سنوات	١,٢٣	
	١٠ سنوات وأكثر	* ٣,١١	١,٨٨
الاكتئاب	٩-٥ سنوات	* ٣,٠٤	
	١٠ سنوات وأكثر	٢,٥٧	٠,٤٧
القلق	٩-٥ سنوات	* ٢,٧٠	
	١٠ سنوات وأكثر	* ٣,٨٦	١,١٥
الدرجة الكلية للصحة النفسية	٩-٥ سنوات	* ١٣,١٧	
	١٠ سنوات وأكثر	١٣,٧٢	٠,٥٥

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في أعراض الوسواس القهري كانت بين مجموعة عدد سنوات الزواج ٤ سنوات وأقل، و بين مجموعة عدد سنوات الزواج ٩-٥ سنوات، وكانت الفروق لصالح مجموعة عدد سنوات الزواج ٤ وأقل.
- أن الفروق في الحساسية التفاعلية والقلق كانت بين مجموعة عدد سنوات الزواج ٤ سنوات وأقل، و بين مجموعة عدد سنوات الزواج ١٠ سنوات وأكثر، وكانت الفروق لصالح مجموعة عدد سنوات الزواج ١٠ سنوات وأكثر.
- أن الفروق في الاكتئاب والدرجة الكلية لاضطرابات الصحة النفسية كانت بين مجموعة عدد سنوات الزواج ٤ سنوات وأقل، و بين مجموعة عدد سنوات الزواج ٩-٥ سنوات، وكانت الفروق لصالح مجموعة عدد سنوات الزواج ٩-٥ سنوات.

النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة الفرض الثالث الذي ينص على:

توجد فروق دالة احصائياً في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى لقراءة الزوج.

قاس الباحث بقياس الفروق بين متوسط درجات السيدات غير المنجبات المتزوجات من الأقرباء (ن=٤٩)، وبين متوسط درجات المتزوجات من الغرباء (ن=٨٣) على مقياس الصحة النفسية لأفراد العينة، باستخدام اختبار(ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين (علام، ٢٠٠٥: ٢١٠)، والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول (١١)

يبين اختبار (ت) للفروق في اضطرابات الصحة النفسية تبعاً لقرابة الزوج لأفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	من الغرباء (ن = ٨٣)		من الأقرباء		المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة إحصائياً	٠,٢٧	٦,٧٧٣	٣٨,٢٧	٧,٥٠٥	٣٨,٦١	الأعراض الجسدية
غير دالة إحصائياً	١,٩٠	٥,٥٧٧	٢٩,١٢	٤,٦١٤	٣٠,٩٢	الوسواس القهري
غير دالة إحصائياً	١,٧٤	٤,٨١٢	٣٣,٢٨	٤,٧٢٧	٣٤,٧٨	الحساسية التفاعلية
غير دالة إحصائياً	١,٦٥	٥,٦٩٣	٤٧,٩٥	٤,٨٩٧	٤٦,٣٥	الاكتئاب
غير دالة إحصائياً	٠,٥١	٦,٣٠٤	٣٤,٨٢	٣,٩٢٣	٣٥,٣٣	القلق
دالة عند ٠,٠١	٢,٦١	٥,٢٣٨	٢٠,٠٥	٥,١٢٠	٢٢,٤٩	العداوة
غير دالة إحصائياً	١,٣٧	٥,٩٣٤	٢١,٧١	٦,٠٣٧	٢٣,١٨	قلق الخوف (الفوبيا)
غير دالة إحصائياً	١,٧٥	٤,٤٠٩	٢٢,٢٢	٣,٩١١	٢٣,٥٥	البارانويا
غير دالة إحصائياً	٠,٤٧	٦,٩٣٧	٣٠,٢٧	٦,٥٩٩	٢٩,٦٩	الذهانية
غير دالة إحصائياً	١,٥٣	٢٧,٨١٤	٣٠٠,٦٩	٢١,٨٣٥	٣٠٧,٧٨	الدرجة الكلية للصحة النفسية

قيمة (ت) الجدولية عند (د.ح=١٣) عند مستوى دلالة ٠,٠٥=١,٩٦، وعند مستوى دلالة ٠,٠١=٢,٥٨، يبين الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية، في اضطرابات الصحة النفسية لدى السيدات غير المنجبات تبعاً لقرابة الزوج لدى أفراد العينة على معظم الأبعاد، وعلى الدرجة الكلية للصحة النفسية.

في حين تبين وجود فروق بين نوات الأزواج من الأقارب ونوات الأزواج الغرباء من السيدات غير المنجبات في بعد العداوة، وكانت الفروق لصالح المتزوجات من الأقارب.

النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة الفرض الرابع والذي ينص على:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى لوجود أو عدم وجود الحمأة (أم الزوج).

قاس الباحث الفروق بين متوسط درجات الزوجات اللواتي حمواتهن على قيد الحياة (ن= ٩٨) ومتوسط درجات الزوجات اللواتي حمواتهن لسنَ على قيد الحياة (ن= ٣٤)، على مقياس اضطرابات الصحة النفسية لأفراد العينة، باستخدام اختبار(ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين (علام، ٢٠٠٥: ٢١٠)، والجدول الآتي يبين ذلك:

## الجدول (١٢)

يبين اختبار (ت) للفروق في اضطرابات الصحة النفسية تبعاً للحماية على قيد الحياة

## لأفراد العينة

المتغير	نعم (ن = ٩٨)		لا (ن = ٣٤)		قيمة (ت)	ومستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الأعراض الجسدية	٢٦,٠٩	٨,٤٨	٢٥,١٥	٧,٠٤	٠,٥٨٣	غير دالة إحصائياً
الوسواس القهري	٢١,٧٦	٦,٠١	٢١,١٢	٧,٩٥	٠,٤٨٨	غير دالة إحصائياً
الحساسية التفاعلية	٢٣,٦٥	٧,٤٤	١٩,٨٨	٧,٣٠	٢,٥٥٩	دالة عند ٠,٠٥
الاكتئاب	٣٤,٦٧	١٠,٨٠	٣٠,٦٢	١١,٨٨	١,٨٣٨	غير دالة إحصائياً
القلق	٢١,٩٣	٧,٩٨	٢٢,٦٨	٩,٠١	٠,٤٥٥	غير دالة إحصائياً
العداوة	١٢,٨٠	٥,٧٧	١٢,٨٥	٥,١٦	٠,٠٥١	غير دالة إحصائياً
قلق الخوف (الفوبيا)	١٤,٧٩	٥,٧٠	١٤,٧٤	٥,٨١	٠,٠٤٤	غير دالة إحصائياً
البارانويا	١٦,٠٦	٦,١٣	١٤,٠٦	٦,٢٤	١,٦٣٣	غير دالة إحصائياً
الذهانية	١٧,٩١	٧,١٦	٢٠,١٨	٩,٠١	١,٤٨٦	غير دالة إحصائياً
الدرجة الكلية للمقياس	٢٠٥,٦٧	٥٤,١٤	١٩٦,٣٨	٦٢,٨١	٠,٨٢٧	غير دالة إحصائياً

قيمة (ت) الجدولية عند (د.ح=١٣٠) عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ١,٩٨، وعند مستوى دلالة

$$٢,٦٢ = ٠,٠١$$

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية باستثناء بعد الحساسية التفاعلية، حيث كانت دالة عند مستوى ٠,٠٥ وكانت الفروق في صالح الزوجات اللواتي حمواتهن على قيد الحياة.

## النتائج المتعلقة بالتحقق من صحة الفرض الخامس الذي ينص على:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى إلى المستوى الاقتصادي للزوجة.

