

تاريخ الإرسال (2020-06-10)، تاريخ قبول النشر (2020-08-18)

سندس عمر طريف

اسم الباحث الأول:

د. عمر مصطفى الشواشرة

اسم الباحث الثاني :

قسم الإرشاد والتربية الخاصة- كلية العلوم
التربوية- الجامعة الأردنية- الأردن

¹ اسم الجامعة والبلد:

قسم علم النفس التربوي والارشادي- كلية
التربية- جامعة اليرموك- الأردن

² اسم الجامعة والبلد:

* البريد الإلكتروني للباحث المرسل:

E-mail address:

Sondos.tareef@gmail.com

فاعلية برنامج إرشادي مبني على التحصين ضد التوتر لتحسين مستوى المناعة النفسية لدى عينة من النساء المتأخرات في الانجاب في الأردن

الملخص:

استهدفت الدراسة الكشف عن أثر برنامج إرشادي مبني على التحصين ضد التوتر لتحسين مستوى المناعة النفسية لدى عينة من النساء المتأخرات في الانجاب في محافظة الكرك، والمكونة من (28) سيدة من النساء المتأخرات في الانجاب، حيث قسمن عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وتم تطوير مقياس المناعة النفسية، وتم التأكد من مؤشرات الصدق والثبات للمقياس، وكذلك تم إعداد برنامج مبني على التحصين ضد التوتر، والمكون من (14) جلسة. تطرقت النتائج إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المناعة النفسية، حيث تفوقت المجموعة التجريبية على المجموعة الضابطة، وهذا مؤشر على فاعلية البرنامج الإرشادي. كذلك بينت النتائج عدم ظهور فروق دالة بين أداء المشاركات في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة على مقياس المناعة النفسية، وهذا يعني أن أثر البرنامج مستمر. خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات أبرزها (تصميم مجموعات إرشادية لدعم النساء المتأخرات في الانجاب، بحيث يتم تشكيل جماعات دعم تمثل مورداً اجتماعياً ثابتاً يتواجد في مراكز الاخصاب والمستشفيات).

كلمات مفتاحية: برنامج تدريبي إرشادي، التحصين ضد التوتر، المناعة النفسية، المتأخرات في الانجاب.

The Influence of A Counseling program Based On Stress Inoculation Training To Improve The Level Of Psychological Immunity In A sample Of Delayed Childbearing in Jordan.

Abstract:

Study endeavored to demonstrate the influence of a counseling program based on immunization against stress to improve the level of psychological immunity in a sample of women who were late in childbearing in Karak provinces. The study samples consisted of (28) women who are late in childbearing. These samples were randomly split into two groups: experimental and control. To achieve the study goals, the psychological immunity measure was evolved, and the indicators of truthfulness and consistency of the measure were verified. Moreover, an indicative program based on stress inoculation was prepared, which consisting of (14) counseling sessions.

The results indicated considerable differences between the experimental and control groups on the psychological immunity measure, where the experimental group averages outperformed the control group. This indicates the influence of the counseling program. The results also showed that there were slight and statistically insignificant differences between the performance of the experimental group members during the post-application and follow-up on the psychological immunology scale, and this means that the impact of the counselling program is continued. This study concluded to a number of recommendations, and the most important one is designing counselling groups to support women who are late in childbearing, so that providing a stable social environment in fertility centers and hospitals.

Keywords: counseling training program, stress inoculation, psychological immunity, Childbearing arrears.

المقدمة:

يعتبر الزواج ضرورة من ضرورات الحياة، فهو من أهم السنن الكونية، ويعد تكوين الأسرة والانجاب هدفاً مهماً في حياة الأزواج، فالأطفال نعمة تعزز بها الأسرة، وهم زينة الحياة الدنيا، وذلك لقول الله عز وجل في محكم كتابه {الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا} [الكهف: 46].

يعد التأخر في الإنجاب أزمة نفسية حيوية بمختلف المجتمعات، لذا يعد من أبرز المشكلات التي تعترض الأسرة عامة والمرأة بشكل خاص، كما أن له أبعاد متنوعة تتخطى الآثار الطبية كصعوبة حدوث الحمل لتشمل بذلك آثار أخرى، كالإخفاق في تكوين أسرة آمنة طبيعية (عبد العزيز، 2012). تعتبر مشكلة التأخر في الإنجاب كظاهرة ذات طبيعة بيولوجية، لها العديد من الآثار الاجتماعية، تتمثل في حدوث اضطرابات في العلاقات الأسرية ومشكلات بين الأزواج، ومشاعر الرفض من قبل الآخرين، ولوم الذات والآخرين، كما لها تأثير كبير على وظيفة الأسرة، بحيث تقل جودة الحياة بين الأزواج وتؤدي في بعض الأحيان إلى تعطل حياتهم (Dargahi, 2015; Mohsenzade & Zahrakar, 2015).

وقد برهنت الأدبيات التي استهدفت النساء المتأخرات في الإنجاب مثل (Trisha, Bogdan & Hoffman, 2015)، ودراسة (Arab-Sheybani, Janbozorgi & Akyuz, 2012)، ودراسة (Mosalanjad, Koolae & Behbahani, 2012)، أن وصف الموقف الصحي للمرأة بوجود مشكلات في الإنجاب بحد ذاته يسبب ضائقة نفسية كبيرة للمرأة، حيث أن رد الفعل الناتج عن هذا التشخيص تشبه ردود الفعل الناتجة عن فقدان أحد الأقارب، والتي تتجسد بالإنكار لهذا التشخيص وتكذيبه. إضافة إلى ذلك إحساس المرأة بالدونية والشعور بالذنب والاعتراب الداخلي وفقدان الإيمان في ذاتها كأمراة قادرة على أداء واجبها في الحمل والإنجاب.

فالجانب النفسي لتأخر الإنجاب من أكثر الجوانب أهمية والتي يجب الانتباه لها، فهي واحدة من أكبر المشاكل للعديد من الأزواج، وأدى التعرف إلى الطابع المؤلم لتشخيص مشكلات الإخصاب إلى تقديم التدخلات النفسية للأزواج المواجهون لمشكلات الإخصاب، وتشمل العلاجات النفسية تدريب تحصين ضد التوتر، والتي يمكن أن تقلل من العديد من الاضطرابات، منها الرهاب والقلق، كما يمكنها أيضاً تدعيم صحة الجسد، مما يقود إلى نجاح الحمل (Mosalanjad, Koolae & Behbahani, 2012).

تعد المناعة النفسية من المفاهيم الايجابية المستحدثة، وتجسد طاقة تعاون الفرد على تعدي المشكلات، بالإضافة إلى أنها تحميه من التعرض للانفعالات المفرطة، كما أنها تآزر الأفراد على تحطيم الشعور بالفشل والتشاؤم، وسوء التقدير المأساوي، كما يؤدي إلى تعزيز الرفاهية والصمود أمام الأزمات (محمد، لاشين، وعبد الحميد، 2016).

وكما يفيد أولاه (Olah, 2005) أنها وحدة مكتملة لأبعاد الشخصية المقترنة بالنواحي الثلاث (الإدراكية، العاطفية، والسلوكية)، التي يجب أن توجد للأفراد مناعة تزيد من امكانيته للتعامل مع الاجهاد ورفع مستوى الرفاه بوتيرة لا تؤذي الشخصية بأي شكل، وذلك عبر ثلاث أنظمة (الثقة-مراقبة الأداء - التنظيم الذاتي) والتي تتجاوب لتعزيز قدرات الفرد التكيفية.

