

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

رقم:/2017

تحت عنوان

قوة الأنا والصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمم

-دراسة عيادية لـ (10) حالات-

مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:

- روبي محمد

إعداد الطالبة:

- مريم عبد اللاوي

- سارة بورحلي

- سارة سعد الله

السنة الجامعية: 2017/2016

إهداء

إلى كل من وقعت بين مطرقة جسرنا وسننبل مجتمعا.

شكر وتقدير

قال ﷺ من لم يشكر الناس لم يشكر الله ﷻ .

الشكر والحمد الكثير أولاً وأخيراً لله وحده العلي التقدير الذي وفقنا لإتمام هذا

العمل .

كما نقدم الشكر الجزيل والعرفان والجميل للأستاذ المشرف " روبي محمد " لما بذله

من جهد ووقت في توجيهنا، ولجديته ومسؤوليته وصبره معنا .

ولا يفوتنا أن نقدم شكرنا الخالص والجزيل إلى كل حالات الدراسة

لتعاونهم الكبير معنا فما كان ليتم عملنا بدونهم .

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات كل من قوة الأنا، والصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمم وقد تم اختيار العينة عشوائيا من النساء المصابات بالعمم المتواجدات غالبا بمراكز وعيادات علاج العمم ، حيث تم اختيار (10) حالات لدراستها تم استخدام منهج دراسة الحالة إضافة إلى تطبيق مقياسي كل من قوة الأنا (بارون)، والصداع التوترى (شقىر)

تم التوصل إلى النتائج التالية

- المستوى العام لقوة الأنا مرتفع جدا لدى النساء المصابات بالعمم.
- المستوى العام للصداع التوترى مرتفع لدى النساء المصابات بالعمم.
- تسهم المؤشرات النفسية المعرفية في الرفع من مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمم.
- تسهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية في الرفع من مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمم.
- يختلف مستوى الصداع التوترى بين عينة الدراسة من حيث تصنيف العينة إلى معتدلات ومرتفعات قوة الأنا، حيث سجلنا مستوى مرتفعا من الصداع التوترى لدى معتدلات قوة الأنا، مقارنة بم رتفعات قوة الأنا.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير.
أ	ملخص الدراسة
ب - د	فهرس المحتويات.
	الفهرس
هـ	1 فهرس الجداول والأشكال.
و	2 مقدمة.
	الجانب النظري الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
03-02	1-1 إشكالية الدراسة.
04	2-1 فرضيات الدراسة.
04	3-1 أهمية الدراسة.
04	4-1 أهداف الدراسة.
05-04	5-1 تحديد المفاهيم الإجرائية.
17-05	6-1 الدراسات السابقة.
	الفصل الثاني: قوة الأنا
19	تمهيد.
20	1 2 ماهية الأنا.
20	1-1-2 تعريف الأنا.
21-20	2 1 2 خصائص الأنا.
22-21	3-1-2 وظائف الأنا.
24-22	4 1 2 الأنا ومفهوم الذات.
24	2 2 قوة الأنا.
24	1 2 2 نشأة مفهوم قوة الأنا.
25-24	2-2-2 تعريف قوة الأنا.
27-25	3-2-2 قوة الأنا والصحة النفسية.
28	خلاصة الفصل.

الفصل الثالث: الصداع التوترى، تعريفه، أسبابه، أعراضه، أنواعه	
30	تمهيد.
30	1-3 الجهاز العصبى.
30	1-1-3 تعريف الجهاز العصبى.
33-30	2-1-3 مكونات الجهاز العصبى.
34-33	3-1-3 كيفية تأثير الضغط على الجهاز العصبى.
35	2-3 الصداع التوترى.
35	1-2-3 تعريف الصداع التوترى.
35	2-2-3 أعراض الصداع التوترى.
36-35	3-2-3 أنواع الصداع التوترى.
36	4-2-3 أسباب الصداع التوترى.
36	5-2-3 علاج الصداع التوترى.
37	خلاصة الفصل.
الفصل الرابع: العقم عند المرأة	
39	تمهيد.
39	1-4 تعريف العقم.
40-39	2-4 آلية حدوث الحمل.
42-40	3-4 أسباب العقم.
42	4-4 أنواع العقم.
43	5-4 علاج العقم.
45-43	6-4 سيكولوجية العقم
46	خلاصة الفصل.
الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها	
48	تمهيد.
48	1-5 التذكير بتساؤلات الدراسة.
49-48	2-5 منهج الدراسة.
49	3-5 مجال الدراسة.
49	أولاً: المجال الزمنى.
49	ثانياً: المجال المكاني.
49	ثالثاً: المجال البشرى.
49	4-5 وصف أدوات الدراسة.

50-49	أولاً:المقابلة.
52-50	ثانيا:وصف مقياس قوة الأنا.
57-52	ثالثا:وصف قياس الصداغ التوتري.
59-58	5-5 وصف حالات الدراسة.
	الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها.
61	تمهيد.
78-61	1-6 عرض الحالات.
78-61	أولاً:عرض البيانات الأولية للحالات.
78-61	ثانيا:عرض محتوى المقابلات مع الحالات.
78	ثالثا: تكميم المقابلات.
79	2-6 عرض ومناقشة تساؤلات الدراسة.
79	أولاً:مناقشة التساؤل الأول.
80-79	ثانيا:مناقشة التساؤل الثاني.
81-80	ثالثا:مناقشة التساؤل الثالث.
82	رابعا:مناقشة التساؤل الرابع.
83	خامسا:مناقشة التساؤل الخامس.
84	استنتاج عام.
86-85	الاقتراحات.
	قائمة المصادر والمراجع.
	الملاحق

قائمة الأشكال البيانية

الصفحة	رقم وعنوان الشكل	الرقم
63	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الأولى	01
64	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثانية	02
66	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة	03
68	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الرابعة	04
69	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الخامسة	05
71	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السادسة	06
73	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السابعة	07
74	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثامنة	08
76	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة التاسعة	09
78	يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة العاشرة	10

مقدمة

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين توزيع البنود على أبعاد مقياس قوة الأنا	51
02	يبين أبعاد وبنود مقياس الصداع التوتري وتعريفه الإجرائي	53
03	يبين بدائل الإجابة والوزن المقابل لكل منها لمقياس الصداع التوتري	54
04	يبين نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس	55
05	يبين معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس	56
06	يبين حساب معامل الثبات لمقياس الصداع التوتري	57
07	يبين وصف حالات الدراسة	58
08	يبين مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم	79
09	يبين مستوى الصداع التوتري لدى النساء المصابات بالعقم	80
10	يبين المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوتري والمؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض	81
11	يبين المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوتري والمؤشرات النفسية المعرفية للمرض	82
12	يبين المتوسط الحسابي للصداع التوتري لدى مرتفعات ومعتدلات ومنخفضات قوة الأنا	83

مقدمة

إن عصر العولمة وما يشهده من تطورات سريعة يعجز الإنسان عن مواكبة سرعتها، أدى إلى تعرضه لضغوط عديدة، ومع تزايد الضغوط وتراكمها تظهر أمراض واختلالات عديدة تنتشر بشكل واسع تاركة أثراً كبيراً على من يعانون منها، ويعد الصداع التوترى أحد أهم هذه الأمراض كونه يعرف "بمرض العَضْر" فمع تزايد حالات الإصابة به دون وجود علاجات ناجعة تعطي شفاء كاملاً، تبقى المعاناة قائمة لمن يعانون منه، حيث أن السبب الرئيسى فيه هو التعرض الشديد للضغوط النفسية التي يصعب التعامل معها، ويمثل الصداع التوترى أحد جوانب استجابة الفرد للضغط (بلقاسم، 1992، ص 14)، ومع استمرارية التعرض للضغوط تزداد شدة الصداع ونوباته، ولعل الصداع قد يحدث بفعل عوامل ضاغطة عرضية مؤقتة سرعان ما تزول، لكن في حالة العقم فالضغوط دائمة ومزمنة إزمان العقم، ولعل ذلك لمعاني العجز والدونية التي يرمز إليها في المجتمعات العربية، خاصة إذا ما تعلق العقم بالمرأة حيث يكون العبء مضاعفاً نظراً للتصورات التي يشكلها المجتمع عنها فأرقى صورة يمنحها لها هي صوة الأم، وإذا لم تكن أما فهي ستكون ضحية لإحدى التصورات الأخرى التي يضعها لها المجتمع ومنها صوة المرأة العباء على من يعيلونها (بوغندوسة وبومدين، 2015، ص 11)، وإذا لم تقدم أبناء صالحين للمجتمع فلا حاجة لوجودها ولتحمل عبئها، كل هذه التصورات السلبية التي يحملها المجتمع عن المرأة المصابة بالعقم، تجعلها عرضة سهلة للضغوط اليومية، وبالتالي للصداع التوترى، غير أن قوة الأنا كعامل وسيط في المعادلة بين العقم وضغوطه الاجتماعية كمثير وبين الصداع التوترى كاستجابة لهما، قد تكون عاملاً واقياً من الإصابة بالصداع التوترى، حيث أن فعالية الأنا وكفاءتها في التصدي للظروف الضاغطة يجعل المرأة المصابة بالعقم أقل عرضة للصداع التوترى، حيث أن قوة الأنا تعد هي محور الصحة النفسية فهي تعد قدرة الشخص على أن يحقق التوافق وهذا يدل على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج الصراعات الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجى بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة (طه، 1987، ص 370) وبالتالي الخلو من الاضطرابات النفسية، وحسن التصدي للضغوط والانفعالات الشديدة، ما يهيئ المرأة المصابة للتعامل مع الضغوط

التي تتعرض لها بطرق سوية دون الحاجة إلى التفريغ الجسدي المتمثل في الصداع التوترى أو غيره من الأمراض السيكوسوماتية ،وتجدر الإشارة إلى أن العوامل الاجتماعية وتصورات المجتمع عن العقم والمرأة قد لا تكون ظغوطا مسلطة من طرف المجتمع مباشرة، وإنما كون المرأة فردا من هذا المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به وتحمل بعضا من أفكاره ومعتقداته عن العقم والمرأة ما يزيد ضغوطها، كونها هي من تسلط فكرة العجز والدونية واللاجدوى من الوجود على نفسها دون تدخل مباشر من المجتمع وقد يصل بها الأمر إلى إيقاف نشاطاتها وحياتها اليومية بعد اكتشاف إصابتها بالعقم نظرا لشعورها الكبير باللاجدوى من وجودها وبالعجز عن تقديم أبناء صالحين للمجتمع، وبهذا فاحتمالية التعرض للصداع التوترى كبيرة جدا، ما لم تكن الأنا التي تملكها المرأة المصابة بالعقم قوية بما فيه الكفاية للتصدي لمثل هذه الضغوط التي قد تتعرض لها المرأة المصابة بالعقم أو تسلطها على نفسها، إلا أن مستوى كل من الصداع التوترى وقوة الأنا لدى المرأة قد يكونان رهنا لما تتعرض له من ضغوط أو محددتين بخصائصها ومميزاتها الشخصية ومعاناتها النفسية والاجتماعية دون إمكانية الفصا في ذلك بشكل أكيد، فالحلقة بين هاته المتغيرات الثلاثة متشابكة وملتبسة، وقد هدفت دراستنا إلى الكشف عن مستوى كل من قوة الأنا والصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم، وقد اشتملت هذه الدراسة على جانب نظري وجانب ميداني، حيث يحتوي الجانب النظري على أربعة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول تم فيه تقديم الدراسة من خلال عرض إشكالياتها وأهدافها وأهميتها وتحديد

مفاهيمها الإجرائية والإحاطة بالدراسات السابقة المتعلقة بمتغيراتها

الفصل الثاني: تم فيه عرض قوة الأنا وتعريفها وما يتعلق بها من نشأة هذا المفهوم وعلاقته

بالصحة النفسية، بالإضافة إلى التعريف بالأنا ووظائفها وخصائصها كتمهيد مسبق لقوة

الأنا

الفصل الثالث تم فيه عرض تمهيدي للجهاز العصبي ومكوناته وكيفية تأثير الضغط عليه

ثم قمنا بعرض ما يتعلق بالصداع التوترى من تعريف وأسباب وأنواع وعلاج

الفصل الرابع: تم فيه تناول موضوع العقم بتعريفه وتفصيل آلية حدوث الحمل وأسباب

العقم، وأنواعه وعلاجه، كما تم فيه التطرق إلى سيكولوجية العقم

الفصل الخامس تم فيه عرض منهجية الدراسة وإجراءاتها بما تتضمنه من منهج وأدوات

وتعريف بهذه الأدوات والمنهج، كما تضمنت وصفا لحالات الدراسة

الفصل السادس تم فيه عرض نتائج الدراسة ومناقشتها، وذلك بدءاً بعرض الحالات

وبياناتهم الأولية وعرض محتوى المقابلات معهم ومن ثم تكميمها ومناقشتها، كما تم عرض

الإجابة عن تساؤلات الدراسة ومناقشتها كلُّ على حدى، ومن ثم الاستنتاج العام وتقديم

الاقتراحات بخصوص الحالات المدروسة أولاً، ومن ثم بخصوص الموضوع ككل.

1-1 - إشكالية الدراسة:

تعد غريزة الإنجاب غريزة أساسية لدى أغلب الكائنات الحية، ومن بينها الإنسان وتسعى هذه الغريزة لحفظ النوع، ولعل كونها غريزة بالدرجة الأولى هو ما يعطيها هذه الأهمية العالمية، إلا أن مشكلة العقم بالمقابل تعوق سير هذه الغريزة، كونها بدورها أيضا تعد مشكلة عالمية تشيع في شتى المجتمعات.

ورغم الجهود الحثيثة للوقاية والعلاج منها، إلا أنها تبقى متفشية ومنتشرة حيث أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أنّ ما يقارب مابين (10_15%) من الأزواج في سنّ الإنجاب في أنحاء العالم مصابون بالعقم، ومع فشل العلاج في العديد من الحالات رغم طول فتراته وتنوع أساليبه، تتزايد الضغوط الاجتماعية، والآثار النفسية للعقم على الأزواج، وبالأخص النساء منهم، نظرا للعبء الاجتماعي الذي يقع على عاتق المرأة، ما يخلف لها ضغوطا نفسية شديدة، وتوترا نفسيا حادًا، نظرا للمشكلات التي قد تتعرض لها جراء عقمها. حيث أن دراسة صابر (2002) قد أشارت إلى أن النساء المصابات بالعقم يعانين اضطرابا في العلاقة بين المرأة وزوجها، واضطرابا في العلاقة بين الأسرة الممتدة والآخرين، وكذا مشكلات اقتصادية، ومشكلات عدم وضوح الحدود الأسرية، وضعف التوازن الأسري، ومشكلات ضعف القيم الأسرية، وضعف التماسك الأسري، ما يجعلها عرضة دائمة للضغوط النفسية، والتوتر النفسي.

ويكمن الأساس الدينامي للتوتر النفسي وراء الشعور الكامن بتهديد الطمأنينة، وبتهديد أي ائزان قائم بالنسبة للشخص ككل، أو لجانب من جوانبه، وما يترتب عن ذلك من تحفز للقضاء على هذا التهديد (الملا، 1982، ص 88)، ومع العجز عن القضاء على هذا التهديد المتمثل في العقم أولاً، وفي فشل العلاج ثانياً، تتزايد الضغوط النفسية، وبتزايد معها التوتر النفسي معرضة بذلك هذه الفئة من النساء للإصابة بالعديد من الأمراض السيكوسوماتية، والتي تعد استجابات جسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسدي، وغالبا ما تشهد انتشارها الكبير لدى الفئات المعرضة للضغوط الشديدة الدائمة والتوتر النفسي الحاد، وعلى اختلافها واختلاف الأجهزة أو الأعضاء التي تستهدفها إلا أنها غالبا ما تستعصي على العلاج الطبي ما لم يتم بمرافقة التكفل النفسي للحالة.

يرافق الصداع الكثير من الأمراض العضوية والنفسية، وتتعدد أنواعه وعموما ينتج عن التوتر أو الحصر المكبوت (ياسين، 1988، ص 78)، ومن بين أنواعه الصداع التوترية الذي يعرف على أنه إحساسات بالضغط والانقباض، متغيرة الشدة والتواتر والمدة، وعموما تقع في منطقة تحت قفائية، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية، مع غياب التغيير البنيوي الدائم، وهو يمثل أحد جوانب استجابة الفرد للضغط (بلاسم، 1992، ص 14). والمرأة المصابة بالعقم غالبا ما تكون عرضة للعديد من الضغوط النفسية الحادة، التي قد تعجز عن التعامل معها ما لم يكن لديها من المؤهلات الشخصية ما يساعدها على ذلك. وتعد قوة الأنا على أنها قدرة الشخص على أن يحقق التوافق، وهذا يدل على الصحة النفسية، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية، والتعامل معها ومع العالم

الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة (طه، 2009 ، ص 370)، ولعل دور قوة الأنا في علاج الصراعات الشخصية هو ما يعطي لها ذلك الدور الوقائي من العديد الاضطرابات النفسية حسب العديد من الدراسات منها دراسة لعوامن (2010) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن ضعف الأنا يؤدي إلى إزمان ما بعد التناذر الصدمي.

فوجود مشكلة العقم عند المرأة يجعلها عرضة للعديد من العوامل الضاغطة والموترة لها، وتراكم هذه الانفعالات وقوتها واستمراريتها يزيد احتمالية إصابتها بصداغ توتري كعرض سيكوسوماتي لما تعانيه من ضغوط، ويهدد زواجها فحسب دراسة بكييس (2013) فإن العقم يعد من بين الأسباب التي تؤدي إلى انحلال الرابطة الزوجية، كما أنه يمس دورها الاجتماعي كأم، ويحرمها امتيازات كونها القادرة الوحيدة على الحمل والإنجاب، وقد بينت دراسة جودة وحجو (2005) أهمية الدور الاجتماعي في تحديد مستوى قوة الأنا لدى أفراد العينة المكونة من نساء، فقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق في قوة الأنا بين أفراد العينة تعزى لمتغير الدور الاجتماعي، لذا فإن مساس العقم بالدور الاجتماعي للمرأة كأم بشكل أكيد، وكزوجة كاحتمال وارد الحدوث، قد يشكل ضمنيا مساسا آخر بقوة الأنا لديها ويؤثر على هذه الأخيرة بشكل أو بآخر، ما يعزز احتمالية استجابة المرأة المصابة بالعقم للضغوط الدائمة والمتراكمة، والتعبير عنها وعن معاناتها في شكل صداغ توتري قد يتصف بالإزمان.

تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم؟
- ما مستوى الصداغ التوتري لدى النساء المصابات بالعقم؟
- هل تساهم المؤشرات النفسية المعرفية للمرض في شدة الصداغ التوتري؟
- هل تساهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية في شدة الصداغ التوتري؟
- هل يختلف مستوى الصداغ التوتري لدى النساء المصابات بالعقم باختلاف مستويات قوة الأنا لديهن؟

2.1. فرضيات الدراسة:

- مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم منخفض.
- مستوى الصداغ التوتري لدى النساء المصابات بالعقم مرتفع.
- تساهم المؤشرات النفسية المعرفية للمرض في شدة الصداغ التوتري.
- تساهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية في شدة الصداغ التوتري.
- يختلف مستوى الصداغ التوتري لدى النساء المصابات بالعقم باختلاف مستويات قوة الأنا.

3.1 أهمية الدراسة:

- تعتبر عينة النساء المصابات بالعقم المستهدفة بالدراسة، إحدى الشرائح المهمة في المجتمع، حسب ما تشير إليه الإحصائيات.
- يعتبر الصداع التوترى أحد أمراض العصر الجديرة بالدراسة والبحث.
- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة، في تحسين التكفل النفسي بعينة الدراسة من قبل المختصين.
- تمثل هذه الدراسة إضافة علمية للبحوث النفسية، وذلك نظرا لقلّة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في حدود اطلاعنا.

4.1 أهداف الدراسة:

- ☞ التعرف على مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ التعرف على مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ التعرف على العلاقة بين قوة الأنا والصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ اقتراح توصيات تساهم في تحسين التكفل النفسي بعينة الدراسة.

5.1 تحديد المفاهيم:

أولاً: قوة الأنا Ego Strength : يعرفها طه (2009 ، ص 370) على أنها قدرة الشخص على أن يحقق التوافق، وهذا يدل على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجى، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة.

ومنه نعرفها إجرائياً على أنها الدرجة التي يحصل عليها المبحوث على اختبار قوة الأنا المستخدم في هذه الدراسة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى قوة الأنا، وتشير الدرجة المنخفضة إلى ضعف قوة الأنا.

ثانياً: الصداع التوترى Tension (Psychic) Headache : هو إحساسات بالضغط والانقباض، متغيرة الشدة والتواتر والمدة، وعموما تقع في منطقة تحت قفائية، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية، مع غياب التغيير البنيوي الدائم، وهو يمثل أحد جوانب استجابة الفرد للضغط. (بلقاسم، 1992، 14).

ومنه نعرفه إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المبحوث على اختبار الصداع التوترى المستخدم في هذه الدراسة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود الصداع التوترى، وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم وجود الصداع التوترى.

ثالثاً: العقم Sterility : هو عدم القدرة مطلقاً على الإنجاب. (زغيدى، 2014، 19).

ومنه نعرفه إجرائياً على أنه عدم حدوث حمل في إطار الزواج لما يزيد عن مدة سنة، لوجود علة تصيب المرأة.

6.1. الدراسات السابقة:

الدراسات المتعلقة بقوة الأنا:

دراسة النيال (1994):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط وكل من : قوة الأنا، العصابية، والانبساط، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (204) من طلاب وطالبات جامعة قطر، طبق عليهم كل من مقياس الضبط الداخلي_الخارجي لـ (روتر)، ترجمه (كفافي 1982)، ومقياس قوة الأنا لـ (بارون)، وعربه (كفافي 1982)، ومقياس العصابية والانبساط من اختبار (أيزنك 1991) للشخصية، أسفرت نتائج الدراسة عن ظهور فروق جوهرية بين عينتي طلبة مصدر الضبط الخارجي في كل من قوة الأنا والعصابية، فضلاً عن ظهور فروق جوهرية بين عينتي طلاب مصدر الضبط الخارجي والداخل على متغيري قوة الأنا والعصابية، وكذا ظهور فروق جوهرية بين عينتي طالبات مصدر الضبط الخارجي والداخل على متغيري قوة الأنا والعصابية.

دراسة الضبع (2001):

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين المعاقين حركياً والعاديين من طلاب الجامعة في كل من متغير قوة الأنا، والمسؤولية الاجتماعية، ودافعية الإنجاز، استخدم الباحث المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (164) طالباً من بينهم (82) معاقاً، و(82) عادياً، طبق عليهم كل من مقياس قوة الأنا، ومقياس المسؤولية الاجتماعية، واختبار دافعية الإنجاز للأطفال والراشدين لـ (عبد الفتاح)، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المعاقين والعاديين في كل من متغير قوة الأنا، والمسؤولية الاجتماعية، ودافعية الإنجاز لصالح العاديين.

دراسة جودة وحجو (2005):

هدفت الدراسة إلى التعرف على قوة الأنا لدى المرأة الفلسطينية، وتأثير بعض المتغيرات عليها، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (450) امرأة، طبق عليهن مقياس قوة الأنا (فضة 2000)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في قوة الأنا تعزى لاختلاف طبيعة الدور الاجتماعي، وفروق تعزى لمتغير مكان السكن.

دراسة الشميمري (2006):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة قوة الأنا تبعاً لبعض المتغيرات الشخصية (العمر_ الذكاء_ التعليم_ المعاملة الوالدية_ الترتيب الميلادي)، وتبعاً لبعض المتغيرات

الاجتماعية (حجم الأسرة_ المستوى الاقتصادي والاجتماعي_ نوعية البيئة ريفية أو حضرية)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (120) فتاة، (60) منهن نزيلات بمؤسسة رعاية الفتيات، تتراوح أعمارهن بين (13_30)، و(60) منهن فتيات عاديات تتراوح أعمارهن بين (13_32)، طبق عليهن كل من مقياس قوة الأنا لـ (بارون 1950) وترجمه (كفافي 1982)، واختبار المصفوفات المتتابعة لـ (رافن)، ومقياس الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء لـ (صبحي 1975)، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين النزليات والعاديات، لصالح العاديات، ولاتوجد فروق دالة إحصائياً بين النزليات حسب متغيرات السن، ومستوى الذكاء، والترتيب الميلادي، وحجم الأسرة والمستوى الاقتصادي لها، والبيئة السكنية للنزيلة، بينما توجد فروق بين ذوات التعليم المتوسط والابتدائي، لصالح التعليم المتوسط، وكذلك توجد فروق دالة إحصائياً بين الاتجاهات الوالدية المنخفضة والمتوسطة، لصالح ذوي الاتجاهات الوالدية المنخفضة.

دراسة التميمي (2010):

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس قوة الأنا لدى الرياضيين، والتعرف على العلاقة بين قوة الأنا ومفهوم الذات الجسمية لدى لاعبي منتخبات جامعة الموصل، استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوب العلاقات الارتباطية، طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها (644) لاعبا من منتخبات جامعة المنطقة الشمالية، باستخدام مقياس قوة الأنا، ومقياس مفهوم الذات الجسمية (علاوي 1998)، أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية مقياس قوة الأنا المبني من طرف الباحث، وكذا عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً، بين كل من متغير قوة الأنا ومتغير مفهوم الذات الجسمية لدى لاعبي منتخبات جامعة الموصل.

دراسة لعوامن (2010):

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور قوة الأنا في إزمان ما بعد التناذر الصدمي لدى ضحايا حوادث المرور، استخدمت الباحثة المنهج العيادي، حيث طبقت الدراسة على ثلاث حالات، باستخدام الملاحظة والمقابلة نصف الموجهة، زيادة على تطبيق مقياس قوة الأنا لـ (بارون)، أسفرت النتائج عن أن الدرجة المنخفضة لقوة الأنا على مقياس بارون تؤدي إلى إزمان تناذر ما بعد الصدمي لدى ضحايا حوادث الطرق من فئة الراشدين.

دراسة مقبل (2010):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا، وكل من المتغيرات (عدد سنوات الإصابة بالمرض_ نوع مرض السكري_ مستوى الدخل_ المستوى التعليمي_ العمر_ النوع)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (300) مريض ومريضة، طبق عليهم كل من مقياس التوافق النفسي (شقيير 2003)، ومقياس قوة الأنا (بارون) ترجمة (ناهية وموسى 1988)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة

دالة إحصائية بين التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي، والتوافق النفسي العام)، وبين قوة الأنا لدى مرضى السكري، وكذا عن وجود فروق دالة إحصائية في قوة الأنا وكل من متغيرات (الدخل الشهري_ المستوى التعليمي_ الجنس)، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في قوة الأنا وكل من متغيري (عدد سنوات الإصابة_ نوع الإصابة)، كما أسفرت عن وجود علاقة عكسية دالة إحصائية بين قوة الأنا ومتغير العمر لدى مرضى السكري.

دراسة الحياتي وصباح (2010):

الدراسة إلى التعرف على مستوى كل من السيطرة وقوة الأنا لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الإعدادية بالأنبار، والفروق في المتغيرين تبعاً لمتغير الجنس، والكشف عن العلاقة بين كل من قوة الأنا والسيطرة تبعاً لمتغير الجنس، استخدم الباحثان المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (256) مدرساً ومدرسة، أسفرت النتائج عن أن مستوى كل من قوة الأنا والسيطرة عال لدى كافة المدرسين، وعدم وجود فروق في كل من المتغيرين تبعاً لمتغير الجنس، وكذا وجود علاقة ارتباطية طردية بين السيطرة وقوة الأنا لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الإعدادية.

دراسة الخليل (2011):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قوة الأنا واتخاذ لدى عينة من مديري القطاع الخاص والعام والمشارك في المؤسسات والشركات التابعة لوزارة الصناعة في محافظة دمشق، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (299) مديراً توزعوا بين (179) مديراً، و(120) مديرة، طبق عليهم مقياس قوة الأنا (بارون)، ومقياس اتخاذ القرار من إعداد الباحث، أسفرت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس قوة الأنا ومقياس اتخاذ القرار، كما أسفرت عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات العينة على المقياسين حسب متغير القطاع (خاص_ عام_ مشترك)، ومتغير سنوات الخبرة، ومتغير المؤهل العلمي.

دراسة أبو شامة (2012):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قوة الأنا وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى المرأة العاملة وغير العاملة، وتوضيح الفروق الدالة بين المرأة العاملة وغير العاملة فيما يتصل بقوة الأنا وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة مقسمتين إلى مجموعتين متكافئتين بين نساء عاملات وغير عاملات، طبق عليهن مقياس قوة الأنا في الشخصية المتعدد الأوجه (1978)، ومقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة (1980) من تكييف (عبد السلام 2008)، أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرأة العاملة

وغير العاملة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرأة العاملة وغير العاملة على مقياس أحداث الحياة اليومية الضاغطة لصالح المرأة العاملة.

دراسة إبراهيم (2013):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى عينة البحث، استخدم الباحث المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (60) مدرسا تم اختيارهم عشوائيا، طبق عليهم كل من مقياس جودة الحياة من إعداد الباحث، ومقياس قوة الأنا من إعداده، أسفرت النتائج عن مستوى عال من كل متغيري جودة الحياة وقوة الأنا لدى عينة الدراسة، وكذا عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المتغيرين.

دراسة العنزي (2015):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق المستقبل وتقدير الذات وقوة الأنا، والعلاقة بين المستقبل وكل من تقدير الذات وقوة الأنا، والتعرف على الفروق التي تعزى إلى العمر، والمستوى التعليمي والاقتصادي، ونوع الجنحة، والتعرف على مستوى تقدير الذات وأبعاد قوة الأنا للتعويض بقلق المستقبل، استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت عينة الدراسة من (120) حدثا جانحا من المجتمع الأصلي المقدر بـ (248)، طبق عليهم مقياس قلق المستقبل (فهمي 2013)، ومقياس تقدير الذات (روزنبرج) وتعريب (جرادات 2005)، ومقياس قوة الأنا (بارون) وتعريب (كفاي 1982)، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التفكير السلبي في المستقبل وبين كل من تقدير الذات وأبعاد قوة الأنا، ولاتوجد فروق دالة إحصائية في كل من المتغيرات الثلاثة تعزى لمتغير العمر، والمستوى التعليمي، بينما توجد فروق في كل متغيري قلق المستقبل وتقدير الذات تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

دراسة أحمد والسعدون وعبد الحسن (دون سنة):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة ما بين قوة الأنا والاستقرار النفسي لدى لاعبي منتخبات الجامعات العراقية بكرة السلة، استخدم الباحثون المنهج الوصفي بأسلوب العلاقات الارتباطية، تكونت عينة البحث من (188) لاعبا، طبق عليهم مقياس الاستقرار النفسي (الشمري 2010)، ومقياس قوة الأنا (التميمي 2011)، أسفرت النتائج عن مستوى عال من كل من الاستقرار النفسي وقوة الأنا لدى عينة البحث، وكذا عن وجود علاقة إيجابية طردية بين كل من متغيري الاستقرار النفسي وقوة الأنا لدى لاعبي الجامعات العراقية لكرة السلة.

