الفروق بين الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين في درجة الاكتئاب لدى الأسرة الكويتية «دراسة ميدانية مقارنة»

حمود فهد القشعان*
سعادعبدالله البشر**

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في درجة الاكتئاب بين المصابين بالعقم وغير المصابين به لدى عينة من الأزواج الكويتيين (ن=344)، تتكون من (194 ذكراً، 150 أنثى)، قسموا إلى مجموعتين؛ المجموعة الأولى هي مجموعة الأزواج الذين يعانون العقم ممن يرتادون العيادات الطبية الخاصة بالعقم (ن= 237)، والمجموعة الثانية هي مجموعة الأزواج الذين لا يعانون العقم (ن=107) ويرتادون عيادات الحمل والولادة، طبقت الاستبانة الخاصة بأعراض الاكتئاب مع مراعاة استكمال البيانات الشخصية للفرد من حيث الجنس، والعمر، ومدة الزواج، والحالة الوظيفية، ومدة العلاج، ومن هو سبب العقم. ومن خلال تحليل البيانات الكمية بواسطة البرنامج الإحصائي (spss) تُوصل إلى الإجابة عن تساؤلات البحث التالية:

1 – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج المصابين بالعقم والأزواج غير المصابين؟

أ – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج الذكور المصابين بالعقم والأزواج الذكور غير المصابين؟

* قسم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، الكويت.
** مكتب الإنماء الاجتماعي، ديوان سمو رئيس مجلس الوزراء، الكويت.
يتقدم الباحث بالشكر الجزيل لإدارة الأبحاث بجامعة الكويت لدعمها لهذه الدراسة بمشروع الدعم رقم: (AS04/04)

ب – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الزوجات المصابات بالعقم والزوجات غير المصابات؟

2– هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الذكور والإناث المصابين بالعقم؟

3– ما الأهمية النسبية لمتغيرات (العمر، مصدر العقم، عمل المرأة، ومدة العلاج) في التنبؤ بالاكتئاب لدى الزوجات في الأسر المصابة بالعقم؟

وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة الأزواج الذين يعانون العقم في درجة الاكتئاب مقارنة بعينة الأزواج الذين لا يعانونه، وذلك في اتجاه عينة الذين يعانون العقم، كما تبين عدم وجود فروق في درجة الاكتئاب بين عينة الذكور المصابين بالعقم والذكور غير المصابين، في حين وجدت مثل تلك الفروق لدى الزوجات العقيمات وغير العقيمات في اتجاه العقيمات. هذا، ووجدت فروق دالة بين الذكور والإناث المصابين بالعقم في اتجاه الإناث، كما توصلت الدراسة إلى أن عدم وجود عمل لدى المرأة، وأن تكون هي سبباً للعقم، والتقدم في العمر، وطول فترة العلاج – متغيرات تسهم في التنبؤ بظهور أعراض الاكتئاب لدى عينة الزوجات في الأسر العقيمة.

المصطلحات الأساسية: الاكتئاب، العقم.

المقدمة:

يعد العقم أحد التحديات التي تواجه الأسرة الكويتية، حيث تبين أن هناك أسرة واحدة من كل ست أسر في الكويت تعاني خلال فترة حياتها الزوجية مشكلة العقم. وللعقم أبعاد عدة، تتعدى الآثار الطبية المتمثلة في صعوبة الحمل، لتشمل الآثار الاجتماعية كالفشل في تكوين أسرة طبيعية تتكون من أب وأم وأبناء، والآثار النفسية كظهور بعض المشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب (حمود القشعان، 2000). وينظر للعقم على أنه شبيه بالإعاقة غير المرئية، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن العلاجات الطبية المقدمة لمرضى العقم، تترك آثاراً متعددة، تمس مختلف شؤون الحياة اليومية، كالضغوط المادية والاجتماعية، أو حتى الضغوط النفسية والعقلية. فعلى سبيل المثال، فإن علاج العقم يتطلب من الزوجين درجة من التقيد الشديد بمواعيد تناول الدواء أو دقة مواعيد إعطاء الحقن الدوائية، أو حتى ببرمجة توقيت العلاقة الجنسية بينهما، مما يترتب عليه آثار نفسية شديدة الوقع على كلا الزوجين.

ويؤثر العقم سلباً على كلا الزوجين من جهة، وعلى المؤسسة الزوجية من جهة أخرى، حيث لوحظ وجود بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة له كالاكتئاب والقلق والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية إضافة إلى انخفاض تقدير الذات. وتعد

دراسة فيشر الشهيرة (1953) من أول الدراسات العلمية التي ربطت بين العقم وآثاره النفسية على كلا الزوجين، حيث أشار إلى أن العقم يعد عجزاً جنسياً لأحد الزوجين أو كليهما، إلا أنه قد تصاحبه أعراض مرضية يمكن قياسها بالمقاييس النفسية المتوافرة لدى المختصين بالمجال النفسي والأسري (Fisher, as cited in Iusler & Lunefeld, 1993).

ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين المصابين بالعقم، ولعل أكثر الأعراض بروزاً الرغبة بالعزلة الاجتماعية وعدم الرغبة بمشاركة الآخرين مناسباتهم الاجتماعية، إضافة إلى الإفراط في الحساسية تجاه الآخرين، وبخاصة عند الحديث والتطرق لمشكلة العقم ومواضيع الإنجاب (Brody & Flor, 1997).

هذا، وتظهر لدى السيدات المصابات بالعقم أعراض نفسية تتعدى أعراض الاكتئاب لتشمل، النظرة السلبية للذات، والشعور بالدونية وعدم القيمة، وقلة مهارات إدارة الذات، ومشاعرغضب، وسرعة الاستثارة، والتوتر، والضغوطات النفسية، وقلة الاستمتاع بالحياة، وغيره، والحسد تجاه بعض الأمهات المهملات لأبنائهن، وفقد الحلم نتيجة لتدهور الحالة المزاجية وتذبذبها، والعزلة الاجتماعية، كما لوحظ أن الاكتئاب يزداد خلال فترة الدورة الشهرية؛ مما يجعل المرأة تفقد الأمل بالإنجاب (Williams, 1997).

ويذكر (حامد زهران، 1997) أن العقم يقف في وجه طبيعة المرأة وإشباعها لغريزتها ويشعرها بالنقص والخوف من فقدان كيانها أو طلاقها، وهو يحول دون شعورها بالتوافق مع دورها، مما يترتب عليه ظهور بعض الاضطرابات النفسية والاكتئاب والحساسية الزائدة بسبب شعورها المتزايد بالإحباط والحرمان والحسرة وتوتر الأعصاب وتدخل الأهل في موضوع الإنجاب، وما يصاحبه من مشاعر الأسى والاكتئاب.

ويذكر نيوتن وآخرون (Newton et al., 1999) أن النساء يعانين مستويات عالية من القلق والاكتئاب والإحباط وعدم الرضا الزواجي عن نظرائهن الرجال، في حين يعاني الرجال مستويات عالية من الضغوط المرتبطة بالاهتمامات الاجتماعية والجنسية.

ففي عقد الستينيات من القرن الماضي، حاولت أيسنر (Eisner, 1963) دراسة العلاقة بين العقم والهشاشة النفسية لدى المرأة في الأسر العقيمة، وقد

خلصت إلى أن الغالبية كن يعانين بعض الاضطرابات النفسية، وأن للاضطرابات العاطفية والنفسية المصاحبة لتأخر الحمل دوراً كبيراً في إمكانية إصابة المرأة بالعقم واستمرار عدم الإنجاب. كما أكدت دراسة سيبل (Seible, 1997) أن الشغف والتطلع الكبير لإنجاب الذرية، قد يؤخر ويؤثر في إمكانية الحمل والإنجاب لدى المرأة.