ويؤدي كل نظام مهمة مختلفة، حيث يوجه النظام الفرعي الأول -الثقة- انتباه الشخص إلى المحيط المادي والاجتماعي، ويعاون الفرد في استكشاف وفهم والسيطرة على محيطه، كما يوجه انتباهه نحو توقع العواقب. بينما يساعد النظام الفرعي الثاني -مراقبة الأداء- في توليد الفرص، ويمثل قدرة الشخص على تعديل البيئة المحيطة به من أجل متابعة أهدافه القيمة، بينما يحتوي النظام الفرعي الثالث أي التنظيم الذاتي، على إمكانيات توفر السيطرة على الإدراك والانتباه والعواطف التي تنبعث نتيجة للفشل أو خيبة الأمل أو

الخسارة، وكما إنه يعزز الأداء السليم للنظامين الفرعيين الآخرين من خلال الحفاظ على الحياة العاطفية للشخص والتحكم العاطفي. وتعمل الأنظمة الفرعية الثلاثة معًا في تفاعل ديناميكي، بحيث يخلق جهاز المناعة النفسي توازنًا بين الشخص وبيئته (Dubey & Shahi, 2011).

هناك نشاطان متداخلتان في جهاز المناعة النفسي، يشبه الأول جهاز المناعة البيولوجي المسؤول عن حماية الأفراد من مسببات الأمراض، بأنه تلقائي، يعمل بصمت خارج الوعي، ويمكن ملاحظة التأثيرات وقياسها. أما النشاط الآخر هو استباقي، يكمل إجراء التدخلات الهادفة والمتعمدة من أجل تعزيز الشفاء. وهناك أدلة على أن المناعة النفسية والرفاهية النفسية مرتبطتان بالعافية، وصرحت إدارة الصحة في بريطانيا أن وجود درجات عالية من المناعة النفسية والرفاهية الذاتية يمكن أن تضيق من (4-10) سنوات إلى الحياة (Olah, 2005).

يعد التحصين ضد التوتر كما أشار ميكينبوم (Meichenbaum, 1993) مظهر من التدخل السلوكي المعرفي، والذي يعمل بكفاءة على مساعدة الأفراد في التعامل مع مختلف أنواع الاجهاد والضغط، ومنها الضغوطات الشديدة مثل الحالات الطبية والعمليات الجراحية. ويركز التحصين ضد التوتر على تبديل الحديث الداخلي الذي يخاطب به الفرد نفسه، بصيغة تساعد على تعزيز مهاراتهم على التكيف وزيادة ثقتهم في قدرتهم على تطبيق مهاراتهم التكيفية بطريقة مرنة تلبي المطالب التي تم تقييمها للموقف المجهّد. وكما يسلط الضوء على أن التعرض للأحداث المجهدة لديه القدرة على جعل الأفراد والمجموعات والمجتمعات أقوى وأكثر مرونة، بالإضافة إلى أنه يساعد الأفراد في مواجهة قضايا السلامة والعواقب الفورية والطويلة الأمد للتعرض للضغوط والأزمات، ومن أهداف العلاج الأخرى مساعدة الأفراد على تحويل محنتهم وألمهم العاطفي إلى شيء مفيد يعطي الراحة والهدف لحياتهم، ووقايتهم من الانتكاس (Nagy & Nagy, 2015).

وقد اثبتت دراسة بور (pour, 2014)، ودراسة حسن زاده وتاركان وتاغي زاده (Hasan Zadeh, Tarkhan, Taghi, 2013) فعالية التحصين ضد التوتر في التخفيف من الاجهاد والقلق والاكتئاب لدى النساء اللواتي يعانين من العقم. ولذلك يحصي من التدخلات التي برهنت فعاليتها في تطوير الرفاه والتنظيم العاطفي لدى هذه الفئة من النساء، وذلك لاشتماله على العديد من المهارات الفعالة مثل التمرن على التفكير الهادف، وتغيير الحوار الداخلي، وتعليمهم تمكين نقاط القوة لديهم.

جاءت هذه الدراسة تسعى لتحسين درجة المناعة النفسية، باستخدام برنامج إرشادي مستند إلى التحصين ضد التوتر؛ باعتبار أن التأخر في الإنجاب يجسد تحدياً يثير الحاجة للمناعة النفسية، وتحوي الدراسة في طياتها بعض الإضافات التي تمثل أيضاً مبررات بحثية تتمثل في: عدم وجود دراسة عربية تتناول تحسين مستوى المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الإنجاب. بالإضافة إلى إغناء مكتبة الإرشاد من خلال إعداد مقياس المناعة النفسية، وبناء برنامج مرتكز إلى نظرية ميكينبوم.

مشكلة الدراسة:

مشكلة التأخر في الإنجاب من أهم الأمور المتصلة بشكل وثيق بشعور الإنسان بالسعادة والراحة، فبعد الزواج بأشهر قليلة وعدم حدوث الحمل تبدأ الأسئلة من الأهل والمقربين والأصدقاء المحيطين بالمرأة عن حدوث الحمل من عدمه، ويعد التأخر في الإنجاب مشكلة طبية كبرى تصيب العديد من الأزواج، حيث يعاني حوالي 10% - 15% من الأزواج في سن الإنجاب من مشكلات في الإنجاب، مما قد يؤثر عليهم جسدياً وعاطفياً ومالياً واجتماعياً ونفسياً (Trisha, Bogdan & Hoffman, 2015).

ومن خلال الاطلاع على عدد من الدراسات، كدراسة عرب شيباني وجانبوزورجي وآكيوس (Arab-Sheybani, Janbozorgi & Akyuz, 2012)، ودراسة تريشا وبوجدان و هوفمان (Trisha, Bogdan & Hoffman, 2015)، ودراسة (Mosalanejad, 2012)، والتي أومأت جميعها أن الحمل والولادة عادة ما ترتبط بمشاعر إيجابية، إلا أن تشخيص الوضع الصحي للمرأة بعدم قدرتها على الإنجاب له وقع نفسي كبير عند المرأة، حيث يجعلها ذلك عرضة لعدد من الاضطرابات كالتي تسببها الإصابة بالأمراض الخطيرة كالسرطان وفيروس نقص المناعة وغيرها من الأمراض المزمنة. فالتأخر في الإنجاب يشكل ضائقة نفسية وانفعالية شديدة تتراوح بين التوتر والاكتئاب واليأس. كما تظهر لديهن أعراض نفسية تتعدى الاكتئاب لتشمل، الشعور بالدونية، وقلة مهارات التعامل مع الضغط النفسي، والعزلة، ومشاعر الغضب، وسرعة الاستثارة.

وتم إجراء مقابلات استطلاعية مع عدد من النساء المتأخرات في الإنجاب، حيث طُرح عليهن سؤالين الأول مرتبط بشعورهن تجاه المستقبل، والثاني متعلق بالعقبات التي تقابلن نتيجة تأخرهن في الإنجاب، عبر السيدات عن عوزهن للتدخلات النفسية فقد تطرق معظم النساء أنهن يشعرن بالدونية، والاكتئاب، والشعور بالذنب، والشعور بالقلق إزاء مستقبلهن، وبناءً على ذلك ارتأى الباحثان إجراء الدراسة التي يأملان من خلالها مساعدة النساء المتأخرات في الإنجاب على تنمية المناعة النفسية لديهن، وتتجلى مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال التالي:

ما مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المبني على التحصين ضد التوتر في تحسين مستوى المناعة النفسية لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب؟

فرضيات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المناعة النفسية تُعزى للبرنامج الإرشادي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على مقياس المناعة النفسية في القياس البعدي والمتابعة.