قلق

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير قوة الأنا:

لقد تبين لنا من خلال عرضنا للدراسات المتعلقة بمتغير قوة الأنا، أن هناك تنوعا كبيرا في هذه الدراسات من حيث المتغيرات المرافقة لمتغير قوة الأنا، مثل مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة أبو شامة (2010)، والتوافق النفسي في دراسة مقبل (2010)، والسيطرة في دراسة الحياني وصباح (2010)، وقلق المستقبل وتقدير الذات في دراسة العنزي (2015)، وغيرها من المتغيرات العديدة، كما نلاحظ اختلافا زمانيا كبيرا إن دل على شيء فإنما يدل على أهمية متغير قوة الأنا، لذا كان له نصيب كبير من الدراسات ابتداء من دراسة أحمد (1994) وصولا إلى دراسة العنزي (2015)، رغم أن هناك تقاربا زمنيا كبيرا بين الدراسات لدرجة أن بعضا منها كان في نفس السنة مثل دراسة الحياني وصباح، ودراسة مقبل، ودراسة لعوامن، ودراسة التميمي والتي كانت جميعها في (2010)، إلا أنها تشهد تنوعا مكانيا كبيرا في حدود البيئة العربية مثل دراسة الحياني وصباح بالعراق، ودراسة مقبل بغزة، ودراسة الشميمري بمكة المكرمة، ودراسة النبال بقطر، ودراسة لعوامن بالجزائر، ودراسة الخليل بسوريا، وشمل هذا التنوع العينة أيضا فبتعداد الدراسات تنوعت العينات المدروسة بين طلبة الجامعة في كل من دراسة النبال (1994)، ودراسة التميمي (2010)، وبين عينة المدرسين في دراسة إبراهيم (2013)، ودراسة الحياني وصباح (2010)، وكذا بين عينات الجانحين مثل دراسة العنزي (2015)، ودراسة الشميمري (2006)، وكذلك هناك عينات من النساء في دراسة جودة وحجو (2005)، ودراسة أبو شامة (2012)، كما كان من ضمن العينات مرضى السكري في دراسة مقبل (2010)، والمعاقين حركيا في دراسة الضبع (2000)، والمدراء في دراسة الخليل (2011)، إضافة إلى دراسة الحالة لثلاث حالات عانت من إزمان تناذر مابعد الصدمي إثر حوادث المرور في دراسة لعوامن (2015)، كما أن هناك تنوعا كبيرا بالإختبارات والمقاييس راجعا لتنوع المتغيرات المدروسة ومن بين هذه المقاييس مقياس التوافق النفسي في دراسة مقبل (2010)، ومقياس مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، ومقياس جودة الحياة في دراسة إبراهيم (2013)، ومقياس اتخاذ القرار في دراسة الخليل (2011)، واختبار المصفوفات المتتابعة لـ (رافن) في دراسة الشميمري (2010)، ومقياس المسؤولية الاجتماعية واختبار دافعية الانجاز في دراسة الضبع (2001)، أما من حيث النتائج فقد اختلف بعضها من حيث الدراسات المقارنة حيث أكد بعضها على وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغيرات عديدة مثل دراسة أبو شامة التي أكدت وجود فروق في متوسط قوة الأنا لدى المرأة العاملة وغير العاملة لصالح المرأة العاملة، وكذلك دراسة جودة وحجو (2005) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق في قوة الأنا بين أفراد العينة المكونة من نساء غزة تعزى لمتغيري الدور الاجتماعي ومكان السكن، كما أكدت دراسة الشميمري (2006) وجود فروق في قوة الأنا بين نزيلات المصلحة والعاديات لصالح العاديات، وكذلك

دراسة النيال (1994) التي أكدت وجود فروق في قوة الأنا بين عينتي الطلبة ذوي مصدر الضبط الداخلي والخارجي، بينما نفت دراسة العنزي (2015) وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغير العمر والمستوى التعليمي عند الجانحين، وكذلك دراسة إبراهيم (2013) نفت وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغيري سنوات الخبرة والمؤهل العلمي بين المدرء، وكذلك دراسة الحياني وصباح (2010) التي نفت وجود فروق في قوة الأنا بين المدرسين والمدرسات، كما أسفرت نتائج بعض الدراسات على أهمية قوة الأنا كعامل وقائي لبعض الاضطرابات النفسية أشارت دراسة لعوامن (2010) أن ضعف الأنا يؤدي إلى إزمان تناذر بعد الصدمي، كما أكدت أغلب الدراسات على وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والمتغيرات المرافقة لها في الدراسة مثل دراسة التميمي (2010) التي أكدت وجود علاقة إرتباطية بين مفهوم الذات الجسمية وقوة الأنا، وكذلك دراسة أحمد والسعدون وعبد الحسن (ب س) التي أكدت وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والاستقرار النفسي، وكذلك دراسة مقبل (2010) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والتوافق النفسي، وكذلك دراسة إبراهيم (2013) التي كشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا وجودة الحياة، ولعل هذا يشكل اتفاقاً على أهمية متغير قوة الأنا كعامل وقائي وإيجابي لدى أفراد العينة باختلافاتهم.

الدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوترى:

دراسة بلقاسم (1992):

بعنوان العلاج النفسي للصداع التوترى المزمن (تقييم فعالية نوعين من العلاج النفسي)، هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع التدخلات العلاجية التي تحقق الفعالية الأكبر في التخفيف من معاناة العميل دون تفضيل أحدها على الآخر، تم استخدام أداة المقابلة العيادية، والملاحظة الذاتية، تكونت عينة الدراسة من (19) مريضاً تم تأكيد إصابتهم بالصداع التوترى، طبق عليهم كل من مقياس (روتبرغ) لتقدير الذات، وقائمة القلق (سبيلبرجر) وآخرين، ومقياس فعالية الذات (شيرير)، ومقياس (بيك) للاكتئاب، وكذا تم تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج البورى، أسفرت النتائج عن وجود ارتباط بين القلق والصداع التوترى المزمن، وكذا فاعلية العلاج النفسى للقلق في تقليص نوبات الصداع، والأعراض النفسية المصاحبة له، كما أسفرت النتائج عن تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج البورى بالنسبة لنشاط الصداع وللأعراض المصاحبة له.

دراسة شوارتز (2005) "Schwartz":

هدفت الدراسة إلى مراقبة حدوث حالات الصداع العارضة وحالات الصداع المزمنة الناتجة عن التوتر، حيث أجريت هذه الدراسة على حوالى (13.345 شخصاً) واستمرت عاماً، وأظهرت نتائج الدراسة انتشار نسبة الإصابة بالصداع العارض الناتج عن التوتر عند

النساء أكثر من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (30) إلى (39) عاما، وكذا انخفاض معدل الإصابة بالصداع العارض الناتج عن التوتر كلما تقدم الشخص في العمر وارتفاع نسبته بين الأشخاص الأكثر تعلما ، كما اتضح أن نسبة الإصابة بالصداع بين النساء الحاصلات على درجات علمية بلغت (48.9%) بينما كانت عند الرجال (48.5%)، وكذلك أن هناك تأثيرا لنوبات الصداع على جودة العمل وجهد العامل.

دراسة سيد أحمد تقي ايت، وأحمد خسروي (2006):

بعنوان انتشار الشقيقة "الصداع النصفي"، والصداع التوترى بين أطفال المدارس الابتدائية في "شيراز"، إيران، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إنتشار الأنماط المختلفة للصداع خلال الحقبة الممتدة من يناير إلى يونيو من عام (2003). حيث طبقت هذه الدراسة على عينة مجموعها (2226) تلميذا بمدارس شيراز، يتراوح سنها ما بين (06 إلى 13 عاما)، وتم انتقاء العينة عشوائيا على عدة مراحل، وقد جمعت المعطيات من خلال الاستبيانات والفحوصات السريرية، كما استخدمت المعايير التي وضعتها الجمعية الدولية للصداع في تشخيص الحالات المدروسة، وقد أسفرت النتائج عن أن النسبة الإجمالية لانتشار الصداع بصفة عامة هي (31%)، وبلغ معدل انتشار الصداع النصفي (17%) والصداع التوترى (5.5%) كما لوحظ أن معدل انتشار الصداع يزداد مع التقدم في السن وأن الفتيات أكثر عرضة للإصابة بالصداع التوترى، كما بينت وجود علاقة إرتباطية بين سوابق الإصابة بالصداع وبين اضطراب النوم والإصابة بالصداع النصفي لدى العائلة.

دراسة Céline Rousseau-Salvador (2012):

بعنوان الصداع المزمن اليومي لدى الأطفال - القدرات العقلية والفكرية واضطرابات القلق والإكتئاب - ، هدفت الدراسة إلى تقييم إذا كان الأطفال والمراهقون الذين يعانون من الصداع المزمن اليومي الإبتدائي ذوي نسبة ذكاء مرتفع مقارنة مع الأطفال ذوي نسبة ذكاء عادي لدى المجتمع العام، كما هدفت إلى قياس العوامل الخطيرة التي يمكن أن تؤثر على القدرات الذهنية والأداء الفكري، بما في ذلك القلق والإكتئاب مع أخذها بعين الإعتبار أثناء قياس القدرات العقلية والفكرية للأطفال الذين يعانون من الصداع المزمن الدائم، وتمتثل مجتمع الدراسة في (368) فردا، وعينة البحث تمثلت في (48) شخصا تتراوح أعمارهم ما بين (8- 17 سنة) " بمركز الشقيقة عند الأطفال " حيث تم التقييم النفسي بواسطة أدوات قياس مقننة حسب القدرات الذهنية للمجتمع الفرنسي وتمثلت في: (مقياس "WISC-IV" للقدرات الذهنية، ومقياس "R-CMAS" للقلق، ومقياس "laMDI-C" للإكتئاب)، وأثبتت

نتائج الدراسة الأخيرة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن لديهم قدرات ذهنية عالية أكثر بشكل ملحوظ وأن متوسط معدل الذكاء مرتفع إحصائياً بالنسبة للأطفال العاديين وكان ذلك ثابتاً بعد مراجعة النتائج من خلال فصل متغير الجنس والمستوى الاجتماعي والمهني لأولياء الأمور فكانت $\frac{3}{4}$ مرتفعة ما بين الأطفال ذوي الصداع المزمن الدائم، كما أثبتت وجود علاقة إيجابية بين القدرات الفكرية والمستوى الاجتماعي للآباء لدى عينة الدراسة، وكذا وجود علاقة سلبية بين القدرات الفكرية وعامل التغيبات المدرسية لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة سلبية بين القدرات الفكرية والآباء والأمهات حسب متغير "الفئة المهنية" لدى العينة، كما بينت أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين القدرات الذهنية وقوة واستمرارية الألم الذي يرجع إلى متغيري القلق والاكتئاب والجنس لدى عينة الدراسة ، كما بينت نتائج البحث أن الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم هم على العموم أكثر اكتئاباً مقارنة بغيرهم من الأطفال سواء كان صداعاً دائماً أو غير منتظم م، وأنه يشتد عند الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم أعراض الاكتئاب والقلق لكن دون أن يسبب أعراضاً لاضطرابات عقلية، ومن ناحية التأثير الوظيفي فالأطفال الذين يعانون من صداع دائم هم أكثر عرضة للتغيب المدرسي من الذين يعانون صداعاً غير منتظم، كما أثبتت الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم هم أطفال لديهم قدرات ذهنية تفوق سنهم بالرغم من معاناتهم من القلق والاكتئاب.

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوتري:

لقد تبين لنا من خلال عرضنا للدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوتري، قلة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في حدود اطلاعنا، وقد تنوعت متغيراتها المصاحبة لمتغير الصداع التوتري بين متغير العلاج النفسي وتقييم فعالية نوعين من العلاج النفسي في دراسة بلقاسم (1992)، وبين مراقبة حالات الصداع العارضة والمزمنة في دراسة Schwartz (2005)، وكذا متغير الصداع النصفي وانتشاره لدى الأطفال في دراسة ايت وخسروي (2006)، وأيضاً متغير القدرات العقلية والفكرية واضطرابات القلق والاكتئاب في دراسة Céline Rousseau-Salvador(2012)، كما نلاحظ اختلافاً زمنياً كبيراً بين الدراسة الأولى وبقية الدراسات حيث نلاحظ فاصلاً زمنياً طويلاً نوعاً ما بينهم، بينما بقية الدراسات فكانت متقاربة زمنياً حيث تتسم بالحدثة نوعاً ما، كما نلاحظ تنوعاً مكانياً كبيراً بين الدراسات، كون بعضها محلية والأخرى أجنبية، أما بالنسبة للعينة فنلاحظ تقارباً بينها حيث انقسمت العينة المدروسة بين الراشدين والأطفال، حيث كانت العينة في كل من دراستي بلقاسم (1992) و Schwartz (2005) هي عينة الراشدين، بينما في كل من دراستي Céline Rousseau-Salvador(2012) ودراسة ايت وخسروي فقد كانت العينة من الأطفال، أما بالنسبة للمقاييس فقد تنوعت رغم قلة الدراسات حيث استعملت دراسة بلقاسم (1992) كلا من مقياس (روتبرغ) لتقدير الذات، وقائمة القلق (سبيلبرجر) وآخرين، ومقياس فعالية الذات (شيرير)، ومقياس (بيك) للاكتئاب، وكذا تم تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج البؤري، بينما في دراسة Schwartz (2005) فقد اعتمدت الدراسة على

مراقبة حالات الصداع المزمنة والعارضة، أما في دراسة ايت و خسروي (2006) فقد تم استخدام الاستبيانات والفحوصات السريرية ، وفي دراسة Céline Rousseau-Salvador(2012) فقد تم الاعتماد على أدوات قياس مقننة حسب القدرات الذهنية للمجتمع الفرنسي وتمثلت في : (مقياس "WISC-IV" للقدرات الذهنية، ومقياس "R-CMAS" للقلق، ومقياس "laMDI-C" للإكتئاب)، وفيما يخص النتائج فقد اختلفت باختلاف المتغيرات المدروسة فيها إلا أنها أغلبها أكدت الفروق بين الجنسين في مستوى الإصابة بالصداع التوترى، كما أكدت دور عامل القلق والإجهاد في الإصابة بالصداع التوترى وإزمانه.

الدراسات الخاصة بمتغير العقم:

دراسة صابر (2002):

بعنوان دراسة المشكلات الاجتماعية الناتجة عن العقم عند المرأة ونموذج مقترح لمواجهتها في خدمة الفرد من منظور العلاج الأسري، هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة المشكلات الاجتماعية التي تعانيها المرأة العقيم في تعاملاتها مع المحيطين بها وداخل النسق الأسري، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (50) سيدة عقيم، طبق عليهن استبيان يرصد مشاكلهن، أسفرت النتائج عن أن (44%) من الزوجات في المرحلة العمرية (30- 35) سنة، يعانين اضطراباً في العلاقة بين المرأة وزوجها، واضطراباً في العلاقة بين الأسرة الممتدة والآخرين، وكذا مشكلات اقتصادية، ومشكلات عدم وضوح الحدود الأسرية - ضعف التوازن الأسري - مشكلات ضعف القيم الأسرية - ضعف التماسك الأسري.

دراسة بن خليفة (2008):

بعنوان التصورات الاجتماعية للعقم في الجزائر، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات التفكير الاجتماعي المتعلق بمشكلة العقم، استخدم الباحث المنهج الوصفي، طبقت الدراسة على عينة قدرها (400) فرد من أفراد المجتمع الأصلي المقدر بـ (4000)، طبقت عليهم استمارة استطلاع الرأي العام، والمقابلة كأداة لجمع البيانات وأسفرت النتائج عن أن العقم عند أفراد العينة بمثابة خصاء اجتماعي، لأن العقم يشوه وظيفة الإنجاب على المستوى الفعلي، ولاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم حسب جنس و سن أفراد العينة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم حسب الحالة الاجتماعية للعينة .

دراسة زغدي (2014):

بعنوان تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعقم، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعقم، ومعرفة مدى العلاقة بين نوع العقم وعلاجه وبين مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب به، وكذا تحديد مستويات تقدير الذات عند الرجال المصابين بالعقم، استخدم الباحث المنهج العيادي، حيث طبقت الدراسة على ثلاث حالات باستخدام أسلوب دراسة الحالة، زيادة على تطبيق الاختبار، والمقابلة نصف الموجهة،

والملاحظة العلمية، كما استخدم مقياس نوير سميث (1967) الذي تمت ترجمته من طرف (فاروق عبد الفتاح 1981)، أسفرت النتائج عن أن تقدير الذات منخفض لدى الراشد المصاب بالعمق في حدود الحالات المعنية بالدراسة.

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير العمق:

من خلال عرضنا للدراسات الخاصة بمتغير العمق يتبين لنا قلة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في حدود اطلاعنا، وقد تنوعت متغيراتها المصاحبة لمتغير العمق بين التصورات الاجتماعية في دراسة بن خلفه (2008)، وتقدير الذات في دراسة زغيدي (2014)، والمشكلات الاجتماعية الناتجة عن العمق في دراسة صابر (2002)، ونلاحظ تقاربا زمنيا بين الدراسات حيث تتسم بالحدثة نوعا ما، وكذا نلاحظ تقاربا زمنيا في هذه الدراسات كونها جميعها في الجزائر، أما بالنسبة للعينة فقد اختلفت في الدراسات بين دراسة الحالة لثلاث حالات رجال مصابين بالعمق في دراسة زغيدي (2014)، وبين عينة تكونت من (50) سيدة في دراسة صابر (2002)، وبين عينة كبيرة تكونت من (400) فرد لاستطلاع آرائهم حول العمق، أما بالنسبة للمقاييس فقد تم الاعتماد على مقياس تقدير الذات لنوير سميث (1967) والذي ترجمه فاروق عبد الفتاح (1981) في دراسة زغيدي (2014)، بينما اعتمدت كل من دراسة صابر (2002) ودراسة بن خلفه (2008) على استبيانات، وفيما يخص النتائج فقد أجمعت على التأثير السلبي للعمق على الحالة، فحسب ما أشارت له دراسة بن خلفه (2008) فإن العمق من المنظور الاجتماعي يعد خصاء اجتماعيا، كذلك في دراسة زغيدي (2014) فقد أكدت أن تقدير الذات منخفض لدى الراشد المصاب بالعمق، بينما أكدت دراسة صابر (2002) وجود العديد من المشكلات الاجتماعية التي تعانيها المرأة المصابة بالعمق بين مشكلات اقتصادية واضطراب في علاقاتها الأسرية والزوجية.

التعقيب العام على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة الخاصة بمتغير كل من قوة الأنا والصداع التوترية والعمق، يتضح لنا ثراء الدراسات المتعلقة بقوة الأنا مقارنة بالدراسات الخاصة بمتغيري الصداع التوترية والعمق، ولعل الثراء الكيفي والكمي لهذه الدراسات إن دل على شيء فإنما يدل على أهمية متغير قوة الأنا، فقد قُرن بمتغيرات عديدة ولعل العديد من هذه المتغيرات ونتائج هذه الدراسات تخدم موضوعنا الحالي، ومنها متغير مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، حيث يخدمنا هذا المتغير من حيث كون متغير العمق في دراستنا مرتبطا ارتباطا شديدا بمفهوم الذات الجسمية والتصورات التي تحملها المرأة المصابة بالعمق عن

نفسها، إضافة إلى متغير مواجهة أحداث الحياة الضاغطة في دراسة أبو شامة (2010) حيث أنه يفيدنا في تفسير أثر الضغوط النفسية على المرأة ودور قوة الأنا في مواجهة هذه الضغوط وذلك باعتبار العقم حدثا ضاغطا للمرأة المصابة به أولا ومثيرا للأحداث الضاغطة ثانيا، كما أن متغير اتخاذ القرار في دراسة الخليل (2010) يفيدنا في دراستنا كونه يعد مؤشرا للحياة الاجتماعية والتعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة فيها، وهو ما تتعرض له المرأة المصابة بالعقم كثيرا، كما أن متغير إزمان ما بعد التناذر الصدمي في دراسة لعوامن (2010) يخدم دراستنا كثيرا وذلك كون العقم واكتشافه يشكل صدمة بالنسبة للمرأة المصابة به وكذا فقد تمت الاستفادة من مقياس قوة الأنا المستخدم في الدراسة، أما في دراسة الشميمري (2006) فالمتغيرات النفسية والاجتماعية تخدم موضوعنا كون موضوعنا يهتم بالآثار النفسية والاجتماعية للعقم ودورها في رفع فرص الإصابة بالصداع التوترى، كما يخدمنا أيضا متغير تقدر الذات في دراسة العنزي (2015) كونه متغيرا أساسيا عند المرأة المصابة بالعقم حيث يمكن الاستفادة منه في تفسير انخفاض وارتفاع تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالعقم، ويفيدنا أيضا متغير جودة الحياة في دراسة إبراهيم (2013) وذلك بالنسبة لكل من الصداع التوترى والعقم وأثرهما على جودة الحياة للمرأة بالمصابة بالعقم، كذلك دراسة مقبل (2010) يمكن الاستفادة من حيث كون العينة المدروسة فيها مصابة بالسكري، وهي حالة مرضية أيضا وبذلك يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في تفسير نتائج قوة الأنا عند النساء المصابات بالعقم.

أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بالصداع التوترى فهي قليلة نوعا ما مقارنة بأهمية هذا المتغير، كونه يعد مرض العصر حاليا ومن خلال عرض الدراسات السابقة به فيمكن الاستفادة من دراسة بلقاسم (1992) في تفسير وتوضيح الصداع التوترى، كما يمكن الاستفادة من نتائجها التي تنص على أن القلق من العوامل المسهمة في الصداع التوترى المزمن وذلك في تفسير كون النساء المصابات بالعقم عرضة للإصابة بالصداع التوترى، كما يمكن الاستفادة من نتائج كل من دراسة ايت وخسروي (2006) ودراسة Céline Rousseau-Salvador(2012)، ودراسة Schwartz (2005) وذلك في تفسير نتائج الدراسة الحالية المتعلقة بالصداع التوترى.

وفي ما يخص الدراسات الخاصة بمتغير العقم فنلاحظ أنها قليلة نوعا ما، رغم أهمية هذه الشريحة في المجتمع كون الإحصائيات تشير إلى انتشار نسبة كبيرة من الإصابة بالعقم، ومن خلال ما تم عرضه عن هذه الدراسات، فيمكن الاستفادة من دراسة زغيدي (2014) فيما يخص متغير تقدير الذات لدى المصابين بالعقم، كونه متغيرا هاما في سيكولوجية المصابين بالعقم، كما يمكن الاستفادة من دراسة بن خلفه (2014) في تفسير نتائج الدراسة الحالية في ظل نتائج الدراسة السابقة كون نتائجها تنص على أن العقم يعد خصاء اجتماعيا من المنظور الاجتماعي، كما يمكن الاستفادة من دراسة صابر (2002) في تفسير نتائج

الدراسة الحالية كون النتائج التي وصلت إليها كان فيها رصد لأغلب المشاكل والتأثيرات التي تعانيها المرأة المصابة بالعمق جراء إصابتها بالعمق. ومن خلال عرض الدراسات السابقة والمتغيرات الخاصة بها على تنوعها وتعددتها، نلاحظ غيابا تاما لمتغيرات دراستنا في دراسة واحدة، ومن هنا يمكن التأكيد على أهمية دراستنا كونها تتناول عينة لم يتم تناولها بالعديد من الدراسات سابقا، إضافة إلى ربطها بمتغيرات لم يتم تناولها بها من قبل في حدود اطلاعنا وهي قوة الأنا والصداع التوتري.

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

- 1.1 . إشكالية الدراسة
- 2.1 . فرضيات الدراسة
- 3.1 . أهمية الدراسة
- 4.1 . أهداف الدراسة
- 5.1 . تحديد المفاهيم الإجرائية
- 6.1 . الدراسات السابقة

1.1 إشكالية الدراسة:

تعد غريزة الإنجاب غريزة أساسية لدى أغلب الكائنات الحية، ومن بينها الإنسان، وتسعى هذه الغريزة لحفظ النوع، ولعل كونها غريزة بالدرجة الأولى هو ما يعطيها هذه الأهمية العالمية، إلا أن مشكلة العقم بالمقابل تعوق سير هذه الغريزة، كونها بدورها أيضا تعد مشكلة عالمية تشيع في شتى المجتمعات.

ورغم الجهود الحثيثة للوقاية والعلاج منها، إلا أنها تبقى متفشية ومنتشرة حيث أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن ما يقارب مابين (10_15%) من الأزواج في سنّ الإنجاب في أنحاء العالم مصابون بالعقم، ومع فشل العلاج في العديد من الحالات رغم طول فتراته وتنوع أساليبه، تتزايد الضغوط الاجتماعية، والآثار النفسية للعقم على الأزواج، وبالأخص النساء منهم، نظرا للعبء الاجتماعي الذي يقع على عاتق المرأة، ما يخلف لها ضغوطا نفسية شديدة، وتوترا نفسيا حادا، نظرا للمشكلات التي قد تتعرض لها جراء عقمها. حيث أن دراسة صابر (2002) قد أشارت إلى أن النساء المصابات بالعقم يعانين اضطرابا في العلاقة بين المرأة وزوجها، واضطرابا في العلاقة بين الأسرة الممتدة والآخرين، وكذا مشكلات اقتصادية، ومشكلات عدم وضوح الحدود الأسرية، وضعف التوازن الأسري، ومشكلات ضعف القيم الأسرية، وضعف التماسك الأسري، ما يجعلها عرضة دائمة للضغوط النفسية، والتوتر النفسي.

ويكمن الأساس الدينامي للتوتر النفسي وراء الشعور الكامن بتهديد الطمأنينة، وبتهديد أي اتزان قائم بالنسبة للشخص ككل، أو لجانب من جوانبه، وما يترتب عن ذلك من تحفز للقضاء على هذا التهديد (الملا، 1982، ص 88)، ومع العجز عن القضاء على هذا التهديد المتمثل في العقم أولا، وفي فشل العلاج ثانيا، تتزايد الضغوط النفسية، ويتزايد معها التوتر النفسي معرضة بذلك هذه الفئة من النساء للإصابة بالعديد من الأمراض السيكوسوماتية، والتي تعد استجابات جسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسدي، وغالبا ما تشهد انتشارها الكبير لدى الفئات المعرضة للضغوط الشديدة الدائمة والتوتر النفسي الحاد، وعلى اختلافها واختلاف الأجهزة أو الأعضاء التي تستهدفها إلا أنها غالبا ما تستعصي على العلاج الطبي ما لم يتم بمرافقة التكفل النفسي للحالة

يرافق الصداع الكثير من الأمراض العضوية والنفسية، وتتعدد أنواعه وعموما ينتج عن التوتر أو الحصر المكبوت (ياسين، 1988، ص 78)، ومن بين أنواعه الصداع التوترية الذي يعرف على أنه إحساسات بالضغط والانقباض، متغيرة الشدة والتواتر والمدة، وعموما تقع في

منطقة تحت قفائية، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية، مع غياب التغيير البنيوي الدائم، وهو يمثل أحد جوانب استجابة الفرد للضغط (بلقاسم، 1992، ص 14).

والمرأة المصابة بالعقم غالباً ما تكون عرضة للعديد من الضغوط النفسية الحادة، التي قد تعجز عن التعامل معها ما لم يكن لديها من المؤهلات الشخصية ما يساعدها على ذلك .

وتعد قوة الأنا على أنها قدرة الشخص على أن يحقق التوافق، وهذا يدل على الصحة النفسية، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية، والتعامل معها ومع العالم الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة (طه، 2009، ص 370)، ولعل دور قوة الأنا في علاج الصراعات الشخصية هو ما يعطي لها ذلك الدور الوقائي من العديد الاضطرابات النفسية حسب العديد من الدراسات منها دراسة لعوامن (2010) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن ضعف الأنا يؤدي إلى إزمان ما بعد التناذر الصدمي.

فوجود مشكلة العقم عند المرأة يجعلها عرضة للعديد من العوامل الضاغطة والمتوترة لها، وتراكم هذه الانفعالات وقوتها واستمراريتها يزيد احتمالية إصابتها بصداع توتري كعرض سيكوسوماتي لما تعانيه من ضغوط، ويهدد زواجها فحسب دراسة بكييس (2013) فإن العقم يعد من بين الأسباب التي تؤدي إلى انحلال الرابطة الزوجية، كما أنه يمس دورها الاجتماعي كأم، ويحرمها امتيازات كونها القادرة الوحيدة على الحمل والإنجاب، وقد بينت دراسة جودة وحجو (2005) أهمية الدور الاجتماعي في تحديد مستوى قوة الأنا لدى أفراد العينة المكونة من نساء، فقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق في قوة الأنا بين أفراد العينة تعزى لمتغير الدور الاجتماعي، لذا فإن مساس العقم بالدور الاجتماعي للمرأة كأم بشكل أكيد، وكزوجة كاحتمال وارد الحدوث، قد يشكل ضمناً مساساً آخر بقوة الأنا لديها ويؤثر على هذه الأخيرة بشكل أو بآخر، ما يعزز احتمالية استجابة المرأة المصابة بالعقم للضغوط الدائمة والمتراكمة، والتعبير عنها وعن معاناتها في شكل صداع توتري قد يتصف بالإزمان.

تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم؟
- ما مستوى الصداع التوتري لدى النساء المصابات بالعقم؟
- هل تساهم المؤشرات النفسية المعرفية للمرض في شدة الصداع التوتري؟
- هل تساهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية في شدة الصداع التوتري؟
- هل يختلف مستوى الصداع التوتري لدى النساء المصابات بالعقم باختلاف مستويات قوة الأنا لديهن؟

2.1. فرضيات الدراسة:

- مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم منخفض.
- مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم مرتفع.
- تساهم المؤشرات النفسية المعرفية للمرض في شدة الصداع التوترى.
- تساهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية في شدة الصداع التوترى.
- يختلف مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم باختلاف مستويات قوة الأنا.

3 أهمية الدراسة

- تعتبر عينة النساء المصابات بالعقم المستهدفة بالدراسة، إحدى الشرائح المهمة في المجتمع، حسب ما تشير إليه الإحصائيات.
- يعتبر الصداع التوترى أحد أمراض العصر الجديرة بالدراسة والبحث.
- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة، في تحسين التكفل النفسى بعينة الدراسة من قبل المختصين
- تمثل هذه الدراسة إضافة علمية للبحوث النفسية، وذلك نظرا لقلّة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في حدود اطلاعنا.

4 أهداف الدراسة:

- ☞ التعرف على مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ التعرف على مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ التعرف على العلاقة بين قوة الأنا والصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم.
- ☞ اقتراح توصيات تساهم في تحسين التكفل النفسى بعينة الدراسة.

5.1. تحديد المفاهيم

أولا قوة الأنا Ego Strength : يعرفها طه (2009، ص 370) على أنها قدرة الشخص على أن يحقق التوافق، وهذا يدل على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجى، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة.

ومنه نعرفها إجرائيا على أنها الدرجة التي يحصل عليها المبحوث على اختبار قوة الأنا المستخدم في هذه الدراسة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى قوة الأنا، وتشير الدرجة المنخفضة إلى ضعف قوة الأنا.

ثانيا الصداع التوترى Tension (Psychic) Headache: هو إحساسات بالضغط والانقباض، متغيرة الشدة والتواتر والمدة، وعموما تقع في منطقة تحت قفائية، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية، مع غياب التغيير البنيوي الدائم، وهو يمثل أحد جوانب استجابة الفرد للضغط. (بلقاسم، 1992، 14).

ومنه نعرفه إجرائيا على أنه الدرجة التي يحصل عليها المبحوث على اختبار الصداع التوترى المستخدم في هذه الدراسة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود الصداع التوترى، وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم وجود الصداع التوترى.

ثالثا العقم Sterility هو عدم القدرة مطلقا على الإنجاب. (زغبيدي، 2014، 19).
ومنه نعرفه إجرائيا على أنه عدم حدوث حمل في إطار الزواج لما يزيد عن مدة سنة، لوجود علة تصيب المرأة.