هذا، وقد أجرى جريل (Greil, 1997) في نهاية فترة التسعينيات من القرن الماضي مسحاً للدراسات المتعلقة بالعقم خلال العشرين عاماً السابقة، فوجد ما يقارب (94) دراسةً علميةً تحمل طابع الدراسات الكمية Quantitative، في حين كانت هناك نحو (26) دراسة تحمل طابع الدراسات الكيفية Qualitative، وجميعها قد فحصت الآثار النفسية للعقم على الزوجين.

وفي عالمنا العربي يعد تأخر الإنجاب أو العقم مثاراً لتدخل أهل الزوجين والأصدقاء، مما ينتج عنه مشكلات نفسية واجتماعية تؤدي إلى تفاقم الحالة المرضية لدى الزوجين، وربما ينعكس على حالتهما فيصبح علاجهما صعباً وتطول مدة الانتظار.

ويلجأ الأزواج المصابون بالعقم إلى العلاج الطبي (كعمليات وأدوية طبية) استجابة لهذه الضغوط الاجتماعية؛ مما ينتج عنه أحياناً فشل هذا العلاج، وهو ما يزيد من تفاقم التبعات النفسية كالقلق والاكتئاب قبل العلاج وفي أثنائه، وبعد فشل محاولة العلاج بعد الانتهاء منه؛ مما يؤدي إلى التمزق النفسي الذي يتبع كل محاولة ويزيد من أعراض الاكتئاب (محمد البار، 1986).

أما بالنسبة للمجتمع الكويتي، فقد بينت الدراسة التي أجراها القشعان (2000) أن للعقم آثاراً نفسيه أقسى من الآثار البيولوجية على الزوجين، إذ أظهر الأفراد الذين يعانون العقم درجات أقل على مقياس تقدير الذات مقارنة بالأفراد الذين لديهم أبناء من زوجاتهم، بل أكدت الدراسة أن الإناث كن أكثر معاناة من الرجال في المجموعة غير المنجبة نفسها.

وعلى الرغم من أن أغلب الدراسات قد أكدت وجود ارتباط مباشر للعقم في تدهور الحالة النفسية للزوجين، فإن البعض الآخر بين عدم وجود ذلك الارتباط (Downey & Mckinney, 1992).

أهمية الدراسة ومسوغاتها:

نظراً لندرة الدراسات العربية التي تناولت موضوع العقم وعلاقته بالمتغيرات النفسية فإننا رأينا أهمية القيام بمثل تلك الدراسات، التي تهم المختصين بأقسام الخدمة النفسية والاجتماعية بالعيادات الطبية التخصصية؛ وذلك لمعرفة المزيد حول مشكلة العقم ومصاحباتها النفسية وكيفية التعامل مع هذه الفئة، ونظراً لما أشارت إليه بعض الدراسات العلمية من أن الفريق الطبي المعالج لحالات العقم، قليلاً ما يعطي الجانب النفسي والإرشادي القدر الكافي من الدعم والمساندة لمرضى العقم (Blenner, 1992; Mashlstedt, 1994)؛ مما يؤثر سلباً على نتائج العلاج، فإن نتائج هذه الدراسة ستسهم في توعية العاملين بالمجال الطبي في وجود مثل هذه الأعراض المصاحبة لمشكلة العقم، والتي تؤثر على النتائج العلاجية بما يتحتم عليهم الوعي والمعرفة والدعم لمساعدة المرضى في المستقبل.

ومن ناحية أخرى، لوحظ من خلال البحث في التراث السيكولوجي والسيسيولوجي مدى تباين نتائج الدراسات الغربية حول العلاقة بين العقم ومستوى الاكتئاب؛ حيث أشارت بعضها إلى وجود اضطرابات نفسية كالقلق، والاكتئاب، لدى المصابين بالعقم، في حين وجدت دراسات أخرى عدم وجود مثل تلك الاضطرابات، أو أن مستويات الاكتئاب لا تختلف بين المصابين وغير المصابين بالعقم (Downey & Mckinney, 1992)؛ مما يعطي أهمية بالغة لإجراء هذه الدراسة وتعرف وجود درجات من الاكتئاب للأفراد بالأسر العقيمة في المجتمعات العربية عامة والمجتمع الكويتي خاصة، ومدى وجود تباين بين الأفراد بالأسر العقيمة والأسر المنجبة وفقاً لبعض المتغيرات.

مشكلة الدراسة:

يعد العقم مشكلة طبية، تؤدي دوراً بالغاً في وجود اضطرابات نفسية واجتماعية واقتصادية، حيث يشعر المصاب به بأنه يختلف عن الآخرين، وأنه غير قادر على الوصول إلى الأبوة أو الأمومة، وهي غريزة إنسانية فطر الله الناس عليها، وعدم القدرة على إنجاب الأبناء يؤدي إلى ظهور الحزن والضيق، فسواء أقدم هذا المصاب على طلب العلاج أم لم يقدم عليه فإنه – بلا شك – سيعيش في توجس وخوف من المستقبل المجهول، ألا وهو القدرة على الإنجاب، وهذا الترقب الدائم يؤدي إلى وجود أعراض اكتئابية تظهر على كلا الزوجين، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لمعرفة مدى وجود اضطراب الاكتئاب والفروق بين كلا الجنسين المصابين بالعقم، وإننا نضع بعض التساؤلات التي تهدف الدراسة للإجابة عنها.

أسئلة الدراسة:

1 – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج المصابين بالعقم والأزواج غير المصابين بالعقم؟

ويتفرع من السؤال الأول السؤالان التاليان:

أ – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج الذكور المصابين بالعقم والأزواج الذكور غير المصابين بالعقم؟

ب – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الزوجات المصابات بالعقم والزوجات غير المصابات بالعقم؟

2– هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الذكور والإناث المصابين بالعقم؟

3– ما الأهمية النسبية للمتغيرات (العمر، مصدر العقم، عمل المرأة، ومدة العلاج) في التنبؤ بالاكتئاب لدى الزوجات في الأسر المصابة بالعقم؟

الدراسات السابقة:

يعتبر الاكتئاب من الأمراض النفسية واسعة الانتشار، إذ تشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن الاكتئاب يصيب ما يعادل نسبة 3% من سكان العالم، وبحساب سريع لهذه النسبة، نستطيع القول إن هناك ما لا يقل عن مائة وأربعين مليون فرد في العالم يعانون أعراضاً اكتئابية. ويشير مصطلح الاكتئاب إلى عسر المزاج Dysphonic mood الذي يتميز بمشاعر من الحزن وافتقار العون، وافتقاد الكفاءة أو القيمة والإحساس بالوحدة، وغالباً ما يكون مصحوباً بمشاعر الذنب (Wisse, 1992).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأفراد الذين يعانون مشكلة العقم (Domar & Seibel, 1990). حيث كشفت بعض الدراسات أن الاكتئاب يظهر لدى الأسر التي تعاني مشكلة العقم غير أنه يظهر لدى المرأة بدرجة أعلى من الرجل وخصوصاً عند فشل عملية التلقيح الصناعي مباشرةً "طفل الأنبوب"، وهو ما وضح من خلال دراسة نيوتن وزملائه (Newton, Hearn & Yazpe, 1990) على عينة من (974) امرأة و(899) رجلاً ممن يتلقون علاجاً للعقم، كما بينت هذه الدراسة أيضاً أن الاكتئاب كان أعلى في الأسر التي تعاني العقم الأولي (لمن لم يسبق لهم الإنجاب) من الأسر التي تعاني نوع العقم الثانوي (سبق لهم الإنجاب).