أهمية الدراسة:

تتلخص الأهمية لهذه الدراسة في:

المجال النظري:

تنبثق جديتها من تناولها لفئة النساء المتأخرات في الإنجاب، والتي تستوجب تلقي الدعم والمساندة، وكما تلقي الضوء على مفهوم المناعة النفسية، والذي يعتبر مفهوم حديث نسبياً، وتعد الدراسة الأولى في الأردن التي بحثت فاعلية التدريب على التحصين ضد التوتر في إنماء المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الإنجاب حيث لم تتوفر دراسة استخدمت النموذج مع النساء المتأخرات في الإنجاب، وكما تمثل زيادة معرفية تفصح للعاملين المهتمين بالنساء المتأخرات في الإنجاب كفاءة التحصين ضد التوتر لهذه الفئة.

المجال التطبيقي:

تبرز في الاسهام في إرشاد فئة المتأخرات في الإنجاب وتدريبهن على طريقة تخطي العوائق، وتشكل مساهمة في إقامة برامج علاجية في المستقبل. ويمكن الاستفادة من المقياس من قبل الاختصاصيين والموجهين، إضافة إلى الاستفادة من البرنامج الذي تم بناءه

بالاستناد إلى التحصين ضد التوتر وما يحويه من استراتيجيات فعالة موجهة لهذه الفئة، وقد تفتح الأفق للباحثين لتنفيذ العديد من الأبحاث لهذه الفئة.

هدف الدراسة:

الكشف عن فاعلية التحصين ضد التوتر في انماء المنة النفسية لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، ومساندة هذه الفئة في تحدي المنغصات والقلق إزاء المستقبل من خلال امتلاك مهارات متعددة، والافادة من الدراسة لأصحاب الاختصاص في برامج إرشاد النساء المتأخرات في الإنجاب.

التعريفات المفاهيمية والاجرائية:

البرنامج الإرشادي: مجموعة من الإجراءات والأساليب والفنيات العلاجية المعدة لتحقيق هدف معين، تستعمل مع جماعة من الأفراد يعانون من معضلات متشابهة وتتكون المجموعة من عدد محدد من الأفراد، ويحدد البرنامج بضوابط استراتيجية معينة وأدوات خاصة وزمن معين (Corey, 2011).

ويعرف إجرائياً لغايات هذه الدراسة بأنه مجموعة من الإجراءات والتدابير والفنيات الهادفة المحاكاة بصورة علمية، ومحددة بزمن معين، يتم تطبيقها على النساء بمقدار جلستين في الأسبوع زمن كل جلسة يتراوح ما بين (80-90) دقيقة، والمؤلف من (14) لقاء إرشادي.

التحصين ضد التوتر: أسلوب يقوم على اكساب الأفراد مهارات التكيف الجسمانية والإدراكية لمواجهة مواقف الضغط وعدم الانهيار أمام صعوبات وأزمات الحياة، ويتجلى في تنوير الفرد وتزويده بعض المهارات وتدريبه عليها (Cormier & Nurius, 2016). ويعرف إجرائياً بالبرنامج الذي تم إعداده لغايات هذه الدراسة.

المنة النفسية: مقدرة الفرد على حفظ نفسه من الآثار السلبية الناشئة عن التعرض للخييات والاجهادات النفسية والضغط والقدرة على تخطيطها، باستغلال المهارات والقدرات المتوافرة بالشخصية (زيدان، 2013).

وتعرف إجرائياً بأنها درجة النساء المتأخرات في الإنجاب على المقياس المطور في هذه الدراسة.

النساء المتأخرات في الإنجاب: هن السيدات اللواتي لم يحققن الحمل بعد (12) شهر من العلاقة الزوجية المنتظمة (Nagy & Nagy, 2015).

وتعرف إجرائياً: بأنهن السيدات اللواتي لم يحققن حدوث الحمل بعد مرور سنة كاملة على الزواج مع ممارسة العلاقة الزوجية بشكل منتظم وذلك ضمن المدى العمري (20-45) سنة.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: النساء المتأخرات في الإنجاب في محافظة الكرك، واللواتي يتراوح عمرهن ما بين (20-45) سنة.

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة داخل قاعة جمعية الزهراء في لواء فقوع/الكرك.

الحدود الزمانية: طبقت من تاريخ 2019/11/3 ولغاية 2019/12/29، بينما جلسة المتابعة كانت في تاريخ 2020/1/29، بمقدار (14) جلسة تراوحت مدتها ما بين (80-90) دقيقة، نفذت على مدار شهرين.

الدراسات السابقة

أجرت (الأحمد، 2019) دراسة تهدف للكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الانعكاسات النفسية لعدم الإنجاب لدى الزوجات غير المنجبات في إربد، وتكونت العينة من (30) سيدة غير منجبة، وتم توزيعهن لمجموعتين متساويتين، وتم تطبيق المعالجة المكونة من (14) جلسة، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض الانعكاسات النفسية لدى الزوجات، وفيما أشار قياس المتابعة إلى استمرارية أثر البرنامج بعد ثلاث أسابيع من انتهاء التطبيق.

أجرت جون (John, 2018) دراسة تهدف لفحص كفاءة المعالجة المعرفية السلوكية في خفض التوتر والقلق لدى النساء غير المنجبات، تألفت العينة من (30) سيدة في هولندا، وتم تجزئة العينة إلى جماعتين متساويتين، وتم تطبيق المعالجة المكونة من (18) جلسة لمدة 3 شهور، أبانت النتيجة أن الجماعة التجريبية أبدت مستويات أقل من القلق والتوتر، بحيث كانت الفروق، كما أوضح قياس المتابعة استمرار مفعول البرنامج.

أجرى الاسماعيللي والاسماعيللي والدباشي (Esmaeili, Esmaeili & Dabbashi, 2016) دراسة لتحخيص قدرة التدريب على التحصين ضد التوتر في تحسين الرفاه عند السيدات المصابات بمرض السكري من النوع الثاني، شكلت العينة (30) امرأة من مدينة أصفهان، وتم توزيعهن لمجموعتين، خضعت التجريبية للمعالجة، ونوهت النتيجة أن التحصين ضد التوتر كان له تأثير كبير على تقدم درجة الرفاه لدى السيدات.

أما دراسة تريشا وبوجدان وهوفمان (Trisha, Bogdan & Hoffman, 2015) كانت بعنوان العلاقة بين العقم والتعاطف الذاتي والرفاهية الذاتية عن النساء اللواتي يعانين من العقم الأولي والثانوي، تركبت العينة من 119 امرأة تعاني من العقم منهم 66 امرأة تعاني من العقم الأساسي و 53 امرأة تعاني من العقم الثانوي، عكست النتيجة أن كلا العينتين حصلن على درجات مشابهة من التعاطف الذاتي والرفاهية الذاتية، والاجهاد المرتبط بالخصوبة، بينما حصل النساء المصابات بالعقم الأساسي على مستويات أعلى من القلق الاجتماعي، كما أبدت النتائج ارتباط التعاطف الذاتي بشكل ايجابي مع الرفاهية في كلا المجموعتين. وأثبتت أن التعاطف الذاتي بمثابة استراتيجية تنظيمية عاطفية وشكل من المرونة ضد مشاعر اللوم الذاتي أو اللوم من قبل المجتمع للعقم.