6.1. الدراسات السابقة:

الدراسات المتعلقة بقوة الأنا:

دراسة النيال (1994):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط وكل من قوة الأنا، العصابية، والانبساط، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (204) من طلاب وطالبات جامعة قطر، طبق عليهم كل من مقياس الضبط الداخلي _الخارجي لـ (روتر)، ترجمه (كفاي 1982)، ومقياس قوة الأنا لـ (بارون)، وعربه (كفاي 1982)، ومقياس العصابية والانبساط من اختبار (أيزنك 1991) للشخصية، أسفرت نتائج الدراسة عن ظهور فروق جوهرية بين عينتي طلبة مصدر الضبط الخارجي في كل من قوة الأنا والعصابية، فضلا عن ظهور فروق جوهرية بين عينتي طلاب مصدر الضبط الخارجي والداخل على متغيري قوة الأنا والعصابية، وكذا ظهور فروق جوهرية بين عينتي طالبات مصدر الضبط الخارجي والداخل على متغيري قوة الأنا والعصابية.

دراسة الضبع (2001):

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين المعاقين حركيا والعاديين من طلاب الجامعة في كل من متغير قوة الأنا، والمسؤولية الاجتماعية، ودافعية الإنجاز، استخدم الباحث المنهج

الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (164) طالبا من بينهم (82) معاقا، و(82) عاديا، طبق عليهم كل من مقياس قوة الأنا، ومقياس المسؤولية الاجتماعية، واختبار دافعية الإنجاز للأطفال والراشدين لـ (عبد الفتاح)، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات المعاقين والعاديين في كل من متغير قوة الأنا، والمسؤولية الاجتماعية، ودافعية الإنجاز لصالح العاديين.

دراسة جودة وحجو (2005):

هدفت الدراسة إلى التعرف على قوة الأنا لدى المرأة الفلسطينية، وتأثير بعض المتغيرات عليها، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (450) امرأة، طبق عليهن مقياس قوة الأنا (فضة 2000)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في قوة الأنا تعزى لاختلاف طبيعة الدور الاجتماعي، وفروق تعزى لمتغير مكان السكن.

دراسة الشميمري (2006):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة قوة الأنا تبعا لبعض المتغيرات الشخصية (العمر_ الذكاء_ التعليم_ المعاملة الوالدية _ الترتيب الميلادي)، وتبعا لبعض المتغيرات الاجتماعية (حجم الأسرة_ المستوى الاقتصادي والاجتماعي_ نوعية البيئة ريفية أو حضرية)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (120) فتاة، (60) منهن نزيلات بمؤسسة رعاية الفتيات، تتراوح أعمارهن بين (13_30)، و(60) منهن فتيات عاديات تتراوح أعمارهن بين (13_32)، طبق عليهن كل من مقياس قوة الأنا لـ (بارون 1950) وترجمه (كفاي 1982)، واختبار المصفوفات المتتابعة لـ (رافن)، ومقياس الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء لـ (صبحي 1975)، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين النزيلات والعاديات، لصالح العاديات، ولاتوجد فروق دالة إحصائيا بين النزيلات حسب متغيرات السن، ومستوى الذكاء، والترتيب الميلادي، وحجم الأسرة والمستوى الاقتصادي لها، والبيئة السكنية للنزيلة، بينما توجد فروق بين ذوات التعليم المتوسط والابتدائي، لصالح التعليم المتوسط، وكذلك توجد فروق دالة إحصائيا بين الاتجاهات الوالدية المنخفضة والمتوسطة، لصالح ذوي الاتجاهات الوالدية المنخفضة.

دراسة التميمي (2010):

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس قوة الأنا لدى الرياضيين، والتعرف على العلاقة بين قوة الأنا ومفهوم الذات الجسمية لدى لاعبي منتخبات جامعة الموصل، استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوب العلاقات الارتباطية، طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها (644) لاعبا من

منتخبات جامعة المنطقة الشمالية، باستخدام مقياس قوة الأنا، ومقياس مفهوم الذات الجسمية (علاوي 1998)، أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية مقياس قوة الأنا المبني من طرف الباحث، وكذا عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً، بين كل من متغير قوة الأنا ومتغير مفهوم الذات الجسمية لدى لاعبي منتخب جامعة الموصل.

دراسة لعوامن (2010):

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور قوة الأنا في إزمان ما بعد التناذر الصدمي لدى ضحايا حوادث المرور، استخدمت الباحثة المنهج العيادي، حيث طبقت الدراسة على ثلاث حالات، باستخدام الملاحظة والمقابلة نصف الموجهة، زيادة على تطبيق مقياس قوة الأنا لـ (بارون)، أسفرت النتائج عن أن الدرجة المنخفضة لقوة الأنا على مقياس بارون تؤدي إلى إزمان تناذر ما بعد الصدمي لدى ضحايا حوادث الطرق من فئة الراشدين.

دراسة مقبل (2010):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا، وكل من المتغيرات (عدد سنوات الإصابة بالمرض _ نوع مرض السكري _ مستوى الدخل _ المستوى التعليمي _ العمر _ النوع)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (300) مريض ومريضة، طبق عليهم كل من مقياس التوافق النفسي (شكير 2003)، ومقياس قوة الأنا (بارون) ترجمة (ناحية وموسى 1988)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائياً بين التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي، والتوافق النفسي العام)، وبين قوة الأنا لدى مرضى السكري، وكذا عن وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا وكل من متغيرات (الدخل الشهري _ المستوى التعليمي _ الجنس)، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا وكل من متغيري (عدد سنوات الإصابة _ نوع الإصابة)، كما أسفرت عن وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قوة الأنا ومتغير العمر لدى مرضى السكري.

دراسة الحياني وصباح (2010):

الدراسة إلى التعرف على مستوى كل من السيطرة وقوة الأنا لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الإعدادية بالأنبار، والفروق في المتغيرين تبعاً لمتغير الجنس، والكشف عن العلاقة بين كل من قوة الأنا والسيطرة تبعاً لمتغير الجنس، استخدم الباحثان المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (256) مدرساً ومدرسة، أسفرت النتائج عن أن مستوى كل من قوة الأنا والسيطرة عال لدى كافة المدرسين، وعدم وجود فروق في كل من المتغيرين تبعاً لمتغير الجنس، وكذا وجود علاقة ارتباطية طردية بين السيطرة وقوة الأنا لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الإعدادية.

دراسة الخليل (2011):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قوة الأنا واتخاذ لدى عينة من مديري القطاع الخاص والعام والمشارك في المؤسسات والشركات التابعة لوزارة الصناعة في محافظة دمشق، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، تكونت عينة الدراسة من (299) مديرا توزعوا بين (179) مديرا، و(120) مديرة، طبق عليهم مقياس قوة الأنا ل (بارون)، ومقياس اتخاذ القرار من إعداد الباحث، أسفرت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين درجات أفراد العينة على مقياس قوة الأنا ومقياس اتخاذ القرار، كما أسفرت عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات العينة على المقياسين حسب متغير القطاع (خاص _ عام_ مشترك)، ومتغير سنوات الخبرة، ومتغير المؤهل العلمي.

دراسة أبو شامة (2012):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قوة الأنا وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى المرأة العاملة وغير العاملة، وتوضيح الفروق الدالة بين المرأة العاملة وغير العاملة فيما يتصل بقوة الأنا وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة مقسمتين إلى مجموعتين متكافئتين بين نساء عاملات وغير عاملات، طبق عليهن مقياس قوة الأنا في الشخصية المتعدد الأوجه (1978)، ومقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة (1980) من تكييف (عبد السلام 2008)، أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرأة العاملة وغير العاملة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرأة العاملة وغير العاملة على مقياس أحداث الحياة اليومية الضاغطة لصالح المرأة العاملة.

دراسة إبراهيم (2013):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى عينة البحث، استخدم الباحث المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (60) مدرسا تم اختيارهم عشوائيا، طبق عليهم كل من مقياس جودة الحياة من إعداد الباحث، ومقياس قوة الأنا من إعداد، أسفرت النتائج عن مستوى عال من كل متغيري جودة الحياة وقوة الأنا لدى عينة الدراسة، وكذا عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المتغيرين

دراسة العنزي (2015):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق المستقبل وتقدير الذات وقوة الأنا، والعلاقة بين المستقبل وكل من تقدير الذات وقوة الأنا، والتعرف على الفروق التي تعزى إلى العمر، والمستوى التعليمي والاقتصادي، ونوع الجنحة، والتعرف على مستوى تقدير الذات وأبعاد قوة الأنا للتنبؤ بقلق المستقبل، استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت عينة الدراسة من (120) حدثا جانحا من المجتمع الأصلي المقدر بـ (248)، طبق عليهم مقياس قلق المستقبل (فهيمى 2013)، ومقياس تقدير الذات (روزنبرج) وتعريب (جرادات 2005)، ومقياس قوة الأنا (بارون) وتعريب (كفاي 1982)، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التفكير السلبي في المستقبل وبين كل من تقدير الذات وأبعاد قوة الأنا، ولا توجد فروق دالة إحصائية في كل من المتغيرات الثلاثة تعزى لمتغير العمر، والمستوى التعليمي، بينما توجد فروق في كل متغيري قلق المستقبل وتقدير الذات تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة. دراسة أحمد والسعدون وعبد الحسن (دون سنة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة ما بين قوة الأنا والاستقرار النفسي لدى لاعبي منتخبات الجامعات العراقية لكرة السلة، استخدم الباحثون المنهج الوصفي بأسلوب العلاقات الارتباطية، تكونت عينة البحث من (188) لاعبا، طبق عليهم مقياس الاستقرار النفسي (الشمري 2010)، ومقياس قوة الأنا (التميمي 2011)، أسفرت النتائج عن مستوى عال من كل من الاستقرار النفسي وقوة الأنا لدى عينة البحث، وكذا عن وجود علاقة إيجابية طردية بين كل من متغيري الاستقرار النفسي وقوة الأنا لدى لاعبي الجامعات العراقية لكرة السلة. قلق

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير قوة الأنا:

لقد تبين لنا من خلال عرضنا للدراسات المتعلقة بمتغير قوة الأنا، أن هناك تنوعا كبيرا في هذه الدراسات من حيث المتغيرات المرافقة لمتغير قوة الأنا، مثل مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، وأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة أبو شامة (2010)، والتوافق النفسي في دراسة مقبل (2010)، والسيطرة في دراسة الحياني وصباح (2010)، وقلق المستقبل وتقدير الذات في دراسة العنزي (2015)، وغيرها من المتغيرات العديدة، كما نلاحظ اختلافا زمنيا كبيرا إن دل على شيء فإنما يدل على أهمية متغير قوة الأنا، لذا كان له نصيب كبير من الدراسات ابتداء من دراسة أحمد (1994) وصولا إلى دراسة العنزي (2015)، رغم أن هناك تقريبا زمنيا كبيرا بين الدراسات لدرجة أن بعضا منها كان في نفس السنة مثل دراسة الحياني وصباح، ودراسة مقبل، ودراسة لعوامن، ودراسة التميمي والتي كانت

جميعها في (2010)، إلا أنها تشهد تنوعا مكانيا كبيرا في حدود البيئة العربية مثل دراسة الحياياني وصباح بالعراق، ودراسة مقبل بغزة، ودراسة الشميمري بمكة المكرمة، ودراسة النيال بقطر، ودراسة لعوامن بالجزائر، ودراسة الخليل بسوريا، وشمل هذا التنوع العينة أيضا فبتعداد الدراسات تنوعت العينات المدروسة بين طلبة الجامعة في كل من دراسة النيال (1994)، ودراسة التميمي (2010)، وبين عينة المدرسين في دراسة إبراهيم (2013)، ودراسة الحياياني وصباح (2010)، وكذا بين عينات الجانحين مثل دراسة العنزي (2015)، ودراسة الشميمري (2006)، وكذلك هناك عينات من النساء في دراسة جودة وحجو (2005)، ودراسة أبو شامة (2012)، كما كان من ضمن العينات مرضى السكري في دراسة مقبل (2010)، والمعاقين حركيا في دراسة الضبع (2000)، والمدراء في دراسة الخليل (2011)، إضافة إلى دراسة الحالة لثلاث حالات عانت من إزمان تناذر مابعد الصدمي إثر حوادث المرور في دراسة لعوامن (2015)، كما أن هناك تنوعا كبيرا بالإختبارات والمقاييس راجعا لتنوع المتغيرات المدروسة ومن بين هذه المقاييس مقياس التوافق النفسي في دراسة مقبل (2010)، ومقياس مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، ومقياس جودة الحياة في دراسة إبراهيم (2013)، ومقياس اتخاذ القرار في دراسة الخليل (2011)، واختبار المصفوفات المتتابعة ل(راهن) في دراسة الشميمري (2010)، ومقياس المسؤولية الاجتماعية واختبار دافعية الانجاز في دراسة الضبع (2001)، أما من حيث النتائج فقد اختلف بعضها من حيث الدراسات المقارنة حيث أكد بعضها على وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغيرات عديدة مثل دراسة أبو شامة التي أكدت وجود فروق في متوسط قوة الأنا لدى المرأة العاملة وغير العاملة لصالح المرأة العاملة، وكذلك دراسة جودة وحجو (2005) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق في قوة الأنا بين أفراد العينة المكونة من نساء غزة تعزى لمتغيري الدور الاجتماعي ومكان السكن، كما أكدت دراسة الشميمري (2006) وجود فروق في قوة الأنا بين نزيلات المصلحة والعاديات لصالح العاديات، وكذلك دراسة النيال (1994) التي أكدت وجود فروق في قوة الأنا بين عينتي الطلبة ذوي مصدر الضبط الداخلي والخارجي، بينما نفت دراسة العنزي (2015) وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغير العمر والمستوى التعليمي عند الجانحين، وكذلك دراسة إبراهيم (2013) نفت وجود فروق في قوة الأنا تعزى لمتغيري سنوات الخبرة والمؤهل العلمي بين المدراء، وكذلك دراسة الحياياني وصباح (2010) التي نفت وجود فروق في قوة الأنا بين المدرسين والمدربات، كما أسفرت نتائج بعض الدراسات على أهمية قوة الأنا كعامل وقائي لبعض الاضطرابات النفسية أشارت دراسة لعوامن (2010) أن ضعف الأنا يؤدي إلى إزمان تناذر بعد

الصدمة، كما أكدت أغلب الدراسات على وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والمتغيرات المرافقة لها في الدراسة مثل دراسة التميمي (2010) التي أكدت وجود علاقة إرتباطية بين مفهوم الذات الجسمية وقوة الأنا، وكذلك دراسة أحمد والسعدون وعبد الحسن (ب س) التي أكدت وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والاستقرار النفسي، وكذلك دراسة مقبل (2010) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا والتوافق النفسي، وكذلك دراسة إبراهيم (2013) التي كشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين قوة الأنا وجودة الحياة، ولعل هذا يشكل اتفاقا على أهمية متغير قوة الأنا كعامل وقائي وإيجابي لدى أفراد العينة باختلافاتهم

الدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوترى:

دراسة بلقاسم (1992):

بعنوان العلاج النفسى للصداع التوترى المزمن (تقييم فعالية نوعين من العلاج النفسى)، هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع التدخلات العلاجية التي تحقق الفعالية الأكبر في التخفيف من معاناة العميل دون تفضيل أحدها على الآخر، تم استخدام أداة المقابلة العيادية، والملاحظة الذاتية، تكونت عينة الدراسة من (19) مريضا تم تأكيد إصابتهم بالصداع التوترى، طبق عليهم كل من مقياس (روتنبيرغ) لتقدير الذات، وقائمة القلق (سبيلبرجر) وآخرين، ومقياس فعالية الذات (شيرير)، ومقياس (بيك) للاكتئاب، وكذا تم تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكي، والعلاج البؤري، أسفرت النتائج عن وجود ارتباط بين القلق والصداع التوترى المزمن، وكذا فاعلية العلاج النفسى للقلق في تقليص نوبات الصداع، والأعراض النفسية المصاحبة له، كما أسفرت النتائج عن تفوق العلاج المعرفى السلوكي على العلاج البؤري بالنسبة لنشاط الصداع وللأعراض المصاحبة له.

دراسة شوارتز (2005) "Schwartz":

هدفت الدراسة إلى مراقبة حدوث حالات الصداع العارضة وحالات الصداع المزمنة الناتجة عن التوتر، حيث أجريت هذه الدراسة على حوالي (13.345 شخصا) واستمرت عاما، وأظهرت نتائج الدراسة انتشار نسبة الإصابة بالصداع العارض الناتج عن التوتر عند النساء أكثر من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (30) إلى (39) عاما، وكذا انخفاض معدل الإصابة بالصداع العارض الناتج عن التوتر كلما تقدم الشخص في العمر وارتفاع نسبته بين الأشخاص الأكثر تعليما، كما اتضح أن نسبة الإصابة بالصداع بين النساء الحاصلات على

درجات علمية بلغت (48.9%) بينما كانت عند الرجال (48.5%)، وكذلك أن هناك تأثيراً لنبوات الصداع على جودة العمل وجهد العامل.

دراسة سيد أحمد تقي ايت، وأحمد خسروي (2006):

بعنوان انتشار الشقيقة "الصداع النصفي"، والصداع التوترى بين أطفال المدارس الابتدائية في "شيراز"، إيران، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إنتشار الأنماط المختلفة للصداع خلال الحقبة الممتدة من يناير إلى يونيو من عام (2003). حيث طبقت هذه الدراسة على عينة مجموعها (2226) تلميذا بمدارس شيراز، يتراوح سنها ما بين (06 إلى 13 عاماً)، وتم انتقاء العينة عشوائياً على عدة مراحل، وقد جمعت المعطيات من خلال الاستبيانات والفحوصات السريرية، كما استخدمت المعايير التي وضعتها الجمعية الدولية للصداع في تشخيص الحالات المدروسة، وقد أسفرت النتائج عن أن النسبة الإجمالية لانتشار الصداع بصفة عامة هي (31%)، وبلغ معدل انتشار الصداع النصفي (17%) والصداع التوترى (5.5%) كما لوحظ أن معدل انتشار الصداع يزداد مع التقدم في السن وأن الفتيات أكثر عرضة للإصابة بالصداع التوترى، كما بينت وجود علاقة إرتباطية بين سوابق الإصابة بالصداع و اضطراب النوم والإصابة بالصداع النصفي لدى العائلة.

دراسة Céline Rousseau-Salvador (2012):

بعنوان الصداع المزمن اليومي لدى الأطفال-القدرات العقلية والفكرية واضطرابات القلق والإكتئاب-، هدفت الدراسة إلى تقييم إذا كان الأطفال والمراهقون الذين يعانون من الصداع المزمن اليومي الإبتدائي ذوي نسبة ذكاء مرتفع مقارنة مع الأطفال ذوي نسبة ذكاء عادي لدى المجتمع العام، كما هدفت إلى قياس العوامل الخطيرة التي يمكن أن تؤثر على القدرات الذهنية والأداء الفكري، بما في ذلك القلق والإكتئاب مع أخذها بعين الإعتبار أثناء قياس القدرات العقلية والفكرية للأطفال الذين يعانون من الصداع المزمن الدائم، وتمثل مجتمع الدراسة في (368) فرداً، وعينة البحث تمثلت في (48) شخصاً تتراوح أعمارهم ما بين (8-17 سنة) بمركز الشقيقة عند الأطفال " حيث تم التقييم النفسي بواسطة أدوات قياس مقننة حسب القدرات الذهنية للمجتمع الفرنسي وتمثلت في: (مقياس "WISC-IV" للقدرات الذهنية، ومقياس "R-CMAS" للقلق، ومقياس "laMDI-C" للإكتئاب)، وأثبتت نتائج الدراسة الأخيرة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن لديهم قدرات ذهنية عالية أكثر بشكل ملحوظ وأن متوسط معدل الذكاء مرتفع إحصائياً بالنسبة

للأطفال العاديين وكان ذلك ثابتا بعد مراجعة النتائج من خلال فصل متغير الجنس والمستوى الاجتماعي والمهني لأولياء الأمور فكانت $\frac{3}{4}$ مرتفعة ما بين الأطفال ذوي الصداع المزمن الدائم، كما أثبتت وجود علاقة إيجابية بين القدرات الفكرية والمستوى الاجتماعي للآباء لدى عينة الدراسة ، وكذا وجود علاقة سلبية بين القدرات الفكرية وعامل التغيرات المدرسية لدى عينة الدراسة ، ووجود علاقة سلبية بين القدرات الفكرية والآباء والأمهات حسب متغير "الفئة المهنية لدى العينة، كما بينت أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين القدرات الذهنية وقوة واستمرارية الألم الذي يرجع إلى متغيري القلق والاكتئاب والجنس لدى عينة الدراسة ، كما بينت نتائج البحث أن الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم هم على العموم أكثر اكتئابا مقارنة بغيرهم من الأطفال سواء كان صداعا دائما أو غير منتظم، وأنه يشتد عند الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم أعراض الاكتئاب والقلق لكن دون أن يسبب أعراضا لاضطرابات عقلية ، ومن ناحية التأثير الوظيفي فالأطفال الذين يعانون من صداع دائم هم أكثر عرضة للتغيب المدرسي من الذين يعانون صداعا غير منتظم، كما أثبتت الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من صداع مزمن دائم هم أطفال لديهم قدرات ذهنية تفوق سنهم بالرغم من معاناتهم من القلق والاكتئاب.

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوتري:

لقد تبين لنا من خلال عرضنا للدراسات الخاصة بمتغير الصداع التوتري، قلة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في حدود اطلاعنا، وقد تنوعت متغيراتها المصاحبة لمتغير الصداع التوتري بين متغير العلاج النفسي وتقييم فعالية نوعين من العلاج النفسي في دراسة بلقاسم (1992)، وبين مراقبة حالات الصداع العارضة والمزمنة في دراسة Schwartz (2005)، وكذا متغير الصداع النصفي وانتشاره لدى الأطفال في دراسة ايت وخسروي (2006)، وأيضا متغير القدرات العقلية والفكرية واضطرابات القلق والاكتئاب في دراسة Céline Rousseau-Salvador(2012) ، كما نلاحظ اختلافا زمنيا كبيرا بين الدراسة الأولى وبقية الدراسات حيث نلاحظ فاصلا زمنيا طويلا نوعا ما بينهم، بينما بقية الدراسات فكانت متقاربة زمنيا حيث تتسم بالحدثة نوعا ما، كما نلاحظ تنوعا مكانيا كبيرا بين الدراسات، كون بعضها محلية والأخرى أجنبية، أما بالنسبة للعينة فنلاحظ تقاربا بينها حيث انقسمت العينة المدروسة بين الراشدين والأطفال، حيث كانت العينة في كل من دراستي بلقاسم (1992) و Schwartz (2005) هي عينة الراشدين، بينما في كل من دراستي Céline Rousseau-Salvador(2012) ودراسة ايت وخسروي فقد كانت العينة من الأطفال،

أما بالنسبة للمقاييس فقد تنوعت رغم قلة الدراسات حيث استعملت دراسة بلقاسم (1992) كلا من مقياس (روتنبيرغ) لتقدير الذات، وقائمة القلق (سبيلبرجر) وآخرين، ومقياس فعالية الذات (شيرير)، ومقياس (بيك) للاكتئاب، وكذا تم تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج البؤري، بينما في دراسة Schwartz (2005) فقد اعتمدت الدراسة على مراقبة حالات الصداع المزمنة والعارضة، أما في دراسة ايت و خسروي (2006) فقد تم استخدام الاستبيانات والفحوصات السريرية ، وفي دراسة Céline Rousseau-Salvador(2012) فقد تم الاعتماد على أدوات قياس مقننة حسب القدرات الذهنية للمجتمع الفرنسي وتمثلت في : (مقياس "WISC-IV" للقدرات الذهنية، ومقياس "R-CMAS" للقلق، ومقياس "laMDI-C" للاكتئاب)، وفيما يخص النتائج فقد اختلفت باختلاف المتغيرات المدروسة فيها إلا أنها أغلبها أكدت الفروق بين الجنسين في مستوى الإصابة بالصداع التوتري، كما أكدت دور عامل القلق والإجهاد في الإصابة بالصداع التوتري وإزمائه.

الدراسات الخاصة بمتغير العقم:

دراسة صابر (2002):

بعنوان دراسة المشكلات الاجتماعية الناتجة عن العقم عند المرأة ونموذج مقترح لمواجهتها في خدمة الفرد من منظور العلاج الأسري، هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة المشكلات الاجتماعية التي تعانيها المرأة العقيم في تعاملاتها مع المحيطين بها وداخل النسق الأسري، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من (50) سيدة عقيم، طبق عليهن استبيان يرصد مشاكلهن، أسفرت النتائج عن أن (44%) من الزوجات في المرحلة العمرية (30- 35) سنة، يعانين اضطراباً في العلاقة بين المرأة وزوجها، واضطراباً في العلاقة بين الأسرة الممتدة والآخرين، وكذا مشكلات اقتصادية، ومشكلات عدم وضوح الحدود الأسرية ضعف التوازن الأسري مشكلات ضعف القيم الأسرية ضعف التماسك الأسري.

دراسة بن خليفة (2008):

بعنوان التصورات الاجتماعية للعقم في الجزائر، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات التفكير الاجتماعي المتعلق بمشكلة العقم، استخدم الباحث المنهج الوصفي، طبقت الدراسة على عينة قدرها (400) فرد من أفراد المجتمع الأصلي المقدر بـ (4000)، طبقت عليهم استمارة استطلاع الرأي العام، والمقابلة كأداة لجمع البيانات وأسفرت النتائج عن أن العقم عند أفراد العينة بمثابة خصاء اجتماعي، لأن العقم يشوه وظيفة الإنجاب على المستوى

الفعلي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم حسب جنس وسن أفراد العينة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم حسب الحالة الاجتماعية للعينة دراسة زغيدي (2014):

بعنوان تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعقم، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعقم، ومعرفة مدى العلاقة بين نوع العقم وعلاجه وبين مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب به، وكذا تحديد مستويات تقدير الذات عند الرجال المصابين بالعقم، استخدم الباحث المنهج العيادي، حيث طبقت الدراسة على ثلاث حالات باستخدام أسلوب دراسة الحالة، زيادة على تطبيق الاختبار، والمقابلة نصف الموجهة، والملاحظة العلمية، كما استخدم مقياس نوير سميث (1967) الذي تمت ترجمته من طرف (فاروق عبد الفتاح 1981)، أسفرت النتائج عن أن تقدير الذات منخفض لدى الراشد المصاب بالعقم في حدود الحالات المعنية بالدراسة.

التعقيب على الدراسات الخاصة بمتغير العقم:

من خلال عرضنا للدراسات الخاصة بمتغير العقم يتبين لنا قلة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في حدود اطلاعنا، وقد تنوعت متغيراتها المصاحبة لمتغير العقم بين التصورات الاجتماعية في دراسة بن خلفه (2008)، وتقدير الذات في دراسة زغيدي (2014)، والمشكلات الاجتماعية الناتجة عن العقم في دراسة صابر (2002)، ونلاحظ تقاربا زمنيا بين الدراسات حيث تتسم بالحدثة نوعا ما، وكذا نلاحظ تقاربا زمانيا في هذه الدراسات كونها جميعها في الجزائر، أما بالنسبة للعينة فقد اختلفت في الدراسات بين دراسة الحالة لثلاث حالات رجال مصابين بالعقم في دراسة زغيدي (2014)، وبين عينة تكونت من (50) سيدة في دراسة صابر (2002)، وبين عينة كبيرة تكونت من (400) فرد لاستطلاع آرائهم حول العقم، أما بالنسبة للمقاييس فقد تم الاعتماد على مقياس تقدير الذات لنوير سميث (1967) والذي ترجمه فاروق عبد الفتاح (1981) في دراسة زغيدي (2014)، بينما اعتمدت كل من دراسة صابر (2002) ودراسة بن خلفه (2008) على استبيانات، وفيما يخص النتائج فقد أجمعت على التأثير السلبي للعقم على الحالة، فحسب ما أشارت له دراسة بن خلفه (2008) فإن العقم من المنظور الاجتماعي يعد خصاء اجتماعيا، كذلك في دراسة زغيدي (2014) فقد أكدت أن تقدير الذات منخفض لدى الراشد المصاب بالعقم، بينما أكدت دراسة صابر (2002) وجود

العديد من المشكلات الاجتماعية التي تعانيها المرأة المصابة بالعمم بين مشكلات اقتصادية واضطراب في علاقاتها الأسرية والزوجية.

التعقيب العام على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة الخاصة بمتغير كل من قوة الأنا والصداع التوترى والعمم، يتضح لنا ثراء الدراسات المتعلقة بقوة الأنا مقارنة بالدراسات الخاصة بمتغيرى الصداع التوترى والعمم، ولعل الثراء الكيفى والكمى لهذه الدراسات إن دل على شيء فإنما يدل على أهمية متغير قوة الأنا، فقد قرُن بمتغيرات عديدة ولعل العديد من هذه المتغيرات ونتائج هذه الدراسات تخدم موضوعنا الحالي، ومنها متغير مفهوم الذات الجسمية في دراسة التميمي (2010)، حيث يخدمنا هذا المتغير من حيث كون متغير العمم في دراستنا مرتبطا ارتباطا شديدا بمفهوم الذات الجسمية والتصورات التي تحملها المرأة المصابة بالعمم عن نفسها، إضافة إلى متغير مواجهة أحداث الحياة الضاغطة في دراسة أبو شامة (2010) حيث أنه يفيدنا في تفسير أثر الضغوط النفسية على المرأة ودور قوة الأنا في مواجهة هذه الضغوط وذلك باعتبار العمم حدثا ضاغطا للمرأة المصابة به أولا ومثيرا للأحداث الضاغطة ثانيا، كما أن متغير اتخاذ القرار في دراسة الخليل (2010) يفيدنا في دراستنا كونه يعد مؤشرا للحياة الاجتماعية والتعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة فيها، وهو ما تتعرض له المرأة المصابة بالعمم كثيرا، كما أن متغير إزمان ما بعد التناذر الصدمي في دراسة لعوامن (2010) يخدم دراستنا كثيرا وذلك كون العمم واكتشافه يشكل صدمة بالنسبة للمرأة المصابة به وكذا فقد تمت الاستفادة من مقياس قوة الأنا المستخدم في الدراسة، أما في دراسة الشميمري (2006) فالمتغيرات النفسية والاجتماعية تخدم موضوعنا كون موضوعنا يهتم بالآثار النفسية والاجتماعية للعمم ودورها في رفع فرص الإصابة بالصداع التوترى، كما يخدمنا أيضا متغير تقدر الذات في دراسة العنزي (2015) كونه متغيرا أساسيا عند المرأة المصابة بالعمم حيث يمكن الاستفادة منه في تفسير انخفاض وارتفاع تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالعمم، ويفيدنا أيضا متغير جودة الحياة في دراسة إبراهيم (2013) وذلك بالنسبة لكل من الصداع التوترى والعمم وأثرهما على جودة الحياة للمرأة المصابة بالعمم، كذلك دراسة مقبل (2010) يمكن الاستفادة من حيث كون العينة المدروسة فيها مصابة بالسكري،

وهي حالة مرضية أيضا وبذلك يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في تفسير نتائج قوة الأنا عند النساء المصابات بالعمق.

أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بالصداع التوترى فهي قليلة نوعا ما مقارنة بأهمية هذا المتغير، كونه يعد مرض العصر حاليا ومن خلال عرض الدراسات السابقة به يمكن الاستفادة من دراسة بلقاسم (1992) في تفسير وتوضيح الصداع التوترى، كما يمكن الاستفادة من نتائجها التي تنص على أن القلق من العوامل المسهمة في الصداع التوترى المزمن وذلك في تفسير كون النساء المصابات بالعمق عرضة للإصابة بالصداع التوترى، كما يمكن الاستفادة من نتائج كل من دراسة ايت وخسروي (2006) ودراسة Céline Rousseau- Salvador(2012) ، ودراسة Schwartz (2005) وذلك في تفسير نتائج الدراسة الحالية المتعلقة بالصداع التوترى.