أجرى الباحث تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في اضطرابات الصحة النفسية تبعاً للمستوى الاقتصادي (منخفض، متوسط، مرتفع) لأفراد العينة والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول (١٣)  
يبين نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في اضطرابات الصحة النفسية  
تبعاً للمستوى الاقتصادي لدى أفراد العينة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسدية	بين المجموعات	١١٨,٩١٩	٢	٥٩,٤٥٩	١,٢٠٨	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٦٣٥٠,٥٩٦	١٢٩	٤٩,٢٢٩		
	المجموع	٦٤٦٩,٥١٥	١٣١			
الوسواس القهري	بين المجموعات	٢٥٥,٥٤٦	٢	١٢٧,٧٧٣	٤,٨٢٤	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٤١٦,٥١٤	١٢٩	٢٦,٤٨٥		
	المجموع	٣٦٧٢,٠٦١	١٣١			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	٩,٦٣٨	٢	٤,٨١٩	٠,٢٠٥	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٣٠٣٠,٦٩٦	١٢٩	٢٣,٤٩٤		
	المجموع	٣٠٤٠,٣٣٣	١٣١			
الاكتئاب	بين المجموعات	٤٠٩,٦٣٧	٢	٢٠٤,٨١٩	٧,٥٩٥	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٤٧٨,٦٢٨	١٢٩	٢٦,٩٦٦		
	المجموع	٣٨٨٨,٢٦٥	١٣١			
القلق	بين المجموعات	٢٨٤,٥٠٩	٢	١٤٢,٢٥٥	٤,٩٣٢	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٧٢٠,٤٨٣	١٢٩	٢٨,٨٤١		
	المجموع	٤٠٠٤,٩٩٢	١٣١			
العداوة	بين المجموعات	٢٥,٤٨٠	٢	١٢,٧٤٠	٠,٤٤٨	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٣٦٦٦,٢٤٧	١٢٩	٢٨,٤٢١		
	المجموع	٣٦٩١,٧٢٧	١٣١			
قلق الخواف (الفوبيا)	بين المجموعات	٢٦,٠٠٩	٢	١٣,٠٠٤	٠,٣٥٩	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٤٦٧٧,٢٣٤	١٢٩	٣٦,٢٥٨		
	المجموع	٤٧٠٣,٢٤٢	١٣١			
البارانويا	بين المجموعات	٢٧,٦٥٩	٢	١٣,٨٢٩	٠,٧٥٧	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٢٣٥٥,٤٠٢	١٢٩	١٨,٢٥٩		
	المجموع	٢٣٨٣,٠٦١	١٣١			
الذهانية	بين المجموعات	٢٤٦,٢٨٩	٢	١٢٣,١٤٥	٢,٧٣٩	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٥٨٠٠,٣٤٠	١٢٩	٤٤,٩٦٤		
	المجموع	٦٠٤٦,٦٢٩	١٣١			
الدرجة الكلية للصحة النفسية	بين المجموعات	١٣٣٣,٥٨١	٢	٦٦٦,٧٩١	٠,٩٩٤	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	٨٦٥٣٥,٠٥٥	١٢٩	٦٧٠,٨١٤		
	المجموع	٨٧٨٦٨,٦٣٦	١٣١			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=٢، ١٢٩) عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ٠,٣، وعند مستوى دلالة ٠,٠١ = ٤,٦١

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معظم أبعاد مقياس اضطرابات الصحة النفسية، وفي الدرجة الكلية للصحة النفسية تبعاً للمستوى الاقتصادي للزوجات غير المنجبات.

بينما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في أبعاد الوسواس القهري والاكتئاب والقلق تبعاً للمستوى الاقتصادي لدى السيدات غير المنجبات من أفراد العينة. والجدول الآتي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العينة في أبعاد مقياس اضطرابات الصحة النفسية ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي:

#### الجدول (١٤)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في أبعاد اضطرابات الصحة النفسية ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
٤,٧٦٩	٢٦,٩٢	٢٦	منخفض	الوسواس القهري
٥,٢٥٠	٣٠,٣٨	٨١	متوسط	
٥,١٥٩	٣٠,٦٩	٢٥	مرتفع	
٤,٦٦٠	٤٤,٩٦	٢٦	منخفض	الاكتئاب
٥,١١٥	٤٧,١٣	٨١	متوسط	
٥,٩٢٣	٥٠,٥٦	٢٥	مرتفع	
٥,٤٣٤	٣٤,٤٦	٢٦	منخفض	القلق
٥,٧١٩	٣٤,٢٤	٨١	متوسط	
٣,٨٩٩	٣٨,٠٤	٢٥	مرتفع	

والجدول الآتي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الصحة النفسية ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي:

#### الجدول (١٥)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مقياس اضطرابات الصحة النفسية ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي

المتغير	البيان	منخفض	متوسط
الوسواس القهري	متوسط	٠,٣٠	
	مرتفع	* ٣,٧٧	* ٣,٤٦
الاكتئاب	متوسط	٠,٣٠	
	مرتفع	* ٣,٧٧	* ٣,٤٢
القلق	متوسط	٠,٢١	
	مرتفع	* ٣,٥٧	* ٣,٧٩

يتبين من الجدولين السابقين أن الفروق في الوسواس القهري كانت بين مجموعة منخفضة أو متوسطات المستوى الاقتصادي من ناحية، و بين مرتفعات المستوى الاقتصادي، لصالح مجموعة مرتفعات المستوى الاقتصادي.

فيما كانت الفروق في الاكتئاب والقلق بين مجموعة منخفضة أو متوسطات المستوى الاقتصادي من ناحية، و بين مرتفعات المستوى الاقتصادي، لصالح مجموعة مرتفعات المستوى الاقتصادي.

نتيجة التحقق من صحة الفرض السادس الذي نص على:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الانعكاسات النفسية للعقم لدى الزوجات غير المنجبات تعزى لمتغير الموافقة أو عدم الموافقة على الزواج.