فيما أجرى دارغاهي ومحسن زادة وزخارار (Dargahi, Mohsenzade & Zahrakar, 2015) دراسة حول مدى أثر التدريب الإيجابي على تحسين الرفاه النفسي وجود العلاقة الزوجية عند النساء العقيمات، وعددهن 20 امرأة عقيمة ممن يراجعون مراكز الأمومة في مدينة بارس آباد، وزعن لمجموعتين، تلقت التجريبية 8 جلسات علاجية، وبينت النتائج أن المعالجة كانت فعالة في تحسن الرفاه النفسي وجودة العلاقة الزوجية، كما أبانت وجود استمرارية لفاعلية البرنامج بعد ثلاث أشهر من انتهاء التطبيق.

وأجرى بور (Pour, 2014) دراسة قصدت إلى نقص تأثير العلاج المعرفي السلوكي على القلق لدى النساء غير المنجبات في إيران. تألفت العينة من 30 امرأة غير منجبة وتم تقريظهم إلى مجموعتين متساويتين، وتم تطبيق مقياس كاتل للقلق، ودلت النتيجة أن العلاج خفض بشكل واضح مستوى القلق.

وجاءت دراسة حسن زاده وتاركان وتاغي زاده (Hasan Zadeh, Tarkhan, Taghi Zadeh, 2013) للبحث عن تأثير تعليم التحصين ضد التوتر في خفض الاجهاد المدرك لدى النساء العقيمات، واشتملت الدراسة على 60 امرأة عقيم، تم تقريظهن

لمجموعتين، رضخت التجريبية للتدريب، واستعمل مقياس كوهين للإجهاد المدرك، وتطُرقت النتيجة إلى فاعلية التحصين ضد التوتر خفض الاجهاد بشكل ملحوظ.

وأجرى فارمارزي (Farmarzi, 2013) دراسة استهدفت تقصي قدرة العلاج المعرفي السلوكي مع جرعات الفلوكستين لتقليل الضغط النفسي المترتب على عدم الانجاب، ومثلت العينة (89) سيدة غير منجبة وزعن لثلاث جماعات تتلقي الاولى (29) سيدة علاج (CBT)، والثانية دواء الفلوكستين (30) سيدة، والثالثة ضابطة (30) سيدة، وطُبق مقياس بيك للاكتئاب، صرحت النتيجة أن (CBT) أسهم بخفض الاكتئاب بشكل أكبر من العلاج باستخدام الدواء المضاد للاكتئاب.

وفي دراسة أجرتها (بلوط، 2013) تدرس تأثير التدخل النفسي في تقليل القلق لدى النساء العقيمات في قطاع غزة، وتألفت العينة من (12) سيدة ممن يعانين العقم الأولي المراجعات لمركز بسمه للإخصاب، وخضعت النساء لبرنامج إرشادي لتخفيف القلق المرتبط بالعقم، وتم تطبيق مقياس القلق، وأبانت النتائج مفعول البرنامج في تخفيف القلق المرتبط بالعقم.

وأجرى موسالنجاد وكولاي وبهبهاني (Mosalanjad, Koolae & Behbahani, 2012) دراسة تبحث في تأثير العلاج الجماعي المعرفي الإلكتروني مع الكشف العاطفي على حالة الصحة العقلية لدى النساء المصابات بالعقم، تألفت العينة من 80 سيدة تعاني من العقم، فرقوا لجماعتين، تلقت التجريبية العلاج المعرفي أسبوعياً لمدة 12 ساعة لمدة ثلاثة أشهر، وشاركن السيدات في بعض جلسات الرسم (العلاج بالفن) والكتابي واللفظي والكشف العاطفي، وأبدت النتيجة تدن مستوى الشدة النفسية كثيراً.

عند عرض الدراسات الأنفة يتجلى تنوع أهدافها، فالدراسات المعتمدة المنهج التجريبي قصدت بناء برامج علاجية مستندة على (CBT) والذي يحتوي التحصين ضد التوتر لمساعدة النساء العقيمات على خفض القلق والضغط النفسي والاجهاد لديهن وتحسين الرفاه النفسي، كدراسة (الأحمد، 2019)، ودراسة (John, 2018)، ودراسة (Hasan Zadeh, Tarkhan, Taghi Zadeh, 2013)، ودراسة (Farmarzi, 2013)، ودراسة (Pour, 2014)، ودراسة (بلوط، 2013)، ودراسة (Mosalanjad, 2012)، ودراسة (Koolae & Behbahani, 2012)، فيما كانت الدراسات الارتباطية تبحث في الآثار النفسية لتأخر الانجاب، والآثار المترتبة على هذه المشكلة مثل دراسة (Trisha, Bogdan & Hoffman, 2015)، ودراسة (Arab-Sheybani, 2012)، ودراسة (Janbozorgi & Akyuz, 2012)، ودراسة (Nagy & Nagy, 2015).

وشهدت الدراسات تعدداً في الأدوات المستخدمة، فقد استخدم بعضها البرامج الإرشادية، والمقاييس وفق متغيرات كل دراسة، وتختلف هذه الدراسة عن سابقتها في إعداد مقياس المناعة النفسية، والمكان، والأدوات، وشاركت الدراسات السالفة في تعيين مشكلة الدراسة والوقوف على غاياتها بشكل يمنع التكرار، ويعاون في اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيقها، والبعد عن الأهداف غير الواقعية، ويرى أن هذه الدراسة تمتاز في كونها الأولى بالأردن التي ترمي للبحث عن مدى فاعلية التحصين ضد التوتر في تحسين مستوى المناعة النفسية لدى المتأخرات في الانجاب.

الطريقة والإجراءات

منهجية الدراسة:

أُستخدم المنهج شبه التجريبي لملائمته للدراسة، باستخدام مجموعتين (تجريبية وضابطة) من السيدات المتأخرات في الانجاب في الكرك، وخضع أفراد التجريبية للمعالجة، واعتمد التصميم الآتي للدراسة الحالية:

المجموعة	العدد	القياس القبلي	المعالجة	القياس البعدي	قياس المتابعة
التجريبية	14	O1	X	O2	O3
الضابطة	14	O1	-	O2	-

مجتمع الدراسة والعينة:

تألف من السيدات المتأخرات في الانجاب اللواتي يراجعن العيادات المتخصصة في علاج التأخر في الانجاب في محافظة الكرك، ضمن الفئة العمرية (20-45) سنة، تم الوصول إليهن من خلال مراجعة العيادات المتخصصة في علاج التأخر في الانجاب وبناء عليه تم التواصل مع السيدات المتأخرات في الانجاب والبالغ عددهن (43) سيدة، وطُبق مقياس الدراسة عليهن وتم اختيار (28) سيدة ممن حققن معايير التضمين، وهن السيدات اللواتي سجلن أدنى الدرجات على المقياس، واللواتي مضى على زواجهن أكثر من سنة ولم يحققن الحمل نهائياً، بالإضافة إلى إبداء موافقتهن للاشتراك في البرنامج، فيما تم استبعاد السيدات اللواتي لم يحققن هذه المعايير. وتم تجزئتهن بالتساوي في مجموعتين بواقع (14) سيدة في كل مجموعة.

أداة الدراسة

مقياس المناعة النفسية

أُعد المقياس بعد الإلمام بالدراسات التي عالجت متغير المناعة النفسية مثل (Olah, 2005)، و (الشريف، 2015)، و(عبد الجبار، 2010). ويتألف مقياس المناعة النفسية المعد في صورته الأخيرة من (36) فقرة موزعة كالتالي: بُعد التفكير الايجابي وعدد الفقرات فيه (10)، بُعد الضبط الانفعالي وعدد الفقرات فيه (6)، بُعد فاعلية الذات وعدد الفقرات فيه (7)، بُعد الصمود النفسي وعدد الفقرات فيه (7)، بُعد الابداع وحل المشكلات وعدد فقراته (6) فقرات. يظهر الجدول (1) تقسيم الفقرات على الأبعاد.