وفي ما يخص الدراسات الخاصة بمتغير العمق فنلاحظ أنها قليلة نوعا ما، رغم أهمية هذه الشريحة في المجتمع كون الإحصائيات تشير إلى انتشار نسبة كبيرة من الإصابة بالعمق، ومن خلال ما تم عرضه عن هذه الدراسات، فيمكن الاستفادة من دراسة زغيدي (2014) فيما يخص متغير تقدير الذات لدى المصابين بالعمق، كونه متغيرا هاما في سيكولوجية المصابين بالعمق، كما يمكن الاستفادة من دراسة بن خلفه (2014) في تفسير نتائج الدراسة الحالية في ظل نتائج الدراسة السابقة كون نتائجها تنص على أن العمق يعد خصاء اجتماعيا من المنظور الاجتماعى، كما يمكن الاستفادة من دراسة صابر (2002) في تفسير نتائج الدراسة الحالية كون النتائج التي وصلت إليها كان فيها رصد لأغلب المشاكل والتأثيرات التي تعانيها المرأة المصابة بالعمق جراء إصابتها بالعمق.

ومن خلال عرض الدراسات السابقة والمتغيرات الخاصة بها على تنوعها وتعددتها، نلاحظ غيابا تاما لمتغيرات دراستنا في دراسة واحدة، ومن هنا يمكن التأكيد على أهمية دراستنا كونها تتناول عينة لم يتم تناولها بالعديد من الدراسات سابقا، إضافة إلى ربطها بمتغيرات لم يتم تناولها بها من قبل في حدود اطلاعنا وهي قوة الأنا والصداع التوترى.

الفصل الثاني قوة الأنا

تمهيد

1.2 . ماهية الأنا

1.1.2 تعريف الأنا

2.1.2 خصائص الأنا

3.1.2 وظائف الأنا

4.1.2 الأنا ومفهوم الذات

2.2 قوة الأنا

1.2.2 تعريف قوة الأنا

2.2.2 نشأة مفهوم قوة الأنا

3.2.2 . قوة الأنا والصحة النفسية

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد الجهاز النفسي حسب فرويد هو ذلك الجزء المسؤول عن وظيفة الحياة النفسية (فرويد، 1981، ص 15) وقد قسمه إلى موقعيتين، وضمّن في الموقعية الأولى كلا من الشعور وما قبل الشعور واللاشعور، بينما تحوي الموقعية الثانية كلا من الهو والأنا والأنا الأعلى.

إن الموقعية الثانية بما تتضمنه من الهو والأنا والأنا الأعلى تشكل قطبين متناقضين متمثلين في الهو والأنا الأعلى، وهذا التناقض بين هذين القطبين بما يمثله الهو من رغبات ومطالب، والأنا الأعلى بما يفرضه من رقابة وحزم، يخلق حالات من اختلال التوازن، لكن وجود الأنا هو ما يسمح بإعادة التوازن والتوفيق بين متطلبات الهو ورقابة الأنا الأعلى في حدود ما يسمح به الواقع، ولعل هذا يبين أهمية الأنا كمحور أساسي في الشخصية وفي حفظ توازنها والتوافق بين مكوناتها.

1.2. ماهية الأنا

1.1.2. تعريف الأنا:

تحت تأثير العالم الخارجي عن طريق جهاز الإدراك الحسي والشعور، تغيّر الجزء الخارجي من الهو، ونما نموا خاصا، واكتسب خصائصا معينة، وسماه فرويد "الأنا" وهو المشرف على الحركة الإرادية، ويقوم بمهمة حفظ الذات، وهو يقبض على زمام الرغبات الغريزية المنبعثة من الهو، فيسمح بإشباع ما يشاء منها، ويكبت ما يرى ضرورة كبته، وهو يراعي في ذلك كله مبدأ الواقع Reality Principle، ويمثل الأنا الحكمة وسلامة العقل على خلاف الهو الحاوي للانفعالات، وتقع العمليات النفسية الشعورية على سطح الأنا، وأما كل شيء آخر في الأنا فهو لاشعوري (فرويد، 1981، ص 15).

- تعريف Freud: "الأنا مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي والخارجي، والعمليات العقلية، وهو المشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى وبين الواقع، ولذلك فهو محرك منفذ للشخصية

ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ الذات وتحقيقها والتوافق الاجتماعي ". (لعوامن، 2010، ص 30)

- تعريف Jung: " هو الشعور أو العقل الواعي الذي يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية، أي أنه مركز الجزء الشعوري من الشخصية". (زهران، 1977، ص 61)
- تعريف حامد زهران " هو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي، والإدراك الحسي الداخلي، والعمليات العقلية، وهو المشرف على جهازنا الحركي الإرادي، ويتكفل بالدفاع عن الشخصية، ويعمل على توافقها مع البيئة وإحداث التكامل وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى وبين الواقع، وله جانبان شعوري ولا شعوري، ووجهان، وجه يطل على الدوافع الفطرية والغريزية في الهو، وآخر يطل على الواقع الخارجي عن طريق الحواس، ويعمل في ضوء مبدأ الواقع". (زهران، 1977، ص 60)

2.1.2. خصائص الأنا:

نتيجة العلاقات التي تكون قد قامت بين الإدراك الحواسي والأفعال العضلية، يأتي للأنا أن يتحكم بالحركات الإرادية ومهمته في حفظ الذات، وهو يؤدي هذه المهمة، فيما يتصل بالعالم الخارجي، بتعلمه كيف يتعرف التنبيهات، وبمراكمتها (في الذاكرة) الخبرات التي تمده بها هذه التنبيهات، وبتحاشيه التنبيهات المفرطة في قوتها (بالهروب) وبتوصيله أخيراً إلى تعديل العالم الخارجي على نحو موثم ولصالحه (النشاط) أما في الداخل فهو يتصدى لمواجهة هذا باكتسابه السيطرة على مطالب الدوافع الغريزية، وبتقريره ما إذا كان من الممكن إشباع هذه الدوافع أو ما إذا كان من الأنسب إرجاء هذا الإشباع إلى حين مؤات أو إذا ما كان من الواجب خنقها أصلاً ويخضع الأنا في نشاطه لاعتبار التوترات الناجمة عن تنبيهات الداخل أو الخارج فزيادة التوتر تسبب بالإجمال ألماً، ونقصانها تتولد عنه لذة بيد أن الألم أو اللذة غير منوطين في أرجح الظن بالدرجة المطلقة للتوترات، بل بالأحرى بوتيرة تغيراتها والأنا ينزع إلى اللذة وتحاشي الألم. (فرويد، 1986، ص 9)

ومن خلال ما سبق يمكن القول بأن الأنا يتميز بوظيفته المزدوجة بين العالم الخارجي والداخلي، حيث يتركز عمله في العالم الخارجي بتعلمه كيفية استقبال التنبيهات ومراكزها في الذاكرة وبتحاشيه التنبيهات المفرطة في قوتها بالهروب ومن ثم تعديل العالم الخارجي على نحو ملائم لنشاطه، أما عظمه في العالم الداخلي فيتمركز في مواجهة الهو والتصدي له وفرض السيطرة على مطالب الدوافع الغريزية والتقرير بشأن إمكانية إشباعها أو خنقها.

كما يمكن إيجاز بعض من خصائص الأنا في مايلي:

• يسيطر على الحركات الإرادية نتيجة للعلاقات السابقة التكوين بين الإدراك الحسي والفاعل العضلي.

• يكتسب السيادة على مطالب الدوافع الغريزية، بأن يقرر ما إذا كان يجب السماح لها بالإشباع أو إرجائه لظروف أخرى (أبو شامة 2012، ص 19)

• يحكم الأنا مبدأ الواقع بدلا من مبدأ اللذة.

• ينزع إلى اللذة ويسعى إلى تجنب الألم

• بين الحين والحين يقطع روابطه بالعالم الخارجي ويخلد إلى النوم ليجري على تنظيمه تعديلا.

• يعدل العالم الخارجي على نحو يتوازى مع مصالحه. (فرويد، 1986، ص 9)

3.1.2 وظائف الأنا:

وفقا لرأي فرويد تبزغ الأنا خلال نمو الأطفال لتتحكم في تعاملاتهم اليومية مع البيئة أثناء تعلمهم أن هناك حقيقة منفصلة عن حاجتهم وعن رغباتهم، وقد كانت "الذات أو الأنا جزء من الهو التي عدلت بسبب العالم الخارجي، كما أن أحد المطالب الرئيسية للأنا، هو تحديد الموضوعات الحقيقية لإشباع حاجات الهو وتعد أحلام اليقظة مثلا لعملية التفكير الثانوية

التي توضح كيف يحيط مبدأ الواقع "بالأنا" ونادرا ما يخلط الناس بين الواقع والخيال
(أبوشامة، 2010، ص 30)

وقد حدد بلاك (I.Bellak) ولخص وظائف الأنا في اثنتي عشرة وظيفة وهي تتمثل في مايلي:

- اختيار الواقع .
- الإحساس بالواقع الخارجي.
- تنظيم الانفعالات والدوافع والتحكم فيها.
- العلاقة بالآخر
- عمليات التفكير.
- النكوص التكيفي في خدمة الذات
- الوظيفة الدفاعية
- حاجز المثيرات أو المقاومة.
- الوظيفة الذاتية.
- الوظيفة التركيبية التكاملية.
- التفوق والافتقار.
- الحكم. (لعوامن، 2010، ص 35)

4.1.2 الأنا ومفهوم الذات:

تعريف الذات: لقد اعتبرت الذات على أنها مجموعة من العمليات التي تعمل كمحددات
للسلوك من ناحية كما اعتبرت على أنها مجموعة من الاتجاهات والمشاعر التي يكونها الفرد
اتجاه نفسه من ناحية أخرى، ولقد عاد هذا المفهوم من جديد خلال السنوات القليلة الماضية،
ليحتل مكان الصدارة في النظريات المعاصرة من طرف علماء كأمثال كولبي، ميد، ديوي،
ليكلي، بعد أن مهد وليام جيمس لذلك بالفصل الشهير الذي كتبه عن الذات، في كتابه

"مبادئ علم النفس حيث فتح الطريق للنظريات المعاصرة وللكتير ممن يكتب اليوم عن الذات والأنا. (لعوامن، 2010، ص 31)

تعريف Carl Rogers: هي تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات والمفاهيم والقيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة (زغبيدي، 2014، ص 20)

تعريف Jung: هي الشعور أو العقل الواعي الذي يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية، أي أنه مركز الجزء الشعوري من الشخصية (زهران، 1977، ص 61)

تعريف N.Sillamy: هي ضمير يعود على المخاطب وهو يعني الفرد في تكامله ووحدته وفي علم النفس الذات مرادفة دائما لكلمة وعي أو فرد يقود إلى الحديث بطريقة موضوعية عن الفرد الواعي أو أن يحوي على مجموعة السلوكيات الفردية (لعوامن، 2010، ص 31)

تعريف James: يعرف الذات على أنها كل ما هو شخصي معبر عنه بالأنا الملكي ويضيف إلى ذلك على أنها المجموع الكلي فكل ما يستطيع الإنسان أن يدعي أن له جسده، سماته، قدراته، وممتلكاته الفردية (لعوامن، 2010، ص 32)

إذا مما سبق يمكن القول أن الذات هي مجموع التصورات والمفاهيم التي يكونها الفرد عن نفسه، وتمثل وعيه بكيانه، وتشمل كلا من مشاعره وأفكاره ومدركاته وذاكرياته، وسماته وقدراته، وكل ما يملكه من أجزاء جسدية وتنظيمات عقلية، تشكل في مجموعها كيانا منفصلا عن العالم الخارجي له خصائصه وسماته الخاصة، ويعيها الفرد كضمير للمتكلم يشير به إلى نفسه.

تأخذ الذات اتجاهين أحدهما على أنها وحدة الفرد في كليته قبل أي احتكاك مع العالم الخارجي مزودة بالطاقة الغريزية التي تسمح لها بالنمو والتطور متماشية مع البيئة الموجودة فيها، أما الاتجاه الثاني لها فهي حصيلة ما اكتسبه الفرد من معطيات سمحت له بإدراك تميز ذاته عن الآخرين كوحدة شخصية تم صقلها بمجموعة من التغيرات والعوامل وفيما يتعلق بالأنا فهو الركن الثاني الذي ميزه فرويد في نظريته الثانية للجهاز النفسي ليأخذ

بذلك مفهوما تحليليا فالأنا يكون نتيجة أنساق التماهي بالغير حيث يلاحظ على أنه موضوع للحب النرجسي لا يتكون إلا في عملية التماهيات (لعوامن، 2010، ص 33)

2.2. قوة الأنا:

1.2.2 نشأة مفهوم قوة الأنا:

كان فرويد أول من تناول الأنا ضمن مكونات الجهاز النفسي للشخصية، حيث اعتبر الأنا مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي والخارجي، والعمليات العقلية، والمشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية، وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى، وبين الواقع ولذلك فهو منفذ للشخصية، ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ الذات والتوافق الاجتماعي، وعليه فإن استطاعت الأنا القيام بوظائفها والعمل على التكيف مع البيئة الخارجية، والرغبات الداخلية للفرد فهي سوية وقوية وتنمو نمو سليما ولقد اتخذ الباحثون هذه المتطلبات أساسا فسروا من خلاله ما أطلقوا عليه مصطلح قوة الأنا.

ويرجع الفضل إلى آيزنك الذي استنبط مفهوم قوة الأنا من سلسلة دراساته العالمية في الشخصية خصوصا ما يتعلق بالجانب المزاجي والانفعالي منها

وقد أسهمت الدراسات العملية التي قام بها كاتل، والتي توصل من خلالها إلى وجود عدد من المحاور الأساسية للشخصية، والكشف عن وجود عامل قوة الأنا في مقابل الميل العصابي، كواحد من (16) عاملا، تشكل في مجموعها السمات الأولية للشخصية وهذه العوامل ثنائية القطب، ونظرا لتعدد الأبحاث تعددت مسميات بعد قوة الأنا فأطلق عليه آيزنك وكاتل "بعد الاتزان الانفعالي"، وآخرون أطلقوا عليه "الثبات الانفعالي"، أو حسن التوافق أو الاتزان في مقابل عدم الثبات الانفعالي أو سوء التوافق الانفعالي (مقبل، 2010، ص 19)

2.2.2 تعريف قوة الأنا

تعريف باسمه كيال إن الفرد ذو الأنا القوي يتسم بالمرونة في حل المشكلات وينجح في التكيف والتوافق الاجتماعي مما يجعله أقل عرضة لأعراض العصاب والذهان، أما إذا كانت

الأنا في حالة ضعيفة وتحت تأثير الهو، فقد ينتج عن ذلك تدهور الفرد تحت أية شدة، ولا يمكنه احتمال الكبت ويتعرض لأعراض عقلية واضطرابات في الشخصية. (لعوامن، 2010، ص 53)

تعريف ابراهيم عيد تعتبر قوة الأنا بأنها محور الحياة النفسية ومكمن قوتها التي تقاس بالقدرة على تحمل الإحباط وتجاوزه والارتفاع فوق مشاعر الذنب والمضي قدما بالإمكانات توكيدا للذات وتحقيقا لها (لعوامن، 2010، 53)

تعريف تعريف فرج عبد القادر طه هي قدرة الشخص على أن يحقق التوافق وهذا يدل على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج الصراعات الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة (طه، 1987، ص 370)

تعريف كمال الدسوقي هي القوة الافتراضية للأنا كما تحدها كمية الطاقة النفسية المتاحة لها (أبوشامة، 2010، 17)

تعريف جابر عبد الحميد، علاء الدين كفا في هي قدرة الذات الشعورية على أن تحتفظ بتوازن فعال بين الدفعات الداخلية والواقع الخارجي، وبالمصطلحات الفرويدية فإن قوة الأنا هي قدرة وكفاء الأنا على التوسط بفاعلية بين الهو والأنا ومطالب الحياة، والفرد ذو الأنا القوي، يمكنه أن يتحمل الإحباط والضغط، وأن يؤجل الإشباع وأن يعدل الدوافع الأناية حين الضرورة وأن يقضي على الصراعات الداخلية والمشكلات الانفعالية قبل أن تؤدي إلى العصاب (أبوشامة، 2010، 18)

3.2.2 قوة الأنا والصحة النفسية:

يعتبر مفهوم قوة الأنا من المفاهيم الرئيسية في المجال الإكلينيكي حيث يشير إلى قدرة جاهز الأنا على القيام بوظائفه بكفاءة كما يشير ضعف الأنا إلى عزم القجرة على القيام بهذه الوظائف بالدرجة المطلوبة لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي للفرد، وضعف الأنا هو الذي يعبر عنه بالعصابية وهي الصفة الغالبة في العصاب وهي التي تميز أشكال العصاب

المختلفة عن غيرها من صور الاضطرابات، والعصابية ليست هي المرض النفسي ولكنها الاستعداد للمرض، أي أن صاحب الدرجة العالية في مقياس العصابية هو صاحب الدرجة المنخفضة في قوة الأنا، يكون أكثر عرضة للاضطراب النفسي من الآخرين، إذا ماتعرض في حياته لعوامل بيئية ضاغطة، ويرى عبد المنعم أن الشرط الضروري للمرض النفسي هو ضعف الأنا نسبيا أو مطلقا بحيث يعوقه ذلك عن أداء مهامه، وتعتمد طريقة التحليل النفسي في العلاج على استعادة سيطرة الأنا على نفسه، وفي هذا الصدد يرى أحمد عبد الخالق أن أحد الخصائص الأساسية للعصاب هي ضعف الأنا ولذلك فإن الهدف الأساسي من العلاج النفسي هو إحداث تغيرات مرغوبة في الأنا، أي تقوية الأنا (لعوامن، 2010، ص55)

ويتصف صاحب الدرجة العالية في مقياس قوة الأنا، أو الدرجة المنخفضة في مقياس العصابية بالخلو من الأعراض المرضية، وبالقدرة على تحقيق درجة طيبة من التكيف في الوسط الذي يعيش فيه كما أنه يتصف بدرجة عالية من التحكم في الذات، وتحسن استخدام مهاراته وقدراته إلى أقصى حد ممكن ويستطيع أن يواجه الضغوط التي يتعرض لها سواء كانت ضغوطا داخلية أو خارجية، وفي المقابل فإن صاحب الدرجة المنخفضة في مقياس قوة الأنا أو الدرجة العالية في مقياس العصابية يتميز بنقص القدرة على ضبط الذات وعدم الكفاءة في التعامل مع البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية وعدم القدرة على الاستفادة من إمكاناتهم وقدراتهم وسيادة مشاعر الذنب والإثم والتقدير المنخفض للذات، ولهذا فإن تقوية الأنا تساعد الإنسان على السيطرة على البيئة وتمكنه من معالجة الضغوط البيئية بطريقة إيجابية وفعالة بعيدا عن القلق والتوتر، وبالتالي فإن الركيزة الأساسية في الصحة النفسية إنما تتمثل في ما لدى الأنا من قوة وإيجابية في التعامل مع الواقع، بعيدا عن الميكانزمات والرغبات الطفلية، وهنا يتضح أن صحة الأنا ورشده مكونان في قوته، وأن فشله وجهله مكونان في ضعفه، ونقص قدرته في كبح الذات والسيطرة على البيئة، ولقد أشار علاء الدين كفا في إلى أن قوة الأنا تمثل محور الصحة النفسية ومعظم تعريفاتها تدور حول الأنا وقدرتها على القيام بوظائفها المختلفة، ويستخدم مصطلح قوة الأنا كبديل أو مرادف لمصطلح الثبات الانفعالي

الفصل الثاني: قوة الأنا

الوجداني، وإن قوة الأنا، تشير إلى التوافق مع الذات والمجتمع مع الخلود والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضى، حيث تكون الصحة النفسية هي محصلة أو نتيجة لقوة الأنا (لعوامن،

2010، ص 55)

خلاصة الفصل

وبعد استعراضنا لأهم العناصر المتعلقة بالأنا وقوة الأنا، يتبين لنا بوضوح أهمية الأنا كعنصر أساسي في الحفاظ على توازن الشخصية، وإعادة هذا التوازن في حالة اختلاله، وفعالية الأنا في أداء وظائفها تشير إلى مصطلح أساسي وهو قوة الأنا التي تبين لنا أنها هي الأخرى بدورها تعد ركيزة أساسية في الصحة النفسية، فما هذه الأخيرة إلا محصلة لقوة الأنا، ووجود قوة الأنا يعد عاملا أساسيا في الحماية من الإصابة بالأمراض النفسية، كما أن وجود قوة الأنا يساهم في جعل الفرد يتعامل مع الضغوط الحياتية التي يواجهها بطريقة فعالة وإيجابية بعيدة عن القلق والتوتر، ما يوفر له توافقا نفسيا واجتماعيا أكبر، ويخفف من حدة وعبء الضغوط الاجتماعية، كما يمكن القول بأن امتلاك قوة الأنا يشكل وقاية من الاضطرابات النفسية خاصة في عصر تتزايد فيه الضغوط والأعباء الاجتماعية، ما يجعل الفرد عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات التي قد تجد منفذها للتفريغ في جسد الفرد على شكل أعراض سيكوسوماتية متعددة التأثير على مختلف أنسجة وأجهزة الجسم

الفصل الثالث الصداع التوتري تعريفه، أسبابه، أعراضه

تمهيد:

1.3 . الجهاز العصبي

1.1.3 تعريف الجهاز العصبي

2.1.3. مكونات الجهاز العصبي

3.1.3 كيفية تأثير الضغط على الجهاز العصبي

2.3 الصداع التوتري

1.2.3. تعريف الصداع التوتري

2.2.3 أعراض الصداع التوتري

3.2.3 أسباب الصداع التوتري

4.2.3 علاج الصداع التوتري

خلاصة الفصل

تمهيد:

يشهد العالم في ظل عصر العولمة تطورا سريعا في شتى المجالات، حيث تحصل العديد من التغيرات المستمرة، ولا سبيل للتعامل معها إلا بمواكبتها ومسايرتها، غير أن ذلك لا يجدي في مواكبة هذه الأحداث حيث تتزايد الضغوط والانفعالات والمواقف الضاغطة في ظل عصر السرعة، ومع كل ما يعانيه الفرد في سبيل اللحاق بعجلة السرعة، تتأثر عضوية الفرد ونفسيته ما يضاعف عليه معاناته، وقد لا يجد سبيلا للتفريغ إلا في عضويته، حيث تبقى عرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، مثل الصّاع التوتري الذي يعد مرض العصر حاليا نظرا لشدة انتشاره والعجز عن وصف علاجات نهائية له، ولعل ذلك راجع لكون أسبابه نفسية، أكثر منها عضوية خاصة العوامل الانفعالية الضاغطة التي تستهدف أهم أجهزة الجسم وهو الجهاز العصبي، الذي غالبا ما يكون الضحية الأولى لمثيرات العالم الخارجي.

1.3 الجهاز العصبي

1.1.3. تعريفه:

إن كل سلوك يقوم به الكائن الحي ما هو إلا نتاج للجهاز العصبي، الذي يعد سيد أجهزة الجسم لما له من قدرة على التحكم فيها، وإصدار سلوكياتنا الإرادية واللاإرادية منها، ففهمه ومعرفة آلية عمله يشكل خطوة بالغة الأهمية في فهم الكثير من الظواهر السيكلوجية وتفسيرها على الوجه الصحيح (باهي، 2002، ص3)، ولعله تجدر الإشارة إلى أن الإنسان يعد أرقى الكائنات الحية، حيث يملك جهازا عصبيا متطورا يعد مسؤولا عن التقدم الحيواني الذي حققه الإنسان، بما فيه من إمكانيات لا مقابل لها لدى الحيوانات الأدنى منه في سلم التطور (عوض، 1999، ص39).

والجهاز العصبي هو عبارة عن الجهاز الذي يسيطر على أجهزة الجسم المختلفة، لضبط وتكييف وتنظيم المعلومات الحيوية المختلفة الضرورية للحياة بانتظام وتآلف تام، فيقوم كل عضو بما خصص له في الوقت المناسب، وتشمل هذه العمليات الإرادية التي نقوم بها بمحض إرادتنا، وكذلك العمليات غير الإرادية التي لاقدرة ولا سيطرة لنا على تسييرها (عكاشة، 2008، ص29).

2.1.3 مكوناته:

يتكون الجهاز العصبي من نوعين رئيسيين من الخلايا، الأولى هي الخلايا العصبية وهي المكونة للنسيج العصبي الذي يمثل القوالب البنائية والوظيفية للجهاز العصبي، وهي على درجة عالية من التخصص في وظيفة توصيل النبضات العصبية من وإلى المخ، ما يعني أنها المتدخلة

في كل وظائف الجهاز العصبي، أما النوع الثاني فهي الخلايا الدبقية التي تتمحور وظيفتها في تدعيم وحماية خلايا الجهاز العصبي (زيغور، ب س، ص 69)

ينقسم الجهاز العصبي إلى جزأين هما

• أولا الجهاز العصبي المركزي

يعد الجهاز العصبي المركزي هو مركز معالجة المعلومات وإعطاء الأوامر لبقية أجهزة الجسم وأعضائه، ويحوي كلا من المخ والنخاع الشوكي، وهما محاطان بمجموعة من ثلاثية من الأغشية والسحايا، منها غشاءان رقيقان للغاية هما الأم الحنون والعنكبوتية، أما الثالث فهو غشاء ليفي متين يسمى الأم الجافية، هذا فضلا عن أن المخ مكنون في التجويف العظمي - علبة المخ - كما أن النخاع الشوكي مستكين في قناة عظمية تتكون من أجسام الفقرات وأقواسها الظهرية، ويحاط المخ والنخاع الشوكي أيضا بالسائل المخي الشوكي، الذي تحويه تجاويف المخ، ويقوم هذا السائل علاوة على عمله كوسادة لحماية المخ والنخاع بخدمة عمليات التغذية الخاصة بالمخ (عكاشة، 2008، ص 37)

• النخاع الشوكي يتخذ شكل أسطوانة مفلطحة شيئا ما في سمك خنصر اليد على وجه التقريب، وهو يمتد من قاعدة الجمجمة إلى نهاية الظهر السفلى تقريبا، وفي مقطع عرضي له يتضح وجود منطقة رمادية وسطه شبيهة بشكل الفراشة، يحيط بها ما يسمى بالمادة البيضاء، تحتوي المنطقة الرمادية على الخلايا العصبية، بينما تتكون المادة البيضاء من حزم المحاور المغلفة بالميلين، تسمى المسارات، الجزء الأمامي من المادة الرمادية يحوي الخلايا العصبية التي تنشأ منها أعصاب الحركة، أما الجزء الخلفي فيحوي الخلايا العصبية الحسية والموصلة، أما المادة البيضاء فيمكن تمييز مساراتها إلى مسارات الإحساس الصاعدة إلى المخ، ومسارات الحركة الهابطة من المخ، وتخرج من النخاع الشوكي على مسافات منتظمة إلى حد كبير، أزواج من الأعصاب تعرف باسم الأعصاب النخاعية الشوكية وعددها (31 زوجا، وللنخاع الشوكي وظيفتان رئيسيتان أولاهما أنه الجذع الرئيسي لتوصيل السيالات العصبية وتتابعها من المخ وإليه، أما الوظيفة الثانية فهي كونه مركز الأفعال المنعكسة اللاإرادية، مثل سحب اليد فورا عند لمس النار، وفوق النخاع الشوكي يوجد النخاع المستطيل، وفيه يستقر أهم مركزين من مراكز الجهاز العصبي الذاتي وهما مركز التنفس والقلبي الدوري المختص بضربات القلب ووظائف الجهاز الوعائي كله، وبعد النخاع المستطيل تأتي القنطرة، وهي كما يدل اسمها جسر، يحوي عددا كبيرا من المسارات التي لا تتصل بالنخاع الشوكي وحسب وإنما تتصل أيضا بأجزاء من المخ يسمى المخيخ (عكاشة، 2008، ص 38)

• **المخ:** ينقسم المخ إلى قسمين متماثلين تماما، يضبط الجزء الأيمن منه الجانب الأيسر للجسم في حين يضبط الجزء الأيسر الجانب الأيمن للجسم، ويربط بين هذين الجزأين أجسام صلبة، وينقسم نصفاً كرة المخ إلى فصوص:

الفص الجبهي: وهو الجزء الأكثر نمواً منه في سائر الحيوانات الرئيسية الأخرى، وهو مركز الوظائف العقلية العليا، كالتدليل المنطقي والتقدير ورسم الخطط، كذلك الشعور بالألم وبعض الأحاسيس، فالمهمة التي نطلق عليها لفظ العواطف، تنشأ في الغالب من بعض أجزاء في الفص الجبهي (عوض، 1999، ص 69)

الفصان الجداريان: يختصان بصفة رئيسية بما يمكن تسميته بالإحساس غير المخصص على سبيل المقابلة للسيالات الحسية التي تنتقل إلى المخ من أعضاء الحس الخاصة بالسمع والإبصار، وذلك لأن مجموعات كبيرة من المسارات العصبية تصدر من السرير (المهاد)، وتنتهي في الفصين الجداريين حاملة إليهما سيالات عصبية انتقلت أولاً من الحبل الشوكي بطريق التتابع، كما هو الحال في الإحساس بواسطة اللمس (عوض، 1999، ص 69)

الفصان الخلفيان: يكاد ينحصر اختصاصهما في استقبال السيالات البصرية وتقديرها وتقويمها أي في حاسة البصر (عوض، 1999، ص 69)

الفصان الصدغيان: هما مركزان لاستقبال السيالات الناشئة في الأذنين، أي أنهما مركزان سمعيان. (عوض، 1999، ص 69)

• **المخيخ:** يقع خلف البطين الرابع، وينحصر ما بين جذع المخ والمخ وحجمه (8/1) من المخ، ويسمى المخيخ بالمخ الصغير، ويتحكم المخيخ بكل حركات الجسم ويستقبل الاستثارات العصبية من المراكز الحركية بالمخ، وكذلك من نهايات الأعصاب بالعضلات، ويعطي المخيخ الأوامر للعضلات لضبط الحركة ودقتها. (باهي وحسن وحشمت، 2002، ص 108)

• ثانياً الجهاز العصبي المحيطي

يتألف هذا الجهاز من الأعصاب الدماغية والأعصاب النخاعية الشوكية والأعصاب اللاإرادية، أما الأعصاب الدماغية فعددها (12) زوجاً، تنشأ من أجزاء متفرقة من المخ، ولكنها تتصل جميعها باستثناء الزوجين الأولين بما يسمى الجزء المحوري من المخ، أي جذعه أو ساقه التي تتكون من النخاع المستطيل والقنطرة والمخ المتوسط، أما النخاع الشوكي فيتصل به (31) عصباً شوكياً من كل جهة، وتسمى بأسماء المناطق التي تقع فيها، فتعرف الثمانية الأولى بالأعصاب الشوكية العنقية، والثاني عشر التي تليها بالأعصاب الشوكية

الظهرية، ثم خمسة أعصاب شوكية قطنية، ثم خمسة أعصاب عجزية، ثم الأخير العصب العصبي. (عكاشة، 2008، ص 51)