#### الجدول (١٦)

يبين اختبار (ت) للفروق في الصحة النفسية تبعاً للموافقة على الزواج لأفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	لا (لم أوافق على الزواج)		نعم (وافقت على الزواج)		المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة إحصائياً	١,٧٨	٦,٩٢٠	٣٦,٢٦	٦,٩٨٢	٣٨,٩٤	الأعراض الجسدية
غير دالة إحصائياً	٠,٩٣	٥,٠٠١	٣٠,٦٣	٥,٣٦٩	٢٩,٥٧	الوسواس القهري
دالة عند ٠,٠٥	٢,٣٥	٥,١٤٤	٣١,٩٣	٤,٦٣٠	٣٤,٣٢	الحساسية التفاعلية
غير دالة إحصائياً	١,٦٢	٤,٨٠١	٤٥,٨٥	٥,٥٥٧	٤٧,٧٤	الاكتئاب
دالة عند ٠,٠١	٥,٠٢	٦,٠٥٢	٣٠,٦٣	٤,٨٠٦	٣٦,١٣	القلق
دالة عند ٠,٠١	٤,٢٢	٤,٨٢٨	١٧,٣٣	٥,٠٣٩	٢١,٨٩	العداوة
غير دالة إحصائياً	٠,١٨	٧,٧٧٥	٢٢,٠٧	٥,٤٨٦	٢٢,٣٠	قلق الخوف (الفوبيا)
دالة عند ٠,٠٥	٢,١٧	٤,٠٠٧	٢١,١٥	٤,٢٥٥	٢٣,١١	البارانويا
غير دالة إحصائياً	٠,٩٧	٧,٨٥٤	٢٨,٩٣	٦,٥٠٤	٣٠,٣٤	الذهانية
دالة عند ٠,٠١	٣,٨٩	٢٣,٩٠٣	٢٨٦,٨٩	٢٤,٧٧٨	٣٠٧,٥٤	الدرجة الكلية للصحة النفسية

قيمة (ت) الجدولية عند (د.ح=١٣٠) عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ١,٩٦، وعند مستوى دلالة ٠,٠١ = ٢,٥٨

يبين الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ومستوى ٠,٠٥، في اضطرابات الصحة النفسية للسيدات غير المنجبات تبعاً للموافقة على الزواج لدى أفراد العينة على أبعاد الحساسية التفاعلية والقلق والعداوة والبارانويا والدرجة الكلية لاضطرابات الصحة النفسية، وكانت الفروق لصالح مجموعة غير الموافقات على الزواج من أفراد العينة.

## مناقشة النتائج:

**أولاً:** أشارت نتيجة التحقق من صحة الفرض الأول لهذه الدراسة بأنه توجد انعكاسات نفسية للعقم على الزوجات غير المنجبات من خلال اتضاح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الزوجات غير المنجبات والزوجات المنجبات على جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية وكانت الفروق لصالح الزوجات غير المنجبات، بمعنى أن الزوجات غير المنجبات يعانين من اضطرابات نفسية واضحة، وبمستوى أعلى من الزوجات المنجبات، وهذا يدل من وجه نظر الباحث على أن العقم له انعكاسات نفسية سلبية وقاسية.

ويرى الباحث بأن هذه النتيجة منطقية، حيث إن الإنجاب بالنسبة للزوجة تحديداً يعدُّ أمراً مهماً للغاية لاستقرارها واطمئنانها على حياتها الزوجية والأسرية، ويعزز من ثقتها بنفسها وبأنوثتها، بالإضافة إلى ذلك يشبع لديها غريزة الأمومة، وفي حال عدم الإنجاب، فإن ما سبق ذكره من مميزات تنعدم مما قد يفقدها الاستمتاع بالحياة، ويجعلها مكتئبة وقلقة وتعاني من ضغوط نفسية إضافية سواء من نظرات زوجها أم أسرته، كما أن عدم الإنجاب قد يعطيها إحساساً بأن حياتها الزوجية في خطر، وتتوقع في كل لحظة أن يتزوج زوجها بامرأة أخرى لتحقيق الإنجاب، كل هذا قد يدفع الزوجة غير المنجبة للانطواء والعيش في أحلام اليقظة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من: (السواد وعلي، ٢٠١٠)، ودراسة (Masubayshiy, et, al 2001) ودراسة (Domar, 1992)، ودراسة (Williams, 1997)، ودراسة (عسليية ٢٠٠٥)، ودراسة (Fisher, 1953)، ودراسة (خطاب، ٢٠١٢)، ودراسة (Greil, 1997). حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الزوجات غير المنجبات يعانين من مستويات عالية من القلق والاكتئاب والإحباط والاضطرابات النفسية الأخرى.