وأيدت دراسة رايت وزملائه (Wright et al., 1991) ما سبق؛ حيث ذكرت أن النساء قد أظهرن تأثراً نفسياً بسبب العقم بدرجة أكبر من تأثر الرجال، وأجريت هذه الدراسة في كندا للمقارنة بين النساء والرجال حول مدى ارتباط العقم بالنوع البشري ومدى الضغوط التي يحدثها العقم على الزوجين، فقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (449) رجلاً وامرأة، حيث أكدت النتائج أن للعقم تأثيرات نفسية بالغة على النساء أكثر من تأثيره على الرجال وفق مقاييس الاكتئاب – القلق والاضطراب المعرفي، كما أكدت الدراسة أيضاً وجود فروق دالة بين أفراد العينة من الإناث فقط، وذلك بين التي كانت سبباً للعقم من التي لم تكن، كما أكدت كذلك أن الزوجين في الأسر العقيمة يعانيان بدرجة أكبر على مقاييس الاكتئاب والضغوط والقلق من الأسر المنجبة. ولقد اتسقت دراسة دومار وزملائه (Domar et al., 1992) مع ما سبق، وذلك عند عقد مقارنة بين النساء اللاتي كن سبباً للعقم والنساء اللاتي كان أزواجهن سبباً للعقم، حيث توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة بين أفراد العينة على مقاييس الاكتئاب وكانت أعراض الاكتئاب جلية وظاهرة لدى النساء اللاتي كن سبباً للعقم. وتشير كثير من الدراسات إلى أن العقم له تأثيرات نفسية على المرأة بدرجة أعلى من تأثيرها على الرجل؛ فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الاكتئاب – بشكل عام – يصيب المرأة بمعدل ضعفي إصابة الرجل به (Liewellyn, stowe, & Nemeroff, 1997).

وفي دراسة مقارنة على عينة مكونة من (101) امرأة تعاني مشكلة العقم في المجتمع الياباني مقارنة بنساء سبق لهن الإنجاب، فقد كانت نتائج الدراسة تشير إلى أن النساء اللاتي يعانين مشكلة العقم كانت لديهن أعراض اكتئابية بدرجة أعلى من النساء اللاتي سبق لهن لإنجاب (Masubayashiy et al., 2001)، وتشير توصيات الدراسة إلى أن معالجة الآثار الاكتئابية لدى الزوجات العقيمات، قد يحسن ويقود لعلاج مشكلة العقم لديهن، وذلك لتأثر درجة الاكتئاب باضطراب هرمونات لدى المرأة العقيمة؛ مما يسبب الاستمرار بمعاناة العقم.

أما عن درجة الاكتئاب لدى الرجال المصابين بالعقم، فقد أجرى باند وزملاؤه (Band et al., 1998) دراسة على عينة من (130) رجلاً يعانون عدم القدرة على الإخصاب "يعود سبب العقم للرجل" وقد طبق مقياس بيك للاكتئاب على العينة، فكانت النتائج على النحو التالي: (61 %) من عينة الرجال، كانت درجة الاكتئاب لديهم منخفضةً إلى مستوى معتدل، في حين أكد نسبة (20 %) من الرجال أن درجة اكتئابهم كانت متوسطةً، في حين أكد (13 %) أنهم يعانون الاكتئاب بدرجة عالية، وكانت نسبة (6 %) من العينة تعاني درجة الاكتئاب الشديد.

وعن مدى استمرار الاكتئاب في الأسرة العقيمة قبل انتهاء العلاج أو في أثنائه أو حتى بعده، فقد أكدت دراسة بيرنستين وزملائه (Bernstein et al., 1988) أن درجة الاكتئاب تستمر مع المرأة حتى في حالة نجاح عملية العلاج، وكذلك بعد مرحلة الإنجاب. وقد حاولت بعض الدراسات تفسير استمرار الاكتئاب لمن كن يعانينه في أثناء العلاج وبعده، سواء بالإنجاب أو بفشل العلاج، فكانت التفسيرات على النحو التالي:

1 – قد يكون مستوى الاكتئاب متوسطاً قبل الإنجاب، ولهذا يحتاج إلى وقت كاف للتشافي منه.

2 – أن درجة الضغوط قبل الحمل قد تزيد من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

3 – أن المرأة التي عانت مرارة العقم، ربما تشعر بالخوف والحذر من فقدان الجنين مستقبلاً.

وفي الدراسات التي تناولت علاقة العقم بالفترة الزمنية للعلاج، نلاحظ أن مدة العلاج تعد عاملاً مهماً في التنبؤ بظهور الأعراض الاكتئابية للأفراد في الأسر العقيمة، خصوصاً لدى النساء (Becker, 1990).

وتظهر السيدات اللاتي يترددن على عيادات العقم لفترات زمنية تزيد على سنتين أعراضاً واضحة للاكتئاب، ومعاناة نفسية ظاهرة مقارنة بالسيدات اللاتي تقل فترة علاجهن عن ذلك. ويلاحظ المتابع لمثل هذه الدراسات أن أغلبها كان يقتصر في اختيار العينات على العنصر النسائي فقط، دون إشراك الرجال في تلك الدراسات؛ ففي إحدى الدراسات التي أجريت عن دراسة علاقة العقم بالاكتئاب وفقاً لاختبار بيك (BDI)، قام دومار وزملاؤه (Domar et al., 1992) بدراسة عينة تتكون من (376) امرأة ممن يتلقين علاجاً للتخلص من العقم مقارنة بنساء منجبات كن يراجعن قسم أمراض النساء والولادة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة على مقياس الاكتئاب بين النساء العقيمات والنساء المنجبات (37% مقابل 18%)، إذ كان واضحاً وجلياً معاناة النساء العقيمات أعراضاً اكتئابية مقارنة بالنساء المنجبات. بل أكدت الدراسة نفسها، أن طول فترة العلاج للمرأة، كان مرتبطاً بشكل واضح بدرجة الاكتئاب؛ فقد بينت النساء اللاتي كانت تراوح فترة علاجهن بين عامين وثلاثة أعوام، وجود أعراض اكتئابية أكبر مقارنةً بالنساء اللاتي لم تتجاوز مدة علاجهن عاماً واحداً.

وتقارن بعض الدراسات بين الأفراد المصابين بالعقم والمصابين بأمراض أخرى في درجة الاكتئاب، حيث قام دومار وزملاؤه (Domar et al., 1993) بإجراء

دراسة قارنوا من خلالها بين ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى مكونة من سيدات يعانين العقم، والمجموعة الثانية مكونة من سيدات يعانين السرطان، والثالثة مجموعة سيدات يعانين مرض نقص المناعة (الإيدز)؛ وذلك لمعرفة درجة الاكتئاب والقلق، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث في درجة الاكتئاب والقلق، التي كانت مرتفعة لدى جميع أفراد المجموعات الثلاث. وفي دراسة أخرى مشابهة حول مدى اختلاف درجة الاكتئاب لدى الذين يعانون مشكلة العقم وأولئك الذين يعانون أمراضاً خطرة كالسرطان والتهابات الكبد، تبين أن للعقم آثاراً نفسيةً يعانيها أصحابها بالدرجة نفسها التي يعانيها أولئك الذين يواجهون أمراضاً خطرة كالسرطان والالتهابات الكبدية (Domer & Kelly, 2004). وقد أكدت الدراسة نفسها أن النساء اللاتي يعانين الاكتئاب يشكلن نسبة (33%)؛ أي ما يعادل ثلث العينة مقارنة بالنساء اللاتي لا يعانين هذه المشكلة.