تنقسم الأعصاب في الجهاز العصبي المحيطي إلى أعصاب جسدية تعرف بالأعصاب الإرادية، وأعصاب مستقلة تعرف بالأعصاب اللاإرادية، يتكون الجهاز العصبي الجسدي من الأعصاب المحركة المتصلة بالعضلات بأجزاء الجسم المختلفة والأعصاب الحسية من العين والجلد والأذن، ويتكون الجهاز العصبي المستقل من أعصاب تتصل بأعضاء الجسم الداخلية مثل الجهاز الهضمي والجهاز البولي، ويؤثر بطريقة لا إرادية على أجزاء داخلية من الجسم . (باهي وحسن وحشمت، 2002، ص 3)

ويتكون الجهاز العصبي المستقل من جهازين، الأول السيمبثاوي وهو ينشط أجزاء الجسم مثل القلب واندفاع الدم وغيرها، والجهاز الآخر هو الباراسيمبثاوي وهو الجزء المختص بعملية التثبيط، مثل خفض ضربات القلب واندفاع الدم، وأثناء الخوف يعمل الجهاز السيمبثاوي ويزيد ضربات القلب وجفاف الفم وسريان الدم إلى العضلات على حساب الجلد والجهاز الهضمي وأثناء الراحة يعمل الجهاز الباراسيمبثاوي، ويهدئ القلب، وسريان الدم ويسمح بإفراز اللعاب وإفرازات المعدة. (باهي وحسن وحشمت، 2002، ص 4)

3.1.3 كيفية تأثير الضغط على الجهاز العصبي:

ولعله من كل ما سبق يتسنى لنا رؤية أهمية الجهاز العصبي في التحكم بالعضوية ككل، بجانبها العضوي والنفسي، وبما أن كل سلوكياتنا صادرة عنه كما سبق، وهو المشرف على التحكم في سيرورة كل الأحاسيس التي نستقبلها والمشاعر والانفعالات والوجدانات والذكريات والعمليات الفكرية والعقلية، فبهذا يمكن اعتباره نقطة الوصل بيننا وبين العالم الخارجي، ولذا فما نستقبله من العالم الخارجي يتلقاه هو أولاً، وبهذا فهو من يواجه التوتر والضغوط والانفعالات التي نتعرض لها، ولهذا فإن الأثر السلبي لها ينعكس أولاً على الجهاز العصبي (دايلي، 2013، ص 52)

الضغط النفسي ثورة داخلية تقتحم المراكز العصبية الموجودة في اللحاء، فيحتل توزيع القوى العصبية، واتزانها وتنشيط الجهاز العصبي بطريقة تعسفية، وذلك يخرج الإنسان عن حدود النشاط المنظم المعتدل السوي، ويبدو الأثر السيئ لتلك الثورة العارمة، على الوظائف العقلية، فيؤدي الضغط إلى عدم اتزان في المواد الكيميائية العصبية، التي يمكن أن تساهم في تطور الاضطرابات العقلية، ويرتبط إفراز "الكورتيزول" لفترات طويلة الأمد لإتلاف "النيورونات في

الدماغ، وهذا التلف قد يؤدي إلى حدوث مشاكل في الذاكرة والتركيز، وهذه الميكانيزمات قد تكون إحدى العوامل المسببة للخرف الذي يحدث في أعمار متقدمة ولأن العلاقة بين العالم الخارجي ومابه من ظروف ومواقف ضاغطة، والعالم الداخلي المعقد وما يشمله من مراكز عصبية هي علاقة تأثير، فإن أي موقف يفسر على أنه ضاغط من خلال عملية التأويل التي يقوم بها العقل ، فإنه يؤثر على الدماغ فيحدث اختلال على مستوى القدرات العليا للإنسان (دايلي، 2013، ص52)

وعند التعامل مع الضغوط حسب نظرية والتر كانون Walter canon فلا بد للجسم من اختيار إحدى الاستراتيجيتين التاليتين إما الهروب وبالتالي إخماد النشاط السمبثاوي أو الودي، أو المواجهة وبالتالي تهيج نظير السمبثاوي، وفي كلا الحالتين تظهر نظير الغدة النخامية " Hypophysis الكورتيكوتروبين "Corticotropin"، ويجعل هذا محيط الكظر يقوم بطرح السيترويدات القشرية " Coticotraide والإيبينفرين " Epinephrin "أدرينالين والتي يطلق عليها هرمونات الضغط، ومن خلال ما ينجم عن ذلك من طرح للأدرينالين، تنشط هذه الهرمونات الجهاز العصبي الإعاشي، وكنتيجة لذلك تتسارع ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم، وتتوتر العضلات، وتنشط آليات تخثر الدم، وي طرح الكبد السكر من أجل الإمداد بالطاقة، وبهذا يتحول الجسم إلى حالة من التأهب من أجل التعامل مع الخطر، وتستمر هذه الحالة حوالي نصف ساعة، وهذه الاستجابة السريعة للكر والفر حسب "كانون" قد تسبب الأذى للعضوية على المدى الطويل لأنه يعطل الوظائف الانفعالية والسيكولوجية، وعند استمرار الضغط لمدة طويلة فإنه يمهّد لظهور اضطرابات سيكوسوماتية . (دايلي، 2013، ص 62)

إذا فتعرض الجهاز العصبي لفترات طويلة من الضغوط وتعامله معها بإحدى استراتيجيتي المواجهة و الهروب، وكثرة التعرض لحالات التأهب يجعله لا محالة عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، وتستهدف أجهزة وأنسجة وأعضاء الجسم، بناء على عوامل معينة منها ضعف العضو وحساسيته، ومن بين الأمراض السيكوسوماتية العديدة الصداع التوترى.

2.3. الصداع التوترية:

1.2.3 تعريف الصداع التوترية:

تعريف "Ad hoc committee" بالولايات المتحدة هو إحساسات بالضغط والانقباض متغيرة الأدة والتواتر والمدة قد تدوم لمدة طويلة – وعموما تقع في منطقة تحت قفائية، وتكون مصحوبة بتقلص العضلات الهيكلية، مع غياب التغيير البنيوي الدائم، وهو يمثل أحد جوانب استجابة الفرد للضغط (بلقاسم، 1992، ص 14)

2.2.3 أعراض الصداع التوترية:

- يمكن أن يحدث يوميا.
- العوامل النفسية موجودة، خاصة القلق والاكتئاب.
- نوبات متعددة تستغرق (1/2) ساعة وحتى مدة أسبوع.
- ألم ضاغط ليس شديدا، يشعر به في الجانبين أو من الأمام للخلف، لا يتحرص بالفعالية الروتينية.
- لا يوجد غثيان أو إقياء أو رهاب الصوت أو رهاب الضوء (زوكار وديوب، 2009، ص

(154)

3.2.3 أنواع الصداع التوترية

أولا الصداع التوترية Headache tension- type

يتسم الصداع التوترية بنوبات متكررة الألام الرأس دون سمات محددة مرتبطة بها وعادة ما يتراوح عدد النوبات بين أقل من (5) نوبات في الشهر، وتستمر النوبة من نصف ساعة إلى ساعتين في اليوم، ويتصف الألم في هذا النوع من الصداع على جانبي الرأس (ثنائي الموقع) كما تتراوح شدة الألم بين الخفيف والمعتدل، وتستمر الألام مع الشعور بالضغط المستمر على الرأس ولا يتفاقم الألم مع مزاوله النشاطات البدنية، أو التعرض للضوء أو للصوت أو للثنين معا ولا توجد رغبة في التقيؤ أو الاستفراغ (الشطي، 2014، ص 13)

ثانيا الصداع التوترية لفترات Episodic tension- type headache

تحدث نوبات الصداع التوترية بمعدل (10) مرات نوبات على الأقل في الشهر، وتستمر نوبة الصداع من نصف ساعة إلى 7 أيام، ويتسم الألم بأنه ثنائي الموقع في الرأس وتتراوح شدته بين ألم خفيف ومعتدل، والشعور بالضغط المستمر على الرأس، ولا يتفاقم الألم، مع مزاوله

الأنشطة البدنية، أو التعرض للضوء، أو الصوت أو الاثنين معا، ولا توجد رغبة في الاستفراغ (الشطي، 2014، ص 13)

ثالثا الصداع التوترية المزمن Chronic tension- type headache

تحدث نوبات الصداع التوترية المزمن بمعدل (15) نوبة على الأقل في الشهر، وتستمر النوبة أكثر من نصف ساعة إلى مدى غير محدد، مع ألم ثنائي الموقع مع الضغط في الرأس، تتراوح مدة الألم، بين خفيف إلى معتدل، ولا يزداد الألم مع مزاوله الأنشطة البدنية، أو مع التعرض للضوء أو الصوت أو الاثنين معا، دون أي رغبة في الاستفراغ. (الشطي، 2014، ص 14)

4.2.3 أسباب الصداع التوترية:

قدم العياديون العديد من الملاحظات والافتراضات المختلفة حول العوامل النفسية التي ترتبط بالألم المزمن الخاص بالصداع، إذ يرى بعضهم أن الصداع المزمن مرتبط بنظام عصابي محدد حيث يمثل ألم الرأس عرضا مميزا للتعبير عن المعاناة كما يفترضون أن الصداع المزمن الذي يرتبط بالوسواس يعبر عن شعور شبه هذائي للاضطهاد الداخلي وعندما يرتبط بالهستيريا فهو يعبر عن وسيلة اتصال وفي حالة ارتباطه باضطراب سيكوسوماتي فهو يعبر عن رسالة شخصية من المريض الذي لا يمكنه التعبير عن كيانه إلا من خلال الصداع، وقد يمثل الصداع عرضا من أعراض الاكتئاب، وقد يشكل اكتئابا مقنعا يتم الكشف عنه من خلال عملية التشخيص، والتي تعتمد على وجود أعراض ثانوية خاصة بهذا النمط من الاكتئاب كالإحساس بالملل والحزن والتعب والأرق (بلقاسم، 1992، ص 16)

5.2.3 علاج الصداع التوترية:

حسب دراسة (بلقاسم) التجريبية حول تجريب برنامجين علاجيين لعلاج الصداع التوترية المزمن فإنه حسب نتيجة الدراسة فالعلاج النفسي للقلق ينعكس مباشرة وإيجابيا على الصداع، كما ثبتت فعالية كل من العلاج البؤري المستوحى من العلاج التحليلي والعلاج السلوكي المعرفي في علاج الصداع التوترية، كما أثبتت النتائج أن للعلاج السلوكي المعرفي نتائج أفضل مقارنة بنظيره البؤري في الحد من آثار وأعراض الصداع التوترية المزمن. (بلقاسم، 1992، 208).

خلاصة الفصل:

إن الجهاز العصبى يعد سيد أجهزة الجسم والمتحكم فيها كلها، وهو مصدر كل سلوك نقوم به، وتعرضه الدائم للمواقف والأحداث الضاغطة وتأهبه الدائم للتعامل معها، قد يعرض العضوية للخطر وينهكها، كما أن الضغوط والآثار النفسية أيضا لها أثرها على الجهاز العصبى وعلى العضوية، وهذا التأثير المزدوج قد يعرض العضوية للإصابة بالأمراض السيكسوماتية والتي خصينا الصداع التوترى بدراسته من بينها، فتأثير القلق وأحداث الحياة الضاغطة والإنهاك المستمر للجهاز العصبى، يزيد فرص الإصابة به، وقد تكون الجدوى العلاجية منه من نصيب العلاجات النفسية .

الفصل الرابع العقم عند المرأة

تمهيد.

1.4. تعريف العقم.

2.4 آلية حدوث الحمل.

3.4 أسباب العقم.

4.4 أنواع العقم.

5.4 علاج العقم.

6.4 سيكولوجية العقم.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد العقم مشكلة قديمة قدم البشرية، حيث تزخر الأساطير والقصص الشعبية بقصص و حكايا عن نساء عانين العقم وغالبا ما يكون الحل بيد الساحرة، ولعل هذا ما يفسر ارتباط العقم بالشعوذة والسحر، إلا أن الطب أثبت الأسباب العضوية الواضحة التي تؤدي للإصابة بالعقم، لكن وجود حالات عقم نفسي لا يشخصها الفحص الطبي يعزز ارتباط العقم بالسحر والشعوذة في الثقافة الشعبية، ورغم التطور العلمي والحضاري الكبير الذي يشهده العالم حاليا، إلا أن كثيرا من الجهل والمعتقدات الزائفة لازالت تغلف موضوع حساسا مثل العقم، كما أن عجز الطب أحيانا عن التشخيص والعلاج لهذه الحالات، والضعف النفسي والاجتماعية الشديدة التي يعانونها يدفعهم إلى اللجوء إلى العلاجات الشعبية بما قد تتضمنه من أساليب بعيدة كل البعد عن العلم والطب

1.4 تعريف العقم:

تعريف العقم Sterility :

حسب قاموس لاروس الطبي "يعرف بأنه عدم قدرة الزوجين على إنجاب طفل، ولا يمكن الحديث عن العقم إلا بعد عامين من محاولات إخصاب منظمة من أجل الظفر بالطفل (زغيدى، 2015، ص 45)

حسب قاموس علم النفس "العقم بصورة عامة هو غياب الأولاد أو النسل بقلق الزوجين، بعد مرور وقت على الحياة الزوجية (زغيدى، 2015، ص 45)

حسب معجم علم النفس والطب النفسي "هو حال عدم الخصوبة، أو العجز عن الإسهام في إنسال كائن عضوي، وقد يطلق اللفظ على الفرد العاجز عن إنتاج أفراد من نوعه، أو على الشخص الذي يصبح غير قادر على إعالة حياة ميكروبية أو جرثومية بسبب علاجه بالكيميائيات أو الإشعاع أو الحرارة (جابر وكفاني، 1995، ص 3728)

2.4 آلية حدوث الحمل:

في الحالة العادية لدى المرأة، تظهر بويضة أصغر من حبة الحمص حجما، وذلك داخل كيس صغير يسمى بكيس (جراف) نسبة إلى العالم (R.Graaf 1672)، يوجد بداخل هذا

الفصل الرابع: العقم عند المرأة

الكيس سائل (الفوللكيوليني) أحد مفرزات الغدة النخامية التي تصب في الدم، وعندما ينضج الكيس تخرج البويضة والسائل مع هرمون الأستروجين، ويصاحب ذلك آلام الدورة الطمثية، ويبقى الكيس مملوء بالجسم الأصفر الذي هو عبارة عن مجموعة خلايا تقوم بإفراز هرمون البروجستيرون وهذه الخلايا مكونة من أجسام شحمية ذات لون أصفر لاحتوائها على مادة الجزرين (Carotene) التي تفرزها بواسطة الفص الأمامي للغدة النخامية، كما يتم إفراز قليل من هرمون الأستروجين مع عملية الإباضة، وبعد عملية الإباضة ينحسر الجسم الأصفر بعد اليوم الثاني عشر ويتحول إلى جسم أبيض (Corpus Albicans)، وإذا حدث تلقيح فإن الجسم الأصفر ينشط، مع زيادة إفرازاته الهرمونية لتهيئة عملية التعشيش في الرحم، أما إذا لم تتم عملية التلقيح فإن الجسم الأصفر يذبل ويتلاشى وتموت البويضة التي تخرج مع دم الحيض، ويتلاشى الجسم الأصفر تتلاشى الهرمونات (البروجستيرون والأستروجين) وينخفض مستواها مما يسبب حدوث طمث آخر، ويصاحب ذلك ضمور سماكة الرحم، وانسلاخ الطبقة السطحية والوعائية خلال (4 - 5) أيام، وتستعيد بذلك الغدة النخامية نشاطها بعد الدورة وتفرز هرموناتها في كيس جراف ما يؤدي إلى توقف خروج دم الطمث، وينمو كيس آخر وبويضة أخرى، وقد تقصر أو تطول مدة الدورة الطمثية ما بين (20 - 45) يوما. (خير الزراد، ب س، ص 332)

وأي اضطراب في الآلية السابقة يؤدي إلى حدوث حالة العقم لدى المرأة، وتتعدد وتتنوع الاضطرابات والأسباب التي تخل بسيرورة آلية الحمل، مؤدية بذلك إلى حدوث العقم عند المرأة.

3.4 أسباب العقم عند المرأة

تتعدد أسباب العقم بين أسباب بيولوجية بحثة راجعة لمشكل أو خلل بيولوجي واضح يمكن الكشف والتأكد منه طبيا وهذه الأسباب هي الأرجح غالبا، وكذلك إلى أسباب نفسية معينة تفرض أثرها على الجانب البيولوجي، وقد يتم إغفال جانب الأسباب النفسية غالبا عند المتابعة الطبية، إلا أن الوعي بها قد يتزايد في الحالات التي لا يتم فيها إثبات السبب البيولوجي.

أولاً الأسباب البيولوجية

- ضعف القدرة على التبويض، وذلك لمرض في المبيض أو لخلل هرموني.
- مشكلات تشريحية مثل ضيق الأنابيب أو انسدادها، أو ضيق عنق الرحم أو صغر حجم الرحم.
- عوامل خاصة بالمناعة بحيث يفرز جسم المرأة أجساماً مضادة للحيوانات المنوية.
- عدم اكتمال النضج البيولوجي للمرأة، حيث تكون عملية التبويض ضعيفة، أو يكون الرحم صغيراً، أو الأنابيب ضيقة.
- تكرار الإثارة الجنسية دون إشباع، ما يصيب عنق الرحم بالاحتقان والجفاف والتلجج (عبد الفتاح، 2007، ص56)
- وجود أورام ليفية في الرحم.
- عوامل هرمونية تؤدي إلى قصور في وظيفة الجسم الأصفر، وغياب الإباضة.
- عدم تمزق غشاء البكارة أحياناً، والتهاب المهبل، والالتهابات الجرثومية.
- مرض السل (أو الدرر) الذي قد يصيب العشاء المخاطي.
- مرض السيلان، وانسداد قناة فالوب بسببه (خير الزراد، ب س، ص 334)

ثانياً الأسباب النفسية

- عدم التوافق في العلاقة الزوجية وما يلي ذلك من صراعات وشجارات، تؤثر على التوازن الهرموني وعلى انقباضات وانسبساطات عضلات الرحم والأنابيب وغيرها، مما يؤثر على عملية التبويض وعلى استقرار البويضة في الجهاز التناسلي الذي يحتاج إلى حالة من الاستقرار ليتمكن من حضانه البويضة الملقحة.
- وجود صراعات داخلية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وإقامة علاقة معه، وذلك بسبب مشكلات نفسية عميقة الجذور أو بسبب الخوف الاجتماعي المبني على المبالغة في تحريم و استنذار هذه العلاقة.
- الشخصية الذكورية العدوانية داخل المرأة، والتي ترفض بوعي أو بغير وعي الدور الأنثوي المستقبل والحاضن للحيوان المنوي ثم للبويضة الملقحة ثم للجنين.
- البرود الجنسي والذي يصاحبه نشاط هرموني باهت أو ضعيف.

- شدة التعلق بالإنجاب، فالرغبة الجامحة في حدوث الحمل ربما تؤدي إلى نزول البويضات قبل نضجها.
- الصدمات الانفعالية المتكررة والتي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم، وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأنابيب والرحم وعنق الرحم (عبد الفتاح، 2007، ص 56)

4.4 أنواع العقم

من خلال عرضنا السابق للأسباب المتعددة والمسؤولة عن إحداث حالة العقم لدى المرأة وتقسيمها ما بين أسباب بيولوجية وأسباب نفسية، يمكننا استنتاج نوعين من العقم أحدهما بيولوجي والآخر نفسي.

أولاً العقم البيولوجي

وهو الذي تكون أسبابه بيولوجية بحتة، ويمكن الكشف عنه بعمل الفحوص والتحليل الطبية اللازمة والتي تؤكد وجود الخلل البيولوجي، ويمكن متابعته وعلاجه طبيا، وقد يكون العلاج مثمرا في العديد من الحالات التي تكون الاختلالات وظيفية أو تكوينية بسيطة، أو يفشل في حالات ما إذا كانت الاختلالات تكوينية يصعب تصحيحها بالتدخل الجراحي.

ثانياً العقم النفسي

وهو الذي تكون أسبابه نفسية، ويصعب بل قد يستحيل الكشف عنها طبيا، إذ يبدو أن كل شيء طبيعي حسب نتائج الفحوص والتحليل الطبية، ورغم ذلك لا يحدث الإنجاب، ومن المعروف أن العديد من التفاعلات النفسية تتم تحت تأثير الدماغ، ويكون ذلك بطريقة لا إرادية، إضافة إلى أن آلية الدورة الطمثية تتأثر بشدة بالانفعالات، وتشهد التقارير والسجلات الطبية على العديد من هذه الحالات من بينها حالة السيدة التي أكد لها الطبيب عجزها عن الإنجاب، وفكرت في تبني طفلة، وفجأة عادت إلى الطبيب بعد قرارها هذا نظرا لغياب الدورة، فتبين أنها حامل، وتبين فيما بعد أن الاستعداد النفسي لاستقبال الطفل قد عالج الحالة النفسية لدى هذه السيدة. (خير الزراد، ب س، ص 335).

5.4 علاج العقم عند المرأة:

تشهد العيادات والمراكز الخاصة بعلاج العقم إقبالا كبيرا، وقد يستمر العلاج لسنوات طويلة رغم عدم تحقيقه للنتائج المرجوة منه، ورغم تكاليفه الباهضة في بعض الأحيان، ولعل هذا الإصرار والمواظبة على العلاج راجعان إلى بصيص الأمل الذي يمنحه المشرف على الحالة في بعض الأحيان، أو إلى العجز عن تقبل فكرة المرأة بأنها مصابة بالعقم وغير قادرة على الإنجاب، إلا أن هذا لا ينفي نجاح العلاج في العديد من الحالات، خاصة إذا كان السبب راجعا إلى اختلالات وظيفية مؤقتة يمكن تصحيحها بعلاجات معينة، وكذلك في الحالات التي يكون السبب فيها نفسيا، إلا أن الجزم بهذا غير ممكن فلكل حالة خصوصيتها، ويبقى الحكم النهائي لجدوى العلاج من عدمها للمختص المشرف على علاج الحالة.

ومما سبق ذكره عن الأثر الكبير الذي تلعبه العوامل النفسية في إحداث العقم، يمكن التأكيد على أهمية عدم إغفالها أو إهمالها عند العلاج، وأولى بوادر التكفل النفسي بالحالة هي مساعدتها على التعبير والتنفيس عن مشاعرها تجاه فقد القدرة على الإنجاب، وعدم لومها على ذلك أو إشعارها بالنقص، ولا بد من التزام الموضوعية المهنية في العلاج، فإن كان ثمة أمل من العلاج فلا بأس من استمرار المحاولات خاصة أن وسائل المساعدة قد تعددت في هذا المجال، أما إذا تبينت استحالة حدوث الحمل وعدم جدوى العلاج، فيجب إعلام الزوجين ومساعدتهما على قبول الأمر وإيجاد صيغة لحياتهما تراعيهما معا. (عبد الفتاح، 2007، ص 57)

6.4 سيكولوجية العقم عند المرأة:

تشكل الأمومة في ذهن الأغلبية مرادفا آخر للأنوثة، فالأمومة هي الشيء الذي تميزت به المرأة عن الرجل وإحدى أهم فرصها للإبداع وتحقيق الذات، وهي الرخصة التي تعطيها حق التمييز وأخذ مكانة خاصة في المجتمع، وتمنح وجودها معنى أكبر من خلال مسؤوليتها تجاه أبنائها (عبد الناصر، ب س، ص 136).

هذا الارتباط الوثيق بين الأمومة والأنوثة يعزز فكرة أن العقم بما يحمله من خصوصية ضمن المجتمعات التي تحصر دور المرأة في إنشاء أسرة وإعداد أبناء صالحين للمجتمع، وبما تحمله الأمومة من قداسة ضمن هذه المجتمعات، يشكل عبئا مضاعفا على المرأة المصابة به، كونها

الفصل الرابع: العقم عند المرأة

عاجزة عن تحقيق المنتظر منها من المجتمع، ويضعها أمام إشكالات عديدة أهمها عدم وضوح الدور الاجتماعي لها، والتصورات الجسدية السلبية التي تشكلها عن جسدها، كونها عاجزة عن تحقيق دور الأم، إضافة إلى مخاوف الانفصال والتخلي عنها، وكذا إحساسها بأنها امرأة غير مكتملة أو ناقصة عما يجب أن تكون عليه.

وتعايش المرأة مع حالة العقم التي تعانيها يعد صعبا في ظل خصوصية معتقدات المجتمع وتصوراتها التي يبنها عما يجب أن تكون عليه المرأة وعن المطلوب منها، فتصورات المجتمع التي يبنها عن المرأة والاختلالات التي يتعرض لها كيانها تنقسم بين اختلالات سلبية وأخرى إيجابية.

أولا الاختلالات السلبية:

صورة المرأة العبء ترتبط هذه الصورة باعتقاد الرجل المعيل للمرأة على اختلاف درجة قرابته منها أو نوع علاقته بها بأنها مجرد مستهلك يكلفه ميزانية مالية، وأي تعويض مادي تقدمه يعد تفضلا من رجال أسرتها كونهم سمحوا لها بالعمل وأعطوها فسحة الحرية هذه.

صورة المرأة الخادمة ترتبط هذه الصورة بما ينتظره المجتمع منها، حيث تُكَلَّف أولاً بخدمة أبيها وأخيها، ثم خدمة زوجها وأولادها، وتوسع نطاق خدمتها على الأعمال المنزلية، لتعمل خارج المنزل أيضا، ما يعني مداومة واحدة للعمل بالنسبة للرجل مقابل مداومتين من العمل بالنسبة للمرأة دون التورع عن وصفها بالضعف

صورة المرأة الغاوية: تتعلق هذه الصورة بما يسقطه الرجل على المرأة من اتهامات تصفها بالبراعة في إغرائه وفتنته من خلال عرض مفاتن جسدها، بينما هو بريء حتى وإن كان شريكا لها في نفس التجاوزات

صورة المرأة الماكرة وصف المرأة بالمكر هو شكل من أشكال الإساءة إليها، حيث تلغي هذه الصفة ما تمتلكه المرأة من قدرات عقلية. (بوغندوسة و بومدين، 2015، ص 11)

ثانياً الاختلالات الإيجابية

صورة المرأة الأم إن صورة المرأة الأم ترفع من قيمة الأنثى السلبية الضعيفة لبلوغها درجة السلطانات، ولا أدلّ على ذلك أكثر مما ترويه الشواهد التاريخية عن نساء تحررن من العبودية لمجرد أنهن أنجن أمراء يرثون العرش، وإن صورة المرأة الأم ليست هي أفضل صورة بلغتها المرأة بفضل خصوبتها، حيث دلت الدراسات الأنثروبولوجية على أنها بلغت مبلغ الآلهة حسب ما تكشف عنه الأساطير القديمة التي تتفق على أنها تخفي قوى خارقة لأنها تخفي أسرار الخلق، ودليل ذلك هو انفرادها بالقدرة على الحمل والإنجاب.

صورة المرأة رمز الواجهة الاجتماعية وهي صورة المرأة المختزلة في جمالها أو مالها أو حسبها ونسبها، فهي تلك الدمية التي يباهي الرجل باستعراضها وامتلاكها. (بوغندوسة وبومدين، 2015، ص 11)

ومن خلال عرض جميع تصورات المجتمع عن المرأة يتأكد لنا أن صورة المرأة الأم هي أرقى الصور التي يمكن أن يكونها المجتمع عنها، وبهذا فالتصورات الإيجابية محصورة في قدرتها على الإنجاب أو الاستعراض، إذا فالمرأة المصابة بالعقم تفقد قدرتها على تكوين أهم تصور يعطيها إياه المجتمع وهو صورة الأم، وكل محاولاتنا للتعويض لإثبات ذاتها لا تقابل بالتقدير والإجلال الذي يمنح لصورة الأم، فمعيار التقدير في هذه المجتمعات هو خصوبتها، وكل هذا يرسخ الآثار النفسية العميقة للعقم في نفسية المرأة، فهي تشعر بالدونية، ويفقد الثقة في هويتها كأنثى كونها غير قادرة على الحمل والإنجاب.

خلاصة الفصل:

إن موضوع العقم يعد من المواضيع التي تحاط بنوع من الحساسية الشديدة في المجتمع، حيث أنه يرتبط بمفهوم العجز، وفي هذا نوع من الاتهام للمصابين به، وإقلال من قيمتهم وإنجازاتهم في حياتهم، ولعلنا من هذا نلاحظ إجلالا كبيرا لعملية بيولوجية بحثة لا تميز الإنسان عن غيره من الكائنات وقد أوردنا بالذكر مسبقا آلية حدوثها، ويأتي هذا الإجلال على حساب من يعانون من اختلال في هذه الوظيفة عندهم سواء لأسباب بيولوجية أو نفسية كما تم تفصيلها سابقا، ورغم أن الاختلال في هذه الوظيفة في حقيقة الأمر لا يؤثر على وظائفهم وأدائهم الأخرى بشكل مباشر، بل نظرة النقص والعجز لهم هي ما يؤثر عليهم أكثر، وهو ما يدفعهم لبذل جهود حثيثة في سبيل العلاج، خاصة بالنسبة للنساء منهم كون العبء مضاعفا في ظل تصورات المجتمع عن المرأة وعن أن أرقى ما يمكنها أن تكونه هو أن تكون أمًّا، فمهما بلغت، وحققت، وأنجزت، وأحرزت لهذا المجتمع، فستبقى أقل من غيرها في نظره، وعلى أحسن تقدير فسيُنظر إليها بجانب من الشفقة، غير أننا لا ننكر الجانب النفسي في هذه المعادلة بين العقم ونظرة المجتمع، كون المرأة جزء من هذا المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به وتحمل بعضا من أفكاره بما فيها تصوراتها عنها وعن العقم، وهو ما يزيدها تأثرا ويجعلها أكثر عرضة لضغوطه.

الفصل الخامس منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

1.5 التذكير بتساؤلات الدراسة

2.5 منهج الدراسة

3.5 مجال الدراسة

أولا المجال الزمني

ثانيا المجال المكاني

ثالثا المجال البشري

4.5 وصف أدوات الدراسة

أولا المقابلة

ثانيا وصف مقياس قوة الأنا

ثالثا وصف مقياس الصداع التوتري

5.5 مواصفات حالات الدراسة

تمهيد:

يكمّل الجانب الميداني الجانبَ النظريّ، ويحقّق في صحة افتراضاته من عدمها، ويدعم التفسيرات والمفاهيم النظرية المقدمة، فهو خطوة أساسية في الدراسة لا تقل أهمية عن الجانب النظري، فإن كان الجانب النظري هو الركيزة الأساسية لكل بحث علمي، فإنه في أغلب الأحيان لا يعدو كونه تمهيدا لما يليه ويحقق أو ينفي ما جاء فيه وهو الجانب الميداني، ولعل ما يعطي للجانب الميداني أهميته الكبيرة هذه هو الخطوات والقواعد المنهجية المتبعة فيه، وهذا هو ما سنعرضه في هذا الفصل.

1.5 التذكير بتساؤلات الدراسة

☞ ما مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعمق؟

☞ ما مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمق؟

☞ هل تساهم المؤشرات النفسية والمعرفية للمرض في ارتفاع شدة الصداع التوترى؟

☞ هل تساهم المؤشرات الاجتماعية والسلوكية للمرض في ارتفاع شدة الصداع التوترى؟

☞ هل يختلف مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمق باختلاف مستويات

قوة الأنا؟

2.5 منهج الدراسة:

تتعدد وتتنوع المناهج الميدانية للبحث النفسي، إلا أن لكل منهج خصوصيته التي تميزه عن غيره من المناهج وتفرض طابعا من الخصوصية بشكل عام على المواضيع التي يستخدم فيها، وربما بالإمكان دراسة موضوع واحد بأكثر من منهج، إلا أن فرضيات البحث وأهدافه تستدعي طريقة معينة يسير عليها الباحث، للوصول إلى غرضه البحثي، تلك الطريقة هي المنهج العلمي.