**ثانياً:** أشارت نتيجة التحقق من صحة الفرض الثاني إلى أنه توجد فروق دالة إحصائياً في أعراض الوسواس القهري بين الزوجات غير المنجبات اللواتي بلغ عدد سنوات زواجهن

(٤) سنوات فأقل، وبين اللواتي بلغت عدد سنوات زواجهن (٥ - ٩) سنوات، وكانت الفروق في صالح عدد سنوات الزواج (٤) فأقل، ويرى الباحث بأن هذه النتيجة منطقية أيضاً لأن الزوجات اللواتي بلغ عدد سنوات زواجهن (٤) سنوات فأقل، يعدن في بداية مشكلة عدم الإنجاب، فهن أكثر تفكيراً بموضوع الإنجاب من غيرهن، وأقلهن قدرة على التكيف.

كما أشارت نتائج التحقق من صحة الفرض الثاني، إلى وجود فروق في الحساسية التفاعلية والقلق بين الزوجات غير المنجبات اللاتي بلغ عدد سنوات زواجهن (٤) سنوات فأقل، وبين الزوجات اللواتي بلغ عدد سنوات زواجهن (١٠) سنوات فأكثر، وكانت الفروق لصالح المجموعة الثانية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في الاكتئاب والدرجة الكلية لاضطرابات الصحة النفسية بين الزوجات غير المنجبات اللواتي بلغ عدد سنوات زواجهن (٤) سنوات فأقل، وبين الزوجات غير المنجبات اللاتي بلغ عدد سنوات زواجهن (٥-٩) سنوات، وكانت الفروق لصالح المجموعة الثانية.

ويمكن تفسير وجود هذه الفروق لدى الزوجات غير المنجبات في ضوء متغير مهم وهو متغير عدد سنوات الزواج، والذي يعكس إلى حد كبير المدة الزمنية للعقم، فكلما كانت عدد سنوات الزواج أكثر، كلما كانت مستويات اضطرابات الصحة النفسية أعلى، وهذا يعد منطقياً، لأنه كلما ازداد عدد سنوات الزواج يعني ذلك أن الزوجة ازدادت في العمر، وهذا يعني بأنه أصبح للزوجة فرص محدودة لتحقيق الإنجاب نتيجة لاقترابها تدريجياً من سن اليأس، وهذا بالتالي يزيد من معاناة الزوجة ويجعلها تعيش في حالة من التشاؤم، الأمر الذي يزيد من درجة الاكتئاب والقلق وفقدان المعنى والوحدة النفسية وإذا كانت الفروق على متغير عدد سنوات الزواج قد جاءت في هذه الدراسة لصالح (٥-٩) سنوات مقارنة بـ (٤ سنوات فأقل)، فهذا أمر طبيعي، ذلك أن الزوجة كلما تقدم بها العمر تسرب اليأس إلى نفسها وأفقدتها الثقة بنفسها، وظروفها مستقبلاً، وأنها قد تصل إلى مرحلة من العمر قد يصبح فيها الإنجاب أمراً صعباً في حين أن الزوجات اللاتي مرّ على زواجهن ٤ سنوات فأقل، فما زلن يتمسكن بالأمل وبكرم الله وبرحمته، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة عسلي (٢٠٠٦) حيث أشارت نتائجها إلى أنه كلما ازداد عمر الزوجة كلما كانت الآثار النفسية المترتبة على العقم لدى الزوجة أعلى، كما تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (القشعان، ٢٠٠٠) حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن السيدات اللاتي يترددن على عيادات العقم لفترات زمنية تزيد عن سنتين يظهرن أعراضاً اكتئابية واضحة ومعاناة نفسية ظاهرة مقارنة بالسيدات اللاتي تقل فترة علاجهن عن ذلك، كما تتفق أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة (Domar` et, al, 1992)، حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن طول فترة المدة الزمنية للعلاج مرتبط بشكل واضح بدرجة الاكتئاب، فقد بينت

الدراسة أن النساء اللاتي كانت فترة علاجهن تتراوح بين عامين وثلاثة أعوام، قد أظهرن أعراض اكتئابية أعلى مقارنة بالنساء اللاتي لم تتجاوز فترة علاجهن عاماً واحداً.

**ثالثاً:** أشارت نتيجة التحقق من صحة الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية، وجميع الأبعاد الفرعية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية باستثناء بعد العداوة لدى الزوجات غير المنجبات تبعاً لمتغير قرابة الزوج (من نفس العائلة، من خارج العائلة).