إن الجدل حول العقم – أهو السبب المؤدي للضغوط النفسية والاكتئاب، أم أن العقم يظهر نتيجة لوجود ضغوط نفسية أخرى على الزوجين أو على أحدهما – كان مجالاً للنقاش لدى العديد من الباحثين المهتمين بذلك. حيث خلصت الدراسة التي أجراها جريل (Greil, 1997) إلى أن الجدل لم يحسم وأنه لا يزال مستمراً حتى وقت إجراء هذه الدراسة. إذ إن الدراسات كانت غير متفقة حول العقم أهو يقود للاكتئاب، أم أن الاكتئاب يؤثر على الطاقة والكفاءة الإخصابية للرجل وللمرأة.

وعلى الرغم من تأكيد أغلب الدراسات وجود علاقة بين العقم والاكتئاب (Band et al., 1998; Bernstein et al., 1988; Domar et al., 1992) فإن بعض الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالات إحصائية بين الأفراد في الأسر التي تعاني العقم مقارنةً بالأسر المنجبة في درجة الاكتئاب (Connolly et al, 1992; Paulson et al., 1988).

فقد كشفت دراسة بولسون وزملائه (Paulson et al., 1988)، عن عدم وجود أي تأثيراتٍ سلبية للعقم على درجة الاكتئاب، حيث قامت الدراسة على مقارنة (150) امرأة تعاني مشكلة العقم مقارنة بخمسين امرأة سبق لهن الإنجاب. وقد كانت النتائج تشير إلى عدم وجود فروق دالة على مقاييس القلق واضطرابات الشخصية والاكتئاب. وقد أيدت دراسة كل من كولان وهيسي (Callan & Hennessey, 1988) ما سبق، إذ أكدت أنه لا توجد فروق ذات دلالات إحصائية حتى على مقياس تقدير الذات بين المصابين بالعقم وغير المصابين.

نستخلص من الدراسات السابقة:

1- وجود ارتباطات دالة بين الإصابة بالعقم والاكتئاب لدى كلا الزوجين.

2- تظهر النساء في الأسر العقيمة درجات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بالنساء في الأسر غير العقيمة، كما تزداد شدة الاكتئاب عندما تكون المرأة هي سبباً للعقم.

3- تؤثر المدة الزمنية للعلاج على درجة الاكتئاب، فكلما زادت المدة الزمنية كانت أعراض الاكتئاب أكثر تنوعاً وشدة.

4- تتشابه درجات الاكتئاب لدى المصابين بالعقم مع درجات المصابين بأمراض خطيرة كالسرطان والإيدز والالتهاب الكبدي.

5- اختلاف نتائج بعض الدراسات حول وجود ارتباطات بين العقم والاضطرابات النفسية؛ ففي حين أكدت بعض الدراسات وجود مثل هذه الارتباطات الدالة بيّن البعض الآخر عدم وجود مثل هذه الارتباطات.

المنهج والإجراءات:

اعتمدت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي المقارن.

التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

العقم:

يطلق مصطلح العقم على كل زوجين مر على حياتهما الزوجية الطبيعية مدة عامين ولم ينتج عن ذلك ظهور نتائج لحمل الزوجة، أي وجود خلل ما أدى لعدم إنجاب الأبناء. وهناك ما يسمى بالعقم الأولي الذي لم ينتج عن حمل للمرأة إطلاقاً. والنوع الثاني، هو العقم الثانوي الذي يصيب المرأة أو الرجل بعد حصولهما على مولود وتوقف فرص الإنجاب مرة أخرى، كما يمكن الاستدلال على وجود العقم من خلال تقارير الفحوصات الطبية التي حصل عليها المصابون، والتي تدل قطعاً على وجود خلل ما أدى لمنع الحمل، أو عدم القدرة على الإنجاب، ويكون ذلك من خلال ملفاتهم الطبية.

الاكتئاب:

خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض من الحزن الظاهر وفقدان السعادة، والشعور بالوحدة والإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين، وفقدان للأمن والأمل في المستقبل، وظهور الكدر والهم على الفرد والانسحاب الاجتماعي، ووجود بعض

الأعراض الجسمية كفقدان الشهية والتعب والإجهاد؛ مما يؤثر على سلوكه الظاهر وعلى علاقاته بالآخرين؛ حيث يشتكي الفرد صعوبة في النوم وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، ويمكن قياس هذه الأعراض من خلال سؤال الفرد عن طريق بنود للتقرير الذاتي مثل: أشعر بالحزن، أشعر أنني شخص فاشل، أرغب في قتل نفسي، لا أنام جيدًا كما كنت معتاداً، كما يمكن الاستدلال على الاكتئاب من خلال درجة الفرد على مقياس الاكتئاب.

أدوات الدراسة:

1 – قائمة البيانات الشخصية:

وذلك للحصول على المعلومات الخاصة بالفرد كالجنس والعمر، وعدد سنوات الزواج، والمستوى التعليمي، والاجتماعي، والوظيفي، ومدة العلاج، ومصدر العقم.

2 – قائمة بيك للاكتئاب (الصورة الكويتية):

أعد المقياس الأنصاري (1997)، وذلك من خلال القائمة الأساسية للاكتئاب من إعداد آرون بيك، وتم تقنينه على البيئة الكويتية، ويشتمل المقياس في صورته الحالية على21 بنداً، يتضمن كل منها أربع عبارات، يجيب عنها المفحوص من خلال أربعة بدائل: (0–3) حيث تعني الدرجة "صفر" أن العبارة لا تنطبق أبداً، والدرجة "3" أن العبارة تنطبق بشدة على الفرد، وأدنى درجة يحصل عليها المفحوص هي "صفر" وأعلاها "63"، وكلما ارتفعت الدرجة دل ذلك على وجود الاكتئاب. وتندرج مستويات الأعراض الاكتئابية على النحو التالي:

(صفر إلى 9): يعني أن المبحوث لا يعاني أعراضاً اكتئابية.

(10 إلى 18): يعني أن المبحوث لديه أعراض منخفضة للاكتئاب.

(19 إلى 29): يعني أن المبحوث لديه أعراض اكتئابية متوسطة الأعراض إلى بداية أعراض شديدة.

(30 إلى 63): يعني أن المبحوث لديه أعراض اكتئابية شديدة الأعراض.