1.2.5 تعريف منهج دراسة الحالة:

في هذه الدراسة تم اعتماد منهج دراسة الحالة لما له من خصوصية تترافق وأغراضنا من هذا البحث، حيث يهتم هذا المنهج بتجميع الجوانب المتعلقة بشيء أو بموقف واحد على أن يعتبر الفرد، أو المؤسسة، أو المجتمع، أو أي جماعة، كوحدة للدراسة، ويقوم هذا المنهج على التعمق في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ حياة هذه الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها قد يستدعي هذا المنهج تحليلا شاملا، كما أنه رغم العيوب التي قد تبدو فيه، مثل عدم القدرة على التعميم، إلا أن هذا المنهج قادر على أن يلفت انتباهنا إلى معلومات لا

نستطيع الحصول عليها بنجاح بأي طريق آخر، وقد أثبت هذا المنهج فعاليته في العديد من المجالات مثل التعليم، وعلم الاجتماع وغيرها من المجالات الأخرى (بدر، 1994، ص 301) يعرف منهج دراسة الحالة على أنه عبارة عن بحث متعمق لحالة محددة بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها على حالات أخرى مشابهة (عبيدات ونصار ومبيضين، 1991، ص 41) 3.5 مجال الدراسة.

أولاً المجال الزمني

تم إجراء هذه الدراسة في حدود شهر ماي 2017.

ثانياً المجال المكاني

تم إجراء هذه الدراسة في العيادات الخاصة بمعالجة العقم، بولاية المسيلة بالنسبة لكل من الحالة الثانية والتاسعة والعاشر، أما الثالثة والرابعة والثامنة فتمت المقابلة عبر الهاتف، أما بالنسبة للحالة الأولى فقد تمت المقابلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة بقسم طب الأورام، أما بالنسبة للحالة الخامسة فقد تم إجراؤها بالإقامة الجامعية بالمسيلة "ذبيح عبد القادر"، أما بالنسبة للحالة السادسة فتمت المقابلة بمنزل الحالة بولاية المسيلة أما السابعة فتمت المقابلة بولاية برج بوعريريج بمنزل الحالة.

ثالثاً المجال البشري

تشمل هذه الدراسة النساء المصابات بالعقم حسب ما تم تحديده في التعريف الإجرائي وهن النساء اللواتي لم يحدث لهن حمل في إطار الزواج لما يزيد عن مدة سنة، لوجود علة تصيب المرأة.

4.5 وصف أدوات الدراسة:

أولاً المقابلة العيادية

لا يعتمد الإكلينيكيون في دراسة الحالة، على أية طريقة للحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة (روتر، 1948، ص 114)

✓ تعريف المقابلة العيادية:

تعد نمطا من أنماط المحادثة التي تهدف إلى جمع المعلومات مع أن القائم بالمقابلة عادة ما يكون لديه دليل مكتوب يعرف بمخطط المقابلة أو برنامج المقابلة، وعادة ما تجرى المقابلة وجها لوجه برغم إمكانية أن تجرى هاتفيا. (باركر وبيسترانج واليوت، 1999، ص 146)

ويرى كورشين أن المقابلة تعتبر وسيلة مؤثرة وفعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض من أجل مساعدته على التخلص من محنته وتسهيل حل مشكلاته (زغبيدي، 2014، ص 57)

وتعتبر المقابلة العيادية وسيلة هامة في جمع المعلومات والبيانات، وتهيئة الفرصة أمام الأخصائي الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة المطروحة وذلك عن طريق المحادثة والفهم الشامل لما تعانيه الحالة، أو للمشكلة التي يتصدى لها (لعوامن، 2010، ص 121)

ثانياً وصف مقياس قوة الأنا

- مقياس بارون لقوة الأنا اشتقه فرانك بارون من اختبار منسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI)، وقد وضع بارون هذا المقياس على أساس فكرة أن العصاب هو التفاعل بين العصابية وهي الاستعداد للعصاب وبين المواقف الضاغطة فكلما زاد نصيب الفرد من العصابية كانت كمية الضغوط اللازمة لإحداث العصاب لديه قليلة والعكس صحيح، فأصحاب التقديرات المنخفضة في العصابية وهم أصحاب التقديرات المرتفعة في قوة الأنا يقل احتمال إصابتهم بالعصاب إلا إذا تعرضوا إلى ظروف بالغة العنف، وإذا حصل وأصيب صاحب الدرجة العالية في قوة الأنا بالعصاب فإن رصيده من قوة الأنا يساعده على التحسن والشفاء بسرعة، إذن للمقياس مهمتان رئيسيتان الأولى قياس قوة الأنا أي قدرته على القيام بوظائفه أو قوة الأنا كمتغير سيكولوجي عند الأسوياء وغير الأسوياء جميعاً والمهمة الثانية هي التنبؤ بمدى العلاج النفسي، ولقد تم استعمال هذا المقياس من طرف الباحث علاء الدين كفاي (1982) أين قام بترجمته من الإنجليزية إلى العربية وتكييفه بهدف تعيين الصدق الإكلينيكي للمقياس أي قدرته على التمييز بين الأسوياء والعصابيين في البيئة المصرية.

يتكون المقياس من (64) فقرة تغطي عدداً من الوظائف الحيوية للأنا على شكل أبعاد، وبعد القيام بعملية التكييف للمقياس بما يتناسب مع البيئة الجزائرية من مراجعة اللغة وإعادة صياغة الفقرات وحذف البعض منها لعدم ملاءمتها للفترة الحالية أصبح المقياس يتكون من (57) بنداً موزعاً على مجموعة الأبعاد السابقة الذكر وهي موضحة في الجدول التالي.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها

-الجدول (01) يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس قوة الأنا-

الرقم	الأبعاد	البنود
1	الوظائف الجسمية والثبات الفيزيولوجي	1 - 2 - 6 - 8 - 17 18 - 20 - 21 - 36
2	الضعف والعزلة	13 - 25 - 28 - 29 30 - 35 - 37 - 1 40 - 43 - 48
3	الاتجاهات نحو الدين	12 - 24 - 47
4	الوضع الخلقي	11 - 14 - 19 - 23 27 - 33 - 39 - 44
5	الإحساس بالواقع	3 - 5 - 7 - 9 - 22 32 - 38
6	الكفاية الشخصية والقدرة على التصرف	4 - 10 - 15 - 16 31 - 34 - 42 - 52 53 - 54 - 57
7	الفوبيات وقلق الطفولة	41 - 49 - 50 - 51 55
8	منوعات	26 - 45 - 46 - 56

- مفتاح التصحيح:

لدى العميل حرية الإجابة على فقرات المقياس في نوعين من البدائل وتكون مقدرة كالتالي :

- تعطى الإجابة على الفقرة درجتين إذا كان محتواها متطابقا مع عمل وظيفة الأنا
- تعطى الإجابة على الفقرة درجة واحدة إذا كان محتواها غير متطابق مع عمل وظيفة

الأنا.

- وبالتالي تكون النهاياتان الصغرى والعظمى لدرجة الفرد على المقياس هما (57) و (114)

درجة على التوالي، حيث أنه كلما اقتربت نتيجة تطبيق المقياس على الفرد من (114) دل

ذلك على قوة الأنا وكفاية وظائفها، وكذلك العكس، أي كلما اقتربت النتيجة من (57)

دل ذلك على ضعف الأنا وعدم كفاية وظائفها، أما إذا كانت النتيجة ما بين (80 - 90) دل ذلك على مستوى معتدل لقوة الأنا.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس كمثل يلي:

• صدق المقياس:

إن المقياس الجيد هو الذي يقيس فعلاً ما صمم لقياسه، أي يقيس الوظيفة التي أعد لقياسها ولا يقيس وظيفة أو شيئاً آخر، ويرتبط صدق المقياس بصدق كل فقرة فيه، فبعد إخضاع مقياس قوة الأنا لعملية التكييف تم عرضه على مجموعة من الأساتذة من أجمعوا بنسبة (100%) على مدى توافق العبارات لأبعاد المقياس، ومدى ملائمة اللغة للبيئة الجزائرية، وسهولة استيعابها من طرف المفحوصين.

• ثبات المقياس

يعبر الثبات على درجة اتساق أو التجانس بين نتائج التطبيق الأول للمقياس ونتائج التطبيق الثاني عند تطبيقه على نفس الأفراد وفي نفس الظروف ولقد تم اعتماد في حساب معامل الثبات لمقياس قوة الأنا استخدم معامل الارتباط بيرسون وذلك بعد عرض المقياس على عينة البحث التي تكونت من (3) أفراد، وإعادة عرضه على نفس العينة وفي نفس الظروف بعد مرور (3) أسابيع من التطبيق الأول، وحساب معامل الثبات، فأتضح أنه (0.98)، وعليه فإن المقياس ثابت. (لعوامن، 2010، ص53)

ثالثاً وصف مقياس الصداع التوترى (من إعداد روبي وين هني 2015):

أعدت وقننت هذا المقياس في الأصل "شقيير زيتب (2003) للإستخدام في البيئة المصرية، وقمنا نحن في البحث الحالي بعد عرضه في صيغته الأولية على مجموعة من عينة البحث فوجدوا صعوبة في فهم معنى بنود المقياس، وبعد استشارة مجموعة من الأساتذة المختصين تم تعديل وإعادة صيغ كل عبارات المقياس، ثم عرضه على لجنة تحكيم مكونة من تسعة أساتذة عاملين بقسم علم النفس وذوي تخصصات مختلفة في عدة جامعات عربية، من أجل الحكم على مدى صلاحية وملائمة البنود للعينة، ودراسة خصائص السيكومترية لمناسبتها على البيئة الجزائرية، يتألف المقياس الأصلي من (60) ستون فقرة مقسمة على ثلاثة محاور وبعد

تعديله وتكييفه حسب البيئة الجزائرية أصبحت (62) بند تحت ثلاث محاور، وبعدها تم تحكيمة من طرف المحكمين تم إقصاء (04) بنود (38 - 43 - 56 - 57) وأصبح المقياس في صفته النهائية يتكون من (58) بند موزعة على ثلاث محاور كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (02) : يبين أبعاد وبنود مقياس الصداع التوترى وتعريفه الاجرائى

المحاور	أرقام العبارات
المحور الأول المظاهر الجسمية للصداع التوترى ويتمثل في أهم المظاهر الجسمية (العضوية) أو الالام الجسمية المصاحبة للإصابة بالصداع التوترى (الشكاوى البدنية العضوية).	(19 - 01)
المحور الثانى: الاضطرابات الوجدانية والنفسية يتمثل في تحديد أهم الاضطرابات الوجدانية والنفسية كالشكاوى الانفعالية والسلوكية والاجتماعية المصاحبة لنوبات الصداع التوترى (النفسى).	(41 - 20)
المحور الثالث: سلوك النمط (أ) لدى مرضى الصداع التوترى وهي ملامح الشخصية التي تميز مريض الصداع التوترى، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن الفرد الذي يكون أكثر تعرضا للإصابة بهذا المرض يكون من النمط السلوكى (A) والذي يتميز بسمات سلوكية هامة ومميزة له كالسرعة ونفاذ الصبر/الطموح والمثابرة والعدوانية التوتر والإنفع بال الاستغراق في العمل.	(58 - 42)
<p>التعريف الاجرائى للصداع التوترى : "Tension (Psychic) Headache" هو</p> <p>ألم وظيفى في الرأس، نفسى المنشأ قد يكون ناتج عن التوتر وتعرض الفرد للضغط والحالات النفسية وعوامل أخرى، يصاحبه ألم مستمر يؤثر على جانبي الرأس مع توتر في عضلات الرقبة وشعور بضغط خلف العينين والجبهة، أو قد يشكو المصاب ألما مستمرا يؤثر على جانبي الرأس مع توتر في عضلات الرقبة وشعور بضغط خلف العينين والجبهة، أو قد يشكو المصاب من ألم خفيف أو متوسط الشدة وترافق هذه النوبات حالة من الضيق والكآبة وعدم الراحة وشعور بأنه عاجز التوافق في العديد من مواقف الحياة.</p>	

بدائل الإجابة وتصحيح القائمة

إعتمد أسلوب التصحيح وفق مدرج رباعي للإستجابة أي تم وضع أربعة بدائل للإجابة أمام كل فقرة من فقرات القائمة المستخدمة في الدراسة الحالية بحيث يختار المستجيب بديلا واحدا فقط منها يمثل مدى انطباق الفقرة عليه وقد أعطيت البدائل لغرض التصحيح أوزانا كما يبينه الجدول التالي

جدول رقم (03) : يبين بدائل الإجابة والوزن المقابل لكل منها للمقياس الصداع التوتري

الرقم	البدائل	الأوزان
01	كثيرا جدا	3
02	غالبا	2
03	أحيانا	1
04	لا تحدث إطلاقا	0

- أما مستويات الإصابة بالصداع التوتري، فهي كالتالي :

• إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (0 - 116) فإن هذا يعني أن مستوى الصحة النفسية لدى المفحوص منخفض.

• إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (117 - 174) فإن هذا يعني أن مستوى الصحة النفسية لدى المفحوص مرتفع

وتعكس هذه الدرجات على مستوى الإصابة بالصداع التوتري لدى أساتذة التعليم الثانوي.

• الخصائص السيكومترية

حيث قمنا بحساب صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية بعدما قدمت نسخة منه لأستاذ أدب عربي بجامعة ابن خلدون من أجل الحكم على سلامة ترجمة البنود، نظرا لتطبيق المقياس على البيئة الجزائرية، ثم تم عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والإختصاص من أعضاء من الهيئة التدريسية بجامعة وطنية، وأجنبية في قسم علم النفس، والصحة النفسية وبعد حساب صدق المحكمين لمقياس الصداع التوتري أسفرنا على النتائج التالية كما هي مبين في الجدول التالي

الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها

جدول رقم (04): يبين نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس.

النسبة المئوية	عدد التكرارات تقيس	عدد المحكمين	الرقم م	النسبة المئوية	عدد التكرارات تقيس	عدد المحكمين	الرقم م	النسبة المئوية	عدد التكرارات تقيس	عدد المحكمين	الرقم م
100%	09	09	43	100%	09	09	22	100%	09	09	1
100%	09	09	44	100%	09	09	23	100%	09	09	2
100%	09	09	45	100%	09	09	24	100%	09	09	3
100%	09	09	46	100%	09	09	25	100%	09	09	4
100%	09	09	47	100%	09	09	26	100%	09	09	5
100%	09	09	48	100%	09	09	27	100%	09	09	6
100%	09	09	49	100%	09	09	28	100%	09	09	7
100%	09	09	50	100%	09	09	29	100%	09	09	8
100%	09	09	51	100%	09	09	30	100%	09	09	9
100%	09	09	52	100%	09	09	31	100%	09	09	10
100%	09	09	53	100%	09	09	32	100%	09	09	11
100%	09	09	54	100%	09	09	33	100%	09	09	12
100%	09	09	55	100%	09	09	34	100%	09	09	13
46%	05	09	56	100%	09	09	35	100%	09	09	14
46%	05	09	57	100%	09	09	36	100%	09	09	15
100%	09	09	58	100%	09	09	37	100%	09	09	16
100%	09	09	59	100%	09	09	38	100%	09	09	17
100%	09	09	60	100%	09	09	39	100%	09	09	18
100%	09	09	61	100%	09	09	40	100%	09	09	19
100%	09	09	62	100%	09	09	41	100%	09	09	20
/	/	/	/	46%	05	09	42	100%	09	09	21

وبعد الحصول على النسبة المئوية التي تقيس كل بند من بنود المقياس من طرف المحكمين، تم الإتفاق على صلاحية المقياس للبيئة الجزائرية، حيث أجريت تعديلات حسب آراء وتوصيات

المحكمين ذلك بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مدى ملائمة الأبعاد للخاصية، ومدى انتماء الفقرات إلى كل بعد من أبعاد الخاصية، ومدى ملائمة البدائل للفقرات فكانت كما يلي: وبذلك نجد أن عدد بنود المقياس تغير بعد إقصاء (04) بنود وأصبحت تبلغ عددها (58) بند، وكانت نسبة الاتفاق للمحكمين على البنود تبلغ (84 %)، وانطلاقاً من هذه النتيجة نتوصل إلى أن المقياس ذات صدق عالي مما يسمح باستخدامه كأداة دراسة الكلية

- صدق الاتساق الداخلي "Internal Consistency":

يشير إلى قوة ارتباط الفقرة أو البند من الأداة والدرجة الكلية (الأغما، 2003: 124). بعدما تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي تتكون من (70) فرد، ثم صحح وتم التأكد من صدق المحتوى قمنا بحساب قيمة معامل الارتباط بيرسون " Coefficient Person عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة لمجموع المقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يبين معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس.

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	محاور المقياس
دالة	0,867**	المحور الأول: المظاهر الجسمية للصداع التوتري
دالة	0,906*	المحور الثاني: الاضطرابات الوجدانية والنفسية
دالة	0,491**	المحور الثالث: سلوك النمط (أ) لدى مرضى الصداع التوتري
دال	/	الدرجة الكلية للمقياس

❖ دال إحصائياً عند مستوى (0.01) ❖ دال إحصائياً عند مستوى (0.01) / غير دال إحصائياً ()

ويتضح من الجدول دلالة معاملات الارتباط عند مستوى (0,01) بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس مما يدل على صدقها في تمثيل المقياس.

- الثبات "Reliability":

. معامل ألفا كرونباخ

وهي طريقة تعتمد على حساب الارتباطات بين العلامات لمجموعة الثبات على جميع الفقرات الداخلية في الاختبار (علام، 2006: 165)، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.74).

. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half

حيث يتم قسمة بنود المقياس الى نصفين (علام، 2006: 150)، وتستعمل طريقة التجزئة النصفية لتقدير ثبات الاختبار، وذلك من خلال "تجزئة الاختبار إلى جزئين فقط، بحيث يتكون الجزء الأول من الدرجات الفردية، ويتكون الجزء الثاني من الدرجات الزوجية للاختبار (البهي، 1978: 383). تم حساب معامل ثبات هذه الأداة بالإعتماد على طريقة التجزئة النصفية وصحح الطول بمعامل سبيرمان براون والذي بلغ (0.84)، بالإعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS).

جدول رقم (06) يبين حساب معامل الثبات للاختبار

مقياس الصداع التوتري	العينة	قيمة معامل الارتباط قبل التصحيح	قيمة معامل الارتباط بعد التصحيح	درجة الحرية	مستوى الدلالة عند 0.01
	70	0.73	0.84	68	دالة

(روبي وين هني، 2015)

1.5 وصف حالات الدراسة.

جدول رقم (07) يبين وصف حالات الدراسة.

العمل	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	السن	الاسم	البيانات
						الحالات
ماكثة بالبيت	متوسط	متوسط	متزوجة	38	سليمة	الحالة الاولى
ماكثة بالبيت	متوسط	جامعي	متزوجة	37	وهيبة	الحالة الثانية
ماكثة بالبيت	متوسط	جامعي	متزوجة	30	سمرة	الحالة الثالثة
خياطة	جيد	ثانوي	متزوجة	44	آسيا	الحالة الرابعة
طالبة جامعية	متوسط	جامعي	متزوجة	23	هاجر	الحالة الخامسة
ماكثة بالبيت	متوسط	متوسط	متزوجة	32	سعاد	الحالة السادسة
ماكثة بالبيت	متوسط	ثانوي	متزوجة	36	راضية	الحالة السابعة
محامية	جيد	جامعي	مطلقة	40	عيشة	الحالة الثامنة
ماكثة بالبيت	متوسط	متوسط	متزوجة	35	خديجة	الحالة التاسعة
ماكثة بالبيت	متوسط	جامعي	متزوجة	27	حياة	الحالة العاشرة

- نلاحظ من خلال الجدول تقاربا كبيرا بين الحالات سواء من حيث الحالة الاجتماعية أو المستوى الاقتصادي، وكذلك العمل، لكن هناك اختلافا نوعا ما في السن بين حالات الدراسة، حيث أن أصغر حالة عمرها 23 سنة وأكبر حالة عمرها 44 سنة وهو فرق كبير نوعا ما رغم أن هناك تقاربا ضمنيا في الأعمار الأخرى للحالات التي يتراوح أغلبها في حدود الثلاثين، وكذلك اختلافا من حيث المستوى التعليمي فقد تفرقت الحالات بين المستوى الجامعي والثانوي والمتوسط، إلا أن هذا التقارب لا يعني الكثير في منهج دراسة الحالة، حيث لكل حالة خصوصيتها وفردانيتها التي تميزها عن غيرها من الحالات مهما تقاطعت معها في نقاط معينة.

الفصل السادس عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

1.6 عرض الحالات

أولاً عرض البيانات الأولية للحالات

ثانياً عرض محتوى المقابلات مع الحالات

ثالثاً التحليل الكمي للمقابلات

2.6 عرض ومناقشة تساؤلات الدراسة

أولاً مناقشة السؤال الأول

ثانياً مناقشة السؤال الثاني

ثالثاً مناقشة السؤال الثالث

رابعاً مناقشة السؤال الرابع

خامساً مناقشة السؤال الخامس

تمهيد:

بعد استعراض الإطار النظري، ثم المنهجي للدراسة، نأتي إلى فصل عرض النتائج حيث سنعرض فيه البيانات الأولية لكل الحالات المدروسة مع عرض محتوى المقابلات والتحليل الكمي لها، ومن ثم نعرض مناقشة تساؤلات الدراسة.

1.6 عرض الحالات:

تم في هذا العنصر عرض البيانات الأولية للحالات التي رصدتها معطيات المقاييس والمقابلة، ومن ثم يتم عرض محتوى المقابلات مع الحالات ويتم فيه وصف ظروف إجراء المقابلة، والتطرق إلى الأسئلة التي لم يتم تكميمها.

تكميم المقابلات:

من بين أسئلة المقابلة المتمثلة في (20) سؤالاً، تم انتقاء (15) سؤالاً لم يذكرها في عرض محتوى المقابلة، حيث تم تقسيم هذه الأسئلة إلى بعدين اثنين هما

- البعد الاجتماعي السلوكي ويضم كلا من السؤال (4،5،6،8،12،15،19).
- البعد السيكولوجي المعرفي ويضم كلا من السؤال: (3،7،9،10،11،18،20).

وقد تم تكميم هذه الأسئلة بإعطاء درجة لكل مؤشر سلبي يظهر ضمن الإجابة عن هذه الأسئلة وإعطاء درجتين إذا ظهر مؤشران وإعطاء ثلاث درجات إذا ظهرت ثلاث مؤشرات سلبية، أو إذا ما كانت المؤثرات شديدة، ومن ثم تم تمثيل هذا التكميم في شكل أعمدة بيانية.

أولاً عرض البيانات الأولية للحالات:

- الحالة الأولى:
- الاسم سليمة
- السن 38 سنة
- المستوى التعليمي متوسط
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل مأكثة بالبيت
- عدد الإخوة 7

• تاريخ الزواج 2000

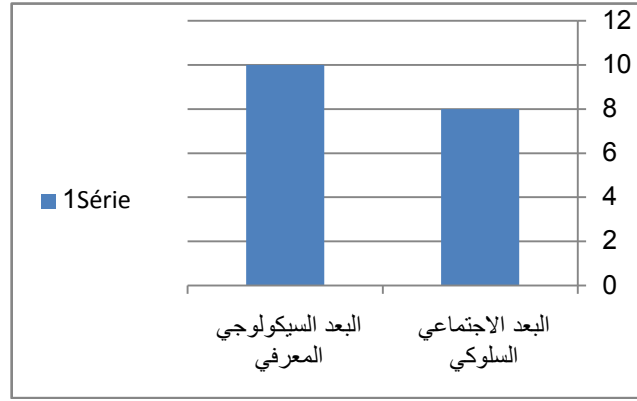
• السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الأولى:

- تمت المقابلة في المؤسسة الاستشفائية الجوارية الزهراوي بالمسيلة بقسم طب الأورام، وقد صادف ذلك تريضنا بالقسم هناك حيث أن أمها تعالج بالقسم، ولدى حديثنا مع أمها أعربت عن قلقها تجاه حالة ابنتها المصابة بالعمم وهي التي ترافقها دوما عند القدوم لجلسات العلاج الكيميائي، مادفعنا للتوجه للحديث معها ولدى تعريفنا عن أنفسنا على أننا متربصون بالقسم تحت إشراف الأخصائية النفسية العيادية ولدى توضيحنا لموضوع دراستنا، أبدت الحالة تجاوبها وتعاونها الشديدين وتحدثت عن نفسها بكل راحة، هي الأخت الرابعة في عائلة مكونة من (7) إخوة، توقفت عن التعليم في المستوى المتوسط، تزوجت سنة (2000) وكان عمرها وقتها (21) سنة، عانت من العقم مع الأشهر الأولى للزواج حيث عند تأخر إنجابها والضغط التي تعرضت لها من الزوج وعائلته لجأت إلى العلاجات الشعبية، والتي لم تحقق لها غرضها مادفعها إلى اللجوء إلى الرقية الشرعية، فلم تجد نفعها هي الأخرى، ما استدعى الذهاب إلى المختصين، وكان هذا بعد سنتين من المحاولات مع العلاجات الشعبية والرقية الشرعية، بعد ظهور التحاليل والفحوصات الطبية، تبين معاناة الحالة من عقم بسبب مشاكل في احتضان الرحم للبويضة وعدم قدرة البويضة على الالتصاق في الرحم، ما شكل صدمة كبيرة للحالة رغم أنها كانت تحاول تهيئة نفسها لخبر مثل هذا، لكن صدمة تلقي الخبر بقي لها أثرها القوي كونه واقعا وحقيقة تسمعها الآن فحسب كلامها الحزين "تصدمت، قد ماكنت موجدة روحي للنتيجة، بصح كي سمعتها طاحتلي الدمعة، ديما ديما تبقى حاجة صعبة، ما نكذبش عليك ضرني هاد الخبر كي سمعتو"، لم تؤثر إصابتها بالعمم على حياتها الصحية في ماعدا نوبات صداع تنتابها لدى التفكير الشديد أو الأرق الذي نبت معاناتها منه عدا في حالات قلقها، أما عن مزاجها فبدى من خلال تعبيرها أنه معتدل وذلك من خلال قولها "عادي، ماندير والو في بالي، نحاول نخلي روحي زاهية"، أما عن محاولات العلاج فقد كانت عديدة حيث قالت "ايه، جريت وجريت حتى حفيت ومابريت"،

لكن لا أمل من تلك المحاولات على حسبها، ولعل هناك نظرة يائسة تغلب على إجابات الحالة سببها يرجع إلى زواج زوجها للمرة الثانية، فقد حدث ما كانت تخشاه وتحاول العلاج لتفادي حدوثه.

• تكميم المقابلة مع الحالة الأولى:



الشكل (01) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الأولى

• التعليق على الشكل:

نلاحظ من خلال الشكل أن المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعرفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير هذا الأمر من خلال ما استنتجناه من حديثنا مع الحالة بأنها تؤمن وتقتنع بأفكار وتصورات المجتمع حول العقم، وبدى ذلك جليا من خلال إجاباتها عند سؤالها "هل تعرضت لضغوط نفسية أو اجتماعية عند اكتشاف إصابتك بالعقم؟ حيث قالت "حاجة طبيبة، ديجا راها كل امرأة تتزوج باه تجيب اولاد وتربيهم، كاش قدها لي تربي ذرية صالحة؟"، وهذا هو نفس التصور الذي يحمله المجتمع عن المرأة وعن أرقى صورها كأم

• الحالة الثانية

• الاسم وهيبة

• السن 37 سنة

• المستوى التعليمي جامعي

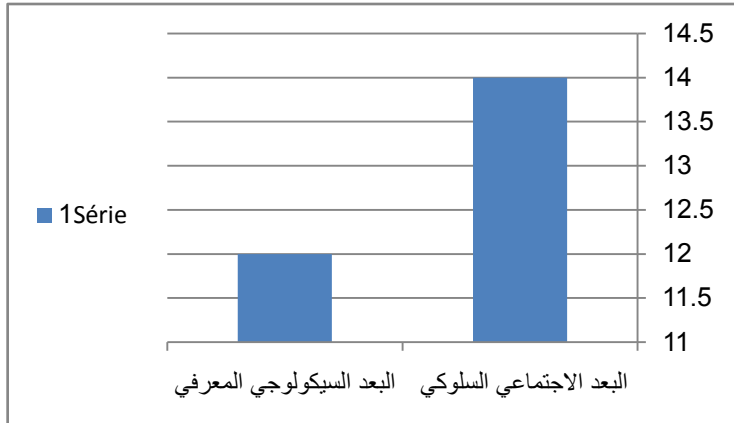
• المستوى الاقتصادي متوسط

- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل مأكثة بالبيت
- عدد الإخوة 5
- تاريخ الزواج 2007
- السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الثانية:

- تمت المقابلة في عيادة متخصصة بعلاج العقم وأمراض النساء والتوليد بالمسيلة، أبدت الحالة تجاوبها الشديد وتحدثت بإسهاب في بداية المقابلة، ثم بدأت تميل إلى الإجابات المقتضبة القصيرة في نهاية المقابلة، كان اكتشافها للعقم بعد (3) سنوات من المعالجة عند طبيب نسائي، وكانت ردة فعلها قوية إثر تلقيها حقيقة إصابتها بالعقم حيث قالت :انهرت نفسيا وبكيت كثيرا ولم أتقبل أن أكون لا أنجب أولاد أبدا"، وقد أثر العقم على حياتها الصحية بشكل واضح وكبير حسبها وذلك بانخفاض وزنها وتعرضها لفقر الدم نتيجة فقدانها الشهية وكذلك عانت من صداع نتيجة للتفكير الدائم، أما عن تعاملها مع الضغوط فهي تتعامل معها بالصمت والبكاء، وعند سؤالها عن مزاجها أعربت عن أنها معظم الوقت "حزينة، متنفزة، متقلقة"، كما أنها تعاني من الأرق، وفي إجاباتها عن الأسئلة المتعلقة بالعلاج أبدت تفاؤلا حيث صرحت بأنها لازالت تتابع العلاج وفرصها فيه هي عشرون بالمائة.

• تكميم المقابلة مع الحالة الثانية:



الشكل(02) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثانية

• التعقيب على الشكل:

نلاحظ من خلال الشكل أنه في هذه الحالة المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها الاجتماعي أكثر من البعد السيكولوجي المعرفي، ويمكن تفسير ذلك من خلال الضغوط الاجتماعية الشديدة التي تعرضت لها الحالة من عائلة الزوج وتجريحاتهم، وكذا انهيار العلاقة الزوجية حسب تعبيرها، والحياة الروتينية التي تعيشها، كما أن انسحابيتها وسلبيتها عززا ما تعرض له من ضغوط فهي لا تقوم بتأكيد ذاتها والدفاع عنها، بل بعزلها فقط.