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأنه بغض النظر عن متغير قرابة الزوج، فإن عدم الإنجاب هو مشكلة ضاغطة للزوجة، بدليل أنه سواء الزوجات اللاتي تزوجن من العائلة نفسها أو اللاتي تزوجن من خارج العائلة قد حصلن على درجة عالية على مقياس اضطرابات الصحة النفسية، بذلك يعد متغير قرابة الزوج عاملاً غير مؤثر على مستوى هذه الاضطرابات باستثناء مستوى العداوة، حيث أظهرت العينة أن الزوجات اللاتي تزوجن من العائلة نفسها قد حصلن على مستوى أعلى على بعد العداوة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن الزوجة التي زوجها من العائلة نفسها غالباً تمتلك فرصاً أكبر في التعبير عن انفعاليتها لما قد تتوقعه من تسامح من عائلتها، وهذا بعكس الزوجة التي تزوجت من خارج العائلة فإنها قد تضطر إلى إخفاء انفعاليتها لكونها تتعامل وتعيش مع عائلة غريبة وليست قريبة، وهذا ينسجم مع طبيعة المجتمع الفلسطيني، حيث يعد المجتمع الفلسطيني مجتمعاً عائلياً معقداً وغالباً ما يفضل الأب والأم من تزويج الابنة من فرد ينتمي إلى العائلة نفسها.

**رابعاً:** أشارت نتائج التحقق من صحة الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية لدى الزوجات غير المنجبات في الدرجة الكلية وجميع أبعاد مقياس اضطرابات الصحة النفسية باستثناء بعد الحساسية التفاعلية تبعاً لمتغير وجود الحماية على قيد الحياة (أم الزوج) حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الحساسية التفاعلية بين الزوجات اللاتي حمواتهن (أم الزوج) على قيد الحياة واللاتي حماتهن ليست على قيد الحياة وكانت الفروق لصالح الزوجات اللاتي حماتهن على قيد الحياة، ويرى الباحث بأنه تبعاً لطبيعة المجتمع الفلسطيني بوصفه مجتمعاً عائلياً ممتداً، تعد هذه النتيجة منطقية، حيث أن الزوجة غير المنجبة تتوقع دائماً أن تسألها أم زوجها عن فرص الحمل بشكل شهري ودوري لحرصها الشديد ورغبتها الشديدة في أن ترى أحفاداً لها وأطفالاً لابنها وأن مثل هذه المتابعة المستمرة من جانب أم الزوج للزوجة قد يشعر الزوجة بالحرج وقد يشعرها أيضاً بأنها مقصرة اتجاه الزوج أمام أم الزوج الأمر الذي

قد يؤدي إلى مستوى أعلى من الحساسية التفاعلية في العلاقات الأسرية العائلية بشكل خاص والعلاقات الاجتماعية بشكل عام. وما يؤكد صحة هذا التفسير نتائج الدراسة التي قام بها (بهاتي وآخرون ١٩٩٩) التي هدفت التعرف على العوامل التي تؤثر على السلوك الصحي للنساء غير المنجبات فقد أشارت هذه الدراسة إلى أن السيدات غير المنجبات غالباً ما يجبرن على العلاج بواسطة أم الزوج وقد تكون أم الزوج أكثر متابعة من ابنها لقضية الإنجاب والحمل. (ابراهيم، ٢٠٠٤: ٥٩٥).

**خامساً:** أشارت نتيجة التحقق من صحة الفرض الخامس الخاص بمتغير المستوى الاقتصادي إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً في الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الصحة النفسية ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن مشكلة العقم هي مشكلة ضاغطة بشكل عام بغض النظر عن المستوى الاقتصادي للزوجة وأسرتها، كما أشارت نتيجة التحقق من صحة هذا الفرض إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاكتئاب والوسواس القهري والقلق لمقياس اضطرابات الصحة النفسية، وكانت النتيجة لصالح الزوجات مرتفعات المستوى الاقتصادي، بمعنى أن الزوجات مرتفعات المستوى الاقتصادي أكثر قلقاً واكتئاباً من الزوجات ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط والمنخفض، ويفسر الباحث هذه النتيجة بأنه على الرغم من إمتلاك القدرة المالية والمادية اللازمة للعلاج لدى هذه المجموعة من الزوجات، إلا أن مشكلة العقم ما زالت قائمة وقد تكون بعضن قد حاولن الإنجاب من خلال العمليات الجهرية ولم ينجحن أيضاً في ذلك وهذا ما قد يزيد من درجة الاكتئاب والقلق لديهن.