الجدول (1) تقسيم الفقرات على الأبعاد

الرقم	البعد	الفقرات
1	التفكير الايجابي	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10.
2	الضبط الانفعالي	11، 12، 13، 14، 15، 16.
3	فاعلية الذات	17، 18، 19، 20، 21، 22، 23.
4	الصمود النفسي	24، 25، 26، 27، 28، 29، 30.
5	الابداع وحل المشكلات	31، 32، 33، 34، 35، 36.

يتكون سلم الاستجابة على فقرات المقياس من أربعة مستويات، وتعطى بدائل الإجابة للفقرات الإيجابية الدرجات: موافق بشدة وتأخذ (4)، موافق وتأخذ (3)، غير موافق وتأخذ (2)، غير موافق بشدة وتأخذ (1). والعكس لبدايل الإجابة للفقرات السلبية.

الجدول (2) تقسيم أرقام الفقرات

م.	أرقام الفقرات	العدد
الفقرات الإيجابية	1، 3، 4، 5، 6، 8، 12، 13، 17، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 26، 28، 29، 31، 32، 33، 34، 35، 36.	24
الفقرات السلبية	2، 7، 9، 10، 11، 14، 15، 16، 18، 22، 27، 30.	12
المجموع		36

يتم ترتيب مستوى المناعة النفسية حسب علامة المفحوصة على المقياس وتكون التصنيفات كالتالي:

1. من (1-1.75) درجة، مستوى منخفض جداً.
2. من (1.76-2.5) درجة، مستوى منخفض.
3. من (2.51-3.25) درجة، مستوى مرتفع.
4. من (3.26-4) درجة، مستوى مرتفع جداً.

صدق المقياس

صدق المحتوى:

عُرض المقياس بشكله الأولي على (11) من المحكمين من ذوي الخبرة من حملة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس والتقويم في الجامعات الأردنية، وطلب التعبير عن آرائهم في محتوى الأداة، ووضوح فقراتها وحاجتها للتعديل أو الحذف، وانتماء الفقرات للبعد الذي تندرج تحته، وقد تم الأخذ بنسبة اتفاق لا تقل عن 80% من آراء المحكمين.

صدق البناء: تم التحقق منه بإجرائه على عينة استطلاعية عددها (30) سيدة من النساء المتأخرات في الانجاب من خارج عينة الدراسة، وإيجاد معاملات الارتباط لكل فقرة مع البعد الذي تمثله والعلامة الكلية.

الجدول (4) معاملات ارتباط الفقرات بالبعد والدرجة الكلية

التفكير الإيجابي		الضبط الانفعالي		فاعلية الذات		الصمود النفسي		الابداع وحل المشكلات	
رقم الفقرة	البعد	المقياس ككل	رقم الفقرة	البعد	المقياس ككل	رقم الفقرة	البعد	المقياس ككل	رقم الفقرة
1	**0.70	**0.59	11	**0.75	**0.68	17	**0.60	*0.38	24
2	**0.66	**0.48	12	**0.71	**0.67	18	**0.67	**0.70	25
3	**0.77	**0.71	13	**0.64	**0.53	19	**0.67	**0.71	26
4	**0.78	**0.67	14	*0.42	*0.41	20	**0.77	**0.54	27
5	*0.46	**0.48	15	**0.47	*0.43	21	**0.49	**0.48	28

**0.73	**0.83	36	**0.56	**0.75	29	**0.41	**0.62	22	**0.69	**0.80	16	**0.47	**0.57	6
			**0.48	**0.49	30	**0.69	**0.65	23				**0.60	**0.74	7
												**0.67	**0.68	8
												**0.61	**0.68	9
												**0.62	**0.71	10

يظهر الجدول (4) معاملات ارتباط الفقرات مع البعد المنتمية له، وكانت لبعد التفكير الإيجابي تتراوح بين (0.78-0.46)، ولبعد الضبط الانفعالي بين (0.80-0.42)، ولبعد فاعلية الذات بين (0.77-0.49)، ولبعد الصمود النفسي بين (0.88-0.49)، ولبعد الابداع وحل المشكلات بين (0.86-0.56) وهي قيم مناسبة وتدل على جودة المقياس.

وكانت معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس لبعد التفكير الإيجابي بين (0.71-0.47)، ولبعد الضبط الانفعالي (0.69-0.41)، ولبعد فاعلية الذات بين (0.71-0.38)، ولبعد الصمود النفسي بين (0.79-0.44)، ولبعد الابداع وحل المشكلات بين (0.78-0.43) وهي قيم ملائمة وتدل على جودة المقياس.

ثبات المقياس:

استخرج الثبات للمقياس بتطبيقه على عينة استطلاعية بلغت (30) سيدة، تم انتقائهن من خارج عينة الدراسة، وطُلب منهن الإجابة على المقياس، وبعد أسبوعين أعيد تطبيقه، وتم إحصاء معامل بيرسون بين العلامات في التطبيقين، وكذلك معاملات ارتباط كرونباخ ألفا.

الجدول (5) معاملات الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق وكرونباخ ألفا

البعد	عدد الفقرات	التطبيق وإعادة التطبيق	الاتساق الداخلي
التفكير الإيجابي	10	0.91	0.86
الضبط الانفعالي	6	0.89	0.68
فاعلية الذات	7	0.85	0.75
الصمود النفسي	7	0.85	0.83
الابداع وحل المشكلات	6	0.73	0.85
المقياس ككل	36	0.93	0.95

الجدول (5) يظهر ان قيم معاملات الثبات باستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق تراوحت بين (0.93-0.73). وقيم معاملات الثبات باستخدام كرونباخ ألفا تراوحت بين (0.95-0.68). وهي قيم مقبولة لهذه الدراسة.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: برنامج التحصين ضد التوتر.

المتغير التابع: مستوى المنة النفسية.

البرنامج المستند على التحصين ضد التوتر

أعد البرنامج المستند على التحصين ضد التوتر، بالاستناد إلى الدراسات السابقة والأدب النظري المرتبط بالدراسة مثل دراسة (Hasan Zadeh, Tarkhan, Taghi Zadeh, 2013)، ودراسة (Dubey & Shahi, 2011)، ودراسة (Esmaili, 2016) ، (Esmaili & Dabbashi, 2016) ، (بلوط، 2013)، هدف إلى تطوير المنة النفسية، وتنمية التقدير الإيجابي للذات، والتدريب على مهارات التفكير الإيجابية، وتألف البرنامج من (14) لقاء، مدة اللقاء تتراوح بين (80- 90) دقيقة.