الحالة الثالثة:

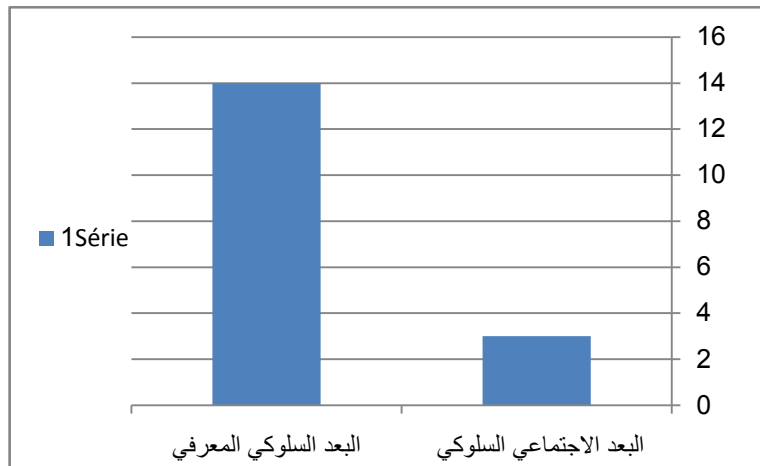
- الاسم سمرة
- السن 30
- المستوى التعليمي جامعي
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل ماكثة بالبيت
- عدد الإخوة 5
- تاريخ الزواج 2013
- السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة:

- تمت المقابلة مع الحالة هاتفيا ورغم أن المقابلة تمت هاتفيا إلا أن ذلك لم يؤثر على سيرها أبدا واستطعنا ملاحظة الصوت ونبراته لمعرفة التعابير الانفعالية للحالة تم زواج هذه الحالة منذ (5) سنوات إلا أنها لم تنجب لحد الآن، أخبرها الطبيب أنها تعاني من تأخر الإنجاب لكن مع ذلك فحالتها ممكنة العلاج وليست عقما، ولهذا رفضت الإجابة عن أسئلة المقابلة وطالبت بتغييرها إلى أسئلة متعلقة بتأخر الإنجاب، وقد واصلنا المقابلة معها رغم أنها صرحت بأن ما تعانيه تأخر إنجاب وليس عقما، إلا أنها رغم ذلك لازالت تتوافق مع تعريفنا الإجرائي للعقم وهو "عدم حدوث حمل في إطار الزواج لما يزيد عن مدة سنة، لوجود علة خلقية

مشخصة طبيا تصيب المرأة وبعد أن قمنا بتغيير الأسئلة بما يتوافق مع تأخر الإنجاب بدلا من العقم لاحظنا تجاوبها العالي جدا مع المقابلة وأسئلتها مقارنة ببقية الحالات، وأبدت حسا فكاهايا عاليا حيث أنها طوال فترة المقابلة كانت تطلق النكت وتمازحنا، ومع اقترابنا من نهاية المقابلة علقت قائلة وهي تضحك "روعة كوغير تعودي تسقسيني هكدا وتديري معايا مقابلات دائما كان اكتشافها لتأخر الإنجاب طبيا حيث أنه بعد مرور أشهر من الزواج لم يحدث معها حمل فتوجهت إلى الطبيب النسائي وبعد الكشف والتحليل أخبرها الطبيب أنها تعاني مشكلا - رفضت التصريح عنه - سيؤدي لتأخر الإنجاب لو لم يعالج، ولم تبد ردة فعل قوية، وعللت ذلك بأن الطبيب لم يؤكد إصابتها بالعقم وإنما فقط من تأخر إنجاب سهل المعالجة، والعلاجات والأدوية التي تمارسها هي ما أثر على حياتها الصحية، حيث أصبحت تعاني من آلام المعدة والضبابية والإسهال، وأما عن تعاملها مع الضغوط فتعاملها معها متذبذب بين "العنف والتعقل حسب ما قالت، وقد وصفت مزاجها كذلك بالمتقلب، ونفدت معاناتها من أعراض الصداع بعد اكتشاف إصابتها بتأخر الإنجاب، في حين أنها تعاني من أرق وصعوبات في النوم أحيانا، وفي حديثها عن العلاج قالت أنها تتعالج حاليا، وفرصها بالعلاج كبيرة.

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة:



الشكل (03) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة

• التعليق على الشكل

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكلوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة

العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعرفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير ذلك من خلال أفكار الحالة المتعلقة بالعقم والتي ترى بأنه حالة شخصية بحتة لا تدخل للمجتمع بها، فالحالة لا تلقي بالا لما يعتقد المجتمع عنها، وبالتالي فالمؤشرات السلبية للمرض عندها بقيت محصورة في بعدها السيكومعرفي وربما في جانب من البعد السلوكي.

• الحالة الرابعة:

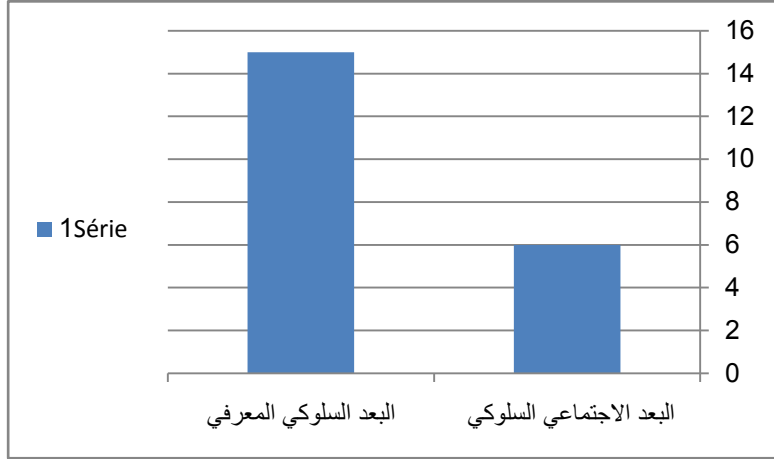
- الاسم آسيا
- السن 44 سنة
- المستوى التعليمي ثانوي
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل خياطة
- عدد الإخوة 4
- تاريخ الزواج 2002
- السوابق المرضية السكري

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الرابعة:

- تمت هذه المقابلة مع الحالة هاتفيا، ورغم أن هذه المقابلة كانت هاتفية حيث لا يمكن لنا ملاحظة التعبيرات الانفعالية والإيماءات الجسدية، فالتركيز كله كان معتمدا على صوت الحالة وتغير نبراته خلال الحديث، إلا أن هذا لم يؤثر على سير المقابلة، فهذه المقابلة كانت أكثر مقابلة رصدنا خلالها انفعالات الحالة، فخلال الإجابة عن سؤال كيفية اكتشاف إصابتها بالعقم، كان جوابها مقتضبا جدا حيث قالت أنها ذهبت للطبيب وأبت التصريح عن ظروف ذلك، أما عن ردة فعلها فكانت قوية جدا حيث قالت "دمرت ما قدرتش نقلو بكيت بزاف ما قدرت نقل لحتى واحد"، وبعد فترة صمت قصيرة بدى فيها التأثير الشديد للحالة اعتذرت منا وانسحبت من المقابلة قائلة أنها ستتصل لاحقا لإتمام المقابلة، ولم تتصل إلا بعد مرور ساعات طويلة، وخلال المكالمة الثانية كانت أكثر تجاوبا وأكثر راحة، حيث كانت إجاباتها أطول وأكثر إسهابا، ففي إجابتها عن المشاكل الصحية الملاحظة بعد اكتشاف إصابتها بالعقم قالت "ايه، انحس جسمي كامل يوجع كل ساعة بلاصة ساعة

نحس راسي وساعة ظهري وساعة كرشني"، أما عن تعاملها مع الضغوط والانفعالات فقالت : "انخبي كلش في قلبي"، وقد أكدت معاناتها من الصداع، أما عن مزاجها العام عادة فهو متقلب حسب وصفها، وذكرت معاناتها الشديدة من الأرق، كما قالت أنها حاولت العلاج كثيرا، وعن فرصها في العلاج قالت "فقدوني الأمل عندي انسداد في قناة فالوب عالجت بزاف بصح والو .

• تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الرابعة:



الشكل (04) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الرابعة

• التعليق على الشكل:

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكلوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعري أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي وهو ما لاحظناه عند أغلب الحالات، ولعل تفسيره في هذه الحالة راجع إلى الدعم الذي تتلقاه الحالة من زوجها ومحيطها، فمحيطها الاجتماعي حسب ما لاحظناه من خلال المقابلة يخلو من الأفكار النمطية المتعلقة بالعقم، فأغلب المؤشرات السلبية للمرض إذن هي راجعة لها ولتصوراتها عن العقم، فقد رهنّت عقمها بدمار حياتها، وتخوفت من إبلاغ زوجها وكل من حولها بحالة عقمها لدى اكتشافها له، ولعل هذا يشير إلى ما تبنيه هي من تصورات سلبية جدا حول العقم هي التي تزيد مؤشرات مرضها وبالأخص المتعلقة بالبعد السيكومعري.

• الحالة الخامسة:

• الاسم هاجر

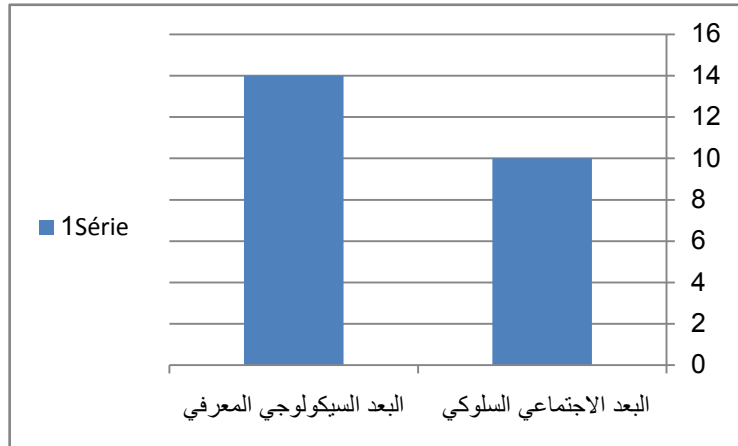
• السن 23 سنة

- المستوى التعليمي جامعي
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل طالبة جامعية
- عدد الإخوة: 3
- تاريخ الزواج 2016
- السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الخامسة:

- تمت هذه المقابلة في الإقامة الجامعية (ذبيح عبد القادر) وذلك لأن الحالة هي طالبة جامعية مقيمة، تجاوزت معنا بشكل جيد خلال المقابلة، ولوحظ عليها الهدوء أثناء إجاباتها وحديثها معنا، وعن كيفية اكتشافها لإصابتها بالعقم قالت أنه عند تأخر الحمل لوقت طويل زارت الطبيب واكتشفت إصابتها بالعقم، أما عن ردة فعلها فبدت متماسكة رغم تأثرها حيث قالت سلمت أمري لله بصح تمنيت يرأف لحالي"، وقد نفت ملاحظتها لمشاكل صحية بعد اكتشافها إصابتها حيث أنها كانت تعاني من الصداع قبل إصابتها بالعقم، ونفت إصابتها بالأرق إلا في حال تعرضها للإجهاد خلال اليوم، أما عن تعاملها مع الضغوط والانفعالات التي تواجهها فقد قالت أنها تتعامل معها بالانغلاق على نفسها وتفادي المواجهة، أما عن مزاجها العام فقالت "أحيانا نكون متفائلة"، وعن محاولتها للعلاج فقد أكدت ذلك وقالت بأن أملها في العلاج يبقى كبيرا.

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الخامسة:



الشكل (05) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الخامسة

• التعليق على الشكل:

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعريفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ونفسر ذلك من خلال أن الحالة تحمل تصورات مشابهة لتلك التي يكونها المجتمع عن الخصوبة والعقم، وذلك خلال إجابتها عند سؤالها "ماهي أغلب الأفكار التي تراودك بعد اكتشافك لإصابتك بالعقم وحتى الآن؟"، حيث أجابت "راح نكمل حياتي هكذا؟ كيفاش رح تكون حياتي في المستقبل؟"، فمن خلال هذه الإجابة وبربطها بخصوصية الحالة كونها طالبة جامعية لم تتجاوز (23) سنة، ولم يمض على زواجها سوى سنة واحدة، ورغم ذلك فهي تشعر بغياب الدور الاجتماعي لها من خلال أسئلتها ومخاوفها، وهو ما يعزز رأينا كونها تؤمن أن دور الأم هو أحسن ما يمكنها أن تحقق، وبالتالي فهي تمارس تصورات المجتمع الضاغطة بشأن العقم على نفسها

• الحالة السادسة:

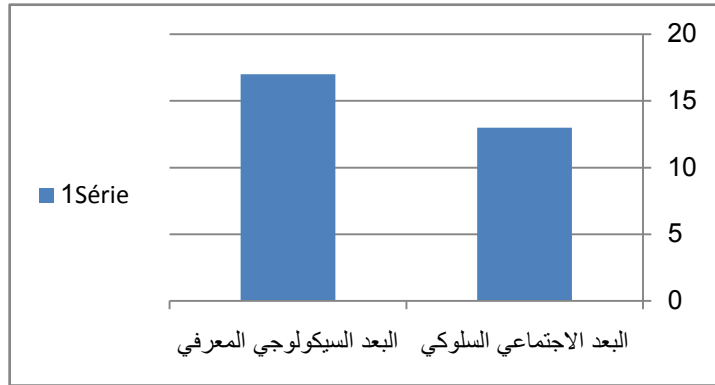
- الاسم سعاد
- السن 32 سنة
- المستوى التعليمي متوسط
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل مأكثة بالبيت
- عدد الإخوة: 5
- تاريخ الزواج 2007
- السوابق المرضية لا يوجد

• عرض محتوى المقابلة مع الحالة السادسة:

- تمت المقابلة مع هذه الحالة في منزلها، لم تبد الحالة ارتياحها لدى إجابتها لنا على أسئلة المقابلة، فمن خلال تعبيراتها الانفعالية وإيماءات جسدها بدت حساسيتها تجاه الأسئلة، لكنها رغم ذلك أجابت عنها دون اقتضاب، حيث في إجابتها عن سؤال كيفية اكتشاف

إصابتها بالعقم قالت أنها اكتشفت إصابتها بالعقم بعد (5) أشهر من الزواج إثر ذهابها للعديد من الأطباء المختصين وقد أكدوا لها جميعا إصابتها بالعقم، أما عند ردة فعلها فقد بدت شديدة إذ قالت :الصح انهرت طول وحبست بي الحياة"، أما عن تأثير العقم على حياتها الصحية فقالت أنه لم يؤثر بها كثيرا عدا معاناتها من فقدان الشهية والصداع، وأكدت معاناتها من الأرق والصداع وكآبة وشعور بالضيق، وفي تعاملها مع الضغوط فتعامله متذبذب بين المواجهة والتجاهل، ومزاجها العام كذلك متقلب، ولدى سؤالها عن محاولاتها للعلاج وفرصها في ذلك فقد أكدت أنها حاولت العلاج كثيرا، لكن لاجدوى منه حيث قالت "ماعندي حتى فرصة، الاطباء كامل قالولي مانقدرش نجيب"، وتجدر الإشارة إلى أن الحالة تقوم بتربية ابن أخيها كابن لها منذ ولادته.

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السادسة:



الشكل(06) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السادسة

• التعليق على الشكل:

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعرفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير ذلك من خلال التصور الذي تبنيه الحالة عن العقم وبأنه عقم فقد ظهر ذلك في إجابتها على أكثر من سؤال حيث في ما يخص تأثير إصابتها بالعقم على حياتها الزوجية حيث أجابت أثر على علاقتي الزوجية، وليت نشوف روعي امرأة عاجزة على اني نحقق حلمي وحلم راجل وذكرت فكرة العجز مرة أخرى في إجابتها عن سؤال حول قلقها من عدم جدوى العلاج حيث أجابت "في لول كنت نتقلق ضرك وليت نحس بالعجز"، ومن هذا يتبين لنا أنها

هي من يسلط الضغوط على نفسها بفكرة العجز، ما يجعل المؤشرات المرضية تظهر في الجانب
السيكوميتر في أكثر

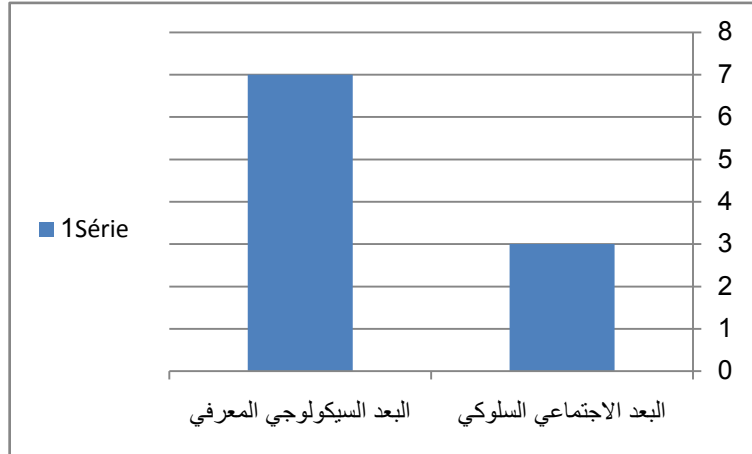
• **الحالة السابعة:**

- الاسم راضية
- السن 36 سنة
- المستوى التعليمي ثانوي
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل ماكثة بالبيت
- عدد الإخوة: 5
- تاريخ الزواج 1999
- السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة السابعة:

- تمت هذه المقابلة مع الحالة في منزلها، لم تكن هذه الحالة متجاوبة معنا كثيرا مقارنة بالحالات الأخرى، حيث كانت إجاباتها مقتضبة وحاولت تجنب الإجابة عن العديد من الأسئلة، عند سؤالها عن كيفية اكتشافها للعقم، أجابت بأن ذلك تم عن طريق الطبيب، حيث أظهرت التحاليل أن نسبة الحليب مرتفعة جدا عندها، أما عن ردة فعلها فقالت "عادي ما كنتش مقلقة بزاف"، ولم تعان من مشاكل صحية بعد اكتشاف إصابتها بالعقم غير الآثار الجانبية للأدوية، كما نفت إصابتها بالصداع والأرق إلا في أحيان قليلة، ما عن تعاملها مع الضغوط والانفعالات اليومية فقد ذكرت أنها تحاول أن تكون متماسكة وهادئة في تعاملها معها، كما ذكرت بخصوص مزاجها، أنها غالبا ما تكون هادئة ومتفائلة، وأما في ما يخص تلقيها العلاج وفرصها في نجاحه، فقد أكدت أنها تتلقى العلاج حاليا وفرصها فيها (50%)، ولعل فرصها الكبيرة في العلاج هي سبب تماسكها ومواجهتها لحالتها دون أن تبدي انهيارا كبيرا أو يأسا.

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السابعة:



الشكل (07) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة السابعة

• التعليق على الشكل

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعرفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير ذلك بأن الحالة لديها تحكم عالي وضبط للأعصاب وذلك من خلال تعاملها مع الضغوط اليومية والنفسية والاجتماعية، كما تبدو ثقتها العالية بنفسها من خلال عدم تأثرها الشديد بحالتها، إضافة إلى أن تفهم زوجها وعائلتها خفف من وطأة الضغوط الاجتماعية بحيث جعلها لا تؤثر عليها، فبقيت الضغوط محصورة في الجانب السيكومعرفي فقط.

• الحالة الثامنة:

- الاسم عيشة
- السن 40 سنة
- المستوى التعليمي جامعي
- المستوى الاقتصادي جيد
- الحالة الاجتماعية مطلقة
- العمل محامية
- عدد الإخوة: 3

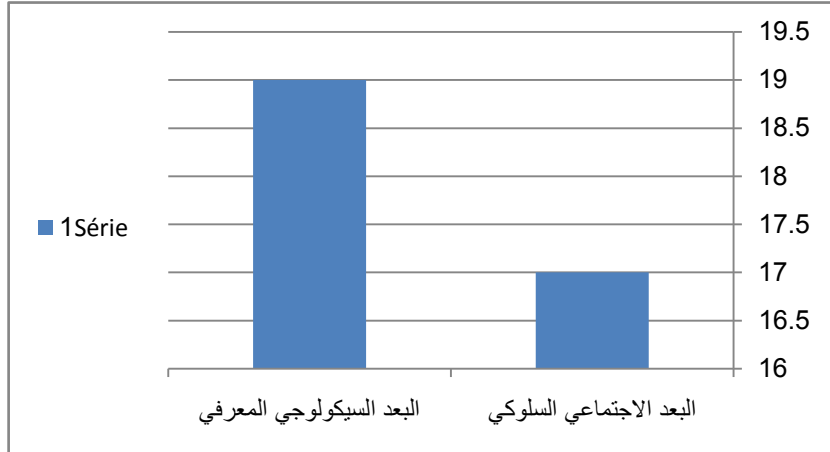
• تاريخ الزواج 2002

• السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة الثامنة:

• تمت هذه المقابلة مع الحالة عبر الهاتف أيضا، وقد استفدنا من التركيز على الصوت وتغير نبرته في معرفة انفعالاتها تجاه المقابلة، فقد بدت متجاوبة ومتفاعلة مع المقابلة، أما عن اكتشافها لإصابتها بالعقم فقد كان ذلك بعد (5) سنين من الزواج وذلك عند توجيهها للطبيب، وهذه فترة طويلة نوعا ما لاكتشاف العقم مقارنة بغيرها من الحالات، أما عن ردة فعلها عند اكتشافها ذلك فقد بدت لنا ردة فعلها قوية كذلك مقارنة مع غيرها من الحالات حيث قالت مرضت شهرين، انهزت تماما"، وقد أكدت ظهور مشاكل صحية بعد اكتشافها لإصابتها بالعقم متمثلة في الصداع والسكري وضغط الدم، كما أكدت معاناتها من الأرق والصداع، أما عن مزاجها وتعاملها مع الضغوط اليومية فهما متقلبان عادة، وفي محاولاتها للعلاج فقد قالت أنها كثيرة، ونفت أي فرصة للعلاج قائلة :مستحيل ينجح العلاج، أنا مانجيبش الاولاد كامل"، ولعل طلاق هذه الحالة بسبب العقم هو ما انعكس سلبا على كثير من جوانبها الشخصية والانفعالية، حيث كان أثر العقم مضاعفا عليها.

• تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثامنة:



الشكل (08) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة الثامنة

• التعليق على الشكل:

نلاحظ لدى هذه الحالة أيضا أن المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعرفي أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير ذلك بأن الحالة تعوض ما فقدته من زواجها وعقمها بعملها وحياتها الجديدة، فهي تتعرض للضغوط النفسية ذات البعد السيكولوجي المعرفي أكثر من الضغوط الاجتماعية كونها بطلاقها وعملها تحررت من كل ما تخشاه ويؤثر عليها حيث قالت في إجابتها الأخيرة "سأعيش حياة جيدة عملي هو من سيلهيني عن تذكر ما حدث"

• الحالة التاسعة:

• الاسم خديجة

• السن 35

• المستوى التعليمي متوسط

• المستوى الاقتصادي متوسط

• الحالة الاجتماعية متزوجة

• العمل ماكثة بالبيت

• عدد الإخوة 4

• تاريخ الزواج 2005

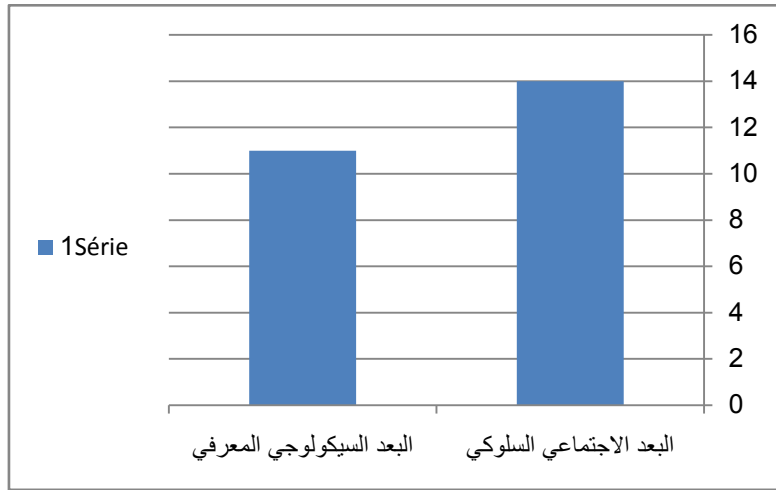
• السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة التاسعة:

تمت المقابلة مع هذه الحالة بمنزلها، وكانت من أكثر الحالات تجاوبا معنا، رغم الخصوصية التي تحملها هذه الحالة، كون عقهما غير مشخص طبيا فهي سليمة عضويا، لكن بعد زواج زوجها مرة أخرى أنجب أولادا، ما أكد لها أن العلة بها، وهو ما يتوافق مع تعريفنا الإجرائي للعقم عدم حدوث حمل في إطار الزواج لما يزيد عن مدة سنة، لوجود علة تصيب المرأة، وفي سؤالها عن كيفية اكتشافها لإصابتها بالعقم قالت ماكانش إصابة عضوية، كي رحت للطبيب قالي كلش طبيعي، بصح عمري ما هزيت الحمل، وعندني (13) زواج، كي تزوج

راجلي عرفت بلي المشكل في"، وعن ردة فعلها فقد قالت أنها تبكي وتصلي لله يوميا أن يرزقها أولادا، كما أنها لم تلاحظ أية مشاكل صحية، عدا معاناتها من الصداع أحيانا فقط، أما عن تعاملها مع الضغوط والانفعالات فغالبا ما يكون تعاملها معها بالانسحاب والبكاء، أما عن مزاجها فقالت أنها دائما ماتكون متعصبة وتتقلق من أي حاجة"، كما أكدت معاناتها من الأرق، ونفت محاولات العلاج لأنها سليمة طبييا، لذا فهي لاتملك أدنى فكرة عن فرص إمكانية إنجابها، أما عند سؤالاتها عن تلقيها الدعم من المحيطين بها فقد بدى تأثرها لهذا السؤال وقالت لا خاصة زوجي وأهله، عمرهم مايقفوا معايا"، أما عن نظرتها للمستقبل فقد بدت متفائلة حيث قالت دائما ندعي ربي يرزقني الذرية يا لوكان بعد هاد السنين كامل .

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة التاسعة:



الشكل (09) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة التاسعة

• التعليق على الشكل:

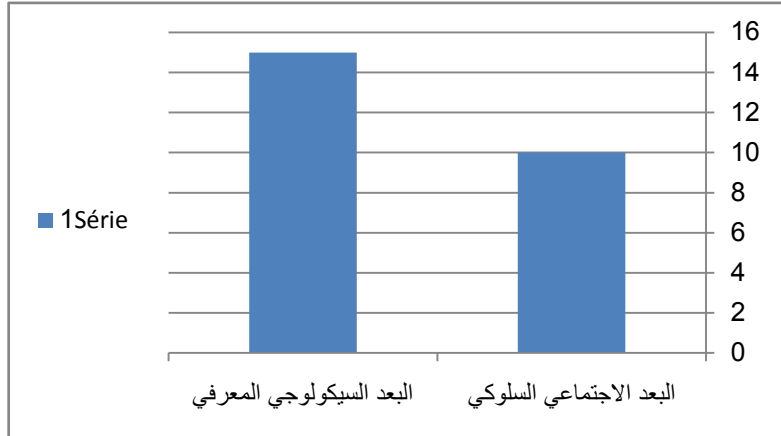
نلاحظ من خلال الشكل أنه في هذه الحالة المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها الاجتماعي أكثر من البعد السيكولوجي المعرفي، ويمكن تفسير ذلك بأن الحالة لا تعاني من عقم بيولوجي قد يشعرها بالدونية أو أنها أقل من مثيلاتها فهي سليمة بيولوجيا، ما يجعل مؤشرات بعدها السيكومعرفي لا تؤثر للمرض، بعكس المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي ولعل ذلك راجع للضغوط الاجتماعية التي تعانيها خاصة بعد زواج زوجها للمرة الثانية، مايسهم في ارتفاع هذه المؤشرات على غيرها

- الحالة العاشرة:
- الاسم حياة
- السن 27
- المستوى التعليمي جامعي
- المستوى الاقتصادي متوسط
- الحالة الاجتماعية متزوجة
- العمل مأكثة بالبيت
- عدد الإخوة 5
- تاريخ الزواج 2005
- السوابق المرضية لا يوجد

عرض محتوى المقابلة مع الحالة العاشرة:

- تمت المقابلة في عيادة مختصة بعلاج العقم وأمراض النساء، أبدت الحالة تجاوبها الكبير معنا، حيث كانت منفتحة للحديث معنا بقوة، وكان فيها حماس واضح للمقابلة، غير أنها مثل أغلب الحالات رفضت التصريح عن سبب عقمها، رغم تأكيدنا لها أن المعلومات لن تستغل إلا لأغراض البحث العلمي، وفي ماعدا هذا فلم تتحفظ في الإجابة عن أي سؤال، اكتشفت عقمها بعد أزيد من سنة من زواجها، حيث توجهت للطبيب وأخبرها بذلك، وقد كانت ردة فعلها قوية حيث قالت تحرق قلبي بالبكاء، وبقيت سمانة وانا حاكمة بلاستي مانتحرك لحتى بلاصة أخرى"، ونفت أي أعراض صحية رافقت اكتشافها لإصابتها بالعقم غير الأعراض الجانبية للدواء وأثرها على المعدة، كما نفت إصابتها بالصداع، بينما تعاني أحيانا من الأرق، أما عن تعاملها مع الضغوط فقد أكدت تعاملها معها بحزم، أما فيما يخص مزاجها فقد وصفته بالمتقلب اما فيما يخص العلاج فهي تحت العلاج الآن، وتقول أن لديها فرصة بنسبة (50%).

تكميم نتائج المقابلة مع الحالة العاشرة:



الشكل (10) يمثل أعمدة بيانية تبين تكميم نتائج المقابلة مع الحالة العاشرة

• التعليق على الشكل

نلاحظ من خلال الشكل أنه في هذه الحالة أيضا المؤشرات المرضية للبعد السيكولوجي المعرفي أعلى من المؤشرات المرضية للبعد الاجتماعي السلوكي ، ما يعني أن المؤشرات السلبية للتأثر بحالة العقم عند هذه الحالة متعلقة بجانبها السيكومعري أكثر من البعد الاجتماعي السلوكي، ويمكن تفسير ذلك بأن الحالة تحمل مخاوبا كثيرة بشأن التخلي عنها من طرف زوجها، ومخاوبا كبيرة بشأن عدم جدوى العلاج، ولعل هذا ما يشكل ضغطا مضاعفا عليها، بحيث تعجز عن التصدي للضغوط الاجتماعية أو التصدي لمخاوبها.

2.6 عرض ومناقشة تساؤلات الدراسة

أولاً مناقشة السؤال الأول:

ما مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعمم؟

اعتماداً على مقياس (بارون) لقوة الأنا، وبعد تفريغ النتائج واعتماداً على أسلوب النسبة المئوية تمت الإجابة على التساؤل في الجدول التالي:

جدول رقم (08) يبين مستوى قوة الأنا لدى النساء المصابات بالعمم

المستوى العام لقوة الأنا	الحالات
%78.94	10

مناقشة نتيجة الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن المستوى العام لقوة الأنا مرتفع لدى النساء المصابات بالعمم، خلافاً لما افترضناه بأن مستوى قوة الأنا منخفض لدى النساء المصابات بالعمم بناءً على الضغوطات التي تعانيها المرأة المصابة بالعمم، ولعل هذا المستوى العالي من قوة الأنا، يدل على أن حالة العمم التي تعانيها النساء لا تهدد اتزانهن النفسي فقوة الأنا لديهن تحافظ على فعاليتها في ظل تلك الضغوطات التي يتعرضن لها جراء إصابتهم بالعمم، ووجود مستوى عالي لقوة الأنا يعني أن الضغوط والانفعالات وكل الآثار السلبية للعمم النفسية والاجتماعية منها لا تصبح بذلك الضرر الكبير بالنسبة للمرأة المصابة بالعمم، وذلك راجع لوجود قوة الأنا عندها والتي من مؤشرات قوتها القدرة على التعامل مع الضوذلك راجع لوجود قوة الأنا عندها والتي من مؤشرات قوتها القدرة على التعامل مع الضغوط الداخلية والخارجية، وذلك بالطرق السوية الملائمة.