**سادساً:** أشارت نتائج التحقق من صحة الفرض السادس إلى وجود فروق دالة احصائياً في الدرجة الكلية وأبعاد القلق والحساسية التفاعلية والعداوة والبارانويا لمقياس اضطرابات الصحة النفسية بين الزوجات غير المنجبات تبعاً لمتغير الموافقة على الزواج لصالح الزوجات الموافقات على الزواج، بمعنى أن الزوجات اللاتي وافقن على زواجهن لديهن مستويات أعلى من اضطرابات الصحة النفسية، ومن وجه نظر الباحث تعتبر هذه النتيجة منطقية، لأن الزوجات اللاتي وافقن على الزواج يعدن أن هذا الزواج من اختيارهن ولديهن الرغبة الكاملة بالزوج والاستمرار معه في حياة زوجية وبالتالي فهن أكثر قلقاً واضطراباً على حياتهن الزوجية ويعتبرن الإنجاب تديماً للعلاقة الزوجية واستقرارها واستمرارها في حين أن الزوجات اللاتي لم يوافقن على الزواج قد يعدن أنفسهن غير مسؤولات عن عدم الانجاب بدليل أنهن لم يوافقن على الزواج من قبل، وبالتالي قد لا يمثل الانجاب من الزوج الذي لا ترغب فيه الزوجة بالأمر المهم بالنسبة لها.

## توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة يمكن التوصية بما يأتي:

١. ضرورة تقديم الخدمات النفسية والمتمثلة ببرامج الدعم النفسي مع الخدمات الطبية الأخرى للزوجات غير المنجبات لما تتمتع به العوامل النفسية من أهمية في العملية الانجابية حيث أن استقرار الحالة النفسية للزوجة يساعد على حدوث الحمل.
٢. مساندة الزوجة غير المنجبة أسرياً ومساعدتها على التعبير عن معاناتها ومشاعرها وانفعالاتها اتجاه عدم الانجاب.
٣. إجراء دراسات تقيس أثر برامج ارشادية في خفض معاناة الزوجات غير المنجبات.
٤. إجراء دراسات تكشف عن استراتيجيات التكيف لدى الزوجات غير المنجبات.

## المصادر والمراجع:

### أولاً- المصادر:

- القرآن الكريم سورة مريم.

### ثانياً- المراجع العربية:

١. إبراهيم، ماجد خميس (٢٠٠٤) بعض المتغيرات النفسية بالمرتبطة بالعقم وعملية أطفال الانابيب» دراسة عبر ثقافية». دراسات نفسية، مجلد (١٤) العدد الرابع، ص ٥٩٥-٦٢٥.
٢. أبو اسحق، سامي (٢٠٠٧) التوافق الزوجي لغير المنجبات في محافظة خانيونس، مجلة مستقبل التربية العربية، العدد ٤٦، المجلد الثالث عشر.
٣. أبو العزائم، نجلاء (٢٠٠٥)، الجوانب النفسية للعقم عند النساء، حملة الطب النفسي، القاهرة، مطابع أخبار اليوم، ص ص ١٨-١٩.
٤. أبو هين، فضل (١٩٩٢). تقنين قائمة الأعراض المرضية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، التقييم والقياس النفسي التربوي، العدد ١.
٥. الأغا، إحسان (٢٠٠٢): البحث التربوي وعناصره، مناهجه وأدواته، ط٤، العلاقة مع الحماة الإسلامية، غزة.
٦. البان، محمد علي (١٩٨٧). أخلاقيات التلقيح الصناعي ( نظرة إلى الجذور)، السعودية، الدار السعودية للنشر والتوزيع
٧. خطاب، أمير، وحيد. (٢٠١٢) آثار العقم الاجتماعية والاقتصادية على المرأة دراسة تحليلية ميدانية في مدينة الموصل. آداب الرفادين (العراق) ع ٦٣ ص ص ٣٨٧ - ٤٣٠
٨. السواد، عبد الخضر ناصر، علي أحمد صادق (٢٠١٢) برنامج ارشادي مقترح لتنمية مفهوم الذات لدى غير المنجبين من الذكور، مجلة كلية التربية العدد الثاني ص ص ٣٣-٥٠.
٩. شاهين، طاهر (١٩٩٦)، عيادة أمراض العقم، مجلة صحتك، العدد ١٧، بيروت، ص ص ٥٣-٦٠.
١٠. شحاته، منال أحمد (١٩٨٩) أثر الحرمان من الانجاب على مفهوم الذات لدى المرأة العاقر، رسالة ماجستير قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.