موجز الجلسات:

الرقم	العنوان	الفيئات المستخدمة
1	التعارف	الترحيب، التغذية الراجعة، المناقشة، عكس المشاعر والمحتوى، التشجيع، المهمة المنزلية.
2	التعريف بمفهوم المنة النفسية	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، المهمة المنزلية.
3	التحصين ضد التوتر	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، عكس المشاعر، عكس المحتوى، طرح الأسئلة، التشجيع، المهمة المنزلية.
4	اكتساب وممارسة مهارات التكيف المعرفية	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر، عكس المحتوى، المهمة المنزلية.
5	اكتساب وممارسة مهارات العمل المباشر - التكيفية	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، المهمة المنزلية.
6	الاسترخاء العقلي	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر، عكس المحتوى، النمذجة، المهمة المنزلية.
7	الاسترخاء الجسدي	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، المهمة المنزلية.
8	إعادة البناء المعرفي 1	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، المهمة المنزلية.
9	إعادة البناء المعرفي 2	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، الواجب.
10	إعادة البناء المعرفي 3	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى.
11	تطبيق مهارات التكيف	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، النمذجة، المهمة المنزلية.
12	التعاطف الذاتي 1	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة، التشجيع والتعزيز، النمذجة، عكس المشاعر والمحتوى، الواجب.
13	التعاطف الذاتي 2	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، طرح الأسئلة، عكس المشاعر والمحتوى، المهمة المنزلية.
14	الجلسة النهائية	الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، تثقيف نفسي وشرح المهارة، طرح الأسئلة،

التشجيع والتعزيز، عكس المشاعر والمحتوى، المهمة المنزلية.

صدق البرنامج:

غرض البرنامج على عدد من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي وعلم النفس في الجامعات الأردنية وبلغ عددهم (8) محكمين من أجل تحكيمه، وإبداء آراءهم حول البرنامج وأهدافه والتقنيات المستخدمة وقابليته للتطبيق، وتم إجراء بعض التعديلات استناداً على تعليقات المحكمين.

لاختبار الفرضيات، تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المناعة النفسية، كما أستخدم اختبار (ANCOVA) للتحليل على الدرجة الكلية، واختبار (MANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين أداء المجموعتين في القياس البعدي، وتم استخدام اختبار "ت" للعينات المترابطة للتعرف على الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة.

إجراءات تطبيق الدراسة

1. الحصول على الموافقات من (الجامعة الأردنية، مراكز الاخصاب والعيادات النسائية، جمعية الزهراء) من أجل تطبيق الدراسة.

2. إعداد أدوات الدراسة المقياس والبرنامج الإرشادي واستخراج صدقها وثباتها.

3. تحديد عينة الدراسة وتوزيعها عشوائياً في مجموعتين، وتم التطبيق القبلي للمقياس.

4. ايجاد مؤشرات التكافؤ بين المجموعتين في التطبيق القبلي لمقياس المناعة النفسية، والتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل إخضاع المجموعة التجريبية للمعالجة، وتم فحص الفروق بينهما باستخدام اختبار (Independent-sample T-test).

جدول (6) اختبار (Independent-sample T-test) لكشف الفروق بين أفراد المجموعتين في التطبيق القبلي

البعد	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
التفكير الإيجابي	التجريبية	14	2.10	0.25	26	0.12	0.14
	الضابطة	14	2.08	0.37			
الضبط الانفعالي	التجريبية	14	2.09	0.32	26	0.55	0.27
	الضابطة	14	2.04	0.24			
فاعلية الذات	التجريبية	14	2.26	0.33	26	-0.07	0.84
	الضابطة	14	2.27	0.36			
الصمود النفسي	التجريبية	14	2.59	0.21	26	1.14	0.30
	الضابطة	14	2.50	0.22			
الابداع وحل المشكلات	التجريبية	14	2.11	0.30	26	-0.27	0.24
	الضابطة	14	2.15	0.39			

0.26	0.28	26	0.20	2.23	14	التجريبية	الدرجة الكلية
			0.25	2.20	14	الضابطة	

الجدول (6) يظهر عدم وجود فروق بين متوسط أداء أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في المناعة النفسية على الأبعاد والدرجة الكلية، ويعني ذلك تكافؤ المجموعتان.

5. تطبيق المعالجة على المجموعة التجريبية على امتداد (14) لقاء، بمعدل لقاءين في الأسبوع، وتراوح زمن اللقاء بين (80-90) دقيقة، وقد عقدت الجلسات في جمعية الزهراء.

6. تم التطبيق البعدي بعد انتهاء تطبيق المعالجة، على كلا المجموعتين، وتم تطبيق قياس المتابعة على المجموعة التجريبية بعد شهر من انتهاء التطبيق.

7. ادخلت البيانات إلى الكمبيوتر وتمت معالجتها عن طريق برنامج (SPSS)، وتم إجراء التحليل الإحصائي الواجب.

عرض النتائج ومناقشتها

النتائج المرتبطة بالفرضية الأولى: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المناعة النفسية تُعزى للبرنامج الإرشادي" تم احتساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي لمستوى المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب وفقاً للمجموعة.

جدول (7) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي وفقاً للبرنامج الإرشادي

المجموعة	العدد	القبلي		البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
التجريبية	14	2.228	.200	2.654	.458	2.645
الضابطة	14	2.204	.253	2.186	.461	2.196

يلاحظ من الجدول (7) وجود فروق ملاحظة بين الأوساط الحسابية للقياس البعدي للمناعة النفسية للنساء المتأخرات في الانجاب وفقاً للبرنامج الإرشادي، وللتحقق من جوهرية الفروق، تم إجراء اختبار (ANCOVA) للقياس البعدي الكلي للمناعة النفسية للنساء المتأخرات في الانجاب وفقاً للمجموعة.

جدول (8) نتائج تحليل ANCOVA على الاختبار البعدي للمقياس

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة	(η^2) مربع ايتا
البرنامج	1.403	1	1.403	232.359	*.000	.903

الخطأ	.151	25	.006		
الكلي	166.694	28			

يرى من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي على مقياس المناعة النفسية لدرجته الكلية، وعند الرجوع إلى المتوسطات جدول (7) يتجلى أن الوسط المعدل للمجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس المناعة النفسية أعلى من الوسط المعدل للمجموعة الضابطة، وهذا الفرق يعزى لكفاءة التحصين ضد التوتر في تحسين مستوى المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب. ولمعرفة حجم الأثر حُسب مربع ايتا (η^2)، إذ بلغ حجم الأثر (90.3%) وتدل هذه النتائج على وجود أثر مرتفع للبرنامج في تحسين مستوى المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب.

وتم احتساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس المناعة النفسية عند النساء المتأخرات في الانجاب وفقاً للمجموعة.

جدول (9) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في القياسين القبلي و البعدي على المقياس

الأبعاد	المجموعة	العدد	القبلي		البعدي		
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
التفكير الايجابي	التجريبية	14	2.100	.251	2.592	.194	2.607
	الضابطة	14	2.085	.373	2.014	.377	2.000
الضبط الانفعالي	التجريبية	14	2.095	.324	2.619	.211	2.610
	الضابطة	14	2.035	.237	2.095	.282	2.105
فاعلية الذات	التجريبية	14	2.255	.327	2.684	.210	2.670
	الضابطة	14	2.265	.358	2.275	.328	2.289
الصمود النفسي	التجريبية	14	2.591	.208	2.837	.200	2.817
	الضابطة	14	2.500	.215	2.398	.263	2.417
الابداع وحل المشكلات	التجريبية	14	2.119	.302	2.547	.248	2.522
	الضابطة	14	2.154	.389	2.214	.221	2.239

يظهر الجدول (9) وجود فروق بين المتوسطين الحسابيين للقياس البعدي لأبعاد مقياس المناعة النفسية عند النساء المتأخرات في الانجاب ناجمة عن البرنامج الإرشادي، ويهدف التحقق من جوهرية الفروق تم تطبيق تحليل (MANCOVA)، للقياس البعدي لأبعاد مقياس المناعة النفسية وفقاً للبرنامج الارشادي.