ثانياً مناقشة السؤال الثاني:

ما مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعمم؟

اعتماداً على مقياس الصداع التوترى، وبعد تفريغ النتائج واعتماداً على أسلوب النسبة المئوية تمت الإجابة على التساؤل في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يبين مستوى الصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم

المستوى العام للصداع التوترى	الحالات
49.42%	10

مناقشة نتيجة الجدول:

نلاحظ أن المستوى العام للصداع التوترى لدى النساء المصابات بالعقم مرتفع نسبيا، وقد صح ما افترضناه بأن مستوى الصداع التوترى مرتفع لدى النساء المصابات بالعقم بناء على ما يتعرضن له من ضغوط بسبب إصابتهن بالعقم، ولعله يمكن تفسير ذلك من خلال نتائج المستوى العام لقوة الأنا لديهن والتي كانت مرتفعة، وبالرجوع إلى الإطار النظري للدراسة حيث تم تعريف قوة الأنا على أنها "قدرة الشخص على أن يحقق التوافق، وهذا يدل على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح والسلامة فقوة الأنا وفعاليتها وقدرتها على التعامل مع العالم الخارجي وضغوطاته يجعل منها عاملا وقائيا من الاضطرابات النفسية و توابعها، فارتفاع قوة الأنا لديهن ساهم في وقايتها من ارتفاع نسبة الصداع التوترى بشكل كبير، إلا أن ذلك لم يقهن منه تماما، وبالرجوع إلى الإطار النظري للدراسة فإن العوامل والضغوط النفسية هي ما يجعل الفرد عرضة للإصابة به، والمرأة المصابة بالعقم من أكثر الشرائح في المجتمع تعرضا للضغوط النفسية نظرا للتصورات التي يحملها المجتمع عنها وللتصورات التي تحملها هي أيضا وغالبا ما تكون متوافقة مع المجتمع من حيث هذه التصورات مايشكل عبئا مضاعفا عليها، وبتراكم الضغوط تزداد فرص الإصابة بالصداع التوترى كعرض سيكوسوماتي لما تتعرض من ضغوط.

ثالثا مناقشة السؤال الثالث

هل تساهم المؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض في ارتفاع مستوى الصداع التوترى؟

بعد حساب المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوترى، وتكميم نتائج المقابلة وحساب المستوى العام للمؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض عند الحالات، تمت الإجابة على التساؤل في الجدول التالي

جدول رقم (10) يبين المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوتري والمؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض

المؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض	الصداع التوتري	قوة الأنا	المتغيرات
%40.61	%49.42	%78.94	النسبة المئوية

مناقشة نتيجة الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول بأن المؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض مرتفعة نوعا ما وكذلك مستوى الصداع التوتري، وارتفاع المؤشرات الاجتماعية السلوكية للمرض والصداع التوتري معا يدل على تأثير المؤشرات الاجتماعية للسلوك في الصداع التوتري، حيث أنها ترفع من مستوى الصداع التوتري وهو ما يتوافق مع فرضيتنا القائلة بأن المؤشرات الاجتماعية السلوكية تساهم في رفع مستوى الصداع التوتري، حيث تحمل هذه المؤشرات بعدين مهمين أولهما البعد الاجتماعي وهو بعد قوي التأثير على الفرد نظرا للتأثير المتبادل بين الفرد والجماعة، فالمؤشرات الاجتماعية للعقم والتصورات الاجتماعية عنه تؤثر على النساء المصابات به بشكل واضح كونهن جزء من هذا المجتمع، حيث يعتبر العقم حسب دراسة بن خلفه (2008) خصاء اجتماعيا لأنه يشوه وظيفة الإنجاب، ولعل مثل هذه التصورات هي ما يشكل ضغوطا اجتماعية كبيرة على النساء المصابات بالعقم، والتعرض المستمر لهذه الضغوط وحسب ما تم ذكره سابقا يزيد من فرص الإصابة بالصداع التوتري، كما أن البعد السلوكي بما يحمله من مؤشرات متعلمة ضمن إطار اجتماعي وبما يحمله من أفعال ونشاطات ترسخ للثقافة الاجتماعية وتبرر لها ظغوطها المستمرة على الحالات بما يسهم في رفع فرص الإصابة بالصداع التوتري، إلا أن قوة الأنا كعامل وقائي لها، يقلل من احتمالية التأثير الكبير للمؤشرات ذات البعد الاجتماعي والسلوكي

رابعاً مناقشة السؤال الرابع:

هل تساهم المؤشرات النفسية المعرفية للمرض في انخفاض قوة الأنا وارتفاع الصداع التوتري؟

بعد حساب المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوتري، وتكميم نتائج المقابلة وحساب المستوى العام للمؤشرات النفسية المعرفية للمرض عند الحالات، تمت الإجابة على التساؤل في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يبين المستوى العام لكل من قوة الأنا والصداع التوتري والمؤشرات النفسية

المعرفية للمرض

المؤشرات النفسية المعرفية للمرض	الصداع التوتري	قوة الأنا	المتغيرات
%59.34	%49.42	%78.94	النسبة المئوية

مناقشة نتيجة الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول أن المؤشرات النفسية المعرفية للمرض مرتفعة، وكذلك الصداع التوتري، وبذلك يمكن القول بأن المؤشرات النفسية المعرفية للمرض تساهم في رفع مستوى الصداع التوتري، وهو ما يتوافق مع فرضيتنا التي تقول أن المؤشرات المعرفية السلوكية للمرض تساهم في رفع مستوى الصداع التوتري، ويمكن تفسير ذلك بأن هذه المؤشرات في مجملها ونوعها تحمل أبعاداً فكرية متعلقة بتصورات المرأة عن العقم وأفكارها تجاهه، وغالباً ما تكون مصبوغة بالطابع الاجتماعي الذي تندرج المرأة في سياقه، وبالرجوع إلى الإطار النظري للدراسة فقد تم مسبقاً ذكر التصورات الاجتماعية عن المرأة وعن أن أرقى صورة يضعها ضمنها المجتمع هي صورة الأم، وكون المرأة جزءاً من المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به، فهي تحمل ثقافته وتصوراته بما فيها تصوراتها الخاصة بها، وأفكارها بشأن كونها غير قادرة على أن تكون ضمن الصورة المثالية للمرأة، تضاعف الضغوط المسلطة عليها، هذا زيادة على البعد النفسي الذي تحمله المؤشرات النفسية المعرفية، وأثر هذا البعد على شعورها تجاه نفسها وتقديرها لذاتها، والذي يتأثر ببعدها الفكري وبما تحمله من أفكار عن نفسها، كل ذلك يجعل المرأة المصابة بالعقم رهناً لضغوط لا حصر لها، ما يرفع مستوى الصداع التوتري عندها، إلا أن قوة الأنا كما نلاحظها في الجدول، مرتفعة بشكل واضح ولعل هذا هو ما يساهم في كبح مستوى الصداع التوتري، حيث تكون الأنا هي العامل الوقائي هنا

خامسا مناقشة السؤال الخامس:

هل يختلف مستوى الصداع التوتري لدى النساء المصابات بالعقم باختلاف مستويات قوة

الأنا؟

بعد حساب كل من مستوى قوة الأنا والصداع التوتري لدى الحالات، تم تقسيم الحالات حسب قوة الأنا إلى منخفضي ومرتفعي ومتوسطي قوة الأنا ومن ثم حساب المتوسط الحسابي للصداع التوتري لهاته الحالات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (12) يبين المتوسط الحسابي للصداع التوتري لدى مرتفعات ومعتدلات ومنخفضات قوة الأنا

القرار	المتوسط الحسابي	العدد	
يوجد فروق في الصداع التوتري لصالح معتدلات قوة الأنا	0	0	منخفضات قوة الأنا
لصالح معتدلات قوة الأنا	84.57	7	مرتفعات قوة الأنا
قوة الأنا	97	3	معتدلات قوة الأنا

مناقشة نتيجة الجدول:

نلاحظ من الجدول وجود فروق في الصداع التوتري لصالح معتدلي قوة الأنا، حيث أن المتوسط الحسابي للصداع التوتري كان أعلى في هذه الحالات منه في حالات مرتفعي قوة الأنا، هذا إن دل على شيء فإنما يدل ويؤكد على الدور الوقائي لقوة الأنا، وهذا ما يؤكد فرضيتنا القائلة باختلاف مستويات الصداع التوتري عند اختلاف مستويات قوة الأنا، ويمكن تفسير ذلك بأنه عند اشتداد الضغوط والقلق وبقائها لفترة بحيث لا يستطيع الجهاز النفسي للفرد التعامل معها فإن كل تلك الضغوط والقلق يتم صرفها على شكل شكاوي جسدية في عضو معين، يمثل الرأس في هذه الحالة، لتتطور الحالة إلى صداع توتري، بينما في حال كفاءة وفعالية الجهاز النفسي فإن الأنا يتعامل مع هذه الضغوط بالشكل المناسب دون خلق معاناة أخرى متمثلة في الصداع التوتري، وهذه الكفاءة والفعالية هي مؤشرات لقوة الأنا التي يعد وجودها وتوفيرها مردافا للصحة النفسية

استنتاج عام:

من الواضح أن العقم مشكلة عالمية تنتشر عرضا عبر كل المعمورة وتنتشر طولا عبر أزمنة عديدة، إلا أن التعامل مع هذه المشكلة يختلف باختلاف ثقافة كل شعب وخصوصيته حيث قد لا يعدو كونه اضطرابا عاديا في بعض المجتمعات إلا أنه حتى في هذه المجتمعات فالعقم يحمل خصوصية كبيرة لمن يعانونه وتقبل مجتمعهم لهم لا يعني انهم لا يعانون أيضا، وفي مجتمعات أخرى فالعقم يعتبر عجزا لا مرضا، ما يزيد الضرر على من يعانونه، وأقصى ما قد يحمله لهم هذا المجتمع من تعاطف أو تقدير هو الشفقة، فهم عاجزون وحتى قد يُفسر العجز على أنه عقاب الهي وتزخر شعبيات أدب هذه الشعوب بقصص عن المرأة الشريرة التي تريد خطف اولاد الآخرين لأنها لا تملك أولادا، فالله لم يمنحها الأولاد لأنه يعرف أنها لا تستحقهم، ولعل هذا النموذج يشرح ما يعنيه العقم عند هذه الشعوب، كما يخبر بالكثير عن المعاش النفسي للمرأة المصابة بالعقم، ما يجعلها دائمة التعرض للضغوط الخارجية والداخلية، وتكاثف هذه الظروف وتكرارها يجعلها عرضة للإصابة بأحد أكثر امراض العصر انتشارا وهو الصداع التوترى، لكن امتلاك المرأة لأنا قوية يسهل عليها التعامل مع هذه الضغوط بأنواعها، ومن خلال مقابلاتنا مع الحالات تبين لنا عمق معاناة المرأة المصابة بالعقم في هذه المجتمعات وبعد إنجاز هذه الدراسة تبين لنا أهمية عامل قوة الأنا كعامل وقائي للعديد من الاضطرابات النفسية ويساهم في تخفيف وطأة الآثار النفسية للعقم، وتجنّبها الإصابة بالصداع التوترى الذي ما إلا شكاوي نفسية تبكيها المرأة المصابة بالعقم بجسدها الذي يراه المجتمع غير كامل وناقص وقد تراه هي كذلك إذا ما اشتدت بها الضغوط .

الاقتراحات:

الاقتراحات الخاصة بالحالات المدروسة:

- من خلال مقابلاتنا مع الحالات، تبين لنا أن بعض الحالات قد أثرت عليها حالة إصابتها بالعمق بشكل واضح، بحيث غيرت من نمط وأسلوب حياتها وكذلك من أفكارها وآرائها تجاه حياتها لذا نقترح التدخل النفسي لهذه الحالات، التي لاحظنا عليها هذا الاضطراب:
- نقترح في الحالة الأولى تقديم الحالة للعلاج المعرفي وذلك لتغيير معتقداتها وأفكارها غير العقلانية تجاه العمق وتجاه ذاتها ونقترح تقنية السهم الهابط.
 - نقترح في الحالة الثانية استعمال أسلوب تأكيد الذات لإعادة ثقتها بنفسها.
 - نقترح في الحالة الرابعة العلاج المعرفي لتغيير أفكار الحالة ونظرتها لحياتها وتقبلها حالتها نقترح تقنية فض التمرکز لإبعاد أفكارها بلوم الذات والشعور بالذنب تجاه زوجها.
 - نقترح في الحالة الخامسة العلاج المعرفي للحالة لتغيير أفكارها حياتها وعن دورها في الحياة نقترح تقنية التباعد لجعلها تفكر بموضوعية أفكارها.
 - نقترح في الحالة السادسة العلاج المعرفي وتحديد تقنية السهم الهابط للعمل على فكرة العجز عندها.
 - نقترح في الحالة الثامنة أيضا العلاج المعرفي بتقنية السهم الهابط للعمل على فكرة النقص والإحساس بالدونية.
 - نقترح في الحالة التاسعة أولا التشخيص النفسي لعمقها وسببه ومن ثم العمل على إعادة بناء ثقتها بنفسها من خلال أسلوب تأكيد الذات.
 - نقترح في الحالة العاشرة جلسات علاج زوجية يحضرها الزوجان لإعادة بناء روابط التفاهم، ومن ثم الحديث مع الحالة عن حالة عمقها ومخاوفها كونها بدت غير متقبلة لحالتها.

الاقتراحات العامة:

- ☞ حملات التوعية الاجتماعية بالعمق وأضراره النفسية لتغيير تصورات المجتمع عن العمق.
- ☞ توفير أخصائيين عياديين في العيادات الخاصة بمعالجة العمق، ولزوم حضوره عند إبلاغ الحالة لأول مرة عن عمقها.
- ☞ التوعية بوجود حالات العمق النفسي غير المشخصة طبيا.
- ☞ التوعية بالصداع التوترى وأعراضه.

قائمة المراجع

- 1 أحمد بدر (1994)، أصول البحث العلمي ومناهجه، المكتبة الأكاديمية، ط1.
- 2 - أحمد عكاشة، طارق عكاشة (2008)، علم النفس الفيزيولوجي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط12.
- 3 إدريس زغدي (2014)، تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعم، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- 4 آمال عبد القادر جودة ومسعود عبد الحميد حجو(2005)، قوة الأنا لدى المرأة الفلسطينية في محافظات غزة، جامعة الأقصى، فلسطين.
- 5 بن خليفة محمد (2008)، التصورات الاجتماعية للعم في الجزائر، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- 6 تغريد سليمان الشطي (2014)، مقاييس في علم النفس الصحة، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر، ط1.
- 7 جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي (1990)، معجم علم النفس، الجزء الثالث، دار النهضة العربية القاهرة.
- 8 جوليان روتر (1948)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة عطية محمود هنا، محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، ط2.
- 9 - حامد عبد السلام زهران (2005)، أسس الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط4.

- 10 - حورية بلقاسم (1992)، العلاج النفسي للصداع التوترى
المزمن تقييم فعالية نوعين من العلاج النفسى، جامعة الجزائر،
الجزائر.
- 11 - روبي محمد ، بن هنى مونة (2015)، الصداع التوترى
وعلاقته بالصحة النفسية، مجلة العلوم الانسانية، جامعة سيكدة.
- 12 - سلوى الملا (1982)، التوتر النفسى، الكويت، دار القلم، ط1.
- 13 - سهام بوغندوسة، سليمان بومدين (2015)، المرأة العقيم بين
مفهوم الذات وتصورات الجسد، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية.
- 14 - سيجموند فرويد (1981)، الأنا والهوى، ترجمة محمد عثمان
نجاتي، دار الشروق، ط4.
- 15 - سيجموند فرويد (1986)، مختصر التحليل النفسى، ترجمة
جورج طرابيشى، دار الطليعة، ط4.
- 16 - نيفين صابر عبد الحكيم (2002)، دراسة المشكلات الاجتماعية
الناجمة عن العقم عند المرأة ونموذج مقترح لمواجهتها فى خدمة الفرد من
منظور العلاج الأسرى، جامعة حلوان.
- 17 - صبرى بردان الحياتى، حسين صالح صباح (2011)،
السيطرة وقوة الأنا لدى مدرسى المرحلة الإعدادية، جامعة الأنبار.
- 18 - الضبع (2001)، الفروق بين المعاقين حركيا والعاديين من طلاب
الجامعة فى كل من متغير قوة الأنا، والمسؤولية الاجتماعية، ودافعية الإنجاز.
- 19 - عباس محمود عوض (1999)، علم النفس الفيزيولوجى، دار
المعرفة الجامعية، ط1.

- 20 - عبد المنعم الحفني (1996)، موسوعة الطب النفسي، الكتاب في الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، المجلد (1)، مكتبة مدبولي، القاهرة.
- 21 - عبد الودود احمد وحميد احمد السعدون ومهند عبد الحسن (2011)، قوة الأنا وعلاقتها بالاستقرار النفسي لدى لاعبي منتخبات الجامعة العراقية لكرة السلة، العراق.
- 22 - عطوف محمد ياسين (1988)، الأمراض السيكوسوماتية، منشورات حسون الثقافية، ط1.
- 23 - علي صالح مهدي التميمي (2010)، قوة الأنا وعلاقتها بمفهوم الذات الجسمية لدى لاعبي منتخبات جامعة الموصل، جامعة الموصل، العراق.
- 24 - عماد محمد زوكار، نسرين ديوب (2009)، الوجيز في الأمراض العصبية، دار القدس، ط1.
- 25 - فاطمة علي أبو شامة (2010)، قوة الأنا وعلاقتها بأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى المرأة العاملة وغير العاملة، جامعة بنها، مصر.
- 26 - فرج عبد القادر طه (1978)، محمود السيد أبو النيل وآخرون، معجم علم النفس التحليلي، دار النهضة العربية، ط 1، القاهرة.
- 27 - فريد بكيس (2013) ظاهرة الطلاق وأثرها على الصحة النفسية للمرأة تحليل نفسي اجتماعي.

- 28 - فيصل محمد خير الزراد، (دون سنة)، الأمراض النفسية الجسدية، دار النفائس.
- 29 - لعوامن حبيبة (2010)، قوة الأنا وإزمان ما بعد التناذر الصدمي، جامعة فرحات عباس، الجزائر.
- 30 - مایسة أحمد النیال (1994)، مصدر الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا والعصابية والانبساط لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة بدولة قطر، جامعة قطر، قطر.
- 31 - محمد زیعور (دون سنة)، حقول علم النفس الفیزیولوجی، دار الفكر العربي، ط1.
- 32 - محمد عبد الفتاح (2007)، الصحة النفسية، دار اليقين، المنصورة، مصر، ط2.
- 33 - محمد عبیدات، محمد أبو نصار، عقلة مبيضین (1991)، منهجية البحث العلمي، دار وائل النشر، ط1.
- 34 - محمد علي إبراهيم (2013)، جودة الحياة وعلاقتها بقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية، جامعة ديالى، العراق.
- 35 - مرفت عبد الناصر (دون سنة)، هموم المرأة، مكتبة مدبولي، ط1.
- 36 - مرفت عبد ربه عایش مقبل (2010)، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا لدى مرضى السكري، الجامعة الإسلامية، غزة.

- 37 مصطفى حسين باهي، حسين أحمد حشمت (2002)، نبيل السيد حسن، المرجع في علم النفس الفيزيولوجي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1.
- 38 - مصلح بن عبيد عشبان العنزي (2015)، قلق المستقبل وعلاقته بتقدير الذات وقوة الأنا لدى الأحداث الجانحين، جامعة نايف، السعودية.
- 39 - ناجية دايلي (2013)، الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي، وعلاقته بالقلق، جامعة فرحات عباس، الجزائر.
- 40 - هدى بنت صالح بن عبد الرحمن الشميمري (2006)، قوة الأنا تبعاً لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، جامعة أم القرى، السعودية.
- 41 - وايفي محمد الخليل (2011)، قوة الأنا وعلاقتها باتخاذ القرار، جامعة دمشق، سوريا.

ملحق رقم (01)

مقياس قوة الأنا

الاسم:	الجنس:
العمر:	المستوى الدراسي:
العمل:	تاريخ تطبيق المقياس:
العنوان:	الحالة الاجتماعية:

تعليمات :

هذه بعض العبارات التي تتعلق ببعض النواحي الشخصية اقرئي كل عبارة وقرري إن كانت تنطبق عليك تماما أو على وجه التقريب فضعي علامة صح تحت كلمة "نعم" أمام العبارة، وإذا كانت لا تنطبق عليك تماما أو على وجه التقريب، فضعي علامة صح تحت كلمة "لا"، وليست هناك إجابة خاطئة أو صحيحة وإنما هذه العبارات تمثل فكرتك عن نفسك. فضلا أجيبني عن كل الأسئلة ولا تتركي منها شيئا، فضلا لا تضعي أكثر من إشارة واحدة فقط.

لا	نعم	العبارة
		1-شهيتي جيدة للطعام.
		2-أصاب بالإسهال مرة.
		3-في بعض الأحيان تنتابني نوبات ضحك لا يمكن التحكم فيها.
		4-أجد صعوبة في التركيز.
		5-لقد مررت بخبرات غريبة وعصيبة.
		6-نادرا ما أقلق على صفحتي.
		7-حينما أكون مع الناس أسمع أشياء غريبة تضايقني.
		8-إن صحتي الجسمية مثل صحة معظم أصدقائي.
		9-كثيرا ما أشعر بالتخدر في بعض أجزاء جسمي.
		10-أجد صعوبة في التركيز.
		11- أفعل أشياء كثيرة وأندم عليها فيما بعد.
		12-أتردد على المسجد كل أسبوع تقريبا.
		13- لقد واجهت مشكلات متعددة الحلول إلى درجة أنني لم أستطع أن أحزم رأيي بشأنها.
		14-بعض الأفراد يكونون متسلطين إلى درجة أنني أريد أن أفعل عكس ما يريدون ولو كان صحيحا.
		15-أحب أن أجمع الزهور وأن أزرع النباتات المنزلية.
		16-أحب أن أطبخ.
		17-خلال السنوات القليلة الماضية كانت صحتي على مايرام معظم الوقت.
		18-أصاب بالإغماء دوما.
		19-عندما أشعر بالملل أميل إلى أن أفعل شيئا مثيرا.
		20-تصاب يداي بثقل الحركة والضعف.
		21-أشعر بالضعف أحيانا.
		22-أجد صعوبة في ضبط توازني أثناء المشي.
		23-أحب أن أغازل الجنس الآخر.
		24-أعتقد أن ذنوبي لن تغتفر.
		25-كثيرا ما أجد نفسي قلقة أو مهمومة على شيء ما.
		26- أحب العلوم.
		27-قل اهتمامي بالجنس الآخر.
		28-أفقد القدرة على التحكم في نوبات الغضب.
		29-أشرد بأفكاري كثيرا.

		30-أحلم كثيرا بأشياء أفضل أن أحتفظ لنفسى بها.
		31-طريقتي في عمل الأشياء عرضة لأن يسيء فهمها الآخرون.
		32-تحدث لي بعض النوبات أعجز فيها عن فهم ما يدور حولي.
		33-يمكن أن أتعامل مع أخطاء الأفراد الآخرين.
		34-لو كنت فتاة لفضلت أن أرسم الزهور.
		35-أتأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ عند مغادرة المنزل.
		36-في بعض الأحيان يضعف سمعي إلى درجة تضايقتي.
		37-غالبا ما أغير الطريق كي أتحاشى مقابلة شخص ما.
		38-لدي أفكار غريبة وعجيبة.
		39-أحيانا أستمتع بإيذاء من أحب.
		40- أحيانا ما تتسلل إلى ذهني بعض الأفكار التافهة.
		41-أنا أخاف من النار.
		42-أحاول تصحيح أخطاء الآخرين عن الأشياء التي أعرفها.
		43-أجد نفسي عاجزة عن ذكر كل مافي نفسي لأي شخص.
		44-يلذ لي أن أحرز سبقا على أحد ما في مجال تخصصه.
		45-واحد أو أكثر من أفراد أسرتييثور غضبا لأتفه الأشياء.
		46-كان والدي شديدا معي أثناء الطفولة.
		47-أصلي كثيرا.
		48-أتعاطف مع الأفراد الذين يعانون من ألم وحزن.
		49-أخاف أن أجد نفسي في مكان صغير وضيق.
		50-ترعبني القذارة وتثير اشمئزازي.
		51-أجد نفسي خائفة عندما أشاهد بعض الحيوانات.
		52-أشعر بالتعب معظم الوقت.
		53-لو كنت فنانة لفضلت أن أرسم الأطفال.
		54-أشعر أحيانا إنني وشك أن أتناثر أجزاء.
		55-أشعر بالرعب كثيرا.
		56-أحب كثيرا أن أمتطي الخيل.
		57-كثيرا ما تقابل خططي بالعقبات حتى أنني أفكر في عدم إكمالها.

ملحق رقم (02)

مقياس الصداع التوتري

السن :

الحالة الاجتماعية :

المستوى التعليمي :

المستوى الاقتصادي :

هذه بعض العبارات تصف بعض جوانبك الشخصية، اقرئي كل عبارة وقرري درجة تطابقها معك، فإن كانت تنطبق عليك تماما ضع علامة صح في خانة كثيرا جدا، وإن كانت تنطبق عليك بشكل قريب ضع علامة صح في خانة غالبا، وإن كانت تنطبق عليك قليلا فقط ضع علامة صح في خانة أحيانا، وإن كانت لا تنطبق عليك أبدا ضع علامة صح في خانة لا تحدث إطلاقا، ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما هذه العبارات تمثل فكرتك عن نفسك، وإجاباتك لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، فضلا أجيبي عن كل العبارات، ولا تعطي أكثر من إجابة واحدة لسؤال واحد.

الرقم	العبارات	كثيرا جدا	غالبا	أحيانا	لا تحدث إطلاقا
01	أشعر بالآم في مؤخرة الرأس.				
02	أشعر بالآم في الجبهة.				
03	أشعر بوجع في الرقبة من الخلف.				
04	يحدث تقلص (توتر) في عضلات جسمي.				
05	أشعر بأن شيئا ضاغطا على رأسي، مثل: القبعة الثقيلة.				
06	أشعر كأن مسامير مغروزة في رأسي.				
07	أشعر كأن شريطا أو حزاما مشدودا حول رأسي.				
08	أفقد الشهية للطعام أثناء حدوث الصداع.				
09	أشعر بنبض (انقباضات و انبساطات) في فروة رأسي.				
10	أشعر بدوار أو دوخة.				
11	أعاني من غثيان أو قيء مع الآم في المعدة.				
12	أشعر بضباب في العينين.				
13	قلما أشعر بالصداع في آخر النهار و يزداد في الليل.				
14	أشعر بصداع عندما أبذل جهدا كبيرا في التفكير.				
15	تحدث نوبة الصداع الحادة مرة واحدة كل يوم .				
16	تراودني نوبة الصداع مرة واحدة كل أسبوع.				
17	تظهر أحيانا نوبات خفيفة للصداع من (3 - 4) مرات في اليوم.				
18	يمكن أن تستمر نوبات الصداع لفترة طويلة.				
19	من الممكن أن تتكرر نوبات الصداع أكثر من ثلاث مرات أسبوعيا في بعض الاوقات.				
20	أشعر بالحزن.				
21	أشعر باليأس من حياتي				
22	أفقد أعصابي بسرعة و أنفعل لأتفه الأسباب.				
23	أشعر بالكآبة.				
24	أشعر بالحرج.				
25	أشعر بالضيق.				
26	أرغب في العزلة عندما أشعر بالصداع.				
27	أشعر بالخجل أثناء تكرار نوبات الصداع أمام الآخرين.				

				أشعر بالأرق.	28
				أجد صعوبة في التركيز و الانتباه	29
				أترقب حدوث نوبة الصداع في أي وقت.	30
				أجد صعوبة في التعبير عن أفكاري.	31
				أشعر أن الضوضاء والأصوات العالية تثير أعصابي.	32
				أشعر بالارتباك أثناء حدوث الصداع في مكان عام.	33
				تنتابني أحلام مزعجة توقظني من النوم.	34
				أشعر بالقلق اتجاه مستقبلي.	35
				أشعر أحيانا بتدهور في صحتي.	36
				أشعر برغبة مستمرة في التخلص من حياتي.	37
				أشعر بعدم الرضا عن نفسي.	38
				أشعر بعدم الاستقرار النفسي و تقلب في المزاج.	39
				أشعر بالملل.	40
				لدي فراغ كبير.	41
				غير صبورة أثناء معالجة موضوع معين.	42
				أرغب في المنافسة.	43
				أشعر أن رد فعلي يكون عنيفا اتجاه موقف ما .	44
				أشعر بضغط الوقت علي.	45
				أشعر بالعصبية في غالب الأوقات.	46
				أشعر برد فعل عنيف أثناء مضايقتي.	47
				أشعر بالاهتمام بشدة للعلاقات الإجتماعية.	48
				أشعر أن لدي طموحات كبيرة.	49
				أهتم برعاية نفسي طبيا.	50
				أشعر بصعوبة في إتمام ما أقوم به أثناء حدوث نوبة الصداع	51
				أشعر بالقلق اتجاه حالتي الصحية.	52
				أعتقد أن قيمة الإنسان و أهميته تكمن في مدى إخلاصه لعمله مهما كان بسيطا.	53
				أحاول الاعتماد على نفسي في حل أي مشكلة تواجهني.	54
				أشعر بصعوبة في البقاء ساكنة.	55
				لا أستطيع تأجيل أعمالى اليومية إلى الغد.	56
				أرفض المساعدة حتى لا أبدو ضعيفة.	57
				أشعر أحيانا أن تصرفاتي مندفعة و متهورة.	58

ملحق رقم (03)

محاورة المراقبة العيادة:

محور البيانات الشخصية:

السن :

المستوى التعليمي :

المستوى الاقتصادي :

الحالة الاجتماعية :

تاريخ الزواج :

محور العقم:

1. كيف اكتشفت إصابتك بالعقم ؟

.....
.....
.....

2. كيف كانت ردة فعلك عند اكتشافك لإصابتك بالعقم ؟

.....
.....

3. هل تعرضت لضغوط نفسية أو اجتماعية عند اكتشافك لإصابتك بالعقم ؟

.....
.....

4. كيف أثر اكتشافك لإصابتك بالعقم على علاقتك الزوجية ؟

.....
.....

5. كيف أثر اكتشافك لإصابتك بالعقم على حياتك الاجتماعية ؟

.....
.....

6. كيف أثر اكتشافك لإصابتك بالعقم على أنشطتك وحياتك اليومية؟

.....
.....

7. كيف أثر العقم على حياتك الصحية؟

.....
.....

8. كيف أثر العقم على التزامك الديني؟

.....
.....

9. هل لاحظت مشاكل صحية معينة بعد اكتشافك لإصابتك بالعقم؟

.....
.....

10. ماهي أغلب الأفكار التي تراودك بعد اكتشافك لإصابتك بالعقم وحتى الآن؟

.....
.....

11. هل تشعرين بأن إصابتك بالعقم أثرت نوعاً ما على استقرارك النفسي؟

.....
.....

12. كيف تتعاملين مع الضغوط والانفعالات التي تواجهينها؟

.....
.....

13. هل عانيت من أعراض الصداع بعد اكتشافك لإصابتك بالعقم؟

.....

14. كيف هو مزاجك العام عادة ؟

.....
.....

15. هل تعاني من أرق أو صعوبات في النوم ؟

.....
.....

16. هل حاولت العلاج ؟

.....

17. كيف هي فرصك في نجاح العلاج ؟

.....
.....

18. هل تشعرين بالقلق حيال عدم جدوى العلاج ؟

.....
.....

19. هل تشعرين أنك تتلقين الدعم الكافي من المحيطين بك ؟

.....
.....

20. كيف تفكرين وتنتظرين للمستقبل ؟

.....
.....