وتقيس البنود المجالات التالية: الحزن، والتشاؤم، والفشل، وعدم الرضا، والذنب، والعقاب، وكره الذات، واتهام الذات، وأفكار انتحارية، والبكاء، والتهيج، والانسحاب الاجتماعي، وعدم الحسم، وصعوبة العمل، وتغير صورة الجسم، والأرق، وسرعة التعب، وفقدان الشهية، وفقد الوزن، والانشغال بالجسم، وفقد اللبيدو (الطاقة

الجنسية)، وللمقياس ثبات مرتفع بطريقتي معامل ألفا كرونباخ بلغ (0,89) والقسمة النصفية بلغ (0,83)، وللمقياس صدق عاملي مرتفع (بدر الأنصاري، 2002).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأزواج في المجتمع الكويتي (ن= 344) فرداً، عدد الذكور (ن= 194)؛ أي ما يعادل (56,4 %)، في حين كان عدد النساء (ن= 150)؛ أي ما يعادل (43,3 %) من إجمالي عدد أفراد العينة، وقسم أفراد العينة إلى مجموعتين على النحو التالي:

المجموعة الأولى: هي مجموعة من الذكور والإناث وعددهم (ن= 237)، يعانون العقم ويراجعون العيادات الطبية في عدد من المستشفيات الحكومية وبعض العيادات الطبية الخاصة في الكويت، وقد وافقوا على المشاركة في الدراسة بشكل تطوعي بعد طمأنتهم بأن المعلومات سرية ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي. وقد أخذت موافقة وزارة الصحة ورؤساء العيادات الخاصة قبل تطبيق أداة الدراسة على المراجعين لعيادات وحدات أطفال الأنابيب بوزارة الصحة والغدد الصماء في المستشفيات الحكومية الرئيسة (الصباح في وحدة طفل الأنبوب، والجهراء والعدان والفروانية) إضافة إلى أربع عيادات متخصصة في علاج العقم وإجراء عمليات أطفال الأنابيب، حيث حصلت أرقام ملفات المرضى وتاريخ مراجعتهم للعيادات، وعليه، كان فريق البحث موجوداً لأخذ موافقة المبحوثين ورغبتهم في المشاركة بالدراسة.

المجموعة الثانية: مجموعة من الذكور والإناث عددهم (ن= 107) لا يعانون العقم، تم اختيارهم عشوائياً من مراجعي عيادات الحمل والولادة باعتبارهم أسراً منجبة لا تعاني العقم، وهم من مستشفيات دولة الكويت الحكومية المختلفة.

وقد روعي في اختيار العينة ما يلي:

1- أن يكون الأفراد قد مضى على زواجهم مدة لا تقل عن عامين في كلتا المجموعتين.

2- عدم وجود أمراض صحية أخرى لدى كلتا المجموعتين.

3- مراعاة التجانس من حيث المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي وغيرها من المتغيرات الديمغرافية.

وفيما يلي بيان لوصف أفراد العينة من الناحية الديموغرافية.

جدول (1)
وصف أفراد العينة

المتغير		مجموع الأسر العقيمة (ن=237)	مجموع الأسر المنجبة (ن=107)	المجموع (ن = 344)
الجنس	ذكور	116	78	194
	إناث	121	29	150
العمر	أقل من 30 عاماً	80	37	117
	31– 40 عاماً	126	60	186
	41 وأكثر	31	10	41
التعليم	ابتدائي	50	4	54
	متوسط وثانوي	86	48	134
	جامعي فأعلى	101	55	156
العمل	موظف حكومي	196	76	272
	لا يعمل	27	23	50
	أعمال حرة	14	8	22
الدخل	أقل من 500 دينار	56	18	74
	500 – 900 دينار	138	44	182
	أكثر من 900 دينار	43	45	88
مدة الحياة الزوجية	أقل من 5 سنوات	89	38	127
	6 – 10 سنوات	66	31	97
	11 – 15 سنة	57	17	74
	أكثر من 15 سنة	25	21	46
وجود أبناء	نعم	54 (عقم ثانوي)	107	191
	لا	183	صفر	183
مصدر العقم	ذكور	117	–	
	إناث	120	–	

إجراءات الدراسة:

1- تم اختيار أفراد العينة من العيادات الطبية الحكومية والخاصة في مستشفيات دولة الكويت بمحافظاتها المختلفة، من عيادات العقم (المجموعة الأولى) ومن عيادات الحمل والولادة (المجموعة الثانية).

2- طبقت أدوات الدراسة على مجموعة من الذكور والإناث (ن=370) بمساعدة مجموعة من الباحثين، وذلك في فترة انتظار المراجعين للعيادات الطبية، حيث استغرقت فترة التطبيق ثلاثة أشهر.

3- بعد تجميع الاستبانات من أفراد العينة، فرزت من حيث المصابين بالعقم وغير المصابين به، وذلك بعد استبعاد 26 استبانة، لم تكن مستوفية الشروط، من حيث التجانس والتشابه بين المجموعتين.

4- أدخلت البيانات في الحاسب الآلي استعداداً لإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

1 – استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

2 – حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات الأفراد على المقاييس المختلفة.

3 – حساب الفروق باستخدام اختبار (ت).

4 – استخدام تحليل الانحدار لمعرفة المتغيرات المنبئة على ظهور الاضطراب.

النتائج:

يوضح الجزء الحالي النتائج الرئيسة والتفصيلية لما توصلت إليه الدراسة من حيث الإجابة عن أسئلة الدراسة.

السؤال الأول: هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج المصابين بالعقم والأزواج غير المصابين بالعقم؟

جدول (2)
نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسط درجات الأزواج المصابين بالعقم وغير المصابين على مقياس بيك للاكتئاب

أفراد العينة	الأزواج في الأسر العقيمة (ن=237)		الأزواج في الأسر المنجبة (ن=107)		
المؤشرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)
الاكتئاب	12,5	9,22	10,2	9,72	*–2,08

* دالة إحصائية عند مستوى = 0،05.

يوضح جدول (2) الفروق الإحصائية بين الأفراد في الأسر العقيمة والأفراد في الأسر المنجبة بحسب نتائج اختبار (ت) وفقاً لمقياس بيك للاكتئاب؛ إذ تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد في المجموعتين، فأظهر الأزواج في الأسر العقيمة متوسط درجات وأعراضاً اكتئابية أعلى مقارنة بالأزواج في الأسر المنجبة بدلالة إحصائية (0,05). وبناء على ذلك نستطيع القول بوجود درجات من الاكتئاب تظهر علاماته على الأزواج في الأسر العقيمة مقارنة بالأزواج في الأسر المنجبة.

السؤالان المتفرعان من السؤال الأول:

أ – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الأزواج الذكور المصابين بالعقم والأزواج الذكور غير المصابين بالعقم؟

ب – هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الزوجات المصابات بالعقم والزوجات غير المصابات بالعقم؟

جدول (3)
نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسط الذكور والإناث المصابين بالعقم وغير المصابين به على مقياس بيك للاكتئاب

العينة	الأسر العقيمة			الأسر المنجبة			
المؤشر	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)
الذكور	116	9,3	7,92	87	9,11	7,99	1,53
الإناث	121	15,7	7,99	29	11,29	8,72	*3,99

* دالة عند مستوى 0,001.

يشير جدول (3) إلى عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين الذكور في كلتا المجموعتين وفقاً لدرجات مقياس بيك للاكتئاب. فقد حصل الذكور في الأسر العقيمة على متوسط درجات (9,3)، مقارنة بالذكور في الأسر المنجبة (9,11)، وبلغت قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطين (1,53)، وهي قيمة غير دالة إحصائية.

أما بالنسبة لاختلاف متوسط درجات الاكتئاب لدى الإناث في كلتا المجموعتين، فيبين الجدول (3) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بمستوى 0,001 بين الإناث في الأسر العقيمة والإناث في الأسر غير العقيمة على مقياس بيك للاكتئاب؛ مما يشير إلى أن الإناث المصابات بالعقم كان لديهن متوسط درجات أعلى على مقياس الاكتئاب، مقارنة بالإناث غير المصابات بالعقم.

السؤال الثاني: هل يختلف مستوى الاكتئاب بين الذكور والإناث المصابين بالعقم؟

جدول (4)
نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسط الذكور والإناث المصابين بالعقم على مقياس بيك للاكتئاب

أفراد العينة	الذكور في الأسر العقيمة (ن=116)		الإناث في الأسر العقيمة (ن=121)		
المؤشرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)
الاكتئاب	9,3	7,92	15,7	7,99	3,39*

* دالة عند مستوى 0,001.