١١. عسليّة، أحمد إبراهيم (٢٠٠٦) الآثار النفسية والاجتماعية للعقم لدى الجنسين بمحافظة غزة، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس العدد ٣٠ الجزء الأول، ص ص ١٣٩-١٦٧.

١٢. علام، صلاح الدين محمود (٢٠٠٥). الأساليب الإحصائية الاستدلالية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية «البارامترية واللابارامترية»، القاهرة، دار الفكر العربي.

١٣. العيساوي، عبد الرحمن وسيد علي عبد الحميد (١٩٧٥) صحتك النفسية والجنس مصر، مطبعة دار التأليف.

١٤. القشعان، حمودة فهد (٢٠٠٠) -تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزوجي قي الأسرة الكويتية. مجلة كلية التربية، المنصورة - نصر ع ٤٢ ص ١٨٣-٢١٨

١٥. القشعان، حمودة فهد، البشر سعاد عبد الله. (٢٠١٠) الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين بالعقم في درجة الاكتئاب لدى عينة من الأسر الكويتية. الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس - مصر، ص ص ٤٣١ - ٤٥٢

١٦. المهدي، محمد (٢٠٠٥) الجوانب النفسية للعقم عند نساء مجلة الطب النفسي، القاهرة، ٨، مطابع أخبار اليوم، ص ص ١٨-١٩

### ثالثاً - المراجع الأجنبية:

1. Daniels, K. R(1989) *Psychosocial Factors for couples Awaiting in Vitro Fertilization. Social Work in Health Care. 14. 81-98.*
2. Daniluk, J. C. (1998) *Infertility; Interpersonal and Impact, Fertility and Sterility, 32, 982-990.*
3. Domar A. D., Broome, A. Zuttermeister, P.C., Seible, M. (1992) *The Prevalence and Predictability of Depression in infertire Women. Fertility and Sterility, 58 (6)*
4. Dupuis, S. R. (1997) *Understanding Reproductive loss. DAL – B 58101, P.1, July. California School of Professional Psychology – San Diego.*

5. *Eisner, B.G. (1963) Some psychological cliffrences between frtile and in fertile women. Emotiaiel distress of infertile women in Jaban. Human Reproduction, Vol. 16, No. 50: 966-969.*
6. *Freeman, E. W.; Boxer, A.; Rickets, K. (1985) Psychosocial Evaluation and Sapport in Program of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer. Fertility and Sterility, 43: 48-53.*
7. *Galhardo, A. Cunha, M. Pinto, J. (2013) Meosuring Self-Efficancy to Deal With Infertility: Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of Portuguese Version of the Infertility Self-Efficancy Scal. Research in Nursing and Health, 36, 65-74.*
8. *Greil, A. (1997) Infertility and Psychological Distress: A Critical Review of the Literature. Soc. Med. Vol. Us. No. 11, PP 1679-1704.*
9. *Inslar V. lunefeld, B. (1993) In fertility: male and female New York: Churchill Livingston.*
10. *Mahlsteadt, P. P. (1985) the Psychological component of Infertility, Fertility and sterility 43.335-346.*
11. *Masubayashity, H. tasaka, T Ionnis, S. Snazuki, Tiad Makino, T. (2001) Emotional Clistress of in fertile women in Japan. Human Reproduction, Vol. 16, No. (5): 966-969.*
12. *Miall, C. E. (1986) The Stigmo of Involmtary Childlessness. Social Problems. 33. 268-282.*
13. *Shapiro, C. H. (1988) infertility and Pregnancy loss. Jossey - Bass Publishers. San Fransisco.*
14. *Tara,m.cousineau and alice d.domar (2007) Psychdogenicat of infertility. best practice and research.vol21,ivo2 pp 293-30 (2007)*

15. Verhaak, C.M. and Smeenk, J.M.J (2007) *Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. Human Reproduction update* 13.27.36.
16. Williams, M.E. (1997) *Toward greater understanding of the Psychological effects of in fertile Women. Psychotherapy in practice*, 16: 7-26.
17. Wischmann, T, Scherg, H., Strowitzki, T, Verres, R. (2009). *Psychosocial characteristics of Women and Men attending infertility Cocenselling. Human Reproduction*, 24, 378-385.
18. Wright, J. Duchesne, C. Sabourin, S, Bissonnette, F. (1991) *Psychosocial Distress and Infertility: Men and Women Respond Differently. Fertility and Sterility*, 55.100-108.
19. Yong. F.L. (2010) *A Study on the Self efficiency and expectancy for success of Pre-university students. European Journal of Social Sciences*, 13.514-524.