جدول (10) تحليل (MANCOVA) على القياس البعدي لمقياس المناعة النفسية

المصدر	الأبعاد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة	(η^2) مربع ايتا
البرنامج العلاجي Walk's lambda= 0.102 Sig= 0.000	التفكير الايجابي	2.118	1	2.118	91.621	.000*	.814
	الضبط الانفعالي	1.465	1	1.465	58.510	.000*	.736
	فاعلية الذات	0.833	1	0.833	32.728	.000*	.609
	الصمود النفسي	0.920	1	0.920	28.721	.000*	.578
	الابداع وحل المشكلات	0.460		0.460	11.220	.000*	.348
الخطأ	التفكير الايجابي	0.485	21	0.023			
	الضبط الانفعالي	0.526	21	0.025			
	فاعلية الذات	0.535	21	0.025			
	الصمود النفسي	0.672	21	0.032			
	الابداع وحل المشكلات	0.861	21	0.041			
الكلية المعدل	التفكير الايجابي	4.690	27				
	الضبط الانفعالي	3.540	27				
	فاعلية الذات	3.152	27				
	الصمود النفسي	2.778	27				
	الابداع وحل المشكلات	2.214	27				

الجدول (10) يبين وجود أثر دال إحصائياً للمجموعة الارشادية على القياس البعدي على جميع أبعاد مقياس المناعة النفسية، أي أن الفروق الجوهرية بين المتوسطين المعدلين للقياس البعدي لأبعاد مقياس المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب كانت لصالح التجريبية. تم حساب مربع ايتا (η^2)، إذ بلغ حجم الأثر لأبعاد المقياس (34.8% - 81.4%) وتدل هذه النتائج على وجود أثر مرتفع للبرنامج في تحسين مستوى المناعة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب.

يمكن عزو النتيجة إلى أن التحصين ضد التوتر ليس مجرد عنوان لمجموعة من تكتيكيات التأقلم، بل بالأحرى هو تدخل حساس مع الأفراد مهتم في مقاومة الضغوط ومواجهتها، من خلال مبدأ التلقيح والذي يعمل على تحصين الأفراد ضد الضغوط بطريقة تماثل التلقيح الطبي، وذلك من خلال التهيئة المسبقة للأفراد لطريقة الإجابة للمواقف الضاغطة عند حدوثها، كما يعمل على مساعدة الأفراد على امتلاك مهارات التكيف المعرفية والجسدية الضرورية للتعامل مع الأزمات.

وكما تعزى إلى ما شمله البرنامج من فنيات وأساليب ومهارات، تساهم في تعزيز وعي المتأخرات في الانجاب في أسلوب التصرف مع المشكلات المختلفة التي أحدثت لهن الضغط، ومساندتهن على إبدال النمط التي ينظرن به للأمور، وتعليمهن مهارات وأساليب متنوعة للتعامل مع الشدائد، إضافة إلى تدريبهن على تقنيات برهنت كفاءتها في خفض الضغط وساهمت في تبصرهن بجوانب المعيشة بنسخة إيجابية مثل الاسترخاء الجسمي والاسترخاء الذهني، وتغيير البناء المعرفي، وتغيير الحديث الذاتي إلى حديث إيجابي، ولعب الدور والتخيل.

كما كان لزيادة وعيهن في العناصر المحدثة للتوتر دور أساسي بتحسين المنة النفسية، حيث استطاعت المشاركات حصر الأحداث التي تحدث لها القلق والألم، وتعلمت كيفية السيطرة والتحكم بها. فيما كان للمساندة التي حظين بها من بعضهن البعض داخل المجموعة فقد أدركن بأنهن لسن الوحيدات اللواتي يواجهن الألم والمعاناة.

ويرى الباحثان أن جدية تصرف المشاركات خلال فترة تنفيذ البرنامج له دور إيجابي في الوصول إلى هذه النتيجة، وظهر ذلك واضحاً في الالتزام بعمل المهمات البيتية، وحضور الجلسات بشكل دوري، والاحترام التبادلي المشيد على الثقة والذي ساد جو الجلسات العلاجية، وخصوصاً مشاركتهن بالنقاشات والإدلاء عن وجهات نظرهن، ودعم المشاركات بعضهن البعض والعلاقات الداعمة التي تشكلت بين أفرادها، والتي قد تكون أسهمت في الشعور بالراحة وتقليل التوتر.

واتفقت النتيجة مع دراسة (الأحمد، 2019)، ودراسة (John, 2018)، ودراسة (Esmaili, Esmaili & Dabbashi, 2016)، ودراسة (Pour, 2014)، ودراسة (Hasan Zadeh, Tarkhan, Taghi Zadeh, 2013)، ودراسة (Mosalanjad, 2012)، ودراسة (Koolae & Behbahani, 2012)، ودراسة (بلوط، 2013)، حيث تطرقت نتائجها إلى كفاءة التحصين ضد التوتر في خفض الانعكاسات النفسية وخفض الاجهاد والقلق والتوتر وتحسين مستوى الرفاه.

النتائج المرتبطة بالفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على مقياس المنة النفسية في القياس البعدي والمتابعة" تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتطبيق اختبار (Paired Samples Test) لكشف الفروق بين التطبيقين البعدي والمتابعة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية.

جدول (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و اختبار "ت" بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياس

الابعاد	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التفكير الايجابي	البعدي	14	2.592	.194	1.472	13	.165
	المتابعة	14	2.578	.204			
الضبط الانفعالي	البعدي	14	2.619	.211	.563	13	.583
	المتابعة	14	2.607	.249			
فاعلية الذات	البعدي	14	2.683	.210	1.385	13	.189
	المتابعة	14	2.653	.199			
الصمود النفسي	البعدي	14	2.836	.200	1.883	13	.082
	المتابعة	14	2.775	.155			

الابعاد	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدالة الإحصائية
الأبعاد وحل المشكلات	البعدي	14	2.547	.248	-1.713	13	.110
	المتابعة	14	2.631	.254			
الدرجة الكلية للمقياس	البعدي	14	2.654	.152	.660	13	.520
	المتابعة	14	2.644	.127			

يبين الجدول (11) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والمتابعة على مقياس المنة النفسية على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، فقد بلغت قيمة (ت) على الدرجة الكلية (ت=0.660)، ومستوى الدالة (0.520)، وهذا يشير إلى استمرارية أثر المعالجة في تحسين مستوى المنة النفسية لدى النساء المتأخرات في الانجاب.

ويرجع احتفاظ المشاركات بالمكاسب إلى البرنامج من ناحية وإلى بصيرة المشاركات من ناحية أخرى، فالبرنامج تضمن أساليب وتقنيات فعالة وذات تأثير منها التفكير الايجابي والحديث الذاتي الايجابي التي أسهمت بتشكيل ترس مناعي لدى المشاركات ضد الأزمات المتوقعة، وذلك من خلال ما اكتسبته من الجلسات والانتفاع من خبراتهن الحاضرة، بالإضافة إلى تعليمهن أسلوب الاسترخاء لتقليل التوتر أينما أحسن به، وختاماً تم تدريس المشاركات نموذج ربط الأفكار بالمشاعر والسلوك، لأن له من مفعول مباشر في تسكين حدة القلق والتوتر والتركيز على الموقف بدل الأشخاص وبالتالي خفض في ردود الفعل الداخلية لأجهزة الجسم والخارجية تجاه الموقف الضاغط مهما كان، وذلك لأن المشاركات أضحي لديهن وعي وأدراك أكثر لانفعالاتهن ومشاعرهن وكيفية تكوين سلوكهن. أما بالنسبة للجانب المقترن بالمشاركات فيبرز دورهن من خلال دافعيتهن وحرصهن على ممارسة وتطبيق ما تلقننه في الجلسات من مهارات إدراكية وسلوكية عند إحساسهن بالقلق والانفعال في عيشتهن الحقيقية وذلك للوصول إلى حياة أكثر سلام وتأقلم خصوصاً وأنهن أحسن بالتألف والاسترخاء خلال المعالجة، والمساندة النفسية الذي يتلقينه من خلال تكرار جلساتهن والاتصال مع بعضهن بعد انتهاء الجلسات.