يشير جدول (4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأسر المصابة بالعقم؛ حيث حصل الذكور على متوسط (9,3)، في حين حصلت الإناث على متوسط (15,7)؛ مما يدل على أن الفروق كانت دالة في اتجاه الإناث بدلالة إحصائية عند مستوى 0,001.

السؤال الثالث: ما الأهمية النسبية للمتغيرات (العمر، مصدر العقم، عمل المرأة، ومدة العلاج) في التنبؤ بالاكتئاب لدى الزوجات في الأسر المصابة بالعقم؟.

جدول (5)
نتائج تحليل الانحدار باعتبار جميع المتغيرات مستقلة والاكتئاب تابع لعينة الأسر العقيمة

المتغيرات المستقلة المنبئة	(B) معامل الانحدار	(S.E) الخطأ المعياري	(Beta) معامل الانحدار المعياري	(T) قيمة (ت)	الدلالة
العمر	0,13	0,28	0,22	3,07	0,001
مصدر العقم	0,26	.04	0,31	3,09	0,001
الحالة الوظيفية	0,24	.04	0,30	3,06	0,001
فترة العلاج	–.09	.03	0,16	3,09	0,001

لتعرف المتغيرات التي تؤدي دوراً أكبر في تعرض الإناث في الأسر العقيمة للاكتئاب، فقد أجري تحليل الانحدار (جدول 5) عن طريق إدخال بعض المتغيرات متغيرات مستقلة، وهذه المتغيرات استعين بها في الجزء الأول من أداة الدراسة، كمتغير العمر، سبب العقم، الحالة الوظيفية، ومدة العلاج بوصفها متغيرات مستقلة، في حين حددت درجة الاكتئاب متغيراً تابعاً. ويتضح من النتائج العامة للدراسة أن هناك متغيرات لها تأثيرات مهمة في إصابة الأفراد في الأسر العقيمة بالأعراض الاكتئابية؛ حيث أكدت النتائج أن العقم الذي يعود سببه للمرأة له دور بالغ في إمكانية تعرضها للاكتئاب، وينبئ هذا المتغير بإمكانية إصابة المرأة بالاكتئاب بنسبة 31%؛ في حين جاءت الحالة الوظيفية للمرأة بنسبة 30%؛ بمعنى أن المرأة غير العاملة تظهر الأعراض الاكتئابية لديها، وبدلالة إحصائية، في حين جاء عمر المرأة العقيمة ثالث العوامل المؤثرة في إمكانية ظهور الأعراض الاكتئابية لدى المرأة العقيمة. فكلما تقدم عمر المرأة غير المنجبة، ازدات مظاهر الأعراض الاكتئابية لديها، حيث كان معامل الانحدار المعياري 22%، وجاءت مدة فترة العلاج وطولها في المرتبة الرابعة، بوصف ذلك عاملاً مهماً ومسهماً في إمكانية تعرض المرأة للاكتئاب، خصوصاً لدى الأسر العقيمة، وكان معامل الانحدار المعياري 16%.

مناقشة النتائج:

إن النتائج العامة التي توصلت لها الدراسة، تدل على وجود فروق ذات دلالات إحصائية بين مجموعتي الأسر العقيمة والأسر غير العقيمة على مقياس بيك

للاكتئاب؛ إذ أظهر الأفراد (الذكور والإناث) في مجموعة الأسر العقيمة متوسط أعراض اكتئابية أعلى مقارنة بالأفراد (الذكور والإناث) في مجموعة الأسر غير العقيمة، وإن هذه النتائج متوقعة خصوصاً في المجتمع العربي، وعلى الرغم من التغير الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع الكويتي، فإن مسألة الإنجاب مازالت تحتل مساحة كبيرة في تحقيق الاستقرار والأمان النفسي والاجتماعي للزوجين الكويتيين.

وعلى الرغم من عدم تطابق نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات الغربية التي تؤكد عدم وجود فروق إحصائية بين الأفراد في الأسر العقيمة مقارنةً بالأسر غير العقيمة (Connolly et al, 1992; Downey et al., 1989; Paulson et al., 1988)، فإن النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية تتفق مع العديد من الدراسات العلمية التي أكدت أن العقم يؤدي إلى وجود مشاعر وأعراض اكتئابية لدى الأفراد في الأسر العقيمة (Abbey et al., 1991; Greil, 1997; Sadler & Syrop, 1998) بل أكدت تلك الدراسات أن هناك تزامناً وترابطاً بين معاناة العقم وظهور الأعراض الاكتئابية (Wright et al., 1991). ففي دراسة مقارنة بين متوسط الأعراض الاكتئابية للأفراد في الأسر العقيمة والأسر المنجبة، ظهر الاكتئاب لدى نسبة 37% من الأفراد في الأسر التي تعاني العقم مقارنة مع نسبة 18% من الأفراد في الأسر التي لا تعاني العقم (Domar et al., 1992).

وتتمثل الأعراض الاكتئابية لدى الأسر العقيمة في انخفاض تقدير الذات، والرغبة بالعزلة، والبعد عن اللقاءات الاجتماعية خصوصاً بالنسبة للمرأة العقيمة، حيث أكدت دراسة دوني وزميله (Downey & Mckinney, 1992) وجود تأثيرات مصاحبة للأعراض الاكتئابية كالحالة المزاجية، تمثلت لدى 75% من أفراد عينتهم، في حين أكد أكثر من 50% ظهور اضطرابات في علاقاتهم الجنسية، بينما أكد نحو 30% انخفاض تقدير الذات نتيجة تأثير العقم عليهم.

ومما لا شك فيه أن للعقم ارتباطاً دالاً بوجود أعراض اكتئابية على الرجل الكويتي تتمثل في نظرته لرجولته ومدى اكتمالها نتيجة للعقم، وعلى نظرة المرأة لذاتها ومدى اكتمال أنوثتها نتيجة لإصابتها بالعقم. ففي دراسة للباحث دانلاك (Daniluk, 1997)، تبين أن العقم يؤدي إلى وجود مظاهر اكتئابية ونظرة سلبية على صورة الذات لكل من الرجل والمرأة، إذ وجدت الدراسة أن نسبة كبيرة من الرجال في الأسر العقيمة أكدوا اهتزاز صورة الذات الرجولية لديهم نتيجة للعقم، في حين أكدت نسبة كبيرة من النساء

شعورهن بنقص في النظرة لأنوثتهن نتيجة للعجز عن تحقيق حلم الأمومة؛ الأمر الذي صاحبه الرغبة بالانزواء والعزلة وعدم الاختلاط مع الآخرين، وخصوصاً في المناسبات العائلية والاجتماعية، وهي مظاهر اكتئابية واضحة.

ومن هنا نلاحظ، أنه – على الرغم من إظهار الأفراد في الأسر العقيمة لمتوسط أعراض اكتئابية أعلى ذات دلالات إحصائية من متوسط الأعراض الاكتئابية للأفراد بالأسر المنجبة – فإن متوسط تلك الدرجات يبقى ضمن الأعراض الاكتئابية البسيطة التي قد لا تحتاج إلى تدخل إكلينيكي عاجل. ولعلنا نورد العديد من التفسيرات التي تجعل عينة الدراسة تختلف عن عينات من بيئات وثقافات تختلف عن الثقافة الكويتية والعربية. فقد يكون لطبيعة العينة والتوقيت الذي أجريت فيه الدراسة تأثير في ارتفاع درجات الأمل لدى المبحوثين بنجاح عمليات العلاج التي يتلقونها، خصوصاً إذا علمنا أن الغالبية العظمى من الحالات مازالت تتلقى العلاجات الطبية لمواجهة مشكلة العقم. وللدين تأثير مهم في تخفيف تلك المشاعر خصوصاً عند الأزمات، كما أن للمساندة الاجتماعية التي يتلقاها الزوجان واستمرار وجود الترابط العائلي دوراً في تخفيف حدة تلك المشاعر بدرجة جيدة نسبياً.

أما من حيث الفروق بين الأسر المصابة بالعقم وغير المصابة، فقد أكدت الدراسة أن النساء العقيمات كان لديهن متوسط أعراض اكتئابية أعلى من النساء غير العقيمات، في حين لم تكن هناك أية فروق دالة لدى الذكور في الاكتئاب بين الذكور المصابين بالعقم وغير المصابين. كما لوحظ ارتفاع متوسط درجات النساء في الأعراض الاكتئابية عن متوسط درجات الذكور. وقد يعود السبب إلى أن مفهوم الأمومة لها معان نفسية كبيرة لدى المرأة الكويتية والعربية، فحرمانها من ذلك لا شك أنه سيؤدي إلى نوع من تلك الأعراض مقارنة بالرجل، والمرأة التي يكون العقم من جانبها لا شك أنها ستكون عرضة لتهديد الطلاق أو لدخول امرأة أخرى عليها في حياتها الزوجية كما هو مشروع في الدين الإسلامي بما يسمى بتعدد الزوجات. إن تلك التهديدات تجعل المرأة أكثر عرضة للأعراض الاكتئابية مقارنة بالرجل، كما أشارت نتائج الدراسة.

واتسقت هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة التي أثبتت تأثر النساء بدرجات أعلى من تأثر الرجال نتيجة العقم بظهور الأعراض الاكتئابية، كما اتسقت أيضاً مع الدراسات الأخرى، التي كشفت أن المرأة العقيمة لديها أعراض اكتئابية

بدرجة أكبر من الأعراض الاكتئابية للمرأة المنجبة (Berg & Wilson, 1991; Daniluk, 1997; Wischmann, 2001; Wright et al., 1991)

ولعل الضغوط الاجتماعية والنظرة المجتمعية لدور المرأة في الإنجاب يعد عنصراً ضاغطاً ومؤدياً لإقرار النساء بتلك الأرقام المتعلقة بالاكتئاب لديهن. كما أن اتجاه تشخيص العقم قد يؤدي دوراً في زيادة المعدلات الخاصة بالاكتئاب لدى النساء عند مقارنتهن بالرجال.

هذا، وقد كشف تحليل الانحدار عن وجود عوامل منبئة لظهور الاكتئاب لدى السيدات المصابات بالعقم، وتعد هذه المتغيرات من العوامل المساعدة على ظهوره وهي (التقدم في العمر، وعمل المرأة، وأن تكون هي سبباً للعقم، ومدة العلاج)؛ حيث وجدت الدراسة أن نوع التشخيص ينبئ بأن الشخص المسؤول عن العقم والمسبب له سيكون أكثر عرضةً لإظهار الأعراض الاكتئابية، مقارنة بالشخص غير المسبب للعقم. ثم جاءت الحالة الوظيفية ثاني العوامل التي تنبئ بظهور الأعراض الاكتئابية لدى المرأة؛ أي أن المرأة التي لا تعمل ترتفع لديها درجة الاكتئاب بسبب زيادة وقت الفراغ لديها؛ مما يؤثر سلباً على استمرار تفكيرها بمشكلتها، ثم جاء التقدم في العمر ثالث العوامل التي تنبئ بظهور الأعراض الاكتئابية لدى الفرد، وجاءت مدة العلاج آخر الأسباب التي تنبئ بظهور الأعراض الاكتئابية (انظر جدول 5).

وعلى الرغم من تعارض النتائج الحالية مع نتائج دراسات أجريت على مجتمعات غربية أخرى (Greil, 1997) تشير إلى عدم وجود فروق أو تأثيرات للعوامل السابقة من زيادة الأعراض الاكتئابية للأفراد بالأسر العقيمة، فإن هناك دراسات أخرى كثيرة تؤيد النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية. فعلى سبيل المثال وجد بيكر (Becker, 1990) أن مدة العلاج تعد عاملاً مهماً في التنبؤ بظهور الأعراض الاكتئابية للأفراد بالأسر العقيمة خصوصاً لدى النساء. ومن العوامل المساعدة لإمكانية تعرض الأفراد للإصابة بالأعراض الاكتئابية نتيجة العقم، الحالة النفسية والاجتماعية لمريض العقم، فقد أكدت دراسة دومار وزملائه (Domar et al., 1992) أن للتاريخ النفسي للشخص دوراً مهماً في إمكانية تعرضه لأعراض اكتئابية، كما أكدت الدراسة نفسها أن لمدة العلاج وكذلك سبب العقم دوراً كبيراً في التنبؤ بإمكانية تعرض الفرد لأعراض اكتئابية أكبر. ولهذا فإنه ينبغي للعاملين مع

مرضى العقم من الناحية النفسية الاجتماعية عدم إغفال تلك العوامل عند التشخيص والعلاج.

التوصيات:

توصيات خاصة:

1 – دراسة الأعراض الاكتئابية بطريقة تفصيلية لمعرفة أيها أكثر شدة لدى الأسر العقيمة.

2 – تسليط الضوء على الظروف البيئية المحيطة بالأسر العقيمة، التي تساعد على زيادة الأعراض الاكتئابية واستمرارها وذلك بهدف تفاديها والوقاية منها.

3 – تقديم الطرق المختلفة للعلاج النفسي المعرفي السلوكي لاضطراب الاكتئاب للأسر العقيمة جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي، وذلك لتحسين نفسيات المرضى مما يساعد على الاستجابة للعلاج بطريقة أفضل.

4 – تطبيق مقاييس الاكتئاب على الأسر العقيمة، وذلك قبل بدء العلاج، وفي أثناء مراحل العلاج على فترات مختلفة لكلا الزوجين؛ وذلك لمعرفة أي الفترات أكثر شدة على الفرد حتى يتم التعامل مع المريض أو المريضة في تلك الفترة بأسلوب نفسي مميز.

توصيات عامة:

5 – ضرورة إجراء مزيد من الدراسات حول الإصابة بالعقم وارتباطه بمتغيرات نفسية واجتماعية أخرى، كالقلق، والوساوس القهرية، وتوهم المرض، وسوء التوافق النفسي الاجتماعي، واضطرابات الشخصية، وتقدير الذات؛ وذلك لمعرفة أيها أكثر انتشاراً وارتباطاً بالعقم.

6 – لفت انتباه المختصين في الكادر الطبي إلى وجود مثل هذه الاضطرابات المتعلقة بالعقم، التي تؤثر حتماً على العلاج، محاولة للتوعية وسبيلاً للوقاية والعلاج، عن طريق نشر الأبحاث الخاصة بالعقم وارتباطه بالمشكلات النفسية الاجتماعية، مع وضع الطرق السليمة في التعامل مع تلك الحالات.

7 – تنظيم محاضرات وندوات تثقيفية، للمصابين بالعقم وللكادر الطبي وللمختصين في العلاج النفسي والاجتماعي، تدور حول مشكلة العقم والآثار

النفسية المرتبطة به، وذلك لزيادة الوعي الصحي النفسي، بحيث يستطيع الأفراد من خلالها تعرفها والتعامل مع أي منها بما يناسبه.