ويرى الباحثان أن هذه النتيجة تبرز تأثير أسلوب التحصين ضد التوتر المستخدم في اللقاءات، حيث اتفقت النتيجة مع أحد أهداف العلاج المعرفي السلوكي، وهو تأمين ديمومة التحسن حتى بعد الانتهاء من العلاج. واتفقت النتيجة مع دراسة كل من (الأحمد، 2019) والتي أشارت إلى استمرارية أثر البرنامج بعد ثلاث أسابيع من انتهاء التطبيق، ودراسة (John, 2018) والتي نوهت إلى ديمومة أثر المعالجة بعد شهر من انتهاء التطبيق، ودراسة (Dargahi, Mohsenzade & Zahrakar, 2015) والتي أشارت لفعالية البرنامج بعد ثلاثة أشهر من انتهاء التطبيق.

التوصيات:

1. تصميم مجموعات إرشادية لدعم النساء المتأخرات في الانجاب، بحيث يتم تشكيل جماعات دعم تمثل مورداً اجتماعياً ثابتاً يتواجد في مراكز الاخصاب والمستشفيات.
2. تضمين برامج العلاج الطبي برامج إرشادية نفسية تعاون المرأة على التكيف مع هذه المشكلة وتحسين الرفاهية لديها.

3. إنشاء مراكز للإرشاد الأسري بهدف تثقيف الزوجين ومساعدتهم على مواجهة حالة التأخر في الإنجاب.
4. توعية المجتمع حول الحاجات النفسية للنساء المتأخرات في الإنجاب عن طريق عقد الندوات والمحاضرات في مختلف مناطق المملكة.

المصادر والمراجع

المراجع العربية:

- الأحمد، ضياء عبد الرؤوف (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الانعكاسات النفسية لعدم الإنجاب لدى الزوجات غير المنجبات في إربد، اطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- بلوط، نادية (2013). أثر التدخل النفسي في تخفيض القلق لدى النساء العقيمات في غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية-غزة.
- زيدان، عصام محمد (2013). المناعة النفسية مفهومها وأبعادها وقياسها، مجلة كلية التربية-جامعة طنطا، ع51، 811-882.
- الشريف، علاء (2015). فاعلية برنامج إرشادي قائم على خصائص الشخصية المحددة لذاتها لتدعيم المناعة النفسية وأثره على خفض شعور الاغتراب لدى طلاب الجامعات الفلسطينية، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنصورة، مصر.
- عبد الجبار، مواهب عبد الوهاب (2010). المناعة النفسية وعلاقتها بالكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى المصابين بمرض الغدة الدرقية، اطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة المستنصرية، مصر.
- عبد العزيز، ناديا محمود (2012). العلاقة بين قلق المستقبل وكل من معنى الحياة والوحدة النفسية والاكتئاب ومفهوم الذات لدى السيدات العقيمات، مجلة التربية للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية، 151(4)، 337-405.
- محمد، إيمان؛ لاشين، ثريا و عبد الحميد، عزة (2016). المناعة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى أبنائهم، دراسات تربوية واجتماعية، 22(3)، 435-486.

المراجع المرومنة:

- Abdel Azeez, N. (2012). The relationship between future anxiety and each of the meaning of life, psychological loneliness, depression, and self-concept in sterile women (in Arabic). **Journal of Education for Educational, Psychological and Social Research**, 151(4), 337-405.
- Abdul-Jabbar, M. (2010). **Psychological immunity and its relationship to personal competence and self-transcendence in patients with thyroid disease** (in Arabic). Phd. Dissertation, Mustansiriya University.
- Al-Ahmad, D. (2019). **The Effectiveness Of Cognitive Behavioral Therapy Program In Reducing Psychological Implications Among Infertile Women In Irbid** (in Arabic). Phd. Dissertation, University of Jordan.

- Arab-Sheybani, K. Janbozorgi, M & Akyuz, A .(2012). Admissibility Investigation and Validation of Infertility Distress Scale (IDS) in Iranian Infertile Women, **US National Library of Medicine National Institutes of Health**, 6(1), 37-44.
- Ballut, N. (2013). **The effectiveness of psychological intervention to reduce anxiety among infertile women in Gaza** (in Arabic). MA Dissertation, Islamic University of Gaza.
- Cormier, S., Nurius, P. S., & Osborn, C. J. (2016). **Interviewing and change strategies for helpers**, Nelson Education.
- Dargahi, sh., Mohsenzade, F., & Zaharakar, R. (2015). The Effect of Positive Thinking Training on Psychological Well-being and Perceived Quality of Marital Relationship on Infertile Women, **Journal of Positive Psychology**, 1(3), 45-58.
- Dubey, A. & Shahi, D. (2011). Psychological immunity and coping strategies: A study on medical professionals, **Indian journal of social science Researches**, 8(1), 36-47.
- Esmaeili, Z., Esmaeili, L & Dabbashi, F. (2016). Effectiveness of stress inoculation training on psychological well-being in women with diabetes mellitus type 2, **Journal of Educational and Psychological Researches**, 2(2), 88-93.
- Farmarzi, M. (2013). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy on Infertility stress: A Randomized Controlled Trial, **Iran Reprod Med**, 7(3), 199-206.
- Hasan Zadeh, M. Tarkhan, M. Taghi Zadeh, M .(2013). Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility, **Journal of Holistic Nursing And Midwifery**, 23(2), 27-34.
- John, P.(2018). Treatment of depression and anxiety in infertile women: **Cognitive behavioral therapy**, (1), 159-164.
- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61(2), 202-204.
- Mosalanejad,L. Koolae, A & Behbahani, B. (2012). The Effect of E-Cognitive Group Therapy with Emotional Disclosure on The Status of Mental Health in Infertile Women, **International Journal of Fertility and Sterility**, 6(2), 87-94.
- Muhammad, I. Lashin, T & Abdul Hamid, A. (2016). The psychological immunity of mothers of mentally disabled children who are able to learn and its relationship to the social competence of their children (in Arabic). **Educational and Social Studies**, 22 (3), 435-486.

- Nagy, E., & Nagy, B. (2015). Coping with infertility: Comparison of coping mechanisms and psychological immune competence in fertile and infertile couples, **Journal of Health Psychology**, 21(8), 82-97.
- Olah, A. (2005). Psychological immunity: a new concept in coping with stress. **Applied psychological in hungary**, 13(11), 149-189.
- Pour, T., (2014). The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety in infertile women, **European Journal of Experimental Biology**, 4(1), 415-419.
- Sharif, A. (2015). **The effectiveness of a counseling program based on the characteristics of the self-defining personality to strengthen the psychological immunity and its impact on reducing the feeling of alienation among Palestinian university students** (in Arabic). Phd. Dissertation, Mansoura University.
- Trisha, L., Bogdan, R & Hoffman, M. (2015). The Relationship Among Infertility, Self-Compassion, and Well-Being for Women with Primary or Secondary Infertility, **Psychology of Women Quarterly**, 39(4), 484-496.
- Zidane, E. (2013). Psychological immunity: its concept, dimensions and measurement (in Arabic). **Journal of the College of Education**, 51(1), 811-882.