8 – إقامة مراكز متخصصة لعلاج الحالات التي تعاني اضطرابات نفسية، تكون ملحقة بالعيادات الخاصة بالعقم، تتضمن الخدمات التالية:

أ – تقديم الخدمات العلاجية النفسية، مع دراسة الحالات دراسة مستفيضة، وإعطاؤها المجال للحديث والتفريغ الانفعالي.

ب – القيام بعمل الدورات التدريبية وورش العمل للاختصاصيين النفسيين، والأطباء المعالجين في كيفية التعامل مع هذه الفئة.

ج – الاهتمام بإجراء الأبحاث العلمية الخاصة في المجال على الثقافة العربية.

د – الاهتمام بالإعلام ونشر الوعي النفسي.

9 – تؤدي الحالة النفسية للمصابين بالعقم دوراً بالغاً في التأثير على سير العلاج – كما ذكرنا سابقاً – ومن هنا نوصي الأفراد الذين يعانون هذه المشكلة ضرورة كشف حالتهم على المختصين في المجال النفسي لمساعدتهم على تخطي هذه الآلام؛ مما يكون له أثر إيجابي على النفسية، وهو ما سينعكس حتماً على الوضع الصحي ويعجل في العلاج.

المراجع:

بدر الأنصاري (2002). **المرجع في مقاييس الشخصية**. الكويت: دار الكتاب الحديث.

حامد زهران (1997). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. ط3 القاهرة: عالم الكتب.

حمود القشعان (2000). الآثار النفسية والاجتماعية للعقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي. **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة – جمهورية مصر العربية. عدد 42: 183 – 218.

محمد علي البار (1986). **طفل الأنبوب والتلقيح الصناعي**. المملكة العربية السعودية: دار العلم للطباعة والنشر.

Abbey, Andrews, & Halman. (1991) Gender's role in response to infertility. *Psychology of Women*, 15, 295-316.

Band, D. A., Edelmann, R. J., S., & Brindsen, P.R. (1998) Correlates of psychological distress in relation to male infertility. *British Journal of Health psychology*. 3 (3): 245 - 256.

Becker, G (1990). Healing the infertile family: Strengthening your relationship in the search for parenthood. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 6, No. 3 (Sep., 1992): 305-306.

Berg, B.J., Wilson, J.F. (1991) Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14.: 11-26.

Bernstein, J., Mattox, J.H. and Kellner, R. (1988) Psychological status of previously infertile couples after a successful pregnancy. J. Obstet. *Gynecol. Neonatal Nurse*., 17: 404-408.

Blenner, J.L., (1992) Stress and Medications: Patient's Perceptions of infertility treatment. *Nursing Research*, 41 (2): 92-97.

Brody, G. & Flor, D. (1997). Maternal psychological functioning, family processes, and child adjustment in rural, single-parent, African American families. *Development Psychology*. 33(6):1000-11.

Callan, V. and Hennessey, J. (1988) The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medicine Psychoogyl*., 61: 137-140.

Connolly, K.J., Edelmann, R.J., Cooke, I.D., Roson,J. (1992) The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 459-468.

Daniluk, JC. (1997) Gender and infertility. In SR. Leiblum, SR. (Ed.) *Infertility: psychological issues and counseling strategies*.: 103-129. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Domar, A & Kelly, A. (2004) Conquering infertility: Dr, Alice Domar's mind / *Body Guide to Enhancing fertility and coping with infertility*. New York, London.

Domar A., Zuttermeister P, Friedman R (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*. 14: 45-52.

Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seible, M., firedman, R., (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58 (6).

Domar, A.D.& Seibel, M.M. (1990) Emotional aspects of infertility. In M.M. Seibel(Ed.*), Infertility: A comprehensive text*. 23-35. Norwalk, CT: Appleton& Lange.

Downey, J.& Mckinney, M. (1992) The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American journal of Orthopsychiatry,* (62): 196-205.

Eisner, B.G. (1963). Some psychological differences between fertile and infertile women. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hausan Reproduction*, Val:16. no.(50):0966-969.

Greil, A. (1997) *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*. Soc.Med. (45), 11: 1679-1704.

Insler, V. & Lunefeld, B. (Eds.) (1993). *Infertility: Male and female*. New York: Churchill Livingston.

Liewellyn, A; Stowe, Z; Nemwroff, C (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*.58.15:26-32.

Mashlstedt, P. (1994) Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urologic Clinics of North America,* 21 (3): 557-566.

Masubayashiy, H, Itasaka, T, Iannis,s, snazuki, Tiand Makino, T. (2001) Emotional

distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, Vol. 16, No. (5): 966-969.

Newton, C.R., Hearn, M.T., Yuzep, A.A. (1990) Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54: 879- 886.

Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac,I.(1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility- related stress. *Canada, Health Science Center*, 72(1): 54-62.

Paulson, J.D.; Hardmann, B.S.; Salreno, R.L& Asmar, P.(1988) An investigation of the relation ship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*, 49: 258-262.

Sadler, AG., Syrop CH. (1998). The stress of infertility: Recommendations for assessment and intervention. *Family Stress: 1-17*.

Seibel, M. M. (1997). Infertility: The impact of stress, the benefit of counseling. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 14 (4): 181 - 183.

Weisse, L. S. (1992). Depression and immune competence. *A Review of the Literature Psychological Bulletin*, 111 (3): 475-789

Williams, M.E.(1997) Toward greater understanding of the psychological effects of infertility women. *Psychotherapy in Private Practice*, 16: 7-26.

Wischmann, T; Stammar, H; Scherg, H; Gehard, I; and Verres, R. (2001) Psychosocial characteristics of infertile couple: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*. Vol. 16, No. 8: 1753-1761.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., Girard, Y. (1991) Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55: 100-108.

قدم في أكتوبر: 2006

أجيز في: يناير: 2008

A Comparison between Infertile and Fertile Couples and Depression Levels of Kuwaiti Families: A Comparative Field Study

Hmoud F. Al-Qasha'an *
Suaad Abdullah Al-Beshr **

The aim of this study is to explore the comparison between infertile and fertile couples and depression levels among Kuwaiti families (n = 344) containing 194 males and 150 females. The sample is divided into two groups: The first group consisted of outpatients attending an infertility clinic (n = 237), while the second group consisted of outpatients attending another medical clinic (n = 107). Questionnaires were distributed to measure sample depression levels based upon sample demographic characteristics (gender; marital duration; women's work status; and cause of infertility).

The Statistical Package of Social Science (SPSS) was used to answer the research questions:

1 - Are there any differences between infertile and fertile couples in depression levels?

A. Are there any differences between infertile and fertile husbands in depression levels?

B. Are there any differences between infertile and fertile wives in depression levels?

2 - Are there any differences between males and females in infertile families?

3 - What are the importance of demographic variables (gender;

* Dept of Sociology, College of Social Sciences, University of Kuwait, Kuwait.
** Social development office, Dewan of his highness prime minister, Kuwait.

marital duration; women's work status; and cause of infertility) in predicting depression levels among infertile wives?

Results reported that there are significant statistical differences between infertile and fertile couples in depression on the side of infertile couples. Indeed, there are no significant statistical differences between infertile and fertile husbands in depression levels, but the results showed that there are significant statistical differences between infertile and fertile wives in depression levels on the side of infertile wives. On the other hand, there are significant statistical differences between infertile males and females, In addition, demographic variables such as women not working, causes of infertility, elderly age, and long treatment durations were found to have significant predictors on depression levels in Infertile wives.

Key words: Infertile, Depression.